

## พัฒนาการและแนวโน้มของระบบบริการ ทันตสุขภาพพระดัตบอำเภอ

ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ \*

สุณี พลดีเยี่ยม \*\*

เพ็ญแข ลากยั้ง \*\*

แพรว จิตตินันท์ \*\*\*

พินิจสร เหมพิสุทธิ \*\*\*\*

ท.บ., วท.ม.

ท.บ., ส.ม.

ท.บ., ส.ม., ศ.บ., ศค.ด.

ท.บ., M.Sc.

วท.ม., ศศ.ม.

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการและสถานการณ์ปัจจุบันในภาพรวมของการกำหนดนโยบาย แผนงานและระบบสนับสนุน และผลต่อการจัดบริการทันตสุขภาพพระดัตบอำเภอ โดยศึกษาจากเอกสาร และสัมภาษณ์บุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่าระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอเริ่มขึ้นจากนโยบายการผลิตทันตภิบาลให้ไปปฏิบัติงานในระดับอำเภอ ตั้งแต่ พ.ศ. 2513 และได้รับการพัฒนาให้เข้มแข็งขึ้นจากโครงการกระจายทันตแพทย์โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ ซึ่งมีผลตั้งแต่ พ.ศ.2532 และต่อมาได้ขยายบริการไปสู่ระดับตำบลโดยการกำหนดให้มีทันตภิบาลไปประจำในสถานอนามัยขนาดใหญ่ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย (พ.ศ.2535-2544) ผลจากนโยบายนี้ โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย จึงเป็นสถานบริการภาครัฐที่ให้บริการทันตสุขภาพครอบคลุมประมาณร้อยละ 90 ของพื้นที่เขตชนบททั้งหมด

การสนับสนุนด้านกำลังคน ซึ่งมีบุคลากรหลักคือทันตแพทย์ ทันตภิบาลและผู้ช่วยทันตแพทย์ แม้มีการสนับสนุนกำลังคนเพิ่มขึ้นโดยตลอด แต่การขาดแคลนทันตบุคลากรยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะทันตภิบาลระดับตำบล ขณะที่ปัจจุบันรัฐได้กำหนดมาตรการจำกัดกำลังคนที่เข้มงวด โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ยุติการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ตั้งแต่ พ.ศ.2541 และยุติการบรรจุข้าราชการใหม่ตั้งแต่ พ.ศ.2543 รวมทั้งการยกเลิกระบบสัญญาผูกพันการเรียนด้วย จึงเริ่มเกิดความไม่แน่นอนของระบบสนับสนุนกำลังคนในอนาคต สำหรับการสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรม ยังมีปัญหาความเพียงพอของการสนับสนุน อันเป็นผลจากการปรับลดงบประมาณในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ

\* กองสาธารณสุขภูมิภาค

\*\* กองทันตสาธารณสุข

\*\*\* โรงพยาบาลบางใหญ่ จ.นนทบุรี

\*\*\*\* สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

โดยภาพรวมแม้พัฒนาการโดยรวมจะดีขึ้น และมีผู้รับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นทุกปี แต่สภาวะสุขภาพช่องปากของประชาชนกลับมีแนวโน้มเลวลง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก จึงควรทบทวนเพื่อพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติงานในด้านการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นในอนาคต ทิศทางการปรับระบบบริการทันตสุขภาพในอนาคต ควรเน้นการกระจายอำนาจการบริหารจัดการไปยังระดับพื้นที่ และควรดึงภาคเอกชนซึ่งมีทรัพยากรที่ยังถูกใช้ไม่เต็มที่ ให้เข้ามามีบทบาทมากขึ้น

*Keywords* District dental health system, Dental personnel , Dental nurse, Dentist .



## บทนำ

ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศกำลังอยู่ในระยะของการปรับเปลี่ยน อันเป็นผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยแวดล้อมในทุกด้าน โดยเฉพาะการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่เมื่อ พ.ศ. 2540 และภาวะวิกฤติเศรษฐกิจที่เริ่มมีผลกระทบอย่างรุนแรงตั้งแต่ปลาย พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน ระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ จึงจำเป็นต้องเตรียมกำหนดทิศทางการปรับตัวด้วย โดยเริ่มจากการศึกษาทบทวนพัฒนาการที่สำคัญในอดีต เพื่อนำไปพิจารณาประกอบกับผลการศึกษาอื่นๆ ก่อนนำสู่การสรุปเพื่อกำหนดทิศทางต่อไป

ในประเทศไทย ระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดบริการรายใหญ่ที่สุดของประเทศ โดยโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่จัดบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอ มีการกระจายครอบคลุมร้อยละ 90 ของพื้นที่นอกเขตอำเภอเมืองทั่วประเทศ และนับแต่ พ.ศ. 2536 ก็ได้เริ่มขยายบริการทันตสุขภาพลงไปสู่ระดับตำบล ส่วนบริการในภาคเอกชนแม้จะมีจำนวนสถานบริการเพิ่มขึ้น แต่มักกระจุกตัวในเขตเมืองใหญ่ ระบบบริการทันตสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นกลไกหลักในการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชนในชนบทมาโดยตลอด การศึกษานี้จึงเน้นระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ในส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเป็นหลัก

การศึกษาดังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพัฒนาการและสถานการณ์ปัจจุบัน ของการกำหนดนโยบาย แผนงานและระบบสนับสนุน รวมทั้งแนวโน้มการขยายบริการทันตสุขภาพของเอกชนในเขตชนบท และผลต่อการจัดบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ

## วิธีการศึกษา

ศึกษา และรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร นโยบายและโครงการที่เกี่ยวข้อง แผนพัฒนาการสาธารณสุขทุกฉบับ อนุสรณ์กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชน รายงานประจำปีของกองสาธารณสุขภูมิภาค ทำเนียบสถานพยาบาลเอกชน รายงานวิจัยและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการสัมภาษณ์บุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ แล้ววิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นต่อระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ

## ผลการศึกษา

ผู้ศึกษาได้แบ่งพัฒนาการของระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ เป็น 3 ช่วงเวลาใหญ่ๆ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะก่อนมีระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ (อดีต - พ.ศ. 2513 )

ระยะที่ 2 ระยะมีระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ( พ.ศ. 2513 - 2534 )

ระยะที่ 3 ระยะขยายระบบบริการทันตสุขภาพไปสู่ระดับตำบล ( พ.ศ. 2535 - ปัจจุบัน )

พัฒนาการและสถานการณ์ปัจจุบันในทั้ง 3 ช่วงเวลา มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

### 1. พัฒนาการและสถานการณ์ของการกำหนดนโยบายและแผนงานของระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ

1.1 ระยะที่ 1 ช่วงก่อนมีระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ (อดีต - พ.ศ. 2513)

1.1.1 ภาวะขาดแคลนผู้ให้บริการทันตกรรม

ในอดีตผู้ให้บริการทันตกรรมในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นชาวศรีลังกาหรือชาวจีนที่ได้ฝึกฝนถ่ายทอดความรู้จากช่างทำฟันประเภท

เดียวกัน แล้วมาเปิดร้านทำฟันให้บริการถอนฟัน และตัดฟันให้ปลายเรียบเสมอกัน จนถึง พ.ศ. 2434 จึงเริ่มมีทันตแพทย์ที่จบปริญญาจากต่างประเทศ มาเปิดร้านให้บริการทันตกรรมในกรุงเทพมหานคร และเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างช้าๆทั้งในกรุงเทพมหานคร และหัวเมืองใหญ่ เนื่องจากผู้ให้บริการทันตกรรม มีไม่เพียงพอ ใน พ.ศ. 2460 โรงเรียนแพทย ทันตกรรมจึงทำการผลิตทันตแพทย์หลักสูตร 2 ปีขึ้น 1 รุ่น แล้วเลิกผลิต<sup>1</sup>

### 1.1.2 เริ่มผลิตทันตแพทย์และ ทันตานามัย

ผลจากภาวะที่มีผู้ให้บริการ ทันตกรรมอยู่น้อย ใน พ.ศ. 2483 รัฐบาลจึงตั้ง แผนกทันตแพทยศาสตร์ขึ้นเป็นแผนกอิสระใน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อผลิตทันตแพทย์ ระดับปริญญา แต่เนื่องจากมีผู้สมัครเข้าเรียนน้อย มาก เมื่อมีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นใน พ.ศ. 2485 กรมการแพทย์จึงจัดการฝึกอบรมทันตแพทย์ ชั้น 2 ขึ้น โดยใช้หลักสูตร 2 ปี (ผู้เข้าอบรมต้องมี วุฒิระดับพยาบาลผดุงครรภ์) จบแล้วได้รับใบ ประกอบโรคศิลปะสาขาทันตกรรมชั้น 2 โดยขอ ให้แผนกทันตแพทยศาสตร์ (สังกัดมหาวิทยาลัย แพทยศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น) ดำเนินการฝึกอบรม<sup>2</sup> ต่อมาได้โอนกิจการนี้ให้กับ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเปลี่ยนชื่อเป็นหลักสูตรทันตานามัยใน พ.ศ. 2495 หลักสูตรนี้ได้ยกเลิกไปใน พ.ศ. 2516 โดยผลิตทันตานามัยได้ทั้งสิ้น จำนวน 549 คน (ข้อมูลจากทะเบียนสมาชิกของทันตแพทยสภา)

### 1.1.3 บริการทันตกรรมใน โรงพยาบาลระดับจังหวัด

รัฐมนตรีโยบายให้กระทรวง สาธารณสุข จัดตั้งโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดตั้งแต่ พ.ศ.2490 ซึ่งทำได้สำเร็จใน พ.ศ. 2499<sup>3</sup> การให้ บริการทันตกรรมในส่วนภูมิภาคจึงเริ่มขึ้นใน

โรงพยาบาลระดับจังหวัด โดยใน พ.ศ. 2507 มี ทันตแพทย์ในโรงพยาบาล 32 แห่ง และมีทันตา นามัยในโรงพยาบาล 55 แห่ง<sup>4</sup>

## 1.2 ระยะที่2 ช่วงการจัดระบบบริการ ทันตสุขภาพระดับอำเภอ ( พ.ศ. 2513-2534)

### 1.2.1 การผลิตทันตาภิบาลเพื่อ ไปปฏิบัติงานในระดับอำเภอ

พ.ศ. 2503 องค์การอนามัยโลก ได้สำรวจสภาวะทันตสุขภาพพร้อมกับภาวะ โภชนาการของคนไทย<sup>5</sup> และพบว่ามี การขาดแคลน ทันตบุคลากรในระดับอำเภออย่างมาก และไม่มี หน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงในการบริหารงาน ทันตสาธารณสุขของประเทศ จึงเสนอให้ตั้งคณะ กรรมการที่ปรึกษาทางทันตกรรมขึ้น กระทรวง สาธารณสุขจึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาดัง กล่าวใน พ.ศ. 2503 และ 2506<sup>6</sup> คณะกรรมการฯ ได้เสนอให้เน้นการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก เพื่อป้องกันไม่ให้โรคฟันแพร่ขยายมากขึ้นในอนาคต และได้เสนอให้ผลิตทันตาภิบาลเพื่อให้บริการ สุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กในระดับอำเภอ กระทั่ง พ.ศ. 2511 จึงเริ่มเปิดหลักสูตรผลิตทันตาภิบาลที่ วิทยาลัยการสาธารณสุขชลบุรี เป็นหลักสูตร 2 ปี (สำหรับผู้จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอน ปลาย) จบแล้วมีสัญญาใช้ทุนกับกระทรวง สาธารณสุข และปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมดูแล ของทันตแพทย์<sup>6</sup>

พ.ศ. 2513 ทันตาภิบาลได้เริ่ม บรรจุทำงานในสถานอนามัยชั้น 1<sup>3</sup> (ซึ่งต่อมา พัฒนาเป็นโรงพยาบาลชุมชน) นับเป็นจุดเริ่มต้น ของการจัดบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ และ โดยที่การตั้งโรงเรียนทันตาภิบาลเป็นโครงการความ ช่วยเหลือจากนิวซีแลนด์ มี Dr.C.H.Leslie อธิบดี กรมทันตสุขภาพของนิวซีแลนด์<sup>2</sup> เป็นที่ปรึกษา หลักสูตรและบทบาทหน้าที่จึงคล้ายกับในนิวซีแลนด์ คือให้บริการทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวี (Incremen-

tal dental care) แก่นักเรียนประถมศึกษาทั้งด้านส่งเสริมป้องกันและรักษา บริการทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวี ได้ปรากฏในโครงการทันตสาธารณสุข ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) และมีการดำเนินการต่อในระยะแผนฯ 5 (พ.ศ.2525-2529) เมื่อถึงระยะแผนฯ 6 (พ.ศ.2530-2534) จึงได้นำมาตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษามาดำเนินการแทนเนื่องจากบริการทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวีมีความครอบคลุมนักเรียนได้เพียงร้อยละ 0.9<sup>7</sup>

ในช่วงนั้น กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกระเบียบ เพื่อรองรับการให้บริการทันตกรรมของทันตภิบาล นับแต่เริ่มจบการศึกษา และปรับแก้ไขใน พ.ศ. 2518<sup>8</sup> โดยกำหนดให้สามารถรักษาทางทันตกรรมบางอย่างได้เฉพาะในเด็กที่มีอายุไม่เกิน 15 ปี ซึ่งมีความขัดแย้งกับสภาพการทำงานจริงเป็นอย่างมาก เนื่องจากในช่วงเวลานั้นมีทันตแพทย์รับราชการในระดับอำเภอน้อยมาก (พ.ศ. 2519 มีทันตแพทย์ เพียง 9 คน ในโรงพยาบาลอำเภอ)<sup>4</sup> แต่มีประชาชนจำนวนมากที่ต้องการรักษาโรคในช่องปาก ทันตภิบาลที่โรงพยาบาลอำเภอหลายแห่ง จึงต้องให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนด้วย

### 1.2.2 การพัฒนาฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน

พ.ศ.2515 มีการเปลี่ยนชื่อสถานีอนามัยชั้น 1 เป็นศูนย์การแพทย์และอนามัย ต่อมาใน พ.ศ.2518 รัฐบาลมีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาล ขึ้นทุกอำเภอ จึงปรับปรุงยกฐานะศูนย์การแพทย์และอนามัยที่มีปริมาณและคุณภาพผลงานสูงขึ้นเป็นโรงพยาบาลอำเภอ และก่อสร้างโรงพยาบาลอำเภอเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งกำหนดให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลอำเภอขนาด 30 เตียงขึ้นไป<sup>9</sup> เป็นครั้งแรกใน พ.ศ.2522 ต่อมาใน พ.ศ.2525 โรงพยาบาลอำเภอได้เปลี่ยนชื่อ

เป็นโรงพยาบาลชุมชน และสำนักงาน ก.พ. ได้กำหนดกรอบอัตรากำลังให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนทุกขนาด<sup>10</sup> โดยมีกรอบอัตรากำลังสำหรับทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์ เป็นองค์ประกอบของทีมบุคลากรฝ่ายทันตสาธารณสุข ระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอจึงขยายไปทั่วประเทศ พร้อมๆ กับการเติบโตของโรงพยาบาลชุมชน

### 1.2.3 โครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ

ตลอดช่วงแผนฯ 4 ความก้าวหน้าของบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอเป็นไปอย่างเชื่องช้า เนื่องจากสาเหตุสำคัญข้อหนึ่งคือการขาดแคลนทันตแพทย์ในโรงพยาบาลอำเภอ คณะกรรมการทันตสาธารณสุขแห่งชาติ จึงได้เสนอโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ และคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ดำเนินการตามโครงการที่เสนอตั้งแต่ พ.ศ.2526<sup>11</sup> ซึ่งมีผลให้ทันตแพทย์ที่จบการศึกษาตั้งแต่ พ.ศ.2532 ต้องรับราชการในส่วนภูมิภาคเป็นเวลา 3 ปี ผลจากการนี้ช่วยให้ทันตแพทย์ในระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะแผนฯ 6

### 1.2.4 การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ในระยะแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 - 6

ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524) กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขชัดเจนเป็นครั้งแรก และกองทันตสาธารณสุขได้ประสานและผลักดันให้มีโครงการทันตสาธารณสุขขึ้นในแผนนี้<sup>12</sup> โดยกำหนดให้มีการดำเนินงานทันตกรรมเพิ่มทวีในร.ร.ประถม โดยทันตภิบาลและกำหนดกิจกรรมเน้นหนักด้าน

ส่งเสริมป้องกันมากกว่าการรักษา เริ่มนำมาตรการป้องกันฟันผุโดยการอมน้ำยาฟลูออไรด์ บ้วนปากในนักเรียนประถมศึกษามาใช้ ซึ่งในแผนฯ 5 และ 6 ก็ยังคงยึดแนวทางนี้ต่อมา

เมื่อเริ่มแผนงานทันตสาธารณสุข ในแผนฯ 5 ได้มีการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยการ อบรม อสม. เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การตั้งกองทุน แปร่งสีฟัน/ยาสีฟันในโรงเรียนและหมู่บ้าน และการอบรมให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย สามารถตรวจวินิจฉัยและบรรเทาโรคเหงือกและฟันในเบื้องต้นได้ จากแผนงานทันตสาธารณสุขในแผนฯ 5 นี้เอง มีผลให้ทันตบุคลากรในระบบบริการทันตสุขภาพพระตำบลดอนแก้ว เริ่มเข้าไปทำงานร่วมกับ สถานีอนามัย ชุมชน และหน่วยงานด้านการศึกษา อย่างกว้างขวาง

ในช่วงปลายแผนฯ 5 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มนำโครงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในหน่วยงานส่วนภูมิภาค (พ.บ.ส.) มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยบริการทุกระดับ<sup>13</sup> โดยใน พ.ศ. 2529 ได้จัดทำเกณฑ์มาตรฐานสำหรับงานบริการทุกด้าน ผลจากเกณฑ์นี้ช่วยให้ฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนทราบถึงศักยภาพขั้นต่ำที่ต้องพัฒนาให้มีขึ้น พร้อมทั้งมีการแต่งตั้งคณะทำงาน พ.บ.ส. เพื่อทำหน้าที่พัฒนาสถานบริการให้มีศักยภาพตามมาตรฐานที่กำหนด มีผลให้ทันตแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ได้เข้ามาร่วมในคณะทำงาน พ.บ.ส. ทันตกรรม และมีส่วนช่วยพัฒนาวิชาการให้กับทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยมากขึ้น พร้อมกับพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยทันตกรรมภายในจังหวัดให้ชัดเจนขึ้น

ในระยะแผนฯ 5 เช่นกัน มูลนิธิแพथ้อาสาสมัครเพื่อพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) โดยพระเมตตาของสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ที่ทรงปรารถนาให้ประชาชนในท้องถิ่น

ห่างไกล ปลอดภัยจากทุกข์ทรมานด้วยโรคฟัน ได้จัดให้มีการรณรงค์ทางทันตสาธารณสุขขึ้นทั่วประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งร่วมรณรงค์ให้บริการแก่ประชาชน ในวันที่ 21 ตุลาคม อันเป็นวันคล้ายวันพระราชสมภพของพระองค์ โดยเริ่มรณรงค์เป็นรูปแบบชัดเจนครั้งแรกใน พ.ศ. 2529 และดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ผลจากการนี้ช่วยหนุนเสริมให้งานทันตสาธารณสุขได้รับการให้ความสำคัญจากหน่วยงานต่างๆ มากขึ้น และใน พ.ศ. 2532 คณะรัฐมนตรีได้ประกาศให้วันที่ 21 ตุลาคมของทุกปี เป็นวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ<sup>14</sup>

เมื่อเริ่มแผนฯ 6 ได้มีการยกเลิกดำเนินงานทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวี และจัดทำโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา เพื่อขยายความครอบคลุมงานทันตสาธารณสุข และกองทันตสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินโครงการ ทันตสาธารณสุขในงานสาธารณสุข มูลฐานระยะที่ 2 (ทสสม.2) โดยเน้นการพัฒนาขีดความสามารถให้เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยชุดหินน้ำลายได้ มีกลุ่มเป้าหมาย คือ นักเรียนตามโครงการเฝ้าระวัง ฯ เนื่องจากทันตบุคลากรยังมีไม่เพียงพอให้บริการรองรับนักเรียนที่จะส่งต่อจากระบบเฝ้าระวัง ฯ ในระยะต่อมาได้ปรับปรุงโครงการ ทสสม. 2 โดยให้ใช้เครื่องชุดหินปูนไฟฟ้าแทนการชุดด้วยเครื่องมือปกติ โครงการนี้ยังคงมีการดำเนินการอยู่จนถึงปัจจุบัน

1.3 ระยะที่ 3 ขยายระบบบริการทันตสุขภาพไปสู่ระดับตำบล (พ.ศ. 2535 - ปัจจุบัน)

● จัดให้มีทันตภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานีอนามัยตามโครงการ ทสอ.

คณะรัฐมนตรีอนุมัติให้ดำเนินโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ทสอ.) ระหว่าง พ.ศ. 2535-2544 ซึ่งมี

วัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและพัฒนาศักยภาพรวมทั้งคุณภาพบริการระดับสถานีนอนามัย โดยกำหนดให้สร้างสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อเป็นต้นแบบและเป็นแม่ข่ายการพัฒนาสถานีนอนามัยข้างเคียง มีเป้าหมายครอบคลุมร้อยละ 20 ของสถานีนอนามัยทั้งหมด พร้อมทั้งกำหนดให้มีทันตภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยขนาดใหญ่แห่งละ 1 คน<sup>15</sup> เพื่อพัฒนาคุณภาพงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ และขยายโอกาสเข้าถึงบริการทันตสุขภาพสำหรับประชาชนในระดับตำบล เริ่มมีทันตภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 จึงเป็นจุดเริ่มต้นการขยายบริการทันตสุขภาพไปสู่ระดับตำบล

ในระยะที่เริ่มมีทันตภิบาลไปปฏิบัติงานประจำสถานีนอนามัย ยังมีปัญหาทั้งเรื่องตำแหน่งบรรจุและระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2518 ที่กำหนดให้ทันตภิบาลทำฟันได้เฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ขณะเดียวกันในโรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากยังมีทันตภิบาลไม่ครบตามกรอบ และจังหวัดส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการบรรจุทันตภิบาลลงในโรงพยาบาลชุมชนก่อน กระทั่ง พ.ศ. 2539 มีการออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฉบับใหม่ให้ทันตภิบาลสามารถให้บริการทันตกรรมได้โดยไม่จำกัดอายุ แต่กำหนดขอบเขตบริการไว้เท่าที่จำเป็น<sup>16</sup> ระเบียบนี้ได้รับความเห็นชอบจากทันตแพทยสภา (ตั้งขึ้นตามพรบ.วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 ) และในปีเดียวกัน สำนักงาน ก.พ. ได้เห็นชอบให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เปลี่ยนตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 ตำแหน่ง ในกรอบอัตรากำลังของสถานีนอนามัย เป็นตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ชื่อตำแหน่งของทันตภิบาล) ได้<sup>17</sup> พร้อมๆ กับทันตภิบาลเริ่มเต็มกรอบในโรงพยาบาลชุมชน จำนวนสถานีนอนามัยที่มี

ทันตภิบาลประจำ จึงเพิ่มในอัตราที่เร็วขึ้น

### 1.3.2 การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ในระยะแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 - 8

ในระยะแผนฯ 7 และ 8 แผนงานทันตสาธารณสุขได้เปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายหลักจากนักเรียนประถมเป็นกลุ่มวัยก่อนเรียน เนื่องจากสภาพปัญหาโรคฟันผุในกลุ่มนี้มีแนวโน้มเลวลง ส่วนกลุ่มเป้าหมายรองลงมายังคงเป็นกลุ่มนักเรียนประถมและยังใช้มาตรการเฝ้าระวังทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้เริ่มนำมาตรการเคลือบร่องฟัน(sealant)ในนักเรียนประถมปีที่ 1 มาใช้เพื่อป้องกันฟันกรามถาวรซี่แรกผุ

## 2. พัฒนาการและสถานการณ์ปัจจุบันของการสนับสนุนทรัพยากร

การสนับสนุนทรัพยากรที่สำคัญ มี 2 ด้าน คือด้านกำลังคน และด้านครุภัณฑ์ ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้

### 2.1 การสนับสนุนด้านกำลังคน

บุคลากรหลักในระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ได้แก่ ทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งมีพัฒนาการที่สำคัญ ดังนี้

#### 2.1.1 ทันตแพทย์

ทันตแพทย์ที่ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในระยะแรกๆ เป็นผู้ที่มีศรัทธาใญ่ราชการ แต่ระบบงานและแรงจูงใจที่สนับสนุนให้เข้ารับราชการในเวลานั้นมีน้อย จึงมีทันตแพทย์ในระดับอำเภอน้อยมาก กระทั่งเริ่มมีการบรรจุทันตแพทย์ใช้ทุนตั้งแต่ พ.ศ. 2532 ความครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนที่มีทันตแพทย์จึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลชุมชนที่มีทันตแพทย์ประจำอย่างน้อย 1 คน เพิ่มจากร้อยละ 16.5 ใน พ.ศ. 2531 เป็นร้อยละ 94.1 ใน พ.ศ. 2542 โดยมีโรงพยาบาลชุมชน 42 แห่งที่ไม่มีทันตแพทย์ปฏิบัติงาน และร้อยละ 53.3 ของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ เป็นกลุ่มที่

อยู่ในระยะผูกพัน 3 ปี<sup>18</sup>

ในช่วง พ.ศ. 2535-2539 เป็นระยะที่เศรษฐกิจของประเทศมีการเติบโตอย่างมาก ค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ในภาคเอกชนสูงมากมีผลให้เกิดภาวะ “สมองไหล” โรงพยาบาลชุมชนจำนวนมากขาดแคลนแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ใน พ.ศ. 2536 กระทรวงสาธารณสุขจึงแก้ปัญหาโดยจ่ายค่าตอบแทนพิเศษเดือนละ 10,000 บาท สำหรับแพทย์และทันตแพทย์ ที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว เพื่อจูงใจให้อยู่ในระบบราชการ และใน พ.ศ. 2541 ได้เพิ่มมาตรการจูงใจให้แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเขตพื้นที่ทุรกันดารมากขึ้น โดยให้แพทย์และทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดแคลนสูงสุด (ระดับ 2) ได้รับเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเดือนละ 20,000 บาท และในพื้นที่ทุรกันดารรองลงมา (ระดับ 1) เดือนละ 10,000 บาท<sup>19</sup>

## 2.1.2 ทันตภิบาล

ทันตภิบาล ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เพิ่มขึ้นช้าๆ ตามปริมาณการผลิต กระทั่ง พ.ศ. 2524 เริ่มมีทันตภิบาลจบเพิ่มขึ้นจากวิทยาลัยการสาธารณสุขที่ขอนแก่น ปริมาณจึงเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน จากตารางที่ 1 ประมาณได้ว่าใน พ.ศ. 2529 ทุกโรงพยาบาลชุมชน มีทันตภิบาลอย่างน้อย 1 คน

ในช่วง พ.ศ. 2535-2539 ซึ่งเป็นครั้งแรกของโครงการ ทสอ. ที่มีนโยบายให้ทันตภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานอนามัยขนาดใหญ่ จำนวนทันตภิบาลที่ไปประจำการเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ด้วยปัญหาดังได้กล่าวไว้ในตอนต้น ประกอบกับการผลิตทันตภิบาลไม่สามารถเพิ่มขึ้นตามแผนที่วางไว้ กระทั่ง พ.ศ. 2539 ปัญหาต่างๆ เริ่มคลี่คลายลง จึงเริ่มมีทันตภิบาลไปปฏิบัติงานประจำสถานอนามัยเพิ่มขึ้นตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงการเพิ่มปริมาณของทันตบุคลากรเปรียบเทียบกับสถานบริการ ระหว่างปี 2514 - 2542

Table 1 Number of Oral Health personal VS community hospitals and large health centers, during 1971-1999

| หน่วยงาน              | รายการ              | ปีงบประมาณ |       |       |       |       |      |      |         |
|-----------------------|---------------------|------------|-------|-------|-------|-------|------|------|---------|
|                       |                     | 2514*      | 2519* | 2524* | 2529  | 2534  | 2539 | 2541 | 2542    |
| โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) | จำนวน รพช..         | 233        | 254   | 313   | 521   | 640   | 699  | 708  | 714     |
|                       | จำนวนทันตแพทย์      | 3          | 9     | 59    | 90**  | 340   | 638  | 797  | 1046    |
|                       | จำนวนทันตภิบาล      | 30         | 75    | 89    | 525** | 836** | 1220 | 1491 | 1554*** |
|                       | จำนวนผู้ช่วย ฯ      | 0          | 0     | 0     | 115   | 435   | 799  | 787  | 811***  |
|                       | อัตราส่วน ทพ.:รพช.  | 0.01       | 0.05  | 0.18  | 0.17  | 0.53  | 0.91 | 1.13 | 1.37    |
|                       | อัตราส่วน ทภ.:รพช.  | 0.13       | 0.30  | 0.28  | 1.01  | 1.3   | 1.75 | 2.11 | 2.18    |
|                       | อัตราส่วน ผช.:รพช.  | 0          | 0     | 0     | 0.22  | 0.68  | 1.14 | 1.11 | 1.14    |
| สถานอนามัยขนาดใหญ่    | จำนวน สถานอนามัย    | -          | -     | -     | -     | -     | 672  | 1600 | 1,655   |
|                       | จำนวน สอ. ที่มี ทภ. | -          | -     | -     | -     | -     | 144  | 316  | 430     |

ที่มา กองสาธารณสุขภูมิภาค

\* อนุสรณ์สาธารณสุขครบรอบ 40 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2485-2525

\*\* คาดประมาณจากข้อมูลในรายงานประจำปีกองสาธารณสุขภูมิภาค พ.ศ. 2529 และ 2534

\*\*\* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย “รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2542”

ผลการสำรวจโดยกองสาธารณสุข ภูมิภาคใน พ.ศ. 2542 มีทันตภิบาลปฏิบัติงาน ประจำสถานอนามัยขนาดใหญ่แล้ว 430 คนคิด เป็นร้อยละ 26.0 ของสถานอนามัยขนาดใหญ่ 1,655 แห่ง ที่เปิดดำเนินการใน พ.ศ.2542

### 2.1.3 ผู้ช่วยทันตแพทย์

ผู้ช่วยทันตแพทย์เริ่มบรรจุลง ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ใน พ.ศ. 2524<sup>20</sup> และเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างช้าๆ จากตารางที่ 1 จะเห็น ว่าในช่วง พ.ศ. 2539-2541 จำนวนผู้ช่วย ทันตแพทย์ลดลง ซึ่งเป็นผลจากการหยุดผลิตใน พ.ศ. 2538 1 ปี ด้วยขณะนั้นกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้พัฒนาหลักสูตรนักเรียนทุนที่มีเวลา เรียน 1 ปี เป็น 2 ปี ทั้งหมด สถาบันทันตกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานผลิตจึงต้องใช้เวลาปรับหลักสูตร และเริ่มผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์หลักสูตร 2 ปี ใน พ.ศ. 2539 และ 2540 เพียง 2 รุ่น และนับจาก พ.ศ. 2541 กระทรวงสาธารณสุขได้ยุติการผลิตผู้ช่วย ทันตแพทย์เนื่องจากผลกระทบจากภาวะวิกฤติ เศรษฐกิจ และรัฐเข้มงวดนโยบายการจำกัดกำลัง คนภาครัฐ

จากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 ส่งผลให้รัฐบาลเริ่มเร่งรัดมาตรการจำกัด กำลังคนภาครัฐมากขึ้น มติ ครม. เมื่อ 28 เมษายน 2541 ไม่ให้มีการเพิ่มจำนวนข้าราชการตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2541 และให้ยุบตำแหน่งเกษียณ อายุราชการ ร้อยละ 80 ส่วนที่เหลือร้อยละ 20 ให้คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและกำลังคน ภาครัฐ ( คปร. ) พิจารณาจัดสรรให้ส่วนราชการ ต่างๆ ตามความจำเป็น ซึ่งใน พ.ศ. 2542 และ 2543 กระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้รับจัดสรรอัตรา เพิ่มใหม่เลย ส่งผลให้มีอัตราไม่เพียงพอบรรจุ นักเรียนทุนเกือบ 8,000 คน ใน พ.ศ. 2543 มี ผลให้นักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2543 รวมถึงแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ต้อง

บรรจุเข้าเป็นพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขทั้งหมด ทั้งนี้สำหรับหลักเกณฑ์และ เงื่อนไขการปฏิบัติงานและสัญญาการปฏิบัติงานใน เบื้องต้น จะเป็นการจ้างปฏิบัติงานตามสัญญาจ้าง ซึ่งมีกำหนดเวลาแน่นอน และจะต่อสัญญาเมื่อผ่าน การประเมินผลการปฏิบัติงาน นอกจากนั้น คปร. ยังได้มีมติเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2543 ให้ผู้ที่ จะ เข้าศึกษาในหลักสูตรการผลิตต่างๆ ของกระทรวง สาธารณสุขรวมถึงทันตภิบาล ตั้งแต่ พ.ศ.2543 ไม่ต้องทำสัญญาขอใช้ทุนอีกต่อไป (แต่มีมติดังกล่าว เริ่มมีผลบังคับใช้กับผู้เข้าศึกษาหลักสูตรต่างๆของ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ.2544 เป็นต้นไป) ส่งผลให้การสนับสนุนกำลังคนทั้งทันตแพทย์และ ทันตภิบาลในอนาคตมีความไม่แน่นอนอย่างมาก

## 2.2 การสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรม

### 2.2.1 ช่วงก่อนแผนพัฒนาการ สาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ.2513 - 2519)

ในช่วงนี้ เป็นระยะที่หน่วยงาน ส่วนกลางมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง และ กระทรวงสาธารณสุขยังมีงบประมาณค่อนข้างน้อย ประกอบกับยังมีทันตบุคลากรจำนวนน้อยที่ไป ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ การสนับสนุนครุภัณฑ์ ทันตกรรม ส่วนใหญ่เป็นไปตามโครงการผลิต ทันตภิบาล โดยมีการสนับสนุนครุภัณฑ์ในแต่ละ ปีได้เพียงพอกับจำนวนทันตภิบาลที่จบการศึกษา

### 2.2.2 ช่วงแผนพัฒนาการ สาธารณสุข ฉบับที่ 4-6 (พ.ศ.2520 - 2534)

ในช่วงแผนฯ 4 - 5 การ สนับสนุนยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ครุภัณฑ์หลักที่มี การสนับสนุนในช่วงนั้น ได้แก่ ยูนิตทำฟันสำหรับ ทันตแพทย์ และชุดเครื่องมือทันตกรรมสำหรับ ทันตภิบาล โดยกองสาธารณสุขภูมิภาคจะตั้ง งบประมาณสนับสนุนครุภัณฑ์ตามไปหลังมีทันต บุคลากร ไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนแล้ว

ประมาณ 1 ปี

ในช่วงแผนฯ 6 นับแต่ พ.ศ. 2530 การสนับสนุนมีระบบที่ชัดเจนมากขึ้น โดยมีครุภัณฑ์ที่สนับสนุน 5 รายการ คือ ยูนิตทำฟัน เครื่องมือทันตกรรมเคลื่อนที่พร้อมเก้าอี้สนาม เครื่องเอกซเรย์ฟัน เครื่องขุดหินปูนด้วยไฟฟ้า เครื่องปั่นผสมสารอุดฟัน ระบบการสนับสนุนในช่วงเวลานี้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน เพื่อเตรียมการรองรับทันตแพทย์ผู้ให้สัญญาที่จะเริ่มไปรับราชการตั้งแต่ พ.ศ. 2532 โดยเริ่มใช้วิธีสำรวจข้อมูลครุภัณฑ์ทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งระหว่าง พ.ศ. 2530-2534 ทุกปี เพื่อประกอบการจัดสรรครุภัณฑ์ทันตกรรมให้โรงพยาบาลชุมชนเดิม ขณะเดียวกันก็เริ่มระบบจัดสรรครุภัณฑ์ทันตกรรมทั้ง 5 รายการเป็น package สำหรับโรงพยาบาลสร้างใหม่ และมี package ครุภัณฑ์ทันตกรรมสำหรับโรงพยาบาลที่ได้รับงบประมาณก่อสร้างเพิ่มจำนวนเพิ่มขึ้น โดยจัดสรรให้ในปีถัดจากปีที่ได้รับงบประมาณก่อสร้าง

### 2.2.3 ช่วงแผนพัฒนาการ

สาธารณสุข ฉบับที่ 7 - 8 (พ.ศ.2535 - ปัจจุบัน)

แบ่งการสนับสนุนเป็น 2 ส่วน คือ การสนับสนุนสำหรับโรงพยาบาลชุมชน และการสนับสนุนสำหรับสถานีอนามัย ดังนี้

1) การสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรม สำหรับโรงพยาบาลชุมชน(ดูตารางที่ 2 ประกอบ)

ในช่วงแผนฯ 7 และ 8 การสนับสนุนครุภัณฑ์ยังคงเป็นระบบที่ต่อเนื่องจากแผนฯ 6 คือสนับสนุนลักษณะ package ตามหลังโรงพยาบาลชุมชนที่สร้างใหม่และยกฐานะ แต่มีการปรับระบบสนับสนุนสำหรับโรงพยาบาลชุมชนเดิม โดยการตั้งวงเงินสำหรับครุภัณฑ์ทุกชนิดที่จะสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนเดิมจังหวัดละประมาณ 2-4 ล้านบาท แล้วให้แต่ละจังหวัดจัดลำดับความต้องการครุภัณฑ์เสนอมาตามระบบคณะกรรมการพัฒนาชนบทแห่งชาติ (กชช. ปัจจุบันคือ คณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาค

ตารางที่ 2 แสดงผลการสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชนระหว่างปีงบประมาณ 2530 - 2542  
Table 2 Supporting of dental equipment in community hospitals during 1987-1999

| รายการ                       | ระยะแผนฯ 6<br>(พ.ศ.2530-2534) |                           |                        | ระยะแผนฯ 7<br>(พ.ศ.2535-2539) |                           |                        | ระยะแผนฯ 8<br>(พ.ศ.2540-2542) |                           |                        |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------|------------------------|
|                              | จำนวน<br>ครุภัณฑ์             | จำนวน<br>รพช.<br>พ.ศ.2534 | %<br>ครุภัณฑ์/<br>รพช. | จำนวน<br>ครุภัณฑ์             | จำนวน<br>รพช.<br>พ.ศ.2539 | %<br>ครุภัณฑ์/<br>รพช. | จำนวน<br>ครุภัณฑ์             | จำนวน<br>รพช.<br>พ.ศ.2541 | %<br>ครุภัณฑ์/<br>รพช. |
| ยูนิตทำฟัน                   | 378                           | 640                       | 59.1                   | 374                           | 699                       | 53.5                   | 333*                          | 708                       | 47.0                   |
| เครื่องมือทันตกรรมเคลื่อนที่ | 186                           | 640                       | 29.1                   | 372                           | 699                       | 53.2                   | 128                           | 708                       | 18.1                   |
| เครื่องเอกซเรย์              | 185                           | 640                       | 28.9                   | 344                           | 699                       | 49.2                   | 71                            | 708                       | 10.0                   |
| เครื่องขุดหินปูน             | 185                           | 640                       | 28.9                   | 458                           | 699                       | 65.5                   | 158                           | 708                       | 22.3                   |
| เครื่องปั่นผสมสารอุดฟัน      | 207                           | 640                       | 32.3                   | 136                           | 699                       | 19.5                   | 123                           | 708                       | 17.4                   |
| เครื่องฉายแสงวัสดุอุดฟัน     | 0                             | 640                       | 0                      | 253                           | 699                       | 36.2                   | 94                            | 708                       | 13.3                   |

ที่มา : รายละเอียดประกอบงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2530 - 2542

หมายเหตุ \* รวมการสนับสนุนยูนิตทำฟันตามโครงการเงินกู้เดนมาร์ก 100 ชุด ซึ่งติดตั้งใน พ.ศ. 2541

และท้องถิ่น หรือ กนภ.) แทนที่ระบบการสำรวจ และจัดสรรครุภัณฑ์ทันตกรรมเป็นรายปีที่เคยทำ ในแผนฯ 6<sup>1</sup>

ในช่วงปลาย พ.ศ. 2540 ประเทศไทยเริ่มได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ซึ่งรุนแรงและกินเวลายาวนานจนถึงปัจจุบัน ส่งผลให้การสนับสนุนครุภัณฑ์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2541 และ พ.ศ. 2542 ลดลงอย่างมาก หนึ่งใน พ.ศ. 2541 ได้มีการสนับสนุนยูนิตทำฟันตาม โครงการเงินกู้เดนมาร์กให้กับโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 100 ชุด สภาพปัจจุบันของการมียูนิต ทำฟันใช้ในโรงพยาบาลชุมชนดูได้จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่ามีโรงพยาบาลชุมชนประมาณร้อยละ 6.4 ที่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับยูนิตทำฟันซึ่งเป็น ครุภัณฑ์สำคัญสำหรับการจัดบริการทันตกรรม (ตารางที่ 3)

## 2) การสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรมสำหรับสถานอนามัย

ในช่วงแผนฯ 7 เมื่อเริ่มโครงการ ทสอ. ได้มีการจัดสรร package ของครุภัณฑ์ทันตกรรมสำหรับสถานอนามัยขนาดใหญ่ โดย

จัดสรรให้ในปีถัดจากปีที่ได้รับงบประมาณก่อสร้าง สถานีอนามัยขนาดใหญ่ และเริ่มจัดสรรตั้งแต่ พ.ศ. 2536-2538 และหยุดสนับสนุนตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เนื่องจากมีการสนับสนุนครุภัณฑ์เกินกว่าจำนวน ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานอย่างมาก อันเป็นผลจาก การผลิตทันตภิบาลไม่ได้เพิ่มขึ้นตามแผนที่ กำหนดไว้ตามโครงการ ทสอ.<sup>15</sup>

พ.ศ. 2540 เริ่มมีบางจังหวัดที่มี ทันตภิบาลไปบรรจุเกินจากกรอบอัตรากำลังใน โรงพยาบาลชุมชน และเริ่มกระจายลงในสถานี อนามัยเพิ่มขึ้น โดยจำนวนครุภัณฑ์ทันตกรรมที่ จัดสรรระหว่าง พ.ศ. 2536-2538 จะไม่ เพียงพอต่อจำนวนทันตภิบาลที่จะไปปฏิบัติงาน กองสาธารณสุขภูมิภาคจึงได้ทำคำขอสนับสนุน ครุภัณฑ์ทันตกรรมสำหรับสถานอนามัยเพิ่มขึ้น ใน งบฯ พ.ศ. 2541 และ 2542 แต่ไม่ได้รับการ สนับสนุน กระทั่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2543 จึง ได้รับงบฯสนับสนุนจำนวน 300 ชุด โดยได้ปรับปรุง คุณสมบัติครุภัณฑ์จากที่เคยสนับสนุนใน พ.ศ. 2536-2538 ใหม่ ให้มีสภาพเหมาะสมกับการใช้ งานและมีราคาลดลงจากเดิม

ตารางที่ 3 : แสดงการมียูนิตทำฟันใช้งานในโรงพยาบาลชุมชน ใน พ.ศ. 2541  
(มีโรงพยาบาลชุมชนตอบแบบสำรวจ 629 แห่ง จากที่เปิดดำเนินการ 708 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 89)

Table 3 Availability of Dental Unit Community hospitals in 1998

| การมียูนิตทำฟัน      | จำนวน รพช. | คิดเป็นร้อยละ | จำนวนยูนิตที่ใช้งานได้/พอใช้ |
|----------------------|------------|---------------|------------------------------|
| ไม่มี                | 3          | 0.5           | 0                            |
| มี 1 ชุดที่ชำรุด     | 40         | 6.4           | (40 ชุด ใช้งานได้บางส่วน)    |
| มี 1 ชุดที่ใช้งานได้ | 243        | 38.6          | 243                          |
| มี 2 ชุดที่ใช้งานได้ | 252        | 40.1          | 404                          |
| มี 3 ชุดที่ใช้งานได้ | 84         | 13.4          | 252                          |
| มี 4 ชุดที่ใช้งานได้ | 5          | 0.8           | 20                           |
| รวม                  | 629        | 100.0         | 919                          |

ที่มา : กลุ่มงานวิชาการ กองสาธารณสุขภูมิภาค (สำรวจ พ.ศ. 2541 )

<sup>1</sup> จากการสัมภาษณ์ทันตแพทย์ที่ดำเนินการเรื่องนี้ในช่วงเวลานั้น

จากผลการสำรวจโดยกองสาธารณสุข  
ภูมิภาคใน พ.ศ.2541 พบว่าในสถานอนามัย  
ขนาดใหญ่ที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำที่ตอบ  
แบบสำรวจ 289 แห่ง มีสถานอนามัยร้อยละ 4.8  
ไม่มียูนิตทันตกรรมใช้ และร้อยละ 9 มียูนิต  
ทันตกรรมที่อยู่ในสภาพชำรุดหรือรอจำหน่าย มี  
สถานอนามัยร้อยละ 76.8 ที่มียูนิตทันตกรรมที่ใช้  
งานได้ดี

### 3. สถานการณ์และแนวโน้มการกระจายสถาน บริการทันตกรรมภาคเอกชนนอกเขตอำเภอเมือง

ผลการรวบรวมข้อมูลคลินิกทันตกรรม  
เอกชนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับกองการประกอบ  
โรคศิลปะ และตั้งอยู่นอกเขตอำเภอที่ตั้งของ  
โรงพยาบาล ศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ใน พ.ศ.  
2536 มีจำนวน 218 แห่ง ใน 119 อำเภอ หรือ  
ประมาณร้อยละ 17 ของอำเภอเขตชนบท ขณะที่  
ผลการสำรวจโดยกองสาธารณสุขภูมิภาคใน พ.ศ.  
2541 มีคลินิกทันตกรรมที่ตั้งอยู่ในพื้นที่แบบ  
เดียวกันรวม 338 แห่ง ใน 153 อำเภอ หรือ  
ประมาณร้อยละ 22 ของอำเภอเขตชนบท (ตารางที่

4) แต่เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวมีที่มาต่างกันจึงไม่  
อาจเปรียบเทียบกันได้โดยตรง แต่ก็แสดงให้เห็น  
แนวโน้มว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนคลินิก  
ทันตกรรมเพิ่มขึ้นในพื้นที่นอกเขตอำเภอเมืองใน  
ทุกภาค แต่จำนวนอำเภอที่มีคลินิกเอกชนมีการ  
เพิ่มขึ้นน้อยกว่ามาก โดยอำเภอที่มีคลินิกส่วน  
ใหญ่ตั้งอยู่ในเขตภาคกลาง

## บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. ด้านการกำหนดนโยบายและแผนงาน  
องค์กรที่มีบทบาทผลักดันนโยบายที่มีผล  
โดยตรงต่อระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ  
ในระยะแรกๆ (พ.ศ.2510-2530) (การผลิต  
ทันตภิบาลและโครงการทันตแพทย์ใช้ทุน) เป็น  
องค์กรในลักษณะคณะกรรมการ ซึ่งโดยโครงสร้าง  
ไม่มีอำนาจหน้าที่ในการบริหารจัดการ การนำ  
นโยบายไปสู่การปฏิบัติจึงขึ้นกับการให้ความ  
สำคัญของผู้บริหารและการประสานงานของหน่วย  
งานต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาในระยะ  
หลัง(การขยายบริการทันตฯ ไปสู่ระดับตำบลตาม

ตารางที่ 4 แสดงการกระจายของคลินิกทันตกรรม และโรงพยาบาลชุมชนใน พ.ศ.2536 และ 2541  
Table 2 Distribution of private dental clinic and community hospitals in 1993 and 1998

| เขต           | อำเภอใน พ.ศ.2536       |         |      |            |      |      | อำเภอใน พ.ศ.2541       |         |      |             |      |      |
|---------------|------------------------|---------|------|------------|------|------|------------------------|---------|------|-------------|------|------|
|               | ไม่มี<br>รพศ./<br>รพท. | มี รพช. |      | มีคลินิก** |      |      | ไม่มี<br>รพศ./<br>รพท. | มี รพช. |      | มีคลินิก*** |      |      |
|               |                        | อำเภอ   | %    | อำเภอ      | %    | แห่ง |                        | อำเภอ   | %    | อำเภอ       | %    | แห่ง |
| ภาคกลาง       | 162                    | 150     | 92.6 | 57         | 35.2 | 139  | 179                    | 166     | 92.7 | 70          | 43.2 | 207  |
| ภาคตอ./น.     | 263                    | 237     | 90.1 | 28         | 11.6 | 31   | 304                    | 256     | 84.2 | 33          | 12.5 | 43   |
| ภาคเหนือ      | 156                    | 150     | 96.2 | 20         | 13.8 | 29   | 173                    | 157     | 90.8 | 29          | 18.6 | 48   |
| ภาคใต้        | 124                    | 109     | 87.9 | 14         | 11.3 | 17   | 132                    | 121     | 91.7 | 21          | 16.9 | 40   |
| รวมทั้งประเทศ | 705                    | 646     | 91.6 | 119        | 16.9 | 218  | 788                    | 700     | 88.8 | 153         | 21.7 | 338  |

ที่มา \* กองสาธารณสุขภูมิภาค

\*\* ทำเนียบสถานพยาบาลเอกชน 2536 กองการประกอบโรคศิลปะ

\*\*\* สำรวจโดยกองสาธารณสุขภูมิภาค 2541 (ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นผู้ให้ข้อมูล)

หมายเหตุ % คัดร้อยละของอำเภอเทียบกับอำเภอที่ไม่มี รพศ./รพท.

โครงการ ทสอ. พ.ศ.2535-2544) องค์การที่มีบทบาทกำหนดนโยบาย เป็นหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีหน้าที่ด้านบริหารจัดการโดยตรง จึงสามารถผลักดันนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ชัดเจน

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาไม่พบว่ามี การถ่ายทอดนโยบายในลักษณะการชี้แจงหรือเน้นความสำคัญของนโยบายต่างๆ ดังกล่าว โดยตรงต่อผู้บริหารสาธารณสุขในระดับจังหวัด คงมีเพียงผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้นที่เป็นผู้รับนโยบายไปจากส่วนกลาง ผลของการดำเนินงานจึงขึ้นกับศักยภาพของทีมงานทันตฯ ในระดับจังหวัดเป็นด้านหลัก ซึ่งหากมีปัญหาในทีมงาน ก็จะเป็นจุดอ่อนในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ นอกจากนี้แนวโน้มการกระจายอำนาจที่มีความชัดเจนมากขึ้น ทำให้ความจำเป็นที่จะต้องมีการสนับสนุนจากระดับจังหวัดมีมากขึ้น ทีมงานทันตสาธารณสุขในระดับจังหวัดจึงควรได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพสูงขึ้น

อนึ่ง เนื่องจากหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทันตสุขภาพ กระจายอยู่ในหลายกรมกองและมีแนวนโยบายที่ต่างกัน การประสานโดยกองทันตสาธารณสุขซึ่งมีบทบาทด้านวิชาการ เพื่อจัดทำแผนงานทันตสาธารณสุขระดับชาติทุกแผนฯ ที่ผ่านมาจึงเป็นไปด้วยความยากลำบาก ขาดการกำหนดทิศทางร่วม และขาดพลังการหนุนเสริมกันและกันในการสนับสนุนการจัดบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ จึงควรมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการกำหนดนโยบายและแผนงานสาธารณสุข อันได้แก่ สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขเข้ามาเป็นแกนในการประสาน เพื่อรวมศูนย์ให้มีการจัดทำแผนแม่บทในการพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพในระยะต่อไปให้มีทิศทางเดียวกัน และสอดคล้องกับแนวนโยบาย

การกระจายอำนาจและการปฏิรูปภาคราชการ

## 2. ด้านการสนับสนุนทรัพยากร

### 2.1 ด้านกำลังคน

โครงการกระจายทันตแพทย์โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ มีผลชัดเจนในการกระจายทันตแพทย์ไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน แต่การหยุดผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ แม้จะมีผลดีในแง่การลดกำลังคนภาครัฐ แต่เนื่องจากไม่มีมาตรการแก้ปัญหาที่ตามมา จึงเป็นที่แน่นอนว่าประสิทธิภาพการให้บริการทันตสุขภาพระดับอำเภอจะลดลง จึงควรพิจารณาแก้ปัญหาอย่างเร่งด่วน โดยหามาตรการสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถจ้างลูกจ้างมาช่วยงานแทนผู้ช่วยทันตแพทย์ในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนทันตแพทย์และทันตภิบาลที่ปฏิบัติงาน และส่วนกลางอาจสนับสนุนการจัดอบรมลูกจ้างดังกล่าวเพื่อให้ช่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เช่นเดียวกับการผลิตทันตภิบาลตามระบบนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุข ที่ช่วยให้มีการขยายบริการทันตสุขภาพลงสู่ระดับตำบล แต่การที่ คปร. มีมติให้ยุตระบบนักเรียนทุนตั้งแต่ พ.ศ.2543 ตามมาตรการจำกัดกำลังคนภาครัฐ ซึ่งส่งผลต่อระบบการผลิตและใช้ทันตภิบาลในอนาคต และส่งผลกระทบรุนแรงต่อระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอด้วย จึงมีความจำเป็นต้องเร่งศึกษาหาทางออก ในทิศทางที่สอดคล้องกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น และการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งกำลังมีความชัดเจนมากขึ้นในขณะนี้

อนึ่ง แม้จำนวนทันตภิบาล จะเพิ่มขึ้นโดยตลอด แต่จากผลการสำรวจทันตบุคลากรทั่วประเทศใน พ.ศ. 2542 โดยกองทันตสาธารณสุขพบว่าทันตภิบาลหายไปจากระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอระหว่างปี 2540-2542

ประมาณ 80 คน ซึ่งส่วนใหญ่ได้เปลี่ยนสายงานไปเป็นนักวิชาการสาธารณสุขในช่วงเวลาดังกล่าว อันเป็นผลจากการขาดโอกาสก้าวหน้าในสายงานเดิม แม้ว่าจะศึกษาต่อเนื่องถึงระดับปริญญาตรี มีผลให้ต้องสูญเสียทันตภิบาลที่มีประสบการณ์และความสามารถออกไปจากระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภออยู่เสมอ และผู้ที่ยังคงอยู่ในระบบถูกบั่นทอนขวัญกำลังใจจากปัญหานี้ตลอดมา แนวทางหนึ่งในการแก้ปัญหาเรื่องนี้ อาจใช้แนวทางเดียวกับการเปลี่ยนสายงานของพยาบาลเทคนิค (หลักสูตร 2 ปี) เป็นพยาบาลวิชาชีพ เมื่อได้ศึกษาจบหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่องแล้ว)

## 2.2 ด้านครุภัณฑ์

สำหรับโรงพยาบาลชุมชน เฉพาะการสนับสนุนยูนิตทำฟัน (สามารถใช้เป็นตัววัดที่สำคัญถึงความเพียงพอในการสนับสนุนครุภัณฑ์เนื่องจากมีราคาสูงและมีความจำเป็นมากในการจัดบริการทันตกรรม) ในช่วงแผนฯ 6, 7 และ 8 (ถึง พ.ศ. 2542) มีการสนับสนุนยูนิตทำฟันเพียงครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดดำเนินการในแต่ละช่วง 5 ปี ของแผนฯ (ตารางที่ 2) ประกอบกับผลการสำรวจใน พ.ศ. 2541 โดยกองสาธารณสุขภูมิภาค พบว่ายูนิตทำฟันส่วนใหญ่มีอายุใช้งานเพียง 5-7 ปี ดังนั้นการสนับสนุนที่เหมาะสมจึงควรมีการทดแทนตัวเดิมทุก 7 ปี ซึ่งเท่ากับว่ามีการเสื่อมสภาพปีละ 14.3% การสนับสนุนต่อ 5 ปี ในแต่ละแผนฯ จึงควรทดแทนเป็น 71.5 % ของยูนิตที่มีทั้งหมด

สำหรับสถานอนามัยขนาดใหญ่ ผลการสนับสนุนด้านกำลังคนและครุภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้องกันในช่วง พ.ศ. 2536-2538 ทำให้เกิดความสูญเสียของการลงทุนมาก ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่พบได้เสมอจากระบบการบริหารแบบรวมศูนย์ ในอนาคตอันใกล้ เมื่อการกระจายอำนาจมีความ

ชัดเจนมากขึ้น การสนับสนุนและการใช้ทรัพยากรควรเป็นกลไกการพิจารณาและตัดสินใจในระดับพื้นที่ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

## 3. การส่งเสริมป้องกัน บทบาทที่ต้องการการพัฒนา

ตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีการเพิ่มกำลังคนและทรัพยากรอื่นๆในระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง และผลให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนเพิ่มขึ้น โดยตลอดจาก 1.49 ล้านราย ในปีงบประมาณ 2535 เป็น 2.97 ล้านรายในปีงบประมาณ 2541<sup>21</sup> แต่ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก กลับมีแนวโน้มเลวลง กล่าวคือความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ 6 ปี และ 12 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.6 และ 45.8 ใน พ.ศ. 2527 เป็นร้อยละ 85.1 และ 53.9 ใน พ.ศ. 2537 ตามลำดับ<sup>22</sup> แสดงให้เห็นว่าแม้ประชาชนจะได้รับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นแต่สภาวะสุขภาพช่องปากมิได้มีพัฒนาการที่ดีขึ้นด้วย จึงควรมีการทบทวนเพื่อปรับและพัฒนาบทบาทด้านส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพในระดับพื้นที่ เพื่อเพิ่มศักยภาพแก่ระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ในการลดปัญหาสุขภาพช่องปากได้มากขึ้นในอนาคต

## 4. การสนับสนุนให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดบริการ

แม้จะมีแนวโน้มการกระจายคลินิกทันตกรรมมากขึ้นในพื้นที่นอกเขตเมือง ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา แต่ก็ยังคงหนาแน่นเฉพาะในเมืองใหญ่ๆ โดยเฉพาะในภาคกลางและเขตปริมณฑล นอกจากนี้ผลการสำรวจที่อ้างถึงในการศึกษารังนี้มิได้แบ่งแยกคลินิกที่ทำการโดยทันตแพทย์ที่รับราชการอยู่แล้วกับคลินิกที่ทำการเต็มเวลา ซึ่งในส่วนหลังนี้เองที่เป็นทรัพยากรที่อาจดึงเข้ามามีส่วนร่วม ในระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ

ในอนาคตได้ จึงควรมีการศึกษาข้อมูลส่วนนี้ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น พร้อมทั้งศึกษาถึงกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรค เพื่อเตรียมหาวิธีบริหารจัดการที่เป็นไปได้ต่อไป

## บทสรุป

ระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอมีพัฒนาการที่ดีขึ้นเป็นลำดับ ตามแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นับจากมีทันตบุคลากรไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน กระทั่งขยายบริการ ให้มีทันตภิบาลไปประจำในสถานอนามัยขนาดใหญ่ โดยมีเครือข่ายของสถานอนามัยอื่นๆ ดำเนินงานด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ และมีฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาและสนับสนุนด้านบริการและวิชาการ ในส่วนการกำหนดแผนงานในเชิงกลวิธีดำเนินงานด้านส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ กองทันตสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักประสานการจัดทำแผนฯ มาโดยตลอดนับจากระยะแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 เป็นต้นมา และมีการนำกลวิธีดังกล่าวไปดำเนินการในทุกพื้นที่ ทั้งนี้ทีมงานทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีส่วนสำคัญอย่างมากในการนำนโยบายที่กำหนดจากส่วนกลางไปสู่การปฏิบัติ

การสนับสนุนครุภัณฑ์ทันตกรรมที่ผ่านมายังมีความไม่เพียงพอของยูนิตทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชน และมีปัญหาการสนับสนุนครุภัณฑ์ในสถานอนามัยขนาดใหญ่ที่ไม่สอดคล้องกับจำนวนทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ และปัจจุบันครุภัณฑ์ดังกล่าวเริ่มชำรุดและหมดสภาพใช้งาน ซึ่งต้องการการสนับสนุนทดแทน พร้อมๆ กับการสนับสนุนชุดครุภัณฑ์ใหม่สำหรับสถานีอนามัยขนาดใหญ่ที่มีทันตภิบาลลงไปปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ การสนับสนุนด้านกำลังคนก็เป็นปัญหาที่ต้องเร่งหาคำตอบโดยเร็ว เพราะ

ความไม่ชัดเจนของอนาคตการผลิตทันตภิบาลและผู้ช่วยทันตแพทย์ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของระบบบริการทันตสุขภาพทันตสุขภาพระดับอำเภอโดยตรง

แม้ระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอจะมีพัฒนาการที่ดีขึ้น และมีการดำเนินมาตรการด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่องนับจากแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 - 2524) เป็นต้นมา แต่สภาวะสุขภาพช่องปากของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเด็กมีแนวโน้มเลวลง เหล่านี้เป็นสิ่งชี้บ่งถึงความจำเป็นที่ต้องมีการทบทวนเพื่อพัฒนาศักยภาพและบทบาทด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ ของทีมงานทันตบุคลากรระดับอำเภอโดยเร่งด่วน พร้อมๆ กับการทบทวนการบริหารจัดการของระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อกำหนดทิศทางการปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาวะที่ส่วนราชการต่างๆ ต้องลดขนาดลงและมีการกระจายอำนาจไปสู่องค์กรท้องถิ่น และประชาชน รวมถึงการดึงภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบมากขึ้น เพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดของประเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุด

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกและกองสาธารณสุขภูมิภาค คณะผู้ศึกษาขอขอบคุณในการให้การสนับสนุนของหน่วยงานทั้งสอง ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขภูมิภาคทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการสืบค้นข้อมูล และขอขอบคุณ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ ทพ.ญ.สุณี วงศ์คงคาเทพ ที่กรุณาให้คำแนะนำในการจัดทำบทความฉบับนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. อิศระ ยุกตะนันท์. ปัญหาทางทันตสาธารณสุขของประเทศไทย. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 15 ปีการศึกษา 2515-2516 เอกสารวิจัยส่วนบุคคล, เอกสารโรเนียว.
2. ทวีศักดิ์ สุทกาทิน. การพัฒนากำลังคนด้านทันตสาธารณสุข 46 ปีแห่งการแสวงหาคำตอบ. วารสารทันตสาธารณสุข 2529; ปีที่ 8 ฉบับที่ 2: 18 - 23.
3. กระทรวงสาธารณสุข. อนุสรณ์สาธารณสุข ครบรอบ 40 ปีแห่งการสถาปนากระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2485 - พ.ศ.2525. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพาณิชย์, 2525.
4. พระบาราศนราดुर. ทันทานามัยบริการ. ใน : วัฒนะ มธุราสัย สารานุกรม. ท.บ.อนุสรณ์รุ่นที่ 21 ปีการศึกษา 2507-2508. พระนคร : หจก.ไทยสงเคราะห์ไทย, 2508. ไม่มีเลขหน้า
5. Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense. The Kingdom of Thailand Nutrition Survey October-December 1960. February 1962.
6. สมนึก ชาญด้วยกิจ. ทันตภิบาลในประเทศไทย, วารสารทันตสาธารณสุข 2524; ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 : 31- 35.
7. กองทันตสาธารณสุข. แผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 ( พ.ศ.2530 - 2534 ) . ไม่ปรากฏปีและสถานที่พิมพ์
8. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งทางราชการ เทศบาล สุขาภิบาล หรือสภาเทศบาลไทย มอบหมายให้ประกอบโรคศิลปะในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะแล้ว (ฉบับที่ 5) พ.ศ.2518 .
9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน ฝ่ายบริหารงานทั่วไป. ไม่ปรากฏปีและสถานที่พิมพ์.
10. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลอำเภอ . กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2522.
11. จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ. 10 ปี ทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาของกระทรวงสาธารณสุข. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2541; ปีที่ 3 ฉบับที่ 1: 54 - 62.
12. กองทันตสาธารณสุข. โครงการทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2521.
13. สำนักงานปลัดกระทรวง, กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข งานพัฒนาบริการทันตกรรม พบส. 2539 . ไม่ปรากฏปีและสถานที่พิมพ์.
14. กระทรวงสาธารณสุข. หนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ0201/01/2439 ลงวันที่ 9 มิถุนายน 2532 เรื่องวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ.
15. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. อนาคตสถานเอนามัยไทย พ.ศ.2539. กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2539.
16. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม

กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2539.

17. สำนักงาน ก.พ. หนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร 0707.9/1048 ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2539 เรื่องการกำหนดตำแหน่ง
18. กลุ่มงานวิชาการ กองสาธารณสุขภูมิภาค. สรุปผลสำรวจความจําแนกปฏิบัติงานของทันตแพทย์ประจำปี 2543. เอกสารประกอบการปฏิบัติงาน.
19. สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล, ณิชากร ศิริกนกวิไล. เบี่ยงเลียงเหมาจ่ายกับการกระจายกำลังคนด้านสุขภาพ: แก้อหรือสร้างปัญหา. วารสารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ด้านสุขภาพ 2542; ปีที่1 ฉบับที่ 1: 3-12.
20. กรมการแพทย์. 50 ปี กรมการแพทย์ : สถาบันทันตกรรม. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
21. กลุ่มงานแผนงาน กองสาธารณสุขภูมิภาค. รายงานผลการปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน.
22. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2537. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2537.

## Development and Trend of oral health service system in District level

Sirikiat Leangkobkit \*

Sunee Pholdeeyiam \*\*

Phengkhae Lapying \*\*

Prae Jittinun \*\*\*

Pintusorn Hempisut \*\*\*\*\*

*D.D.S., M.Sc. (Public Dental Health)*

*D.D.S., M.P.H.*

*D.D.S., M.P.H., B.Econ, Ph.D.*

*D.D.S., M.Sc.*

*M.Sc., M.A.*

### Abstract

The purpose of this study was to review the development and situation of the 'District oral health system' (DOHS) in term of policy, plan and supporting system as well as their effects to the system. Literature review of related documents and key informants interview gave the following over view. DOHS was initiated by the ministry of public health's policy of founding a dental nurse school in 1970 and the graduated dental nurse were under compulsion to work in the district hospital, designed to provide basic oral health care for the children in the district level. The system was strengthen by the dissemination of new graduated dentists to rural area, mainly in the community hospitals at the district level, according to the dentist compulsory project since 1989. Later the decade of health center development project (1991-2001) had extended the DOHS to health center at sub-district level. So the coverage of oral health provision in rural area in Thailand was nearly 90% by means of provision in community hospitals and health centers.

The deficiency of oral health personnels and equipments were still problems in DOHS, though the centralized supporting system had increased the number of both resources annually. This situation was worsen by government zero growth manpower policy, starting by closure of MOPH dental assistance school in 1998, then the cessation of MOPH compulsory system for all health personel students in 2000, leading to uncertainty of human resource suppoert. At the same time, supporting of dental equipments had not met the need for it due to budget decrease resulted from economic crisis since 1997.

As a whole, the DOHS had developped quite well in the past 3 decades. Though the number of people received oral health care increased annually, however the oral health status showed trend of deteriorate, especially in children. So it's time to revise the roles of oral health personnels to make them more effective in prevention, promotion and empowerment of people participation. The future trend of DOHS shaping should stress on decentralization and transfer more roles of provision to private sectors.

#### Keywords

District oral health system, Dental personnel, Dental nurse, Dentist.

\* Rural Health Division

\*\* Dental Health Division, Department of Health

\*\*\* Bangyai Hospital District Health center

\*\*\*\*\* Bureau of Health Policy and Planning