

ระบบบริการสุขภาพช่องปาก : สร้างนำซ่อม : 30 ปีแห่งการซ่อมมากกว่าสร้าง

การุณ เลี้ยวศรีสุข* วท.บ., ท.บ., M. P.H., อ.ท.(ทันตสาธารณสุข), อ.ท.(ทันตกรรมทั่วไป)

กรอบแนวคิดหลักของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่รัฐบาลได้กำหนดให้ทุกหน่วยงานต้องนำไปใช้คือ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพนํากรรักษา หรือเรียกว่า สร้างนำซ่อมนั้น ในระบบบริการสุขภาพช่องปากได้ใช้กรอบแนวคิดนี้อย่างจริงจัง และมีหลักฐานยืนยัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการบรรจุทันตภิบาลเพื่อลงปฏิบัติงานในสถานื่อนามัยชั้น 1 ซึ่งเป็นการจัดการบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภออย่างแท้จริงเป็นครั้งแรกที่ยึดกรอบแนวคิดนี้ โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลที่เน้นการสร้างทันตสุขภาพมากกว่าการให้การบำบัดรักษา เน้นกลุ่มนักเรียนเป็นหลักซึ่งเรียกว่า ทันตกรรมเพิ่มทวี (incremental dental care) ที่ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การป้องกัน และการรักษาเป็นลำดับสุดท้าย

ต่อมาแผนงานทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ก็เป็นการเน้นแนวคิดสร้างนำซ่อม ด้วยการจัดลำดับความสำคัญของผู้รับบริการตามความเสี่ยงของการเกิดโรคในช่องปากออกเป็นเด็กวัยเรียนในชั้นประถมศึกษา, เด็กก่อนวัยเรียนและเด็กชั้นมัธยมศึกษา, หญิงมีครรภ์และหญิงที่กำลังเลี้ยงดูบุตร, ผู้สูงอายุ และสุดท้ายคือประชาชนทั่วไป นอกจากนั้นยังมีการกำหนดให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด เพื่อการทำหน้าที่ส่งเสริมและป้องกันเป็นงานหลัก รวมทั้งได้มีการบรรจุทันตแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีขนาด 30 เตียงขึ้นไปทุกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นการบริการเพื่อการบำบัดและบรรเทาความเจ็บปวดเป็นอันดับแรก (เพื่อการมุ่งแก้ไขปัญหาหญาปากคอกของระบบบริการทันตกรรม ที่ประชาชนจะมารับการบริการเฉพาะเมื่อมีปัญหาเท่านั้น ดังหลักการของโครงการเจ็บฟันได้รักษาที่เสนอเมื่อปี 2545) โดยมีการกำหนดให้ครอบคลุมประชาชนในเขตเมืองร้อยละ 30 และในเขตชนบทร้อยละ 10

แม้ว่าแผนงานทันตสาธารณสุขที่กล่าวข้างต้น จะมีการกำหนดเป้าหมายอย่างเป็นระบบตามเหตุผลความจำเป็นของประชาชนผู้ใช้บริการแล้วก็ตาม แต่ผลการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ก็ไม่เป็นตามเป้าหมาย ทั้งนี้เนื่องจากการกระจายของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนมีอัตราความครอบคลุมเพียงน้อยกว่าร้อยละ 20 (ทพ.บุญฤทธิ์ สุวรรณโนภาส 2541)

ดังนั้นแผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (2525-2529) จึงได้นำหลักการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) มาใช้โดยกำหนดเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 เป็นเป้าหมายสูงสุด ด้วยการนำมาตรการเพิ่มศักยภาพของประชาชนโดยการให้ความรู้พื้นฐาน

* ภาควิชาทันตกรรมโรงพยาบาล คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้านสุขภาพช่องปากผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมกับปรับโครงสร้างให้มีทันตภิบาลในโรงพยาบาลอำเภอทุกแห่ง มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้บริการพื้นฐานทางทันตกรรม เช่น ถอนฟัน โยกคลอน การขูดหินน้ำลาย การอุดฟันด้วยวัสดุอุดชั่วคราว และการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ซึ่งจากการประเมินผลที่ทำเมื่อปี 2537 (ทำซ้ำไปเกือบ 10 ปี) พบว่าส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถทำงานได้ตามเป้าหมายเพราะเจ้าหน้าที่รู้สึกว่างานทันตสาธารณสุขนั้นยาก ละเอียดอ่อน และใช้เวลานาน (โดยเฉพาะได้เงินน้อยกว่าการให้บริการทางการแพทย์ เช่น รายได้ของพวกเขา เวชกรในโครงการลำปาง ส่วนข้อเสนอในการแก้ไขคือโครงการเพิ่มศักยภาพแม่บ้านให้เป็นผู้ดูแลสุขภาพช่องปากประจำบ้าน)

นอกจากการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถบริการทันตกรรมพื้นฐานแล้ว ยังมีการกำหนดให้ทันตแพทย์ต้องเข้ารับราชการหลังสำเร็จการศึกษาเป็นเวลา 3 ปีเพื่อแก้ไขปัญหาการกระจายทันตแพทย์ โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 เป็นต้นไป โดยผลจากการกำหนดดังกล่าวทำให้มีทันตแพทย์ครอบคลุมในโรงพยาบาลชุมชนเกือบครบร้อยละ 100 ในปี 2543 แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ทันตแพทย์เหล่านี้จะลาออกเกือบร้อยละ 50 เมื่อปฏิบัติงานครบ 3 ปี โดยทั้งหมดจะกลับมาปฏิบัติงานส่วนตัวในเขตเมืองใหญ่ โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ มีอัตรามากกว่าร้อยละ 80

ผลการปฏิบัติงาน เมื่อสิ้นสุดแผนฯ 5 พบว่าในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักอันดับแรก สามารถจัดการบริการให้ครอบคลุมนักเรียนประถมศึกษาได้เพียงร้อยละ 4.7 เท่านั้น

ทำให้แผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนา ฉบับที่ 6 ได้ปรับรูปแบบบริการจาก

ทันตกรรมเพิ่มทวีมาเป็นระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพที่เน้นให้ครูและผู้ปกครองมีส่วนร่วมมากขึ้นด้วยการดำเนินการดังกล่าวทำให้ทันตบุคลากรสามารถบริการทันตกรรมบำบัดในนักเรียนชั้นประถมเพิ่มจากร้อยละ 4.7 ในปี 2529 เป็นร้อยละ 16.9 ในปี 2532 (ระยะเวลาที่พบว่าทันตแพทย์จะกระจายครอบคลุมในโรงพยาบาลชุมชนกว่าร้อยละ 60 แล้ว จากเดิมที่ต่ำกว่าร้อยละ 20) แต่การให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปของภาครัฐบาลสามารถจัดการบริการได้ครอบคลุมเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น

ดังนั้นแผนงานทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนา ฉบับที่ 7 (2535-2539) จึงได้กำหนดเป้าหมายให้มีการควบคุมโรค และขยายการบริการทันตกรรมที่มีคุณภาพแก่ประชาชนให้ได้ร้อยละ 10 โดยการพัฒนาคุณภาพสถานบริการ และการจัดการบริการทันตกรรมให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน นอกจากนั้นยังได้จัดกลุ่มเป้าหมายใหม่โดยเพิ่มกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนเป็นกลุ่มหลักในลำดับความสำคัญเดียวกันกับกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษา

การพัฒนาคุณภาพในระดับล่างได้เน้นการพัฒนาบริการทันตกรรมของสถานีอนามัย ให้มีขีดความสามารถสูงขึ้น โดยการพัฒนาเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยให้ขูดหินน้ำลายได้ (เนื่องจากการประเมินผลทำในปี 2537 ที่พบว่าผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมไม่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน จึงเห็นได้ว่าการวางแผนที่ผ่านมาไม่ได้ใช้ข้อมูลที่ผ่านมาเพื่อการวางแผน ทำให้ระบบบริการทันตกรรมไม่มีการต่อยอด)

ส่วนในระดับบนก็เน้นการพัฒนากลุ่มงานทันตกรรมในโรงพยาบาลศูนย์ให้เป็นศูนย์ฝึกอบรมเฉพาะทาง (Training center) พร้อมกับมีการขยายอัตรากำลังทั้งทันตแพทย์ ทันตภิบาล ผู้ช่วยทันตแพทย์ และช่างทันตกรรมในสถานบริการทุกระดับ (แต่น่าเสียดายที่ไม่มีการพัฒนาโครงสร้าง

พื้นฐาน เพื่อรองรับอัตรากำลังที่ขยายเพิ่มให้เหมาะสมตามอัตราภาพ เช่น บ้านพัก สวัสดิการ อุปกรณ์เครื่องมือ ฯลฯ เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถที่จะรักษาให้กำลังคนเหล่านั้น อยู่ปฏิบัติงานในท้องถิ่นได้อย่างต่อเนื่อง)

นอกจากนั้นในช่วงปี 2535-2544 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัยเพื่อทำหน้าที่เป็นสถานพยาบาลด่านแรกที่มีประสิทธิภาพให้การรักษาพยาบาลเป็นจุดนำในการเรียกศรัทธาจากประชาชน โดยสำหรับงานทันตกรรมได้กำหนดให้มีทันตภิบาล 1 คนในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ เพื่อพัฒนาคุณภาพงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในช่องปากในระดับสถานีอนามัย เป็นผลให้มีทันตภิบาลในสถานีอนามัยเพิ่มขึ้นเป็น 705 แห่งใน 9738 แห่งในปี 2544 (เป็นที่น่าเสียดายที่การกำหนดให้ทันตภิบาลไปอยู่ในสถานีอนามัยนั้น มีการกำหนดหน้าที่ไม่สอดคล้องกับหลักการที่ใช้การรักษาเป็นจุดนำในการเรียกศรัทธาจากประชาชน ซึ่งที่ถูกต้อง ควรจะต้องเป็นทันตแพทย์ที่ผ่านการอบรมสาขาทันตกรรมทั่วไป หรือทันตกรรมครอบครัว จึงจะทำหน้าที่ดังกล่าวได้ตามหลักการที่กำหนดไว้อย่างแท้จริง)

ข้อบ่งชี้ : ความจริงที่ดูจากผลงาน

ความสามารถในการให้บริการทันตกรรม โดยกระทรวงสาธารณสุข จากการศึกษาในปี 2542 พบว่าสามารถให้บริการครอบคลุมประชาชนได้ประมาณร้อยละ 10 (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ 2542) ในขณะที่การศึกษาของศิริแพทย์ อรุณประพันธ์ เมื่อปี 2545 พบว่าสามารถครอบคลุมประชาชนเพียงร้อยละ 6 เท่านั้น

เมื่อพิจารณาถึงประเภทของบริการในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ ที่มีแต่

ทันตแพทย์และทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ให้บริการพบว่าสัดส่วนการบริการสูงสุดกว่าหนึ่งในสามหรือร้อยละ 36.34 เป็นการถอนฟันอย่างง่าย โดยร้อยละ 71.2 ของการบริการในระดับนี้จะประกอบด้วยบริการอย่างง่าย ได้แก่ การถอนฟันอย่างง่าย, การอุดฟันหนึ่งด้าน, การซูดหินน้ำลาย และทันตกรรมป้องกัน (งานทันตสาธารณสุข กองโรงพยาบาลภูมิภาค 2543)

ในขณะที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนจากการศึกษา เมื่อปี 2541-2542 พบว่าการบริการที่มากที่สุดคือ การถอนฟัน ร้อยละ 47.7 การอุดฟัน ร้อยละ 19.6 การผ่าฟันคุด และงานศัลยกรรมปาก ร้อยละ 13.1 การซูดหินน้ำลาย ร้อยละ 12.5 การเคลือบร่องฟัน ร้อยละ 6.5 งานรักษารากฟันและการใส่ฟันปลอม ประมาณร้อยละ 1.1 เท่านั้น (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ 2544)

สำหรับสถานการณ์การให้บริการทันตกรรม โดยทันตภิบาลประจำสถานีอนามัยนั้นพบว่าการถอนฟันเป็นการบริการที่มีสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 50.1 ส่วนการซูดหินน้ำลาย และอุดฟันประมาณร้อยละ 36.4 การเคลือบหลุมร่องฟันเพียงร้อยละ 5.8 เท่านั้น หากคิดเป็นสัดส่วนเวลาเพื่อการส่งเสริมป้องกันจะมีเพียงร้อยละ 24.6 ของเวลาทั้งหมด โดยผลดังกล่าวจะสอดคล้องกับการศึกษาประเมินผลการปฏิบัติงานของทันตภิบาล ในปี 2539 โดยสุนีวงศ์คงคาเทพ และคณะ จึงเป็นการยืนยันว่าการบริการทันตกรรม ตามแผนพัฒนาที่ผ่านมา เป็นการซ่อมสุขภาพที่ยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงตามเป้าหมายมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพตามกรอบแนวคิดที่ได้กำหนดไว้แต่แรกเริ่มเมื่อกว่า 30 ปีที่แล้วมาด้วย

สิ่งที่สะท้อนภาพความล้มเหลวของระบบบริการทันตสุขภาพ ที่ไม่สามารถให้เกิดการสร้างนำซ่อมได้ตามกรอบแนวคิดที่กำหนดคือ วิกฤตกรรมของประชาชนที่ปรากฏออกมาในสถานการณ์ของ

กลุ่มอายุ	ร้อยละการเป็นโรคฟันผุ	ค่าเฉลี่ย ฟันผุ ก่อน อุด ต่อคน
เด็กอายุ 3 ปี	เป็นโรคฟันผุร้อยละ 65.7	ค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุด 3.6 ซี่ต่อคน
กลุ่มอายุ 5-6 ปี	มีฟันน้ำนมผุร้อยละ 87.4	ค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุด 5.9 ซี่ต่อคน
กลุ่มอายุ 12 ปี	ฟันแท้เป็นโรคฟันผุร้อยละ 57.3	ค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุด 1.6 ซี่ต่อคน
กลุ่มอายุ 15 ปี	ฟันแท้เป็นโรคฟันผุร้อยละ 62.1	ค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุด 2.1 ซี่ต่อคน
กลุ่มอายุ 35-44 ปี	เป็นโรคฟันผุและ/ หรือสูญเสียฟันร้อยละ 85.6	ค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุด 6.1 ซี่ต่อคน
กลุ่มอายุ 60-74 ปี	เป็นโรคฟันผุและ/ หรือสูญเสียฟันร้อยละ 95.6	ค่าเฉลี่ยฟันผุก่อนอุด 14.37 ซี่ต่อคน

โรคในช่องปาก ตามกลุ่มอายุต่างๆ ดังตารางต่อไปนี้
ส่วนสภาวะปริทันต์ของประชาชนนั้น จะพบว่าประชากรอายุ 12 ปีขึ้นไป จะมีปัญหาเหงือกอักเสบเป็นส่วนใหญ่ที่มีเหงือกอักเสบและหินน้ำลาย ในขณะที่กลุ่มอายุ 35 ปี ขึ้นไปจะพบโรคปริทันต์ร้อยละ 37.3 และผู้สูงอายุจะพบโรคปริทันต์ร้อยละ 61.6 นอกจากนี้การสูญเสียฟันจะพบว่ากลุ่มอายุ 35-44 และ 60-74 ปี จะมีการสูญเสียฟันเฉลี่ย 3.5 และ 12.2 ซี่ ตามลำดับ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2545)

ข้อบ่งชี้ : เหตุผลจากมุมมองภาคประชาชน

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในประชาชนกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสทางสังคม เช่น กลุ่มผู้พิการ กลุ่มชาวเขา กลุ่มคนในชุมชนแออัด ฯลฯ ซึ่งเป็นกลุ่มคนส่วนใหญ่ที่มีปัญหาทางทันตกรรมและจะมารับการบริการทันตกรรมในลักษณะเพื่อการรักษาโรคหรือการซ่อมมากกว่าการสร้างสุขภาพ จึงเป็นคำอธิบายที่ดีที่จะสะท้อนให้เห็นภาพพร้อมกับเหตุผลที่ทำให้ประชาชนกลุ่มเหล่านี้ มุ่งเน้นการมารับการบริการแบบการซ่อมสุขภาพมากกว่าเรื่องอื่นๆ ที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพดังต่อไปนี้ (ศุภลักษณ์ เลิศมนรัตน)

1. ทักษะของประชาชนในเรื่องเกี่ยวกับ

ปัญหาสุขภาพ ประชาชนมีทัศนคติเรื่องสุขภาพคือ “ความปกติ ทำงานได้ นอนได้ กินได้ ไปเที่ยวได้” หรือ “ไม่เจ็บไม่ป่วย อยู่ในสังคมได้ ไปเรียนได้ ไปเจอเพื่อนได้” ขณะที่เมื่อถามถึงปัญหาทันตสุขภาพ คำตอบคือ “ถ้ายังกินได้นอนได้ก็ถือว่าไม่เป็นปัญหา” “เรื่องฟันไม่ใช่ปัญหาใหญ่เพราะไม่ถึงตาย ถ้าเห็นว่าโรคฟันทำให้ถึงตายถึงคิดว่ามีปัญหา” หรือ “ปัญหาช่องปากและฟันเป็นปัญหารองเพราะปัญหาสำคัญมันเป็นเรื่องปัญหาความยากจน ปัญหาปากท้อง รองลงมาก็เป็นเรื่องปัญหาครอบครัว”

ด้วยเหตุที่ว่าพฤติกรรมถูกกำหนดโดยความเชื่อหรือทัศนคติในตัวคนผู้นั้น ทำให้สามารถอธิบาย ปรากฏการณ์การใช้บริการทางทันตกรรมของประชาชนที่จะมาขอรับบริการบริการ เพื่อการรักษาโรคเพียงอย่างเดียว โดยไม่ให้ความสนใจกับเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพเลย ดังสถานการณ์การขอรับบริการของประชาชนในสถานบริการของรัฐบาลเกือบทุกแห่ง ที่การบริการส่วนใหญ่จะเป็นการ ถอนฟัน อุดฟันและขูดหินน้ำลายเท่านั้น

หากลองคำนวณเวลาในการให้บริการเฉลี่ยคนละ 30 นาที ในการให้บริการของทันตแพทย์ 8 ชั่วโมงต่อวันทำงาน 22 วันต่อเดือน จะเห็นว่าทันตแพทย์ 1 คน ให้บริการได้ประมาณ 4,500 คนต่อปี สำหรับการให้บริการด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว แต่ถ้าหากนโยบายของรัฐบาล

กำหนดให้ทำงานสร้างนำซ่อม ดังที่เป็นอยู่ในเวลานี้ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2545 ก็จะทำให้ประชาชนจะได้รับการบริการด้านการรักษาพยาบาลไปกว่าที่กำหนดอีก และผลก็เป็นอย่างที่ว่าประชาชนในชนบทที่เคยได้รับการบริการต่างบ่นให้ฟังถึงปัญหาการบริการทางทันตกรรมจากสถานบริการของรัฐบาล ว่าไม่ได้รับความสะดวก รอนานเพราะหมอน้อยแต่คนไข้ที่รอทำฟันมีมาก ทำให้กลุ่มคนที่หาเข้ากินค่าไม่สามารถไปรอรับ การบริการได้

2. ประชาชนมีความเชื่อว่าสุขภาพ คือเรื่องเฉพาะแค่ร่างกายที่แข็งแรง โดยมีโรงพยาบาลและ หมอเป็นที่พึ่งในการทำให้อวัยวะที่เจ็บป่วยกลับสู่ สภาวะแห่งสุขภาพอีกครั้ง ทั้งที่ตามความเป็นจริง สุขภาพนั้นเป็นการรับผิดชอบร่วมกันของหมอ และ คนไข้เองหรือครอบครัวของคนไข้ ในการทำให้ ร่างกายที่เจ็บป่วยกลับสู่สภาวะสุขภาพได้ นอกจากนี้ แล้วการที่ประชาชนมีกรอบแนวคิดดังกล่าวข้างต้น เท่ากับเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความล้มเหลวของ ระบบการบริการทันตสุขภาพที่ไม่สามารถทำให้ ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลทันตสุขภาพด้วย ตนเองได้อย่างยั่งยืน และมีความเชื่อมั่นในศักยภาพ และภูมิปัญญาที่มีอยู่ในสังคมเพื่อการดูแลตนเอง อย่างแท้จริง

3. ประชาชนยอมรับสภาพความไม่เท่าเทียมจากการบริการ และอยากที่จะดูแลตัวเองแต่ ขาดการสนับสนุนในด้านองค์ความรู้ด้านการดูแล ตัวเองที่เหมาะสมและทันกับความต้องการ ดังความ เห็นของประชาชนที่สะท้อนถึงระบบบริการ ทันตกรรมของรัฐบาล “บ้านอยู่ไกลโรงพยาบาล ทางก็เป็นเขาชันหน้าฝนยิ่งลำบาก รถโดยสารก็มี วันละเที่ยว ไม่พอดูจริง ๆ ถ้าไม่ไปหาหมอให้ถอน หรอก ไปแล้วก็ไปรออีก รอแล้วไม่ได้ทำ ได้แต่ยามา กิน ไม่มีใครอยากปวดฟันหรอก แปรงฟันเข้าเย็นก็ แปรงแล้ว ฟันก็ยังผุ อยากให้หมอมายาบอกมาสอน

หนอยว่าต้องดูแลตัวเองอย่างไร เพราะไม่อยากไป หาหมอเลยมันลำบากอยากดูแลตัวเองให้ไม่เจ็บ ไม่ป่วย ก็ทำดีที่สุดแล้วก็ยังฟันเสีย” จากข้อความ ข้างต้นจะสะท้อนปัญหาของประชาชนที่เป็นองค์รวม ของความพยายามในการที่จะช่วยตัวเองของ ประชาชนอย่างชัดเจนว่าประชาชนนั้นมีความต้อง การเรื่องการส่งเสริมป้องกันมากกว่าการรักษาที่ ต้องพึ่งพาหมอ แต่ในฐานะของผู้จัดการบริการ กลับไม่มีเทคโนโลยีที่เหมาะสมสอดคล้องกับความ ต้องการ วิถีชีวิต ประเพณี ตามแนวคิดการยึด ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people's center care) ที่ เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงสภาวะ สุขภาพอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังไม่รู้จักเปลี่ยน วิถีชีวิตให้เป็นโอกาส ดีเหล็กเมื่อร้อน ด้วยการสอน ในเรื่องที่เขาต้องการ โดยมุ่งแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ (Upstream approach)

สร้างนำซ่อม : โรงเรียนทันตแพทย์เพียงสี่ ไร่ ทุ่งโพธิ์ท่าอิฐ แต่ไม่ทำก็เก็บ

การศึกษาถึงทักษะความสามารถของ ทันตแพทย์ที่จบจากโรงเรียนทันตแพทย์ในประเทศไทย จากหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต ของ วิทยาลัยทันตแพทย์ในประเทศไทย จะพบว่าทักษะ ความสามารถของทันตแพทย์จะไม่สอดคล้องกับ การปฏิบัติงานที่กำหนดไว้ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการจัดบริการทันตกรรมของรัฐบาล ที่สำคัญที่สุดในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นอกจากนี้ยังพบว่าทักษะ ความสามารถของทันตแพทย์ที่จบจากโรงเรียนต่างกัน จะมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน (สุธี สุขสุเดช)

นอกจากนี้สภาพสังคมในยุคปัจจุบันมีการ พัฒนาเทคโนโลยีในด้านต่างๆไปอย่างรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิตของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต อย่างชัดเจน และผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะ ต่อ

สภาวะสุขภาพช่องปากของประชาชนจะเปลี่ยนไป เป็นอย่างมาก เช่น การพัฒนาเทคโนโลยีด้านอาหารที่ได้มีการพัฒนาอาหารในรูปแบบต่างๆที่สามารถบริโภคได้ทันที โดยไม่ต้องมีการประกอบอาหารและสามารถเก็บไว้ได้นานโดยไม่ต้องแช่เย็น หรือมีระบบบริการอาหารแบบส่งถึงบ้านตลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้น ซึ่งหากย้อนมาดูการพัฒนาเทคโนโลยีทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแล้ว จะเห็นว่ายังไม่มีหน่วยงานใดเลยที่ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ โดยจะดูได้จากมาตรการส่งเสริมทันตสุขภาพที่ทำอยู่ในปัจจุบันยังคงเป็นการส่งเสริมทันตสุขภาพแบบสูตรสำเร็จตามแบบที่ถูกสอนมาจากโรงเรียน คือ แปรงฟัน ใช้น้ำยาสีฟัน อมฟลูออไรด์ เคลือบร่องฟัน และการเฝ้าระวังโรคเท่านั้น ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมที่มองได้จากความเห็นของประชาชนดังต่อไปนี้ “จริงๆ ที่เด็กฟันผุนี้ หมอน่าจะสอนตั้งแต่แม่ตั้งท้องนะว่าให้ดูแลตัวเองอย่างไร ให้รู้ตั้งแต่ต้นเลย จะได้ดูแลลูกได้ถูก เวลาเด็กเกิดมาก็จะมาตามดูตามสอนตั้งแต่ต้นเลย ว่าต้องแปรงฟันอย่างนั้นนะ อย่าให้กินขนมอย่างนั้นนะ ถ้าทำได้อย่างนี้ฟัน เด็กจะได้ไม่ผุ” เสียงจากคุณพ่อของลูกวัยหนึ่งขวบ

สิ่งที่น่าเป็นห่วงอีกประการหนึ่งคือ การพัฒนาเทคโนโลยีทางการส่งเสริมป้องกันที่ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา ทำให้เทคโนโลยีที่ใช้อยู่ในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสภาวะการเกิดโรคในประชาชนที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งเทคโนโลยีที่ใช้อยู่ เช่น เรื่องฟลูออไรด์ หรือการเคลือบร่องฟัน ก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับและดำเนินการอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะที่โรงเรียนทันตแพทย์แต่ละแห่งก็ยังมี ความเชื่อและการยอมรับที่แตกต่างกัน โรงเรียนทันตแพทย์เกือบทั้งหมดก็ยังไม่มีการพัฒนาเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหาเรื่องการมาขอรับบริการเมื่อปวดจนทนไม่ได้เท่านั้น ให้เป็นการมารับการรักษาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักการของสร้างนำซ่อม ให้เป็นรูปธรรมที่นักเรียน

ทันตแพทย์ได้เห็นจริงและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงในปัจจุบันได้ ดังนั้นจึงพอจะพูดได้ว่าเมื่อตอนเรียนก็ไม่ได้เรียน เมื่อจบเป็นทันตแพทย์ที่ออกปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีทันตแพทย์เพียงแห่งละ 1-2 คน ก็จะต้องจมอยู่กับปัญหาเดิมๆ คือ ซ่อมมากกว่าสร้าง ได้แก่ การถอน อุด และขูดหินน้ำลาย ก็จะหมดเวลาในการทำงานแล้ว นานวันเข้าเมื่อหมดสัญญาการปฏิบัติงานใช้ทุนก็พากันมุ่งสู่กรุงเทพฯ หรือ เมืองใหญ่ๆ ปลอมให้ประชาชนต้องช่วยตัวเองตามมีตามเกิด และโยนความผิดให้กับโชคชะตาต่อไป

สร้างนำซ่อม : เริ่มจากมีผู้นำมองไกล ใจกว้าง และใฝ่สูง

ตลอดเวลาการดำเนินการตามแผนงานบริการทันตกรรมที่ผ่านมา ไม่เคยมีการประกาศว่า ผู้นำอย่างเป็นทางการนั้นเป็นใคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำในด้านแผนงานสร้างเสริมทันตสุขภาพ ตามแนวคิดสร้างนำซ่อมนั้น ตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 มา ก็เป็นเหมือนงานฝากของฝ่ายทันตสาธารณสุข ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่บางแห่งก็พยายามจะพัฒนาฝ่ายให้มีความสามารถในการบำบัดรักษา แข่งขันกับโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากความที่ไม่ทราบว่าจะบทบาทหน้าที่ของตนเองนั้นมีหน้าที่เช่นใด บางแห่งก็พยายามทำหน้าที่การสร้างเสริมสุขภาพไปอย่างเต็มที่ จนพอจะพูดได้ว่าเป็นต้นแบบได้ แต่พอมีการปรับเปลี่ยนผู้นำโดยเฉพาะนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ด้วยเหตุที่นโยบายที่ไม่ชัดเจน และเป็นนโยบายรายวัน จึงมีผลต่อการดำเนินงานของฝ่ายทันตสาธารณสุขอย่างมาก ที่ทำให้การพัฒนา งานการสร้างเสริมทันตสุขภาพไม่มีความก้าวหน้าเท่าที่ควร ดังเช่นที่เป็นอยู่ในทุกวันนี้

และด้วยผลที่เกิดดังกล่าวนี้เอง ทำให้กระทรวงสาธารณสุขในยุคปฏิรูประบบราชการ ได้ยุบฝ่ายทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง

หมด ทำให้ปัจจุบันจะไม่มีผู้รับผิดชอบดูแลการบริการสุขภาพช่องปากในระดับจังหวัดอีกต่อไป ดังนั้นทันตแพทยสภาในฐานะที่เป็นตัวแทนของทันตแพทย์ที่ถูกต้องตามกฎหมายเพียงสถาบันเดียวในเวลานี้ ก็คงจะปฏิเสธความรับผิดชอบในเรื่องนี้ไม่ได้

การดำเนินการนั้นไม่น่าจะเป็นเรื่องยากเย็นอะไรเลย เพราะในจำนวนสมาชิกกว่า 7,000 คน ของทันตแพทยสภานั้น มีสมาชิกที่มีความหลากหลายในสาขาวิชาต่างๆ ทั้งด้านบริหารจัดการ ด้านกฎหมาย ด้านการวางแผน และประเมินผล ฯลฯ ขอเพียงแต่มีผู้นำที่ใจกว้างยอมรับฟังความเห็นที่แตกต่างไปจากตัวเอง โดยนำเอาความต่างมาสร้างความเป็นหนึ่งเดียวกันของวิชาชีพ (Unity in diversity) เพื่อมุ่งการสร้างควมมีทันตสุขภาพแก่ประชาชนตามแนวคิดสร้างนำซ่อม โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ร่วมคิด ร่วมทำ เพื่อการสร้างสุขภาพแบบองค์รวมอย่างยั่งยืนสืบไป

การดำเนินงานระบบบริการทันตกรรมตลอดระยะเวลากว่า 30 ปีที่ผ่านมา มีจุดอ่อนที่สำคัญคือความต่อเนื่องจากการบริหารจัดการระบบบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการควบคุม ติดตามการดำเนินงาน และการประเมินผลของระบบ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนอย่างเป็นระบบ เป็นเหตุเป็นผล อันเป็นที่มาของการมีแผนงานที่ต่อเนื่องกันอย่างแท้จริง สาเหตุที่สำคัญน่าจะอยู่ที่การขาดผู้นำที่ทำหน้าที่รับผิดชอบระบบบริการทันตกรรมของประเทศอย่างเป็นทางการ และเป็นที่ยอมรับของทันตแพทย์ ทำให้การทำงานของบุคลากรทางทันตกรรมไม่มีการประสานงานกันอย่างเหมาะสม การทำงานจึงเป็นแบบต่างคนต่างทำ เพื่อเป้าหมายของแต่ละคนงานมีการซ้ำซ้อนเพราะขาดเป้าหมายระดับชาติหรือการขาดนโยบายสาธารณะด้านทันตกรรม (Public dental health policy) การดำเนินงานขาดการดำเนินงานแบบต่อยอด แต่เป็นการดำเนินการ

แบบเริ่มต้นจากศูนย์ในทุกครั้งที่มีการบริหารคนใหม่ในระดับนโยบาย แม้ว่าเพียงการเปลี่ยนชื่อหรือคำขวัญแต่กรอบแนวคิดยังคงเดิม ระบบบริการทันตกรรมก็มีผลเกือบทุกครั้ง ดังที่กล่าวข้างต้นในเรื่อง กรอบแนวคิด และนโยบายตามแผนพัฒนาฯ ฉบับต่างๆ ทั้งนี้เป็นเพราะระบบบริการทันตกรรมนั้น ขาดผู้นำที่จะทำหน้าที่อันสำคัญในการเป็นผู้ต่อรองในระดับนโยบาย (Policy negotiator) เป็นผลให้ปัจจัยภายนอกมีผลกระทบต่อระบบการบริการทันตกรรมที่รุนแรง เปรียบเสมือนน้ำหลากจากภูเขาที่ไม่มีต้นไม้อพยรรเทากำลังน้ำ ผลที่เกิดขึ้นคือประชาชนต้องรับกรรม คือ การไม่ได้รับความเป็นธรรม และความเสมอภาคในการขอรับบริการทันตกรรมของรัฐบาล ดังเช่นที่เป็นอยู่ในทุกวันนี้

เอกสารอ้างอิง

เอกสารประกอบการประชุมระดมสมอง “การวิเคราะห์ระบบทันตกรรมในประเทศไทย ” วันศุกร์ที่ 29 สิงหาคม 2546 ณ ห้องประชุม สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะทำงาน Issues paper ระบบทันตกรรม สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2546

