



มหาวิทยาลัย

Original Article

การศึกษาแบบแผนของการรักษาทางทันตกรรม ของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร

ศิวพร สุขอร่าม วท.บ., ท.บ., ป. บัณฑิตสาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนของการรักษาทางทันตกรรมของผู้ป่วยเด็กและประเภทของหลักประกันทันตสุขภาพ

วัสดุและวิธีการ เก็บข้อมูลชนิดของการรักษาจากแฟ้มบันทึกการรักษาผู้ป่วยเด็กที่เข้ามาใช้บริการที่กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เขตบางแค กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2543 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546 รวมทั้งสิ้น 1,052 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทำการทดสอบไคสแควร์ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการศึกษา ผู้ป่วยเด็กได้เพิ่มปริมาณขึ้นสูงสุดในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นปีที่เริ่มมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งในด้านปริมาณคนและปริมาณงาน อายุที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่พามาพบอยู่ในช่วงอายุ 4-9 ปี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครอง มักมาพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการ แบบแผนการรักษาทางทันตกรรมส่วนใหญ่เป็นการรักษามากกว่าการป้องกัน ($p < .001$) ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีหลักประกันทันตสุขภาพแบบใด การรักษาส่วนใหญ่คือการอุดฟันและการถอนฟัน

สรุป แบบแผนการรักษาทางทันตกรรมของผู้ป่วยเด็กยังคงไม่เปลี่ยนแปลงอย่างเด่นชัดจากก่อนและหลังการมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(วทันต จุฬฯ 2548;28:145-54)

คำสำคัญ: กรุงเทพมหานคร; แบบแผนการรักษาทันตกรรม; ผู้ป่วยเด็ก; โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

บทนำ

ผลจากการสำรวจทันตสุขภาพนักเรียนและประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2543 พบว่าภาวะโรคฟันผุในกลุ่มอายุ 18 ปี มีถึงร้อยละ 77.6 กลุ่มอายุ 12 ปี ร้อยละ 66 กลุ่มอายุ 6 ปี ในพินันนมร้อยละ 78.6 ในฟันแท้ร้อยละ 16.1¹ และจากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2544 ในเด็กอายุ 3 ปี ในสถาน

รับเลี้ยงเด็กกลางวันของกรุงเทพมหานคร พบความชุกของโรคฟันผุในพินันนมเท่ากับร้อยละ 74.4 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดเท่ากับ 4.61 ซึ่งต่อคนหรือเท่ากับ 10.41 ด้านต่อคน และเด็กร้อยละ 33.5 มีฟันผุ 6 ซึ่งขึ้นไป สภาพฟันผุ ถอน อุดที่ตรวจพบส่วนใหญ่เป็นฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา² ซึ่งนับได้ว่าภาวะสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการทันตกรรมยังเป็นปัญหาสำคัญของประชากรวัยเด็กในกรุงเทพมหานคร

ในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทยได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่ เกิดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า³ ที่มีเป้าหมายในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็นโดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน⁴ และได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วยเด็กภายใต้โครงการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพในทางทันตกรรม ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินน้ำลาย การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ นอกจากนี้ยังมีสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งรวมการตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ และการเคลือบหลุมร่องฟัน⁵

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กระดับโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานการแพทย์ของกรุงเทพมหานคร รับผิดชอบในการจัดบริการทั้งการบำบัดรักษา และป้องกันโรคแก่ประชาชนที่อยู่ในเขตบางแค กรุงเทพมหานครและพื้นที่ใกล้เคียงเป็นจำนวนมาก เริ่มดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2545 โดยบทบาทที่ผ่านมาคือ การให้บริการทั้งระดับทุติยภูมิและปฐมภูมิ รับผิดชอบดูแลรักษาประชาชนประมาณ 52,064 คน ประมาณการมีบัตรทองและได้ขึ้นทะเบียนแล้ว 32,340 คน คิดเป็นร้อยละ 82.82 ของประมาณการมีบัตรทองทั้งหมด (ข้อมูล พ.ศ. 2546) แต่ยังไม่มีการศึกษาข้อมูลด้านแบบแผนของการรักษาทันตกรรมแก่ประชาชนโดยเฉพาะเด็กที่เข้ามารับการรักษาในช่วงก่อนและหลังการมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งจะชี้ถึงพฤติกรรมกรรมการบำบัดรักษา การสร้างเสริมสุขภาพในช่องปากตลอดถึงสุขภาพช่องปากในขนาดของประชากรไทย ผลการศึกษาในครั้งนี้จะทราบผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อแบบแผนการรักษาทันตกรรมของผู้ป่วยเด็ก อันจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาระบบในด้านส่งเสริมทันตสุขภาพและบำบัดรักษาทันตกรรมของผู้ป่วยเด็กในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) โดยประชากรเป้าหมายเป็นผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่ 2 ปีจนถึงอายุ

12 ปี ที่เข้ามารับการตรวจและรักษาที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2543 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2546 รวมทั้งสิ้น 1,163 คน ในจำนวนนี้มีผู้ที่ข้อมูลจากแฟ้มบันทึกการรักษาไม่ครบถ้วน 111 คน จึงเหลือจำนวนผู้ป่วยเด็กในกลุ่มตัวอย่าง 1,052 คน

ดำเนินการเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนทันตกรรมลงในรูปแบบบันทึกประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กและวัตถุประสงค์ของการมาพบทันตแพทย์ ซึ่งจำแนกเป็นลักษณะการมาเพื่อตรวจสุขภาพโดยยังไม่ปรากฏอาการหรือมาเมื่อมีอาการแล้ว 2) แบบแผนการรับบริการทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วยเด็กภายใต้โครงการด้านการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพในทางทันตกรรม ได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินน้ำลาย การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ และการเคลือบหลุมร่องฟัน ยกเว้นการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ และ 3) ประเภทของหลักประกันทันตสุขภาพ 3 ประเภทคือ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ และพนักงานรัฐวิสาหกิจและบุคคลในครอบครัว (สิทธิเบิกรัฐ) ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายรักษายาบาลเอง (สิทธิจ่ายเอง) และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิ 30 บาท) ซึ่งได้จำแนกผู้ป่วยเด็กตามประเภทหลักประกันสุขภาพในปีแรกที่มาเข้ารับการตรวจรักษา โดยในปี พ.ศ. 2543-2544 จะมีผู้ป่วยเพียง 2 ประเภทคือสิทธิเบิกรัฐและสิทธิจ่ายเอง และปี พ.ศ. 2545-2546 จะมีผู้ป่วย 3 ประเภทคือ สิทธิเบิกรัฐ สิทธิจ่ายเอง และสิทธิ 30 บาท

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เอสพีเอสเอส (SPSS) จำแนกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนาถึงข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 เป็นการเปรียบเทียบแบบแผนการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กที่มีหลักประกันทันตสุขภาพประเภทต่าง ๆ โดยทำการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยเด็กที่เข้ามารับรักษาพบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงในปี พ.ศ. 2543 และใน 3 ปีมีเพศชายถัดมา

น้อยกว่าเพศหญิง ในส่วนของช่วงอายุ ที่อยู่อาศัย และ วัตถุประสงค์ของการมารับรักษา ไม่พบว่าการเปลี่ยนแปลง ในช่วง พ.ศ. 2543-2546 คือ ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะอาศัย อยู่ในกรุงเทพมหานคร วัตถุประสงค์ของการมารับรักษา 85 ขึ้นไป มาเมื่อมีอาการแล้ว มีเพียงประมาณร้อยละ 15 ที่มา เพื่อตรวจสุขภาพ ส่วนประเภทของหลักประกันทันตสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องจากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กล่าวคือช่วงปี พ.ศ. 2543-2544 ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะจ่ายเงินเองร้อยละ 74-93 ต่อมาในปี พ.ศ. 2545

และ 2546 ผู้ป่วยที่จ่ายเงินเองลดลงเหลือร้อยละ 35 และ 37 ส่วนผู้ใช้สิทธิ 30 บาทมีร้อยละ 40 และ 45 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้มาใช้สิทธิเบิกรัฐลดลงในปี พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 1) ในช่วงปี พ.ศ. 2543, 2544 และ 2546 ไม่มีผู้ป่วยเด็กรายใด แจ้งการเปลี่ยนสิทธิในการจ่ายค่ารักษา จะมีในปี พ.ศ. 2545 ที่มีผู้เปลี่ยนสิทธิจากสิทธิเบิกรัฐเป็นสิทธิ 30 บาท 16 คน และเปลี่ยนเป็นสิทธิจ่ายเอง 3 คน ในขณะที่ผู้เคยใช้สิทธิจ่ายเองเปลี่ยนเป็นสิทธิ 30 บาท 2 รายและเป็นสิทธิเบิกรัฐ 4 ราย

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กจำแนกตามปีที่มารับรักษา

Table 1 General information of child patients according to treatment year

	Before UC program				After UC program				
	2543		2544		2545		2546		
	Number=207		Number=340		Number=450		Number=256		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sex									
Male	123	59.4	166	48.8	207	46.0	122	47.7	
Female	84	40.6	174	51.2	243	54.0	134	52.3	
Age group (year)									
3	35	16.9	46	13.5	38	8.4	30	11.7	
4-6	70	33.8	126	37.1	180	40.0	92	35.9	
7-9	71	34.3	119	35.0	159	35.3	91	35.6	
10-12	31	15.0	49	14.5	73	16.3	43	16.8	
Residence									
Bangkok	199	96.1	322	94.7	431	95.8	243	94.9	
Other provinces	8	3.9	18	5.3	19	4.2	13	5.1	
Reason for visit									
Check up	25	12.1	38	11.1	61	13.6	38	14.8	
Symptomatic	182	87.9	302	88.9	389	86.4	218	85.2	
Type of dental coverage									
Government Welfare	14	6.8	88	25.9	108	24.0	45	17.6	
Out of pocket	193	93.2	252	74.1	158	35.1	96	37.1	
30 Baht	0	0.0	0	0.0	184	40.9	116	45.4	

จำนวนผู้ป่วยเด็กที่มาทำเวชระเบียนเป็นผู้ป่วยใหม่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2546 เท่ากับ 207, 305, 353 และ 187 คนในแต่ละปีตามลำดับ (ตัวเลขในแนวทแยงลงจากซ้ายไปขวาในตารางที่ 2) โดยผู้ป่วยบางรายที่มาทำเวชระเบียนในปี พ.ศ. 2543, 2544 และ 2545 ได้มารับรักษาต่อเนื่องในปีถัดๆ ไปด้วย ดังนั้น การคิดจำนวนผู้ป่วยเด็กที่รับบริการในแต่ละปีจึงคิดเป็นรายมิใช่คิดเป็นคน และมีจำนวนผู้ป่วยเด็กที่ใช้บริการรวมทั้งสิ้น 1,253 ราย เมื่อพิจารณาในแต่ละปีพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเด็กใช้บริการเพิ่มขึ้นตั้งแต่ 207 รายในปี พ.ศ. 2543 จนสูงสุด 450 รายในปี พ.ศ. 2545 จากนั้นลดลงเหลือ 256 รายในปี พ.ศ. 2546

การศึกษานี้จำแนกงานบริการทันตกรรมเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ การรักษา (ได้แก่ การจ่ายยา การอุดฟัน การขูดหินน้ำลาย การถอนฟัน การรักษาโพรงประสาทฟัน) และการป้องกัน (ได้แก่ การเคลือบฟลูออไรด์ การจ่ายยาฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน) ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการป้องกันในปีต่างๆ สัดส่วนของงานทันตกรรมป้องกันในปี พ.ศ. 2544 คือร้อยละ 37.1 ซึ่งค่อนข้างสูงมากกว่าปี พ.ศ. 2543, 2545 และ 2546 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 25.5, 27.9, และ 29.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาจำแนกตามปีที่ทำบัตรและปีที่ใช้บริการ

Table 2 Numbers of child patient according to the registered year and treatment year

Treatment year	Numbers of registered patient (person)				Numbers of treated patient (visit)
	2543	2544	2545	2546	
2543	207	-*	-	-	207
2544	35	305	-	-	340
2545	30	67	353	-	450
2546	11	26	32	187	256
Total					1,253

*Empty due to the fact that patients must be registered before receiving treatment

ตารางที่ 3 จำนวนงานบริการทันตกรรมที่ได้รับจำแนกตามกลุ่มบริการ

Table 3 Numbers of service job according to dental service groups

Service group*	Before UC program				After UC program			
	2543		2544		2545		2546	
	Number=544		Number=1,387		Number=1,529		Number=933	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Curative	405	74.5	873	62.9	1,103	72.1	702	70.7
Preventive**	139	25.5	514	37.1	426	27.9	291	29.3

*Each type of service was counted as a single job

** $\chi^2 = 39.78$, $df = 3$, $p < .001$

ตารางที่ 4 แจกแจงงานบริการทันตกรรมทั้ง 2 กลุ่ม ออกตามประเภทย่อยๆ พบว่าการบริการทันตกรรมด้านรักษาของผู้ป่วยเด็ก 2 อันดับแรก คือการอุดฟันร้อยละ 22.4-36.8 และการถอนฟันร้อยละ 21.1-30.0 ส่วนด้านการป้องกันพบว่า การเคลือบฟลูออไรด์เป็นงานทันตกรรมป้องกันที่ได้รับมากที่สุดในแต่ละปีและมีสัดส่วนใกล้เคียงกันทุกปี ยกเว้น

ปีพ.ศ. 2544 มากที่สุด (ร้อยละ 19.6) การเคลือบหลุมร่องฟัน มีสัดส่วนรองลงมา และการจ่ายยาฟลูออไรด์มีสัดส่วนต่ำที่สุด เมื่อจำแนกผู้ป่วยเด็กตามช่วงอายุที่ได้รับบริการพบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 4-6 ปี และ 7-9 ปี ทั้งในด้านการรักษาและการป้องกัน และในแต่ละปีไม่มีความแปรผันอย่างเด่นชัด (ตารางที่ 5 และ 6)

ตารางที่ 4 จำนวนงานบริการทันตกรรมที่ได้รับจำนวนตามชนิดบริการ

Table 4 Numbers of service job according to dental service categories

Service category	Before UC program				After UC program			
	2543		2544		2545		2546	
	Number=544		Number=1,387		Number=1,529		Number=993	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Curative								
Prescriptive	62	11.4	46	3.3	55	3.6	47	4.7
Restorative	200	36.8	311	22.4	400	26.1	285	28.7
Scaling	7	1.2	54	3.9	14	0.9	15	1.5
Extraction	136	25.6	343	24.7	458	30.0	209	21.1
Pulp treatment	*	*	119	8.6	176	11.5	146	14.7
Preventive								
Fluoride tray	75	13.8	272	19.6	232	1.51	127	12.8
Fluoride supplement	4	0.2	11	0.8	55	3.6	43	4.3
Sealant	60	11.0	231	16.7	139	9.2	121	12.2

*Service not available in 2543

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการด้านการรักษาจำแนกตามช่วงอายุ

Table 5 Numbers of child patient with curative services according to age groups

Age group (year)	Before UC program				After UC program			
	2543		2544		2545		2546	
	Number=188		Number=311		Number=405		Number=230	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3	27	14.4	39	12.5	23	5.7	23	10.0
4-6	66	35.1	117	37.6	160	39.5	78	33.9
7-9	68	36.1	110	35.4	150	37.0	87	37.8
10-12	27	14.4	45	14.5	72	17.8	42	18.3

ตารางที่ 6 จำนวนผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการด้านการรักษาจำแนกตามช่วงอายุ

Table 6 Numbers of child patient with preventive services according to age groups

Age group (year)	Before UC program				After UC program			
	2543 Number=73		2544 Number=196		2545 Number=223		2546 Number=140	
	n	%	n	%	n	%	n	%
3	13	17.7	27	13.8	24	10.8	17	12.1
4-6	18	24.7	64	32.7	84	37.7	51	36.4
7-9	21	28.8	68	34.7	75	33.6	43	30.7
10-12	21	28.8	37	18.8	40	20.9	29	20.8

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบบริการทันตกรรมในผู้ป่วยเด็กที่มีหลักประกันทันตสุขภาพตามประเภทต่างๆ พบว่า กลุ่มสิทธิจ่ายเองและกลุ่มสิทธิ 30 บาท มีอัตราการรักษาค่อนข้างสูงโดยตลอดช่วงปีที่ศึกษา (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90) กลุ่มสิทธิเบ็กรัฐ

มีอัตราการป้องกันค่อนข้างสูงที่สุด กลุ่มสิทธิ 30 บาท มีอัตราการป้องกันใกล้เคียง (น้อยกว่าเล็กน้อย) กับกลุ่มสิทธิเบ็กรัฐ ในขณะที่กลุ่มสิทธิจ่ายเองมีอัตราการป้องกันค่อนข้างต่ำกว่ากลุ่มอื่นโดยตลอด

ตารางที่ 7 จำนวนผู้ป่วยเด็กจำแนกตามสิทธิการรักษาและประเภทของการบริการ

Table 7 Numbers of child patient according to types of payment and service

Type of dental coverage	Before UC program				After UC program			
	2543 Number=207		2544 Number=340		2545 Number=450		2546 Number=256	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Government Welfare	14		88		108		45	
Curative	11	78.6	81	92.1	95	87.9	36	80.0
Preventive	12	85.7	68	77.3	61	56.5	34	75.6
Out of pocket	193		252		158		96	
Curative	177	91.7	230	91.3	144	91.1	87	90.6
Preventive	61	31.6	128	50.8	68	43.0	42	43.7
30 Baht					184		115	
Curative	-*	-	-	-	166	90.2	107	93.0
Preventive	-	-	-	-	94	51.1	64	55.7

* 30 Baht program has not been implemented

วิจารณ์

การศึกษาแบบแผนของการรักษาทางทันตกรรมของผู้ป่วยเด็กในครั้งนี้ มีข้อจำกัดที่เป็นข้อมูลเฉพาะที่ได้มาจากการสำรวจผู้ป่วยเด็ก ณ กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เพียงแห่งเดียวเท่านั้น ดังนั้น ควรจะได้มีการศึกษาวิจัยหัวข้อนี้ต่อไปในอนาคตจากหลากหลายองค์กร เช่น จากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร หรืออื่นๆ เพื่อให้เป็นตัวแทนของผู้ป่วยเด็กทั่วประเทศ ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งของการศึกษานี้ คือ การที่มีผู้ป่วยบางรายเปลี่ยนแปลงประเภทหลักประกันสุขภาพในระหว่างปีที่ศึกษา แต่การศึกษานี้ได้ใช้ประเภทหลักประกันสุขภาพแรกเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ไม่น่ามีผลกระทบต่อผลการศึกษามากเนื่องจากมีจำนวนผู้เปลี่ยนแปลงไม่มากนัก

จากข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยเด็กที่มารักษาที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ในด้านการมีหลักประกันทันตสุขภาพพบว่าแม้จะเริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท) และผู้ป่วยเด็กทุกคนอยู่ในโครงการ 30 บาท (ยกเว้นผู้ใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากรัฐ) จะไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลในชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมที่อยู่ในโครงการ 30 บาท แต่ยังมีผู้ป่วยเด็กจำนวน 158 คน ที่จ่ายค่ารักษาเองในปี พ.ศ. 2545 ซึ่งอาจจะเกิดจากเหตุหลายประการ คือ ผู้ป่วยยังไม่มีบัตรเนื่องจากปี พ.ศ. 2545 เป็นปีที่โครงการ 30 บาท เพิ่งเริ่มมีการดำเนินการยังเตรียมการทำบัตรให้ผู้ป่วยไม่ครบถ้วนหรือผู้ป่วยอยู่นอกเขตพื้นที่และไม่ใช้เจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น อยู่นอกเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลแต่มีที่พักอาศัยอยู่ใกล้โรงพยาบาล หรือเป็นผู้ป่วยที่ถือบัตรทอง 30 บาท แต่ไม่ต้องการใช้สิทธิ 30 บาท โดยต้องการจ่ายเงินเอง ในปี พ.ศ. 2546 จำนวนผู้ป่วยทุกประเภทหลักประกันทันตสุขภาพมาใช้บริการลดน้อยลงกว่าในปี พ.ศ. 2545 อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาไปหมดแล้วในปีแรก หรือจากการที่ผู้ป่วยประดังกันมารักษาในปี พ.ศ. 2545 เป็นจำนวนมากทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ จึงเกิดภาระงานบริการที่เกินกำลัง^๑ ทันตแพทย์รักษาไม่ทันผู้ป่วยต้องประสบกับปัญหาต้องรอในแต่ละครั้งเป็นเวลานาน โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็กซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษายากและนานกว่าผู้ใหญ่หรืองานที่ยากซับซ้อน เช่น การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนมซึ่งต้องนัดหรือต้องเข้าคิวทำให้อาจไม่กลับ

มารักษาอีกเพราะไม่ต้องการเสียเวลาเพื่อมารักษาอีกครั้งหรือต้องรอคิวนาน และการที่กลุ่มสิทธิเบิกรัฐได้รับการทันตกรรมป้องกันค่อนข้างสูง มีความเป็นไปได้ที่กลุ่มสิทธิเบิกรัฐมีความรู้ในด้านการป้องกัน ทั้งที่คำรักษาในส่วนการป้องกันเป็นส่วนที่ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบในการจ่ายเงินเองเช่นเดียวกับกลุ่มสิทธิจ่ายเอง โดยที่กลุ่มสิทธิจ่ายเองมีอัตราการป้องกันค่อนข้างต่ำกว่ากลุ่มอื่นโดยตลอด อาจเนื่องจากมีปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านโครงสร้างสังคม วัฒนธรรม ที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพ⁷ นอกจากนี้ ทั้งกลุ่มสิทธิจ่ายเองและกลุ่มสิทธิ 30 บาท มีอัตราการรักษาค่อนข้างสูง (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90) ในขณะที่กลุ่มสิทธิเบิกรัฐแม้การรักษาจะไม่สูงเท่ากับทั้งสองกลุ่มและแนวโน้มก็ลดลง แต่ก็ยังอยู่ในอัตราไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

การที่ผู้ป่วยเด็กทันตกรรมของโรงพยาบาล ได้เพิ่มจำนวนขึ้นตามลำดับทุกปีนับจากปี พ.ศ. 2543 จนถึงปี พ.ศ. 2545 ในส่วนของปริมาณผู้ป่วยและปริมาณงานการรักษาอาจเป็นไปได้เนื่องจากการที่มีทันตบุคลากรเพิ่มจาก 1 เป็น 2 คน โดยในปี พ.ศ. 2543 มีทันตแพทย์เพียง 1 คน ปี พ.ศ. 2544 ทันตบุคลากรได้เพิ่มเป็น 2 คน โดยมีทันตภิบาลเพิ่ม 1 คน และงานเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2545 จากการที่มีทันตแพทย์มาทดแทนทันตภิบาลที่ลาออกไป หลังจากนั้นในช่วงปี พ.ศ. 2545 และ 2546 ทันตบุคลากรยังคงมี 2 คน โดยเป็นทันตแพทย์ทั้ง 2 คน จำนวนงานการรักษาให้แก่ผู้ป่วยจากปี พ.ศ. 2543-2545 เพิ่มขึ้นเป็น 544, 1,387 และ 1,529 งาน (บริการ 1 ชนิด นับเป็น 1 งาน) ตามลำดับ ซึ่งพบว่าปริมาณงานการรักษาของทันตแพทย์ 2 คนมีมากกว่าทันตแพทย์ 1 คน ทันตภิบาล 1 คน ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 ปริมาณงานลดลงเป็น 993 งาน สอดคล้องกับปริมาณผู้ป่วยที่ลดลง ในส่วนประเภทของบริการทันตกรรมพบว่าในด้านการบำบัดรักษา การอุดฟันและการถอนฟันยังเป็นการรักษาที่ผู้ป่วยมารับบริการมากกว่าชนิดอื่น รองลงมา คือ การรักษาโพรงประสาทฟัน การจ่ายยา การขูดหินน้ำลาย (ยกเว้นในปี พ.ศ. 2544 ที่การขูดหินน้ำลายมากกว่าการจ่ายยา) ส่วนด้านการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงคือมีการจ่ายยาฟลูออไรด์เพิ่มมากขึ้น การเคลือบฟลูออไรด์และหลุมร่องฟันไม่เปลี่ยนแปลง ในด้านการรักษาจะเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าหลังจากโครงการ 30 บาท ดำเนินไปได้ประมาณ 2 ปี

การให้บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานแก่ผู้ป่วยทั่วไป การบริการ
สูงที่สุดในอันดับหนึ่งคือ การถอนฟัน รองลงมาคือการบูรณะฟัน^๖
จะแตกต่างกันเล็กน้อย และเมื่อพิจารณาประเภทบริการทันตกรรม
ป้องกัน ในปี พ.ศ. 2543, 2545 และ 2546 เท่ากับร้อยละ 25.5-
29.3 พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่ปี พ.ศ.
2544 มีสัดส่วนบริการทันตกรรมป้องกันมากกว่าปีอื่นๆ อย่าง
มีนัยสำคัญ คิดว่าน่าจะมีสาเหตุจากการที่ปีนี้เป็นปีที่มีการ
ภิบาลช่วยในด้านส่งเสริมป้องกันในผู้ป่วยเด็ก โดยที่อีก 2 ปี
(พ.ศ. 2545 และ พ.ศ. 2546) มีแต่ทันตแพทย์ 2 คนเท่านั้น
ไม่มีทันตภิบาล งานจึงยังมุ่งเน้นไปในด้านการรักษามากกว่า

ในด้านการป้องกันที่บางรายงานระบุว่าผลงานด้านส่งเสริม
ทันตสุขภาพส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลง^๖ บางรายงานการให้บริการ
ทันตกรรมป้องกันก็เพิ่มมากขึ้นด้วย ได้แก่การเคลือบหลุมร่องฟัน
แต่ก็ยังมียุทธการเพิ่มค่อนข้างต่ำมาก^๖ ในขณะที่การศึกษานี้
การเปลี่ยนแปลงด้านการป้องกันคือ มีการจ่ายยาฟลูออไรด์เพิ่ม
มากขึ้น การเคลือบฟลูออไรด์และหลุมร่องฟันไม่เปลี่ยนแปลง
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้และพฤติกรรมในการสร้างเสริม
ทันตสุขภาพของประชาชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า มากกว่า
ร้อยละ 70 คิดว่าตนเองมีความรู้ในด้านทันตสุขภาพเกี่ยวกับ
สาเหตุและการป้องกันโรคฟันผุและโรคเหงือก แต่ประชาชน
ที่คิดว่าตนเองมีความรู้ในเรื่องของการเคลือบหลุมร่องฟัน การ
เคลือบฟลูออไรด์ การรับประทานฟลูออไรด์เสริมเพื่อช่วย
เสริมสร้างฟันให้แข็งแรงยังมีเป็นจำนวนน้อย¹⁰ นอกจากนี้
ครอบครัวไม่พร้อมที่จะนำเด็กมาพบทันตแพทย์ได้ทุกปี¹¹
ในด้านอายุที่ผู้ปกครองพามาพบทันตแพทย์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง
อายุ 4-6 ปีและ 7-9 ปี ผู้ป่วยเด็กส่วนน้อยที่สุดที่ผู้ปกครอง
จะพามาเพื่อการรักษาหรือป้องกัน คือ เด็กในช่วงอายุ 0-3 ปี
ซึ่งเป็นสิ่งที่ชี้ว่าผู้ปกครองให้ความสำคัญในการพามาพบทันตแพทย์
ของเด็กเมื่อเด็กเข้าเรียนอนุบาลแล้ว โดยมีรายงานการ
พบฟันผุในเด็กอายุ 3 ปีถึงร้อยละ 74.4² ซึ่งคงต้องให้ความสำคัญ
สำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็กให้แก่ผู้ปกครอง
ตั้งแต่ก่อนเด็กอายุ 3 ปี และเมื่อเด็กเริ่มไม่มีการหลุดของฟัน
น้ำนม หรือมีการเปลี่ยนเป็นฟันแท้หมด (ช่วงอายุ 10-12 ปี)
ผู้ปกครองกลับให้ความสนใจในการพามาพบทันตแพทย์ลดลง

จากการศึกษาต้นทุนบริการสุขภาพช่องปาก เมื่อปี
งบประมาณ 2546 พบว่า ต้นทุนต่อการบริการรักษาเท่ากับ

143.44 บาท/งาน บริการป้องกันเท่ากับ 127.59 บาทต่องาน
ซึ่งงานบริการป้องกันมีต้นทุนน้อยกว่าของงานบริการรักษา
16 บาท¹² นอกจากนี้ มีรายงานในสหรัฐอเมริกาพบว่าเมื่อค่า
ดีเอ็มเอฟ (DMF) ในฟันแท้ของเด็กและวัยรุ่นลดลงต่ำกว่าเดิม
ความต้องการการรักษาในอนาคตเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่จะลดลง¹³
ดังนั้น เพื่อประโยชน์ในการลดค่าใช้จ่ายระยะยาว จึงควร
จะส่งเสริมด้านการป้องกันเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในช่องปาก
แก่ผู้ป่วยเด็ก

เพื่อให้เด็กสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมด้านการ
ป้องกัน รัฐควรดำเนินการแก้ไขระเบียบของผู้ป่วยเด็กที่ใช้
สิทธิเบิกรัฐที่แต่เดิมต้องรับผิดชอบจ่ายเองเมื่อมารับบริการ
ทันตกรรมด้านส่งเสริมให้ได้มีสิทธิเหมือนผู้ป่วยเด็กที่ใช้สิทธิ
30 บาท ที่ไม่ต้องจ่ายเลย ผู้ป่วยเด็กทุกคนได้รับสิทธิในการ
รักษาฟรีด้านการส่งเสริมโดยอัตโนมัติ สามารถเข้ารับบริการได้
ทุกพื้นที่โดยไม่จำเป็นต้องมีการลงทะเบียนก่อนล่วงหน้า และ
เพื่อป้องกันความสับสนในการรับบริการต่อทั้งผู้ให้และผู้รับ
บริการ ก็ควรจัดให้มีสมุดบันทึกข้อมูลการรักษาทันตกรรม
ด้านส่งเสริมประจำตัวเด็กคล้ายสมุดบันทึกของการให้วัคซีน
ให้ผู้ป่วยเด็กติดตัวไว้และนำมาเมื่อมารับบริการด้านส่งเสริม
เพื่อผู้ให้บริการจะได้ให้บริการที่เหมาะสมในด้านระยะเวลา เช่น
การเคลือบฟลูออไรด์ ในขณะเดียวกันให้ผู้ให้บริการบันทึก
ผลงานด้านการส่งเสริมเพื่อรวบรวมขอรับค่าตอบแทนด้านการ
ส่งเสริมตามปริมาณงานที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย ซึ่งที่กล่าวมา
ข้างต้นน่าจะเป็นการเพิ่มแรงจูงใจให้ทั้งผู้ป่วยเด็ก ผู้ให้บริการ
ได้มาร่วมดำเนินการด้านนี้จริงใจและประสบผลสำเร็จ
หรืออาจกำหนดให้ผู้ป่วยจะต้องร่วมจ่ายในด้านการรักษา
หรือจ่ายตามสัดส่วนการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนขึ้น และที่สำคัญ
โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งควรได้รับการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง
ให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดกรอบอัตรากำลัง
เพิ่มบุคลากรที่จะมาทำหน้าที่ในด้านส่งเสริมทันตสุขภาพ เช่น
ให้มีทันตภิบาลในโรงพยาบาล โดยสิ่งต่างๆ เหล่านี้ถ้าได้มีการ
เร่งให้เกิดเป็นรูปธรรมโดยเร็วนอกจากจะเป็นการพัฒนา
ระบบบริการทันตสุขภาพให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีโดยถ้วนหน้า
ยังเป็นการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ที่ต้องการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการบำบัดรักษาได้บรรลุ
วัตถุประสงค์

สรุป

ผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพมหานคร เพิ่มปริมาณขึ้นสูงสุดทั้งจำนวนคนและงานในปี พ.ศ. 2545 ที่เริ่มมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ป่วยเด็กทั้งก่อนและหลังโครงการมักมาเมื่อมีอาการแล้ว โดยมีแบบแผนการรักษาทางทันตกรรมด้านการรักษามากกว่าด้านการป้องกัน ในผู้ป่วยเด็กทุกประเภทของหลักประกันทันตสุขภาพ การรักษาส่วนใหญ่เป็นการอุดฟันและถอนฟัน ผู้ป่วยเด็กที่ผู้ปกครองพามาปรึกษาและป้องกันอยู่ในช่วงอายุ 4-9 ปี ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า หลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดำเนินมาเป็นเวลา 2 ปี ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการรักษาทางทันตกรรมในกลุ่มผู้ป่วยเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ รศ. ทพ. ชามูชัย โห้สงวน ที่กรุณาให้คำปรึกษาในการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. รายงานการสำรวจทันตสุขภาพนักเรียนและประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ปี 2543. เอกสารอัดสำเนา 2544:14-6.
2. ชุตินา โปร์แก้ว. สภาวะโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี ในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันของกรุงเทพมหานคร ปี 2544. ว สำนักอนามัย กทม. 2545;1:14-9.
3. Policy of the government of H.E. Prime Minister Thaksin Shinawatra delivered to the National Assembly on Monday 26th, February 2001. [online]. 2001. [cited 2002 June 1]; Available from: <http://www.Thai.gov.th/general/policy/policy.htm>.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544.
5. ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (ร่าง) แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระยะเปลี่ยนผ่านฉบับทดลอง. ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า; 2545.
6. เพ็ญแข ลากยั้ง, มณีศรี ต่อเศวตพงศ์. งานสุขภาพช่องปากในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2545: กรณีศึกษาห้าจังหวัด. ว วิชาการ สธ. 2546;12:949-68.
7. สรินธา สุภาภรณ์. กรอบแนวความคิดทฤษฎีต่อการเข้าถึงการบริการสุขภาพของเด็ก. ว วิชาการ สธ. 2546;12:450-6.
8. ชามูชัย โห้สงวน. การศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ไทย. ว ทันต จุพาศ. 2547;54:9-22.
9. สุณี วงศ์คงคาเทพ, บุญเอื้อ ยงวานิชากกร. การจัดการบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545. ว วิชาการ สธ. 2546;12:645-58.
10. มยุรี ตติยภวี. ความรู้และพฤติกรรมในการสร้างเสริมป้องกันทันตสุขภาพของประชาชนในชุมชนเขตบางรัก กรุงเทพมหานคร. ว ทันต จุพาศ. 2546;26:29-41.
11. Tubert- Jeannin S, Morel-Papernot A, Woda A. Evaluation of a dental benefit plan for children conducted in Auvergne, France, since 1992. Community Dent Oral Epidemiol. 1998;26:272-82.
12. บุษราภรณ์ จิตต์รุ่งเรือง, เพ็ญแข ลากยั้ง. ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากรายกลุ่มบริการ ปีงบประมาณ 2546. ว วิชาการ สธ. 2545;7:65-76.
13. Eklund SA. Changing treatment patterns. J Am Dent Assoc. 1999;130:1707-12.

A study of dental treatment profile of child patients in Ratchaphiphat Hospital, Bangkok

Siwaporn Sukaram B.Sc., D.D.S., Grad.Dip. in Clin.Sc. (Pediatric Dentistry)

Department of Dentistry, Ratchaphiphat Hospital

Abstract

Objective The aim of this study was to investigate the relationship between dental treatment profile in child patients and the type of dental coverage.

Materials and methods Data were collected from dental records of 1,052 child patients at the Dental Department of Ratchaphiphat Hospital during January 1, 1999–December 31, 2003. Data were statistically analysed using descriptive statistics and the Chi-square test at a significant level of $p < .05$.

Results The number of child patients peaked in 2002, the first year of the Universal Coverage (UC) program. Most child patients received dental care between 4–9 years of age. Most visits were symptom-based and dental treatment profile was more curative than preventive ($p < .001$), regardless of the type of dental coverage. Filling and extraction were the most regular treatment.

Conclusion In conclusion, dental treatment profile remained markedly unchanged after the introduction of the UC Program.

(CU Dent J. 2005;28:145-54)

Key words: Bangkok; child patients; dental treatment profile; Ratchaphiphat Hospital
