

หลักประกันสุขภาพกับการใช้บริการสุขภาพช่องปาก ในวัยทำงาน

วารรัตน์ ไช้เงิน*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ต้องการศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการให้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงาน (15-59 ปี) ตามกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐต่างๆ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็น ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552-2556 ด้านการให้บริการทันตกรรม เฉพาะกลุ่มอายุ 15-59 ปี โดยไม่รวมผู้ที่กำลังศึกษาอยู่ในสถานการศึกษาและผู้ไม่ทราบว่ามียางานทำหรือไม่ ซึ่งสำนักงานสถิติแห่งชาติถ่วงน้ำหนักเป็นภาพประชากรประเทศจำนวน 34.86, 35.65, และ 35.67 ล้านคน ในปี 2552, 2554 และ 2556 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่าในปี 2556 ร้อยละ 98.9 ของกลุ่มวัยนี้มีความคุ้มครองด้านสุขภาพ ในภาพรวมอัตราการใช้บริการในปี 2554 เพิ่มขึ้นจากปี 2552 แต่ลดลงในปี 2556 เป็น 9.0 คนต่อร้อยประชากร ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีอัตราการให้บริการต่ำที่สุดมาโดยตลอด เพศหญิง ผู้ที่อยู่เขตเมือง และผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าเป็นกลุ่มที่มีอัตราการให้บริการมากกว่า ขณะที่ผู้มีภูมิลำเนาในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้ทำงานธุรกิจส่วนตัว ธุรกิจครัวเรือน และลูกจ้างเอกชน มีอัตราการให้บริการต่ำในทุกปีสำรวจ การใช้บริการส่วนใหญ่เป็นงานทันตกรรมชนิดพื้นฐานซึ่งเกิดที่หน่วยบริการภาครัฐและเอกชนในสัดส่วนครึ่งต่อครึ่ง คลินิกเอกชนเป็นหน่วยบริการที่มีการใช้บริการมากที่สุดทั้งงานทันตกรรมพื้นฐานและซับซ้อน การใช้สิทธิเมื่อใช้บริการอยู่ในช่วงร้อยละ 57.1 - 70.0 โดยสิทธิสวัสดิการข้าราชการมีอัตราการใช้สิทธิมากที่สุด สาเหตุหลักของการไม่ใช้สิทธิ คือ รอคอยนาน เวลาเปิดบริการมีจำกัด และสิทธิประโยชน์มีจำกัด อัตราการไม่ใช้บริการในยามจำเป็นในปี 2554 และปี 2556 คือ 1.0 และ 1.1 คนต่อร้อยประชากรตามลำดับ ด้วยสาเหตุหลัก คือ ไม่มีเวลาไปรับการรักษา ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล คิวยาว/รอนาน และสาเหตุอื่นๆ เช่น กลัวเจ็บ หน่วยบริการจึงควรพัฒนารูปแบบการจัดบริการที่เอื้อต่อผู้ใช้บริการ สำหรับส่วนกลางควรพัฒนาระบบควบคุมมาตรฐานหน่วยบริการทันตกรรมภาคเอกชน พัฒนานโยบายการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในวัยทำงาน รวมทั้งพิจารณาปรับสมรรถนะของทันตบุคลากรแต่ละระดับให้เหมาะสมตามความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาในแง่มุมอื่นเพื่อให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์เพิ่มเติมด้วย

คำสำคัญ: การใช้บริการ, การเข้าถึงบริการ, บริการสุขภาพช่องปาก, วัยทำงาน, หลักประกันสุขภาพ

Abstract Health Insurance Schemes and Dental Health Care Utilization in Thai Working-Age Population Wararat Jaichuen

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

This descriptive study aimed to know the situation and pattern of dental health care utilization in Thai working-age population related to health insurance coverage. Data of population aged 15-59 years were selected from the Health and Welfare Surveys 2009-2013. Descriptive statistics were used in terms of percentage and rate. Results showed that in 2013 dental health care utilization rate was very low despite all of population had health insurance coverage. Population in Universal Coverage Scheme always had lowest utilization rate. Female, urbanites and graduated adults were high utilization rate groups while people in the central and north-eastern regions were low utilization rate groups. Self-employed, family business and private employees always had low utilization rates too. Most utilization was for basic dental care in the one to one ratio of public and private health care services. Private dental clinics were the most

*สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

popular. The utilization with insurance cover ranged between 57.1%-70.0% of each health insurance scheme. Main reasons of service utilization without their insurance cover were “long waiting”, “limited service time” and “limited insurance benefit”. Unmet rates were 1.0% in 2011 and 1.1% in 2013. Main unmet reasons were “time constraint”, “unable to pay for service”, “long waiting” and “others such as fear”. The results from this study suggest that the dental health care service be developed to match needs of the working-age populations. The regulation system for private dental clinic should be standardized. Competency of dental staff on each service level should be reviewed and updated. Other dental health aspects should be researched as well.

Keywords: access to care, utilization, dental health care, health insurance, adults

ภูมิหลังและเหตุผล

ระบบประกันสุขภาพเป็นกลไกหนึ่งสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นได้โดยไม่มีภาระเรื่องค่าบริการ⁽¹⁾ ระบบประกันสุขภาพหลักภาครัฐของประเทศไทยประกอบด้วย 3 กองทุน ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme: UCS) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMB) ทั้งสามระบบมีความคุ้มครองครอบคลุมงานบริการสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ตรวจฟัน ซุดหินน้ำลาย อุดฟัน ถอนฟัน⁽²⁾ แต่ด้วยกลไกและวิธีการจ่ายเงินสนับสนุนให้หน่วยบริการที่แตกต่างกัน จึงส่งผลกระทบต่อแรงจูงใจในการจัดบริการ ทำให้ผู้รับบริการได้รับการตอบสนองความต้องการไม่เท่ากัน⁽³⁾ แม้ว่าจะมีการใช้มาตรการหลากหลายเพื่อกระตุ้นให้หน่วยบริการพัฒนาคุณภาพบริการที่ตอบสนองผู้รับบริการมากขึ้น แต่ก็ยังพบข้อจำกัดในทางปฏิบัติ⁽⁴⁾ ทั้งนี้ ปัญหาการเข้าถึงบริการมีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อ ทั้งจากตัวผู้รับบริการและจากระบบบริการ ในด้านระบบบริการนั้น ทรัพยากรสำหรับจัดบริการทั้งคน เงิน ของต้องมีเพียงพอและกระจายอย่างเหมาะสม ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ยังขึ้นกับรายได้ การมีประกันสุขภาพและลักษณะทางภูมิศาสตร์ของที่อยู่อาศัย และความต้องการของตัวผู้รับบริการเอง การเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงคือความเท่าเทียมกันของประชากรที่สามารถเข้ารับบริการได้ในยามที่จำเป็น⁽⁵⁾

ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขนั้น มีการจำแนกประชากรตามช่วงวัย วัยทำงานเป็นกลุ่มที่ครอบคลุมช่วงอายุกว้างกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ คือ 15-59 ปี ทั้งนี้ มีความทับซ้อนกับกลุ่มวัยรุ่นซึ่งมีอายุในช่วงระหว่าง 15-21 ปี⁽⁶⁾ ขณะที่ข้อมูลสถิติทางด้านแรงงานจะหมายรวมครอบคลุมประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมด โดยแบ่งเป็นผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานและผู้ที่อยู่นอกกำลังแรงงาน⁽⁷⁾ ด้วยผู้วิจัยเห็นว่าวัยทำงานเป็นประชากรที่มีส่วนสำคัญต่อฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศ และการเจ็บป่วยด้วยโรคฟันทำให้เกิดการสูญเสียเวลาทำงาน อันส่งผลต่อมูลค่าผลผลิตของประชากร⁽⁸⁾ ดังนั้น การวิจัยนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาสถานการณ์และรูปแบบการให้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงาน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมและตอบสนองประชากรกลุ่มวัยนี้ต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ฐานข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2552 ปี 2554 และ ปี 2556 ซึ่งเป็นการสำรวจในรูปแบบการสัมภาษณ์ โดยพนักงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ผู้ให้ข้อมูลคือสมาชิกที่เป็นตัวแทนในครัวเรือนตัวอย่าง ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นสองขั้นตอน (stratified two stage sampling) ชั้นที่ 1 คือ เขต แฉก ตำบล (ในเขตเทศบาล) หรือหมู่บ้าน (นอกเขตเทศบาล) และชั้นที่ 2 คือ ครัวเรือนส่วนบุคคล มีครัวเรือนที่เป็น

ตัวอย่างทั้งสิ้น 26,520 ครั้งเรือนในปี 2552 และปี 2554 และ 27,960 ครั้งเรือนในปี 2556 ช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลคือ เดือนเมษายน 2552, มีนาคม 2554 และ มีนาคม 2556 โดย ดำเนินการเก็บข้อมูลพร้อมกันทั่วประเทศ⁽⁹⁻¹¹⁾ สำหรับขอบเขต ของข้อมูลที่น่ามาใช้ในการศึกษานี้ คัดเลือกเฉพาะข้อมูลที่ได้ จากประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี โดยไม่รวมผู้ที่กำลัง ศึกษาอยู่ในสถานการศึกษาและผู้ไม่ทราบว่ามีงานทำหรือไม่ สรุปรูปข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์เป็นข้อมูลระดับบุคคลจำนวน 36,079 คน, 35,901 คน และ 36,571 คน ซึ่งสำนักงานสถิติ แห่งชาติถ่วงน้ำหนักเป็นภาพประชากรประเทศจำนวน 34.86 ล้านคน, 35.65 ล้านคน และ 35.67 ล้านคน ในปี 2552, ปี 2554 และ ปี 2556 ตามลำดับ

วิธีการศึกษา

ใช้การวิจัยเชิงพรรณนา ประเด็นข้อมูลที่น่ามาใช้ประกอบ ด้วย ลักษณะทางสังคมของประชากร (อายุ เพศ ภาค เขต ระดับการศึกษา สภาพการทำงาน และหลักประกันสุขภาพที่มี) และประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพช่องปากในรอบปี (ชนิด บริการ ชนิดสถานบริการ การใช้สิทธิตามหลักประกัน และ

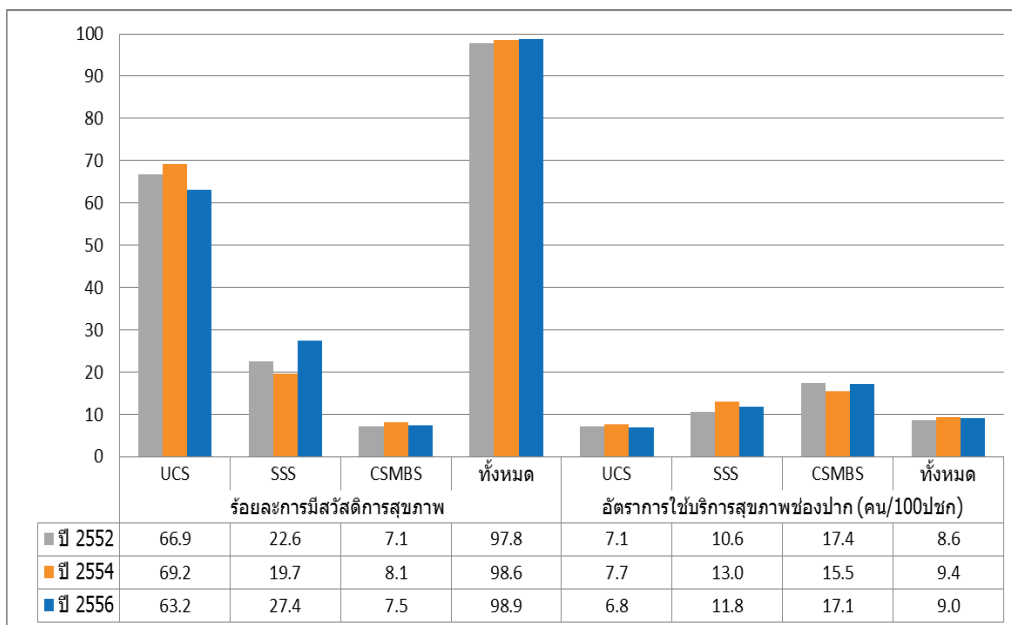
การไม่ใช้บริการในยามจำเป็น) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิง พรรณนา ร้อยละและอัตรา

ผลการศึกษา

ความคุ้มครองด้านสุขภาพและอัตราการใช้บริการสุขภาพ ช่องปาก

ข้อมูลจากทั้ง 3 ปีที่สำรวจ พบว่า มากกว่าครึ่งของ ประชากรทั้งประเทศเป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน โดยความ คุ้มครองด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2556 วัยทำงานเกือบทั้งหมดมีประกันสุขภาพคุ้มครอง จำแนกเป็นผู้ถือสิทธิ UCS ประมาณ 2 ใน 3 ส่วน รองลงมา คือสิทธิ SSS และ CSMBs ตามลำดับ ส่วนอัตราการใช้ บริการสุขภาพช่องปากเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสิทธิ ประกันสุขภาพนั้น พบความแตกต่างในลักษณะคล้ายกันทั้ง 3 ปีที่สำรวจ คือผู้ถือสิทธิ UCS มีอัตราการใช้บริการต่ำที่สุด และผู้ถือสิทธิ CSMBs มีอัตราการใช้บริการสูงที่สุด ดังราย ละเอียดในรูปที่ 1

ความแตกต่างของเพศ ภาค เขต ระดับการศึกษาและ



รูปที่ 1 ร้อยละการมีสวัสดิการสุขภาพและอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จำแนก ตามกลุ่มสิทธิสวัสดิการสุขภาพ

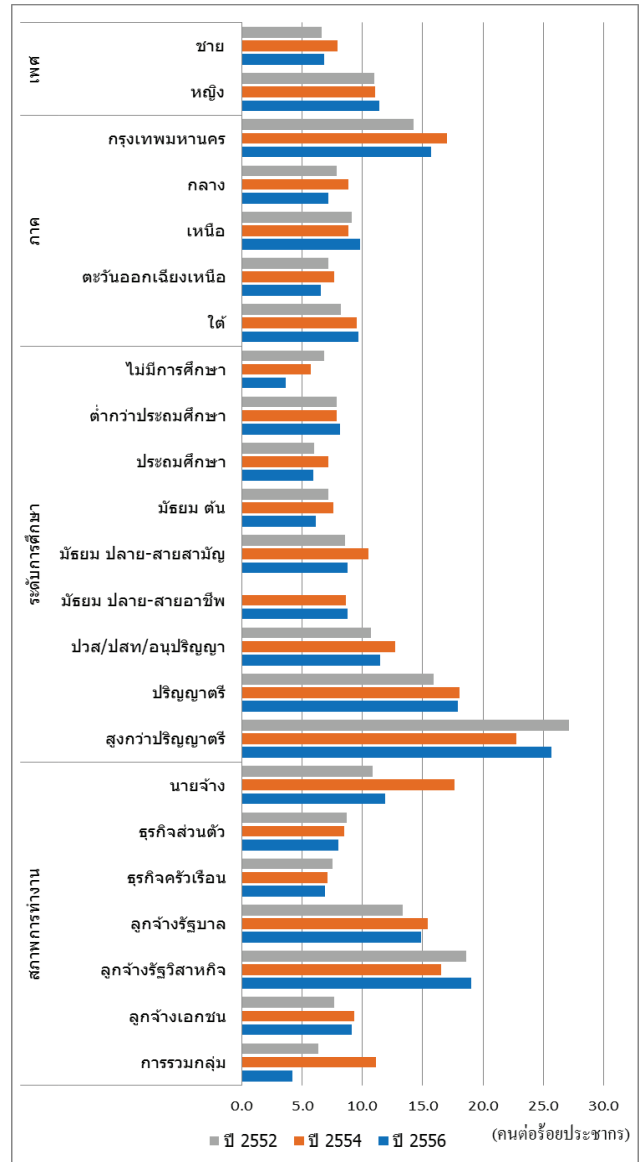
สภาพการทำงานกับอัตราการให้บริการมีทิศทางเดียวกันทั้ง 3 ปีที่สำรวจ คือ เพศหญิงมีอัตราการให้บริการมากกว่าชาย ผู้มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานครมีอัตราการให้บริการมากที่สุด คือประมาณ 2 เท่าของผู้มีภูมิลำเนาในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้อยู่ในเขตเมืองมีอัตราการให้บริการมากกว่าผู้อยู่ในเขตชนบท ผู้มีการศึกษาตั้งแต่ระดับประถมศึกษาขึ้นไปมีอัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นตามการศึกษาที่สูงขึ้น ผู้ทำงานธุรกิจส่วนตัว ธุรกิจครัวเรือน และลูกจ้างเอกชน มีอัตราการให้บริการเป็นสามลำดับท้ายทุกปีที่สำรวจ ดังรายละเอียดในรูปที่ 2

ชนิดของบริการสุขภาพช่องปากและสถานบริการที่เลือกใช้

วัยทำงานทุกกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพใช้บริการงานทันตกรรมชนิดพื้นฐานเป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ ตรวจฟัน ขูดหินน้ำลาย ขัดฟัน รักษาโรคปริทันต์ อุดฟัน ถอนฟัน โดยในปี 2552 และ 2556 พบว่าผู้ถือสิทธิ UCS มีสัดส่วนการถอนฟันมากที่สุด เมื่อเทียบกับงานพื้นฐานประเภทอื่น และมีการถอนฟันมากขึ้นตามอายุ ขณะที่ผู้ถือสิทธิ SSS และ CSMBS มีสัดส่วนงานขูดหินน้ำลาย ขัดฟัน รักษาโรคปริทันต์มากที่สุด เมื่อเทียบกับงานพื้นฐานประเภทอื่นในทั้งสามปีที่สำรวจ เว้นเพียงปี 2556 ที่พบว่าผู้ถือสิทธิ CSMBS กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีสัดส่วนงานถอนฟันสูงขึ้นมากกว่าปีก่อนหน้าอย่างเห็นได้ชัด ดังรายละเอียดในรูปที่ 3

ส่วนการให้บริการงานทันตกรรมชนิดซับซ้อน ได้แก่ รักษารากฟัน ฟันเทียม จัดฟัน พบว่ามีน้อยกว่าร้อยละ 10 ของชนิดงานบริการทั้งหมด ดังรายละเอียดในรูปที่ 4 โดยผู้ถือสิทธิ CSMBS มีสัดส่วนการให้บริการงานซับซ้อนสูงกว่าอีกสองสิทธิที่เหลือ ที่น่าสังเกตคือ ผู้มีอายุ 15-24 ปีของทุกกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพมีสัดส่วนการให้บริการจัดฟันเพิ่มขึ้นในปี 2554 และในปี 2556 ผู้ถือสิทธิ CSMBS ในกลุ่มอายุ 15-24 ปีใช้บริการจัดฟันมากถึง 1 ใน 3 ของการให้บริการทั้งหมด (รูปที่ 3)

ในด้านของสถานบริการนั้น แม้ว่าในปี 2552 และ 2554



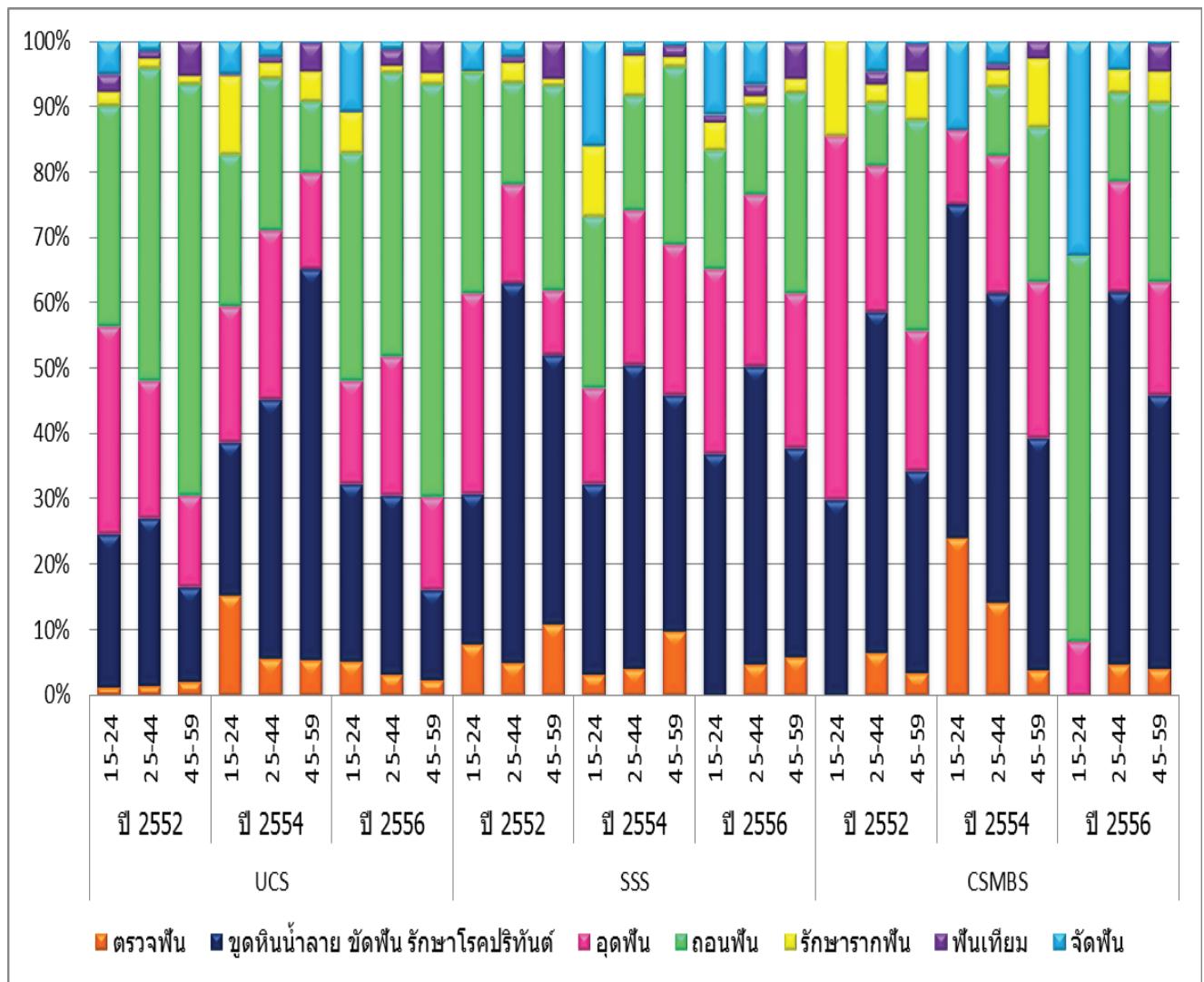
รูปที่ 2 อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จำแนกตามลักษณะทางสังคม

วัยทำงานเลือกใช้บริการงานทันตกรรมพื้นฐานที่หน่วยบริการภาครัฐเป็นส่วนใหญ่ แต่ในปี 2556 พบว่าการใช้บริการภาคเอกชนเพิ่มสูงขึ้นจนทำให้มีสัดส่วนการให้บริการระหว่างรัฐกับเอกชนเป็นครึ่งต่อครึ่ง ทั้งนี้ การใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่คลินิกเอกชนเป็นหน่วยบริการที่ประชากรกลุ่มวัยนี้เลือกใช้บริการมากที่สุดทั้งงานทันตกรรม

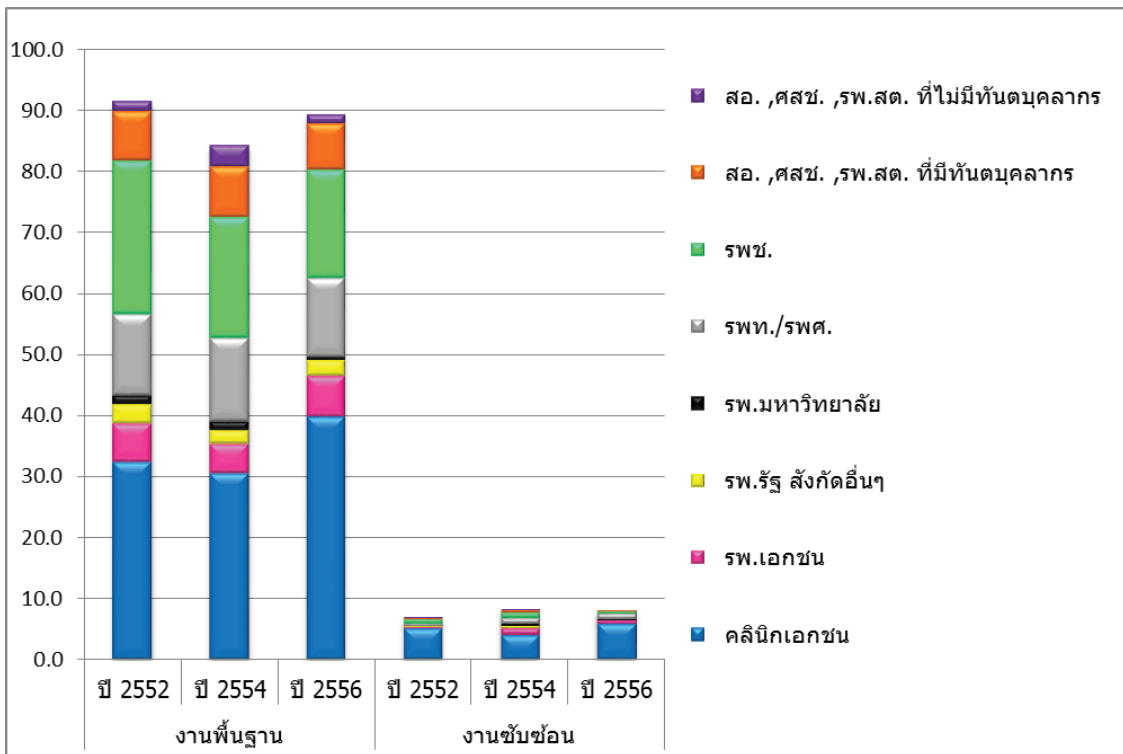
พื้นฐานและซับซ้อน (รูปที่ 4)

เมื่อเปรียบเทียบชนิดของสถานบริการที่วัยทำงานแต่ละกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพเลือกใช้ โดยพิจารณาตามลักษณะเขตพื้นที่รายภาค พบว่า กลุ่มสิทธิ UCS ในเขตเมืองส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่หน่วยบริการภาคเอกชน โดยเฉพาะคลินิกเอกชน ยกเว้นในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือจะใช้บริการที่หน่วยบริการภาครัฐ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ส่วนกลุ่มสิทธิ UCS ในเขตชนบทแทบทุกภาค ยกเว้นในภาคกลางใช้บริการที่หน่วยบริการภาครัฐเป็นส่วนใหญ่เช่นเดียวกัน

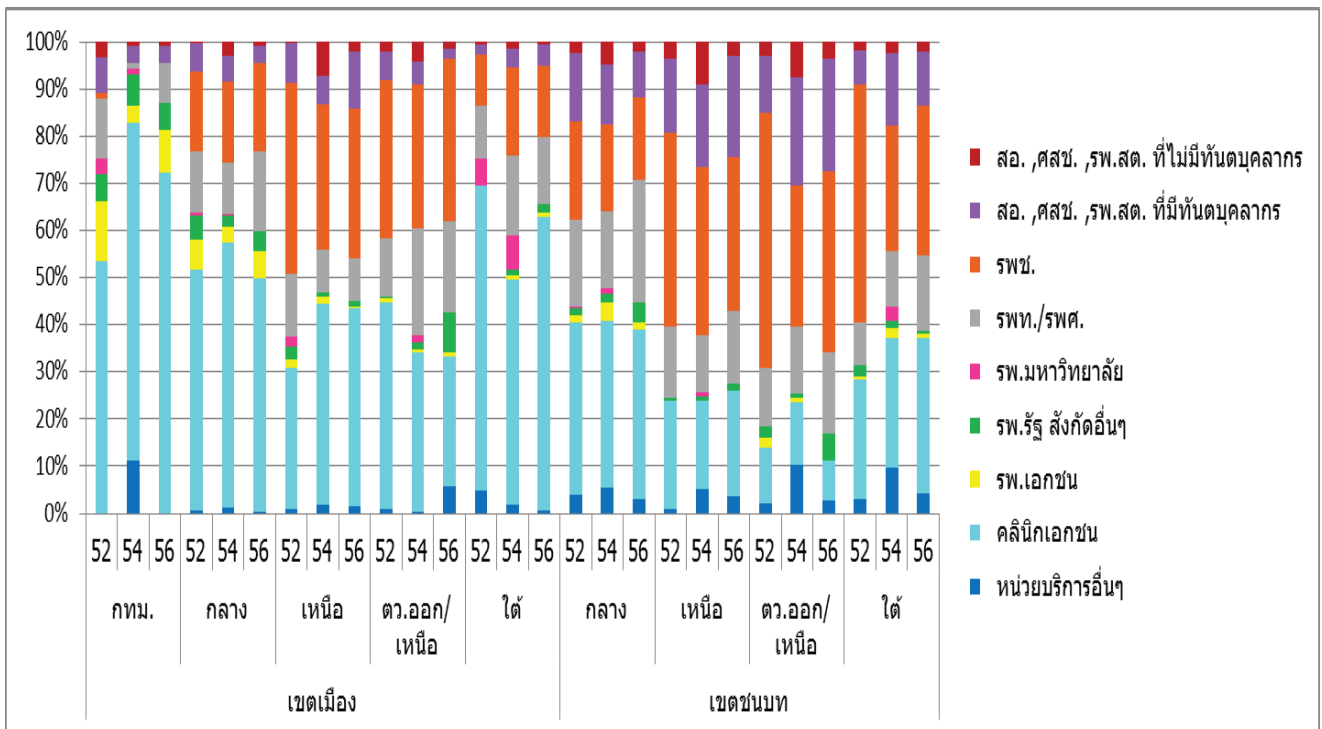
(รูปที่ 5) สำหรับกลุ่มสิทธิ SSS ในเขตเมืองพบว่า มากกว่า 2 ใน 3 เลือกใช้บริการที่หน่วยบริการภาคเอกชน โดยเฉพาะคลินิกเอกชน ยกเว้นผู้อยู่เขตเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีการใช้บริการที่หน่วยบริการภาครัฐเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนกลุ่ม SSS ในเขตชนบทแม้ว่าส่วนใหญ่จะใช้บริการที่หน่วยบริการภาครัฐ แต่ก็ใช้บริการที่คลินิกเอกชนเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นกัน (รูปที่ 6) ส่วนกลุ่ม CSMBS ทั้งผู้อยู่เขตเมืองและชนบท ส่วนใหญ่ใช้บริการที่หน่วยบริการภาครัฐมาโดยตลอด ยกเว้นในปี 2556 พบว่ากลุ่ม CSMBS ในกรุงเทพมหานครมีการใช้



รูปที่ 3 สัดส่วนของชนิดบริการสุขภาพช่องปากที่วัยทำงานใช้บริการครั้งสุดท้ายในรอบปี จำแนกตามกลุ่มสิทธิสวัสดิการสุขภาพและกลุ่มอายุ



รูปที่ 4 ร้อยละของสถานบริการที่วัยทำงานเลือกใช้บริการครั้งสุดท้ายในรอบปี จำแนกตามชนิดบริการ

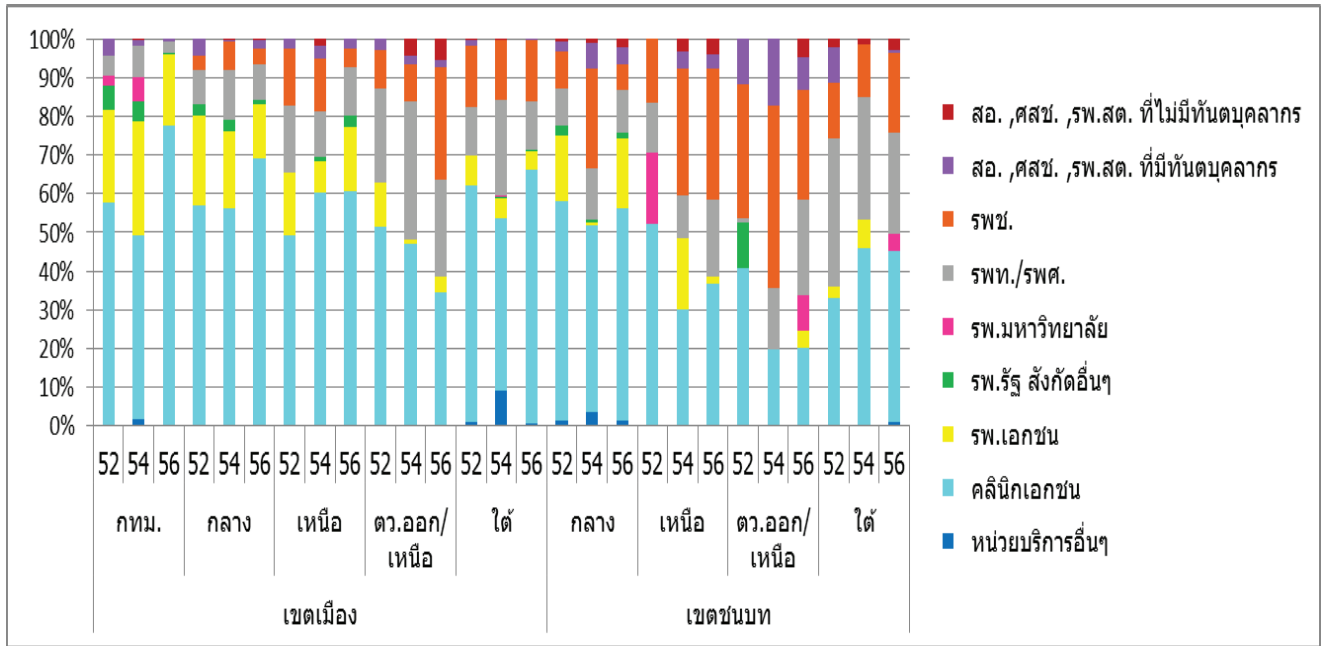


รูปที่ 5 ร้อยละของสถานบริการที่วัยทำงานกลุ่มสิทธิ UCS ใช้บริการครั้งสุดท้ายในรอบปี

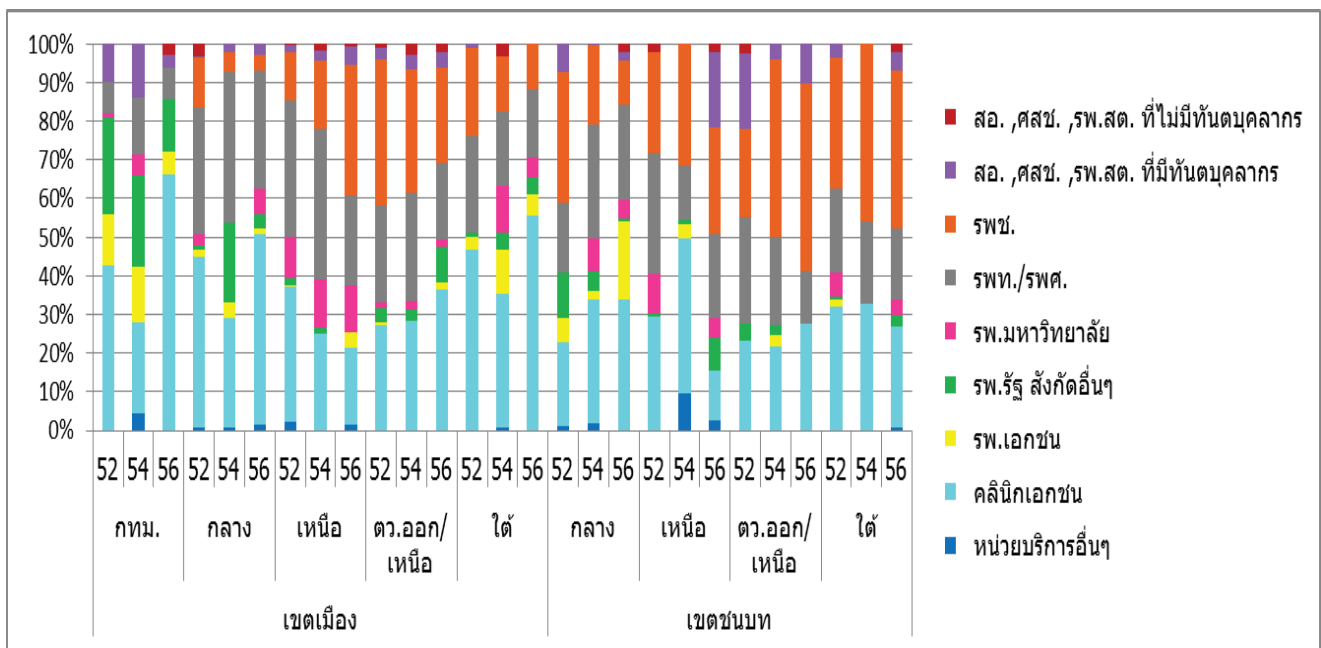
บริการที่คลินิกเอกชนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งกลุ่ม CSMBS ที่อยู่
เขตเมืองในภาคใต้และเขตชนบทในภาคกลาง ก็พบแนวโน้ม
การใช้บริการที่หน่วยบริการภาคเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
(รูปที่ 7)

**การใช้สิทธิตามสวัสดิการสุขภาพเมื่อใช้บริการสุขภาพ
ช่องปาก**

วัยทำงานแต่ละกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพ มีการใช้สิทธิเมื่อ
ใช้บริการอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 57.1 - 70.0 โดยกลุ่ม



รูปที่ 6 ร้อยละของสถานบริการที่วัยทำงานกลุ่มสิทธิ SSS ใช้บริการครั้งสุดท้ายในรอบปี



รูปที่ 7 ร้อยละของสถานบริการที่วัยทำงานกลุ่มสิทธิ CSMBS ใช้บริการครั้งสุดท้ายในรอบปี

CSMBS มีการใช้สิทธิมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพในแต่ละปีที่สำรวจ ทั้งนี้ การใช้สิทธิ UCS เกือบทั้งหมดเกิดที่หน่วยบริการภาครัฐ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนการใช้สิทธิ CSMBS ที่แม้ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นที่หน่วยบริการภาครัฐเช่นกัน แต่พบที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเพิ่มมากขึ้นในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันกับโรงพยาบาลชุมชน ในขณะที่การใช้สิทธิ SSS นั้น ส่วนใหญ่เกิดขึ้นที่หน่วยบริการภาคเอกชนโดยเฉพาะคลินิกเอกชน (รูปที่ 8)

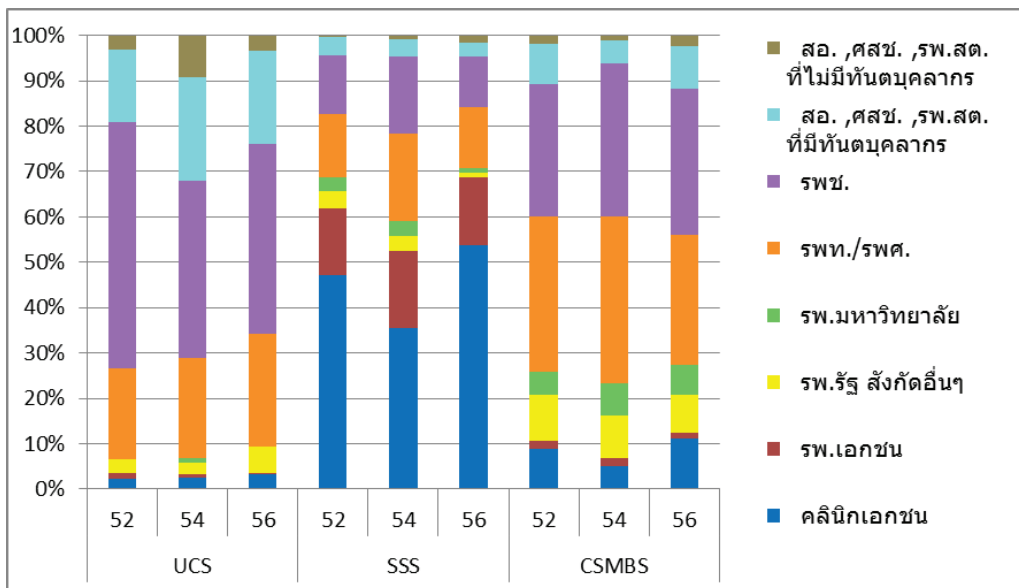
ส่วนการไม่ใช้สิทธิตามประกันสุขภาพที่มี ส่วนใหญ่เป็นการใช้บริการงานทันตกรรมพื้นฐาน โดยผู้ถือสิทธิ UCS ใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิในงานถอนฟันมากที่สุด ในขณะที่ผู้ถือสิทธิ SSS และ CSMBS ใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิในงานอุดหินน้ำลาย ชัดฟัน รักษาโรคปริทันต์มากที่สุด (รูปที่ 9)

สาเหตุลำดับแรกของการไม่ใช้สิทธิตามประกันสุขภาพเมื่อใช้บริการสุขภาพช่องปากเหมือนกันทุกกลุ่มสวัสดิการสุขภาพคือ “รอคอยนาน” แต่สาเหตุลำดับที่สองของการไม่ใช้สิทธินั้นแตกต่างกัน คือ ผู้ถือสิทธิ SSS ให้เหตุผลในเรื่อง “สิทธิประโยชน์จำกัด” ส่วนผู้ถือสิทธิ CSMBS ให้เหตุผลในเรื่อง “เวลาเปิดบริการมีจำกัด” ในขณะที่ผู้ถือสิทธิ UCS ให้นำหนักทั้งสองเหตุผลนี้เท่าๆ กัน (ตารางที่ 1)

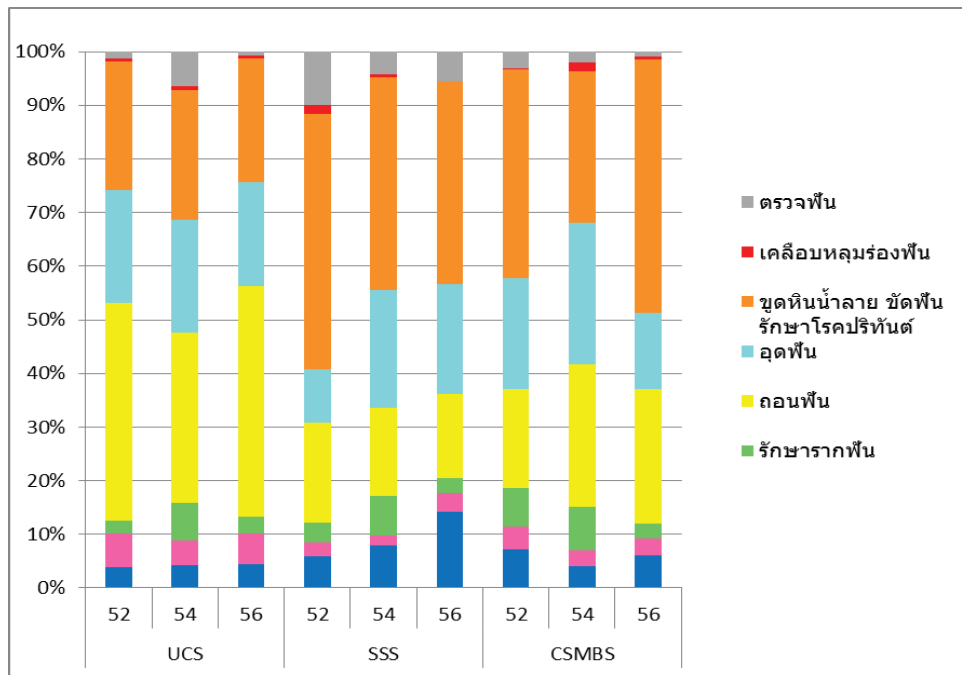
การไม่ใช้บริการสุขภาพช่องปากในยามจำเป็น

วัยทำงานที่ระบุว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปากแต่ไม่ได้ใช้บริการมีอัตราไม่แตกต่างกันระหว่างปี 2554 กับปี 2556 คือ 1.0 และ 1.1 คนต่อร้อยประชากรตามลำดับ (ไม่มีข้อมูลในปี 2552 เนื่องจากข้อคำถามนี้เริ่มสำรวจในปี 2554) โดยพบว่าผู้ถือสิทธิ UCS มีอัตราการไม่ใช้บริการในยามจำเป็นมากที่สุด รองลงมาคือสิทธิ SSS และ CSMBS ตามลำดับ

วัยทำงานทุกกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพให้เหตุผลว่า “ไม่มีเวลาไปรับการรักษา” เป็นสาเหตุลำดับแรกของการไม่ใช้บริการสุขภาพช่องปากในยามจำเป็น ทั้งนี้ พบว่า “ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล” และ “คิวยาว/รอนาน” ซึ่งเป็นตัวเลือกที่เพิ่มเข้ามาในแบบสำรวจปี 2556 เป็นสองสาเหตุที่มีน้ำหนักมากติดอันดับ 1 ใน 4 ของทุกกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพเช่นเดียวกัน ส่วนสาเหตุอื่นๆ ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ “ไม่มีเงินจ่ายค่าเดินทางไปรับการรักษา” (ในกลุ่ม UCS) “ไม่เชื่อมั่น/ไม่ประทับใจในสถานบริการ” (ในกลุ่ม CSMBS) “ไม่มีผู้พาไปรับบริการ” (ในกลุ่ม UCS และ SSS) “ไม่ทราบว่าจะไปรักษาที่ใด” (ในกลุ่ม SSS) ขณะที่ “ข้อจำกัดของผู้ให้บริการ” เป็นสาเหตุที่มีแนวโน้มลดลงทุกกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพ นอกจากนี้ สาเหตุอื่นๆ เช่น กลัวเจ็บ ยังพบมากถึง 1 ใน 5 ของกลุ่ม UCS และ



รูปที่ 8 สัดส่วนของสถานบริการที่วัยทำงานใช้สิทธิตามสวัสดิการสุขภาพเมื่อใช้บริการสุขภาพช่องปากครั้งสุดท้ายในรอบปี



รูปที่ 9 สัดส่วนของชนิดบริการสุขภาพช่องปากที่วัยทำงานไม่ใช้สิทธิตามสวัสดิการสุขภาพเมื่อใช้บริการครั้งสุดท้ายในรอบปี

ตารางที่ 1 ร้อยละของสาเหตุการไม่ใช้สิทธิตามสวัสดิการสุขภาพเมื่อใช้บริการสุขภาพช่องปากครั้งสุดท้ายในรอบปี จำแนกตามกลุ่มสิทธิสวัสดิการสุขภาพ

สาเหตุการไม่ใช้สิทธิ	UCS			SSS			CSMBS		
	ปี 52	ปี 54	ปี 56	ปี 52	ปี 54	ปี 56	ปี 52	ปี 54	ปี 56
เจ็บป่วยเล็กน้อย	1.7	1.3	1.1	3.8	2.7	2.1	3.1	1.6	1.9
อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	0.6	2.7	0.1	0.2	0.6	2.3	0.4	0.1	0.1
ระยะทางไกล	3.2	2.6	4.4	3.7	3.2	4.6	2.6	1.6	6.8
เวลาเปิดบริการมีจำกัด	11.0	15.4	13.8	14.6	14.3	21.4	25.6	27.0	28.3
ค่าเดินทางไปรับบริการ	a/	0.2	0.3	a/	0.4	0.0	a/	0.0	0.0
รอคอยนาน	56.3	46.2	55.8	41.3	38.4	39.2	50.6	44.3	52.4
ไม่มั่นใจในคุณภาพยา	0.3	1.2	1.3	1.7	1.2	0.1	0.5	1.3	0.0
ถูกเลิกปฏิบัติ	0.5	0.3	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	3.5	0.0
การบริการไม่ดี	0.8	0.1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2
ทันตแพทย์มีเวลาน้อย	0.0	0.2	0.6	0.2	0.1	0.0	0.1	0.0	0.4
ไม่มั่นใจในการรักษาของทันตแพทย์	1.7	0.5	2.2	0.1	0.3	0.4	1.1	0.4	1.1
ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ตามสิทธิที่มี	3.4	2.0	3.2	3.4	0.6	0.8	0.0	0.0	0.0
สิทธิประโยชน์มีจำกัด	14.2	21.8	13.9	20.4	34.8	22.6	13.8	18.2	8.8
อื่นๆ	6.3	3.6	1.4	9.8	2.2	4.0	2.2	1.7	0.0
ไม่ทราบ	0.0	1.9	0.7	0.8	1.2	2.5	0.0	0.0	0.0
รวมทุกเหตุผล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

a/ ไม่มีหัวข้อคำตอบในปีที่สำรวจ



ตารางที่ 2 ร้อยละของสาเหตุการไม่ใช้บริการสุขภาพช่องปากในยามจำเป็นในระหว่าง 12 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ จำแนกตามกลุ่มสิทธิสวัสดิการสุขภาพ

สาเหตุการไม่ใช้บริการในยามจำเป็น	UCS		SSS		CSMBS	
	ปี 54	ปี 56	ปี 54	ปี 56	ปี 54	ปี 56
คิดว่าไม่มีวิธีรักษา	2.1	a/	0.0	a/	0.0	a/
ไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล	a/	9.6	a/	12.2	a/	14.0
ไม่มีเงินจ่ายค่าเดินทางไปรับการรักษา	0.5	1.3	2.7	0.0	0.0	0.0
คิวยาว/รอนาน	a/	21.2	a/	15.3	a/	10.4
เดินทางไม่สะดวก/อยู่ห่างไกล	5.3	2.5	7.1	1.0	3.4	0.0
ไม่มีเวลาไปรับการรักษา	52.1	38.1	65.2	56.2	66.3	25.9
ไม่เชื่อมั่น/ไม่ประทับใจในสถานพยาบาล	5.7	3.8	17.1	1.4	1.0	8.3
ไม่ทราบว่าจะไปรับการรักษาที่ใด	2.6	0.4	0.5	3.3	0.0	0.0
ไม่มีผู้พาไปรับการรักษา	0.5	1.4	0.0	1.3	0.0	0.0
เป็นข้อจำกัดของผู้ให้บริการ	4.1	0.7	1.6	0.0	14.2	3.4
อื่นๆ เช่น กลัวเจ็บ เป็นต้น	25.8	21.0	5.8	9.3	15.1	38.0
ไม่ทราบ	1.3	a/	0.0	a/	0.0	a/
รวมทุกเหตุผล	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

a/ ไม่มีหัวข้อคำตอบในแบบสอบถาม

1 ใน 3 ของกลุ่ม CSMBS อีกทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่ม SSS ด้วย (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

ในสภาวะที่ประชากรเกือบทั้งหมดมีความคุ้มครองด้านสุขภาพ สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพควรมีอัตราเพิ่มขึ้นและเท่าเทียมกันมากขึ้น แต่จากผลการศึกษานี้ กลับพบว่าการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ตรงกันข้าม ยังพบว่าในปี 2556 มีอัตราการใช้บริการลดลงจาก 9.4 คนต่อร้อยประชากร ในปี 2554 เหลือเพียง 9 คนต่อร้อยประชากร อีกทั้งยังมีผู้ที่ไม่ได้ใช้บริการสุขภาพช่องปากเมื่อจำเป็นในอัตราที่เพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้ อัตราการใช้บริการของกลุ่มผู้มีสิทธิประกันสุขภาพในสามระบบก็ยังมี ความแตกต่างกันในทิศทางเดิม ตั้งแต่ปี 2552-2556 โดยเฉพาะกลุ่ม UCS ซึ่งครอบคลุมประชากรกลุ่มวัยนี้เป็นส่วนใหญ่ แต่กลับพบอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากต่ำที่สุด ซึ่งมี

ลักษณะเหมือนกับในประชากรไทยกลุ่มอายุ 5-14 ปี ที่ผู้ถือสิทธิ UCS มีการใช้บริการต่ำที่สุดเช่นเดียวกัน⁽¹²⁾ แสดงให้เห็นว่าการมีความคุ้มครองด้านสุขภาพ ไม่ใช่ตัวบ่งชี้การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่มีความเท่าเทียมกัน การที่ผู้อยู่ในเขตเมือง โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครมีอัตราการใช้บริการสูงที่สุด ขณะที่ผู้อยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการใช้บริการในอัตราต่ำสุดมาโดยตลอด บ่งบอกว่าการบริหารทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพช่องปากยังเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลกำลังคนภาครัฐในระบบทันตสาธารณสุขที่ยังพบการกระจายตัวไม่เหมาะสมของทันตบุคลากรกับประชากรที่ต้องรับผิดชอบ แม้ว่าจะมีการผลิตทันตแพทย์เพิ่มอย่างต่อเนื่องก็ตาม^(13,14)

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาด้วยกันแล้วพบว่า ปัจจัยในเรื่องเพศและการศึกษาของประชากรไทยวัยทำงานมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากเหมือนกับประชากรอินเดีย⁽¹⁵⁾ แต่ต่างจากจอร์แดนที่ประชากรไม่ได้ให้

ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากเท่าที่ควร แม้จะมีการศึกษาสูงก็ตาม เพราะคิดว่าไม่ใช่เรื่องที่น่ากังวลถึงชีวิต⁽¹⁶⁾ สถานการณ์ของประชากรไทยดูเหมือนมีแนวโน้มที่ดีกว่า แต่จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งล่าสุดพบว่า ประชากรกลุ่มวัยทำงาน (35-44 ปี) ส่วนใหญ่ยังเข้ารับบริการทันตกรรมเมื่อมีอาการ มีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ไปรับบริการเพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก การมีประกันสุขภาพไม่ได้สร้างแรงจูงใจให้ประชากรเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ยังไม่รู้สึกรู้ว่าสุขภาพช่องปากมีปัญหาเพราะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ แต่จากการตรวจโดยทันตแพทย์กลับพบทั้งปัญหาโรคปริทันต์อักเสบ และโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา⁽¹⁷⁾ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า “ความกลัว” เป็นเหตุผลหนึ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญทำให้กลุ่มวัยนี้ไม่ไปใช้บริการทั้งที่รู้สึกรู้ว่ามีปัญหาสุขภาพช่องปาก การกระตุ้นให้ประชากรเกิดความตระหนักรู้ในปัญหาทันตสุขภาพของตนเองจะสามารถจัดการความกลัวและสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการรับบริการได้⁽¹⁸⁾ อีกทั้งการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอจะทำให้มีโอกาสตรวจพบรอยโรคและรับการรักษาได้ตั้งแต่มีอาการและความรุนแรงน้อย ส่งผลให้ลดโอกาสสูญเสียฟันจากการถอน⁽¹⁹⁾ ซึ่งหลายการศึกษาพบว่า การสูญเสียฟันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก^(20,21) ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่นออสเตรเลีย พบว่าประชากรมากกว่าร้อยละ 50 ไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ⁽²²⁾

การศึกษานี้ไม่ได้นำปัจจัยด้านเศรษฐกิจมาวิเคราะห์ เนื่องจากในการวิเคราะห์ที่ด้านนั้นจะต้องเกี่ยวข้องกับทั้งรายได้ รายจ่ายและหนี้สิน แต่จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการมีข้อมูลเฉพาะส่วนของรายได้เท่านั้น หากนำมาศึกษาอาจทำให้แปลผลคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ ซึ่งในประเทศที่มีระบบสุขภาพพัฒนาไปไกลแล้วก็ยังคงพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่ไม่เท่าเทียมกัน^(23,24) การศึกษานี้จึงนำปัจจัยทางด้านอาชีพมาวิเคราะห์แทน เพราะอาชีพมีผลทางอ้อมกับรายได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะงานและค่าตอบแทน กลุ่มอาชีพที่ค่าตอบแทนแปรผันกับวันทำงาน เช่น ธุรกิจส่วนตัว ธุรกิจครัวเรือนและลูกจ้างเอกชน ซึ่งการหยุด

งานส่งผลกระทบต่อรายได้ จึงพบว่าเมื่ออัตราการให้บริการในระดับต่ำมาโดยตลอด การไม่ได้รับค่าตอบแทนชัดเจนในวันที่หยุดงานจึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพ ทำให้วัยทำงานกลุ่มนี้ละเลยการตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันโรค แต่จะใช้บริการสุขภาพเมื่อมีอาการและความเจ็บปวดเป็นหลัก⁽²⁵⁾

วัยทำงานส่วนใหญ่ใช้บริการงานทันตกรรมชนิดพื้นฐานเป็นหลัก ขณะที่หน่วยบริการที่สามารถให้สิทธิประโยชน์ยังไม่สามารถจัดบริการตอบสนองความต้องการของประชากรได้เพียงพอ จึงพบการใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิอยู่จำนวนมากด้วยเหตุผลการรอคอยนานและเวลาเปิดบริการมีจำกัด การปรับระบบบริการให้เอื้อต่อการใช้บริการของประชากรกลุ่มวัยนี้จึงเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาให้เกิดการเข้าถึงบริการได้อย่างแท้จริง กลวิธีหนึ่งคือการเพิ่มจุดบริการ การกระจายงานบริการสุขภาพช่องปากลงสู่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นทางเลือกหนึ่งที่เริ่มมีนโยบายผลักดันตั้งแต่ปี 2557 แต่ทั้งนี้ลักษณะงานในหน่วยบริการปฐมภูมิยังเน้นเฉพาะการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มวัยอื่นๆ ยกเว้นวัยทำงาน^(26,27) ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพทั้งกำลังคนและงบประมาณ ดำเนินการ การถ่ายโอนภาระและขอบเขตงานบริการทันตกรรมพื้นฐานให้กับทันตบุคลากรอื่น ที่ไม่ใช่ทันตแพทย์ให้สามารถทำงานทดแทนกันได้จึงเป็นประเด็นที่ผู้บริหารควรนำมาพิจารณา^(28,29) และท่ามกลางความขัดแย้งทางความคิดในเรื่องขอบเขตการบริการของทันตบุคลากรในแต่ละระดับนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่การลงทุนด้านกำลังคนทางทันตสาธารณสุขในอนาคตต้องการหลักฐานเชิงประจักษ์มาประกอบการตัดสินใจอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้ต้องครอบคลุมไปถึงข้อบังคับที่มีผลทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองทั้งผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการด้วย ประเด็นเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อทิศทางการวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนด้านทันตสาธารณสุข ที่ตอบสนองความต้องการตามบริบทสังคมไทย

จากผลการศึกษาที่พบว่า วัยทำงานเลือกใช้บริการที่คลินิกเอกชนเป็นส่วนใหญ่ นั่น การจัดบริการในรูปแบบรัฐร่วมเอกชนจึงเป็นอีกแนวทางหนึ่ง ที่เหมาะสมสำหรับพัฒนาระบบ



บริการในเขตเมือง ซึ่งมีหน่วยบริการภาคเอกชนอยู่มาก และสามารถตอบสนองความต้องการใช้บริการของประชากร ดังเช่นกรณีของจังหวัดสมุทรปราการ⁽³⁰⁾ แต่ทั้งนี้ ควรต้องศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นความคุ้มค่า หากรัฐจะลงทุนพัฒนาการจัดบริการรูปแบบนี้ต่อไป ในประเด็นนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องเริ่มพัฒนาระบบควบคุมกำกับคุณภาพและมาตรฐานสถานบริการภาคเอกชนอย่างเป็นรูปธรรม ประกอบกับการจัดทำฐานข้อมูลหน่วยบริการทันตกรรมภาคเอกชนควบคู่กันไปด้วย เพื่ออำนวยความสะดวกในด้านข้อมูลแก่ผู้รับบริการ เช่น รายชื่อหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองมาตรฐานระบุที่ตั้งของหน่วยบริการหรือข้อมูลในด้านขอบเขตการบริการว่าครอบคลุมงานชนิดใดบ้าง เหล่านี้ล้วนเป็นตัวช่วยให้ประชาชนสามารถตัดสินใจเลือกใช้บริการได้สะดวกขึ้น และจะเป็นฐานข้อมูลบุคลากรทันตสาธารณสุขอีกส่วนหนึ่ง นอกจากข้อมูลของภาครัฐ เป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนกำลังคนในภาพรวมของประเทศต่อไป

ส่วนประเด็นที่ผู้ถือสิทธิ SSS ไม่ใช้สิทธิเมื่อเข้ารับบริการ เนื่องจากสิทธิประโยชน์ตามหลักประกันมีจำกัด ตามเงื่อนไขการเบิกค่าบริการทันตกรรมของสิทธินี้ระบุว่าให้เบิกไม่เกินครั้งละ 300 บาท หรือปีละ 600 บาท⁽³¹⁾ ผนวกกับผู้ถือสิทธินี้เลือกใช้บริการที่คลินิกเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอัตราค่าบริการมักจะสูงกว่าหน่วยบริการภาครัฐ ทำให้มีส่วนต่างของค่าบริการที่ผู้ประกันตนต้องชำระเพิ่ม การปรับปรุงเงื่อนไขและอัตราการเบิกค่าบริการทันตกรรมของกลุ่มสิทธิสวัสดิการสุขภาพนี้จึงเป็นประเด็นที่ควรมีการทบทวนให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ เพื่อให้เหมาะสมกับรูปแบบการใช้บริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานกลุ่มนี้ ทั้งนี้การควบคุมอัตราค่าบริการทันตกรรมชนิดพื้นฐานเป็นอีกประเด็นที่ควรศึกษาความเป็นไปได้เพิ่มเติมประกอบกันด้วย

ข้อยุติ

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้ได้มาจากการให้ตัวแทนสมาชิกในครัวเรือนตัวอย่างนี้ย้อนหลังถึงการใช้บริการสุขภาพช่องปากในช่วง 12 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ ดังนั้น การใช้บริการที่ได้

จากการสำรวจอาจไม่ตรงกับการใช้บริการที่เกิดขึ้นจริง เนื่องจากความจำและความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน อีกทั้งการนำข้อมูลการใช้บริการมาเชื่อมโยงเป็นความเท่าเทียมในการใช้บริการยามจำเป็นน่าจะยังไม่เหมาะสมนัก เพราะความต้องการในการรับบริการทันตกรรมของประชากรอาจไม่ตรงกับความเป็นไปในมุมมองของทันตบุคลากร นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้วัดความต้องการรับบริการนั้น ยังไม่สามารถวัดได้สมบูรณ์ในตัวเอง ในประเด็นนี้มีผู้แนะนำให้ใช้ดัชนีตัวอื่น ๆ มาประกอบการวัดความจำเป็นในการรับการรักษาเพิ่มเติม เช่น คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก^(29,32,33) ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในแง่มุมเหล่านี้ รวมทั้งการประเมินความคุ้มค่าของรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่เอื้อต่อการใช้บริการของวัยทำงานด้วย เพื่อให้สามารถพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของวัยทำงานได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของประเทศอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรมีการทบทวนศักยภาพการบริการสุขภาพช่องปากและสมรรถนะของทันตบุคลากร ในหน่วยบริการทุกระดับทั้งระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ เพื่อพัฒนาให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ พร้อมกับการพัฒนานโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทางทันตสุขภาพในวัยทำงานอย่างจริงจัง โดยมีเป้าหมายให้ประชากรตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลทันตสุขภาพตนเองเพื่อสามารถรักษาฟันให้อยู่ในสภาพที่ดีได้ตลอดอายุขัย นอกจากนี้การจัดบริการสุขภาพช่องปากรูปแบบรัฐร่วมเอกชนก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่เหมาะสมสำหรับการจัดบริการในเขตเมือง ทั้งนี้ควรศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นความคุ้มค่า รวมไปถึงแนวทางในการกำหนดและควบคุมอัตราค่าบริการทันตกรรมชนิดพื้นฐานควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบควบคุมมาตรฐานหน่วยบริการทันตกรรมภาคเอกชนด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่อนุเคราะห์ชุดข้อมูล

สำหรับใช้วิเคราะห์ในการศึกษานี้ และสำนักงานพัฒนา
นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศที่ให้ข้อเสนอแนะในการวิเคราะห์
ข้อมูล และที่สำคัญคือ โครงการวิจัยประเมินผลและเขียน
บทความวิชาการด้านสุขภาพช่องปากของสำนักทันต
สาธารณสุขที่เปิดโลกทัศน์การทำงานเชิงวิชาการให้แก่ผู้วิจัย
และให้คำปรึกษาในทุกขั้นตอนของงานวิจัยชิ้นนี้

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. What is universal health coverage?. [cited 2016 Feb 12]; Available from: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/.
- Lapying P, Putthasri W. Oral health care utilization during the first decade of Thai universal health coverage system. *Journal of Health Science* 2013;22:1080-90. (in Thai)
- Developmental project of responsiveness evaluation instrument and method. Final report. Health Insurance System Research Office/ National Health Security Office; 2012. (in Thai)
- Pacharanarumon W, Greetong T, Prakongsai Ph, Tisayaticom K, Vasavid Ch, Preechachat R, et al. Capitation payment. In: Sunthorntham S, Srithamrongsawats S, Sriratanabal Ch, Tanmatataree Ch, Aueasiriwon B, Nipaporn S. Health Insurance Systems in Thailand. National Health Security Office 2012:160-73. (in Thai)
- Andersen R. Health status indices and access to medical care. *Am J Public Health*. 1978;68(5):458-63.
- The 2015 Strategies, Goals and KPIs of Ministry of Public Health. Policy and Strategy Bureau, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
- National Statistical Office. The first quarter of 2015 survey on working status. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2015. (in Thai)
- Hayes A, Azarpazhooh A, Dempster L, Ravaghi V, Qui_onez C. Time loss due to dental problems and treatment in the Canadian population: analysis of a nationwide cross-sectional survey. *BMC Oral Health* [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 22]; Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/13/17/DOI:10.1186/1472-6831-13-17>.
- National Statistical Office. The 2009 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2010. (in Thai)
- National Statistical Office. The 2011 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2012. (in Thai)
- National Statistical Office. The 2013 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2014. (in Thai)
- Lapying P, Putthasri W. Oral care utilization among Thai children aged 5-14 years: the analysis of the nationwide cross-sectional survey. *Journal of Health Systems Research*. 2014;8(2):187-96. (in Thai)
- Dental Health Bureau, Department of Health. The 2014 report on human resource of oral health. Bangkok: Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
- Pakaiya N, Hongtong P. Human resource for health: in the past, present and future. Human Resources for Health Research and Development Office/ Thai Health Promotion Foundation/ Health Systems Research Institute/ International Health Policy Program Thailand; 2011. Chapter 2, situation of dentist; p.60-67. (in Thai)
- Vashisth S, Gupta N, Bansal M, Rao NC. Utilization of services rendered in dental outreach programs in rural areas of Haryana. *Contemporary Clinical Dentistry* 2012;3:S164-6, doi:10.4103/0976-237X.101076.
- Ref S, Alsa, AG, Taani DS. Factors influencing dental care access in Jordanian adults. *BMC Oral Health* [Internet]. 2014;14(1):127 [cited 2014 november 22]; Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/14/127/DOI:10.1186/1472-6831-14-127>.
- Dental Health Bureau, Department of Health. The 7th national oral health survey, Thailand 2012. Bangkok: Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
- Gambhir RS, Brar P, Singh G, Sofat A, Kakar H. Utilization of dental care: An Indian outlook. *J Nat Sci Biol Med*. 2013;4(2):292-7. doi:10.4103/0976-9668.116972.
- Cater KD, Stewart JF. National Telephone Interview Survey 2002. AIHW Cat No. DEN 128. Adelaide: AIHW Dental Statistics and Research Unit, The University of Adelaide 2003.
- Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37(2):171-181. doi:10.1111/j.1600-0528.2008.00457.x.
- Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:126. doi:10.1186/1477-7525-8-126.
- Harford J, Ellershaw A, Stewart J. Access to dental care in Australia. *Australian Dent J*. 2004;49:206-8.
- Murakami K, Aida J, Ohkubo T, Hashimot H. Income-related inequalities in preventive and curative dental care use among working-age Japanese adults in urban areas: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2014;14:117. doi:10.1186/1472-6831-14-117



- PMCID: PMC4176863.
24. Duncan L, Bonner A. Effects of income and dental insurance coverage on need for dental care in Canada. *J Can Dent Assoc* 2014;80:e6.
 25. Peipins LA, Soman A, Berkowitz Z, White MC. The lack of paid sick leave as a barrier to cancer screening and medical care-seeking: results from the National Health Interview Survey. *BMC Public Health*. 2012;12:520. doi:10.1186/1471-2458-12-520.
 26. The 2014 Strategies, Goals and KPIs of Ministry of Public Health. Policy and Strategy Bureau, Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
 27. The 2015 Strategies, Goals and KPIs of Ministry of Public Health. Policy and Strategy Bureau, Ministry of Public Health; 2014. (in Thai)
 28. A strategic review of the future dentistry workforce informing dental student intakes. The center for workforce intelligence. 2013 [cited 2016 Jan 12]; Available from: <http://www.cfwi.org.uk/publications/a-strategic-review-of-the-future-dentistry-workforce-informing-dental-student-intakes/@@publication-detail>.
 29. Ab-Murat N, Sheiham A, Watt R, Tsakos G. Treatment needs and skill mix workforce requirements for prosthodontic care: a comparison of estimates using normative and sociodental approaches. *BMC Oral Health* 2015;15:36. doi:10.1186/s12903-015-0015-9.
 30. Annual report of dental health in 2011. Samutprakan Provincial Health Office. 2012 [cited 2014 Nov 22]. Available from: <https://samutprakardent.files.wordpress.com/2012/05/e0b8a3e0b8b2e0b8a2e0b887e0b8b2e0b899e0b89be0b8a3e0b8b0e0b888e0b8b3e0b89be0b8b554e0b889e0b89ae0b8b1e0b89ac0b888e0b8a3e0b8b4e0b887-21.pdf>. (in Thai)
 31. Social Security Office. Benefit for dental service in Social Security Act, B.E. 2533 (1990). Given on 31th Day of August B.E. 2554 (2011).
 32. Gherunpong S, Sheiham A, Tsakos G. A sociodental approach to assessing children's oral health needs: integrating an oral health-related quality of life (OHRQoL) measure into oral health service planning. *Bull WHO*. 2006;84(1):36-42.
 33. Ghijssels I, Brosens V, Willems G, Fieuws S, Clijmans M, Lemiere J. Normative and self-perceived orthodontic treatment need in 11- to 16-year-old children. *Eur J Orthodontics*. 2014;36:179-85. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/ejo/cjt042> 179-185.