

# บทความ ปริทัศน์

## ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพช่องปาก : ประสบการณ์ของประเทศไทย\*

เพ็ญแข ลากยั้ง

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้ต้องการสำรวจความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพช่องปากในบริบทของสังคมไทย โดยการทบทวนและวิเคราะห์วรรณกรรมและเอกสารที่เน้นประเด็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพและด้านสุขภาพช่องปากและการใช้บริการ ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ.2546 จากข้อมูลและหลักฐานที่มีสามารถแจกแจงความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพช่องปากในสังคมไทยได้ 5 มิติคือ การใช้บริการ สิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่าย อัตราส่วนทันตบุคลากรต่อประชากรซึ่งเป็นส่วนหนึ่งโครงสร้างพื้นฐานของบริการ และสภาวะสุขภาพช่องปาก

เมื่อควบคุมปัจจัยของอายุ ประชาชนในเขตเมือง กลุ่มสิทธิข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และในช่วงชั้นสังคมชั้นสูงใช้บริการสุขภาพช่องปากที่เป็นการเก็บรักษาฟันและใช้จ่ายเพื่อบริการ มากกว่ากลุ่มอื่นๆ เมื่อพิจารณาโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ที่ครอบคลุมสุขภาพช่องปาก พบว่ามีความแตกต่างของชุดสิทธิประโยชน์ งบประมาณ และกลไกการจ่ายเงินค่าตอบแทนบริการ ความแตกต่างเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคในการจัดความไม่เป็นธรรมของการใช้บริการ

โครงการทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาซึ่งดำเนินการทั่วประเทศตั้งแต่ปีพ.ศ. 2531 สามารถลดความไม่เท่าเทียมได้ในเฉพาะการเข้าถึงบริการของกลุ่มอายุ 12 ปี แต่ในด้านสภาวะสุขภาพช่องปาก ยังคงคล้ายคลึงกับกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่แตกต่างกันระหว่างเขตพื้นที่ ประชาชนวัยผู้ใหญ่ในเขตเมือง ในสิทธิข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และในช่วงชั้นสังคมชั้นสูงมีประสบการณ์โรคฟันผุสูงกว่า แต่มีฟันที่ไม่ได้รักษาน้อยกว่า และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์น้อยกว่า

โครงสร้างพื้นฐานของบริการและการเข้าถึงบริการเป็นผลจากการกระจายทรัพยากรสุขภาพช่องปากที่ไม่เป็นธรรมในอดีต รัฐบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นลงทุนด้านสุขภาพช่องปากในเขตเทศบาลมากกว่าเขตสุขาภิบาลและชนบท ตามลำดับ ทำนองเดียวกับการกระจายทันตบุคลากร

จากข้อค้นพบ การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะต่อระบบข้อมูล การปรับสิทธิประโยชน์ การกำกับและการคลัง และการมีส่วนร่วมของชุมชน

**คำสำคัญ** ความเป็นธรรม สุขภาพช่องปาก การใช้บริการ การเข้าถึงบริการ ชุดสิทธิประโยชน์ การประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่าย อัตราส่วนทันตบุคลากรต่อประชากร

\* เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเอกสารเรื่อง ความเป็นธรรมด้านสุขภาพช่องปากในประเทศไทย ในชุดโครงการวิจัยการประกันสุขภาพช่องปากประเทศไทย การเงินการคลังเพื่อความ เป็นธรรม

## บทนำ

ความเป็นธรรมเป็นแนวคิดเชิงจริยธรรมที่มีนิยามหลากหลาย สังคมหนึ่งๆ อาจมีเป้าหมายด้านความเป็นธรรมต่างกันซึ่งจำแนกได้อย่างน้อย 2 แนวคิดคือ นิยามในความหมายของการบรรลุมาตรฐานสุขภาพและบริการสุขภาพถ้วนหน้าขั้นต่ำเชิงสัมบูรณ์ตามที่กำหนดไว้ แต่ไม่สนใจที่จะลดช่องว่างที่หลีกเลี่ยงได้ (avoidable gaps) เมื่อกลุ่มด้อยโอกาสบรรลุมาตรฐานขั้นต่ำนั้นแล้วและยังคงมีความแตกต่างกับกลุ่มสังคมอื่นๆ อยู่ อีกแนวคิดคือ กำหนดเป้าหมายสุขภาพของกลุ่มด้อยโอกาสสัมพันธ์กับกลุ่มที่ดีกว่าโดยคิดว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับกลุ่มที่ดีกว่านั้นคือความเป็นไปได้สำหรับคนทั้งหมดด้วยแนวคิดนี้มองความเป็นธรรมว่า เป็นการเฉลี่ยความเจริญก้าวหน้า<sup>(1)</sup>

ขณะที่องค์การอนามัยโลกนิยามความเป็นธรรมว่า การลดความแตกต่างที่หลีกเลี่ยงได้ (avoidable disparities) ในด้านสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพระหว่างประชาชนกลุ่มต่างๆ ที่มีความแตกต่างด้านสังคมเช่น เศรษฐฐานะ ภูมิศาสตร์ เพศ เชื้อชาติ และอายุ จึงสรุปได้ในสองความหมายคือ ความเป็นธรรมด้านสภาวะสุขภาพ (Equity in health status) และความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพ (Equity in health care) ความเป็นธรรมด้านสภาวะสุขภาพหมายถึง การที่ประชาชนทั้งหมดบรรลุสภาวะสุขภาพระดับสูงสุดที่เป็นไปได้ทั้งทางกายภาพ จิตใจ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขเท่าที่ข้อจำกัดทางชีววิทยาที่ยังคงแก้ไขไม่ได้จะเอื้ออำนวย ส่วนความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพหมายถึง สถานบริการสุขภาพถูกจัดสรรตามความจำเป็น (need) ประชาชนได้รับบริการตามความจำเป็น และจ่ายค่าบริการตามกำลังจ่าย (ability to pay) และยังมีนัยว่าเป็นบริการสำหรับประชาชนอย่างถ้วนหน้าโดยมีพันธะสัญญาในการประกันมาตรฐานของการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และได้รับ

การยอมรับในบริการ ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของสถานบริการและบุคลากรสะท้อนถึงศักยภาพในการเข้าถึงบริการที่ขึ้นกับอุปสรรคทางภูมิศาสตร์ (geographic barrier) การเข้าถึงบริการอย่างแท้จริงยังมีอุปสรรคอีกหลายประการเช่น ภาษาชาติความรู้ การรับรู้ว่าบริการด้อยคุณภาพ อุปสรรคทางภูมิศาสตร์และการเงิน ซึ่งสามารถประเมินได้จากการวัดปริมาณ ลักษณะ และคุณภาพของบริการที่ประชาชนได้รับไปจริง<sup>(2,3,4,5,6)</sup> การพิจารณาเรื่องความเป็นธรรมได้รับอิทธิพลจากการเข้าถึงบริการโดยไม่มีอุปสรรคด้านรายได้ ในประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาการกระจายโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขภาครัฐแตกต่างอย่างมากภายในประเทศซึ่งเขตเมืองมักมีโรงพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในอัตราต่อพันประชากร สูงกว่าเขตชนบท<sup>(7,8)</sup> ดังนั้นเมื่อเทียบกันแล้ว ประชาชนชนบทเข้าถึงบริการได้น้อยกว่า<sup>(7)</sup>

มิติและนิยามของความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพที่มีผู้กล่าวถึงสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

### ปัจจัยกำหนดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ

ปัจจัยกำหนดในการประเมินความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในการศึกษาต่างๆ<sup>(4,10,11,12)</sup> สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ ความขัดสน (deprivation) ทูทางสังคม (social capital) และระบบการจัดการด้านสุขภาพ (governance of health sectors)

#### 1. ความขัดสน

1.1 ความขัดสนด้านวัตถุ ได้แก่ ความขาดแคลนสินค้า บริการ ทรัพยากร ความเจริญ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพซึ่งเป็นไปตามความเห็นชอบของสังคม ตัวแปรที่ใช้คือรายได้ (income) และความมั่งคั่ง (wealth)

1.2 ความขัดสนด้านสังคม ได้แก่ การไม่มีส่วนร่วมในบทบาท ความสัมพันธ์ ประเพณี หน้าที่และสิทธิและความรับผิดชอบต่างๆ ในฐานะ

## ตารางที่ 1 นิยามเชิงปฏิบัติการของความเป็นธรรม

| ชนิด   | ตัวอย่าง  |
|--|---|
| 1. ค่าใช้จ่ายเท่ากันสำหรับความจำเป็นเท่ากัน (Equal expenditure for equal need)                         | สัดส่วนต้นทุนพยาบาลต่อเตียงในการรักษาฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่างๆ เท่ากัน |
| 2. ใช้บริการเท่ากันสำหรับความจำเป็นเท่ากัน (Equal utilization for equal need)                          | จำนวนวันนอนเท่ากันต่อเดือนไขสุขภาพที่เท่ากัน                          |
| 3. เข้าถึงเท่ากันสำหรับความจำเป็นเท่ากัน (Equal access for equal need)                                 | เวลารอคอยบริการเท่ากันสำหรับผู้ป่วยที่มีเงื่อนไขเหมือนกัน             |
| 4. สุขภาพเท่ากันหรือลดความไม่เสมอภาคด้านสุขภาพ (Equal health /reduces inequalities in health)          | อัตราการตายเมื่อปรับอายุและเพศระหว่างสาธารณสุขเขตต่างๆ เท่ากัน        |
| <b>ความเป็นธรรมแนวตั้ง</b>   |   |
| 5. การรักษาไม่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่ไม่เท่ากัน (Unequal treatment for unequal need)                | การรักษาไม่เท่ากันระหว่างการเจ็บป่วยเล็กน้อยกับการเจ็บป่วยรุนแรง      |
| 6. การคลังสุขภาพแบบก้าวหน้าด้วยหลักความสามารถในการจ่าย (Progressive financing based on ability to pay) | อัตราภาษีเงินได้แบบก้าวหน้าและใช้ระบบภาษีเงินได้เป็นหลัก              |

ที่มา : Donaldson C , Gerard K. 1994. <sup>9</sup>

ที่เป็นสมาชิกของสังคมนั้น

2. ทูทางสังคมได้แก่ ปริมาณการลงทุนทรัพยากร และเครือข่ายที่ก่อให้เกิดแรงยึดเหนี่ยวทางสังคม ความไวเนื้อเชื้อใจ และความประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน

3. ระบบการจัดการด้านสุขภาพได้แก่ ความรับผิดชอบ กระบวนการแบบมีส่วนร่วม และประสิทธิผลของการดำเนินงานในการตัดสินใจและปฏิบัติการในการแก้ปัญหาของชุมชน

### ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ

ความเป็นธรรมตามระดับที่เป็นอุดมคตินั้น จะบรรลุไม่ได้ หากต้องการบรรลุประสิทธิภาพด้วย และจะบรรลุประสิทธิภาพไม่ได้ หากต้องการบรรลุความเป็นธรรมด้วยในขณะเดียวกัน เหตุที่ต้องเลือกอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้นั้นเป็นเพราะความขาดแคลนทรัพยากร ความเป็นธรรมจึงเกิดพร้อมกับราคาหนึ่งๆ การแลกเปลี่ยนความเป็นธรรมกับประสิทธิภาพนี้ สามารถวัดออกมาได้

และให้สังคมพิจารณาว่าการแลกกันเพื่อตัวของเขาเองนั้น เป็นที่ยอมรับได้หรือไม่ <sup>(9)</sup>

อย่างไรก็ตาม ในระยะแรกของการพัฒนานโยบายระยะยาว อาจต้องยอมรับว่า ต้องมีระยะที่ยังก้าวไปไม่ถึงวัตถุประสงค์ความเป็นธรรม <sup>(13)</sup> เช่นเดียวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยที่เพิ่งเริ่มดำเนินการทั่วประเทศในปีงบประมาณ 2545

### ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพช่องปาก : ความหมายและปัจจัยกำหนด

แม้ว่าสุขภาพช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพโดยรวม แต่มีลักษณะพิเศษบางประการที่ทำให้แตกต่างไปจากสุขภาพทั่วไปในหลายๆ สังคม ประการแรกคือ แม้ว่าโรคในช่องปากส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ด้วยตัวของบุคคลเองแต่การมีพฤติกรรมดังกล่าวยังขึ้นกับ การศึกษา <sup>(14)</sup> ซึ่งก่อให้เกิดความตระหนักและความเห็นคุณค่าแห่งตนในประเทศพัฒนาน้อยและกำลังพัฒนา โรคฟันผุ

และโรคเหงือกอักเสบมีความชุกสูงและมักถูกมองว่าเป็นลักษณะธรรมชาติของชีวิตมนุษย์มากกว่าจะเป็นโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนและในกลุ่มสูงอายุ ยิ่งไปกว่านั้นการเป็นโรคในระยะท้ายๆ ก็สามารถรักษาได้หลายวิธีซึ่งมีต้นทุนบริการต่างกันออกไปโดยบริการที่ซับซ้อนจะมีราคาแพงกว่า นอกเหนือไปจากความกลัวการรักษาแล้ว ความไม่รู้ ไม่สนใจ และค่าบริการ จึงเป็นอุปสรรคที่สำคัญของสุขภาพช่องปากดังจะกล่าวต่อไป

หลายการศึกษาพยายามประเมินความเป็นธรรมด้านสุขภาพช่องปากด้วยวิธีการต่างๆ กัน บทเรียนจากระบบบริการสุขภาพ ภายใต้บริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service : NHS) ในประเทศอังกฤษ เป็นตัวอย่างที่น่าสนใจของหลายประเทศในการศึกษาความเป็นธรรมด้านการเข้าถึงบริการและมีการนำกรอบความคิดในการศึกษามาใช้กับด้านสุขภาพช่องปาก การศึกษาส่วนใหญ่ซึ่งเป็นของประเทศแถบสแกนดิเนเวียและอังกฤษมักแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจกับสถานะสุขภาพช่องปากและการใช้บริการมากกว่า จะวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรม อุปสรรคสำคัญในการประเมินความไม่เป็นธรรมด้านบริการสุขภาพช่องปาก ซึ่งอาจมีมากกว่าด้านบริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาได้แก่ มีข้อมูลเชิงประจักษ์ไม่พอ ข้อจำกัดของชุดข้อมูลรวม (aggregated data) ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ และคุณค่าที่สังคมและบุคคลมีต่อโรคในช่องปากและบริการ ดังนั้นการประเมินอย่างเบ็ดเสร็จจึงกระทำได้ยาก อย่างไรก็ตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ที่สอดคล้องกันบ่งชี้ตรงกันว่าระบบบริการที่เป็นธรรมที่จัดไว้สำหรับกลุ่มด้อยโอกาสยังคงเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพในการรับมือกับปัญหาสุขภาพช่องปากทั้งในประเทศกำลังพัฒนา<sup>(15)</sup> และพัฒนาแล้ว<sup>(16,17)</sup> เช่น NHS ในประเทศอังกฤษ

ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบสวัสดิการนั้นตั้งขึ้นมามากกว่า 50 ปีแล้วและการที่มีบริการสุขภาพช่องปากรวมอยู่ด้วยนั้นเป็นพื้นฐานสำคัญในการยกระดับสุขภาพช่องปาก<sup>(16)</sup> จากประสบการณ์การศึกษาความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพช่องปากในประเทศตะวันตก มีการประเมินใน 4 มิติคือ การใช้บริการงบประมาณภาครัฐ โครงสร้างระบบบริการ และสถานะสุขภาพช่องปากซึ่งเป็นผลลัพธ์

### บริการสุขภาพช่องปาก: เป็นอย่างไรในการรับรู้ของสังคมไทย ?

ในประเทศไทยมีเพียงการศึกษาเดียวที่วิเคราะห์ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนชนบทแห่งหนึ่งพบว่า  $E_p$  บริการสุขภาพช่องปากโดยรวมเท่ากับ 0.8 และ  $E_1$  ของการถอนฟันเท่ากับ -0.28<sup>(18)</sup> เมื่อค่าบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพช่องปากโดยรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.8 นั่นคืออุปสงค์ต่อบริการนี้ไม่ค่อยอ่อนไหวต่อราคา กรณีถอนฟันเมื่อรายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 อุปสงค์ต่อบริการลดลงร้อยละ 0.28 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่น้อยมากนี้ไม่ว่าราคาจะเปลี่ยนหรือรายได้จะเปลี่ยน บ่งชี้ว่าคนชนบทใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทั้งการถอนฟันในลักษณะสินค้าจำเป็นมากกว่าจะเป็นสินค้าด้อย เพราะ  $E_1$  ของบริการถอนฟันมีค่าเพียง -0.28 กรณีที่เป็นสินค้าจำเป็น เมื่อราคาสูงขึ้นจะทำให้กลุ่มด้อยโอกาสเดือดร้อนเพราะอย่างไรเสียก็ต้องใช้บริการในช่วงขณะหนึ่งของวงจรชีวิต ในต่างประเทศ ดูเหมือนบริการสุขภาพช่องปากจะเป็นได้ทั้งสินค้าจำเป็น (necessary goods) และสินค้าฟุ่มเฟือย (luxury goods) ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา ( $E_p$ ) ซึ่งแตกต่างกันไปเท่าที่มีผู้ศึกษาไว้มีค่าอยู่ระหว่าง ใกล้ 0 ถึง -4.8 และค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อรายได้ ( $E_1$ ) อยู่ระหว่าง 0.10, 0.48, 0.77 และ มากกว่า 2.0<sup>(19)</sup> การ

ศึกษาเฉพาะพื้นที่ในประเทศนอร์เวย์ ค่ามัธยฐาน  $E_1$  จากข้อมูลการสำรวจระดับประเทศได้เท่ากับ 0.40 และ 0.48<sup>(20,21)</sup> โดยทั่วไป นักวิจัยมักใช้ข้อมูล ทุดียกมิเช่น ใช้ข้อมูลรายจ่ายในภาพรวมระดับ ประเทศในการวิเคราะห์ความยืดหยุ่น และมักใช้ ดัชนีราคาบริการทันตกรรม (dental price index) มาประมาณค่าบริการทันตกรรม (dental price) ทั้งที่ในความเป็นจริงค่าบริการแตกต่างกันระหว่าง ชนิดบริการและสถานบริการ รวมทั้งอาจแตกต่างกันตามสภาพความเจริญของพื้นที่ แต่เมื่อใช้ข้อมูล ทุดียกมิจึงไม่สามารถได้ข้อมูลค่าบริการจริงมา ค่า ใช้จ่ายที่ประชาชนจ่ายเองก็อาจไม่เท่าค่าบริการจริง หากคนบางกลุ่มมีประกันหรือสวัสดิการประเภท จ่ายก่อนแล้วนำไปเบิกคืนได้ เหล่านี้เป็นข้อจำกัด ของการเปรียบเทียบค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ ระหว่างประเทศต่างๆ หรือระหว่างกลุ่มประชากร

ข้อโต้แย้งที่อาจมีในขณะนี้คือ การใช้บริการ ในระดับต่ำอาจเป็นเพราะขาดแคลนบริการใน ชนบทหรือมีข้อจำกัดบางประการด้านผู้ให้บริการ ที่ทำให้ประชาชนชนบทเข้าไม่ถึงบริการ แทนที่จะ เป็นเพราะลักษณะของบริการเองก็ได้ ข้อโต้แย้งนี้ อาจยอมรับได้ในกรณีบริการภาครัฐเฉพาะในเขต ชนบทบางแห่ง อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาที่กล่าว ถึงนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการใช้บริการสุขภาพช่องปาก ในรอบปีที่ผ่านมารวมทั้งบริการร้อยละ 24.6 โดยที่สามารถเดินทางไปใช้บริการจากโรงพยาบาล ภาครัฐและเอกชนได้ที่ตัวอำเภอและอีก 2 อำเภอใกล้เคียง สำหรับสถานบริการเอกชนมีทั้งที่ ถูกกฎหมายและผิดกฎหมายซึ่งมีทั้งที่เป็นร้านใน ตัวอำเภอและเคลื่อนที่ไปในหมู่บ้าน<sup>(18)</sup> โชคไม่ดี ที่ไม่มีการศึกษาวิเคราะห์ค่าความยืดหยุ่นของ อุปสงค์ในเขตเมืองของประเทศไทยมาเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการศึกษาที่จะกล่าวต่อไป อาจสนับสนุนทางอ้อมว่า บริการสุขภาพช่องปาก ในประเทศไทยเป็นสินค้าจำเป็น

แม้ว่าวิกฤติเศรษฐกิจมีผลต่อรายได้ครัวเรือน ไทยแต่อัตราการลดลงของค่าใช้จ่ายบริการนี้น้อยกว่าและช้ากว่าการลดลงของการบริโภคโดยรวม ของครัวเรือนก็สะท้อนถึงความจำเป็นในการบริโภค บริการสุขภาพช่องปากของครัวเรือน<sup>(22)</sup>

## การสำรวจความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพช่องปาก : ประสบการณ์ของประเทศไทย

เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูล การสำรวจว่า มีความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพช่องปากหรือไม่ใน บริบทของสังคมไทยสามารถพิจารณาใน 5 ด้านคือ การใช้บริการ สิทธิประโยชน์ ค่าใช้จ่าย โครงสร้าง ระบบบริการซึ่งในที่นี้ใช้อัตราส่วนประชาชนต่อ ทันตบุคลากร และสภาวะสุขภาพช่องปาก

### 1. การใช้บริการสุขภาพช่องปาก

ในประเทศไทยการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผล ต่อการใช้บริการมีไม่มากนักและเป็นการศึกษา เฉพาะพื้นที่ ส่วนการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ ระดับประเทศซึ่งทำทุก 5 ปีนั้น เน้นด้านสภาวะ สุขภาพช่องปากเนื่องจากข้อจำกัดในการเก็บ ข้อมูลอื่นๆ อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยชีพันอุดและฟัน ถอนซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสภาวะสุขภาพ ช่องปากจากการตรวจของทันตแพทย์ในการสำรวจ ต่างๆ นั้นสามารถบอกถึงการใช้บริการในอดีตได้ อย่างแม่นยำ จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ แห่งชาติ 4 ครั้ง เมื่อนำค่าเฉลี่ยฟันแท้ถอด (FT) และฟันแท้ที่ถอนไป (MT) มาคำนวณเป็นสัดส่วน ต่อค่าเฉลี่ยฟันแท้ผุถอนและอุด (DMFT) เพื่อควบคุม ด้วยภาวะความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก (oral health need) พบว่า ประชาชนกรุงเทพมหานคร ในทุกกลุ่มอายุยกเว้นกลุ่มอายุ 12 ปี มีสัดส่วนฟัน ถอดมากกว่าแต่มีฟันถอนน้อยกว่าประชาชนเขต เทศบาลและชนบท ตั้งแต่อดีตจนถึงการสำรวจ ครั้งหลังสุดสำหรับกลุ่มอายุ 12 ปี ก็มีสัดส่วนฟันผุ มากกว่าและมีฟันถอนน้อยกว่าเขตเทศบาลและ

ชนบท จนถึงปี พ.ศ. 2537 ซึ่งเขตเทศบาล และชนบทมีสัดส่วนฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการสำรวจครั้งก่อนๆ และมาอยู่ในระดับใกล้เคียงกันในปี พ.ศ. 2543-44 ที่ร้อยละ 26.0-26.3<sup>(22)</sup>

ตารางที่ 2 แสดงการให้บริการสุขภาพช่องปากจำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพช่องปากจาก 2 แหล่งข้อมูล<sup>(18,23)</sup> Laying<sup>(18)</sup> เก็บข้อมูลในเขตชนบทภาคกลางในปีพ.ศ. 2543 ก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า ในรอบปีที่ผ่านมากลุ่มเด็กได้รับบริการสูงสุด (ร้อยละ 46.1) ผ่านทางโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา เมื่อตัดกลุ่มเด็กออกไป กลุ่มสิทธิข้าราชการให้บริการสูงสุด (ร้อยละ 43.5 %) จากนั้นเป็นกลุ่มประกันสังคม ส่วนกลุ่มสูงอายุและบัตรสุขภาพ\* ให้บริการใกล้เคียงกัน เป็นที่น่าสังเกตว่ากลุ่มรายได้น้อยใช้บริการน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีประกัน เนื่องจากผู้ที่ไม่มียุติประกัน มีรายได้มากกว่า และสามารถเข้าถึงบริการภาคเอกชน

ข้อมูลการเบิกเงินคืนกรณีทันตกรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 จากสำนักงานประกันสังคม<sup>23</sup> เป็นข้อมูล จำนวนเงินและจำนวนครั้งที่เบิก ไม่มีข้อมูลจำนวนคน ดังนั้นอัตราการใช้บริการจึงเป็น

ค่าประมาณการ ตามสมมติฐานว่าจำนวนครั้งที่เบิกนั้นมาจากการใช้บริการ 1 หรือ 2 หรือ 3 ครั้งต่อปี หากผู้มาเบิกเงินคืนใช้บริการเพียง 1 ครั้งก็จะเป็นค่าอัตราการให้บริการสูงสุดของกลุ่มนี้ อัตราการใช้บริการในตารางที่ 2 จึงแสดงเป็นช่วงต่ำสุดและสูงสุด ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี สูงสุดในปี 2544 และลดลงในปี 2545

การศึกษาโดย Vachirarojpisan T. (2002)<sup>(24)</sup> ใช้ตัวแปรอาชีพแบ่งกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่เขตเมือง ใกล้กรุงเทพมหานครออกเป็นช่วงชั้นทางสังคมสูงและต่ำซึ่งใช้บริการสุขภาพช่องปากในปีที่แล้วร้อยละ 73.0 (เฉลี่ย 1.7 ครั้งต่อคน) และร้อยละ 40.9 (เฉลี่ย 0.8 ครั้งต่อคน) ตามลำดับ โดยกลุ่มช่วงชั้นสูง มีสิทธิข้าราชการมากกว่าแต่มีสิทธิประกันสังคมและสปร.ต่ำกว่ากลุ่มช่วงชั้นต่ำ (ร้อยละ 33.6, 5.7 และ 3.3 เปรียบเทียบกับร้อยละ 12.3, 9.4 และ 7.0 ตามลำดับ)

## 2. สิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากของโครงการประกันสุขภาพต่าง ๆ

โครงการประกันสุขภาพภาครัฐคุ้มครองด้านสุขภาพช่องปากด้วยแต่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละโครงการในด้านสิทธิประโยชน์ กลไกการ

ตารางที่ 2 อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ

หน่วย : ต่อประชากร 100 คน

| แหล่งข้อมูล                   | ไม่มีประกัน | กลุ่มด้อยโอกาส (สปร.) |         |            | บัตรสุขภาพ | ประกันสังคม           | ข้าราชการ | รวม  |
|-------------------------------|-------------|-----------------------|---------|------------|------------|-----------------------|-----------|------|
|                               |             | เด็ก                  | สูงอายุ | รายได้น้อย |            |                       |           |      |
| Laying, P. 2001 <sup>17</sup> | 13.3        | 46.1                  | 15.4    | 12.8       | 15.1       | 20.0                  | 43.5      | 24.6 |
| สนง.ประกันสังคม <sup>21</sup> |             |                       |         |            |            |                       |           |      |
| - 2540                        |             |                       |         |            |            | 1.3- 3.9 <sup>a</sup> |           |      |
| - 2541                        |             |                       |         |            |            | 3.3-10.0 <sup>a</sup> |           |      |
| - 2542                        |             |                       |         |            |            | 3.9-11.8 <sup>a</sup> |           |      |
| - 2543                        |             |                       |         |            |            | 4.1-12.2 <sup>a</sup> |           |      |
| - 2544                        |             |                       |         |            |            | 4.5-13.6 <sup>a</sup> |           |      |
| - 2545                        |             |                       |         |            |            | 4.3-12.9 <sup>a</sup> |           |      |

<sup>a</sup> เป็นอัตราประมาณการ

\*โครงการบัตรสุขภาพถูกยกเลิกและทดแทนด้วยโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จ่ายเงินแก่สถานบริการ และการคลัง<sup>(22)</sup> ความแตกต่างเหล่านี้เป็นผลจากที่มาของโครงการและที่มาแหล่งเงินที่ใช้ต่างกัน

เดิมสวัสดิการข้าราชการให้สิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากสูงที่สุด แต่บริการครอบคลุมยกเลิกเมื่อวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ.2543 เพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย<sup>(25)</sup> ในปัจจุบันโครงการหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเหนือกว่าตรงที่มีบริการ ใส่ฟันปลอมถอดได้ แต่สวัสดิการข้าราชการยังคงให้สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาสูงสุด

ในอดีต บริการป้องกันโรคในช่องปากถูกจัดไว้เฉพาะนักเรียนประถมศึกษาดังแต่ปี พ.ศ. 2520 ในนามโครงการทันตกรรมเพิ่มทวี และพัฒนามาเป็นโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531<sup>(22)</sup> ในปัจจุบันยกเว้นโครงการประกันสังคมแล้ว ล้วนแต่มีสิทธิประโยชน์ด้านป้องกันโรคด้วย โครงการประกันสังคมซึ่งเริ่มคุ้มครองด้านทันตกรรมในเดือนมกราคม พ.ศ. 2540 จึงมีสิทธิประโยชน์ต่ำสุดในด้านรักษาได้แก่ ขูดหินปูน อุดฟัน และถอนฟัน และไม่มีสิทธิประโยชน์ด้านอื่นๆ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สิทธิประโยชน์สูงสุดเพราะครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพ แต่กลไกการจ่ายเงินให้สถานบริการเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวประชากร ขณะที่โครงการสวัสดิการข้าราชการและประกันสังคมเป็นไปตามบริการที่ให้ โดยผู้มีสวัสดิการข้าราชการสามารถเบิกค่าบริการคืนได้ทั้งหมด ขณะที่สิทธิประกันสังคมเบิกคืนได้ครั้งไม่เกิน 200 บาท ปีละไม่เกิน 400

### 3. ค่าใช้จ่ายสุขภาพช่องปาก

3.1 ค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพช่องปากจำแนกตามพื้นที่

จากค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพช่องปากของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกแห่ง ยกเว้น

กรุงเทพมหานครซึ่งคำนวณจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพประชากรระหว่างปีงบประมาณ 2531-2539 และปรับด้วยดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer Price Index) จำแนกตามพื้นที่นี้ไปงบประมาณในด้านบริการ ส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาทันตบุคลากรพบว่าเมื่อคิดเป็นค่าใช้จ่ายรายหัวประชากรแล้วภาครัฐใช้จ่ายรายปีเพิ่มขึ้นโดยตลอด แต่ใช้จ่ายในเขตชนบท น้อยกว่า เขตสุขภาพภิบาลและเทศบาลตามลำดับ<sup>(18)</sup>

3.2 ค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพช่องปากจำแนกตามโครงการประกัน

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งดำเนินการทั่วประเทศตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2544 ได้ใช้ระบบการจัดสรรงบประมาณรวมเงินเดือนแบบเหมาจ่าย 1,202 บาทต่อหัวประชากร แต่จัดสรรให้เครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิ (Contractors unit of primary care : CUPs) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาครัฐในจำนวน 1,052 บาทสำหรับบริการแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและป้องกันโรค ส่วนที่เหลือบริหารจัดการที่ส่วนกลางและเขต งบประมาณสุขภาพช่องปากรวมอยู่ในงบประมาณแบบผู้ป่วยนอกและป้องกันโรค และเครือข่ายบริการยังสามารถเบิกค่าจ้างทำฟันปลอมจากส่วนกลางในหมวดบริการค่าใช้จ่ายสูง<sup>(26)</sup> การจำแนกค่าใช้จ่ายภาครัฐด้านสุขภาพช่องปากตามโครงการประกันมีข้อจำกัดด้านข้อมูลเนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมประชากร 45 ล้านคน และการงบประมาณเป็นแบบเหมาจ่ายซึ่งเครือข่ายบริการบริหารได้อย่างมีอิสระมากขึ้นกว่าระบบเดิมและไม่สามารถเก็บข้อมูลค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนบริการเฉพาะสุขภาพช่องปากของแต่ละโครงการจากเครือข่ายบริการได้ ข้อมูลระดับประเทศที่มีเป็นของโครงการประกันสังคม คำนวณจากข้อมูลการเบิกจ่ายกรณีทันตกรรมของสำนักงานประกันสังคม<sup>(23)</sup> ซึ่งเมื่อคิดเป็นค่าใช้จ่ายรายหัวแล้วเพิ่มขึ้นโดยตลอด

ตารางที่ 3 ค่าใช้จ่ายภาครัฐรายปีด้านบริการสุขภาพช่องปากในโครงการประกันสังคม

| รายการ                 | 2540      | 2541      | 2542      | 2543      | 2544      | 2545      |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| จำนวนผู้ประกันตน (คน)  | 6,084,822 | 5,418,182 | 5,679,567 | 5,810,140 | 5,865,208 | 6,900,223 |
| การเบิกจ่าย            |           |           |           |           |           |           |
| ● จำนวนเงิน (ล้านบาท)  | 45.61     | 105.94    | 131.67    | 139.91    | 156.871   | 175.528   |
| ● จำนวนการเบิก (ครั้ง) | 236,562   | 541,651   | 671,090   | 711,687   | 797,554   | 889,079   |
| ● ต่อครั้ง (บาท/ครั้ง) | 192.80    | 195.59    | 196.20    | 196.59    | 196.69    | 197.43    |
| ● ต่อประชากร (บาท/คน)  | 7.50      | 19.55     | 23.18     | 24.08     | 26.75     | 25.44     |

จาก 7.50 บาทในปี พ.ศ. 2540 สูงสุดที่ 26.75 บาทในปี พ.ศ. 2544 และลดลงเล็กน้อยเป็น 25.44 บาทในปี พ.ศ. 2545 (ตารางที่ 3) สำหรับข้อมูลค่าใช้จ่ายของสวัสดิการข้าราชการที่เบิกจากกรมบัญชีกลางเป็นยอดรวมด้านสุขภาพทั้งหมด ไม่มีข้อมูลจำแนกเฉพาะบริการสุขภาพช่องปาก

### 3.3 ค่าใช้จ่ายของครัวเรือนด้านบริการสุขภาพช่องปาก

เมื่อควบคุมอัตราเงินเพื่อ ค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปีที่ครัวเรือนจ่ายสำหรับบริการสุขภาพช่องปากจำแนกตามภาคและพื้นที่ซึ่งเพิ่มขึ้นในแต่ละปีและลดลงในปี พ.ศ. 2541 เนื่องจากภาวะวิกฤติเศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 ประชาชนกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจ่ายมากที่สุดในทุกปีเมื่อเทียบกับภาคและเขตอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2541 กรุงเทพมหานครและปริมณฑลใช้จ่ายมากที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง เหนือ ใต้ และตะวันออกเฉียงเหนือเป็นเงิน 121.5, 22.8, 9.2, 8.8 และ 2.1 บาทตามลำดับ เมื่อพิจารณาเขตพื้นที่พบว่า ประชาชนเทศบาลจ่ายมากกว่าสุขาภิบาลและชนบทเท่ากับ 19.9, 14.0 และ 7.5 บาทตามลำดับ ในปีอื่นๆ แบบแผนการจ่ายสอดคล้องกับในปี พ.ศ. 2541<sup>(22)</sup> ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอาจมาจากราคาบริการเพิ่มขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงชนิดบริการหรือเพิ่มการใช้บริการซึ่งไม่มีข้อมูลสนับสนุน

### 4. อัตราส่วนทันตบุคลากรต่อประชากร

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนประชากรต่อ

ทันตบุคลากรหนึ่งคนจำแนกตามพื้นที่ โดยไม่รวมกรุงเทพมหานครคำนวณโดยใช้จำนวนทันตบุคลากรปี พ.ศ. 2545 จากฐานข้อมูลกองทันตสาธารณสุขและจำนวนประชากรปี พ.ศ. 2544 จากกรมการปกครอง ในปัจจุบันทันตบุคลากรที่ให้บริการมี 2 ประเภทคือ ทันตแพทย์และทันตภิบาลซึ่งเป็นบุคลากรเฉพาะภาครัฐที่ผลิตขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาขาดแคลนทันตแพทย์ โดยรุ่นแรกสำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ. 2513 กรณีทันตแพทย์และทันตภิบาลภาครัฐไม่นับรวมทันตแพทย์และทันตภิบาลที่สังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์และโรงเรียนทันตภิบาล ซึ่งมีหน้าที่ด้านการสอนมากกว่าการให้บริการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) มักตั้งอยู่ในเขตเทศบาลของอำเภอ แต่ต้องดูแลประชากรทั้งอำเภอ อำเภอหรือกิ่งอำเภอที่ไม่มีทันตบุคลากรจะถูกตัดออกจากการคิดอัตราส่วนน้อยสุดและสูงสุดเพราะตัวหารจะเป็นศูนย์ แต่ยังใช้ในการคิดอัตราส่วนเฉลี่ย ทันตแพทย์ภาครัฐในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 1 คนต้องดูแลประชากรเฉลี่ย 27,560 คนหรือคิดเป็น 2 เท่าของรพศ./รพท. และเป็น 6.8 เท่ากรณีทันตแพทย์เอกชนเต็มเวลา เมื่อรวมทันตแพทย์ภาครัฐกับทันตภิบาลแล้วสัดส่วนดีขึ้นเป็น 1.1 เท่า ข้อมูลนี้บ่งชี้ว่าทันตแพทย์นิยมอยู่ในโรงพยาบาลใหญ่หรือในเขตเจริญซึ่งไม่ใช่เฉพาะทันตแพทย์เอกชนเท่านั้นในภาครัฐก็เช่นกันโดยร้อยละ 12.8 ของอำเภอที่ตั้งรพช.และกิ่งอำเภอไม่มีทันตแพทย์ภาครัฐแม้แต่

ตารางที่ 4 อัตราส่วนทันตบุคลากรต่อประชากร ปีงบประมาณ 2545 จำแนกตามลักษณะโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอ

| พื้นที่            | /ทพ.รัฐ            | /ทพ.เอกชนเต็มเวลา  | /ทพ.รัฐและเอกชน | /ทพ.รัฐและทันตภิบาล | /ทพ.รัฐ เอกชนและทันตภิบาล |
|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------|---------------------|---------------------------|
| ทั้งประเทศ         | 22,903             | 43,953             | 15,057          | 10,595              | 8,537                     |
| ต่ำสุด             | 1,929              | 1,262              | 1,132           | 964                 | 964                       |
| สูงสุด             | 130,190            | 164,322            | 130,190         | 98,501              | 98,501                    |
| ประชากร 56,479,648 |                    |                    |                 |                     |                           |
| เขตรพศ./รพท.       | 13,185             | 32,989             | 6,299           | 8,889               | 5,117                     |
| ต่ำสุด             | 3,610              | 1,262 <sup>a</sup> | 1,132           | 3,362               | 1,099                     |
| สูงสุด             | 40,242             | 164,322            | 40,242          | 40,242              | 40,242                    |
| ประชากร 14,292,834 |                    |                    |                 |                     |                           |
| เขตรพช.            | 27,560             | 224,882            | 25,241          | 10,170              | 9,837                     |
| ต่ำสุด             | 1,929 <sup>b</sup> | 3,591 <sup>c</sup> | 1,929           | 964 <sup>d</sup>    | 964                       |
| สูงสุด             | 130,190            | 123,921            | 130,190         | 98,501              | 98,501                    |
| ประชากร 49,194,202 |                    |                    |                 |                     |                           |

- <sup>a</sup> มี 26 จาก 94 อำเภอในเขตเทศบาลคิดเป็นร้อยละ 27.7 ที่ไม่มีทันตแพทย์เอกชนเต็มเวลา
- <sup>b</sup> มี 101 จาก 786 อำเภอและกิ่งอำเภอในเขตสุขาภิบาล/ชนบทคิดเป็นร้อยละ 12.8 ที่ไม่มีทันตแพทย์ภาครัฐ
- <sup>c</sup> มี 658 จาก 786 อำเภอและกิ่งอำเภอในเขตสุขาภิบาล/ชนบทคิดเป็นร้อยละ 83.7 ที่ไม่มีทันตแพทย์เอกชนเต็มเวลา
- <sup>d</sup> มี 18 จาก 786 อำเภอและกิ่งอำเภอในเขตสุขาภิบาล/ชนบทคิดเป็นร้อยละ 2.3 ที่ไม่มีทันตภิบาล

คนเดียว และร้อยละ 83.7 ไม่มีทันตแพทย์เอกชน ขณะที่มิเพียงร้อยละ 27.7 ของอำเภอที่ตั้งรพท.ที่ไม่มีทันตแพทย์เอกชน ทันตบุคลากรเป็นตัวแปรสะท้อนการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนซึ่งจะดีกว่าหากมีสัดส่วนประชากรต่อทันตบุคลากรต่ำกว่า

ข้อสรุปในช่วงนี้คือ ประชาชนในเขตเจริญเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากมากกว่าเขตพื้นที่อื่นสามารถจ่ายได้มากกว่า และการจัดสรรงบประมาณภาครัฐรวมทั้งการกระจายทันตบุคลากรที่ไม่เป็นธรรม ส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมด้านโครงสร้างบริการสุขภาพช่องปาก สำหรับการเปรียบเทียบการคลังระหว่างโครงการประกันยังไม่สามารถทำได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูลของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสวัสดิการข้าราชการ

#### 5. สภาวะสุขภาพช่องปาก

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลสภาวะสุขภาพ

ช่องปากจากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ 4 ครั้ง<sup>(27-30)</sup> โดยการมีฟันแท้ที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซึ่งเป็นดัชนีทางบวกที่บ่งชี้ความสามารถในการบดเคี้ยวอันเป็นคุณภาพชีวิตของวัยผู้ใหญ่<sup>(31)</sup> ขณะที่ค่าเฉลี่ยฟันผุถลอก (DMFT) ซึ่งบ่งบอกประสิทธิภาพการเป็นโรคฟันผุ และสภาวะปริทันต์ที่ จำเป็นต้องได้รับการ เป็นดัชนีทางลบ ประชาชน กรุงเทพมหานครมี DMFT มากกว่าและมีร้อยละของผู้มีฟันแท้ที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซึ่ง ต่ำกว่าในเขตเทศบาล/สุขาภิบาลและชนบทตามลำดับ ที่ต่างไปคือทุกกลุ่มอายุของประชาชนกรุงเทพมหานคร ที่ต้องได้รับการดูแลเหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์น้อยกว่าซึ่งเด่นชัดมากจากการสำรวจครั้งล่าสุดในกลุ่มอายุ 12 ปี โดยสรุปคือประชาชนกรุงเทพมหานคร มีสภาวะเหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์ดีกว่า แต่สุขภาพฟันด้อยกว่าเขตเทศบาล/สุขาภิบาล และชนบทตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2543-44 ความ

ตารางที่ 5 สภาวะสุขภาพช่องปาก จำแนกตามกลุ่มอายุ ปีที่สำรวจ และพื้นที่

| กลุ่มอายุ (ปี) | ปีที่สำรวจ | DMFT (ซี่/คน) |      |             |      | ฟันแท้ใช้งานได้ $\geq 20$ ซี่ (/ประชากร 100 คน) |      |             |      | สภาวะปริทันต์ที่ต้องรับบริการ (/ประชากร 100 คน) |      |             |      |
|----------------|------------|---------------|------|-------------|------|---|------|-------------|------|---|------|-------------|------|
|                |            | ประเทศ        | กทม. | เทศบาล/สุขา | ชนบท | ประเทศ  | กทม. | เทศบาล/สุขา | ชนบท | ประเทศ  | กทม. | เทศบาล/สุขา | ชนบท |
|                |            |               |      |             |      |   |      |             |      |   |      |             |      |
| 12             | 2527       | 1.5           | 3.0  | 2.6         | 1.3  |   |      |             |      | 94.1  | 80   | 93.7        | 95.4 |
|                | 2532       | 1.5           | 3.0  | 2.5         | 1.3  |   |      |             |      | 93.8  | 78.6 | 93.8        | 95.2 |
|                | 2537       | 1.6           | 2.9  | 1.9         | 1.3  |   |      |             |      | 97.7  | 92.7 | 96.8        | 98.6 |
|                | 2543-44    | 1.6           | 2.0  | 1.9         | 1.5  |   |      |             |      | 90.5  | 53.4 | 92.3        | 94.0 |
| 17-18          | 2527       | 3.0           | 5.3  | 4.8         | 2.5  | 65.0  | 40.6 | 49.0        | 71.2 | 98.7  | 97.5 | 97.5        | 99.0 |
|                | 2532       | 2.7           | 4.6  | 4.2         | 2.3  | 79.0  | 75.0 | 75.7        | 79.7 | 96.6  | 90.7 | 92.2        | 97.6 |
|                | 2537       | 2.4           | 4.3  | 3.0         | 2.1  | 66.5  | 62.0 | 61.2        | 68.4 | 97.6  | 91.2 | 96.2        | 98.5 |
|                | 2543-44    |               |      |             |      |   |      |             |      |   |      |             |      |
| 35-44          | 2527       | 5.4           | 8.7  | 8.0         | 4.7  | 92.7  | 83.8 | 89.1        | 91.2 | 99.7  | 98.1 | 99.1        | 100  |
|                | 2532       | 5.4           | 8.1  | 7.8         | 4.7  | 91.7  | 87.1 | 80.0        | 88.8 | 99.2  | 98.5 | 98.9        | 99.4 |
|                | 2537       | 6.5           | 9.2  | 7.9         | 5.6  | 91.9  | 89.6 | 90.6        | 92.7 | 99.3  | 96.2 | 99.1        | 99.7 |
|                | 2543-44    | 6.1           | 8.8  | 7.2         | 5.4  | 92.3  | 88.8 | 90.9        | 93.3 | 98.2  | 94.4 | 97.3        | 99.1 |
| 60+            | 2527       | 16.3          | 22.6 | 18.1        | 15.4 | 47.2  | 27.9 | 42.4        | 49.8 | 100   | 100  | 100         | 100  |
|                | 2532       | 16.2          | 21.4 | 20.6        | 15.2 | 40.8  | 24.3 | 26.6        | 44.2 | 99.4  | 100  | 98.8        | 99.4 |
|                | 2537       | 15.8          | 20.4 | 17.6        | 14.4 | 47.7  | 32.5 | 40.8        | 52.9 | 99.2  | 94.8 | 99.6        | 99.5 |
|                | 2543-44    | 14.4          | 18.5 | 15.9        | 13.3 | 49.0  | 36.5 | 43.6        | 52.1 | 98.8  | 96.5 | 98.5        | 99.1 |

รุนแรงของโรคฟันผุ (DMFT) มีแนวโน้มลดลงทุกเขตพื้นที่ในทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นกลุ่มอายุ 12 ปีที่เขตชนบทมี DMFT สูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2537

แสดงสภาวะสุขภาพช่องปากของวัยผู้ใหญ่จำแนกตามการมีประกันสุขภาพช่องปาก<sup>(18)</sup> กลุ่มสูงอายุมียุติธรรมซี่ฟันเฉลี่ยน้อยที่สุด (14.5 ซี่/คน) ขณะที่ของกลุ่มอื่นอยู่ระหว่าง 26.2-28.9 ซี่/คน จำนวนซี่ฟันปกติสูงที่สุดในกลุ่มรายได้น้อย (25.1 ซี่/คน) รองลงมาเป็น กลุ่มไม่มีสิทธิประกันใดๆ กลุ่มบัตรสุขภาพ กลุ่มประกันสังคม กลุ่มสิทธิข้าราชการ และกลุ่มสูงอายุ กลุ่มรายได้น้อยยังมีประสบการณ์เป็นโรคฟันผุหรือ DMFT น้อยที่สุด (5.6 ซี่/คน) รองลงมาได้แก่ กลุ่มไม่มีประกัน (6.4) กลุ่มบัตรสุขภาพ (6.8) กลุ่มประกันสังคม (8.0) กลุ่มสิทธิข้าราชการ (9.2) และสูงที่สุดใน

กลุ่มสูงอายุ (18.6) เกือบทุกกลุ่มมีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการดูแล (DT) น้อยกว่าพื้นที่รักษาแล้ว (MT+FT) ยกเว้นกลุ่มประกันสังคมซึ่งมี DT สูงสุด (4.7 ซี่/คน) รองลงมาได้แก่ กลุ่มบัตรสุขภาพ กลุ่มไม่มีประกัน กลุ่มรายได้น้อย กลุ่มสิทธิข้าราชการ และกลุ่มสูงอายุ ฟันถอนเฉลี่ย (MT) สูงสุดในกลุ่มสูงอายุ (17.00 ซี่/คน) ขณะที่ กลุ่มสิทธิข้าราชการ กลุ่มไม่มีประกัน กลุ่มบัตรสุขภาพ กลุ่มรายได้น้อย และกลุ่มประกันสังคม (4.2, 3.3, 3.2, 2.6 และ 1.6 ซี่/คน) ฟันอุดเฉลี่ย (FT) มากที่สุดในกลุ่มข้าราชการ (3.2 ซี่/คน) และประกันสังคม (1.8 ซี่/คน) น่าสังเกตว่า กลุ่มรายได้น้อย กลุ่มไม่มีประกัน และกลุ่มบัตรสุขภาพ มีฟันอุดเฉลี่ยใกล้เคียงกันในระดับต่ำมาก (0.5-0.4 ซี่/คน) และต่ำสุดในกลุ่มสูงอายุ (0.04 ซี่/คน) เมื่อแบ่งช่อง

ปากออกเป็น 6 ส่วน (sextant) กลุ่มไม่มีประกันมีส่วนของช่องปากที่เป็นโรคเหงือกและปริทันต์อักเสบสูงสุดเฉลี่ย 5.4 ส่วน รองลงมาเป็น กลุ่มรายได้น้อยและกลุ่มบัตรสุขภาพ (5.3) กลุ่มประกันสังคม (5.0) กลุ่มสิทธิข้าราชการ (4.9) และกลุ่มสูงอายุ (4.8) สรุปคือกลุ่มสิทธิข้าราชการมีสภาวะเหงือกและเนื้อเยื่อปริทันต์ดีกว่ากลุ่มอื่น (sextant ที่เป็นโรคเหงือกและปริทันต์อักเสบต่ำสุด) แต่สุขภาพฟันด้อยกว่า (จำนวนซี่ฟันน้อยกว่า ซี่ฟันปกติน้อยกว่า และDMFT สูงกว่า)

## อภิปรายผล

สภาวะสุขภาพช่องปากมี 2 ความหมายคือ ความจำเป็น (needs) ต้องได้รับบริการ และผลลัพธ์ที่เป็นผลตามมาของปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมการใช้บริการ และอื่นๆ เมื่อควบคุมอายุ ประชาชนเขตเมือง สิทธิข้าราชการ และกลุ่มช่วงชั้นทางสังคมสูง ใช้บริการสุขภาพช่องปากในภาพรวมและบริการที่เก็บฟันมากกว่ากลุ่มอื่นๆ (ฟันหลุดมากกว่าและฟันถอนน้อยกว่า) และจ่ายเงินเองมากกว่า

เด็กอายุ 12 ปีในพื้นที่ต่างๆ เข้าถึงบริการอุดฟันอย่างเท่าเทียมกันเมื่อพิจารณาจากสัดส่วน FT/DMFT ที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งอาจเป็นผลสะสมจากโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา โครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ผลของโครงการเฉพาะในกลุ่มเด็ก เช่นนี้สอดคล้องกับที่พบในประเทศอังกฤษ<sup>(16,32)</sup> และสวีเดน<sup>(14)</sup> แต่ยังพบความแตกต่างในด้านสภาวะสุขภาพช่องปากระหว่างพื้นที่ ในทำนองเดียวกับกลุ่มผู้ใหญ่ ซึ่งน่าจะเป็นเพราะโรงเรียนให้ความสำคัญกับโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการรักษาแต่ให้ความสำคัญด้านการส่งเสริม

ป้องกันน้อย อีกทั้งผู้ปกครองเด็กในชนบทก็ปล่อยให้การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเป็นภาระของโรงเรียน<sup>(33)</sup> สภาวะเหงือกของเด็กชนบทจึงด้อยกว่าเด็กในเขตเมือง การที่ประชาชนเขตเมืองทุกกลุ่มอายุเป็นโรคฟันผุมากกว่าทั้งในแง่ร้อยละของผู้เป็นโรคและความรุนแรงของโรคสะท้อนว่าโรคฟันผุเป็นโรคที่สัมพันธ์กับความเจริญ (civilized disease)

ในกลุ่มผู้ใหญ่เขตเมือง สิทธิข้าราชการ และช่วงชั้นทางสังคมสูง<sup>(23)</sup> มีจำนวนซี่ฟันผุมากกว่ากลุ่มอื่นแต่มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาต่ำกว่า และสภาวะเหงือกและปริทันต์ดีกว่า

เมื่อพิจารณาโครงการประกันสุขภาพช่องปาก ไม่เฉพาะชุดสิทธิประโยชน์ แต่กลไกการจ่ายเงิน และแหล่งที่มาของเงินที่ใช้ก็แตกต่างกันด้วย เนื่องจากสิทธิประโยชน์เป็นกรอบพิจารณาทั้งในการให้บริการและใช้บริการ ความแตกต่างดังกล่าวจึงอาจเรียกได้ว่า ความไม่เป็นธรรมเชิงโครงสร้างหรือเชิงระบบ ซึ่งอาจส่งผลให้เข้าถึงและใช้บริการแตกต่างกันโดยเฉพาะในโครงการประกันสังคม

แม้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการของผู้มีสิทธิประกันสังคมมีจำนวนน้อยมากแต่มีข้อสรุปตรงกันว่า ผู้ประกันตนนิยมใช้บริการสุขภาพช่องปากจากภาคเอกชน<sup>(34,35)</sup> และมีอัตราการเบิกเงินคืนค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 34.5) ขณะที่ผู้มีสิทธินี้ร้อยละ 78.7 ของผู้ประกันตนในกรุงเทพมหานครจำนวน 332 คน<sup>(34)</sup> ซึ่งอาจเป็นเพราะสิทธิประโยชน์ที่จำกัดชนิดบริการและเพดานการเบิกเงินคืนที่ต่ำ ขณะที่ค่าบริการในภาคเอกชนทั้ง 3 ชนิดตามสิทธิประโยชน์สูงกว่าที่จะเบิกได้ต่อครั้ง<sup>(35)</sup> นอกจากนี้ผู้ประกันตนอาจมีสวัสดิการของนายจ้าง หรือสิทธิอื่น<sup>†</sup> ที่เหนือกว่าจึงไม่ใช้สิทธิประกันสังคม การที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายในส่วนที่กินเองจึงอาจเป็น

† เช่น สวัสดิการรักษายาบาลของพนักงานธนาคาร

\* ในทางปฏิบัติพบว่า มีผู้มีสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐซ้ำซ้อน

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะในกลุ่ม แรงงานด้อยทักษะที่มีรายได้น้อย ขณะที่กลุ่มสิทธิ ข้าราชการใช้บริการมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อาจเพราะ กลไกการจ่ายเงินกลุ่มนี้เป็นไปตามชนิดบริการ (fee-for-service) และผู้ใช้บริการสามารถเบิกคืน ได้หมด อีกทั้งยังเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาซึ่งสามารถ สื่อสารกับทันตบุคลากรและรับคำแนะนำต่างๆ ได้ ดีกว่ากลุ่มอื่นๆ

ในอดีตภาครัฐลงทุนด้านสุขภาพช่องปาก ในเขตเทศบาลมากกว่าสาขาภิบาลและชนบทมาโดย ตลอด ในปัจจุบัน รวมทั้งการกระจายทันตบุคลากร ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการจัดบริการภาครัฐและการ เข้าถึงบริการที่เอื้อให้ประชาชนเขตเจริญเข้าถึง บริการได้ดีกว่าเขตชนบทห่างไกล การเพิ่มการเข้า ถึงบริการภาครัฐสามารถยกระดับสุขภาพช่องปาก ได้อย่างรวดเร็วในกรณีที่โรคมีความชุกสูงโดย เฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบท<sup>(35)</sup> ซึ่งความไม่รู้ไม่ เข้าใจไม่ตระหนักและสภาพความขาดแคลนโดย รวมเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพ ช่องปากที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม ลำพังระบบ บริการสุขภาพช่องปากไม่สามารถแก้ปัญหาเหล่านี้ ได้อย่างยั่งยืน จำเป็นต้องมีนโยบายสาธารณะ เพื่อการรู้หนังสือ การสื่อสารและคมนาคม มาตรฐาน ความเป็นอยู่ การอาชีพ และระบบบริการสุขภาพ โดยรวม เพื่อยกระดับความเป็นอยู่และคุณภาพ ชีวิตเป็นพื้นฐานก่อน

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุม ประชากร 45 ล้านคนมีเป้าหมายหลักเพื่อลด ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการรวมสุขภาพ ช่องปาก ซึ่งค่าบริการเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อครัวเรือนได้รับผลกระทบจากวิกฤต เศรษฐกิจในปี พ.ศ. 2540 อย่างไรก็ตาม ไม่มี นโยบายด้านการบริหารจัดการและการผลิตทันต บุคลากรเพื่อรองรับโครงการนี้เป็นการเฉพาะ มี

เพียงการออกมาตรการและข้อกำหนดเล็กๆ น้อยๆ ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพในความเป็นจริง การจัดบริการสุขภาพช่องปากมีข้อจำกัดมาแต่ อดีตเพราะเป็นบริการที่ใช้แรงงานกึ่งทักษะซึ่ง เกือบทั้งหมดเป็นหัตถการที่ใช้เวลาค่อนข้างมาก เมื่อขยายฐานประชากรที่รับผิดชอบมากขึ้นอย่าง ทันทีจึงประสบปัญหาการเข้าถึงบริการที่มีคิวยาว ขึ้นหรือผู้ให้บริการต้องจำกัดจำนวนผู้ใช้บริการใน แต่ละวัน เนื่องจากกำลังการผลิตไม่ได้ขยายอย่าง สัมพันธ์กัน<sup>(36)</sup> การติดตามและการปรับโครงการ เป็นระยะรวมทั้งการมีนโยบายเฉพาะที่คำนึงถึง ความเป็นธรรมจึงจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน ระยะที่ระบบต่างๆ ยังไม่สนับสนุนโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างสมบูรณ์

## สรุป

จากชุดข้อมูลที่มีแม้ว่าจะไม่สามารถแสดง กลไกที่มีนัยสำคัญทางสถิติของความไม่เป็นธรรม ที่เกิดขึ้น แต่พบว่ามีค่าความไม่เป็นธรรมในการเข้า ถึงบริการเชิงโครงสร้างและในการใช้บริการสุขภาพ ช่องปากระหว่างพื้นที่และโครงการประกัน พื้นที่ โดยเขตเมืองและสิทธิข้าราชการได้เปรียบ การ ลงทุนภาครัฐในอดีตมีความไม่เป็นธรรมโดยเขต เมืองได้เปรียบ ด้านสุขภาพช่องปาก ประชาชน เขตเมืองเป็นโรคฟันผุมากกว่าและรุนแรงกว่า แต่ จำเป็นต้องได้รับบริการด้านดูแลรักษาเหงือกน้อยกว่าและเหลือฟันผุที่ไม่ได้รักษาน้อยกว่า สำหรับ กลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ใช้บริการอุดฟันเท่าเทียมกัน ระหว่างเขตต่างๆ จากผลของโครงการเฝ้าระวัง ทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา แต่ภาวะโรค ในช่องปากเป็นไปในทำนองเดียวกับผู้ใหญ่ และโรค ฟันผุในเด็กเขตชนบทยังคงมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น

## ข้อเสนอเชิงนโยบาย

หากมุ่งหวังให้การประกันสุขภาพช่องปากมีความเป็นธรรม ขณะเดียวกันระบบก็มีประสิทธิภาพด้วย ควรพิจารณาใน 4 ประเด็นได้แก่

1) ระดับจังหวัดหรือเขตควรต้องมีข้อมูลการใช้บริการของผู้มีสิทธิประกันต่างๆ เพื่อการประเมินผลและกำกับระดับจังหวัดหรือเขตว่า มีการเลือกปฏิบัติ หรือไม่

2) เพื่อวัตถุประสงค์ความเป็นธรรมแนวราบ การปรับลดความแตกต่างของชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันต่างๆ ต้องพิจารณาบนพื้นฐานของความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก แทนที่จะขึ้นกับสถานะทางสังคมหรือการอาชีพ และที่มาของเงินที่ใช้ในระบบต้องสัมพันธ์กับสิทธิประโยชน์ หากจะนำการร่วมจ่ายเงินมาใช้เพื่อสร้างความเป็นธรรมแนวคิดควรต้องคำนึงถึงกำลังจ่ายของคนชนบทและผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากคนกลุ่มนี้เข้าถึงบริการได้น้อยอยู่แล้วในทุกวันนี้

3) ควรต้องเพิ่มการพัฒนาศักยภาพบริการในเขตชนบทและสุขภาพบาล เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ อย่างไรก็ตาม การจ่ายเงินให้เครือข่ายบริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบเหมาจ่ายรายหัวที่รวมเงินเดือนอาจเป็นข้อจำกัดของการขยายบริการหากผู้บริหารเครือข่ายบริการวิตกกังวลกับต้นทุนเกินเหตุ ด้วยแนวคิดกระจายอำนาจ การติดต่อกับเครือข่ายบริการควรเป็นการกำกับและซื้อบริการจากเครือข่าย

ช่วยบริการด้วยผลการดำเนินงานแทนการควบคุมโดยตรง

4) การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้านสุขภาพในทุกมิติเช่น กำหนดทิศทางบริหารจัดการ ติดตาม และกำกับทั้งในด้านจัดบริการและการจัดทำแผนงานโครงการป้องกันโรคในชุมชน เหล่านี้จะเป็นวิถีทางที่ช่วยปรับความไม่เป็นธรรม ซึ่งจะเกิดผลตามมา 3 ประการคือ เพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็น เพิ่มการเข้าถึงโครงการป้องกันโรคที่ได้ผลในการแก้ปัญหาของพื้นที่ และยกระดับสภาวะสุขภาพช่องปากในที่สุด การพึ่งพิงทันตบุคลากรเพียงอย่างเดียว จะทำให้ระบบบริการแพงขึ้น ขณะที่ประชาชนยังคงมีปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก

## กติกกรรรมประกาศ

ขอขอบคุณองค์การอนามัยโลกแห่งประเทศไทยที่สนับสนุนทุนแก่โครงการวิจัยนี้ และ ศ.ดร. ศุภสิทธิ์ พรธรรมาโรจน์ ที่ปรึกษาโครงการ รวมถึงผู้สนับสนุนข้อมูลส่วนที่มีได้อยู่ในรูปแบบรายงาน ได้แก่ ฝ่ายสถิติและรายงาน กองวิชาการและแผนสำนักงานประกันสังคม สำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และ ทพ.โกเมศ วิชชาวุฒ และขอขอบคุณนางอรุณรักรักษ์ วรวัฒน์ ในการติดตามข้อมูลบางส่วน

## เอกสารอ้างอิง

- 1 Braveman P. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries, WHO/CHS/HSS/98.1
- 2 McIntyre D, Gilson L. Putting equity in health back onto the social policy agenda: experience from South Africa, Soc Sci Med, 2002;54(11):1637-1656.
- 3 Kinman EL. Evaluation health service equity at a primary care clinic in Chilimarca, Bolivia, Soc Sci Med, 1999;49(5):663-678.

- 4 Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Oranga H, Ouendo M. Strategies for promoting equity: experience with community financing in three African countries, *Health policy* 2001;58(1):37-67.
- 5 Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ* 2000; 19(5):553-583.
- 6 Schoen C, Davis K., DesRoches C, Donelan K, Blendon R. Health insurance market s and income inequality: finding from an international health policy survey, *Health Policy* 2000 (51):67-85.
- 7 Normand C , Weber A. 1994. Social health insurance : a guidebook for planning. WHO and ILO.
- 8 ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. 2543. ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ กรุงเทพฯ
- 9 Donaldson C , Gerard K. 1994. Economic objectives of health care in *Economics of health care financing*, pg. 68-84, Macmillan, London.
- 10 Locker D. Deprivation and oral health : a review , *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:161-169.
- 11 McCarron P, Yates B. inequalities in health: approaches by health authorities in an English health region, *J Public Health Med* 2000;22(2):161-166.
- 12 Pannarunothai S, Mills A. The poor pay more: health-related inequality in Thailand, *Soc Sci Med*, 1997;44(12):1781-1790.
- 13 Mooney G. 1994. Equity in Key issues in health economics, *Harvester Wheatsheaf*, pg. 65-86.
- 14 Hjern A , Grindejord M , Sundberg H, Rosen M. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden, *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:167-174.
- 15 Pack AR. Dental services and needs in developing countries, *Int Dent J* 1998;48(3 suppl 1):239-247.
- 16 Gelbier S. The National Health Service and social inequalities in dental health, *Br.Dent. J.* 1998;185(1):28-29.
- 17 Mouradian WE, Wehr E., Crall JJ. Disparities in children's oral health and access to dental care, *JAMA* 2000;284(20):2625-2631.
- 18 Lapying P. 2001. The demand analysis of oral care in rural area : a case study of Uthong district, Suphanburi , Ph.D. Thesis in Medical and Health Social sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University .
- 19 Beazoglou T, Brown LJ, Heffley D. Dental care utilization over time. *Social Sciences and Medicine*, 1993;37(12) 1461-1472.
- 20 Grytten J., Holst D. & Laake P. Accessibility of Dental Services According to Family Income in a Non-insured Population. *Soc Sci Med*, 1993.37(12) 1501-1508.
- 21 Grytten J. Accessibility of Norwegian dental services according to family Income from 1977-1989. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20:1-5.
- 22 เพ็ญแข ลามยี่ง. การเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศไทย ว.ทันต.สธ 2542;4(2):7-33.
- 23 สำนักงานประกันสังคม. 2545. สถิติประกันสังคม พ.ศ. 2540-2545. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.

- 24 Vachirarojipisan T. 2002. Equity in oral health in Thailand : case study in Kukot municipality, Prathumtani province. Thesis in Medical and Health Social sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- 25 กระทรวงการคลัง. หนังสือที่ กค 0526.5/ว 41 ลงวันที่ 8 มิถุนายน 2542 เรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการ.
- 26 คณะอนุกรรมการการพัฒนาระบบการเงินการคลังภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. เอกสารข้อเสนอเชิงนโยบายเล่มที่ 2/1 เรื่องข้อเสนอที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546. เอกสารประกอบการประชุม ปฏิรูป 30 บาท “สู่ความยั่งยืนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” 26-28 สิงหาคม 2545 ณ ศูนย์การประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ กรุงเทพฯ.
- 27 กรมอนามัย. การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 2 พ.ศ.2527. กองทันตสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข
- 28 กรมอนามัย. 2534. การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 3 พ.ศ.2532. กองทันตสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข
- 29 กรมอนามัย. 2538. การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 4 พ.ศ.2537. กองทันตสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข
- 30 กรมอนามัย. 2545. การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 5 พ.ศ.2543-2544. กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
- 31 Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Walls AWG. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. Community Dent Oral Epidemiol, 2001;29:195-203.
- 32 Petersen PE. Social inequities in dental health. Towards a theoretical explanation. Community Dent Oral Epidemiol 1990;18:153-8.
- 33 ดาวเรือง แก้วขันตี, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, เพ็ญแข ลากยั้ง, ปิยะดา ประเสริฐสม การศึกษาเชิงลึกสถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน:กรณีศึกษาอำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ว.ทันต.สธ 2543;5(1-2):53-64.
- 34 Hosanguan C, Taweethawornsawat S, Itsaraviriyakul S. utilization of dental care in the Thai Social Security Plan. J.Dent.Assoc.Thai. 2001;51(4): 264-270.
- 35 เพ็ญแข ลากยั้ง และธานีรินทร์ สุธีประเสริฐ. สิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการประกันสังคมในมุมมองของทันตแพทย์ ว.ทันต.สธ 2543;5(1-2):65-81.
- 36 สมนึก ชาญด้วยกิจ, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สุณี ผลดีเยี่ยม และปราณี เหลืองวราร. สถานการณ์การให้บริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอของประเทศไทย ปี 2540-2541 ว.ทันต.สธ. 2544;6(2):63-73.
- 37 เพ็ญแข ลากยั้ง. 2545. การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : กรณีศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี ภูเก็ต สุโขทัยและอุบลราชธานี รายงานวิจัย เอกสารโรเนียว.
- 38 เพ็ญแข ลากยั้ง. 2544. การเงินการคลังบริการสุขภาพช่องปากในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เอกสารโรเนียว.

## Oral health Inequity in Thai experience\*

Phenkhae Laping

Dental Health Division, Department of Health, Ministry of Public Health

### Abstract

This documentary research aimed to explore oral health inequity in Thai context and to preliminarily examine its existence. Related literatures and previous documents focused on health and oral health equity and utilization were critically reviewed and analyzed between April- June 2003. Inequities on oral health were defined in five areas: utilization the service, benefit package of insurance schemes, expenditure, dental and population ratios and oral health status. The results were as following.

Controlling the influence of age, people in urban areas, Civil Servant Medical Beneficiaries and high social stratification utilized services of tooth preservation and out-of-pocket paid higher than other groups. Among insurance schemes, there are evidently differences on benefit package, budget, and payment mechanism. The differences may be major obstacle in improving equity on utilization.

Countrywide public oral health programme in primary school can equitably improve only access to the service in children aged 12 but their inequitable pattern of oral health status among areas is still similar to adult group. Adult people in urban, CSMBS and high social stratification have greater caries experiences but lower untreated decay tooth and lower periodontal needs.

Infrastructures and accessibility of the service have been formerly affected by inequitable allocation of oral health resource in the past. Central and local governments inequitably invested in oral health which municipalities gained greater budget than sanitary and rural areas, as well as the distribution dental personnel.

Recommendations on information system, benefit package adjustment, regulation and collective financing, and community participation are drawn from the findings.

**key words** : equity, oral health, utilization, accessibility, benefit package, health insurance, expenditure, dental and population ratios

\* is a part of a documentary research namely Oral health equity in Thailand in the project "Oral health insurance in Thailand : the financial issue towards equity"