

มุมมองของทันตแพทย์จัดฟันที่เข้าร่วมโครงการ ยิ้มสวย เสี่ยงใส ต่อการเบิกจ่าย
ค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่
Orthodontists' perspectives participated in the Beautiful Smile Project for
the disbursement of orthodontic treatment fees for cleft patients.

(Received: December 20,2023 ; Revised: December 25,2023 ; Accepted: December 29,2023)

สุทธิ มาลัยวิจิตรนพ¹
Sutti Malaivijitnond¹

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองของทันตแพทย์จัดฟันที่เข้าร่วมโครงการยิ้มสวย เสี่ยงใส และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐ จำนวน 91 คน มีประสบการณ์ด้านทันตกรรมจัดฟันโดยเฉลี่ย 10.6 ปี ทันตแพทย์ 1 คน (ร้อยละ 38.5) เคยให้บริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มากกว่า 10 ราย ร้อยละ 73.6 เคยเบิกค่าบริการทันตกรรมจัดฟันกับ สปสช. ตั้งแต่ขั้นตอนการตรวจและเก็บข้อมูล มีทันตแพทย์จัดฟัน 30 คน ที่เคยส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่อื่นและส่วนใหญ่ไม่ได้ตามจ่ายค่าบริการเพราะไม่ทราบค่ารักษาส่วนที่เหลือ มีทันตแพทย์จัดฟัน 40 คน ที่เคยรับผู้ป่วยส่งต่อและส่วนใหญ่ให้การรักษาทันที สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มารักษาต่อเนื่องคือ ขาดการติดต่อไปเอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ การย้ายถิ่นฐานเปลี่ยนที่อยู่หรือที่เรียน ประสบการณ์การทำงานด้านการจัดฟัน และความพร้อมของทีมบุคลากร

คำสำคัญ: การเบิกจ่าย, ค่ารักษาทางทันตกรรมจัดฟัน, ปากแหว่งเพดานโหว่, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการยิ้มสวย เสี่ยงใส

ABSTRACT

This survey research by cross sectional method was to investigate the perspectives of orthodontists who took participating in the Beautiful Smile Project, as well as factors related to the disbursement of OT fees for CP. The data was gathered through an online questionnaire and analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results revealed that the sample included 91 complete responses from GMI orthodontists with an average of 10.6 years of OT experience. More than ten CP (38.5%) received OT from one orthodontist. During the oral examination and data collection phase, 73.6% of Orthodontists had experienced disbursement of those fees with the NHSO. Most orthodontists did not follow up on the covering payment for OT, according to 30 orthodontists who transferred CP for OT, because they were unsure of the remaining cost. Forty orthodontists who received transfer CPs were not collect the fees. The reasons for CPs not receiving continuous treatment were unconnected. The following factors are statistically significantly related to orthodontic fee disbursement: understanding privileges, change the address or class, orthodontic experience, and the personnel team's readiness.

Keywords: Disbursement, Orthodontic treatment fees, Cleft lip and palate, NHSO, The Beautiful Smile Project

บทนำ

ปากแหว่งเพดานโหว่เป็นหนึ่งในความพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อยที่สุดบริเวณกะโหลกศีรษะและใบหน้าในเด็กแรกเกิด มีการรวบรวมผลการศึกษาจาก

ทั่วโลกในช่วงปี 1993-1998 พบว่า อัตราการเกิดปากแหว่งเพดานโหว่ มีตั้งแต่ 0.34-2.29 ราย จากเด็กแรกเกิด 1,000 ราย โดยจะพบมากที่สุดในกลุ่มเชื้อชาติมองโกลอยด์² ในประเทศไทยภาพรวมอุบัติการณ์ของ

¹ อ.ท. (ทันตกรรมจัดฟัน) กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี ประเทศไทย

ภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ มีตั้งแต่ 1.57-2.68 ราย จากเด็กแรกเกิด 1,000 ราย พบอุบัติการณ์สูงในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ เป็นผลให้คุณภาพชีวิตด้อยลง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขามีการประสานงานกันอย่างดี ทันตแพทย์จัดฟันเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาที่มีบทบาทสำคัญในการร่วมให้การดูแลรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ตั้งแต่แรกเกิดทารกจะถูกส่งมาปรึกษาทันตแพทย์จัดฟันเพื่อประเมินและใส่เพดานเทียมร่วมกับการปรับแต่งเนื้อเยื่อและโครงสร้างกระดูกก่อนการเย็บริมฝีปากและเพดานปาก ติดตามพัฒนาการชุดฟันน้ำนม ชุดฟันผสมและชุดฟันแท้ จัดเรียงสันเหงือกเพื่อการปลูกกระดูกเข้าฟัน การแก้ไขการเรียงตัวของฟันและแก้ไขความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกใบหน้าและขากรรไกร บางรายแก้ไขร่วมกับการผ่าตัดและส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ในสาขาต่างๆ ตามช่วงวัยและปัญหาที่พบ ทำให้การรักษาเป็นแบบองค์รวมและสมบูรณ์ขึ้น ดังนั้นการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จึงเริ่มให้การรักษาตั้งแต่วัยเด็กระยะชุดฟันน้ำนม ฝ้าติดตามถึงระยะชุดฟันแท้ เติบโตเป็นผู้ใหญ่ ทำให้ช่วงเวลาและขั้นตอนในการรักษายาวนานมากกว่า 10 ปี

จากการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีโครงการประกันสุขภาพของรัฐสำหรับผู้ยากไร้ (New York State Medicaid Program) ดูแลรักษาทางทันตกรรมจัดฟันฟรีตามเงื่อนไขของโปรแกรม Medicaid โดยแต่ละรัฐอาจมีเงื่อนไขรายละเอียดแตกต่างกัน เช่น รัฐนิวยอร์กกำหนดผู้ป่วยต้องลงทะเบียนเข้าโครงการก่อนอายุ 21 ปี ขณะที่รัฐวอชิงตันก่อนอายุ 20 ปี ด้านทันตแพทย์ต้องได้รับความเห็นชอบก่อนจะเริ่มรักษา (prior authorization) สามารถเบิกค่าจัดฟันถาวรได้นานที่สุด 3 ปีและมีระยะเวลาคงสภาพฟัน (retention care) อีก 1 ปี หากครบกำหนดแล้วยังรักษาไม่เสร็จ ต้องรักษาต่อจนเสร็จสมบูรณ์โดยห้ามเรียกเก็บค่ารักษาเพิ่มเติมจากโครงการเมดิแคด กรณีที่ผู้ป่วยรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง อาจเป็นเพราะเปลี่ยนที่อยู่ ขอย้ายไปรักษากับหมอกัน

อื่น ไม่ให้ความร่วมมือ มีอนามัยช่องปากไม่ดี ทันตแพทย์จัดฟันต้องกรอกเอกสารและมีลายเซ็นของผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง จึงจะสามารถเบิกค่ารักษาตามบริการที่ผู้ป่วยได้รับ สำหรับประเทศออสเตรเลียมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของรัฐบาลที่เรียกว่า Medicare แต่ไม่สามารถครอบคลุมการรักษาทางทันตกรรมในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ได้ทั้งหมด จึงได้มีการจัดตั้งโครงการ The Medicare Cleft Lip and Palate Scheme (MCLCPS) ในปี ค.ศ. 1981 เพื่อเป็นกองทุนช่วยผู้ป่วยที่มีความพิการของกะโหลกศีรษะและใบหน้า⁸ ในสหราชอาณาจักร ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ได้จัดอยู่ในดัชนี IOTN grade 5 สามารถเข้ารับการรักษาได้ฟรีจากศูนย์ที่ได้รับการรับรองจากระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (Specialist National Health Service Cleft Center) ทั้ง 13 ศูนย์ ทั่วประเทศ

ในประเทศไทย รัฐบาลเป็นผู้จ่ายเงินสนับสนุนการรักษาทันตกรรมจัดฟันแก่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UCS) ผ่านการจัดสรรงบประมาณโดย สปสช. และผู้ป่วยที่ใช้สิทธิโครงการสวัสดิการทางการแพทย์ข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBBS) กรมบัญชีกลาง ต้องเสนอแผนการรักษาและค่ารักษาทันตกรรมจัดฟันให้กรมบัญชีกลางอนุมัติก่อนเริ่มการรักษา โดย สปสช. เล็งเห็นว่านอกจากการรักษาผ่าตัดเพื่อแก้ไขภาวะปากแหว่งเพดานโหว่ การพัฒนาการดูแลโดยการแก้ไขการพูดและบริการทันตกรรมจัดฟันถือเป็นกิจกรรมที่สำคัญต่อเนื่องตามมา เมื่อให้การดูแลรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมและครบถ้วน จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติในสังคม สปสช. จึงร่วมกับสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย สภาทันตแพทย์ไทยและกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินโครงการ “ยิ้มสวย เสียงใส เทิดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน มี 2 หน่วยงานที่สนับสนุนค่าใช้จ่าย คือ สปสช. และ สภาทันตแพทย์ไทย โดย สปสช. สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้แก่

หน่วยบริการตามระยะการรักษา ใน 4 ลักษณะ คือ การใส่เพดานเทียม การผ่าตัด การฟื้นฟูด้านทันตกรรมจัดฟันและการแก้ไขการพูดและการได้ยิน มีขั้นตอน คือ สมัครเข้าร่วมโครงการ รอก่อนอนุมัติสิทธิ หลังลงทะเบียนสิทธิสถานพยาบาลจะได้รับจัดสรรเงินสนับสนุน และสภาอากาศไทยหรืออากาศจังหวัดสนับสนุนค่าเดินทางแก่ผู้ป่วยภายหลังการเข้ารับบริการตามที่นัดหมาย ครั้งละ 500 บาท ไม่เกินเดือนละ 2 ครั้ง รวมจำนวนการให้บริการ ตั้งแต่ พ.ศ. 2548-2562 ผ่าตัด 12,545 ครั้ง ใส่เพดานเทียม 17,145 ครั้ง ทันตกรรมจัดฟัน 52,187 ครั้ง และ แก้ไขการพูด 25,216 ครั้ง

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 การรักษาทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช. สนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับสถานพยาบาลภาครัฐ จำนวน 48,000 บาทต่อราย โดยเริ่มครอบคลุมในขั้นตอนการแก้ไขการเรียงตัวของสันเหงือกเพื่อการปลูกกระดูกเบ้าฟันจนถึงขั้นตอนการคงสภาพฟันหลังการจัดฟันแล้วเสร็จ¹¹ ค่าใช้จ่ายนี้ไม่รวมการทำศัลยกรรมที่เบิกตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related Group, DRG) ไม่รวมค่าเพดานเทียมทุกชนิดและการใส่ฟันเทียมหลังการจัดฟันที่เบิกจาก สปสช. ตามอัตราที่กำหนด¹² จากระบบบันทึกข้อมูลโปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วยรายโรค DMIS (Disease Management Information System) ปีงบประมาณ 2565 พบว่ามีผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ลงทะเบียนทั้งประเทศจำนวน 164 ราย การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ใช้เวลานาน ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถปรับการจัดฟันต่อเนื่องได้ในสถานพยาบาลเดิม ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปสถานพยาบาลใหม่ แต่สถานพยาบาลใหม่ที่รับผู้ป่วยไม่สามารถเบิกค่าจัดฟันได้ ขณะที่สถานพยาบาลเดิมที่เป็นหน่วยบริการแรกที่ส่งต่อผู้ป่วยก็ไม่ทราบจะดำเนินการจ่ายค่าจัดฟันส่วนที่เหลือให้สถานพยาบาลใหม่เท่าใด จึงมีสถานพยาบาลปฏิเสธรับผู้ป่วยหรือให้ผู้ป่วยรับภาระค่ารักษาเอง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้เองก็ต้องออกจากระบบการรักษา

ไป ผู้วิจัยในฐานะทันตแพทย์จัดฟัน ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ประสบปัญหาการเบิกจ่ายที่ไม่สอดคล้องกับระยะการรักษา และการออกจากกระบวนการรักษาของผู้ป่วย จึงมีความสนใจที่จะศึกษามุมมองของทันตแพทย์จัดฟันที่เข้าร่วมโครงการ ยิ้มสวย เสียงใส ต่อการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟัน เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเสนอแนวทางการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษามุมมองของทันตแพทย์จัดฟันที่เข้าร่วมโครงการยิ้มสวย เสียงใส ต่อการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าบริการจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐในประเทศไทย สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย จำนวนทั้งสิ้น 287 คน (ข้อมูลจากสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย ณ วันที่ 22 ธันวาคม 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐในประเทศไทย สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นทันตแพทย์จัดฟันสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและทบวงมหาวิทยาลัย
2. มีประสบการณ์จัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ทันตแพทย์ที่ไม่ใช่ทันตแพทย์จัดฟัน

2. ไม่เคยมีประสบการณ์ด้านเบิกจ่ายค่ารักษา
โครงการยิ้มสวย เสียใจ

3. ไม่ให้บริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปาก
แหว่งเพดานโหว่

กำหนดขนาดตัวอย่าง โดย กำหนดค่ากำลัง
ทดสอบ (Power analysis) ได้จากการคำนวณค่า
effect size เท่ากับ 0.80 อำนาจการทดสอบ (Power
analysis-1- β) เท่ากับ 0.80 กำหนดระดับนัยสำคัญ
ทางสถิติ (Level of significant- α) เท่ากับ 0.05
นำมาเข้า G* program ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน
83 คน เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% เพื่อความ
น่าเชื่อถือได้กลุ่มตัวอย่าง 91 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือ
ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3
คน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content
validity) ได้ค่า IOC = 0.96 และนำไปทดสอบกับทันต
แพทย์ที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30
คน ทดสอบความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์
ค่าอัลฟ่าครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient)
ได้เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง
จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 6 ส่วน 1)
ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ประสบการณ์การเบิกจ่ายค่า
รักษาทางทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ 3)
การเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปาก
แหว่งเพดานโหว่ 4) ปัจจัยที่มีผลต่อการเบิกจ่าย
ค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่ง
เพดานโหว่ 5) ความคิดเห็นในการเบิกจ่ายค่าบริการ
ทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ 6)
ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

ระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินงาน 15 เดือน
(มกราคม 2565 ถึง มีนาคม 2566)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรม
คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับ
ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถามใช้สถิติ
เชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ในการบรรยาย
ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ (Percentage) ความถี่
(Frequency) และค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) สำหรับ
ปัจจัยที่มีผลต่อการเบิกจ่ายค่ารักษาทางทันตกรรมจัด
ฟันใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการเห็นชอบจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี รหัส
งานวิจัย KNH 28/2564

ผลการศึกษา

ทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐทั้งหมด 287 คน
(ข้อมูลจากสมาคมทันตแพทย์จัดฟันแห่งประเทศไทย
ณ เดือนมกราคม 2565) ตอบกลับแบบสอบถาม
ออนไลน์ทั้งหมด 103 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ
ร้อยละ 35.8 ตอบคำถามไม่สมบูรณ์ 1 คนและไม่ได้
ให้บริการจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ 11 คน จึง
ถูกคัดออกเหลือขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 91 คน
พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 59 คน (ร้อยละ
64.8) มีประสบการณ์ด้านทันตกรรมจัดฟันโดยเฉลี่ย
10.6 ปี (1-29 ปี) ทำงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง
สาธารณสุข จำนวน 82 คน (ร้อยละ 90.1) ทันตแพทย์
จัดฟัน 1 คน เฉลี่ยแล้วมีประสบการณ์ให้บริการจัด
ฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่มากกว่า 10 ราย (ร้อย
ละ 38.5) แต่มีทันตแพทย์จัดฟันเพียงส่วนน้อย (ร้อย
ละ 6.5) ที่เคยให้บริการจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดาน
โหว่จนเสร็จสมบูรณ์จนใส่รีเทนเนอร์มากกว่า 10 ราย
(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาล
สังกัดมหาวิทยาลัย

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ผู้หญิง	59	64.8
	ชาย	32	35.2
ประสบการณ์ด้านทันตกรรมจัดฟัน (ปี)	< 10	42	46.2
	≥ 10	49	53.8
สถานที่ปฏิบัติงานหลัก	กระทรวงสาธารณสุข	82	90.1
	คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยรัฐ	9	9.9
จำนวนผู้ป่วยปากแหว่งที่เคยให้บริการทันตกรรมจัดฟัน	1 – 5	30	32.9
	6 – 10	26	28.6
	> 10	35	38.5
จำนวนผู้ป่วยปากแหว่งที่เคยให้บริการทันตกรรมจัดฟันจนเสร็จสมบูรณ์	0	42	46.2
	1 – 5	34	37.4
	6 – 10	9	9.9
	> 10	6	6.5

ทันตแพทย์จัดฟันที่เข้าร่วมโครงการยิ้มสวย
เสียงใส ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.6) เคยเบิกค่ารักษาทาง
ทันตกรรมจัดฟันกับ สปสช. และส่วนใหญ่ (ร้อยละ
67.0) แต่มีทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐจำนวน 30 คน
(ร้อยละ 33.0) เคยส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่อื่นแต่

ไม่ได้มีการติดตามผู้ป่วยว่าไปตามที่ส่งหรือไม่ และ
จากข้อมูลพบว่ามีทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐจำนวน 48
คน ที่เคยรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ส่งต่อมารับ
การรักษาต่อเนื่องหรือผู้ป่วยเปลี่ยนสถานพยาบาล
และส่วนใหญ่จะให้การรักษาฟรี (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลการเบิกค่าจัดฟันกับ สปสช., จำนวนผู้ป่วยที่เคยรับ-ส่งต่อและการเก็บค่าจัดฟันผู้ป่วยที่ได้รับ
การส่งต่อหรือเปลี่ยนสถานพยาบาล

ข้อมูลการเบิกค่าจัดฟันกับ สปสช.และการส่งต่อผู้ป่วย		จำนวน	
		คน	ร้อยละ
การเบิกจ่ายค่าจัดฟันกับ สปสช.	ไม่เคย	24	26.4
	เคย	67	73.6
จำนวนผู้ป่วยที่เคยส่งต่อและ จำนวนผู้ป่วยที่เคยรับ	ไม่เคยส่งต่อ	61	67.0
	1 – 5	27	29.7
	6 – 10	3	9.7
	เคยรับผู้ป่วย	48	52.8
การเก็บค่าจัดฟันผู้ป่วยที่ได้รับ การส่งต่อหรือเปลี่ยน สถานพยาบาล (เคยเบิกค่าจัดฟัน แล้ว)	รักษาฟรี	23	47.9
	เรียกเก็บเป็นค่าธรรมเนียมการบริการ (30 หรือ 50 บาท)	18	19.8
	เรียกเก็บตามอัตราค่าบริการทางทันตกรรมจัดฟัน (ผู้ป่วยจ่ายเอง)	5	10.4
	เรียกเก็บโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมา	2	4.2

สาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษา
ต่อเนื่อง คือ ผู้ป่วยขาดการติดต่อไปเอง รองลงมาคือ

เปลี่ยนที่อยู่หรือที่เรียนต่อ บ้านไกล และไม่มีคนมาส่ง
ผู้ป่วยบางคนจะมีหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ขาดการ

ติดต่อไปเองและบ้านอยู่ไกล เป็นต้น (ตารางที่ 3) ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาสอบถามผู้ป่วยที่ขาดหายไป

สาเหตุและปัญหาที่มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ดังนั้น ข้อมูลจึงได้มาจากผู้ป่วยผ่านทันตแพทย์

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลสาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง

สาเหตุที่ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง	ความถี่
ผู้ป่วยขาดการติดต่อ	44
ผู้ป่วยขอไปทำที่อื่นต่อเพราะเปลี่ยนที่อยู่หรือที่เรียน	38
ผู้ป่วยไม่สะดวกมารักษาต่อเพราะบ้านไกล	33
ผู้ป่วยไม่สะดวกมารักษาต่อเพราะไม่มีคนมาส่ง	23

มีการเบิกค่าบริการทันตกรรมจัดฟัน 48,000 บาท จาก สปสช. ในทุกขั้นตอนการรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ส่วนใหญ่จะเบิกในขั้นตอนแรกตั้งแต่การตรวจช่องปากและเก็บข้อมูลและเบิกในขั้นตอนการขยายกระดูกขากรรไกรเพื่อการปลูกกระดูกเข้าฟัน (Arch expansion for alveolar bone graft) นอกจากนี้ยังพบว่าทันตแพทย์จัดฟันบางท่านเคยเบิกค่าจัดฟันไม่ซ้ำในขั้นตอนเดิม (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลขั้นตอนการรักษาที่เคยเบิกค่าทันตกรรมจัดฟันจาก สปสช.

ขั้นตอนที่เบิกค่ารักษาทางทันตกรรมจัดฟันจาก สปสช.	ความถี่
Oral examination and data collection	32
Data analysis, diagnosis and treatment planning	6
Interceptive orthodontic treatment in deciduous dentition	8
Interceptive orthodontic treatment in mixed dentition	10
Arch expansion	30
Early treatment and growth modification	14
Fixed orthodontic treatment	22
Orthognathic surgery	1
Retention period	3

มีทันตแพทย์จัดฟันจำนวน 30 คน (จากทั้งหมด 91 คน) ที่เคยส่งต่อผู้ป่วย เมื่อติดตามการจ่ายค่าจัดฟันของสถานพยาบาลเดิมให้กับสถานพยาบาลใหม่ พบว่าทันตแพทย์จัดฟันส่วนใหญ่

(ร้อยละ 70.0) ให้ข้อมูลว่าสถานพยาบาลเดิมไม่ได้ติดตามจ่ายค่าบริการจัดฟันเพราะไม่ทราบอัตราค่ารักษาส่วนที่เหลือ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลในการติดตามจ่ายค่าจัดฟันในผู้ป่วยที่ส่งต่อและผู้ป่วยที่เปลี่ยนสถานพยาบาล

จากผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 30 คน

การติดตามจ่ายค่าจัดฟันในผู้ป่วยที่ส่งต่อและผู้ป่วยที่เปลี่ยนสถานพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ตามจ่าย เพราะผู้ป่วยขาดการติดต่อ	7	23.3
ไม่ได้ตามจ่าย เพราะไม่ทราบอัตราค่ารักษาส่วนที่เหลือ	21	70.0
ตามจ่าย เมื่อสถานพยาบาลปลายทางมีการเรียกเก็บ	2	6.7
รวม	30	100

สำหรับความคิดเห็นด้านการเบิกจ่ายค่าบริการ
ทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จำนวน
48,000 บาท พบว่า ภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ใน
ระดับปานกลาง (3.83 ± 4.20) เมื่อพิจารณาเป็นราย

ด้าน พบว่า ด้านนโยบายการเบิกจ่ายอยู่ในระดับมาก
(4.30 ± 4.18) ส่วนด้านขั้นตอนและกระบวนการ ด้าน
ความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสมในระดับ
ปานกลาง (3.85 ± 5.58 , 3.34 ± 4.32) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงความคิดเห็นการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

การเบิกจ่ายค่าจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
นโยบายการเบิกจ่าย	4.30	4.18	มาก
ขั้นตอนและกระบวนการเบิกจ่าย	3.85	5.58	ปานกลาง
ความเหมาะสมของค่าใช้จ่ายต่อการเบิกจ่ายค่าจัดฟัน	3.34	4.32	ปานกลาง
ภาพรวม	3.83	4.20	ปานกลาง

สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่าย
ค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่
พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (4.35 ± 3.18) เมื่อ
พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านผู้ป่วยมีความ
เกี่ยวข้องอยู่ในระดับมากที่สุด (4.35 ± 3.18)
โดยเฉพาะการย้ายถิ่นฐานเปลี่ยนที่อยู่หรือที่เรียน

ด้านทันตแพทย์ และด้านระบบการดำเนินงานของ
โรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องอยู่ในระดับมาก ($4.12 \pm$
 3.16 , 4.43 ± 3.29) ซึ่งเกี่ยวกับประสิทธิภาพการ
ทำงานด้านการจัดฟันเป็นอย่างดี การสื่อสารนโยบาย
และเผยแพร่ข่าวสารชัดเจน รวดเร็ว (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แสดงปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านทันตแพทย์ และด้านระบบการดำเนินงานของโรงพยาบาล

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
ด้านผู้ป่วย	4.51	3.24	มากที่สุด
ด้านทันตแพทย์จัดฟัน	4.12	3.16	มาก
ระบบการดำเนินงานของโรงพยาบาล	4.43	3.29	มาก
ภาพรวม	4.35	3.18	มาก

จากการวิเคราะห์ปัจจัยร่วม พบว่า ความเข้าใจ
ในสิทธิประโยชน์ การย้ายถิ่นฐานเปลี่ยนที่อยู่หรือที่
เรียน ประสิทธิภาพการทำงานด้านการจัดฟันและ
ความพร้อมของทีมบุคลากร มีความสัมพันธ์กับการ
เบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่ง
เพดานโหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถ
พยากรณ์ได้ร้อยละ 47.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ 0.001 โดยมีความคาดเคลื่อนมาตรฐานในการ
พยากรณ์ เท่ากับ ± 1.249 (ตารางที่ 8) ทันตแพทย์จัด

ฟันร้อยละ 87.9 มีความเห็นว่า สปสช. ควรปรับการ
เบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่ง
เพดานโหว่ (ตารางที่ 9) โดยเสนอแนะว่า ควรแบ่งการ
เบิกจ่ายให้สอดคล้องกับค่าตรวจวินิจฉัยและค่ารักษา
ตามระยะของการรักษาทั้ง 4 ระยะ ได้แก่ 1) การขยาย
ขากรรไกรเพื่อปลูกกระดูกขากรรไกรเป็น 2) การรักษา
ทางทันตกรรมจัดฟันเบื้องต้นและการปรับทิศทาง
เจริญ 3) การรักษาทางทันตกรรมจัดฟัน และ 4) การ
คงสภาพฟัน

ตารางที่ 8 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่

ค่าคงที่/ตัวแปร	b	SE _b	β	t	p value
ค่าคงที่	2.31	2.23		-4.58	0.00**
ความรู้ความเข้าใจในโครงการ	3.38	0.27	3.28	-13.07	0.00**
การเปลี่ยนที่อยู่และที่ศึกษาต่อ	2.92	0.82	2.18	-3.54	0.01*
ความรู้ของทันตแพทย์จัดฟัน	9.63	0.73	7.62	13.07	0.00**
ประสบการณ์ของทันตแพทย์จัดฟัน	1.90	0.24	1.35	7.76	0.00**
ความพร้อมของทีมบุคลากร	1.45	0.36	0.61	13.07	0.00**

*p<0.05, ** p<0.01

SE_{est} = ±1.249 R= 0.537 R²= 0.471 F= 14.813 p value = 0.001

ตารางที่ 9 ข้อมูลความคิดเห็นของทันตแพทย์จัดฟันทั้งหมด 91 คน ต่อการเบิกค่าจัดฟันระหว่างสถานพยาบาลกับ สปสช.

ความคิดเห็นของทันตแพทย์จัดฟันต่อการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟัน	Number	%
จ่ายเหมือนเดิม (ครั้งเดียวตลอดการรักษา)	11	12.1
ควรมีการปรับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่	80	87.9
Total	91	100

อภิปรายผล

ในต่างประเทศจะมีโครงการที่ภาครัฐดูแลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ด้วยข้อกำหนดของโครงการที่แตกต่างกัน แต่มีวัตถุประสงค์หลักที่เหมือนกันคือ ช่วยเหลือผู้ป่วยด้านค่ารักษาและให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาแบบสหสาขาได้ง่ายขึ้น รวมถึงในประเทศไทย^{6,9,11} การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยแรกที่ตีพิมพ์เผยแพร่ผลการสำรวจทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐในประเทศไทยเกี่ยวกับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันระหว่างสถานพยาบาลกับ สปสช. และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟัน แม้ว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างจะน้อยกว่าที่คาดไว้แต่ก็จะสะท้อนถึงแนวทางของข้อมูลที่ได้ศึกษา พบว่าทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐส่วนใหญ่จะให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่และสถานพยาบาลเบิกค่าบริการทันตกรรมจัดฟันกับ สปสช. มีทันตแพทย์จัดฟันบางท่านไม่ให้การรักษาทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ด้วยเหตุผลสถานพยาบาลขาดแคลนแพทย์ในสาขาอื่นที่ช่วยดูแลผู้ป่วย ด้วยแนวคิดที่ว่า การรักษาผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จะต้องดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ

เพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้¹⁵ สถานพยาบาลอยู่ใกล้มหาวิทยาลัยเนื่องจากมีความพร้อมทั้งบุคลากรและเครื่องมือมากกว่า ทันตแพทย์จัดฟันบางท่านกำลังจบกลับไปทำงานยังไม่มีผู้ป่วยมาที่สถานพยาบาล จากการศึกษาของ Wishney et al. 2021⁸ พบว่า สาเหตุที่ทันตแพทย์จัดฟันไม่จัดฟันให้ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ ไม่ได้มีเหตุผลจากไม่มั่นใจในความรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยและไม่มีความสัมพันธ์กับจำนวนปีที่จบการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า สถานพยาบาลแต่ละแห่งเบิกค่าจัดฟันในแต่ละขั้นตอนแตกต่างกันออกไป ส่วนใหญ่จะเบิกในขั้นตอนการตรวจช่องปากและการเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนการขยายขากรรไกรเพื่อการปลูกกระดูกเข้าฟัน และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัย พบว่า ความเข้าใจในสิทธิประโยชน์การย้ายถิ่นฐานเปลี่ยนที่อยู่หรือที่เรียน ความรู้ความชำนาญด้านการจัดฟัน ประสบการณ์การทำงานด้านการจัดฟัน และ ความพร้อมของทีมบุคลากร มีความสัมพันธ์กับการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อมูลนี้บ่งบอกถึงความเข้าใจในรายละเอียดของโครงการในแต่ละสถานพยาบาลที่ไม่เหมือนกัน เป็นไป

ได้ว่าตั้งแต่เริ่มโครงการยิ้มสวย เสียงใส สถานพยาบาล จะเข้าร่วมโครงการได้ต้องมีบุคลากรที่เป็นคัลยแพทย์ ตกแต่ง ทันตแพทย์จัดฟันและนักอรรถบำบัด¹³ แต่ในปัจจุบันสถานพยาบาลสามารถเข้าร่วมโครงการและเบิกค่าจัดฟันได้ถ้ามีทันตแพทย์จัดฟันในสถานพยาบาล จะสะท้อนให้เห็นถึงข้อมูลที่เปลี่ยนไป สถานพยาบาลมีข้อมูลความรู้ในโครงการไม่มากพอ หรือมีความผิดพลาดในการตั้งเบิกจากหน่วยงานเขตที่รับผิดชอบ ร่วมกับมีการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ที่ดูแลในแต่ละเขต ทำให้ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อน ไม่เข้าใจตรงกัน รวมถึงปัญหาที่เกิดจากการเบิกค่ารักษาผิดขั้นตอน ทำให้สถานพยาบาลบางที่ได้รับเงิน 48,000 บาท ทั้งที่ยังไม่ได้เริ่มให้การรักษาทางทันตกรรมจัดฟันเลย เพราะข้อเท็จจริงคือ เงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จำนวน 48,000 บาท จะเริ่มครอบคลุมในขั้นตอนการแก้ไขการเรียงตัวของสันเหงือกเพื่อการปลูกกระดูกเข้าฟันจนถึงขั้นตอนการคงสภาพฟันหลังการจัดฟันเสร็จ¹¹ ดังนั้น ผู้ที่มีส่วนร่วมในโครงการ จำเป็นที่จะต้องทบทวนข้อกำหนดของโครงการและตกลงร่วมกัน เพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วยและสถานพยาบาล สำหรับในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย อังกฤษและแคนาดา ก่อนที่จะให้การจัดฟันผู้ป่วยได้ต้องมีการเก็บข้อมูลก่อนการรักษา ภาพถ่ายใบหน้าและภายในช่องปาก แบบจำลองฟันและภาพรังสี มีการวิเคราะห์ชนิดของการสบฟันผิดปกติ ช่วงระยะเวลาที่ให้การรักษาเป็นแบบแก้ไขเบื้องต้น (Interceptive treatment) หรือเป็นการแก้ไขแบบครอบคลุม (Comprehensive treatment) และวางแผนการรักษา ซึ่งถ้ามีการรักษาอื่นที่จำเป็นสามารถวางแผนการรักษาและส่งข้อมูลของผู้ป่วยไปยังส่วนกลางเพื่อพิจารณาการเบิกจ่ายค่ารักษาเพิ่มเติม เมื่อส่วนกลางอนุมัติให้เบิกค่ารักษาทางทันตกรรมจัดฟัน ทันตแพทย์จัดฟันจึงจะสามารถเริ่มการรักษาได้ ทำให้มีความเข้าใจตรงกันในขั้นตอนการรักษาปกติในผู้ป่วยทั่วไปที่ต้องเก็บข้อมูล วิเคราะห์ วินิจฉัยและวางแผนการรักษาก่อนที่จะเริ่มให้การรักษาผู้ป่วย

จากผลการศึกษา พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง คือ ผู้ป่วยขาดการติดต่อไปเอง โดยผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือดีในการรักษาช่วงแรกและลดน้อยลงเมื่อเวลานานขึ้น ยิ่งถ้าหากผู้ป่วยต้องเดินทางไกลจะยิ่งมีผลให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยจำเป็นต้องเปลี่ยนสถานพยาบาล โดยการส่งต่อหรือไปติดต่อรับการรักษาเองที่สถานพยาบาลอื่น ส่วนใหญ่สถานพยาบาลไม่ได้ตามจ่ายค่าจัดฟัน เพราะไม่ทราบอัตราค่ารักษาส่วนที่เหลือ ทำให้ผู้ป่วยและสถานพยาบาลที่รับต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง สำหรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีปัญหาในการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันถ้าต้องจ่ายค่ารักษาเอง เพราะจากข้อมูลผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ที่มารับการรักษาทางทันตกรรมจัดฟันจากหน่วยบริการภาครัฐในระดับประเทศส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในการผ่าตัดมากถึงร้อยละ 87.5¹⁸ โดยเฉพาะรายที่มีความผิดปกติรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะหลายอย่าง การจัดฟันในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องใช้เวลาและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น¹⁹ ทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐส่วนใหญ่จึงมีความเห็นว่า สปสข. ควรปรับการเบิกจ่ายค่ารักษาทางทันตกรรมจัดฟันผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่จากที่สนับสนุนให้สถานพยาบาลครั้งเดียวตลอดการรักษาเป็นจำนวนเงิน 48,000 บาท อย่างน้อยในการรักษาที่เป็นขั้นตอนหลักถ้าผู้ป่วยต้องเปลี่ยนสถานพยาบาล ก็จะทำให้ทันตแพทย์ที่รับต่อได้วางแผนการรักษาได้ต่อเนื่องและรักษาในช่วงนั้นๆ ที่วางแผนและผู้ป่วยก็จะได้ไปรักษาต่อที่สถานพยาบาลใหม่โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมถึงสถานพยาบาลก็จะสามารถเบิกค่ารักษาได้ตามช่วงเวลา que ผู้ป่วยไปรักษาตามขั้นตอนที่ทันตแพทย์จัดฟันได้วางแผนไว้

ส่วนใหญ่ทันตแพทย์จัดฟันภาครัฐจะให้บริการทันตกรรมจัดฟันต่อเนื่องในผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากสถานพยาบาลอื่นโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย และถึงแม้จะมีการวิเคราะห์ต้นทุนการจัดฟันในผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ว่ามีมูลค่าสูงกว่า 48,000 บาท แต่ทันต

แพทย์จัดฟันยังคงให้การรักษาทันตกรรมจัดฟัน ผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ต่อไป ด้วยหลักมนุษยธรรม หรือความสุขที่ได้รักษาผู้ป่วยและเพื่อตอบสนองต่อ โครงการเทิดพระเกียรติ 50 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี แม้สถานพยาบาล จะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายก็ตาม

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา โดยเฉพาะค่ารักษาที่ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยและสถานพยาบาล ดังนั้น สปสช. ควรชี้แจงรายละเอียดเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงข้อกำหนด การเข้าถึงและติดต่อได้ง่าย นอกจากที่สปสช.แล้ว

2. เพื่อให้การรักษาทันตกรรมจัดฟัน เป็นไปได้ต่อเนื่อง ทันตแพทย์จัดฟันควรเก็บข้อมูล ของผู้ป่วย เช่น ระดับการศึกษา ระยะเวลาและพาหนะ

ในการเดินทางมารับการรักษา แนวโน้มของการย้ายที่อยู่อาศัย สถานะความสัมพันธ์ของผู้ปกครองและ ข้อมูลของผู้ปกครองที่มารับ-ส่ง เป็นต้น เพื่อ ประกอบการพิจารณาในการวางแผนการรักษาในช่วง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาได้

3. ควรสร้างความตระหนักและให้ความรู้ถึง ความสำคัญของการจัดฟันในผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้กับ ครอบครัวผู้ป่วย และตัวผู้ป่วยเองด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษามุมมองของสถานพยาบาล และของผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ต่อการเบิกจ่ายค่า จัดฟัน 48,000 บาท ครั้งเดียวตลอดชีพ

2. ควรมีการศึกษาผลกระทบต่อสถานพยาบาล ที่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยปากแหว่งเพดานโหว่ไว้รักษา ต่อเนื่อง โดยไม่สามารถเบิกค่าจัดฟันจาก สปสช. ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Johnson DC. Principles of cleft lip and palate formation. In: Bishara SE, editor. Textbook of orthodontics. Philadelphia, Pa.: Saunders; 2001. P. xv, 592 p.
2. Mossey PA, Catilla EE, WHO Human Genetics Programme. Global registry and database on craniofacial anomalies: report of a WHO Registry Meeting on Craniofacial Anomalies. Geneva: World Health Organization; 2003.
3. Ratanasiri T, Junthathamrongwat N, Apiwantanakul S, Wongkam C, Chowchuen B. The Birth Incidence of Cleft Lip and Palate at Srinagarind Hospital, 1990-1999. Srinagarind Med J 2001; 16(1): 3-7.
4. Thai Cleft Lip-Palate and Craniofacial Association. Draft of 2020 treatment protocol of cleft lip and palate patients. [online] 2020 [cited 2021 Nov 3]; Available from: <https://www.thaicleft.org/thailand-consensus-cleft-care-2020.php>. (in Thai)
5. Sununliganon L, Chetpakdeecheit W. Guideline for multidisciplinary team approach in cleft lip and palate patient. TUH J 2017; 2(2): 18-27.
6. New York State Department of Health. New York State Medicaid Program: dental policy and procedure code manual. [online] 2021 [cited 2021 Jun 3]; Available from: <https://www.emedny.org/ProviderManuals/Dental/PDFS/Dental Policy and Procedure Manual.pdf>
7. Akers HF, Weerakoon AT, Foley MA, McAuliffe AJ. The Medicare chronic disease dental scheme: historical, scientific, socio-political origins. J Hist Dent 2017; 65(2): 42-62.
8. Wishney M, Sahukhan A, Petocz P, Darendeliler MA, Papadopoulou AK. Australian orthodontists utilization and toward a government funded cleft scheme. The Cleft Palate-Craniofacial Journal 2021; 58(11): 1398-404.
9. National Health Service. Overview: orthodontic treatments. [online] 27 Jan 2020 [cited 2021 Jun 31]; Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/orthodontics/>

10. The Comptroller General Department. The health service rates for reimbursement in public health facilities: section 13 dental service fee (13.5 specific service for specific/special groups.) Circular letter no. 0431.2/246 on 16 Jun 2016. (in Thai)
11. National Health Security Office. The 2014 Universal Health Coverage budget administration: classification 2 part 3 Specific service in The Universal Health Coverage Manual, budget year 2014. Bangkok: 2013. (in Thai)
12. National Health Security Office. The appendix of National Health Security announcement the performance and administration criteria of universal health coverage fund (classification 2 part 4 Specific service: high cost care/ accident/specific care) in The Universal Health Coverage Manual, budget year 2013. Bangkok: 2012. (in Thai)
13. National Health Security Office. The 2014 Universal Health Coverage budget administration: classification 2 part 3 Specific service in The Universal Health Coverage Manual, budget year 2014. Bangkok: 2013. (in Thai)
14. Lapying P. The development of seamless holistic care system for cleft lip/ cleft palate and special need children: phase 2. Final report. Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)
15. Kharbanda O, Long R. Improving treatment outcomes for patients with cleft lip and palate historical perspective of the team concept. *J Ind Orthod Soc* 1999; 32(1): 1-4.
16. Australian Institute of Health Welfare. *Australia's Health 2018*: Australian Government; 2018.
17. Semb G, Brattström V, Molsted K, Prah-Andersen B, Shaw WC. The Eurocleft study: intercenter study of treatment outcome in patients with complete cleft lip and palate. Part 1: introduction and treatment experience. *Cleft Palate Craniofac J* 2005; 42(1): 64-8.
18. Pattaranit R, Lekbunyasin O, Chantachum V, Songsung C, Pradubwong S, Chowchuen B. Study of in-patients' charge cost of the cleft lip and cleft palate patients aged 4-5 years old of Tawanchai Center, Srinagarind Hospital. *Srinagarind Med J* 2013; 28(1): 23-9. (in Thai)
19. Barnard P. *Australian Dental Practice Surveys 1961-2010*. Australian Dental Association; 2012.
20. Lapying P, Veerarithiphan D. Orthodontic fee schedule and reimbursement of cleft patient treatment. *Journal of Health Systems Research* 2021; 15(4): 422-35.