

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันรัฐพยายามจะ เพิ่มการผลิตทันตแพทย์ให้มากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการจำเป็นในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น เพราะสถานการณ์ของโรคในช่องปากในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะโรคฟันผุและโรคปริทันต์ ในสภาวะการณ์จริงปัจจุบันนี้ ทันตแพทย์ที่จบการศึกษาแล้ว มักจะทำงานในคลินิกเอกชนในเมืองใหญ่ ทำให้ประชากร 74% (พ.ศ. 2530) ที่อาศัยอยู่ใน เขตชนบทได้รับการบริการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับโรคในช่องปากน้อยมาก ขณะที่มีสภาวะโรคในช่องปากที่รุนแรงกว่ากลุ่มประชากรในเมืองใหญ่ นอกจากนี้ความแตกต่าง ในการกระจายครอบคลุมประชากรด้านทันตกรรมระหว่างแต่ละภาคของประเทศยังมีปัญหาอีกมาก ดังแสดงในตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 สัดส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2525*

ภาค	สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1: 116,413
ภาคใต้	1: 55,398
ภาคเหนือ	1: 41,405
ภาคกลาง(ไม่รวมกรุงเทพฯ)	1: 31,631
กรุงเทพฯ	1: 4,098
รวมทั้งประเทศ	1: 39,662

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดเกณฑ์กลางเกี่ยวกับจำนวนทันตแพทย์ต่อประชากร สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาไว้ 1:5,000 คน รัฐได้ตระหนักถึงปัญหานี้ และมีเป้าหมายเร่งการผลิตทันตแพทย์ให้เพิ่มขึ้น โดยคาดว่าจะ พ.ศ. 2543 จะมีทันตแพทย์ต่อประชากรเป็น 1:9,800 คน และรัฐได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการใช้ทุน โดยทันตแพทย์ทุกคนต้องทำสัญญาจะทำงานรับราชการ 3 ปี และส่วนใหญ่จะกระจาย

* รายงาน การผลิตบัณฑิตสาขาวิชาทันตแพทย์เพิ่ม สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย มีนาคม 2532

ไปตามโรงพยาบาลในระดับอำเภอ ถ้ามีกรณีไม่ปฏิบัติตามสัญญาจะฟ้องขอใช้เงินคืนจากรัฐ 400,000 บาท (รายละเอียดของสัญญา ปรากฏในภาคผนวก) โดยเริ่มมีทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาจบการศึกษาใน พ.ศ. 2532 เป็นรุ่นแรก

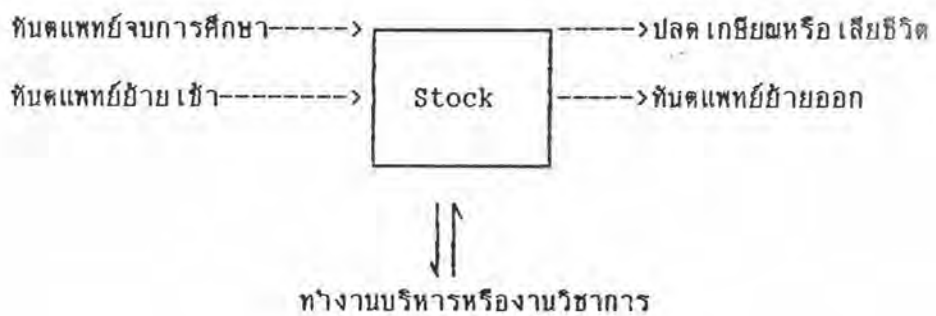
ใน พ.ศ. 2534 พบว่าทันตแพทย์ปฏิบัติงานทั้งภาครัฐและเอกชนในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน เป็น 1:1 ซึ่งสำหรับในภาครัฐแล้ว ส่วนใหญ่ประจำอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 1.2 จำนวนการกระจายทันตแพทย์ จำแนกตามหน่วยงาน พ.ศ. 2534*

หน่วยงาน	จำนวน
กระทรวงสาธารณสุข	985 (24.6%)
ทบวงมหาวิทยาลัย	685 (17.1%)
กระทรวงอื่นๆ	171 (4.3%)
หน่วยงานอิสระและรัฐวิสาหกิจ	56 (1.4%)
กรุงเทพมหานคร	113 (2.8%)
ภาคเอกชน	2,001 (49.4%)
รวม	4,011 (100%)

* ข้อมูลทันตบุคลากร ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ พ.ศ. 2534 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สถานการณ์ที่ทำให้ทันตแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ ทันตแพทย์ผู้ทำ
 สำเนาที่จบการศึกษา และทันตแพทย์ผู้ที่ย้ายหรือลาออก
 แผนภูมิแสดงการเปลี่ยนแปลงจำนวนทันตแพทย์(dentist manpower stock)ของกระทรวงสาธารณสุข



มีการสำรวจติดตามรายงานสถานการณ์ของทันตแพทย์ผู้ทำสำเนารุ่นที่ 1 ถึง 4 พบว่า มีอัตราการ
 ครอบคลุมของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเป็น 71.3% แต่ถ้าคิดตามกรอบอัตรากำลังทันตแพทย์ที่มีอยู่
 คิดการครอบคลุมได้เพียง 35.6% เท่านั้น* ในส่วนความคิดเห็นของทันตแพทย์ต่อเกณฑ์การชดเชยทุนพบว่
 การชดเชยทุนโดยรับราชการ 3 ปี มีความเหมาะสมแล้ว 60.4% และจำนวนการปรับเงิน 400,000
 บาท ว่าเหมาะสม 62.8% ส่วนการติดตามการลาออกจากราชการของทันตแพทย์ผู้ทำสำเนาที่สังกัดกระ-
 รวงสาธารณสุข มีผลแสดงในตารางที่ 1.3

* เอกสารประกอบการประชุมสัมมนา ความเป็นมาและสถานการณ์ปัจจุบันของทันตแพทย์ผู้สำเนา รายงาน
 การประเมินผลทันตแพทย์ผู้สำเนา

ตารางที่ 1.3 จำนวนการลาออกของทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาในกระทรวงสาธารณสุข*

รุ่นที่	จำนวนที่ได้ รับจัดสรร	จำนวนลาออกและชดใช้เงินทันที				รวม	คงเหลือ	%คงเหลือ
		ชดใช้เงินทันที	ลาออกในช่วง 3 ปี	ลาออกหลัง 3 ปี	รวม			
1	176	7	33	61	101	75	42.61	
2	199	21	40	25	86	113	56.78	
3	191	28	26	-	54	137	**71.78	
4	260	25	14	-	39	221	**85.00	
5	243	41	-	-	41	202	**83.13	
รวม	1069	122	113	86	321	748	**69.97	

* เอกสารประกอบการประชุมสัมมนาทางวิชาการ สมาชิกผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย ประจำปี 2536 (สำรวจเมื่อ มิถุนายน 2536)

** % คิดเหลือจนถึงวันสำรวจ เพราะทันตแพทย์ผู้ทำสัญญารุ่นที่ 3 ถึง 5 ไร้ทุนยังไม่ครบ 3 ปี

ในปี พ.ศ. 2534 ได้มีการประเมินสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรอีกครั้ง หลังจากมีการกระจาย
ทันตแพทย์ผู้ทำสัณฐานลงสู่ชุมชนมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 1.4

ตารางที่ 1.4 สัดส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2534

ภาค	สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1: 76,707
ภาคใต้	1: 28,593
ภาคเหนือ	1: 27,796
ภาคกลาง(ไม่รวมกรุงเทพฯ)	1: 25,000
กรุงเทพฯ	1: 5,437
รวมทั้งประเทศ	1: 16,565

ที่มา: สำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข

อุปสงค์(Demand) และอุปทาน(Supply) ในงานทันตกรรมของประเทศไทย

จากรายงานการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 พ.ศ.2532 แสดงความจำเป็นที่ประชาชนต้องได้รับการรักษาทางทันตกรรมอีกมาก จากสถานการณ์ของโรคที่ยังมีอยู่สูง ดังตารางที่ 1.5

ตารางที่ 1.5 ร้อยละของประชากรที่เป็นโรคฟันผุและสูญเสียฟัน และค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ของประชากรแต่ละกลุ่มอายุ พ.ศ.2532

อายุ	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (ซี่ต่อคน)			
		ฟันผุ	ฟันถอน	ฟันอุด	ฟันผุ-ถอน-อุด
3 *	66.5	3.9	0.1	0	4.0
6 *	83.1	5.2	0.3	0.1	5.6
6	19.2	0.3	0	0	0.3
12	49.2	1.3	0.1	0.1	1.5
18	63.3	1.9	0.3	0.5	2.7
35-44	76.8	2.2	2.8	0.4	5.4
60+	93.9	1.5	14.6	0.1	16.2

ที่มา: รายงานผลการสำรวจทัศนสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 3 พ.ศ.2532

แนวโน้มของความต้องการ ในการรักษาทัศนสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้น จากสภาวะเศรษฐกิจสังคม ประชาชนมีความรู้มากขึ้น เริ่มให้ความสำคัญต่อสุขภาพอนามัยตนเองมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาโรคปริทันต์ มีแนวโน้มว่าจะมีอายุยืนยาวมากขึ้นอีก และเพื่อเป็นการสนองต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และ 8 เริ่มเร่งผลิตทันตแพทย์ผู้ทำสัณฐานเพิ่มขึ้น เพื่อจัดสรรสู่กระทรวงสาธารณสุขมากขึ้น ดังตาราง 1.6

* เฉพาะฟันน้ำนม

ตาราง 1.6 แสดงบัณฑิตบัณฑิตแพทยศาสตร์ ในช่วงแผนฯ 7-8

จำนวนต่อปี	แผนฯ 7					แผนฯ 8					รวม
	3525	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544	
บัณฑิตแพทย์ที่คาดว่าจะสำเร็จการศึกษา	305	317	340	340	360	360	360	360	360	360	3,122
บัณฑิตแพทย์ที่จะจัดสรร											
กระทรวงสาธารณสุข	260	243	238	238	252	252	252	252	252	252	2,451

ที่มา: เอกสารรายงานการผลิตบัณฑิตแพทย์เพิ่ม ของทบวงมหาวิทยาลัยเสนอต่อ ครม. มีนาคม 2532

ในปีหนึ่งๆ โรงเรียนบัณฑิตแพทย์ของไทยทั้ง 5 แห่ง เป็นสถาบันที่ได้รับเงินอุดหนุนเกือบทั้งหมดมาจากรัฐบาลในแต่ละปีเป็นจำนวนมาก เช่น ในปีงบประมาณ 2536 คณะบัณฑิตแพทยศาสตร์ ทั้ง 5 แห่ง ได้รับงบประมาณรวม 373,919,900 บาท โดยแยกเป็นงบดำเนินการ 261,930,900 บาท และ งบลงทุนส่วนก่อสร้างอาคารสถานที่ 111,989,000 บาท* ขณะที่ผู้เรียนจ่ายเพียงค่าหน่วยกิตลงทะเบียนเรียนเท่านั้น

* เอกสารงบประมาณ ฉบับที่ 5 งบประมาณรายจ่าย จำแนกตามโครงสร้างแผนงาน ประจำปีงบประมาณ 2536 สำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี

การกระจายของทันตแพทย์ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ในประเทศอังกฤษ มีรูปแบบการกระจายของทันตแพทย์ที่สม่ำเสมอ ไม่รวมตัวหนาแน่นเฉพาะในเมืองใหญ่เท่านั้น ดังแสดงในตาราง 1.7

ตารางที่ 1.7 สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร จำแนกตามภูมิภาค ของประเทศอังกฤษ 1990

Region	Dentist : Population
Northern	1 : 3,571
Trent	1 : 3,846
West Midlands	1 : 3,703
North Western	1 : 3,225
Yorkshire	1 : 3,333
East Anglia	1 : 3,448
Mersey	1 : 3,125
Oxford	1 : 3,125
Wessex	1 : 3,125
NE Thames	1 : 3,125
SE Thames	1 : 2,702
South Western	1 : 2,702
SW Thames	1 : 2,380
NW Thames	1 : 2,325
total	1 : 3,125

ที่มา: Health and Personal Social Services Statistics for England.

จากสถานการณ์ทันตแพทย์ของไทยที่กล่าวมาโดยรวมแล้วยังมีความขาดแคลนอีกมาก รวมถึงปัญหาการกระจายทันตบุคลากรที่เหมาะสม ทั้งทางด้าน Need และ Geographic distribution ถึงแม้ว่านโยบายทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาของรัฐ ได้ทำให้การกระจายของทันตแพทย์สู่ชุมชนมากขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังคงมีความแตกต่างด้านสัดส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรอยู่มาก จึงควรมีการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อศึกษานโยบายทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาว่าเหมาะสมเพียงใด รัฐบาลควรผลิตทันตแพทย์และกำหนดนโยบายอย่างไร จึงจะกระจายทันตแพทย์ดีขึ้นและ เป็นธรรม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป:

เพื่อวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์ถึงความเหมาะสมของนโยบายทันตแพทย์ผู้ทำสัญญา ของรัฐบาลในปัจจุบัน ที่กำหนดค่าให้ทันตแพทย์รับราชการ 3 ปี หรือค่าใช้จ่าย 400,000 บาท ในกรณีที่ไม่ต้องการรับราชการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ : เพื่อต้องการแสวงหาแนวทางในการกำหนด

1. จำนวนปีที่ทันตแพทย์ควรจะต้องรับราชการ เพื่อใช้ทุน
2. จำนวนเงินที่ทันตแพทย์ ซึ่งต้องการทำงานภาคเอกชน ควรต้องจ่ายคืนรัฐบาล

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาถึงความเหมาะสม เชิง เศรษฐกิจของนโยบายทันตแพทย์ผู้ทำสัญญา เพื่อรับราชการ 3 ปี ในโรงพยาบาลชุมชน เป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ประเภท ๗ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์คือการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้(cost-benefit analysis) ประกอบด้วยต้นทุนของการจัดการศึกษาทันตแพทยศาสตร์ เพื่อการผลิตทันตแพทย์ผู้ทำสัญญา และต้นทุนที่เกิดขึ้นกับฝ่ายทันตกรรมจากการจัดให้มีทันตแพทย์ลงทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ในส่วนของผลได้เป็นผลการทำงาน การรักษาทันตกรรมของทันตแพทย์ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน โดยการศึกษาจะสนใจเฉพาะต้นทุนและผลได้ที่เกิดกับส่วนสังคม(public) เท่านั้น ส่วนต้นทุนและผลได้ส่วนเอกชน(private) การศึกษาในครั้งนี้ จะไม่นำมาพิจารณาด้วย

สถานที่ทำการศึกษา ในส่วนของต้นทุนจัดการศึกษาทันตแพทยศาสตร์เพื่อการผลิตทันตแพทย์จะศึกษา ต้นทุน การผลิตทันตแพทย์ผู้ทำสัญญา รุ่นที่ 1 ถึงรุ่นที่ 3 โดยมีการศึกษาในช่วง ปีการศึกษา 2526 จนถึง ปีการศึกษา 2533 ของคณะทันตแพทยศาสตร์ทั้ง 5 สถาบันในประเทศไทย ส่วนผลได้จากการทำงานของ ทันตแพทย์นั้น ศึกษาจากผลการทำงานของทันตแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดในจังหวัดขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ.2533 ถึงปี พ.ศ.2535

การเก็บข้อมูล ในส่วนของต้นทุนใช้ข้อมูลทุติยภูมิ รายงานงบประมาณประจำปี จำนวนอาจารย์ ผลิตบัณฑิตทันตแพทย์ ค่าจ้าง ค่าตอบแทน ค่าวัสดุครุภัณฑ์ ค่าก่อสร้างอาคารสถานที่ ตลอดจนค่าใช้จ่าย ด้านอื่นๆ ส่วนของผลได้นั้นใช้แบบรายงานผลงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ.2533 ถึงปี พ.ศ.2535 ในโรงพยาบาลชุมชน(ตัวอย่างแบบรายงานในภาคผนวก)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ใช้เป็นแนวทางการพิจารณา ปรับปรุงนโยบายทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาให้ เหมาะสมและ เป็นธรรม
2. เป็นแนวทางการวิเคราะห์เพื่อกำหนดนโยบายการผลิตและการใช้ทุน ในสาขาวิชาชีพอื่นๆ

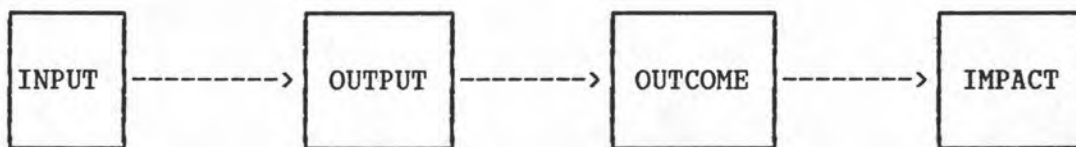
คำนิยามศัพท์

ต้นทุนการผลิตทันตแพทย์ หมายถึงต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการจัดระบบการเรียนการสอนในโรงเรียนทันตแพทย์ เพื่อการผลิตทันตแพทย์ผู้ทำสัญญา รุ่นที่ 1,2 และ3 จนจบหลักสูตรเป็นทันตแพทย์ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2526 ถึงปีการศึกษา 2533



- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> -งบประมาณที่ให้กับ คณะทันตแพทยศาสตร์ ในแต่ละปี โดยรวมค่าใช้จ่าย - การก่อสร้างอาคารสถานที่ - เงินเดือน ค่าจ้าง - เครื่องมือและอุปกรณ์ - วัสดุสิ้นเปลือง - งานธุรการ งานบริหาร - ค่าเสียโอกาสของอาจารย์ทันตแพทย์ที่ไม่ได้รักษาคนไข้ | <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนทันตแพทย์ผู้ทำสัญญาใช้ทุน ที่จบมาในแต่ละปี |
|--|--|

ผลได้จากการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ ในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข หมายถึงผลงานการรักษาทันตกรรมของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ระหว่างพ.ศ.2533 ถึง พ.ศ.2535 ที่รายงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



- | | | | |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> -ทันตแพทย์ ในโรงพยาบาล -งบประมาณของ ฝ่ายทันตกรรม | <ul style="list-style-type: none"> จำนวนซี่ฟัน-คนไข้ที่ -ถอนฟัน -อุดฟัน -ขูดหินปูน ฯลฯ | <ul style="list-style-type: none"> สุขภาพในช่องปาก ของประชาชนใน พื้นที่ ที่เปลี่ยนแปลงไป | <ul style="list-style-type: none"> สุขภาพอนามัยและ คุณภาพชีวิตดีขึ้น |
|---|--|---|--|

การศึกษาผลได้จากการมี INPUT นั้นสามารถวัดได้โดยอาจจะวัดในรูป OUTPUT หรือ OUTCOME หรือ IMPACT ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับความยากง่ายและความเป็นไปได้ของการวัด สำหรับการศึกษานี้ครั้งนี้ จะวัดส่วนที่เป็น OUTPUT ส่วนการพิจารณาส่วน OUTCOME นั้นจะได้รับความเชื่อถือที่น้อยกว่า เพราะการเปลี่ยนแปลงสภาวะช่องปากต้องใช้เวลาหลายปี และอาจจะมีการไปรับบริการจากหน่วยบริการอื่นๆ เช่น คลินิกเอกชน ได้เช่นกัน และ OUTCOME ของงานทันตกรรมที่ปรากฏส่วนใหญ่ก็มักจะเป็นผลมาจาก ส่วน OUTPUT แทนทั้งสิ้น ส่วนการวัด IMPACT ก็ไม่สามารถวัดผลในระยะเวลาการศึกษาในช่วงสั้นๆได้

ส่วนการวัด"OUTPUT" จะวัดผลการปฏิบัติงานว่าในรอบ 1 ปี มีการรักษาทันตกรรมอะไร จำนวน คนไข้ที่ได้รับการรักษา มีมากน้อยเพียงไร ส่วนการปฏิบัติงานส่วนอื่นๆ เช่น การให้ทันตกรรมป้องกัน การให้ทันตสุขศึกษานั้น จะไม่นำมาพิจารณาด้วย เพราะจะเป็นบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลและผู้ช่วยทันตแพทย์ เสียเป็นส่วนใหญ่