การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ ด้านกำลังทันตบุคลากร

การจัดบริการสุขภาพช่องปาก ของประเทศไทย

สุณี วงศ์คงคาเทพ

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

สนับสนุนทุนในการทบทวนวรรณกรรม

มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	ก
สารบัญตาราง	ง
สารบัญรูปภาพ	จ
คำนำ	ฉ
กิตติกรรมประกาศ	ช
สรุปสาระสำคัญ	ซ
บทนำ	1
บทที่ 1 แนวโน้มปัญหาสุขภาพช่องปากของคนไทยและปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง	4
ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย	4
• ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็กปฐมวัยและก่อนวัยเรียน	4
• ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน อายุ 6-15 ปี	7
• ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ	9
กลยุทธและมาตรการการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคที่ผ่านมา	12
กลยุทธและมาตรการการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในทศวรรษหน้า	13
การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทย	15
บทสรุป	17
บทที่ 2 พัฒนาการของนโยบายและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพช่องปากของไทย	23
พัฒนาการของนโยบายและระบบบริการสุขภาพช่องปาก	23
โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพช่องปากของไทย	26
บทสรุป	28
บทที่ 3 สถานการณ์การผลิต การกระจายทันตบุคลากรไทย และมาตรการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ของไทยและต่างประเทศ	30
สถานการณ์การผลิตทันตแพทย์ตั้งแต่ปี 2540-2557	30
สถานการณ์การกระจายทันตแพทย์	31
การผลิต พัฒนา และ กระจายของทันตาภิบาลไทย	35
มาตรการในการกระจายทันตแพทย์ของต่างประเทศ	39
มาตรการการแก้ไขปัญหาการกระจายทันตแพทย์ไทย	44
ผลกระทบต่อการสรรหาและการคงอยู่ของบุคลากรทางการแพทย์	45

	หน้า
กรณีศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเข้าทำงานในชนบทและการคงอยู่ของทันตแพทย์ในประเทศไทย	48
อิทธิพลของบทบทแห่งเพศต่อการประกอบวิชาชีพทันตกรรม	50
การศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทย์ไทย	51
บทสรุป	52
บทที่ 4 การจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนภูมิภาคและสถานการณ์กำลังคนด้านทันตบุคลากร	55
รายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนไทยในระบบประกันสุขภาพไทย	55
เกณฑ์มาตรฐานการให้บริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) และ หน่วยคู่สัญญาปฐมภูมิ (CUP)	55
อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย เปรียบเทียบก่อนกับหลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	57
อัตราการใช้บริการและผลงานการให้บริการทันตกรรมของคนไทย	58
ผลงานบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค	59
ชนิดบริการทันตกรรมที่ประชาชนใช้ที่รพศ./รพท./รพช.และสถานีอนมัย	61
การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของคนไทย	63
การศึกษาต้นทุนการบริการทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	66
การสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก	67
การร่วมจัดบริการทันตสุขภาพภาคเอกชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	68
ผลกระทบของนโยบายหลักประกันฯ ต่อเรื่องกำลังคนทางด้านสุขภาพช่องปาก	70
บทบาทของ อบต. ต่อการพัฒนางานทันตสาธารณสุขระดับตำบล	72
บทสรุป	73
บทที่ 5 การสังเคราะห์กรอบทิศทางและประเด็นการวิจัยในอนาค	77
ส่วนที่ 1 แนวโน้มปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยในอนาคตและข้อเสนอมาตรการส่งเสริมป้องกัน	77
ส่วนที่ 2 ประชาชนเข้าบริการถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมหลังประกาศนโยบาย 30 บาท	78
ส่วนที่ 3 ความต้องการและการกระจายทันตบุคลากรประเภทต่างๆเพื่อให้บริการ	79
ส่วนที่ 4 การจัดบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยหลังประกาศนโยบาย 30 บาท	81
ส่วนที่ 5 ระบบการสนับสนุนทรัพยากรในการจัดบริการของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ	84
กรอบทิศทางการพัฒนาและข้อเสนอประเด็นการทำวิจัยในอนาคต	85

	หน้า
เอกสารผนวกที่ 1 รายชื่ออำเภอไม่มีทันตแพทย์ ปี 2547	95

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.1	ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน) และสัดส่วนของค่าฟันผุ ฟันถอน และฟันอุด ในกลุ่มอายุต่างๆ จากสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537 2543-44	9
1.2	Oral cancer : Age specific incidence rates (ASR) per 100,000 year 1999	10
1.3	แนวโน้มสัดส่วนประชากร ปี 2543-2568	15
1.4	ข้อเสนอมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่มเด็ก	19
1.5	ข้อเสนอมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่มผู้ใหญ่	21
2.1	ร้อยละโรงพยาบาลรัฐ ทพ.รัฐ คลินิกทันตกรรม และ ทพ เอกชน ปี 2547 จำแนกตามพื้นที่	28
3.1	สถานการณ์การผลิตทันตแพทย์ ปี 2543-2557	30
3.2	จำนวนผู้สำเร็จการศึกษาวิชาทันตแพทย์ศาสตร์ที่จัดสรรและบรรจุให้กระทรวงสาธารณสุข	31
3.3	จำนวนจังหวัดและอำเภอที่ไม่มีทันตแพทย์ ปี 2546 จำแนกตามภาค	34
3.4	ผลการจัดสรรและการลาออกของการจัดสรรทันตแพทย์คู่สัญญา ของกระทรวงสาธารณสุขปี 2542-2546	35
3.5	มาตรการจัดการการกระจายแพทย์ของประเทศออสเตรเลีย แคนนาดา อังกฤษ และอเมริการ	39
4.1	อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนเมื่อเปรียบเทียบ ปี 2544 กับ ปี 2546	58

สารบัญรูปภาพ

รูปที่		หน้า
3.1	สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรปี 2524 และ 2547 จำแนกตามภาคและกรุงเทพมหานคร	31
3.2	สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรปี 2524 และ-2547 จำแนกตามภาคและกรุงเทพมหานคร	32
3.3	ร้อยละทันตแพทย์ปี 2542-2547 จำแนกตามภาครัฐและเอกชน	32
3.4	สัดส่วนทันตแพทย์ภาครัฐ(กระทรวงสาธารณสุขและรัฐอื่น) และ ภาคเอกชน ปี 2542-2547	33
3.5	ร้อยละทันแพทย์จำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงานปี 2544-2547(ฐานเท่ากับทันตแพทย์ทั้งหมด)	33
3.6	ร้อยละอำเภอจำแนกตามจำนวนทันตแพทย์ที่ให้บริการปี 2544-2546	34
3.7	ร้อยละอำเภอจำแนกตามสัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ปี 2544-2546	34
3.8	สัดส่วนทันตาภิบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2542-2547	37
3.9	ร้อยละทันตาภิบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงาน ปี 2544-2547	37
3.10	สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรปี 2544-2547 จำแนกตามภาค	38

คำนำ

นับตั้งแต่ปี 2544 รัฐบาลประกาศนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้แก่ประชาชน เพื่อหวังให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกัน และสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้อย่างเสมอภาคเมื่อเกิดการเจ็บป่วย สถานการณ์การให้บริการสุขภาพช่องปากที่ผ่านมา มักจำกัดอยู่ในสถานพยาบาลภาครัฐ ภายใต้หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่ความขาดแคลนของทันตบุคลากรพบเกิดขึ้นในทุกระดับ จากปัญหาความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนอยู่โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายทันตแพทย์ทางภูมิศาสตร์ การกระจายของทันตแพทย์อย่างไม่เท่าเทียมระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท ที่เป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งของระบบบริการทางทันตกรรมของประเทศไทย ทำให้เกิดคำถามจากผู้เกี่ยวข้องว่า รูปแบบการจัดบริการทันตสุขภาพของประเทศไทยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพในอนาคต ประชาชนผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการทันตสขภาพในพื้นที่ต่างๆอย่างไร ส่วนใหญ่ได้รับบริการประเภทอะไร โดยทันตบุคลากรกลุ่มใด และมีสัดส่วนการให้บริการด้านการรักษาต่อการส่งเสริมสุขภาพเพียงใด สถานการณ์ข้อจำกัดด้านบุคลากรและการกระจายบริการยังมีอิทธิพลต่อการให้บริการในระดับปฐมภูมิหรือไม่ อย่างไร ควรพัฒนามาตรการแก้ปัญหาการกระจายและมาตรการเพิ่มการคงอยู่ของทันตแพทย์ในชนบทไทยอย่างไร จึงเป็นที่มาในการดำเนินการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ที่มุ่งเน้นทบทวนสถานการณ์หลักใน 2 ประเด็น คือ. ปัญหาความขาดแคลนทันตบุคลากรที่มีในทุกระดับโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล และ สถานการณ์กำลังคนด้านทันตบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนภูมิภาค เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาระบบบริการและกำลังคนทางด้านสุขภาพช่องปากในอนาคต

สุณี วงศ์คงคาเทพ
กองทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย
14 กรกฎาคม 2549

กิตติกรรมประกาศ

การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์การกระจายทันตแพทย์ไทย และสถานกาณ์กำลังคนในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่ง ทีมงานกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยที่อนุเคราะห์ข้อมูลในการทบทวนรรณกรรม และขอขอบคุณมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และ สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สนับสนุนทุนในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้

สรุปสาระสำคัญ

การพัฒนาระบบบริการและกำลังคนด้านทันตสุขภาพสู่อนาคต จำเป็นต้องทบทวนสถานการณ์ระบบบริการและระบบกำลังคนสุขภาพช่องปาก ตลอดจยปัจจัยและบริบทที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาประเด็นส่วนขาดและช่องว่างของข้อมูลในการพัฒนากลยุทธ มาตรการ และ การวางแผนการพัฒนากำลังคนด้านทันตบุคลากรในอนาคต วัตถุประสงค์การทบทวนวรรณกรรม คือ 1) การจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนภูมิภาคและสถานการณ์กำลังคนด้านทันตบุคลากร ภายใต้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และ 2) จำนวนที่ต้องการและปัญหาความขาดแคลนทันตบุคลากรไทยในทุกระดับพื้นที่รวมชนบทห่างไกล เพื่อจัดทำประเด็นข้อเสนอการทำวิจัยที่เป็นส่วนขาดต่อไปในอนาคต

ผลการทบทวนวรรณกรรม

1. ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญแบ่งได้ 2 ปัญหาคือ ปัญหาโรคฟันผุ ซึ่งพบปัญหาสูงในกลุ่มเด็กและ ปัญหาโรคปริทันต์ที่พบปัญหาสูงในกลุ่มผู้ใหญ่และสูงอายุ ทั้งขนาดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มวัยมีปัญหาสูง แต่ประชาชนเข้าบริการทันตกรรมและบริการส่งเสริมป้องกันในระดับต่ำ เมื่อนำกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรออตตาวา เป็นกรอบความคิดในการพิจารณาจัดทำมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปาก จากกลยุทธ์และกิจกรรมหลักส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มวัย ส่วนใหญ่เป็นบริการที่ต้องดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งต้องให้บริการทั้งในสถานบริการ ในชุมชน และ ทำงานเชิงรุกด้วยการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากมีการดำเนินการอย่างทั่วถึง ที่ต้องประสานความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และ องค์กรท้องถิ่น

2. อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย หลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบ ร้อยละ 95.5 ในปี 2546 แต่มีผู้ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปี 2546 คิดเป็นร้อยละ 10.6 มีค่าเฉลี่ยการรับบริการทันตกรรม 1.6 ครั้ง/คน/ปี กลุ่มอายุที่มีผู้ใช้บริการทันตกรรมต่ำคือกลุ่มอายุ 0-4 ปี และ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 4 และ ร้อยละ 8 ตามลำดับ ปัจจุบันยังขาดกลยุทธและแนวทางการพัฒนาในการเตรียมระบบบริการและกำลังคนสุขภาพช่องปาก ในการทำงานบูรณาการผสมผสานเชิงรุกกับงานดูแลสุขภาพทั่วไปในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

3. อัตราการผลิตทันแพทย์ปัจจุบันสามารถตอบสนองความต้องการทันตแพทย์ในอนาคต คาดประมาณการณ์ได้ว่า ปี 2563 (อีก 15 ปี) จะมีทันตแพทย์จำนวน 19,564 คน คิดเป็นสัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ 1 คนเท่ากับ 3,167 คน ซึ่งเป็นจำนวนกำลังทันตแพทย์ที่เพียงพอในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในอนาคต ขณะที่ความต้องการทันตาภิบาลในระบบบริการ โดยคำนวณตามจำนวนสถานีอนามัยที่พัฒนาเป็นศสช.ที่ได้กำหนดให้มีทันตาภิบาลอยู่ประจำอย่างน้อยสถานีอนามัยละ 1 คน จำเป็นต้องมีทันตาภิบาลในสถานีอนามัย 9,800 คน จำนวนความต้องการทันตาภิบาลเพื่อปฏิบัติงานในสถานีอนามัยเพิ่มอีก 8,786 คน ด้วยอัตราการผลิตโดยสถาบันบรมราชชนกปีละ 300 คนต้องใช้เวลาในการผลิต 29 ปี ในอนาคตอาจมีความจำเป็นต้องเพิ่มผลิตทันตาภิบาลเพื่อต้องสนองความต้องการของ

ระบบบริการ ควบคู่กับการการเพิ่มสัดส่วนในเรื่องบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและปรับลดขอบเขตการรักษาพยาบาลอย่างง่ายของทันตาภิบาลลง

4. จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่ามาตรการแรงจูงใจด้านค่าตอบแทนแบ่งเป็น 6 กลุ่มคือ (1) การตั้งอัตราค่าบริการขึ้นกับระดับความทุรกันดารของพื้นที่ (2) การให้เบี้ยเลี้ยงที่ไม่ต้องเสียภาษีแก่ผู้ที่ทำงานในเขตชนบทที่ทุรกันดารเป็นเวลา 4 ปี จำนวนเงินขึ้นกับระดับความขาดแคลนแพทย์ทั่วไป/ทันตแพทย์ (3) การให้เงินทุนแก่นักศึกษาแพทย์ที่จะเข้าทำงานในเขตชนบทที่ทุรกันดาร (4) การให้เงินช่วยค่าศึกษาแก่แพทย์ทั่วไปที่ทำงานในเขตชนบทที่ทุรกันดาร (5) การให้เบี้ยเลี้ยงเพิ่มพิเศษแก่ผู้ที่ทำงานในเขตที่ทุรกันดารระดับสูงสุด โดยอัตราค่าตอบแทนขึ้นกับสถานที่ทำงานและจำนวนผู้ที่แพทย์ทันตแพทย์ ที่ต้องอุปถัมภ์ และ (6) เงินค่าเดินทางขนย้ายในการเข้าทำงานในเขตทุรกันดาร สำหรับประเทศไทยพบว่าแรงจูงใจด้านค่าตอบแทนไม่สามารถสร้างผลกระทบต่อการกระจายทันตแพทย์ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทได้ในระยะยาว แรงจูงใจโดยเบี้ยเลี้ยงพิเศษมีผลต่อทันตแพทย์จบใหม่เข้าทำงานในเขตชุมชนในระยะเวลาหนึ่ง ดังนั้นมาตรการที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นในเพื่อจูงใจให้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งมีผลสัมฤทธิ์เป็นเพียงการชะลอการลาออกของทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบทได้ในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นการพัฒนามาตรการแก้ไขปัญหาการกระจายทันตแพทย์และมาตรการการจูงใจให้ทันตแพทย์ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท ถือเป็นประเด็นสำคัญและเร่งด่วนในการดำเนินการ

กรอบทิศทางการพัฒนาและข้อเสนอประเด็นการทำวิจัยในอนาคต

กรอบทิศทางการพัฒนา

ขนาดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มวัยมีปัญหาสูง แต่ประชาชนเข้าบริการทันตกรรมและบริการส่งเสริมป้องกันในระดับต่ำ แต่ขาดกลยุทธและแนวทางการพัฒนาในการเตรียมระบบบริการและกำลังคนสุขภาพช่องปาก ในการทำงานส่งเสริมป้องกันในระดับปฐมภูมิ ในลักษณะบูรณาการผสมผสานเชิงรุกกับงานดูแลสุขภาพทั่วไปในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ดังนั้นทิศทางการพัฒนางานส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้อง 1) พัฒนามาตรการแก้ไขปัญหาการกระจายทันตแพทย์และมาตรการการจูงใจให้ทันตแพทย์ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท เพื่อเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการด้านการรักษาทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ 2) ปรับบทบาททันตาภิบาลให้เน้นการทำงานงานบริการส่งเสริมป้องกัน และลดบทบาทการรักษาพื้นฐาน ที่ไม่กระทบต่อการให้ระบบบริการสุขภาพช่องปากในพื้นที่ชนบท เพื่อเป็นบุคลากรหลักในการทำงานส่งเสริมป้องกันร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นในศูนย์สุขภาพชุมชน และ มีความจำเป็นในการการเพิ่มผลิตและปรับหลักสูตรการเรียนทันตาภิบาล ให้สอดรับนโยบายและความต้องการรับบริการของประชาชน 3) ในอนาคตการกระจายอำนาจการบริหารสู่ท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นจะมีส่วนร่วมในการการวางแผนบุคลากร การสรรหา และการบริหารจัดการในอนาคต เกิดเป็นแผนความต้องการกำลังลังระดับพื้นที่โดยตรง เนื่องจากบริบทที่หลากหลายในแต่ละพื้นที่ ทำให้มีเกิดความต้องการที่ต่างกัน ทำให้ระบบบริหารจัดการกำลังคนแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่อย่างเป็นจริง รวมถึงมี

ส่วนร่วมในการบริหารจัดการในการร่วมดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ 4) การพัฒนากลยุทธและแนวทางสนับสนุนให้ภาคเอกชนให้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมป้องกัน ภายใต้เงื่อนไขและกฎเกณฑ์ภาคเอกชนจะสามารถเข้าร่วมโครงการ

ข้อเสนอประเด็นการทำวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาค้นหาทางเลือกมาตรการการเพิ่มการคงอยู่ของทันตแพทย์ในชนบท เป็นการศึกษาแบบการจัดกลุ่มประเภททันตแพทย์ (Cluster analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกและการย้ายงานของทันตแพทย์ในแต่ละบริบทพื้นที่ ตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงโดยการวิเคราะห์ปัจจัยร่วมของทันตแพทย์ทั้งหมด ด้วยการเก็บข้อมูลแบบตัดขวาง เพื่อทางเลือกมาตรการการเพิ่มการคงอยู่ของทันตแพทย์ในชนบท

2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยทุกลุ่มอายุ

3. ศึกษาภาระงานให้บริการสุขภาพช่องปากของทันตบุคลากรใน CUP และ PCU และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการ

4. ศึกษาความต้องการทันตาภิบาล มาตรการแนวทางในการพัฒนาบทบาทและศักยภาพด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ และปรับลดบทบาทการให้บริการทันตกรรมด้านพื้นฐานของทันตาภิบาลใน 10 ปีข้างหน้า ที่คำนึงถึงเงื่อนไขกระจายทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบท

5. การประเมินผลการจัดบริการบูรณาการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในประชาชนทุกกลุ่มวัยในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อวางแผนพัฒนาระบบการจัดบริการบูรณาการและเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพของทีมทันตบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

6. ศึกษาบทบาทองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการส่งเสริมป้องกันของประชาชนในพื้นที่ และ สนับสนุนบริการการส่งเสริมป้องกันของในหน่วยบริการปฐมภูมิ

7. รูปแบบการดึงภาคเอกชนเข้ามาร่วมในการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

บทนำ
ความเป็นมาในการทบทวนวรรณกรรม

หลักการและเหตุผล

นับตั้งแต่ปี 2544 รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน เพื่อหวังให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันว่าจะเข้าถึงบริการที่จำเป็นตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้อย่างเสมอภาคเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หลักประกันด้านสุขภาพนี้ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ มีการจัดระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มุ่งหวังให้เป็นสถานที่ใกล้บ้านและใกล้ใจเพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ บริการดังกล่าวรวมถึงด้านทันตกรรม ซึ่งระบุชุดสิทธิประโยชน์ไว้อย่างชัดเจน ประกอบกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการ จากหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit PCU) ซึ่งเป็นด่านหน้าของการจัดบริการให้ครอบคลุม เข้าถึงง่าย เป็นองค์รวม และเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ มีการระบุชุดบริการทันตสุขภาพสำหรับประชากรทุกกลุ่มอายุ และใช้งบประมาณรวมในลักษณะการเหมาจ่ายรายหัวประชากร เป็นรูปแบบการจัดบริการที่แตกต่างจากประสบการณ์เดิมของประเทศไทยและของต่างประเทศ ที่มักกำหนดสิทธิประโยชน์เฉพาะประชากรบางกลุ่ม เช่นกลุ่มเด็ก ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ

สถานการณ์การให้บริการที่ผ่านมา มักจำกัดอยู่ในสถานพยาบาลภาครัฐ ภายใต้หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่ความขาดแคลนของทันตบุคลากรพบเกิดขึ้นในทุกระดับ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล ซึ่งเป็นปัญหาที่เรื้อรังมานาน ที่เกิดจากปัญหาความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายทันตแพทย์ทางภูมิศาสตร์ การกระจายของทันตแพทย์อย่างไม่เท่าเทียมระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท เป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของระบบบริการทางทันตกรรมของประเทศไทย ปัญหานี้ทำให้เกิดความไม่สมดุลย์ระหว่างความต้องการและจำนวนทันตแพทย์ที่ทำงานในชนบทมาโดยตลอด กระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการแก้ไขปัญหาที่สำคัญหลายประการได้แก่ การจัดทำทันตแพทย์คู่สัญญากับนักศึกษาทันตแพทย์ และการจัดให้มีแรงจูงใจจากค่าตอบและสิทธิประโยชน์ต่างๆ

ทำให้เกิดคำถามจากผู้เกี่ยวข้องว่า รูปแบบการจัดบริการทันตสุขภาพของประเทศไทยภายใต้นโยบายหลักประกันฯ ประชาชนผู้มีสิทธิสามารถเข้าถึงบริการทันตสขภาพในพื้นที่ต่างๆอย่างไร ส่วนใหญ่ได้รับบริการประเภทอะไร โดยทันตบุคลากรกลุ่มใด และมีสัดส่วนการให้บริการด้านการรักษาต่อการการส่งเสริมสุขภาพเพียงใด การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์มีความเหมาะสมเพียงใด สถานการณ์ข้อจำกัดด้านบุคลากรและการกระจายบริการยังมีอิทธิพลต่อการให้บริการในระดับปฐมภูมิหรือไม่ อย่างไร ควรพัฒนามาตรการแก้ปัญหาการกระจายและมาตรการเพิ่มการคงอยู่ของทันตแพทย์ในชนบทไทยอย่างไร

การพัฒนาระบบบริการและกำลังคนด้านทันตสุขภาพสู่อนาคต จึงมีจำเป็นต้องทบทวนสถานการณ์และหาความประเด็นช่องว่างของข้อมูลในกาพัฒนากลยุทธและมาตรการพัฒนากำลังคนเพื่อจัดทำประเด็นข้อเสนอการวิจัยที่เป็นส่วนขาดต่อไป

วัตถุประสงค์การทบทวนวรรณกรรม

วัตถุประสงค์การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้มุ่งเน้นทบทวนสถานการณ์หลักใน 2 ประเด็น คือ

1. ปัญหาความขาดแคลนทันตบุคลากรที่มีในทุกระดับโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล ซึ่งเป็นปัญหาที่เรื้อรังของระบบบริการสุขภาพช่องปากในชนบทมานาน ซึ่งเกิดจากปัญหาความไม่สมดุลของการกระจายกำลังคนที่มีอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระจายทันตแพทย์ทางภูมิศาสตร์ ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท ที่เป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งของระบบบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย อันนำไปสู่ความไม่สมดุลย์ระหว่างความต้องการและจำนวนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงในชนบทมาโดยตลอด กระทรวงสาธารณสุข:ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลระบบบริการในส่วนภูมิภาค ได้ดำเนินมาตรการการแก้ไขปัญหาการกระจายที่สำคัญหลายมาตรการ ได้แก่ การจัดทำทันตแพทย์คู่สัญญากับนักศึกษาทันตแพทย์ การให้มีแรงจูงใจในเรื่องค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ต่างๆ ปัจจุบันพบว่าสามารถแก้ไขปัญหาการกระจายได้ระดับหนึ่ง ขณะนี้พบว่ายังมีพื้นที่ที่ขาดแคลนทันตแพทย์กว่าร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมดทั่วประเทศ เพื่อสามารถพัฒนามาตรการแก้ปัญหาการกระจายและมาตรการเพิ่มการคงอยู่ของทันตแพทย์โดยเฉพาะในชนบทไทย จำเป็นต้องทบทวนสถานการณ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการกระจายและพัฒนามาตรการสรรหาและการคงอยู่ของทันตแพทย์ที่ผ่านมา เพื่อประกอบการตัดสินใจในกำหนดกรอบประเด็นการวิจัยในอนาคต

2. สถานการณ์กำลังคนด้านทันตบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนภูมิภาค ภายใต้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีวัตุประสงค์ให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันว่าจะเข้าถึงบริการที่จำเป็น ตามชุดสิทธิประโยชน์ได้อย่างเสมอภาคเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หลักประกันด้านสุขภาพนี้ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ มีการจัดระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มุ่งหวังให้เป็นสถานที่ใกล้บ้านและใกล้ใจ เพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ บริการดังกล่าวรวมถึงด้านทันตกรรม ซึ่งระบุชุดสิทธิประโยชน์ไว้อย่างชัดเจน

นิยามหน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนภูมิภาค

การทบทวนครั้งนี้ได้กำหนดนิยามหน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนภูมิภาคในที่นี้หมายถึง สถานีอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งในโรงพยาบาลและสถานีอนามัยที่ตั้งในส่วนภูมิภาค ภายใต้การดูแลของสถานบริการที่รับเป็นคู่สัญญาเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Contracting Units of Primary Care : CUP) ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งไม่ครอบคลุมสถานบริการที่รับเป็นคู่สัญญาเครือข่ายบริการปฐมภูมิภาคเอกชน เนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องข้อมูลและงานวิจัยของระบบบริการสุขภาพช่องปากภาคเอกชนใน

ประเทศไทยมีการศึกษาน้อยมาก ประกอบกับการศึกษา สุณี วงศ์คงคาเทพ (2547) พบว่าประชาชนไทยเคยใช้บริการทันตกรรม ปี 2546 เท่ากับร้อยละ 10.6 มีค่าเฉลี่ยบริการ 1.6 ครั้ง/คน/ปี เมื่อพิจารณาในรายละเอียดการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย ประชาชนส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐ(รพศ./รพท. /รพช.) และ สถานีอนามัย รวมร้อยละ 61.8 ชี้ให้เห็นว่าการใช้บริการสุขภาพช่องปากที่ผ่านยังจำกัดอยู่ในสถานพยาบาลภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากการกระจายหน่วยบริการที่ทั่วถึง

การวางแผนการพัฒนากำลังคนด้านทันตบุคลากร ในหน่วยบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ ที่ประชาชนเข้าถึงอย่างครอบคลุมและเป็นบริการที่มีคุณภาพ ตามรายการที่ระบุในชุดสิทธประโยชน์นั้น จำเป็นต้องมีการทบทวนการจัดบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยที่ผ่านมา ในประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ต่างๆ ประชาชนส่วนใหญ่ใช้บริการสุขภาพช่องปากประเภทอะไร โดยทันตบุคลากรกลุ่มใด และมีสัดส่วนการให้บริการด้านการรักษาต่อการการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างไร ศักยภาพของทันตบุคลากรในการให้บริการเป็นอย่างไร และการกระจายทันตบุคลากรประเภทต่างๆเพื่อให้บริการเป็นอย่างไร ระบบการสนับสนุนทรัพยากรในการจัดบริการเป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับการให้บริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิอย่างไร เพื่อประกอบการตัดสินใจในกำหนดทิศทางและกรอบประเด็นการวิจัย ตลอดจนกลยุทธการพัฒนากำลังคนเพื่อจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่สามารถสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนในอนาคต

ความเชื่อมโยงประเด็นการทบทวนกับบริบทที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนสถานการณ์ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ และการพัฒนากำลังคนในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนภูมิภาค การวิเคราะห์และสังเคราะห์ได้เชื่อมโยงกับบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องการจัดบริการ ได้แก่ สถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพช่องปากของคนไทยและปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง มาตรการการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุของคนไทยที่เหมาะสม พัฒนาการของนโยบายและการจัดการบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยที่ผ่านมา ผลงานการให้บริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิที่ ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อระบบบริการและการจัดการกำลังคนทางทันตสุขภาพ และ บทบาทขององค์กรท้องถิ่นต่อการพัฒนางานทันตสาธารณสุขระดับตำบล เพื่อการสังเคราะห์กรอบทิศทางประเด็นการวิจัย และกลยุทธ์การพัฒนากำลังคนในอนาคต

บทที่ 1
แนวโน้มปัญหาสุขภาพช่องปากของคนไทยและปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง

สุขภาพหมายถึง สภาพของร่ายกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามวิถีการดำรงชีวิต และบริบทของสิ่งแวดล้อมต่างๆ การมีสุขภาพที่ดีจึงมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับพฤติกรรมต่างๆ บนฐานการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล โดยพฤติกรรมที่แสดงออกต่างๆ มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ ความเชื่อ วัฒนธรรม(ทั้งบริบทในระดับครอบครัวและสังคม) รวมถึงสภาวะแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพ สุขภาพในที่นี้รวมทั้งสุขภาพช่องปาก จึงอาจกล่าวได้ว่าการทำงานเพื่อสร้างเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี จึงมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าใจถึงลักษณะ รายละเอียด และกลไกการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ตลอดจนบริบทที่เป็นตัวกำหนด ภายใต้สถานการณ์การดำรงชีพจริงของประชาชนแต่ละพื้นที่ ผสมผสานกับมาตรการและวิทยาการในการจัดการ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม ซึ่งถือเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างจุดเริ่มในการแก้ปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพอย่างมั่นคงและยั่งยืนในอนาคต

ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย

การประมวลสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาสุขภาพช่องปากของคนไทยและปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้อง ในแต่ละกลุ่มอายุพอสรุปได้สังเขปดังนี้

ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มเด็กปฐมวัยและก่อนวัยเรียน

ตามธรรมชาติวิทยาของการเกิดโรคในช่องปาก ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญในกลุ่มเด็กปฐมวัยและก่อนวัยเรียนไทย คือ โรคฟันผุ ประเทศไทยเริ่มมีการเก็บข้อมูลการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กเล็กอย่างเป็นระบบตั้งแต่ พ.ศ. 2532 โดยทำการสำรวจที่กลุ่มอายุ 3 ปี พบว่าความชุกของการเกิดโรฟันผุในกลุ่มนี้มีสูงถึงร้อยละ 66.5 (กองทันตสาธารณสุข. 2532) ข้อมูลในการสำรวจรอบต่อๆมาพบเพิ่มเป็นร้อยละ 65.7 ในพ.ศ. 2544 (กองทันตสาธารณสุข. 2544) การเกิดโรคฟันผุในเด็กไทยเริ่มตั้งแต่อายุน้อยมาก สามารถพบการเกิดโรคฟันผุในเด็กได้ตั้งแต่อายุ 9-12 เดือน และอัตราการเกิดโรคจะเพิ่มอย่างรวดเร็วในช่วง 12-24 เดือน (วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์. 2545, ธนัชพร บุญเจริญ. 2535) ลักษณะการเกิดโรคในช่องปากจะอยู่ในภาวะที่ลุกลาม อัตราการเกิดโรคฟันผุพบเฉลี่ยตั้งแต่ 4 ซี่ ขึ้นไปในบางพื้นที่ของประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัดในเขตตะวันออกและภาคใต้ของประเทศ จะพบเด็กวันนี้มีฟันผุในช่องปากสูงมากกว่า 8 ซี่ขึ้นไป (เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนงค์ และ คณะ. 2547) ลักษณะการผุที่พบจะเป็นรอยโรคที่ไม่ได้รับการรักษา และเป็นโรคโรคในระยะลุกลามทั้งสิ้น การที่เด็กมีรูฟันผุมากถึงครึ่งหนึ่งของจำนวนซี่ฟัน ทำให้ไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ และจะมีผลกระทบต่อสภาพกายและคุณภาพชีวิตของเด็กได้(ศิริรักษ์ นครชัย และ คณะ. 2547)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัยและก่อนวัยเรียน

การเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กเกิดจากปัจจัยสำคัญในระดับปัจเจก 3 องค์ประกอบด้วยกัน คือ ตัวฟัน อาหาร เชื้อจุลินทรีย์ โดยมีปัจจัยการดูแลทันตสุขภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยเสริม ได้แก่ ลักษณะผู้ดูแลเด็ก พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก พฤติกรรมการดูแลสุขอนามัยของเด็ก สภาพทาง

เศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน รวมถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร บรรทัดฐานและค่านิยมของสังคม ซึ่งล้วนเป็นบริบทที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็กแต่ละคนค่อนข้างมาก

ตัวฟันที่มีโครงสร้างฟันที่ไม่แข็งแรงมีความผิดปรกติของเคลือบฟัน หรือที่เรียกว่า Enamel hypoplasia ซึ่งมักพบในเด็กที่คลอดก่อนกำหนด เด็กที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์อันเกิดจากความไม่สมบูรณ์ของแม่ในช่วงตั้งครรภ์ ฟันลักษณะเช่นนี้จะเกิดโรคฟันผุได้ง่าย เนื่องจากความผิดปกติของตัวฟันจะส่งเสริมให้เชื้อยึดเกาะบนตัวฟันได้ดี และเกิดการสะสมของอาหารทำให้เกิดฟันผุได้ง่าย (จันทนา อึ้งชูศักดิ์และ คณะ. 2547)

อาหารที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคฟันผุในฟันน้ำนม ได้แก่ นม และ อาหารประเภทแป้งและน้ำตาล นมเป็นอาหารหลักสำหรับเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี หลังจากนั้นนมถือเป็นอาหารเสริม นมสำหรับเด็กอาจจะเป็น นมมารดา หรือนมผงดัดแปลง ซึ่งส่วนใหญ่ทำมาจากนมวัว เช่น นมดัดแปลงสำหรับทารก นมสูตรต่อเนื่อง เป็นต้น ถึงแม้ว่านมส่วนใหญ่มี lactoseเป็นส่วนประกอบ ซึ่งแบคทีเรียสามารถใช้น้ำตาลนี้ทำให้เกิดกรดได้เช่นเดียวกับน้ำตาลชนิดอื่น แต่นมยังมีส่วนประกอบอื่น ที่มีคุณสมบัติช่วยในการป้องกันฟันผุ เช่น โปรตีน แคลเซี่ยมและฟอสเฟต ซึ่งจะช่วยสะเทินความเป็นกรดและช่วยให้เกิดการคืนกลับแร่ธาตุสู่ตัวฟัน (remineralization) ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า นมธรรมชาติไม่ว่าจะเป็นนมแม่หรือนมวัวจัดเป็นอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุน้อย ปัญหาที่ทำให้เกิดโรคฟันผุจึงอยู่ที่วิธีเลี้ยงเด็กด้วยนม ด้วยการเติมสารอื่นๆ เพิ่มเข้าไปในนม เช่น น้ำตาล น้ำผึ้ง กลูโคส เป็นต้น การศึกษาในเด็กกรุงเทพฯ ที่ดื่มนมหวานในช่วงอายุ 0-2 ปี มีฟันผุมากกว่าเด็กที่ดื่มนมจืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าเด็กกลุ่มนี้จะแปรงฟันเป็นประจำและกลุ่มที่ดื่มนมจืดจะแปรงฟันไม่สม่ำเสมอก็ตาม เด็กที่ดื่มหวานจะได้รับน้ำตาลมากกว่าที่ควรได้รับใน 1 วัน(ไม่เกิน 6 กรัมต่อวัน) ตามข้อกำหนดความต้องการสารอาหารของเด็กไทย (Dietary reference intake, DRI) ถึง 3 เท่า (ปริมาณน้ำตาลในเด็กที่ต้องการพลังงาน 1400 กิโลแคลลอรี่ในหนึ่งวัน คือ 16 กรัม) (ทรงธรรม สุคนธาภิรมย์. 2539)

ปัจจัยการดูแลทันตสุขภาพในครอบครัว

วิธีการบริโภคและความถี่ในการบริโภค

เด็กที่บริโภคนมด้วยการดูดขวดจะทำให้เกิดโรคฟันผุได้มากกว่าการดูดนมแม่ เนื่องจากเด็กมักจะหลับคาขวด ซึ่งทำให้มีนมเอ่ออยู่บริเวณฟันตลอดเวลา และจะเกิดการผุแบบลุกลามเกือบทุกซี่ฟันในปาก (rampant caries) เด็กอายุ 6-30 เดือนที่มีพฤติกรรมหลับคาขวดนมจะมีอัตราการเกิดโรคฟันผุมากกว่าเด็กที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว 1.6 เท่า การดูดน้ำตามหลังการดูดนมจะช่วยลงอัตราการเกิดฟันผุได้ (สมนึก ชาญด้วยกิจ. 2547) เด็ก 3-5 ปี ที่มีฟันผุส่วนใหญ่หย่านมแม่หรือนมขวดช้า หลายคนดูดขวดจนอายุ 4 ปี ดูดขวดแล้วหลับโดยไม่ดูดน้ำตาม นมส่วนใหญ่เป็นนมหวาน ปัจจัยถัดมา คือ การบริโภคอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล ปริมาณการบริโภคน้ำตาลเป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้ ข้อมูล ณ. พ.ศ. 2547 พบว่า คนไทยบริโภคน้ำตาล (free sugar) ประมาณ 20 ช้อนชา หรือ 80 กรัม/วัน ซึ่งสูงมากกว่าปริมาณที่แนะนำถึง 5 เท่า และมีแนวโน้มการบริโภคสูงมากขึ้นเรื่อยๆ น้ำตาล

เหล่านี้มีสัดส่วนที่อยู่ในรูปของน้ำตาลแฝงถึง 30% ซึ่งผู้บริโภคอาจไม่รู้ตัว แหล่งน้ำตาลหลักที่เด็กได้รับในช่วงวัยเริ่มต้นของชีวิตจะอยู่ในนมและผลิตภัณฑ์นม และในเครื่องดื่ม ขนมและอาหารว่างในช่วงวัยถัดมา (สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลแห่งชาติ. 2544) เด็กที่บริโภคอาหารระหว่างมื้อที่มากกว่า 2 ครั้ง/วันจะมีภาวะเสี่ยงต่อโรคฟันผุสูง พบว่า ปัจจุบัน เด็กไทยวัย 3-5 ปี ได้รับพลังงานจากขนมและอาหารว่าง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 27 ของพลังงานที่ควรได้รับใน 1 วัน (อุไรพร จิตต์แจ้ง. 2547)

พฤติกรรมการดูแลอนามัยช่องปากของเด็ก

การทำความสะอาดช่องปากเด็กเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคฟันผุของเด็ก วิธีที่ใช้เพื่อการทำความสะอาดฟันเด็ก คือการแปรงฟัน โดยที่อายุเริ่มต้นที่แปรงงฟัน ความถี่ในการแปรงฟัน และการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะมีผลต่อการเกิดโรคฟันผุในเด็ก อย่างไรก็ตามในเด็กเล็กที่พัฒนาการของกล้ามเนื้อมือยังไม่ดีพอ มีความจำเป็นที่เด็กจะต้องได้รับความช่วยเหลือของผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครองควรช่วยแปรงฟันให้เด็กจะควบคุมความสะอาดได้ดีกว่าการปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง ในเด็กไทยผู้ปกครองมักจะปล่อยให้เด็กแปรงฟันเอง เนื่องจากไม่มีเวลา และคิดว่าเด็กสามารถดีพอในการแปรงฟันด้วยตนเอง รวมทั้งเด็กไม่ยอมให้แปรงจึงปล่อยให้เด็กแปรงเอง และผู้ใหญ่มักจะมีทัศนะในการดูแลความสะอาดในช่องปากเพื่อการเข้าสังคม ส่งผลให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่จึงพอใจให้เด็กแปรงฟันเพียงวันละ 1 ครั้งในตอนเช้า อายุที่เริ่มต้นในการแปรงฟันเป็นปัจจัยสำคัญอีกตัวหนึ่งในการทำความสะอาดช่องปากเด็กที่เริ่มแปรงฟันหลังอายุ 1 ปี จะทำให้ฟันผุเพิ่มมากขึ้น (ปิยะดา ประเสริฐสม. 2546)

ลักษณะผู้ดูแลเด็ก

การที่เด็กอยู่ในการดูแลของแม่ ทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ดีกว่าเด็กที่อยู่ในการดูแลของญาติ ในปัจจุบันเนื่องจากพ่อแม่มีความจำเป็นในการทำหากินทำให้เด็กอยู่ในการเลี้ยงดูของญาติมากขึ้น ร้อยละ 15.6 ของเด็กอยู่ในการดูแลของญาติที่ไม่ใช่พ่อแม่ เด็กเล็กจะถูกส่งเข้าฝากเลี้ยงที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเมื่ออายุไม่เกิน 2 ขวบ เพื่อให้ผู้ใหญ่สามารถประกอบกิจการงานหาเงินช่วยครอบครัว จึงทำให้เด็กมีโอกาสสัมผัสกับขนมและอาหารที่มีศักยภาพในการทำให้ฟันผุเร็วขึ้น (กรมอนามัย. 2547)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจละสังคมของครอบครัว

ปัญหาการย้ายถิ่นทำงานของพ่อแม่เป็นปัญหาหนึ่ง ที่มีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก การที่แม่ต้องออกไปทำงานต่างหมู่บ้านและต้องออกไปแต่เช้า จำเป็นต้องฝากเด็กให้อยู่ในรับผิดชอบของญาติ จึงไม่ค่อยเข้มงวดในการแปรงฟันให้เด็ก ในขณะเดียวกันเด็กจะเรียนรู้ที่ทำให้สามารถไปซื้อขนมถุงจากร้านค้าในหมู่บ้าน โดยเจ้าของร้านไปเก็บเงินพ่อแม่หรือย่ายายในภายหลัง ปัจจัยที่พบความสัมพันธ์กับการเกิดฟันผุในเด็กอย่างชัดเจน เนื่องจากแม่ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีความเชื่อในการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่ถูกต้อง (ปิยะดา ประเสริฐสม และ ศรีสุดา ลีละศิธร. 2542)

ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน อายุ 6-15 ปี

สถานการณ์การเกิดโรคในช่วงวัยนี้จะมุ่งเน้นที่โรคฟันฟันแท้ผุ ซึ่งเริ่มเกิดขึ้นในช่องปากตั้งแต่อายุ 6 ปี เป็นต้นมา สามารถแบ่งกลุ่มปัญหาของการเกิดโรคในเด็กกลุ่มนี้เป็น 3 ช่วงอายุ คือ กลุ่ม 6-8 ปี กลุ่ม 9-12 ปี กลุ่ม 13-15 ปี

กลุ่ม 6-8 ปี เป็นช่วงวัยที่เด็กเริ่มเข้าสู่ระบบการศึกษาอย่างเป็นทางการ จึงทำให้เด็กได้มีโอกาสสัมผัสต่อสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโรคฟันผุได้มากขึ้น ประกอบกับเป็นช่วงอายุที่เริ่มมีการผลัดเปลี่ยนจากฟันน้ำนมเป็นฟันแท้ จึงมักทำให้เกิดปัญหาอนามัยในช่องปาก เนื่องจากฟันน้ำนมที่กำลังหลุดจะเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้เด็กไม่สามารถทำความสะอาดได้ดี และการหลุดของฟันน้ำนมทำให้เด็กเคี้ยวอาหารไม่ได้ง่าย จึงมักพบว่าเด็กกลุ่มนี้จะเลือกรับประทานอาหารที่มีรสนิ่ม และบริโภคขนมเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดการผุของฟันแท้กรามแท้ซี่ที่ 1 โดยพบว่าร้อยละ 16 ของเด็กอายุ 6 ปี มีฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ผุ ในการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งล่าสุด พ.ศ. 2537 (กองทันตสาธารณสุข. 2537)

กลุ่ม 9-12 ปี จะพบว่าการผุของฟันแท้จะเพิ่มมากขึ้น โดยความชุกของการเกิดโรคฟันผุในฟันแท้เพิ่มเป็นร้อยละ 57.3 (กองทันตสาธารณสุข. 2544) ซึ่งการผุส่วนใหญ่จะอยู่ในบริเวณฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ซึ่งมีอัตราการผุประมาณ 36% ในช่วงเวลา 6 ปี (กองทันตสาธารณสุข. 2537) พบว่าการผุของฟันซี่นี้จะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20 ซึ่งการผุส่วนใหญ่จะเป็นการผุบนด้านบดเคี้ยว มากกว่าครึ่งของฟันผุเกิดขึ้นกับเด็กกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ ซึ่งมีอยู่ประมาณร้อยละ 25 ของเด็กทั้งหมด

กลุ่ม 13-15 ปี เป็นช่วงวัยรุ่นซึ่งจะเป็นช่วงวัยที่ฟันแท้ขึ้นในช่องปากครบ 28 ซี่ ลักษณะการผุจะค่อนข้างคงที่เมื่อเทียบกับการกระจายของโรคฟันผุในกลุ่ม 9-12 ปี ปัญหาที่พบในกลุ่มนี้จะเป็นภาวะเหงือกอักเสบ ซึ่งมากถึงร้อยละ 85.4 (กองทันตสาธารณสุข. 2544) เนื่องจากเป็นช่วงวัยรุ่นที่มีปัจจัยทั้งเชิงกายภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน และปัจจัยในเชิงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากตามค่านิยมในปัจจุบัน

ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กนักเรียน

ปัจจัยเชิงกายภาพ

สภาวะเหงือกอักเสบและการเกิดโรคฟันผุในกลุ่มอายุนี้ มีปัจจัยในการเกิดโรคไม่แตกต่างกับการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนม คือ ปัจจัยทางด้านการบริโภคอาหารและการทำความสะอาดช่องปาก หากแต่ในกลุ่มวัยนี้ มีข้อจำกัดเชิงกายภาพที่มีผลต่อการทำความสะอาดช่องปากของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กวัย 8-10 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่เป็นฟันชุดผสม คือ เป็นช่วงที่มีฟันน้ำนมหลุดออกและฟันแท้อยู่ในระยะการขึ้นของฟัน ทำให้ฟันในช่องปากเด็กกลุ่มวัยนี้มีการจัดเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ ยากต่อการทำความสะอาด จึงทำให้พบว่าในช่วงนี้เด็กจะมีคราบจุลินทรีย์สะสม ในปากได้ง่าย และด้วยทักษะการแปรงฟันของเด็กกลุ่มนี้ จึงทำให้ไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้ดีเท่าที่ควร

พฤติรกรรมการบริโภคอาหาร

เด็กในวัยนี้เป็นวัยที่จะอยู่ในสถานศึกษา ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเด็กสามารถดูแลตนเองได้ และมักจะละเลยในการให้คำแนะนำในการบริโภคขนมและอาหารว่างของเด็ก สถานศึกษาเองก็ให้ความสำคัญต่อการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนน้อย โดยที่สามารถพบได้โดยทั่วไปว่า สหการของโรงเรียนจะมีการขายขนมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุได้สูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งขนมกรุบกรอบที่มีบรรจุภัณฑ์สำเร็จรูป ซึ่งจะมีองค์ประกอบของแป้งและน้ำตาลเป็นหลัก จากการสำรวจขยะขนมที่เด็กบริโภคใน 1 วันของเด็กประถมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 พบว่า ร้อยละ 80.86 ของขนมที่เด็กบริโภคมีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ (บุญเอื้อ ยงวานิชากร. 2547) เด็กในกลุ่มวัยนี้จะบริโภคขนมเหล่านี้ทุกวัน พบว่า ค่าขนมเฉลี่ยในเด็กลุ่ม 3-15 ปี ประมาณ 13 บาท/วัน และสูงถึง 100 บาท/วันในเด็กบางคน การเปลี่ยนแปลงของการบริโภคขนมจะเป็นไปตามช่วงวัย เด็กเล็กมักนิยมบนริโภคขนมปังนิ่มมีไส้ ในขณะที่เมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นจะมีการบริโภคน้ำอัดลมเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้การตัดสินในเลือกซื้อขนมของเด็กเป็นไปตามโฆษณา รสชาติ และของแถม การบริโภคอาหารมื้อหลักของเด็กมีรูปแบบที่เปลี่ยนไป

อาหารมื้อหลักโดยเฉพาะอาหารเช้ามักจะเป็นอาหารที่ปรุงสำเร็จรูปหรือปรุงได้ง่ายจากการสำรวจพบว่า อาหารที่มักเป็นอาหารเช้าของเด็กได้แก่ ข้างเหนียว หมูปิ้ง ไส้กรอกทอด โจ๊ก ข้าวต้ม เป็นต้น ซึ่งเป็นอาหารที่กอรปด้วยคาร์โบไฮเดรต ไขมัน เป็นหลัก ทำให้เด็กขาดอาหารจำพวกผักผลไม้ที่มีเส้นใย เกลือแร่ (ปิยะดา ประเสริฐสม. 2546, อุไรพร จิตต์แจ้ง. 2547)

สื่อโฆษณา: ปัจจุบันสื่อโฆษณามีอิทธิพลต่อความเชื่อและการตัดสินใจของประชาชนเป็นอย่างมาก เด็กเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ชัดเจนที่ถูกครอบงำโดยสื่อโฆษณา การศึกษาเวลาที่ใช้ในการดูโทรทัศน์ของเด็ก พบว่า ในวันธรรมดา เด็กดูโทรทัศน์เฉลี่ย 5 ชั่วโมง 10 นาที และสูงขึ้นถึง 9 ชั่วโมง 47 นาที ในวันหยุด ตกปีละ 2,236 ชั่วโมงใน 1 ปี มากกว่าเวลาที่ใช้ในโรงเรียน 1600 ชั่วโมงถึง 636 ชั่วโมง การสำรวจรายการการโฆษณาในรอบเวลา 1 วัน ในรายการการ์ตูนของทีวีช่อง 9 มีการโฆษณาถึง 101 ครั้ง ลักษณะการโฆษณาล้วนเป็นการโฆษณาเชิญชวนและปลูกฝังให้มีค่านิยมในขนมและของเล่นที่เพิ่มความรุนแรงทั้งสิ้น สื่อเหล่านี้ทำให้เด็กเพิ่มการบริโภคขนมและอาหารที่ไร้ประโยชน์เพิ่มมากขึ้น (สันติ จิตระจินดา. 2546)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

แม้ว่าจะมีโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประภมศึกษาตั้งแต่ปี 2520 โดยจัดให้มีกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวันก็ตาม แต่พบว่ากิจกรรมการแปรงฟันส่วนใหญ่ไม่มีความสม่ำเสมอ และไม่สามารถแปรงฟันได้สะอาด เนื่องจากข้อจำกัดของพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กของเด็กที่จะพัฒนาได้เต็มที่เมื่อเด็กอายุ 8 ปีไปแล้ว นอกจากนี้เมื่อเด็กอายุมากขึ้นย่างเข้าสู่วัยรุ่นจะให้ความเอาใจใส่ในการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันน้อยลง อย่างไรก็ตามการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์จะมีส่วนในการป้องกันการเกิดโรคฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ พบว่า ข้อมูลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งล่าสุด พ.ศ. 2443-44 เด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 94 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และพบว่าอัตราการเกิดโรคฟัน

ผุในเด็กกลุ่มที่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์น้อยกว่าเด็กที่ไม่ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่ามีนัยสำคัญทางสถิติ (กองทันตสาธารณสุข. 2544)

ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีสภาวะปริทันต์อักเสบเพิ่มสูงขึ้น ผลกระทบที่ตามมาอย่างชัดเจน คือ การสูญเสียฟันในวัยสูงอายุ อันเนื่องมาจากการที่โรคในช่องปากเป็นโรคเรื้อรังที่สะสม จนระยะที่เป็นผู้สูงอายุทำให้เกิดการสูญเสียฟันอย่างต่อเนื่อง ในที่สุดเป็นการสูญเสียฟันทั้งปาก ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งในเชิงกายภาพ (Physical Function) ที่ทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ดี และในเชิงสังคม (Social Function) ทำให้เกิดปัญหาในการเข้าสังคมของผู้ที่มีการสูญเสียฟัน

กลุ่มวัยแรงงานจะเป็นปัญหาการเป็นโรคฟันผุซึ่งเรื้อรังมาตั้งแต่ในวัยรุ่น อัตราการเกิดโรคฟันผุคิดเป็นค่าเฉลี่ย ฟันผุ ฟันถอน ฟันอุด เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มวัยแรงงาน และมีแนวโน้มของการเกิดโรคฟันผุสูงมากขึ้นในการสำรวจแต่ละครั้ง (ตารางที่ 1) สัดส่วนการสูญเสียฟันจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุ

ตารางที่ 1.1 ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน) และสัดส่วนของค่าฟันผุ ฟันถอน และฟันอุด ในกลุ่มอายุต่างๆ จากสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2537 2543-44

กลุ่มอายุ	จำนวนฟันในช่องปาก(ซี่/คน)		ค่าเฉลี่ยฟันผุถอน อุด		%DT/DMFT		%MT/DMFT		%FT/DMFT	
	2537	2543-44	2537	2543-44	2537	2543-44	2537	2543-44	2537	2543-44
12	24.7	25.0	1.6	1.6	75.0	69.5	6.2	4.3	18.8	26.2
17-19	28.2	27.8	2.4	2.1	58.3	68.4	16.7	6.1	25.0	25.5
35-44	28.2	28.2	6.5	6.1	32.2	30.8	55.4	57.9	12.3	11.3
60-74	18.1	19.6	15.8	14.4	11.4	14.5	88.0	84.9	0.6	0.6

ปัญหาทันตสุขภาพที่สำคัญซึ่งมีความเชื่อมโยงกับการสูญเสียฟันในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ การมีโรคปริทันต์ และการมีโรคฟันผุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีฟันผุบริเวณรากฟัน ซึ่งเป็นการผุที่รักษาได้ยาก และเกิดการทะลุคลองรากฟันได้ง่าย และปัญหาที่เริ่มพบมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คือ ปัญหามะเร็งในช่องปาก

จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2544 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียฟัน อย่างน้อย 1 ซี่ร้อยละ 92.7 โดยพบว่า ร้อยละ 57.5 มีการสูญเสียฟันที่มีผลกระทบต่อการเคี้ยวอาหารหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ค่าเฉลี่ยจำนวนซี่ฟันในช่องปากของผู้สูงอายุไทยอยู่ที่ 19.57 ซี่ พบผู้ไม่มีฟันเหลืออยู่ใน

ปากเลยร้อยละ 8.2 ผู้มีฟันเพียงพอสำหรับการเคี้ยวอาหาร คือมีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ พบร้อยละ 49.0 การสูญเสียฟันในเขตเมือง(ร้อยละ 43.6) สูงกว่าเขตชนบท (ร้อยละ 52.1)

การเกิดโรคปริทันต์ซึ่งวัดโดยการเกิดร่องลึกปริทันต์ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 61.6 มีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 25.7 เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคปริทันต์ที่มีร่องลึกปริทันต์มากกว่า 6 มิลลิเมตร โดยมีค่าเฉลี่ย 0.44 ส่วน/คน การรักษาที่ประชากรกลุ่มนี้ควรได้รับจะเป็นการรักษาโรคปริทันต์ในระดับที่ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งต้องอาศัยความชำนาญของทันตแพทย์เป็นการเฉพาะในการดูแลรักษา การกระจายของโรคค่อนข้างสม่ำเสมอในทุกภาค

ปัญหาโรคฟันผุเป็นปัญหาเรื้อรังตลอดช่วงชีวิต ผู้สูงอายุไทยเกือบทุกคนเคยมีประสบการณ์โรคฟันผุ หรือมีการสูญเสียฟัน ร้อยละ 95.6 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 14.37 ซี่/คน ในจำนวนนี้ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 56.3 มีฟันผุในช่องปากโดยที่ยังไม่ได้รับการรักษา ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการบดเคี้ยวอาหาร โดยที่ฟันเหล่านั้นเป็นฟันที่อยู่ในสภาวะผุลุกลามและมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการถอนฟันมากที่สุด (ร้อยละ 56) ปัญหาการเป็นโรคฟันผุของกลุ่มผู้สูงอายุจะพบในภาคกลางมากกว่าภาคอื่นๆ รวมถึงการเกิดเหงือกร่นเป็นสภาวะที่พบได้มากในผู้สูงอายุ และทำให้มีรากฟันโผล่ในช่องปากโดยทั่วไป ซึ่งสภาวะดังกล่าวมีผลมาจากการแปรงฟันผิดวิธีและการมีสภาวะปริทันต์อักเสบเรื้อรัง พบอัตราการเกิดฟันผุที่รากฟันจะพบสูงในภาคเหนือ(ร้อยละ 28.5) และในเขตเมือง (ร้อยละ 26.0) การมีรากฟันผุหากไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลให้มีโอกาสเกิดฟันหักขึ้นได้ และคงเหลือเป็นรากฟันซึ่งสูญเสียการใช้งานได้

มะเร็งในช่องปาก

เป็นประเด็นที่สำคัญอีกโรคหนึ่งเนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงเมื่อเทียบกับสภาวะความผิดปรกติอื่นๆในช่องปาก ใน ปี 2540 พบว่ามะเร็งเป็นสาเหตุการตายของประชากรทั่วโลกกว่า 6 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13 ของสาเหตุการตายทั้งหมด พบว่ากว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยมะเร็งจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา มะเร็งในช่องปากจัดเป็น 10 อันดับแรกของการตายในประเทศสหรัฐอเมริกา พบมีผู้ป่วยมะเร็งในช่องปากและลำคอร้อยละ 3 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ 2547ได้รายงานอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งในช่องปากและลำคอของไทย ในปี 2536 2539 และ 2542 พบว่าอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในช่องปากและลำคอ คิดเป็นอัตราประมาณการรายปี (Age Standardized Rate) โดยในเพศชาย 5.4, 4.4, และ 4.6 ต่อประชากร 100,000 คน และในเพศหญิง 4.0, 4.3, และ6.8 ต่อแสนคน ตามลำดับ อัตราการเกิดโรคจะเพิ่มสูงมากขึ้นอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้สูงอายุ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1.2 Oral cancer : Age specific incidence rates (ASR) per 100,000 year 1999.

โรค	เพศ	10-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	รวม
Oral cancer	Male	0.7	2.6	9.3	24.3	42.8	67.6	147.3
	Female	1.4	4.5	7.9	27.8	68.8	124.9	253.3
Nasopharynx	Male	2.3	6.3	12.9	30.7	56.3	70.3	178.8
	Female	1.4	3.4	6.0	11.0	13,4	20,4	55.6

ปัจจัยสำคัญกับสภาวะทันตสุขภาพในวัยแรงงานและผู้สูงอายุ

ความจำเป็นในการรักษาในกลุ่มผู้สูงอายุมีมากทั้งในกรณีของการบูรณะฟัน การรักษาปริทันต์ และการฟื้นฟูสภาพช่องปากด้วยการใส่ฟัน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรมในกลุ่มนี้อย่างชัดเจน

พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพ การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543-44 พบว่า ร้อยละ 85.4 ทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน หากแต่เป็นการแปรงด้วยวิธีถูไปถูมาเป็นหลัก เวลาที่ผู้สูงอายุจะแปรงฟันมากที่สุด คือ หลังตื่นนอนตอนเช้าร้อยละ 89.5 และแปรงฟันหลังกินอาหารเย็นหรือก่อนนอนร้อยละ 52.6 พบว่า ผู้สูงอายุแปรงฟันวันละ 2 ครั้งร้อยละ 76.3 โดยจะเป็นการแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้าและหลังกินอาหารเย็นเป็นส่วนใหญ่ ในการแปรงฟันของผู้สูงอายุ จะใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เพียงร้อยละ 23.4 และมักจะนิยมใช้ไม้จิ้มฟันเพื่อเขี่ยเศษอาหารออกจากซอกฟัน (ร้อยละ 64.4)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่และสุรา

พฤติกรรมการสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเกิดโรคปริทันต์ การเกิดมะเร็งในช่องปาก แม้ว่าจากการสำรวจที่ดำเนินการเป็นระยะนับตั้งแต่ พ.ศ. 2519 เรื่อยมา โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ จะพบว่า ผู้สูบบุหรี่ประจำที่มีอายุตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไปจะมีอัตราลดลงเรื่อยมาก็ตาม หากแต่ในการสำรวจทุกครั้ง ผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป) จะพบมีอัตราการสูบบุหรี่ประจำสูงกว่าวัยอื่นๆ ในการสำรวจ พ.ศ. 2547 กลุ่มวัยทำงานอายุ 25-59 ปี มีสัดส่วนของการสูบบุหรี่ เป็นประจำสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น คือ มีร้อยละ 21.3 กลุ่มผู้สูงอายุ60 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 18.2 และกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี มีร้อยละ 10.9 ผู้สูงอายุมีสัดส่วนการสูบบุหรี่เป็นประจำสูงกว่ากลุ่มอายุ อื่นคือ ร้อยละ 18.2 หรือคิดเป็น 1.3 ล้านคน โดยประมาณ ข้อมูลจาการศึกษาระยะยาวของผู้สูงอายุในชุมชนร่มเกล้า (2541-2544) พบอัตราผู้สูงอายุ ที่เคยสูบบุหรี่ถึง 100 มวนหรือ 5 ซองในชั่วชีวิตที่ผ่านมา ถึงร้อยละ 28.3 และพบว่าผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีดัชนีความรุนแรงและการลุกลามของโรคปริทันต์ มากกว่ากลุ่มที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชาญชัย ให้สงวน. 2544) เช่นเดียวกันกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ. 2543-44 พบว่า ความรุนแรงของสภาวะปริทันต์ในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.001$ โดยผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่จะมีกระเป๋าปริทันต์มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ (กองทันตสาธารณสุข. 2544)

การดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเกิดมะเร็งและรอยโรคในช่องปาก จำนวนผู้สูงอายุที่ดื่มสุรามีถึง 1.2 ล้านคนโดยประมาณ อัตราการดื่มสุราเป็นประจำสูงถึง ร้อยละ 16 ซึ่งมีอัตราสูงสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ (ตารางที่ 2) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2547)

กลยุทธและมาตรการการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคที่ผ่านมา

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกลยุทธหลักในการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรค ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับ 4-9 โดยกำหนดกลวิธีและมาตรการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรค เน้นการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กอย่างเป็นระบบ การจัดการเกือบทั้งหมดเป็นดำเนินการโดยภาครัฐเป็นหลัก สามารถประมวลให้เห็นภาพวิวัฒนาการที่สำคัญ 3 ระยะดังนี้

ระยะที่1 ปี 2513 - 2527 ใช้รูปแบบบริการทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวีแก่นักเรียนประถมศึกษา เป็นการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้ คือ ตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียน การรักษาพยาบาลโดยเฉพาะการถอนฟันและอุดฟัน ทันตกรรมป้องกันโดยการเคลือบฟลูออไรด์ การป้องกันฟันผุโดยการอมน้ำยาฟลูออไรด์ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เป็นต้น

ระยะที่ 2 ปี 2528-2544 เริ่มดำเนินการรูปแบบเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา

ระยะที่ 3 ปี 2535-2544 เริ่มดำเนินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน 0-3 ปี ประกอบด้วย 1)การให้ทันตสุขศึกศึกษาและตรวจช่องปากหญิงมีครรภ์ 2) ให้ทันตสุขศึกษาแก่มารดาหรือผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนในคลินิกเด็กที่ของรัฐ 3) มอบแปรงสีฟันแก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1 (อายุ 1 ปีครึ่ง – 2 ปี) 4) ให้ยาน้ำฟลูออไรด์ แก่เด็กในพื้นที่ที่มีโรคฟันผุสูง

การดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันทั้งในกลุ่มเด็กที่ผ่านมา รัฐได้ให้น้ำหนักมาตรการและกิจกรรมดำเนินการที่กลุ่มนักเรียนประถมศึกษาเป็นจุดหลักมาตลอดระยะเวลา 25 ปีที่ผ่าน ยังผลให้แนวโน้มปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กวัยรุ่น (กลุ่ม 12 ปี และ กลุ่ม 15-18 ปี) มีแนวโน้มในทิศทางที่ไม่เพิ่มขึ้นในหลายภาค ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขณะที่กลุ่มเด็กเล็กซึ่งเริ่มมีโครงการส่งเสริมป้องกันอย่างชัดเจนเมื่อ 10 ปีมานี้ ยังพบแนวโน้มปัญหาโรคฟันผุในเด็กเล็กกลับสูงเพิ่มขึ้นโดยตลอด แสดงให้เห็นชัดเจนว่ามาตรการดำเนินการดังกล่าว ไม่สามารถเกิดผลสัมฤทธิ์ในเชิงส่งเสริมการป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังผลให้ค่าผุถอนอุดในกลุ่ม 5-6 ปี เพิ่มขึ้น 3 เท่าเมื่อเปรียบเทียบปี 2527 กับปี 2543-2544

กลยุทธและมาตรการการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในทศวรรษหน้า

ทันตแพทย์สภา (2548) ได้จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของประเทศไทยในทศวรรษหน้า เพื่อจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามกลุ่มอายุดังนี้

กลยุทธที่ 1 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในเด็กปฐมวัยโดยมุ่งเน้น “การลดการบริโภคน้ำตาลและการทำความสะอาดช่องปาก “ ด้วยมาตรการ

มาตรการที่ 1 การสร้างบรรทัดฐานในสังคมเพื่อสร้างค่านิยมของสังคม ในเรื่องคุณค่าของฟันน้ำนม ด้วยมาตรการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ

มาตรการที่ 2 การสร้างนโยบายสาธารณะด้วยการสร้างนโยบายลดการการบริโภคหวาน และลดสารปรุงอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากและสุขภาพทั่วไป

มาตรการที่ 3 พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่ในการปรับทัศนคติ และเพิ่มทักษะผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองสามารถแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างถูกต้อง และดูแลเด็กให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี

มาตรการที่ 4 สร้างหลักประกันในการรับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับเด็กปฐมวัย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดย 1) พัฒนาระบบลงทะเบียนเพื่อรับสิทธิบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากพื้นฐานที่จำเป็น 2) การจัดบริการบูรณาการบริการสุขภาพช่องปากในงานอนามัยแม่และเด็กอย่างเป็นระบบ 3) สนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากพื้นฐาน และ 4) พัฒนาระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงในเด็กปฐมวัยที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบสารสนเทศ

กลยุทธที่ 2 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน

การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียนโดยมุ่งเน้น “ การสร้างสุขนิสัยทางทันตสุขภาพที่ดีในเด็กวัยเรียน “ ด้วยมาตรการ

มาตรการที่ 1 การสร้างนโยบายสาธารณะในการควบคุมโฆษณาอาหารว่างและเครื่องดื่มและการเข้าถึงอาหารในสถานศึกษาโดย 1) การพัฒนานโยบายระดับท้องถิ่นและโรงเรียนใน 2) การจำกัดการจำหน่ายและลดการบริโภคอาหาร ขนม และเครื่องดื่มในโรงเรียน

มาตรการที่ 2 การสร้างบรรทัดฐานในสังคมเพื่อสร้างค่านิยมเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและความสวยงามในเด็กวัยเรียน

มาตรการที่ 3 พัฒนาทักษะบุคลากรสาธารณสุขให้มีทักษะในการเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพครูให้สามารถจัดกระบวนการเรียนรู้ในโรงเรียนอย่างเป็นระบบ

มาตรการที่ 4 พัฒนาระบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมเด็กวัยเรียนอย่างเป็นระบบ

กลยุทธที่ 3 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยแรงงาน

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแรงงาน โดยมุ่งเน้น “การคัดกรองมะเร็งช่องปาก และ การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่ “ ด้วยมาตรการ

มาตรการที่ 1 การพัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากในหน่วยบริการทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชน

มาตรการที่ 2 บรรจุกิจกรรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมสำหรับกลุ่มวัยแรงงานในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

มาตรการที่ 3 พัฒนาศักยภาพทันตบุลากรให้มีความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และประสานทีมสุขภาพในการร่วมรณรงค์และสนับสนุนการลดการสูบบุหรี่

มาตรการที่ 4 การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มแรงงาน

กลยุทธที่ 4 การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยสูงอายุ

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มแรงงาน โดยมุ่งเน้น “การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต “ ด้วยมาตรการ

มาตรการที่ 1 การสร้างบรรทัดฐานในสังคมเพื่อสร้างค่านิยมการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

มาตรการที่ 2 การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

มาตรการที่ 3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้ผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เหมาะสม

มาตรการที่ 4 พัฒนาระบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ให้กลุ่มสูงอายุอย่างเป็นองค์รวมและผสมผสานเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพช่องปากกับบริการสุขภาพทั่วไป

มาตรการที่ 5 จัดระบบให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ทันสมัยอย่างเป็นระบบ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรไทยในอนาคต

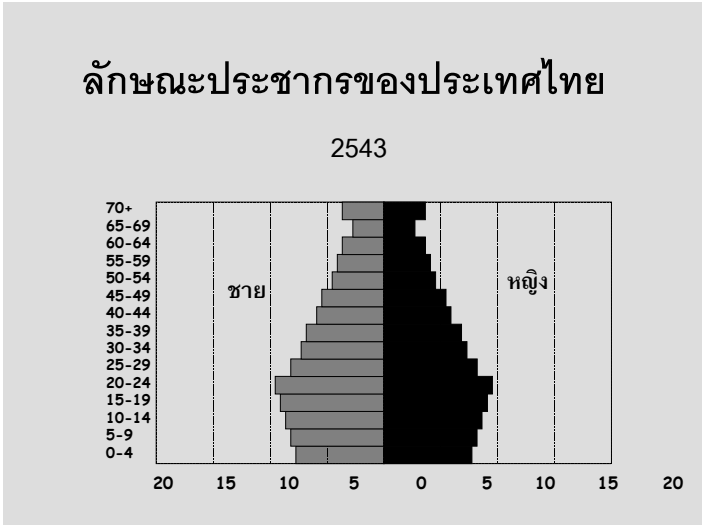
จากการคาดประมาณประชากรของ ประชากรไทยปี 2543-2568 ของ เกื้อ วงศ์บุญสิน และคณะ (2546) ระ บุว่าในปี 2568 จะมีกลุ่มพึ่งพา (dependent ages) คือกลุ่มอายุ < 15 ปี และ กลุ่มผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวนร้อยละ 24 และ 6 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ โดยกลุ่มสูงอายุจะมีแนวโน้มสัดส่วนประชากรเพิ่มขึ้น อัตราเพิ่มใน 3 กลุ่มวัย คือ วัยเด็ก วัยแรงงาน และ ผู้สูงอายุ เท่ากับร้อยละ 0.76 0.80 และ 0.82 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่กลุ่มวัยเด็กและวัยทำงานมีแนวโน้มลดลง (ตารางที่ 1.3)

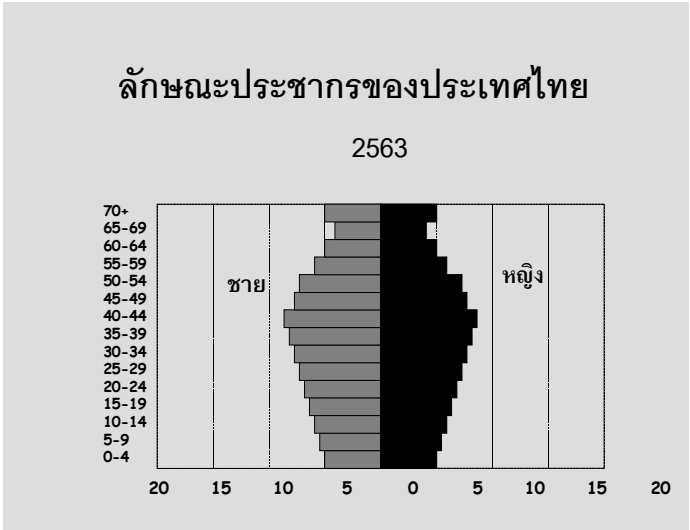
ตารางที่ 1.3 แนวโน้มสัดส่วนประชากร ปี 2543-2568

สัดส่วนประชากรตามวัย	พ.ศ. 2543	พ.ศ. 2568	ลักษณะการเปลี่ยนแปลง
วัยเด็ก	24.65	17.95	ลดลงร้อยละ 6.70
วัยแรงงาน	65.92	62.05	ลดลงร้อยละ 3.87
ผู้สูงอายุ	9.43	19.99	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.56

การคาดประมาณการของรายงานการสาธารณสุข พบว่าประชากรลดลงเล็กน้อย คือลดลงร้อยละ 0.5 ในปี 2563 ส่วนประชากร 0-14 ปี มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 30.6 ในพ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 19.1 ในปีพ.ศ. 2563 ขณะที่สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.2 ในพ.ศ. 2533 เป็นร้อยละ 15.9 ในพ.ศ. 2563 สรุป การคาดประมาณประชากรของหลายการศึกษา พบว่ามีทิศทางที่ผู้สูงอายุจะมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 9.43 ในปัจจุบัน เป็นประมาณร้อยละ 16-20 ใน 20-25 ปีข้างหน้า (รูปที่ 1.3) โดยมีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยชายมีอายุขัยเฉลี่ย 69.4 ปีในปี 2543 เป็น 72.2 ปี ในปี 2563 และหญิงมีอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่า โดยมีอายุ 74.1 ปี 2543 เป็น 76.5 ปี ในปี 2563 สัดส่วนหญิงชายจะอยู่ที่ 4.3

รูปที่ 1.3 โ ครงสร้างประชากรไทย ปี 2543 และการคาดประมาณปี 2563





การศึกษา : การปฏิรูปการศึกษา และการขยายการศึกษาภาคบังคับ 12 ปี : อัตราการรู้หนังสือ (Literacy rate) ของประชากรจะเพิ่มสูงขึ้น UNDP (2000) ระบุว่าประเทศไทยมีอัตราการรู้หนังสือสูงเป็นอันดับ 1 ในกลุ่มประเทศอาเซียน และในปี 2543 ประเทศไทยมีอัตราการรู้หนังสือของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 93.1 คาดว่าจะเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 97 ในปีพ.ศ. 2553 (การสาธารณสุขไทย 2542-2543; 2545)

แนวโน้มสภาพสังคมและเศรษฐกิจในอนาคต

ทิศทางโดยรวมของเศรษฐกิจไทยที่มีแนวโน้มฟื้นตัว ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศเฉลี่ยต่อหัว (GDP) ในส่วนของอุตสาหกรรมการส่งออกเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการเพิ่มมากขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่ภาคเกษตรลดลงอย่างชัดเจน อัตราการว่างงานลดลง จากร้อยละ 4.2 ในปี 2542 เหลือร้อยละ 2.2 ในปี 2545 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2546) หากแต่ปัญหาการกระจายรายได้ อย่างชัดเจนมากขึ้น ลักษระการพัฒนาเศรษฐกิจเช่นนี้ เป็นแนวโน้มสู่เศรษฐกิจแบบพึ่งพามากขึ้น

การรับรู้ข่าวสารรวดเร็วขึ้น ทำให้ประชาชนตกเป็นเหยื่อของโฆษณาและไม่รู้เท่าทัน ทำให้การเลือกใช้สินค้าเพื่อการอุปโภคบริโภคเป็นไปตามการโฆษณา เด็กๆตกเป็นทาสของขนมที่กอปรด้วยสารปรุงแต่งกลิ่นและรสซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ โอกาสและทางเลือกต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพมีมากขึ้น หากแต่ผู้บริโภคยังไม่สามารถคัดกรองสินค้าและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพได้อย่างมีวิจารณญาณและเหมาะสมกับเงื่อนไขเฉพาะบุคคล

บริโภคนิยม : การบริโภคขนมและของหวานมีอัตราสูงมากขึ้นเรื่อยๆ การศึกษาถึงค่าขนมของเด็กโดยกโครงการเด็กไทยรู้ทัน พบว่า เด็กอายุ 5-14 ปี ได้รับค่าขนมเฉลี่ย 29 บาท/วัน และหากกำหนดให้เด็กอายุ 15-24 ได้รับค่าขนมเป็นเท่าตัว คือ 58 บาท เด็กและเยาวชนจะมีอำนาจการซื้อสูงถึง 317,550 ล้านบาทต่อปี การใช้จ่ายเงินค่าขนมของเด็กจะมีสัดส่วนสูงสุดเป็นค่าขนมและของเล่น ที่ร้อยละ 44.83 หรือ มูลค่าเท่ากับปีละ 142,357 ล้านบาท เหล่านี้เป็นการสุญเสียให้กับการบริโภคที่ไม่เกิดผลดีต่อสุขภาพ ยังไม่นับรวมถึงการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่ตามมากับการบริโภคขนม ซึ่งที่เห็นได้ชัดเจนอย่างยิ่ง คือ การเป็นโรคฟันผุในเด็กและเยาวชน

บทสรุป

เมื่อประมวลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากและมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติทั้ง 4 ช่วงสำรวจจะเห็นแนวโน้มสรุปได้พอสังเขปดังนี้

1. แนวโน้มปัญหาโรคฟันผุในน้ำนมผุของกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีเริ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะเขตชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แม้สัดส่วนประชากรในวัยเด็กในอนาคตจะมีแนวโน้มที่ลดลง แต่ปัจจัยด้านบริโภคนิยม พฤติกรรมการเลี้ยงดู และ พัฒนาการต่างๆของสังคม กลับมีอิทธิพลทำให้ขนาดปัญหาและความรุนแรงของการเป็นโรคฟันผุมีมากขึ้น ดังนั้นโรคฟันน้ำนมผุในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปียังเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญในอนาคต

2. สถานการณ์โรคฟันผุในฟันแท้ของกลุ่ม 6-15 ปีในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ และเป็นภาวะการเป็นโรคที่ไม่รุนแรงมาก ขณะที่แนวโน้มการมีฟันไว้ใช้งานของกลุ่มผู้ใหญ่ โดยเฉลี่ยต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย ขณะเดียวกันแนวโน้มสถานการณ์สภาวะเหงือกอักเสบในกลุ่มวัยรุ่นกลับมีแนวโน้มของปัญหาสูงขึ้น กล่าวคือเด็กวัยรุ่นกว่าร้อยละ 80 พบภาวะเหงือกอักเสบในทุกพื้นที่ ยกเว้นเขตเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบประมาณร้อยละ 50

3. การเป็นโรคปริทันต์ในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สภาวะการเป็นโรคปริทันต์มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเป็นโรคเบาหวาน การติดเชื้อและโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิต้านทานของร่างกาย แม้ว่าแนวโน้มของสภาวะโรคจะมีความชุกลดลง หากแต่พบคนที่เป็นโรคในสภาวะที่เป็นรุนแรงมากขึ้น หมายถึงการรักษาที่ยุ่งยาก และแนวโน้มการสูญเสียฟันมีมากขึ้น ขณะที่กลุ่มผู้ใหญ่มีแนวโน้มการสูญเสียฟันค่อนข้างคงที่

4. ภาวะการสูญเสียฟันในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง ที่มีฟันไม่เพียงพอต่อการบดเคี้ยวได้และในจำนวนนี้ ประมาณ ครึ่งหนึ่งไม่มีฟันปลอมใช้งาน ดังนั้น ด้วยจำนวนทันตแพทย์ที่จำกัด และความยุ่งยากในการทำฟันปลอมตลอดจนปริมาณความต้องการที่สูง ทำให้ไม่สนองตอบต่อความต้องการของประชาชนได้เพียงพอ แม้ว่าแนวโน้มการสูญเสียของกลุ่มนี้จะน้อยลงก็ตาม หากแต่ฟันที่คงเหลือในช่องปาก ไม่ได้อยู่ในสภาพที่จะสามารถใช้เพื่อการบดเคี้ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งภาวะเช่นนี้จะมีมากขึ้นตามสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นเรื่อยๆ

มาตรการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญในแต่ละกลุ่มวัย

กระแสบริโภคนิยมที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้ปัจจัยด้านพฤติกรรมบริโภคจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ รูปแบบอาหารสำเร็จรูปที่ผลิตในอุตสาหกรรมจะเข้ามามีบทบาทในชีวิตของประชาชนเพิ่มขึ้น ดังนั้น ประเด็นสำคัญของการส่งเสริมทันตสุขภาพในทศวรรษหน้าจึงเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคเป็นสำคัญ ทั้งในแง่มุมของการสร้างสุขนิสัยในการบริโภค การรู้เท่าทันข้อมูล โดยมีวิจารณญาณด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทั้งนี้มิอาจละเลยต่อการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมตามกลุ่มวัยด้วย

กลุ่ม 0-2 ปี : วัยเริ่มต้นของชีวิตซึ่งจะต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้เลี้ยงดู เป้าหมายหลักของการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มวัยนี้จึงอยู่ที่ทักษะการดูแลเด็กของผู้เลี้ยงดูเป็นสำคัญ เด็กวัยนี้จะบริโภคนมเป็นอาหารหลัก การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องทำให้เกิดความตระหนักในสังคม และทำให้เกิดเป็นค่านิยมในสังคม เป็นนโยบายในทุกระดับตั้งแต่ระดับท้องถิ่น นโยบายในระดับองค์กร สถานที่ทำงานให้เอื้อต่อการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ ประเด็นรองในเชิงพฤติกรรมคือการฝึกวินัยการบริโภคที่เหมาะสมตามวัย รวมถึงการฝึกทักษะให้เด็กได้ฝึกการเคี้ยวอาหารที่มีความหยาบมากขึ้นตามวัย ตลอดจนการฝึกทักษะการแปรงฟัน และได้รับบริการทันตกรรมเพื่อการป้องกันอย่างทั่วถึง

กลุ่ม 3-5 ปี : วัยที่เด็กเข้าสู่ระบบสถาบัน ซึ่งจะเริ่มมีอิทธิพลเชิงสังคมเข้ามาสู่วิถีการดำเนินชีวิตของเด็ก สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ศูนย์เด็กเล็กจะมีอิทธิพลสูงสุดต่อการดำรงชีวิต เนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ในช่วงชีวิตของเด็กจะอยู่ที่โรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก เป้าหมายสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุนี้จึงมุ่งเน้นที่การจัดอาหารให้เด็กที่ถูกตามหลักโภชนาการ และฝึกวินัยให้เด็ก นอกจากนี้บุคลากรที่เริ่มมีอิทธิพลสูงกับเด็กมาก คือ ครูและผู้ดูแลเด็กควรจะได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ และมีความสามารถในการฝึกทักษะชีวิตให้แก่เด็ก

กลุ่ม 6-15 ปี : แนวโน้มของเด็กวัยนี้จะมีพัฒนาการที่จะลอกเลียนแบบตามสมัยนิยม และจะมีความนิยมต่าง ๆ ตามกระแสบริโภคนิยม โดยขาดการคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล ประเด็นสำคัญที่ควรมีการพัฒนาในกลุ่มอายุนี้ จึงจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของเด็กให้มีวิธีคิดที่เป็นเหตุเป็นผล โดยมีกระบวนการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย การฝึกให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ประเด็นเหล่านี้ควรจะเป็นการพัฒนาในระบบโครงสร้าง ได้แก่ การจัดให้มีกระบวนการเรียนรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ ในประเด็นสุขภาพในหลักสูตรการเรียนของสถานศึกษา การพัฒนาการจัดกระบวนการการเรียนรู้ให้กับครู การฝึกทักษะชีวิตให้กับเด็ก ทั้งนี้จะต้องสร้างให้เกิดค่านิยมในการดูแลสุขภาพช่องปากและการบริโภคขนม/อาหารว่างอย่างเหมาะสม ไม่เป็นภัยต่อสุขภาพ (Healthy Snack)

กลุ่มวัยแรงงาน : สภาวะการทำงานของกลุ่มวัยแรงงานซึ่งมีแนวโน้มที่อยู่ในภาวะเครียดมากขึ้นและมีแนวโน้มที่ต้องทำงานหนักมากขึ้น โดยประชากรส่วนใหญ่จะอยู่ในภาวการณ์จ้างงาน แนวโน้มการมีอาชีพอิสระ หรือมีธุรกิจของตนเองจะมีน้อยลง แม้ว่า ทิศทางของวัยแรงงานที่มีหลักประกันด้านสุขภาพมีความครอบคลุมมากขึ้น หากแต่ด้วยภาวะที่เร่งรัดในการทำงานของชีวิตประจำวันทำให้มีแนวโน้มในการดูแลสุขภาพตนเองลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพช่องปาก การสูญเสียฟันจึงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การส่งเสริมสุขภาพในวัยนี้ จึงควรจะส่งเสริมให้มีชุดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหลักประกันสุขภาพทุกแบบที่ชัดเจน เพื่อป้องกันการสูญเสียฟัน และควรมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพช่องปากที่ชัดเจน โดยที่ควรเป็นผลิตภัณฑ์ที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากที่แท้จริงไม่ใช่การโฆษณาชวนเชื่อที่ไม่เป็นจริง

กลุ่มผู้สูงอายุ : ประชากรกลุ่มนี้จะมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจะสูงมากขึ้น เนื่องจากผลกระทบจากวิถีการดำรงชีวิตที่ผ่านมา การดูแลสุขภาพช่องปาก ของผู้สูงอายุจึง

เป็นประเด็นสำคัญทั้งนี้เพื่อรักษาฟันให้สามารถใช้งานได้ เนินการให้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ควรจะมีได้มีการพัฒนารูปแบบและเทคโนโลยีเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม นอกจากนี้ควรจะมีการพัฒนาหลักสูตร การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการสูญเสียฟัน และช่วยบรรเทาภาวะความเจ็บปวดในช่องปากไม่ให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่มวัย

เมื่อนำกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรออตตาวา เป็นกรอบความคิดในการพิจารณาจัดทำมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปาก ผู้เขียนได้ประมวลและสังเคราะห์ข้อสรุปดังนี้คือ

ตารางที่ 1.4 ข้อเสนอมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก

กิจกรรมหลักที่สำคัญ	กลุ่มเด็กใน setting ต่างๆ		
	ในWBC (0-2ปี)	ในศูนย์เด็กเล็ก (3-5ปี)	รร.ประถมศึกษา (6-15 ปี)
การสร้างนโยบายสาธารณะ	- สื่อสารสาธารณะเรื่องคุณค่าของฟันน้ำนม - นโยบายลดการการบริโภคหวาน	ควบคุมขนมและเครื่องดื่มด้วยการจำกัดการจำหน่ายและลดการบริโภคอาหาร ขนม และเครื่องดื่มในศูนย์เด็กเล็ก	ควบคุมโฆษณาอาหารว่างและเครื่องดื่มและการเข้าถึงอาหารในสถานศึกษาโดยการพัฒนานโยบายระดับท้องถิ่นและโรงเรียนในเรื่องการจำกัดการจำหน่ายและลดการบริโภคอาหาร ขนม และเครื่องดื่มในโรงเรียน
การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	กระตุ้นพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กจัดสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น มีนมจืดในตู้เย็น กระตุ้นให้เด็กกินแต่นมจืด เลือกซื้อ ขนม และเครื่องดื่มที่มีประโยชน์กับเด็ก สนับสนุนเด็กบริโภคผักและผลไม้ ฝึกวินัยการบริโภค แปรงฟันพร้อมกันพ่อแม่ลูก ไม่ตุนขนมและเครื่องดื่มใน	- จัดสิ่งแวดล้อมให้ศูนย์เด็กปลอดขนมและเครื่องดื่มที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ - จัดเมนูอาหารกลางวันที่มีผัก - จัดสถานที่แปรงฟันให้ถูกสุขลักษณะ	- จัดสิ่งแวดล้อมให้โรงเรียนปลอดขนมและเครื่องดื่มที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ - จัดเมนูอาหารกลางวันที่มีผัก - จัดสถานที่แปรงฟันให้ถูกสุขลักษณะ

กิจกรรมหลักที่สำคัญ	กลุ่มเด็กใน setting ต่างๆ		
	ในWBC (0-2ปี)	ในศูนย์เด็กเล็ก (3-5ปี)	รร.ประถมศึกษา (6-15 ปี)
	ตู้เย็น จำกัดขนมและเครื่องดื่มไม่เกิน / รายการต่อวัน ไม่บริโภคน้ำอัดลมหรือขนมและเครื่องดื่มที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพให้เด็กเห็นเป็นตัวอย่าง		
การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน	พัฒนาเครือข่ายพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กให้มีส่วนร่วมและมีบทบาทในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในเด็ก ร่วมกับการพัฒนาตนเองให้เป็นแบบอย่างการปฏิบัติตนเองให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี	พัฒนาการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่น เครือข่ายพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก ร้านค้า ครู พี่เลี้ยงศูนย์เด็ก และผู้นำชุมชนให้มีบทบาทในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในศูนย์เด็กเล็ก	-
การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	พัฒนาศักยภาพผู้เลี้ยงดูเด็กในเรื่องการมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมและการทำความสะอาดช่องปาก	พัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงศูนย์เด็กในเรื่อง อาหารโภชนาการ การฝึกวินัยพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม และ การทำความสะอาดช่องปาก	พัฒนากระบวนการเรียนรู้ของเด็กให้มีวิธีคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย เพื่อฝึกให้เกิดทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง
การปรับระบบบริการสาธารณสุข	1. พัฒนาระบบส่งเสริมทันตสุขภาพสำหรับเด็กปฐมวัย ในระบบ UC ด้วยการจัดบริการแบบบูรณาการ 1) ให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากการ2) มีระบบเฝ้าระวังปัญหาฟันผุในเด็กเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 3) ฝึกทักษะการแปรงฟัน และ 4) การให้บริการเพื่อการป้องกันด้วย Fluoride vanish ให้กับ	การจัดบริการบูรณาการด้วยการ 1) มีระบบเฝ้าระวังปัญหาฟันผุในเด็กเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 2) ฝึกทักษะการแปรงฟันให้เด็ก และ 3) การให้บริการเพื่อการป้องกันด้วย Fluoride vanish ให้กับ	จัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมเด็กวัยเรียนอย่างเป็นระบบ

กิจกรรมหลักที่สำคัญ	กลุ่มเด็กใน setting ต่างๆ		
	ในWBC (0-2ปี)	ในศูนย์เด็กเล็ก (3-5ปี)	รร.ประถมศึกษา (6-15 ปี)
	2. สนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากพื้นฐาน		

ตารางที่ 1.5 ข้อเสนอมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ใหญ่

กิจกรรมหลักที่สำคัญ	กลุ่ม 16-59 ปี	กลุ่ม >=60 ปี
การสร้างนโยบายสาธารณะ	การรณรงค์การไม่สูบบุหรี่และการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	การรณรงค์การไม่สูบบุหรี่และการคัดกรองมะเร็งช่องปาก
การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	-	-
การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน	-	-
การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มแรงงาน	การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มผู้สูงอายุ
การปรับระบบบริการสาธารณสุข	1. การพัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากในหน่วยบริการทุกระดับทั้งภาครัฐและเอกชนและบรรจุกิจกรรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมสำหรับกลุ่มวัยแรงงาน 2. พัฒนาศักยภาพทันตบุลากรให้มีความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ และประสานทีมสุขภาพในการร่วมรณรงค์และสนับสนุนการลดการสูบบุหรี่	จัดระบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ ผสมผสานเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพช่องปากกับบริการสุขภาพทั่วไป

จากกลยุทธ์และกิจกรรมหลักส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากทั้ง 4 กลุ่มวัย ส่วนใหญ่เป็นบริการที่ต้องดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งต้องให้บริการทั้งในสถานบริการ ในชุมชน และทำงานเชิงรุกด้วยการออกเยี่ยมบ้าน จะเห็นว่าเพื่อให้การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากมีการดำเนินการอย่างทั่วถึง ต้องประสานความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และ องค์กรท้องถิ่น และ ในส่วนของระบบบริการปฐมภูมิมีความจำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีศักยภาพ ในการจัดบริการบูรณาการและผสมผสาน และ สามารถให้บริการแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง

บทที่ 2
พัฒนาการของนโยบายและโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพช่องปากของไทย

พัฒนาการของนโยบายและระบบบริการสุขภาพช่องปาก

การจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างเสมอภาคกัน ถือเป็นเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พศ. 2540 ตามมาตรา 52 และ 82 มีการบัญญัติหลักการที่สำคัญไว้ 4 ประการคือ 1) ความเสมอภาคของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ซึ่งผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ” 2) บริการโดยรัฐต้องมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน 3) เปิดโอกาสให้เอกชนและประชาชนมีส่วนร่วม และ 4) รัฐต้องดำเนินการป้องกันโรคติดต่อร้ายแรงให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า ดังนั้นเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพช่องปาก จำเป็นต้องได้รับบริการโดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคกัน โดยให้บริการแก่ผู้จำเป็นต้องได้รับบริการ (Needs) ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม โดย วราภรณ์ จิระพงษา และ คณะ(2547) ได้สรุปการพัฒนาการของระบบบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยดังนี้ คือ

1. มีการตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งแรกขึ้นที่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ในปี 2483 ทำการผลิตทันตแพทย์ในระบบองค์ความรู้ตะวันตก สังกัดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายหลังการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นในปี 2485 ได้จัดให้มีการฝึกอบรมทันตแพทย์ชั้น 2 หลักสูตร 2 ปี ต่อมาได้เปลี่ยนเป็นหลักสูตรทันตานามัยในปี 2495 โดยมอบให้คณะทันตแพทย์เป็นผู้จัดการฝึกอบรม หลักสูตรนี้ยกเลิกในปี 2516 มีการผลิตทันตานามัยในประเทศไทยรวม 549 คน ทุกคนได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาทันตกรรมชั้น 2)

2. จากนโยบายการจัดตั้งโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดตั้งแต่ พ.ศ. 2490 ทำให้เกิดแผนกทันตกรรมในโรงพยาบาลจังหวัด จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการให้บริการทันตกรรมในส่วนภูมิภาคโดยกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาเริ่มมีการจัดบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ตั้งแต่ พ.ศ. 2513 โดยบรรจุทันตาภิบาลซึ่งจบจากวิทยาลัยการสาธารณสุขชลบุรี ลงปฏิบัติงานในสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง (ต่อมาได้รับการปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลอำเภอ) เพื่อให้บริการ “ทันตกรรมเพิ่มทวี” แก่นักเรียนประถมศึกษา เป็นยุคแรกของการให้บริการผสมผสานทั้งส่งเสริม ป้องกัน และรักษาทางทันตกรรม

3. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) โดยมีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาลขึ้นทุกอำเภอ พร้อมทั้งกำหนดให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลอำเภอขนาด 30 เตียงขึ้นไป ต่อมา พ.ศ. 2525 เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลชุมชน และกำหนดให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนทุกขนาด ระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับอำเภอ จึงขยายตัวออกไปทั่วประเทศพร้อม ๆ กับการเติบโตของโรงพยาบาลชุมชน ในแผน 4 ฯ นี้มีการเพิ่มการผลิตทันตาภิบาล โดยสร้างโรงเรียนทันตาภิ

บาลแห่งที่ 2 ขึ้นที่วิทยาลัยการสาธารณสุขขอนแก่นใน พ.ศ. 2522 นอกจากนี้ ใน พ.ศ. 2521 ยังกำหนดให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อรับผิดชอบในการบริหารจัดการงานทันตสาธารณสุขในระดับจังหวัด

5. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) สืบเนื่องจากเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 และหลักการสาธารณสุขมูลฐาน ตามคำประกาศที่กรุงอมาอัลตาเมื่อ พ.ศ. 2521 กระทรวงสาธารณสุขเพิ่มงานทันตสาธารณสุขเข้าไว้ในองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยใน พ.ศ.2522 มีการขยายบริการทันตสุขภาพลงไปในระดับตำบล เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนบริการในพื้นที่ชนบท นับตั้งแต่ พ.ศ. 2523 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยดำเนินงานทันตสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)เกี่ยวกับการดูแลทันตสุขภาพ อบรมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยให้สามารถตรวจวินิจฉัยและบรรเทาโรคเหงือกและฟันเบื้องต้นได้ และใน พ.ศ. 2529 ได้เพิ่มขีดความสามารถเจ้าหน้าที่ในการขูดหินน้ำลายด้วยเครื่องมือไฟฟ้าด้วย ในปีเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในหน่วยงานส่วนภูมิภาค (พ.บ.ส.) ประเด็นสำคัญ คือ ใน พ.ศ. 2528 มีการประชุมระดับชาติจัดทำเป้าหมายทันตสุขภาพดีถ้วนหน้า ใน พ.ศ. 2543 เพื่อเป็นเข็มมุ่งของการทำงานทันตสาธารณสุขในทุกระดับ ผลที่ตามมาคือการขยายกำลังการผลิตทันตแพทย์

6. แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) จากปัญหาความครอบคลุมของบริการทันตกรรมเพิ่มทวีที่ต่ำมาก กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการดำเนินโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา และสั่งการให้ดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศตั้งแต่ปีการศึกษา 2531 เป็นการจัดบริการทันตสุขภาพครอบคลุมทุกด้านแก่นักเรียน โดยกระจายบทบาทด้านส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนให้แก่ครู มีการติดตามแก้ไขปัญหาร่วมกันจนเป็นจุดเริ่มต้นของการจัดสรรเงินค่ารักษารายหัวนักเรียน (30 บาท) นอกจากนี้ ยังมีการจัดทำโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ ซึ่งส่งผลให้ทันตแพทย์ที่จบการศึกษาตั้งแต่ พ.ศ. 2532 ต้องรับราชการในส่วนภูมิภาคเป็นเวลา 3 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการบรรจุลงปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

7. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กระทรวงสาธารณสุขดำเนินโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ทสอ.) ระหว่าง พ.ศ. 2535-2544 มีการสร้างสถานีอนามัยขนาดใหญ่เพื่อเป็นต้นแบบและแม่ข่ายในการพัฒนา และกำหนดให้มีทันตาภิบาลประจำในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ เป็นผลให้ใน พ.ศ. 2536 เริ่มมีทันตาภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานีอนามัยขนาดใหญ่

8. แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เกิดเหตุการณ์สำคัญ 2 ประการที่ทำให้เกิดความพลิกผัน และส่งผลกระทบอย่างมากต่อระบบบริการสุขภาพ

ประการแรกคือ การผ่านรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540(รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน) ส่งผลให้มีการออกพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดให้รัฐต้องถ่ายโอนภารกิจการให้บริการในเขตขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทบถึงการปกครองส่วนท้องถิ่นให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2553)

ประการที่สองคือ การเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 ส่งผลให้รัฐบาลจำต้องดำเนินมาตรการลดกำลังคนภาครัฐ นับจากปี พ.ศ. 2543 จึงมีการเปลี่ยนแปลงการบรรจุแพทย์ เภสัชกร และทันตแพทย์ใช้ทุนเป็นพนักงานของรัฐ บรรจุทันตาภิบาลเป็นลูกจ้างชั่วคราว ลดการผลิตทันตาภิบาลลงครึ่งหนึ่งเหลือเพียงปีละ 150 คน ยกเลิกการทำสัญญาชดใช้ทุนในทุกหลักสูตรที่ผลิต โดยกระทรวงสาธารณสุข (สำหรับผู้เข้าศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2544 เป็นต้นไป)

นอกจากนี้ในช่วงรอยต่อของแผนพัฒนาฉบับที่ 7 และ 8 ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการทันตสุขภาพหลายประการ คือ

- พ.ศ.2537 กำเนิดองค์กรทันตแพทย์สภา ทำให้วิชาชีพทันตแพทย์มีองค์กรโดยตรงที่ทำหน้าที่ทั้งด้านการส่งเสริมวิชาชีพ และการกำกับมาตรฐานของวิชาชีพ
- พ.ศ.2537-2543 มีการขยายการบรรจุทันตาภิบาล ลงในสถานีอนามัยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากรอบอัตรากำลังของทันตาภิบาลในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เต็มกรอบ
- พ.ศ.2538 กระทรวงสาธารณสุขยกเลิกการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ หลักสูตร 1ปี เนื่องจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่จะพัฒนาหลักสูตรนักเรียนทุนที่เรียน 1 ปีให้เป็น 2 ปีทั้งหมด แต่หลังจากปี 2541 กระทรวงสาธารณสุขได้ยุติการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ทั้งหมดเนื่องจากผลกระทบทางเศรษฐกิจ และรัฐมีนโยบายจำกัดกำลังคนภาครัฐ
- พ.ศ.2543 การจำกัดกำลังคนของภาครัฐทำให้นักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดรวมทั้ง แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ต้องบรรจุเข้าเป็นพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- 10 มีนาคม 2543 มีมติให้ผู้ที่จะเข้าศึกษาในหลักสูตรการผลิตต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งทันตาภิบาล ไม่ต้องทำสัญญาชดใช้ทุนอีกต่อไป (มีผลบังคับใช้กับผู้ที่เข้าศึกษาในปีพ.ศ. 2544) ส่งผลให้การสนับสนุนกำลังคน ทั้งทันตแพทย์ และทันตาภิบาลในอนาคตมีความไม่แน่นอนอย่างมาก

ภายหลังกุมภาพันธ์ 2544 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : โครงการ 30 บาท มีการจัดสรรงบรายหัว(capitation)ให้แก่หน่วยงานคู่สัญญาปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care – CUP) ซึ่งประกอบด้วยสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งกำหนดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ(Primary Care Unit)เพื่อให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน ต่อเนื่อง เชิงรุก กระทั่งปลาย พ.ศ. 2546 จึงประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันนำไปสู่การจัดตั้งคณะกรรมการ และหน่วยงานภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพแทนกระทรวงสาธารณสุข บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องเปลี่ยนเป็นผู้กำกับ

ดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวม รวมถึงกำหนดและตรวจสอบมาตรฐาน ตลอดจนควบคุมคุณภาพบริการ ไม่ใช่ผู้จัดบริการเช่นที่เคยทำมา และ

ในช่วงนี้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 มีการยุบกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค ซึ่งเดิมเคยทำหน้าที่อำนวยการและสนับสนุนทรัพยากรสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขให้กับสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคมาตั้งแต่ พ.ศ. 2517 รวมตั้งเป็นกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยเพิ่มกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิในโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป

โครงสร้างของระบบบริการสุขภาพช่องปากของไทย

ระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 หน่วยงานบริการสุขภาพช่องปากในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน เป็นหน่วยบริการหลักที่ทำหน้าที่จัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ โดยเฉพาะประชาชนในเขตชนบท ทั้งระดับอำเภอและ ตำบล ประกอบด้วย

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ในปี พ.ศ. 2548 มีโรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 70 แห่ง มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป 710 คน ทันตาภิบาล 109 คน ในอดีตที่ผ่านมา ถึงแม้จะมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจำนวนมาก และได้รับการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้รับผิดชอบบริการทันตกรรมระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ แต่เนื่องจากไม่มีโรงพยาบาลชุมชนในเขตอำเภอเมือง จึงต้องให้บริการทันตกรรมในระดับปฐมภูมิด้วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับความรู้ความชำนาญของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์เฉพาะทาง

การดำเนินงานภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ พ.ศ. 2544 โรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไปถูกกำหนดให้เป็น CUP ซึ่งจะต้องจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม และต้องจัดให้มีบริการทันตกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นการให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการ ผสมผสาน และเชิงรุก แก่ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนในความรับผิดชอบ

การปรับโครงสร้างหน่วยราชการ พ.ศ. 2545 กำหนดให้มีการเพิ่มกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิในโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป โดยกำหนดให้มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มภารกิจนี้ แยกต่างหากจากกลุ่มงานทันตกรรมซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ แต่ทิศทางการทำงานที่ผ่านมาของโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป ยังมีความจำเป็นต้องให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนในความรับผิดชอบ (คือ เขตอำเภอเมือง) เท่านั้น เนื่องจากขาดหน่วยบริการที่รับผิดชอบกล่าวคือไม่มีโรงพยาบาลชุมชนในเขตอำเภอเมือง ทำให้ระบบการส่งต่อทางทันตกรรมที่ดูแลต่อเชื่อมระบบบริการสุขภาพช่องปากตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ในภาพรวมของทั้งจังหวัดยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลชุมชน

ในปี พ.ศ. 2548 มีโรงพยาบาลชุมชน 725 แห่ง มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน 1,464 คน ทันตาภิบาล 1,844 คน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลชุมชนถูกกำหนดให้เป็น CUP โดยจะต้องจัดบริการทันตสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนที่ขึ้นทะเบียน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริการที่โรงพยาบาลดำเนินการอยู่แล้ว ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลชุมชนจำนวนหนึ่ง ขาดความพร้อมทั้งบุคลากร เงิน วัสดุอุปกรณ์ รวมถึงการจัดให้ศูนย์สุขภาพชุมชนกระจายอย่างเหมาะสม ตลอดจนการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเหล่านั้น ให้มีศักยภาพในการให้บริการ

สถานีอนามัย

ใน พ.ศ. 2535 ภายใต้โครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการสร้างสถานีอนามัยขนาดใหญ่เพื่อเป็นต้นแบบและแม่ข่ายในการพัฒนา (ตั้งเป้าหมายไว้ร้อยละ 20 ของสถานีอนามัยทั้งหมดหรือประมาณ 2,000 แห่ง) และกำหนดให้มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข(ทันตาภิบาล)ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ เป็นผลให้ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 เริ่มมีทันตาภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ ปี 2548 มีสถานีอนามัยจำนวน 9762 แห่ง มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติในสถานีอนามัยจำนวน 1116 คน ปัจจุบันการจัดบริการของสถานีอนามัยภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความพยายามในการพัฒนาสถานีอนามัยทุกแห่งให้มีศักยยภาพให้บริการเทียบเท่าศูนย์สุขภาพชุมชน

โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลอื่น ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในกรุงเทพฯ ให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป มีทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาเพื่อให้บริการทันตสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ปี 2548 มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลต่างๆ ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 78 คน

กลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกทันตกรรม

สิ่งที่แตกต่างจากวิชาชีพด้านสาธารณสุขอื่น ๆ คือ วิชาชีพอื่นส่วนใหญ่ผู้ให้บริการจะอยู่ในสังกัดภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ปี 2548 (โกเมศ วิชชาวุธ. 2549) แต่สำหรับวิชาชีพทันตแพทย์ พบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่ให้บริการในภาคเอกชนรวมจำนวน 4551 คน .คิดเป็นร้อยละ 53.9 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในกทม.และเมืองใหญ่ สถานบริการที่ให้บริการทันตกรรมในภาคเอกชน จำแนกเป็นโรงพยาบาลเอกชน 356 แห่ง และคลินิกทันตกรรม 2,645 แห่ง

กลุ่มที่ 3 โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลที่เป็นหน่วยงานของรัฐในสังกัดอื่น ได้แก่ รัฐวิสาหกิจ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ในกรุงเทพฯและเมืองใหญ่ยกเว้นศูนย์ของเทศบาลซึ่งจะตั้งอยู่ในเขตเมืองตามจังหวัดต่าง ๆ หลายแห่งเข้าร่วมเป็น CUP ในโครงการ 30 บาท แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1) โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลที่จัดบริการให้กับบุคลากรในสังกัดของตนเป็นหลัก เช่น โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม รัฐวิสาหกิจต่าง ๆ ฯลฯ

2) โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลที่จัดบริการให้กับประชาชนทั่วไป เช่น โรงพยาบาล/ ศูนย์บริการสาธารณสุข ของกทม.และเทศบาลต่าง ๆ โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์/ กรมอนามัย ฯลฯ

3) โรงพยาบาลในสถาบันการศึกษาซึ่งจัดบริการทุกระดับแก่ประชาชน เพื่อประโยชน์ในการเรียนการสอน

บทสรุป

นับตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 จนถึงปัจจุบัน รวม 30 ปี มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากได้อย่างทั่วถึง ทั้งการพัฒนาหน่วยบริการในภาครัฐและเอกชน โดยหน่วยบริการที่ให้บริการสุขภาพช่องปากในส่วนภูมิภาค ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 70 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 725 แห่ง และ สถานีอนามัยจำนวน 9,762 แห่งกระจายทั่วประเทศ ขณะที่หน่วยบริการที่ให้บริการในภาคเอกชน ส่วนใหญ่กระจายในเขตกรุงเทพมหานคร และ จังหวัดปริมณฑล เป็นโรงพยาบาลเอกชน และ คลินิกทันตกรรมเป็นส่วนใหญ่ เมื่อพิจารณาระบบบริการสุขภาพช่องปากในปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่าสามารถให้บริการครอบคลุมตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล

ตารางที่ 2.1 ร้อยละโรงพยาบาลรัฐ ทพ.รัฐ คลินิกทันตกรรม และ ทพ เอกชน ปี 2547 จำแนกตามพื้นที่

พื้นที่	รพ.ขนาดใหญ่/ รพท./รพศ./รพช.	ร้อยละ	ทพ รัฐ	ร้อยละ	คลินิกทันตกรรม ปี 2545	ร้อยละ	ทพ เอกชน	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร (กรมการแพทย์)	20	2.4	365	12.9	1075	43.4	3,300	77.1
จังหวัดในส่วนภูมิภาค	820	97.6	2471	87.1	1400	56.6	980	22.9
รวมทั้งหมด	840	100.0	2,836	100.0	2,475	100.0	4,280	100.0

ปัญหาอุปสรรคสำคัญคือการกระจายทันตแพทย์ที่ยังไม่สมดุล ปัจจุบันพบการภาวะขาดแคลนทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบทไทยจำนวนมาก จะเห็นว่าปี 2547 มีทันตแพทย์ทั้งหมดจำนวน 8,070 คน มีทันตแพทย์ทำงานในหน้าที่ส่วนบริหาร งานวิชาการ และ ส่วนการเรียนการสอน จำนวน 954 (ร้อยละ 11.8) คงเหลือทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานให้บริการในหน่วยบริการภาครัฐจำนวน 2,836 คน (ร้อยละ 35.1) และ ปฏิบัติงานให้บริการในคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 3,270 คน (ร้อยละ40.5) เมื่อวิเคราะห์กำลังทันตแพทย์เชื่อมโยงกับการกระจายสถานบริการทั้งในภาครัฐและเอกชน พบว่าในส่วนหน่วยบริการภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ตั้งในส่วนภูมิภาคจำนวน 820 แห่ง (คิดเป็น

ร้อยละ 97.6 ของโรงพยาบาลทั้งหมดในกระทรวงสาธารณสุข) มีทันตแพทย์ให้บริการจำนวน 2,471คน คิดเป็นร้อยละ 87.1 ของทันตแพทย์ที่ให้บริการในกระทรวงสาธารณสุข คือ ห้าในหกของทันตแพทย ทำงานให้บริการในส่วนภูมิภาค ขณะที่คลินิกทันตกรรมเอกชนปี 2545 จำนวน 2,475 แห่ง กระจายในกรุงเทพมหานครจำนวน 1,075 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.4 ของคลินิกทันตกรรมทั้งหมด ในจำนวนนี้มีทันตแพทย์ให้บริการในคลินิกทันตกรรมของกรุงเทพมหานครจำนวน 3,300 คน คิดเป็นร้อยละ 77.1 ของทันตแพทย์เอกชนทั้งหมด เป็นภาพที่สะท้องให้เห็นปัญหาการกระจายของทันตแพทย์ ที่กระจุกในหน่วยบริการภาคเอกชนในกรุงเทพมหานคร ในส่วนการวิเคราะห์ในรายละเอียดปัญหาการกระจายทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบทจะได้ขยายความในบทต่อไป

บทที่ 3
สถานการณ์การผลิต การกระจายทันตบุคลากรไทย และมาตรการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ของไทยและต่างประเทศ

สถานการณ์การผลิตทันตแพทย์ตั้งแต่ปี 2540-2557

สถาบันการผลิตทันตแพทย์มี 8 สถาบัน คือ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้ร่วมผลิตทันตแพทย์ทั้งแผนปกติและแผนเร่งรัด ตามมติคณะรัฐมนตรีที่อนุมัติให้เพิ่มผลิตทันตแพทย์ รวมจำนวนที่ผลิตในปัจจุบันเป็นปีละ 700 คน คือเพิ่มอีกปีละ 200 คนในระยะเวลา 10 ปี (2548-2557) ดังรายละเอียดจำนวนทันตแพทย์ที่ผลิตในตารางที่ 3.1 การคาดประมาณการผลิตทันตแพทย์ ปี 2540-2557 และซึ่งโควต้าทันตแพทย์คู่สัญญาที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรรในแต่ละปีประมาณร้อยละ 80 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.1 สถานการณ์การผลิตทันตแพทย์ ปี 2543-2557

ปี พ.ศ.	แผนการผลิตปกติ	แผนเร่งรัดการผลิต	รวมจำนวนผลิต	จบการศึกษาปี
2543	504		504	2549
2544	486		486	2550
2545	502		502	2551
2546	525		525	2552
2547	528		528	2553
2548	503	200	703	2554
2549	503	200	703	2555
2550	503	200	703	2556
2551	523	200	723	2557
2552	523	200	723	2558
2553	523	200	723	2559
2554	523	200	723	2560
2555	523	200	723	2561
2556	523	200	723	2562
2557	523	200	723	2563
รวม	9,121	2,000	11,121	

แหล่งข้อมูล สำนักงานคณะกรรมการจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชศาสตร์ ผู้ทำสัญญาฯ

สถาบันบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2547

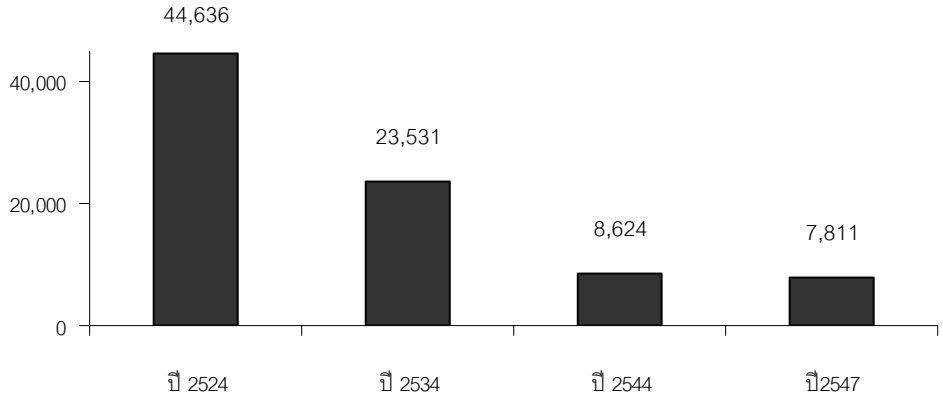
ตารางที่ 3.2 จำนวนผู้สำเร็จการศึกษาวิชาทันตแพทย์ศาสตร์ที่จัดสรรและบรรจุให้กระทรวงสาธารณสุข

	บรรจุ พ.ศ.												
	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	รวม
รุ่นที่	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
จำนวนจบการศึกษา	289	309	302	318	320	352	326	368	379	404	403	431	4,201
บรรจุที่กระทรวงสาธารณสุข	243	262	219	251	243	256	257	319	312	347	340	359	3,408
ร้อยละบรรจุที่กระทรวงสาธารณสุข	84.1	84.8	72.5	78.9	75.9	72.7	78.8	86.7	82.3	85.9	84.4	83.3	81.1

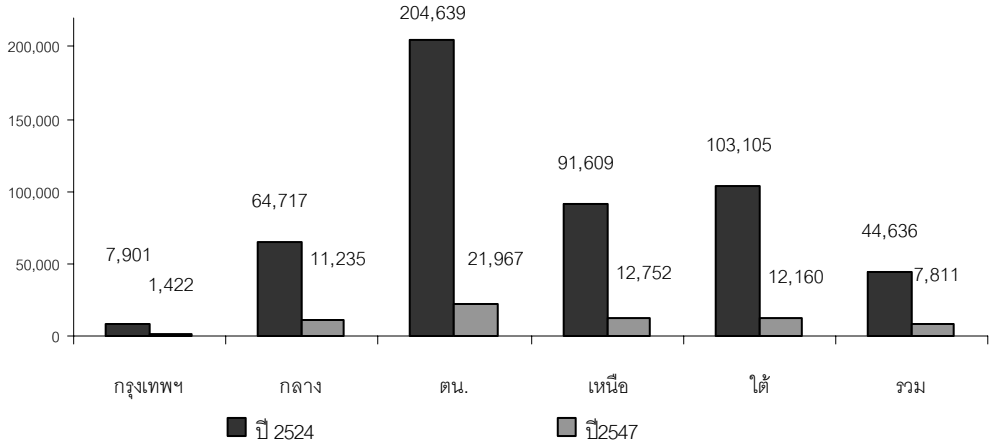
สถานการณ์การกระจายทันตแพทย์

กระจายทันตแพทย์ไทยในช่วงปี 2524-2547

สุณี วงศ์คงคาเทพ และโกเมศ วิชชาวุธ (2547) ได้วิเคราะห์สถานการณ์การกระจายทันตแพทย์ พ.ศ. 2524-2547 พบว่าสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในทุกภูมิภาคดีขึ้นเป็นลำดับ ในภาพรวมสัดส่วนประชากรต่อ ทันตแพทย์ 1 คนลดลงจาก 44,636 คน ในปี 2544 เหลือเป็น 7811 คนในปี 2547 (รูปที่ 3.1) ภาคที่มีปัญหาขาดแคลนทันตแพทย์สูงสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือมีสัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ 1 คน สูงกว่าอีก 3 ภาคเกือบ 2 เท่า และสูงกว่า สัดส่วนประชากรต่อ ทันตแพทย์ 1 คน ของกรุงเทพฯ เกือบ 15 เท่า แสดงให้เห็นช่องว่างของปัญหาการกระจายทันตแพทย์ในส่วนภูมิภาคมีความรุนแรง (รูปที่ 3.2)



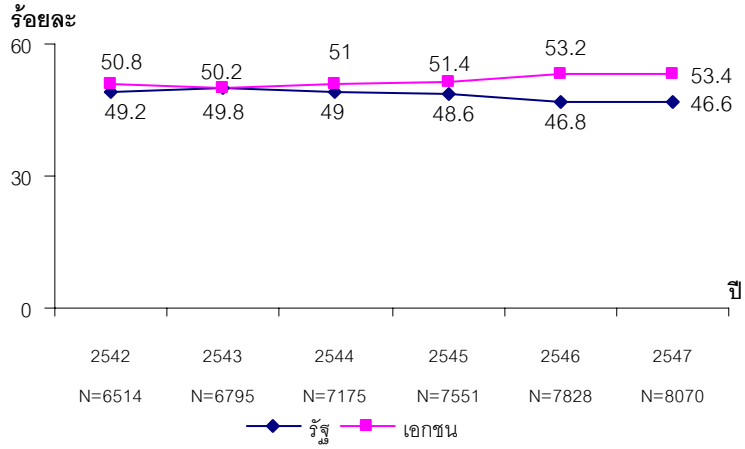
รูปที่ 3.1 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรปี 2524 และ 2547 จำแนกตามภาคและกรุงเทพมหานคร



รูปที่ 3.2 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรปี 2524 และ-2547 จำแนกตามภาคและกรุงเทพมหานคร

การเปรียบเทียบสัดส่วนทันตแพทย์ภาครัฐและเอกชน

พบว่าการกระจายทันตแพทย์ในภาครัฐและเอกชน ปี 2542-2543 มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน หลังปี 2544 เป็นต้นมาพบแนวโน้มของการกระจายทันตแพทย์ในภาคเอกชนสูงกว่าภาครัฐ ปี 2547 พบสัดส่วนทันตแพทย์ในภาคเอกชนเพิ่มเป็นร้อยละ 53.2 (รูปที่ 3.3)

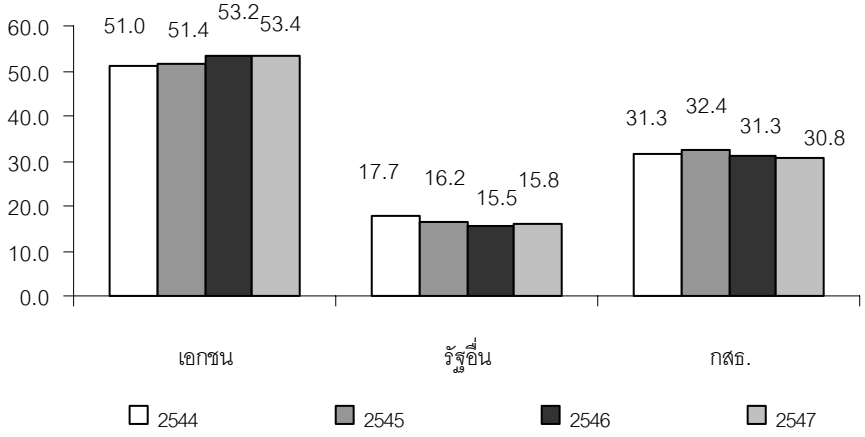


รูปที่ 3.3 ร้อยละทันตแพทย์ปี 2542-2547 จำแนกตามภาครัฐและเอกชน

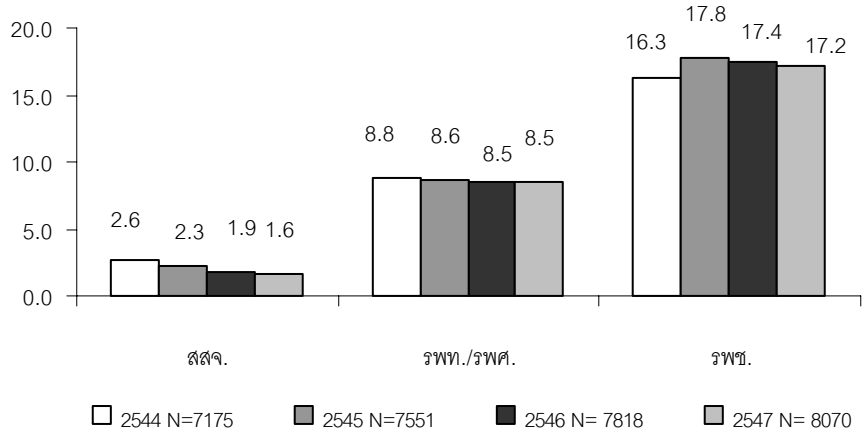
สัดส่วนการกระจายทันตแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข

เมื่อวิเคราะห์สัดส่วนของทันตแพทย์ภาครัฐ พบว่าสัดส่วนทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อทันตอแพทย์ทั้งหมด มีสัดส่วนค่อยๆลดลงเป็นลำดับ จากร้อยละ 32.4 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 30.8 ในปี 2547 (รูปที่ 3.4) เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดการกระจายตามหน่วยงานที่ให้บริการในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข พบสัดส่วนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสสจ. ค่อยๆลดลงขณะที่สัดส่วนทันตแพทย์ในรพศ./รพท./รพช. ค่อนข้างคงที่ (รูปที่ 3.5) ทันตแพทย์ในรพศ./รพท./

รพช. ปี 2547 รวมร้อยละ 25.7 ของทันตแพทย์ทั้งหมด ซึ่งมีภาระในการให้บริการในโรงพยาบาลทั่วประเทศ 75 จังหวัด รวมกว่า 800 โรงพยาบาล



รูปที่ 3.4 สัดส่วนทันตแพทย์ภาครัฐ(กระทรวงสาธารณสุขและรัฐอื่น) และ ภาคเอกชน ปี 2542-2547

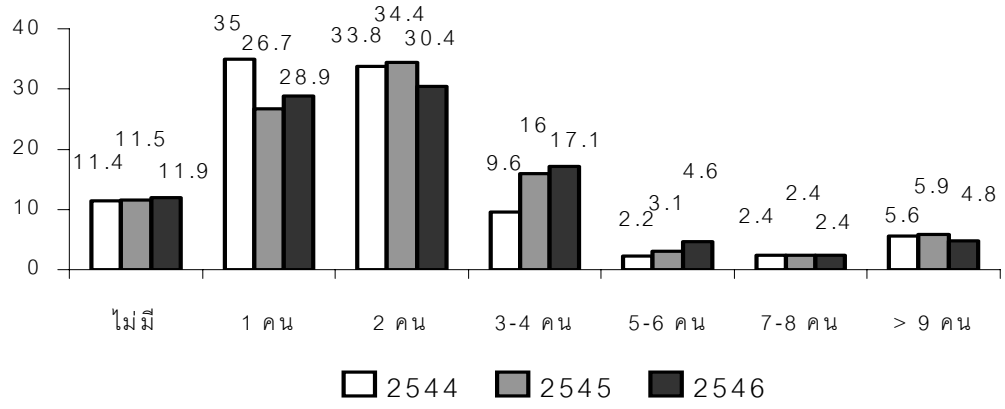


รูปที่3.5 ร้อยละทันแพทย์จำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงานปี 2544-2547(ฐานเท่ากับทันตแพทย์ทั้งหมด)

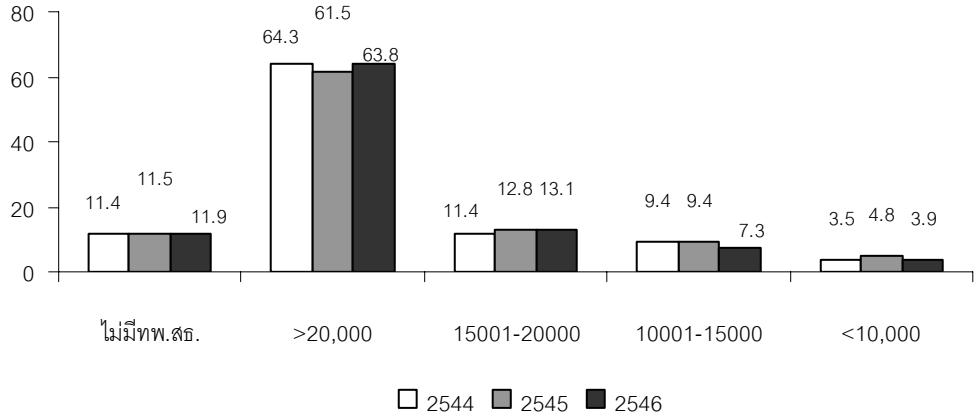
การกระจายทันตแพทย์ระดับอำเภอ

ในจำนวนภาพรวม 876 อำเภอทั่วประเทศปี 2546 พบร้อยละ 11.9 ของอำเภอ (104 อำเภอ) ไม่มีทันตแพทย์ หนึ่งในสามของอำเภอมีทันตแพทย์ 1คน (253 อำเภอ) และ ที่เหลืออีกหนึ่งในสามของอำเภอมีทันตแพทย์ 2คน (266 อำเภอ) ซึ่งเป็นการสะท้อนปัญหาความขาดแคลนทันตแพทย์เขตชนบทในส่วนภูมิภาคอย่างชัดเจน (รูปที่ 3.6) สองในสามของอำเภอทั้งหมดมีสัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์มากกว่า 20,000 คน มีพื้นที่จำนวนอำเภอเพียงร้อยละ 4 ที่มีสัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดคือทันตแพทย์ต่อประชากร 1:10,000 คน (รูปที่ 3.7) ปี 2547 มี

จำนวนอำเภอ/กิ่งอำเภอที่ไม่มีทันตแพทย์ 109 แห่ง ร้อยละ 53.2 อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตารางที่ 4)



รูปที่ 3.6 ร้อยละอำเภอจำแนกตามจำนวนทันตแพทย์ที่ให้บริการปี 2544-2546



รูปที่ 3.7 ร้อยละอำเภอจำแนกตามสัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ปี 2544-2546

ตารางที่ 3.3 จำนวนจังหวัดและอำเภอที่ไม่มีทันตแพทย์ ปี 2547 จำแนกตามภาค

ภาค	จำนวนจังหวัด	จำนวนอำเภอ/กิ่งอำเภอ	ร้อยละ
กลาง	10	19	17.4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	18	58	53.2
เหนือ	9	18	16.5
ใต้	7	14	12.8
รวม	44	109	100.0

การลาออกของการจัดสรรทันตแพทย์คู่สัญญา

เมื่อประมวลผลการจัดสรรและการลาออกของการจัดสรรทันตแพทย์คู่สัญญา ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2542-2546 จะเห็นว่าแนวโน้มทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุขลาออกสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ปี 2546 มีจำนวนทันตแพทย์ที่ลาออกคิดเป็นร้อยละ 52.9 ของจำนวนทันตแพทย์คู่สัญญาที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรร (ตารางที่ 3.4)

ตารางที่ 3.4 ผลการจัดสรรและการลาออกของการจัดสรรทันตแพทย์คู่สัญญา ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2542-2546

ปี	ได้จัดสรร *	ลาออก **
2542	319	71
2543	312	62
2544	347	111
2545	340	178
2546	359	187
2547	359	142***
2548	359	161***

หมายเหตุ * สำนักงานคณะกรรมการจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชศาสตร์ ผู้ทำสัญญา สบช.(17 ก.พ. 2547)

** ข้อมูลจากกลุ่มงานบริหารบุคคลสำนักบริหารกลาง สป. นส.0201.036/4905 ลงวันที่ 14 สิงหาคม 2547

*** ข้อมูลจากกลุ่มงานบริหารบุคคลสำนักบริหารกลาง สป.

การผลิต พัฒนา และ กระจายของทันตาภิบาลไทย

ทันตาภิบาลเป็นทันตบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการทำงานทันตสาธารณสุขไทยมายาวนาน เริ่มมีการผลิตมาตั้งแต่ พศ. 2,411 ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 2 ซึ่งมีต้นแบบจาก Dental nurse ในประเทศนิวซีแลนด์ (ทวีศักดิ์ สูทกวาทิน, 2529) แต่สภาพการณ์ของการขาดแคลนทันตแพทย์ที่ให้บริการในภาครัฐ ทำให้แนวทางการทำงานของทันตาภิบาลในไทย มีการเปลี่ยนแปลงไม่ต่างไปจาก dental nurse ในนิวซีแลนด์ซึ่งก็เปลี่ยนตัวเองเป็น dental therapist

การผลิตทันตาภิบาลเป็นโครงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากประเทศนิวซีแลนด์ หลักสูตรและบทบาทหน้าที่ ให้บริการทันตกรรมเพิ่มทวี (Incremental Dental Care – IDC) แก่นักเรียนประถมศึกษาทั้งด้านส่งเสริมป้องกันและรักษา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบเพื่อรองรับการให้บริการทันตกรรมของทันตาภิบาล (กระทรวงสาธารณสุข, 2518) ให้สามารถรักษาทางทันตกรรมบางอย่างได้เฉพาะในเด็กที่มีอายุไม่เกิน 14 ปี

ระหว่าง พ.ศ. 2535-2544 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ทสอ.) นับแต่ปี พ.ศ. 2536 จึงเริ่มมีทันตาภิบาลลงไปปฏิบัติงานในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ ต่อมาปี 2539 ได้มีการปรับบทบาทของทันตาภิบาล ให้สามารถบริการทันตกรรมแก่ประชาชนทั่วไปด้วย

(กระทรวงสาธารณสุข, 2539) กระทรวงสาธารณสุขจึงออกระเบียบใหม่ให้ทันตาภิบาลสามารถให้บริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิโดยไม่จำกัดอายุ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง บทบาทหน้าที่ของทันตาภิบาล ปี พ.ศ. 2539 ประกอบด้วยงานส่งเสริมป้องกัน บำบัดฉุกเฉิน ทันตกรรมบำบัด

งานทันตกรรมป้องกัน

-การใช้ฟลูออไรด์

-การเคลือบหลุมร่องฟัน

-การขูดหินน้ำลายและทำความสะอาดฟัน

งานทันตกรรมบำบัดฉุกเฉิน

-การบำบัดเบื้องต้น เพื่อลดความเจ็บปวด การกรอฟันเพื่อระบายหนอง

-การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนและหลังการรักษาทางทันตกรรม เช่น เช่นภาวะเลือดออกมาก

-การคัดแยกโรคและส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรม เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ

งานทันตกรรมบำบัด

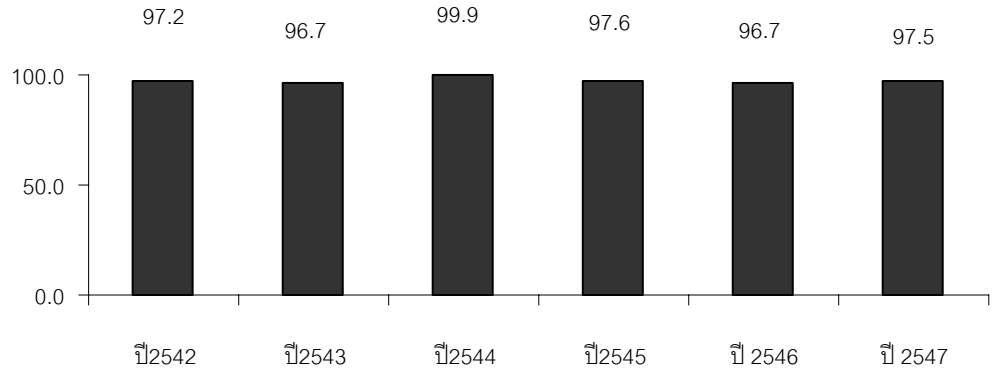
-ตรวจวินิจฉัยและคัดแยกโรคในช่องปาก

-อุดฟันชนิดไม่ซับซ้อนด้วยวัสดุอุดฟัน

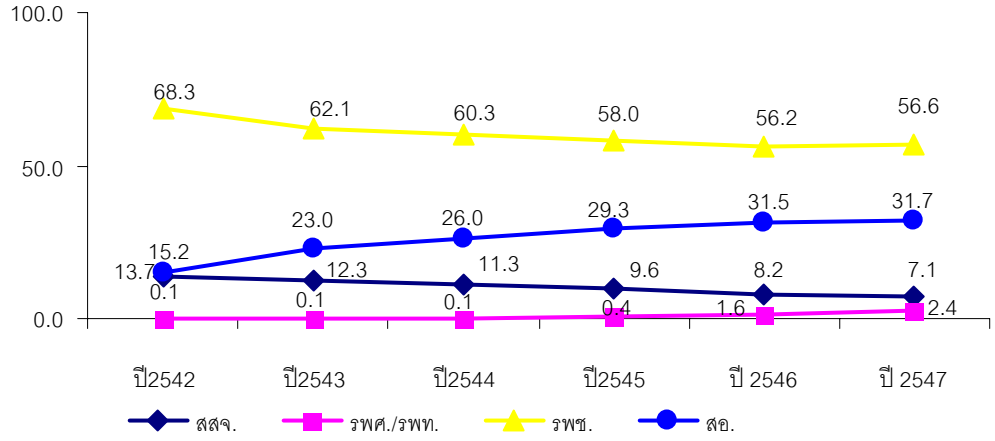
-ถอนฟันที่ขึ้นปกติที่ไม่สามารถเก็บไว้ได้และไม่มีภาระแทรกซ้อน

และ ก.พ.อนุมัติให้เปลี่ยนตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 ตำแหน่งเป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข พ.ศ. 2540 จำนวนทันตาภิบาลเริ่มเต็มกรอบโรงพยาบาลชุมชน และเริ่มบรรจุในสถานีอนามัย ทำให้จำนวนทันตาภิบาลเริ่มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้สัดส่วนทันตาภิบาลต่อประชากรค่อย ๆ ดีขึ้นเป็นลำดับ ปี 2548มีสถานีอนามัยที่มีทันตาภิบาลประจำจำนวน 1,116 แห่ง

ปี 2547 การกระจายทันตาภิบาลกว่าร้อยละ 97 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รูปที่ 3.8) เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดการกระจาย ในหน่วยงานที่ให้บริการในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข พบสัดส่วนทันตาภิบาลมากกว่าร้อยละ 50 ปฏิบัติงานในรพช. โดยมีทิศทางค่อยๆลดสัดส่วนลงจากร้อยละ 68.3 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 56.6 ในปี 2547 ซึ่งตรงข้ามกับทันตาภิบาลในสถานีอนามัยที่ทีทิศทางค่อยๆเพิ่มสัดส่วนขึ้น จาก ร้อยละ 15.2 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 31.7 ในปี 2547 คือ เพิ่มขึ้น 2 เท่า ใน 5 ปี ทั้งนี้เนื่องจากการจัดการกำลังคนให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยงานให้บริการตามนโยบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนสัดส่วนทันตาภาลในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีทิศทางลดลงเช่นกันจากร้อยละ 13.7 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 7.1 ทั้งนี้เนื่องจากการปฏิรูประบบราชการในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (รูปที่3.9)



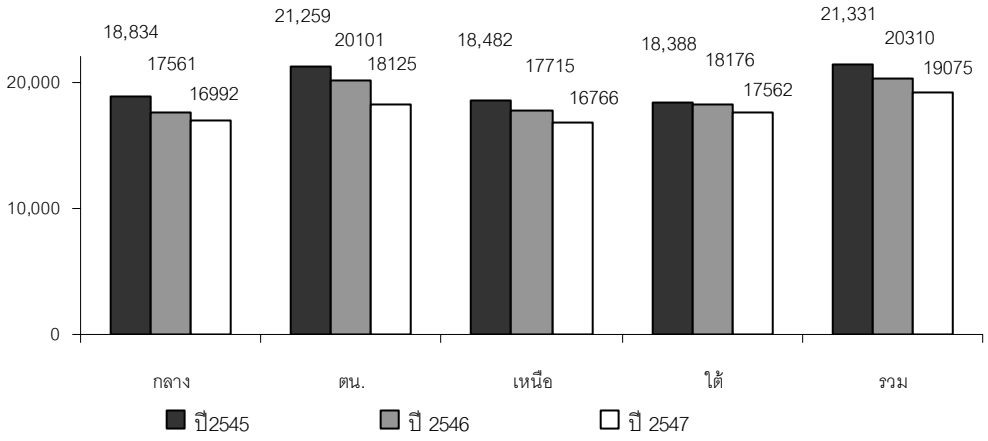
รูปที่ 3.8 สัดส่วนทันตาภิบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2542-2547



รูปที่ 3.9 ร้อยละทันตาภิบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำแนกตามสถานที่ปฏิบัติงานปี 2544-2547

สัดส่วนทันตาภิบาลต่อประชากรปี 2545-2547

ในช่วงปี 2545-2547 พบว่าสัดส่วนทันตาภิบาลต่อประชากรในทุกภูมิภาคลดลงเป็นลำดับ ในภาพรวมสัดส่วนประชากรต่อทันตาภิบาล 1 คน ลดลงจาก 21,331 คน ในปี 2545 เหลือเป็น 19,075 คน ในปี 2547 ภาคที่มีสัดส่วนทันตาภิบาลต่อประชากรสูงสุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รูปที่ 3.10)



รูปที่ 3.10 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรปี 2544-2547 จำแนกตามภาค

สัดส่วนทันตาภิบาลต่อประชากรจำแนกรายอำเภอปี 2544-2546

ในจำนวนภาพรวม 876 อำเภอทั่วประเทศปี 2546 พบร้อยละ 11.9 ของอำเภอ (21 อำเภอ) ไม่มีทันตาภิบาล หนึ่งในสามของอำเภอทั้งหมดมีสัดส่วนประชากรต่อทันตาภิบาลมากกว่า 20,000 คน มีพื้นที่จำนวนอำเภอเพียงร้อยละ 16.3 ที่มีสัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด คือ ทันตาภิบาลต่อประชากร 1:10,000 คน

นอกจากนี้การปรับหลักสูตรทันตาภิบาลใน พ.ศ. 2540 โดยเพิ่มวิชาพื้นฐานเพื่อเอื้อต่อทันตาภิบาลที่สำเร็จการศึกษา และมีความประสงค์ที่จะศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี ทำให้ต้องลดเวลาฝึกปฏิบัติในคลินิก ทำให้ทักษะในการบริการทันตกรรมลดลง อย่างไรก็ตาม ทันตาภิบาลจัดเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในทีมทันตสุขภาพ และมีสถานการณ์การกระจายในชนบทที่ดีกว่าทันตแพทย์ รวมถึงอยู่ในพื้นที่อย่างต่อเนื่องยาวนานกว่า เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดที่ปฏิบัติงาน จึงถือได้ว่าทันตาภิบาลเป็นกำลังหลักที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิระดับพื้นที่โดยเฉพาะในเขตชนบท

การประชุมทันตแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 1 พศ. 2537 ได้สรุปผลสัมมนาเป็นข้อเสนอแนะให้ทันตาภิบาลเน้นงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก และเมื่อการกระจายทันตแพทย์ครอบคลุมดี น่าจะมีการจัดบทบาทการทำงานของทันตาภิบาลที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อนกับทันตแพทย์ รวมถึงเสนอให้มีการศึกษาเพื่อจัดให้มีทันตานามัยเพิ่มขึ้นอีกประเภทหนึ่ง แต่ยังไม่ได้มีข้อเสนอบทบาทหน้าที่ชัดเจน และ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันควบคุมโรคในช่องปากจึงสมควรเน้นให้เป็นงานหลักของทันตาภิบาลภายใต้การวางแผนและกำกับดูแลของทันตแพทย์ โดยผสมผสานไปกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคอื่นๆ

มาตรการในการกระจายทันตแพทย์ของต่างประเทศ

การกระจายบุคลากรทางการแพทย์อย่างไม่เท่าเทียมกันเป็นปัญหาของนานาประเทศ

รัฐบาลของประเทศต่างๆได้มีมาตรการหลายประการในการแก้ไขปัญหานี้ จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้แบ่งมาตรการการแก้ไขปัญหาการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ออกได้เป็น 3 หมวด ดังนี้

- มาตรการที่เกี่ยวข้องกับระบบการผลิตบุคลากร ได้แก่ การจัดตั้งสถานศึกษาในเขตขาดแคลนบุคลากร การคัดเลือกนักศึกษาซึ่งอาศัยในเขตขาดแคลนบุคลากรเข้าสู่สถานศึกษา หรือการคัดเลือกนักศึกษาที่มีความสนใจทำงานในเขตขาดแคลนบุคลากร
- มาตรการเชิงควบคุมจำกัด ได้แก่ การบังคับให้บุคลากรจบใหม่ทำงานในเขตขาดแคลน หรือการจำกัดตำแหน่งทำงานในเขตที่มีบุคลากรพอเพียงหรือมากเกินความต้องการแล้ว
- มาตรการเชิงแรงจูงใจ ได้แก่ การใช้ค่าตอบแทนและสิทธิประโยชน์ต่างๆ หรือการจัดโครงการช่วยเหลือทางสังคมแก่บุคลากรในการเข้าทำงานในเขตขาดแคลน

การเปรียบเทียบมาตรการจัดการการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างประเทศต่าง ๆกับประเทศไทย

การประชุมนานาชาติกำลังคนของแพทย์ครั้งที่ 5 (Australian Medical Workforce Advisory Committee (2000)) ณ. เมืองซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ในปีพ.ศ. 2543 มีการนำเสนอโปรแกรมการแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในเขตขาดแคลนของประเทศออสเตรเลีย แคนนาดา อังกฤษ และอเมริกา (ตารางที่ 3.5) แสดงโปรแกรมต่างๆของประเทศเหล่านี้

ตารางที่ 3.5 มาตรการจัดการการกระจายแพทย์ของประเทศออสเตรเลีย แคนนาดา อังกฤษ และอเมริการ

ประเทศ	มาตรการที่เกี่ยวข้องกับระบบการผลิตบุคลากร	มาตรการเชิงควบคุมจำกัด	มาตรการเชิงแรงจูงใจและมาตรการอื่นๆ
ออสเตรเลีย 1. เขตชนบทและเขตห่างไกล คือศูนย์กลางชนบทที่ห่างไกลขนาดใหญ่ เล็กและ ขนาดอื่นๆ เขตนคร คือ เมืองหลวงและเขตเทศบาลเมือง (กำหนดโดยความหนาแน่นของประชากร และระยะทางจากศูนย์กลางชุมชนขนาด	1. สนับสนุนทางการเงินแก่โปรแกรมสรรหานักศึกษาจากเขตชนบทและนักศึกษาคนพื้นเมืองเข้าเรียนแพทย์ 2. ทุนการศึกษาแก่นักศึกษาจากเขตชนบท 3. จัดการให้มีการจ่ายเงินยืมสำหรับ	1. การฝึกปฏิบัติเฉพาะทางบางโปรแกรมให้มีการทำงานในเขตชนบทภาคบังคับสำหรับการได้รับขึ้นทะเบียน 2. กฎหมายเบอร์ผู้ให้บริการ (Provider Number) จัดให้ผู้สำเร็จการศึกษาที่ไม่ได้มี	1. สนับสนุนทางการเงินแก่องค์กร Rural Workforce Agencies ให้สรรหาแพทย์และสนับสนุนการทำงานในเขตชนบทและเขตห่างไกล 2. โปรแกรม Rural Retention programme ของรัฐบาลกลางให้เงินอุดหนุนแพทย์ที่ทำงานการแพทย์ปฐมภูมิในเขตขาด

ประเทศ	มาตรการที่เกี่ยวข้องกับระบบการผลิตบุคลากร	มาตรการเชิงควบคุมจำกัด	มาตรการเชิงแรงจูงใจและมาตรการอื่นๆ
ใหญ่) 2. ในปีค.ศ. 1998 15.6% ของแพทย์ทำงานในเขตชนบทและห่างไกลซึ่งมีประชากร 28.7% ของประชากรทั้งประเทศ จำนวนแพทย์ต่อประชากร 100,000 คน เท่ากับ 306.3 คนในเขตนคร และ 143.6 คนในเขตชนบทและห่างไกล 3. นโยบายและมาตรการกำหนดมาจากทั้งรัฐบาลกลาง (Commonwealth) และ รัฐบาลของแต่ละมลรัฐหรือเขตปครอง 4. Australia Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC) เป็นผู้รับผิดชอบเรื่องการกระจายบุคลากรทางการแพทย์	การศึกษาแก่แพทย์โดยการทำงานในเขตชนบท 4. ทุนการศึกษาสำหรับนักศึกษาที่จะทำงานในเขตชนบทหลังสำเร็จการศึกษาเป็นเวลา 6 ปี 5. จัดเงินสนับสนุนการเปิดโรงเรียนแพทย์ในเขตชนบท (James Cook University ในควีนส์แลนด์เหนือ) 6 จัดตั้งโรงเรียนฝึกปฏิบัติทางคลินิกและภาควิชาสุขภาพชุมชนในเขตชุมชน 7. โปรแกรมนำร่องที่มีการจัดให้การฝึกปฏิบัติหลังปริญญามีการทำงานเป็นแพทย์ทั่วไปในเขตชนบท 8. ให้การสนับสนุนทางการเงินแก่โปรแกรมแพทย์ทั่วไปในเขตชนบท ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างความสนใจและทักษะสำหรับการทำงานในชนบท	คุณสมบัติของการศึกษาหลังปริญญาจะสามารถได้รับเงินคืนของ Medicare เฉพาะเป็นการทำงานในเขตชุมชนภายใต้การควบคุมดูแล (เป้าหมายของโปรแกรมนี้คือเพื่อให้เกิดคุณภาพการบริการและลดการมีแพทย์ทั่วไปมากเกินความต้องการในเขตนครและเพิ่มแพทย์ทั่วไปในเขตชนบท)	แคลนเป็นระยะเวลานาน 3. โปรแกรม Rural Health Support, Education and Training Programme ของรัฐบาลกลางให้การสนับสนุนทงการเงินแก่บุคลากรที่ทำงานในชนบทสำหรับการริเริ่มโครงการ การศึกษา และการฝึกอบรมที่จะทำให้สุขภาพของประชาชนในเขตชนบทและห่างไกลดีขึ้น 4. การสร้างแรงจูงใจ เช่น ให้สถานะเป็นผู้อยู่อาศัยถาวรและการขึ้นทะเบียนเป็นแพทย์แก่แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ โดยต้องทำงานในเขตชนบทเป็นเวลา 5 ปี
แคนาดา 1. เขตชนบท หมายถึง พื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรน้อยกว่า 400 คน	1. ให้เงินกู้หรือเงินช่วยแก่นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาหลังปริญญา	1. ควบคุม เบอร์การเก็บค่ารักษา (Billing number)	1. เงินสนับสนุนการเรียนต่อแก่ผู้ที่ทำงานในเขตชนบท 2. แรงจูงใจด้านการเงิน: ค่า

ประเทศ	มาตรการที่เกี่ยวข้องกับระบบการผลิตบุคลากร	มาตรการเชิงควบคุมจำกัด	มาตรการเชิงแรงจูงใจและมาตรการอื่นๆ
ต่อตารางกิโลเมตร หรือมีประชากรน้อยกว่า 1,000 คน พื้นที่อื่นๆ คือ เขตเมือง 2. ในปีค.ศ. 1999 จำนวนแพทย์ต่อประชากร 10,000 คน เท่ากับ 22.9 ในเขตเมือง และ 5.3 ในเขตชนบท 3. นโยบายและมาตรการต่างจะมาจากแต่ละมลรัฐหรือเขตปกครอง ไม่มีนโยบายหรือมาตรการใดมาจากรัฐบาลกลาง	โดยแลกเปลี่ยนกับการทำงานในเขตชนบท 2. จัดให้นักศึกษาแพทย์มีการฝึกปฏิบัติและส่งเสริมการปฏิบัติงานในเขตชนบท 3. จัดหาสถานที่ทำงานหรือสถานที่จัดการเรียนการสอนในเขตชนบทแก่นักศึกษาหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านและแพทย์เฉพาะทาง 4. จัดให้มีการเข้าถึงการฝึกปฏิบัติและการพัฒนาทักษะใหม่ 5. นโยบายคัดเลือกนักเรียนจากเขตชนบทหรือนักเรียนชนเผ่าดั้งเดิมเข้าเรียนแพทย์	2. ควบคุมสถานที่ทำงานสำหรับผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ	แพทย์/เงินแถม, เงินอุดหนุนการเดินทาง, ลาพักร้อนโดยได้รับเงิน, เงินค่าอยู่เวรพิเศษสำหรับแพทย์เฉพาะทาง และแพทย์ที่รับผิดชอบผู้ป่วยฉุกเฉิน, เงินช่วยโดยแลกเปลี่ยนกับการทำงานในชนบท, และเงินช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการก่อตั้งสถานที่ทำงาน 3. โปรแกรมสนับสนุนทางการเงินสำหรับการทำงานแทนแพทย์อื่น 4. อนุญาตให้มีการหาเงินเข้าสู่กองทุนสำหรับแพทย์ เช่น เพื่ออุดหนุนที่อยู่อาศัย
อังกฤษ 1. มีการขาดแคลนแพทย์ทั่วไปในระดับประเทศ แต่ไม่มีปัญหาการกระจายอย่างไม่เท่าเทียมกันมากนัก พื้นที่ที่มักจะมีแพทย์คือชุมชนในกลางเมือง 2. บริการสุขภาพจัดโดย National Health Service (NHS) กองทุน โรงพยาบาลของ NHS เป็นผู้จ้าง แพทย์	1. การเพิ่มนักศึกษาแพทย์ 2. การให้เงินสนับนุนหลักสูตรฝึกปฏิบัติในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์สำหรับนักศึกษาแพทย์ทั่วไปและเฉพาะทาง	1. จำกัดทางเข้าถึงการปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีแพทย์ทั่วไปมากเกินความต้องการ	1. โปรแกมแนะนำและสนับสนุนให้แพทย์ทั่วไปเข้าทำงานในพื้นที่ขาดแคลน เช่น โปรแกรมการเริ่มต้นการประกอบวิชาชีพของแพทย์ทั่วไปในเขตปกครองเดอร์แฮมและโครงการสหแพทย์ทั่วไป (GP associate scheme) ในลอนดอนตอนใต้ เป็นต้น 2. ให้แพทย์ทั่วไปที่สำเร็จ

ประเทศ	มาตรการที่เกี่ยวข้องกับระบบการผลิตบุคลากร	มาตรการเชิงควบคุมจำกัด	มาตรการเชิงแรงจูงใจและมาตรการอื่นๆ
ประจำโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ที่ปรึกษา และแพทย์อ่อนอาวุโส (junior medical doctors) ที่อยู่ระหว่างการฝึกปฏิบัติ สัญญาจ้างแพทย์ทั่วไปเป็นไปตามเงื่อนไขและข้อตกลงของสัญญาในระดับชาติ 3. คณะกรรมการการปฏิบัติงานเวชกรรม Medical Practices Committee (MPC) เป็นผู้รับผิดชอบการกระจายของแพทย์ทั่วไปในประเทศอังกฤษและประเทศเวลส์ (คณะกรรมการอื่นในลักษณะเดียวกันเป็นผู้รับผิดชอบการกระจายของแพทย์ทั่วไปในประเทศสกอตแลด์และประเทศไอร์แลนด์เหนือ)			การศึกษาใหม่ซึ่งมีความกระตือรือร้นสูงเข้าทำงานในพื้นที่ลำบาก เช่น โครงการ “Parachute Doctor” scheme ในเมืองลิเวอร์พูล 3. โครงการพักงานครึ่งการทำงาน (Mid career break scheme) ในลอนดอนตอนใต้ เพื่อให้แพทย์ทั่วไปได้ใช้เวลาไตร่ตรองความตั้งใจและชีวิตการงานของตน 4. กฎหมายการแพทย์พื้นฐานนำร่อง (Primary Care Act Pilots) จัดให้มีทางเลือกสัญญาจ้างในเงื่อนไขต่างๆกับผู้จ้างท้องถิ่น 5. กองทุนบางแห่งจัดให้มีแรงจูงใจเพิ่มเติมจากข้อสัญญา ระดับชาติ (ไม่ปรากฏหลักฐาน)
อเมริกา 1. พื้นที่ขาดแคลนแพทย์ คือ เขตชนบทหรือเขตที่ไม่ใช่เขตนคร และเขตใจกลางเมืองใหญ่ เขตเมืองและชานเมืองมีแพทย์จำนวนมาก 2. ในปีค.ศ. 1998 11% ของแพทย์ทำงานในเขตชนบทซึ่งมีประชากร 20-27% ของประชากรทั้งหมด จำนวนแพทย์ทั่วไปต่อประชากร	1. โปรแกรม National Health Service Corps (NHSC) programme ซึ่งได้รับเงินทุนระดับชาติจัดให้มีทุนการศึกษาและเงินกู้เพื่อการศึกษาสำหรับนักศึกษาแพทย์โดยแลกเปลี่ยนกับการทำงานในเขตชนบท	ไม่มี	1. การให้เงินเพิ่ม เช่น เงินโบนัสจากแมดดิแคร์ (Medicare bonus payments) เพื่อจูงใจ แพทย์ที่ทำงานในเขตชนบท 2. การสร้างโครงสร้างพื้นฐานสำหรับสถานที่ทำงานในเขตชนบท เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์สุขภาพผู้อพยพ คลินิกแพทย์ในชนบท ศูนย์สุขภาพที่

ประเทศ	มาตรการที่เกี่ยวข้องกับระบบการผลิตบุคลากร	มาตรการเชิงควบคุมจำกัด	มาตรการเชิงแรงจูงใจและมาตรการอื่นๆ
100,000 คน ในเขตนครขนาดใหญ่ เขตนครขนาดเล็กและเขตชนบทขนาดเล็กที่ไม่ติดกับเขตเมืองเท่ากับ 91, 75, และ 39 คนตามลำดับ 3. แต่ละรัฐรับผิดชอบการกระจายของบุคลากรทางการแพทย์ในรัฐตน	หลังสำเร็จการศึกษา 2. ทุนการศึกษาระดับรัฐและโปรแกรมการจ่ายคืนเงินกู้การศึกษาสำหรับนักเรียนจากเขตชนบทที่ขาดแคลนแพทย์โดยแลกเปลี่ยนกับการทำงานในเขตชนบทที่ขาดแคลน เช่น โปรแกรมPhysician Shortage Area Programme (PSAP) ของรัฐเพนซิววาเนีย เป็นต้น โปรแกรม PSAP มีการมุ่งเน้นเวชศาสตร์ครอบครัวในการเรียนการสอนด้วย		มีคุณสมบัติระดับสหพันธรัฐ (Federally-Qualified Health Centres) และศูนย์การเรียนการสอนเกี่ยวกับสุขภาพในพื้นที่ (Area Health Education Centres)

จากการเปรียบเทียบแสดงให้เห็นว่าปัญหาการกระจายแพทย์ ของแต่ละประเทศไม่เหมือนกันและมีแนวทางการแก้ไขที่แตกต่างกัน ในขณะที่เขตขาดแคลนแพทย์ของประเทศ ออสเตรเลีย และแคนาดาคือท้องถิ่นห่างไกลที่มีความหนาแน่นของประชากรต่ำ แต่ของประเทศอังกฤษ คือ เขตใจกลางเมือง สำหรับอเมริกาเขตขาดแคลนแพทย์เป็นพื้นที่ทั้งท้องถิ่นห่างไกลและเขตใจกลางเมือง อย่างไรก็ตามทั้ง 4 ประเทศได้ใช้มาตรการมากกว่าหนึ่งมาตรการในการแก้ไขปัญหา

มาตรการการแก้ไขปัญหาการกระจายทันตแพทย์ไทย

มาตรการที่เกี่ยวข้องกับระบบการผลิตบุคลากรของประเทศไทยได้แก่ โครงการเพิ่มการผลิตทันตแพทย์ การปรับหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์ให้มีการศึกษาวิชาต่างๆ ในสาขาทันตกรรมชุมชนและให้มีการฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม และการจัดสรรให้นักศึกษาทันตแพทย์จากเขตชนบทได้เข้าศึกษาในคณะทันตแพทยศาสตร์

การเพิ่มการผลิตทันตแพทย์

การเพิ่มการผลิตทันตแพทย์เป็นผลมาจากการศึกษาการผลิตและพัฒนาทันตบุคลากร โดยกระทรวงสาธารณสุข (Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health :1981) ซึ่งมีการนำเสนอในการประชุมพัฒนาหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์ในปี 2524 ณ. จังหวัดเชียงใหม่ ต่อมาในปีพ.ศ. 2536 คณะกรรมการผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสต์แห่งประเทศไทย : อบทท (Dental School Administrator Organization of Thailand : 1993) ได้เห็นความสำคัญของปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ในชนบท จึงได้มีการเปิดคณะทันตแพทย์ขึ้นใหม่ใน 3 ภูมิภาคคือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปีพ.ศ. 2517 มหาวิทยาลัยของแก่น ในปีพ.ศ. 2519 และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในปีพ.ศ. 2521

ในราวต้นทศวรรษ 2510 Ministry of University Affairs (2002) ได้มีการจัดสรรโควตาการเข้าเรียนแพทย์แก่นักศึกษาที่มีภูมิลำเนาต่างจังหวัด ซึ่งโปรแกรมนี้ก็ได้นำมาใช้สำหรับทันตแพทย์ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนนักศึกษาที่คัดสรรมาจากต่างจังหวัดต่อนักศึกษาจากกรุงเทพฯยังต่ำ นักศึกษาทันตแพทย์ส่วนใหญ่ยังคงมาจากการคัดเลือกตามระบบการสอบคัดเลือก

มาตรการแรงจูงใจโดยใช้ค่าตอบแทน

Bureau of Health Policy and Plan (2001) ได้สรุปมาตรการแรงจูงใจโดยใช้ค่าตอบแทนมีอยู่ 2 ประเภทหลักคือ

การให้เบี้ยเลี้ยงเพิ่มพิเศษตามระดับความขาดแคลนบุคลากร ซึ่งจัดระดับโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ต่างๆออกเป็น 3 ระดับตามความยากในการสรรหาแพทย์เข้าทำงานและการมีการสูญเสียแพทย์สูง เบี้ยเลี้ยงเพิ่มพิเศษนี้เป็นจำนวน 2,000 – 2,200 บาทต่อเดือนในพื้นที่ไม่ขาดแคลน จำนวน 10,000 บาทต่อเดือนในพื้นที่ขาดแคลนระดับ 1 และจำนวน 20,000 บาทต่อเดือนในพื้นที่ขาดแคลนระดับ 2

การจูงใจโดยใช้ค่าตอบแทนประเภทที่ 2 คือ เบี้ยเลี้ยงเพิ่มพิเศษสำหรับอาชีพที่มีการขาดแคลนโดยมีอัตรา 10,000 บาทต่อเดือนสำหรับผู้ที่มีอาชีพทันตแพทย์และไม่ได้ทำงานในภาคเอกชน ในแต่ละปีกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ร้อยละ 8 ของงบประมาณทั้งหมดสำหรับการเพิ่มค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ตามมาตรการทั้ง 2 นี้

มาตรการเชิงควบคุมจำกัด คือ โครงการทันตแพทย์คู่สัญญา

ประเทศไทยมีมาตรการเชิงควบคุมจำกัด คือ โครงการทันตแพทย์คู่สัญญา ซึ่งมีลักษณะต่างจากประเทศออสเตรเลีย แคนนาดาและอังกฤษที่มุ่งที่จะลดโอกาสในการทำงานในเขตที่ไม่ขาดแคลน ในประเทศอังกฤษมีการจำกัดตำแหน่งงานในเขตที่ไม่ขาดแคลน ในออสเตรเลียมีการควบคุมไม่ให้มีสถานที่ทำงานหลังการฝึกปฏิบัติเฉพาะทาง หรือการจำกัดเงินจ่ายคืนของแมดดิเคตสำหรับทันตแพทย์ที่

ไม่ได้จบการศึกษาภายในประเทศ Cavender, A. and Alban, M. (1998) ได้สรุปการจำกัดสถานที่ทำงานแก่แพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ หลายประเทศในลาตินอเมริกา และประเทศอินโดนีเซีย ในประเทศแคนนาดา มีมาตรการเชิงควบคุมจำกัดคล้ายโครงการทันตแพทย์คู่สัญญาของไทย แต่มีความแตกต่างในการบังคับใช้คือ การเข้าทำงานในเขตชนบทของประเทศเหล่านี้เป็นข้อกำหนดของการจะได้รับใบประกอบโรคศิลป์

Nitayarumphong S. et al. (2000) ได้สรุปมาตรการต่างๆนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ของกระทรวงสาธารณสุขยังมี การปรับปรุงสภาพบ้านพัก การขยายและพัฒนาโรงพยาบาล เช่น มีการสร้างตึกใหม่ การจัดซื้อยูนิตทันตกรรมใหม่ และการจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์ทางทันตกรรม

ความแตกต่างของมาตรการเชิงควบคุมจำกัดระหว่างประเทศต่างๆ มีความเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศ ประเทศอเมริกาไม่มีการใช้มาตรการเชิงควบคุมจำกัด และโอกาสการทำงานในเขตต่างๆเป็นไปตามกลไกของตลาดเสรี ประเทศออสเตรเลียจำกัดโอกาสการทำงานโดยเงินจ่ายคืนของแมดดิเคตซึ่งเป็นระบบค่าตอบแทนบริการแบบสวัสดิการรัฐของประเทศ โครงการทันตแพทย์คู่สัญญาของประเทศไทยแสดงให้เห็นถึงระบบบริการผสมที่มีลักษณะแบบตลาดเสรีเป็นส่วนใหญ่ และการมีรัฐบาลควบคุมการผลิตและการเข้าทำงานในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

ผลกระทบต่อการสรรหาและการคงอยู่ของบุคลากรทางการแพทย์

วรรณกรรมที่แสดงผลของมาตรการต่างๆต่อการกระจายของบุคลากรทางการแพทย์มีจำกัด และวรรณกรรมที่พบก็ไม่สามารถแสดงหลักฐานผลสำเร็จได้อย่างชัดเจน

มาตรการจัดตั้งสถานศึกษาในเขตขาดแคลน

Kristiansen, I.S. and Forde, O.H. (1992) รายงานว่าสถานที่ตั้งของสถานศึกษามีความสัมพันธ์กับจำนวนบัณฑิตที่ทำงานในเขตใกล้เคียง การจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ในทางเหนือของประเทศเป็นมาตรการหนึ่งของนโยบายกระจายแพทย์สู่เขตขาดแคลนของประเทศนอร์เวย์ การติดตามผลพบว่าส่วนใหญ่ของแพทย์ที่สำเร็จจากโรงเรียนแพทย์นี้ได้เข้าทำงานในท้องถิ่นใกล้เคียง

มาตรการสรรหานักศึกษาจากชนบทเข้ารับศึกษา

การสรรหานักศึกษาเข้ารับการศึกษามีผลกระทบโดยตรงต่อลักษณะบุคลากรทางการแพทย์ Marley, J. and Carman, I. (1999) พบว่า นักเรียนที่เติบโตในเขตชนบทมีโอกาสที่จะเข้าทำงานในท้องถิ่นตัวเองมากกว่าผู้อื่น และ Woloschuk, W. and Tarrant, M. (2002) พบว่านักศึกษาแพทย์ที่มีภูมิลำเนาในเขตชนบทมีโอกาสที่จะทำงานในชุมชนชนบทมากกว่า

มาตรการคัดเลือกนักศึกษาจากชนบทเข้ารับการศึกษาที่มีหลักสูตรเน้นการทำงานในเขตชนบท

- Square, D. (2001) รระบุว่ารัฐแมนนิโทบา ประเทศแคนนาดามีแผนการกระจายแพทย์สู่เขตขาดแคลน (The Manitoba Rural Physician Action Plan) ซึ่งประกอบไปด้วยการเพิ่มจำนวนนักศึกษาที่รับเข้าโปรแกรมเวชศาสตร์ครอบครัว การเพิ่มการรับแพทย์ที่ทำงานในเขตชนบทเข้าโปรแกรมฝึกปฏิบัติเฉพาะทาง และการเพิ่มการศึกษาและฝึกปฏิบัติทำงานในเขตชนบทในหลักสูตรเวช

ศาสตร์ครอบครัวและหลักสูตรเฉพาะทางต่างๆ ยังไม่มีการประเมินผลสำเร็จของแผนนี้ แต่ประธานสมาคมแพทย์แมนนิโทบาได้กล่าวว่าสองในสามของแพทย์ไม่ได้เข้าทำงานในแมนนิโทบาหลังสำเร็จการศึกษา

- การศึกษานักศึกษาแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยควีนส์ ประเทศแคนนาดาโดยการสร้างโลจิสติกโมเดลพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างภูมิลำเนาของนักศึกษากับสถานที่ทำงานแห่งแรกและสถานที่ทำงานในปัจจุบัน แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการฝึกปฏิบัติงานในเขตชนบทระหว่างการศึกษากับสถานที่ทำงานแห่งแรกและสถานที่ทำงานในปัจจุบัน (Easterbrook, M. et al.:(1999) อย่างไรก็ตาม การศึกษาใช้ปัจจัยเพียง 4 ตัวในการสร้างโมเดลและไม่ได้รายงานปริมาณความแปรปรวน (Unexplained variances) ของโมเดล

- โปรแกรม The Physician Shortage Area Program หรือ PSAP ของรัฐเพนสิวาเนียประเทศอเมริกาได้ใช้มาตรการสรรหานักศึกษาที่มีภูมิลำเนาในชนบทควบคู่กับหลักสูตรที่เน้นการฝึกปฏิบัติในเขตชนบทในการเพิ่มจำนวนแพทย์ในเขตขาดแคลน Rabinowitz, H.K. (1988) พบว่านักศึกษาที่เข้าโปรแกรมนี้คือผู้ที่มีภูมิลำเนาในเขตชนบทและมีความประสงค์จะทำงานเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเขตชนบทและเขตขาดแคลน นักศึกษา PSAP จะได้รับเงินช่วยเหลือการศึกษามากกว่านักศึกษาอื่นทั่วไป โดยไม่มีสัญญาว่าจะต้องทำงานเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเขตชนบทหรือเขตขาดแคลน นักศึกษา PSAP จะมีอาจารย์ที่ปรึกษาที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในการฝึกภาคปฏิบัติเวชศาสตร์ครอบครัวในปีที่ 3 จะได้ไปฝึกนอกเขตเมือง และในการฝึกปฏิบัติผู้ป่วยนอกในปีสุดท้ายจะได้ไปฝึกในคลินิกแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในเขตชนบทหรือเขตขาดแคลน โปรแกรมนี้ได้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 และในการประเมินผลของ Rabinowitz, H.K. (1993) ในปี 2536 พบว่าร้อยละ 39 ของนักศึกษา PSAP ที่สำเร็จการศึกษาปี 2521 – 2534 เข้าทำงานในเขตชนบทของรัฐ และร้อยละ 33 เข้าทำงานในเขตขาดแคลนของรัฐเทียบกับร้อยละ 10 และร้อยละ 8 ของนักศึกษาอื่นทั่วไป การประเมินผลครั้งต่อมาในปีพ.ศ. 2539 ของ Rabinowitz, H.K. et al. (1999) พบว่าเกือบทั้งหมดของแพทย์จากโปรแกรม PSAP เหล่านี้ยังคงทำงานในเขตชนบทและเขตขาดแคลน อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีวรรณกรรมแสดงหลักฐานการประเมินผลของการคงอยู่ในระยะยาว

- โปรแกรม The National Health Service Corps (NHSC) ของประเทศสหรัฐอเมริกาให้เงินทุนการศึกษาสำหรับนักศึกษา แต่มีสัญญาว่าต้องทำงานในเขตขาดแคลนต่างๆทั่วประเทศหลังสำเร็จการศึกษา Cullen, T.J. et al. (1997) พบว่ามีแพทย์ในโปรแกรมสำเร็จการศึกษาในปี 2518 – 2526 เป็นจำนวนทั้งสิ้น 2,903 คน ในการประเมินผลปี 2534 พบว่าร้อยละ 20 ของแพทย์ NHSC ยังคงทำงานในที่เดิมที่ได้ส่งไปหลังสำเร็จการศึกษา และร้อยละ 20 ไปทำงานในเขตชนบทที่อื่น นอกจากนั้นการประเมินผลยังพบว่า แพทย์ NHSC มีการย้ายสถานที่ทำงานในระยะ 3 ปีสูงกว่าแพทย์อื่นทั่วไป

มาตรการกำหนดให้ทำงานในเขตขาดแคลนหลังสำเร็จการศึกษา

- ในหลายประเทศมีการกำหนดสถานที่ทำงานในเขตขาดแคลนของนักศึกษาหลังสำเร็จการศึกษา เช่น เมกซิโก เอควาดอร์ โบริเวีย อินโดนีเซีย และไทย เป็นต้น ประเทศลาตินอเมริกาเหล่านี้กำหนดให้แพทย์ทำงานในเขตชนบทเป็นเวลา 1 ปีแล้วจึงได้รับใบประกอบโรคศิลป์ (Pathman, D.E. et al. :1992) ส่วนประเทศอินโดนีเซียและไทยกำหนดระยะเวลาทำงาน 3 ปีโดยไม่เกี่ยวกับการได้ใบประกอบโรคศิลป์

- ประเทศอินโดนีเซีย ใช้มาตรการนี้ควบคู่กับการให้เงินตอบแทน และเพิ่มโอกาสการได้เข้าศึกษาเป็นแพทย์เฉพาะทางด้วย มีการประเมินความสำคัญของแต่ละส่วนของโปรแกรมต่อการทำงานในเขตชนบทและพบว่าทั้ง 3 ส่วนมีค่าความสำคัญสูงมาก แต่ไม่ได้มีการประเมินผลต่อการคงอยู่ในเขตชนบท Chomitz, K.M. et al. :1997 พบว่าแม้โปรแกรมนี้ในประเทศลาตินอเมริกาจะได้เริ่มใช้มานานกว่า 30 ปี แต่ยังไม่พบวรรณกรรมแสดงการประเมินผล อย่างไรก็ตาม มีวรรณกรรมแสดงการประเมินความเห็นของแพทย์ต่อโปรแกรมนี้ ซึ่งรายงานว่า แพทย์ในเอควาดอร์รู้สึกว่าการทำงานในชนบทเป็นสิ่งที่ดีทั้งในด้านความรู้สึกส่วนตัวและในด้านอาชีพ แต่ยังตั้งข้อสงสัยในผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในเขตชนบท

สำหรับประเทศไทย Lexomboon, D. (2003) ได้การประเมินผลโครงการทันตแพทย์คู่สัญญา พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มจำนวนทันตแพทย์ในชนบท แต่การคงอยู่ของทันตแพทย์หลัง 4 ปีมีค่าประมาณร้อยละ 40 และอัตรานี้ลดลงเรื่อยๆตามจำนวนปี

มาตรการเชิงแรงจูงใจอื่น ๆ

- Wilkinson, D. et al. (2001) ระบุว่าประเทศออสเตรเลียมีการสร้างเครือข่ายการศึกษากับสถานพยาบาลในเขตขาดแคลนเพื่อเพิ่มการชักจูงและการคงอยู่ของแพทย์ มหาวิทยาลัยแพทย์อเดเลดย์ร่วมกับสถานพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัวในชนบท 4 แห่งที่จะชักจูงให้แพทย์เข้าทำงาน โดยจะได้รับตำแหน่งทางวิชาการจากมหาวิทยาลัย ได้รับการสนับสนุนทางด้านวิชาการในการศึกษาต่อเนื่องและมีการสนับสนุนด้านการย้ายเข้าและสถานที่พัก ในระยะปี พ.ศ. 2538 – 2540 มีแพทย์เข้าร่วมโครงการ 17 คนและมีอัตราการย้ายออกร้อยละ 6 ต่อปี อย่างไรก็ตามผู้ที่ย้ายออกเหล่านี้อยู่ทำงานเพียงแค่ประมาณ 20 เดือน

- เขตวิคตอเรียตะวันตก ของประเทศออสเตรเลียซึ่งขาดแคลนแพทย์สูง ได้จัดโปรแกรมการจัดการรายบุคคล (Case Management Programme) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก Rural Incentive Programme ของประเทศ Mac Isaac, P. et al. (2000) พบว่าโปรแกรมนี้จัดให้มีผู้จัดการรายบุคคลในการสรรหาและช่วยเหลือแพทย์ในการย้ายเข้าทำงานในเขต การช่วยเหลือมีทั้งด้านวิชาชีพ ความสนใจส่วนตัว ด้านระเบียบหรือข้อบังคับต่างๆในท้องถิ่นและในที่ทำงาน ตลอดจนด้านครอบครัวและสังคม มีการพบและสังสรรค์ร่วมกันเป็นประจำคือทุก 4 วันในระยะ 3 เดือนแรก การประเมินระยะ 18 เดือน พบว่าสามารถสรรหาแพทย์ได้ถึง 17 คน อย่างไรก็ตาม ยังไม่ทราบผลของการคงอยู่ และโปรแกรมนี้มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงและระยะเวลาในการดำเนินการค่อนข้างนาน

- Anderson, M. and Rosenberg, M.W. (1990) ระบุว่าการใช้ค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจในการแก้ปัญหาการกระจายของบุคลากรทางการแพทย์เป็นวิธีที่ใช้กันทั่วไป โปรแกรม Ontario Under Serviced Area Programme (UAP) ของรัฐมอลตาริโอ ประเทศแคนนาดา ซึ่งเริ่มใช้ในปีพ.ศ. 2512 ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) การให้เงินค่าตอบแทนเพิ่ม (40,000 ดอลล่าร์แคนนาดา) ในระยะเวลา 4 ปีจากเงินเดือน 38,000 ดอลล่าร์แคนนาดาต่อปี (2) ให้เงินช่วยเหลือการศึกษา และ (3) การให้เงินสนับสนุนสถานที่ทำงานให้ทันสมัยและที่พัก การประเมินผลระยะ 10 ปีหลังพบว่าสามารถสรรหานักศึกษาเข้าร่วมโครงการได้มากถึง 499 คน แต่จำนวนผู้ที่ยังทำงานตามโปรแกรมมีเพียง 275 คน การศึกษาไม่ได้แสดงระยะเวลาทำงานของผู้ที่เลิกทำงานตามโปรแกรม และไม่มีการเปรียบเทียบระหว่างผู้ร่วมโครงการและผู้ไม่ได้ร่วมโครงการ ดังนั้น จึงไม่สามารถแสดงผลของแรงจูงใจทางด้านค่าตอบแทนได้ชัด

การศึกษาโดย Bolduc และคณะ (1996) ได้พยายามประเมินผลของแรงจูงใจด้านค่าตอบแทนต่อแพทย์จบใหม่รัฐคิวเบค ประเทศแคนนาดาในการเข้าทำงานในเขตชนบท มีแรงจูงใจด้านค่าตอบแทน 6 ประเภทคือ (1) การตั้งอัตราค่าบริการขึ้นกับระดับความทุรกันดารของพื้นที่ (2) การให้เบี้ยเลี้ยงที่ไม่ต้องเสียภาษีแก่ผู้ที่ทำงานในเขตชนบทที่ทุรกันดารเป็นเวลา 4 ปี จำนวนเงินขึ้นกับระดับความขาดแคลนแพทย์ทั่วไป (3) การให้เงินทุนแก่นักศึกษาแพทย์ที่จะเข้าทำงานในเขตชนบทที่ทุรกันดาร (4) การให้เงินช่วยค่าศึกษาแก่แพทย์ทั่วไปที่ทำงานในเขตชนบทที่ทุรกันดาร (5) การให้เบี้ยเลี้ยงเพิ่มแก่ผู้ที่ทำงานในเขตที่ทุรกันดารระดับสูงสุดโดยอัตราขึ้นสถานที่ทำงานและกับจำนวนผู้ที่แพทย์ต้องอุปถัมภ์ และ (6) เงินค่าเดินทางขนย้ายในการเข้าทำงานในเขตทุรกันดารระดับสูงสุด ผลการศึกษารายงานว่าการตั้งอัตราค่าบริการขึ้นกับระดับความทุรกันดารของพื้นที่มีผลต่อการที่แพทย์ทั่วไปเลือกทำงาน และสามารถเพิ่มจำนวนแพทย์ทั่วไปได้ร้อยละ 17.8 ในเขตทุรกันดารระดับปานกลาง ร้อยละ 15.7 ในเขตทุรกันดาร และร้อยละ 9.6 ในเขตทุรกันดารระดับสูงสุด สำหรับแรงจูงใจด้านค่าตอบแทนประเภทที่ 2 – 4 ร่วมกันมีผลต่อการจูงใจให้แพทย์ทั่วไปที่สำเร็จการศึกษาใหม่เข้าทำงานในเขตขาดแคลนได้ร้อยละ 33.2 ในเขตทุรกันดาร และร้อยละ 35 ในเขตทุรกันดารระดับสูงสุด

กรณีศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเข้าทำงานในชนบทและการคงอยู่ของทันตแพทย์ในประเทศไทย

กรณีศึกษาเรื่องการสรรหาและการคงอยู่ของทันตแพทย์ในประเทศไทยโดยดวงใจ เล็กสมบูรณ์ ในปี 2540 – 2543 ซึ่งเป็นการหาปัจจัยที่มีผลต่อการที่ทันตแพทย์จบใหม่เลือกทำงานในเขตชนบท (ในที่นี้หมายถึงโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น) และปัจจัยที่ทันตแพทย์ในเขตชนบทย้ายที่ทำงานภายในเขตและย้ายออกจากเขตชนบทโดยการสัมภาษณ์และใช้แบบสอบถามเพื่อสร้างสร้างโลจิสติกโมเดล มีสรุปรายงานผลการศึกษาดังต่อไปนี้

- ระบบบุคลากรทางการแพทย์มีความแตกต่างกันไปตามระบบสุขภาพ ระบบบุคลากรทางการแพทย์ และบริบททางการปกครองและสังคมของแต่ละประเทศ สำหรับประเทศไทยมีความ

แตกต่างที่สำคัญคือ ประเพณีและคุณค่าทางสังคมมีผลกระทบต่อปัจจัยที่ผลกระทบต่อการที่ทันตแทพย์จบใหม่เลือกทำงานในเขตชนบท และการที่ทันตแพทย์ในเขตชนบทย้ายที่ทำงานภายในเขตและย้ายออกจากเขตชนบท เช่น การต้องการอยู่ใกล้ชิดและเลี้ยงดูบิดามารดา

- ความไม่เท่าเทียมกันของการกระจายทันตแพทย์ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทเป็นผลมาจากปัญหาทั้งการสรรหาและการคงอยู่ของทันตแพทย์ชนบท ซึ่งทำให้เกิดมิติความไม่เท่าเทียมกันอีกประการนอกเหนือจากจำนวนคือ ทันตแพทย์ในเขตชนบทส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นทันตแพทย์จบใหม่ที่ประสบการณ์น้อย และทันตแพทย์ในเขตเมืองเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า

- โครงการทันตแพทย์คู่สัญญาสามารถลดปัญหาความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเขตชนบทและเขตเมืองในด้านจำนวนทันตแพทย์ได้ ภายใต้ระบบนี้ การสรรหาทันตแพทย์เข้าทำงานในชนบทจึงเริ่มต้นตั้งแต่การคัดเลือกนักเรียนเข้าเรียนทันตแพทยศาสตร์ ซึ่งในปัจจุบัน การคัดเลือกนักเรียนอาจทำให้ได้ผู้ซึ่งไม่เหมาะสมในการทำงานในชนบท เข้าฝึกปฏิบัติเป็นทันตแพทย์เป็นจำนวนมาก ความคาดหวังของทันตแพทย์เหล่านี้จึงมีความแตกต่างกับความคาดหวังจากระบบบริการของประเทศ นอกจากนั้น กระบวนการจับคู่ระหว่างทันตแพทย์และสถานที่ทำงานยังไม่เป็นไปอย่างอิสระ

- ความไม่เท่าเทียมกันของการกระจายทันตแพทย์ยังมีในระดับเขตชุมชนด้วย ซึ่งเป็นผลมาจากการย้ายภายในเขตชนบทจากโรงพยาบาลเล็กหรือโรงพยาบาลห่างไกลความเจริญสู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่าหรืออยู่ใกล้ความเจริญมากกว่า โลจิสติกโมเดลแสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคม (ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน และสภาพชีวิตความเป็นอยู่) มีผลต่อการย้ายภายในเขตชนบท ปัจจัยนี้ยังไม่ได้รับความสนใจหรือมีมาตรการจัดการจากส่วนกลางอย่างไร นอกจากนั้น มาตรการที่พยายามลดการย้ายภายในโดยการกำหนดระยะเวลาที่จะย้ายได้เป็นสาเหตุที่ทำให้ทันตแพทย์ส่วนหนึ่งย้ายออกจากเขตชุมชน

- โลจิสติกโมเดลของการย้ายออกจากเขตชุมชนแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่สำคัญส่วนใหญ่เป็นปัจจัยระดับองค์กร เช่น โครงสร้างการบริหาร ความสัมพันธ์กับผู้อำนวยการ ภาระงาน ซึ่งยังขาดการจัดการจากระดับกระทรวงหรือระดับโรงพยาบาล

- แรงจูงใจด้านค่าตอบแทนมีความสำคัญ แต่ไม่สามารถสร้างผลกระทบต่อการกระจายทันตแพทย์ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทได้ในระยะยาว แรงจูงใจโดยเบี้ยเลี้ยงพิเศษมีผลต่อทันตแพทย์จบใหม่เข้าทำงานในเขตชุมชน แต่โมเดลคาดการณ์ว่าจำนวนเงินรายได้ทั้งหมดต้องมีค่าสูงเกินกว่าจะเป็นจริงได้ในการที่จะทำให้เกิดผลต่อการคงอยู่

อิทธิพลของบทบทแห่งเพศต่อการประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ชาญชัย โห้สงวน (2545) พบว่าส่วนใหญ่ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเป็นเพศหญิง และมีสัดส่วนของผู้ที่วัยยังไม่เกิน 34 ปีมากที่สุด จากรายงานการศึกษาอิทธิพลของบทบทแห่งเพศต่อแบบแผนการประกอบวิชาชีพของทันตแพทย์ไทยปีพ.ศ. 2543 ของ ชาญชัย โห้สงวน (2547) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าทันตแพทย์หญิงมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนสูงขึ้น บทบาทแห่งเพศมีอิทธิพลหลายประการต่อแบบแผนการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ทันตแพทย์หญิงมักมีลักษณะดังต่อไปนี้ มากกว่าทันตแพทย์ชายอย่างมีสำคัญคือ เป็นทันตแพทย์ในภาครัฐ มีสถานภาพเป็นทันตแพทย์รับจ้างหรือหุ้นส่วนในสถานพยาบาล และอยู่ในสาขาเฉพาะทางในสาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก สาขาปริทันตวิทยา และสาขาวิทยาเอ็นโดดดอนต์ ทันตแพทย์หญิงมีปริมาณงานต่ำกว่าทันตแพทย์ชายอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อพิจารณาจากจำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ (37.95 ชั่วโมง. เทียบกับ 44.01 ชั่วโมง) และจำนวนผู้ป่วยต่อสัปดาห์ (60.94 คน เทียบกับ 67.05 คน โดยสรุปแล้ว การศึกษานี้พบความแตกต่างของแบบแผนการประกอบวิชาชีพในระหว่างทันตแพทย์หญิง และ ทันตแพทย์ชาย จากแนวโน้มการเพิ่มจำนวนขึ้นของทันตแพทย์หญิง คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อแบบแผนการประกอบวิชาชีพทันตกรรมในอนาคต

ในปี พ.ศ.2543 ทันตแพทย์หญิงเป็นกำลังคนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.6) ของทันตแพทย์ทั้งหมดที่ยังปฏิบัติงานให้บริการทันตกรรมอยู่ อีกทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยลำดับในแต่ละปีการศึกษา ตลอดช่วงเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งหากคาดการณ์ด้วยสมการถดถอยของอัตราร้อยละของทันตแพทย์หญิงตามปีที่จบการศึกษาแล้ว จากข้อมูลของการศึกษานี้สามารถคนยังคงที่เมื่อถึงปี พ.ศ.2563 แล้วทันตแพทย์ไทยจะประกอบด้วยทันตแพทย์หญิงในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 71 เมื่อได้พิจารณาตามโครงสร้างด้านอายุ เห็นได้ว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มทันตแพทย์หญิงมีอายุไม่เกิน 34 ปี (ร้อยละ 59.1)นั้นแสดงว่าแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนทันตแพทย์หญิงในประเทศไทยเริ่มเกิดขึ้นอย่างชัดเจนภายในรอบทศวรรษที่ผ่านมานี้เอง ข้อสังเกตนี้สอดคล้องกับ Lexomboon และ Punyashingh ที่ให้ข้อสังเกตว่าบัณฑิตทันตแพทย์เพิ่มมีเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่นับแต่ปี พ.ศ.2535 เป็นต้นมา ชาญชัย โห้สงวน และคณะ รายงานว่าบทบาทแห่งเพศมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกวิชาชีพทันตแพทย์ และนิสิตทันตแพทย์หญิงมีเครือญาติที่อยู่ในวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขมากกว่า อีกทั้งยังมากจากครอบซึ่งมีระดับการศึกษาสูงว่านิสิตทันตแพทย์ชายอย่างมีนับสำคัญ นิสิตทันตแพทย์หญิง ยังรับอิทธิพบจากบิดามารดาในการตัดสินใจเลือกวิชาชีพทันตแพทย์มากกว่านิสิตชาย ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นได้ว่าบิดามารดาของนิสิตหญิงโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีฐานะดีในวงสังคม มีความคิดเห็นว่าวิชาชีพทันตแพทย์น่าจะเป็นวิธีการประกอบอาชีพที่สมควรเหมาะกับบุตรสาวของตน จึงได้ให้การสนับสนุนให้เข้าสู่วิชาชีพนี้ ผลการศึกษาในต่างประเทศ ก็ระบุว่านักศึกษาทันตแพทย์ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีการศึกษาสูง

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบถึงบทบาทแห่งเพศที่มีอิทธิผลต่อแบบแผนการประกอบวิชาชีพของทันตแพทย์ไทยในแง่มุมหลายประการ ทันตแพทย์หญิงมักเลือกประกอบวิชาชิพในภาครัฐ ขณะที่ทันตแพทย์ชายนิยมปฏิบัติงานงานในภาคส่วนของเอกชนมากกว่า สาเหตุที่เป็นเช่นนี้ประการหนึ่งอาจ

เนื่องมาจากทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในระยะหลังเป็นทันตแพทย์หญิงในสัดส่วนที่สูงมาก และทันตแพทย์เหล่านี้ต้องรับราชการเป็นเวลา 3 ปี ตามโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ จึงอาจทำให้มีทันตแพทย์หญิงในสถานพยาบาลของรัฐในสัดส่วนที่สูง แต่เมื่อแยกเอาทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาก่อนปีการศึกษา 2541 จำนวน 1,095 คน ซึ่งเป็นผู้ที่พ้นสัญญาผูกพันแล้วมาวิเคราะห์ พบว่าทันตแพทย์ชายนิยมปฏิบัติงานในภาคส่วนของเอกชนในสัดส่วนที่สูงกว่ามีทันตแพทย์หญิงอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน คือร้อยละ 51.4 เทียบกับร้อยละ 42.5 ตามลำดับ การที่ทันตแพทย์หญิงนิยมเลือกปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของรัฐจึงน่าจะมีสาเหตุมาจากบทบาทแห่งเพศนอกเหนือจากสาเหตุของข้อผูกพันตามสัญญาใช้ทุน ทั้งนี้ เนื่องจากเพศชายมีคุณลักษณะของความเป็นประกอบการ (entepreneurship) สูงกว่าเพศหญิง ขณะเดียวกัน ชาญชัย โห้สงวน และคณะ (2547) ระบุว่านิสิตทันตแพทย์หญิงค่อนข้างให้น้ำหนักความสำคัญกับความมั่นคงในอาชีพเป็นเหตุผลในการตัดสินใจเข้าสู่วิชาชีพมากกว่าเพศชาย ในขณะที่นิสิตทันตแพทย์ชายค่อนข้างให้น้ำหนักความสำคัญในประเด็นของความเป็นอิสระมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะงานภาครัฐที่มีความมั่นคงในตำแหน่งงาน ขณะที่ลักษณะงานในภาคเอกชนมีจุดเด่นประการหนึ่งอยู่ที่ความเป็นอิสระในการทำงาน

การศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทย์ไทย

ปัจจุบันการพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางทันตกรรมเป็นไปอย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น ทันตแพทย์จึงมีความจำเป็นต้องมีการเรียนรู้ทางวิชาการด้านทันตแพทยศาสตร์อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ชาญชัย โห้สงวน (2547) ได้ประเมินกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทย์ไทย ในรอบปี พ.ศ. 2543 ด้วยดัชนีการศึกษาต่อเนื่องทางทันตแพทย์ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อใช้ประเมินระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทย์ไทย ผลการศึกษาพบว่า การอ่านวารสารทางวิชาการเป็นกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องอันเป็นที่นิยมสูงสุด (ร้อยละ 97.2) จากการวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุพบว่า มีปัจจัย 4 ประการที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการศึกษาต่อเนื่องทางทันตแพทย์ คือ อายุของทันตแพทย์ ความเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง จำนวนทันตแพทย์ในสถานพยาบาล และ ความเป็นทันตแพทย์ในภาคเอกชน การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ปัจจุบันของกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องในทันตแพทย์ไทยที่มีความหลากหลาย และมีอัตราการเข้าร่วมแตกต่างลดหลั่นกันไปในกิจกรรมแต่ละประเภท การอ่านวารสารวิชาการเป็นกิจกรรมที่มีอัตราการเข้าร่วมสูงสุด (ร้อยละ 97.2) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาหลายฉบับ Bullock และคณะ รายงานว่าทันตแพทย์ในสหราชอาณาจักร ในปี ค.ศ. 2000 มีอัตราการอ่านวารสารวิชาการสูงที่สุด (ร้อยละ 98) ในบรรดากิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องทั้งหมด จากผลงานวิจัยที่ศึกษานิสัยการอ่านวารสารในกลุ่มแพทย์ฝึกหัดในสหรัฐอเมริกา พบว่าบรรดาแพทย์ฝึกหัดอ่านวารสารวิชาการโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละ 3.7-4.4 ชั่วโมง ปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญกับระดับปริมาณการศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทย์ ได้แก่ อายุของทันตแพทย์ การเป็นทันตแพทย์เฉพาะทาง จำนวนทันตแพทย์ในสถานพยาบาล และการเป็นทันตแพทย์ในภาครัฐ แนวทางการ

พัฒนาระบบการศึกษาต่อเนื่องสำหรับทันตแพทย์ต่อไป ควรเน้นที่ประเด็นภาระต่อผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมและผลกระทบสุขภาพช่องปากของประชาชน

จีรศักดิ์ นพคุณ.(2546) ได้สรุปกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องไว้เป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) กิจกรรมที่เป็นการพัฒนาความรู้ด้วยตนเอง 2) กิจกรรมที่เผยแพร่องค์ความรู้ใหม่หรือองค์ความรู้เดิมที่ได้ถูกทบทวนให้ทันยุคสมัย 3) กิจกรรมกลุ่มที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพด้านบริการการรักษาทางทันตกรรมในสถานบริการ 4)กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องหลังปริญญาในระดับอุดมศึกษาและบัณฑิตศึกษา และ 5) กิจกรรมวิชาการอื่นๆ ดัชนีไอซีดีอีที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่สามารถจัดอยู่ในกลุ่มกิจกรรมของศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของทันแพทย์ตามประเภทที่ 1,2 และ 4 กิจกรรมที่ไม่ปรากฏอยู่ในดัชนีไอซีดีอี คือ กิจกรรมที่มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพ

บทสรุป

สถานการณ์กลุ่มทันตแพทย์

อัตราการผลิตทันแพทย์ปัจจุบันสามารถตอบสนองความต้องการทันตแพทย์ในอนาคต

ปี 2548 มีทันตแพทย์ทั้งหมดจำนวน 8,443 คน จากแผนการผลิตทันตแพทย์ปกติและแผนเร่งรัดการผลิตทันตแพทย์ สามารถคาดประมาณการณ์ได้ว่า ปี 2563 (อีก 15 ปี) จะมีทันตแพทย์จำนวน 19,564 คน คิดเป็นสัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ 1 คนเท่ากับ 3,167 คน ซึ่งเป็นจำนวนกำลังทันตแพทย์ที่เพียงพอในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในอนาคต ร้อยละ 80 ของทันตแพทย์ที่ผลิตและจบการศึกษาใน 15 ปี จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข เท่ากับ 15,651 คน หากสามารถแก้ปัญาการกระจายทันตแพทย์ในชนบทได้ จำนวนทันตแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรใน 15 ปีข้างหน้าสามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ในชนบทได้อย่างแน่นอน

มาตรการการจูงใจให้ทันตแพทย์ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท

จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปมาตรการแรงจูงใจด้านค่าตอบแทน แบ่งเป็น 6 ประเภทคือ (1) การตั้งอัตราค่าบริการขึ้นกับระดับความทุรกันดารของพื้นที่ (2) การให้เบี้ยเลี้ยงที่ไม่ต้องเสียภาษีแก่ผู้ที่ทำงานในเขตชนบทที่ทุรกันดารเป็นเวลา 4 ปี จำนวนเงินขึ้นกับระดับความขาดแคลนแพทย์ทั่วไป/ทันตแพทย์ (3) การให้เงินทุนแก่นักศึกษาแพทย์ที่จะเข้าทำงานในเขตชนบทที่ทุรกันดาร (4) การให้เงินช่วยค่าศึกษาแก่แพทย์ทั่วไปที่ทำงานในเขตชนบทที่ทุรกันดาร (5) การให้เบี้ยเลี้ยงเพิ่มพิเศษแก่ผู้ที่ทำงานในเขตที่ทุรกันดารระดับสูงสุด โดยอัตราค่าตอบแทนขึ้นกับสถานที่ทำงานและจำนวนผู้ที่แพทย์ทันตแพทย์ ที่ต้องอุปถัมภ์ และ (6) เงินค่าเดินทางขนย้ายในการเข้าทำงานในเขตทุรกันดาร

กรณีศึกษาเรื่องการสรรหาและการคงอยู่ของทันตแพทย์ในประเทศไทยโดยดวงใจ เล็กสมบูรณ์ ในปี 2540–2543 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางสังคม (ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน และสภาพชีวิตความเป็นอยู่) มีผลต่อการย้ายภายในเขตชนบท ปัจจัยที่สำคัญต่อการย้ายออกจากส่วนใหญ่เป็นปัจจัยระดับองค์กร เช่น โครงสร้างการบริหาร ความสัมพันธ์กับผู้อำนวยการ ภาระงาน ซึ่งยังขาดการจัดการจากระดับกระทรวงหรือระดับโรงพยาบาลที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกันแรงจูงใจด้านค่าตอบแทนมีความสำคัญ แต่ไม่สามารถสร้างผลกระทบต่อการกระจายทันตแพทย์ระหว่างเขตเมืองและ

เขตชนบทได้ในระยะยาว แรงจูงใจโดยเบี้ยเลี้ยงพิเศษมีผลต่อทันตแพทย์จบใหม่เข้าทำงานในเขตชุมชนในระยะเวลาหนึ่ง ดังนั้นมามาตรการที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นในเพื่อจูงใจให้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งมีผลสัมฤทธิ์ที่สามารถชะลอการลาออกของทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบทในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น

อิทธิผลของปัจจัยเรื่องเพศที่มีต่อแบบแผนการประกอบวิชาชีพของทันตแพทย์ไทย

ทันตแพทย์หญิงมักเลือกประกอบวิชาชีพในภาครัฐ ขณะที่ทันตแพทย์ชายนิยมปฏิบัติงานงานในภาคส่วนของเอกชนมากกว่า สาเหตุที่เป็นเช่นนี้ประการหนึ่งอาจเนื่องมาจากทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในระยะหลัง เป็นทันตแพทย์หญิงในสัดส่วนที่สูงมาก และ ทันตแพทย์เหล่านี้ต้องรับราชการเป็นเวลา 3 ปี ตามโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ จึงอาจทำให้มีทันตแพทย์หญิงในสถานพยาบาลของรัฐในสัดส่วนที่สูง การที่ทันตแพทย์หญิงนิยมเลือกปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของรัฐ เนื่องจากลักษณะงานภาครัฐที่มีความมั่นคงในตำแหน่งงาน ขณะที่ทันตแพทย์ชายให้น้ำหนักความสำคัญในประเด็นความเป็นอิสระมากกว่า ซึ่งงานในภาคเอกชนให้ความเป็นอิสระในการทำงาน

ดังนั้นการพัฒนานโยบายด้านกำลังคนทางการแพทย์ ควรมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดปัญหามากกว่าการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ได้แก่ การที่ต้องคัดเลือกนักเรียนที่มีแนวโน้มในการทำงานในชุมชนเข้าสู่การศึกษาเป็นทันตแพทย์ การพัฒนาการจับคู่ระหว่างทันตแพทย์จบใหม่กับโรงพยาบาล และการพัฒนาให้งานในเขตชุมชนมีความสอดคล้องกับความคาดหวังของทันตแพทย์ ในอนาคตการกระจายอำนาจการบริหารสู่ท้องถิ่นอาจทำให้การจัดการทันตแพทย์ (การวางแผนบุคลากร การสรรหา และการบริหารจัดการ) ขึ้นกับแผนต้องการกำลังในแต่ละพื้นที่โดยตรง เนื่องจากแต่ละพื้นที่อาจมีบริบทที่แตกต่างกันจนทำให้จำเป็นจะต้องมีการจัดการที่ไม่เหมือนกันทุกประการ เพื่อเป็นการเตรียมการในอนาคตควรมีการศึกษาแบบการจัดกลุ่มประเภททันตแพทย์ (Cluster analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกและการย้ายงานของทันตแพทย์ในแต่ละบริบทพื้นที่ การศึกษาโดยการวิเคราะห์ปัจจัยร่วมของทันตแพทย์ทั้งหมดนี้ เป็นการเก็บข้อมูลแบบตัดขวาง ซึ่งหากบริบทเปลี่ยน ความสำคัญของปัจจัยบางประการอาจเปลี่ยนไป ดังนั้น การศึกษาแบบตัดขวางในอนาคตอาจเพิ่มความเข้าใจเรื่องการเลือกและย้ายงานของบุคลากรทางการแพทย์ได้มากยิ่งขึ้น

สถานการณ์กลุ่มทันตาภิบาล

ข้อมูลการระจายของทันตาภิบาลใน พ.ศ.2547 พบว่าทันตาภิบาลในประเทศไทยทั้งหมดมี 3,200 คน ร้อยละ 97.5 อยู่ปฏิบัติงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยอยู่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุชนร้อยละ 50 ในสถานีอนามัยร้อยละ 31.7 เมื่อคำนวณความต้องการทันตาภิบาลโดยใช้สัดส่วนประชากรต่อทันตาภิบาลเท่ากับ 1 : 10,000 จะต้องการทันตาภิบาลในระบบบริการทันตสุขภาพทั้งหมด 6,426 คน หากคิดคำนวณตามจำนวนสถานีอนามัยตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดให้มีทันตาภิบาลอยู่ประจำอย่างน้อยสถานีอนามัยละ 1 คน จำเป็นต้องมีทันตาภิบาลในสถานีอนามัย 9,800 คน เมื่อคิดหักลบจากจำนวนทันตาภิบาลที่มีอยู่ในสถานีอนามัย 1,014 คน จึงมีความต้องการทันตาภิบาลเพื่อปฏิบัติงานในสถานีอนามัยเพิ่มอีก 8,786 คน ด้วยอัตราการผลิตโดยสถาบันบรมราชชนกปีละ 300 คน

ต้องใช้เวลาในการผลิต 29 ปี จะเห็นว่ายังมีความต้องการทันตาภิบาลในระบบบริการอีกมาก และยังมีความขาดแคลนเมื่อเทียบกับแผนความต้องการ ขณะที่การกระจายทันตาภิบาลในพื้นชนบทพบว่ามีการกระจายดีกว่าทันตแพทย์มากโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน อาจกล่าวได้ว่ากำลังทันตบุคลากรหลักที่ให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กคือทันตาภิบาล

บทที่ 4
การจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนภูมิภาค และสถานการณ์กำลังคนด้านทันตบุคลากร

รายละเอียดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนไทยในระบบประกันสุขภาพไทย

วีรศักดิ์ พุทธาศรี จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ปิยะฉัตร พัชรานุฉัตร (2546) ได้สรุปชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ คือ

1) ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณให้สถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว และผู้มีสิทธิ์จ่ายเพิ่ม 30 บาทต่อครั้งในกรณีที่ไม่ใช่ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่กำหนดประกอบด้วย ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ทำฟันปลอมฐานพลาสติก รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม ใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ เคลือบฟลูออไรด์ ตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟัน โดยใช้บริการกับสถานพยาบาลที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาที่ผู้มีสิทธิลงทะเบียนไว้ล่วงหน้า

2) ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม ก่อนปี 2549 กองทุนประกันสังคมได้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ในลักษณะจ่ายคืนผู้ประกันตนไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง ไม่เกินปีละ 400 บาท สิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ประกอบด้วย อุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินน้ำลาย และสามารถเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลรัฐหรือเอกชนได้ทุกแห่ง หลังปี 2549 กองทุนประกันสังคมได้ปรับหลักเกณฑ์ใหม่เป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยกำหนดชุดสิทธิประโยชน์คือ อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย และครอบคลุมการใส่ฟันปลอมฐานพลาสติก ในอัตราเหมาจ่ายคนละ 65 บาท ผ่านโรงพยาบาลที่เป็น main contractor

3) ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามสิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ สิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ เป็นการรักษาโรคของฟันและเหงือก สามารถเข้ารับการรักษาเฉพาะที่สถานพยาบาลรัฐเท่านั้น โดยรัฐจะรับผิดชอบค่าใช้จ่าย โดยจะจ่ายคืนผู้ใช้บริการ แบบ Fee for Service

เมื่อวิเคราะห์จำนวนรายการในชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม พบว่ารายการในชุดสิทธิประโยชน์ตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้สิทธิประโยชน์มีความเหมาะสมและครอบคลุมรายการในการรับบริการ และสอดคล้องกับความต้องการตามปัญหาทันตสุขภาพของประชาชน

เกณฑ์มาตรฐานการให้บริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) และ หน่วยคู่สัญญาปฐมภูมิ (CUP)

คณะทำงานจัดทำมาตรฐานการให้บริการสุขภาพช่องปาก (2548) ได้กำหนดภาระหน้าที่ในการให้บริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ โดยมีรูปแบบการดำเนินงานผสมผสานไปกับงานอื่นๆ มีขอบเขตการจัดบริการเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และการบำบัดรักษาทางทันตกรรมเบื้องต้น มีประสานงานการรับและส่งต่อผู้ป่วย การประเมินสภาวะช่องปากของประชาชน การวางแผนแก้ไขปัญหาที่มีผลต่อสุขภาพช่องปากของประชาชน รวมทั้ง

การจัดกิจกรรมชุมชนในเชิงบูรณาการกับกิจกรรมอื่นๆ โดยเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมุ่งหวังให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน และ ร่วมดำเนินการ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและครอบครัวได้ ขณะเดียวกันหน่วยคู่สัญญาปฐมภูมิยังทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายให้กับศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตรับผิดชอบประกอบด้วย

1. ระบบสนับสนุนศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายบริการ ได้แก่ จัดระบบบริการทันตกรรมเพื่อรองรับการส่งต่อจากศูนย์สุขภาพชุมชน มีระบบการจัดสรรทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร วัสดุ ครุภัณฑ์ และงบประมาณให้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชนให้เพียงพอและเป็นธรรม จัดการสนับสนุนเชิงวิชาการด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน

2. ระบบนิเทศ/ติดตาม จัดให้มีผู้นิเทศงานทันตสาธารณสุขในทีมนิเทศงานของเครือข่ายบริการ (CUP Board)

3. ระบบประเมินผล จัดให้มีการนำเสนอผลงานการให้บริการสุขภาพช่องปากภายในเครือข่ายบริการ เป็นประจำและสม่ำเสมอเป็นตัวกลางในประเมินผลลัพธ์และผลผลิตของศูนย์สุขภาพชุมชน

โดยกำหนดมาตรฐานด้านอัตรากำลังดังนี้

1. ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขดูแลประชากรไม่เกิน 1:10,000 ในส่วนพื้นที่ที่ยังขาดแคลนทันตบุคลากรสามารถกำหนดให้มีทันตแพทย์หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหนึ่งคนดูแลประชาชนไม่เกิน 1:20,000 และมีระยะเวลาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง โดยมีอัตราส่วนเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ผู้ช่วยงานทันตกรรมเท่ากับ 1:1

2. ระดับหน่วยคู่สัญญาปฐมภูมิ (CUP) ให้มีทันตแพทย์ดูแลประชากรในอัตราส่วน 1:12,500 โดยอย่างน้อยต้องมีทันตแพทย์ 2 คน และ มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขดูแลประชากรในอัตราส่วน 1:20,000 สำหรับพื้นที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอสามารถให้เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขดูแลประชาชนแทนภายใต้การกำกับดูแลของทันตแพทย์ และ มีอัตราส่วน ทันตบุคลากร ผู้ช่วยงานทันตกรรมอย่างน้อย 1:1

มาตรฐานด้านการบริการทันตกรรมและส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ

1. บริการส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ดังนี้

1.1 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้หญิงมีครรภ์ดูแลทันตสุขภาพ โดยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้การฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง

1.2 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุ 0-2 ปีได้แก่ จัดกิจกรรมการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กอายุ 4,6,9 เดือน 1 ปี 6 เดือน และ 2 ปี 6 เดือน รวมทั้งบันทึกลงในสมุดสีชมพู ให้ความรู้ในการดูแลเด็กเกี่ยวกับการเช็ดทำความสะอาดช่องปาก และ การให้โภชนาการที่ถูกต้องสำหรับเด็กตามวัย จัดกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก 0-2 ปี ในมุมพัฒนาการเด็ก

1.3 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุ 3-5 ปี ได้แก่การจัดกิจกรรมให้ความรู้การดูแลทันตสุขภาพแก่ผู้แลเด็ก ในศูนย์เด็กเล็ก ชั้นอนุบาล หรือกลุ่มแม่บ้าน หรือผู้ปกครองเด็ก

1.4 จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มอายุ 6-14 ปี ได้แก่ การกระตุ้น ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพประถมศึกษา จัดบริการเคลือบหลุ่มร่องฟันกรามแท้ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1,2 ที่อยู่เขตรับผิดชอบ การให้ความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพและจัดกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากร่วมไปรับกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ เช่น ในกลุ่มแกนนำ ยสร./อย.น้อย/ชมรม To be number one ฯลฯ ในโรงเรียนมัธยมศึกษา

1.5 กลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การส่งเสริมให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปีร่วมกับการตรวจสุขภาพทั่วไป การสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในชมรม องค์กรต่างๆ

ทั้งนี้การจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ให้พิจารณาตามความเหมาะสมตามปัญหาของพื้นที่และตอบสนองความต้องการของประชากร (ควรจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพให้ครบทั้ง 6 กลุ่มเป้าหมายข้างต้น

2.มาตรฐานการบริการบำบัดรักษาทันตกรรม

2.1 ในหน่วยคู่สัญญาปฐมภูมิ (CUP)

การบริการศัลยกรรมช่องปากระดับปฐมภูมิได้แก่ การถอนฟันโดยไม่ใช้เทคนิคซับซ้อน การถอนฟันโดยใช้เทคนิคซับซ้อน การผ่าฟันชน (Impacted tooth) การทำ Incision and Drain intra oral และ Dedride & suture ทันตกรรมประดิษฐ์ ได้แก่ Temporary plate/ARPD (acrylic base removable partial denture Complete Denture อย่าง่าย Complicate complete Denture Removable partial Denture/MRPD (metal base removable partial denture) Removable Bridge งานทันตกรรมสำหรับเด็กได้แก่ Pulpotomy ในฟันน้ำนม pulpectomy ในฟันน้ำนม งานวิทยาเอนโดดอนท์ ได้แก่การรักษารากฟันฟันหน้า ฟันกรามน้อย งานทันตกรรมบูรณะ ได้แก่ การ- อุดฟัน งานปริทันต์วิทยา ได้แก่ Scaling Root Planning งานทันตกรรมบดเคี้ยว ได้แก่ แก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติตัวฟัน (Selective grinding) เฉพาะที่ และการตรวจวิเคราะห์และวินิจฉัยโรคในช่องปากเพื่อการศึกษาเบื้องตน

2.2 ในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU)

การบริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิได้แก่ การถอนฟันโดยไม่ใช้เทคนิคซับซ้อน การอุดฟัน การขูดหินน้ำลาย และ การตรวจวิเคราะห์และวินิจฉัยโรคในช่องปากเบื้องต้น

อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย เปรียบเทียบก่อนกับหลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เปรียบเทียบก่อนกับหลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าอัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนเพิ่มจากร้อยละ 90.3 ในปี 2544 เพิ่มเป็นร้อยละ 95.5 ในปี 2546 โดยภาพรวมประเภทสิทธิรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นสูงสุด คือ สิทธิ 30บาท จากร้อยละ 67 เป็นร้อยละ 72.2 ส่วนสิทธิสิทธิข้าราชการและประสังคมและเอกชนพบว่าไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง เมื่อเปรียบเทียบการมีหลักประกันสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ 5 กลุ่ม กลุ่มที่มีสิทธิรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นสูงสุด คือ กลุ่มเด็ก 0-5 ปี จาก

ร้อยละ 80.6 ใน ปี 2544 เป็นร้อยละ 90.6 ในปี 2546 รองลงมาคือกลุ่ม เด็กวัยเรียน จากร้อยละ 87.8 ใน ปี 2544 เป็นร้อยละ 96.4 ในปี 2546 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนเมื่อเปรียบเทียบ ปี 2544 กับ ปี 2546

กลุ่มอายุ	ไม่มี		สิทธิข้าราชการ		สิทธิ30บาท		ประกันสังคม/ประกันเอกชน		จำนวนรวม
	2544	2546	2544	2546	2544	2546	2544	2546	
0-5 ปี	19.4	9.4	8.3	9.0	71.0	80.4	1.3	1.2	5,504
6-14 ปี	6.2	3.6	11.6	11.6	80.7	83.4	1.5	1.4	10,899
15-24 ปี	12.2	5.3	9.1	8.8	67.0	73.1	11.7	12.8	9,113
25-59 ปี	9.9	4.2	14.6	14.6	61.0	66.7	14.6	14.5	34,158
60+ ปี	5.3	2.9	22.5	22.4	70.7	73.2	1.4	1.4	8,759
รวม	9.8	4.5	13.9	13.9	67.0	72.2	9.4	9.4	68,433

อัตราการใช้บริการและผลงานการให้บริการทันตกรรมของคนไทย
ก่อนประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อเปรียบเทียบการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2527 กับ ปี 2537 (กองทันตสาธารณสุข 2527, 2538, 2545) พบว่าประชาชนกลุ่มอายุ 18 ปีขึ้นไปใช้บริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23.5 ในปี 2527 เป็นร้อยละ 33.1 ในปี 2537 กลุ่มอายุ 35-44 ปีใช้บริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.6 เป็นร้อยละ 47.3 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปใช้บริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.7 เป็นร้อยละ 33.1 แต่หลังเกิดวิกฤติเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนลดต่ำลงเป็นร้อยละ 23.3–29.7 โดยกลุ่มอายุที่ใช้บริการมากที่สุดจากการสำรวจทุกครั้งคือกลุ่มอายุ 35-44 ปี และประชาชนในเขตเมืองใช้บริการมากกว่าเขตชนบทในทุกกลุ่มอายุ และ การสำรวจพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน พ.ศ.2537 พบว่าประชาชนไทยที่รับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมาร้อยละ 40 ในขณะที่สัดส่วนการใช้บริการปี 2543-44 ร้อยละ 30 ส่วนอัตราการใช้บริการทันตกรรมในปี 2543-44 ในกลุ่มเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี กลุ่มอายุ 15 ปีและกลุ่มผู้สูงอายุเท่ากับร้อยละร้อยละ 42.75 28.3 และ ร้อยละ 23.3 ตามลำดับ โดยบริการที่ได้รับเป็นการรับบริการถอนฟันเป็นส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 54.3 ของผู้ที่เคยไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา โดยผู้สูงอายุที่ได้รับบริการใส่ฟันปลอมพบร้อยละ 18.3 และยังคงมีผู้มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมอยู่ถึงร้อยละ 70.9 ส่วนใหญ่ฟันปลอมที่ต้องการเป็นแบฟันปลอมชนิดบางส่วนทั้งบนและล่าง ผู้ที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมทั้งปากมีร้อยละ 5.3

หลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สุณี วงศ์คงคาเทพ ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งสำรวจในช่วง เมษายน 2545 -มีนาคม 2546 พบมีจำนวนผู้ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปีคิดเป็นร้อยละ 10.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีค่าเฉลี่ยการรับบริการทันตกรรม 1.6 ครั้ง/คน/ปี กลุ่มอายุที่มีผู้ใช้บริการทันตกรรมสูงที่สุดคือ กลุ่ม 6 -14 ปี (ร้อยละ 16.5 ; 1.5 ครั้ง/คน/ปี) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 25-59 ปี (ร้อยละ 10.8; 1.5 ครั้ง/คน/ปี) ส่วนกลุ่มอายุที่มีอัตราการรับบริการต่ำคือกลุ่มอายุ 0-4 ปี และ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 4 และ ร้อยละ 8 ตามลำดับ โดยมีกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราการได้รับบริการทันตกรรมสูงที่สุด (ร้อยละ 12.9 ;เฉลี่ย 2.1 ครั้ง/คน/ปี) และ กลุ่มตัวอย่างในภาคกลางพบอัตราการได้รับบริการต่ำที่สุด(ร้อยละ 9.2 ; เฉลี่ย 1.6 ครั้ง/คน/ปี) เมื่อจำแนกการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างตามสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสิทธิประกันบริษัทเอกชนและสิทธิข้าราชการ มีอัตราการใช้รับบริการสูงสุดร้อยละ 18.2 และ ร้อยละ 17.3 ตามลำดับ ขณะที่การศึกษาของวิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ และ คณะ ซึ่งศึกษาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดในภาคใต้ 2 จังหวัด คือ จังหวัดปัตตานีและจังหวัดนครศรีธรรมราช ในช่วงระหว่างเดือน ธันวาคม 2545 ถึง เมษายน 2546 พบว่าในรอบปี 2545 มีประชาชนกลุ่มอายุ 3-5 ปี 13-25 ปี 26-60 ปี และ 61 ปีขึ้นไป ใช้บริการทางทันตกรรมภายใต้โครงการ 30 บาทเพียงร้อยละ 15, 23, 17 และ 13 ใน ตามลำดับ

ผลงานบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค
ก่อนประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สมนึก ชาญด้วยกิจ และคณะ (2544) ได้วิเคราะห์สถานการณ์ระดับมหาภาคของการบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ของประเทศไทยปี 2540-2541 ในประเด็น 4 ประเด็นคือ 1) ความครอบคลุมประชากร 2) ศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการ 3) ประเภทบริการที่ประชาชนได้รับ และ 4) ความเชื่อโยงของการบริการในระดับอำเภอและตำบล พบว่า 1) บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่สามารถให้บริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.) บริการที่ให้บริการมากที่สุดบริการระดับปฐมภูมิ คือการถอนฟัน รองลงมาได้แก่การอุดฟัน การขูดหินน้ำลาย โรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการทำฟันปลอมบางส่วนและฟันปลอมทั้งปากพบเพียงร้อยละ 54.7 และ 37.7 ตามลำดับ และบริการรักษารากฟันเพียงร้อยละ 79 ของโรงพยาบาลที่ศึกษา 2) บริการด้านการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ พบว่างานทันตกรรมป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายหลัก 4 กลุ่ม คือ กิจกรรมที่ดำเนินการในกลุ่มเด็กประถมศึกษา เน้นการตรวจช่องปากนักเรียน และจัดบริการด้านการรักษา คือ การถอนฟันเป็นสัดส่วนที่มากที่สุด ส่วนกิจกรรมด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ เช่นการแปรงฟัน การใช้ฟลูออไรด์เป็นกิจกรรมที่ถ่ายโอนให้ครูเป็นผู้ดำเนินการ ขณะที่บริการทันตกรรมป้องกันในคลินิกทันตกรรม เช่น การเคลือบหลุมร่องฟันการเคลือบฟลูออไรด์ มีสัดส่วนให้บริการเพียงร้อยละ 4.4 ของงานทั้งหมด ส่วนผลกาศึกษาการให้บริการทันตกรรม

ของโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง (เป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ) พบว่าทันตแพทย์ 1 คนให้บริการเฉลี่ย 2,127 รายต่อปี ทันตาภิบาล 1 คน ให้บริการเฉลี่ย 1,605 รายต่อปี สัดส่วนผลงานบริการทันตกรรมโดยทันตแพทย์ : ทันตาภิบาล เท่ากับร้อยละ 46.1 : 53.9 โดยงานบริการทันตกรรมระดับยากทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการร้อยละ 76.7 การให้บริการทันตกรรมของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และ วิลาวัลย์ ศรีภิรมย์มิตร (2545) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2542-2544 จำแนกตามชนิดบริการต่างๆ โดยวิเคราะห์ผลจากรายงานที่แต่ละโรงพยาบาลรายงานต่อส่วนกลาง ผลการศึกษาพบว่าจำนวนบริการทันกตรรมหน่วยเป็นรายการเพิ่มขึ้นในปี 2544 ประมาณ 600 คน ต่อทันตแพทย์ 1 คน ต่อปี คือพบว่าทุกหัตถการมีงานเพิ่มขึ้นตั้งแต่ร้อยละ 7.1 ถึง 180.2 ยกเว้นงานหัตถการเดียวเท่านั้นที่ลดลง ส่วนใหญ่ให้บริการทันตศัลยกรรม งานทันตกรรมหัตถการ และงานรักษาโรคปริทันต์ รวมร้อยละ 85 ของงานทั้งหมด งานที่มีปริมาณงานน้อยมากคือ งานรักษาคลองรากฟัน งานทันตกรรมสำหรับเด็ก งานทันตกรรมประดิษฐ์ งานทันตกรรมจัดฟัน และงานทันตกรรมบดเคี้ยว คือ ประมาณร้อยละ 0.1-1.7 ของปริมาณงานทั้งหมด ขณะที่งานบริการทันตกรรมป้องกันลดลงร้อยละ 7.6

หลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และ คณะ (2545) ศึกษาผลงานการให้บริการในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลพะเยา โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลศูนย์ยะลา และโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง โรงพยาบาลปง โรงพยาบาลลำลูกกา โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา . ในช่วงเดือนเมษายน–ธันวาคม ปีพ.ศ.2543 และ ปี พ.ศ.2544 พบว่าสถานบริการทั้ง 6 แห่งมีผู้รับบริการเพิ่มสูงขึ้นเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.6 กลุ่มที่ได้รับบริการเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใหญ่ที่อายุ 20 ปีขึ้นไป ขณะที่กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีกลับได้รับบริการใกล้เคียงปีที่ผ่านมา ส่วนกลุ่มอายุใช้บริการในอัตราเพิ่มสูงสุด คือใช้บริการร้อยละ 30.2 ปรากฏการณ์ที่พบว่าเด็กได้รับบริการมีแนวโน้มลดลง ในอดีตระบบบริการสุขภาพช่องปากให้ความสำคัญ ในการจัดบริการให้กับกลุ่มเด็กเป็นอันดับแรก โดยการจัดบริการเชิงรุกในโรงเรียนและชุมชน ทำให้เด็กมีโอกาสได้รับบริการทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันและการรักษา เมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะแรก มีประชาชนมาใช้สิทธิรับบริการหนาแน่นขณะเดียวกันสถานพยาบาลต่างๆ ได้ลดบทบาทการบริการการทำงานเชิงรุก จึงเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาในการให้น้ำหนักในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (Priority group) ที่ต้องกำกับให้การบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับบริการในสัดส่วนที่เหมาะสม และได้มีโอกาสได้รับบริการโดยเสมอภาคกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวีรศักดิ์ พุทธาศรี จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ปิยะฉัตร พัชรานุฉัตร (2545) ::ซึ่งศึกษาการบริการสุขภาพช่องปากในจังหวัดปทุมธานี พบว่าจังหวัดปทุมธานีมีผู้มารับบริการทันตกรรมของเพิ่มขึ้น โดยงานบริการหลักคือ อุดฟันเพิ่มร้อยละ 25.3 ขูดหินปูนเพิ่มร้อยละ 25.1 และถอนฟันเพิ่มร้อยละ 16.2 มีการสะสมของคิวที่รอรับบริการทันตกรรมยาวขึ้น ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ เพ็ญแข ลาภยิ่ง และ วสิน เทียนกิ่งแก้ว ที่ศึกษาผลงานทันตกรรมรวมทั้งจังหวัดของการบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐใน

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2544 (26 จังหวัด) เปรียบเทียบปี 2545 (33 จังหวัด) พบว่าอัตราการใช้บริการของกลุ่มผู้มีสิทธิ(บัตรทอง) ลดลงจาก 16.4 คน ต่อประชากร 100 คน ในปี 2544 เหลือเพียง 9.5 คน ต่อประชากร 100 คนในปี 2545 ตรงข้ามกับผู้มีสิทธิอื่น/ไม่มีสิทธิ ที่อัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นจาก 14.1 คนต่อประชากร 100 คน ในปี 2544 เป็น 21.4 คน ต่อประชากร 100 คนในปี 2545 โดยกลุ่มเด็กใช้บริการสุขภาพช่องปากภารรัฐในปี 2545 ด้วยอัตราร้อยละ15.1 ขณะที่ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากในปี 2545 ใน 8 จังหวัด ของทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธุ์ และ คณะ พบว่าการบริการทันตกรรมภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนมีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 15-20 และผู้รับบริการที่ต้องการใส่ฟันมีคิวนัด 8 เดือนถึง 2 ปี งานบริการรักษาที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนคือการใส่ฟัน ข้อสังเกตในการศึกษานี้คือ ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ใน (CUP) ที่สังกัดหน่วยงานกระทรวงาธารณสุขในส่วนภูมิภาค มีบทบาทในคณะกรรมการของการพัฒนาคุณภาพของการบริการเพื่อการได้มาของการรับรอง HA ภาระงานนี้มีผลกระทบต่อเวลาในการปฏิบัติการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์

ชนิดบริการทันตกรรมที่ประชาชนใช้ที่รพศ./รพท./รพช.และสถานีอนามัย

<u>การบริการทันตกรรมที่รพศ./รพท./รพช.</u>

ก่อนประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากคณะกรรมการชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาทางเลือกฯ (2542) : พบว่า บริการที่ให้สูงสุดในโรงพยาบาลชุมชน คือ ถอนฟัน(ร้อยละ 47.4) รองลงมาคือ อุดฟัน(ร้อยละ 19.6) ผ่าฟันคุดและงานศัลยกรรมยาก(ร้อยละ 13.1) และ ขูดหินน้ำลาย (ร้อยละ 12.5) บริการเคลือบหลุมร่องฟันมีปริมาณร้อยละ 6.5 ส่วนงานรักษารากฟันและงานใส่ฟันปลอมเป็นงานที่ให้บริการน้อยมาก (รวมกันประมาณร้อยละ 1.1) รวมผลงานบริการในระดับที่ยุ่งยากซับซ้อนพบร้อยละ 14.2 ของบริการทั้งหมด ใกล้เคียงกับข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน 638 แห่งที่สำรวจในปีเดียวกันที่มีการให้บริการระดับยากร้อยละ 14.9 ของบริการทั้งหมด ขณะที่การให้บริการทันตกรรมโดยทันตาภิบาลที่ประจำสถานีอนามัย พบว่า การถอนฟันเป็นบริการที่ให้การรักษามากที่สุดเช่นกัน(ร้อยละ 50.1) บริการทันตกรรมส่วนใหญ่ในสถานีอนามัยเป็นการให้บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานถึงร้อยละ 86.5 (คือ การถอนฟันอย่างง่าย ขูดหินน้ำลาย และอุดฟันอย่างง่าย ในขณะที่ให้บริการทันตกรรมป้องกัน เช่น การเคลือบหลุมร่องฟันพบร้อยละ 5.8 โดยทันตาภิบาลให้สัดส่วนของเวลาเพื่อการส่งเสริมป้องกันเพียงร้อยละ 24.6 ของเวลาทั้งหมด และรายงานของกลุ่มงานวิชาการ กองโรงพยาบาลภูมิภาค (2543) พบว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีบทบาทที่เน้นการให้บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ แต่สัดส่วนของบริการที่ให้บริการสูงสุดในปี 2542 ส่วนใหญ่ยังเป็นบริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิ คือ การถอนฟันอย่างง่าย การอุดฟันหนึ่งด้าน การขูดหินปูน และทันตกรรมป้องกัน มีสัดส่วนรวมกันถึงร้อยละ 71.2 ขณะที่ ชาญชัย โห้สงวน (2545) ได้ศึกษาแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ไทยปี 2543 พบว่า บริการทันตกรรม 5 อันดับแรกที่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ให้บริการอย่างสม่ำเสมอไม่ว่าจะเป็นทันตแพทย์ทั่วไปหรือสาขาเฉพาะทาง ได้แก่ อุดฟันด้วยอมัลกัม ขูดหินน้ำลาย อุดฟันด้วยวัสดุอุดสีเนื้อฟัน ถอนฟันอย่างง่าย และเอ็กซเรย์ฟัน

และ ปี 2545 ชาญชัย ให้สงวน(2547) ได้ศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ไทย พบว่า 1) ทันตแพทย์ทั่วประเทศร้อยละ 55.8 มีส่วนร่วมให้บริการทันตกรรมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 65.6 ปฏิบัติงานอยู่ในระดับหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ เมื่อเปรียบแบบแผนการให้บริการทันตกรรมระหว่างกลุ่มที่อยู่และไม่อยู่ในโครงการ พบว่าทันตแพทย์ในโครงการมีปริมาณผู้ป่วยมากกว่า(เฉลี่ยผู้ป่วย 3,278 คนต่อปี ส่วนทันตแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในโครงการมีคนไข้เฉลี่ย 2,328 คนต่อปี) 2) ให้บริการรักษาขั้นพื้นฐานมากกว่าในประเภทการถอนฟันและการอุดบูรณะฟัน ให้บริการทันตกรรมป้องกันมากกว่าในประเภทการเคลือบหลุมร่องฟัน (ร้อยละ 63.4 เทียบกับร้อยละ 35.4) ส่วนบริการทันตกรรมเฉพาะทางที่ทันตแพทย์ในโครงการให้แก่ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอน้อยกว่าคือ การใส่ฟันปลอมติดแน่น (ร้อยละ 13.2 เทียบกับร้อยละ 36.3) 3)ทันตแพทย์ในโครงการมีความเครียดเพิ่มขึ้น จากการทำงานในวิชาชีพมากกว่าเมื่อเทียบกับทันตแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในโครงการ 4) การวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะทันตแพทย์ที่อยู่ในโครงการฯกับทันตแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในโครงการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์เอกชน พบมีความแตกต่างกันอยู่อย่างเด่นชัด 3 ประการ คือ อายุ เพศ และทำเลที่ตั้งของสถานพยาบาล

หลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สุณี วงศ์คงคาเทพ และ คณะ (2548) ได้ประเมินผลผลลัพธ์การให้บริการทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมปี 2547 ศึกษาเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ 1) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป 2) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 – 90 เตียง 3) โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 -30 เตียง พบว่าบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลทั้ง 28 แห่ง ส่วนใหญ่ที่ให้บริการเป็นชนิดบริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิร้อยละ 97.4 ชนิดบริการทันตกรรมที่ให้สูงสุด 5 อันดับ คือ ถอนฟันอย่างง่ายร้อยละ 29.8 บริการอุดฟันที่ไม่ซับซ้อนร้อยละ 19.4 การจ่ายยาร้อยละ 16 การขูดหินปูนร้อยละ 14 และ บริการเอ็กซเรย์ร้อยละ 5.8 เป็นบริการทันตกรรมที่อยู่ในรายการของชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมร้อยละ 95 และ เป็นการบริการด้านรักษาร้อยละ 83.2

<u>การบริการทันตกรรมที่สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน</u>

ก่อนประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ดาวเรืองแก้วขันตี บุญเอื้อ ยงวานิชากร ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ ได้ศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสาธารณสุขโดยทันตาภิบาลในสถานีอนามัย พ.ศ. 2540-2541 จากข้อมูลปริมาณผู้ป่วยทันตกรรมในรอบปี 2540 ของสถานีอนามัย 283 แห่ง พบผลงานให้บริการทันตกรรมเฉลี่ยปีละ 890 รายการ ประเภทบริการที่มีสัดส่วนสูงสุด คือ บริการถอนฟัน รองลงมาคือ การขูดหินน้ำลาย การอุดฟัน การบำบัดรักษาด้วยยา และการเคลือบหลุมร่องฟัน ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยของสถานีอนามัย 4 แห่งที่ศึกษาเชิงคุณภาพ ประจำปีงบประมาณ 2540 มีผู้ป่วยทันตกรรมเฉลี่ย 1,258 คนต่อแห่งต่อปีจำนวนผู้ป่วยแตกต่างกันตั้งแต่ 698-1977 คน ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแก่กลุ่มผู้ใหญ่ กิจกรรมที่ให้บริการมากที่สุดเป็นการถอนฟัน

หลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สุณี วงศ์คงคาเทพ และ คณะ (2548) ได้ศึกษาผลงานให้บริการทันตกรรมในศสช.. 24 แห่ง สามารถแบ่งรูปแบบการบริการได้เป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ศสช. มีตั้งใน รพ. ซึ่งใช้ฐานศักยภาพการบริการทันตกรรมจากกลุ่มงานทันตกรรมของโรงพยาบาล 2) ศสช. ที่ตั้งในสถานีอนามัย และ มีทันตาภิบาลให้บริการประจำ และ 3) ศสช. ที่มีหน่วยเคลื่อนที่จากโรงพยาบาลไปออกหน่วยให้บริการ และ 4)ศสช.ที่ไม่มีบริการทันตกรรม ในภาพรวม 10 จังหวัดที่ศึกษา จัดรูปแบบการบริการในศสช. ทั้ง 4 รูปแบบ เท่ากับร้อยละ 6.4 5.3 13.4 74.9 ตามลำดับ และ ผลการบริการทันตกรรมในศสช. ที่ศึกษา 24 แห่ง เป็นศสช. ที่ตั้งไป รพ. 10 แห่ง และ ศสช. ตั้งไป สอ.ที่มีทันตาภิบาลประจำ 14 แห่ง เมื่อเปรียบเทียบกิจกรรมด้านการรักษา 2 กลุ่ม พบว่า ศสช. ที่มีทันตาภิบาลประจำให้บริการทันตกรรมปฐมภูมิพื้นฐานคือ ถอนฟันปกติ อุดฟัน และขูดหินปูน ขณะที่กลุ่ม ศสช. ที่ตั้งไปโรงพยาบาล จะให้บริการทันตกรรมปฐมภูมิแล้วร่วมกับบริการในระดับทุติยภูมิ ได้แก่ 1) รักษารากฟันถาวร 2) บริการถอนฟันคุดและ 3) ให้บริการฟันปลอมฐานพลาสติก มีส่วนน้อยที่เพิ่มการรักษาปริทันต์ รักษาโพรงประสาทฟัน น้ำนม

การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของคนไทย

ก่อนประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นงลักษณ์ จิรชัยโศภิต (2537) ได้วิเคราะห์ผลการจัดบริการทันตสาธารณสุขในสถานีอนามัย และสรุปเกณฑ์ผลงานเชิงปริมาณที่คุ้มทุนต่อการบริการของทันตาภิบาลในสถานีอนามัย คือควรมีผลงานบริการต่อปีไม่ต่ำกว่า 1300 ครั้ง หรือเฉลี่ยบริการ 110 ครั้งต่อเดือน สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ(2540) ได้ประเมินผลระบบการสนับสนุน และผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2539 ของทันตาภิบาลที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ 7 แห่ง ใน 6 อำเภอ ของจังหวัดลพบุรี พบว่าสัดส่วนผลการปฏิบัติงานบริการทันตกรรมต่องานด้านอื่นๆ เท่ากับ 70: 30 งานด้านอื่นที่ทันตาภิบาลได้รับมอบหมาย คือการรักษาพยาบาลนอกเวลา งานสุขศึกษา งานสารบรรณ งานให้ภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน การสำรวจข้อมูลและการรวบรวบรายงาน ซึ่งงานเหล่านี้ทั้งหมดทันตาภิบาลมีความรู้ความสามารถจะปฏิบัติได้ ยกเว้นงานรักษาพยาบาลซึ่งอาจมีอุปสรรคในด้านทักษะการให้บริการ โดยสรุปผลการประเมินผล ปฏิบัติงานของทันตภิบาลในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ โดยจัดทันตาภิบาลไปประจำในสถานีอนามัย 7 แห่ง พบว่าผลงานการให้บริการทันตกรรมของปี 2539 ของเกือบทุกสถานีอนามัย ยังมีผลงานค่อนข้างต่ำ

หลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และ คณะ (2547) ปี 2544 ที่เป็นช่วงต้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีได้รับบริการร้อยละ 6 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีนโยบายฯ ในขณะที่ผู้ใหญ่มารับบริการเพิ่มขึ้นถึงเกือบร้อยละ 30 และ ปี 2546 มีการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพแก่เด็กในคลินิคเด็กดีได้ต่ำกว่าร้อยละ 50 การประเมินผลการจัดกิจกรรมสำหรับแม่และเด็ก จากการรายงานผล

การปฏิบัติงานประจำปี พศ. 2546 เฉพาะสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีได้รับการตรวจฟันร้อยละ 26.9 เด็กที่ตรวจฟันได้รับบริการทันตกรรมป้องกัน โดยฟลูออไรด์เจลร้อยละ 3.8 ฟลูออไรด์วาร์นิช ร้อยละ 1.4 ผู้ปกครองเด็ก ได้รับการฝึกแปรงฟันร้อยละ 20.2 แสดงให้เห็นได้ว่าการดูแลทันตสุขภาพเด็กที่ระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุม ไม่ได้สร้างหลักประกันว่าเด็กจะได้รับบริการการส่งเสริมป้องกันตามสิทธิที่ระบุ การศึกษาของ ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ (2545) แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน และ ควบคุมโรคในช่องปาก ตามชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม เมื่อเทียบจำนวนครั้งของการมารับบริการของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนให้บริการเพียงร้อยละ 1.9 และ1.5 บริการ โรงพยาบาลทั่วไปให้บริการเพียงร้อยละ 1.6 และ1.4 ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนให้บริการร้อยละ 2.6 และ 1.7 ในปีพ.ศ. 2543 และ 2544 ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงการมีสัดส่วนการทำงานด้านส่งเสริมป้องกันที่ต่ำมาก และมีแนวโน้มที่ปริมาณการทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันในคลินิกจะลดน้อยลงโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ขณะเดียวกันการดำเนินงานเฝ้าระวังในโรงเรียนได้เปลี่ยนเป็นกิจกรรมในความรับผิดชอบของหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ในส่วนของหน่วยคู่สัญญาสถานบริการระดับปฐมภูมิในเขตเมือง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป บุคลากรที่ให้บริการส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์เฉพาะทาง และ ทันตแพทย์ทั่วไป ดังนั้นจึงเน้นน้ำหนักการทำงานด้านการรักษาเป็นหลัก และไม่ได้ให้ความสำคัญต่องานส่งเสริมป้องกันเท่าที่ควร เนื่องจากขาดกำลังทันตาภิบาลซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการทำงานส่งเสริมป้องกัน ดังนั้นอุปสรรคสำคัญที่เป็นเหตุให้โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปมีผลงานงานส่งเสริมป้องกันต่ำ เนื่องจากไม่มีทันตาภิบาลในการปฏิบัติงาน จากการวิเคราะห์ผลงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายหลักในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พบว่า โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 40 - 50 มีผลงานบริการในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเท่าเดิม ยกเว้นในกลุ่มสูงอายุที่ผลงานเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 40.4 ของโรงพยาบาลที่ศึกษา ขณะที่ สุณี วงศ์คงคาเทพ และ บุญเอื้อ ยาวานิชการ (2546) ได้ศึกษาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545 จำนวน 415 แห่ง และ ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) 2004 แห่ง พบว่าร้อยละ 44 ของศสช.ที่ศึกษายังไม่มีการจัดบริการทันตกรรม มีศสช. เพียงร้อยละ 5.8 ที่มีทันตแพทย์บริการประจำและที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาถึงศักยภาพในการให้บริการด้านงานรักษาของศสช. พบว่าร้อยละ 64.7 ของศสช.สามารถให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด ส่วนบทบาทที่ทำได้ต่ำ คือ การผสมผสานการดูแลสุขภาพช่องปากในงานคลินิกฝากครรภ์/คลินิกเด็กดี และการทำงานเชิงรุกในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธุ์ และ คณะ (2546) ที่ได้ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากในปี 2545 ใน 8 จังหวัด พบว่ารูปแบบและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปากยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีแนวโน้มผลงานให้บริการที่ลดลง ในส่วนของการจัดบริการทันตกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นสถานีอนามัยขนาดใหญ่ ส่วนใหญ่จะที่มีทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมเป็นหลัก และในศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครที่เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ส่วนใหญ่มีทันตแพทย์ให้บริการทันตกรรม ใน หน่วยบริการ

คู่สัญญาหลัก (CUP) ส่วนใหญ่จัดให้มีหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ โดยมีทันตแพทย์หรือทันตาภิบาลเคลื่อนที่หมุนเวียนให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนในศูนย์สุขภาพชุมชน บางศูนย์สุขภาพชุมชนที่ใกล้หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่หมุนเวียนไปให้บริการสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง บางศูนย์สุขภาพชุมชนมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ไปบริการเดือนละครั้ง และศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ไกลจากหน่วยบริการคู่สัญญาหลักส่วนใหญ่ไม่มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ไปให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพ และ คณะ (2548) ที่ประเมินผลผลลัพธ์การให้บริการส่งเสริมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมปี 2547 พบว่าผลงานบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากร้อยละ 17 เมื่อจำแนกผลงานบริการตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 0 – 14 ปีได้รับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพร้อยละ 14 กลุ่ม 15 - 59 ปีได้รับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพร้อยละ 20.1 ส่วนใหญ่เป็นบริการการขูดหินน้ำลายและขัดฟัน ส่วนกลุ่มสูงอายุได้รับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพเพียงร้อยละ 5.2 เมื่อจำแนกผลงานบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามผู้ให้บริการ พบว่าทันตาภิบาลให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพร้อยละ 22.3 โดยทันตาภิบาลในเครือข่ายบริการแต่ละระดับให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพในสัดส่วนที่ต่างกัน คือ ทันตาภิบาลในเครือข่ายรพศ.ให้บริการร้อยละ 31.6 เครือข่ายรพท.ให้บริการร้อยละ 29.4 ในรพช.ขนาดใหญ่ให้บริการร้อยละ 24.5 และรพช.ขนาดเล็กให้บริการเพียงร้อยละ 19.4 แสดงให้เห็นว่า ทันตาภิบาลในเครือข่ายบริการขนาดใหญ่(รพศ./รพท.) มีโอกาสให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพมากกว่าเครือข่ายบริการขนาดเล็ก.(รพช.) ประเภทบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่ ร้อยละ 70-75 คือ กิจกรรมการตรวจคัดกรอง การให้ทันตสุขศึกษา และ บริการที่มีการดำเนินการในระดับต่ำหรือไม่มีการดำเนินการ ซึ่งถือเป็นกิจกรรมสำคัญ (key activities) คือ การฝึกทักษะแปรงฟันในกลุ่มเด็กปฐมวัย เด็กวัยก่อนเรียนในสถาบัน เด็กนักเรียนประถมศึกษา และหญิงมีครรภ์มีการดำเนินการเพียงร้อยละ 50 ของ ศสช.ตัวอย่าง ส่วนบริการเพื่อการป้องกันในกลุ่มเด็กไม่พบว่ามีการให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ในกลุ่มเด็กปฐมวัย 0.5 ปี การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กประถมศึกษามีการให้บริการเพียงร้อยละ 33.3 จะเห็นว่าการบริการส่งเสริมป้องกันมีทิศทางลดลง ที่สำคัญพบว่ากลุ่มเป้าหมายกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนไม่ได้รับการบริการเพื่อการป้องกัน ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญในการควบคุมป้องกันโรคฟันผุในอนาคต

การศึกษาต้นทุนการบริการทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เนื่องจากระบบบริการทันตสุขภาพของประเทศไทย มีทันตแพทย์ประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในภาคเอกชนที่เป็นคลินิคทันตกรรมเอกชน และส่วนใหญ่ไม่ได้เปิดบริการรวมกับแผนกบริการการแพทย์แบบผู้ป่วยนอก เพ็ญแข ลาภยิ่ง (2545) จึงเสนอประเด็นว่า เพื่อเป็นการเตรียมรองรับการจัดระบบบริการที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับบริการภาคเอกชนในอนาคต (public-private mixed) ควรแยกคิดงบประมาณบริการทันตสุขภาพออกจากกลุ่มบริการการแพทย์แบบผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งเสนอว่าการแยกคิดเพื่อประมาณการงบประมาณบริการทันตสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุดนั้น จำเป็นต้องมีข้อมูลรายจ่ายบริการทันตสุขภาพระดับประเทศ ซึ่งไม่เพียงมีประโยชน์ต่อการติดตามและประเมินสถานการณ์ แต่ยังจำเป็นสำหรับการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การวิเคราะห์ต้นทุนรายหัวประชากรของบริการทันตสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของเพ็ญแข ลาภยิ่ง (2545) ได้การวิเคราะห์ต้นทุนรายหัวประชากรของบริการทันตสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้ข้อมูลต้นทุนและการใช้บริการทันตสุขภาพในปีงบประมาณ 2543 ของสถานบริการภาครัฐ 6 จังหวัด ดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน – พฤศจิกายน 2544 พบว่าภายใต้บริบทของการใช้บริการทันตสุขภาพ ณ อัตราการใช้บริการ 10.24 ต่อ 100 ประชากร และ ต้นทุนบริการเท่ากับ 413.61 บาทต่อปีต่อผู้รับบริการ 1 คน พบว่า ณ ราคาปี 2543 ต้นทุนบริการภาครัฐเท่ากับ 42.35 บาทต่อประชากรต่อปี หากอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ขณะที่ปัจจัยอื่นๆคงที่ ต้นทุนบริการภาครัฐ ณ ปี 2543 จะเพิ่มขึ้นอีก 4 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นหากมีการแยกวงเงินงบประมาณที่จัดสรรให้จังหวัดสำหรับบริการสุขภาพช่องปาก ออกมาจากบริการทางการแพทย์ จำนวนเงินที่ควรจะเป็นคือจำนวน 42.35 บาทต่อคนต่อปี ณ ราคาปี 2543 และหากสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสามารถตอบสนองประชาชนได้อย่างสมบูรณ์ งบประมาณควรรวมส่วนที่ประชาชนจ่ายเองด้วย เท่ากับ 64.43 บาทต่อคนต่อปี

ขณะที่ บุษราภรณ์ จิตต์รุ่งเรือง และ เพ็ญแข ลาภยิ่ง (2546) ได้ศึกษาต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากรายกลุ่มบริการปีงบประมาณ 2546 เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนดำเนินการจำแนกตามกลุ่มบริการ คือ ส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟูสภาพ ของโรงพยาบาลในจังหวัดนครสวรรค์ โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2545 พบว่า ต้นทุนดำเนินการบริการสุขภาพช่องปากรวมเฉลี่ยเท่ากับ 211.34 บาท ต่อคนหรือ 151.32 บาทต่อครั้ง หรือ 128.54 บาทต่องาน จำแนกเป็นต้นทุนบริการส่งเสริมเท่ากับ 49.49 บาท ต่องาน (ค่าวัสดุ 9.30 และค่าแรง 40.19 บาท) บริการป้องกันเท่ากับ 127.59 บาทต่องาน (ค่าวัสดุ 25.72และค่าแรง 101.87 บาท) บริการรักษาเท่ากับ 143.44 บาทต่องาน (ค่าวัสดุ 31.75 และค่าแรง 111.69บาท) และ บริการใส่ฟันปลอมเท่ากับ 505.31 บาทต่องาน (ค่าวัสดุ 301.33 และค่าแรง 203.98 บาท) และในส่วนของต้นทุนส่งเสริมป้องกันนี้ เป็นต้นทุนบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนประถมศึกษา บนฐานการคิดต้นทุนภาครัฐ เท่ากับ 4.54 บาทต่อหัวประชากรบัตรทองเพ็ญแข ลาภยิ่ง (2545)

การสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

ในช่วงต้นของการดำเนินการตามนโยบาล "30 บาท" เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการของเครือข่ายต่อการให้บริการสุขภาพช่องปาก ปี 2544 -2545 พบจำนวนเครือข่ายที่สามารถเปรียบเทียบงบประมาณได้ ในงานด้านรักษาได้คิดเป็นร้อยละ 63 และในด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากคิดเป็นร้อยละ 67 เครือข่ายที่เปรียบเทียบได้ระบุว่าการสนับสนุนในงานรักษาได้งบประมาณเพิ่มขึ้นร้อยละ 56 ขณะที่การสนับสนุนในงานส่งเสริมทันตสุขภาพส่วนใหญ่ใช้งบประมาณร่วมกับงานรักษาคิดเป็นร้อยละ 37.3 และได้งบประมาณเท่าเดิมร้อยละ 33.3 สุณี วงศ์คงคาเทพ และ บุญเอื้อ ยาวานิชการ (2546) ระยะเริ่มต้นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธุ์ และ คณะ (2546) พบว่าการจัดสรรเงินเป็นแบบ Inclusive คือ จัดสรรเงินทั้งหมดทั้งงบผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) งบส่งเสริมและป้องกัน (P X P) ไปยังหน่วยบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP โดยตรง ระยะต่อมาก็มีการกันเงินเดือนไว้ที่จังหวัด และงบผู้ป่วยใน (IPD) ไว้ที่จังหวัด ขณะที่จัดสรรเงินผู้ป่วยนอก OPD และงบส่งเสริมป้องกันเท่านั้นไปยังหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก ในปัจจุบันมีการกันเงินเดือนไว้ที่กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ในระยะแรกของการจัดสรรเงินงบส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากไปยังหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย ไม่มีความชัดเจน ทำให้เกิดภาวะความชะงักงันของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในศูนย์สุขภาพชุมชน อย่างไรก็ตามขณะนี้แนวทางการจัดสรรเงินงบประมาณเริ่มชัดเจนขึ้น ส่วนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีความชัดเจนมากขึ้น คือ มีการจัดสรรเงินส่นหนึ่งเป็นค่าดำเนินการและค่าเบี้ยเลี้ยงทำงานล่วงเวลาให้คือศูนย์สุขภาพชุมชนประมาณ 15,000 บาท /เดือน/ศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนที่เหลือร้อยละ 40 จัดสรรตามผลงานที่ปฏิบัติตามสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมป้องกัน ร้อยละ 40 จัดสรรตามประชากรที่รับผิดชอบ และร้อยละ 20 จัดสรรตามโครงการที่เสนอมา ทั้งนี้มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นหน่วยงานกลางประสานงานหลังการดำเนินการโครงการได้ 3 ปี

สุณี วงศ์คงคาเทพ และ คณะ (2548) พบว่าการสนับสนุนงบประมาณปี 2547 ในดำเนินการของโรงพยาบาลศูนย์ 3 แห่ง : โรงพยาบาลทั่วไป 6 แห่ง : โรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง พบว่า งบประมาณจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 35-40 : ร้อยละ 42 -50 : 47-65 ของรายรับทั้งหมดตามลำดับ จะเห็นว่าการสนับสนุนงบประมาณของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปดีกว่าโรงพยาบาลชุมชนอย่างชัดเจน ได้รับงบประมาณ UC มากกว่า และยังมีรายได้จากเงินบำรุงของหน่วยงานสูงกว่ามาก ในส่วนการสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดบริการสุขภาพช่องปากของแต่ละเครือข่ายบริการคู่สัญญา พบว่า การสนับสนุนงบประมาณทันตกรรมของแต่ละเครือข่ายบริการปฐมภูมิพบว่า ได้รับการจัดสรรสนับสนุนน้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 0.2 - 3.75 ของรายจ่ายทั้งหมดของหน่วยบริการปฐมภูมิเท่านั้น

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำโครงการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก 2 โครงการ คือ โครงการยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี และ โครงการฟันเทียมพระราช

ทาย ในลักษณะ Vertical program ด้วยการบริหารจัดการและสนับสนุนงบประมาณแยกจำเพาะเป็นแนวดิ่ง เพื่อสร้างหลักประกันระบบบริการส่งเสริมป้องกันจะมีงบสนับสนุนอย่างชัดเจน ในลักษณะสนับสนุนงบประมาณตามเป้าหมายที่ตั้งและผลงานที่ปฏิบัติได้จริงที่รายงานเพื่อเบิกจ่าย เชื่อมโยงด้วยระบบสารสนเทศในกิจกรรมการรายงานและเบิกจ่ายเงินตามผลงาน ทำได้สามารถติดตามและประเมินผลการดำเนินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การร่วมจัดบริการทันตสุขภาพภาคเอกชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ และคณะ (2545)ได้ศึกษาข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นหน่วยคู่สัญญา จำนวน 7 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า **1)** ทั้ง 7 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมองว่างบประมาณจะส่งตรงถึงประชาชนผ่านทางโรงพยาบาลคู่สัญญา ทำให้มีความชัดเจนทางงบประมาณว่าประชาชนจะได้รับการคุ้มครองจากรัฐในวงเงินเท่าใด 2) ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ไม่ได้มีบทบาทด้านการบริหารจัดการ ขึ้นอยู่กับผู้บริหารของโรงพยาบาลเป็นหลัก เนื่องจากผู้บริหารมีความกังวลกับค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมและสูตินรีเวชค่อนข้างมาก เพราะเกรงว่าเป็นงานที่มีค่าต้นทุนสูง อาจทำให้โรงพยาบาลขาดทุน จึงมีการวิเคราะห์รายรับ-รายจ่ายและกำกับการให้บริการอย่างใกล้ชิด เช่นกำหนดว่าคนไข้ 1 คนควรให้บริการ 1 งาน ในการมารับบริการ 1 ครั้ง ผู้บริหารบางแห่งเสนอให้ลดกิจกรรมด้านการส่งเสริมป้องกันลง เช่นการอบรมกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในคลินิกเด็กดี กิจกรรมเชิงรุกในโรงเรียน หรือเสนอให้ชะลอการเรียกผู้ป่วยในคิวบางประเภทมารับบริการ เช่นผู้ป่วยทำฟันปลอม เป็นต้น 3) โรงพยาบาลเอกชนมีความพยายามทำงานร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่มีอยู่เดิม ไม่ว่าจะเป็นสถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือแม้แต่อสม. แต่ส่วนใหญ่จะมีความขัดแย้งกันทางความคิดและวิธีทำงาน โรงพยาบาลจึงเปิดหน่วยบริการปฐมภูมิเอง โดยไม่ใช้สถานีอนามัยที่มีอยู่ ทำให้บางพื้นที่ สถานีอนามัยต้องกลายเป็น sub-contractor ไป 4) การจัดบริการทันตกรรมเกือบทั้งหมดเป็นการจัดบริการโดยทันตแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นคู่สัญญาหลัก เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีงานทันตกรรมของโรงพยาบาลอยู่แล้ว ในกรณีที่เดิมไม่มีบริการทางทันตกรรม ส่วนใหญ่จะจ้างทันตแพทย์ไว้ประจำในโรงพยาบาลมากกว่าการ Sub contract ให้คลินิกเอกชนมารับเฉพาะบริการทันตกรรม เนื่องจากโรงพยาบาลไม่สามารถคาดประมาณเรื่องรายจ่ายเพื่อการให้บริการทันตกรรมได้ 5) ช่วงเวลาในการให้บริการทางทันตกรรมแก่ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่จัดเวลาไว้เช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป ยกเว้นบางแห่งไม่ให้บริการผู้ป่วยบัตรทองนอกเวลาราชการ ผู้ป่วยทันตกรรมสามารถเข้ามารับบริการได้เลยโดยไม่ต้องผ่านระบบการคัดกรองก่อน แต่กรณีที่ Sub contract ให้คลินิกเอกชนเป็นผู้ให้บริการ โรงพยาบาลได้มอบหมายให้พยาบาลเป็นผู้คัดกรองคนไข้ ก่อนส่งต่อไปรับบริการที่คลินิก การให้บริการจะให้ตามลำดับที่เข้ามารักษาโดยไม่แยกว่าเป็นผู้ป่วยประเภทใด 6) ผลงาน 9 เดือนที่ศึกษาพบว่ามีผู้ป่วยบัตรทองร้อยละ 43.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด บริการส่วนใหญ่ที่ให้แก่ผู้ป่วยคือการถอนฟัน(27.1%) อุดฟัน(32%) และขูดหินน้ำลาย(19.5%)และฟันปลอม(8.7%) ส่วนบริการด้านการป้องกันมีน้อยมาก พบว่ามีการทำเคลือบหลุมร่องฟัน

เพียงร้อยละ 2.7 ของการให้บริการทั้งหมดเท่านั้น 7) ก่อนหน้าเข้าร่วมโครงการ ทั้ง 7 โรงพยาบาลไม่มีทั้งงานเชิงรุก และงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน เมื่อเข้าโครงการเริ่มมีการบริการเคลือบฟลูออไรด์ให้นักเรียนในโรงเรียน โดยทีมงานเชิงรุกโดยพยาบาล ออกตรวจสุขภาพช่องปาก หากพบปัญหาจึงส่งต่อเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล ทัศนะทันตแพทย์เอกชนมองงานด้านการส่งเสริมป้องกันไม่ควรให้ทันตแพทย์เป็นผู้ทำ น่าจะเป็นบทบาทของทันตาภิบาลซึ่งมีความถนัดกว่า ประกอบกับผู้บริหารเกรงว่าการทำงานเชิงรุกมากจะเพิ่มค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลอ้างว่าไม่มีงบประมาณสำหรับการทำงานเชิงรุก

โดยสรุปทั้งผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน ต่างเห็นพ้องต้องกันว่าการพยายามเอาภาคเอกชน ซึ่งถนัดในการทำงานรักษาแบบทุติยภูมิและตติยภูมิ ให้ต้องมาทำงานส่งเสริมป้องกันด้วยนั้นอาจเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก เพราะโครงสร้างและจุดขายในเชิงธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนอยู่ที่ความเป็นเลิศในการรักษา และมีความเป็นไปได้น้อยที่เอกชนจะจัดบริการทันตกรรมลงไปใน PCU นอกโรงพยาบาล เนื่องจากด้วยต้นทุนที่สูง เทียบกับสัดส่วนประชากรที่รับผิดชอบ และขาดทักษะในการจัดการ และเอกชนยังมองการทำงานเชิงรุก เป็นการสร้างความต้องการเรื่องการรักษาให้กับประชาชนมากขึ้น การส่งเจ้าหน้าที่ลงไปตรวจสุขภาพช่องปาก แล้วส่งต่อเข้าโรงพยาบาล จะยิ่งทำให้ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเพิ่ม และ ส่วนความคิดเห็นของคลินิกเอกชนต่อการเข้าร่วมเป็น sub contractor ของโรงพยาบาล พบว่าเอกชนส่วนใหญ่ไม่สนใจเข้าร่วม เพราะเกรงเรื่องการทำงานเอกสารที่ยุ่งยาก เสี่ยงต่อการถูกร้องเรียน และค่าตอบแทนที่ไม่คุ้มค่า

ในช่วงเดียวกันอดิเรก ศรีวัฒนาวงษา และคณะ (2545) ได้ทำการศึกษาแนวโน้มการเข้าร่วมจัดบริการของคลินิกเอกชนในอนาคต กับโครงการ “30บาท” โดยเก็บข้อมูลจากการทำแบบสอบถามถึงทันตแพทย์ที่เป็นสมาชิกทันตแพทยสมาคมฯทั่วประเทศ และ สัมภาษณ์รายบุคคลและสนทนากลุ่มกับทันตแพทย์ในจังหวัดต่างๆ 8 จังหวัด ในประเด็นคลินิกทันตกรรมภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการในลักษณะ sub-contract เฉพาะบริการทันตสุขภาพหรือไม่ และ ต้องมีเงื่อนไขในการเข้าร่วมอย่างไร ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้ป่วยของคลินิกคือภาวะเศรษฐกิจตกต่ำตั้งแต่ช่วงปี 2539 เป็นต้นมา ทำให้ยอดผู้ป่วยลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ต้องทำงานหัตถการราคาแพง แต่ในแง่ผลกระทบของโครงการหลักประกันฯ ต่อคลินิกทันตกรรม ทันตแพทย์เอกชนเกือบทั้งหมดเห็นว่าไม่มีผลกระทบ 2) ทันตแพทย์ภาคเอกชน เห็นว่านโยบายหลักประกันสุขภาพฯ เป็นนโยบายที่เอื้อประโยชน์ต่อคนส่วนใหญ่ แต่การให้สิทธิแก่ทุกคนเท่าเทียมกันอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อเศรษฐกิจของชาติโดยรวม นโยบายนี้น่าจะเอื้อประโยชน์เฉพาะผู้ที่ไม่มีกำลังจ่ายเท่านั้น ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดี สมควรช่วยเหลือตัวเอง 3) ทันตแพทย์ภาคเอกชนส่วนใหญ่ไม่สนใจเข้าร่วมโครงการ เพราะโครงการ 30 บาทไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยประจำที่มีอยู่แล้ว หลายท่านแสดงความลำบากใจในการที่จะต้องรับผู้ป่วยสองกลุ่ม (ผู้ป่วยบัตรทอง,ผู้ป่วยปกติ) เข้ามาให้บริการในคลินิกของตน ไม่ทราบจะกล่าวกับผู้ป่วยที่ต้องชำระค่าบริการตามปกติอย่างไร รวมทั้งยังรู้สึกว่า การเข้าร่วมโครงการอาจทำให้ภาพลักษณ์ของคลินิกของตนตกต่ำลงกว่าเดิม 4) เงื่อนไขและกฎเกณฑ์การเข้าร่วมให้บริการต้องไม่สร้างภาระด้านเอกสารที่จะต้อง

กรอกเพื่อส่งเบิก ระยะเวลาการเบิกจ่ายค่าตอบแทนที่ชัดเจน 5) ราคาค่าบริการควรมีราคากลาง เพื่อเป็นฐานในการต่อรองระหว่างทันตแพทย์เอกชน กับสถานบริการคู่สัญญา 6) การจัดระบบบริหารภาคเอกชนต้องการความชัดเจนในการปฏิบัติงาน อาทิเช่น การตกลงราคา ชนิดของการบริการ ปริมาณผู้ป่วย และการตรวจสอบ โดยทำการตกลงกับสถานบริการคู่สัญญา ในราคาที่พึงพอใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย หรือเสนอรูปแบบการให้บริการโดยให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่าแรงทันตแพทย์ ส่วนรัฐรับผิดชอบค่าวัสดุและค่าผลิตฟันปลอม เป็นต้น 7) ในเรื่องการตรวจสอบ มีการแสดงความกังวลจากผู้ให้ข้อมูลในเรื่องหากมีการเข้าร่วมบริการแล้วจะต้องมีการตรวจสอบ ทำให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น มีความคิดเห็นเรื่องความไม่เป็นธรรมที่อาจเกิดขึ้นในการตรวจสอบ มีข้อเสนอให้มีเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจนเข้าใจง่าย และเชื่อถือได้ 8) ในประเด็นที่โรงพยาบาลเอกชนจะทำ sub-contract กับคลินิกเอกชนหรือไม่ต้องคำนึงการคุ้มทุนและความจำเป็นในบริบทของพื้นที่และประชากรที่โรงพยาบาลเอกชนรับผิดชอบ

ผลกระทบของนโยบาย UC ต่อเรื่องกำลังคนทางด้านสุขภาพช่องปาก

ทิพาพร สุโฆสิต และ สมกมล พิจารณา (2544) ได้ศึกษาสถานการณ์การพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพในระดับอำเภอ พบว่าหลักสูตรการสอนของทันตาภิบาลในปัจจุบัน ยังไม่สอดคล้องกับนโยบาย ภาระงาน และสภาพปัญหาทันตสุขภาพระดับประเทศ การทำงานของทันตาภิบาลโดยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขผสมผสานได้อย่างแท้จริง เนื่องจากหลักสูตรการเรียนเน้นงานให้บริการทันตกรรมในคลินิกค่อนข้างมาก และ เสนอลักษณะของทันตาภิบาลในอนาคตควรประกอบด้วย 1) ได้รับการปรับกระบวนทัศน์เพื่อพัฒนาศักยภาพประชาชนในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง มีทักษะในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยการมีส่วนร่วมจากชุมชน ครอบครัว และสังคม 2) มีความเป็นนักวิชาการ พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความรู้พื้นฐานทางด้านสังคมศาสตร์ ปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลต่อระบบบริการทันตสุขภาพทางเศรษฐกิจ การเมืองฯ รู้จักคิดและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ 3) มีทักษะในการสื่อสารดี มีศิลปะในการพูดและฟังเพื่อทำความเข้าใจกับผู้ป่วย 4) มีศักยภาพในการเป็นผู้แนะนำ ให้คำปรึกษา และให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม มีคุณภาพ และ มีคุณธรรมและจริยธรรมมีจิตใจกว้างขวาง ทำงานเป็นทีมกับเพื่อนร่วมงานได้ พัฒนางานเพื่อความสำเร็จขององค์กรและสังคมมากกว่าเพื่อประโยชน์ส่วนตน

จากรายงานการติดตามผลการปฏิบัติงานของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่นจำนวน 3 รุ่น เมื่อจบการศึกษาในช่วง 1-3 ปีแรกของ ศิริภา คงศรี และคณะ (2545) พบว่าการรักษาทันตกรรมที่ปฏิบัติส่วนใหญ่ คือ การขูดหินน้ำลาย การถอนฟัน การเคลือบหลุมร่องฟัน การอุดฟันอย่างง่าย งานที่ปฏบัติน้อยมากคือ การเอ็กซเรย์ฟัน เนื่องจากการขาดเครื่องเอกซเรย์ในสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน ส่วนงานทันตสุขศึกษามักจะเป็นการสอนข้างเก้าอี้ เป็นการให้ความรู้แก่ประชาชนในสถานบริการ และ การจัดทำสื่อทันตสุขศึกษา ส่วนงานทันตกรรมชุมชนที่ปฏิบัติงานเป็นหลักคืองาน

ส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา งานส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มหญิงมีครรภ์ ส่วนส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มอื่น ๆ ยังปฏิบัติค่อนข้างน้อย ดังนั้นการพัฒนาหลักสูตรควรเพิ่มการทำงานเชิงรุกเพื่อให้มีศักยภาพส่งเสริมป้องกันและการวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากมากขึ้น โดยฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและในสถานีอนามัย

ผลการศึกษาของสุปรีดา อดุลยานนท์ และคณะ (2545) ที่ได้ศึกษาผลกระทบของนโยบายหลักประกันฯ ต่อเรื่องกำลังคนทางทันตสุขภาพ และแนวทางการวางแผนกำลังคนด้านทันตสุขภาพเพื่อให้เกิดการกระจายกำลังคนอย่างเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลกำลังคน การสัมภาษณ์ความเห็นนักคิดและผู้ทรงคุณวุฒิ และการประชุมกลุ่ม ได้มีข้อเสนอที่สำคัญดังนี้

1) ควรเพิ่มความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้มากกว่าการรักษา นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการปรับเปลี่ยนการจัดบริการและระบบการเงินการคลัง ทำให้ในอนาคตการทำงานแบบผสมผสานและเป็นองค์รวมมากขึ้น ทันตบุคลากรจะต้องมีความสามารถในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เพื่อหนุนเสริมการทำงานส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้การกระจายอำนาจยังช่วยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดเลือกบุคลากรเข้าศึกษาต่อเป็นทันตแพทย์หรือทันตบุคลากรอื่นๆ และ การเข้าร่วมเป็นหน่วยคู่สัญญาตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเอกชน ทำให้เอกชนต้องการขยายบทบาทในการทำงานทันตสาธารณสุขภาครัฐมากขึ้น ระบบบริการจึงต้องการทันตแพทย์ ที่มีคุณลักษณะด้านงานทันตสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน

2) ควรปรับบทบาทการเรียนการสอนของทันตาภิบาล ที่เน้นงานด้านการส่งเสริมป้องกันเป็นบทบาทหลัก เป็นการดำเนินการที่ต้องควบคู่ไปกับการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบทเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันว่าจะได้รับบริการ ขณะเดียวกันควรการเพิ่มบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและปรับลดขอบเขตการรักษาพยาบาลอย่างง่ายของทันตาภิบาลลง ด้วยการพิจารณาให้รอบคอบ โดยคำนึงถึงการกระจายบริการสู่ประชาชน และการช่วยแบ่งเบาภาระให้ทันตแพทย์ทำงานชั้นสูงได้มากขึ้น

3) ควรจัดการให้มีบุคลากรประเภททันตาภิบาลใน รพศ./รพท. เพราะต้องทำงานในฐานะ PCU และอาจต้องมีการบริหารจัดการให้มีทันตาภิบาลปฏิบัติงานได้ในภาคเอกชน หรือทำงานในลักษณะเครือข่ายกับภาคเอกชน ทั้งนี้มีเงื่อนไขว่าจะต้องทำให้บทบาทและการบริหารจัดการมีความชัดเจน

4) ควรเพิ่มจำนวนทันตาภิบาล ในฐานะที่ทันตาภิบาลเป็นทันตบุคลากรหลักของหน่วยปฐมภูมิ คาดหมายว่าจะต้องเพิ่มจำนวนขึ้น พร้อมๆกับการปรับบทบาทและปรับโครงสร้างการทำงาน ทันตาภิบาล

5) มาตรการสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการกระจายทันตแพทย์ได้ทางหนึ่ง โดยการขยายการรับนักศึกษาจากท้องถิ่น โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกมากขึ้น และสนับสนุนค่าใช้จ่ายการศึกษา การฝึกภาคสนาม รวมถึงการจ้างงานเมื่อจบการศึกษา ควรปรับการคัดสรรเข้าสู่การศึกษาที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพมากขึ้น

6) สถาบันการศึกษาควรเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ อันจะกระตุ้นให้ระบบการศึกษามีการปรับสมดุลย์ระหว่างฐานวิชาการและการประยุกต์ใช้กับประชาชนอย่างเหมาะสมขึ้น ควรเพิ่มเจตคติและทักษะทางการสร้างเสริมสุขภาพ, จริยธรรม และทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิต เพิ่มการสร้างความรู้ และเทคโนโลยีเพื่อการพึ่งตนเอง วางแนวทางการศึกษาหลังปริญญาให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ ควรมีแผนและจำกัดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาต่างๆให้เหมาะสม กับระบบสุขภาพ และส่งผลประโยชน์สูงสุดต่อการบริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยควรหลีกเลี่ยงแนวทางที่ผิดพลาดของวิชาชีพแพทย์ที่ผ่านมา

7) เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพ ทันตบุคลากรควรขยายศักยภาพและบทบาทเพื่อครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ และการร่วมเคลื่อนไหวสังคมให้มากกว่าเดิม ทันตบุคลากรควรจะขยายบริการรักษาพยาบาลที่สูงกว่าระดับเบื้องต้นในระดับต่างๆให้มากขึ้น เพื่อการเก็บรักษาฟันและยกระดับคุณภาพชีวิตจากสภาวะช่องปากของประชาชน

บทบาทขององค์กรส่วนท้องถิ่นต่อการพัฒนางานทันตสาธารณสุขระดับตำบล

สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ (2540) ได้ศึกษาบทบาทของ อบต. ต่อการพัฒนางานสาธารณสุข พบว่าอบต.ส่วนใหญ่เป็นอบต. ในระดับ 4 หรือ 5 โครงสร้างประกอบด้วย ด้านการเงินการคลัง ด้านโยธา และด้านสำนักงานปลัด อบต. เท่านั้น ไม่มีโครงสร้างและกำลังคนที่จะมารองรับด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ผู้บริหารอบต. ส่วนใหญ่ขาดแนวคิดและวิสัยทัศน์เรื่องงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมภายส่วนใหญ่ สมาชิก อบต. ไม่เข้าใจว่าปัญหาสิ่งแวดล้อมใดที่ควรเป็นปัญหาเร่งด่วนของตำบล มักมองไปที่ปัญหาการขาดแคลนโครงสร้างพื้นฐานประเภท ถนน ไฟฟ้า สะพาน และแหล่งน้ำ การจัดกิจกรรมรองรับจึงเป็นไปตามความจำเป็นเฉพาะหน้าหรือตามสภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนและมีผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ของชุมชนโดยตรง เช่นปัญหาฝุ่นละออง กลิ่นเหม็น ยาบ้า น้ำเสีย น้ำกินน้ำใช้ ขยะ น้ำขัง ปัญหาเหล่านี้มักจะมีโอกาสได้รับการตอบสนองจาก อบต. ในระดับสูง อบต. จึงมุ่งไปในด้านการจัดเก็บขยะ สร้างระบบประปาหมู่บ้าน สร้างถังเก็บน้ำคอนกรีต ว่างท่อระบายน้ำ เป็นต้น ส่วนกิจกรรมด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ สมาชิกอบต. จะมองว่าเป็นที่หน้าที่โดยตรงของสถานีอนามัยเพราะมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการจัดการมากกว่า หรือดำเนินการอยู่ในระดับเพียงแค่การร่วมมือกับสถานีอนามัยทำงานด้านรณรงค์หรือป้องกันโรคระบาดมากกว่าจะเห็นว่าเป็นบทบาทของอบต. โดยตรง ต่อมา จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ (2543) ได้ศึกษาบทบาทของ อบต. ต่องานทันตสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดบริการทันตสาธารณสุขในระดับตำบลและอำเภอทั้งด้านการบำบัดรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ โดยงบประมาณอาจมาในรูปแบบต่างๆ เช่น การต่อเติมอาคารจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ การสร้างศูนย์เด็กและจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการแปรงฟัน จัดการอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพ เป็นต้น อบต. มักมีบทบาทในการเป็นตัวกลางระดมความร่วมมือ ทรัพยากรจากกลุ่มกรรมการ ผู้ปกครอง กลุ่มแม่บ้าน จัดประชุมปรึกษาหารือกับประชาชน เป็นผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชน ทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์และให้ข้อมูลเรื่องการ

ไปรับบริการ กระตุ้นเตือนให้ผู้ปกครองดูแลสุขภาพเด็กกระจายข่าวสารต่างๆ ทางหอกระจายข่าว หลังประกาศนโยบาย หลักประกันฯ สุณี วงศ์คงคาเทพ และ คณะ (2549) ได้ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสานเพื่อลดปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัย พบว่าปัจจุบันบทบาทองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น มีส่วนสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็ก และ ปัจจุบันผู้บริหารของอบต.ให้การยอมรับต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบลมากขึ้น มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการเป็นคณะกรรมการจัดทำแผนระดับตำบลและเป็นที่ปรึกษา ขณะเดียวกันการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับอบต. เป็นระบบ และได้รับการสนับสนุนมากขึ้นเป็นส่วนใหญ่ แต่การสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็ก พบว่าอบต.ส่วนใหญ่ไม่มีการดำเนินโครงการเชิงพัฒนา เช่น ไม่มีระบบการตรวจสุขภาพเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ขาดการจัดการสิ่งแวดล้อมในศูนย์เด็กให้น่าอยู่อย่างจริงจัง ขาดระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับพื้นที่ แม้อบต.จะมีแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุและผู้พิการที่ชัดเจนขึ้น แต่ยังขาดแผนงานการส่งเสริมสุขภาพเด็กที่มีมาตรการแก้ปัญหาที่ชัดเจนของพื้นที่

บทสรุป

1.ปัจจุบันชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมจำแนกได้เป็น 3 กลุ่มซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ คือ ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชุดตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม และ ตามสิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดรายการตามชุดสิทธิประโยชน์ พบว่ารายการสิทธิประโยชน์ทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความครอบคลุมรายการพื้นฐานที่จำเป็นทั้งงานรักษา และ ส่งเสริมป้องกัน มากกว่าอีก 2 กลุ่ม

2. อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย หลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบ ร้อยละ 95.5 ในปี 2546 มีผู้ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปี 2546 คิดเป็นร้อยละ 10.6 มีค่าเฉลี่ยการรับบริการทันตกรรม 1.6 ครั้ง/คน/ปี กลุ่มอายุที่มีผู้ใช้บริการทันตกรรมสูงที่สุดคือ กลุ่ม 6 -14 ปี (ร้อยละ 16.5 ; 1.5 ครั้ง/คน/ปี) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 25-59 ปี (ร้อยละ 10.8; 1.5 ครั้ง/คน/ปี) ส่วนกลุ่มอายุที่มีอัตราการรับบริการต่ำคือกลุ่มอายุ 0-4 ปี และ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 4 และ ร้อยละ 8 ตามลำดับ

3. เมื่อวิเคราะห์รายการบริการทันตกรรมใน CUP ส่วนภูมิภาคที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่างานบริการทันตกรรมส่วนใหญ่ในรพศ./รพท./รพช.เป็นบริการในระดับปฐมภูมิ ร้อยละ 71.2 - 97.4 และ ส่วนใหญ่เป็นบริการในชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมร้อยละ 95 และ เป็นบริการด้านรักษาร้อยละ 83.2 ชนิดบริการทันตกรรมที่ให้สูงสุด 5 อันดับ คือ ถอนฟันอย่างง่ายร้อยละ 29.8 บริการอุดฟันที่ไม่ซับซ้อนร้อยละ 19.4 การจ่ายยาร้อยละ 16 การขูดหินปูนร้อยละ 14 และ บริการเอ็กซเรย์ร้อยละ 5.8 รวมเป็นบริการทันตกรรมที่อยู่ในรายการของชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมร้อยละ 95

4 รูปแบบการบริการทันตกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชนแบ่งได้ 4 กลุ่ม คือ 1) ศสช. มีตั้งใน รพ. ซึ่งใช้ฐานศักยภาพการบริการทันตกรรมจากกลุ่มงานทันตกรรมของโรงพยาบาล 2) ศสช. ที่ตั้งในสถานีอนามัย และ มีทันตาภิบาลให้บริการประจำ และ 3) ศสช. ที่มีหน่วยเคลื่อนที่จากโรงพยาบาลไปออกหน่วยให้บริการ และ 4) ศสช.ที่ไม่มีบริการทันตกรรม พบ ร้อยละ 75 ของศสช.ไม่มีบริการทันตกรรม ศสช. ที่มีทันตาภิบาลประจำ สามารถให้บริการทันตกรรมปฐมภูมิพื้นฐานคือ ถอนฟันปกติ อุดฟัน และขูดหินปูน กรณีเป็นศสช. ที่ตั้งไปโรงพยาบาล จะให้บริการทันตกรรมปฐมภูมิแล้วร่วมกับบริการในระดับทุติยภูมิ ได้แก่ 1) รักษารากฟันถาวร 2) บริการถอนฟันคุด และ 3) ให้บริการฟันปลอมฐานพลาสติก มีส่วนน้อยที่เพิ่มการรักษาปริทันต์ การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม

5. แนวโน้มปัญหาโรคฟันน้ำนมผุในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีเริ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน แม้สัดส่วนประชากรในวัยเด็กในอนาคตจะมีแนวโน้มที่ลดลง ปัจจัยด้านบริโภคนิยม พฤติกรรมการเลี้ยงดู และการเจริญเติบโตด้านวัตถุของสังคม กลับมีอิทธิพลทำให้ขนาดปัญหาและความรุนแรงของการเป็นโรคฟันผุมีมากขึ้น โรคฟันน้ำนมผุในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี จึงเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญในอนาคต จากการประเมินผลอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากในอดีตหลายงานการศึกษา ล้วนบ่งชี้ว่าหลังการดำเนินโครงการ 30 บาท ปริมาณงานบริการทันตกรรมในสถานบริการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือเพิ่มสูงขึ้น 15-30% คิวนัดเพื่อการรักษายาวขึ้น คิวใส่ฟันปลอมยาว 8 เดือน – 2 ปี โดยกลุ่มที่ได้รับบริการเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ขณะที่กลุ่มเด็กได้รับบริการลดน้อยลง และ สถานบริการส่วนใหญ่ต่างลดบทบาทด้านการทำงานเชิงรุกลง ในทุกระดับของสถานบริการในส่วนภูมิภาค ซึ่งส่งผลกระทบต่อการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กปฐมวัย เด็กก่อนวัยเรียน และเด็กประถมศึกษา ที่ได้รับบริการทันตกรรมที่ลดลง การประเมินผลปี 2547 พบผลงานบริการส่งเสริมป้องกันเพียงร้อยละ 14 ของบริการทั้งหมด

6. ศูนย์สุขภาพชุมภายใต้เงื่อนไขโครงการการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องสามารถให้บริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์มาตรฐานกำหนด คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายหลักที่สำคัญ 2) การบริการทันตสาธารณสุขเชิงรุก และ 3) จัดบริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด ปัจจุบันพบศูนย์สุขภาพชุมและสถานีอนามัยส่วนใหญ่ไม่มีบริการทันตกรรม ขณะนี้มีทันตาภิบาลให้บริการประจำในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัย 1,116 แห่ง (ร้อยละ 15 ของสถานีอนามัยทั้งหมด) พบว่าบทบาทที่ทันตาภิบาลทำได้ต่ำ คือ การผสมผสานการดูแลสุขภาพช่องปากในงานคลินิกฝากครรภ์/คลินิกเด็กดี และการทำงานเชิงรุกในชุมช ทันตาภิบาลถูกคาดหวังในหมู่วิชาชีพให้เป็นบุคลากรหลักในการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ขณะนี้ยังขาดข้อมูลในเรื่องจำนวนภาระงานทั้งที่เป็นบริการสุขภาพช่องปากและด้านสาธารณสุขทั่วไปของทันตาภิบาลในบริบทการทำงานจริง รวมทั้งศักยภาพในการให้บริการและการบูรณาการงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่มวัย

. 7. ในช่วงเริ่มต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนในปี 2544-2545 CUPส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนศสช.โดยการจัดหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่หมุนเวียนไปให้บริการสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ปัจจุบันกลับพบว่า CUP ส่วนใหญ่ลดการสนับสนุนการจัดหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่

8. การเตรียมรองรับการจัดระบบบริการ ที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับบริการภาคเอกชนในอนาคต มีการวิเคราะห์ต้นทุนรายหัวประชากรของบริการทันตสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเพ็ญแข ลาภยิ่ง (2545) พบว่าต้นทุนบริกาทันตกรรมเท่ากับ 413.61 บาทต่อปีต่อผู้รับบริการ 1 คน พบว่า ณ ราคาปี 2543 ต้นทุนบริการภาครัฐเท่ากับ 42.35 บาทต่อประชากรต่อปี หากอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 โดยปัจจัยอื่นๆคงที่ ที่ราคาต้นทุนบริการภาครัฐ ณ ปี 2543 จะมีต้นทุนเพิ่มขึ้นอีก 4 บาทต่อคนต่อปี ขณะที่ต้นทุนดำเนินการจำแนกตามกลุ่มบริการ พบว่าจำแนกเป็นต้นทุนบริการส่งเสริมเท่ากับ 49.49 บาท ต่องาน (ค่าวัสดุ 9.30 และค่าแรง 40.19 บาท) บริการป้องกันเท่ากับ 127.59 บาทต่องาน (ค่าวัสดุ 25.72และค่าแรง 101.87 บาท) บริการรักษาเท่ากับ 143.44 บาทต่องาน (ค่าวัสดุ 31.75 และค่าแรง 111.69บาท) และ บริการใส่ฟันปลอมเท่ากับ 505.31 บาทต่องาน (ค่าวัสดุ 301.33 และค่าแรง 203.98 บาท)

9. การให้ภาคเอกชนร่วมจัดบริการสุขภาพช่องปากภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีโรงพยาบาลเป็นเป็นคู่สัญญาหลัก ส่วนใหญ่จะจ้างทันตแพทย์ไว้ประจำในโรงพยาบาลมากกว่าการ Sub contract ให้คลินิกเอกชนมารับเฉพาะบริการทันตกรรม เนื่องจากโรงพยาบาลไม่สามารถคาดประมาณเรื่องรายจ่ายเพื่อการให้บริการทันตกรรมได้ งานทำงานเชิงรุก และงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน จะใช้รูปแบบทีมงานเชิงรุกโดยพยาบาล ออกตรวจสุขภาพช่องปาก หากพบปัญหาจึงส่งต่อเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล ทัศนะทันตแพทย์เอกชนมองงานด้านการส่งเสริมป้องกันไม่ควรให้ทันตแพทย์เป็นผู้ทำ ควรเป็นบทบาทของทันตาภิบาลซึ่งมีความถนัดกว่า ขณะที่ผู้ผู้บริหารโรงพยาบาลไม่สนับสนุนการทำงานเชิงรุก เกรงจะเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

เงื่อนไขและกฎเกณฑ์ภาคเอกชนจะเข้าร่วมโครงการ คือ การให้บริการต้องไม่มีภาระด้านเอกสารเพื่อส่งเบิกมากเกินไป ระยะเวลาการเบิกจ่ายต้องชัดเจน ควรมีราคากลาง เพื่อเป็นฐานในการต่อรองระหว่างทันตแพทย์เอกชน กับสถานบริการคู่สัญญา มีระบบบริหารจัดการที่มีความชัดเจนในการปฏิบัติงาน อาทิเช่น ราคาที่พึงพอใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย ชนิดของการบริการ ปริมาณผู้ป่วย และการตรวจสอบ โดยทำการตกลงกับสถานบริการคู่สัญญา กับ ภาคเอกชน

10. ในช่วงต้นของการเริ่มนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าหลักสูตรการสอนของทันตาภิบาลในปัจจุบัน ยังไม่สอดคล้องกับนโยบาย ภาระงาน และสภาพปัญหาทันตสุขภาพระดับประเทศ การทำงานของทันตาภิบาลโดยส่วนใหญ่ให้บริการส่งเสริมป้องกันในระดับต่ำ และ ไม่สามารถให้บริการบูรณาการและผสมผสาน การรักษาทันตกรรมที่ปฏิบัติส่วนใหญ่ คือ การขูดหินน้ำลาย การถอนฟัน การเคลือบหลุมร่องฟัน การอุดฟันอย่างง่าย สุปรีดา อดุลยานนท์ และคณะ (2545) ได้เสนอ 1) ควรเพิ่มจำนวนทันตาภิบาล ในฐานะที่ทันตาภิบาลเป็นทันตบุคลากรหลักของหน่วยปฐมภูมิ คาดหมายว่าจะต้องเพิ่มจำนวนขึ้น พร้อมๆกับการปรับบทบาทและปรับโครงสร้างการทำงาน ทันตาภิบาล ด้วยการปรับ

บทบาทการเรียนการสอนของทันตาภิบาล ที่เน้นงานด้านการส่งเสริมป้องกันเป็นบทบาทหลัก เป็นการดำเนินการที่ต้องควบคู่ไปกับการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบท เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันว่าจะได้รับบริการ 2) สนับสนุนการกระจายทันตแพทย์โดยการขยายการรับนักศึกษาจากท้องถิ่น โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกมากขึ้น และสนับสนุนค่าใช้จ่ายการศึกษา การฝึกภาคสนาม รวมถึงการจ้างงานเมื่อจบการศึกษา ควรปรับการคัดสรรเข้าสู่การศึกษาที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพมากขึ้น

11. ปัจจุบันบทบาทองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น มีส่วนสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็ก และ ปัจจุบันผู้บริหารของอบต.ให้การยอมรับต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบลมากขึ้น มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขการเป็นคณะกรรมการจัดทำแผนระดับตำบลและเป็นที่ปรึกษา การประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับอบต. เป็นระบบ และสถานีอนามัยได้รับการสนับสนุนมากขึ้นเป็นส่วนใหญ่ ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็ก พบว่าขาดระบบการตรวจสุขภาพเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ขาดการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพในศูนย์เด็ก ขาดระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับพื้นที่ และ การส่งเสริมสุขภาพเด็กที่มีมาตรการแก้ปัญหาที่ชัดเจนของพื้นที่

บทที่ 5
การสังเคราะห์กรอบทิศทางและประเด็นการวิจัยในอนาคต

วัตถุประสงค์การทบทวนวรรณกรรม เป็นการทบทวนสถานการณ์ใน 2 ประเด็น

1.การจัดบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิส่วนภูมิภาคและสถานการณ์กำลังคนด้านทันตบุคลากร ภายใต้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. จำนวนที่ต้องการและปัญหาความขาดแคลนทันตบุคลากรไทยในทุกระดับพื้นที่รวมชนบทห่างไกล

การพัฒนาระบบบริการและกำลังคนด้านทันตสุขภาพสู่อนาคต จำเป็นต้องทบทวนสถานการณ์ระบบบริการและระบบกำลังคนสุขภาพช่องปาก ตลอดจยปัจจัยและบริบทที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาประเด็นส่วนขาดและช่องว่างของข้อมูลในการพัฒนากลยุทธ มาตรการ และ การวางแผนการพัฒนากำลังคนด้านทันตบุคลากรในอนาคต เพื่อจัดทำประเด็นข้อเสนอการทำวิจัยที่เป็นส่วนขาดต่อไปในอนาคต โดยกำหนดการสรุปสังเคราะห์แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวโน้มปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยในอนาคตและข้อเสนอมาตรการส่งเสริมป้องกัน

ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญแบ่งได้ 2 ปัญหาคือ ปัญหาโรคฟันผุ ซึ่งพบปัญหาสูงในกลุ่มเด็กและ ปัญหาโรคปริทันต์ที่พบปัญหาสูงในกลุ่มผู้ใหญ่และสูงอายุ

แนวโน้มปัญหาโรคฟันผุ แบ่งเป็นปัญหาฟันน้ำนมผุของกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่ผุสูงขึ้นอย่างชัดเจน แม้สัดส่วนประชากรในวัยเด็กในอนาคตจะมีแนวโน้มที่ลดลง แต่ปัจจัยด้านบริโภคนิยม พฤติกรรมการเลี้ยงดู และ พัฒนาการต่างๆของสังคม กลับมีอิทธิพลทำให้ขนาดปัญหาและความรุนแรงของการเป็นโรคฟันผุมีมากขึ้น ดังนั้นโรคฟันน้ำนมผุในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ถือเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญในอนาคต ขณะเดียวกันปัญหาฟันแท้ผุของกลุ่ม 6-15 ปีในปัจจุบันอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ และเป็นภาวะการเป็นโรคที่ไม่รุนแรงมาก ขณะที่แนวโน้มการมีฟันไว้ใช้งานของกลุ่มผู้ใหญ่โดยเฉลี่ยต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย ขณะเดียวกันแนวโน้มสถานการณ์สภาวะเหงือกอักเสบในกลุ่มวัยรุ่นกลับมีแนวโน้มของปัญหาสูงขึ้น กล่าวคือเด็กวัยรุ่นกว่าร้อยละ 80

ปัญหาโรคปริทันต์ในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สภาวะการเป็นโรคปริทันต์มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเป็นโรคเบาหวาน การติดเชื้อและโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิต้านทานของร่างกาย แม้ว่าแนวโน้มของสภาวะโรคจะมีความชุกลดลง หากแต่พบคนที่เป็นโรคในสภาวะที่เป็นรุนแรงมากขึ้น หมายถึงการรักษาที่ยุ่งยาก และแนวโน้มการสูญเสียฟันมีมากขึ้น ขณะที่กลุ่มผู้ใหญ่มีแนวโน้มการสูญเสียฟันค่อนข้างคงที่ ขณะที่ภาวะการสูญเสียฟันในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ปัจจุบันมีผู้สูงอายุประมาณครึ่งหนึ่ง ที่มีฟันไม่เพียงพอต่อการบดเคี้ยวได้และในจำนวนนี้ ประมาณ ครึ่งหนึ่งไม่มีฟันปลอมใช้งาน ดังนั้น ด้วยจำนวนทันตแพทย์ที่จำกัด และความยุ่งยากในการทำฟันปลอมตลอดจนปริมาณความต้องการที่สูง ทำให้ไม่สนองตอบต่อความต้องการของประชาชนได้เพียงพอ แม้ว่าแนวโน้มการ

สูญเสียของกลุ่มนี้จะน้อยลงก็ตาม หากแต่ฟันที่คงเหลือในช่องปาก ไม่ได้อยู่ในสภาพที่จะสามารถใช้เพื่อการบดเคี้ยวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งภาวะเช่นนี้จะมีมากขึ้นตามสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นเรื่อยๆ

ข้อเสนอมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่มวัย

เมื่อนำกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรออตตาวา เป็นกรอบความคิดในการพิจารณาจัดทำมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปาก จากกลยุทธ์และกิจกรรมหลักส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากทั้ง 4 กลุ่มวัย ส่วนใหญ่เป็นบริการที่ต้องดำเนินการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งต้องให้บริการทั้งในสถานบริการ ในชุมชน และ ทำงานเชิงรุกด้วยการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากมีการดำเนินการอย่างทั่วถึง ต้องประสานความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และ องค์กรท้องถิ่น และ ในส่วนของระบบบริการปฐมภูมิจึงมีความจำเป็นต้องมีบุคลากรดำเนินการในเรื่องนี้อย่างเพียงพอและมีศักยภาพในการจัดบริการบูรณาการและผสมผสาน และ สามารถให้บริการส่งเสริมป้องกันแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุอย่างทั่วถึง ซึ่งได้กล่าวอย่างละเอียดในบทที่ 1 แล้ว

ประเด็นช่องว่าง

การสร้างความร่วมมือและระดมทรัพยากรและพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อการพัฒนากลยุทธและแนวทางการพัฒนากำลังด้านทันตบุคลากรขึ้นในการรองรับภาระงานส่งเสริมป้องกันในระดับปฐมภูมิ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงและมีระบบดูแลครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มอย่างมีคุณภาพ

ส่วนที่ 2 ประชาชนเข้าบริการถึงตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมหลังประกาศนโยบาย 30 บาท

อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย หลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบ ร้อยละ 95.5 ในปี 2546 มีผู้ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปี 2546 คิดเป็นร้อยละ 10.6 มีค่าเฉลี่ยการรับบริการทันตกรรม 1.6 ครั้ง/คน/ปี กลุ่มอายุที่มีผู้ใช้บริการทันตกรรมสูงที่สุดคือ กลุ่ม 6 -14 ปี (ร้อยละ 16.5 ; 1.5 ครั้ง/คน/ปี) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 25-59 ปี (ร้อยละ 10.8; 1.5 ครั้ง/คน/ปี) ส่วนกลุ่มอายุที่มีอัตราการรับบริการต่ำคือกลุ่มอายุ 0-4 ปี และ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 4 และ ร้อยละ 8 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดรายการตามชุดสิทธิประโยชน์ พบว่ารายการสิทธิประโยชน์ทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความครอบคลุมรายการพื้นฐานที่จำเป็นทั้งงานรักษา และ ส่งเสริมป้องกัน มากกว่าชุดสิทธิประโยชน์ตาม พ.ร.บ.ประกันสังคม และตามสิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

ประเด็นช่องว่าง

ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมและการส่งเสริมป้องกันต่ำ ทั้งที่อัตราการเกิดโรคสูงและมีแนวโน้มสูงต่อไปในอนาคต ชุดบริการทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ในปัจจุบันมีความเหมาะสมและครอบคลุม แต่ขาดกลยุทธและแนวทางการพัฒนาในการเตรียมระบบบริการและกำลังคนสุขภาพช่องปาก ในการทำงานบูรณาการผสมผสานเชิงรุกกับงานดูแลสุขภาพทั่วไปในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

ส่วนที่ 3 ความต้องการและการกระจายทันตบุคลากรประเภทต่าง ๆเพื่อให้บริการ

การกระจายของทันตแพทย์ที่กระจุกในภาคเอกชนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ทันตแพทย์ปี 2547ทั้งหมดมีจำนวน 8,070 คน มีทันตแพทย์ทำงานในหน้าที่ส่วนบริหาร งานวิชาการ และ ส่วนการเรียนการสอน จำนวน 954 (ร้อยละ 11.8) คงเหลือทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานให้บริการในหน่วยบริการภาครัฐจำนวน 2,836 คน (ร้อยละ35.1) และ ปฏิบัติงานให้บริการในคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 3,270 คน (ร้อยละ40.5) เมื่อวิเคราะห์กำลังทันตแพทย์เชื่อมโยงกับการกระจายสถานบริการทั้งในภาครัฐและเอกชน พบว่าในส่วนหน่วยบริการภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่ตั้งในส่วนภูมิภาคจำนวน 820 โรงพยาบาล (คิดเป็นร้อยละ 97.6 ของโรงพยาบาลทั้งหมดในกระทรวงสาธารณสุข) มีทันตแพทย์ให้บริการจำนวน 2,471คน คิดเป็นร้อยละ 87.1 ของทันตแพทย์ที่ให้บริการในกระทรวงสาธารณสุข คือ ห้าในหกของทันตแพทยทำงานให้บริการในส่วนภูมิภาค ขณะที่คลินิกทันตกรรมเอกชนปี 2545 จำนวน 2,475 แห่ง กระจายในกรุงเทพมหานครจำนวน 1,075 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.4 ของคลินิกทันตกรรมทั้งหมด ในจำนวนนี้มีทันตแพทย์ให้บริการในคลินิกทันตกรรมของกรุงเทพมหานครจำนวน 3,300 คน คิดเป็นร้อยละ 77.1 ของทันตแพทย์เอกชนทั้งหมด เป็นภาพที่สะท้องให้เห็นปัญหาการกระจายของทันตแพทย์ ที่กระจุกในหน่วยบริการภาคเอกชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

อัตราการผลิตในปัจจุบันสามารถสนองความต้องการทันตแพทย์ในอนาคต

อัตราการผลิตทันแพทย์ปัจจุบันสามารถตอบสนองความต้องการทันตแพทย์ในอนาคต

ปี 2548 มีทันตแพทย์ทั้งหมดจำนวน 8,443 คน จากแผนการผลิตทันตแพทย์ปกติและแผนเร่งรัดการผลิตทันตแพทย์ สามารถคาดประมาณการณ์ได้ว่า ปี 2563 (อีก 15 ปี) จะมีทันตแพทย์จำนวน 19,564 คน คิดเป็นสัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ 1 คนเท่ากับ 3,167 คน ซึ่งเป็นจำนวนกำลังทันตแพทย์ที่เพียงพอในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในอนาคต ร้อยละ 80 ของทันตแพทย์ที่ผลิตและจบการศึกษาใน 15 ปี จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข เท่ากับ 15,651 คน หากสามารถแก้ปัญาการกระจายทันตแพทย์ในชนบทได้ จำนวนทันตแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรใน 15 ปีข้างหน้าสามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ในชนบทได้อย่างแน่นอน ดังนั้นอัตราการผลิตทันแพทย์ปัจจุบัน มีความเพียงพอ และ สามารถตอบสนองความต้องการทันตแพทย์ในอนาคต

ความต้องการทันตาภิบาลในอนาคตที่ยังขาดแคลน

เมื่อคำนวณความต้องการทันตาภิบาลโดยใช้สัดส่วนประชากรต่อทันตาภิบาลเท่ากับ 1 : 10,000 จะต้องการทันตาภิบาลในระบบบริการทันตสุขภาพทั้งหมด 6,426 คน หากคิดคำนวณตามจำนวนสถานีอนามัยที่พัฒนาเป็นศสช.ที่ได้กำหนดให้มีทันตาภิบาลอยู่ประจำอย่างน้อยสถานีอนามัยละ 1 คน จำเป็นต้องมีทันตาภิบาลในสถานีอนามัย 9,800 คน จำนวนความต้องการทันตาภิบาลเพื่อปฏิบัติงานในสถานีอนามัยเพิ่มอีก 8,786 คน ด้วยอัตราการผลิตโดยสถาบันบรมราชชนกปีละ 300 คน ต้องใช้เวลาในการผลิต 29 ปี จะเห็นว่ายังมีความต้องการทันตาภิบาลในระบบบริการอีกมาก และยังมีความขาดแคลนเมื่อเทียบกับแผนความต้องการ ในอนาคตอาจต้องพิจารณาการเพิ่มผลิตทันตาภิบาล

เพื่อสนองความต้องการของระบบบริการ ในฐานะที่ทันตาภิบาลเป็นทันตบุคลากรหลักของหน่วยปฐมภูมิ ควบคู่กับการการเพิ่มสัดส่วนในเรื่องบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและปรับลดขอบเขตการรักษาพยาบาลอย่างง่ายของทันตาภิบาลลง

มาตรการการจูงใจให้ทันตแพทย์ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ สรุปมาตรการแรงจูงใจด้านค่าตอบแทน แบ่งเป็น 6 กลุ่มคือ (1) การตั้งอัตราค่าบริการขึ้นกับระดับความทุรกันดารของพื้นที่ (2) การให้เบี้ยเลี้ยงที่ไม่ต้องเสียภาษีแก่ผู้ที่ทำงานในเขตชนบทที่ทุรกันดารเป็นเวลา 4 ปี จำนวนเงินขึ้นกับระดับความขาดแคลนแพทย์ทั่วไป/ทันตแพทย์ (3) การให้เงินทุนแก่นักศึกษาแพทย์ที่จะเข้าทำงานในเขตชนบทที่ทุรกันดาร (4) การให้เงินช่วยค่าศึกษาแก่แพทย์ทั่วไปที่ทำงานในเขตชนบทที่ทุรกันดาร (5) การให้เบี้ยเลี้ยงเพิ่มพิเศษแก่ผู้ที่ทำงานในเขตที่ทุรกันดารระดับสูงสุด โดยอัตราค่าตอบแทนขึ้นกับสถานที่ทำงานและจำนวนผู้ที่แพทย์ทันตแพทย์ ที่ต้องอุปถัมภ์ และ (6) เงินค่าเดินทางขนย้ายในการเข้าทำงานในเขตทุรกันดาร

ปัจจัยที่กำหนดการคงอยู่ของทันตแพทย์ในประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขได้มีมาตรการแก้ไขปัญหาที่สำคัญหลายประการได้แก่ การจัดทำทันตแพทย์คู่สัญญากับนักศึกษาทันตแพทย์ และการจัดให้มีแรงจูงใจจากค่าตอบและสิทธิประโยชน์ต่างๆ จากศึกษาปัจจัยที่กำหนดการคงอยู่ของทันตแพทย์ในประเทศไทยในปี 2540–2543 (ดวงใจ เล็กสมบูรณ์) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลการคงอยู่ของทันตแพทย์ ด้านสังคมคือความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงานและสภาพชีวิตความเป็นอยู่ ที่มีผลต่อการย้ายภายในเขตชนบท ปัจจัยที่สำคัญต่อการย้ายออกพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นปัจจัยระดับองค์กร เช่น โครงสร้างการบริหาร ความสัมพันธ์กับผู้อำนวยการ ภาระงาน ซึ่งยังขาดการจัดการที่ดี ทั้งในจากระดับกระทรวงหรือระดับโรงพยาบาลที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

ส่วนแรงจูงใจด้านค่าตอบแทนพบว่าไม่สามารถสร้างผลกระทบต่อการกระจายทันตแพทย์ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทได้ในระยะยาว แรงจูงใจโดยเบี้ยเลี้ยงพิเศษมีผลต่อทันตแพทย์จบใหม่เข้าทำงานในเขตชุมชนในระยะเวลาหนึ่ง ดังนั้นมาตรการที่ผ่านมาส่วนใหญ่เน้นในเพื่อจูงใจให้ปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งมีผลสัมฤทธิ์เป็นเพียงการชะลอการลาออกของทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบทได้ในระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น

ปัจจัยเรื่องเพศที่มีต่อแบบแผนการประกอบวิชาชีพของทันตแพทย์ไทย

ทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาในระยะหลัง เป็นทันตแพทย์หญิงในสัดส่วนที่สูงมาก และ ทันตแพทย์เหล่านี้ต้องรับราชการเป็นเวลา 3 ปี ตามโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ พบว่าทันตแพทย์หญิงมักเลือกประกอบวิชาชีพในภาครัฐ ขณะที่ทันตแพทย์ชายนิยมปฏิบัติงานงานในภาคส่วนของเอกชนมากกว่า ส่งผลให้มีทันตแพทย์หญิงในสถานพยาบาลของรัฐสูงขึ้นมาก สาเหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากลักษณะงานภาครัฐที่มีความมั่นคงในตำแหน่งงาน ขณะที่ทันตแพทย์ชายให้น้ำหนักความสำคัญในประเด็นความเป็นอิสระมากกว่า ซึ่งงานในภาคเอกชนให้ความเป็นอิสระในการทำงาน

ประเด็นช่องว่าง คือ

1.การพัฒนามาตรการแก้ไขปัญหาการกระจายทันตแพทย์และมาตรการการจูงใจให้ทันตแพทย์ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท

2. แนวทางการปรับบทบาททันตาภิบาลให้เพิ่มสัดส่วนงานบริการส่งเสริมป้องกัน และลดบทบาทการรักษาพื้นฐาน ที่ไม่กระทบต่อการให้ระบบบริการสุขภาพช่องปากในพื้นที่ชนบท

3. แนวทางการเพิ่มผลิตและปรับหลักสูตรการเรียนทันตาภิบาล ให้สอดรับนโยบายและความต้องการรับบริการของประชาชน

4. ในอนาคตการกระจายอำนาจการบริหารสู่ท้องถิ่น อาจมีผลต่อการจัดการทันตแพทย์ ทำให้การวางแผนบุคลากร การสรรหา และการบริหารจัดการในอนาคต เกิดเป็นแผนความต้องการกำลังลังระดับพื้นที่โดยตรง เนื่องจากบริบทที่หลากหลายในแต่ละพื้นที่ ทำให้มีเกิดความต้องการที่ต่างกัน ดังนั้นระบบบริหารจัดการกำลังคนแต่ละพื้นที่ ควรสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่

ส่วนที่ 4 การจัดบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยหลังประกาศนโยบาย 30 บาท

อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชน

จากการประเมินผลอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากในอดีตหลายงานการศึกษา ล้วนบ่งชี้ว่าหลังการดำเนินโครงการ 30 บาท ปริมาณงานบริการทันตกรรมในสถานบริการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ เพิ่มสูงขึ้น 15-30% คิวนัดเพื่อการรักษายาวขึ้น คิวใส่ฟันปลอมยาว 8 เดือน – 2 ปี โดยกลุ่มที่ได้รับบริการเพิ่มขึ้นส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ขณะที่กลุ่มเด็กได้รับบริการลดน้อยลง และ สถานบริการส่วนใหญ่ต่างลดบทบาทด้านการทำงานเชิงรุกลง ในทุกระดับของสถานบริการในส่วนภูมิภาค ซึ่งส่งผลกระทบต่อการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กปฐมวัย เด็กก่อนวัยเรียน และเด็กประถมศึกษาได้รับบริการทันตกรรมที่ลดลง การประเมินผลปี 2547 พบผลงานบริการส่งเสริมป้องกันเพียงร้อยละ 14 ของบริการทั้งหมด

การให้บริการทันตกรรมของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

พบว่างานบริการทันตกรรมส่วนใหญ่ในรพศ./รพท./รพช.เป็นบริการในระดับปฐมภูมิ ร้อยละ 71.2 - 97.4 และ ส่วนใหญ่เป็นบริการในชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมร้อยละ 95 และ เป็นบริการด้านรักษาร้อยละ 83.2 ชนิดบริการทันตกรรมที่ให้สูงสุด 5 อันดับ คือ ถอนฟันอย่างง่ายร้อยละ 29.8 บริการอุดฟันที่ไม่ซับซ้อนร้อยละ 19.4 การจ่ายยาร้อยละ 16 การขูดหินปูนร้อยละ 14 และ บริการเอ็กซเรย์ร้อยละ 5.8 รวมเป็นบริการทันตกรรมที่อยู่ในรายการของชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมร้อยละ 95 CUP ส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนบริการทันตกรรมในศสช.เป็นบางส่วน.

การให้บริการทันตกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ภายใต้เงื่อนไขโครงการการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งกำหนดเกณฑ์มาตรฐานในการดำเนินการที่ครอบคลุมงาน คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายหลักที่สำคัญ 2) การบริการทันตสาธารณสุขเชิงรุก และ 3) จัดบริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการบริการทันตกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชนปัจจุบันแบ่งได้ 4 กลุ่ม

คือ 1) ศสช. มีตั้งใน รพ. ซึ่งใช้ฐานศักยภาพการบริการทันตกรรมจากกลุ่มงานทันตกรรมของโรงพยาบาล คือให้บริการทันตกรรมปฐมภูมิแล้วร่วมกับบริการในระดับทุติยภูมิ ได้แก่ 1) รักษารากฟันถาวร 2) บริการถอนฟันคุด และ 3) ให้บริการฟันปลอมฐานพลาสติก มีส่วนน้อยที่เพิ่มการรักษาปริทันต์ การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม 2) ศสช. ที่ตั้งในสถานีอนามัยที่มีทันตาภิบาลให้บริการประจำ สามารถให้บริการทันตกรรมปฐมภูมิพื้นฐานคือ ถอนฟันปกติ อุดฟัน และขูดหินปูน และบริการส่งเสริมป้องกัน ปัจจุบันศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยที่มีทันตาภิบาลให้บริการประจำใน 1,116 แห่ง (ร้อยละ 15 ของสถานีอนามัยทั้งหมด) และ 3) ศสช. ที่มีหน่วยเคลื่อนที่จากโรงพยาบาลไปออกหน่วยให้บริการ และ 4) ศสช.ที่ไม่มีบริการทันตกรรม พบเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 75 ของศสช.ทั้งหมด บทบาทที่ทันตาภิบาลประจำศสช.มีศักยภาพในการให้บริการต่ำ คือ การผสมผสานการดูแลสุขภาพช่องปากในงานคลินิกฝากครรภ์/คลินิกเด็กดี และการทำงานเชิงรุกในชุมชน

บทบาททันตบุคลากรในการให้บริการ

เมื่อจำแนกผลงานให้บริการ ปี 2547 (สุณี วงศ์คงคาเทพ และ คณะ.2548) ตามกลุ่มผู้ให้บริการเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่ม ทันตภิบาล กลุ่มทันตแพทย์ และกลุ่มทันตแพทย์เฉพาะทาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการกับรพศ. ได้รับบริการจากทันตแพทย์เฉพาะทางเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 72 ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการกับรพท. ได้รับบริการจากทันตแพทย์ร้อยละ 68.4 ซึ่งตรงข้ามกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการกับรพช. ขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ใช้บริการกับทันตาภิบาลร้อยละ 70.7 และร้อยละ 54.2 ตามลำดับ จำแนกผลงานบริการของทันตาภิบาล พบว่าทันตาภิบาลให้บริการส่งเสริมป้องกันร้อยละ 22.3 โดยในเครือข่ายบริการแต่ละระดับ ทันตาภิบาลให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพในสัดส่วนที่ต่างกัน คือ ทันตาภิบาลในเครือข่ายรพศ.ให้บริการร้อยละ 31.6 เครือข่ายรพท.ให้บริการร้อยละ 29.4 ในรพช.ขนาดใหญ่ให้บริการร้อยละ 24.5 และรพช.ขนาดเล็กให้บริการเพียงร้อยละ 19.4 แสดงให้เห็นว่า ทันตาภิบาลในเครือข่ายบริการขนาดใหญ่(รพศ./รพท.) มีโอกาสให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพมากกว่าเครือข่ายบริการขนาดเล็ก.(รพช.) ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาขาดแคลนทันตแพทย์ในรพช. เป็นปัจจัยสำคัญ เมื่อวิเคราะห์การทำงานของทันตาภิบาลโดยส่วนใหญ่ให้บริการส่งเสริมป้องกันในระดับต่ำ และ ไม่สามารถให้บริการบูรณาการและผสมผสาน การรักษาทันตกรรมที่ปฏิบัติส่วนใหญ่ คือ การขูดหินน้ำลาย การถอนฟัน การเคลือบหลุมร่องฟัน การอุดฟันอย่างง่าย ขณะที่หลักสูตรการสอนของทันตาภิบาลในปัจจุบัน พบว่ายังไม่สอดคล้องกับนโยบาย ภาระงาน และสภาพปัญหาทันตสุขภาพระดับประเทศ

สุปรีดา อดุลยานนท์ และคณะ (2545) ได้เสนอ 1) ควรเพิ่มการผลิตจำนวนทันตาภิบาลพร้อมๆกับการปรับบทบาทและปรับโครงสร้างการทำงานทันตาภิบาล ที่เน้นงานด้านการส่งเสริมป้องกันเป็นบทบาทหลัก ควบคู่ไปกับการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบท เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันว่าจะได้รับบริการ 2) สนับสนุนการกระจายทันตแพทย์โดยการขยายการรับนักศึกษาจากท้องถิ่น โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกมากขึ้น สนับสนุนค่าใช้จ่ายการศึกษา การ

ฝึกภาคสนาม รวมถึงการจ้างงานเมื่อจบการศึกษา ควรปรับการคัดสรรเข้าสู่การศึกษาที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพมากขึ้น

การให้ภาคเอกชนร่วมจัดบริการสุขภาพช่องปาก

โรงพยาบาลเป็นเป็นคู่สัญญาหลัก ส่วนใหญ่จะจ้างทันตแพทย์ไว้ประจำในโรงพยาบาลมากกว่าการให้คลินิกเอกชนมารับเป็น Sub contract เนื่องจากโรงพยาบาลไม่สามารถคาดประมาณเรื่องรายจ่ายเพื่อการให้บริการทันตกรรมได้ งานทำงานเชิงรุก และงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนมีการดำเนินการไม่ชัดเจน กรณีมีการดำเนินการจะใช้รูปแบบทีมงานพยาบาล ออกตรวจสุขภาพช่องปาก หากพบปัญหาจึงส่งต่อเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล ทัศนะทันตแพทย์เอกชนมองงานด้านการส่งเสริมป้องกันควรเป็นบทบาทของทันตาภิบาล ขณะที่ผู้บริหารโรงพยาบาลไม่สนับสนุนการทำงานเชิงรุก เกรงจะเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

เงื่อนไขและกฎเกณฑ์ภาคเอกชนจะสามารถเข้าร่วมโครงการ คือ การให้บริการต้องไม่มีภาระด้านเอกสารในการส่งเบิกจ่ายเงินมากเกินไป ระยะเวลาการเบิกจ่ายต้องชัดเจนไม่นานเกินไป ต้องมีราคากลาง เพื่อเป็นฐานในการต่อรองระหว่างทันตแพทย์เอกชน กับสถานบริการคู่สัญญา ในอัตราที่เอกชนยอมรับเป็นที่พึงพอใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย มีระบบบริหารจัดการที่มีความชัดเจนในการปฏิบัติงาน อาทิเช่น ราคา ชนิดของการบริการ ปริมาณผู้ป่วย และการตรวจสอบ โดยทำการตกลงกับสถานบริการคู่สัญญา กับ ภาคเอกชน เป็นระบบที่ชัดเจนและโปร่งใส

บทบาทองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก

ปัจจุบันองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น มีส่วนสนับสนุน การดูแลสุขภาพช่องปากในศูนย์เด็กเล็กผู้บริหารของอบต.ให้การยอมรับต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบลมากขึ้น มีการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับอบต. เป็นระบบมากขึ้น และสถานีอนามัยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่มากขึ้น รูปธรรมที่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่คือ การสนับสนุนชุดแปรงฟันและทุนอาหารกลางวันในศูนย์เด็กเล็ก การสนับสนุนชุดแปรงฟันและทุนอาหารกลางวันให้เด็กประถมศึกษาที่ยากจน มีการสนับสนุนชุดยูนิคทำฟัน และ ทุนการศึกษานักเรียนทันตาภิบาล ที่จบการศึกษากลับมาปฏิบัติงานที่ศสช.ในพื้นที่

ประเด็นช่องว่าง คือ

1. ขนาดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มวัยมีปัญหาสูง แต่ประชาชนเข้าบริการทันตกรรมและบริการส่งเสริมป้องกันในระดับต่ำ หลังการดำเนินโครงการ 30 บาทพบคิวนัดเพื่อการรักษายาวขึ้น คิวใส่ฟันปลอมยาว 8 เดือน – 2 ปี ขณะที่งานบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กปฐมวัย เด็กก่อนวัยเรียน และเด็กประถมศึกษาและการทำงานเชิงรุกลงลดต่ำลง

2. ขาดกลยุทธและแนวทางในการพัฒนาการจัดบริการบูรณา และการผสมผสานการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ในงานอนามัยแม่และเด็กการดูและผู้สูงอายุในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยปรับ

บทบาทและพัฒนาศักยภาพทันตาภิบาลและบุคลากรสาธารณสุขอื่นให้สามารถและมีส่วนร่วมในการดูแลที่มีคุณภาพและเป็นระบบที่เป็นไปได้

3. รูปแบบการทำงานกับภาคเอกชน ให้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมป้องกัน ภายใต้เงื่อนไขและกฎเกณฑ์ภาคเอกชนจะสามารถเข้าร่วมโครงการ

4. ขาดรูปแบบการบริหารจัดการและวิธีการทำงานร่วมกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการร่วมดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่

ส่วนที่ 5 ระบบการสนับสนุนทรัพยากรในการจัดบริการของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

การวิเคราะห์ต้นทุนรายหัวประชากรของบริการสุขภาพช่องปาก

ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเพ็ญแข ลาภยิ่ง (2545) พบว่าต้นทุนบริการทันตกรรมภาครัฐ ณ ราคาปี 2543 เท่ากับ 42.35 บาทต่อประชากรต่อปี หากอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 โดยปัจจัยอื่นๆคงที่ ที่ราคาต้นทุนบริการภาครัฐ ณ ปี 2543 จะมีต้นทุนเพิ่มขึ้นอีก 4 บาทต่อคนต่อปี บุษราภรณ์ จิตต์รุ่งเรือง และ เพ็ญแข ลาภยิ่ง (2546) ได้ศึกษาต้นทุนดำเนินการจำแนกตามกลุ่มบริการ พบว่าจำแนกเป็นต้นทุนบริการส่งเสริมเท่ากับ 49.49 บาท ต่องาน (ค่าวัสดุ 9.30 และค่าแรง 40.19 บาท) บริการป้องกันเท่ากับ 127.59 บาทต่องาน (ค่าวัสดุ 25.72และค่าแรง 101.87 บาท) บริการรักษาเท่ากับ 143.44 บาทต่องาน (ค่าวัสดุ 31.75 และค่าแรง 111.69บาท) และ บริการใส่ฟันปลอมเท่ากับ 505.31 บาทต่องาน (ค่าวัสดุ 301.33 และค่าแรง 203.98 บาท) และในส่วนของต้นทุนส่งเสริมป้องกันนี้ เป็นต้นทุนบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในเด็กนักเรียนประถมศึกษา บนฐานการคิดต้นทุนภาครัฐเท่ากับ 4.54 บาทต่อหัวประชากรบัตรทอง ซึ่งขณะนี้ใช้เป็นอัตราอ้างอิงในการจัดทำโครงการ Vertical program “ยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี” ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การสนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

หลังการดำเนินการตามนโยบาล ”30 บาท” การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการจัดบริการสุขภาพช่องดีขึ้นเป็นลำดับ จากปี 2544-2547 ที่งบประมาณในการจัดบริการไม่เพียงพอ ทำให้มีผลกระทบต่องานบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กและการทำงานเชิงรุก ในปีงบประมาณ 2548 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดทำโครงการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก 2 โครงการ คือ โครงการยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี และ โครงการฟันเทียมพระราชทาย ในลักษณะ Vertical program ด้วยการบริหารจัดการและสนับสนุนงบประมาณแยกจำเพาะเป็นแนวดิ่ง ทำให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการมีความชัดเจน ในลักษณะสนับสนุนงบประมาณตามเป้าหมายที่ตั้งและผลงานที่ปฏิบัติได้จริงที่รายงานเพื่อเบิกจ่าย โดยมีระบบสารสนเทศในการเชื่อมประสานในกิจกรรมการรายงานและเบิกจ่ายเงินตามผลงาน ทำได้สามารถติดตามและประเมินผลการดำเนินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นช่องว่าง คือ

ขณะนี้การบริการสุขภาพมีฐานข้อมูลในเรื่องต้นทุนบริการ ขณะนี้ได้พัฒนาราคากลางซึ่งอยู่ระหว่างพิจารณาและกลั่นกรองความเหมาะสม แม้งบประมาณการจัดบริการในปัจจุบันจะมี 3 ลักษณะ งบตามระบบปกติ งบที่ทำแผนในส่วน PP community และ งบประมาณในส่วน Vertical program ซึ่งงบประมาณในส่วนนี้มีความไม่แน่นอนต้องเจรจาทำความตกลงเป็นปี ๆ ทำให้เกิดความไม่แน่นอนในการวางแผนในระยะยาว

กรอบทิศทางการพัฒนาและข้อเสนอประเด็นการทำวิจัยในอนาคต

กรอบทิศทางการพัฒนา

ขนาดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มวัยมีปัญหาสูง แต่ประชาชนเข้าบริการทันตกรรมและบริการส่งเสริมป้องกันในระดับต่ำ แต่ขาดกลยุทธและแนวทางการพัฒนาในการเตรียมระบบบริการและกำลังคนสุขภาพช่องปาก ในการทำงานส่งเสริมป้องกันในระดับปฐมภูมิ ในลักษณะบูรณาการผสมผสานเชิงรุกกับงานดูแลสุขภาพทั่วไปในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ดังนั้นทิศทางการพัฒนางานส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้อง 1) พัฒนามาตรการแก้ไขปัญหาการกระจายทันตแพทย์และมาตรการการจูงใจให้ทันตแพทย์ปฏิบัติงานในพื้นที่ชนบท เพื่อเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการด้านการรักษาทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ 2) ปรับบทบาททันตาภิบาลให้เน้นการทำงานงานบริการส่งเสริมป้องกัน และลดบทบาทการรักษาพื้นฐาน ที่ไม่กระทบต่อการให้ระบบบริการสุขภาพช่องปากในพื้นที่ชนบท เพื่อเป็นบุคลากรหลักในการทำงานส่งเสริมป้องกันร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นในศูนย์สุขภาพชุมชน และ มีความจำเป็นในการการเพิ่มผลิตและปรับหลักสูตรการเรียนทันตาภิบาล ให้สอดรับนโยบายและความต้องการรับบริการของประชาชน 3) ในอนาคตการกระจายอำนาจการบริหารสู่ท้องถิ่นอย่างเต็มรูปแบบ องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นจะมีส่วนร่วมในการการวางแผนบุคลากร การสรรหา และการบริหารจัดการในอนาคต เกิดเป็นแผนความต้องการกำลังลังระดับพื้นที่โดยตรง เนื่องจากบริบทที่หลากหลายในแต่ละพื้นที่ ทำให้มีเกิดความต้องการที่ต่างกัน ทำให้ระบบบริหารจัดการกำลังคนแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของพื้นที่อย่างเป็นจริง รวมถึงมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในการร่วมดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ 4) การพัฒนากลยุทธและแนวทางสนับสนุนให้ภาคเอกชนให้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมป้องกันภายใต้เงื่อนไขและกฎเกณฑ์ภาคเอกชนจะสามารถเข้าร่วมโครงการ

ข้อเสนอประเด็นการทำวิจัยในอนาคต

1. การศึกษาค้นหาทางเลือกมาตรการการเพิ่มการคงอยู่ของทันตแพทย์ในชนบท เป็นการศึกษาแบบการจัดกลุ่มประเภททันตแพทย์ (Cluster analysis) เพื่อค้นหาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกและการย้ายงานของทันตแพทย์ในแต่ละบริบทพื้นที่ ตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงโดยการวิเคราะห์ปัจจัยร่วมของทันตแพทย์ทั้งหมด ด้วยการเก็บข้อมูลแบบตัดขวาง เพื่อทางเลือกมาตรการการเพิ่มการคงอยู่ของทันตแพทย์ในชนบท

2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยทุกลุ่มอายุ

3. ศึกษาภาระงานให้บริการสุขภาพช่องปากของทันตบุคลากรใน CUP และ PCU และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการ

4. ศึกษาความต้องการทันตาภิบาล มาตรการแนวทางในการพัฒนาบทบาทและศักยภาพด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพ และปรับลดบทบาทการให้บริการทันตกรรมด้านพื้นฐานของทันตาภิบาลใน 10 ปีข้างหน้า ที่คำนึงถึงเงื่อนไขกระจายทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบท

5. การประเมินผลการจัดบริการบูรณาการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในประชาชนทุกกลุ่มวัยในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อวางแผนพัฒนาระบบการจัดบริการบูรณาการและเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพของทีมทันตบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

6. ศึกษาบทบาทองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนการส่งเสริมป้องกันของประชาชนในพื้นที่ และสนับสนุนบริการการส่งเสริมป้องกันของในหน่วยบริการปฐมภูมิ

7. รูปแบบการดึงภาคเอกชนเข้ามาร่วมในการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งทางราชการ เทศบาล สุขาภิบาลหรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2518. (เอกสารโรเนียว).

กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2539. (เอกสารโรเนียว).

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2532. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก จำกัด, 2532

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, 2545

กรมอนามัย กระทรวงสาธาณสุข. การสำรวจพัฒนาการเด็ก พ.ศ. 2547.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2527

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2538.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์, 2545.

โกเมศ วิชชาวุธ. รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2548. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2549. (เอกสารโรเนียว).

เกื้อ วงศ์บุญสิน และ คณะ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย (พ.ศ. 2543-2568) : ผลต่อการกำหนดทิศทางนโยบายประชากรในอนาคต. (เอกสารสถาบันหมายเลข 293). พฤษภาคม 2546.

คณะทำงานจัดทำมาตรฐานการให้บริการสุขภาพช่องปาก สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เกณฑ์มาตรฐานการให้บริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) และหน่วยคู่สัญญาปฐมภูมิ (CUP) และ ระบบข้อมูลข่าวสารด้านทันตสาธารณสุข พ.ศ. 2548.

คณะกรรมการชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาทางเลือกของรูปแบบระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอในอนาคต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาวิจัย ทางเลือกระบบบริการ เพื่อทันต

สุขภาพของคนไทย. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์, 2542.

คณะอนุกรรมการจัดเตรียมเอกสารวิชาการเรื่องการประกอบวิชาชีพทันตกรรม.การพัฒนามาตรฐานวิชา เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาทันตแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 2 โรงแรมกรุงศรีริเวอร์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.28-30 สิงหาคม 2545.

จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริรักษ์ นครชัย, ภัทรวดี ลีลาทวีวุฒิ, สร้อยศิริ ทวีบูรณ์, บุณนิตย์ ทวีบูรณ์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้เรื่อง ฟันผุในฟันน้ำนม 2547

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ดาวเรืองแก้วขันตี บุญเอื้อ ยงวานิชากร ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ สถานการณ์การจัดบริการทันตสาธารณสุขโดยทันตาภิบาลในสถานีอนามัย พ.ศ. 2540-2541 วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2544; ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 : 75-89.

จันทนา อึ้งชูศักดิ์มข, ศันสณี รัชชกูล, สุณี วงศ์คงคาเทพ. การกระจายอำนาจกับความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่น แกะรอยประสบการณ์ทันตสาธารณสุข. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. 2543 : 67-72.

จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริรักษ์ นครชัย, ภัทรวดี ลีลาทวีวุฒิ, สร้อยศิริ ทวีบูรณ์, บุณนิตย์ ทวีบูรณ์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้เรื่อง ฟันผุในฟันน้ำนม 2547

จีรศักดิ์ นพคุณ. (ร่าง) แนวทางพัฒนาการจัดระบบการศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทย์. ข่าวสารทันตแพทยสภา 2546;8(2):4-9

ชาญชัย โห้สงวน, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ศรีสุดา ลีละศิธร, ปิยะดา ประเสริฐสม. การศึกษาระยะยาวระบาดวิทยาของสภาวะทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงของโรคในช่องปากของผู้สูงอายุในชุมชนร่มเกล้า. กรุงเทพฯ 2544.

ชาญชัย โห้สงวน. การศึกษาระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทย พ.ศ. 2543 รายงานการวิจัยเสนอต่อคณะทันตแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.

ชาญชัย โห้สงวน. การศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ไทยปี 2545. ***ว. ทันต 2547; 1: 9-22.***

ชาญชัย โห้สงวน, จิราวัฒน์ เกียรติบูรณกุล, ปองกานต์ สุนทรฉาย. อิทธิพลของบทบาทแห่งเพศต่อการตัดสินใจเลือกวิชาชีพของนิสิตคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ***ว ทันต จุฬา*** 2547;27 19-31.

ชาญชัย โห้สงวน. อิทธิพลของบทบาทแห่งเพศต่อแบบแผนการประกอบวิชาชีพของทันตแพทย์ไทยปีพ.ศ. 2543. ***ว. ทันต 2547; 6: 349-361.***

ชาญชัย โห้สงวน. กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องของทันตแพทย์ไทย ในรอบปี พ.ศ. 2543. ***ว. ทันต 2547; 5: 267-279.***

ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์ สุปรีดา อดุลยานนท์ ชลธิชา เดชะณัฏฐ์นิธินั้น และคณะ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานการวิจัยนำเสนอในการประชุมวิชาการสาขาทันตแพทยศาสตร์ ขององค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 6 14-17 ตุลาคม 2546 จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย.

ทิพาพร สุโฆสิต และ สมกมล พิจารณา พัฒนาการและสถานการณ์การพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพในระดับอำเภอ วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2544; ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 : 90-104.

ทวีศักดิ์ สูทกวาทิน. การพัฒนากำลังคนด้านทันตสาธารณสุข 46 ปีแห่งการแสวงหาคำตอบ วารสารทันต'ภูธร ชมรมทันตสาธารณสุขภูธร. 2529; 8: 18-23.

ทรงธรรม สุคนธาภิรมย์ ณ. พัทลุง, ระวีวรรณ ปัญญางาม. การเปรียบเทียบสถานภาพโรคฟันผุของเด็ก 3 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครที่บริโภคนมรสธรรมชาติและนมแต่งหวาน. ว.ทันต. ฉบับที่ 4 กค.-สค. 2539; หน้า 196-201.

ทันตแพทย์สภา. ข้อเสนอเชิงนโยบายและกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของประเทศไทยในทศวรรษหน้า เอกสารประกอบการประชุม 15-16 สิงหาคม 2548 ณ KU HOME.

ธนัชพร บุญเจริญ, กัลยา อรุณแก้ว, การศึกษาความชุกของโนคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 1-5 ปี และปัจจัยของมารดาที่มีอิทธิพลต่ออัตรการเกิดโรคฟันผุของบุตรที่โรงพยาบาลแม่และเด็ก เชียงใหม่ พ.ศ. 2535

นงลักษณ์ จิรชัยโศภิต การวิเคราะห์ผลได้ของการจัดให้มีบริการทันตสาธารณสุขในสถานีอนามัย วิทยานิพนธ์ ปริญญาเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาเศรษฐศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537; 67-76.

บุญเอื้อ ยงวานิชากร ผุสดี จันทร์บาง. รายงานการศึกษาการบริโภคขนมของเด็กประถมศึกษา จ. นนทบุรี. ว. ส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 เมย.-มิย. 46 หน้า 65-74.

บุษราภรณ์ จิตต์รุ่งเรือง และ เพ็ญแข ลาภยิ่ง ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากรายกลุ่มบริการปีงบประมาณ 2546 วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2545; ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 : 65-77.

ปิยะดา ประเสริฐสม ศรีสุดา ลีละศิธร ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคในช่องปาก ว. ทันต. ภูธร, 2542; 17(2): 14-9

ปิยะดา ประเสริฐสม วราภรณ์ จิระพงษา ขนิษฐ์ รัตนังสิมา รายงานการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก 0-12 ปี บนฐานของความเชื่อ การรับรู้และพฤติกรรมของเด็กและผู้ดูแลเด็ก 2546 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (เอกสารโรเนียว)

เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนง, สุรงค์ เชษฐพฤนธ์ ศรีสุดา ลีละศิธร. การสำรวจสภาวะโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี พ.ศ. 2547. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(เอกสารโรเนียว)

เพ็ญแข ลาภยิ่ง, วสิน เทียนกิ่งแก้ว. การบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2547; 13 : 67- 81.

เพ็ญแข ลาภยิ่ง. ต้นทุนรายหัวประชากรของบริการสุขภาพช่องปากในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2545; 1: 7-19.

เพ็ญแข ลาภยิ่ง. **รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากผสมระหว่างภาครัฐและเอกชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเขตเมือง: กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร** http://www.anamai.moph.go.th/oral health/PR/E-book/index.html

วิไลลักษณ์ บังเกิดสิงห์ พวงทอง ผู้กฤตยาคามี วิกุล สาลเสลล์ สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา ศรีสุดา ลีละศิธร. รายงานเบื้องต้น ปัญหาฟันผุและพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียน เฉพาะพื้นที่ 8 หมู่บ้านของอำเภอกันทรารมย์ จ.ศรีสะเกษ 2545. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(เอกสารโรเนียว)

วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ และ คณะ การศึกษาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในภาคใต้. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547.

วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ. การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพในโครงการ 30 บาท : กรณีศึกษา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม

วีรศักดิ์ พุทธาศรี จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ปิยะฉัตร พัชรานุฉัตร แนวทางการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2546; ปีที่ 8 ฉบับที่ 1-2 : 20-30.

วราภรณ์ จิระพงษา ปิยะดา ประเสริฐสม สุณี วงศ์คงคาเทพ ระบบบริการทันตสุขภาพในประเทศไทย กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ออนพริ้นช้อพ, พ.ศ. 2547.

ศิริรักษ์ นครชัย สร้อยสิริ ทวีบูรณ์ บุญนิตย์ ทวีบูรณ์ อารยา พงษ์หาญยุทธ ภัทรวดี ลีลาทวีวุฒิ สุกฤตา จิตต์ไมตรี. การศึกษาผลกระทบของโรคฟันผุต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก 2547.

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์. มะเร็งช่องปาก : เอกสารประกอบการจัดทำเป้าหมายทันตสุขภาพแห่งชาติ 2563. เอกสารโรเนียว 2547.

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ สุณี ผลดีเยี่ยมขนิษฐ์ รัตนรังสิมา. การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2545; ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 : 37-55.

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และ วิลาวัลย์ ศรีภิรมย์มิตร การศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ปีงบประมาณ 2542-2544 วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2546; ปีที่ 8 ฉบับที่ 1-2 : 50-61.

ศิริภา คงศรี และกมลทิพย์ สุขสัติสกุลชัย การติดตามผลการปฏิบัติงานและความพึงพอใจในงานของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตสาธารณสุข) รุ่น 17 18 19 วารสารทันตาภิบาล ปีที่ 14 ฉบับที่ 1 2545.26-34.

สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย กระทรวงอุตสาหกรรม. รายงานปริมาณการผลิตและการจำหน่ายน้ำตาลทรายในประเทศ พ.ศ. 2544.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2546) รายงานผลล่วงหน้าสำมะโนประชากรและการเคหะ. กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544.

สมนึก ชาญด้วยกิจ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ สุณี ผลดีเยี่ยม ปราณี เหลืองวรา สถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอของประเทศไทยปี 2540-2541 วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2544; ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 : 63-74.

สมนึก ชาญด้วยกิจ สุณี วงศ์คงคาเทพ ขนิษฐ์ รัตนรังสิมา อังศณา ฤทธิ์อยู่.อิทธิพลของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กไทยอายุ 6 -30 เดือนต่อการเกิดโรคฟันผุ. ว. ทันต 2547.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543 กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2545.

สันติ จิตระจินดา รายงานการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการบริโภคสินค้าขนมเด็กของนักเรียนประถมศึกษา จำนวน 1,025 คน ในพื้นที่ 5 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร นครสวรรค์ นนทบุรี ชลบุรี และนครราชสีมา 2545 เอกสารประกอบโครงการเด็กไทยรู้ทัน 2546

สุณี วงศ์คงคาเทพ และ คณะ การประเมินผลการปฏิบัติงานของทันตาภิบาลในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ 7 แห่ง จังหวัดลพบุรี ปี 2539 วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2540; ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 : 21-38.

สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ การศึกษาบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ต่อการพัฒนางานสาธารณสุขระดับตำบล จังหวัดลพบุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540 : 84-88.

สุณี วงศ์คงคาเทพ , บุญเอื้อ ยงวานิชากร การจัดบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2546; 12 : 645-658.

สุณี วงศ์คงคาเทพ และโกเมศ วิชชาวุธ. สถานการณ์กำลังคนด้านสุขภาพช่องปาก. เอกสารประกอบการประชุมเพื่อเตรียมการจัดทำเป้าหมายทันตสุขภาพของประเทศไทย 2020 จัดขึ้นเมื่อวันที่ 2 เมษายน 2547 ณ ห้องประชุมสมบูรณ์ วัชโรทัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารโรเนียว).

สุณี วงศ์คงคาเทพ อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2546 วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2547; ปีที่ 9 ฉบับที่ 1-2 : 7-20.

สุณี วงศ์คงคาเทพ,วราภรณ์ จิระพงษา, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, ขนิษฐ์ รัตนรังสิมา การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 254. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548; 14 : 840- 854.

สุณี วงศ์คงคาเทพ และ คณะ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากผสมผสานเพื่อลดปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กปฐมวัย. **ว. ทันต** 2549; 2: 123-136.

สุปรีดา อดุลยานนท์ และคณะ. การปฏิรูประบบสุขภาพกับทันตบุคลากรไทยในอนาคต. กรุงเทพมหานครสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546.

อดิเรก ศรีวัฒนาวงศา แพรจิตตินันทน์ สุธี สุขสุเดช จันทนา อึ้งชูศักดิ์ บริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชนในประเทศไทย : การศึกษาความเป็นไปได้ กันยายน 2545 เอกสารอัดสำเนา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อุไรพร จิตต์แจ้ง ประไพศรี ศิริจักรวาล กิตติ สรณเจริญพงศ์ ปิยะดา ประเสริฐสม ผุสดี จันทร์บาง. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคขนมและอาหารว่างของเด็ก 3-15 ปี 2547

Anderson, M. and Rosenberg, M.W. (1990) Ontario's underserviced area program revisited: an indirect analysis, Social Science & Medicine, Vol. 30(1), pp. 35-44.

Australian Medical Workforce Advisory Committee (2000) Report on The 5th International Medical Workforce Conference, Sydney [online] available at http://amwac.health.nsw.gov.au, [2 October, 2001].

Bolduc, D. et al. (1996) The effect of incentive policies on the practice location of doctors: a multinomial probit analysis, Journal of Labor Economics, Vol. 14(4), pp. 703-732.

Bureau of Health Policy and Plan (2001) The adjustment of community hospitals in the remote and shortage of health personnel a letter from Minister of Ministry of Public Health to Secretary of Ministers, at PH 0215/14/884, date 8 March 2001. (In Thai)

Cavender, A. and Alban, M. (1998) Compulsory medical service in Ecuador: the physician's perspective, Social Science & Medicine, Vol. 47(42), pp. 1937-1946.

Cullen, T.J. et al. (1997) The National Health Service Corps: rural physician service and retention, Journal of American Board of Family Practice, Vol. 10(4), pp. 272-279.

Chomitz, K.M. et al. (1997) Two empirical estimates of Indonesian physicians' preferences regarding service in rural and remote areas, [online] available at http://www.worldbank.org/research/projects/rural/doctor/pub1/index.htm, [10 February, 2001].

Dental School Administrator Organization of Thailand (1993) Preceedings of the conference Dental personnel in dental public health system in Thailand, 11-13 October, Nong Kai. (In Thai)

Easterbrook, M. et al. (1999) Rural Background and Clinical Rural Rotations During Medical Training: Effect on Practice Location, Canadian Medical Association Journal, Vol. 160 (8), 20 April, pp. 1159-1163.

Kristiansen, I.S. and Forde, O.H. (1992) Medical specialists' choice of location: the role of geographical attachment in Norway, Social Science & Medicine, Vol. 34(1), pp. 57-62.

Ministry of University Affairs (2002) Report of Public Institutions for high-level education Academic year 2001. Bureau of Policy and Plan, Ministry of University Affairs. (In Thai)

Lexomboon D, Punyashigh K. Supply projection for dentists, Thailand (2000-2030) ***Hum Resources health Devel J*** 2000;4:94-105

Lexomboon, D. (2003) Recruitment and retention of human resources for health in rural areas: a case study of dentists in Thailand. Ph.D. Thesis, University of Liverpool.

Marley, J. and Carman, I. (1999) Selecting medical students: a case report of the need for change, Medical Education, Vol. 33, pp. 455-459.

Nitayarumphong S. et al. (2000) Strategies to respond to health manpower needs in rural Thailand, in Ferrinho, P. and Lerberghe, W.V. (eds), Health personnel performance & providing health care under adverse conditions: individual coping strategies. ITG Press: Belgium.

Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health (1981) Report of Conference on development of Doctor of Dental Surgery Curriculum Phase I, 14-16 January: Chiang Mai. (In Thai)

Pathman, D.E. et al. (1992) The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians. Results of a 9-year follow-up study, The Journal of the American Medical Association, Vol. 268(12), 23 September, pp. 1552-1558.

Rabinowitz, H.K. (1988) Evaluation of a selective medical school admissions policy to increase the number of family physicians in rural and underserved areas, The New England Journal of Medicine, Vol. 319, pp. 480-486.

Rabinowitz, H.K. (1993) Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas, The New England Journal of Medicine, Vol. 328(13), pp. 934-939.

Rabinowitz, H.K. et al. (1999) A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. Impact after 22 years, Journal of American Medical Association, Vol. 281(3), pp. 255-260.

Square, D. (2001) Manitoba increases med school enrollment in attempt to fight doctor deficit, Canadian Medical Association Journal, Vol. 164, Iss. 3, pp. 395.

Wilkinson, D. et al. (2001) Positive impact of rural academic family practices on rural medical recruitment and retention in South Australia, Australian Journal of Rural Health, Vol. 9, pp. 29-33.

Mac Isaac, P. et al. (2000) Case management: a model for the recruitment of rural general practitioners, Australian Journal of Rural Health, Vol. 8, pp. 111-115.

Woloschuk, W. and Tarrant, M. (2002) Does a rural educational experience influence students' likelihood of rural practice? Impact of student background and gender, Medical Education, Vol. 36, pp. 241-247.

เอกสารผนวกที่ 1 รายชื่ออำเภอไม่มีทันตแพทย์ ปี 2547

จังหวัด	อำเภอ
พระนครศรีอยุธยา	อำเภอมหาราช
อ่างทอง	อำเภอไชโย
ชัยนาท	กิ่งอำเภอหนองมะโมง กิ่งอำเภอเนินขาม
สระบุรี	อำเภอดอนพุด อำเภอเฉลิมพระเกียรติ
ชลบุรี	อำเภอเกาะสีชัง กิ่งอำเภอเกาะจันทร์
ระยอง	กิ่งอำเภอเขาชะเมา กิ่งอำเภอนิคมพัฒนา
ตราด	กิ่งอำเภอเกาะกูด
ฉะเชิงเทรา	อำเภอบ้านโพธิ์ อำเภอราชสาส์น อำเภอราชสาส์น กิ่งอำเภอคลองเขื่อน
นครนายก	อำเภอปากพลี
สระแก้ว	กิ่งอำเภอโคกสูง กิ่งอำเภอวังสมบูรณ์
ราชบุรี	กิ่งอำเภอบ้านคา
กาญจนบุรี	อำเภอห้วยกระเจา
นครราชสีมา	อำเภอขามสะแกแสง กิ่งอำเภอเทพารักษ์ กิ่งอำเภอเมืองยาง กิ่งอำเภอพระทองคำ กิ่งอำเภอบัวลาย กิ่งอำเภอสีดา อำเภอเฉลิมพระเกียรติ
บุรีรัมย์	อำเภอชำนิ กิ่งอำเภอบ้านด่าน กิ่งอำเภอแคนดง
สุรินทร์	กิ่งอำเภอพนมดงรัก กิ่งอำเภอศรีณรงค์ กิ่งอำเภอเขวาสินรินทร์ กิ่งอำเภอโนนนารายณ์ อำเภอเมืองจันทร์ อำเภอเบญจลักษ์ อำเภอพยุห์ กิ่งอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ กิ่งอำเภอศิลาลาด
อุบลราชธานี	กิ่งอำเภอนาเยีย กิ่งอำเภอนาตาล กิ่งอำเภอเหล่าเสือโก้ก กิ่งอำเภอสว่างวีระวงศ์ กิ่งอำเภอน้ำขุ่น
ยโสธร	อำเภอทรายมูล อำเภอคำเขื่อนแก้ว อำเภอไทยเจริญ
ชัยภูมิ	กิ่งอำเภอซับใหญ่
หนองบัวลำภู	อำเภอนาวัง
ขอนแก่น	กิ่งอำเภอโคกโพธิ์ไชย กิ่งอำเภอหนองนาคำ กิ่งอำเภอโนนศิลา
อุดรธานี	กิ่งอำเภอกู่แก้วกิ่ง อำเภอประจักษ์ศิลปาคม
เลย	กิ่งอำเภอเอราวัณ กิ่งอำเภอหนองหิน
หนองคาย	กิ่งอำเภอเฝ้าไร่ กิ่งอำเภอรัตนวาปี กิ่งอำเภอโพธิ์ตาก

จังหวัด	อำเภอ
มหาสารคาม	กิ่งอำเภอกุดรัง กิ่งอำเภอชื่นชม
ร้อยเอ็ด	อำเภอหนองพอก อำเภอศรีสมเด็จ กิ่งอำเภอเชียงขวัญ กิ่งอำเภอหนองฮี กิ่งอำเภอทุ่งเขาหลวง
กาฬสินธุ์	กิ่งอำเภอสามชัย กิ่งอำเภอนาคู กิ่งอำเภอดอนจาน กิ่งอำเภอฆ้องชัย
สกลนคร	อำเภอนิคมน้ำอูน อำเภอคำตากล้า อำเภอเต่างอย อำเภอโคกศรีสุพรรณ อำเภอภูพาน
นครพนม	กิ่งอำเภอวังยาง
มุกดาหาร	อำเภอดงหลวง อำเภอหว้านใหญ่
เชียงใหม่	อำเภอแม่แจ่ม อำเภอไชยปราการ
ลำพูน	กิ่งอำเภอเวียงหนองล่อง
น่าน	กิ่งอำเภอภูเพียง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ
พะเยา	กิ่งอำเภอภูซาง กิ่งอำเภอภูกามยาว
เชียงราย	กิ่งอำเภอเวียงเชียงรุ้ง กิ่งอำเภอดอยหลวง
นครสวรรค์	อำเภอไพศาลี กิ่งอำเภอแม่เปิน กิ่งอำเภอชุมตาบง
กำแพงเพชร	กิ่งอำเภอโกสัมพีนคร
ตาก	กิ่งอำเภอวังเจ้า
พิจิตร	กิ่งอำเภอสากเหล็ก กิ่งอำเภอบึงนาราง กิ่งอำเภอดงเจริญ อำเภอวชิรบารมี
นครศรีธรรมราช	อำเภอจุฬาภรณ์ อำเภอพระพรหม กิ่งอำเภอนบพิตำ กิ่งอำเภอช้างกลาง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ
สุราษฎร์ธานี	อำเภอบ้านนาเดิม อำเภอเคียนซา กิ่งอำเภอวิภาวดี
สตูล	กิ่งอำเภอมะนัง
ตรัง	กิ่งอำเภอหาดสำราญ
พัทลุง	อำเภอกงหรา กิ่งอำเภอศรีนครินทร์
ยะลา	กิ่งอำเภอกรงปินัง
นราธิวาส	อำเภอยี่งอ