

ความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก ของประชากรไทย: การวิเคราะห์ผลการสำรวจอนามัย และสวัสดิการ พ.ศ. 2560

ธีรวัฒน์ กัศนภิรมย์*

วริศ พานิชกรียงไกร†

วุฒิปันธุ์ วงษ์มงคล†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ธีรวัฒน์ กัศนภิรมย์

บทคัดย่อ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ส่งผลให้ประชากรเกือบทั้งหมดมีสิทธิในสวัสดิการการรักษาทางทันตกรรมที่จัดให้โดยรัฐ แต่จากผลการสำรวจระดับประเทศที่ผ่านมา การได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนยังคงมีสัดส่วนที่ต่ำ รวมถึงยังมีปัญหาความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยผ่านสัดส่วนและรูปแบบการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก รวมถึงความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองของประชากรกลุ่มต่างๆ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ประชากรเพียงร้อยละ 9.6 เท่านั้นที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา โดยรูปแบบการรับบริการเป็นไปเพื่อการรักษาถึงร้อยละ 81.6 ของการรับบริการทั้งหมด สาเหตุหลักที่ประชาชนไม่ไปรับบริการสุขภาพช่องปากก็คือ ช้ำและรอนาน ในส่วนของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองนั้นพบว่า ประชากรร้อยละ 1.4 มีความต้องการในการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง โดยกลุ่มที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเศรษฐกิจต่ำที่สุดมีความจำเป็นทางสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่ากลุ่มประชากรอื่นๆ ถึงสองเท่า แต่กลับเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากน้อยที่สุด ผลการสำรวจแสดงให้เห็นถึงความไม่เป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรต่างสิทธิสวัสดิการและต่างเศรษฐกิจฐานะ สะท้อนให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องพัฒนานโยบายสุขภาพช่องปากเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และสร้างความเป็นธรรมของระบบการให้บริการสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก การสร้างความปลอดภัยระหว่างสามระบบสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐ และการขยายขอบเขตการให้บริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้มากขึ้น

คำสำคัญ: บริการทันตกรรม, สิทธิการรักษาพยาบาล, การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, ความเป็นธรรม, การได้รับบริการ, ความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก

* คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

† สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข



Equity in Utilization of Oral Health Services among Thai Population: Results from Health and Welfare Survey 2017

Teerawat Tussanapirom*, Warisa Panichkriangkrai†, Vuthiphan Vongmongkol†

* Faculty of Dentistry, Mahidol University

† International Health Policy Program, Ministry of Public Health

Corresponding author: Teerawat Tussanapirom, Teerawat.tus@mahidol.edu

Abstract

Thailand has achieved Universal Health Coverage since 2002. Consequentially, almost all Thai citizens are covered with basic oral health services by publicly funded insurance schemes. However, the proportion of Thais who receive such services is still low with inequity patterns among different groups of people. The purpose of this study was to analyze the equity in oral health service among Thai citizens through patterns of oral health service uses as well as unmet oral health needs by using the 2017 Health and Welfare Survey by the National Statistical Office of Thailand. The result revealed that 9.6 percent of Thai population received any oral health service within the past 12 months. Most (81.6 percent) of service uses were for treatments. The main reasons of not seeking oral health service were the delays and prolonged waiting time. On the unmet oral health needs, 1.4 percent of the population with oral health needs was not met. The populations with no health benefits, the aged, and the lowest socio-economic status saw twice as many unmet oral health needs compared to other population groups. These groups received the least oral health services. The survey showed the inequity of oral health service utilization, particularly among populations with different health benefits and different socio-economic status. This indicates the necessity of oral health policy that responds to the needs of the people and creates an equitable oral health service system; in particular, promotes oral health literacy, builds harmony among three public health insurance schemes, and expands the scope of services so that people have better accesses to necessary services.

Keywords: dental services, health insurance scheme, health welfare survey, equity, utilization, oral health need

ภูมิหลังและเหตุผล

หนึ่งในเป้าหมายหลักของการจัดบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (health equity) ให้กับประชาชน โดยองค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของความเป็นธรรมด้านสุขภาพว่า คือการลดความแตกต่างที่หลีกเลี่ยงได้ (avoidable disparity) ในด้านสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่กำหนดสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น เศรษฐฐานะ ภูมิศาสตร์ เพศ และ อายุ⁽¹⁾ ความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพ (equity in health care) เป็นองค์

ประกอบสำคัญที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพนั้น หมายถึงการที่ประชาชนได้รับบริการตามความจำเป็นและจ่ายค่าบริการตามกำลังจ่าย ซึ่งสามารถประเมินได้จากปริมาณ ชนิด และคุณภาพของบริการที่ประชาชนได้รับ⁽²⁾ กล่าวคือ ประชาชนต้องได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยไม่มีอุปสรรคเกิดขึ้นจากความแตกต่างทางสังคมต่างๆ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยสวัสดิการของรัฐทั้งสามสิทธิ ได้แก่ สิทธิ

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้บรรจุสิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพช่องปากไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ ทำให้ประชากรไทยส่วนใหญ่มีสิทธิประโยชน์พื้นฐานในการรับบริการสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย และงานทันตกรรมป้องกัน⁽³⁾ แต่ด้วยกลไกการจ่ายเงิน ชุดสิทธิประโยชน์ และข้อกำหนดในการให้บริการที่ต่างกัน ส่งผลต่อแรงจูงใจในการจัดบริการ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการไม่เท่ากัน⁽⁴⁾ เห็นได้จากผลการศึกษารูปแบบของการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยที่ผ่านมา ซึ่งประชากรกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับการมากกว่าประชากรในอีกสองสิทธิมาโดยตลอด^(3,5) นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีประชากรอีกจำนวนหนึ่งที่มีความต้องการด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง⁽⁵⁻⁶⁾ แสดงให้เห็นว่าประชากรไทยยังมีปัญหาการเข้าถึง (access) และความเป็นธรรม (equity) ในการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นเรื่องที่รัฐต้องพัฒนาการจัดระบบสุขภาพเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการสร้างความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพมาตรฐานตามความจำเป็น และเป็นกลไกป้องกันความเสี่ยงด้านการเงิน (financial risk protection) แก่ประชาชนไทยต่อไป

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นการสำรวจ เพื่อประเมินสถานการณ์สุขภาพของประชาชนไทยที่จัดทำอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2517 โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย การเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข ค่าใช้จ่าย และการเข้าถึงสิทธิการรักษาต่างๆ ทั้งในเรื่องของการรับบริการผู้ป่วยนอก การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล และนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ได้มีการริเริ่มข้อคำถามเกี่ยวกับบริการสุขภาพช่องปาก ซึ่งต่อมาได้เพิ่มจำนวนข้อคำถามเกี่ยวกับชนิดบริการสุขภาพช่องปากอีกในปี พ.ศ. 2550⁽⁴⁾ ทำให้สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์รูปแบบรับบริการที่

จำแนกลักษณะเฉพาะได้ ที่ผ่านมามีการนำข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการมาวิเคราะห์รูปแบบการได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยหลายครั้ง แต่การศึกษาครั้งล่าสุดที่ได้วิเคราะห์ประเด็นความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปากคือการศึกษาใน พ.ศ. 2550⁽⁷⁾ ซึ่งผ่านมาแล้วหนึ่งทศวรรษ ประกอบกับยังไม่มีการศึกษาครั้งใดที่ทำการวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปากโดยเทียบจากเศรษฐกิจฐานที่คำนวณจากการถือครองทรัพย์สินของประชาชน การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยผ่านสัดส่วนและรูปแบบการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก รวมถึงความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองของประชากรกลุ่มต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ร่วมสมัยและเป็นประโยชน์ในการพัฒนานโยบายและระบบบริการสุขภาพช่องปากของประเทศต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ดำเนินการในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 โดยแผนการสุ่มตัวอย่างใช้เป็นแบบ stratified two-stage sampling มีกรุงเทพมหานครและจังหวัดเป็นสตราตัม (stratum) เขตแจงนับ (enumeration area: EA) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง คริวเรือนส่วนบุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง เก็บข้อมูลจากคริวเรือนตัวอย่าง 27,960 คริวเรือนในทุกจังหวัดทั่วประเทศทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล โดยทำการสัมภาษณ์สมาชิกทุกคนในคริวเรือนตัวอย่างรวม 65,781 คน⁽⁸⁾

ทั้งนี้เนื่องจากข้อคำถามในเรื่องสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล อาจมีสมาชิกคริวเรือนที่รายงานสิทธิซ้ำซ้อน เช่น มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและประกันสุขภาพเอกชน ในกรณีดังกล่าวผู้วิจัยกำหนดให้มีสิทธิหลักสิทธิเดียว โดยมีแนวทางการจัดการข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิสวัสดิการรักษา



พยาบาลดังนี้

1. กรณีมีสิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจและสิทธิอื่น กำหนดให้สิทธิสวัสดิการข้าราชการเป็นสิทธิหลัก
 2. กรณีมีสิทธิประกันสังคมและสิทธิอื่น ยกเว้นสิทธิสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ กำหนดให้สิทธิประกันสังคมเป็นสิทธิหลัก
 3. ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิอื่นที่ไม่ใช่สิทธิในข้อ 1 และ 2 กำหนดให้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสิทธิหลัก
 4. กรณีที่มีสิทธิอื่นๆ ที่ไม่เข้าข่ายสิทธิในข้อ 1 ถึง 4 กำหนดให้เป็นสิทธิอื่นๆ
 5. กรณีที่ไม่มีหรือไม่ทราบว่า มีสิทธิการรักษาพยาบาลใดๆ กำหนดให้เป็นไม่มีสวัสดิการรักษายาบาล
- ข้อมูลจากคำถามที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการสุขภาพช่องปากดังที่แสดงใน ตารางที่ 1 ได้ถูกนำมาประมวลผลโดยถ่วงน้ำหนักข้อมูลจากผู้ถูกสัมภาษณ์ 65,781 คน ตามระเบียบวิธีทางสถิติ เพื่อให้ข้อมูลดังกล่าวเป็นตัวแทนของ

ประชากรทั้งประเทศ 67,572,274 คน หลังจากนั้นจึงใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ร้อยละ, มัธยฐาน และค่าสูงสุด - ต่ำสุด ในการวิเคราะห์สัดส่วนและรูปแบบการใช้บริการสุขภาพช่องปาก ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ การใช้สิทธิสวัสดิการในการใช้บริการ และความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง โดยแบ่งประชากรเป็นกลุ่มต่างๆ ตามสิทธิการรักษาพยาบาล เพศ อายุ เขตที่อยู่อาศัย และเศรษฐกิจฐานะ เพื่อเปรียบเทียบและวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการได้รับการบริการ

เนื่องด้วยการประเมินเศรษฐกิจฐานะจากรายได้ของกลุ่มตัวอย่างอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงโดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีรายได้ประจำ เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ประกอบอาชีพอิสระ การศึกษาครั้งนี้จึงใช้ principal component analysis (PCA)⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นเทคนิควิธีทางสถิติที่จะจับกลุ่ม รวมกลุ่ม หรือรวมตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันไว้ในกลุ่มเดียวกันแล้วสร้างเป็นตัวแปรใหม่ ในการจัดกลุ่มประชากรตามเศรษฐกิจฐานะ โดยประมวลผลจากการถ่วงน้ำหนัก เช่น ที่อยู่อาศัย ยานพาหนะ เครื่องใช้

ตารางที่ 1 ข้อคำถามจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560 ที่ใช้ประกอบการศึกษา

หลักประกันด้านสุขภาพ	ปัจจุบัน ..(ชื่อ)..มีสวัสดิการรักษายาบาลดังกล่าวหรือไม่? (HW1_1 – HW1_9)
การให้บริการสุขภาพช่องปาก	ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว..(ชื่อ)..ไปรับบริการทันตกรรมหรือไม่ (HW51) ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว..(ชื่อ)..ไปรับบริการทันตกรรมกี่ครั้ง (HW52) การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย..(ชื่อ)..รับบริการทันตกรรมประเภทใด (ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ) (HW53_1 – HW53_2) ..(ชื่อ)..รับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายจากที่ใด (12 ตัวเลือก) (HW54)
ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ	การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย..(ชื่อ)..จ่ายค่าพาหนะไป-กลับทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร (HW55) การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย..(ชื่อ)..จ่ายค่าบริการทั้งหมดเป็นเงินเท่าไร (HW56)
การใช้สิทธิสวัสดิการในการใช้บริการ	การรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย..(ชื่อ)..ใช้สิทธิการฯ ที่มีหรือไม่ (HW57) ..(ชื่อ)..ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มีในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายเพราะเหตุใด? ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด (14 ตัวเลือก) (HW58)
ความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง	ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว มีบ้างหรือไม่ที่..(ชื่อ)..เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปาก และต้องการเข้ารับบริการแต่ไม่ได้รับเข้ารับบริการ (UN5) เพราะเหตุใด..(ชื่อ)..จึงไม่ได้เข้ารับบริการในครั้งนั้น (12 ตัวเลือก) (UN6)

ไฟฟ้า ฯลฯ ของกลุ่มตัวอย่างมาคำนวณดัชนีการถือครองทรัพย์สิน (asset index) และจัดกลุ่มประชากรเป็นห้าควินไทล์ (quintile) จากกลุ่มความมั่งคั่งต่ำที่สุดถึงสูงที่สุดเพื่อประกอบการวิเคราะห์

ทั้งนี้ การศึกษานี้ไม่ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิแบบนิรนาม

ผลการศึกษา

ใน พ.ศ. 2560 ประชากรไทยร้อยละ 99.15 มีหลักประกันสุขภาพ โดยประชากรส่วนใหญ่อยู่ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 72.9) สิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 17) และสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการ (ร้อยละ 7.1) สำหรับการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก ใน 12 เดือนที่ผ่านมา มีประชากรประมาณ 6.5

ตารางที่ 2 การรับบริการสุขภาพช่องปากในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

	ประชากรทั้งหมด (คน)	ได้รับบริการ (คน)	ร้อยละของผู้ได้รับ บริการ	จำนวนการรับบริการ เฉลี่ยครั้ง/ปี
ทั้งหมด	67,572,274	6,511,602	9.6	0.17
สิทธิการรักษา				
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	5,423,159	802,822	14.8	
ประกันสังคม	11,460,454	1,411,156	12.3	
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	49,283,803	4,206,970	8.5	
สิทธิอื่น ๆ	832,229	74,519	9.0	
ไม่มีสิทธิสวัสดิการ	572,629	16,136	2.8	
เพศ				
ชาย	31,591,167	2,670,000	8.1	
หญิง	33,136,288	3,841,602	11.1	
อายุ				
0 - 5	4,499,931	313,323	7.0	
6 - 12	5,513,285	997,338	18.1	
13 - 24	11,261,387	1,263,630	11.2	
25 - 59	35,135,302	3,142,316	8.9	
มากกว่า 60 ปี	11,162,369	794,996	7.1	
เขตที่อยู่อาศัย				
ในเขตเทศบาล	29,515,870	3,116,276	10.6	
นอกเขตเทศบาล	35,211,585	3,132,404	8.9	
เศรษฐกิจฐานะ				
ต่ำที่สุด ควินไทล์ที่ 1	13,516,388	941,466	7.0	
ควินไทล์ที่ 2	13,516,388	1,069,597	7.9	
ควินไทล์ที่ 3	13,516,388	1,056,896	7.8	
ควินไทล์ที่ 4	13,516,388	1,325,238	9.8	
สูงที่สุด ควินไทล์ที่ 5	13,516,388	2,118,405	15.7	

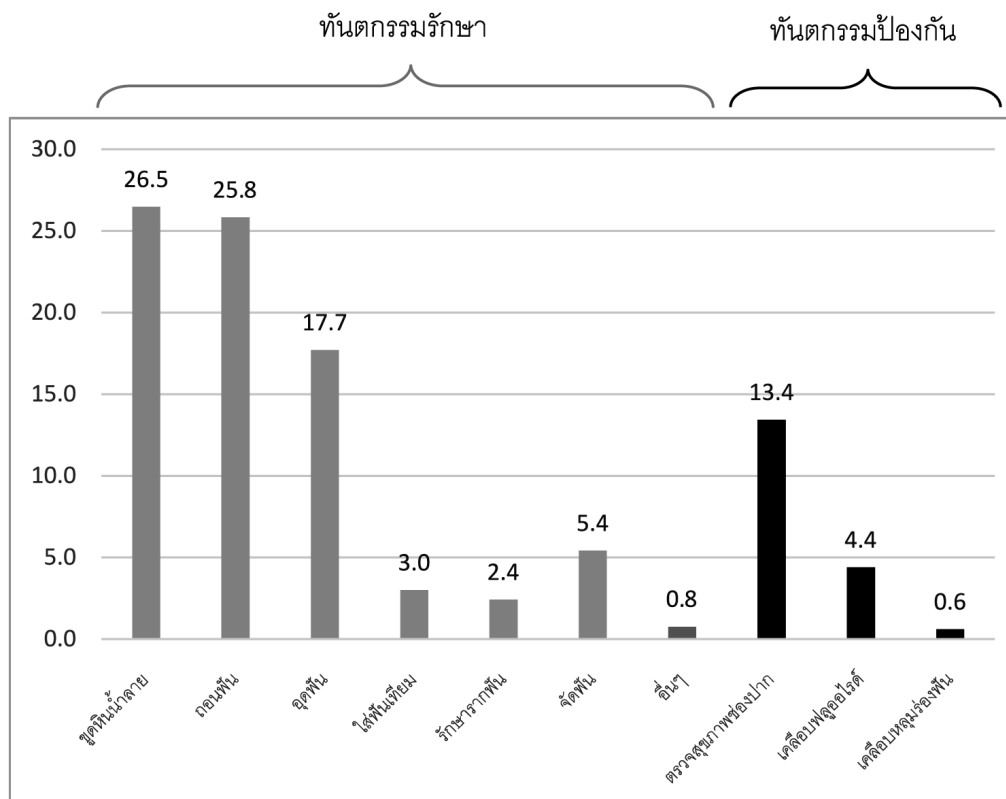
ล้านคน หรือร้อยละ 9.6 ได้รับการรักษาสุขภาพช่องปาก โดยคิดเป็นการรับบริการของประชากรไทยเฉลี่ย 0.17 ครั้ง/ประชากรทั้งหมด/ปี เพศหญิงได้รับการรักษาสุขภาพช่องปากมากกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 11.1 และ ร้อยละ 8.1 ตามลำดับ) ประชากรกลุ่มอายุ 6 - 12 ปีได้รับการรักษาสุขภาพช่องปากมากที่สุด (ร้อยละ 18.1) ประชากรที่อาศัยในเขตเทศบาลได้รับการรักษาสุขภาพช่องปากมากกว่าประชากรนอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 10.6 และ ร้อยละ 8.9 ตามลำดับ)

หากจำแนกตามสวัสดิการการรักษาพยาบาล กลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการมีสัดส่วนการได้รับการรักษาสุขภาพช่องปากมากที่สุด คือร้อยละ 14.8 ตามด้วยผู้มีสิทธิประกันสังคม (ร้อยละ 12.3) และ สิทธิอื่นๆ (ร้อยละ 9) โดยกลุ่มผู้ไม่มีสิทธิสวัสดิการได้รับการรักษาสุขภาพช่องปากน้อยที่สุด (ร้อยละ 2.8) และหากจำแนกประชากรตามเศรษฐกิจฐานะ ประชากรกลุ่มที่ฐานะดีที่สุด (ควินไทล์ที่ 5) ได้รับการรักษาสุขภาพช่องปากมากที่สุด รองลงมาอย่างชัดเจน โดย

ได้รับการรักษาสุขภาพช่องปากมากกว่าประชากรกลุ่มควินไทล์ที่ 1 - 3 ถึงกว่า 2 เท่า (ตารางที่ 2)

ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ประชาชนได้รับการรักษาสุขภาพช่องปากทั้งหมด 7,786,295 ครั้ง โดยเป็นการรับบริการด้านการรักษาถึงร้อยละ 81.6 ในขณะที่เป็นการรับบริการทันตกรรมป้องกันเพียงร้อยละ 18.4 ทั้งนี้ การรับบริการทันตกรรมรักษาสุขภาพช่องปากมากที่สุดสองอันดับแรก ได้แก่ การอุดฟันน้ำลายและการถอนฟัน (ร้อยละ 26.5 และ 25.8 ตามลำดับ) สำหรับการรับบริการทันตกรรมป้องกันส่วนใหญ่เป็นการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นที่น่าสังเกตว่าการรับบริการใส่ฟันเทียมมีสัดส่วนต่ำมากเมื่อเทียบกับการถอนฟัน (ต่ำกว่าถึง 8 เท่า) และการจัดฟันมีสัดส่วนค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการรักษารากฟันและการใส่ฟันเทียม (ภาพที่ 1)

หากพิจารณาสถานพยาบาลที่ประชาชนเลือกเข้ารับบริการ พบว่ามีการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ

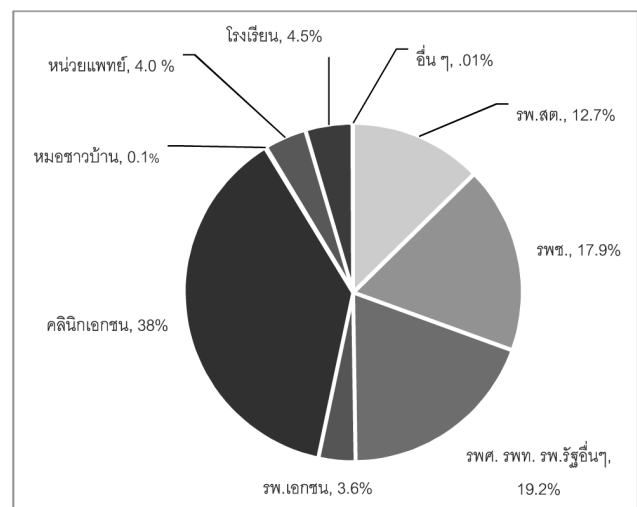


ภาพที่ 1 สัดส่วนของการรับบริการสุขภาพช่องปาก จำแนกตามชนิดบริการ

มากกว่าสถานพยาบาลของเอกชนเล็กน้อย คือ ร้อยละ 49.8 และ 41.6 ตามลำดับ สำหรับสถานพยาบาลของรัฐ พบว่าสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป มีผู้เข้ารับบริการมากที่สุดคือร้อยละ 19.2 ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผู้เข้ารับบริการร้อยละ 12.7 ในส่วนของการรับบริการในสถานพยาบาลเอกชน คลินิกทันตกรรมเอกชนมีผู้เข้ารับบริการมากที่สุด (ร้อยละ 38) นอกจากนี้ ประชากรร้อยละ 8.5 ได้รับการบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และโครงการทันตกรรมโรงเรียน และหมอมหาวิทยาลัยยังคงเป็นทางเลือกในการรับบริการของประชาชน แม้จะมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 0.1 (ภาพที่ 2)

หากพิจารณาการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพในการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปาก พบว่า ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมและผู้มีสิทธิอื่นๆ เช่น ประกันสุขภาพเอกชน สวัสดิการรักษายาพยาบาลพนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ มีสัดส่วนการใช้สิทธิสูงที่สุดคือร้อยละ 70.5 และ 68.1 ตามลำดับ ในขณะที่ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลสำหรับข้าราชการและกลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสัดส่วนการใช้สิทธิใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ 65 โดย

ในกลุ่มผู้ใช้สิทธิหลักของตนในการรับบริการส่วนมากไม่ ต้องจ่ายเงินค่าบริการ ในขณะที่ผู้ไม่มีสิทธิหลักของตนในการรับบริการสุขภาพช่องปากรวมถึงผู้ไม่มีสิทธิสวัสดิการมี มาตรฐานค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 800 - 1,000 บาท สำหรับค่าเดินทางนั้น ประชากรทุกกลุ่มมีมาตรฐานค่าเดินทาง 100 บาท ยกเว้นกลุ่มผู้มีสิทธิและใช้สิทธิหลักประกัน



ภาพที่ 2 สัดส่วนของการรับบริการสุขภาพช่องปาก จำแนกตามสถานพยาบาล

ตารางที่ 3 การรับบริการครั้งล่าสุดและค่าใช้จ่ายจำแนกตามสิทธิการรักษา

	สวัสดิการข้าราชการ		ประกันสังคม		หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		สิทธิสวัสดิการอื่น ๆ		ไม่มีสวัสดิการ
	ใช้สิทธิหลัก	ไม่ใช้สิทธิ	ใช้สิทธิหลัก	ไม่ใช้สิทธิ	ใช้สิทธิหลัก	ไม่ใช้สิทธิ	ใช้สิทธิหลัก	ไม่ใช้สิทธิ	
ผู้ให้ข้อมูลค่าใช้จ่าย (คน)	786,017		1,398,043		3,668,910		3,668,910		11,758
ผู้ได้รับบริการสุขภาพช่องปาก	510,791 (65.0%)	275,226 (35.0%)	988,489 (70.5%)	413,123 (29.5%)	2,383,516 (64.9%)	1,290,399 (35.1%)	49,103 (68.1%)	22,966 (31.9%)	16,136
มาตรฐานค่าใช้จ่ายในการรับบริการ (บาท)	0	1000	0	1000	0	800	0	850	890
ค่าใช้จ่ายต่ำสุด-สูงสุดในการรับบริการ (บาท)	0 - 6,000	30 - >10,000	0 - 8,000	30 - > 10,000	0 - 6900	20 - >10,000	0 - 3,500	200 - 5,000	500 - 4,000
มาตรฐานค่าเดินทาง (บาท)	100	100	100	100	50	100	50	100	100
ค่าเดินทางต่ำสุด-สูงสุด (บาท)	0 - 1,000	0 - 1,200	0 - 1,200	0 - 2,000	0 - 5,000	0 - 2,000	0 - 1,000	0 - 1,000	40 - 300



สุขภาพแห่งชาติและสิทธิสวัสดิการอื่นๆ มีมีมาตรฐานค่าเดินทางเพียง 50 บาท (ตารางที่ 3)

หากวิเคราะห์สาเหตุของการไม่ใช้สิทธิหลักในการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปากพบว่า สาเหตุหลักคือ ข้ำ รอนาน (ร้อยละ 41.1) โดยเฉพาะกลุ่มสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ระบุเหตุผลของการไม่ใช้สิทธิว่าเพราะต้องรอนานถึงร้อยละ 40.3 และ 45.3 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการอื่นๆ ระบุเหตุผลข้อนี้ที่ร้อยละ 29 สาเหตุลำดับที่สองของการไม่ใช้สิทธิคือ สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุม (ร้อยละ 27) โดยกลุ่มสิทธิประกันสังคมและสิทธิสวัสดิการอื่นๆ ระบุสาเหตุของการไม่ใช้สิทธิว่าเกิดจากสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุมมากกว่าสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 34.9 - 43.2 และ 20.0 - 25.7 ตามลำดับ) อีกสาเหตุหลักของการไม่ใช้สิทธิคือ ไม่สะดวกในเวลาทำการ โดยสามสิทธิสวัสดิการหลักของรัฐใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 20 (ตารางที่ 4)

ในส่วนของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองนั้นพบว่า ประชากรเพียงร้อยละ 1.4 รายงานว่าเป็นผู้ที่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากและจำเป็นต้องได้รับการแต่ไม่ได้เข้ารับบริการ หากจำแนกตาม

สวัสดิการรักษาพยาบาล กลุ่มผู้ไม่มีสวัสดิการมีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่ากลุ่มผู้มีสวัสดิการ (ร้อยละ 2.3) โดยกลุ่มผู้มีสวัสดิการอื่นๆ มีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.4) ผู้สูงอายุมีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่ากลุ่มอายุอื่น (ร้อยละ 2.2) ผู้ที่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่าผู้อาศัยในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 1.5 และ ร้อยละ 1.3 ตามลำดับ) หากพิจารณาประชากรตามสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ประชากรกลุ่มที่ฐานะต่ำที่สุดมีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่าประชากรในกลุ่มฐานะอื่นประมาณสองเท่า (ตารางที่ 5)

สาเหตุของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองนั้นเกิดได้ทั้งจากข้อจำกัดของผู้รับบริการและข้อจำกัดของระบบบริการ โดยสาเหตุหลักของฝั่งผู้รับบริการคือไม่มีเวลาไปรับบริการ (ร้อยละ 27.5) โดยกลุ่มผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมมีสัดส่วนสูงที่สุดถึงร้อยละ 46.2 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายเป็นสาเหตุหลักของความจำเป็นที่ไม่ได้รับการตอบสนองของกลุ่มผู้ไม่มีสวัสดิการโดยร้อยละ 18.4 ไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ และร้อยละ 9 ไม่มีค่าเดินทางไปรับบริการ ในขณะที่ประชากรกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการค่า

ตารางที่ 4 สาเหตุสำคัญของการไม่ใช้สิทธิสวัสดิการในการรับบริการสุขภาพช่องปาก จำแนกตามสิทธิสวัสดิการหลัก

	สวัสดิการ ข้าราชการ	ประกัน สังคม	หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ	สิทธิสวัสดิการ อื่น ๆ	ทั้งหมด
จำนวนผู้ตอบสาเหตุของการไม่ใช้สิทธิ (คน)	275,226	413,123	1,290,399	22,966	2,001,714
สาเหตุสำคัญของการไม่ใช้สิทธิ (ร้อยละ)					
ข้ำ รอนาน	40.3	29.4	45.3	29.1	41.1
สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุม	20.0	34.9	25.7	43.2	27.0
ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ	21.8	20.9	16.5	8.4	18.0
สถานพยาบาลอยู่ไกล เดินทางไม่สะดวก	3.0	2.9	4.5	13.3	4.1
เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย	4.3	4.9	1.2	0	2.3

ตารางที่ 5 ความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

	ประชากรทั้งหมด	ผู้ตอบว่ามีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง	
	จำนวน (คน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทั้งหมด	67,572,274	9,529,833	1.4
สิทธิการรักษา			
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	5,423,159	68,076	1.3
ประกันสังคม	11,460,454	130,004	1.1
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	49,283,803	738,131	1.5
สิทธิอื่น ๆ	832,229	3,590	0.4
ไม่มีสิทธิสวัสดิการ	572,629	13,181	2.3
เพศ			
ชาย	31,591,167	454,397	1.4
หญิง	33,136,288	498,586	1.4
อายุ			
0 - 5	4,499,931	15,954	0.4
6 - 12	5,513,285	22,817	0.4
13 - 24	11,261,387	108,884	1.0
25 - 59	35,135,302	559,978	1.6
มากกว่า 60 ปี	11,162,369	245,348	2.2
เขตที่อยู่อาศัย			
ในเขตเทศบาล	29,515,870	394,636	1.3
นอกเขตเทศบาล	35,211,585	558,347	1.5
เศรษฐกิจฐานะ			
ต่ำสุด ควินไทล์ที่ 1	13,516,388	305,421	2.3
ควินไทล์ที่ 2	13,516,388	167,573	1.2
ควินไทล์ที่ 3	13,516,388	180,336	1.3
ควินไทล์ที่ 4	13,516,388	156,009	1.3
สูงสุด ควินไทล์ที่ 5	13,516,388	143,645	1.1

ใช้จ่ายไม่เป็นปัญหามากนัก แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ในกลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคมมีร้อยละ 3 ที่ระบุว่าค่าเดินทางเป็นสาเหตุของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง นอกจากนี้ในกลุ่มสิทธิสวัสดิการอื่นๆ มีสัดส่วนของการไม่มีผู้พาไปรับบริการถึงร้อยละ 59 ในขณะที่กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ

กลุ่มสวัสดิการข้าราชการมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 5.1 และ 6.1 ตามลำดับ

หากพิจารณาข้อจำกัดของทางฝั่งผู้ให้บริการพบว่า สาเหตุหลักของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองคือคิวการรักษาที่ยาวทำให้ต้องรอนาน (ร้อยละ 29.5) รองลงมาคือข้อจำกัดของผู้ให้บริการ เช่น

ตารางที่ 6 สาเหตุของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนอง

	สวัสดิการ ข้าราชการ	ประกัน สังคม	หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	สิทธิสวัสดิการ อื่น ๆ	ไม่มี สวัสดิการ	ทั้งหมด
จำนวนผู้ตอบสาเหตุของการไม่ได้รับการตอบสนอง (คน)	68,077	130,004	738,131	3,591	13,181	952,983
ข้อจำกัดของผู้รับบริการ (ร้อยละ)						
ไม่มีเวลาไปรับบริการ	17.76	46.2	25.4	16.0	16.2	27.5
ไม่มีเงินจ่ายค่าบริการ	1.1	0	2.4	0	18.4	2.2
ไม่มีค่าเดินทางไปรับบริการ	0	3.1	3.1	0	9.0	3.0
ไม่มีผู้พาไปรับบริการ	6.1	0.5	5.1	59.7	0	4.7
ไม่ทราบว่าจะไปรับบริการที่ใด	0	0	0.7	0	6.7	0.7
ข้อจำกัดของระบบบริการ (ร้อยละ)						
คิวยาว ต้องรอนาน	24.8	31.4	30.3	0	0	29.5
ข้อจำกัดของผู้ให้บริการ*	29.8	13.1	13.3	24.3	49.1	15.0
เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล	10.2	1.3	11.7	0	0.7	10.0
ไม่เชื่อมั่นในสถานพยาบาล	2.9	4.0	2.8	0	0	2.9
สาเหตุอื่นๆ	7.5	0.5	5.0	0	0	4.5

* เช่น ไม่มีทันตบุคลากร, สถานที่ไม่รองรับ

ไม่มีทันตบุคลากรหรือสถานที่ไม่รองรับ (ร้อยละ 15) นำสังเกตว่าประชากรกลุ่มไม่มีสิทธิสวัสดิการถึงร้อยละ 49 ระบุสาเหตุของการเกิดความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองว่ามาจากข้อจำกัดของผู้ให้บริการซึ่งสูงกว่ากลุ่มสวัสดิการอื่นอย่างชัดเจน (ตารางที่ 6)

วิจารณ์และข้อยุติ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ในระหว่าง 12 เดือนที่ผ่านมา ก่อนวันสัมมนาฯ รอบ พ.ศ. 2560 ประชากรไทย มีสัดส่วนการได้รับการบริการสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.1 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 9.6 ในปี พ.ศ. 2560 แต่เมื่อเทียบสัดส่วนการได้รับการบริการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา จะเห็นได้ว่า สัดส่วนการรับบริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก โดยมีสัดส่วนการรับบริการอยู่ระหว่างร้อยละ 8.1 – 9.6^(8,10-13) ซึ่งเป็นสัดส่วนการได้รับการบริการสุขภาพช่องปากที่ต่ำ ยกตัวอย่าง

เช่น เมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่ม OECD ที่มีสัดส่วนการรับบริการสุขภาพช่องปากร้อยละ 37 – 71 ในปี พ.ศ. 2552⁽¹⁴⁾

เมื่อวิเคราะห์ความเป็นธรรมในการได้รับการบริการสุขภาพช่องปากพบว่า ผู้ที่มีเศรษฐกิจฐานะสูงที่สุดมีการได้รับการบริการสุขภาพช่องปากมากกว่ากลุ่มผู้มีเศรษฐกิจฐานะสามขั้นแรกถึง 2 เท่า และเมื่อเปรียบเทียบการได้รับการบริการตามสิทธิสวัสดิการการรักษาพบว่า กลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีสัดส่วนผู้ได้รับการบริการมากที่สุด ตามด้วยประกันสังคม สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกลุ่มไม่มีสิทธิสวัสดิการ แสดงให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุดกลับเป็นกลุ่มที่ได้รับการน้อยที่สุด แม้ว่าจะมีหลักฐานจากต่างประเทศว่า การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้^(15,16) แต่จากผลสำรวจครั้งนี้และครั้งที่ผ่านๆ มาระบุว่า ปัญหาความเป็นธรรมในการได้รับการ

สุขภาพช่องปากของประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่รบกวนการแก้ไข โดยเฉพาะระหว่างกลุ่มประชาชนต่างเศรษฐกิจฐานะและต่างสิทธิสวัสดิการ

หากพิจารณาเฉพาะในกลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของรัฐ การเข้าถึงสิทธิในการรับบริการสุขภาพช่องปากยังคงเป็นปัญหา แม้จะมีการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ของสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและประกันสังคมในช่วงก่อนการสำรวจ กล่าวคือ กรมบัญชีกลางได้มีการปรับเพิ่มสิทธิประโยชน์และอัตราการเบิกค่าบริการให้ประชาชนผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการในหลายรายการตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559⁽¹⁷⁾ และสำนักงานประกันสังคมได้เพิ่มเพดานการเบิกค่ารักษาพยาบาลทางทันตกรรมจาก 600 บาทเป็น 900 บาท รวมถึงดำเนินโครงการทำฟันโดยไม่ต้องสำรองจ่าย ทำให้ผู้ประกันตนสามารถรับบริการในคลินิกทันตกรรมที่ร่วมโครงการได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินล่วงหน้า⁽¹⁸⁾ ซึ่งอาจจะมีผลต่อสัดส่วนของผู้ใช้สิทธิในการรับบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนทั้งสองสิทธิ สังเกตได้จากการใช้สิทธิของกลุ่มสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการที่เพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 61.9 ในปี พ.ศ. 2558 เป็น ประมาณร้อยละ 65 ในปี พ.ศ. 2560 และสัดส่วนของผู้ใช้สิทธิประกันสังคมที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 63.4 ในปี พ.ศ. 2558⁽⁵⁾ เป็นร้อยละ 70.5 แต่การปรับปรุงสิทธิประโยชน์ก็ไม่ใช่ว่าปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อสัดส่วนการใช้สิทธิสวัสดิการของประชาชน ดังที่สะท้อนผ่านประชาชนผู้มีสิทธิอีกร้อยละ 30 - 35 ที่เข้ารับบริการสุขภาพช่องปากโดยจ่ายเงินด้วยตนเอง (out of pocket payment) ซึ่งอาจทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนได้⁽¹⁹⁾

สาเหตุหลักของการไม่ใช้สิทธิหลักในการรับบริการสุขภาพช่องปากจากการศึกษาครั้งนี้คือ ข้ำ รอนาน สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุม และไม่สะดวกที่ต้องไปในเวลาทำการ ซึ่งไม่แตกต่างจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2558⁽⁵⁾ แสดงให้เห็นถึงข้อจำกัดของระบบการให้บริการภาครัฐที่ยังคงไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน

ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งเลือกรับบริการจากคลินิกเอกชน แม้จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตัวเอง เห็นได้จากสถานพยาบาลที่ประชากรเลือกเข้ารับบริการโดยมีการรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนในสัดส่วนที่ลดลงอย่างชัดเจน โดยลดลงจากร้อยละ 34.0 ในปีพ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 17.9 ในปี พ.ศ. 2560 สวนทางกับสัดส่วนการรับบริการที่คลินิกเอกชนก็มีการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30.8 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 38.0 ในปี พ.ศ. 2560⁽³⁾

เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าการรับบริการสุขภาพช่องปากของคนไทยยังอยู่ในสัดส่วนที่ต่ำ แต่ผลการสำรวจความจำเป็นทางสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองของคนไทยกลับมีเพียงร้อยละ 1.4 เท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการที่ข้อมูลความจำเป็นทางสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองในการศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลจากการประเมินตัวเองของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่สะท้อนถึงความจำเป็นในการรับบริการสุขภาพช่องปากที่ประเมินด้วยการตรวจทางคลินิกโดยบุคลากรทันตสุขภาพ⁽²⁰⁾ เนื่องจากโรคในช่องปากส่วนใหญ่ยังไม่แสดงอาการจนกว่าจะถึงระยะลุกลามทำให้คนไข้ไม่ตระหนักถึงการมีโรคในช่องปากของตนเอง⁽²¹⁾ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลความจำเป็นทางสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองจากผลการศึกษานี้ก็มีประโยชน์ในการระบุประชากรกลุ่มเปราะบาง (vulnerable group) ได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเศรษฐกิจฐานะต่ำที่สุด ซึ่งมีความจำเป็นทางสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากกว่ากลุ่มประชากรอื่นๆ ถึงสองเท่า รวมถึงแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการให้บริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก โดยเฉพาะการสร้าง ความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก และการตรวจสุขภาพช่องปากที่ในปัจจุบันมีเพียงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้นที่ครอบคลุมบริการดังกล่าว

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าประชากรไทยยังมีสัดส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่ไม่มากนักและไม่เพิ่มขึ้นเท่าที่ควรตลอดสิบปีที่ผ่านมา และยังมีปัญหาความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการทั้ง



ระหว่างประชากรต่างสิทธิการรักษา และต่างเศรษฐกิจฐานะ โดยมีกลุ่มที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่ได้รับการตอบสนองมากที่สุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ และผู้ไม่มีสิทธิสวัสดิการ ในส่วนของผู้มีสิทธิสวัสดิการนั้น สัดส่วนการไม่ใช้สิทธิในการเข้ารับบริการยังมีสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 30 - 35 ซึ่งเป็นผลจากข้อจำกัดของผู้ให้บริการทำให้ผู้ป่วยต้องรอนาน และสิทธิสวัสดิการไม่ครอบคลุมแสดงให้เห็นว่าการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน ต้องเน้นไปที่การลดความแตกต่างในการได้รับบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ พร้อมทั้งเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้มากขึ้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพช่องปาก และมีความรอบรู้ทางสุขภาพช่องปากมากขึ้น อันจะส่งผลต่อการรับรู้ถึงความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากของตนเอง และพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพช่องปาก (oral health care seeking behavior) ต่อไป
2. จัดทำนโยบายเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนใช้สิทธิหลักในการเข้ารับบริการ และพัฒนาความกลมกลืนระหว่างระบบประกันสุขภาพทั้งสามของรัฐ เช่น การจัดชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพช่องปากที่ควรครอบคลุมทั้งทันตกรรมเพื่อการรักษา และทันตกรรมป้องกันโดยเฉพาะบริการตรวจช่องปาก เพื่อลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ และการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพช่องปากของประชาชน
3. พัฒนาศักยภาพในการให้บริการของสถานบริการภาครัฐ เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้มากขึ้น เช่น การขยายเวลาการให้บริการ และการทำงานเชิงรุกนอกสถานพยาบาล โดยหากสถานบริการภาครัฐมีข้อจำกัดจนไม่สามารถให้บริการได้อย่างเพียงพอ

การตั้งสถานบริการเอกชนเข้ามาร่วมให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐก็เป็นทางเลือกหนึ่งที่สอดคล้องกับรูปแบบการรับบริการของประชาชน ทั้งนี้ ต้องพิจารณาความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ รูปแบบความร่วมมือ และการควบคุมคุณภาพบริการอย่างรอบคอบ

4. จัดทำโครงการพิเศษเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสำหรับประชาชนกลุ่มเปราะบาง เช่น ร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทยในการพิสูจน์อัตลักษณ์ในการออกบัตรประชาชนให้กลุ่มคนที่ไม่มียุติบัตรยืนยันการมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือโครงการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเศรษฐกิจฐานะต่ำ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าได้จากการสอบถามตัวแทนสมาชิกของครัวเรือนตัวอย่างและเป็นการถามย้อนถึงการใช้บริการในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งอาจได้ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง แต่ข้อมูลชุดนี้ครอบคลุมการใช้บริการมากกว่าการใช้ข้อมูลการให้บริการของสถานพยาบาลที่มีแต่ข้อมูลของภาครัฐ ซึ่งไม่ครอบคลุมการใช้บริการประชากรทุกกลุ่ม จุดเด่นของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการคือมีการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องด้วยระเบียบวิธีเดียวกัน ทำให้หากมีการนำข้อมูลมาศึกษาอย่างเป็นระบบ จะสามารถติดตามการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการประเมินและพัฒนาก่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม การศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาสาเหตุของการได้รับบริการที่ต่างกันในประชากรกลุ่มต่างๆ อย่างลึกซึ้ง เพื่อให้ได้ข้อมูลมาพิจารณากำหนดนโยบายที่ตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้หากมีการเพิ่มคำถามประเด็นสภาวะสุขภาพช่องปากแบบผู้ตอบเป็นผู้ประเมินเอง (self-reported oral health status) และสาเหตุที่ทำให้ไปพบทันตแพทย์ จะสามารถวิเคราะห์ความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพช่องปาก

รวมถึงความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก
ได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ให้ความอนุเคราะห์มอบสำเนาข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2560 มาให้ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้

References

- World Health Organization. Health topics: health equity [cited 2019 May 30]. Available from: https://www.who.int/topics/health_equity/en/.
- Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health* 2006;27:167-94.
- Putthasi W, Lapying P. Oral health care utilization after the 5-years universal health care coverage implementation in Thailand. *Journal of Health Science* 2009;18(4):489-503. (in Thai)
- Bureau of Dental Health. Strategic oral health plan of Thailand 2012-2016. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
- Panichkriangkrai W, Sommanustweechai A, Tisayaticom K, Limwattananon S, Limwattananon C. Utilization of dental services in Thailand: results from health and welfare survey 2015. *Journal of Health Systems Research* 2017;11(2):170-81. (in Thai)
- Wanwong Y, Viriyathorn S, Lapthikultham S, Panichkriangkrai W, Tisayaticom K, Patcharanarumol W. Unmet health need: outpatient, inpatient and dental services in Thai population by 2015. *Journal of Health Systems Research* 2017;11(2):182-94. (in Thai)
- Wongkongkatep S. Equity in access to dental health care of Thais in 2007. *Journal of Health Systems Research* 2007;2(4):566-78. (in Thai)
- National Statistical Office. The 2017 health and welfare survey. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2017. (in Thai)
- Vyas S, Kumaranayake L. Constructing socio-economic status indices: how to use principal components analysis. *Health Policy and Planning* 2006;21(6):459-68.
- National Statistical Office. The 2015 health and welfare survey. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2015. (in Thai)
- National Statistical Office. The 2011 health and welfare survey. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2011. (in Thai)
- National Statistical Office. The 2013 health and welfare survey. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2013. (in Thai)
- National Statistical Office. The 2007 health and welfare survey. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2007. (in Thai)
- Devaux M. Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *The European Journal of Health Economics, HEPAC, Health Economics in Prevention and Care* 2015;16(1):21-33.
- Listl S. Countries with public dental care coverage have lower social inequalities in the use of dental services than countries without such coverage. *Journal of Evidence Based Dental Practice* 2015;15(1):41-2.
- Palencia L, Espelt A, Cornejo-Ovalle M, Borrell C. Socio-economic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2014;42(2):97-105.
- The Comptroller General's Department. Reimbursement rate for health care services in public health care facilities (Jun 16, B.E. 2559) [cited 2018 Sep 17]. Available from: www.dentalcouncil.or.th/pdf/price_2559.pdf. (in Thai)
- Thairath Online. Social Security Scheme insurers can now reimburse dental fee without advance payment. [online newspaper]; 2017 Feb 20 [cited 2018 Sep 17]. Available from: <https://www.thairath.co.th/content/1206160/>. (in Thai)
- Bernabé E, Masood M, Vujicic M. The impact of out-of-pocket payments for dental care on household finances in low and middle income countries. *BMC Public Health* 2017;17(1):109.
- Farmer J, Ramraj C, Azarpazhooh A, Dempster L, Ravaghi V, Quinonez C. Comparing self-reported and clinically diagnosed unmet dental treatment needs using a nationally representative survey. *Journal of Public Health Dentistry* 2017;77(4):295-301.
- Griffin SO, Jones JA, Brunson D, Griffin PM, Bailey WD. Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *American Journal of Public Health* 2012;102(3):411-8.