

การจัดบริการทันตสุขภาพ
ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

จินตนา อึ้งชูศักดิ์
บรรณาธิการ

การจัดบริการทันตสุขภาพ
ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บรรณาธิการ
จันทนา อึ้งชูศักดิ์

ผู้วิจัย
กุลยา รัตนปรีดากุล
จันทนา อึ้งชูศักดิ์
เพ็ญแข ลากยี่ง
แพรว จิตตินันทน์
วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ
วีรศักดิ์ พุทธาศรี
ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์
สุณี ผลดีเยี่ยม
สุปรีดา อุดุลยานนท์
อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา

สารบัญ

บทสรุป สำคัญ	2
Executive Summary	6
บทที่ 1 บทนำ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา	10
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	14
2.1 การพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการทันตสุขภาพ	14
2.2 ระบบประกันทันตสุขภาพในประเทศไทย	19
บทที่ 3 ผลการศึกษา	21
1. การจัดการทันตสุขภาพของภาครัฐ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	22
2. การร่วมจัดการทันตสุขภาพของภาคเอกชน ภายใต้นโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า	27
3. แนวโน้มการร่วมจัดการบริการของคลินิกเอกชนในอนาคต	32
4. ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่เหมาะสมในนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	37
5. การจัดการด้านการเงินการคลัง	39
6. คุณภาพ มาตรฐาน และการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการรับบริการสุขภาพ ช่องปาก	41
7. กำลังคนในระบบบริการทันตสุขภาพ	45
บทที่ 4 อภิปราย และเสนอแนะ	48

บทสรุปสำคัญ

ผลการศึกษาชุดโครงการวิจัยสุขภาพช่องปาก หัวข้อหลัก “การจัดบริการทันตสุขภาพ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” มีข้อสรุปสำคัญดังนี้

1. จากการศึกษากรณีตัวอย่างในโรงพยาบาลรัฐ 6 แห่งใน 3 จังหวัด และโรงพยาบาลเอกชน 7 แห่งใน 1 จังหวัด พบว่าการจัดบริการทั้งของภาครัฐและเอกชน ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีแรก เป็นบริการด้านการรักษาเป็นหลัก แม้บริการที่ให้ในโรงพยาบาลก็เป็นงานด้านการป้องกันเพียงร้อยละ 1.5 - 2.7 จึงสรุปได้ว่ายังไม่สามารถปรับเปลี่ยนไปสู่ทิศทางนโยบาย *สร้างนำซ่อม* ได้
2. จากข้อมูลของโรงพยาบาลรัฐ 6 แห่ง พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการทันตสุขภาพเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 26.6 เด็กเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการน้อยลง ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุได้รับบริการมากขึ้น สัดส่วนผู้ป่วยบัตรทองที่มารับบริการทันตกรรมคิดเป็นร้อยละ 37.0 ของผู้ป่วยทันตกรรมทั้งหมด การบริการสามารถครอบคลุมประชากรผู้มีบัตรทองประมาณร้อยละ 1.5 และครอบคลุมประชากรทั้งหมดร้อยละ 6.5 แม้ว่าจะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ผู้ป่วยทันตกรรมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.4) ยังคงต้องจ่ายค่าบริการเอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มารับบริการ 1 ครั้ง และชนิดบริการที่ได้รับในการมา 1 ครั้ง ลดลง บริการที่ได้รับกว่าร้อยละ 80 เป็นด้านการอุดฟัน ถอนฟัน และชุดหินน้ำลาย ซึ่งสอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่กำหนดไว้สำหรับสถานบริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยมีปัญหาต้องรอคิวมากขึ้น โดยเฉพาะการทำฟันปลอม บริการด้านการส่งเสริมป้องกันในโรงเรียนในพื้นที่ที่เคยดูแลโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องหยุดชะงักไป ไม่มีการดำเนินการต่อเนื่องหลังจากเปลี่ยนมาอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของรพศ. รพท.
3. การจัดบริการของภาคเอกชน ส่วนใหญ่ยังเป็นรูปแบบเดิม โรงพยาบาลเอกชนยังคงให้บริการทันตสุขภาพเฉพาะในโรงพยาบาล งานทันตสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่มีการดำเนินการในโรงพยาบาล 1 แห่งจาก 7 แห่ง ส่วนใหญ่ไม่มีการออกให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ สัดส่วนผู้ป่วยบัตรทองเป็นร้อยละ 43.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด การให้บริการทันตสุขภาพนับเป็นความกังวลของผู้บริหารว่าจะเป็นการด้านการเงินและทำให้โรงพยาบาลขาดทุน ผู้บริหารโรงพยาบาลบางแห่งจึงกำกับใกล้ชิดและตั้งเงื่อนไขในการให้บริการอย่างไรก็ตาม การจัดบริการครอบคลุมประชากรกลุ่มบัตรทองเพียงร้อยละ 4.5 ความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายจึงอาจยังไม่เป็นปัญหาจริงในขณะนี้
4. การเข้าร่วมจัดบริการของคลินิกเอกชนในลักษณะ sub contract แม้จะเป็นทางออกที่ช่วยให้การเข้าถึงบริการดีขึ้น แต่คลินิกเอกชนส่วนใหญ่ยังไม่สนใจเข้าร่วมมากนัก เพราะเห็นว่านโยบาย 30 บาท ไม่ได้ส่งผลกระทบให้จำนวนผู้ป่วยลดลง และเกรงว่าการเข้าร่วมอาจทำให้ต้องยุ่งยากกับระบบการตรวจสอบ การทำเอกสาร ความล่าช้าในการจ่ายเงินคืนจากรัฐ ฯลฯ แต่เอกชนที่เคยมีประสบการณ์จัดบริการในลักษณะการประกันกึ่งสวัสดิการของบริษัทเอกชน เห็นว่าระบบการจัดการที่ดีจะเอื้อประโยชน์ทั้ง

ต่อผู้ป่วยและทันตแพทย์ กล่าวคือผู้ป่วยเข้าถึงบริการง่ายขึ้น รัฐไม่ต้องลงทุนซ้ำซ้อนในส่วนต้นทุนคงที่ (อุปกรณ์ สิ่งก่อสร้าง) ในเขตเมืองซึ่งมีเอกชนอยู่หนาแน่นแล้ว และทันตแพทย์มีผู้ป่วยมาเต็มช่วงเวลาที่ว่าง ทำให้การจัดบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

แนวคิดว่าให้คลินิกเอกชนร่วมจัดบริการ ยังต้องพิจารณาถึงการตัดสินใจของผู้ถือเงิน คือหน่วยคู่สัญญา ที่จะเลือกที่จะแก้ปัญหาการให้บริการที่ไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานในเรื่องใดก่อน ซึ่งทันตสุขภาพอาจไม่ได้อยู่ในความสำคัญระดับต้น ๆ นอกจากนี้ยังต้องคำนึงเรื่องความเหลื่อมล้ำระหว่างชุมชนเมืองกับชนบท ซึ่งแม้จะมีงบประมาณเพียงพอแต่ไม่มีทันตแพทย์กระจายออกไปให้บริการ

อย่างไรก็ตามหากในอนาคตคลินิกเอกชนจะเข้าร่วมจัดบริการ คลินิกส่วนใหญ่มีความพร้อมด้านคุณภาพของสถานที่และกระบวนการทางเทคนิคในการจัดบริการ แต่ความพร้อมในด้านสังคม เช่นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย เป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม นอกจากนี้จะต้องพัฒนาในส่วนของหน่วยตรวจสอบมาตรฐาน ที่จะต้องทำให้มีความต่อเนื่องและมีเกณฑ์ที่ชัดเจน

5. แม้ว่าปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายจะผ่อนคลายลงจากนโยบายหลักประกันสุขภาพ แต่ปัญหาการขาดแคลนทันตบุคลากรในหลายพื้นที่ของประเทศ ยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ ข้อมูลทันตบุคลากรปี 2545 พบว่าร้อยละ 68.4 ของจังหวัดทั่วประเทศ ยังมีสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ผลกระทบจากการดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การเปลี่ยนรูปแบบการจัดการด้านการเงินการคลัง และการเข้าร่วมจัดบริการของเอกชน มีผลให้อาจต้องปรับนโยบายด้านกำลังคน เช่นทันตแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชนต้องมีความสามารถในการทำงานทันตสาธารณสุขมากขึ้น ทันตภิบาลอาจต้องทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันร่วมกับภาคเอกชน อย่างไรก็ตามการจะคำนึงแค่เรื่องการเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนเพียงประการเดียวย่อมไม่ได้แต่ต้องคำนึงถึงความเสมอภาค การจัดบริการให้เป็นมาตรฐานเดียว รวมทั้งด้านการเงินการคลังของระบบอีกด้วย
6. การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพในปีแรก ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถทำให้เป็นไปตามมาตรฐานเบื้องต้นของหน่วยบริการปฐมภูมิที่กำหนดไว้ได้ โดยเฉพาะด้านบุคลากรและการครอบคลุมบริการ แนวทางแก้ไขอาจมีหลายทางเลือก เช่น 1) เพิ่มการจ้างทันตบุคลากรในระบบของรัฐ 2) การจัดบริการร่วมรัฐ-เอกชน 3) จัดลำดับความสำคัญให้บางกลุ่มเป้าหมาย บริการบางประเภท ต้องได้ตามเกณฑ์มาตรฐานก่อน ในการบริหารจัดการควรทำควบคู่กันไปทั้ง 3 ทาง ทั้งนี้ขึ้นกับความเหมาะสมและเป็นไปได้ในแต่ละพื้นที่
7. มีปรากฏการณ์ที่บอกว่าแนวโน้มคุณภาพบริการดีขึ้นในบางประการ เช่นเดิมภาคเอกชนที่เป็นหน่วยคู่สัญญามีทันตแพทย์ทำงานบางเวลา (part time) ก็เปลี่ยนเป็นทำงานเต็มเวลา (Full time) เดิมไม่มีการจัดบริการในสถานีนอมนัยที่ไม่มีทันตบุคลากร เมื่อสถานีนอมนัยบางแห่งเปลี่ยนมาทำหน้าที่เป็น PCU ก็มีการจัดบริการจากโรงพยาบาลคู่สัญญาอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดบริการทันตสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึง ยังเป็นเป้าหมายที่ยากจะบรรลุในระยะเวลานี้ การกำหนดมาตรฐานบริการทันตสุขภาพในแง่การครอบคลุมจึงอาจต้องมีเป้าหมายเฉพาะที่แตกต่างจากบริการสุขภาพอื่นๆ โดยต้องพิจารณาว่าควรมีการ “เข้าถึงบริการทันตสุขภาพ” ในลักษณะใด และเท่าไรจึงจะพอเหมาะ การกำหนดการครอบคลุมอย่างทั่วถึงเป็นบางกลุ่มเป้าหมายเป็นประเด็นที่ควรพิจารณา และควรกำหนดเป้าหมายบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ชัดเจน
2. ฐานข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับการกำกับระบบบริการที่เป็นลักษณะการประกันสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าฐานข้อมูลการให้บริการทั้งของภาครัฐและเอกชนไม่สมบูรณ์ ไม่มีฐานข้อมูลกลางที่จำเป็นที่เป็นระบบเดียวกัน ทำให้ยากแก่การประเมินในระดับมหภาคหรือการกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐานในระดับพื้นที่ การจัดทำโครงสร้างฐานข้อมูลที่จำเป็นจึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องพัฒนา
3. ระบบการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพและไม่ยุ่งยากจนเกินไป รวมทั้งการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เป็นเรื่องจำเป็นมาก หลายประเทศใช้วิธี sub-contract ให้สหพันธ์ทันตแพทย์ หรือสมาคมทันตแพทย์ท้องถิ่นเป็นผู้จัดระบบ ในวงเงินและเป้าหมายงานที่รัฐเป็นผู้ร่วมกำหนด หากมอบบทบาทนี้ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดูแล จะต้องพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ และพัฒนาต้นแบบบุคลากรเพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้ทำได้มีประสิทธิภาพ
4. เกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำที่หน่วยคู่สัญญาจะต้องทำให้ได้ครบตามเกณฑ์ อย่างน้อยต้องระบุเรื่องการเข้าถึงบริการของประชาชน หากไม่ได้ตามเกณฑ์จะต้องกำหนดให้เพิ่มเครือข่ายบริการ รวมทั้งจัดทำเกณฑ์การตรวจสอบสถานพยาบาลที่จะมาเป็นเครือข่ายด้วย การทำเกณฑ์มาตรฐานของบริการทันตสุขภาพจะต้องมีรายละเอียดเป็นแนวปฏิบัติ และต้องมีหน่วยกำกับที่เข้มแข็ง จึงจะสามารถคุ้มครองประชาชนให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพคุ้มค่ากับการลงทุนของรัฐ
5. ควรทำความเข้าใจกับความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ ในมิติที่กว้างกว่าการตรวจเพื่อหาโรค การเยี่ยมบ้าน หรืองานทันตกรรมป้องกันในคลินิก แต่ควรมองถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมและส่งเสริมให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

การศึกษานี้มีความไม่สมบูรณ์อยู่หลายประการ เนื่องจากการศึกษาถึงการจัดบริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีแรกที่เริ่มมีการดำเนินการ จึงเป็นช่วงที่ระบบต่างๆ ยังมีการเปลี่ยนแปลงมาก ปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้นในขณะนั้นอาจได้รับการแก้ไขไปแล้วเมื่อระบบต่างๆ มีความชัดเจนขึ้น การศึกษาในปีแรกที่เริ่มโครงการยังทำให้ตัวเลือกในเรื่องพื้นที่ศึกษามีน้อย คำถามการวิจัยทั้งหมดจึงไม่สามารถหาคำตอบจากพื้นที่เดียวกัน ทำให้บางประเด็นต้องอธิบายแบบแยกส่วน สุดท้ายการศึกษานี้เก็บข้อมูลที่เกิดขึ้นในเวลา 1 ปี จึงสามารถแสดงเพียงภาพกว้างหลาย

แง่มุมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทันตสุขภาพ จำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมอีกหลายประการ เช่น

- การวิเคราะห์นโยบายมหภาค (Macropolicy) เพื่อให้ข้อเสนอต่อระบบสุขภาพโดยรวม
- ศึกษารูปแบบการจัดระบบทันตสุขภาพที่น่าสนใจ ในลักษณะกรณีตัวอย่าง หรือ ศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยในระบบบริการทันตสุขภาพ เช่น
 - 1) การจัดบริการร่วมภาครัฐ-เอกชน ในลักษณะการ sub contract คลินิกเอกชน เฉพาะบางบริการ บางกลุ่มอายุ หรือแบบมีเงื่อนไขอื่น ๆ
 - 2) การบริหารจัดการและการกำกับมาตรฐานของเครือข่ายบริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
 - 3) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการทันตกรรม และสร้างดัชนีชี้วัด (key performance indicator) ที่จำเป็นต้องใช้ในการตรวจสอบการบริการรัฐ-เอกชน
 - 4) ต้นทุนการจัดบริการ ราคากลางในการจัดบริการทันตกรรมในพื้นที่ต่าง ๆ

Executive Summary

Dental Health Services Under Universal Health Coverage Policy

The study of oral health services system to focus “Oral Health Services Under Universal Health Coverage Policy” was conducted during 2001, the first year of the implementation of universal health coverage (UC) policy. Followings are major findings and recommendations:

Findings:

1. Policy to emphasize on prevention is still far from expected. Almost all of the services delivered by the studied hospitals were pure curative purpose while preventive services accounted for less than 3%.
2. There were 26% increasing of clients in dental clinics of the six government hospitals. Most of the increasing number were adults and elderly people. Services for children were comparatively decreased. More than half of the clients had to pay for the service fee. Among the clients 37% were gold card holders under the UC program. The total clients were from 6.5 % of the total population and only 1.5% of the total gold card holders. Most clients visit the dental clinics for only one time and received only one dental service. More than 80% of the services were under a core-package for example dental filling, tooth extraction, tooth scaling, etc. Clients had to be on longer waiting list, particularly for denture services. Preventive activities in the community formerly responsible and carried out by provincial health office were not be able to continue by the regional or general hospitals during the first year.
3. Most of the private hospitals, six out of seven, delivered only hospital-based curative services. Almost half of the patients (43.5%) were gold card holders. Administrators of the private hospitals were much worry about the financial problem from providing dental health services. Some administrators closely monitor the expenses and set up additional regulation to prevent financial loss. However, the loss scenario is unlikely happened in the near future because only 4.5 % of gold card holders used the services.
4. Many private dental clinics are reluctant to apply and enter the sub-contract system in providing dental health services because the UC policy did not effect their business . In addition, they are afraid of spending time in preparing paper work and uncertainty to have

a quick reimbursement of the fund. Anyhow, some clinics which had experience in getting insurance sub-contract from business companies, expressed different opinions. They supported the idea that subcontracting from the UC program will result in a mutual benefit. The private clinics can gain more patients during the low client period of the day and can maximize their current employee staff performance.

The idea of subcontract out the dental services for the private hospitals depended on the decision of the contacting unit which dental health service might not be at top of the concern for them. In addition, the idea of subcontract might not be possible in the rural area where dental professional are scarce and inadequate.

Although private clinics were ready in the aspects of the service unit and technology but the social readiness such as the handle of patient right to know is important.

5. The UC policy can ease the financial constrain of the current system but can not trackle the lack of dental health personnel. Data in 2001, showed 68% of the provinces has under satisfactory ratio of dental health personnel per population. There is a need to readjust current dental health manpower development not only in term of number but also the new required skill. For example, dentists in both public and private sectors should be trained to carry out dental public health work in the community while dental public health nurses should be able to work hand in hand with private sector.

6. The first year experience of the dental health service under the UC policy was not fully match the standard set up for the primary care unit especially the coverage and personnel aspects. Several alternatives can be choose to solve the problem: a) government employed more dental health personnel. b) a joint government and private services c) prioritize the most needed service to meet the standard criteria instead of providing all services as currently. In principle, the solution can be a combination of these three alternatives with modification for specific area.

7. There are also phenomenon in favor of improving dental health services. Private hospital hired more full time dentist instead of part time and former sub-district health center could start deliver dental health service after transform to be a primary care unit by the primary contacting hospital.

Recommendations:

1. The goal of a universal coverage for all dental health services can not be achieved in these near future. We recommend the strategy for UC policy to focus primary on coverage of particular age group such as children and also focus the coverage in dental preventive and promotive services. This will yield a high impact to solve dental health problem of the of the population.
2. There is an urgent need to set up a shared information and data bank for both public and private sectors at the local and national level. Without common indicators and information, it is difficult to evaluate the success of the UC policy.
3. The monitor and inspection body for the implementation of dental health services under the policy is vital. There must be criteria to select the inspection body. If the provincial health office is chosen to serve as the inspection body, the personnel must be trained to enhance their skill and capability. In some countries, the government contracting out the management and implementation of the program to local dental health association.
4. One of the major standard criteria for sub-contract the service is the reach out capacity to the population. If the accessibility of the population is not satisfy, the contracted units must expand its network. Detail on how to assess the capacity of the contracted unit and its network must be clearly documented.
5. Dental health promotion in a boarder sense should be introduced. The real dental health promotion is not limited to clinic-based services or family visit or screening for preventable conditions but should encompass initiating promoting dental health environment.

Further study

Carry out this study during the first year implementation of the UC policy pose some limitations in term of the limited number of study hospitals and provinces and the dynamic stage of the implementation. Several problems or issues might have been solved so far. Recognizing this limitation we also recommend further studies in the following area.

1. Macro-policy study to provide recommendations for the national health system.
2. Additional case study to gain more knowledge in dental health services under the UC policy and context such as:

a) Subcontracting joint public and private dental clinics for delivering services to specific age group or conditions.

- b) Effective management and supervision of the service network.
- c) Development of key performance indicator and information center for assessing quality of both public and private services.
- d) Estimation of average cost and expenses in carry out dental health services in different provinces.

บทที่ 1

บทนำ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ตลอดจนวิถีชีวิตและความเชื่อของประชาชนส่งผลต่อทันตสุขภาพของประชาชนไทย วิถีชีวิตบางอย่างทำให้ประชาชนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากมากขึ้น โดยเฉพาะการบริโภคน้ำตาลที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของโรคทางระบบส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก แต่อีกด้านหนึ่งการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมเมือง มีส่วนทำให้คนดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้นและเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น อย่างไรก็ตามสุขภาพช่องปากของประชาชนยังเป็นปัญหาสำคัญที่ยังมีอาจจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายได้ และการเข้าถึงบริการด้านทันตสุขภาพยังคงมีข้อจำกัดอย่างมาก จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544 พบว่าประชาชนไทยกว่าร้อยละ 80 มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคในช่องปาก แต่เข้าถึงบริการได้ไม่ถึงร้อยละ 20¹ จึงเป็นตัวชี้ว่าประชาชนไทยมีปัญหาทันตสุขภาพสะสมอยู่ในช่องปากที่รอรับการรักษา

นับตั้งแต่ปี 2544 รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน เพื่อหวังให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันว่าจะเข้าถึงบริการที่จำเป็นตามชุดสิทธิประโยชน์ ได้อย่างเสมอภาคเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หลักประกันด้านสุขภาพนี้ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ มีการจัดระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มุ่งหวังให้เป็นสถานที่ใกล้บ้านและใกล้ใจเพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ บริการดังกล่าวรวมถึงด้านทันตกรรม ซึ่งระบุชุดสิทธิประโยชน์ไว้ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณช่องปากและลำคอ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของการจัดบริการ โดยให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการ จากหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care unit PCU) ซึ่งเป็นด่านหน้าของการจัดบริการให้ครอบคลุม เข้าถึงง่าย เป็นองค์รวม และเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการด้านการเงินการคลังถูกนำมาใช้เป็นมาตรการหลักเพื่อเป็นหลักประกันความยั่งยืนทางการเงิน ว่างบประมาณสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีอยู่อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง และมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

¹ ประเมินผลแผน ๘ เด็กประถมศึกษา ได้รับการบริการครอบคลุมร้อยละ ๕๐.๘ กลุ่มอื่นๆ ได้รับการบริการครอบคลุมประมาณร้อยละ ๗-๒๗

อย่างไรก็ตาม การมีบริการทันตสุขภาพสำหรับประชากรทุกกลุ่มอายุโดยไม่กำหนดกลุ่มเป้าหมายหลัก และใช้งบประมาณรวมอยู่ในการเหมาจ่ายรายหัวประชากร เป็นรูปแบบการจัดบริการที่แตกต่างจากประสบการณ์เดิมของประเทศไทยและของต่างประเทศ ที่มักกำหนดสิทธิประโยชน์เฉพาะประชากรบางกลุ่ม เช่นกลุ่มเด็ก ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ และการบริการมักจำกัดอยู่ในสถานพยาบาลภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ ทำให้เกิดคำถามจากผู้เกี่ยวข้องว่ารูปแบบการจัดบริการทันตสุขภาพของประเทศไทยภายใต้นโยบายหลักประกันฯ จะก่อให้เกิดภาระด้านงบประมาณต่อระบบใหญ่หรือไม่ การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์มีความเหมาะสมเพียงใด ข้อจำกัดด้านบุคลากรและการกระจายบริการที่มีอยู่เดิมจะผ่อนคลายหรือไม่ และท้ายที่สุดมีข้อเสนอต่อระบบใหญ่อย่างไร เพื่อให้การจัดบริการบรรลุเป้าหมายความเสมอภาค คุณภาพ และประสิทธิภาพ ตามที่ตั้งไว้

ด้วยเหตุนี้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงสนับสนุนให้มีการศึกษาเพื่อหาข้อเสนอในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก เพื่อรองรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย การศึกษานี้ประกอบด้วยคำถามการวิจัยที่สำคัญ 3 ด้านคือ

1. การจัดบริการสุขภาพช่องปากสู่ประชาชน ประกอบด้วย

- การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการดำเนินการไปแล้วเป็นเวลา 1 ปี ทั้งในส่วนภาครัฐและภาคเอกชน
- ศึกษาความเหมาะสมของชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตสุขภาพ ทั้งด้านการรักษา การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ
- ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดระบบบริการแบบผสมผสานระหว่างภาครัฐและเอกชน

2. การคุ้มครองประชาชนผู้รับบริการ ประกอบด้วย

- การศึกษาสถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาการรับบริการทันตสุขภาพของประชาชน
- ศึกษาการควบคุมคุณภาพบริการ การกำหนดเกณฑ์และการประเมินคุณภาพบริการ ทันตกรรมในสถานพยาบาล

3. กำลังคนและการเงินการคลังเพื่อสนับสนุนระบบสุขภาพ ประกอบด้วย

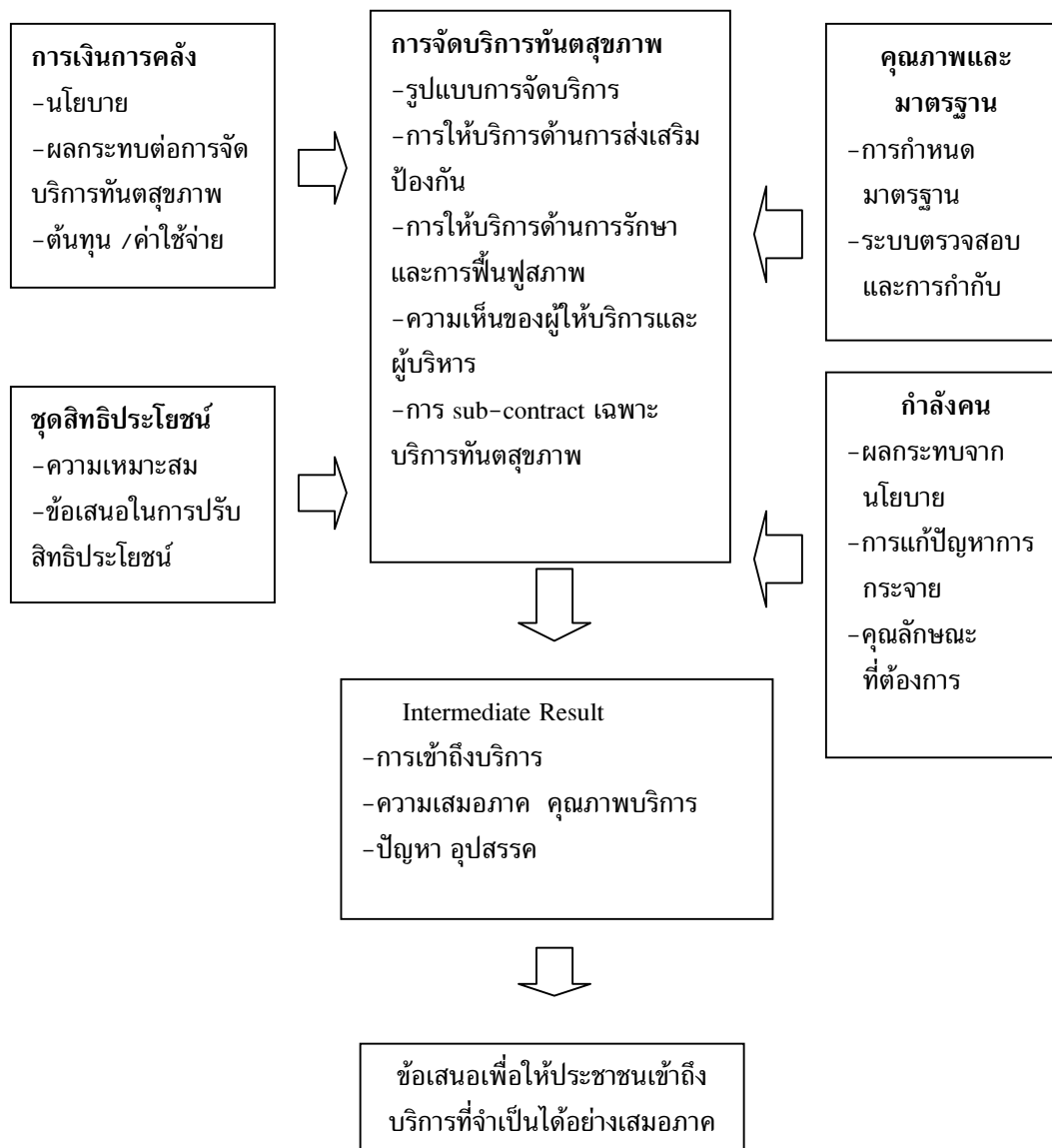
- ศึกษา นโยบายและแนวทางการวางแผนกำลังคนด้านทันตสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการกับหน่วยผลิต รวมทั้งนโยบายและวิธีการเพื่อให้เกิดการกระจายกำลังคนอย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างเสมอภาค
- ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปาก งบประมาณสนับสนุนบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐและระบบการจัดการ รวมทั้งเมื่อจะขยายโครงการครอบคลุมสถานบริการเอกชน

กรอบการทำงาน

การศึกษานี้ ประกอบด้วย

1. การวิจัย 8 โครงการย่อย ภายใต้ชุดโครงการวิจัยระบบบริการสุขภาพช่องปาก ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน 2544 – ตุลาคม 2545 ประกอบด้วย
 - 1.1 การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อการวิเคราะห์และเสนอแนะเชิงนโยบาย โดย ทพญ.ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ
 - 1.2 การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพในโครงการ 30 บาท : กรณีศึกษา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ โดย ทพ.วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ และคณะ
 - 1.3 การประเมินผลการจัดชุดสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพช่องปากสำหรับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย ทพ.วีรศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ
 - 1.4 บริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชน ในประเทศไทย : การศึกษาความเป็นไปได้ โดย ทพ.อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา และคณะ
 - 1.5 การเงินการคลังบริการสุขภาพช่องปากในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย ทพญ.เพ็ญแข ลาภยั้ง
 - 1.6 รูปแบบการประเมินและรับรองคุณภาพบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาล โดย ทพญ.กุลยา รัตนปรีดากุล และคณะ
 - 1.7 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรับบริการสุขภาพช่องปาก โดย ทพญ.สุณี ผลดีเยี่ยม
 - 1.8 การปฏิรูประบบสุขภาพและทันตบุคลากรไทย โดย ทพ.สุปรีดา อุดุลยานนท์ และคณะ
2. ศึกษาเอกสารเพิ่มเติม ประกอบด้วยเอกสารการวิจัย เอกสารข้อกำหนดต่างๆที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบบริการทันตสุขภาพของต่างประเทศ
3. วิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้อย่างเสมอภาค

กรอบความคิดในการศึกษา



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การสำรวจทันตสุขภาพของประเทศ แสดงให้เห็นการเจ็บป่วยด้วยโรคในช่องปาก ซึ่งมีความชุกสูงมากและส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการบำบัดรักษา โรคที่ยังเป็นปัญหาสำคัญของเด็กได้แก่ปัญหาฟันผุ ในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุได้แก่ปัญหาฟันผุและปริทันต์อักเสบ ในผู้สูงอายุยังมีปัญหาการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุร้อยละ 16.3 ไม่มีฟันเหลืออยู่เลยในช่องปากเลย และส่วนใหญ่ไม่มีการใส่ฟันปลอมทดแทน แม้โรคในช่องปากที่ประชาชนเจ็บป่วยเป็นส่วนใหญ่ จะเป็นโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบซึ่งไม่รุนแรงจนถึงแก่ชีวิต แต่ก็ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพโดยรวม สูญเสียคุณภาพชีวิต และก่อให้เกิดภาระด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะเมื่อการเจ็บป่วยมีอัตราความชุกสูงในทุกเพศทุกวัย

การจัดบริการให้แก่ประชาชนที่เจ็บป่วยอย่างเสมอภาคกัน เป็นเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พศ. 2540 มาตรา 52 และ 82 บัญญัติหลักการที่สำคัญไว้ 4 ประการคือ 1) ความเสมอภาคของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขซึ่งผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ ...” 2) บริการของรัฐต้องมีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน 3) เปิดโอกาสให้เอกชนและประชาชนมีส่วนร่วม และ 4) รัฐต้องดำเนินการป้องกันโรคติดต่อร้ายแรงให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า ดังนั้นเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพคือการให้บริการแก่ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับบริการ โดยคำนึงถึงการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคกัน

2.1 การพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทันตสุขภาพ

การทำความเข้าใจกับระบบบริการทันตสุขภาพในปัจจุบัน จำเป็นต้องเข้าใจถึงนโยบายที่เคยกำหนดไว้ตั้งแต่ในอดีต รวมถึงการจัดการในแผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงต่าง ๆ

บริการทันตสุขภาพในระยะต้นเกือบทั้งหมดเป็นการรักษาแบบตั้งรับ การพัฒนาอย่างเป็นระบบเริ่มจากการผลิตทันตบุคลากรครั้งแรกในปี พศ. 2460 โดยโรงเรียนแพทย์ทหารบก ผลิตทันตแพทย์หลักสูตร 2 ปี 1 รุ่น แล้วเลิกผลิต ยุกต์ของการเริ่มผลิตทันตแพทย์ปริญาและทันตนาหมยนั้น เริ่มเมื่อพศ.2483 รัฐบาลได้ตั้งแผนกทันตแพทยศาสตร์ ในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อผลิตทันตแพทย์ แต่ผลิตได้จำนวนน้อยมาก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดหลักสูตรอบรมทันตแพทย์ชั้น 2 ขึ้นในปี พศ.2485 เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนทันตแพทย์อย่างเร่งด่วน โดยรับจากผู้มีวุฒิปริญญาพยาบาลผดุงครรภ์ จบแล้วได้รับใบประกอบโรคศิลปะสาขาทันตกรรมชั้น 2 ต่อมาได้โอนหลักสูตรนี้ไปให้คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเปลี่ยนชื่อเป็นทันตนาหมย หลักสูตรนี้ยกเลิกไปใน พศ. 2516 ผลิตทันตนาหมยได้ทั้งสิ้น 549 คน

การกระจายบริการทันตกรรมไปในจังหวัดนอกกรุงเทพมหานคร เริ่มมีการจัดการอย่างเป็นระบบเมื่อมีการจัดตั้งโรงพยาบาลจังหวัดครบทุกจังหวัด พร้อมกับมีแผนกทันตกรรมในปี พศ. 2499

การกระจายบริการลงสู่ระดับอำเภอ เริ่มตั้งแต่ พศ. 2513 เมื่อมีทันตภิบาลบรรจุในสถานีนามายชั้น 1 นับเป็นยุคแรกที่บริการทันตสุขภาพมีรูปแบบการทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันอย่างแท้จริง เพราะบทบาททันตภิบาลเน้นรูปแบบการทำงานผสมผสานในนักเรียนประถมศึกษา ทั้งการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และทันตกรรมป้องกัน

การจัดบริการทันตสาธารณสุขมีการขยายตัวออกไปอย่างมาก รวมทั้งมีการจัดทำแผนงานทันตสาธารณสุขแห่งชาติอย่างเป็นทางการครั้งแรก ในช่วงที่ประเทศไทยมีการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พศ.2520-2524) นับเป็นแผนแม่บทเรื่องการพัฒนาโครงสร้างภายใน (Infrastructure) เพื่อรองรับการพัฒนางานทันตสาธารณสุขที่ชัดเจน มีเป้าหมายการทำงานและกลยุทธ์ที่ชัดเจน ทั้งด้านการรักษาและการส่งเสริมป้องกัน

แผนงานทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน ให้มีบริการทันตกรรมในสถานบริการภาครัฐและเอกชน ให้ครอบคลุมประชากรร้อยละ 30 ในเขตเมือง และร้อยละ 10 ในเขตชนบท โดยจัดลำดับความสำคัญของผู้มารับบริการตามลำดับ 1-5 คือ เด็กในชั้นประถมศึกษา เด็กก่อนวัยเรียนและมัธยมศึกษา หญิงมีครรภ์และหญิงที่กำลังเลี้ยงดูบุตร ผู้สูงอายุหรือผู้เจ็บป่วยและประชาชนทั่วไป โดยมุ่งเน้นบริการเพื่อการบำบัดและบรรเทาความเจ็บปวดหรือกำจัดการรุกรานของเชื้อโรคเป็นอันดับแรก แผนงานทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ยังมีนโยบายด้านโครงสร้างที่สำคัญ คือ กำหนดให้มีแผนกทันตกรรมในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่มีขนาด 30 เตียงขึ้นไปทุกโรงพยาบาล และให้มีทันตแพทย์ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด พร้อมทั้งระบุว่าแผนงานทันตสุขภาพ เป็นแผนงานสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ

แผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 (2525-2529) เน้นการสนองนโยบายสาธารณสุขมูลฐานและหลักการสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (Health For All) เป้าหมายของแผน 5 นี้มี 2 ประเด็นที่สำคัญคือ

1. กลวิธีหลัก ตั้งเป้าหมายให้ประชาชนในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน ได้รับบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน หรือบริการอย่างง่าย
2. กลวิธีสนับสนุน เน้นการจัดกลไกขั้นพื้นฐาน (Infrastructure) โดยการพัฒนาโครงสร้างระดับจังหวัดและอำเภอต่อเนื่องจากแผน 4 และเพิ่มโครงสร้างให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานระดับโรงพยาบาลอำเภอทุกแห่ง²

การขยายบริการทันตสาธารณสุขไปสู่ระดับตำบล เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนบริการในพื้นที่ชนบทนั้น ริเริ่มมาตั้งแต่ปี 2523 เมื่อกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย จัดอบรมเจ้าหน้าที่สา

² ในปี พศ.2525 โรงพยาบาลอำเภอเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลชุมชน มีกรอบอัตรากำลังเป็นทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์ จึงเกิดเป็นทีมงานทันตสาธารณสุขขึ้นเป็นครั้งแรก

ธารณสุขเพื่อให้บริการพื้นฐานทางทันตกรรม เช่นการถอนฟันโยกคลอน การอุดหินน้ำลาย การอุดฟันด้วยวัสดุอุดชั่วคราว และการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในปี 2529 ได้เพิ่มศักยภาพให้เจ้าหน้าที่สามารถอุดหินน้ำลายด้วยเครื่องมือไฟฟ้า แต่การประเมินผลในปี 2537 พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ที่รู้สึกว่าการทันตสาธารณสุขเป็นงานละเอียดอ่อน ทำยาก และใช้เวลามาก แม้จะเห็นว่าประชาชนมีปัญหาสุขภาพช่องปากมากแต่ส่วนใหญ่ไม่พร้อมทำงานนี้เพิ่มเพราะมีภาระหน้าที่มากอยู่แล้ว

เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 พบว่าสามารถให้บริการครอบคลุมนักเรียนประถมศึกษาได้เพียงร้อยละ 4.7 แม้จะเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักก็ตาม

แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาฉบับที่ 6 (2530-2534) ยังคงให้ความสำคัญกับการดำเนินงานในเด็กประถมศึกษาเป็นอันดับแรก แต่จากปัญหาการครอบคลุมบริการในเด็กประถมศึกษา ซึ่งต่ำมาก ทำให้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการจากทันตกรรมเพิ่มทวี เป็นระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครู และผู้ปกครองมากยิ่งขึ้น การประเมินครั้งแผนพัฒนาฉบับที่ 6 พบว่า บริการทันตกรรมบำบัดในนักเรียนประถมศึกษา เพิ่มจากร้อย 4.7 ในปี 2529 เป็นร้อยละ 16.9 ในปี 2532 กิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันครอบคลุมร้อยละ 79.7 และนักเรียนได้รับการตรวจตามระบบเฝ้าระวังร้อยละ 40.3 แต่การให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป ภาครัฐสามารถจัดบริการได้ครอบคลุมเพียงร้อยละ 4 และยังไม่มีการกำหนดแนวทางการจัดบริการที่ชัดเจนแก่กลุ่มก่อนวัยเรียน วัยรุ่น กลุ่มแรงงาน ผู้ด้อยโอกาสในสังคม และผู้สูงอายุ

พศ. 2532 มีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบครั้งใหญ่อีกครั้งหนึ่ง เมื่อมีโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ มีผลทำให้การกระจายของทันตแพทย์ลงสู่ระดับอำเภอเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนับจากนั้น

ในแผนพัฒนาฉบับที่ 7 (2535-2539) แผนงานทันตสาธารณสุข มีความชัดเจนกว่าแผน 5 และ 6 ที่ผ่านมา โดยตั้งเป้าหมายให้มีการควบคุมโรคและขยายบริการทันตกรรมที่มีคุณภาพแก่ประชาชนร้อยละ 10 รวมทั้งพัฒนาคุณภาพสถานบริการ และการจัดบริการทันตกรรมให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน (พบส.) การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้เพิ่มเด็กก่อนวัยเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักควบคู่ไปกับเด็กประถมศึกษา การพัฒนาโครงสร้าง มีการพัฒนาคุณภาพทั้งระดับล่างและระดับบน ในระดับล่าง ได้เน้นการพัฒนาคุณภาพบริการทันตกรรมของสถานอนามัย ให้มีขีดความสามารถสูงขึ้น กำหนดให้มีกรอบอัตรากำลังทันตภิบาลที่สถานอนามัย ส่วนระดับบนเน้นการพัฒนา กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลศูนย์ให้เป็นศูนย์ฝึกอบรม (Training Center) ด้านการพัฒนาโครงสร้างทั่วไปได้ขยายอัตรากำลังทั้งทันตแพทย์ ทันตภิบาล ผู้ช่วย และช่างทันตกรรม

ในช่วงปี 2535-2544 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย มีเป้าหมายพัฒนาสถานอนามัยที่มีประชากรในความรับผิดชอบมากหรือเป็นเขตทุรกันดารเสี่ยงภัย ให้เป็นสถานอนามัยขนาดใหญ่ มีขีดความสามารถจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานที่สูง

ขึ้นเพื่อทำหน้าที่เป็นสถานพยาบาลด่านแรกที่มีประสิทธิภาพ ใช้การรักษาพยาบาลเป็นจุดนำในการเรียกศรัทธาจากประชาชน ภายใต้โครงการนี้ ได้เสนอให้สถานื่อนามัยขนาดใหญ่มีตำแหน่งทันตภิบาล 1 คน เพื่อทำงานด้านทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มบรรจุทันตภิบาลให้ประจำสถานื่อนามัย ตั้งแต่ปี 2535 ทำให้มีการกระจายทันตภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานื่อนามัยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

การประเมินผลครึ่งแผน 7 (2537) พบว่าภาครัฐสามารถจัดบริการให้แก่เด็กประถมศึกษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.7 ในประชาชนทั่วไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.3 และจากรง.402 ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ให้บริการในสัดส่วนสูงสุด คือ ครอบคลุมประชากรร้อยละ 13.9 รองลงมาได้แก่สถานื่อนามัย ครอบคลุมร้อยละ 3.9 โรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไปร้อยละ 1.7 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 1.5 พบว่าการขยายสถานบริการทันตกรรมของภาครัฐมีการครอบคลุมดีขึ้น สามารถขยายงานบริการทันตกรรมพื้นฐานลงในสถานื่อนามัย ได้ประมาณครึ่งหนึ่งของสถานื่อนามัย แต่การครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยังต่ำ บริการที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นการถอนฟัน และสถานบริการภาคเอกชนมีแนวโน้มขยายตัวมากขึ้น

ในแผนพัฒนาฉบับที่ 8 (2540-2544) ไม่มีปรากฏแน่นอนว่าทันตสาธารณสุขอยู่ในแผนพัฒนาฯ แต่มีงานทันตสาธารณสุข อยู่ในแผนงานรองสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การจัดทำแผนนี้ไม่มีการกำหนดเป้าหมายการครอบคลุมที่ชัดเจน และไม่มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทางทันตสุขภาพ ดังนั้น รายละเอียดในแผนงานจึงเน้นงานตามบทบาทของกรมอนามัยเป็นหลัก ได้แก่ การพัฒนารูปแบบและสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากที่สุด ส่วนโครงสร้างการดำเนินงานต่างๆ ยังคงเป็นไปตามกลไกปกครองระบบใหญ่

แม้ว่าในแผนพัฒนาฉบับที่ 8 จะมีได้กำหนดเรื่องการพัฒนาทันตสุขภาพไว้ชัดเจนนัก แต่ในช่วงรอยต่อของแผนพัฒนาฉบับที่ 7 และ 8 ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการทันตสุขภาพหลายประการ อาทิเช่น

- พ.ศ.2537 กำหนดองค์กรทันตแพทยสภา ทำให้วิชาชีพทันตแพทย์ มีองค์กรโดยตรงที่ทำหน้าที่ทั้งด้านการส่งเสริมวิชาชีพ และการกำกับมาตรฐานของวิชาชีพ
- พ.ศ.2537-2543 มีการขยายการบรรจุทันตภิบาล ลงในสถานื่อนามัยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากรอบอัตรากำลังของทันตภิบาลในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เต็มกรอบ
- พ.ศ.2538 กระทรวงสาธารณสุขยกเลิกการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ หลักสูตร 1ปี เนื่องจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่จะพัฒนาหลักสูตรนักเรียนทุนที่เรียน 1 ปีให้เป็น 2 ปีทั้งหมด แต่หลังจากปี 2541 กระทรวงสาธารณสุขได้ยุติการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ทั้งหมด เนื่องจากผลกระทบทางเศรษฐกิจ และรัฐมีนโยบายจำกัดกำลังคนภาครัฐ
- พ.ศ.2543 การจำกัดกำลังคนของภาครัฐทำให้นักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด รวมทั้ง แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ต้องบรรจุเข้าเป็นพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

- 10 มีนาคม 2543 มีมติให้ผู้ที่เข้าศึกษาในหลักสูตรการผลิตต่างๆของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งทันตภิบาล ไม่ต้องทำสัญญาชดใช้ทุนอีกต่อไป (มีผลบังคับใช้กับผู้เข้าศึกษาในปีพ.ศ. 2544) ส่งผลให้การสนับสนุนกำลังคน ทั้งทันตแพทย์ และทันตภิบาลในอนาคตมีความไม่แน่นอนอย่างมาก

สรุปพัฒนาการของนโยบายและการจัดกลไกพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการจัดบริการทันตสุขภาพ

ปี พศ.	การพัฒนาที่เกิดขึ้น
2483	ตั้งแผนกทันตแพทยศาสตร์ ในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2485-2516	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จัดหลักสูตรอบรมทพ.ชั้น 2 รับจากวุฒิพยาบาลผดุงครรภ์ ต่อมาโอนให้คณะทันตจุฬาฯ และเปลี่ยนชื่อเป็นทันตอนามัย ผลิตได้รวมทั้งสิ้น 549 คน
2499-2513	ตั้งแผนกทันตกรรมในโรงพยาบาลจังหวัด เริ่มมีทันตภิบาลปฏิบัติงานในระดับอำเภอ
แผน4 2520-24	-พัฒนาโครงสร้างระดับอำเภอ ให้มีแผนกทันตในรพ.ขนาด 30 เตียงขึ้นไป และให้มีทพ.ประจำ สสจ.ทุกจังหวัด -กำหนดเป้าหมายให้บริการทันตกรรมในเขตเมืองครอบคลุมร้อยละ 30 เขตชนบทร้อยละ 10 -จัดลำดับความสำคัญให้นักเรียนประถมศึกษาเป็นอันดับแรก
แผน5 2525-29	-ตั้งเป้าหมายให้ประชาชนถึงระดับหมู่บ้านได้รับบริการพื้นฐาน -กำหนดกรอบอัตรากำลัง ทันตแพทย์ ทันตภิบาลและผู้ช่วยทันตแพทย์ทุกโรงพยาบาลชุมชน -อบรมเพิ่มขีดความสามารถเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้บริการพื้นฐานทางทันตกรรม เช่นการถอนฟันโยกคลอน การขูดหินน้ำลาย การอุดฟันด้วยวัสดุอุดชั่วคราว และการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ในปี 2529 ได้เพิ่มศักยภาพให้เจ้าหน้าที่สามารถขูดหินน้ำลายด้วยเครื่องมือไฟฟ้า

ปี พศ.	การพัฒนาที่เกิดขึ้น (ต่อ)
แผน 6 2530-34	-เปลี่ยนรูปแบบบริการในนักเรียนประถมศึกษาจากทันตกรรมเพิ่มทวีเป็นการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ -เพิ่มการกระจายบริการ -จัดให้มีทันตแพทย์คู่สัญญา ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐเป็นเวลา 3 ปี หลังจบการศึกษา
แผน 7-8 2535-44	-แผน 7 ตั้งเป้าหมายการครอบคลุมบริการร้อยละ 10 เมื่อสิ้นสุดแผน 7 เด็กประถมฯ ได้รับบริการร้อยละ 19.7 ประชาชนทั่วไป 4.3 -พัฒนา รพศ. เป็นศูนย์ฝึกอบรม -นโยบาย ทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย ให้สถานอนามัยขนาดใหญ่มีทันตภิบาล 1 คน -2537 กำเนิดทันตแพทย์สภา -2541 ยกเลิกหลักสูตรผู้ช่วย ทพ. -2543 นโยบายจำกัดกำลังคนภาครัฐ ทพ.คู่สัญญา ต้องบรรจุเป็นพนักงานของรัฐแทนการเป็นข้าราชการ ทันตภิบาลไม่ต้องทำสัญญาชดใช้ทุน

2.2 ระบบประกันทันตสุขภาพในประเทศไทย

การประกันสุขภาพในประเทศไทย ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจจำแนกเป็น 3 กลุ่มได้แก่

กลุ่มที่ 1 สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ (Social welfare) เป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่บุคคลบางประเภท เดิมแบ่งเป็นกลุ่มต่างๆ เช่นผู้มีรายได้น้อย นักเรียนประถมศึกษา ผู้สูงอายุ ฯลฯ ต่อมาได้รวมเป็นโครงการหลักเดียวกัน เรียกว่า โครงการสวัสดิการด้านการรักษายาบาลสำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) ในกลุ่มสวัสดิการนี้รัฐได้จัดสิทธิประโยชน์ด้านบริการทันตสุขภาพ ประกอบด้วยค่าอุดฟันทุกชนิด ค่าถอนฟัน ค่าชุดหินน้ำลาย ค่าเคลือบฟลูออไรด์ ค่ารักษาโรคของฟันและเหงือก ค่าทำฟันปลอมที่ใช้ฐานอะคริลิกเป็นฐาน ที่ทันตแพทย์เห็นว่าจำเป็นเพื่อการโภชนาการ เมื่อเจ็บป่วยสามารถมารับบริการโดยไม่ต้องจ่ายเงิน

สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ จัดอยู่ในกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้เช่นกัน แต่สิทธิประโยชน์ต่างกันเล็กน้อย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำไม่ครอบคลุมสิทธิในการทำฟันปลอมและสิทธิด้านการส่งเสริมป้องกัน ส่วนพนักงานรัฐวิสาหกิจ ส่วนใหญ่มีสิทธิเทียบเท่าข้าราชการ บางหน่วยงานได้รับสิทธิบางอย่างมากกว่าข้าราชการ

ทั้งหมดนี้ได้รับสิทธิครอบคลุมไปถึงบุคคลสายตรงในครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยสามารถมารับบริการ โดยต้องจ่ายเงินด้วยตนเองแล้วจึงนำไปเสริมรับเงินไปเบิกคืนจากคลังต้นสังกัดในภายหลัง

กลุ่มที่ 2 การประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory health insurance) เป็นการประกันสุขภาพเชิงบังคับตามกฎหมาย โดยเฉพาะในกลุ่มลูกจ้างภาคอุตสาหกรรมและการบริการ ได้แก่ กองทุนเงินทดแทน กองทุนประกันสังคม การประกันภัยบุคคลที่ 3 ที่เกี่ยวข้องกับบริการทันตสุขภาพโดยตรงคือ กองทุนประกันสังคม ให้สิทธิประโยชน์ในเรื่องการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย ในวงเงินไม่เกิน 400 บาทต่อปี

กลุ่มที่ 3 การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary health insurance) เป็นการประกันสุขภาพโดยสมัครใจของประชาชนที่สามารถจ่ายเบี้ยประกัน ประชาชนอาจซื้อประกันจากเอกชนและได้รับการคุ้มครองในบริการที่ได้ตกลงไว้ หรือซื้อบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และได้รับบริการเช่นเดียวกับกลุ่ม สปร. ปัจจุบันเมื่อประเทศไทยได้ปรับเข้าสู่การจัดบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐได้จัดงบประมาณขึ้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่อคนต่อปี โดยคิดให้เฉพาะประชากรที่ยังไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันสังคม และกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งมีอยู่ประมาณ 45 ล้านคน ในปี 2545 จัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว 1,202.40 บาทต่อคนต่อปี โดยครอบคลุมสิทธิประโยชน์ 2 ด้านคือ 1) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ การเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี) 2) ด้านการตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไปประกอบด้วย การถอนฟัน ขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม การใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

ในปี 2546 คณะอนุกรรมการการพัฒนาระบบการเงินการคลัง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้เสนอการคาดประมาณไว้เป็นเงิน 1,414 บาทต่อคนต่อปี โดยลดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาลงเหลือเพียง การถอนฟัน ขูดหินปูน ขูดหินปูน สำหรับทุกกลุ่มอายุ การรักษาโรคปริทันต์ (จนถึงเกลารากฟัน) และการทำฟันปลอมฐานพลาสติกเฉพาะผู้สูงอายุ ส่วนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ยังคงเหมือนเดิม การจัดการบริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ รัฐยังได้ขยายให้แหล่งบริการภาคเอกชน มีส่วนในการร่วมจัดบริการด้วย การจัดทำสิทธิประโยชน์ปี 2546 มีความพยายามปรับสิทธิประโยชน์ของกลุ่มต่างๆ ให้ใกล้เคียงกัน แต่ขณะเดียวกันต้องไม่รอนสิทธิเดิมที่แต่ละกลุ่มเคยได้รับ ดังนั้น สิทธิประโยชน์ของแต่ละกลุ่มจึงยังคงมีความแตกต่างกัน

บทที่ 3

ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาของโครงการย่อย ภายใต้ชุดโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก ขอนำเสนอผลการศึกษาเป็น 7 หัวข้อดังนี้

1. การจัดบริการทันตสุขภาพของภาครัฐตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. การจัดบริการทันตสุขภาพของภาคเอกชนภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. แนวโน้มการเข้าร่วมจัดบริการของคลินิกเอกชนในอนาคต
4. ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม
5. การจัดการด้านการเงินการคลัง
6. คุณภาพ มาตรฐาน และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรับบริการสุขภาพช่องปาก
7. กำลังคนในระบบบริการทันตสุขภาพ

1. การจัดการบริการทันตสุขภาพของภาครัฐ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การศึกษาของศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ (2545) ได้เก็บข้อมูลด้านการบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ 6 แห่ง ใน 3 จังหวัด เป็นโรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง เปรียบเทียบการให้บริการระหว่างปี 2543 และ 2544 ซึ่งเป็นระยะเวลาก่อนและหลังจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า³ รวมทั้งได้สัมภาษณ์ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการดำเนินงานทันตสุขภาพภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในด้านการรักษาและการส่งเสริมป้องกัน

1.1 บริการด้านการรักษา

ปริมาณงานและการครอบคลุมประชากรเป้าหมาย

การเปรียบเทียบข้อมูลบริการก่อนและหลังจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น สถานพยาบาลทั้ง 6 แห่งมีผู้มารับบริการเพิ่มสูงขึ้นทุกแห่ง เฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 26.6 (ระหว่าง ร้อยละ 8.0-50.4) ส่วนการครอบคลุมเป็นจำนวนคน โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.2 โรงพยาบาลชุมชนมีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น มากกว่าโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป คือร้อยละ 42.8 และร้อยละ 19.6 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามสามารถให้บริการครอบคลุมประชากรที่รับผิดชอบ ได้เพียงร้อยละ 6.4 (ระหว่าง ร้อยละ 5-9)

เมื่อพิจารณาเฉพาะในกลุ่มผู้มีบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) พบว่าการบริการทันตกรรมครอบคลุมกลุ่มดังกล่าวร้อยละ 1.1 - 3.1 ของผู้มีบัตรประกันสุขภาพในพื้นที่นั้นทั้งหมด

ลักษณะของผู้รับบริการ

การเปรียบเทียบผู้รับบริการแยกตามเพศ พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างปี 2543 และ 2544 กล่าวคือผู้รับบริการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า

³ 1) เนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มในเดือนเมษายน 2544 การเก็บข้อมูลในปี 2544 จึงสามารถดำเนินการได้เพียง 9 เดือน ระหว่างเดือน เมษายน - ธันวาคม 2544 ดังนั้นข้อมูลปี 2543 ที่นำมาเปรียบเทียบ จึงใช้ข้อมูลเดือน เมษายน - ธันวาคม 2543 เช่นกัน

2) คัดลอกข้อมูลจากแบบบันทึกผู้ป่วยทันตกรรมในวันทำการ ทั้งในและนอกเวลาราชการ เฉพาะวันที่ลงท้ายด้วยเลขคู่

เมื่อเปรียบเทียบผู้รับบริการตามกลุ่มอายุ พบว่าเด็กเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการลดลงทั้งในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มอายุที่ได้รับบริการเป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นคือผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (ตารางที่ 1 และ 2)

ตารางที่ 1 ร้อยละของผู้รับบริการจำแนกตามกลุ่มอายุ เปรียบเทียบปี 2543-2544 ⁴

กลุ่มอายุ (ปี)	ปี 2543 (%)	ปี 2544 (%)
0-9	18.9	16.1
10-19	17.8	17.4
20-29	20.5	20.5
30-39	17.0	17.5
40-49	12.4	13.3
50-59	6.9	7.6
60+	6.6	7.7

- ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า, 2545
- การคิดร้อยละ คิดจากจำนวนผู้ป่วยกลุ่มอายุนั้นหารด้วยผู้ป่วยทั้งหมดในปีนั้น

การจำแนกผู้มารับบริการเป็นกลุ่มตามสิทธิต่างๆ พบว่าปี 2544 มีผู้ป่วยบัตรทองเป็นสัดส่วนร้อยละ 37.0 ของผู้ป่วยทันตกรรมทั้งหมด สัดส่วนผู้ป่วยบัตรทองในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 28.7 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 57.4 ผู้ป่วยบัตรทองเพิ่มขึ้นจากปี 2543⁵ ร้อยละ 30.1 ผู้ป่วยทันตกรรมที่ต้องจ่ายค่าบริการเองมีร้อยละ 41.1 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ซึ่งต้องจ่ายค่าบริการเองร้อยละ 52.4 แม้ว่าชนิดบริการส่วนใหญ่จะอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ก็ตาม (ดูเพิ่มเติมในตารางที่ 3) ในขณะที่ โรงพยาบาลชุมชนจ่ายเองร้อยละ 14.3 โดยภาพรวมสัดส่วนผู้จ่ายค่าบริการเองลดลงจากปี 2543 ประมาณร้อยละ 9

⁴ มีข้อมูลให้เปรียบเทียบเฉพาะข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 3 แห่ง

⁵ เปรียบเทียบจากผู้ป่วยกลุ่มบัตรประกันสุขภาพและ บัตร สปร.ในปีดังกล่าว

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละของผู้มารับบริการ จำแนกตามการจ่ายค่าบริการ / ประเภทสิทธิ

ประเภท/สิทธิ ในการรับบริการ ตามบัตรต่างๆ	รวม		รพศ. รพท.		รพช.	
	2543	2544	2543	2544	2543	2544
ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ	18.6*	21.1*	8.9	14.1	41.9*	28.2*
บัตรประกันสังคม			2.3	4.1		
บัตรประกันสุขภาพ (เดิม)/ บัตรทอง	7.2	13.7	9.1	10.2	1.5	22.2
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง ท. / สปร)	22.9	23.3	15.4	18.5	46.0	35.2
จ่ายเอง	50.8	41.4	63.5	52.4	10.5	14.3
อื่นๆ	0.5	0.4	0.7	0.6	0.1	0.1

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545

* รวมข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ประกันสังคม

ลักษณะการให้บริการ และการเปรียบเทียบกับชุดสิทธิประโยชน์

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ มารับบริการเพียง 1 ครั้ง จำนวนเฉลี่ย ครั้ง/คน/ปี ที่มารับบริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก 1.29 ในปี 2543 เป็น 1.35 ครั้ง/คน/ปี ในปี 2544 แต่ปริมาณงานที่ได้รับบริการต่อ 1 ครั้งที่มารับการรักษาลดลง การจำกัดชนิดบริการให้น้อยลงอาจเนื่องมาจากปริมาณผู้ป่วยที่รอคิวจำนวนมาก จึงต้องเฉลี่ยเวลาในการให้บริการต่อผู้ป่วยแต่ละคนน้อยลง

ปริมาณงานบริการที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นบริการพื้นฐาน ได้แก่การอุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินปูน บริการทั้ง 3 รายการ คิดเป็นสัดส่วนกว่าร้อยละ 80 ของทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนบริการชนิดต่างๆ ระหว่างปี พศ. 2543 และ 2544 พบว่าเพิ่มขึ้นเล็กน้อยทุกประเภท ยกเว้นทันตกรรมป้องกันที่ลดลงทั้งโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เป็นที่น่าสังเกตว่าบริการด้านการป้องกันในคลินิก เป็นสัดส่วนที่น้อยมาก เพียงร้อยละ 1.5 เมื่อเปรียบเทียบกับบริการด้านอื่นๆ (ตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาการรวมไปกับการกระจายกลุ่มอายุของผู้ป่วย(ตารางที่ 2) ซึ่งกลุ่มเด็กได้รับบริการลดลงแล้ว ทำให้เห็นความสอดคล้องกันว่าหากเด็กได้รับบริการลดลง โอกาสการได้รับด้านทันตกรรมป้องกันก็ลดลงด้วย

เมื่อเปรียบเทียบกับชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ว่า บริการที่ประชาชนมีสิทธิได้รับโดยการจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาท ประกอบด้วย การถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย รักษาโรคฟันน้ำนม เพดานเทียม ศัลยกรรมช่องปาก และฟันปลอมฐานพลาสติก จะเห็นได้ว่าบริการอื่นๆที่นอกเหนือจากการถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ยังเป็นสัดส่วนที่น้อยมาก แม้ว่าการทำฟันปลอมฐานพลาสติกจะเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อยเมื่อพิจารณาเป็นจำนวนชิ้นของการให้บริการ แต่บริการดังกล่าวกลับตกอยู่ในกลุ่มอายุอื่นๆที่มีไข้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่คาดหวังว่าจะได้บริการด้านนี้เพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 3 ร้อยละของการบริการ แยกตามชนิดบริการ เปรียบเทียบปี 2543 และ 2544

ชนิดบริการ	รวม		รพศ / รพท		รพช.	
	ปี 2543 (%)	ปี 2544 (%)	ปี 2543 (%)	ปี 2544 (%)	ปี 2543 (%)	ปี 2544 (%)
ทันตรังสี	7.5	6.7	9.1	7.8	3.9	4.8
เวชศาสตร์ช่องปาก	7.5	5.8	8.1	6.9	6.1	3.7
อุดฟัน	26.2	27.6	25.7	27.8	27.2	27.1
ปริทันต์	9.6	10.5	10.3	10.1	7.9	11.4
ทันตกรรมป้องกัน	1.9	1.5	1.6	1.4	2.6	1.7
ใส่ฟัน	0.7	0.9	0.6	0.6	1.0	1.4
ถอนฟัน	38.5	39.4	34.2	36.0	47.9	45.9
ศัลยกรรมช่องปาก	2.8	2.6	3.7	3.6	0.9	0.8
รักษารากฟัน	5.4	4.9	6.7	5.8	2.4	3.2

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ การศึกษาสถานการณ์การให้บริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2545

โรงพยาบาลทั้ง 6 แห่งที่ศึกษา ไม่มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลแล้วไม่ได้รับบริการ เนื่องจากต้องถูก“ตัดคิว” ตั้งแต่ที่ห้องบัตร⁶ ผู้ป่วยที่มาเข้าคิวที่ห้องทันตกรรมแล้วไม่ได้รับบริการมีร้อยละ 0.7 ซึ่งอาจมีสาเหตุจากไม่สามารถรอได้หรือสาเหตุอื่นๆ ผู้ป่วยอีกร้อยละ 10.5 ได้รับการตรวจเพียงอย่างเดียวเพื่อเข้าคิวรอรับการรักษา การตรวจอย่างเดียวเพิ่มขึ้นจากปี 2543 ถึงเกือบ 2 เท่า⁷ พบว่าคิวผู้ป่วยยาวขึ้น การจัดคิวมีทั้งแบบแยกคิวตามชนิดบริการและจัดคิวรวม งานบริการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์และมีปัญหารอคิวนานได้แก่การทำฟันปลอม

1.2 บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ดังได้กล่าวแล้วในข้อ 1.1 ว่างานทันตกรรมป้องกันของปี 2543 และ 2544 มีสัดส่วนลดลงสำหรับงานเชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะหรือในชุมชน พบว่า หน่วยคู่สัญญาที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ยังคงทำกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพเฉพาะส่วนที่เคยทำอยู่เดิม ได้แก่ การตรวจช่องปากหญิงมี

⁶ โรงพยาบาลกำหนดโควตาผู้ป่วยต่อวัน โดยแจ้งยอดไว้ที่ห้องบัตร หากเต็มตามจำนวนที่กำหนดแล้วห้องบัตรจะแจ้งปฏิเสธต่อผู้ป่วยโดยมิได้บันทึกผู้ป่วยจำนวนนี้ไว้

⁷ ปี 2543 ผู้ป่วยได้รับการตรวจอย่างเดียว 1,423 ราย ปี 2544 เพิ่มขึ้นเป็น 2,008 ราย คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 41.1

ครรภ์ การตรวจฟันเด็กในคลินิกเด็กดี สำหรับการส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียนประถมศึกษา พบว่า ไม่มีการขยายพื้นที่ไปให้ครอบคลุมโรงเรียนที่ต้องรับผิดชอบทั้งหมด เป็นที่ทราบกันมาก่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดต่างๆ ได้จัดแบ่งโรงเรียนประถมศึกษาในเขตเมือง ให้อยู่ในการดูแลของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และเทศบาล หรือโรงพยาบาลแม่และเด็ก โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ภายหลังเมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้จัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวให้แก่หน่วยคู่สัญญาโดยตรง คือโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ซึ่งต้องรับผิดชอบทั้งหมด แต่โรงพยาบาลยังไม่สามารถจัดบริการให้ได้ กิจกรรมเชิงรุกสำหรับเด็กในโรงเรียนจึงต้องหยุดชะงักไป นอกจากนี้กิจกรรมในชุมชนเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพดียังไม่มีการดำเนินการ คงมีเพียงการตรวจและบริการด้านทันตกรรมป้องกันเท่านั้น

ด้านทิศต่อการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีความเห็นว่าตนเองขาดทักษะการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ขาดทักษะการวางแผน และรู้สึกว่าเป็นทันตแพทย์เฉพาะทาง ไม่อยากไปทำงานในชุมชนหรือในหน่วยบริการปฐมภูมิเพราะเห็นว่าไม่คุ้ม น่าจะให้ทันตภิบาลมารับบทบาทนี้มากกว่า จึงเกิดบรรยากาศต่อต้าน นอกจากนี้ ที่โรงพยาบาลมีคนไข้จำนวนมาก ไม่สามารถปฏิเสธการให้บริการได้และเกรงถูกร้องเรียน ทำให้โอกาสทำงานเชิงรุกมีน้อยมาก

สำหรับโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนมายไม่มีปัญหาการทำงานส่งเสริมป้องกัน ที่เป็นกิจกรรมเดิม โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายเด็ก และยังมีความพยายามจะพัฒนาให้กว้างขึ้นเพื่อให้เชื่อมโยงกับระบบการเยี่ยมบ้าน และทำงานผสมผสานกับฝ่ายต่างๆ มากขึ้น แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและยังไม่สามารถแสดงถึงคุณภาพการบริการได้

2. การร่วมจัดบริการทันตสุขภาพของภาคเอกชน ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ และคณะ (2545) ได้ศึกษาข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นหน่วยคู่สัญญา จำนวน 7 แห่ง ใน 1 จังหวัด สัมภาษณ์ทันตแพทย์ที่ให้บริการ และสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 7 แห่ง เพื่อให้ทราบว่าภาคเอกชนมีการเตรียมตัวเพื่อเข้าร่วมโครงการอย่างไร จัดระบบเครือข่ายอย่างไร การจัดบริการทันตสุขภาพมีรูปแบบอย่างไร ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้รับบริการมีความคิดเห็นต่อการจัดบริการและชุดสิทธิประโยชน์อย่างไร

โรงพยาบาล 6 ใน 7 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ เป็นโรงพยาบาลค่อนข้างใหม่ที่เปิดดำเนินการมาไม่เกิน 10 ปี มีประชากรผู้มีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพ (บัตรทอง) อยู่ในความรับผิดชอบ ตั้งแต่ 6,850 – 18,175 คน

2.1 เหตุผลในการเข้าร่วมโครงการและการเตรียมการของโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ เห็นด้วยกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมองว่างบประมาณจะส่งตรงถึงประชาชนผ่านทางโรงพยาบาลคู่สัญญา ทำให้มีความชัดเจนทางงบประมาณว่าประชาชนจะได้รับการคุ้มครองจากรัฐในวงเงินเท่าใด ภาคเอกชนยังมีเหตุผลเชิงธุรกิจและการแข่งขัน ซึ่งเป็นพื้นฐานในการก่อตั้งโรงพยาบาลเอกชนอยู่แล้ว เช่น การเข้าร่วมโครงการตั้งแต่ต้นจะทำให้ได้เรียนรู้เท่าๆกับคนอื่น เข้าใจปัญหาและแก้ไขได้ทันการ หากไม่เข้าร่วมเกรงว่าผู้ป่วยจะลดลง และการเข้าร่วมยังเป็นช่องทางหนึ่งที่อาจช่วยสนับสนุนด้านการเงินแก่โรงพยาบาลได้

ในระยะต้นเมื่อเริ่มโครงการ ระบบต่างๆมีความไม่แน่นอนสูง ระบบการเงินไม่ชัดเจน ฐานข้อมูลประชากรบัตรทองไม่สมบูรณ์ทำให้ส่งผลต่อการเบิกจ่ายเงิน และทั้งภาคเอกชนและภาครัฐไม่เคยถูกเตรียมพร้อมให้ต้องมาทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดปัญหาการประสานงานเป็นอย่างมาก ภาคเอกชนจึงได้มีการรวมกลุ่มกันเองทั้งโรงพยาบาลที่เข้าและไม่เข้าร่วม เพื่อกำหนดท่าทีต่อการแก้ปัญหาต่างๆโดยไม่รอคำแนะนำจากภาครัฐ

2.2 การบริหารจัดการโครงการ

ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ไม่ได้มีบทบาทด้านการบริหารจัดการ การบริหารจัดการในฝ่ายทันตกรรมจะขึ้นอยู่กับผู้บริหารของโรงพยาบาลเป็นหลัก เนื่องจากผู้บริหารมีความกังวลกับค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมและสตินรีเวชค่อนข้างมาก เพราะเกรงว่าเป็นงานที่มีค่าต้นทุนสูง อาจทำให้โรงพยาบาลขาดทุน จึงมีการวิเคราะห์รายรับ-รายจ่ายและกำกับค่าบริการอย่างใกล้ชิด เช่น กำหนดว่าคนไข้ 1 คนควรให้บริการ 1 งาน ในการมารับบริการ 1 ครั้ง ผู้บริหารบางแห่งเสนอให้ลดกิจกรรมด้าน

การส่งเสริมป้องกันลง เช่นการอบรม กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในคลินิกเด็กดี กิจกรรมเชิงรุกในโรงเรียน หรือเสนอให้ชะลอการเรียกผู้ป่วยในคิวบางประเภทมารับบริการ เช่นผู้ป่วยทำฟันปลอม เป็นต้น

แม้ว่าทุกโรงพยาบาลไม่เคยเก็บข้อมูลเพื่อหาต้นทุนการบริการอย่างเป็นระบบมาก่อน แต่ด้วยความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ทันตแพทย์ส่วนใหญ่จะพยายามช่วยโรงพยาบาลในการลดค่าใช้จ่ายเช่นกัน

แต่ละโรงพยาบาลพยายามพัฒนาศักยภาพในการให้บริการการรักษาแก่คนไข้ เพื่อหลีกเลี่ยงการส่งต่อ เพราะเกรงว่าจะไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ เนื่องจากเอกชนต้องแข่งขันโดยมีเทคโนโลยีการรักษาเป็นจุดขาย การลงทุนและการพัฒนาศักยภาพ จึงมุ่งไปในทิศทางการรักษามากกว่าการทำงานด้านการส่งเสริมป้องกัน

ในระยะต้นการประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดค่อนข้างมีปัญหา โดยเฉพาะงานเอกสาร ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมักต้องการแบบด่วนที่สุด หรือการช่วยกันแก้ไขปัญห ภาครัฐมีความรู้สึกที่ได้รับการปฏิบัติไม่เหมือนกับที่ภาครัฐด้วยกันปฏิบัติต่อกัน ในด้านการประเมินผล ภาครัฐอยากให้มีการประเมินผลงานที่ผลลัพธ์ (Outcome) มากกว่ากระบวนการ (Process) ในระยะแรกอยากให้สำนักงานสาธารณสุขทำหน้าที่นี้เทศานมากกว่าการตรวจสอบ และการเปลี่ยนแปลงน่าจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป และควรให้พร้อมกว่านี้ โดยเฉพาะระบบการเงินและระบบฐานข้อมูล

2.3 เครือข่ายบริการ

โรงพยาบาลเอกชนมีความพยายามทำงานร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่มีอยู่เดิม ไม่ว่าจะเป็นสถานีนอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข หรือแม้แต่ อสม. แต่ส่วนใหญ่จะมีความขัดแย้งกันทางความคิดและวิธีทำงาน โรงพยาบาลจึงเปิดหน่วยบริการปฐมภูมิเอง โดยไม่ใช้สถานีนอนามัยที่มีอยู่ ทำให้บางพื้นที่สถานีนอนามัยต้องกลายเป็น sub-contractor ไป

ด้านการส่งต่อ โรงพยาบาลมีความเห็นว่าการส่งต่อจะทำให้สูญเสียความน่าเชื่อถือในศักยภาพของโรงพยาบาล และจะต้องตามจ่ายตาม DRG ทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ จึงพยายามหาผู้เชี่ยวชาญมาให้บริการเอง สำหรับคนไข้ทันตกรรม ในช่วง 9 เดือนที่ศึกษา ไม่มีการส่งต่อเลย

2.4 การจัดบริการทันตกรรม

การจัดบริการทันตกรรมของภาคเอกชนตามนโยบายหลักประกันฯ เกือบทั้งหมดเป็นการจัดบริการโดยทันตแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นคู่สัญญาหลัก เนื่องจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีงานทันตกรรมของโรงพยาบาลอยู่แล้ว ในกรณีที่เดิมไม่มีบริการทางทันตกรรม ส่วนใหญ่จะจ้างทันตแพทย์ไว้ประจำในโรงพยาบาลมากกว่าการ Sub contract ให้คลินิกเอกชนมารับเฉพาะบริการทันตกรรม เนื่องจากโรงพยาบาลไม่สามารถคาดประมาณเรื่องรายจ่ายเพื่อการให้บริการทันตกรรมได้

ช่วงเวลาในการให้บริการทางทันตกรรมแก่ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่จัดเวลาไว้เช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป ยกเว้นบางแห่งไม่ให้บริการผู้ป่วยบัตรทองนอกเวลาราชการ ผู้ป่วยทันต

กรรมสามารถเข้ามาใช้บริการได้เลยโดยไม่ต้องผ่านระบบการคัดกรองก่อน แต่กรณีที่ Sub contract ให้คลินิกเอกชนเป็นผู้ให้บริการ โรงพยาบาลได้มอบหมายให้พยาบาลเป็นผู้คัดกรองคนไข้ ก่อนส่งต่อไปรับบริการที่คลินิก การให้บริการจะให้ตามลำดับที่เข้ามารักษาโดยไม่แยกว่าเป็นผู้ป่วยประเภทใด

ในช่วง 4 เดือนแรกของการเข้าโครงการ โรงพยาบาลที่ศึกษามีผู้ป่วยทันตกรรมเฉลี่ย 21 คนต่อวัน และในช่วง 5 เดือนหลัง มีผู้ป่วยเฉลี่ย 32 คนต่อวัน ในรอบ 9 เดือนที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยบัตรทองร้อยละ 43.5 ของผู้ป่วยทั้งหมด บริการส่วนใหญ่ที่ให้แกผู้ป่วยคือการถอนฟัน อุดฟัน และชุดหินน้ำลาย บริการด้านการป้องกันมีน้อยมาก พบว่ามีการทำเคลือบหลุมร่องฟันเพียงร้อยละ 2.7 ของการให้บริการทั้งหมดเท่านั้น

ตารางที่ 4 สรุปยอดรวมผู้มารับบริการทันตกรรมระหว่างเดือนมิถุนายน 2544 - กุมภาพันธ์ 2545

ผู้มารับบริการทั้งหมด (คน)	ถอนฟัน		อุดฟัน		ชุดหินปูน		ฟันปลอม		sealant		หมายเหตุ
	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	
1,682 (มีย. - กย. 2544)	389	23.1	616	36.6	432	25.7	84	5.0	-	-	RCT 2 ราย
3208 (ตค. 44 - กพ. 45)	934	29.1	951	29.6	522	16.3	343	10.7	87	2.7	RCT 12 ราย

วิชัย วิวัฒนคุณูปการ. สถานการณ์การจัดบริการทันตกรรมในโครงการ 30 บาท : กรณีศึกษาอำเภอเมือง จ. เชียงใหม่

2.5 ด้านงานส่งเสริมสุขภาพ

ก่อนหน้านี้เข้าร่วมโครงการ ทุกโรงพยาบาลไม่มีทีมงานเชิงรุก และงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน เมื่อเข้าร่วมโครงการแล้ว ทุกโรงพยาบาลพยายามทำงานเชิงรุก แต่ความเข้าใจและศักยภาพในเรื่องงานส่งเสริมสุขภาพยังแตกต่างกันมาก งานทันตกรรมมีการขยับตัวบ้างในบางโรงพยาบาล โดยทันตแพทย์จะเข้าไปเคลือบฟลูออไรด์ให้นักเรียนในโรงเรียน แต่ส่วนใหญ่จะให้ทีมงานเชิงรุก (โดยพยาบาล) ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก หากมีปัญหาจึงส่งต่อเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล

ปัญหาของภาคเอกชนด้านงานส่งเสริมป้องกัน อาจสรุปได้ดังนี้

1) การทำงานทันตกรรมป้องกันในคลินิกมีน้อยมาก เพียงร้อยละ 2.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรงพยาบาลให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ จึงได้เพียงแต่ผู้ที่ป่วยแล้วเท่านั้น

2) ทันตแพทย์ภาคเอกชนไม่มีประสบการณ์การทำงานเชิงรุกในพื้นที่และงานส่งเสริมป้องกันมาก่อน อย่างมากที่สุดมีเพียงการให้บริการทันตกรรมป้องกันเป็นรายบุคคล เช่นการเคลือบหลุมร่องฟัน

ทันตแพทย์มีทัศนะว่างานด้านการส่งเสริมป้องกันไม่ควรให้ทันตแพทย์เป็นผู้ทำ น่าจะเป็นทันตภิบาล ซึ่งมีความถนัดกว่า

3) การมองการลงทุนระยะสั้น เกรงว่าการทำงานเชิงรุกมากจะเพิ่มค่าใช้จ่ายของระบบ ยังมองไม่เห็นถึงการลดต้นทุนในระยะยาว หรืออาจยังไม่แน่ว่าจะเข้าร่วมโครงการได้นานจนถึงเห็นผลในการลดต้นทุนหรือไม่

4) ระบบงบประมาณที่ไม่แน่นอนในระยะแรก ทำให้โรงพยาบาลอ้างว่าไม่มีงบประมาณสำหรับการทำงานเชิงรุก

5) ปัญหาการแบ่งเขตรับผิดชอบของนักเรียนในเขตเมือง เนื่องจากนักเรียนในโรงเรียนเขตเมืองกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ที่โรงเรียนตั้งอยู่ จึงเกิดคำถามเรื่องการเบิกค่าใช้จ่ายเมื่อไปให้บริการแก่นักเรียนนอกเขต

6) ภาคเอกชนใช้ระบบการคัดกรอง (screen) โดยพยาบาลและส่งต่อมารักษา ซึ่งมีใช้หลักการของการส่งเสริมป้องกันที่แท้จริง ในทางตรงข้ามจะมีผลต่อค่าใช้จ่ายด้านการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น

2.6 ค่าตอบแทนทันตแพทย์

การคิดค่าตอบแทนทันตแพทย์ อาจเป็นแบบประกันเงินเดือนขั้นต่ำตั้งแต่ 25,000 – 50,000 บาท ต่อเดือน หรือระบบแบ่งตามสัดส่วน บางโรงพยาบาลประเมินราคาค่าบริการของคนไข้บัตรทองต่ำกว่าคนไข้ทั่วไป แล้วแบ่งค่าตอบแทนให้ทันตแพทย์เป็นสัดส่วนเหมือนเดิม เช่นคนไข้ทั่วไปเก็บเงินในราคา 500 บาท แต่คนไข้บัตรทอง เก็บเงินคนไข้ 30 บาท แต่ประเมินราคา 200 บาท แล้วแบ่งให้ทันตแพทย์ในสัดส่วน 50 : 50 เช่นเดียวกัน

2.7 ความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้อง

ผู้บริหารในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน ต่างเห็นพ้องต้องกันว่าการพยายามเอาภาคเอกชน ซึ่งถนัดในการทำงานรักษาแบบทุติยภูมิและตติยภูมิ ให้ต้องมาทำงานส่งเสริมป้องกันด้วยนั้นอาจเป็นเรื่องเป็นไปได้ยาก เพราะโครงสร้างและจุดขายในเชิงธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชนอยู่ที่ความเป็นเลิศในการรักษา และการเอาทันตแพทย์เฉพาะทางมาทำงานทันตกรรมทั่วไป (GP) เป็นภาวะที่ไม่คุ้มทุนอย่างยิ่ง

ฝ่ายบริหารของโรงพยาบาลเอกชนยังให้ความเห็นว่า ในอนาคตอาจต้องมีการทบทวนประเด็นการจ่ายค่าบริการทันตกรรมแบบ co-payment โดยต้องมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการเป็นหลาย ๆ กลุ่มแล้วจ่ายตามความเสี่ยง คล้าย ๆ ระบบประกันชีวิต และอาจจะต้องแยกชุดสิทธิประโยชน์เรื่องงานทันตกรรมออกไปจากชุดสุขภาพทั่วไป เนื่องจากทุกคนมีปัญหาทางทันตกรรม เป็นบริการต้นทุนสูง ครอบคลุมสิทธิประโยชน์มาก ภายใต้งบที่คนไข้มาแล้วต้องได้รับการ จะต้องใช้งบลงทุนอีกมหาศาล และปัญหาทันตแพทย์ไม่เพียงพอต่อความต้องการของคนไข้ เมื่อต้องเข้าคิวรอนัดจึงเกิดปัญหาร้องเรียน

ภาคเอกชนยังมีความเห็นว่า มีความเป็นไปได้น้อยที่เอกชนจะจัดบริการทันตกรรมลงไป ใน PCU นอกโรงพยาบาล ด้วยต้นทุนที่สูง เทียบกับสัดส่วนประชากรที่รับผิดชอบ และทักษะในการจัดการ และเอกชนยังมองว่าลักษณะการทำงานเชิงรุก งานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่ดำเนินการอยู่ เป็นการสร้างความต้องการเรื่องการรักษาให้กับประชาชนมากขึ้น การส่งเจ้าหน้าที่ลงไปตรวจสุขภาพช่องปาก แล้วส่งต่อเข้าโรงพยาบาล จะยังทำให้ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลไม่มีทางลดลงได้เลย

ความคิดเห็นของคลินิกเอกชน ต่อการเข้าร่วมเป็น sub contractor ของโรงพยาบาล พบว่าเอกชนส่วนใหญ่ไม่สนใจเข้าร่วม เพราะเกรงเรื่องการทำงานเอกสารที่ยุ่งยาก เสี่ยงต่อการถูกร้องเรียน และค่าตอบแทนที่ไม่คุ้มค่า

ความคิดเห็นของผู้รับบริการ ทราบว่ามีสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมในเรื่องการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย เรื่องอื่นๆไม่ทราบ ส่วนใหญ่พอใจกับบริการที่ได้รับ บางส่วนเห็นว่าควรมานเกินไป และไม่เห็นหรือความต้องการในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3. แนวโน้มการเข้าร่วมจัดบริการของคลินิกเอกชนในอนาคต

จากนโยบายของรัฐที่เปิดโอกาสให้สถานพยาบาลทั้งภาครัฐในสังกัดต่างๆ และภาคเอกชนที่มีความประสงค์จะเข้าร่วมเครือข่ายบริการ สามารถยื่นแสดงความจำนงร่วมจัดบริการได้ และจากการที่ภาครัฐมีข้อจำกัดเรื่องการจัดบริการทันตสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากร รวมทั้งลักษณะเฉพาะของการกระจายทันตแพทย์ของประเทศไทยที่ประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในภาคเอกชนที่เป็นคลินิกเอกชน แนวคิดเรื่องการให้ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการในลักษณะ Sub-contract เฉพาะบริการทันตกรรมจึงเป็นประเด็นที่หลายฝ่ายให้ความสนใจ

อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา และคณะ (2545) ได้ทำการศึกษา โดยเก็บข้อมูลจากการทำแบบสอบถามถึงทันตแพทย์ที่เป็นสมาชิกทันตแพทยสมาคมฯ ทั่วประเทศ และสัมภาษณ์รายบุคคลและสนทนากลุ่มกับทันตแพทย์ในจังหวัดต่างๆ 8 จังหวัด และสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับนโยบาย โดยมุ่งตอบคำถามว่าเป็นไปได้หรือไม่ที่จะให้ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการในลักษณะ sub-contract เฉพาะบริการทันตสุขภาพ และควรมีเงื่อนไขอย่างไร ผลการศึกษาพบว่า

3.1 ผลกระทบของโครงการหลักประกันฯ ต่อคลินิกทันตกรรม

จากการทำแบบสอบถามถึงทันตแพทย์ที่เป็นสมาชิกทันตแพทยสมาคมฯ ทั่วประเทศ และสัมภาษณ์รายบุคคลและสนทนากลุ่มกับทันตแพทย์ในจังหวัดต่างๆ 8 จังหวัด พบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้ป่วยของคลินิกคือภาวะเศรษฐกิจตกต่ำตั้งแต่ช่วงปี 2539 เป็นต้นมา ทำให้ยอดผู้ป่วยลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ต้องทำงานหัดถการราคาแพง แต่ในแง่ผลกระทบของโครงการหลักประกันฯ ต่อคลินิกทันตกรรม ทันตแพทย์เกือบทั้งหมดเห็นว่าไม่มีผลกระทบ เพราะคนไข้ของคลินิกเดิมเป็นกลุ่มคนที่มีกำลังจ่าย และคิดว่าเป็นเพราะหมอในโรงพยาบาลของรัฐไม่สามารถรักษาคนไข้ที่ต้องการบริการได้หมด คนไข้รอคิวไม่ไหว ไม่สะดวก หรือมีความผูกพันกับหมอคนเก่า แต่บางคลินิกที่อยู่ในย่านคนฐานะปานกลางถึงค่อนข้างจนจะมีผลกระทบบ้าง คนไข้กลุ่มนี้จะหายไปบางส่วน โดยเฉพาะในระยะแรกที่มีโครงการ เมื่อผ่านไปช่วงหนึ่งคนไข้บางคนก็กลับมาเพราะรอคิวนาน คิดว่าการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลของคนไข้ทันตกรรม ขึ้นกับความคุ้นเคยกับหมอเป็นสำคัญ

3.2 ความสนใจเข้าร่วมโครงการของคลินิกเอกชน

พบว่าทันตแพทย์ภาคเอกชน เห็นว่านโยบายหลักประกันสุขภาพฯ เป็นนโยบายที่เอื้อประโยชน์ต่อคนส่วนใหญ่ แต่การให้สิทธิแก่ทุกคนเท่าเทียมกันอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อเศรษฐกิจของชาติโดยรวม นโยบายนี้จะเอื้อประโยชน์เฉพาะผู้ที่ไม่มีกำลังจ่ายเท่านั้น ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีสมควรช่วยเหลือตัวเอง

ในด้านการเข้าร่วมโครงการ ทันตแพทย์ภาคเอกชนส่วนน้อยสนใจเข้าร่วมโครงการ เหตุผลที่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่อยากเข้าร่วมโครงการ เพราะโครงการ 30 บาทไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยประจำที่มีอยู่แล้ว หลายท่านแสดงความลำบากใจในการที่จะต้องรับผู้ป่วยสองกลุ่ม (ผู้ป่วยบัตรทอง, ผู้ป่วยปกติ) เข้ามาให้บริการในคลินิกของตน ไม่ทราบจะกล่าวกับผู้ป่วยที่ต้องชำระค่าบริการตามปกติอย่างไร รวมทั้งยังรู้สึกว่า การเข้าร่วมโครงการอาจทำให้ภาพลักษณ์ของคลินิกของตนตกต่ำลงกว่าเดิม

สถานการณ์ประเทศไทยขณะนี้ คลินิกเอกชนบางส่วน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการในลักษณะประกันสุขภาพเอกชนอยู่บ้าง เช่น การจัดบริการแก่คนงานที่มีสวัสดิการของโรงงาน ระบบค่าตอบแทนเป็นแบบจ่ายตามบริการ (Fee for services) ตามราคากลางที่ตกลงกันแต่ละปี ทันตแพทย์บางคนรับเป็น sub-contractor จาก โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าโครงการ 30 บาท ทันตแพทย์มีความเห็นว่า คนไข้ปกติของคลินิกยังคงมีอยู่เหมือนเดิม คนไข้บัตรทองเหมือนมาเดิมช่องว่างในช่วงที่ยังมีเวลาเหลือจึงไม่น่ากังวลเรื่องกำไรขาดทุน เพราะเป็นการเพิ่ม chair time ให้คุ้มค่ายิ่งขึ้น ระบบที่ทำอยู่คือ โรงพยาบาลเอกชนจะมีพยาบาลทำหน้าที่คัดกรอง (screen) ก่อนแล้วจึงส่งต่อมาให้บริการที่คลินิก การจ่ายค่าตอบแทน จ่ายแบบจ่ายตามบริการ ตามราคาที่ตกลงกัน

3.3 เงื่อนไขและกฎเกณฑ์การเข้าร่วมให้บริการ

แบ่งเป็น กฎเกณฑ์ทางการเงิน ด้านการบริหาร และด้านการตรวจสอบ

กฎเกณฑ์ด้านการเงิน ทันตแพทย์เอกชนให้ความเห็นว่า หากจะเข้าร่วมให้บริการ ต้องมีระยะเวลาการเบิกจ่ายค่าตอบแทนที่ชัดเจน และไม่ล่าช้าเกินไปนัก นอกจากนี้ เอกสารที่จะต้องกรอกเพื่อส่งเบิก ไม่ควรมีมาก กระบวนการการเบิกจ่ายควรไม่ซับซ้อน พร้อมทั้งยังมีการเสนอระบบที่น่าจะเป็นไปได้ในการให้บริการ เช่น การเสนอให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายในการรับบริการภาคเอกชน เรื่องราคาค่าบริการ มีความเห็นว่า ควรมีราคากลาง เพื่อเป็นฐานในการต่อรองระหว่างทันตแพทย์เอกชน กับสถานบริการคู่สัญญา นอกจากนี้มีการเสนอให้การเบิกจ่ายเป็นไปตามแนวทางของการเบิกจ่ายในระบบประกันสังคม

ด้านการบริหาร มีความเห็นหลากหลายเกี่ยวกับการจัดระบบบริหาร ซึ่งล้วนแล้วแต่ต้องการความชัดเจนในการปฏิบัติงานทั้งสิ้น ข้อเสนอที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดได้แก่ การตกลงราคา ชนิดของการบริการ ปริมาณผู้ป่วย และการตรวจสอบ โดยทำการตกลงกับสถานบริการคู่สัญญา ในราคาที่พึงพอใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย หรือเสนอรูปแบบการให้บริการโดยให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่าแรงทันตแพทย์ ส่วนรัฐรับผิดชอบค่าวัสดุและค่าผลิตฟันปลอม เป็นต้น

ด้านการตรวจสอบ มีการแสดงความกังวลจากผู้ให้ข้อมูลในเรื่องหากมีการเข้าร่วมบริการแล้วจะต้องมีการตรวจสอบ ทำให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น มีความคิดเห็นเรื่องความไม่เป็นธรรมที่อาจเกิดขึ้นในการตรวจสอบ มีข้อเสนอให้มีเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเชื่อถือได้

ตัวอย่างของการตรวจสอบที่ภาคเอกชนเคยมีประสบการณ์

ตัวอย่างที่ 1 โรงงานที่ทำสัญญากับคลินิกเอกชน ใช้วิธีการตรวจสอบสองระบบ โดยขั้นต้น จะมีการตรวจชนิดของการรักษาว่าตรงตามที่เบิกหรือไม่ โดยให้เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่สวัสดิการเป็นผู้สำรวจ นอกจากนี้ ยังใช้ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นเงื่อนไขในการต่อสัญญาในปีต่อไป โดยให้พนักงานแสดงความเห็น ร้องเรียน และร่วมพิจารณาคลินิกเอกชนที่เหมาะสมแก่การเป็นคู่สัญญา

ตัวอย่างที่ 2 คลินิกเอกชนทำสัญญากับโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นหน่วยคู่สัญญา ใช้วิธีสุ่มตรวจ โดยให้พยาบาลเป็นผู้ตรวจว่าการรักษ ตรงกับที่ส่งเบิกหรือไม่

3.4 ความเห็นของ ผู้กำหนดนโยบาย

ผู้กำหนดนโยบาย มีทั้งที่เห็นด้วยอย่างมากต่อกรณีความเป็นไปได้ในการจัดให้มีการให้บริการทันตสุขภาพโดยการ sub-contract ภาคเอกชน เพราะเป็นการเอื้อให้ประชาชนเข้าถึงบริการง่ายขึ้น แต่ในความเห็นที่แตกต่าง เกรงว่า การให้บริการร่วมจากภาคเอกชน จะยิ่งสร้างความเหลื่อมล้ำในการเข้าสู่บริการแก่ประชากรในเขตเมืองและชนบทที่ห่างไกล ให้แตกต่างกันมากขึ้น

3.5 ความเห็นของหน่วยคู่สัญญา

หน่วยคู่สัญญา ที่มีประชากรในความรับผิดชอบมาก (ประมาณ 100,000 คนขึ้นไป) และมีศักยภาพด้านการเงินที่อาจให้เอกชนร่วมจัดบริการได้ มีความเห็นว่า โรงพยาบาลจะต้องชั่งใจระหว่างการหาทันตแพทย์มาเพิ่มอยู่ในโรงพยาบาล กับการ sub-contract ให้เอกชนทำ อย่างไรก็ตามจะคุ้มสำหรับโรงพยาบาลมากกว่ากัน นอกจากนี้หากมองภาพทั้งโรงพยาบาล ฝ่ายอื่น ๆ ก็มีปัญหาระหว่างคนไข้ lẫnเช่นกัน เมื่อจะตัดสินใจหา sub contractor ผู้บริหารจะต้องพิจารณาถึงความจำเป็นพร้อมกันทุกฝ่าย ซึ่งทันตกรรมอาจไม่ใช่ปัญหาการเจ็บป่วยเร่งด่วนที่โรงพยาบาลจะลงทุน sub contract ให้เอกชนก็ได้ ส่วนโรงพยาบาลที่มีประชากร ในความรับผิดชอบไม่มาก (ประมาณ 3-50,000 คน) เห็นว่าเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การเงิน แล้ว อาจไม่มีศักยภาพ sub-contract ให้เอกชนทำได้ แต่ตนเองก็ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุมเช่นกัน

3.6 ความพร้อมในด้านคุณภาพและมาตรฐานของคลินิกเอกชน

ในอนาคต หากคลินิกเอกชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากยิ่งขึ้น ความพร้อมในด้านคุณภาพและมาตรฐานของคลินิกเอกชนจะเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องเตรียมพร้อม ข้อมูลเรื่องนี้อาจพิจารณาได้จากการศึกษาของกุลยา รัตนปรีดากุล และคณะ (2545) ซึ่งได้ประเมินสถานพยาบาลทางทันตกรรมเอกชนที่ไม่ใช่โรงพยาบาล (คลินิก) เพื่อให้ทราบสถานการณ์ของการปฏิบัติด้านคุณภาพ พบว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดการด้านสถานที่ อุปกรณ์ และการควบคุมการติดเชื้อได้ดี ยกเว้นกรณีเครื่องถ่ายภาพรังสี ซึ่งเป็นอุปกรณ์สำคัญในการบำบัดรักษา

ทางทันตกรรมให้ได้คุณภาพ พบว่ายังมีสถานพยาบาลอยู่ร้อยละ 8.4 ที่ไม่มีอุปกรณ์ดังกล่าว เรื่องการกำจัดขยะติดเชื้อมีปัญหาการจัดการด้านสุขาภิบาลท้องถิ่นยังไม่ดีพอ และประเด็นด้านความปลอดภัยและการช่วยชีวิตผู้ป่วย กล่าวคือ ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ประเมินว่าตนเองไม่สามารถปฏิบัติการช่วยชีวิตฉุกเฉินในสถานพยาบาลได้ จึงเป็นเรื่องหนึ่งที่ต้องครีเอทีฟที่ดูแลเรื่องการศึกษาต่อเนื่องควรให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าว

การปฏิบัติด้านคุณภาพที่ทันตแพทย์ยังละเลยหรือไม่รับทราบกันเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย ทั้งในเรื่องการสื่อสารและการบันทึกการปฏิบัติงานทุกขั้นตอนอย่างเป็นระบบ การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเป็นเรื่องสำคัญที่มีการกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ และประชาชนกำลังตื่นตัวกับสิทธิอันชอบธรรมของตนเองในการรับรู้กระบวนการทุกขั้นตอนที่ผู้ให้บริการพึงให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การศึกษาของกุลยา รัตนปรีดากุล และคณะ (2545) ยังพบว่าทันตแพทย์จำนวนหนึ่งยังไม่ตระหนักในเรื่องดังกล่าว เช่น ไม่มีการติดประกาศราคาค่ารักษาทางทันตกรรมของสถานพยาบาลไว้ในที่ซึ่งผู้รับบริการเห็นได้ชัดเจน และทันตแพทย์อีกจำนวนหนึ่งยังเข้าใจว่าตนไม่จำเป็นต้องทราบและไม่จำเป็นต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยในเรื่องสิทธิผู้ป่วย เพราะคิดว่าเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยเองที่ต้องรักษาสีของฟันอยู่แล้ว การขาดการสื่อสารให้เข้าใจกันนี้ เป็นสาเหตุสำคัญของการร้องเรียนของผู้ป่วยเข้ามายังสภาวิชาชีพ

จากการศึกษาพบว่ามีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนามาตรฐานการประกันคุณภาพบริการทันตกรรม ในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาล (คลินิกทันตกรรม) ได้แก่

1. ความไม่สมบูรณ์ของฐานข้อมูลของ คลินิกทันตกรรม
2. ปัญหากระบวนการตรวจประเมินติดตามสถานบริการที่เป็นคลินิกทันตกรรม

2.1 ความไม่ต่อเนื่องของการตรวจประเมินติดตามหลังเปิดให้บริการแล้ว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนามาตรฐาน และการคงระบบการประกันคุณภาพ พบว่าคลินิกทันตกรรมถึงร้อยละ 70 ไม่เคยได้รับการตรวจติดตามจากหน่วยงานที่ออกใบอนุญาต อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มที่ดีขึ้นในระยะ 5 ปีหลัง เพราะอีกร้อยละ 30 ซึ่งเคยได้รับการตรวจติดตาม ได้รับการตรวจครั้งสุดท้ายระหว่าง พ.ศ. 2541 – 2545 มากที่สุด

2.2 พนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งทำหน้าที่ตรวจประเมิน อาจไม่มีทันตแพทย์ร่วมด้วย ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนามาตรฐานบริการ โดยเฉพาะหมวดนโยบาย/วิธีปฏิบัติ และหมวดกระบวนการให้บริการ/ส่งเสริมป้องกัน

3. ความซับซ้อนของการค้นหาประเด็นที่เกี่ยวข้องของกฎหมาย ระเบียบ ข้อกำหนด และมาตรฐาน รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลที่บังคับใช้ใหม่และเป็นปัจจุบัน ที่ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการสถานพยาบาลจะต้องปฏิบัติตาม ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติให้สอดคล้องและให้ความร่วมมือในการพัฒนากระบวนการประกันคุณภาพ

4. มาตรฐานที่บังคับใช้ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง มาตรฐานบางเรื่องที่ใช้ร่วมกับวิชาชีพอื่น ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในการบริการทันตกรรม เนื่องจากความแตกต่างของเครื่องมือและลักษณะการใช้งาน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติและปรับปรุงให้สอดคล้อง และความร่วมมือในการพัฒนากระบวนการประกันคุณภาพ

5. ความไม่สอดคล้องของตัวมาตรฐาน และ/หรือการปฏิบัติตามมาตรฐานในการเชื่อมต่อกับระบบใหญ่ในการประกันคุณภาพบริการ ความไม่สอดคล้องนี้ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารความเข้าใจสู่ผู้ปฏิบัติ ต่อการพัฒนามาตรฐาน และความร่วมมือในการพัฒนากระบวนการประกันคุณภาพ นอกจากนี้ ภาครัฐยังไม่มีการรองรับทางด้านสุขภาพที่ดีพอ เช่น เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การบำบัดน้ำเสียก่อนปล่อยออกจากสถานพยาบาล เป็นต้น

เป็นที่น่ายินดีที่ ทันทแพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวก(ร้อยละ 79.8) ต่อการประเมินสถานพยาบาลเพื่อเป็นการประกันคุณภาพการบริการทางการแพทย์อย่างหนึ่ง โดยเห็นว่ามีผลสำคัญและเป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้ป่วยและต่อทันตแพทย์ในด้านการพัฒนาวิชาชีพ

4. ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่เหมาะสม ในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วีรศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ (2545) ได้ประเมินผลการจัดชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม เพื่อให้เข้าใจ แนวคิดและประสบการณ์การจัดชุดสิทธิประโยชน์ และเสนอแนะการจัดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่เหมาะสมในอนาคต ผลการศึกษา พบว่าหลังการดำเนินโครงการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดปทุมธานีมีผู้มารับบริการทันตกรรมของเพิ่มขึ้น โดยงานบริการหลักคือ อุดฟันเพิ่มร้อยละ 25.3 ขุดหินปูนเพิ่มร้อยละ 25.1 และถอนฟันเพิ่มร้อยละ 16.2 การสะสมของคิวที่รอรับบริการทันตกรรมยาวขึ้น ในส่วนผู้จัดบริการ จะมีปัญหาเรื่องการตีความ การเพิ่มจำนวนของผู้รับบริการ และงบประมาณที่ล่าช้าในการเบิกค่าทำฟันปลอม ในส่วนของผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องการบริการรักษาโรคที่มีความเจ็บปวดและปัญหาการบดเคี้ยว

ผู้วิจัยได้จัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มวิชาชีพ และตัวแทนประชาชนเพื่อรับฟังความคิดเห็นในแง่การจัดลำดับความสำคัญของประเภทงานบริการ ที่เห็นว่าควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ แบ่งได้เป็น 3 ระดับดังนี้

1) กลุ่มที่มีความสำคัญระดับต้น ประกอบด้วย ฟลูออไรด์ชนิดใช้เฉพาะที่ ฟลูออไรด์ชนิดรับประทาน การรักษาโรคปริทันต์ ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่ มะเร็งในช่องปาก ขากรรไกรหัก การติดเชื้อในช่องปากและโบน้า และการอุดฟันด้วยอมัลกัม ตามลำดับ

2) กลุ่มที่มีความสำคัญระดับกลาง ประกอบด้วย การขุดหินปูน การเคลือบหลุมร่องฟัน แผลหรือพยาธิสภาพในช่องปาก การใส่ฟันทั้งปาก การรักษาประสาทฟันแท้ การผ่าฟันคุด การตรวจสุขภาพช่องปาก การให้คำปรึกษา การถอนฟัน การรักษาประสาทฟันน้ำนม การอุดฟันด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน

3) กลุ่มที่มีความสำคัญระดับท้าย ประกอบด้วย การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานพลาสติก การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ ผู้ป่วยฟันซ้อนเก และสุดท้ายคือการใส่ฟันปลอมติดแน่น

ผู้ให้ความเห็นทั้ง 3 กลุ่มมีหลักในการกำหนดสิทธิประโยชน์ที่ให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นว่า ในด้านหนึ่งควรให้การคุ้มครองกรณีการเจ็บป่วยร้ายแรงที่ผู้ป่วยไม่อาจป้องกันตนเองได้ และอีกด้านหนึ่งควรครอบคลุมบริการเพื่อการป้องกันโรคหรือการลุกลามของโรคที่ค่าใช้จ่ายไม่สูง และประชาชนเป็นกันมาก ส่วนบริการค่าใช้จ่ายสูงหรือเกิดเนื่องจากผู้ป่วยไม่ดูแลตนเอง ควรอยู่ในความสำคัญรองลงมา และมีข้อเสนอแนะในการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปาก มีทางเลือก 3 รูปแบบคือ

ทางเลือกที่หนึ่ง จัดชุดสิทธิประโยชน์ตามความจำเป็นเต็มรูปแบบ

ทางเลือกที่สองจัดชุดบริการตามความจำเป็นแบบมีเงื่อนไข และ

ทางเลือกที่สามจัดชุดบริการตามกลุ่มอายุและความจำเป็นแบบมีเงื่อนไข

ผู้วิจัยมีข้อเสนอว่า

1) ทางเลือกที่สามน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีเพราะมีข้อจำกัดทรัพยากร โดยน่าจะให้ความสำคัญในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ และควรให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพก่อนการบำบัดรักษาและงานฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยเหตุผลนโยบายแนวคิดการสร้างสุขภาพนำซ่อมสุขภาพ

2) กลไกการร่วมจ่ายจะลดความต้องการในการรับบริการเกินความจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหรืออาการที่ต้องใช้เวลาและต้นทุนในการรักษาสูง

3) กำหนดเงื่อนไขการรับบริการแต่ละรายการเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง และลดการบริการที่เกินความจำเป็น

4) ในสถานการณ์ปัจจุบันการรักษาบางรายการอาจจะยังไม่เหมาะสมกับการพิจารณาให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การใส่ฟันปลอมติดแน่น การใส่ฟันบางส่วนถอดได้ฐานโลหะ ผู้ป่วยฟันซ้อนเก เป็นต้น แม้ว่าจะกำหนดการจ่ายร่วมให้มากขึ้นก็ตาม แต่นั่นหมายถึงมีค่าเสียโอกาสของการใช้ทรัพยากร

5) ต้องมีมาตรการและระบบการบริหารดำเนินการที่รองรับระบบ เช่น การจัดการระบบคิว มาตรการดูแลคุณภาพและการส่งต่อหากไม่สามารถทำให้บริการภายในระยะเวลาที่กำหนด ตลอดจนมาตรการการร่วมจ่ายและการเบิกเงินค่าใช้จ่ายราคาแพง เช่น การเบิกค่าทำฟันปลอม ให้รวดเร็วและสะดวกขึ้น เป็นต้น

5. การจัดการด้านการเงินการคลัง

รัฐเข้ามามีบทบาทจัดบริการทันตสุขภาพ ในรูปของสวัสดิการแก่กลุ่มผู้มีรายได้น้อยตั้งแต่ปี 2518 โดยบริการสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของบริการการแพทย์ จากนั้นมีการพัฒนาโครงการอื่นๆ และขยายความครอบคลุมมาเป็นลำดับ ล่าสุดปัจจุบันนี้คือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในอดีต สวัสดิการด้านบริการทันตสุขภาพที่ประชาชนได้รับเป็นหลักคือตามสิทธิ สปร. ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส และกลุ่มพิเศษบางกลุ่มที่ทำประโยชน์แก่ส่วนรวม

การบริการภายใต้นโยบายหลักประกันฯ ประกอบด้วยสิทธิประโยชน์ทั้งด้านการรักษาและการส่งเสริมป้องกัน โดยจัดสรรเงินค่าบริการทันตสุขภาพรวมอยู่ในเงินเหมาจ่ายรายหัว และเพิ่มเติมค่าใช้จ่ายการทำฟันปลอมฐานอะคริลิก ผู้ให้บริการสามารถเบิกค่าจ้างทำฟันปลอม (ค่า lab) ได้จากกองทุนประกันชั้นที่ 2 (reinsure) ที่ส่วนกลางในลักษณะเดียวกับบริการค่าใช้จ่ายสูงอื่นๆ

เนื่องจากบริการสุขภาพช่องปากเกือบทั้งหมด เป็นหัตถการที่มีต้นทุนสูงกว่าบริการการแพทย์แบบผู้ป่วยนอกทั่วไป และสำหรับโรคเดียวกันก็ยังสามารถรักษาได้หลายวิธีการ (procedure) ที่มีต้นทุนบริการแตกต่างกันมากด้วย และเนื่องจากระบบบริการทันตสุขภาพของประเทศไทย มีทันตแพทย์ประมาณครึ่งหนึ่งอยู่ในภาคเอกชนที่เป็นคลินิกทันตกรรมเอกชน และส่วนใหญ่ไม่ได้เปิดบริการร่วมกับแผนกบริการการแพทย์แบบผู้ป่วยนอก เพ็ญแข ลากยี่ง (2545) จึงเสนอประเด็นว่า เพื่อเป็นการเตรียมรองรับการจัดระบบบริการ ที่ครอบคลุมและเชื่อมโยงกับบริการภาคเอกชนในอนาคต (public-private mixed) ควรแยกคิดงบประมาณบริการทันตสุขภาพออกจากกลุ่มบริการการแพทย์แบบผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งเสนอว่าการแยกคิดเพื่อประมาณการงบประมาณบริการทันตสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุดนั้น จำเป็นต้องมีข้อมูลรายจ่ายบริการทันตสุขภาพระดับประเทศ ซึ่งไม่เพียงมีประโยชน์ต่อการติดตามและประเมินสถานการณ์ แต่ยังจำเป็นสำหรับการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างสอดคล้องกับสภาพและบริบทของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่มีระบบบัญชีต้นทุนหรือรายจ่ายและบริการสุขภาพช่องปาก แยกตามประเภทการให้บริการในระดับจังหวัด แต่ด้วยข้อมูลที่มี หากนำมาลงวิเคราะห์เพื่อการวิพากษ์วิจารณ์จนสามารถเหนี่ยวนำให้เกิดการพัฒนาบบขึ้นมารองรับก็จะเป็นประโยชน์ต่อโครงการอย่างยิ่ง

การวิเคราะห์ต้นทุนรายหัวประชากรของบริการทันตสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของเพ็ญแข ลากยี่ง (2545) โดยใช้ข้อมูลต้นทุนและการใช้บริการทันตสุขภาพในปีงบประมาณ 2543 ของสถานบริการภาครัฐ 6 จังหวัด ดำเนินการระหว่างเดือน มิถุนายน – พฤศจิกายน 2544 พบว่าภายใต้บริบทของการใช้บริการทันตสุขภาพ ณ อัตราการใช้บริการ 10.24 ต่อ 100 ประชากร และต้น

ทุนบริการเท่ากับ 413.61 บาทต่อปีผู้รับบริการ 1 คน พบว่า ณ ราคาปี 2543 ต้นทุนบริการภาครัฐเท่ากับ 42.35 บาทต่อประชากรต่อปี หากอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ขณะที่ปัจจัยอื่นๆคงที่ ต้นทุนบริการภาครัฐ ณ ปี 2543 จะเพิ่มขึ้นอีก 4 บาทต่อคนต่อปี ดังนั้นหากมีการแยกวางเงินงบประมาณที่จัดสรรให้จังหวัดสำหรับบริการสุขภาพช่องปาก ออกมาจากบริการทางการแพทย์ จำนวนเงินที่ควรจะเป็นคือ 42.35 บาทต่อคนต่อปี ณ ราคาปี 2543 และหากสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสามารถตอบสนองประชาชนได้อย่างสมบูรณ์ งบประมาณควรรวมส่วนที่ประชาชนจ่ายเองด้วย เท่ากับ 64.43 บาทต่อคนต่อปี

ผู้วิจัยมีข้อเสนอเชิงนโยบายต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการอื่นๆด้านสุขภาพดังนี้

1. ควรมีเป้าหมายที่จะปรับสิทธิประโยชน์ ระบบงบประมาณ และการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการของโครงการต่างๆให้มีความเท่าเทียมกัน
2. แม้ว่าจะยังไม่มีระบบบัญชีต้นทุนและระบบข้อมูลบริการสุขภาพช่องปากในระดับประเทศเป็นการเฉพาะ แต่จากข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน สามารถประมาณวงเงินงบประมาณรวมสำหรับบริการสุขภาพช่องปากแบบเหมาจ่ายรายหัวแก่จังหวัดได้ และต้องพัฒนาระบบข้อมูลขึ้นมารองรับทั้งในระดับประเทศและจังหวัด
3. ในการปฏิรูประบบงบประมาณ นอกจากจะจัดสรรงบประมาณแก่จังหวัดตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนแล้ว ควรมีแนวคิดที่จะจัดสรรตามความจำเป็นด้านสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบัญชีต้นทุนของแผนกทันตกรรม และฐานบริการข้อมูลบริการสุขภาพช่องปากแยกเฉพาะกลุ่มประชากรในสถานบริการและระดับจังหวัด ขึ้นมารองรับการพัฒนารายการอัตราค่าบริการของแต่ละจังหวัดเอง ซึ่งนอกจากจะเป็นประโยชน์ในการซื้อขายบริการและติดตามกำกับระบบบริการสุขภาพช่องปากภายในจังหวัดแล้ว ยังเป็นการพัฒนาระบบงบประมาณระดับประเทศอีกด้วย

6.คุณภาพ มาตรฐาน และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรับบริการสุขภาพช่องปาก

แม้ว่าหลักประกันสุขภาพฯ จะช่วยให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการมากขึ้น แต่การคุ้มครองให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพทั้งด้านเทคนิคและด้านความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ เป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องพิจารณาเช่นกัน กลไกการคุ้มครองผู้บริโภค มี 3 กลไกหลัก คือ

1. กลไกจริยธรรม ต้องเริ่มที่การอบรมปณิธานของสังคม ระบบการศึกษาทั้งในและนอกโรงเรียน คณะทันตแพทยศาสตร์และสังคมการทำงาน
2. กลไกคุณภาพ คือ การพัฒนาและประเมินรับรองสถานบริการ
3. กลไกกฎหมาย กฎหมายสถานบริการ กฎหมายโฆษณา กลไกการร้องเรียนต่อสภาวิชาชีพ และกลไกชดเชยความเสียหาย (หลักคือใครทำความเสียหาย ผู้นั้นเป็นผู้จ่าย) ซึ่งได้ระบุไว้ในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องโดยกุลยา รัตนปรีดากุล และคณะ (2545) ทำให้ทราบว่าปัจจุบันเกณฑ์การประเมินคุณภาพบริการด้านทันตกรรมของประเทศไทย มีการระบุไว้เป็นทางการเพียง 2 แห่ง ได้แก่ ในเอกสารบันทึกการตรวจสอบสถานพยาบาลประเภทไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (สาขาทันตกรรม) ของสำนักมาตรฐานสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ และในแนวทางการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ของฝ่ายโรงพยาบาลเอกชน กองการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ประกอบไปกับเกณฑ์มาตรฐานด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องพบว่ามาตรฐานที่กำหนด จะเป็นการกำหนดกรอบกว้างๆ โดยลงรายละเอียดเฉพาะส่วนการตรวจและรับใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาลเท่านั้น

สุณี ผลดีเยี่ยม (2545) ได้รายงานในสรุปการประชุมระดมความคิดของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เรื่อง การคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรับบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์ มีประเด็นดังนี้

มุมมองของผู้รับบริการ

มีความเห็นว่าประชาชนยังไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านการรับบริการอย่างแท้จริง ตัวอย่างปัญหาที่เป็นรูปธรรมเช่น

1. ราคาค่าบริการ แพงมากจนไม่สามารถเข้าใจได้ จึงเสนอให้มีการกำหนด ราคาตามมาตรฐาน ซึ่งไม่จำเป็นต้องเท่ากันในแต่ละสถานบริการ และต้องการให้เปิดเผยให้เห็นได้ชัดเจน เป็นการสร้างทางเลือกให้กับผู้บริโภค ประเด็นเรื่องราคา ผู้รับบริการเห็นว่า ราคาเป็นเหตุปัจจัย

หนึ่งที่ทำให้คนเข้าไม่ถึงบริการ สะท้อนให้เห็นจากโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค มีผู้ไปรับบริการทันตกรรมมากขึ้นมาก น่าจะพิจารณาว่าปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ค่ารักษาพยาบาลทันตกรรมแพง ทันตแพทยสภาสามารถควบคุมราคาค่ารักษาทางทันตกรรมได้หรือไม่

ผู้ให้บริการมีความเห็นว่าราคาแพงมีหลายปัจจัย เช่นผู้ให้บริการคือทันตแพทย์มีน้อยทำให้มีอำนาจต่อรองสูง อีกปัจจัยคือเครื่องมือมีราคาแพงมาก เพราะส่วนใหญ่นำเข้ามาจากต่างประเทศและไม่มีการควบคุมราคา ผู้ให้บริการเห็นด้วยกับการมี ราคากลาง ราคากลางอาจกำหนดเป็นช่วง (range) เพราะรายละเอียดของการรักษามีมาก

2. การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการมีน้อยมาก ผู้ป่วยต้องการให้หมอพูดชี้แจงทำความเข้าใจ ทำสิ่งเหล่านี้ให้เป็นเรื่องปกติโดยไม่ต้องซักถาม ปัญหาการสื่อสาร นำมาซึ่งความไม่เข้าใจเรื่องคุณภาพบริการ ทั้งด้านเทคนิคและเรื่องพื้นฐานทั่วไป ข้อมูลข่าวสารที่ประชาชนต้องรู้ ควรมีองค์การเผยแพร่ ประชาชนควรได้รับการคุ้มครองเรื่องการโฆษณาเกินความเป็นจริง ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้ประชาชนรู้โดยผ่านกิจกรรมหรือโครงการ ให้เกิดการเรียนรู้ เป็นการคุ้มครองผู้บริโภค

3. การเข้าถึงบริการ ผู้รับบริการมีความเห็นว่าประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ โดยเฉพาะบริการบางประเภท เช่นการรักษารากฟัน การใส่ฟันปลอม เพราะมีคนไข้มากผู้ให้บริการมีน้อย และบริการเหล่านี้ต้องใช้เวลามากในการให้บริการ การเข้าถึงบริการยังมีอุปสรรคจากการถูกเลือกปฏิบัติ และการเข้าคิวนัดที่ยาวนานมาก

4. ปัญหาคุณธรรมจริยธรรมของผู้ให้บริการ ความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์กับผู้ป่วยเปลี่ยนไป เน้นการใช้กฎหมายตัดสินมากกว่าการทำความเข้าใจ การแก้ไขปัญหारेื่องบริการนี้ ควรเน้นดำเนินการในกลุ่มทันตแพทย์เพราะเป็นกลุ่มเล็กกว่า การคุ้มครองผู้บริโภคที่แท้จริงคือการสร้างทันตแพทย์ที่มีคุณธรรม จริยธรรมอยู่หัวใจ และควรมีวิธีเฉพาะที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมไทยมากกว่าการตามกฎหมายเกณฑ์ของประเทศตะวันตก

มุมมองของผู้ให้บริการ

มีความเห็นว่าการคุ้มครองผู้รับบริการอาจทำได้ 3 แนวทางคือ

1. การใช้หลักการเรื่องสิทธิผู้ป่วย คำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ ได้ประกาศเป็นทางการเมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ควรเป็นแนวทางหนึ่งที่จะส่งเสริมการคุ้มครองประชาชน แต่ที่ผ่านมากการปฏิบัติทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนยังมีปัญหาความไม่เข้าใจอยู่มาก จากการศึกษาของ อุไรวรรณ อมรไชย (2544) ถึงความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและประชาชนต่อคำประกาศสิทธิผู้ป่วย พบว่าแม้สถานพยาบาลมีการติดคำประกาศสิทธิผู้ป่วย แต่ทันตบุคลากรเองไม่ค่อยเข้าใจแนวปฏิบัติว่าปฏิบัติอย่างไรจึงถือว่าให้สิทธิแล้ว ปฏิบัติอย่างไรเป็นการละเมิดสิทธิ หรือกรณีการเซ็นใบยินยอมรับการรักษาก็ให้มีการเซ็นใบยินยอมรับการรักษ เฉพาะผู้ป่วยกรณีสำคัญและเสี่ยงเท่านั้น ด้านประชาชนไม่เข้าใจถ้อยคำ

ในคำประกาศนั้น ไม่รู้ว่าสิ่งที่ตัวเองต้องการตรงกับสิทธิที่ติดไว้หรือไม่ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่กล้าเรียกร้อง สิทธิผู้ป่วยจึงขึ้นอยู่กับหมอที่จะกำหนดเพื่อปฏิบัติต่อผู้ป่วยในสิทธินั้น

การปฏิบัติของสถานพยาบาลเอกชน กรณีเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีมาตรฐาน จะมีจุดแข็งในเรื่องคุณภาพของบริการและประสิทธิภาพ (efficiency) เพราะหมายถึงการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยบริการยังคงมาตรฐาน และโรงพยาบาลได้รับการยอมรับในระยะยาว โรงพยาบาลจะให้ความสำคัญกับการแนะนำก่อนการรักษามาก มีการระบุชัดเจนว่า งานอะไรบางอย่างที่ต้องขออนุญาตและให้ผู้ป่วยลงชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร (informed consent) เป็นการช่วยเตือนทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยเฉพาะกรณีการรักษาที่มีโอกาสเกิดความเข้าใจผิดได้ง่าย การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง การรักษาต่อเนื่องค่อนข้างยาว การรักษาที่มีความเสี่ยงต่อคนไข้สูง เช่น การผ่าตัดเอาอวัยวะบางส่วนออก ตั้งแต่ถอนฟันจนถึงการผ่าตัดในช่องปากทุกอย่าง

การปฏิบัติของสถานพยาบาลเอกชน กรณีเป็นคลินิกเอกชน จากการศึกษาของกุลยา รัตนปริดา กุล และคณะ (2545) รายงานว่า ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.0) ยังไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการให้ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองลงชื่อในเอกสารยินยอมให้ทำการรักษาทางทันตกรรม สถานพยาบาลเพียงร้อยละ 50.7 มีการติดใบประกาศสิทธิผู้ป่วยไว้ ในที่ซึ่งผู้รับบริการเห็นได้ชัดเจน และเพียงร้อยละ 72.4 มีการติดประกาศราคาค่ารักษาทางทันตกรรม ในที่ซึ่งผู้รับบริการเห็นได้ชัดเจน แม้ว่าแนวทางปฏิบัติเหล่านี้จะเป็นการปฏิบัติระดับพื้นฐานที่สถานพยาบาลทุกแห่งควรปฏิบัติได้อย่างครบถ้วนแล้วก็ตาม ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ยังเห็นว่าที่ไม่มีการสื่อสารเรื่องสิทธิผู้ป่วย เพราะทันตแพทย์ยังไม่ทราบเรื่องสิทธิผู้ป่วยหรือคิดว่าเป็นหน้าที่ผู้ป่วยจะต้องรักษาสีตตนเอง

2. การกำหนดมาตรฐาน และการสร้างจิตสำนึกเรื่องจรรยาบรรณของผู้ประกอบวิชาชีพ

สถานบริการควรมีนโยบาย เรื่องการร่วมกันรับผิดชอบงานบริการ เพื่อให้เกิดความยุติธรรม ทั้ง 2 ฝ่ายคือทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เมื่อเกิดปัญหาต้องมีการรับผิดชอบ ตัวอย่างเช่น อุดฟันแล้วแตกกลับมา ทันตแพทย์คนเดิมไม่อยู่ ทันตแพทย์คนอื่นต้องรักษาให้โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ทันตแพทย์ที่รักษาให้จะได้ค่าตอบแทนจากระบบของโรงพยาบาล หรือการมีหน่วยงานกลางในการรับเรื่องร้องเรียนจากผู้รับบริการ และกระบวนการติดตามแก้ปัญหา เป็นช่องทางให้ผู้รับบริการมีโอกาสคุยกับผู้ให้บริการโดยตรง

3.การกำกับของสภาวิชาชีพโดยดำเนินการเมื่อมีการร้องเรียน โดยองค์กรทันตแพทย์สภาซึ่งมีหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคโดยการดูแลสมาชิกทันตแพทย์ให้ปฏิบัติงานอยู่ในกรอบของจรรยาบรรณวิชาชีพ มีการดำเนินงานเชิงรับ ได้แก่การสอบสวนและลงโทษเมื่อมีการประพฤติผิดทางจรรยาบรรณ การดำเนินงานเชิงป้องกัน ได้แก่การจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในแต่ละหัตถการ (clinical practice guideline, CPG) เพื่อลดโอกาสในการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการให้น้อยลง และกำลังทำความเข้าใจกับสมาชิกให้ปรับเปลี่ยนบทบาทว่า ไม่ใช่เป็นผู้ตัดสินในการรักษาอย่างเดียว จะต้องเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในการรักษาร่วมกันกับผู้ป่วย

การใช้ระบบตรวจสอบร้องเรียน จะมีผลกระทบต่อวิชาชีพสูง ผู้ให้บริการจะเกิดแรงกดดันมาก การแก้ไขปัญหานี้ ควรให้น้ำหนักที่การแก้ไขจรรยาบรรณของทันตแพทย์มากกว่าการกระตุ้นให้ประชาชนตื่นตัวในสิทธิผู้ป่วยมากเกินไปโดยปราศจากความเข้าใจ นอกจากนี้การคุ้มครองผู้บริโภคไม่ควรมองแต่การรับเรื่องร้องเรียน ซึ่งเป็นเพียงปลายเหตุ วิธีการคุ้มครองผู้บริโภคควรให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพของการรักษา พยายามนำสิทธิผู้ป่วยมาทำให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น ให้มีการมองเข้าหากันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีการพบกันตรงกลางได้จะดีกว่า

ทั้ง 3 มาตรการต้องคำนึงถึงการเกิดสภาพผู้ซื้อผู้ขายบริการ ความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ที่ดีในอดีตจะเปลี่ยนไป ซึ่งไม่น่าจะเป็นสิ่งที่ดี ขณะที่ประเทศพัฒนาทั้งหลายที่มีระบบนี้กำลังทบทวนว่าเป็นความสัมพันธ์ที่ถูกต้องแล้วหรือไม่ เพราะผู้บริโภคต้องเสียเงินมากขึ้นเมื่อผู้ให้บริการต้องรับประกันความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ส่วนผู้ได้ประโยชน์คือระบบประกันผู้ให้บริการ

แนวทางการพัฒนาระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านการบริการสุขภาพช่องปาก ควรให้มีการสร้างเครือข่ายเรียนรู้ร่วมกัน ให้มีการสร้างความเข้มแข็งอย่างต่อเนื่องแก่องค์กรประชาชนและองค์กรวิชาชีพ และให้มีการกำหนด กฎเกณฑ์ / แนวทางปฏิบัติ และการตรวจสอบที่ชัดเจนแก่ผู้ให้บริการ เพื่อไม่ให้เกิดการเลือกปฏิบัติ

7. กำลังคนในระบบบริการทันตสุขภาพ

อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งของการบริการทันตสุขภาพ คือปัญหาการกระจายของทันตบุคลากร ซึ่งแม้จะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ช่วยแก้ปัญหาด้านค่าใช้จ่ายไปแล้ว ก็อาจทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ ข้อมูลทันตบุคลากรปี 2545 พบว่า ร้อยละ 68.4 และ 51.5 ของจังหวัดทั่วประเทศยังมีสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรและทันตภิบาลต่อประชากร ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน⁸

สุปรिता อุดุลยานนท์ และคณะ (2545) ได้ศึกษาผลกระทบของนโยบายหลักประกันฯ ต่อเรื่องกำลังคนทางทันตสุขภาพ และแนวทางการวางแผนกำลังคนด้านทันตสุขภาพ เพื่อให้เกิดการกระจายกำลังคนอย่างเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลกำลังคน การสัมภาษณ์ความเห็นนักคิดและผู้ทรงคุณวุฒิ และการประชุมกลุ่ม ได้ความคิดเห็นที่สำคัญดังนี้

6.1 สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อทันตบุคลากร

1. การเพิ่มความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้มากกว่าการรักษา นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการปรับเปลี่ยนการจัดบริการและระบบการเงินการคลัง ทำให้ในอนาคตจะแบ่งทันตแพทย์เป็นป้องกันหรือรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ได้ ในคนเดียวกันต้องเป็นทั้งระบบ เพราะต้องให้บริการแบบผสมผสานและเป็นองค์รวม ทันตบุคลากร จะต้องมีความสามารถในการใช้มาตรการทางกฎหมายและสังคม หรือการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี มาใช้ในการทำงานส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น
2. การกระจายอำนาจและการปฏิรูประบบราชการ ส่งผลต่ออำนาจความรับผิดชอบของหน่วยงานภาครัฐที่ทันตแพทย์จะไปทำงานด้วย การกระจายอำนาจยังช่วยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดเลือกบุคลากรเข้าศึกษาต่อเป็นทันตแพทย์หรือทันตบุคลากรอื่นๆ
3. การเข้าร่วมเป็นหน่วยคู่สัญญาตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเอกชน ทำให้เอกชนต้องการขยายบทบาทในการทำงานทันตสาธารณสุขภาครัฐมากขึ้น ระบบบริการจึงต้องการทันตแพทย์ ที่มีคุณลักษณะด้านงานทันตสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน

6.2 บทบาทหน้าที่ระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล

⁸ มาตรฐานสถานพยาบาล กำหนดสัดส่วนทันตบุคลากรต่อประชากรใน PCU ไม่น้อยกว่า 1 ต่อ 20,000

1. ที่ผ่านมามีบริการที่ให้แก่ประชาชนเป็นด้านการรักษา(ซ่อม) มากกว่าการส่งเสริมป้องกัน (สร้าง) จึงมีข้อเสนอว่า ควรปรับบทบาททันตภิบาลและควรปรับการเรียนการสอนเพื่อให้นางานด้านการส่งเสริมป้องกันเป็นบทบาทหลัก แต่การจะทำเช่นนั้นได้มีเงื่อนไขว่าต้องควบคู่ไปกับการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันว่าจะได้รับบริการ
2. การเพิ่มบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและปรับลดขอบเขตการรักษาพยาบาลอย่างง่ายของทันตภิบาลลง จะต้องพิจารณาให้รอบคอบโดยคำนึงถึงการกระจายบริการสู่ประชาชน และการช่วยแบ่งเบาภาระให้ทันตแพทย์ทำงานชั้นสูงได้มากขึ้น
3. ควรให้มีบุคลากรประเภททันตภิบาลใน รพศ./รพท. เพราะต้องทำงานในฐานะ PCU และอาจต้องมีการบริหารจัดการให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานได้ในภาคเอกชน หรือทำงานในลักษณะเครือข่ายกับภาคเอกชน ทั้งนี้มีเงื่อนไขว่าจะต้องทำให้บทบาทและการบริหารจัดการมีความชัดเจน
4. จำนวนทันตภิบาล ในฐานะที่ทันตภิบาลเป็นทันตบุคลากรหลักของหน่วยปฐมภูมิ คาดหมายว่าจะต้องเพิ่มจำนวนขึ้น พร้อมๆกับการปรับบทบาทและปรับโครงสร้างการทำงานทันตภิบาลอาจต้องไปทำงานร่วมกับภาคเอกชน จึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบว่าควรเชื่อมโยงกันในลักษณะไหน ลักษณะที่ทันตภิบาลทำงานกับเอกชนอย่างอิสระโดยอยู่ภายใต้การควบคุมของทันตแพทย์เอกชน หรือทำงานภายใต้หน่วยงานรัฐ โดยเป็นเครือข่ายคู่สัญญากับเอกชน (เอกชน sub-contact หน่วยงานรัฐที่มีทันตภิบาล)
5. บทบาททันตภิบาลในภาคเอกชนยังเป็นเรื่องอ่อนไหว ในมุมมองของทันตภิบาลต้องการทางออกที่จะเปิดโอกาสให้มีใบประกอบโรคศิลป์ชั้น 2 หรือใบประกอบวิชาชีพทันตกรรมป้องกัน แต่ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านเห็นว่าต้องลดการทับซ้อนขอบเขตการทำงานกับทันตแพทย์ให้ชัดเจนก่อน

6.3 ระบบการคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษา

ระบบการคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษาน่าจะเป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการกระจายทันตแพทย์ได้ทางหนึ่ง โดยการขยายการรับนักศึกษาจากท้องถิ่น โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกมากขึ้น และสนับสนุนค่าใช้จ่ายการศึกษา การฝึกภาคสนาม รวมถึงการจ้างงานเมื่อจบการศึกษา

1. ปรับการคัดสรรเข้าสู่การศึกษาที่สอดคล้องกับระบบสุขภาพมากขึ้น เช่น การให้ภาคท้องถิ่นและภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการคัดสรรร่วมกับสถาบันการศึกษา ซึ่งจะสัมพันธ์ต่อเนื่องไปถึงกิจกรรมในการศึกษา และการทำงานในอนาคตด้วย

2. การศึกษาต้องสอดคล้องประสานกับชุมชนและระบบบริการมากขึ้น สถาบันการศึกษาควรเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ อันจะกระตุ้นให้ระบบการศึกษามีการปรับสมดุลระหว่างฐานวิชาการและการประยุกต์ใช้กับประชาชนอย่างเหมาะสมขึ้น
3. เพิ่มเจตคติและทักษะทางการสร้างเสริมสุขภาพ, จริยธรรม และทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิต
4. เพิ่มการสร้างความรู้ และเทคโนโลยีเพื่อการพึ่งตนเอง
5. วางแนวทางการศึกษาหลังปริญญาให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ ควรมีแผนและจำกัดผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาต่างๆ ให้เหมาะสม กับระบบสุขภาพ และส่งผลประโยชน์สูงสุดต่อการบริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยควรหลีกเลี่ยงแนวทางที่ผิดพลาดของวิชาชีพแพทย์ที่ผ่านมา

6.4 บทบาท/คุณลักษณะ

เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพ ทันตบุคลาการควรขยายศักยภาพและบทบาทเพื่อครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ และการร่วมเคลื่อนไหวสังคมให้มากกว่าเดิม ทันตบุคลาการควรขยายบริการรักษาพยาบาลที่สูงกว่าระดับเบื้องต้นในระดับต่างๆ ให้มากขึ้น เพื่อการเก็บรักษาฟันและยกระดับคุณภาพชีวิตจากสภาวะช่องปากของประชาชน

บทที่ 4

อภิปรายและเสนอแนะ

เมื่อรัฐบาลได้กำหนดให้มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป้าหมายในการสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันว่าจะเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยบริการนั้นเป็นบริการที่ได้มาตรฐานและประชาชนพึงพอใจ ตัวชี้วัดที่สำคัญของผลลัพธ์ที่ต้องการ จึงอยู่ที่การที่ประชาชนได้เข้าถึงบริการ (Access) อย่างเสมอภาคกัน (Equity) บริการที่ให้เป็นบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน (Quality) และการจัดการในระบบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Efficiency)

การศึกษานี้ จำกัดคำถามการศึกษาอยู่ที่ระบบบริการทันตสุขภาพ (Oral health care delivery system) โดยมุ่งดูการเปลี่ยนแปลงในช่วงการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มิได้รวมไปถึงระบบทันตสุขภาพสุขภาพโดยรวม ในบทอภิปรายและเสนอแนะนี้จะนำเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการของประชาชน และการจัดการในระบบเป็นหลัก ประกอบด้วย 4 หัวข้อคือ

1. การเข้าถึงบริการของประชากรเป้าหมาย ทั้งด้านการรักษาและการส่งเสริมป้องกัน
2. การร่วมจัดบริการโดยภาคเอกชน
3. การพัฒนากำลังคน ชุมลิตธิประโยชน์ และระบบการเงินการคลัง เพื่อสนับสนุนระบบบริการ
4. การกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐานการจัดบริการ

1. การเข้าถึงบริการของประชากรเป้าหมาย

ในการจัดบริการภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพ ได้ตั้งมาตรฐานด้านการครอบคลุมและการเข้าถึงบริการไว้ว่า “ประชาชนที่ลงทะเบียนและมีอาการเจ็บป่วย มาใช้บริการหรือได้รับบริการจากหน่วยปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ในปีแรก และเพิ่มเป็นร้อยละ 90 ในปี 5 และกลุ่มเป้าหมายด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้รับบริการตามเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ภายในปีที่ 1 ร้อยละ 90 ในปี 2 และเพิ่มเป็นร้อยละ 95 ภายในปีที่ 5”

การบริการทันตสุขภาพในปีที่ 1 ที่ผ่านมานับว่ายังห่างไกลจากมาตรฐานด้านการครอบคลุมและการเข้าถึงบริการที่ตั้งไว้อยู่มาก การศึกษาของศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์และคณะ (2545) จากโรงพยาบาลภาครัฐในพื้นที่ 3 จังหวัด พบว่าระยะเวลา 9 เดือนของการจัดบริการตามนโยบายหลักประกันฯ โรงพยาบาลให้บริการทันตสุขภาพเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 26.6 เป็นกลุ่มผู้รับบริการที่ผู้ถือบัตรทองร้อยละ

37.0 หากคิดเป็นสัดส่วนเฉพาะในกลุ่มประชากรบัตรทอง สามารถให้บริการทันตสุขภาพได้ครอบคลุมร้อยละ 1.4 ของผู้ถือบัตรทองทั้งหมด การศึกษาของวิชัย วิวัฒน์คุณูปการและคณะ (2545) จากโรงพยาบาลเอกชน 7 แห่งใน 1 จังหวัด รายงานว่า ในระยะเวลา 9 เดือน ผู้ป่วยทันตกรรมเป็นผู้ถือบัตรทองร้อยละ 43.5 หากคิดเป็นสัดส่วนเฉพาะในกลุ่มประชากรบัตรทอง สามารถให้บริการได้ครอบคลุมร้อยละ 4.5 ของผู้ถือบัตรทองทั้งหมด การบริการของภาครัฐทั้ง 3 จังหวัด ครอบคลุมร้อยละ 6.4 ของประชากร

เมื่อเปรียบเทียบกับบริการในช่วงแผน 7 (2535-39)ที่ผ่านมา กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย (2539) รายงานว่าภาครัฐสามารถให้บริการประชาชนทั่วไปได้ ร้อยละ 4.0 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ (2542) ได้รายงานการจัดบริการทันตสาธารณสุขในระดับอำเภอ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศจัดบริการได้ครอบคลุมประชากรเฉลี่ย ร้อยละ 8.9 แม้เมื่อมีทันตภิบาลไปประจำที่สถานอนามัย ก็สามารถให้บริการได้เฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 ของประชากรในตำบลนั้น สำหรับนักเรียนประถมศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก พบว่าในช่วงแผน 5 (2525-29) ภาครัฐให้บริการได้ครอบคลุมนักเรียนประถมศึกษาเพียงร้อยละ 4.7 ต่อมาในแผน 6 แผน 7 และแผน 8 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.9 ,19.0 และ 36.0 ตามลำดับ การบริการในเด็กนักเรียนครอบคลุมมากกว่ากลุ่มอื่นๆ เพราะเป็นการทำงานเชิงรุกเข้าไปในโรงเรียนและชุมชน ทำให้มีโอกาสได้รับบริการทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันและการรักษา และเด็กเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ให้ความสำคัญเป็นอันดับหนึ่ง แต่เมื่อจัดบริการตามนโยบายหลักประกันฯในปี 2544 ปรากฏการณ์ที่พบว่าเด็กได้รับบริการน้อยลงเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณา เพราะเด็กเป็นกลุ่มที่ไม่มีศักยภาพจะเข้ามารับบริการด้วยตนเอง การจัดบริการแบบเปิดโอกาสเท่าเทียมกันทุกกลุ่มอาจได้ผลดีในแง่ความเท่าเทียม แต่อีกแง่หนึ่งกลุ่มที่มีความพร้อมมากกว่า อาจช่วงชิงการเข้าถึงบริการได้มากกว่าและทำให้เด็กต้องเสียโอกาสไปโดยปริยาย

ปัญหาการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพของประชาชนไทย เป็นเรื่องที่มีมาโดยตลอด แม้ว่าการศึกษาเพื่อให้เข้าใจถึงปัจจัยที่กำหนดปัญหายังมีไม่ชัดเจนนัก แต่มีการศึกษาที่ชี้ว่าตัวแปรบางตัวมีส่วนเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่นปัญหาการไม่กระจายของทันตบุคลากรทำให้ขาดแคลนบุคลากรในชนบทเป็นประเด็นที่เห็นชัดเจน และรัฐได้พยายามแก้ไขมาตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 โดยใช้การจัดการเชิงโครงสร้าง ได้แก่การกระจายสถานบริการ กระจายบุคลากร และทรัพยากร แต่ก็แก้ปัญหาได้ระดับหนึ่ง

การเข้าไม่ถึงบริการยังอาจมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยไม่มีความต้องการ (demand) มารับบริการด้วยเหตุผลใดก็ตาม บุญเอื้อ ยงวานิชกรและคณะ (2542) ได้รายงานการศึกษาที่แสดงให้เห็นแบบแผนการจัดการของประชาชนเมื่อยามเจ็บป่วย ที่เริ่มจากการดูแลตนเองก่อน จนสุดท้ายจะมารับบริการเมื่อการเจ็บปวดรุนแรงมากแล้ว พิศศักดิ์ องค์กริริมงคล (2542) และ สุณี ผลดีเยี่ยม (2544) ได้รายงานผลการสำรวจความเห็นของประชาชนว่า ปัญหาค่าบริการราคาแพงเป็นสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ จึงเป็นที่คาดหมายกันว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยลด

อุปสรรคด้านค่าใช้จ่าย และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามข้อมูลเชิงประจักษ์จากการศึกษา พบว่าการจัดบริการตามนโยบายดังกล่าว ยังไม่สามารถทำให้การครอบคลุมบริการด้านทันตสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปเท่าใดนัก แม้ผู้ป่วยจะมีความตื่นตัวมารับบริการมากขึ้นแต่ก็ต้องรอคิวยาวนาน ดังที่ปรากฏในรายงานเรื่องร้องเรียนของสำนักงานประกันสุขภาพ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2544 – เมษายน 2545 พบว่ามีเรื่องร้องเรียนเกี่ยวข้องกับบริการทันตสุขภาพ 24 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการร้องเรียนเรื่องรอคิวนาน ปัญหาจึงอาจมีได้อยู่ที่ด้านภาระค่าใช้จ่ายเพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่ฝ่ายผู้ให้บริการไม่สามารถจัดบริการให้ทั่วถึงได้ด้วย

ในด้านคุณภาพบริการ ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ รายงานว่า สัดส่วนชนิดบริการไม่มีการเปลี่ยนแปลง นั่นคือทันตบุคลากรยังให้บริการเหมือนเดิม แม้การครอบคลุมบริการในประชาชนจะเพิ่มมากขึ้น แต่บริการที่ประชาชนได้ในการมา 1 ครั้ง ลดน้อยลง และมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 11.2 ไม่ได้รับบริการเลย หรือได้รับเพียงการตรวจ ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาใหม่ ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทางอ้อมของประชาชนมากขึ้น เช่นค่าเดินทาง ค่าเสียโอกาส เป็นต้น วิชัย วิวัฒน์คุณูปการได้แสดงข้อมูลเปรียบเทียบ 4 เดือนแรก และ 5 เดือนหลังของโรงพยาบาลเอกชน 7 แห่งที่เป็นคู่สัญญา พบว่าการถอนฟันเพิ่มขึ้น การอุดฟันลดลง

ด้านการส่งเสริมป้องกัน ทั้ง 2 รายงานพบว่าบริการด้านการป้องกันเป็นสัดส่วนที่น้อยมาก มีเพียง ร้อยละ 1.5-2.7 เท่านั้น ปัญหาการทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันอาจมาจากปัจจัยหลายประการ เช่น

1. ประชาชนเข้ามารับบริการมากขึ้น ทันตบุคลากรมุ่งใช้เวลาเพื่อการรักษาในกลุ่มดังกล่าว เพื่อป้องกันการร้องเรียน จึงไม่เหลือเวลาสำหรับการทำงานป้องกันซึ่งส่วนใหญ่เป็นงานในกลุ่มเด็ก
2. ปัญหาความเข้าใจผิดงานส่งเสริมสุขภาพเป็นเพียงแค่การออกหน่วย การเยี่ยมบ้าน การตรวจคัดกรองผู้ป่วย และส่งมารับการรักษา ในระยะยาวจะเป็นปัญหาแก่ระบบอย่างมาก เพราะทันตสุขภาพเป็นปัญหาที่พบมาก วิธีดังกล่าวจึงเป็นการเพิ่มภาระด้านค่าใช้จ่ายแก่โรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น และอาจมีผลทางอ้อมให้เกิดการหลีกเลี่ยงการให้บริการ ส่วนความเข้าใจในเชิงกว้าง เช่น การจัดการสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนให้ประชาชนมีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งจะส่งผลต่อการลดค่าใช้จ่ายในอนาคต เป็นประเด็นที่ทันตบุคลากรภาคเอกชนยังไม่มีศักยภาพจะดำเนินการได้ และภาครัฐก็อาจยังเป็นปัญหา
3. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป มีโรงเรียนที่ต้องรับผิดชอบด้านงานอนามัยโรงเรียนเพิ่มขึ้นจากเดิมมาก แต่ไม่มีทันตภิบาล และทันตแพทย์เกือบทั้งหมดเป็นทันตแพทย์เฉพาะทาง
4. งบประมาณไม่ชัดเจนและไม่เต็มจำนวนที่ตกลงไว้ ค่าชี้แจงเรื่องงบประมาณระบุว่างบประมาณเพื่อการส่งเสริมป้องกัน เป็นจำนวนเงิน 175 บาทต่อคนต่อปี แต่งบประมาณนี้ ส่วนหนึ่งจะถูก

กันไว้บริหารจัดการโดยกรมส่วนกลาง อีกจำนวนหนึ่งกันไว้บริหารจัดการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้โรงพยาบาลอ้างว่าไม่มีงบประมาณที่ชัดเจนในการทำงานส่งเสริมป้องกัน

5. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมารับบริการด้านการส่งเสริมป้องกัน รัฐได้กำหนดว่าจะไม่เก็บค่าธรรมเนียม (30บาท) ในการให้บริการด้านการส่งเสริมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้ขาดแรงจูงใจให้บริการ
6. ปัญหาความไม่ชัดเจนของเด็กนักเรียนในโรงเรียนและภูมิลำเนาของเด็ก ซึ่งเป็นเรื่องใหญ่ในพื้นที่เขตเมือง แม้รัฐจะระบุว่า การดำเนินงานอนามัยโรงเรียน ให้สถานพยาบาลที่รับผิดชอบสถานศึกษาเป็นผู้ดูแลเด็กนักเรียนทั้งหมดที่อยู่ในโรงเรียนนั้น แม้ว่าโรงเรียนดังกล่าวจะมีนักเรียนที่มาจากต่างพื้นที่ (และขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลอื่น) โดยถือว่าการเคลื่อนย้ายของนักเรียนดังกล่าวเกิดขึ้นในทุก ๆ พื้นที่ และคิดถัวเฉลี่ยใกล้เคียงกัน.... แต่เนื่องจากการเคลื่อนย้ายของเด็กในพื้นที่เขตเมือง มีเด็กนอกพื้นที่มากกว่าร้อยละ 50 และงานด้านการป้องกันทันตสุขภาพแก่นักเรียนในโรงเรียน เช่นการเคลือบหลุมร่องฟัน มีค่าใช้จ่ายสูงระดับหนึ่ง
7. การให้บริการนอกสถานพยาบาลเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ภาคเอกชนมีข้อจำกัดต่างจากภาครัฐ เพราะไม่สามารถให้บริการนอกสถานที่ที่ขอขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลได้ (ตามพรบ.สถานพยาบาล พศ.2541) และภาคเอกชนมีเฉพาะทันตแพทย์เป็นผู้ให้บริการ ดังนั้นการมีนโยบายให้เอกชนร่วมจัดบริการ จึงต้องหาแนวทางปฏิบัติให้เกิดความคล่องตัวและความคุ้มค่า (Cost-effectiveness) เช่นการมีทันตภิบาลปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมป้องกันเป็นเครือข่ายกับภาคเอกชน เป็นต้น ที่สำคัญที่สุดคือต้องมีระบบการกำกับมาตรฐาน ซึ่งต้องเหมือนกันทั้งภาครัฐและเอกชน

2. การร่วมจัดบริการของภาคเอกชน

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาครัฐ ร้อยละ 49.0 ภาคเอกชนร้อยละ 51.0 ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานภาครัฐส่วนหนึ่ง ต้องทำหน้าที่ด้านการบริหาร ด้านวิชาการหรือการเรียนการสอน ส่วนที่ทำหน้าที่ให้บริการอย่างแท้จริงจึงน้อยกว่าจำนวนที่มีอยู่ ทันตแพทย์ภาคเอกชนจึงถือเป็นแรงงานสำคัญในการให้บริการทันตสุขภาพของประเทศไทย

ในต่างประเทศการให้บริการของเอกชนในระบบประกันสุขภาพช่วยลดเวลารอคิวและเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนมากขึ้น การร่วมจัดบริการของเอกชนจึงอาจเป็นทางเลือกทางหนึ่ง แต่ต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการจัดบริการซึ่งจะแปรผันตามการครอบคลุมบริการ ยิ่งเพิ่มเป้าหมายความครอบคลุมบริการมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในระบบก็จะเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ประเทศต่างๆจึงต้องมีการปรับความสมดุลของระบบเป็นระยะๆ

การจัดบริการโดยหน่วยคู่สัญญาที่เป็นเอกชนในปีแรกตามนโยบายหลักประกันฯ ยังมีความสับสนเรื่องข้อกำหนดต่างๆอยู่มาก ทั้งภาคเอกชนและภาครัฐไม่ได้ถูกเตรียมความพร้อมให้มาทำงานด้วยกัน ทำให้การประสานงานในระยะต้นไม่ราบรื่นและส่งผลมาถึงบริการทันตสุขภาพด้วย เนื่องจากทันตแพทย์โรงพยาบาลเอกชนมิได้มีบทบาทด้านการบริหารหรือการตัดสินใจ จึงไม่ได้มาร่วมประชุม หรือมาประชุมเฉพาะเรื่องทันตสุขภาพ แต่ไม่สามารถนำกลับไปชี้แจงหรือมีส่วนร่วมตัดสินใจกับผู้บริหารโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ พื้นฐานในการตั้งสถานพยาบาลของภาคเอกชนเป็นผลได้ในเชิงธุรกิจ ต่างจากสถานบริการของรัฐที่เป็นบริการไม่หวังผลกำไร ภาคเอกชนจึงระมัดระวังมากในเรื่องค่าใช้จ่าย และเกรงว่าบริการทันตสุขภาพจะก่อให้เกิดภาระด้านค่าใช้จ่ายแก่โรงพยาบาลเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดการควบคุมอย่างใกล้ชิดและชะลอการให้บริการบางประเภท

แม้ว่าการร่วมจัดบริการของภาคเอกชนจะช่วยเพิ่มโอกาสให้ประชาชนได้รับบริการง่ายขึ้น แต่ยังมีประเด็นปัญหาต่างๆที่ต้องการการแก้ไขอย่างเป็นระบบ เช่น

1. การที่ทันตแพทย์ไม่ได้เป็นผู้ร่วมตัดสินใจในระดับนโยบายของโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีมาตรการกลางหรือนโยบายกลางเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในบางเรื่องที่สำคัญ
2. ฐานข้อมูลที่ไม่ดีพอ ทำให้การประสานงานระหว่างภาครัฐที่กำกับระบบ กับโรงพยาบาลเอกชนเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น ในขณะที่ระบบฐานข้อมูลเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในระบบประกันสุขภาพ แต่การศึกษาของวิชัย วิวัฒน์คุณูปการ และคณะ(2545) ชี้ว่าในพื้นที่ที่ศึกษา การจัดส่งข้อมูลให้แก่ภาครัฐไม่สม่ำเสมอ ขาดการติดตามทวงถามอย่างเป็นทางการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ทำหน้าที่กำกับระบบอยู่ในขณะนี้จึงต้องเร่งพัฒนาระบบดังกล่าว
3. ปัญหาการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งได้กล่าวแล้วในหัวข้อที่ 1

จากข้อจำกัดในการทำงานปฐมภูมิของภาคเอกชน ระบบการทำงานของคู่สัญญาที่เป็นเอกชน จึงอาจไม่ควรแยกทำงานอิสระ แต่ควรเป็นเครือข่ายกับภาครัฐ แต่ละฝ่ายทำบทบาทที่เป็นความถนัด โดยมีตัวชี้วัดความสำเร็จอยู่ที่สุขภาพดีมากกว่าขยายการครอบคลุมบริการด้านการรักษา

ด้านแนวโน้มการร่วมจัดบริการของคลินิกเอกชนในฐานะเครือข่าย อติเรก ศรีวัฒนาวงษา (2545) วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ (2545) และกุลยา รัตนปรีดากุล (2545) รายงานตรงกันว่า คลินิกเอกชนมีความสนใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพน้อย ทั้งจากการที่ไม่ได้รับผลกระทบเมื่อมีโครงการฯ เกรงความยุ่งยากด้านเอกสาร การตรวจสอบ และการได้เบิกเงินคืน ปัญหานี้จะคล้ายคลึงกับบางประเทศที่มีระบบรัฐ-เอกชนดังกล่าว เช่น ประเทศอังกฤษ ทันตแพทย์จบใหม่ไม่สนใจจะขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสุขภาพ การจะดึงให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมจึงต้องมีแรงจูงใจและการจัดการที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามในแง่ความเป็นไปได้ของคลินิกเอกชน อติเรก ศรีวัฒนาวงษา (2545) ได้รายงานผลการสำรวจค่าเฉลี่ยเวลาการทำงานของทันตแพทย์เอกชน พบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานของภาคเอกชน

ยังมีช่องว่างพอกหากต้องทำงานเพิ่มเติม โดยเฉพาะทันตแพทย์ที่ทำงานมาไม่เกิน 10 ปี พร้อมทั้งเสนอว่าลักษณะการทำสัญญาให้ภาคเอกชนร่วมจัดบริการ อาจมีอยู่ 4 แบบคือ 1) ทำสัญญาการให้บริการทุกประเภท ที่สถานพยาบาลคู่สัญญาไม่สามารถจัดบริการให้ได้ตามเป้าหมาย และจ่ายค่าตอบแทนตามจำนวนการบริการ (fee for service) หรือ 2) ทำสัญญาการให้บริการทันตกรรม เฉพาะบางบริการที่จำเป็น และจ่ายค่าตอบแทนตามจำนวนการบริการ ภายใต้เพดานราคาที่ตกลงกันไว้ เช่นการทำฟันปลอมในผู้สูงอายุ หรือ 3) ทำสัญญาการให้บริการทันตกรรมเฉพาะบางบริการที่จำเป็น และจ่ายค่าตอบแทนตามจำนวนประชากร (capitation) เช่นการดูแลทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนในโรงเรียน หรือ 4) ทำสัญญาการให้บริการทุกประเภท และจ่ายค่าตอบแทนตามจำนวนประชากร

กรณีที่ 3 นี้เป็นประเด็นที่น่าสนใจ เพราะสามารถให้บริการที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ตามนโยบายสร้างนำซ่อม เด็กยังเป็นกลุ่มที่คาดประมาณค่าใช้จ่ายได้ค่อนข้างชัดเจน จึงมีความเสี่ยงน้อยกว่าผู้ใหญ่ เพราะการเกิดโรคไม่มาก การจัดบริการให้แก่เด็กในโรงเรียน มีข้อเสนอว่านอกจากมีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานแล้ว ยังควรให้ผู้เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ เช่นผู้บริหารโรงเรียน สมาคมผู้ปกครอง หรือองค์กรชุมชน เป็นต้น

การร่วมจัดบริการของคลินิกเอกชนในมุมมองของทันตแพทย์เอกชน มองว่าความสำเร็จของการเข้าร่วมจัดบริการรัฐ-เอกชนขึ้นอยู่กับขั้นตอนการเบิกจ่ายที่ชัดเจน การจ่ายเงินที่ตรงเวลา การมีราคากลางในการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นที่ยอมรับของทันตแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน และระบบข้อมูลเพื่อการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพและไม่ยุ่งยากจนเกินไป การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เป็นเรื่องจำเป็นมาก หลายประเทศใช้วิธี sub-contract ให้สหพันธ์ทันตแพทย์ หรือสมาคมทันตแพทย์ท้องถิ่น เป็นผู้จัดระบบการให้บริการ ในวงเงินและเป้าหมายงานที่รัฐเป็นผู้ร่วมกำหนด

แม้ว่าการให้คลินิกเอกชนร่วมจัดบริการจะมีข้อดีอยู่หลายประการ เช่น ช่วยเพิ่มโอกาสให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น เปิดโอกาสให้ระบบได้ใช้ศักยภาพของทันตแพทย์ภาคเอกชนที่มีอยู่ประมาณครึ่งหนึ่งของประเทศได้มากขึ้น ช่วยลดต้นทุนการลงทุนที่เป็นต้นทุนคงที่ (อุปกรณ์ สิ่งก่อสร้างและค่าแรง) ของภาครัฐซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าร้อยละ 80 ของการลงทุนทั้งหมด ช่วยลดการลงทุนเพิ่มหรือลงทุนใหม่ ในพื้นที่ที่มีการจัดบริการโดยภาคเอกชนอยู่แล้ว เพื่อไม่ให้ซ้ำซ้อน อย่างไรก็ตาม การให้คลินิกเอกชนร่วมจัดบริการยังมีอุปสรรคหลายอย่างที่ควรคำนึงถึง เช่น

1. การจัดลำดับความสำคัญของผู้ถือเงิน ในมุมมองของภาครัฐที่เป็นหน่วยคู่สัญญา เห็นว่าโรงพยาบาลจะต้องชั่งใจระหว่างการเพิ่มการครอบคลุมบริการทันตสุขภาพ กับการเพิ่มการครอบคลุมบริการอื่น ผู้บริหารจะต้องพิจารณาถึงความจำเป็นพร้อมกันทุกฝ่าย ซึ่งทันตกรรมอาจไม่ใช่ปัญหาการเจ็บป่วยเร่งด่วนที่โรงพยาบาลจะลงทุน sub contract ให้เอกชนก็ได้

2. ความสนใจของคลินิกเอกชน มีความสนใจเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพน้อยดังได้กล่าวแล้ว
3. การเพิ่มภาระด้านงบประมาณ ค่าใช้จ่ายภายในสถานบริการคู่สัญญา (CUP) จะเพิ่มขึ้นจากเดิมที่ประชาชนไม่ได้รับบริการ เนื่องจากความไม่เพียงพอของบุคลากรภาครัฐ อติเรก ศรีวัฒนาวงษา และคณะ ได้รายงานว่าการร่วมจัดบริการแบบรัฐ-เอกชน ในประเทศญี่ปุ่น โดยจ่ายค่าตอบแทนแบบตามรายการที่ให้บริการ (Fee for service) กระตุ้นให้ค่าใช้จ่ายในการประกันทันตสุขภาพสูงขึ้น⁹
4. การควบคุมคุณภาพบริการ ซึ่งจะได้นำกล่าวถึงในหัวข้อคุณภาพและมาตรฐานบริการ

3. ปัจจัยเอื้อต่อระบบบริการ : การพัฒนากำลังคน ชุมสิทธิประโยชน์ และระบบการเงินการคลัง

3.1 การพัฒนากำลังคน

ปัญหาการขาดแคลนทันตบุคลากรในหลายพื้นที่ของประเทศ นับเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการทันตสุขภาพ ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมารัฐได้แก้ไขปัญหาการไม่ได้รับบริการของประชาชนโดยแก้ที่การกระจายทันตบุคลากรมาโดยตลอด เช่นกำหนดโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังในสถานพยาบาลภาครัฐ นโยบายทันตแพทย์คู่สัญญาและนโยบายนักเรียนทุนของทันตภิบาล ทำให้มีทันตบุคลากรกระจายไปอยู่ในส่วนภูมิภาคอย่างรวดเร็ว นับจากปี 2532 เป็นต้นมา แต่จากนโยบายจำกัดกำลังคนของภาครัฐทำให้นักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด รวมทั้ง แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ต้องบรรจุเข้าเป็นพนักงานของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2543 และมติที่ให้ผู้ที่เข้าศึกษาในหลักสูตรการผลิตต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งทันตภิบาล ไม่ต้องทำสัญญาชดเชยทุนอีกต่อไป (มีผลบังคับใช้กับผู้เข้าศึกษาในปีพ.ศ. 2544) ส่งผลให้การสนับสนุนกำลังคน ทั้งทันตแพทย์ และทันตภิบาลในอนาคตมีความไม่แน่นอนอย่างมาก

การดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการเปลี่ยนรูปแบบการจัดการด้านการเงินการคลัง ทำให้หน่วยบริการต้องปรับนโยบายด้านกำลังคน สถานการณ์ที่ส่งผลต่อกระทบต่อทันตบุคลากรอาจสรุปได้เป็น 3 ประเด็นใหญ่ๆ คือ

1. หน่วยคู่สัญญาที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญา ต้องทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย

สถานพยาบาลคู่สัญญาที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เดิมเคยให้บริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ และมีกรอบอัตรากำลังเป็นทันตแพทย์เฉพาะทางทั้งหมด เมื่อต้องทำหน้าที่เป็นหน่วย

⁹ ตัวอย่างประเทศญี่ปุ่น ค่าใช้จ่ายด้านทันตสุขภาพคิดเป็น ร้อยละ 8.8 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ งานที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสูงได้แก่งานทันตกรรมประดิษฐ์ ร้อยละ 45.6 ของค่าใช้จ่ายในบุคคลทั่วไป และร้อยละ 62.2 ในผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมป้องกันมีเพียงร้อยละ 6.2 และ 6.0

บริการปฐมภูมิด้วย ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และภาคเอกชน จึงประเมินว่าตนเองไม่ถนัดในการทำงานเชิงรุกในพื้นที่ และรู้สึกไม่คุ้มที่ผู้ชำนาญการเฉพาะทางจะต้องไปทำงานพื้นฐาน จึงต้องการให้มีบุคลากรประเภททันตภิบาล มาทำหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และงานเชิงรุกในพื้นที่ ปัจจุบันโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่มีการบรรจุทันตภิบาลไว้ในกรอบของโรงพยาบาล แต่ใช้วิธีบรรจุทันตภิบาลลงในสถานีนอามัยของอำเภอเมืองที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทันตแพทย์อาจไม่ต้องลงมือดำเนินงานปฐมภูมิด้วยตนเอง แต่ต้องมีความเข้าใจหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสามารถในการบริหารจัดการ การวิเคราะห์ปัญหา จัดทำโครงการ ทำงานเป็นทีมร่วมกับสาขาอื่น ๆ ซึ่งต้องพัฒนาตั้งแต่การเรียนการสอนในมหาวิทยาลัย

2. การปรับบทบาทหน้าที่และกรอบอัตรากำลังบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ต้องปรับบทบาทเป็นผู้ตรวจสอบและกำกับดูแลมาตรฐานบริการทันตสุขภาพ ติดตามประเมินผลและสนับสนุนข้อมูลต่างๆ ทำให้ต้องลดบทบาทด้านการให้บริการและการดูแลกลุ่มเป้าหมายเด็กที่เคยทำอยู่เดิม ทันตแพทย์ส่วนหนึ่งยังขาดความสามารถในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ใหม่ซึ่งจะทวีความสำคัญมากขึ้น เพราะเป็นบทบาทที่ทำให้เกิดการถ่วงดุลระหว่างหน่วยคู่สัญญากับประชาชน เป็นการคุ้มครองประชาชนให้ได้รับบริการที่เหมาะสมคุ้มค่ากับการลงทุนของรัฐ

3. จำนวน การกระจาย และบทบาทของบุคลากรแต่ละประเภท

ข้อมูลทันตบุคลากรปี 2545 ชี้ให้เห็นว่า ร้อยละ 68.4 ของจังหวัดทั่วประเทศ ยังมีสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน¹⁰ และร้อยละ 51.5 ยังมีสัดส่วนทันตภิบาลต่อประชากรไม่ได้มาตรฐาน และสัดส่วนทันตแพทย์ต่อบุคลากรข้างเคียงไม่เหมาะสมที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ ทันตแพทย์สภาจึงมีข้อเสนอให้เพิ่มการผลิตบุคลากรประเภททันตภิบาล และให้คงมาตรการที่ช่วยกำกับให้มีการกระจายทันตแพทย์ เช่น ทันตแพทย์คู่สัญญา นอกจากนี้ยังเสนอว่า 1) ภายในปี 2549 การจัดบริการทันตสุขภาพในระดับปฐมภูมิควรมีอัตราส่วน ทันตแพทย์ : ทันตภิบาล : ประชากร เป็น 1 : 1 : 20,000 2) ทุกหน่วยบริการปฐมภูมิควรมีทันตภิบาลที่ทำหน้าที่เน้นหนักด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างน้อย 1 คน ที่ปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมดูแลของทันตแพทย์ 3) เนื่องจากบริการที่ให้แก่ประชาชนเป็นด้านการรักษา(ซ่อม) มากกว่าการส่งเสริมป้องกัน(สร้าง) จึงมีข้อ

¹⁰ มาตรฐานเชิงโครงสร้างของการจัดบริการทันตสุขภาพใน PCU มีข้อเสนอว่า สัดส่วนทันตบุคลากรต่อประชากรในอนาคต ควรมี ทันตแพทย์ : ทันตภิบาล : ประชากร ในสัดส่วน 1:2:20,000 เพื่อให้การทำงานทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการบำบัดรักษา เป็นไปได้ตามเป้าหมาย

¹¹ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย รายงานข้อมูลทันตบุคลากร ณ เดือนมีนาคม 2545 มีทันตแพทย์ 7,175 คน ทันตอนามัย+ทันตภิบาล 2,759 คน ผู้ช่วยทันตแพทย์ 2,071 คน คิดเป็นสัดส่วน ทันตแพทย์ : ทันตภิบาล : ผู้ช่วย = 3.5 : 1.3 : 1 สัดส่วนที่เหมาะสมควรมีทันตแพทย์ในสัดส่วนที่มากกว่าบุคลากรระดับ auxiliary หรือผู้ช่วย เช่น ทันตแพทย์ : ผู้ช่วยเป็นสัดส่วนอย่างน้อย 2:3

เสนอว่า ควรปรับบทบาททันตภิบาล และควรปรับการเรียนการสอน เพื่อให้เน้นงานด้านการส่งเสริมป้องกันเป็นบทบาทหลัก แต่การจะทำเช่นนั้นได้มีเงื่อนไขว่าต้องควบคู่ไปกับการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ เพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันว่าจะได้รับบริการ 4) ควรให้มีบุคลากรประเภททันตภิบาลใน รพศ./รพท. เพราะต้องทำงานในฐานะ PCU และอาจต้องมีการบริหารจัดการให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานได้ในภาคเอกชน ทั้งนี้มีเงื่อนไขว่าจะต้องทำให้บทบาทและการบริหารจัดการมีความชัดเจน

อย่างไรก็ตามการพยายามแยกแยะบทบาทหน้าที่ระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล โดยให้ทันตแพทย์ทำงานด้านการรักษา และทันตภิบาลทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น ยังเป็นประเด็นที่ต้องใช้เวลาเพื่อปรับการจัดการในระบบให้ลงตัว แม้การผลิตทันตภิบาลจะมีได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อมาทดแทนการขาดแคลนทันตแพทย์ในท้องถิ่นห่างไกล และได้มาทดแทนบทบาททันตแพทย์ด้านการรักษาพื้นฐานที่ไม่ยุ่งยาก แต่ต้องยอมรับว่าในสถานการณ์ปัจจุบันซึ่งยังแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ไม่ได้ ทันตภิบาลยังเป็นที่พึ่งเดียวที่ประชาชนสามารถพึ่งพิงได้ยามเจ็บป่วย การแก้ปัญหาในปัจจุบันจึงอาจต้องให้น้ำหนักกับการทำงานผสมผสานกันเป็นทีม มากกว่าการพยายามแยกแยะบทบาทออกจากกันให้ชัดเจน

ระบบการคัดเลือกเพื่อเข้าศึกษา มีส่วนช่วยสนับสนุนการกระจายทันตแพทย์ได้ทางหนึ่ง โดยการขยายการรับนักศึกษาจากท้องถิ่น รวมถึงให้ท้องถิ่นจ้างงานเมื่อจบการศึกษา

การทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยคู่สัญญาที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และภาคเอกชน ทันตภิบาลอาจต้องมีส่วนร่วมในการจัดบริการมากขึ้น ซึ่งอาจจัดการในรูปแบบ

- 1) การ sub contract องค์กรต่อองค์กร โดยมีทันตภิบาลอยู่ในภาครัฐ หน่วยคู่สัญญาซื้อบริการจากองค์กรภาครัฐที่ทันตภิบาลสังกัด รูปแบบนี้จะใช้ได้ดีในระยะต้นที่มีทันตภิบาลอยู่ในระบบของรัฐอยู่แล้ว แต่ในอนาคตภาครัฐจะต้องเป็นผู้ลงทุนระยะยาวเพื่อจ้างทันตภิบาลไว้สนับสนุนหน่วยงานอื่น จึงต้องพิจารณาถึงความคุ้มทุน นอกจากนี้อาจมีอุปสรรคจากนโยบายจำกัดบุคลากรของภาครัฐ และต้องหาคำตอบว่าทันตภิบาลจะทำงานภายใต้การควบคุมจากทันตแพทย์ของหน่วยงานต้นสังกัดหรือหน่วยงานคู่สัญญา
- 2) การปรับแก้ให้ทันตภิบาลสามารถทำงานในภาคเอกชน ภายใต้การควบคุมของทันตแพทย์ รูปแบบนี้องค์กรวิชาชีพจะต้องคำนึงถึงเรื่องการควบคุมมาตรฐานวิชาชีพ และอาจต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ / ข้อดีข้อด้อยของการให้ทันตภิบาลมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพตามบทบาทที่เหมาะสม

จากนโยบายจำกัดกำลังคนของภาครัฐ แม้ว่าปัจจุบันรัฐยังคงนโยบายทันตแพทย์คู่สัญญา แต่ต้องบรรจุเป็นพนักงานของรัฐในกระทรวงสาธารณสุข การจ้างปฏิบัติงานเป็นไปตามสัญญาจ้างซึ่งมีกำหนดเวลา และจะต่อสัญญาเมื่อผ่านการประเมินผลงาน แม้รัฐจะยังคงเพิ่มการผลิตทันตภิบาล แต่

ในระยะแรกที่อัตราตำแหน่งไม่เพียงพอ รัฐได้แก้ไขปัญหามุ่งเน้นโดยการรับนักเรียนทันตภิบาลเป็น 2 สาย สายที่ 1 รับตามระบบปกติจากผู้จบชั้น ม. 6 โดยมีจังหวัดต้นสังกัดแต่ไม่มีการทำสัญญาชดเชยทุน สายที่ 2 ให้ผู้ช่วยทันตแพทย์มาเรียนต่อเนื่องเป็นทันตภิบาล โดยคาดว่าเมื่อจบแล้วจะเข้ารับราชการโดยปรับเปลี่ยนตำแหน่งจากเลขตำแหน่งเดิม ทำให้อัตราตำแหน่งของผู้ช่วยทันตแพทย์ค่อยๆ น้อยลง ประกอบกับไม่มีการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์เพิ่ม ในอนาคตจึงต้องเป็นการฝึกอบรมระยะสั้นและปฏิบัติงานเป็นลูกจ้างในหน่วยงาน การจ้างงานขึ้นกับการตัดสินใจของผู้บริหาร สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้การสนับสนุนกำลังคนภาครัฐในอนาคตมีความไม่แน่นอนอย่างมาก นอกจากนี้นโยบายคุณภาพบริการและการตรวจสอบในระบบบริการ การต้องทำงานเป็นทีม การทำงานในหน้าที่ที่ไม่ถนัด และความบีบคั้นอื่นๆ อาจมีส่วนผลักดันให้ทันตแพทย์ออกไปจากระบบมากขึ้น

3.2 ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตสุขภาพ

จากการศึกษาระบบของประเทศต่างๆ พบว่าการจัดบริการให้แก่เด็ก ไม่ว่าผู้ให้บริการจะเป็นภาครัฐหรือเอกชนก็ตาม รัฐมักเป็นผู้รับผิดชอบด้านการเงินการคลัง และสิทธิประโยชน์จะครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมป้องกันและการรักษา เช่น ประเทศ นิวซีแลนด์ สวีเดน เดนมาร์ก นอร์เวย์ อังกฤษ แคนาดา สหรัฐอเมริกา รวมทั้งประเทศไทย แต่บริการในกลุ่มผู้ใหญ่ มักผ่านทางระบบประกันสังคม ประกันเอกชน ประกันโดยบริษัทเป็นผู้จ่าย หรือผู้รับบริการจ่ายเอง (Out of pocket) ประเทศใดที่รัฐรับผิดชอบผู้ใหญ่ด้วย อาจใช้การจัดบริการแบบมีเงื่อนไข เช่น การกำหนดเพดานเงินที่กองทุนจะสนับสนุน (ประกันสังคมของไทย) การกำหนดสัดส่วนร่วมจ่าย (ญี่ปุ่น, สวีเดน) หรือให้ประชาชนจ่ายค่ารักษาตามราคากลางที่คิดโดยอิงจากราคาต้นทุนจริง ส่วนที่เกินจากนั้นรัฐจะช่วยออกให้โดยมีเพดานการร่วมจ่ายของรัฐ (Excessive Burden Insurance) เช่นระบบของฮ่องกง เป็นต้น เมื่อประเทศไทยมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ใช้แนวคิดความเท่าเทียมและเป็นธรรม การจัดบริการจึงได้รวมทันตสุขภาพไว้ในชุดบริการโดยครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย

เนื่องจากประเทศไทยใช้แนวคิดความเป็นธรรมในระบบประกันสุขภาพแบบความเท่าเทียมผสมผสานกับแนวคิดสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนทุกคนตามรัฐธรรมนูญปี 2540 ดังนั้นภายใต้ทรัพยากรจำกัด จึงควรกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ตามแนวทาง “บริการพื้นฐานที่จำเป็นที่ทุกคนต้องเข้าถึงได้” เพราะทั้งคนรวยและคนจนต่างได้สิทธิเท่ากัน และทุกคนกำลังใช้ทรัพยากรของรัฐ (Public resources) อย่างไรก็ดีตาม ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่กำหนดในปี 2544-45 ปรับปรุงมาจากสิทธิประโยชน์เดิมของประชาชนผู้มีรายได้ต่ำและผู้ที่ยังคงต้องช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งมีแนวคิดต่างกัน จึงครอบคลุมบริการค่อนข้างกว้างและไม่มีการจัดลำดับความสำคัญ นอกจากนี้บริการทันตกรรมเป็นบริการที่คิดค่าใช้จ่ายเท่าผู้ป่วยนอกทั่วไปในขณะที่ต้นทุนต่อหน่วยสูงกว่า ทำให้ผู้ให้บริการมีความกังวลต่อค่าใช้จ่าย เพราะประชาชนส่วนใหญ่มีปัญหาทางทันตสุขภาพ จึงมีข้อเสนอจากผู้ให้บริการว่า ในอนาคตอาจต้องแยกชุดสิทธิประโยชน์เรื่องงานทันตกรรมออกจากชุดสุขภาพทั่วไป อย่างไรก็ดีการจัดบริการ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าไม่ว่าชุดสิทธิประโยชน์จะกำหนดกว้างขวางเพียงใด การบริการที่ประชาชนได้

รับกว่าร้อยละ 80 ยังคงเป็นการอุดหนุน ถอนฟัน และชุดหินน้ำลาย บริการทั้ง 3 รายการนี้จึงถือเป็นรายการในชุดสิทธิประโยชน์ที่มีความสอดคล้องกับบริการจริงที่ให้แก่ประชาชน แต่ประเด็นที่น่าเป็นห่วงคือ บริการด้านการป้องกันรายบุคคลเป็นสัดส่วนที่น้อยมาก มีเพียงร้อยละ 1.5 ในภาครัฐ และ 2.7 ในภาคเอกชนที่ศึกษา และเด็กเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการลดน้อยลง จึงเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าการจัดบริการยังไม่เป็นไปตามนโยบายสร้างนำซ่อม

แนวคิดการจัดชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตสุขภาพ ต้องเป็นแนวคิดเกี่ยวกับการบริการสุขภาพทั่วไป เพราะสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพโดยรวม การคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายในระบบจึงต้องมองการจัดบริการทั้งระบบ มิใช่เฉพาะบริการใดบริการหนึ่ง

การพิจารณาว่าบริการอื่นๆที่กำหนดไว้ในชุดสิทธิประโยชน์มีความเหมาะสมหรือไม่นั้น อาจมองได้เป็น 2 ลักษณะคือ 1) เป็นบริการที่มีผู้ป่วยไม่มากแต่ประชาชนจำเป็นต้องได้รับการคุ้มครอง เช่น เพดานเทียม ศัลยกรรมช่องปาก เพราะถือเป็นการช่วยชีวิต จึงน่าจะคงสิทธิไว้ให้ประชาชน 2) บริการที่ประชาชนต้องการมากแต่ระบบมีศักยภาพให้บริการได้น้อย เพราะต้องใช้เวลามากหรือราคาแพง เช่นการใส่ฟัน¹² อาจจะต้องมีทางออกอื่นร่วมด้วย เช่นรูปแบบของต่างประเทศใช้การร่วมจ่ายในสัดส่วนที่เหมาะสม

3.3 ระบบ การเงินการคลัง

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่รวมเอาบริการทันตสุขภาพไว้ในชุดบริการ โดยรัฐให้การสนับสนุนประชาชนทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมกันนั้น ถือเป็นนโยบายที่ช่วยลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายของประชาชนได้ทางหนึ่ง แต่ในมุมมองของผู้จัดบริการแล้ว การจัดระบบงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวให้แก่หน่วยคู่สัญญา ทำให้บริการทันตสุขภาพ ซึ่งมีภาพลักษณ์ว่าเป็นบริการที่มีต้นทุนสูง ได้รับการจับตามองด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากหน่วยคู่สัญญาที่เป็นภาคเอกชน แม้ว่าในจำนวนผู้รับบริการทันตกรรมทั้งหมด จะเป็นผู้ป่วยบัตรทองร้อยละ 37.0 ใน 6 โรงพยาบาลภาครัฐ และร้อยละ 43.5 ใน 7 โรงพยาบาลเอกชน แต่เมื่อคิดเป็นร้อยละต่อประชากรผู้มีบัตรทอง ก็เป็นสัดส่วนเพียงประมาณร้อยละ 1-4 เท่านั้น ความกังวลเรื่องผู้ป่วยทันตกรรมจะเป็นภาระด้านงบประมาณจึงเป็นปัญหาที่ยังไม่เกิดขึ้นจริงในขณะนี้ ในทางกลับกัน ประชาชนยังคงเข้าถึงบริการได้น้อยแม้อุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายจะลดลงแล้วก็ตาม

ปัจจุบัน หน่วยคู่สัญญาที่มีประชากรในความรับผิดชอบมาก จะได้รับงบประมาณมาก แต่สามารถจัดบริการทันตสุขภาพได้จำกัดตามจำนวนทันตบุคลากรที่มี ประชาชนจึงไม่ได้รับการตามสิทธิที่พึงมีพึงได้ ทางออกอาจทำได้ 2 ทางคือ 1) หน่วยบริการจ้างทันตบุคลากรเพิ่ม หรือ 2) การ sub-contract ให้ผู้อื่นมารับจัดบริการ ทั้งสองทางเลือก จะต้องใช้ข้อมูลเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นฐานสำคัญใน

¹² ชุดสิทธิประโยชน์ในปี 2544-2545 มีกำหนดเรื่องการทำฟันปลอม แต่บริการประเภทนี้เพิ่มขึ้นไม่มากนัก แต่ปี 2546 บริการฟันปลอมจะให้คงสิทธิเฉพาะผู้สูงอายุเท่านั้น

การคิด รวมทั้งความเป็นไปได้ด้านงบประมาณของรัฐ หากต้องแยกการคิดงบประมาณด้านทันตสุขภาพ ออกจากงบประมาณรวม

ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงคือการแยกงบประมาณเฉพาะทันตสุขภาพ มี 2 ระดับคือแยกคิดเงิน หรือแยกการบริหารจัดการ การแยกคิดเงินจะทำให้เห็นภาพค่าใช้จ่ายด้านทันตสุขภาพชัดเจน เป็นประโยชน์เมื่อต้อง sub contract หรือเมื่อต้องจัดงบประมาณเพิ่มเติมสำหรับบางบริการ เช่นการทำฟันปลอม แต่การแยกการบริหารจัดการ อาจทำให้เกิดการแยกส่วนในการจัดบริการสุขภาพ และทำให้แนวคิดการจัดบริการแบบองค์รวมต้องด้อยลงไป

4.การกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐานการจัดบริการ

ความหมายและองค์ประกอบของมาตรฐานสถานพยาบาล มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มาตรฐานเชิงโครงสร้าง เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ บุคลากร 2) มาตรฐานกระบวนการ เช่น มาตรฐานและแนวทางเวชปฏิบัติที่จำเป็น การให้บริการ การบริหารจัดการ 3) มาตรฐานเชิงคุณภาพของผลลัพธ์งานเช่น เป้าหมายผลลัพธ์การดูแลสุขภาพ การทบทวนการใช้ทรัพยากร เสี่ยงสะท้อนของผู้รับบริการ

ตามแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชน ได้กำหนดมาตรฐานเบื้องต้นของหน่วยบริการปฐมภูมิไว้หลายประการ ในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทันตสุขภาพโดยตรง ได้แก่

1. ด้านขีดความสามารถ มีการจัดบริการด้านทันตกรรมป้องกันและการรักษาฟันฟูทางทันตกรรม โดยต้องจัดให้มีบริการแก่ประชาชนอย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พร้อมทั้งมีระบบติดตามความต่อเนื่องของการบริการ
2. ด้านบุคลากร มีทันตแพทย์ในอัตราส่วน 1:20,000 ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ ให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานแทน ด้วยอัตราส่วนทันตภิบาล 2 คนต่อทันตแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีทันตแพทย์ร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1 : 40,000 คน
3. ด้านระบบส่งต่อ มีระบบการส่งต่อเพื่อรับบริการด้านทันตกรรม
4. มาตรฐานเชิงคุณภาพของผลลัพธ์งาน มีการกำหนดเป้าหมายผลลัพธ์การดูแลสุขภาพ เป็นมาตรฐานด้านความครอบคลุมและด้านคุณภาพบริการ เป็นไปตามเกณฑ์กลาง มิได้ระบุแยกด้านทันตกรรม โดยระบุรวมไว้ว่า ประชาชนที่ลงทะเบียนและมีอาการเจ็บป่วย มาใช้บริการหรือได้รับบริการจากหน่วยปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ในปีแรก และเพิ่มเป็นร้อยละ 90 ในปี 5 และกลุ่มเป้าหมายด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการบริการตามเกณฑ์มาตรฐานไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ภายในปีที่ 1 ร้อยละ 90 ในปี 2 และเพิ่มเป็นร้อยละ 95 ภายในปีที่ 5

ในรอบ 1 ปีแรกของการจัดการบริการทันตสุขภาพ ตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถทำให้ได้มาตรฐานเบื้องต้น เพียงแค่ข้อกำหนดที่ 1 เท่านั้น การจะทำให้บรรลุมาตรฐานข้อที่ 2-4 ที่ทางเลือกหลายทาง เช่น

ทางเลือกที่ 1 เพิ่มการจ้างทันตบุคลากรในระบบของรัฐ ปัจจุบันรัฐทำอยู่แล้วโดยยังคงนโยบาย ทันตแพทย์คู่สัญญา และยังคงเพิ่มการผลิตทันตภิบาล มาตรการนี้จะช่วยให้มาตรฐานด้านบุคลากรดีขึ้นในอนาคต แต่ทางเลือกนี้มีความไม่แน่นอนสูงหากยังคงมีนโยบายจำกัดกำลังคนของภาครัฐ และการสูญเสียทันตแพทย์ออกจากระบบเมื่อหมดภาระใช้ทุนแล้ว ดังได้กล่าวไว้แล้วในหัวข้อกำลังคนทางทันตสุขภาพ ทางเลือกนี้จึงต้องประกอบไปกับมาตรการอื่นๆ เช่น ปรับระบบการคัดเลือกนักศึกษาโดยขยายการรับนักศึกษาจากท้องถิ่น การให้ท้องถิ่นที่มีศักยภาพเป็นผู้จ้างงาน เป็นต้น

ทางเลือกที่ 2 การจัดการบริการร่วมรัฐ-เอกชน ทางเลือกนี้ไม่ช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบแต่อาจช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น แต่ทั้งนี้ต้องมีระบบการควบคุมกำกับที่ดีพอ การควบคุมกำกับจะต้องมีทั้ง 2 ด้าน คือกำกับให้หน่วยคู่สัญญาที่ไม่สามารถจัดการได้ตามมาตรฐานต้องขยายเครือข่ายคู่สัญญา และกำกับเครือข่ายคู่สัญญาให้บริการอย่างมีคุณภาพ

การจัดการให้คลินิกเอกชนร่วมให้บริการ ในกรณีที่หน่วยคู่สัญญาไม่สามารถจัดการได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ถือเป็นมาตรการหนึ่งที่ช่วยคุ้มครองประชาชนให้ได้รับบริการตามสิทธิ การจะเกิดเช่นนี้ได้จำเป็นต้องมีเกณฑ์การวัดปริมาณงานด้านทันตกรรมต่อประชากรในแต่ละพื้นที่ มีระบบตรวจสอบที่เข้มแข็งให้หน่วยคู่สัญญาต้อง sub contract หากไม่สามารถให้บริการทันตกรรมตามเกณฑ์ได้ มีระบบข้อมูลที่ดีและมีกลไกการควบคุมกำกับที่แม่นยำ มีความเที่ยงตรงและเป็นธรรม

การจัดระบบบริการโดยการ sub contract คลินิกเอกชนให้เป็นเครือข่าย เริ่มมีการดำเนินการในบางจังหวัด เช่น จังหวัดสมุทรปราการ ชลธิชา พุฒิวงศ์นันท์ (2545) รายงานว่าจากปัญหาประชาชนเข้าไม่ถึงบริการทันตกรรม ในขณะที่จังหวัดมีคลินิกเอกชนมากเป็น 2 เท่าของเครือข่ายบริการทันตกรรมที่มีอยู่ และสถานะการเงินของโรงพยาบาลคู่สัญญามีสภาพคล่อง จังหวัดจึงได้กำหนดแนวทางให้หน่วยคู่สัญญาต้อง sub contract คลินิกเอกชน โดยกำหนดเกณฑ์ไว้ 2 ส่วนคือ

1) เกณฑ์ที่กำกับให้หน่วยคู่สัญญา ต้อง sub contract เช่น ประชากรผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) อย่างน้อยร้อยละ 10 ต้องได้รับการ สดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร UC ในแต่ละ CUP ต้องได้ขึ้นตามมาตรฐานขั้นต่ำ จัดบริการทันตสุขภาพอย่างน้อย 40 ชม/สัปดาห์ ผู้มารับบริการครั้งแรก ต้องได้บริการอย่างน้อย 1 รายการ นัดครั้งต่อไปไม่เกิน 2 สัปดาห์ ได้รับบริการภายใน 2 ชั่วโมง และบัตรทองต้องได้รับการเท่าเทียมคนอื่นทั้งในและนอกเวลาราชการ เป็นต้น

2) เกณฑ์พิจารณาคลินิกที่จะรับ sub contract เช่น มีความพร้อมเรื่องอุปกรณ์ สถานที่ การป้องกัน การติดเชื้อ ความสามารถในการรองรับบริการ เช่น คนไข้เดิมมีคิวนัดไม่เกิน 2 สัปดาห์ ต้องรับรอง

ผลการบริการอย่างน้อย 6 เดือน ต้องมีระบบการจัดเก็บข้อมูลบริการทันตกรรมที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตรวจสอบได้ เป็นต้น

ทางเลือกที่ 3 จัดลำดับความสำคัญให้บางกลุ่มเป้าหมาย บริการบางประเภท ต้องได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ทางเลือกที่ 3 นี้ควรทำควบคู่ไปกับทางเลือกที่ 1 และ 2 เพราะเป็นไปได้ยากที่การจัดบริการทันตสุขภาพจะสามารถทำได้ครอบคลุมและทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ตามเป้าหมายที่กำหนด จึงควรมีการจัดลำดับความสำคัญ เช่น ประเมินจัดบริการให้ครอบคลุมตามเป้าหมายเฉพาะในกลุ่มเด็ก โดยเน้นกิจกรรมด้านการป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์ มีการกำหนดเป้าหมายการทำงานส่งเสริมสุขภาพเป็นโครงการหรือเป็นพื้นที่ เป็นต้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ มีข้อดีและมีความไม่สมบูรณ์อยู่หลายประการ ประการแรกเป็นการศึกษาถึงการจัดบริการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่ปีแรกที่เริ่มมีการดำเนินการ จึงเป็นช่วงที่ระบบต่างๆยังมีการเปลี่ยนแปลงมาก ปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้นในขณะนั้นอาจได้รับการแก้ไขไปแล้วเมื่อระบบต่างๆมีความชัดเจนขึ้น การศึกษาในปีแรกที่เริ่มโครงการยังทำให้ตัวเลือกในเรื่องพื้นที่ศึกษามีน้อย คำถามการวิจัยทั้งหมดจึงไม่สามารถหาคำตอบจากพื้นที่เดียวกัน ทำให้บางประเด็นต้องอธิบายแบบแยกส่วน ไม่สามารถนำมาอธิบายเชื่อมโยงเข้าหากันได้ ประการที่ 2 ความคลาดเคลื่อนของการประเมินสถานการณ์ คณะวิจัยประเมินว่าบริการทันตสุขภาพน่าจะขยายเครือข่ายมาสู่คลินิกเอกชน เพราะบุคลากรมีการกระจายอยู่ในคลินิกมากที่สุด แต่ในปีที่ 1 ของการจัดบริการ ให้น้ำหนักต่อเรื่องการจัดการด้านการเงินมากกว่าการทำให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน และสถานพยาบาลคู่สัญญาส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีจ้างทันตแพทย์อยู่ประจำโรงพยาบาลมากกว่าเพราะไม่สามารถหาตัวเลขเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนได้ ประการสุดท้ายการศึกษานี้เก็บข้อมูลที่เกิดขึ้นในเวลา 1 ปี จึงสามารถแสดงเพียงภาพกว้างหลายแง่มุมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทันตสุขภาพ จำเป็นต้องมีการศึกษาในเพิ่มเติมอีกหลายประการ

คำขอบคุณ

คณะผู้วิจัย ขอกราบขอบคุณ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทันตแพทย์สมนึก ชาญด้วยกิจ ผู้อำนวยการกองทันตสาธารณสุข รศ. ทพ.ประทีป พันธุมวนิช คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทันตแพทย์ศิริชัย ชูประวัติ เลขาธิการทันตแพทยสภา นายแพทย์พงศ์พิสุทธิ จงอุดมสุข สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข และ รศ.ทพ.คมสรพร บุญยสิงห์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อผลการวิจัย ขอขอบคุณ หัวหน้าหน่วยงานของผู้วิจัยทุกท่าน ที่ได้อนุญาตให้ทันตแพทย์ในสังกัดมาร่วมศึกษาวิจัยและอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ขอขอบคุณคณะผู้วิจัยในชุดวิจัยย่อย ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสม ทพ.สุธี สุขสุเดช ทพ.โกเมศ วิชชาวุธ ทพ.ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ ทพญ.ปิยะฉัตร พิชรานันตร ทพญ. รัตน์ลี วิธวาศิริ ทพญ. มัลลิกา สถิตนิรามัย ทพ. มงคล ทวีปรั้งษ์พร และอีกหลายท่านที่ไม่อาจกล่าวนามได้ทั้งหมดที่ช่วยให้การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการไปได้โดยเรียบร้อย

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้สนับสนุนทุนสำหรับการจัดทำวิจัย ขอขอบคุณเป็นพิเศษสำหรับคุณดวงพร เสงบุญพันธ์ และคุณเนาวรัตน์ ชุ่มยวง ที่ช่วยติดต่อประสานงาน ติดตาม แก้ปัญหา จนทำให้ทีมวิจัยทุกท่านทำงานได้เสร็จสิ้นตามที่วางเป้าหมายไว้

บรรณานุกรม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดโครงการทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2524.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6. (พ.ศ. 2530-2534) โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ ไม่ระบุปีที่พิมพ์

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินผลและแผนทันตสาธารณสุข ฉบับที่ 6 ปี พ.ศ. 2530- 2534.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุข. ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539.)

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. งานทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนาการทันตสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก มกราคม 2542

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เมษายน 2545 รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544 บ. สามเจริญการพิมพ์ กรุงเทพฯ

กองทันตสาธารณสุข เอกสารสรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานและบริหารจัดการหน่วยคู่สัญญาของบริการปฐมภูมิ 4-5 กรกฎาคม 2545 จ.ชลบุรี

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2544, เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม.

กุลยา รัตนปรีดากุล โกเมศ วิชชาวุธ ศิริเกียรติ เหลืองกอบกิจ รัตน์สินี วิธวาศิริ มัลลิกา สติตินรัมย์ มงคล ทวีปรั้งชีพ. การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานการประกันคุณภาพบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาล. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม

คณะทำงานวางแผนทันตสาธารณสุข. แผนงานสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (2524-2529)

คณะอนุกรรมการการพัฒนาระบบการเงินการคลัง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ข้อเสนอ
งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546 เอกสารประกอบ
การประชุม ปฏิรูป 30 บาท สู่ความยั่งยืนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 26-28 สิงหาคม
2545 ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ กทม.

คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เอกสารประกอบ
การประชุม ปฏิรูป 30 บาท สู่ความยั่งยืนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 26-28 สิงหาคม
2545 ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ กทม.

จินทนา อึ้งชูศักดิ์, ดาวเรือง แก้วขันตี, บุญเอื้อ ยงวานิชกร, ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ. สถานการณ์การ
จัดบริการทันตสาธารณสุข โดยทันตภิบาลในสถานีนามัย พศ. 2540-2541 ว.ทันต.สธ 2544; 6 :
75-89.

จินทนา อึ้งชูศักดิ์, จเร วิชาไทย, อีรธัช กันตามระ, พิศศักดิ์ องค์กริมงคล, ชนิษฐ์ รัตนรังสิมา. ต้นทุน
และรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากในสถานีนามัย. โพลทองมาสเตอร์พริ้นท์ กทม. 2544

ทันตแพทยสภา. จรรยาบรรณแห่งวิชาชีพทันตกรรม ฉบับพิมพ์เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระ
พระเจ้าอยู่หัว เนื่องในวโรกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 6 รอบ 5 ธันวาคม 2542

ทัศนีย์ แนนอุดร. สิทธิผู้ป่วย เรียนรู้และเข้าใจเพื่อใช้ให้เป็น. พิมพ์โดยสำนักงานโครงการปฏิรูประบบ
บริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ธันวาคม 2542.

บุญเอื้อ ยงวานิชกร, ดาวเรือง แก้วขันตี, วราภรณ์ จิระพงษา, ผุสดี จันทร์บาง. สถานการณ์การดูแล
สุขภาพช่องปากและการใช้บริการทันตกรรมของประชาชน ว.ทันต.สธ 2544; 6 : 105-118.

ปิยะดา ประเสริฐสม, ศรีสุดา ลีละศิธร, วราภรณ์ จิระพงษา. สภาวะปริทัศน์ของประชาชนไทย และ
ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระหว่าง พศ. 2526-2540. ว.ทันต.สธ 2544; 6 : 25-44.

พิศักดิ์ องค์กริมงคล. ข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการทันตสุขภาพไทยในทศวรรษหน้า . โครงการ
ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ธันวาคม 2542 . สำนักพิมพ์มูลนิธิโกลบอลคิมทอง กทม.

เพ็ญแข ลากยี่ง. ระบบบริการทันตสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กันยายน 2542.

เพ็ญแข ลากยี่ง. ต้นทุนรายหัวประชากรของบริการสุขภาพช่องปากในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ว.ทันต.สธ 2545; 7 :

วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ. การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพในโครงการ 30 บาท : กรณีศึกษา อ.เมือง จ.เชียงใหม่ เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม

วีรศักดิ์ พุทธาศรี, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะฉัตร พชรานันต์. การจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม

ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ, สุณี ผลดีเยี่ยม, เพ็ญแข ลากยี่ง, แพร จิตตินันท์, พินธุสร เหมพิสุทธิ. พัฒนาการและแนวโน้มของระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ. ว.ทันต.สธ 2544; 6 : 45-62.

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์. ผลกระทบของงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพจากนโยบาย 30 บาท ทันตสาร ปีที่ 20 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2545

ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สุณี ผลดีเยี่ยม, ปิยะดา ประเสริฐสม. การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อการวิเคราะห์และเสนอแนะเชิงนโยบาย. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม

ศรีสุตา ลีละศิธร, ปิยะดา ประเสริฐสม, อังศนา ฤทธิอยู่, ชนิษฐ์ รัตนรังสิมา. สภาวะโรคฟันผุของประชาชนไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ระหว่าง พศ. 2526-2540. ว.ทันต.สธ 2544; 6 : 7-24.

ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน มกราคม 2545 โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ เวทีปฏิรูปเพื่อสุขภาพคนไทย ปีที่ 2 ฉบับที่ 16 มิ.ย. – ก.ค. 2544

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. บริการสุขภาพใกล้บ้าน ใกล้ใจ. มีนาคม 2545.

สมนึก ชาญด้วยกิจ, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สุณี ผลดีเยี่ยม, ปราณี เหลืองวรา. สถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอของประเทศไทย ปี 2540-2541. ว.ทันต.สธ 2544; 6 : 63-74

สุณี ผลดีเยี่ยม, พงศ์พิสิทธิ์ จงอุดมสุข, แพร จิตตินันท์, นิธิมา เสริมสุขอินวัฒน์, สุธี สุขสุเดช, นิภาพร เอื้อวัฒนะโชติมา. ระบบบริการสุขภาพช่องปาก บทเรียนจากต่างประเทศเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย. สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง, 2544.

สุณี ผลดีเยี่ยม. รายงานการประชุมระดมความคิดเรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรับบริการสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์. สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 25 กรกฎาคม 2544

สุปรียา อุดุลยานนท์. ทันตบุคลากรไทยในอนาคต ในทัศนะของผู้ทรงคุณวุฒิ. รายงานเบื้องต้นการศึกษาเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพและทันตบุคลากรไทย เอกสารโรเนียว

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ทิพาพร สุโสมิต, สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล. ทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย. โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ กทม. 2542

อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา, แพร จิตตินันท์, สุธี สุขสุเดช, จันทนา อึ้งชูศักดิ์. บริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชน ในประเทศไทย : การศึกษาความเป็นไปได้. เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม

HC Gift, RM Anderson, M Chen. The principles of organization and models of delivery of oral health care. In CM Pine. Community oral health care. Bath Press 1997 London

Knowles JC, Leighton C. Measuring Results of Health Sector Reform for System Performance : A Handbook of Indicators. Special Initiative Report No.1 Partnerships for Health Reform, September 1997

Smith E, Brugha R, Zwi A. Working with Private Sector Providers for Better Health Care, an Introductory Guide. 2001 London.

Wong H, Bitran R. Module Designing a Benefits Package. Prepared for the Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing, World Bank Institute. October 1999.