

เปรียบเทียบการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี พ.ศ. 2556

สุนี วงศ์คงคาเทพ*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยเปรียบเทียบระหว่างปี 2552 กับปี 2556 โดยใช้ฐานข้อมูลดิบ (raw data) ในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) ปี 2552 และ ปี 2556 ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประกอบด้วยข้อมูลครัวเรือนปี 2552 จำนวน 26,500 ครัวเรือน และปี 2556 จำนวน 27,960 ครัวเรือน ประมวลผลข้อมูลโดยถ่วงน้ำหนักข้อมูล (Weight) เพื่อให้ได้ค่าประมาณของประชากรทั้งหมดในกลุ่มผู้สูงอายุ มีสิทธิสวัสดิการร้อยละ 97.3-97.9 เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 79.3 และ 80.9 ตามลำดับ พบอัตราการใช้บริการทันตกรรมคิดเป็นร้อยละ 8.6-8.7 และใช้บริการใส่ฟันเทียมในสัดส่วนร้อยละ 15.6 ในปี 2552 เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.8 ในปี 2556 ส่วนใหญ่ใช้บริการฟันเทียมที่คลินิกเอกชนร้อยละ 38.2-40.3 ซึ่งเป็นการใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิรักษาพยาบาลในสัดส่วนร้อยละ 57.6 ในปี 2552 และลดลงเป็นร้อยละ 52.1 ในปี 2556 ทั้งนี้กลุ่มผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีทั้งกลุ่มรายได้สูงและต่ำ และกลุ่มที่มีรายได้สูงนอกเขตเทศบาลมีอัตราใช้บริการฟันเทียมปี 2556 สูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำนอกเขตเทศบาล 2.8 เท่า แสดงให้เห็นถึงความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการฟันเทียมของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน

คำสำคัญ: การใช้บริการ, บริการใส่ฟันเทียม, กลุ่มผู้สูงอายุ

Abstract

Dental Prosthesis Utilization among Thai Ageing Population, Comparing 2009 with 2013 Sunee Wongkongkathep*

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

This study is aimed at reviewing how elderly people in Thailand access to dental prosthesis service comparing 2009 with 2013. Primary data was derived from two major household surveys conducted by National Statistical Bureau in 2009 and 2013; health and welfare survey, and economic and social status survey (n = 26,500 households in 2009 and 27,960 households in 2013). Extrapolation to total population by weight was then calculated.

It was found that proportion of ageing population covered by health insurance in 2009 and 2013 was 97.3 and 97.9%, of which national health insurance scheme contributed 79.3% and 80.9% respectively. Among them, dental health care utilization was low as 8.2-8.7%. Additionally, the percentage of accessing to dental prosthesis services increased from 15.6% in 2009 to 15.8% in 2013. Most of the elderly (38.2-40.3%) sought dental prosthesis through private services. While a percentage of the omission of health insurance scheme prevailed at 57.6 in 2009, reduced to 52.1 in 2013. On the other hand, utilization of dental prosthesis among the elderly with high and low income in Bangkok and municipality areas in 2013 was found 2.8 times higher than the elderly with low income in rural areas. This viewed obviously the inequity in access to dental prosthesis among elderly people in Thailand.

Keywords: utilization, dental prosthesis, Thai ageing population

*สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เข้าสู่ “ภาวะประชากรสูงอายุ” (ageing population) แล้ว สัดส่วนของประชากรสูงอายุในประเทศไทย มีจำนวนเพิ่มขึ้น อย่างเห็นได้ชัด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ในปี 2553 มีประชากรสูงอายุจำนวน 8.4 ล้านคน (ร้อยละ 13.2) เมื่อถึงปี 2583 คาดว่าจะมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นเป็น 19.3 ล้านคน (ร้อยละ 32.1) ซึ่งหากพิจารณาจากสัดส่วนประชากร ในวัยต่างๆ จะเห็นได้ว่า สัดส่วนประชากรในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา⁽¹⁾ จากจำนวน ผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ภาระรายจ่ายด้าน สวัสดิการสังคมและสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ที่พบในผู้สูงอายุ อันได้แก่ โรคกระดูกและข้อ ความดันโลหิต สูง เบาหวาน โรคหัวใจ ภาวะสมองเสื่อม ต้อกระจก รวมทั้ง สภาวะในช่องปาก⁽²⁾ การสูญเสียฟันหรือการมีสภาวะไร้ฟันใน ผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งด้านกายภาพและด้าน จิตใจ⁽³⁾ ทางด้านกายภาพนั้น ประสิทธิภาพการเคี้ยวอาหารของ ผู้ไร้ฟันจะมีเพียงร้อยละ 20 ของผู้มีฟันเท่านั้น⁽⁴⁾ ทำให้ผู้สูงอายุ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ส่งผลให้ร่างกายไม่ได้รับ อาหารเพียงพอ⁽⁵⁾ พฤติกรรมการดำรงชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลง อันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคทางระบบหลายโรคพร้อม กัน^(6,7) ทางด้านจิตใจ ภาวะไร้ฟันจะทำให้อารมณ์การเข้าสังคม ความพอใจในศักดิ์ศรีของตนเอง และความมั่นใจลดลง^(8,9) การใส่ฟันเทียมทั้งปากทดแทนฟันที่สูญเสียไปในผู้สูงอายุ จะ เป็นการฟื้นฟูหน้าที่ของฟันให้สามารถทำหน้าที่ในการบดเคี้ยว พุดจา เสริมความสมดุลและภาพลักษณ์ของใบหน้า และทำให้ คุณภาพชีวิตดีขึ้น⁽¹⁰⁻¹³⁾ ผลการสำรวจทันตสุขภาพครั้งที่ 7 พบ ว่าการสูญเสียฟันทั้งปากลดลงจากร้อยละ 10.5 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 7.2 ในปี พ.ศ. 2555^(14,15) และ ปี พ.ศ. 2555 ได้ ประเมินจำนวนความต้องการใส่ฟันเทียมของกลุ่มผู้สูงอายุ เท่ากับ 237,000 ราย⁽¹⁵⁾ ดังนั้นการใส่ฟันเทียมทั้งปากทดแทน ฟันที่สูญเสียไปในผู้สูงอายุ จึงเป็นการฟื้นฟูหน้าที่ของฟัน ให้ สามารถทำหน้าที่ในการบดเคี้ยว พุดจา เสริมความสมดุลและ

ภาพลักษณ์ของใบหน้า และทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น โดย ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทยได้กำหนดชุดสิทธิ ประโยชน์ทางทันตกรรมที่ครอบคลุมบริการใส่ฟันเทียมฐาน พลาสติกสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อแก้ปัญหาผู้สูงอายุมีฟันไม่เพียง พอต่อการบดเคี้ยว กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำโครงการ “ฟันเทียม พระราชทาน” โดยตั้งเป้าหมายให้ผู้สูงอายุได้ใส่ฟันเทียมปีละ 35,000 ราย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา⁽¹⁶⁾ และผลการ ศึกษาของเพ็ญแข ลามยี่ง และ วีระศักดิ์ พุทธาศรี พบว่าการ ใช้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2550 เป็นการ ใช้บริการของกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) และมีสัดส่วนลดลงในปี พ.ศ. 2554 จนมา อยู่ในระดับเดียวกันกับในปี พ.ศ. 2546⁽¹⁷⁾ การศึกษานี้จึงมี วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การใช้บริการใส่ฟันเทียม ของผู้สูงอายุไทยเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี พ.ศ. 2556 เพื่อพัฒนามาตรการและกลไกการบริหารจัดการในการ เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุในอนาคต ต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ได้วิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการ สุขภาพช่องปาก โดยใช้ฐานข้อมูลดิบ (raw data) ในการ สำนวจอนามัยและสวัสดิการ (สอ.ส.) ปี 2552 และ ปี 2556 ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำหรับการ เลือกตัวอย่างเป็นตัวแทนครัวเรือนไทยทั่วประเทศ (national representative sampling households) เลือกใช้ระเบียบ วิธีการสำรวจที่มีแบบแผนการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ stratified two stage sampling มีจังหวัดเป็นสตราตัม (stratum) รวมทั้งสิ้น 76 สตราตัม แต่ละสตราตัม (จังหวัด) แบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อยตามเขตการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและ นอกเขตเทศบาล โดยมีชุมชนอาคาร (สำหรับในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (สำหรับนอกเขตเทศบาล) เป็นตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง ส่วนการเลือกตัวอย่างขั้นที่สอง ได้เลือกครัวเรือนตัวอย่างจาก ครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้นในบัญชีรายชื่อครัวเรือน ซึ่งได้จาก

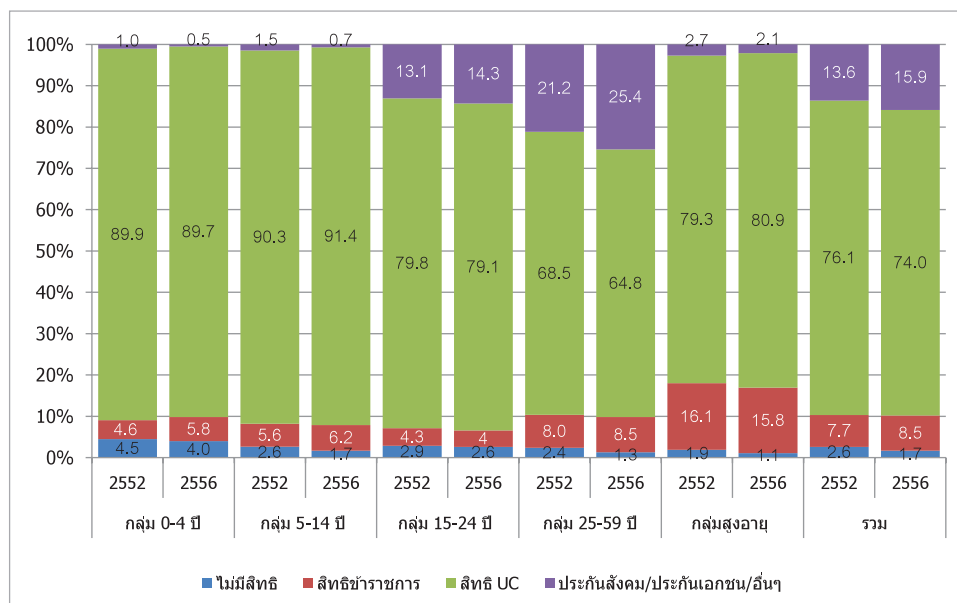
การนับจุดในแต่ละชุมชนอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่าง ด้วยวิธีการ
 สุ่มแบบมีระบบ ขนาดตัวอย่างในเขตเทศบาลคือเลือก 15
 ครั้วเรือนตัวอย่างต่อชุมชนอาคาร ส่วนนอกเขตเทศบาลเลือก 12
 ครั้วเรือนตัวอย่างต่อหมู่บ้าน ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ประกอบ
 ด้วย ข้อมูลครั้วเรือนปี พ.ศ. 2552 จำนวน 26,500 ครั้วเรือน
 และปี พ.ศ. 2556 จำนวน 27,960 ครั้วเรือน ประมวลผล
 ข้อมูลตามหลักสถิติศาสตร์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากครั้วเรือน
 ตัวอย่างมาคำนวณตามสูตรการประมาณค่าที่เหมาะสมกับวิธี
 การเลือกตัวอย่าง โดยมีการถ่วงน้ำหนักข้อมูล (Weight) เพื่อให้
 ได้ค่าประมาณของประชากรทั้งหมดที่ใกล้เคียงกับค่าที่แท้จริง
 เป็นการประมาณค่ายอดรวมของจำนวนประชากรสำหรับตัว

ราชอาณาจักร โดยกำหนดนิยามการใช้บริการฟันเทียมว่า
 หมายถึงการใช้บริการฟันเทียมในรอบปี 2552 และ 2556

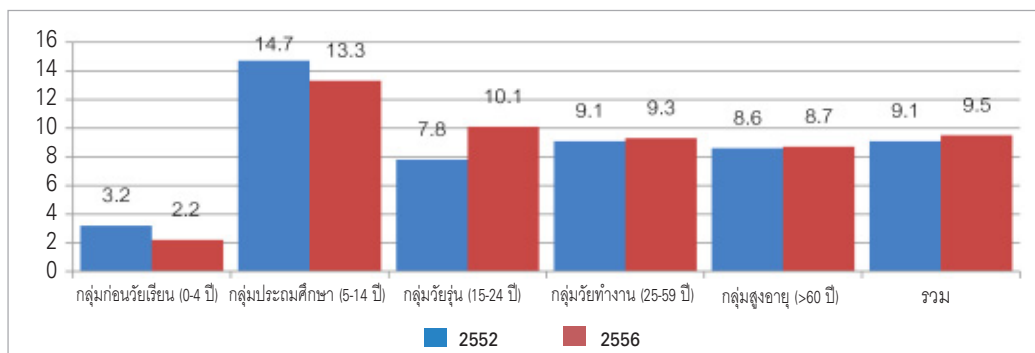
ผลการศึกษา

อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน

อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยเท่ากับ
 ร้อยละ 97.4 ในปี 2552 และร้อยละ 98.3 ในปี 2556 ตาม
 ลำดับ โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีสิทธิสวัสดิการร้อยละ 97.3-97.9
 เป็นสิทธิ UC ร้อยละ 79.3 และ 80.9 ตามลำดับ รองลงมาคือ
 มีสิทธิข้าราชการร้อยละ 16.1 ในปี 2552 ลดลงเป็น 15.8 ในปี
 2556 (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ประเภทของการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนปี 2552 และปี 2556 จำแนกตามกลุ่มอายุ



รูปที่ 2 การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2552 และ 2556 จำแนกตามกลุ่มอายุ



การใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุไทย

มีประชาชนไทยเคยใช้บริการทันตกรรมในรอบปี 2552 จำนวน 6.1 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9.1 ของประชากร และในปี 2556 จำนวน 6.28 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 9.5 ของประชากรไทย มีค่าเฉลี่ยของการใช้บริการทันตกรรม/ปีเท่ากับ 1.7 ครั้ง/คน ในปี 2552 เพิ่มขึ้นเป็น 2 ครั้ง/คน ในปี 2556 และพบว่าผู้สูงอายุใช้บริการทันตกรรมคิดเป็นร้อยละ 8.6 ในปี 2552 และร้อยละ 8.7 ในปี 2556 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด ซึ่งต่ำกว่าสัดส่วนเฉลี่ยของประเทศ (รูปที่ 2) เมื่อวิเคราะห์อัตราการให้บริการของผู้สูงอายุจำแนกตาม 1) พื้นที่แบ่งเป็น 3 พื้นที่ คือ กรุงเทพมหานคร ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานครใช้บริการร้อยละ 15.1 ในปี 2552 และ 15.9 ในปี 2556 สูงกว่าพื้นที่ในส่วนภูมิภาคทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเกือบ 2 เท่า 2) สิทธิรักษาพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสิทธิข้าราชการใช้บริการร้อยละ 16.3 ในปี 2552 และลดลงเป็นร้อยละ 13.8 ในปี 2556

ตารางที่ 1 ร้อยละของการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุจำแนกเปรียบเทียบปี 2552 และ 2556 ตามพื้นที่และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล

ปัจจัย	ปี 2552	ปี 2556
จำนวนประชากรทั้งหมดรวม	66,788,572	66,263,166
จำนวนผู้สูงอายุ	7,607,531	9,417,616
จำนวนผู้สูงอายุใช้บริการทันตกรรม	655,325	818,126
พื้นที่	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
เขตกรุงเทพ	15.1	15.9
เขตเทศบาล	9.3	8.3
นอกเขตเทศบาล	7.5	7.8
รวม	8.6	8.7
สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
ไม่มี	11.9	10.3
สิทธิข้าราชการ	16.3	13.8
สิทธิ UC	7.4	7.4
ประกันสังคม/ประกันเอกชน	14.0	18.2
รวม	8.6	8.7

สูงกว่ากลุ่มสิทธิ UC ที่ใช้บริการเพียงร้อยละ 7.4 ประมาณ 2 เท่า และ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิประกันสังคมใช้บริการทันตกรรมร้อยละ 14 ในปี 2552 และเพิ่มเป็นร้อยละ 18.2 ในปี 2556 (ตารางที่ 1)

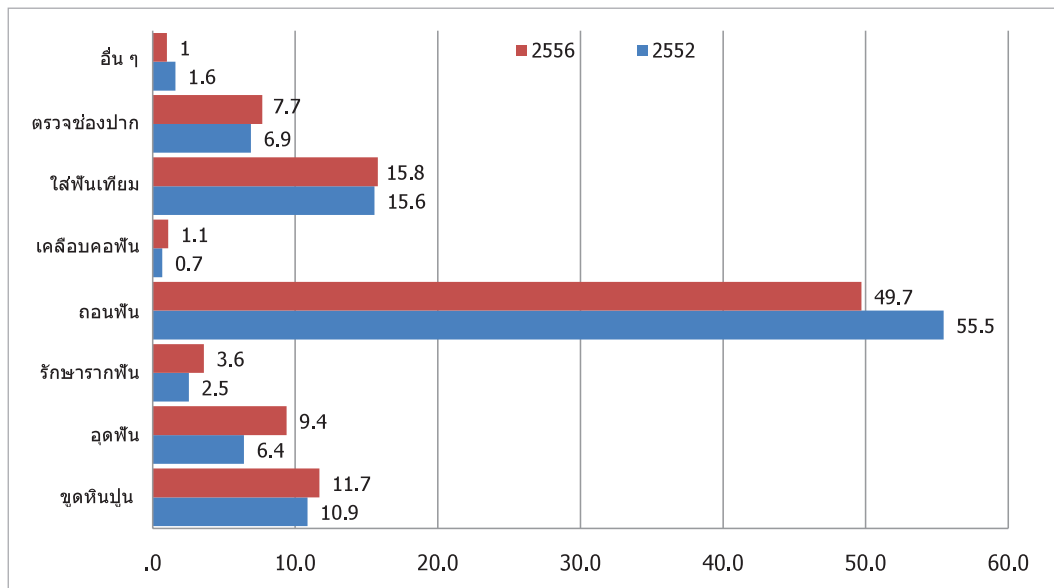
แบบแผนการให้บริการทันตกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ

แบบแผนการให้บริการสุขภาพช่องปากในการศึกษานี้เป็นการให้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายของกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยใช้บริการในปี 2552 และ 2556 จำแนกตามชนิดบริการทันตกรรม สถานบริการ สิทธิรักษาพยาบาลและพื้นที่ พบว่าชนิดบริการทันตกรรมที่กลุ่มผู้สูงอายุใช้บริการสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ถอนฟันคิดเป็นร้อยละ 55.5 ในปี 2552 และลดลงเป็นร้อยละ 49.7 ในปี 2556 ใส่ฟันเทียมคิดเป็นร้อยละ 15.6 ในปี 2552 เพิ่มขึ้นร้อยละ 15.8 ในปี 2556 และชุดหินปูนคิดเป็นร้อยละ 10.9 ในปี 2552 เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.7 ในปี 2556 (รูปที่ 3)

การใช้บริการฟันเทียมของผู้สูงอายุ

ข้อจำกัดในการวิเคราะห์การใช้บริการฟันเทียมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ คือ เป็นข้อมูลที่ไม่สามารถจำแนกตามชนิดฟันเทียม ได้แก่ ฟันเทียมทั้งปาก ฟันเทียมบางส่วน หรือ ฟันเทียมประเภทติดแน่น ฯลฯ ดังนั้น จึงไม่สามารถวิเคราะห์เชื่อมโยงกับโครงการฟันเทียมพระราชทานได้ เป็นเพียงการวิเคราะห์สัดส่วนการใช้บริการฟันเทียมในภาพรวมของกลุ่มผู้สูงอายุเท่านั้น

เมื่อจำแนกตามพื้นที่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่นอกเขตเทศบาลใช้บริการใส่ฟันเทียมในสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 16.7 ในปี 2552 และลดลงเป็นร้อยละ 15.2 ในปี 2556 ตรงกันข้ามกับกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลที่ใช้บริการร้อยละ 14.9 ในปี 2552 และเพิ่มเป็นร้อยละ 18.8 ในปี 2556 จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั้ง 2 พื้นที่ใช้บริการสูงกว่าในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 12) ส่วนการจำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาลนั้น พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสิทธิข้าราชการใช้บริการใส่ฟันเทียมในสัดส่วนสูงสุดร้อยละ 20.2 ในปี 2552 และลดลงเป็นร้อยละ 13.6 ในปี 2556 ขณะที่กลุ่มสิทธิ UC ใช้บริการร้อยละ 14.5 ในปี 2552 และเพิ่มเป็นร้อยละ 17 ในปี 2556 ส่วนกลุ่มที่ไม่มีสิทธิใดๆ และกลุ่ม



รูปที่ 3 ชนิดบริการทันตกรรมที่ใช้ครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุเปรียบเทียบปี 2552 และปี 2556

ตารางที่ 2 ร้อยละของการใช้บริการฟันเทียมของผู้สูงอายุไทยจำแนกตามพื้นที่และสิทธิรักษาพยาบาลเปรียบเทียบปี 2552 และปี 2556

ประเด็น	ปี 2552			ปี 2556		
	บริการฟันเทียม	บริการอื่นๆ	รวม	บริการฟันเทียม	บริการอื่นๆ	รวม
จำนวนพื้นที่ (ร้อยละ)	101,959	553,365	655,324	129,489	688,637	818,126
เขตกรุงเทพมหานคร	12.0	88.0	100.0	12.7	87.3	100.0
เขตเทศบาล	14.9	85.1	100.0	18.8	81.2	100.0
นอกเขตเทศบาล	16.7	83.3	100.0	15.2	84.8	100.0
รวม	15.6	84.4	100.0	15.8	84.2	100.0
สิทธิรักษาพยาบาล (ร้อยละ)						
ไม่มีหลักประกัน	7.3	92.7	100.0	17.0	83.0	100.0
สิทธิข้าราชการ	20.2	79.8	100.0	13.6	86.4	100.0
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)	14.5	85.5	100.0	17.0	83.0	100.0
ประกันสังคม/เอกชน	1.3	98.7	100.0	9.4	90.6	100.0
รวม	15.6	84.4	100.0	15.8	84.2	100.0

ประกันสังคมใช้บริการร้อยละ 7.3 และ 1.3 ในปี 2552 และเพิ่มเป็นร้อยละ 17 และ 9.4 ในปี 2556 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนภูมิภาคทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตสามารถเข้าถึงบริการฟันเทียมได้ดี แม้เป็นสิทธิ UC ก็ตาม

สถานบริการที่ผู้สูงอายุใช้บริการฟันเทียม

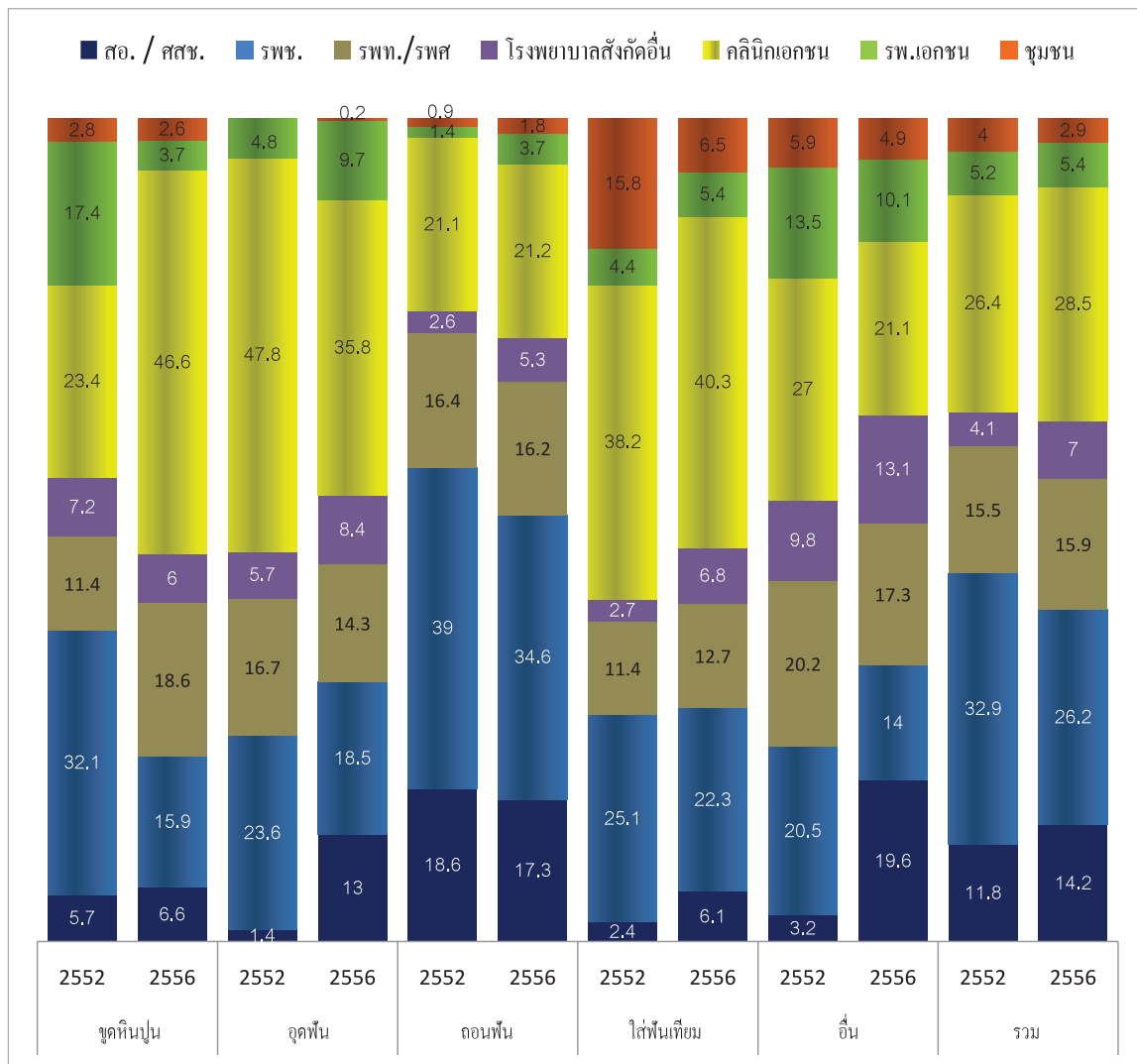
หน่วยบริการที่มีการใช้บริการฟันเทียมในสัดส่วนสูงสุดคือ คลินิกเอกชน คิดเป็นร้อยละ 38.2 ในปี 2552 และเพิ่มเป็นร้อยละ 40.3 ในปี 2556 และหน่วยบริการที่มีการใช้บริการถอนฟันสูงสุด คือ โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 39



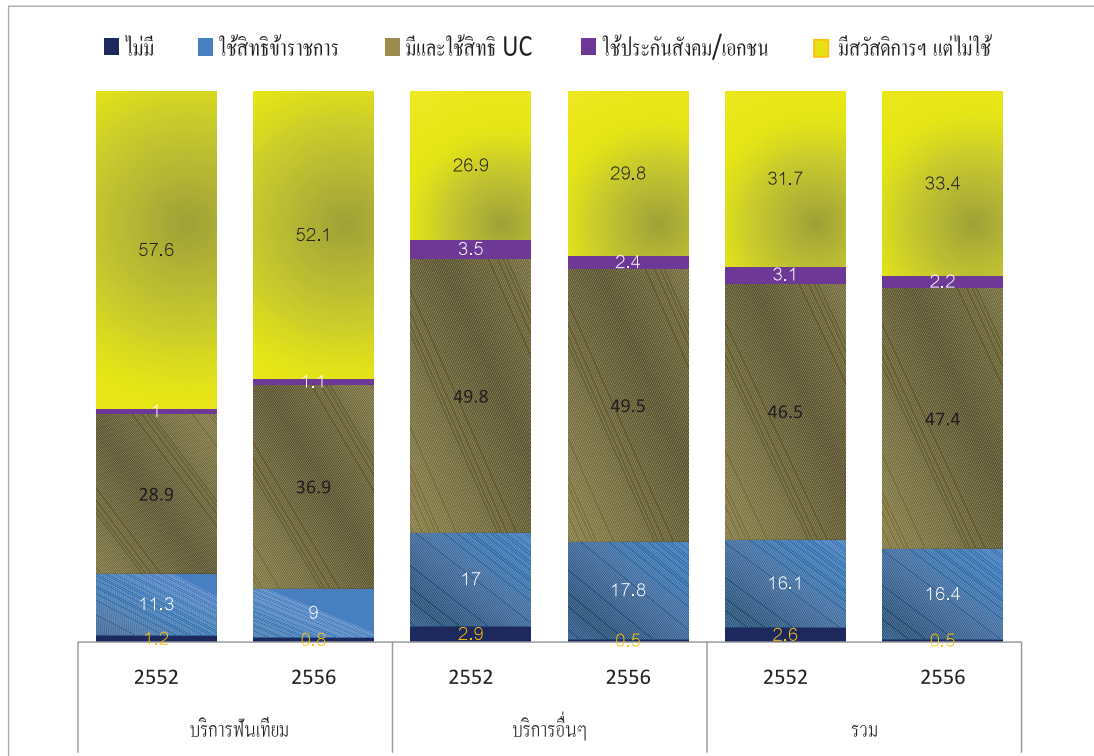
ในปี 2552 และลดลงเป็นร้อยละ 34.6 ในปี 2556 (รูปที่ 4) ผู้สูงอายุที่มีสิทธิสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้สิทธิบริการฟันเทียมสูงถึงร้อยละ 57.6 ในปี 2552 และลดลงเป็นร้อยละ 52.1 ในปี 2556 ขณะที่บริการทันตกรรมประเภทอื่นๆ ใช้สิทธิ UC เป็นหลัก คิดเป็นร้อยละ 49.5-49.8 (รูปที่ 5) เมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสิทธิสวัสดิการแต่ไม่ใช้ ส่วนใหญ่ใช้บริการทันตกรรมที่คลินิกเอกชนร้อยละ 66.5 ในปี 2552 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 79.6 ในปี 2556 ขณะที่กลุ่มสิทธิ UC ส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 54.4 ในปี 2552 และลดลงเป็นร้อยละ 44.2 ในปี 2556 ส่วนกลุ่มข้าราชการใช้

บริการที่โรงพยาบาลชุมชนและรพศ./รพท.รวมร้อยละ 69.7 ในปี 2552 และลดลงเป็นร้อยละ 64.7 ในปี 2556 ส่วนกลุ่มประกันสังคม/ประกันเอกชน ส่วนใหญ่ใช้บริการภาคเอกชน คือ โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชนรวมร้อยละ 60.6 ในปี 2552 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.9 ในปี 2556 (รูปที่ 6)

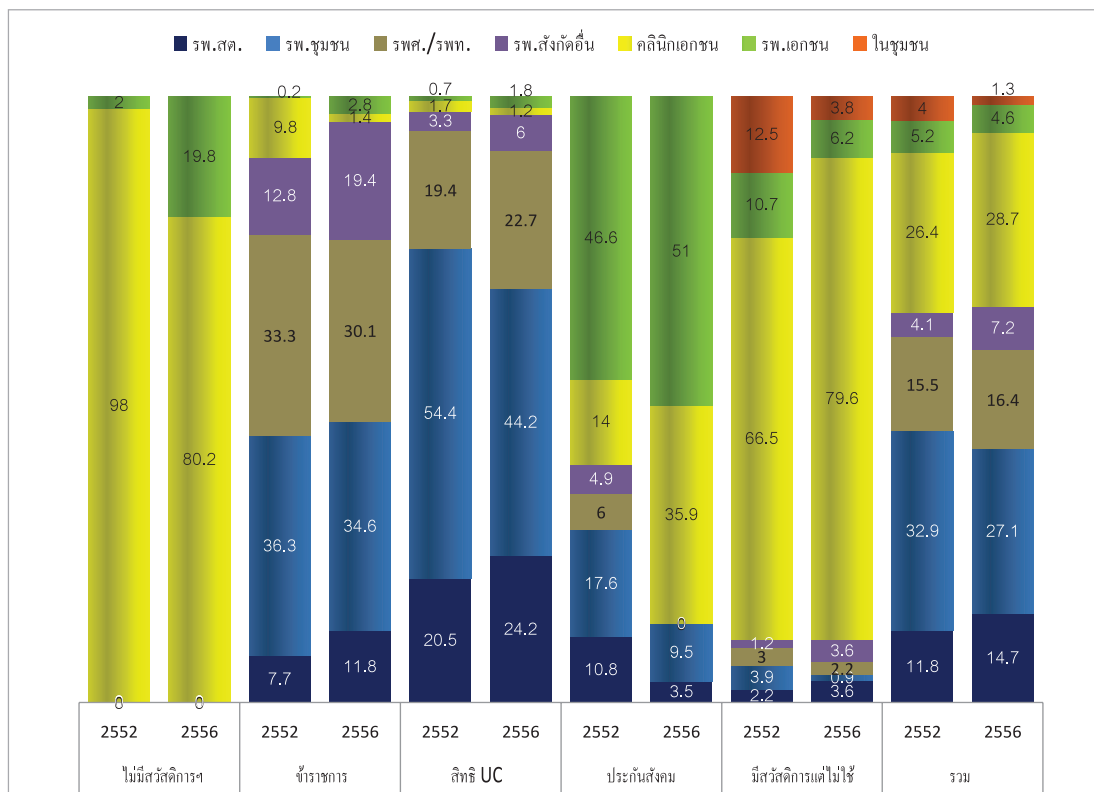
เมื่อวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มใช้บริการฟันเทียมตามสิทธิรักษาพยาบาลและหน่วยบริการที่ใช้ พบว่า กลุ่ม UC ส่วนใหญ่ใช้บริการฟันเทียมที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 60.1 ในปี 2552 และลดลงเป็นร้อยละ 49.3 ในปี 2556 กลุ่มสิทธิข้าราชการส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาล



รูปที่ 4 การใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ จำแนกตามชนิดบริการและประเภทหน่วยบริการเปรียบเทียบปี 2552 และ ปี 2556



รูปที่ 5 การใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ จำแนกตามชนิดบริการและการใช้สิทธิรักษาพยาบาลเปรียบเทียบปี 2552 และปี 2556



รูปที่ 6 การใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ จำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาลและสถานพยาบาลที่ใช้เปรียบเทียบปี 2552 และ ปี 2556



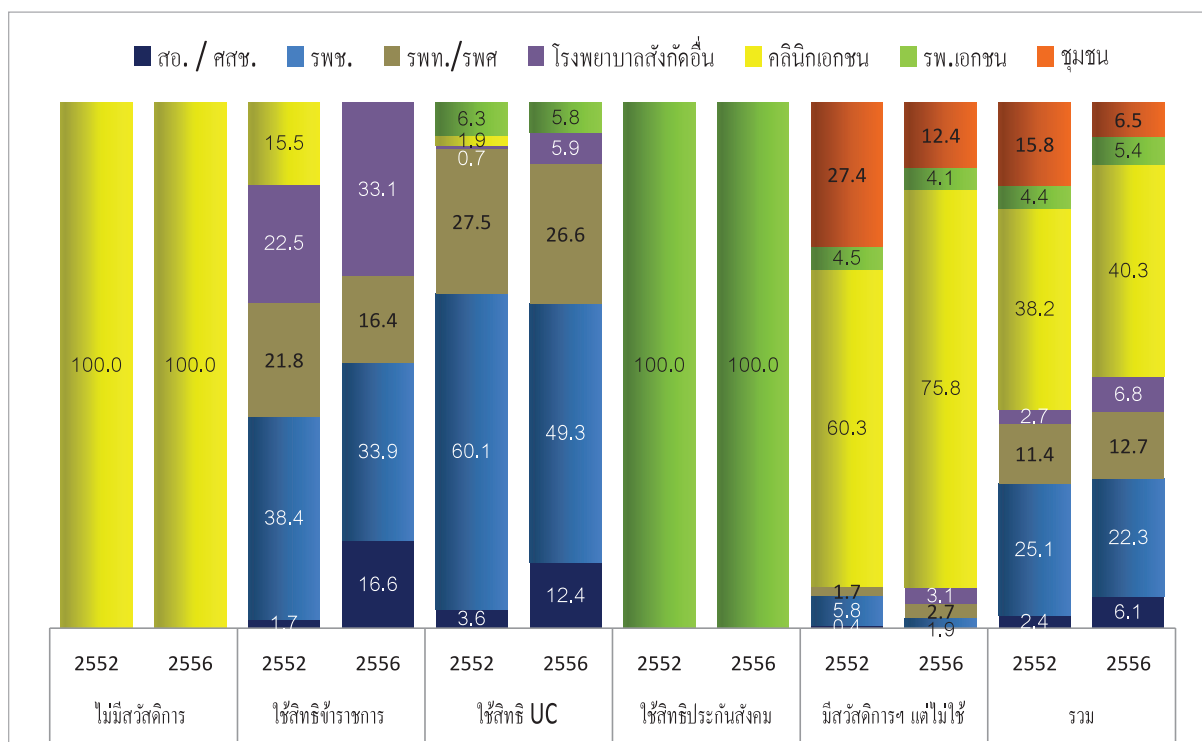
สังกัดอื่นร้อยละ 33.9-38.4 และ 22.5-33.1 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มที่มีสิทธิแต่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ (กลุ่มนี้มีสัดส่วนร้อยละ 52.1-57.6 ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้บริการฟันเทียม) ส่วนใหญ่ใช้บริการฟันเทียมที่คลินิกเอกชนรวมร้อยละ 60.3 ในปี 2552 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75.8 ในปี 2556 ส่วนกลุ่มที่ใช้สิทธิประกันสังคมทั้งหมดใช้สิทธิที่โรงพยาบาลเอกชน (รูปที่ 7) เหตุผลที่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลแต่ไม่ใช้สิทธิใช้บริการฟันเทียม เนื่องจากบริการช้า ต้องรอนานรวมร้อยละ 58.8 ในปี 2552 ลดลงเป็นร้อยละ 39.2 ในปี 2556 และเหตุผลเนื่องจากสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมร้อยละ 13.1 ในปี 2552 เพิ่มขึ้นเป็น 32.7 ในปี 2556 (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่าการใช้บริการฟันเทียมของกลุ่มผู้สูงอายุ แม้ส่วนใหญ่จะมีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล แต่ผู้สูงอายุกว่าครึ่งกลับไม่ใช้สิทธิ ทั้งนี้กลุ่มนี้ไปใช้บริการที่คลินิกเอกชนเป็นหลักร้อยละ 60.3-75.8 ด้วยสาเหตุความไม่สะดวกในการใช้บริการในหน่วยบริการภาครัฐ

ตารางที่ 3 เหตุผลที่ผู้สูงอายุที่ใช้บริการฟันเทียมโดยไม่ใช้สิทธิ จำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาล

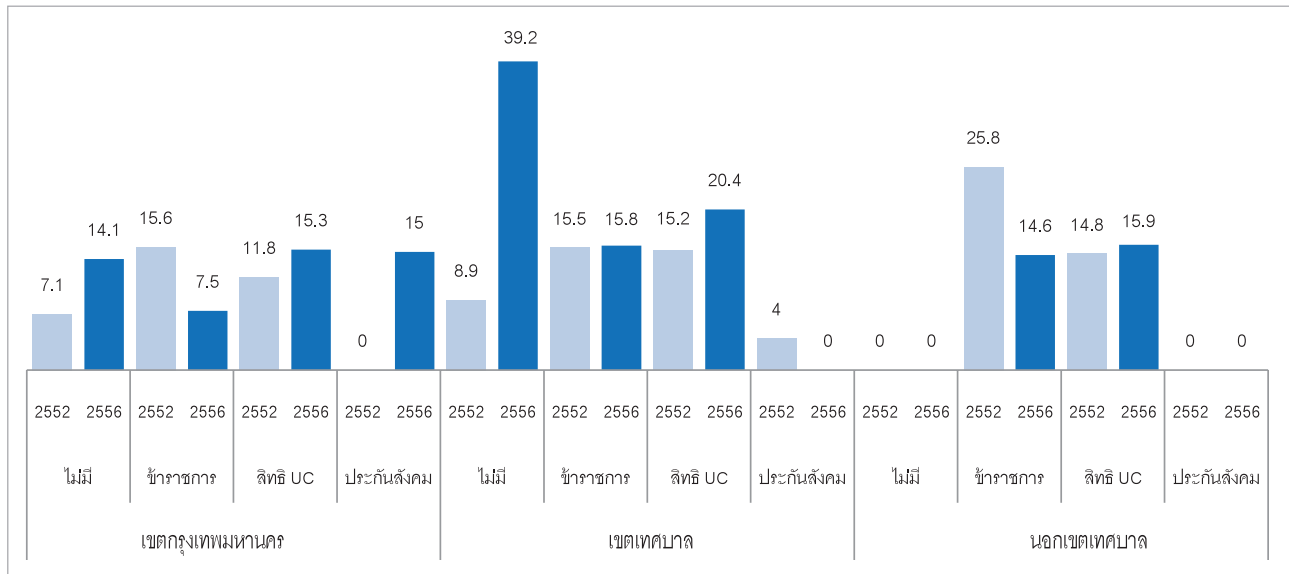
สาเหตุที่ไม่ใช้สวัสดิการ	ร้อยละ	
	2552	2556
เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย	0.2	1.5
สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก	4.4	7.7
ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ	10.1	11.7
ช้า รอนาน	58.8	39.2
แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง / รักษาไม่หาย	0.4	2.6
ไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาที่ใช้สิทธิ	0.4	1.7
สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม	18.5	32.7
อื่น ๆ	6.4	2.9
รวม	100	100
จำนวน (คน)	58,711	66,665

ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุปี 2556

การวิเคราะห์การให้บริการฟันเทียมจำแนกตามพื้นที่และสิทธิรักษาพยาบาลเปรียบเทียบระหว่างปี 2552 กับปี 2556



รูปที่ 7 การให้บริการฟันเทียมของผู้สูงอายุ จำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาลและสถานพยาบาลที่ใช้เปรียบเทียบปี 2552 และ ปี 2556



รูปที่ 8 การใช้บริการฟื้นฟูของผู้สูงอายุจำแนกตามพื้นที่และสิทธิรักษาพยาบาลเปรียบเทียบปี 2552 กับ 2556

พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลในเขตเทศบาลใช้บริการในสัดส่วนเพิ่มขึ้น 4.4 เท่าจากร้อยละ 8.9 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 39.2 ในปี 2556 และในเขตกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น 2 เท่าจากร้อยละ 7.1 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 14.1 ในปี 2556 ส่วนข้าราชการในพื้นที่นอกเขตเทศบาลใช้บริการลดลงจากร้อยละ 25.8 ในปี 2552 ลดลง

เป็นร้อยละ 14.6 ในปี 2556 (ลดลง 1.8 เท่า) และในเขตกรุงเทพมหานครจากร้อยละ 15.6 ในปี 2552 ลดลงเป็นร้อยละ 7.5 ในปี 2556 (ลดลง 2 เท่า) ขณะที่กลุ่มสิทธิ UC ในเขตเทศบาลใช้บริการฟื้นฟูเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.2 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 20.4 ในปี 2556 (เพิ่มขึ้น 1.3 เท่า) และในเขตกรุงเทพมหานครเพิ่มจากร้อยละ 11.8 ในปี 2552 เป็น

ตารางที่ 4 การใช้บริการฟื้นฟูของผู้สูงอายุจำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาล และสิทธิรักษาพยาบาลที่ใช้เปรียบเทียบปี 2552 กับ 2556

สวัสดิการฯ ที่ใช้	ร้อยละ									
	2552					2556				
	ไม่มีหลักประกัน	สิทธิข้าราชการ	สิทธิ 30 บาท (UC)	ประกันสังคม/เอกชน	รวม	ไม่มีหลักประกัน	สิทธิข้าราชการ	สิทธิ 30 บาท (UC)	ประกันสังคม/เอกชน	รวม
ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	100.0	0.0	0.0	0.0	1.2	100.0	0.0	0.0	0.0	0.8
มีและใช้สิทธิข้าราชการ	0.0	32.7	0.0	0.0	11.3	0.0	41.9	0.0	0.0	9.0
มีและใช้สิทธิ 30 บาท	0.0	0.0	46.6	0.0	28.9	0.0	0.0	51.2	0.0	38.0
มีและใช้ประกันสังคม / เอกชน	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้	0.0	67.3	53.3	100.0	57.6	0.0	58.1	100.0	52.1	
รวม (ร้อยละ)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
จำนวน (คน)	1,252	35,288	65,257	162	101,959	1,840	27,912	96,311	3,427	129,490

ตารางที่ 5 อัตราการให้บริการฟื้นฟูของผู้อยู่อาศัยตามพื้นที่และกลุ่มชั้นรายได้ปี 2556

กลุ่มผู้อยู่อาศัย	จำนวนผู้อยู่อาศัย		ให้บริการทันตกรรม		ให้บริการฟื้นฟู		อัตราให้บริการฟื้นฟู
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มรายได้ต่ำในกรุงเทพฯ	307,616	3.3	31,719	10.30	6,764	21.3	22.0
กลุ่มรายได้ปานกลางในกรุงเทพฯ	312,510	3.3	52,385	16.80	5,217	10.0	16.7
กลุ่มรายได้สูงในกรุงเทพฯ	268,956	2.9	57,569	21.40	6,010	10.4	22.3
กลุ่มรายได้ต่ำในเขตเทศบาล	1,563,433	16.6	101,912	6.50	20,527	20.1	13.1
กลุ่มรายได้ปานกลางในเขตเทศบาล	915,717	9.7	77,315	8.40	16,942	21.9	18.5
กลุ่มรายได้สูงในเขตเทศบาล	488,046	5.2	66,069	13.50	8,680	13.1	17.8
กลุ่มรายได้ต่ำนอกเขตเทศบาล	3,385,960	36.0	187,640	5.50	26,676	14.2	7.9
กลุ่มรายได้ปานกลางนอกเขตเทศบาล	1,645,108	17.5	169,402	10.30	27,253	16.1	16.6
กลุ่มรายได้สูงนอกเขตเทศบาล	527,357	5.6	72,717	13.80	11,419	15.7	21.7
รวม	9,414,703	100.0	816,728	8.70	129,488	15.9	13.8

ร้อยละ 15.3 ในปี 2556 ขณะที่กลุ่ม UC ในพื้นที่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นน้อยมาก (รูปที่ 8) โดยกลุ่มที่มีสิทธิข้าราชการแต่ไม่ใช้สิทธิลดลงจาก 67.3 ในปี 2552 เป็นร้อยละ 58.1 ในปี 2556 ขณะที่กลุ่มสิทธิ UC ร้อยละ 48.8-53.3 ใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิเช่นกันด้วยสาเหตุความไม่สะดวกในการให้บริการภาครัฐ (ตารางที่ 4)

เมื่อจำแนกอัตราการให้บริการฟื้นฟูปี 2556 ของผู้อยู่อาศัยตามพื้นที่และกลุ่มชั้นรายได้ โดยจำแนกเป็น 3 ชั้นรายได้ คือ รายได้ต่ำ ปานกลางและสูง พบว่า กลุ่มผู้อยู่อาศัยที่มีอัตราให้บริการฟื้นฟูสูงสุด 3 อันดับ คือ กลุ่มรายได้สูงในกรุงเทพฯ กลุ่มรายได้ต่ำในกรุงเทพฯ และกลุ่มรายได้สูงนอกเขตเทศบาล เท่ากับ 22.3, 22.0 และ 21.7 รายต่อพันประชากร ตามลำดับ แตกต่างจากกลุ่มที่มีอัตราต่ำสุดคือกลุ่มรายได้ต่ำนอกเขตเทศบาลเท่ากับ 7.0 รายต่อพันประชากร คือ มีความแตกต่างกันสูงถึง 2.8 เท่า (ตารางที่ 5) สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการฟื้นฟูของผู้อยู่อาศัย ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนามาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟูอย่างเป็นรูปธรรม

วิจารณ์และข้อยุติ

การให้บริการทันตกรรมของกลุ่มผู้อยู่อาศัยปี 2552 และ ปี 2556

การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 7 ของสำนักงานทันตสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ พบอัตราการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มผู้อยู่อาศัยในปี 2555 เท่ากับ 37.9 พบในเขตเมืองร้อยละ 43 และในเขตชนบทร้อยละ 34.8 เป็นความต้องการใส่ฟันเทียมในสัดส่วนร้อยละ 11.8 โดยกลุ่มผู้อยู่อาศัยส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 43.8 ซึ่งเป็นอัตราการให้บริการทันตกรรมที่สูงกว่าผลของการศึกษาครั้งนี้ที่พบเพียงร้อยละ 8.7 ในปี 2556 และเป็นการให้บริการฟื้นฟูในสัดส่วนร้อยละ 15.6-15.8 ส่วนใหญ่ใช้บริการถอนฟันร้อยละ 49.7-55.5 โดยใช้บริการถอนฟันที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่ คือร้อยละ 34.6-39 ส่วนกลุ่มที่ใช้บริการฟื้นฟูส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีสิทธิสวัสดิการแต่ไม่ใช้สิทธิในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 52.1- 57.6 กลุ่มนี้ได้ใช้บริการฟื้นฟูที่คลินิกเอกชนสูงถึงร้อยละ 60.3-75.8

การจำแนกอัตราการให้บริการฟันเทียมปี 2556 ตามพื้นที่และกลุ่มชั้นรายได้ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุทั้งรายได้สูงและต่ำในกรุงเทพมหานครและกลุ่มรายได้สูงนอกเขตเทศบาลมีอัตราเท่ากับ 22.3, 22.0 และ 21.7 รายต่อพันประชากรตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างจากกลุ่มรายได้ต่ำในพื้นที่นอกเขตเทศบาล (มีอัตราเท่ากับ 7.0 รายต่อพันประชากร) สูงถึง 2.8 เท่า ทั้งที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถใช้บริการใส่ฟันเทียมในหน่วยบริการของภาครัฐที่มีอยู่ทุกอำเภอ พบสาเหตุที่ไม่ใช้บริการว่าเนื่องจากบริการช้ารอนานรวมร้อยละ 58.8 และ 39.2 และเนื่องจากสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมร้อยละ 18.5 และ 32.7 ตามลำดับ ซึ่งผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ยากจนในชนบท แสดงให้เห็นว่าโครงการฟันเทียมพระราชทาน และการจัดบริการฟันเทียมในชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีส่วนสนับสนุนขับเคลื่อนการเพิ่มการเข้าถึงบริการฟันเทียมในกลุ่มผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่เขตเทศบาลและกรุงเทพมหานคร ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจนในชนบทแม้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่กลับพบว่ามากกว่าครึ่งใช้บริการที่คลินิกเอกชนซึ่งต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเอง สะท้อนถึงปัญหาของหน่วยบริการภาครัฐในการจัดบริการฟันเทียมที่ยังขาดคุณภาพและประสิทธิภาพในการจัดบริการ

ข้อเสนอในการพัฒนา

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนามาตรการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพให้มากขึ้น ด้วยกลไกการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพในหน่วยบริการภาครัฐ เช่น การขยายการจัดบริการใส่ฟันเทียมเชิงรุกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การปรับระบบนัดผู้ป่วยที่เอื้อความสะดวกของผู้รับบริการ การจัดบริการคลินิกทันตกรรมนอกเวลา การบูรณาการบริการส่งเสริมป้องกันและการใส่ฟันเทียมในคลินิกโรคเรื้อรังและคลินิกผู้สูงอายุ รวมทั้งมาตรการเพิ่มการจัดบริการร่วมระหว่างภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่อนุเคราะห์ชุดข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ในการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. ปัทมา ว่าพัฒนางศ์, ปราโมทย์ ประสาทกุล และสุริย์พร พันพึ้ง (บรรณาธิการ) การศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบเชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศ จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2556. หน้า 8.
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554. [online] สืบค้นเมื่อ 2 พ.ค. 2552. แหล่งข้อมูล: <http://203.157.19.191/plan-10-50.pdf>
3. WHO. Oral health in aging societies; Integration of oral health and general health. Geneva: World Health Organization; 2006.
4. Allen PF, McCarthy S. Complete Dentures From Planning to Problem Solving. London: Quintessence Publishing; 2003.
5. McMillan AS, Wong MC. Emotional effects of tooth loss in community-dwelling elderly people in HongKong. Int J Prosthodont 2004;17:172-6.
6. Joshipura K, Ritchie C, Douglass C. Strength of evidence linking oral conditions and systemic disease. CompendContinent Educ Dent Suppl 2000;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;57:901-12.
8. Allen PF, McMillan AS. A review of the functional and psychosocial outcomes of edentulousness treated with complete replacement dentures. J Can Dent Assoc 2003;69:662.
9. 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;18:414-9.
10. 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;33:323-9.
11. Brennan DS, Spencer AJ. Dimensions of oral health related quality of life measured by EQ-5D+ and OHIP-14. Health Qual Life Outcomes 2005;2:35.



12. Slade GD, Strauss RP, Atchison KA, Kressin NR, Locker D, Reisine ST. Conference summary: assessing oral health outcomes measuring health status and quality of life. Community Dent Health 1998;15:3-7.
13. Anastassiadou V, Robin Health M. The effect of denture quality attributes on satisfaction and eating difficulties. Gerodontology 2006;23:23-32.
14. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
15. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะ ทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.
16. กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย กองทันตสาธารณสุข. โครงการฟื้นฟูพระราชนิพนธ์เพื่อการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เสด็จพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสการจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี และเนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, พฤศจิกายน 2550.
17. เพ็ญแข ลากยั้ง, วีระศักดิ์ พุทธาศรี. การใช้บริการสุขภาพช่องปากในทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2556;22:1080-90.