

รายงานการวิจัย

**การปฏิรูประบบสุขภาพ
กับทันตบุคลากรไทยในอนาคต
The Dental personal from
Health System Reform in Thailand**

สุปรีดา อุดุลยานนท์
ปิยะนาถ จาติเกตุ
ปิยะฉัตร พัชรานุฉัตร
ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ
ชาญชัย ให้งวน

สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงานการวิจัย

การปฏิรูประบบสุขภาพ
กับทันตบุคลากรไทยในอนาคต

สุปรีดา อุดุลยานนท์
ปิยะนาถ จาติเกตุ
ปิยะฉัตร พัทธานฉัตร
ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ
ชาญชัย ให้สงวน

สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงานการวิจัย

การปฏิรูประบบสุขภาพกับทันตบุคลากรไทยในอนาคต

ผู้วิจัย

สุปรีดา อุดุลยานนท์

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ปิยะนาถ จาติเกตุ

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ปิยะฉัตร พัทธรานุฉัตร

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ

กองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

ชาญชัย ให้สงวน

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ร่วมวิจัย

พรพรรณ อัสวานิชย์

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทัศนีย์ ธรรมเรือง

โรงพยาบาลบ้านกรวด บุรีรัมย์

ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2545

คำนำ

ในกระแสของการเปลี่ยนแปลงของวงการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยเป็นกระแสหลัก ได้ก่อให้เกิดคำถามมากมายในการทำงานทันตสาธารณสุข และในการทำงานของทันตบุคลากร ที่ต้องการการศึกษาค้นคว้า วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบที่จะช่วยชี้แนะแนวทางในการมองอนาคต และวางแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน

การศึกษาเรื่อง “การปฏิรูประบบสุขภาพกับทันตบุคลากรไทยในอนาคต” นี้ เป็นโครงการหนึ่งในชุดโครงการวิจัยระบบบริการสุขภาพช่องปาก ที่ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผลการวิจัยได้มาจากการสังเคราะห์องค์ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมและกระบวนการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ทรงคุณวุฒิภายในเวลาจำกัด คณะผู้วิจัยขอขอบคุณร่วมการขยายแนวคิดในการสังเคราะห์จากผู้สนใจให้กว้างขวางขึ้น และหวังว่าองค์ความรู้ชุดนี้ จะเป็นข้อมูลพื้นฐานหนึ่งที่จะใช้เป็นประเด็นอภิปราย เพื่อแสวงหาแนวทางการวางแผนงานด้านกำลังคนทางสุขภาพช่องปากในอนาคตต่อไป

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ร่วมให้วิสัยทัศน์และความคิดเห็นในการวิจัย ขอขอบคุณทพญ. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, อ. ทพ. ดร. ทรงชัย ลีตโสมกุล, ผศ. ทพญ. ศศิธร ไชยประสิทธิ์, ทพญ. ศรีสุมดา ลีละศิริ, อ. ทพ. ณรงค์ สุขสุวรรธ, คุณดวงพร เสงบุญนพันธ์ และพี่น้องในวงการทันตแพทย์และสาธารณสุขที่ให้ความช่วยเหลือและความคิดเห็นในการทำงาน และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในการสนับสนุนทุนวิจัยและการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษานี้ได้ทบทวนวรรณกรรมและใช้กระบวนการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อประมวลถึงแนวทางการพัฒนาทันตบุคลากรในอนาคต โดยมีขอบเขตการศึกษาเฉพาะทันตแพทย์และทันตภิบาล

ผลการศึกษาชี้ถึงปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของทันตบุคลากรไทยในอนาคต มาจากหลายมิติและทิศทาง โดยมีกระแสหลักที่การปฏิรูประบบสุขภาพที่ทั้งปรับเปลี่ยนโครงสร้างกฎหมายที่กำหนดความสัมพันธ์ใหม่ของภาคส่วนต่างๆในระบบสุขภาพ และก่อกระแสในการปรับกระบวนการทัศน์ แนวทางและรูปแบบการทำงานที่เกี่ยวกับสุขภาพอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะ แนวคิดการเห็นความสำคัญของสุขภาพมากกว่ายี่ดโรคเป็นหลัก และแนวคิดสุขภาพองค์รวม ระบบบริการสุขภาพถูกปรับเปลี่ยนการจัดบริการ และระบบการเงินการคลัง และการเปิดให้ภาคเอกชนมาร่วมในระบบบริการสาธารณะ โดยทิศทางของระบบที่เปลี่ยนไปนี้สอดคล้องไปกับการกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบราชการ และการปฏิรูปการศึกษา ควบคู่ไปกับกระแสของการเปลี่ยนแปลงของโลกใน ระบบทุนนิยม/ บริโภคนิยม การขยายตัวของการค้าเสรี กระแสโลกาภิวัตน์ ระบบและเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีทางการแพทย์ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมไทย

นอกจากนั้น จากปัญหาที่มีอยู่แล้วในปัจจุบันที่ควรมีการแก้ไขปรับปรุงเช่น การที่วงการทันตกรรมยังมีความสามารถในการพึ่งตนเองทางเทคโนโลยีที่ต่ำ - สถาบันการศึกษาทันตแพทยศาสตร์ ยังขาดคุณภาพทางวิชาการ ระหว่างศาสตร์วิทยากับองค์ความรู้ในการประยุกต์ใช้กับบริบทของสังคมไทยและระบบบริการสุขภาพ และผลิตทันตบุคลากรไทยในปัจจุบัน ยังขาดความรู้ความสามารถและเจตคติที่ควรมีหลายประการ สถานการณ์โรคฟันผุในฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียน มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในเขตชนบทที่มีอัตราเพิ่มของปัญหามากขึ้น การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุเพิ่มทวีอย่างรวดเร็ว พฤติกรรมการรับบริการของประชาชนส่วนใหญ่ ยังมีแนวโน้มของการปล่อยให้อยู่คนเดียว หรือมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการมากกว่าเชิงป้องกัน และอัตราการรับบริการทันตกรรมค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุ และในเขตชนบท ขณะที่เรื่องร้องเรียนกรณีจรรยาบรรณทันตแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

คุณลักษณะของทันตบุคลากรไทยในอนาคต นอกเหนือจากการมีความรู้และทักษะ พื้นฐานทางทันตแพทยศาสตร์ที่ดีเพื่อการประกอบวิชาชีพแล้ว ควรพัฒนาคุณลักษณะด้าน การส่งเสริมสุขภาพและเคลื่อนไหวสังคม ทักษะด้านความคิด การวิจัยและเรียนรู้ตลอดชีวิต การทำงานร่วมกับคนอื่น การมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และมีความรู้พื้นฐานที่กว้างกว่าเพียงวิชาชีพเพื่อ สามารถเข้าใจสภาพการณ์ความเปลี่ยนแปลงของโลก ในทางบุคลิกภาพควรเน้นให้มีความเป็น ผู้นำและผู้ตามที่ดี มีความฉลาดทางอารมณ์และมนุษยสัมพันธ์ในการที่จะใช้ชีวิตอย่างมีความสุข รวมทั้งมีเจตคติด้านจริยธรรมและ ความรับผิดชอบต่อส่วนรวม

บทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรควรได้รับการทบทวน โดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ระหว่าง ทันตแพทย์และทันตภิบาลที่มีขอบเขตการทำงานมีการซ้อนทับกันสูง มีการทำงานที่มีลักษณะ ของการทำงานเป็นทีมต่ำ ซึ่งมีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงาน และทันตแพทย์มีแนวโน้มจะ ให้บริการอย่างง่ายซึ่งเป็นอุปสรรคส่วนใหญ่ จนมีการให้บริการที่ซับซ้อนน้อยกว่าที่ควร และทัน ตาภิบาลประสบปัญหาด้านความก้าวหน้านั้น ควรมีการปรับปรุง โดยเน้นการทำงานเป็น “ทีมทัน ตกรรม” หรือ “ทีมสุขภาพช่องปาก” ซึ่งควรได้รับการนิยามและจัดตั้งอย่างเป็นระบบกว่าในปัจจุบัน โดยมีทันตแพทย์เป็นหัวหน้าทีมทำหน้าที่ในการควบคุมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมีบทบาท หลักในด้านการวางแผนและกำกับงานในระดับมหภาค การตรวจวินิจฉัย การวางแผนการรักษา โดยรวม การควบคุมคุณภาพและการให้บริการระดับที่ซับซ้อน และมีทันตบุคลากรข้างเคียงรวมถึง ทันตภิบาลเป็นผู้ร่วมงาน มากกว่าการที่จะออกกฎระเบียบขีดเส้นขอบเขตการบริการใหม่อย่าง ตายตัว และ/หรือ เปิดโอกาสให้ทันตภิบาลให้บริการอิสระตามลำพัง แต่เปิดโอกาสให้ทีม สุขภาพช่องปากปรับบทบาทของทันตบุคลากรในทีมตามสถานการณ์ที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่และ เวลา โดยใช้มาตรการทางการบริหารจัดการเข้ามากำกับทิศทาง การสร้างการทำงานในรูปแบบ ทีมที่มีการจัดสรรบทบาทนี้ควรจะได้รับ การสนับสนุนตั้งแต่ในกระบวนการผลิตบุคลากร ที่มีการ ฝึกอบรมในหลักสูตรที่ให้ทำงานร่วมกัน

การคัดเลือกผู้เข้าศึกษาเป็นทันตบุคลากร โดยเฉพาะในภาครัฐ ควรขยายการรับนักศึกษา จากท้องถิ่น โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกมากขึ้น โดยเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการ คัดเลือกนักศึกษาจากท้องถิ่น การสนับสนุนค่าใช้จ่ายการศึกษา การฝึกภาคปฏิบัติในระหว่าง การศึกษา จนถึงการจัดงานเมื่อจบการศึกษา

แนวคิดในการจัดการศึกษาของทันตบุคลากรต้องปรับให้สมดุลย์ทั้งต่อ ความเป็นเลิศทาง วิชาการและการตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการและบริบทของสังคม โดยกระบวนการศึกษา ควรมีการพัฒนาเน้นในแนวทาง การใช้ชุมชนเป็นฐาน การใช้แนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การ จัดรูปแบบการเรียนรู้โดยการศึกษาค้นคว้าวิจัย การฝึกทักษะและกระบวนการคิด กระบวนการ

ปลูกฝังจริยธรรมในการศึกษาแบบบูรณาการ และการประเมินผลการศึกษาที่รอบด้าน/การประกันคุณภาพการศึกษาให้มากขึ้น

การบริหารจัดการเพื่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการศึกษา ควรทำทั้งด้วยการปรับนโยบาย และพัฒนาบุคลากรภายในองค์กร และตามด้วยการจัดการที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น การที่คณะทันตแพทยศาสตร์มีนโยบายเข้าร่วมกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ การจัดโครงสร้างพื้นฐาน และสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการเรียนการสอนในรูปแบบใหม่ หรือการสร้างหลักสูตรร่วมท้องถิ่น ประชาชน เป็นต้น

ในด้าน การจัดสรร และกระจายทันตบุคลากร นั้น ระบบการจัดสรรทันตแพทย์จาก ส่วนกลางหรือทันตแพทย์คู่สัญญา ยังนับเป็นเรื่องที่จำเป็น รูปแบบการจัดสรรและการกระจายมี แนวโน้มที่จะใช้เป้าหมายของงานในพื้นที่ที่กำหนด มากกว่าจะใช้กรอบอัตรากำลังของราชการใน รูปแบบเดิม และแนวคิดของทีมสุขภาพช่องปากข้างต้น น่าจะถูกใช้เป็นบรรทัดฐานของการกำหนด ประเภทและจำนวนทันตบุคลากรในแต่ละหน่วย โดยควรเพิ่มอัตราผลิตของทันตภิบาล ควรมีการ ดึงทันตบุคลากรภาคเอกชนให้เข้ามาร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรการ ของการจัดสรรทันตบุคลากรที่ดำเนินควบคู่ไปตั้งแต่การคัดเลือกบุคลากรเข้ารับการศึกษ ใน แนวโน้มที่ให้ภาคท้องถิ่นมีส่วนร่วม ประกอบเข้ากับมาตรการจูงใจและสนับสนุนให้ทันตบุคลากรไป อยู่ในพื้นที่ที่มีความจำเป็นได้อย่างพอใจ

การพัฒนาและควบคุมคุณภาพทันตบุคลากร ใช้หลายวิธีการประกอบกัน ทั้งการประกัน คุณภาพและการศึกษาต่อเนื่อง การฝึกอบรม และการสร้างความก้าวหน้าและแรงจูงใจในวิชาชีพ

การประกันคุณภาพผู้ประกอบการวิชาชีพผ่านทางมาตรฐานกลางของวิชาชีพทันตแพทย์ ประกอบด้วยมาตรฐานระดับหน่วยงานหรือสถานบริการ เช่น ระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล และในระดับบุคคลผ่านการจัดการศึกษาต่อเนื่อง การสอบรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทัน ตกรรม การต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือการที่สภาวิชาชีพร่วมมือกับ สถาบันการศึกษา และประชาชนในการควบคุมการผลิตทันตบุคลากร

การสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม ซึ่งจะเผชิญกับความยุ่งยากพื้นฐานในการ ออกข้อสอบกลางที่แสดงภาพรวมของผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาให้ได้ชัดเจน และได้รับการยอมรับ จากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ควรเลือกใช้เมื่อการผลิตทันตแพทย์ดำเนินโดยสถาบันการศึกษาจำนวน มากและหลากหลายสถานะ จนไม่อาจควบคุมคุณภาพโดยมาตรการกำกับทางการศึกษาแล้ว เท่านั้น

การต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม เป็นหลักการประกันคุณภาพทันตแพทย์ รายบุคคลที่ได้รับการยอมรับหลักการว่าน่าจะเป็นเรื่องจำเป็น แต่จะมีประเด็นที่ต้องตอบคำถาม

จากสังคมและวิชาชีพให้ชัด ถึงความสามารถในการประเมินเพื่อต่อใบอนุญาตที่ได้คุณภาพจริง มีความคุ้มค่า และสอดคล้องหรือไม่ขัดแย้งกับพึงพอใจในบริการของประชาชน และควรมีเป้าหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคที่ชัดเจน และควรใช้วิธีการที่หลากหลาย ไม่ควรกำหนดให้เป็นเพียงแต่การสอบข้อเขียนหรือเข้ารับการอบรม ควรใช้ความหลากหลายในการวัด

การควบคุมดูแลมาตรฐานวิชาชีพ โดยบทบาทของสังคม ท้องถิ่น และประชาชน ผู้รับบริการเป็นอีกมาตรการหนึ่งที่สำคัญที่ต้องทำควบคู่ไป โดยอาจจัดได้หลากหลาย ตั้งแต่การร่วมเป็นกรรมการในระดับต่างๆในโครงสร้างของระบบสุขภาพ การประเมินผู้รับบริการในระบบประกันคุณภาพของสถานบริการ หรือการให้ประชาชนเข้าร่วมในการกิจองค์กรวิชาชีพและสถาบันการศึกษา

ความก้าวหน้าในวิชาชีพ เป็นปัญหาสำคัญของทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาล ในระบบราชการมีข้อเสนอให้ควรแยกความก้าวหน้าสายวิชาชีพ และอำนาจบริหารออกจากกัน นักวิชาชีพทุกวิชาชีพควรมีความก้าวหน้าทางสายวิชาการได้เท่าเทียมกันตามความสามารถและบทบาทหน้าที่ และเท่าเทียมกับผู้ที่จะก้าวหน้าในสายบริหาร สำหรับงานบริหารควรเปิดกว้างสำหรับผู้ที่มีศักยภาพ ไม่ว่าจะอยู่ในวิชาชีพไหน หรือแม้แต่กับบริหารมืออาชีพที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก็ตาม

การวางแผนเพื่อพัฒนาและจัดสัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไปและเฉพาะทาง ควรจะมีการควบคุมจำนวนในสัดส่วนที่มาจากกรวิเคราะห์ความจำเป็น และควรพิจารณาให้มีสาขาน้อยลง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถให้บริการได้รอบด้านมากขึ้น รวมทั้งการสร้างศักดิ์ศรีค่าตอบแทน เป็นแรงจูงใจในการทำงานของทันตแพทย์ทั่วไปให้มากขึ้น และอาจใช้กระบวนการเพิ่มพูนความรู้ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน งานวิชาการ หรืองานบริการเพื่อพัฒนางานจนเป็นผู้เชี่ยวชาญอย่างรอบด้าน (ผู้เชี่ยวชาญสาขาทันตกรรมทั่วไปหรือทันตกรรมครบครัน) ได้ตามลำดับ

โดยกลไกในการกำหนดนโยบายและมาตรการทั้งระบบของการวางแผนกำลังคนทางทันตสาธารณสุข ควรมีการจัดตั้งอย่างประสานสอดคล้องกับระบบกำลังคนทางสุขภาพในระบบสุขภาพแห่งชาติ

Executive Summary

The present study aims to reassess and synthesize the framework of dental personnel development, focusing on dentist and dental nurse, through literature review and qualitative study.

The results of the study showed that; *The influential future streams of changes* came from various directions and dimensions. The main influence induced from the Health System Reform in Thailand which reshuffled the legitimize structure of all sectors in the broadly defined “health system”, as well as extensively mobilized the current social paradigm and norms, particularly through the concepts of health-oriented rather than disease-oriented and holistic health. The health care services was remodeled mainly by financial and administrative measures and expanding the public sector service to include more private involvement. The reform occurred concurrently with the amendment of the government service system, education system and the decentralization of authority over public enterprises to peripheral units. In the other side, the expansions of capitalism, consumerism, free trade, globalization, information technology, medical technology were also indicated for their influential effects. The change of Thai social structure as well as the current weak points of dental profession including insufficiency of self-dependency dental technology, the imbalance of institutional knowledge /technology and the appropriate dental knowledge concerning the contexts of Thai society, as well as the limitation of some competence and attitude in graduated dental personnel, should also be taken into account.

Apart from these, the reviewed of current dental public health situations and their trends showed that: Dental caries rate of primary teeth in pre-school children was highly increased, notably in the rural area. The rate of consuming cariogenic food also deeply increased during the past decade. Dental service utilization of the people was low, especially in elderly and rural people, mostly driven from acute symptom rather than from

preventive approach. The cases of dental profession code of ethics were in the increasing trend.

The future characteristics of dental personnel, apart from the basic professional knowledge and skill, should focus attention on: the knowledge and skill of health promotion and social mobilization, thinking process, research and long life learning, team work coordination, communication skill, patient relationship and the extensive background of non-professional knowledge to comprehend the situation and changes of the holistic world. For the personality aspect, dental personnel should be raised in leadership, emotional literacy, human relationship and the mind of ethical integrity and responsibility to public.

The role of dental personnel should be consequently adjusted, notably in the highly overlap role between dentist and dental nurse which partly reflect to the low team work performance affecting the efficiency of dental service outcomes. Dentists, especially in public sector, tended to provide too high proportion of simple services which were the majority of demand, resulting the under provision of the needy complex dental services. While the interchangeable of majority dental services by two types of dental personnel was increasingly be questioned by people under the health insurance system. In the other hand, dental nurse faced the struggled of career ladder progress. The direction of the solution, concerning the whole complication of each alternatives, should focus on the improvement of the 'dental team' or 'oral health team' which had to be systematically defined and organized. The dentist, the team leader, should mainly responsible in taking care of holistic oral health care, planning and monitoring the overall oral care system, clinical diagnosis and holistic treatment plan, quality control and provide the complex dental services with the sufficiently assisting by dental auxiliaries including dental nurse. This oral health team approach should be more relevant and flexible for the wide gap situation of dental manpower in the country than the legalized regulation limiting the curative role of dental nurse or to provide the license to dental nurse to work independently. This approach allowed the oral health team to adjust the borderline roles of dental personnel within the team with the administrative means

according to relevant place and time. The supporting training for increasing the oral health team approach should be started from the educational and training period.

The recruitment of dental personnel, particularly in the government sector, should involve the community role in the enrollment process of dental student. The involvement might be in selection process, educational expenditures support, field work training and employment in the local health care unit.

The dental education direction have to be balanced between the aim to meet the advancement of dental institutional knowledge and technology and to rightly response to the oral health problems and needs within the belonging social circumstances. The educational process should be developed under the concepts of social or community based, patient-centered, active learning through research and thinking skill enhancement, comprehensive ethical motivation and the extensive evaluation and quality assurance of educational outcomes.

This *administration of the changing process in dental education* should be implemented by adjusting the policy, improving educational manpower as well as providing the appropriate supporting environments such as: connecting the education institutional dental service with the national or regional health service system, providing the relevant infrastructure and social environment, or developing the curriculum under local community participation.

The distribution of dental personnel in public sector by national monitoring through the compulsory contract of dental students was still considered as necessary. However, the pattern of distribution process tended to be directly indicated by the need or outcome estimation rather than by the current frame of the Civil Servant Office. The concept of the mentioned “oral health team” should be taken as the guideline for dental manpower distribution. The increasing production of dental nurse was clearly indicated as well as the extension of dental public service involving private sector. The distribution management should be run concurrently with the recruitment of dental students and should include the motivational and supporting measures for the remote or the unmet need areas.

The capacity building and quality control of manpower should be continuing implemented through the professional standard regulation involving the institutional quality assurance ie. Hospital Accreditation system and individualistic quality control (such as. professional licensing/ relicensing and continuing education).

Licensing by central examination from The dental council was questioned for its difficulty in developing the complicate and professionally acceptable examination representing the overall achievement of dental education. It was suggested to be implemented only in case of the dental education of Thailand were generated by numerous and various types of dental schools where the standard control through educational programme monitoring was inconceivable.

Even though the *relicensing* was widely accepted for the necessity, it was scrutinized for the ability of measuring essential competence, as well as its cost-benefit and its concomitance to the quality from the consumer point of view. It was suggested that relicensing should aim for consumer protection and utilize various evaluative methods rather than rely only on the examination or formal training.

The professional control by the public was also the simultaneous measure of quality control. Several approaches were recommended such as the participation of people sectors in the policy board in many levels of the health system, the patient/ people satisfaction evaluation as a part of Hospital Accreditation, the involvement of consumer/people representatives in professional council and the board of dental educational institutions.

The progression in professional career in the governmental sector should be separate to the administrative career. All health professions should be promoted equitably among each other as well as in comparable to the administrators. The promotion in the public health administrative line should be opened to any competence persons regardless of their professional backgrounds.

The planning of *the general practitioner and the specialist proportion* should be closely supervised to meet the actual need estimation. The dental specialty branches should be reduced to provide the more comprehensive dental specialists. The recognition and support for general practitioner should be improved such as establishing

the system of on-the-job training to enhance the all-round dental skills and knowledge to the general practitioner, leading to the namely the specialist in general practice or family dentistry.

The mechanism of the overall policy making and planning regarding dental manpower should be established as an integrated part of the health manpower system in the national health system.

สารบัญ

หน้า

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	I - IX
บทที่ 1 บทนำ วัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัย	1
บทที่ 2 การปฏิรูประบบสุขภาพกับทันตบุคลากรไทย	3
บทที่ 3 สถานการณ์และปัญหาทันตสาธารณสุขของประเทศ	22
บทที่ 4 สถานการณ์ของบทบาทหน้าที่ การผลิต การกระจายการบริการ ของทันตบุคลากรไทยในปัจจุบัน	48
บทที่ 5 ทันตบุคลากรไทยในอนาคตในทัศนะของผู้ทรงคุณวุฒิ	68
บทที่ 6 ทันตบุคลากรไทยในอนาคต: บทสังเคราะห์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	107
เอกสารอ้างอิง	136
ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่สัมภาษณ์	145

บทที่ 1

บทนำ วัตถุประสงค์และกระบวนการวิจัย

เนื่องมาจากปัญหาของสุขภาพและการบริการทางทันตกรรมที่ดำรงอยู่ในปัจจุบัน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในวงกว้าง โดยเฉพาะที่สะท้อนมาโดยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เช่น การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การเน้นระบบสร้างเสริมสุขภาพ, การปรับระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ, การปฏิรูประบบการเงินการคลัง, ระบบกำลังคน, ระบบการควบคุมคุณภาพ, ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค และระบบข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อนักทันตบุคลากรและเกิดความจำเป็นในการที่จะต้องมีการปรับปรุงบทบาทหน้าที่, การผลิต, การกระจาย, การพัฒนาและควบคุมคุณภาพของทันตบุคลากรไทยในอนาคต

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาของคํารู้และผลสังเคราะห์ดังกล่าว โดยกระบวนการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาทันตบุคลากรต่อไป

อนึ่ง ด้วยความจำกัดด้านเวลา บทสังเคราะห์เชิงนโยบายของการศึกษานี้ จะจำกัดขอบเขตเฉพาะการศึกษาในทันตแพทย์และทันตภิบาลเท่านั้น

2. วัตถุประสงค์

1. ศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบและเงื่อนไขสำคัญจากกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ การปฏิรูปการศึกษา และการปฏิรูปสังคมอื่นๆ ต่อการปรับเปลี่ยนของทันตบุคลากรในอนาคต
2. สังเคราะห์ข้อเสนอแนะทางบริหารจัดการกำลังทันตบุคลากร (ทันตแพทย์และทันตภิบาล) ในอนาคต ทั้งในด้านคุณลักษณะ บทบาทหน้าที่ การคัดสรร การจัดการศึกษา การกระจาย และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

3. ขั้นตอนและวิธีการศึกษา

1. ทบทวนเอกสารและข้อมูลจากแหล่งต่างๆ วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ประกอบด้วย
 - 1.1 สถานการณ์ของสุขภาพช่องปาก โรคในช่องปาก พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ระบบบริการที่เป็นอยู่ และการเข้าถึงบริการของประชาชน
 - 1.2 สถานการณ์ของทันตบุคลากร ทั้งด้านการผลิต การกระจาย การบริการ
 - 1.3 สถานการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพกับการพัฒนาทันตบุคลากรในอนาคต รวมทั้งเงื่อนไขต่างๆที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนคุณลักษณะ บทบาทหน้าที่ กระบวนการผลิต การกระจายและการพัฒนาทันตบุคลากร
2. การจัดกระบวนการตรวจสอบความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ผลสังเคราะห์ประเด็นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นแนวทางคำถามในการสัมภาษณ์เจาะลึก โดยการสัมภาษณ์รายบุคคล ในกลุ่มของนักคิด ผู้นำในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ และนักการศึกษาที่มีบทบาทในการพัฒนากำลังด้านสุขภาพ (ดูรายชื่อในภาคผนวก ก) ประกอบกับข้อมูลจากการจัดประชุมกลุ่มเฉพาะ (Focus group) หรือรวบรวมข้อมูลจาก

การสัมมนาในกลุ่มทันตบุคลากรระดับผู้ปฏิบัติงาน ในประเด็นของบทบาทและการบริการของทันตบุคลากรไทยที่เหมาะสม ประมวลข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

3. สังเคราะห์ข้อเสนอต่อแนวทางการพัฒนาทันตบุคลากร (ทันตแพทย์และทันตภิบาล) ไทยในอนาคต
4. จัดทำรายงานการศึกษา

4. คำถามสำคัญ

1. การปฏิรูประบบสุขภาพที่กำลังดำเนินการต่อเนื่องไปอนาคต ทั้งในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การเน้นระบบสร้างเสริมสุขภาพ, การปรับระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ, การปฏิรูประบบการเงินการคลัง, ระบบกำลังคน, ระบบการควบคุมคุณภาพ, ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค, ระบบข้อมูลข่าวสาร และการจัดองค์กรใหม่ในทิศทางการกระจายอำนาจจากส่วนกลาง มีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่คุณลักษณะ และจำนวนของทันตบุคลากรไทยทุกประเภทอย่างไรบ้าง?
2. สถานการณ์ของโรค, สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและการรับบริการของประชาชน ตลอดจนปัญหาในการทำงานของทันตบุคลากร ต้องการการปรับเปลี่ยนแก้ไขในการจัดการด้านกำลังคนของทันตบุคลากรไทยอย่างไรบ้าง?
3. แนวทางบริหารจัดการทันตบุคลากรไทยในอนาคตควรเป็นอย่างไร? ทั้งในด้านคุณลักษณะ, บทบาทหน้าที่, การคัดเลือกเข้าศึกษา, การจัดการศึกษาในทุกระดับ, การกระจาย และการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร

5. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อสังเคราะห์ถึงภาพรวมของสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทันตบุคลากรในปัจจุบันและอนาคต
2. ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการปรับเปลี่ยนทันตบุคลากรในอนาคต

บทที่ 2

การปฏิรูประบบสุขภาพกับทันตบุคลากรไทย

สุปรีดา อุดุลยานนท์

ทัศน์ีย์ ธรรมเริง

2.1 การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย

แนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย เกิดขึ้นมากกว่าสองทศวรรษแล้ว จากการวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาสุขภาพของประเทศไทยที่ดำรงอยู่ ซึ่งแม้จะมีพัฒนาการด้านโครงสร้างพื้นฐานและการลดลงของโรคติดต่อ และสภาวะสุขภาพพื้นฐานของประชาชนที่ชัดเจน แต่ก็ยังมีปัญหาที่สัมพันธ์กับปัจจัยเชิงระบบของกลไกและองค์กรต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบของระบบสุขภาพ มิใช่ความผิดพลาดในการจัดการกับปัญหาในระดับปฏิบัติการ การแก้ปัญหาเพียงการปรับแก้โครงสร้างของระบบสุขภาพที่มีข้อจำกัดอยู่ จึงไม่สามารถยกระดับสถานะสุขภาพของคนไทยให้ดีขึ้นไปกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้ได้ จำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งมีความหมายถึงระบบความสัมพันธ์ของทุกปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ มิใช่เพียงแค่ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ของสังคมไทยต่อระบบสุขภาพและโครงสร้างทางนโยบายของระบบสุขภาพ

แรงผลักดันสำคัญที่ทำให้เกิดการปฏิรูปสุขภาพที่ชัดเจนที่สุดในประเทศไทย คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่มีสาระที่สำคัญเกี่ยวกับสุขภาพ ดังมาตรา 52 และมาตรา 82 เงื่อนไขสำคัญที่ผูกไว้ในรัฐธรรมนูญคือ การมีสิทธิที่เสมอกัน บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพและทั่วถึง ผู้ด้อยโอกาสยากไร้ได้รับการฟรี โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้เกิดการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่สอดคล้องตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 ประกอบกับแรงผลักดันจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้แก่ วิฤตเศรษฐกิจของประเทศเมื่อ ปี 2540 ส่งผลให้ภาครัฐต้องลดงบประมาณลง และทบทวนถึงความคุ้มค่าในการใช้งบประมาณของรัฐเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพของประชาชนให้เกิดผลประโยชน์สูงสุด และจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ซึ่งปรับเปลี่ยนชื่อมาจากแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9 เป็นแผนพัฒนาที่กำหนดหลักการและทิศทางรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและการเปลี่ยนแปลงระบบสาธารณสุขไว้อย่างสอดคล้องกัน (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2543)

ในช่วงสองถึงสามทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีหลายฝ่ายพยายามที่จะปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพในประเทศไทยในหลากหลายแง่มุม แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาเชิงระบบที่ซับซ้อนได้ ศ.นพ. ประเวศ วะสี (2543) ได้เสนอโครงสร้างของการแก้ปัญหาเชิงระบบที่ยาก เรียกว่า"สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" เขยื้อนภูเขาหมายถึงเขยื้อนสิ่งที่ยาก สามเหลี่ยมประกอบด้วย การสร้างองค์ความรู้, การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมโยงกับการเมือง โดยโครงสร้างทั้งสามต้องมีความสอดคล้องสมดุลและเคลื่อนไปพร้อมๆ กัน จึงเกิดเป็นแรงขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้นได้

ปี พศ. 2535 มีการออก พรบ. จัดตั้ง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ขึ้นเป็นองค์กฤษฎะภายใต้ การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข และในปี พศ. 2539 ได้มีการจัดตั้ง สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการ สาธารณสุข ซึ่งเป็นโครงการร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสหภาพยุโรป ทั้งสององค์กรมีบทบาทสำคัญ ในการทำหน้าที่ สร้างองค์ความรู้ และพัฒนารูปแบบการจัดระบบสุขภาพในระดับต่างๆ รวมไปถึงการแพร่ขยาย แนวคิดและองค์ความรู้ไปในกลุ่มต่างๆและสังคมไทย

รูปธรรมของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเริ่มเมื่อ มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พศ. 2543 ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ตั้ง คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ (คปรส) มีนายกรัฐมนตรีเป็น ประธาน ทำหน้าที่ผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ (total health system reform) ที่เน้นการรุกเพื่อ สร้างสุขภาพดีมากกว่าการตั้งรับเพื่อซ่อมสุขภาพ มีเป้าหมายออก พรบ. สุขภาพแห่งชาติ เป็นธรรมนูญด้าน สุขภาพกำหนดระบบ โครงสร้างกลไก กติกาและเงื่อนไขของระบบสุขภาพแห่งชาติให้เสร็จภายในระยะเวลาไม่ เกิน 3 ปี โดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส) ซึ่งเป็นองค์กรเฉพาะกิจภายใต้สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุขทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ

กระบวนการปฏิรูปเริ่มที่การสร้างกรอบกระบวนการที่ชัดเจนเกี่ยวกับอุดมการณ์และปรัชญาของ สุขภาพ โดยการวาดกรอบอุดมการณ์ของระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ชัดเจนร่วมกัน ของผู้ที่จะเข้ามาผลักดันกระบวนการปฏิรูปและเป็นพื้นฐานสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ สำนักงานปฏิรูป ระบบสุขภาพ ได้เชิญผู้นำทางสังคม นักวิชาการ นักการเมือง นักกิจกรรมทางสังคม ตลอดจนผู้บริหาร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มาระดมสมอง (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543) และได้จัดสัมมนา 6 เวที ภูมิภาค ทั่วประเทศ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมสัมมนาทั้งสิ้น 1,700 คน (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2544) และสรุปเป็น ปรัชญาร่วมกัน ถือเป็นอุดมการณ์ของระบบสุขภาพใหม่ที่พึงประสงค์ ดังนี้

- 1) การใช้แนวคิดองค์รวมของสุขภาพ ระบบสุขภาพควรเป็นกลไกที่สามารถจัดการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และดูแลสุขภาพได้ครอบคลุมทุกมิติ โดยมุ่งเน้นระบบเชิงรุกเพื่อสร้าง สุขภาพดี
- 2) การใช้ปัญญาเป็นพื้นฐานของระบบสุขภาพ โดยใช้พื้นฐานวิชาการเป็นตัวกำหนดแนวนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการจัดกลไกในระบบสุขภาพ
- 3) ส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
- 4) การมีส่วนร่วมของชุมชน ที่รวมตัวกันเป็นชุมชนที่เข้มแข็งในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน
- 5) การจัดให้มีหลักประกันระบบสุขภาพ ที่มีความเสมอภาค ประสิทธิภาพและมีคุณภาพ
- 6) การมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้งในระดับชุมชน ท้องถิ่นและประเทศ
- 7) ส่งเสริมพลังผู้บริโภคที่มีความเข้มแข็งและสมรรถนะในการเรียกร้องบริการหรือควบคุมระบบ บริการสุขภาพให้ขับเคลื่อนได้อย่างมีคุณภาพ เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพนี้ดำเนินไปอย่างสอดคล้องกับหลักการของรัฐธรรมนูญ พศ. 2540 และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 และยังสอดคล้องไปกับการปฏิรูปหลายกระแสในประเทศไทย ได้แก่ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น, การปฏิรูปการศึกษา, การปฏิรูป ระบบราชการ เป็นต้น

ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพได้ใช้แนวทาง “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ในการสร้างองค์ความรู้เพื่อใช้ในการยกร่างกฎหมาย โดยจัดทำเป็น “ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ” รวมไปถึงการเคลื่อนไหวในภาคสังคมโดยทำงานเชื่อมโยงกับเครือข่ายภาคีต่างๆทั่วประเทศ ร่วมประชาพิจารณ์ร่าง พรบสุขภาพแห่งชาติที่ร่างขึ้น และเชื่อมโยงกับภาคการเมืองซึ่งมีอำนาจและทรัพยากรเพื่อผลักดันสู่กระบวนการทางนิติบัญญัติต่อไป

ร่างกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ ได้สังเคราะห์องค์ความรู้จากผลงานวิชาการจำนวนมาก และการรับฟังความคิดเห็นของภาคีต่างๆอย่างกว้างขวาง โดยมีแนวทางของการปรับเปลี่ยนปรัชญาและระบบย่อยดังนี้

1.. เน้นความหมายของสุขภาพ และระบบสุขภาพที่มีมิติกว้างขวางกว่าแต่ก่อน และเน้นยุทธศาสตร์ของการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ การมีสุขภาพดีเป็นเรื่องของทุกฝ่ายในชาติ ประชาชนมีส่วนร่วมในเรื่องสุขภาพมากขึ้นและมีความเสมอภาคในระบบสุขภาพ

2. มีระบบกลไกนโยบายด้านสุขภาพระดับชาติ และมีการปฏิรูปองค์กรด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ
3. มีระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. มีระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีและรอบด้าน
5. มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ
6. มีการปรับระบบการควบคุมป้องกันโรค
7. ปรับระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพให้เอื้อต่อการปฏิรูประบบย่อยต่างๆ
8. มีการปรับระบบกำลังคนด้านสุขภาพ ที่มีกลไกระดับชาติกำหนดนโยบายและวางแผน ร่วมกับสภาวิชาชีพ, องค์กรท้องถิ่นและภาคประชาชน
9. มีระบบพัฒนา ประเมินผลและรับรองคุณภาพบริการสุขภาพ
10. ปรับระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็งทั้งภาครัฐและภาคประชาชน
11. มีระบบข้อมูลข่าวสารและการวิจัยทางสุขภาพเพื่อสนองตอบการปฏิรูปทุกระบบ
12. พัฒนาระบบแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

2.2 การปฏิรูประบบสุขภาพและนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544) โดยปรัชญาพื้นฐานเน้นคำว่า "ถ้วนหน้า" หมายความว่า คนทุกคนต้องมีสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นคนรวยหรือยากจน จะมีเชื้อชาติ ศาสนา หรือสถานะใดๆ ที่สำคัญคือ การได้รับการรักษาพยาบาลนั้นจะต้องสงวนไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของคนทุกคน ว่ามีฐานะที่เท่าเทียมกันและมีสิทธิเท่าเทียมกัน การนำเอานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติจริงต้องไม่แปรสภาพเป็นนโยบายสงเคราะห์ที่หยิบนั่นให้แก่คนจน และผู้ที่มาใช้สิทธินั้นจะต้องไม่ใช่บุคคลชั้นที่สองของประเทศ แต่ควรเป็นนโยบายที่คนทุกคนเป็นเจ้าของร่วมสร้างขึ้นมา เป็นประโยชน์ต่อทุกคน และทุกคนมีส่วนร่วมในการตรวจสอบดูแลให้เป็นนโยบายที่มีประโยชน์ต่อสังคมโดยแท้จริง (อัมมาร สยามวาลา, 2544)

หลักการดังกล่าวเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วโลก และองค์การสากลอย่างสหประชาชาติได้พยายามผลักดันให้เกิดเป็นจริงในหลายๆ ประเทศทั่วโลก นอกจากนี้ยังเป็นหลักการที่รัฐบาลทุกประเทศที่เป็นสมาชิกองค์การอนามัยโลกทุกประเทศได้ยอมรับและให้สัตยาบันร่วมกันที่จะพยายามดำเนินการให้ทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ได้ในปี 2543 (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2538)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นกลไกหนึ่งที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ทำหน้าที่รับรองสิทธิในด้านสุขภาพของคนไทยตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ เป็นยุทธศาสตร์หลักในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพในระดับบุคคลและครอบครัวให้ครอบคลุมทั่วถึง มีประสิทธิภาพ ด้วยมาตรฐานและคุณภาพเดียวกัน ตลอดจนเป็นเครื่องมือทางการเงินการคลังที่จะจูงใจให้เกิดการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรมแก่คนไทยได้อย่างทั่วถึง จากการศึกษาของคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (2544) เสนอว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยจะเกิดขึ้นได้และนำไปสู่การปฏิบัตินั้น จะต้องเป็นนโยบายรัฐบาลเพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐหลายสังกัดเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างระบบ และออกเป็นกฎหมายที่มีผลในการปรับระบบงบประมาณและเป็นการประกันสิทธิของประชาชน

ในอดีต ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลอยู่หลายระบบ ระบบที่สำคัญได้แก่ สวัสดิการสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยและผู้สมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ทั้งที่ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขและประกันสุขภาพภาคเอกชน แต่ละระบบมีวิธีการด้านการคลัง การชำระค่าใช้จ่ายแก่สถานบริการและผู้ให้บริการ แหล่งการให้บริการและสิทธิประโยชน์ต่างๆ กันไป ความแตกต่างดังกล่าวส่งผลต่อระบบสุขภาพในด้านประสิทธิภาพและความเสมอภาคในด้านหลักประกันสุขภาพ และการให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อันเป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญของคนไทย (จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์, 2543)

ประเทศไทยได้พยายามผลักดันหลักการของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นจริง แต่เนื่องจากอุปสรรคหลายประการ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเป็นสิ่งที่นักวิชาการถกเถียงกันมาตั้งแต่ ปี 2536 ว่ามีความเหมาะสมกับประเทศไทยเพียงใด

มีการศึกษาเพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การสอบถามความเห็นผู้เชี่ยวชาญว่ามีความสำคัญเร่งด่วนเพียงใด รวมถึงการวิเคราะห์ให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างหลากหลายของระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย มีการสังเคราะห์บทเรียนจากต่างประเทศจำนวน 10 ประเทศ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา ซึ่งประสบการณ์ของ 10 ประเทศชี้ให้เห็นว่า ประเทศที่สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ล้วนใช้ระบบประกันที่เป็นแบบภาคบังคับ การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพในประเทศต่างๆ ในช่วงหนึ่งศตวรรษที่ผ่านมามุ่งเน้นวัตถุประสงค์ 2 อย่างคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการควบคุมค่าใช้จ่าย ประเทศส่วนใหญ่ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการปฏิรูป ประสบการณ์ว่าการผ่านกฎหมายประกันสุขภาพไม่ได้เป็นหลักประกันของการมีหลักประกันสุขภาพ การผลักดันในขั้นตอนการปฏิรูปมีความสำคัญต่อการบรรลุผล ปัจจัยเชิงกระบวนการหลายประการมีส่วนในการเสริมสร้างความสำเร็จ (เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, 2544)

จากการศึกษาต่างๆ เหล่านี้เกิดเป็น ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ดำเนินการมาได้ออกแบบรายละเอียดของการสร้างประกันสุขภาพตั้งแต่เดือน กันยายน 2543- มีนาคม 2544 (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544)

ประจวบกับรัฐบาลของ พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีที่เข้ารับตำแหน่งในระยะเวลาดังกล่าว ได้แถลงนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ “30 บาท รักษาทุกโรค” เป็นนโยบายเร่งด่วนที่สำคัญ เกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศและประชาชนในการดูแลสุขภาพ และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีความเท่าเทียมกัน โดยการบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ เน้นการสร้างให้มีสุขภาพดีนอกเหนือไปจากการซ่อมสุขภาพของประชาชน นโยบายนี้จึงถือว่ามีความสอดคล้องกับเนื้อหาหลักของการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้จะต้องมีรายละเอียดในการออกแบบระบบและปรับปรุงให้มีความเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพอีกมากก็ตาม

สถานการณ์จึงเปลี่ยนไปดังที่ ศ. อัมมาร สยามวาลาระบุว่า “ในช่วงแรกคณะทำงานคาดว่าจะต้องเป็นผู้ผลักดันข้อเสนอให้แก่สาธารณสุข แต่เมื่อนโยบาย 30 บาทมากับรัฐบาลใหม่ สถานการณ์ได้เปลี่ยนไปเป็นคณะทำงานเป็นผู้ถูกผลักดันแทน” (ศุภสิทธิ์ พรธนารุณทย, 2544) ข้อเสนอ ได้สรุปลักษณะระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พึงประสงค์ (Ultimate Scenario) ดังนี้ คือ

1. ครอบคลุมประชาชนทุกคน (universal coverage) ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานเท่าเทียมกัน เพราะเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน
2. ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (core package) ครอบคลุมบริการหลักที่จำเป็น และเป็นบริการที่มีประสิทธิผลต่อต้นทุนค่อนข้างสูง (cost effectiveness) โดยใช้สิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคมเพิ่มเติมด้วยบริการส่วนบุคคลและครอบครัวที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. ระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - สนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิ โดยประชาชนจะต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านหรือใกล้ที่ทำงานแห่งใดแห่งหนึ่ง ประชาชนที่ไม่ใช้บริการตามขั้นตอนจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง
 - ให้สถานพยาบาลปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ที่ทำงานเป็นผู้รับสัญญาหลัก (main contractor) ในการจัดบริการสุขภาพ
 - สนับสนุนให้สถานพยาบาลปฐมภูมิและสถานพยาบาลระดับอื่นร่วมกันให้บริการในลักษณะเครือข่าย (provider network) โดยสามารถเป็นเครือข่ายร่วมของภาครัฐ-เอกชนได้
 - มีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพการบริการ (health care accreditation)
4. ระบบการเงินการคลังภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - เน้นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างได้ผลในระยะยาว (cost containment system)

- งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้คิดในอัตราเหมาจ่ายต่อหัวประชากรที่รวมเงินเดือนและงบลงทุน ซึ่งต่อมากมีการปรับการจ่ายรูปแบบผสมอื่นๆให้ยืดหยุ่นมากขึ้น
 - การจัดสรรงบให้พื้นที่ดำเนินการให้จัดสรรเฉพาะงบดำเนินการที่รวมเงินเดือน โดยจัดสรรต่อหัวประชากรในพื้นที่นั้น ทั้งนี้ให้มีการปรับลด (Adjust Rate) ด้วยตัวแปรอื่นๆ เช่น โครงสร้างอายุ ความทุรกันดารของพื้นที่ รวมทั้งการกำหนดงบประมาณขั้นต่ำที่ควรได้รับด้วย งบประมาณสำหรับลงทุนให้รวมเป็นกองทุนที่จะพัฒนาโครงสร้างระบบบริการตามความจำเป็น เพื่อความเสมอภาคและพัฒนาคุณภาพ
 - การจ่ายให้แก่เครือข่ายสถานพยาบาลให้จ่ายแบบปลายปิด (Close End) โดยมีทางเลือก 3 วิธี
 - 1) Inclusive Capitation ซึ่งครอบคลุมบริการ ambulatory care, personal and family preventive and promotive care และบริการผู้ป่วยใน
 - 2) วิธีผสม โดยจ่ายวิธี Capitation สำหรับ ambulatory care, personal and family preventive and promotive care และวิธีกำหนดงบเพดานงบประมาณร่วมกับการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) สำหรับผู้ป่วยใน
 - 3) เป็นได้ทั้งสองแบบ ร่วมกับการจ่ายแบบ fee for service ตาม standard fee schedule สำหรับบริการ personal and family preventive and promotive care เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ทำบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
5. เน้นการจ่ายเงินตามผลลัพธ์การดำเนินงาน (performance related payment) และเป็นผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย

จากข้อเสนอเหล่านี้กลายเป็นนโยบายที่นำไปสู่การปฏิบัติครั้งแรกในจังหวัดน่านเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2544 โดยสำนักงานประกันสุขภาพ (2544) และต่อมารัฐบาลได้ออกเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พศ. 2545 กำหนดกลไกดำเนินการที่สำคัญ คือ คณะกรรมการประกันสุขภาพ กลไกกำกับและรับรองมาตรฐาน ผู้บริหารกองทุนระดับพื้นที่

โดยความหมายและวัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงไม่ควรพิจารณาเฉพาะในแง่การเข้าถึงบริการเท่านั้น เพราะหากเชื่อว่าการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมกันแล้วจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น ก็อาจจะเกิดผลเสียตามมาหลายประการ ได้แก่

- 1) ประชาชนหันไปใช้บริการมากเกินไป (Moral Hazard) โดยดูแลตัวเองน้อยลง เกิดภาวะพึ่งพา ระบบบริการมากเกินไป ผลที่ตามมาคือค่าใช้จ่ายในระบบสูงขึ้น
- 2) ผู้ให้บริการเองจะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อไม่ได้เก็บเงินจากผู้ป่วยโดยตรงก็จะระมัดระวังเรื่องค่ารักษาน้อยลง และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มค่าบริการสำหรับระบบที่ผู้ป่วยเอาไปเบิกคืนได้
- 3) การไม่พยายามดูแลตนเอง สำหรับผู้ที่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้
- 4) การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงเพื่อการเข้าถึงการบริการ อาจทำให้รัฐละเลยหรือมองข้ามความสำคัญของการจัดการหรือกำหนดมาตรการในด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ด้วยคิดว่าได้

จัดระบบเพื่อดูแลสุขภาพไปแล้ว ทั้งที่จริงเป็นการดูแลสุขภาพที่ปลายเหตุเท่านั้น (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2543)

2.3 ระบบบริการระดับปฐมภูมิ

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1920 ใน Dowson report (แมควินเนอร์, 2543:11) ได้เผยแพร่แนวคิดเรื่องการจัดระบบบริการโดยยึดหลักถือประชาชนเป็นที่ตั้งหรือเป็นฐาน (population based approach) ซึ่งมีหลักการว่าไม่ว่าจะเป็นการจัดสรรทรัพยากร รวมทั้งการเตรียมหรือฝึกอบรมบุคลากรควรคำนึงถึงประชาชนเป็นสำคัญ ยิ่งไปกว่านั้นยังนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการแยกระบบบริการเป็นการให้บริการปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งได้นำเสนอว่า บริการปฐมภูมิ คือศูนย์กลางของการให้บริการในระบบบริการ แนวคิดนี้ถูกกลืนกลืนอยู่ยาวนานหลายทศวรรษ ต่อมาบริการสุขภาพที่เน้นความเชี่ยวชาญทางการแพทย์บริการสุขภาพที่แยกส่วนรวมทั้งกองทุนสาธารณะเพื่อสุขภาพต่างๆ ได้มีการพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็วและหลีกเลี่ยงลำบาก

จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1978 องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับหลักการพื้นฐานของ Primary Care ทำให้คำว่า " Primary Care " กลายเป็นคำที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่ามีความสำคัญ ตามคำประกาศอัลมา อัลตา ให้ความหมายคำว่า Primary Care คือ "บริการด้านแรกที่ประชาชนในระดับปัจเจกชน ครอบครัว และ ชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของการบริการที่ระดับกว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยด้านสังคมและการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของชุมชน" โดยมีจุดเน้นการบริการ 4 อย่าง คือ เป็นบริการด้านแรก (first contact care), เป็นบริการที่ต่อเนื่องระยะยาว (longitudinal care), เป็นบริการที่กว้างขวางผสมผสาน (a broad and comprehensive range of response) และ เป็นบริการที่ประสานบูรณาการ (co-ordination of service) ขอบเขตความสามารถของบริการปฐมภูมิจะเป็นอย่างไร ผู้ให้บริการเป็นใครบ้าง ขึ้นอยู่กับระบบบริการสาธารณสุขและทรัพยากรของแต่ละประเทศที่มีความแตกต่างกัน

สำหรับประเทศไทยมีการประชุมระดมสมองโดยผู้เชี่ยวชาญที่สถาบันวิจัยสาธารณสุข(อัมรินทร์พร, 2539) และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิต่อระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (ปรีดา แต่อาภรณ์ และคณะ, 2544) พบว่ามีแนวคิดดังนี้

- ด้านการจัดบริการสุขภาพ ควรเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน เป็นสถานพยาบาลประจำครอบครัว มีความสะดวก ราคาไม่แพง ไม่แออัด มีระบบนัดหมาย ระบบส่งต่อ ให้บริการรวดเร็วต่อเนื่องถึงบ้านหรือบริการที่ทำงาน โดยต้องคำนึงถึงทุกมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและต้องมีการสร้างสุขภาพของสังคมให้เข้มแข็งก่อนที่จะมีการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิประจำครอบครัว

- ด้านขอบเขตบริการ ควรเป็นบริการที่ผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ มีบริการที่ต่อเนื่องและสามารถส่งต่อไปหน่วยบริการที่ซับซ้อนมากขึ้น โดยมีระบบเชื่อมโยงและส่งต่อเป็นเครือข่ายที่ดี

- คุณภาพการบริการ ต้องมีมาตรฐาน ควบคุมตรวจสอบได้ สะดวก รวดเร็ว มีอุปกรณ์เครื่องมือ และใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม รวมถึงมีการคุ้มครองสิทธิประชาชนในการมารับบริการที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- **ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน** ผู้รับบริการและชุมชนควรร่วมเป็นเจ้าของ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มี 2 ลักษณะ คือ ร่วมตรวจสอบและควบคุมคุณภาพในการให้บริการโดยใช้กลไกต่างๆ เช่น กลไกทางการเงิน และเข้ามาร่วมจัดบริการ

- **ด้านบริหารจัดการ** มีความคล่องตัวในการดำเนินงาน และบริหารจัดการ

- **ผู้ให้บริการ** ควรเป็นทีมสุขภาพที่เป็นสหวิทยาการ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรสาขาอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงการเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อาทิ อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครการศึกษาออกโรงเรียน เป็นต้น

หากพิจารณาความหมายของระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นผลลัพธ์ของการบริการ และบทบาทของการบริการจะพบว่า เป็นการให้ความหมายที่ให้ "คุณค่าของระบบบริการที่ดี" รวมไปถึง มิใช่หมายถึงบริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเหมือนแต่เดิม

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2543) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จต่อการดำเนินงานเพื่อพัฒนาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือบริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน ดังนี้คือ

- 1) นิยาม แนวคิดและหลักการเวชปฏิบัติครอบคลุมหรือบริการปฐมภูมิต้องเข้าใจร่วมกันชัดเจน
- 2) มีการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ของงาน เพื่อสร้างกลไกการประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานที่เกิดขึ้นตามเป้าหมายที่วางไว้
- 3) ผู้นำของแต่ละพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น
- 4) กำลังคนด้านสุขภาพ ควรมีความพร้อม ความตั้งใจของทีมงาน ทักษะและความรู้พื้นฐาน รวมถึงการพัฒนากำลังให้มีทักษะเพิ่มเติมในส่วนที่มีความต้องการหรือจำเป็น ดังนี้
 - แนวคิดและทักษะเรื่องการทำงานเวชปฏิบัติครอบคลุม
 - ทักษะด้านการสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ ด้านสังคม จิตวิทยา
 - วิธีการประเมินสภาพชุมชนในด้านสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ สภาพเศรษฐกิจ
 - ทักษะการสร้างเสริมสุขภาพ
 - ความคิด และวิธีการทำงานกับชุมชนในลักษณะที่เป็น facilitator มิใช่แบบสั่งงาน รู้จักประยุกต์ใช้เครื่องมือการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน
- 5) กระบวนการที่เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างประชาชนและทีมงานสุขภาพ
- 6) การบริหารจัดการและสนับสนุนด้านทรัพยากรสาธารณสุขที่เหมาะสมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.4 การปรับเปลี่ยนของบุคลากรสาธารณสุขและทันตบุคลากรต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ

ความสำคัญของการเน้นกระบวนการของสุขภาพ แทนที่กระบวนการของโรค และการบริการสุขภาพที่มุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพในแนวใหม่ที่มีมิติการทำงานกว้างขวางกว่าเก่า ปรากฏชัดในประเทศไทย ทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ที่ดำเนินการต่อเนื่องไปอนาคต ทั้งในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การเน้นระบบสร้างเสริมสุขภาพ, การปรับระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ, การ

ปฏิรูประบบการเงินการคลัง, ระบบกำลังคน, ระบบการควบคุมคุณภาพ, ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค, ระบบข้อมูลข่าวสารและการจัดองค์กรใหม่ในทิศทางการกระจายอำนาจจากส่วนกลาง สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการปรับเปลี่ยนในทิศทางใหม่นี้ นอกเหนือจากการจัดระบบบริการแล้ว คือ ความพร้อมของบุคลากรสาธารณสุขที่จะปรับกระบวนการและพัฒนาศักยภาพของตนในบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ :ซึ่งรวมถึงการพิจารณาถึงผลกระทบของการปฏิรูประบบสุขภาพต่อทันตบุคลากรไทยทุกประเภทด้วยทั้งในด้านคุณลักษณะ, บทบาทหน้าที่, การคัดเลือก, การจัดการศึกษา, การกระจายและการควบคุมคุณภาพบุคลากร

ในแนวคิดของการมองสุขภาพในลักษณะองค์รวมมากขึ้นนี้ การพัฒนาทันตบุคลากร มีหลักการที่ไม่ต่างจากการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขทั่วไปนัก ดังที่มีการชี้แนะจากแหล่งต่างๆจำนวนมากที่ทั้งสอดคล้องและมีประเด็นหลักแตกต่างอย่างหลากหลาย (สุปรีดา อุดุลยานนท์ และปิยะฉัตร พัทธานันต์, 2544) อันอาจพอประมวลได้ดังนี้

2.4.1 แนวคิดและกระบวนการของการสร้างเสริมสุขภาพร่วมสมัย

ข้อสรุปการสัมมนาระดับชาติเรื่อง ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543) ที่ระบุว่า ระบบสุขภาพต้องเน้นสุขภาพในวิถีชีวิตของชาวบ้าน ไม่ใช่ในความหมายของแพทย์, ต้องเน้นการปรับกระบวนการใหม่ของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้ทำงานเชิงรุกในการสร้างสุขภาพ และคุณค่าทางจิตวิญญาณเป็นสุขภาพที่สำคัญที่สุดในชีวิตมนุษย์ เป็นการย้ำถึงการเปลี่ยนแปลงที่แนวคิดเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งหมด

ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงแนวคิดที่สำคัญ (ลักษณะ เดิมสิริกุลชัย, 2541, ประเวศ วะสี, 2541, อุทัยวรรณ กาญจนกมล, 2544) เช่น ในเรื่องมิติของสุขภาพที่กว้างขวางขึ้น, การทำงานเชิงรุกไปที่ต้นเหตุมากกว่าปลายเหตุ, การมองสุขภาพองค์รวมมากกว่าแยกส่วน (ซึ่งรวมถึงการมองสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพทั้งหมด), สุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน เป็นความร่วมมือกันระหว่างประชาชนและเจ้าหน้าที่รัฐ และ กึ่งรัฐ, ระบบคิดวิธีการทำงานจากการเป็น “ผู้ให้” หรือ “ผู้ทำ” มาเป็น “ผู้กระตุ้น” หรือ “ผู้สนับสนุน”, การเปิดรับภูมิปัญญาชาวบ้าน ฯลฯ จึงควรได้รับการกระตุ้นเป็นจุดเริ่มแรกในทุกกระบวนการสื่อสารและการศึกษาของทันตบุคลากร เพื่อให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและสุขภาพช่องปากที่กว้างกว่าเดิม ซึ่งมักจะเน้นอยู่เพียงการให้ทันตศึกษาและบริการจากวิชาชีพเป็นหลัก

ยุทธศาสตร์การสร้างแนวคิดแก่บุคลากรสาธารณสุขรวมถึงทันตบุคลากร ควรเป็นไปด้วยการร่วมกับการทำงานใหม่ในการปฏิรูประบบสุขภาพ การปรับเปลี่ยนทัศนคติจึงไม่ได้อยู่แค่เพียงการให้นิยามใหม่หรือให้ข้อมูลของแนวคิดใหม่เท่านั้น แต่ต้องเป็นกระบวนการที่ระดมสังคมาวงกว้างเข้าร่วมคิดร่วมทำ การเปลี่ยนกระบวนการ ทัศนคติ จะเกิดขึ้นควบคู่กับการปฏิบัติการเคลื่อนไหวทางสังคม ทันตบุคลากรจึงควรได้รับการกระตุ้นให้เข้าร่วมในเวทีของความเคลื่อนไหวเหล่านี้ ควบคู่ไปกับการศึกษาและพัฒนาอื่นๆ

2.4.2 ความสามารถในการรวบรวมข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบเพื่อการชี้แนะและสร้างกระแส

การศึกษาของทันตบุคลากรได้รับข้อชี้แนะให้ก้าวเข้าสู่การทำงานโดยใช้หลักฐาน (Evidence-based Medicine/ Dentistry) (Katz, 1997) ดังที่ข้อเสนอจากการประชุมวิชาการนานาชาติ ที่เม็กซิโกในปีที่ 1 (WHO, 2000) ว่า “การหาหลักฐานสนับสนุนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการประมวลเอาความรู้ในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และทางรัฐศาสตร์เข้าด้วยกันให้ได้ผลลัพธ์ที่เกิดสัมฤทธิ์ผล ในบริบทของสังคมวัฒนธรรมและการเมือง “

ทันตบุคลากรจึงควรสร้างทักษะในการศึกษาค้นคว้าและประเมินหลักฐาน ที่ต้องใช้ความรู้ในศาสตร์ที่กว้างขวางกว่าเดิมดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งเรียนรู้ระเบียบวิธีการศึกษาที่จำเป็น (Sheiham, 1997, Jones, 1997) เช่น การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review), การวิเคราะห์หลักฐานแบบเมตาอานาไลซิส (meta-analysis), การประเมินทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เป็นต้น วิชาการของทันตบุคลากรเพื่อเอื้อต่อการพัฒนาความสามารถด้านนี้ จำเป็นต้องขยายตัวจากกรอบของวิทยาศาสตร์การแพทย์สู่วิชาการทางสังคมศาสตร์มากขึ้น รวมไปถึงการปรับตัวให้เป็นผู้ที่จะต้องติดตามข้อมูลข่าวสารของสังคมอย่างเท่าทันด้วย

2.4.3 ทักษะการสื่อสารและการเจรจาต่อรอง (communication and negotiation skills)

การสื่อสารมีความสำคัญทั้งต่อภายในทีมงานนักสร้างเสริมสุขภาพ และกับกลุ่มประชาชนต่างๆในการทำงาน เป็นสิ่งสำคัญมาก ในการติดต่อทางสังคม, การกระตุ้นความสนใจ, การแสดงออกทางความคิดและอารมณ์, การให้ข้อมูลข่าวสาร, การชักชวน, การให้บทบาทตลอดจนการควบคุม (Imman, 1997)

ทักษะการสื่อสารที่นักสร้างเสริมสุขภาพควรได้รับการเน้นย้ำ ได้แก่ การเลือกการสื่อสารให้ตรงกับจุดมุ่งหมายในการทำงาน, การไม่ใช้ศัพท์เทคนิคทางวิชาการเกินเหมาะสม, การเป็นผู้ฟังที่ดี, การตั้งคำถามที่เหมาะสมต่อการกระตุ้นขบวนการคิดของประชาชน, การเปิดและปิดการสนทนา, การประเมินและควบคุมอุปสรรคในการสื่อสาร เช่น จากสิ่งแวดล้อมที่รบกวน หรือความแตกต่างทางจิตวิทยาระหว่างผู้สื่อสาร เป็นต้น (Ashford, 1998) กระบวนวิชา “สุขศึกษา” ที่อาจจะต้องปรับตัวเข้าหาวิทยาการ “นิเทศศาสตร์” มากยิ่งขึ้น เช่น เทคนิคการบรรยายสรุป, การแถลงข่าว, การเขียนบทความ, การทำข่าวแจก, การซื้อโฆษณา, การสัมภาษณ์, การประชุมรับฟังความคิดเห็น, การทำงานร่วมกับสื่อ ฯลฯ (เจมส์ เครตัน, 2543)

2.4.4 ทักษะในการเคลื่อนไหวสังคม

กลยุทธ์แห่งการสาธารณสุขแนวใหม่ ที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ต้องใช้กระบวนการเคลื่อนไหวสังคม (social action) เป็นหลักเพื่อก่อเกิดกิจกรรม โดย (WHO, 1986)

- การชี้แนะและสร้างกระแส : เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณะเพื่อสร้างกระแสสังคม, สร้างแรงกดดันให้ แก่ผู้มีอำนาจตัดสินใจ, กำหนดนโยบายในเรื่องสุขภาพ
- การเจรจาไกล่เกลี่ย : นักวิชาชีพด้านสุขภาพและกลุ่มเคลื่อนไหวสังคม ต้องมีความรับผิดชอบอย่างสำคัญในการไกล่เกลี่ย เจรจาต่อรองเพื่อให้ได้มาเพื่อผลประโยชน์ต่อส่วนรวม
- การเสริมสร้างพลังประชาชน : มุ่งส่งเสริมประชาชนไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายจิตใจและสังคม มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, มีข้อมูลข่าวสารที่ทันต่อเหตุการณ์ทำให้รู้เท่าทัน, มีทักษะในการดำรงชีวิต และมีโอกาสตัดสินใจเลือกวิถีทางที่เอื้อต่อสุขภาพด้วยตนเอง

2.4.5 ความรู้ความเข้าใจในยุทธศาสตร์ของการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากร่วมกับสุขภาพทั่วไป

ช่องปากเป็นเพียงอวัยวะหนึ่งในร่างกาย สุขภาพช่องปากไม่ใช่สิ่งที่จะแยกออกจากสุขภาพร่างกายหรือสุขภาพโดยรวมของบุคคลหรือชุมชนได้โดยเด็ดขาด ทันตบุคลากรที่ฝึกฝนตัวเองให้เชี่ยวชาญการทำงานที่มุ่งเน้นถึงสุขภาพช่องปากมาตลอด จำเป็นต้องมีการปรับทั้งความคิดและเรียนรู้แนวทางการทำงานแบบองค์รวมเป็นทีมสุขภาพ (Seiham and Watt, 2000, Baum, 1996)

2.4.6 การสร้างภาคีและเครือข่าย

ไม่เพียงแต่ทันตบุคลากรจะขยายกรอบคิดและการทำงานสู่สุขภาพองค์รวมเท่านั้น แต่ยังต้องสร้างความร่วมมือให้บุคลากรและกลุ่มประชาคมอื่นๆ เข้ามาร่วมทำงาน จึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการสร้าง

และทำงานร่วมกับภาคีและเครือข่าย เพื่อขยายแนวร่วมในการทำงานให้กว้างขวางออกไป (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ภาคีเครือข่ายทางสุขภาพช่องปากควรได้รับการสร้างอย่างกว้างขวาง ทั้งภาคประชาชน, ภาคสื่อมวลชน, ภาคองค์กรเอกชน

2.5 พัฒนาการทางแพทยศาสตร์ศึกษาที่ตอบสนองต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ : แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว

รายงานขององค์การอนามัยโลกเรื่องการเพิ่มความเหมาะสมสอดคล้องของการศึกษาของวิชาชีพสาธารณสุข ในปี 1993 ชี้ว่า การศึกษาของวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยทั่วไปในโลก ถูกวิพากษ์ว่ามักจะไม่สอดคล้องเพียงพอกับความจำเป็นในสังคม นักวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษาสุขภาพในแง่มุมที่กว้างกว่าการปราศจากโรคอย่างชัดเจน, ความซับซ้อนของวิทยาศาสตร์การแพทย์และการฝึกปฏิบัติทางคลินิกไม่ได้สอดคล้องกับการศึกษาทางสังคมศาสตร์การแพทย์ที่ช่วยให้เข้าใจถึงแง่มุมของการขับเคลื่อนทางสังคม, วัฒนธรรม, เศรษฐศาสตร์และการเมืองต่อสุขภาพ และการเข้าไปเกี่ยวข้องกับต้นเหตุทางสุขภาพเหล่านี้ นอกจากนี้สถาบันการศึกษามักจะแยกตัวและไม่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทางระบบบริการสุขภาพและนโยบายทางสุขภาพของประเทศและท้องถิ่น และสนับสนุนรายงานการศึกษาที่เสนอให้สถาบันการศึกษาหันมาสนใจต่อสถานะและบริบทในอนาคตที่บัณฑิตในอนาคตกำลังจะต้องปฏิบัติงาน (Boelen, 1992) ซึ่งหมายถึงระบบการศึกษาที่รับผิดชอบและตรวจสอบต่อสังคม ไม่ว่าจะเป็นในด้านประเภท, จำนวน หรือคุณลักษณะของบุคลากรที่ผลิต ที่สัมพันธ์กับความจำเป็นทางสังคม

จากข้อสรุปการนำเสนอในการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษา ครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2536) ได้ให้ความหมายของงานเวชปฏิบัติทั่วไป ไว้ดังนี้คือ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2542) "การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์และสังคมในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน (Individual, Family, Community)" ส่วนระดับความสามารถของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปนั้นมีระดับที่แตกต่างกันตามสภาพปัญหาของพื้นที่และบทบาทที่รับผิดชอบในระบบบริการ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจึงมิได้จำกัดแค่วุฒิการศึกษาเพียงอย่างเดียว แต่เน้นที่บทบาทหน้าที่การปฏิบัติงานตามลักษณะงานเวชปฏิบัติทั่วไปมากกว่า

นักวิชาการและผู้ที่เกี่ยวข้องเสนอให้มีการปรับเปลี่ยนชื่อ "เวชปฏิบัติทั่วไป" เป็น "เวชปฏิบัติครอบครัว" เพื่อสื่อความหมายใหม่ที่เน้นการบริการที่ผสมผสานและบริการที่ครอบคลุมครอบครัวด้วย โดยนำหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนความหมายของเวชศาสตร์ครอบครัว คือ (วัฒน์ ดิสสุตาพรเจริญ, 2544) "สาขาวิชาทางการแพทย์ (medical Discipline) ด้านคลินิกที่ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และเจตคติทางการแพทย์และสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้องมีการวิจัย การศึกษา การค้นคว้า การเรียนการสอนและการฝึกอบรมที่สัมพันธ์กับหน้าที่และสุขภาพของบุคคลและครอบครัวในชุมชน"

จากการประชุมของคณะกรรมการแพทยศาสตร์แห่งชาติ ครั้งที่ 7 (พ.ศ. 2543) ได้สรุปบทบาทของแพทย์กลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพในอนาคต จะประกอบไปด้วยแพทย์ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ คือ แพทย์ทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวจำนวนประมาณร้อยละ 50 ของแพทย์ทั้งระบบ ในพ.ศ. 2541 แพทยสภาได้อนุมัติหลักสูตร การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวแทนสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป ในประเทศไทยจึงมีการใช้คำว่า "แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว" และ "แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว" กลับไปกลับมา

แต่วิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย (ว.พ.ค.ท.) ใช้คำว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งหมายถึงแพทย์เวชปฏิบัติที่นำเอาหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวไปใช้ ประสงค์ ตูจินดา (2541) ได้กล่าวถึงความรู้และทักษะที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องมีแตกต่างจากแพทย์สาขาอื่น คือ เป็นแพทย์ส่วนบุคคล (Personal physician) ที่ให้บริการผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างทางกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมได้ เป็นแพทย์เฝ้าระวังสุขภาพ (Gate keeper role) สามารถถ่วงถ่วงความเจ็บป่วยที่ซ่อนเร้นพร้อมทั้งให้บริการ หากไม่สามารถให้บริการได้ สามารถส่งต่อโดยประสานกับผู้เชี่ยวชาญ หรือสถาบันบริการสุขภาพที่เหมาะสมได้ ตลอดจนรับกลับเพื่อดูแลต่อ และเป็นแพทย์ชุมชน (Community physician) ทำการป้องกันส่งเสริมสุขภาพและให้การสุศึกษาต่อชุมชน

เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นวิชาการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยแนวคิดที่สำคัญ 5 ประการ คือ

1) การบริการแบบปฐมภูมิ (Primary care) หมายถึง ระบบบริการทางการแพทย์ที่ตั้งอยู่ในชุมชน ใกล้บ้านผู้ป่วย ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานได้อย่างทั่วถึง พร้อมเน้นการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ มีประชากรอยู่ในการดูแลไม่มากและไม่น้อยเกินไป ประมาณ 5,000-10,000 คน ให้บริการเชิงสังคมและบริการเชิงเทคนิควิชาการ ในลักษณะการทำงานเป็นทีมที่เข้าใจและตั้งใจดีต่อผู้ป่วย รวมถึงมีความหลากหลายในระบบบริการสุขภาพ เช่น บริการแพทย์แผนตะวันตก แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน เป็นต้น

2) บริการทางการแพทย์แบบองค์รวม (Holistic care) คือ การดูแล "คน" ไม่ใช่ดูแล "โรค" แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะไม่มองผู้ป่วยเพียงหนึ่งมุมมอง เฉพาะด้านพยาธิสภาพทางกายภาพของผู้ป่วยเพียงด้านเดียว แต่จะมองผู้ป่วยทุกมิติที่มีผลกระทบต่อความเจ็บป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี เศรษฐกิจสังคม สิ่งแวดล้อม บุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์

3) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) คือการดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบทุกคน นับตั้งแต่แรก ขณะสบายดี เริ่มป่วย ระยะสุดท้ายของการป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต เป็นการดูแลตลอดชีวิตของคนๆ นั้นรวมถึงครอบครัวและชุมชน

4) การดูแลแบบครอบคลุมผสมผสาน (Comprehensive care) ตั้งแต่การรักษาพยาบาลผู้ป่วย การป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ

5) มีระบบคำปรึกษาและส่งต่อ (Consultation and referral system) ในกรณีที่มีโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยใดที่เกินขีดความสามารถของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ก็จะทำประสานและส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่างๆ พร้อมทั้งติดตามดูแลผลการรักษาตลอดการเจ็บป่วยร่วมกับแพทย์เฉพาะทาง

จากความหมายและแนวคิดของเวชปฏิบัติครอบครัว/ เวชปฏิบัติทั่วไป/ เวชศาสตร์ครอบครัว จะพบว่า คำเหล่านี้มีความเกี่ยวโยงกันกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยพบว่าเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแนวคิดและศาสตร์วิชาที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้เป็นหลักปฏิบัติในการให้บริการที่ระดับปฐมภูมิ และสื่อความหมายถึงระดับบริการที่มีคุณภาพและระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

2.6 การปฏิรูประบบสุขภาพและพัฒนากันตแพทยศาสตร์ศึกษา

วงการศึกษาทันตแพทยศาสตร์สากล ได้เคลื่อนไหวต่อการปรับตัวเข้าหาการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐานมากขึ้น Slavkin (1997) จากสถาบันวิจัยสุขภาพแห่งชาติ (NIH) สหรัฐอเมริกา เสนอแนวทางในการปรับเปลี่ยนงานบริการทันตกรรมในยุคศตวรรษที่ 21 ต้องผสมผสานงานบริการทันตกรรมเข้ากับการดูแลสุขภาพโดยรวม, สนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น, ฐานความรู้และเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์เข้าช่วยให้มากขึ้น และ ใช้ยุทธศาสตร์ในการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่การรักษาที่ใช้ความรู้ระดับพันธุกรรม (gene-mediated therapeutics) จนถึงการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based health promotion) จากการสำรวจความคิดเห็นของคณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ทุกคณะ ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 57 คน (Graber et al, 1998) ต่อการให้ความสำคัญประเด็นและหัวข้อในหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์ ณ ปัจจุบันและหลักสูตรในอนาคต 33 หัวข้อ พบว่าสามประเด็นที่ถูกระบุความสำคัญมากที่สุด (ในฐานะหลักสูตรในอนาคต) ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, การดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิ และ การสื่อสาร/ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่มีประสิทธิภาพ โดยพบว่าปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการปรับหลักสูตรคือ เนื้อหาในหลักสูตรที่ยังแน่นมาก ประเด็นการศึกษาที่ระบุว่าจะสอดคล้องกับมติจากการประชุมของสมาคมโรงเรียนทันตแพทย์แห่งอเมริกา ในปี 1997 (American Association of Dental School, 1997) หรือ ข้อเสนอจากประสบการณ์การผสมผสานการดูแลสุขภาพช่องปากเข้ากับการบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิในบังคลาเทศ, อินโดนีเซีย, เนปาล และแทนซาเนีย (Van Palenstein Helderman et al, 1999)

การวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนในระบบสุขภาพของไทยโดยคณะทำงานของสถาบันพระบรมราชชนก (2544) ได้สรุปถึงผลผลิตกำลังคนทางสาธารณสุขไทยของสถาบันการศึกษาว่า “ยังมีคุณสมบัติไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบ โดยเฉพาะอ่อนในคุณสมบัติทางปัญญา ซึ่งเป็นปัญหาคุณภาพของการสร้างคน และเป็นผลรวมของหลายปัจจัย” และ “การผลิตบุคลากรมักกำหนดจากเงื่อนไขของผู้ผลิตเป็นสำคัญ เนื่องจากขาดการวิเคราะห์เชิงนโยบายที่ประจักษ์ต่อความต้องการของระบบสุขภาพ อันสะท้อนภาพการผลิตที่แยกส่วน อย่างอิสระจากระบบ”

การศึกษาของวิชาชีพทางทันตกรรมก็เผชิญปัญหาไม่ได้แตกต่างจากภาพรวมข้างต้นนัก พัฒนาการของวิชาการหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์ไทย (องค์การผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2530, 2534, 2535) ไม่แตกต่างจากพัฒนาการของกระบวนการทางทันตแพทย์ตะวันตกในประเทศและในโลก ที่มีจุดเน้นอยู่ที่การก่อรูปจากพื้นฐานวิทยาศาสตร์ และวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ใช้เป็นฐานในการศึกษาถึงมิติทางกายภาพของมนุษย์ พยาธิสภาพที่เกิด และการประยุกต์เทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อวินิจฉัยและรักษาพยาธิสภาพของโรคในช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านหัตถการในคลินิก วิชาการป้องกันโรคในระยะนี้ยังเป็นเพียงส่วนประกอบ และเน้นที่การให้สุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม ร่วมกับการตรวจคัดกรองโรคในระยะเริ่มแรก

จากการปรับตัวให้เข้ากับแนวคิดที่เปลี่ยนไป ร่วมกับการที่ทันตแพทย์เริ่มเข้าทำสัญญาับราชการหลังจบการศึกษา 3 ปี ก่อให้เกิดแรงผลักดันของการเพิ่มน้ำหนักให้กับวิชาการด้านสัลยศาสตร์ช่องปากและทันตกรรมชุมชนมากขึ้น ตลอดจนมีข้อเสนอแนะต่อการปรับการเรียนการสอนในทิศทางที่มีบูรณาการระหว่างวิชาการต่างๆทั้งในวิชาการทันตแพทยศาสตร์ วิชาชีพทางแพทย์และสาธารณสุขอื่น รวมทั้งเน้นการฝึกปฏิบัติงานทันตกรรมโรงพยาบาลและในชุมชนมากขึ้นด้วย รูปแบบของการเปลี่ยนแปลงตามข้อเสนอแนะนี้เห็นได้ชัด จากทั้งจำนวนหน่วยกิตและการจัดการฝึกภาคสนามทันตสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นในทุกคณะ

อย่างไรก็ตาม ในรูปแบบการจัดการเรียนการสอนก็ยังคงเป็นการศึกษาที่แยกส่วนจากวิชาการของภาควิชาอื่นๆ แม้ทิศทางหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์ที่ปรับเปลี่ยนในช่วงหลัง พศ. 2530 มา ที่เริ่มลดความสำคัญของหัตถการ และเพิ่มความสำคัญขององค์ความรู้ในลักษณะ “แพทย์ช่องปาก” (oral physician) ซึ่งมีการฝึกปฏิบัติแบบบูรณาการวิชาการด้านต่างๆ มากขึ้น

นอกจากนั้น ปัญหาพื้นฐานของการศึกษาภายใต้ระบบบริการจริงก็มีสถานะทำนองเดียวกับรายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ที่ชี้ว่า มหาวิทยาลัยมักมีข้อจำกัดในการร่วมพัฒนาคนร่วมกับระบบบริการ เพราะมักมีรูปแบบที่เบ็ดเสร็จแล้ว ส่วนใหญ่เป็นการสอนที่เนื้อหา มากกว่าแนวความคิด และพัฒนาวิธีคิดใหม่ (โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2542)

ในกระบวนการของการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ที่ปรากฏชัดขึ้นจากกฎบัตรฮอตตาว่า และพัฒนาการที่สืบเนื่องจากการกระตุ้นขององค์การอนามัยโลกต่อมา เริ่มถูกกระจายเข้าสู่การรับรู้ของวงการสาธารณสุขไทยอย่างกว้างขวางขึ้น หลังการประชุมที่จาร์การ์ตาร์ และการประชุมวิชาการเรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในพศ. 2541 ที่ตามมาด้วยการเคลื่อนไหวของการปฏิรูประบบสุขภาพตามลำดับ การปรับตัวของคณะทันตแพทยศาสตร์ต่อการเรียนการสอนถึงแนวคิดใหม่นี้ อาจสะท้อนได้จากผลการสัมมนาของภาควิชาทันตกรรมชุมชน 8 คณะ ในพศ. 2542 และ 2544 (ภาควิชาทันตกรรมชุมชน, ม.เชียงใหม่, 2543, เครือข่ายทันตกรรมชุมชนศึกษา, 2544)

อย่างเช่น ในด้านคุณลักษณะของบัณฑิตทันตแพทย์ พอประมวลจากผลการประชุมได้ว่า ควรประกอบด้วย

1. มีจิตสำนึกสาธารณะและมีจริยธรรมและความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างยั่งยืน
2. มีความใฝ่รู้และแสวงหาความรู้ตลอดชีวิต ทั้งด้านวิทยาการและในด้านสังคมท้องถิ่น ภายใต้บริบทที่เปลี่ยนแปลง
3. สามารถคิดอย่างเชื่อมโยง และคิดวิเคราะห์วิจารณ์ ตลอดจนกล้าแสดงความคิดเห็นนั้นอย่างสร้างสรรค์
4. มีทักษะในการบูรณาการเพื่อการทำงานสุขภาพช่องปากอย่างเป็นองค์รวม และสามารถทำงานเป็นทีมทั้งในกลุ่มงานสาธารณสุขและกับภาคประชาชน

ลักษณะบัณฑิตข้างต้น แม้ว่าจะถูกวิเคราะห์บทบทวนว่า เหมาะสมสำหรับปัจจุบันและอนาคต แต่ก็ไม่ได้มีอะไรแตกต่างจากคุณลักษณะของบัณฑิตทันตแพทย์ที่เคยถูกเสนอเมื่อว่าทศวรรษมาแล้ว เช่น คุณลักษณะอย่าง “การเรียนรู้ตลอดชีวิต” “การทำงานเป็นองค์รวมร่วมกับผู้อื่น” หรือ “มีความรับผิดชอบต่อสังคม” ปรากฏในรูปแบบของคำใหม่ที่แตกต่างกันไปจากคำเดิมบ้างเท่านั้น อันอาจจะสะท้อนถึงปัญหาของการที่การศึกษายังไม่บรรลุถึงเป้าหมายที่พึงประสงค์ว่า น่าจะอยู่ที่การจัดกระบวนการศึกษา ที่แม้จะมีพัฒนาการและนวัตกรรมใหม่อยู่บ้างพอสมควร ก็ยังไม่ถึงกับนำไปสู่เป้าหมายที่พึงประสงค์ได้เต็มที่นัก เพราะแม้จะเป็นคุณลักษณะที่ถูกระบุว่าพึงประสงค์ แต่ก็ยังไม่ถูกเน้นในกระบวนการศึกษาอย่างชัดเจนนัก ลำดับความสำคัญยังคงอยู่ในจุดเน้นของการผลิตแพทย์ในกรอบรูปแบบของชีวเวช (biomedical model) อยู่เป็นหลัก

การพัฒนาในหลักสูตรทันตภิบาล (พิศักดิ์ องค์ศิริมงคล, 2542, สุณี ผลดีเยี่ยม, 2544)

ทันตภิบาลเป็นทันตบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการทำงานทันตสาธารณสุขไทยมายาวนาน เริ่มมีการผลิตมาตั้งแต่ พศ. 2511 ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 2 ซึ่งมีต้นแบบจาก Dental

nurse ในประเทศนิวซีแลนด์ เน้นการให้การดูแลทันตกรรมเพิ่มทวี (incremental care) ในเด็กนักเรียนแต่สภาพการณ์ของการขาดแคลนทันตแพทย์ที่ให้บริการในภาครัฐ ทำให้แนวทางการทำงานของทันตภิบาลในไทย มีการเปลี่ยนแปลงไม่ต่างไปจาก dental nurse ในนิวซีแลนด์ซึ่งก็เปลี่ยนตัวเองเป็น dental therapist (ทันตแพทย์สภา, 2544) ที่ปรับมาให้การรักษาง่ายโดยทั่วไปรวมถึงในผู้ใหญ่ด้วย ขณะเดียวกับทันตอนามัย (dental hygienist) ที่มีการผลิตอยู่ในระยะสั้นด้วยบทบาทหลักในการดูแลอนามัยช่องปาก ก็เลิกการผลิตไป ทำให้บทบาทของผู้ที่จะให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลักในเด็กและประชาชนไม่ชัดเจน เป็นการให้บริการในลักษณะร่วมกันไปกับการรักษา ซึ่งในที่สุด บทบาทของการรักษาก็กลายเป็นบทบาทหลักทั้งในหลักสูตรการผลิตและการปฏิบัติงานบริการ (ทางเลือกบริการ) ดังที่มีการประเมินในรายงานการศึกษาวิจัย (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ, 2542) ว่าทันตภิบาลส่วนใหญ่ให้เวลากับงานทันตสาธารณสุขประมาณร้อยละ 60–80 และยังไม่สามารถให้บริการสาธารณสุขผสมผสานได้แท้จริง เนื่องจากเวลาเรียนที่วิทยาลัยจะเน้นการให้บริการทันตกรรมในคลินิกค่อนข้างมาก เมื่อทันตภิบาลเริ่มถูกบรรจุเข้าทำงานในสถานอนามัยตำบล ตั้งแต่ พศ. 2535 พบว่า มีข้อเด่น คือ สามารถทำงานบริการพื้นฐานที่เป็นความต้องการของประชาชน และนอกจากจะให้บริการทันตสาธารณสุขแล้ว ยังต้องให้บริการสุขภาพทั่วไปแบบเอนกประสงค์อีกด้วย จึงมีผลสะท้อนต่อการเสนอให้ปรับหลักสูตรทันตภิบาลเพื่อรองรับการปรับบทบาทดังกล่าว

ในประเด็นนี้ การประชุมทันตแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 1 พศ. 2537 (ทบวงมหาวิทยาลัย, 2537) ได้สรุปผลสัมมนาเป็นข้อเสนอแนะให้ทันตภิบาลเน้นงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก และเมื่อการกระจายทันตแพทย์ครอบคลุมดี น่าจะมีการจัดบทบาทการทำงานของทันตภิบาลที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อนกับทันตแพทย์ รวมถึงเสนอให้มีการศึกษาเพื่อจัดให้มีทันตอนามัยเพิ่มขึ้นอีกประเภทหนึ่ง แต่ยังไม่ได้มีข้อเสนอบทบาทหน้าที่ชัดเจน และจากข้อเสนอประกอบการดำเนินงานนำร่องนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลใน พศ. 2544 ทันตแพทย์สภา ร่วมกับทันตแพทย์สมาคมและองค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์ได้เสนอแนวทางการดำเนินงานทันตกรรมในการประกันสุขภาพ ในข้อหนึ่งว่า “ด้วยโรคในช่องปากที่พบบ่อย ได้แก่ โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบ เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ถ้าประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก, การป้องกันควบคุมโรคอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการบริการทันตกรรมในที่สุด การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก, การป้องกันควบคุมโรคในช่องปากจึงสมควรเน้นให้เป็นงานหลักของทันตภิบาล ภายใต้การวางแผนและกำกับดูแลของทันตแพทย์ โดยผสมผสานไปกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคอื่นๆ”

ในด้านการพัฒนาตนเองของทันตภิบาล (สุณี ผลดีเยี่ยมและคณะ, 2544) พบว่า จากการสำรวจของชมรมทันตภิบาลใน พศ. 2541 พบว่า จากผู้ตอบแบบสอบถาม 2,241 คน มีผู้ที่ศึกษาต่อแล้วและกำลังศึกษาต่อในระดับปริญญาตรีขึ้นไป ถึงร้อยละ 83.4 โดยเป็นในระดับปริญญาโทและเอก 53 และ 3 คนตามลำดับ โดยส่วนใหญ่เลือกเรียนทางทันตสาธารณสุข แต่ระบุปัญหาว่า ไม่สามารถก้าวหน้าในสายงานทันตสาธารณสุขได้มากนัก ขณะที่เคยได้รับการอบรมหรือสัมมนาเพียงร้อยละ 58.1 ในภาคปฏิบัติ การศึกษาด้วยตนเองของทันตภิบาลจึงน่าจะเป็นการพัฒนาหลักมากกว่าการพัฒนาจากสายงาน

2.7 ประเด็นการปรับเปลี่ยนทัศนบุคลากรในขนาดจากการปฏิรูประบบสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น และจากการวิเคราะห์เบื้องต้นและการประมวลความเห็นของทันตบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้อง อาจะพอประมวลผลกระทบของการปฏิรูประบบสุขภาพรวมถึงปัญหาพื้นฐานที่มีอยู่แล้วต่อทันตบุคลากรไทย รวมถึงแนวทางเบื้องต้นของการปรับเปลี่ยนที่จะใช้เป็นฐานในการระดมความคิดเห็นเชิงลึกและในรายละเอียด จากผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มทันตบุคลากรต่อไป ดังนี้

ตารางสรุปผลกระทบจากการปฏิรูปและปัญหาของระบบบริการสุขภาพช่องปาก และข้อเสนอแนวทางปรับเปลี่ยนต่างๆเบื้องต้น

หัวข้อที่	ผลกระทบจากการปฏิรูป / ปัญหาของระบบ	แนวทางปรับเปลี่ยน
1	- ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ เน้นให้เป็นระบบสุขภาพเชิงรุก สิทธิการเข้าถึงบริการถ้วนหน้า มีความเป็นธรรม มีคุณภาพตรวจสอบได้ และมีประสิทธิภาพสูง - กลไกของระบบบริการเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถในการดูแลตัวเอง มีระบบบริการปฐมภูมิที่ใกล้บ้านใกล้ใจประชาชน ที่บริการผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เชื่อมต่อเป็นเครือข่ายกับระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ	1. ระบบสุขภาพ, ระบบบริการสุขภาพและระบบการศึกษาของทันตบุคลากรทุกระดับ ต้องมีการพัฒนาให้สอดคล้องกัน 2. การศึกษาและฝึกอบรมต้องเน้นถึงการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม, ความสามารถในการคิดวิเคราะห์, การสื่อสาร, การเรียนรู้ตลอดชีวิต, การปฏิบัติงานภายใต้การประกันคุณภาพบริการ, การเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน, คุณธรรมในการทำงาน และสำนึกสาธารณะในการเป็นพลเมืองของสังคมให้มากขึ้น
	ภูมิ - กำหนดการให้บริการพื้นฐานทางทันตกรรมในการประกันสุขภาพถ้วนหน้า - ปัจจุบันประชาชนยังได้รับบริการทันตกรรมระดับสูงกว่าพื้นฐาน เช่น การใส่ฟันปลอม, การรักษารากฟันฯ น้อยมาก - วงการทันตกรรมไทยยังมีการวิจัยและพัฒนาเพื่อพึ่งตนเองน้อย ทั้งด้านเทคโนโลยีการรักษา วัสดุอุปกรณ์ทันตกรรม	3. ทันตบุคลากรในระบบบริการทันตกรรมต้องพัฒนาการทำงานภายใต้ระบบประกันคุณภาพมากขึ้น 4. ทันตบุคลากรในระบบบริการทันตกรรมต้องพัฒนาการทำงานร่วมกับภาคประชาชนมากขึ้น 5. จัดการศึกษาระดับหลังปริญญาของทันตแพทย์และการศึกษาต่อเนื่องของทันตบุคลากรอื่นให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการ 5.1 ให้มีคณะกรรมการประเมินปริมาณและคุณภาพการผลิตทันตแพทย์เฉพาะทางเป็นระยะ

		5.2 เปิดให้มีทางเลือกการศึกษาเฉพาะทางที่เป็นการสะสมของหลักสูตรระยะสั้น 5.3 ขยายการศึกษาด้านทันตกรรมทั่วไป 5.4 จัดให้มีกลไกดูแลการพัฒนาทันตภิบาลและทันตบุคลากรอื่นให้สอดคล้องกับความจำเป็นของระบบบริการและพัฒนาการของวิทยาการ ฯ 6. เน้นพัฒนากำลังคนด้านการวิจัยและพัฒนาที่นำมาสู่การพึ่งตนเอง เช่น การพัฒนาวัสดุทันตกรรม และนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ, การป้องกันโรค, การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ ที่พึ่งพาภูมิปัญญาและผลิตภัณฑ์ในประเทศมากขึ้น ฯ
2	จัดให้มีระบบคัดเลือกบุคคลในการผลิตกำลังคนที่ส่งเสริมโอกาสให้บุคคลในชุมชนเข้าศึกษา เพื่อกลับเข้าปฏิบัติในภูมิลำเนาเดิม	1. ให้มีการคัดเลือกผู้เข้าศึกษาเป็นทันตแพทย์ด้วยสัดส่วนเฉพาะจากนักเรียนระดับอำเภอชนบทมากขึ้น 2. ให้องค์กรท้องถิ่นหรือคณะกรรมการสาธารณสุขพื้นที่มีส่วนในการคัดเลือกผู้เข้ารับการศึกษา 3. พัฒนารูปแบบการคัดเลือกให้ครอบคลุมคุณลักษณะด้านคุณธรรมและเจตคติด้วย ฯ
3	- ส่งเสริมและกำหนดมาตรการให้มีการจัดสรรและกระจายกำลังคนด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็น และเปิดโอกาสให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหากำลังคน - จัดให้มีกลไกระดับชาติดูแลนโยบายทิศทางการผลิตกำลังคน และกำกับดูแลระบบกำลังคน	1. ให้มีตัวแทนของทันตแพทยสภาและคณะทันตแพทยศาสตร์ในคณะกรรมการด้านกำลังคนทางสุขภาพในระดับชาติ 2. ให้มีตัวแทนภาคท้องถิ่นและประชาชนเข้าร่วมในคณะกรรมการด้านกำลังคนในระดับชาติ และระดับภูมิภาค เพื่อสะท้อนความต้องการและความขาดแคลนระดับท้องถิ่น 3. สนับสนุนสิ่งแวดล้อมในการทำงานและโอกาสในการพัฒนาตนเองของทันตบุคลากรในพื้นที่ชนบทขาดแคลนเพื่อจูงใจในการคงอยู่ระยะยาว ฯ
4	- สนับสนุนองค์กรวิชาชีพเพื่อทำหน้าที่พัฒนา	1. ให้ทันตแพทยสภามีการต่ออายุใบอนุญาตประกอบ

	วิชาชีพและเพื่อเป็นกลไกคุ้มครองผู้บริโภค - ส่งเสริมให้เกิดกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรวิชาชีพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการจัดบริการ - สนับสนุนให้มีการปรับปรุงกฎหมายที่เอื้อให้ภาคประชาชนเข้าร่วมในกลไกองค์กรวิชาชีพ	วิชาชีพทันตกรรมทุก 5 ปี โดย 1.1 มีการศึกษาต่อเนื่องหรือมีผลงานทางวิชาการตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือ 1.2 การสอบเพื่อต่ออายุใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม 2. ให้ทันตแพทยสภาและสถาบันวิชาการ จัดให้มีการศึกษาต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านจริยธรรมและวิชาการ 3. ปรับปรุง พรบ. ทันตแพทยสภา เพื่อเอื้อให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เพื่อทำหน้าที่เป็นตัวแทนผู้บริโภค ในทางเลือกต่างๆ ดังนี้ 3.1 เป็นที่ปรึกษาทันตแพทยสภา 3.2 เป็นกรรมการสภา โดยสัดส่วนบุคคลภายนอก 3.3 มีส่วนร่วมในการพิจารณาดีจริยาบรรณ ฯ. 4. มีองค์กรของสหวิชาชีพทางสุขภาพเพื่อประสานงานการกำกับดูแลวิชาชีพทั้งด้านคุณภาพและจริยาบรรณ และเสนอความเห็นต่อนโยบายและมาตรการของรัฐ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ ให้รัฐจัดสรรเงินอุดหนุนองค์กรวิชาชีพผ่านสมัชชาวิชาชีพไม่น้อยกว่าร้อยละ 1 ของค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรสุขภาพ ฯ
5	- บทบาทหน้าที่และการทำงานจริงของทันตแพทย์มีการซ้อนทับกับทันตภิบาลสูง/ ขาดประสิทธิภาพในการใช้บุคลากร	1. ปรับบทบาทการทำงานของทันตบุคลากรในลักษณะเป็นทีม ที่มีการแบ่งงานอย่างเหมาะสมขึ้น โดย 1.1 กระจายงานที่ง่ายให้ทันตภิบาลทำมากขึ้น ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ หรือ... 1.2 เปลี่ยนการผลิตทันตภิบาลให้เน้นมาทางการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือเปลี่ยนมาเสริมผลิตทันตานามัย ฯ 2. ปรับการผลิตบุคลากรให้เหมาะสมกับบทบาทตามข้อ 1 ทั้งในด้านปริมาณและคุณสมบัติ ฯ

6	ทันตภิบาลที่ทำงานภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีบทบาทลดน้อยลงในระบบบริการสุขภาพใหม่ ไม่อาจปฏิบัติงานในองค์กรอื่นที่ร่วมให้บริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้	1. ให้มีการขึ้นทะเบียนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมชั้น 2 ให้ทันตภิบาล โดย 1.1 ทันตแพทยสภา (ให้ทันตภิบาลเป็นสมาชิกสมทบ) 1.2 โดยกองประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ฯ. 2. การขยายขอบเขตของหน่วยงานที่ทันตภิบาลทำงานด้วยตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พศ. 2539 ให้กว้างขึ้น โดยให้ครอบคลุมถึงภาคเอกชนที่เข้ามาร่วมในระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย 3. ในระหว่างที่การปรับบทบาทหน้าที่ระหว่างประเภททันตบุคลากรตามหัวข้อที่ 5 ยังไม่บรรลุ ทันตภิบาลจะทำงานในภาคเอกชนที่เข้าร่วมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เฉพาะการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ไม่รวมถึงงานหัตถการ ส่วนงานหัตถการเบื้องต้นที่จำเป็น ภาคเอกชนอาจใช้การจ้างหน่วยงานระดับปฐมภูมิของราชการไปพลางก่อน.
7	การพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพของทันตบุคลากรมีความจำกัด ไม่เป็นไปตามศักยภาพที่พัฒนาอย่างเต็มที่, เป็นธรรมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อองค์กร	1. ควรเสนอให้กลไกด้านกำลังคนของระบบสุขภาพสนับสนุนให้เกิดระบบการจัดการกำลังคนที่ส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรทุกระดับอย่างเต็มที่ สร้างความเสมอภาค เป็นธรรมในโอกาสของความก้าวหน้าในการทำงาน ของทุกวิชาชีพ /ทุกระดับการทำงาน ในทางที่จะก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดแก่หน่วยงานและประชาชนผู้ให้บริการ 2. เสนอให้ยกเลิกข้อจำกัดของการดำรงตำแหน่งบริหารโรงพยาบาลและสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขที่จำกัดผู้ดำรงตำแหน่งเฉพาะจากวิชาชีพแพทย์ เช่น ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล, สาธารณสุขจังหวัด ฯ

บทที่ 3

สถานการณ์และปัญหาทันตสาธารณสุขของประเทศ

ปิยะนารถ จาติเกตุ

บทนี้จะสรุปถึงสถานการณ์ของโรค สุขภาพและการรับบริการของประชาชน และปัญหาการทำงานของทันตบุคลากรที่มีอยู่ เพื่อใช้ประกอบในการพิจารณาแนวทางการปรับเปลี่ยนการผลิตทันตบุคลากรต่อไป

3.1 ที่มาของข้อมูลสถานการณ์ปัญหาทันตสุขภาพของประเทศไทย

ปัญหาทันตสุขภาพที่เป็นปัญหาหลักในประเทศไทยที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาโรคฟันผุ และปัญหาเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะยังมีปัญหาโรคอื่นๆ เช่น โรคมะเร็งในช่องปากซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับที่ 5 ในประเทศไทย (Vatanasapt et al, 1993) แต่เมื่อเทียบกับปัญหาโรคฟันผุและโรคปริทันต์แล้วก็ยังถือว่าเป็นปัญหาระดับรองลงไป จึงจะไม่ขอกล่าวไว้ในที่นี้

ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาโรคฟันผุและโรคปริทันต์ที่จะได้นำเสนอต่อไปนี้มีที่มาจากการสำรวจทันตสุขภาพระดับประเทศในประเทศไทยและครั้งล่าสุดจากการสำรวจระดับจังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 4 การสำรวจด้วยกัน คือ การสำรวจทันตสุขภาพครั้งที่ 2, 3, 4 และ 5 ซึ่งในการสำรวจระดับประเทศนั้นเริ่มมีการดำเนินการครั้งแรกตั้งแต่ พ.ศ. 2520 และดำเนินการต่อเนื่องเป็นระยะโดยสำรวจครั้งที่ 2 เมื่อ พ.ศ. 2527 (กองทันตสาธารณสุข, 2527) ครั้งที่ 3 เมื่อ พ.ศ. 2532 (กองทันตสาธารณสุข, 2534) ครั้งที่ 4 เมื่อ พ.ศ. 2537 (กองทันตสาธารณสุข, 2538) แต่ในช่วงตั้งแต่ พ.ศ. 2526 เริ่มมีการสำรวจระดับจังหวัดเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนดำเนินงานให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ จนถึงปี พ.ศ. 2541 พบว่า มีจังหวัดที่เคยสำรวจแล้ว 73 จังหวัด เป็นจังหวัดที่สำรวจต่อเนื่องถึง 54 จังหวัด จึงได้มีการรวบรวมข้อมูลระดับจังหวัดที่มีอยู่ ประมวลและวิเคราะห์เป็นผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544 ขึ้น (กองทันตสาธารณสุข, 2544)

โดยในแต่ละครั้งนั้นจะใช้หลักการเดียวกัน คือ เป็นการสำรวจแบบ Path Finder Survey ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ตามคู่มือ Oral Health Survey: Basic Methods edition ที่ 3 ปี ค.ศ. 1987 และบางส่วนจาก edition ที่ 4 ปี ค.ศ. 1994 ที่จะสำรวจในกลุ่มอายุ 5 กลุ่ม คือ 6 ปี 12 ปี 15 ปี 35-44 และ 60 ขึ้นไป และได้เพิ่มการสำรวจในกลุ่มอายุ 3 ปี ตั้งแต่การสำรวจระดับประเทศครั้งที่ 3 พ.ศ. 2532 เพื่อเป็นการประเมินการเกิดโรคในฟันน้ำนมด้วย การสุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Multistage Sampling แยกเขตเมืองและชนบท แล้วสุ่มหมู่บ้านโดยวิธี Sampling with Probability Proportional to Size (PPS) มีดัชนีที่ใช้สำรวจ คือ ใช้ดัชนี DMFT และร้อยละของผู้เป็นโรคสำหรับสำรวจโรคฟันผุ และใช้ดัชนี CPI (Community Periodontal Index) สำหรับสำรวจสภาวะปริทันต์ (สุณี วงศ์คงคาเทพ และศรีสุตา ลีละศิริ, 2544)

สถานการณ์ปัญหาโรคฟันผุ

1. ปัญหาฟันผุในฟันน้ำนม

กลุ่มที่เป็นตัวแทนในการศึกษาปัญหาฟันผุในฟันน้ำนมมี 2 กลุ่มด้วยกันคือ กลุ่มเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นระยะที่ฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ในช่องปาก และกลุ่มเด็กอายุ 5-6 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงชุดของฟันจากฟันน้ำนมเป็นฟันถาวร

ผลจากการเริ่มสำรวจสถานการณ์ฟันผุในฟันน้ำนมในกลุ่มเด็กอายุ 3 ปีตั้งแต่ พ.ศ. 2532 นั้น การสำรวจทั้ง 3 ครั้งที่ผ่านมาพบว่า มีเด็กที่เป็นโรคฟันผุในฟันน้ำนมอยู่ประมาณร้อยละ 60 ทั้ง 3 ครั้งไม่แตกต่างกันมากนัก ร้อยละ 66.5, 61.7 และ 65.7 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมที่พบในปากขณะสำรวจเท่ากับ 19.6 ซี่/คน โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.0, 3.4 และ 3.6 ซี่/คนตามลำดับ พบปัญหาในเขตชนบทมากกว่าเขตเมืองในทุกครั้งที่สำรวจ แต่มีการเปลี่ยนแปลงของลำดับความมากน้อยของปัญหาในระดับภาค กล่าวคือ จากการสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2532 และ พ.ศ. 2537 ภาคกลางจะมีปัญหามากที่สุด แต่ในการสำรวจครั้งหลังสุด พ.ศ. 2543-2544 ภาคที่มีปัญหามากที่สุดเป็น ภาคใต้ ฟันที่ผุมากคือฟันหน้าบนซี่ที่ 1 แต่มีการเปลี่ยนแปลงฟันที่ผุมากในลำดับที่ 2 และ 3 โดยในการสำรวจ 2 ครั้งหลัง ส่วนความต้องการในการได้รับการรักษาอันดับแรกเป็นการอุดฟัน 1 ด้านเหมือนกันทุกครั้งที่สำรวจ (ตารางที่ 3.1)

ส่วนในกลุ่มเด็กอายุ 5-6 ปีนั้น จากผลการสำรวจ 4 ครั้งที่ผ่านมาพบว่า อัตราการเกิดโรคฟันผุเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จาก 74.4 เป็น 83.1 เป็น 85.1 และเป็น 87.4 ซึ่งค่าเฉลี่ยฟันของฟันผุ ถอน อุดก็เพิ่มขึ้นตามไปด้วย จาก 4.9 เป็น 5.6 เป็น 5.7 และเป็น 6.0 ซี่ต่อคน ในการสำรวจ 3 ครั้งแรกเขตเมืองมีปัญหามากกว่าเขตชนบท แต่การสำรวจครั้งหลังสุดกลับพบว่าเขตชนบทมีปัญหามากกว่าเขตเมือง โดยภาคใต้จะมีปัญหามากที่สุดจาก 3 ใน 4 ครั้งที่สำรวจ ความต้องการในการรักษาก็เปลี่ยนไปจากกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี กล่าวคือการอุดฟัน 2 ด้านจะเป็นความต้องการอันดับแรก (ตารางที่ 3.2)

2. ปัญหาฟันผุในฟันถาวร

ปัญหาฟันผุในฟันถาวรมัน มีกลุ่มที่เป็นตัวแทนอยู่หลายกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุ 12 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่ฟันแท้ขึ้นครบ 28 ซี่ในปาก การเกิดโรคฟันผุในช่วงนี้สามารถให้ทำนายแนวโน้มการเกิดโรคในวัยผู้ใหญ่ได้ กลุ่มอายุ 18 ปี กลุ่มอายุ 35-44 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปนั้น เป็นกลุ่มที่ใช้วิเคราะห์ปัญหาโรคในช่องปากต่อเนื่องจากกลุ่มอายุ 12 ปีนั่นเอง

ในกลุ่มอายุ 12 ปีนั้น จากการสำรวจพบว่า อัตราการเกิดโรคฟันผุของกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้นทุกครั้งที่มีการสำรวจ ได้แก่ ร้อยละ 45.8, 49.2, 53.9 และ 57.3 ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอนอุดนั้นเพิ่มขึ้นไม่มาก คือ จาก 1.5 ซี่/คนในการสำรวจ 2 ครั้งแรก เป็น 1.6 ซี่/คน ใน 2 ครั้งหลัง เขตเมืองจะมีปัญหามากกว่าเขตชนบททุกครั้ง ภาคใต้เป็นภาคที่มีปัญหามากที่สุดใน 3 ครั้งหลัง ฟันกรามล่างซี่ที่ 1 เป็นฟันที่ผุลำดับแรกเสมอ ความต้องการรักษาใน 3 ครั้งแรกที่สำรวจนั้น การอุดฟัน 1 ด้านเป็นความต้องการลำดับแรก แต่ได้เปลี่ยนไปเป็นต้องการการเคลือบหลุมร่องฟันเป็นความต้องการลำดับแรกในการสำรวจครั้งสุดท้าย (ตารางที่ 3.3)

จากข้อมูลของกลุ่มอายุ 18 ปี พบว่าร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก คือ 63.1, 63.3, 63.7 และ 62.1 ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ลดลงจาก 3.0 เป็น 2.7 เป็น 2.4 และ 2.1 ซี่/คนในครั้งสุดท้ายที่สำรวจ อย่างไรก็ตาม ทั้งอัตราการเกิดโรคฟันผุและค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของกลุ่มอายุนี้นับเพิ่มมากขึ้น

จากกลุ่มอายุ 12 ปีอย่างเห็นได้ชัด แต่เขตเมืองมีปัญหามากกว่าเขตชนบท และภาคที่มีปัญหาในระยะหลัง คือ ภาคใต้เช่นเดียวกับกลุ่มอายุ 12 ปี พื้นที่ที่มีการพุ่มมากก็ยังคงเป็นพื้นที่ 1 และต้องการการรักษาโดยการอุดฟัน 1 ด้านมากที่สุด (ตารางที่ 3.4)

การผุของฟันมีมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ดังข้อมูลในกลุ่มอายุ 35-44 ปี ที่ร้อยละของผู้มีโรคฟันผุอยู่ระหว่างร้อยละ 76.8 ถึงร้อยละ 85.7 ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอนก็เพิ่มขึ้นด้วยอยู่ระหว่าง 5.4 ซี่/คน ถึง 6.5 ซี่/คน และที่สำคัญร้อยละของผู้มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นด้วยจากการสำรวจครั้งแรกมีผู้ที่มีโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการเพียงร้อยละ 23.5 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.7 ในการสำรวจครั้งล่าสุด เขตเมืองยังมีปัญหามากกว่าเขตชนบทเหมือนกลุ่มอายุ 12 ปี และกลุ่มอายุ 18 ปี แต่ภาคที่มีปัญหามากที่สุดเป็นภาคกลาง ส่วนความต้องการในการรักษาในการสำรวจ 3 ครั้งแรกเป็นการถอนฟัน แต่ในการสำรวจครั้งเป็นการอุดฟัน 1 ด้าน (ตารางที่ 3.5)

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปนั้น เป็นกลุ่มที่มีปัญหาของโรคฟันผุสูงสุด จากข้อมูลการสำรวจในทุกครั้ง พบว่า มีผู้ที่เป็นโรคฟันผุถึงกว่าร้อยละ 90 ค่าเฉลี่ยฟันผุ อุด ถอน อยู่ระหว่าง 14.4 ซี่/คน ถึง 16.3 ซี่/คน เขตเมืองมีปัญหามากกว่าเขตชนบทเหมือนทั้ง 3 กลุ่มที่กล่าวมา ภาคกลางมีปัญหามากที่สุด การรักษาที่ต้องการลำดับแรกคือการถอนฟัน (ตารางที่ 3.6)

สถานการณ์ปัญหาเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์

ในการสำรวจทันตสุขภาพนั้น ได้ใช้ดัชนี CPI ซึ่งเป็นดัชนีที่บ่งชี้ถึงลำดับการดำเนินของสภาวะปัญหาเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ โดยค่า CPI แต่ละค่ามีความหมาย ดังนี้

CPI = 0 หมายถึง สภาวะปริทันต์ปกติ

CPI = 1 หมายถึง สภาวะเหงือกอักเสบ

CPI = 2 หมายถึง สภาวะที่มีหินน้ำลาย (ในการสำรวจทันตสุขภาพครั้งที่ 4 และ 5 ได้มีการแยกสภาวะการมีหินน้ำลายเป็น 2 สภาวะ โดยให้ค่า CPI = 2 หมายถึง สภาวะที่มีหินน้ำลาย ที่ไม่มีเลือดออก ซึ่งแสดงว่าไม่มีเหงือกอักเสบ และ CPI = 5 หมายถึง สภาวะที่มีหินน้ำลาย ที่มีเลือดออก ซึ่งแสดงถึงการมีเหงือกอักเสบ)

CPI = 3 หมายถึง สภาวะการมีประสบการณ์การเป็นโรคปริทันต์ โดยการวัดร่องปริทันต์ ได้ความลึก 4-5 มม.

CPI = 4 หมายถึง สภาวะการมีประสบการณ์การเป็นโรคปริทันต์ โดยการวัดร่องปริทันต์ ได้ความลึกมากกว่า 5 มม.

จากหลักเกณฑ์ในการใช้ดัชนีดังกล่าว จะสามารถแสดงสภาวะปัญหาเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ได้ โดย สภาวะเหงือกอักเสบนั้น คือ การคำนวณจาก CPI = 2 และ CPI = 5 ส่วนสภาวะโรคปริทันต์ ได้จากการคำนวณ CPI=3 และ CPI = 4 ตามลำดับ

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการแสดงสภาวะปัญหาเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์มี 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มอายุ 12 ปี กลุ่มอายุ 18 ปี กลุ่มอายุ 35-44 ปี และ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

1. สภาวะเหงือกอักเสบ

ในกลุ่มอายุ 12 ปี พบว่า ส่วนใหญ่จะมีหินน้ำลาย ระหว่างร้อยละ 73.1 ถึงร้อยละ 89.1 มีค่าเฉลี่ยของส่วนของช่องปากที่มีหินน้ำลายลดลงจาก 3.6, 3.6, 3.5 และ 2.5 ส่วนใน 6 ส่วนตามลำดับ โดยการสำรวจครั้ง

ล่าสุด พบผู้มีหินน้ำลายน้อยที่สุด แต่กลับพบว่าจากข้อมูลการสำรวจทันตสุขภาพครั้งที่ 4 และ 5 ที่มีข้อมูลร้อยละของผู้มีเหงือกอักเสบ จากค่า CPI = 2 และ 5 พบปัญหาของโรคเหงือกอักเสบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.3 เป็นร้อยละ 76.9 เขตชนบทที่มีปัญหามากกว่าเขตเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหามากที่สุด (ตารางที่ 3.7)

กลุ่มอายุ 18 ปี พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 มีหินน้ำลาย มีผู้มีเหงือกอักเสบสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากร้อยละ 68.6 เป็นร้อยละ 85.4 มีค่าเฉลี่ยของส่วนของช่องปากที่มีหินน้ำลาย 4.6, 4.0, 4.3 และ 3.2 ส่วนใน 6 ส่วนตามลำดับ ในการสำรวจทันตสุขภาพครั้งที่ 4 เขตเมืองมีปัญหามากกว่าเขตชนบท แต่การสำรวจครั้งที่ 5 เขตชนบทที่มีปัญหามากกว่าเขตเมือง ภาคที่มีปัญหามากคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตารางที่ 3.8)

กลุ่มอายุ 35-44 ปี พบมีหินน้ำลายร้อยละ 41.5, 53.4, 40.8 และ 57.7 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยของส่วนของช่องปากที่มีหินน้ำลาย 3.8, 4.0, 3.4 และ 3.6 ส่วนใน 6 ส่วนตามลำดับ จากการสำรวจทันตสุขภาพครั้งที่ 4 ที่มีข้อมูลร้อยละของผู้มีเหงือกอักเสบ มีเพียงร้อยละ 28.2 เขตเมืองมีปัญหามากกว่าเขตชนบท และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหามากที่สุด (ตารางที่ 3.9)

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละของการมีหินน้ำลายน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ และมีเพียงร้อยละ 16.8 มีปัญหาเหงือกอักเสบ เขตเมืองเป็นเขตที่มีปัญหามากกว่าเขตชนบท และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหามากที่สุด (ตารางที่ 3.10)

2. สภาวะโรคปริทันต์

ปัญหาของโรคปริทันต์นั้นมีน้อยมากในกลุ่มอายุ 12 ปี แต่เริ่มพบผู้มีโรคปริทันต์จากค่า CPI = 3 และ 4 ในกลุ่มอายุ 18 ปี คือ ร้อยละ 15.2, 6.7, 6.2 และ 1.1 ตามลำดับ เขตชนบทมีปัญหามากกว่าเขตเมือง ภาคที่มีปัญหามากคือภาคกลางสลับกับภาคใต้ (ตารางที่ 3.7 และ 3.8)

ปัญหาของโรคปริทันต์จะมากขึ้นในกลุ่มอายุ 35-44 ปี ร้อยละของผู้มีโรคปริทันต์เป็น 58.2, 45.3, 57.6, 37.3 ตามลำดับ เขตชนบทมีปัญหามากกว่าเขตเมืองมาโดยตลอด ภาคที่มีปัญหาคือภาคกลางสลับกับภาคใต้เช่นเดียวกับกลุ่มอายุ 18 ปี (ตารางที่ 3.9)

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีปัญหาโรคปริทันต์มากที่สุด คือร้อยละ 84.1, 71.2, 74.4 และ 61.6 ปัญหาส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบท ภาคที่พบปัญหามากที่สุดคือภาคใต้ (ตารางที่ 3.10)

สถานการณ์การมีฟันใช้งาน

เมื่อมีปัญหาทันตสุขภาพ การแก้ปัญหาโดยการรักษามีทางเลือกได้หลายทาง การถอนฟันทำให้เกิดการสูญเสียฟันที่ใช้ในการบดเคี้ยว ย่อมส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันรวมทั้งความต้องการในการใส่ฟัน ซึ่งในการพิจารณาการใส่ฟันนั้น นอกจากปัญหาการบดเคี้ยวแล้วคงต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพทั่วไป ผลกระทบทางสังคม และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วย (Adulyanon et al, 1996; Srisilapanan and Sheilham, 2001) โดยการสำรวจสถานการณ์การมีฟันใช้งานนั้น สำรวจใน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 18 ปี ซึ่งจะให้รายละเอียดของผู้ที่มีฟันใช้งานครบ 28 ซี่ ในขณะที่กลุ่มอายุ 35-44 ปี และ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จะให้รายละเอียดของผู้ที่มีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ (ตารางที่ 3.11)

ในกลุ่มอายุ 18 ปี ตามเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ ควรมีผู้ที่มีฟันใช้งานครบ 28 ซี่ ร้อยละ 85 แต่จากการสำรวจผู้ที่มีฟันใช้งานครบ 28 ซี่ พบร้อยละ 65.0, 79.0, 66.5 และ 71.4 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่า

เป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ เขตชนบทมีผู้ที่มีฟันใช้งานครบ 28 ซี่มากกว่าเขตเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ที่มีฟันใช้งานครบ 28 ซี่มากกว่าภาคอื่นๆ สถานการณ์ปัญหาการมีผู้ที่มีฟันใช้งานไม่ครบ 28 ซี่จะอยู่ในภาคกลางและภาคใต้สลับกัน

กลุ่มอายุ 35-44 ปี ร้อยละของผู้ที่มีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ เป็น 92.7, 91.7, 91.9 และ 92.3 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ว่าควรมีผู้ที่มีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 95 เขตชนบทมีผู้ที่มีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่มากกว่าเขตเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ที่มีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่มากกว่าภาคอื่นๆ สถานการณ์ปัญหาการมีผู้ที่มีฟันใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่ ในการสำรวจ พ.ศ. 2527 คือในภาคเหนือ ในการสำรวจ พ.ศ. 2532 คือในภาคกลาง ในการสำรวจ พ.ศ. 2537 คือในภาคใต้ และในการสำรวจ พ.ศ. 2544 คือในภาคกลาง

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละของผู้ที่มีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ เป็น 47.2, 40.8, 47.7, และ 49.0 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ว่าควรมีผู้ที่มีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 50 เขตชนบทมีผู้ที่มีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่มากกว่าเขตเมือง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ที่มีฟันใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่มากกว่าภาคอื่นๆ สถานการณ์ปัญหาการมีผู้ที่มีฟันใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่ อยู่ในภาคกลาง

สรุปสถานการณ์ปัญหาทันตสุขภาพ

จากการเปรียบเทียบผลการสำรวจทันตสุขภาพดังที่กล่าวมา ซึ่งแสดงถึงข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคฟันผุ ปัญหาเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์ รวมทั้งสถานการณ์การมีฟันใช้งาน สรุปสถานการณ์ปัญหาทันตสุขภาพได้ดังนี้ (ตารางที่ 3.12)

1. สถานการณ์โรคฟันผุในฟันน้ำนม ทั้งกลุ่มอายุ 3 ปีและ 6 ปีมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน ในกลุ่มอายุ 3 ปี พบปัญหาอยู่ในเขตชนบทมาตลอด ภาคกลางมีปัญหาลดลง ในขณะที่ภาคใต้มีปัญหาเพิ่มขึ้น โดยผู้มากที่ฟันผุน้ำนมบนซี่ที่ 1 และมีการเปลี่ยนแปลงลำดับของการผุในลำดับที่ 2 จากที่เคยผุในฟันน้ำนมบนซี่ที่ 2 ไปเป็นผู้ที่ฟันกรามล่างซี่ที่ 1 แทน ส่วนในกลุ่มอายุ 6 ปี เขตชนบทเริ่มมีปัญหาเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะจากผลการสำรวจครั้งสุดท้าย ส่วนใหญ่ปัญหาอยู่ในภาคใต้ ฟันที่ผุในช่วงอายุนี้นี้ คือ ฟันกรามล่างซี่ที่ 1 และโดยภาพรวมความต้องการการรักษาดังกล่าวการอุดฟันเป็นลำดับแรกทั้ง 2 กลุ่มอายุ
2. สถานการณ์โรคฟันผุในฟันถาวร แม้ในกลุ่มวัยรุ่นจะมีปัญหาลดต่ำลงเล็กน้อย แต่เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นฟันก็ผุเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ มีปัญหาในเขตเมืองทุกกลุ่มอายุ ภาคกลางเป็นภาคที่มีปัญหามากเมื่ออายุมากขึ้น ฟันที่ผุมากคือฟันกรามล่างซี่ที่ 1 ความต้องการการรักษาในกลุ่มอายุน้อยยังสามารถอุดหรือเคลือบหลุมร่องฟันได้ แต่เมื่ออายุมากขึ้นความต้องการคือการถอนฟันเป็นส่วนใหญ่
3. สถานการณ์เหงือกอักเสบ ดูเหมือนว่าทุกกลุ่มอายุมีค่าเฉลี่ยสภาวะเหงือกปกติมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าร้อยละของการมีเหงือกอักเสบสูงขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ในเขตชนบท และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาสถานการณ์เหงือกอักเสบมากที่สุดในทุกกลุ่มอายุ

4. สถานการณ์โรคปริทันต์ โดยภาพรวมทุกกลุ่มอายุมีปัญหาโรคปริทันต์ลดลง ปัญหาของโรคนี้อยู่ในเขตชนบททุกกลุ่มอายุ ภาคใต้และภาคกลางเป็น 2 ภาคที่มีปัญหานี้อยู่มาก
5. สถานการณ์การมีฟันใช้งานของกลุ่มต่างๆ ต่ำกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไม่มากนัก เขตเมืองมีผู้ที่มีฟันใช้งานน้อยกว่าเขตชนบท และภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่มีร้อยละของผู้มีฟันใช้งานสูงสุด

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ทั้งหมดดังกล่าวเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ต้องนำไปพิจารณา ร่วมกับข้อมูลพื้นฐานอื่นๆ ในการปรับเปลี่ยนปริมาณ ประเภทและบทบาทหน้าที่ในการผลิตทันตบุคลากรต่อไป

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบรายละเอียดต่างๆ ของโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กอายุ 3 ปี ระหว่างผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2527, 2532, 2537, 2544

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ			
			ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537	ปี 2544
3	ค่าเฉลี่ยฟันที่มีอยู่ในปาก (ซี่/คน)		-*	19.8	19.8	19.8
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน)		-	4.0	3.4	3.6
	ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุ		-	66.5	61.7	65.7
	ร้อยละของผู้มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา		-	-	-	65.0
	ลักษณะของปัญหาโรคฟันผุ	ตามเขต	-	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง
		ตามภาค**	-	ก > ต > น > ตอ/น	ก > ต > น > ตอ/น	ต > ตอ/น > ก > น
	ลำดับการผุของฟัน 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	-	ฟันหน้าบนซี่ที่ 1	ฟันหน้าบนซี่ที่ 1	ฟันหน้าบนซี่ที่ 1
		ลำดับที่ 2	-	ฟันหน้าบนซี่ที่ 2	ฟันกรามล่างซี่ที่ 2	ฟันกรามล่างซี่ที่ 2
		ลำดับที่ 3	-	ฟันกรามล่างซี่ที่ 1	ฟันกรามล่างซี่ที่ 1	ฟันหน้าบนซี่ที่ 2
	ลำดับความต้องการการรักษา 3 ลำดับแรก (จากค่าเฉลี่ยที่ต้องได้รับการรักษา)	ลำดับที่ 1	-	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 1 ด้าน
		ลำดับที่ 2	-	อุดฟัน 2 ด้าน	อุดฟัน 2 ด้าน	อุดฟัน 2 ด้าน
		ลำดับที่ 3	-	ถอนฟัน	เคลือบหลุมร่องฟัน	ป้องกันฟันผุ

หมายเหตุ * - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

** ก หมายถึง ภาคกลาง น หมายถึง ภาคเหนือ ต หมายถึงภาคใต้ ตอ/น หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 3.2 เปรียบเทียบรายละเอียดต่างๆ ของโรคฟันผุในฟันน้ำนมของเด็กกลุ่มอายุ 5-6 ปี ระหว่างผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2527, 2532, 2537, 2544

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ			
			ปี 2527	ปี 2532***	ปี 2537***	ปี 2544
5-6	ค่าเฉลี่ยฟันที่มีอยู่ในปาก (ซี่/คน)		17.7	17.6	17.4	18.7
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน)		4.9	5.6	5.7	6.0
	ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุ		74.4	83.1	85.1	87.4
	ร้อยละของผู้มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา		-*	-	-	86.0
	ลักษณะของปัญหาโรคฟันผุ	ตามเขต	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	ชนบท > เมือง
		ตามภาค**	ต > ก > น > ตอ/น	ก > ต > น > ตอ/น	ต > ก > ตอ/น > น	ต > ตอ/น > ก > น
	ลำดับการผุของฟัน 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	-	-	-	ฟันกรามล่างซี่ที่ 1
		ลำดับที่ 2	-	-	-	ฟันกรามล่างซี่ที่ 2
		ลำดับที่ 3	-	-	-	ฟันกรามบนซี่ที่ 2
	ลำดับความต้องการการรักษา 3 ลำดับแรก (จากค่าเฉลี่ยที่ต้องได้รับการรักษา)	ลำดับที่ 1	อุดฟัน 2 ด้าน	อุดฟัน 2 ด้าน	อุดฟัน $\geq$ 2 ด้าน	อุดฟัน 2 ด้าน
		ลำดับที่ 2	ถอนฟัน	ถอนฟัน	ถอนฟัน	อุดฟัน 1 ด้าน
		ลำดับที่ 3	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 1 ด้าน	ถอนฟัน

หมายเหตุ * - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

** ก หมายถึง ภาคกลาง น หมายถึง ภาคเหนือ ต หมายถึงภาคใต้ ตอ/น หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

*** สํารวจในเด็กอายุ 6 ปี

ตารางที่ 3.3 เปรียบเทียบรายละเอียดต่างๆ ของโรคฟันผุในฟันถาวรของเด็กอายุ 12 ปี ระหว่างผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2527, 2532, 2537, 2544

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ			
			ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537	ปี 2544
12	ค่าเฉลี่ยฟันที่มีอยู่ในปาก (ซี่/คน)		23.7	24.2	24.7	25.0
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน)		1.5	1.5	1.6	1.6
	ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุ		45.8	49.2	53.9	57.3
	ร้อยละของผู้มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา		-*	-	-	45.7
	ลักษณะของปัญหาโรคฟันผุ	ตามเขต	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท
		ตามภาค**	ก > ต > น > ตอ/น	ต > ก > น > ตอ/น	ต > ก > น > ตอ/น	ต > ก > น > ตอ/น
	ลำดับการผุของฟัน 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	-	ฟันกรามล่างซี่ที่ 1	ฟันกรามล่างซี่ที่ 1	ฟันกรามล่างซี่ที่ 1
		ลำดับที่ 2	-	ฟันกรามบนซี่ที่ 1	ฟันกรามบนซี่ที่ 1	ฟันกรามบนซี่ที่ 1
		ลำดับที่ 3	-	ฟันกรามล่างซี่ที่ 2	ฟันกรามล่างซี่ที่ 2	ฟันกรามล่างซี่ที่ 2
	ลำดับความต้องการการรักษา 3 ลำดับแรก (จากค่าเฉลี่ยที่ต้องได้รับการรักษา)	ลำดับที่ 1	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 1 ด้าน	เคลือบหลุมร่องฟัน
		ลำดับที่ 2	ถอนฟัน	อุดฟัน 2 ด้าน, ถอนฟัน	เคลือบหลุมร่องฟัน	อุดฟัน 1 ด้าน
		ลำดับที่ 3	อุดฟัน 2 ด้าน	-	อุดฟัน ≥ 2 ด้าน, ป้องกันฟันผุ	PRR

หมายเหตุ * - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

** ก หมายถึง ภาคกลาง น หมายถึง ภาคเหนือ ต หมายถึง ภาคใต้ ตอ/น หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 3.4 เปรียบเทียบรายละเอียดต่างๆ ของโรคฟันผุในฟันถาวรของกลุ่มอายุ 18 ปี ระหว่างผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2527, 2532, 2537, 2544

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ			
			ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537***	ปี 2544****
18	ค่าเฉลี่ยฟันที่มีอยู่ในปาก (ซี่/คน)		28.4	28.3	28.2	27.8
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน)		3.0	2.7	2.4	2.1
	ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุ		63.1	63.3	63.7	62.1
	ร้อยละของผู้มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา		~*	-	-	52.5
	ลักษณะของปัญหาโรคฟันผุ	ตามเขต	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท
		ตามภาค**	ก > ต > น > ตอ/น	ก > ต > น > ตอ/น	ตอ/น > ก > น > ต	ต > ก > น > ตอ/น
	ลำดับการผุของฟัน 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	-	-	ฟันกรามล่างซี่ที่ 1	ฟันกรามล่างซี่ที่ 1
		ลำดับที่ 2	-	-	ฟันกรามล่างซี่ที่ 2	ฟันกรามล่างซี่ที่ 2
		ลำดับที่ 3	-	-	ฟันกรามบนซี่ที่ 1	ฟันกรามบนซี่ที่ 1
	ลำดับความต้องการการรักษา 3 ลำดับแรก (จากค่าเฉลี่ยที่ต้องได้รับการรักษา)	ลำดับที่ 1	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 1 ด้าน
		ลำดับที่ 2	อุดฟัน 2 ด้าน	อุดฟัน 2 ด้าน	อุดฟัน ≥ 2 ด้าน	เคลือบหลุมร่องฟัน
		ลำดับที่ 3	ถอนฟัน	ถอนฟัน	ถอนฟัน	PRR

หมายเหตุ * - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

** ก หมายถึง ภาคกลาง น หมายถึง ภาคเหนือ ต หมายถึงภาคใต้ ตอ/น หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

*** สํารวจในกลุ่มอายุ 17-19 ปี

**** สํารวจในกลุ่มอายุ 15 ปี

ตารางที่ 3.5 เปรียบเทียบรายละเอียดต่างๆ ของโรคฟันผุในฟันถาวรของกลุ่มอายุ 35-44 ปี ระหว่างผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2527, 2532, 2537, 2544

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ			
			ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537	ปี 2544
35-44	ค่าเฉลี่ยฟันที่มีอยู่ในปาก (ซี่/คน)		29.1	28.3	28.2	28.2
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน)		5.4	5.4	6.5	6.1
	ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุ		80.2	76.8	85.7	85.6
	ร้อยละของผู้มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา		23.5	49.1	47.3	59.7
	ลักษณะของปัญหาโรคฟันผุ	ตามเขต	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท
		ตามภาค**	ก > ต > น > ตอ/น	ก > ต > น > ตอ/น	ก > ต > น > ตอ/น	ก > ต > ตอ/น > น
	ลำดับการผุของฟัน 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	-*	-	-	-
		ลำดับที่ 2	-	-	-	-
		ลำดับที่ 3	-	-	-	-
	ลำดับความต้องการการรักษา 3 ลำดับแรก (จากค่าเฉลี่ยที่ต้องได้รับการรักษา)	ลำดับที่ 1	ถอนฟัน	ถอนฟัน	ถอนฟัน	อุดฟัน 1 ด้าน
		ลำดับที่ 2	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 1 ด้าน	ถอนฟัน
		ลำดับที่ 3	อุดฟัน 2 ด้าน	อุดฟัน 2 ด้าน	อุดฟัน ≥ 2 ด้าน	อุดฟัน 2 ด้าน

หมายเหตุ * - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

** ก หมายถึง ภาคกลาง น หมายถึง ภาคเหนือ ต หมายถึง ภาคใต้ ตอ/น หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 3.6 เปรียบเทียบรายละเอียดต่างๆ ของโรคฟันผุในฟันถาวรของกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ระหว่างผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2527, 2532, 2537, 2544

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ			
			ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537	ปี 2544***
60 ⁺	ค่าเฉลี่ยฟันที่มีอยู่ในปาก (ซี่/คน)		17.3	17.1	18.1	19.6
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่/คน)		16.3	16.2	15.8	14.4
	ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุ		95.2	93.9	95.0	95.6
	ร้อยละของผู้มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา		14.7	39.1	33.1	56.3
	ลักษณะของปัญหาโรคฟันผุ	ตามเขต	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท
		ตามภาค**	ก > น > ต > ตอ/น	ก > ต > น > ตอ/น	ก > ตอ/น > น > ต	ก > ต > ตอ/น > น
	ลำดับการผุของฟัน 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	-*	-	-	-
		ลำดับที่ 2	-	-	-	-
		ลำดับที่ 3	-	-	-	-
	ลำดับความต้องการการรักษา 3 ลำดับแรก (จากค่าเฉลี่ยที่ต้องได้รับการรักษา)	ลำดับที่ 1	ถอนฟัน	ถอนฟัน	ถอนฟัน	ถอนฟัน
		ลำดับที่ 2	อุดฟัน 2 ด้าน	อุดฟัน 1 ด้าน, อุดฟัน 2 ด้าน	อุดฟัน 1, ≥ 2 ด้าน, รักษารากฟัน	อุดฟัน 1 ด้าน
		ลำดับที่ 3	อุดฟัน 1 ด้าน	-	-	อุดฟัน 2 ด้าน

หมายเหตุ * - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

** ก หมายถึง ภาคกลาง น หมายถึง ภาคเหนือ ต หมายถึง ภาคใต้ ตอ/น หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

*** สํารวจในกลุ่มอายุ 60-74 ปี

ตารางที่ 3.7 เปรียบเทียบรายละเอียดต่างๆ ของสภาวะปริทันต์ของกลุ่มอายุ 12 ปี ระหว่างผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2527, 2532, 2537, 2544

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ			
			ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537	ปี 2544
12	ร้อยละของผู้มีสภาวะปริทันต์ โดยคิดจากระดับของโรคสูงสุดในแต่ละคน	ปกติ (CPI = 0)	5.9	6.2	2.3	9.5
		มีเลือดออก (CPI = 1)	2.2	4.6	9.8	17.4
		หินน้ำลาย (CPI = 2)	84.4	89.1	87.5	73.1
		ร่องปริทันต์ลึก 4-5 มม. (CPI = 3)	7.4	0	0.4	0
		ร่องปริทันต์ลึก ≥ 5 มม. (CPI = 4)	0.1	0	0	0
	ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีสภาวะปริทันต์ตามระดับความรุนแรง	ปกติ (CPI = 0)	1.5	1.4	1.4	1.9
		มีเลือดออก (CPI = 1)	0.4	0.8	1.1	1.5
		หินน้ำลาย	ไม่มีเลือดออก (CPI = 2)		1.5	0.9
			มีเลือดออก (CPI = 5)		2.0	1.6
		ร่องปริทันต์ลึก 4-5 มม. (CPI = 3)		0	0	0
		ร่องปริทันต์ลึก ≥ 5 มม. (CPI = 4)		0	0	0
	ร้อยละของผู้มีเหงือกอักเสบ		-	-	75.3	76.9
	ลักษณะปัญหาของโรคเหงือกอักเสบ	ตามเขต	-	-	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง
		ตามภาค**	-	-	ตอ/น > ต > น > ก	ตอ/น > ต > น > ก
	ร้อยละของผู้มีโรคปริทันต์ (CPI = 3 + CPI = 4)		7.5	0	0.4	0
	ลักษณะปัญหาของโรคปริทันต์	ตามเขต	ชนบท > เมือง	-	ชนบท > เมือง	-
		ตามภาค	-	-	ก = ต > ตอ/น > น	-

หมายเหตุ * - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

** ก หมายถึง ภาคกลาง น หมายถึง ภาคเหนือ ต หมายถึงภาคใต้ ตอ/น หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 3.8 เปรียบเทียบรายละเอียดต่างๆ ของสภาวะปริทันต์ของกลุ่มอายุ 18 ปี ระหว่างผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2527, 2532, 2537, 2544

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ			
			ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537***	ปี 2544****
18	ร้อยละของผู้มีสภาวะปริทันต์ โดยคิดจากระดับของโรคสูงสุดในแต่ละคน	ปกติ (CPI = 0)	1.3	3.4	2.4	3.8
		มีเลือดออก (CPI = 1)	0.7	2.6	3.2	12.8
		หินน้ำลาย (CPI = 2)	82.7	87.3	88.2	82.2
		ร่องปริทันต์ลึก 4-5 มม. (CPI = 3)	14.5	6.7	5.8	1.0
		ร่องปริทันต์ลึก ≥ 5 มม. (CPI = 4)	0.7	0	0.4	0.1
	ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีสภาวะปริทันต์ตามระดับความรุนแรง	ปกติ (CPI = 0)	0.9	1.3	1.1	1.4
		มีเลือดออก (CPI = 1)	0.2	0.5	0.5	1.4
		หินน้ำลาย	ไม่มีเลือดออก (CPI = 2)		2.0	1.0
			มีเลือดออก (CPI = 5)		2.3	2.2
		ร่องปริทันต์ลึก 4-5 มม. (CPI = 3)		0.3	0.1	0
		ร่องปริทันต์ลึก ≥ 5 มม. (CPI = 4)		0	0	0
	ร้อยละของผู้มีเหงือกอักเสบ		-	-	68.6	85.4
	ลักษณะปัญหาของโรคเหงือกอักเสบ	ตามเขต	-	-	เมือง > ชนบท	ชนบท > เมือง
		ตามภาค**	-	-	ตอ/น > น > ก > ต	ตอ/น > ต > ก > น
	ร้อยละของผู้มีโรคปริทันต์ (CPI = 3 + CPI = 4)		15.2	6.7	6.2	1.1
	ลักษณะปัญหาของโรคปริทันต์	ตามเขต	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง
		ตามภาค	-	ก > ตอ/น > ต > น	ต > ก > น > ตอ/น	ก > ตอ/น > ต > น

หมายเหตุ * - ไม่มีข้อมูล, ** ก หมายถึง ภาคกลาง น หมายถึง ภาคเหนือ ต หมายถึง ภาคใต้ ตอ/น หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

*** สํารวจในกลุ่มอายุ 17-19 ปี

**** สํารวจในกลุ่มอายุ 15 ปี

ตารางที่ 3.9 เปรียบเทียบรายละเอียดต่างๆ ของสภาวะปริทันต์ของกลุ่มอายุ 35-44 ปี ระหว่างผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2527, 2532, 2537, 2544

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ			
			ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537***	ปี 2544****
35-44	ร้อยละของผู้มีสภาวะปริทันต์ โดยคิดจากระดับของโรคสูงสุดในแต่ละคน	ปกติ (CPI = 0)	0.3	0.8	0.7	1.8
		มีเลือดออก (CPI = 1)	0	0.2	0.9	3.2
		หินน้ำลาย (CPI = 2)	41.5	53.4	40.8	57.7
		ร่องปริทันต์ลึก 4-5 มม. (CPI = 3)	46.9	34.5	38.1	26.8
		ร่องปริทันต์ลึก ≥ 5 มม. (CPI = 4)	11.3	10.8	19.5	10.5
	ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีสภาวะปริทันต์ตามระดับความรุนแรง	ปกติ (CPI = 0)	0.2	0.4	0.5	0.6
		มีเลือดออก (CPI = 1)	0	0.1	0.2	0.6
		หินน้ำลาย	ไม่มีเลือดออก (CPI = 2)		1.7	1.4
			มีเลือดออก (CPI = 5)		1.7	2.2
		ร่องปริทันต์ลึก 4-5 มม. (CPI = 3)		1.1	1.3	0.8
		ร่องปริทันต์ลึก ≥ 5 มม. (CPI = 4)		0.2	0.4	0.2
	ร้อยละของผู้มีเหงือกอักเสบ		-	-	28.2	-
	ลักษณะปัญหาของโรคเหงือกอักเสบ	ตามเขต	-	-	เมือง >ชนบท	-
		ตามภาค**	-	-	ตอ/น > น > ก > ต	-
	ร้อยละของผู้มีโรคปริทันต์ (CPI = 3 + CPI = 4)		58.2	45.3	57.6	37.3
	ลักษณะปัญหาของโรคปริทันต์	ตามเขต	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง
		ตามภาค	-	ก > ต > ตอ/น > น	ต > ก > น > ตอ/น	ก > ต > ตอ/น > น

หมายเหตุ * - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

** ก หมายถึง ภาคกลาง น หมายถึง ภาคเหนือ ต หมายถึงภาคใต้ ตอ/น หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตารางที่ 3.10 เปรียบเทียบรายละเอียดต่างๆ ของสภาวะปริทันต์ของกลุ่มอายุ 60 ปี ระหว่างผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี 2527, 2532, 2537, 2544

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ			
			ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537	ปี 2544***
60	ร้อยละของผู้มีสภาวะปริทันต์ โดยคิดจากระดับของโรคสูงสุดในแต่ละคน	ปกติ (CPI = 0)	0	0.6	0.8	1.2
		มีเลือดออก (CPI = 1)	0	0.7	0.5	1.1
		หินน้ำลาย (CPI = 2)	15.8	27.5	24.3	36.1
		ร่องปริทันต์ลึก 4-5 มม. (CPI = 3)	56.4	47.9	41.3	65.9
		ร่องปริทันต์ลึก ≥ 5 มม. (CPI = 4)	27.7	23.3	33.1	25.7
	ค่าเฉลี่ยส่วนของช่องปากที่มีสภาวะปริทันต์ตามระดับความรุนแรง	ปกติ (CPI = 0)	0	0.1	0.1	0.2
		มีเลือดออก (CPI = 1)	0	0	0.1	0.1
		หินน้ำลาย	ไม่มีเลือดออก (CPI = 2)		1.0	1.1
			มีเลือดออก (CPI = 5)		1.0	1.6
		ร่องปริทันต์ลึก 4-5 มม. (CPI = 3)		1.2	1.1	1.2
		ร่องปริทันต์ลึก ≥ 5 มม. (CPI = 4)		0.3	0.5	0.4
	ร้อยละของผู้มีเหงือกอักเสบ		-	-	16.8	-
	ลักษณะปัญหาของโรคเหงือกอักเสบ	ตามเขต	-	-	เมือง > ชนบท	-
		ตามภาค**	-	-	ตอ/น > น > ก > ต	-
	ร้อยละของผู้มีโรคปริทันต์ (CPI = 3 + CPI = 4)		84.1	71.2	74.4	61.6
	ลักษณะปัญหาของโรคปริทันต์	ตามเขต	เมือง > ชนบท	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง
		ตามภาค	-	ต > ตอ/น > ก > น	ต > น > ก > ตอ/น	ต > ก > น > ตอ/น

หมายเหตุ * - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

** ก หมายถึง ภาคกลาง น หมายถึง ภาคเหนือ ต หมายถึง ภาคใต้ ตอ/น หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ,

*** สำรวจในกลุ่มอายุ 60-74 ปี

ตารางที่ 3.11 เปรียบเทียบสถานการณ์การมีพื้นที่ใช้งานของกลุ่มอายุ 18, 35-44, 60 ปี จากผลการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติ ปี 2527, 2532, 2537, 2544

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติ			
			ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537	ปี 2544
18	ร้อยละของผู้มีพื้นที่ใช้งานครบ 28 ซี่ (เป้าหมาย ร้อยละ 75)		65.0	79.0	66.5**	71.4***
	ลักษณะสถานการณ์	ตามเขต	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง
		ตามภาค*	ตอ/น > น > ต > ก	ตอ/น > น > ก > ต	ตอ/น > น > ต > ก	ตอ/น > น > ก > ต
35-44	ร้อยละของผู้มีพื้นที่ใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ (เป้าหมาย ร้อยละ 95)		92.7	91.7	91.9	92.3
	ลักษณะสถานการณ์	ตามเขต	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง
		ตามภาค*	ตอ/น > ต > ก > น	ตอ/น > น > ต > ก	ตอ/น > น > ก > ต	ตอ/น > น > ต > ก
60	ร้อยละของผู้มีพื้นที่ใช้งานไม่น้อยกว่า 20 ซี่ (เป้าหมาย ร้อยละ 50)		47.2	40.8	47.7	49.0****
	ลักษณะสถานการณ์	ตามเขต	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง	ชนบท > เมือง
		ตามภาค*	ตอ/น > น > ต > ก	ตอ/น > น > ต > ก	ตอ/น > น > ต > ก	ตอ/น > น > ต > ก

หมายเหตุ * ก หมายถึง ภาคกลาง น หมายถึง ภาคเหนือ ต หมายถึงภาคใต้ ตอ/น หมายถึง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

** สำรวจในกลุ่มอายุ 17-19 ปี

*** สำรวจในกลุ่มอายุ 15 ปี

**** สำรวจในกลุ่มอายุ 60-74 ปี

ตารางที่ 3.12 เปรียบเทียบผลการสำรวจทัศนสุขภาพตามกลุ่มอายุต่างๆ ระหว่างผลการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติ ปี 2527, 2532, 2537, 2544

กลุ่มอายุ (ปี)	ดัชนีชี้วัด	เป้าหมายโลก	เป้าหมายประเทศ 2543	รายงานผลการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติ			
				ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537	ปี 2544
3	ร้อยละผู้มีฟันน้ำนม			-	66.5	61.7	65.7
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนม (ซี่/คน)			-	4.0	3.4	3.6
5-6	ร้อยละผู้ปราศจากฟันผุ	50	30	25.6	17.2	14.7	12.5
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนม (ซี่/คน)			4.9	5.6	5.7	6.0
12	ร้อยละผู้มีฟันถาวร			45.8	49.2	53.9	57.3
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันถาวร (ซี่/คน)	3	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6
	ค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ปกติ		3	1.5	1.4	1.4	1.9
18	ร้อยละผู้มีฟันถาวร			63.1	63.3	63.7	62.1
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันถาวร (ซี่/คน)			3.0	2.7	2.4	2.1
	ค่าเฉลี่ยสภาวะปริทันต์ปกติ		2	0.9	1.3	1.1	1.4
	ร้อยละของผู้มีฟันครบ 28 ซี่	85	75	65.0	79.0	66.5	71.4
35-44	ร้อยละผู้มีฟันถาวร			80.2	76.8	85.7	85.6
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันถาวร (ซี่/คน)			5.4	5.4	6.5	6.1
	ค่าเฉลี่ยสภาวะโรคปริทันต์			1.8	1.3	1.7	1.0
	ร้อยละของผู้มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่		95	92.7	91.7	91.9	92.3
60+	ร้อยละผู้มีฟันถาวร			95.2	93.9	95.0	95.6
	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันถาวร (ซี่/คน)			16.3	16.2	15.8	14.4
	ค่าเฉลี่ยสภาวะโรคปริทันต์			2.1	1.5	1.6	1.6
	ร้อยละของผู้มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่		50	47.2	40.8	47.7	49.0
	ร้อยละผู้ที่สูญเสียฟันทั้งปาก			16.2	20.6	16.3	8.2

3.2 พฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และการรับบริการของประชาชน

พฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก เป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการเกิดปัญหาสุขภาพช่องปากที่แสดงข้างต้น การนำเสนอในส่วนนี้จะแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทันตสุขภาพ และข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของประชาชน ซึ่งในการตัดสินใจว่าการจัดบริการทันตสุขภาพจะดีหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งเพ็ญแข ลามยี่ง (2542) กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการไว้ว่า เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจและผลประโยชน์ที่ผู้ให้บริการมีอิทธิพลเหนือผู้รับบริการ ฉะนั้น ในการนำเสนอการบริการของประชาชนในที่นี้จะใช้มุมมองทั้งของผู้ให้บริการและผู้รับบริการประกอบกัน เพื่อให้เห็นแง่มุมในการรับและการให้บริการทั้งสองด้าน โดยข้อมูลทั้งพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพและการรับบริการของประชาชนที่จะนำเสนอได้นั้นได้ข้อมูลมาจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลจากแบบสอบถามจากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2527, ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2532 และครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 ข้อมูลสรุปการประชุมที่เกี่ยวข้อง งานวิจัย และบทความทางวิชาการต่างๆ เป็นต้น

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพ

จากแบบสอบถามในการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ประชาชนมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองอยู่หลายประการ ได้แก่ การแปรงฟันเป็นประจำ การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ พฤติกรรมการทานอาหารว่าง การตรวจฟันด้วยตนเอง และการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการในช่องปาก พบว่า ในแต่ละกลุ่มอายุมีพฤติกรรมดังกล่าวดังนี้

กลุ่มอายุ 18 ปี ส่วนใหญ่แปรงฟันเป็นประจำทุกวันร้อยละ 78.3 ถึงร้อยละ 96.0 โดยวัยรุ่นในเขตเมืองจะแปรงฟันเป็นประจำมากกว่าวัยรุ่นในเขตชนบท และกว่าร้อยละ 90 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ซึ่งเขตชนบทใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์มากกว่าเขตเมือง อาหารว่างที่กลุ่มนี้ชอบทานได้แก่ ลูกอม ขนมบรรจุถุง และน้ำอัดลม มีการตรวจฟันด้วยตนเองร้อยละ 92.7 เขตเมืองมากกว่าเขตชนบท และเมื่อเกิดอาการในช่องปากมักจะปล่อยให้หายเองก่อน ถ้าไม่หายก็จะซื้อยากิน แล้วจึงไปหาหมอฟัน (ตารางที่ 3.15)

กลุ่มอายุ 35-44 ปี แปรงฟันเป็นประจำน้อยกว่ากลุ่มวัยรุ่น คือร้อยละ 67.4 ถึงร้อยละ 89.4 ในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท ร้อยละ 78.7 ถึงร้อยละ 81.6 ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ซึ่งเขตเมืองใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์มากกว่าเขตชนบทเช่นกัน อาหารว่างที่กลุ่มนี้ชอบทานได้แก่ ขนมหวานไทย น้ำอัดลม และขนมบรรจุถุง มีการตรวจฟันด้วยตนเองร้อยละ 93.1 เขตชนบทมากกว่าเขตเมือง และเมื่อเกิดอาการในช่องปากจะปฏิบัติเช่นเดียวกับกลุ่มวัยรุ่น คือมักจะปล่อยให้หายเองก่อน ถ้าไม่หายก็จะซื้อยากิน แล้วจึงไปหาหมอฟัน (ตารางที่ 3.16)

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป แปรงฟันเป็นประจำน้อยลงอาจเพราะไม่มีฟัน คือร้อยละ 34.9 ถึงร้อยละ 59.3 เขตเมืองมากกว่าเขตชนบท ใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ร้อยละ 30.7 ถึงร้อยละ 58.4 เขตเมืองใช้มากกว่าเขตชนบท อาหารว่างที่กลุ่มนี้ชอบทานได้แก่ ขนมหวานไทย ขนมบรรจุถุง และน้ำอัดลม มีการตรวจฟันด้วยตนเองร้อยละ 67.4 เขตชนบทมากกว่าเขตเมือง และเมื่อเกิดอาการในช่องปากจะปฏิบัติเช่นเดียวกับทั้งสองกลุ่มที่กล่าวมา คือมักจะปล่อยให้หายเองก่อน ถ้าไม่หายก็จะซื้อยากิน แล้วจึงไปหาหมอฟัน (ตารางที่ 3.17)

จะเห็นได้ว่า โดยทั่วไปประชาชนก็สามารถดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองได้ระดับหนึ่งตามความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่ ในส่วนของพฤติกรรมบริโภคอาหารว่าง แม้ทุกกลุ่มจะเลือกบริโภคอาหารที่ต่างกัน แต่โดย

องค์ประกอบแล้ว อาหารเหล่านั้นส่วนใหญ่มีน้ำตาลเป็นองค์ประกอบซึ่งสัมพันธ์กับปริมาณการบริโภคน้ำตาลของคนไทยที่เพิ่มขึ้นมาโดยตลอดระหว่างปี พ.ศ. 2528-2541 คือ จาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2528 เป็น 27.9 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี 2540 (ปิยะดา ประเสริฐสม และศรีสุดา ลีละศิธร, 2542) และน้ำตาลนี้เองเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคฟันผุ (ฤดี สุราฤทธิ์, 2544) อย่างไรก็ตาม อย่างน้อยประชาชนก็ป้องกันตนเองจากโรคฟันผุได้จากการแปรงฟันเป็นประจำทุกวันและใช้ฟลูออไรด์ในรูปของยาสีฟัน แม้จะไม่ทุกคนแต่ส่วนใหญ่ก็ปฏิบัติตามพฤติกรรมดังกล่าวซึ่งก็ตรงกับองค์ความรู้เชิงการป้องกันที่ว่าฟลูออไรด์ในยาสีฟันนั้นสามารถป้องกันฟันผุได้ระดับหนึ่ง (ปิยะดา ประเสริฐสม, 2544) นอกจากการดูแลตนเองดังกล่าวแล้ว ประชาชนยังมีพฤติกรรมดูแลตนเองอื่นๆ อีก เช่น การอมเกลือหรือการใช้เกลือสีฟัน การใช้ไหมขัดฟัน การควบคุมการกินขนมในเด็ก เป็นต้น (พัชรลักษณ์ เกื่อนนาดี และสุปรีดา อุดยานนท์, 2542ก) และในกลุ่มเยาวชนอายุ 13-25 ปี และกลุ่มวัยทำงานอายุ 25-59 ปี มีการใช้เครื่องมือเสริมเพื่อช่วยทำความสะอาดฟัน เช่น ร้อยละ 2.8 ใช้ไหมขัดฟัน ร้อยละ 9.6 ใช้น้ำยาบ้วนปาก และร้อยละ 9.8 ใช้ลูกอมหรือยาอมดับกลิ่นปาก เป็นต้น แต่กลุ่มดังกล่าวยังขาดความรู้ในการพิจารณาคุณภาพของแปรงสีฟัน ยาสีฟันอยู่ (มัลลิกา ตันทุลเวศม์ และคณะ, 2541)

และในการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการในช่องปากนั้น ทุกกลุ่มจะมีพฤติกรรมที่เหมือนกันคือเลือกที่จะปล่อยให้หายเองก่อน ถ้าไม่หายก็จะซื้อยากิน แล้วจึงไปหาหมอฟัน ซึ่งคล้ายคลึงกับที่พัชรลักษณ์ เกื่อนนาดี และสุปรีดา อุดยานนท์ (2542ก) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อมีปัญหา มีแบบแผนพฤติกรรมที่หลากหลายอยู่ 6 แบบ ได้แก่ การดูแลรักษาด้วยตนเองเท่านั้น การดูแลรักษาด้วยตนเองแล้วไปรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน การรับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน การรักษาจากหมอฟันบ้าน การรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันแล้วกลับไปดูแลรักษาด้วยตนเอง และการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันแล้วกลับไปรักษากับหมอฟันบ้าน ขึ้นอยู่กับระดับของโรค ประสพการณ์ที่มีหรือรับรู้ และบริบททางเศรษฐกิจและสังคม อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจทัศนสุขภาพนั้น การตัดสินใจว่าพฤติกรรมทันตสุขภาพใดเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์อยู่ที่การตัดสินใจของทันตบุคลากรตามหลักวิชาการและองค์ความรู้ที่มีอยู่เป็นสำคัญ แต่แท้จริงแล้ว ในการพิจารณาพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพนั้น ควรคำนึงถึงปัจจัยอื่นโดยเฉพาะปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมร่วมด้วย เช่น ในกรณีพฤติกรรมการใช้ฟันปลอม แม้แนวโน้มจะเพิ่มขึ้น (เพ็ชรา เตชะกัมพูช และคณะ, 2542) แต่การตัดสินใจว่าจะใส่ฟันปลอมหรือไม่ขึ้นอยู่ปัจจัยหลายประการ เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก (พัชรลักษณ์ เกื่อนนาดี และสุปรีดา อุดยานนท์, 2542ข; ดาวเรือง แก้วขันตี และคณะ, 2543) ความรู้สึกเป็นสุข (ประภล พิบุลย์โวจน์ ชาญชัย ให้สงวน และวรางคณา เวชวิช, 2541) ค่าใช้จ่ายสุขภาพทั่วไป ผลกระทบต่อสมรรถนะในการดำเนินชีวิต ได้แก่ การกินอาหาร การยิ้ม การหัวเราะ การเข้าสังคม (Adulyanon et al, 1996; Srisilapanan and Sheilham., 2001) เป็นต้น

การรับบริการของประชาชน

การใช้บริการ แหล่งบริการที่เลือกใช้ เหตุผลในการเลือกใช้สถานบริการนั้นๆ และเหตุผลที่ไม่ไปรับบริการของประชาชนจากการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติ พบว่า ในแต่ละกลุ่มอายุมีพฤติกรรมต่างๆ ดังกล่าว ดังนี้

กลุ่มอายุ 18 ปี ในรอบปีที่ผ่านมาไปใช้บริการเพียงร้อยละ 19.3 ถึงร้อยละ 39.6 วัยรุ่นที่อยู่ในเขตเมืองไปใช้บริการมากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในเขตชนบท ซึ่งถ้าในเขตเมืองส่วนใหญ่จะเลือกรับบริการของภาคเอกชนมากกว่าของรัฐ แต่ในเขตชนบทจะเลือกรับบริการของภาครัฐมากกว่าเอกชน เหตุผลที่เลือกสถานบริการ ได้แก่ ใกล้บ้าน รวดเร็ว และค่ารักษาถูกหรือฟรี ส่วนคนที่ไม่ไปรับบริการให้เหตุผลว่า เพราะไม่ได้เป็นอะไร หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีเวลา (ตารางที่ 3.15)

กลุ่มอายุ 35-44 ปี มีการใช้บริการมากกว่ากลุ่มวัยรุ่น คือ ร้อยละ 23.5 ถึงร้อยละ 49.1 ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองไปใช้บริการมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท โดยการเลือกไปรับบริการเหมือนกับกลุ่มวัยรุ่น กล่าวคือ ถ้าในเขตเมืองส่วนใหญ่จะเลือกรับบริการของภาคเอกชนมากกว่าของรัฐ แต่ในเขตชนบทจะเลือกรับบริการของภาครัฐมากกว่าเอกชน เหตุผลในการเลือกรับบริการ ได้แก่ ใกล้บ้าน รวดเร็ว ค่ารักษาถูกหรือฟรี และบริการดี ส่วนผู้ที่ไม่ไปรับบริการให้เหตุผลเช่นเดียวกับกลุ่มวัยรุ่น คือ เพราะไม่ได้เป็นอะไร หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีเวลา (ตารางที่ 3.16)

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการใช้บริการลดลง คือ เพียงร้อยละ 14.7 ถึงร้อยละ 39.1 ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองไปใช้บริการมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท โดยการเลือกไปรับบริการเหมือนกับกลุ่มทั้งสองกลุ่มที่กล่าวมา คือ ถ้าในเขตเมืองส่วนใหญ่จะเลือกรับบริการของภาคเอกชนมากกว่าของรัฐ แต่ในเขตชนบทจะเลือกรับบริการของภาครัฐมากกว่าเอกชน เหตุผลในการเลือกรับบริการ ได้แก่ ใกล้บ้าน รวดเร็ว คุณภาพดี หอมเก่ง และรู้จักสถานบริการเพียงแห่งเดียว ส่วนผู้ที่ไม่ไปรับบริการให้เหตุผลว่า เพราะไม่ได้เป็นอะไร หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย หรือไม่มีฟันในปากแล้ว (ตารางที่ 3.17)

จะเห็นได้ว่า โดยภาพรวมแล้วที่ผ่านมามีผู้ไปใช้บริการทางทันตกรรมไม่มากนัก ส่วนใหญ่ผู้ที่มีโอกาสคือผู้ที่อยู่ในเขตเมืองจะไปรับบริการมากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท เหตุผลหลักในการเลือกรับบริการที่สถานบริการใดนั้น คือ ใกล้บ้าน และรวดเร็ว ซึ่งก็สัมพันธ์กับการการเลือกรับบริการที่ว่า ถ้าในเขตเมืองส่วนใหญ่จะเลือกรับบริการของภาคเอกชนมากกว่าของรัฐ แต่ในเขตชนบทจะเลือกรับบริการของภาครัฐมากกว่าเอกชน และมักจะไปใช้บริการเมื่อมีอาการมากแล้ว ซึ่งก็สอดคล้องกับทั้งการศึกษาของวรรณุช พร้อมนาวัน (2542) และการศึกษาของธวัช ลีลาเลิศอำไพ และคณะ (2538) รวมทั้งพฤติกรรมการแก้ปัญหาเมื่อเกิดอาการในช่องปากที่กล่าวมาแล้วที่ว่า ถ้ามีอาการเพียงเล็กน้อยก็มักจะปล่อยให้หายเองก่อน ถ้าไม่หายก็จะซื้อยากิน และท้ายที่สุดถ้าไม่หายจึงจะไปหาหมอฟัน

การตัดสินใจรับบริการทันตกรรมของประชาชนขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชนอยู่หลายการศึกษา ได้แก่

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ความตระหนักต่อปัญหาโรคในช่องปาก ประสบการณ์ในการได้รับบริการ (เฉลิมพงษ์ ชิตไทสง, 2531) ศาสนา สภาวะความเป็นเมือง-ชนบท ทศนคติต่อสุขภาพช่องปาก การประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก (Eungpoonsawat and Petersen, 2001) การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของประชาชน การประเมินระดับความรุนแรงของโรคต่อชีวิต (ปริศรี ศิลปพร และคณะ, 2538) ประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ความเชื่อต่อผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ในการไปรับบริการ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากผู้ให้บริการ ช่วงเวลาว่างของตนเอง (เบญจวรรณ ยามวงศ์ และคณะ, 2538) การมีสิทธิในการเบิกค่าใช้จ่าย (วรพันธ์ ลิมสินธะโรภาส, 2537; ปิยะนาถ มหาโพธิ์ และคณะ, 2539; ชาญชัย ให้สงวนและคณะ, 2544)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนบุคลกร เช่น ความสุภาพ ความเอาใจใส่ (อรนุช บุญรังสิมันต์ และคันสนีย์ ธนกิจการ, 2538) จรรยาบรรณ จริยธรรม คุณธรรม บุคลิกภาพ การตรงต่อเวลา มนุษยสัมพันธ์ ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน ความสามารถในการสื่อสาร (รวาวรรษ์ ขจรรัตนวิทย์, 2544)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการและการให้บริการ เช่น อัตราค่าบริการ สถานที่และสิ่งแวดล้อม เครื่องมือความสะดวกในการเดินทาง ระยะเวลาในการให้บริการ จำนวนครั้งในการให้การรักษา คุณภาพการให้บริการ ชื่อเสียงของสถานบริการ การเคยได้รับบริการอื่นจากสถานบริการนั้น (เกษร อังคุสิงห์, 2536; อรนุช บุญรังสิมันต์ และคันสนีย์ ธนกิจการ, 2538; รัชนิชา กัฬะสุต และคณะ, 2539; รัตนาวรรณ ยูลลิต และคณะ, 2539; กมลรัตน์

สาตี และคณะ, 2539; อัมภา ประเดิมดี และคณะ, 2540; อัสวเมธา สุขพาสันติ และคณะ, 2540; วราวัชร ขจรรัตนวณิชย์, 2544; Hosanguan et al., 1998)

อย่างไรก็ตาม นอกจากปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วนั้น ในขณะที่สังคมเปลี่ยนแปลง ประชาชนเริ่มมีการตรวจสอบการให้บริการมากขึ้น ประกอบกับมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 โดยแพทยสภา สภาการพยาบาล สมาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การรับบริการของประชาชนเริ่มมีการคุ้มครองสิทธิมากขึ้น อุไรวรรณ อมรไชย (2544) ได้ศึกษาเรื่องของสิทธิผู้ป่วยในการรักษาทันตกรรมในมุมมองของผู้ป่วย พบว่า แม้สิทธิผู้ป่วยทั้ง 10 ข้อจะครอบคลุมต่อสิทธิสำคัญของประชาชนพอสมควร แต่ในทางปฏิบัตินั้นประชาชนก็ยังไม่ได้ใช้สิทธินั้นอย่างเต็มที่ เนื่องจากมีอิทธิพลของสภาพสังคมวัฒนธรรมไทยเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย รวมทั้งแนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในบางประเด็นก็ยังมีข้อจำกัดอยู่ เช่น กรณีการเปลี่ยนผู้ให้บริการ หากประชาชนต้องการเปลี่ยนผู้ให้บริการจากทันตภิบาลเป็นทันตแพทย์ ซึ่งไม่มีหรือไม่อยู่ในขณะนั้นจะทำได้ เป็นต้น และจากการประชุมระดมสมองเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ พบว่า มีประเด็นหลายประเด็นที่ได้ถูกกล่าวถึงไว้ เช่น ราคาค่าบริการ บริการที่ได้รับและการถูกเลือกปฏิบัติ การรับรู้เรื่องสิทธิ คุณภาพบริการ ความไม่เข้มแข็งเรื่องคุณธรรม จริยธรรมของผู้ให้บริการ เป็นต้น (สุณี ผลดีเยี่ยม, 2544) และจากการสรุปเรื่องร้องเรียนที่มีถึงทันตแพทยสภาในช่วงปี พ.ศ. 2543-2544 พบว่า ปี พ.ศ. 2543 มีเรื่องร้องเรียนทั้งสิ้น 19 เรื่อง เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2542 กว่าเท่าตัว และปี พ.ศ. 2544 นับถึงเดือนกรกฎาคม มีเรื่องร้องเรียนรวม 12 เรื่อง (ทันตแพทยสภา, 2544) ซึ่งในอนาคตแนวโน้มปัญหาการบริการของประชาชนจะมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องของสิทธิและการคุ้มครองผู้บริโภคมากขึ้นเป็นลำดับ

สรุปทันตสุขภาพ: พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และการรับบริการของประชาชน

จากที่ได้กล่าวมา การดูแลทันตสุขภาพมีผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่หลายฝ่ายขึ้นอยู่กับระดับความรับผิดชอบ โดยเฉพาะแต่ทันตบุคลากรเท่านั้น ยังมีประชาชนผู้เป็นเจ้าของสุขภาพ บุคคลในครอบครัว และชุมชน รวมทั้งบุคลากรอื่น เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครู (คณะกรรมการชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาทางเลือกของรูปแบบระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอในอนาคต, 2542) ซึ่งแต่ละฝ่ายนั้นก็มีความบทบาทที่แตกต่างกันไป การดูแลสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการสร้างเสริมพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีทันตสุขภาพที่ดีเป็นบทบาทที่สำคัญของประชาชน ส่วนบทบาทหลักของทันตบุคลากรก็คือการให้บริการแก่ประชาชน ซึ่งบริการที่ประชาชนจะได้รับนั้นประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ที่ควรสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาทันตสุขภาพของประชาชนในแต่ละพื้นที่ โดยอิงข้อมูลสถานะทันตสุขภาพของแต่ละพื้นที่เป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการบริการด้วย ได้มีผู้พยายามกำหนดบทบาทของทันตบุคลากรในอนาคตไว้เป็นแนวทางอยู่บ้าง เช่น ประทีป พันธุมวนิช และคณะ (2541) ได้คาดการณ์บทบาทของทันตบุคลากรในอนาคตไว้ว่า ในการบริหารจัดการนั้นควรให้ทันตบุคลากรมีบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมและทำงานเป็นทีม ให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพช่องปาก เพื่อปฏิบัติงานส่งเสริมซึ่งกันและกัน และเพื่อการจัดการบริการที่มีคุณภาพ ครบถ้วนสมบูรณ์ และคุ้มครองเศรษฐกิจศาสตร์ทั้งด้านผู้รับและผู้ให้บริการ ซึ่งบทบาทดังกล่าวจะต้องขึ้นอยู่กับบริบทต่างๆ ที่กำลังเปลี่ยนแปลงเป็นสำคัญ

ตารางที่ 3.15 เปรียบเทียบรายละเอียดต่างๆ ของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพ ในกลุ่มอายุ 18 ปี

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ		
			ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537**
18	การใช้บริการในรอบปี	ร้อยละ	19.3	36.7	39.6
		ตามเขต	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท
	แหล่งบริการที่เลือก	เขตเมือง	รัฐ > เอกชน	เอกชน > รัฐ	เอกชน > รัฐ
		เขตชนบท	รัฐ > เอกชน	รัฐ > เอกชน	รัฐ > เอกชน
	เหตุผลในการเลือกใช้สถาน บริการ 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	-*	ใกล้บ้าน	ใกล้บ้าน
		ลำดับที่ 2	-	รวดเร็ว	รวดเร็ว
		ลำดับที่ 3	-	ค่ารักษาถูก/ฟรี	ค่ารักษาถูก/ฟรี
	เหตุผลที่ไม่ไปรับบริการ 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	ไม่ได้เป็นอะไร	-	ไม่ได้เป็นอะไร
		ลำดับที่ 2	ไม่มีเวลา	-	ปวดเล็กน้อย
		ลำดับที่ 3	ปวดเล็กน้อย กลัว	-	ไม่มีเวลา
	การแปรงฟันเป็นประจำทุกวัน	ร้อยละ	95.9	78.3	96.0
		ตามเขต	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท
	การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	ร้อยละ	91.6	-	91.1
		ตามเขต	ชนบท > เมือง	-	ชนบท > เมือง
	ประเภทของอาหารว่าง 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	-	-	ลูกอม
		ลำดับที่ 2	-	-	ขนมบรรจุถุง
		ลำดับที่ 3	-	-	น้ำอัดลม
	การตรวจฟันด้วยตนเอง	ร้อยละ	-	-	92.7
		ตามเขต	-	-	เมือง > ชนบท
	การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิด อาการในช่องปาก	ลำดับที่ 1	-	-	ปล่อยให้หายเอง
		ลำดับที่ 2	-	-	ซื้อยามากิน
		ลำดับที่ 3	-	-	หาหมอฟันเลย

หมายเหตุ * - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

** สำรวจในกลุ่มอายุ 17-19 ปี

ตารางที่ 3.16 เปรียบเทียบรายละเอียดต่างๆ ของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพ ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ		
			ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537
35-44	การใช้บริการในรอบปี	ร้อยละ	23.5	49.1	47.3
		ตามเขต	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท
	แหล่งบริการที่เลือก	เขตเมือง	เอกชน > รัฐ	เอกชน > รัฐ	เอกชน > รัฐ
		เขตชนบท	รัฐ > เอกชน	รัฐ > เอกชน	รัฐ > เอกชน
	เหตุผลในการเลือกใช้บริการ 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	-	รวดเร็ว	ใกล้บ้าน
		ลำดับที่ 2	-	ใกล้บ้าน	รวดเร็ว
		ลำดับที่ 3	-	ค่ารักษาถูก/ฟรี	บริการดี
	เหตุผลที่ไม่ไปรับบริการ 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	ไม่ได้เป็นอะไร	-	ไม่ได้เป็นอะไร
		ลำดับที่ 2	ปวดเล็กน้อย	-	ปวดเล็กน้อย
		ลำดับที่ 3	ไม่มีเวลา	-	ไม่มีเวลา
	การแปรงฟันเป็นประจำทุกวัน	ร้อยละ	86.1	67.4	89.4
		ตามเขต	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท
	การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	ร้อยละ	78.7	-	81.6
		ตามเขต	เมือง > ชนบท	-	เมือง > ชนบท
	ประเภทของอาหารว่าง 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	-	-	ขนมหวานไทย
		ลำดับที่ 2	-	-	น้ำอัดลม
		ลำดับที่ 3	-	-	ขนมบรรจุถุง
	การตรวจฟันด้วยตนเอง	ร้อยละ	-	-	93.1
		ตามเขต	-	-	ชนบท > เมือง
	การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการในช่องปาก	ลำดับที่ 1	-	-	ปล่อยให้หายเอง
		ลำดับที่ 2	-	-	ซื้อยามากิน
		ลำดับที่ 3	-	-	หาหมอฟันเลย

หมายเหตุ * - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

ตารางที่ 3.17 เปรียบเทียบรายละเอียดต่างๆ ของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับทันตสุขภาพ ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป

อายุ (ปี)	รายละเอียดในการเปรียบเทียบ		รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ		
			ปี 2527	ปี 2532	ปี 2537
60+	การใช้บริการในรอบปี	ร้อยละ	14.7	39.1	33.1
		ตามเขต	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท
	แหล่งบริการที่เลือก	เขตเมือง	รัฐ > เอกชน	เอกชน > รัฐ	เอกชน > รัฐ
		เขตชนบท	รัฐ > เอกชน	รัฐ > เอกชน	รัฐ > เอกชน
	เหตุผลในการเลือกใช้บริการ 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	-	รวดเร็ว	ใกล้บ้าน
		ลำดับที่ 2	-	ใกล้บ้าน	รวดเร็ว
		ลำดับที่ 3	-	คุณภาพดี/ หมอเก่ง	รู้จักแห่งเดียว
	เหตุผลที่ไม่ไปรับบริการ 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	ไม่ได้เป็นอะไร	-	ไม่ได้เป็นอะไร
		ลำดับที่ 2	ปวดเล็กน้อย	-	ปวดเล็กน้อย
		ลำดับที่ 3	ไม่มีฟันในปาก	-	ไม่มีฟันในปาก
	การแปรงฟันเป็นประจำทุกวัน	ร้อยละ	36.8	34.9	59.3
		ตามเขต	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท	เมือง > ชนบท
	การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์	ร้อยละ	30.7	-	58.4
		ตามเขต	เมือง > ชนบท	-	เมือง > ชนบท
	ประเภทของอาหารว่าง 3 ลำดับแรก	ลำดับที่ 1	-	-	ขนมหวานไทย
		ลำดับที่ 2	-	-	ขนมบรรจุถุง
		ลำดับที่ 3	-	-	น้ำอัดลม
	การตรวจฟันด้วยตนเอง	ร้อยละ	-	-	67.4
		ตามเขต	-	-	ชนบท > เมือง
	การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการในช่องปาก	ลำดับที่ 1	-	-	ปล่อยให้หายเอง
		ลำดับที่ 2	-	-	ซื้อยามากิน
		ลำดับที่ 3	-	-	หาหมอฟันเลย

หมายเหตุ * - หมายถึง ไม่มีข้อมูล

บทที่ 4

สถานการณ์ของบทบาทหน้าที่ การผลิต การกระจาย การบริการของทันตบุคลากรไทยในปัจจุบัน

ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ

ชาญชัย ให้สงวน

1 บทบาทหน้าที่ของ ทันตแพทย์ ทันตภิบาล ผู้ช่วยทันตแพทย์ ช่างทันตกรรม

บทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์

ตาม พ.ร.บ.วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 ให้ความหมายของ “ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม” ว่าเป็นบุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมจากทันตแพทยสภา ซึ่งในปัจจุบันมีเพียงทันตแพทย์ที่จบการศึกษาจากมหาวิทยาลัยของรัฐในประเทศ และผู้ศึกษาจบทันตแพทย์จากต่างประเทศที่สอบผ่านตามเกณฑ์ที่ทันตแพทยสภากำหนดเท่านั้น ที่จะได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ในช่วงระหว่าง พ.ศ.2486-2516 มีการผลิตทันตอนามัย (ทวีศักดิ์ สุททกวาทิน, 2529) ซึ่งได้รับใบประกอบวิชาชีพเป็นทันตแพทย์ชั้น 2 และในปัจจุบัน แม้จะเลิกการผลิตไปแล้ว แต่ยังคงได้รับสิทธิเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมชั้น 2 ตามพรบ.วิชาชีพทันตกรรม)

บทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ ในแง่การประกอบวิชาชีพทันตกรรม อาจถือเอาจาก พรบ.วิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2537 ที่ได้ให้คำจำกัดความ “วิชาชีพทันตกรรม” ว่าหมายถึง วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจ การวินิจฉัย การบำบัด หรือการป้องกัน โรคฟัน โรคอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับฟัน โรคอวัยวะในช่องปาก โรคขากรรไกรและกระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร รวมทั้งการกระทำทางศัลยกรรม และการกระทำใด ๆ ในการบำบัดบูรณะและฟื้นฟูสภาพของอวัยวะในช่องปาก กระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกรและการทำฟันในช่องปาก

อนึ่ง ขณะนี้ ทันตแพทยสภาได้แต่งตั้งอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพขึ้น เพื่อจัดทำกรอบมาตรฐานของลักษณะงานที่ผู้จบการศึกษาทันตแพทยศาสตร์ควรปฏิบัติได้ หากจัดทำเสร็จแล้ว อาจนำมาใช้เป็นบทบาทหน้าที่หลักของทันตแพทย์ต่อไป

เอกสารกำหนดลักษณะตำแหน่งของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2518) ได้กำหนดลักษณะงานที่ปฏิบัติของทันตแพทย์ ไว้ดังนี้ “การให้บริการทางทันตกรรม โดยปฏิบัติหน้าที่อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่าง เช่น ตรวจ วินิจฉัย และให้การบำบัดรักษาโรคฟัน และโรคในช่องปากที่มีปัญหายุ่งยาก วิเคราะห์ข้อมูลการตรวจ และวินิจฉัยโรคเพื่อดำเนินการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางทันตกรรม เช่น ถอนฟัน อุดฟัน ทำศัลยกรรม ตกแต่งเหงือกและกระดูกขากรรไกร และทำศัลยกรรมในช่องปาก เป็นต้น ศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อหาวิธีปรับปรุงการบำบัดรักษาโรคฟันให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีที่สุด ให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยทางทันตกรรมและประชาชนทั่วไปในการป้องกันและรักษาสุขภาพช่องปากและฟัน ฝึกอบรมให้คำปรึกษาและแนะนำ ควบคุมการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ ทันตภิบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง”

จากการประชุมสัมมนา เรื่อง ทันตแพทย์ไทยในทศวรรษหน้า พ.ศ. 2533 (องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2533) ได้เสนอลักษณะทันตแพทย์ที่สอดคล้องกับสังคมไทยในทศวรรษหน้าจะต้องมีดังนี้

- ความเป็นแพทย์มากกว่าช่างเทคนิค (Medical oriented > Technical oriented) มีความสามารถประกอบอาชีพทันตเวชปฏิบัติทั่วไป เพื่อแก้ปัญหาความเจ็บป่วยของประชาชนโดยเป็นทันตแพทย์ที่มีการฝึกฝนทางคลินิกมาอย่างดี
- ด้านความคิดที่กว้างขวาง สามารถพิจารณาปัญหาทันตสุขภาพอย่างรอบด้าน (Wholistic approach) ไม่เพียงแต่ตรวจพิจารณาหัตถ์วินิจฉัย ส่งเสริมป้องกัน และรักษาโรคเท่านั้น ยังต้องเข้าใจและนำเอาพฤติกรรมศาสตร์มาประยุกต์ใช้มากขึ้น
- ทักษะทางความคิด (Conceptual skill) มีวิจรณ์ญาณ (critical mind) บนพื้นฐานของความเป็นนักวิชาการ สามารถตรวจสอบคุณภาพที่ตนให้บริการผู้ป่วย หรือปฏิบัติงานทางทันตกรรมได้ มีการตัดสินใจที่ดี รู้จักเลือกใช้เทคโนโลยีขั้นสูง
- ทักษะในการสื่อสารที่ดี มีศิลปะในการพูดและฟังที่ดี เพื่อทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เพื่อนร่วมงาน และสาธารณชนได้
- กรอบของจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ไม่ยอมให้แนวคิดในลักษณะของ “การแพทย์พาณิชย์” เข้ามาครอบงำ

จากลักษณะของทันตแพทย์ที่ควรจะเป็นดังกล่าวข้างต้นแล้วนั้น จึงได้มีข้อเสนอระบบการจัดบริการทางทันตกรรมในทศวรรษหน้า โดยการทำงานของทันตบุคลากรจะมีลักษณะเป็นทีมทันตสุขภาพ ประกอบด้วยทันตบุคลากรหลายๆ ประเภท รับผิดชอบสุขภาพช่องปากของชุมชน โดยได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ใน 3 ฐานะของทีมทันตสุขภาพ ดังนี้

- 1) **ทันตแพทย์หัวหน้าทีม** มีบทบาทของหัวหน้าทีม ทำหน้าที่ด้านการบริหารจัดการ บริหารการบริการทันตกรรม และการดำเนินงานทันตสาธารณสุข
- 2) **ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง** ทำหน้าที่ให้บริการทันตกรรมที่ยุ่ยากซับซ้อนเฉพาะทาง ให้การอบรมแก่ทันตแพทย์ทั่วไป และทันตบุคลากรผู้ช่วยในสาขานั้นๆ รวมทั้งดำเนินการวิจัย
- 3) **ทันตแพทย์ทั่วไป** มีหน้าที่ในการรักษาทั่วไปที่ซับซ้อนปานกลาง และการรักษาที่ต้องการการตัดสินใจ พร้อมทั้งเป็นครูในการฝึกอบรมและนิเทศงานทันตสาธารณสุขแก่ทันตบุคลากรผู้ช่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล

ในระยะแรกของการผลิตทันตภิบาล ได้มีการออกระเบียบกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมที่ไม่ซับซ้อน เฉพาะแก่กลุ่มเด็กอายุไม่เกิน 14 ปี

ในปี พ.ศ.2539 ได้มีการออกระเบียบแก้ไขข้อกำหนดเดิม โดยยกเลิกการจำกัดอายุของผู้รับบริการ แต่กำหนดรายละเอียดของบริการที่ให้บริการได้อย่างชัดเจน คือ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่น หรือสภาภาษีไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ในความควบคุมของ

เจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2539 ซึ่งได้กำหนดให้ทันตภิบาลสามารถประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้ดังนี้

ด้านทันตกรรมป้องกัน

- 1) ใช้ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ
- 2) ใช้สารเคลือบหลุมร่องฟันเพื่อป้องกันโรคฟันผุ
- 3) ชูดหินน้ำลายเพื่อทำความสะอาดฟัน เพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบด้านทันตกรรมบำบัด จุกเงิน
- 4) บำบัดจุกเงินด้านทันตกรรมเบื้องต้นเพื่อลดความเจ็บปวด การกรอฟันเพื่อระบายหนอง
- 5) ช่วยเหลือผู้ป่วยจุกเงินเบื้องต้น ก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาทางทันตกรรม เช่น ภาวะเลือดออกมาก
- 6) คัดแยกโรคและส่งต่อผู้ป่วยทางทันตกรรมเช่น ผู้ป่วยที่มีโรคระบบ (Systemic Disease)

ด้านทันตกรรมบำบัด

- 1) ตรวจวินิจฉัยและคัดแยกโรคในช่องปาก
- 2) อุดฟันชนิดไม่ซับซ้อนด้วยวัสดุอุดฟัน
- 3) ถอนฟันที่ขึ้นปกติที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- 4) รักษาโรคเหงือกอักเสบโดยการชูดหินน้ำลาย

สำหรับการดำเนินงาน ด้านส่งเสริมสุขภาพ อาจยึดถือตามหลักสูตรทันตภิบาล พ.ศ.2524 ซึ่งกำหนดค่อนข้างชัดเจนไว้ดังนี้

- 1) รณรงค์ด้านทันตสุขภาพ
- 2) ให้ความรู้ทางทันตสุขภาพแก่นักเรียน ประชาชน ทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล ได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ
- 3) จัดการอบรมครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ผสส./อสม. และอาสาสมัครอื่นๆ
- 4) ให้คำแนะนำด้านทันตสุขภาพแก่ผู้ปกครอง สตรีมีครรภ์ และเด็ก

ตามเอกสารกำหนดลักษณะตำแหน่งของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ได้กำหนดลักษณะงานที่ปฏิบัติของทันตภิบาล (ชื่อตำแหน่งคือ “เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข”) ไว้ดังนี้

ลักษณะงานทั่วไป คือ การให้บริการทันตสาธารณสุขแก่เด็กวัยต่างๆ ผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ในการตรวจ ป้องกัน และบำบัดรักษาทางทันตกรรมและโรคช่องปาก เป็นตำแหน่งที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำเภอ ศูนย์การแพทย์และอนามัย หรือสถานพยาบาลในชนบท เช่น การตรวจฟัน อุดฟัน ชูดหินน้ำลาย ถอนฟัน รักษาโรค และทำความสะอาดในช่องปาก หรือแผล ภายหลังถอนฟัน ฯลฯ ตามคำสั่งหรือ ภายใต้การควบคุมของทันตแพทย์ ให้คำปรึกษาแนะนำ และเผยแพร่ด้านการรักษาความสะอาดและสุขภาพฟันและช่องปากแก่ผู้ป่วย นักเรียน ครู ผู้ปกครอง เวชภัณฑ์ต่างๆ ในกิจกรรมทันตสาธารณสุขจำทำแผนปฏิบัติการด้านทันตสาธารณสุข จัดทำรายงานและสถิติทางทันตสาธารณสุข เพื่อติดตามผลงานทางด้านทันตสาธารณสุข อาจปฏิบัติงานการส่งเสริมสุขภาพ การสุขภาพิบาล การควบคุมป้องกันโรค และรักษาพยาบาล และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

บทบาทหน้าที่ของผู้ช่วยทันตแพทย์

ตามเอกสารกำหนดลักษณะตำแหน่งของสำนักงานข้าราชการพลเรือน ได้กำหนดลักษณะงานที่ปฏิบัติของผู้ช่วยทันตแพทย์ ไว้ดังนี้

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ คือ ผู้ช่วยทันตแพทย์ในงานด้านต่างๆ เช่น การให้บริการและจัดเตรียมผู้ป่วยทางทันตกรรมให้พร้อมที่ทันตแพทย์จะปฏิบัติงานได้ทันที จัดเครื่องมือให้ครบตามงานที่จะปฏิบัติ ทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ช่วยทันตแพทย์ขณะปฏิบัติงาน เตรียมและผสมวัสดุทางทันตกรรม หล่อแบบปูนปลาสเตอร์ ช่วยในการถ่ายภาพเอกซเรย์และล้างฟิล์ม ให้คำแนะนำคนไข้ตามความเห็นของทันตแพทย์ ลงบันทึกการนัดคนไข้ รวบรวมเก็บบัตรรายงานและลงทะเบียน ทำบัญชีวัสดุ ครุภัณฑ์ บำรุงรักษาเครื่องมือเครื่องใช้ทางทันตกรรมให้อยู่ในสภาพพร้อมที่จะปฏิบัติงานได้ และปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

บทบาทหน้าที่ของช่างทันตกรรม

ตามเอกสารกำหนดลักษณะตำแหน่งของสำนักงานข้าราชการพลเรือน ได้กำหนดลักษณะงานที่ปฏิบัติของช่างทันตกรรมไว้ดังนี้

ลักษณะงานทั่วไปที่ปฏิบัติ คือ งานช่างทันตกรรม ซึ่งมีลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับการประดิษฐ์อุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพ อวัยวะเทียมในช่องปากและใบหน้า รวมทั้งเครื่องมือสำหรับแก้ไขและบำบัดความผิดปกติของอวัยวะในช่องปาก ร่วมกับการรักษาทางศัลยกรรมช่องปาก และการจัดฟัน อันเป็นการทำงานในห้องปฏิบัติการต่อเนื่องจากที่ทันตแพทย์ได้ออกแบบหรือวางแผนการรักษาไว้แล้ว อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่ใช้ทางทันตกรรมจัดฟันทั้งชนิดถอดได้และติดแน่น รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ประกอบการรักษาทางศัลยกรรม หรือเสริมแต่งอวัยวะในช่องปากหรือใบหน้าส่วนที่ขาดหายไปและใช้งานได้ โดยต้องใช้ความประณีตและเทคนิคที่ถูกต้องในการประดิษฐ์อุปกรณ์เหล่านี้ ตามคำสั่งของทันตแพทย์ และปฏิบัติหน้าที่อื่นที่เกี่ยวข้อง

ทันตบุคลากรผู้ช่วยประเภทต่างๆ ในต่างประเทศ (องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2533)

การมีทันตบุคลากรผู้ช่วยนานาประเภท จะทำให้ทันตแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วย และให้การบำบัดรักษา และป้องกันโรคในช่องปากได้ครอบคลุมประชากรมากขึ้น ในประเทศอังกฤษ อัตราส่วนของทันตแพทย์ต่อทันตบุคลากรผู้ช่วย เท่ากับ 1:2 ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา และญี่ปุ่น มีการใช้บุคลากรผู้ช่วยมากเป็น 5 เท่าของประเทศอังกฤษ ในประเทศนิวซีแลนด์ การบริการทันตกรรมในเด็กทั้งหมดรับผิดชอบโดย Dental therapist จะส่งต่อให้ทันตแพทย์ในรายที่การรักษาซับซ้อนเท่านั้น ส่วนในประเทศแคนาดา เดนมาร์ก และเนเธอร์แลนด์ มีทันตบุคลากรประเภท Denturist ที่ให้บริการฟันปลอมทั้งปากชนิดแน่นแก่ประชาชนได้

การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Educational and training of personnel auxiliary to dentistry ในประเทศอังกฤษ ได้กล่าวถึง แนวทางการพัฒนาทันตบุคลากรผู้ช่วยประเภทต่างๆ โดยมีพื้นฐานของการวิเคราะห์และพิจารณา ดังนี้

- สภาพะสุขภาพช่องปากของประชาชนในทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มดีขึ้น
- การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยมีผู้สูงอายุมากขึ้น
- การจัดบริการสุขภาพช่องปากสำหรับประชาชนต้องคำนึงถึงการเข้าถึงบริการ ความเสมอภาคของการได้รับบริการ การบริการมีคุณภาพดี การบริการมีต้นทุน/ประสิทธิผลสูง

- การบริการที่มีการป้องกัน (Preventive-based approach) ร่วมกับการดำเนินงานร่วมกันเป็นทีม (Team-based approach) เป็นพื้นฐาน

การบริการสุขภาพช่องปาก เพื่อรองรับหลักการดังกล่าว จำต้องมีการทบทวน และสรุปบทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรผู้ช่วยที่ควรจะเป็นในอนาคตไว้ให้เหมาะสม ต่อไปนี้เป็นบุคลากรผู้ช่วยบางส่วน ที่มีการผลิตและใช้อยู่ในหลายประเทศ

1) ผู้ช่วยทันตกรรม (Dental Surgery Assistan)

มีบทบาทหน้าที่ช่วยทันตแพทย์และทันตบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้การทำงานในคลินิกมีประสิทธิภาพมากขึ้น คือช่วยอยู่ข้างเก้าอี้ทันตกรรม และช่วยงานต้อนรับผู้ป่วย

ระยะเวลาในการฝึกอบรมผู้ช่วยทันตกรรม คือ 1 ปี มีการอบรมระหว่างประจำการเพิ่มเติม ด้านทันตศึกษา การช่วยงานทันตกรรมในขณะให้การบำบัดรักษาในผู้ป่วยที่ได้รับการนอนหลับ (sedated copurse) และการถ่ายภาพรังสี ฯลฯ

2) Dental hygienist

มีหน้าที่ดูแลอนามัยช่องปาก โดยให้การรักษาเบื้องต้น เช่น การขูดหินน้ำลาย การทำความสะอาดช่องปาก การสอนแปรงฟัน และการรักษาความสะอาดช่องปาก โดยเฉพาะการเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ เฉพาะทางด้านปริทัศน์ สามารถทำงานได้ทั้งในสถานบริการภาครัฐและภาคเอกชน ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์

3) Dental therapist

มีบทบาทในการให้บริการทันตกรรมอย่างง่าย ไม่มีการลุกลามถึงโพรงประสาทฟัน หรือมีอาการติดเชื้อโรคใดๆ เช่น การบูรณะฟันที่ไม่ลึกและกว้างมาก การถอนฟันอย่างง่าย

4) Dental health educator

เป็น Dental surgery assistant และ Dental therapist ที่ได้รับการศึกษาอบรมต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาอีก 1-2 ปี ในมหาวิทยาลัย และอาจต่อเนื่องถึงระดับปริญญาโทได้ โดยมีวัตถุประสงค์ให้ทันตบุคลากรเหล่านี้มีความรู้ในการให้ทันตศึกษาแก่ผู้ป่วยและประชาชนเพิ่มขึ้น

5) Dental technician and Clinical oral technician

มีบทบาทและหน้าที่ในการประดิษฐ์และเตรียมงานทันตกรรมประดิษฐ์ในห้องปฏิบัติการ (นอกช่องปาก) การอบรม Dental technician เป็นหลักสูตรระดับปริญญาตรี มีการเรียนภาคทฤษฎี และปฏิบัติการ 3 ปี อีก 1 ปี เป็นการฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการทันตกรรม Dental hygienist สามารถรับการอบรมต่อเนื่องเป็น Dental technician ได้

6) Maxillofacial technician

คือ Dental technician ที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมในระดับปริญญาด้านเทคนิค สามารถช่วยทันตแพทย์ หรือศัลยแพทย์ช่องปากเม็กซิโอฟีเซียลได้อย่างมาก รับผิดชอบในการทำ Splint therapy เช่น body oral and hand splints การทำ Prosthetic rehabilitation เช่น obitulators และ facial prosthesos การทำ Implantology การทำ pre-operative planning สำหรับ orrthodontic operative planning และ major cranial and skeletal implantoloty เป็นต้น

7) Denturist

คือ Dental technician ที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมอีก 1 ปี หลังจากจบการ อบรม Dental technician 4 ปี แล้ว และฝึกงานอีก 2 ปีก่อน ที่จะได้รับอนุญาตให้ปฏิบัติงานอิสระได้ สามารถประดิษฐ์/ซ่อม และใส่ฟันปลอมชนิดมาตรฐานเป็นอคริลิกให้แก่ผู้ป่วยได้ ทันตบุคลากรประเภทนี้มีใช้อยู่ทั่วไปในหลายประเทศ ในยุโรป เช่น ประเทศเดนมาร์ก ประเทศเนเธอร์แลนด์ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุในประเทศเหล่านั้นมีความต้องการ ฟันปลอมสูงมาก

8) Orthodontic auxiliaries

เพื่อให้ทันตแพทย์จัดฟันสามารถดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นจึงต้องการผู้ช่วยที่สามารถช่วยแบ่งภาระของทันตแพทย์จัดฟันได้ ซึ่ง คือ ผู้ช่วยทันตกรรม Dental hygienist และDental therapist ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และได้รับการอบรมเพิ่มเติม ถึงระดับปริญญาตรี โดยสามารถปฏิบัติงานกับผู้ป่วยได้ เช่น การพิมพ์ปาก การให้คำแนะนำในการดูแลอนามัยช่องปาก ขณะรับการรักษการจัดฟัน สามารถใส่เครื่องมือแยกฟัน ติด/ถอด bands และ bonding brackets ผูกและถอดลวดดัดฟันได้ เป็นต้น

การผลิตและใช้ทันตบุคลากรผู้ช่วยนั้น จะทำให้ทันตแพทย์สามารถให้บริการครอบคลุมผู้ป่วย ได้มากขึ้น สัดส่วนจำนวนทันตบุคลากรผู้ช่วยต่อทันตแพทย์นั้นไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับชนิดของบริการและความจำเป็นของการบริการทันตกรรมในแต่ละแห่ง การผลิตและใช้ทันตบุคลากรผู้ช่วยนั้น ควรให้มีความยืดหยุ่นได้ เนื่องจากประเภทของบุคลากรที่ใช้จะขึ้นอยู่กับประเภทของบริการที่ต้องการในแต่ละสถานการณ์และสถานะของโรค การผลิตทันตบุคลากรผู้ช่วยใช้เวลาและค่าใช้จ่ายน้อย ดังนั้น หากไม่มีความจำเป็นต้องใช้ ก็อาจเลิกผลิต และเลิกใช้ได้ง่าย อย่างไรก็ตาม มิได้หมายความว่า เพื่อเป็นการประหยัดทรัพยากร จึงควรผลิตแต่ทันตบุคลากร ผู้ช่วยแทนทันตแพทย์ เนื่องจากอายุการทำงานของทันตบุคลากรผู้ช่วยค่อนข้างสั้น ประมาณ 5-15 ปี เป็นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่มักจะเลิกปฏิบัติงานหรือเปลี่ยนงานใหม่ต่างจากทันตแพทย์ที่มีอายุการทำงานมากกว่า 30 ปี ขึ้นไป

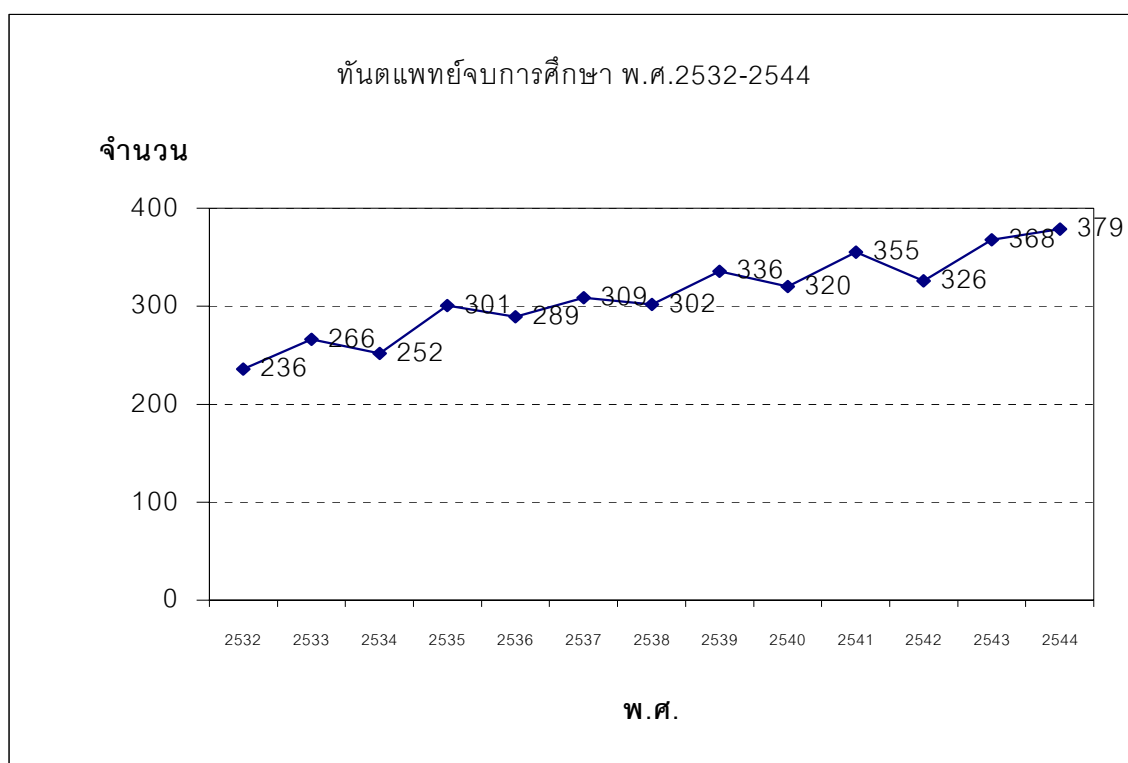
2. สถานการณ์การผลิตทันตบุคลากรแต่ละประเภท

ตารางที่ 4.1 จำนวนทันตแพทย์ที่จบการศึกษาระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2544

ปี พ.ศ.	จำนวนทันตแพทย์ ที่จบการศึกษา (คน)	ปี พ.ศ.	จำนวนทันตแพทย์ ที่จบการศึกษา (คน)
2532	236	2539	336
2533	266	2540	320
2534	252	2541	355
2535	301	2542	326
2536	289	2543	368
2537	309	2544	379
2538	302		

ที่มา เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการจัดสรรทันตแพทย์ผู้รับสัญญา พ.ศ.2544

ภาพที่ 4.1 จำนวนทันตแพทย์ที่จบการศึกษาระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2544



จากตาราง 4.1 และภาพ 4.1 แสดงให้เห็นแนวโน้มการเพิ่มปริมาณการผลิตทันตแพทย์อย่างช้าๆ จาก 236 คนใน พ.ศ.2532 เป็น 379 คน ใน พ.ศ.2544 และเมื่อประกอบกับแผนการผลิตของทบวงมหาวิทยาลัย (ตารางที่ 2.2) อัตราการผลิตของทันตแพทย์ตั้งแต่ พ.ศ.2547 เป็นต้นไปจะคงที่ ที่ปีละ 420 คน

ตารางที่ 4.2 แผนการผลิตทันตแพทย์ (จำนวนทันตแพทย์ที่จะจบการศึกษา พ.ศ.2545 –2558)

ปี พ.ศ.	2545 - 2546	2547 – 2553
จำนวนทันตแพทย์ที่จะจบการศึกษา	ปีละ 390 คน	ปีละ 420 คน

ที่มา แผนการผลิตของทบวงมหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.3 และภาพที่ 4.2 จำนวนทันตภิบาลที่จบการศึกษาระหว่าง พ.ศ. 2532 – 2544

ปีการศึกษา	จำนวน (คน)	ปีการศึกษา	จำนวน (คน)
2527	73	2537	155
2528	86	2538	185
2529	97	2539	162
2530	78	2540	229
2531	84	2541	230
2532	92	2542	310
2533	97	2543	330
2534	95	2544	145
2535	98	2545	173*
2536	128	2546	99*

ที่มา สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตุลาคม 2544

หมายเหตุ * หมายถึง จำนวนทันตภิบาลที่คาดว่าจะจบการศึกษา



จากตารางที่ 4.3 และภาพที่ 4.2 แสดงให้เห็นแนวโน้มการผลิตทันตภิบาลที่ไม่มีความแน่นอน โดยช่วงระหว่าง พ.ศ.2527 – 2535 อยู่ที่ปีละไม่ถึง 100 คน จากนั้นจึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น 330 คนใน พ.ศ.2543 ตามแผนการผลิตเพื่อสนองตอบโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัยที่ตั้งเป้าหมายให้มีทันตภิบาลประจำการในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ประมาณ 2,000 แห่ง แล้วลดกำลังผลิตลงอย่างกระทันหัน ทั้งนี้มีสาเหตุจากความไม่แน่นอนของนโยบายและการบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2539)

อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2544 กระทรวงสาธารณสุข เริ่มมีความชัดเจนในการผลิตทันตภิบาลเพื่อเข้าไปปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิตามระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาล จึงเริ่มกำหนดแผนการรับผู้เข้าศึกษาสาขาทันตภิบาลระหว่าง พ.ศ.2545 – 2549 ไว้ที่ปีละ 250 คน โดยส่วนหนึ่งจะเป็นการรับจากผู้ช่วยทันตแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข และเมื่อศึกษาจบแล้ว จะได้รับตำแหน่งเป็นทันตภิบาลต่อไป

ตารางที่ 4.4 แผนการผลิตทันตภิบาล ปีการศึกษา 2545-2549

ปีการศึกษา	2545	2546	2547	2548	2549
เป้าหมายรับเข้าศึกษา	250	250	250	250	250

ที่มา สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตุลาคม 2544

3. สถานการณ์ของปริมาณ และการกระจายทันตบุคลากรแต่ละประเภท

ตารางที่ 4.4 การกระจายของทันตบุคลากรประเภทต่างๆ ตามประเภทหน่วยงาน พ.ศ.2543

ประเภท ทันตบุคลากร	ทันตบุคลากรในหน่วยงานประเภทต่างๆ						รวมทั้งหมด
	ภาครัฐ		ภาครัฐวิสาหกิจ		ภาคเอกชน		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ทันตแพทย์	3,370	49.6	40	0.6	3,385	49.8	6,795
ทันตอนามัย**	15	24.2	2	3.2	45	72.6	62
ทันตภิบาล	2,617	99.3	1	0.0	18	0.7	2,636
ผู้ช่วยทันตแพทย์	2,033	99.0	12	0.6	8*	0.4	2,053
ช่างทันตกรรม	85	95.5	0	0.0	4*	4.5	89

ที่มา รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2543 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2544.

หมายเหตุ * ข้อมูลในภาคเอกชน ไม่สามารถรวบรวมได้จากทุกแหล่ง

ร้อยละ หมายถึง คิดร้อยละเทียบจากจำนวนทั้งหมดของทันตบุคลากรแต่ละประเภท

** เลิกการผลิตทันตอนามัย ตั้งแต่ พ.ศ. 2516

จากตาราง 4.4 แสดงให้เห็นว่า จำนวนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชน คิดเป็นสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของทันตแพทย์ทั้งหมด และ มากกว่าในภาครัฐ เล็กน้อย

ส่วนทันตภิบาล ผู้ช่วยทันตแพทย์ และช่างทันตกรรม ที่มีอยู่ในระบบบริการเกือบทั้งหมด จะปฏิบัติงานอยู่ในภาครัฐ

เมื่อเทียบกับจำนวนที่มีการผลิตทั้งหมดเมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2543 พบว่า มีทันตแพทย์ที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ 6,795 คน คิดเป็นร้อยละ 97 ของทันตแพทย์ทั้งหมด (ข้อมูลจากทันตแพทย์สภา เมื่อ 30 กย. 2543 มีทันตแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 6965 คน) และมีทันตภิบาลที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่ 2,636 คน คิดเป็นร้อยละ 93.6 (จำนวนทันตภิบาลทั้งหมดที่เรียนจบตั้งแต่ 2513-43 คือ 2,816 คน)

ตารางที่ 4.5 การกระจายของทันตแพทย์(รวมภาคเอกชน)และทันตภิบาล (เฉพาะภาครัฐ) ตามรายภาค พ.ศ.2543

พื้นที่	ทันตแพทย์		ทันตภิบาล	
	จำนวน	อัตราส่วนต่อประชากร	จำนวน	อัตราส่วนต่อนักเรียน
กรุงเทพมหานคร	3,331	1 : 1,699	18	1 : 13,340
ภาคกลาง	1,191	1 : 12,042	694	1 : 1,966
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	854	1 : 25,034	931	1 : 2,204
ภาคเหนือ	838	1 : 14,468	575	1 : 1,857
ภาคใต้	581	1 : 14,032	399	1 : 2,304
ทั่วประเทศ	6,795	1 : 9,074	2618	1 : 2,237

ที่มา รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2543 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2544.

หมายเหตุ : 1. ข้อมูลจำนวนประชากร ปี 2542 จากสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง
 2. ข้อมูลจำนวนนักเรียนในกรุงเทพฯ จากสำนักบริหารการทะเบียนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
 3. ข้อมูลจำนวนนักเรียนในภาคต่างๆ จากสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน กระทรวงศึกษาธิการ

จากตารางที่ 4.5 พบว่า การกระจายของทันตแพทย์ มีความแตกต่างกันมากระหว่างพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ โดยสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯ เท่ากับ 1: 1,699 คิดเป็น 5.3 เท่าของค่าเฉลี่ยทั่วประเทศ ซึ่งอยู่ที่ 1 : 9,074 และสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าต่ำที่สุด คือ 1 : 25,034 และหากดูข้อมูลในรายละเอียดจะพบว่า ทันตแพทย์ในแต่ละจังหวัดของแต่ละภาคยังมีการกระจายที่ต่างกัน โดยจะมีทันตแพทย์อยู่มากในจังหวัดที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจสูง

ส่วนการกระจายของทันตภิบาล ค่อนข้างใกล้เคียงกันในทุกพื้นที่ เว้นแต่ในกรุงเทพฯ

ตารางที่ 4.6 การกระจายของทันตบุคลากรในหน่วยงานภาครัฐ พ.ศ.2543

ประเภท ทันตบุคลากร	จำนวนทันตบุคลากรในหน่วยงานของรัฐประเภทต่างๆ						
	กระทรวง สาธารณสุข	ทบวง มหาวิทยาลัย	กระทรวง กลา โหม	กรุงเทพ มหานคร	กระทรวง มหาด ไทย	อื่น ๆ	รวม ทั้งหมด
ทันตแพทย์	2,095	830	236	133	56	20	3,370
ทันตอนามัย	3	4	4	3	1	0	15
ทันตภิบาล	2,549	2	0	24	42	0	2,617
ผู้ช่วยทันตแพทย์	1,590	306	15	107	0	15	2,033
ช่างทันตกรรม	36	47	2	0	0	0	85

ที่มา รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2543 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2544.

จากตารางที่ 4.6 พบว่า ทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์ ในภาครัฐ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข โดยคิดเป็นร้อยละ 62.2 99.4 และ 78.2 ของทันตบุคลากรในภาครัฐแต่ละประเภท

ตารางที่ 4.7 การกระจายของทันตบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2543

ประเภท ทันตบุคลากร	กระทรวงสาธารณสุข						
	หน่วยงานส่วนกลาง		หน่วยงานในส่วนภูมิภาค				
	ด้าน บริหาร	ด้านบริการ และวิชาการ	สสจ.	รพศ. รพท.	รพช.	สอ.	อื่นๆ
ทันตแพทย์	42	111	186	601	1,048	0	117
ทันตอนามัย	1	1	0	1	0	0	0
ทันตภิบาล	3	1	313	3	1,584	587	58
ผู้ช่วยทันตแพทย์	11	67	72	584	822	4	30
ช่างทันตกรรม	0	4	0	31	1	0	0

ที่มา รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2543 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2544.

จาก ตาราง 4.7 ทันตบุคลากรส่วนใหญ่ จะอยู่ในหน่วยงานบริการ แต่ทันตภิบาลเกือบทั้งหมดจะอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน(รพช.) และสถานีอนามัย(สอ.) เนื่องจากข้อจำกัดของกรอบอัตรากำลังที่ใช้บังคับมาโดยตลอด

สถานการณ์การบริการของทันตบุคลากรไทย

1. ระดับของการดูแลทันตสุขภาพ

การจัดบริการทันตสุขภาพในประเทศไทย มีการให้บริการครบทุกประเภท ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยสามารถแบ่งระดับการบริการ (level of care) ออกได้เป็น 4 ระดับ ที่สัมพันธ์กับระดับของประชากร ระดับของผู้ให้บริการ และการบริหารจัดการ ดังนี้ :

- 1) การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (self – care) หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว
- 2) การจัดบริการทันตสุขภาพระดับต้น (primary care) เป็นการให้บริการด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขที่เป็นการดูแลระดับแรกโดยทันตบุคลากรในหน่วยบริการระดับต้น (primary care unit) หรือหน่วยบริการด้านหน้า (first contact care unit) ที่มีความหลากหลายครอบคลุมถึงสถานบริการสาธารณสุขชุมชน สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล แผนกทันตกรรมของโรงพยาบาลต่างๆ ของรัฐและเอกชนทุกระดับ ตลอดจนคลินิกทันตกรรมเอกชน ทันตบุคลากรผู้ให้บริการระดับต้นนี้ ได้แก่ ทันตแพทย์ทั่วไป (general practitioner - GP), ทันตภิบาล, ผู้ช่วยทันตแพทย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 3) การจัดบริการทันตสุขภาพระดับกลาง (secondary care) เป็นการให้บริการด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยทันตแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญสูงปานกลาง (general specialist) ในหน่วยบริการทั่วไปและเฉพาะทาง ตั้งแต่ระดับอำเภอขึ้นไป ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลเอกชน
- 4) การจัดบริการทันตสุขภาพระดับสูง (tertiary care) เป็นการให้บริการด้านทันตกรรมที่ต้องปฏิบัติงานโดยทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ (subspecialist) ในหน่วยบริการระดับเขตหรือระดับประเทศ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่

ข้อสังเกต ในทางปฏิบัติตามความเป็นจริงแล้ว หน่วยบริการระดับสูงๆ มักจะมีระดับที่ต่ำกว่าป็นอยู่ด้วยเสมอ

ในปี พ.ศ. 2541 กระทรวงสาธารณสุขได้คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพปัญหาทันตสาธารณสุขและปัจจัยภายนอก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบบริการทันตสาธารณสุข จึงได้ดำเนินการวิจัยเพื่อพัฒนาทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพในระดับอำเภอ ซึ่งเป็นการเน้นความสนใจในส่วนของการจัดบริการทันตสุขภาพระดับต้น และมีข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบระบบบริการระดับต้นให้มีลักษณะที่ยืดหยุ่นสอดคล้องกับบริบททางสังคมของแต่ละพื้นที่ และควรพัฒนาให้มีความเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายที่สอดคล้องกับระบบบริการในระดับอื่นๆ ด้วย (คณะกรรมการชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาทางเลือกฯ, 2544) จากผลการวิจัยพบว่าในสถานการณ์ปัจจุบันมีการจัดระบบบริการทันตสุขภาพระดับต้น (ระดับอำเภอ) อยู่ 3 รูปแบบหลักๆ โดยทุกรูปแบบมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นศูนย์กลางในการสนับสนุนด้านบริการและวิชาการ ดังนี้ คือ

รูปแบบ 1 ทันตภิบาลประจำที่สถานีอนามัยขนาดใหญ่ โดยในปัจจุบัน(พ.ศ.2544)ได้มีบริการโดยทันตภิบาลในสถานีอนามัยแล้วกว่า 500 แห่ง รูปแบบนี้พบว่าเป็นที่พึงพอใจของประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างมาก

รูปแบบ 2	ทันตบุคลากรที่โรงพยาบาลชุมชน ออกปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยเป็นประจำ
รูปแบบ 3	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยให้บริการด้านทันตสุขภาพโดยได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลชุมชน

ในภาพรวม โรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการทันตกรรมได้ครอบคลุมร้อยละ 8.9 ของประชากรในระดับอำเภอ และสถานีอนามัยที่มีทันตภิบาลประจำสามารถให้บริการทันตกรรมได้ครอบคลุมร้อยละ 13.2 ของประชากรระดับตำบล ในพื้นที่รับผิดชอบ (จันทนา อึ้งชูศักดิ์, 2543)

2. ปริมาณงาน (productivity)

จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อปี เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงปริมาณงาน (productivity) หรือภาระงาน (workload) ของทันตบุคลากร จากรายงานการศึกษาทางเลือกระบบบริการทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ (คณะกรรมการชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาทางเลือกฯ) พบว่าในปี พ.ศ. 2540 โรงพยาบาลชุมชนให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ โดยเฉลี่ย 5,453 คนต่อปี ซึ่งครอบคลุมร้อยละ 8.9 ของประชาชนในระดับอำเภอ ส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 72.9) มีปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการทันตกรรมอยู่ระหว่าง 2,000 - 8,000 คนต่อปี (ตารางที่ 4.8) ปริมาณงานมีความแปรผันตามขนาดของจำนวนทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชน จากผู้ป่วย 1,883 คน ในโรงพยาบาลที่มีทันตบุคลากรคนเดียวเพิ่มขึ้นจนถึง 9,062 คน ในโรงพยาบาลที่มีทันตบุคลากร 6 คน

ตารางที่ 4.9 แสดงผลการให้บริการทันตกรรมของทันตบุคลากรภาครัฐทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2541 (ปริญา คงทวีเลิศ, 2542) พบว่าในภาพรวมทั่วประเทศ ทันตบุคลากรซึ่งครอบคลุมทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลมีปริมาณงานโดยเฉลี่ย 1,654 คนต่อปี ทันตบุคลากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปริมาณงานสูงสุด (1,863 คนต่อปี) รองลงมาคือ ภาคใต้, ภาคเหนือ และภาคกลาง ตามลำดับ

ตาราง 4.10 แสดงการให้บริการในระดับโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งพบว่าจำนวนครั้งที่ทันตแพทย์หนึ่งคนให้บริการผู้ป่วยมีจำนวนตั้งแต่ 1,197 - 5,858 ครั้งต่อคนต่อปี และแม้จะเป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ที่ใช้แต่เฉพาะทันตแพทย์และทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเป็นผู้ให้บริการเท่านั้น แต่สัดส่วนของบริการที่สูงที่สุด ยังเป็นการถอนฟันอย่างง่ายถึงกว่าหนึ่งในสาม (ร้อยละ 36.4) และสัดส่วนของบริการทันตกรรมอย่างง่ายอันได้แก่ การถอนฟันอย่างง่าย, การอุดฟันหนึ่งด้าน, การขูดหินปูนและทันตกรรมป้องกัน มีสัดส่วนรวมกันถึงร้อยละ 71.2

สถานการณ์การให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์เอกชนได้ข้อมูลเบื้องต้นจากโครงการวิจัยการศึกษาาระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทย พ.ศ. 2543 (ชาญชัย ให้สงวน, 2544) ทันตแพทย์ภาคเอกชนโดยเฉลี่ยมีปริมาณงาน 2,346.2 คนต่อปี ลักษณะของงานมีผลกระทบต่อปริมาณงาน ลักษณะงานที่ทันตแพทย์ใช้เวลาต่อ visit น้อยจะได้ปริมาณงานสูง อาทิเช่น งานทันตกรรมจัดฟัน มีปริมาณงานเฉลี่ย 3,335.5 คนต่อปี ส่วนลักษณะงานที่ทันตแพทย์ใช้เวลาต่อ visit มาก จะมีปริมาณงานต่ำกว่า อาทิเช่น งานทันตกรรมประดิษฐ์มีปริมาณงานเฉลี่ย 1,512.7 คนต่อปี (ตาราง 4.12)

4.2 ประเภทของบริการ

การศึกษาทางเลือก ระบบบริการทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ (คณะกรรมการชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาทางเลือก, 2544) ให้ข้อมูลบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลชุมชน ในปี พ.ศ. 2540 แยกตามประเภทของบริการในตารางที่ 4.6 บริการที่ให้การรักษามากที่สุดคือการถอนฟัน (ร้อยละ 47.7) อันดับรองลงมาคือการอุดฟัน (ร้อยละ 19.6) การผ่าฟันคุดและงานศัลยกรรมยาก (ร้อยละ 13.1) และการขูดหินน้ำลาย (ร้อยละ 12.5) บริการเคลือบหลุมร่องฟันมีปริมาณร้อยละ 6.5 ส่วนงานรักษารากฟันและงานใส่ฟันปลอมเป็นงานที่ให้บริการน้อยมาก (รวมกันประมาณร้อยละ 1.1) สำหรับสถานการณ์การให้บริการทันตกรรมโดยทันตภิบาลประจำสถานีอนามัยแสดงอยู่ในตารางที่ 4.14 พบว่าการถอนฟันเป็นบริการที่ให้การรักษามากที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 50.1) โดยรวมแล้วทันตภิบาลประจำสถานีอนามัยให้บริการรักษารากฟันพื้นฐานถึงร้อยละ 86.5 (รวมถอนฟัน, ขูดหินน้ำลาย และอุดฟัน) ในขณะที่ให้บริการทันตกรรมป้องกัน โดยวิธีเคลือบหลุมร่องฟันร้อยละ 5.8 ในปีพ.ศ. 2539 สุนี วงศ์คงคาเทพและคณะ (2540) ได้ทำการประเมินผลการปฏิบัติงานของทันตภิบาลในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ จังหวัดลพบุรี และรายงานแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตภิบาลในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ มีสัดส่วนในการถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย และอุดฟันมาก ขณะที่ให้บริการเคลือบร่องฟันในปริมาณต่ำ (ตารางที่ 4.15)

4.3 ผู้รับบริการ

จากรายงานการสำรวจสุขภาพะทันตสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2537 (กองทันตสาธารณสุข, 2538) พบว่าประชาชนทุกกลุ่มอายุมีพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมาไม่ถึงร้อยละ 50 กลุ่มอายุ 35-44 ปี มีอัตราการใช้บริการทันตกรรมในรอบปีสูงสุด (ร้อยละ 47.3) และกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการทันตกรรมในรอบปีต่ำสุด (ร้อยละ 33.1) (ตารางที่ 4.16) บริการทันตกรรมที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน คือ การถอนฟัน ขูดหินน้ำลายและอุดฟัน ซึ่งการถอนฟันเป็นบริการที่ได้รับมากที่สุดในทุกกลุ่มอายุ (ตารางที่ 4.17)

สรุปสถานการณ์การบริการ

1. ประชาชนในเขตชนบทยังมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมในระดับต่ำ ประมาณร้อยละ 8.9 ในระดับอำเภอ และแม้ในสถานีอนามัยที่มีทันตภิบาลประจำอยู่ร่วมให้บริการ จะมีประชาชนได้รับการบริการประมาณร้อยละ 13.2 เท่านั้น
2. บริการทันตกรรมส่วนใหญ่ เป็นด้านการรักษา โดยเฉพาะการถอนฟันเป็นอันดับที่หนึ่ง และบริการรักษาส่วนใหญ่เป็นบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน (ทั้งใน รพช. รพศ./รพท. รวมถึงภาคเอกชน)
3. การให้บริการทันตกรรมระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล และระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับสถานีอนามัย มีลักษณะการทำงานที่ซ้ำซ้อนกัน
4. ข้อมูลพื้นฐานของการให้บริการทันตกรรมในภาคเอกชนยังเป็นที่ขาดแคลนอยู่มากทั้งที่สถานบริการทันตกรรมภาคเอกชนมีอยู่เป็นจำนวนมาก และสมควรถูกนำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการทันตสุขภาพของประเทศ

ตารางที่ 4.8 ปริมาณงานของบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชน ปี พ.ศ. 2540

ปริมาณงาน (จำนวนผู้ป่วยต่อปี)	จำนวนโรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ
< 2,000	64	10.0
2,000 – 4,000	184	28.8
4,001 – 6,000	163	25.5
6,001 – 8,000	119	18.6
8,001 – 10,000	63	9.9
10,001 – 12,000	24	3.8
> 12,000	24	3.3

หมายเหตุ ที่มา : รายงานการศึกษาวิจัยทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย

ตารางที่ 4.9 ปริมาณงานของบริการทันตกรรมโดยทันตบุคลากรของรัฐ ปี พ.ศ. 2541
จำแนกเป็นรายภาค

ภาค	จำนวนผู้ได้รับบริการทันตกรรม			จำนวน ทพ. / ทภ.			ปริมาณงาน
	จำนวนทั้งหมด	จำนวนรับบริการ	ร้อยละ	ทพ.	ทภ.	รวม	
ภาคกลาง	13,438,161	1,492,776	11.1	468	555	1,023	1 : 1,459
ภาคเหนือ	10,821,373	1,298,248	12.0	336	491	827	1 : 1,569
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	17,810,904	2,083,292	11.7	417	701	1,118	1 : 1,863
ภาคใต้	7,676,652	977,432	12.7	222	347	569	1 : 1,717
ทั่วประเทศ	49,747,090	5,851,751	11.8	1,443	2,094	3,537	1 : 1,654

ที่มา : ข่าวสารทันตกรรม 2542;9 (1) : 3 – 6

ตารางที่ 4.10 ปริมาณงานบริการทันตกรรม (ราย) จำแนกตามประเภทงานและทันตบุคลากร ข้อมูลจากการศึกษาเชิงลึก
ใน โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ , 2544)

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 plaining, 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 4.11...ร้อยละของบริการทันตกรรมชนิดต่างๆ ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ปิงปประมาณ 2542

สถานการณ์ การให้บริการ	เฉลี่ย ผป./รพ	รพ.ที่มี ผป.สูงสุด	รพ.ที่มี ผป.ต่ำสุด	เฉลี่ย ผป./ทพ.1คน สูงสุด	เฉลี่ย ผป./ทพ.1คน ต่ำสุด
ข้อมูลสถิติ	14,366.40	37,724 ครั้ง (ทพ.10คน)	3,550 ครั้ง (ทพ.1คน)	5,858 ครั้ง	1,197 ครั้ง

ประเภทบริการ	จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง)	ร้อยละเทียบกับ บริการทั้งหมด
เวชศาสตร์ช่องปาก*	30,848	2.8
อุดฟัน 1 ด้าน	188,638	17.0
อุดฟันตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไปและอุดฟันด้วยเทคนิคพิเศษ*	158,678	14.3
รักษาคอลงรากฟัน*	14,886	1.3
ชุดหินปูน	157,035	14.2
รักษาโรคปริทันต์*	22,437	2.0
ทันตกรรมป้องกัน (เคลือบฟลูออไรด์ เคลือบร่องฟัน PRR)	39,469	3.6
ทันตกรรมสำหรับเด็ก*	16,313	1.5
ทันตกรรมประดิษฐ์*	18,649	1.7
ถอนฟันง่าย	403,908	36.4
ถอนฟันยาก*	21,083	1.9
ศัลยกรรมช่องปาก*	32,055	2.9
ทันตกรรมบดเคี้ยว*	1,183	0.1
ทันตกรรมจัดฟัน*	3,239	0.3
รวมทั้งรวม	1,108,506	100

ที่มา กองโรงพยาบาลภูมิภาค 2543 (โรงพยาบาลที่ส่งรายงาน 90 แห่ง จากทั้งหมด 92 แห่ง)

* หมายถึงงานที่จัดให้เป็นระดับยาก

จากตารางข้อมูลผลงาน รพศ.และ รพท. พบว่างานระดับยากที่ทำโดยทันตแพทย์ มีสัดส่วนประมาณร้อยละ

28.8

ตารางที่ 4.12 ปริมาณงานของบริการทันตกรรมโดยทันตแพทย์ภาคเอกชนทั่วประเทศ ปี พ.ศ. 2543
จำแนกตามลักษณะงาน

ลักษณะงาน	ปริมาณงาน (จำนวนผู้ป่วยต่อคนต่อปี)
ทันตกรรมทั่วไป	2,426.7
ทันตกรรมเฉพาะทาง	
➤ ทันตกรรมจัดฟัน	3,335.5
➤ ทันตกรรมสำหรับเด็ก	2,252.6
➤ ศัลยศาสตร์ช่องปาก	2,020.0
➤ ปริทันตวิทยา	1,685.0
➤ วิทยาเอ็นโดดอนต์	1,678.4
➤ ทันตกรรมประดิษฐ์	1,512.7
รวม	2,346.2

ที่มา : โครงการวิจัยการศึกษาระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทย พ.ศ. 2543 (ข้อมูลเบื้องต้น)

ตารางที่ 4.13 ประเภทของงานบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชน ปี พ.ศ. 2540

ประเภทของบริการทันตกรรม	ปริมาณเฉลี่ย (รายต่อปี)	ร้อยละ
ถอนฟัน	2,651.2	47.4
อุดฟัน	1,092.8	19.6
ผ่าฟันคุดและงานศัลยกรรมยาก	730.0	13.1
ขูดหินน้ำลาย	697.9	12.5
เคลือบหลุมร่องฟัน	361.5	6.5
รักษารากฟัน	32.4	0.6
ใส่ฟันปลอมบางส่วน	16.3	0.3
ใส่ฟันปลอมติดแน่น	4.0	0.1
ใส่ฟันปลอมทั้งปาก	3.6	0.1
รวม	5,589.4	100.0

ที่มา : รายงานการศึกษาวิจัย ทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย

ตารางที่ 4.14 ประเภทของงานบริการทันตกรรมโดยทันตภิบาลประจำสถานีนามัย พ.ศ. 2540

ประเภทของบริการทันตกรรม	ร้อยละ
ถอนฟัน	50.1
อุดหินน้ำลาย	22.7
อุดฟัน	13.7
จ่ายยา	6.8
เคลือบหลุมร่องฟัน	5.8
ตรวจ	0.9
รวม (ปริมาณเฉลี่ย 890 ครั้ง/ปี)	100.0

หมายเหตุ ที่มา : รายงานการศึกษาวิจัย ทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย

ตารางที่ 4.15 ประเภทของบริการทันตกรรมโดยทันตภิบาลในสถานีนามัยขนาดใหญ่ จังหวัดลพบุรี พ.ศ. 2539

ประเภทบริการทันตกรรม	โคก ตูม	ห้วย โป่ง*	ชัย จำปา	โคกส ลุง	ช่อง สาริกา	หนอง มะค่า	ม่วงค่อม **	รวม	
								จำนวน คน	ร้อยละ
ถอนฟัน	580	206	514	499	302	701	179	2,981	61.7
อุดหินน้ำลาย	111	29	54	153	157	139	184	827	17.1
อุดฟัน	119	14	36	31	60	12	0	272	5.6
เคลือบหลุมร่องฟัน	68	1	31	0	74	30	47	251	5.2
อื่นๆ	164	23	27	30	55	195	9	503	10.4

* เปิดบริการทันตกรรมได้ 2 เดือน

** เปิดบริการทันตกรรมได้ 5 เดือน

ที่มา : รายงานการประเมินผลการปฏิบัติงานของทันตภิบาลในสถานีนามัยขนาดใหญ่จังหวัดลพบุรี พ.ศ. 2539

ตารางที่ 4.16 ร้อยละการรับบริการทันตกรรมในรอบปี จำแนกตามกลุ่มอายุ และเขตพื้นที่

กลุ่มอายุ (ปี)	ทั่วประเทศ	กรุงเทพฯ	เขตเมือง	เขตชนบท
17 – 19	39.6	50.6	51.5	35.2
35 – 44	47.3	67.3	61.9	38.8
60 – 74	33.1	35.4	46.4	26.1

ที่มา : การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537

ตารางที่ 4.17 ร้อยละของประเภทบริการทันตกรรมที่ได้รับในรอบปี จำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	ตรวจฟัน	อุดหินน้ำลาย	อุดฟัน	ถอนฟัน	รักษารากฟัน	ใส่ฟัน
17 – 19	18.0	37.3	40.3	45.6	2.0	1.3
35 – 44	11.9	28.3	29.2	66.0	3.0	10.5
60 – 74	8.1	7.8	5.5	76.7	0.9	20.1

ที่มา : การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537

บทที่ 5

ทันตบุคลากรไทยในอนาคต ในทัศนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

สุปรีดา อุดุลยานนท์
ปิยะฉัตร พัทธานันต์
ปิยะนาถ จาติเกตุ
พรพรรณ อัคราณิชย์

บทนี้จะเป็นผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่างๆ จำนวน 23 คน (รายละเอียดในภาคผนวก) ถึงวิสัยทัศน์และทัศนะเกี่ยวกับประเด็นต่างๆของทันตบุคลากรไทยในอนาคต ผลที่ได้จากการสัมภาษณ์นำมาจำแนก ประมวล และตีความเชิงอุปนัยในภาพรวมของเนื้อหา การนำเสนอจะไม่เน้นการแสดงทัศนะของรายบุคคล แต่จะเสนอเป็นการประมวลผลรวมของทัศนะอันหลากหลาย ทั้งที่เห็นความเห็นพ้องหรือแตกต่างในหัวข้อต่างๆ การอ้างอิงถึงชื่อ หรือสาขาที่เกี่ยวข้องของผู้ทรงคุณวุฒิจะกระทำเฉพาะบางจุดที่จำเป็นต่อการสื่อความหมายเท่านั้น

5.1 สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อทันตบุคลากรไทย .

ผู้ทรงคุณวุฒิได้แสดงความคิดเห็นต่อปัจจัยที่น่าจะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของทันตบุคลากรไทยในอนาคตอย่างหลากหลาย อันประมวลได้ดังนี้

1. การปฏิรูประบบสุขภาพ

ปัจจัยด้านนี้เป็นปัจจัยหลักที่ผู้ทรงคุณวุฒิเกือบทั้งหมดชี้ถึงความสำคัญที่ต้องคำนึงถึง แต่ก็มีประเด็นย่อยของการปฏิรูปที่ถูกให้น้ำหนักแตกต่างกันไปบ้าง

1.1 การเพิ่มสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้มากกว่าการรักษาพยาบาล

นโยบาย “สร้างนำซ่อม” ได้รับความเห็นพ้องเป็นอย่างมากว่าเป็นปัจจัยที่ทำให้ทันตบุคลากรไทยต้องปรับตัวอย่างสูง ทั้งในด้านกระบวนการทรรศน์ ทักษะ และระบบของการทำงาน

กระบวนการทรรศน์

การปรับเปลี่ยนกระบวนการทรรศน์เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการปรับเปลี่ยนทั้งหมด รายละเอียด ของกระบวนการทรรศน์ที่ได้รับการเสนอ ประกอบด้วย

- แนวคิดการเห็นความสำคัญของสุขภาพ (health-oriented) มากกว่ายึดโรคเป็นหลัก (disease-oriented) เหมือนในอดีต

“ สุขภาพในช่องปากต้องปรับตัว อนาคตข้างหน้าจะแบ่งทันตแพทย์เป็น ป้องกัน-รักษา อย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ได้ ในคนเดียวกันจะต้องเป็นทั้งระบบ จะบอกว่าเก่งเฉพาะรักษาอย่างเดียวไม่ได้แล้ว ตรงนี้เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อของระบบสาธารณสุขของไทยทั้งหมด ถ้าระบบ พรบ. สุขภาพแห่งชาติออกมาจริง ในระบบการศึกษาต้องปรับ ตรงนี้ให้ทันให้ได้ ถ้าเรายังเป็นอย่างเก่า บัณฑิตของเราจะปรับไม่ทัน ระยะแรกจะยังไม่มีปัญหา แต่ถ้าระยะยาวจะมีปัญหาต่อทั้งตนเองและประเทศชาติ ระบบที่นี้อาจไม่สำเร็จ มันมีอีกเรื่องที่สำคัญ คือเรื่องการกระจายอำนาจ ถ้าประชาชนต้องการอย่างหนึ่ง แล้วเรียนมาอีกอย่างมันจะแย่”

- ซึ่งกระบวนการที่นำมาซึ่งการที่บุคลากรสาธารณสุขจะต้องตระหนักถึง บทบาทและการมีส่วนร่วมของประชาชน ในฐานะ เจ้าของสุขภาพ มีการเน้นย้ำถึงความหมายของ “สุขภาพของประชาชน” ที่จะเกิดการสร้างเสริมว่าต้องควรเป็นสุขภาวะที่นิยามและให้ความสำคัญในมุมมองของประชาชนเป็นหลัก ไม่ใช่เพียงแค่การให้บริการเชิงรุกของบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น

“เราทำแทนเค้าไม่ได้ คนที่จะสร้างได้ คือ ครอบครัว สังคม ชุมชน เพราะฉะนั้นถ้าจะเอาสุขภาพจะเป็นการปฏิรูปจะไม่ใช่ปฏิรูปการจัดการการเงินการคลังอย่างไร หมอจะตั้งรับหรือรุก ส่วนนั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งของสุขภาพทั้งระบบ ดังนั้น เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพไม่ใช่เรื่องของกระทรวงสาธารณสุข หมอ พยาบาล แต่เป็นเรื่องของคนไทยทั้งสังคม”

- กระบวนทัศน์ของสุขภาพองค์รวม (holistic health) ที่ให้สภาวะเชื่อมโยงของระบบและปัญหาต่างๆ ที่กระทบสุขภาพ โดยไม่มองแยกส่วนตามการแยกส่วนทางสาขาวิชาการหรือแยกส่วนกายจาก จิต สังคมและจิตวิญญาณ

“เรื่องสุขภาพ เป็นเรื่องของจิต สังคมและวิญญาณ ภาพนี้จะเห็นชัดเจน จะต้อง contribute ทั้งบวกและลบต่อสุขภาพนั้นเป็นปัจจัยของบุคคลและสภาพแวดล้อม บริการเป็นเพียงปัจจัยเดียวทำให้เรามีสุขภาพบวกและลบ ระบบบริการ แล้วก็ได้ทำให้สุขภาพของผู้คนได้ เพราะมันเป็นแค่การจะตั้งรับหรือจะรุก จะป้องกันหรือรักษา โดยพระเอกหรือบุคลากรทางสาธารณสุข เรากำลังขยายความสุขภาพเพื่อจะให้เห็นว่าเรื่องสุขภาพไม่ใช่เรื่องของบุคลากรทางสาธารณสุขเท่านั้น เป็นเรื่องของทุกคนในสังคมเพราะฉะนั้นสิ่งที่จะปฏิรูปครั้งนี้จึงเป็นการปฏิรูปความคิดและโครงสร้าง เป็นเรื่องการมองโลกกว้างและเป็นองค์รวม”

- ในด้านมาตรการทางการทำงานส่งเสริมสุขภาพ มีผู้ทรงคุณวุฒิได้ชี้ถึงมาตรการทางกฎหมายและสังคม หรือการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี ที่วงการทันตสาธารณสุขยังไม่ได้ใช้อย่างเพียงพอเมื่อเทียบกับมาตรการด้านอื่นๆ

“เราจะมาบริหารจัดการเฉพาะทางด้านประชาชนอย่างเดียวไม่ได้ เราต้องมองถึงมาตรการทางสังคมอื่นๆ ที่เราสามารถนำมาใช้ได้ ยกตัวอย่างบุหรี่ถ้ามีมาตรการไล่ไม่ให้คนสูบบุหรี่อย่างเดียวไม่ได้ ต้องอาศัยมาตรการทาง

กฎหมาย อันไหนบ้างที่ทั่วโลกใช้แล้วเราไม่ได้เอามาใช้ มาตรการอื่นๆ เช่น มาตรการทางเศรษฐกิจ ครองนี้ คือ ระบบทันตสุขภาพควรจะ *contribute* ต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ”

1.2 ระบบบริการสุขภาพ

นอกเหนือจากกระบวนการและทิศทางของการปฏิรูประบบสุขภาพแล้ว ระบบบริการสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนไปถูกชี้ว่า จะส่งผลกระทบต่อปรับเปลี่ยนทัศนคติอย่างมากเช่นกัน ได้แก่

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการปรับเปลี่ยนการจัดบริการ และระบบการเงินการคลัง การขยายบริการปฐมภูมิ โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิ และการเปิดให้ภาคเอกชนมาร่วมในระบบ ทิศทางของระบบที่เปลี่ยนไปนี้จะดำเนินและพัฒนาต่อไป

“ถ้า 10 ปีข้างหน้า PCU (หน่วยบริการปฐมภูมิ) ประสบผลสำเร็จ คนก็เข้ามารักษาสุขภาพน้อยลง โดยปริยาย แต่ PCU จะเวิร์คไหม การสร้างเสริมสุขภาพจะเกิดผลจริงๆ หรือไม่ ถ้าได้คนไข้ก็ลดลง โรคก็น้อยลง ทุกอย่างก็จะเริ่มลดลง คนที่อยู่ใน CUP (หน่วยสัญญาปฐมภูมิ) ก็จะมีงานเฉพาะที่จำเป็น มันตัดสินใจตั้งแต่ระบบพื้นฐานและตัดสินใจทุกอย่างที่เป็นโครงสร้าง ถ้าเกิดว่าข้างหน้าผลิตทันตแพทย์ไม่ทัน เขาก็อยากได้ทันตภิบาล”

แม้เป้าหมายและทิศทางของการปฏิรูประบบสุขภาพจะเป็นที่ยอมรับร่วมกันในกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิ แต่กระบวนการของการปฏิรูป โดยเฉพาะที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบัน ยังมีข้อวิพากษ์ในหลายประเด็น โดยเฉพาะการที่ยังขับเคลื่อนไปโดยใช้กลไกกฎหมายเป็นหลัก แต่ยังไม่อาจลงลึกไปถึงหัวใจของการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนนัก

“concept ของการปฏิรูป ระบบการดูแลสุขภาพของตนเองของปชช. มันถูกหยิบยกมาไม่มากพอ มันยกมาโดย sense ของสาธารณชนในแง่ของ health promotion ในแง่ของแพทย์แผนไทย การมีส่วนร่วมของประชาชน ผมมีความรู้สึกว่ามันไปไม่ถึงคำว่า “ระบบการดูแลสุขภาพตนเอง” มันมี system ของมันอยู่ เขาช่วยเหลือตัวเองของเขาตลอด แต่จะถูกหรือผิด มันอีกเรื่องหนึ่ง”

“บางครั้งการเปลี่ยนระบบ เปลี่ยนกลไก มันจะช่วยเปลี่ยนพฤติกรรมคนได้ แต่แค่บางส่วนเท่านั้น คือถ้าระบบเปลี่ยนพฤติกรรมก็เปลี่ยน แต่มันเปลี่ยนไปตามระบบเท่านั้น อย่าง 30 บาท มันเปลี่ยนเพราะเอาเงินเป็นตัวตั้ง พฤติกรรมคนก็เปลี่ยน โดยเอาเงินเป็นตัวตั้ง แต่แนวคิดเหมือนเดิม การเปลี่ยนระบบง่ายกว่าการเปลี่ยนคนเยอะ”

“การปฏิรูปไม่ใช่แค่การกระจายอำนาจในกระทรวงสาธารณสุขสู่พื้นที่ซึ่งนั่นเป็นการปฏิรูปที่ผิด เป็นการปฏิรูปแบบแยกส่วน การปฏิรูปของกระทรวงสาธารณสุขนั้น มีด้วยกัน 2 มิติ คือเรื่องของโครงสร้าง และเรื่องของคน เป็นเรื่องของ Hardware กับ Software peopleware เป็น software หนึ่ง ถามว่าปัจจุบันการทำให้เกิดการสั่นไหวในการปฏิรูปทางการทันตแพทย์และสาธารณสุขมันเกิดขึ้นที่ไหน”

“จะเปิดมิติมองในเรื่องของสุขภาพใหม่แล้วบอกว่า สร้างนำซ่อมเอาชาวบ้านมาร่วม สิ่งที่เราเคยยึดถือ มาตลอดชีวิตสืบทอดมาจากพ่อจากแม่ไม่เคยได้รับการยอมรับอย่างเต็มที่ แล้วจู่ๆ วันหนึ่งก็บอกว่าภายใน 3 ปีจะร่างกฎหมายแล้วจะยอมรับความคิดเหล่านี้ คุณไปช่วยคิดแล้วให้มานั่งระดมความคิด เขาก็พูดอย่างภาคภูมิใจ พูดเรื่องความเชื่อเสร็จแล้วไปแปลเป็นตัวกฎหมายเหล่านั้น มันมีช่องว่าง ตัวกฎหมายเองหรือคนที่ระดมในระบบเดิมเชื่อจริงๆหรือเปล่า ประการที่สองที่สำคัญก็คือว่า กระบวนการเหล่านี้มันเกิดวุ่นวาย มันไม่สามารถทำให้ชาวบ้านมีความภาคภูมิใจในภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพในแบบวิถีชีวิตของเขาแท้ๆ กลับมาอย่างต่อเนื่องได้ เพราะว่ามันเข้าใจว่า ถ้าทำแล้วออกมาแค่ตัวกฎหมาย เน้นไปที่ product ขาดกระบวนการอย่างต่อเนื่องก็คงยากที่จะทำให้คนที่คาดหวังระบบสุขภาพสร้างนำซ่อมมันจะเกิดขึ้นได้ “

นอกจากนั้น ในการปฏิรูประบบเอง จำเป็นต้องมีเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลง คือความไร้เสถียรภาพที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงใหม่ ซึ่งจะเหนี่ยวนำให้เกิดกระแสต้านจากระบบเก่า ทั้งจากผู้ที่อยู่ในฐานอำนาจเดิม และกลุ่มวิชาชีพ ทันทบุคลากรที่จะก้าวไปในระบบปฏิรูป จึงไม่เพียงแต่ปรับตัวกับระบบเท่านั้น แต่จะต้องมีกลยุทธ์ของ “ผู้นำการเปลี่ยนแปลง” ด้วย และจำเป็นที่จะต้องคิดถึงการเปลี่ยนแปลงที่มาจากแรงกดดันภายนอกมากกว่าภายในวิชาชีพเอง

“ฐานคิดแห่งวิชาชีพทันตแพทย์ในประเทศไทย มองมาจากฐานแห่งการเกาะเขาไปส่วนหนึ่ง อันที่สองคือไปเล่นกับฐานอำนาจ อันที่สาม คือ ภาวะของการเป็นผู้อุปถัมภ์คนจริง ๆ นั่นคือการรักษาพยาบาล ถามว่า เมื่อเป็นความหอมหวานนำมาซึ่งเกียรติยศ ชื่อเสียง และโลภธรรม 4 ทั้งลาภยศ สรรเสริญก่อให้เกิดภาวะแห่งความมั่นคง มันเป็นเรื่องของการปกป้องอำนาจที่มีอยู่ คนเหล่านี้มีมากมายในสังคมทันตแพทย์และนักวิชาชีพที่ถูกฝังหัวโดยโรงเรียน ฉะนั้นการก่อเกิดการแตกแยกระหว่างวงการทันตแพทย์ต้องการอื่นจึงมีอย่างปฏิเสธไม่ได้ เวลาพูดถึงทันตแพทย์เขาก็นึกถึงถอนฟันทุกที เพราะว่าทันตแพทย์ถูกสร้างขึ้นมาให้อยู่ในกระบวนการทัศน์เก่า เป็นเรื่องยากที่จะกระเทาะไขของตัวเอง อ.ประเวศบอกว่า “ถ้าอยากจะสุขทั่วหล้า ต้องกล้ากระเทาะไขของตัวเอง” แปลว่าทันตแพทย์จะต้องกล้ากระเทาะไขเพื่อไปสู่ประชาชนด้วยตัวเอง และไขของตน 60 ล้านคนในประเทศไทยก็จำเป็นที่จะต้องกระเทาะ ด้วยภูมิปัญญาของตัวเอง

....ทำอย่างไรจึงจะกลับกระแสการสร้างสุขภาพในประชาชน และไม่คับแคบในเรื่องของกายอย่างเดียว มันเป็นเรื่องของพลังสังคม เป็นเรื่องของการเสริมสร้างพลังของชุมชน เป็นเรื่องของการเสริมสร้างมิติใหม่ที่จะทำให้เจ้าของสุขภาพเองมีความตระหนัก และสร้างพลังของตนเอง ซึ่งสามารถควบคุมพลังทั้งของตนเองและกลุ่มชุมชนตัวเอง และกลายเป็นภูมิคุ้มกันไปในที่สุด”

...ดังนั้นการปฏิรูปมักจะไม่เกิดจากภายใน เนื่องจากว่า มีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงสูง แล้วจะได้อำนาจการปฏิรูปมาจากไหน? มาจากการถูกกระทำ แล้วรับรู้ว่าการกระทำ ถ้าไม่รับรู้ตัวเองถูกกระทำโดยอำนาจ ไม่มีดวงตาเห็นธรรมก็จะคงอยู่ในระบบอุปถัมภ์.... จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพว่าเราสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งที่มีอยู่โดยการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงนั้นให้น้อยลงได้อย่างไร มีสองวิธี หนึ่งร้องขอร้องเรียน การปฏิรูปแบบละมุนละไม อีกแบบหนึ่งก็คือการก่อกระแส..”

2. การปฏิรูปด้านอื่นๆ

แม้การปฏิรูประบบสุขภาพจะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้น้ำหนักต่อการกระทบถึงการปรับเปลี่ยนทันตบุคลากรมากที่สุด แต่การปฏิรูปด้านอื่นๆของประเทศไทยก็ได้รับการชี้ประเด็นให้คำนึงด้วยพอสมควร อันได้แก่

- การกระจายอำนาจและการปฏิรูประบบราชการ ที่ส่งผลต่ออำนาจความรับผิดชอบของหน่วยงานภาครัฐที่ทันตแพทย์จะไปทำงานด้วย ซึ่งมีแนวโน้มจะอยู่ในความกำกับดูแลของภาคท้องถิ่นและภาคประชาชนมากขึ้น หรืออยู่ในรูปขององค์กรมหาชนในกำกับรัฐ รวมทั้งการขยายบทบาทของเอกชนในการทำงานทันตสาธารณสุขภาครัฐมากขึ้น สถาบันการศึกษาเองก็มีแนวโน้มที่จะปรับตัวเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ หรือการให้มหาวิทยาลัยออกนอกกรอบราชการ ที่อาจมีการปรับตัวหลายประการอย่างคล่องตัวและตอบสนองต่อกระแสที่กระทบได้รวดเร็วขึ้น เช่น มหาวิทยาลัยในภูมิภาคอาจปรับตัวให้มีการผลิตและบริการสังคมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในภูมิภาค ขณะที่บางมหาวิทยาลัยอาจปรับตัวรองรับนโยบายเปิดการค้าเสรีขององค์การการค้าโลก ที่ทำให้การบริการด้านการศึกษาและสุขภาพจะเป็นเรื่องหนึ่งที่จะกีดกันทางการค้าไม่ได้ โดยไปเน้นการศึกษาหลังปริญญา เน้นการศึกษาทางด้านวิจัยโดยปรับบทบาทมาสู่การเป็น research university ควบคู่กับ training university

- การเปลี่ยนแปลงของระบบประกันสังคม ที่มีการปรับสิทธิประโยชน์การประกันตนในหน่วยงานที่กว้างขวางขึ้น และมีแนวโน้มการพิจารณาสิทธิประโยชน์เปรียบเทียบกับประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- การปฏิรูปการศึกษา ที่มีกระบวนการเคลื่อนไหวในประเทศไทย ตั้งแต่มติของระดับนโยบายที่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและกฎระเบียบ จนถึงมติของกระบวนการเรียนรู้ ล้วนมีผลต่อคุณลักษณะและกระบวนการพัฒนาของทันตบุคลากร

3. ปัจจัยภายนอก

นอกจากการปรับเปลี่ยนระบบภายในประเทศเองแล้ว ปัจจัยภายนอกประเทศในกระแสโลกาภิวัตน์ ที่มีแนวโน้มจะส่งผลกระทบต่อประเทศไทย และเลยมมาถึงทันตบุคลากรไทย

- ระบบเศรษฐกิจและการค้าเสรี

การขยายตัวของการค้าเสรีในโลก โดยเฉพาะที่ควบคุมกำกับโดยองค์การการค้าโลก มีผลต่อการที่ระบบบริการสุขภาพจะมีแนวโน้มของการเปิดเสรีมากยิ่งขึ้น ทั้งจากคือการเปิดเสรีของการบริการทางทันตกรรมโดยการข้ามพรมแดน (Cross border supply) เช่น Telemedicine, Teleeducation, Internet ซึ่งไม่มีกฎหมายใด ๆ ควบคุมเลย, จากการเข้ามาบริโภคข้ามพรมแดน (Consumption Aboard) เช่น รัฐบาลมีนโยบายชักชวนชาวต่างชาติ มาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งมีข้อดีคือมีเงินไหลเข้าประเทศ แต่ในระยะยาวอาจกระทบต่อการถ่ายเทบุคลากรไปสู่เอกชน จนกระทบต่อการกระจายทันตบุคลากร, และจากการที่มีการลงทุนข้ามชาติ (Commercial Present) ในกิจการบริการสุขภาพ

นอกจากนั้นวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศไทยที่เพิ่งเกิดขึ้น และยังเป็นความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหาละลอกใหม่ในอนาคต ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่กระทบต่อระบบบริการสุขภาพที่วางแผนกันไว้ และรวมถึงกระทบต่อพฤติกรรมของทันตบุคลากรด้วย

“เมื่อมาดูทางเศรษฐกิจ มีการถกเถียงว่า อนาคตไทยจะเหมือนอาร์เจนตินาหรือไม่ ล้มละลายหมด ถ้าเกิดอย่างนี้ ทันตแพทย์ต้องเปิดคลินิกข้างถนนได้เงินนิดหน่อย เพราะตอนนี้ไทยมีหนี้กว่า 3 ล้านล้านบาท รัฐบาลต้องใช้หนี้ในเวลากว่า 50 ปี อนาคตอาจจะแปรรูปเป็นรัฐวิสาหกิจหมด ทันตแพทย์จะไม่สามารถเป็นอาชีพชั้น 1 ได้อีก ไม่สามารถดำรงชีพเหมือนปัจจุบันได้อีก คนก็จะไม่มีเงินไปคลินิก ไปจัดฟัน”

“ปัจจุบัน เศรษฐกิจล่มสลาย ไม่รู้เรื่องเหมือนสมัยก่อน ทำให้เกิดปัญหาว่าทำยังไงที่จะให้ได้ค่าบริการจากคนไข้ได้เท่าเดิม ในขณะที่ตัวประชาชนก็ไม่มีเงินพอที่จะจ่าย ซึ่งจะเข้ามาหาทันตแพทย์เมื่อจำเป็น บางส่วนก็ไปพึ่งหมอพื้นเถื่อนแถวท่าพระจันทร์ เกิดเหตุการณ์ที่ผู้รับบริการน้อยลง มีการแข่งขันกันมากขึ้น ทันตแพทย์ควรเห็นผู้ป่วยที่มาหาหมอพื้นว่า เป็นทุกขลาภ เมื่อเขามาหาเราแล้วควรทำให้ดีที่สุด ไม่ใช่ไปเพิ่มทุกขให้เขาโดยวิธีไม่เป็นธรรม เช่น แจ่งข้อมูลผิดๆ ให้แก่คนไข้ กล่าวหาหมอคนอื่นที่รักษาคคนไข้มาก่อนหน้า ทำให้มีเรื่องร้องเรียนเข้ามาสู่ทันตแพทย์สภามากขึ้น ซึ่งเรื่องแบบนี้ทันตแพทย์รุ่นก่อนจะไม่ทำกัน”

- ระบบทุนนิยม/ บริโภคนิยม/ วิทยาศาสตร์นิยม

ในปัจจุบันระดับมหภาคที่ครอบคลุมอนาคตของทันตบุคลากร ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านชี้ถึงกระแสหลักที่ครอบงำกระแสโลกในศตวรรษที่ผ่านมา เช่น การแพทย์ที่พัฒนามาจากฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มองโลกแบบแยกส่วนเป็นหลัก จนละเลยมิติอื่นๆ และการเป็นองค์รวมของสุขภาพมนุษย์ หรือ การก่อตัวของทุนนิยมที่เป็นวิถีหลักของโลกปัจจุบัน ที่ทำให้มนุษย์สัมพันธ์กันด้วยผลประโยชน์ทางวัตถุเป็นหลัก และใช้การบริโภคเป็นตัวกระตุ้นความงอกงามทางเศรษฐกิจ ที่เป็นคุณค่าสูงสุดของการพัฒนาที่มนุษย์ยึดถือ

กระแสของการปฏิรูปสุขภาพมีทิศทางที่ขัดแย้งกับกระแสสังคมข้างต้นอยู่ไม่น้อย และย่อมจะต้องเผชิญอุปสรรคในการเคลื่อนไหว ถ้ากระแสโลกยังไม่เปลี่ยน

ตัวอย่างเช่น ผู้ทรงคุณวุฒิทางสังคมศาสตร์ผู้หนึ่งเห็นว่า การที่ทันตบุคลากรส่วนใหญ่ จะหันมาให้ความสำคัญต่อการสร้างสุขภาพ หรือการทำงานในระดับกลุ่มหรือสังคมแทนการยึดบทบาทของผู้รักษาผู้ป่วย เป็นไปได้ยาก เพราะในจุดเกาะของการเน้นการรักษาผู้ป่วย เป็นจุดที่ตัวทันตบุคลากรเองได้รับความพึงพอใจสูงสุด ทั้งจากการที่ได้ทำงานที่มีบทบาทชัดเจนและคนอื่นทำไม่ได้ ขณะที่ในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ “อัตลักษณ์” ของทันตบุคลากรจะลดลง ไม่แน่ใจในบทบาทตัวเองและไม่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนั้นในเชิงผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ การอยู่ในบทบาทของหมอรักษาผู้ป่วยก็ให้ผลตอบแทนสูงสุดเช่นกัน ทันตบุคลากรที่จะออกมานอกกรอบที่มั่นคงและมั่งคั่งดังกล่าวจึงต้องมีแรงจูงใจพิเศษ นอกเหนือจากผลตอบแทนที่เป็นพื้นฐานของระบบสังคมปัจจุบัน ซึ่งก็เป็นเรื่องที่ยากทั้งในการที่จะปลูกฝังในการศึกษา หรือในการปฏิบัติงานจริง นอกจากการปรับระบบในกระแสสังคมหลักให้เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่และกว้างขวางมาก

“ปัญหาใหญ่ คือ กระบวนทรรศน์ใหญ่ของสังคม ที่การพูดถึง ชีวิต ความสุขของเพื่อนมนุษย์ไม่ใช่ กระบวนทรรศน์ แต่กลายเป็น บริโณคนิยม การแข่งขัน เหมือนคำที่ อาจารย์ประเวศกล่าวไว้ว่า “จิตคนยังเล็ก” เมื่อการไปสอนจิตใหญ่ในคนที่มีพื้นฐานสังคม หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ทำให้คนจิตเล็ก เป็นการทำงานที่ยากมาก”

“...ขณะนี้ยังมองไม่ออกว่าจะมีอะไร มาทำให้ทันตแพทย์ลุกออกมาทำงานนอกช่องปากได้มากขึ้น การออกนอกช่องปากยังทำให้บทบาทของทันตแพทย์น้อยลง ผลประโยชน์ทางธุรกิจน้อยลง จึงคิดว่าบทบาทของทันตแพทย์ยังไม่เปลี่ยนตราบดีที่สังคมยังเป็นอยู่อย่างนี้...”

“การทำให้ ทันตแพทย์ กลุ่มที่อยู่ในกระแสสังคมหลัก ของบริโณคนิยม เริ่มมองเห็นและให้ความสำคัญกับการทำงานสุขภาพเพื่อสาธารณะ อาจต้องปรับโครงสร้าง บริบททางสังคม เศรษฐกิจ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เห็นผลจากการทำงานในวงแคบๆ (การรักษา) และการทำงานเพื่อสาธารณะ (ส่งเสริมสุขภาพ) ได้รับผลตอบแทนที่ไม่แตกต่างกัน ถ้าทิศทางหลักของสังคมยังเป็นเรื่องบริโณคนิยม ภาพลักษณ์หรือความสวยงาม การเปลี่ยนแปลง ค่านิยม สังคมระบบใหญ่น่าจะเป็นทางออกที่สำคัญ พลังผลักดันที่สำคัญอาจมาจากภายนอกวิชาชีพทันตกรรม”

4. จากปัญหาที่มีอยู่แล้วในปัจจุบันที่ควรมีการแก้ไขปรับปรุง

แม้การปฏิรูปด้านต่างๆ ที่กล่าวข้างต้น จะมีรากฐานมาจากการแก้ไขปัญหาคือ ข้อขัดข้องในอดีต แต่ก็ยังมีบางปัญหาของการบริการสุขภาพ หรือปัญหาเฉพาะของวงการทันตบุคลากร ที่ควรได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ

- การที่วงการทันตกรรมยังมีความสามารถในการพึ่งตนเองทางเทคโนโลยีที่ต่ำ และมีการใช้ภูมิปัญญาไทยที่น้อย ทั้งในด้านภูมิปัญญาไทยดั้งเดิม และภูมิปัญญาที่จะประยุกต์องค์ความรู้นานาชาติให้สอดคล้องกับสภาพและปัญหาของประเทศ

- สถาบันการศึกษาทันตแพทยศาสตร์ ยังขาดดุลยภาพทางวิชาการ ระหว่างศาสตร์วิทยาการกับองค์ความรู้ในการประยุกต์ใช้กับบริบทของสังคมไทย และมีการสอดประสานของการผลิตและระบบบริการสุขภาพไม่เพียงพอ

- ผลผลิตทันตบุคลากรไทยในปัจจุบัน ยังขาดความรู้ความสามารถและเจตคติที่ควรมีหลายประการ เช่น ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์, การทำงานร่วมกับคนอื่น, การมีภาวะผู้นำ, เป็นพวกวัตถุนิยม ขาดจิตสำนึกสาธารณะอันนำไปสู่ความบกพร่องทางจริยธรรมในวิชาชีพ เป็นต้น (รายละเอียดจะอยู่ในหัวข้อเสนอแนะต่อคุณลักษณะของทันตบุคลากรไทย)

“การที่ต่างคนต่างทำมันไม่สอดคล้องกัน ฝ่ายผลิตก็ผลิตเน้น technology สาugelเป็นตัวตั้ง แล้วคนปรับไปได้แคไหน เดินคนละทิศคนละทาง พูดตรงๆว่าเท่าที่สัมผัสในบางสถาบันการศึกษาเป็นฝ่ายตามแล้วตามไม่ทัน กำลังผลิตคนเพื่อใช้ในความคิดเก่า ทั้งที่ความคิดไปไกลมาก การเคลื่อนไหวไปเร็วมากในบางจุดเท่านั้น ในกลไกนโยบายจะต้องดูกำลังคนด้านสุขภาพด้วย เพราะกำลังคนสำคัญเนื่องจากจะปรับไปทางไหนก็ได้ ถ้ายังเน้นซ่อมมากกว่าชาวบ้านลำบาก”

“สิ่งที่ชาวบ้านหลายคนมองเห็นจากประสบการณ์ของเขา มันไม่ถูกพัฒนา ยอมรับอย่างมากก็เป็นแค่ประสบการณ์ องค์ความรู้เหล่านี้ไม่ได้รับการสนับสนุน ทำโดยพลการก็ได้ ...แต่ถ้าเกิดเห็นว่าประสบการณ์เหล่านี้มันสำคัญ มันจะถูกจัดการใหม่ สนับสนุนใหม่ โดยการถ่ายโอนทรัพยากรมา หรือเปิดช่องว่าง มีการสนับสนุน”

“ลักษณะที่เป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี คือ บางทีเนื่องจากว่าเรามีลักษณะพิเศษ Ego สูง เราไม่ชอบจะตามใคร จริงๆ มันเป็นจุดแข็งและจุดอ่อนไปในตัว อันนี้ในลักษณะผู้นำ เห็นว่าพวกเราจะจะเป็นผู้นำ ให้เป็นหัวหน้าให้เป็นอะไร ไม่ค่อยยอมเป็น ซึ่งตรงนี้พอไม่แสดงภาวะผู้นำ ก็ทำให้พลาดโอกาสในการที่จะผลักดันความคิดของตัวเองหรือผลักดันงานของเรา ให้เกิดประโยชน์ไปอย่างกว้างขวาง ก็ย้อนกลับไปตอนแรกที่ผมบอก บางครั้งแสดงความคิดเห็นเชิง Criticize แต่ว่าเอาใหม่ เอาหน่อยใหม่ บางที คือตรงนี้นั้นต้องแสดงภาวะผู้นำ และต้องมีความกระตือรือร้นที่จะอาสาที่จะทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลง”

5.2 คุณลักษณะทันตบุคลากรไทยในอนาคต

ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ความเห็นถึงคุณลักษณะในอนาคตของทันตบุคลากร ซึ่งส่วนใหญ่จะหมายถึงทันตแพทย์ โดยมีคุณลักษณะร่วมกันหลายประการ

ความรู้และทักษะทางทันตกรรม

ประกอบด้วยการมีความรู้พื้นฐานทางทันตแพทยศาสตร์ที่ดี มีทักษะด้านเทคนิคในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ โดยรวมแล้วในข้อนี้ แม้จะระบุว่าเป็นส่วนที่จำเป็น แต่ผู้ทรงคุณวุฒิไม่ได้เน้นถึงการพัฒนาเป็นพิเศษ หลายคนระบุว่า หลักสูตรปัจจุบันได้ให้อย่างพอเพียงพอสมควรแล้ว และบางคนเสนอว่า อาจจะต้องดูแลสัดส่วนทักษะงานคลินิกไม่ให้มากจนขาดการศึกษาเพื่อคุณลักษณะด้านอื่นๆ

ความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพและเคลื่อนไหวสังคม

สอดคล้องกับการที่ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่ วิเคราะห์ถึงทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น คุณลักษณะสำคัญของทันตบุคลากรในอนาคตจึงถูกวิเคราะห์ว่า จำเป็นจะต้องมีความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กระบวนการคนใหม่ อันได้แก่ ความรู้และทักษะในการสื่อสาร การชี้นำสังคม (social advocacy)

“ที่สำคัญคือ การดูแลประชาชนต้องไม่อยู่แค่ในที่ตั้งในโรงพยาบาล แต่จะต้องออกไปพบกับประชาชน ผู้นำชุมชน ร่วมงานกิจกรรมต่างๆ กับประชาชน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และมีความจริงใจกับประชาชน คือทำงานมวลชนให้มากขึ้น เป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานเชิงรุกอย่างแท้จริง”

“จะอย่างไรให้เด็กรุ่นใหม่มี concept ของ comprehensive dentistry มี concept ของความหมายของคำว่าสุขภาพ ไม่ใช่ว่ามองคนแค่โรคเท่านั้น ไม่ใช่มองคนเป็น คนๆ แต่ต้องมองคนเป็นชุมชน มองให้เห็นความเป็นคน มองลงไปถึงจิตวิญญาณ นี่เป็นหน้าที่ของทันตแพทย์โดยตรงเลยต่อไปในอนาคต ให้น้องๆ ลงไปทำงานตรง PCU อย่างมีความภูมิใจ”

ทักษะชีวิต ทักษะในการทำงานร่วมกับคนอื่นและการมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ทันตบุคลากรในอนาคตควรมีความรู้พื้นฐานที่กว้าง เข้าใจสภาพการณ์ความเปลี่ยนแปลงของโลก มีหลายวิชาที่ถูกยกตัวอย่างถึง เช่น คอมพิวเตอร์, ภาษาอังกฤษ, กฎหมายที่จำเป็น, เศรษฐศาสตร์, การบริหารจัดการ และความรู้รอบตัวทั่วไปที่จะทำให้เป็นผู้รอบรู้ มีวิสัยทัศน์ มีความเป็นผู้นำ และผู้ตาม การมีความฉลาดทางอารมณ์และมนุษยสัมพันธ์ในการที่จะใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

นอกจากนั้นยังควรมีความสามารถในการแก้ปัญหา (problem solving ability) และการแก้ไขข้อขัดข้อง หรือความขัดแย้งต่างๆ ทั้งในชีวิตและการทำงาน

ในฐานะของหมอ ความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้น้ำหนักเป็นพิเศษ ซึ่งควรจะเริ่มตั้งแต่การที่ทันตบุคลากรตระหนักถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิผู้ป่วย มีความเข้าใจและทักษะของการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

ทักษะด้านความคิด

ประกอบด้วย การมีความคิดสร้างสรรค์, การคิดแบบวิเคราะห์วิจารณ์, การมีความคิดรวบยอด, ความคิดเชิงกลยุทธ์, ความคิดเชิงอนาคต

ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของทักษะด้านนี้จะพัฒนาว่า จะนำไปสู่การพัฒนางานและภาวะผู้นำของบุคลากรด้วย

“ทักษะในแง่ของความคิด คือ ในเรื่องของการคิด ไม่ใช่เฉพาะนักศึกษาทันตแพทย์ของเราเท่านั้น ยังเป็นของสังคมไทย อันนี้ความรู้สึกลึกซึ้งส่วนตัวนะว่าเราจะเก่งในแง่ของการคิดแบบวิเคราะห์ แบบเปรียบเทียบ และก็เชิงวิพากษ์ แต่ในแง่ของการคิดในเชิงแบบ Conceptual ความคิดรวบยอดหรือเชิง Concept และก็ความคิดเชิงสังเคราะห์ เชิงบูรณาการ เชิงประยุกต์ เชิงกลยุทธ์ เชิงอนาคตและก็เชิงสร้างสรรค์ บางคนมีเหมือนกัน แต่ทำที่สุดแล้ว บางครั้งมันออกไปหนักในการคิด Criticize และไม่มีข้อเสนอออกมา บางทีข้อเสนอไม่เป็นกลยุทธ์ ไม่ creative ซึ่งตรงนี้น่าจะมีการส่งเสริม”

ความรู้ความสามารถในการวิจัยและเรียนรู้ตลอดชีวิต

เป็นที่คุณลักษณะที่ถูกชี้โดยผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่าน แม้จะไม่ค่อยมีการขยายความถึงแนวคิดและความสำคัญอันอาจจะเนื่องจากเป็นที่ประจักษ์ชัดทั่วไปแล้ว ทักษะที่ได้รับจึงไปเน้นอยู่ที่กระบวนการจัดการศึกษา มากกว่า

การมีเจตคติด้านจริยธรรม ความรับผิดชอบต่อส่วนรวม

เป็นคุณลักษณะที่ถูกเน้นย้ำมากเป็นพิเศษ ทั้งในเหตุที่ว่าเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของทันตบุคลากรและทั้งจากที่ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นว่าปัจจุบัน มีความอ่อนด้อยในด้านนี้ของทันตบุคลากรอยู่มาก จริยธรรมมีทั้งในส่วนของวิชาชีพและในฐานะของการเป็นสมาชิกในสังคมมนุษย์

“จริยธรรมมี 2 ส่วน คือ จริยธรรมในหน้าที่ และจริยธรรมส่วนตัว หมอต้องมีจริยธรรมในหน้าที่ทำให้ดีเหมาะสม แต่ถ้าเป็นเรื่องส่วนตัวที่ไม่กระทบกับหน้าที่ก็คิดว่าให้เป็นเรื่องส่วนตัวของเขาได้บ้าง เพราะในอีก 10-20 ปีข้างหน้า ชีวิตมีความหลากหลายในสังคม จะเจอปัญหาของตัวเองคนละรูปแบบ ดังนั้นจะมายึดถือบรรทัดฐานเดียวกันว่าต้องเป็นอย่างนั้นให้เข้ากรอบไม่ได้ แต่ถ้าในหน้าที่การงานก็ต้องมีรูปแบบที่ชัดเจน เช่น หมอ-คนไข้ ผู้สอน-ผู้เรียน”

ซึ่งในประการหลัง ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านชี้ถึงขอบเขตของจริยธรรม ที่น่าจะขยายไปถึงในแง่มุมของการเป็นผู้ที่มีจิตสำนึกของการรับผิดชอบต่อสังคม และการเคารพสิทธิของผู้ป่วย การเคารพสิทธิของความเป็นคนที่เท่าเทียมกัน

“หนึ่งควรจะต้องรู้หน้าที่ของคนไทย ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยซึ่งหน้าที่ตรงนี้หมายความว่า ในการทำงานที่เป็นพลเมืองรู้จักที่จะมีส่วนร่วมทำประโยชน์ต่อสังคม คือ ไม่ใช่อยู่เฉยๆเฉพาะในแววของวิชาชีพของตัวเองนะครับ เวลาสังคมเขามีอะไรก็ควรจะช่วยรับรู้ ร่วมคิด มีส่วนร่วมในการที่จะวางแผนหรือดำเนินการหรือว่าจะติดตามอะไรต่างๆและถ้าเป็นไปได้ ก็น่าจะมีส่วนร่วมคิดเห็น ข้อเสนอต่อสังคมในเชิงสร้างสรรค์ อันที่สองคือควรจะรู้บทบาทของตนเอง ทำหน้าที่ของตนเอง ทำหน้าที่ต่อครอบครัว ต่อสังคมได้เหมาะสม ซึ่งถ้าในส่วนของตัวเองก็คงเป็นเรื่องของพฤติกรรมตนเอง คือ ให้เป็นคนดี อันนี้ในส่วนของคนดีต่อตนเอง ต่อครอบครัว และก็ในเรื่องของสังคมและก็ต้องเป็นคนเก่งด้วยที่จะทำประโยชน์ให้เกิดกับสังคม”

“กระบวนการในการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นคนที่เท่าเทียมกัน ไม่ได้รู้สึกว่าคุณไหนเหลื่อมล้ำต่ำสูงกว่ากัน ยกตัวอย่างผ่านเรื่ององค์ความรู้ที่พูดถึง การที่มันยากเพราะในระบบการศึกษาเราปลูกฝังว่าชาวบ้านต้องพึ่งพาแพทย์มาตลอด จู่ๆ วันหนึ่งบอกให้คุณดูแลสุขภาพตัวเอง มันจะเป็นไปได้จริงๆหรือ? มันคงต้องเปลี่ยนองค์ความรู้ทั้งสองด้าน เช่น องค์ความรู้ที่อยู่ในระบบการศึกษาที่ไม่ได้เน้นแพทย์ในเชิงวิชาชีพที่ตัดตัวเองออกจากสังคม ตัดตัวเองออกจากคนในมิติอื่นๆ ที่ต้องเชื่อมโยง ไม่ใช่สร้างความภาคภูมิใจหรือความอหังการในวิชาชีพตัวเอง แล้วคิดว่าตัวเองอยู่เหนือคนในสังคม เวลาเข้ามาพึ่งชาวบ้าน ใจมันก็จะเปิดกว้างในการที่จะเชื่อได้มากกว่า”

การมีอัตลักษณ์และความเชื่อมั่นในตัวเอง

เป็นอีกคุณลักษณะหนึ่ง ที่ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งชี้ว่า ในโลกแห่งความหลากหลายและซับซ้อนนี้ ทันทบุคลากรควรจะสามารถค้นหาอัตลักษณ์ (identity) ของตนเองได้ ทั้งในฐานะทันตบุคลากรคนหนึ่งและบุคคลคนหนึ่งในสังคม มีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะดำรงตนในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุขจากตัวตนของตนเอง

5.3 บทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรในอนาคต

บทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรนอกเหนือจากคุณลักษณะที่กล่าวถึงในหัวข้อที่แล้ว ที่น่าจะมีการปรับเปลี่ยนไป ถูกระบุจากผู้ทรงคุณวุฒิ พอประมวลได้ในประเด็นต่างๆดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล

ในความเห็นต่อการทบทวนบทบาทหน้าที่ระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล แม้ว่าการเน้นบทบาทของทันตภิบาลในด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น จะได้รับการยอมรับโดยทั่วกัน แต่แนวทางการปรับปรุงผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นที่ไม่สอดคล้องกันนัก

โดยปัจจัยสำคัญของบทบาททันตภิบาล อยู่ที่บทบาทในหน่วยบริการปฐมภูมิที่จะเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น พร้อมกับกระจายบริการออกไปอย่างกว้างขวางทั่วถึง ซึ่งมีบทบาทของหน่วยคู่สัญญาที่เป็นภาคเอกชนมากขึ้นด้วย ทำให้จำนวนของทันตภิบาลในฐานะทันตบุคลากรหลักของหน่วยปฐมภูมิได้รับการคาดหวังว่าต้องทวีมากขึ้น พร้อมๆกับการปรับบทบาท ซึ่งปัจจุบันยังมีความจำกัดอยู่แต่ในภาครัฐเท่านั้น

“บทบาทของทันตแพทย์กับทันตภิบาลต้องแยกให้ชัดเจนมากมาก เพราะไม่งั้นจะมีผลกระทบว่าถ้าทันตภิบาลทำ core package ได้หมด ก็จะไม่มีการเอาทันตแพทย์ เด็กรุ่นต่อ ๆ ไป ก็จะตงงาน อย่างเช่น โรงพยาบาลบ้านแพ้ว ก็มีการส่งบุคลากรมาเรียนทันตภิบาลเพิ่มอีก 5 คน แสดงว่าเขาเห็นถึงประโยชน์ของทันตภิบาลแล้ว แต่ในปัจจุบันทันตภิบาลถูกบีบโดยระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่ว่า อนุญาตให้ทันตภิบาลทำงานเป็นข้าราชการเท่านั้น หรือไม่ตามเทศบาลเมืองพัทยาต่าง ๆ และต้องอยู่ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ จะไปทำเอกชนไม่ได้ แต่ในอนาคตโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มีทันตแพทย์ต้องการจะเป็น CUP ดังนั้นทางโรงพยาบาลก็ต้องทำ PCU ให้ได้เพื่อรองรับประชาชนที่จะมาลงทะเบียน ถ้าทันตแพทย์มีปัญหาจ้างยาก ค่าใช้จ่ายสูง ทางเอกชนก็อยากจ้างทันตภิบาล แต่ตรงจุดนี้ ทางเรากำลังพิจารณาอย่างเคร่งเครียดว่า จะขึ้นนำสังคมอย่างไรถึงจะเหมาะสม”

อย่างไรก็ตาม แม้จะเห็นด้วยกับการเน้นการทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของทันตภิบาล แต่ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านมีข้อคิดในการจะปรับลดขอบเขตของการรักษาพยาบาลอย่างง่ายของทันตภิบาล

บาลลง โดยยังเห็นว่าต้องคำนึงถึงการกระจายบริการสู่ประชาชน และการช่วยแบ่งเบาภาระให้ทันตแพทย์สามารถทำงานขั้นสูงได้มากขึ้น ทั้งนี้ความจำเป็นที่จะให้ทันตภิบาลมีบทบาทการรักษาพยาบาลมากขึ้นเพียงไรในแต่ละสถานที่และเหตุการณ์ยังขึ้นกับการกำกับดูแลของทันตแพทย์อยู่ และการตัดสินใจว่าทันตภิบาลควรมีขอบเขตการทำงานได้เพียงไรน่าจะมาจากการวิจัย เพื่อไม่เป็นข้อครหาว่าเป็นการกีดกันของวิชาชีพ

“ที่ว่าต้องคิดใหญ่เลย เพราะมันไม่ได้ต่างจากแพทย์ เภสัช อื่นๆ ที่ผ่านๆ มา มีเรื่องวิชาชีพสูงมาก ถ้าลดลงได้ แล้วเอาประชาชนเป็นตัวตั้ง คิดยังไงจะไปถึงตรงนั้นได้ ถ้าแทนที่จะมานั่งคิดปัญหาเล็กๆ น้อยๆ อย่างทันตภิบาลถอนฟันได้ ถอนฟันแล้ว มีปัญหา ถอนแล้ว ประชาชนแย่ ต้องตามดูว่า ที่ผ่านๆ มาเขาทำได้แค่ไหน มีปัญหาแค่ไหน ปัญหามันต้องการวิจัย อย่างทันตแพทย์ถอนฟันกับทันตภิบาลถอน มีปัญหาแตกต่างกันไหม? เหมือนหมอเคยให้ผดุงครรภ์ ให้นมแม่ใส่ห่อหุ้มมันได้ เราก็วิจัยกันว่า อัตราการหวั่นทะลุ การหลุด ต่างกันไหม? ก็ปรากฏว่าไม่ต่างกัน หรือเราฝึกอบรมให้พยาบาลทำมัน อัตราสำเร็จเทียบกับหมอมันก็ไม่ต่างกัน ถ้าได้รับการฝึกอบรมที่ดี ก็สามารถทำได้ หรือแม้แต่การให้พยาบาลดมยา ซึ่งเป็นเรื่องเป็นเรื่องตาย ถ้าได้รับการฝึกที่ดี ก็ทำได้”

“ส่วนเรื่องของทันตแพทย์ ทันตภิบาล ผมว่าถ้าเขาทำได้ มีมาตรฐานที่ดี ผมว่าก็น่าจะให้เขาทำได้ ผมเป็นหมอโรคหัวใจ ผมก็ต้องไปตรวจโรคทั่วไปเหมือนกัน ผมว่าเราควรปรับบทบาทของเราไปทำในสิ่งที่ยากกว่าในสิ่งที่เขาทำไม่ได้ อย่างห้วงที่จะไปทำเรื่องง่ายๆ อย่างนั้น”

“ถามว่าทันตภิบาลมีความรู้เรื่องการอุด ถอนฟัน ตรงนี้จำเป็นหรือไม่ ผมว่ามันก็ยังมีประโยชน์ เพียงแต่การที่มีความรู้ตรงนั้น เป็นส่วนประกอบของงานกับส่วนของจุดปฏิบัติงาน จะเป็นตัวกำหนดในเรื่องของหน้าที่ว่าจะเน้นไปทางใด ถึงแม้ทันตภิบาลจะมีความรู้ทางด้านนี้บ้าง ก็ไม่เสียหาย แต่คนที่จะมาทำงานในเชิงรุกจะต้องมีความรู้ในเชิงรุกจริงๆ มีคนกำกับ คนที่น่าจะกำกับก็ควรเป็นทันตแพทย์ที่มีความสามารถในการบริหารจริงๆ”

“ผมว่าผมยังมีความรู้สึกของ professionalism สูง โดยเฉพาะทันตแพทย์สูงกว่าแพทย์ใหม่ ผมว่าไม่สูงกว่าก็ไม่น้อยกว่าเลย ตรงนี้ทำให้เป็นอุปสรรคในการขยายไปสู่ประชาชน การมี professionalism ไม่ใช่ไม่ดี เพราะเขาอาจจะมีเหตุผลที่จะให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีที่สุด ปลอดภัยที่สุด แต่ขณะเดียวกันทำอย่างไร ที่จะให้ professionalism นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการได้ ไม่ใช่เพื่อเป็นการปกป้องผลประโยชน์ของวิชาชีพเองที่จริงประเทศไทย เมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ professionalism เราอาจไม่สูงก็ได้ เพราะเรายอมให้มีทันตภิบาลเกิดขึ้น ทำอะไรได้หลายอย่าง ซึ่งบางประเทศไม่มี ถ้าถามว่าชาวบ้านที่อยู่บ้านนอกจะรับบริการจากใครถ้าไม่มีทันตภิบาล ถ้ามาหาทันตแพทย์ก็ไม่มีปัญญา เรื่องที่จะมาหา ทันตแพทย์ปีละ 2 ครั้ง ก็ไม่มีทาง ถ้ามาจริงทันตแพทย์ก็ตาย”

นอกจากนั้นผู้ทรงคุณวุฒิในสายการผลิตทันตภิบาลยังชี้ให้เห็นว่า ในหลักสูตรการศึกษาของทันตภิบาลมีเรื่องงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคมีอยู่พอสมควรแล้ว แต่เมื่อจบไปเข้าสู่โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ อาจไม่เอื้อให้ทำงานส่งเสริมป้องกันที่แท้จริง โดยเฉพาะจากการนำโดยทันตแพทย์ที่เป็นผู้บังคับบัญชา การหวังให้เกิดบทบาทดังกล่าวจึงต้องพึ่งทั้งภาคการผลิต และระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกัน

“การทำงานทันตกรรมขึ้นอยู่กับระบบ ถ้าทันตแพทย์ เน้นงานรักษา ทันตภิบาลก็จะทำเฉพาะงานรักษา แม้ทันตภิบาลทำงานชุมชน ออกไปข้างนอก แต่ทันตแพทย์ไม่ได้ออกไปควบคุมกำกับ ทันตภิบาลก็ทำงานยาก”

โดยทันตภิบาลเองก็ได้ร่วมกันสัมมนาประเมินปัญหาเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของตนว่ายังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและการรักษา (กองทันตสาธารณสุข, 2544) และได้เสนอว่า ควรมีการปรับทิศทางให้ทันตภิบาลทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมมากขึ้น

“ทันตภิบาลยังทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนามัย โดยการรักษายังไม่ครอบคลุม งานส่งเสริมป้องกันถูกทอดทิ้ง การทำงานแบบองค์รวมยังขาด concept ด้าน basic public health..

...ทันตภิบาลควรมีบทบาทในการกำหนดขอบเขตการทำงานระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล”

ส่วนบทบาทของทันตภิบาลในภาคเอกชนยังเป็นเรื่องที่ยังใหม่ เช่นเดียวกับบุคลากรข้างเคียงอื่นๆในสายแพทย์เองที่จะมีปัญหาเกี่ยวกับวิชาชีพน้อยกว่าถ้าจำกัดขอบเขตการรักษายาบาลอยู่เฉพาะในภาครัฐ ในมุมมองของทันตภิบาลต้องการทางออกที่จะเปิดให้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมขั้นที่สอง โดยมีสรุปในการประชุมระดมความคิดของทันตภิบาล (ชมรมทันตภิบาล, 2545) ว่า

“ การขอรับรองการปฏิบัติงานของทันตภิบาล เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างถูกต้องตามกฎหมาย เนื่องจากในอนาคตตาม พรบ. กระจายอำนาจ และการทำงานตามนโยบายการสร้างหลักประกันถ้วนหน้า ทันตภิบาลอาจจะไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่ภายใต้ความควบคุมของทันตแพทย์ กล่าวคือ ทันตภิบาลในอนาคตต้องปฏิบัติงานใน PCU หรือสถานีนามัย ที่มีแนวโน้มจะไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งไม่มีตำแหน่งทันตแพทย์อยู่ในองค์กรนั้นๆ.....

หรืออีกกรณีหนึ่ง ที่ทันตภิบาลอาจจะไปปฏิบัติงานในภาคเอกชน ซึ่งมีความเป็นไปได้ในอนาคต.... มีหลายคนถามว่า ทันตภิบาลจะทำงานได้อย่างไร ในเมื่อไม่มีใบประกอบวิชาชีพ ในที่ประชุมสรุปได้ว่า ควรปรึกษาหารือและหาแนวทางปฏิบัติในการขอใบประกอบวิชาชีพสำหรับทันตภิบาล รวมทั้งเรื่องการศึกษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน”

แต่ในผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านที่เห็นว่าต้องลดการซ้อนทับขอบเขตการทำงานกับทันตแพทย์ให้ชัดเจนก่อน เพราะการมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมของทันตภิบาลเป็นเรื่องของการตัดสินใจวางระบบ ซึ่งประเทศไทยยังมีจุดอ่อนมากในเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย ผู้ทรงคุณวุฒิในสายการผลิตทันตภิบาลก็ชี้ว่า สิ่งที่น่าจะทำให้เรื่องการรักษาของทันตภิบาลคือใช้ระเบียบเดิมไปก่อน รอให้องค์กรวิชาชีพเข้มแข็ง มาตรการทางสังคมและการควบคุมมีประสิทธิภาพกว่านี้ก่อน จึงพิจารณาเรื่องใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ส่วนการแก้ไขปัญหาของการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของหน่วยคู่สัญญาภาคเอกชนที่ไม่อาจจ้างทันตภิบาลได้ อาจทำโดยวิธีมาจ้างหน่วยงานราชการที่มีทันตภิบาลทำงานอยู่ จะแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ แต่ในระยะยาวก็เป็นเรื่องที่วงการทันตสาธารณสุขต้องหาทางเลือก

“ข้อดีคือ ทันตภิบาลทำ *private practice* ไม่ได้ ตรงนี้จะทำให้ *professionalism*. ลดความรุนแรงลงได้ ถ้าเราปล่อยให้ทันตภิบาลทำ *private practice* มันจะทำให้เกิดการขัดแย้งเชิงวิชาชีพอย่างรุนแรง ขัดแย้งทางผลประโยชน์ แต่ถ้าทำเฉพาะ *public service* ทันตแพทย์จะพูดอะไรก็ยาก เขาไม่ได้ไปแย่งอาชีพ ทันตแพทย์ เขาทำเพื่อบริการประชาชน ศักยภาพของทันตภิบาลขณะนี้ ขูดหินปูน เคลือบหลุมร่องฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ถ้าเขามีศักยภาพในการทำได้ มันก็ดี เพราะมันจะช่วยให้ทันตแพทย์มีเวลามาทำงานที่มีระดับสูงขึ้น

ส่วนปัญหาของภาคเอกชน ทางเลือกที่เป็นทางออกที่ดี โดยไม่ต้องแก้กฎหมายเลย คือ ให้โรงพยาบาลเอกชนมา *subcontract* หน่วยงานของรัฐ ที่มีทันตภิบาล คือ พูด่างๆ คือ หน่วยงานของรัฐออกไปทำแต่จ่ายเงินโดยเอกชน ไม่ผิดกฎหมายทำได้เลย โดยเอกชนไม่ต้องจ้างทันตภิบาลเอง ทำได้โดยจ้างหน่วยงานของรัฐที่ทันตภิบาลทำ เช่น มีโรงเรียนอยู่ในเขตของเขาเอง เขาก็จะใช้ โรงพยาบาลที่มีทันตภิบาลไปทำให้ โดยให้ค่าใช้จ่ายต่อหัวไปเลย ระยะยาว โดยโรงพยาบาลเอกชนอาจจะสามารถจ้างทันตภิบาลไปทำงานในขอบเขตเดียวกันกับที่ทำงานในภาครัฐได้ ภายใต้ *supervision* ของทันตแพทย์ ซึ่งตรงนี้ มันต้องมีอภิปรายกันพอสมควร”

“คิดว่า ยังไม่ถึงเวลา จริงๆ ควรต้องให้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมแก่ทันตภิบาล แต่ต้องหาช่วงเวลาที่เหมาะสม ในช่วงแรกการรักษาทางทันตกรรมของทันตภิบาล ให้เหมือนเดิมไปก่อน แต่ควรมาเน้นมากขึ้นในด้านการส่งเสริมป้องกัน ให้มีความรู้มากขึ้นด้านพฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา สังคม วัฒนธรรม เพื่อที่จะเข้าไปหาวิถีพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพของประชาชนให้มากขึ้น ระดับต่อไป การออกกฎหมายให้ครอบคลุมงานบริการทันตกรรมเอกชนที่อยู่ในเครือข่ายที่ขึ้นทะเบียน มีสิทธิจ้างทันตภิบาลรักษางานง่ายขึ้น แต่ต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของทันตแพทย์อยู่ อนาคตงานส่งเสริมป้องกัน ต้องอาศัยทันตภิบาลเป็นหลัก ต้องพัฒนาขีดความสามารถของทันตภิบาลขึ้นมา”

นอกจากนั้น การขยายการศึกษาของทันตภิบาลเป็นหลักสูตร 4 ปี ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่ง ที่มีผู้เสนอเพื่อพัฒนาศักยภาพของทันตภิบาลที่จะงานในหน่วยปฐมภูมิได้ดีขึ้น

“ถ้าเกิดว่าข้างหน้าผลิตทันตแพทย์ไม่ทัน เขาก็อยากได้ทันตภิบาล ผมบอกว่าทันตภิบาลดี แต่ไม่ใช่ ทุกวันนี้ ปัจจุบันคุณเอาทันตภิบาลไปไว้ PCU เท่ากับว่าคุณสร้างความทุกข์ให้แก่เขา คุณคิดจะผลิตทันตแพทย์ 6 ปีแบบใหม่ คุณก็ต้องทำทันตภิบาลใหม่ ให้เขารู้ว่างาน PCU เป็นงานที่สำคัญมากน้อยแค่ไหน ในการส่งเสริม สุขภาพช่องปาก ลดเรื่องการติบตันของอาชีพให้เขาด้วย ทำไปพร้อมๆ กับให้ความหมาย ให้ความสำคัญ ผลิต ปริญญาตรีให้เขา เป็นแนวคิดใหม่ ผลิตทันตภิบาลเพื่อได้ทำหน้าที่จริงๆ ยกตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ ถ้าแพทย์ ไม่มีพยาบาล ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันก็พังทลายหมด พยาบาลสามารถจัดการร่างกายได้ แต่ไม่มีสิทธิ รักษาโรค ทันตภิบาล 4 ปี ด้านหลักต้องหนักเรื่องส่งเสริมสุขภาพ เราอาจไม่มีเวลาให้เขาวิเคราะห์เชิงสถิติหรือ ทำวิจัย แต่ต้องให้เรียนรู้ว่าการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเป็นอย่างไร เรียนรู้ว่าสังคมศาสตร์ทำอะไร มันหนีไม่ พ้นเรื่อง treatment ทันตภิบาล 4 ปี ทำอะไรได้บ้าง สิ่งที่ไม่ควรเลยคือ สิ่งที่เกิดปัญหา complication ที่ PCU รับไม่ได้ คือ 1. ซักประวัติไม่ได้พอ 2. ตรวจไม่ได้พอ 3. รักษาไม่ได้พอ”

5.4 การคัดเลือกเพื่อเข้าระบบการศึกษา

ข้อชี้แนะต่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการคัดเลือกผู้ที่เข้ามาเป็นทันตบุคลากรที่มีความเห็นพ้องต้องกัน สูง ได้แก่ การขยายการรับนักศึกษาจากท้องถิ่น โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกมากขึ้น โดยในทัศนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การคัดเลือกนักศึกษาทันตแพทย์เป็นหลัก ส่วนทันตภิบาลส่วนใหญ่จะสรุปว่า มีการคัดเลือกจากระดับพื้นที่อยู่แล้ว แม้ว่าจะไม่มีระบบที่เชื่อมโยงกับท้องถิ่นนัก แต่ถ้ามีการกระจายอำนาจและ งบประมาณสู่ท้องถิ่น กระบวนการเชื่อมโยงก็จะตามมาเอง

เหตุผลหลักของการปรับเปลี่ยนนี้ คือ การตอบสนองต่อการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นในประเทศไทย ชุมชน ท้องถิ่นจึงน่าจะเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการคัดเลือกนักศึกษาจากท้องถิ่น การสนับสนุนค่าใช้จ่ายการศึกษา การฝึกภาคปฏิบัติในระหว่างการศึกษา จนถึงการจัดงานเมื่อจบการศึกษา นอกจากนั้นข้อดีคือการที่ได้ทันต บุคลากรที่มีความผูกพันกับท้องถิ่นมากขึ้น มีเจตคติและพื้นฐานความเข้าใจที่จะทำงานกับชุมชนได้ดีขึ้นด้วย สำหรับจุดอ่อนที่อาจจะทำให้พื้นฐานทางวิชาการด้อยลงบ้างนั้น ก็อาจต้องยอมรับเมื่อคำนึงถึงข้อดีที่มากกว่า และจากประสบการณ์ของสาขาอื่นชี้ให้เห็นว่าไม่น่าจะกระทบมากนัก โดยมีการรับจากท้องถิ่นร่วมไปกับการรับ นักศึกษาจากการสอบคัดเลือกจากส่วนกลาง

“การคัดเลือกคนจากชุมชน ก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมหาวิทยาลัยต่างจังหวัดก็ทำกันอยู่แล้ว แต่ต้องทำ ให้ชัดเจนกว่านี้ ผมว่าโครงการทันตแพทย์ใช้ทุนมันไม่เวิร์กเท่าไร ผมว่าการเอาคนจากชุมชนมาทำให้ผูกพันตรง นี้มากขึ้น ตรงนี้จะทำให้คนเหล่านี้กลับไปสร้างอะไรให้ชุมชนมากขึ้นเหมือนวิชาชีพอื่น เหมือนเกษตรกรที่เรียนแล้วก็ อยากรากกลับไปช่วยชุมชนมากขึ้น”

“เรื่องของมาตรฐานที่กลัวว่าเอาคนท้องถิ่นมามันจะโง่ กลัวเรียนไม่จบ ผมดูทางบทเรียนของมุสลิมทาง ภาคใต้ เราสำรวจพบว่ามีคนในท้องถิ่นมาก เมื่อให้หมอ ให้ทันตแพทย์จากส่วนกลางเข้าไปทำงานที่ตรงนั้น มันไม่ สนิท ไม่เข้าใจกัน ในเรื่องประเพณี ศาสนา คนเหล่านี้จะมีลูกที่เรียนแพทย์เยอะมาก โดยการส่งไปเรียนที่ อหรั

อียิปต์ มาเลเซีย แล้วก็ให้ทำงานที่มาเลเซียเลย กำลังคนเหล่านี้มีแฝงอยู่เยอะ มาตรฐานของแพทย์ ทันตแพทย์ บุคลากรทางด้านทันตสาธารณสุขไม่ต้องเลิคมก แต่มีพื้นฐานพอสมควร มีมาตรฐานพอสมควร รับใช้ในท้องถิ่นได้ ผมไม่ได้หมายความว่าให้แบ่งเป็นเกรด ในท้องถิ่นของเขาน่าจะมีระบบคัดสรรกันเองได้ ยิ่งถ้าบุคลากรเหล่านี้เป็นบุคลากรของเขาเอง น่าจะยิ่งแก้ปัญหาความยืดหยุ่นได้สูง”

ผู้ทรงคุณวุฒิจากส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการร่วมกับสถาบันการศึกษาคัดเลือกและสนับสนุนนักเรียนจากท้องถิ่นมาเรียนพยาบาลอยู่ ได้ชี้ถึงข้อดีและการเริ่มต้นของระบบนี้ว่า

“คนในพื้นที่ไปเรียนและจบกลับมาน่าจะมีความรักในท้องถิ่น ประชาชน พี่น้องรอบข้างทำงานจนไม่อยากจะย้ายไปไหน เพราะเป็นบ้านเกิดเมืองนอน มีส่วนได้หลายอย่าง ความรัก ความอบอุ่น ความเป็นญาติ พี่น้อง ได้ทำงานและเงินเดือนก็ได้ เป็นเรื่องของคนทำงานที่มีความพร้อมและเต็มใจที่จะทำงาน ซึ่งน่าจะดีกว่าการรับเอาคนที่อื่นมาทำงาน ซึ่งไม่มีความพร้อมและอยู่ได้ไม่นาน โครงการพยาบาลชุมชนเริ่มจากโรงพยาบาลส่งพยาบาลลงมาทำงานเมื่อปี 44 โดย อบต.จัดงบประมาณซื้อรถจักรยานยนต์ให้คนละ 1 คันเพื่อเดินทางปฏิบัติหน้าที่ จัดเบี้ยเลี้ยงและซื้อเครื่องมือแพทย์และเวชภัณฑ์ต่างๆ ให้ แต่โครงการส่งคนในพื้นที่ไปเรียนพยาบาลเพิ่งเริ่มในปี 45 นี่เป็นปีแรก

งบประมาณของอบต.ในด้านสุขภาพไม่มากนัก ไม่ถึง 10% แต่การทำงานอาศัยความพร้อมของประชาชนร่วมด้วย เช่น ร้านค้าชุมชน อบต. เริ่มลงทุนให้ มีการดำเนินงานในรูปแบบสหกรณ์ได้รับความร่วมมือจากประชาชนอย่างดี ทำให้ร้านค้าชุมชนอยู่รอดและช่วยเหลือประชาชนได้”

ทางเลือกหนึ่งที่เสนอ คือการให้โอกาสคนชนบทเข้ามาเรียนโดยมีหลักสูตรพิเศษคู่ขนานไปกับหลักสูตรหลักที่ผูกติดกับความเป็นเลิศทางวิชาการ โดยเตรียมความพร้อมมาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา เพื่อมุ่งเน้นที่ก่อให้เกิดความเป็นธรรมของประชาชนทุกกลุ่มในประเทศไทย ทั้งนี้ ควรอยู่ภายใต้การวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ โดยใช้กลไกทางการเงินการคลังมาสนับสนุน

“เอาคนเก่งเข้ามาเรียน พบว่าก็เป็นคนที่มีโอกาสทางสังคม คนชั้นกลางในเมือง แล้วเราก็บอกชนบทขาดแคลนแล้วก็ส่ง บัณฑิต เงินให้ไปทำงานอยู่บ้านคนอื่น ไปอยู่บ้านนอก ชนบท วิธีคิดใหม่ บ้านเขาก็มีสิทธิ มีหมอ รัฐต้องทำให้คนของเขาเป็นหมอและจะได้อยู่บ้านเค้าโดยให้เป็น license เฉพาะถิ่นก็ได้ professional ทำได้หมด คนบ้านนอกเรียนไม่ได้หรอก ใจ เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะไป empower เด็กให้มีศักยภาพ เด็กคนหนึ่งอยู่ที่ตำบลและกรุงเทพฯ ประสบการณ์ โอกาสการเลี้ยงดูต่างกัน ไม่ได้ IQ ต่างกันแต่กำเนิด ถ้าคนที่อยู่ตำบลถ้าได้รับการ empower ตั้งแต่ระดับการศึกษาขั้นต้น กลาง ปลาย คนเหล่านั้นเรียนได้แต่ขาดโอกาส พุดถ้ำเชิงเป็นธรรม ไม่ได้ปฏิเสธว่าความเก่งไม่จำเป็น แต่น่าจะมี track เพิ่มขึ้น track คู่ขนาน excellency ในวิชาชีพด้วย ในขณะเดียวกันต้องคิดถึง equity ความเป็นธรรม เปิดโอกาสให้คน ยาวชนในชุมชนท้องถิ่นต่างๆเข้ามาเรียน เช่น ในประเทศอิสราเอล ให้คนเบดูอินเข้ามาเรียนหมอในอิสราเอล เพราะไม่มีหมออิสราเอลไปทำงานที่นั่นโดยการ

empower เด็กเบดูอิน (อาหรับเร่ร่อน) ตั้งแต่อยู่ชั้นมัธยมต้น – ปลาย ถ้าสอบผ่านได้ก็เรียน ถ้าอยู่มาแข่งตอน เข้ามหาวิทยาลัยก็ต้องแพ้มืด เป็นวิธีการเปิด track เป็นการแก้ปัญหาอย่างเป็นธรรมและยั่งยืนมากกว่า”

“ต่อไปข้างหน้ารัฐต้องเอาระบบการคลัง สร้างยุทธศาสตร์ เช่น รัฐบาลมีเงินจะผลิตทันตแพทย์เท่าไร วางแผนไปอยู่ชุมชน อำเภอไหน มีทันตภิบาลช่วยหรือไม่ จะต้องมีการทำงานด้านวิชาการ ในหมู่บ้านหรือตำบล ของบ้านเรากำนวณแล้ว มีปัญหาตลอดคือตรงไหนเกินก็เกิน ตรงไหนขาดก็ขาดอยู่ จึงต้องมีการวางแผน กำลังคน ทำ mapping ใช้มาตรการต่างๆ เช่น license จุดใจต่างๆ อาจมีการอุดหนุนการจัดการศึกษาใหม่ เช่น คณะฯจะผลิตทันตแพทย์ 100 คน คุณจะต้องรับจากชุมชนก็เปอร์เซนต์ และต้องมีหน้าที่ไป empower ด้วย รัฐ จะให้เงินพิเศษด้วยทำให้เกิด equity มากขึ้น ขณะนี้ไม่มีกลไกนี้ กระทรวงกำหนดก็กำหนดไป มหาวิทยาลัยผลิต ก็ผลิตไป ขาดการมองทำให้การแก้ปัญหาได้ยาก”

อย่างไรก็ตาม มีผู้ที่เตือนถึงหัวใจของการที่ท้องถิ่นมีส่วนในการคัดเลือกผู้เข้าศึกษาเป็นต้นตุนุเคราะห์ ว่าจะต้องไม่ใช่เพียงการเลียนแบบแนวคิดและกระบวนการคัดเลือกเดิม ที่เพียงแต่ให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมด้วย โดยสถาบันการศึกษายังกำกับการคัดเลือกสุดท้ายด้วยมาตรฐานของการเรียนคืออย่างเดิม ที่อาจทำให้ได้เด็กที่ เก่งจากระบบการเรียนตามแบบแผน ที่แยกตัวเองจากบริบทของชุมชนได้ นอกจากนั้น ท้องถิ่นเองต้องมีจิตสำนึก สาธารณะที่ดี ไม่หวังผลประโยชน์ส่วนตน เล่นพรรคเล่นพวก อันจะก่อให้เกิดปัญหาใหม่อีกเช่นกัน

“แต่ถ้าคิดว่าการจะเรียนหมอต้องการนักเรียนดี หัวดี แล้ววัดกันด้วยการตอบคำถามมีแววมมาตั้งแต่ เล็กๆ เราจะได้เด็กประเภทเด็กเรียนดีในหนังสือที่บอกว่าสอบเข้าแพทย์ได้แต่ไม่มีทุนเรียน แต่ถามว่าเด็กเหล่านี้ เป็นอย่างไร เด็กที่ส่วนหนึ่งภาพที่ดูเหมือนดีคือเขาอยู่ในชนบท มติดการอยู่ตรงนั้นถามว่ามีวิธีคิดแบบคนเมืองได้ ไหม? อาจจะมี ลองไปตรวจสอบดู ถ้าเขาเป็นนักเรียนดีเพราะว่าครูให้การบ้านขยันทำการบ้าน แต่ตัดขาดตัวเอง จากบริบทของชุมชน ถ้าบอกว่าแบ่งโควต้าส่วนหนึ่งให้ชุมชนคัดเลือกแต่ไม่ได้ช่วยสนับสนุนให้ชุมชนเห็นว่าคน เรียนหมอไม่จำเป็นว่า Logic เชลยฉลาด เก่งที่สุด เขาก็จะไปคัดเลือกเด็กเหล่านั้นออกมา ถามว่าแล้วประโยชน์ เกิดกับชุมชนหรือไม่?

ถ้าวิธีคิดตรงนี้ไม่เปลี่ยน ยังได้คนที่เชื่อว่าตัวเองสูง แล้วจะให้คนข้างล่างเข้าไปหาได้อย่างไร? ไม่ได้ ปรับให้เท่า ถ้าเปลี่ยนองค์ความรู้ลงมาให้เป็นองค์ความรู้สาธารณะน่าจะเป็นส่วนสำคัญ เป็นอีกทางหนึ่งที่จะทำ ให้ Balance แทนที่จะสูงแล้วคัดเลือกมา วิธีก็คือว่าจะเปิดโควต้าให้ แล้วไปหาคนมาจะได้มีคนที่จะเข้าไปทั้งชั้นสูง ชั้นกลาง ชั้นล่างได้เขาไปหมด แต่สถาบันเองยังดูแลสูงสุดอยู่ คัดเลือกไป เขาก็จะคัดเลือกเอาคนที่ตัวเองต้องการ ได้ แล้วเชื่อจริงหรือว่าใน Logic แบบนี้เอง ชุมชนส่งไปแล้วจะไม่ผ่านกระบวนการอีกระดับหนึ่ง ที่จะตรวจสอบ ว่าคนนี้ยังไม่ถึง ถึงแม้จะเปิดโอกาสแต่ยังไม่ถึงจริงๆ ยังใช้เกณฑ์ความรู้ดีประมาณนี้วัดเปรียบเทียบกับแว่นตาว่า เรียนแพทย์ได้ มาเข้ามาเรียน มันก็อีกรอบเดิม มันออกไปทางเก่า ทำทางอ้อมไปหน่อย”

“การให้องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการคัดคนเข้ามาเรียน ไม่น่าเป็นหลักประกัน เพราะปัญหา หลักใหญ่อยู่ที่กระบวนการของสังคม สังคมต้องเรียนรู้ที่จะมีกระบวนการที่เพื่อจะเห็นความสุขของเพื่อน มนุษย์ กระบวนการนี้จะต้องเป็น อบต. ท้องถิ่นที่มีจิตสำนึกสาธารณะ จิตกว้าง และการเผยแพร่

แนวคิดนี้สำคัญ การคิดทวนกระแส การคิดเพื่อประโยชน์ผู้อื่น ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เริ่มเห็นแนวโน้มชัดเจน เริ่มมีการมองประโยชน์ของส่วนร่วม ชุมชน สาธารณะ มีการตั้งคำถามกับสิ่งที่เคยเป็นอยู่ในปัจจุบันมากขึ้น”

นอกจากนี้ มีข้อสังเกตของผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริหารการศึกษาท่านหนึ่งถึงวุฒิภาวะของผู้ที่เข้ามาเรียนว่า ควรจะต้องพิจารณาว่าสูงพอที่จะจบไปเป็นแพทย์ โดยเฉพาะวัยวุฒิของผู้ที่สอบเทียบเข้ามาโดยมีอายุน้อยเกินไป อาจก่อให้เกิดปัญหาได้ ซึ่งสัมพันธ์ไปถึงหลักสูตรการผลิตที่จะต้องช่วยให้บุคลากรเป็นคนที่สมบูรณ์และมีวุฒิภาวะรอบด้านด้วย

“ปรัชญาการศึกษาต่างประเทศ โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา เขาถือว่า *maturity* ของเด็กต้องมีวัยให้เด็ก พัฒนา ไม่มีการเร่งรัด ไม่มีการสอบพาสชั่น เขาต้องการให้เด็ก *mature*. แล้วจะเห็นว่าหลักสูตรแพทย์ ทันตแพทย์ เขาจะทำให้คนเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์แบบ คือเลือกเรียนวิชาที่เด็กชอบ เพราะมีวิชาให้เขาเลือก...”

5.5 การจัดการศึกษาของทันตบุคลากรทุกระดับ

1 แนวคิดและเป้าหมายการจัดการศึกษา

แนวคิดในการจัดการศึกษาของทันตบุคลากรจากความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิหลายๆ ท่าน ให้ความเห็นต่างๆ ดังนี้

- การผลิตทันตบุคลากรให้เข้ากับสังคมและระบบสุขภาพใหม่ที่กำลังมีการปรับเปลี่ยน ต้องอาศัยการวิเคราะห์สภาพความเป็นจริงที่จะเกิดขึ้นในทั้งระยะสั้นและในระยะยาว การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านเทคโนโลยี และสังคมมีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนหลักสูตรค่อนข้างสูง ดังนั้นในการจัดหลักสูตรต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ต้องมีการกำหนดลักษณะของบัณฑิตว่าควรมีความสามารถศักยภาพด้านใดบ้าง (competency based) มีสิ่งใดที่บัณฑิตต้องรู้และทำได้จริง ซึ่งการประเมินจะช่วยให้เห็นได้ชัดขึ้นว่าควรต้องสอนนักศึกษาอย่างไร

อย่างไรก็ตาม ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านยังชี้ความสำคัญของการที่ยังคงต้องเป็นการศึกษาที่ได้มาตรฐานสากลด้วย และคำนึงการเอื้อให้ทันตแพทย์อาจจะไปทำงานในภาคสาธารณะ, เอกชน หรือทางวิชาการก็ได้

“...ในภาคของการผลิตผมว่าทบวงมหาวิทยาลัย หรือสถาบันพระบรมชนก ก็ต้องมองว่าอนาคตข้างหน้าต้องการบุคลากรที่มีศักยภาพแบบไหน จึงจะสอดคล้องกับบริบทใหม่ ในความเห็นของผมถ้าเป็นทันตแพทย์ ผมว่าก็น่าจะเป็น 2 ส่วน ถ้าตอบสนองกับคนส่วนใหญ่ก็จะเป็นบริการทางด้านทันตกรรมทั่วไป ถ้าเป็นบริการที่มีลักษณะที่เฉพาะมากขึ้น ผมว่ามันตอบสนองกับคนส่วนใหญ่ไม่มากนัก แต่อย่างไรก็ขาดไม่ได้ ฝ่ายผลิตจะต้องวิเคราะห์และวางแผนระยะยาว...”

“สิ่งที่ท้าทายอย่างหนึ่งในการผลิตทันตบุคลากรคือ การผลิตเพื่อให้ได้บัณฑิตที่เอื้อต่อการรับใช้และแก้ปัญหาสังคม และมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาระดับท้องถิ่นได้ ซึ่งการจัดการหลักสูตรโดยท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็น วิทยาลัยการสาธารณสุข สถาบันราชภัฏ หรือ มหาวิทยาลัยในส่วนภูมิภาค ควรมีนโยบายเป็นของตนเอง ต้องเอาปัญหาของท้องถิ่นของชุมชนมาเป็นตัวตั้งแล้วจึงกำหนดหลักสูตรไม่ใช่เอาวิชาเป็นตัวตั้ง

“...การสอนของคณะควรออกเป็นกลางๆ ไปรับราชการก็ได้ ทำอาชีพส่วนตัวก็ได้ ทำงานวิจัยก็ได้ ไม่ใช่สอนเพื่อให้ใจอยากไปอยู่ชนบท แต่สอนให้มีทั้ง 3 อย่าง สถิติปัญหา ความรู้ทักษะ ทักษะที่ดีต่อชุมชน...”

- ความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ทั้งของทันตแพทย์และทันตภิบาลในระบบสุขภาพที่กำลังปรับเปลี่ยนจะเป็นแนวทางในการจัดการศึกษา มีข้อเสนอจากผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านถึงการกำหนดบทบาทดังกล่าว โดยทันตภิบาลควรเน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ขณะที่ทันตแพทย์ควรเน้นให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (ดูหัวข้อบทบาททันตบุคลากร)

2 เนื้อหา/ กระบวนการที่ต้องสร้างให้ทันตบุคลากร (output)

โดยรวมแล้ว เนื้อหาหรือแนวคิดที่เป็นเป้าหมายของการศึกษาจะสอดคล้องกับทักษะต่อคุณลักษณะของทันตบุคลากรตามที่ระบุไปแล้วในหัวข้อข้างต้น เช่น การเพิ่มจิตสำนึกและความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ, การทำงานในลักษณะสุขภาพองค์รวม, การทำงานร่วมกับประชาชนในชุมชน, และเน้นด้านทันตกรรมทั่วไปมากกว่าเฉพาะทาง รวมทั้งเน้นด้านจริยธรรมและความรอบรู้วิชาการทั่วไปด้วย แต่อาจมีการเน้นในลักษณะเป้าหมายเฉพาะของผู้ที่จบการศึกษาที่อาจไม่ครอบคลุมคุณลักษณะทั้งหมด ที่อาจต้องการการพัฒนาของระบบการศึกษาเพิ่มเติม

ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านให้ความเห็นเน้นในเรื่องผลกระทบการปฏิรูประบบสุขภาพต่อการผลิตทันตบุคลากร ซึ่งอาจจะมีผลกระทบในระยะยาว เนื่องจากบัณฑิตที่จบการศึกษาจะทำงานอยู่ทั้งในภาครัฐและเอกชนซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพใหม่ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องสร้างกระบวนการนี้ให้แก่บัณฑิตเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

- แนวคิดของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า บัณฑิตต้องเข้าใจถึงหลักการแบ่งทุกข์กระจายสุข ให้บริการที่มุ่งประโยชน์ต่อสาธารณะ (public benefit) และเน้นคุณธรรมนำบริการ

- การสร้างเสริมสุขภาพ เน้นจิตสำนึกในการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ บัณฑิตต้องรู้จักใช้กระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในการดูแลสุขภาพประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ การทำงานลักษณะเวชปฏิบัติครอบครัว (family medicine) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพ ส่วนด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพที่มีอยู่เดิม ต้องปรับให้เหมาะสมกับสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมซึ่งอาจมีการปรับปรุงต่อไป

ในการส่งเสริมสุขภาพปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุการฉีดยาพิษในปัจจุบันนี้เป็นเรื่องของพฤติกรรมศาสตร์ อิทธิพลของสื่อโฆษณา อิทธิพลของกระแสโลกาภิวัตน์ ดังนั้นบัณฑิตควรต้องได้เรียนรู้เรื่องของสุขภาพองค์

รวม, พฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ และวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ที่สามารถเชื่อมโยงวิชาเข้ากับปัจเจกชนและสังคมได้

แต่มีข้อสังเกตจากผู้ทรงคุณวุฒิบางท่าน ถึงการที่มีเนื้อหาวิชาเหล่านี้อยู่บ้างแล้วในหลักสูตร แต่เมื่อบัณฑิตจบไปยังขาดความตระหนักในเรื่องการนำแนวคิดสร้างเสริมสุขภาพมาใช้ในการทำงานและไม่มั่นใจถึงความรู้ว่าจะนำไปใช้จริงได้มากน้อยแค่ไหน

และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์การแพทย์ผู้หนึ่งเน้นความสำคัญของการพัฒนาวิธีคิด โดยเฉพาะการทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ต่างๆ ในสังคมที่เกี่ยวข้องให้ถ่องแท้ก่อน มากกว่าจะมุ่งศึกษาทฤษฎีหรือเทคนิคในการแก้ปัญหาอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์คุ้นเคย

“... แทนที่เราจะตั้งคำถามว่า “เราจะทำอะไรได้ เราจะนำความรู้ที่เรียนมาไปใช้อะไรได้บ้าง?” เรา น่าจะตั้งคำถามว่า “เราเข้าใจสิ่งนั้นดีหรือยัง?” ซึ่งเมื่อได้คำตอบที่ชัดแล้ว อาจจะ ไม่ต้องทำอะไรเลย หรือ เราทำได้เพียงเท่านี้ ไม่ควรหวังผลมาก หรือเราทำสิ่งนี้ ณ สถานการณ์นี้ ในปัจจุบัน แต่ผลจะปรากฏในอนาคต....วิธีคิดที่ถูกต้อง ต้องชัดเจนก่อน...”

- จริยธรรม เป็นมิติที่ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เห็นพ้องถึงการที่หลักสูตรควรจะเน้นโดยสอดแทรกอยู่ในทุกส่วนของการศึกษา

“วิชาทางการแพทย์เน้นในลงไปในส่วนของการรายละเอียดปลีกย่อย เป็นความเชี่ยวชาญเป็นการเฉพาะ มันแยกส่วนทางความคิดของร่างกายคน ดูเฉพาะส่วนส่วนนี้ ถ้าถามว่าทำให้ความรู้เรื่องของแพทย์แก่นักศึกษา ในมหาวิทยาลัยหรือว่าการให้บริการดูแลสุขภาพเอง ซึ่งไม่นับแพทย์ส่วนอื่นๆ ต้องย้อนกลับมามองในเรื่องสิ่งที่ตัวเองทำอยู่ ค้นให้เจอว่าสิ่งที่ตัวเองทำอยู่สัมพันธ์กับอะไร กับสังคม อย่างไรบ้าง ไม่ใช่สอนกันมา ผูกกันมาว่า ดูเฉพาะส่วนนี้และมองเห็นแค่ส่วนนี้ พอมองส่วนอื่นๆ ที่มันเป็นมนุษย์มากขึ้น มองลงไปถึงจิตใจเรื่องความสัมพันธ์ของคนแล้ว “ไม่รู้ว่าจะเห็นหรือไม่”

“จริยธรรมควรสอดแทรกอยู่ในทุกรายวิชาโดยเฉพาะอย่างยิ่งวิชาทางด้านคลินิก ใช้วิธีการเรียนที่ทำให้ นักเรียนเป็นศูนย์กลาง อาจทำในลักษณะกรณีศึกษาให้นักศึกษาได้ฝึกคิด อภิปราย และแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ระหว่างอาจารย์และนักศึกษาแทนการสอนแบบบรรยายเพียงอย่างเดียว”

3 กระบวนการ การบริหารจัดการ และเทคนิคทางการศึกษา

ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านให้ความเห็นต่อกระบวนการและการบริหารจัดการ ตลอดจนเทคนิควิธีการทางการศึกษาต่างๆ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการเรียนรู้อย่างบัณฑิต ซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่มีข้อขัดแย้งกัน อาจดำเนินการร่วมกันไปได้เพื่อเกิดประโยชน์รอบด้าน จึงนำมาประมวลร่วมกันโดยสรุปดังนี้

- การจัดหลักสูตรให้ผสมผสานวิทยาการด้านต่างๆ โดยเรียนรู้จากปัญหาตามสภาพที่เป็นจริงของชุมชน/ ระบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community oriented)

ในการจัดการศึกษาเพื่อผลิตทันตบุคลากรในบริบทสังคมใหม่ นอกจากเน้นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพแล้ว ต้องให้ความสำคัญกับวิชาที่เป็นความรู้พื้นฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนที่อยู่รอบตนเองให้มากขึ้น เพื่อเตรียมออกไปประกอบอาชีพและให้มีลักษณะของผู้นำ ยกตัวอย่างเช่น วิชาทางด้านเศรษฐศาสตร์ ภาษาอังกฤษ การใช้คอมพิวเตอร์ liberal art และ basic science ด้านอื่นๆ การจัดการเรียนการสอนควรต้องใช้ลักษณะการจัดหลักสูตรที่ผสมผสาน (integrate) มีความเป็นสหสาขาและเชื่อมโยง (correlated, multidisciplinary) สัมพันธ์กับวิชาชีพข้างเคียงมากขึ้น ต้องอาศัยความร่วมมือกันต่างคณะในกลุ่มวิทยาศาสตร์ สุขภาพมากขึ้น ใช้วิธีการเรียนรู้จากของจริง ปัญหาหรือระบบจริง (problem-based learning) โดยปรับระบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community oriented) ให้มากขึ้น

ตัวอย่างเช่น นักศึกษาอาจต้องเรียนและฝึกการทำงานในโรงพยาบาลภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฝึกการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (comprehensive care) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนวิชาทางคลินิก ควรปรับเปลี่ยนเกณฑ์การประเมิน (requirement) ไม่ควรเข้มงวดรายละเอียดบางเรื่องโดยอิงจากฐานวิชาการอย่างเดียวมากเกินไป แต่ควรเน้นการเรียนรู้แล้วนำไปใช้ได้จริง ให้รู้การแก้ปัญหาเฉพาะหน้า หรือส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาได้

รูปแบบการเรียนการสอนควรจัดให้มีความหลากหลาย นอกจากการบรรยายในชั้นเรียน การฝึกปฏิบัติการ ควรจัดให้มีการศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง (self study) ให้นำหนักเวลากับการเข้าห้องสมุด ศึกษาด้วยตนเอง โดยการใช้สื่อ เทคโนโลยีต่างๆ และมุ่งเน้นให้นิสัยเรียนรู้วิธีที่จะออกไปแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ทั้งนี้การจัดการเรียนการสอนต้องคำนึงถึงจิตวิทยาในการเรียนรู้ (psychological of learning) และศักยภาพในการเรียนรู้ (ability of learning) ที่แตกต่างกันของนักศึกษาด้วย

ในการปรับกระบวนทัศน์ (paradigm shift) ของทันตบุคลากรโดยเฉพาะจากการเน้นซ่อมสุขภาพเป็นสร้างสุขภาพ แนวทางหนึ่งเกิดได้จากการเรียนรู้จากผู้อื่น ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านให้ข้อมูลถึงการที่ปัจจุบันนี้กลุ่มประชาชนมีการปรับตัวเพื่อพึ่งตนเองด้านสุขภาพมากขึ้น มีการรวมกลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มสุขภาพ กลุ่มออมทรัพย์ และมีการพัฒนาสุขภาพแบบเป็นองค์รวมไม่แยกส่วน ดังนั้นด้านการจัดการศึกษาไม่ใช่การแก้หลักสูตรเพิ่มหรือลดชั่วโมง แต่ต้องใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพและประชาชน โดยการเคารพศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน ทุกคนเท่าเทียมกัน เห็นคุณค่าเพื่อนมนุษย์ กระบวนการเรียนรู้เหล่านี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ได้เอง

“...ต้องเปลี่ยนกระบวนกรเรียนรู้ใหม่ ต้องทำให้เกิดการพัฒนาครู อาจารย์ ไปพร้อมๆกัน ครูไม่ใช่จะเก่งกว่านักเรียนเสมอไป อาจจะไม่เก่งกว่าชาวบ้านด้วยซ้ำไป บางเรื่องชาวบ้านแนะนำอะไรมาเป็นเรื่องที่พิเศษเหลือเกิน เห็นศักยภาพของชุมชน ประชาชน การซ่อมสุขภาพนั้น พวกเราเป็นแค่ตัวหุ่น เพราะเรามีความรู้ technique ไปไหนเค้า... การปรับเปลี่ยนวิธีคิด จนถึงระดับพฤติกรรมของผู้คน หมอมีความสำคัญมาก ต้องเน้นพึ่งตนเองไม่ใช่ไม่สบายแล้วมาหาหมอ การที่คนเราจะเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมได้นั้น ต้องเกิดจาก

กระบวนการเรียนรู้ และก็ไม่ใช้ใครไปสอนวิชาการแล้วจะเปลี่ยนได้ หมายความว่าผู้ที่ดูแลรับผิดชอบในการผลิตและพัฒนาต้องรู้จักการจัดกระบวนการเรียนรู้ แบบ *interactive learning* ให้เกิดขึ้น”

นอกจากการปรับกระบวนการทัศน์เพื่อให้ทันยุคโลกาภิวัตน์เห็นความสำคัญของการสร้างสุขภาพแล้ว ความเข้าใจต่อสภาพสังคม วัฒนธรรม และความคิดของคนก็เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อบทบาทหน้าที่ในระบบสุขภาพใหม่ ที่ต้องอาศัยรูปแบบแนวทางการเรียนรู้จากผู้อื่น โดยเฉพาะชาวบ้านประชาชนทั่วไปเช่นเดียวกัน

“นักกิจกรรมในสายสุขภาพเองก็บอกว่าจะต้องกลับไปนั่งเรียนรู้ว่าชาวบ้านคิดยังไง มากกว่าที่เราจะตรงไปด้วยประเด็นของเราแล้วบอกว่าเราจะไปเสริมชาวบ้านแบบนี้ ตั้งแกนนำตั้งอะไร เสร็จแล้วชาวบ้านก็ต้องสวมนวมหลายใบเหมือนแบบเรา ประชุมหลายๆที่เหมือนเรา คือเราไม่รู้เลย ไม่พยายามจะมองเลยว่าเขาคิดอย่างไร แล้วเข้าใจวิถีชีวิตของเขา เขาจัดลำดับปัญหาต่างๆ เขาโยงเรื่องนั้นเรื่องนี้ เขาไม่ได้พูดภาษาเดียวกับเราว่าเป็นปัญหานี้ แต่เขาพูดอีกเรื่องหนึ่ง แต่จริงๆ แล้วเป็นวิถีชีวิตที่น่าจะมองเห็นปัญหา ผมเข้าใจว่าในระบบการศึกษาเองก็จะต้องไหวตัวแล้วกลับมาสู่ระบบแบบนี้ เข้าใจสภาพสังคม วัฒนธรรม ความคิดของคนให้มากขึ้น”

- การให้แนวคิดการทำงานด้านชุมชนแก่นักศึกษาโดยบูรณาการทั้งหมดในหลักสูตร ให้นักศึกษาได้เห็นปัญหาตั้งแต่ต้นๆ อาจารย์ทุกภาควิชาไม่เฉพาะภาควิชาทันตกรรมชุมชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมช่วยสร้างความเข้าใจและทัศนคติในการทำงานชุมชน ต้องฝึกความเป็นผู้นำ ฝึกการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่นเป็นทีม การจัดการเรียนการสอนอาจจัดเป็นลักษณะ *active learning* เรียนรู้ในพื้นที่จริง หรือการจำลองสถานการณ์ใหม่ ดูภาพเสมือนจริงหรือจัดฉายวิดีโอทัศน์ และให้วิเคราะห์วิพากษ์วิจารณ์

“อาจารย์ทุกภาคทุกคนน่าจะมีส่วนร่วมในการพานักศึกษาออกภาคสนาม ... คณะต้องทำให้รู้ว่าจะตรงนี้เป็นวิสัยทัศน์ ร่วมกัน ต้องทำในนักศึกษาระดับปี 2-6 ต้องให้มี *community* เข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้น”

“ผมคิดว่าการกลับสู่ชุมชน คือ การที่จะให้เขาสื่อสารกับเราได้ การฝึกงานเน้นตรงจุดนี้เป็นทักษะซึ่งจะต้องจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้เขา ไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอกระบบก็แล้วแต่ สมมุติว่าอยู่ในระบบการเรียน ผมว่าวิธีการเรียนแบบมีส่วนร่วม center อาจอยู่ที่ผู้เรียนแล้วก็จัดกิจกรรมให้เขาแบบ *learning by doing* เป็น *active learning* โดยให้เขาเรียนรู้ร่วมกัน เพราะการเรียนและการทำงานของเราเกี่ยวกับคนไข้ เกี่ยวกับทีมผู้ร่วมงาน... ..การได้ฝึกการทำงานร่วมกันก็จะทำให้เขาได้เรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ทำงานกับผู้อื่น สำหรับคณะทันตแพทยศาสตร์เรา ในทีมของเราก็มีผู้ช่วย, ทันตภิบาล และมีหากในพื้นที่จริงๆ ก็มีแพทย์พยาบาล มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ มีเภสัชกร ซึ่งตรงนั้นผมก็ไม่ทราบว่าเป็นภาษาวิชาการเขาเรียกว่าอะไร หากไม่สามารถทำจริงก็ให้จำลองสถานการณ์ใหม่หรือไม่ก็ให้ดูจากภาพเสมือนจริงอะไรทำนองนี้ มีฉายวิดีโอทัศน์มาให้เขาวิเคราะห์วิพากษ์วิจารณ์และหากมีโอกาสมีประสบการณ์จริงก็จัดให้เขา ”

“ถ้ามีโอกาสบัณฑิตทุกคนควรจะได้สัมผัสความเป็นจริง สัมผัสกับสถานบริการสาธารณสุข ควรจะไป ที่สถานบริการทันตกรรมมากๆ ไม่ใช่ไปดูเฉยๆ แต่ให้ไปศึกษาว่าผู้มารับบริการเป็นอย่างไร ผู้ให้บริการเป็น อย่่างไร และทั้งหมดนี้ระบบบริการทันตกรรมมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับระบบบริการของสถานบริการนั้น อย่่างไรและบริบทที่เกี่ยวข้องต่างๆ ไม่จำเป็นว่าต้องเรียนทันตแพทย์ก่อน จะทำให้เขาได้สัมผัสเพื่อจะ给他เกิด ความรู้สึกที่ว่าที่มาเรียนไม่ใช่เกิดจากค่านิยมว่าวิชาทันตแพทย์อาจะทำให้ตัวเองมีฐานะดี คือ บางคนที่ไม่เคย เห็น ที่ไม่เคยมีความทุกข์ก็จะได้ว่าทุกข์เป็นอย่่างไร ลองไปดูซิว่า ที่ชาวบ้านมารอคิวตั้งแต่เข้ามาแย่งบัตรคิว หากเราจะไปทำงานตรงนี้ เราจะมีความคิดจะจัดการกับตรงนี้อย่่างไร ลองไปคุยกับชาวบ้านให้รู้ว่าการที่เขา ดูแลตนเอง ที่เขาได้รับบริการต่างๆ เป็นอย่่างไร ถูกต้องเหมาะสมเพียงใดและคิดว่าถ้าเป็นอย่่างนั้นตนเองจะ ชี้นะเขาอย่่างไร”

- การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) จะทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจมากขึ้น และนำไปสู่การคิดวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหา

- การใช้แนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient -centered) ในการฝึกปฏิบัติงานคลินิก แทนที่การเอา ปริมาณงาน (requirement) ที่กำหนดจากหลักวิชาที่แยกส่วนเป็นตัวตั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยในทุก มุมมองและเกิดทักษะการวางแผนการรักษาแบบรอบยอด (comprehensive treatment plan)

ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนควรมีหลายรูปแบบผสมผสานกัน เชื่อมโยงรายวิชาที่เกี่ยวข้องกัน มีการ นำปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมาเป็นข้อมูลย้อนกลับเพื่อให้นักศึกษาเรียนตั้งแต่วิชาพื้นฐาน (basic science) จนถึงวิชาคลินิก (clinical science)

- การส่งเสริมกิจกรรมนอกหลักสูตร

โดยเฉพาะงานกิจการนักศึกษาช่วยเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษาจากการเรียนในภาคปกติ เป็นการ สร้างโอกาสในการทำงานเพื่อสังคมชุมชน และได้เรียนรู้ชุมชน เรียนรู้ปัญหาสังคมด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาเอดส์ ยา เสพติด และได้ฝึกการทำงานร่วมกันเป็นทีม ยอมรับความเห็นคนอื่น เสียสละและช่วยเหลือต่อสังคม

“...ในขณะนี้ คิดว่ากิจกรรมวิชาการ กิจกรรมนิสิตน่าจะไปด้วยกัน เช่น การออกไปสร้างสะพาน สร้าง โรงเรียน ขุดหนองน้ำ อาจมีกิจกรรมเสริมวิชาการเข้ามา เช่น สำนวจอาชีพในหมู่บ้าน สำนวจความเป็นอยู่ของ ชาวบ้าน มีคู่มือในการสำวจเป็นแบบสอบถามที่เป็นในเชิงที่สามารถกลับมาวิเคราะห์ และได้ความรู้ด้วย...”

- การจัดรูปแบบการเรียนรู้โดยการศึกษาค้นคว้าวิจัย /การฝึกทักษะและกระบวนการคิด

นักศึกษาควรมีความสามารถในการทำวิจัยได้ เพื่อการศึกษาค้นคว้าและเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยเฉพาะการจัดการเรียนรู้และปลูกฝังกระบวนการคิดให้นักศึกษาเข้าใจเทคโนโลยีสมัยใหม่อย่างลึกซึ้ง เพื่อ ประยุกต์ให้เกิดการพึ่งตนเองได้ โดยสร้างและพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมไว้ใช้ภายในประเทศ ประเด็นหนึ่งที่ ควรสนับสนุนให้ทำมากขึ้น คือ การศึกษาวิจัยเพื่อตอบสนองอุตสาหกรรมและการพาณิชย์ที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ

เพื่อให้พึงผลิตภัณฑ์ทางทันตกรรมของตนเองได้ เช่นสมุนไพรร เครื่องมือทางทันตกรรมบางอย่าง เพื่อลดการนำเข้าจากต่างประเทศ

“Concept ของการวิจัยคือการที่เราได้คิดค้นองค์ความรู้ใหม่ๆ ดังนั้น ถ้าเราไม่ให้ Concept ตรงนี้ไป เขาจะทำงานแบบเดิมๆ การที่เขาประยุกต์และทำให้ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ ในความคิดเรื่องการวิจัยไม่ใช่แค่เฉพาะบัณฑิตเท่านั้น แม้แต่ชาวบ้านเขายังสอนให้วิจัยเลย ในการที่จะให้ประสบการณ์ระหว่างเรียนก็น่าจะให้เขาทำวิจัยทั้งทางด้านคลินิก ทางด้านพื้นฐานและวิจัยทางด้านสังคมที่ต้องเกี่ยวข้องกับประชาชน”

นอกจากนั้นกระบวนการศึกษาโดยรวม ควรเน้นการคิดเชิงวิเคราะห์และวิพากษ์ (critical thinking) แทนการฝึกแบบสอนให้จำ ทำตามหรือเลียนแบบโดยไม่เปิดโอกาสให้นักศึกษาคิด นักศึกษาควรต้องเรียนรู้เพื่อรู้จักปรับตัวให้ทันตามเทคโนโลยีและเครื่องมือที่เปลี่ยนไปโดยใช้วิจารณญาณ

“...อาจารย์ทันตแพทย์ต้องเปลี่ยนบทบาทใหม่ ต้องตั้งคำถามมากขึ้น ให้นักเรียนได้คิดมากขึ้นแต่ว่าจะโดยวิธีใด คงต้องปรับกระบวนการเรียนการสอน...”

- การฝึกทักษะการสื่อสาร (communication skill)

ทั้งการสื่อสารในชั้นเรียน กับสาธารณชน หรือกับผู้ป่วยที่จะ ช่วยลดปัญหาข้อขัดแย้งหรือความไม่เข้าใจ ทั้งการทำงานในหน่วยงาน ชุมชนและในคลินิก กระบวนการศึกษาควรจัดประสบการณ์เรียนรู้ในด้านนี้ ให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติภายใต้คำชี้แนะอย่างสม่ำเสมอ

- กระบวนการปลูกฝังจริยธรรมในการศึกษา

ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านเสนอรูปแบบและวิธีการสอนจริยธรรมที่หลากหลาย

ศ.นพ.ประเวศ วะสี เสนอปัญหาการจัดการเรียนการสอนจริยธรรมอยู่ที่การจัดการจัดการที่ดี คือ ขาดการจัดการให้ “มนุษย์พบกับมนุษย์” เพราะมีสิ่งขวางกั้นระหว่างมนุษย์กับมนุษย์เต็มไปหมด เช่น ยศฐาบรรดาศักดิ์ ความเป็นราชการ หลักสูตร เทคโนโลยี แทนที่จะเน้นเรื่องคนกับคน การจัดการเพื่อให้มนุษย์กับมนุษย์ได้เจอกัน ความดีจะปรากฏออกมา เป็นวิธีการหนึ่งในการสอนจริยธรรม

“ผมคิดว่าประเทศไทยขาดศีลธรรมพื้นฐาน คือ การเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นคน สังคมไทยขาดการเคารพศักดิ์ศรีของคนเล็กคนน้อย คนยากคนจน มีเรื่องจะทำหลายอย่างมาก เช่น การทำเรื่อง “อาสาสมัครสังคม” เป็นนโยบาย พอทำเป็นนโยบายบอกให้นักเรียน นิสิต นักศึกษา ข้าราชการ ไปอาสาสมัครช่วยคนจน คนเป็นโรคเอดส์ เด็กกำพร้า อะไรก็ได้ อันนั้นมันจะเปลี่ยนประเทศ ถ้าเราสอนธรรมะแบบพระอยู่แค่นั้นคงไม่พอ”

.เรื่องจรรยาบรรณวิชาชีพถูกชี้ว่า ต้องฝึกฝนตลอดเวลา ต้องมีในทุกชั้นปีไม่ใช่สอนเพียงครั้งเดียว แต่เป็นสิ่งที่ต้องปลูกฝังตลอดเวลา โดยเริ่มที่ครูเป็นแบบอย่างก่อน สัมพันธภาพระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยควรเป็นไปในลักษณะเห็นใจผู้ป่วยเหมือนกับเป็นมนุษย์คนหนึ่ง ดังนั้นการเรียนการสอนที่ให้ผู้ป่วยและนักศึกษา

เป็นสำคัญ อาจารย์ต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้เป็นนาย ผู้สั่งการ มาเป็นผู้อำนวยความสะดวก ผู้ให้ความรู้ ผู้กระตุ้นจุดประกายให้นักศึกษา และต้องทำเป็นตัวอย่างเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ศิษย์ด้วย

“...คนที่เข้ามาไม่ได้ตั้งใจมาเพื่อให้เป็นเครื่องทดลองของนิสิต แต่ต้องการมารักษา นิสิตก็ต้องให้การรักษาเขา ไม่ใช่เราสอนนิสิตแบบผู้ป่วยเป็นเครื่องมือในการสอน ถ้าเช่นนั้นความสัมพันธ์ของทันตแพทย์กับผู้ป่วยแบบนี้จะทำให้เมื่อจบออกไปนิตก็มองผู้ป่วยเหมือนเป็นเครื่องมือที่ทำแล้วได้ค่าตอบแทน...”

- การประเมินผลการศึกษาที่รอบด้าน/ การประกันคุณภาพการศึกษา

การประเมินผลผู้เรียนควรทำหลากหลายรูปแบบ ทั้งการวัดความรู้ระดับการประยุกต์ใช้ (application) ให้มากขึ้นแทนการท่องจำ วัดความสามารถ (performance) ที่ต้องพัฒนาจนถึงพิจารณาให้การรักษาที่เหมาะสมกับเงื่อนไขของผู้ป่วยได้ ฝึกและพัฒนาความสามารถในการประเมินตนเองของนักศึกษา (self ,peer assessment) เพื่อประโยชน์ในการประกอบวิชาชีพเมื่อจบออกไป

ใช้ระบบการประเมินคุณภาพ (Quality assessment) เปิดรับการประเมินอย่างรอบด้าน ทั้งข้อวิพากษ์ และความคิดเห็นจากนักศึกษา ประชาชนผู้รับบริการ หรือ ทันตแพทย์ เพื่อนำมาปรับปรุงการเรียนการสอนที่เอื้อต่อความต้องการที่แท้จริงของประเทศชาติ

“ถ้าคุณจะไม่เปิดรับความคิดเห็นของสังคมมาใช้ในการปรับปรุงการเรียนการสอน ก็ถือว่าไม่ได้มาตรฐาน”

4 การบริหารจัดการเพื่อการปรับเปลี่ยน

4.1 การปรับนโยบายและพัฒนานุคลากรภายในองค์กร

ความคิดเห็นหนึ่งของผู้ทรงคุณวุฒิต่อการปรับตัวของคณะทันตแพทยศาสตร์ภายในนโยบาย 30 บาท คือคณะทันตแพทยศาสตร์ต้องมีการปรับตัวเข้าร่วมโครงการนี้ ควรใช้สมรรถนะของยูนิตนวัตกรรมที่มีอยู่ให้เต็มที่ อาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คณะ ควรต้องใช้นโยบายเชิงรุกพานักศึกษาออกไปให้บริการนอกคณะ และรองรับการส่งต่อผู้ป่วย ส่วนเรื่องการเงินไม่คิดว่าเป็นปัญหา

การปรับตัวที่สำคัญด้านหนึ่งคือ การเตรียมอาจารย์ อาจารย์ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอน เนื่องจากการบริหารจัดการให้เกิดการเรียนรู้ในลักษณะ ผสมผสาน หรือใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) โครงสร้างภายในโดยเฉพาะอาจารย์ต้องปรับจากที่เคยชินกับการสอนแบบบรรยายรายวิชา ต้องปรับเปลี่ยนโครงสร้างและเตรียมความพร้อม จัดหาขบวนการรองรับ

ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งให้ความเห็นว่า แนวคิดเรื่องนักเรียนเป็นศูนย์กลาง (student-centered) ต้องปรับเปลี่ยนที่ผู้สอน ไม่ใช่ที่ผู้เรียน เพราะการที่สอนทำคลินิก ทำคนไข้ นักเรียนเป็นศูนย์กลางอยู่แล้ว

อาจารย์บุคลากรภายในคณะ ต้องร่วมคิดร่วมทำเพื่อเตรียมตัวรับกับสิ่งที่มากระทบคณะ ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของเรื่องที่ต้องทำ ไม่มีความเป็นภาคีวิชา มีแต่คณะ บริหารจัดการเชิงระบบ และร่วมกันจัดการกับหน่วยกิตที่มากเกินไป และสร้างความเข้าใจ การยอมรับต่อระบบการประเมินให้เป็นเรื่องธรรมดา

ยุทธศาสตร์หลายประการที่ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ยกตัวอย่างขึ้นมา เพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดคนในองค์กร ให้ยอมรับการปฏิรูปหลักสูตรในกระแสการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพในขณะนี้ ได้แก่

- การเชื่อมโยงการปฏิรูปหลักสูตรกับโครงสร้างต่างๆ โดยไม่ให้เป็นเพียงแค่แนวคิด ตัวอย่างเช่น การจัดทันตแพทยศาสตรศึกษากับการปฏิรูประบบสุขภาพ อาจจัดประชุมภายในคณะ แล้วเชิญวิทยากรจากสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ เชิญทันตแพทย์ผู้สนใจเข้าร่วมรับฟัง จัดประชุมหลายๆ ครั้ง สม่่าเสมอ จะทำให้เกิดกลุ่มคนที่สนใจและรวมตัวกันทำงานอย่างต่อเนื่องได้ เป็นกระบวนการคัดเลือกคนตามธรรมชาติโดยความสมัครใจ

- แนวทางสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาสามารถนำมาประยุกต์ในการเปลี่ยนแปลงในคณะได้ สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา หมายถึง องค์ประกอบของความรู้ (knowledge), สังคม (social) และการเมือง (politics) เพื่อให้สังคมทั้งชุมชนและภายในคณะเข้าใจในสิ่งที่กำลังเปลี่ยนแปลง (ความรู้) และเข้ามามีส่วนร่วม โดยใช้สื่อหรือ การประชุมต่างๆ โดยผู้มีอำนาจทางการเมือง (หมายถึงระบบราชการ/ระบบมหาวิทยาลัย) เข้ามาร่วมสนับสนุน ผลักดัน

การศึกษาดูงานให้ได้เห็นของจริงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ปัจจุบันมีทันตแพทย์ทำงานในชุมชน รวมทั้งพยาบาลด้วย การศึกษางานกับพยาบาล ศึกษางานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care unit) ได้เห็นกลุ่มบุคลากรที่รับผิดชอบชุมชน มีรายได้ท้องถิ่นเลี้ยงตนเอง มีอิสระในการทำงาน เห็นตัวอย่างการทำงานอย่างมีความสุข ทำให้มีแรงจูงใจในการทำงาน

4.2 คุณภาพของโครงสร้างพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมในการจัดการศึกษาต้องเอื้อต่อการเรียนการสอนในรูปแบบใหม่ โดยเฉพาะสื่อและแหล่งของความรู้ต้องมีความพร้อมมากกว่านี้ นอกจากนี้ควรจัดโครงสร้างคณะและภาควิชาโดยการลดจำนวนภาควิชาลง จัดค่าตอบแทน และระบบการบริหารงานบุคคลให้เอื้อต่อการทุ่มเทการสอนและการพัฒนาของอาจารย์

4.3 การสร้างหลักสูตรร่วมท้องถิ่น ประชาชน

การพัฒนาหลักสูตรนอกจากต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรแล้ว เงื่อนไขแวดล้อมของการจัดการเรียนการสอนที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ การมีส่วนร่วมของประชาชน หรือองค์กรท้องถิ่น ไม่ว่าในด้านเนื้อหาการเรียนการสอน หรือการสร้างหลักสูตร ในฐานะที่ประชาชนเป็นผู้รับบริการและเป็นผู้ใช้บัณฑิตโดยตรง กลไกที่ควรจะเป็นในเรื่องการสร้างหลักสูตร การร่วมควบคุมการศึกษากับองค์กรท้องถิ่น ผู้ที่ทำงานใกล้ชิดกับองค์กรท้องถิ่น ให้ความเห็นว่า การได้มาของหลักสูตรควรเน้นหลักสูตรที่มาจากส่วนร่วมของผู้ที่ใช้บริการ คือ ภาคประชาชน ร่วมกับภาควิชาชีพ และมองด้านนี้ในทางบูรณาการ ทำหลักสูตรร่วมกัน ชาวบ้านก็มีส่วนร่วมได้รวมทั้งการกำกับดูแลเรื่องคุณภาพ

“... ตอนนี้องค์คณะทันตแพทย์ทั่วประเทศต้องร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นระยะสั้นๆ แล้วมาคุยกันว่าในท้องถิ่นต้องการได้คนของเราไปช่วยหรือไม่ ผมว่าเขาต้องการ แต่ไม่ทราบว่าเขาตาเป็นอย่างไร เขาอาจยังมองไม่ออก ยังไม่คุ้นเคย คงต้องคุยกัน จัดการเรียนการสอนขึ้น เราต้องเป็นฝ่ายรุกไปหา คงเริ่มที่ทันตกรรมชุมชนก่อน

ส่วนด้านของคณะ ของมหาวิทยาลัย คงต้องจัด ระบบและสนับสนุนด้านกำลังคน ภาควิชาต้องเปิดกว้าง เอื้อต่อการช่วยเหลือ จัดกลไกการเรียนการสอน ผมว่าถ้าเรียนแบบนี้ 4 ปี น่าจะเห็นชุมชนได้ประโยชน์กว่าระบบเดิม...”

5 การจัดการศึกษาต่อเนื่อง , การจัดการศึกษาหลังปริญญา

ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจากทันตแพทยสภาต่อการสอบอนุมัติบัตร จากตัวอย่างของแพทยสภาที่มีการปรับหลักสูตร โดยจัดสอบวุฒิปริญญาตรีสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine) ซึ่งปรับเปลี่ยนมาจากสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป และพบว่าได้รับความสนใจมากขึ้น จากที่มีคนสอบสาขาเวชปฏิบัติทั่วไปเพียง 4-5 คนในปี 2542 จนสอบถึง 800 กว่าคน ในปี 2544 หรือตัวอย่างหลักสูตรวุฒิปริญญาตรีสาขาทันตแพทยศาสตร์ในต่างประเทศจะมีสาขาไม่เกิน 5 สาขา เช่น Conservative dentistry รวม Endodontics กับ Operative dentistry เป็นหลักสูตร 3 ปี และ สาขา General practice เป็นหลักสูตรเรียน 5 ปี ซึ่งลักษณะนี้จะเป็น Professional board เน้นที่การปฏิบัติ หรือ Academic board เน้นการทำงานวิจัย

การแบ่งสาขาย่อยมากเกินไปจะทำให้เมื่อจบแล้วเหลืองานที่เกี่ยวข้องเฉพาะทางเพียงเล็กน้อย ซึ่งต่างจากถ้าจบ Conservative จะสามารถบูรณะเก็บรักษาฟันได้หมดตั้งแต่ การรักษาโรคปริทันต์, การรักษาโรคฟันผุหรือทันตกรรมบูรณะที่ซับซ้อน ซึ่งจะเป็นประโยชน์แก่ประเทศชาติมากกว่า ส่วนสาขา General practice ควรเน้นไปทางเวชศาสตร์ครอบครัวแบบของแพทย์ เน้น Comprehensive dentistry มากกว่า Conservative dentistry เป็นต้น

“ถ้าระบบของ UC (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ดำเนินการต่อไปเรื่อย ๆ ทำให้โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปไม่ต้องใหญ่ขนาดนี้ อนาคตต่อไปจะเล็กลงๆ ต่อไประบบ UC จะไม่ต้องการให้ specialist ออกไปทำที่ PCU (หน่วยบริการปฐมภูมิ) เช่น หมอโรคหัวใจ หู คอ จมูก หมอผิวหนัง ไม่น่าจะออกไปที่ PCU เพราะไม่คุ้มกัน อย่างนี้เป็นต้น เพราะฉะนั้น หมอที่เป็น specialist ก็สามารภที่จะรักษาโรคที่ยากๆ มีเวลาศึกษาค้นคว้า ในขณะที่ หมอที่ PCU ก็ได้เงินเดือนเต็มเม็ดเต็มหน่วยจากคนที่มาลงทะเบียน และมีรายได้ตอบแทนตามงานที่ตนทำ จะเกิดมีเวลาที่คุยกับคนไข้มากขึ้น ทั้งครอบครัว และบริบทต่าง ๆ สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ เราจะผลิตเด็กของเราไปสู่ระบบ UC อย่างไร โดยให้มีลักษณะของ Comprehensive dentistry ให้ลงไปถึงจิตวิญญาณ... จะทำอย่างไรให้เด็กรุ่นใหม่มี concept ของ comprehensive dentistry มี concept ของความหมายของคำว่าสุขภาพ ไม่ใช่เรามองคนแค่โรคเท่านั้น ไม่ใช่เรามองคนเป็นคนๆ แต่ต้องมองคนเป็นชุมชน มองให้เห็นความเป็นคน มองลงไปถึงจิตวิญญาณ นี่เป็นหน้าที่ของทันตแพทย์โดยตรงเลยต่อไปในอนาคต...”

5.6 การจัดสรรและการกระจายทันตบุคลากร

มีแนวคิดและข้อเสนอถึงการจัดสรรในอนาคต ดังนี้

ระบบการจัดสรรทุนตแพทย์จากส่วนกลางหรือทุนตแพทย์คู่สัญญา ยังนับเป็นเรื่องที่จำเป็นในทัศนะของผู้ทรงคุณวุฒิหลายคน ที่ชี้ว่ายังไม่ควรให้การทำงานของทันตบุคลากรเป็นไปตามระบบตลาดอย่างเดียว โดยเฉพาะเมื่อคำนึงถึงการกระจายทันตบุคลากรระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ

อย่างไรก็ตาม ในอนาคตมาตรการของการจัดสรรทันตบุคลากรที่ดำเนินควบคู่ไปตั้งแต่การคัดเลือกบุคลากรเข้ารับการศึกษา ในแนวโน้มที่ให้ภาคท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการคัดเลือก การฝึกงาน และการจัดสรรเข้าทำงานดังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้นเป็นมาตรการเสริมที่สอดคล้องกับการกระจายอำนาจ รวมทั้งอาจใช้มาตรการทางการเงิน การคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เปิดให้ภาคเอกชนเข้ามารับทำสัญญาในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่างๆได้ ก็นับเป็นเครื่องมือที่ก่อให้เกิดการกระจายทันตบุคลากรให้เป็นไปตามการวางแผนที่เหมาะสมได้

“เรื่องการใช้ทุนของนักศึกษา ผมว่ายังจำเป็นอยู่สำหรับยุคที่ยังมีการแข่งขัน เพราะสถานบริการเอกชนหรือต่างประเทศอาจมาดึงทันตแพทย์ไปมากกว่า เพราะค่าตอบแทนมากกว่า สถานพยาบาลของรัฐก็จะขาดแคลน ทันตแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถที่ดีพอ ผมไม่เชื่อเรื่องการแข่งขันเสรี เพราะการแข่งขันเสรีคือการผูกขาดไม่ใช่การแข่งขันเสรีที่เท่าเทียม ถ้าแข่งขัน ภาครัฐก็จะเกิดการเสียเปรียบ ถ้าอนาคตมีการกระจายบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง “สร้างนำซ่อม” ออกไปอย่างทั่วถึงทุกตำบล ทุกหมู่บ้าน ถึงตอนนั้นถ้าเปิดเสรีได้เพราะฐานข้างล่างจะแน่น ถ้าเราสร้างบุคลากรที่องค์กรท้องถิ่นดูแล เพียงพอแล้ว เรื่องการใช้ทุนก็จะหมดความจำเป็น เพราะมันจะไปอยู่ที่ อบต. ที่องค์กรหมู่บ้านมากกว่า หรือ ภาคประชาชนก็เห็นแล้วว่า วิชาชีพนี้มีความจำเป็นสำหรับเขา เขาจะดูแลเองเรื่องกำลังคน เรื่องงบประมาณ”

“เรื่องของการจบแล้ว จะทำที่ไหน ผมว่าอนาคตข้างหน้า เรื่องของการจัดสรร จะไม่ใช่เรื่องของกระทรวงสาธารณสุข ผมว่ามันเป็นเรื่องของชุมชนที่ต้องการ เอามารีครูทกันไป อาจจะเป็นแบบ อบต. ขอนแก่นที่จ้างพยาบาลก็เป็นได้ วิธีคงต้องทำโดยโครงการ เช่น มีคน 5,000 คน อยากให้หมู่บ้านนี้ได้รับการบริการอย่างนี้ โดยการเขียนโครงการขึ้นมา อันนี้ผมคิดว่าน่าจะเป็นอย่างนี้”

สิ่งที่ต้องคิดควบคู่ไปกับการจัดสรร ก็คือ มาตรการจูงใจและสนับสนุนให้ทันตบุคลากรไปอยู่ในพื้นที่ที่มีความจำเป็นได้อย่างพอใจ อันจะเกิดผลที่ยั่งยืนกว่า การจูงใจอาจจะทำทั้งในด้านการปลูกฝังจิตสำนึก ตลอดจนการดูแลให้มีรายได้ที่พออยู่ได้ ไม่แตกต่างจากภาคเอกชนมากนัก

“ระบบการศึกษาแบบนี้ ซึ่งใช้งบประมาณสูง เจ้าของเงิน ไม่ว่าจะป็นรัฐบาลหรือมูลนิธิองค์กรไม่ได้บอกว่าเงินนั้นคือเงินภาษีอากรของประชาชน อย่างมีท่านหนึ่งพูดน่าสนใจว่า ผู้ได้ทุนอาเน้นทมหิดลไปเรียนหนังสือ พอกลับมาก็ได้มีโอกาสพูดกับในหลวง ถามว่าต้องใช้ทุนอย่างไรบ้าง ในหลวงบอกว่าไม่ต้องมาห่วงเรื่องนี้ ทำงานไปเถอะ อยากทำก็ทำ เขาู้สึกว่าไม่ได้สร้างข้อผูกมัดว่าตัวเองมีหน้าที่ชดใช้ ภาระที่ให้นั้นมากกว่านั้น ต้องใช้ไปตลอดชีวิต วิธีคิดแบบนี้มันมีอยู่บ้างไหมในการกระจายบุคลากร เช่น ยุทธศาสตร์การกระจายมันก็ไปสร้างแรงจูงใจไว้ มีเงินไปล่อ มันไม่ได้สร้างที่ใจ เพราะวิธีคิดแบบนี้ที่ว่ามื่ออะไรต้องตอบแทน มื่ออะไรต้องชดใช้ จะ

เข้าใจวิถีคิดของนักเรียนทุนคนนั้นอย่างไร ผมเข้าใจว่าน่าสนใจ การที่ไม่ได้รู้สึกว่ามีภาระที่ต้องมาชดใช้ในเชิงที่ตัวเองไม่มีใจ เปลี่ยนมาเป็นรู้สึกว่ามันยิ่งใหญ่ ตลอดชีวิตเลยที่ตัวเองต้องทำ เราจะเข้าใจความคิดนี้ได้อย่างไร”

“ประสบการณ์ที่ผ่านมา การจัดการภายในระบบตั้งแต่การวางแผน การคัดเลือก การฝึกอบรมจนกระทั่งจบออกมา เราทำการสนับสนุนมามากแต่ไม่พอ เพราะปัจจัยภายนอกมันรุนแรงกว่ามาก หมายถึง ตลาดภาคเอกชน ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ความต้องการของ ประชาชน ระบบ incentive สมมติ หันตแพทย์. สามารถทำงานในโรงพยาบาลของรัฐ จนมีรายได้ใกล้เคียงกับที่ทำในโรงพยาบาลของเอกชน ก็จะทำให้เขาไม่ไปทำกับเอกชน ผมเชื่อว่าสองอย่างต้องสมดุลกันระหว่างรายได้ที่พออยู่ได้ กับจริยธรรม คุณธรรม จิตวิญญาณ ไม่ใช่ว่าจะสร้างให้หันตแพทย์ มีจิตวิญญาณอย่างเดียว แต่เงินให้น้อย บอกเงินไม่สำคัญแบบนี้ก็ได้ มันต้องมีรายได้ที่พออยู่ได้ แต่ถ้าเชื่อว่ามีระบบคลินิกนอกเวลาที่ให้ค่าตอบแทนได้ดีพอสมควรก็น่าจะดี ระบบ 30 บาทน่าจะ ทำให้ประชาชน มี demand และ access เรื่องการบริการทันตกรรมสูงขึ้น ที่นี้ โรงพยาบาลจะสามารถเอาเงินที่มีอยู่ สร้าง incentive ให้ทันตบุคลากรได้”

5.7 การพัฒนาและควบคุมคุณภาพทันตบุคลากร

ในหัวข้อนี้ จำแนกเป็นหัวข้อย่อยได้เป็น การประกันคุณภาพและการศึกษาต่อเนื่อง การศึกษาต่อและการฝึกอบรม ความก้าวหน้าและแรงจูงใจในวิชาชีพ

1. การประกันคุณภาพผู้ประกอบการวิชาชีพ

ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านแสดงทัศนะเกี่ยวกับ “การประกันคุณภาพผู้ประกอบการวิชาชีพ” ไว้ว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรทำ แต่วิธีการที่เสนอมิแตกต่างกันไป

1.1 มาตรฐานกลางของวิชาชีพทันตแพทย์

รศ.ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ แสดงความคิดเห็นว่า ปัญหาหนึ่งของบริการทันตแพทย์คือมีความแตกต่างหลากหลายค่อนข้างสูง ไม่ใช่แค่เพียงราคา แต่ยังมีเรื่องการรักษา การบริการ หรือทำที่ที่พูดคุยกับผู้ป่วย วิชาชีพควรต้องควบคุมและดูแลเรื่องความแตกต่างของคุณภาพการบริการ ทั้งมาตรฐานทางวิชาการ ราคา มาตรฐานสถานบริการ และต้องให้ประชาชนรับรู้ด้วย

“สิ่งที่วิชาชีพควรต้องทำคือ การพยายามที่จะควบคุม quality of care น่าจะต้องมีการทำความเข้าใจว่ามีความแตกต่างใน quality of care มากเป็นพิเศษในเรื่องไหน และต่างกันระดับใด ซึ่งเป็นเรื่องที่วิชาชีพต้องเข้ามามีส่วนในการดูแลและเข้ามาควบคุม ไม่ว่าความต่างในด้านวิชาการเพื่อให้บริการ ราคาการรักษา หรือแม้กระทั่งความต่างในเรื่องมาตรฐานสถานบริการ ซึ่งเป็นธรรมดาที่ผู้ป่วยก็ต้อง Shopping around ไปเรื่อยๆ การควบคุมมาตรฐานจะออกมาในรูปแบบใดก็ตาม แต่ควรต้องให้ประชาชนได้รับรู้ได้ด้วย โดยอาจเริ่มต้นที่กลุ่มชนชั้นกลางซึ่งการสื่อสาร การสร้างการรับรู้ทำได้ง่าย แล้วค่อยขยายไปสู่ชนกลุ่มอื่นๆต่อไป ”

มาตรฐานกลางดังกล่าว แม้จะได้รับการเห็นพ้องจากผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่ แต่ก็มีความเห็นที่แตกต่างกันในรูปแบบหลักๆที่จะใช้อันได้แก่

1.1.1. การประกันและควบคุมคุณภาพในระดับหน่วยงาน ซึ่งจะได้รับความเห็นชอบพ้องกันสูง ไม่ว่าจะเป็นการประกันคุณภาพโดยผ่านระบบการประกันและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ซึ่งเป็นเรื่องของการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เรื่องสิทธิผู้ป่วย หรือระบบการตรวจสอบเพื่อประกันคุณภาพที่ไม่ใช่ระบบ HA, ISO และการควบคุมดูแลมาตรฐานวิชาชีพ ของหน่วยบริการโดยสังคม ท้องถิ่นร่วมกับการควบคุมด้วยมาตรฐานส่วนกลาง

1.1.2. การควบคุมคุณภาพในระดับปัจเจกทันตบุคลากร ได้แก่ การจัดการศึกษาต่อเนื่อง การสอบรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม การต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือการที่สภาวิชาชีพร่วมมือกับสถาบันการศึกษา และประชาชนในการควบคุมการผลิตทันตบุคลากร การประกันคุณภาพผู้ประกอบการวิชาชีพหรือการคุ้มครองผู้บริโภคที่เชื่อมโยงกับจริยธรรม ซึ่งในส่วนนี้แม้จะเห็นด้วยว่าควรมีการพัฒนา แต่ในมาตรการที่จะใช้จะมีความเห็นที่แตกต่างไปในผู้ให้ความเห็นอย่างหลากหลายกว่า โดยเฉพาะการต่อใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ อันพอจะประมวลความเห็นได้ดังนี้

- จุดมุ่งหมายหลัก คือ เรื่องของการประกันคุณภาพบริการ และการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องทำ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ และการปรับตัวของวิชาชีพอื่นไปแล้วอาจเป็นตัวเร่ง เรื่องจรรยาบรรณ ข้อมูลข่าวสาร ทำให้ประชาชนตรวจสอบมากขึ้น และยังเป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นให้บัณฑิตรับรู้ว่าจะต้องเรียนรู้เพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา

“ ถ้ามองในแง่ของวิชาชีพเราก็คือในเรื่องของรักษามาตรฐานบริการ เพราะจะต้องยอมรับความจริงว่า ถ้าทำไปนานๆ ถ้าไม่มี re-license ไม่มีการศึกษาเพิ่มเติมองค์ความรู้ก็มีการเปลี่ยนแปลงไป บางอย่างก็ล้าสมัย และมีองค์ความรู้ใหม่ๆ ถ้าไม่ได้รับการศึกษาเพิ่มเติมก็จะไม่รู้และจะมีผลต่อการให้บริการ แทนที่ประชาชนจะได้รับบริการที่ดีกว่าที่เป็นอยู่ คือนอกเหนือจากบริการที่ชำนาญก็ต้องเป็นบริการที่มีคุณภาพมีประสิทธิภาพ กระแสของการทำในเรื่องนี้ วิชาชีพอื่นๆ เขากำหนดหมดแล้ว เหลือแต่วิชาชีพเราวิชาชีพเดียว ถ้าตรงนี้จะถามว่าอีกกี่ปี ก็ไม่เกิน 5 ปี และก็ตรงนี้ก็ถ้าไปดู พรบ. สุขภาพแห่งชาติ เผลอๆ อาจเป็นตัวเร่งปฏิริยาเราด้วย กระแสการสร้างหลักประกันสุขภาพ มี effect ทั้งนั้น แล้วถ้าเกิดมีกรณีเรื่องจรรยาบรรณเพิ่มมากขึ้น ก็คือตัวบ่งบอกถึงความจำเป็นเพราะว่าขณะนี้ประชาชนเขาไม่ใช่เหมือนเมื่อก่อนแล้ว เขารู้ว่าเขาที่มีข้อมูลข่าวสาร เขารู้ว่าที่ควรจะเป็น ที่ไม่ถูกต้อง เขารู้ตรงนี้ก็ถ้าเราไม่ปรับไม่เปลี่ยนก็จะถูกตรวจสอบ”

ทัศนะต่อรูปแบบการประกันคุณภาพรายบุคคลต่างๆ มีแตกต่างไปดังนี้

ก. การสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม

แม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดมาตรฐานกลางหนึ่งเดียว แต่มีผู้เตือนว่าควรเลือกใช้เมื่อการผลิตทันตแพทย์ดำเนินโดยสถาบันการศึกษาจำนวนมากและหลากหลายสถานะ จนไม่อาจควบคุมคุณภาพโดยมาตรการกำกับทางการศึกษาแล้วเท่านั้น เพราะการสอบจะเผชิญกับความยุ่งยากพื้นฐานในการออกข้อสอบกลางที่แสดงภาพรวมของผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา และการยอมรับจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

“...นักเรียนมีหลายสถาบันมีความหลากหลาย การทดสอบนี้อาจจะทำให้มีมาตรฐานเดียวกัน ผมเห็นด้วย เป็นเรื่องที่ต้องทำในอนาคต แต่ยังไม่เป็นปัญหาวิกฤติตอนนี้ เพราะโรงเรียนทันตแพทยขณะนี้แม้แต่ภาครัฐ ...อย่างแพทย์คือจะ maintain license ให้ effective เสมอ ต้องคง license นั้นไว้ให้มีสมรรถนะเพื่อพร้อมจะประกอบวิชาชีพ มีการร่วมประชุมวิชาการ ฟื้นฟูความรู้ให้ยังคงคุณสมบัติของการประกอบวิชาชีพ ผมคิดว่ามันจำเป็นในการ maintain แต่ไม่ใช่มาสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมใหม่ แต่อีก 20 ปีข้างหน้า อาจจะต้องทำ”

ข การต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม

- นอกเหนือจากผู้เห็นด้วยในหลักการทั่วไปแล้ว มีผู้ทรงคุณวุฒิหลายคน ตั้งคำถามถึงความจำเป็นในการต่อใบอนุญาตมีมาน้อยเพียงใด ที่จะใช้ตัดสินบุคลากรทางการแพทย์ว่าควรทำอาชีพนี้ต่อไปหรือไม่ โดยประเมินจากบทเรียนของแพทย์ที่ไม่คุ้มค่าเนื่องจากจะทำให้ได้คุณภาพจริงเป็นเรื่องยาก หรือจากการที่เห็นว่าคุณภาพควรจะเน้นทางด้านจริยธรรมมากกว่า และใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ออกให้เมื่อสอบผ่านสร้างความพึงพอใจให้แก่ประชาชนเพียงใด

“...(การจัดสอบต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม) ของแพทย์จะมีปัญหาเยอะ ทำเป็นรูปแบบมันได้แต่เปลือก ต้องไป attend ส่วนจะได้ความรู้หรือไม่วัดกันไม่ได้ คนได้ประโยชน์คือคนจัด course จริงๆ เก่งจริงก็สอบวัดความรู้ไปเลย สิ่งที่ผมบอกคือ เป้าหมายต้อง upgrade แต่ถ้าทำแล้ว กล้าๆ กลัวๆ ทุกคนเหมือนกันว่ามี aim ในใจ เพียงแต่คุณมี condition บางอย่าง ผมว่าตรงนี้นั้นก็จบแล้ว มันเริ่มประนีประนอมถ้าอย่างนั้นมันก็ได้แต่รูปแบบ คุณคุยกับฝรั่งได้ว่าคุณมี Relicensing แต่คุณมี aim ในใจว่าให้ได้ทุกคน มันก็ไม่ใช่ Re licensing คุณต้องคัดคนที่ out date ออกไปบ้าง มันต้องมีการสอบ หรือถ้าจะเอาแค่นี้ มันจะต้องมีข้อบังคับชัดเจน จะสอบเลื่อนขึ้นอีกกี่ปี มันจะต้องเขียนในข้อบังคับด้วย ไม่ใช่เขียนไปถึงไหน 10-20 ปี มันเรื่อยเปื่อย มันไม่ได้อะไรขึ้นมา ”

“...การ Re-license เป็นเพียงองค์ประกอบในการประกันคุณภาพ จริยธรรมเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าระบบที่พัฒนา HA สาขาวิชาชีพพยายามพัฒนาทางด้านการ Re-license ทั้งหมดเป็นหลักประกันส่วนน้อยเท่านั้น บุคลากรที่ทำงานได้ใช้ความรู้สอดคล้องกับจริยธรรมมากน้อยแค่ไหน ...”

- ถ้าจะมีการต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นพ้องกันสูงว่า การควบคุมมาตรฐานวิชาชีพต้องมีเป้าหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคที่ชัดเจน และควรใช้วิธีการที่หลากหลาย ไม่ควรกำหนดให้เป็นเพียงแต่การสอบข้อเขียนหรือเข้ารับการอบรม (ซึ่งต้องมีวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ รับประกันว่าได้เข้าร่วมรับฟังวิชาการจริง) เท่านั้น เนื่องจากลักษณะความหลากหลายในการทำงานของทันตแพทย์ ทั้งงานบริการภาครัฐ ภาคเอกชน งานทางวิชาการ หรืองานวิจัย ดังนั้นควรใช้ความหลากหลายในการวัด เช่น การประเมินคุณภาพกับผู้บริโภค การนำไปเชื่อมโยงกับเรื่องการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing education) ที่มี

หลากหลายรูปแบบ การสะสมคะแนนหรือสะสมกรณีผู้ป่วย รวมทั้ง เชื่อมโยงกับการประกันคุณภาพโดยผ่านระบบการประกันและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

“ เมื่อเราเข้าใจ (หัวใจของการควบคุมมาตรฐาน) ตรงนี้ เรื่องการต่อไปอนุญาต หรือวิธีการใดก็ตามที่ทำให้เราถึงเป้าหมาย เราก็ควรทำวิธีนั้น ในชุมชนมันหลากหลาย ปัจจุบันเราต้องยอมรับในความหลากหลายนั้น ...ยกตัวอย่างเช่น ทันตแพทย์จบมาก็อยู่ใน PCU 4 ปี ทำงานอย่างได้ผล ชุมชนมีสุขภาพช่องปากดีขึ้น แบบนี้ให้คะแนนอย่างไร ความสำเร็จเป็นที่ยากยิ่งขึ้นชม ในอนาคตข้างหน้าทันตแพทย์จะต้องมีสถานที่ทำงานของตนเองแน่นอน ในโรงเรียน ใน PCU หรืออะไรก็ตาม หรืออยู่ในภาคเอกชน ปัญหาคือเมื่อตรวจสอบคุณภาพว่าทันตแพทย์คนนี้ยังมีคุณภาพรับใช้ประชาชนหรือไม่ เป็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้วย เราจะทำให้การปฏิบัติงาน 10 ปีที่ผ่านมา ทำให้การปฏิบัติงานของเขาที่ซ้ำๆ นั้น มันเกิดผลจริงๆ จากการทำงานได้อย่างไร แล้วเป็นความดีความชอบของเขา เป็นเกียรติของเขา นี่เป็นเงื่อนไขที่ผมบอก ขณะเดียวกันแน่นอนอาจมีเกณฑ์อื่นประกอบ ขณะเดียวกันทันตแพทย์ที่อยู่ใน CUP เขาทำงานผ่าตัดตลอด 20 ปีที่ผ่านมา ไม่เคยอดฟันเลย แล้วจะให้เขามาสอบ จะมีวิธีอื่นที่สามารถวัดได้หรือไม่ ”

“ ...ประกันคุณภาพ อาจเข้าไปเกี่ยวข้องกับการรับรองคุณภาพมาตรฐานการบริการของโรงพยาบาล ที่มีคุณภาพในการตอบสนองของประชาชน การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของประชาชน เรื่องของสิทธิผู้ป่วย จะรวมอยู่ในกลุ่มของคุณภาพทั้งหมด”

- มีผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งชี้ว่า ภายใต้กฎหมายขณะนี้การตรวจสอบเพื่อต่อไปอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมไม่มีผลบังคับใช้กับผู้จบมาแล้ว ถ้าจะใช้ได้ต้องเป็นผู้ที่จะจบใหม่เท่านั้น เนื่องจากกฎหมายย้อนหลังไม่ได้

1.2 บทบาทของสังคม ท้องถิ่น และประชาชนในการควบคุมดูแลมาตรฐานวิชาชีพ

การควบคุมดูแลมาตรฐานวิชาชีพ โดยสังคม ท้องถิ่น ซึ่งดูแลในพื้นที่ได้ใกล้ชิดเป็นมาตรการสำคัญที่ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านเน้นว่าต้องดำเนินการควบคู่กับการควบคุมแบบมาตรฐานส่วนกลาง เพราะว่าเป็นการประเมินที่มาจากผู้รับบริการอันเป็นมิติสำคัญที่สุดที่จะสะท้อนถึงคุณภาพ อันน่าจะสำคัญยิ่งกว่าการประเมินจากมาตรฐานกลางด้วย

รูปแบบของการควบคุมมาตรฐานโดยท้องถิ่นและประชาชน มีหลากหลาย ตั้งแต่การร่วมเป็นกรรมการในระดับต่างๆของภาคประชาชนในโครงสร้างของระบบสุขภาพที่กำลังปฏิรูป การประเมินผู้รับบริการในระบบประกันคุณภาพของสถานบริการ หรือการให้ประชาชนเข้าร่วมตรวจสอบองค์กรวิชาชีพ ซึ่งในการเข้าร่วมในองค์กรวิชาชีพเลย มีทั้งผู้ทรงคุณวุฒิที่ไม่ได้เป็นทันตแพทย์ที่เห็นด้วย และที่ยังมีข้อสงสัยถึงบทบาทของประชาชนที่อาจอยู่ภายใต้วิชาชีพ จึงน่าจะเริ่มที่บทบาทในหน่วยงานท้องถิ่นก่อน

“การที่มีผู้อื่นนอกจากทันตแพทย์ในการวินิจฉัยเรื่องร้องเรียน ขณะเดียวกันมาตรการเชิงรุกที่ว่ามาเป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่ควรต้องมี ขึ้นต่อไปที่น่าจะมีคือ การให้ความรู้แก่สาธารณะให้มากขึ้น ทุกวันนี้ทุกอย่างอยู่ภายใต้การตัดสินใจของทันตแพทย์ทั้งหมดว่าควรหรือไม่ควรทำอะไร เพราะผู้บริโภคไม่มีข้อมูลและมักถูกค่านิยมสังคมชี้นำในการตัดสินใจ เช่นกรณีการจัดฟัน”

“ เรื่องการคุมมาตรฐาน ผมว่าตอนนี้ยังไม่มีสูตรตายตัว ถ้าบอกว่าสาขาวิชาชีพของเราคุมเราได้ดีหรือไม่ก็ไม่น่าเสมอไป ผมว่ารูปแบบในการควบคุมมาตรฐาน ควบคุมจริยธรรม รูปแบบควบคุมทางวิชาชีพก็เป็นรูปแบบหนึ่ง แต่ก็ยังไม่เป็นคำตอบสุดท้าย คงต้องเรียนรู้และหาวิธี ถ้าหนึ่งการดูแลที่มีสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย อาจทำให้ดีขึ้น สองถ้าหากย่อยออกเป็นท้องถิ่น ท้องถิ่นอาจดูแลกันใกล้ชิดกัน มากขึ้น ถ้ากลับไปเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น ก็ต้องเป็นท้องถิ่นที่จะดูแลกันเอง เลยไปถึงสมุนไพรรักษาโรคถึงเรื่องหมอพื้นบ้าน น่าจะมีมาตรฐานของท้องถิ่นและมีการจำกัดขอบเขตในการควบคุมด้วย ของแบบนี้จะขึ้นกับความเชื่อถือมากกว่า แบ่งเป็นการควบคุมแบบท้องถิ่น แบบ area จะดีกว่าคุมแบบมาตรฐานส่วนกลาง ”

“ ระบบการตรวจสอบต้องไม่ใช่แค่ HA, ISO อย่างที่ผมทราบในออสเตรเลียมีระบบที่เช็คคุณภาพได้โดยอาจให้ อบต. อบจ. ที่ลงไปทำงานตรงนี้ เมื่อทันตแพทย์ทำงานตรงนี้ออกมาแล้ว เวลาเช็คคนไข้ก็จะเจอเองว่าคนไข้มาจากไหน ประวัติทำฟันเป็นอย่างไร ถ้าทำไม่ดีมันจะมี feed back กลับมาเอง จะมีระบบสุ่มเช็ค นพ.ส.สจ. ที่มาทำตรงนี้ต้องรู้ระบบเหล่านี้ด้วย มีการตรวจสอบที่ดี มีรายงานว่าใครทำงานตรงนั้น ไม่สามารถเลี่ยงได้ ผมว่าระบบนี้เรายังไม่เคยทำ แต่วันหนึ่งข้างหน้าเราจะต้องทำ ”

“...ถ้าสังคมหรือชุมชนนั้นบอกว่าหมอคนนี้เป็นหัวใจของชุมชน จะยอมรับเขาหรือไม่ จะเอาเกณฑ์นี้มาคิดหรือไม่ หรือจะเอาเขาจะมาศึกษาต่อเนื่อง มันจะสอดคล้องกับทันตแพทย์ตอนนี้หรือไม่ อนาคตเมื่อมีการปฏิรูปฯ จะมีเงื่อนไขใหม่หรือไม่ ผมเพียงตั้งคำถามเท่านั้น เมื่อถึงตอนนั้น Relicense จะมีความหมายแค่ไหน ... ผมตั้งคำถามว่า ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ออกให้ เป็นใบประกาศที่ทำให้ทันตแพทย์เพื่อประกอบอาชีพ ถามว่าใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ออกให้โดยอัตโนมัติเมื่อสอบผ่าน ประชาชนพอใจหรือไม่ หรือคิดเอาเองว่าได้มาตรฐาน เมื่อย้อนถามกลับมาว่า เมื่อต้องการประกันคุณภาพโรงพยาบาล หัวใจอยู่ที่ใด หัวใจ HA มันรวมไปอยู่ที่ผู้ป่วยทั้งหมดเลย HA ถ้าทำง่าย ถ้าเข้าใจ กลไกเล็กๆ น้อยๆ ทุกอย่างต้องพุ่งไปที่การดูแลเป็นอย่างดี ”

“ในเบื้องต้น (ของการมีส่วนร่วมของประชาชน) ผมว่าเอาในท้องถิ่นก่อน ส่วนในระดับชาติผมว่าเป็นเรื่องของคุ้มครองสิทธิหรือมาตรฐานเป็นหลัก อันนี้ต้องค่อยๆ พัฒนา ส่วนเรื่องระบบใหม่ที่ต้องสร้างนำซ่อม คนที่รองรับมาตรฐาน คือผู้ใช้ คือท้องถิ่นเป็นหลัก คือถ้าคนของเขาไม่ได้คุณภาพ เขาจะมีวิธีการจัดการของเขาเอง

....ไม่อยากจะรวมศูนย์ที่สภา อยากให้เกิดการกระจายการควบคุมสิทธิ ผลประโยชน์ อันจะเกิดขึ้น เกิดการมีส่วนร่วมในระดับท้องถิ่นต่างๆ ไม่จำเป็นต้องส่งเรื่องสภาวิชาชีพตลอด ถ้าโครงสร้างฐานแข็งแรง หากข้างบนจะไม่เปลี่ยน ก็เกิดการควบคุมทางสังคม เพราะฉะนั้น จะเกิดคำถามว่า วิชาชีพทางทันตฯ ใครจะเป็นคนเข้ามาในสภาวิชาชีพนี้ มีความรู้เพียงพอไหม มีมาตรฐานความเข้าใจหรือไม่ ถ้าเราให้ประชาชนไปเป็นกรรมการสภาทันที่ ประชาชนก็เข้าไปเรียนรู้จากผิดๆ ถูกๆ พอเข้าไปก็ไม่เข้าใจ พอคุยกันเรื่องวิชาชีพ เรื่อง

เทคโนโลยี ก็จะไม่เห็นเลย ไม่แสดงความเห็น ผมว่าเรื่องนี้ไม่ต้องรอ พรบ. เลย ถ้าเข้าใจผมว่าเริ่มได้เลย ต้องค่อยๆ เริ่มทำ”

ความคิดเห็นของตัวแทนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และผู้ทรงคุณวุฒิด้านประชาคม ซึ่งถึงการให้ประชาชนเข้ามีส่วนร่วมในการพิจารณาข้อร้องเรียน เรียกร้องที่มีต่อบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิตามรัฐธรรมนูญซึ่งมีการปฏิบัติในเรื่องอื่นๆ ซึ่งท้องถิ่นก็มีบทเรียนมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งอาจจะเลยไปถึงตั้งแต่เป้าหมายหลักสูตรการผลิต การคัดเลือกผู้เรียน ตลอดจนถึงด้านราคาของบริการทันตกรรม

“ปัจจุบันรัฐธรรมนูญ ชี้ชัดถึงบทบาทของประชาชนในการเข้าร่วม มามีสิทธิ มีเสียงมากขึ้นในองค์กร หรือในกิจการต่างๆ การเข้าร่วมของประชาชนในองค์กรวิชาชีพน่าจะเป็นสิ่งที่ดี เป็นโอกาสที่จะให้ข้อเสนอแนะต่อวิชาชีพ เพราะการที่คิดเฉพาะคนในกลุ่ม ความคิดมักจะแคบคิดเฉพาะประโยชน์ของตนเอง ส่วนการเข้าร่วมของประชาชนเพื่อพิจารณาข้อร้องเรียน เรียกร้องที่มีต่อบุคลากร เห็นตัวอย่างหน่วยงานอื่นที่มีบ้างแล้ว คือ กรรมการตรวจสอบวินัยข้าราชการ หรือการอุทธรณ์ในระดับจังหวัด มีสมาชิกอบต. ที่ไม่ใช่ข้าราชการเข้าร่วมเป็นกรรมการพิจารณา ถือว่าเป็นตัวแทนประชาชน ซึ่งคิดว่าน่าจะดี เพราะเมื่อก่อนเวลาประชาชนได้รับผลกระทบจากข้าราชการ กรรมการที่พิจารณาโทษข้าราชการในหน่วยงานนั้นก็มักจะเป็นพวกเดียวกันเองที่ช่วยเหลือกัน ซึ่งประชาชนเสียเปรียบ ปัจจุบันมีความพยายามมากขึ้นที่จะนำตัวแทนประชาชนเข้าไปร่วมด้วยในองค์กรต่างๆ ซึ่งทำให้เราหวังตัวมากขึ้นในการทำงานต้องรัดกุม รอบคอบมากขึ้น”

“การกำกับดูแลน่าจะเป็นความร่วมมือโดยให้คนในท้องถิ่นช่วยดูแลจะสอดคล้องกับ พรบ. การศึกษาใหม่ ให้องค์กรท้องถิ่นให้ อสม. ให้มาดูแลด้วย ว่าต้องการผลิตคนแบบไหน อยากได้มากกว่านี้ไหม ผมว่ามันได้ประโยชน์มหาศาล ประชาชนได้ลดค่าใช้จ่ายได้ ในสถานบริการก็ลดลงลง ก็จะเกิดสมดุลในส่วนของ พรบ. ที่ร่างมันมีผลกระทบหลายส่วน กระทั่งหมอ ต้องปรับตัว มีอะไรบางอย่างที่ทันตแพทย์ต้องปรับตัว ที่เห็นชัดคือการบริการที่ไม่ค้าธุรกิจเกินควร อย่างเรื่องฟันก็ถือว่าเป็นค่าบริการที่ถือว่าแพง ตัวนี้กระทบแน่ เรื่องการเก็บค่ารักษาพยาบาลต้องลดลง ต้องมีการสร้างหลักเกณฑ์เรื่องการรักษาสุขภาพฟัน ที่กำลังประชาชนควรจ่าย ”

2. ความก้าวหน้าในวิชาชีพในระบบราชการ

ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านที่เป็นนายแพทย์ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขได้แสดงความคิดเห็นในเรื่องความก้าวหน้าในวิชาชีพโดยเฉพาะในระบบราชการว่า ควรแยกความก้าวหน้าสายวิชาชีพ และอำนาจบริหาร การรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตน การเสนอมุมมองถึงความก้าวหน้าในงานบริการที่ควรเป็นไปตามวิชาชีพเฉพาะด้าน แต่ถ้าเป็นงานบริหารควรเปิดกว้างสำหรับผู้ที่มีศักยภาพ ไม่ควรกำหนดให้เป็นของวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง และควรมีข้อกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจนเกี่ยวกับความก้าวหน้าของบุคลากรทั้งในสายวิชาชีพและในตำแหน่งบริหาร

“เรื่องความก้าวหน้า ปัญหาคือ เรามาผิดทาง พวกเราเป็นพวกวิชาชีพ มันไม่ควรมองในตำแหน่งของผู้บริหาร เราควรจะยึดความรู้ และทักษะเป็นหลักดีกว่าไปยึดอำนาจรัฐ เพราะถ้าเรายึดอำนาจรัฐ เราจะสูญเสียความเป็นวิชาชีพ.. คนที่เป็นผู้บริหารไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ มันน่าจะเปิดกว้างมากกว่าที่จะกำหนดเป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แพทย์ ระดับ 11 มี แต่ทันตแพทย์ 11 ยังไม่มี ทำไมไม่ทำให้มี ควรจะทำให้ทันตแพทย์มีศักดิ์ศรีในวิชาชีพของตนเอง มากกว่าศักดิ์ศรีในอำนาจรัฐ ถ้าจะมาทางตำแหน่งอำนาจรัฐ ก็ไม่ควรสวมหมวกทันตแพทย์เหมือนแพทย์ด้วย”

“สำหรับผมเห็นด้วยว่าตำแหน่งบริหารบางส่วนผูกขาดโดยวิชาชีพ ไม่ได้ตัดสินเพราะ performance ด้านคุณวุฒิบางส่วนเป็นทักษะกลางๆ เช่น การวางแผนด้วยประสบการณ์ ไม่ได้วัดคุณวุฒิวิชาชีพแพทย์ ...การบริหารตรงนี้แน่นอนมีกฎหมาย ต่อไปมีการเปลี่ยนเป็นองค์กรในกำกับมากขึ้น อนาคตอาจจะเป็นไปได้ว่าปลดกระทรวงไม่ใช่หมอ แต่ผมว่ามันไม่น่าติดตรงนี้ เป็นหมอหรือไม่เป็นหมอ จริงๆ มันต้องดูว่า ต้องการอะไร หมอหรือไม่หมอ ถ้าเราจะวางเรื่องสุขภาพ เราต้องเปิดโอกาสให้คน ...”

ในทำนองเดียวกัน มีผู้เสนอให้พิจารณาการทำงานด้านบริหารทันตสาธารณสุขในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่น่าจะเปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่ได้เป็นทันตแพทย์เข้ามามีส่วนในการบริหารได้ และทันตแพทย์หรือผู้ที่จะเป็นหัวหน้าทีมสุขภาพช่องปากควรต้องมีความเชี่ยวชาญในด้านทันตสาธารณสุข

“ปัญหาทันตบุคลากรอย่างหนึ่ง คือ ลักษณะงานที่ต้องการผู้ที่มีความรู้ด้านทันตสาธารณสุข แต่ไม่ได้ผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญด้านนี้มาทำงาน ปัจจุบันด้วยความเป็นทันตแพทย์ผู้จบมาลงทำงานตำแหน่งใดหรืออยู่ที่ไหนก็ได้ เป็นหัวหน้าฝ่าย ทำงานในสสจ. โดยไม่ได้นึกถึงความสามารถ แต่ใช้ตำแหน่งที่เป็นทันตแพทย์

...ตัวอย่างในต่างประเทศบทบาทหน้าที่แยกกันชัดเจนเป็น ผู้ให้การรักษา (dental clinician) และประจำสำนักงาน (dental officer) ดูและระบบ บริหาร วางนโยบาย เปรียบได้กับทันตแพทย์ในสสจ.ในประเทศไทย และมี dental clinician เป็นลูกทีม ผู้ที่ประจำสำนักงาน (dental officer) ต้องทำงานลักษณะวิชาการทันตสาธารณสุข ตำแหน่งผู้ที่อยู่ตรงนี้ควรเป็น นักวิชาการทันตสาธารณสุข เปิดให้ใครก็ได้ อาจไม่ใช่ทันตแพทย์ จะเป็น ทันตภิบาล หรือผู้ที่เรียนจบสายนี้ มีความรู้ ความสามารถด้านทันตสาธารณสุขจริงๆ แต่คิดว่าไม่เหมาะสำหรับทันตแพทย์ที่จบมาใหม่ซึ่งยังไม่มีประสบการณ์ ยังสนใจงานรักษาอยู่ แต่ต้องทำงานลักษณะ dental officer ในสสจ. ซึ่งเลือกเพราะอยู่ในเมือง ก็อาจทำได้ไม่ดี หรือไม่ชำนาญ”

“ผู้ที่จะเป็นผู้นำทีมสุขภาพช่องปาก oral health หรือ dental public health mind เป็นสิ่งที่สำคัญ จริงๆ ไม่ต้องเป็นทันตแพทย์ก็ได้ แต่สังคมกำหนดว่าต้องเป็นทพ. ถ้าจะเป็นทันตแพทย์ ควรเป็นทันตแพทย์ที่เชี่ยวชาญในด้านทันตสาธารณสุข ไม่ใช่กำหนดว่าเป็นทันตแพทย์ทั่วไป”

นอกจากเงื่อนไขความก้าวหน้าที่เราควรจะเปิดกว้างขึ้นข้างต้นแล้ว ในอนาคต ยังมีแนวโน้มที่จะขึ้นกับความพึงพอใจและการประเมินของผู้รับบริการที่สะท้อนผ่านมาในกลไกของภาคท้องถิ่นหรือชุมชนมากขึ้น ทำให้มาตรฐานของคุณภาพและความก้าวหน้าในการทำงานอาจแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่าน

ซึ่งถึงจุดสำคัญอยู่ที่การเตรียมทันตบุคลากรให้พร้อมสำหรับทั้งการทำงานในการบริการทันตกรรมอย่างมีคุณภาพ การทำงานบริหารจัดการในระบบบริการสุขภาพที่กว้างขึ้น หรือการทำงานกับชุมชน ที่จะสามารถเป็นผู้นำสังคมได้ นอกจากเรื่องค่าตอบแทนเป็นตัวเงินแล้ว ความภาคภูมิใจ การยอมรับในวิชาชีพก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สร้างแรงจูงใจในวิชาชีพให้แก่ทันตบุคลากร

“ ผมว่าความก้าวหน้ามันไม่ตีบตันหรอก เพียงแต่เขารู้ว่าโดยบทบาททันตแพทย์ทั่วไป ควรจะวางหน้าที่ตัวเองไว้ตรงไหน ถ้าเขาคิดว่าเป็นทันตแพทย์ทั่วไปแล้ว อยากทำงานบริการ เขาควรจะเอาตัวเองวางไว้ตรงสถานบริการจริง ๆ แล้วทำให้มันเต็มขั้น ส่วนคนที่อยากออกจากห้องฟัน จะต้องแสวงหาความรู้วิชาการที่เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ผมว่าตรงนี้ เป็นจุดบอดของระบบ ถ้าเราพูดถึงงานบริการ ตรงนี้ต้องเป็นเฉพาะวิชาชีพ แต่ถ้าเป็นการบริหารจัดการ ตรงนี้ต้องเป็นองค์กรวม ใครมีศักยภาพ ต้องเป็นไปตามกระบวนการตรงนี้ เช่น โครงสร้างของสาธารณสุขใหม่ที่เขาสถาปนาออกมาแต่จะเป็นจริงตามนั้นหรือไม่ ไม่รู้ ”

“เรื่องปัญหาความก้าวหน้านี้เป็นเรื่องเก่าแก่ของอาชีพเรา มันเป็นผลผลิตที่ต่อเนื่องมาจากเราพูดกันมาตั้งแต่ต้น ทำไมทันตแพทย์ไม่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้าง ทำไมเราถูกกระทำเหมือนหมอนั่นสอง ทำไมเงินเดือนในกองการเจ้าหน้าที่เป็นอย่างนี้ ทำไมเภสัชกรรมมองว่าเราเขียนใบสั่งยาไม่ได้ ทั้งหมดนี้เป็นแค่รายละเอียดของผลที่เกิดขึ้นจากอาชีพเรา ที่เราคิดแบบนี้ สร้างโครงสร้างมาแบบนี้และผลิตทันตแพทย์ออกไป เพราะฉะนั้น มันไม่มีปัจจัยภายนอกเข้ามาส่งผลต่อความไม่ก้าวหน้าของเรามากนัก ทุกวันนี้การปฏิรูปกำลังเกิดขึ้นแล้วเราต้องการแก้ไขจุดนี้ เราก็ต้องปรับ ผลที่จะเกิดขึ้นก็เป็นไปตามที่เราปรับ.... โครงสร้างเก่า ความเคยชินเก่า ระบบใหม่-เก่า ปรากฏหลายร้อยเรื่องของความขัดแย้ง เมื่อมีโอกาสจะแก้ความขัดแย้งนี้ ให้อีก 10 ปี ข้างหน้าไม่เกิดเรื่องนี้ เราต้องเริ่มต้นทำเรื่องที่เราคุยกันมาให้ถูกต้อง

กรอบใหม่การปฏิรูปใหม่ มันมีช่องทางอีกเยอะ ที่จะให้ทันตแพทย์ก้าวไปสู่ความเป็นผู้นำในสังคมได้ แต่ต้องสร้างแบบใหม่ ถ้าสร้างแบบเดิม แล้วให้ไปอยู่แบบใหม่ ก็จะเหมือนเป็นการสร้างความทุกข์ให้เขา เพราะฉะนั้นทั้งหมดนี้พูดมาจะต้องสร้างควบคู่กันไป เป็นกระบวนการเดียวกัน”

“ ผมว่าทันตแพทย์ในอนาคต นอกจากเรื่องเงินแล้ว อีกเรื่องคือการยอมรับในวงการวิชาชีพ ผมว่าน่าจะเป็นการสร้างความรู้ความภูมิใจให้เขาได้มากขึ้น ถ้าเราทำให้คนไข้ดี คนไข้ก็จะกลับมาทำซ้ำอีก ทันตกรรมป้องกันดี ส่งเสริมดี ผมว่าต้องทำตรงนี้ให้เป็นระบบให้ได้ ”

ในส่วนของทันตภิบาล นอกเหนือจากทักษะทั่วไปข้างต้นที่อาจจะประยุกต์ใช้ได้บ้างแล้ว โดยรวม ยังมีปัญหาเรื่องความก้าวหน้าที่ชัดเจนและหนักกว่าทันตแพทย์มาก ผู้ทรงคุณวุฒิในสายการผลิตทันตภิบาลผู้หนึ่งเสนอว่า สายงานทันตภิบาล ควรเปิดช่องทางความก้าวหน้าไว้ ให้สามารถพัฒนาศักยภาพได้ ผลิต ทันตภิบาล. 2 ปีให้เพียงพอ ผู้ที่มีความสามารถก็มาเรียนต่ออีกเป็น 4 ปี แล้วปรับเป็นนักวิชาการทันตสาธารณสุขระดับต่างๆที่มีการจัดจำแนก (classified) ระดับการทำงานต่างๆกัน ตามความยาก ง่ายไว้ ไม่ใช่เหมือนในปัจจุบัน ที่การการพัฒนาศักยภาพหรือการศึกษาต่อของทันตภิบาลไม่ค่อยมีความก้าวหน้าในสายงานมารองรับ

จนต้องย้ายออกจากสายงานไปเพื่อความก้าวหน้า ดังนั้นการศึกษา การบรรจุแต่งตั้ง และความก้าวหน้าในงาน ต้องสอดคล้องไปด้วยกัน

“ การที่ต้องการให้มีผู้มาเรียนต่อด้านทันตสาธารณสุขแล้วหวังให้กลับไปทำงาน อาจเป็นไปได้ยาก ถ้าไม่มีตำแหน่งที่สามารถปฏิบัติได้ เช่น “นักวิชาการทันตสาธารณสุข” มีแต่ “เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข” เหมือนเดิม ก็ไม่มีแรงจูงใจที่จะอยากเรียน หรือ เรียนแล้วแต่ไม่นำความรู้มาใช้ ”

3. การอบรม ศึกษาต่อเนื่อง

การศึกษาต่อเนื่องนอกจากเป็นการพัฒนาทันตบุคลากรโดยตรงแล้ว ยังเชื่อมโยงถึงควบคุมคุณภาพในการประกอบวิชาชีพของทันตบุคลากรอีกด้วย

ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านแสดงทัศนะเกี่ยวกับการวางแผนเพื่อพัฒนาและจัดสัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทาง (GP/ Specialist) , ความเชื่อมโยงระหว่างการศึกษาต่อเนื่องกับการต่อใบอนุญาต และทันตแพทย์ แนวทางการจัดการศึกษาต่อเนื่องที่ควรเปิดกว้าง, มีความหลากหลายในวิธีการ และใช้เทคโนโลยีต่างๆ เข้าช่วย

“ ผมคุยกับอาจารย์ท่านหนึ่งว่าถ้าอาจารย์ไม่ต้องการเชื่อมโยงมาเรื่องต่อใบอนุญาต เราก็มาเรื่อง CDE กันก่อน ผมบอกว่าทันตแพทย์ที่ไกลเป็นתי่ง เขาต้องทำอะไร เพราะที่นั่นต้องใช้จานดาวเทียมรับโทรศัพท์อยู่เลย ทันตแพทย์ที่อยู่ไกล อยู่ชายแดนทำอะไร ใน กทม.ไม่ต้องพูดถึงเรื่องการศึกษาต่อเนื่อง เราไม่ได้พูดถึงเรื่องของการปฏิรูปสุขภาพเลย เราแยกส่วนของการศึกษาต่อเนื่องอย่างเดียว การศึกษาต่อเนื่องจึงแยกออกจากระบบไม่ได้ จะให้ใครไปศึกษาต่อเนื่อง ให้ใครไปไหน ด้วยฐานอะไร ”

การวางแผนเพื่อพัฒนาและจัดสัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไปและเฉพาะทาง (GP/ Specialist)

ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านแสดงทัศนะเกี่ยวกับการวางแผนเพื่อพัฒนาและจัดสัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไปและเฉพาะทาง (GP/ Specialist) การสร้างศักดิ์ศรี ค่าตอบแทน เป็นแรงจูงใจในการทำงาน และการกำหนดมาตรฐานความก้าวหน้าของทันตบุคลากรทั้งทันตแพทย์ และทันตภิบาล ผู้ทรงคุณวุฒิท่านหนึ่งให้ข้อสังเกตถึงการที่ระบบไม่เคยชี้ช่องทางความต้องการที่ควรในการพัฒนาและจัดสัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทาง และการจูงใจให้ทำงานในพื้นที่

“การที่คนจะเลือกเรียนเฉพาะทางมองว่าเป็นเรื่องความต้องการส่วนบุคคล ซึ่งระบบหรือสังคมใหญ่เองไม่เคยชี้ช่องทางความต้องการที่เหมาะสมที่ควรเป็น ตราบใดที่โรงเรียนแพทย์ โรงเรียนทันตแพทย์ยังมีการเปิดสอนหลักสูตรเฉพาะทางอยู่ ก็ต้องมีคนอยากมาเรียนเพื่อเพิ่มศักยภาพ และเพิ่มรายได้เป็นเรื่องธรรมดา ปัญหาคือสังคมหรือ ระบบใหญ่ยังไม่มี signal ชี้แนะให้เห็นแนวทางที่เหมาะสมต่างหาก บางทีอาจต้องมองย้อนกลับไปที่เป้าหมายการเพื่อดึงดูดให้คนทำงานต่อในพื้นที่มากกว่าอยู่ใช้ทุนเพียง 3 ปี เช่น เรื่องค่าตอบแทนที่สัดส่วนต่างกันมาก”

แสดงความเห็นในเรื่องศักยภาพ บทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ในอนาคตจะปรับเปลี่ยนไป ซึ่งจะมีผลต่อภาคการผลิต การผลิตทันตแพทย์ต้องให้คุ้มทุนมากขึ้น ต้องมีแนวทางพัฒนาไปสู่ความรู้ที่กว้างขึ้นที่จะอิงกับสาขาทางการแพทย์อื่นมากขึ้น แต่ในระดับรูปลักษณ์จะน้อยลง ความต้องการผู้เชี่ยวชาญจะลดลง และควรมีการสร้างศักดิ์ศรี ค่าตอบแทน เป็นแรงจูงใจในการทำงานของทันตแพทย์ทั่วไปให้มากขึ้น เพื่อทันตแพทย์ส่วนใหญ่ไม่ต้องพยายามเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจนล้นเกินเหมือนวงการแพทย์

“การผลิตใน 20 ปีข้างหน้าผมว่ามันจะ over production ตอนนี้อย่างเน้นการรักษามากกว่าส่งเสริมป้องกัน แต่ตอนนี้เห็นชัดว่า trend การรักษาลดลง เน้นไปในทางส่งเสริมป้องกันมากขึ้น ดู civilize ขึ้น อัตราการใช้ทันตแพทย์ในการรักษาจะลดลง และศักยภาพและรูปแบบของทันตแพทย์จะเปลี่ยน คือจะต้องมีแนวทางไปสู่ความรู้ที่กว้างขึ้นที่จะอิงกับสาขาทางการแพทย์อื่นมากขึ้น แต่ในระดับรูปลักษณ์จะน้อยลง ดังนั้นความต้องการ specialist จะลดลง เราต้องยอมรับว่าต้นทุนการผลิตทันตแพทย์กับแพทย์ 1 คนต้นทุนเท่าๆ กัน ทันตแพทย์อาจจะแพงกว่าด้วยซ้ำ แต่เวลาออกไปรับใช้สังคม จะเห็นชัดจำกัดมากๆ ในทันตแพทย์ เวลาทำงานแพทย์จะกว้างขวางกว่ามาก ดังนั้นอาจจะมีปัญหาในเรื่องการจัดกำลังคน คิดง่ายๆ ว่าถ้ามีภาคเอกชนจะลงทุนผลิต เขาจะเลือกผลิตแพทย์ เก๊าส้มมากกว่าทันตแพทย์เพราะไม่คุ้มทุนที่จะผลิต “

“เรื่องที่ต้องมีส่วนร่วมของ ประชาชน สภาวิชาชีพ และสถาบันการศึกษา ในการรับรู้ขอบเขตการผลิต ถ้า specialist มากเกินไปจะไม่มีใครดูแลประชาชนในรูปองค์กรรวม ทำอย่างไรที่จะทำให้ General dentist มีศักดิ์ศรีเป็นปัญหาเดียวกับแพทย์ ถ้าระบบ 30 บาททำให้ GD หรือ family dentist เกิดขึ้นมา มีศักดิ์ศรี มีค่าตอบแทนต่างๆ ที่เท่ากันกับทันตแพทย์ที่เป็น specialist ก็เป็นสิ่งที่ดี ที่ควรทำ ...”

ความเห็นต่อการจัดสัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไป ทันตแพทย์เฉพาะทาง ข้อกำหนดมาตรฐานบางอย่างเกี่ยวกับความก้าวหน้าของทันตบุคลากรทั้งทันตแพทย์ และทันตภิบาล ซึ่งอาจใช้วิธีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน งานวิชาการ หรืองานบริการ

“ ตรงนี้มันมีปัญหากับงาน ตอนผมทำงาน GP 80% เวลา มี GP 20% หรืออาจจะน้อยกว่าด้วยซ้ำ แค่นี้ก็ตอบได้แล้ว condition ของโรคฟัน ของบุคลากร อย่างผลิตอะไรก็ตามใจ เพราะฉะนั้นก็เห็นการขยายเสริมก็รองรับภาระงานที่ต้องการ specialist อย่าง 20/80 20 ของทันตแพทย์ก็ไม่มากนัก ทันตแพทย์เลยต้องไปดู GP เรื่อง specialist ผมเห็นด้วย ความก้าวหน้าของทันตภิบาล มี complaint ว่าเขาไปไหนไม่ได้ เรื่องความก้าวหน้า บางคนจบโท จะต้องออกจากฝ่ายทันตะ ถึงอาจจะพอมีตำแหน่งได้ จริงๆ อยู่กับระบบ กพ. ถ้าคิดอีกแง่ความก้าวหน้ามันเหมือน C การที่เราจะขึ้นไปอยู่ตรงนี้ ต้องมีความสามารถพร้อมคุณสมบัติด้วย ถ้าสมมติว่า อนาคตเราอาจเป็นองค์กรอิสระ หรืออะไรก็ว่าไป สมมติทันตภิบาลอยากก้าวหน้า คุณจะต้องต่อยอดบางส่วน (สมมติ) อาจจะเป็นนักวิชาการ แต่อยากก้าวหน้าในลักษณะอื่น คุณก็ต้องไปเรียน เช่น อยากเป็นทันตแพทย์ คุณก็ต้องไปเรียน ทุกอย่างจะต้องเรียนและดูเรื่องความสามารถ ผมว่า ถ้าระบบมันเปิดให้คนเลือกการที่ผมจะมีนักวิชาการหรือไม่ สำหรับผม ผมว่าควรจะมีแต่ตอนนี้ยังไม่มี เพราะต้องการนักวางแผนบริหารงาน

ทันตสาธารณสุข เวลาที่มีแต่การ service การที่จะทำตัวนี้ใน 2 ส่วน ควรต้องทำ ควรเป็นนักวิชาการในเชิงวางแผน แต่ข้อเท็จจริง มันไม่มีคนทำตรงนี้เลย มันต้องมีคนดูแล ”

แนวทางการศึกษาต่อเนื่อง : เปิดกว้าง, หลากหลาย, ใช้เทคโนโลยี

ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านแสดงทัศนะที่ให้ความสำคัญกับการศึกษาต่อเนื่องที่ต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ ต้องเปิดกว้างทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา ใช้วิธีการและเทคโนโลยีที่หลากหลาย ตัวอย่างเช่น การเผยแพร่ความรู้ผ่านทางอินเทอร์เน็ต

“ ...เรื่องของการศึกษาต่อเนื่อง ผมว่าวงการทันตแพทย์ในอดีตไม่ได้ให้ความสำคัญมากนัก แต่อนาคตต้องทำแน่ แต่ไม่รู้ว่าจะใครไหนทำและต้องทำอย่างเป็นระบบ จะมีทั้งในระบบและนอกระบบ อีกหน่อย internet เข้าถึงทุกหมู่บ้าน ทันตแพทย์จะต้องใส่ข้อมูลของตัวเองให้มากที่สุด ต้องเป็นความรู้ ไม่ปิดบัง ต้องตรวจสอบได้ ผมไปประชุมที่สกว.มา เรื่องการทำ practice guideline ผมยังคิดว่า อีกหน่อยอาจารย์ใน มหาวิทยาลัยนำความรู้ทางวิชาการมาปรับ เช่น ผมคิดว่า ART (Atraumatic Restorative Technique) มันดี ผมจะต้องมาอธิบาย มาเล่าให้ฟังว่ามันคืออะไร มีการทำเว็บไซต์ ต้องมีการปรับปรุงตลอด ไม่ใช่เฉพาะเรื่องของการส่งเสริมการรักษาที่ทำได้ การแปร่งฟันที่ดีทำอย่างไร อะไรที่ไม่คุ้นเคยมักจะมองว่าเป็นสิ่งไม่ดี ”

“ถ้า distant education หมายถึง ทันตแพทย์คนอื่น ๆ ในคลินิกแห่งหนึ่งไกลออกไป ก็สามารถที่จะเปิดเว็บ เรียนรู้ผ่านเว็บและรักษาคนไข้ไปด้วย โดยที่เป็นทันตแพทย์แล้ว อันนี้น่าจะได้เพราะสามารถที่จะเรียน ดู และทำตามได้ เพราะเป็นทันตแพทย์มีความชำนาญอยู่แล้วเรื่องทักษะ ซึ่งเรื่องนี้ น่าจะจำเป็น ”

การฝึกอบรมทันตบุคลากร

การพัฒนาบุคลากรและการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้หลังจบการศึกษา เป็นข้อเสนอหนึ่งที่มีการกล่าวถึง และเสนอถึงการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลเพื่อส่งข่าวสาร ให้คำปรึกษาเลือกเรื่องเพื่อที่จะร่วมอบรมที่จะได้นำไปใช้จริงได้ด้วย

“ทันตแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่เริ่มงานใหม่ ยกเว้นการ อุด ถอน ที่เป็นความรู้ที่ติดตัวมาแล้ว เรื่องการปรับตัว เรื่องการบริหาร แทบจะต้องเริ่มต้นใหม่หมด เพราะฉะนั้น การทำงานที่เรียนรู้ที่แท้จริง การพัฒนาจะอย่างไร ในทางวิชาการที่ถือเป็นเรื่องสำคัญให้ไปนั่งฟังทันตแพทย์สมาคมบรรยาย เรื่อง รอยโรค เรื่องวิจัย เรื่องอื่นๆ นี่เป็นความรู้ที่ผิดๆ ได้มากที่ใช้ประโยชน์ได้น้อยมาก การอาศัยการประชุม การส่งข่าว เป็นเรื่องดี แต่ใครจะเป็นคนส่งข่าวให้เขา อนาคตข้างหน้าเป็นไปได้หรือไม่ที่จะมีศูนย์ข้อมูลข่าว โดยการเลือกเรื่องที่จะให้เขาด้วย ที่ผ่านมาระดมให้เขาไปฟังวิชาการ ฟังโน่น ฟังนี่ แต่เราไม่ได้คิดถึงเรื่องอื่นเลย แต่ที่เราพูดกันคือ เราพูดถึงทั้งหมดของอาชีพหนึ่งที่ดีดำรงอยู่ได้ในสังคม แล้วว่าเรามีคุณภาพหรือไม่ ”

บทที่ 6

ทันตบุคลากรไทยในอนาคต : บทสังเคราะห์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สุปรีดา อุดุลยานนท์

บทนี้จะ เป็นบทสังเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาเชิงคุณภาพ การสังเคราะห์แม้จะเป็นผลพวงจากการรวบรวมและวิเคราะห์ผลการศึกษาในบทข้างต้น และพยายามที่จะเสนอประเด็นและความหลากหลายเกี่ยวกับทันตบุคลากรอย่างรอบด้านตามผลการศึกษา แต่ปฏิเสธไม่ได้ว่าความสามารถและทักษะของผู้วิจัยเป็นกลไกสำคัญประกอบพอสมควร ต่อทิศทางของการวิจัยผลเหล่านั้นสังเคราะห์ออกมาเป็นข้อสรุป และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ซึ่งผู้วิจัยขออภัยรับการประเมินความถูกต้อง และความเหมาะสมจากผู้พิจารณาผลสังเคราะห์เหล่านี้ และหวังว่าจะเป็นข้อเสนอเบื้องต้นจากองค์ความรู้ชุดหนึ่งที่จะนำมาสู่การอภิปรายแสวงหาทางเลือกของการพัฒนาทันตบุคลากรไทยในอนาคตต่อไป

สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่отันตบุคลากรไทย .

ผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของทันตบุคลากรไทยในอนาคตมาจากหลายมิติและทิศทาง อันประมวลเฉพาะกระแสหลักได้ดังนี้

1. การปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยที่ดำเนินมาเป็นลำดับ แม้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจะมีกำหนดที่จะผ่านกระบวนการทางนิติบัญญัติใน พ.ศ. 2546 แต่หลักการและทิศทางต่างๆของการปฏิรูป ได้ถูกเผยแพร่ และระดมความคิดเห็นจากบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรในทุกแวดวง รวมไปถึงภาคประชาชนอย่างกว้างขวาง ก่อกระแสในการปรับกระบวนการทรรศน์ แนวทางและรูปแบบการทำงานที่เกี่ยวกับสุขภาพอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ก็เป็นประเด็นย่อยหนึ่งของแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่วางไว้ ที่ได้รับฉันทานุมัติทางการเมืองเริ่มปฏิบัตินำมาก่อนตั้งแต่เริ่มรัฐบาลใหม่ใน พ.ศ. 2544 ยิ่งเป็นปัจจัยเร่งการปรับเปลี่ยนการทำงานของบุคลากรต่างๆ รวมถึงทันตบุคลากรอย่างมากด้วย

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยอันมีรูปธรรมของการเสนอพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ไม่ใช่เป็นเพียงการแก้ไขกฎหมายเพื่อปรับปรุงโครงสร้างของระบบราชการที่เกี่ยวกับบริการสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นการปรับเปลี่ยนแนวคิดเกี่ยวกับระบบทั้งมวลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนไทย โดยที่กระบวนการ

ปรับเปลี่ยนยังครอบคลุมถึงการสร้างองค์ความรู้ที่ชี้ทิศทางปฏิรูปในสังคมไทย การก่อกระแสการรับรู้ การรวบรวมความคิดเห็น และฉันทามติในการเสนอกฎหมาย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเอง ก็มีลักษณะของธรรมนูญหรือแม่บทของหลักการและเป้าประสงค์ที่ขยายมิติของสุขภาพ สิทธิ หน้าที่และความมั่นคงด้านสุขภาพ โครงสร้างของระบบย่อยต่างๆ ตลอดจนแนวนโยบายและยุทธศาสตร์ที่จะนำไปสู่สุขภาพของคนไทย ซึ่งต้องการกฎหมายลูกออกมาเพิ่มเติมอีกจำนวนมากต่อไป

ด้วยกระบวนการดังกล่าว แม้ขณะที่พระราชบัญญัติยังไม่ผ่านรัฐสภา แต่ผลกระทบขององค์ความรู้ที่เผยแพร่และกระแสการเคลื่อนไหว ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแนวคิดและนโยบายการทำงาน ของผู้ที่เกี่ยวข้องไปไม่น้อยแล้ว รูปธรรมของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นชัดเจนล่วงหน้า คือนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ใช้หลักการและองค์ความรู้ที่เป็นส่วนหนึ่งของทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ถูกผลักดันจากนโยบายรัฐบาล ตั้งแต่ พศ. 2544 อย่างไรก็ตาม กระแสของการเปลี่ยนแปลงยังจะดำเนินต่อเนื่องไปอีกนาน และเป็นตัวแปรสำคัญที่การพัฒนาทันตบุคลากรต้องคำนึงถึง

ประเด็นของผลกระทบจากการปฏิรูประบบสุขภาพต่อทันตบุคลากร อาจพอสรุปได้ดังนี้

1.1 กระบวนทรรศน์

การปรับเปลี่ยนกระบวนทรรศน์เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการปรับเปลี่ยนทั้งหมด แม้กระบวนทรรศน์ใหม่ที่กระแสการปฏิรูปชี้หน้าจะมีภาพรวมของชุดความคิดที่มีเอกภาพ แต่ในการสื่อสารสู่วงกว้าง จะมีวาทกรรมหรือกระบวนทรรศน์ย่อยหลายรูปแบบ ที่มีความซ้อนทับและเชื่อมโยงต่อกัน สาระสำคัญของกระบวนทรรศน์ อาจพอสรุปได้ คือ

แนวคิดการเห็นความสำคัญของสุขภาพ (health-oriented) มากกว่ายึดโรคเป็นหลัก (disease-oriented)

เป็นกระบวนทรรศน์ที่กว้าง โดยเฉพาะเมื่อนิยามคำว่า “สุขภาพ” หรือ “สุขภาพะ” ในมิติที่กว้างขวาง ครอบคลุมมิติ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ อันมีเหตุปัจจัยที่กระทบอยู่มากมาย กว่าเพียงเรื่องทางการแพทย์ การเปลี่ยนกระบวนทรรศน์นี้ กระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่โดยกระแสหลักยังมีการผลิตและทำงานโดยฐานของวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีธรรมชาติของการแยกส่วนและมุ่งศึกษาการมนุษย์ กระบวนการเกิดโรคและการรักษาโรคเป็นหลัก จนสร้างฐานคิดของ “การรักษาโรค” ในบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ที่ไม่ถนัดต่อการจะปรับเปลี่ยน อันนับเป็นการกิจใหญ่หลวงที่สุดประการแรกของระบบบริการสุขภาพและระบบการผลิตบุคลากรที่จะต้องทำงานนี้ในอนาคต

กระบวนทรรศน์นี้จะเน้นความสำคัญของ *แนวคิดที่จะมองสุขภาพเป็นองค์รวม (holistic health)* เชื่อมโยงของระบบและปัญหาต่างๆที่กระทบสุขภาพะ โดยไม่มองแยกส่วนตามการแยกส่วนทางสาขา การรับรู้และทักษะต่อการเปลี่ยนกระบวนทรรศน์ด้านนี้ของผู้ทรงคุณวุฒิ สะท้อนออกมาในทิศทางที่ทันตบุคลากรควรจะต้องรับรู้การเป็นส่วนหนึ่งของการทำงานในวิชาชีพในส่วนใหญ่ที่กว้างขวางของระบบสุขภาพ และเรียนรู้ในการเชื่อมโยงการทำงานให้ประสานสอดคล้องเข้ากับองค์รวมนั้น

เชื่อมโยงจากสองแนวคิดข้างต้นนำมาสู่ภาคการปฏิบัติที่มี *การเพิ่มความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพให้มากกว่าการรักษาพยาบาล* หรือแนวทาง “สร้างนำซ่อม” ได้รับความเห็นพ้องเป็นอย่างมากว่าเป็นแนวทางที่ทันตบุคลากรไทยต้องปรับตัวในการทำงาน โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่ได้จำกัดตัวอยู่เพียง

มาตรการด้านพันธุกรรมป้องกันหรือเฉพาะด้านสุขภาพ แต่รวมถึงการใช้มาตรการด้านสังคมและการเมือง เศรษฐกิจและด้านประชาคมในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนหรือการยึดแนวทางของกฎบัตรอตตาวา ที่ ปัจจุบันวงการทันตบุคลากรยังถูกชี้นำให้มีการดำเนินการน้อยเกินไป

1.2 ระบบบริการสุขภาพ

นอกเหนือจากกระบวนการทศวรรษและทิศทางของการปฏิรูประบบสุขภาพแล้ว ระบบบริการสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนไปถูกชี้นำ จะส่งผลกระทบต่อ การปรับเปลี่ยนทันตบุคลากรอย่างมากเช่นกัน ได้แก่

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการปรับเปลี่ยนการจัดบริการ และระบบการเงินการคลัง การขยายบริการปฐมภูมิ โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิ และการเปิดให้ภาคเอกชนมาร่วมในระบบ ทิศทางของระบบที่เปลี่ยนไปนี้จะดำเนินและพัฒนาต่อไป

ระบบบริการที่เคยมีอยู่เพียงภาคบริการของราชการ และเอกชน (คำกำไร) เริ่มปรับตัวผสมผสานกันมากขึ้น บริการภาคสาธารณะ (public sector) ขยายตัวกว้างขวางขึ้น โดยไม่ได้จำกัดตัวเองอยู่แต่ในภาคราชการ ซึ่งโดยทิศทางของนโยบายปฏิรูประบบราชการมีแนวโน้มที่จะลดขนาดลง รูปแบบของระบบพันธะสัญญาเพื่อให้บริการสุขภาพที่เปิดกว้างให้องค์กรต่างๆทั้งในระบบราชการ องค์กรในกำกับรัฐ และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมให้บริการสุขภาพในภาคสาธารณะ ภายใต้การควบคุมคุณภาพของหน่วยงานที่รัฐกำหนด ก่อให้เกิดรูปแบบการทำงานบริการที่ต่างไปจากเดิม และทันตบุคลากรต้องมีการปรับตัวรับสภาพการณ์ทำงานในรูปแบบใหม่นี้ด้วย

2. การปฏิรูปด้านอื่นที่เป็นไปในทิศทางเดียวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพไม่ได้ก่อเกิดและดำเนินไปโดยลำพัง แต่จุดกำเนิดของการเปลี่ยนแปลงเป็นไปในทิศทางของการปฏิรูปการเมืองและสังคมของประเทศ อันมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พศ. 2540 เป็นแม่บทใหญ่ ที่เน้นถึงการปรับเปลี่ยนระบบที่นำไปสู่การขยายสิทธิของประชาชน การมีระบบราชการของรัฐที่โปร่งใส เป็นธรรม มีประสิทธิภาพ มีระบบตรวจสอบที่เข้มแข็ง และเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น การปฏิรูปด้านอื่นๆของประเทศไทยก็ได้รับการชี้ประเด็นให้คำนึงด้วยพอสมควร อันได้แก่

- การกระจายอำนาจและการปฏิรูประบบราชการ

รัฐบาลไทยได้มีมาตรการปรับปรุงระบบราชการและระบบข้าราชการมาตั้งแต่ปี 2535 โดยกำหนดให้มีการควบคุมโครงสร้างส่วนราชการและจำนวนข้าราชการ การเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏเป็นรูปธรรมชัดเจนคือ พระราชบัญญัติกระจายอำนาจ พศ. 2542 อันเป็นกฎหมายที่กำหนดโดยรัฐธรรมนูญ และการที่รัฐบาลแต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ” ที่ได้รับโครงสร้างระบบราชการโดย พระราชบัญญัติบริหารราชการแผ่นดิน พศ. 2545 และ พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พศ. 2545 และจะมีการปรับเปลี่ยนอื่นๆตามมา อันส่งผลต่ออำนาจความรับผิดชอบของหน่วยงานภาครัฐที่ทันตแพทย์จะไปทำงานด้วย ซึ่งมีแนวโน้มจะอยู่ในความกำกับดูแลของภาคท้องถิ่นและภาคประชาชนมากขึ้น หรืออยู่ในรูปขององค์กรมหาชนในกำกับรัฐ รวมทั้ง

การขยายบทบาทของเอกชนในการทำงานทันตสาธารณสุขภาครัฐมากขึ้น และมีกระบวนการทำงานและตรวจสอบที่ชัดเจนและมุ่งสัมฤทธิ์ผลของงานมากขึ้น

ด้านกำลังคนมีการเริ่มปรับแนวทางจัดสรรมากขึ้น เริ่มมีการพัฒนาแบบจำลองพยากรณ์ขนาดกำลังคน (simulation model) เพื่อเป็นเครื่องมือประกอบการกำหนดขนาดกำลังคนภาครัฐในอนาคต ซึ่งมีทิศทางที่ใช้จำนวนประชากรที่เป็นเป้าหมายของบริการเป็นตัวตั้งในการกำหนดกำลังคน ซึ่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พศ. 2545 ก็ใช้แนวทางเดียวกันนี้ในการกำหนดงบประมาณการประกันสุขภาพ

สถาบันการศึกษาเองก็มีแนวโน้มที่จะปรับตัวเป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ หรือการให้มหาวิทยาลัยออกนอกระบบราชการ ที่อาจมีการปรับตัวหลายประการอย่างคล่องตัวและตอบสนองต่อกระแสที่มากกระทบได้รวดเร็วขึ้น เช่น มหาวิทยาลัยในภูมิภาคอาจปรับตัวให้มีการผลิตและบริการสังคมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาในภูมิภาค ขณะที่บางมหาวิทยาลัยอาจปรับตัวรองรับนโยบายเปิดการค้าเสรีขององค์การการค้าโลก ที่ทำให้การบริการด้านการศึกษาและสุขภาพจะเป็นเรื่องหนึ่งที่จะกีดกันทางการค้าไม่ได้ โดยไปเน้นการศึกษาหลังปริญญา เน้นการศึกษาทางด้านวิจัย

- การปรับเปลี่ยนของระบบประกันสังคม ที่มีการปรับสิทธิประโยชน์การประกันตนในหน่วยงานที่กว้างขวางขึ้น และมีแนวโน้มการพิจารณาสิทธิประโยชน์เปรียบเทียบกับประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การปฏิรูปการศึกษา ที่มีกระบวนการเคลื่อนไหวในประเทศไทย ตั้งแต่มีมติของระดับนโยบายที่มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและกฎระเบียบ จนถึงมีมติของกระบวนการเรียนรู้ ล้วนมีผลต่อคุณลักษณะและกระบวนการพัฒนาของทันตบุคลากร

3. การเปลี่ยนแปลงของสังคมในทิศทางที่สวนกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพ

แม้เป้าหมายและทิศทางของการปฏิรูประบบสุขภาพจะมีลักษณะของหลักการเชิงอุดมคติที่ชัดเจน แต่กระบวนการของการปฏิรูป โดยเฉพาะที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบัน ยังมีข้อวิพากษ์ในหลายประเด็น โดยเฉพาะการที่ยังขับเคลื่อนไปโดยใช้กลไกกฎหมายเป็นหลัก แต่ยังไม่อาจลงลึกไปถึงหัวใจของการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนนัก ซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยน หรือในการปฏิรูประบบเอง จำเป็นต้องมีเงื่อนไขของการเปลี่ยนแปลง คือความไร้เสถียรภาพที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงใหม่ ซึ่งจะเหนี่ยวนำให้เกิดกระแสต้านจากระบบเก่า ทั้งจากผู้ที่อยู่ในฐานอำนาจเดิม และกลุ่มวิชาชีพ ทันตบุคลากรที่จะก้าวไปในระบบปฏิรูป จึงไม่เพียงแต่ปรับตัวกับระบบเท่านั้น แต่จะต้องมีกลยุทธ์ของ “ผู้นำการเปลี่ยนแปลง” เพื่อสวนกระแสเสียดทานพื้นฐานเหล่านี้ด้วย และจำเป็นที่จะต้องคิดถึงการเปลี่ยนแปลงที่มาจากแรงกดดันภายนอก มากกว่าภายในวิชาชีพเอง

นอกจากนั้น กระแสการเปลี่ยนแปลงของการปฏิรูปการเมืองและระบบสุขภาพ ก็ไม่ใช่เป็นกระแสเดียวของการเคลื่อนไหวของสังคมไทย และบริบทของทันตบุคลากร ยังมีทิศทางของสังคมระดับมหภาคอื่น ที่ทั้งหนุนเสริมและก่อแรงเสียดทานการปฏิรูประบบสุขภาพอยู่เช่นกัน ได้แก่

3.1 กระบวนทัศน์แม่บทแบบชีวกลไกของวิทยาศาสตร์การแพทย์

กระแสหลักของวิทยาศาสตร์ที่เป็นหลักของการนิยามความจริงและความเป็นไปของโลกในศตวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงพัฒนาอย่างสูงในทุกมิติ ทั้งในด้านเทคโนโลยี อุตสาหกรรม

รวมถึงการแพทย์และสาธารณสุข แต่ในช่วงกึ่งศตวรรษหลัง มนุษย์เริ่มตระหนักถึงการที่ตนและโลกต้องเผชิญหน้ากับสิ่งแทรกซ้อนของโลกที่นำโดยโลกทัศน์ทางวัตถุของวิทยาศาสตร์มากเกินไป ก่อให้เกิดการเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม การขาดความเป็นองค์รวมจากการมองโลกแบบแยกส่วน และความทรุดโทรมของจิตใจและจิตวิญญาณ

การแพทย์ที่พัฒนางอกงามมาจากฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ก่อประโยชน์ให้กับมนุษยชาติอย่างมากมาย ก็ถูกวิพากษ์ในอีกมุมหนึ่งเช่นกันว่า มองสุขภาพแบบแยกส่วนโดยยึดโรคเป็นหลัก ทศนะแม่บทแบบชีวกลไกนี้กำหนดวิถีคิดของวงการแพทย์และสังคม จนละเลยมิติอื่นๆของชีวิตและสุขภาพ การลดทอนปรากฏการณ์ของชีวิตลงมาเป็นกลไกทางชีววิทยาทำให้มิติที่เป็นนามธรรมทางจิตวิญญาณ เช่น ความดี ความงาม ถูกละเลย รวมถึงการเป็นองค์รวมของสุขภาพมนุษย์

ในการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีหลายแนวทางที่เปลี่ยนกระบวนทัศน์ทางสุขภาพ จึงต้องเผชิญกับทศนะแม่บทของวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่เป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะในประเทศไทยที่พัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยียังห่างไกลจากจุดอิ่มตัว และยังจำเป็นต้องมีแผนพัฒนาการทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในแม่แบบหลัก การผสมกลมกลืนของสองกระบวนทัศน์ในการศึกษาและการทำงานของทันตบุคลากรเป็นเรื่องที่ยากกว่าการยึดข้อใดข้อหนึ่ง และถ้าทศนะแม่บทยังไม่ถูกปรับความเข้มข้นลง การปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมของทันตบุคลากรในกระบวนทัศน์ใหม่ก็ต้องเผชิญกับแรงเสียดทานต่อไป

3.2 ระบบทุนนิยม/ บริโภคนิยม

การก่อตัวของทุนนิยมที่เป็นวิถีหลักของโลกปัจจุบัน สัมพันธ์ต่อเนื่องมาจากการพัฒนารูปธรรมทางวิทยาศาสตร์ มากกว่านามธรรมในศาสตร์อื่น ที่ทำให้มนุษย์สัมพันธ์กันด้วยผลประโยชน์ทางวัตถุเป็นหลัก และใช้การบริโภคเป็นตัวกระตุ้นความงอกงามทางเศรษฐกิจ ที่เป็นคุณค่าสูงสุดของการพัฒนาที่มนุษย์ยึดถือ

กระแสของการปฏิรูปสุขภาพมีทิศทางที่ขัดแย้งกับกระแสสังคมข้างต้นอยู่ไม่น้อย และย่อมจะต้องเผชิญอุปสรรคในการเคลื่อนตัว ถ้ากระแสโลกด้านนี้ยังไม่เปลี่ยนเช่นกัน

อย่างเช่นการที่ทันตบุคลากรส่วนใหญ่ จะหันมาให้ความสำคัญต่อการสร้างสุขภาพ หรือการทำงานในระดับกลุ่มหรือสังคมแทนการยึดบทบาทของผู้รักษาผู้ป่วยเป็นไปได้อย่าง เพราะในจุดเก่าของการเน้นการรักษาผู้ป่วย เป็นจุดที่ตัวทันตบุคลากรเองได้รับความพึงพอใจสูงสุด ทั้งจากการที่ได้ทำงานที่มีบทบาทชัดเจนและคนอื่นทำไม่ได้ ขณะที่ในการทำงานส่งเสริมสุขภาพ “อัตลักษณ์” ของทันตบุคลากรจะลดลง ไม่แน่ใจในบทบาทตัวเองและไม่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนั้นในเชิงผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ การอยู่ในบทบาทของหมอรักษาผู้ป่วยก็ให้ผลตอบแทนสูงสุดเช่นกัน ทันตบุคลากรที่จะออกมานอกกรอบที่มั่นคงและมั่งคั่งดังกล่าวจึงต้องมีแรงจูงใจพิเศษ นอกเหนือจากผลตอบแทนที่เป็นพื้นฐานของระบบสังคมปัจจุบัน ซึ่งก็เป็นเรื่องที่ยากทั้งในการที่จะปลูกฝังในการศึกษา หรือในการปฏิบัติงานจริง นอกจากการปรับระบบในกระแสสังคมหลักให้เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่และกว้างขวางมาก

นอกจากนั้น การขยายตัวของการค้าเสรีในโลก โดยเฉพาะที่ควบคุมกำกับโดยองค์การการค้าโลก มีผลต่อการที่ระบบบริการสุขภาพจะมีแนวโน้มของการเปิดเสรีมากยิ่งขึ้น ทั้งจากคือการเปิดเสรีของการบริการทางทันตกรรมโดยการข้ามพรมแดน (Cross border supply) เช่น Telemedicine, Tele-education, Internet ซึ่งไม่มี

กฎหมายใด ๆ ควบคุมเลย, จากการเข้ามาบริโภคข้ามพรมแดน (Consumption Aboard) เช่น รัฐบาลมีนโยบายชักชวนชาวต่างชาติ มาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ซึ่งมีข้อดีคือมีเงินไหลเข้าประเทศ แต่ในระยะยาวอาจกระทบต่อการถ่ายเทบุคลากรไปสู่เอกชน จนกระทบต่อการกระจายทุนบุคลากร, และจากการที่มีการลงทุนข้ามชาติ (Commercial Present) ในกิจการบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ข้อผูกพันทางการค้า บริการเกี่ยวกับสุขภาพในข้อตกลงกับ องค์การการค้าโลก และข้อตกลงการค้าระดับภูมิภาค ส่วนมากเป็นการผูกพันภายในกรอบกฎหมายของไทย เช่น ไทยไม่ผูกพันในเรื่องให้คนต่างชาติเข้ามาประกอบอาชีพด้านสุขภาพในไทย แต่ต้องเข้ามาสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามที่สภาวิชาชีพกำหนด ดังนั้นจึงยังไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อระบบบริการสุขภาพและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพแต่อย่างใด และหากระบบบริการสุขภาพมีกลไกการกำกับดูแลที่เข้มแข็ง มีการปฏิรูปสู่ความมีประสิทธิภาพ เสมอภาคและคุณภาพ จะช่วยลดผลกระทบจากการขยายการค้าด้านบริการสุขภาพในอนาคตได้

วิกฤตเศรษฐกิจของประเทศไทยที่เพิ่งเกิดขึ้น และยังมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหาชะลอใหม่ในอนาคต ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่กระทบต่อระบบบริการสุขภาพที่วางแผนกันไว้ และรวมถึงกระทบต่อพฤติกรรมของทันตบุคลากรด้วย

4. จากสภาวะการณ์และสิ่งแวดล้อมในสังคมโลกและสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลง

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลกมีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงในหลายกระแส เช่น

- กระแสโลกาภิวัตน์ มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกันสูง ไม่ว่าจะเป็นภาคการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ระบบและเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารทวีความสำคัญขึ้นอย่างก้าวกระโดด มีการสร้างความร่วมมือ เครือข่ายเพื่อพิทักษ์ประโยชน์ของกลุ่มตน เช่น ความร่วมมือของกลุ่มประเทศต่างๆ ซึ่งกระแสการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงและรวดเร็วนี้ เรียกร้องการปรับตัวของบุคคลในสังคมอย่างสูงในทุกๆ ด้าน และก่อปัญหาใหม่ๆ ที่กระทบต่อสุขภาวะของผู้คน โดยเฉพาะผู้ที่หรือสังคมไม่อาจปรับตัวได้เพียงพออย่างต่อเนื่องเช่นกัน

- โครงสร้างของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปในทุกมิติ เช่น ครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น มีการย้ายถิ่นฐานสูง การเปลี่ยนแปลงการประกอบอาชีพเคลื่อนจากภาคเกษตรกรรมไปสู่อุตสาหกรรม พาณิชยกรรมและบริการมากขึ้น

- ด้านสุขภาพโดยรวมแล้วในสามทศวรรษที่ผ่านมา ดัชนีที่วัดสุขภาพทางกายต่างๆ ของประชาชนไทยมีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งอายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้นตั้งแต่ พศ. ๒๕๐๗ - ๒๕๓๙ โดยที่ผู้ชายเพิ่มจาก ๕๕.๙ ปี เป็น ๖๙.๙๗ ปี และในผู้หญิงเพิ่มจาก ๖๒.๐ ปี เป็น ๗๔.๙๙ ปี ภาวะการตายของทารกอายุต่ำกว่า ๑ ปี ลดลงอย่างมาก เช่นเดียวกับ อัตราตายมารดาต่อเด็กเกิดมีชีวิตหนึ่งแสนคน

- อัตราตายจากโรคติดเชื้อในประชากรไทยมีการลดลงอย่างชัดเจน เช่น โรคท้องร่วง โรคพิษสุนัขบ้า โรคมาเลเรีย เป็นต้น รวมถึงอุบัติการณ์การป่วยของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ได้แก่ หัด, บาดทะยักในเด็กแรกเกิด, คอตีบ, โปลิโอ แต่มีโรคติดเชื้อหลายโรคที่ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีนัก ได้แก่ โรคอุจจาระร่วงที่ยังเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะในเด็กต่ำกว่า ๕ ปี, โรคไข้เลือดออกไม่มีแนวโน้มลดลงมีการระบาดหนักทุกปีประมาณ ๒ ปี และโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเด็กที่ยังคงเป็นสาเหตุการตายสำคัญอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี

- มีปัญหาสาธารณสุขหลายปัญหาที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น โรคเอดส์ และกลุ่มโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะ โรคหัวใจ, มะเร็ง, เบาหวาน, กลุ่มโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ อุบัติภัย ซึ่งมักจะเป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรม การดำรงชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเสพยาเสพติด การขับถ่ายปัสสาวะที่ไม่เหมาะสม การบริโภคอาหารและยาที่ไม่เหมาะสมและการสำส่อนทางเพศ หรือจากสภาวะแวดล้อมที่มีปัญหา เช่น มลพิษ และสารปนเปื้อนในอากาศ, น้ำ, อาหาร สุขภาพจิตคนไทยมีแนวโน้มแย่ลง แม้ว่าจะยังไม่มีดัชนีวัด สุขภาพจิตที่ชัดเจน แต่เมื่อพิจารณาจากปัญหาสุขภาพจิตที่สูงขึ้น เช่น ความทุกข์ของโรคจิตและความ ผิดปกติทางจิตที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในช่วงวิกฤติทางเศรษฐกิจ และสภาวะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและสังคม เช่น การฆ่ากันตาย, การฆ่าตัวตาย, การใช้ยาเสพติด, อัตราการใช้ยาแก้ปวดประสาท, ยาลดกรด, ยาลด ความดันโลหิต, ยารักษาโรคกระเพาะ, มีแนวโน้มการสูงขึ้นทั้งสิ้น
- สถานการณ์ของระบบบริการสุขภาพ อาจพอจะสรุปได้คือ โครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุข ได้กระจายไปครอบคลุมพื้นที่ต่างๆอย่างทั่วถึงทั้งในเมืองและชนบท นำมาสู่การครอบคลุมบริการพื้นฐานทาง สาธารณสุขมูลฐาน ประชาชนได้รับหลักประกันสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในปัจจุบันที่ได้กำหนดนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การผลิตและการกระจายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่แม้จะมีจำนวน เพิ่มขึ้นมาก แต่ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ และยังมีปัญหาการกระจายบุคลากร ระหว่างกรุงเทพมหานคร, เขตเมือง และเขตชนบทที่แคบขึ้น แต่ก็ยังแตกต่างสูง โดยเฉพาะในช่วงที่เศรษฐกิจขยายตัว การส่งเสริมสุขภาพยังไม่ ได้ผลมากนักในการรับมือกับปัญหาของสุขภาพจากพฤติกรรม, วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมของสังคมยุคใหม่ มีการ ออกกฎหมายและการณรงค์ที่เด่นๆ เกี่ยวกับการไม่สูบบุหรี่, การสวมหมวกกันน็อคและเข็มขัดนิรภัย, พรบ. วิชาชีพต่างๆ , และพรบ.ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น แต่ยังไม่มีการเข้าไปมีส่วนในการพิจารณาผลกระทบทาง สุขภาพของนโยบายสาธารณะน้อยมากทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น

5 จากปัญหาที่มีอยู่แล้วในปัจจุบันที่ควรมีการแก้ไขปรับปรุง

แม้การปฏิรูปด้านต่างๆที่กล่าวข้างต้น จะมีรากฐานมาจากการแก้ไข้ปัญหา ข้อขัดข้องในอดีต แต่ก็ยังมีบาง ปัญหาของการบริการสุขภาพ หรือปัญหาเฉพาะของวงการทันตบุคลากร ที่ควรได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ

- การที่วงการทันตกรรมยังมีความสามารถในการพึ่งตนเองทางเทคโนโลยีที่ต่ำ และมีการใช้ภูมิปัญญาไทย ที่น้อย ทั้งในด้านภูมิปัญญาไทยดั้งเดิม และภูมิปัญญาที่จะประยุกต์องค์ความรู้นานาชาติให้สอดคล้องกับสภาพ และปัญหาของประเทศ
- สถาบันการศึกษาทันตแพทยศาสตร์ ยังขาดคุณภาพทางวิชาการ ระหว่างศาสตร์วิทยากับองค์ความรู้ ในการประยุกต์ใช้กับบริบทของสังคมไทย และมีการสอดประสานของการผลิตและระบบบริการสุขภาพไม่ เพียงพอ
- ผลผลิตทันตบุคลากรไทยในปัจจุบัน ยังขาดความรู้ความสามารถและเจตคติที่ควรมีหลายประการ เช่น ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์, การทำงานร่วมกับคนอื่น, การมีภาวะผู้นำ, เป็นพวกวัตถุนิยม ขาดจิตสำนึก สาธารณะอันนำไปสู่ความบกพร่องทางจริยธรรมในวิชาชีพ เป็นต้น (รายละเอียดจะอยู่ในหัวข้อเสนอแนะต่อ คุณลักษณะของทันตบุคลากรไทย)

6. จากแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาทันตสาธารณสุขของประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงสถานการณ์ของปัญหาโรค สุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและการรับบริการของประชาชนไทย พอสรุปสถานการณ์และแนวโน้มปัญหาทันตสาธารณสุขของประเทศ ได้ว่า

- สถานการณ์โรคฟันผุในฟันน้ำนมในเด็กก่อนวัยเรียน มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในเขตชนบทที่มีอัตราเพิ่มของปัญหามากขึ้น
- สถานการณ์โรคฟันผุในฟันถาวร แม้ในกลุ่มวัยรุ่นจะมีปัญหาลดต่ำลงเล็กน้อย แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มอายุสูงขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง ความต้องการการรักษาคือการถอนฟันเป็นส่วนใหญ่
- สถานการณ์เหงือกอักเสบ ดูเหมือนว่าทุกกลุ่มอายุมีค่าเฉลี่ยสภาวะเหงือกปกติมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่าร้อยละของการมีเหงือกอักเสบสูงขึ้นอย่างมากโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ในเขตชนบท และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาสถานการณ์เหงือกอักเสบมากที่สุดในทุกกลุ่มอายุ
- สถานการณ์โรคปริทันต์ โดยภาพรวมทุกกลุ่มอายุมีปัญหาโรคปริทันต์ลดลง ปัญหาของโรคนี้อยู่ในเขตชนบททุกกลุ่มอายุ ภาคใต้และภาคกลางเป็น 2 ภาคที่มีปัญหานี้อยู่มาก
- พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย ในด้านการแปรงฟันเป็นประจำจะยังเป็นปัญหาในกลุ่มสูงอายุ และในประชาชนชนบท ขณะที่แนวโน้มของคนรุ่นใหม่และในเขตเมืองที่เจริญขึ้นมีแนวโน้มการพัฒนานิสัยการแปรงฟันเป็นประจำ ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์มากขึ้น
- การบริโภคน้ำตาลที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคฟันผุ มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นในประชาชนไทยมาโดยตลอดระหว่างปี พ.ศ. 2528-2541 คือ จาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2528 เป็น 27.9 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี 2540 หรือมากกว่า 2 เท่าตัวในระยะเวลาเพียง 12 ปี
- พฤติกรรมการรับบริการของประชาชนส่วนใหญ่ ยังมีแนวโน้มของการรอดูอาการหรือปล่อยให้หายเองก่อน และมารับการรักษาเมื่อเกิดอาการหรือเกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมากกว่าเป็นการรักษาเชิงป้องกัน ร้อยละของประชาชนไทยที่มารับบริการทันตกรรมในรอบปีค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มของผู้สูงอายุ และในเขตชนบท พบว่า ประชาชนในเขตชนบท ยังมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมประมาณร้อยละ 8.9 ในระดับอำเภอ และแม้ในสถานีนามัยที่มีทันตภิบาลประจำอยู่ร่วมให้บริการ จะมีประชาชนได้รับบริการประมาณร้อยละ 13.2 เท่านั้น
- การเข้ารับบริการทันตกรรมของประชาชน นอกจากด้านความรู้ถึงสภาวะช่องปากของตนแล้ว จะคำนึงถึงปัจจัยด้านความใกล้เคียงของสถานบริการ การมี สิทธิในการเบิกค่าใช้จ่าย ความพึงพอใจในสถานบริการและทัศนบุคลากรเป็นสำคัญ
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทัศนบุคลากรที่ประชาชนพึงพอใจ ได้แก่ ความสุภาพ ความเอาใจใส่ คุณธรรม การตรงต่อเวลา มนุษยสัมพันธ์ ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน ความสามารถในการสื่อสาร
- แม้สิทธิผู้ป่วยทั้ง 10 ข้อจะครอบคลุมต่อสิทธิสำคัญของประชาชนพอสมควร แต่ในทางปฏิบัติประชาชนก็ยังไม่ได้ใช้สิทธินั้นอย่างเต็มที่ เนื่องจากมีอิทธิพลของสภาพสังคมวัฒนธรรมไทยที่ไม่อยากร้องเรียนต่อหมอ

รวมทั้งแนวปฏิบัติของสถานพยาบาลในบางประเด็นก็ยังมีข้อจำกัดอยู่ อย่างไรก็ตาม เรื่องร้องเรียนที่มีถึงทันตแพทยสภา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะจากผู้ป่วยในเมืองใหญ่

- บริการทันตกรรมส่วนใหญ่ เป็นด้านการรักษา โดยเฉพาะการถอนฟันเป็นอันดับที่หนึ่ง และบริการรักษาส่วนใหญ่เป็นบริการที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน (ทั้งใน รพช. รพศ./รพท. รวมถึงภาคเอกชน) แม้จะเป็นสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ที่ใช้แต่เฉพาะทันตแพทย์และทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเป็นผู้ให้บริการเท่านั้น แต่สัดส่วนของบริการที่สูงสุด ยังเป็นการถอนฟันอย่างง่ายถึงกว่าหนึ่งในสาม (ร้อยละ36.4) และสัดส่วนของบริการทันตกรรมอย่างง่ายอันได้แก่ การถอนฟันอย่างง่าย, การอุดฟันหนึ่งด้าน, การขูดหินปูนและทันตกรรมป้องกัน มีสัดส่วนรวมกันถึงร้อยละ 71.2
- ในภาพรวมทั่วประเทศ (2541) ทันตบุคลากรภาครัฐซึ่งครอบคลุมทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลมีปริมาณงานโดยเฉลี่ย 1,654 คนต่อปี ทันตบุคลากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปริมาณงานสูงสุด (1,863 คนต่อปี) รองลงมาคือ ภาคใต้, ภาคเหนือ และภาคกลาง ตามลำดับ จำนวนครั้งที่ทันตแพทย์หนึ่งคนให้บริการผู้ป่วยมีจำนวนตั้งแต่ 1,197 - 5,858 ครั้งต่อคนต่อปี
- การให้บริการทันตกรรมระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล และระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับสถานอนามัย มีลักษณะการทำงานที่ซ้ำซ้อนกัน
- ข้อมูลพื้นฐานของการให้บริการทันตกรรมในภาคเอกชนยังเป็นที่ขาดแคลนอยู่มากทั้งที่สถานบริการทันตกรรมภาคเอกชนมีอยู่เป็นจำนวนมาก และสมควรถูกนำเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในระบบบริการทันตสุขภาพของประเทศ

คุณลักษณะทันตบุคลากรไทยในอนาคต

คุณลักษณะของทันตบุคลากรไทยในอนาคต จากทิศทางของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและจากวิสัยทัศน์ของผู้ทรงคุณวุฒิ พอประมวลได้ดังนี้

ความรู้และทักษะทางทันตกรรม

ประกอบด้วยการมีความรู้พื้นฐานทางทันตแพทยศาสตร์ที่ดี มีทักษะด้านเทคนิคในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ แม้ว่าหลักสูตรการผลิตบุคลากรในปัจจุบันจะเน้นเป็นหลักอยู่แล้ว แต่การพัฒนาให้สอดคล้องกับวิทยาการทันตแพทยศาสตร์ที่ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วยังเป็นเรื่องที่จำเป็น ทั้งนี้คงจะต้องปรับสัดส่วนให้เหมาะสมกับการพัฒนาคุณลักษณะด้านอื่นด้วย

ความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพและเคลื่อนไหวสังคม

สอดคล้องทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น คุณลักษณะสำคัญของทันตบุคลากรในอนาคตจึงถูกวิเคราะห์ว่า จำเป็นจะต้องมีความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กระบวนการคนใหม่ อันได้แก่ ความรู้และทักษะในการสื่อสาร การชี้นำสังคม (social advocacy)

ทักษะด้านความคิด

ประกอบด้วย การมีความคิดสร้างสรรค์, การคิดแบบวิเคราะห์วิจารณ์, การมีความคิดรวบยอด, ความคิดเชิงกลยุทธ์, ความคิดเชิงอนาคต

ความรู้ความสามารถในการวิจัยและเรียนรู้ตลอดชีวิต

ในความก้าวหน้าของวิทยาการ ที่มีองค์ความรู้ใหม่ๆ เกิดขึ้นตลอดเวลา ความรู้จากการศึกษาในระบบการผลิตบุคลากรนอกจากจะเป็นเพียงความรู้พื้นฐานเท่านั้นแล้ว ยังมีโอกาสที่จะล้ำสมัยได้เร็วขึ้นเรื่อยๆ อีกด้วย ดังนั้นทักษะในการเรียนรู้ตลอดชีวิต และความสามารถในการวิเคราะห์วิจัยหาองค์ความรู้ที่เหมาะสมกับบริบทของตน เป็นที่คุณลักษณะที่ถูกต้องว่า มีความจำเป็นอย่างสูงต่อการทำงานในอนาคตของทันตบุคลากร ทั้งในการให้บริการทันตกรรมและการทำงานทันตสาธารณสุข ในระบบสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนจากการวางแผนและเป้าหมายจากศูนย์กลาง เป็นการมอบอำนาจให้ส่วนพื้นที่วางแผนและกำหนดแนวทางการทำงานที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ของแต่ละพื้นที่มากขึ้น

ทักษะชีวิต ทักษะในการทำงานร่วมกับคนอื่นและการมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย

ทันตบุคลากรในอนาคตควรมีความรู้พื้นฐานที่กว้างกว่าเพียงวิชาชีพเพื่อสามารถเข้าใจสภาพการณ์ความเปลี่ยนแปลงของโลก เช่น มีความรู้ทางวิทยาการสารสนเทศ, ภาษาต่างประเทศ, วิชาการทางสังคมศาสตร์ที่จำเป็น, และความรู้รอบตัวทั่วไปที่จะทำให้เป็นผู้รู้รอบ มีวิสัยทัศน์

และควรมีความสามารถในการแก้ปัญหา (problem solving ability) และการแก้ไขข้อขัดข้อง หรือความขัดแย้งต่างๆ ทั้งในชีวิตและการทำงาน

นอกจากนั้นในทางบุคลิกภาพควรเน้นให้มีความเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี มีความฉลาดทางอารมณ์และมนุษยสัมพันธ์ในการที่จะใช้ชีวิตอย่างมีความสุข

ในฐานะของหมอ ความสามารถในการมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ ซึ่งควรจะเริ่มตั้งแต่การที่ทันตบุคลากรตระหนักถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิผู้ป่วย มีทักษะของการสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

ในฐานะของบุคคลที่อยู่ในสังคมที่ซับซ้อนมากขึ้น ทันตบุคลากรควรจะสามารถค้นหาอัตลักษณ์ (identity) ของตนเองได้ มีความเชื่อมั่นในตนเองที่จะดำรงตนในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุขจากตัวตนของตนเอง

การมีเจตคติด้านจริยธรรม ความรับผิดชอบต่อส่วนรวม

ในสังคมไทยที่การแพทย์เปลี่ยนจากการเกื้อกูลในสังคมมาเป็นอาชีพหนึ่งอย่างเกือบจะเต็มตัว เป็นคุณลักษณะทางจริยธรรมของทันตบุคลากรถูกชี้ว่าจำเป็นต้องเน้นความสำคัญมากขึ้น ทั้งในด้านเจตคติของบุคคล และในความรับผิดชอบต่ออย่างเป็นระบบตามสิทธิตามข้อกฎหมาย และจรรยาบรรณทันตแพทย์ ทั้งในส่วนทฤษฎีและในฐานะของการเป็นสมาชิกในสังคมมนุษย์ ซึ่งในขยายไปถึงในการเป็นผู้ที่มีจิตสำนึกของการรับผิดชอบต่อสังคม และการเคารพสิทธิของความเป็นคนที่เท่าเทียมกัน

คุณสมบัติโดยภาพรวม และจุดเน้นของการเปลี่ยนแปลง

ปัญหาหนึ่งในการระบุถึงคุณลักษณะของบุคลากรได้ก็ตาม ก็คือ คุณลักษณะที่พึงมีทั้งหลายทั้งปวง จะถูกรวบรวมมาประมวลเข้ากันได้ ซึ่งแม้ไม่อาจปฏิเสธข้อดีของการที่พึงมีคุณลักษณะทั้งปวงนั้นไม่ได้ แต่ควรตระหนักว่า อาจเป็นเรื่องยากลำบากมากในทางปฏิบัติ ที่จะคัดสรรและพัฒนาคุณลักษณะทุกประการในตัวบุคคลหนึ่งให้เป็นจริงได้ ไม่ว่าด้วยข้อจำกัดของความสมบูรณ์แบบในปัจเจกบุคคล หรือความจำกัดของเวลาและทรัพยากรในการที่พัฒนา ดังนั้น การเน้นจุดสำคัญและคุณลักษณะที่ควรมีลำดับความสำคัญในการปรับเปลี่ยนจากสถานการณ์ปัจจุบัน น่าจะช่วยให้เห็นถึงแนวทางการพิจารณาปรับปรุงภายในกระบวนการพัฒนาทันตบุคลากรได้ชัดเจนขึ้น

จากการประมวลถึงสถานการณ์ที่ส่งผลกระทบในอนาคต และการแสดงความเห็นตามวิสัยทัศน์ของผู้ทรงคุณวุฒิ อาจพอสรุปให้เห็นถึง คุณลักษณะของทันตบุคลากรในอนาคต ที่ควรมีการปรับจากที่เป็นเพียงแพทย์ที่สร้างจากฐานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่แม้จะมีจุดแข็งในการประยุกต์วิทยาศาสตร์ในการเข้าใจกลไกร่างกายมนุษย์และเทคโนโลยีในการรักษาความเจ็บป่วย แต่ก็จะทำให้มีข้อจำกัดในการถูกปลูกฝังให้เน้นแต่เรื่องทางกายภาพ มองมนุษย์และความเจ็บป่วยแบบแยกส่วน และจำกัดในความสามารถบูรณาการพหุปัจจัยที่สัมพันธ์กับสุขภาวะของบุคคลและสังคม โดยปรับให้เคลื่อนมาในทิศทางที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีฐานความรู้กว้างขึ้น ในการที่เข้าใจมิติทางสุขภาพองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ มีทักษะทางความคิดและปัญญาที่สามารถบูรณาการความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และศาสตร์อื่นๆในการทำงานองค์รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ อย่างมีจิตสำนึกและจริยธรรม

บทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรในอนาคต

บทบาทหน้าที่ในการทำหน้าที่ของทันตบุคลากร น่าจะมีการปรับเปลี่ยนไปตามการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. บทบาทหน้าที่ระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล

ในความเห็นต่อบทบาทหน้าที่ระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล เป็นประเด็นสำคัญที่ได้รับการเรียกร้องให้ ทบทวนจากหลายฝ่ายอยู่ตลอดมา โดยอาจประมวลปัญหาหรือข้อจำกัดของบทบาทในปัจจุบันจากมุมมอง ต่างๆ ซึ่งไม่จำเป็นต้องสอดคล้องตรงกัน และบางมุมมองของคนละกลุ่มก็อาจตรงกันข้ามกัน ได้ดังนี้

1.1 ขอบเขตการทำงานของทันตแพทย์กับทันตภิบาลในปัจจุบันมีการซ้อนทับกันสูง

- โดยงานบริการทันตกรรมพื้นฐาน เช่น การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน ซึ่งเป็นงานทันตกรรมส่วนใหญ่โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบริการภาครัฐ การอยู่ในบทบาทหน้าที่ของทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาล ซึ่งแต่เริ่มแรกการกำหนดหน้าที่ของทันตภิบาลจะอยู่ในการบริการแก่เด็ก แต่ต่อมา ด้วยบทบาทดังกล่าวไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการบริการในสถานพยาบาลของรัฐโดยเฉพาะในระดับอำเภอ จึงมีการปรับบทบาทของทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมพื้นฐานแก่ผู้ใหญ่ด้วย
- ความซ้อนทับของบทบาทหน้าที่ดังกล่าว ไม่มีปัญหาขัดแย้งมากนัก ในการให้บริการในโรงพยาบาล ชุมชนและสถานีอนามัย เพราะทันตแพทย์มีจำนวนจำกัดเมื่อเทียบกับอุปสงค์ของงานพื้นฐานเหล่านี้ แต่ในระบบบริการที่เริ่มปรับเปลี่ยนไปในการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมในการบริการสุขภาพถ้วนหน้า และการเปิดกว้างให้ภาคเอกชนเข้าร่วมในการบริการภาครัฐตามพันธะสัญญา (ซึ่งส่วนใหญ่จะเริ่มมีบทบาทในเขตเมืองใหญ่) ได้เร่งเร้าการขึ้น ประเด็นนี้มากขึ้น โดยเฉพาะจากมุมมองของทันตแพทย์ที่เห็นว่าด้วยระยะเวลาการศึกษาที่ต่างกัน ไม่น่าที่ บุคลากรทั้งสองประเภทจะรับผิดชอบต่อการบริการทันตกรรมส่วนใหญ่ได้อย่างมีคุณภาพใกล้เคียงกัน
- การซ้อนทับของงานปรากฏชัดในลักษณะการทำงานที่มีลักษณะของการทำงานเป็นทีมต่ำ มักจะแบ่ง งานแยกกันทำเสียเป็นส่วนใหญ่
- ผลของการซ้อนทับของการทำงานประการสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ทันตแพทย์ไทยโดยเฉพาะใน ภาครัฐมีแนวโน้มจะให้บริการอย่างง่ายซึ่งเป็นอุปสงค์ส่วนใหญ่ จนมีการให้บริการที่ซับซ้อนน้อยกว่าที่ ควร ตัวอย่างจากข้อมูลในบทที่ 3 เช่น .ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งมีเพียงทันตแพทย์ เป็นผู้ให้บริการ (มีสัดส่วนของผู้เชี่ยวชาญค่อนข้างสูง) พบว่า ในปี 2542 มีการให้บริการอย่างง่าย เช่น การถอนฟันอย่างง่าย การอุดฟัน 1 ด้าน การขูดหินปูน (ไม่รวมการรักษาโรคปริทันต์) และทันตกรรม ป้องกันรายบุคคล สูงถึงร้อยละ 61.2 โดยมีการรักษาที่ซับซ้อนขึ้นในปริมาณที่ต่ำมาก เช่น ศัลยกรรม ช่องปากร้อยละ 2.9 การทำฟันปลอมร้อยละ 1.7 และ การรักษาครอบรากฟันเพียงร้อยละ 1.3 เท่านั้น ซึ่งสัดส่วนเหล่านี้ในโรงพยาบาลชุมชนยิ่งน้อยลงไปอีก

1.2 การที่ทันตภิบาลต้องทำงานอยู่ภายใต้การกำกับของทันตแพทย์ในภาครัฐการไม่สอดคล้องกับ สภาพการณ์จริง

- ปัจจุบันทันตภิบาลได้ถูกกำหนดขอบเขตการทำงานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พศ. 2532 ซึ่ง กำหนดให้ทันตภิบาลต้องทำงานอยู่ภายใต้การกำกับของทันตแพทย์ในภาครัฐการเท่านั้น ซึ่งมีข้อ เรียกร้องจากทันตภิบาลว่าไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์จริง เพราะในทางพฤตินัยของการทำงานใน โรงพยาบาลชุมชน และโดยเฉพาะในสถานีอนามัย ทันตภิบาลต้องให้บริการทันตกรรมโดยลำพัง และต้องรับผิดชอบต่อความผิดพลาดในการรักษาที่เกิดขึ้น

- นอกจากนั้น การที่ทันตภิบาลถูกจำกัดให้ทำงานได้เฉพาะภาคราชการ ก็ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกับภาคเอกชนที่เข้าร่วมสัญญาในการเป็นหน่วยสัญญาปฐมภูมิในการประกันสุขภาพ

1.3 ทันตภิบาลประสบปัญหาด้านความก้าวหน้า

- ภายใต้ขอบเขตของบทบาทหน้าที่ที่ไม่ชัดเจนนี้ ทำให้ทันตภิบาลประสบปัญหาในการทำงานและความก้าวหน้าในการพัฒนางาน โดยในการบริการทันตกรรมก็ทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะผู้จบใหม่ที่ฝึกทักษะมาน้อย แต่ต้องรับผิดชอบการรักษาผู้ป่วยที่ยากเกินไป และแม้จะพัฒนาการให้บริการรักษาก็ไม่อาจฝึกอบรมยกระดับความเชี่ยวชาญได้ ด้วยไปซ้อนทับกับการทำงานของทันตแพทย์
- ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ก็มีความจำกัดในการทำงานเฉพาะช่องปาก ขณะที่บริการระดับนี้ โดยเฉพาะในสถานอนามัยต้องการการทำงานแบบเป็นองค์รวม ปัญหานี้สะท้อนถึงในด้านความก้าวหน้าทางราชการที่มีความจำกัดของนักวิชาการทันตสาธารณสุข จนทันตภิบาลจำนวนไม่น้อยที่ต้องใช้วุฒิปริญญาตรีที่ศึกษาเพิ่มเติมย้ายการทำงานนอกสาขาทันตสาธารณสุขเพื่อความก้าวหน้า และพบว่าในหลายพื้นที่ ทันตแพทย์ซึ่งมักสนใจงานบริการทันตกรรมมากกว่าไม่อาจเป็นที่เล็งหรือหัวหน้าทีมทันตสาธารณสุขในการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียนและชุมชนนี้ได้ด้นัก

1.4 บทบาทระหว่างทันตแพทย์กับบุคลากรข้างเคียง ในระดับสากล

- ปัญหาการจำแนกบทบาทระหว่างทันตแพทย์กับบุคลากรข้างเคียงนี้ ไม่ใช่ปรากฏการณ์เฉพาะของประเทศไทย แต่เป็นปัญหาสากลที่มีรูปแบบการจัดการแตกต่างกันไป เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความเหมาะสมสูงสุด
- มีเอกสารและบทความทางทันตกรรมจำนวนมากชี้ให้เห็นถึงวิชาชีพทันตแพทย์มีการใช้บุคลากรข้างเคียงต่ำมาก เมื่อเทียบกับวิชาชีพแพทย์ (Renon, 1993; Mason, 1994; Pike, 1994; Linz, 1995) ในรายงานขององค์การอนามัยโลก โดย Barms (1987) ได้ชี้ถึงแนวทางการปรับปรุงบทบาทของทันตบุคลากร จากแนวโน้มการลดลงของโรคในช่องปากของโลก ว่าในประเทศพัฒนาจำเป็นจะต้องปรับสัดส่วนของทันตแพทย์กับบุคลากรข้างเคียง โดยเพิ่มบุคลากรข้างเคียงให้สูงขึ้น และคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิขององค์การอนามัยโลกสนับสนุนรายงานนี้ว่า ทันตแพทย์ควรพัฒนาการศึกษาต่อเนื่องให้รับผิดชอบการบริการทันตกรรมที่ซับซ้อนและใช้เทคโนโลยีสูงให้มากยิ่งขึ้น และบริการทันตกรรมพื้นฐานควรจะสามารถให้บุคลากรข้างเคียงประเภทต่างๆรับไปมากขึ้น ในปี 1993 องค์การอนามัยโลกมีข้อเสนอแนะว่า “มีความต้องการทันตแพทย์รูปแบบใหม่ ผู้ซึ่งได้รับการฝึกอบรมอย่างกว้างขวางขึ้นในลักษณะของ แพทย์ช่องปาก (oral physician) ที่รับผิดชอบการดูแลอย่างต่อเนื่องในบริเวณช่องปากและใบหน้า” แพทย์ช่องปากนี้เป็นหัวหน้าทีมที่ดูแลการบริการองค์รวมโดยมีบุคลากรข้างเคียงสนับสนุน
- ใน Nuffield report (1993) ที่เน้นการศึกษาสถานการณ์ในสหราชอาณาจักรแนะนำบุคลากรข้างเคียงทางคลินิกสองประเภทคือ oral health therapist และ clinical dental technician โดยทันตแพทย์เป็นหัวหน้าทีมที่มีบทบาทหลักอยู่ที่การวินิจฉัยโรค การวางแผนการรักษาโดยรวม การกำกับควบคุมและให้

การบริการที่ซับซ้อน The Australian Health Ministers Advisory Council ได้ทดลองรูปแบบบริการใหม่ทีละเล็กละน้อย

แนวทางการปรับปรุง

มีข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงแก้ไขปัญหาเรื่องการซ้อนทับของบทบาทหน้าที่ระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาลอยู่หลายประการ เช่น การปรับบทบาทการทำงานของทันตภิบาลให้เน้นมาในทางส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากขึ้น ซึ่งแม้ว่า จะได้รับการยอมรับโดยทั่วกันทั้งในหมู่ผู้ทรงคุณวุฒิ และในฝ่ายทันตภิบาลเอง แต่รายละเอียดของแนวทางการปรับปรุง ยังมีความเห็นที่ยังไม่สอดคล้องกันนัก

อันอาจสรุปแนวทางเสนอปรับเปลี่ยนได้ 4 แนวทาง ดังนี้

แนวทางแรก

โดยการปรับข้อบังคับทางกฎหมายให้ขอบเขตการให้บริการทันตกรรมของทันตภิบาลลดลง เหลือเพียงงานทันตกรรมป้องกันเป็นหลัก เช่น การอุดหินปูน การเคลือบหลุมร่องฟัน และการรักษาอย่างง่าย เช่น การอุดฟัน กิ่งชั่วคราวด้วยพลาสติกใสในเมอไรโดยไม่ใช่เครื่องกรอฟัน เพื่อที่จะได้ทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิมากขึ้น และทำให้จำนวนของทันตภิบาลในฐานะทันตบุคลากรหลักของหน่วยปฐมภูมิได้รับการคาดหวังว่าจะต้องทวีมากขึ้น พร้อมๆกับการปรับบทบาท ที่ไม่ต้องจำกัดอยู่แต่ในภาครัฐเท่านั้น

ข้อดีของแนวทางนี้ คือเกิดความชัดเจนของขอบเขตการทำงานของทันตภิบาลโดยข้อกำหนดอย่างชัดเจน และความซ้อนทับของขอบเขตการทำงานกับทันตแพทย์ที่ลดลง (คล้ายกับ dental hygienist ในสหรัฐอเมริกา) นี้ จะช่วยให้การขยายการทำงานของทันตภิบาลในภาคเอกชนได้รับการยอมรับมากขึ้น

ข้อจำกัดของแนวทางนี้ คือ การเปลี่ยนแปลงขอบเขตต้องเริ่มใช้กับทันตภิบาลที่ผลิตใหม่ ทำให้มีความต้องการทันตภิบาลเพิ่มอีกจำนวนมาก ขณะที่แนวโน้มของกำลังคนของภาคราชการกำลังลดลง และในการจ้างงานในส่วนท้องถิ่นหรือภาคเอกชน เพื่อการทำงานส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานมีความต้องการกำลังคนที่มีศักยภาพในการทำงานแบบองค์รวมและเอนกประสงค์ (holistic and multipurpose) มากกว่า ทำให้ทันตภิบาลที่มีความสามารถทำงานทันตกรรมได้น้อยอาจไม่ได้รับความสนใจในการจ้างงาน และในทางปฏิบัติการลดบทบาทของทันตภิบาลในการช่วยทันตแพทย์ให้การรักษาอย่างง่ายลง อาจทำให้บทบาทของทันตแพทย์ซึ่งในปัจจุบันให้การรักษาทางทันตกรรมที่ซับซ้อน เช่น การรักษาคลองรากฟัน การทำฟันปลอม ซึ่งน้อยมากอยู่แล้ว อาจจะลดลงไปอีก

แนวทางที่สอง

แม้จะเห็นด้วยกับการเน้นการทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของทันตภิบาล แต่ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านมีข้อคิดในการจะปรับลดขอบเขตของการรักษาพยาบาลอย่างง่ายของทันตภิบาลลง โดยยังเห็นว่าต้องคำนึงถึงการกระจายบริการสู่ประชาชน และการช่วยแบ่งเบาภาระให้ทันตแพทย์สามารถทำงานขั้นสูงได้มากขึ้น ทั้งนี้ความจำเป็นที่จะให้ทันตภิบาลมีบทบาทการรักษาพยาบาลมากนักน้อยเพียงไรในแต่ละสถานที่และเหตุการณ์ยังขึ้นกับการกำกับดูแลของทันตแพทย์อยู่ และการตัดสินใจว่าทันตภิบาลควรมีขอบเขตการ

ทำงานได้เพียงไรน่าจะมาจากการวิจัย เพื่อไม่เป็นข้อครหาว่าเป็นการกีดกันของวิชาชีพ การปรับเปลี่ยนแบบนี้มีความเป็นไปได้ในสถานการณ์ของการลดการขยายตัวของกำลังคนภาคราชการมากกว่า

ข้อจำกัดของแนวทางนี้ คือยังไม่อาจกำหนดกรอบอย่างเป็นรูปธรรมที่จะให้ทันตภิบาลมาทำงาน เน้นหนักในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น การปรับบทบาทยังขึ้นกับผู้บริหารงานในพื้นที่ที่จะเห็นความสำคัญและสามารถประเมินและปรับบทบาทดังกล่าวให้เหมาะสมเพียงใด และยังไม่ทำให้เกิดเงื่อนไขการที่ดีขึ้นในการที่ทันตภิบาลจะขยายไปทำงานในภาคเอกชน โดยยังคงให้การแก้ไขปัญหาของการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของหน่วยคู่สัญญาภาคเอกชนที่ไม่อาจจ้างทันตภิบาลได้ อาจทำได้วิธีมาจ้างหน่วยงานราชการที่มีทันตภิบาลทำงานอยู่

แนวทางที่สาม

ในมุมมองของทันตภิบาลต้องการทางออกที่จะเปิดให้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมขั้นที่สอง ที่จะทำให้ทันตภิบาลมีอิสระที่จะรับผิดชอบงานในขอบเขตที่ตนให้บริการโดยตรง และอาจทำงานนอกภาคราชการได้ด้วย

แต่ข้อขัดแย้งในผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านที่ค่อนข้างจะสอดคล้องกับข้อโต้แย้งของทันตแพทย์ในหลายประเทศ คือความกังวลเกี่ยวกับขอบเขตการให้บริการที่ไม่ชัดเจนจนอาจจะทำงานเกินความสามารถที่มีได้ง่าย เพราะบทบาทของทันตแพทย์และทันตภิบาลต่างจากขอบเขตระหว่างแพทย์และพยาบาลวิชาชีพ ด้วยทันตภิบาลไม่ได้เป็นอีกวิชาชีพหนึ่ง แต่เป็นเป็นบุคลากรข้างเคียง (auxiliary) ของทันตแพทย์ ที่ไม่ควรมีการประกอบโรคศิลปะแยกต่างหากจากทันตแพทย์ไป และเห็นว่าการมีใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะของทันตภิบาลเป็นเรื่องของการตัดสินใจจากระบบ ซึ่งประเทศไทยยังมีจุดอ่อนมากในเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย ผู้ทรงคุณวุฒิในสายการผลิตทันตภิบาลก็ชี้ว่า สิ่งที่น่าจะทำเรื่องการรักษาของทันตภิบาลคือใช้ระเบียบเดิมไปก่อน รอให้องค์กรวิชาชีพเข้มแข็ง มาตรการทางสังคมและการควบคุมมีประสิทธิภาพกว่านี้ก่อน จึงพิจารณาเรื่องใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ส่วนบทบาทของทันตภิบาลในภาคเอกชนยังเป็นเรื่องที่อ่อนไหว เช่นเดียวกับบุคลากรข้างเคียงอื่นๆ ในสายแพทย์เองที่จะมีปัญหากับวิชาชีพน้อยกว่าถ้าจำกัดขอบเขตการรักษาพยาบาลอยู่เฉพาะในภาครัฐ

แนวทางที่สี่

เป็นแนวทางที่ไม่ได้แยกเป็นทางเลือกต่างหากจากสามแนวทางข้างต้นชัดเจนนัก แต่เป็นแนวทางที่เสนอให้ทันตภิบาลขยายระยะเวลาการศึกษาจากสองปีเป็นสี่ปี เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถในการให้บริการทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งในคงไม่มีทันตแพทย์คอยช่วยนิเทศได้ใกล้ชิดนักได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากขึ้น รวมถึงสามารถทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคแบบองค์รวมได้อย่างสมบูรณ์ขึ้นด้วย

ข้อจำกัดของแนวทางนี้อยู่ที่ทรัพยากรด้านเวลาในการผลิต และการจ้างงาน การยอมรับบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิ และการยอมรับของทันตแพทย์ที่อาจเห็นว่าการซ้อนทับของขอบเขตการทำงานยิ่งมากขึ้นกว่าเดิม

ข้อเสนอแนะต่อการเลือกแนวทางปรับบทบาททันตแพทย์และทันตภิบาล

ตามที่นำเสนอถึงบริบทของปัญหาบทบาททันตบุคลากรในตอนต้น จะเห็นว่า ลักษณะของปัญหามีลักษณะหลายมิติ

แค่เพียงปัญหาการทับซ้อนจนเสียประสิทธิภาพเพียงประการเดียว ก็มีปัญหาคบทั้งการที่ทันตแพทย์ยังจมกับงานระดับพื้นฐาน จนมีเวลาทำงานที่ทับซ้อนน้อย และการที่ทันตภิบาลยังทำงานสร้างเสริมสุขภาพในสัดส่วนที่น้อยไป การปรับบทบาททันตภิบาลเพื่อแก้ไขการทับซ้อนไปอย่างใดอย่างหนึ่ง ก็อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนในอีกทางหนึ่งได้

นอกจากนั้น ปัญหาการทับซ้อนนี้ยังเกี่ยวพันรวมไปถึงการจัดการในระบบบริการสุขภาพใหม่ ที่มีการผสมผสานบริการภาครัฐและเอกชน ตลอดจนความก้าวหน้าในการทำงานอีกด้วย

โดยคำนึงถึงแนวโน้มของบริบทของประเทศไทยในอนาคต การปรับปรุงบทบาทระหว่างทันตบุคลากรยังน่าจะคงอยู่ภายใต้ลักษณะของทีมทันตกรรม หรือทีมสุขภาพช่องปาก ที่มีทันตแพทย์เป็นหัวหน้าทีมทำหน้าที่ในการควบคุมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมีบทบาทหลักในด้านการวางแผนและกำกับงานในระดับมหภาค การตรวจวินิจฉัย การวางแผนการรักษาโดยรวม การควบคุมคุณภาพและการให้บริการระดับที่ซับซ้อน มากกว่าการที่ควรจะออกกฎระเบียบขีดเส้นขอบเขตการบริการใหม่อย่างตายตัว และ/หรือ เปิดโอกาสให้ทันตภิบาลให้บริการอิสระตามลำพัง แต่เปิดโอกาสให้ทีมสุขภาพช่องปากปรับบทบาทของทันตบุคลากรตามขอบเขตเดิมตามสถานการณ์ที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่และเวลา โดยใช้มาตรการทางการบริหารจัดการเข้ามากำกับทิศทาง เช่น ใช้เงื่อนไขสัญญาของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือการควบคุมคุณภาพของคณะกรรมการสาธารณสุขระดับพื้นที่ เป็นต้น

รูปแบบของการประสานงานในทีมในพื้นที่อาจต้องกำหนดปรับให้ยืดหยุ่นกับสถานการณ์ที่อาจไม่ใช่การทำงานอยู่ในสถานบริการเดียวกัน แต่เป็นเครือข่ายสถานพยาบาล เช่น เครือข่ายของการบริการในหน่วยสัญญาปฐมภูมิที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลและหลายศูนย์สุขภาพชุมชน ในระยะที่ไม่อาจมีทันตแพทย์ประจำที่ศูนย์สุขภาพชุมชน

การปรับบทบาทที่สำคัญในทีมสุขภาพช่องปากโดยสถานการณ์ส่วนใหญ่ในประเทศไทย ซึ่งถึงแนวโน้มการต้องขยายบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น ซึ่งในส่วนนี้ไม่ได้จำกัดอยู่ที่การให้บริการดูแลรายบุคคลหรือให้ทันตสุขศึกษารายกลุ่มเท่านั้น แต่รวมถึงการประสานงานกับทีมสุขภาพทั่วไปและขยายการสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวมทั้งในระดับการเคลื่อนไหวสังคม/ นโยบายสาธารณะ และการสร้างศักยภาพชุมชน ซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้ทันตบุคลากรเป็นผู้ให้บริการต่อผู้รับบริการโดยตรงเสมอไป

นอกจากนี้ บทบาทในทีมที่ควรปรับมากขึ้น คือการที่ทันตแพทย์โดยเฉพาะในภาคสาธารณะควรปรับตัวให้เป็น “แพทย์ช่องปาก” ตามบทบาทของหัวหน้าทีมสุขภาพช่องปากข้างต้นให้มากยิ่งขึ้น อันทำให้ทันตภิบาลยังคงต้องมีบทบาทของ dental therapist อยู่เพื่อรองรับงานบริการทันตกรรมเบื้องต้นได้ และยังมีคุณค่าเพิ่ม แม้ทำงานอยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิที่บทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเน้นที่การทำงานอย่างเป็นองค์รวมมากกว่าจะใช้บุคลากรเฉพาะทาง

การปรับบทบาทของทันตบุคลากรให้เป็นทีมสุขภาพช่องปากมากขึ้นนี้ ควรจะได้รับการสนับสนุนตั้งแต่กระบวนการผลิตบุคลากร ที่น่าจะเริ่มพิจารณาถึง การผลิตร่วมสถาบัน หรือมีการฝึกอบรมในหลักสูตรที่ให้ทำงานร่วมกัน แทนที่จะได้เรียนรู้การทำงานร่วมกันภายหลังจบการศึกษาเช่นในปัจจุบัน

การคัดเลือกเพื่อเข้าระบบการศึกษา

การรับผู้ที่จะเข้าศึกษาเป็นทันตบุคลากรนับเป็นต้นทางของวัตถุดิบหรือปัจจัยนำเข้า ที่จะมีส่วนต่อผลผลิตในอนาคตต่อไป ซึ่งขั้นตอนนี้ที่ผ่านมาโดยเฉพาะในการรับนักศึกษาทันตแพทย์จะเน้นที่การคัดเลือกคุณสมบัติทางวิชาการเป็นหลักเช่นเดียวกับการรับนักศึกษาในระดับอุดมศึกษาทั่วไปในประเทศไทย ข้อชี้แนะต่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการคัดเลือกผู้ที่จะเข้ามาเป็นทันตบุคลากรที่มีความเห็นพ้องต้องกันสูงเสนอให้มีแนวทางการคัดเลือกที่คำนึงถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับพื้นที่ทำงานให้มากขึ้น โดยเฉพาะเพื่อทำให้เกิดการกระจายทันตบุคลากรไปทำงานในทุกพื้นที่อย่างยั่งยืน

รูปธรรมของข้อเสนอต่อการปรับเปลี่ยน ได้แก่ การขยายการรับนักศึกษาจากท้องถิ่น โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกมากขึ้น โดยมีระบบที่เชื่อมโยงกับชุมชนหรือองค์กรท้องถิ่น ที่ควรจะเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการคัดเลือกรับนักศึกษาจากท้องถิ่น การสนับสนุนค่าใช้จ่ายการศึกษา การฝึกภาคปฏิบัติในระหว่างการศึกษา จนถึงการทำงานเมื่อจบการศึกษา ข้อดีคือการที่จะได้ทันตบุคลากรที่มีความผูกพันกับท้องถิ่นมากขึ้น มีเจตคติและพื้นฐานความเข้าใจที่จะทำงานกับชุมชนได้ดีขึ้นด้วย สำหรับจุดอ่อนที่อาจจะทำให้พื้นฐานทางวิชาการด้อยลงบ้างนั้น ก็อาจต้องยอมรับเมื่อคำนึงถึงข้อดีที่มากกว่า และจากประสบการณ์ของสาขาอื่นชี้ให้เห็นว่าไม่น่าจะกระทบมากนัก โดยมีการรับจากท้องถิ่นร่วมไปกับการรับนักศึกษาจากการสอบคัดเลือกจากส่วนกลาง ซึ่งแนวโน้มของการปรับระบบการคัดเลือกนักศึกษาอุดมศึกษาของประเทศไทย ที่จะลดการใช้มาตรฐานกลางอย่างรวมศูนย์ และให้สถาบันการศึกษากำหนดแนวทางการรับนักศึกษาเองมากขึ้นน่าจะเอื้อต่อข้อเสนอแนวทางการปรับเปลี่ยนนี้

ทางเลือกหนึ่งที่เสนอ คือการให้โอกาสคนชนบทเข้ามาเรียนโดยมีหลักสูตรพิเศษคู่ขนานไปกับหลักสูตรหลักที่ผูกติดกับความเป็นเลิศทางวิชาการ โดยเตรียมความพร้อมมาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษา เพื่อมุ่งเน้นที่ก่อให้เกิดความเป็นธรรมของประชาชนทุกกลุ่มในประเทศไทย ทั้งนี้ ควรอยู่ภายใต้การวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ผลิตและผู้ใช้ โดยใช้กลไกทางการเงินการคลังมาสนับสนุน โดยระวางว่า กระบวนการคัดเลือกไม่ใช่เพียงแค่เปลี่ยนผู้เกี่ยวข้องโดยไม่ปรับมาตรฐานในการพิจารณาให้ตรงกับเป้าประสงค์ในการทำงานในท้องถิ่นอย่างยั่งยืน

อนึ่ง แนวทางการคัดเลือกข้างต้นยังเน้นการตอบสนองต่อบริการด้านสาธารณสุขเป็นหลัก มีข้อสังเกตจากรายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง ทางเลือกเชิงนโยบายในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษข้างหน้า

(2540) ที่ชื่อว่า สาขาทันตกรรมเป็นสาขาที่มีส่วนร่วมจากภาคเอกชนในการผลิตบุคลากรต่ำที่สุด โดยไม่ปรากฏว่ามีสถาบันการศึกษาภาคเอกชนมาร่วมผลิตทันตบุคลากรแต่อย่างใด ซึ่งถ้าหากมีการผลิตภาคเอกชน การคัดเลือกอาจมีการปรับเพื่อเสริมให้ตอบสนองเป้าหมายของภาคเอกชนหรือตลาดความต้องการที่นอกเหนือจากภาคสาธารณสุขบ้าง

การจัดการศึกษาของทันตบุคลากรทุกระดับ

1 แนวคิดและเป้าหมายการจัดการศึกษา

แนวคิดในการจัดการศึกษาของทันตบุคลากรต้องปรับให้สอดคล้องทั้งต่อการผลิตทันตบุคลากรเพื่อตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการและบริบทของสังคม และต่อความก้าวหน้าของวิทยาการและเทคโนโลยีสากล

ดังนั้นในการจัดหลักสูตรต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ต้องมีการกำหนดลักษณะของบัณฑิตว่าควรมีความสามารถศักยภาพด้านใดบ้าง (competency based) มีสิ่งใดที่บัณฑิตต้องรู้และทำได้จริง ซึ่งคุณลักษณะของทันตบุคลากรด้านต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น ควรจะเป็นเป้าหมายสำคัญของกระบวนการศึกษา

2 กระบวนการ การบริหารจัดการ และเทคนิคทางการศึกษา

กระบวนการและการบริหารจัดการ ตลอดจนเทคนิควิธีการทางการศึกษาต่างๆ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการเรียนรู้ของทันตแพทย์ อาจประมวลร่วมกันโดยสรุปดังนี้

- การจัดหลักสูตรให้ผสมผสานวิทยาการด้านต่างๆโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community oriented)

การจัดการศึกษาเพื่อผลิตทันตบุคลากรในบริบทสังคมใหม่ นอกจากเน้นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพแล้ว ต้องให้ความสำคัญกับวิชาที่เป็นความรู้พื้นฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนที่อยู่รอบตนเองให้มากขึ้น โดยใช้ลักษณะการจัดหลักสูตรที่ผสมผสาน และเชื่อมโยง และใช้วิธีการเรียนรู้จากปัญหาจริง (problem-based learning) โดยปรับระบบการเรียนรู้โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community based) การฝึกการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (comprehensive care) และรูปแบบการเรียนการสอนที่มีความหลากหลาย รวมถึงมีการศึกษาเรียนรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง (self study) โดยคำนึงถึงศักยภาพในการเรียนรู้ (ability of learning) ที่แตกต่างกันของนักศึกษาให้มากขึ้น

การเรียนรู้แบบบูรณาการจากปัญหาของชุมชนจริงนี้ จะช่วยในการปรับกระบวนการของทันตบุคลากร โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพและประชาชน โดยคำนึงถึงบริบททางสังคม วัฒนธรรม และความคิดของคนอื่น รวมทั้งพัฒนาทักษะในการสื่อสารและการทำงานร่วมกับผู้อื่น และทักษะการค้นคว้า การคิดวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหา

- การใช้แนวคิดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient -centered) ในการฝึกปฏิบัติงานคลินิก แทนที่การเอาปริมาณงาน (requirement) ที่กำหนดจากหลักวิชาที่แยกส่วนเป็นตัวตั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยในทุกมุมมองและเกิดทักษะการวางแผนการรักษาแบบรอบยอด

- การส่งเสริมกิจกรรมนอกหลักสูตร

โดยเฉพาะงานกิจกรรมนักศึกษาช่วยเสริมการเรียนรู้ของนักศึกษา ในการทำงานเพื่อสังคมชุมชน และได้เรียนรู้ชุมชน และได้ฝึกการทำงานร่วมกันเป็นทีม ยอมรับความเห็นคนอื่น เสียสละและช่วยเหลือต่อสังคม

- การจัดรูปแบบการเรียนรู้โดยการศึกษาค้นคว้าวิจัย /การฝึกทักษะและกระบวนการคิด

เพื่อพัฒนาทักษะและเจตคติในการศึกษาค้นคว้าและเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยเฉพาะการจัดการเรียนรู้และปลูกฝังกระบวนการคิดให้นักศึกษาเข้าใจเทคโนโลยีสมัยใหม่อย่างลึกซึ้ง เพื่อประยุกต์ให้เกิดการพึ่งตนเองได้ โดยสร้างและพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมไว้ใช้ภายในประเทศ ซึ่งการเรียนรู้โดยผู้เรียนเป็นศูนย์กลางเป็นกระบวนการสำคัญที่เอื้อต่อการที่ผู้ศึกษาจะได้ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบนี้ในการศึกษาประเด็นเรื่องที่มีความสนใจ

- การฝึกทักษะการสื่อสาร (communication skill)

ทั้งการสื่อสารในชั้นเรียน กับสาธารณชน หรือกับผู้ป่วยที่จะ ช่วยลดปัญหาข้อขัดแย้งหรือความไม่เข้าใจ ทั้งการทำงานในหน่วยงาน ชุมชนและในคลินิก กระบวนการศึกษาควรจัดประสบการณ์เรียนรู้ในด้านนี้ ให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติภายใต้คำชี้แนะอย่างสม่ำเสมอ

- กระบวนการปลูกฝังจริยธรรมในการศึกษา

การจัดการเรียนการสอนจริยธรรมควรปรับให้หลากหลายและสอดแทรกอยู่ในกระบวนการศึกษา ทั้งหมด มากกว่าอยู่เพียงในบางวิชา โดยเริ่มที่ครูเป็นแบบอย่างและผู้จุดประกาย รวมถึงการจัดการให้เป็น การศึกษาจาก “มนุษย์พบกับมนุษย์” โดยไม่มีสิ่งขวางกั้น เพื่อพัฒนาจริยธรรมจากส่วนลึกของจิตสำนึกที่มี ความปรารถนาดีต่อผู้อื่น ความเคารพศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน ความรับผิดชอบต่อส่วนรวม มากกว่าเพียงพฤติกรรม ภายนอก

- การประเมินผลการศึกษาที่รอบด้าน/ การประกันคุณภาพการศึกษา

การประเมินผลผู้เรียนควรทำหลากหลายรูปแบบ ทั้งการวัดความรู้ระดับการประยุกต์ใช้ (application) ให้มากขึ้นแทนการท่องจำ วัดความสามารถ (performance) ที่ต้องพัฒนาจนถึงพิจารณาให้การรักษาที่ เหมาะสมกับเงื่อนไขของผู้ป่วยได้ ฝึกและพัฒนาความสามารถในการประเมินตนเองของนักศึกษา (self ,peer assessment) เพื่อประโยชน์ในการประกอบวิชาชีพเมื่อจบออกไป โดยใช้ระบบการประเมินคุณภาพ (Quality assessment) ที่เปิดรับการประเมินอย่างรอบด้าน ทั้งข้อวิพากษ์และความคิดเห็นจากนักศึกษา ประชาชน ผู้รับบริการ หรือ ทันตแพทย์ เพื่อนำมาปรับปรุงการเรียนการสอน

4 การบริหารจัดการเพื่อการปรับเปลี่ยน

4.1 การปรับนโยบายและพัฒนาบุคลากรภายในองค์กร

การปรับเปลี่ยนในคณะทันตแพทยศาสตร์ต้องเริ่มที่นโยบายและตามด้วยการจัดการที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น การที่คณะทันตแพทยศาสตร์มีนโยบายเข้าร่วมกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ เช่น การ

เข้าเป็นหน่วยบริการในการประกันสุขภาพถ้วนหน้า การพัฒนาคุณภาพบริการในระบบ Hospital Accreditation จะเป็นวิธีหนึ่งในการกระตุ้นให้ระบบบริการในคณะ ต้องปรับสมดุลระหว่างวิชาการกับการบริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้น

การปรับตัวที่สำคัญด้านหนึ่งคือ การเตรียมอาจารย์ อาจารย์ต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอน เนื่องจากการบริหารจัดการให้เกิดการเรียนรู้ในลักษณะ ผสมผสาน หรือใช้ปัญหาเป็นฐาน (problem-based learning) โครงสร้างภายในโดยเฉพาะอาจารย์ต้องปรับจากที่เคยชินกับการสอนแบบบรรยายรายวิชา ต้องปรับเปลี่ยนโครงสร้างและเตรียมความพร้อม จัดหาขบวนการรองรับ

แนวทางสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาสามารถที่แนะนำโดยศ.นพ.ประเวศ วะสี อาจนำมาประยุกต์ในการเปลี่ยนแปลงในคณะได้ โดยเคลื่อนไหวทั้งด้านองค์ความรู้ (knowledge), สังคม (social) และการเมือง (politics) เพื่อให้สังคมทั้งชุมชนและภายในคณะเข้าใจในสิ่งที่กำลังเปลี่ยนแปลง และเข้ามามีส่วนร่วม โดยใช้สื่อ หรือ โดยผู้มีอำนาจเข้ามาร่วมสนับสนุนผลักดัน

4.2 การจัดโครงสร้างพื้นฐาน ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมในการจัดการศึกษาที่เอื้อต่อการเรียนการสอนในรูปแบบใหม่ เช่น โครงสร้างการบริหารวิชาการของภาควิชาที่เอื้อต่อการบูรณาการความรู้และการสอน การพัฒนาสื่อและแหล่งของความรู้เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเอง การจัดค่าตอบแทน และระบบการบริหารงานบุคคลให้เอื้อต่อการพัฒนาการจัดการศึกษาแนวใหม่ของอาจารย์

4.3 การสร้างหลักสูตรร่วมท้องถิ่น ประชาชน

การพัฒนาหลักสูตรนอกจากต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กรแล้ว เงื่อนไขแวดล้อมของการจัดการเรียนการสอนที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ การมีส่วนร่วมของประชาชน หรือองค์กรท้องถิ่น ไม่ว่าในด้านเนื้อหาการเรียนการสอน หรือการสร้างหลักสูตร รวมทั้งการกำกับดูแลเรื่องคุณภาพ ในฐานะที่ประชาชนเป็นผู้รับบริการและเป็นผู้ใช้บัณฑิตโดยตรง โดยจัดกลไกให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในแง่มุมที่ตนเกี่ยวข้องและมีความรู้

การจัดสรรและการกระจายพันตบุคลากร

การศึกษานี้ไม่ได้เน้นที่จะศึกษาถึงการคาดการณ์จำนวนพันตบุคลากรเป็นด้านหลัก เนื่องจากมีปัจจัยในการคำนวณที่ซับซ้อน อันต้องใช้สมมุติฐานของการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละประเภท สถานการณ์ประสิทธิภาพของบริการ และอื่นๆเข้ามาร่วม ในขณะที่ปัจจัยเหล่านี้ยังไม่ได้มีการสรุปหาข้อยุติร่วมกันถึงแผนในอนาคตได้ชัดเจนก่อนแต่อย่างใด

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนการศึกษาด้านการทำนายจำนวนและการกระจายของพันตบุคลากรที่มีอยู่ได้แสดงถึงความหลากหลายของผลการคาดการณ์ตามแบบจำลองและสมมุติฐานที่ใช้ เช่นในการทบทวนการศึกษา 5 รายงานทั้งในการศึกษาระดับชาติและทั่วไป (Punyasingh, 1997) มีการประเมินความจำเป็นที่นำมาสู่สัดส่วนพันตแพทย์ต่อประชากรไทยตั้งแต่ 1: 4033 ถึง 1: 15,727 หรือการศึกษาจำนวนพันต

บุคลากรในอนาคตโดยใช้เทคนิคสัดส่วนประชากร, เทคนิคของ FDI/WHO และเทคนิคแบบจำลองพลวัต (the system dynamics model) ก็ให้จำนวนความต้องการทันตแพทย์ตั้งแต่ 8920 ถึง 9478 และความต้องการทันตภิบาลตั้งแต่ 3046 ถึง 10,974 ในปี พ.ศ. 2558 ในการศึกษาที่เปรียบเทียบแบบจำลองของการทำงานแบบดั้งเดิม และแบบจำลองที่มีการกระจายงานอย่างง่ายให้ทันตภิบาลทำในสัดส่วนที่มากขึ้น รวมถึงการคำนึงถึงผลของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคที่ช่วยลดปัญหาด้วย (Udompanich, 1997) แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของความต้องการทันตแพทย์ในระดับลดลง และโดยพื้นฐานของการศึกษาเหล่านี้ รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง ทางเลือกเชิงนโยบายในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษข้างหน้า โดยสถาบันพระบรมราชชนก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข (2540) จึงชี้ว่า ไม่ควรเพิ่มอัตราการผลิตทันตแพทย์อีก ขณะที่ยังควรมีการเพิ่มอัตราการผลิตทันตภิบาล

ในด้านการจัดสรร มีแนวคิดและข้อเสนอถึงการจัดสรรในภาคสาธารณะในอนาคต ดังนี้

ระบบการจัดสรรทันตแพทย์จากส่วนกลางหรือทันตแพทย์คู่สัญญาจะนับเป็นเรื่องที่จำเป็น ในทัศนะของผู้ทรงคุณวุฒิหลายคน ที่ชี้ว่ายังไม่ควรให้การทำงานของทันตบุคลากรเป็นไปตามระบบตลาดอย่างเดียว โดยเฉพาะเมื่อคำนึงถึงการกระจายทันตบุคลากรระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ

รูปแบบการจัดสรรและการกระจายมีแนวโน้มที่จะใช้เป้าหมายของงานในพื้นที่ที่กำหนด มากกว่าจะใช้กรอบอัตรากำลังของราชการในรูปแบบเดิม และแนวคิดของทีมสุขภาพช่องปากข้างต้น น่าจะถูกใช้เป็นบรรทัดฐานของการกำหนดประเภทและจำนวนทันตบุคลากรในแต่ละหน่วย อย่างเช่น โรงพยาบาลทั่วไปที่มีบทบาททั้งในการเป็นศูนย์สุขภาพชุมชน (ของตำบลในเขตที่ตั้ง) หน่วยสัญญาปฐมภูมิ (ของอำเภอที่ตั้ง) และรองรับบริการส่งต่อระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ก็ควรมีทันตบุคลากรตั้งแต่ผู้ช่วยทันตแพทย์ ทันตภิบาล ทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสัดส่วนที่สอดคล้องกับภารกิจที่รองรับ

นอกจากนั้นการกระจายบุคลากรยังควรต้องพิจารณาถึง การดึงทันตบุคลากรภาคเอกชนให้เข้ามาร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รวมทั้งในอนาคต มาตรการของการจัดสรรทันตบุคลากรที่ดำเนินควบคู่ไปตั้งแต่การคัดเลือกบุคลากรเข้ารับการศึกษ ในแนวโน้มที่ภาคท้องถิ่นมีส่วนร่วม ในการคัดเลือก การฝึกงาน และการจัดสรรเข้าทำงานดังที่กล่าวไว้แล้วข้างต้นเป็นมาตรการเสริมที่สอดคล้องกับการกระจายอำนาจ รวมทั้งอาจใช้มาตรการทางการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เปิดให้ภาคเอกชนเข้ามารับทำสัญญาในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ต่างๆได้ ก็นับเป็นเครื่องมือที่ก่อให้เกิดการกระจายทันตบุคลากรให้เป็นไปตามการวางแผนที่เหมาะสมได้

สิ่งที่ต้องคิดควบคู่ไปกับการจัดสรร ก็คือ มาตรการจูงใจและสนับสนุนให้ทันตบุคลากรไปอยู่ในพื้นที่ที่มีความจำเป็นได้อย่างพอใจ อันจะเกิดผลที่ยั่งยืนกว่า การจูงใจอาจจะทำทั้งในด้านการปลูกฝังจิตสำนึก ตลอดจนการดูแลให้มีรายได้ที่พออยู่ได้ ไม่แตกต่างจากภาคเอกชนมากนัก

ตัวอย่างของการจัดสรรและกระจายทันตบุคลากรตามหลักข้างต้น เช่น การผลิตทันตภิบาลจากปีละ 250 คน เป็นปีละอย่างน้อย 350 คน พร้อมกับยังคงขยายการทำงานของทันตแพทย์คู่สัญญาต่อไปจนถึง 2549 หรือดึงทันตแพทย์ภาคเอกชนให้เข้าร่วมในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติมากขึ้น จะทำให้อัตราทันตบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน (ประมาณได้จากจำนวนและการกระจายของทันตแพทย์ร่วมกับทันตภิบาลในกระทรวง

สาธารณสุข ต่อประชากรที่ใกล้เคียงกับทันตบุคลากรที่รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิมากที่สุด) สามารถปรับจากสถานการณ์ปัจจุบันซึ่งมีอัตราส่วนเฉลี่ยทั่วประเทศ 1: 13,333 (อัตราส่วนในพื้นที่จังหวัดต่างๆ ตั้งแต่ 1: 5,735 ในสิงห์บุรี ถึง 1: 22,633 ในสมุทรปราการ) สู้อัตราส่วนประชากรต่อทันตบุคลากรเป็น 1: 10,000 หรืออัตราส่วนประชากรต่อทีมทันตแพทย์และทันตภิบาล 1: 15,000 ได้ในปี พ.ศ. 2549

แต่ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญต่อการชี้แจงจำนวนและการกระจายทันตบุคลากร จะขึ้นอยู่กับข้อกำหนดบทบาทของทันตบุคลากรแต่ละประเภทด้วย ซึ่งจากข้อเสนอบทบาทของทีมสุขภาพช่องปากในหัวข้อข้างต้น สนับสนุนข้อเสนอที่ ไม่เพิ่มอัตราการผลิตทันตแพทย์ แต่เพิ่มการผลิตทันตภิบาล และปรับการบริหารทีมงานที่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด จะเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์และความเป็นไปได้ของประเทศไทย โดยเฉพาะในบริการภาคสาธารณะ ซึ่งส่วนของการตอบสนองความต้องการเพิ่มเติมในภาคเอกชน อาจขยายโดยการผลิตของสถาบันการศึกษาภาคเอกชนเพิ่มเติมต่อไป

การพัฒนาและควบคุมคุณภาพทันตบุคลากร

การประกอบวิชาชีพชั้นสูง เช่น บริการทันตกรรม การพัฒนาและควบคุมคุณภาพเป็นเรื่องที่จำเป็น ทั้งเพื่อพัฒนาวิชาชีพและเพื่อคุ้มครองผู้รับบริการที่ไม่อาจประเมินคุณภาพบริการที่มีความแตกต่างหลากหลายค่อนข้างสูง ทั้งเรื่องคุณภาพบริการและค่ารักษา

พระราชบัญญัติทันตแพทย์สภา พ.ศ. 2535 กำหนดให้ ทันตแพทย์สภามีหน้าที่ในการกำกับดูแลมาตรฐานการประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ทั้งนี้ การพัฒนาและควบคุมคุณภาพทันตบุคลากรมีอยู่หลายวิธีการประกอบกัน โดยจะจำแนกหัวข้อย่อยเป็น การประกันคุณภาพและการศึกษาต่อเนื่อง การศึกษาต่อและการฝึกอบรม ความก้าวหน้าและแรงจูงใจในวิชาชีพ

1. การประกันคุณภาพผู้ประกอบวิชาชีพ

วิธีการที่ใช้ในการประกันคุณภาพจะขึ้นอยู่กับข้อกำหนดมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์แสดงคุณภาพหรือคุณลักษณะที่พึงประสงค์แล้วมีกระบวนการตรวจสอบหรือให้การรับประกัน มาตรฐานที่ใช้ อาจจำแนกได้เป็น มาตรฐานกลางของวิชาชีพ และมาตรฐานท้องถิ่น

1.1 มาตรฐานกลางของวิชาชีพทันตแพทย์

ประกอบด้วยมาตรฐานระดับหน่วยงานหรือสถานบริการ แบบในระดับบุคคล

1.1.1. การประกันและควบคุมคุณภาพในระดับหน่วยงาน

เช่น การประกันคุณภาพโดยผ่านระบบการประกันและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ซึ่งเป็นเรื่องการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เรื่องสิทธิผู้ป่วย หรือระบบการตรวจสอบเพื่อประกันคุณภาพที่ไม่ใช่ระบบ HA, ISO ซึ่งการควบคุมด้วยมาตรฐานส่วนกลางส่วนใหญ่จะคำนึงถึงการประเมินผลสัมฤทธิ์ต่อสังคม ทั้งถื่นร่วมด้วย

พัฒนาการของระบบประกันคุณภาพของสถานบริการมีการพัฒนาขึ้นตามระยะเวลา และมีแนวโน้มที่จะกติกาก่อนที่ผลักดันให้สถานบริการโดยเฉพาะที่ให้บริการในภาครัฐทั้งการประกันสังคมและการประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องผ่านการรับประกันมากขึ้นเรื่อยๆ ผลสะท้อนจากการประกันคุณภาพหน่วยงานส่งผลต่อคุณภาพของทันตบุคลากรไปในตัว และเป็นการควบคุมมาตรฐานที่ทันตบุคลากรมักจะยอมรับเพราะเป็นการควบคุมโดยรวมทั้งองค์กร และมีลำดับขั้นตอนตามลำดับ

1.1.2. การควบคุมคุณภาพในระดับปัจเจกทันตบุคลากร

ได้แก่ การจัดการศึกษาต่อเนื่อง การสอบในประกอบโรคศิลป์ การต่อใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ หรือการที่สภาวิชาชีพร่วมมือกับสถาบันการศึกษา และประชาชนในการควบคุมการผลิตทันตบุคลากร การประกันคุณภาพผู้ประกอบวิชาชีพหรือการคุ้มครองผู้บริโภคที่เชื่อมโยงกับจริยธรรม

การควบคุมคุณภาพในระดับปัจเจกบุคคลนี้ ก่อให้ทันตบุคลากรเกิดความรู้สึกว่าถูกกระทบมากกว่า เพราะมักจะส่งผลต่อทุกคน และก่อให้เกิดกระแสความคิดเห็นอย่างหลากหลาย ทั้งในประเด็นว่าควรมีการพัฒนาขึ้นหรือไม่? และถ้าจะมี ควรใช้มาตรการใด?

อันพอจะประมวลความเห็นและข้อเสนอแนะได้ดังนี้

๙. การสอบใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์

แม้ว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดมาตรฐานกลางหนึ่งเดียวในผลการผลิตทันตแพทย์ แต่การดำเนินการสอบจะเผชิญกับความยุ่งยากพื้นฐานในการออกข้อสอบกลางที่แสดงภาพรวมของผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาให้ชัดเจน และได้รับการยอมรับจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

มีข้อเสนอว่าควรเลือกใช้เมื่อการผลิตทันตแพทย์ดำเนินโดยสถาบันการศึกษาจำนวนมากและหลากหลายสถานะ จนไม่อาจควบคุมคุณภาพโดยมาตรการกำกับทางการศึกษาแล้วเท่านั้น

๑๐. การต่อใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์

- โดยรวม เป็นหลักการประกันคุณภาพทันตแพทย์รายบุคคลที่ได้รับการยอมรับหลักการว่าน่าจะเป็นเรื่องจำเป็น และสอดคล้องกับแนวโน้มการให้ใบอนุญาตต่างๆ ที่สัมพันธ์กับสมรรถภาพของผู้ที่ได้รับ ที่เริ่มมีการจำกัดเวลา และต้องมีการตรวจสอบก่อนต่อใบอนุญาตใหม่ โดยเฉพาะในวิชาชีพทางการแพทย์อื่น แต่ก็มีผู้ตั้งคำถามถึงความจำเป็นในการต่อใบอนุญาตมีมาน้อยเพียงใด ที่จะใช้ตัดสินบุคลากรทางการแพทย์ว่าควรทำอาชีพนี้ต่อไปหรือไม่ จะมีประเด็นอยู่ที่ความสามารถในการประเมินเพื่อต่อใบอนุญาต โดยประเมินจากบทเรียนของแพทย์ที่ไม่คุ้มค่าเนื่องจากจะทำให้ได้คุณภาพจริงเป็นเรื่องยาก หรือจากการที่เห็นว่าคุณภาพควรจะเน้นทางด้านจริยธรรมมากกว่า และใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมที่ออกให้เมื่อสอบผ่านสร้างความพึงพอใจให้แก่ประชาชนเพียงใด

- การต่อไปอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม ต้องมีเป้าหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคที่ชัดเจน และควรใช้วิธีการที่หลากหลาย ไม่ควรกำหนดให้เป็นเพียงแต่การสอบข้อเขียนหรือเข้ารับการอบรม (ซึ่งต้องมีวิธีการจัดการที่มีประสิทธิภาพ รับประกันว่าได้เข้าร่วมรับฟังวิชาการจริง) เท่านั้น เนื่องจากลักษณะความหลากหลายในการทำงานของทันตแพทย์ ทั้งงานบริการภาครัฐ ภาคเอกชน งานทางวิชาการ หรืองานวิจัย ดังนั้นควรใช้ความหลากหลายในการวัด เช่น การประเมินคุณภาพกับผู้บริโภค การนำไปเชื่อมโยงกับเรื่องการศึกษาต่อเนื่องที่มีหลากหลายรูปแบบ การสะสมคะแนนหรือสะสมกรณีผู้ป่วย รวมทั้ง เชื่อมโยงกับการประกันคุณภาพโดยผ่านระบบการประกันและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

1.2 การควบคุมดูแลมาตรฐานวิชาชีพ โดยบทบาทของสังคม ท้องถิ่น และประชาชนผู้รับบริการ

การควบคุมดูแลมาตรฐานวิชาชีพ โดยสังคม ท้องถิ่น ซึ่งดูแลในพื้นที่ได้ใกล้ชิดเป็นมาตรการสำคัญที่ต้องดำเนินการควบคู่กับการควบคุมแบบมาตรฐานส่วนกลาง เพราะว่าเป็นการประเมินที่มาจากผู้รับบริการอันเป็นมิติสำคัญที่สุดที่จะสะท้อนถึงคุณภาพ

รูปแบบของการควบคุมมาตรฐานโดยท้องถิ่นและประชาชน มีหลากหลาย ตั้งแต่การร่วมเป็นกรรมการในระดับต่างๆของภาคประชาชนในโครงสร้างของระบบสุขภาพที่กำลังปฏิรูป การประเมินผู้รับบริการในระบบประกันคุณภาพของสถานบริการ หรือการให้ประชาชนเข้าร่วมตรวจสอบองค์กรวิชาชีพ

การกำหนดการมีส่วนร่วมของประชาชนและท้องถิ่น ควรจะต้องพิจารณาโดยคำนึงถึง กระบวนการคัดเลือกให้ได้ตัวแทนที่สามารถมีส่วนร่วมได้ดี สัดส่วนที่เหมาะสม มีความหมาย น่าจะให้ความสำคัญที่จะเริ่มการบทบาทในหน่วยงานท้องถิ่นก่อนการเข้าไปร่วมในส่วนกลาง โดยอาจจะขยายไปถึงการร่วมกำหนดเป้าหมายหลักสูตรการผลิต การคัดเลือกผู้เรียน ตลอดจนถึงด้านราคาของบริการทันตกรรมด้วย

2. ความก้าวหน้าในวิชาชีพในระบบราชการ

ปัญหาความก้าวหน้าในวิชาชีพโดยเฉพาะในระบบราชการเป็นปัญหาสำคัญหนึ่งของทันตบุคลากรทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาล

ทันตแพทย์มักมีความจำกัดที่จะได้รับตำแหน่งที่สูงไปกว่าหัวหน้าฝ่าย ทั้งที่อาจมีคุณวุฒิและความสามารถที่จะก้าวหน้าได้มากกว่านั้น แต่ถูกจำกัดโดยกฎระเบียบและบรรทัดฐานของกระทรวงสาธารณสุขและวิชาชีพทางการแพทย์ การเพิกเฉยที่จะแก้ไขปรับปรุงข้อจำกัดในความก้าวหน้าของวิชาชีพอื่นนอกจากแพทย์จะไม่ส่งผลเสียต่อบุคลากรเหล่านี้เท่าไร แต่ยังคงส่งผลเสียสะท้อนไปถึงต่อประสิทธิภาพขององค์กรและประชาชนผู้รับบริการด้วย

ทัศนะของแพทย์ผู้บริหารระดับสูงหลายท่าน ชี้ตรงกันว่า ควรแยกความก้าวหน้าสายวิชาชีพ และอำนาจบริหารออกจากกัน นักวิชาชีพทุกวิชาชีพควรมีความก้าวหน้าทางสายวิชาการได้เท่าเทียมกันตามความสามารถและบทบาทหน้าที่ และเท่าเทียมกับผู้ที่จะก้าวหน้าในสายบริหารด้วย สำหรับงานบริหารควรเปิดกว้างสำหรับผู้ที่มีศักยภาพ ไม่ว่าจะอยู่ในวิชาชีพไหน หรือแม้แต่นักบริหารมืออาชีพที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก็ตาม

ในการทำงานเดียวกัน มีผู้เสนอให้พิจารณาการทำงานด้านบริหารทันตสาธารณสุขในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่น่าจะเปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่ได้เป็นทันตแพทย์เข้ามามีส่วนในการบริหารได้ และทันตแพทย์หรือผู้ที่จะเป็นหัวหน้าทีมสุขภาพช่องปากควรต้องมีความเชี่ยวชาญในด้านทันตสาธารณสุข

อย่างไรก็ตาม ระบบราชการเองก็มีแนวโน้มที่จะปรับตัวสู่การกระจายอำนาจที่มากขึ้นตามลำดับ และกฎเกณฑ์หรือมาตรฐานกลางจะลดน้อยลง เปิดโอกาสให้ผู้บริหารทุกระดับมีโอกาสที่จะบริหารงานบุคคลที่จะเชื่อมต่อสัมฤทธิ์ผลของหน่วยงานได้มากขึ้น โดยมีกลไกของภาคท้องถิ่นหรือชุมชนเข้าร่วมประเมิน

นอกจากเรื่องความก้าวหน้าทางราชการ หรือค่าตอบแทนแล้ว ความภาคภูมิใจ การยอมรับในวิชาชีพก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สร้างแรงจูงใจในวิชาชีพให้แก่ทันตบุคลากร

3. การศึกษาต่อเนื่อง

การศึกษาต่อเนื่องนอกจากเป็นการพัฒนาทันตบุคลากรโดยตรงแล้ว ยังเชื่อมโยงถึงควบคุมคุณภาพในการประกอบวิชาชีพของทันตบุคลากรอีกด้วย โดยจะสัมพันธ์กับการวางแผนเพื่อพัฒนาและจัดสัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทาง การศึกษาต่อเนื่องทั้งการอบรมระยะต่างๆ การศึกษาหลังปริญญาและวุฒิบัตร รวมถึงความเชื่อมโยงระหว่างการศึกษาต่อเนื่องกับการต่อใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ด้วย

3.1 การวางแผนเพื่อพัฒนาและจัดสัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไปและเฉพาะทาง (GP: Specialist ratio)

บทเรียนจากสัดส่วนที่ไม่สมดุลระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับแพทย์ทั่วไปในวงการแพทย์ กระตุ้นเตือนวงการทันตแพทย์ให้พิจารณาถึงความจำเป็นในการวางแผนเพื่อพัฒนาและจัดสัดส่วนทันตแพทย์ทั่วไปและเฉพาะทาง (GP/ Specialist) ในขณะที่จำนวนผู้เชี่ยวชาญยังมีอยู่จำกัด

สัดส่วนที่เหมาะสมควรจะให้ทันตแพทย์ (ที่ไม่ต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน) เป็นสัดส่วนใหญ่ของบุคลากรเพื่อให้บริการที่รอบด้านและทั่วถึงด้วยต้นทุนการผลิตที่ไม่สูง ผู้เชี่ยวชาญที่จำเป็นและมีสัดส่วนถัดมาน่าจะเป็นในสาขาทันตกรรมทั่วไป หรือสาขาที่เทียบเคียงได้กับ เวชศาสตร์ครอบครัวของทางการแพทย์ ที่สามารถปฏิบัติงานระดับสูงขึ้นได้รอบด้าน และสามารถบริหารและบริการงานในระดับปฐมภูมิได้อย่างดี

สำหรับ จำนวนสาขาผู้เชี่ยวชาญ ตามการออกอนุมติบัตรหรือหลักสูตรวุฒิปริญญาทันตแพทยศาสตร์ ควรจะมีจำนวนในสัดส่วนที่น้อยลงไปตามการวิเคราะห์ความจำเป็น และควรพิจารณาให้มีสาขาน้อยลง เช่นในบางประเทศจะมีสาขาไม่เกิน 5 สาขา เช่น สาขาทันตกรรมอนุรักษ์จะรวมสาขาวิทยาเอ็นโดดอนท์ ทันตกรรมหัตถการ ปริทันตวิทยา เป็นต้น เพื่อสามารถให้บริการได้รอบด้าน และในสถานบริการระดับทุติยภูมิขึ้นมาสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนขึ้นได้หลายด้าน โดยไม่ต้องมีจำนวนทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก

การจัดการเพื่อให้เกิดสัดส่วนดังกล่าว ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเพียงการกำกับการผลิตหรืออนุมัติผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น แต่ยังต้องรวมถึงการสร้างศักดิ์ศรี ค่าตอบแทน เป็นแรงจูงใจในการทำงานของทันตแพทย์ทั่วไปให้มากขึ้น เพื่อให้มีความก้าวหน้าและมีการพัฒนาวิชาการต่อเนื่อง โดยไม่จำเป็นต้องเป็นทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านกันมากเกินไปจนเกินความจำเป็น

รวมทั้งอาจใช้กระบวนการเพิ่มพูนความรู้ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน งานวิชาการ หรืองานบริการ เพื่อพัฒนางานได้ตามลำดับ จนสะสมสู่ความเป็นผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ต้องลาศึกษายาวนานนัก

3.2 แนวทางการศึกษาต่อเนื่อง

การศึกษาต่อเนื่องที่ต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ ต้องเปิดกว้างทั้งในระบบและนอกระบบการศึกษา ใช้วิธีการและเทคโนโลยีที่หลากหลาย ตัวอย่างเช่น การเผยแพร่ความรู้ผ่านทางอินเทอร์เน็ต

การพัฒนาบุคลากรและการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้หลังจบการศึกษา เป็นข้อเสนอหนึ่งที่มีการกล่าวถึง และเสนอถึงการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลเพื่อส่งข่าวสาร ให้คำปรึกษาเลือกเรื่องเพื่อที่จะร่วมอบรมที่จะได้นำไปใช้จริงได้ด้วย

โดยถ้าพิจารณาจากกิจกรรมพื้นฐานของการศึกษาต่อเนื่องของสภาวิชาชีพใกล้เคียง เช่น แพทยสภา อาจจำแนกกลุ่มกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องได้เป็น 4 ประเภทคือ

- กิจกรรมเผยแพร่องค์ความรู้ใหม่ หรือความรู้เดิมที่ได้ถูกทบทวนให้ทันสมัย
- กิจกรรมพัฒนาคุณภาพงานบริการการแพทย์
- การพัฒนาความรู้ด้วยตนเอง ทั้งการสอบ การวิจัย การศึกษาจากสื่อมาตรฐานต่างๆ
- กิจกรรมอื่นๆ นอกเหนือจากสามประเภทแรก ที่แสดงถึงการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านทันตบุคลากร

1. ระบบของทันตบุคลากรเกี่ยวข้องกับหลายฝ่าย หลายองค์กร ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่ควรมีการศึกษา และประสานงานทางยุทธศาสตร์การผลิต การใช้ร่วมกัน โดยอาจพึงโครงสร้างในระบบสุขภาพแห่งชาติ ได้เน้นถึงโครงสร้างของคณะกรรมการด้านกำลังคน ที่ประสานดูแลด้านบุคลากรอย่างรอบด้าน
2. คุณลักษณะของทันตบุคลากรไทยในอนาคต ควรประกอบด้วยการมีความรู้พื้นฐานทางทันตแพทยศาสตร์ที่ดี มีทักษะการประกอบวิชาชีพทันตกรรมซึ่งเป็นพื้นฐานของการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ นอกจากนั้นควรเร่งพัฒนาความรู้และทักษะในการส่งเสริมสุขภาพและเคลื่อนไหวกิจกรรม ทักษะด้านความคิด การวิจัยและเรียนรู้ตลอดชีวิต การทำงานร่วมกับคนอื่น การมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และมีความรู้พื้นฐานที่กว้างกว่าเพียงวิชาชีพเพื่อสามารถเข้าใจสภาพการณ์ความเปลี่ยนแปลงของโลก ในทางบุคลิกภาพควรเน้นให้มีความเป็นผู้นำและผู้ตามที่ดี มีความฉลาดทางอารมณ์และมีมนุษยสัมพันธ์ในการที่จะใช้ชีวิตอย่างมีความสุข รวมทั้งมีเจตคติด้านจริยธรรมและความรับผิดชอบต่อส่วนรวม

3. บทบาทหน้าที่ในการทำหน้าที่ของทันตบุคลากร โดยเฉพาะบทบาทหน้าที่ระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล ที่มีขอบเขตการทำงานมีการซ้อนทับกันสูง มีการทำงานที่มีลักษณะของการทำงานเป็นทีมต่ำ ซึ่งมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน และทันตแพทย์มีแนวโน้มจะให้บริการอย่างง่ายซึ่งเป็นอุปสงค์ส่วนใหญ่ จนมีการให้บริการที่ซับซ้อนน้อยกว่าที่ควร และทันตภิบาลประสบปัญหาด้านความก้าวหน้านั้น ควรมีการปรับปรุง โดเน้นการทำงานเป็นทีมทันตกรรม หรือทีมสุขภาพช่องปาก ที่มีทันตแพทย์เป็นหัวหน้าทีมทำหน้าที่ในการควบคุม การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม โดยมีบทบาทหลักในด้านการวางแผนและกำกับงานในระดับมหภาค การตรวจ วินิจฉัย การวางแผนการรักษาโดยรวม การควบคุมคุณภาพและการให้บริการระดับที่ซับซ้อน และมีทันตบุคลากร ข้างเคียงเป็นผู้ร่วมงาน มากกว่าการที่ควรจะออกกฎระเบียบขีดเส้นขอบเขตการบริการใหม่อย่างตายตัว และ/ หรือ เปิดโอกาสให้ทันตภิบาลให้บริการอิสระตามลำพัง แต่เปิดโอกาสให้ทีมสุขภาพช่องปากปรับบทบาทของ ทันตบุคลากรตามขอบเขตเดิมตามสถานการณ์ที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่และเวลา โดยใช้มาตรการทางการ บริหารจัดการเข้ามามีบทบาททิศทาง และควรจะได้รับ การสนับสนุนตั้งแต่ในกระบวนการผลิตบุคลากร ที่มีการ ฝึกอบรมในหลักสูตรที่ให้ทำงานร่วมกันเป็นทีม

4. การคัดเลือกผู้เข้าศึกษาเป็นทันตบุคลากรโดยเฉพาะในภาครัฐ ควรขยายการรับนักศึกษาจากท้องถิ่น โดยให้ ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกมากขึ้น โดยเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการคัดเลือกนักศึกษาจากท้องถิ่น การ สนับสนุนค่าใช้จ่ายการศึกษา การฝึกภาคปฏิบัติในระหว่างการศึกษา จนถึงการจัดงานเมื่อจบการศึกษา

5. แนวคิดในการจัดการศึกษาของทันตบุคลากรต้องปรับให้สมดุลย์ทั้งต่อการผลิตทันตบุคลากรเพื่อตอบสนองต่อ ปัญหา ความต้องการและบริบทของสังคม โดยกระบวนการศึกษาควรมีการพัฒนาเน้นในแนวทางการจัด หลักสูตรให้ผสมผสานวิทยาการด้านต่างๆโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community oriented) การใช้แนวคิดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง (patient -centered) การส่งเสริมกิจกรรมนอกหลักสูตร การจัดรูปแบบการเรียนรู้โดยการศึกษา ค้นคว้าวิจัย /การฝึกทักษะและกระบวนการคิด การฝึกทักษะการสื่อสาร กระบวนการปลูกฝังจริยธรรมใน การศึกษาแบบบูรณาการ และการประเมินผลการศึกษาที่รอบด้าน/การประกันคุณภาพการศึกษาให้มากขึ้น

6. การบริหารจัดการเพื่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการศึกษาควรทำทั้งด้วยการปรับนโยบายและพัฒนาบุคลากร ภายในองค์กร และตามด้วยการจัดการที่เอื้ออำนวยต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น การที่คณะทันตแพทยศาสตร์มี นโยบายเข้าร่วมกับระบบบริการสุขภาพของประเทศ การจัดโครงสร้างพื้นฐาน ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมในการ จัดการศึกษาที่เอื้อต่อการเรียนการสอนในรูปแบบใหม่ และการสร้างหลักสูตรร่วมท้องถิ่น ประชาชน

7. ในด้านการจัดสรร และกระจายทันตบุคลากรนั้น ระบบการจัดสรรทันตแพทย์จากส่วนกลางหรือทันตแพทย์ คู่สัญญา ยังนับเป็นเรื่องที่จำเป็น รูปแบบการจัดสรรและการกระจายมีแนวโน้มที่จะใช้เป้าหมายของงานในพื้นที่ มากำหนด มากกว่าจะใช้กรอบอัตราค่าจ้างของราชการในรูปแบบเดิม และแนวคิดของทีมสุขภาพช่องปาก ข้างต้น น่าจะถูกใช้เป็นบรรทัดฐานของการกำหนดประเภทและจำนวนทันตบุคลากรในแต่ละหน่วย โดยควรเพิ่ม

อัตราผลิตของทันตภิบาล ควรมีการดึงทันตบุคลากรภาคเอกชนให้เข้ามาร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรการของการจัดสรรทันตบุคลากรที่ดำเนินควบคู่ไปตั้งแต่การคัดเลือกบุคลากรเข้ารับการศึกษา ในแนวโน้มที่ให้ภาคท้องถิ่นมีส่วนร่วม ประกอบเข้ากับมาตรการจูงใจและสนับสนุนให้ทันตบุคลากรไปอยู่ในพื้นที่ที่มีความจำเป็นได้อย่างพอใจ

8. การพัฒนาและควบคุมคุณภาพทันตบุคลากร ใช้หลายวิธีการประกอบกัน ทั้งการประกันคุณภาพและการศึกษาต่อเนื่อง การฝึกอบรม และการสร้างความก้าวหน้าและแรงจูงใจในวิชาชีพ

9. การประกันคุณภาพผู้ประกอบการวิชาชีพผ่านทางมาตรฐานกลางของวิชาชีพทันตแพทย์ ประกอบด้วยมาตรฐานระดับหน่วยงานหรือสถานบริการ เช่น ระบบ HA และในระดับบุคคลผ่านทางจัดการศึกษาต่อเนื่อง การสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม การต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม หรือการที่สภาวิชาชีพร่วมมือกับสถาบันการศึกษา และประชาชนในการควบคุมการผลิตทันตบุคลากร

10. การสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม ซึ่งจะเผชิญกับความยุ่งยากพื้นฐานในการออกข้อสอบกลางที่แสดงภาพรวมของผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาให้ได้ชัดเจน และได้รับการยอมรับจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ควรเลือกใช้เมื่อการผลิตทันตแพทย์ดำเนินโดยสถาบันการศึกษาจำนวนมากและหลากหลายสถานะ จนไม่อาจควบคุมคุณภาพโดยมาตรการกำกับทางการศึกษาแล้วเท่านั้น

11. การต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรม เป็นหลักการประกันคุณภาพทันตแพทย์รายบุคคลที่ได้รับการยอมรับหลักการว่าน่าจะเป็นเรื่องจำเป็น แต่จะมีประเด็นที่ต้องตอบคำถามจากสังคมและวิชาชีพให้ชัด ถึงความสามารถในการประเมินเพื่อต่อใบอนุญาตที่ได้คุณภาพจริง มีความคุ้มค่า และสอดคล้องหรือไม่ขัดแย้งกับพึงพอใจในบริการของประชาชน และควรมีเป้าหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคที่ชัดเจน และควรใช้วิธีการของการประเมินผลจากการศึกษาต่อเนื่องที่หลากหลาย ไม่ควรกำหนดให้เป็นเพียงแต่การสอบข้อเขียนหรือเข้ารับการอบรม ควรใช้ความหลากหลายในการวัด

12. การควบคุมดูแลมาตรฐานวิชาชีพ โดยบทบาทของสังคม ท้องถิ่น และประชาชนผู้รับบริการเป็นอีกมาตรการหนึ่งที่สำคัญที่ต้องทำควบคู่ไป โดยอาจทำได้หลากหลาย ตั้งแต่การร่วมเป็นกรรมการในระดับต่างๆ ในโครงสร้างของระบบสุขภาพ การประเมินผู้รับบริการในระบบประกันคุณภาพของสถานบริการ หรือการให้ประชาชนเข้าร่วมตรวจสอบองค์กรวิชาชีพ การร่วมกำหนดเป้าหมายหลักสูตรการผลิต การคัดเลือกผู้เรียน ตลอดจนถึงด้านราคาของบริการทันตกรรมด้วย

13. ความก้าวหน้าในวิชาชีพในระบบราชการควรแยกความก้าวหน้าสายวิชาชีพ และอำนาจบริหารออกจากกัน นักวิชาชีพทุกวิชาชีพควรมีความก้าวหน้าทางสายวิชาการได้เท่าเทียมกันตามความสามารถและบทบาทหน้าที่

และเท่าเทียมกับผู้ที่กำลังก้าวหน้าในสายบริหาร สำหรับงานบริหารควรเปิดกว้างสำหรับผู้ที่มีศักยภาพ ไม่ว่าจะอยู่ในวิชาชีพไหน หรือแม้แต่กับบริหารมืออาชีพที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขก็ตาม

14. การวางแผนเพื่อพัฒนาและจัดสรรส่วนทันตแพทย์ทั่วไปและเฉพาะทาง ควรจะมีการควบคุมจำนวนในสัดส่วนที่มากจากการวิเคราะห์ความจำเป็น และควรพิจารณาให้มีสาขาน้อยลง เพื่อผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถให้บริการได้รอบด้านมากขึ้น รวมทั้งการสร้างศักดิ์ศรี ค่าตอบแทน เป็นแรงจูงใจในการทำงานของทันตแพทย์ทั่วไปให้มากขึ้น และอาจใช้กระบวนการเพิ่มพูนความรู้ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน งานวิชาการ หรืองานบริการเพื่อพัฒนางานจนเป็นผู้เชี่ยวชาญอย่างรอบด้าน (ผู้เชี่ยวชาญสาขาทันตกรรมทั่วไปหรือทันตกรรมครอบคร้ว) ได้ตามลำดับ

เอกสารอ้างอิง

- กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **มาตรฐานกำหนดตำแหน่งสำหรับที่เกี่ยวข้อง**
คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง “ทันตแพทย์”: ตามที่คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) ได้กำหนดไว้
 เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2518, กระทรวงสาธารณสุข, 2518.
- กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **มาตรฐานกำหนดตำแหน่งสำหรับที่เกี่ยวข้อง**
คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง “ทันตภิบาล”: ตามที่คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) ได้กำหนดไว้
 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2526. กระทรวงสาธารณสุข, 2526.
- กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **มาตรฐานกำหนดตำแหน่งสำหรับที่เกี่ยวข้อง**
คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง “ผู้ช่วยทันตแพทย์” :ตามที่คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) ได้
 กำหนดไว้เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2521. กระทรวงสาธารณสุข, 2521.
- กองการเจ้าหน้าที่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **มาตรฐานกำหนดตำแหน่งสำหรับที่เกี่ยวข้อง**
คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่ง “ช่างทันตกรรม” : ตามที่คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) ได้
 กำหนดไว้เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2527. กระทรวงสาธารณสุข, 2527.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ.**
2527. กระทรวงสาธารณสุข, 2528.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.**
2532. กระทรวงสาธารณสุข, 2534.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **ผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.**
2537: กระทรวงสาธารณสุข, 2538.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี**
2544. กระทรวงสาธารณสุข, 2545.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5**
พ.ศ. 2543-2544. กระทรวงสาธารณสุข, 2544. (เอกสารอัดสำเนา)
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **การพัฒนาทันตบุคลากรกับการปฏิรูประบบสุขภาพ**
 สรุปผลการประชุมระดมความคิด 27-28 กันยายน พ.ศ. 2544. นนทบุรีพาเลซ.: กระทรวงสาธารณสุข,
 2544. (เอกสารอัดสำเนา)
- เกสร อังคฺสิงห์. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนใน**
เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) บัณฑิต
 วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- กมลรัตน์ สาลี และคณะ. **ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการทางทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมรวม คณะ**
ทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. รายงานการค้นคว้าอิสระประกอบวิชาปฏิบัติการทันตสุข
 ศึกษา หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2539.

คณะกรรมการชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาทางเลือกของรูปแบบระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอในอนาคต.

รายงานการศึกษาวิจัย : เรื่องทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์, 2542.

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. **การทบทวนปรับปรุงหลักสูตรสาขาวิชาทันตกรรมชุมชน,** การประชุมเชิงปฏิบัติการคณะทันตแพทยศาสตร์ สาขาวิชาทันตกรรมชุมชน ครั้งที่2, 7-10 เมษายน 2530. เชียงใหม่ : 2530.

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. **ปัจจุบันและอนาคตของหลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต.** รายงานการประชุมสัมมนาสมาชิกผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์ แห่งประเทศไทย 9-10 กรกฎาคม 2530 .เชียงใหม่. 2530.

คณะทำงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาลกระทรวงสาธารณสุข.

ข้อเสนอการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาลในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน.

วารสารวิชาการสาธารณสุข. 10(2); 2544: 194-202.

คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **ข้อเสนอระบบ**

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ:กระทรวงสาธารณสุข, 2544.

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. **รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป (เล่ม1) สรุปเนื้อหาสำคัญโครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป.** พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2542ก.

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. **รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป (เล่ม2) รูปแบบและขบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปบริการปฐมภูมิในเขตเมืองและเขตชนบทในพื้นที่ต่างๆ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2542ข.

เครือข่ายทันตกรรมชุมชนศึกษา. **รายงานการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการเรียนการสอน สาขาวิชาทันตกรรมชุมชน 8 สถาบัน 9-11 เมษายน 2544,** คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2544.

เจมส์ แอล เครตัน. **คู่มือการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจของชุมชน.** วันชัย วัฒนศัพท์ (แปล): ศูนย์สันติวิธีเพื่อพัฒนาประชาธิปไตย, สถาบันพระปกเกล้า ; กรุงเทพฯ , 2543.

จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ดาวเรือง แก้วขันตี, บุญเอื้อ ยงวานิชกร, ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ. **สถานการณ์ การจัดการบริการทันตสาธารณสุข โดยทันตภิบาลในสถานีนามัย พ.ศ. 2540-2541.** วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2544.

จันทนา อึ้งชูศักดิ์. **แนวโน้มของปัญหาทันตสาธารณสุขของประเทศไทย.** เอกสารประกอบการบรรยาย สำหรับนิสิตทันตแพทย์ คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2543.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. **สถานะสุขภาพคนไทย.** พิมพ์ครั้งแรก. กรุงเทพฯ: อุษากการพิมพ์, 2543.

จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์. **ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์ จำกัด, 2543.

เฉลิมพงษ์ ชิตไธสง. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทันตกรรม.** เชียงใหม่ทันตสาร. 2531; 9(1): 31-36.

- ชมรมทันตภิบาล. **รูปแบบการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ** สรุปผลการประชุมชมรมทันตภิบาล 26-27 กันยายน พ.ศ. 2545. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544. (เอกสารอัดสำเนา)
- ชาญชัย ให้สงวน. **โครงการวิจัยการศึกษาระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทย พ.ศ. 2543.** คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ข้อมูลเบื้องต้น).
- ชาญชัย ให้สงวน, โสภิตา ทวีถาวรสวัสดิ์ และสุนธรา อิศรวิริยะกุล. **การใช้บริการทันตกรรมของผู้ประกันตนภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม.** ว.ทันต. 2544; 51(4): 264-270.
- ดาวเรือง แก้วขันตี และคณะ. **การศึกษาเชิงลึกสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน: กรณีศึกษาอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง.** ว.ทันตสาธารณสุข. 2543; 5(1-2): 53-64.
- ทบวงมหาวิทยาลัย, กระทรวงสาธารณสุข, ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. **รายงานการประชุมทันตแพทยศาสตร์ศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 1 วันที่ 25-26 สิงหาคม 2537.** กรุงเทพฯ : ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ; 2537.
- ทวีศักดิ์ สุททกวาทิน. **การพัฒนากำลังคนด้านทันตสาธารณสุข 46 ปีแห่งการแสวงหาคำตอบ .** วารสารทันต'ภูธร ชมรมทันตสาธารณสุขภูธร ปีที่8 ฉบับที่ 2, 2529: 18 - 23. 2529.
- ทิพาพร สุโสมิต, สมกมล พิจารณา. **พัฒนาการและสถานการณ์ของการพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพในระดับอำเภอ.** วารสารทันตสาธารณสุข ปีที่6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2544.
- ทันตแพทยสภา, ทันตแพทยสมาคมและองค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. **ข้อเสนอประกอบการดำเนินงานนำร่องในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลใน พท.2544,** สิงหาคม 2544 (เอกสารอัดสำเนา)
- ทันตแพทยสภา. **เอกสารประกอบการพิจารณาเรื่องจรรยาบรรณ.** ในการประชุมทันตแพทยสภา เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2544. (เอกสารอัดสำเนา)
- ทัศน์า บุญทอง. **ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต.** กรุงเทพฯ : ศิริยอดการพิมพ์, 2542.
- ธวัช ลีลาเลิศอำไพ และคณะ. **ถ้าโลกนี้ไม่มีทันตแพทย์.** รายงานการค้นคว้าอิสระประกอบวิชาทันตกรรมชุมชนเบื้องต้น หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
- บุญเอื้อ ขงวานิชกร, ดาวเรือง แก้วขันตี, วราภรณ์ จิระพงษา, ศุสดี จันทร์บาง. **สถานการณ์ การดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้บริการทันตกรรมของประชาชน.** วารสารทันตสาธารณสุข ปีที่6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2544.
- เบญจวรรณ ขามวงศ์ และคณะ. **องค์ประกอบที่มีผลต่อการตัดสินใจในการรับบริการทันตกรรมจากทันตบุคลากร.** รายงานการค้นคว้าอิสระประกอบวิชาทันตกรรมชุมชนเบื้องต้น หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
- ปิยะดา ประเสริฐสม. **ฟลูออไรด์กับการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก.** เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการส่งเสริมทันตสุขภาพให้กับประชาชนไทย, 3-4 ตุลาคม 2544 ณ ศูนย์อบรมงานอภิบาลบ้านผู้หว่าน อ.สามพราน จ.นครปฐม. (เอกสารอัดสำเนา)

- ปิยะดา ประเสริฐสม, ศรีสุดา ลีละศิธร, วราภรณ์ จิระพงษา. **สถานะปริทัศน์ของประชาชนไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่าง พ.ศ. 2526-2540**. วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2544.
- ปิยะนถ มหาโพธิ์ และคณะ. **ทัศนคติของผู้มารับบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลศรีนครินทร์**. รายงานการค้นคว้าอิสระประกอบวิชาปฏิบัติการทันตศึกษา หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2539.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, สุชาดา ตั้งทางธรรม (บก). **ภาคีเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541.
- ประภส พิบุญย์โรจน์ ชาญชัย ไห้สงวน และวราภรณ์ เวชวิช. **สถานภาพในช่องปากกับความรู้สึกเป็นสุขในผู้สูงอายุไทย**. ว.ทันต. จุฬา. 2541; 21(3): 167-176.
- ประทีป พันธุมวนิช และคณะ. **บริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย: การคาดการณ์อนาคต**. ว. ทันตสาธารณสุข. 2541; 3(2): 64- 72.
- ประเวศ วะสี. **บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ : อกวิวัฒน์ชีวิตและสังคม**, สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2541.
- ประเวศ วะสี. **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ พิมพ์ดี , 2543.
- ประเวศ วะสี. **สู่การปฏิรูประบบสุขภาพ : สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ; 2543.
- ประสงค์ ตูจินดา. **Perspective in Family Medicine** การประชุมวิชาการเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว ครั้งที่ 27. สมปอง ธนไพศาลกิจ , อาริยา เลิศชวนะกุล และสุจินตนา แสงสายัณห์. บรรณาธิการ กรุงเทพฯ: หจก. วิชี เซอร์วิสเซนเตอร์, 2541: 1-12.
- หลักสูตร กงทวิเลิศ. **ใคร-ทำอะไร-มากแค่ไหน ในปี 2541**. ข่าวสารทันตธุรกิจ 2542;9(1):3-6.
- ปรีศรี ศิลปสร และคณะ. **ความต้องการทันตแพทย์ในชุมชน**. รายงานการค้นคว้าอิสระประกอบวิชาทันตกรรมชุมชนเบื้องต้น หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
- ปรีดา แด่อารักษ์และคณะ. **การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ** วารสารวิชาการสาธารณสุข. 10(4), 2544: 664-671.
- พิศักดิ์ องค์กริมงคล (บก). **ข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการทันตสุขภาพไทยในทศวรรษหน้า**. ทันตแพทยสภา, โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
- เพ็ชรา เตชะกัมพูช และคณะ. **แนวโน้มความต้องการการบำบัดรักษาทางทันตกรรมของผู้ป่วยสูงอายุไทย: 2533-2537**. ว.ทันต. จุฬา. 2542; 22: 61-67.
- เพ็ญแข ลากยั้ง. **การใช้บริการสุขภาพช่องปาก**. ว. ทันตสาธารณสุข. 2542; 4(1): 52-62.
- พัชรลักษณ์ เกื่อนนาคี, สุปรีดา อุดุลยานนท์. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน: กรณีศึกษาตำบลมะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น**. ว.ทันต. ขอนแก่น. 2542 ก ; 2(2): 46-57.
- พัชรลักษณ์ เกื่อนนาคี, สุปรีดา อุดุลยานนท์. **การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน: กรณีศึกษาตำบลมะนาว อำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น**. ว.ทันต. ขอนแก่น. 2542 ข ; 2(1): 28-38.
- ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. **การศึกษาทันตแพทยศาสตร์ในศตวรรษใหม่**. เชียงใหม่. โรงพิมพ์นันทพันธ์; 2543.

- แมควินเนอร์, แลน อาร์. การให้บริการปฐมภูมิ : คุณค่าหลักในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลง. แปลและเรียบเรียงโดย
ขยuth พงษ์สุภาพ และเพ็ญหทัย อินกัน. จดหมายข่าวการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ. 3(3);
2543:11.
- มัลลิกา ตัณฑุเวศม์ และคณะ. การใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย. ว. ทันตสาธารณสุข.
2541; 3(1): 20-28.
- ยุพิน ส่งไพศาล และคณะ. ประเภทและบทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรในประเทศไทย เอกสารประกอบการ
สัมมนาวิชาการของทันตแพทยสภา เรื่อง “สิทธิเสมอภาคของประชาชนในการรับบริการสุขภาพช่องปาก”
4-6 มีนาคม 2541.
- รัชนิชา กัททะสุด และคณะ. ทศนคติเกี่ยวกับการให้บริการทางทันตกรรมของผู้มารับบริการทางทันตกรรมที่คลินิก
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. รายงานการวิจัยทางทันตกรรม หลักสูตรทันต
แพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2539.
- ฤดี สุราฤทธิ์. อาหารกับการเกิดโรคฟันผุ. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการสร้างเครือข่ายความ
ร่วมมือในการส่งเสริมทันตสุขภาพให้กับประชาชนไทย, 3-4 ตุลาคม 2544 ณ ศูนย์อบรมงานอภิบาล
บ้านผู้หว่าน อ.สามพราน จ.นครปฐม. (เอกสารอัดสำเนา)
- ลดาวรรณ ขุนลชิต และคณะ. ทศนคติในการเข้ารับบริการทางทันตกรรมในคลินิกเอกชนของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยขอนแก่นผู้เคยเข้ารับบริการทันตกรรมในคลินิกเอกชน. รายงานการค้นคว้าอิสระประกอบ
วิชาปฏิบัติการทันตสุขศึกษา หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2539.
- ลักขณา เดิมศิริกุลชัย, สุชาดา ตั้งทางธรรม, ผู้สวดธรรมใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ. สำนักงานโครงการปฏิรูปร
บบบริการสุขภาพไทย, 2541.
- วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. ผู้การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัทดีไซร์ จำกัด, 2543.
- วัฒนะ คีรุตถพรเจริญ. ทำไมต้องเป็นเวชศาสตร์ครอบครัว? วารสารศูนย์บริการวิชาการ. 9(3);
2544:13-17.
- วรวิทย์ ขจรรัตนวิชัย. ทันตแพทย์ที่สังคมต้องการ: มองผ่านสายตานักศึกษาทันตแพทย์น้องใหม่. ข่าวสารทันต
ภูธร. 2544; 1(1): 2-3.
- วรนุช พร้อมนาวัน. พฤติกรรมการรับบริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยที่มาถอนฟันที่โรงพยาบาลศูนย์และ
โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. ว.ทันต.จุฬา. 2542; 22: 23-30.
- วรพันธ์ ลิ้มสินระโรภาส. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการทันตกรรมในคลินิกทันตกรรมนอก
เวลาราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พิษณุโลก, 2537.
- ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ, สุณี ผลศิเชียม, เพ็ญแข ลาภอิ่ง, แพร จิตดินันท์, พินทุสร เหมพิสุทธิ. พัฒนาการและ
แนวโน้มของระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ. วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่6 ฉบับที่ 2
กรกฎาคม-ธันวาคม 2544.
- ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. หวงไข่-ผลไข่-ดูไข่: ความห่วงใยทางข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ ๖
จังหวัดนำร่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 10(2); 2544: 205-214.

ศรีสุดา ลีละสิริ, ปิยะดา ประเสริฐสม, อังสนา ฤทธิอยู่, ขนิษฐ รัตนรังสิมา. **สภาวะโรคฟันผุของประชาชนไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่าง พ.ศ.2526-2540**. วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่6 ฉบับที่ 2 , 2544.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. **ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย**. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย, 2541.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. **หลักประกันทางด้านสุขภาพกับระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต**. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 3(3); 2538: 134-145.

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. **การพัฒนานโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ**. เอกสารประกอบการประชุมระดมสมอง . กรุงเทพฯ : 2544.

สถาบันพระบรมราชชนก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข. **ทางเลือกเชิงนโยบายในการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพในสองทศวรรษข้างหน้า**. รายงานผลการศึกษาวิจัย กรุงเทพฯ : 2540.

สมนึก ชาญด้วยกิจ, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สุณี ผลเยี่ยม, ปราณี เหลืองวรา. **สถานการณ์ การจัดการทันตสุขภาพในระดับอำเภอของประเทศไทย**. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 6 (2) ,2544.

สุณี ผลเยี่ยม. **การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรับบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์**. เอกสารสรุปการประชุมเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรับบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ วันที่ 25 กรกฎาคม 2544 ณ สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี. (อัคราณา)

สุณี ผลเยี่ยม และคณะ (บก) **ระบบบริการสุขภาพช่องปาก: บทเรียนจากต่างประเทศเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในประเทศไทย**, สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย 2544.

สุณี วงศ์คงคาเทพ, เมธยา วงศ์สัจฉิวนิช, ชาญชัย พรทองประเสริฐ, ภรทริธา แก้วปัญหา, สุริย์ ศรีดี, สุณา บำรุงสวัสดิ์. **การประเมินผลการปฏิบัติงานของทันตภิบาลในสถานอนามัยขนาดใหญ่ จังหวัดลพบุรี ปี 2539**. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี, 2540.

สุณี วงศ์คงคาเทพ, ศรีสุดา ลีละสิริ. **สภาพและแนวโน้มปัญหาทันตสาธารณสุขในประเทศไทย**. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการส่งเสริมทันตสุขภาพให้กับประชาชนไทย, 3-4 ตุลาคม 2544 ณ ศูนย์อบรมงานอภิบาลบ้านผู้หว่าน อ.สามพราน จ.นครปฐม. (เอกสารอัคราณา)

สุปรีดา อุดมยานนท์, ปิยะฉัตร พัทธานนท์. **การพัฒนาทันตบุคลากรเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ**. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการส่งเสริมทันตสุขภาพให้กับประชาชนไทย, 3-4 ตุลาคม 2544 ณ ศูนย์อบรมงานอภิบาลบ้านผู้หว่าน อ.สามพราน จ.นครปฐม. (เอกสารอัคราณา)

สุพัตรา ศรีวิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา, ประภาพรรณ คำคม. **ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย : สถานการณ์และข้อเสนอต่อการพัฒนา**, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539.

สุพัตรา ศรีวิชชากร. **พัฒนาการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศต่างๆ**. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 3(2); 2538: 88-98.

- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. **สถานการณ์ของบริการสาธารณสุขระดับต้น/บริการด้านแรก.** วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 4(4); 2539: 281-291.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. **อะไรคือ เวชปฏิบัติครอบครัวยุคใหม่ ระบบบริการปฐมภูมิ และบริการด้านแรก.** เวชปฏิบัติครอบครัวยุคใหม่ บริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ทศนีย์ สุรกิจโกศล.(บก.) นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ทิพาพร สุโมะมิตร, สุวัฒน์ กิตติดิลกุล. **ทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์; 2542.
- สุวัฒน์ กิตติดิลกุล, นิชากร ศิริกันทวิไล. **การวิเคราะห์ผลกระทบจากปัจจัยภายนอกต่อระบบบริการทันตสาธารณสุขระดับอำเภอในอนาคต.** วิทยาสารทันตสาธารณสุข 6 (2), 2544.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. (ร่าง) **กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ.** วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 6(1); 2544: 59-75.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. **จุดประกายปฏิรูประบบสุขภาพ : ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ.** กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543.
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ **สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ?** พิมพ์ครั้งที่ 2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
- สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการดำเนินงานประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้ปฏิบัติงาน,** 2544. (เอกสารอัดสำเนา).
- สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **อนาคตสถานีนานามัยไทย,** การศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนานามัย พ.ศ.2539. กรุงเทพฯ : องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. **ระบบประกันสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ.** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544. 189-193.
- องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. **แนวทางการพัฒนาการศึกษาของทันตแพทย์ในทศวรรษหน้า: ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ; 2534**
- องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. **รายงานการสัมมนาทางวิชาการสมาชิกผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ปี 2535:บทบาทของคณะทันตแพทยศาสตร์ ในการส่งเสริมและพัฒนากระบวนทันตแพทย์ผู้ทำสัญญา.** ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ; 2536.
- อรนุช บุญรังสิมันต์, ศันสนีย์ ธนิกิจการ. **ทัศนคติของประชากรที่มีต่อการบริการทันตกรรมโรงพยาบาลระยอง.** ว.ทันต. จุฬา. 2538; 18(1): 55-61.
- อุทัยวรรณ กาญจนกมล **กรอบความคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่.** เอกสารประกอบการบรรยาย. ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.
- อุไรวรรณ อมรไชย. **สิทธิผู้ป่วยในการรักษาทันตกรรม: หลักการ, สถานการณ์ และข้อเสนอแนวปฏิบัติ.** เอกสารประกอบการประชุมวิชาการตลาดนัดปฏิรูป(ระบบ)สุขภาพ เรื่อง ปฏิรูประบบสุขภาพ ประชาชนจะได้ประโยชน์จากทันตแพทย์ 4 กันยายน 2544 ณ ศูนย์ประชุมและแสดงนิทรรศการอิมแพค เมืองทองธานี นนทบุรี.

- อัมมาร สยามวาลา. **หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: เป้าหมายเชิงนโยบาย.** วารสารวิชาการสาธารณสุข. 10(2); 2544:
- องค์กรผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. **การทันตแพทย์ไทยในทศวรรษหน้า.** รายงานการสัมมนาวิชาการสมาชิกผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ปี 2533. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ. 2534.
- อัศวเมธา สุขพาสันติ และคณะ. **ทัศนคติเกี่ยวกับการให้บริการทางทันตกรรมของผู้มารับบริการที่คลินิกทันตกรรมพิเศษของคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.** รายงานการค้นคว้าอิสระประกอบวิชาปฏิบัติการทันตสุขศึกษา หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.
- อัษฎา ประเดิมดี และคณะ. **ความคิดเห็นของผู้ป่วยที่มารับบริการทางทันตกรรมของฝ่ายทันตกรรมโรงพยาบาลศรีนครินทร์.** รายงานการค้นคว้าอิสระประกอบวิชาปฏิบัติการทันตสุขศึกษา หลักสูตรทันตแพทยศาสตรบัณฑิต คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.
- Adulyanon S., Vourapukjaru J., Sheiham A. **Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population.** Community Dent Oral Epidemiol. 1996; 24: 385-9.
- American Association of Dental School. **Competencies for the New Dentist.** J Dent Educ. 1997; 61 (7): 556-8.
- Baltutis L, Morgan M. The changing role of dental auxiliaries: A literature review. Australian Dental Journal 1998, 43 (5): 354-8.
- Barnes DE., Tala H. **Health manpower out of balance: conflicts and prospects for oral health.** In Bankowski Z, Meja A. (eds) Health manpower out of balance- conflicts and prospects. Geneva: CIOMS, 1987: 158-67.
- Baum BJ. **The Dental curriculum: What should be new in 21st century?.** J Public Health Dent; 1996. 56(5): 286-90.
- Boelen C. **Medical education reform: the need for global action.** Academic medicine, 1992, 11: 745-9.
- Eungpoonsawat W. and Petersen PE. **Oral health care delivery models for schoolchildren in southern Thailand- A health systems analysis approach.** Dissertation, Copenhagen: the University of Copenhagen, 2001.
- Graber, D.R., O'Neil, E.H., Bellack, J.P., Musham, C. and Javed, T. **Academic deans' perception of current and ideal curriculum emphases.** J Dent Educ. 1998. 62 (11):911-8.
- Hosanguan C. Kiertiburanakul K. and Promasa B. **Patient satisfaction with dental services at hospitals in Bangkok.** J. Dent Res. 1998; 77(5): 1354.
- Inman C, Katz J. **Developing effective communication.** In Katz, J. and Peberdy, A. (eds) Promoting Health: Knowledge and Practice. Macmillan. 1997 pp. 116-132.

- Jones, L. **Building competence in health promotion.** In Katz, J. and Peberdy, A. (eds) *Promoting Health: Knowledge and Practice.* , Macmillan. 1997. pp. 102-114.
- Katz J. **What counts as evidence in health information?** In Katz J. Peberdy A. (eds) *Promoting health: Knowledge and practice.* MacMillan and The Open University, London, 1997, pp.191-213.
- Linz AM. **Step in the right direction. A private practitioner's perspective.** NY State Dent J 1995; 61: 45-8.
- Mason D. **The changing role of the dentist.** Br Dent J 1994; 176: 160-1.
- Nuffield Foundation. **Education aand training of personnel auxiliary to dentistry.** London: Nuffield Foundation, 1993.
- Pike D. **Our place in primary care.** Editorial. Br Dent J 1994; 176: 160-1.
- Punyasingh K, Udompanich S, Lexomboon D. **Baseline Projection of Requirements for Dental Health Manpower in Thailand .** Human Resources for Health Development Journal Vol.1 No.1 May - August, 1997.
- Renson CE. **A national strategy for oral health?** Dent Update 1993; 20:413-4.
- Sheiham A , **Future sterategies for oral health care.** Proceeding of the International Meeting to Commemorate the 18th Anniversary of Dental Faculty, Khon Kaen University, 1997.
- Sheiham, A. . **The role of the dental team in promoting dental health and general health through oral health.** Int Dent J. 1992 42 (4): 223-8.
- Sheiham, A. Watt, RG. **The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health.** Com Dent Oral Epid. 2000; 28: 399-406.
- Slavkin, H.C. **Clinical Dentistry in the 21st century.** Compend Contin Educ Dent. Mar; 1997. 18 (3): 212-6, 218.
- Somsak Chunharas, Choochai Supawongse, Supakorn Buasai and Udom Thumakosit. **Decentralization and health systems : A review on the experience of Thailand.** Bangkok : Health Systems Research Institute, 1996.
- Srisilapanan P. and Sheilham A. **The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand.** Gerodontology. 2001. (Submitted)
- Udompanich S. **System Dynamics Model in Estimating Manpower Needs in Dental Public Health.** Human Resources for Health Development Journal (HRDJ) Vol.1 No.1 May - August, 1997.
- Van Palenstein Helderma W, Mikx F, Begum A, Adyatmaka A. Bajracharya M. Kikwilu E., Rugarabamu P. **Integrating oral health into primary health care-experiences in Bangladesh, Indonesia, Nepal and Tanzania.** Int Dent J. 1999; 49 (4):240-8.

Vatanasapt V., Martin N., Sriplung H., et al., **Cancer in Thailand 1988-1991** (IARC Technical Report No 16).

IARC, Lyon, 1993: 59.

World Health Organization. **Ottawa charter for health promotion.**

International conference on health promotion, Canada, 1986.

World Health Organization. **The Fifth Global Conference on Health Promotion;** Health Promotion: Bridging the Equity Gap. 5-9 June 2000, Mexico City , Mexico. Conference Report, 2000.

World Health Organization. **Increasing the relevance of education for health professionals.** Geneva, 1993.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ทัศนะและข้อมูลในการศึกษาเชิงคุณภาพ

1. ทพ. คณิศร พากเพียร วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น
2. รศ. ดร. จิรศักดิ์ นพคุณ อุปนายกทันตแพทยสมาคมที่ 1 / รองอธิการบดี
ฝ่ายวิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผศ. ทพญ. เจนจิรา ธีรวัฒน์ นักวิชาการแพทยศาสตร์ศึกษา
คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. รศ. ดร. ไชยยันต์ รัชชกุล คณบดีคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
5. ศ. ดร. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ นักวิชาการอิสระด้านสังคมศาสตร์การแพทย์
6. คุณนิวัฒน์ สุวรรณพัฒนา เครือข่าย AIDS Net ภาคเหนือ
7. คุณบุญรอด สิงห์วัฒนาศิริ ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาระบบบริหารบุคคลภาครัฐ
สำนักนายกรัฐมนตรี
8. ทพ. ปิยะพงศ์ วัฒนวิทย์ นายกทันตแพทยสภา
9. รศ. ทพ. ประทีป พันธุมวนิช คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
10. ศ. นพ. ประเวศ วะสี ราษฎรอาวุโส
11. ศ. (พิเศษ) ทพ. พิศาล เทพสิทธิ นายกทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย
12. ทพ. พิศักดิ์ องค์ศิริมงคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

13. รศ. ดร. ไพฑูรย์ สินลารัตน์ คณบดีคณะศึกษาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
14. นพ. พลเดช ปิ่นประทีป สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
15. ผศ. ดร. ลือชัย ศรีเงินยวง โครงการจัดตั้งภาควิชาสังคมศาสตร์การแพทย์
คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยมหิดล
16. ทพ. ศุภผล เอี่ยมเมธาวี ทันตแพทย์เอกชน
แกนนำเครือข่ายทันตแพทย์ เพื่อพัฒนาวิชาชีพ
17. รศ. ทพ. สุรสิทธิ์ เกียรติพงษ์สาร คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
18. นพ. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ ผู้อำนวยการสถาบันพระบรมราชชนก
19. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
20. ทพ. สมนึก ชาญต์วัยกิจ อุปนายกทันตแพทย์สมาคมที่ 2 / ผู้อำนวยการ
กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
21. คุณสมพันธ์ เตชะอธิก สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น
22. ศ. ทพ. สมศักดิ์ จักรไพวงศ์ รองปลัดทบวงมหาวิทยาลัย/ อดีตคณบดี
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
23. ทพ. อุทัยวรรณ กาญจนกามล นักวิชาการอิสระด้านประชาคม เชียงใหม่
24. คุณเอกชัย อนุพันธ์ ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพอง
อ. น้ำพอง ขอนแก่น
25. นพ. อำพล จินดาวัฒนะ ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพ