

ความเป็นธรรมของบริการทันตสุขภาพ (Equity of Dental Health Service)

วรรณกรรมด้านความเป็นธรรมของบริการทันตสุขภาพมีปรากฏมากขึ้น โดยเฉพาะภายหลังองค์การอนามัยโลกเผยแพร่รายงานของคณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Commission on Social Determinants of Health)^(1,2) ประเทศสหราชอาณาจักรซึ่งมีระเบียบวิธีการอธิบายความไม่เป็นธรรมของบริการทันตสุขภาพ ที่ละเอียดถึงพื้นที่ย่อย พบว่าเด็กที่อยู่ในพื้นที่ด้อยโอกาสมาก (ตามดัชนีด้อยโอกาสซ้ำซ้อน หรือ Index of Multiple Deprivation คำนวณคะแนนตามพื้นที่รหัสไปรษณีย์ที่มีขนาดเล็ก) ได้รับบริการทันตสุขภาพในระดับปฐมภูมิน้อยกว่าเด็กที่อยู่ในพื้นที่ที่คะแนนด้อยโอกาสต่ำกว่า⁽³⁾ และยังพบว่า การได้รับบริการระดับปฐมภูมิน้อยทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง⁽⁴⁾

ในสหรัฐอเมริกา บริการทันตสุขภาพเป็นนโยบายที่รัฐให้แก่เด็กทุกคน โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ก็พบว่า เด็กผิวสีมีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาดีกว่าเด็กผิวขาวเป็นสองเท่า ข้อมูลล่าสุดจากศูนย์ควบคุมโรค ปี 2558 ยังพบว่าอัตราฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาของผู้ใหญ่ผิวสีสูงถึง ร้อยละ 42 แต่ของผู้ใหญ่ผิวขาวมีเพียง ร้อยละ 22⁽⁵⁾ อัตราที่แตกต่างกันนี้จึงไม่ใช่เพียงปัจจัยของการไม่มีหลักประกันสุขภาพ⁽⁵⁾ แต่เกี่ยวข้องกับ การกระจายบุคลากร และต้นทุนของการเข้ารับบริการของประชาชน⁽⁶⁾

ประเด็นความไม่เป็นธรรมของบริการทันตสุขภาพยังขยายไปจนถึงวัยสูงอายุ คำประกาศกรุงโตเกียวปี 2558 รับรองให้ทันตสุขภาพตลอดอายุขัย เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของทุกคน รัฐของทุกๆ ประเทศควรให้ความสำคัญกับมิติของทันตสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวขึ้น⁽⁷⁾

ข้อเสนอแนะจากรวรรณกรรมต่างๆ เพื่อลดความไม่เป็นธรรมของบริการทันตสุขภาพ เช่น บุคลากรสุขภาพควรร่วมมือกันสร้างองค์ความรู้ โดยค้นหาประเภทของบริการทันตสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะบริการระดับปฐมภูมิ⁽⁸⁾ เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการอย่างเป็นธรรม ตั้งแต่เด็กและตลอดอายุขัย และยังควรส่งเสริมการเรียนการสอนร่วมระหว่างวิชาชีพ (inter-professional education, IPE) เพื่อสามารถบรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพจากปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ^(9,10)

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008.
2. Williams DM, Sheiham A, Watt RG. Oral health professionals and social determinants. Br Dent J 2013;214:427. doi:10.1038/sj.bdj.2013.436.
3. Maunder P, Landes DP, Steen N. The equity of access to primary dental care for children in the North East of England. Community Dent Health 2006;23:116-9.
4. Pine CM, Harris CV, Burnside G, Merrett MCW. An investigation of the relationship between untreated decayed teeth and dental sepsis in 5-year-old children. Br Dent J 2006;200:45-47.



5. Feinberg M. Minority oral health in America: despite progress, disparities persist. In: Kelly RL. Kelly report 2015 health disparity in America. Washington DC; 2015.
6. Malecki K, Wisk LE, Walsh M, McWilliams C, Eggers S, Olson M. Oral health equity and unmet dental care needs in a population-based sample: findings from the Survey of the Health of Wisconsin. Am J Public Health 2015;105(S3):S466-S474. doi: 10.2105/AJPH.2014.302338.
7. World Health Organization. World Congress 2015 Tokyo Declaration on Dental Care and Oral Health for Healthy Longevity: Dental care and oral health for healthy longevity in an ageing society, Tokyo, Japan, 13-15 March 2015. Accessed on 25 February 2016 from http://www.who.int/entity/oral_health/tokyodeclaration_final.pdf?ua=1.
8. Duggal M. Providing children with the quality dental care they deserve. Community Dent Health 2006;23:66-68.
9. Williams DM, Sheiham A, Watt RG. Oral health professionals and social determinants. Br Dent J 2013;214:427. doi:10.1038/sj.bdj.2013.436.
10. Watt RG, Williams DM, Sheiham A. The role of the dental team in promoting health equity. Br Dent J 2014;216:11-14. DOI: 10.1038/sj.bdj.2013.1234.

ศ.ดร.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

บรรณาธิการ