

การใช้บริการใส่ฟันเทียม ของผู้สูงอายุไทย ปี 2552

ทพญ.สุณี วงศ์คงคาเทพ* ทบ., สม., อท. (ทันตสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การศึกษานี้เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยปี 2552 โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลดิบ (raw data) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลระดับบุคคลปี 2552 73,084 ราย ใน 26,500 ครัวเรือน ประมวลผลข้อมูลโดยถ่วงน้ำหนักข้อมูล (Weight) เพื่อให้ได้ค่าประมาณของประชากรทั้งหมด

อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของกลุ่มสูงอายุปี 2552 เท่ากับร้อยละ 98.1 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงสุดร้อยละ 79.3 กลุ่มผู้สูงอายุใช้บริการทันตกรรมร้อยละ 8.6 ส่วนใหญ่ใช้บริการถอนฟันร้อยละ 55.5 ใช้บริการใส่ฟันเทียมร้อยละ 15.6 ทั้งกลุ่มสูงอายุสิทธิ UC และ สิทธิข้าราชการกลับใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิสวัสดิการสูงถึงร้อยละ 53.3 และ 67.3 ซึ่งส่วนใหญ่ใช้บริการใส่ฟันเทียมที่คลินิกเอกชนโดยเสียค่าใช้จ่ายเองร้อยละ 62.1 และ 58.8 ตามลำดับ

คำสำคัญ : การใช้บริการ การใส่ฟันเทียม กลุ่มผู้สูงอายุ

*สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” (population aging) สัดส่วนของประชากรสูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 9.4 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2550 และประมาณการว่าจะเป็นร้อยละ 16.8 ในปี 2663¹ จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ภาระและรายจ่ายด้านสวัสดิการสังคมและสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ อันได้แก่ โรคกระดูกและข้อ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ภาวะสมองเสื่อม ต้อกระจก รวมทั้งสภาวะในช่องปาก² การสูญเสียฟันหรือการมีสภาวะไร้ฟันในผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านกายภาพและด้านจิตใจ³ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ร่างกายไม่ได้รับอาหารเพียงพอ⁴ มีภาวะทุพโภชนาการ⁵ มีพฤติกรรมการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลง อันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางระบบหลายโรคพร้อมกัน⁶⁻⁷ เช่น โรคหัวใจ⁸ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน⁹ เป็นต้น ภาวะไร้ฟันจะทำให้การรับประทานอาหารลดลง ความพอใจในศักดิ์ศรีของตนเอง และความมั่นใจลดลง¹⁰⁻¹¹ ดังนั้น การใส่ฟันเทียมทดแทนฟันที่สูญเสียไปในผู้สูงอายุ จึงเป็นการฟื้นฟูหน้าที่ของฟันให้สามารถทำหน้าที่ในการบดเคี้ยว พุดจา เสริมความสมดุลและภาพลักษณ์ของใบหน้า และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น¹²⁻¹⁵

การที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน หมายถึง ประชาชนได้รับบริการตามความจำเป็น และจ่ายค่าบริการตามความกำลังจ่าย (ability to pay) และมีสถานบริการที่เป็นบริการสำหรับประชาชนอย่างถ้วนหน้า กระจายในทางภูมิศาสตร์อย่างเหมาะสม และมีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีศักยภาพ¹⁶ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ 1) ฐานะทาง

เศรษฐกิจหรือรายได้ และ ความสามารถในการจ่ายเพื่อรับบริการ ซึ่งเป็นประเด็นอุปสรรคขั้นต้นในการเข้าถึงบริการ¹⁷ 2) ค่าบริการมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจใช้บริการ¹⁸⁻¹⁹ 3) ค่าเดินทางที่สะท้อนถึงภาระที่เกิดขึ้นในการแสวงหาบริการ²⁰ และ 4) การมีประกันสุขภาพช่องปากเป็นการเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการ ในกรณีที่อุปสรรคของการเข้าถึงบริการเกิดจากค่าบริการ²¹⁻²² และกลุ่มปัจจัยที่ไม่ใช่เศรษฐกิจ ได้แก่ 1) ปัจจัยทางประชากร²³⁻²⁶ คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย 2) การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากหรือความสามารถในการประเมินสุขภาพช่องปากตนเอง²⁷ และ 3) การมีสถานบริการประจำที่แสดงถึงการเข้าถึงบริการ²⁸

นโยบายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำหนดให้ประชากรไทยทุกคน มีสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค และมีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่ครอบคลุมบริการใส่ฟันเทียมฐานพลาสติกสำหรับผู้สูงอายุโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอย่างชัดเจน²⁹ ประกอบกับการกระจายทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ ซึ่งมีศักยภาพในการให้บริการฟันเทียมได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยปี 2552 เพื่อพัฒนามาตรการ และกลไกการบริหารจัดการในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในอนาคต

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้วิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก โดยใช้ฐานข้อมูลดิบ (raw data) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอว.) ปี 2552 ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การคัดเลือกตัวอย่างเป็นตัวแทนครัวเรือนไทยทั่วประเทศ (national representative sampling households) ตาม

ระเบียบวิธีการสำรวจ มีแบบแผนการสุ่มตัวอย่าง เป็นแบบ stratified two stage sampling มีจังหวัดเป็นสตราตัม (stratum) รวมทั้งสิ้น 76 สตราตัม แต่ละสตราตัม (จังหวัด) แบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อยตามเขตการปกครอง คือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล โดยมีชุมชนอาคาร (สำหรับในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (สำหรับนอกเขตเทศบาล) เป็นตัวอย่างชั้นที่ 1 ส่วนการเลือกตัวอย่างชั้นที่สอง ได้เลือกครัวเรือนตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้นในบัญชีรายชื่อครัวเรือน ซึ่งได้จากการนับจุดในแต่ละชุมชนอาคาร / หมู่บ้าน ตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยได้ขนาดตัวอย่างในเขตเทศบาลเลือก 15 ครัวเรือนตัวอย่างต่อชุมชนอาคาร ส่วนนอกเขตเทศบาลเลือก 12 ครัวเรือนตัวอย่างต่อหมู่บ้าน ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลครัวเรือน 26,500 ครัวเรือน รวมจำนวนตัวอย่าง 73,084 คน การประมวลผลข้อมูลดำเนินการตามหลักสถิติศาสตร์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากครัวเรือนตัวอย่างมาคำนวณตามสูตรในการประมาณค่าที่เหมาะสมกับวิธีการเลือกตัวอย่าง โดยมีการถ่วงน้ำหนักข้อมูล (Weight) เพื่อให้ได้ค่าประมาณของประชากรทั้งหมดที่ใกล้เคียงกับค่าที่แท้จริง เป็นการประมาณค่ายอดรวมของจำนวนประชากรสำหรับทั่วราชอาณาจักร

ชุดคำถามเกี่ยวกับการใช้บริการทันตกรรมปี 2552 ประกอบด้วย ประเด็นประสบการณ์ในการ

บริการ ทันตกรรมในรอบปี และ การใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายของผู้ที่เคยใช้บริการ ซึ่งมีรายละเอียดประกอบด้วยชนิดบริการทันตกรรมที่ใช้ สถานบริการที่ใช้ สิทธิรักษาพยาบาลที่ใช้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้จำแนกกลุ่มวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีจำนวนหลังถ่วงน้ำหนักข้อมูล (Weight) เท่ากับ 7,607,531 คน ด้วยข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติในส่วนบริการใส่ฟันเทียม นั้น เป็นข้อมูลที่ไม่ได้จำแนกตามชนิดประเภทฟันเทียม ได้แก่ ฟันเทียมทั้งปาก ฟันเทียมบางส่วน หรือ ฟันเทียมประเภทติดแน่น ฯลฯ จึงเป็นเพียงการวิเคราะห์อัตราการใช้บริการฟันเทียมในการใช้บริการครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุเท่านั้น

ผลการศึกษา

อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนปี 2552

อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนเท่ากับร้อยละ 97.4 เมื่อจำแนกการมีหลักประกันสุขภาพตามกลุ่มอายุแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี 5-14 ปี 15-24 ปี 25-59 ปี และ มากกว่า 60 ปี พบว่ากลุ่มประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 95.5 97.4 97.1 97.6 และ 98.1 ส่วนใหญ่เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิ UC) เท่ากับ 89.9 90.3 79.8 68.5 และ 79.3 ตามลำดับ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสิทธิข้าราชการร้อยละ 16.1 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยปี 2552 จำแนกตามกลุ่มอายุ

Table 1 Coverage of health insurance scheme among Thai aging population in 2009 by age group.

สวัสดิการ รักษาพยาบาล	กลุ่มอายุ					รวม
	กลุ่ม 0-4 ปี	กลุ่ม 5-14 ปี	กลุ่ม 15-24 ปี	กลุ่ม 25-59 ปี	กลุ่ม สูงอายุ	
ไม่มีสิทธิ	4.5	2.6	2.9	2.4	1.9	2.6
สิทธิข้าราชการ	4.6	5.6	4.3	8.0	16.1	7.7
สิทธิ UC	89.9	90.3	79.8	68.5	79.3	76.1
ประกันสังคม/ ประกันเอกชน/อื่นๆ	1.0	1.5	13.1	21.2	2.7	13.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน	5,386,445	8,723,932	10,504,622	34,566,043	7,607,531	66,788,573

อัตราการใช้บริการทันตกรรมของ ประชาชนกลุ่มสูงอายุไทยปี 2552

มีประชาชนไทยเคยใช้บริการทันตกรรมในจำนวน 6.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.1 ของประชากร มีค่าเฉลี่ยของการรับบริการทันตกรรมเท่ากับ 1.7 ครั้ง/คนที่เคยใช้บริการ/ปี เป็นผู้เคยใช้บริการเป็นกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 655,325 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.6 ของผู้ใช้บริการสูงอายุทั้งหมด เมื่อวิเคราะห์การให้บริการทันตกรรมจำแนกตามพื้นที่ แบ่งเป็น 3 พื้นที่ คือ กรุงเทพมหานคร ในเขตเทศบาล และ นอกเขตเทศบาล พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานครใช้บริการร้อยละ 15.1 สูงกว่าพื้นที่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเท่ากับ 1.6 และ 2 เท่าตามลำดับ การจำแนกการใช้บริการตามสิทธิรักษาพยาบาลพบว่า กลุ่มสูงอายุที่มีสิทธิข้าราชการใช้บริการสูงสุดร้อยละ 16.3 สูงกว่ากลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ใช้บริการเพียงร้อยละ 7.4 เท่ากับ 2.2 เท่า (ตารางที่ 2)

แบบแผนการให้บริการทันตกรรมของ กลุ่มผู้สูงอายุ

แบบแผนการให้บริการทันตกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกชนิดบริการทันตกรรมตามพื้นที่และสิทธิรักษาพยาบาล พบว่าชนิดบริการที่กลุ่มผู้สูงอายุใช้สูงสุด คือ บริการถอนฟันร้อยละ 55.5 รองลงมาคือการใส่ฟันเทียมร้อยละ 15.6 และการขูดหินปูนร้อยละ 10.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

การใช้บริการฟันเทียมของผู้สูงอายุ

การใช้บริการฟันเทียมครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุจำนวน 101,959 ราย พบว่ากลุ่มสูงอายุในพื้นที่นอกเขตเทศบาลใช้บริการใส่ฟันเทียมสูงสุดร้อยละ 16.7 สูงกว่าในกรุงเทพมหานครร้อยละ 12 และ ในเขตเทศบาลร้อยละ 14.9 กลุ่มสูงอายุที่มีสิทธิข้าราชการใช้บริการใส่ฟันเทียมสูงสุดร้อยละ 20.2 รองลงมาคือกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 15 ส่วนกลุ่มไม่มีสิทธิใดๆ และ กลุ่มประกันสังคมใช้บริการร้อยละ 7.3 และ 1.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 อัตราการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุไทยจำแนกตามพื้นที่ และสิทธิรักษาพยาบาล

Table 2 Coverage of dental health care utilization of Thai aging population by area and health insurance scheme.

ประเด็น	อัตราใช้บริการทันตกรรม		
	ไม่เคย	เคย	รวม
จำนวน	6,952,206	655,325	7,607,531
ประเภทพื้นที่กรุงเทพมหานคร	84.9	15.1	100.0
ในเขตเทศบาล	90.7	9.3	100.0
นอกเขตเทศบาล	92.5	7.5	100.0
รวม	91.4	8.6	100.0
สวัสดิการรักษายาบาล			
ไม่มี	88.1	11.9	100.0
สิทธิข้าราชการ	83.7	16.3	100.0
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	92.6	7.4	100.0
ประกันสังคม/ประกันเอกชน	86.0	14.0	100.0
รวม	91.4	8.6	100.0

ตารางที่ 3 ร้อยละชนิดบริการทันตกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุไทยปี ๒๕๕๒

Table 3 Type of dental services of Thai aging population in 2009.

ชนิดทันตกรรม	จำนวน	ร้อยละ
อุดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์	71207	10.9
อุดฟัน	42023	6.4
รักษารากฟัน	16637	2.5
ถอนฟัน	363532	55.5
เคลือบหลุมร่องฟัน	4414	.7
ใส่ฟันเทียม	101959	15.6
ดัดฟัน จัดฟัน	1454	.2
ตรวจสุขภาพในช่องปาก	45059	6.9
อื่นๆ	9038	1.4
รวม	655325	100.0

ตารางที่ 4 อัตราการใช้บริการฟันเทียมของกลุ่มผู้สูงอายุไทยจำแนกตามพื้นที่ และสิทธิรักษาพยาบาล

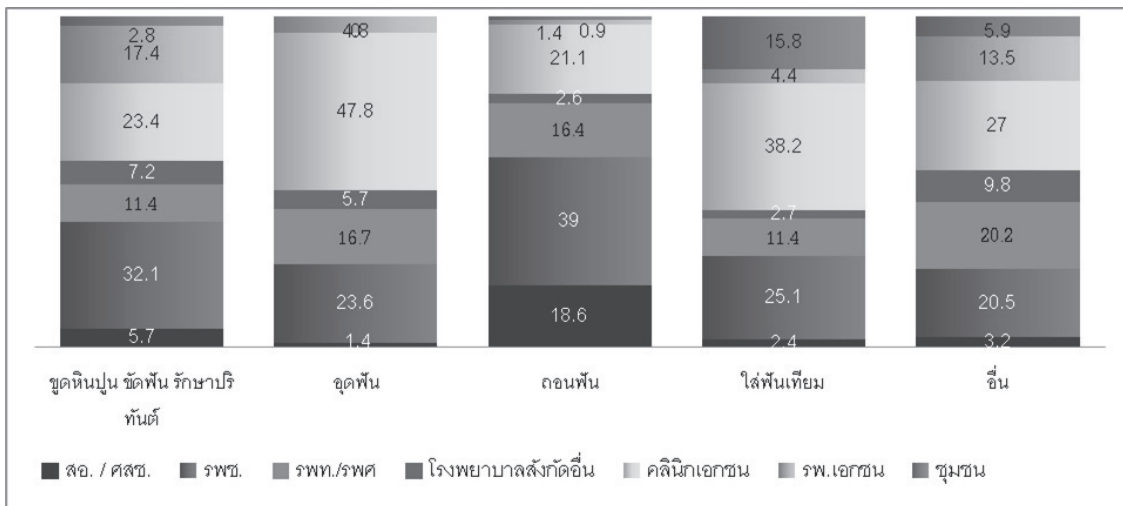
Table 4 Coverage of dental prosthesis utilization of Thai aging population by area and health insurance scheme.

ประเด็น	การใช้บริการ		
	บริการฟันเทียม	บริการอื่นๆ	รวม
จำนวน	101,959	553,365	655,324
พื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร	12.0	88.0	100.0
เขตเทศบาล	14.9	85.1	100.0
นอกเขตเทศบาล	16.7	83.3	100.0
รวม	15.6	84.4	100.0
สิทธิรักษาพยาบาล			
ไม่มีหลักประกัน	7.3	92.7	100
สิทธิข้าราชการ	20.2	79.8	100
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	14.5	85.5	100
ประกันสังคม/เอกชน	1.3	98.7	100
รวม	15.6	84.4	100

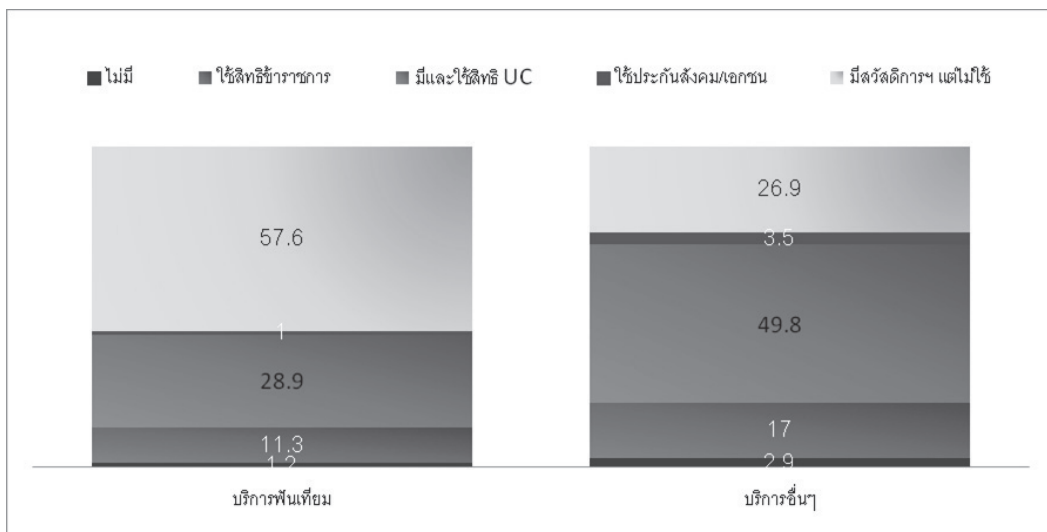
สถานบริการที่ผู้สูงอายุใช้บริการ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้บริการถอนฟันคิดเป็นร้อยละ 55.5 และเป็นการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 39 ขณะที่การใช้บริการใส่ฟันเทียมส่วนใหญ่ใช้บริการที่คลินิกเอกชนร้อยละ 38.2 การใช้บริการอุดฟันส่วนใหญ่ใช้บริการที่คลินิกเอกชนร้อยละ 47.8 และ ใช้บริการขูดหินปูนขัดฟันและรักษาปริทันต์ส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 32.1 (รูปที่ 1) ผู้ใช้บริการฟันเทียมส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลต่างๆ แต่ไม่ใช่สิทธินั้นจำนวน 58,711 คน คิดเป็นร้อยละ

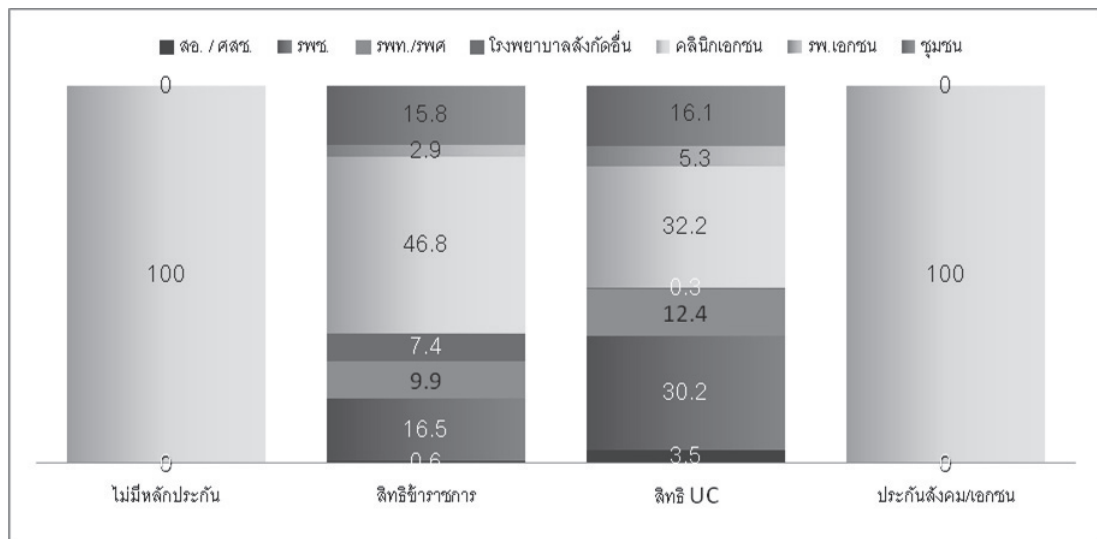
57.6 ขณะที่บริการทันตกรรมประเภทอื่น ๆ ส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลัก ร้อยละ 49.8 (รูปที่ 2) เมื่อจำแนกการใช้บริการฟันเทียมของผู้สูงอายุตามสิทธิรักษาพยาบาลและสถานพยาบาลที่ใช้ จะเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีสิทธิ UC ส่วนใหญ่ใช้บริการฟันเทียมที่คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 32.2 และ 30.2 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มข้าราชการใช้บริการที่คลินิกร้อยละ 46.8 และ กลุ่มประกันสังคม/ประกันเอกชน และกลุ่มไม่มีสวัสดิการใช้บริการที่คลินิกเอกชนทั้งหมด (รูปที่ 3)



รูปที่ 1 การใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ จำแนกตามชนิดบริการและประเภทหน่วยบริการ
fig. 1 Dental health care utilization of Thai aging population by type of service and Type of dental services.



รูปที่ 2 การใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ จำแนกตามชนิดบริการและการใช้สิทธิรักษาพยาบาล
fig. 2 Dental health care utilization of Thai aging population by type of service and health insurance scheme.



รูปที่ 3 การใช้บริการฟันเทียมของผู้สูงอายุ จำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาลและสถานพยาบาลที่ใช้
fig. 3 Dental health care utilization of Thai aging population by health insurance scheme and type of dental services.

เมื่อจำแนกกลุ่มใช้บริการฟันเทียมในกลุ่มข้าราชการ และ สิทธิ UC ตามพื้นที่ พบว่ากลุ่มสูงอายุในพื้นที่นอกเขตเทศบาลใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิ สูงสุดร้อยละ 71.1 และ 55.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 5) จะเห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนไทยโดยมีสิทธิรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมเพิ่มสูงขึ้น แต่กลุ่มสูงอายุสิทธิ UC ในพื้นที่นอกเขตเทศบาล ใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิสูงกว่าครึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยากจนและอยู่ในพื้นที่ชนบท การแยกวิเคราะห์กลุ่มเฉพาะกลุ่มที่มีสิทธิแต่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลจำนวน 58,711 คน จำแนกสถานบริการที่ใช้ พบว่าใช้บริการฟันเทียมที่คลินิกเอกชนร้อยละ 60.3 โดยกลุ่มสิทธิ UC และสิทธิข้าราชการใช้บริการฟันเทียมที่คลินิกเอกชนร้อยละ 62.1 และ 58.8 ตามลำดับ เหตุผลที่ทั้ง 2 กลุ่มที่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลที่หน่วยบริการภาครัฐ และใช้บริการที่คลินิกเอกชนที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายนั้น กลุ่มสิทธิข้าราชการระบุเหตุผล 3 อันดับคือ ชำ ร

นานร้อยละ 56.4 สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมร้อยละ 20.4 และ อื่น ๆ ร้อยละ 12.8 ขณะที่กลุ่ม UC ระบุว่าเพราะชำ รอนานร้อยละ 60.7 สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมร้อยละ 17.3 และ ไม่สะดวกไปในเวลาทำการร้อยละ 16.5 (ตารางที่ 6)

วิจารณ์

การใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ

ประกล พิบูลย์โรจน์, ชาญชัย ไห้สงวน, วรางคณา เวชวิธ 30 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรู้สึกเป็นสุขในผู้สูงอายุมีทั้ง 1) ปัจจัยในช่องปาก คือ ปัญหาการเคี้ยว ปัญหากริ่นปาก ปัญหาเกี่ยวกับฟันปลอม จำนวนฟันปลอมที่ใส่จำนวนฟันโยกใช้งานไม่ได้ และการมีฟันพุ่ที่รากฟัน และ 2) ปัจจัยภายนอกช่องปากคือ อายุ อาชีพค้าขาย รายได้ และการมีความผิดปกติทางร่างกายโดยสรุป สถานภาพในช่องปากที่มีบทบาทต่อการใช้งานในการดำรงชีวิตประจำวัน มีผลกระทบต่อความรู้สึกเป็นสุขในผู้สูงอายุ ประเทศ

ตารางที่ 5 การใช้สิทธิรักษาพยาบาลรับบริการฟันเทียมของผู้สูงอายุจำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาลและพื้นที่

Table 5 Using health insurance to dental Prosthesis utilization of Thai aging population by health insurance scheme and area.

พื้นที่	มีและใช้สิทธิสวัสดิการ		มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้		รวม	
กลุ่มสิทธิข้าราชการ						
เขตกรุงเทพมหานคร	2,597	48.2	2,793	51.8	5,390	100.0
เขตเทศบาล	2,999	32.3	6,290	67.7	9,289	100.0
นอกเขตเทศบาล	5,951	28.9	14,659	71.1	20,610	100.0
รวม	11,547	32.7	23,742	67.3	35,289	100.0
สิทธิ UC						
เขตกรุงเทพมหานคร	3,260	49.9	3,273	50.1	6,533	100.0
เขตเทศบาล	6,032	52.0	5,576	48.0	11,608	100.0
นอกเขตเทศบาล	21,156	44.9	25,959	55.1	47,115	100.0
รวม	30,448	46.7	34,808	53.3	65,256	100.0
ประกันสังคม/เอกชน						
เขตกรุงเทพมหานคร						
เขตเทศบาล			162	100.0	162	100.0
นอกเขตเทศบาล						
รวม			162	100.0	162	100.0
ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล						
เขตกรุงเทพมหานคร			1,116	100.0	1,116	100.0
เขตเทศบาล			136	100.0	136	100.0
นอกเขตเทศบาล						
รวม			1,252	100.0	1,252	100.0

ตารางที่ 6 การใช้บริการฟันเทียมของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีสิทธิแต่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลจำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาล

Table 6 Dental Prosthesis utilization of Thai aging population without using health insurance by type of health care and reason of unused health insurance.

ประเด็น	สิทธิข้าราชการ	สิทธิ UC	ประกันสังคม/ เอกชน	รวม
จำนวน	23,741	34,808	162	58,711
หน่วยบริการที่ใช้ สอ. / ศสช.	0.0	0.7	0.0	0.4
รพช.	5.9	5.8	0.0	5.8
รพท./รพศ	4.1	0.0	0.0	1.7
คลินิกเอกชน	62.1	58.8	100.0	60.3
รพ.เอกชน	4.4	4.6	0.0	4.5
ชุมชน	23.6	30.1	0.0	27.4
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
สาเหตุที่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการซ้ำ รอนาน	56.4	60.7	0.0	58.8
สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม	20.4	17.3	0.0	18.5
ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ	0.0	16.5	100.0	10.1
อื่นๆ	12.8	2.2	0.0%	6.4%
สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก	7.1	2.6%	0.0	4.4
แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง/รักษาไม่หาย	1.9	0.0	0.0	0.8
ไม่แน่ใจในคุณภาพยา	1.0	0.0	0.0	0.4
เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย	0.5	0.0%	0.0	0.2
บุคลากรใน รพ.ด./เจ้าหน้าที่พูดไม่ไพเราะ	0.0	0.7	0.0	0.4
รวม	100.0	100.0	100.0%	100.0%

ไทยโดยกระทรวง สาธารณสุข ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานสุขภาพช่องปาก ในผู้สูงอายุ โดยกำหนดเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในกลุ่มสูงอายุ คือ ร้อยละ 50 ควรมีฟันธรรมชาติ คงเหลืออยู่ในสภาพใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ 31 การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 ของกองทันตสาธารณสุข 32 พบอัตราการใช้บริการทันตกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุในปี 2549-2550 เท่ากับ 32.3 ในเขตเมืองพบ

ร้อยละ 25.7 ในเขตชนบทพบร้อยละ 34.2 และเป็นสาเหตุที่ต้องการใส่ฟันเทียมร้อยละ 12.9 และเป็นการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 40.6 ซึ่งอัตราการการให้บริการสูงกว่าผลของการศึกษาค้างนี้ แต่สัดส่วนกลุ่มผู้สูงอายุในการศึกษานี้บริการใส่ฟันเทียมร้อยละ 15.6 ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีสิทธิสวัสดิการแต่ไม่ใช้สิทธิสูงถึงร้อยละ 57.6 ส่วนใหญ่กลุ่มนี้ใช้บริการฟันเทียมที่คลินิกเอกชนร้อยละ 60.3

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการฟันเทียม

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มสูงอายุที่มีหลักประกันสุขภาพรวมร้อยละ 98.1 เป็นสิทธิข้าราชการร้อยละ 16.1 และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 79.3 กลุ่มที่เข้าถึงบริการฟันเทียมสูงสุด คือ กลุ่มสูงอายุที่มีสิทธิข้าราชการใช้บริการร้อยละ 20.2 แต่เป็นการใช้บริการที่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ สูงถึงร้อยละ 67.3 ส่วนกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้บริการร้อยละ 14.5 แต่ใช้บริการที่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ร้อยละ 53.3 เช่นกัน ทั้งสองกลุ่มนี้พบสัดส่วนใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิสวัสดิการสูงสุดในพื้นที่นอกเขตเทศบาลร้อยละ 71.1 และ 55.1 ตามลำดับ โดยกลุ่มสิทธิ UC และสิทธิข้าราชการใช้บริการฟันเทียมที่คลินิกเอกชนร้อยละ 62.1 และ 58.8 ตามลำดับซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง จะเห็นว่ากลุ่มสิทธิ UC ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ยากจนในชนบท มีปัญหาในการรับบริการที่ซ้ำรอนาน กว่าครึ่งของกลุ่มนี้จึงตัดสินใจไปรับบริการที่คลินิกเอกชน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มสูงอายุสิทธิ UC มีปัญหาอุปสรรคที่สามารถเข้าถึงบริการฟันเทียมได้อย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ

ในภาพรวมจะเห็นว่าผู้สูงอายุที่ยากจนในชนบท ซึ่งส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การรับบริการฟันเทียมยังเข้าถึงได้ต่ำและกว่าครึ่งที่ใช้บริการฟันเทียมโดยไม่ใช้สิทธิสวัสดิการต้องเสียค่าใช้จ่ายเองที่คลินิกเอกชน ทั้งนี้เนื่องจาก

ปัญหาบริการที่ซ้ำ รอนานเป็นสาเหตุหลัก เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการฟันเทียมในพื้นที่ชนบทอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพมากขึ้น ดังนั้นการปรับระบบกลไกการจัดการและพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลภาครัฐ เพื่อลดระยะการซ้ำและรอนาน โดยการจัดบริการคัดกรองความต้องการใส่ฟันเทียมในชมรมผู้สูงอายุ การจัดบริการฟันเทียมช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุที่มาจากพื้นที่ห่างไกล ร่วมกับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันการสูญเสียฟันของผู้สูงอายุจากปัญหาโรคฟันผุและโรคปริทันต์ และการจัดหน่วยบริการฟันเทียมเชิงรุกในชุมชน เป็นต้น

บทสรุป

แม้กลุ่มสูงอายุจะหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงถึงร้อยละ 98.1 แต่ใช้บริการทันตกรรมในรอบปีเพียงร้อยละ 8.6 ในกลุ่มนี้เป็นการใช้บริการฟันเทียมร้อยละ 15.6 กว่าครึ่งของกลุ่มสูงอายุสิทธิ UC และสิทธิข้าราชการกลับใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิสวัสดิการ โดยส่วนใหญ่ใช้บริการฟันเทียมที่คลินิกเอกชน

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่อนุเคราะห์ชุดข้อมูลในการวิเคราะห์การศึกษานี้ และขอขอบคุณสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผู้สูงอายุไทย 2550: มุมมอง/เสี่ยงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ. กรุงเทพมหานคร : สำนักสถิติพยากรณ์; 2551.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554. [online] สืบค้นเมื่อ 2 พ.ค. 2552. แหล่งข้อมูล: <http://203.157.19.191/plan10-50.pdf>
3. WHO. Oral Health in aging societies; Integration of oral health and general Health. Geneva : World Health Organization; 2006.
4. McMillan AS,Wong MC.Emotional effects of tooth loss in community-dwelling elderly people in HongKong. Int J Prosthodont 2004;17(2):172-6.
5. Walls AW,Steele JG,Sheiham A, Marcenes w,Moynihan PJ.Oral health and nutrition in older people. J Public Health Dent 2000;60(4):304-7.
6. Joshipura K,Ritchie C,Douglass C.Strength of evidence linking oral conditions and systemic disease.Compend Contin Educ Dent Suppl 2000(30): 12-23; quiz 65.
7. Hollister MC,Weintraub JA. The association of oral status with systemic health, quality of life,and economic productivity.J Dent Educ 1993;57 (12) 901-12.
8. Loesche WJ.Periodontal disease: link to cardiovascular disease. Compend Contin Educ Dent 2000;21(6):463-6,68,70 passim; quiz 84.
9. Maupome G, Gullion CM, White BA,Wyatt CC, Williams PM. Oral disorders and chronic systemic diseases in very old adults living in institutions. Spec Care Dentist 2003; 23(6):199-208.
10. Allen PF, McMillan AS. A review of the functional and psychosocial outcomes of edentulousness treated with complete replacement dentures. J Can Dent Assoc 2003;69(10):662.
11. Maxk F, Schwahn C,Feine JS,Mundt T, Bernhardt O,John U,et al.The impact of tooth loss on general health related to quality of life among elderly Pomeranians: results from the study of health in Pomeranian (SHIP-D). Int J Prosthodont 2005;18(5):414-9.
12. Koshino H, Hirai T, Ishijima T,Tsukagoshi H, Ishigami T, Tanaka Y.Quality of life and masticatory function in denture wearers.J Oral Rehabil 2006;33(5):323-9.
13. Brennan DS, Spencer AJ. Dimensions of oral health related quality of life measured by EQ-5D+

เอกสารอ้างอิง

- and OHIP-14. Health Qual Life Outcomes 2005; 2: 35.
14. Slade GD, Strauss RP, Atchison KA, Kressin NR, Locker D, Reisine ST. Conference summary: assessing oral heath outcomes measuring health status and quality of life. Community Dent Health 1998;15(1):3-7.
15. Anastassiadou V,Robin Health M. The effect of denture quality attributes on satisfaction and eating difficulties. Gerodontology 2006; 23(1):23-32.
16. เพ็ญแข ลากยั้ง. การเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปากของประเทศไทย. วารสารทันตสาธารณสุข. 2542;4(2):7-33.
17. Santerrel RE NS. The demand for medical services. In health economics: theories, insights, and industry studies. Chicago: RR Donnelley&Sons; 1996. p. 44-80.
18. World Health Organization. Equity in access to Public Health. New Delhi: World Health Organization. Regional Office for South-East Asia; 2000.
19. Woodward GL LJ, Main PA. Oral health and family characteristics of children attending private or public dental clinics. Community Dent Oral Epidemiol. 1996;24:253-9.
20. Locker D, Leake JL, Lee J, Main PA, Hicks T, Hamilton M. Utilization of dental services by older adults in four Ontario communities. J Can Dent Assoc. 1991 Nov;57(11):879-86.
21. Holtmann AG, Olsen EO, Jr. The demand for dental care: a study of consumption and household production. J Hum Resour. 1976 Fall;11(4):546-60.
22. Schwarz E. Changes in utilization and cost sharing within the Danish National Health Insurance dental program, 1975-90. Acta Odontol Scand. 1996 Feb;85(1):29-35.
23. Rise J, Storhaug K. Dental welfare profiles in a group of disabled Norwegian adults. Community Dent Oral Epidemiol.1989;17(4):165-9.
24. Kanellis MJ, Damiano PC, Momany ET. Utilization of dental services by Iowa Medicaid-enrolled children younger than 6 years old. Pediatr Dent. 1997 Jul-Aug;19(5):310-4.
25. Goedhart H, Eijkman MA, ter Horst G. Quality of dental care: the view of regular attenders. Community Dent Oral Epidemiol.1996; 24(1):28-31.
26. Chen M HP, Andersen R. Oral quality of life. In comparing oral health care system : a second international; 1997; Geneva: WHO; 1997.
27. Frazier PJ, Jenny J, Bagramian RA, Robinson E, Proshek JM. Provider expectations and consumer perceptions of the importance and

เอกสารอ้างอิง

- value of dental care. Am J Public Health. 1997 Jan;67(1):37-43.
28. U.S. Department of Health and Human Service. Children's dental services under Medicaid: Access and utilization. Washington: U.S. Government Printing Office; 1996.
29. วีรศักดิ์ พุทธาศรี จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ปิยะฉัตร พัทธานฉัตร แนวทางการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย วิทยาลัยทันตสาธารณสุข. 2546; ปีที่ 8 ฉบับที่ 1-2: 20-30.
30. ประกล พิบูลย์โรจน์, ชาญชัย ไห้สงวน, วราภรณ์ เวชวิทย์. 2541. "สถานภาพในช่องปากกับ ความรู้สึกเป็นสุขในผู้สูงอายุไทย." วารสารทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 21, 3: 167-176.
31. พัทธวรารณ ศรีศิริปะนันท์. ความสัมพันธ์ของ สุขภาพช่องปากต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. วารสารพญดวญวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2544; 2 (3): 47 – 52.
32. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักกิจการองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.



Thai elder's utilization of dental prosthesis in 2009

Sunee Wongkongkathep* *D.D.S., M.P.H., Diplomat (Thai Board of Dental Public Health)*

Abstract

This study is aimed at reviewing how elderly people in Thailand access to dental prosthesis service. Primary data was derived from two major household surveys conducted by National Statistic Bureau in 2009; health and welfare survey, and economic and social status survey (n = 26,500 households and 73,084 individuals). Extrapolation to total population by weight was then calculated.

Overall, 98.1% health insurance coverage in 2009 was found among aging population, of which national health insurance scheme contributed 76.1%. Among them, dental health care utilization was only 8.6%. Extraction was the most common (55.5%) and considering dental prosthesis (15.6%). It was found that CSMBS clients and UC clients paid out-of-pocket was high as 67.3% and 53.3%. Among them, 62.1% and 58.8 seek private services.

Key word : *utilization, dental prosthesis, Thai elder*

*Bureau of Dental Health, Department of Health, Ministry of Public Health