

แนวทางการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก ที่เหมาะสมในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

วีระศักดิ์ พุทธาศรี *

จันทนา อึ้งชูศักดิ์ **

ปิยะฉัตร พัทธานุกิตติ ***

ท.บ., ศ.บ.

ท.บ., M.P.H., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)

ท.บ., สม.ม. (สังคมศาสตร์ทางการแพทย์)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ แนวคิดและประสบการณ์การจัดชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพช่องปากและเสนอแนะการจัดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่เหมาะสมเป็นไปได้สำหรับบริบทสังคมไทยและสอดคล้องกับความต้องการสุขภาพช่องปาก วิธีการศึกษาประกอบด้วยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประเมินผลการจัดชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมที่จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเก็บข้อมูลการรับบริการทันตกรรม เดือน เมษายน 2543 ถึง ธันวาคม 2544 และการจัดสนทนากลุ่มทั้งฝ่ายผู้จัดบริการและผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี และการจัดลำดับความสำคัญของประเภทการบริการ การร่วมจ่ายและเงื่อนไขอื่นๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มวิชาชีพ และตัวแทนประชาชน

ผลการศึกษา พบว่าหลังการดำเนินโครงการนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดปทุมธานีมีผู้มารับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น โดยงานบริการหลัก คือ อุดฟันเพิ่มร้อยละ 25.3 ขูดหินปูนเพิ่มร้อยละ 25.1 และถอนฟันเพิ่มร้อยละ 16.2 การจัดสนทนากลุ่มในส่วนผู้จัดบริการจะมีปัญหาเรื่องการจัดความ การเพิ่มจำนวนของผู้รับบริการ และงบประมาณที่ล่าช้าในส่วนการเบิกค่าทำฟันปลอม ในส่วนของผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการบริการรักษาโรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดและปัญหาการบดเคี้ยว การประชุมแสดงความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มวิชาชีพ และตัวแทนประชาชนได้จัดลำดับความสำคัญของประเภทงานบริการ แบ่งเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วยกลุ่มที่มีความสำคัญระดับต้น ระดับกลาง และระดับท้าย โดยข้อเสนอแนะในการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก 3 ทางเลือก คือ ทางเลือกที่หนึ่งจัดชุดสิทธิประโยชน์ตามความจำเป็นเต็มรูปแบบ ทางเลือกที่สองจัดชุดบริการตามความจำเป็นแบบมีเงื่อนไข และทางเลือกที่สามจัดชุดบริการตามกลุ่มอายุและความจำเป็นแบบมีเงื่อนไข การจะเลือกใช้ทางเลือกใดขึ้นกับทรัพยากร บุคลากร และศักยภาพการจัดบริการ โดยควรให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ และควรให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพก่อนงานบำบัดรักษาและงานฟื้นฟูสภาพ ด้วยเหตุผลนโยบายแนวคิดการสร้างสุขภาพนำซ่อมสุขภาพ ส่วนทางเลือกระหว่างงานบำบัดรักษาและงานฟื้นฟูสภาพอาจต้องมีการพิจารณาร่วมกับงบประมาณ ศักยภาพและกำลังบุคลากรที่มี

คำสำคัญ : สุขภาพช่องปาก, ชุดสิทธิประโยชน์, ประกันสุขภาพถ้วนหน้า

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

** กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

*** คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

พัฒนาการของระบบสุขภาพไทยได้ให้ความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพที่เป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนทุกคนในประเทศ และได้ผลักดันทำให้เกิดนโยบายหลักด้านสุขภาพขึ้น ที่ประชาชนทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการได้ เพื่อให้ประชากรของประเทศมีสุขภาพดี สร้างผลผลิตที่มีทั้งคุณภาพและปริมาณ นโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยตลอดเวลาที่ผ่านมา คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน ปัจจุบันประชากรคนไทยมีการคุ้มครองด้านสุขภาพโดยการประกันสุขภาพหลายประเภท อย่างไรก็ตามสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพของแต่ละประเภทยังมีความแตกต่างในรายละเอียดทั้งในเรื่องรูปแบบการให้บริการ และ ชนิดบริการ เช่นเดียวกับสิทธิประโยชน์ที่ให้สำหรับบริการสุขภาพช่องปาก เนื่องจากพัฒนาการของแต่ละกองทุนประกันสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งในเรื่องของแหล่งเงินที่มา และ ลักษณะของสมาชิกของระบบประกัน

ชุดสิทธิประโยชน์การบริการสุขภาพช่องปากตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก การให้ฟลูออไรด์สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก การให้เคลือบหลุมร่องฟันในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี สำหรับงานบริการด้านการรักษา ประกอบด้วย การอุดฟันด้วยวิธี direct technique ทุกชนิดของวัสดุ ยกเว้นเพื่อการเสริมสวย การถอนฟัน ขูดหินปูน และเกลารากฟัน การรักษาโพรงประสาทฟันในฟันน้ำนม ฟันปลอมฐานอคริลิกเพื่อการบดเคี้ยว และการใส่ฟันเทียมในเด็กเพดานโหว่ โครงการประกันสุขภาพ 30 บาทได้เริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 11 เมษายน 2544 ใน 6 จังหวัดนำร่อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อรวบรวมองค์ความรู้ แนวคิดและประสบการณ์การจัดชุด

สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพช่องปาก ติดตามประเมินผลการจัดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพช่องปากในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในประเด็นผลกระทบในการดำเนินการจัดบริการ และ สังเคราะห์ เพื่อเสนอแนะการจัดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่เหมาะสมและความเป็นไปได้สำหรับบริบทสังคมไทย ที่สอดคล้องกับความต้องการสุขภาพช่องปาก ซึ่งองค์ความรู้และการประเมินนี้จะช่วยเป็นแนวทางที่จะพัฒนาและกำหนดชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากภายใต้หลักประกันถ้วนหน้า และรวมไปถึงการเสนอแนะรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม สำหรับการดำเนินการต่อไปในอนาคต

วิธีการศึกษา

บททวนวรรณกรรมในประเด็นที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก ประเมินการดำเนินการบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในพื้นที่ศึกษา และการระดมความคิดเห็นเพื่อวิจารณ์และสังเคราะห์การจัดบริการสุขภาพช่องปาก

คัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) คือ จังหวัดปทุมธานี เพราะเป็น 1 ใน 6 จังหวัดนำร่องของโครงการเพื่อศึกษาข้อมูลการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบบันทึกข้อมูล จากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย ระหว่างเดือน เมษายน 2543 ถึง ธันวาคม 2544 เพื่อเปรียบเทียบการบริการทันตกรรมช่วงก่อนและหลังการดำเนินโครงการ และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในกลุ่มทันตบุคลากรทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งให้ข้อมูลผลกระทบจากงานบริการทันตกรรมภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในกลุ่มประชาชนโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม

อายุ คือกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มผู้ปกครองเด็ก ใช้เทคนิค Free listing & pile sort

เมื่อรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว นำประเด็นมารวบรวมเรียบเรียงร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้อง และจะเป็นการระดมความคิดเห็นเพื่อวิจารณ์และสังเคราะห์ชุดสิทธิประโยชน์ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholders) อันประกอบด้วย นักวิชาชีพ นักวิชาการ และภาคประชาชน โดยวิธีการจะประยุกต์จากหลักการของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย(Delphi)

การวิเคราะห์ข้อมูล ในส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละและสัดส่วน ในข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) และการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic induction) พร้อมข้อเสนอแนะของการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการประเมินการดำเนินการบริการสุขภาพช่องปาก ตามชุดสิทธิประโยชน์

ตารางที่ 1 จำนวนการมารับบริการทันตกรรมของประเภทบริการหลัก เปรียบเทียบก่อนและหลังโครงการ จังหวัดปทุมธานี

Table 1 Oral health care utilization before and after the UC, Pathumthani

สถานบริการ	ประเภท	ช่วงเวลา		
		เม.ย.43-ธ.ค.43	เม.ย.44-ธ.ค.44	เปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)
รวม	ถอนฟัน(ซี่)	18,224	21,177	16.20
	อุดฟัน(ซี่)	13,495	16,910	25.31
	ขูดหินปูน(ราย)	5,415	6,777	25.15
* ระดับโรงพยาบาล	ถอนฟัน(ซี่)	16,444	18,504	12.53
	อุดฟัน(ซี่)	12,510	15,190	21.42
	ขูดหินปูน(ราย)	4,837	5,800	19.91
* ระดับสถานีอนามัย	ถอนฟัน(ซี่)	1,780	2,673	50.17
	อุดฟัน(ซี่)	985	1,720	74.62
	ขูดหินปูน(ราย)	578	977	69.03

จังหวัดปทุมธานีตั้งอยู่ในภาคกลาง มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 639,914 คน มีจำนวน 277,837 หลังคาเรือน (มีนาคม 2543) มีสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐและเอกชนรวมทั้งสิ้น 453 แห่ง มีโรงพยาบาลทั้งสิ้น 18 แห่ง และ 2,309 เตียง มีแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1:2,601 ทันตแพทย์ 1:11,850 และ ทันตภิบาลเป็น 1:58,174

การรับบริการทันตกรรมของประชาชน หลังจากการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เพิ่มขึ้น ทั้งสถานบริการระดับโรงพยาบาลและสถานีอนามัย โดยตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเพิ่มของผู้รับบริการทันตกรรมในงานหลักๆ ช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนธันวาคม 2544 เปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี 2543 พบว่าจำนวนผู้มารับการถอนฟันเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.20 การอุดฟันเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.31 และการขูดหินปูนเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.15 ซึ่งสถานบริการระดับสถานีอนามัยมีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงกว่าระดับโรงพยาบาล

หากพิจารณาสัดส่วนของผู้มารับบริการทั่วไปกับผู้รับบริการตามโครงการนั้น ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้รับบริการในสถานบริการระดับโรงพยาบาล(ทั้ง 8 แห่ง) เมื่อเปรียบเทียบตามสัดส่วนแล้ว งาน 5 ประเภทแรกที่มีสัดส่วนจากบัตรทองมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ รักษาโรคฟัน(ร้อยละ 29.39) ใส่ฟันปลอม(ร้อยละ 29.17) ขูดหินปูน(ร้อยละ 26.64) ถอนฟัน(ร้อยละ 25.64) และอุดฟัน(ร้อยละ 24.40) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ข้อมูลการนัดเพื่อการรักษา (Waiting list) ในสถานบริการระดับโรงพยาบาล ณ เดือน กุมภาพันธ์ 2545 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่ประสงค์จะรับการรักษาแต่ยังไม่ได้รับบริการและลงชื่อไว้เพื่อรอการ

นัดเพื่อเรียกมารับการรักษาภายหลัง (ตารางที่ 3) โดยงานใส่ฟันปลอมมีการนัดใน 4 โรงพยาบาลรวมผู้ป่วย 164 ราย รองลงมาเป็นรักษารากฟันแท้ใน 3 โรงพยาบาล รวม 136 ราย จำนวนนี้ไม่รวมผู้ที่มาโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการรักษาแต่ไม่ได้ลงชื่อไว้ในใบนัด (ตารางที่ 3)

ส่วนที่ 2 ผลการสนทนากลุ่ม เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพความคิดเห็นของการจัดชุดบริการสุขภาพที่ผ่านมา ในกลุ่มผู้จัดบริการ และกลุ่มผู้รับบริการ

- กลุ่มทันตบุคลากร ดำเนินการสนทนากลุ่มที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยทันตแพทย์ 11 คน และทันตา

ตารางที่ 2 ประเภทและร้อยละของผู้ถือบัตรทองตามประเภทงานบริการทันตกรรมในระดับโรงพยาบาล ระหว่างเดือนเมษายน-ธันวาคม 2544

Table 2 Service type and percentage of UC users at hospitals between Apr-Dec 2002.

รายการ	จำนวนที่ให้บริการ		สัดส่วนของบัตรทอง ** (ร้อยละ)
	รวม	บัตรทอง	
ถอนฟัน(คน)	18,504	4,745	25.64
ถอนฟัน(ซี่)	23,289	5,823	25.00
ผ่าฟันคุด(ซี่)	535	109	20.37
อุดฟัน(คน)	15,190	3,707	24.40
อุดฟัน(ซี่)	21,486	4,810	22.39
ขูดหินปูน(คน)	5,800	1,545	26.64
Pulpo(คน)	112	0	0.00
Pulpo(ซี่)	118	0	0.00
RCT(คน)	456	134	29.39
RCT(ซี่)	487	146	29.98
TP(คน)*	480	140	29.17
TP(ซี่)*	606	185	30.53
Obturator(ซี่)	3	0	0.00
Sealant(คน)	1,213	56	4.62
Sealant(ซี่)	2,830	151	5.34
Fluoride(คน)	881	140	15.89

หมายเหตุ * การใส่ฟันปลอมฐานพลาสติกไม่ได้แยกแยะระหว่างฟันปลอมบางส่วน(TP) และฟันปลอมทั้งปาก(FD)

** สัดส่วนบัตรทองคิดจากรายการบริการบัตรเปรียบเทียบกับการบริการรวมทั้งหมด

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรอรับการรักษาทางทันตกรรม จังหวัดปทุมธานี ณ เดือน กุมภาพันธ์ 2545

Table 3 Waiting list of oral health care, February 2002.

ประเภทงาน	ผ่าฟันคุด	อุดฟัน	ขุดหินปูน	ใส่ฟัน	รักษารากฟันแท้	รักษาประสาทฟันน้ำนม
จำนวน รพ.	2	1	1	4	3	2
จำนวนผู้ป่วย (คน)	11	5	9	164	136	12

ภิบาล 7 คน พบว่า การตีความชุดสิทธิประโยชน์ยังมีการตีความที่แตกต่างกัน ขึ้นกับดุลยพินิจของบุคลากรแต่ละคน การกำหนดรายละเอียดสิทธิประโยชน์ไม่ชัดเจน ซึ่งต้องการให้ส่วนกลางกำหนดรายละเอียดเป็นรายการกิจกรรมที่ชัดเจน การรับรู้และความต้องการของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้ป่วยถอนฟันและใส่ฟันปลอม แนวโน้มของความต้องการและประเภทของการบริการเปลี่ยนไปจากเดิมที่เน้นการถอนฟันเปลี่ยนเป็นงานหัตถการอย่างอื่นเช่น การอุดฟัน ขุดหินปูน และรักษารากฟัน ทันตบุคลากรมีความกังวลว่าผู้ป่วยจะละเลยการป้องกันตนเองในโรคที่พึงป้องกันได้ และความไม่แน่นอนเรื่องงบประมาณ

- กลุ่มผู้รับบริการทันตกรรม ดำเนินการสนทนากลุ่มที่สถานีอนามัยบ้านกลาง อ.เมือง จ.ปทุมธานี โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ 6 คน กลุ่มวัยทำงาน 6 คน กลุ่มวัยรุ่น 8 คน และกลุ่มผู้ปกครองเด็ก 6 คน อภิปรายโดยใช้การเขียนกระดาดติดบอร์ด (Card technique) เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมจากประสบการณ์ตนเองให้มากที่สุด พบว่า ทุกกลุ่มให้ความสำคัญกับการรักษาที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวดและการบดเคี้ยว กลุ่มเด็กเน้นที่งานทันตกรรมป้องกันและถอนฟันน้ำนม กลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานจะเพิ่มการบูรณะฟันเพื่อความสวยงาม ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นการใส่ฟันปลอมเพื่อการบดเคี้ยว

ส่วนที่ 3 เป็นการระดมความเห็นในการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากโดยใช้เทคนิคที่ปรับเปลี่ยน

จากหลักการของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย(Delphi) ผู้เข้าร่วมการระดมความคิดเห็นจำนวน 15 คน ประกอบด้วยทันตแพทย์ 6 คน ที่เหลือเป็นนักวิชาการ ตัวแทนประชาชน และวิชาชีพอื่น ๆ อีก 9 คน โดยดำเนินการตามลำดับขั้นดังนี้ เริ่มจากการนำเสนอข้อเท็จจริงและการระดมความคิดเห็น เพื่อจัดลำดับความสำคัญและรายการรักษาที่ควรบรรจุไว้ในชุดบริการสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพช่องปาก พบว่าคะแนนเฉลี่ยลำดับความสำคัญ (โดย “5” หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด “0” หมายถึงไม่เห็นด้วยว่าควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์) 3 รายการแรก ได้แก่ การให้ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่ ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน และการรักษาโรคปริทันต์ มีค่าเฉลี่ย 5.0, 4.9, และ 4.9 ตามลำดับ ขณะที่ 3 รายการสุดท้ายที่เหมาะสมเพื่อการจัดเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย การใส่ฟันปลอมติดแน่น การแก้ไขผู้ป่วยฟันซ้อนเก และการใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ มีค่าเฉลี่ย 2.3, 3.0, และ 3.2 ตามลำดับ เงื่อนไขอื่นๆที่ควรนำมาพิจารณาประกอบด้วย การจัดตามกลุ่มอายุ ความถี่ในการรับบริการที่เหมาะสม โดยมีเหตุผลสนับสนุนว่าเงื่อนไขดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการรับบริการไม่ให้เกิดความจำเป็น เกิดความตระหนักถึงการส่งเสริมและป้องกันโรค รวมทั้งหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพช่องปากที่ดี (ตารางที่ 4)

เงื่อนไขสำคัญต่อพฤติกรรมการรับบริการคือการร่วมจ่ายสำหรับการรับบริการทันตกรรม

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นจากการระดมความคิดเห็น

Table 4 Average prioritize score of each oral health care service

ลำดับ	รายการ	คะแนนเฉลี่ย
1	ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่	5.0
2	ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน	4.9
3	การรักษาโรคปริทันต์	4.9
4	ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่	4.8
5	ผู้ป่วยมะเร็งในช่องปาก	4.8
6	ผู้ป่วยขากรรไกรหัก	4.8
7	การติดเชื้อในช่องปากและไบหน้	4.8
8	การอุดฟันด้วยอมัลกัม	4.8
9	การขูดหินปูน	4.7
10	การเคลือบหลุมร่องฟัน	4.7
11	แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก	4.6
12	การใส่ฟันทั้งปาก	4.6
13	การรักษาประสาทฟันแท้	4.6
14	การผ่าฟันคุด	4.4
15	การตรวจสุขภาพช่องปาก	4.3
16	การให้คำปรึกษา	4.3
17	การถอนฟัน	4.3
18	การรักษาประสาทฟันน้ำนม	4.3
19	การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน	4.0
20	การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก	3.8
21	การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ	3.2
22	ผู้ป่วยฟันซ้อนเก	3.0
23	การใส่ฟันปลอมติดแน่น	2.3

แบ่งเป็น 3 กลุ่มตามระดับของการร่วมจ่าย ดังนี้

1. รายการที่ไม่ควรร่วมจ่ายค่าบริการ ประกอบด้วย 6 รายการ ประกอบด้วย การให้คำปรึกษา ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่ ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน การตรวจสุขภาพช่องปาก เพดานเทียมในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ และการรักษาประสาทฟันน้ำนม

2. รายการที่เหมาะสมในการร่วมจ่าย 30 บาทตามนโยบาย มี 10 รายการ ประกอบด้วย การติดเชื้อในช่องปากและไบหน้ ผู้ป่วยขากรรไกร

หัก การอุดฟันด้วยอมัลกัม การเคลือบหลุมร่องฟัน การใส่ฟันปลอมทั้งปาก การผ่าฟันคุด การถอนฟัน ผู้ป่วยมะเร็งในช่องปาก และแผลพยาธิสภาพในช่องปาก

3. รายการที่ควรร่วมจ่ายมากกว่า 30 บาท มี 7 รายการ ประกอบด้วย การรักษาโรคปริทันต์ การแก้ไขผู้ป่วยฟันซ้อนเกการรักษาประสาทฟันแท้ การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ และการใส่ฟันปลอมติดแน่น

บทวิจารณ์

การที่จะนำผลการศึกษาและทางเลือกข้อเสนอจากการวิจัยนี้ไปใช้ในนโยบายจริงนั้น คงต้องคำนึงปัจจัยหรือบริบทที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย แม้ว่างานวิจัยนี้มีข้อเสนอหลายรูปแบบก็ตาม เมื่อนำไปปฏิบัติจริงก็อาจพบปัญหาความไม่สอดคล้องของความต้องการของผู้บริโภคและการจัดบริการได้อันเนื่องจากการวางแผนระดับนโยบาย จะมีแนวคิดตามหลักการของเศรษฐศาสตร์มหภาค โดยคิดค่าเสียโอกาสของทรัพยากรและกระจายทรัพยากรเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม(Equity)ต่อสังคมโดยรวม และปัจจัยผลกระทบภายนอก (externality) ของบริการสุขภาพ ในขณะที่ผู้บริโภคจะมองลักษณะหลักการของเศรษฐศาสตร์จุลภาคที่พิจารณาค่าเสียโอกาสและอรรถประโยชน์(Utility)ที่จะได้รับเป็นเกณฑ์ มีความเป็นนามธรรมและแตกต่างไปจากแต่ละบุคคล การนำนโยบายไปใช้อาจจะมีข้อโต้แย้งในมุมมองที่ต่างกันของนโยบายกับผู้บริโภคได้⁽¹⁾ มาตรการที่ช่วยลดความแตกต่างจากมุมมองนี้ เช่น ความยืดหยุ่นที่จะปรับลำดับสิทธิประโยชน์ตามความจำเป็นของสภาพปัญหาพื้นที่ และควรมีองค์ความรู้ที่เป็นระดับจุลภาค(Micro-level)เพื่ออธิบายพฤติกรรมของผู้บริโภค หรือการวางแผนระดับปฏิบัติการจริงในพื้นที่อาจต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนมากยิ่งขึ้น

อัตราการเพิ่มในการรับบริการทางทันตกรรมสูงกว่าการบริการทางการแพทย์ทั่วไป เพราะงานทันตกรรมมีความยืดหยุ่นต่อราคาสูงกว่างานรักษาพยาบาลทั่วไป^(2,3) โดยโรงพยาบาลบางแห่งมีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60 ทำให้ประชาชนที่มาใช้บริการทันตกรรมจำนวนมากไม่ได้รับการบริการหรือเสียเวลาในการรอรับบริการนานและอาจต้องเข้าลงทะเบียนเพื่อรอรับบริการบางแห่งนานเป็นเดือน⁽⁴⁾ ข้อมูลของฝ่ายทันตกรรม รพ.ยะลา

ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2544 มีผู้ไม่ได้รับบริการทันตกรรมร้อยละ 22 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36 ในเดือนเมษายนปีเดียวกัน⁽⁵⁾ พฤติกรรมนี้ได้ถูกยกขึ้นมาอธิบายความเหมาะสมของการจัดบริการทันตกรรมไว้ในระบบประกันสุขภาพ ด้วยแนวคิดของการประกันจะหมายถึงการกระจายความเสี่ยงของการเกิดโรคและค่าใช้จ่ายที่อาจจะเกิดขึ้นโดยที่ไม่สามารถคาดคะเนได้ง่าย⁽⁶⁾ แต่บริการสุขภาพช่องปากเป็นความจำเป็นที่ปรากฏในทุกคนและมีการรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายที่สามารถประมาณการได้ พฤติกรรมจากการประกันทันตสุขภาพจึงออกมาในมุมของการแข่งขันให้เข้าถึงทรัพยากรและการบริการมากกว่าเป็นการกระจายความเสี่ยงของการเกิดความจำเป็นในการรับบริการ

รูปแบบพฤติกรรมนี้อาจเทียบเคียงได้กับกรณีการขยายสิทธิประโยชน์ทันตกรรมของโครงการประกันสังคม ทำให้มีการรับบริการทันตกรรมของผู้ประกันตนมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการบริการชุดหินปูนมาก⁽⁷⁾ ปัจจัยที่มีนัยสำคัญของการเพิ่มการรับบริการทันตกรรมของผู้ประกันตนตามสิทธิกองทุนประกันสังคมนั้น คือ การลาหยุดงานเนื่องจากปัญหาทันตสุขภาพ และการทราบว่าสิทธิในบริการทันตกรรม

หลักฐานที่ยืนยันการเพิ่มการเข้าถึงบริการจากการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น จังหวัดพะเยา สัดส่วนผู้ใช้บริการบัตรสุขภาพกับบัตรทองรวมกันเป็นร้อยละ 27.8 ของผู้รับบริการทันตกรรมทั้งหมด จังหวัดสมุทรสาครในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 มีผู้มารับบริการบัตรทองคิดเป็นร้อยละ 21.6 ของผู้มารับบริการทันตกรรมทั้งหมด ต่อมาเดือนพฤษภาคม เพิ่มเป็นร้อยละ 33.5 และเดือนมิถุนายน เพิ่มเป็นร้อยละ 38.0⁽⁵⁾ ถึงกระนั้นต้องไม่ลืมว่าจำนวนนี้เป็นส่วนที่ได้รับบริการเท่านั้น ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง เพราะมีผู้ประสงค์จะรับบริการจำนวนมากที่ไม่

ได้รับบริการและไม่ได้อยู่ในการนัด เช่น บางโรงพยาบาล จะมีนโยบายรับบริการในจำนวนจำกัดต่อวัน เป็นต้น ที่สำคัญโครงการนี้ควรดำเนินการเพื่อเอื้อกับประชาชนกลุ่ม Potential utilizer ที่มีความต้องการการรักษาแต่ถูกปิดกั้นไว้ด้วยอุปสรรคบางประการ และกลุ่ม True under utilizer ซึ่งเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแต่ไม่รับรู้และไม่มีความต้องการ โดยต้องปรับบริการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งการสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁽⁸⁾

อย่างไรก็ดี การศึกษาที่ใช้จังหวัดปทุมธานีเป็นตัวอย่างในข้อมูลเชิงปริมาณ ไม่น่าจะใช้เป็นตัวแทนของทั้งประเทศได้ เนื่องจากอาจมีความแตกต่างของสถานพยาบาล ศักยภาพบุคลากรสถานะของโรค สถานะเศรษฐกิจสังคมของประชาชน เป็นต้น และข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ครั้งนี้ไม่ได้รวมส่วนที่ดำเนินการจากการเข้าร่วมโครงการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เนื่องจากมาเข้าร่วมโครงการในภายหลัง การจัดเก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่มย่อย และข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้รับบริการแม้ว่าจะพยายามกระจายเป็น 4 กลุ่มคือกลุ่มผู้สูงอายุ วัยทำงาน วัยรุ่น และผู้ปกครองเด็กแล้วก็ตาม ผู้เข้าร่วมแต่ละคนอาจมีลักษณะและประสบการณ์ของการรับบริการทันตกรรมแตกต่างกัน ทำให้การอภิปรายให้ความเห็นบางส่วนอ้างอิงจากประสบการณ์ตรงของแต่ละกลุ่มหรือแต่ละบุคคลเอง จึงไม่สามารถที่จะกล่าวได้ว่ากลุ่มนี้เป็นตัวแทนของทั้งจังหวัดได้เช่นกัน ขั้นตอนการจัดอภิปรายความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นการให้ความเห็นจากผู้มีประสบการณ์ด้านต่างๆ ทั้งสังคม เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข กลุ่มวิชาชีพและผู้บริโภค เนื่องจากผู้เข้าร่วมกลุ่มมีประสบการณ์ที่แตกต่างกันมาก ผู้วิจัยจึงเพิ่มกระบวนการเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่พบด้วย

ด้วยงานวิจัยนี้มุ่งตอบคำถามความเหมาะสม

ของชุดบริการสุขภาพช่องปากควรเป็นอย่างไร ซึ่งความเป็นจริงการจะพัฒนาการบริการสุขภาพช่องปากต้องมีมุมมองและปัจจัยหลายๆ ด้าน เช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายหลักการบริการสุขภาพรวมการพัฒนาความร่วมมือภาครัฐและเอกชน การพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพ ระบบและรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม รวมทั้งผลกระทบอื่นๆ จากการดำเนินโครงการ เช่น คุณภาพของบริการจากการดำเนินโครงการซึ่งเป็นประเด็นที่กลุ่มวิชาชีพจะให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อจะบอกแนวโน้มของผลลัพธ์และความยั่งยืนของโครงการ

สรุปผลการศึกษา

การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพปากในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า พฤติกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรมของประชาชนเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้มารับการถอนฟันเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.20 การอุดฟันเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.31 และการขูดหินปูนเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.15 ผลจากความต้องการเพิ่มขึ้นขณะที่ทรัพยากรและบุคลากรยังมีจำกัด การนัดรักษาในสถานบริการระดับโรงพยาบาล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2545 มีการนัดใส่ฟันปลอม 164 ราย งานรักษารากฟันแท้ 136 ราย

ผู้จัดการบริการมีการตีความชุดสิทธิประโยชน์แตกต่างกันไป ขาดการเตรียมพร้อมของบุคลากรและระบบบริการ รายละเอียดของกิจกรรมในชุดบริการไม่ชัดเจน และต้องการความชัดเจนในการปฏิบัติงาน ทั้งเรื่องงบประมาณ ความอยู่รอดของหน่วยงาน ระบบค่าตอบแทนควรคำนึงถึงการตรวจสอบสุขภาพ การให้คำปรึกษา งานส่งเสริมป้องกัน นอกเหนือที่พิจารณาจากงานรักษาทันตกรรมในคลินิก เท่านั้น ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจ่าย

และกำหนดให้ชัดเจนว่ากรณีใดรักษาฟรีและกรณีใดต้องร่วมจ่าย ผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการรักษาอาการอาการปวด การบดเคี้ยว และสภาพที่ปรากฏ โดยกลุ่มผู้ปกครองเด็กให้ความสำคัญกับการรับบริการทันตกรรมป้องกันด้วย

ความคิดเห็นต่องานบริการสุขภาพช่องปาก แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความสำคัญระดับต้น ประกอบด้วย ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน การรักษาโรคปริทันต์ ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ มะเร็งในช่องปาก ขากรรไกรหัก การติดเชื้อในช่องปากและไบโหน้า และการอุดฟันด้วยอมัลกัม ตามลำดับ กลุ่มที่มีความสำคัญระดับกลาง ประกอบด้วย การอุดฟัน การเคลือบหลุมร่องฟัน แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก การใส่ฟันทั้งปาก การรักษาประสาทฟันแท้ การผ่าฟันคุด การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้คำปรึกษา การถอนฟัน การรักษาประสาทฟันน้ำนม และการอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน กลุ่มที่มีความสำคัญระดับท้าย ประกอบด้วย การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ ฐานพลาสติก การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ ผู้ป่วยฟันซ้อนเก และท้ายสุดคือการใส่ฟันปลอมติดแน่น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

แนวทางการจัดชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากจากผลการศึกษานี้มีความเป็นไปได้ 3 ทางเลือก คือ ทางเลือกที่หนึ่งเป็นการจัดชุดบริการรวมทุกรายการที่เป็นความจำเป็น ทางเลือกที่สอง การจัดชุดบริการรวมทุกรายการที่เป็นความจำเป็น และมีเงื่อนไขการรับบริการ และทางเลือกที่สามการจัดชุดบริการตามความจำเป็นจำแนกตามกลุ่มอายุเป็นทางเลือกที่ดี เพราะทางเลือกที่หนึ่งมีความเป็นไปได้กับประเทศไทยน้อย เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนและการกระจายทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางสุขภาพช่องปากที่ไม่เพียงพอ

กับการตอบสนองความจำเป็นแก่ประชาชนทุกคนได้ และเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของกลุ่มอายุที่ต่างกัน ส่วนการที่จะกำหนดว่ากลุ่มอายุใดควรมีรายการนั้น ให้พิจารณาและยืดหยุ่นตามทรัพยากร ในระยะยาวอาจพิจารณาปรับตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยผู้วิจัยมีความเห็นว่า น่าจะให้ความสำคัญในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ (ด้วยเหตุผลเป็นวัยที่ด้อยโอกาสทางสังคมในแง่การหารายได้เลี้ยงตัว ซึ่งควรต้องดูแลเป็นลำดับแรกเพื่อให้เกิดความเสมอภาคเท่าเทียมกันในสังคม) ควรให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพก่อนงานบำบัดรักษาและงานฟื้นฟูสภาพ ด้วยเหตุผลนโยบายแนวคิดการสร้างสุขภาพนำซ่อมสุขภาพ และระหว่างงานบำบัดรักษาและงานฟื้นฟูสภาพอาจต้องมีการพิจารณาเลือกว่าแต่ละงานจะจัดเป็นชุดสิทธิประโยชน์หลักที่รายการใด ซึ่งขึ้นกับงบประมาณ กำลังคน ที่ต้องทำการศึกษาต่อไป ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบัน อาจจะเสนอการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ตามกลุ่มอายุ

การร่วมจ่ายเป็นกลไกสำคัญของการลดความต้องการในการรับบริการเกินความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหรืออาการที่ต้องใช้เวลาและต้นทุนในการรักษาสูง ทั้งที่เป็นโรคสามารถป้องกันโดยการดูแลสุขภาพในช่องปากตนเองได้ ประการสำคัญมีประเภทของการรักษาทางสุขภาพช่องปากหลายรายการที่ไม่สามารถรักษาให้แล้วเสร็จในการพบแพทย์หนึ่งครั้ง(One Visit) เช่น การใส่ฟันปลอม การรักษาโพรงประสาทฟัน เป็นต้น อาจต้องกำหนดแนวทางในการเรียกเก็บกรณีที่ต้องร่วมจ่าย(อาจกำหนดจากส่วนกลางหรือตามพื้นที่) เช่น การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนมและฟันแท้ เรียกเก็บ 30 บาท/ครั้งจนกว่าจะแล้วเสร็จแต่จะเก็บไม่เกิน 5 ครั้ง เป็นต้น

ควรกำหนดกำหนดเงื่อนไขการรับบริการแต่ละรายการ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความ

สำคัญในการดูแลตนเอง และลดการบริการที่เกินความจำเป็นส่งเสริมสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น เจือ้นไขในการพิจารณาชุดหินปูนสำหรับคนที่ยังไม่ยอมเลิกลูกสูบหรือ เป็นต้น อย่างไรก็ตามเจือ้นไขนี้ควรมีความยืดหยุ่นพอควรหากมีการรับบริการเกินกว่าเจือ้นไขกำหนดก็ควรต้องจ่ายเพิ่มเติมด้วย ซึ่งเจือ้นไขต่าง ๆ นี้ควรมีกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน เพราะปัญหาการตีความเองของสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน จะเกิดการเปรียบเทียบในแง่ความเท่าเทียมของประชาชนในแต่ละหน่วยบริการได้

ในสถานการณ์ปัจจุบันการรักษาบางรายการอาจจะยังไม่เหมาะสมกับการพิจารณาให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การใส่ฟันปลอมติดแน่น การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ ผู้ป่วยฟันซ้อนเก เป็นต้นแม้ว่าจะกำหนดการจ่ายร่วมให้มากขึ้นก็ตามแต่นั้นหมายถึงมีค่าเสียโอกาสของทรัพยากร (โดยเฉพาะเวลาของบุคลากร) ที่จะใช้ในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพหรือบำบัดโรคที่มีความจำเป็นมากกว่า

นอกจากการกำหนดว่าสิทธิประโยชน์ควรจะประกอบด้วยรายการอะไรบ้างแล้ว สิ่งที่สำคัญไม่น้อยกว่า คือ ระบบการบริหารและดำเนินการจัดการระบบการนัด มาตรการดูแลคุณภาพและการส่งต่อหากไม่สามารถทำให้บริการภายในระยะเวลาที่กำหนด ตลอดจนมาตรการการร่วมจ่ายและการเบิกเงินค่าใช้จ่ายราคาแพง เช่น การเบิกค่าทำฟันปลอม ให้รวดเร็วและสะดวกขึ้น เป็นต้น

กติกกรรสประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับเงินสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ขอขอบคุณคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี สถานีอนามัยตำบลบ้านกลาง จังหวัดปทุมธานี และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและอำนวยความสะดวกให้งานวิจัยนี้ลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Yaxley, I. The contention within Health Economics: A micro-economic foundation using a macro-economic analysis. Health Care Analysis 1998; 6: 5-13
2. Henderson, J.W. Health economics and policy. South-western college publishing. Cincinnati, Ohio, 1999, p 158-159
3. Tuominen, R. Health Economics in Dentistry. MedEd Inc., Malibu, CA, 1994
4. ไพศาล กังวลกิจ ปัญหาการให้บริการทันตกรรมในนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ว.ทันต. 2544; 51(4): 233
5. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์และคณะ สถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณี 6 จังหวัด รายงานการวิจัย, 2544
6. Feldstein, P.J. Health Care Economics. 5th edition . Delmar Publishers, California, 1999, p 117-154
7. ชาญชัย ให้งาน, โสภิตา ทวีถาวรสวัสดิ์, สุนธนา อิศรวิริยะกุล การใช้บริการทันตกรรมของผู้ประกันตนภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม ว.ทันต. 2544; 51(4): 264-269
8. Douglass, C, Cole, K. Utilization of dental services in the United States. J. of Dental Education 1979; 43: 223-238

Core Package for Oral Health Care on Universal Coverage Policy, Thailand

Weerasak Putthasri*

Chantana Ungchusak**

Piyachat Patcharanuchat***

D.D.S., M.Econ.

D.D.S., M.P.H., Thai Board in DPH

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

Abstract

The purposes of this study were to review knowledge, concepts and experiences of the core package for oral health care, and to recommend the proper core package for oral health care in Thai context, which was applicable and fit with needs of the oral health care. The study was conducted by reviewing literature, evaluating sample province and stakeholders' opinion discussing.

Results of the study, number of dental patients had increased in Pathumthani, sample province, since the Universal Coverage policy started. Tooth filling, scaling, and extraction had raised 25.3%, 25.1%, and 16.2% respectively. However, waiting list or queue was also increased for instant, there were 164 dental substitution cases and 136 root canal treatment cases in February 2002. The focus group discussion of providers found that there were some problems of policy implementation such as unclear definition of package, increase in the number of patients, and management. The focus group discussion of consumers, another side, demanded for kinds of services, which could alleviate pains and restore ability of chewing. Delphi stakeholders meeting prioritized all of services into three groups. There were three alternative concepts of the package establishment: Full Treatment Need, Treatment Need with some conditions, and Treatment Need by age groups. These options were subject to budget, manpower and capacity of services. This research may contribute to improve oral health care service. However, it's needed to have further studies such as, cost of services, public-private mixed service, consumers' behavior, etc.

Key Word: Oral Health / Core Package / Universal Coverage

* International Health Policy Program

** Department of Health, Ministry of Public Health

*** Faculty of Dentistry, Khonkaen University