

วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข

THAILAND JOURNAL OF DENTAL PUBLIC HEALTH

ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2553 VOL.15 NO.2 JULY-DECEMBER 2010

บทความวิชาการ

- การประเมินผลรูปแบบการจัดบริการทันตกรรมผสมระหว่างภาครัฐและเอกชนของหน่วยบริการประจำที่ไม่มีทันตแพทย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
- การพัฒนาคุณภาพการจัดบริการเพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาอำเภอราชโศภิต จังหวัดศรีสะเกษ
- ประสิทธิภาพของฟลูออไรด์วาร์นิชในการป้องกันฟันผุในเด็กอายุ 8-22 เดือน เปรียบเทียบระหว่างการทาทุก 3 เดือนและ 6 เดือน
- ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 3
- การประเมินผลโครงการประกวดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 2

สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
BUREAU OF DENTAL HEALTH
DEPARTMENT OF HEALTH
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

การประเมินผลรูปแบบการจัดบริการทันตกรรมผสมระหว่างภาครัฐและเอกชน ของหน่วยบริการประจำที่ไม่มีทันตแพทย์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ศิริรัตน์ รัศมีโสรัจ * ท.บ.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดบริการทันตกรรมผสมระหว่างภาครัฐและเอกชนของหน่วยบริการประจำที่ไม่มีทันตแพทย์ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ใช้ระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างตุลาคม 2551- กันยายน 2552 แบ่งเป็น 1) การเข้าถึงการบริการ จากรายงานผลการปฏิบัติงาน 2) รูปแบบการจัดบริการและระบบสนับสนุน ใช้แบบสอบถามและผลสรุปจากการประชุมจำนวน 3 ครั้ง ระหว่างเจ้าหน้าที่และทันตบุคลากรจากศูนย์สุขภาพชุมชน ทันตแพทย์คลินิกทันตกรรมเอกชน 3) ความพึงพอใจในรูปแบบการจัดบริการ ใช้แบบสอบถาม ผู้รับบริการในพื้นที่ การมีการบริหารจัดการที่ดีในหน่วยประจำของตนเอง การทำงานในลักษณะเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ที่ดำเนินงาน ทำให้ประชากรโดยเฉพาะสิทธิบัตรทองเข้าถึงการบริการเพิ่มมากขึ้น ในภาพรวมการบริการ ทั้ง 3 เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Contacting Unit of Primary Care : CUP) ใน CUP เมืองย่า 1 จาก 6.3 เป็น 14.2 คน/100 ประชากร CUP เมืองย่า 2 จาก 4.3 เป็น 6.2 และ CUP เมืองย่า 4 เพิ่มขึ้น จาก 9 เป็น 10.5 คน/100 ประชากร ส่วนการได้รับบริการใส่ฟันเทียม ทั้ง 3 CUP ระยะเวลา 1 ปีได้รับถึง 217 ราย ปริมาณการส่งต่อไปรับบริการทันตกรรมมากถึงร้อยละ 59.5 ของการส่งต่อทั้งหมด นอกจากนี้การมีการบริหารจัดการที่ดีภายในหน่วยยังส่งผลต่องบประมาณเพื่อดำเนินการตามรูปแบบการบริการนี้ พบต่ำสุดที่ 13.7 บาท สูงสุดที่ 26.6 บาท และเฉลี่ยอยู่ที่ 19.6 ต่อหัวประชากรบัตรทอง ทันตแพทย์ได้คำตอบแทนตามชนิดบริการ ความพึงพอใจของประชาชนในการไปรับบริการที่คลินิกทันตกรรมเอกชนสูงถึงร้อยละ 91 และต้องการให้มีการจัดบริการร่วมเช่นนี้ต่อไป รูปแบบนี้เหมาะสมกับเขตเมืองที่มีคลินิกทันตกรรมเอกชนเป็นจำนวนมาก และเป็นแหล่งบริการหลักของประชาชน การวางรูปแบบการทำงานในลักษณะเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างชัดเจน การมีระบบการบริหารจัดการที่มีการติดตามประเมินผล รวมทั้งมีการนำผลมาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง ทำให้รูปแบบการจัดบริการทันตกรรมผสมระหว่างภาครัฐและเอกชนที่พัฒนาขึ้นนี้ประสบผลสำเร็จทั้งในการดำเนินงานและการเข้าถึงการบริการของประชาชน

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดบริการทันตกรรมผสมระหว่างภาครัฐและเอกชน เครือข่ายบริการสุขภาพ

บทนำ

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน¹ เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามที่กฎหมายบัญญัติ”² แม้ว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากแก่ประชากรสิทธิบัตรทอง แต่ยังคงพบว่ามีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากทั้งในภาพรวมและเฉพาะบริการ สาเหตุหลักส่วนหนึ่งมาจากเครือข่ายบริการภาครัฐ ไม่สามารถจัดบริการตอบสนองความต้องการของประชาชนที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นมากได้³

ในศูนย์สุขภาพชุมชน มีการกำหนดให้มีทันตภิบาลเป็นผู้ให้บริการโดยมีขอบเขตการให้บริการตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขปี 2539 คือ อุดฟัน ซุดหินปูน และถอนฟันที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน รวมถึงการให้บริการด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก⁴ จากผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากประชากร จังหวัดนครราชสีมา ครั้งที่ 5 ปี พ.ศ. 2550 พบว่า ประชาชนสิทธิบัตรทองส่วนใหญ่ไปรับบริการทันตกรรมที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลชุมชน และพบว่าประชาชนในเขตชนบทได้รับบริการทันตกรรมครอบคลุมมากกว่าในเขตเมือง ทั้งที่จำนวนทันตบุคลากรในเขตอำเภอเมืองมีมากกว่าเขตชนบท⁵

ใน พ.ศ. 2549 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ได้ดำเนินนโยบายในการลดความแออัดของผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล เนื่องจากในเขตอำเภอเมืองมีประชากรมากถึง 268,706 คน ภายใต้โครงการนี้เกิดรูปแบบของ

หน่วยบริการประจำ (CUP) ในลักษณะการจัดบริการปฐมภูมิแบบเครือข่าย (Primary Care Network : PCN) มีทั้งหมด 7 CUP ครอบคลุม 31 ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ภายใต้ชื่อ CUP เมืองย่า 1-7 เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ ต้องสามารถให้บริการได้ครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การให้บริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ของ CUP เมืองย่า เป็นดังนี้ CUP เมืองย่า 1, 2 และ 4 เป็น CUP เกิดใหม่ มีทันตภิบาลอยู่ใน PCU 10 แห่ง แต่ไม่มีทันตแพทย์อยู่ใน CUP และเดิมไปรับบริการที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งมีกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลมหาราชช่วยรับผิดชอบในการบริการ CUP เมืองย่า 6 เดิมเป็นศูนย์แพทย์ชุมชน และมีทันตแพทย์อยู่ใน CUP ส่วน CUP เมืองย่า 7 มีทันตภิบาลอยู่ใน PCU มีทันตแพทย์จากโรงพยาบาลแม่และเด็กรับผิดชอบ

ดังนั้น CUP เมืองย่า 1, 2 และ 4 จึงเป็นหน่วยบริการประจำจำนวน 3 CUP จาก 7 CUP ที่ไม่มีทันตแพทย์ จึงใช้วิธีในการแก้ปัญหาด้านผู้ให้บริการด้วยการให้คลินิกทันตกรรมเอกชนที่เปิดบริการเต็มเวลามาเข้าร่วมบริการ เนื่องจากในเขตอำเภอเมืองมีคลินิกทันตกรรมเอกชนจำนวนมากถึง 45 คลินิก ซึ่งผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก เช่นกรณีศึกษา กรุงเทพมหานคร 6

วัสดุอุปกรณ์และวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดบริการทันตกรรมผสมระหว่างภาครัฐและเอกชน ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2551-กันยายน 2552 แบ่งเป็น

1. การเข้าถึงการบริการ จากรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2551 และ 2552

2. รูปแบบการจั้ดบริการและระบบการสนับสนุน ใช้แบบสอบถามและผลสรุ่บจากการประชุมจำนวน 3 ครั้ง ระหว่างเจ้าหน้าที่และทันตบุคลากรจากศูนย์สุขภาพชุมชน ทันตแพทย์คลินิกทันตกรรมเอกชน

3. ความพึงพอใจในรูปแบบการจั้ดบริการ ใช้แบบสอบถาม ผู้รับบริการประชาชนในพื้นที่ ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 395 คน

หลักการและแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการจั้ดบริการทันตกรรมผสมระหว่างรัฐและเอกชน

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากอย่างมีมาตรฐานของประชากรสิทธิบัตรทอง
2. เน้นการใช้ทรัพยากร และโครงสร้างบริการที่มีอยู่แล้วในภาครัฐและเอกชน เพื่อประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ
3. สิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากมีความชัดเจน มีเหตุผลรองรับทั้งในด้านทันตสาธารณสุขและด้านทันตกรรม

ขอบเขตในการศึกษา

เลือก CUP เมืองย่า 1 , 2 และ 4 ในเขต

อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นพื้นที่ศึกษา เนื่องจากเป็นหน่วยบริการประจำที่ไม่มีทันตแพทย์และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ผลการศึกษา

1. อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก

เมื่อเปรียบเทียบการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนทั้งหมดใน CUP เมืองย่า 1, 2 และ 4 ในปีงบ 2551 และ ปีงบ 2552 ทั้ง 3 CUP ในอัตรา คน ต่อ 100 ประชากร พบว่า ในปี 2552 มีอัตราการใช้บริการเพิ่มมากขึ้น ทั้ง 3 CUP โดยเพิ่มมากขึ้น 2 เท่าใน CUP เมืองย่า 1 จาก 6.3 เป็น 14.2 รองลงมาเป็น CUP เมืองย่า 2 จาก 4.3 เป็น 6.2 และ CUP เมืองย่า 4 เพิ่มขึ้น จาก 9 เป็น 10.5 และเมื่อพิจารณาาระหว่างสิทธิต่างๆ พบว่ากลุ่มสิทธิบัตรทองมีการใช้บริการเพิ่มขึ้นมากที่สุดทั้ง 3 CUP ขณะที่กลุ่มสิทธิอื่น สิทธิข้าราชการ และประกันสังคม ใน CUP เมืองย่า 1 เพิ่มขึ้นทุกสิทธิเช่นเดียวกับ CUP เมืองย่า 4 แต่ใน CUP เมืองย่า 2 กลับลดลง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก แยกราย CUP

Table 1 Comparing rates of oral health services

การใช้บริการสุขภาพช่องปาก	เมืองย่า 1		เมืองย่า 2		เมืองย่า 4	
	2551	2552	2551	2552	2551	2552
บัตรทอง	2,132	5,196	781	1,827	3,334	3,943
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	328	374	378	166	67	79
ประกันสังคม	139	352	107	97	238	244
อื่นๆ	296	547	246	86	84	82
รวม	2,895	6,442	1,512	2,176	3,723	4,348
คน/100 ประชากร	6.3	14.2	4.3	6.2	9	10.5
จำนวนประชากรทั้งหมด	45,257		34,692		41,393	

ที่มา คำนวณจากข้อมูลรายงานผลการปฏิบัติงาน จังหวัดนครราชสีมา ปีงบ 2551 และปีงบ 2552

ผู้ป่วยที่มีการส่งต่อทั้งหมดจำนวน 1,992 คน ของ CUP เมืองย่า 1,2 และ 4 ไปรับบริการทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมเอกชน จำนวน 1,186 คน คิดเป็นร้อยละ 59.5 ของปริมาณการส่งต่อทั้งหมด ชนิดของงานบริการที่ยุงยากซับซ้อนและมีการส่งต่อไปรับบริการมากที่สุด เป็นงานถอนฟัน รองลงมาคืออุดฟัน แต่พบว่างานบริการที่ประชาชนตามสิทธิบัตรทองได้รับและสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็วมากอย่างเห็นได้ชัด คือ การใส่ฟันเทียม

ภายในระยะเวลา 1 ปี ได้รับการบริการเป็นจำนวนถึง 217 คน และเป็นปริมาณที่มากเป็นอันดับ 3 อย่างไรก็ตามก็ตีประเด็นนี้ก่อให้เกิดภาวะงบประมาณพอสมควร โดยเฉพาะใน CUP เมืองย่า 2 มีการส่งต่อไปรับบริการมากถึง 106 คน การมีกองทุนสำหรับงานบริการฟื้นฟูในลักษณะนี้แยกออกมา น่าจะตอบสนองต่อความต้องการของผู้มีสิทธิมากกว่า เพราะอาจจะเป็นสาเหตุของการได้รับบริการที่จำกัดเนื่องจากงบประมาณจำกัด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ชนิดของงานบริการ แยกเป็นราย CUP

Table 2 Types of services

การให้บริการ	เมืองย่า 1	เมืองย่า 2	เมืองย่า 4	รวม
1. อุดฟัน	87	113	140	340
2. ถอนฟัน	124	153	138	415
3. ถอนฟันคุด	46	16	30	92
4. ขูดหินปูน	11	12	12	35
5. รักษารากฟันน้ำนม	31	33	23	87
6. ใส่ฟันเทียม	46	106	65	217

2. รูปแบบการจัดบริการและระบบการสนับสนุน

2.1 สิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากและการให้บริการ

อ้างอิงจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5⁷ เพื่อให้เกิดการทำงานในลักษณะเครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ที่ดำเนินงาน รวมทั้งสามารถจัดบริการได้ครบถ้วนตามสิทธิประโยชน์อย่างแท้จริงทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ จึงมีการกำหนดเงื่อนไขบริการที่ชัดเจน ด้านทันตสาธารณสุขและบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน ให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้ดำเนินการด้านการบริการที่ซับซ้อนคลินิกทันตกรรมเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ (ตารางที่ 3)

เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการ และสามารถให้บริการได้ตามสิทธิประโยชน์แบบเต็มเวลาอย่างน้อย 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จึงกำหนดเป็นคลินิกที่เปิดบริการเต็มเวลาเป็นส่วนใหญ่ คลินิกทันตกรรมเอกชนเข้าร่วมโครงการ จำนวน 16 แห่ง เปิดบริการทุกวันเต็มเวลา 11 แห่ง เปิดบริการบางเวลา 5 แห่ง และคลินิกที่เข้าร่วมสามารถให้บริการได้ครบถ้วนตามสิทธิประโยชน์อย่างแท้จริง จึงประกอบด้วย คลินิกทันตกรรมทั่วไปและเฉพาะทาง โดยเป็นทันตแพทย์เฉพาะทางจำนวน 8 แห่ง จำแนกเป็น ทันตกรรมประดิษฐ์ 3 แห่ง ศัลยกรรมช่องปาก 2 แห่ง ทันตกรรมเด็ก 2 แห่ง รักษา รากฟันและปริทันต์ 1 แห่ง

ตารางที่ 3 สิทธิประโยชน์และการให้บริการด้านสุขภาพช่องปาก

Table 3 Core package and oral health services

ประเภทการบริการ	เงื่อนไขบริการ	ผู้ให้บริการ/ผู้ดำเนินงาน
<p>1. สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</p> <p>1.1 ประชาชนทั่วไป ตรวจวินิจฉัยและให้คำแนะนำ ด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และวางแผนบริการ</p>	<p>ใช้บริการที่ PCU ที่ขึ้นทะเบียน หรือ PCU ภายใน CUP ที่มี ทันตภิบาล</p>	<p>ทันตภิบาล</p>
<p>1.2 นักเรียนประถมศึกษา</p> <p>1. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน - แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน - จัดสภาพแวดล้อม - ตรวจ วินิจฉัย และให้คำแนะนำ ด้านพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก และนัดหมายบริการ</p> <p>2. เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้และ เคลือบฟลูออไรด์ตามชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับเด็กอายุไม่เกิน 14 ปี</p>	<p>ดำเนินการที่โรงเรียนทุกวัน ที่โรงเรียนเปิด และมีการติดตาม ปีละ 2 ครั้ง</p> <p>ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>บริการที่ PCU ในรายหลุมร่อง ฟันลึก กรามซี่ที่ 1 อายุ ประมาณ 6-7 ปี</p>	<p>ครู</p> <p>ทันตภิบาล</p> <p>ทันตภิบาล ภายใน PCU หรือส่งต่อทันตแพทย์</p>
<p>1.3 กลุ่มเสี่ยง* ชัดฟัน ฟลูออไรด์ ผู้ป่วยฉายรังสี หญิงมีครรภ์</p>	<p>ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน หรือส่งต่อทันตแพทย์</p>	<p>ทันตภิบาล ภายใน PCU</p>
<p>2. ตรวจสอบบำบัดฟันผุ</p> <p>2.1 บริการพื้นฐาน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย และถอนฟัน</p>	<p>ใช้บริการที่ PCU ที่ขึ้นทะเบียน หรือ PCU ภายใน CUP ที่มี ทันตภิบาล</p>	<p>ทันตภิบาล</p>
<p>2.2 บริการซับซ้อน รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ</p> <p>1. การถอนฟัน/ผ่าฟันคุด 2. การอุดฟัน 3. รักษาคลองรากฟันน้ำนม 4. ใส่ฟันปลอมฐานอะคริลิก 5. รักษา การติดเชื้อ 6. ศัลยกรรมเตรียมขากรรไกรเพื่อ ใส่ฟันเทียม</p>	<p>ใช้บริการที่คลินิกที่ลงทะเบียน เข้าร่วมโครงการ จำนวน 16 แห่ง ตามใบส่งตัวไปรับการ รักษา</p> <p>ครั้งแรกไม่มีการกำหนดค่า บริการเพิ่มเติมภายหลัง</p>	<p>ทันตแพทย์ทั่วไป 8 แห่ง ทันตแพทย์เฉพาะทาง 8 แห่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ทันตกรรมประดิษฐ์ - ทันตกรรมเด็ก - รักษา รากฟันและปริทันต์ - ศัลยกรรมช่องปาก

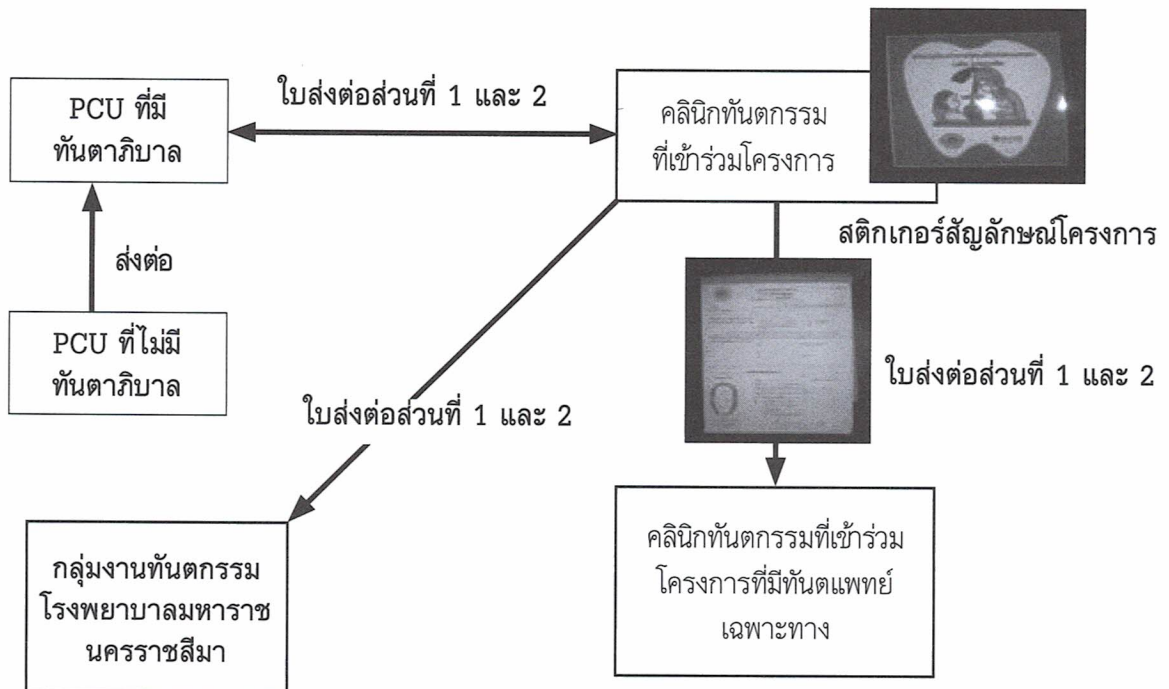
2.2 รูปแบบการให้บริการทันตกรรมผสม รัฐ-เอกชน

ผู้ที่มีสิทธิบัตรทองต้องเริ่มไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ขึ้นทะเบียนก่อน ในกรณีที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนนั้นไม่มีทันตภิบาลให้บริการ จะส่งต่อไปรับบริการทางทันตกรรมเบื้องต้นใน PCU ที่มีทันตภิบาลใน CUP เดียวกันโดยไม่ต้องใช้ใบส่งต่อ เมื่อผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ยุ่ยาก ซับซ้อนเกินขีดความสามารถของทันตภิบาล จะส่งต่อไปรับบริการที่คลินิกทันตกรรมของเอกชนที่เข้าร่วมโครงการพร้อมใบส่งต่อที่ระบุชนิดของงานบริการที่ส่งไป ใบส่งต่อของโครงการเป็นกระดาษสำเนา มีทั้งหมด 3 ใบ ทันตภิบาลผู้ส่งจะเขียนเก็บสำเนาไว้ที่ PCU ใบส่งต่ออีก 2 ใบให้ผู้มีสิทธิถือไปรับบริการที่คลินิกทันตกรรม โดยผู้รับบริการ

สามารถเลือกไปรับบริการในคลินิกใดก็ได้ที่เข้าร่วม ซึ่งมีป้ายสติ๊กเกอร์สัญลักษณ์ของโครงการติดอยู่หน้าคลินิก มีรายชื่อ เวลาในการดำเนินการของคลินิก และความสามารถในการให้บริการเฉพาะทางระบุในเอกสารติดประกาศไว้ที่ห้องทันตกรรมของศูนย์สุขภาพชุมชน ในกรณีที่ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาเห็นว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับบริการทางทันตกรรมที่จะต้องรักษาโดยทันตแพทย์เฉพาะทางทันตแพทย์ในคลินิกทันตกรรมเอกชนนั้น จะส่งผู้ป่วยต่อไปยัง คลินิกทันตกรรมในโครงการที่มีทันตแพทย์เฉพาะทางด้านนั้นๆ หรือกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาพร้อมใช้ใบส่งต่อนั้นได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องกลับไปที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ส่งตัวมา (รูปที่ 1)

รูปที่ 1 รูปแบบการให้บริการทางทันตกรรม

Fig. 1 Model of dental services



2.3 การคลัง

2.3.1 งบประมาณ

งบประมาณในการดำเนินการตามรูปแบบนี้ ในส่วนของ CUP ใช้วงเงินงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวที่ 20 บาท ต่อประชากรบัตรทอง พื้นที่ศึกษามีประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันจำนวน 75,754 คน เมื่อมีการโอนเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพมาที่จังหวัด จึงกันเงินงบประมาณทั้งสิ้น 1,515,080 บาท ไว้ที่กลุ่มงานประกันสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาดำเนินการ CUP เมืองย่า 1 และ 4 ใช้งบประมาณอยู่ในงบดำเนินการ CUP เมืองย่า 1 ใช้บ่น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 68.8 มีเพียง CUP เมืองย่า 2 ที่เงินงบประมาณกันไว้ครั้งที่ 479,780 บาท ไม่เพียงพอต่อการดำเนินการ เนื่องจากเป็น CUP ที่มีจำนวนทันตภิบาลน้อยที่สุด และมีศูนย์สุขภาพชุมชนในหน่วยบางแห่งมีการปรับปรุงห้องบริการ

ทันตกรรม จึงต้องส่งต่อเกือบทั้งหมดโดยไม่มีการรักษาเบื้องต้นโดยทันตภิบาลในหน่วย เมื่อมีการประชุมเพื่อติดตามการดำเนินงานในช่วง 6 เดือน CUP เมืองย่า 2 มีเงินงบประมาณเหลือไม่พอในการจัดบริการทันตกรรม จึงมีการตัดเงินงบประมาณเพิ่มเติมมาให้อีก 239,890 บาท ทำให้ CUP เมืองย่า 2 ใช้งบประมาณในการจัดบริการทั้งหมด 719,670 บาท คิดเป็นงบประมาณอยู่ที่คนละ 30 บาทต่อประชากรสิทธิบัตรทอง ดังนั้นงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานทั้งหมดของ CUP เมืองย่า 1, 2 และ 4 จึงมีจำนวน 1,754,970 บาท จ่ายค่าตอบแทนให้กับคลินิกทันตกรรมที่เข้าร่วมโครงการ เป็นเงินจำนวน 1,486,600 บาท คิดเป็นร้อยละ 84.7 มีเงินคงเหลือจำนวน 267,004 บาท คิดเป็นร้อยละ 15.3 ของงบประมาณที่ตั้งไว้ และอยู่ที่ 19.6 บาทต่อหัวประชากรบัตรทอง (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 งบประมาณในการบริการสุขภาพช่องปากในพื้นที่

Table 4 Budget for oral health care in the area

CUP	ประชากร UC (คน)	งบประมาณ (บาท)	ยอดการเบิกจ่าย ค่าบริการ (บาท)	เงินคงเหลือ (บาท)	งบประมาณในการบริการต่อผู้มีสิทธิบัตรทอง
เมืองย่า 1	27,067 (20/ปชก.)	541,340	372,840 (68.8%)	168,500 (31.2%)	13.7 บาท
เมืองย่า 2	23,989 (30/ปชก.)	719,670	637,940 (88.6%)	81,730 (11.4%)	26.5 บาท
เมืองย่า 4	24,698 (20/ปชก.)	493,960	478,820 (96.9%)	15,140 (3.1%)	19.4 บาท
รวม	75,754	1,754,970	1,486,600 (84.7%)	268,370 (15.3%)	19.6 บาท

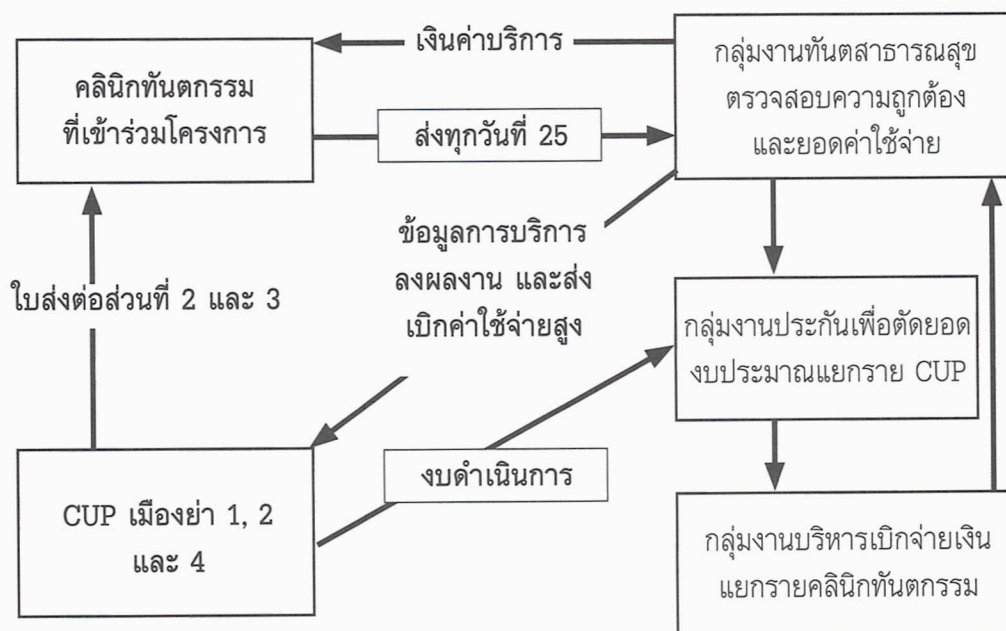
2.3.2 ระบบการเบิกจ่ายเงินในการบริการ

การเบิกจ่ายเงินในการบริการ คลินิกทันตกรรม เอกชนจะนำเอกสารการให้บริการทางทันตกรรม ประกอบด้วยแบบสรุปรายการบริการทันตกรรม ทั้งหมดของเดือน และสำเนาใบส่งต่อรายคนที่ได้รับการบริการ ส่งไปเบิกเงินที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ภายใน ทุกวันที่ 25 ของเดือน โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ จะตรวจสอบความถูกต้องจากสำเนาใบส่งต่อ

หลังจากนั้นส่งยอดค่าใช้จ่ายแยกราย CUP ไปยัง กลุ่มงานประกันเพื่อตัดยอดงบประมาณของ CUP เมืองย่า 1, 2 และ 4 ที่กันเอาไว้ และส่งต่อการเงิน เพื่อดำเนินการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนให้กับคลินิก ทันตกรรมเอกชนในเดือนถัดไป ส่วนผลงานการ บริการจะดำเนินการส่งกลับไปยัง CUP ทาง e-mail ทุกวันที่ 7 ของเดือน เพื่อให้นำไปลงผลงาน และ เบิกค่าใช้จ่ายสูงกลับมาในส่วนของผลงานใส่พิมพ์ (รูปที่ 2)

รูปที่ 2 ระบบการเงินงบประมาณและเบิกเงินค่าตอบแทน

Fig. 2 Financial system and budget disbursement fee



ค่าตอบแทนในการบริการ ใช้วิธีจ่ายค่าตอบแทนให้ผู้บริการตามรายการการบริการ (Fee-for-Service) ตามชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม การบริการนอกเหนือสิทธิประโยชน์ อยู่ในดุลยพินิจของผู้รับบริการซึ่งต้องจ่ายเงินเอง ค่าตอบแทนในการบริการ กำหนดโดยคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนทันตแพทย์ของคลินิกเอกชน ประธาน CUP พื้นที่ศึกษา เจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานประกันสุขภาพ และ

ทันตแพทย์ จากกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ด้วยวิธีใช้ราคากลางในการบริการของคลินิก เฉลี่ยความยากง่ายของงาน อิงกับราคาการบริการทันตกรรมของภาครัฐ แล้วลดราคากลางมาประมาณ 10-20% การกำหนดอัตราค่าตอบแทนที่ชัดเจนในราคาเดียวกัน ทำให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ รวมถึงการควบคุมงบประมาณในการดำเนินการ อย่างไรก็ตามการกำหนดอัตราค่าบริการ

เช่นนี้มีผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการของคลินิกเช่นกัน เนื่องจากมีข้อตกลงว่าต้องสามารถให้บริการได้ทุกประเภทงานบริการ ในราคาค่าบริการที่กำหนด ไม่เลือกบริการเฉพาะชนิด ยกเว้นการส่งต่อรับบริการเฉพาะทางในงานที่ยาก และมีข้อจำกัดจริงๆ ต่อการบริการ

2.4 การตรวจสอบคุณภาพบริการและการเบิกจ่าย

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้กำหนดระบบการกำกับ ด้วยการออกแบบใบส่งต่อ ซึ่งใช้แทนการรายงาน เพื่อลดขั้นตอนในการทำเอกสาร (รายละเอียดในรูปที่ 1 และ 2) ใช้ทั้งในส่วนของ CUP และคลินิกทันตกรรม ซึ่งมีข้อมูลที่จำเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้ลงข้อมูลรายบุคคล ประกอบด้วย ชื่อสกุลผู้รับบริการ เลขประจำตัว 13 หลัก ที่อยู่ของผู้มีสิทธิ ประวัติทางการแพทย์ สถานบริการที่ขึ้นทะเบียน ชนิดของงานบริการที่ต้องการส่งต่อ ชื่อผู้ส่งต่อ

ส่วนที่ 2 คลินิกทันตกรรมเป็นผู้ลงข้อมูลการรักษา ประกอบด้วย ชื่อสกุลผู้ให้บริการ เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์ ชื่อของสถานบริการ ชนิดของงานบริการที่ให้การรักษา

นอกจากนี้กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังมีการพัฒนาระบบการตรวจสอบ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อจัดระบบการตรวจสอบโดยใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ในการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลทุกเดือน ซึ่งทำให้ประหยัดเวลา และตรวจสอบได้ง่ายทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ ในด้านความเหมาะสมของบริการ

ซึ่งในประเด็นเหล่านี้ทั้งหมด ของรูปแบบการบริการและระบบสนับสนุน มีการประชุมจำนวน 3 ครั้ง ระหว่างเจ้าหน้าที่และทันตบุคลากรจากศูนย์สุขภาพชุมชน ทันตแพทย์คลินิกทันตกรรมเอกชน เจ้าหน้าที่จากกลุ่มงานประกันสุขภาพ และกลุ่มงาน

ทันตสาธารณสุข เพื่อสรุปข้อตกลงให้เข้าใจตรงกัน และพัฒนารูปแบบ แก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน ทั้งหน่วยงานตรวจสอบ คลินิกผู้ให้บริการ รวมทั้งหน่วยประจำที่ส่งต่อทั้ง 3 CUP

จากการทำแบบสอบถาม เจ้าหน้าที่ของ CUP เมืองย่า 1, 2 และ 4 และทันตบุคลากรจำนวน 26 คน พบว่า ร้อยละ 84.6 เห็นควรจัดการบริการทันตกรรมที่มีคลินิกทันตแพทย์เอกชนเข้ามาร่วมให้บริการต่อไป โดยมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาบุคลากรภายใน CUP ที่ไม่ใช่ทันตภิบาลให้สามารถตรวจคัดกรองโรคในช่องปาก เพื่อส่งต่อรักษากับทันตบุคลากรได้ ส่งผลให้ประชาชนมีความสะดวกมากยิ่งขึ้น

ทันตแพทย์คลินิกเอกชน จำนวน 16 คน ทั้งหมดยินดีเข้าร่วมในโครงการต่อไป มีข้อเสนอแนะว่า ควรปรับเปลี่ยนรายการในบางรายการเพื่อให้ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การเตรียมช่องปากเพื่อใส่ฟันเทียม ระบบการเบิกจ่ายเงินให้จ่ายเร็วขึ้น เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ใช้ประชาชนในเขตพื้นที่ที่ราบถึงข้อจำกัดในการให้บริการทันตกรรม เช่น การใส่ฟันเทียมจะต้องมีการเตรียมช่องปากก่อน การรักษารากฟันน้ำนม การถอนฟันคุด ต้องใช้เวลาในการรักษา สิ่งเหล่านี้อาจจะส่งผลให้ประชาชนไม่เข้าใจในมาตรฐานการรักษาทำให้อาจจะไม่พึงพอใจต่อการให้บริการของทันตแพทย์

3. ประชาชนในพื้นที่บริการ

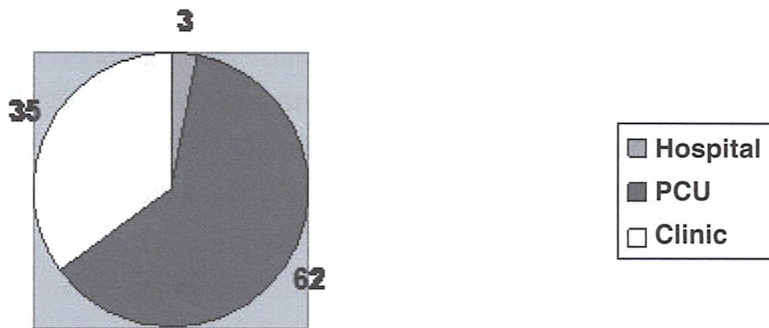
จากการทำแบบสอบถาม ประชาชนจำนวน 395 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 246 คน คิดเป็นร้อยละ 62.2 และเพศชาย จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 37.7 อายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 24 รองลงมา อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 19 ส่วนมากสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 162 คน คิดเป็นร้อยละ 41 รองลงมา สำเร็จการศึกษา

ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 34.9 มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 40.5 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 31.4 พบว่ามีอัตราการไปใช้บริการทันตกรรมที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมากที่สุด ร้อยละ 62

รองลงมาไปรับบริการที่คลินิกทันตกรรมเอกชนร้อยละ 35 ซึ่งสอดคล้องกับการวางระบบการทำงานของโครงการ ตามหลักการและแนวคิดในการพัฒนารูปแบบในข้อ 2 และสามารถเพิ่มการเข้าถึงได้อย่างชัดเจนดังผลการศึกษาข้อ 1 (รูปที่ 3)

รูปที่ 3 ร้อยละการไปรับบริการทันตกรรมของประชาชนในพื้นที่

Fig. 3 Percentage of the public dental service in the area

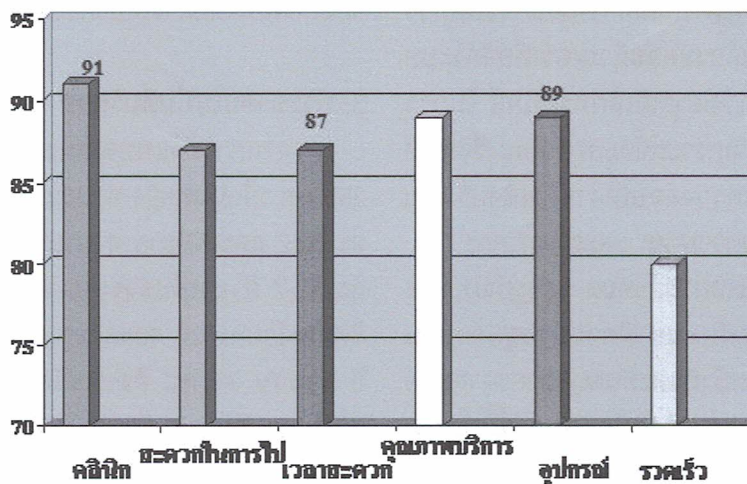


เมื่อถามความพึงพอใจในประเด็นต่างๆ พบว่าพอใจต่อการได้ไปใช้บริการที่คลินิกทันตกรรมเอกชน มีอัตราสูงสุดร้อยละ 91 ร้อยละ 89 เป็นเรื่องอุปกรณ์และคุณภาพการบริการ ร้อยละ 87 พึงพอใจในความสะอาดของที่ตั้งสถานบริการและเวลาในการไปรับบริการ ร้อยละ 80 พึงพอใจในความรวดเร็ว

ของการบริการประชาชน กลุ่มตัวอย่างทุกคน มีความคิดเห็นว่ามีโครงการนี้ต่อไป เพราะประชาชนได้รับการแก้ไขปัญหที่ทันท่วงที ด้วยทันตแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ ซึ่งสร้างความมั่นใจการรับบริการ (รูปที่ 4)

รูปที่ 4 ร้อยละความพึงพอใจของประชาชนในพื้นที่แยกตามประเด็นต่างๆ

Fig. 4 Percentage of people satisfied by issues



บทวิจารณ์

ถึงแม้จะไม่มีต้นทุนต่อหน่วยของคลินิกทันตกรรมเอกชน ทั้งการบริการในภาพรวมหรือรายชนิดบริการ แต่ในการศึกษานี้ใช้วิธีการคิดอัตราค่าบริการตามชนิดบริการ (fee-for-service) ถัวเฉลี่ยความยากง่ายของงาน ใช้ราคาเดียวในการบริการ ซึ่งการตั้งชุดอัตราค่าบริการนี้ เป็นการร่วมกันกำหนดระหว่างผู้บริหารของ CUP และผู้ให้บริการ โดยใช้ราคาของคลินิกทันตกรรมที่ร่วมในโครงการจัดบริการเป็นหลัก อิงกับราคาการบริการทันตกรรมของภาครัฐ แล้วลดราคาลงมาประมาณ 10-20% กำหนดว่าคลินิกต้องให้การรักษาทุกชนิดของงานบริการได้ ในบางรายการ เช่นการใส่ฟันเทียมที่ส่วนหนึ่งมีต้นทุนหลักอยู่ที่ค่าบริการของห้องปฏิบัติการที่มีราคาสูง โดยเฉพาะการใส่ฟันเทียมทั้งปาก ซึ่งราคาในชุดอัตราค่าบริการจะมีราคาต่ำกว่าคลินิกมากถึง 40% จึงทำให้บางคลินิกปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ ส่วนคลินิกที่สามารถเข้าร่วมได้ต้องแก้ปัญหาโดยทันตแพทย์เจ้าของคลินิกเป็นผู้ให้บริการ ดังนั้นในปีงบประมาณต่อมาจึงมีการเสนอปรับราคาชุดอัตราค่าบริการในบางรายการเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องชนิดของงานบริการที่ไม่ได้กำหนดไว้ แต่จำเป็นต้องให้บริการ ที่พบมากคือการปรับแต่งกระดูกก่อนใส่ฟันเทียม จึงได้มีการกำหนดเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามก็ได้มีการกำหนดเพิ่มเติมขึ้นว่า ถ้าจำเป็นต้องมีการให้บริการที่ไม่ได้กำหนดไว้ในชุดอัตราค่าบริการ แต่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ คลินิกควรมีการแจ้งข้อมูลให้ศูนย์สุขภาพชุมชนทราบด้วย

ส่วนงบประมาณใช้ในการจัดบริการทันตกรรมเป็นการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวล่วงหน้า (prepaid capitation) ที่จัดสรรไว้คนละ 20 บาทต่อประชากรสิทธิบัตรทอง พบว่าเพียงพอต่อการจัดบริการ (ดูจากการใช้งบประมาณของ CUP เมือง 1 และ 4) แสดงให้เห็นว่า การกำหนดเงื่อนไขบริการที่ชัดเจน การจัดระบบงานบริการที่เป็นเครือข่าย

โดยด้านทันตสาธารณสุขและบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน ให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้ดำเนินการด้านการบริการที่ซับซ้อนคลินิกทันตกรรมเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ พบว่ามีประสิทธิภาพเป็นไปตามหลักการและแนวคิดในข้อ 2 และ 3 นอกจากนี้อาจเป็นเพราะว่าภายใน CUP ที่เป็นพื้นที่ในการศึกษา ได้สร้างความตระหนักในการทำงานเป็นทีม ซึ่งการทำงานเป็นทีมจะก่อให้เกิดการปฏิบัติงานมีคุณภาพสูง บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานการยอมรับซึ่งกันและกัน ทำงานด้วยความร่วมมือร่วมใจ ส่งผลให้เกิดการทำงานแบบหุ้นส่วนหรือการสร้างเครือข่าย^{8, 9}

นอกจากนี้การมีระบบบริหารจัดการที่ดี โดยเฉพาะระบบรายงานที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถใช้ทั้งเป็นการประเมิน การติดตามกำกับ การตรวจสอบความเหมาะสมของการเบิกจ่ายค่าบริการ การมีระบบข้อมูลโปรแกรมเพื่อการบันทึกข้อมูลบริการ ใช้ในการประมวลผล การตรวจสอบย้อนหลัง ก็เป็นส่วนให้การบริหารจัดการคลินิก และโครงการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผู้ให้และผู้รับบริการ มีความต้องการที่จะให้มีการให้บริการทางทันตกรรมตามรูปแบบนี้ ต่อไป โดยเฉพาะผู้รับบริการส่วนใหญ่บอกว่าเขาได้รับการแก้ไขปัญหาได้เร็ว โดยทันตแพทย์ที่มีความสามารถ สร้างความมั่นใจในการไปรับบริการ การเปิดโอกาสให้คลินิกทันตกรรมเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการ นอกจากจะช่วยแก้ปัญหาทางทันตสุขภาพแล้ว ยังเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้กับประชาชนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะปัญหาการได้รับบริการใส่ฟันเทียม ซึ่งเดิมมีคิวรอในการรับบริการที่โรงพยาบาลมาราวนานประมาณ 2 ปี ภายใต้การจัดบริการด้วยรูปแบบนี้ประชาชนได้รับบริการรวดเร็วขึ้น

ผู้วิจัย มุ่งเน้นการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ซึ่ง¹⁰ กล่าวว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นการสร้างสรรค์ทำให้เกิดพลังความคิด สติปัญญา

ในการแก้ปัญหา และสร้างความสมดุลระหว่างผู้บริหารกับปฏิบัติ การสร้างบรรยากาศในการสื่อสาร ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ การประสานงาน เพื่อสร้างความเข้าใจและลดความซ้ำซ้อนของการทำงาน การสร้างทีมงาน เพื่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำงานที่มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน และการสร้างเครือข่ายการให้บริการระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ และให้คำปรึกษาแก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งวิธีการเหล่านี้ ทำให้ทุกคนร่วมกันทำงานมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน¹¹ คือให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทางทันตกรรมตามสิทธิมากที่สุด (CUP เมืองย่า 1 เพิ่มขึ้นจาก 6.3 คน/100 ประชากร เป็น 14.2 CUP เมืองย่า 2 จาก 4.3 คน/100 ประชากร เป็น 6.2 และ CUP เมืองย่า 4 เพิ่มขึ้น จาก 9 คน/100 ประชากร เป็น 10.5)

จากการสอบถามความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องถึงรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไม่มีการเสนอให้ปรับปรุงเพียงแต่เพิ่มเติมในด้านประชาสัมพันธ์ การติดป้ายนิเทศ และการลดขั้นตอนการเบิกจ่ายเงินเท่านั้น แสดงให้เห็นว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบที่มีการติดตามและประเมินผล และนำข้อมูลมาปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้รูปแบบระบบบริการทางทันตกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีคุณภาพ มีความเหมาะสม กับสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ที่ศึกษา และสามารถนำไปใช้ได้จริงในพื้นที่ที่มีลักษณะเดียวกันนี้หรือคล้ายคลึงกัน

บทสรุป

การจัดรูปแบบบริการทันตกรรมผลระหว่างรัฐและเอกชนนี้เน้นการใช้ทรัพยากร และโครงสร้างบริการที่มีอยู่แล้วในภาครัฐและเอกชน เพื่อประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ในภาครัฐควรมีทันตภิบาลเป็นผู้ให้บริการบำบัดรักษาขั้นพื้นฐาน รวมทั้งดำเนินงานด้านส่งเสริมป้องกันตามชุดสิทธิ

ประโยชน์อยู่ด้วย ในภาคเอกชนควรมีคลินิกทันตกรรมเอกชนที่เปิดบริการเต็มเวลาเข้าร่วมบริการ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น บริการที่เป็นที่ต้องการของเขตเมือง คือการเก็บรักษาฟัน และใส่ฟันปลอมที่มีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรทั้งงบประมาณและบุคลากร การจัดบริการด้วยรูปแบบนี้ประสบผลสำเร็จมากเท่าใด ความไม่ทัดเทียมในการใช้บริการระหว่างเมืองและชนบทก็เพิ่มมากขึ้นเท่านั้น จึงต้องมีการแก้ปัญหาค่าไม่เข้าถึงบริการของกลุ่มสิทธิบัตรทองเขตชนบทไปพร้อมๆ กัน ด้วยรูปแบบที่ต่างกัน⁶ ควรจัดให้มีการประเมินรูปแบบให้รอบด้านทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้ที่เกี่ยวข้องและมีการประเมินร่วมกันทั้งในส่วนผู้บริหารโครงการ และผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นระยะที่มีการนำไปใช้ เพื่อให้สามารถนำข้อสรุปที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขปัญหาอุปสรรคได้อย่างเหมาะสม

การจัดบริการทันตกรรมที่เปิดโอกาสให้คลินิกทันตกรรมเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการในรูปแบบการจัดบริการทันตกรรมผลระหว่างรัฐและเอกชนที่ได้นี้ เป็นการเพิ่มศักยภาพการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะของหน่วยบริการประจำระดับ CUP ที่มีศักยภาพเป็นรูปแบบของหน่วยบริการประจำในลักษณะการจัดบริการปฐมภูมิแบบเครือข่าย (PCN) ซึ่งเป็นลักษณะของ CUP เกิดใหม่ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องการให้มีการจัดบริการแบบนี้มากขึ้น การนำรูปแบบนี้ไปใช้จะสามารถทำได้ดี ในเขตเมืองที่มีคลินิกทันตกรรมเอกชน เป็นแหล่งบริการหลักของประชาชนอยู่แล้ว และต้องมีระบบบริหารจัดการและติดตามกำกับที่ดี อย่างไรก็ตามในการที่จะนำรูปแบบนี้ไปใช้ ควรต้องศึกษารายละเอียดต่างๆ เพื่อให้สามารถนำไปปรับรูปแบบให้เข้ากับบริบทของพื้นที่จริงๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
2. สำเร็จ แหงกระโทก. แนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นครราชสีมา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ; 2544.
3. เพ็ญแข ลาภยิ่ง และมนิธี ต่อเศวตพงศ์. ทันตแพทย์ไทยใน 30 บาท. นนทบุรี : องค์การอนามัยโลกแห่งประเทศไทย : ไชเบอร์เพรส ; 2547.
4. สำเร็จ แหงกระโทก และรุจิรา มังคละศิริ. คู่มือการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 4. นครราชสีมา : บริษัทเจริญมาร์เก็ตติ้ง จำกัด ; 2548.
5. กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ครั้งที่ 5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา : บริษัทเจริญมาร์เก็ตติ้ง จำกัด ; 2551.
6. เพ็ญแข ลาภยิ่ง. รูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากผสมระหว่างภาครัฐและเอกชนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เขตเมือง กรณีศึกษากรุงเทพมหานคร : วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ 13 ฉบับที่ 6 ; 2547.
7. สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ลิทธิประโยชน์และการขอลงทะเบียนเพื่อใช้สิทธิในคู่มือหลักประกันสุขภาพชาติ หลักประกันแห่งความเสมอภาคและคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2547. นนทบุรี : สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2547 หน้า 24-27.
8. ณีภูษพันธ์ เขจรนันท์ และคณะ. การสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ. กรุงเทพฯ : เอ็กซ์เปอร์เน็ท ; 2545.
9. ไพโรจน์ บาลัน. ทักษะการบริหารทีม. กรุงเทพฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา : จีระการพิมพ์ ; 2550.
10. เมตต์ เมตต์การุณจิต. การบริหารการศึกษาแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ : บริษัทบุ๊ค พอยต์ จำกัด ; 2547.
11. Senge, Peter m. The Fifth Discipline. New York : Doubleday. 1973.



Evaluation Public-private mixed model for oral health care in the Public Service District in Nakhon Ratchasima Province

Sirirat Rassameesoraj* D.D.S.

Abstract

This study aimed to evaluate public-private mixed model in public service district in Nakhon Ratchasima. The study was conducted between October 2551 - September 2552 ,the study focused mainly by 1) rate of dental services, Used data from performance report. 2) model for service and support system used data from questionnaire and the conclusions of the meeting of three times among the staff and dental personnel from health centers and dentist from private dental clinic 3) client satisfaction form service in the public area. The study found that public and private dental clinics have to work cooperatively as organized oral health care networks increased access to services. The overall service in 3 Contacting Unit of Primary Care (CUP) , first CUP from rate 6.3 to 14.2 persons/100 population, second CUP from 4.3 to 6.2 persons/ 100 population and the third CUP increased from 9 to 10.5 persons/100 population. During 1 year, 217 patients have received denture, 59.5 percent of total referred to oral treatment. The good management also affected the budget for the model at the lowest was 13.7 bath/person and the highest was 26.6 average at 19.6 bath. Satisfaction of the people was up to 91 percent and needs to have service with such parties. This model is suitable for urban areas which the private clinics are usual for oral care sources of most people. According to this model, public and private dental clinics have to work cooperatively, Intensive management and regulation systems are also needed, so the model developed in this successful operation and access to public services.

Key words : *public-private mixed service model, organized oral health care networks*

* Provincial Health Office, Nakhon Ratchasima Province