

รายงานการวิจัย

การจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม
ในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

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

คณะผู้วิจัย:

ทันตแพทย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี

ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์

ทันตแพทย์หญิงปิยะฉัตร พิชรานนท์

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญเรื่อง

เรื่อง	หน้า
บทคัดย่อ	i
Abstract	iii
บทสรุปประเด็นสำคัญ	iv
บทที่ 1 บทนำและระเบียบวิธีวิจัย	
หลักการและเหตุผล	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	2
ขั้นตอนและวิธีดำเนินงานวิจัย	2
กรอบแนวคิดการวิจัย	3
ผู้ดำเนินการวิจัย	4
งบประมาณ	4
ระยะเวลาดำเนินงาน	4
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	4
ระเบียบวิธีวิจัย	6
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
แนวคิดและทฤษฎีของการประกันสุขภาพ	8
ความจำเป็นและอุปสงค์ของการรักษาทางสุขภาพช่องปาก	18
กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณสุข	22
การจัดชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปาก	28
ชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากของไทยและต่างประเทศ	36
การรับรู้ของบุคคลต่อสภาวะในช่องปาก	42
ปัจจัยสำคัญที่พิจารณากำหนดการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก	53
ความเป็นไปได้ของทรัพยากรและขนาดของปัญหา	66
บทที่ 3 ผลการศึกษา	
ส่วนที่ 1 ผลการประเมินการบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปาก	71
ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดปทุมธานี	71
ผลการดำเนินงานบริการสุขภาพช่องปาก	72
ผลการสนทนากลุ่ม	78
ส่วนที่ 2 ผลการระดมความเห็นในการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก	104
บทที่ 4 สรุปและวิจารณ์ผลการศึกษา	
111	
บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ	122
รายการอ้างอิง	a-h

สารบัญรูปและตาราง

รูป/	หน้า
รูปที่ 2-1 เส้นอุปสงค์ของการรับบริการสาธารณสุข ที่มีผลจากบุคคลและปัจจัยภายนอก	9
รูปที่ 2-2 อุปสงค์และจำนวนการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเส้นรายได้ต่างกัน	9
รูปที่ 2-3 ผลการประกันสุขภาพ ต่อการบริโภคสินค้าสุขภาพ	10
รูปที่ 2-4 ดุลยภาพในการรับบริการสุขภาพ กรณีการประกันร่วม	11
รูปที่ 2-5 กลไกการจ่ายเงินและผลต่อการบริการสุขภาพ	14
รูปที่ 2-6 ผลกระทบต่อการบริการสุขภาพจากการจ่ายแบบต่างๆ	16
รูปที่ 2-7 เส้นอรรถประโยชน์หน่วยสุดท้ายและ อุปสงค์สุขภาพ	19
รูปที่ 2-8 เส้นอุปสงค์บริการการรักษาพยาบาล	20
รูปที่ 2-9 แบบจำลองกระบวนการสร้างนโยบายสุขภาพ	22
รูปที่ 2-10 คำหลักและขั้นตอนของนโยบายสุขภาพ	22
รูปที่ 2-11 หลักแนวคิดของการจัดชุดบริการสุขภาพ	24
รูปที่ 2-12 ความยืดหยุ่นต่อราคา(price elastic)ของบริการสุขภาพช่องปาก	28
รูปที่ 2-13 ความสัมพันธ์ของความจำเป็น(Needs)แบบต่างๆ	30
รูปที่ 2-14 ปัจจัยกำหนดอุปสงค์และการเข้ารับบริการสุขภาพ	31
รูปที่ 2-15 ความสัมพันธ์ของความจำเป็นและอุปสงค์	32
รูปที่ 2-16 ความสัมพันธ์ของความจำเป็น อุปสงค์ และทรัพยากร	33
รูปที่ 2-17 ความสัมพันธ์ของขนาดค่าใช้จ่ายกับประเภทการจ่าย	33
รูปที่ 2-18 ความสัมพันธ์ของระบบการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก	34
รูปที่ 2-19 ภาระงานของการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ณ ระดับการเข้ารับบริการระดับต่างๆ(1)	70
รูปที่ 2-20 ภาระงานของการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ณ ระดับการเข้ารับบริการระดับต่างๆ(2)	70
รูปที่ 3-1 สัดส่วนความคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจังหวัดปทุมธานี	72
รูปที่ 3-2 เปรียบเทียบจำนวนรวมผู้เข้ารับบริการทันตสุขภาพหลังการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า	74
รูปที่ 3-3 แนวโน้มการเพิ่มจำนวนผู้รับบริการทันตสุขภาพหลังการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า(1)	74
รูปที่ 3-4 แนวโน้มการเพิ่มจำนวนผู้รับบริการทันตสุขภาพหลังการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า(2)	75
รูปที่ 4-1 ความแตกต่างของการวางแผนนโยบายและความต้องการของผู้บริโภค	123
ตาราง	หน้า
ตารางที่ 2-1 วัตถุประสงค์และเนื้อหาสาระ ของการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับต่างๆ	23
ตารางที่ 2-2 มุมมอง(perspectives)แบบต่างๆในการกำหนดนโยบายสุขภาพ	24
ตารางที่ 2-3 ผลและผลกระทบของการจัดบริการและการจ่ายแบบต่างๆ	35
ตารางที่ 2-4 การจัดบริการและการเงินการคลังทันตสุขภาพในประชากรวัยเด็ก	38
ตารางที่ 2-5 การจัดบริการและการเงินการคลังทันตสุขภาพในประชากรวัยผู้ใหญ่	38
ตารางที่ 2-6 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับของบัตรประเภทต่างๆ ตามระบบประกันสุขภาพ	39

ตารางที่ 2-7 สิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากในประเทศต่างๆ

40

ตารางที่ 2-8 จำนวนทันตบุคลากร ปี พ.ศ.2543	66
ตารางที่ 2-9 จำนวนทันตบุคลากรในหน่วยงานภาครัฐ ปี พ.ศ.2543	66
ตารางที่ 2-10 การกระจายของทันตแพทย์ ทันตภิบาล ตามรายภาคปี พ.ศ.2543	67
ตารางที่ 2-11 จำนวนประชากรปี พ.ศ.2543 จำแนกตามอายุและเขต/ภาค	67
ตารางที่ 2-12 ภาระของโรคและความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมของประชากรไทย(1)	68
ตารางที่ 2-13 ภาระของโรคและความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมของประชากรไทย(2)	68
ตารางที่ 2-14 ภาระงานเวลาและจำนวนบุคลากรที่ต้องใช้เพื่อบำบัดความจำเป็นทางทันตกรรม	69
ตารางที่ 2-15 ภาระต้นทุนที่ต้องใช้เพื่อบำบัดความจำเป็นทางทันตกรรม	69
ตารางที่ 3-1 จำนวนสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี	71
ตารางที่ 3-2 จำนวนและอัตราบุคลากรสาธารณสุขที่สำคัญ จังหวัดปทุมธานี	72
ตารางที่ 3-3 จำนวนการมารับบริการทันตกรรมของประเภทบริการหลักเปรียบเทียบก่อนและหลังโครงการฯ	73
ตารางที่ 3-4 ประเภทและร้อยละของผู้ถือบัตรทองตามประเภทงานบริการทันตกรรมในระดับโรงพยาบาล	76
ตารางที่ 3-5 ประเภทและร้อยละของผู้ถือบัตรทองตามประเภทงานบริการทันตกรรมในระดับสถานีอนามัย	77
ตารางที่ 3-6 คนไข้ในคิวของงานบริการรักษาทันตกรรม จังหวัดปทุมธานี ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2545	77
ตารางที่ 3-7 ผลการจัดกลุ่มปัญหาปากและฟัน ในกลุ่มผู้สูงอายุ	82
ตารางที่ 3-8 ผลการจัดกลุ่มปัญหาปากและฟัน ในกลุ่มวัยทำงาน	85
ตารางที่ 3-9 ผลการจัดกลุ่มปัญหาปากและฟัน ในกลุ่มวัยรุ่น	88
ตารางที่ 3-10 ผลการจัดกลุ่มความต้องการในการรักษาปากและฟัน ในกลุ่มผู้สูงอายุ	92
ตารางที่ 3-11 ผลการจัดกลุ่มความต้องการในการรักษาปากและฟัน ในกลุ่มวัยทำงาน	94
ตารางที่ 3-12 ผลการจัดกลุ่มความต้องการในการรักษาปากและฟัน ในกลุ่มวัยรุ่น	96
ตารางที่ 3-13 ผลการจัดกลุ่มความต้องการในการรักษาปากและฟัน ในกลุ่มผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน	97
ตารางที่ 3-14 คะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นจากการระดมความคิดเห็น	107
ตารางที่ 3-15 ความคิดเห็นของการร่วมจ่ายจากการระดมความคิดเห็น	108
ตารางที่ 3-16 ข้อเสนอและความคิดเห็นประกอบอื่นๆตามประเภทรายการ	109
ตารางที่ 4-1 ชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากแบบที่ 1 ตามความจำเป็น	113
ตารางที่ 4-2 ชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากแบบที่ 2 ตามความจำเป็นแบบมีเงื่อนไข	114
ตารางที่ 4-3 ชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากแบบที่ 3 ตามกลุ่มอายุและความจำเป็นแบบมีเงื่อนไข	116
ตารางที่ 4-4 จำนวนบุคลากรที่ต้องการในการจัดชุดสิทธิประโยชน์ตามข้อเสนอข้างต้น ร้อยละการให้บริการ	120
ตารางที่ 4-5 งบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดชุดสิทธิประโยชน์ตามข้อเสนอข้างต้น ตามร้อยละการให้บริการ	121

บทคัดย่อ

ชื่องานวิจัย : การจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย

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

รายชื่อผู้วิจัย: วีระศักดิ์ พุทธาศรี จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ปิยะฉัตร พัทธานันต์

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ แนวคิดและประสบการณ์การจัดชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพช่องปากและเสนอแนะการจัดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่เหมาะสมเป็นไปได้สำหรับบริบทสังคมไทย และสอดคล้องกับความต้องการสุขภาพช่องปาก วิธีการศึกษาประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประเมินผลการจัดชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมที่จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพโดยการจัดสนทนากลุ่มทั้งฝ่ายผู้จัดบริการและผู้รับบริการในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี และท้ายสุดเป็นกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของประเภทการบริการ การร่วมจ่ายและเงื่อนไขอื่นๆ ได้จากการจัดอภิปรายแสดงความคิดเห็นร่วมกันของผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มวิชาชีพ และตัวแทนประชาชน

ผลการศึกษา พบว่าหลังการดำเนินโครงการนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดปทุมธานีมีผู้มารับบริการทันตกรรมของเพิ่มขึ้น โดยงานบริการหลัก คือ อุดฟันเพิ่มร้อยละ 25.3 ขูดหินปูนเพิ่มร้อยละ 25.1 และถอนฟันเพิ่มร้อยละ 16.2 การสะสมของคิวที่รอรับบริการทันตกรรม ณ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 มีคิวใส่ฟันปลอม 164 ราย รักษารากฟัน 136 ราย การจัดสนทนากลุ่มในส่วนผู้จัดบริการจะมีปัญหาเรื่องการตีความ การเพิ่มจำนวนของผู้รับบริการ และงบประมาณที่ล่าช้าในส่วนการเบิกค่าทำฟันปลอม ในส่วนของผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการรับบริการรักษาโรคที่มีความเจ็บปวดและปัญหาการบดเคี้ยว การจัดประชุมแสดงความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มวิชาชีพ ตัวแทนประชาชนได้จัดลำดับความสำคัญของประเภทงานบริการ จะแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1) กลุ่มที่มีความสำคัญระดับต้น (คะแนนระหว่าง 4.8-5.0) ประกอบด้วย ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่ ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน การรักษาโรคปริทันต์ ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ มะเร็งในช่องปาก ขากรรไกรหัก การติดเชื้อในช่องปากและโบทัน และ การอุดฟันด้วยอมัลกัม ตามลำดับ
- 2) กลุ่มที่มีความสำคัญระดับกลาง (คะแนนระหว่าง 4.0-4.7) ประกอบด้วย การขูดหินปูน การเคลือบหลุมร่องฟัน แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก การใส่ฟันทั้งปาก การรักษาประสาทฟันแท้ การผ่าฟันคุด การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้คำปรึกษา การถอนฟัน การรักษาประสาทฟันน้ำนม และการอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน
- 3) กลุ่มที่มีความสำคัญระดับท้าย (คะแนนน้อยกว่า 4.0) ประกอบด้วย การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ ผู้ป่วยฟันซ้อนเก และท้ายสุดคือการใส่ฟันปลอมติดแน่น

โดยมีข้อเสนอแนะในการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากมีทางเลือก 3 รูปแบบ คือ ทางเลือกที่หนึ่งจัดชุดสิทธิประโยชน์ตามความจำเป็นเต็มรูปแบบ ทางเลือกที่สองจัดชุดบริการตามความจำเป็นแบบมีเงื่อนไข และทางเลือกที่สามจัดชุดบริการตามกลุ่มอายุและความจำเป็นแบบมีเงื่อนไข การจะเลือกใช้ทางเลือกใดต้องขึ้นกับทรัพยากร บุคลากร และศักยภาพการจัดบริการ ข้อเสนอของชุดสิทธิประโยชน์หากจัดชุดบริการแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มอายุ ซึ่งน่าจะประกอบด้วย

กลุ่มอายุ 0-13 ปี ประกอบด้วย การให้ฟลูออไรด์, การเคลือบหลุมร่องฟัน, การตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำปรึกษา, อุดฟันหลังด้วยอมัลกัม, การรักษาประสาทฟันแท้, การถอนฟัน, การรักษาประสาทฟันน้ำนม, พยาธิสภาพในช่องปาก, การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน, การทำเพดานเทียมในผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่

กลุ่มอายุ 14-59 ปี ประกอบด้วย การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่(กลุ่มเสี่ยง), ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำปรึกษา, การรักษาโรคปริทันต์และการขูดหินปูน, การอุดฟันหลังด้วยอมัลกัม, การรักษาประสาทฟันแท้, การผ่าฟันคุด, การถอนฟัน, พยาธิสภาพในช่องปาก, การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน, การใส่ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่(กลุ่มเสี่ยง), ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำปรึกษา, การรักษาโรคปริทันต์และการขูดหินปูน, การอุดฟันหลังด้วยอมัลกัม, การถอนฟัน, พยาธิสภาพในช่องปาก, การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน, การใส่ฟันปลอมทั้งปาก, การใส่ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก

โดยน่าจะให้ความสำคัญในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ และควรให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพก่อนงานบำบัดรักษาและงานฟื้นฟูสภาพ ด้วยเหตุผลนโยบายแนวคิดการสร้างสุขภาพนำซ่อมสุขภาพ ส่วนทางเลือกระหว่างงานบำบัดรักษาและงานฟื้นฟูสภาพอาจต้องมีการพิจารณาขึ้นกับงบประมาณ ศักยภาพและกำลังบุคลากรที่มี

ข้อสรุปงานวิจัยที่สำคัญที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจะกำหนดนโยบายชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปาก คือ 1)ทางเลือกที่สามน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีเพราะมีข้อจำกัดทรัพยากร 2)กลไกการร่วมจ่ายจะลดความต้องการในการรับบริการเกินความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหรืออาการที่ต้องใช้เวลาและต้นทุนในการรักษาสูง 3)กำหนดเงื่อนไขการรับบริการแต่ละรายการเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และลดการบริการที่เกินความจำเป็น 4)ในสถานการณ์ปัจจุบันการรักษาบางรายการอาจยังไม่เหมาะสมกับการพิจารณาให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การใส่ฟันปลอมติดแน่น การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ ผู้ป่วยฟันซ้อนเก เป็นต้น แม้ว่าจะกำหนดการร่วมจ่ายให้มากขึ้นก็ตาม แต่นั่นหมายถึงมีค่าเสียโอกาสของการใช้ทรัพยากร 5)ต้องมีมาตรการและระบบการบริหารดำเนินการที่รองรับระบบ เช่น การจัดการระบบคิว มาตรการดูแลคุณภาพและการส่งต่อหากไม่สามารถทำให้บริการภายในระยะเวลาที่กำหนด ตลอดจนมาตรการการร่วมจ่ายและการเบิกเงินค่าใช้จ่ายราคาแพง เช่น การเบิกค่าทำฟันปลอม ให้รวดเร็วและสะดวกขึ้น เป็นต้น

ผลจากการวิจัยนี้คาดว่าจะมีประโยชน์เป็นข้อมูลนำเข้าร่วมกับการศึกษาประเด็นอื่นๆในชุดวิจัยสุขภาพช่องปาก เช่น ต้นทุนการจัดบริการ การผสมผสานการบริการระหว่างภาครัฐและเอกชน เป็นต้น เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในประเทศไทยในอนาคต

คำนำ

นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ได้เริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมจริงจังในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นนโยบายที่ต้องใช้องค์ความรู้ แนวคิด และประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากในการดำเนินงาน จึงได้จัดทำวิจัยเรื่อง “การจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย” นี้ขึ้น โดยเป็นงานวิจัยเรื่องหนึ่งที่อยู่ในชุดทำงานร่วมกับภาคีทันตแพทย์ในการศึกษาชุดวิจัยสุขภาพช่องปาก ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนทุนการวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นข้อเสนอ ปรับปรุงระบบสุขภาพช่องปากของการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

โดยผู้วิจัยหวังว่ารายงานการวิจัยนี้จะได้ใช้เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากให้มีความเหมาะสมมากขึ้น และปรารถนาจะให้ได้ใช้ประโยชน์สำหรับผู้สนใจทั่วไปด้วยเช่นกัน

คณะผู้วิจัย

บทสรุปประเด็นสำคัญ

ชื่องานวิจัย : การจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย
(Core Package for Oral Health Care on Universal Coverage Policy, Thailand)

วัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ แนวคิดและประสบการณ์การจัดชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพช่องปากและเสนอแนะการจัดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่เหมาะสมเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ สังคมไทยและสอดคล้องกับความต้องการสุขภาพช่องปาก วิธีการศึกษาประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประเมินผลการจัดชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมที่จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการจัดสนทนากลุ่มทั้งฝ่ายผู้จัดบริการและผู้รับบริการ และทำยาสู่เป็นกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของประเภทการบริการ การร่วมจ่ายและเงื่อนไขอื่นๆ ได้จากการจัดอภิปรายแสดงความคิดเห็นร่วมกันของผู้ทรงคุณวุฒิ วิชาชีพ และประชาชน

ผลการศึกษา พบว่าหลังการดำเนินโครงการนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดปทุมธานีมีผู้มารับบริการทันตกรรมของเพิ่มขึ้น โดยงานบริการหลัก คือ อุดฟันเพิ่มร้อยละ 25.3 ขูดหินปูนเพิ่มร้อยละ 25.1 และถอนฟันเพิ่มร้อยละ 16.2 การสะสมของคิวที่รอรับบริการทันตกรรม ณ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 มีคิวใส่ฟันปลอม 164 ราย รักษารากฟัน 136 ราย การจัดสนทนากลุ่มในส่วนผู้จัดบริการจะมีปัญหาเรื่องการตีความ การเพิ่มจำนวนของผู้รับบริการ และงบประมาณที่ล่าช้าในส่วนการเบิกค่าทำฟันปลอม ในส่วนของผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการรับบริการรักษาโรคที่มีความเจ็บปวดและปัญหาการบดเคี้ยว การจัดประชุมแสดงความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มประชาชนได้จัดลำดับความสำคัญของประเภทงานบริการไว้ดังนี้

1.กลุ่มที่มีความสำคัญระดับต้น (คะแนนระหว่าง 4.8-5.0) ประกอบด้วย ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่ ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน การรักษาโรคปริทันต์ ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ มะเร็งในช่องปาก ขากรรไกรหัก การติดเชื้อในช่องปากและใบหน้า และการอุดฟันด้วยอมัลกัม ตามลำดับ

2.กลุ่มที่มีความสำคัญระดับกลาง (คะแนนระหว่าง 4.0-4.7) ประกอบด้วย การขูดหินปูน การเคลือบหลุมร่องฟัน แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก การใส่ฟันทั้งปาก การรักษาประสาทฟันแท้ การผ่าฟันคุด การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้คำปรึกษา การถอนฟัน การรักษาประสาทฟันน้ำนม และการอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน

3.กลุ่มที่มีความสำคัญระดับท้าย (คะแนนน้อยกว่า 4.0) ประกอบด้วย การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ ผู้ป่วยฟันซ้อนเก และท้ายสุดคือการใส่ฟันปลอมติดแน่น

โดยข้อเสนอของการจัดชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากนั้นมีทางเลือก 3 รูปแบบ คือ

ทางเลือกที่หนึ่ง จัดชุดสิทธิประโยชน์ตามความจำเป็นเต็มรูปแบบ จะรวมเอาทุกประเภทรายการที่เป็นความจำเป็น (normative need)

-ข้อดี: ให้บริการทุกคนได้รับโอกาสที่จะได้รับบริการที่สอดคล้องกับความจำเป็นของบุคคล และไม่มีประเด็นถกเถียงการกำจัดสิทธิประโยชน์ของกลุ่มใดหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ

-ข้อด้อยและข้อจำกัด: จำเป็นต้องทรัพยากรจำนวนมาก หากมีความต้องการบริการมากจะเกิดระบบคิวประชาชนไม่ได้รับบริการตามที่ต้องการ และอาจเสียเวลาในการรอรับบริการเพิ่มมากขึ้น

-แนวทางแก้ไข: เลือกและตัดรายการเข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ตามลำดับ ตามเงื่อนไขของงบประมาณ และทรัพยากรที่มี ระบบคิดที่จะเกิดขึ้นต้องให้ลำดับความสำคัญของประเภทงานด้วย นั่นคือรายการที่มีความสำคัญมากกว่าไม่ควรจะมีคิว หรือต้องเสียเวลารอรับบริการน้อยกว่ารายการที่มีความสำคัญน้อย เพิ่มการผลิตบุคลากรและเพิ่มงบลงทุน พร้อมทั้งกำหนดนโยบายที่จะให้มีการกระจายทรัพยากรอย่างทั่วถึง พัฒนาศักยภาพบุคลากร สถานบริการให้จัดบริการได้มากขึ้น เช่น ระบบควบคุมคุณภาพ การสร้างแรงจูงใจ

ทางเลือกที่สอง จัดชุดบริการตามความจำเป็นแบบมีเงื่อนไข ชุดสิทธิประโยชน์ช่องปาก จะรวมเอาทุกประเภทรายการที่เป็นความจำเป็น มีการจ่ายร่วมบางรายการ ประกอบกับการมีเงื่อนไขการรับบริการของประเภทต่างๆร่วมด้วย

-ข้อดี: ให้บริการทุกคนได้สอดคล้องกับความจำเป็นของบุคคลได้ ไม่ให้มีการรับบริการเกินความจำเป็น โดยกำหนดเงื่อนไข เช่น จำนวนการรับบริการ ระยะเวลาในการรับบริการครั้งต่อไป เป็นต้น ความจำเป็นของการใช้ทรัพยากรและงบประมาณน้อยกว่าแบบที่ 1

-ข้อด้อยและข้อจำกัด: หากมีความต้องการบริการมากจะเกิดระบบคิว ไม่ได้รับบริการ หรือเสียเวลาในการรอรับบริการ ประชาชนบางส่วนอาจไม่ได้รับบริการตามความจำเป็น อันเนื่องมาจากเงื่อนไข เช่น จำนวนพื้นที่พื้นที่ต้องการอุดตอปี จำนวนการอุดหินปูนต่อปี เป็นต้น

-แนวทางแก้ไข: เลือกและตัดรายการตามลำดับให้เข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ตามเงื่อนไขของงบประมาณ และทรัพยากรที่มี ระบบคิดที่จะเกิดขึ้นต้องให้ลำดับความสำคัญของประเภทงานด้วย

ทางเลือกที่สาม จัดชุดบริการตามกลุ่มอายุและความจำเป็นแบบมีเงื่อนไข เป็นการแบ่งกลุ่มเป้าหมายชัดเจน เพื่อให้มีการกระจายการบริการไปในทุกกลุ่มอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวโน้มของการจัดชุดบริการในต่างประเทศ หรือแม้กระทั่งแผนงานของการดำเนินงานทันตสาธารณสุขเดิมของกระทรวงสาธารณสุขมักจะมีเป้าหมายตามกลุ่มอายุ

-ข้อดี: เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนแต่ละกลุ่ม สามารถกำหนดเงื่อนไขการรับบริการและการจ่ายร่วมตามกลุ่มเป้าหมายต่างๆได้ กำหนดรายการตามความสำคัญในกลุ่มอายุ สะดวกต่อการปฏิบัติในรูปแบบของแผนงาน โครงการ

-ข้อด้อยและข้อจำกัด: การกระจายทรัพยากรตามกลุ่มอายุอาจเพิ่มการเข้าถึงแต่ไม่ได้คำนึงถึงความจำเป็นระหว่างกลุ่มอายุที่ต่างกัน ในทางปฏิบัติจึงอาจเกิดปัญหาความเข้าใจว่าเลือกปฏิบัติเฉพาะบางกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่อยู่ในช่วงอายุคาบเกี่ยวกัน

-แนวทางแก้ไข: ต้องมีการตกลงการกระจายทรัพยากรในแต่ละสังคม ตามความจำเป็น ความเร่งด่วนที่เป็นความตระหนักของสังคมหรือท้องถิ่นนั้นๆ

ข้อสรุปของงานวิจัยที่สำคัญที่ต้องคำนึงถึงเมื่อจะกำหนดนโยบายชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปาก คือ

1. **ทางเลือกที่สาม** น่าจะเป็นทางเลือกที่ดี เพราะทางเลือกที่หนึ่งมีความเป็นไปได้กับประเทศไทยน้อย เพราะข้อจำกัดของจำนวนและการกระจายทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางสุขภาพช่องปากที่ไม่เพียงพอกับการตอบสนองความจำเป็นแก่ประชาชนทุกคนได้ และเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของกลุ่มอายุที่ต่างกัน ส่วนการที่จะกำหนดว่ากลุ่มอายุใดควรมีรายการนั้น ให้พิจารณาและยืดหยุ่นตามทรัพยากร ข้อเสนอของชุดสิทธิประโยชน์แต่ละกลุ่มอายุ น่าจะประกอบด้วย

กลุ่มอายุ 0-13 ปี ประกอบด้วย การให้ฟลูออไรด์, การเคลือบหลุมร่องฟัน, การตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำปรึกษา, อุดฟันหลังด้วยอมัลกัม, การรักษาประสาทดันทแท้, การถอนฟัน, การรักษาประสาทดันทน้ำนม, พยาธิสภาพในช่องปาก, การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน, การทำเพดานเทียมในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

กลุ่มอายุ 14-59 ปี ประกอบด้วย การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่(กลุ่มเสี่ยง), ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำปรึกษา, การรักษาโรคปริทันต์และการขูดหินปูน, การอุดฟันหลังด้วยอมัลกัม, การรักษาประสาทดันทแท้, การผ่าฟันคุด, การถอนฟัน, พยาธิสภาพในช่องปาก, การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน, การใส่ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่(กลุ่มเสี่ยง), ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำปรึกษา, การรักษาโรคปริทันต์และการขูดหินปูน, การอุดฟันหลังด้วยอมัลกัม, การถอนฟัน, พยาธิสภาพในช่องปาก, การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน, การใส่ฟันปลอมทั้งปาก, การใส่ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก

2.การร่วมจ่ายเป็นกลไกสำคัญของการลดความต้องการในการรับบริการเกินความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหรืออาการที่ต้องใช้เวลาและต้นทุนในการรักษาสูง ในทางปฏิบัติแล้วมีประเภทของการรักษาทางสุขภาพช่องปากหลายรายการที่ไม่สามารถรักษาให้แล้วเสร็จในการพบแพทย์หนึ่งครั้ง(One visit) อาจมีมาตรฐานการเรียกเก็บที่ชัดเจนด้วย เช่น จะเรียกเก็บได้ครั้งละเท่าไร จำนวนสูงสุดกี่ครั้งหรือจนกว่าการรักษาจะเสร็จสิ้น

3.ควรกำหนดเงื่อนไขการรับบริการแต่ละรายการ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และลดการบริการที่เกินความจำเป็น ส่งเสริมสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น เงื่อนไขในการพิจารณาขูดหินปูนสำหรับคนที่ยังไม่ยอมเลิกลุบบุหรี่ เป็นต้น อย่างไรก็ตามเงื่อนไขนี้ควรมีความยืดหยุ่นพอควรหากมีการรับบริการเกินกว่าเงื่อนไขกำหนดก็ควรต้องจ่ายเพิ่มเติมด้วย ซึ่งเงื่อนไขต่างๆนี้ควรมีกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน เพราะปัญหาการตีความเองของสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน จะเกิดการเปรียบเทียบในแง่ความเท่าเทียมของประชาชนในแต่ละหน่วยบริการได้

4.ในสถานการณ์ปัจจุบันการรักษบางรายการอาจจะยังไม่เหมาะสมกับการพิจารณาให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การใส่ฟันปลอมติดแน่น การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ ผู้ป่วยฟันซ้อนเก เป็นต้น แม้ว่าจะกำหนดการจ่ายร่วมให้มากขึ้นก็ตาม แต่นั่นหมายถึงมีค่าเสียโอกาสของทรัพยากร(โดยเฉพาะเวลาของบุคลากร)ที่จะใช้ในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ หรือบำบัดโรคที่มีจำเป็นมากกว่า

5.นอกจากการกำหนดว่าสิทธิประโยชน์ควรจะประกอบด้วยรายการอะไรบ้างแล้ว สิ่งที่สำคัญไม่น้อยกว่าคือ ระบบการบริหารและดำเนินการ จัดการระบบคิว มาตรการดูแลคุณภาพและการส่งต่อหากไม่สามารถทำให้บริการภายในระยะเวลาที่กำหนด ตลอดจนมาตรการการร่วมจ่ายและการเบิกเงินค่าใช้จ่ายราคาแพง เช่น การเบิกค่าทำฟันปลอม ให้รวดเร็วและสะดวกขึ้น เป็นต้น

ข้อเสนอการจัดชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากจากการวิจัย แม้จะมีรูปแบบทางเลือกหลายทางแล้วก็ตาม เมื่อนำไปปฏิบัติจริงก็อาจจะพบปัญหาความไม่สอดคล้องของความต้องการของผู้บริโภคและการจัดบริการได้ อันเนื่องมาจากการวางแผนระดับนโยบาย จะมีแนวกระจายทรัพยากรเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม(Equity)ต่อสังคมโดยรวม ในขณะที่ผู้บริโภคจะมองลักษณะอรรถประโยชน์(Utility)ที่จะได้รับเป็นเกณฑ์ ซึ่งมีความเป็นนามธรรมและแตกต่างไปจากแต่ละบุคคล ทำให้การนำนโยบายไปใช้อาจจะมีข้อโต้แย้งในมุมมองที่ต่างกันของนโยบายกับผู้บริโภคได้ อาจมีมาตรการเสริมเพื่อลดมุมมองที่แตกต่างกันได้ เช่น ลำดับความสำคัญของรายการบริการอาจปรับตามความจำเป็นของสภาพปัญหาพื้นที่ รายการให้ฟลูออไรด์เสริมที่มีความสำคัญมากที่สุดอาจไม่เหมาะกับพื้นที่

เขตที่มีฟลูออไรด์ในน้ำดื่มสูงอยู่แล้ว เป็นต้น และจะต้องมีองค์ความรู้ที่เป็นระดับจุลภาค(micro-level)เพื่ออธิบายพฤติกรรมของผู้บริโภค หรือการวางแผนระดับปฏิบัติการจริงในพื้นที่อาจต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนมากยิ่งขึ้นด้วย

ผลจากการวิจัยนี้คาดว่าจะมีประโยชน์เป็นข้อมูลนำเข้าร่วมกับการศึกษาประเด็นอื่นๆในชุดวิจัยสุขภาพช่องปากเพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในประเทศไทยในอนาคต เช่น ต้นทุนการจัดบริการ การผสมผสานการบริการระหว่างภาครัฐและเอกชน การพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพ ระบบและรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม รวมทั้งผลกระทบอื่นๆจากการดำเนินโครงการ เช่น คุณภาพของบริการจากการดำเนินโครงการซึ่งเป็นประเด็นที่กลุ่มวิชาชีพจะให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อจะบอกแนวโน้มของผลลัพธ์และความยั่งยืนของโครงการ เป็นต้น

บทที่ 1 บทนำและระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย**การจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย**
(Core Package for Oral Health Care on Universal Coverage Policy, Thailand)**1. หลักการและเหตุผล:**

พัฒนาการของระบบสุขภาพไทย ได้ให้ความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพที่เป็นสิทธิพื้นฐานของประชาชนทุกคนในประเทศ และได้ผลักดันทำให้เกิดนโยบายหลักด้านสุขภาพขึ้น ที่ประชาชนทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการได้ เพื่อให้ประชากรของประเทศไทยมีสุขภาพดี สร้างผลผลิตที่มีทั้งคุณภาพและปริมาณ

นโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยตลอดเวลาที่ผ่านมา คือ การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน ปัจจุบันประชากรคนไทยมีการคุ้มครองด้านสุขภาพ โดยการประกันสุขภาพหลายประเภท อย่างไรก็ตามสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพของแต่ละหลักประกันยังมีความแตกต่างในรายละเอียดทั้งในเรื่องรูปแบบการให้บริการ และ ชนิดบริการ เช่นเดียวกับสิทธิประโยชน์ที่ให้สำหรับบริการสุขภาพช่องปาก เนื่องจากพัฒนาการของแต่ละกองทุนประกันสุขภาพแตกต่างกัน ทั้งในเรื่องของแหล่งเงินที่มา และ ลักษณะของสมาชิกของระบบประกัน

การจัดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพช่องปากมีความหลากหลายกันไปในแต่ละประเทศ ล่าสุดคณะกรรมการส่วนกลางได้พยายามยกร่างชุดสิทธิประโยชน์การบริการสุขภาพช่องปากตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้คำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก การให้ฟลูออไรด์สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก การให้เคลือบหลุมร่องฟันในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี สำหรับงานบริการด้านการรักษา ประกอบด้วย การอุดฟันด้วยวิธี direct technique ทุกชนิดของวัสดุ ยกเว้นเพื่อการเสริมสวย การถอนฟัน ขูดหินปูนและเกลารากฟัน การรักษาโพรงประสาทฟันในฟันน้ำนม ฟันปลอมฐานอคริลิกเพื่อการบดเคี้ยว และการใส่เพดานเทียมในเด็กเพดานโหว่ สิทธิประโยชน์นี้คล้ายคลึงกับสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพเดิม และได้มีการนำมาใช้สำหรับโครงการประกันสุขภาพ 30 บาทในจังหวัดน่าน การประกันสุขภาพชนิดบัตรสุขภาพ และ โครงการประกันสุขภาพ 30 บาท จึงเป็นสองกองทุนประกันสุขภาพของรัฐที่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของชุดสิทธิประโยชน์บริการ และคาดว่าจะ เป็นแนวทางสำหรับการกำหนดชนิดการบริการสุขภาพช่องปากในอนาคต

การศึกษานี้จะเป็นการรวบรวมองค์ความรู้ แนวคิด และประสบการณ์ของการจัดชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพช่องปากทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ รวมถึงประเด็นการประเมินว่าการจัดระบบชุดบริการสุขภาพช่องปากที่มีอยู่นี้ มีความเหมาะสมกับสังคมไทยหรือไม่ อย่างไร กรอบความคิดของการประเมิน โดยปรัชญาพื้นฐานของการพัฒนาระบบสุขภาพ คือ การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมเช่นนี้เกิดความเป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพหรือไม่ (Equity, Quality, Efficiency) ซึ่งองค์ความรู้และการประเมินนี้จะช่วยเป็นแนวทางที่จะพัฒนาและกำหนดชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากภายใต้หลักประกันถ้วนหน้า และรวมไปถึงการเสนอแนะรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม สำหรับการดำเนินการต่อไปในอนาคต

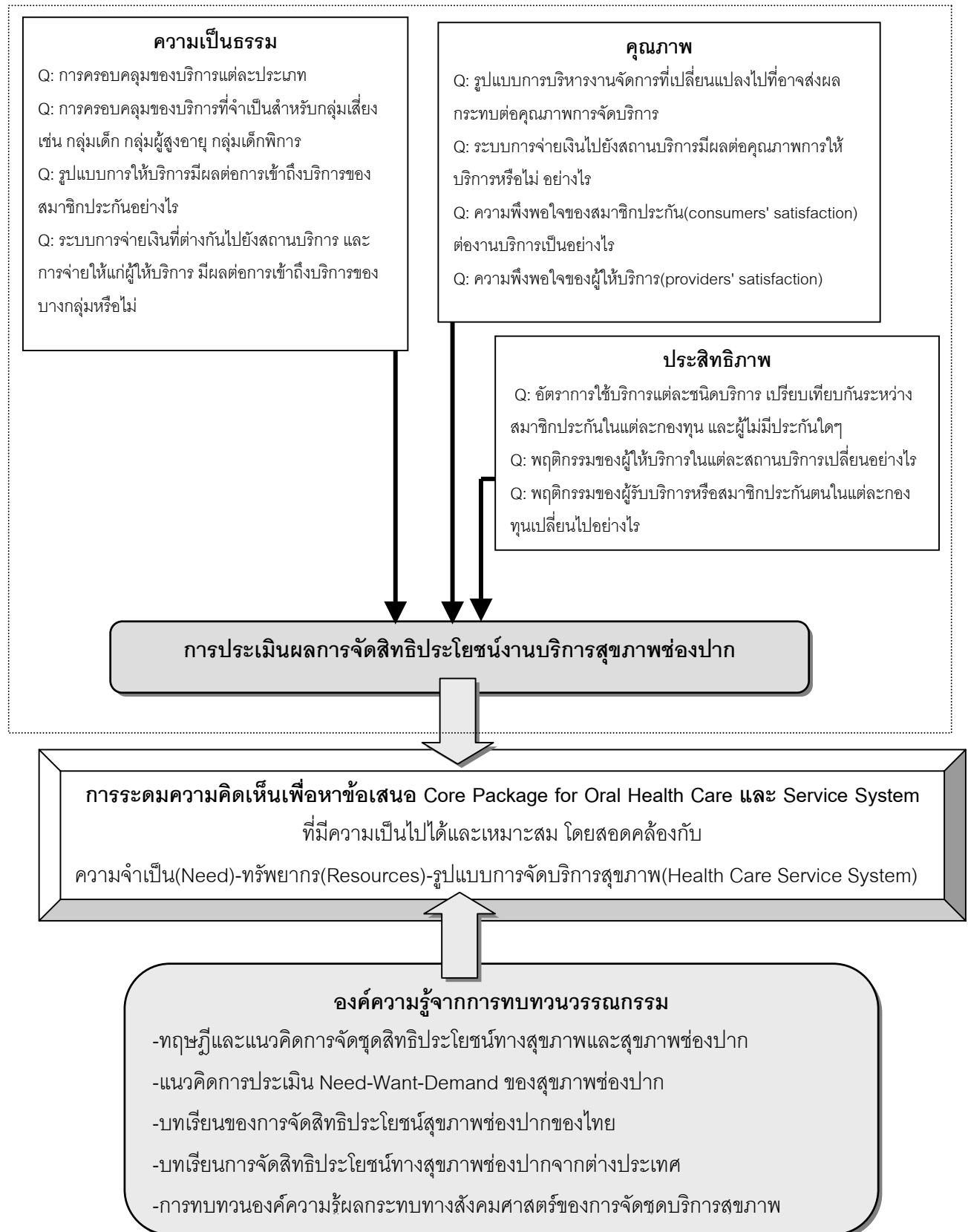
2.วัตถุประสงค์:

- 1.เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ แนวคิดและประสบการณ์การจัดชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพช่องปาก
- 2.เพื่อติดตามประเมินผลการจัดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพช่องปากในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในประเด็นผลกระทบในการดำเนินการจัดบริการ
- 3.วิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อเสนอแนะการจัดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่เหมาะสมและความเป็นไปได้สำหรับบริบทสังคมไทย ที่สอดคล้องกับความต้องการสุขภาพช่องปาก

3.ขั้นตอนและวิธีการวิจัย:

- 1) อภิปรายระดมความคิดเห็นเพื่อสร้างโครงร่างวิจัย(discussion for designing the research on technical & administrative contexts)
- 2) ทบทวนวรรณกรรมในประเด็นที่เกี่ยวข้อง(literature reviews)
 - a) ทฤษฎีและแนวคิดการจัดชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพและสุขภาพช่องปาก
 - b) แนวคิดการประเมินความจำเป็น(Need) ความต้องการ(Want) และอุปสงค์(Demand)ของบริการสุขภาพช่องปาก
 - c) บทเรียนของการจัดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากของไทย
 - d) บทเรียนการจัดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพช่องปากของต่างประเทศ
 - e) การทบทวนองค์ความรู้ผลกระทบทางสังคมศาสตร์ของการจัดชุดบริการสุขภาพ
- 3) การประเมินผลการจัดชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรม
 - a) พิจารณาจังหวัดหรือพื้นที่ที่จะศึกษา
 - b) ออกแบบและสร้างเครื่องมือ
 - c) เก็บข้อมูลทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยใช้ qualitative และ quantitative approach
 - d) วิเคราะห์ข้อมูล
- 4) วิจัยและสังเคราะห์การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่ควรจะเป็น โดยการจัดประชุมระดมความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากระบบ
- 5) รายงานสรุปเล่ม

4. กรอบแนวคิดงานวิจัยและตัวอย่างคำถามในการวิจัยการจัดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปาก



5.ผู้ดำเนินการวิจัย:

- 1) ทพ.วีระศักดิ์ พุทธาศรี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 2) ทพ.ญ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์ กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- 3) ทพ.ญ.ปิยะฉัตร พิชรานันต์ตร คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

6.งบประมาณ:

ได้รับเงินสนับสนุนการวิจัย จากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จำนวน 220,000 บาท

7.ระยะเวลา:

มิ.ย. 44-ส.ค.44 เสนอร่าง TOR

ก.ย.44-ต.ค.44 Literature Review

ต.ค.44-พ.ย.44 สร้างเครื่องมือ และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ-เชิงคุณภาพ จ.ปทุมธานี

-พฤติกรรมและประเภทในการมารับบริการทันตกรรม (Quantitative Approach)

-การเก็บข้อมูลความพึงพอใจและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (Qualitative Approach)

-การเก็บข้อมูลความพึงพอใจของผู้มารับบริการ (Qualitative Approach)

-การจัดระดมความคิดเห็นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ธ.ค.44 รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

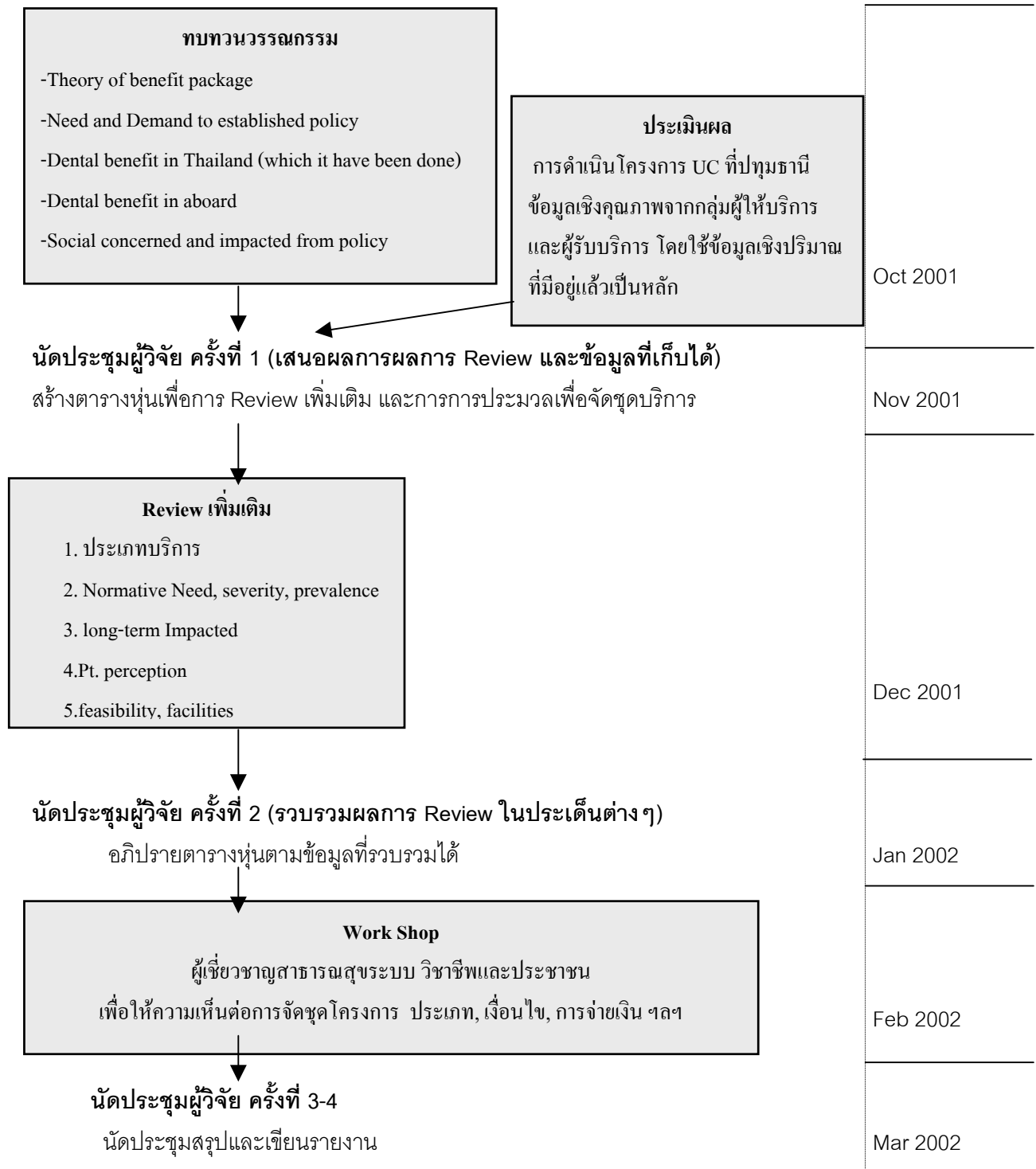
ม.ค.-ก.พ.45 สังเคราะห์และเสนอแนวทางการจัดชุดสิทธิประโยชน์ที่เหมาะสม

มี.ค.45 จัดทำรายงาน

8.ผลที่คาดว่าจะได้รับ:

- 1.มีองค์ความรู้ที่รวบรวมแนวคิดการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก
- 2.ได้ขอเสนอการจัดชุดบริการสุขภาพที่เหมาะสม โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม

ขั้นตอนการทำงานของทีมนักวิจัย



ระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย

พื้นที่ศึกษา (Site or area of study)

คัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) คือ จังหวัดปทุมธานี เพื่อศึกษาข้อมูลการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย ด้วยเหตุว่าเป็นจังหวัดที่ได้ดำเนินการโครงการสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่มจังหวัดแรกสุด

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ดำเนินการเพื่อหาคำตอบใน 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 : ประเมินการดำเนินการบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์

ส่วนที่ 2 : ระดมความคิดเห็นเพื่อวิจารณ์และสังเคราะห์การจัดบริการสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 1 : ประเมินการดำเนินการบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์

1.1 รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบบันทึกข้อมูล จากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนามัย ในประเด็น

-จำนวนการมารับบริการทันตกรรมของประเภทบริการหลักเปรียบเทียบก่อนและหลังโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

-ประเภทและร้อยละของผู้ถือบัตรทองตามประเภทงานบริการทันตกรรมในระดับโรงพยาบาลและสถานีนามัย

-จำนวนคนไข้ในคิวของงานบริการทันตกรรม

1.2 รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการจัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ในกลุ่มทันตบุคลากร ทั้งทันตแพทย์ และทันตภิบาล ในจังหวัดปทุมธานี ซึ่งให้ข้อมูลผลกระทบจากงานบริการทันตกรรมภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในกลุ่มประชาชนโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มอายุ คือกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มผู้ปกครองเด็ก ใช้เทคนิค Free listing & pile sort โดยให้กลุ่มนี้ถึงปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบเจอและบริการทันตกรรมที่กลุ่มตนต้องการแล้วนำมาจัดเรียงลำดับความสำคัญ พร้อมให้เหตุผล

ส่วนที่ 2 : ระดมความคิดเห็นเพื่อวิจารณ์และสังเคราะห์การจัดบริการสุขภาพช่องปาก

เมื่อรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว นำประเด็นมารวบรวมเรียบเรียงร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนนี้จะเป็นการจัดระดมความคิดเห็นเพื่อวิจารณ์และสังเคราะห์ชุดสิทธิประโยชน์โดยกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง(Stakeholders) อันประกอบด้วย นักวิชาชีพ นักวิชาการ และภาคประชาชน วิธีการจะประยุกต์จากหลักการของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย(Delphi) ซึ่งนิยมนำมาใช้เมื่อต้องการทราบความคิดเห็นที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับประเด็นที่จะศึกษา แต่เนื่องจากกลุ่มมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านภูมิหลังความรู้และประสบการณ์ ทำให้การให้ความคิดเห็นโดยใช้เทคนิคเดลฟายเลยอาจไม่เหมาะสม สำหรับแนวทางประยุกต์ใช้มีลำดับขั้นตอนของการดำเนินการ เพื่อหาข้อสรุป เพื่อการเสนอชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม ดังนี้

-นำเสนอข้อเท็จจริง ของงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพช่องปาก โดยให้ผู้เข้าร่วมระดมความคิดทุกคน เข้าใจเรื่องทฤษฎีนโยบายการประกันสุขภาพ ความสำคัญของความจำเป็นและอุปสงค์ รูปแบบที่เป็นไปได้ของการจัดชุดบริการและผลกระทบต่างๆ ตลอดจนบทเรียนการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากของไทยและต่างประเทศ ร่วมกับการนำเสนอข้อมูลจากการประเมินในพื้นที่ตัวอย่าง

-นำเสนอสภาพปัญหาของโรค และภาระงานรักษาพยาบาลทั้งด้านงบประมาณและกำลังคน หากต้องทำการรักษาพยาบาลในระดับของการครอบคลุมบริการต่างๆ และตีค่าเป็นภาระทางการเงินหรืองบประมาณหากต้องจัดบริการดังกล่าว

-การเสนอความคิดเห็นจากการระดมความคิดเห็น เพื่อจัดลำดับความสำคัญและรายการรักษาพยาบาลที่ควรบรรจุไว้ในชุดบริการสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพช่องปาก โดยเสนอกลุ่มอายุที่ต้องการครอบคลุม ระบบการจ่ายหรือเงื่อนไขอื่นๆ ที่จะทำให้การดำเนินการจัดบริการตามชุดบริการนี้ให้ได้ผลตามที่ควรจะเป็น โดยจะรวบรวมความเห็นรอบที่หนึ่ง ก่อนการนำเสนอและอภิปรายทั่วไป หลังจากนั้นจะเป็นการรวบรวมความคิดเห็นรอบที่สอง จะทำหลังจากการนำเสนอและอภิปรายทั่วไปแล้วเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละและสัดส่วน ในข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา(Content analysis) และการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (Analytic induction) พร้อมข้อเสนอแนะของการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

แนวคิดและทฤษฎีของการประกันสุขภาพ

หลักการของการประกันสุขภาพ เป็นการประกันการเจ็บป่วยในรูปแบบต่างๆ โดยผู้เอาประกันหรือผู้แทนจ่ายค่าเบี้ยประกันเป็นอัตราที่แน่นอนให้ผู้รับประกัน แล้วองค์กรผู้รับประกันจะเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ภายใต้เงื่อนไขข้อตกลงในการประกัน บางประเทศมีแนวคิดว่าการประกันสุขภาพควรจัดโดยองค์กรรัฐ เพื่อเป็นรัฐสวัสดิการแก่สังคม โดยค่าเบี้ยประกันได้มาจากทุกคนในสังคมมาจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ในแนวคิดของการประกันโดยองค์กรเอกชน ก็เป็นการมิได้บังคับทุกคนให้ทำประกัน และลักษณะการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ขึ้นกับข้อตกลงในกรมธรรม์ ว่าองค์กรรับประกัน จะจ่ายให้ทั้งหมดหรือผู้ประกันต้องจ่ายร่วมบางส่วนก็ได้ รูปแบบของการจัดประกันสุขภาพ ลักษณะการจ่ายเบี้ยประกัน เงื่อนไขการจ่ายค่าพยาบาล เหล่านี้ ล้วนมีผลทำให้กระทบต่ออุปสงค์และอุปทานของการรับบริการสุขภาพ รวมทั้งผลกระทบต่อการจัดสรรทรัพยากรได้ทั้งสิ้น ซึ่งเราจะต้องมาทำความเข้าใจผลกระทบดังกล่าวนี้ก่อน

โดยทั่วไปแล้วลักษณะอุปสงค์ของการรักษาพยาบาลและจำนวนของการขอรับบริการสุขภาพ จะขึ้นกับระดับราคาของการรับบริการ ระดับรายได้ เวลาที่ใช้ในการรับบริการ แต่ถ้ามองในมุมของผู้ให้บริการนั้น แพทย์จะเป็นผู้กำหนดอุปสงค์จำนวนของการรับบริการเอง ซึ่งอาจขึ้นกับเทคนิคความรู้ที่มีอยู่ ความต้องการของแพทย์ในการทดลองวิชาการแพทย์ใหม่ เป็นต้น และลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของการรับบริการทางการแพทย์ คือ ผลกระทบจากภายนอก(Externalities of Health Care) โดยการตัดสินใจรับบริการของแต่ละคนจะมีผลต่อสังคมด้วยเช่นกัน ตัวอย่าง การไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหนึ่ง นอกเหนือจากที่เราจะมีจะสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้กับตนเองแล้ว ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพคนอื่นหรือระบาดของโรคในสังคมด้วย นั่นแสดงถึงว่าปัจจัยภายนอกจากสังคมจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจเรื่องการรักษาพยาบาลด้วยเช่นกัน

ในการตัดสินใจรับบริการรักษาสุขภาพของบุคคล เขายินดีที่จะจ่ายที่ราคาหรือต้นทุนในการรักษาพยาบาล ตราบเท่าที่เขาได้รับผลตอบแทนจากการรักษาพยาบาลคุ้มกับค่าใช้จ่าย และจะซื้อบริการเพิ่มขึ้นเรื่อยถ้าผลประโยชน์จากการรับบริการหน่วยสุดท้าย(Marginal Benefit) ยังคงมากกว่าต้นทุนหน่วยสุดท้าย(Marginal Cost) ที่จ่ายเพื่อรับบริการนั้น และเขาจะยังคงซื้อการบริการนั้นต่อไปจนผลประโยชน์หน่วยสุดท้ายจากการรับบริการเท่ากับราคาหรือต้นทุนหน่วยสุดท้ายพอดี ในการหาจำนวนของการรับบริการและโดยมีผลกระทบจากสังคมภายนอกด้วยนั้น จะได้อธิบายต่อไปด้วยรูปที่ 2-1

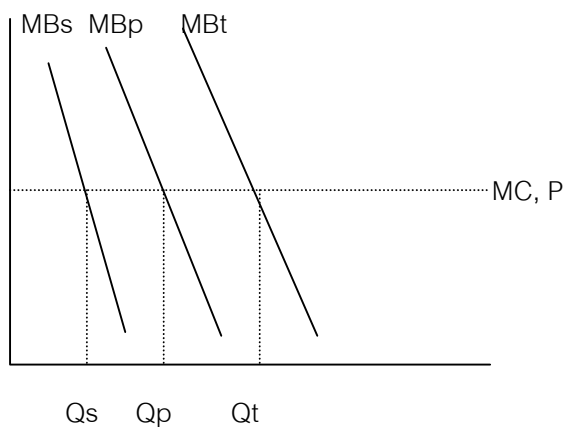
โดย MBp เป็น marginal benefit ในการรับบริการบุคคลของบุคคล (อุปสงค์บุคคล)

MBs เป็น marginal benefit ในการรับบริการของบุคคลที่มีต่อสังคม(อุปสงค์สังคม)

MBt เป็น marginal benefit ในการรับบริการรวมของบุคคลและที่มีผลต่อสังคม

(นั่นคือ $MBt = MBp + MBs$ นั่นเอง)

รูปที่ 2-1 เส้นอุปสงค์ของการรับบริการสาธารณสุข ที่มีผลจากบุคคลและปัจจัยภายนอก

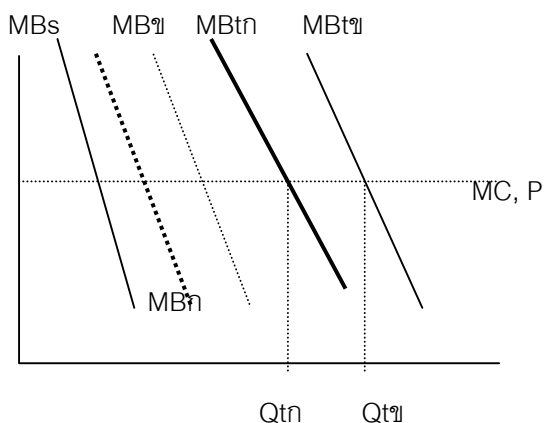


จากรูปที่ 2-1 ดุลยภาพของบุคคลที่ผลประโยชน์หน่วยสุดท้าย(marginal benefit) เท่ากับต้นทุนหน่วยสุดท้าย(marginal cost) จะทำให้บุคคลเลือกตัดสินใจรับบริการที่จำนวนเท่ากับ Q_p แต่ถ้าเป็นดุลยภาพรวมของบุคคลรวมกับของสังคม จะมีการรับบริการที่ Q_t ในกรณีที่ไมเกิดการประกันสุขภาพหรือไม่มีรัฐมาจัดการเรื่องของการรับบริการสุขภาพแล้ว บุคคลจะตัดสินใจซื้อบริการที่ Q_p ซึ่งเป็นจำนวนที่เหมาะสมในความคิดของเขา เนื่องจากข้อจำกัดของงบประมาณส่วนตัวที่มี เมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการบริการ และต้องเสียเงินเพื่อการบริโภคสินค้าอื่นๆในชีวิตประจำวันอีกหลายอย่าง กรณีที่สังคมเห็นความสำคัญของการบริโภคสินค้ารักษาพยาบาลของบุคคล จะมีการจัดสรรทรัพยากรจากส่วนอื่นๆ รวมทั้งระบบประกันสุขภาพ เพื่อให้สมาชิกในสังคมได้บริโภคที่ Q_t ซึ่งเป็นจุดที่บุคคล และสังคมได้ผลประโยชน์ จากการรับบริการสุขภาพนี้ด้วย บุคคลต่างๆในสังคมจะมีปัจจัยพิจารณาการบริโภคบริการสุขภาพแตกต่างกันไป ที่เห็นเด่นชัดประการหนึ่งก็คือเรื่องของรายได้ บุคคลจะตัดสินใจเข้ารับบริการมากขึ้นถ้ามีรายได้เพิ่มขึ้น รูปที่ 2-2 จะอธิบายอุปสงค์และการรับบริการสุขภาพ ของนาย ก และ นาย ข มีรายได้ต่างกัน สมมติรายได้นาย ก น้อยกว่านาย ข

MB_p เป็นผลประโยชน์หน่วยสุดท้าย(marginal benefit)ของแต่ละบุคคล

MB_t เป็นผลประโยชน์หน่วยสุดท้ายรวม(total marginal benefit)แต่ละบุคคลรวมกับผลประโยชน์ปัจจัยภายนอก

รูปที่ 2-2 อุปสงค์และจำนวนการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเส้นรายได้ต่างกัน

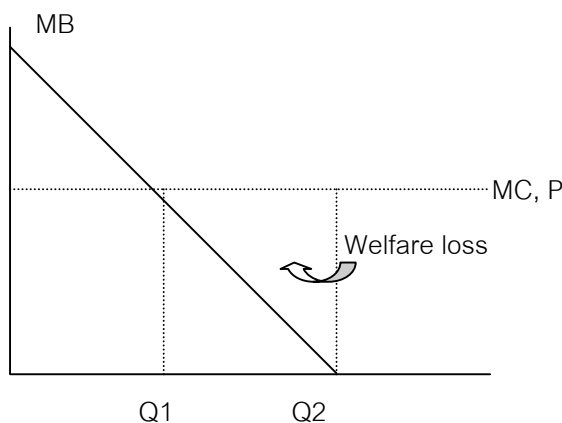


เมื่อไม่มีปัจจัยสังคมภายนอกมาเกี่ยวข้องจะเห็นว่านาย ก จะตัดสินใจรับบริการที่มากกว่านาย ข ตามรายได้ตน แต่เมื่อรวมผลประโยชน์ที่สังคมจะได้รับด้วยแล้วนาย ก และนาย ข จะบริโภคเพิ่มขึ้น ซึ่ง $Q_{tx} > Q_{tn}$ ปัญหาที่ต้องจัดการคือ นาย ก ได้รับการบริโภคที่เพียงพอหรือไม่ และนาย ข บริโภคเกินความจำเป็นสำหรับสังคมแล้วหรือไม่ นั่นปัญหาที่ท้าทายการจัดรูปแบบบริการที่เหมาะสมคือทำอย่างไรที่บุคคลจำบริโภคที่สังคมได้ผลประโยชน์สูงสุด

พฤติกรรมการใช้บริการรักษาพยาบาลจากผลของรูปแบบการประกันสุขภาพ

ในการตัดสินใจเลือกบริโภคสินค้าสุขภาพนั้น บุคคลจะตัดสินใจเลือก ณ จุด ผลประโยชน์หน่วยสุดท้ายเท่ากับต้นทุนหน่วยสุดท้าย ($MB=MC$) ดังแสดงในรูปที่ 2-3 (อธิบายโดยสมมติ ตลาดมีการแข่งขันเสรีที่มีผู้แข่งขันมากมาย ผู้ขายแต่ละรายไม่สามารถกำหนดราคาได้เอง และไม่ขึ้นกับจำนวนการบริโภค นั่นคือราคาจะคงที่และเท่ากับ marginal cost ; $P=MC$)

รูปที่ 2-3 ผลการประกันสุขภาพ ต่อการบริโภคสินค้าสุขภาพ



บุคคลที่จะเลือกรับบริการสุขภาพที่จุด Q_1 ซึ่งเห็นว่าผลประโยชน์ที่เขาจะได้รับ ไม่น้อยกว่าต้นทุนหน่วยสุดท้าย หรือราคาที่เขาต้องจ่ายไป และเขาจะไม่ตัดสินใจบริโภคมากกว่าจุด Q_1 เพราะจะมีความรู้สึกว่าการบริโภคที่มากกว่าจุด Q_1 จะทำให้เขาต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นมีน้อยกว่าเงินที่จะจ่ายเพิ่มไป แต่ถ้าบุคคลได้ทำการประกันสุขภาพไว้กับบริษัทประกันภัยแห่งหนึ่ง ซึ่งจะต้องเสียค่าเบี้ยประกันเป็นจำนวนเงินคงที่จำนวนหนึ่ง โดยบริษัทผู้รับประกันจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ทุกครั้งที่เข้ารับบริการสุขภาพ นั่นคือเขาจะไม่ต้องจ่ายค่ารักษาใดๆเลย (หรือมี $MC=0$) นั่นเอง โดยปกติทั่วไปว่าเขาจะพยายามเข้ารับบริการให้มากที่สุดโดยไม่คำนึงถึงราคาหรือความจำเป็นของการเข้ารับบริการใดๆ พฤติกรรมการบริโภคจะมากขึ้นและมากกว่าจุด Q_1 โดยจะบริโภคให้มากที่สุดเท่าที่รู้สึกว่าการบริโภคที่มากกว่าจุด Q_1 จะทำให้เขาได้รับผลประโยชน์รวมจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลแล้ว (หรืออาจกล่าวได้ว่าจุดที่เป็นผลประโยชน์รวมสูงสุด) กรณีนี้เราจะเห็นว่า การบริโภคที่เกิน Q_1 ในความเป็นจริงบริษัทรับประกันหรือรัฐบาลที่จัดการประกัน จะต้องจ่ายทุกหน่วยที่เกิดขึ้นมา แม้จะพบว่า แต่ละจุดที่เกินจาก Q_1 มานั้น จะต้องจ่ายต่อหน่วยที่เกิดขึ้นมามากกว่าผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการรับบริการ ($MC > MB$) ก็

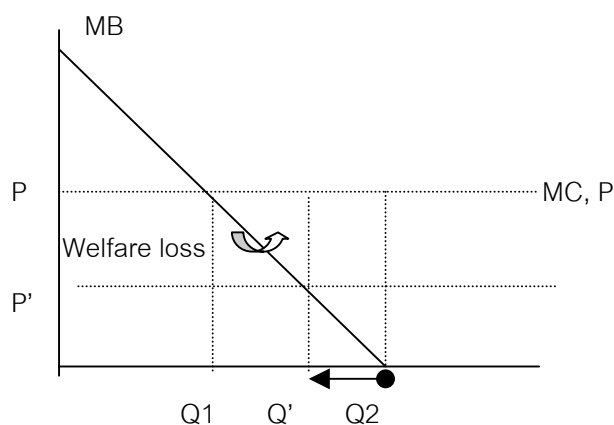
ตาม แต่ระดับบุคคลไม่ได้ตระหนักถึงค่ารักษาพยาบาล เพราะเขาไม่ได้ต้องจ่ายเพิ่มขึ้น จึงต้องบริโภคให้มากที่สุดเท่าที่เขาจะพอใจ ในกรณีนี้ ถ้ามองในด้านของสังคม ทุกๆจุดที่เกินกว่า Q1 จะทำให้เกิดสวัสดิการสูญเสีย (welfare loss) คือเกิดการสูญเสียทางสังคม เนื่องจากการบริโภคเกินความจำเป็น ถ้าเกิดกรณีนี้แทนที่ระบบการประกันสุขภาพจะช่วยการจัดสรรทรัพยากรให้ดีขึ้น แต่กลับมีผลทำให้เกิดความสูญเสียมากกว่าเดิมอีกด้วย จึงสภาวะการบริโภคและทรัพยากรที่ไร้ประสิทธิภาพ หรือที่เรียกว่า “Moral Hazard” (Feldstein P.J., 1979) ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องการแสวงหาการบริโภคจนถึงจุดที่ความพึงพอใจสูงสุด (อย่างไรก็ดี Moral Hazard ไม่ได้เกิดขึ้นจากด้านผู้ป่วยเท่านั้น แพทย์ก็จะมีส่วนสำคัญด้วยเช่นกัน เพราะเป็นผู้ที่มีอิทธิพลในการกำหนดอุปสงค์)

รูปแบบของการจัดประกันสุขภาพให้กับบุคคลที่เป็นไปได้ อาทิเช่น

1. องค์กรบริษัทที่สังกัด หรือบริษัทรับประกันจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด
2. การประกันร่วมกัน (co-insurance) เป็นการประกันโดยผู้เอาประกันต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามสัดส่วนที่กำหนดร่วมกับผู้รับประกัน เช่น ผู้เอาประกันต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล 50 % ของค่ารักษาพยาบาลจริง ส่วนอีก 50% บริษัทประกันจะเป็นผู้จ่ายให้ เป็นต้น
3. การประกันแบบหัก (deductible insurance) เป็นการประกันที่บริษัทรับประกันจะจ่ายค่ารักษา เป็นจำนวนที่คงที่จำนวนหนึ่ง (lumpsum) สำหรับแต่ละหน่วยของการรักษาพยาบาลนั้น เช่น การประกันสุขภาพของกองทุนสังคม จะจ่ายค่ารักษาทันตกรรมครั้งละ 200 บาท โดยเบิกได้ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง เป็นต้น

ในรูปแบบที่องค์กรหรือบริษัทรับประกันจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด มักจะเกิดการรักษาพยาบาลที่เกินความจำเป็น และมีการสูญเสียทางสังคม ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ส่วนการประกันรูปแบบที่ 2 และ 3 จะช่วยลดการสูญเสียทางสังคมนั้นมากกว่าแบบที่ 1 ดังจะอธิบายในรูปที่ 2-4

รูปที่ 2-4 คุณภาพในการรับบริการสุขภาพ กรณีการประกันร่วม



สมมติว่า บุคคลได้ไปทำกรรมธรรม์ประกันสุขภาพ โดยมีระบุเงื่อนไขว่าจะได้รับการประกันโดยจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลได้ 50% จากยอดจ่ายจริง ส่วนที่เหลืออีก 50 % บุคคลนั้นต้องรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ในกรณีที่เขาไม่ได้ทำประกันเลย เขาจะตัดสินใจเลือกรับบริการ ณ จุด Q1 ซึ่ง $MC=MB$ ถ้ามีการประกันแบบบริษัทเอาประกันจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ทั้งหมด เขาจะเพิ่มการไปรับบริการ ณ จุด Q2 ซึ่ง $MC=MB=0$ แต่หากได้ทำประกันแบบต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองด้วย 50 % ดังนั้นจุดราคาหรือ MC ในความคิดของบุคคลจะไม่เท่า

กับศูนย์ แต่เท่ากับ P' ซึ่งเป็นครึ่งหนึ่งของ P เดิมนั่นเอง ดังนั้นบุคคลจะรับบริการสุขภาพ ณ จุด Q' ($P'=MB$) ซึ่งเป็นจุดที่มากกว่า $Q1$ แต่น้อยกว่า $Q2$ การสูญเสียของสังคม(welfare loss) ยังมีปรากฏอยู่ แต่จะน้อยกว่าการประกันแบบแรก ข้อเสนอแนะก็คือว่าอาจจะต้องมีการปรับสัดส่วนการรับผิดชอบการจ่ายที่เหมาะสม เพื่อที่จะทำให้การตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพอยู่ ณ จุดที่เหมาะสม ที่ทำให้ผลประโยชน์หน่วยสุดท้ายรวมของบุคคลและสังคม เท่ากับ ต้นทุนหน่วยสุดท้ายรวมของบุคคลและสังคม(MB ของบุคคลและสังคม = MC ของบุคคลและสังคม)

ปัจจุบัน ประเทศไทยได้จัดระบบการประกันหรือคุ้มครองทางสุขภาพของครอบคลุมประชากร โดยมีหลายรูปแบบตามการประกันสุขภาพต่างๆ สามารถแยกได้ดังนี้

1. สวัสดิการสาธารณะ(Public Assistant)

1.1 งานสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย

1.2 สงเคราะห์ผู้สูงอายุ

1.3 ประกันสุขภาพนักเรียน สปช.

2. สวัสดิการข้าราชการ

2.1 ข้าราชการ

2.2 พนักงานรัฐวิสาหกิจ

3. ประกันสุขภาพเชิงบังคับ

3.1 กองทุนทดแทนแรงงาน

3.2 กองทุนประกันสังคม

4. ประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

4.1 การประกันสุขภาพเอกชน

4.2 โครงการบัตรสุขภาพ

แต่ละระบบของการคุ้มครองสุขภาพนั้น จะมีทั้งข้อดีและข้อด้อยเช่นกัน โดยถ้าพิจารณาเรื่องของประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของระบบนั้น พบว่า

ประสิทธิภาพ(Efficiency) ซึ่งเป็นการประเมินการใช้ทรัพยากร(Input) เมื่อเปรียบเทียบกับผลผลิตที่ได้มา(Output) แบ่งออกแบ่งออกเป็น 1) Allocation Efficiency ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ เพื่อให้ได้ผลรวมกลับมาสูงสุด ตรงตามวัตถุประสงค์ 2) Technical Efficiency ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน เพื่อใช้ทรัพยากรที่มีให้คุ้มค่าที่สุด โดยกระบวนการผลิตที่มีประสิทธิภาพ จะหมายถึงในกระบวนการผลิตที่ใช้ปัจจัยการผลิตในสัดส่วนที่น้อยที่สุดและให้ผลผลิตสูงสุด ณ จุดนี้จะไม่สามารถลดปัจจัยการผลิตชนิดใดชนิดหนึ่งลงได้อีก เพราะเป็นสัดส่วนของปัจจัยการผลิตที่น้อยที่สุดแล้ว

-สวัสดิการสาธารณะ

จุดแข็ง : ใช้ระบบเป็นส่วนหนึ่งของงบประมาณแผ่นดิน และสนับสนุนนโยบายระบบส่งต่อการรักษาพยาบาล

จุดอ่อน : ได้รับงบประมาณต่อหัวต่ำมาก และยังมีคำถามเกี่ยวกับคุณภาพของสถานบริการที่ต่างกัน เช่น สถานีอนามัย มีคุณภาพเท่ากับโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือไม่

-สวัสดิการข้าราชการ

จุดแข็ง : มีทางเลือก (choices) ในการเข้ารับบริการได้มาก สามารถใช้บริการได้ทั้งส่วนสถานบริการภาครัฐและเอกชน

จุดอ่อน : การจัดการบริการมีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีก

-กองทุนประกันสังคม

จุดแข็ง : มีระบบการจ่ายให้ผู้บริการเป็นต่อหัว(capitation) มีผลต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้สูงเกินไป และค่าบริหารจัดการโดยรวมต่ำ อีกทั้งมีระบบสร้างการแข่งขันของสถานพยาบาล เพื่อรักษาลูกค้าในปีถัดไป

จุดอ่อน : ไม่มีระบบส่งเสริมและป้องกันโรค โดยสถานพยาบาลจะเน้นการบริการรักษามากกว่า ยังอาจมีคำถามเรื่องได้รับยาหรือการบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ต่ำกว่าปกติ

-ประกันสุขภาพเอกชน

จุดแข็ง : มีระบบการแข่งขันในตลาด(market mechanism) บุคคลมีความอิสระในการเลือกบริษัทและรูปแบบการประกันตามความพอใจของตนเอง(choices and satisfaction)

จุดอ่อน : ผู้เอาประกันรู้สิทธิในกรรมธรรม์น้อยมาก(information imbalance) ค่าบริหารจัดการแพงเพราะมักจะผ่านตัวแทนหรือนายหน้า ไม่มีระบบควบคุมพฤติกรรมผู้ให้บริการในการใช้เทคโนโลยีในการรักษาที่เหมาะสม(no control over providers) ทำให้ค่ารักษาพยาบาลสูงโดยรวมขึ้น และส่งผลให้เบี้ยประกันในระบบขยับสูงขึ้นอีกเรื่อยๆ

-บัตรสุขภาพ

จุดแข็ง : สามารถดูแลต้นทุนหรือเบี้ยประกันได้โดยการควบคุมราคาบัตรสุขภาพ

จุดอ่อน : ไม่สามารถเลือกกลุ่มเป้าหมายได้(unclear target population) ผู้ซื้อบัตรมักเป็นผู้ที่เจ็บป่วยบ่อยขณะที่คนที่แข็งแรงมักไม่ค่อยซื้อบัตร(inadequate risk sharing) และเนื่องจากราคาบัตรต่ำกว่าต้นทุนค่าบริการจริงมาก(poor cost recovery) อาจส่งผลของความยั่งยืนของโครงการได้

ความเป็นธรรม(Equity) มีผู้ให้คำจำกัดความของคำนี้ไว้มากมาย เช่น ความเป็นธรรมในแนวราบ เป็นความเท่าเทียมกันด้านรายจ่าย การใช้บริการ การเข้าถึงบริการในกลุ่มที่ต้องการเหมือนกัน ความเท่าเทียมกันด้านสุขภาพ และความเป็นธรรมในแนวตั้ง ได้แก่ความไม่เท่าเทียมกันของการรักษาในกลุ่มที่มีความต้องการต่างกัน การเก็บค่ารักษาพยาบาลบนพื้นฐานความสามารถในการจ่าย หากเราเปรียบเทียบรูปแบบสวัสดิการต่างๆ ในด้านความเป็นธรรม พบว่า

-สวัสดิการสาธารณะ

จุดแข็ง : ครอบคลุมกลุ่มที่มีความจำเป็นในการรักษาพยาบาลสูง และคุ้มครองผู้มีรายได้น้อย

จุดอ่อน : ได้รับงบประมาณต่อหัวน้อยมาก และถ้าการกำหนดเส้นแบ่งความยากจน(poverty line)ไม่เหมาะสมจะทำให้คนที่มีความจำเป็นสูงกว่าเส้นที่กำหนดเล็กน้อยก็ไม่สามารถรับบริการได้

-สวัสดิการข้าราชการ

จุดอ่อน : งบประมาณใช้จ่ายโดยรวมสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ

-กองทุนประกันสังคม

จุดแข็ง : เก็บเบี้ยประกันจ่ายตามรายได้ที่มี โดยผู้มีรายได้มากจ่ายมากกว่าผู้มีรายได้น้อย และจะได้รับ
การรักษาตามความจำเป็น(treatment relate needs)

จุดอ่อน : รัฐจ่ายเงินสมทบสนับสนุนกลุ่มมากกว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อย

-ประกันสุขภาพเอกชน

จุดอ่อน : มีการเลือกคนเข้าโดยดูความเสี่ยง กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงจะต้องจ่ายเบี้ยประกันที่สูงกว่า
(adverse selection by experience rating) และผู้สูงอายุจะมีค่าประกันสูง(excludes
elderly by high premium)

-บัตรสุขภาพ

จุดแข็ง : ผู้เอาประกันจ่ายเบี้ยประกันเท่ากันโดยไม่เลือกกลุ่มเสี่ยง(communitiy rating)

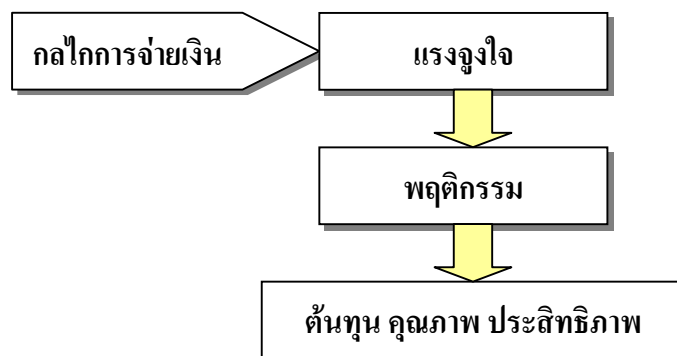
จุดอ่อน : กลุ่มที่มีฐานะดีอาจเข้ามาใช้บริการด้วย ทั้งที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย

ระบบการจ่ายเพื่อการบริการสุขภาพ(Payment System for Health Care Services)

ระบบการจ่าย(Payment System)จะเป็นกลไกที่จะชี้ว่า ใครจะเป็นผู้รับภาระทางการเงิน และจะเป็นแรง
จูงใจ(incentive)ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมบริการบริโภคทั้งผู้บริโภคและผู้ให้บริการ ซึ่งจะมีผลต่อความสำเร็จของ
ระบบการจัดบริการโดยระบบการจ่ายจะส่งผลต่อ

- การตัดสินใจในการรักษาทางคลินิก(Clinical Decisions)
- ประสิทธิภาพของการจัดบริการ(Efficiency in producing services)
- คุณภาพของการบริการ(Quality and availability of care services)
- ต้นทุนของการจัดบริการสุขภาพ(Health Care Costs)

รูปที่ 2-5 กลไกการจ่ายเงินและผลต่อการบริการสุขภาพ



1. รูปแบบการจ่ายให้ผู้จัดบริการ(Payment Method to Provider)

จะพิจารณารูปแบบที่เป็นไปได้ของการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ โดยจะแบ่งพิจารณาการจ่ายให้สถานพยาบาลและการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์(สุจิตต์ ศรีประพันธ์ 2534)

1.1 รูปแบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล

- 1.การจ่ายตามรายการในใบเรียกเก็บ ผู้ป่วยจะได้รับการบริการที่ดี แต่ไม่สามารถควบคุมต้นทุนที่สูงขึ้นได้และมีปัญหาระบบการตรวจสอบ
- 2.การจ่ายตามจำนวนวันอยู่โรงพยาบาล ประหยัดในการคำนวณ สามารถคาดการณ์ต้นทุนได้ แต่อาจพบปัญหาคุณภาพการบริการที่อาจต่ำลง
- 3.การจ่ายตามชนิดของการวินิจฉัย มักจะใช้กับการจ่ายในกรณีผู้ป่วยในคาดการณ์ต้นทุนได้ ทำให้ไม่มีความพยายามให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลมากเกินไป ในกรณีเช่นนี้อาจพบปัญหาการวินิจฉัยโรคที่จะได้รับการจัดสรรเงินมากกว่า(diagnostic escalation)
- 4.การจ่ายตามงบประมาณที่มี ผู้รับประกันรู้ล่วงหน้าสามารถวางแผนการใช้จ่ายได้ ข้อเสียอาจพบการบริการที่ไม่ดีและการรักษาที่ไม่พยายามให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว

1.2 รูปแบบการจ่ายผลประโยชน์ให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

- 1.จ่ายตามประเภทและจำนวนการบริการ โดยอาจมีกำหนดเพดานหรือไม่ก็ได้ รายได้ขึ้นกับจำนวนการให้บริการ ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดี แต่อาจมีการเพิ่มจำนวนการบริการจากแพทย์โดยไม่จำเป็น
- 2.จ่ายรูปเงินเดือน แรงจูงใจในการให้บริการจะค่อนข้างต่ำ
- 3.เหมาจ่ายรายหัว คาดคะเนต้นทุนได้ แต่จะพบปัญหาการรอพบแพทย์ ปัญหาการตรวจสอบคุณภาพการบริการ

2. รูปแบบการจ่ายของผู้ใช้บริการ(Consumer Payment Methods)

รูปแบบของการจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้น มีการจ่ายที่ผู้ให้บริการจ่ายเองโดยตรงและรูปแบบขององค์กร หรือมีผู้รับประกันช่วยจ่ายค่ารักษาด้วยนั้น อาจจำแนกรูปแบบได้ดังนี้ (Glaser WA 1987)

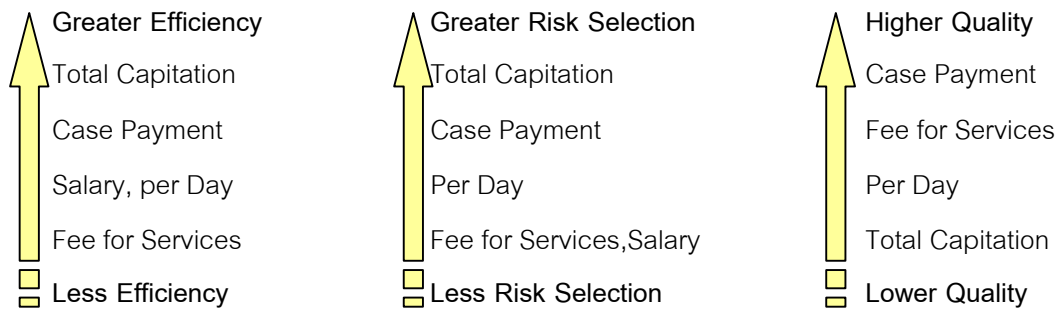
- 1.Fee for services(FFS) ผู้ใช้บริการหรือผู้รับประกันจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้นตามจำนวนเต็มที่เราเรียกเก็บจากสถานพยาบาลนั้น ซึ่งจะขึ้นกับประเภทและจำนวนของการรับบริการ
2. Deductibles ผู้ใช้บริการจะจ่ายเงินคงที่จำนวนหนึ่งในการใช้บริการ โดยผู้รับประกันจะรับผิดชอบจ่ายส่วนที่เกินกว่านั้นให้สถานพยาบาลเอง โดยรูปแบบนี้อาจคิดได้ทั้งเป็นผู้ให้บริการบุคคลหรือครอบครัวก็ได้ วิธีการนี้จะช่วยให้ผู้บริโภคสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ และการร่วมจ่ายบางส่วนทำให้การที่จะมารับบริการเกิดความจำเป็นลดลง ระดับของการจ่ายตามแนวคิดนี้อาจจะกำหนดมาจากการพิจารณาส่วนประกอบของค่าใช้จ่าย ค่าธรรมเนียมแพทย์ ค่ายา ค่าตรวจพิเศษ จะสนับสนุนหรือต้องจ่ายส่วนใดเองเป็นต้น อย่างไรก็ตามวิธีการจ่ายแบบนี้จะต้องกำหนดในระดับที่เหมาะสม หากสูงเกินไปจะทำให้การจ่ายแบบนี้ไม่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้รับบริการเลย และเช่นเดียวกันหากกำหนดได้มากเกินไป ผลกระทบจากการจ่ายเพื่อระบบประกันสุขภาพก็จะไม่เกิดขึ้น
3. Co-insurance(การร่วมจ่ายบางส่วน) ผู้รับบริการและผู้รับประกันจะรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลร่วมกัน ตัวอย่างเช่น ผู้รับบริการจ่าย 20% ผู้รับประกันร่วมจ่ายอีก 80% ซึ่งระดับของการร่วมจ่ายจะขึ้นกับรูปแบบการ

ประกัน หรือระดับรายได้ครอบคลุมไว้ วิธีการจ่ายแบบนี้จะทำให้ผู้รับบริการมีพฤติกรรมเลือกจำนวนรับบริการในสถานบริการที่มีราคาสมเหตุสมผลขึ้น

4.Limits and Maximums กำหนดขีดระดับความรับผิดชอบค่าใช้จ่าย เช่นการครอบคลุมค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลสูงสุดไม่เกิน 10 วันนอน เป็นต้น (Feldstein PJ. 1979)

สรุปผลกระทบต่อประสิทธิภาพ (efficiency) การเลือกบุคคลเสี่ยง (Risk Selection) และคุณภาพการบริการ (Quality) จากการจัดระบบการจ่ายแบบต่างๆ

รูปที่ 2-6 ผลกระทบต่อบริการสุขภาพจากการจ่ายแบบต่างๆ



ข้อที่ควรพิจารณาสำหรับการจัดระบบการจ่ายค่าตอบแทน

1. แพทย์และสถานพยาบาลมีบทบาทและอำนาจผูกขาดสูงกว่าผู้บริโภคในการตั้งราคาค่าบริการ ดังนั้นรัฐบาลหรือบุคคลที่สาม (third party) ควรต้องเข้ามาบริหารเรื่องราคา
2. แพทย์จะเป็นผู้มีอำนาจการตัดสินใจในการให้บริการมาก อาจเกิดการให้หรือโน้มน้าวใจให้มีการรับบริการมากเกินไปจนความจำเป็น (doctor induces demand)
3. พฤติกรรมของผู้ให้บริการและรับบริการ จะขึ้นกับแรงจูงใจ
4. การจัดวิธีจ่ายแบบ Fee for Services จะมีผลต่อการขยับขึ้นของราคามากกว่าแบบอื่นๆ
5. รูปแบบการจ่ายที่จะจ่ายให้ General Practice ที่เหมาะสมคือการจัดวิธีจ่ายแบบเหมารายหัวในงาน รักษาปฐมภูมิ (primary care service) แต่ก็ควรต้องมีระบบตรวจสอบด้วยเช่นกัน
6. รูปแบบการจ่ายที่จะจ่ายให้ผู้ให้บริการที่เป็นงานต้องการความชำนาญเฉพาะ (Specialized) ที่เหมาะสมคือการจัดวิธีจ่ายแบบ Package Fee for Service
7. รูปแบบการจ่ายที่จะจ่ายให้สถานพยาบาล ที่เหมาะสมคือการจัดวิธีจ่ายแบบ Fee for Service โดยการอ้างอิงกับการวินิจฉัยกลุ่มโรค (Diagnostic Related Groups ; DRGs)
8. ไม่มีรูปแบบ Payment System ใดๆ ที่ดีที่สุด

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541) ได้นำเสนอแนวทางการปฏิรูปการจ่ายเงินเพื่อสวัสดิการสุขภาพของข้าราชการไทย ด้วยเหตุของความไม่มีประสิทธิภาพของระบบ และมีต้นทุนการจัดการสูงขึ้นทุกปี โดยได้เสนอแนวทางที่เป็นไปได้ ดังนี้

ผู้ป่วยนอก

1. จ่ายตามจำนวนและประเภทบริการ (Fee for Services)
2. จ่ายตามจำนวนและประเภทบริการ โดยที่ส่วนร่วมจ่ายด้วย (Fee for Services with co-payment)
3. ยกเลิกสวัสดิการผู้ป่วยนอก โดยส่งเสริมการส่งเสริมป้องกันแทน (Terminate OP coverage, replace by active health promotion)
4. กำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายส่วนแรกให้ผู้มีสิทธิ์จ่ายก่อน ส่วนที่เกินจากเพดานกำหนดกองทุนจะเป็นผู้จ่ายให้ (Maximum household liability)
5. กำหนดวงเงินค่าใช้จ่ายส่วนแรกกองทุนจะเป็นผู้จ่ายให้ ส่วนที่เกินจากเพดานกำหนดจะผู้มีสิทธิ์เป็นต้องผู้จ่ายเอง (Maximum scheme liability)
6. เหม่าจ่ายรายหัว (Capitation)
7. จ่ายเป็นงบประมาณล่วงหน้าและจ่ายตามระบบคะแนน (global Budget with point system)

ผู้ป่วยใน

1. จ่ายตามจำนวนและประเภทบริการ (Fee for Services)
2. กำหนดเพดานค่าใช้จ่ายต่อวัน (per diem)
3. ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Groups)
4. จ่ายเป็นงบประมาณประจำปี (Global Budget)
5. เหม่าจ่ายรายหัว (Capitation)

สุจริต ศรีประพันธ์ (2534) ได้เสนอแนะข้อที่ควรคำนึงในการพิจารณาจัดการประกันสุขภาพในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยไว้ ดังนี้

1. การจัดองค์กรและบริหารองค์กร ต้องไม่ก่อปัญหาทรัพยากรบุคคลเดิม
2. การขยายความครอบคลุมถ้าทำได้โดยเร็วจะลดความไม่ยุติธรรมในสังคม แต่ต้องเตรียมความพร้อมในเรื่องการกระจายทรัพยากร ข้อมูลข่าวสาร
3. จะต้องไม่ละเลยระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
4. เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีการแพทย์ การเลือกใช้ต้องพึงระมัดระวัง มีการประเมินความจำเป็น ความคุ้มค่าและปัจจัยอื่นๆ ก่อนเสมอ

ความจำเป็นและอุปสงค์(Need and Demand)ของการรักษาทางสุขภาพช่องปาก

ในทัศนะเกี่ยวกับความจำเป็น มีมุมมองอยู่สองด้านคือ ความจำเป็นโดยหลักอุปทาน(need as a supply concept) และความจำเป็นโดยหลักของอุปสงค์(need as a demand concept) โดยความจำเป็นโดยหลักอุปทานนั้นเห็นว่า ความจำเป็นจะปรากฏขึ้น เมื่อมีบริการสาธารณสุข สุขที่มีผลผลิตหน่วยสุดท้าย(marginal productivity)มากกว่าศูนย์ ถ้าการสาธารณสุขมีผลผลิตหน่วยสุดท้ายเท่ากับศูนย์ ความจำเป็นของการรับบริการนั้นจะหมดไป นั่นอาจหมายความว่า ถ้าไม่มีการผลิตเลย ก็จะไม่เกิดความต้องการเลย เช่น ชาวบ้านในตำบลที่อยู่ห่างไกลมีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี แต่ไม่มีสถานบริการใดๆ ที่จะให้การบริการสุขภาพช่องปากเลย ผลก็จะไม่ปรากฏมีความจำเป็นของการรักษาให้หายจากโรคฟันผุเลย ส่วนความจำเป็นโดยหลักของอุปสงค์นั้น สามารถจำแนกได้หลายจำพวก โดยเริ่มจาก

Want "ความต้องการ" เป็นความรู้สึกของความอยาก โดยไม่ต้องมีพื้นฐานของกำลังซื้อ หรือความจำเป็นมาเกี่ยวข้องด้วย

Normative Need "ความจำเป็นที่ควรจะมี" คือความจำเป็นที่ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ ซึ่งกระทำโดยกำหนดมาตรฐานที่ควรจะเป็นขึ้นก่อน แล้วเปรียบเทียบกับที่ปรากฏอยู่จริง โดยเป็นทัศนะของผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ ผู้ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกที่มองบุคคลหรือสังคม หากพบปรากฏจริงว่าสังคมต่ำกว่ามาตรฐาน ก็จะถูกประเมินว่าบุคคลหรือสังคมนั้นๆ มีความจำเป็นที่ควรจะต้องเกิดขึ้น (Payne J. 1999)

Felt Need "ความจำเป็นที่ตระหนัก" คือความจำเป็นที่บุคคลหรือสังคมนั้นๆ รู้สึกว่ามีความจำเป็นดังกล่าว หรือ อาจกล่าวได้ว่า ความจำเป็น(Need) = ความต้องการ(Want)

Express Need "ความจำเป็นที่แสดงออก" คือความจำเป็นที่ตระหนักและปรับมาเป็นการกระทำ นั่นคือเมื่อรู้สึกตระหนักถึงความต้องการแล้ว ก็แสดงออกมาโดยการหาทางบำบัดความจำเป็นดังกล่าวเสีย นั่นก็คืออุปสงค์ของบุคคลหรือสังคมนั้นๆ โดยอาจจะกล่าวว่า เมื่อตระหนักถึงความจำเป็นและมีกำลังซื้อ(Purchasing Power) จึงเกิดเป็นอุปสงค์ที่มีการแสดงออกมาด้วย

Comparative Need "ความจำเป็นเปรียบเทียบ" ซึ่งหาได้จากการศึกษาลักษณะของประชากร กลุ่มที่ได้รับบริการ ถ้าประชากรกลุ่มลักษณะเดียวกันแต่ไม่ได้รับบริการ ประชากรกลุ่มหลังนี้จัดว่ามีความจำเป็น โดยยึดหลักว่ากลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกันควรได้รับบริการเหมือนกัน

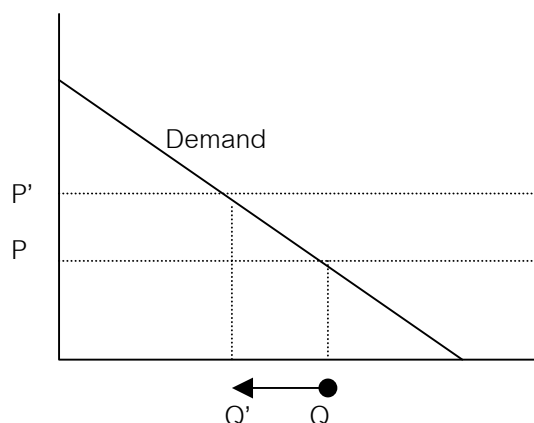
ความจำเป็นทางด้านสุขภาพ มิได้หมายความว่าความจำเป็นในการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่รวมหมายถึงความจำเป็นต้องได้รับ เพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม หากมีแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกมาประเมินว่าควรบุคคลหรือสังคมใดๆ ควรมีปัจจัยที่ส่งเสริมสุขภาพแต่ยังไม่ได้มีการจัดให้มีขึ้นมา นั่นคือสังคมนั้นมี Normative Need หากสังคมหรือบุคคลที่ขาดปัจจัยที่จะส่งเสริมการมีสุขภาพสมบูรณ์นั้น และตระหนักถึงความขาดนั้นๆ ถือว่าสังคมหรือบุคคลนั้นๆมี Felt Need และ เมื่อสังคมแสดงออกของการจัดให้มีปัจจัยดังกล่าว จึงถือว่าเกิด Express Need ดังนั้น จะเห็นว่าการที่จะพัฒนาสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ จำเป็นต้องพิจารณา Felt Need ของบุคคลหรือสังคมนั้น รวมทั้งพิจารณา Express Need หรืออุปสงค์เสียก่อน จึงจะดำเนินการ เพื่อให้สอดคล้องกับความจำเป็นที่ถูกต้องของบุคคลหรือ

สังคม ดังกล่าวได้ ส่วนอุปสงค์สุขภาพอนามัย(demand for health) ก็คือความจำเป็นประเภท express need ซึ่งอุปสงค์สุขภาพอนามัยมิได้หมายถึงเฉพาะการรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่รวมถึงการให้มีสุขภาพสมบูรณ์ สิ่งแวดล้อมที่เสริมสร้างความสมบูรณ์ การป้องกันโรค และการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพ

เนื่องจากอุปสงค์สุขภาพอนามัยมีความหมายกว้างมาก และยากในการวัด ดังนั้นการวิเคราะห์มักจะจำกัดขอบเขตลงมา เป็นอุปสงค์ในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะหมายถึงระดับการรักษาพยาบาลที่ผู้บริโภค จะใช้บริการรักษาพยาบาล ณ ระดับราคาต่างๆกันของบริการ ณ ระดับรายได้ที่กำหนดให้ โดยราคาของการบริการนั้น หมายความว่ารวมถึง ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าของเวลาที่ใช้ในการรับบริการ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการมารับการรักษาพยาบาล

เส้นอุปสงค์ในการรักษาพยาบาล เป็นเส้นที่มาจากเส้นผลประโยชน์ของบริการหน่วยสุดท้าย ที่ผู้มารับบริการประเมินในการรักษาพยาบาลแต่ละหน่วย ซึ่งอรรถประโยชน์จากบริการหน่วยสุดท้ายจะลดลง เมื่อได้รับบริการในหน่วยที่เพิ่มขึ้น(ตามกฎการลดลงของอรรถประโยชน์หน่วยสุดท้าย) ผู้บริโภคยินดีที่จะจ่ายเพื่อรับบริการ เมื่อราคาที่จ่ายไปน้อยกว่าอรรถประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับ และจะหยุดซื้อบริการ เมื่อราคาสูงกว่าอรรถประโยชน์ที่จะได้รับการบริการนั้นๆ ซึ่งหมายความว่า ผู้บริโภคจะมองว่าผลที่ได้ไม่คุ้มกับราคาที่ต้องจ่าย ดังรูปที่ 2-7 จะแสดงความสัมพันธ์ของ ราคาการบริการกับจำนวนการรับบริการ หรือ เส้นอุปสงค์สุขภาพ นั่นเอง

รูปที่ 2-7 เส้นอรรถประโยชน์หน่วยสุดท้ายและ อุปสงค์สุขภาพ(Marginal Utility and demand for health)

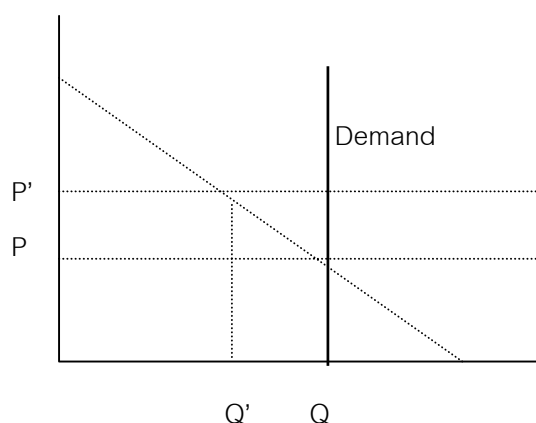


วีระศักดิ์ พุทธาศรี (2540) ได้อธิบายลักษณะเส้นอุปสงค์(Demand)ของการรักษาพยาบาล ถ้าราคาของการรักษาพยาบาลเท่ากับ P บาทจำนวนหน่วยของบริการที่มีผู้ต้องการรักษาเท่ากับ Q หน่วย แต่ถ้าราคาการรักษาพยาบาลขยับขึ้นเป็น P' บาท จำนวนหน่วยของบริการที่มีผู้ต้องการรักษาจะลดลงเหลือเพียง P' หน่วย

ตัวแปรหรือปัจจัยที่จะกำหนดอุปสงค์ของการรักษาพยาบาล นอกจากราคาแล้ว อาจได้แก่ ระดับรายได้ การศึกษา อายุ เพศ ระดับสุขภาพสะสม ประเภทของการประกัน เชื้อชาติ ขนาดครอบครัว และทัศนคติ เป็นต้น แต่ทั้งนี้เส้นอุปสงค์ในรูปที่ 2-7 นั้นต้องมีข้อสมมติว่า ผู้บริโภคทราบคุณภาพของการบริการรักษาพยาบาลที่ตนจะได้รับเป็นเท่าไร และทราบราคาค่ารักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายด้วย แต่โดยความเป็นจริงแล้วผู้รับบริการ ไม่สามารถทราบผลตอบแทนที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในแต่ละหน่วย และไม่มีโอกาสกำหนดจำนวนหน่วยการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งจะขึ้นกับแพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้กำหนดวิธีการและจำนวนของการรักษาที่ผู้รับบริการจะต้องได้รับในแต่ละครั้ง

เมื่อเป็นดังนี้ ความหมายของอุปสงค์อาจจะผิดไปจากที่ปรากฏในรูปที่ 2-7 เส้นอรรถประโยชน์หน่วยสุดท้ายที่จะได้รับในทัศนะของแพทย์ จะแตกต่างจากเส้นอรรถประโยชน์หน่วยสุดท้ายของผู้มารับบริการเอง ดังนั้น เส้นอุปสงค์การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยรายหนึ่งซึ่งไปพบแพทย์ ไม่ว่าจะราคาค่ารักษาพยาบาลเป็นเท่าไรก็ตาม แพทย์จะเป็นผู้กำหนดจำนวนของการรักษา เส้นอุปสงค์จึงเป็นเส้นตั้งฉากกับแกนนอน (ดังรูปที่ 2-8) ผู้ป่วยไม่มีสิทธิ์ต่อรองหรือขอรับบริการน้อยลง และนอกจากนี้มักจะมาทราบราคาค่ารักษาภายหลังการรับบริการแล้วด้วย ไม่ว่าต้นทุนของการรักษาพยาบาลจะเท่ากับกี่หน่วยบาทก็ตาม จำนวนหน่วยของบริการที่แพทย์จะให้การรักษาที่ผู้ป่วยต้องรักษาเท่ากับ Q หน่วย เสมอ

รูปที่ 2-8 เส้นอุปสงค์บริการการรักษาพยาบาล(Demand for health care service)



ความจำเป็นและอุปสงค์ของบริการสุขภาพช่องปาก (Demand and Need of Oral Care)

Tulchinsky TH (2000) ได้กล่าวถึงการสำรวจหรือตรวจสุขภาพช่องปากนั้น มักจะเป็นการวัดโรคจากความเห็นของผู้รู้หรือทันตแพทย์ โดยถูกจัดให้เป็นความจำเป็น (Normative Needs) เช่น การใช้ ดัชนี DMFT หรือ CPITN เป็นตัวชี้วัดความจำเป็นของสุขภาพช่องปาก เป็นต้น ได้มีผู้กล่าวถึงความจำเป็นนี้ว่าความจำเป็นทางการแพทย์เกิดเมื่อมีอาการป่วย พิกการ ซึ่งต้องการรับการรักษาพยาบาล ซึ่งความจำเป็นนี้ไม่มีความหมายแคบแค่การรักษาเสมอไปเท่านั้น โดยความจำเป็นวัดหรือกำหนดจากผู้รู้หรือผู้เชี่ยวชาญ ความเห็นของผู้รู้รวมถึงความรู้วิทยาการ ที่เป็น evidence-based ด้วย ความจำเป็นนั้นอาจจะวัดได้จากทันตแพทย์ หรือบุคคลที่สาม เช่นผู้มีอำนาจในทางสาธารณสุข หรือบริษัทประกันสุขภาพก็ได้(Tuominen R.,1994)

ความจำเป็น(Normative Needs) จะไม่เกี่ยวข้องกับราคา (จากเส้นอุปสงค์ในภาพที่ 6) โดยจำนวนหรือปริมาณที่ควรได้รับการขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้รู้หรือทันตแพทย์ซึ่งสะท้อนลักษณะของ Normative Need นั้นเอง ส่วนการมารับบริการของผู้มารับบริการทันตกรรมหรืออุปสงค์ (Demand) ที่ควรจะเป็นจะขึ้นกับราคา(ต้นทุน)ของการมารับบริการ หากค่าบริการสูงจะมีความต้องการรักษาต่ำ แต่ต้องไม่ลืมว่าราคานี้ไม่ได้หมายถึงเฉพาะแค่ค่ารักษาที่สถานพยาบาลจัดเก็บเท่านั้น หากรวมถึงค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าเสีย และโอกาสจากการเสียเวลาทำงานด้วย เช่น การจัดบริการฟรีไม่ได้หมายความว่าผู้มารับบริการไม่มีต้นทุนการมารับบริการ จากนโยบาย 30 บาทจะทำให้ผู้มารับบริการรับภาระเรื่องค่ารักษาพยาบาลลดลง(จากเดิมที่เคยจ่ายตามจริงที่สถานพยาบาลจะเรียกเก็บ) ส่งผลให้จำนวนครั้งของการมารับรักษามากขึ้น ส่วนการกำหนดราคาไว้ ณ จุดนี้จะทำให้มีความต้องการมา

รับบริการมากกว่าหรือน้อยกว่าความจำเป็นคงจะต้องมาพิจารณากันอีกครั้ง การศึกษาของ Fernandez-Mayoralas G.(2000) อธิบายว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง(higher level of education) อาศัยในเมือง(urban environment) อยู่เป็นครอบครัว(not living alone) และเพศหญิง(being a woman) จะมีอุปสงค์ของการรับบริการสุขภาพช่องปากสูงกว่า Manski R.J.(1998) พบว่าในกลุ่มอายุ 18 ปี และ 64+ ปี มากกว่าครึ่งหนึ่งที่ได้พบทันตแพทย์ในรอบปีที่ผ่านมา คนผิวดำและผู้มีรายได้น้อยจะมาพบทันตแพทย์น้อยกว่า การศึกษาของ Brown L.J.(1999) กล่าวว่ากลุ่มเพศหญิงจะมารับบริการสุขภาพช่องปากมากกว่าเพศชายและจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่วนการศึกษาและรายได้จะส่งผลให้การมารับบริการมากขึ้น

ปัจจัยที่ส่งผลต่ออุปสงค์คืออุบัติการณ์ของโรค ลักษณะประชากรศาสตร์ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ โดยสองปัจจัยแรกนั้นจะเป็นอิทธิพลของครอบครัวหรือบุคคลกรให้ความสำคัญการนั้นเพียงไรและคาดว่าจะการรับบริการนั้นจะให้ผลอย่างไร ส่วนปัจจัยทางเศรษฐกิจนั้น ขึ้นกับราคา รายได้และการให้ค่าของเวลา(value of the patients' time) ซึ่งไม่ส่งผลแค่ว่าเขาจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาหรือไม่เท่านั้น แต่ยังมีผลต่อการรักษาอย่างต่อเนื่องและการรักษาครั้งต่อไปด้วย(Feldstein P.J.,1979)

ในทางการแพทย์นั้น ผู้ป่วยจะเป็นผู้เลือกสถานบริการหรือแพทย์ผู้ให้บริการ แพทย์จะเลือกสิ่งที่ดีที่สุดให้ผู้ป่วย โดยแพทย์จะทำตัวเป็นทั้งผู้รักษาและผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยในเวลาเดียวกัน(A physician is both the patient's advisor and supplier of medical services.) ในบทบาทของการเป็นผู้ให้บริการนั้นแพทย์จะเป็นผู้เกี่ยวข้องกับเรื่องการจ่ายและการเงิน (Feldstein P.J.,1999)

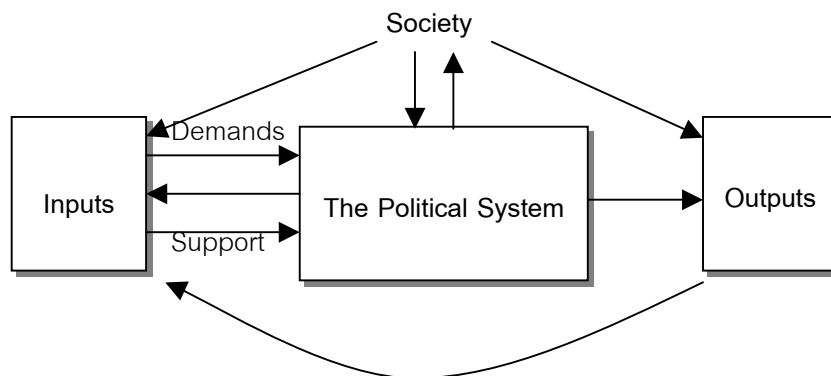
มีหลักฐานที่ยืนยันว่าแพทย์นั้นสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดอุปสงค์ได้(Induced Demand) การจัดระบบพยายามที่จะป้องกันการรักษาที่ไม่จำเป็นนี้ เช่น การเพิ่มความรู้แก่ผู้ป่วย อาจได้จากบุคคลที่สาม บริษัทรับประกันสุขภาพหรือแพทย์อื่นๆ การให้แพทย์ตัดสินใจรักษาเช่นการผ่าตัดต้องมียุทธศาสตร์การในโรงพยาบาลช่วยตัดสินใจและพยายามสร้างระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่ไม่สร้างแรงจูงใจให้แพทย์นั้นรักษาเกินความจำเป็น(Feldstein P.J.,1999) การที่ทันตแพทย์สามารถโน้มนำให้เกิดอุปสงค์ได้อาจจะทำให้เกิดต้นทุนต่อบุคคลหรือสังคมโดยรวมได้เช่นกัน(Tuominen R.,1994)

กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณสุข

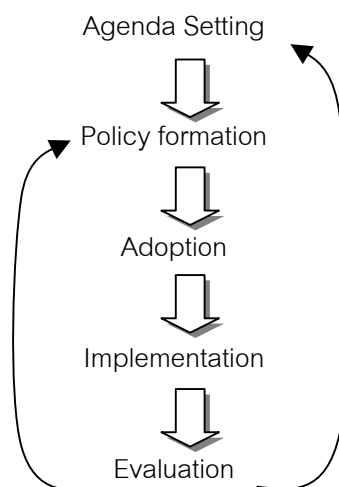
แนวคิดการจัดนโยบายและชุดบริการสุขภาพ

การสร้างนโยบายสุขภาพได้นั้น ผู้ที่มีส่วนร่วมกำหนดด้วยควรขยายขอบเขตการมีส่วนร่วม เช่น นักการเมือง (politician) นักบริหาร (administrators) แพทย์ (doctors) เอกชน (private company) และกลุ่มชุมชน (community group) เป็นต้นเพื่อกระบวนการจัดสร้างนโยบายสุขภาพด้วย (Janovsky K, 1996 / Palmer GR, 1996) โดยการระดมความเห็นของนโยบายมีลักษณะความเป็นพลวัตของปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต (policy making as a dynamic system of inputs, processes and outputs)

รูปที่ 2-9 แบบจำลองกระบวนการสร้างนโยบายสุขภาพ (A system model of policy-making process)



กระบวนการทางการเมืองมีอิทธิพลต่อปัจจัยนำเข้า เช่นการสร้างนโยบายที่ทำให้อุปสงค์เพิ่มขึ้น การสนับสนุนปัจจัยเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวก บุคลากรได้เช่นกัน ทั้งนี้สังคมต้องมีส่วนร่วมกับการตัดสินใจในระบบการเมือง และยังส่งผลไปที่ปัจจัยการผลิตและผลผลิตได้เช่นกัน ลองมาดูรูปที่ 2-10 ซึ่งเป็นกระบวนการของระบบและนโยบายสาธารณสุข เราจะพบว่า เริ่มกระบวนการที่ตั้งใจหวัระนโยบายที่ต้องการ Agenda Setting และมีกระบวนการสร้างนโยบาย (policy formation) รับนโยบาย (Adoption) และรับนำไปดำเนินการ (implementation) ส่วนการประเมินผล (evaluation) จะทำให้เราทราบผลย้อนกลับว่านโยบายนั้นเป็นอย่างไร ควรปรับปรุงหรือดำเนินการต่อหรือไม่อย่างไร ทั้งหมดนี้เป็นการอธิบายความเป็นพลวัตของนโยบายสาธารณสุขที่สามารถปรับเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์และบริบทต่างๆ ของสังคมได้ (Palmer GR, 1996)



รูปที่ 2-10 คำหลักและขั้นตอนของนโยบายสุขภาพ (Keys Stage in the Health-policy-making process)

ตามที่กล่าวว่าการกำหนดนโยบายสาธารณสุขจะเกี่ยวข้องกับกลุ่มต่างๆ กระบวนการกำหนดนโยบายจึงเป็นรูปแบบที่สังคมหนึ่งจะได้พิจารณาเพื่อกำหนดนโยบายใดๆ ให้เป็นที่ยอมรับของสังคม โดยแต่ละระดับของนโยบายจะมีการรับรู้ แนวคิด และการปฏิบัติตนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพต่างกัน ในนโยบายระดับการจัดการระบบจะมองด้านสนับสนุนความเป็นธรรมในสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงที่โครงสร้างของระบบ ในระดับโปรแกรมที่ต่ำลงมาจะเน้นที่การจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพ ซึ่งในระดับองค์กรจะเน้นที่ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรในการผลิต ส่วนระดับปฏิบัติการในสถาบันต่างๆ ที่อยู่ระดับล่างจะผลิตผลจากการปฏิบัติงานบุคคล ซึ่งได้สรุปไว้ในตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 วัตถุประสงค์และเนื้อหาสาระ ของการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับต่างๆ

ระดับนโยบาย	วัตถุประสงค์หลัก	เนื้อหาสาระ	การปฏิรูป/เปลี่ยนแปลง
Policy Level	Objective	Issues	Type of change
Systemic	Equity	-Basis for population eligible -Institutional arrangements: -Public agencies involved in health care -Levels of government -Public/private mix -Population involvement -resource generators -Other sectors with effects on health	Restructuring or redesign
Programmatic	Allocational Efficiency	-Priority Setting -Cost-Effectiveness intervention	Reorientation or reprogramming
Organizational	Technical Efficiency	-Productivity -Quality of Care	Reorganization
Instrumental	Institutional intelligence for performance enhancement	-Information system -Scientific research -Technological Development -Human resource development	Reinforcement

ที่มา: Frenk J, 1994

นอกจากระดับของนโยบายนี้แล้ว มุมมองในการมองปัญหา(perspectives)ที่ต่างกัน อาจจะมีแนวโน้มของการจะกำหนดนโยบายสุขภาพนั้น(Palmer GR, 1996) กำหนดได้หลายมุมมอง (ตามสรุปในตารางที่ 2-2) ได้แก่

-มุมมองทางเศรษฐศาสตร์(economics perspectives) จะสนใจการจัดสรรทรัพยากรที่สอดคล้องกับอุปสงค์และอุปทานให้มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการเข้ารับบริการที่เหมาะสม

-มุมมองทางการเมือง(political science perspectives) ขึ้นกับความสนใจ การต่อรองระหว่างกลุ่มต่างๆ ในสังคม

-มุมมองทางสังคมวิทยา(sociological perspectives) โดยให้บทบาทการมีส่วนร่วม การเข้าถึงบริการต่อความต้องการรับบริการและความเป็นธรรมของบุคคลในสังคมนั้นๆ

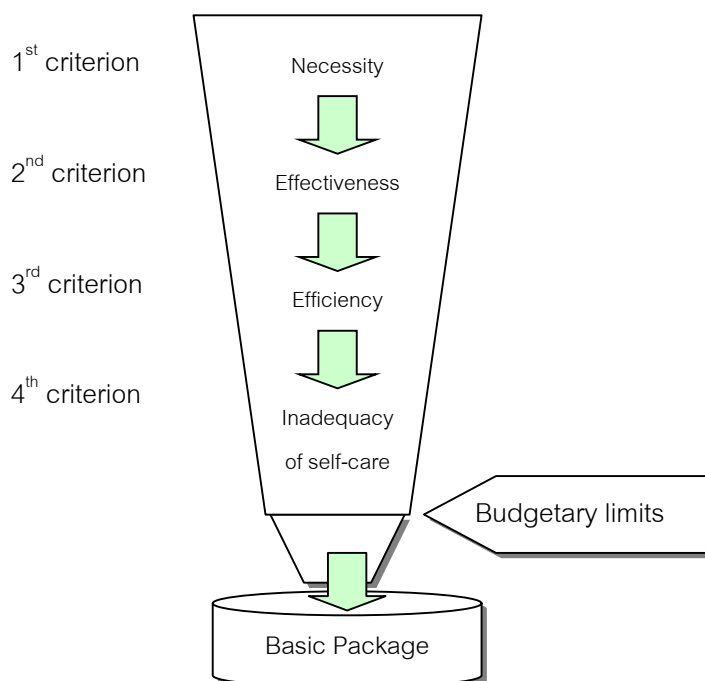
-มุมมองทางระบาดวิทยาและสาธารณสุข(epidemiological and public health perspectives) โดยทางระบาดวิทยาจะเน้นที่อุบัติการณ์และความชุก ธรรมชาติของการเกิดโรคต่างๆ ส่วนการสาธารณสุขจะมองการส่งเสริมสุขภาพ และวิทยาการในการป้องกันโรคต่างๆ

ตารางที่ 2-2 มุมมอง(perspectives)แบบต่างๆในการกำหนดนโยบายสุขภาพ

Perspective	Domain	Key issue	Main concepts
Economic	The economy	Efficiency	Demand/supply
Political	Politics	Policy making	Reform/stability
Sociological	Society	Equity	Domainance/subordination
Epidemiological	Disease	Effectiveness	Morbidity/mortality

ที่มา: Palmer GR, 1996

สำหรับแนวคิดของและลำดับกระบวนการในการชุดบริการสุขภาพ(essential package or core services) เพื่อนำเสนอในการจัดบริการสุขภาพในสังคมสำหรับสมาชิกทุกคนในสังคมนั้น ซึ่งจะให้คุณค่ากับความเป็นธรรม(equity) ต้นทุน-ประสิทธิผล(cost-effectiveness) ความโปร่งใส(transparency) เป็นต้น โดยหลักการแล้วการจัดชุดบริการจะมีคำถามสำคัญคือ เป็นความจำเป็นมากน้อยเพียงใด(ตามหลักของ community approach) การจัดบริการนี้มีประสิทธิผล(effectiveness)หรือไม่ มีประสิทธิภาพ(cost-effectiveness)เพียงใด ความสามารถของบุคคลในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเอง(can the care be left to individual responsibility?) (Tarimo, 1997)



รูปที่ 2-11 หลักแนวคิดของการจัดชุดบริการสุขภาพ (Tarimo, 1997)

หลักการของการจัดชุดบริการสุขภาพนั้น ควรเป็นลักษณะของการอภิปรายและให้ความคิดเห็นในมุมกว้าง(public debate) สอดคล้องกับคำกล่าวของประเวศ วะสี, 2539 ว่าปัจจุบันเป็นที่ทราบและรับรู้กันดีว่าการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพไม่ใช่เรื่องที่ใครคนใดคนหนึ่ง หรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง จะทำได้โดยเอกเทศ แต่ต้องคำนึงถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย(Stake holder) ทั้งหมด ที่มีผลกระทบต่อการมีหรือไม่มีการปฏิรูประบบ โดยการจัดชุดบริการควรอยู่บนพื้นฐานความมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะหมายถึงการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสมด้วย คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(2544) ได้กล่าวถึงลักษณะที่พึงประสงค์ของนโยบายสุขภาพถ้วนหน้าว่า การจัดนโยบายต้องเป็นที่ยอมรับของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆในสังคมด้วย เช่นกัน

สมชาย สุขสิริเสรีกุล(2541) ได้กล่าวว่าหลักการของสังคมที่ใช้เป็นเหตุผลในการจัดชุดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือ หลักความเป็นธรรมในสังคม ความยากจน ความขาดแคลนบริการสุขภาพ และสิทธิส่วนบุคคลและสิทธิมนุษยชนพื้นฐาน นอกจากนั้นยังได้ให้หลักการกำหนดชุดบริการสุขภาพจำเป็นขั้นพื้นฐานที่สำคัญ 5 หลักการ ได้แก่ หลักการประกันสังคม หลักความเพียงพอของบริการสุขภาพ หลักความจำเป็นขั้นพื้นฐาน หลักมาตรฐานขั้นต่ำ และหลักความเสมอภาค โดยได้อธิบายแนวคิดและข้อดี ข้อด้อยไว้ดังนี้

- 1) แนวคิดของหลักการประกันสังคม(Social security) เพื่อเสริมและทดแทนความช่วยเหลือที่จัดสรรโดยครอบครัวและชุมชน ลดความเสี่ยงรายจ่ายจากการเจ็บป่วยที่อาจไม่สัมพันธ์กับรายรับขณะนั้น แต่ก็อาจมีข้อสงสัยเรื่องการใช้จ่ายได้มาเกี่ยวข้องและระบบที่อาจทำให้เกิดความยุ่งยากในการรับความช่วยเหลือ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายและการครอบคลุมของประชากร
- 2) แนวคิดหลักความเพียงพอของบริการสุขภาพ (adequacy of health care) โดยระดับดังกล่าวจะเป็นระดับต่ำสุดที่ไม่ควรมีใครได้รับบริการน้อยไปกว่านี้ แต่ไม่ใช่เป็นบริการสุขภาพขั้นสูงสุดที่ไม่ควรมีใครได้รับสูงกว่านี้ โดยทั่วไปแล้ว คนส่วนใหญ่ยังมีความเห็นไม่ตรงกันว่าลักษณะสุขภาพใดบ้างที่ควรจัดไว้ในกลุ่มที่ควรได้รับบริการสุขภาพที่เพียงพอ ขณะที่คนส่วนใหญ่อาจเห็นด้วยกับสถานะสุขภาพบางประเภทที่ไม่ควรรวมไว้เป็นพันธะสังคม เช่นการบริการที่เกี่ยวกับความสวยงามเป็นหลัก การพิจารณาควรต้องดูความสัมฤทธิ์ผลของบริการสุขภาพ(Efficacy) ต้นทุนการจัดบริการ และการเปรียบเทียบต้นทุนหรือสัมฤทธิ์ผลกับการบริการสุขภาพอื่นด้วย โดยความเป็นจริงระดับสุขภาพที่เพียงพอนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามทรัพยากรที่สังคมมีอยู่ การเปลี่ยนแปลงสัมฤทธิ์ผลการบริการสุขภาพต่างๆ และการจัดลำดับตามวัตถุประสงค์ในสังคมนั้นๆด้วย อย่างไรก็ตามข้อเสียที่อาจจะพบ เช่น ในการตัดสินใจนั้นมีการแข่งขันในการจัดบริการสุขภาพต่างๆสูง ระดับที่เพียงพอละเอียดที่จะไปสู่การบริการที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตาย(life threatening) โดยละทิ้งบริการสุขภาพอื่นที่มีประโยชน์เช่น การเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพหรือการส่งเสริมการป้องกันโรค เป็นต้น
- 3) แนวคิดหลักความจำเป็นขั้นพื้นฐาน(basic needs) โดยเน้นการเข้าถึงบริการเบื้องต้นได้เพื่อบำรุงรักษาการดำรงชีวิตเหนือระดับเบื้องต้นขั้นต่ำ หลักการนี้จะเน้นความจำเป็นมากกว่าความต้องการ(want) และลำดับความสำคัญของความจำเป็นสอดคล้องกับความถูกต้องทางศีลธรรม(มากกว่าการลดความไม่เป็นธรรม ด้วยเหตุว่าความเป็นธรรมมีความเป็นนามธรรมสูง)
- 4) แนวคิดหลักมาตรฐานขั้นต่ำ(minimum standard) โดยมีแนวคิดที่ทุกคนที่มีความจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพควรได้รับปริมาณของบริการสุขภาพอย่างน้อยในระดับขั้นต่ำ จึงมีความจำเป็นต้องกำหนดประเภทและ

ปริมาณบริการที่เป็นระดับต่ำสุดด้วย ขณะที่ความเท่าเทียมอย่างเต็มที่(full equality) คือทุกคนที่มีความจำเป็นต่อบริการสุขภาพที่เท่ากันควรได้รับบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน และจะไม่ได้กำหนดประเภทและปริมาณที่ควรได้รับไว้ ความเหมาะสมของวิธีนี้ทำให้ผู้ใช้บริการที่ขาดข้อมูลข่าวสารไม่ต้องตัดสินใจเลือกบริการเอง ผู้ให้บริการต้องให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและปริมาณตามที่กำหนดไว้ขั้นต่ำนั้น ในกรณีที่มีผลกระทบต่อภายนอกสูง(externality) เช่น การให้วัคซีนควบคุมโรคติดต่อก็ควรเป็นบริการสุขภาพจำเป็นขั้นพื้นฐานด้วย เช่นกัน มีวิธีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำอยู่ 2 วิธีคือ วิธีทางหลักซึ่งวิทยาที่อาศัยการศึกษาแบ่งชี้ถึงระดับที่มนุษย์อยู่ได้ด้วยบริการสุขภาพขั้นต่ำ และวิธีทางสังคม โดยสังคมจะเป็นผู้กำหนดมาตรฐานบริการสุขภาพขั้นต่ำ โดยปกติควรใช้สองวิธีร่วมกันเพื่อลดความขัดแย้งทางทัศนะที่เกี่ยวกับประเภทและปริมาณที่ควรจะเป็นนั้น อย่างไรก็ตามระดับมาตรฐานขั้นต่ำนี้ย่อมจะขึ้นกับทรัพยากรของสังคมที่จัดสรรให้กับระบบบริการสุขภาพด้วย ความมีประสิทธิภาพ(effectiveness) ของบริการเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่สำคัญในการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเช่นกัน อย่างไรก็ตามแง่ของเสรีภาพนั้นควรหรือไม่ที่จะยินยอมให้บุคคลสามารถใช้จ่ายได้และความมั่งคั่งของตนเองซื้อหาบริการสุขภาพที่ดีกว่าหรือมากกว่าการบริการมาตรฐานขั้นต่ำนั้นด้วย

- 5) แนวคิดหลักความเสมอภาค(equity) เป็นการพิจารณาที่ว่าถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมกัน คือการเข้าถึงบริการสุขภาพเบื้องต้นขั้นต่ำที่ดีพอ จะครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ(หลักการ “ขั้นต่ำและดีพอ”) โดยไม่มีการกีดกันจากความแตกต่างเรื่อง เพศ อายุ ฐานะเศรษฐกิจสังคม การได้มาของชุดบริการนั้น อาจใช้วิธี

1. วิธีการตัดสินใจอย่างประชาธิปไตย(democratic decision making) วิธีนี้กำหนดให้ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าเทียมกันว่า ขนาดของบริการสุขภาพจำเป็นขั้นพื้นฐานเป็นเท่าไร ทุกคนไม่เพียงแต่จะได้รับผลประโยชน์จากบริการสุขภาพเท่านั้น แต่ยังต้องรับภาระของการตัดสินใจที่จะขยายหรือลดขนาดของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งอาจจะมาในรูปการจ่ายภาษีและเงินช่วยเหลือรัฐด้านอื่น
2. วิธีที่กลุ่มคนที่ได้เปรียบที่สุดในสังคมได้สร้างความกดดันทางการเมืองเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็นขั้นพื้นฐานให้เหนือกว่าระดับที่คนยากจนจะสามารถซื้อหาได้ในระบบตลาดเสรีและในระบบที่คนมีรายได้สูงไม่ได้มีส่วนในบริการสุขภาพที่รัฐได้ช่วยเหลืออุดหนุน ในความเป็นจริงระบบอาจแยกเป็นสองส่วนคือส่วนบริการสุขภาพเบื้องต้นขั้นต่ำที่ดีโดยกำหนดจากสังคม กับส่วนที่เกินกว่าระดับพื้นฐานซึ่งควรที่จะกำหนดจากระบบตลาด

ปัญหาของการจัดบริการระบบนี้คือจะกำหนดคุณภาพให้สอดคล้องกับหลักการบริการสุขภาพจำเป็นขั้นพื้นฐานได้อย่างไร กระบวนการจัดสรรบริการและสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องจะต้องไม่ไปทำลายเกียรติภูมิของผู้รับบริการสุขภาพ(คนยากจนหรือผู้ใช้สิทธิต้องไม่ถูกมองเป็นอีกชนชั้นหนึ่ง) สำหรับคำถามที่ว่า การจัดบริการเบื้องต้นขั้นต่ำที่ดีพอสูงเกินไปหรือไม่ อาจจะพิจารณาเปรียบเทียบจากความช่วยเหลือหรือการจัดสวัสดิการอื่นๆและปัญหาที่ประสบมาในอดีตเป็นคำตอบ

ในสังคมที่เน้นรัฐสวัสดิการ(Welfare state)นั้น การจัดนโยบายต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม และความเป็นไปได้ด้วย(Barr N.,1998) ทั้งเรายังต้องคำนึงถึงค่าเสียโอกาสของการใช้ทรัพยากรนั้นว่า เราจะมี

เสียโอกาสที่จะใช้ทรัพยากรนี้ทำอย่างอื่นอีก(Clewer A, 1998) ในการบริการการแพทย์นั้นผลลัพธ์ของการจัดบริการจะไม่เหมือนกันเสมอไป บางครั้งขึ้นกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย สภาพสังคม จิตใจ ดังนั้นการที่จะตัดสินใจในการสร้างแบบการรักษาได้อย่างน้อยผู้ให้บริการและผู้รับบริการต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นร่วมกัน(Charles C., 1999) โดย Tulchinsky T.H., 2000 เสนอหลักการจัดบริการสุขภาพที่ดี ผู้จัดระบบบริการควรคำนึงปัจจัยต่างๆ ประกอบด้วย

- 1.Availability: จัดการบริการที่จะสามารถให้บริการครอบคลุมต่อเนื่องได้
- 2.Accessibility: ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการด้วยความสมเหตุสมผลทั้งการเดินทาง เวลาที่คอยรับบริการ
- 3.Accountability: เป็นระบบที่ชัดเจน ตรวจสอบได้
- 4.Affordability: เป็นระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายที่เกิดกับบุคคลหรือผู้รับประกันที่สมเหตุสมผล
- 5.Acceptability: ผู้ใช้บริการ(user-friendly) ยอมรับกับระบบบริการ
- 6.Accredited: จะต้องมีการรับรองหรือประกันคุณภาพการบริการ
- 7.Equitable: ให้บริการที่เป็นธรรม เท่าเทียมกันไม่เลือกชนชั้น เพศ เชื้อชาติ เศรษฐกิจสังคม ฯลฯ
- 8.Efficient: มีการใช้ทรัพยากร งบประมาณที่มีประสิทธิภาพ
- 9.Ethical: ถูกต้องตามครรลองกฎหมายและจริยธรรม
- 10.Consumer's rights: มีระบบคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค
- 11.Financial sound: มีความสามารถจัดการบริหารการเงิน งบประมาณ
- 12.Goals and objectives: จะต้องมียุทธประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจน
- 13.Innovative: เปิดโอกาสในการใช้เทคนิควิธีการใหม่ๆ ในการรักษาและป้องกันโรค
- 14.Quality: ระบบควบคุมเรื่องคุณภาพและมีมาตรฐาน
- 15.Community acceptable: ชุมชนหรือสังคมยอมรับ
- 16.Comprehensive: ให้การบริการที่ผสมผสานและเบ็ดเสร็จ

ในความเป็นจริงแล้วปัญหาทั่วไปหรือปัญหาสาธารณสุขเองก็ย่อมมีมากมาย ภายใต้เงื่อนไขการจำกัดของเวลาและทรัพยากร ข้อคำนึงของการจัดลำดับความสำคัญ(Priority Setting) หากสังคมหรือผู้ที่มีส่วนในการตัดสินใจในนโยบายนั้น จำเป็นต้องพิจารณาแก้ไขและใช้ทรัพยากรที่มีจำนวนจำกัดในการดำเนินงานก่อนหลัง โดยให้เกณฑ์ในการตัดสินใจดังนี้(ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์)

- 1.ขนาดของปัญหา(magnitude of the problem) พิจารณาจากความชุก(prevalence) และอุบัติการณ์โรค(incidence)
- 2.ความร้ายแรงของปัญหา(Seriousness of the problem) ความเร่งด่วน(urgency) ความรุนแรง(severity) ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ(economic lost) ผลกระทบต่อบุคคลอื่น(impact on others)
- 3.ประสิทธิผลของวิธีแก้ปัญหา(Effectiveness of intervention) ความได้ผล(efficacy) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย(target population response)
- 4.ความเป็นไปได้ทางสังคม (Social concern) สอดคล้องกับพันธกิจ(propriety) ผลกระทบเศรษฐกิจของประเทศ(economics) การยอมรับของชุมชน(Acceptability) ทรัพยากรในการแก้ไขปัญหา(resources) กฎหมาย(legality)

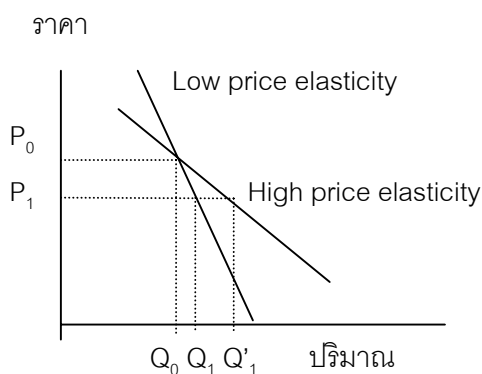
การจัดชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปาก

แนวคิดการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก

ในการรักษาพยาบาลทันตกรรม เวชกรรมและเภสัชกรรม ล้วนแล้วแต่เป็นการรักษาสุขภาพทั้งสิ้น เหตุใดในระบบประกันสุขภาพมักจะแยกงานทันตกรรมออกจากระบบอื่นๆ แม้ว่าจากอุปสงค์ทันตกรรมจะมีปัจจัยกำหนด เช่น ราคา รายได้ รสนิยม ระดับสุขภาพ เหมือนกับอุปสงค์ทางการแพทย์ทั่วไปก็ตาม แต่งานรักษาทันตกรรมมักจะเกี่ยวข้องกับโรคที่สามารถป้องกันได้(dental service is preventive in nature) งานส่วนใหญ่คือการซ่อมหรือคงสภาพ(much of the nature of demand for dental care is for maintenance or repair) งานบริการประมาณ 85% จะเป็นการอุดฟัน ถอนฟัน ตรวจและทำความสะอาดช่องปาก (Henderson JW., 1999) ความยุ่งยากของการจัดระบบประกันสุขภาพช่องปาก คือความเร่งด่วนของการรักษาทางทันตกรรมสามารถส่วนใหญ่สามารถรอได้ และการคาบเกี่ยวของการรักษากับความสวยงาม ในกลุ่มที่มีประกันจะมารับบริการทันตกรรมมากกว่าค่าเฉลี่ยประมาณ 1.8 เท่า

ในประเด็นทางเศรษฐศาสตร์นั้น งานทันตกรรมจะมีความยืดหยุ่นต่อราคา(price elasticity) อยู่ประมาณ -0.5 ถึง -0.7 ซึ่งสูงกว่างานรักษาพยาบาลทั่วไป(Henderson JW., 1999) หรือจะพูดให้ง่ายขึ้นก็คือการเปลี่ยนแปลงในราคาจะมีผลต่อจำนวนการขอรับบริการทันตกรรมมากกว่าการรักษาทั่วไป นั่นเอง ส่วนปัจจัยเรื่องรายได้ นั้น การถอนฟันมีความยืดหยุ่นต่อรายได้ $= -0.28$ (เป็น inferior goods รายได้เพิ่มขึ้นจะบริโภคน้อยลง, เพ็ญแข ลากยั้ง, 2001)

รูปที่ 2-12 ความยืดหยุ่นต่อราคา(price elastic)ของบริการสุขภาพช่องปาก



สินค้าหรือบริการที่คุณสมบัติที่ดูฟุ่มเฟือยกว่า(luxuries) มักจะมีความยืดหยุ่นสูง(Tuominen R., 1994) ซึ่งปริมาณการบริโภคสินค้านั้นหรือสินค้าอื่นที่ทดแทนได้นั้น จะขึ้นกับราคาและรายได้ของผู้บริโภคมากกว่าสินค้าจำเป็น แต่อย่างไรก็ดีหากว่าจำนวนสินค้าหรือบริการนั้นไม่มีความยืดหยุ่นตาม(inelastic) เช่น บุคลากรทันตแพทย์มีจำกัดขณะที่อุปสงค์เพิ่มขึ้นนั้น ประชาชนจะบริโภคอะไรทดแทน เป็นต้น การพัฒนาการประกันทันตสุขภาพ(dental insurance coverage) ให้พึงใคร่ครวญกับจำนวนทันตแพทย์ การเพิ่มการครอบคลุมทางทันตกรรมที่มีความยืดหยุ่นต่อราคาสูงขณะที่จำนวนบุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงน้อย(inelastic supply of dentists) จะส่งผลให้ระบบนั้นราคาโรงพยาบาลสูงขึ้น มีระบบคิวเพิ่มมากขึ้น หมายถึงตลาดการผลิตที่มีบุคลากรขาดแคลนจะส่งผลลบต่อด้านราคาและเวลาการมาพบแพทย์(higher prices or longer waiting times for office visits)

ระบบประกันสุขภาพช่องปากนั้นมีพัฒนาการน้อยมาก ด้วยเหตุว่าการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากนั้นผู้ป่วยสามารถเลื่อนหรือยืดเวลาการเข้ารับบริการได้ และความยุ่งยากของเส้นแบ่งระหว่างการรักษาและความสวยงาม (difficult to delineate the difference between maintenance and repair on the one hand and pure cosmetics on the other) ด้วยคุณลักษณะเช่นนี้แม้ว่าจะมีการประกันคุณภาพงานทันตกรรมบางอย่างก็ยังไม่ทำให้มีการเพิ่มของอุปสงค์ได้(Henderson JW., 1999) และความต้องการของการรับบริการทันตกรรมดูเหมือนจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ไม่ว่านุคคลนั้นจะเคยได้รับการสุขภาพช่องปากมาแล้วมากน้อยอย่างไร เขาก็ยังคงมีความต้องการอีกต่อไปในอนาคต(Tuominen R.,1994)

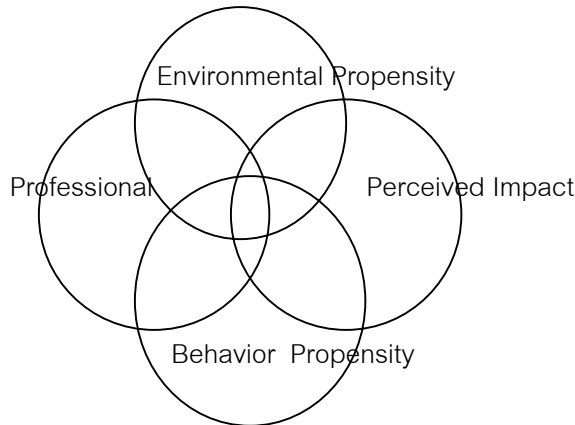
การประยุกต์ทฤษฎีความจำเป็นในการจัดชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปาก

ในอดีตที่ผ่านมาการวางแผนการระบบบริการสุขภาพนั้นจะยึดความต้องการเป็นหลัก ซึ่งความจำเป็นนั้นแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเชื่อว่าเป็นจำนวนการรับบริการที่เหมาะสม โดยขึ้นกับความรู้ทางการแพทย์ที่มี(based on medical knowledge) ซึ่งจะส่งผลในการพิจารณาความเหมาะสมของจำนวนโรงพยาบาลและจำนวนบุคลากรที่ใช้ด้วย ตามหลักนี้อาจทำให้การกระจายทรัพยากรไม่เหมาะสมได้หากประชาชนในพื้นที่ที่มีอุปสงค์ในการรับบริการน้อยกว่าที่คาดไว้ก็จะทำให้ทรัพยากรและบุคลากรที่จัดให้สูญเวลาเปล่า ในทางตรงกันข้ามหากในชุมชนนั้นมีอุปสงค์มากก็จะเกิดระบบคิวและเสียเวลาคนไข้ที่ต้องรอเพื่อรับบริการ(Culyer AJ.,2000)

ดังนั้นการวางแผนที่ดีต้องลดการสูญเสียเวลาของทรัพยากรและการเสียเวลาของผู้รับบริการ(waste of resources and patients' time) และต้องเข้าใจปัจจัยต่างๆที่จะส่งผลกระทบต่ออุปสงค์และการเข้ารับบริการ การพิจารณาด้านอุปสงค์ไม่ได้หมายความว่าละเลยเรื่องความจำเป็น หากว่าการพิจารณาอุปสงค์นั้นจะทำให้เรามองถึงความเป็นจริงของบริบทสังคมที่เป็นอยู่นั้นด้วย การวางแผนด้วยความจำเป็นอย่างเดียวนั้นจะไม่ต้องถามความเห็นของบุคคลอื่นๆ(value judgement that not everyone shares) ซึ่งความเห็นแต่ละบุคคลนั้นจะให้ความสำคัญของการที่จะมีความจำเป็นที่สมบูรณนั้นไม่เหมือนกัน ในการเลือกบริโภคจำนวนเท่าไรนั้นบุคคลจะตัดสินใจด้วยความยินดีที่จะจ่าย(willingness to pay)ตามสิ่งที่ผู้เชี่ยวชาญชี้และสิ่งที่เขาคิดว่าเขาควรจะได้รับนั้นจำนวนเท่าไร หากยึดหลักของความจำเป็นแล้ว ปัจจัยความยินดีที่จะจ่ายของผู้มารับบริการก็จะไม่ได้นำมาพิจารณา (Feldstein PJ., 1999)

สุปรีดา อุดุลยานนท์, 1998 ได้ให้คำอธิบายว่าความจำเป็น(treatment need) จะเริ่มจากทันตแพทย์(Professional)ตรวจวินิจฉัย และตัดสินใจในชนิดและจำนวนการรักษา บางครั้งการตัดสินใจรักษาอาจมีหลายทางเลือกตามข้อจำกัด(Environmental Propensity) เช่น การถอนฟันแทนการรักษาประสาทฟันในพื้นที่ที่ไม่มีผู้เชี่ยวชาญรักษารากฟัน เป็นต้น การพิจารณาปัญหาในการตัดสินใจบางครั้งอาจต้องดูว่าประชาชนเห็นว่าโรคหรืออาการนั้นส่งผลกระทบต่อชีวิต(Perceived Impact)อย่างไร ถึงแม้บางครั้งอาจต้องดูผลกระทบไปถึงระยะยาวเช่นฟันที่เริ่มผุแม้ยังไม่มีอาการใดๆ ถัดมาก็เป็นแนวโน้มพฤติกรรมของผู้ป่วย(Behavior Propensity)ที่จะส่งผลสำคัญอย่างยิ่งว่าการรักษานั้นจะได้ผลมากน้อยเพียงไร เช่นการขูดหินปูนให้กับกลุ่มที่ยังไม่เลิกเคี้ยวหมากหรือสูบบุหรี่ เป็นต้น ในกลุ่มนี้ควรต้องเน้นการส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วยจึงจะทำให้การรักษานั้นได้ผล (รูปที่ 2-13)

รูปที่ 2-13 ความสัมพันธ์ของความจำเป็น(Needs)แบบต่างๆ(สุปรีดา อุดุลยานนท์, 1998)



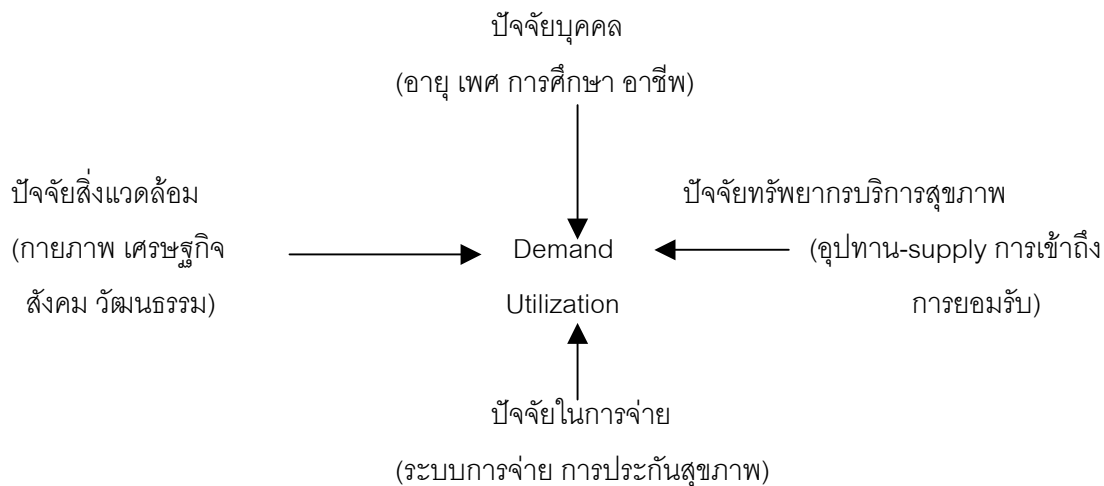
ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาอาจจะช่วยหาความจำเป็นนั้น แต่อาจจะไม่สอดคล้องกับความการให้ความสำคัญของสังคมนั้นก็ได้(Cichon M., 1999) ความต้องการรักษาสุขภาพช่องปากที่ผู้ป่วยตระหนักนั้นจะบ่งชี้ทำนายการรับบริการที่สำคัญ ซึ่งความจำเป็นซึ่งตระหนัก(perceived need) นี้มีความสัมพันธ์น้อยมากกับความจำเป็นที่วัดโดยทันตแพทย์ ซึ่งความสำคัญของการหาความจำเป็นที่ตระหนักนี้ เพื่อจะอธิบายพฤติกรรมการรับบริการ(actual seeking care) คนไข้มักจะให้ความสำคัญกับอาการที่มีผลต่อการทำหน้าที่และผลกระทบทางสังคมมากกว่า(functional and psychosocial impacted) การคาดการณ์ความจำเป็นที่ผู้ป่วยตระหนักนั้นมีความสำคัญมากต่อการทำนายจำนวนการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปาก การศึกษาความจำเป็นที่ผู้ป่วยตระหนักนี้มีหลายวิธี เช่น เช่นการถามความจำเป็นกับอาการ ความจำเป็นกับความต้องการในการเข้ารับบริการ เป็นต้น บางครั้งอาจพบว่าแม้สุขภาพช่องปากที่ตัดสินโดยการเกิดโรคว่าอยู่ในขั้นที่ไม่ดีก็อาจจะไม่มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยตระหนักก็ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางปริทันต์ที่มักจะพบความแตกต่างนี้มากกว่าการต้องการอุดฟัน ปัจจัยที่มีผลมากคืออาการนั้นคุกคามต่อการดำรงชีวิตหรือไม่ มีความเจ็บปวดหรือทรมานมากน้อยเพียงไร และอาการนั้นก่อให้เกิดความอับอายบ้างหรือไม่ด้วย(Gilbert GH, 1994) การให้ความรู้จะทำให้บุคคลที่มีความจำเป็นที่ผู้ป่วยตระหนักเข้าใจและเห็นความสำคัญของการเข้ารับการรักษาแม้ว่าระยะการเกิดของโรคนั้นจะยังไม่ปรากฏอาการก็ตาม

ในประเด็นการเข้าถึงบริการ(Accessibility)นั้น เราต้องทำความเข้าใจความแตกต่างระหว่างอุปสงค์(Demand)และการรับบริการ(Utilization) ด้วยเหตุว่าแม้จะมีอุปสงค์แต่อาจไม่มีการรับบริการได้ บางครั้งเกิดจาก ทรัพยากร เงิน บุคลากร เวลา เป็นต้น(Tuominen R.,1994) ในศึกษาการคุ้มครองทางทันตกรรมของเด็กในสหรัฐอเมริกา ในปี 1996 พบว่า 52% ของเด็กอายุน้อยกว่า 18 ปี มีการคุ้มครองและรับผิดชอบโดยภาคเอกชน โดย 56% ของเด็กกลุ่มนี้ได้พบทันตแพทย์อย่างน้อย 1 ครั้ง เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการคุ้มครองจะมีการพบทันตแพทย์เพียง 28%(Manski R.J,2001) และในปี 1994 ประมาณ 8.5% ของสหรัฐอเมริกา(22 ล้านคน) ไม่สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรม และ 5.6% ไม่ได้รับบริการทางแพทย์(medical or surgical care) (Mueller CD.,1998)

การเข้าถึงบริการ(Access) ควรจะคำนึงถึงความจำเป็นจริง ไม่ควรจะทำให้ความสามารถในการจ่ายหรือบุคลากรมีอิทธิพล กลุ่มที่เป็น Extra-welfarist มักจะยึดความจำเป็นในการวัดประสิทธิภาพและความเป็นธรรม

ของระบบ(need as a normative standard in assessing the efficiency and equity of alternative systems of finance and delivery. Culyer AJ.,2000) ผลกระทบจากค่ารักษาพยาบาล เช่นกลุ่มผู้สูงอายุ(เฉลี่ย 85.1 ปี) มีฟันเหลืออยู่ประมาณ 19.4 ซี่ต่อคน มี 23%ไม่เคยได้รับการรักษาฟันผุ คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ต้องจ่ายค่ารักษาทันตกรรมเอง(Warren JJ.,2000)

รูปที่ 2-14 ปัจจัยกำหนดอุปสงค์และการเข้ารับบริการสุขภาพ



ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจทำให้ความพยายามพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพในแง่ต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness) ให้เพิ่มขึ้น(Call RL., 1999) และเพ็ญแข ลามยี่ง, 2001 ได้ศึกษาความไม่เท่าเทียมของการเข้ารับบริการ พบว่ากลุ่มเด็กและข้าราชการเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากมากที่สุดการขยายการครอบคลุมการคุ้มครองสุขภาพค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและลดความไม่เท่าเทียมในการจ่าย(Gao J., 2001) แต่การรับบริการที่สูงขึ้นอาจเกิดจากการปรับปรุงเรื่องคุณภาพ(Chawla M, 2000)ได้เช่นกัน

แนวทางการจัดการบริการสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับความจำเป็น(Need)

ในความเป็นจริงหากเปรียบเทียบทรัพยากรและต้นทุนบุคลากรที่เรามีหากเทียบกับอุปสงค์(demand)ยังมีช่องว่างที่ห่างกันมาก และหากจะเปรียบเทียบกับความจำเป็น(normative need)แล้ว ก็วยังพบความแตกต่างนี้มากขึ้นอีก Adulyanon S.,1996 ได้จัดลำดับแนวคิดการจัดบริการทางทันตกรรมที่เหมาะสมกับความจำเป็นและความต้องการนั้นไว้ ดังนี้

1.Full treatment จัดการบริการเต็มรูปแบบ โดยใช้หลักของ Normative Treatment Need ในการวางแผนการจัดบริการ. แนวคิดนี้จะครอบคลุมปริมาณความผิดปกติหรือการเกิดโรคในช่องปากทั้งหมดและมักส่งผลให้การขาดแคลนทรัพยากรในการจัดบริการอย่างมาก

2.Selective treatment based on impact เลือกประเภทการบริการโดยยึดสิ่งที่เป็น Impact-Related Treatment Need จำนวนและขนาดการจัดบริการนั้นจะคำนึงถึงระดับผลกระทบความรู้สึกบุคคลต่อคุณภาพชีวิต (ชาญชัย ให้สงวน, 2541) ได้อธิบายความสัมพันธ์ของสภาวะสุขภาพช่องปากและความสุขของผู้สูงอายุ โดยมีปัจจัยสำคัญหลักคือความสามารถในการบดเคี้ยวและปัญหาของการใช้ฟันปลอม ร่วมกับการช่วยจัดลำดับความสำคัญกับสิ่งที่จะส่งผลกระทบระยะยาว กระบวนการนี้ผู้เชี่ยวชาญหรือทันตแพทย์ไม่สามารถทำได้เพียงฝ่ายเดียวลำพัง จึงเป็นการจัดบริการที่มีทางเลือกมากขึ้นเพราะเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญกับประชาชน

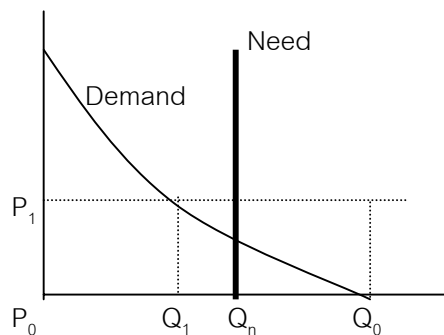
3. Selective treatment based on impact and level of behavioral propensity เป็นการพิจารณาประสิทธิผลของการจัดบริการด้วยซึ่งจะขึ้นกับพฤติกรรมของบุคคล (Effective Treatment Need). ลักษณะของกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มพฤติกรรมไม่เหมาะสมอาจจะได้รับการพิจารณาให้การรักษาในส่วนที่บรรเทาความเจ็บปวดหรือลดการลุกลามของโรค คำถามประเด็นนี้ เช่น ควรจัดหาฟันปลอมให้กลุ่มคนที่มีพฤติกรรมเคี้ยวหมากอยู่หรือไม่ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ประชากรกลุ่มนี้ควรต้องมีการส่งเสริมสุขภาพให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมมากขึ้น แนวคิดนี้จะทำให้ผู้จัดบริการวางแผนที่จะใช้ทรัพยากรและบุคลากรที่มีจำกัดไปในทิศทางของการรักษาและงานส่งเสริมสุขภาพอย่างไร

4. Selective treatment based on impact and propensities เป็นลักษณะแนวคิดที่คำนึงถึงปัจจัยที่จะกระทบกับกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลในการเข้าถึงบริการ (Accessible Treatment Need) เช่น สถานะเศรษฐกิจสังคม ความสามารถในการจ่าย กลุ่มที่มีปัญหาความเสียเปรียบเช่นนี้ควรได้รับการดูแลเพื่อให้มีความเท่าเทียมกันในการรับบริการ

การจัดระบบประกันสุขภาพและระบบการจ่าย

ความจำเป็น (Need) อุปสงค์ (Demand) และราคา (Price) นักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขจะแยกความต่าง ความจำเป็น (need) และอุปสงค์ (demand) ว่าความจำเป็นนั้นขึ้นกับความสามารถของประชาชนที่ได้รับจากการบริการ (ability to benefit from health care) ขณะที่อุปสงค์นั้นมักจะมีความสามารถในการจ่าย (ability to pay) มาเกี่ยวข้องด้วย (Culyer A.J., 2000) สิ่งที่ทำนายของผู้คิดระบบการประกันสุขภาพคือ ควรกำหนดราคาไว้อย่างไร ควรมีระบบการจ่ายอย่างไร ที่จะทำให้ทุกคนในสังคมนั้นได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน หากกำหนดราคาการจ่ายค่าบริการไว้สูงจะทำให้ประชาชนได้รับบริการน้อยกว่าความจำเป็นที่ควรได้ ($Q_1 < Q_n$) และหากทำให้ราคาค่าบริการต่ำเกินไปหรือไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเลยอาจทำให้ปริมาณการเข้ารับบริการมากเกินไปเกินความจำเป็น ($Q_n > Q_0$)

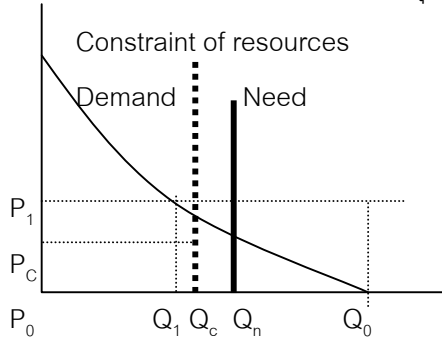
รูปที่ 2-15 ความสัมพันธ์ของความจำเป็นและอุปสงค์



ที่มา: สมคิด แก้วสนธิ, 2524

นอกจากความจำเป็น(Need) อุปสงค์(Demand) และราคา(Price)แล้วยังอีกอย่างที่ต้องคำนึงถึงคือ ทรัพยากร(Resources)นั่นเอง ซึ่งรวมหมายถึงงบประมาณ บุคลากร สถานที่ด้วย ปัจจัยนี้อาจทำให้ไม่สามารถให้บริการ ณ จุดที่ความจำเป็นอยู่เนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากร(Constraint of resources) ($Q_c < Q_n$)

รูปที่ 2-16 ความสัมพันธ์ของความจำเป็น อุปสงค์ และทรัพยากร

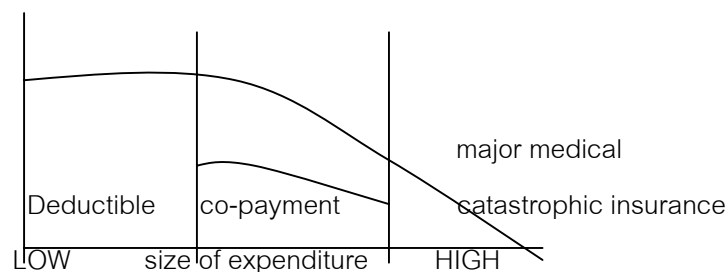


ที่มา: Henderson JW., 1999

การที่จะพิจารณาว่าชนิดการบริการการแพทย์นั้นควรมีลักษณะการจ่ายอย่างไร เช่น จำนวนเงินที่ต้องจ่าย จำนวนหรือขนาดการเจ็บป่วยของบุคคลในสังคม เป็นต้น ในการรักษาพยาบาลทั่วไป(มีผู้ป่วยมาก)และมีค่าใช้จ่ายไม่มากอาจใช้การจ่ายแบบหักหรือการจ่ายคงที่ ณ ระดับหนึ่ง หากเป็นการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอาจจะมีผลต่อการเข้าถึงบริการควรจัดเป็นรูปแบบการจ่ายร่วม ส่วนการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก(แต่มีจำนวนผู้ป่วยไม่มาก)ควรต้องมีระบบช่วยเหลือหรือประกันเพื่อให้ได้รับบริการนั้นๆ(Feldstein PJ., 1999)

รูปที่ 2-17 ความสัมพันธ์ของขนาดค่าใช้จ่ายกับประเภทการจ่าย

percentage of family



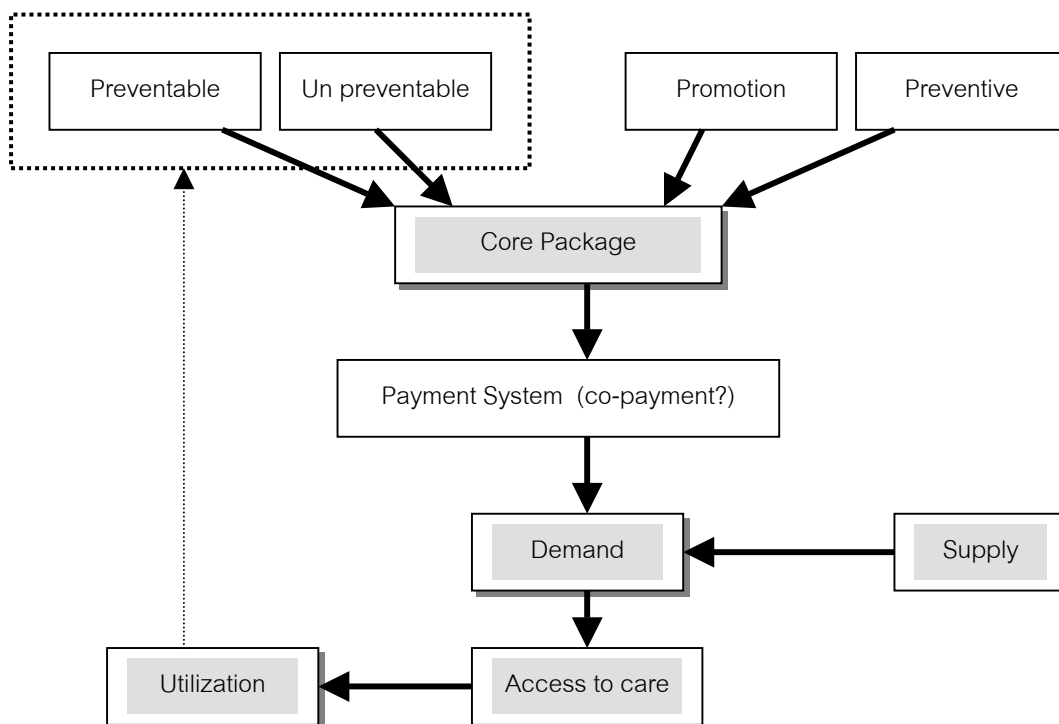
ที่มา: Feldstein PJ., 1999

ระบบของการประกันสุขภาพในปัจจุบัน จากการที่รัฐจัดสวัสดิการให้การรักษาพยาบาลฟรี ในหลายๆ ประเภท เช่น เด็กแรกเกิด - 12 ปี เด็กนักเรียน ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้นำทางศาสนา ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) ฯลฯ ซึ่งเป็นผลดีในแง่ของรัฐสวัสดิการประชาชนสามารถได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง แต่ก็ยังมีผลกระทบในแง่ลบอยู่หลาย ด้าน เช่น ประชาชนไม่ใส่ใจในการสร้างสุขภาพของตนเอง ยังดื่มสุรา สูบบุหรี่ ยังรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ การใช้ยาโดยพร่าเพ้อ ใช้ยาโดยไม่จำเป็น โดยสถานบริการไม่สามารถปฏิเสธการให้ยาได้ เนื่องจากการร้องขอตามสิทธิ ประการสำคัญ ชุมชนไม่ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพและรับรู้ว่าคุณสมบัติหน้าที่ในการสร้างสุขภาพของคนในชุมชนนั้นด้วย(ควรณ เกษศิลป์, 2544)

ความสัมพันธ์ของการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากกับระบบสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพช่องปากนั้นประกอบด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้(preventable)เช่น โรคฟันผุ โรคปริทันต์ เป็นต้น กับโรคที่การป้องกันทำได้น้อยกว่า(unpreventable) เช่น ฟันคุด โรคระบบการบดเคี้ยวและขากรรไกร มะเร็งในช่องปาก เป็นต้น อีกด้านหนึ่งเป็นงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(promotion and prevention) เมื่อจะจัดชุดโครงการ(core package)ใดๆแล้ว จะต้องพิจารณาร่วมกับการจ่าย(payment system)ว่าผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมจ่ายหรือไม่ อย่างไร เท่าไร ซึ่งการจ่ายที่เหมาะสมที่ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะจ่าย(ability to pay) ตามอุปสงค์(demand)ของบริการสุขภาพช่องปากและถ้ามีทรัพยากร บุคลากรที่สามารถจัดสรรได้ ก็จะทำให้เกิดการรับบริการ(utilization)ได้ (ตามรูปที่ 2-18 และตารางที่ 2-3) โดยผลจากการจัดบริการจะส่งผลกระทบระยะยาวได้เช่นกัน เช่น การให้ความสำคัญต่อการบริการรักษาโรคที่สามารถป้องกันได้เป็นหลัก อาจส่งผลให้การดูแลตนเองน้อยลงผลกระทบระยะยาวอาจลดลงน้อยกว่า ชุดบริการที่เน้นการส่งเสริมป้องกันโรค เป็นต้น

รูปที่ 2-18 ความสัมพันธ์ของระบบการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก



ตารางที่ 2-3 ผลและผลกระทบของการจัดบริการและการจ่ายแบบต่างๆ

ลักษณะชุดบริการ	ผลของการจัดชุดบริการ					ผลกระทบในระยะยาว			
	Payment	Demand	Access	Utilization	ระบบคิว	คุณภาพบริการ	ต้นทุนการบริการ	Self care beh.	Preventable ds.
1.เน้นการส่งเสริมและป้องกัน(Promotion Prevention) เท่านั้น	Free	+	+	+	+/-			+	
	Co-pay	+/-	+/-	+/-				+	-
	FFS	-	-	-		+		+	
2.เน้นการรักษาโรคที่เป็น Unpreventable ds.	Free	+	++	+	+	-	+/-		
	Co-pay	+/-	+/-	+/-			+/-		
	FFS	+/- -	+/- -	+/- -	-	+	+		
3.เน้นการรักษาโรคที่เป็น Preventable ds.	Free	++	++	++	+	-	+/-	- -	
	Co-pay	+/-	+/-	+/-			+/-	+/-	+/-
	FFS	+/- -	+/- -	+/-	-	+	+	+/-	

เมื่อประมวลผลจากรูปที่ 2-13 และตารางที่ 2-18 แล้วอาจจะกล่าวโดยสรุปได้ ดังนี้

1. กรณีที่ชุดบริการเน้นที่งานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ(Promotion & Prevention)เป็นหลัก อุปสงค์ และการเข้ารับบริการจะมากขึ้นหรือขึ้นกับปริมาณเงินที่ผู้ใช้บริการต้องจ่าย แต่หากจ่ายน้อยเกินไป อาจจะทำให้การเข้ารับบริการมากกว่าทรัพยากรที่มีได้ อย่างไรก็ตามถ้าผลระยะยาว จะทำให้โรคฟันที่สามารถป้องกันได้ลดลงในอนาคต ประชาชนก็จะมาสนใจเรื่องการส่งเสริมป้องกันโรคมากขึ้น
2. กรณีที่ชุดบริการเน้นในโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้(Unpreventable ds.) เช่น ปากแห้งเพดานโหว่ โรคของขากรรไกรและระบบบดเคี้ยว มะเร็งในช่องปาก เป็นต้น หากเป็นโรคที่มีผลต่อการดำรงชีวิตมากผู้ป่วยก็ต้องมารับบริการไม่ว่าจะเป็นการจ่ายแบบใดๆ เพียงแต่หากจะเพิ่มการเข้าถึงของประชาชนควรให้ภาระการจ่ายที่น้อยที่สุด ระบบคิวจะเกิดก็ต่อเมื่ออุบัติการณ์ของโรคนี้สูงขึ้นเท่านั้น(แต่เป็นโรคที่ป้องกันได้ยาก) อย่างไรก็ตามต้นทุนการจัดบริการระยะยาว จะมากขึ้นหรือขึ้นกับแรงจูงใจของการจัดบริการมากกว่าพฤติกรรมหรืออุบัติการณ์ของโรค
3. กรณีที่ชุดบริการเน้นในโรคที่สามารถป้องกันได้(Preventable ds.) เช่น โรคฟัน โรคเหงือก การใส่ฟันปลอม เป็นต้น ระบบการจ่ายจะมีผลกับอุปสงค์และการเข้ารับบริการของประชาชนอย่างยิ่ง การลดค่าใช้จ่ายนี้จะทำให้การเข้าถึงบริการมากขึ้น แต่ก็อาจจะไม่ได้รับบริการเต็มที่ เนื่องจากการจำกัดของทันตบุคลากร ผลระยะยาวประชาชนอาจจะให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ก็จะส่งผลอุบัติการณ์โรคมากขึ้น ค่าใช้จ่ายต่อระบบโดยรวมสูงขึ้นไปอีก

ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของไทยและต่างประเทศ

การพิจารณาเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำเป็นต้องพิจารณาถึงแหล่งเงินและการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานว่าควรประกอบด้วยอะไรบ้าง ครอบคลุมอย่างไร ลักษณะของผู้ให้บริการและการจ่ายเงินสู่ผู้ให้บริการจะเป็นอย่างไร การตัดสินใจเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน จึงต้องเกี่ยวข้องกับทั้งความเป็นไปได้ในการจัดบริการและความเหมาะสมในด้านการเงิน การพิจารณาเรื่องสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครอง มักเริ่มจากขั้นพื้นฐานก่อนแล้วจึงขยายให้ครอบคลุมจนถึงสิทธิประโยชน์แบบบูรณาการในที่สุด สิทธิขั้นพื้นฐานควรรวมถึงการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพด้วย

พัฒนาการการจัดบริการของประเทศไทยรวมถึงประเทศอื่นๆ ทั้งประเทศที่เศรษฐกิจดีหรือกำลังพัฒนามักจัดให้มีหลักประกันด้านสุขภาพช่องปากครอบคลุมเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มเด็ก ในอดีตการกำหนดชุดบริการหลักมักมีได้คำนึงถึงค่าใช้จ่าย เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ภาครัฐเห็นควรจัดให้แก่ประชาชนบางกลุ่มเป็นสวัสดิการอยู่แล้ว

ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ

ชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะประกอบด้วยบริการพื้นฐาน โดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว รวมทั้งบริการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรอง การใช้บริการนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์หลักนี้ ประชาชนหรือ/และนายจ้าง จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง ด้วยค่าจำกัดความนี้ จึงตีความได้ว่าบริการที่ระบุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ จะเป็นบริการที่ประชาชนได้รับโดยร่วมจ่ายเอง (กรณีบัตรทอง) ครั้งละ 30 บาท หรือรัฐรับภาระร่วมจ่ายให้ (กรณีบัตร สปร.)

สำหรับชุดสิทธิประโยชน์หลักทางทันตกรรมในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่างจากบริการทางการแพทย์อื่นๆ ตรงที่มีได้อ้างอิงจากชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของโครงการประกันสังคม แต่ได้อ้างอิงจากสิทธิประโยชน์ตามบัตร สปร. ซึ่งกำหนดไว้ในปี 2540 ชุดสิทธิประโยชน์หลักนี้ได้เริ่มใช้สำหรับจังหวัด 6 จังหวัดที่อยู่ในโครงการนำร่อง ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 ต่อมาได้มีการปรับปรุงและประกาศเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 “กำหนดให้ครอบคลุมในเรื่องการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ และรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ และการเคลือบหลุมร่องฟัน”

แม้ว่าชุดสิทธิประโยชน์หลักทางทันตกรรมจะได้ประกาศใช้อย่างเป็นทางการในหลักเกณฑ์ สปร. ในปี 2540 และตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2544 แต่ในความเป็นจริงประเทศไทยได้จัดบริการทางทันตสาธารณสุขโดยไม่คิดมูลค่าก่อนหน้านั้นแล้วสำหรับกลุ่มเด็ก แต่จำกัดการให้บริการเฉพาะสถานบริการของรัฐภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และมักให้บริการครอบคลุมเฉพาะโรงเรียนของภาครัฐ ตัวอย่างชุดบริการที่เกี่ยวข้องกับเด็กของประเทศไทยเช่น

1. เด็กก่อนวัยเรียน มีกิจกรรมหลักในโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพแม่และเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ตั้งแต่ปี 2535 ถึงปัจจุบัน ดังนี้

- 1.1 คลินิกฝากครรภ์ มีการให้ทันตศึกษา ตรวจช่องปากหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และส่งต่อเพื่อให้การรักษา ให้ทันตศึกษา เน้นเรื่องอาหาร การแปรงฟัน การเลี้ยงดูด้วยนมแม่ เรื่องการใช้ยาเตตราซัยคลิน
- 1.2 คลินิกเด็กดี ให้ทันตศึกษาแก่มารดาที่พานบุตรมารับวัคซีน ตรวจช่องปากเด็ก มอบแปรงสีฟันให้เด็ก และให้น้ำฟลูออไรด์ในพื้นที่ที่จำเป็น
- 1.3 ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จัดกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์ เน้นการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การตรวจฟันเด็ก การจัดอาหารที่เหมาะสม การให้ผู้ปกครองจัดหาแปรงสีฟันยาสีฟันให้เด็กใช้ที่ศูนย์และที่บ้าน และการให้เด็กกินยาเม็ดฟลูออไรด์ในพื้นที่ที่จำเป็น

2. เด็กประถมศึกษา

มีการให้บริการด้านการตรวจช่องปากปีละ 2 ครั้ง การรักษา และส่งเสริมป้องกันเช่นอมฟลูออไรด์ แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เคลือบหลุมร่องฟันให้กับฟัน first molar ในเด็ก 5-7 ปีทุกคน เป็นต้น นอกจากนี้สิทธิประโยชน์ตามข้อ 1 และ 2 ที่ได้กล่าวแล้ว เด็กที่เป็นบุตรของข้าราชการจะได้รับบริการในหมวดสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งรวมถึงบุตร สามี /ภรรยา และบิดามารดาสายตรง ได้รับสิทธิประโยชน์ในการเบิกค่ารักษายาบาลทางทันตกรรมทุกประเภท ยกเว้นฟันปลอม และบริการทันตกรรมเพื่อความสวยงาม และในปี 2543 ทันตแพทยสภา ได้เสนอสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมด้านการตรวจและมาตรการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากสำหรับข้าราชการและครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยครอบคลุมในเรื่องการตรวจ บริการทันตกรรมป้องกันในคลินิก การได้รับฟลูออไรด์ การทำเคลือบหลุมร่องฟัน และขจัดคราบหินปูนและทำความสะอาดฟัน (Prophylaxis) เพื่อป้องกันเหงือกอักเสบ

ความเหมาะสมของชุดสิทธิประโยชน์หลักทางทันตกรรมในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

หากพิจารณาจากระบบบริการทันตสุขภาพของประเทศไทยอื่น ๆ จะเห็นได้ว่าบริการทันตกรรมมักไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ แต่มักเป็นระบบประกันแยกส่วน และประชาชนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการซื้อประกันสุขภาพด้วยตนเอง ยกเว้นบริการที่ให้แก่กลุ่มเด็กและผู้ด้อยโอกาส ซึ่งพิเศษ लाभยิ่ง ได้สรุปเรื่องการจัดบริการและการเงินการคลังทันตสุขภาพในประชากรวัยเด็กและผู้ใหญ่ของประเทศต่างๆ ไว้ ดังตารางที่ 2-4 และ 2-5

ตารางที่ 2-4 การจัดบริการและการเงินการคลังทันตสุขภาพในประชากรวัยเด็ก

การจัดบริการ	การเงินการคลัง	
	รัฐ	เอกชน
รัฐ	-นิวซีแลนด์ -เดนมาร์ก (รวม Preventive orthodontics) -เยอรมันตะวันออก โปแลนด์ -ไทย -ญี่ปุ่น (เฉพาะการตรวจ)	
เอกชน	-อังกฤษ -แคนาดา -นอร์เวย์ -สหรัฐอเมริกา (ป้องกัน รักษาบางรัฐ)	-ญี่ปุ่น (รักษา) -สหรัฐอเมริกา (รักษา)

ที่มา เพ็ญแข ลามยี่ง ระบบบริการทันตสุขภาพ. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย มีนาคม 2542

ตารางที่ 2-5 การจัดบริการและการเงินการคลังทันตสุขภาพในประชากรวัยผู้ใหญ่

การจัดบริการ	การเงินการคลัง	
	รัฐ	เอกชน
รัฐ	-ไทย (ไม่รวมผู้ประกันตน ผู้ไม่มีสวัสดิการใดๆ)	
เอกชน	-อังกฤษ -แคนาดา -เดนมาร์ก	-เยอรมันตะวันออก(ประกันสังคม) -ญี่ปุ่น (ประกันสังคม, ประกันโดยบริษัท จ่าย) -โปแลนด์ (ประกันสังคม) -นิวซีแลนด์ (ประกันเอกชน, out of pocket) -สหรัฐอเมริกา (ประกันเอกชน, out of pocket) -นอร์เวย์(out of pocket)

ที่มา เพ็ญแข ลามยี่ง ระบบบริการทันตสุขภาพ. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย มีนาคม 2542

สำหรับประเทศไทยเมื่อได้มีการจัดบริการด้านทันตกรรมตามหลักประกันสุขภาพมาได้ระยะหนึ่ง เริ่มมีคำถามถึงความเหมาะสมของชุดสิทธิประโยชน์หลักทางทันตกรรม ทั้งนี้เพราะบริการที่ระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ค่อนข้างครอบคลุมกว้างขวางมากและเท่าเทียมกันทุกกลุ่มอายุและประชากร ด้านหนึ่งอาจแสดงให้เห็นถึงความ

เสมอภาคในแนวราบ แต่อีกด้านหนึ่งอาจเป็นการเฉลี่ยทรัพยากรในการจัดบริการอย่างกว้างขวางไปสู่ทุกคนจนทำให้ขาดความเสมอภาคในแนวตั้ง การศึกษาของศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย และคณะ ซึ่งได้สอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ต่างเห็นว่าสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครอง ควรเริ่มจากขั้นพื้นฐานก่อน โดยต้องรวมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพไว้ด้วย คำถามคือบริการขั้นพื้นฐานทางทันตสาธารณสุขของประเทศไทยควรเป็นแค่ไหน และหลักการในการคิดเรื่องบริการพื้นฐาน ควรพิจารณาจากปัญหาที่พบบ่อยของประชาชน หรือจากปัญหาสุขภาพที่เป็นอันตรายร้ายแรง หรือจากความเป็นไปได้ในการจัดบริการ เราอาจเปรียบเทียบความแตกต่างของชุดสิทธิประโยชน์ของการบริการและเงื่อนไขการเข้าถึงบริการของบัตรประเภทต่างๆ (สรุปและดัดแปลงจากการประชุมทันตบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่) ดังนี้

ตารางที่ 2-6 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับทางทันตกรรมของบัตรประเภทต่างๆ ตามระบบประกันสุขภาพ

ประเภทของงาน	ประเภทของบัตร	ข้าราชการ	ประกันสุขภาพ ภาพถ้วนหน้า	สปร.	บัตร สุขภาพ	ประกันสังคม
-ถอนฟันกรณีปกติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓
-ศัลยศาสตร์ช่องปาก, ฟันคุด	✓	✓	-	✓	✓	✓
-อุดฟันทุกชนิด	✓	✓	✓	✓	✓	✓
-ขูดหินปูน, เกลารากฟัน	✓	✓	-	✓	✓	✓
-รักษาโรคเหงือก, ศัลย์ปริทันต์	✓	-	-	✓	-	-
-รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม	✓	✓	-	✓	-	-
-รักษาโพรงประสาทฟันแท้	✓	-	-	✓	-	-
-เคลือบฟลูออไรด์	-	✓	-	✓	-	-
-เคลือบหลุมร่องฟัน	-	✓	✓	-	-	-
-ทำฟันปลอมที่ฐานพลาสติก	-	✓	✓	✓	-	-
-ทำฟันปลอมที่ใช้โครงโลหะ	-	-	-	-	-	-
-เดือยฟัน และ ครอบฟัน	-	-	-	-	-	-
-ตกแต่งฟันเพื่อความสวยงาม	-	-	-	-	-	-
สถานบริการที่ครอบคลุม	ร.พ.รัฐ	สถาน PCU	รพ.รัฐ	รพ.กระทรวง สาธารณสุข	รัฐ-เอกชน	
เงื่อนไขการจ่าย	จ่ายตาม FFS แล้ว เบิกคืนภายหลัง	30 บาท/ครั้ง	ฟรี	บัตร500บาท	เบิกได้ไม่เกิน 200 บาท	
เงื่อนไขอื่นๆ	-	-	-	-	-ปีละ 2 ครั้ง -ไม่เกิน 400บาท	

แหล่งข้อมูล : สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานประกันสังคม

✓ หมายถึง ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมในต่างประเทศ

การบริการทันตกรรมของประเทศต่างๆ จะมีความแตกต่างกันทั้ง กลุ่มอายุ สิทธิประโยชน์และการร่วมจ่าย ตารางที่ 2-7 สิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากในประเทศต่างๆ

1.ญี่ปุ่น	-อายุ 1 ปีครึ่ง และ 3 ปี ได้รับการตรวจฟัน มารดาได้รับคู่มืออนามัยมารดาและทารก ซึ่งผลของการตรวจจะบันทึกไว้ในสมุดเล่มนี้ -นักเรียน ตรวจช่องปากโดยทันตแพทย์เอกชน ปีละ 1 ครั้ง (ปกครองอาจซื้อประกันสำหรับครอบครัว โดยรัฐช่วยจ่าย 70% แต่จะไม่ครอบคลุมด้านการป้องกัน -ประชาชน ต้องซื้อประกัน ครอบคลุมเฉพาะการรักษา และรัฐสนับสนุนบางส่วนผ่านระบบประกันต่างๆ สิทธิประโยชน์จะขึ้นกับระบบประกัน -ผู้สูงอายุ ได้รับการบริการทันตกรรมรวมอยู่ในการประกันสุขภาพ มีการให้บริการที่บ้าน เยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำในการดูแลช่องปาก
2.เดนมาร์ก	-เด็กทุกคนที่ขึ้นทะเบียนกับเทศบาล จะได้รับการบริการทันตกรรมโดยไม่คิดมูลค่าโดยคลินิกของรัฐ ในพื้นที่ที่ไม่มีคลินิกของรัฐจะจ้างทันตแพทย์เอกชนไปให้บริการ -เด็กก่อนวัยเรียน มีการดูแลแบบบูรณาการ ให้ทันตสุขศึกษามารดาผ่านทางเจ้าหน้าที่เยี่ยมบ้าน หากพบคนไข้จะส่งต่อให้ Dental Nurse และ Dental Hygienist มีการดูแลเด็กในศูนย์เด็กด้วย -เด็กวัยเรียน ได้รับการตรวจฟัน ส่งเสริมทันตสุขภาพ และรับบริการโดยมีสิทธิประโยชน์ประกอบด้วย ทันตกรรมป้องกัน บริการทันตกรรมแบบบูรณาการ ทันตกรรมจัดฟันเพื่อการป้องกัน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางหากเด็กต้องส่งต่อเพื่อการรักษา --วัยรุ่น อายุ 16 ขึ้นไปจะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เด็กได้รับการบริการทันตกรรมโดยจ่ายค่าบริการเป็นส่วนตัว ผู้ที่ไปพบทันตแพทย์เป็นประจำจะได้รับการตรวจโดยไม่คิดมูลค่า มีระบบเตือนเพื่อไปตรวจฟันทุก 6-7 เดือน ไม่จำกัดสถานบริการ -ประชาชนทั่วไป ได้รับการบริการจากทันตแพทย์เอกชน โดยทันตแพทย์ได้รับค่าตอบแทนบางส่วนจากผู้ให้บริการ และอีกส่วนหนึ่งจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ชุดสิทธิประโยชน์จะแตกต่างกันไปแต่ละท้องถิ่น แล้วแต่ความสามารถในการเก็บภาษีได้ของรัฐ ตัวอย่างชุดสิทธิประโยชน์ เช่น ประกอบด้วยการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี ชุดหินปูน รักษาโรคปริทันต์ อุดฟัน โดยรับร่วมจ่าย 2 ใน 3 ของค่าบริการและ ประชาชนจะจ่ายส่วนที่เหลือ
3.นิวซีแลนด์	-โปรแกรมทันตกรรมโรงเรียน(School Dental Service program)ให้บริการในโรงเรียน แก่เด็กนักเรียน อายุ 2.5 ถึง 13 ปีโดยไม่คิดมูลค่า ประกอบด้วยการให้คำแนะนำ การตรวจช่องปาก การทำความสะอาดฟัน เคลือบปิดหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ อุดฟัน การถอนฟันน้ำนม ปิดประสาทฟัน(Pulp Capping) หากจำเป็นต้องได้รับการบริการที่

ซับซ้อนมากขึ้น เช่นการถอนฟันถาวร เอกซเรย์ฟัน จะส่งต่อไปยังทันตแพทย์เอกชน โดยรัฐเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย

-วัยรุ่น มี social Security for Adolescents ให้บริการทันตกรรมโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย จนถึงอายุ 16-18 ปีที่ยังอยู่ภายใต้ความดูแลของผู้ปกครอง โดยเลือกรับบริการกับเอกชนที่เข้ามาทำสัญญากับรัฐ ชุดบริการไม่รวมการจัดฟันและการใส่ฟันปลอมติดแน่น

-ผู้ใหญ่ ได้รับบริการด้านการตรวจ การทำความสะอาด เอกซเรย์และอุดฟัน บริการที่นอกเหนือจากนี้ต้องจ่ายเองแบบ Fee for service

4.เยอรมนี

-มี Sickness fund ของรัฐซึ่งประชาชนต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันในอัตราเดียว และครอบคลุมทั้งครอบครัว ครอบคลุมบริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการทางการแพทย์ และบริการทันตกรรม เดิมไม่ครอบคลุมบริการทันตกรรมป้องกัน ในปี1989 ได้กำหนดให้ผู้ให้บริการต้องร่วมจ่าย การบริการด้านการรักษาลดลงโดยเพิ่มงานทันตกรรมป้องกันมากขึ้น ผู้ให้บริการส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน

-เด็กต่ำกว่า 12 ปี มี Community center preventive group program ที่สมาคมทันตแพทย์ และ Sickness Fund จัดบริการร่วมกันภายใต้กฎหมาย มีกองทุนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ชุดบริการประกอบด้วยทำให้ข้อมูลทางโภชนาการ การให้ทันตสุขภาพ ฟลูออไรด์เฉพาะที่

-เด็กอายุ 12-20 ปี มีบริการเฉพาะทันตกรรมป้องกัน จะได้รับการทำความสะอาดฟันปีละ 2 ครั้ง ได้รับทันตสุขภาพ วินิจฉัยภาวะปริทันต์ และใช้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ ส่วนทันตกรรมจัดฟัน ผู้รับบริการต้องร่วมจ่าย 20%

-ผู้ใหญ่ การทำฟันปลอมต้องร่วมจ่าย 40% ของค่าใช้จ่ายในหอนงปฏิบัติกรและค่าวัสดุ ชนิดของฟันปลอมและจำนวนเงินที่ต้องจ่ายนั้น ขึ้นกับการตกลงของสมาคมทันตแพทย์ ถ้าผู้ป่วยมาตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำปีละ 1 ครั้ง และได้รับการทำความสะอาดแล้ว 1 ครั้ง จะได้รับการลดค่าใช้จ่าย 5% อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายอย่างน้อย 25% ของค่าทำฟันปลอมทั้งหมด

-ถ้าเป็นระบบประกันเอกชน การเก็บค่าเบี้ยประกันแยกรายบุคคลและมีหลายอัตรา ชนิดบริการแล้วแต่ประเภทการประกันและเบี้ยประกัน

5.สหรัฐอเมริกา

ในสหรัฐอเมริกา รัฐมีแผนประกันสุขภาพแก่ประชาชน 2 โปรแกรมใหญ่คือ Medicare และ Medicaid State โดยมี Children Health Insurance Program (CHIP) เป็นโครงการย่อยอยู่ใน Medicaid

-Medicaid เป็นโครงการสำหรับครอบครัวยุมีรายได้น้อยและเด็ก ในปี 1997 รัฐได้ออกนโยบาย SCHIP ภายใต้ Medicaid เพื่อให้การประกันสุขภาพของรัฐครอบคลุมเด็กจนถึงอายุ 18 ปีที่ไม่ได้รับการประกันใดๆ สิทธิประโยชน์ใน Medicaid จะแตกต่างกันไปในแต่ละState โดยมีข้อกำหนดกว้างๆจากรัฐบาลกลาง ตัวอย่างบริการพื้นฐานที่มีอยู่ในทุก

รัฐ คือ การวินิจฉัยและตรวจสุขภาพช่องปาก อุดฟันด้านเดียว ขัดฟันและเคลือบฟลูออไรด์ ถอนฟันน้ำนม เคลือบหลุมร่องฟัน ถ่ายเอกซเรย์ฟันด้านประชิด(Bite wing) กลุ่มอายุที่ให้บริการทันตกรรม ภายใต้โปรแกรม Medicaid คือ อายุไม่เกิน 21 ปี และภายใต้ SCHIP จะมีอายุไม่เกิน 18 ปี

-Medicare เป็นบริการสำหรับผู้สูงอายุ มี 2 ส่วนคือ Part A—Hospital Insurance ประชาชนไม่ต้องจ่ายร่วมเป็นส่วนใหญ่ เพราะถูกหักเงินเดือนเพื่อเข้าในกองทุน Medicare มาแล้วอย่างน้อย 10 ปี บริการทันตกรรมจะรวมอยู่ในส่วนนี้ด้วย โดยเป็นบริการเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล ส่วน Part B—Medical Insurance เป็นบริการที่นอกเหนือจาก part A และต้องจ่ายเพิ่มแรกเข้าและเบี้ยประกันรายเดือน ไม่รวมบริการทันตกรรม

-นอกจากนี้ในสหรัฐอเมริกายังมีประกันทันตสุขภาพจากภาคเอกชน หรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร โดยประเภทหลังนี้ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายเป็นเบี้ยประกันส่วนหนึ่งในราคาถูก และองค์กรได้รับเงินสนับสนุนอีกบางส่วนจากรัฐ จากมูลนิธิ สมาคม ฯลฯ ชนิดบริการแตกต่างกันไปขึ้นกับแต่ละองค์กรและแต่ละรัฐ

-นอกจากนี้ยังมี Public Health Program ทางทันตกรรมที่ครอบคลุมคนจำนวนมาก คือ Water Fluoridation

6.สหราชอาณาจักร

ประเทศอังกฤษมีระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service—NHS)

-เด็กไม่เกิน 18 ปี หญิงมีครรภ์(หรือมีบุตรอายุไม่เกิน 1 ขวบ) และกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล ได้รับบริการทันตกรรมโดยไม่คิดมูลค่า

-ผู้ใหญ่ เสียค่าบริการทันตกรรมเป็นสัดส่วนจากค่าบริการเต็ม (ประมาณ 80%)

-ให้บริการโดยทันตแพทย์ภาครัฐ หรือทันตแพทย์เอกชนที่ทำสัญญากับรัฐ ทำหน้าที่เป็นทันตแพทย์ประจำครอบครัว

-มีการประกันคุณภาพงานอุดฟัน รักษารากฟัน Inlay Pin-Crown เป็นเวลา 1 ปี ถ้ามีปัญหาจะทำให้ใหม่โดยไม่คิดมูลค่า

7.ออสเตรเลีย

มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยกองทุนเดียว คือ Medicare ซึ่งไม่มีการบริการทันตกรรมรวมอยู่ด้วย แต่บางรัฐมีการคุ้มครองประชาชนบางกลุ่ม เช่น

-National School Dental Program เป็นบริการทันตกรรมแบบเบ็ดเสร็จที่เน้นทันตกรรมป้องกันแก่นักเรียนประถมศึกษาจนถึงอายุ 15 ปี โดยไม่คิดมูลค่า ยกเว้นทันตกรรมจัดฟัน เน้นเรื่องทันตสุขภาพ ทำความสะอาดฟัน ขูดหินปูน เคลือบฟลูออไรด์ และเคลือบหลุมร่องฟัน จ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ทันตแพทย์เป็นแบบ Capitation บางรัฐขยายการครอบคลุมนี้ถึงเด็กวัยก่อนเรียนและนักเรียนมัธยมศึกษา

-Approved Dentist Scheme เป็น Oral Surgery แก่ผู้รับบำนาญและผู้มี Health Care Card สามารถรับบริการได้เฉพาะโรงพยาบาลที่กำหนด

	-Cleft lip and cleft palate เฉพาะผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ -สำหรับทหารผ่านศึกและครอบครัว -สำหรับผู้ถือบัตร คนจน คนตกงาน คนเกษียณอายุ -บางรัฐ ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายบางส่วน เช่น 20 ดอลลาร์ต่อครั้ง ครอบคลุมการตรวจ เอกซเรย์ ถอนฟัน รักษาประสาทฟันน้ำนม(Pulpotomy) อุดฟัน หรือรายการอื่นๆแล้วแต่จะตกลงกัน โดยรัฐจะร่วมจ่ายให้สูงสุดไม่เกิน 160 ดอลลาร์ต่อการรักษา -กลุ่มอื่นๆ ต้องจ่ายเอง หรือซื้อประกันสุขภาพเอกชน
8. มาเลเซีย	-บริการทันตกรรมเพิ่มทวีในนักเรียน มีการตรวจและดูแลอย่างเป็นระบบจนถึงอายุ 17 ปี ให้บริการโดยทันตภิบาลในคลินิกของโรงเรียน ศูนย์ทันตกรรมโรงเรียน หรือหน่วยเคลื่อนที่ -มีโครงการเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม (Water Fluoridation)
9. สาธารณรัฐประชาชนจีน	-เน้นการให้ความรู้แก่ประชาชน -ทันตกรรมโรงเรียน (School Dental Health Care) มีในบางเมืองใหญ่ ให้บริการทันตสุขภาพและด้านการส่งเสริมป้องกัน -กลุ่มอื่นๆจ่ายค่าบริการด้วยตนเอง
10. นอร์เวย์	-นักเรียนอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้รับการผสมผสาน ได้แก่การตรวจเอกซเรย์ ทันตสุขภาพ ศึกษา ทันตกรรมป้องกัน อุดฟัน ถอนฟัน โดยแหล่งงบประมาณมาจากภาครัฐและกองทุนสังคม(Social Fund) -กลุ่มอายุ 19-20 ปีต้องร่วมจ่าย 25%ถ้าทำในภาครัฐ แต่หากทำในภาคเอกชนต้องจ่ายเองทั้งหมด -กลุ่มอายุมากกว่า 21 ปี จ่ายค่ารักษาเองทั้งหมด
11. ฟินแลนด์	-นักเรียนประถมศึกษา ครอบคลุมการรักษาทุกอย่าง ได้แก่ การตรวจ ทันตกรรมป้องกัน การรักษา และการจัดฟัน ให้บริการโดยภาครัฐหรือเอกชนที่ทำสัญญากับภาครัฐ -กลุ่มอื่นๆ จะได้รับการชดเชยจากสำนักงานประกันสังคม เฉพาะเมื่อมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องทำเพราะเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาทางการแพทย์
12. สเปน (แคว้นบาסק)	-จัดชุดบริการให้เฉพาะเด็ก 5-17 ปี โดยให้บริการเฉพาะฟันแท้ ครอบคลุมการเคลือบ หลุมร่องฟันในกลุ่มเสี่ยง อุดฟัน ถอนฟัน รักษารากฟัน และทันตกรรมฉุกเฉิน ซึ่งรัฐจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย -กลุ่มอื่นๆ จ่ายค่าใช้จ่ายเอง

การรับรู้ของบุคคลต่อสภาวะในช่องปาก (People's perception)

แนวคิด *People's perception and Dental need*

จากการประเมินภาวะสุขภาพช่องปากและความจำเป็นในการรักษา (Treatment need) โดยใช้มาตรฐานทางวิชาชีพ (Professional standard) เป็นหลักในการกำหนดและแก้ไขปัญหาโดยขาดมุมมองทางด้านผู้รับบริการหรือประชาชน มักก่อให้เกิดปัญหาด้านการส่งเสริมสุขภาพและการบำบัดรักษาโรคในช่องปาก

การศึกษาที่ผ่านมาทั้งในประเทศและต่างประเทศได้พบว่าการประเมินภาวะสุขภาพช่องปากด้วยเกณฑ์ทางการแพทย์มักไปคนละทางกับการรับรู้ของประชาชน โดยเฉพาะกับการมองเห็นความจำเป็นในการรักษาและการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก (Reisine & Locker, 1995:53) การศึกษาของ Reisine & Bailit (1980:597) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าประชาชนบางส่วนที่ถูกถอนฟันไปแล้วถึง 15 ซี่และผู้ที่มีฟันผุกว่า 10 ซี่หรือมากกว่านั้น ประเมินภาวะสุขภาพช่องปากของตนเองว่าดีหรือดีมาก การศึกษาของพิสุทธ์ สังขะเวชและคณะ (2533:113) พบว่าประชาชนร้อยละ 48.6 ประเมินสภาวะช่องปากของตนเองไม่สอดคล้องกับการวินิจฉัยของทันตแพทย์ ขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.5 ที่ทันตแพทย์วินิจฉัยว่าสุขภาพช่องปากไม่ดี แต่ประชาชนกลับพอใจกับสภาวะสุขภาพในช่องปากของตนเอง

แม้ว่าจะมีบางการศึกษาที่พบว่าจำนวนฟันที่สูญเสียไป (Number of missing teeth) เป็นตัวแปรที่สำคัญในการอธิบายถึงการรับรู้ต่อสภาวะช่องปากของประชาชน แต่ก็พบว่ามีความสัมพันธ์น้อยมากกับการประเมินทางคลินิก (Reisine & Bailit, 1980) นอกจากนี้ยังมีอีกหลายการศึกษาที่ชี้ชัดถึงความไม่สอดคล้องกันของการประเมินความจำเป็นในการรักษาทางทันตกรรมระหว่างการประเมินทางคลินิก และการรับรู้ของประชาชน (Smith & Sheiham, 1980; Grabowski & Bertram, 1975; Heath, 1972; Manderson & Ettinger, 1975; Rise & Heloe, 1978)

จากปัญหาและลักษณะทางระบาดวิทยาของโรคในช่องปากตลอดจนความหมายของสุขภาพ (Health) ที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงมาสู่นิยามใหม่คือ “ภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจรวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี” การรวบรวมข้อมูลสุขภาพเพื่อการวางแผนทางทันตสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลระบาดวิทยาที่วัดเฉพาะโรค หรือความจำเป็นในการรักษาที่ประเมินโดยทันตบุคลากร (Normative treatment need) มีข้อจำกัดหลายประการ โดยเฉพาะจากการที่ทันตบุคลากรมีบรรทัดฐานความจำเป็นที่แตกต่างจากประชาชน ทำให้มีช่องว่างของความจำเป็นที่ระบุในแผนกับความรู้สึกต้องการ (want, perceived need) หรืออุปสงค์ (demand) ของประชาชน (สุปรีดา อุดุลยานนท์, 2543)

การประเมินสุขภาพจำเป็นต้องใช้อัตวิสัย (Subjectivity) ของผู้เป็นเจ้าของสุขภาพด้วย ดังนั้น นิยามและการวัดสุขภาพจึงจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของทั้งบุคคลและสังคม (Campbell, 1977) การประเมินสภาวะความเจ็บป่วย นอกจากการประเมินด้วยกระบวนการทางการแพทย์แล้ว ควรต้องมีการประเมินลงไปถึงการรับรู้ของบุคคล เช่น ความเจ็บปวด, ความไม่สบาย หรือการไม่สามารถใช้ร่างกายปฏิบัติงานได้ตามปกติได้ หรือให้ข้อมูลด้านบวกของสุขภาพที่ดี รวมทั้งสามารถที่จะนำเสนอมุมมองของผู้ป่วยต่อสุขภาพของตนเองที่สมควรจะมีสิทธิ มีเสียง และมีความรับผิดชอบไม่น้อยไปกว่านักวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข (Culyer, 1983; Patrick, 1982; McDowell and Newell, 1987) การวัดสุขภาพช่องปากและผลกระทบต่อ

สุขภาพชีวิตของบุคคล ควรต้องมีการพัฒนาการวัด การทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) และการให้คุณค่าตนเอง (Self esteem) ให้มากขึ้น (Ettinger, 1987)

ดังนั้นจึงมีความพยายามในการขยายขอบเขตการประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากที่นอกเหนือการศึกษาด้วยระบาดวิทยาซึ่งอยู่ในขอบเขตหรือวิสัยทัศน์ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยนำมิติทางด้านสังคม-จิตวิทยาซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้รับบริการหรือประชาชนทั่วไปเข้ามาร่วมในการประเมินด้วย

ตัวอย่างหนึ่ง ได้แก่ การวัดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล อันเนื่องมาจากความผิดปกติหรือพยาธิสภาพของเนื้อเยื่อในช่องปาก เช่น การสูญเสียเนื้อฟัน หรืออวัยวะปริทันต์ ซึ่งส่งผลต่อร่างกาย จิตใจและสังคม และในที่สุดมีผลต่อการรับรู้ของบุคคล ตามกรอบแนวคิดของ Adulyanon and Sheiham (1997) ได้แก่ 1.ความเจ็บปวด (Pain) เช่น ปวดฟัน, ปวดข้อต่อขากรรไกร 2.ความไม่สบาย (Discomfort) เช่น ความรำคาญจากอาหารติดรูฟัน, ฟันปลอมหลวม 3.การทำหน้าที่ได้จำกัด (Functional limitation) เช่น เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด, อ้าปากได้จำกัด 4.ความไม่พึงพอใจต่อลักษณะปรากฏ (Dissatisfaction with appearance) เช่น ความไม่พึงพอใจต่อรูปร่าง, การเรียงตัวของฟันหรือ สีฟัน, สภาวะฟันหลอ เป็นต้น

ผลกระทบด้านสังคม จิตใจในระดับบุคคลเนื่องจากสภาวะช่องปาก

(Social and psychological impacts of oral conditions)

การรวบรวมผลกระทบด้านสังคม จิตใจในระดับบุคคลอย่างเป็นระบบเนื่องจากสภาวะช่องปาก เริ่มมีขึ้นในช่วงทศวรรษ 1980 โดย Cohen and Jago (1979) และงานทบทวนช่วงแรกๆ โดย Reisine (1984, 1985) มีการเสนอถึงผลกระทบที่มีเนื่องจากการอาการเฉียบพลันทางทันตกรรม (Acute dental episode), ปัญหาจากการสบฟันและบดเคี้ยว (Malocclusion) และความผิดปกติของใบหน้าและช่องปาก (Dentofacial anomalies) และเมื่อมีการศึกษาวิจัยมากขึ้นทำให้การทำความเข้าใจต่อผลกระทบต่อบุคคลเนื่องจากสภาวะช่องปากขยายกว้างมากขึ้น Reisine and Locker (1995) ผลกระทบต่างๆ ทางด้านสังคมจิตใจตามสภาวะปัญหาสุขภาพช่องปาก ได้แก่

- Tooth loss, Oral function and Well being

การสูญเสียฟันมีผลกระทบในด้านการทำหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหาร ซึ่งพบว่ามี การรับรู้ความสามารถในการบดเคี้ยวลดลงในผู้ที่ใส่ฟันปลอม แนวคิดเรื่อง Shortened dental arch (SDA) ช่วยในการอธิบายเรื่อง การปรับตัวของผู้ป่วยกรณีสูญเสียฟันหลังบางซี่ที่ยังสามารถใช้ฟันที่เหลือในการบดเคี้ยวอาหารได้ พบความแตกต่างเพียงเล็กน้อย ในประสิทธิภาพการบดเคี้ยวระหว่างผู้ที่มีฟันเหลืออยู่ทั้งปากและผู้ที่มี SDA

- Oral and Facial pain and other symptoms

อาการเจ็บปวดบริเวณใบหน้าและช่องปากทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจเป็นสำคัญ ทั้งกับตนเองและครอบครัว เช่น ทำให้การแสดงออกเปลี่ยนแปลงไป เกิดความขัดแย้งในชีวิตแต่งงาน และความสัมพันธ์อื่นๆ ในประเทศอังกฤษมีรายงานความทุกข์ของอาการเจ็บปวดจากช่องปาก คิดเป็นจำนวนวันที่มีอาการถึง 200 ล้านวันต่อปี ในสหรัฐอเมริกา มีอัตราการปวดฟันอยู่ในช่วง 13-17% ในแคนาดา 40% จาก 628 คนที่เคยมีประสบการณ์การปวดฟัน อย่างน้อย 1 ครั้งหรือมากกว่าใน 4 สัปดาห์ก่อนการศึกษา การศึกษาอื่นๆ พบการเจ็บปวดจากการใส่ฟันปลอม และความไม่สบายในการกินอาหารในอัตรา 9-32% ส่วนอาการเจ็บปวดที่เรื้อรัง เช่น

ปัญหา TMD พบว่าในประชากร 12-59% มีอาการแสดงบางอย่าง อาการเจ็บปวดที่เรื้อรังแม้จะพบมากแต่ก็ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมแสวงหาการรักษา

ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งการเจ็บปวดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง นอกจากปัญหาทางด้านจิตใจแล้ว ยังมีปัญหาต่อประสิทธิภาพการทำงาน การพักผ่อน การกิน และลดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทั้งการพูดเจรจาสื่อสาร และความอับอาย (Clicking sound of TMD)

- Older adults

ในผู้สูงอายุ ปัญหา Burning mouth syndrome, ปัญหาการใส่ฟันปลอมรบกวนชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะรบกวนการกิน การบดเคี้ยวอาหาร ซึ่งเป็นปัญหาหลัก นอกจากนั้นก็มีสิ่งที่ต้องใช้เวลาการกินอาหารนานขึ้น ความไม่สบายในช่องปากรบกวนการนอน และความอับอายเมื่อต้องมีการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

- Malocclusion and dentofacial anomalies and

ปัญหาทางสังคมของผู้ป่วย Cleft lip & palate คือ แนวโน้มในการแต่งงานจะน้อยกว่าและช้ากว่า (Peter & Chinsky, 1974) เด็กวัยประถมที่มีปัญหา Cleft มีแนวโน้มต่อการให้คุณค่า การประเมินความสามารถของตนเองได้ค่อนข้างต่ำ (Low self concept) มีผลกระทบต่อการพูด การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับสังคมได้น้อย มักมีอาการเศร้าซึมและโกรธบ่อยกว่าเด็กปกติ และมักถูกรับรู้และถูกปฏิบัติในทางลบจากผู้อื่น (Kapp-simon, 1986; Broder & Strauss, 1989) เด็กวัยรุ่นที่มีปัญหา Cleft จะพบผลกระทบด้านภาพลักษณ์ที่ปรากฏ (Appearance) มากกว่าปัญหาจากการพูด (Strauss, Broder & Helms, 1988)

การศึกษาที่วัดผลกระทบสุขภาพช่องปากต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันในกลุ่มคนไทย อายุ 35-44 ปี จำนวน 501 คน พบว่า 73.6% ได้รับผลกระทบต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันอย่างน้อย 1 อย่าง กิจกรรมที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด จากปัญหาสุขภาพช่องปาก คือ การกิน 49.7 % รองลงมาคือผลกระทบทางด้านอารมณ์ 46.5 % และการยิ้ม 26.1 % ผลกระทบอื่นเนื่องมาจากช่องปากต่อการกิน, ด้านอารมณ์ และการทำความสะอาดช่องปาก มีความรุนแรงต่ำแต่พบได้บ่อย (Chronic effect) ขณะที่ผลกระทบต่อการนอนหลับ มีความรุนแรงสูงกว่าแต่พบได้น้อย (Acute effect) อาการปวดและความไม่สบาย (Pain and Discomfort) เป็นสิ่งที่มีการรับรู้ว่าเป็นสาเหตุของผลกระทบของกิจกรรมเกือบทุกอย่าง ยกเว้นการยิ้ม อาการปวดฟันจะเป็นสาเหตุหลักของผลกระทบจากช่องปาก (Adulyanon, Vourapukjaru & Sheiham, 1996)

พฤติกรรมสุขภาพช่องปากและความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง

(Oral health behaviors and People's potential for responding of self care)

Kasl and Cobb (1966) ให้คำจำกัดความ พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลทำขณะมีสุขภาพที่ดี เพื่อมุ่งหวังการป้องกันโรค และตรวจพบโรคได้ตั้งแต่ยังไม่ปรากฏอาการ ดังนั้นในบริบทของทันตกรรม จึงหมายถึง การแปรงฟัน การใช้ไหมขัดฟัน หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลสูง และไปพบทันตแพทย์สม่ำเสมอเพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก

พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลทำขึ้นเมื่อรับรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพ เพื่อนิยามสภาวะสุขภาพ ค้นหาและหาวิธีการรักษาที่เหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย พบว่า ส่วนใหญ่มีการแปรงฟันวันละ 2 ครั้งเป็นอย่างน้อย ยาสีฟันที่เลือกใช้มากกว่าครึ่งเป็นยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และประชาชนประมาณครึ่งหนึ่งที่ใช้อุปกรณ์เสริมในการทำความสะดวกช่องปาก เด็กและเยาวชนรู้จักฟลูออไรด์เป็นอย่างดี รูปแบบฟลูออไรด์ที่เป็นที่รู้จัก คือ น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ ขณะที่กลุ่มผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุรู้จักฟลูออไรด์ในรูปแบบของยาสีฟันมากกว่า

พฤติกรรมความเจ็บป่วยของประชาชนไทยต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก ซึ่งยังมุ่งแก้ไขอาการปวดฟันและเสียวฟันเป็นหลัก คือการที่ปล่อยทิ้งไว้ให้หายเองหรือซื้อยามากิน มีเพียงส่วนน้อยที่ไปพบทันตแพทย์ทันทีเมื่อมีปัญหาในช่องปาก (กองทันตสาธารณสุข, 2537)

ตัวแปรในการทำความเข้าใจและทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ แรงจูงใจด้านสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ป่วยต่อต้นทุน ผลได้จากการรักษา การรับรู้ความไวในการเกิดโรคและความรุนแรงของโรค Tash et al.(1969) พบว่าบุคคลที่รับรู้ในความรุนแรงของโรคในช่องปากมักจะมาพบทันตแพทย์เพื่อรับการรักษาแต่เนิ่นๆ ขณะที่ Kegeles (1963) รายงานถึงความเชื่อของผู้ป่วยต่อความรุนแรงของโรคที่สัมพันธ์กับการแสวงหาการรักษาทันตกรรม

ค่านิยม, ความเชื่อ, ทศนคติของประชาชนต่อสภาวะช่องปากและบริการสุขภาพช่องปาก (People's Cultural value, Belief and Attitude to oral status and dental services)

การป้องกันและรักษาโรคที่เกิดกับช่องปากด้วยวิถีทางการทางทันตกรรมที่ได้มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ทำให้การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพช่องปากด้วยเทคนิควิธีการทางทันตกรรมไม่ใช่เรื่องยากอีกต่อไป เมื่อผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์เพื่อรับการรักษา แต่ประชาชนมักมาพบทันตแพทย์เมื่อมีปัญหาลุกลามมากแล้ว และสุดท้ายต้องสูญเสียฟันไปในที่สุด (กองทันตสาธารณสุข, 2537) ดังนั้นปัญหาที่สำคัญที่ทันตบุคลากรควรต้องคำนึงถึง คือ ประชาชนตระหนักและรับรู้ต่อสภาวะสุขภาพช่องปากของตนมากน้อยแค่ไหน ค่านิยมทางสังคม ความเชื่อ ทศนคติมีผลต่อสุขภาพช่องปากอย่างไร ทั้งหมดนี้ล้วนมีผลต่อความตระหนักและการรับรู้ของประชาชนทั้งสิ้น

ระบบความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของประชาชน

ในการทำความเข้าใจระบบสุขภาพจำเป็นต้องมองผ่านแบบแผนรวมของความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมของคนในกลุ่มสังคมและวัฒนธรรมหนึ่ง ๆ ซึ่งมีความแตกต่างกันในความรู้ ประสบการณ์ ระบบความเชื่อ หรือค่านิยมที่สืบทอดกันมา การรับรู้ความเจ็บปวด และการแก้ปัญหา (Pain and Pain Coping) ต่อการรักษาทางทันตกรรม ในกลุ่มผู้ป่วยและทันตแพทย์ที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมและเชื้อชาติ (Ethnicity) ซึ่งมีบทบาทอย่างมากในการรับรู้ต่อความเจ็บปวดและการตอบสนองที่มีความแตกต่างกันมากกว่าด้วยกระบวนการทางวิชาชีพ (Professional Socialization) (Moore R., 1986; Zboronski, 1969)

ในอดีตคนไทยมีความเชื่อและค่านิยมในการกินหมาก คนอินเดียเองก็นิยมการเคี้ยวหมากโดยมีความเชื่อว่าพระพิฆเนศที่เป็นเทพเจ้าแห่งความรอบรู้จะแปลงร่างเป็นผลหมาก หมากจึงเป็นพืชผลของพระเจ้าในพิธีกรรมต่าง ๆ ของพราหมณ์ซึ่งจะขาดหมากไม่ได้ ในตำราแพทย์ของอินเดียชื่อตำราสครูต กล่าวว่า การกินหมากเป็นของดี มีผลต่อความแข็งแรงของเหงือกและฟัน เอกสารจีนโบราณได้บันทึกถึงพวกปาเถื่อนทางใต้ เมื่อ 3,000 ปีมาแล้ว มีประเพณีอวด 'ฟันดำ' จึงสันนิษฐานว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับการกินหมากและเป็นค่านิยมของคน

ในสมัยนั้น (สุรีย์ ภูมิภมร, 2535; อเนก นาวิกมูล, 2537) นอกจากนี้คนไทยในอดีตก็เคยมีค่านิยมในการตัดแต่งฟันโดยเฉพาะบริเวณฟันหน้าให้ราบเรียบเสมอกัน โดยใช้ตะไบถูที่ปลายฟัน

ปากและฟันถูกใช้เป็นสัญลักษณ์ของความงามและความแข็งแรงของร่างกายมาตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์แล้ว (Malvin ER., 1985) ความสวยงามกับพฤติกรรมสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสังคม, วัฒนธรรมและจิตวิทยา จากลักษณะสังคมวัฒนธรรมโดยทั่วไป ภาพลักษณ์ทางร่างกายที่ปรากฏต่อสายตาผู้อื่นมีอิทธิพลต่อความสำเร็จและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในเกือบทุกกลุ่มอายุและทุกเพศ ซึ่งพบว่าใบหน้าเป็นอวัยวะที่สำคัญในการเปิดเผยและเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลหนึ่งและใบหน้าเป็นเสน่ห์ดึงดูดได้พอ ๆ กับความตั้งใจในการแสดงออกทางพฤติกรรม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าส่วนประกอบ 2 ส่วนบนใบหน้าที่มีความเด่นสร้างจุดดึงดูด คือ ตาและปาก ซึ่งเป็นส่วนหลักในการแสดงออกถึงอารมณ์ความรู้สึก Second & Backman (1959) พบว่าลักษณะของรูปร่างใบหน้าและฟัน ได้แก่ การยื่นของขากรรไกรบน, การหุบเข้าของคาง, การเรียงของตัวฟัน สัมพันธ์กับความมีเสน่ห์ดึงดูด และการเรียงตัวของฟันสัมพันธ์กับความจริงจัง, ความมีสติสัมปชัญญะ

Linn (1976) ศึกษากลุ่มตัวอย่างอายุ 20 ปี ในการให้ความสำคัญลักษณะที่มีต่อสถานภาพของสังคม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อลักษณะของฟัน (Dental appearance) ในระดับ 'สำคัญมาก' ในสถานการณ์ต่าง ๆ กัน เช่น การมีนัดในเด็กวัยรุ่น, การหางานทำ, การสร้างความสัมพันธ์ต่อเพื่อน ประมาณ 80% รู้สึกว่าทันตกรรมจัดฟันเป็นการลงทุนสำหรับครอบครัวที่สำคัญมากกว่าการซื้อบ้าน และเป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มตัวอย่างกว่า 1/3 เป็นผู้ที่ปัญหาทันตกรรม เช่น ฟันเปลี่ยนสีหรือไม่มีฟัน ซึ่งต้องการการรักษา ในความเป็นจริงขณะที่มีการให้ความสำคัญต่อภาพลักษณ์ ลักษณะที่ปรากฏของช่องปากอย่างแพร่หลาย แต่ความเชื่อค่านิยมดังกล่าวก็ไม่ได้เป็นเหตุผลในการที่จะปรับพฤติกรรมทางทันตสุขภาพที่เหมาะสม

ปากและฟันในโลกทัศน์ของชาวบ้าน

ความคิด ความเชื่อต่อปากและฟันของชาวบ้านเป็นสิ่งที่ได้จากการสังเกต ประสบการณ์และการบอกต่อกันมา มีลักษณะสอดคล้องสัมพันธ์กับวิถีชีวิตในสังคมและสภาพแวดล้อม สิ่งที่กำหนดแบบแผนทางความคิดนั้นได้จากวัฒนธรรมดั้งเดิมผสมผสานกับวัฒนธรรมที่รับมาใหม่ ความคิด ความเชื่อบางอย่างอาจเป็นสิ่งที่ดูไม่มีเหตุผลในทางวิทยาศาสตร์ แต่มีผลต่อความใส่ใจและการเลือกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพปากและฟันของชาวบ้าน ตัวอย่างเช่น ความคิดในเรื่องการกินขนมและฟันผุในเด็กเล็กเป็นเรื่องธรรมชาติที่ต้องมีในเด็กทุกคน, ความคิดในกลุ่มผู้สูงอายุว่าฟันมีการเสื่อมไปตามอายุขัย หรือความคิดว่าเมื่อแต่งงานมีลูกแล้วไม่จำเป็นต้องรักษาฟัน ซึ่งความคิด ความเชื่อเหล่านี้ส่งผลให้เกิดการละเลยไม่สนใจในการดูแลสุขภาพปากและฟันเท่าที่ควร ในระดับชุมชนเกี่ยวข้องกับการให้คุณค่าต่อปากและฟันทางสังคมวัฒนธรรม ตัวอย่างเช่น ค่านิยมมีฟันสีดำและปลายฟันตัดเรียบในยุคสมัยหนึ่ง และความนิยมต่อฟันสีขาวเรียงชิดติดกันในสมัยปัจจุบัน, ค่านิยมต่อการกัดเคี้ยวของแข็งว่าเป็นสัญลักษณ์ของความแข็งแรง, การเคี้ยวมากช่วยให้ฟันแข็งแรง, ความกลัวต่อการถอนฟันทำให้ประสาทเสียจากเรื่องเล่าในชุมชน ค่านิยมและการให้คุณค่าดังกล่าวนี้มีผลต่อการปรับแบบแผนทางความคิดในระดับบุคคล ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติและการเลือกวิธีการดูแลสุขภาพปากและฟันในระดับบุคคล

“อาการ” (Symptom) และ “ลักษณะที่ปรากฏ” (Appearance) เป็นหลักในการอธิบายโรคและระดับความรุนแรงของปัญหาปากและฟันของชาวบ้าน เนื่องจากปัญหาปากและฟันไม่ใช่ปัญหาที่มีความรุนแรง

มากถึงชีวิต ความใส่ใจในการดูแลรักษาขึ้นอยู่กับคุณค่าที่บุคคลมีต่อสุขภาพช่องปาก ดังนั้นเมื่อผนวกกับความคิด ความเชื่อบางลักษณะ การให้ความสำคัญกับปัญหาปากและฟันของชาวบ้านจึงมีค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะเมื่อธรรมชาติของการเกิดโรคมีบางระยะที่ "อาการ" ที่มีอยู่นั้นสามารถหายเองได้ ตามความเข้าใจของชาวบ้านโรคนั้นจึงหายแล้วทั้งๆที่ยังมีพยาธิสภาพของโรคอยู่ ความสนใจต่อการแก้ปัญหาปากและฟันอีกประการหนึ่งของชาวบ้านอยู่ที่การจัดการต่อ "ลักษณะที่ปรากฏ" ซึ่งมีการศึกษาหลายงานที่สนับสนุนถึงความตระหนักของประชาชนที่มีต่อลักษณะที่ปรากฏและบุคลิกภาพ อันเนื่องมาจากสภาวะช่องปากและฟัน (ADA Bureau of Economic Research and Statistics, 1956 :56,434-443 , Linn, 1976:946 ,Giddon, 1978:3)

การปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับปากและฟันของชาวบ้าน

การปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับปากและฟันของชาวบ้านมีหลากหลายวิธี การปฏิบัติตนเพื่อการดูแลรักษาเมื่อปกติจะมีทั้งการแปรงฟัน บ้วนปาก โดยใช้แปรงสีฟัน ยาสีฟันหรือใช้น้ำเกลือ การอมเกลือ การใช้ใบช่อดย ขัดถูฟัน การใช้น้ำยาฟลูออไรด์ในเด็กเล็ก และเมื่อมีปัญหาจากปากและฟันการดูแลรักษาที่มีความหลากหลายมากขึ้น มีการผสมผสานทั้งการรักษาด้วยตนเอง, รักษาด้วยระบบแพทย์พื้นบ้านและแพทย์ในระบบวิชาชีพ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงและประสบการณ์การรักษา ในการรักษาด้วยตนเองนั้นมีทั้งการกินยาแก้ปวด, การใช้ยาอุด ยาทา, การใช้สมุนไพรและยากวาดปากแสงหมึก เมื่อชาวบ้านไม่สามารถแก้ปัญหาปากและฟันด้วยตนเองได้จึงแสวงหาการรักษาจากระบบแพทย์พื้นบ้านที่เรียกว่า "หมอตามบ้าน" ซึ่งมีทั้งหมอยากลางบ้าน, หมอเป่า หมอไซทำพิธีทางไสยศาสตร์และหมอไสยพื้นบ้าน และอีกทางเลือกหนึ่งที่สำคัญของชาวบ้านคือการรักษาในระบบแพทย์ในวิชาชีพที่เรียกว่า "หมอในเมือง" ซึ่งเป็นทันตแพทย์ที่ให้บริการในคลินิกหรือโรงพยาบาล (ปิยะฉัตร พัทธานันต์, 2543)

พฤติกรรมมารับบริการทันตกรรม (Oral Health Seeking behaviors)

Tomar, Azevedo & Lawson (1998) พบว่า สาเหตุหลักที่ประชาชนไม่ไปพบทันตแพทย์คือไม่มีเหตุผล ความจำเป็นที่จะต้องไป หรือไม่รับรู้ถึงความจำเป็นในการไปพบทันตแพทย์ ถึง 37.2% กังวลต่อเรื่องราคาค่าใช้จ่าย 30.7% และกลัว 9.2%

ปัจจัยด้านผู้รับบริการ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพช่องปาก (เพ็ญแข ลากยั้ง, 2542) ได้แก่

- สถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ จะบ่งบอกถึงวิถีชีวิตหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต ความสามารถในการเข้าถึงบริการ การดูแลตนเองรวมถึงทัศนคติและการรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพ,
- การมีหลักประกันทันตสุขภาพ ซึ่งแม้จะลดอุปสรรคด้านการเงิน แต่ก็ไม่ได้เพิ่มการใช้บริการเสมอไป เพราะอาจต้องจ่ายร่วม (copayment) หรืออุปสรรคด้านสังคมจิตวิทยาที่การมีสิทธิดังกล่าวทำให้มีความรู้สึกว่ามันดีอยู่คุณค่า
- พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ชนชั้นกลางจะมองเห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าคนจนที่ต้องหารายได้ให้พอกับการใช้จ่ายในแต่ละวัน จึงมักไปใช้บริการเมื่อมีอาการมากแล้ว,
- การเรียนรู้ นอกจากความรู้ในสถาบันการศึกษาแล้ว ยังได้รับอิทธิพลจากค่านิยมของสังคม (Social norm) ภูมิหลังของบุคคล และการมีประสบการณ์ใหม่ๆ

- สภาวะสุขภาพช่องปาก เป็นตัวกำหนดการใช้บริการในมุมมองทันตแพทย์ แต่ประชาชนต้องเกิดการตระหนักรู้ก่อน (felt need) จึงจะสามารถชักนำให้เกิดการใช้บริการได้

- พฤติกรรมการมารับบริการทันตกรรม (Dental visit) มักไม่สัมพันธ์กับการเกิดโรคจริง คนที่มาพบทันตแพทย์สม่ำเสมอ มักเป็นผู้ที่ยังมีฟันเหลือในช่องปากจำนวนมาก มีฟันที่อาจไม่ต้องการรักษาได้น้อยกว่า และจำนวนฟันที่ได้รับการบูรณะแล้วมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มาพบทันตแพทย์ (Peterson and Holst, 1995)

พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของคนไทย (กองทันตสาธารณสุข, 2537) ยังเป็นการถอนฟันเป็นหลัก (มากกว่าร้อยละ 50) รองลงมาเป็นการอุดฟันและอุดฟัน บัจจัยที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลคือ ใกล้บ้านและให้บริการเร็ว ผู้ที่ไม่เคยไปรับบริการทันตกรรมเลยในรอบปีที่ผ่านมาครั้งหนึ่งเนื่องจากไม่มีอาการใดๆ ส่วนที่เหลือเป็นเพราะมีอาการเพียงเล็กน้อย รองลงมาคือไม่มีเวลา เห็นได้ชัดว่าการคำนึงถึงบริการทันตกรรมของคนไทยส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับ “การกำจัดอาการของโรคที่ปรากฏ” และต้องเป็นอาการเจ็บปวดที่รุนแรงเกินที่จะทนได้จึงจะมาพบทันตแพทย์

สอดคล้องกับการรับรู้สภาพในช่องปากของประชาชนเองจากการสำรวจครั้งเดียวกันที่พบว่า อาการที่รับรู้ส่วนใหญ่เป็นอาการปวดฟันและเสียวฟัน ซึ่งมักทิ้งไว้ให้หายเองหรือซื้อยามากิน นอกจากนี้ก็มีการรับรู้ถึงสภาพการมีหินปูนและการมีฟันที่เป็นรู

จากการสำรวจครั้งเดียวกันนี้ พบว่าในกลุ่มสูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 95 มีประสบการณ์การเกิดโรคฟันผุ และครึ่งหนึ่งในช่องปากเป็นโรคฟันผุ (ค่า DMFT 15.8 ซี/ คน) ฟันส่วนใหญ่จะถูกถอน ฟันที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 16.7 เป็นฟันที่เก็บไว้ไม่ได้แล้ว โดยมีผู้ที่ต้องการรักษาด้วยการถอนฟันถึงร้อยละ 53.3

นำสู่แนวคิดการจัด Core Package ที่ต้อง concern ถึงการกำจัดอาการความเจ็บปวดในเบื้องต้นก่อน โดยต้องพยายามรักษาสภาพการใช้งานได้ของฟันและอวัยวะในช่องปากให้ได้มากที่สุด ขณะเดียวกันต้องคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยต่อการถอนฟันด้วย โดยต้องหาสาเหตุให้ได้ว่าเป็นเพราะเหตุใดผู้ป่วยจึงต้องการถอนฟันมาก เป็นเพราะหายปวด สะดวกครั้งเดียวเสร็จ รวดเร็ว ราคาถูก หรือไม่รู้จักวิธีรักษาอย่างอื่น

อุปสรรคของการแสวงหากระบวนการรักษา การป้องกัน หรือการบรรเทาความเจ็บปวด คือ การมีช่องว่างทางความคิดระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ผู้ให้การรักษาเกี่ยวกับ ความเชื่อ, ทศนคติ ซึ่งผู้ให้บริการมักจะตัดสินปัญหาและพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยนัยยะทางคลินิก หรือปัจจัยความเสี่ยงทางสุขภาพที่มีฐานทางวิทยาศาสตร์ ขณะที่ผู้ป่วยใช้ระบบความรู้ ความคิดที่ต่างกันไปต่อนัยยะของปัญหาและความเสี่ยง

วิธีการในการเปลี่ยนแปลงระดับและแบบแผนการแสวงหาบริการทางทันตกรรมของผู้ใช้บริการ (Douglass and Cole, 1979) ต้องทำความเข้าใจกลุ่มผู้รับบริการที่มีระดับการใช้บริการต่ำ 3 กลุ่ม คือ

1. Effective utilizer กลุ่มที่ต้องการบริการการรักษาและสามารถเข้าถึงได้ แต่ไม่รวมความต้องการในการป้องกันโรค กลุ่มนี้ต้องลดความจำเป็นในการรักษา โดยทำให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง (Oral Self Care) และการตรวจรักษาก่อนเกิดโรค (Early Diagnosis)
2. Potential utilizer กลุ่มที่ต้องการบริการการรักษาแต่ถูกปิดกั้นไว้ด้วยอุปสรรคบางประการ กลุ่มนี้ต้องพยายามลดอุปสรรคด้านต่างๆ เช่น เศรษฐกิจ, องค์กการจัดการที่จำกัดช่องทางเข้าถึงบริการ

3. True under utilizer กลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแต่ไม่รับรู้และไม่มีความต้องการ กลุ่มนี้ต้องปรับบริการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้ง การสร้างแรงจูงใจ (Motivation) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อระบบบริการ (Patient's Satisfaction)

ประสบการณ์ของผู้ป่วยและสิ่ง que ผู้ป่วยคำนึงถึงอันเป็นผลจากประสบการณ์ ควรต้องนำมาพิจารณาร่วมในการวางแผนการให้บริการสุขภาพ เนื่องจากประสบการณ์ของผู้ป่วยจะเป็นปัจจัยที่บอกถึงว่าผู้ป่วยจะมาใช้บริการตามระบบสุขภาพนั้นหรือไม่ และจะประเมินว่าเกิดประโยชน์อย่างไรต่อตัวเขา ความสนใจในการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient's satisfaction) เริ่มมีบทบาทมากขึ้น เมื่อกลายเป็นตัวกำหนดการเลือกผู้ให้บริการ (Provider) และการลงทะเบียนรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นข้อยืนยันที่ชัดเจนถึงความตระหนักของนักวางแผนด้านสุขภาพ และผู้จ่ายในฐานะบุคคลที่ 3 (Third-party payers) ที่เข้าใจว่าทำไมผู้ป่วยจึงตัดสินใจเลือกทางเลือกนั้นๆ (Dimatteo, Taranta, Friedman and Prince, 1980; Weiss and Senf, 1990; Pope, 1978; Linn et al, 1985; Davies et al, 1986, Murray, 1987; Marquis, Davies and Ware, 1983; Ware and Davies, 1983) นอกจากนี้เครื่องมือทางด้านการจัดการ บริการให้คำปรึกษาต่อการจัดบริการสุขภาพที่พบเห็นได้ในปัจจุบัน มีทั้งเครื่องมือในการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient's satisfaction) และโปรแกรมการสร้างความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ซึ่งเป็นกลยุทธ์ในระยะยาวสำหรับการปรับปรุงคุณภาพงานบริการที่มีผู้บริโภคเป็นตัวขับเคลื่อน และแข่งขันกันในการเข้าถึงการรับรู้ของผู้ป่วย (Patient's perception) (Press, Ganey and Malone, 1991; Omachonu, 1990; Steiber, 1988)

ความสนใจในการให้ความสำคัญต่อการรับรู้ของประชาชนหรือผู้ป่วยถึงกับได้มีการก่อตั้งโครงการ The Picker/Commonwealth program for patient-centered care ในปี 1987 ในสหรัฐอเมริกาโดยการสนับสนุนของ Commonwealth fund of New York (Magaret G. et al, 1993) เพื่อศึกษาความต้องการและความสนใจของผู้ป่วย, การให้ความหมายต่อตนเองในฐานะที่เป็นผู้ป่วยและส่งเสริมรูปแบบการดูแลที่ทำให้ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและการนอนรักษาในโรงพยาบาลมีมนุษยธรรมมากขึ้นซึ่งมิติที่โครงการนี้สนใจอย่างหนึ่งก็คือ การเคารพต่อค่านิยม, ความชอบและความต้องการของผู้ป่วย

การศึกษาของพิสุทธ์และคณะ(2533) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพช่องปากด้วยตนเองของประชาชน คือ ประสบการณ์ของโรคฟันผุ, อนามัยช่องปาก, ความจำเป็นที่ต้องการใส่ฟันปลอมและสภาพฟันปลอม ความพอใจในสุขภาพช่องปากของประชาชน ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการมีโรคในช่องปากเท่านั้น แต่เกณฑ์ของประชาชนยังขึ้นอยู่กั เศรษฐฐานะของแต่ละบุคคล, ทศนคติต่อบริการของรัฐ และพื้นฐานความรู้ทางทันตสุขภาพของประชาชน การที่ประชาชนจะพอใจสภาวะช่องปากตนเองหรือไม่ขึ้นอยู่กั

- 1) ความรุนแรงของโรคในช่องปาก 2) ความผิดปกติของการบดเคี้ยว และ 3) ปมด้อยในการเข้าสังคม

สาเหตุที่ทำให้ประชาชนไปพบทันตแพทย์ เพราะต้องการเรื่องความสวยงามมากกว่าสิ่งอื่น (Brundo et al., 1984) ซึ่งตรงกับการศึกษาของพิสุทธ์และคณะ(2533) ที่ประชาชนจะไม่พอใจสภาวะช่องปากตนเอง เมื่อพบว่าฟันของตนมีคราบสกปรก ไม่ขาว มีแผ่นคราบอ่อนหรือหินปูน

ความแตกต่างระหว่างบุคคล/ ความเท่าเทียม ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก

ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมค่อนข้างต่ำ ความลำบากในการเข้าถึงแหล่งอาหาร, การศึกษา, การดูแลสุขภาพ, ที่พักอาศัย, การทำงาน เป็นสิ่งที่ยากลำบากที่ทำให้ไม่อาจหลีกเลี่ยงผลที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพทั่วไปและสุขภาพช่องปากได้ ทั้งนี้สัมพันธ์กับทัศนคติและความรู้ระดับบุคคล สัมพันธ์กับความเชื่อและค่านิยมซึ่งอาจมีผลต่อสุขภาพช่องปาก และยังสัมพันธ์กับ Poor self esteem, Less future oriented outlook และการมองเรื่องสุขภาพในแง่ลบ (Locker D.,1989; Gortmaker SL,1981; Gremboeski D, Anderson RM, Chen MS.,1989)

วัยและอายุ สุขภาพของช่องปากสำหรับผู้สูงอายุจะนึกถึง 3 เรื่องหลักๆ คือ 1)ความสบาย (Comfort) ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่อง การกิน, การมีฟันคงอยู่, อาการเจ็บปวด และภาพลักษณ์ 2) ความสะอาด (Hygiene) ทั้งส่วนตัวและแ่มองทางสังคม และ3)ภาวะสุขภาพ (Health) ความสัมพันธ์สุขภาพช่องปากและสุขภาพทั่วไป (Maccentee, Hole & Stolar, 1997)

ปัจจัยสำคัญที่พิจารณากำหนดการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก

องค์ความรู้และประเภทของงานสุขภาพช่องปากที่อาจจัดอยู่ในชุดบริการ

ในการทบทวนองค์ความรู้ในบทนี้ จะแบ่งประเภทการบริการสุขภาพช่องปาก เป็น 2 หมวดใหญ่คือ งานรักษาเพื่อการฟื้นฟูสภาพ และงานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปาก

ก.รักษาและฟื้นฟูสภาพ

- 1.การอุดฟัน(Filling)
- 2.การขูดหินปูน(Scaling) การรักษาโรคเหงือก(periodontitis treatment)
- 3.การถอนฟัน(Extraction)
- 4.การใส่ฟัน(Dental Substitution)
- 5.การรักษาประสาทฟัน(Pulp Treatment)
- 6.ระบบการบดเคี้ยว(Malocclusion)
 - ปากแหว่งเพดานโหว่(Cleft lip & Palate)
 - ฟันซ้อนเก(Crowding)
- 7.ปัญหาอื่นๆ(Others)
 - มะเร็งในช่องปาก(Oral Cancer)
 - ขากรรไกรหัก(Fractures of Jaws)
 - การติดเชื้อรุนแรง(Severe infection)

ข.งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

- 8.ตรวจสุขภาพช่องปาก & แนะนำขี้ผึ้งในช่องปาก ในกลุ่มเฉพาะ, ระดับการตรวจ(+X-ray)
- 9.การให้ความรู้และคำปรึกษา(Counseling) ในกลุ่มเฉพาะ, ประเภทบริการ
- 10.การใช้ฟลูออไรด์เสริม(Fluoride) กลุ่มอายุ, กลุ่มเสี่ยง,ประเภทบริการ
- 11.การเคลือบหลุมร่องฟัน(Sealant) กลุ่มอายุ, ตำแหน่งฟัน, ประเภทบริการ

เกณฑ์การพิจารณา การที่จะเลือกการบริการประเภทใดก็ตามเข้าสู่ชุดบริการนั้น ควรมีหลักฐานชี้ชัดว่าการรักษาแบบนั้นๆ ได้ผลการรักษาที่ดีมีประสิทธิภาพด้วย ภายใต้บริบทของสังคมและความชุกของโรค(ขนาดของปัญหา) เช่น เพ็ญแข ลาภยั้ง, 2001 ได้ศึกษาปัญหาและการรับบริการทันตสุขภาพของประชาชนอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า มีฟันผุ 95.2% และโรคปริทันต์ 91.2% มีเพียง 24.6% ที่ได้ไปรับบริการทันตกรรม ประชาชนต้องการถอนฟันและขูดหินปูนมากที่สุด ในกลุ่มเด็กมีความจำเป็นเรื่องการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ตามลำดับ ในกลุ่มผู้สูงอายุมีความจำเป็นเรื่องใส่ฟัน รักษาโรคปริทันต์ ถอนฟัน และอุดฟันตามลำดับ

เกณฑ์การกำหนดเพื่อจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก ควรประกอบด้วย

- 1.Normative Treatment need เป็นข้อมูลจากมุมมองนักวิชาชีพ ได้แก่ ระบาดวิทยา, Prevalence, History, Experience, ตัวอย่างของต่างประเทศและประเทศไทย, ลักษณะโครงสร้างประชากรปัจจุบัน
- 2.Severity / Long term effect เช่น ความรุนแรงและผลกระทบ, ระยะสั้น/ ระยะยาว, ความเร่งด่วน (Emergency) ของปัญหา ความจำเป็นในการรักษา

3. **Effectiveness/Efficacy** ประสิทธิภาพของวิธีการในการรักษานั้น (อาจต้อง Review งานที่มีการศึกษาไว้อย่างเป็นระบบโดยใช้ Evidence –based oral health care เช่น Tulloch et al. 1987 ใช้ Decision analysis method ในการประเมินการจัดการทางคลินิก Mandibular third molar, Antczak-Bouckoms et al. 1993 ใช้ Meta-analysis ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบการรักษาโรคปริทันต์ร่วมกับการผ่าตัด หรือไม่ผ่าตัด)
4. **Availability / Resource** เช่น ความเป็นไปได้ของการจัดบริการนั้นๆ มองเรื่องความพร้อมของทรัพยากร, ทันตบุคลากร, ความสามารถในการจัดบริการ, การจัดระบบ, มีผู้ป่วยรองรับบริการนั้น
5. **Perceived impact / Quality of life of Lay people** ทั้งนี้เนื่องจากว่าโรคในช่องปากเป็น Chronic degenerative disorders ซึ่งไม่ได้เกิดจากสาเหตุเฉพาะเพียงสาเหตุเดียว และบางครั้งอาการแสดงจากพยาธิสภาพยังไม่ชัดเจน จึงจำเป็นต้องพิจารณา “ผลกระทบคุณภาพชีวิตตามที่ประชาชนรับรู้” ด้วย
6. **Propensity / Behavior & Self Care** เช่น ศักยภาพในการดูแลตนเองที่งานบริการนั้นต้องการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ มองถึง Behavioral factors : past beh., individual's knowledge, attitudes, beliefs, value, perception & Intention กลุ่มที่ Low propensity of beh. อาจพิจารณาเป็น Low priority group ในการจัดบริการให้
7. **Comparative need / Equity** การจัดบริการให้คนที่ขาด หรือน่าจะจำเป็นต้องได้รับมากกว่า มองถึง Environmental factors : demographic & economic factors, service accessibility and organizational factors กลุ่มที่ Poor environmental factors อาจพิจารณาจัดเป็น High priority group ในการจัดบริการให้ เช่น คนด้อยโอกาสในสังคม
8. **Provider cost & Payment** ต้นทุนการจัดบริการ รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนในการจัดบริการ
9. **Consumer Burden & Payment** การรับภาระของผู้มารับบริการ และรูปแบบการจ่ายเงินค่ารักษา
10. **Utilization Behavior** พฤติกรรมในการมารับบริการทันตกรรม ประเภท ความถี่ จำนวน

สรุปองค์ความรู้ของประเภทงานที่อาจจัดอยู่ในชุดบริการ

การอุดฟัน(Filling)

โรคฟันผุเป็นโรคติดต่อแบบหนึ่งที่ทำลายเนื้อฟัน ในความมุ่งหวังที่จะกำจัดโรคนี้ ต้องเพิ่มการเข้าถึงการบริการ การพัฒนาการตรวจวินิจฉัยโรค การวัดความเสี่ยงของการเกิดโรค รวมทั้งการที่จะทำให้ฟันผุนั้นไม่ลุกลามอีกต่อไป(access for those who suffer disproportionately from the disease; to provide improved detection, risk assessment and diagnosis; and to create improved methods to arrest or reverse caries) จากการสัมมนาผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ หลังจากที่ได้นำหลักฐานทางวิทยาการ(scientific evidence) มีความเห็น ทันตกรรมที่จะมีประสิทธิผลนั้นต้องสามารถตรวจหาการผุของฟันในระยะแรกๆและป้องกันการลุกลามพัฒนาของโรคฟันผุนั้น เพื่อลดภาระงานรักษาและค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลง(Bowersox J.,2001)

- Normative Treatment need Brown LJ.,2000, ได้ศึกษาในกลุ่มเด็กอายุ 2-10 ปี พบว่ามีฟันน้ำนมผุลดลงเป็น 0.63 โดยมีปัจจัยเรื่องอายุ เพศ เชื้อชาติ รายได้

- Effectiveness/Efficacy -WHO ได้แนะนำการใช้ ART ในการอุดฟันในเด็ก และมีข้อได้เปรียบในด้าน cost-effectiveness (Putthari W., 1999)
- กลุ่มที่อุดฟันด้วยวัสดุอุดฟันที่ปล่อยฟลูออไรด์ได้ (Fluoride-Releasing Dental Materials) จะมีการสูญเสียแร่ธาตุของเคลือบฟัน (enamel demineralization) น้อยกว่า กลุ่มที่อุดฟันด้วยวัสดุอุดทั่วไป (Donly KJ., 1999)

การขุดหินปูน และการรักษาโรคเหงือก

- Availability / Resource -Opinion: ความเห็นตัวแทนชมรมเสนอชุดสิทธิประโยชน์ ขุดหินปูนให้ปรับเป็น “ขุดหินปูนและเกลารากฟัน” เนื่องจากอยู่ในวิธีสัที่ทำได้ ไม่ได้ใช้วัสดุเพิ่มเพียงเพิ่มแรง และเวลาของทพ.เล็กน้อย ความถี่ที่แนะนำปีละ 1 ครั้ง (Resource: ทันตแพทยสมาคมเรียกประชุมตัวแทนชมรมทันตแพทย์เฉพาะทาง วันที่ 11 ก.ค. 44 จาก บทความ “บริการทันตสุขภาพในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” เอกสารข่าวสารทันตภูธร ปีที่ 11 ฉบับเดือน พ.ค.-มิย. 44)
- Perceived impact /
Quality of life of Lay people -Investigators found a low awareness of periodontal disorders and a larger discrepancy between subjective and normative periodontal measures than with restorative measures. (Gilbert GH, 1994).
- Propensity /
Behavior & Self Care -จากการศึกษาต่างๆชี้ให้เห็นว่าการสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคปริทันต์ และถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญด้วย ในกลุ่มที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบรุนแรง ความถี่ในการสูบบุหรี่ในปัจจุบันจะเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มความรุนแรงของโรคให้เพิ่มขึ้น
- การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์อักเสบ และมี odds ratios เป็น 3 : 6 (Haber and Kent ,1992)
- ผู้ที่สูบบุหรี่มีความรุนแรงของโรคปริทันต์อักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เมื่อควบคุมอายุในช่องปาก (Bergstrom et al. ,1991)
- การให้การรักษาศัลยปริทันต์พบว่าไม่ประสบความสำเร็จในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ (Ah et al,1994) ขณะเดียวกันการหายของอวัยวะปริทันต์หลังการรักษาทั้งแบบที่ทำและไม่ทำศัลยปริทันต์ ก็ช้ากว่าในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ด้วยเช่นกัน (Preber and Bergstrom,1990)
- เมื่อศึกษาถึงจำนวนบุหรี่ที่สูบในแต่ละวัน พบว่าในรายที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน จะเกิดการละลายของกระดูกรองรับรากฟันมากขึ้น (Berstrom et al ,1991)
- ขณะเดียวกันในผู้ที่สูบบุหรี่มาก คือมากกว่า 10 มวนต่อวันเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่สูบบุหรี่น้อย หรือน้อยกว่า 10 มวนต่อวัน พบว่ามีการเกิดโรคปริทันต์อักเสบที่

มากและรุนแรงกว่า โดย odd ratio เท่ากับ 5.7 (Haber and Kent ,1992)

การถอนฟัน(Extraction)

- Normative Treatment need -Opinion: ความเห็นส่วนตัวแทนชมรมศัลยให้เหตุผลการถอนฟันรวมผ่าฟันคุดว่าเป็นการป้องกันการสูญเสียฟันซี่ 7 และค่าใช้จ่ายน้อยเมื่อเทียบกับการปล่อยให้คนไข้เป็น Ludwig angina (Resource: ทันตแพทยสมาคมเรียกประชุมตัวแทนชมรมทันตแพทย์เฉพาะทาง วันที่ 11 ก.ค. 44 จาก บทความ “บริการทันตสุขภาพ ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” เอกสารข่าวสารทันตภูธร ปีที่ 11 ฉบับเดือน พ.ค.-มิย. 44)

การใส่ฟัน (Dental Substitution)

- Normative Treatment need -จำนวนคู่สบของฟันที่มีในช่องปาก มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยวมากกว่าจำนวนฟันทั้งหมดที่มีในช่องปาก (Helkimo et al.,1978)
- จำนวนคู่สบในฟันหลังถูกใช้เพื่อประเมินประสิทธิภาพและความสามารถในการบดเคี้ยว มีการศึกษาพบว่า จำนวนคู่สบในฟันหลังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสามารถในการบดเคี้ยว (Leake, 1990)
- การทำหน้าที่ในการบดเคี้ยวของกลุ่มผู้ใหญ่ด้วยแนวคิด SDA พบว่าเมื่อลดจำนวนคู่สบในฟันหลังลงน้อยกว่า 4 คู่ ทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ในการบดเคี้ยว Shortened dental arch (SDA) คือ ลักษณะขากรรไกรที่ประกอบด้วยฟันตัด ฟันเขี้ยว และ ฟันกรามน้อยที่มีคู่สบทั้งสี่คู่ในขากรรไกรบนและล่าง ซึ่งจากการศึกษาต่างๆ พบสิ่งที่น่าสนใจซึ่งมีผลต่อการพิจารณาถึงความจำเป็นในการรักษา(Kayser ,1981) และมีการศึกษาจำนวนคู่สบในฟันหลังที่สมมาตรกันในขากรรไกรบนและล่าง และพบว่าลักษณะของ SDA สามารถรักษาเสถียรภาพของการสบฟัน ขณะเดียวกันยังพบอีกว่า การใส่ฟันปลอมถอดได้ในส่วนฟันหลังที่หายไปทั้งหมด มีผลต่อการเกิดโรคปริทันต์ และ เพิ่มแรงในการบดเคี้ยวซึ่งนำไปสู่การสูญเสียฟันในที่สุด และจากการศึกษาต่างๆ พบว่าการที่มีฟันในช่องปากจัดเรียงตัวดี ตั้งแต่ 20 ซี่ขึ้นไปจะมีผลต่อประสิทธิภาพในการบดเคี้ยว เช่นเดียวกับในการศึกษาของ SDA (Witter and associates,1994,1990) พบว่าจำนวนคู่สบของฟันกรามน้อยมีความสำคัญต่อความสามารถในการทำหน้าที่บดเคี้ยวมากที่สุด (Oosterhaven et al,1988)
- การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวของผู้ป่วยที่เหลือเฉพาะฟันกรามใหญ่ และฟันกรามน้อย ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความแตกต่างของประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวของทั้งสองกลุ่ม (เพ็ชรา เตชะกัมพูช ,2542)
- Opinion: ตัวแทนชมรมทันตกรรมประดิษฐ์เสนอความถี่ของการทำ

Acrylic Denture 5 ปีครึ่ง (Resource: ทันตแพทยสมาคมเรียกประชุมตัวแทนชมรมทันตแพทย์เฉพาะทาง วันที่ 11 ก.ค. 44 จาก บทความ “บริการทันตสุขภาพ ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” เอกสารข่าวสารทันตภูธร ปีที่ 11 ฉบับเดือน พ.ค.-มิย. 44)

-ข้อสงสัยต่อการความจำเป็นที่แท้จริงในการใส่ฟันทดแทนในฟันหลังที่หายไป

1.Removable partial denture (RPD) อาจส่งผลข้างเคียงด้านลบ การทำ Removable Partial Denture เพื่อขยาย SDA เป็นการให้การรักษามากเกินไป (Overtreatment) ซึ่งอาจไม่ส่งผลดีต่อฟันธรรมชาติเดิมที่เหลืออยู่ (Carlsson, Hedegard & Koiveumaa, 1961; Zarb et al. 1978; Monteith, 1984; Berg, 1985; Kayser, 1987) ผลการใส่ RPD เพื่อการบดเคี้ยวในผู้ที่มี SDA พบว่า ระหว่างผู้ที่มี SDA ที่ใส่ RPD และไม่ใส่ RPD ไม่พบความแตกต่างกันมากนัก ผู้ที่มี SDA และใส่ RPD เป็นระยะเวลานานก็ไม่ได้รู้ดีกว่าการบดเคี้ยวจะดีกว่าที่ไม่ใส่ RPD (Witter et al, 1989)

2.คนทั่วไปอาจพอใจกับสภาพ Shortened dental arch ที่มีฟันอยู่ 20ซี่ (Kayser 1976,1981,1984) ผู้ที่อายุต่ำกว่า 45 ปี สามารถที่จะใช้งานและพอใจกับฟันที่เหลืออยู่ในช่องปากเพียง 24 ซี่ (ฟันหลังที่มีคู่สบ 6 คู่ ฟันหน้า,PM, M) ขณะที่ผู้ที่อายุมากกว่านั้นต้องการเพียง 20 ซี่ (ฟันหลังที่มีคู่สบ 4 คู่ ฟันหน้า,PM) การมีฟันเหลือเฉพาะในฟันหน้า, ฟันเขี้ยวและPM เป็นที่พึงพอใจในกลุ่มวัยกลางคนแล้ว ทั้งการเคี้ยว, การพูดและพึงพอใจต่อภาพลักษณ์ แม้ว่าทางเลือกในการกินอาหารจะถูกจำกัดลง (Kayser, 1981,1987)

-การศึกษาของ Rosenoer & Sheiham (1995) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อจำนวนและตำแหน่งของคู่สบฟันหลัง ระหว่างการที่มีคู่สบฟันหลังมากกว่าหรือน้อยกว่า 4 คู่ แต่มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากกว่าเล็กน้อยต่อการที่มีคู่สบฟันหลังมากกว่า 4 คู่

-สิ่งที่มีความสำคัญต่อการบดเคี้ยวด้วยฟันธรรมชาติ คือ จำนวนด้านสัมผัสการบดเคี้ยว(Occlusal contact) ไม่ใช่จำนวนฟันที่สูญเสียไป(Luke & Lucas ,1985)

-จำนวนของ Occlusal contact ในPM area สำคัญมากกว่าจำนวนซี่ฟัน M หรือ PM ที่หายไป (Oosterhaven et al, 1988) จำนวนซี่ฟันมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยวน้อยกว่าจำนวนด้านสัมผัสการบดเคี้ยวของฟัน (Occlusal contact) ซึ่งผู้ที่มีฟันเพียง 20 ซี่ แต่มีการกระจายอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม จะมีความพึงพอใจกับการบดเคี้ยวได้มากกว่า (Helkimo et al, 1978)

-ในการพิจารณาเพื่อการใส่ฟันควรคำนึงถึงไม่เพียงมุ่งทดแทนฟันที่หายไปเท่านั้น แต่ควรคำนึงถึงตำแหน่งของฟันและช่องว่างด้วย ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่ามีความ

สัมพันธ์เพียงเล็กน้อยระหว่างจำนวนฟันหลังที่เหลืออยู่และประสิทธิภาพการบดเคี้ยว (Owall, 1986)

-การเหลืออยู่ของฟันหน้า ฟันเขี้ยวและ PM เพียงพอที่จะทำให้การบดเคี้ยวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และมีความสุขยามได้ ขณะที่การใส่ฟันทดแทนฟันกรามที่หายไปอาจเป็นการทำให้เกิดโรคปริทันต์ได้ (Ramfjord, 1974)

-ฟันที่เหลืออยู่ 20 ซี่ ที่มีตำแหน่งที่ดี (20 well- distributed teeth) เป็นการเพียงพอที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจในประสิทธิภาพการบดเคี้ยวได้ (Agerberg & Carlsson, 1981)

-ความสามารถในการบดเคี้ยว (Masticatory ability) เพียงพอในฟันที่มีเหลืออยู่ 20 ซี่ หรือมากกว่า ที่มีที่ดี (well-distributed teeth) เช่นกรณี SDA (Witter et al., 1990)

-การประเมินการทำหน้าที่ของช่องปากและการเปลี่ยนแปลงต่อข้อต่อขากรรไกรในผู้ใหญ่วัย 19-70 ปี 82% ของผู้ที่มี SDA มากกว่า 5 ปี พบการเปลี่ยนแปลง 2 ลักษณะคือ Oral function จะเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ จนกระทั่งคู่สบฟันหลัง 4 คู่ (4 occluding pairs) หายไป การเปลี่ยนแปลงจึงจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จุดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก (Turning point) และทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่การบดเคี้ยวเมื่อจำนวนคู่สบฟันหลังมีน้อยกว่า 4 คู่ (Kayser, 1976)

ความเห็น: ฟันปลอมในแง่ของผลกระทบต่อประชาชน อาจต้องตั้งเกณฑ์บางอย่างในชุด Core Package การใส่ฟันปลอม เช่น

1) ใช้แนวคิด SDA

2) อาจทำให้ผู้ที่ไม่มีคู่สบฟันหลังเลย มากกว่าผู้ที่มีคู่สบถึงกรามน้อย(20ซี่)หรือถึงกรามซี่แรก(24ซี่)

3) พิจารณาอายุและจำนวนซี่ฟันที่เหลืออยู่ จากการทบทวนจำนวนซี่ฟันที่ยังสร้างความพึงพอใจและสามารถใช้งานได้ คือ มีฟันเหลือในช่องปาก 20 ซี่(45ปีขึ้นไป) หรือ 24 ซี่(ต่ำกว่า 45 ปี)

4). และต้องพิจารณา Occlusal contact เป็นสำคัญ เพื่อดำเนินถึงประสิทธิภาพการบดเคี้ยว

-Perceived impact /

Quality of life of Lay people

-Fiske & Watson (1990) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านฟันปลอมพบว่า การมีฟันปลอมหลวม แตกหัก หรือการได้รับความเจ็บปวดจากการใช้ฟันปลอมเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุด และร้อยละ 46 ไม่พึงพอใจต่อ self-image โดยร้อยละ 93.5 หลีกเลี่ยงที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆในสังคม

-การมีฟันในช่องปากที่มีการจัดเรียงตัวอย่างดีเพียง 20 ซี่ สามารถทำให้เกิดความพึงพอใจในประสิทธิภาพการบดเคี้ยวได้ (Agerberg and Carlsson, 1981; Witter

et al.1990).

-Rosenoer and Sheiham, 1995 ทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันหลัง พบความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในสภาพช่องปาก และ ฟัน ทั้งในด้านจำนวน ตำแหน่งและสภาพของซี่ฟันพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับสภาพฟันและช่องปากของตน ถึงแม้จะไม่มีคู่สบในฟันกรามเลยก็ตาม และความพึงพอใจในช่องปากจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการเพิ่มขึ้นของคู่สบในฟันหลัง ขณะเดียวกันจะพบการเปลี่ยนแปลงของความพึงพอใจจะลดลงเมื่อ มีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่ และยังพบอีกว่าจำนวนฟันทั้งหมดที่มีในช่องปาก ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกพึงพอใจในช่องปาก

-Elias and Sheiham ,1997 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในช่องปากกับจำนวนตำแหน่งและสภาพของฟันในกลุ่มวัยทำงานด้านการขนส่งชาวบราซิลพบว่า มีความสัมพันธ์เล็กน้อยระหว่างความพึงพอใจในช่องปากกับการมีคู่สบในฟันกราม และพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในจำนวนคู่สบฟันกรามน้อยเพียง 3 คู่ และการมีฟันหน้าครบโดยไม่มีฟันกรามในช่องปากเลย

-Propensity /

Behavior & Self Care

-ในการเลือกผู้ป่วยเพื่อฟันปลอมแบบถอดได้ สถานภาพของฟันและอวัยวะปริทันต์ รวมทั้งการรักษาอนามัยในช่องปากเป็นสิ่งสำคัญ โดยในผู้ป่วยที่อนามัยในช่องปากไม่ดี ไม่เหมาะสมที่จะใส่ฟันปลอมแบบถอดได้ (Gome and Renner ,1990)

-Comparative need / Equity

-Opinion: การทำฟันปลอมฐานอคริลิก บัตรทองได้สิทธิมากกว่าข้าราชการ เพราะคนที่ถือบัตรทองและบัตรสุขภาพในภาพรวมคือ คนรายได้ น้อย หรือเกือบรายได้น้อย มีโอกาสในสังคมไม่เทียบเท่าข้าราชการอยู่แล้ว สิทธิด้านนี้จึงเป็นการให้โอกาสกลุ่มผู้ขาดโอกาส (Resource: ทันตแพทยสมาคมเรียกประชุมตัวแทนชมรมทันตแพทย์เฉพาะทาง วันที่ 11 ก.ค. 44 จาก บทความ “บริการทันตสุขภาพ ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” เอกสารข่าวสารทันตภูธร ปีที่ 11 ฉบับเดือน พ.ค.-มิย. 44)

-Opinion: การทำฟันปลอมฐานอคริลิก บัตรทองได้สิทธิมากกว่าข้าราชการ เพราะคนที่ถือบัตรทองและบัตรสุขภาพในภาพรวมคือ คนรายได้ น้อย หรือเกือบรายได้น้อย มีโอกาสในสังคมไม่เทียบเท่าข้าราชการอยู่แล้ว สิทธิด้านนี้จึงเป็นการให้โอกาสกลุ่มผู้ขาดโอกาส (Resource: ทันตแพทยสมาคมเรียกประชุมตัวแทนชมรมทันตแพทย์เฉพาะทาง วันที่ 11 ก.ค. 44 จาก บทความ “บริการทันตสุขภาพ ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” เอกสารข่าวสารทันตภูธร ปีที่ 11 ฉบับเดือน พ.ค.-มิย. 44)

-Provider cost & Payment

-ข้อมูลจากการสอบถามสนง.ประกันสุขภาพ โดยคณะทำงานได้สืบราคาแลป

การรักษาประสาทฟัน(Pulp Treatment)

- ## ระบบการบดเคี้ยว(Malocclusion)

- บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม-- ปัจจัยสำคัญที่พิจารณากำหนดการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก

-เด็กวัยประถมที่มีปัญหา Cleft มีแนวโน้มต่อการให้คุณค่า การประเมินความสามารถของตนเองได้ค่อนข้างต่ำ (Low self concept) มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ปรับตัวเข้ากับสังคมได้น้อย มักมีอาการเศร้าซึมและโกรธบ่อยกว่าเด็กปกติ และมักถูกรับรู้และถูกปฏิบัติในทางลบจากผู้อื่น (Kapp-simon,1986; Broder & Strauss,1989)

-เด็กวัยรุ่นที่มีปัญหา Cleft จะพบผลกระทบด้านภาพลักษณ์ที่ปรากฏ (Appearance) มากกว่าปัญหาจากการพูด (Strauss, Broder & Helms,1988)

ปัญหาอื่นๆ(Others)

-Normative Treatment need -The control of oral cancer is primarily through early detection. Risk factors include smoking, heavy drinking of alcohol, use of chewing tobacco, and poor oral hygiene.(Tulchinsky TH)

-Burning Mouth Syndrome & Xerostomia ผู้สูงอายุ ภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อยจะส่งผลต่อปัญหาการยึดอยู่ของฟันปลอม การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงในการเป็นโรคฟันผุ และการติดเชื้อในช่องปาก และส่งผลให้เกิดปัญหาในการบดเคี้ยว และการกลืน ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้ง จะมีความไวต่อการกระตุ้นของสารเคมี ส่งผลให้เกิดความอักเสบของเนื้อเยื่อในช่องปาก การติดเชื้อราในช่องปากได้ (Crispain Scully , 1994)

-Availability / Resource -จากการสอบถามทันตแพทย์ พบว่า 86% ไม่ได้สนใจในการตรวจหามะเร็งในช่องปากของคนไข้ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี อย่างไรก็ตามมีทันตแพทย์ 81% ที่สนใจตรวจหามะเร็งในกลุ่มคนไข้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีในครั้งแรกที่มาพบทันตแพทย์(Horowitz AM., 2000)

-มีรายงานว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าตนเองไม่ค่อยมีความรู้ในการป้องกันและตรวจหามะเร็งในช่องปากระยะแรกๆ(cancer prevention and early detection)มากนัก(Yellowitz JA., 2000)

-Perceived impact / Quality of life of Lay people -Reisine et al.(1991) ได้ศึกษาพบว่า 34% ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น rheumatoid arthritis จะมีความรู้สึกปากแห้ง น้ำลายน้อย ขณะเดียวกันความรู้สึกปากแห้ง น้ำลายน้อยยังมีผลต่อความรู้สึกเป็นสุขของผู้ป่วยอีกด้วย

Dry Mouth & Xerostomia ผู้สูงอายุ

-ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย จะส่งผลให้เกิดการกลืนลำบาก และมีการรับรสที่เปลี่ยนไปทำให้มีความต้องการในการกินอาหารลดน้อยลง (Dolan TA,1990)

-จากการศึกษาปัญหาในช่องปากโดยการประเมินจากการรับรู้ของผู้สูงอายุพบว่า การมีภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย เป็นหนึ่งในปัญหาสำคัญในช่องปากที่ผู้สูงอายุ

ประสพอยู่ (Locker D. ,1993)

-Reisine et al.(1991) ได้ศึกษาพบว่า 34% ของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น rheumatoid arthritis จะมีความรู้สึกปากแห้ง น้ำลายน้อย ขณะเดียวกันความรู้สึกปากแห้งน้ำลายน้อยยังมีผลต่อความรู้สึกเป็นสุขของผู้ป่วยอีกด้วย

TMJ & Quality of life ผู้สูงอายุ

-รวมการศึกษาต่างๆของความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดย M. Catherine Holister ,et al ,1993 พบว่า การมีความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรจะมีผลกระทบทำให้การร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง หรือกิจกรรมต่างๆ ที่เข้าร่วมไม่เป็นไปอย่างราบรื่น และจากการศึกษาในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร 312 คนพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลใจ เกี่ยวกับอาการและความผิดปกติดังกล่าวอยู่ตลอดเวลา นอกจากนั้นผลกระทบของความผิดปกติยังมีต่อความสามารถในการทำงาน การนอนหลับ การพูด การสื่อสาร ทำให้มีปัญหา ในการเคี้ยวอาหาร รบกวนกิจกรรมอื่นๆ แม้กระทั่งในการทำงานหรือช่วงเวลาวางก็ตาม และมีการศึกษาพบว่าการมีเสียงดังอื้อในหูอาจมีความเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร

-Bergner,1984 ได้ทำการศึกษาโดยใช้ดัชนี Sickness Impact Profile(SIP) ศึกษาถึงผลกระทบของความผิดปกติของข้อต่อกรรไกรต่อกิจกรรมในชีวิตประจำวันในกลุ่มที่มีสุขภาพปกติและกลุ่มที่โรคทางระบบคือผู้ป่วยโรคหัวใจ พบว่า ความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกรมีผลกระทบอย่างมากต่อการนอนหลับและพักผ่อนการติดต่อในสังคม การพูด การสื่อสารและความสามารถในการทำงาน

Oral and dental pain

-ผลกระทบทางด้านสังคมจิตใจของผู้ที่มีความเจ็บปวดบริเวณใบหน้าและช่องปากทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ที่พบจากการศึกษา คือ รบกวนการนอนหลับ, เสียเวลาในการทำงานหรือไปโรงเรียน หรือเสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากอาการปวด (Miller J,1970,1975)

-การศึกษารายงานผลกระทบอันเนื่องมาจาก oral or facial pain ที่รบกวนกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การนอน การทำงาน การกินอาหาร ผลกระทบในระดับที่รุนแรงกว่านั้น คือ การที่ไม่สามารถทำงานได้เลย, ต้องนอนพัก และลดการพบปะทางสังคม ซึ่งพบรายงานทั้งผลกระทบในระดับที่ต่ำกว่าหรือสูงกว่าการเจ็บปวดอื่นๆ เช่น ปวดหัว ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ ข้อต่อ (Taylor H.,1985 ; Von Korff M,1988)

Oral cancer

-Shetty and Jonhson (1999) ศึกษาการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งช่องปาก ของผู้

ใหญ่ชาวเอเชียใต้ที่อาศัยอยู่ในลอนดอน พบ 82% ที่บอกได้ว่ายาสูบ (Tobacco) เป็นปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก กลุ่ม 50-80 ปี 42.2% บอกได้ว่าการเคี้ยวหมากเป็นปัจจัยเสี่ยง ขณะที่กลุ่ม 16-29 ปี 5.3% เท่านั้นที่บอกได้ว่าการเคี้ยวหมากเป็นปัจจัยเสี่ยง ทั้งนี้พบว่ายังมีการรับรู้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและยังขาดการตระหนักรู้ต่อปัจจัยเสี่ยงและอาการของมะเร็งช่องปาก การเคี้ยวหมากยังคงเป็นนิสัยที่พบทั่วไปและเป็นปัญหาของมะเร็งช่องปาก

การให้ความรู้และคำปรึกษา(Counseling)

-Normative Treatment need -Dental educators should link oral health with its psychosocial impact, and emphasize the impact of obtaining dental care on a regular basis. (Gilbert GH,1994)

การใช้ฟลูออไรด์เสริม(Fluoride)

-Effectiveness/Efficacy -วิธีการที่มีประสิทธิผลคือการใช้ฟลูออไรด์ทั้งรูปแบบผสมในน้ำดื่มและผสมในยาสีฟัน การใช้ฟลูออไรด์ชนิดเจล ได้แนะนำให้ใช้ APF gel 1-2 ครั้งต่อปี(Bowersox J.,2001)

-การใช้ฟลูออไรด์ชนิดทา (Fluoride varnish) ให้ผลดีโดยเฉพาะฟันถาวร(Bowersox J.,2001)

-Fiset L.,2000 วิจัยพบทันตแพทย์ 32% ใช้การทาฟลูออไรด์ (fluoride varnish) อย่างสม่ำเสมอก่อนระบบประกัน แต่เมื่อประชาชนมีการคุ้มครองทันตกรรม จะมีทันตแพทย์ใช้การทาฟลูออไรด์เพิ่มเป็น 44% ขณะที่การควบคุมฟันผุอื่นๆ(โดยการใช้คลอเฮกซีดินและการเคลือบหลุมร่องฟันในผู้ใหญ่)ไม่เปลี่ยนแปลง ปัจจัยที่ทันตแพทย์กลุ่มที่ไม่ได้ใช้ฟลูออไรด์แบบนี้ ได้แก่ การไม่คำนึงเรื่องงานป้องกัน ขาดข้อมูลประเด็นประสิทธิภาพแง่ต้นทุน-ผลได้(cost-benefit ratio) การปฏิเสธจากคนไข้ และคนไข้ไม่ใช้กลุ่มเสี่ยงจึงไม่ได้ใช้

-Water fluoridation reduces the number of caries and extractions in both children and adults by some 60%. The most cost-effective method is by fluoridation of water supplies. (Tulchinsky TH)

-การติดตามผลการใช้ยาเม็ดฟลูออไรด์ 3 ปี พบว่ากลุ่มทดลองมีฟันผุเพิ่มขึ้น (the mean caries increments) 1.60 ในกลุ่มทดลอง และ 2.86 ในกลุ่มควบคุม (p-value <0.01) (ปิยะดา ประเสริฐสม,2535)

การเคลือบหลุมร่องฟัน(Sealant)

-Effectiveness/Efficacy -Dental sealants applied to children's teeth after eruption of the first (age 6-8) and second molars (age 12-14) is a safe and highly effective.

(Tulchinsky TH)

- ในการติดตาม 1 ปี กลุ่มควบคุมจะมีฟันผุเพิ่มขึ้น 5.41% ซึ่งหากเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการทำเคลือบหลุมร่องฟัน (จันทรรณนา อินสว่ง, 1987)
- การเคลือบหลุมร่องฟัน(Pit and fissure sealants) มีประสิทธิผลการป้องกันฟันผุที่ดี ตราบเท่าที่ยังคงมีการยึดติดฟันดี(Bowersox J., 2001) แต่ขณะเดียวกันประชาชนไม่น้อยประมาณ 33% ยังไม่รู้ประโยชน์ของการทำเคลือบหลุมร่องฟัน(Luong Ngoc Khue, 2000)

อย่างไรก็ดีได้มีการเสนอให้มีการใช้ระบบและผลิตภัณฑ์อื่น ๆ ร่วมกับ อาทิเช่น การใช้ผลิตภัณฑ์อื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีให้ความหวานที่ไม่ทำให้ฟันผุ(Products containing noncariogenic sweeteners) เช่นหมากฝรั่ง ลูกอม ยาสีฟัน มีหลักฐานที่แสดงว่า sorbitol และ xylitol ให้ผลค่อนข้างดี (xylitol จะดีกว่าเล็กน้อย)(Bowersox J., 2001) การใช้เจลคลอโรเฮกซิดีน(Chlorhexidine gel) ให้ผลการป้องกันปานกลาง แม้ว่าจะมีบางการศึกษาที่แสดงประสิทธิผลที่ดีมาก(Bowersox J., 2001) การผสมผสานการป้องกัน(Combination interventions) เพื่อให้มีประสิทธิผลการป้องกันให้เพิ่มมากขึ้น เช่น chlorhexidine และ fluoride, chlorhexidine และ sealants, chlorhexidine และ xylitol เป็นต้น(Bowersox J., 2001)

การพบทันตแพทย์ก็อาจเป็นปัจจัยหนึ่ง เพราะมีผลต่อสุขภาพช่องปากเช่นเดียวกัน การศึกษาของ Ismail Al., 2001 มี 8.4% ของเด็กที่ได้พบทันตแพทย์ครั้งแรกก่อนอายุ 2 ขวบ และมี 88.5% ที่ได้พบทันตแพทย์ครั้งแรกในช่วงอายุ 2-5 ปี เด็กที่มีผู้ปกครองที่มีการศึกษาสูงจะมีดัชนีประวัติฟันผุ(dmfs) ต่ำกว่าเด็กที่ผู้ปกครองมีการศึกษาน้อย โดยมีพฤติกรรมเรื่องการได้รับฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม การแปรงฟัน และการไปพบทันตแพทย์ เป็นปัจจัยสำคัญ

ความจำเป็นและอุปสงค์ในงานทันตกรรม(need and demand for dental care)แม้จะยังคงสูงอยู่ แต่มีข้อสังเกตว่าความจำเป็นในการรับการอุดฟันจะลดลง นั่นหมายถึงทันตแพทย์จะมีเวลาให้การรักษาคอนไชน์ได้จำนวนมากขึ้น เป็นเหตุผลที่ทันตแพทย์จะยังคงมีรายได้หากเขาให้ความสำคัญในงานด้านทันตกรรมป้องกัน(Eklund SA., 1999) แต่ถึงกระนั้นก็ไม่สามารถที่จะให้ปัญหานี้หมดไปถึงแม้ว่าวิทยาการและการศึกษาในแง่การรักษาฟันที่สูญเสียแร่ธาตุ การตรวจหาฟันผุในระยะเริ่มต้น การวัดความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ตลอดจนการพัฒนาเครื่องมือที่ช่วยในการตรวจวินิจฉัยโรค(research in the areas of remineralization therapy, early caries detection and risk assessment, the tools for improved diagnosis and treatment of early lesions)จะมีมากขึ้น อีกทั้งความสำเร็จของการตลาดในผลิตภัณฑ์ยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก หมากฝรั่ง แม้กระทั่งผลิตภัณฑ์การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การรักษาทันตกรรมจึงต้องเน้นไปที่การตรวจและทันตกรรมป้องกันเพราะประชาชนจะมีฟันเหลืออยู่ในช่องปากมากขึ้น อย่างไรก็ตาม อาจจะพบปัญหาฟันผุที่รากฟันเพิ่มมากขึ้น(incidence of root caries) (Winston AE., 1998)

ข้อมูลและความรู้ในปัจจุบันทำให้แนวทางเข้าสู่การรักษาและป้องกันโรคที่ไม่เป็นงานหัตถการ(non-surgical methods) ดังนั้นบุคคลที่สาม(third-party payers)ที่จะรับผิดชอบจ่ายค่ารักษาควรจะตั้งรับหลักการเน้นการจัดบริการที่เป็น การวินิจฉัยโรค การป้องกันโรคและการรักษาที่ไม่เน้นงานหัตถการมาก(adoption of more advanced diagnostic, preventive and non-surgical techniques into the practice of dentistry.) ทันตแพทย์

ผู้ปฏิบัติงานต้องมีแรงจูงใจที่มากพอเพื่อที่จะเข้าสู่มาตรการเช่นนี้ แม้กระทั่งองค์กรการศึกษาที่พัฒนาองค์ความรู้ต้องเน้นการป้องกันโรคและงานทันตกรรมที่ไม่ใช่หัตถการมากขึ้นด้วย(Practicing dentists must have adequate incentives to apply these findings. Educational institutions and their curricula, state and national dental boards and board examiners, and accreditation agencies also must support the growing evidence for prevention and non-surgical treatment where indicated) (Bowersox J.,2001)

ความเป็นไปได้ของทรัพยากรและขนาดของปัญหา

1. **ทันตบุคลากร** เป็นปัจจัยสำคัญที่จะเป็นผู้ให้บริการหรืออุปทานของระบบ

ตารางที่ 2-8 จำนวนทันตบุคลากรปี พ.ศ.2543

	ทันตบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ						
	ภาคราชการ		รัฐวิสาหกิจ		ภาคเอกชน		ทั่วประเทศ
ทันตบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
-ทันตแพทย์	3,370	49.6	40	0.6	3,385	49.8	6,795
-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

จากจำนวนทันตแพทย์ที่มีอยู่ทั้งหมด 6,795 คนนั้น ปฏิบัติงานในภาครัฐเป็นสัดส่วนที่เท่ากับที่ปฏิบัติงานในส่วนเอกชน ส่วนทันตภิบาล ผู้ช่วยทันตแพทย์ และช่างทันตกรรม เกือบทั้งหมดจะอยู่ที่สถานบริการของรัฐบาล การดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่สามารถจะให้ภาคเอกชน หรือภาครัฐที่ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมได้ทั้งหมด ก็จะพบว่าจำนวนทันตบุคลากรจะมีจำนวนน้อยกว่าที่ปรากฏในตาราง 2-8 ตารางที่ 2-9 จำนวนทันตบุคลากรในหน่วยงานภาครัฐ ปี พ.ศ.2543

ทันตบุคลากร	จำนวนทันตบุคลากรในหน่วยงานต่างๆภาครัฐ						รวม
	สาธารณสุข	มหาวิทยาลัย	กลาโหม	กทม.	มหาดไทย	อื่นๆ	
-ทันตแพทย์	2,095	830	236	133	56	20	3,370
-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

ทันตบุคลากรส่วนใหญ่จะสังกัดในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข (ในรายงานของกองทันตสาธารณสุขนี้จะระบุว่า มีทันตแพทย์ในส่วนกลางที่ทำงานบริหาร และทันตแพทย์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีภาระงานบริการทันตกรรมน้อยกว่างานบริหารและวิชาการ รวมกัน 228 คน) อย่างไรก็ตามการกระจายตัวของบุคลากรก็เป็นปัญหาสำคัญที่จะทำให้การดำเนินนโยบายมีความเป็นไปได้ในทุกพื้นที่หรือไม่ ในตารางที่ 2-10 พบว่าทันตแพทย์จะกระจุกตัวที่กรุงเทพฯ มากที่สุด ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนทันตแพทย์น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากร

ตารางที่ 2-10 การกระจายของทันตแพทย์(ภาครัฐและเอกชน) ทันตภิบาล(ภาครัฐ)ตามรายภาคปี พ.ศ.2543

พื้นที่	ทันตแพทย์		ทันตภิบาล	
	จำนวน	สัดส่วนต่อประชากร	จำนวน	สัดส่วนต่อนักเรียน
กรุงเทพฯ	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 : 1,587
ภาคใต้	581	1 : 14,032	399	1 : 2,304
รวมทั้งประเทศ	6,795	1 : 9,074	2,618	1 : 2,237

ที่มา: รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2543 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2544

2.ภาพปัญหาของโรคและภาระงานรักษาพยาบาล

หากต้องการรักษาพยาบาลในระดับของการครอบคลุมบริการต่างๆ(Burden of Diseases and Work load of Services at any level of the Utilization) และตีค่าเป็นภาระทางการเงินหรืองบประมาณหากต้องจัดบริการดังกล่าว

ตารางที่ 2-11 จำนวนประชากรปี พ.ศ.2543 จำแนกตามอายุและเขต/ภาค (หน่วย : พันคน)

หมวดอายุ (ปี)	ทั่วราชอาณาจักร			เขต/ภาค				
	และ เพศ	รวม	เทศบาล	นอกเทศบาล	กรุงเทพ	กลาง	เหนือ	ออก/เหนือ
รวม		60,617.23	18,833.71	41,783.52	6,320.17	14,101.52	11,367.82	20,759.89
0-4		4,387.07	1,145.75	3,241.32	329.17	935.95	771.41	1,666.09
5-9		5,030.93	1,295.50	3,735.43	367.48	1,070.53	902.86	1,946.06
10-14		5,203.45	1,377.85	3,825.60	407.44	1,109.85	937.05	1,970.60
15-19		5,341.28	1,640.12	3,701.16	546.85	1,188.53	932.44	1,908.81
20-24		4,931.64	1,804.07	3,127.57	723.12	1,224.94	789.23	1,526.48
25-29		5,248.47	1,868.85	3,379.62	716.50	1,307.85	837.33	1,682.85
30-34		5,448.72	1,814.55	3,634.17	664.00	1,319.86	966.31	1,824.99
35-39		5,386.89	1,742.15	3,644.74	577.43	1,285.43	1,082.82	1,773.36
40-44		4,849.71	1,606.09	3,243.62	526.39	1,152.59	1,033.22	1,585.05
45-49		3,876.67	1,254.22	2,622.45	423.59	907.96	822.93	1,272.50
50-54		2,914.74	916.65	1,998.09	303.93	664.33	580.74	1,041.93
55-59		2,284.49	672.28	1,612.21	202.23	537.69	479.70	788.69
60-64		1,998.23	593.94	1,404.29	190.20	483.24	424.19	639.03
65-69		1,526.04	436.98	1,089.06	136.72	353.22	344.51	488.87
70-74		1,043.39	312.00	731.39	100.88	261.00	228.95	306.32
75-79		594.90	174.36	420.54	53.21	149.07	131.34	181.37
80-84		323.83	101.94	221.89	28.52	88.28	63.18	94.90
85+		226.75	76.41	150.34	22.49	61.21	39.61	61.99

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544

จำนวนประชากรไทย 60.6 ล้านคน อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด จำนวนประชากรตามกลุ่มอายุต่างๆกัน จะทำให้เราคำนวณภาระงานที่จะปรากฏหากต้องการครอบคลุมการบริการประเภทต่างๆ เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน จะมีกลุ่มเป้าหมายที่กลุ่มอายุ 5-14 ปี เป็นต้น

ตารางที่ 2-12 ภาระของโรคและความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมของประชากรไทย(1)

*กลุ่ม สำรวจ	กลุ่ม ประชากร	Prev (คน)	Flu (คน)	Seal (ซี่)	Fill (ซี่)	Pulpo (ซี่)	RCT (ซี่)	Ext (ซี่)	Imp** ร้อยละ	Scal ร้อยละ	Perio ร้อยละ	TP ร้อยละ	FD ร้อยละ	Sur*** ร้อยละ	Obt**** ร้อยละ
3	0-4	0.38	0.38	0.44	2.57	0.21		0.31	0	0	0	0	0	0	0.156
5-6	5-9	0.35	0.35	0.29	2.2	0.53		0.98	0	0	0	0	0	1	0
12	10-14	0.2	0.2	2.2	1.17		0.07	0.1	0	73.1	0	0	0	1	0
15	15-24	0.19	0.19	1.55	1.61		0.09	0.13	17	82.2	1.1	0	0	1	0
35-44	25-49	0.05	0.05	0.02	1.61		0.09	0.78	17	57.7	37.3	65.2	0.9	1	0
60-74	50-	0.02	0.02	0	0.84		0.11	1.93	0	36.1	61.6	108.3	16.6	1	0

(Prev-งานทันตกรรมป้องกัน Flu-เคลือบฟลูออไรด์ Seal-เคลือบหลุมร่องฟัน Fill-อุดฟัน Pulpo-รักษาประสาทฟันน้ำนม RCT-รักษารากฟันแท้ Ext-ถอนฟัน Imp-ผ่าฟันคุด Scal-ขูดหินปูน Perio-รักษาโรคปริทันต์ TP-ฟันปลอมบางส่วน FD-ฟันปลอมทั้งปาก Sur-การผ่าตัดเล็กในช่องปาก Obt-เพดานเทียม)

ที่มา : *การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ.2544.

**ประมาณการจากความชุกของฟันคุด (ธีระศักดิ์ ชาวสวนเจริญ, 2542)

***ประมาณการจากความชุกของรอยโรคในช่องปาก (Kovac-Kavcic M., 2543)

****ประมาณการจากอุบัติการณ์ของปากแห้งเพดานโหว่ (วิภาพรณ ฤทธิ์ถกล, 2544)

เมื่อเราเอาค่าเฉลี่ยจากการสำรวจมาคำนวณกับจำนวนประชากรทั้งหมดของกลุ่มอายุนั้นๆแล้ว เราจะได้ภาระงานความจำเป็นของประชากรทั้งประเทศ (ตารางที่ 2-13)

ตารางที่ 2-13 ภาระของโรคและความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมของประชากรไทย(2)

Workload ตามกลุ่ม	Prev (คน)	Flu (คน)	Seal (ซี่)	Fill (ซี่)	Pulpo (ซี่)	RCT (ซี่)	Ext (ซี่)	Imp (คน)	Scal (คน)	Perio (คน)	TP (ชิ้น)	FD (ชิ้น)	Sur (คน)	Obt (คน)
0-4	1.667	1.667	1.930	11.275	0.921	0.000	1.360	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.007
5-9	1.761	1.761	1.459	11.068	2.666	0.000	4.930	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.050	0.000
10-14	1.041	1.041	11.447	6.088	0.000	0.364	0.520	0.000	3.803	0.000	0.000	0.000	0.052	0.000
15-24	1.952	1.952	15.923	16.540	0.000	0.925	1.335	1.746	8.444	0.113	0.000	0.000	0.103	0.000
25-49	1.241	1.241	0.496	39.946	0.000	2.233	19.353	4.218	14.316	9.255	16.177	0.223	0.248	0.000
50-	0.218	0.218	0.000	9.166	0.000	1.200	21.060	0.000	3.939	6.722	11.818	1.811	0.109	0.000

ตารางที่ 2-14 ภาระงานเวลา(ล้านบาท)และจำนวนบุคลากร(คน)ต้องใช้เพื่อบำบัดความจำเป็นทางทันตกรรม

	Prev	Flu	Seal	Fill	Pulpo	RCT	Ext	Imp	Scal	Perio	TP	FD	Sur	Obt	รวม
นาที*	10	15	10	25	40	250	15	75	40	40	40	250	40	75	
0-4	16.67	25.00	19.30	281.86	36.851	-	20.40	-	-	-	-	-	-	0.51	400.608
5-9	17.60	26.41	14.59	276.70	106.65		73.95	-	-	-	-	-	2.01	-	517.941
10-14	10.40	15.60	114.46	152.18	-	91.05	7.80	-	152.13	-	-	-	2.08	-	545.743
15-24	19.51	29.27	159.23	413.48	-	231.14	20.03	130.98	337.77	4.52	-	-	4.10	-	1,350.078
25-49	12.40	18.60	4.96	998.64	-	558.24	290.28	316.34	572.63	370.18	647.07	55.82	9.92	-	3,855.133
50-	2.18	3.27	-	229.15	-	300.08	315.90	-	157.56	268.87	472.70	452.84	4.36	-	2,206.952
รวม	78.79	118.18	312.55	2,352.04	143.50	1,180.52	728.38	447.32	1,220.11	643.57	1,119.77	508.67	22.49	0.51	8,876.455
บุคลากร**	952	1,427	3,775	28,406	1,733	14,258	8,797	5,402	14,736	7,773	13,524	6,143	272	6	107,204

*อ้างอิงจาก กองโรงงานภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข และรายงานต้นทุนของจังหวัดสมุทรปราการ 2544

**อ้างอิงการทำงานของ ก.พ. ที่ บุคลากร 1 คน มีเวลาทำงาน 1,380 ชั่วโมง หรือ 82,800 นาที

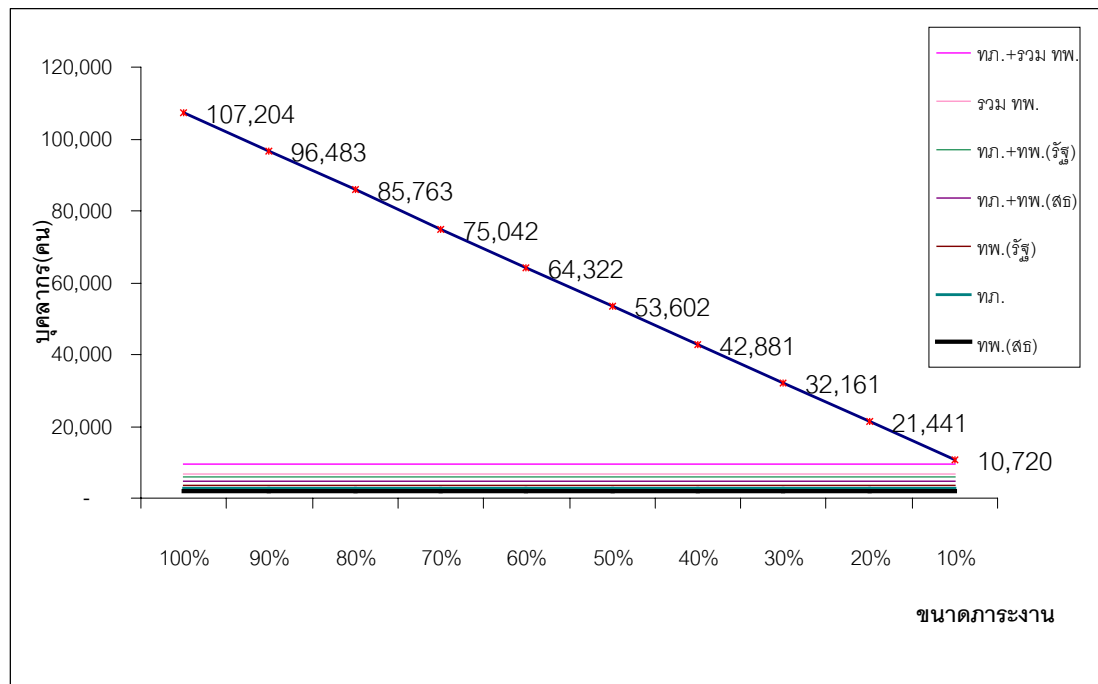
ตารางที่ 2-15 ภาระต้นทุน(ล้านบาท)ที่ต้องใช้เพื่อบำบัดความจำเป็นทางทันตกรรม

ต้นทุน	Prev	Flu	Seal	Fill	Pulpo	RCT	Ext	Imp	Scal	Perio	TP	FD	Sur	Obt	รวม
(บาท)*	23.8	70	63	98	170	1,000	67	159	121	144	254	1,400	500	1,132	(ล้านบาท)
0-4	39.67	116.69	121.60	1,104.91	156.61	-	91.11	-	-	-	-	-	-	7.74	1,638.369
5-9	69.86	123.26	91.91	1,084.68	453.29	-	330.33	-	-	-	-	-	25.15	-	2,178.507
10-14	72.70	72.84	721.13	596.57	-	364.21	34.86	-	460.21	-	-	-	26.01	-	2,348.549
15-24	141.90	136.63	1,003.15	1,620.87	-	924.57	89.47	277.67	1,021.77	16.27	-	-	51.36	-	5,283.702
25-49	176.03	86.83	31.26	3,914.68	-	2,232.99	1,296.62	670.64	1,732.23	1,332.64	4,108.90	312.61	124.05	-	16,019.521
50-	38.41	15.27	-	898.27	-	1,200.32	1,411.03	-	476.64	967.93	3,001.69	2,535.94	54.56	-	10,600.110
รวม	538.59	551.54	1,969.08	9,219.99	609.90	4,722.09	3,253.44	948.32	3,690.86	2,316.85	7,110.59	2,848.56	281.15	7.747	38,068.757

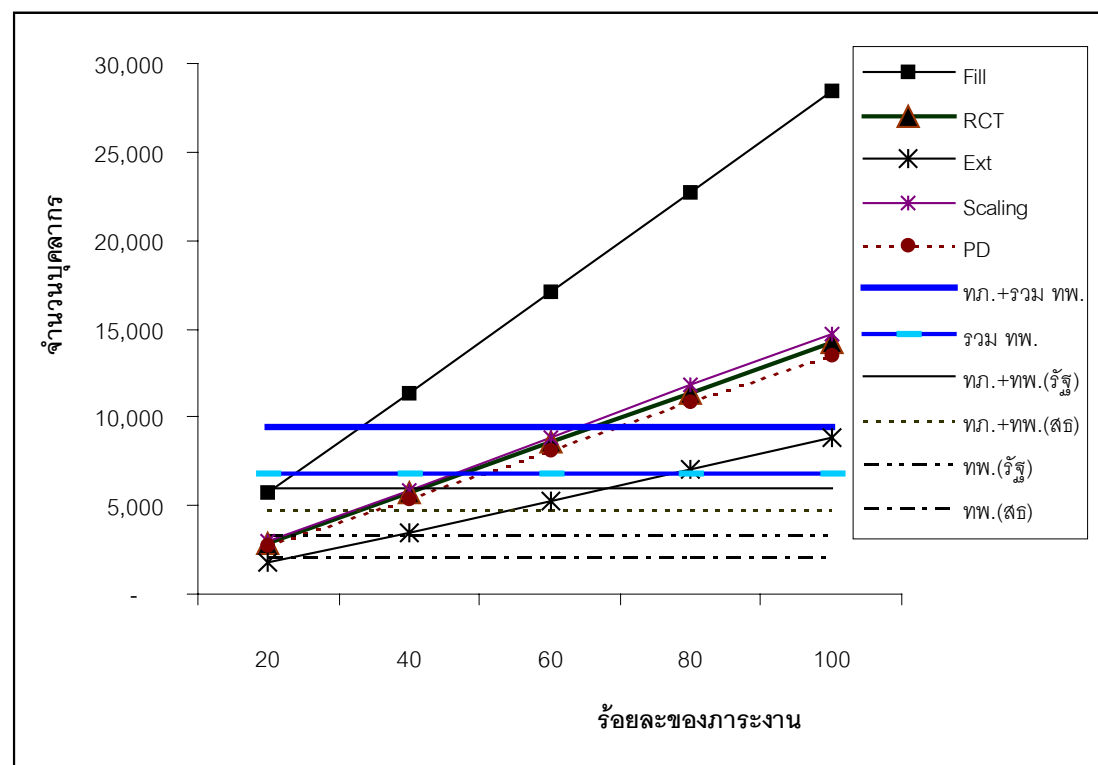
*อ้างอิงต้นทุนจากการศึกษาของจังหวัดสมุทรปราการ 2544

รูปที่ 2-19 พบว่าหากต้องจัดการบริการทันตกรรมทุกประเภทเพื่อบำบัดความต้องการทั้งหมดนั้น ต้องใช้บุคลากร 107,204 คน แม้กระทั่งการจัดบริการที่บำบัดความต้องการ 10% 1 ก็จำเป็นต้องมีบุคลากรทั้งสิ้น 10,720 คน (ปี พ.ศ.2543 ประเทศไทยมีจำนวนทันตแพทย์และทันตภิบาลรวมกันเพียง 9,431 คน เท่านั้น) รูปที่ 2-20 ประสิทธิภาพที่มีภาระงานสูง เช่น การอุดฟันนั้นต้องใช้บุคลากรค่อนข้างมาก เช่น หากเอาบุคลากรทั้งประเทศมาอุดฟันเพียงอย่างเดียว ก็ทำได้ไม่ถึง 40% ของภาระงานอุดฟันทั้งหมด

รูปที่ 2-19 ภาระงานของการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ณ ระดับการเข้ารับบริการระดับต่างๆ(1)



รูปที่ 2-20 ภาระงานของการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ณ ระดับการเข้ารับบริการระดับต่างๆ(2)



บทที่ 3 ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ผลการประเมินการดำเนินการบริการสุขภาพช่องปาก ตามชุดสิทธิประโยชน์**1. ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดปทุมธานี**

จังหวัดปทุมธานีตั้งอยู่ในภาคกลาง มีเนื้อที่ประมาณ 1,525.856 ตารางกิโลเมตร หรือ ประมาณ 953,660 ไร่ ห่างจากกรุงเทพมหานครไปทางทิศเหนือประมาณ 27.8 กิโลเมตร ในเดือนมีนาคม 2543 จังหวัดปทุมธานีมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 639,914 คน มีจำนวน 277,837 หลังคาเรือน แยกเป็นเพศชาย จำนวน 312,778 คน และเพศหญิง จำนวน 327,136 คน ความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ยทั้งจังหวัดเท่ากับ 419.380 คน ต่อพื้นที่ 1 ตารางกิโลเมตร ในปี 2543 จังหวัดปทุมธานีมีสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐและเอกชนรวมทั้งสิ้น 453 แห่ง (โรงพยาบาล สถานีอนามัย สถานผดุงครรภ์ คลินิก ร้านขายยา) ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน อัตราการตายของประชากร ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโรคหัวใจล้มเหลว อุบัติเหตุ (ชนสง) และโรคระบบประสาท อัตราการป่วยของผู้ป่วยนอกพบว่าโรคระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุการป่วยที่สำคัญอันดับแรกเป็นอัตรา 302.818 ต่อประชากร 1,000 คน มีโรงพยาบาลทั้งสิ้น 18 แห่ง และ 2,309 เตียง (ตารางที่ 3-1) หรือมีจำนวนประชากรเฉลี่ย 277.1 คนต่อเตียง มีแพทย์ต่อประชากรเท่ากับ 1:2,601, ทันตแพทย์ 1:11,850, และ ทันตภิบาลเป็น 1:58,174 (ตารางที่ 3-2) ตารางที่ 3-1 จำนวนสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี

สถานบริการกระทรวงสาธารณสุข	ขนาด(เตียง)	จำนวน(แห่ง)
โรงพยาบาลทั่วไป	312	1
โรงพยาบาลชุมชน	60	1
โรงพยาบาลชุมชน	30	3
โรงพยาบาลชุมชน	10	3
สถานีอนามัยขนาดใหญ่		20
สถานีอนามัยทั่วไป		58
โรงพยาบาลสังกัดอื่น		
ร.พ.ธรรมศาสตร์	147	1
ร.พ.ธัญบุรี	670	1
ร.พ.เอกชน	986	9

ที่มา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี (2544)

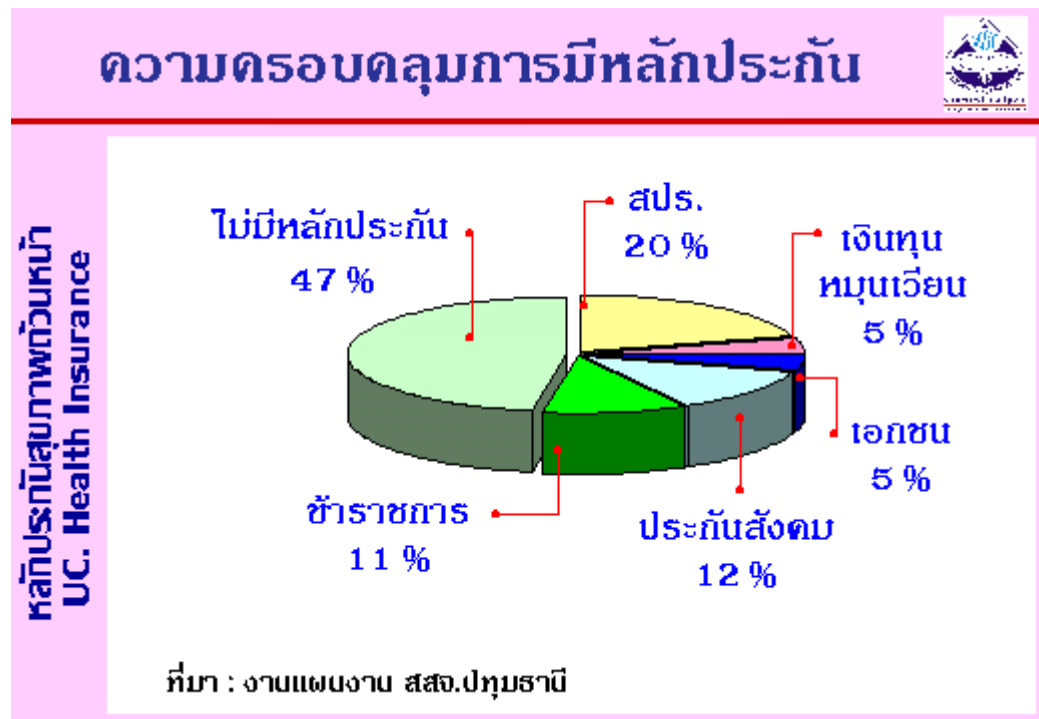
ตารางที่ 3-2 จำนวนและอัตราบุคลากรสาธารณสุขที่สำคัญ จังหวัดปทุมธานี

ประเภทบุคลากร	ก.สาธารณสุข	สังกัดอื่น	เทศบาล	เอกชน	รวม	อัตรา:ประชากร
ทันตแพทย์	21	3	0	30	54	1:11,850
ทันตภิบาล	11	0	0	0	11	1:58,174
แพทย์	58	41	0	147	246	1:2,601
พยาบาลวิชาชีพ	396	247	6	94	753	1:850
พยาบาลเทคนิค	159	0	1	0	152	1:4,210
เภสัชกร	20	9	0	165	194	1:3,299
เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน	149	0	0	0	149	1:4,295

ที่มา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี (กุมภาพันธ์ 2544)

ประชาชนในจังหวัดปทุมธานีที่ไม่มีการคุ้มครองสุขภาพโดยระบบใดๆเลย 47 % หรือ 301,291 คน (รูป 3-1) กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับบัตรทองคุ้มครองสุขภาพ(บัตร 30 บาท)จากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รูปที่ 3-1 สัดส่วนความคุ้มครองสุขภาพของประชาชนจังหวัดปทุมธานี



2. ผลการดำเนินงานบริการสุขภาพช่องปากตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายที่รัฐบาลต้องการให้คนไทยมีหลักประกันหรือมีความมั่นใจว่าเมื่อเจ็บป่วย ไม่สบายก็สามารถไปหาหมอเพื่อขอคำแนะนำ รับบริการตรวจรักษา หรือแม้แต่ได้รับยา เพื่อเยียวยารักษาโรค โดยไม่ต้องกังวลในเรื่องค่ารักษาพยาบาล จนทำให้ขาดโอกาสรักษาตัว ทั้งนี้รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลแทนให้ตามวิธีการที่จะได้กำหนด นอกจากนี้ ยังมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่จะให้แต่ละคนตามความจำเป็น ในระยะเร่งด่วน รัฐบาลจัดโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่นคนไทยที่ยังไม่มีสิทธิใด ๆ เลยให้สามารถเข้าใช้บริการสุขภาพได้โดยไม่ต้องวิตกกังวลเรื่องเงินทอง ในระยะยาว

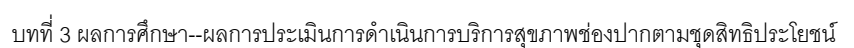
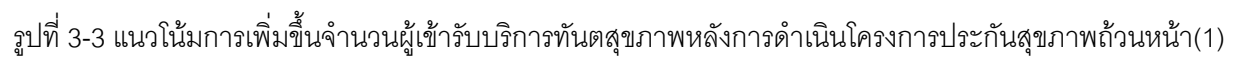
รัฐบาลจะจัดให้มีกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้คนไทยมีหลักประกันสุขภาพภายใต้ระบบเดียวกัน เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันมีความมั่นคงและยั่งยืน ทุกคนที่เข้ารับบริการดูแลสุขภาพรวมทั้งการรักษาพยาบาลจะเสียค่าธรรมเนียม 30 บาทต่อครั้ง ไม่ว่าจะนอนหรือไม่นอนโรงพยาบาลก็ตาม โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มเติม ทุกคนที่ยังไม่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามกฎหมายหรือระเบียบอื่น ๆ ของรัฐอยู่ก่อนแล้ว และมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในพื้นที่ที่กระทรวงสาธารณสุข จะได้ประกาศให้ทราบเป็นระยะ ๆ ดังเช่น เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2544 ได้เปิดบริการแล้วในพื้นที่ 6 จังหวัด คือ พะเยา นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาคร และยะลา ชุดสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับบริการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่ง จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพตามแนวทางการป้องกันและรักษาโรคที่เป็นแบบแผน ซึ่งกำหนดโดยสมาคมหรือสภาวิชาชีพนั้น ๆ ตามที่รัฐบาลจะได้ประกาศให้ทราบ เช่น .รักษาโรคฟันต่าง ๆ ขูดหินปูน เคลือบฟลูออไรด์ ทำฟันปลอม ที่ใช้อะไรก็เป็นฐาน ที่ทันตแพทย์เห็นว่าจำเป็นต่อการเคี้ยวอาหาร

หลังจากการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถานบริการในจังหวัดปทุมธานีเพิ่มขึ้น ทั้งสถานบริการระดับโรงพยาบาลและสถานีนอมาัย โดยตารางที่ 3-3 และรูปที่ 3-2 เปรียบเทียบการเพิ่มของผู้รับบริการทันตกรรมในงานหลักๆ ช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนธันวาคม 2544 เปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี 2543 พบว่า จำนวนผู้มารับการถอนฟันเพิ่มขึ้น 16.20% การอุดฟันเพิ่มขึ้น 25.31% และการขูดหินปูนเพิ่มขึ้น 25.15% ซึ่งสถานบริการระดับสถานีนอมาัยจะมีการเพิ่มขึ้นสูงกว่าระดับโรงพยาบาล

ตารางที่ 3-3 จำนวนการมารับบริการทันตกรรมของประเภทบริการหลัก เปรียบเทียบก่อนและหลังโครงการฯ

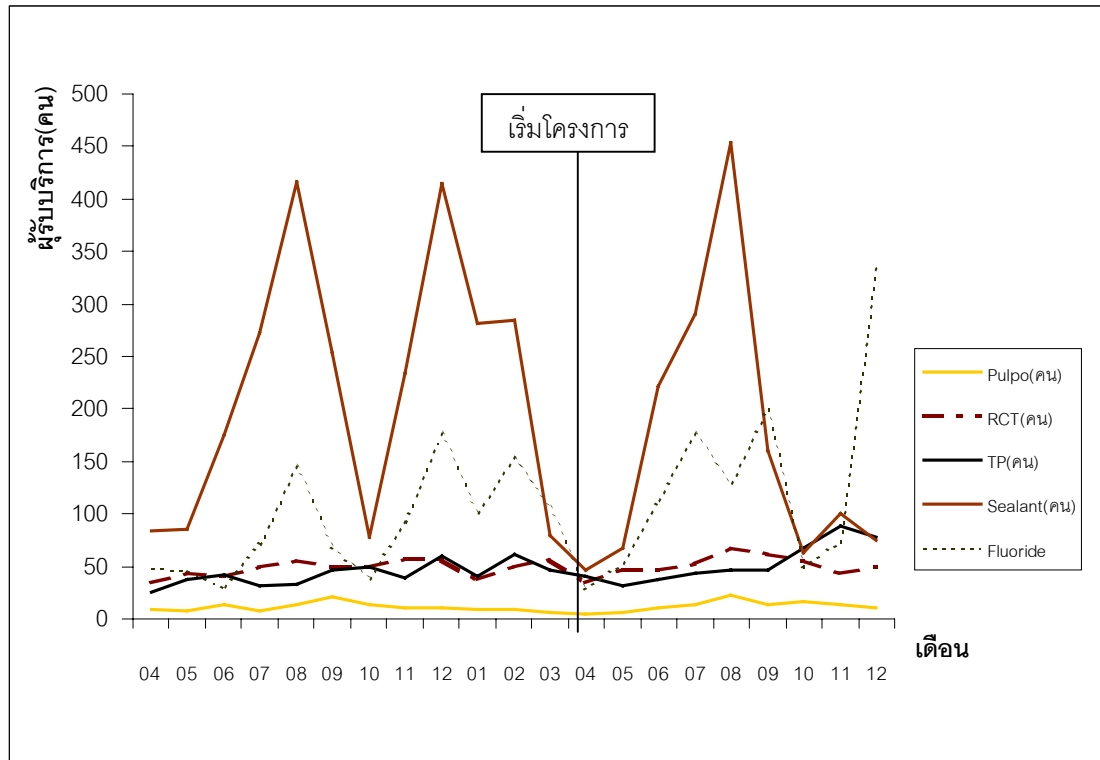
	ประเภท	ช่วงเวลา		เปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)
		เม.ย.43-ธ.ค.43	เม.ย.44-ธ.ค.44	
รวมทุกสถานบริการ	ถอนฟัน	18,224	21,177	16.20
	อุดฟัน	13,495	16,910	25.31
	ขูดหินปูน	5,415	6,777	25.15
ระดับโรงพยาบาล	ถอนฟัน	16,444	18,504	12.53
	อุดฟัน	12,510	15,190	21.42
	ขูดหินปูน	4,837	5,800	19.91
ระดับสถานีนอมาัย	ถอนฟัน	1,780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

รูปที่ 3-2 เปรียบเทียบจำนวนรวมผู้เข้ารับบริการทันตสุขภาพหลังการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ส่วนงานบริการทันตกรรมประเภทอื่นๆมีจำนวนไม่มากนัก และจำนวนการเข้ารับบริการจากผลโครงการฯ ไม่ชัดเจน โดยลักษณะการบริการเคลือบหลุมร่องฟัน(Sealant) และฟลูออไรด์จะมีลักษณะรูปแบบจำนวนการให้บริการไม่ต่างจากเดิม กล่าวคือจะมีการวางแผนการทำงานเป็นช่วงๆ ทั้งการรักษาในสถานบริการ ในชุมชนหรือในโรงเรียน เป็นต้น

รูปที่ 3-4 แนวโน้มการเพิ่มขึ้นจำนวนผู้เข้ารับบริการทันตสุขภาพหลังการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า(2)



หากจะพิจารณาสัดส่วนของผู้มารับบริการทั่วไปกับผู้รับบริการตามโครงการนั้น ตารางที่ 3-4 จะแสดงจำนวนผู้รับบริการในสถานบริการระดับโรงพยาบาล(ทั้ง 8 แห่ง) เมื่อเปรียบเทียบตามสัดส่วนแล้ว งาน 5 ประเภทแรกที่มีสัดส่วนจากบัตรทองมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ รักษารากฟัน(29.39) ใส่ฟันปลอม(29.17) ชูดหินปูน(26.64) ถอนฟัน(25.64) อุดฟัน(24.40)

ตารางที่ 3-4 ประเภทและร้อยละของผู้ถือบัตรทองตามประเภทงานบริการทันตกรรมในระดับโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ผู้รับบริการบัตรทอง(คน)		ผู้รับบริการรวม(คน)		ร้อยละของบัตรทอง
	เม.ย.-ธ.ค.44	เฉลี่ยต่อเดือน	เม.ย.-ธ.ค.44	เฉลี่ยต่อเดือน	
ถอนฟัน(คน)	4,745	527.2	18,504	2,056.0	25.64
ถอนฟัน(ซี่)	5,823	647.0	23,289	2,587.7	25.00
ผ่าฟันคุด(ซี่)	109	12.1	535	59.4	20.37
อุดฟัน(คน)	3,707	411.9	15,190	1,687.8	24.40
อุดฟัน(ซี่)	4,810	534.4	21,486	2,387.3	22.39
ชูดหินปูน(คน)	1,545	171.7	5,800	644.4	26.64
Pulpo(คน)	0	0.0	112	12.4	0.00
Pulpo(ซี่)	0	0.0	118	13.1	0.00
RCT(คน)	134	14.9	456	50.7	29.39
RCT(ซี่)	146	16.2	487	54.1	29.98
TP(คน)*	140	15.6	480	53.3	29.17
TP(ชิ้น)*	185	20.6	606	67.3	30.53
Obturator(ชิ้น)	0	0.0	3	0.3	0.00
Sealant(คน)	56	6.2	1,213	134.8	4.62
Sealant(ซี่)	151	16.8	2,830	314.4	5.34
Fluoride(คน)	140	15.6	881	97.9	15.89

หมายเหตุ *การใส่ฟันปลอมฐานพลาสติกไม่ได้แยกแหว่งฟันปลอมบางส่วน(TP) และฟันปลอมทั้งปาก(FD)

สำหรับสัดส่วนของผู้มารับบริการทั่วไปกับผู้รับบริการตามโครงการในสถานพยาบาลระดับสถานีนามัยนั้น ตารางที่ 3-5 จะแสดงจำนวนผู้รับบริการในสถานบริการระดับสถานีนามัยทั้ง 9 แห่ง เมื่อเปรียบเทียบตามสัดส่วนแล้ว งานหลักที่มีสัดส่วนจากบัตรทองมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ ชูดหินปูน(31.93) อุดฟัน(28.60) และถอนฟัน(25.51) ตามลำดับ แต่มีข้อสังเกตว่างานส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน หรืองานฟลูออไรด์นั้น ไม่มีปรากฏในผู้รับบริการบัตรทองเลย

ตารางที่ 3-5 ประเภทและร้อยละของผู้ถือบัตรทองตามประเภทงานบริการทันตกรรมในระดับสถานีนามัย

สถานีนามัย	ผู้รับบริการบัตรทอง(คน)		ผู้รับบริการรวม(คน)		ร้อยละของบัตรทอง
	เม.ย.-ธ.ค.44	เฉลี่ยต่อเดือน	เม.ย.-ธ.ค.44	เฉลี่ยต่อเดือน	
ถอนฟัน(คน)	682	75.8	2,673	297.0	25.51
ถอนฟัน(ซี่)	776	86.2	3,194	354.9	24.30
อุดฟัน(คน)	492	54.7	1,720	191.1	28.60
อุดฟัน(ซี่)	636	70.7	2,127	236.3	29.90
ชูดหินปูน(คน)	312	34.7	977	108.6	31.93
Sealant(คน)	0	0.0	266	29.6	0.00
Sealant(ซี่)	0	0.0	720	80.0	0.00
Fluoride(คน)	0	0.0	277	30.8	0.00

หลังจากดำเนินโครงการมาระยะหนึ่ง พบว่ามีระบบคิวเกิดขึ้นในสถานบริการที่เป็นโรงพยาบาล จากการสำรวจข้อมูล ณ เดือน กุมภาพันธ์ 2545 พบว่า มีจำนวนคนไข้ที่ประสงค์จะรับการรักษาแต่ยังไม่ได้รับบริการและลงชื่อไว้เพื่อรอคิวนัดเพื่อเรียกมารับการรักษาภายหลัง โดยงานใส่ฟันปลอมมีคิว 4 โรงพยาบาล รวม 164 คน รองลงมาเป็นรักษารากฟันแท้ 3 โรงพยาบาล 136 คน ซึ่งงานทั้งสองประเภทนี้ใช้เวลาและต้นทุนมากกว่างานรักษาทางทันตกรรมอื่นๆ อย่างไรก็ดีคิวนี้นี้ไม่รวมผู้ที่มาโรงพยาบาลไม่ได้รับการรักษาแต่ไม่ได้ลงชื่อไว้ในคิว โดยเฉพาะงาน อุดฟัน ชูดหินปูน เป็นต้น

ตารางที่ 3-6 คนไข้ในคิวของงานบริการรักษาทันตกรรม จังหวัดปทุมธานี ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2545

ประเภทงาน	ผ่าฟันคุด	อุดฟัน	ชูดหินปูน	ใส่ฟัน	รักษา รากฟันแท้	รักษาประสาท ฟันน้ำนม
จำนวน รพ.(ที่มีคิว)	2	1	1	4	3	2
จำนวนคนไข้ในคิว(คน)	11	5	9	164	136	12

3. ผลการสนทนากลุ่ม(Focus Group discussion) เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพความคิดเห็นของการชุดบริการสุขภาพที่ผ่านมา ในกลุ่มผู้จัดบริการ และกลุ่มผู้รับบริการ

3.1.สรุปผลการสนทนากลุ่มทันตบุคลากร เรื่อง ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม ในวันที่ 7 กันยายน 2544 ณ สสจ.ปทุมธานี มีทันตบุคลากรที่ทำงานบริการทันตกรรมในจังหวัดปทุมธานี

-กลุ่มแรก ทันตแพทย์ จำนวน 11 คน

-กลุ่มที่สอง ทันตภิบาล จำนวน 7 คน

จังหวัดปทุมธานีเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่เริ่มทำโครงการนำร่อง “นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค” เดือนเมษายน 2544 ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่ใช้ดำเนินการในเบื้องต้นได้แก่ ถอนฟัน อุดฟันทุกชนิด ชุดหินน้ำลายเคลือบฟลูออไรด์ รักษาโรคของฟันและเหงือก และฟันปลอมที่ใช้อะคริลิกเป็นฐาน ทางจังหวัดไม่ได้ทำข้อตกลงร่วมกันในเบื้องต้น ในการให้คำอธิบายขยายความบริการทันตกรรมในแต่ละรายการในชุดสิทธิประโยชน์ที่ประกาศออกมา โดยมีนโยบายจากนพ.สสจ. ที่ต้องการให้ประชาชนได้รับความพึงพอใจสูงสุดเมื่อมารับบริการ

ในเดือนมิถุนายนจังหวัดปทุมธานีได้ใช้ ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่ปรับปรุงใหม่ ได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน ชุดหินปูน ฟันปลอมฐานพลาสติก รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม ใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ และงานส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ตรวจสุขภาพช่องปาก เคลือบหลุมร่องฟันและการให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มเสี่ยง

ปัญหาการตีความรายการบริการทันตกรรมในชุดสิทธิประโยชน์

เนื่องจากทางจังหวัดไม่ได้ทำข้อตกลงร่วมกัน ในการให้คำอธิบายขยายความบริการทันตกรรมในแต่ละรายการในชุดสิทธิประโยชน์ ปัญหาในทางปฏิบัติคือ การตีความขอบเขตการบริการ ซึ่งเป็นปัญหาค่อนข้างมาก นอกจากมีความต่างในแต่ละพื้นที่ที่ให้บริการ(โรงพยาบาล)แล้ว ในพื้นที่โรงพยาบาลเดียวกันทันตแพทย์ยังตีความและให้บริการที่ต่างกันไปตามประสบการณ์ และความเห็นส่วนตัว เกือบทุกแห่งจะเน้นตาม Chief complaint ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ก. การใส่ฟันปลอม

การให้บริการ บางโรงพยาบาลทำฟันปลอมให้ทุกกรณี บางโรงพยาบาลเลือกทำบางกรณี เช่น ไม่ทำในฟันหลังด้วยอิงหลักวิชาการที่เกรงจะเกิดผลเสียมากกว่า หรือมีเงื่อนไขกำหนดลักษณะจำนวนฟันที่เหลือ คู่สบและตำแหน่งของฟัน เช่น ถ้าพอเคี้ยวได้บ้างถือว่าไม่เข้าเกณฑ์ คือฟันหลัง 1 คู่สบกันได้ และทางโรงพยาบาลไม่มีปัญหากับผู้ป่วย หรือบางที่ฟันปลอม ทำเฉพาะฟันหลัง ส่วนฟันหน้าคิดค่ารักษาตามปกติ

การร่วมจ่าย: บางพื้นที่มีการขอให้ผู้ป่วยร่วมออกค่าใช้จ่ายด้วย เช่นกรณีการทำฟันปลอม ซึ่งประเมินแล้วว่าโรงพยาบาลไม่คุ้มทุน แต่ราคาไม่ได้เก็บตามที่กระทรวงกำหนด และจะดูปฏิกริยาของคนใช้ร่วมด้วย นอกจากนี้การตีความให้ฟรีกรณี ฟันปลอมเพื่อการบดเคี้ยว ทำให้บางแห่งคิดเงินคนไข้เมื่อใส่ฟันปลอมทั้งฟันหน้าและฟันหลัง โดยบอกว่าฟันหน้าไม่ฟรี

ข. รักษาโรคของฟันและเหงือก

โรงพยาบาลบางแห่งตีความรวมถึงการรักษาคลองรากฟันซึ่ง มีทั้งทำในฟันหน้าและฟันกรามน้อย หรือบางที่ทำได้ถึงฟันกราม แต่บางที่ยกเว้น ไม่ทำฟันกราม และมีการส่งต่อเพื่อรักษาในจังหวัดกรณีเกินความสามารถของทันตแพทย์ มี 1โรงพยาบาลที่รายการนี้ไม่รวมการรักษาคลองรากฟัน

ผลกระทบต่อจำนวนและการบริการผู้ป่วย

จำนวนคนไข้ที่เพิ่มขึ้น มีการตั้งข้อสังเกตว่าฟันปลอมเพิ่มขึ้นชัดเจนกว่าอย่างอื่น แต่ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. (ยังไม่ยืนยันตัวเลข) ที่ทำการเก็บรายงาน ผู้ป่วยทันตกรรมเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยประมาณ 7- 10 % มีจำนวนการถอนฟันมีมากขึ้น ฟันปลอมมีไม่มากนัก

คนไข้ยังไม่เข้าใจระบบบริการทันตกรรม อยากจะลองมารักษาทันตกรรมในราคา 30 บาท ทำให้คนมากต้องรอคิวนาน นอกจากนั้นเมื่อต้องจ่าย 30 บาทแล้ว ก็อยากทำหลายอย่างในครั้งเดียว เช่น ถอนแล้วก็อยากใส่ฟันเลย ซึ่งจะใช้วิธีการพูดคุยทำความเข้าใจกับคนไข้

ความเห็นและรู้สึกของผู้ให้บริการ

การให้บริการตามนโยบายนี้ทำให้คนไข้ทันตกรรมมีจำนวนมากขึ้น ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลบางแห่ง จึงต้องหาวิธีการให้น้ำหนักการบริการและเลือกที่จะเน้นบางจุดเป็นสำคัญ

“... ขึ้นอยู่กับการ weight ว่าจะให้น้ำหนักไปทางไหน... บางอย่าง... ฟันหน้าไม่ทำเลย อย่างอื่นทำเท่าที่ทำได้ เลือกทำบางกิจกรรมเพราะมีคนไข้จำนวนมาก การให้น้ำหนักกิจกรรมใดมากจะปลดกิจกรรมอื่นๆลง เช่นถ้าเราเห็นความสำคัญของการอุดฟันมากๆ อย่างอื่นก็อาจจะลดลงคิดว่าฟันปลอมอาจจะข้ามไปเป็นปี ...กำลังใช้นโยบายเก็บฟันไว้ รักษาคลองรากฟัน...”

ความรู้สึกของทันตบุคลากรต่อการให้บริการ

“... ถ้าพูดถึงความรู้สึกของบุคลากรในการให้บริการ....30 บาทไม่คุ้มกับ ความรู้สึกของบุคลากร ในการให้บริการ ... กับงานที่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์มากๆหรือฝีมือทำนานๆ.....”

“...มันเป็นความรู้สึกอึดอัดใจ การอุด Light cure ใช้วัสดุอย่างดี ต้องใช้เวลาทำนานมากแล้วไม่เก็บเงิน....เป็นความรู้สึกทางด้านจิตใจ คนรวยใช้สิทธิ 30 บาทแต่ใส่ทองมา 10 บาท ...ซึ่งส่งผลต่อจิตใจบุคลากร ...คนสูงอายุมาไม่ถึงบัตร ...รพ.ให้ใช้สิทธิ 30 บาท ...แต่เบิกจังหวัดไม่ได้ ...ถามว่าเราเสียความรู้สึกไหม เสีย...”

“...ตอนแรกเปิดฟรีจะมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ เพราะเจ้าหน้าที่อื่นโดยเฉพาะห้องการเงิน จะเริ่มมองว่าห้องฟันใช้ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลสูง แล้วยังเก็บเงินคนไข้ไม่ได้อย่างการอุดด้วยlight cure ...ซึ่งต้องใช้เวลานาน...แต่เก็บเงินไม่ได้...”

“...รู้สึกว่าการประกันสังคมจะเสียเปรียบคนอื่นเขา.....”

“...รู้สึก 30 บาท เหมือนเราไปหลอกใช้เงินบำรุงเขา และเหมือนเราถูกทดลอง....เงินบำรุงต้องจ่ายหลายอย่าง.....”

ในเรื่องการจัดคิวใช้ระบบเดิมผ่านและตัดคิวที่ห้องบัตรไม่มีปัญหา ถ้าผู้ป่วยมาแล้วไม่ได้ทำจะนัดแต่ก็มีบางที่ที่ต้องจำกัด 25 คน เพื่อดูศักยภาพของผู้ให้บริการและการกระจายการให้บริการ ในสถานีนี้อย่ามียารับของค่าบริการลดลงชัดเจน

“.....บางวันรายรับลดลงเยอะ.....”

ปัญหาและผลกระทบอื่นๆ

“...การอุดฟัน Class4 (ฟันหน้า) .คนไข้ไม่ระมัดระวังการใช้ 2-3 เดือนกลับมาทำใหม่ใช้สิทธิอีก...ส่วนกลางควรมีความชัดเจน...แล้วงานเก่าในคนไข้เก่าที่เคยทำฟันมาก่อน เมื่อสึกหรือหรือชำรุด กลับมาใช้สิทธิมีอะไรรองรับหรือไม่ ”

ความเป็นห่วงในเรื่องค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและคิวของผู้ป่วยฟันปลอม

“.....ค่าใช้จ่ายฟันปลอม..... เป็นห่วงว่าออกไปเต็มที่ (ให้บริการฟรีทั้งหมด) แล้วถอยกลับจะลำบาก ...อีกจุดหนึ่งที่ห่วงคือคิวเยอะ...ฟันปลอมคิวยาวมาก”

“ ปัญหาฟันปลอม....คนไข้อยากขอสำรองไว้กันแตก ...การส่งLabจะเสียค่าส่งแพง ใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาล เก็บค่าบริการ 30 บาท แต่ค่าส่งไป-กลับแพงกว่า...ประชาชนบางคนเองก็ยังไม่เข้าใจ เช่นฟันห่าง อยากใส่ถือว่าเป็น สิทธิ ปัญหาฟันปลอมจะเยอะ ”

“งบประมาณไม่ชัดเจน จึงยังไม่กล้าสั่งวัสดุ เพราะไม่รู้จะเป็นหนี้กันเท่าไร...”

“...ถ้าคนไข้มาทำหลายอย่างติดๆกันในครอบครัวเดียว (เหมาะจะมาทำเป็นครอบครัว) คิดเทียบค่าวัสดุที่ใช้กับบ รายหัวคงไม่พอ.....ประชาชนจะเหมาะจะมาทำทุกอย่างเท่าที่จะทำได้ ส่วนดีคือประชาชนสุขภาพช่องปากดีขึ้น เพราะ ไม่ต้องวิตกกังวลกับค่าใช้จ่าย แต่เงินรพ.จะไม่พอ”

“.....ต้นทุนค่าใช้จ่ายของ รพ. บางวันได้เงินไม่ถึง พันบาท ...ทุกอย่างเป็นค่าใช้จ่ายหมด...ถ้าทำฟันเยอะค่าลิฟท์ก็ แพง เพราะทันตอยู่ชั้น3 (ฝ่ายทันตฯ) อาจจะต้องปิดตัวเองเพราะงบฯไม่พอ....”

ความไม่ชัดเจนของส่วนกลางส่งผลให้ผู้ปฏิบัติต้องมีปัญหากับคนไข้ การให้บริการในรายการชุดสิทธิ ประโยชน์ที่แตกต่างกันในการตีความแต่ละพื้นที่ ทำให้เกิดปัญหาต่อการรับรู้ของผู้ป่วย มีกรณีผู้ป่วยที่เรียกร้อง การรับบริการทันตกรรมที่อ้างอิงสถานบริการอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งให้บริการในขอบเขตที่มากกว่า การแก้ปัญหาเฉพาะ หน้าของทันตแพทย์ คือใช้การพูดคุย ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย

“...กรณีคนไข้ไม่พอใจ...ถ้าได้คุยกับหมอแล้ว....คนไข้เขาจะรู้สึกดีถ้าเราพูดด้วยท่าที่นุ่มนวล ”

“ ..ปัญหาว่า 30 บาทตอนฟันชุดได้ใหม่...ปัญหาข้ามเขต...ประชาชนยังไม่เข้าใจว่าจะใช้ 30 บาทได้ไหม...”

ข้อคิดเห็นของชุดสิทธิประโยชน์

กลุ่มต้องการความชัดเจนงานบริการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ และไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นได้ว่ารายการ ใดควรอยู่หรือไม่ควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เนื่องจากไม่ทราบว่าจะใช้เกณฑ์อะไรมาคิดบ้าง แต่กลุ่มฝากไว้บาง ประเด็น

“คนไข้อาจจะไม่ดูแลตัวเอง เพราะคิดว่าจ่ายได้ 30 บาท ...จะมาใส่ฟันปลอมฟรีก็ได้ ถ้าไม่มีส่วนในการจ่าย ..ทำให้ ป้องกันตนเองลดลง ...ควรฟรีบางกรณี...และมีส่วนจ่ายบางกรณี....”

“.....มองว่า 30 บาท ทำให้คนไข้ประมาทขึ้น..ไม่เห็นความสำคัญของการป้องกันฟันถ้าดูแลตัวเองดีๆจะไม่เป็น การเพิ่มค่าใช้จ่าย.....”

“...ใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ไม่ควรมีใน รพช.... คนไข้ไม่มีไม่คอยเจอ...น่าจะดูศักยภาพของผู้ให้ บริการในรพช....ซื้ออุปกรณ์ไว้จะเสียเปล่า...”

“...ให้ทำฟันปลอม....อาจจะมีถอนฟันมากขึ้น และไม่ดูแลฟันตนเอง.....”

“.....ประชาชนอาจยังไม่เข้าใจสิทธิที่แท้จริงของตน.....เขาแบบบอกมาเลยว่าทำได้หรือไม่ได้...คำพูดที่คลุมเครือปฏิเสธไม่ได้....คนไข้บางคนที่เป็นนักกฎหมายจะตีความไปได้เยอะ..”

“ โรคที่ป้องกันได้แล้วผู้ป่วยไม่ได้ทำ ควรพิจารณาให้การรักษาได้แค่ไหน? การให้ฟรีควรเป็น โรคที่ป้องกันได้ใน ระดับหนึ่ง แต่ไม่เห็นด้วยกับการรักษารากฟัน

“ อาจจำเป็นต้องกำหนดการรักษาในระดับหนึ่ง และต้องจ่ายเพิ่มในอีกบางกรณี”

ในสถานีนามียอดคนไข้เพิ่มขึ้น คนไข้ประกันสังคมสิทธิจะซ้ำซ้อนกับ 30 บาท ...คนไข้จะขอใช้สิทธิทำ หลายอย่าง และยังมีปัญหาการใช้บริการนอกเขต และต้องการบริการเฉพาะบางอย่างที่ไม่แน่ใจว่าจะเก็บเงินได้ หรือไม่

สรุปข้อคิดเห็นจากสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ

1. การตีความชุดสิทธิประโยชน์

ชุดเดิม : ยังมีการตีความที่แตกต่างกัน ขึ้นกับดุลยพินิจของบุคลากรแต่ละแห่ง แต่พยายามให้อยู่ในเกณฑ์ที่ระบุ มีเทคนิคปลีกย่อยที่แตกต่างกัน

ชุดใหม่ : การตีความชุดเก่า ยังไม่ชัดเจน ทำให้ลำบากกับการตัดสินใจจะกำหนดรายละเอียด ต้องการให้ส่วนกลางกำหนด รายละเอียดเป็นรายการกิจกรรมที่ชัดเจน

ปัญหาที่พบ : การตีความระหว่างบุคลากรกับคนไข้ มีความแตกต่างกัน คนไข้ตีความเพื่อการเรียกร้องสิทธิ ในขณะที่บุคลากรต้องตีความเพื่อคำนึงถึงต้นทุน, Moral Hazard, งบประมาณและนโยบายของโรงพยาบาล พร้อมกับที่ต้องการให้บริการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อคนไข้

: บุคลากรผู้ให้บริการต้องเป็นผู้ปะทะทั้งกับคนไข้และผู้บริหาร จากความไม่ชัดเจนของการตีความ แต่พยายามแก้ปัญหาด้วยการจัดระบบนัดและพูดคุย อธิบาย ให้คนไข้เข้าใจ

การกำหนดรายการในชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม อาจต้องใช้มุมมองหลายๆด้านประกอบกัน เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย, ความคุ้มค่า, ความอยู่รอดของหน่วยงาน, ศักยภาพ ความพร้อมของผู้ให้บริการ, ผลด้านพฤติกรรมเชิงป้องกันตนเอง ฯลฯ

2. การรับรู้และความต้องการของผู้รับบริการ

- บุคลากรรู้สึกว่าการมีคนไข้เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะคนไข้ถอนฟันและใส่ฟันปลอม
- บุคลากรรู้สึกที่คนไข้รับรู้ถึงสิทธิของตนมากขึ้น ในบางกลุ่มที่ไม่เคยมารับบริการมารับบริการมากขึ้นเช่นชาวไร่ ชาวนา ถ้านัดให้มาอุดฟันจะมาตามนัดเพราะไม่ต้องรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่าย แต่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน
- แนวโน้มของความต้องการและประเภทของการบริการเปลี่ยนไป จากเดิมที่เน้นการถอนฟันเปลี่ยนเป็นงานหัตถการอย่างอื่นเช่นการอุดฟัน, ขูดหินปูนและรักษารากฟัน

3. ความพร้อมของบุคลากรในฐานะผู้ให้บริการ

- ทางด้านจิตใจ : ยังรู้สึกคับข้องใจในประเด็นของ
 - Moral Hazard รู้สึกว่า 30 บาท ทำให้คนไข้จะละเลยการป้องกันตนเองในโรคที่พึงป้องกันได้
 - งานหัตถการที่ต้องใช้ความละเอียดปราณีต เช่นการอุดฟันหน้า และไม่มีการเก็บเงิน รู้สึกเป็นห่วงว่าคนไข้จะไม่เห็นคุณค่าของการรักษา
 - กังวลถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายกับงบประมาณที่ได้รับจัดสรร รู้สึกไม่มั่นใจในการสนับสนุน
 - ความรู้สึกอึดอัดคับข้องใจกับการให้บริการผู้ใช้สิทธิ 30 บาท ที่มีฐานะร่ำรวย
 - กังวลใจกับความไม่แน่นอนและไม่ชัดเจน โดยเฉพาะในเรื่องงบประมาณ

-ทางด้านการบริการ :

- ต้องใช้ระบบนัด เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนบุคลากร
- ต้องมีระบบของการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน ที่เกี่ยวกับภาระงาน

4. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

-ควรกำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในชุดสิทธิประโยชน์ที่ชัดเจน และต้องการความชัดเจนในการปฏิบัติงาน ทั้งเรื่องงบประมาณ ความอยู่รอดของหน่วยงาน และหลักเกณฑ์เรื่องชุดสิทธิประโยชน์และการให้สิทธิแก่ประชาชนเพื่อความสะดวกต่อการปฏิบัติ

- ระบบคำตอบแทน ควรคำนึงถึงการDiagnosis ,การให้คำปรึกษาและการรักษา
- ควรให้คนไข้มีส่วนร่วมในการจ่าย และกำหนดให้ชัดเจนว่ากรณีใดรักษาฟรีและกรณีใดต้องร่วมจ่าย

3.2. สรุปผลการสนทนากลุ่มผู้รับบริการทันตกรรม

ดำเนินการจัดอภิปรายกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6-10 คน โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มผู้ปกครองเด็ก การระดมความคิดเห็นมีทั้งการอภิปรายและกิจกรรมโดยใช้การเขียนกระดานติดบอร์ด เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมจากประสบการณ์ตนเองให้มากที่สุด และแบ่งประเด็นในการอภิปรายออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การรับรู้ผลกระทบอันเนื่องมาจากปัญหา ปากและฟัน (Perceived impact/ Quality of Life)
วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลกระทบ/คุณภาพชีวิตที่ประชาชนรับรู้เนื่องจากปัญหาปากและฟัน

1 กลุ่มผู้สูงอายุ

- ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีจำนวน 6 คน เป็นชาย 2 คน และหญิง 4 คน อายุระหว่าง 63-70 ปี ทั้งหมดไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ไม่มีรายได้ ได้รับเงินเป็นค่าใช้จ่ายบ้างจากลูก กิจวัตรส่วนใหญ่อยู่บ้านดูแลหลาน สิทธิในการรักษาพยาบาลใช้บัตรทองที่ขึ้นทะเบียนที่สถานีอนามัยบ้านกลาง มี 2 คนที่ใช้สิทธิในการเบิกของบุตรที่เป็นข้าราชการทั้งหมดไม่เคยไปรับบริการทันตกรรมจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่เคยมีประสบการณ์การไปรับบริการทันตกรรมคลินิกเอกชนและการเจ็บป่วยในช่องปาก

● การรับรู้ผลกระทบอันเนื่องมาจากปัญหาปากและฟัน

จากการที่ให้กลุ่มช่วยกันคิดและรวบรวมปัญหาปากและฟัน รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้น แล้วให้ช่วยกันจัดกลุ่มระดับของผลกระทบ พร้อมกับอภิปรายถึงเหตุและผลพบว่าผลการจัดกลุ่มปัญหาปากและฟัน ปรากฏดังตาราง 3-7 ตารางที่ 3-7 ผลการจัดกลุ่มปัญหาปากและฟัน ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ระดับของผลกระทบ	ปัญหาปากและฟัน
ผลกระทบระดับรุนแรงมาก	รำมะนาดทำให้ปวด, เหงือกเป็นหนอง ฟันโยกปวดใช้เวลานานกว่าจะหาย, ฟันโยกแล้วปวด ฟันถูกถอนแล้วเสียต่อๆกันไป ปวดฟัน หงุดหงิด อารมณ์เสีย ไม่มีฟันหลังทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้ ฟันแตกทำให้ปวดฟัน
ผลกระทบระดับรุนแรงน้อย	มีหินปูนเกาะมาก หนา ทำให้ฟันผุ ฟันหลังเหลือน้อย เคี้ยวอาหารยาก เคี้ยวได้เฉพาะอาหารอ่อน ไม่มีฟันทำให้เคี้ยวไม่เหมือนเดิม ฟันปลอมทำให้รสชาติอาหารเปลี่ยน ไม่มีฟันหน้า ไม่กล้ายิ้ม พูดไม่ชัด ปัญหากลิ่นปาก เศษอาหารติดตามซอกฟัน ทำให้รำคาญ อาย

จากตาราง 3-7 วิเคราะห์โดยใช้กรอบแนวคิด ผลกระทบจากปัญหาปากและฟันต่อชีวิตประจำวัน (Oral impact on daily performance – OIDP : Adulyanon S, 1996)) พบว่า ประเด็นที่ทางกลุ่มสะท้อนออกมา มีทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในระดับ ความพิการ (Impairment), ผลระดับกลาง (Intermediate) และ ผลท้ายสุด (Ultimate level) ดังนี้

ผลกระทบระดับรุนแรงมาก

1. ปัญหาจากฟันแตกหัก, รำมะนาดหรือโรคเหงือก และฟันโยก (Impairment) ส่งผลให้เกิด ความเจ็บปวด (Intermediate level, Pain) และท้ายที่สุด ส่งผลให้เกิดอารมณ์เสีย, หงุดหงิด และเคี้ยวอาหารไม่ได้ (Ultimate level) ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“ปวดฟันมากๆ ต้องรักษา มันกระทบประสาทรุนแรง ทำให้อนอนไม่หลับ หงุดหงิดอารมณ์เสีย”

“...เป็นรำมะนาด โคนฟันจะเป็นหนอง โยกโยก พอทานน้ำแข็งหรือเคี้ยวข้าว หรือเคี้ยวอะไร จะปวดเข้าหัวใจเลย...”

“...ถ้ามันโยกมานาน บางทีก็ไม่เจ็บ แต่จะไม่ถอน ถ้าโยกแล้วปวดจึงจะถอน...”

2. ปัญหาจากการที่ไม่มีฟันหลัง ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้

ในระดับความพิการ (Impairment) ที่ไม่มีฟันเหลืออยู่เลย ส่งผลต่อการทำหน้าที่ (Function limitation) คือความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารลดลง

3. ผลตามจากการใส่ฟันปลอม แล้วทำให้ต้องเสียฟันซี่ต่อกันไป

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงปัญหาเริ่มต้นจากการที่ไม่มีฟันหลังหรือฟันถูกถอนไปบางซี่ แล้วต้องไปใส่ฟันปลอม หลังจากนั้นก็ส่งผลต่อฟันซี่อื่นๆ ทำให้ต้องมีการสูญเสียฟันซี่อื่นตามมา ขณะเดียวกันเมื่อไม่มีฟันหลังหรือฟันถูกถอนไปบางซี่ ก็มีเหตุผลถึงการที่ต้องรีบไปทำฟันปลอม เพราะถ้าปล่อยให้เป็นฟันหลอ จะส่งผลต่อการพบปะผู้คน หรือเข้าสังคมไม่ได้ เนื่องจากความอาย

“... (ฟันปลอม) ที่ใส่ไป มันไม่มีปัญหาอะไร แต่ฟันที่เราไปดัดลง (ฟันหลังที่ยึดกับตะขอ) พอมันแตก จะมีปัญหา ถอนซี่หนึ่งไป ซี่ที่ใส่ฟันปลอมไว้ก็จะเสียหมด...”

ผลกระทบระดับรุนแรงน้อย

1 ลักษณะความพิการและความผิดปกติ อันเนื่องมาจาก

1.1 ผลตามจากการใส่ฟันปลอม แล้วทำให้เคี้ยวไม่เหมือนเดิม รสชาติอาหารเปลี่ยนไป

ปัญหาจากฟันหลังเหลือน้อย หรือไม่มีฟัน มีผลต่อการบดเคี้ยวอาหาร (Function limitation) เนื่องจากเมื่อใส่ฟันปลอมแล้วทำให้เคี้ยวไม่เหมือนเดิม เคี้ยวอาหารได้ยาก เคี้ยวได้เฉพาะอาหารอ่อน และรสชาติอาหารเปลี่ยนไป ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลบอกว่า เป็นเรื่องธรรมดาของการมีฟันเหลือน้อย และเป็นธรรมดาของการใส่ฟัน ปัญหาการเคี้ยวก็ทำให้กินไม่ได้ตามที่ร่างกายต้องการใช้ ย่อยได้น้อย แต่ก็ให้ความเห็นว่ากรณีที่ฟันเหลือน้อยและต้องใส่ฟันปลอมนี้รุนแรงเล็กน้อย อยู่ในระดับพอทนได้ เมื่อเทียบกับการที่ไม่มีฟันเลย

“... ฟันกรามไม่มี ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด...”

“... ฟันกรามหลังเหลือน้อย เคี้ยวอาหารไม่ได้ จะทานได้แต่อาหารอ่อน...”

1.2 หินปูนเกาะตัวฟันมาก หนา ทำให้ฟันผุ และรำคาญ

เหตุผลที่ทางกลุ่มจัดไว้ในกลุ่มผลกระทบระดับรุนแรงน้อย เนื่องจากถ้าไปกำจัด ขูดหินปูนออกแล้วก็ไม่เป็นปัญหา

“...หินปูนเกาะแล้วรำคาญ...ทิ้งไว้นานฟันจะผุ...”

2 ความไม่พึงพอใจ (Dissatisfaction) และสภาพที่ปรากฏ (Appearance)

2.1 ความพิการ (Impairment) ที่ไม่มีฟันหน้า ทำให้อาย, ไม่กล้ายิ้ม และพูดไม่ชัด

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลบอกว่า เป็นปัญหาที่พอประมาณ คิดว่าไม่เป็นไร ฟันหน้าพูดไม่ชัด ไม่สะดวก แคร์ธรรมดา เป็นปัญหาที่แก้ได้ด้วยการใส่ฟันปลอม

2.2 ปัญหาจากกลิ่นปาก ทำให้รู้สึกไร้ค่า uly ไม่สบาย

ปัญหานี้กลุ่มคิดว่าผลกระทบรุนแรงน้อย เพราะพอจะรักษาเองได้ แก้ไขด้วยตนเองได้ โดยการอมเกลือ

2.3 เศษอาหารติดตามซอกฟัน ทำให้รำคาญ อาย

กลุ่มคิดว่าผลกระทบรุนแรงน้อย เพราะพอจะรักษาเองได้ แก้ไขด้วยตนเองได้ เช่นเดียวกับปัญหาจากกลิ่นปาก

● ทักษะต่อฟันธรรมชาติ และฟันปลอม

“... ของเทียมมัน (เคี้ยว) ไม่ค่อยรู้สึกเท่าไร ไม่เหมือนของจริง...”

“...ถ้ามีฟันใส่ ยังไงก็สู้ฟันจริงไม่ได้...”

“... ฟันปลอมใส่แล้วเคี้ยวไม่เหมือนเดิม รสชาติอาหารเปลี่ยนไป เคี้ยวอาหารยาก เคี้ยวได้เฉพาะอาหารอ่อน...”

“...การรักษาใดๆเพื่อให้ฟันแน่นแข็งแรง มันต้องเริ่มตั้งแต่เด็ก...”

● ผลการวิเคราะห์ (Analytic induction)

เหตุผลที่ผู้ให้ข้อมูลใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินผลกระทบระดับรุนแรงมาก ได้แก่

1. ความรู้สึกปวด (Pain) อันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ทนไม่ได้ เพราะปวดประสาท หงุดหงิด อารมณ์เสีย ประกอบกับปัญหาอื่นๆ เช่น เป็นหนอง ฟันโยก ซึ่งมีอาการปรากฏให้เห็นชัดเจนร่วมกับอาการปวด
2. ไม่มีฟันเลย หรือไม่มีฟันหลังเลย ทำให้เคี้ยวไม่ได้ มีปัญหากับระบบการย่อยอาหาร
3. กระบวนการพบปะผู้คน เข้าสังคมไม่ได้ รู้สึกอาย ไม่มีฟันหน้า พูดไม่ชัดอาจเป็นสิ่งที่พอนทนได้ แต่ความรู้สึกอายจากฟันหลอมีผลกระทบระดับรุนแรงมาก

เหตุผลที่ผู้ให้ข้อมูลใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินผลกระทบระดับรุนแรงน้อย ได้แก่

1. ปัญหานี้ถูกมองว่าเป็นเรื่องธรรมดา สามารถคาดเดาผลได้ถ้ารักษา หรือไม่รักษา เช่น ขูดหินปูน, ฟันเหลือน้อย กินอาหารแล้วย่อยได้น้อย, ใส่ฟันแล้วเคี้ยวก็ไม่เหมือนเดิม รสชาติอาหารเปลี่ยนไป เป็นต้น
2. เป็นเรื่องพอนทนได้, พอใช้เคี้ยว ใช้งานได้ เช่นเหตุผล พูดไม่ชัดจากไม่มีฟันหน้า, มีฟันเหลือน้อยบ้าง พอใช้งานได้
3. เป็นเรื่องที่พอรักษาได้ สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้ หรือรู้วิธีการดูแลตนเอง เช่นเรื่องกลิ่นปาก, เศษอาหารที่ติดตามซอกฟัน เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตอื่นๆเพิ่มเติม คือ ระหว่างการที่ไม่มีฟันหลัง และการที่มีฟันหลังเหลือน้อยอยู่บ้าง แต่น้อยนั้น มีผลต่อการรับรู้ผลกระทบในระดับที่ต่างกัน กล่าวคือกรณีที่ไม่มีฟันหลังเหลือน้อยอยู่เลยทำให้เกิดความลำบากและผลกระทบที่รุนแรงมาก ด้วยเหตุผลที่ทางกลุ่มบอกว่า เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด ทำให้อาหารไม่ย่อย ขณะที่การที่มีฟันหลังเหลือน้อยอยู่บ้างเป็นสิ่งที่พอนทนได้

จากกรอบแนวคิด ผลกระทบจากปัญหาปากและฟันต่อชีวิตประจำวัน(OIDP) เปรียบเทียบในระดับผลท้ายสุด(Ultimate level)เช่นกัน พบว่ากรณีที่ไม่มีฟันหน้าแล้วส่งผลต่อความสวยงาม สภาพที่ปรากฏ(Appearance) ถูกจัดกลุ่มในระดับผลกระทบที่รุนแรงมาก เมื่อเทียบกับกรณีที่ไม่มีฟันหน้าเช่นกัน แต่ส่งผลต่อการพูด(Speaking) กลับถูกจัดกลุ่มในระดับผลกระทบที่รุนแรงน้อย

2 กลุ่มวัยทำงาน

● ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีจำนวน 6 คน เป็นชาย 1 คน และหญิง 5 คน อายุระหว่าง 17-58 ปี ประกอบอาชีพรับจ้าง, ค้าขาย, แม่บ้านและเป็นนักศึกษา มีรายได้อยู่ระหว่าง 3,000-10,000 บาท สิทธิในการรักษาพยาบาลใช้บัตรทองที่ขึ้นทะเบียนที่สถานีอนามัยบ้านกลาง มีเพียงคนเดียวที่ใช้สิทธิตามบัตรประกันสังคมทั้งหมดไม่เคยไปรับบริการทันตกรรมจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทุกคนเคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยในช่องปาก การไปรับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลของรัฐ หรือ คลินิกเอกชน

● การรับรู้ผลกระทบอันเนื่องมาจากปัญหาปากและฟัน

จากการที่ให้กลุ่มช่วยกันคิดและรวบรวมปัญหาปากและฟัน รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้น แล้วให้ช่วยกันจัดกลุ่มระดับของผลกระทบ พร้อมกับอภิปรายถึงเหตุและผล พบว่าผลการจัดกลุ่มปัญหาปากและฟัน ปรากฏดังตาราง 3-8 ตารางที่ 3-8 ผลการจัดกลุ่มปัญหาปากและฟัน ในกลุ่มวัยทำงาน

ระดับของผลกระทบ	ปัญหาปากและฟัน
ผลกระทบระดับรุนแรงมาก	ปวดฟันมากทำให้อนอนไม่หลับ, ทำงานไม่ได้ เหงือกอักเสบทำให้เสียฟัน อุดฟันแล้ว(วัสดุ)หลุด เศษอาหารติดและปวด รำมะนาดทำให้เหงือกบวมมาก รำมะนาดทำให้ปวดมาก หินปูนทำให้เหงือกอักเสบ ปวด แผลในช่องปาก(ร้อนใน) ทำให้เจ็บปวดทานอาหารลำบาก ฟันแตกหักเคี้ยวอาหารไม่ได้ ฟันเป็นรูเคี้ยวอาหารไม่ได้ มีกลิ่นปากทำให้ไม่กล้าพูด เศษอาหารติดฟันทำให้มีกลิ่น ไม่มีฟันหน้า ไม่กล้าพูด ไม่กล้ายิ้ม
ผลกระทบระดับรุนแรงน้อย	อุดฟันแล้ว(วัสดุ)หลุด เศษอาหารติด แต่ไม่ปวด ฟันโยกทำให้รำคาญ ฟันห่าง ฟันเก มีผลต่อความสวยงาม

จากตาราง 3-8 วิเคราะห์โดยใช้กรอบแนวคิด ผลกระทบจากปัญหาปากและฟันต่อชีวิตประจำวัน (Oral impact on daily performance - OIDP) พบว่า ประเด็นที่ทางกลุ่มสะท้อนออกมา มีทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในระดับความพิการ (Impairment), ผลระดับกลาง (Intermediate) และ ผลท้ายสุด (Ultimate level) ดังนี้

ผลกระทบระดับรุนแรงมาก

1. ปัญหาจากช่องปากที่ทำให้เกิดอาการปวด (Pain)

อาการปวด (Pain- Intermediate level) เป็นผลตามเนืองจากลักษณะความผิดปกติ หรือลักษณะความพิการต่างๆ (Impairment) ในช่องปาก ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุจากตัวฟัน หรืออวัยวะรอบๆ ตัวอย่างที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลยกขึ้นมาเช่น อุดฟันแล้วหลุด, ฟันผุ, รำมะนาด, หินปูน, เหงือกอักเสบ หรือแผลในช่องปาก และส่งผลสุดท้าย (Ultimate level) กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งมีตั้งแต่ ปวดมากจนรบกวนการนอน, การทำงาน, ทานอาหารลำบาก และเคี้ยวอาหารไม่ได้ ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...รำมะนาดบางครั้งมันก็ปวด เคยปวดอยู่เหมือนกันตอนเป็นเด็ก ปวดแล้วมันขึ้นไปถึงหูถึงอะไรเนี่ยนะ ปวดมาก...”

“...เหงือกบวม เป็นหนอง ทำงานไม่ได้เลยละ ปวดฟันใครจะไปทำ...”

“...ปวดฟันก็กินยานะ บางทีไม่ได้ไปไหน หาหมอ ยังหาไม่ได้ก็ต้องรีบกินยาให้มันหายปวดซะก่อน พอมันหายปวดหรือว่าหายบวม ถอนได้ก็จะมาถอนเลย บางทีหายปวดก็ไม่นึกถึงหมอ...”

“...หายปวดหมอยุ่ไหนก็ช่าง ไม่สนใจเพราะหายปวดแล้ว...”

2. ปัญหาจากช่องปากที่มีผลต่อการบดเคี้ยว (Functional limitation)

การจำกัดความสามารถในการบดเคี้ยว เป็นผลมาจากลักษณะความพิการ (Impairment) เช่น ฟันแตกหัก, ฟันเป็นรู, มีแผลในช่องปาก และส่งผลต่อการกินอาหารโดยตรง

3. ปัญหาจากช่องปากที่มีผลต่อสภาพที่ปรากฏ (Appearance)

ปัญหาการไม่มีฟันหน้า ความพิการจากการไม่มีฟัน มีผลกระทบต่อสภาพที่ปรากฏ (Appearance) และกระทบต่อ การเข้าร่วมกิจกรรมสังคมโดยตรง

4. ปัญหาจากช่องปากที่มีผลต่อความรำคาญ (Discomfort)

ความรำคาญ (Discomfort) ที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ส่งผลกระทบรุนแรงมาก เป็นความรำคาญที่สัมพันธ์กับการบดเคี้ยว (Functional limitation) อาการปวด (Pain) เช่น ความรำคาญจากเศษอาหารติดฟัน, อาการเสียวฟันจากเหงือกกร่น และสัมพันธ์กับสภาพที่ปรากฏ (Appearance) เกิดผลกระทบต่อ การเข้าร่วมกิจกรรมสังคมโดยตรง เช่น ปัญหาการไม่มีฟันหน้า, กลิ่นปาก

ผลกระทบระดับรุนแรงน้อย

1. ปัญหาจากช่องปากที่มีผลต่อความรำคาญ (Discomfort)

ความรำคาญ (Discomfort) ที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ส่งผลกระทบรุนแรงน้อย เป็นความรำคาญที่อยู่ในระดับที่พอทนได้ และที่สำคัญไม่มีอาการปวดร่วมด้วย เช่น อุดฟันแล้ว (วัสดุ) หลุด เศษอาหารติดฟัน เกิดความรำคาญ ถ้ามีอาการปวดก็อยู่ในกลุ่มผลกระทบรุนแรงมาก แต่ถ้าไม่ปวดก็อยู่ในกลุ่ม ผลกระทบรุนแรงน้อย, ฟันโยกทำให้รำคาญอยู่ในกลุ่มที่ส่งผลกระทบรุนแรงน้อย แต่ถ้าโยกแล้วปวดก็มีผลกระทบรุนแรงมาก

2. ปัญหาจากช่องปากที่มีผลต่อสภาพที่ปรากฏ (Appearance)

ปัญหาจากช่องปากที่มีผลต่อสภาพที่ปรากฏ (Appearance) ซึ่งถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่ส่งผลกระทบต่อรุนแรงน้อย เป็นผลกระทบระดับที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตมากนัก ได้แก่ ฟันห่าง ฟันเก มีผลต่อความสวยงามเมื่อเทียบกับการไม่มีฟันหน้า ซึ่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันมากกว่า

“...ที่จริงแล้ว...กลุ่มวัยรุ่นเขาอาจจะจะต้องทำ แต่กลุ่มระดับเราคือ ก็คิดว่าปล่อยมันไว้เหอะ...คือมันจะเป็นแฟชั่น ... แต่ถ้าใจเรารู้ว่ามันไม่จำเป็นเนี่ย มันก็จะมีผลกระทบน้อย ...”

- ผลการวิเคราะห์ (Analytic induction)

เหตุผลที่ผู้ให้ข้อมูลใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินผลกระทบระดับรุนแรงมาก ได้แก่ ความรู้สึกปวด (Pain) อันเนื่องมาจากสาเหตุต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ทนไม่ได้ ประกอบกับปัญหาอื่นๆ เช่น เป็นหนอง ฟันโยก ซึ่งมีอาการปรากฏให้เห็นชัดเจนร่วมกับอาการปวด, การจำกัดความสามารถในการบดเคี้ยว (Functional limitation) เนื่องจาก เช่น ฟันแตกหัก, ฟันเป็นรู, มีแผลในช่องปาก และส่งผลกระทบต่อกรินอาหารโดยตรง, กระทบกิจกรรมการพบปะผู้คน เข้าสังคมไม่ได้ รู้สึกอาย (Appearance) เนื่องจาก ไม่มีฟันหน้า, มีปัญหากลิ่นปาก และปัญหาความรำคาญ (Appearance) ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์ของความรำคาญกับ ผลกระทบด้านอื่นๆ

ตัวอย่างปัญหาความผิดปกติ พิการ (Impairment) เหมือนกัน แต่ถูกจัดกลุ่มไว้ต่างระดับกัน เนื่องจากมีหรือไม่มีอาการร่วมด้วย ได้แก่ กรณีอุดฟันแล้ววัสดุอุดฟันหลุด ควรจัดอยู่กลุ่มผลกระทบมาก-น้อย ด้วยเหตุผลต่างกัน คือ

“...คิดว่าผลกระทบมาก ใจคิดนะเพราะว่าเราต้องรีบอุดตรงจุดนั้นเพราะว่าถ้าเราไม่ได้อุด เศษอาหารก็จะเข้าไปอุด ทำให้ฟันผุได้ เราต้องรีบอุด...”

“...คิดว่ากระทบน้อย เพราะไม่ปวด ... ผมไม่ได้นึกถึงว่ามันปวดครับ มันหลุดธรรมดาแล้วไม่มีการปวด อย่างตอนแรกว่ามันยังไม่ปวด ผลกระทบมันก็ยังมันน้อยอยู่ อย่างในขั้นถึงกรณีว่าปวด ถ้าอย่างนั้นก็ต้องรีบรักษา”

“ดูว่าปวดหรือไม่ปวด ไม่ปวดนี้อาจจะรอได้ แต่ปวดนี้อาจต้องรีบรักษา”

เหตุผลที่ผู้ให้ข้อมูลใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินผลกระทบระดับรุนแรงน้อย ได้แก่ ปัญหาสภาพที่ปรากฏ (Appearance) และปัญหาความรำคาญ (Discomfort) ในระดับที่พอทนได้และไม่กระทบกับชีวิตประจำวันมากนัก

3 กลุ่มวัยรุ่น

- ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีจำนวน 8 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 12-14 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-2 โรงเรียนมัธยมแห่งหนึ่งใกล้สถานีนานาเมืองบ้านกลาง แต่ละคนมีสิทธิในการรักษาพยาบาลโดยใช้บัตรทองที่ขึ้นทะเบียนที่สถานีนานาเมืองบ้านกลาง 6 ใน 8 คนเคยมีประสบการณ์จากปัญหาปากและฟัน การรักษาทางทันตกรรมเคยไปทั้งที่คลินิก และสถานีนานาเมือง แต่มีเพียง 2 คนที่เคยไปรับบริการทันตกรรมจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- การรับรู้ผลกระทบอันเนื่องมาจากปัญหาปากและฟัน

จากการที่ให้กลุ่มช่วยกันคิดและรวบรวมปัญหาปากและฟัน รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้น แล้วให้ช่วยกันจัดกลุ่มระดับของผลกระทบ พร้อมกับอธิบายถึงเหตุและผล พบว่าผลการจัดกลุ่มปัญหาปากและฟัน (ตาราง 3-9)

ตารางที่ 3-9 ผลการจัดกลุ่มปัญหาปากและฟัน ในกลุ่มวัยรุ่น

ระดับของผลกระทบ	ปัญหาปากและฟัน
ผลกระทบระดับรุนแรงมาก	ปวดฟัน ทั้งฟันแท้และฟันน้ำนม ฟันหน้าผุเป็นรู ฟันกรามผุทำให้ปวดฟันตลอดเวลา
ผลกระทบระดับรุนแรงน้อย	ฟันกรามผุเป็นรอยดำ เศษอาหารติดบริเวณรอยผุ ฟันกรามผุทำให้ปวดฟันเวลากินอาหาร ร้อนใน เป็นแผลที่ปาก

จากตาราง 3-9 วิเคราะห์โดยใช้กรอบแนวคิด ผลกระทบจากปัญหาปากและฟันต่อชีวิตประจำวัน (Oral impact on daily performance - OIDP) พบว่า ประเด็นที่ทางกลุ่มสะท้อนออกมา มีทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในระดับความพิการ (Impairment), ผลระดับกลาง (Intermediate) และ ผลท้ายสุด (Ultimate level) ดังนี้

ผลกระทบระดับรุนแรงมาก

ปัญหาปากและฟันที่ถูกจัดว่ามีผลกระทบรุนแรงมาก กลุ่มวัยรุ่นให้ความสำคัญกับอาการปวด (Pain) และสภาพที่ปรากฏ (Appearance) ทั้งอาการปวดฟันเนื่องจากฟันผุ ไม่ว่าจะฟันน้ำนมหรือฟันแท้ โดยเฉพาะอาการปวดที่มีอยู่ตลอดเวลา และสภาพที่ปรากฏเนื่องจากฟันหน้าผุเป็นรู ผลกระทบที่เกิดขึ้นเนื่องจากฟันผุและมีอาการ คือ ทำให้หงุดหงิด, ไม่อยากกินข้าว, กินอาหารลำบาก, ไม่อยากคุยกับผู้อื่น และปวดฟัน

“...ฟันหน้าปวดตลอดเวลา หงุดหงิด ไม่อยากกินข้าว เวลามีคนคุยด้วย เราก็อ้อยากจะคุยด้วย
เพราะมันปวดฟัน...”

ผลกระทบระดับรุนแรงน้อย

ปัญหาปากและฟันที่ถูกจัดว่ามีผลกระทบรุนแรงน้อย คือ การรับรู้ถึงความผิดปกติ (Impairment) ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ฟันกรามผุเป็นรอยดำ แต่ยังไม่มีอาการ ซึ่งทางกลุ่มบอกว่า “ฟันเป็นแมง”, ความรำคาญ (Discomfort) จากเศษอาหารติดฟันที่เป็นรู, ร้อนใน มีแผลในปาก และลักษณะอาการปวด (Pain) เนื่องจากฟันผุที่ถือว่าผลกระทบรุนแรงน้อย คือ อาการปวดเฉพาะเวลากินอาหาร ไม่ใช่อาการปวดที่มีตลอดเวลา

● ผลการวิเคราะห์ (Analytic induction)

เหตุผลที่ผู้ให้ข้อมูลใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินผลกระทบระดับรุนแรงมาก ได้แก่ ความรู้สึกปวด (Pain) ซึ่งอาการปวดตลอดเวลา ส่งผลรบกวนชีวิตประจำวันมากกว่า อาการปวด เฉพาะเวลากินอาหารซึ่งถูกจัดอยู่ในกลุ่มผลกระทบระดับรุนแรงน้อย นอกจากนี้ผลกระทบต่อสภาพที่ปรากฏ (Appearance) เนื่องจากฟันหน้าผุเป็นรู ยังถูกจัดอยู่ในกลุ่มผลกระทบระดับรุนแรงมากด้วยเช่นกัน ขณะที่ลักษณะฟัน(หลัง)ผุเป็นรูแล้วเศษอาหารติดฟัน

ก่อให้เกิดความรำคาญ (Discomfort) เป็นผลกระทบในระดับรุนแรงน้อย เหตุผลอย่างหนึ่งคือปัญหาเศษอาหารติดฟันที่ยังไม่มีอาการเจ็บปวดร่วมด้วย ยังเป็นสิ่งที่อาจแก้ปัญหาก็ได้ หรือจัดการเองได้ โดยการบ้วนน้ำหรือเช็ดเศษอาหารออก และไม่มีผลกระทบในเรื่องสภาพที่ปรากฏ เหมือนฟันหน้าผุ

4 กลุ่มผู้ปกครองเด็กวัยเรียน

● ข้อมูลเบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล

ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มมีจำนวน 6 คน เป็นชาย 1 คน และหญิง 5 คน อายุระหว่าง 26-42 ปี มีอาชีพค้าขายและเป็นแม่บ้าน สิทธิในการรักษาพยาบาลใช้บัตรทองที่ขึ้นทะเบียนที่สถานีอนามัยบ้านกลาง 3 คน นอกนั้นมีสิทธิในการรักษาอย่างอื่น ได้แก่ สิทธิในการเบิกของสามที่เป็นข้าราชการ, บัตรประกันสังคม มีบางคนที่เคยพานบุตรไปรับบริการทันตกรรมจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และบางคนเคยพาไปรักษาที่คลินิก บุตรของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดอยู่ในวัยเรียนระดับประถมศึกษา 1-5 และต่างก็เคยมีประสบการณ์การเจ็บป่วยในช่องปาก จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มผู้ปกครองเด็กกลุ่มนี้มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี แม้ว่าส่วนใหญ่ไม่ยอมเปิดเผยรายได้โดยตรง เช่น บางคนเคยพานบุตรไปรักษาทางทันตกรรมร่วมกับจัดฟัน เสียค่าใช้จ่ายประมาณ 30,000 กว่าบาท

● การรับรู้ผลกระทบอันเนื่องมาจากปัญหาปากและฟันของเด็ก

จากการที่ให้กลุ่มช่วยกันคิดและรวบรวมปัญหาปากและฟันที่บุตรของตนเคยประสบ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้น แล้วให้ช่วยกันจัดกลุ่มระดับของผลกระทบ พร้อมกับอภิปรายถึงเหตุและผล พบว่าผลการจัดกลุ่มปัญหาปากและฟัน ในกลุ่มผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน ตามลำดับดังนี้

1. ฟันผุต้องถอน (มีอาการปวด)
2. ฟันผุต้องอุด (ไม่มีอาการปวด)
3. ฟันน้ำนมไม่หลุด ฟันแท้ขึ้นไม่ได้
4. ฟันหน้าซ้อนเก (ฟันแท้)
5. ฟันผุเป็นรู เศษอาหารติดฟัน

จากกรอบแนวคิด ผลกระทบจากปัญหาปากและฟันต่อชีวิตประจำวัน (Oral impact on daily performance - OIDP) พบว่า ประเด็นที่ทางกลุ่มผู้ปกครองยกขึ้นมาอภิปรายจะเป็นปัญหาที่แต่ละคนเคยมีประสบการณ์ซึ่งพบเห็นจากบุตรของตนเอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในระดับ ความพิการ (Impairment), ผลระดับกลาง (Intermediate) และผลท้ายสุด (Ultimate level) ตามการจัดเรียงลำดับผลกระทบ มีดังนี้

1. ฟันผุต้องถอน (มีอาการปวด)

ปัญหาฟันผุต้องถอน เนื่องจากมีอาการปวดร่วมด้วย ถูกยกมาเป็นปัญหาอันดับแรกของผู้ปกครองรับรู้จากตัวเด็ก เนื่องจากผลกระทบในเรื่องความเจ็บปวด (Pain) ที่เป็นตัวแปรผลกระทบระดับกลาง (Intermediate) ซึ่งเป็นผลตามจากลักษณะฟันที่ผุลึกมาก (Impairment) และส่งผลท้ายสุด (Ultimate level) ต่อการกิน การพูด รบกวนการทำกิจกรรมในชีวิต การนอน ระคายเคืองในช่องปาก หรือ ผลทางอารมณ์ การร้องไห้กระจองอแงของเด็ก ไม่ยอมกินอาหาร หรือการบ่นถึงอาการปวดฟันของเด็กเป็นสิ่งที่พ่อแม่รับรู้ได้โดยตรง

“ตอนเด็กๆ บ่นปวดฟัน ต้องได้พาไปถอน”

“...ปวดฟันคู่หน้าข้างบน พอหายจากอักเสบ ตรวจดูแล้วเหลือฟันครึ่งซี่ คิดว่าคงอักเสบที่รากฟัน พอหายจากปวดได้ระยะหนึ่งก็พาไปหาหมอเพื่อถอนฟัน...”

“ลูกปวดฟันจนร้องไห้ ไปให้หมอมตรวจบอกว่ามีฟันผุ”

2. ฟันผุต้องอุด (ไม่มีอาการปวด)

รอยผุบนตัวฟันโดยเฉพาะฟันหน้าบนซึ่งเป็นตำแหน่งที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน เป็นปัญหาอันดับรองลงมาที่ผู้ปกครองรับรู้จากตัวเด็ก แม้ไม่มีอาการปวดฟันร่วมด้วย แต่กลุ่มรับรู้ว่าเป็นลักษณะที่ผิดปกติ (Impairment) ผลกระทบในระยะท้ายสุด (Ultimate level) ที่รบกวนชีวิตประจำวัน อาจยังไม่ชัดเจนหรือมากพอที่จะโน้มน้าวให้ผู้ปกครองพาบุตรไปรักษา และยังมีความสอดคล้องกับ ปัญหาฟันผุเป็นรู เศษอาหารติดฟัน ที่ถูกจัดเรียงไว้ลำดับท้ายสุด

“มีฟันผุเป็นรู ฟันผุคู่หน้าข้างบน...”

“...เริ่มเป็นรูน้อยๆ แต่ไม่ได้พาไปอุด เพราะคิดว่าใกล้อายุฟันแท้ขึ้น และไม่มีอาการปวดฟันด้วย...”

3. ฟันน้ำนมไม่หลุด ฟันแท้ขึ้นไม่ได้

“ฟันน้ำนมไม่หลุด ฟันแท้ขึ้นไม่ได้ หรือฟันแท้ขึ้น ฟันน้ำนมยังไม่ยอมหลุด” เป็นปัญหาปากและฟันที่ทางกลุ่มยกขึ้นมา และจัดเรียงไว้อันดับที่ 3 จากการสังเกตเห็นว่าฟันน้ำนมคงอยู่ในช่องปากนาน ไม่หลุดทำให้ฟันแท้ไม่สามารถขึ้นได้ หรือฟันแท้ขึ้นซ้อนทับกับฟันน้ำนมที่ยังไม่หลุด ทั้งที่มีหรือไม่มีอาการโยกของฟันร่วมด้วย (Impairment) ทำให้เกิดผลตามมาคือ ความรำคาญ ความรู้สึกไม่สบายในช่องปากของเด็ก (Discomfort) ซึ่งเป็นตัวแปรหนึ่งของผลกระทบระดับกลาง (Intermediate) ท้ายสุดส่งผลต่อการกิน การพูด ระบายเคืองในช่องปาก หรือ ผลทางอารมณ์ นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ปกครองที่ใส่ใจบุตรซึ่งสังเกตเห็นความผิดปกติดังกล่าวก็เกิดความวิตกกังวลใจขึ้นด้วย

“...ฟันแท้ขึ้นฟันน้ำนมมีปัญหาคือตอนนี้ฟันน้ำนมยังไม่ยอมหลุด ฟันแท้ขึ้นมาสองซี่ก็คือเบียดนะค่ะ

เบียดฟันน้ำนมเอียงประมาณสามซี่ก็พาไปถอนซี่หนึ่งแล้ว ไม่เป็นอะไร...”

4. ฟันหน้าซ้อนเก (ฟันแท้)

ลักษณะการซ้อนเกของตัวฟัน โดยเฉพาะฟันแท้และฟันหน้า เป็นปัญหาที่ผู้ปกครองรับรู้จากตัวเด็กโดยตรง จากการสังเกตเห็นว่า การเรียงตัวหรือตำแหน่งการขึ้นของฟันผิดปกติไป ผลกระทบระดับกลาง (Intermediate) อาจทำให้เกิดปัญหาในการรับรู้ของผู้ปกครองเรื่องความสวยงาม (Appearance) , ความรำคาญ (Discomfort) ผลกระทบจากปัญหาระยะท้ายสุด (Ultimate level) ที่รบกวนชีวิตประจำวัน ยังเป็นสิ่งที่อาจทนได้ แม้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองได้ ยกเว้นข้อมูลจากผู้ปกครองคนหนึ่งที่ว่าบุตรของตนไปรักษาทางทันตกรรมร่วมกับจัดฟัน เสียค่าใช้จ่ายประมาณ 30,000 กว่าบาท

5. ฟันผุเป็นรู เศษอาหารติดฟัน

ฟันผุเป็นรู เศษอาหารติดฟัน สอดคล้องกับปัญหาฟันผุต้องอุด (ไม่มีอาการปวด) แต่ความชัดเจนของผลกระทบเนื่องจากรอยผุบนตัวฟัน โดยเฉพาะฟันหลัง (Impairment) ส่งผลกระทบระดับกลาง (Intermediate) คือ ก่อให้เกิดความรำคาญ (Discomfort) ต่อตัวเด็กในระดับที่พอทนได้ และผู้ปกครองก็แก้ปัญหาโดยการใช้ไม้จิ้มฟันเขี่ยเศษอาหารที่ติดฟันออกให้ ปัญหาในการทำความสะอาดช่องปาก การระคายเคือง และผลต่ออารมณ์ ในระยะท้ายสุด (Ultimate level) ที่รบกวนชีวิตประจำวัน ยังเป็นสิ่งที่ทนได้ และมีการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง ปัญหาฟันผุเป็นรู เศษอาหารติดฟันจึงถูกจัดไว้เป็นลำดับท้ายสุด

“... ฟันผุเป็นรู ยังไม่ปวด แต่มีกลิ่นปาก เศษอาหารติด...”

“... ฟันเป็นแมง ไม่ปวด แต่กินข้าวเสร็จต้องวิ่งหาไม้จิ้มฟัน จะพาไปหาหมอก็ไม่ยอมไป กลัวเอาฟันออก...”

- **ผลการวิเคราะห์ (Analytic induction)**

จากข้อมูลและเหตุผลที่ทางกลุ่มร่วมกันอภิปราย กลุ่มให้ความสำคัญกับปัญหาเร่งด่วน ที่ประสบอยู่เป็นหลัก อาการเจ็บปวดจากฟันผุ (Pain) จึงถูกจัดอยู่ในลำดับแรกของปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ลำดับที่2 ฟันผุดำมืด (ไม่มีอาการปวด), 3 ฟันน้ำนมไม่หลุด ฟันแท้ขึ้นไม่ได้ และ4 ฟันหน้าซ้อนเก (ฟันแท้) เป็นปัญหาที่รับรู้จากการสังเกตได้ชัดจาก ลักษณะที่ปรากฏ (Appearance) ซึ่งเป็นสิ่งที่สังเกตได้ง่ายเมื่อเกิดกับฟันหน้า

ผลกระทบในลำดับสุดท้าย เนื่องจากปัญหาช่องปากตามการรับรู้ของผู้ปกครอง คือ ความรำคาญ (Discomfort) อันเนื่องมาจากเศษอาหารติดฟัน ซึ่งเป็นสิ่งที่กลุ่มรู้ว่า เด็กพอทนได้ แต่ระคายเคือง รำคาญ ทั้งยังสามารถจัดการแก้ไขเองได้ (Self care) ด้วยการกำจัดเศษอาหารออก

นอกจากนี้จากการสังเกตการพูดคุยของกลุ่ม ประเด็นอื่นๆที่น่าสนใจ ได้แก่ กลุ่มมีการตั้งคำถาม และสนใจในเรื่อง “ทำอย่างไรไม่ให้ฟันผุ” และ กรณีฟันผุที่ไม่มีอาการปวด อาจดูได้ไม่ต้องถอน มีการอภิปรายถึงประเด็น เด็กไม่ปวด ถือว่าไม่มีปัญหา อาจปล่อยทิ้งไว้ กับการมองว่า ถ้าปล่อยทิ้งไว้นานๆอาจมีการผุในซี่อื่นๆมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองบางคนในกลุ่มนี้ยังสนใจ และให้ความสำคัญในแง่การป้องกัน (Prevention) อยู่ด้วย

ประเด็นที่ 2 ความต้องการในการรักษาปากและฟันของประชาชน (Want / Felt need)

วัตถุประสงค์ เพื่อหาความต้องการ (Want/Felt need) ของประชาชนในแต่ละกลุ่มวัยเพื่อใช้วางแผนจัดชุดบริการทันตกรรมในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1 กลุ่มผู้สูงอายุ

- **ความต้องการในการรักษาปากและฟัน**

จากการที่ให้กลุ่มช่วยกันคิดและรวบรวมความต้องการในการรักษาปากและฟัน แล้วให้ช่วยกันจัดกลุ่มระดับความสำคัญ พร้อมกับอภิปรายถึงเหตุและผล พบว่าผลการจัดกลุ่ม ปรากฏดังตาราง 3-10

จากตาราง 3-10 พบว่า ประเด็นที่ทางกลุ่มอภิปราย ให้ความเห็น และจัดกลุ่มความต้องการในการรักษาปากและฟัน ในระดับความสำคัญต่างๆกัน ได้แก่

กลุ่มสำคัญอันดับ 1

1. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด (Pain relief)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจัดลำดับความสำคัญของบัตรตัวเลือกต่างๆ ที่เป็นไปเพื่อ บรรเทาอาการปวด เช่น ถอนฟันเพื่อให้หายปวด, การรักษาใดๆเพื่อหายปวด หรือการรักษาที่เกี่ยวข้องเพื่อไม่ให้มีอาการปวดเกิดขึ้น เช่น ขูดหินปูนรักษาโรคเหงือก รำมะนาด ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเห็นในเรื่องการรับรู้ผลกระทบ (Perceived impact) ในระดับรุนแรงมาก

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเองแทบไม่รู้ว่ามียุทธวิธีอื่นๆ เพื่อให้หายจากอาการปวดฟัน นอกจากการถอนฟัน แต่เมื่อได้รับคำชี้แจงถึงว่าอาจมียุทธวิธีทำอย่างอื่นเพื่อให้หายปวด โดยไม่ต้องถอน มีเสียงตอบรับด้านบวกเห็นด้วยกับการที่ไม่ต้องถอนฟันเท่านั้น เมื่อมีอาการปวด

ตารางที่ 3-10 ผลการจัดกลุ่มความต้องการในการรักษาปากและฟัน ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ระดับความสำคัญ	ความต้องการในการรักษาปากและฟัน
กลุ่มสำคัญอันดับ 1	ถอนฟันเพื่อให้หายปวด ชุดหินปูนรักษาโรคเหงือก รำมะนาด การแนะนำให้ความรู้เรื่องปากและฟัน อยากได้ฟันปลอมทั้งปาก การรักษาใดๆ เพื่อหายปวด อุดฟันหน้าเพื่อความสวยงาม การรักษาใดๆ เพื่อไม่ให้ฟันถูกถอน การใส่ฟันปลอมหน้าเพื่อความสวยงาม
กลุ่มสำคัญอันดับ 2	ตรวจรักษาปากและฟันเพื่อการรักษาแต่เนิ่นๆ อุดฟันหลังเพื่อให้เคี้ยวอาหารได้, ให้หายปวด ชุดหินปูนให้ปากและฟันสะอาด การรักษาใดๆ ที่ช่วยป้องกันฟันผุ การรักษาใดๆ เพื่อให้เคี้ยวอาหารได้สะดวก การอุดฟันหลังเพื่อใช้เคี้ยวอาหาร
กลุ่มที่เกินความจำเป็น	การรักษาใดๆ เพื่อให้ฟันขาว

2. สภาพที่ปรากฏ (Appearance) การบดเคี้ยวและการพูด (Function)

การจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มให้ความสำคัญกับสภาพที่ปรากฏ ตัวอย่างเช่น อุดฟันหน้าเพื่อความสวยงาม, การใส่ฟันปลอมหน้าเพื่อความสวยงาม, อยากได้ฟันปลอมทั้งปาก ขณะเดียวกันก็มีการให้เหตุผลถึงการทำหน้าที่ในการบดเคี้ยวอาหาร และความสำคัญในการพูดด้วย แต่ด้วยเหตุผลที่รบกวนมา ดังที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“...(ใส่ฟันปลอม) มันไม่ใช่แค่ความสวยงาม ชั้นแรกเริ่มจากปวด เมื่อปวดเราก็นึก ถ้าไม่หายก็ต้องถอน แล้วก็อยากให้ใส่ฟันให้... มันเป็นเรื่องสุขภาพเราด้วย เวลาเราทานอะไร ยังไงมันก็ดีกว่าไม่มี ...”

“...ฟันปลอมหน้าอยากให้มี เพราะทำให้พูดชัด สำคัญกว่าฟันปลอมหลัง แต่ยังไงก็อยากได้ฟันปลอมหลังด้วย...”

3. ความต้องการในการรักษาฟันไว้และ การได้รับข้อมูลความรู้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญในเรื่องการรักษาฟันไว้ไม่ให้ถูกถอน และต้องการการแนะนำให้ความรู้ในเรื่องปากและฟัน

กลุ่มสำคัญอันดับ 2

1. ความต้องการในการบดเคี้ยว (Function)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจัดลำดับความสำคัญของบัตรตัวเลือกต่างๆ ที่เป็นไปเพื่อการบดเคี้ยว เช่น อุดฟันหลังเพื่อให้เคี้ยวอาหารได้, การรักษาใดๆ เพื่อให้เคี้ยวอาหารได้สะดวก และมีข้อคิดเห็นบางประการที่สะท้อนถึงความตระหนักในการที่ต้องถอนฟันบางตำแหน่งที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบดเคี้ยว

“...ถ้าพูดถึงฟันซี่ที่ไม่สำคัญนะ ถ้าปวดก็ถอน แล้วก็ยังเคี้ยวอาหารได้ แต่มันซี่สำคัญนี่ ถ้าวอนไปมันก็เคี้ยวไม่สะดวก...”

2. ความต้องการในการป้องกัน (Prevention)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญในเรื่องการป้องกัน (Prevention) โดยเฉพาะการป้องกันการเกิดโรค ไม่ว่าจะเป็นความต้องการ ตรวจรักษาปากและฟันเพื่อการรักษาแต่เนิ่นๆ, การรักษาใดๆ ที่ช่วยป้องกันฟันผุ หรือขูดหินปูนให้ปากและฟันสะอาด ซึ่งได้รับการยืนยันด้วยเหตุผลที่ต่างไปจากการขูดหินปูนเพื่อรักษาโรคเหงือกและร่ามะนาด

กลุ่มที่เกินความจำเป็น (กรณีรัฐมีเงินจำกัด)

ความต้องการที่ทางกลุ่มคิดว่าเป็นสิ่งที่เกินความจำเป็น คือการรักษาใดๆ เพื่อให้ฟันขาว สมาชิกบางคนในกลุ่มยังเห็นว่าต้องการอยู่ แต่เมื่อรับฟังเงื่อนไขข้อจำกัดในการจัดบริการของรัฐแล้ว ตัวเลือกนี้ก็ถูกจัดอยู่ในกลุ่มเกินความจำเป็นไปในที่สุด

● ผลการวิเคราะห์ (Analytic induction)

ความต้องการในการรักษาปากและฟัน ในระดับความสำคัญอันดับ 1 พบว่ามีความสอดคล้องกับความเห็นในเรื่องการรับรู้ผลกระทบ (Perceived impact) ในระดับรุนแรงมาก ทั้งเรื่องการลดหรือบรรเทาอาการปวด, สภาพที่ปรากฏ และเหตุผลรองลงมา คือ การใช้งานเพื่อการบดเคี้ยวและการออกเสียง ขณะเดียวกันก็มีความต้องการเพื่อตอบสนองแนวคิดในเรื่องการป้องกันอยู่บ้าง ไม่ว่าจะเป็น การรักษาเพื่อไม่ให้ฟันถูกถอน หรือต้องการการแนะนำให้ความรู้เรื่องปากและฟัน

ความต้องการในการรักษาปากและฟัน ในระดับความสำคัญอันดับ 2 พบว่าเป็นความต้องการในเรื่องการใช้งานเพื่อการบดเคี้ยว เป็นหลัก และแนวคิดในเรื่องการป้องกันยังถูกจัดอยู่ในอันดับรองๆ ด้านเหตุผลว่า “รอได้”

ข้อเปรียบเทียบบางประการระหว่างความต้องการในระดับความสำคัญอันดับ 1 และ 2 คือ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลตระหนักและให้ความสำคัญ ต่อการแนะนำให้ความรู้ ซึ่งถูกจัดไว้อันดับ 1 มากกว่า การตรวจสุขภาพปากและฟันแต่เนิ่นๆ ซึ่งถูกจัดไว้อันดับ 2 ซึ่งเป็นไปได้ว่าทางกลุ่มอาจต้องการข้อมูลความรู้ในการดูแลตนเอง มากกว่าการที่ต้องเสียเวลา มาพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพฟัน ถึงสถานบริการ นอกจากนี้ทางกลุ่มยังตระหนัก และให้ความสำคัญ ต่อการรักษาเพื่อไม่ให้ฟันถูกถอน ซึ่งถูกจัดไว้อันดับ 1 มากกว่า การรักษาใดๆ ที่ช่วยป้องกันฟันผุ ซึ่งถูกจัดไว้อันดับ 2 ซึ่งอาจสันนิษฐานได้ว่าปัญหาที่ทางกลุ่มผู้สูงอายุต้องประสบมากอยู่แล้วคือการที่ต้องสูญเสียฟันไปก่อนกำหนด ความต้องการนี้จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากกว่าการป้องกันไม่ให้เกิดฟันผุ

2 กลุ่มวัยทำงาน

• ความต้องการในการรักษาปากและฟัน

จากการที่ให้กลุ่มช่วยกันคิดและรวบรวมความต้องการในการรักษาปากและฟัน แล้วให้ช่วยกันจัดกลุ่มระดับความสำคัญ พร้อมกับอภิปรายถึงเหตุและผล พบว่าผลการจัดกลุ่ม ปรากฏดังตาราง 3-11 ตารางที่ 3-11 ผลการจัดกลุ่มความต้องการในการรักษาปากและฟัน ในกลุ่มวัยทำงาน

ระดับความสำคัญ	ความต้องการในการรักษาปากและฟัน
กลุ่มสำคัญอันดับ 1	แนะนำความรู้ปากและฟัน ตรวจสุขภาพปากและฟันแต่เนิ่นๆ อุดฟันเพื่อเคี้ยวอาหาร, หายปวด ขูดหินปูนเพื่อรักษาโรคเหงือก รำมะนาด การรักษาใดๆเพื่อป้องกันฟันผุ การรักษารากฟัน เพื่อจะได้ไม่ต้องถูกถอน ถอนฟันเพื่อให้หายปวด ใส่ฟันปลอมเพื่อความสวยงาม (ฟันหน้า) ใส่ฟันปลอมเพื่อเคี้ยวอาหาร
กลุ่มสำคัญอันดับ 2	ครอบฟันเพื่อเคี้ยวอาหาร อุดฟันหน้าเพื่อความสวยงาม (ชนิดสีเหมือนฟัน) อุดฟันเพื่อลดความรำคาญ การรักษาใดๆเพื่อรักษาอาการเสียวฟัน การรักษาใดๆเพื่อให้ฟันขาว การรักษาใดๆเพื่อให้ฟันแน่น แข็งแรง
กลุ่มที่เกินความจำเป็น	การรักษาใดๆ เพื่อให้ฟันเรียงสวย

จากตาราง 3-11 พบว่า ประเด็นที่ทางกลุ่มให้ความสำคัญ ในระดับความสำคัญต่างกัน ได้แก่

กลุ่มสำคัญอันดับ 1

การจัดกลุ่มบริการการรักษาที่ทางกลุ่มให้ความสำคัญในอันดับ 1 ได้แก่

1. บริการเพื่อการป้องกัน (Prevention) การรักษาฟันไว้และ การได้รับข้อมูลความรู้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกับบริการที่เน้นการป้องกันในแต่ละระดับ โดยเฉพาะการป้องกันการเกิดโรค เช่น การแนะนำข้อมูลความรู้, ตรวจสุขภาพปากและฟันแต่เนิ่นๆ, การป้องกันฟันผุ จนถึง การป้องกันการสูญเสียฟัน เช่น การรักษารากฟัน เพื่อจะได้ไม่ต้องถูกถอน

“...อยากให้มีการตรวจสุขภาพปากและฟันแต่เนิ่นๆ เพื่อที่จะไม่มีปัญหาต่อไป จะได้แก้ไขก่อน...”

“...อยากให้มีการรักษารากฟัน เพื่อที่จะไม่ให้ฟันได้ถูกถอนทิ้งไป...”

2. การรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด (Pain relief) และบดเคี้ยวได้ (Function)

ได้แก่ อุดฟันเพื่อเคี้ยวอาหาร หายปวด , ถอนฟันเพื่อให้หายปวด, ชูดหินปูนเพื่อรักษาโรคเหงือก รำมะนาด ซึ่งสัมพันธ์กับการรับรู้โรคเหงือก รำมะนาด ทำให้เกิดความเจ็บปวดผลกระทบระดับรุนแรงมาก นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับบริการการรักษาที่ช่วยให้สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ เช่น ใส่ฟันปลอมเพื่อเคี้ยวอาหาร

3. ความต้องการในด้านความสวยงาม ได้แก่ การใส่ฟันปลอมหน้า ถูกจัดอยู่ในกลุ่มสำคัญอันดับ 1

กลุ่มสำคัญอันดับ 2

การจัดกลุ่มบริการการรักษาที่ทางกลุ่มให้ความสำคัญในอันดับ 2 ได้แก่

1. ความต้องการลดความรำคาญ (Discomfort)

ได้แก่ อุดฟันเพื่อลดความรำคาญ, การรักษาใดๆเพื่อรักษาอาการเสียวฟัน

2. ความต้องการในด้านความสวยงาม

ได้แก่ การรักษาใดๆเพื่อให้ฟันขาว, อุดฟันหน้าเพื่อความสวยงาม (ชนิดสีเหมือนฟัน) ซึ่งมีความต่างจากการใส่ฟันปลอมหน้า ที่ให้ความสำคัญมากกว่า โดยถูกจัดอยู่ในกลุ่มสำคัญอันดับ 1

3. ความต้องการให้เคี้ยวอาหารได้ และทำให้ฟันแข็งแรง

ได้แก่ ครอบฟันเพื่อเคี้ยวอาหาร, การรักษาใดๆเพื่อให้ฟันแน่น แข็งแรง

กลุ่มที่เกินความจำเป็น (กรณีรัฐมีเงินจำกัด)

ความต้องการที่ทางกลุ่มคิดว่าเป็นสิ่งที่เกินความจำเป็น ได้แก่ การรักษาใดๆ เพื่อให้ฟันเรียงสวย

● ผลการวิเคราะห์ (Analytic induction)

ความต้องการในบริการรักษาปากและฟันจากรัฐของกลุ่มวัยทำงาน ให้ความสำคัญอันดับ 1 ต่อการป้องกันรักษาเพื่อไม่ให้เกิดโรค เพื่อเก็บรักษาฟันไว้ และการได้รับรู้ข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง, บริการที่เป็นไปเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด, ให้เคี้ยวอาหารได้ด้วยฟันปลอมเพื่อการบดเคี้ยว และด้านความสวยงามด้วยการใส่ฟันปลอมหน้า

กลุ่มบริการที่ให้ความสำคัญอันดับ 2 ได้แก่ บริการที่เป็นไปเพื่อช่วยลดความรำคาญ ไม่ว่าจะจากเศษอาหารที่อุดติดรูฟัน หรืออาการเสียวฟัน, ด้านความสวยงามด้วยการอุดฟันหน้า หรือการทำให้ฟันขาว, การใช้งานเพื่อบดเคี้ยวได้ด้วยการครอบฟันและการทำให้ฟันแข็งแรง

ส่วนบริการที่ทางกลุ่มเห็นว่าอาจเกินความจำเป็น(กรณีรัฐมีเงินจำกัด) คือบริการเพื่อให้ฟันเรียงสวย ได้แก่ การจัดฟัน ซึ่งทางกลุ่มคิดว่าควรให้เป็นความรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายของแต่ละบุคคลที่ต้องการเอง

ข้อสังเกตในการให้ความสำคัญของทางกลุ่มในเรื่องความต้องการบริการเพื่อการบดเคี้ยวอาหาร กลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกรณีที่ไม่มีฟันหลังเลยและต้องการการใส่ฟันปลอม ซึ่งถูกจัดอยู่อันดับ 1 ขณะที่กรณีมีฟันเหลืออยู่บ้างและอาจต้องทำครอบฟันถูกจัดอยู่อันดับ 2 เช่นเดียวกับความต้องการบริการเพื่อความสวยงามที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญกรณีที่ไม่มีฟันหน้าเลยและต้องการการใส่ฟันปลอมหน้า ซึ่งถูกจัดอยู่อันดับ 1 ขณะที่ความจำเป็นต้องอุดฟันหน้าหรือการทำให้ฟันขาวถูกจัดอยู่ในอันดับรองลงมา ทั้งสองกรณีสะท้อนความจำเป็นในเรื่องเดียวกันแต่ต่างระดับกัน

3 กลุ่มวัยรุ่น

● ความต้องการในการรักษาปากและฟัน

จากการที่ให้กลุ่มช่วยกันคิดและรวบรวมความต้องการในการรักษาปากและฟัน แล้วให้ช่วยกันจัดกลุ่มระดับความสำคัญ พร้อมกับอภิปรายถึงเหตุและผล พบว่าผลการจัดกลุ่ม ปรากฏดังตาราง 3-12 ตารางที่ 3-12 ผลการจัดกลุ่มความต้องการในการรักษาปากและฟัน ในกลุ่มวัยรุ่น

ระดับความสำคัญ	ความต้องการในการรักษาปากและฟัน
กลุ่มสำคัญอันดับ 1	ตรวจฟัน อุดฟันหน้า อุดฟันหลัง
กลุ่มสำคัญอันดับ 2	ถอนฟัน ขูดหินปูน
กลุ่มที่เกินความจำเป็น	จัดฟันให้ฟันเรียงสวย

จากตาราง 3-12 พบว่า ประเด็นที่ทางกลุ่มให้ความเห็น ในระดับความสำคัญต่างกัน ได้แก่

กลุ่มสำคัญอันดับ 1

กลุ่มวัยรุ่นจัดกลุ่มความต้องการในบริการตรวจฟัน, อุดฟันหน้า, อุดฟันหลัง ไว้ในอันดับแรก โดยให้ความสำคัญในเรื่องสภาพที่ปรากฏ (Appearance) ,การใช้งานในการพูด, การบดเคี้ยวอาหาร (Function) และการเฝ้าระวังการเกิดโรคโดยการตรวจฟัน

“...ฟันหน้าไว้ข้อแรกเพราะ ที่ฟันหน้าเนี่ยเหตุผลมาอยู่ข้อจำเป็นว่าเราพูด....มันเป็นบุคลิก...”

“...ตรวจฟันเป็นเรื่องจำเป็นเร่งด่วน เพราะต้องตรวจดูก่อนว่าฟันเป็นอะไร แล้วพอรู้ก็ค่อยรักษา...”

“...ที่เราเลือกอุดฟันหลังไว้เหตุผลแรกเพราะฟันหลังต้องเคี้ยวอาหาร...”

กลุ่มสำคัญอันดับ 2

กลุ่มความต้องการในบริการถอนฟัน, ขูดหินปูน ถูกจัดกลุ่มไว้ในอันดับสอง ด้วยเหตุผลที่บริการถอนฟันควรเป็นบริการที่ตามมาภายหลัง หลังจากไม่สามารถรักษาหรือแก้ไขได้ด้วยวิธีอื่น และการขูดหินปูนเป็นไปเพื่อให้ปาก ฟันสะอาด ไม่ใช่สิ่งเร่งด่วน

“... ถอนฟัน มันทำอย่างอื่นได้ก่อน แก้ปัญหาอย่างอื่นได้ก่อนแล้วค่อยมาถอนฟันทีหลัง ถ้ามันต้องถอนจริงๆ...”

กลุ่มที่เกินความจำเป็น (กรณีรัฐมีเงินจำกัด)

กลุ่มวัยรุ่นมองบริการจัดฟันเป็นบริการที่เกินความจำเป็น โดยเฉพาะกรณีที่คาดหวังให้ฟันเรียงสวย

“...ดัดฟันอยากให้ฟันสวย...บางครั้งมีคนบอกฟันไม่สวย...”

“...อยากดัดฟันฟันมันเหยิน...”

“...อยากจัดฟัน เพราะฟันที่ไม่เท่ากัน...”

● ผลการวิเคราะห์ (Analytic induction)

บริการตรวจฟัน, อุดฟันหน้า, อุดฟันหลัง สำหรับกลุ่มวัยรุ่นถูกจัดไว้ในอันดับแรก ด้วยเหตุผลความสำคัญในเรื่องสภาพที่ปรากฏ (Appearance) ,การใช้งานในการพูด, การบดเคี้ยวอาหาร (Function) และการเฝ้าระวังการเกิดโรค การแก้ไขปัญหาด้วยการถอนฟัน, ขูดหินปูน ถูกจัดเป็นกลุ่มที่สำคัญรองลงมา ด้วยเหตุผลที่บริการ

ถอนฟันควรเป็นบริการที่ตามมาภายหลัง หลังจากไม่สามารถรักษาหรือแก้ไขได้ด้วยวิธีอื่น และการขูดหินปูนสำหรับวัยรุ่นก็ไม่ใช้สิ่งจำเป็นเร่งด่วนแต่อย่างใด และกลุ่มวัยรุ่นมองว่าบริการจัดฟันเพื่อมุ่งหวังความสวยงามจากการเรียงตัวของฟัน เป็นบริการที่เกินความจำเป็น ในกรณีที่รัฐมีเงินจำกัด

4 กลุ่มผู้ปกครองเด็กวัยเรียน

● ความต้องการในการรักษาปากและฟัน

จากการที่ให้นักกลุ่มช่วยกันคิดและรวบรวมความต้องการในการรักษาปากและฟัน แล้วให้ช่วยกันจัดกลุ่มระดับความสำคัญ พร้อมกับอภิปรายถึงเหตุและผล พบว่าผลการจัดกลุ่ม ปรากฏดังตาราง 3-13 ทั้งนี้ในขั้นตอนกระบวนการทำผู้ดำเนินการสนทนาได้อธิบาย ความหมาย ลักษณะกระบวนการ และประโยชน์ของงานบริการนั้นๆ เมื่อทางกลุ่มสอบถาม

ตารางที่ 3-13 ผลการจัดกลุ่มความต้องการในการรักษาปากและฟัน ในกลุ่มผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน

ระดับความสำคัญ	ความต้องการในการรักษาปากและฟัน
กลุ่มสำคัญอันดับ 1	เคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน อุดฟัน ถอนฟันเพราะฟันผุ
กลุ่มสำคัญอันดับ 2	รักษารากฟันน้ำนม ขูดหินปูน
กลุ่มที่เกินความจำเป็น	จัดฟัน

จากตาราง 3-13 พบว่า ประเด็นที่ทางกลุ่มให้ความเห็น ในระดับความสำคัญต่างกัน ได้แก่ กลุ่มสำคัญอันดับ 1

ความต้องการในการรักษาปากและฟันที่กลุ่มผู้ปกครองให้ความสำคัญอันดับ 1 คือ เคลือบฟลูออไรด์ และเคลือบหลุมร่องฟัน ด้วยเหตุผลเพื่อป้องกันฟันผุ, ช่วยป้องกันฟันที่ผุไม่ให้ผุมากขึ้น การให้ความสำคัญกับ 2 อย่างนี้ เนื่องจากกลุ่มผู้ปกครองเคยรับรู้มาจากโรงเรียน, รายการโฆษณาในทีวี ได้รับคำแนะนำจากทันตแพทย์ หรือบางคนเคยมีประสบการณ์จากที่เคยพาลูกไปรับบริการการรักษาดังกล่าว ทั้งยังมีความเข้าใจและรู้ความแตกต่างระหว่างวิธีการทั้งสอง ร่วมกับการซักถามเพิ่มเติมจากผู้ดำเนินการอภิปราย

“... เพราะเด็กทำความสะอาดไม่เป็น ฟันเป็นหลุมร่องลึก ก็ควรต้องไปทำเพื่อปิดร่องฟัน ทำให้เศษอาหารไม่ติด ...”

“... คิดว่าน่าจะเป็นประโยชน์ เพราะเด็กแปรงฟันไม่ค่อยถึง ถ้าพึ่งให้เด็กทำเองคงจะไม่ถึง ผู้ใหญ่ก็ต้องคอยช่วยดู...”

“...เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ทำให้ฟันแข็งแรงและป้องกันฟันผุ ส่วนเคลือบร่องฟัน ก็ช่วยป้องกันเศษอาหารลงไปติดที่ทำให้ร่องฟันที่เคยลึก ตื้นขึ้นมา...”

“...(เคลือบร่องฟัน) คิดว่าดีค่ะ เหมือนกันไว้ก่อน เป็นการเคลือบป้องกัน...”

นอกจากการเคลือบฟลูออไรด์ และเคลือบหลุมร่องฟัน ความต้องการในการรักษาปากและฟันอย่างอื่น ได้แก่ การอุดฟัน ด้วยเหตุผลที่ว่า เพื่อไม่ให้รอยฟันลามไปฟันซี่อื่น และไม่ให้ฟันซี่นั้นผุมากขึ้น การถอนฟัน ด้วยเหตุผลที่ว่า ถ้าเด็กปวดก็ต้องถอน เหตุผลนี้ผู้ปกครองเด็กบอกว่า “...รู้อย่างนี้ เพราะไม่ทราบจริงๆว่ามีวิธีการรักษาที่หายปวดโดยไม่ต้องถอน ถ้ามีสื่อให้ความรู้มากกว่านี้ จะไม่ยอมให้ลูกถอนฟัน” เหตุผลอีกอย่างที่เลือกจัดการถอนฟันไว้กลุ่มแรก เพราะคิดว่าเป็นบริการเร่งด่วนที่มีความจำเป็น คล้ายๆการรักษาฉุกเฉิน

ข้อน่าสังเกตประการหนึ่ง คือ ผู้ปกครองบางคนในกลุ่มคิดว่าบริการถอนฟันไม่ควรอยู่ในกลุ่มแรก เพราะคิดว่า ควรพยายามรักษาด้วยวิธีอื่นๆจนหมดสิ้นก่อน สุดท้ายจริงๆถ้ารักษาไม่ได้จึงควรถอนฟัน อีกเหตุผลหนึ่งคือ กลัวเด็กเจ็บ เด็กกลัว การถอนฟันน่าจะเป็นทางเลือกสุดท้าย ไม่จำเป็นคือไม่ต้องถอน กินยาไว้ดีกว่า เป็นแนวคิดที่พยายามให้มีการรักษาฟันไว้ และมองไกลไปถึงการเกรงว่าหมอจะเลือกการถอนฟันเป็นหลัก แทนที่จะพยายามรักษาฟันให้นานไว้

กลุ่มสำคัญอันดับ 2

ความต้องการในการรักษาปากและฟันที่กลุ่มผู้ปกครองให้ความสำคัญอันดับ 1 คือรักษารากฟันน้ำนม และชุดหินปูน เหตุผลในการรักษารากฟันเพราะไม่อยากให้ถอนฟัน ถ้าถอนแล้วฟันแท้จะขึ้นเกได้ และถ้าสภาพฟันภายนอกยังดีก็อยากจะรักษาไว้ บางคนรับรู้จากประสบการณ์ที่ลูกเคยไปหาหมอ และได้รับคำแนะนำให้รักษารากฟัน

“...รักษารากฟันจริงๆแล้ว หมอเขาไม่อยากให้ถอน เพราะถ้าเกิดถอนไป เด็กก็ไม่มีฟันเคี้ยวแล้ว ฟันแท้ที่จะขึ้นมาก็จะเกได้...”

ผู้ปกครองบางคนมองว่า ฟันน้ำนมมีช่วงเวลาอยู่ในปากไม่นานนัก แค่ 6-7 ปี ถ้าฟันผุในช่วงอายุปีแรกๆ มีเวลาอยู่อีกหลายปีที่อยู่ในปาก ก็น่าที่จะรักษารากฟันไว้ แต่ถ้าผุมากในช่วงหลังๆที่ฟันกำลังจะหลุดแล้ว ก็ควรปล่อยให้ตามอายุ พอถึงเวลาที่จะหลุดเอง และให้ข้อคิดไว้ว่า “จริงๆแล้ว ฟันแท้สำคัญกว่าแน่นอน ต้องรักษาไว้ก่อน” และยังมีความเข้าใจสนับสนุนอยู่บ้างต่อการรักษารากฟัน เช่น “ฟันไม่สะอาด มีกลิ่นปาก ต้องไปรักษารากฟันฟันจะได้ไม่ผุ” ทั้งนี้ผู้ดำเนินการอภิปรายได้พยายามอธิบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น

การชุดหินปูน กลุ่มผู้ปกครอง คิดว่าอาจจะไม่ปัญหาใหญ่ในเด็ก ถึงหินปูนจะเป็นปัญหาทั่วไป แต่ไม่สำคัญในเด็ก สำคัญในผู้ใหญ่มากกว่า

กลุ่มที่เกินความจำเป็น (กรณีรัฐมีเงินจำกัด)

กลุ่มผู้ปกครองมองการจัดฟัน เป็นการรักษาเพื่อแก้ไขการเรียงตัวของฟันเป็นหลัก โดยไม่มีการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องถึงความเข้าใจในแง่การป้องกันแต่อย่างใด และมองถึงที่ราคาค่อนข้างแพง ดังข้อมูลที่บางคนในกลุ่มบอกว่า พาลูกไปจัดฟัน หมดค่าใช้จ่ายไป 30,000 กว่าบาท จึงถูกจัดกลุ่มไว้ในกลุ่มที่เกินความจำเป็น

“ที่อยากได้ (อยากให้ให้บริการนี้) เพราะ บางคนฟันไม่สวย ถ้าเข้าเอกชนราคาจะสูงมาก”

● ผลการวิเคราะห์ (Analytic induction)

ความต้องการในการรักษาปากและฟัน ในระดับความสำคัญอันดับ 1 กลุ่มผู้ปกครองให้ความสำคัญกับการรักษาที่เป็นวิธีการป้องกัน การช่วยให้ฟันเด็กแข็งแรง ไม่ผุง่ายเป็นหลัก ด้วยการเคลือบฟลูออไรด์ และการเคลือบหลุมร่องฟัน , การรักษาเพื่อลดความเจ็บปวดและให้ฟันใช้งานได้ ด้วยการถอนฟันและอุดฟัน มีการเสนอแนวคิดในเรื่อง ช่วงระยะเวลาที่การรักษานั้นจะให้ประโยชน์ต่อเด็ก และไม่สิ้นเปลือง เช่นการรักษารากฟันน้ำนมสำหรับฟันที่จะอยู่ในช่องปากอีกนาน และให้ความสำคัญกับฟันแท้มากกว่า

ความต้องการในการรักษาปากและฟัน ในระดับความสำคัญอันดับ 2 พบว่าให้ความสำคัญกับการพยายามรักษาฟันไว้โดยการรักษารากฟัน ซึ่งมีการเสนอแนวคิดในเรื่อง ช่วงระยะเวลาที่การรักษาจะให้ประโยชน์ต่อเด็ก และไม่สิ้นเปลือง เช่น การรักษารากฟันน้ำนมสำหรับฟันที่จะอยู่ในช่องปากอีกนาน และให้ความสำคัญกับฟันแท้มากกว่าส่วนการขูดหินปูน แม้ว่าถูกจัดไว้ในกลุ่ม 2 แต่ก็มองว่าอาจไม่ใช่ปัญหาหลักในกลุ่มเด็ก

ส่วนการจัดฟัน ถูกจัดกลุ่มไว้ในกลุ่มที่เกินความจำเป็น ด้วยเหตุผลที่มองว่าเป็นการแก้ไขปัญหาเพื่อความสวยงาม และค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง

ประเด็นที่ 3 ประสพการณ์ การรับรู้ และประเมินผลการจัดบริการทันตกรรมตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากมุมมองของประชาชน

ภาวะ อุปสรรคของประชาชน ในการรับบริการทันตกรรม (Consumer burden/ payment) ด้านการมารับบริการ, ด้านการเงิน, ความสามารถในการร่วมจ่าย (Ability to pay/ Willingness to co-payment), พฤติกรรมทันตสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองกับการจ่ายร่วม (Propensity/ Beh. & Self care) เงื่อนไขและข้อจำกัดบางอย่างในขั้นตอนการทำฟัน จะเป็นภาระและอุปสรรคต่อ ปชช.หรือไม่ อย่างไร

1 กลุ่มผู้สูงอายุ

เนื่องจากทางกลุ่มไม่มีผู้ใดที่มีประสบการณ์ไปรับบริการการรักษาทางทันตกรรมภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าเลย จึงไม่สามารถให้ข้อมูลในการประเมินผลโครงการและการบริการได้ แต่ได้ฝากข้อเสนอในการจัดบริการของรัฐ

● ข้อเสนอจากกลุ่มในการจัดบริการของรัฐ

1. ในการจัดบริการทันตกรรมในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรคำนึงถึงรายได้ของผู้รับบริการด้วย ผู้ที่มีรายได้น้อยควรจัดบริการให้เลย แต่ต้องมีการสำรวจอย่างจริงจังว่าใครมีฐานะอย่างไร เพื่อป้องกันคนที่เห็นแก่ตัว มีฐานะร่ำรวยแต่อยากได้ของฟรี
2. กลุ่มผู้สูงอายุ อาจจัดบริการบางอย่างที่จำเป็นให้ฟรี อาจเป็นบริการที่เสียค่าใช้จ่ายไม่มาก แต่ถ้าเป็นบริการที่ค่าใช้จ่ายสูง ประชาชนอาจช่วยเรื่องค่าใช้จ่ายบ้าง
3. การร่วมจ่าย เมื่อกลุ่มผู้สูงอายุรับทราบข้อมูลข้อจำกัดของทางโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่าย, กระบวนการขั้นตอนการรักษา หรือระบบคิวที่มีผู้รอรับบริการมากแล้ว ทางกลุ่มร่วมกันคิดว่า “อาจช่วยแบ่งเบาภาระบางกรณีได้ เช่นการใส่ฟันปลอม อาจร่วมจ่าย 50:50 เช่น ฟันปลอมราคาประมาณ 4,000 บาท ประชาชนอาจช่วยจ่ายได้ 2,000 บาท “
“หรือกรณีฟันปลอมบางส่วน รัฐอาจเพียงจ่ายครึ่งหนึ่ง เช่น ราคา 600 บาท ประชาชนอาจช่วย 300 หรือ 200 บาท คงช่วยบรรเทาความเดือดร้อนได้บ้าง”
4. รูปแบบการจัดบริการให้กับผู้ที่ไม่ดูแลอนามัยช่องปากของตนเอง (Propensity / Self care) ซึ่งจะมีผลต่อการจัดการทรัพยากรเพื่อบริการให้ผู้อื่น ทางกลุ่มอภิปรายในประเด็นที่น่าสนใจคือ
“...เราจะเอาอะไรเป็นเครื่องชี้วัดว่า คนๆนั้นไม่ดูแลสุขภาพปากตนเอง...”
“... และคนที่ไม่ดูแลปากและฟันตนเอง ก็ต้องมารักษาที่โรงพยาบาลบ่อยกว่าคนที่ดูแลปากและฟันตนเองดีอยู่แล้ว ยิ่งเขามาบ่อย ก็ยิ่งต้องจ่ายมากกว่า...”

5. อยากฝากให้รัฐช่วยเหลือเรื่อง ราคา

“...อยากให้ช่วย สิ่งไหนที่มันลดหย่อน ผ่อนเบาได้ ก็ให้ช่วยด้วย ทั้งเรื่องราคา เรื่องอะไรทุกอย่างที่อำนวยความสะดวกกับผู้สูงอายุ...”

2 กลุ่มวัยทำงาน

เนื่องจากทางกลุ่มไม่มีผู้ใดที่มีประสบการณ์ไปรับบริการการรักษาทางทันตกรรม ภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าเลย จึงไม่สามารถให้ข้อมูลในการประเมินผลโครงการและการบริการได้ ประเด็นเรื่องการร่วมจ่ายค่ารักษาทางทันตกรรม เมื่อทางกลุ่มรับทราบข้อมูลข้อจำกัดของทางโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่าย, กระบวนการขั้นตอนการรักษา หรือระบบคิวที่มีผู้รอรับบริการมากแล้ว ทางกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงความสำคัญในการที่ต้องรักษาปากและฟัน และร่วมกันคิดถึงสัดส่วนความสามารถในการร่วมออกค่าใช้จ่าย ซึ่งมีหลากหลายความคิด โดยครอบคลุมประเด็นต่างๆ คือ

1. ความสำคัญในการที่ต้องรักษาปัญหาปากและฟัน และการป้องกันการสูญเสียฟัน

2. ความสามารถที่ทางกลุ่มเห็นว่าอาจจ่ายร่วมได้ ประมาณ 50-60% และมีข้อเสนอที่อาจพิจารณาในหลายๆกรณีในการให้มีส่วนร่วมในการจ่ายหรือการที่รัฐจะช่วยทั้งหมด

-พิจารณาตามความจำเป็นและกำลังทรัพย์ของแต่ละคน ส่วนที่อยากให้รัฐเข้ามาช่วยมาก คือการรักษาที่สำคัญและจำเป็นเพื่อแก้ไขปัญหาที่กระทบต่อชีวิตมาก

-การรักษาที่มุ่งเก็บรักษาฟันไว้ เช่นการรักษาคลองรากฟัน แต่มีค่าใช้จ่ายสูง น่าจะมีการสร้างทางเลือก โดยความช่วยเหลือของรัฐเพื่อจะไม่ต้องสูญเสียฟันไป

3. การให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง ควบคู่ไปกับการรักษาของทันตแพทย์

ตัวอย่างความคิดเห็นที่หลากหลาย

“...โดยพื้นฐานก็ต้องดูแลรักษาฟันตนเอง ฟันสำคัญอยู่แล้ว ถึงแม้ไม่ให้ก็ต้องออกเอง มันต้องเป็นอย่างนั้นอยู่แล้ว...ราคาสูง...สูงก็ต้องทำ ฟันสำคัญนะไม่มีฟันเคี้ยวอาหารก็แย่แล้ว และถ้าไม่มีฟันหน้าแล้วจะไปยิ้มแย้มกับใคร...หัวเราะกับใครได้...ปัญหาใหญ่มาก ใหญ่จริงๆ ถึงรัฐช่วยไม่ช่วยก็ต้องทำ มันร้อยเปอร์เซ็นต์ต้องทำ...”

“...ฟันเป็นสิ่งสำคัญ ถึงทางรัฐบาลไม่ทำเราก็ต้องทำเอง คือ รัฐช่วยบ้างเราออกเองบ้างก็ยังดีกว่าที่เราจะไปเสียทั้งหมดค่ะ ถ้าเรามีความจำเป็นยังก็ต้องทำ...(ถ้าต้องได้จ่ายร่วม)...ซักครึ่งนึง ...คนละครึ่ง ...คนละครึ่งพอได้...”

“...อาจดูหลายๆกรณีว่าใครที่ไม่สามารถจะช่วยเหลือรัฐได้ก็ให้รัฐช่วยบ้างอะไรแบบนี้ ตามกำลัง ดูเป็นรายๆไป คือดูพื้นฐานของคนนั้น คล้ายอย่างกับ บัตรผู้สูงอายุ บัตรผู้มีรายได้น้อย...บัตรสามสิบบาท บัตรทอง รายที่ทางรัฐควรจะช่วยก็ช่วย รายที่ช่วยตัวเองได้ก็คือเราก็จะสามารถ ช่วยตัวเองได้...”

“...รัฐควรช่วยแบ่งเบาค่าใช้จ่าย...(การรักษา) ที่ต้องจำเป็นจริงๆ...จำเป็นจริงๆของเรา คือ ..กระทบต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการพบปะ การเคี้ยวอาหาร...อาจจะทำให้เรารู้สึกปวด หรือรำคาญ...”

“...คืออยากให้รัฐช่วยตรงที่เสียแพงค่ะ เสียค่าใช้จ่ายแพงตรงจุดนั้น คือบางคนไม่สามารถที่จะเสียค่าใช้จ่ายได้ ก็ไปถอนฟันทิ้ง คือเสียแค่ค่าถอน แต่ต้องยอมให้ฟันตรงนั้นเสียไป ที่จริงมันสามารถที่จะรักษารากฟันได้ แต่ที่มันแพงเกินไปอยากให้รัฐบาลเข้ามาช่วยตรงจุดนี้...”

“...(ระหว่างการถอนฟันและรักษาคคลองรากฟัน)...พูดถึงกรณีคนที่ไม่มีจะจ่าย ฟันเขาเสียไปแล้ว อยากจะไปรักษารากฟัน รักษาฟันแท้ไว้ แต่เขาไม่มีจะจ่ายตรงจุดนั้น เขาก็ปล่อยให้มันผุมากแล้วก็ถอนทิ้งไปเลย แต่

ถ้ามีโครงการของรัฐเข้ามาช่วยตรงจุดนี้ พันมันอาจจะอยู่กับเราไปตลอด ดีกว่าที่จะไปถอนทิ้ง เขาอาจจะพอนิดหน่อยแล้วรัฐเข้ามาช่วย เขาก็อาจจะทำ ดีกว่าไม่มีทางเลือกต้องถอนทิ้งอย่างเดียว...”

“...ฟันปลอมมันก็ไม่ดีเหมือนฟันจริง เราก็คงอยากจะมีฟันจริงเอาไว้...(ช่วยจ่าย)ทำลิบทำลิบ ถ้ารัฐไม่ได้ก็ชักหลาบลิบลิบก็ยังไม่ดี...หลาบลิบนี้ถ้าจะเป็นของเรา รัฐช่วยเราชักลิบอะไรอย่างนี้ อย่างนี้ยังพอรับได้...”

“...ผมว่าอะไรที่มันทำครั้งเดียวเสร็จ แล้วดูราคาไม่สูงนักเราเองก็สามารถที่จะจ่ายได้ แต่ถ้าอะไร ที่มันต้องมาทำหลายหนและราคาค่อนข้างแพง และจำเป็นด้วย รัฐน่าจะช่วยตรงจุดนี้...”

“...(คำปรึกษาโรคเหงือก) ตรงจุดนี้เราก็คงไม่แพงจนเกินไป แล้วถ้าเราดูแลรักษาดีมันก็จะไม่เกิดแบบนี้ขึ้นมา อันนี้เราก็ต้องดูแลตัวเองด้วยไม่ใช่ให้รัฐช่วยทุกอย่างนะละ อันนี้มันก็ไม่เป็นกันเท่าไร ทุกคนก็ควรที่จะดูแลตัวเอง...”

3 กลุ่มวัยรุ่น

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีผู้ที่เคยมีประสบการณ์ไปรับบริการการรักษาทางทันตกรรม ภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากสถานีนอนามัย จำนวน 2 คน และเคยไปรับการรักษาจากคลินิกทันตกรรมด้วย ผู้ที่เคยไปรักษาที่สถานีนอนามัยให้เหตุผลถึงความใกล้บ้าน และราคาไม่แพง บางคนก็ให้เหตุผลต่างกันไปในการไม่ไปรับบริการทางทันตกรรม เช่น กลัวเจ็บ, หมอทำไม่ค่อยดี, ไม่ว่างไป , มีปัญหาเรื่องบัตร ยังไม่ได้บัตร หรือบัตรหมดอายุ , ผู้ปกครองไม่มีเวลาพาไป, อายุที่ต้องทำฟัน หรือต้องรอคิวนาน เป็นต้น

“...วันที่ไปถอนฟันคิวยาวอะ ไป... ประมาณแปดโมงครึ่ง กลับบ้านเกือบเที่ยง...”

“...หลายคนเลยนะที่ฟันผุแล้วไม่อยากไปทำฟัน คิดว่าเหตุผลที่ไม่ไปเพราะ อายุ กลัวเจ็บ(หมอ)ทำไม่ค่อยดี ไม่มีเวลาไป...”

ในประเด็นการร่วมจ่าย เมื่อกลุ่มวัยรุ่นรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับข้อจำกัดของทางโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่าย, กระบวนการขั้นตอนการรักษา หรือระบบคิวที่มีผู้รอรับบริการมากแล้ว ทางกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงสัดส่วนความสามารถในการร่วมออกค่าใช้จ่าย ดังนี้ กรณีอุดฟันหน้า, อุดฟันหลัง ยินดีร่วมจ่าย ร้อยละ 30-50

“...อาจช่วยออกบ้าง...อุดฟันหน้าควรจะช่วยเหลือออกซักสามลิบถึงห้าลิบ...”

“... อุดฟันหลังจะช่วยเหลือออกซัก สามลิบ... เพราะถ้าเกิดว่าหลวงมีเงินน้อย ก้อไม่มีเงินซื้อพวกอุปกรณ์...”

กรณีการจัดฟัน ถ้าเป็นไปได้เพื่อความสวยงาม ผู้ป่วยควรออกเองทั้งหมด แต่กรณีเป็นปัญหาเนื่องจากฟันซ้อนเก รัฐอาจช่วยบ้าง

“...ตัดฟันนี้ เราออกเอง... ก็ถ้าอยากสวยก็ทำเอง... แต่บางคนมันเหยินมากแล้วเค้าไม่มีดั่งค์ หลวง(รัฐ)

ควรจะช่วยเหลือบ้าง แต่ส่วนมากจะเป็นเพราะความสวยงาม...”

ความเห็นของกลุ่มวัยรุ่นต่อคนที่สนใจดูแลสุขภาพกับคนที่ไม่สนใจดูแลสุขภาพฟัน ควรได้ร่วมรับผิดชอบค่าบริการ ต่างหรือเหมือนกัน อย่างไรหรือไม่ นักเรียนหลายคนคิดว่า ไม่ควรเหมือนกัน เพราะคนหนึ่งดูแลปากและฟันดี ใช้ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ควรให้ฟรี ขณะที่อีกคนไม่สนใจดูแลสุขภาพฟัน รัฐใช้ค่าใช้จ่ายมากกว่า ควรให้ร่วมจ่าย

“...คนแรกก็ฟรี คนที่สองก็อาจจะเสียให้ซักครึ่งนึง...จ่ายบ้าง....ก็คนแรกเค้าดูแลรักษาดีกว่ามันก็ต้องใช้(วัสดุอุปกรณ์) อะไรน้อย แล้วคนที่สองมันไม่ค่อยดูแลรักษาฟันมันก็ต้องใช้(วัสดุอุปกรณ์ เยอะ...”

4 กลุ่มผู้ปกครองเด็กวัยเรียน

ในกลุ่มผู้ปกครองไม่มีผู้ใดที่มีประสบการณ์ไปรับบริการการรักษาทางทันตกรรมภายใต้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าเลย จึงไม่สามารถให้ข้อมูลในการประเมินผลโครงการและการบริการได้ แต่ต่างก็มีประสบการณ์กา

รพบุตรไปรับบริการทันตกรรมทั้งที่โรงพยาบาลของรัฐ และคลินิก ซึ่งส่วนใหญ่นิยมพาไปรักษาที่คลินิกมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐ ด้วยเหตุผลต่างๆ คือ

1. คาดหวังการบริการที่ดี หมอพูดเพราะ พยาบาลเอาใจใส่ เพื่อเด็กจะได้ไม่กลัว
 2. บริการของคลินิก สะดวก รวดเร็ว ไปรักษาเวลาใด ก็ได้ แต่สถานื่อนามัยหรือโรงพยาบาลของรัฐ จะมีหมอพินมาตามวัน เวลา ซึ่งบางที ปวดฟันเลือกเวลาไม่ได้
 3. โรงพยาบาลของรัฐ มีข้อจำกัดเรื่องเวลา คนไข้เยอะทำให้รอนาน คิวนาน เด็กร้องไห้กระจองอแง และทำให้ลูกหลานกลัว
 4. ความสะอาดของเครื่องมือ กลุ่มผู้ปกครองรู้สึกกว่าที่คลินิกจะสะอาดกว่าแต่ก็รับรู้ราคาที่ต้องจ่ายแพง
- ดังตัวอย่างความคิดเห็นต่อไปนี้

“...ไปคลินิก คือ หนึ่งในความรู้สึกคิดว่าคลินิกเรียวเราแพง การบริการหรือการเอาใจ หรือบริการสำหรับเด็ก หลอกเด็กให้หายกลัว คิดว่าตรงนั้นเป็นสิ่งที่เขาจะทำให้ได้...ต้องหลอกเอาใจ เคยพาไปโรงพยาบาล พอหลานร้องมาก ก็โดนดุ โดนชูปี้ เด็กกลัวจนถึงวันนี้...”

“...เด็กปวดฟันไม่ตรงตามวันที่เปิดทำการ บางทีปวดรีบ ก็อ้าวไม่มีทำฟันแล้ว แต่ที่คลินิกมีตลอดทุกวัน ไปตอนไหนก็ได้ แต่ที่อนามัยเปิดเฉพาะวันพุธ พฤหัส...”

“...หมอโรงพยาบาล เขาคนไข้เยอะ เขาเลยไม่ได้สนใจ ต้องเร่งกับเวลาด้วย...”

“...หมอพูดไม่ค่อยดี ลูกกลัวเลยต้องพาไปคลินิก ที่คลินิกขนาดลูกร้องให้น้ำตาไหลยังยอมทนเลย เพราะหมอเขาพูดดี....”

● ข้อเสนอจากกลุ่มในการจัดบริการของรัฐ

“...อยากให้มีการทำฟันทุกวัน ปวดเมื่อไร มีปัญหาเมื่อไร จะได้มาหาหมอได้...”

“...อยากให้หมอพูดจากับเด็กเพราะๆ เอาใจเด็ก ให้เด็กยอมทำ โดยไม่ต้องร้อง อยากให้หลอกเด็ก เอาใจเด็กมากกว่านี้...”

ในกรณีของการร่วมจ่าย เมื่อกลุ่มผู้ปกครองรับทราบข้อมูล ข้อจำกัดของทางโรงพยาบาลของรัฐ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่าย, กระบวนการขั้นตอนการรักษา หรือระบบคิวที่มีผู้รอรับบริการมากแล้ว ทางกลุ่มร่วมกันคิดว่า ควรมีส่วนร่วมในการจ่ายหรือไม่อย่างไรบ้าง ซึ่งมีความคิดเห็นและการให้เหตุผลแตกต่างกันไป คือ

1. ควรให้ฟรีในเด็ก 0-12 ปี หรือถึงป.6 ทั้งหมด ในการรักษาที่จำเป็น แต่ก็มีความเห็นที่ได้แย้งเรื่องจำนวนเด็กที่ต้องรักษามีมาก ขณะเดียวกันการที่ให้ฟรีหมด ก็อาจจะทำให้พ่อ แม่ผู้ปกครองเด็กขาดการเอาใจใส่ดูแล เพราะคิดว่า ถ้ามีปัญหาในช่องปากเมื่อใดก็ไปรักษาฟรี ซึ่งก็มีข้อโต้กลับว่า ถึงจะให้ฟรีแล้ว ถ้าพ่อแม่ผู้ปกครองไม่สนใจลูก ก็คงไม่ได้พามาหาหมออยู่แล้ว
2. ประชาชนอาจร่วมจ่ายบ้างบางส่วน ข้อเสนอของกลุ่มมีตั้งแต่ร่วมจ่าย 1/4, 1/3 หรือ 1/2 ตามราคาค่าใช้จ่าย และความจำเป็น เช่น
 - อุดฟันแท้ ประชาชนอาจร่วมจ่ายกับรัฐ 1/2
 - รักษารากฟัน, ซุดหินปูน ประชาชนอาจร่วมจ่ายกับรัฐ 1/3 เพราะค่าใช้จ่ายค่อนข้างแพง
 - การถอนฟัน รัฐควรให้ฟรีทั้งหมด
 - การจัดฟัน บางคนให้ความเห็นว่าควรให้ผู้ปกครองออกค่าใช้จ่ายเองทุกกรณี แต่บางคนก็ว่าน่าจะดูตามเหตุผล ถ้ารักษาเพื่อความสวยงาม รัฐไม่น่าจ่ายให้ เพราะมองว่าไม่มีความจำเป็น ควรให้ผู้

ต้องการรักษาออกค่าใช้จ่ายเอง แต่ถ้าเป็นไปเพื่อแก้ไขปัญหาฟันเกมามากๆ อาจร่วมกันออกค่าใช้จ่ายบ้าง เพราะเด็กบางคนเป็นปัญหาจริงๆ อาจร่วมจ่าย 1/2 ในเด็กอายุไม่เกิน 12 ปี เฉพาะที่มีปัญหา

ข้อสังเกต

ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นประสบการณ์ตรงที่แต่ละกลุ่ม ยกขึ้นมาพูดคุย อภิปรายกัน โดยเฉพาะถ้าคนในกลุ่มไม่เคยมีปัญหาเรื่องปากและฟันอื่นๆ ปัญหาที่จะพูดคุยกันส่วนใหญ่ก็เป็นปัญหาจากอาการปวดฟัน ฟันผุ เช่น ในกลุ่มวัยรุ่นไม่ได้กล่าวถึงการรักษาคอลงรากฟัน และฟันปลอม เนื่องจากเด็กๆ ไม่ได้เอ่ยถึงและยังไม่มีปัญหาที่จะไปถึงการรักษาดังกล่าว

ส่วนที่ 2 ผลการระดมความเห็นในการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก

การระดมความคิดเห็นครั้งนี้จะใช้เทคนิคที่ปรับมาจากหลักการของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย(Delphi) ซึ่งนิยมนำมาใช้เมื่อต้องการทราบความคิดเห็นที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับประเด็นที่จะศึกษาซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับเวลา ปริมาณและหรือประสบการณ์ที่ต้องการจะให้ (ชนิตา รักษ์พลเมือง) สำหรับลำดับขั้นตอนของการดำเนินการ เพื่อหาข้อสรุป เพื่อการเสนอชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม ดังนี้

1. นำเสนอข้อเท็จจริง (Evidence bases) ของงานที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพช่องปาก โดยให้ผู้เข้าร่วมระดมความคิดเห็นทุกคน เข้าใจเรื่องทฤษฎีนโยบายการประกันสุขภาพ ความสำคัญของความจำเป็น(need)และอุปสงค์(demand) รูปแบบที่เป็นไปได้ของการจัดชุดบริการและผลกระทบต่างๆ ตลอดจนบทเรียนการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากของไทยและต่างประเทศ

2. นำเสนอสภาพปัญหาของโรค(Burden of Diseases) และภาระงานรักษาพยาบาลทั้งด้านงบประมาณและกำลังคน หากต้องทำการรักษาพยาบาลในระดับของการครอบคลุมบริการต่างๆ(Work load of Services at any level of the Utilization) และตีค่าเป็นภาระทางการเงินหรืองบประมาณหากต้องจัดบริการดังกล่าว

3. การเสนอความคิดเห็นจากการระดมความคิดเห็นโดยผู้เกี่ยวข้องทั้ง Stake holders และ Policy makers เพื่อจัดลำดับความสำคัญและรายการรักษาพยาบาลที่ควรบรรจุไว้ในชุดบริการสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพช่องปาก โดยเสนอกลุ่มอายุที่ต้องการครอบคลุม ระบบการจ่ายหรือเงื่อนไขอื่นๆ ที่จะทำให้การดำเนินการจัดบริการตามชุดบริการนี้ให้ได้ผลตามที่ควรจะเป็น โดยจะรวบรวมความเห็นรอบที่ 1 ก่อนการนำเสนอและอภิปรายทั่วไป หลังจากนั้นจะเป็นการรวบรวมความคิดเห็นรอบที่ 2 ผู้เข้าร่วมการระดมความคิดเห็น ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นผู้ที่อยู่ในวิชาชีพทันตแพทย์ อีกกลุ่มคือกลุ่มที่มีอาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้รับบริการ นักวิชาการ องค์กรวิชาชีพ และผู้บริหาร

โดยการประชุมระดมความเห็น มีผู้เข้าร่วม จำนวน 15 คน เป็นกลุ่มทันตแพทย์ 6 คน เป็นกลุ่มอื่นๆ 9 คน แต่การเก็บข้อมูลที่เป็นแบบแสดงความคิดเห็นความสำคัญของรายการว่าควรบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่ นั้นมีข้อความสมบูรณ์สามารถนำมาประมวลผลได้ ในรอบที่หนึ่งจำนวน 5 คน รอบที่สองจำนวน 9 คน(ทันตแพทย์ 4 คน กลุ่มอื่น 5 คน) ส่วนข้อเสนอประเด็นการร่วมจ่ายสามารถนำมาประมวลผลได้จำนวน 8 คน

รายการและรายละเอียดของรายการที่นำเสนอเพื่อแสดงความคิดเห็นมี ดังนี้

1.งานอุดฟัน เป็นการบูรณะฟันที่เกิดพยาธิสภาพ เช่น ฟันผุ ฟันหัก เพื่อให้มีความสามารถในการบดเคี้ยว หรือความสวยงามใกล้เคียงฟันธรรมชาติ

1.1 การอุดฟันหลังด้วยวัสดุ Amalgam เป็นการบูรณะฟันเพื่อการบดเคี้ยว โดยใช้วัสดุที่มีความแข็งแรง สามารถที่จะใช้บดเคี้ยวได้

1.2 การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน(Composite Resin) หมายถึงการใช้วัสดุอุดฟันที่ใช้อุดฟันหน้าที่ต้องเน้นให้วัสดุมีสีเหมือนฟันมากที่สุด ในกรณีฟันหลังที่ต้องการบูรณะด้วยวัสดุสีเหมือนฟันให้รวมอยู่ในกรณีนี้ด้วย

2.งานรักษาโรคเหงือกและอวัยวะปริทันต์

2.1 การขูดหินปูน(Scaling) เป็นการกำจัดหินน้ำลาย(Calculus) ที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคเหงือกและปริทันต์ โดยอาจมีหรือไม่มีการขัดฟันเพื่อป้องกัน(Polishing for Prophylaxis)ด้วย

2.2 การรักษาโรคปริทันต์(Periodontitis) เป็นการรักษาโรคเหงือกและอวัยวะปริทันต์อักเสบ เช่น เหงือก บวมอักเสบ มีกระเปาะปริทันต์ ฟันโยก ที่ต้องใช้การรักษาอื่นๆ(นอกเหนือจากการขูดหินปูน)ร่วมด้วย เช่น การเกลารากฟัน การระบายหนองที่เหงือก การใช้ยารักษาเหงือก เป็นต้น

3.งานถอนฟัน

3.1 การถอนฟันธรรมดา(Simple Extraction) เป็นการถอนฟันที่มีพยาธิสภาพที่ไม่สามารถรักษาเพื่อเก็บฟันไว้ด้วยวิธีอื่นๆได้ หรือมีข้อบ่งชี้อื่นๆในการถอนฟัน เช่น ฟันที่ขึ้นผิดตำแหน่ง เป็นต้น และให้รวมการจ่ายยาหลังการรักษาด้วย(หากมีข้อบ่งชี้)

3.2 การผ่าฟันคุด(Impacted teeth) หมายถึงฟันที่ไม่สามารถขึ้นได้ หรือขึ้นเพียงบางส่วนที่มีความจำเป็นต้องถอนออก ในการรักษาต้องใช้เครื่องมือและเวลามากกว่าการถอนฟันธรรมดา เพราะอาจมีกระบวนการ เปิดเหงือก(Flap operation) กรอกระดูก(bone removal) กรอแบ่งฟัน(tooth dissection) หรือการเย็บแผล(suture)หลังการถอนฟัน และให้รวมการจ่ายยาหลังการรักษาด้วย(หากมีข้อบ่งชี้)

4.การใส่ฟัน

4.1 การใส่ฟันทั้งปาก(Full Denture)เป็นการใส่ฟันปลอมทั้งปากแบบถอดได้ฐานพลาสติกเพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไป เพื่อให้มีความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารได้

4.2 การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก(Temporary Plate) เป็นการใส่ฟันปลอมบางซี่แบบถอดได้ฐานพลาสติกเพื่อทดแทนฟันซี่ที่สูญเสียไป เพื่อให้มีความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารได้

4.3 การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ(Metal Base) เป็นการใส่ฟันปลอมบางซี่แบบถอดได้ฐานโลหะ(Cr-Co Partial Denture)เพื่อทดแทนฟันซี่ที่สูญเสียไป เพื่อให้มีความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารได้

4.4 การใส่ฟันปลอมติดแน่น(Crown, Bridge) เป็นการใส่ฟันติดแน่นเพื่อเป็นครอบฟัน(Crown)บูรณะฟันซี่ที่มีพยาธิสภาพหรือได้รับการรักษารากฟันแล้ว หรือทดแทนฟันบางซี่ที่หายไปโดยใช้ฟันซี่ข้างๆเป็นฟันยึด(Bridge)

5.การรักษาประสาทฟัน

5.1 การรักษาประสาทฟันน้ำนม เช่น การรักษาประสาทฟันบางส่วน(Pulpotomy) หรือ การรักษาประสาทฟันทั้งหมด(Pulpectomy) ทั้งนี้ไม่รวมการบูรณะอื่นๆ เช่น การใส่ครอบฟันหรืออุดฟัน

5.2 การรักษาประสาทฟันแท้(Endodontic) หมายถึงการรักษาคคลองรากฟันที่ต้องกำจัดประสาทฟันออก และอุดด้วยวัสดุอุดคลองรากฟัน ทั้งนี้ไม่รวมการบูรณะอื่นๆ เช่น การใส่ครอบฟันหรืออุดฟัน

6.การรักษาความผิดปกติต่อระบบการบดเคี้ยว

6.1 ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่(Cleft Lip & Palate) ที่ต้องได้รับการแก้ไข เช่นการทำเพดานเทียมเพื่อให้กลืนหรือเคี้ยวได้ ให้รวมถึงกรณีที่ต้องทำศัลยกรรมแก้ไขความผิดปกติอื่นๆ(โดยทันตแพทย์)

6.2 ผู้ป่วยฟันซ้อนเก(Crowding) ที่มีการเรียงตัวของฟันผิดปกติ

7.การรักษาพยาธิสภาพอื่นๆ

7.1 มะเร็งในช่องปาก(Oral Cancer) ทั้งการตรวจหาและการป้องกัน และรวมถึงการรักษาบางอย่างเช่น การตัดชิ้นเนื้อหรือส่วนที่เป็นมะเร็งนั้นๆ(โดยทันตแพทย์)

7.2 แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก(Oral Lesion) ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการฉายา หรือหัตถการร่วมด้วย เช่น การผ่าหรือตัดออก

7.3 ขากรรไกรหัก(Fracture of Jaws) จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุอื่นๆ ที่ต้องได้รับการแก้ไข(โดยทันตแพทย์) เช่น การยึดขากรรไกรหรือฟันที่ได้รับผลกระทบ

7.4 การติดเชื้อในช่องปากและใบหน้า(Infection) ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการฉายาหรือร่วมกับการระบายหนอง ผ่าตัด หรือการรักษาอื่นๆด้วย

8. งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

8.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก(Oral Exam) ทั้งการตรวจประจำปีหรือเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ทั้งนี้ไม่รวมถึงกระบวนการรักษา(หากมี)

8.2 การให้คำปรึกษา(Consult) เป็นการให้คำปรึกษาสุขภาพช่องปาก ทั้งในชุมชนหรือบุคคลในคลินิก ทั้งนี้ไม่รวมถึงกระบวนการรักษา(หากมี)

8.3 ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่(Topical Fluoride) เช่น การเคลือบฟลูออไรด์ การทา(Vanish) หรือ การอมฟลูออไรด์ เพื่อหวังผลการป้องกันโรคฟันผุในฟันที่ขึ้นในช่องปากแล้ว

8.4 ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน(Fluoride Supplement) ทั้งชนิดเม็ดหรือน้ำ เพื่อหวังผลการป้องกันโรคฟันผุโดยการเสริมสร้างฟันที่ยังไม่ขึ้นในช่องปาก

8.5 การเคลือบหลุมร่องฟัน(Sealant) เป็นการใช้วัสดุปิดผนึกหลุมร่องฟันในฟันหลัง(เฉพาะด้านบดเคี้ยว) ร่องฟันลึกด้านข้างแก้มหรือข้างลิ้น) โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันฟันผุโดยเฉพาะฟันขึ้นใหม่และมีหลุมร่องฟันลึกที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง

ประเภทรายการที่ประชุมให้ความเห็นว่าในรายการบริการทั้งหมดนั้นมีการซ้อนทับกันหลายมิติ บางรายการมีความซ้ำซ้อนกับบริการทางการแพทย์โดยทั่วไป เช่น

“...บางรายการ บอกรวมอยู่ในชุดบริการทางการแพทย์อยู่แล้ว ซึ่งน่าจะตัดออก เช่น มะเร็งในช่องปาก ขากรรไกรหัก การติดเชื้อในช่องปากและใบหน้า และ แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก”

“...ปากแห้งเพดานโหว่ ถ้ายืนยันด้วยข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าในประเทศไทยพบสัดส่วนน้อยมาก เสนอว่าควรตัดออก”

“...การตรวจฟันและการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องทำในการมารับบริการทุกครั้งอยู่แล้ว ก็เสนอว่าควรตัดออกเช่นกัน หรืออาจรวมไว้เป็นข้อเดียวกัน”

“...การให้ฟลูออไรด์โดยทันตบุคลากรเหมือนกัน เสนอว่าควรรวมไว้เป็นข้อเดียวกัน แล้วใส่ไว้เป็นเงื่อนไข ว่าชนิดใช้เฉพาะที่ หรือชนิดรับประทาน เหมาะสมกับกลุ่มใด อย่างไร”

“...อาจรวมการรักษาโรคปริทันต์และซูดหินปูนเข้าด้วยกัน หรือแยกกันตามความจำเป็นของกลุ่มอายุ (เช่น กลุ่ม0-13 ปี)...”

การให้ลำดับความสำคัญ ในตารางที่ 3-14 แสดงผลเฉลี่ยของคะแนน(โดย “5” หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด “0”หมายถึงไม่เห็นด้วยว่าควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์) โดยจะเปรียบเทียบผลของรอบที่ 1 และ 2 ซึ่งรอบที่ 2 ยังแบ่งเปรียบเทียบความเห็นระหว่างกลุ่มทันตแพทย์กับกลุ่มอื่นๆด้วย หากยึดลำดับรายการตามค่าคะแนนที่ได้จากการระดมความคิดเห็นรอบที่ 2 พบว่า ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่ ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน และการรักษาโรคปริทันต์ เป็น 3 รายการแรกที่ถูกจัดลำดับความสำคัญไว้เป็นลำดับต้นๆ ซึ่งเป็นลำดับที่สูงกว่าค่าคะแนนของรอบที่ 1 (เปรียบเทียบจากค่าคะแนนเฉลี่ยของรอบที่ 1 และรอบที่ 2) ส่วนรายการที่ไม่ควรจะอยู่ในชุดบริการมากที่สุด 5 รายการ

การแรก คือ การใส่ฟันปลอมติดแน่น ผู้ป่วยฟันซ้อนเก และการใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟันตามลำดับ ไม่แตกต่างจากความคิดเห็นรอบที่ 1 มากนัก

เมื่อพิจารณา 10 รายการแรกจะประกอบด้วยงานส่งเสริมป้องกัน 3 รายการ คือ ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่ ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน และการเคลือบหลุมร่องฟัน ที่เหลือเป็นการรักษา 7 รายการ ประกอบด้วย การรักษาโรคปริทันต์ ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ มะเร็งในช่องปาก ขากรรไกรหัก การติดเชื้อในช่องปากและไบหน้า การอุดฟันด้วยอมัลกัม การขูดหินปูน ตามลำดับ มีข้อที่น่าสังเกตว่ามีหลายรายการที่ไม่เคยกล่าวถึงในชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากเดิม เช่น มะเร็งในช่องปาก ขากรรไกร การติดเชื้อในช่องปากและไบหน้า ด้วยอาจจะไม่คิดว่าเป็นบทบาทของทันตแพทย์หรือเข้าใจว่ามีสิทธิตามการรักษาสุขภาพทั่วไปอยู่แล้วจึงไม่กล่าวถึงก็เป็นได้

ตารางที่ 3-14 คะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นจากการระดมความคิดเห็น

ลำดับ	รายการ	รอบที่ 2			รอบที่ 1
		ทันตแพทย์	วิชาชีพอื่นๆ	เฉลี่ย	เฉลี่ย
1	8.3 ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่	5.0	5.0	5.0	4.8
2	8.4 ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน	5.0	4.8	4.9	4.8
3	2.2 การรักษาโรคปริทันต์	4.8	5.0	4.9	4.6
4	6.1 ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่	5.0	4.6	4.8	5.0
5	7.1 มะเร็งในช่องปาก	5.0	4.6	4.8	5.0
6	7.3 ขากรรไกรหัก	5.0	4.6	4.8	5.0
7	7.4 การติดเชื้อในช่องปากและไบหน้า	5.0	4.6	4.8	5.0
8	1.1 การอุดฟันด้วยอมัลกัม	4.8	4.8	4.8	4.6
9	2.1 การขูดหินปูน	4.8	4.6	4.7	4.6
10	8.5 การเคลือบหลุมร่องฟัน	5.0	4.4	4.7	4.6
11	7.2 แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก	4.8	4.4	4.6	5.0
12	4.1 การใส่ฟันทั้งปาก	4.8	4.4	4.6	4.6
13	5.2 การรักษาประสาทฟันแท้	4.8	4.4	4.6	4.6
14	3.2 การผ่าฟันคุด	4.3	4.6	4.4	5.0
15	8.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก	4.5	4.2	4.3	5.0
16	8.2 การให้คำปรึกษา	4.5	4.2	4.3	5.0
17	3.1 การถอนฟัน	4.3	4.4	4.3	4.0
18	5.1 การรักษาประสาทฟันน้ำนม	4.0	4.6	4.3	4.0
19	1.2 การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน	4.5	3.6	4.0	3.6
20	4.2 การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก	3.5	4.0	3.8	3.4
21	4.3 การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ	2.3	4.0	3.2	2.6
22	6.2 ผู้ป่วยฟันซ้อนเก	2.8	3.2	3.0	2.2
23	4.4 การใส่ฟันปลอมติดแน่น	1.5	3.0	2.3	2.0

สำหรับตารางที่ 3-15 เป็นความคิดเห็นของการร่วมจ่ายโดยจะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ

กลุ่มที่ 1 เป็นรายการที่มีความถี่ของความคิดเห็นว่าไม่ควรจ่ายค่าบริการมากที่สุด ประกอบด้วย 6 รายการ ได้แก่ การให้คำปรึกษา ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่ ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน การตรวจสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่ และการรักษาประสาทดันน้ำนม จะพบว่าส่วนใหญ่เป็นส่งเสริมและป้องกัน ยกเว้นงานสำหรับผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่ และการรักษาประสาทดันน้ำนม

กลุ่มที่ 2 เป็นรายการที่มีความเหมาะสมกับการเก็บค่าบริการ 30 บาทตามนโยบาย มีจำนวน 10 รายการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรักษาในคลินิก ยกเว้นการเคลือบหลุมร่องฟัน ซึ่งเดิมจัดเป็นงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ

กลุ่มที่ 3 เป็นรายการที่หากจะอยู่ในชุดบริการควรจะเก็บค่าบริการมากกว่า 30 บาท มีจำนวน 7 รายการ จะเป็นงานฟื้นฟูสภาพที่ใช้เวลาและค่าใช้จ่ายสูง เช่น การใส่ฟันปลอมติดแน่น การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก การรักษาประสาทดันน้ำนม ผู้ป่วยฟันซ้อนเก และการรักษาโรคปริทันต์ สังเกตว่ามีบางรายการที่ไม่เคยถูกกล่าวถึงในชุดสิทธิประโยชน์เดิมเลย คือ การใส่ฟันปลอมติดแน่น การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ ผู้ป่วยฟันซ้อนเก หรือบางรายการที่ถูกจัดไว้ในชุดสิทธิประโยชน์เดิมแต่จะพบระบบคิวและการรอรับบริการที่ใช้เวลานาน เช่น ใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก รักษาประสาทดันน้ำนม

ตารางที่ 3-15 ความคิดเห็นของการร่วมจ่ายจากการระดมความคิดเห็น

รายการ	ความถี่ในความเห็นในการจ่ายร่วม (~ข้อเสนอกรณีควรจ่าย > 30 บ.)		
	0 บ.	30 บ.	>30 บ.
กลุ่มรายการที่ 1 ที่ไม่ควรจ่ายค่าบริการเลย (0 บาท)			
8.2 การให้คำปรึกษา	6	2	0
8.3 ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่	5	3	0
8.4 ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน	5	3	0
8.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก	5	3	0
6.1 ผู้ป่วยปากแห้ง เพดานโหว่	4	3	1
5.1 การรักษาประสาทดันน้ำนม	3	2	3 (~50)
กลุ่มรายการที่ 2 ที่ควรจ่ายค่าบริการ 30 บาท			
7.4 การติดเชื้อในช่องปากและใบหน้า	2	3	2
7.3 ขากรรไกรหัก	3	4	1
1.1 การอุดฟันด้วยอมัลกัม	2	4	2
8.5 การเคลือบหลุมร่องฟัน	2	4	2 (~50)
4.1 การใส่ฟันทั้งปาก	2	4	2

รายการ	ความถี่ในการเห็นในการจ่ายร่วม (~ข้อเสนอกรณีควรจ่าย > 30 บ.)			
	0 บ.	30 บ.	>30 บ.	
3.2 การผ่าฟันคุด	2	4	2	(~100)
3.1 การถอนฟัน	2	4	2	
7.1 มะเร็งในช่องปาก	2	5	1	
7.2 แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก	2	5	1	
2.1 การขูดหินปูน	1	5	2	(~100)
กลุ่มรายการที่ 3 ที่ควรจ่ายค่าบริการ > 30 บาท				
2.2 การรักษาโรคปริทันต์	1	3	4	(~50-100)
6.2 ผู้ป่วยฟันซ้อนเก	1	3	4	(~50-200)
5.2 การรักษาประสาทฟันแท้	1	2	5	(~500)
4.2 การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก	0	3	5	(~100)
1.2 การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน	1	1	6	(~50)
4.3 การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ	0	0	8	(~200)
4.4 การใส่ฟันปลอมติดแน่น	0	0	8	(~300-500)

หากยึดลำดับการพิจารณารายการในตารางที่ 3-14 เพื่อพิจารณาเข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์นั้น ยังมีความคิดเห็นประกอบอื่นๆเพื่อช่วยในการตัดสินใจหรือเป็นเงื่อนไขในการดำเนินนโยบาย เช่น กลุ่มอายุตามความจำเป็น ความถี่ในการรับบริการที่เหมาะสม โดยมีเหตุผลสนับสนุนที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย ด้านเชื่อว่าเงื่อนไขที่กำหนดจะทำให้ประชาชนไม่มารับบริการเกินความจำเป็น ให้มีความตระหนักถึงการส่งเสริมและป้องกันโรค รวมทั้งหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น การสูบบุหรี่ รายละเอียดตารางที่ 3-16 ตารางที่ 3-16 ข้อเสนอและความคิดเห็นประกอบอื่นๆตามประเภทรายการ

ลำดับ	รายการ	ข้อเสนอและความเห็นประกอบการพิจารณา
1	8.3 ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่	-เฉพาะในกลุ่มอายุ 3-13 ปี -ในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มคนพิการ ผู้ที่รับการฉายรังสี
2	8.4 ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน	-ในกลุ่มเสี่ยง เช่น Rampant Caries, Root Caries
3	2.2 การรักษาโรคปริทันต์	-อาจพิจารณากลุ่มผู้สูงอายุเป็นลำดับแรก
4	6.1 ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่	-ทุกกลุ่มอายุ
5	7.1 มะเร็งในช่องปาก	-ทุกกลุ่มอายุ
6	7.3 ขากรรไกรหัก	-ทุกกลุ่มอายุ
7	7.4 การติดเชื้อในช่องปากและใบหน้า	-ทุกกลุ่มอายุ

ลำดับ	รายการ	ข้อเสนอและความเห็นประกอบการพิจารณา
8	1.1 การอุดฟันด้วยอมัลกัม	-จำกัดจำนวนซี่หรือครั้งต่อปี(หากเกินจ่ายเพิ่ม)
9	2.1 การขูดหินปูน	-จำกัดจำนวนครั้งต่อปี -ไม่รวมการกำจัดคราบบุหรี่ปริศนา
10	8.5 การเคลือบหลุมร่องฟัน	-เฉพาะฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งเมื่ออายุ 5-7 ปี -เฉพาะฟันกรามแท้ซี่ที่สองเมื่ออายุ 11-13 ปี
11	7.2 แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก	-ทุกกลุ่มอายุ
12	4.1 การใส่ฟันทั้งปาก	-เฉพาะผู้สูงอายุ -จำกัดเวลาในการทำใหม่ เช่น ไม่น้อยกว่า 2 ปี เป็นต้น
13	5.2 การรักษาประสาทฟันแท้	-กลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน
14	3.2 การผ่าฟันคุด	-ทุกกลุ่มอายุ
15	8.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก	-ทุกกลุ่มอายุ
16	8.2 การให้คำปรึกษา	-ทุกกลุ่มอายุ
17	3.1 การถอนฟัน	-ทุกกลุ่มอายุ
18	5.1 การรักษาประสาทฟันน้ำนม	-กลุ่มอายุ 3-10 ปี
19	1.2 การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน	-จำกัดจำนวนซี่หรือครั้งต่อปี(หากเกินจ่ายเพิ่ม)
20	4.2 การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก	-กรณีที่มีฟันเหลือน้อยกว่า 20-24 ซี่
21	4.3 การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ	-กรณีที่สภาพในช่องปากไม่สามารถใช้แบบฟันปลอม ฐานพลาสติกได้ หรือมีอาการแพ้พลาสติก
22	6.2 ผู้ป่วยฟันซ้อนเก	-พิจารณาในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการบดเคี้ยวอย่างร้ายแรง
23	4.4 การใส่ฟันปลอมติดแน่น	-มีเงื่อนไขการจ่ายและรักษาด้วยวิธีการอื่นๆาก

บทที่ 4 สรุปและวิจารณ์ผลการศึกษา

การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพปากในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า

1. พฤติกรรมการเข้ารับบริการ ประชาชนในจังหวัดปทุมธานีมีความความต้องการรับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้มารับการถอนฟันเพิ่มขึ้น 16.20% การอุดฟันเพิ่มขึ้น 25.31% และการขูดหินปูนเพิ่มขึ้น 25.15% ซึ่งสถานบริการระดับสถานีอนามัยจะมีการเพิ่มขึ้นสูงกว่าระดับโรงพยาบาล หากจะพิจารณาสัดส่วนของผู้มารับบริการทั่วไปกับผู้รับบริการตามโครงการนั้น พบจำนวนผู้รับบริการในสถานบริการระดับโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบตามสัดส่วนแล้ว งาน 5 ประเภทแรกที่มีสัดส่วนจากบัตรทองมากที่สุดเรียงตามลำดับ คือ รักษาโรคฟัน(29.39) ใส่ฟันปลอม(29.17) ขูดหินปูน(26.64) ถอนฟัน(25.64) อุดฟัน(24.40) ขณะที่สัดส่วนผู้รับบริการในสถานบริการระดับสถานีอนามัย คือ ขูดหินปูน(31.93) อุดฟัน(28.60) และถอนฟัน(25.51) ตามลำดับ

ผลจากความต้องการเพิ่มขึ้นขณะที่ทรัพยากรและบุคลากรยังมีจำกัดเท่าเดิม หลังจากดำเนินโครงการมาระยะหนึ่ง พบว่ามีระบบคิวเกิดขึ้นในสถานบริการที่เป็นโรงพยาบาล ข้อมูลเดือน กุมภาพันธ์ 2545 พบว่า มีจำนวนคนไข้ที่ประสงค์จะรับการรักษาแต่ยังไม่ได้รับบริการและลงชื่อไว้เพื่อรอคิวนัดเพื่อเรียกมารับการรักษาภายหลัง โดยงานใส่ฟันปลอมมีคิว 4 โรงพยาบาล รวม 164 คน ถัดมาเป็นรักษารากฟันแท้ 3 โรงพยาบาล 136 คน ซึ่งงานทั้งสองประเภทนี้ใช้เวลาและต้นทุนมากกว่างานรักษาทางทันตกรรมอื่นๆ และจำนวนคิวนี้ไม่รวมผู้ที่มาโรงพยาบาลไม่ได้รับการรักษาแต่ไม่ได้ลงชื่อไว้ในคิว โดยเฉพาะงาน อุดฟัน ขูดหินปูน เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลที่มีการบริหารโดยจำกัดจำนวนผู้รับบริการต่อวัน โดยให้ตัดคิวที่ห้องบัตรนั้นจะยังมีจำนวนผู้ไม่ได้รับการรักษาและไม่ได้อยู่ในคิวเป็นจำนวนมาก

2. ความคิดเห็นของผู้จัดบริการ จากการจัดสนทนากลุ่มผู้จัดบริการพบว่า ปัญหาอยู่ที่การตีความชุดสิทธิประโยชน์ที่แตกต่างกันไป การรับรู้และความต้องการของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น การขาดการเตรียมพร้อมของบุคลากรและระบบบริการ และมีความเห็นว่าควรกำหนดรายละเอียดของกิจกรรมในชุดบริการให้ชัดเจน และต้องการความชัดเจนในการปฏิบัติงาน ทั้งเรื่องงบประมาณ ความอยู่รอดของหน่วยงาน และหลักเกณฑ์เรื่องชุดสิทธิประโยชน์และการให้สิทธิแก่ประชาชนเพื่อความสะดวกต่อการปฏิบัติ ระบบค่าตอบแทนควรคำนึงถึงการตรวจสุขภาพ การให้คำปรึกษา งานส่งเสริมป้องกัน นอกเหนือที่พิจารณาจากงานรักษาทันตกรรมในคลินิก เท่านั้น ควรให้คนไข้มีส่วนร่วมในการจ่าย และกำหนดให้ชัดเจนว่ากรณีใดรักษาฟรีและกรณีใดต้องร่วมจ่าย

3. ความคิดเห็นของผู้รับบริการ จากการจัดสนทนากลุ่มผู้ใช้บริการ ประกอบด้วยกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มวัยรุ่น และผู้ปกครองเด็ก พบว่า

-กลุ่มผู้สูงอายุ ให้ความสำคัญกับการรักษาอาการฟันแตกหัก ฟันโยก โรคเหงือก การไม่มีฟันเคี้ยวและผลจากการใส่ฟันปลอมบดเคี้ยวอาหาร

-กลุ่มวัยทำงาน ให้ความสำคัญกับการรักษาอาการปวด การบดเคี้ยว และสภาพที่ปรากฏ และให้ความสำคัญกับการรับบริการทันตกรรมป้องกัน

-กลุ่มวัยรุ่น ให้ความสำคัญกับการรักษาอาการอาการปวด สภาพที่ปรากฏ และการบดเคี้ยว และเห็นว่าควรต้องมีบริการตรวจฟันสม่ำเสมอ

-กลุ่มผู้ปกครองเด็ก ให้ความสำคัญกับอาการอาการปวด ฟันผุที่ต้องการอุด ฟันน้ำนมไม่หลุดตามอายุ และฟันหน้าซ้อนเก แต่เลือกที่จะให้มีบริการเคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน การอุดฟัน และการถอนฟัน

โดยในทุกกลุ่มให้ความเห็นว่า หากมีการร่วมจ่าย ควรต้องพิจารณารายได้ของผู้รับบริการเป็นหลัก โดยยินดีร่วมจ่ายประมาณร้อยละ 20-50 อย่างไรก็ตามหากเห็นว่ามีความจำเป็นสูงไม่ควรจะให้ค่ารักษาพยาบาลเป็นอุปสรรคต่อการรับบริการ

ประเด็นจัดชุดสิทธิประโยชน์ของงานทันตกรรม การที่จะตัดสินใจเลือกกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลัก(core package) หรือการครอบคลุมการรักษาประเภทใดบ้าง อาจต้องพิจารณาปัจจัยเหล่านี้ คือ

1. การบริการนั้นๆจัดเป็น normative need หรือ felt need หรือไม่ และประเด็นการรักษาประเภทใดบ้างที่เป็น primary-secondary-tertiary care ในงานทันตกรรม ก็ควรต้องกำหนดให้ชัดเจนเช่นกัน เช่น การรักษารากฟันถ้าจัดเป็น primary care มีความเหมาะสมเพียงไร, ใช้ทันตแพทย์เฉพาะทางหรือไม่, เป็น basic need หรือไม่, ความเป็นไปได้ของสถานพยาบาลและบุคลากร(supply)ที่จะรองรับการให้บริการ ได้มีผู้ศึกษาความเห็นของผู้ให้บริการ โดยมีความเห็นว่าสิทธิประโยชน์ของทันตกรรมไม่ควรรวมงานที่ยุ่งยากจนเกินไป
2. ความเป็นไปได้ของงบประมาณ(budget limitation) ต้นทุนการรักษาทันตกรรมแต่ละประเภท ควรต้องจัดลำดับความสำคัญหรือไม่ (Priority setting) ตามงบประมาณที่จัดสรรได้ ผู้มารับบริการควรจะถูกเพิ่มส่วนใดและเท่าไรบ้าง
3. ความเป็นไปได้จากการจัดทรัพยากรและบุคลากรในการรักษาพยาบาล(constraint of resources) เช่น จำนวนทันตแพทย์ ที่มีอยู่ สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

4.ความคิดเห็นในการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก

จากการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่สำคัญได้จากจังหวัดปทุมธานีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เมื่อนำมาจัดแสดงความคิดเห็นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการ วิชาชีพ และประชาชน โดยจัดแสดงความคิดเห็นสองรอบ โดยใช้ผลสรุปจากรอบที่สองเป็นหลัก เนื่องจากเป็นข้อสรุปหลังจากที่ได้รับข้อมูลทั้งจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลการประเมินผล และอภิปรายร่วมกันของทุกฝ่ายแล้ว โดยข้อสรุปในการจัดลำดับความสำคัญได้ 3 ระดับ คือ (คะแนน 5 หมายถึงสำคัญมากที่สุด)

1.กลุ่มที่มีความสำคัญระดับต้น (คะแนนระหว่าง 4.8-5.0) ประกอบด้วย ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่ ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน การรักษาโรคปริทันต์ ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ มะเร็งในช่องปาก ขากรรไกรหัก การติดเชื้อในช่องปากและใบหน้า และการอุดฟันด้วยอมัลกัม ตามลำดับ

2.กลุ่มที่มีความสำคัญระดับกลาง (คะแนนระหว่าง 4.0-4.7) ประกอบด้วย การขูดหินปูน การเคลือบหลุมร่องฟัน แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก การใส่ฟันทั้งปาก การรักษาประสาทฟันแท้ การผ่าฟันคุด การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้คำปรึกษา การถอนฟัน การรักษาประสาทฟันน้ำนม และการอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน

3.กลุ่มที่มีความสำคัญระดับท้าย (คะแนนน้อยกว่า 4.0) ประกอบด้วย การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ ผู้ป่วยฟันซ้อนเก และท้ายสุดคือการใส่ฟันปลอมติดแน่น

และได้อภิปรายเพื่อสรุปเป็นข้อเสนอแนะทางการจัดชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากได้ 3 รูปแบบ คือ

1. รูปแบบทางเลือกที่หนึ่ง การจัดชุดบริการตามความจำเป็นเต็มรูปแบบ
2. รูปแบบทางเลือกที่สอง การจัดชุดบริการตามความจำเป็นเต็มรูปแบบและมีเงื่อนไขการให้บริการ
3. รูปแบบทางเลือกที่สาม การจัดชุดบริการตามความจำเป็นตามกลุ่มอายุ

รูปแบบทางเลือกที่ 1 การจัดชุดบริการตามความจำเป็นเต็มรูปแบบ

ชุดสิทธิประโยชน์ช่องปากแบบที่หนึ่ง จะรวมเอาทุกประเภทรายการที่เป็นความจำเป็น(normative need) มีข้อสังเกตว่างานทันตกรรมป้องกันได้รับการจัดลำดับความสำคัญไว้ที่ต้นๆ เนื่องจากกลุ่มที่มีการรับบริการทันตกรรมป้องกันจะมีอัตราการรับบริการทันตกรรมฉุกเฉินน้อยกว่า (สอดคล้องกับ Powers L,1999) โดยตารางที่ 4 จะเรียงรายการตามลำดับความสำคัญ โดยจะจัดหมวดรายการเป็น งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งานบำบัดรักษา และงานฟื้นฟูสภาพ ด้วย

ตารางที่ 4-1 ชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากแบบที่ 1 ตามความจำเป็น

ลำดับ	รายการ	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	งานบำบัด รักษา	งานฟื้นฟู สภาพ
1	ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่	✓		
2	ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน	✓		
3	การรักษาโรคปริทันต์		✓	
4	ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่			✓
5	มะเร็งในช่องปาก		✓	
6	ชากรรไกรหัก		✓	
7	การติดเชื้อในช่องปากและไบหน้า		✓	
8	การอุดฟันด้วยอมัลกัม		✓	
9	การขูดหินปูน		✓	
10	การเคลือบหลุมร่องฟัน	✓		
11	แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก		✓	
12	การใส่ฟันทั้งปาก			✓
13	การรักษาประสาทฟันแท้		✓	
14	การผ่าฟันคุด		✓	
15	การตรวจสุขภาพช่องปาก	✓		
16	การให้คำปรึกษา	✓		
17	การถอนฟัน		✓	
18	การรักษาประสาทฟันน้ำนม		✓	
19	การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน		✓	
20	การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก			✓
21	การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ			✓
22	ผู้ป่วยฟันซ้อนเก			✓
23	การใส่ฟันปลอมติดแน่น			✓

ข้อดี:

1. ให้บริการทุกคนได้รับโอกาสที่จะได้รับบริการที่สอดคล้องกับความจำเป็นของบุคคล

2. ไม่มีประเด็นถกเถียงการจำกัดสิทธิประโยชน์ของกลุ่มใดหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เป็นการสนับสนุนการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ

ข้อดีและข้อจำกัด:

1. จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร งบประมาณ บุคลากร จำนวนมาก
2. หากมีความต้องการบริการมากจะเกิดระบบคิว ประชาชนไม่ได้รับบริการตามที่ต้องการ และอาจเสียเวลาในการรอรับบริการเพิ่มมากขึ้น

แนวทางแก้ไข:

1. เลือกและตัดรายการเข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ตามลำดับ ตามเงื่อนไขของงบประมาณและทรัพยากรที่มี เช่น เลือก 10 รายการแรก ในปีถัดมาอาจเพิ่มเป็น 12 หรือ 15 ตามทรัพยากรและศักยภาพที่เพิ่มขึ้น
2. ระบบคิวที่จะเกิดขึ้นต้องให้ลำดับความสำคัญของประเภทงานด้วย นั่นคือรายการที่มีความสำคัญมากกว่าไม่ควรจะมีคิว หรือต้องเสียเวลารอรับบริการน้อยกว่ารายการที่มีความสำคัญน้อย
3. เพิ่มการผลิตบุคลากรและเพิ่มงบลงทุน พร้อมทั้งกำหนดนโยบายที่จะให้มีการกระจายทรัพยากรอย่างทั่วถึง
4. พัฒนาศักยภาพบุคลากร สถานบริการให้จัดบริการได้มากขึ้น เช่น ระบบควบคุมคุณภาพ การสร้างแรงจูงใจ

รูปแบบทางเลือกที่ 2 การจัดชุดบริการตามความจำเป็นเต็มรูปแบบและมีเงื่อนไขการรับบริการ

ชุดสิทธิประโยชน์ช่องปาก จะรวมเอาทุกประเภทรายการที่เป็นความจำเป็น (normative need) มีการจ่ายร่วมบางรายการ ประกอบกับการมีเงื่อนไขการรับบริการของประเภทต่างๆร่วมด้วย เช่น โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ได้กำหนดการทำฟันปลอมในฟันหน้าต้องสูญเสียฟันมากกว่า 4 ซี่ และกำหนดระยะเวลาการทำใหม่ ไม่น้อยกว่า 3 ปี เป็นต้น (แหล่งข้อมูล <http://www.srisangwon.go.th/uc/practgd1.php#cn4>)

ตารางที่ 4-2 ชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากแบบที่ 2 ตามความจำเป็นแบบมีเงื่อนไข

ลำดับ	รายการ	การจ่ายร่วม(บาท)			ข้อเสนอและความเห็นประกอบการพิจารณา
		0	30	>30	
1	ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่	✓			-เฉพาะในกลุ่มอายุ 3-13 ปี -กำหนดระยะเวลาการได้รับ เช่น 3-6 เดือน -ในกลุ่มเสี่ยง เช่น กลุ่มคนพิการ ผู้ที่รับการฉายรังสี
2	ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน	✓			-ในกลุ่มเสี่ยง เช่น Rampant Caries, Root Caries
3	การรักษาโรคปริทันต์		✓		-อาจพิจารณากลุ่มผู้สูงอายุเป็นลำดับแรก
4	ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่		✓		-ทุกกลุ่มอายุ
5	มะเร็งในช่องปาก		✓		-ทุกกลุ่มอายุ
6	ชากรรไกรหัก		✓		-ทุกกลุ่มอายุ
7	การติดเชื้อในช่องปากและใบหน้า		✓		-ทุกกลุ่มอายุ
8	การอุดฟันด้วยอมัลกัม		✓		-จำกัดจำนวนซี่หรือครั้งต่อปี(เกินต้องจ่ายเพิ่มเอง)
ลำดับ	รายการ	การจ่ายร่วม(บาท)			ข้อเสนอและความเห็นประกอบการพิจารณา
		0	30	>30	

9	การขูดหินปูน		✓	-จำกัดจำนวนครั้งต่อปี -กำหนดระยะเวลาการได้รับ เช่น 6 เดือน -ไม่รวมการกำจัดคราบบุหรื คราบหมาก
10	การเคลือบหลุมร่องฟัน		✓	-เฉพาะฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งเมื่ออายุ 5-7 ปี -เฉพาะฟันกรามแท้ซี่ที่สองเมื่ออายุ 11-13 ปี
11	แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก		✓	-ทุกกลุ่มอายุ
12	การใส่ฟันทั้งปาก		✓	-เฉพาะผู้สูงอายุ -จำกัดเวลาในการทำใหม่ เช่น ไม่น้อยกว่า 2-5 ปี
13	การรักษาประสาทฟันแท้		✓	-บางกลุ่ม เช่น วัยรุ่น ที่ต้องมีการใช้งานบดเคี้ยวหลายปี
14	การผ่าฟันคุด		✓	-ทุกกลุ่มอายุ ตามข้อบ่งชี้
15	การตรวจสุขภาพช่องปาก	✓		-ทุกกลุ่มอายุ
16	การให้คำปรึกษา	✓		-ทุกกลุ่มอายุ
17	การถอนฟัน		✓	-ทุกกลุ่มอายุ ตามข้อบ่งชี้
18	การรักษาประสาทฟันน้ำนม		✓	-กลุ่มอายุ 3-10 ปี ตามข้อบ่งชี้
19	การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน		✓	-จำกัดจำนวนซี่หรือครั้งต่อปี
20	การใส่ฟันบางส่วนถอดได้พลาสติก		✓	-กรณีที่มีฟันเหลือไม่น้อยกว่า 20-24 ซี่
21	การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ		✓	-กรณีที่มีฟันเหลือไม่น้อยกว่า 20-24 ซี่
22	ผู้ป่วยฟันซ้อนเก		✓	-กรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการบดเคี้ยวอย่างร้ายแรง
23	การใส่ฟันปลอมติดแน่น		✓	-กรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่าใส่ฟันปลอมแบบถอดไม่ได้

ข้อดี:

1. ให้บริการทุกคนได้สอดคล้องกับความจำเป็นของบุคคลได้
2. ไม่ให้มีการรับบริการเกินความจำเป็นโดยกำหนดเงื่อนไข เช่น จำนวนการรับบริการ ระยะเวลาในการรับบริการ ครั้งต่อไป เป็นต้น
3. ความจำเป็นของการใช้ทรัพยากรและงบประมาณน้อยกว่าแบบที่ 1

ข้อด้อยและข้อจำกัด:

1. หากมีความต้องการบริการมากจะเกิดระบบคิว ไม่ได้รับบริการ หรือเสียเวลาในการรอรับบริการ
2. ประชาชนบางส่วนอาจไม่ได้รับบริการตามความจำเป็น อันเนื่องมาจากเงื่อนไข เช่น จำนวนฟันซี่ที่ฟันที่ต้องการอุดต่อปี จำนวนการขูดหินปูนต่อปี เป็นต้น

แนวทางแก้ไข:

1. เลือกและตัดรายการตามลำดับให้เข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ตามเงื่อนไขของงบประมาณและทรัพยากรที่มี
2. ระบบคิวที่จะเกิดขึ้นต้องให้ลำดับความสำคัญของประเภทงานด้วย นั่นคือรายการที่มีความสำคัญมากกว่าไม่ควรจะมีคิว หรือต้องเสียเวลารอรับบริการน้อยกว่ารายการที่มีความสำคัญน้อย

รูปแบบทางเลือกที่ 3 การจัดชุดบริการตามความจำเป็นแบบมีเงื่อนไขตามกลุ่มอายุ

เป็นการแบ่งกลุ่มเป้าหมายชัดเจน เพื่อให้มีการกระจายการบริการไปในทุกกลุ่มอายุ จากรายงานการครอบคลุมบริการตามกลุ่มประชาชน 2543 เฉลี่ยทุกกลุ่ม 12.3% พบว่ามีการกระจายการให้บริการที่ไม่เท่ากัน (กลุ่ม 6-12 ปี 41.7%, กลุ่ม 0-5 ปี 13.8%, กลุ่มที่เหลือ 8.3%) (แหล่งข้อมูลได้จาก [Http://www.rdhc.net](http://www.rdhc.net)) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวโน้มของการจัดชุดบริการในต่างประเทศ หรือแม้กระทั่งแผนงานของการดำเนินงานทันตสาธารณสุขเดิมของกระทรวงสาธารณสุขมักจะมีเป้าหมายตามกลุ่มอายุ ปัจจุบันโรงพยาบาลบางแห่งได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมีอายุเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ได้กำหนดการให้บริการเคลือบฟลูออไรด์และเคลือบร่องฟันไว้สำหรับกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี (แหล่งข้อมูล <http://www.srisangwon.go.th/uc/practgd1.php#cn4>)

ตารางที่ 4-3 ชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากแบบที่ 3 ตามกลุ่มอายุและความจำเป็นแบบมีเงื่อนไข

ลำดับ	รายการ	การร่วมจ่าย(บาท)			ข้อเสนอและความเห็น ประกอบการพิจารณา	*ความต้องการ ของประชาชน
		0	30	>30		
กลุ่มอายุ 0-13 ปี						
1	ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่	✓			-กำหนดระยะเวลาการได้รับ	++
2	ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน	✓			-ในกลุ่มเสี่ยง	++
3	ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่		✓			
4	มะเร็งในช่องปาก		✓			
5	ขากรรไกรหัก		✓			
6	การติดเชื้อในช่องปากและใบหน้า		✓			
7	การอุดฟันด้วยอมัลกัม		✓		-จำกัดจำนวนซี่หรือครั้งต่อปี	++
8	การเคลือบหลุมร่องฟัน		✓		-ฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่ง(5-7 ปี) -ฟันกรามแท้ซี่ที่สอง(11-13 ปี)	
9	แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก		✓			
10	การผ่าฟันคุด ฟันฝัง		✓		-ตามข้อบ่งชี้	
11	การตรวจสุขภาพช่องปาก	✓			-จำกัดจำนวนครั้ง	
12	การให้คำปรึกษา	✓				
13	การถอนฟัน		✓		-ตามข้อบ่งชี้	++
14	การรักษาประสาทฟันน้ำนม		✓		-ข้อบ่งชี้และอายุฟันน้ำนม	+
15	การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน			✓	-จำกัดจำนวนซี่หรือครั้งต่อปี	
16	ผู้ป่วยฟันซ้อนเก			✓	-กรณีที่มีปัญหาการบดเคี้ยว	

ลำดับ	รายการ	การร่วมจ่าย(บาท)			ข้อเสนอละความเห็น ประกอบการพิจารณา	*ความต้องการ ของประชาชน
		0	30	>30		

กลุ่มอายุ 14-59 ปี						
1	ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่	✓			-กลุ่มเสี่ยง ผู้ที่ได้รับการฉายรังสี	++
2	การรักษาโรคปริทันต์		✓			++
3	ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่		✓			
4	มะเร็งในช่องปาก		✓			
5	ชากรรไกรหัก		✓			
6	การติดเชื้อในช่องปากและไบเบิ้ล		✓			
7	การอุดฟันด้วยอมัลกัม		✓		-จำกัดจำนวนซี่หรือครั้งต่อปี	++
8	การขูดหินปูน		✓		-จำกัดจำนวนครั้งต่อปี -กำหนดระยะเวลาการได้รับ -ไม่รวมศราบบุหรือ ศราบหมาก	+
9	แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก		✓			
10	การรักษาประสาทฟันแท้			✓	-ข้อบ่งชี้และบูรณะฟันภายหลัง	++
11	การผ่าฟันคุด ฟันฝัง		✓		-ตามข้อบ่งชี้	
12	การตรวจสุขภาพช่องปาก	✓			-จำกัดจำนวนครั้ง	++
13	การให้คำปรึกษา	✓				++
14	การถอนฟัน		✓		-ตามข้อบ่งชี้	+
15	การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน			✓	-จำกัดจำนวนซี่หรือครั้งต่อปี	+
16	การใส่ฟันบางส่วนฐานพลาสติก			✓	-ที่มีฟันเหลือน้อยกว่า 20-24 ซี่	++ (ฟันหน้า)
17	การใส่ฟันบางส่วนฐานโลหะ			✓	-ที่มีฟันเหลือน้อยกว่า 20-24 ซี่	
18	การใส่ฟันปลอมติดแน่น			✓	-กรณีที่มีข้อบ่งชี้	+
กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป						
1	ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่	✓			-กลุ่มเสี่ยง ผู้ที่ได้รับการฉายรังสี	+(ป้องกัน)
2	การรักษาโรคปริทันต์		✓			++
3	มะเร็งในช่องปาก		✓			
4	ชากรรไกรหัก		✓			
5	การติดเชื้อในช่องปากและไบเบิ้ล		✓			
6	การอุดฟันด้วยอมัลกัม		✓		-จำกัดจำนวนซี่หรือครั้งต่อปี	+
7	การขูดหินปูน		✓		-จำกัดจำนวนครั้ง ระยะเวลา -ไม่รวมศราบบุหรือ ศราบหมาก	+
ลำดับ	รายการ	การร่วมจ่าย(บาท)			ข้อเสนอและความเห็น	*ความต้องการ
		0	30	>30	ประกอบการพิจารณา	ของประชาชน

8	แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก		✓			
9	การใส่ฟันทั้งปาก		✓		-จำกัดเวลาในการทำขึ้นใหม่	++
10	การตรวจสุขภาพช่องปาก	✓			-จำกัดจำนวนครั้ง	
11	การให้คำปรึกษา	✓				++
12	การถอนฟัน		✓		-ตามข้อบ่งชี้	++
13	การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน			✓	-จำกัดจำนวนซี่หรือครั้งต่อปี	++
14	การใส่ฟันบางส่วนฐานพลาสติก			✓	-ที่มีฟันเหลือน้อยกว่า 20-24 ซี่	++(ฟันหน้า)
15	การใส่ฟันบางส่วนฐานโลหะ			✓	-ที่มีฟันเหลือน้อยกว่า 20-24 ซี่	
16	การใส่ฟันปลอมติดแน่น			✓	-กรณีที่มีข้อบ่งชี้	

*เป็นความต้องการรักษาพยาบาลที่ได้จากการสนทนากลุ่มของผู้รับบริการ โดย “++ หมายถึง ให้ความสำคัญมาก, + หมายถึง สำคัญรองลงมา, ส่วนที่ว่างไว้หมายถึงผู้รับบริการไม่ได้กล่าวหรือคำนึงถึง”

ข้อดี:

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนแต่ละกลุ่ม
2. สามารถกำหนดเงื่อนไขการรับบริการและการจ่ายร่วมตามกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ได้
3. กำหนดรายการตามความสำคัญในกลุ่มอายุ
4. สะดวกต่อการปฏิบัติในรูปแบบของแผนงาน โครงการ

ข้อด้อยและข้อจำกัด:

1. การกระจายทรัพยากรตามกลุ่มอายุอาจเพิ่มการเข้าถึงแต่ไม่ได้คำนึงถึงความจำเป็นระหว่างกลุ่มอายุที่ต่างกัน เช่นระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่กับเด็ก กลุ่มใดควรได้รับการจัดสรรทรัพยากรมากกว่ากัน เป็นต้น
2. ในทางปฏิบัติจริงอาจเกิดปัญหาความเข้าใจว่าเลือกปฏิบัติเฉพาะบางกลุ่ม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่อยู่ในช่วงอายุคาบเกี่ยวกัน

แนวทางแก้ไข:

1. ต้องมีการตกลงการกระจายทรัพยากรในแต่ละสังคม ตามความจำเป็น ความเร่งด่วนที่เป็นความตระหนักของสังคมหรือท้องถิ่นนั้นๆ

ความเห็นของผู้วิจัยต่อประเด็นการจัดชุดสิทธิประโยชน์

จากข้อมูลที่สรุปทั้งจากการประเมินผลร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม คณะผู้วิจัยมีความเห็น ดังนี้

1. ทางเลือกที่สามน่าจะเป็นทางเลือกที่ดี เพราะทางเลือกที่หนึ่งมีความเป็นไปได้กับประเทศไทยน้อย เพราะข้อจำกัดของจำนวนและการกระจายทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางสุขภาพช่องปากที่ไม่เพียงพอกับการตอบสนองความจำเป็นแก่ประชาชนทุกคนได้ และเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของกลุ่มอายุที่ต่างกัน ส่วนการที่จะกำหนดว่ากลุ่มอายุใดควรมีรายการนั้น ให้พิจารณาและยืดหยุ่นตามทรัพยากร ในระยะยาวอาจพิจารณาปรับตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยผู้วิจัยมีความเห็นว่า

-น่าจะให้ความสำคัญในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ (ด้วยเหตุผลเป็นวัยที่ด้อยโอกาสทางสังคมในแง่การหารายได้เลี้ยงตัว ซึ่งควรต้องดูแลเป็นลำดับแรกเพื่อให้เกิดความเสมอภาคเท่าเทียม Equity กันในสังคม)

-ควรให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพก่อนงานบำบัดรักษาและงานฟื้นฟูสภาพ ด้วยเหตุผลนโยบายแนวคิดการสร้างสุขภาพนำซ่อมสุขภาพ

-ระหว่างงานบำบัดรักษาและงานฟื้นฟูสภาพอาจต้องมีการพิจารณาเลือกว่าแต่ละงานจะตัดเป็น ชุดสิทธิประโยชน์หลักที่รายการใด ซึ่งขึ้นกับงบประมาณ กำลังคน ที่ต้องทำการศึกษาต่อไป ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบัน อาจจะเสนอการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ตามกลุ่มอายุ ดังนี้

กลุ่มอายุ 0-13 ปี ควรประกอบด้วย

-งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: การให้ฟลูออไรด์, การเคลือบหลุมร่องฟัน(อายุ 5-7 ปีพิจารณาทำในฟันกรามซี่ที่หนึ่ง อายุ 11-13 ปีทำในฟันกรามซี่ที่สอง), การตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำปรึกษา

-งานบำบัดรักษา: อุดฟันหลังด้วยอมัลกัม, การรักษาประสาทฟันแท้, การถอนฟัน, การรักษาประสาทฟันน้ำนม, พยาธิสภาพในช่องปาก, การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน

-งานฟื้นฟูสภาพ: การทำเพดานเทียมในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

กลุ่มอายุ 14-59 ปี (กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน) ควรประกอบด้วย

-งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค :การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่(กลุ่มเสี่ยง), ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำปรึกษา

-งานบำบัดรักษา: การรักษาโรคปริทันต์และการขูดหินปูน, การอุดฟันหลังด้วยอมัลกัม, การรักษาประสาทฟันแท้, การผ่าฟันคุด, การถอนฟัน, พยาธิสภาพในช่องปาก, การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน

-งานฟื้นฟูสภาพ: การใส่ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก (เพราะเป็นความต้องการจากกลุ่มประชาชน ซึ่งอาจพิจารณาทำในฟันหน้า หรือฟันหลังตามเกณฑ์แนวคิดการบดเคี้ยว Shorten dental arch)

กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ควรประกอบด้วย

-งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่(กลุ่มเสี่ยง), ตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำปรึกษา

-งานบำบัดรักษา: การรักษาโรคปริทันต์และการขูดหินปูน, การอุดฟันหลังด้วยอมัลกัม, การถอนฟัน, พยาธิสภาพในช่องปาก, การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน

-งานฟื้นฟูสภาพ: การใส่ฟันปลอมทั้งปาก, การใส่ฟันปลอมบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก(พิจารณาทำในฟันหน้าหรือฟันหลังตามเกณฑ์)

ตารางที่ 4-4 จำนวนบุคลากรที่ต้องการในการจัดชุดสิทธิประโยชน์ตามข้อเสนอข้างต้น ตามร้อยละการรับบริการ

รายการและกลุ่มอายุ	ดัชนี	จำนวนบุคลากรที่ต้องการ ตามร้อยละการรับบริการต่างๆ (คน)
--------------------	-------	--

			100%	80%	60%	40%	20%	10%
กลุ่มอายุ 0-13 ปี								
ฟลูออไรด์(0-13)	1 ครั้ง/ปี		2,460.28	1,968.23	1,476.17	984.11	492.06	246.03
เคลือบร่องฟัน(5-7,11-13 ปี)	ทั้ง 4 ซี่		2,966.49	2,373.19	1,779.89	1,186.59	593.30	296.65
การตรวจสุขภาพช่องปาก(0-13)	1 ครั้ง/ปี		820.09	656.08	492.06	328.04	164.02	82.01
อุดฟัน(3-13)	1.17-2.2 ซี่/คน		6,081.58	4,865.27	3,648.95	2,432.63	1,216.32	608.16
รักษาประสาทดันทแท้(6-13)	0.07 ซี่/คน		1,730.45	1,384.36	1,038.27	692.18	346.09	173.05
ถอนฟัน(3-13)	0.1-0.98 ซี่/คน		912.24	729.79	547.34	364.90	182.45	91.22
รักษาประสาทดันทน้ำนม(3-9)	0.53 ซี่/คน		1,512.76	1,210.21	907.66	605.11	302.55	151.28
พยาธิสภาพในช่องปาก(0-13)	~1.0%		65.61	52.49	39.36	26.24	13.12	6.56
ทำเพดานเทียม(0-4)	~0.15%		59.61	47.69	35.76	23.84	11.92	5.96
รวม			16,609.12	13,287.29	9,965.47	6,643.65	3,321.82	1,660.91
กลุ่มอายุ 14-59 ปี								
ให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่	น้อยมาก		-	-	-	-	-	-
ตรวจสุขภาพช่องปาก	1 ครั้ง/ปี		2,495.37	1,996.29	1,497.22	998.15	499.07	249.54
รักษาโรคปริทันต์, ขูดหินปูน	~50-82%		11,977.77	9,582.21	7,186.66	4,791.11	2,395.55	1,197.78
อุดฟัน	1.61 ซี่/คน		20,087.72	16,070.17	12,052.63	8,035.09	4,017.54	2,008.77
รักษาประสาทดันทแท้	0.09 ซี่/คน		11,229.16	8,983.33	6,737.49	4,491.66	2,245.83	1,122.92
ผ่าฟันคุด	~17%		6,363.19	5,090.55	3,817.91	2,545.28	1,272.64	636.32
ถอนฟัน	~0.13-0.78		3,743.05	2,994.44	2,245.83	1,497.22	748.61	374.31
พยาธิสภาพในช่องปาก	~1.0%		199.63	159.70	119.78	79.85	39.93	19.96
ฟันปลอมบางส่วนฐานพลาสติก	~65%		12,975.92	10,380.73	7,785.55	5,190.37	2,595.18	1,297.59
รวม			69,071.80	55,257.44	41,443.08	27,628.72	13,814.36	6,907.18
กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป								
ฟลูออไรด์เฉพาะที่(กลุ่มเสี่ยง),	น้อยมาก		-	-	-	-	-	-
ตรวจสุขภาพช่องปาก	1 ครั้ง/ปี		345.00	276.00	207.00	138.00	69.00	34.50
รักษาโรคปริทันต์, ขูดหินปูน	36.10%		996.35	797.08	597.81	398.54	199.27	99.63
อุดฟัน	0.84 ซี่/คน		1,448.98	1,159.19	869.39	579.59	289.80	144.90
ถอนฟัน	1.93 ซี่/คน		1,997.53	1,598.02	1,198.52	799.01	399.51	199.75
พยาธิสภาพในช่องปาก	~1.0%		27.60	22.08	16.56	11.04	5.52	2.76
ฟันปลอมทั้งปาก	~16.6%(U+L)		2,863.47	2,290.78	1,718.08	1,145.39	572.69	286.35
ฟันปลอมบางส่วนฐานพลาสติก	108%(U+L)		2,980.77	2,384.61	1,788.46	1,192.31	596.15	298.08
รวม			10,659.70	8,527.76	6,395.82	4,263.88	2,131.94	1,065.97

ตารางที่ 4-5 งบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดชุดสิทธิประโยชน์ตามข้อเสนอง้างต้น ตามร้อยละการรับบริการ

รายการและกลุ่มอายุ	ดัชนี	งบประมาณที่ต้องการ ตามร้อยละการรับบริการต่างๆ (ล้านบาท)
--------------------	-------	---

		100%	80%	60%	40%	20%	10%
กลุ่มอายุ 0-13 ปี							
ฟลูออไรด์(0-13)	1 ครั้ง/ปี	950.65	760.52	570.39	380.26	190.13	95.07
เคลือบร่องฟัน(5-7, 11-13 ปี)	ทั้ง 4 ซี่	1,547.44	1,237.95	928.46	618.98	309.49	154.74
ตรวจสุขภาพช่องปาก(0-13)	1 ครั้ง/ปี	312.36	249.89	187.41	124.94	62.47	31.24
อุดฟัน(3-13)	1.17-2.2 ซี่/คน	1,973.94	1,579.15	1,184.36	789.57	394.79	197.39
รักษาประสาทดันทแท้(6-13)	0.07 ซี่/คน	573.13	458.50	343.88	229.25	114.63	57.31
ถอนฟัน(3-13)	0.1-0.98 ซี่/คน	337.38	269.91	202.43	134.95	67.48	33.74
รักษาประสาทดันน้ำนม(3-9)	0.53 ซี่/คน	532.34	425.87	319.41	212.94	106.47	53.23
พยาธิสภาพในช่องปาก(0-13)	~1.0%	67.90	54.32	40.74	27.16	13.58	6.79
ทำเพดานเทียม(0-4)	~0.15%	74.49	59.59	44.70	29.80	14.90	7.45
รวม		6,369.63	5,095.70	3,821.78	2,547.85	1,273.93	636.96
กลุ่มอายุ 14-59 ปี							
ฟลูออไรด์เฉพาะที่	น้อยมาก	0.00	-	-	-	-	-
ตรวจสุขภาพช่องปาก	1 ครั้ง/ปี	950.44	760.35	570.26	380.17	190.09	95.04
รักษาโรคปริทันต์, ชูดหินปูน	~50-82%	3,000.07	2,400.06	1,800.04	1,200.03	600.01	300.01
อุดฟัน	1.61 ซี่/คน	6,519.99	5,215.99	3,911.99	2,608.00	1,304.00	652.00
รักษาประสาทดันทแท้	0.09 ซี่/คน	3,719.10	2,975.28	2,231.46	1,487.64	743.82	371.91
ผ่าฟันคุด	~17%	1,116.97	893.58	670.18	446.79	223.39	111.70
ถอนฟัน	~0.13-0.78	1,384.33	1,107.46	830.60	553.73	276.87	138.43
พยาธิสภาพในช่องปาก	~1.0%	206.62	165.29	123.97	82.65	41.32	20.66
ฟันปลอมบางส่วนฐานพลาสติก	~65%	6,822.48	5,457.98	4,093.49	2,728.99	1,364.50	682.25
รวม		23,719.99	18,975.99	14,231.99	9,487.99	4,744.00	2,372.00
กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป							
ฟลูออไรด์เฉพาะที่(กลุ่มเสี่ยง),	น้อยมาก	0.00	-	-	-	-	-
ตรวจสุขภาพช่องปาก	1 ครั้ง/ปี	131.40	105.12	78.84	52.56	26.28	13.14
รักษาโรคปริทันต์, ชูดหินปูน	36.10%	249.56	199.64	149.73	99.82	49.91	24.96
อุดฟัน	0.84 ซี่/คน	470.31	376.24	282.18	188.12	94.06	47.03
ถอนฟัน	1.93 ซี่/คน	738.77	591.01	443.26	295.51	147.75	73.88
พยาธิสภาพในช่องปาก	~1.0%	28.57	22.85	17.14	11.43	5.71	2.86
ฟันปลอมทั้งปาก	~16.6%(U+L)	1,327.73	1,062.19	796.64	531.09	265.55	132.77
ฟันปลอมบางส่วนฐานพลาสติก	108%(U+L)	1,567.23	1,253.78	940.34	626.89	313.45	156.72
รวม		4,513.56	3,610.85	2,708.13	1,805.42	902.71	451.36

ทั้งตารางที่ 4-4 และ 4-5 เป็นจำนวนบุคลากรและงบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก การวิเคราะห์เราอาจดูความเป็นไปได้ของร้อยละการรับบริการของประชากรในสภาพความเป็นจริง ซึ่งอาจพบตั้งแต่ 10%-100% ได้ด้วย

2.การร่วมจ่ายเป็นกลไกสำคัญของการลดความต้องการในการรับบริการเกินความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหรืออาการที่ต้องใช้เวลาและต้นทุนในการรักษาสูง ทั้งที่เป็นโรคสามารถป้องกันโดยการดูแลอนามัยในช่องปากตนเองได้ ประการสำคัญมีประเภทของการรักษาทางสุขภาพช่องปากหลายรายการที่ไม่สามารถรักษาให้แล้วเสร็จในการพบแพทย์หนึ่งครั้ง(One visit) เช่น การใส่ฟันปลอม การรักษาโพรงประสาทฟัน เป็นต้น อาจต้องกำหนดแนวทางในการเรียกเก็บกรณีที่ต้องร่วมจ่าย(อาจกำหนดจากส่วนกลางหรือตามพื้นที่) เช่น การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนมและฟันแท้ เรียกเก็บ 30 บาท/ครั้งจนกว่าจะแล้วเสร็จแต่จะเก็บไม่เกิน 5 ครั้ง เป็นต้น (แหล่งข้อมูล <http://www.srisangwon.go.th/uc/practgd1.php#cn4>)

3.ควรกำหนดเงื่อนไขการรับบริการแต่ละรายการ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และลดการบริการที่เกินความจำเป็น ส่งเสริมสุขภาพที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น เงื่อนไขในการพิจารณาขูดหินปูนสำหรับคนที่ยังไม่ยอมเลิกลุบบุหรี่ เป็นต้น อย่างไรก็ตามเงื่อนไขนี้ควรมีความยืดหยุ่นพอควรหากมีการรับบริการเกินกว่าเงื่อนไขกำหนดก็ควรต้องจ่ายเพิ่มเติมด้วย ซึ่งเงื่อนไขต่างๆนี้ควรมีกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจน เพราะปัญหาการตีความเองของสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน จะเกิดการเปรียบเทียบในแง่ความเท่าเทียมของประชาชนในแต่ละหน่วยบริการได้

4.ในสถานการณ์ปัจจุบันการรักษางานรายการอาจจะยังไม่เหมาะสมกับการพิจารณาให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การใส่ฟันปลอมติดแน่น การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ ผู้ป่วยฟันซ้อนเก เป็นต้น แม้ว่าจะกำหนดการจ่ายร่วมให้มากขึ้นก็ตาม แต่นั่นหมายถึงมีค่าเสียโอกาสของทรัพยากร(โดยเฉพาะเวลาของบุคลากร)ที่จะใช้ในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ หรือบำบัดโรคที่มีจำเป็นมากกว่า

5.นอกจากการกำหนดว่าสิทธิประโยชน์ควรจะประกอบด้วยรายการอะไรบ้างแล้ว สิ่งที่สำคัญไม่น้อยกว่าคือ ระบบการบริหารและดำเนินการ การจัดการระบบคิว มาตรการดูแลคุณภาพและการส่งต่อหากไม่สามารถทำให้บริการภายในระยะเวลาที่กำหนด ตลอดจนมาตรการการร่วมจ่ายและการเบิกเงินค่าใช้จ่ายราคาแพง เช่น การเบิกค่าทำฟันปลอม ให้รวดเร็วและสะดวกขึ้น เป็นต้น

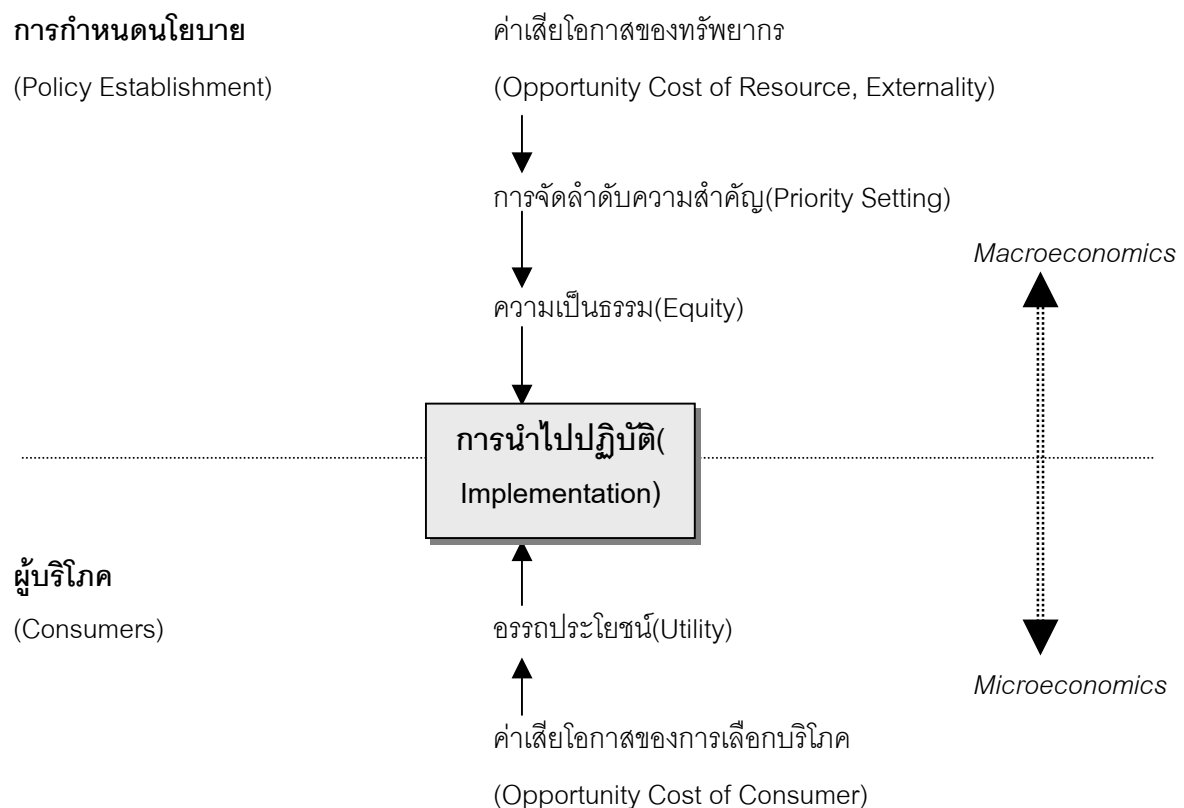
บทวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การที่จะนำผลการศึกษาและทางเลือกข้อเสนอจากการวิจัยนี้ไปใช้ในนโยบายจริงนั้น คงต้องคำนึงปัจจัยหรือบริบทที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย รวมทั้งข้อจำกัดของการวิจัย ดังนี้

ข้อเสนอการชุดสิทธิประโยชน์ ข้อเสนอการจัดชุดสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากจากการวิจัย แม้จะมีรูปแบบทางเลือกหลายทางแล้วก็ตาม เมื่อนำไปปฏิบัติจริงก็อาจจะพบปัญหาความไม่สอดคล้องของความต้องการของผู้บริโภคและการจัดบริการได้ อันเนื่องจากการวางแผนระดับนโยบาย จะมีแนวคิดตามหลักการของเศรษฐศาสตร์มหภาค โดยคิดค่าเสียโอกาสของทรัพยากรและกระจายทรัพยากรเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม(Equity)ต่อสังคมโดยรวม อีกทั้งปัจจัยด้านข้อจำกัดของทรัพยากรและผลกระทบภายนอก(externality)ของบริการสุขภาพ ใน

ขณะที่ผู้บริโภคจะมองลักษณะหลักการของเศรษฐศาสตร์จุลภาคที่พิจารณาค่าเสียโอกาสและอรรถประโยชน์(Utility)ที่จะได้รับเป็นเกณฑ์ ซึ่งมีความเป็นนามธรรมและแตกต่างไปจากแต่ละบุคคล ทำให้การนำนโยบายไปใช้อาจจะมีข้อโต้แย้งในมุมมองที่ต่างกันของนโยบายกับผู้บริโภคได้(Yaxley, 1998) การวางแผนจะเน้นความเป็นธรรมมากที่สุดแต่ผู้บริโภคต้องการบริโภคในจุดที่ให้อรรถประโยชน์บุคคลสูงสุด ดังแสดงในรูปที่ 4-1 จากนั้นอาจมีมาตรการเพื่อลดมุมมองที่แตกต่างกันได้ ลำดับความสำคัญของรายการบริการอาจปรับตามความจำเป็นของสภาพปัญหาพื้นที่ เช่น รายการให้ฟลูออไรด์เสริมที่มีความสำคัญมากที่สุดอาจไม่เหมาะกับพื้นที่เขตที่มีฟลูออไรด์ในน้ำดื่มสูงอยู่แล้ว เป็นต้น และจะต้องมีองค์ความรู้ที่เป็นระดับจุลภาค(micro-level)เพื่ออธิบายพฤติกรรมของผู้บริโภค หรือการวางแผนระดับปฏิบัติการจริงในพื้นที่อาจต้องให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนมากยิ่งขึ้น

รูปที่ 4-1 ความแตกต่างของการวางแผนนโยบายและความต้องการของผู้บริโภค



มีรายงานจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ว่าประชาชนมาใช้บริการทางการแพทย์ไม่ได้เพิ่มขึ้นมากอย่างที่คาดการณ์ไว้ แต่มาใช้บริการทางทันตกรรมเพิ่มขึ้นมาก เพราะงานทันตกรรมมีความยืดหยุ่นต่อราคาสูงกว่างานรักษาพยาบาลทั่วไป(Henderson JW., 1999 ;Tuominen R.,1994)) โดยโรงพยาบาลบางแห่งมีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 60 ทำให้ประชาชนที่มาใช้บริการทันตกรรมจำนวนมากไม่ได้รับการบริการหรือเสียเวลาในการรอรับบริการนานและอาจต้องเข้าคิวรอรับบริการบางแห่งนานเป็นเดือน(ไพศาล กังวลกิจ, 2544) ข้อมูลของฝ่ายทันตกรรม รพ.ยะลา ในมีนาคม พ.ศ. 2544 มีผู้ไม่ได้รับการทันตกรรมร้อยละ 22 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36 ในเดือนเมษายนปีเดียวกัน(ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, 2002)

การที่มีจำนวนความต้องการรับบริการเพิ่มขึ้นอาจเทียบเคียงได้กับกรณีโครงการประกันสังคม การเพิ่มสิทธิการรับบริการในกองทุนประกันสังคม ทำให้มีการรับบริการมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะมีการเข้ารับบริการ ขูดหินปูนมากที่สุด รองลงมา คือ การอุดฟัน และถอนฟัน (ชาญชัย ให้สงวน, 2544) โดยปัจจัยที่มีนัยสำคัญของการเพิ่มการรับบริการทันตกรรมของผู้ประกันตนตามสิทธิกองทุนประกันสังคมนั้น คือ การลาหยุดงานเนื่องจากปัญหาทันตสุขภาพ และการทราบดีว่ามีสิทธิในบริการทันตกรรม มีรายงานการให้บริการตามโครงการบริการทันตกรรมโดยไม่คิดมูลค่าให้ผู้สูงอายุ(60-88 ปี) นั้น มีผู้มารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากโดยไม่ได้รับอุบัติเหตุ ร้อยละ 74.5 รองลงมาคือต้องการใส่ฟันปลอมร้อยละ 19.5 (ปรารมภ์ ชาลิมิ, 2544) จากข้อมูลที่อยู่สะท้อนข้อจำกัดบางอย่างของการจัดบริการทันตกรรมไว้ในระบบประกันสุขภาพ เพราะแนวคิดของการประกันจะหมายถึงการกระจายความเสี่ยงของการเกิดโรคและค่าใช้จ่ายที่อาจจะเกิดขึ้นโดยที่ไม่สามารถคาดคะเนได้ง่าย(Feldstein P.J., 1999) แต่บริการสุขภาพช่องปากเป็นความจำเป็นที่ปรากฏในทุกคนและมีการรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายที่สามารถประมาณการได้ พฤติกรรมจากการประกันทันตสุขภาพจึงออกมาในมุมของการแข่งขันให้เข้าถึงทรัพยากรและการบริการมากกว่าเป็นการกระจายความเสี่ยงของการเกิดความเสี่ยงจำเป็นในการรับบริการ

มีข้อมูลที่น่าจะแสดงถึงการเพิ่มการเข้าถึงบริการโดยการดำเนินโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น จังหวัดพะเยา มีสัดส่วนผู้ใช้บริการทันตกรรม(ผู้ป่วยบัตรสุขภาพกับบัตรทองรวมกัน)ร้อยละ 27.8 ของผู้รับบริการทันตกรรมทั้งหมด จังหวัดสมุทรสาครในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 มีผู้มารับบริการบัตรทองคิดเป็นร้อยละ 21.6 ของผู้มารับบริการทันตกรรมทั้งหมด ต่อมาเดือนพฤษภาคม เพิ่มเป็นร้อยละ 33.5 และเดือนมิถุนายน เพิ่มเป็นร้อยละ 38.0(ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, 2002) ถึงกระนั้นต้องไม่ลืมว่าจำนวนนี้เป็นส่วนที่ได้รับบริการเท่านั้น ไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริง เพราะมีผู้ประสงค์จะรับบริการจำนวนมากที่ไม่ได้รับบริการและไม่ได้อยู่ในคิว เช่น บางโรงพยาบาลจะมีนโยบายรับบริการในจำนวนจำกัดต่อวัน เป็นต้น นอกจากนี้ระบบการดำเนินการควรเอื้อสำหรับกลุ่ม Potential utilizer ที่มีต้องการบริการการรักษาแต่ถูกปิดกั้นไว้ด้วยอุปสรรคบางประการ และกลุ่ม True under utilizer ซึ่งเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาแต่ไม่รับรู้และไม่มีความต้องการ โดยต้องปรับบริการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งการสร้างแรงจูงใจและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(Douglass and Cole, 1979)

การประเมินผลจังหวัดปทุมธานี การที่ใช้จังหวัดปทุมธานีเป็นตัวอย่างในการประเมินนั้น ด้วยเหตุว่าเป็นจังหวัดนำร่องชุดแรกที่ได้ดำเนินการตามนโยบายสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งผลการวิจัยแสดงเพียงลักษณะที่พบในจังหวัดปทุมธานีเท่านั้น ไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของทั้งประเทศได้ เนื่องจากอาจมีความแตกต่างของสถานพยาบาล ศักยภาพบุคลากร สภาวะของโรค สถานะเศรษฐกิจสังคมของประชาชน เป็นต้น และข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ครั้งนี้ไม่ได้รวมส่วนที่ดำเนินการจากการเข้าร่วมโครงการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เนื่องจากมาเข้าร่วมโครงการในภายหลัง

การจัดเก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่มย่อย(Focus Group) ในส่วนของผู้รับบริการจังหวัดปทุมธานี แม้ว่าพยายามกระจายเป็น 4 กลุ่ม คือกลุ่มผู้สูงอายุ วัยทำงาน วัยรุ่น และผู้ปกครองเด็กแล้วก็ตาม ผู้เข้าร่วมแต่ละคนอาจมีลักษณะและประสบการณ์ของการรับบริการทันตกรรมแตกต่างกัน ทำให้การอภิปรายให้ความเห็นบางส่วนอ้างอิงจากประสบการณ์ตรงของแต่ละกลุ่มหรือแต่ละบุคคลเอง จึงไม่สามารถที่จะกล่าวได้ว่ากลุ่มนี้เป็นตัวแทนของทั้งจังหวัดได้เช่นกัน ขณะที่การจัดเก็บข้อมูลโดยสนทนากลุ่มย่อยของกลุ่มผู้ให้บริการซึ่งทำในผู้ให้บริการทุกคนแบ่ง

ออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทันตแพทย์ และกลุ่มทันตภิบาล ทำให้ข้อมูลสรุปความเห็นในภาพรวมของทั้งจังหวัดได้ดีกว่ากลุ่มผู้บริโภคร

การจัดอภิปรายความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นการให้ความเห็นจากผู้มีประสบการณ์ด้านต่างๆ ทั้งสังคม เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข กลุ่มวิชาชีพ และผู้บริโภค ซึ่งการวิจัยนี้ใช้การประยุกต์การจัดประชุมจากเทคนิคของเดลฟาย แสดงความคิดเห็นเป็นสองรอบ แต่เนื่องจากกลุ่มการอภิปรายมีประสบการณ์ที่แตกต่างกันมาก ผู้วิจัยจึงเพิ่มกระบวนการเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นจึงให้ผู้เข้าร่วมอภิปรายเพิ่มเติม ดังนั้นผลของการอภิปรายจึงเป็นความเห็นร่วมกับข้อเท็จจริงด้วย

การคำนวณภาระงาน การคำนวณภาระงานจะใช้ข้อมูลอ้างอิงจากรายงานการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ.2544 (ข้อมูลกรมอนามัย <http://www.anamai.moph.go.th/fluoride/survey/frame.html>) ร่วมกับฐานประชากร พ.ศ.2544 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ การคำนวณนี้ได้ค่าประมาณการภาระงานตามกลุ่มอายุต่างๆ เพราะต้องจัดตามฐานกลุ่มประชากรที่การรายงานสภาวะทันตสุขภาพสำรวจไว้ที่พอจะเป็นตัวแทนได้ เช่น ใช้สภาวะทันตสุขภาพอายุ 12 ปี ในการคำนวณภาระงานของกลุ่มอายุ 10-15 ปี เป็นต้น อย่างไรก็ตามการคำนวณภาระงานนี้ได้ค่าที่สูงมากเนื่องจากการเป็นการคำนวณจากความต้องการทั้ง 100% ขณะที่ความเป็นจริงมีรายงานอัตราการเข้ารับบริการทันตกรรม 6.27-16.09% หรือ 0.09-0.37 ต่อประชากรเท่านั้น (เพ็ญแข ลามยั้ง, 2544) แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นต้องตระหนักเสมอว่าข้อมูลนี้เป็นรายงานขีดความสามารถในการให้บริการอาจไม่ใช่ความต้องการที่แท้จริงของประชาชน ซึ่งหากจัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการหรือเพิ่มศักยภาพในการบริการ ก็อาจทำให้อัตราการได้รับบริการสูงขึ้นอีกได้

ประเด็นด้านทันตบุคลากร ในการวิจัยเพียงคำนวณกำลังคนจากข้อมูลที่มี ไม่ได้แยกเฉพาะส่วนทันตแพทย์ที่ไม่ได้ทำงานรักษาทันตกรรมเลยออก เช่น ทันตแพทย์ผู้ทำงานวิชาการ งานวิจัย หรืองานบริหารเป็นหลัก อย่างไรก็ตามการวางแผนดำเนินนโยบายสำหรับประชาชนทั่วประเทศ คงต้องคำนึงถึงการรวมทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งหมดจากทั้งภาครัฐและเอกชน สำหรับประเด็นขีดความสามารถของทันตแพทย์จะเพิ่มขึ้นได้อีกหรือไม่ ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันมีรายงานขีดความสามารถของทันตแพทย์ไว้ เช่น จากรายงานของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในปี 2542 และ 2543 พบว่าความสามารถสูงสุดของทันตแพทย์ในการทำฟันปลอมเฉลี่ย 40 ชิ้น/ปี/คน (จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ, 2543) และทันตแพทย์แต่ละคนสามารถให้บริการทันตกรรมเฉลี่ย 1,495 รายต่อปีเท่านั้น (รายงานของกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2543, แหล่งข้อมูลได้จาก <http://www.rdhc.net>) ณ ศักยภาพการบริการนี้หากให้ประชาชนพบทันตแพทย์ปีละครั้ง ก็จะสามารถให้บริการเพียง 16.76% ของประชากรทั้งประเทศ หรือหากรวมทันตภิบาลด้วยก็ทำได้เพียง 23.27% เท่านั้น อย่างไรก็ตามการคำนวณความต้องการกำลังคนหากใช้เวลาทำงานต่อปีในการคำนวณก็อาจให้จำนวนที่คลาดเคลื่อน เนื่องจากทันตแพทย์ทั้งส่วนราชการและเอกชนไม่ได้ใช้เวลาทั้งหมดทำงานรักษาเพียงอย่างเดียว บางครั้งต้องมียานโครงการ งานส่งเสริมป้องกัน งานวิชาการ งานธุรการหรืองานบริหารอีกด้วย มีรายงานว่าทันตแพทย์ในโรงพยาบาล 1 คน จะให้บริการอุดฟันและถอนฟัน ได้งานละ 4 ซี่ต่อวันเท่านั้น (ศิริชัย ชูประวัติ, 2543)

สำหรับประเด็นการคำนวณที่เป็นต้นทุนและเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการให้บริการนั้น ได้ใช้ตัวเลขจากจังหวัดสมุทรปราการ เนื่องจากว่าเป็นข้อมูลที่ค่อนข้างจะครบถ้วนจำแนกตามประเภทรายการรักษา โดยจังหวัด

สมุทรปราการได้คำนวณไว้สำหรับการส่งต่อรักษาทันตกรรมภายในจังหวัดของนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งหากความเป็นจริงต้นทุนและศักยภาพของบุคลากรย่อมมีความแตกต่างกันไปตามพื้นที่และสถานบริการ ขณะที่การศึกษาอื่น ๆ มักจะไม่ได้แยกรายละเอียดตามประเภทงานบริการไว้ เช่น เพ็ญแข ลาภยิ่ง (2544) ศึกษาต้นทุนเฉลี่ยของการบริการทันตกรรม 6 จังหวัดเท่ากับ 413.61 บาท (ค่ามัธยฐานเท่ากับ 325.56 บาท) เป็นต้น

การบริหารและดำเนินงานตามนโยบาย ปัญหาประการหนึ่งในการดำเนินนโยบายคือการตีความของชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การถอนฟันนั้นจะรวมการถอนฟันยากและการถอนฟันคุดหรือไม่ การอุดฟันใช้ได้กับวัสดุอุดฟันทุกชนิดหรือไม่ การใส่ฟันปลอมฐานพลาสติกมีเงื่อนไขระยะเวลาการมารับบริการครั้งต่อไปหรือไม่ เป็นต้น (ไพศาล กังวลกิจ, 2544) สอดคล้องกับปัญหาที่ได้จากการจัดสนทนากลุ่มของผู้จัดบริการในจังหวัดปทุมธานี ปัญหาอีกอย่างคือความล่าช้าของงบประมาณทั้งส่วนที่เป็นงบต่อหัว และการเบิกค่าแลปในงานฟันปลอมมีความล่าช้า ทำให้บางแห่งตัดสินใจทำงานทันตกรรมประดิษฐ์น้อยลงด้วย

การพัฒนาชุดบริการสุขภาพช่องปากและงานวิจัยในอนาคต ด้วยว่างานวิจัยนี้มุ่งตอบคำถามความเหมาะสมของชุดบริการสุขภาพช่องปากควรเป็นอย่างไร ซึ่งความเป็นจริงการที่จะพัฒนาการบริการสุขภาพช่องปากจะต้องมีข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจหลาย ๆ ด้านพร้อมกัน ตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนแปลงนโยบายหลักการบริการสุขภาพรวม การพัฒนาความร่วมมือภาครัฐและเอกชน การพัฒนากำลังคนด้านทันตสุขภาพ ระบบและรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม รวมทั้งผลกระทบอื่นๆจากการดำเนินโครงการ เช่น คุณภาพของบริการจากการดำเนินโครงการซึ่งเป็นประเด็นที่กลุ่มวิชาชีพจะให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ให้บริการและผู้รับบริการเพื่อจะบอกแนวโน้มของผลลัพธ์และความยั่งยืนของโครงการ เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- 1) กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2537) รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- 2) คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2544) ข้อเสนอระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า(Universal Coverage) มีนาคม 2544 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เอกสาร 105 หน้า
- 3) ครวญ เกษศิลป์ 30 บาทรักษาทุกโรคกับระบบที่ควรจะเป็น วารสารหมออนามัย.2544, 11(1)
- 4) จันทรรณ อินสว่าง Effect of pit and fissure sealant on rate of permanent tooth caries. วชิรเวชสาร 1987, 31, 3: 173-7
- 5) จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ (2543) การจำลองการคาดการณ์ ค่าใช้จ่ายการบริการทันตสุขภาพในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าสถานการณ์ กองโรงพยาบาลภูมิภาค เอกสารอัดสำเนา 7หน้า
- 6) ชนิตา รัชพลเมือง (2544) การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย (รวมบทความเล่มที่ 9) พิมพ์ครั้งที่ 5 สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 7) ชาญชัย ให้สงวน (2541) Oral Health Status in Relation to Perceived Happiness in Thai Older Adults. ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รายงานการวิจัย
- 8) ชาญชัย ให้สงวน โสภิตา ทวีถาวรสวัสดิ์ สุคนธา อิศรวิริยะกุล การใช้บริการทันตกรรมของผู้ประกันตนภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม ว.ทันต. 2544, 51(4); 264-9
- 9) ชีระศักดิ์ ชาวสวนเจริญ พันศุดและพันเกินในชากรรไกรล่าง :รายงานผู้ป่วย วารสารทันตกรรม กรมการแพทย์ 2542, 5(3); 23-30
- 10) ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541)สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ บนเส้นทางสู่สุขภาพ-ประสิทธิภาพ-เสมอภาค? พิมพ์ครั้งที่ 1 พิมพ์ที่บริษัทไทร์ จำกัด
- 11) ปัตพงษ์ เกษสมบุรณ์. การจัดลำดับความสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข เอกสารประกอบการสอน วิชาเวชศาสตร์ชุมชน 3(374 311) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เอกสารสำเนา 26 หน้า
- 12) ปิยะฉัตร พัทธานันต์ (2543) ความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากของชาวบ้าน กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- 13) ปิยะดา ประเสริฐสม วิวรรณ อภิชาติบุตร ผลการป้องกันการเกิดโรคฟันผุโดยการรับประทานยาเม็ดฟลูออไรด์ในเด็กประถมศึกษา ว.ทันต 2535, 42(3): 138-44
- 14) ประเวศ วะสี การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ. เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปี ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ” 2 กุมภาพันธ์ 2539 เอกสาร 25 หน้า ส่นพ.หมอชาวบ้าน
- 15) ปรากรม์ ซาลิมี่ และคณะ การสำรวจข้อมูลของผู้สูงอายุในโครงการบริการทางทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่าเนื่องในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงเจริญพระชนมพรรษาครบ 6 รอบ ว.ทันต จุฬาฯ 2544, 24;129-38
- 16) เพ็ญแข ลามยี่ง การใช้บริการสุขภาพช่องปาก วิทยาลัยทันตสาธารณสุข 2542, (1): 52-61
- 17) เพ็ญแข ลามยี่ง (2544) การเงินการคลังบริการสุขภาพช่องปากในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานการวิจัย

- 18) พิสุทธิ สังขะเวช แนวความคิดเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในแง่ของทันตกรรมชุมชน ว.ทันตมหิดล 2533, 10: 113-20
- 19) เพ็ชร เตชะกัมพูช และคณะ :การเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบดเคี้ยวในผู้ป่วยที่เหลือเฉพาะฟันกรามใหญ่ และฟันกรามน้อย วารสารทันตกรรมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2542, 22: 69 – 76
- 20) ไพศาล กังวลกิจ ปัญหาการให้บริการทันตกรรมในนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค ว.ทันต. 2544, 51(4): 233
- 21) วิภาวรรณ ฤทธิ์ถกล อุบัติการณ์ปากแห้งเพดานโหว่ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างปี พ.ศ. 2533-2542 ว.ทันต ปีที่ 51 ฉบับที่ 1;29-37
- 22) วีระศักดิ์ พุทธาศรี (2540) เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เอกสารประกอบการสอนวิชา 564 608 เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เอกสาร 102 หน้า.
- 23) ศิริชัย ชูประวัติ การปฏิบัติงานของกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป: บทเรียนเพื่อเตรียมการรองรับการปฏิรูประบบสุขภาพ วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 2543, 3(4);37-50.
- 24) ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์และคณะ (2544) สถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณี 6 จังหวัด รายงานการวิจัย
- 25) สุจิต ศรีประพันธ์ และ สงวน นิตยารัมภ์พงษ์ (2534) ผลกระทบของการประกันสุขภาพต่อระบบบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลพิมพิฬมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- 26) สมคิด แก้วสนธิ (2542) เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข หลักทฤษฎีและปฏิบัติการบริการสาธารณสุขในประเทศไทย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พิมพ์ครั้งที่ 2
- 27) สมชาย สุขสิริเสรีกุล (2541) การกำหนดชุดบริการสุขภาพจำเป็นขั้นพื้นฐาน: ทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รายงานการวิจัย 142 หน้า
- 28) สุรีย์ ภูมิภมร หากจะไม่หายไปจากโลก. ศิลปวัฒนธรรม ปีที่ 13 ฉบับที่8: มิ.ย.2535
- 29) เอนก นาวิกมูล (2537) กว่าจะเป็นคนฟันขาวชาวสยาม กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงแดด หน้า 35-46
- 30) Adulyanon S. (1996) An integrated Socio-Dental Approach to Dental Treatment Need estimation. Ph.D.thesis. U of London.
- 31) Adulyanon, S., Vourapukjaru, J. & Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. Community Dental and Oral Epidemiology 1996, 24 :385-9.
- 32) Adulyanon S. The concept of need in dental care. KDJ 1998, 1(1): 2-8.
- 33) Agerberg C. , Carlson GE., Chewing ability in relation to dental and general health. Acta Odontologica Scandinavica 1981, 39 :147.
- 34) American Dental Association Bureau of Economic Research and Statistics. A motivational study of dental care. Journal of American Dental Association 1956, 56 ,43-4,567-74.
- 35) Barr N. (1998) The Economics of the Welfare State. 3rd edition , Oxford U Press.
- 36) Berg E. . Periodontal problems associated with use of distal extension removable partial dentures- a matter of construction? Journal of Oral Rehabilitation, 1985, 12 :369.
- 37) Bergner M. (1984) The Sickness Impacted Profile (SIP). In : Wenger NK, Mattson Me ,Furberg CD, eds. An assessment of quality of Life in clinical trials of cardiovascular therapies New York : Le Jacq Publishing.

- 38) Broder H., Strauss RP. Self concept of early primary school age children with visible and invisible defects. Cleft Palate. 1989, 26 :114-8.
- 39) Bowersox J. Diagnosis and Management of Dental Caries Throughout Life, National Institutes of Health Consensus Development Conference statement March 26–28, 2001 JADA 2001: 1153-62.
- 40) Brown LJ., Wall TP., Lazar V. Trends in Untreated Caries in Primary Teeth: of Children 2 to 10 years Old. JADA 2000, 131(1): 93-100.
- 41) Brown LJ., Lazar V. Dental Care Utilization: How Saturated is the Patient Market? JADA 1999, 130(4): 573-80.
- 42) Brundo GC, Benson D. , Ruhlman DC. A group practice concept for learning comprehensive patient care. J Calif. Dent. Assoc. 1984, 2: 38.
- 43) Call RL. Dental Management Service Organizations: Lessons from Medicine. JADA 1999, 130(4): 489-95.
- 44) Carlsson GE., Hedegard B., Koiveumaa KK. Studies in partial dentures prosthesis II. An investigation of mandibular partial dentures with double extension saddles. Acta Odontologica Scandinavica, 1961. 19: 215.
- 45) Campbell, A.V., Establishing ethical priorities in medicine. BR Med J. 1977, 1: 818-21.
- 46) Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter : revisiting the shared treatment decision-making model. Social Science & Medicine 1999, 49: 651-61.
- 47) Chawla M., Ellis RP. **The impact of financing and quality changes on health care demand in Niger.** Health Policy Plan. 2000, 15: 76-84.
- 48) Cichon M. (1999) Modelling in Health care financing. 1st edition. Publication of the International Labour Office UK.
- 49) Clewer A., Perkins D. (1998) Economics for Health Care Management. 1st edition. Printed by Redwood Books, Wilshire, UK.
- 50) Cohen L., Jago J. Toward the formulation of Sociodental indicators. Int J Health Serv. 1979, 6: 681-98.
- 51) Culyer, A.J. (1983) Health Indicators: an International study for the European Science Foundation. Robertson, Oxford,
- 52) Culyer AJ, Newhouse JP. (2000) Handbook of economics : volume 1A. Elsevier Science B.V. the Netherlands.
- 53) Culyer AJ, Newhouse JP. (2000) Handbook of economics : volume 1B. Elsevier Science B.V. the Netherlands.
- 54) Davies, A.R., et al. Consumer Acceptance of prepaid and fee-for-service Medical Care: Results from a randomized controlled Trial. Health Services Research, 1986, 21: 429.
- 55) Dimatteo, M.R., Taranta, A., Friedman H.S. , Prince, L.M. Predicting Patient Satisfaction from Physicians' Nonverbal Communication Skills. Medical Care, 1980, 18 : 376-87.
- 56) Dolan TA , Monopoli , MP K aurich MJ , Robernstien LZ. Geriatric Grand Round : oral disease in older adult. J Am Ger Soc 1990, 38(11): 1239 - 50

- 57) Donly KJ., Segura A., Wefel JS., Hogan MM. Evaluating the Effects of Fluoride-Releasing Dental Materials: on Adjacent Interproximal Caries. JADA 1999, 130(6): 817-25.
- 58) Douglass C , Cole K. Utilization of dental services in the United States. J. of Dental Education 1979, 43: 223-38.
- 59) Eklund SA. Dentistry 2000 : Clinical Care—Changing Treatment Patterns. JADA 1999, 130(12): 1707-12.
- 60) Elias, A.C., Sheiham, A. (1997) The relationship between number, position and condition of teeth and satisfaction with mouth. Studies in Brazilian adults. J. Oral Rehabil.
- 61) Ettinger RL. Oral disease and its effect on the quality of life. Gerodontology.1987, 3:103-6.
- 62) Feldstein PJ. (1979)Health Care Economics., Printed by John Wiley & Sons, Inc. the USA.
- 63) Feldstein PJ. (1999) Health Care Economics. 5th edition . Delmar Publishers The USA.
- 64) Fernandez-Mayoralas G., Rodriguez V., Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. Social Science & medicine. 2000, 50: 17-26.
- 65) Fiset L., Grembowski D., Aguila M.D. Third-Party Reimbursement and use of Fluoride Varnish: in Adults among General Dentists in Washington State. JADA 2000, 131(7): 961-8.
- 66) Frenk J. Dimensions of health system reform. Health Policy 1994, 27:19-34.
- 67) Gao J, Tang S, Tolhurst R, Rao K. **Changing access to health services in urban China: implications for equity** Health Policy Plan. 2001, 16: 302-12.
- 68) Giddon, D. The mouth and the quality of life. New York Dental Journal 1978, 48 : 3-10
- 69) Gilbert GH, Heft MW, Duncan RP, Ringelberg. Perceived need for dental care in dentate older adults. Int Dent J 1994, 44: 145-52.
- 70) Glaser WA. (1987) Paying the Hospital. Printed by Jossey-Bass Inc., California.
- 71) Gortmaker S L. Medicaid and the health care of children in poverty and near poverty. Med Care.1981, 19: 567-82.
- 72) Grabowski M., Bertram U. Oral health status and need of dental treatment in the elderly Danish populations. Community Dent Oral Epidemiol. 1975, 3: 108-14.
- 73) Gremboeski D, Anderson RM, Chen MS. A public health model of the dental care process. Med Care Rev. 1989, 46 : 439-96.
- 74) Haber J. Smoking is a major risk factor for periodontitis. Current Opin Periodontal 1994, 2: 12-8.
- 75) Heath MR. Dietary selection by elderly person related to dental state. Br. Dent. J. 1972, 132: 145-8.
- 76) Helkimo E., Carlsson GE., Helkimo M. Chewing efficiency and state of dentition. Acta Odontologica Scandinavica, 1978, 36 : 33.
- 77) Henderson JW. Health economics and policy. (1999) South-western college publishing. Cincinnati, Ohio.
- 78) Hollister C, Weinttaub J. The Association of Oral Status with Systemic Health ,Quality of Life ,and Economic Productivity . J of Dental Education 1993, 57: 901 – 12.

- 79) Horowitz AM., Drury TF., Goodman HS., Yellowitz JA. Oral Pharyngeal Cancer Prevention and Early Detection: Dentists' Opinions and Practices. JADA 2000, 131(4): 453-62.
- 80) Ismail AI., Sohn W. The Impact of Universal Access to Dental Care on Disparities in Caries Experience in Children. JADA 2001, 132(3); 295-303.
- 81) Janovsky K. (1996) Health Polic and System Development: an agenda for research. WHO, Geneva.
- 82) Kapp-simon K . Self concept of primary school age children with cleft lip, cleft palate or both. Cleft Palate J.1986, 23 : 24-7.
- 83) Kasl, S. and Cobb, S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior. Archives of Environmental Health.1966, 12 : 246-66.
- 84) Kayser AF. (1976) Shortened dental arches and oral functions. Thesis. University of Nijmegen, The Netherlands.
- 85) Kayser AF. Shortened dental arches and oral functions. Journal of Oral Rehabilitation, 1981, 8 : 457.
- 86) Kayser AF. (1984) The minimum number of teeth to satisfy functional and social demands. In: Public Health Aspect of Periodontal Disease (ed A. Frandsen), pp.135. Quintessence Books. Chicaco.
- 87) Kayser AF. Overtreatment with removable partial dentures in shortened dental arches. Australian Dental Journal 1987, 32: 176.
- 88) Kayser, A.F., Meeuwissen, R., Meeuwissen, J.H. An occlusal concept for dentate geriatric patients. Community Dent. Oral Epidemiol. 1990, 18 : 319
- 89) Kegeles, S.S., Why people seek dental care: a test of a conceptual formulation. J Health Hum Behav 1963, 4 : 166-73.
- 90) Kovac-Kavcic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosa lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. Oral Patho & Med 2000, 29(7); 331-5
- 91) Lapying P. (2544) The demand analysis of oral care: a case study of U-Thong District, Supanburi Province. Ph.D. thesis, Faculty to Social Science and Humanities. Mahidol University.
- 92) Leake, J.L., An index of chewing ability. J Public Health Dent 1990, 50: 262 –67
- 93) Linn,E.L.: Teenagers' attitudes, knowledge and behaviors related to oral health. J.Am.Dent.Assoc 1976, 92 :946-51
- 94) Linn, L.S., et al. Physician and patient Satisfaction as Factors Related to the Organization of Internal Medicine Group Practices. Medical Care, 1985, 23: 1171-8.
- 95) Locker D. (1989) An introduction to behavioral science and dentistry. London: Tavistock/ Routledge,
- 96) Locker D. Subjective reports of oral dryness in an older adult population. Community Dent Oral Epidemiol 1993, 21(3) : 165-168.
- 97) Luke DA., Lucas PW. Chewing efficiency in relation to occlusal and other variations in the natural human dentition. British Dental Journal, 1985, 159 : 401.

- 98) Luong Ngoc Khue. (2000) Dental health preventive behavior among mothers with children under six years of age in Donka Subdistrict, U-Thong District, Supanburi Province, Thailand. Thesis of M.P.H.M—Mahidol University.
- 99) Maccentee MI, Hole R, Stolar E. The significance of the mouth in old age. *Social Sciences and Medicine* 1997, 45(9) : 1449-58.
- 100) McDowell I., Newell C. (1987) *Measuring health : a guide to rating scales and questionnaires*. Oxford Univerity Press, Oxford,
- 101) MacGregor F. Social and psychological implications of dentofacial disfigurement. *Angel Orthod* 1970, 40: 231-3.
- 102) Magaret, G. et al. (1993). *Through the patient's eyes: Understanding and Promoting patient-centered care*. New York : Jossey-Bass books.
- 103) Malvin, E.R. (1985). *Dentistry an illustrated history*. NewYork: Harry N. Abrams.
- 104) Manderson RD. , Ettinger RL. Dental status od the institutional elderly population of Edinbergh. *Community Dent Oral Epidermiol*. 1975, 3 :100-7.
- 105) Manski RJ., Edelstein BL., Moeller JF. The Impact of Insurance Coverage on Children's Dental Visits and Expenditures, 1996. *JADA*, 2001, 132(8): 1137-45.
- 106) Manski RJ., Magder LS. Demographic and Socioeconomic Predictors of Dental Care Utilization. *JADA*, February 1998, 129(2): 195-200.
- 107) Marquis, M.S., Davies, A.R., Ware, J.E., Patient Satisfaction and Change in Medical Care Provider: A Longitudinal Study. *Medical Care* ,1983, 21: 821.
- 108) Miller J, Swallow JN. Dental pain and health. *Public Health Lond*. 1970, 85 : 46-50.
- 109) Miller J, Elwood PC, Swallow JN. Dental pain: An Incidence study. *Br Dent J*. 1975, 139 : 327-8.
- 110) Monteith BD. Manage of loading force of mandibular distal extension prostheses. Part II: Classification for matching modalities to clinical situations. *Journal of Prosthetic Dentistry*, 1984, 52: 832.
- 111) Moore R. et al., Cultural perceptions of pain and pain coping among patients and dentists. *Community Dent. Oral Epidemiol* 1986, 14:327-33.
- 112) Mueller CD., Schur CL., Paramore LC. Access to Dental Care in the United States: Estimates from a 1994 Survey. *JADA*, April 1998, 129(4):.429-37.
- 113) Murray,J.P., A Comparison of patient Satisfaction among Prepaid and Fee-for-service Patients. *Journal of Family Practice*, 1987, 24:203-7.
- 114) Omachonu, V.K., Quality of Care and the Patient: New Criteria for Evaluation. *Health Care Management Review*, 1990, 15: 43-50.
- 115) Oosterhaven SP., Westert GP., Schaub RMH, Van Der Bilt A. Social and psychological implication of missing teeth for chewing ability. *Community Dentistry Oral Epidermiology* 1988, 16:79.

- 116) Oosterhaven, S.P., Westert, G.P., Schaub, R.M., Vender bilt , A. Social and psychologic implications of missing teeth for chewing ability. *Community Dent Oral Epidemiol* :1988, 16 : 79 – 82
- 117) Owall BE. Prosthetic epidermiology. *International Dental Journal* 1986, 36: 230.
- 118) Palmer GR, Short SD. *Health Care & Public Policy: an Australian analysis*. 2nd edition, 1996. Printed by MacMillan Education Australia Pty. Ltd., South Melbourne.
- 119) Patrick, D. (1982) *The Measurement of Health*. In Patrick, D. and Scamber G. (eds): *Sociology as applied to medicine*. Bailliere Tindall, London,
- 120) Payne J. (1999) *Researching Health Needs : A community-based Approach*. 1st edition. Printed by The Cromwell Press Ltd, UK.
- 121) Peter JP, Chinsky RR. Sociological aspects of cleft palate adults: Marriage. *Cleft Palate J* 1974,11: 295-309.
- 122) Peterson PE, Holst D. Utilization of dental services. In Cohen LK and Gift HC. *Disease prevention and oral health promotion*. Munksgaard, Copenhagen; 341-79.
- 123) Pope, C.R. Consumer Satisfaction in a Health Maintenance Organization. *Journal of Health and Social Behavior*, 1978,19: 291-303.
- 124) Powers L, Grana J, Keen N, Hanchak N. Preventive service utilization as a predictor for emergency dental examinations. *Community Dent Health* 2000, 17;20-3.
- 125) Press, I., Ganey, R.F., Malone,M.P., Satisfied Patients Can Spell Financial Well-Being. *Healthcare Financial management* 1991, 45(2): 34-40.
- 126) Putthari W.,1999 et al. Cost-effectiveness analysis in Atraumatic Restorative Treatment (ART) technique compare to amalgam. *KDJ*. 1999. 2(1); 39-43.
- 127) Ramfjord S.J., 1974. Periodontal aspects of restorative dentistry. *Journal of Oral Rehabilitation*,1:107.
- 128) Reisine ST., Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Social Science & Medicine*. 1980, 14A: 597-605.
- 129) Reisine, R., Locker,D. (1995). Social, psychological and economic impacts of oral conditions and treatments. In Cohen, L.C.& Gift, H.C. (Eds). *Disease prevention and oral health promotion*.(pp.33-63).
- 130) Rise J., Heloe LA. Oral conditions and need for dental treatment in an elderly population in Northern Norway. *Community Dent Oral Epidermiol*. 1978, 6: 6-11.
- 131) Rosenoer, L.M., Sheiham, A. Dental impacts on daily life and satisfaction with teeth in relation to dental status in adults. *J. Oral Rehabil*. 1995, 22: 469-80.
- 132) Scully C. The Pathololy of orofacial disease. *Gerodontology* 1994, 36-38.
- 133) Secord F., Backman.W.: Malocclusion and psychological factors, *J.Am.Dent.Assoc*.1959, 59: 931-8.
- 134) Shetty KV, Jonhson NW. Knowledge, attitudes and beliefs of adult South Asians living in London regarding risk factors and signs for oral cancer. *Community Dent Health*.1999,16(4): 227-31.
- 135) Smith JM., Sheiham A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. *Community Dent Oral Epidermiol*. 1980, 8: 360-4.

- 136) Steiber SR. How Consumer Perceive Health Care Quality. Hospitals, Apr. 5, 1988, p.84.
- 137) Strauss RP, Broder H, Helms RW. Perception of appearance and speech by adolescent patients with cleft lip and palate and their parents. Cleft Palate J.1988, 25: 335-42.
- 138) Tarimo E. Essential health service packages: Uses, abuse and future directions. ARA Paper number 15.,1997. Div. Of Analysis, Research and Assessment. World Health Organization.
- 139) Tash, R.H., O' Shea R.M., Cohen L.K., Testing a Preventive Symptomatic Theory of Dental Behavior. Am J Public Health.1969, 59: 514-21.
- 140) Taylor H & Curran NH. (1985) The Nuprin pain report. New York: Louis Harris and Associates.
- 141) Tomar SL, Azevedo AB, Lawson R. Adult dental visits in California: sucesses and challenges. J Public Health Dent.1998, 58(4): 275-80.
- 142) Tulchinsky TH., Varavikova EA. (2000) The New Public Health : an introduction for the 21st century. Printed by Academic Press, San Diego, CA.
- 143) Tuominen R. (1994) Health Economics in Dentistry. MedEd Inc., Malibu,CA.
- 144) Von Korff M, Dworkin SF, LeResche L , Kruger A. An epidermiologic comparison of pain complaints. Pain 1988, 32: 173-83.
- 145) Warren JJ., Cowen HJ., Watkins CM., Hand JS. Dental Caries Prevalence and Dental Care Utilization Among the Very Old. JADA, 2000, 131(11): 1571-79.
- 146) Ware, J.E., Davies, A.R., Behavioral Consequences of Consumer Dissatisfaction with Medical Care. Evaluation and Program Planning, 1983, 6: 291.
- 147) Weiss, BD., Senf, J H. Patient Satisfaction Survey Instrument for Use in Health Maintenance Organizations. Medical Care,1990, 28 :434-445.
- 148) Winston AE., Bhaskar SN. Caries Prevention in the 21st Century. JADA ,1998, 129(11): 1579-87.
- 149) WitterDJ, van Elteren P, Kayser AF, van Rossum GMJM. The effect of removable partial dentures on the oral function in shortened dental arches. Journal of Oral Rehabilitation,1989, 16: 27.
- 150) Witter DJ, Cramwinckel AB, van Rossum MJM , Kayser AF.. Shortened dental arches and massticatory ability. Journal of Dentistry, 1990, 18: 185.
- 151) Witter, D.J., Cramwinckel, A.B., van Rossum, G.M., Kayser, A.F. Shortened dental arches and masticatory ability. J. Dent. 1990, 18: 185-9
- 152) Yaxley I. The contention within Health Economics: A micro-economic foundation using a macro-economic analysis. Health Care Analysis, 1998, 6: 5-13.
- 153) Yellowitz JA., Horowitz AM., Drury TF., Goodman HS. Survey of U.S. dentists' knowledge and opinions about oral pharyngeal cancer. JADA ,2000, 131(5): 653-61.
- 154) Zborowski M., (1969) People in pain. San Francisco.:Jossey-Bass.
- 155) Zarb GA, Bergman B, Clayton JA & Mackey HF. (1978) Prosthesis treatment for the partially Edentulous Patient. Mosby, St. Louise.