

สถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพ ในระดับอำเภอของประเทศไทย ปี 2540-2541

สมนึก ชาญด้วยกิจ *

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ *

สุณี ผลดีเยี่ยม *

ปราณี เหลืองวรา *

ท.บ., ส.ม.

ท.บ., M.P.H

ท.บ., ส.ม.

กศบ.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ระดับมหภาคของการบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ในแง่การครอบคลุมประชากร ศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการ ประเภทบริการ และความเชื่อมโยงของการบริการในระดับอำเภอและตำบล การเก็บข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ส่วนที่ 2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ ทันตแพทย์ และทันตภิบาลจำนวน 17 คน จากพื้นที่ 4 จังหวัด พร้อมทั้งวิเคราะห์การให้บริการจากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า 1) โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานพยาบาลหลักที่ให้บริการทันตสุขภาพแก่ประชาชนในชนบท โดยมีสถานพยาบาลอื่นเสริมได้แก่คลินิกเอกชน โรงพยาบาลในสังกัดหน่วยราชการอื่น และสถานอนามัยที่มีทันตภิบาล ร้อยละ 32.9, 8.7 และ 28.0 ของอำเภอตามลำดับ 2) โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 88.5 มีทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาล จึงมีศักยภาพให้บริการได้ทั้งงานด้านการส่งเสริมป้องกัน การรักษาทั่วไป และการรักษาที่ยุ่ยากได้ระดับหนึ่ง 3) โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการด้านการรักษาทางทันตกรรมได้ครบถ้วนตามเกณฑ์ พบส. แต่ปริมาณงานและประเภทบริการมีความแตกต่างกันมากในระหว่างโรงพยาบาล นอกจากนี้พบว่าทันตแพทย์และทันตภิบาลยังให้บริการด้านการรักษาทั่วไปส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน ผู้วิจัยมีข้อเสนอว่า 1) การจัดบริการทันตสาธารณสุขในอำเภอที่มีใช้อำเภอเมือง โรงพยาบาลชุมชนจะยังคงเป็นสถานพยาบาลหลัก โดยมีสถานอนามัยที่มีทันตภิบาลเป็นเครือข่าย 2) ระบบดังกล่าวจะมีประสิทธิภาพได้จำเป็นต้องพัฒนาทันตบุคลากรให้เกิดทักษะทั้งด้านระบาดวิทยา การจัดทำแผนงานเพื่อแก้ปัญหาของอำเภอ การประเมินผล นอกจากนี้ โรงพยาบาลชุมชน ควรมีศักยภาพด้านการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อน เพื่อรับการส่งต่อจากระดับตำบล และสามารถเป็นพี่เลี้ยงด้านทันตสาธารณสุขให้แก่ระดับตำบลได้ 3) ควรพัฒนาตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพบริการและผลผลิตของบุคลากร เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่า 4) นโยบายจำกัดบุคลากรภาครัฐ การยกเลิกระบบทันตแพทย์คู่สัญญา รวมทั้งลดจำนวนการผลิตทันตภิบาลลง อาจส่งผลต่อปัญหาเรื่องการกระจายทันตบุคลากรในชนบทได้ หากไม่มีการจัดการใหม่ที่มีประสิทธิภาพ

บทนำ

ธรรมชาติของโรคในช่องปาก หากเกิดขึ้นแล้วประชาชนไม่สามารถรักษาตัวเองได้ ต้องพึ่งพาบริการด้านทันตการจากทันตบุคลากรไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง ปัญหาโรคในช่องปากของประชาชนไทยจากการสำรวจทันตสุขภาพ 4 ครั้ง จาก ปี 2520-2537^(1,2,3) แสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยยังคงมีความชุกสูง และปัญหาส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการบำบัด โดยเฉพาะประชาชนในเขตชนบท แม้ว่าประเทศไทยได้ให้ความสำคัญต่อการจัดบริการแก่ประชาชนในชนบทมาตลอด นับจากแผนพัฒนาฉบับที่ 4⁽⁴⁾ เป็นต้นมา โดยได้พยายามปรับเปลี่ยนรูปแบบ และเพิ่มการกระจายทันตบุคลากรลงสู่ชนบทอย่างทั่วถึง กระนั้นก็ตาม การได้รับบริการของประชาชนก็ยังอยู่ในระดับต่ำ และปัญหาที่สะสมมานานทำให้การบริการยังไม่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากตามที่ตั้งเป้าหมายไว้⁽⁵⁾

ปัจจุบัน ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ต่างยอมรับความจำเป็นในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น รัฐธรรมนูญมาตรา 52 ก็ได้แสดงเจตนารมณ์ไว้อย่างชัดเจนว่า การได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานเป็นสิทธิของประชาชนที่ควรได้รับเสมอกัน ปัจจุบันโรงพยาบาล ชุมชนเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหลักที่ช่วยกระจายบริการทันตสาธารณสุขไปสู่ประชาชนเป็นสถานพยาบาลที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ มีทันตบุคลากรเป็นผู้ให้บริการ ทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลมีศักยภาพตามข้อกำหนดแห่งวิชาชีพ การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อสังเคราะห์แนวทางสู่การพัฒนาบริการในอนาคตจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับการจัดบริการโดยองค์กรหลักที่มีอยู่ดังกล่าว

การศึกษาเรื่องสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอ ปี 2540-2541 เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการศึกษาวิจัย เรื่องการ

พัฒนาทางเลือกของรูปแบบระบบบริการทันตสาธารณสุขระดับอำเภอในอนาคต มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ระดับมหภาคของการบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ในแง่การครอบคลุมประชากร ศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการ ประเภทบริการ และความเชื่อมโยงของการบริการในระดับอำเภอและตำบล การเข้าใจสถานการณ์จริงจะนำไปสู่การวางแผนทางเรื่อง การปฏิรูประบบบริการทันตสุขภาพได้ชัดเจนและเป็นไปได้มากยิ่งขึ้น

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษารั้งนี้ นอกจากข้อมูลเรื่องการกระจายของสถานพยาบาลทุกประเภทในระดับอำเภอแล้ว จำกัดขอบเขตเฉพาะการจัดบริการ โดยกระทรวงสาธารณสุขในระดับอำเภอเท่านั้น ส่วนองค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ จะศึกษา รวมถึงบทบาทของหน่วยงานระดับจังหวัด เพราะเป็นหน่วยงานสำคัญที่จะกำหนดรูปแบบการจัดบริการและการสนับสนุนทรัพยากรจากภาครัฐไปสู่ระดับอำเภอ

ระเบียบวิธีวิจัยและวิธีดำเนินการ

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ทำการศึกษานำร่อง 1 จังหวัด เพื่อให้ได้แนวคิดในการสร้างแบบสอบถามสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ และแนวคำถามสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพ จากนั้นดำเนินการเก็บข้อมูลเป็น 2 ส่วนคือ

- 1) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงหัวหน้างานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เพื่อสอบถามเรื่องการจัดบริการ และการสนับสนุนการจัดบริการทันตสาธารณสุขในระดับอำเภอ

2) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ในพื้นที่ 4 จังหวัด จังหวัดละ 1 อำเภอ ผู้ให้สัมภาษณ์ประกอบด้วย

2.1. ทันตแพทย์หัวหน้างานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.2. ทันตแพทย์หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน และทันตภิบาล

3) บันทึกข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยทันตกรรมของโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษา ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2540 เพื่อให้ทราบภูมิสำเนา บริการที่ได้รับ ผู้ให้บริการ และระบบการจ่ายเงิน

4) การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยการหาความถี่ แสดงค่าเป็นจำนวน ร้อยละ พิสัยและค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ผู้ตอบแบบสอบถามจากฝ่ายทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน 658 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 93.5 ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 17 คน ประกอบด้วย ทันตแพทย์ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4 คน ทันตแพทย์ โรงพยาบาลชุมชน 5 คน ทันตภิบาลจากโรงพยาบาลชุมชน 8 คน

1. สถานพยาบาลในระดับอำเภอ

สถานพยาบาลที่ให้บริการทันตสาธารณสุข ในอำเภอที่มีใช้อำเภอเมือง ประกอบด้วย

โรงพยาบาลชุมชน มีอยู่ในทุกอำเภอ เป็นโครงสร้างระดับฝ่าย มีกรอบอัตรากำลังประกอบด้วย ทันตแพทย์ 2 คน ทันตภิบาล 2 คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ 2 คน กรอบอัตรากำลังนี้เท่ากันหมด ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10-120 เตียง สถานพยาบาลภาคเอกชน มีร้อยละ 32.9 ของอำเภอทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอำเภอละ 1 แห่ง มักอยู่ในอำเภอขนาดใหญ่ในภาคกลาง สถานพยาบาลของหน่วยราชการอื่น มีร้อยละ 8.7 และสถานอนามัยที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานแบบอยู่ประจำ พบว่ามี 318 แห่ง กระจายอยู่ในอำเภอต่างๆ ร้อยละ 26.7 ส่วนใหญ่มีอำเภอละ 1 แห่ง (ตารางที่ 1)

2. ทัศนบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน

ข้อมูลจากแบบสอบถามพบว่าโรงพยาบาลร้อยละ 99.6 มีทันตภิบาลอย่างน้อย 1 คน ร้อยละ 87.1 มีทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาล ส่วนใหญ่มีทันตแพทย์ 1 คน ทันตภิบาล 2 คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ 1 คน เป็นที่น่าสังเกตว่า จำนวนบุคลากรผู้ให้บริการ (Operating personnel) มีมากกว่าบุคลากรผู้ช่วยในโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับ โดยเป็นสัดส่วนตั้งแต่ 2.6 ถึง 3.2 คนต่อผู้ช่วยหนึ่งคน (ตารางที่ 2)

3. การครอบคลุมบริการ

ในปีงบประมาณ 2540 โรงพยาบาลชุมชนให้บริการด้านการรักษาแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุเฉลี่ย 5,453 คนต่อแห่งต่อปี ครอบคลุมร้อยละ 8.9

ตารางที่ 1 แสดงการกระจายของสถานพยาบาลในอำเภอชนบท ที่ให้บริการด้านทันตสาธารณสุข ปี 2541
Table 1 Distribution of dental service institutes in district area, a postal survey in August 1998.

สถานพยาบาล	ร้อยละของอำเภอ
โรงพยาบาลชุมชน	100
เอกชน (โรงพยาบาล คลินิก)	32.9
หน่วยราชการอื่น	8.7
สถานอนามัยที่มีทันตภิบาล	26.7

ตารางที่ 2 จำนวนทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จากการสำรวจทางไปรษณีย์ สิงหาคม 2541
Table 2 Number of dental personnel in community hospital survey in August 1998.

จำนวนทันตบุคลากร	จำนวน รพ. ทั้งหมด		โรงพยาบาลที่มีทันตบุคลากร			
	จำนวน	ร้อยละ	10 เตียง	30 เตียง	60 เตียง	90-150 เตียง
ทันตแพทย์ ไม่มี	82	12.5	39	39	3	1
1 คน	441	67.0	65	303	65	8
2 คน	125	20.0	5	36	46	38
3 คน	10	1.5	1	4	1	4
รพ.ที่มีทพ. (แห่ง)	576	87.5	71	343	112	50
ทพ. ทั้งหมด (คน)*	721		78	387	160	96
ทันตภิบาล ไม่มี	3	0.4	1	1	1	0
1 คน	71	10.8	32	34	5	0
2 คน	485	73.7	67	295	86	37
3 คน	84	12.8	8	46	20	10
4 คน	15	2.3	2	6	3	4
รพ.ที่มีทภ. (แห่ง)	655	99.5	109	381	114	51
ทภ. ทั้งหมด (คน)*	1,353		218	786	249	120
ผู้ช่วยฯ ไม่มี	80	12.2	28	44	8	0
1 คน	436	66.3	74	282	63	17
2 คน	135	20.4	8	56	43	28
3 คน	8	1.2	1	1	3	3
รพ.ที่มีผู้ช่วย (แห่ง)	579	88.0	83	339	109	48
ผู้ช่วยทั้งหมด (คน)*	730		93	397	158	82
สัดส่วน ทพ+ทภ : ผช	2.8 : 1		3.2 : 1	3 : 1	2.6 : 1	2.6 : 1

หมายเหตุ ข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน 658 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 93.5 ของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด

* จำนวนทันตบุคลากรทั้งหมด = จำนวนโรงพยาบาล x จำนวนบุคลากรต่อโรงพยาบาล

ของประชากรระดับอำเภอ^A ปริมาณงานของแต่ละโรงพยาบาลแตกต่างกันตั้งแต่ประมาณ 1,000 คน จนถึง 13,000 คนต่อปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.9 สามารถให้บริการระหว่าง 2,000-8,000 คนต่อปี (ตารางที่ 3) เป็นบริการในเด็ก 0-5 ปี ร้อยละ 6.2 กลุ่ม 6-14 ปี ร้อยละ 40.9 และกลุ่มอายุมากกว่า 14 ปี ร้อยละ 52.9

ข้อมูลจากทะเบียนผู้ป่วยทันตกรรมของ

โรงพยาบาล 4 แห่งที่ศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าผู้มารับบริการ เป็นเพศหญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอนั้น และร้อยละ 9.4 - 32.3 มีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล(ตารางที่4)

4. ประเภทบริการ

4.1 บริการทันตกรรมในสถานพยาบาล

จากการสำรวจด้วยแบบสอบถามพบ

ว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่สามารถให้บริการ

^A ฐานข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ทำเนียบท้องที่พุทธศักราช 2541 ประชากรระดับอำเภอเฉลี่ย 61,368 คน

(6)

ตารางที่ 3 ปริมาณงานบริการทันตกรรมระดับต่างๆ ในโรงพยาบาลชุมชน การสำรวจทางไปรษณีย์ : สิงหาคม 2541

Table 3 Amount of dental services provided in community hospitals, a postal survey in August 1998.

ผู้ป่วยเฉลี่ย คน/ปี	จำนวนทันตบุคลากร (ทพ. + ทก.)							ร้อยละของ รพช.
	1	2	3	4	5	6	รวม	
< 2,000	10	24	24	5	1		64	10.0
2,000-4,000	8	48	99	24	3	2	184	28.8
4,000-6,000		17	101	39	6		163	25.5
6,000-8,000		6	60	41	9	3	119	18.6
8,000-10,000		5	22	29	5	2	63	9.9
10,000-12,000		1	11	11	1		24	3.8
>12,000			8	5	6	2	21	3.3
รวม	18	101	325	154	31	9	638	100

หมายเหตุ ข้อมูลจากแบบสอบถาม 638 โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 90.6 ของโรงพยาบาลทั้งหมด
ค่าเฉลี่ย (Mean) = 5,453 คนต่อปี

ตารางที่ 4 บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชนที่ศึกษาเชิงลึก 4 แห่ง สิงหาคม 2541

Table 4 Oral health services in 4 selected hospitals, August 1998.

ประเภท	รพช.แม่ทะ	รพช.ครบุรี	รพช.รัตนภูมิ	รพช.บางบ่อ
จำนวนผู้ป่วย (คน)	2,854	11,416	8,876	7,065
เพศ ชาย (%)	40.7	37.0	31.9	40.5
หญิง (%)	59.3	63.0	64.9	59.5
ภูมิสำเนา (%)				
ตำบลที่ตั้งรพช	19.3	19.3	32.3	9.4
ตำบลอื่นในอำเภอ	76.2	78.0	56.1	45.4
อำเภออื่น	4.5	2.7	11.6	45.6

หมายเหตุ โรงพยาบาลรัตนภูมิ และ โรงพยาบาลบางบ่อ เป็นข้อมูลผู้ป่วย 10 เดือน

ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของ
สถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.)
บริการที่มากที่สุดคือการถอนฟัน รองลงมาได้แก่
การอุดฟัน การขูดหินน้ำลาย และการรักษาอื่นๆ
งานรักษาในระดับที่ย่างยากซับซ้อน^๖ พบร้อยละ

14.2 ส่วนใหญ่เป็นงานด้านศัลยศาสตร์ช่องปาก
อย่างไรก็ตาม บางกิจกรรมยังไม่มีให้บริการใน
โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ เช่นโรงพยาบาลชุมชน
ร้อยละ 45.3 และ 62.3 ไม่มีบริการทำฟันปลอม
บางส่วนและฟันปลอมทั้งปากตามลำดับ ร้อยละ

^๖ งานรักษาที่ย่างยากซับซ้อน ในที่นี้ให้ความหมายว่าเป็นงานยากที่จำเป็นต้องให้ทันตแพทย์เป็นผู้ให้การรักษา ได้แก่งานบริการที่
นอกเหนือจากการตรวจวินิจฉัย ถ่ายยา อุดฟันปกติ ถอนฟันปกติ ขูดหินน้ำลาย และงานส่งเสริมป้องกัน ใดๆก็ตาม การอุดฟัน
และถอนฟันปกติยังมีทั้งในระดับยากและง่าย ซึ่งไม่สามารถแยกได้จากการศึกษานี้

21.0 ไม่มีบริการการรักษารากฟัน เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยทันตกรรมที่มารับบริการในระหว่างปีงบประมาณ 2540 จากโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง (ตารางที่ 5) ช่วยให้เห็นรายละเอียดบริการระดับยากที่สามารถให้บริการได้ในระดับอำเภอ ส่วนใหญ่เป็นงานด้านศัลยกรรมหัตถการช่องปาก นอกจากนี้มีงานด้านทันตกรรมหัตถการและวิทยาเอนโดดอนต์ การรักษาโรคปริทันต์ระดับ

ยาก และการทำฟันปลอม คิดรวมเป็นสัดส่วนร้อยละ 15.2 ของบริการทุกประเภท

4.2 บริการด้านการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ

จากแบบสอบถามพบว่างานทันตกรรมป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน มีกลุ่มเป้าหมายหลักอยู่ 4 กลุ่ม มีปริมาณงานตามตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ปริมาณงานบริการทันตกรรม (ราย) จำแนกตามประเภทงานและทันตบุคลากร ข้อมูลจากการศึกษาเชิงลึกในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง

Table 5 Types and amount of dental services provided in 1 year, data recorded from 4 selected hospitals.

ประเภทบริการ	ทันตแพทย์ (7 คน)		ทันตภิบาล (9 คน)		รวม	
	จำนวน	% ของงาน	จำนวน	% ของงาน	จำนวน	% ของงาน
ตรวจ, ตรวจ+เอกซเรย์	580	3.9	682	4.7	1,262	4.3
ให้ยา	241	1.6	498	3.4	739	2.5
ทันตกรรมป้องกัน	1034	6.9	271	1.9	1305	4.4
อุดหินน้ำลาย	2666	17.9	1883	13.0	4549	15.5
อุดฟัน	3187	21.4	3642	25.2	6829	23.3
ถอนฟันปกติ	3764	25.3	6429	44.5	10193	34.8
* หัตถการระดับยาก ^C	88	0.6	1	0	89	0.3
* ปริทันต์ระดับยาก ^D	63	0.4	7	0	70	0.3
* ศัลยกรรมยาก ^E	1,043	7.0	306	2.1	1,349	4.7
* การบริการฉุกเฉิน	802	5.4	511	3.5	1313	4.5
* รักษาโพรงประสาทฟัน ^F	1,173	7.9	152	1.0	1,325	4.6
* ฟันปลอม ^G	212	1.4	34	0.2	246	0.8
อื่นๆ	35	0.2	25	0.1	60	0.2
รวม	14,888	100	14,441	100	29,329	100

หมายเหตุ ปริมาณงานต่อทันตแพทย์ 1 คน = 2,127 ราย ต่อปี ปริมาณงานต่อทันตภิบาล 1 คน = 1,605 รายต่อปี

* รวมงานยาก 15.2 %

^C ทันตกรรมหัตถการระดับยาก ได้แก่ Pin/post and filling, inlay , stainless steel crown

^D ปริทันต์ระดับยาก ได้แก่ Subgingival curratage, root planing, Gingivoplasty

^E ศัลยกรรมยาก ได้แก่ ถอนฟันยาก , ฝ่าฟันชน ฟันคุด, Frenulectomy, I&D, debride & suture, alveoloplasty, fracture (closed reduction), root resection, other complex surgery

^F รักษาโพรงประสาทฟัน หมายถึง Pulpotomy, pulpectomy, RCT รากเดียวหรือหลายราก

^G ฟันปลอม หมายถึง Temporary plate, Partial denture, Full denture, Crown and bridge, Pin tooth, Repair, Impression

ตารางที่ 6 ปริมาณงานด้านการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชน จากการสำรวจทางไปรษณีย์ : สิงหาคม 2541

Table 6 Oral health promotion and prevention provided by community hospitals, a postal survey in August 1998.

กิจกรรม	ปริมาณงาน	หมายเหตุ
1) ร้อยละของรพช.ที่มีกิจกรรมการตรวจช่องปาก และให้ทันตสุขภาพแก่หญิงมีครรภ์	90.1	
2) ร้อยละของรพช.ที่มีกิจกรรมการตรวจช่องปาก มอบแปรงสีฟัน และให้ทันตสุขภาพแก่เด็กอายุ 1 ปีครึ่ง ที่มารับวัคซีน	85.7	
3) การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล (แห่ง/รพ.)	9	
4) การดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา - โรงเรียนประถมศึกษาในความรับผิดชอบ (แห่ง / รพ.)	22	บริการหน่วยเคลื่อนที่และนิเทศ ปีละ 1 ครั้งต่อ รร.
- โรงเรียนในตำบลที่ตั้งของรพ. (แห่ง / รพ.)	4	ดูแลต่อเนื่อง ปีละ 4-5 ครั้ง ต่อ รร.

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง พบว่ากิจกรรมในเด็กวัยก่อนเรียนและเด็กประถมศึกษา เน้นการตรวจช่องปากนักเรียนซ้ำจากที่ครูได้ตรวจไว้แล้ว และจัดบริการด้านการรักษาเพื่อรองรับการตรวจตามระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ โดยเป็นบริการด้านการถอนฟันเป็นสัดส่วนที่มากที่สุด ส่วนกิจกรรมด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจริง ๆ เช่นการแปรงฟัน การใช้ฟลูออไรด์ เป็นกิจกรรมที่ถ่ายโอนให้ครูเป็นผู้ดำเนินการ และบริการทันตกรรมป้องกันในคลินิก เช่นการจัดคลินิกทันตกรรมป้องกัน การทำเคลือบหลุมร่องฟัน การเคลือบฟลูออไรด์ มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 4.4 ของงานทั้งหมด (ตารางที่ 5)

4.3 ปริมาณงานของทันตบุคลากร

เมื่อวิเคราะห์ปริมาณงานด้านการรักษาแปรตามจำนวนทันตบุคลากร จากข้อมูลผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลชุมชน 638 แห่ง พบว่าปริมาณผู้ป่วยเพิ่มจาก 1,883 คนเมื่อมีทันตบุคลากร 1 คน จนถึง 9,062 คนเมื่อมีทันต

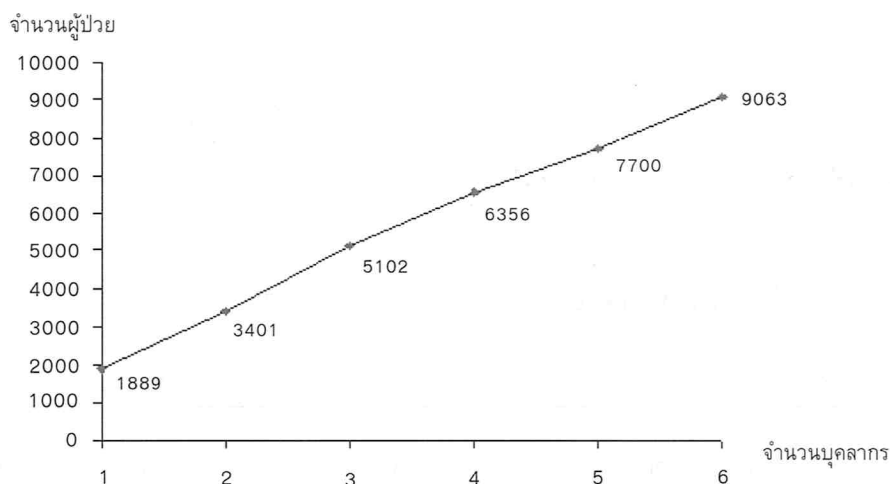
บุคลากร 6 คน (ภาพที่ 1) เมื่อวิเคราะห์แยกตามประเภททันตบุคลากร จากฐานข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง พบว่าทันตแพทย์ 1 คนให้บริการเฉลี่ย 2,127 รายต่อปี ทันตภิบาล 1 คนให้บริการเฉลี่ย 1,605 รายต่อปี บริการด้านการตรวจและการรักษาทั่วไป ทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการร้อยละ 46.1 ทันตภิบาลให้บริการร้อยละ 53.9 งานในระดับยาก ทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการร้อยละ 76.7 (ตารางที่ 5) เป็นที่น่าสังเกตว่าทันตแพทย์และทันตภิบาล ให้บริการการรักษาทั่วไปส่วนใหญ่คล้ายคลึงกัน และทันตภิบาลให้บริการระดับยากบางอย่างด้วย จากการสังเกตและสัมภาษณ์ทันตบุคลากร พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งมีผู้ป่วยทันตกรรมค่อนข้างมาก ต้องให้บริการผู้ป่วยตามปัญหาเฉพาะหน้า จึงมีเวลาทำงานเชิงคุณภาพน้อย

5. ปัจจัยเอื้อต่อการจัดบริการทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชน

5.1 ทันตบุคลากร โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 88.5 มีทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาล จึง

ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยทันตกรรมต่อปีของ โรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามจำนวนทันตแพทย์ และทันตภิบาล การสำรวจทางไปรษณีย์ : สิงหาคม 2541

Figure 1 Number of Dental patients in community hospitals VS number of dental personnel, a postal survey in August 1998.



หมายเหตุ ข้อมูลจากแบบสอบถาม 638 โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 90.6 ของโรงพยาบาลทั้งหมด

เอื้อต่อการให้บริการครบทุกด้าน ทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 3.8 ได้รับการศึกษาต่อเนื่องเฉพาะทาง ทันตภิบาลร้อยละ 33.0 ศึกษาต่อเนื่องในระดับปริญญาตรี สาขาสาธารณสุข สุขศึกษา หรือการศึกษา การอบรมหลักสูตรระยะสั้นในรอบปี 2540 ทันตแพทย์ร้อยละ 61.4 ได้รับการอบรมหรือประชุมฟื้นฟูวิชาการทั่วไป ร้อยละ 10.2 ได้รับการอบรมด้านบริหาร ทันตภิบาล ร้อยละ 50.8 ได้รับการอบรมฟื้นฟูวิชาการ และผู้ช่วยทันตแพทย์ ร้อยละ 43.9 ได้รับการอบรมเรื่อง การบำรุงรักษาเครื่องมือ และครุภัณฑ์ทันตกรรม ข้อสังเกตเกี่ยวกับหลักสูตรการอบรมระยะสั้น ส่วนใหญ่เป็นการประชุมฟื้นฟูวิชาการทั่วไปมากกว่าการอบรมหลักสูตรเฉพาะเรื่อง

5.2 การแบ่งบทบาทหน้าที่พบว่า ทันตแพทย์และทันตภิบาลมีการแบ่งบทบาทหน้าที่กัน

ชัดเจนพอควร ทันตแพทย์มีบทบาทหลักด้านการบริหารและการรักษา โรงพยาบาลที่มีทันตแพทย์ 2 คน จะรับผิดชอบหลักด้านบริหาร 1 คน ด้านบริการ 1 คน โดยเฉพาะการรักษาในระดับยาก ส่วนทันตภิบาลมีบทบาทหลักในเรื่องงานป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ เช่น การตรวจและให้ทันตสุขศึกษาแก่หญิงมีครรภ์ การตรวจช่องปากเด็กที่มารับวัคซีนและให้ทันตสุขศึกษาแก่มารดา งานป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน เด็กประถมศึกษา และมัธยมศึกษา งานระเบียบงาน การออกหน่วยเคลื่อนที่ ส่วนงานด้านการรักษาที่ไม่ยุ่งยาก ทันตแพทย์และทันตภิบาลร่วมกันรับผิดชอบ

6. ความเชื่อมโยงของบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชนและ สถานีอนามัย

โรงพยาบาลชุมชนให้การสนับสนุน

สถานีนอนามัยในด้านต่างๆได้แก่การพัฒนาบุคลากรในสถานีนอนามัยให้มีขีดความสามารถด้านทันตสาธารณสุขและการให้บริการบางอย่าง เช่นการขูดหินน้ำลาย การตรวจและจ่ายยา สนับสนุนการจัดบริการ เช่นจัดทันตภิบาลไปให้บริการในสถานีนอนามัยที่มีชุดยูนิตทันตกรรมแต่ไม่มีทันตภิบาลอยู่ประจำ สำหรับอำเภอที่มีทันตภิบาลในสถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชนจะทำหน้าที่สนับสนุนด้านวัสดุเวชภัณฑ์ และการนิเทศงาน

7. การจ่ายค่าบริการของประชาชน

โดยภาพรวมแล้วผู้รับบริการทันตกรรมยังต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกรจ่ายด้วยระบบอื่นๆ และผู้มีสิทธิ์ต่างๆเช่นเด็กและผู้สูงอายุ ยังต้องจ่ายค่าบริการเองเป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 7)

8. ปัญหาอุปสรรคในการทำงาน

ทันตแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่ายังมีทักษะด้านการรักษาไม่เพียงพอ และยังขาดด้านระบาดวิทยา การวางแผน และคอมพิวเตอร์ จากการสังเกตการทำงานและสัมภาษณ์ทันตบุคลากร ทันตแพทย์หัวหน้าฝ่ายบางคน รู้สึกว่าตนเองขาดความ

สามารถด้านการบริหารงานและบริหารบุคลากร ทำให้ไม่สามารถจัดการให้เกิดงานตามแผนได้ โรงพยาบาลบางแห่งมีผู้ป่วยทันตกรรมค่อนข้างมากต้องให้บริการผู้ป่วยตามปัญหาเฉพาะหน้า จึงมีเวลาทำงานเชิงคุณภาพน้อย การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการยังโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมักไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากผู้ป่วยต้องไปรอคิวนานและต้องเดินทางไปหลายครั้ง

อภิปรายผลและเสนอแนะ

จากการจัดการด้านโครงสร้างของสถานบริการเพื่อให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่แผนพัฒนาฯฉบับที่ 4⁽⁴⁾ มาตรการด้านทันตแพทย์คู่สัญญาและการบริหารจัดการต่าง ๆ^(7,8) รวมทั้งการมีทันตภิบาลปฏิบัติงานในระดับตำบลตามนโยบายทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย^(9,10) ช่วยให้การกระจายของทันตบุคลากรดีขึ้นตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ และนโยบายจำกัดคนของภาครัฐทำให้ต้องลดจำนวนการผลิตทันตภิบาล และอาจส่งผลให้ต้องมีการยกเลิกหรือลดจำนวนบุคลากร

ตารางที่ 7 แสดงการจ่ายค่าบริการทางทันตกรรมของประชาชนที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนข้อมูลจากการศึกษาเชิงลึกในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง

Table 7 Payment mechanism of dental patients in community hospitals, a specific survey in 4 selected hospitals.

ระบบการจ่ายเงิน	ร้อยละ แยกตามกลุ่มอายุ			
	0-12 ปี	13-59 ปี	60 ปีขึ้นไป	รวมทุกอายุ
จ่ายเอง	25.9	55.7	33.7	45.8
ฟรีเด็ก 0-12 ปี	25.5	-	-	7.0
ฟรีสำหรับผู้สูงอายุ	-	-	33.6	2.3
บัตรสปร.	12.4	17.4	4.6	15.1
ข้าราชการ	6.0	3.8	4.1	4.2
บัตรสุขภาพ	25.6	14.4	5.9	16.9
บัตรประกันสังคม	-	1.3	0.1	0.9
อื่นๆ (บัตรอสม. ทหารผ่านศึก ฯลฯ)	4.6	7.5	20.0	7.4

ในลักษณะคู่สัญญาลง ดังนั้นหากไม่มีมาตรการทดแทนที่มีประสิทธิภาพ อาจก่อให้เกิดปัญหาการกระจายต้นทุนบุคลากรเช่นเดียวกับในอดีตได้

โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่สามารถให้บริการด้านการรักษาได้ครบถ้วน ตามหัวข้อในเกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.)⁽¹¹⁾ แต่การครอบคลุมบริการยังค่อนข้างต่ำ ทันตแพทย์และทันตภิบาลยังคงทำงานด้านการรักษาทั่วไป คล้ายคลึงกัน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพพบว่าโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งมีปริมาณผู้ป่วยต่อวันจำนวนมาก จึงต้องให้บริการเฉพาะหน้ามากกว่าการให้บริการตามแผนการรักษาที่ควรจะเป็น ซึ่งเป็นปัญหาลักษณะคล้ายคลึงกับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอื่นๆที่พบอยู่ในปัจจุบัน⁽¹²⁾

จากข้อค้นพบและสถานการณ์ดังกล่าว จึงน่าจะมีการเตรียมการดังนี้

1. เร่งสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับมาตรการที่เหมาะสม เพื่อให้มีการกระจายต้นทุนบุคลากรอย่างเพียงพอในระดับ โรงพยาบาลชุมชน

2. สร้างความเข้มแข็งกับการจัดบริการทันตสาธารณสุขในระดับตำบล โดยอาจมีทันตภิบาลใน สถานีอนามัยบางแห่ง และจัดระบบเครือข่ายโดยคำนึงถึงความเหมาะสมของพื้นที่และประชากรที่รับผิดชอบ (Catchment area / population)

3. พัฒนาทักษะทันตบุคลากรที่ยังขาดได้แก่ด้านระบาดวิทยา การจัดทำโครงการและการประเมินผล รวมทั้งศักยภาพด้านการรักษาที่ยากขึ้นเพื่อรองรับการส่งต่อจากระดับตำบล

4. พัฒนามาตรฐานงานทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการและบุคลากร เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ คุ่มค่า และตรวจสอบได้

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ไม่สามารถ

แยกแยะความยากง่ายของงานบริการบางประเภทได้ เนื่องจากใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการบันทึกของโรงพยาบาลชุมชน เช่นการอุดฟันหรือถอนฟัน ซึ่งมีระดับความยากง่ายที่แตกต่างกันอยู่แล้วตามธรรมชาติ จึงไม่สามารถแสดงความแตกต่างของบริการโดยทันตแพทย์และทันตภิบาลได้ชัดเจน นอกจากนี้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริการด้านการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ ไม่มีระบบการบันทึกผลงานเชิงคุณภาพ จึงเห็นภาพเพียงการครอบคลุมประชากรและความถี่ของบริการบางประเภทเท่านั้น นอกจากนี้การศึกษานี้ เป็นการศึกษานี้ สถานการณ์ปัจจุบัน มิได้เป็นคำตอบสำหรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคตทั้งหมด อย่างไรก็ตามความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันที่เป็นจริง จะช่วยให้การสังเคราะห์ทางเลือก มีความเหมาะสมและเป็นไปได้มากยิ่งขึ้นในอนาคต

กติกรรูปประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ.นพ.วิชัย ไปश्यจินดา และนพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณองค์การอนามัยโลกและกรมอนามัย ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัย ขอขอบคุณทันตแพทย์และทันตภิบาลทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และท้ายที่สุดขอขอบคุณผู้ร่วมเก็บข้อมูลทุกท่าน ที่ทำให้การศึกษารั้งนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์. ผลการสำรวจทัศนสุขภาพของประเทศไทย. ว.ทันต. ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 พค.-มีย. 2530, หน้า 109-118
2. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 ประเทศไทย 2532. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2534
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พค. 2537 ประเทศไทย. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2537.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดโครงการทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พค. 2520-2524. ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด พค. 2521
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. เป้าหมายทางทัศนสุขภาพของประเทศไทย
6. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. ทำเนียบท้องที่พุทธศักราช 2541. โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น กรมการปกครอง กทม. 2541
7. จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ. 10 ปีทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาของกระทรวงสาธารณสุข. วิทยาสารทันตสาธารณสุข, ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มค.-มีย. 2541, หน้า 54-63
8. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, อุษา มีเสถียร, ปิยะดา ประเสริฐสม. สถานการณ์การได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประเทศ. ใน ทันตแพทยสภา. เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง สิทธิเสมอมากของประชาชนในการรับบริการสุขภาพช่องปาก. ห้องประชุมกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี 2541, หน้า 48-64
9. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการประชุมเรื่อง การพัฒนาสถานีอนามัยในแผนฯ 7. โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ 9-10 เมษายน 2533.
10. กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในสถานีอนามัยขนาดใหญ่. พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2542
11. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข งานพัฒนาบริการทันตกรรม. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พค. 2539
12. อำพล จินดาวัฒนะ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ สมชัย ศิริกนกวิไล. และคณะ ข้อเสนอเรื่องทิศทางการกลวิธีในการพัฒนา สถานีอนามัยในแผน 7 (2535-2539) เอกสารเสนอในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนา สถานีอนามัยในแผน 7, โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ 9-10 เมษายน 2533

Macro situation of dental care delivery services at district level of Thailand during 1997-1998

Somnuk Chanduaykit *

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

Chantana Ungchusak *

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

Sunee Pholdeeyiam *

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

Pranee Loungvara *

B.Ed.

Abstract

The objectives of this study was to analyse the present situation of dental health care delivery services at district level of Thailand which include oral care coverage, types of oral care delivered, service utilization, and the service-linkages between district hospital and sub-district health center. Quantitative data were collected through mailing questionnaire to all district hospitals during August 1998. Qualitative data including in-depth interview of 17 dentists and dental nurses from 4 selected provinces were collected, and analyzed 1-year workload of dental personnel. The returned rate of questionnaire was 93.5 %. The result showed that 1) District hospitals were the main providing institute in rural area. There were private clinic, dental clinic under other ministries and sub-district health center covered at 32.9 %, 8.7% and 28.0 % respectively. 2) 88.5% of district hospitals had both dentists and dental nurses. 3) Dental services provided in district hospitals were met service standard. However, the quantity or service load was quite different among hospitals after adjusted by number of dental personnel. The qualitative data from 4 specific study hospitals showed that both dentists and dental nurses provided almost the same types of basic dental care. It was recommended that 1) district hospitals and the connection to sub-district health centers are the core structure for delivering oral health care services to rural people. 2) To support this model of service delivery, dentists and dental nurses at the district hospitals should be trained to acquire epidemiological and managerial skill for a better community dental health problem solving. Dental health personnel at this level should also receive further training to handle complicated conditions referred from the sub-district level. 3) A set of performance indicators should be developed for regular evaluation and improvement of dental care services at this level. 4) The policy of public sector reform, which may lead to terminate 3-year compulsory dentist program and decrease dental nurse production, may effect the distribution of dental personnel in rural area.

* Dental Health Division, Department of Health