

การใช้บริการทันตกรรมในมุมมองเศรษฐิก-สังคม (Dental Care Utilization : Socio-Economic Viewpoint)

เพ็ญแข ลาภยิ่ง

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

Friedman, J.W and Atchison, K.A. 1993. The Standard of Care : An Ethical Responsibility of Public Health Dentistry. J. Public Health Dent. 53(3) : 165-9.

การวินิจฉัยและการรักษาทางทันตกรรมที่ต่างกันมาก บ่งบอกว่า ขาดมาตรฐานบริการเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติแก่ทันตแพทย์และเพื่อปกป้องสังคม ตัวอย่างของบริการทันตกรรมที่มักถูกตั้งคำถามได้แก่ การรักษามากเกินไป (overtreated), เก็บค่าบริการแพงเกินไป (overcharged) และทำให้ผู้รับบริการเสี่ยงต่ออันตรายที่เกิดจากการรักษา เดิมงานทันตสาธารณสุขชุมชนให้ความสำคัญต่อการป้องกันระดับชุมชน, การศึกษา และรักษา ปัจจุบันควรเพิ่มความรับผิดชอบในแง่จริยธรรม (หน้าที่และบทบาทด้านคุณธรรม) โดยต้องตระหนักและต่อสู้กับพฤติกรรมแบบทันตแพทย์เป็นใหญ่ (paternalistic professional behavior) ซึ่งละเมิดความไว้วางใจของสังคม และส่งเสริมระบบ ที่จะปรับปรุงการเข้าถึงบริการ, คุณภาพบริการ และการเงินการคลังทันตสุขภาพ เพื่อประชาชนทั่วไป

Grembowski, D.; Fiset, L.; Milgrom, P. et al. 1997. Does Fluoridation Reduce the Use of Dental Services Among Adults ? Med. Care 35(5) : 454-71.

ศึกษาอิทธิพลของการป้องกันโรคต่อการใช้บริการสุขภาพ โดยศึกษาผลของการเติมฟลูออไรด์ใน

น้ำประปาที่มีต่อความต้องการบูรณะฟันในกลุ่มลูกจ้างรัฐวอชิงตันและคูสมรอายุ 20-34 ปี จำนวน 972 คน ใน 2 ชุมชนที่เติมและ 1 ชุมชนที่ไม่ได้เติมฟลูออไรด์ ในน้ำประปา มีการเก็บข้อมูลพื้นฐานโดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์และประเมินสภาพช่องปากเพื่อหาคุณลักษณะส่วนบุคคล (personal characteristics) ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ดื่ม น้ำผสมฟลูออไรด์ โรคในช่องปาก และคุณภาพของการบูรณะฟันที่มีอยู่ในช่องปาก และหาความต้องการบริการ (effective demand) จากการยื่นเรื่องเบิกค่าบริการ (dental claim) เมื่อเวลาผ่านไป 2 ปี ข้อมูลพื้นฐานรายบุคคลและข้อมูลจากการ claim จะถูกเชื่อมโยง (linked) กับผู้ให้บริการและตัวแปรอื่นๆ ของผู้ให้บริการ

จากข้อมูลพื้นฐาน พบว่า คนที่ดื่ม น้ำผสมฟลูออไรด์มานานตั้งแต่ครั้งหนึ่งของช่วงชีวิตขึ้นไปจะมีโรคในช่องปากน้อยกว่า และมีโอกาสได้รับบริการบูรณะฟันน้อยกว่าผู้ไม่ได้ดื่ม น้ำผสมฟลูออไรด์ แต่ความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างไรก็ตาม จากการติดตามผลเป็นเวลา 2 ปี พบว่าการบูรณะฟันมากกว่าครึ่งหนึ่งนี้ เป็นการอุดฟันแทนรอยอุดเดิมที่ไม่ได้คุณภาพ ซึ่งพบในการตรวจช่องปากครั้งแรก หากพิจารณาเฉพาะฟันที่ผุและบูรณะไม่ดีพอ คนที่ดื่ม น้ำผสมฟลูออไรด์จะมีโอกาสน้อยกว่าที่จะได้รับการ

ผู้วิจัยสรุปว่า แม้ว่าฟลูออไรด์จะลดโรค แต่อาจลดหรือไม่ลดการใช้บริการขึ้นกับการตัดสินใจของทันตแพทย์เพราะพบผลทางตลาด (market effect)

จาก สมการความต้องการ (demand equation) เมื่อเทียบกับผู้ที่อยู่ในเขตไม่มีฟลูออไรด์ โดยพบว่า ผู้ที่อยู่ในบริเวณที่มีฟลูออไรด์และมีทันตแพทย์จำนวนมากจะได้รับบริการบูรณะฟันจำนวนมาก บ่งบอกว่า บริการดังกล่าวเกิดจากความต้องการที่ถูกกระตุ้นโดยทันตแพทย์ (potential supplier-induced demand) ทั้งที่มีความชุกของโรคฟันผุน้อยกว่า

So, F. H. C. and Schwarz, E. 1996. Demand for and Utilization of Dental services among Hong Kong Employees with and without Dental Benefit Coverage. Community Dent Oral Epidemiol 24 : 201-6 .

ศึกษาผลของการมีสิทธิประโยชน์ทันตกรรมที่นายจ้างเป็นผู้จ่าย ต่อแบบแผนความต้องการบริการและการใช้บริการทันตกรรมของลูกจ้างฮ่องกงและอิทธิพลของการตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ที่มีต่อความต้องการและการใช้บริการ โดยส่งแบบสอบถามถึงลูกจ้าง ใน 11 บริษัททั้งที่มีและไม่มีสิทธิประโยชน์ทันตกรรมแบบสอบถามประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความต้องการและการใช้บริการทันตกรรม และ 3) การตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ที่มี โดยให้ความสำคัญกับลักษณะทางสังคมประชากรของผู้ตอบ มีผู้ตอบกลับ 67% พบว่า 40% ของผู้มีสิทธิประโยชน์ไม่ทราบถึงสิทธิที่มี ผู้วิจัยจึงแบ่งคนออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ได้รับความคุ้มครองและตระหนักถึงสิทธิ, ได้รับความคุ้มครองและไม่ตระหนักถึงสิทธิ และไม่ได้รับความคุ้มครองจากสิทธิประโยชน์ดังกล่าว คนส่วนใหญ่ในกลุ่มที่ตระหนักถึงสิทธิ เคยไปพบทันตแพทย์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาด้วยเหตุผลว่า ไม่มีอาการอะไร กลุ่มที่ตระหนักถึงสิทธิตอบว่า “เสียค่าใช้จ่ายต่ำ” มากกว่า และตอบว่า “เสียค่าใช้จ่ายสูง” น้อยกว่า และระบุความต้องการชนิดบริการมากกว่ากลุ่มที่ไม่ตระหนัก อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่ไม่ตระหนักมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง มากกว่าจะคล้ายกับกลุ่มที่ตระหนัก การได้รับความคุ้มครองตามที่เป็นอย่างนี้ ไม่ปรากฏว่ามีผลต่อความต้องการบริการทันตกรรม ในอนาคตควร

ศึกษาผลของความต้องการและการใช้บริการที่มากขึ้นว่าถูกกระตุ้นจากการที่มีบุคคลที่สามเป็นผู้จ่าย หรือไม่ และสามารถยกระดับสภาวะสุขภาพช่องปากได้หรือไม่

Grytten, J., Rongen, G and Asmyhr, O. 1996. Subsidized Dental Care For Young Men : Its Impact on Utilization and Dental Health. Health-Econ. Mar-Apr ; 5(2) : 119-28.

ในนอร์เวย์ รัฐอุดหนุนงบประมาณให้บริการทันตกรรมภาครัฐโดยไม่คิดมูลค่า สำหรับเด็กตั้งแต่อายุแรกเกิดจนถึง 18 ปี หลังจากนั้นในบางเมืองยังอุดหนุนค่าบริการบางส่วนโดยคิดค่าบริการเพียง 1 ใน 4 สำหรับคนอายุ 19 - 20 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ใช้บริการภาคเอกชน และเมื่ออายุตั้งแต่ 21 ปี ขึ้นไป ต้องจ่ายค่าบริการเองทั้งหมด การศึกษานี้ต้องการศึกษา ผลกระทบของนโยบายรัฐสวัสดิการในกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีต่อความต้องการ (demand) บริการทันตกรรม และสภาวะสุขภาพช่องปาก โดยใช้ข้อมูลจาก 2 แหล่งคือ 1) สภาวะสุขภาพช่องปากของกลุ่มอายุ 18 ปี ที่มารับบริการในสถานบริการภาครัฐ ในปี 1991 2) สัมภาษณ์บุคคลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่กำหนดรหัสไว้ล่วงหน้า (precoded questionnaire) ในปี 1990 ซึ่งถามข้อมูลในรอบ 1 ปี พบว่า สวัสดิการของรัฐไม่มีผลต่อความต้องการบริการทันตกรรม และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสวัสดิการและสภาวะทันตสุขภาพ

Kuthy, R.A., Strayer, M.S. and Caswell, R.J. 1996 Determinants of Dental User Groups among an Elderly, Low-Income Population. HSR 30(6) : 809-825 .

ศึกษาความแตกต่างระหว่าง ประชากรสูงอายุรายได้น้อยที่ใช้บริการทันตกรรม 5 กลุ่มกับกลุ่มที่ไม่ใช้บริการ โดยใช้ข้อมูลการยื่นเบิกเงินเป็นเวลา 10 ปี ในโครงการ Medicare Part B ของผู้มีอายุตั้งแต่ 62 ปีขึ้นไป ภายใต้โครงการบริการสุขภาพเขตเทศบาล (Municipal Health Services Program) และใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบ logistic วิเคราะห์ความ

สามารถในการจำแนกกลุ่มคนของตัวแปรต่างๆ โดยควบคุมตัวแปรเชื้อชาติ จากนั้นหาสมการกำหนดการใช้บริการ พบว่า ปัจจัยจำแนกระหว่างการใช่และไม่ใช่บริการทันตกรรมเลย คือ จำนวนครั้งเฉลี่ยของการรับบริการการแพทย์ จำนวนครั้งเฉลี่ยของการรับยาและเชื้อชาติ โดยผู้ไม่ใช่บริการทันตกรรมจะไปรับบริการการแพทย์หรือรับยาแก่มากกว่า และมักเป็นคนผิวขาว แม้ว่าปีเกิดจะมีนัยสำคัญทางสถิติในการกำหนดลักษณะการใช้บริการทันตกรรม แต่ผลดังกล่าวมีทิศทางไม่แน่นอนเมื่อเปรียบเทียบกับคนกลุ่มต่างๆ อย่างไรก็ตามความเสี่ยงสัมพัทธ์ในการรับบริการฟันปลอมทั้งปากจะเพิ่มขึ้น เมื่ออายุมากขึ้น

Grytten, J. ; Holst, D. and Laake, P. 1993 Accessibility of Dental Services According to Family Income in a Non-insured Population. Soc. Sci. Med. 37(12) : 1501-8.

ศึกษาผลของรายได้ครอบครัว (family income) ที่มีต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมในประเทศนอร์เวย์ โดยใช้ข้อมูลระดับประเทศ ปี 1989 ซึ่งเป็นตัวแทนชาวนอร์เวย์ อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปที่ไม่มียุติบัตร ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 1,200 คน วิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ

1) ประเมินโอกาสของการมีความต้องการบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา ตาม family income ว่า มีความต้องการหรือไม่

2) ประมาณจำนวนบริการตามรายได้ครอบครัวในกลุ่มที่มีความต้องการบริการ

พบว่า ค่าความยืดหยุ่นของโอกาสต้องการบริการ (elasticity of the odds of having demand the services) ต่อรายได้ครอบครัว = 0.48 (เมื่อรายได้เพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสต้องการบริการเพิ่มขึ้น 0.48 หน่วย--ผู้แปล) นั่นคือ รายได้ครอบครัวไม่มีผลต่อจำนวนบริการที่ใช้ และยังพบว่า ไม่มีผลต่อโอกาสที่จะได้รับการอุดฟันหรือครอบฟัน เมื่อไปพบทันตแพทย์

ในนอร์เวย์ ประชาชนวัยผู้ใหญ่ (ตั้งแต่อายุ 20 ปี) ต้องจ่ายค่าบริการทันตกรรมทั้งหมดเอง จากข้อมูล

ที่มีอยู่ไม่สามารถบอกได้ว่า การจัดสรรงบประมาณอุดหนุนค่าบริการจะสามารถลดความไม่เท่าเทียมในความต้องการบริการได้ (ในนอร์เวย์ เริ่มมีการเสนอความเห็น ว่า รัฐควรอุดหนุนค่าบริการทันตกรรมโดยผนวกเข้ากับการประกันสุขภาพของรัฐซึ่งมีอยู่แล้ว แต่ผลการศึกษาชี้เห็นว่า เมื่อรายได้หรือเศรษฐกิจไม่ใช่ตัวกำหนดความไม่เท่าเทียมในการบริการ การอุดหนุนค่าบริการจึงไม่จำเป็น--ผู้แปล)

Petersen, P.E. 1990 Social inequalities in dental health : towards a theoretical explanation. Community Dent Oral Epidemiol. 18 : 153-8 .

ความไม่เท่าเทียมทางสังคม (social inequality) เป็นประเด็นหนึ่งที่นักสังคมวิทยาให้ความสนใจ โดยความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพหรือการใช้บริการสุขภาพนับเป็นเรื่องสากล การศึกษานี้ต้องการพรรณนาความไม่เท่าเทียมด้านทันตสุขภาพในเดนมาร์ก โดยทบทวนผลการศึกษาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ในปี 1976 และ 1986 พบว่า ระหว่างคนในชนชั้นล่างกับสูง มีจำนวนคนวัยผู้ใหญ่ที่มีฟันเหลือเนื้อหรือฟันหลอทั้งปาก แตกต่างกันอย่างชัดเจน ขณะที่กลุ่มเด็กมีความแตกต่างทางสังคม (social differences) น้อยส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีโครงการทันตสุขภาพ รองรับกลุ่มแรงงานมีระดับโรคฟันผุและความจำเป็นที่ยังไม่ได้รับการรักษา (unmet treatment need) มากกว่าข้าราชการ การศึกษาจำนวนหนึ่งในกลุ่มแรงงานอุตสาหกรรมบ่งชี้ด้วยว่าโรคฟันผุเกิดจากปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน, พฤติกรรมสุขภาพ, ผลของเครือข่ายทางสังคม (social network) และแบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้วิจัยสรุปคำอธิบาย, ความหมายโดยนัย และข้อโต้แย้งเชิงทฤษฎีของความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ แนวคิดต่างๆ ได้แก่ 1) artefact explanation 2) Natural and social selection 3) Materialist or structuralist explanations 4) Cultural and behavioral explanation และพัฒนาเป็นแบบจำลองทันตสุขภาพใหม่ขึ้นมา

Freeman, H.E. and Corey, C.R. 1993. Insurance and Access to Health Services among Poor Persons. HSR. 28(5) : 531 - 41.

ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีประกันสุขภาพ และการเข้าถึงบริการของคนกลุ่มรายได้น้อย อายุไม่เกิน 65 ปี โดยมีลักษณะทางประชากรและความจำเป็นทางสุขภาพเป็นตัวแปรอิสระทำนายการใช้บริการ โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประชาชนในการสำรวจด้านสุขภาพ (Health Interview Survey) ปี 1983, 1984 และ 1986 ในกลุ่มรายได้ ระหว่าง 100 ถึง 150% ของระดับความยากจนและกลุ่มที่อยู่ต่ำกว่าระดับความยากจน หาความสัมพันธ์ระหว่างการมีประกันสุขภาพกับการเข้าถึงบริการ จำนวนตัวอย่างอยู่ระหว่าง 6,000 ถึง 11,000 คน ขึ้นกับสัดส่วนของการทำประกันแต่ละกลุ่ม และวิเคราะห์ข้อมูลแยกแต่ละปีซึ่งได้ผลสอดคล้องกันว่า ประกันสุขภาพโดยรัฐ (Medicaid) สัมพันธ์กับการให้บริการทั้งฉุกเฉินและบริการในโรงพยาบาล ต่างจากผู้มีประกันเอกชนและไม่มีประกันใดๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแต่การศึกษานี้ไม่ได้ประเมินความจำเป็นหรือความเสี่ยงต่อสุขภาพว่าสัมพันธ์กับการมีประกันหรือไม่ ในกลุ่มเกือบจน (near-poor) ก็เป็นเช่นเดียวกับกลุ่มคนจน แม้ว่าจะพบความแตกต่างน้อยกว่ามาก และมีนัยสำคัญทางสถิติน้อย

นั่นคือ กลุ่มคนจนและเกือบจนที่ทำประกันเอกชนจะมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ เพราะต้องจ่ายร่วม (copayment) หรือต้องจ่ายค่าบริการส่วนแรกที่กำหนดไว้ ส่วนที่เกินบริษัทประกันจะเป็นผู้จ่าย (deduction) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของประกันเอกชนทั่วไป ผู้ศึกษาได้ตั้งคำถามต่อนโยบายที่เพิ่มการเข้าถึงบริการด้วยการขยายระบบประกันจากนายจ้าง (employer-provided insurance) หรือนโยบายที่ใช้การประกันร่วม (coinsurance) และ deduction ทั้งที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ

Pannarunothai, S. and Mills, A. 1997. The Poor Pay more : Health-Related Inequality in Thailand. Soc. Sci. Med. 44(12) : 1781-90.

ศึกษาความเสมอภาคในการใช้บริการเมื่อมีความจำเป็นทางสุขภาพกับความเป็นธรรมในการจ่ายค่าบริการในเขตเมืองของประเทศไทย ใช้ข้อมูลจากการสำรวจโดยการสัมภาษณ์ระดับครัวเรือนเพื่อหาแบบแผนการรับรู้การเจ็บป่วย การใช้บริการจากแหล่งบริการต่างๆ และการจ่ายค่าบริการ การไม่มีอุปสรรคด้านการเงิน (ซึ่งสะท้อนจากการมีสิทธิประโยชน์ด้านการแพทย์หรือการมีประกัน) จะมีอิทธิพลต่ออัตราการเจ็บป่วยและอัตราการใช้บริการโรงพยาบาล การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพของกลุ่มคนจนไม่ใช่อุปสรรคสำคัญของเขตพื้นที่นี้เพราะคนกลุ่มดังกล่าวมีทางเลือกอื่นๆ ขึ้นกับความสามารถในการจ่ายและความยินดีที่จะจ่าย (ability and willingness to pay) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาตามกลุ่มรายได้ และรายได้ต่อประชากร พบว่า มีความไม่เท่าเทียมในการจ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพโดยกลุ่มคนที่ไม่มีสิทธิรักษาใดๆ มักต้องจ่ายเงินของตัวเองหรือใช้เงินของครัวเรือนมากกว่า กลุ่มที่มีสิทธิต่างๆ ยิ่งไปกว่านั้นกลุ่มที่ไม่มีสิทธิใดๆ มักได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพจากรัฐน้อยที่สุด ต่างจากกลุ่มอื่นๆ เช่น ข้าราชการซึ่งจ่ายเม็ดเงินน้อยกว่าและไม่ได้จ่ายเงินสมทบเลย และยังพบว่าคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ให้บริการหลักในเขตเมืองนี้ ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและใน

นโยบายที่ควรใช้แก้ปัญหาค่าใช้จ่ายที่ไม่เท่าเทียมในระบบการจ่ายเงินดังกล่าวทั้งในระยะสั้นและยาวได้แก่ ปรับระบบการเบิกจ่ายเงินค่าบริการ (ในระยะสั้นคือ เข้มงวดต่อการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลคืนของกลุ่มข้าราชการที่ใช้บริการจากสถานบริการเอกชน และควรพิจารณาที่ระดับเงินเดือน เมื่อมีรายได้สูงถึงระดับหนึ่งก็ควรเข้าสู่ระบบประกันสังคม โดยอาจเพิ่มสิทธิประโยชน์บางอย่างเพื่อให้เกิดการยอมรับรวมทั้งปรับงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขให้สัดส่วนต่อหัวสำหรับกลุ่มรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาสเท่ากับที่รัฐจ่ายสมทบให้ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมในระยะยาวควรมีการทบทวนระบบภาษีและขยายระบบประกันสุขภาพ---ผู้แปล)

