

การใช้บริการทันตกรรมในมุมมองเศรษฐิก-สังคม ตอนที่ 2 Dental Care Utilization : Socio-Economic Viewpoint

เพ็ญแข ลากยั้ง *

ทบ., สม.

Atchison, K. A. and Schoen, M. H. : A Comparison of Quality in a Dual-Choice Dental Plan: Capitation versus Fee-for-service. J Public Health Dent 1990 ; 50 (3) : 186-93 .

ประเมินคุณภาพบริการทันตกรรมในโครงการประกันที่สามารถเลือกได้ 2 แบบ (dual-choice dental plan) ในสถานบริการทันตกรรม 11 แห่งซึ่งได้รับค่าตอบแทนแบบเหมาจ่าย 6 แห่ง และตามบริการที่ให้ (fee-for-service : FFS) 5 แห่ง เป็นการประเมินโครงสร้างและกระบวนการ โดยสุ่มบัตรบันทึกการรักษาผู้ป่วยทันตกรรมขึ้นมา จากสถานบริการแต่ละแห่ง รวม 495 บัตร ร่วมกับการตรวจและสังเกตสถานบริการและสัมภาษณ์บุคลากร ทีมผู้ประเมินตรวจสอบบัตรบันทึกการรักษาว่า มีการบันทึกประวัติทางการแพทย์และทันตกรรมหรือไม่, บันทึกผลการตรวจวินิจฉัยและการรักษาหรือไม่, มีการถ่ายภาพรังสีหรือไม่ และภาพรังสีมีคุณภาพหรือไม่, การวางแผนการรักษาสอดคล้องกับผลการตรวจและสุขภาพของผู้ป่วยหรือไม่

พบว่ามียังสถานบริการแบบเหมาจ่าย 2 แห่งจาก 6 แห่งที่บริการอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ส่วนใหญ่ไม่มีการบันทึกข้อมูลที่ดีพอทำให้ประเมินกระบวนการบริการได้ยาก ผู้รับบริการแบบ FFS ได้

รับบริการมากกว่าและมากกว่าชนิดกว่าแบบเหมาจ่าย แบบ FFS มีการบริการมากเกินไปจนความจำเป็น ขณะที่สถานบริการแบบเหมาจ่ายให้บริการน้อยเกินไป ในด้านการกระจายบริการ พบว่า ในสถานบริการแบบเหมาจ่าย แบบแผนการใช้บริการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า 1 อย่างในรอบปีผันแปรไปในแต่ละสถานบริการโดยไม่มีแบบแผนแน่นอน การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า จำเป็นต้องมีกลไกการประกันสุขภาพอย่างชัดเจนและเข้มข้น เพื่อปกป้องผลประโยชน์ของผู้รับบริการ

Goedhart, H. ; Eijman, M.A.J and Ter Horst, G. : Quality of Dental : the View of Regular attenders. Community Dent Epidemiol 1996 ; 24 : 28-31

ความพึงพอใจของผู้ป่วยมีบทบาทมากขึ้นในการประเมินคุณภาพบริการทันตกรรม ต่อมาผู้วิจัย Factor analysis จัดกลุ่มประเด็นในการประเมินคุณภาพบริการได้ 7 หัวข้อ คือ

- 1) ความสามารถในการรักษาของทันตแพทย์ (technical ability)
- 2) บริการที่ไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด (avoidance of pain)

* กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ. ดิوانนท์ จ.นนทบุรี

3) การเข้าถึงคลินิกและบริการได้ง่าย (ready accessibility)

4) ค่าบริการ (treatment cost)

5) การให้ข้อมูลข่าวสาร (providing of information)

6) การจัดการในคลินิก (management of the clinic)

7) การแสดงออกถึงทัศนคติของทันตแพทย์

การศึกษานี้ต้องการประเมินความสำคัญของแต่ละประเด็นต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการในสายตาของผู้มารับบริการสม่ำเสมอ (อย่างน้อยปีละครั้ง) และหาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ (perception) โดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ จำนวน 5,000 ฉบับตามรายชื่อในโครงการของ Dutch Telephone Company โดยขอให้ผู้มีอายุระหว่าง 19 - 65 ปี ที่พบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง และมีฟันอย่างน้อยครึ่งปาก ตอบแบบสอบถามแล้วส่งกลับมา

แบบสอบถามมี 3 ส่วน คือ 1) ความสำคัญของประเด็นต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการ 56 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ระดับคะแนน (สำคัญมากที่สุดไปจนถึงสำคัญน้อยที่สุด) 2) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ, เพศ, การมีประกันและชนิดของประกัน, การศึกษา และที่พักอาศัย 3) บริการทันตกรรม ได้แก่ สภาพของฟัน, ความถี่ของการไปพบทันตแพทย์ และช่วงระยะเวลาที่ใช้บริการจากทันตแพทย์คนปัจจุบัน (duration of relationship) วิเคราะห์ด้วย ANOVA และ t-test

มีผู้ตอบกลับอย่างสมบูรณ์ 1328 ฉบับ อายุเฉลี่ย 36 - 40 ปี ; ด้านการศึกษา 31% จบการศึกษาระดับปริญญาตรี, 48% ระดับมัธยมศึกษา และอีก 20% มีการศึกษาน้อยกว่ามัธยม ; 35%, 24%, 17% และ 21% มาจากเมืองที่มีประชากรน้อยกว่า 20,000, 20,000-50,000, 50,000-100,000 และมากกว่า 100,000 คนตามลำดับ ; 52% อยู่ในประกันสุขภาพของรัฐ (National Health Insurance) 8% เป็นข้าราชการ (Civil

Servant Insurance) และ 16% มีประกันเอกชนที่เหลืออีก 25% ไม่มีประกันใดๆ ; 90% ไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจตามกำหนด (regular check-up) ใน 6 เดือน ที่ผ่านมาเป็นอย่างน้อย ; 30% ใช้บริการจากทันตแพทย์คนปัจจุบัน 1- 5 ปี และ 65% นานกว่า 5 ปี ; 51% ตอบว่า ฟันของตนอยู่ในสภาพดี, 46% บอกพอใจได้ และ 3% ตอบว่าแย่

ผลการศึกษาพบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญมากมี 10 ข้อ (mean 4.06-4.64, SD 0.6-0.9) คะแนนสูงสุด 2 ข้อแรกคือ ความสะอาดของเครื่องมือและทันตแพทย์มีความสามารถแก้ไขปัญหาในภาวะฉุกเฉินได้ เมื่อแยกระดับการศึกษา ผู้มีการศึกษาสูงจะให้คะแนนสูงสุดใน 3 ข้อดังนี้ คือ การมีระบบนัดมากกว่าจะถอนฟันเลย, ทันตแพทย์อธิบายข้อดีข้อเสียและความเสี่ยงของแต่ละทางเลือกในการรักษา, และทันตแพทย์บอกล่วงหน้าว่าต่อไปจะทำอะไร แต่ผู้มีการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรีมีทัศนคติว่า ทันตแพทย์รู้ดีที่สุดในเรื่องรักษา (Doctor knows best) โดยให้ความสำคัญกับความสะอาดของคลินิก, การแจ้งราคาล่วงหน้า, ความใส่ใจของทันตแพทย์ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายไม่เจ็บ, ความสามารถของทันตแพทย์ในการรักษาทั้งขณะรักษา และการไม่มีอาการใดๆ หลังรักษา ขณะที่ผู้มีการศึกษาสูงให้ความสำคัญกับการสื่อสารระหว่างกัน และการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษาด้วย และมีจำนวนข้อคำถามน้อยกว่า

เมื่อแยกชนิดประกัน พบว่าผู้ที่อยู่ในประกันภาครัฐให้ความสำคัญ "การรับรู้ค่าบริการล่วงหน้า" มากกว่าผู้ที่มีประกันเอกชน อาจเป็นเพราะประกันภาครัฐไม่ครอบคลุมค่ารักษาทุกอย่าง หรือผู้ที่มีประกันเอกชนเคยชินกับการควักกระเป๋าจ่ายเองมาก่อน จึงไม่กังวลเท่าผู้ที่มีประกันภาครัฐ

การที่ Communicative and informative skill ในการศึกษานี้ มีความสำคัญน้อยกว่า technical and functional aspect ต่างจากการศึกษาอื่นๆ อาจเป็น

เพราะการศึกษานี้ เลือกเฉพาะผู้ใช้บริการประจำ จึงเป็นได้ว่าการสื่อสารระหว่างกันอยู่ในระดับดีพออยู่แล้ว หากถามกลุ่มที่ไม่ใช้บริการเป็นประจำ ผลอาจเปลี่ยนไปจากนี้

Freed, J. R. , Perry, D. A. and Kushman, J. E. : Aspects of Quality of Dental Hygiene Care in Supervised and Unsupervised Practices. J Public Health Dent 1997 ; 57 (2) : 68-75.

การศึกษานี้ต้องการประเมิน คุณภาพการบริการของทันตอนามัย (dental hygienist) ในโครงการสาธิตของรัฐแคลิฟอร์เนียซึ่งทันตอนามัยสามารถให้บริการ* ได้อย่างอิสระไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแล (supervision) ของทันตแพทย์ ** การศึกษานี้ประเมินโครงสร้าง (structure) และกระบวนการ (process) ส่วนผลลัพธ์ (outcome) ประเมินเฉพาะความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วยแบบสอบถาม ด้านโครงสร้างและกระบวนการใช้ข้อมูลจำนวนครั้งบริการและข้อมูลในบัตรบันทึกการรักษา 25 บัตรจากแต่ละสถานบริการ รวม 9 แห่ง และนำมาประเมินเปรียบเทียบกับบริการโดยทันตแพทย์ทั่วไป 6 คน

ผลคือ ด้านโครงสร้าง ทันตอนามัยสามารถปฏิบัติงานต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ รวมทั้งการควบคุมการติดเชื้อ ทั้งยังมีกระบวนการทำงานที่อยู่ใน

ระดับที่ยอมรับได้ในสัดส่วนที่สูงและในหลายพื้นที่ ทันตอนามัยสามารถปฏิบัติได้ดีกว่าทันตแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงการติดตามผลทางการแพทย์, การบันทึกประวัติผู้ป่วยเมื่อกลับมาใช้บริการอีก และการบันทึกผลการตรวจสถานะปริทันต์และเนื้อเยื่ออ่อน ในด้านความพึงพอใจ 98% ของผู้รับบริการตอบว่าพึงพอใจบริการที่ได้รับจากทันตอนามัย

การศึกษานี้สรุปว่า แม้จะไม่มีทันตแพทย์ดูแล ทันตอนามัยก็ให้บริการได้โดยไม่ทำให้ผู้รับบริการและสังคมมีความเสี่ยงด้านสุขภาพและความปลอดภัยเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับการบริการโดยทันตแพทย์



* ตาม Dental practice Act ของรัฐแคลิฟอร์เนีย ทันตอนามัยสามารถให้บริการทันตกรรมได้ดังนี้ ตรวจสอบสภาพทั้งในและนอกช่องปาก รวมเนื้อเยื่ออ่อน, บันทึกโรคและตรวจการสบฟัน, ขูดหินน้ำลาย, เกลารากฟัน, ขัดฟัน, ถ่ายภาพรังสีในช่องปาก, เคลือบฟลูออไรด์ และให้ทันตสุขศึกษา

** ทันตแพทย์สมาคมแห่งสหรัฐอเมริกา (ADA) ระบุว่า “ทันตอนามัยที่ไม่ได้อยู่ในความดูแลของทันตแพทย์จะให้บริการด้วยคุณภาพและเพิ่มความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ” กฎหมายจึงไม่อนุญาตให้ทันตอนามัยทำงานได้อย่างอิสระ ซึ่งขัดแย้งกับสมาคมทันตอนามัยแห่งสหรัฐอเมริกา (ADHA) ในบางรัฐ เช่น แคลิฟอร์เนียตีความว่า supervision คือ คำแนะนำของทันตแพทย์โดยที่ทันตแพทย์ไม่จำเป็นต้องอยู่ในสถานบริการนั้น คำจำกัดความเช่นนี้ยังทำให้เกิดข้อโต้แย้ง จึงมีความพยายามที่จะใช้ข้อมูลวิชาการผลักดันให้มีการแก้กฎหมาย