ส75-540221 ห13

รายงาน

การพิจารณาศึกษา

เรื่อง

"การติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ"

ของ

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

สำนักกรรมาธิการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

(สำเนา)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ที่ สว (กมธ ๓) ๐๐๑๙/(ร ๑๗) **วันที่** ๓๑ มกราคม ๒๕๕๔

เรื่อง รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง การติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ

กราบเรียน ประธานวุฒิสภา

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๘ (สมัยสามัญทั่วไป) วันศุกร์ที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๑ ที่ประชุมได้มีมติตั้งคณะกรรมาธิการสามัญประจำวุฒิสภาขึ้น ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๕๑ ข้อ ๗๗ โดยคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข เป็นคณะกรรมาธิการสามัญประจำวุฒิสภา คณะหนึ่ง มีอำนาจหน้าที่กระทำกิจการ หรือพิจารณาสอบสวน หรือศึกษาเรื่องใดๆ อันอยู่ในอำนาจหน้าที่ของวุฒิสภา ซึ่งกรรมาธิการคณะนี้ ประกอบด้วย

๑. นายอนันต์ อริยะชัยพาณิชย์	ประธานคณะกรรมาธิการ
๒. นายเจตน์ ศิรธรานนท์	รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่หนึ่ง
๓. รองศาสตราจารย์ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต	รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่สอง
๔. รองศาสตราจารย์อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์	รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่สาม
๕. รองศาสตราจารย์กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล	โฆษกคณะกรรมาธิการ
๖. นายจตุรงค์ ธีระกนก	รองโฆษกคณะกรรมาธิการ
๗. นายอนุศักดิ์ คงมาลัย	เลขานุการคณะกรรมาธิการ
๘. นายพินิจ กุลละวณิชย์	ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ ฝ่ายต่างประเทศ
๙. นายเจริญ ภักดีวานิช	กรรมาธิการ
๑๐. นางพรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์	กรรมาธิการ
๑๑. ศาสตราจารย์วิรัติ พาณิชย์พงษ์	กรรมาธิการ

ในการนี้ คณะกรรมาธิการฯ ได้มีการพิจารณาศึกษา เรื่อง การติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยมีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการฯ รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

/จึงกราบเรียนมา...

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอรายงานการพิจารณาศึกษาดังกล่าว ต่อที่ประชุมวุฒิสภา เพื่อพิจารณาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๕๑ ข้อ ๙๕ ต่อไป

(ลงชื่อ) อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์

(นายอนันต์ อริยะชัยพาณิชย์)
ประธานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

สำเนาถูกต้อง

(นายสมใบ มูลจันที)
ผู้อำนวยการกลุ่มงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
สำนักกรรมาธิการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
สำนักกรรมาธิการ ๓
กลุ่มงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
โทร. ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙, ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๐
โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๐๗

นิตญาภรณ์ พิมพ์
นิตญาภรณ์ ทาน

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

รายงานผลการพิจารณาศึกษา
ของ
คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา
เรื่อง การติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๘ (สมัยสามัญทั่วไป) วันศุกร์ที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๕๑ ที่ประชุมวุฒิสภาได้ลงมติตั้งคณะกรรมาธิการสามัญประจำวุฒิสภาขึ้น ซึ่งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุขเป็นคณะกรรมาธิการสามัญประจำวุฒิสภาคณะหนึ่ง มีอำนาจหน้าที่กระทำกิจการ หรือพิจารณาสอบสวน หรือศึกษาเรื่องใด ๆ อันอยู่ในอำนาจหน้าที่ของวุฒิสภา นั้น

บัดนี้ คณะกรรมาธิการฯ ได้พิจารณาศึกษา เรื่อง การติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาศึกษาต่อวุฒิสภา ดังนี้

๑. การดำเนินงานของคณะกรรมาธิการฯ

คณะกรรมาธิการฯ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมาธิการคณะอนุกรรมาธิการติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ ซึ่งอนุกรรมาธิการคณะนี้ประกอบด้วย

๑. ทันตแพทย์อนุศักดิ์ คงมาลัย	ประธานคณะอนุกรรมาธิการ
๒. รองศาสตราจารย์อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์	รองประธานคณะอนุกรรมาธิการ
๓. นายสมนึก ชาญด้วยกิจ	อนุกรรมาธิการ
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ไพศาล กังวลกิจ	อนุกรรมาธิการ
๕. ทันตแพทย์ศิริชัย ชูประวัติ	อนุกรรมาธิการ
๖. รองศาตราจารย์วิรัช พัฒนาภรณ์	อนุกรรมาธิการ
๗. นายกฤษดา เรืองอารีย์รัชต์	อนุกรรมาธิการ
๘. นายอรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ	อนุกรรมาธิการ
๙. นางทิพาพร สุโฆสิต	อนุกรรมาธิการ
๑๐. นายโกเมศ วิชชาวุธ	อนุกรรมาธิการและเลขานุการ

<u>ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมาธิการ</u>

๑. นายแพทย์อนันต์ อริยะชัยพาณิชย์
๒. นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์
๓. นายสุรพงษ์ ตันธนศรีกุล
๔. รองศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธ์เจริญวรกุล
๕. นายแพทย์จตุรงค์ ธีระกนก

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๖. รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงศักดิ์ ศรีอนุชาต
๗. แพทย์หญิงพรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์
๘. ศาสตราจารย์ภิชานพินิจ กุลละวณิชย์
๙. นายเจริญ ภักดีวานิช
๑๐. ศาสตราจารย์นายแพทย์วิรัติ พาณิชย์พงษ์
๑๑. พลโท พิศาล เทพสิทธา
๑๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทันตแพทย์หญิงถวัลรัตน์ โหละสุต
๑๓. นายปิยะพงษ์ วัฒนวีร์
๑๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณรงค์ สุขสุอรรถ
๑๕. นายสุธา เจียรมณีโชติชัย
๑๖. นายสมชัย ชัยศุภมงคลลาภ
๑๗. นายพิศักดิ์ องค์ศิริมงคล
๑๘. นายไพฑูรย์ จินดาโรจนกุล
๑๙. นางสาวรัชนี ลิ้มสวัสดิ์

๒. วิธีการพิจารณาศึกษา

๑) พิจารณาศึกษาจากเอกสาร รายงานการศึกษาวิจัย และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งแนวนโยบายในการบริหารจัดการ เพื่อการพิจารณาศึกษาโดยสมบูรณ์

๒) การเชิญบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่พิจารณาศึกษา คือ

กระทรวงสาธารณสุข

- กรมอนามัย

นางสุณี วงศ์คงคาเทพ	ทันตแพทย์ ๘ วช. กองทันตสาธารณสุข

- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา	ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข

- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต	ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

ทันตแพทย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี	นักวิจัย

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๓) การจัดสัมมนาเพื่อรับฟังความคิดเห็น

เรื่อง "การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน" จัดโดย คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมกับ คณะอนุกรรมาธิการติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ ในวันจันทร์ที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒

ในการนี้ คณะกรรมาธิการฯ ได้จัดทำรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง การติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอนำเสนอรายงานการพิจารณาศึกษาพร้อมทั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการฯ ตามท้ายรายงานนี้ ต่อที่ประชุมวุฒิสภา เพื่อพิจารณา หากที่ประชุมได้พิจารณาและให้ความเห็นชอบแล้ว ขอได้โปรดแจ้งไปยังรัฐบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

(นายอนุศักดิ์ คงมาลัย)
เลขานุการคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
วุฒิสภา

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายโดยตรง เพราะอวัยวะช่องปากนอกจากเป็นช่องทางเข้าของอาหารที่บริโภค โดยอาศัยองค์ประกอบทางกายภาพแล้วก็ยังเสี่ยงต่อเชื้อจุลินทรีย์ที่ก่อโรคและภัยคุกคามอื่น ๆ อีกทั้งโรคช่องปากยังมีความสัมพันธ์กับโรคทางกาย (Systemic disease) อื่น ๆ ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตส่วนบุคคล ครอบครัว ทั้งยังเป็นภาระค่าใช้จ่ายซึ่งบั่นทอนสถานภาพทางเศรษฐกิจในทุกระดับ

แม้วิทยาการทางทันตแพทยศาสตร์ช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพงานบริการทันตรรม ได้อย่างกว้างขวางขึ้นก็ตาม แต่ค่าใช้จ่ายสำหรับงานบริการทุกประเภทก็เพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัวไปด้วย อีกทั้งปัญหาที่สำคัญของประชาชนไทยต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม คือ การกระจายของทันตแพทย์ที่ไม่สมดุล โดยในปี ๒๕๕๐ มีทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร ถึงร้อยละ ๕๐ ของทันตแพทย์ทั้งประเทศ นั่นคือ กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชาชนถึง ๑ ต่อ ๑,๒๐๓ คน ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในอัตราส่วนเพียง ๑ ต่อ ๑๘,๕๔๐ คน ซึ่งแตกต่างกันถึง ๑๕ เท่า โดยที่ปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรทางทันตแพทย์สืบเนื่องจากการขาดโครงสร้างและกลไกการบริหารในการกำหนดนโยบายและทิศทางการจัดบริการสุขภาพช่องปากในระดับประเทศ อีกสาเหตุหนึ่งเกิดจากกระทรวงสาธารณสุขมีการยุบกองสาธารณสุขภูมิภาคและกองโรงพยาบาลภูมิภาค ซึ่งเป็นกลไกหลักของภาครัฐทำให้การจัดการในส่วนภูมิภาคหยุดชะงักลง รวมถึงการยุบฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้การแก้ไขปัญหาในพื้นที่ขาดทิศทางและเป้าหมาย งานบริการทันตกรรมภาคเอกชนขยายตัวอย่างไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ก่อให้เกิดปัญหาด้านคุณภาพ ปัญหาจริยธรรมของบุคลากรทางทันตสุขภาพ รวมทั้งปัญหาผู้ให้บริการที่ปราศจากใบอนุญาตตามกฎหมายที่กระจายตัวทั่วประเทศ และสร้างความเสียหายให้แก่ประชาชนโดยตรงโดยยังไม่ได้รับการแก้ไขจากภาครัฐซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพของประชาชน

ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ (minimum benefit package) เพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากให้ประชาชนไทยได้เข้าถึงบริการทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟู แต่ก็ยังไม่พอเพียงกับความจำเป็นและความต้องการของประชาชน ทั้งนี้ เนื่องจากใน ๑ ปี ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายให้กับบริการด้านทันตสาธารณสุขถึงกว่า ๕๙,๐๐๐ ล้านบาท ขณะที่ประชาชนที่มีรายได้น้อยอยู่ชนบท สามารถเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ ๑๐ เนื่องจากสาเหตุหลักมีทันตแพทย์ให้บริการกระจุกตัวอยู่ในเมือง รวมทั้งประชาชนในเขตเมืองเองที่เข้าถึงก็ใช้บริการทันตกรรมด้วยค่าใช้จ่ายที่แพงขึ้น หรือเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่คุ้มกับคุณภาพงานบริการ หรือถูกหลอกให้ใช้บริการจากบุคคลที่มิใช่ผู้รับใบอนุญาต

คณะอนุกรรมาธิการฯ ได้นำข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร การเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องมาให้คำชี้แจง และการจัดสัมมนาฯมาประมวล สังเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสาธารณสุข รวมถึงแนวนโยบายในการบริหารจัดการ

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

นอกจากการเปิดเวทีเพื่อรับฟังความคิดเห็นในส่วนภูมิภาคแล้ว คณะอนุกรรมาธิการฯ ยังได้จัดงานสัมมนา “การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน” เพื่อประมวลสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ด้านการส่งเสริมการป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสุขภาพช่องปากของประชาชน และแลกเปลี่ยน รวบรวมและรับฟังความเห็นเกี่ยวกับองค์ความรู้เพื่อการจัดทำข้อเสนอขยายบริการสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมซึ่งเป็นทั้งบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขในภาครัฐและเอกชน นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๘๐ คน ซึ่งที่ประชุมได้มีความเห็นและข้อเสนอแนะใน ๔ ประเด็นหลัก คือ

๑. ด้านอัตรากำลังทันตแพทย์

๒. ด้านการจัดการศึกษาและการผลิตทันตแพทย์

๓. ด้านการพัฒนาโครงสร้างการบริหารจัดการและรูปแบบการให้บริการแก่ประชาชน และ

๔. ด้านการเพิ่มแรงจูงใจสำหรับการปฏิบัติงานในสถานการณ์ปัจจุบัน

ยุทธศาสตร์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้มี ๔ มาตรการหลัก ดังนี้

(๑) พัฒนากลไกโครงสร้างและบริหารภารกิจด้านทันตสาธารณสุข ให้เกิดการขับเคลื่อนแบบบูรณาการอย่างเป็นเอกภาพทุกส่วนได้ในภาพรวม และ ระบบการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพ โดยรัฐต้องจัดให้มีหน่วยงานถาวรเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาและมีกลไกสนับสนุนบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดที่เชื่อมโยงกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัดเพื่อกำหนดทิศทางเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

(๒) กำหนดการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยเป็นวาระแห่งชาติ โดยสนับสนุนศูนย์สุขภาพชุมชนที่สามารถให้บริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิทั่วประเทศ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ หรือ ๔,๕๐๐ แห่ง รวมทั้งพัฒนาการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิในศูนย์สุขภาพชุมชน ให้ครอบคลุม

(๓) พัฒนามาตรการกระจายทันตแพทย์สู่ชนบทไทยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้ระบบ Geographic information system : GIS ของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งวางแผนการผลิต การใช้บุคลากรทันตาภิบาลเพื่อรองรับภารกิจด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามเป้าหมายที่กำหนด สำหรับทันตาภิบาล พบว่าต้องมีการผลิตเพิ่มอีกร้อยละ ๓๙.๘ และปรับหลักสูตรการเรียนการสอนเป็นปริญญาตรี (๔ ปี) เพื่อเป็นบุคลากรหลักในการทำงานทันตสาธารณสุขตามบทบาทหน้าที่ที่ทันตแพทยสภาให้ข้อเสนอ และสอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และงานสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม

(๔) พัฒนาความร่วมมือ ภาครัฐ-เอกชน (Private Public Mix) เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้นโดยสามารถควบคุมงบประมาณในภาพรวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยขยายบุคลากรและส่งเสริมให้หน่วยบริการภาคเอกชนและองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการ

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

จัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ และจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมให้มีความเชื่อมโยงในทุกระดับโดยมุ่งผลประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก

ทั้งนี้ คณะอนุกรรมาธิการฯ ยังได้คำนึงถึงข้อมูลสถานการณ์ของโลกเกี่ยวกับระบบเศรษฐกิจทุนนิยมซึ่งมีเขตการค้าเสรี (FTA) และ การจัดทำข้อตกลงร่วมในระดับภูมิภาค (MRA) โดยได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ ดังนี้

- ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในเชิงกฎหมายและในเชิงข้อตกลงระหว่างประเทศกับอาเซียนที่จะมีผลกระทบต่อวิชาชีพทันตแพทย์ในอนาคตข้างหน้า เช่น การขาดแคลนบุคลากรในภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการสาธารณสุข และการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ประเด็นค่าใช้จ่ายทางทันตสุขภาพในบริการด้านต่างๆที่กระทบต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐและค่าใช้จ่ายครัวเรือน เป็นต้น

- ความรับรู้ของสมาชิก การมีส่วนร่วมของสมาชิก การตัดสินใจที่จะไปลงนามที่เกี่ยวเนื่องในภูมิภาค และ การประเมินเป้าหมายและผลกระทบโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทุกภาคส่วนกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภูมิภาค

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

สารบัญ

หน้า

บทสรุปผู้บริหาร ก-ค

บทนำ ๑

บทที่ ๑ สถานการณ์การจัดบริการด้านทันตสาธารณสุข ๓

๑. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชน และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ๓

๒. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชน ๓

๓. สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ๔

๔. ผลกระทบ ๕

๕. ภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนสำหรับบริการทันตกรรม ๖

๖. สถานการณ์ของทันตบุคลากร ๗

๗. สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการ ๑๕

๘. ผลกระทบปัญหาด้านข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพทันตแพทย์ของอาเซียน ๑๗

บทที่ ๒ การสัมมนาและรับฟังความคิดเห็น เรื่อง "การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน" ๑๙

๑. ความเป็นมา ๑๙

๒. วัตถุประสงค์ ๒๐

๓. การอภิปรายหัวข้อต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน ๒๐

๔. การรับฟังความคิดเห็น "การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน" ๒๕

บทที่ ๓ สรุปและข้อเสนอแนะ ๒๘

เอกสารอ้างอิง ๓๕

ภาคผนวก

- สรุปผลการประชุมคณะอนุกรรมาธิการติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ ๓๗
- สรุปการสัมมนาและรับฟังความคิดเห็น เรื่อง "การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน" ๔๔

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

รายงานผลการพิจารณาศึกษา
เรื่อง การติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายโดยตรง เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับโรคทางกาย (Systemic disease) อื่น ๆ ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตส่วนบุคคล ครอบครัว ทั้งยังเป็นภาระค่าใช้จ่ายซึ่งบั่นทอนสถานภาพทางเศรษฐกิจในทุกระดับ และแม้ว่าวิทยาการทางทันตแพทยศาสตร์ช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพงานบริการทันตรรม ได้อย่างกว้างขวางขึ้นก็ตาม แต่ค่าใช้จ่ายสำหรับงานบริการทุกประเภทก็เพิ่มขึ้นเป็นเงาตามตัวไปด้วย อีกทั้งปัญหาที่สำคัญของประชาชนไทยต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรม อันเนื่องมาจากการกระจายของทันตแพทย์ที่ไม่สมดุล มีการกระจุกตัวของบุคลากรทางทันตแพทย์อยู่เฉพาะในเมืองหลวง สืบเนื่องจากการขาดโครงสร้างและกลไกการบริหารในการกำหนดนโยบายและทิศทางการจัดบริการสุขภาพช่องปากในระดับประเทศ

ปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้แก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก โดยการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ (minimum benefit package) เพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากให้ประชาชนไทยได้เข้าถึงบริการทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟู แต่ก็ยังไม่พอเพียงกับความจำเป็นและความต้องการของประชาชน โดยประชาชนสามารถเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ ๑๐ เนื่องจากสาเหตุหลักมีทันตแพทย์ให้บริการกระจุกตัวอยู่ในเมือง

ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงได้ตั้งคณะอนุกรรมาธิการติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ เพื่อพิจารณาศึกษาปัญหาดังกล่าว พร้อมจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสาธารณสุข รวมถึงแนวนโยบายในการบริหารจัดการ

วิธีการพิจารณาศึกษา

๑) พิจารณาศึกษาจากเอกสาร รายงานการศึกษาวิจัย และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการพิจารณาศึกษาโดยสมบูรณ์ โดยได้จัดประชุมคณะอนุกรรมาธิการรวมทั้งสิ้น จำนวน ๑๑ ครั้ง

๒) การเชิญบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่พิจารณาศึกษา คือ

กระทรวงสาธารณสุข

- กรมอนามัย

นางสุณี วงศ์คงคาเทพ ทันตแพทย์ ๘ วช.
กองทันตสาธารณสุข

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

- **สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**
  นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข
- **สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ**
  นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- **สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ**
  ทันตแพทย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี นักวิจัย

๓) การจัดสัมมนาเพื่อรับฟังความคิดเห็น

เรื่อง การติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ จัดโดย คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ร่วมกับ คณะอนุกรรมาธิการติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ ในวันจันทร์ที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

บทที่ ๑
สถานการณ์การจัดบริการด้านทันตสาธารณสุข

๑. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนและผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายโดยตรง เพราะอวัยวะช่องปากนอกจากเป็นช่องทางเข้าของอาหารที่บริโภค โดยอาศัยองค์ประกอบทางกายภาพแล้ว ก็ยังเสี่ยงต่อเชื้อจุลินทรีย์ที่ก่อโรคและภัยคุกคามอื่น ๆ อีกทั้งโรคช่องปากยังมีความสัมพันธ์กับโรคทางกาย (Systemic disease) อื่น ๆ ซึ่งทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตส่วนบุคคล ครอบครัว ทั้งยังเป็นภาระค่าใช้จ่ายซึ่งบั่นทอนสถานภาพทางเศรษฐกิจในทุกระดับ

๒. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชน

ข้อมูลการสำรวจสุขภาพช่องปากประเทศไทย (ครั้งที่ ๖) พ.ศ.๒๕๔๙-๒๕๕๐ ได้สรุปสถานการณ์ที่บ่งบอกถึงสภาวะสุขภาพช่องปากของคนไทยตามกลุ่มอายุจากผู้ใหญ่ลงมาไว้ ดังนี้

๒.๑ ปัญหาหลักของกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียฟัน พบว่า วัยทำงานร้อยละ ๘๒.๘๔ โดยเฉลี่ย ๓.๙๒ ซี่/คน ในขณะที่ผู้สูงอายุเกือบทุกคน (ร้อยละ ๙๔.๐๔) มีการสูญเสียฟัน โดยเฉลี่ย ๑๓.๓๘ ซี่/คน พบผู้สูงอายุร้อยละ ๑๐.๔๗ เป็นผู้สูญเสียฟันทั้งปาก โดยภาพรวมแล้วอัตราส่วนผู้มีฟันในช่องปากไม่น้อยกว่า ๒๐ ซี่ มีเพิ่มมากขึ้นทั้ง ๒ กลุ่มอายุ คือ ร้อยละ ๙๖.๒๐ และ ร้อยละ ๕๔.๘๐ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ฟันเหล่านี้มีสภาวะโรคปริทันต์แล้วเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากพบว่า ร้อยละ ๓๗.๖ และร้อยละ ๘๔.๒ ของกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุเป็นโรคปริทันต์ ซึ่งร้อยละ ๖๘.๘ เป็นโรคปริทันต์ที่มีปริทันต์ค่อนข้างรุนแรง

๒.๒ เยาวชนและเด็กวัยเรียน ที่ทำการสำรวจในกลุ่มอายุ ๑๒ ปี และ ๑๕ ปี พบว่าสภาวะการเกิดโรคฟันผุค่อนข้างคงที่ โดยพบร้อยละ ๕๖.๘๗ ของเด็กมีประสบการณ์การเป็นโรคฟันผุ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ ๑.๕๕ ซี่/คน ในขณะที่ร้อยละ ๖๖.๓๓ ของเยาวชนอายุ ๑๕ ปี เป็นโรคฟันผุ ค่าเฉลี่ย ๒.๒๔ ซี่/คน จากปัจจัยสำคัญคือ การเข้าถึงบริการทันตกรรมป้องกันที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุ ๑๒ ปีมีฟันได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในช่องปากเพิ่มขึ้น จากการมีบริการเคลือบหลุมร่องฟันเป็นบริการในชุดสิทธิประโยชน์และการรณรงค์ในโครงการที่เกี่ยวข้อง ได้สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนอย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการบริโภคขนมกรุบกรอบและการดื่มน้ำอัดลม ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามกระแสนิยม

๒.๓ เด็กก่อนวัยเรียนอายุ ๓ ปี และ ๕ ปี มีแนวโน้มการปราศจากโรคฟันผุเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับการสำรวจในอดีต พบว่าคนที่ไม่มีฟันผุเลยร้อยละ ๓๘.๖ และ ๑๙.๓๖ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโดยภาพรวมสามารถดูแลให้เด็กกลุ่มนี้ปราศจากฟันผุได้มากขึ้น หากแต่โดยภาพรวมการเกิดโรคฟันผุยังถือเป็นปัญหาสำคัญที่ยังต้องการการดูแลอย่างยิ่ง

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๓. สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยสำคัญทางพฤติกรรมและสังคมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุได้แก่พฤติกรรม การเลี้ยงดู การให้นมเด็ก และ พฤติกรรมทางทันตสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารหวาน การทำความสะอาดช่องปากและการใช้บริการทางทันตกรรม และมีงานวิชาการอธิบายถึงสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์เป็นดัชนีบ่งชี้และใช้ทำนายสุขภาพช่องปากของเด็กหลังคลอด ผู้เลี้ยงดูหลักที่จบสูงกว่าเด็กจะมีฟันผุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ และอุบัติการณ์โรคฟันผุจะลดลงตามระดับทางสังคมของครอบครัวที่สูงขึ้น นั่นคือ **ครอบครัวที่รายได้ดีจะมีฟันผุน้อยกว่าครอบครัวยากจน** แบบแผนการเลี้ยงดูเด็กเปลี่ยนไปส่งผลให้ปัจจุบันเด็กจะไม่ชอบรับประทานผักและผู้เลี้ยงดูเองก็ยังนิยมที่จะเติมน้ำตาล น้ำหวาน น้ำอัดลม ในนมขวดเพื่อเลี้ยงเด็กด้วยความต้องการให้เด็กอ้วนท้วนสมบูรณ์ ลักษณะเช่นนี้เด็กจะมีปัญหาทางสุขภาพทางกายโดยรวมด้วย

การบริโภคจากสื่อโฆษณา สืบเนื่องจากปัญหาความเชื่อของผู้ดูแลเด็กและพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก ได้รับอิทธิพลจากสื่อโฆษณาที่ส่วนใหญ่มุ่งเน้นยอดขายทางธุรกิจมากกว่าการให้ความรู้ทางสุขภาพการกินอาหารว่างหรือขนมขบเคี้ยวของคนไทยได้รับความนิยมอย่างกว้างขวาง ส่วนหนึ่งนั้นเกิดจากอิทธิพลของการโฆษณาสินค้า โดยเฉพาะการโฆษณาทางสื่อโทรทัศน์ โดยที่พบความสัมพันธ์ทางสถิติของเวลาที่ใช้ดูโทรทัศน์ ซึ่งแน่นอนว่าขนมที่เด็กบริโภคในท้องตลาดส่วนใหญ่มีแป้งและน้ำตาลเป็นส่วนประกอบสำคัญ การศึกษาค่าขนมของเด็กพบว่าเด็กใช้จ่ายเงินเพื่อซื้อขนม และของเล่นในวัยประถมศึกษา เฉลี่ยอยู่ที่ ๑๓ บาท/วัน และหากให้ค่าขนมเด็กวัยมัธยม เพิ่มเป็น ๒ เท่า จะพบว่าอำนาจการซื้อขนมของเด็ก และเยาวชนไทยมีถึง ๑๔๒,๓๕๗ ล้านบาทต่อปี

การบริโภคน้ำตาลในภาพรวมในประชาชนไทยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นมาโดยตลอดระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๘-๒๕๔๙ คือ จาก ๑๒.๗ กิโลกรัม/คน/ปี ในปี พ.ศ.๒๕๒๘ เป็น ๒๗.๙ กิโลกรัม/คน/ปี ในปี ๒๕๔๐ และเป็น ๓๓.๒ กิโลกรัม/คน/ปี ในปี ๒๕๔๙ ทั้งนี้ การพัฒนาทางเศรษฐกิจการเกิดขึ้นของเมืองและย่านการค้าและห้างสรรพสินค้าเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและประเภทอาหารการกินของผู้คนในเมือง ที่ต้องอาศัยเป็นแหล่งอาหารในชีวิตประจำวันอันรีบเร่ง ทำให้มีอาหารสำเร็จรูป เกิดขึ้นสนองความต้องการของคนในสังคมมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่เป็นผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม อาหารและเครื่องดื่มชนิดต่างๆ ซึ่งน้ำตาลเป็นวัตถุดิบที่เป็นส่วนประกอบแพร่หลายมากขึ้น ประเทศไทยได้พยายามรณรงค์การแก้ปัญหาทันตสุขภาพจากการบริโภคน้ำตาลที่เพิ่มขึ้นมีมาอย่างต่อเนื่อง ด้วยแนวโน้มการเกิดฟันผุโดยเฉพาะในเด็กที่มีการกินขนมหวานและขนมขบเคี้ยวมากขึ้น เพราะการเติมน้ำตาลลงในอาหารมีผลให้ฟันผุเพิ่มขึ้น ความรุนแรงของการผุจะขึ้นอยู่กับความข้นเหนียวของน้ำตาล โดยน้ำตาลจะทำให้ฟันผุมากขึ้นถ้าบริโภคระหว่างมื้อ และมีลักษณะการบริโภคน้ำตาลแบบที่อมอยู่ในปากเป็นเวลานาน เช่น ทอฟฟี่ โดยโรคฟันผุในเด็กไทยมีแนวโน้มสูงมากขึ้นทั้งในชุมชนเมืองและชนบท

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

ในปี พ.ศ.๒๕๔๘ กรมอนามัยได้สำรวจภาวะโภชนาการของกลุ่มเด็กวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร มีลักษณะของพฤติกรรมการบริโภคที่สำคัญๆของเด็กกลุ่มตัวอย่างนี้ ประกอบด้วย บริโภคขนมขบเคี้ยวดื่มน้ำอัดลม "เกือบทุกวัน" ร้อยละ ๓๒.๘ และบริโภค "ทุกวัน" ร้อยละ ๒๖ ตามลำดับ ซึ่งพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหล่านี้จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ตรงกันข้ามกับความถี่ของการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพลดลง โดยการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๓ พบว่าประชากรทุกกลุ่มอายุทั้งชายและหญิงบริโภคผักและผลไม้ไม่ถึงเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้ที่อย่างน้อย ๕ ถ้วยมาตรฐานต่อคนต่อวัน พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย ในด้านการแปรงฟันเป็นประจำจะยังเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มสูงอายุ และในประชาชนชนบท ขณะที่แนวโน้มของคนรุ่นใหม่และในเขตเมืองที่เจริญขึ้นมีแนวโน้มการพัฒนานิสัยการแปรงฟันเป็นประจำด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์มากขึ้น

๔. ผลกระทบ

๔.๑ ผลกระทบต่อสุขภาพทั่วไป

การศึกษาระยะยาวในเด็ก ได้สรุปให้เห็นว่าการมีฟันผุจนมีอาการปวดเรื้อรังจะส่งผลกระทบกับร่างกายหลายลักษณะ เช่น มีภาวะโภชนาการบกพร่องและอ้วน ไม่สามารถรับประทานอาหารได้อย่างสมดุล มักจะรับประทานอาหารเหลวรสหวาน สารอาหารที่ได้รับไม่เพียงพอที่จะทำให้มีการเจริญเติบโตที่เหมาะสม และการที่เด็กมีการเจ็บปวดเรื้อรังมีผลต่อระดับความเหมาะสมของฮอร์โมน เด็กที่มีโรคฟันผุของฟันหน้าบนที่เกิดจากพฤติกรรมการดื่มนมในวัยเด็ก (Nursing caries) จะมีน้ำหนักน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีฟันผุชนิดนี้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน ความเจ็บปวดจากสภาวะฟันผุไม่เพียงแต่จะทำให้หลับน้อยลง ยังทำให้มีการเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงาน อันเนื่องมาจากการติดเชื้อในช่องปาก ยังผลให้การเจริญเติบโตของเด็กลดลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยอธิบายผ่านการทำงานของฮอร์โมนกลูโคคอร์ติคอยด์ (Glucocorticoid) มากขึ้น แต่การสร้างโกร์ธฮอร์โมน (Growth hormone) ลดลง อันเป็นผลมาจากการหลับของเด็กน้อยลง ผลกระทบด้านการเจริญเติบโตของเด็ก

การศึกษาในเด็กมีข้อมูลพิสูจน์ให้เห็นว่าการที่เด็กมีอัตราการเกิดโรคฟันผุสูงหรือมีจำนวนด้านฟันที่ผุเพิ่มมากจะมีอัตราการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวเด็กน้อยกว่า หรืออีกนัยหนึ่งก็คือฟันผุมากน้ำหนักตัวจะเพิ่มขึ้นน้อย นอกจากน้ำหนักแล้วส่วนสูงของเด็กที่เพิ่มขึ้นก็มีความสัมพันธ์กับอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กเช่นกัน อาจเป็นไปได้ว่าความรุนแรงของโรคฟันผุได้สร้างความเจ็บปวดให้กับเด็ก ทำให้เด็กมีความสามารถในการบดเคี้ยวน้อยลง หรือเลือกรับประทานอาหารบางชนิดเท่านั้น โดยอาหารส่วนใหญ่ที่รับประทานจะเป็นจำพวกแป้งหรืออาหารที่อ่อนนุ่มเท่านั้นทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ และจะยิ่งส่งเสริมให้โรคฟันผุมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น การสูญเสียฟันไปก่อนกำหนดทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหาร จำนวน ชนิดของอาหารที่รับประทานได้ลดน้อยลง ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน โดยรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล และไขมันมากขึ้น

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

ในขณะที่ได้รับใยอาหาร วิตามิน และ เกลือแร่น้อยลง ทำให้ระยะยาวแล้วน้ำหนักตัวผู้ที่สูญเสียฟันไปมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเนื่องจากการรับประทานอาหารประเภทแป้งมากขึ้น

นอกจากนี้ การสบฟันมีความสัมพันธ์กับการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติด้วย ผู้ที่มีภาวะการสบฟันผิดปกติ เช่น มีความผิดปกติของขากรรไกรและใบหน้า ผู้ที่ไม่มีฟันเหลือในช่องปาก และ ผู้ที่การสบฟันสะดุด (Occusal interference) มีผลกระทบสูงต่อการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เช่นการทรงตัว การทำงานของระดับน้ำในหู รวมถึงการได้ยิน เมื่อได้แก้ปัญหาด้านการสบฟันไปแล้ว พบว่าปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมากลับดีขึ้นเป็นปกติ นอกจากนี้การสบฟันผิดปกติที่ส่งผลให้เกิดการนอนกัดฟัน และการทำงานที่ไม่ปกติของขากรรไกรในระยะยาวอาจนำมาซึ่งความเครียดและรบกวนการนอนหลับได้

หลักฐานทางวิชาการแสดงความสัมพันธ์ของการเกิดโรคปอดบวมที่มีผลมาจากเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของโรคปริทันต์ นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ การติดเชื้อในช่องปากอาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีโอกาสสูงที่จะเกิดการติดเชื้อลิ้นหัวใจ (Infective bacterial endocarditis) ที่มีสาเหตุมาจากเชื้อโรคที่อาศัยอยู่ในช่องปาก

๔.๒ ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม

ผลกระทบระยะสั้นจากการปวดฟันของเด็กที่สำคัญ ได้แก่ เด็กร้องไห้งอแง กินอาหารได้น้อย เคี้ยวอาหารไม่ได้ อารมณ์หงุดหงิดอารมณ์เสีย ปากเหม็น มีกลิ่นปากแรง นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ และเล่นน้อยลง ไม่ร่าเริง ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กจากผลของโรคในช่องปาก ได้แก่ ฟันผุ การสบฟันผิดปกติและปากแหว่งเพดานโหว่ โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน 'Child Oral Health Quality of Life' พบว่าปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบต่อกิจวัตรของครอบครัวร้อยละ ๕๓ ผลต่อสภาพจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว ร้อยละ ๔๔ ผลต่อความขัดแย้งในครอบครัวร้อยละ ๓๒ และ ผลต่อภาวะการเงินของครอบครัวร้อยละ ๓๒ ตามลำดับ

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจากโรคหรือความผิดปกติในช่องปาก ได้แก่ ความเจ็บปวด ปัญหาความสวยงามของฟัน และใบหน้า ความบกพร่องทางการรับประทานอาหาร การเคี้ยว การพูด ความไม่มั่นใจในการเข้าสังคม จะมีการพบปะทางสังคมน้อยลง หัวเราะน้อยลง เอามือปิดปากขณะหัวเราะ เป็นต้น

๕. ภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนสำหรับบริการทันตกรรม

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจค่าใช้จ่ายตรงหรือค่ารักษาสำหรับการเข้ารับบริการทันตกรรมของคนไทย พ.ศ.๒๕๔๙ พบว่าผู้รับบริการทันตกรรมต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการถอนฟัน ๒๓๙ บาท (จำแนกเป็นระดับโรงพยาบาลชุมชน ๒๑ บาท คลินิกเอกชน ๘๕๑ บาท โรงพยาบาลเอกชน ๙๘๒ บาท); ขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาโรคปริทันต์ ๓๕๕ บาท; อุดฟัน ๕๔๓ บาท; และใส่ฟันเทียม ๓,๘๔๐

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

โรคในช่องปากเป็นโรคเรื้อรังที่เริ่มเกิดตั้งแต่อายุยังน้อยเมื่อเทียบกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ จึงมีผลให้สูญเสียเวลาเรียน เวลาทำงานมากกว่าโรคทั่วไปอื่นๆ ทั้งการสูญเสียเวลาเพื่อการป้องกัน จากอาการของโรคที่เป็น และจากการรักษา ทั้งเพื่อตนเอง และพึ่งพาเพื่อนหรือคนในครอบครัวไปรับการรักษาผลกระทบของการปวดที่ตามมาคือเด็กนอนไม่หลับ เคี้ยวอาหารได้น้อยลง การศึกษาระยะยาวในเด็กพบประมาณร้อยละ ๒๐ ของผู้ดูแลเด็กต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็ก ร้อยละ ๑๓ ของเด็กที่ปวดฟันที่ผู้ปกครองพาไปพบทันตแพทย์หรือทันตบุคลากรอื่นๆ การสำรวจสุขภาพช่องปากในระดับประเทศ ครั้งที่ ๖ ได้วัดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการมีโรคในช่องปากและทำให้เกิดอาการเจ็บปวด ตลอดจนผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กโดยการที่เด็กต้องหยุดเรียนเนื่องมาจากอาการเจ็บปวดนั้น กลุ่มเด็กอายุ ๑๒ ปีเคยประสบกับอาการปวดฟันร้อยละ ๓๐ และเคยต้องขาดเรียนเพราะอาการปวดฟันร้อยละ ๔.๒๙ ด้วยค่าเฉลี่ยจำนวนขาดเรียน ๒.๕๒ วัน ใกล้เคียงกับกลุ่มเยาวชนอายุ ๑๕ ปี ที่เฉลี่ยวันขาดเรียนด้วยสาเหตุการปวดฟันเท่ากับ ๔.๔๖ วัน หากพิจารณาตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ กลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ ๑๐-๑๕ ปี มีจำนวนรวมทั้งสิ้น ๕.๘ ล้านคน ประมาณว่ามีการขาดเรียนจากการปวดฟันมากกว่า ๒.๔๙ แสนคน หรือขาดเรียนรวมกันมากกว่า ๖.๒๙ แสนวัน หากเด็กกลุ่มนี้ต้องมีผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหนึ่งคน ต้องหยุดงานหนึ่งวันเพื่อพาตัวเด็กไปรับการรักษา คิดเป็นการขาดงาน ๒.๔๙ แสนคน-วันเช่นกัน

นอกจากนี้ มีการศึกษาการขาดเรียนจากปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนที่จังหวัดลำปาง พบว่าร้อยละ ๒๒.๕ ของเด็กให้ประวัติการขาดเรียนจากปัญหาทันตกรรม โดยมีการขาดเรียนรวมกัน ประมาณ ๔๓๔ ชั่วโมงต่อเด็กหนึ่งพันคน และหากคิดกรณีเฉพาะกลุ่มเด็กที่ขาดเรียนจะมีค่าเฉลี่ย ๑,๙๒๓ ชั่วโมงต่อเด็กพันคน โรคในช่องปากมีผลต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในระดับบุคคล โรคในช่องปากมีผลต่อการจ้างงาน ความก้าวหน้าในงาน และการถูกประเมินต่ำกว่าศักยภาพจริง ครอบครัวอาจได้รับผลกระทบเมื่อมีคนในครอบครัวเจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้ หรือต้องเป็นภาระให้ผู้อื่นดูแล ชุมชนก็จะได้รับผลกระทบจากการขาดงาน สังคมก็จะต้องรับภาระจากการสูญเสียผลผลิต มีรายงานว่าการขาดงานเนื่องจากโรคในช่องปากใกล้เคียงกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต และอื่นๆ

๖. สถานการณ์ของทันตบุคลากร

๖.๑ การผลิตบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข

คณะอนุกรรมการธิการติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพได้ศึกษาและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ รวมทั้งได้เรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ และผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในภาครัฐร่วมชี้แจงให้ข้อมูลประกอบการพิจารณาในคราวการประชุมแต่ละครั้ง ทั้งนี้ จากทบทวนเอกสารและการศึกษาข้อมูลสถานการณ์และปัญหาด้านทันตสาธารณสุขการให้บริการด้านทันตสาธารณสุขในประเทศไทยในปัจจุบันซึ่งพบว่ามีความหลากหลายโดยอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

- กำลังคนลดลง มีการเคลื่อนย้ายของบุคลากรจากภาครัฐไป สู่ภาคเอกชน และขาดความชัดเจนเรื่องทิศทางการผลิตและใช้เจ้าพนักงานทันตาภิบาล

- การปฏิบัติงานเน้นเชิงรับ ได้แก่ การให้บริการบำบัดรักษามากกว่าเชิงรุก ได้แก่ การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (อาจเป็นผลจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปฏิรูประบบราชการ)

- ขาดการประสานงานเพื่อใช้ทรัพยากรระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน

- การปรับเปลี่ยนการจัดสรรงบประมาณลงไปที่พื้นที่ซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการมากกว่า หน่วยงานวิชาการและกำกับติดตามประเมินผล

- ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงบริการที่จัดให้ภายใต้โครงการหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า

สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ได้รับทุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) แสดงให้เห็นว่าผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถึงร้อยละ ๘๐ ไปใช้บริการทันตกรรมในภาคเอกชน ในขณะที่สัดส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care units, PCU) ไม่มีบริการทันตสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่มีบุคลากรไปให้บริการ ส่วนหนึ่งเกิดจากข้อกำหนดของการรับรองมาตรฐาน โรงพยาบาล (Hospital Accreditation, HA) ต้องการให้ทันตแพทย์อยู่ประจำภายในโรงพยาบาล รวมทั้งสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายโดยเป็นช่องทางเข้าและมีความสัมพันธ์กับโรคทางกาย (Systemic disease) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตครอบครัว และเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) ได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ (minimum benefit package) เพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากให้ประชาชนไทยได้เข้าถึงบริการทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟู แต่ไม่พอเพียงกับความต้องการของประชาชน

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) จะมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพช่องปากมีบทบาทเสริมอย่างยิ่งในด้านการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก กล่าวคือ บริบทการทำงานของ อบต. เอื้อต่อการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของประชาชนมากขึ้น มีรูปธรรมในการสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ สนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียน ผู้สูงอายุในชุมชน สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เป็นต้น รวมทั้งในส่วนของทิศทางการพัฒนาบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สป.สช.) กล่าวคือ สนับสนุนการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิทั้งในเขตเมืองและชนบท สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ เน้นการเพิ่มและสร้างแรงจูงในให้บุคลากรผู้ให้บริการ แต่ทั้งนี้ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

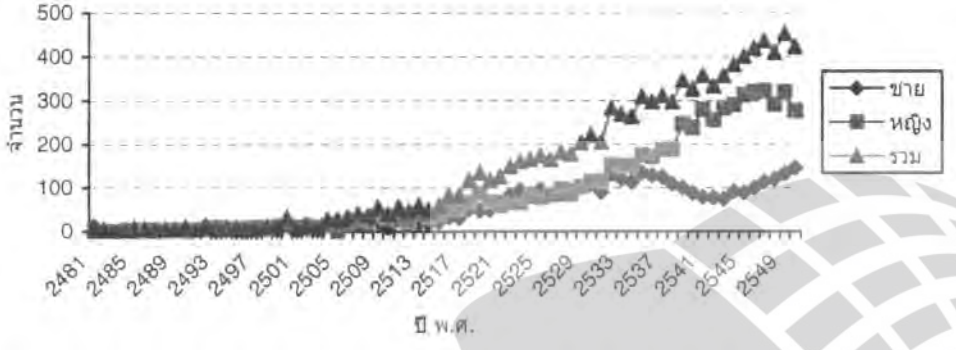
หน่วยงานเกี่ยวกับวิชาชีพ หน่วยงานวิชาการ และคณะอนุกรรมาธิการติดตามการผลิตและการใช้ทันตบุคลากรทางทันตสุขภาพ ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงได้กำหนดกรอบในการศึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตประชาชนโดยพิจารณาจากบริบทที่เกี่ยวข้องเพื่อทำการศึกษาใน ๓ ประเด็น ได้แก่ ๑. ปัญหาการกระจายของบุคลากรโดยเฉพาะทันตแพทย์และทันตาภิบาล ๒. ปัญหาและผลกระทบในเชิงข้อมูลและงานวิจัย และ ๓. รูปแบบการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในเขตเมืองและเขตชนบท

๖.๑.๑ ทันตแพทย์

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มีจำนวนทันตแพทย์ในระบบบริการสุขภาพจำนวนรวมทั้งสิ้น ๙,๓๓๗ คน กำลังเรียนในระบบซึ่งจะจบการศึกษาในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ จำนวน ๕,๕๓๓ คน เมื่อรวมกับจำนวนในระบบ ณ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๔,๘๗๐ คน ซึ่งถือว่าอัตราการผลิตทันตแพทย์ในปัจจุบันสามารถตอบสนองความต้องการทันตแพทย์ในปี พ.ศ.๒๕๕๘ เกินจำนวนที่เคยคาดประมาณเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๓๙

เป็นหญิงร้อยละ ๖๓.๖๓ และทันตแพทย์ที่จบการศึกษา พ.ศ.๒๕๕๐ เป็นทันตแพทย์หญิงเกือบ ๒ เท่าของทันตแพทย์ชาย ทันตแพทย์อายุระหว่าง ๓๑-๔๐ ปี มีร้อยละ ๓๔.๒๖ รองลงมาคือผู้ที่มีอายุไม่เกิน ๓๐ ปี และอายุระหว่าง ๔๑-๕๐ ปี ร้อยละ ๒๕.๓๑ และ ๒๑.๘๒ ตามลำดับ ทันตแพทย์ที่อายุการทำงานไม่เกิน ๑๐ ปี มีร้อยละ ๔๓.๓๙ โดยเป็นทันตแพทย์คู่สัญญา (อายุการทำงานไม่เกิน ๓ ปี) ร้อยละ ๑๓ รองลงมาคือผู้ที่มีอายุการทำงาน ๑๑-๒๐ ปี และ ๒๑-๓๐ ปี ร้อยละ ๒๘.๓๑ และ ๑๖.๓๖ (ภาพที่ ๑,๒)

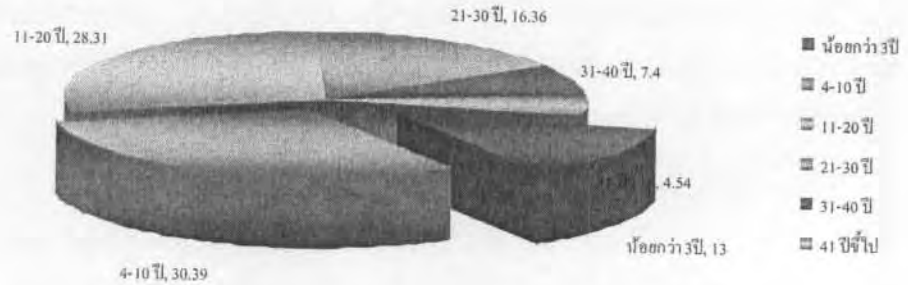
ภาพที่ ๑ จำนวนทันตแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ จำแนกตามเพศ พ.ศ.๒๔๘๑-๒๕๕๐



ที่มา ฐานข้อมูลสมาชิกทันตแพทยสภา พ.ศ.๒๕๕๐

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

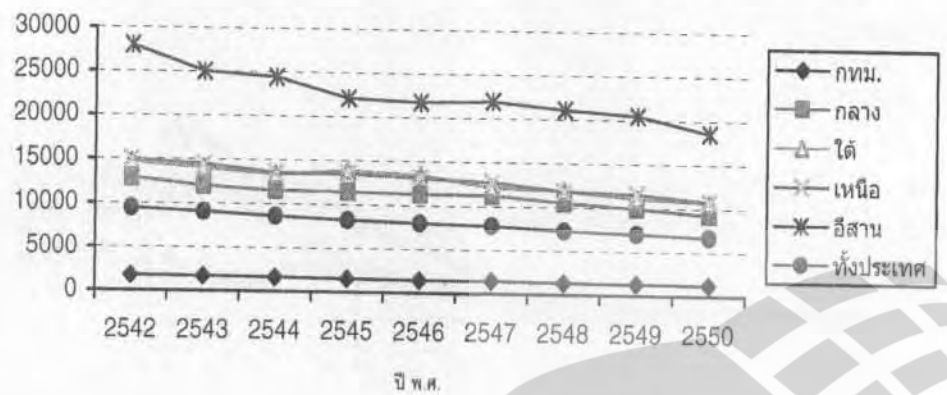
ภาพที่ ๒ ร้อยละของทันตแพทย์ จำแนกตามอายุการทำงาน พ.ศ.๒๕๕๐



ที่มา ฐานข้อมูลสมาชิกทันตแพทยสภา พ.ศ.๒๕๕๐

ทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาแล้วส่วนใหญ่ ร้อยละ ๔๙ ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร รองลงมากระจายตัวในภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ร้อยละ ๑๗, ๑๒ และ ๑๑ ตามลำดับ สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรทั้งประเทศมีแนวโน้มลดลงโดยตลอดจาก ๑:๙,๔๓๖ ใน พ.ศ.๒๕๔๒ เป็น ๑: ๖,๗๓๑ ใน พ.ศ.๒๕๕๐ สัดส่วน ดังกล่าวในส่วนภูมิภาคก็พบว่าดีขึ้น โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลดลงจาก ๑:๒๘,๐๐๕ ใน พ.ศ. ๒๕๔๒ เป็น ๑:๑๘,๕๔๐ ใน พ.ศ.๒๕๕๐ (ภาพที่ ๓)

ภาพที่ ๓ สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร จำแนกตามภาค และ กทม. พ.ศ.๒๕๔๒-๒๕๕๐

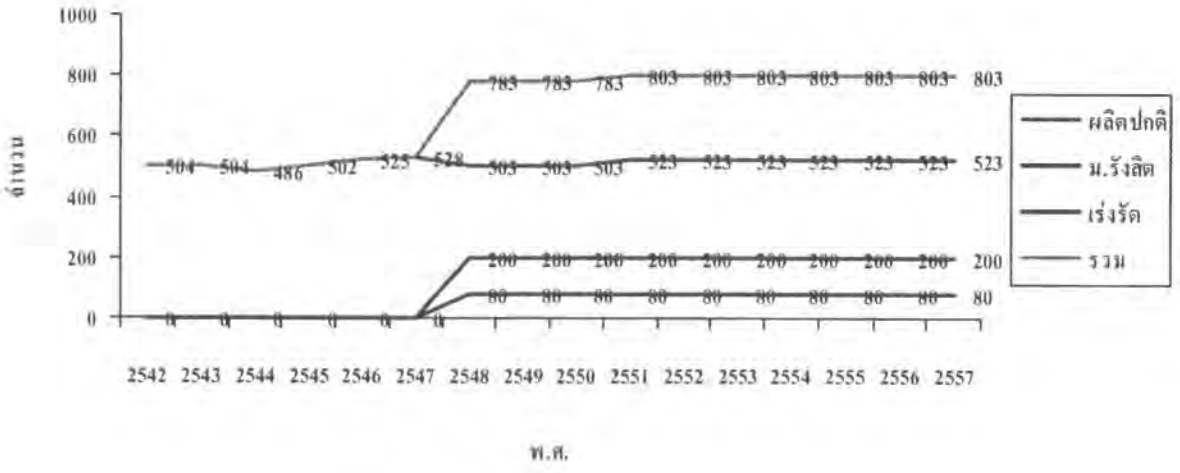


ที่มา ข้อมูลจากฐานข้อมูลบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พ.ศ.๒๕๔๒-๒๕๕๐

จำนวนทันตแพทย์ที่เข้าสู่ระบบหรือจบการศึกษาใหม่ปัจจุบันมีมากกว่า ๔๐๐ คนต่อปี (ภาพที่ ๕) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยคาดว่านักศึกษาทันตแพทย์ที่รับเข้าใหม่ปี พ.ศ.๒๕๔๘ จะจบการศึกษาเข้าสู่ระบบในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ มีจำนวนประมาณเกือบ ๘๐๐ คน

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

ภาพที่ ๕ จำนวนรับเข้าของนิสิต/นักศึกษาทันตแพทยศาสตร์ และจำนวน ทันตแพทย์ที่จบการศึกษา ระหว่าง พ.ศ.๒๔๘๐– ๒๕๔๙



ที่มา - สำนักงานคณะกรรมการจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรผู้ทำสัญญาฯ
สถาบันบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ ๖ มีนาคม พ.ศ.๒๕๔๙
- * ข้อมูล คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต พ.ศ.๒๕๔๙

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรง คือ การเพิ่มขึ้นของทันตแพทย์แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของความต้องการการศึกษาต่อของทันตแพทย์เป็นทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ในทิศทางเดียวกันกับวิชาชีพแพทย์ในปัจจุบัน เห็นได้จากรายงานทางสถิติแยกประเภททันตแพทย์ที่ศึกษา ต่อเฉพาะสาขาทางคลินิกมีปริมาณมากกว่าด้านอื่นๆอย่างมาก ความเชี่ยวชาญที่เพิ่มขึ้นของทันตแพทย์เกี่ยวข้องกับการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีด้านการรักษาที่ซับซ้อน มีราคาแพง มีแรงจูงใจจากปัจจัยทางเศรษฐกิจในการรักษา และการกระจุกตัวทำงานในเขตเมืองเป็นส่วนใหญ่เพื่อสนองการบริการรักษาแก่ประชาชนในเขตเมืองที่มีความสามารถในการจ่ายค่าบริการรักษา

ในขณะที่การผลิตทันตแพทย์ของภาคการผลิตกำหนดขึ้นจากความสามารถในการผลิตทันตแพทย์จากศักยภาพของเครื่องมือ จำนวน และความพร้อมของคณาจารย์ โรงเรียนทันตแพทย์เป็นหลักการควบคุมการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ให้มีมาตรฐานทางวิชาชีพ และ การควบคุม จริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ โดยทันตแพทยสภา อาจจะเป็นมาตรการที่เห็นได้ว่าไม่ครอบคลุมเพียงพอต่อผลกระทบด้านภาระที่จะเกิดขึ้นแก่ประเทศปัญหาเชิงผลลบจากทิศทางของการผลิตบุคลากรเฉพาะสาขามากขึ้น จึงจำเป็นต้องได้รับการควบคุม แก้ไขจากองค์กรวิชาชีพทันตกรรม ได้แก่ ทันตแพทยสภา ผู้ผลิต และภาคผู้ใช้งานร่วมกัน เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการพึ่งพิงเทคโนโลยีจากต่างประเทศลงไป หรือพิจารณาหาทางออกร่วมไปกับการสร้าง มาตรการเพิ่มแรงจูงใจแก่ทันตบุคลากร ในด้านทันตกรรมป้องกัน ด้วยกลไกด้านการเงินการคลังใน ระบบสาธารณสุข

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๖.๑.๒ ทันตาภิบาล

ทันตาภิบาล เป็นวิชาชีพสนับสนุนทีมงานทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขเริ่มผลิตทันตาภิบาล ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๑๑ จบแล้วมีสัญญาใช้ทุนกับกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้การ ดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า ๑๔ ปีโดยทันตาภิบาลมีขอบเขตภาระงานการบริการทันตกรรมที่จำกัด และต้องปฏิบัติงานภายใต้การดูแลรับผิดชอบของทันตแพทย์ในภาคราชการเท่านั้น ซึ่งเป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ (ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริการส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๓๙ (ปรับปรุงจากระเบียบฯ พ.ศ. ๒๕๑๘)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีวิทยาลัยการสาธารณสุข ๗ แห่ง ที่ผลิตทันตาภิบาล สามารถผลิตได้ ๓๐๐ คนต่อปี แต่เนื่องจากความไม่ชัดเจนในนโยบาย จึงทำให้ปริมาณการผลิตในช่วงเกือบ ๑๐ ปีที่ผ่านมาผันแปรตลอดเวลา

๖.๑.๓ ผู้ช่วยทันตแพทย์

กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์เมื่อปีพ.ศ. ๒๕๒๐ และในปีพ.ศ. ๒๕๔๑ กระทรวงสาธารณสุขได้ยุติการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์และหยุดการบรรจุตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทยตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๓ เนื่องจากผลกระทบจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ ผลจากสถานการณ์นี้ทำให้จำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์ในหน่วยบริการสุขภาพช่องปากของกระทรวงสาธารณสุข มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จากปัจจุบันมีเหลืออยู่ประมาณ ๑,๔๐๐ คน ซึ่งปริมาณการลดจะทวีเพิ่มขึ้นจากโครงการคัดเลือกผู้ช่วยทันตแพทย์ เพื่อศึกษาต่อแล้วเปลี่ยนตำแหน่งเป็นทันตาภิบาล

สรุปได้ว่า จากสถานการณ์การผลิตและจำนวนที่มีอยู่จริงของบุคลากรทันตสาธารณสุข ทั้ง ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์ มีผลให้สัดส่วนสำหรับผู้ให้บริการทันตกรรม (ทันตแพทย์หรือทันตาภิบาล) ต่อผู้ช่วยทันตแพทย์ซึ่งขั้นต่ำที่สุดควรเป็น ๑:๑ แต่ในปี ๒๕๔๔ มีอัตราส่วนทันตแพทย์:ผู้ช่วย ใน รพศ./รพท. เท่ากับ ๑:๐.๙๒ ขณะที่ใน รพช. อัตราส่วนทันตแพทย์และทันตาภิบาล : ผู้ช่วย เท่ากับ ๑:๐.๒๘ ส่งผลให้เกิดความด้อยประสิทธิภาพในการให้บริการ และทำให้มีการใช้บุคลากรผิดหน้าที่ ตัวอย่างเช่น การใช้ทันตาภิบาลทำหน้าที่แทนผู้ช่วยทันตแพทย์ สถานการณ์นี้เป็นตัวบ่งชี้ความบกพร่อง ที่ชัดเจนในระบบบริหารงานบุคคล ของระบบบริการสุขภาพช่องปากในกระทรวงสาธารณสุข

๖.๒ การกระจายของบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข

จากการกระจายของทันตแพทย์ที่ไม่สมดุล โดยในปี ๒๕๕๐ มีทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร ถึง ร้อยละ ๕๐ ของทันตแพทย์ทั้งหมด ซึ่งในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนทันตแพทย์ต่อผู้ใช้บริการ ๑ ต่อ ๑,๒๐๓ คน ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ใน

UBT
Legislative Institutional Repository of Thailand

อัตราส่วน ๑ ต่อ ๑๘,๕๔๐ คน ซึ่งแตกต่างกันถึง ๑๕ เท่า ปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์เนื่องจากการขาดโครงสร้างและกลไกการจัดการในการกำหนดทิศทางการจัดบริการสุขภาพช่องปาก เพราะมีการยุบกองสาธารณสุขภูมิภาคและกองโรงพยาบาลภูมิภาค ทำให้การจัดการในส่วนภูมิภาคหยุดชะงักลง รวมถึงการยุบฝ่ายทันตสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้การแก้ไขปัญหาในพื้นที่ไร้ทิศทาง

๖.๒.๑ ทันตแพทย์

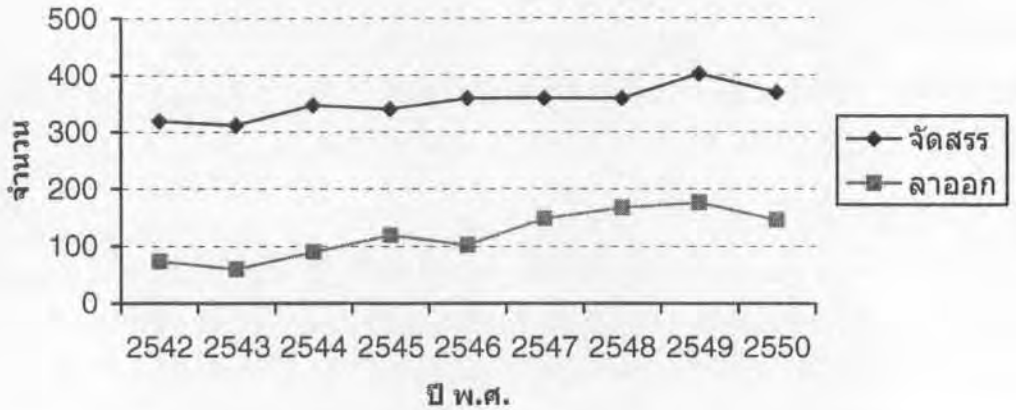
จากสภาวการณ์ขณะนี้เนื่องจากความต้องการของประชาชนในเขตเมืองในการใช้บริการทันตกรรมอยู่ในอัตราที่สูงกว่าในเขตชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประชากรที่มีฐานะดี มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักเห็นความสำคัญของการรับบริการด้านทันตสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการตรวจรักษาฟันเป็นประจำทุกปี การขูดหินน้ำลาย ๒ ครั้ง/ปี ทำให้เกิดการกระจุกตัวของทันตแพทย์และคลีนิกทันตกรรมภาคเอกชนในเมือง รวมทั้งในปัจจุบันยังไม่มีมาตรการควบคุมในการกำหนดราคาเพดานค่ารักษา การกำหนดความเหมาะสมของจำนวนบทบาทหน้าที่ในการทำงาน และการกระจายตัวของทันตแพทย์อย่างทั่วถึง ดังนั้น การกระจายตัวของทันตแพทย์ในปัจจุบันจึงเป็นไปตามกลไกของตลาด คือ ในส่วนของชุมชนเมืองจะมีการกระจุกตัวของทันตแพทย์และคลีนิคทันตกรรมภาคเอกชนจำนวนมาก

การกระจายของทันตแพทย์ พบว่า อยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๔๙.๖๑ ภาคเหนือ ร้อยละ ๑๑.๗๗ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๑๒.๓๕ ภาคกลาง ร้อยละ ๑๗.๖๑ และภาคใต้ ร้อยละ ๘.๖๕ อยู่ในสังกัดภาครัฐ ๔๖.๖๒ และ ภาคเอกชน ร้อยละ ๕๓.๓๘

อย่างไรก็ดีหากให้ความสำคัญการกระจายของทันตแพทย์ในภาครัฐและเอกชน เพื่อลดช่องว่าง การเข้าถึงบริการที่ต่างกันของกลุ่มรายได้และพื้นที่อยู่อาศัย พบว่าอัตราการลาออกหรือสูญเสียกำลังคน ภาครัฐยังคงมีอย่างต่อเนื่อง (ภาพที่ ๖) ข้อมูลปี พ.ศ.๒๕๕๐ พบว่า กระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรทันตแพทย์ จำนวน ๓๗๐ คน และ มีทันตแพทย์ลาออก จำนวน ๑๔๖ คน ส่วนใหญ่ลาออกเพื่อไปประกอบอาชีพอื่น สัดส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรทั้งประเทศ คือ ๑: ๖,๗๓๑ คน โดยสัดส่วนที่ กรุงเทพฯ คือ ๑: ๑,๒๓๐ คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ ๑: ๑๘,๕๔๐ คน ซึ่งต่างกันถึง ๑๕ เท่า เน้นย้ำให้เห็นถึงปัญหาการกระจายของทันตแพทย์ที่ไม่สมดุล มีการขาดแคลนสูงในชนบทโดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

รูปที่ ๖ จำนวนทันตแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับจัดสรร และลาออก พ.ศ.๒๕๔๒-๒๕๕๐



ที่มา - ข้อมูลการจัดสรรทันตแพทย์สำนักงานคณะกรรมการจัดสรรนักศึกษาแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรผู้ทำสัญญาฯ สถาบันบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ วันที่ ๖ มีนาคม พ.ศ.๒๕๕๐
- ข้อมูลทันตแพทย์ลาออกจาก กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หนังสือที่ สธ ๐๒๐๑.๐๓๗/ ๒๙๕๑ วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๑

กล่าวโดยสรุป ปัญหาหลักในกลุ่มทันตแพทย์นั้น จะเป็นปัญหาด้านการกระจาย โดยเฉพาะการพัฒนามาตรการการกระจายทันตแพทย์สู่ชนบทและการพัฒนาศักยภาพในการเป็นผู้นำในงานทันตสาธารณสุข

๖.๒.๒ ทันตาภิบาล

ปัจจุบันมีทันตาภิบาลปฏิบัติงานอยู่ราว ๒,๙๓๐ คน ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน และมีทันตาภิบาล ๘๓๗ คน ประจำการในสถานีอนามัย (ข้อมูลจากกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย : ๒๕๔๕) ทันตาภิบาลมีการกระจายในพื้นที่ทั่วประเทศใกล้เคียงกัน โดยมีอัตราส่วนต่อประชากรมีประมาณ ๑ : ๒๑,๓๓๑ คน ในทุก ภาค ยกเว้นกรุงเทพฯ มีทันตาภิบาลปฏิบัติงานน้อยมาก แม้ว่าทันตาภิบาลจะมีการกระจายตัวที่ดี สถานการณ์ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่า การกระจายตัวของทันตาภิบาลส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๓๘.๕๙ รองลงมาอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลาง ร้อยละ ๒๕.๖ ภาคเหนือ ร้อยละ ๑๙.๙๙ และภาคใต้ ร้อยละ ๑๔.๙๑ จำแนกตามสังกัดพบว่า สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๙๗.๑๗ กระทรวงมหาดไทย ร้อยละ ๑.๗๘ และ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๐.๙๐

แต่เนื่องจากการขาดโอกาสก้าวหน้าในสายงานและไม่สามารถให้บริการทันตกรรมนอกภาคราชการได้อาจส่งผลให้ทันตาภิบาลส่วนใหญ่ขาดขวัญและกำลังใจ ในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะในรุ่นที่จบการศึกษาตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๕ ซึ่งมีสถานภาพเป็นลูกจ้างชั่วคราว ทั้งนี้ในปัจจุบันกลุ่มทันตาภิบาลยังคงประสบปัญหาขาดแคลนในด้านจำนวน ซึ่งต้องเน้นการเพิ่มจำนวนให้เพียงพอและพัฒนาศักยภาพในบทบาทการส่งเสริมป้องกันและการทำงานเชิงรุกให้สอดคล้องกับบริการระดับปฐมภูมิ

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

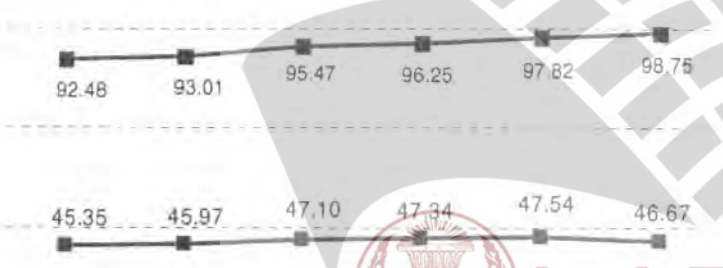
จากการศึกษาการคาดการณ์กำลังคนด้านทันตสาธารณสุขระยะ ๑๐ ปี (พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๖๐) ซึ่งเป็นการศึกษาจำนวนความต้องการทันตบุคลากรในปี ๒๕๖๐ ด้านอุปสงค์ใช้ทั้ง ๔ วิธีในการคำนวณ คือ Health Needs Method, Health Demand Method, Service Targets Method และ Population Ratio method พบว่าวิธี Service Targets Method เหมาะสมที่สุด ต้องการทันตแพทย์จำนวน ๑๗,๙๙๙ คน ทันตาภิบาลจำนวน ๘,๒๙๘ คน เมื่อเทียบกับอุปทานคือกำลังการผลิตและอัตราการสูญเสีย หากไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ และมีเพียงปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงคือจำนวนประชากรแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องเพิ่มการผลิตทันตแพทย์ แต่ต้องคำนึงถึงการกระจายเพื่อให้บริการครอบคลุมทั่วประเทศ ส่วนทันตาภิบาลต้องมีการเพิ่มการผลิตอีก ๒,๓๖๓ คน

๗. สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการ

ข้อมูลการศึกษาและรายงานวิจัยส่วนใหญ่พบว่า ภายหลังจากที่รัฐบาลได้ประกาศใช้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนมารับบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐเพิ่มสูงขึ้น ขณะที่กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปากมีแนวโน้มผลงานให้บริการที่ลดลงโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก ขณะเดียวกันการจัดบริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) พบสัดส่วนที่ไม่มีบริการทันตกรรมเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ ๔๔ ในปี ๒๕๔๕ เป็นร้อยละ ๖๔ ในปี ๒๕๔๙ แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่ต้องเร่งรัดการขยายบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ ให้ครบคลุมมากขึ้น ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

ในขณะที่ประชาชนไทยจะมีสิทธิรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมเพิ่มสูงขึ้น อัตราการมีหลักประกันสุขภาพปี ๒๕๕๐ เท่ากับร้อยละ ๙๙ (ภาพที่ ๗) กลุ่มผู้มีประกันตนตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยากจนและอยู่ในพื้นที่ชนบท พบว่ามีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งควรเข้าถึงบริการเพื่อการส่งเสริมป้องกันมากที่สุด กลับพบอัตราใช้บริการเพียงร้อยละ ๒ เท่านั้น (ภาพที่ ๘)

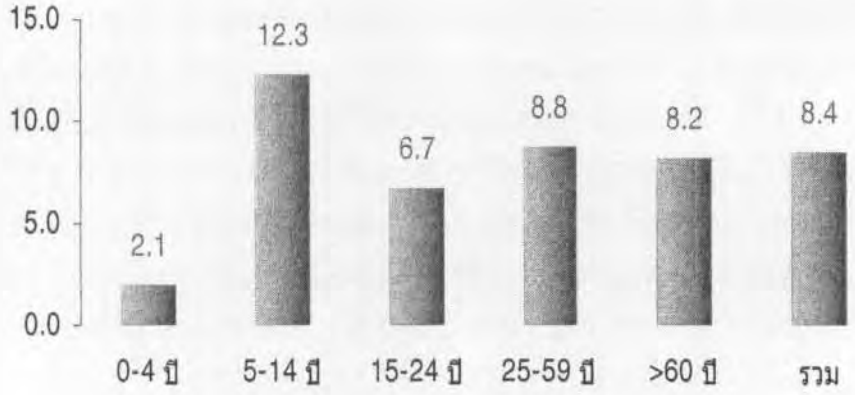
ภาพที่ ๗ อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน



	ปี 2545	ปี 2546	ปี 2547	ปี 2548	ปี 2549	ปี 2550
ลงทะเบียน (ลค.)	45.35	45.97	47.10	47.34	47.54	46.67
ครอบคลุม (%)	92.48	93.01	95.47	96.25	97.82	98.75

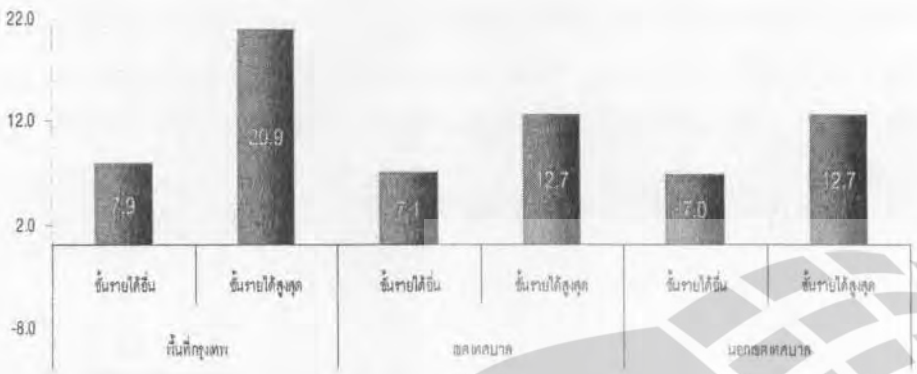
LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

ภาพที่ ๘ อัตราใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย พ.ศ.๒๕๕๐ จำแนกตามกลุ่มอายุ



การวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก จากข้อมูลผลการสำรวจของสำนักสถิติแห่งชาติปี ๒๕๕๐ โดยการจัดกลุ่มตัวอย่างตามปัจจัยพื้นที่และชั้นรายได้แบ่งเป็น ๖ กลุ่ม พบว่ากลุ่มรายได้สูงสุด (กลุ่มฐานะดี) ในพื้นที่กรุงเทพมหานครใช้บริการทันตกรรมสูงสุดถึงร้อยละ ๒๐.๙ ขณะที่กลุ่มที่ใช้อัตราบริการต่ำสุดคือกลุ่มชั้นรายได้อื่น ๆ (กลุ่มฐานะไม่ดี) ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ใช้บริการเพียงร้อยละ ๗ (ภาพที่ ๙)

ภาพที่ ๙ อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย พ.ศ.๒๕๕๐ จำแนกตามพื้นที่และชั้นรายได้ครอบครัวต่อเดือน



การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๐ พบว่าทั้งกลุ่มฐานะดีและไม่ดีในกรุงเทพและกลุ่มฐานะดีในส่วนภูมิภาค ส่วนใหญ่ใช้บริการที่คลินิกทันตกรรมเอกชน โดยเป็นการใช้บริการที่จ่ายเงินค่ารักษาเอง ถือได้ว่าคลินิกทันตกรรมเอกชนเป็นหน่วยบริการที่สำคัญทั้งในพื้นที่เขตเมืองและชุมชนหนาแน่น ที่ควรพยายามพัฒนาสร้างความร่วมมือในการจัดบริการร่วมระหว่างรัฐกับเอกชน โดยเฉพาะงานบริการส่งเสริมและป้องกันและบริการทันตกรรมพื้นฐาน โดยคำนึงถึงเงื่อนไขที่เอกชนสามารถเข้าร่วมโครงการ

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๘. ผลกระทบปัญหาด้านข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพทันตแพทย์ของอาเซียน

จากแนวโน้มสถานการณ์ด้านความต้องการใช้บริการด้านทันตกรรมที่มีคุณภาพดีและความจำเป็นในการใช้เทคโนโลยีทางทันตกรรมของไทย ในสถานการณ์ที่เห็นในปัจจุบันของประเทศภายใต้กรอบการค้าเสรี (Free Trade Arae: FTA) และกระแสโลกาภิวัตน์ในโลกไร้พรหมแดนของระบบทุนนิยมอาจทำนายในเชิงผลลบที่จะเกิดขึ้นว่ามีปัจจัยหลายประการที่ส่งเสริมให้มีการใช้เทคโนโลยีทางทันตกรรมที่ทันสมัยมากขึ้นทั้งในแง่ปริมาณการใช้ จำนวน และความหลากหลายส่งผลให้การพึ่งพาเทคโนโลยีต่างประเทศมากขึ้นในอนาคต

๘.๑ กรอบการค้าเสรี (FTA) กับการบริการทันตกรรม

รองศาสตราจารย์ทันตแพทย์ทองนารถ คำใจ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกรอบการค้าเสรี กับ การบริการทันตกรรม ซึ่ง สืบเนื่องจากประเทศไทยเป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลก (World Trade Organization : WTO) ซึ่งมีสมาชิกมากกว่า ๑๔๙ ประเทศ (ประเทศไทยเป็นสมาชิกลำดับที่ ๕๙) โดยมีข้อตกลงกับประเทศสมาชิก ๓ กลุ่ม ซึ่งประเทศไทยอยู่ในกลุ่มที่ ๒ ข้อตกลงการค้าบริการ (GATS) โดยมีวิธีการในเรื่องการดำเนินการเปิดเสรีในลักษณะของ Modes of Supply ซึ่งประกอบด้วย ๔ Modes โดยผู้บริโภคกับผู้ให้บริการเป็นตัวตั้ง ประกอบด้วยลักษณะการให้บริการแบบผ่านสื่ออิเลคทรอนิสก์ ลักษณะผู้บริโภคข้าประเทศตนไปใช้บริการในประเทศอื่น ลักษณะตั้งหน่วยธุรกิจข้ามประเทศ และ ลักษณะของการเคลื่อนย้ายของบุคคลที่เป็นสมาชิกวิชาชีพ และจากการจัดทำข้อตกลงร่วมในระดับภูมิภาค (Mutual Recognition Agreements - MRA) คือ การจัดทำความตกลงยอมรับร่วม ซึ่งในกรอบการเจรจาบริการได้มีการจัดทำความตกลงยอมรับคุณสมบัติร่วมของผู้ให้บริการวิชาชีพ โดยในสาขาสุขภาพได้มีการจัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกัน ได้แก่ สาขาพยาบาล (MRA on Nursing Services) สาขาแพทย์ (MRA on Medical Practitioners) และสาขาทันตแพทย์ (MRA on Dental Practitioners)

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมาเกี่ยวกับความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทันตแพทย์ภายใต้ข้อตกลง FTA และ MRA (Mutual Recognition Agreements)

MRA กับ งานทันตสาธารณสุข และระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

หากเทียบการกระจายรายได้ของประเทศไทย (รายได้ต่อครัวเรือน) กับ ประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคอาเซียน จะพบว่าประเทศสิงคโปร์ ประเทศบรูไน มีรายได้ต่อหัวประชากรในระดับที่สูง

ในส่วนของอาเซียนกับจำนวนประชากร (ประชาคมอาเซียน) จะเห็นได้ว่าประชากร ๔๐๐-๕๐๐ ล้านคน มาจาก ๔ ประเทศหลัก ได้แก่ ไทย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม ซึ่งเป็นประเทศที่มีรายได้ในระดับกลาง ดังนั้นพอประมวลสรุปได้ว่า หากกรณีซึ่งเมื่อเกิด MRA จะมีปัญหากับไทย ๒ ด้าน คือ เรื่องเกี่ยวกับประเทศไทยและเรื่องเกี่ยวกับต่างประเทศในภูมิภาค ที่จะมีการแย่งการใช้บริการด้านทันตแพทย์เกิดการเคลื่อนย้ายของทันตแพทย์ไปสู่พื้นที่ที่ต้องการใช้บริการมากและรายได้ดี

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๘.๓ ผลกระทบของ Medical Hub ต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

ยุครัฐบาล พ.ต.ท.ทักษิน ชินวัตร ได้ประกาศนโยบายที่จะทำให้ประเทศไทยก้าวสู่การเป็น World Health Services Center โดยเริ่มจากการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย และได้จัดสรรงบประมาณกว่า ๒,๖๐๐ ล้านบาท มีระยะเวลาดำเนินการ ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๔๗-๒๕๕๑) พัฒนาจุดขายบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ๓ ด้าน คือ

๑) เน้นความเป็นเลิศในการบริการทางการแพทย์

๒) มีธุรกิจสปา บริการนวดแผนไทย และท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

๓) ธุรกิจผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร

ผนวกกับข้อตกลง FTA และ MRA ที่ทำให้เกิดการเข้ามาใช้บริการของชาวต่างชาติที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีและต้องการได้บริการที่ดีราคาถูก ทำให้นโยบายดังกล่าว ได้ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพช่องปากต่อประชาชนไทยที่พบ คือ ๑) การต้องรอหรือเข้าคิวในการรักษาพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เพราะมีจำนวนคนรับบริการที่เพิ่มขึ้น ๒) การเข้าไม่ถึงบริการในกลุ่มโรคที่ไม่มีความเร่งด่วน โดยอ้างเหตุผลบุคลากรไม่เพียงพอ เช่น สัดส่วนจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการในระบบอาจจะน้อยลง เพราะต้องให้บริการชาวต่างชาติเพิ่มขึ้น และ ๓) การบริการที่มีสองมาตรฐานในการรักษาพยาบาลทั้งปัญหาการตรวจหรือการใช้เทคโนโลยีที่มากเกินความเป็นจริง ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหางบประมาณด้านสุขภาพ และทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพเป็นบริการชั้นสองมากขึ้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาถึงผลกระทบต่อบริการและกำลังคนที่ชัดเจนเพื่อพัฒนามาตรการลดผลกระทบดังกล่าว

คณะอนุกรรมาธิการฯ ได้เล็งเห็นความสำคัญของสถานการณ์ของโลกเกี่ยวกับระบบเศรษฐกิจทุนนิยมซึ่งมีเขตการค้าเสรี (FTA) และ การจัดทำข้อตกลงร่วมในระดับภูมิภาค (MRA) โดยได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ ดังนี้

- ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในเชิงกฎหมายและในเชิงข้อตกลงระหว่างประเทศกับอาเซียนที่จะมีผลกระทบต่อวิชาชีพทันตแพทย์ในอนาคตข้างหน้า เช่น การขาดแคลนบุคลากรในภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการสาธารณสุข และการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ประเด็นค่าใช้จ่ายทางทันตสุขภาพในบริการด้านต่าง ๆ ที่กระทบต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐและค่าใช้จ่ายครัวเรือน เป็นต้น

- ความรับรู้ของสมาชิก การมีส่วนร่วมของสมาชิก การตัดสินใจที่จะไปลงนามที่เกี่ยวเนื่องในภูมิภาค และการประเมินเป้าหมายและผลกระทบโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทุกภาคส่วนกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในภูมิภาค

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

บทที่ ๒
การสัมมนาและรับฟังความคิดเห็น
"การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน"

๑. ความเป็นมา

สืบเนื่องจากสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการด้านทันตสาธารณสุข ภายหลังจากการประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ประชาชนมารับบริการเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพประชาชนด้านสุขภาพช่องปากจากข้อมูลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติทุก ๕ ปี พบว่ากลุ่มเด็กจะเป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนมมีแนวโน้มสูงมากขึ้น ข้อมูลปี ๒๕๕๐ พบว่ากลุ่มเด็กอายุ ๓ ปี มีปัญหาฟันน้ำนมผุร้อยละ ๖๑.๔ และ กลุ่มอายุ ๑๒ ปีมีปัญหาฟันผุร้อยละ ๕๖.๘ และส่วนใหญ่จะเป็นเด็กในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง ซึ่งกลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจจะมีความสนใจตรวจรักษาฟัน ร้อยละ ๒๐.๙ ขณะที่กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่าทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลใช้บริการทันตกรรมเพียงร้อยละ ๗ รวมทั้งคลีนิกเอกชนส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในเมืองเพราะประชาชนมีความต้องการสูงและมีกำลังทรัพย์เพียงพอในการซื้อบริการอย่างสม่ำเสมอ สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีฐานะยากจน

กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรัฐที่เป็นกลไกหลักสำคัญอันมีโครงสร้าง ๒ แบบ คือ ๑) ระดับสูง ที่มีการบริการจากเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมถึงการใช้ความรู้ความสามารถ เช่น การมีโรงพยาบาลบนทางด่วน และบริเวณสนามบิน และ ๒) ระดับรอง เช่น การประกันสังคม การให้บริการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาระบบทันตสาธารณสุขโดยได้มีการศึกษากระบวนการจัดตั้งระบบทันตสาธารณสุข รวมถึงการเตรียมความพร้อมอย่างสอดคล้องและเหมาะสมที่จะเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ในอนาคต แต่ทั้งนี้เนื่องจากโครงสร้างด้านบุคลากรของกระทรวงเหมือนกับโรงพยาบาลที่มีโครงสร้างใหญ่ และมีหน่วยงานที่เคยอยู่ภายใต้กระทรวงฯ แต่ได้ปรับเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชน เช่น สถานบริการสุขภาพ สำนักงานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และหน่วยงานในกำกับ (APO) เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันพระบรมราชชนก รวมถึงองค์การเภสัชกรรม จึงทำให้งานด้านโครงสร้างยังคงเป็นปัญหาอยู่เช่นเดิม คือ มีความต้องการมีมากกว่าการผลิต

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการระดมความร่วมมือของเครือข่ายวิชาชีพเพื่อการจัดทำข้อเสนอพัฒนาความร่วมมือในการจัดบริการร่วมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะงานบริการส่งเสริม ป้องกัน และบริการทันตกรรมพื้นฐาน ซึ่ง คณะกรรมาธิการสาธารณสุข ร่วมกับ คณะอนุกรรมาธิการติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน จึงได้กำหนดจัดโครงการสัมมนาและรับฟังความคิดเห็นเรื่อง "การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน" ซึ่งเป็นจัดการประชุมรูปแบบใหม่ที่เน้นการ

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

รวบรวมความเป็นมาของการดำเนินงานของคณะอนุกรรมาธิการติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ อนึ่ง จากการประชุมที่ผ่านมาได้รับความร่วมมือจากทุกวิชาชีพเป็นอย่างดียิ่ง ทั้งในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่มีบทบาทและอำนาจหน้าที่ในการดูแลประชาชนเป็นหลัก

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ เพื่อทราบสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ด้านการส่งเสริมการป้องกัน การรักษาการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากของประชาชน

๒.๒ เพื่อแลกเปลี่ยน รวบรวม และรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ความรู้เพื่อการจัดทำข้อเสนอการขยายบริการสุขภาพช่องปากต่อไป

๓. การอภิปรายหัวข้อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน

ในการสัมมนาครั้งนี้ได้ ได้แบ่งประเด็นการอภิปรายเป็น ๓ หัวข้อได้แก่

๓.๑ สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปาก ผลกระทบและข้อเสนอการพัฒนาการเข้าถึงบริการ โดย ทันตแพทย์หญิงสุณี วงศ์คงคาเทพ และทันตแพทย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี

๓.๒ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐ โดยทันตแพทย์สมศักดิ์ ชยาวิวัฒนาวงศ์ และทันตแพทย์หญิงบุษบา ภู่วัฒนา

๓.๓ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐร่วมเอกชน โดย ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ และทันตแพทย์ ดร.วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์

รายละเอียดการอภิปราย มีดังนี้

๓.๑ “สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปาก ผลกระทบ และข้อเสนอการพัฒนาการเข้าถึงบริการ” นำเสนอโดยทันตแพทย์หญิงสุณี วงศ์คงคาเทพ และทันตแพทย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี

๓.๑.๑ สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปากในทั้งประเทศและต่างประเทศ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก ปี ๒๐๐๒ พบว่าสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพของประชาชนต้องคำนึงถึงระบบสุขภาพ และ การให้บริการสุขภาพช่องปาก (เช่น Availability , การป้องกัน or curative , การรวบศูนย์/การกระจายบริการ , การบูรณาการบริการสุขภาพพื้นฐาน ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสังคมวัฒนธรรม (การศึกษา อาชีพ ชาติพันธุ์ วิถีชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม) และ ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม (น้ำดื่ม ความสะอาด ธาตุอาหาร)

สถานการณ์ทางระบาดวิทยาสุขภาพช่องปากของไทย ในภาพรวมค่อนข้างคงที่ โดยจากกราฟค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของเด็กอายุ ๑๒ ปี และร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปีที่มีฟันแท้ผุ จำแนกตามปีสำรวจ คือ ปี พ.ศ.๒๕๒๗,พ.ศ.๒๕๓๒,พ.ศ.๒๕๓๗,พ.ศ.๒๕๔๔ ,พ.ศ.๒๕๕๐ ซึ่งเด็กอายุ ๑๒ ปีในกรุงเทพฯ มีแนวโน้มของฟันผุ ถอน อุด และมีฟันแท้ผุลดลง ซึ่งตรงข้ามกับ

Legislative Institutional Repository of Thailand

เด็กอายุ ๑๒ ปี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และด้านอื่นๆ เช่น ในด้านเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการปัจจุบัน ค่ารักษาพยาบาล การขาดงาน และขาดเรียน ผลกระทบด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาสุขภาพโดยรวม และคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถจำแนกรายละเอียดได้ดังนี้

๑) ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ จากสุขภาพช่องปาก คือ รายจ่ายบริการ โดยในปี ๒๕๔๓ ภาครัฐมีรายจ่ายบริการ ๒.๖๘ พันล้านบาท และภาคครัวเรือน ๑.๓๙ พันล้านบาท การเสียเวลาทำงานซึ่งยังไม่มีการสำรวจในประเทศไทย ข้อมูลจากต่างประเทศ คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศรัสเซีย โดยในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการสำรวจผู้ที่ขาดงานประมาณ ๑.๔๘ ชั่วโมงต่อคนต่อปี และในประเทศรัสเซียมีผู้ขาดงานเฉลี่ย ๑.๗ ชั่วโมงต่อคนต่อปี ส่งผลให้สูญเสียประมาณ ๑.๗๖ – ๒.๐๕ พันล้านบาท และเมื่อต้องพาเด็กไปรักษาก็เกิดการเสียเวลาทำงานถึงร้อยละ ๒๐ ในผู้ดูแลเด็ก และร้อยละ ๑๒ ในส่วนของผู้ปกครอง และการเสียเวลาเรียน โดยเด็กไทยอายุ ๑๐-๑๕ ปีมีจำนวน ๕.๘ ล้านคน มีการขาดเรียน ๒.๕๒ ล้านชั่วโมง โดยค่าใช้จ่ายกับความรุนแรงของโรคแยกออกเป็น การบูรณะฟันโดยการอุดฟัน ๓๕๐ บาทขึ้นไป การถอนฟัน ๓๕๐ บาทขึ้นไป การรักษารากฟัน ๑,๐๐๐-๓,๐๐๐ บาทขึ้นไป การใส่ฟันปลอม ๑,๐๐๐ บาทขึ้นไป และการครอบฟัน ๔,๐๐๐ บาทขึ้นไป (เป็นตัวเลขขั้นต่ำ)

๒) ผลกระทบต่อสุขภาพทั่วไป จากสุขภาพช่องปาก คือ ประเภทอาหาร การรับแหล่งเชื้อสู่ร่างกาย ซึ่งส่งผลให้น้ำหนักน้อย ส่วนสูงน้อย น้ำหนักเกิน การทรงตัว ประสาทหู การได้ยิน และ Infectious Endocarditis

๓) ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และครอบครัว คือ ความเจ็บปวด การบดเคี้ยว การออกเสียง ความสวยงาม เช่น เด็กร้องไห้งอแง กินอาหารได้น้อย เคี้ยวอาหารไม่ได้ อารมณ์หงุดหงิด ปากเหม็นและกลิ่นปากแรง นอนหลับๆตื่นๆ เล่นน้อยลง ไม่ร่าเริง มีความขัดแย้งทางจิตใจ ไม่มั่นใจในการเข้าสังคม รวมถึงด้านบุคลิกภาพ

๓.๑.๒ ข้อมูลผลการวิจัยสนับสนุน (เรียงลำดับตามปีพ.ศ.จากอดีต-ปัจจุบัน)

พ.ศ. ๒๕๔๔ – ๒๕๔๖ การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ ได้รายงานในทิศทางเดียวกันว่า ภายหลังจากที่รัฐบาลได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า บริการสุขภาพช่องปากภาครัฐมีผู้รับบริการเพิ่มสูงขึ้นแต่กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปากมีแนวโน้มผลงานให้บริการที่ลดลง

พ.ศ. ๒๕๔๕ ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์ และคณะ ศึกษาการบริการทันตกรรม ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน ๘ จังหวัด พบว่า มีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๕-๒๐ ระยะเวลาในการรอรับบริการยาวประมาณ ๘ เดือนถึง ๒ ปี งานบริการรักษาที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ การใส่ฟัน ส่วนชนิดกิจกรรม PP ไม่เปลี่ยน แต่ผลงานลดลง รูปแบบการจัดบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นสถานีอนามัย คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตาภิบาลประจำที่ใกล้โรงพยาบาล มีหน่วยจากโรงพยาบาลหมุนเวียนไปให้บริการ และศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไกลโรงพยาบาลไม่มีบริการ

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

พ.ศ. ๒๕๔๖ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ ได้ประเมินผลการจัดกิจกรรมสำหรับแม่และเด็ก ของสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ได้รับการตรวจฟันร้อยละ ๒๖.๙ ในจำนวนนี้มีผู้ปกครองที่ได้รับการฝึกแปรงฟันร้อยละ ๒๐.๒ และเด็กได้รับบริการทันตกรรมป้องกันเพียงร้อยละ ๓.๘ แสดงให้เห็นว่า แม้มีการระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุมและชัดเจน แต่ไม่ได้สร้างหลักประกันว่าเด็กจะได้รับบริการการส่งเสริมป้องกันตามสิทธิที่ระบุ ซึ่งขึ้นอยู่กับระบบการบริหารจัดการด้วย

พ.ศ. ๒๕๔๗ สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ ได้ประเมินผลลัพธ์การให้บริการ PP ในศูนย์สุขภาพชุมชน ๒๘ แห่ง ร้อยละ ๗๐ ของรายการให้บริการ เป็นการตรวจและให้ทันตสุขศึกษา ไม่พบบริการทันตกรรมป้องกันในเด็กปฐมวัย มีการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กประถมศึกษาร้อยละ ๓๓.๓ ของศูนย์สุขภาพชุมชน และแนวโน้มการบริการส่งเสริมป้องกันมีทิศทางลดลง

พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ใช้ฐานข้อมูลจากการสำรวจอนามัยสวัสดิการ (สอส.) และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (สคส.) พ.ศ. ๒๕๕๐ เก็บข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยการเลือกตัวแทนครัวเรือนไทยทั้งประเทศตามระเบียบวิธีการสำรวจ แบบแผนการสุ่มตัวอย่างเป็นชั้น ๒ ขั้นตอน คือ มีจังหวัดเป็นชั้นลำดับ รวมทั้งสิ้น ๗๖ ลำดับชั้น ในแต่ละลำดับชั้น ได้แบ่งออกเป็น ๒ ชั้นย่อยตามเขตการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ส่วนการเลือกตัวอย่างขั้นที่ ๒ ได้เลือกครัวเรือนตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้น ในบัญชีรายชื่อครัวเรือนซึ่งได้จากการนับจดในแต่ละชุมรุมอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยได้ขนาดตัวอย่างในเขตเทศบาลเลือก ๑๕ ครัวเรือน ตัวอย่างชุมรุมอาคาร ส่วนนอกเขตเทศบาลเลือก ๑๒ ครัวเรือนตัวอย่างต่อหมู่บ้าน สรุปข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลระดับบุคคล ๖๙,๖๗๙ คน ใน ๒๕,๙๗๔ ครัวเรือน

การมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๐ มีอัตราร้อยละ ๗๖.๓ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า ประชาชนไทยมีสิทธิ ๓๐ บาทสูงสุดคิดเป็นร้อยละ ๗๓.๖ โดยกลุ่มเด็กประถมศึกษามีสิทธิ ๓๐ บาทสูงสุดร้อยละ ๘๘ และต่ำสุดในกลุ่มวัยทำงานพบร้อยละ ๖๗ การจำแนกตามพื้นที่พบว่า นอกเขตเทศบาลมีสิทธิ ๓๐ บาทในสัดส่วนสูงสุดร้อยละ ๘๑.๖ และต่ำสุดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

๓.๒ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐ นำเสนอโดยทันตแพทย์สมศักดิ์ ชยาวิวัฒนาวงศ์ และทันตแพทย์หญิงบุษบา ภู่วัฒนา

๓.๒.๑ การจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐ “การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน” เพื่อรองรับงานบริการทันตกรรมในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

จากข้อมูลการบริการสุขภาพในจังหวัด คือ สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ เทศบาล กระทรวงกลาโหม และเอกชน มีแนวทางการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมแบ่งออกเป็นการส่งเสริมป้องกันและการรักษา คือ โรงพยาบาลชุมชน มีการส่งเสริม

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

ป้องกันร้อยละ ๕๐ และการรักษา ร้อยละ ๕๐ โรงพยาบาลท้องถิ่นและโรงพยาบาลศูนย์ มีการส่งเสริมป้องกันร้อยละ ๒๕ และการรักษาร้อยละ ๗๕ ซึ่งการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของหน่วยงานและการเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการสุขภาพ เช่น การจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ให้มีจำนวนที่เป็นสัดส่วนต่อประชากรให้ได้ตามเกณฑ์การจัดบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เป็นไปตามเกณฑ์ซึ่งการจัดบริการสุขภาพช่องปากก็เป็นบริการสาธารณสุขสาขาหนึ่งที่ต้องปรับระบบการจัดบริการให้เป็นไปตามเกณฑ์ การจัดระบบบริการทันตกรรมเพื่อรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้มีการวางแผนเพื่อให้การดำเนินการจัดระบบบริการทันตกรรมได้ตามเกณฑ์ เช่น การวางแผนพัฒนาด้านทันตบุคลากร มีการวางแผนการบริหารจัดการเรื่องการใช้เครื่องมือให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ได้จัดให้มีศูนย์ทันตกรรมชุมชนกระจายตัวในเขตอำเภอเมืองให้เหมาะสม สะดวกต่อการเข้ารับบริการของผู้มารับบริการ การวางแผนจัดระบบบริการทันตกรรมในระดับ PCU เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจะรับผิดชอบเรื่องการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โครงการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การเคลือบหลุมร่องฟันส่วนกรณีการรักษาที่ยากให้ส่งต่อมายังศูนย์ทันตกรรมชุมชนที่รับผิดชอบพื้นที่นั้น การจัดระบบบริหารจัดการมีการแยกภารกิจปฐมภูมิ และภารกิจตติยภูมิออกจากกันและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

๓.๒.๒ นวัตกรรมการจัดบริการทันตสาธารณสุขแบบเครือข่ายทางทันตสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่

ประชาชนอำเภออ่าวลึกมีทั้งหมด ๕๐,๗๓๔ คน มีหน่วยให้บริการทางทันตสาธารณสุขที่เป็นหลักเพียงแห่งเดียว คือ โรงพยาบาลอ่าวลึก มีทันตบุคลากรให้บริการทั้งหมด ๘ คน(ทันตแพทย์ ๒ คน ทันตาภิบาล ๔ คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ ๒ คน) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การจัดบริการทันตสาธารณสุขของอำเภออ่าวลึกไม่ครอบคลุมทั้งพื้นที่และประชาชนการเข้าถึงบริการของประชาชนจึงเป็นไปได้ยาก ประชาชนจึงยังมีปัญหาทางทันตสุขภาพร้อยละ ๗๐ เนื่องจากจำนวนทันตบุคลากรไม่เพียงพอส่งผลให้ไม่สามารถจัดบริการแก่ประชาชนได้ครบทุกคนที่มาขอรับบริการและมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรอคิวจำนวนมากในแต่ละปี ประชาชนไม่พอใจต่อการจัดบริการและมีการร้องเรียนอย่างต่อเนื่อง จะเห็นว่าหากขาดการบูรณาการทั้งส่วนบริหารและบริการงานทันตสาธารณสุขในอำเภออ่าวลึก ปัญหาทางด้านทันตสาธารณสุขก็ไม่อาจแก้ไขได้ จึงมีการจัดให้มีบริการทันตสาธารณสุขแบบเครือข่ายทันตสุขภาพขึ้นในทุกศูนย์สุขภาพชุมชน มีกระบวนการดำเนินงานเป็นการรวมตัวระหว่างโรงพยาบาลกับสาธารณสุขอำเภอปรับสู่องค์กรใหม่ที่มีพันธะสัญญามุ่งมั่นร่วมกันเพื่อสร้างความอยู่รอดร่วมกัน ดังนี้

๑) หนึ่งองค์กร (One Organization) คือ การรวมหน่วยบริการทันตสาธารณสุขทั้ง ๒ แห่งเป็นเครือข่ายบริการทันตสาธารณสุขอำเภออ่าวลึก เพื่อให้มีหนึ่งระบบงานสำหรับพื้นที่ที่จะดูแลทันตสุขภาพประชาชนทั้งหมด

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๒) หนึ่งระบบบริหาร (One Administration) คือ การปรับโครงสร้างบริหารใหม่ที่มีอำนาจ ควบคุม กำกับทั้งโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ไปสู่ระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิในภาพเครือข่ายเดียว

๓) กลุ่มทันตบุคลากรเดียว (One Group of Personnel) คือ การรวมเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรทั้งอำเภอ จากโรงพยาบาลและสถานีอนามัยเป็นทีมเดียวกัน

๔) ระบบคลังและการเงินเดียว (One Economy) คือ ใช้งบประมาณเดียวกันในการพัฒนางานทันตสาธารณสุขเครือข่าย เพื่อให้เกิดการจัดสรรเงินที่ยุติธรรมและทุกระบบมีการพัฒนาไปพร้อมกัน

โดยหลังจากรับนโยบายการบริหารจัดการแบบเครือข่าย มีการประชุมทีมงานเพื่อวางแผนการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือจากหัวหน้าในทุกศูนย์สุขภาพชุมชน มีการแบ่งศูนย์สุขภาพชุมชนให้ทันตบุคลากรรับผิดชอบ ฝึกทักษะทันตบุคลากรให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน และออกปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนตามแผนที่กำหนด การจัดบริการมีการบูรณาการงานทันตสาธารณสุขทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูในทุกกลุ่มอายุทั้ง ๑๐ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ซึ่งหลังจากมีการดำเนินงานสามารถจัดบริการทันตสาธารณสุขได้ทั้ง ๑๐ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ซึ่งครอบคลุมทั้งพื้นที่และประชาชน เช่น

- กิจกรรม ANC และ WBC ตามโครงการสายใยรักแห่งครอบครัวหญิงมีครรภ์ทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เด็กอายุ ๑ ขวบครึ่งทุกคนได้รับการแจกแปรงสีฟันอันแรกของหนู เด็กอายุ ๐-๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชทุกคน

- รณรงค์ส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ครอบคลุมทุกแห่งทั้งอำเภอ โดยมีการตรวจฟันปีละ ๒ ครั้ง จัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และการลดการบริโภคอาหารหวาน

- การดำเนินงานทันตกรรมฟื้นฟู ในผู้สูงอายุตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน

ผลการจัดบริการทันตสาธารณสุขเครือข่ายในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภออ่าวลึก มีการจัดรูปแบบเป็นการจัดบริการทันตสาธารณสุขที่ครอบคลุมทั้งพื้นที่และประชาชน (Universal Coverage) มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารและบริการทางทันตสาธารณสุขจากระบบเดิมสู่ระบบใหม่ (Change Management) การบูรณาการทุกอย่างทั้งบริหารและบริการเพื่อปรับสู่รูปแบบการบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ที่สามารถจัดบริการได้ทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู (Integrated Management) และการดำเนินงานโดยมีเป้าหมายและตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์เครือข่าย (Result-Based Management) โดยจำนวนผู้ป่วยที่รอรับบริการลดลง ประชาชนและเจ้าหน้าที่เกิดความพึงพอใจ รวมถึงการเกิดเครือข่ายทันตสุขภาพในชุมชนเพิ่มขึ้น

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๓.๓ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐร่วมเอกชน นำเสนอโดย ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ และทันตแพทย์ ดร.วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา แบ่งออกเป็นหน่วยบริการประจำที่ไม่มีงานทันตกรรมและหน่วยบริการของภาครัฐที่มีบริการทันตกรรม มีหน่วยบริการเอกชนและเทศบาลที่เข้าร่วมโครงการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านพรุ คลินิกนายแพทย์เกรียงศักดิ์ฯ และมะกรูดคลินิกเวชกรรม โดยระบบการจ่ายเงินคนไข้ขอใบส่งตัวไปคลินิกและอื่นๆ และมีการรวบรวมคูปอง และ ใบปะหน้าสรุปยอดรายเดือน ส่งภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป ส่งไปที่หน่วยบริการประจำเพื่อตรวจสอบและอนุมัติจ่ายผ่านเช็คธนาคาร ทุกหน่วยร่วมบริการเรียกเก็บตามจริง ไม่มีการกำหนดราคากลางตามสัญญาครอบคลุมเฉพาะชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่มะกรูดพบว่ามีผู้ต้องการบริการมากเนื่องจากอยู่ใกล้ และในปัจจุบันมีผู้รอรับบริการอยู่ประมาณ ๑๗๕ คน และคลินิก ทันตกรรมต้องให้บริการผู้ป่วยทั่วไปด้วย จึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วย UC ได้ทั่วถึง และที่บ้านพรุยังมีค่าบริการในคลินิกเอกชนที่ราคาค่อนข้างสูง

การบริการทันตกรรมในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นโครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบผสมผสาน (๔ มิติ) ด้านทันตสาธารณสุข ที่เกิดจากปริมาณนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากสูงมาก กลุ่มทันตกรรมไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมและทั่วถึง รวมถึงเอกชนในเขตอำเภอเมืองหาดใหญ่มีจำนวนมาก มีบางช่วงเวลาที่มีคนไข้น้อยจึงน่าจะสามารถขยายการมีส่วนร่วมบริการกับภาครัฐได้ โดยงบประมาณ PP area-based ที่จังหวัดจัดสรรลงสู่หน่วยบริการประจำ (โรงพยาบาลหาดใหญ่) ในปี ๒๕๕๑ ในกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ และ ๓ ซึ่งชนิดงานบริการ คือ Molar sealant +PRR+Amalgam and composite filling กลไกการจ่ายเงินที่ต่างจากภาครัฐ คือ มีการกำหนด free schedule ซึ่งคณะทำงานจะแจ้งรายละเอียดแก่ผู้ประสงค์เข้าร่วมโครงการก่อนตัดสินใจพร้อมคืนค่าใช้จ่าย (Reimbursement) หลังจากให้บริการไปแล้วและรวบรวมหลักฐานส่งมาโรงพยาบาลทุกสิ้นเดือน หลังการตรวจสอบจะได้รับเงินผ่านการโอนเข้าบัญชีธนาคารภายใน ๑ เดือน

๔. การรับฟังความคิดเห็น "การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน"

ที่ประชุมได้รับทราบสถานการณ์การเข้าถึงบริการและรูปแบบการจัดการเพื่อการขยายบริการสุขภาพช่องปาก พร้อมทั้งได้แลกเปลี่ยน รวบรวม และรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ความรู้เพื่อการจัดทำข้อเสนอการขยายบริการสุขภาพช่องปาก โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอความเห็น และรวบรวมสรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ดังนี้

๔.๑ ด้านอัตรากำลังทันตแพทย์

๔.๑.๑ การเพิ่มจำนวนทันตบุคลากรเพื่อแก้ปัญหาการกระจายและขาดแคลน ควรเพิ่มตามสภาพความจำเป็นของแต่ละจังหวัด การจัดสรรทันตแพทย์ให้มีการกระจายกำลังคนตามการเข้าถึงบริการตามหลักภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

System : GIS) ยังมีความจำเป็น และควรดำเนินการอย่างจริงจัง ทั้งในระดับจังหวัด และระดับประเทศ

๔.๑.๒ สำหรับพื้นที่ขาดแคลนทันตแพทย์ควรเพิ่มมาตรการทั้งที่เป็นค่าตอบแทนพิเศษ และสิทธิพิเศษอื่นๆ เช่นสิทธิในการเข้ารับการศึกษาต่อในสาขาที่ต้องการ ระยะเวลาการปฏิบัติงานตามเงื่อนไขสัญญาที่สั้นกว่า ปรับเพิ่มค่าตอบแทนให้แตกต่างจากพื้นที่ปกติทั่วไป รวมทั้งควรปลูกฝังค่านิยมต่อวิชาชีพ ความรักประชาชนให้แก่ทันตแพทย์รุ่นใหม่ให้ทราบปัญหา และเข้าใจอย่างแท้จริง

๔.๑.๓ ให้มีการรับทันตแพทย์ โดยตรงจากจังหวัดที่ขาดแคลน และการให้โควตาพิเศษใน ๓ จังหวัดที่ชายแดนใต้

๔.๒ ด้านการจัดการศึกษาและการผลิตทันตแพทย์

๔.๒.๑ กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายที่ชัดเจนต่องานด้านบุคลากรทันตสาธารณสุข โดยเฉพาะอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อจำนวนประชาชนที่เหมาะสม โดยให้ทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ เข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เพื่อหาข้อยุติว่าในประเทศไทยควรมีอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชาชนจำนวนเท่าไร รวมทั้งควรมีสำนักงานหรือหน่วยงานดูแลอย่างชัดเจน

๔.๒.๒ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการต้องร่วมมือกันสนับสนุนให้มีการหาทุนให้กับนักศึกษาที่ยากจน ทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาควรได้รับคำแนะนำ และมหาวิทยาลัยควรมีการเปลี่ยนแปลงสัญญา เช่นให้ปรับระยะเวลาปฏิบัติราชการใช้ทุนเป็น ๒๐ ปี และเพิ่มค่าปรับเป็น ๑๐-๒๐ ล้านบาท ให้นักศึกษาทันตแพทย์ทุกคนได้รับทราบตั้งแต่เริ่มเข้าเรียน

๔.๒.๓ ทันตแพทยสภาควรมีการทบทวนบทบาทภารกิจของวิชาชีพโดยการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ และกำหนดบุคลากร ซึ่งไม่มีการปิดกั้นวิชาชีพซึ่งกันและกัน มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน

๔.๓ ด้านการพัฒนารูปแบบการให้บริการแก่ประชาชน

๔.๓.๑ การดำเนินงานควรเน้น “ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” และ ภาครัฐต้องมีการปรับโครงสร้างในการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยจัดตั้งศูนย์ทันตกรรมกระจายให้ทั่วเขตอำเภอปรับบทบาทของโรงพยาบาลศูนย์ ให้มุ่งเน้นการฝึกในเชิงลึกเป็นการเชื่อมต่อเพื่อไม่ให้เกิดช่องว่างในการดำเนินงาน รวมทั้งงานด้านการดูแลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ควรจัดสรรให้มีทันตาภิบาลประจำพื้นที่

๔.๓.๒ การพัฒนาด้านการคมนาคม ส่งผลให้สื่อและทุนนิยมหลักถูกกระตุ้นให้เกิดการใช้บริการเพิ่มขึ้น คือ การให้ผู้ป่วยมาใช้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนเพิ่มขึ้น รวมถึงการฟ้องร้อง กระบวนการในการระงับข้อพิพาทให้เบาบาง

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๔.๓.๓ การจัดระบบ UC ในพื้นที่ การเพิ่มกำลังการผลิต ทักษะ คุณภาพ ต้องพิจารณาในภาพรวม มีการวางระบบการเชื่อมต่อให้ดี รวมถึงการตีกรอบบุคคลที่เชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ระบบการรอรับบริการ ระบบการส่งต่อ (refer) ควรมีการเพิ่มหน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ (CUP) ต่างๆ และมีการสร้างความไว้วางใจกันที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๔.๓.๔ ควรมีสื่อสาร รณรงค์ เพื่อสร้างความเข้าใจด้านทันตสุขภาพแก่ประชาชนโดยเน้นการป้องกัน เช่น การออกสื่อ หนังสือพิมพ์ วิทยุ ในการประชาสัมพันธ์การดูแลสุขภาพช่องปากและการบริโภค ให้ประชาชนได้รับทราบสถานพยาบาลต้องมีความเข้าใจ และมีการสื่อสารที่ชัดเจน เนื่องจากปัญหาการเกิดฟันผุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยเด็ก ควรมีการป้องกันการเกิดฟันผุในวัยเด็กที่จะใช้ค่าใช้จ่ายไม่สูงมากกว่าการรักษาเมื่อเกิดปัญหาในอนาคต

๔.๓.๕ ควรพัฒนาคุณภาพการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ประชาชน มั่นใจในการเข้ารับบริการได้

๔.๔ ด้านการเพิ่มแรงจูงใจ

ปรับปรุงรายได้ ค่าตอบแทน และกลไกในระบบราชการ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

บทที่ ๓
สรุปและข้อเสนอแนะ

๑. สรุปผลการศึกษา

ปัญหาสุขภาพช่องปากได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายโดยเป็นช่องทางเข้าและมีความสัมพันธ์กับโรคทางกาย (Systemic disease) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตครอบครัว และเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจุบันสำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) ได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ (minimum benefit package) เพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากให้ประชาชนไทยได้เข้าถึงบริการทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟู แต่ไม่พอเพียงกับความต้องการของประชาชน

ดังนั้นหน่วยงานเกี่ยวกับวิชาชีพ หน่วยงานวิชาการ และคณะอนุกรรมาธิการติดตามการผลิตและการใช้ทันตบุคลากรทางทันตสุขภาพในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงได้ดำเนินการศึกษา สรุปวิเคราะห์ จัดทำเอกสารข้อเสนอ ***"สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปาก และข้อเสนอในการเข้าถึงบริการของประชาชนไทย"*** ดังนี้

๑.๑ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนและผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม

๑.๑.๑ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชน

ข้อมูลการสำรวจสุขภาพช่องปากประเทศไทย (ครั้งที่ ๖) พ.ศ.๒๕๔๙-๒๕๕๐ ได้สรุป สถานการณ์สุขภาพช่องปากของคนไทยตามกลุ่มอายุ พบว่าเด็กก่อนวัยเรียนอายุ ๓ ปี และ ๕ ปี และ เด็กวัยเรียนและเยาวชนกลุ่มอายุ ๑๒ ปี และ ๑๕ ปี มีสภาวะการเกิดโรคฟันผุค่อนข้างคงที่ กลุ่มวัยทำงาน สูญเสียฟันโดยเฉลี่ย ๓.๙๒ ซี่/คน และผู้สูงอายุเกือบทุกคน (ร้อยละ ๙๔.๐๔) มีการสูญเสียฟัน โดยเฉลี่ย ๑๓.๓๘ ซี่/คน ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญทางพฤติกรรมและสังคมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ ได้แก่พฤติกรรมการเลี้ยงดู การให้นมเด็กและพฤติกรรมทางทันตสุขภาพ <u>โดยเฉพาะครอบครัวที่รายได้ดีจะมีฟันผุน้อยกว่าครอบครัวยากจน</u> จากการศึกษาค่าขนมของเด็ก พบว่าเด็กใช้จ่ายเงินเพื่อซื้อขนม และของเล่นในวัยประถมศึกษา เฉลี่ยอยู่ที่ ๑๓ บาท/วัน และหากให้ค่าขนมเด็กวัยมัธยม เพิ่มเป็น ๒ เท่า จะพบว่าอำนาจการซื้อขนมของเด็ก และเยาวชนไทยมีถึง ๑๔๒,๓๕๗ ล้านบาทต่อปี

ในปี ๒๕๔๙ประเทศไทยได้พยายามรณรงค์การแก้ปัญหาทันตสุขภาพ เพราะการเติมน้ำตาลลงในอาหารมีผลให้ฟันผุเพิ่มขึ้น ความรุนแรงของการผุจะขึ้นอยู่กับความข้นเหนียวของน้ำตาล โดยน้ำตาลจะทำให้ฟันผุมากขึ้นถ้าบริโภคระหว่างมื้อ และมีลักษณะการบริโภคน้ำตาลแบบที่อมอยู่ในปากเป็นเวลานาน เช่น ทอฟฟี่ โดยโรคฟันผุในเด็กไทยมีแนวโน้มสูงมากขึ้นทั้งในชุมชนเมืองและชนบท การสูญเสียฟันไปก่อนกำหนดทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารจำพวกแป้ง น้ำตาล และไขมันมากขึ้นในขณะที่ได้รับใยอาหาร วิตามิน และ เกลือแร่น้อยลงทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน

Legislative Institutional Repository of Thailand

๑.๑.๒ ผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้สำรวจค่าใช้จ่ายตรงหรือค่ารักษาสำหรับการเข้ารับบริการทันตกรรมของคนไทย พ.ศ.๒๕๔๙ พบว่าผู้รับบริการทันตกรรมต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการ ถอนฟัน ๒๓๙ บาท (จำแนกเป็นระดับโรงพยาบาลชุมชน ๒๑ บาท คลินิกเอกชน ๘๕๑ บาท โรงพยาบาลเอกชน ๙๘๒ บาท) ขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาโรคปริทันต์ ๓๕๕ บาท อุดฟัน ๕๔๓ บาท และใส่ฟันเทียม ๓,๘๔๐ บาท ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจากโรคหรือความผิดปกติในช่องปากได้แก่ ความเจ็บปวด ปัญหาความสวยงามของฟัน และใบหน้า ความบกพร่องทางการรับประทานอาหาร การเคี้ยว การพูด ความไม่มั่นใจในการเข้าสังคม จะมีการพบปะทางสังคมน้อยลง หัวเราะน้อยลง เอามือปิดปากขณะหัวเราะ เป็นต้น

หากพิจารณาตามข้อมูลทะเบียนราษฎร์ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ กลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ ๑๐-๑๕ ปี มีจำนวนรวมทั้งสิ้น ๕.๘ ล้านคน ประมาณว่ามีการขาดเรียนจากการปวดฟันมากกว่า ๒.๔๙ แสนคน หรือขาดเรียนรวมกันมากกว่า ๖.๒๙ แสนวัน หากเด็กกลุ่มนี้ต้องมีผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหนึ่งคนต้องหยุดงานหนึ่งวันเพื่อพาตัวเด็กไปรับการรักษา คิดเป็นการขาดงาน ๒.๔๙ แสนคน/วันเช่นกัน โรคในช่องปากมีผลต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม ในระดับบุคคลโรคในช่องปากมีผลต่อการจ้างงาน ความก้าวหน้าในงาน และการถูกประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติงานต่ำกว่าศักยภาพจริง ครอบครัวอาจได้รับผลกระทบเมื่อมีคนในครอบครัวเจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้ หรือต้องเป็นภาระให้ผู้อื่นดูแลชุมชนได้รับผลกระทบจากการขาดงาน สังคมต้องรับภาระจากการสูญเสียผลผลิต มีรายงานว่าการขาดงานเนื่องจากโรคในช่องปากใกล้เคียงกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต และอื่นๆ

๑.๒ สถานการณ์ของทันตบุคลากร

๑.๒.๑ การผลิตบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข

ปี 2550 มีทันตแพทย์ในระบบบริการรวม 9,337 คน และกำลังเรียนในระบบที่จะจบภายในปี 2558 เท่ากับ 5,533 คน รวมจำนวนในระบบปี 2558 เท่ากับ 14,870 คน (การคาดประมาณกำลังคนทางทันตสาธารณสุข ปี 2539 ได้ประมาณความต้องการทันตแพทย์ปี 2558 เท่ากับ 13,218 คน)

จากสถานการณ์การผลิตและจำนวนที่มีอยู่จริงของบุคลากรทันตสาธารณสุข ทั้ง ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์ มีผลให้สัดส่วนสำหรับผู้ให้บริการทันตกรรม (ทันตแพทย์หรือทันตาภิบาล) ต่อผู้ช่วยทันตแพทย์ซึ่งขั้นต่ำที่สุดควรเป็น ๑:๑ แต่ในปี ๒๕๔๕ มีอัตราส่วนทันตแพทย์:ผู้ช่วย ใน รพศ./รพท. เท่ากับ ๑:๐.๙๒ ขณะที่ใน รพช. อัตราส่วนทันตแพทย์และทันตาภิบาล : ผู้ช่วย เท่ากับ ๑:๐.๒๘ ส่งผลให้เกิดความด้อยประสิทธิภาพในการให้บริการ และทำให้มีการใช้บุคลากรผิดหน้าที่ ตัวอย่างเช่น การใช้ทันตาภิบาลทำหน้าที่แทนผู้ช่วยทันตแพทย์ สถานการณ์นี้เป็นตัวบ่งชี้ความบกพร่อง ที่ชัดเจนในระบบบริหารงานบุคคลของระบบบริการสุขภาพช่องปากในกระทรวงสาธารณสุข

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๑.๒.๒ การกระจายของบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข

สถานการณ์การกระจายทันตาภิบาลประเทศไทย ระหว่างปี ๒๕๔๒–๒๕๔๙ พบว่าอำเภอที่มีทันตาภิบาลตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมสนับสนุนบริการ (๑:๑๐,๐๐๐ คน) มีเพียงร้อยละ ๒๓ แม้ว่าในภาพรวมสัดส่วนของทันตาภิบาลต่อประชากรในทุกภูมิภาคจะดีขึ้นเป็นลำดับจากร้อยละ ๑๕.๒ ในปี ๒๕๔๒ เป็นร้อยละ ๓๓.๔ ในปี ๒๕๔๙ เพิ่มขึ้นเพียง ๒.๒ เท่ากล่าวโดยสรุปปัญหาหลักในกลุ่มทันตแพทย์เป็นปัญหาการกระจายที่ยังไม่สมดุล ขณะที่ปัญหาในกลุ่มทันตาภิบาลเป็นปัญหาขาดแคลนในด้านจำนวนไม่เพียงพอ จึงมีความจำเป็นต้องเพิ่มการผลิตให้มากขึ้น

ปัญหาที่สำคัญของการเข้าถึงบริการทันตกรรม คือ การกระจายของทันตแพทย์ที่ไม่สมดุล โดยในปี ๒๕๕๐ มีทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในกรุงเทพมหานคร ถึงร้อยละ ๕๐ ของทันตแพทย์ทั้งหมด ซึ่งในกทม.มีสัดส่วน ทันตแพทย์อยู่ที่ ๑ ต่อ ๑,๒๐๓ คน ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ที่ ๑ ต่อ ๑๘,๕๔๐ คน ซึ่งแตกต่างกันถึง ๑๕ เท่า ปัญหาการกระจุกตัวของบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากการขาดโครงสร้างและกลไกการจัดการในการกำหนดทิศทางการจัดบริการสุขภาพช่องปาก เพราะมีการยุบกองสาธารณสุขภูมิภาคและกองโรงพยาบาลภูมิภาค ทำให้การจัดการในส่วนภูมิภาคหยุดชะงักลง รวมถึงการยุบฝ่ายทันตสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้การแก้ไขปัญหาในพื้นที่ไร้ทิศทาง

๑.๓ สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการ

๑.๓.๑ ผลกระทบปัญหาด้านข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพทันตแพทย์ของอาเซียน

กรอบการค้าเสรี (FTA) กับ การบริการทันตกรรม ประเทศไทยเป็นสมาชิกในองค์การอนามัยโลก ซึ่งมีกว่า ๑๔๙ ประเทศทั่วโลกโดยมีข้อตกลงกับประเทศสมาชิก ๓ กลุ่ม ซึ่งประเทศไทยอยู่ในกลุ่มที่ ๒ ข้อตกลงการค้าบริการ (GATS) โดยมีวิธีการในเรื่องการดำเนินการเปิดเสรีในลักษณะของ Modes of Supply ซึ่งประกอบด้วย ๔ Modes โดยผู้บริโภคกับผู้ให้บริการเป็นตัวตั้ง ประกอบด้วยลักษณะการให้บริการแบบผ่านสื่ออิเลคทรอนิกส์ ลักษณะผู้บริโภคเข้าประเทศตนไปใช้บริการในประเทศอื่น ลักษณะตั้งหน่วยธุรกิจข้ามประเทศ และ ลักษณะของการเคลื่อนย้ายของบุคคลที่เป็นสมาชิกวิชาชีพ และจาก<u>การจัดทำข้อตกลงร่วมในระดับภูมิภาค</u> (Mutual Recognition Agreements - MRA) คือ การจัดทำความตกลงยอมรับร่วม ซึ่งในกรอบการเจรจาบริการได้มีการจัดทำความตกลงยอมรับคุณสมบัติร่วมของผู้ให้บริการวิชาชีพ โดยในสาขาสุขภาพได้มีการจัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกัน ได้แก่ สาขาพยาบาล (MRA on Nursing Services) สาขาแพทย์ (MRA on Medical Practitioners) และสาขาทันตแพทย์ (MRA on Dental Practitioners)

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๑.๓.๒ แนวทางการดำเนินงานที่ผ่านมาเกี่ยวกับความตกลงระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทันตแพทย์ภายใต้ข้อตกลง FTA และ MRA (Mutual Recognition Agreements)

MRA กับ งานทันตสาธารณสุข และระบบสาธารณสุขของประเทศไทย หากเทียบการกระจายรายได้ของประเทศไทย (รายได้ต่อครัวเรือน) กับ ประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคอาเซียน จะพบว่าประเทศสิงคโปร์ ประเทศบรูไน มีรายได้ต่อหัวประชากรในระดับที่สูง

ในส่วนของอาเซียนกับจำนวนประชากร (ประชาคมอาเซียน) จะเห็นได้ว่าประชากร ๔๐๐-๕๐๐ ล้านคน มาจาก ๔ ประเทศหลัก ได้แก่ ไทย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และเวียดนาม ซึ่งเป็นประเทศที่มีรายได้ในระดับกลาง ดังนั้นพอประมวลสรุปได้ว่า หากกรณีซึ่งเมื่อเกิด MRA จะมีปัญหากับไทย ๒ ด้าน คือ เรื่องเกี่ยวกับประเทศไทยและเรื่องเกี่ยวกับต่างประเทศในภูมิภาค ที่จะมีการแย่งการใช้บริการด้านทันตแพทย์เกิดการเคลื่อนย้ายของทันตแพทย์ไปสู่พื้นที่ที่ต้องการใช้บริการมากและรายได้ดี

๑.๔ การประชุมสัมมนารับฟังความเห็น "การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน"

การประชุมสัมมนาฯ จัดขึ้นเมื่อวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒ มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษาการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากของประชาชน และเพื่อแลกเปลี่ยน รวบรวม และรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ความรู้ เพื่อการจัดทำข้อเสนอการขยายบริการสุขภาพช่องปากต่อไป ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น ๘๐ คน จากหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการด้านทันตสาธารณสุข

ในการประชุมประกอบด้วยหัวข้อการประชุม ๓ หัวข้อ ได้แก่ (๑) สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปาก ผลกระทบ และข้อเสนอการพัฒนาการเข้าถึงบริการ นำเสนอโดย ทันตแพทย์หญิงสุณี วงศ์คงคาเทพ และ ทันตแพทย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี (๒) รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐ นำเสนอโดย ทันตแพทย์สมศักดิ์ ชยาวิวัฒนาวงศ์ และทันตแพทย์หญิงบุษบา ภู่วัฒนา และ (๓) รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐร่วมเอกชน นำเสนอโดย ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ และทันตแพทย์ ดร.วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ ซึ่งได้รับความสนใจจากผู้เข้าร่วมประชุมโดยได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์สำหรับการดำเนินการของคณะผู้จัดการประชุม

ที่ประชุมได้รับทราบสถานการณ์การเข้าถึงบริการ และรูปแบบการจัดการ เพื่อการขยายบริการสุขภาพช่องปาก พร้อมทั้งได้แลกเปลี่ยน รวบรวม และรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ความรู้ เพื่อการจัดทำข้อเสนอการขยายบริการสุขภาพช่องปาก โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอความเห็น และรวบรวมสรุปเป็นประเด็นสำคัญ ๓ ประเด็น คือ

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๑. ด้านอัตรากำลังทันตแพทย์

- ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรในจังหวัดที่มีการขาดแคลน ควรเพิ่มตามสภาพความเป็นจริงของแต่ละจังหวัดหากจังหวัดใดขาดแคลนให้เพิ่มในจังหวัด

- ควรหาสิ่งจูงใจให้แก่บุคลากรด้านทันตสาธารณสุขในการทำงานในพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งควรปลูกฝังค่านิยมต่อวิชาชีพ ความรักประชาชนให้แก่ทันตแพทย์รุ่นใหม่ให้ทราบปัญหา และเข้าใจคนในพื้นที่อย่างแท้จริง

- ควรรับรับทันตแพทย์ โดยตรงจากจังหวัดที่ขาดแคลน และการให้โควตาพิเศษใน ๓ จังหวัดที่ชายแดนใต้ เน้นให้ความสำคัญกับการมีพี่เลี้ยงคอยดูแลทันตแพทย์บรรจุใหม่

๒. ด้านการจัดการศึกษาและการผลิตทันตแพทย์

- เพิ่มบุคลากรผู้สอนทันตแพทย์และเน้นคุณภาพของผู้สอนเป็นสำคัญ (ความรู้และประสบการณ์)

- กระทรวงสาธารณสุขควรมีนโยบายที่ชัดเจนต่องานด้านบุคลากรทันตสาธารณสุข และ มีสำนักงานหรือหน่วยประสานงานด้านทันตแพทย์อย่างชัดเจน

- กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการต้องร่วมมือกัน สนับสนุนให้มีการหาทุนให้กับนักศึกษาที่ยากจน

- สภาวิชาชีพควรมีการทบทวนบทบาทภารกิจของวิชาชีพ โดยการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ และกำหนดบุคลากร ซึ่งไม่มีการปิดกั้นวิชาชีพซึ่งกันและกัน มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน

๓. ด้านการพัฒนารูปแบบการให้บริการแก่ประชาชน

- การดำเนินงานควรเน้น “ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” และ ภาครัฐต้องมีการปรับโครงสร้างในการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยจัดตั้งศูนย์ทันตกรรมกระจายให้ทั่วเขตอำเภอ ปรับบทบาทของโรงพยาบาลศูนย์ฯ ให้มุ่งเน้นการฝึกในเชิงลึกเป็นการเชื่อมต่อเพื่อไม่ให้เกิดช่องว่างในการดำเนินงาน รวมทั้งงานด้านการดูแลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ควรจัดสรรให้มีทันตาภิบาลลงพื้นที่

- ควรทุ่มเทภาคบริการเชื่อมโยงถึงภาคการผลิต ภาคประชาชน และผลกระทบต่อการผลิตสู่ผู้ใช้

- ควรมีสื่อสารรณรงค์สร้างความเข้าใจด้านทันตสาธารณสุขแก่ประชาชน โดยเน้นการป้องกันการเกิดฟันผุในวัยเด็กที่จะใช้ค่าใช้จ่ายไม่สูงมากกว่าการรักษาเมื่อเกิดปัญหาในอนาคต

- ควรพัฒนาคุณภาพการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ให้ประชาชนสามารถมั่นใจในการเข้ารับบริการได้ โดยไม่ไปแออัดในโรงพยาบาลของรัฐประจำจังหวัด หรืออำเภอ

- รูปแบบการบริการควรมีความชัดเจน โดยมีการหมายเหตุกรณีศึกษาที่อำเภออ่าวลึก ทั้งสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และวัฒนธรรมองค์กร เป็นกรณีตัวอย่างที่ควรเผยแพร่และเป็น Best Practices สำหรับหน่วยงานอื่น ๆ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๔. ด้านการเพิ่มแรงจูงใจ
ปรับปรุงรายได้ ค่าตอบแทน และระบบราชการ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

๒. ข้อเสนอแนะ

คณะอนุกรรมาธิการฯ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย ด้วยการขยายและพัฒนาการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ทั้งนี้ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาที่สำคัญในการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย คือ การขยายและพัฒนาการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิในศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงทั้งในพื้นที่เขตเมือง เขตชนบท ทุรกันดารและห่างไกล โดยมีข้อเสนอดังนี้

๒.๑ กำหนดให้การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย เป็นวาระแห่งชาติ โดยตั้งเป้าหมายในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2562) ต้องบรรลุเป้าหมาย ดังนี้

๑) เด็กปฐมวัยไทยมีปัญหาฟันผุไม่เกินร้อยละ 35

๒) ร้อยละ 70 ของเด็กก่อนวันเรียนและเด็กประถมศึกษาเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์

๓) ศูนย์สุขภาพชุมชนทั่วประเทศสามารถให้บริการสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ (๔,๕๐๐ แห่ง)

๒.๒ พัฒนากำลังคนด้านสุขภาพช่องปากที่สอดคล้องกับระบบบริการและความต้องการของประชาชน ดำเนินการดังนี้

๑) เพิ่มการผลิตและพัฒนาเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในหลักสูตรปริญญาตรี ให้เพียงพอต่อความต้องการของระบบบริการสุขภาพช่องปากปฐมภูมิของประเทศ (ผลิตทันตาภิบาลเพิ่มอีก ๓,๘๖๐ คน ใน ๑๐ ปี)

๒) พัฒนามาตรการการกระจายทันตแพทย์สู่ชนบทไทย โดยรับทันตแพทย์ตรงจากจังหวัดที่ขาดแคลน และให้ความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับคณะทันตแพทย์จัดระบบการคัดเลือก ทั้งนี้ควรมีการปรับระบบการเรียนการสอนให้รองรับกลุ่มที่รับตรงจากพื้นที่ เน้นจัดสรรตามระบบ Geographic information system :GIS ของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๓ พัฒนากลไกและระบบการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพ โดย

- จัดตั้งหน่วยงานถาวรในลักษณะสำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการทันตสาธารณสุขแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งคณะกรรมการประสานระดับกระทรวง เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนา (Strategic

Legislative Institutional Repository of Thailand

planning) และกำกับประเมินผลเชิงผลลัพธ์ที่สำคัญ โดยพัฒนาชุดมาตรฐานกิจกรรมหลักพื้นฐานที่สำคัญร่วมกับการใช้มาตรการทางการเงิน (financial management) เป็นตัวขับเคลื่อนและควบคุมกำกับ

- จัดตั้งคณะกรรมการประสานงานระดับเขตเพื่อกำหนดทิศทางและกำกับติดตามผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับเขต

- พัฒนากลไกดำเนินการสนับสนุนบริการระดับจังหวัด ในรูปของคณะกรรมการสนับบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด ที่เชื่องโยงกับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด เพื่อกำหนดทิศทางการจัดบริการและกำลังคนสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด

- พัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดให้มีประสิทธิภาพ โดย

- พัฒนาระบบการวางแผนการจัดการสุขภาพช่องปากและกำลังคน ให้เชื่อมโยงกับระบบงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการวางแผน กำกับ และ ประเมินการจัดบริการสุขภาพช่องปากทุกระดับ

- พัฒนาระบบควบคุมกำกับและประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปาก โดยชุมชนมีส่วนร่วมในทุกระดับ

๒.๔ พัฒนาการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิในศูนย์สุขภาพชุมชนในพื้นที่เขตเมือง เขตชนบท ทุรกันดารและห่างไกล ให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ โดยขยายบุคลากรในข้อ ๔.๒ และ ส่งเสริมให้หน่วยบริการภาคเอกชนและองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ

๒.๕ จัดตั้งคณะทำงานศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ของโลกเกี่ยวกับระบบเศรษฐกิจทุนนิยมซึ่งมีเขตการค้าเสรี (FTA) และ การจัดทำข้อตกลงร่วมในระดับภูมิภาค (MRA) โดยได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ ดังนี้

- ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในเชิงกฎหมายและในเชิงข้อตกลงระหว่างประเทศกับอาเซียนที่จะมีผลกระทบต่อวิชาชีพทันตแพทย์ในอนาคตข้างหน้า เช่น การขาดแคลนบุคลากรในภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการสาธารณสุข และการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข เป็นต้น

- ความรับรู้ของสมาชิก การมีส่วนร่วมของสมาชิก การตัดสินใจที่จะไปลงนาม และ การประเมินของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

เอกสารอ้างอิง

๑. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๒๗

๒. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓ พ.ศ.๒๕๓๒. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก จำกัด, ๒๕๓๒

๓. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๔ พ.ศ.๒๕๓๗ ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, ๒๕๓๘.

๔. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ.๒๕๔๓-๒๕๔๔. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์, ๒๕๔๕.

๕. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ.๒๕๕๐. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์, ๒๕๕๑.

๖. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริรักษ์ นครชัย, ภัทรวดี ลีลาทวีวุฒิ, สร้อยศิริ ทวีบูรณ์, บุณนิตย์ ทวีบูรณ์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้ เรื่อง ฟันผุในฟันน้ำนม ๒๕๔๗

๗. ทรงชัย ฐิตโสมกุล, et al., การศึกษาระยะยาวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการของฟันและใบหน้าและการเกิดโรคต่างๆ ในช่องปากของเด็กอายุ ๔-๕ ขวบ ใน อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา. ๒๕๕๐.

๘. ทรงชัย ฐิตโสมกุล, et al., พัฒนาการและสภาวะทันตสุขภาพ ของเด็กขวบปีแรกในพื้นที่ อ.เทพา จ.สงขลา โครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย, in รายงานวิชาการ โครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทยระยะที่ ๑ ฉบับที่ ๒๔. ๒๕๔๖.

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

ภาคผนวก

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

สรุปผลการประชุม
ของ
คณะอนุกรรมาธิการติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ
ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ครั้งที่ ๑/๒๕๕๑ วันอังคารที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๑

ที่ประชุมได้มีการพิจารณากรอบการดำเนินงานของคณะอนุกรรมาธิการ โดยพิจารณาจากบริบทที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการศึกษา ดังนี้

- ด้านขอบเขตและภารกิจ โดยวางกรอบการศึกษาในเขตเมืองและเขตชนบท
- ด้านบุคลากร แบ่งออกเป็น ทันตแพทย์และทันตาภิบาล โดยวางกรอบการศึกษาในส่วนของบทบาทหน้าที่ ความก้าวหน้า และการกระจายกำลังคน
- ด้านจริยธรรม โดยวางกรอบการศึกษาในส่วนของหลักวิชาชีพของทันตแพทย์ และทันตาภิบาล ตลอดจนสิทธิของผู้ป่วย
- ด้านผลกระทบที่เกิดขึ้นในภาคประชาชน โดยวางกรอบการศึกษาในด้านเศรษฐกิจ การเข้าถึงการบริการ และความต้องการพื้นฐาน
- แผนพัฒนาทันตสาธารณสุขแห่งชาติ

นอกจากนี้ ที่ประชุมยังได้กำหนดกรอบในการศึกษาปัญหาสุขภาพช่องปากและคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยพิจารณาจากบริบทที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำการศึกษา ดังนี้

- ปัญหาการกระจายของบุคลากร โดยเฉพาะทันตแพทย์และทันตาภิบาล
- ปัญหาและผลกระทบ ในเชิงข้อมูลและงานวิจัย
- รูปแบบการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในเขตเมืองและเขตชนบท
- พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบกับกรอบการดำเนินงานของคณะอนุกรรมาธิการฯ พร้อมทั้งเห็นควรปฏิบัติหน้าที่ตามกรอบที่กำหนดไว้

ครั้งที่ ๒/๒๕๕๑ วันจันทร์ที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๑

ที่ประชุมได้มีการพิจารณาสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการของประชาชนไทย นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงปัญหาโรคในช่องปากและทันตสุขภาพ โดยสรุปเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

๑. ปัญหาโรคและความผิดปกติในช่องปาก

๑.๑ ความรุนแรงของปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

๑.๑.๑ กลุ่มเด็กและเยาวชน ปัญหาฟันผุยังอยู่ในระดับสูง ซึ่งส่งผลต่อการเจริญเติบโต ทั้งทางร่างกายและสติปัญญา กระทบต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๑.๑.๒ กลุ่มผู้ใหญ่ ปัญหานี้จะลดความสามารถในการประกอบภารกิจในชีวิตประจำวัน และเพิ่มความรุนแรงของโรคทางร่างกายบางโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้นและมีผลต่อชีวิต

๑.๒ ความผิดปกติและความต้องการใหม่ๆด้านทันตสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของประชาชนอันเนื่องมาจากการพัฒนาด้านเทคโนโลยี

๑.๒.๑ กลุ่มเด็กและเยาวชน เช่น ด้านการจัดฟันหรือวัสดุที่ใช้

๑.๒.๒ กลุ่มผู้ใหญ่ เช่น วัสดุที่ก้าวหน้า

๑.๓ ภาพรวมของค่าใช้จ่ายและโอกาสในการลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ โดยมีแบบการบริหารจัดการ การป้องกันและการแก้ไขอย่างมีแบบแผน

๒. สถานการณ์การจัดบริการและปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน

๒.๑ การผลิตบุคลากรในปัจจุบัน ตรงกับความต้องการและมีความจำเป็นหรือไม่

๒.๒ การกระจายกำลังคน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ส่วนภูมิภาคและเขตต่าง ๆ

๒.๓ ปัญหาและสาเหตุที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตและการกระจาย รวมทั้งสิทธิประโยชน์ในภาครัฐ โดยเฉพาะปัญหาด้านประชาชน ในเรื่องของการเข้าถึงการใช้บริการ การกระจายงบประมาณที่เป็นธรรม และการลดความรุนแรงของปัญหา

๓. เป้าหมายหรือผลสัมฤทธิ์

๓.๑ ระบบบริหารจัดการและโครงสร้างในกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องมีการวางแผนจัดการอย่างเร่งด่วนและระยะยาว

๓.๒ ศึกษาการผลิตและการกระจายอัตรากำลัง ตามหลักสูตรต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัย เพื่อเป็นข้อมูลในการชี้นำได้มากขึ้น

๓.๓ ความร่วมมือทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้ประชาชนผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงการบริการได้มากขึ้น

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบกับประเด็นดังกล่าว พร้อมทั้งให้ฝ่ายเลขานุการไปทำการศึกษาและนำมาเสนอในที่ประชุมต่อไป

ครั้งที่ ๓/๒๕๕๑ วันจันทร์ที่ ๑ กันยายน ๒๕๕๑

ที่ประชุมได้พิจารณาแผนการผลิตทันตาภิบาล พร้อมทั้งสรุปภาพรวมของแผนการผลิตทันตาภิบาลตามบทบาทหน้าที่เป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

กลุ่ม ๑ การประเมินสภาวะทันตสุขภาพ และจัดทำโครงการแก้ปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ การจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในสถานบริการ ครัวเรือน และชุมชนและการจัดบริการทันตกรรมป้องกัน

กลุ่ม ๒ งานบริหารจัดการงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ

กลุ่ม ๓ การจัดบริการทันตกรรมพื้นฐาน การจัดบริการเชิงรุกในชุมชน และการจัดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในหน่วยบริการศูนย์สุขภาพชุมชน

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบกับประเด็นดังกล่าว พร้อมทั้งจะพิจารณาแผนการผลิตทันตแพทย์และความก้าวหน้าในวิชาชีพทันตแพทย์ รวมทั้งการกำหนดตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) ในการประชุมครั้งต่อไป

ครั้งที่ ๔/๒๕๕๑ วันจันทร์ที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๑

ที่ประชุมได้พิจารณาแผนการผลิตทันตแพทย์ โดยที่ประชุมได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะในประเด็นปัญหาเกี่ยวกับการกระจาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะความต้องการของพื้นที่ (GIS) ที่ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการรับนักศึกษาตามโครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข

หลังจากนั้น ที่ประชุมได้พิจารณาความก้าวหน้าในวิชาชีพทันตแพทย์และการกำหนดตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) โดยที่ประชุมได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะในประเด็นต่างๆ ดังนี้

๑. อัตรากำลังภาครัฐสอดคล้องกับการผลิตทันตแพทย์หรือไม่

๒. การปรับปรุงหลักสูตรของทันตาภิบาลเป็นนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) หลักสูตร ๔ ปี จะมีตำแหน่งรองรับหรือไม่ และมีความก้าวหน้าเพียงใด

๓. อ.ก.พ. กระทรวงมีกรอบในการพิจารณาบุคลากรทันตสุขภาพเข้าสู่ตำแหน่งต่างๆอย่างไร

๔. โอกาสความก้าวหน้าของบุคลากรทันตสุขภาพในการบริหารงานระดับกระทรวง กรม จังหวัด และอำเภอต่างๆ

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบในหลักการดังกล่าว

ครั้งที่ ๕/๒๕๕๑ วันจันทร์ที่ ๑๓ ตุลาคม ๒๕๕๑

ที่ประชุมได้พิจารณาการดำเนินงานของคณะอนุกรรมาธิการฯ โดยที่ประชุมได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะในประเด็นต่างๆ เพื่อการพัฒนางานสุขภาพช่องปาก ดังนี้

๑. การขาดยุทธศาสตร์ ในการบูรณาการภารกิจการพัฒนาสุขภาพช่องปาก

๒. การขาดระบบฐานข้อมูลเพื่อการวางแผน กำกับงาน และประเมินผลการบริการสุขภาพช่องปาก ทั้งส่วนกลาง และระดับจังหวัด

๓. ในส่วนของโครงสร้างและการจัดการ ควรมีคณะกรรมการทันตสุขภาพระดับกระทรวง เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การบริการสุขภาพช่องปาก

๔. สมควรกำหนดให้มีตำแหน่งทันตแพทย์ระดับ ๑๐ (ที่ปรึกษากระทรวงสาธารณสุข) ด้านทันตสาธารณสุข เพื่อการจัดการและการบูรณาการงานบริการสุขภาพช่องปากในภาพรวม

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบในหลักการดังกล่าว

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

ครั้งที่ ๖/๒๕๕๑ วันศุกร์ที่ ๒๔ ตุลาคม ๒๕๕๑

ที่ประชุมได้พิจารณาศึกษาเรื่อง การกำหนดตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) โดยที่ประชุมได้ตั้งข้อสังเกตและข้อสรุปการเข้าสู่ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขของทันตาภิบาล ดังนี้ คือ

๑. ต้องมีหลักสูตรระดับปริญญาตรี และผู้จบตามหลักสูตรฯ โดยให้ อ.ก.พ. กระทรวงฯ เห็นชอบ

๒. กรณีที่ยังไม่มีหลักสูตรระดับปริญญาตรี และผู้จบตามหลักสูตรฯ ต้องให้ อ.ก.พ. เห็นชอบ

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบในหลักการดังกล่าว

ครั้งที่ ๗/๒๕๕๑ วันจันทร์ที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๕๑

ที่ประชุมได้พิจารณาศึกษาเรื่อง ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ โดยที่ประชุมได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

- บทบาทของบุคลากรด้านทันตสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ คือ การบริการสาธารณสุข การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข และควรมีการนำเสนอประเด็นที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากหรืออื่นๆ ในที่ประชุมสมัชชาแห่งชาติต่อไป

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบในหลักการดังกล่าว

ครั้งที่ ๘/๒๕๕๑ วันศุกร์ที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๑

ที่ประชุมได้พิจารณาศึกษาเรื่อง ปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม โดยที่ประชุมได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑. ควรมีรูปแบบที่ชัดเจนในด้าน Policy Maker

๒. ควรมีการสนับสนุนในการลงทุนในการดูแลสุขภาพช่องปาก

๓. ควรมีการสะท้อนปัญหาให้ชัดเจน

๔. ควรมีการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกแบบองค์รวม

๕. ควรมีการทำโครงการปฏิรูประบบทันตสุขภาพ โดยเน้นการส่งเสริมและการป้องกัน

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบในหลักการดังกล่าว

ครั้งที่ ๙/๒๕๕๑ วันศุกร์ที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๑

ที่ประชุมได้พิจารณาทบทวนประเด็นปัญหาของงานด้านทันตสุขภาพ โดยที่ประชุมได้มอบหมายให้บุคคลต่างๆ รับผิดชอบในการดำเนินการหาทางแก้ไขปัญหา ดังนี้

๑. โครงสร้างถาวร มอบหมายให้ นายสุธา เจียรมณีโชติชัย เป็นผู้รับผิดชอบ

๒. หลักสูตรทันตาภิบาล ๔ ปี มอบหมายให้ นางทิพาพร สุโฆสิต เป็นผู้รับผิดชอบ

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๓. การกระจายทันตแพทย์ไปสู่ชนบท มอบหมายให้ นายศิริชัย ชูประวัติ เป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนการเข้าถึงบริการของประชาชน มอบหมายให้ นางสุณี วงศ์คงคาเทพ เป็นผู้รับผิดชอบ

และที่ประชุมเห็นชอบให้ฝ่ายเลขานุการไปดำเนินการสรุปประเด็นดังกล่าวแล้วมานำเสนอต่อที่ประชุมต่อไป

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบในหลักการดังกล่าว

ครั้งที่ ๑๐/๒๕๕๑ วันจันทร์ที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๑

ที่ประชุมได้พิจารณาทบทวนประเด็นปัญหาของงานด้านทันตสุขภาพในประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับปัญหาของงานทันตสุขภาพ ดังนี้

๑. ปัญหาสุขภาพช่องปาก สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม

๒. ปัญหาบุคลากรในระบบทันตแพทย์และทันตาภิบาล

๓. ปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชน

๔. ปัญหากลไก การจัดการ การประสานงาน และโครงสร้าง

โดยที่ประชุมได้เสนอแนะให้แก้ไขชื่อเรื่อง “สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปากและข้อเสนอการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย” เป็น “สถานการณ์และปัญหาการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ” พร้อมทั้งปรับปรุงข้อมูลและรายละเอียดเพิ่มเติม เพื่อนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมาธิการการสาธารณสุขวุฒิสภา ต่อไป

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบในหลักการดังกล่าว

ครั้งที่ ๑๑/๒๕๕๑ วันจันทร์ที่ ๑๕ ธันวาคม ๒๕๕๑

ที่ประชุมได้พิจารณาเรื่องสัดส่วนงบประมาณการจัดบริการสุขภาพช่องปาก การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน และมาตรฐานการให้บริการ โดยที่ประชุมได้เสนอแนะประเด็นเกี่ยวกับเรื่องสัดส่วนงบประมาณการจัดบริการสุขภาพช่องปาก การมีส่วนร่วมของภาคเอกชน และมาตรฐานการให้บริการ โดยสรุป ดังนี้

๑. การป้องกันและหาแนวทางการแก้ไขเกี่ยวกับข้อร้องเรียนด้านแผนกทันตกรรม

๒. การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพช่องภาพที่เหมาะสมและเป็นธรรม

๓. ความเป็นไปได้ในการนำโครงการ Public – Private Mix (PPM) มาใช้ในการบริการด้านสุขภาพช่องปาก

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบในหลักการดังกล่าว

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

ครั้งที่ ๑/๒๕๕๒ วันจันทร์ที่ ๕ มกราคม ๒๕๕๒

ที่ประชุมได้พิจารณารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก โดยที่ประชุมได้ตั้งข้อสังเกตและข้อเสนอแนะดังนี้

๑. ควรมีการศึกษาหลักประกันสุขภาพที่อยู่ในระบบต่างๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การประกันสังคม กองทุนทดแทน บัตรทอง และสวัสดิการข้าราชการ เป็นต้น

๒. ควรมีการศึกษาหลักประกันสุขภาพในภาคเอกชน เช่น บริษัทประกันภัย หรือเจ้าของกิจการ เป็นต้น

๓. ควรมีการศึกษาถึงระบบบริการอย่างบูรณาการในการเข้าถึงบริการ ปฏิสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ประกอบวิชาชีพกับผู้รับบริการ และอนาคตของวิชาชีพ

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบในหลักการดังกล่าว

ครั้งที่ ๒/๒๕๕๒ วันจันทร์ที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒

ที่ประชุมได้พิจารณาการประกันทันตกรรมของภาคเอกชน (บริษัท ซิกน่าประกันภัย จำกัด (มหาชน)) โดยที่ประชุมได้เสนอความเห็นกันอย่างกว้างขวางโดยสรุป ดังนี้

๑. ผลดีและผลเสียของการประกันทันตกรรม

๒. ความต้องการของประชาชนในการทำประกันภัยเกี่ยวกับทันตกรรม

๓. ผลประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากการทำประกันภัยเกี่ยวกับทันตกรรม

๔. ผลสำเร็จของการประกอบธุรกิจด้านการประกันภัยด้านทันตกรรม

๕. ความเป็นไปได้ในการนำธุรกิจด้านการประกันภัยด้านทันตกรรมมาใช้กับระบบหลักการประกันสุขภาพ ระบบการประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบในหลักการดังกล่าว

ครั้งที่ ๓/๒๕๕๒ วันอังคารที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๒

ที่ประชุมได้พิจารณาทบทวนประเด็นปัญหาของงานด้านทันตสุขภาพ โดยที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้

- ควรมีการศึกษาถึงสิทธิของประชาชนและผลกระทบต่อประชาชนเกี่ยวกับงานทันตสุขภาพ

หลังจากนั้น ที่ประชุมได้พิจารณา (ร่าง) โครงการสัมมนา "การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน" โดยที่ประชุมได้มีมติในการแก้ไขเพิ่มเติม (ร่าง) โครงการสัมมนาดังกล่าว ดังนี้

๑. กำหนดการจัดสัมมนาในวันจันทร์ที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒ ณ ห้องประชุมคณะกรรมาธิการ หมายเลข ๓๐๖ – ๓๐๗ อาคารรัฐสภา ๒

๒. เปลี่ยนหัวข้อจาก "กำหนดการสัมมนา" เป็น "กำหนดการสัมมนาและรับฟังความคิดเห็น" และ เปลี่ยนหัวข้อในกำหนดการจาก "การบรรยาย" เป็น "การสัมมนา" และจัดเวลาในการสัมมนาให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๓. หัวข้อในการสัมมนา ได้แก่

- ภารกิจและความคาดหวังของอนุกรรมาธิการฯ วุฒิสภา
- สถานการณ์การจัดบริการ ปัญหาผู้ให้บริการ และข้อเสนอรูปแบบการจัดบริการเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก
- รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากในภาครัฐ
- ข้อเสนอการจัดบริการสุขภาพช่องปาก
- ซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ และสรุปผลการสัมมนา

ที่ประชุม มีมติเห็นชอบในหลักการดังกล่าว

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

สรุป

การสัมมนาและรับฟังความคิดเห็น

"การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน"
จัดโดย
คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ร่วมกับ คณะอนุกรรมาธิการติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ
วันจันทร์ที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๒ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ นาฬิกา
ณ ห้องประชุมคณะกรรมาธิการ หมายเลข ๓๐๖ – ๓๐๗ ชั้น ๓ อาคารรัฐสภา ๒

จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติทุก ๕ ปี พบว่าโรคฟันผุในฟันน้ำนมของกลุ่มเด็กมีแนวโน้มสูงขึ้นมากถือเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ผลสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๕๐ พบว่ากลุ่มเด็กอายุ ๓ ปี มีปัญหาฟันน้ำนมผุร้อยละ ๖๑.๔ และกลุ่มอายุ ๑๒ ปี มีปัญหาฟันผุ ร้อยละ ๕๖.๘ ในเขตชนบทมีแนวโน้มปัญหาฟันผุของเด็กสูงขึ้นมากกว่าในเขตเมือง ปัญหาโรคปริทันต์ ในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีความชุกเพิ่มสูงขึ้น ผู้ที่เป็นโรคปริทันต์รุนแรงมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวาน การติดเชื้อและโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิต้านทานของร่างกาย ผู้สูงอายุร้อยละ ๒๕ ไม่มีฟันเพียงพอต่อการบดเคี้ยว และไม่มีฟันปลอมใช้งาน เป็นต้น

การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการที่ผ่านมามีทิศทางเดียวกัน คือ ภายหลังการประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า บริการสุขภาพช่องปากภาครัฐมีผู้รับบริการเพิ่มสูงขึ้น กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปากมีแนวโน้มลดลงโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก แม้ว่าประชาชนจะมีหลักประกันการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น กลุ่มสิทธิตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๓๐ บาท) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยากจนและอยู่ในพื้นที่ชนบท พบว่า มีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน พบอัตราใช้บริการส่งเสริมป้องกัน ทันตสุขภาพเพียงร้อยละ ๒ ผลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๐ โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง ตามปัจจัยพื้นที่และรายได้ พบว่า กลุ่มรายได้สูงสุดในพื้นที่กรุงเทพมหานครใช้บริการทันตกรรมสูงสุด ร้อยละ ๒๐.๙ ขณะที่กลุ่มชั้นรายได้อื่น ๆ (กลุ่มฐานะไม่ดี) ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลใช้บริการทันตกรรมเพียงร้อยละ ๗ และพบว่า ทั้งกลุ่มฐานะดีและกลุ่มฐานะไม่ดีในกรุงเทพฯ และกลุ่มฐานะดี ในภูมิภาคส่วนใหญ่ใช้บริการทันตกรรมจากคลินิกเอกชน ถือได้ว่าคลินิกทันตกรรมเอกชนเป็นหน่วยงานที่สำคัญทั้งในพื้นที่เขตเมืองและชุมชนหนาแน่น สถานการณ์

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

ดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนยากจน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องระดมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายวิชาชีพ เพื่อการจัดทำข้อเสนอพัฒนาความร่วมมือในการจัดบริการร่วมระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะงานบริการส่งเสริมป้องกัน และบริการทันตกรรมพื้นฐาน ต่อไป

การจัดการสัมมนาฯ เป็นการรวบรวมถึงความเป็นมาของการดำเนินงานของคณะอนุกรรมาธิการติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นกระบวนการที่ไม่เคยมีมาก่อน ถ้ามีก็จะเป็นเวทีที่คิด ทำ รวบรวม สรุป วิเคราะห์ สังเคราะห์ ซึ่งยังไม่สามารถหาแนวทางให้เกิดประสิทธิผลได้เท่าไรนัก โดยในหลายปีที่ผ่านมาทุกวิชาชีพได้มีการร่วมมือกัน โดยเน้นที่ขอบเขต การดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานของรัฐบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ในการดูแลประชาชนเป็นหลัก และเป็นสิ่งที่ประชาชนให้ความมั่นใจไว้วางใจ ที่จะต้องดูแลสารทุกข์สุกดิบของประชาชน โดยกลไกการดูแลต้องผ่านกลไกของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัญหาที่สำคัญ คือการขาดแคลนวิชาชีพ ศัลยกรรม โดยกระทรวงสาธารณสุขถูกวางโครงสร้าง คือ แบบแรก ระดับสูง ที่มีการบริการจากเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวมถึงการใช้ความรู้ความสามารถ เช่น การมีโรงพยาบาลบนทางด่วน และบริเวณสนามบิน แบบที่สอง ระดับรองเป็นการประกันสังคม การให้บริการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการศึกษากระบวนการในการจัดตั้งระบบทันตสาธารณสุข รวมถึงการเตรียมความพร้อมอย่างสอดคล้องและเหมาะสมที่จะเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ในอนาคตแล้วหรือยัง โดยโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของ การเติบโตด้านบุคลากรคล้ายๆ กับโรงพยาบาลทั่ว ๆ ไป ซึ่งมีโครงสร้างใหญ่ และไม่สามารถปรับตัวได้ง่าย โดยมีหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวง และไม่ได้อยู่ภายใต้กลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ คือ หน่วยงานที่ปรับเปลี่ยนเป็นองค์การมหาชน เช่น สถานบริการสุขภาพ สำนักงานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยงานในกำกับ (APO) เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันพระบรมราชชนก รวมถึงองค์การเภสัชกรรม การทำโครงสร้าง ควรมีการปรับโครงสร้างไปพร้อม ๆ กับโครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งระบบยังคงมีความสับสนอยู่ ส่งผลให้ปัญหายังคงวนเวียนในเรื่องของความไม่เพียงพอ ซึ่งความต้องการมีมากกว่าการผลิต ซึ่งวัตถุประสงค์ในการสัมมนา ได้แก่

๑. เพื่อทราบสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ด้านการส่งเสริมการป้องกันการรักษาการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากของประชาชน และ

๒. เพื่อแลกเปลี่ยน รวบรวม และรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ความรู้ เพื่อการจัดทำข้อเสนอการขยายบริการสุขภาพช่องปากต่อไป

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

เบื้องต้น ทันตแพทย์หญิงสุณี วงศ์คงคาเทพ และทันตแพทย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี ได้ร่วมกันอภิปรายในหัวข้อ "สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพช่องปาก ผลกระทบ และข้อเสนอการพัฒนาการเข้าถึงบริการ" โดยสรุปดังนี้

(ข้อมูลจาก : องค์การอนามัยโลก : ๒๐๐๒)

- Health system and oral health services ex. Availability , Prevention or curative , Centralised or decentralized , Primary health care integration or not
- Socio cultural risk factors ex. Education , Occupation , Ethnicity , Lifestyles , Social network support
- Environmental risk factors ex. Drinking water , Sanitation , Hygiene , Nutrition status

สถานการณ์ทางระบาดวิทยาสุขภาพช่องปากของไทย ในภาพรวมค่อนข้างคงที่ โดยจากกราฟค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของเด็กอายุ ๑๒ ปี และร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปีที่มีฟันแท้ผุ จำแนกตามปีสำรวจ คือ ปี พ.ศ.๒๕๒๗,พ.ศ.๒๕๓๒,พ.ศ.๒๕๓๗,พ.ศ.๒๕๔๔,พ.ศ.๒๕๕๐ ซึ่งเด็กอายุ ๑๒ ปีในกรุงเทพฯ มีแนวโน้มของฟันผุ ถอน อุด และมีฟันแท้ผุลดลง ซึ่งตรงข้ามกับเด็กอายุ ๑๒ ปีในภาคอีสานและภาคเหนือมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและด้านอื่นๆ เช่น ในด้านเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อ การจัดบริการปัจจุบัน ค่ารักษาพยาบาล การขาดงาน และขาดเรียน ผลกระทบด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาสุขภาพโดยรวมและคุณภาพชีวิต ซึ่งสามารถจำแนกรายละเอียดได้ดังนี้

ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ จากสุขภาพช่องปาก คือ รายจ่ายบริการ โดยในปี ๒๕๔๓ ภาครัฐมีรายจ่ายบริการ ๒.๖๘ พันล้านบาท และภาคครัวเรือน ๑.๓๙ พันล้านบาท การเสียเวลาทำงานซึ่งยังไม่มีการสำรวจในประเทศไทย ยังคงเป็นข้อมูลจากต่างประเทศ คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศรัสเซีย โดยในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการสำรวจผู้ที่ขาดงานประมาณ ๑.๔๘ ชั่วโมงต่อคนต่อปี และในประเทศรัสเซียมีผู้ขาดงานเฉลี่ย ๑.๗ ชั่วโมงต่อคนต่อปี ส่งผลให้สูญเสียประมาณ ๑.๗๖ – ๒.๐๕ พันล้านบาท และเมื่อต้องพาเด็กไปรักษาก็เกิดการเสียเวลาทำงานถึงร้อยละ ๒๐ ในผู้ดูแลเด็ก และร้อยละ ๑๒ ในส่วนของผู้ปกครอง และการเสียเวลาเรียน โดยเด็กไทยอายุ ๑๐-๑๕ ปีมีจำนวน ๕.๘ ล้านคน มีการขาดเรียน ๒.๕๒ ล้านชั่วโมง โดยค่าใช้จ่ายกับความรุนแรงของโรคแยกออกเป็น การบูรณะฟันโดยการอุดฟัน ๓๕๐ บาทขึ้นไป การถอนฟัน ๓๕๐ บาทขึ้นไป การรักษารากฟัน ๑,๐๐๐-๓,๐๐๐ บาทขึ้นไป การใส่ฟันปลอม ๑,๐๐๐ บาทขึ้นไป และการครอบฟัน ๔,๐๐๐ บาทขึ้นไป (เป็นตัวเลขขั้นต่ำ)

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

ผลกระทบต่อสุขภาพทั่วไปจากสุขภาพช่องปาก คือ ประเภทอาหาร การหลับ แหล่งเชื้อสู่ร่างกาย ซึ่งส่งผลให้น้ำหนักน้อย ส่วนสูงน้อย น้ำหนักเกิน การทรงตัว ประสาทหู การได้ยิน และ Infectious Endocardits

ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และครอบครัว คือ ความเจ็บปวด การบดเคี้ยว การออกเสียง ความสวยงาม เช่น เด็กร้องไห้งอแง กินอาหารได้น้อย เคี้ยวอาหารไม่ได้ อารมณ์หงุดหงิด ปากเหม็นและกลิ่นปากแรง นอนหลับๆตื่นๆ เล่นน้อยลง ไม่ร่าเริง มีความขัดแย้งทางจิตใจ ไม่มั่นใจในการเข้าสังคม รวมถึงด้านบุคลิกภาพ

แนวทางและข้อเสนอแนะเบื้องต้น

๑. ปัญหาทันตสาธารณสุข มีสาเหตุและวิธีการแก้ไขร่วมกับโรคไม่ติดต่อต่าง ๆ การแก้ไขปัญหาควรเน้นการจัดการที่ปัจจัยด้านสังคม (Social determinant of Health) โดยใช้มาตรการทางสังคมเป็นสำคัญ ซึ่งเสนอในเบื้องต้น ได้แก่

- มาตรการทางสังคมที่ดำเนินการได้ดีอยู่แล้ว เช่น ด้านการควบคุมการสูบบุหรี่ ควรได้รับการส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งยิ่งขึ้นไป
- ริเริ่ม สนับสนุนนโยบายหรือมาตรการใหม่ๆ เช่น จำกัดการบริโภคที่ไม่ถูกสุขลักษณะโดยเฉพาะในระดับมหภาค ได้แก่ มาตรการด้านภาษี การควบคุมการจำหน่ายและโฆษณา หรือในสถานที่ที่ดำเนินการได้ง่าย
- แก้ปัญหาโดยการปรับปรุงพฤติกรรมการกินอยู่ วิถีชีวิต ผสมผสานกับมาตรการสุขภาพอื่นๆ เช่น โรคเรื้อรัง น้ำหนักเกินและอ้วน
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชน

๒. ในระยะเริ่มต้นและปานกลาง ควรมีการปรับปรุงระบบบริการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันในระดับสถานบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ชัดเจน

๓. ควรมีการวิเคราะห์และติดตาม มาตรการหรือนโยบายระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับทันตสาธารณสุข เช่น Medical hub การปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข การจัดสรรและกระจายบุคลากร ซึ่งอาจมีผลเชิงบวกและลบต่อปัญหาทันตสาธารณสุข

๔. ควรมีการแก้ไขกฎหมายตามความจำเป็น เช่น พระราชบัญญัติสถานพยาบาลที่ยังไม่เอื้อต่อการเข้าร่วมของภาคเอกชน

๕. ผลักดันเชิงนโยบาย โดยจัดทำรายละเอียดในการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อเสนอแก่ คณะอนุกรรมาธิการติดตามผลการผลิตและการใช้บุคลากรทางทันตสุขภาพ

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ – ๒๕๔๖ หลายการศึกษาได้รายงานในทิศทางเดียวกัน คือ หลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพ พบว่า บริการสุขภาพช่องปากภาครัฐ

Legislative Institutional Repository of Thailand

มีผู้รับบริการเพิ่มสูงขึ้น กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปากมีแนวโน้มผลงานให้บริการที่ลดลง

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์ และคณะ ศึกษาการบริการทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน ๘ จังหวัด พบว่า มีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๕-๒๐ ระยะเวลาในการรอรับบริการยาวประมาณ ๘ เดือนถึง ๒ ปี งานบริการรักษาที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน คือ การใส่ฟัน ส่วนชนิดกิจกรรม PP ไม่เปลี่ยน แต่ผลงานลดลง รูปแบบการจัดบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นสถานีอนามัย คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตาภิบาลประจำที่ใกล้โรงพยาบาล มีหน่วยจากโรงพยาบาลหมุนเวียนไปให้บริการ และศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไกลโรงพยาบาลไม่มีบริการ

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๖ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ ได้ประเมินผลการจัดกิจกรรมสำหรับแม่และเด็ก ของสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ได้รับการตรวจฟันร้อยละ ๒๖.๙ ในจำนวนนี้มีผู้ปกครองที่ได้รับการฝึกแปรงฟันร้อยละ ๒๐.๒ และเด็กได้รับบริการทันตกรรมป้องกันเพียงร้อยละ ๓.๘ แสดงให้เห็นว่า แม้มีการระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุมและชัดเจน แต่ไม่ได้สร้างหลักประกันว่าเด็กจะได้รับบริการการส่งเสริมป้องกันตามสิทธิที่ระบุ ซึ่งขึ้นอยู่กับระบบการบริหารจัดการด้วย

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ ได้ประเมินผลลัพธ์การให้บริการ PP ในศูนย์สุขภาพชุมชน ๒๘ แห่ง ร้อยละ ๗๐ ของรายการให้บริการ เป็นการตรวจและให้ทันตสุขศึกษา ไม่พบบริการทันตกรรมป้องกันในเด็กปฐมวัย มีการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กประถมศึกษาร้อยละ ๓๓.๓ ของศูนย์สุขภาพชุมชน และแนวโน้มการบริการส่งเสริมป้องกันมีทิศทางลดลง

โดยจากการวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ใช้ฐานข้อมูลจากการสำรวจอนามัยสวัสดิการ (สอส.) และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (สคส.) พ.ศ. ๒๕๕๐ เก็บข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยการเลือกตัวแทนครัวเรือนไทยทั้งประเทศตามระเบียบวิธีการสำรวจ แบบแผนการสุ่มตัวอย่างเป็นชั้น ๒ ขั้นตอน คือ มีจังหวัดเป็นชั้นลำดับ รวมทั้งสิ้น ๗๖ ลำดับชั้น ในแต่ละลำดับชั้น ได้แบ่งออกเป็น ๒ ชั้นย่อยตามเขตการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ส่วนการเลือกตัวอย่างขั้นที่ ๒ ได้เลือกครัวเรือนตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้น ในบัญชีรายชื่อครัวเรือนซึ่งได้จากการนับจดในแต่ละชุมรุมอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยได้ขนาดตัวอย่างในเขตเทศบาลเลือก ๑๕ ครัวเรือน ตัวอย่างชุมรุมอาคาร ส่วนนอกเขตเทศบาลเลือก ๑๒ ครัวเรือนตัวอย่างต่อหมู่บ้าน สรุปข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลระดับบุคคล ๖๙,๖๗๙ คน ใน ๒๕,๙๗๔ ครัวเรือน

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

โดยจากผลการศึกษา พบว่า การมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๐ มีอัตราร้อยละ ๙๖.๓ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า ประชาชนไทยมีสิทธิ ๓๐ บาทสูงสุดคิดเป็นร้อยละ ๗๓.๖ โดยกลุ่มเด็กปฐมศึกษามีสิทธิ ๓๐ บาทสูงสุดร้อยละ ๘๘ และต่ำสุดในกลุ่มวัยทำงานพบร้อยละ ๖๗ การจำแนกตามพื้นที่พบว่า นอกเขตเทศบาลมีสิทธิ ๓๐ บาทในสัดส่วนสูงสุดร้อยละ๘๑.๖ และต่ำสุดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ทันตแพทย์สมศักดิ์ ชยาวิวัฒนาวงศ์ และทันตแพทย์หญิงบุษบา ภู่วัฒนา ได้ร่วมกันอภิปรายในหัวข้อ “รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐ” โดยสรุปดังนี้ การจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐ “การแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน” เพื่อรองรับงานบริการทันตกรรมใน เขตอำเภอเมืองนครราชสีมา จากข้อมูลการบริการสุขภาพในจังหวัด คือ สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ เทศบาล กระทรวงกลาโหม และเอกชน โดยแนวทาง การปฏิบัติงานด้านทันตกรรมแบ่งออกเป็นการส่งเสริมป้องกันและการรักษา คือ โรงพยาบาลชุมชน มีการส่งเสริมป้องกันร้อยละ ๕๐ และการรักษา ร้อยละ ๕๐ โดยโรงพยาบาลท้องถิ่นและโรงพยาบาลศูนย์ มีการส่งเสริมป้องกันร้อยละ ๒๕ และการรักษาร้อยละ ๗๕ ซึ่งการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของหน่วยงานและการเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการสุขภาพ เช่น การจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ให้มีจำนวนที่เป็นสัดส่วนต่อประชากรให้ได้ตามเกณฑ์การจัดบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เป็นไปตามเกณฑ์ซึ่งการจัดบริการสุขภาพช่องปากก็เป็นบริการสาธารณสุขสาขาหนึ่งที่ต้องปรับระบบ การจัดบริการให้เป็นไปตามเกณฑ์ การจัดระบบบริการทันตกรรมเพื่อรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพ โดยในกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาได้มีการวางแผนเพื่อให้การดำเนินการจัดระบบบริการทันตกรรมได้ตามเกณฑ์ เช่น การวางแผนพัฒนาด้านทันตบุคลากร มีการวางแผนการบริหารจัดการเรื่องการใช้เครื่องมือให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยจัดให้มีศูนย์ทันตกรรมชุมชนกระจายตัวในเขตอำเภอเมืองให้เหมาะสม สะดวกต่อการเข้ารับบริการของผู้มารับบริการ การวางแผนจัดระบบบริการทันตกรรม โดยในระดับ PCU เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจะรับผิดชอบเรื่องการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โครงการแปรงฟัน หลังอาหารกลางวัน การเคลือบหลุมร่องฟันส่วนกรณีการรักษาที่ยากให้ส่งต่อมายังศูนย์ทันตกรรมชุมชนที่รับผิดชอบพื้นที่นั้น การจัดระบบบริหารจัดการ โดยการแยกภารกิจปฐมภูมิ และภารกิจตติยภูมิออกจากกันและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

นวัตกรรมการจัดบริการทันตสาธารณสุขแบบเครือข่ายทางทันตสุขภาพในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภออ่าวลึก โดยประชาชนอำเภออ่าวลึกมีทั้งหมด ๕๐,๗๓๔ คน มีหน่วยให้บริการทางทันตสาธารณสุขที่เป็นหลักเพียงแห่งเดียว คือ โรงพยาบาลอ่าวลึก โดยมีทันตบุคลากรให้บริการทั้งหมด ๘ คน(ทันตแพทย์ ๒ คน ทันตาภิบาล ๔ คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ ๒ คน) ซึ่งจะเห็นได้ว่า การจัดบริการทันตสาธารณสุขของอำเภออ่าวลึกไม่ครอบคลุมทั้งพื้นที่และประชาชน การเข้าถึงบริการของประชาชนจึงเป็นไปได้ยาก ประชาชนจึงยังมีปัญหาทางทันตสุขภาพร้อยละ ๗๐ เนื่องจากจำนวนทันตบุคลากรไม่เพียงพอส่งผลให้ไม่สามารถจัดบริการแก่ประชาชนได้ครบทุกคนที่มาขอรับบริการและมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรอคิวจำนวนมากในแต่ละปี ประชาชนไม่พอใจต่อการจัดบริการและมีการร้องเรียนอย่างต่อเนื่อง จะเห็นว่าหากขาดการบูรณาการทั้งส่วนบริหารและบริการงานทันตสาธารณสุขในอำเภออ่าวลึก ปัญหาทางด้านทันตสาธารณสุขก็ม่อาจแก้ไขได้ จึงมีการจัดให้มีบริการทันตสาธารณสุขแบบเครือข่ายทันตสุขภาพขึ้นในทุกศูนย์สุขภาพชุมชน โดยมีกระบวนการดำเนินงานเป็นการรวมตัวระหว่างโรงพยาบาลกับสาธารณสุขอำเภอปรับสู่องค์กรใหม่ที่มีพันธะสัญญามุ่งมั่นร่วมกันเพื่อสร้างความอยู่รอดทั้ง ๒ ฝ่าย ดังนี้

๑. หนึ่งองค์กร (One Organization) คือ การรวมหน่วยบริการทันตสาธารณสุขทั้ง ๒ แห่งเป็นเครือข่ายบริการทันตสาธารณสุขอำเภออ่าวลึก เพื่อให้มีหนึ่งระบบงานสำหรับพื้นที่ที่จะดูแลทันตสุขภาพประชาชนทั้งหมด

๒. หนึ่งระบบบริหาร (One Adminstration) คือ การปรับโครงสร้างบริหารใหม่ที่มีอำนาจ ควบคุม กำกับทั้งโรงพยาบาลชุมชนแลสถานีอนามัย ไปสู่ระบบบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิในภาพเครือข่ายเดียว

๓. กลุ่มทันตบุคลากรเดียว (One Group of Personnel) คือ การรวมเจ้าหน้าที่ทันตบุคลากรทั้งอำเภอ จากโรงพยาบาลและสถานีอนามัยเป็นทีมเดียวกัน

๔. ระบบคลังและการเงินเดียว (One Economy) คือ ใช้งบประมาณเดียวกันในการพัฒนางานทันตสาธารณสุขเครือข่าย เพื่อให้เกิดการจัดสรรเงินที่ยุติธรรมและทุกระบบมีการพัฒนาไปพร้อมกัน

โดยหลังจากรับนโยบายการบริหารจัดการแบบเครือข่าย มีการประชุมทีมงานเพื่อวางแผนการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขอความร่วมมือจากหัวหน้าในทุกศูนย์สุขภาพชุมชน มีการแบ่งศูนย์สุขภาพชุมชนให้ทันตบุคลากรรับผิดชอบ ฝึกทักษะทันตบุคลากรให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน และออกปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนตามแผนที่กำหนด โดยการจัดบริการมีการบูรณาการงานทันตสาธารณสุขทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูในทุกกลุ่มอายุทั้ง ๑๐ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.)

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

ซึ่งหลังจากมีการดำเนินงานสามารถจัดบริการทันตสาธารณสุขได้ทั้ง ๑๐ ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) โดยครอบคลุมทั้งพื้นที่และประชาชน เช่น

- กิจกรรม ANC และ WBC ตามโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว โดยหญิงมีครรภ์ทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เด็กอายุ ๑ ขวบครึ่งทุกคนได้รับการแจกแปรงสีฟันอันแรกของหนู เด็กอายุ ๐-๓ ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชทุกคน

- รณรงค์ส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ครอบคลุมทุกแห่งทั้งอำเภอ โดยมีการตรวจฟันปีละ ๒ ครั้ง จัดกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน และการลดการบริโภคอาหารหวาน

- การดำเนินงานทันตกรรมฟื้นฟู ในผู้สูงอายุตามโครงการฟันเทียมพระราชทาน

ผลการจัดบริการทันตสาธารณสุขเครือข่ายในศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภออ่าวลึก มีการจัดรูปแบบเป็นการจัดบริการทันตสาธารณสุขที่ครอบคลุมทั้งพื้นที่และประชาชน (Universal Coverage) มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารและบริการทางทันตสาธารณสุขจากระบบเดิมสู่ระบบใหม่ (Change Mangement) การบูรณาการทุกอย่างทั้งบริหารและบริการเพื่อปรับสู่รูปแบบการบริการสุขภาพรูปแบบใหม่ที่สามารถจัดบริการได้ทั้งงานส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟู (integrated Mangement) และการดำเนินงานโดยมีเป้าหมายและตัวชี้วัดตามแผนกลยุทธ์เครือข่าย (Result-Based Mangement) โดยจำนวนผู้ป่วยที่รอรับบริการลดลง ประชาชนและเจ้าหน้าที่เกิดความพึงพอใจ รวมถึงการเกิดเครือข่ายทันตสุขภาพในชุมชนเพิ่มขึ้น

ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ และทันตแพทย์ ดร.วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์ ได้ร่วมกันอภิปรายในหัวข้อ “รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐร่วมเอกชน” โดยสรุป ดังนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๒ สงขลา แบ่งออกเป็น หน่วยบริการประจำที่ไม่มีงานทันต กรรมและหน่วยบริการของภาครัฐที่มีบริการทันตกรรม โดยมีหน่วยบริการเอกชนและเทศบาลที่เข้าร่วมโครงการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองบ้านพรุ คลินิก นายแพทย์เกรียงศักดิ์ และมะกรูดคลินิกเวชกรรม โดยระบบการจ่ายเงินคนไข้ขอใบส่งตัวไปคลินิกและอื่นๆ และมีการรวบรวมคูปองและ ใบปะหน้าสรุปยอดรายเดือน ส่งภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป ส่งไปที่หน่วยบริการประจำเพื่อตรวจสอบและอนุมัติจ่ายผ่านเช็คธนาคาร ซึ่งทุกหน่วยร่วมบริการเรียกเก็บตามจริง ไม่มีการกำหนดราคากลางตามสัญญาครอบคลุมเฉพาะชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่มะกรูดพบว่ามีผู้ต้องการบริการมากเนื่องจากอยู่ใกล้ และในปัจจุบันมีผู้รอรับบริการ

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

อยู่ประมาณ ๑๗๕ คน และคลินิก ทันตกรรมต้องให้บริการผู้ป่วยทั่วไปด้วย จึงไม่สามารถดูแลผู้ป่วยUCได้ทั่วถึง และที่บ้านพรุยังมีค่าบริการในคลินิกเอกชนที่ราคาค่อนข้างสูง

การบริการทันตกรรมในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพ เป็นโครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบผสมผสาน (๔ มิติ) ด้านทันตสาธารณสุข ที่เกิดจากปริมาณนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากสูงมาก กลุ่มทันตกรรมไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมและทั่วถึง รวมถึงเอกชนในเขตอำเภอเมืองหาดใหญ่มีจำนวนมาก มีบางช่วงเวลาที่มีคนไข้น้อยจึงน่าจะสามารถขยายการมีส่วนร่วมบริการกับภาครัฐได้ โดยงบประมาณ PP area-based ที่จังหวัดจัดสรรลงสู่หน่วยบริการประจำ (โรงพยาบาลหาดใหญ่) ในปี ๒๕๕๑ ในกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ และ ๓ ซึ่งชนิดงานบริการ คือ Molar sealant +PRR+Amalgam and composite filling โดยกลไกการจ่ายเงินที่ต่างจากภาครัฐ คือ มีการกำหนด free schedule โดยทีมงานและแจ้งรายละเอียดแก่ผู้ประสงค์เข้าร่วมโครงการก่อนตัดสินใจและ Reimbursement หลังจากให้บริการไปแล้ว โดยรวบรวมหลักฐานส่งมาโรงพยาบาลทุกสิ้นเดือน หลังการตรวจสอบจะได้รับเงินผ่านการโอนเข้าบัญชีธนาคารภายใน ๑ เดือน

หลังจากนั้นที่ประชุมได้รับทราบสถานการณ์การเข้าถึงบริการ และรูปแบบการจัดการ เพื่อการขยายบริการสุขภาพช่องปาก พร้อมทั้งได้แลกเปลี่ยน รวบรวม และรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ความรู้ เพื่อการจัดทำข้อเสนอการขยายบริการสุขภาพช่องปาก โดยสรุป ดังนี้

๑. การเพิ่มจำนวนบุคลากรในจังหวัดที่มีการขาดแคลน ตาม โดยจังหวัดไหนขาดแคลนให้เพิ่มในจังหวัดนั้น แต่ยังคงเป็นปัญหาที่ทันตแพทย์สำเร็จการศึกษาหลังจากการวิเคราะห์ตาม GIS รวมถึงการจัดสรรตาม GIS ทำได้ยาก รวมถึงความสามารถของบุคลากรที่แตกต่างกันตามพื้นที่ ก็ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้ ซึ่งควรมีความชัดเจนในการกระจายเนื่องจากบางพื้นที่มีการกระจุกตัว แต่บางพื้นที่ยังคงมีการขาดแคลน เช่น โครงการ ๑ แพทย์ ๑ อำเภอ ควรมีการเตรียมการให้พร้อม

๒. การกระจายไม่ดีมีเฉพาะในภาครัฐเพียงอย่างเดียว ในภาคเอกชนก็มีการจัดการกระจายค่อนข้างเยอะ จึงควรมีการกระจายบุคลากรให้ชัดเจน การบริการที่จัดโดยภาคประชาชนขณะนี้เป็นบริการที่ทำเอง แต่ในส่วนของข้อมูลการใช้ยาสีฟัน รวมถึงคุณภาพการแปรงฟันยังไม่มี ซึ่งการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน ควรมีการประชาสัมพันธ์ว่าประชาชนสามารถปฏิบัติตัวอย่างไรได้บ้างเพื่อสุขภาพของตัวเอง

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๓. การกระจายในมหาวิทยาลัยยังคงมีการขาดแคลน และอาจารย์ที่มาสอนต้องนำคนที่เก่งมา

๔. ควรมองในมุมมองของประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อความสามารถในการเข้าถึงบริการ ทันตสุขภาพของประชาชน รวมถึงการจัดการอบรมโดยการตั้งงบประมาณและการดำเนินการที่ดี ซึ่งการให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการภาครัฐต้องมีการปรับโครงสร้างในการจัดระบบบริการสุขภาพ โดยการปรับและสามารถแก้ไขปัญหาเองได้ เช่น การดูแลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) โดยมีการจัดสรรทันตาภิบาลลงพื้นที่ และตั้งศูนย์ทันตกรรมกระจายให้ทั่วเขตอำเภอ โดยบทบาทของโรงพยาบาลศูนย์จะเปลี่ยน โดยเน้นการฝึกในเชิงลึกเป็นการเชื่อมต่อเพื่อไม่ให้เกิดช่องว่าง

๕. เนื่องจากการคมนาคมเพิ่มขึ้น ส่งผลให้สื่อและทุนนิยมหลักถูกกระตุ้นให้เกิดการใช้บริการเพิ่มขึ้น คือ การให้ผู้ป่วยมาใช้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนเพิ่มขึ้น รวมถึงการฟ้องร้อง กระบวนการในการระงับข้อพิพาทให้เบาบาง และให้ทันตแพทย์มีความกล้าที่จะรักษามากขึ้น

๖. การมีบุคลากรไม่เพียงพอ การผลิตไม่เพียงพอ และการไหลออกของบุคลากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ภาระงานเพิ่มขึ้น จึงควรหาสิ่งจูงใจในการทำงานในพื้นที่มากขึ้น รวมถึงการผลิตทันตแพทย์สายเลือดใหม่ในพื้นที่ ที่ทราบปัญหา และเข้าใจคนในพื้นที่ รวมถึงการให้โควตาพิเศษใน ๓ จังหวัดชายแดนใต้ ที่โอกาสในการเข้าถึงน้อย โดยมีการให้ทันตบุคลากรออกหน่วยทำงานเชิงรุกตั้งแต่เดือนมกราคม รวมถึงแพทย์ทหารบก ทหารเรือ ทหารอากาศ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านสามารถช่วยได้มากในการสร้างเครือข่ายในการพูดคุยลงพื้นที่

๗. เรื่องรายได้ ค่าตอบแทน และระบบราชการที่ยังคงต้องมีการปรับให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

๘. การพัฒนาคุณภาพการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน ให้ประชาชนสามารถมั่นใจในการเข้ารับบริการได้ โดยไม่ไปแออัดในโรงพยาบาลของรัฐประจำจังหวัด หรืออำเภอ

๙. การรับทันตแพทย์ โดยตรงจากจังหวัดที่ขาดแคลน และการให้โควตาพิเศษใน ๓ จังหวัดที่ชายแดนใต้ แต่ต้องให้ความสำคัญกับการมีพี่เลี้ยงคอยดูแลด้วย รวมถึงด้านงบประมาณที่รัฐบาลควรให้การสนับสนุน โดยจากปัญหาที่นักศึกษารับทุนแล้วไม่ใช้ทุนเนื่องจากไม่มีหน่วยงานในกระทรวงประสานในทุกๆระดับ เช่น ในกระบวนการผลิตกำลังคนต้องมีพื้นที่รับผิดชอบไม่ใช่รับนักศึกษาจากภาคใต้มาเรียนที่เชียงใหม่ ซึ่งกระทรวงควรแบ่งหน้าที่กันรับผิดชอบอย่างชัดเจน

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๑๐. ควรมีการทุ่มเทภาคบริการเชื่อมโยงถึงภาคการผลิต ภาคประชาชน และผลกระทบต่อการผลิตสู่ผู้ใช้ เช่น การจัดระบบ UC ในพื้นที่ การเพิ่มกำลังการผลิต ทักษะ คุณภาพ ซึ่งควรมีการมองในภาพรวมในการวางระบบการเชื่อมต่อให้ดี รวมถึงการตีกรอบบุคคลที่เชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ระบบการรอรับบริการ ระบบการ refer ควรมีการเพิ่มหน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ (CUP) ต่างๆและมีการสร้างความไว้วางใจกันที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๑๑. สุขภาพทันตกรรม การจัดฟัน การผลิตแพทย์พิเศษ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขควรมีความชัดเจน มีสำนักงานหรือหน่วยงานดูแลที่ชัดเจน โดยให้ทุกองค์กรมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน เพื่อหาข้อยุติว่าในประเทศไทยควรมีอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชาชนจำนวนเท่าไหร่ ปัญหา case ที่ไปสู่โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่เป็นการใส่ฟันซึ่งยังคงรอการบริการอยู่ และบริบทงานของทันตแพทย์ต่างกับแพทย์ที่กำลังคนน้อยแต่ปัญหาเยอะ ซึ่งขาดความสมดุล

๑๒. หลักสูตรการศึกษาที่ไม่สร้างรายได้ให้แก่มหาวิทยาลัย ซึ่งรัฐบาลจะให้งบประมาณร้อยละ ๗๐ ส่วนที่เหลือมหาวิทยาลัยจะต้องหารายได้ส่วนอื่นมาสนับสนุน ควรมีการปรับโครงสร้างหน่วยกิต ค่าธรรมเนียม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการต้องร่วมมือกัน แต่ต้องมีการหาทุนให้กับนักศึกษาที่ยากจนด้วย เช่น การให้ทุนโดยมีเงื่อนไขเรียนฟรี (ทุนอนันทมหิดล) ซึ่งเป็นพันธะทางใจ อุทิศตนเพื่อรับใช้สังคม รวมถึงนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาควรได้รับคำแนะนำจากผู้ใหญ่ เช่น การเลือกโรงพยาบาลที่จะประจำควรดูเกรดเฉลี่ยให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลด้วย และใน ๕ ปีแรกควรเพิ่มค่าตอบแทน และทบวงมหาวิทยาลัยควรมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาเป็น สัญญา ๒๐ ปี ปรับ ๑๐-๒๐ ล้านบาท ซึ่งทุกคนควรจะรับทราบตั้งแต่เริ่มเข้าเรียน และควรมีการรับแพทย์ไปพร้อมๆกับการรับทันตแพทย์ และควรมีการศึกษาการรับนักศึกษาควบคู่ไปกับการบริหารจัดการ ทั้งการประสานกับมหาวิทยาลัยและกำหนดการรับผิดชอบ

๑๓. ทำไมต้องไปหาทันตแพทย์? ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องให้ความรู้ ความเข้าใจ และ ความจำเป็นในการดูแลอนามัยช่องปากแก่ประชาชน เช่น หมอชาวบ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่จากการวิจัยร้อยละ ๓๐ ไม่เคยพบทันตแพทย์

๑๔. ควรมีการเน้นการป้องกัน เช่น การออกสื่อ หนังสือพิมพ์ วิทยุ ในการประชาสัมพันธ์ การดูแลสุขภาพช่องปากและการบริโภค ให้ประชาชนได้รับทราบ รวมถึงโรงพยาบาลควรมีความเข้าใจและ มีการสื่อสารที่ชัดเจน

๑๕. สภาวิชาชีพควรร่วมกันคิดว่าควรได้รับอะไร โดยการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำและกำหนดบุคลากร ซึ่งไม่มีการปิดกั้นวิชาชีพซึ่งกันและกัน มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand

๑๖. ปัญหาการเกิดฟันผุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยเด็ก ควรมีการป้องกันการเกิดฟันผุในวัยเด็กที่จะใช้ค่าใช้จ่ายไม่สูงมากกว่าการรักษาเมื่อเกิดปัญหาในอนาคต

๑.๗ รูปแบบการบริการควรมีความชัดเจน โดยมีการหมายเหตุกรณีศึกษาที่อำเภออ่าวลึก ทั้งสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และวัฒนธรรมองค์กร

นอกจากนี้ ที่ประชุมได้แสดงความคิดเห็นถึงการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขควรมีการจัดสรรการผลิตแพทย์เพื่อชาวชนบท เพื่อความชัดเจนและจริงจังในการปฏิบัติหน้าที่ ปัจจุบันมีการรับนักศึกษาโดยการสอบเข้าศึกษา ซึ่งเมื่อจบการศึกษาไม่สามารถไปปฏิบัติงานในชนบทได้ เนื่องจากไม่ใช่คนในพื้นที่ และกระทรวงสาธารณสุขได้มี MOU กับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในการรับนักศึกษาจากพื้นที่เมื่อจบการศึกษาจึงส่งกลับไปปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งอำนาจหน้าที่ควรอยู่ที่สถาบันพระบรมราชชนก แต่ยังไม่มีการมอบอำนาจ และยังไม่มีหน่วยงานดูแลโดยเฉพาะ ซึ่งในการประชุมครั้งหน้าควรมีการเชิญผู้แทนจากสถาบันพระบรมราชชนกมาร่วมชี้แจงด้วย

LIRT
Legislative Institutional Repository of Thailand