

การเข้าถึงบริการทันตกรรมประเภทต่างๆ ของประชากรไทย

วารารัตน์ ไชชื่น*

บทคัดย่อ

เป้าหมายหลักของการจัดบริการสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือการเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกันของประชากร อัตราการรับบริการสุขภาพจึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินการดำเนินงานตามเป้าหมายดังกล่าว แต่จากข้อมูลการสำรวจระดับประเทศพบว่า ในช่วงสิบปีที่ผ่านมา อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชากรไทยมีระดับต่ำกว่าร้อยละ 10 มาโดยตลอด แม้จะมีการเพิ่มจำนวนทันตแพทย์ผู้ให้บริการเข้าสู่ระบบบริการอย่างต่อเนื่อง การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อวิเคราะห์รายละเอียดการได้รับบริการทันตกรรมของประชากรไทย โดยจำแนกตามกลุ่มประเภทบริการ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มบริการประเภทส่งเสริมป้องกัน กลุ่มบริการประเภทรักษาขั้นพื้นฐาน กลุ่มบริการประเภทรักษาฟื้นฟูขั้นเฉพาะทาง โดยอาศัยข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ จำนวน 5 รอบการสำรวจ ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2558 ผลการศึกษาพบว่า แม้ว่าประชากรที่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมาจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่ผู้ที่ไม่ได้รับบริการไม่ได้มีจำนวนลดลงเลย อีกทั้งประชากรที่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการเข้ารับบริการแต่ไม่ได้เข้ารับบริการก็ยังคงมีอยู่ในทุกปีที่ผ่านมา ในขณะที่การได้รับบริการประเภทรักษาฟื้นฟูขั้นเฉพาะทางมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สวนทางกับบริการประเภทรักษาขั้นพื้นฐานที่มีแนวโน้มลดลง ผลิตภาพการจัดบริการในภาพรวมที่เพิ่มขึ้นจึงน่าจะเป็นผลจากการจัดบริการเฉพาะทางนี้ ซึ่งหากปล่อยให้ระบบบริการดำเนินไปในลักษณะนี้ต่อไป จะยิ่งสร้างช่องว่างระหว่างผู้เข้าถึงและเข้าไม่ถึงบริการทันตกรรมที่จำเป็นได้ในระยะยาว การประเมินสถานการณ์การจัดการบริการทันตกรรมในการศึกษานี้จึงน่าจะเป็นประโยชน์สำหรับการวางแผนระบบบริการทันตกรรมและการกำกับติดตามต่อไป

คำสำคัญ: การเข้าถึงบริการ, ประเภทบริการ, บริการทันตกรรม

Accessibility to Dental Care According to Type of Service in Thai Population

Wararat Jaichuen, pook_ky2526@hotmail.com

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

Abstract

Equity in health and health service are the ultimate goals of Universal Health Coverage. One key performance indicator for achieving that goal is about accessibility. However, Thailand in previous 10 years, while the number of dentists in service system was steadily increased, the utilization rates for dental service were nearly stable at lower than 10 percent. This study aimed to analyze utilization of dental services in 3 categories (oral health prevention, simple dental treatment, and complicated dental treatment), by using secondary data from the series of 5 Health and Welfare Surveys from 2007 to 2015. The results showed an increased number of people who received some dental service in the last 12 months. However, the number of people who did not receive any dental service were nearly the same in every survey. Moreover, people with unmet dental service need still exist. The proportion of complicated dental service use was increasing while simple level was in the contrast. Therefore, dental service productivity might be mainly from those complicated dental services. This would lead to a wider gap of accessibility to dental service among the population in the long-term. The findings from this study might be useful for planning and monitoring the future dental service system.

Keywords: accessibility to care, type of service, dental care, dental service

* สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ภูมิคลังและเฑณฑล

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมุ่งคุ้มครองสวัสดิภาพของประชากรไทยทุกคนให้มีสิทธิด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ภายใต้ความรับผิดชอบของรัฐในการจัดการให้ประชากรสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง การกำกับติดตามและประเมินผลระบบสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการบรรลุผลลัพธ์ที่ไม่ใช่เพียงแค่การมีสุขภาพดีของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เป็นการมีสุขภาพที่เท่าเทียมถ้วนหน้าในประชากรทั้งหมด การจัดการบริการสุขภาพเป็นองค์ประกอบแรกๆ ที่นำไปสู่เป้าหมายดังกล่าว ตั้งแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา การอภิบาลระบบสุขภาพได้ให้ความสำคัญที่การกำกับติดตามอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรเป็นประเด็นแรก โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้นำที่อภิบาลระบบ พระราชบัญญัติดังกล่าวครอบคลุมถึงสิทธิการรับบริการทางทันตกรรมของประชากรไทยด้วย⁽¹⁾ จึงมีการใช้ตัวชี้วัดหลักเรื่องการเข้าถึงบริการทันตกรรมในการติดตามประเมินการดำเนินงานของระบบบริการทันตกรรม โดยหมายรวมถึงการเข้าถึงบริการทันตกรรมทั้งการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟู แต่การจัดการบริการสุขภาพยังคงอาศัยแรงงานมนุษย์เป็นหลัก องค์ประกอบที่สำคัญจึงหนีไม่พ้นกำลังคนด้านสุขภาพ ในส่วนของระบบบริการทันตกรรมจึงเน้นการเพิ่มจำนวนทันตแพทย์เข้าสู่ระบบบริการมาโดยตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมามี โดยมุ่งหวังจะทำให้ประชากรสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้เพิ่มมากขึ้น

ระบบข้อมูลเป็นอีกองค์ประกอบของระบบสุขภาพ ข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วนและทันสมัยมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของการกำกับติดตามระบบสุขภาพ⁽²⁾ แม้ว่าประเทศไทยจะให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบข้อมูลทางสุขภาพโดยการจัดทำฐานข้อมูลกลางภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) แต่ฐานข้อมูลนี้เพิ่งได้รับการพัฒนาในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา

มาและยังไม่ครอบคลุมถึงการจัดบริการในภาคส่วนอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ดังนั้น การติดตามการเข้าถึงบริการของประชากรไทยจึงอาศัยฐานข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติเป็นหลัก ภายใต้ชุดโครงการการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่มูลนิธิแรกเริ่มของการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยในช่วงห้ารอบของการสำรวจ ซึ่งครอบคลุมระยะเวลาเกือบสิบปี พบว่า อัตราการได้รับบริการทันตกรรมของประชากรไทยมีระดับที่ค่อนข้างคงที่ การปรับเพิ่มลดของอัตราการเข้าถึงไม่มีทิศทางที่ชัดเจน แม้จะมีการเพิ่มจำนวนทันตแพทย์เข้าสู่ระบบบริการอย่างต่อเนื่อง แต่อัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมกลับไม่สามารถพัฒนาให้เพิ่มสูงขึ้นเกินกว่าร้อยละ 10 ได้⁽⁴⁾ (ภาพที่ 1) จึงเกิดข้อคำถามของผู้เกี่ยวข้องทั้งในส่วนผู้ทำหน้าที่กำกับติดตามและผู้มีอำนาจตัดสินใจเชิงนโยบายว่า เหตุใดอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมจึงไม่เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับจำนวนทันตแพทย์ในระบบบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

เมื่อทบทวนลักษณะการให้บริการทันตกรรม พบว่าทันตแพทย์ไทยที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมสามารถให้บริการทันตกรรมได้ครอบคลุมทุกประเภทบริการตามความรู้ความสามารถ ตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยโรค ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรค ฟื้นฟูสภาพที่เกี่ยวกับฟันและอวัยวะภายในช่องปาก รวมถึงชากรรไกรและกระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับชากรรไกร⁽⁵⁾ ขอบเขตการให้บริการตามที่ระบุในกฎหมายนี้จึงไม่แตกต่างระหว่างทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาระดับทันตแพทยศาสตรบัณฑิตหรือทันตแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมต่อเฉพาะทางด้านต่างๆ ในขณะที่ต้นทุนด้านเวลาสำหรับปฏิบัติงานในหนึ่งวันของคนเรามีค่าคงที่ การจัดสรรเวลาให้กับกิจกรรมหนึ่งจึงกระทบต่อการสูญเสียเวลาให้กับกิจกรรมที่เหลือ เช่นเดียวกับการจัดสรรเวลาให้กับการจัดบริการในระดับต่างๆ สัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างประเภทบริการจะทำให้ระบบทันตสุขภาพในภาพรวมมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว การกำกับติดตามอย่างเป็น

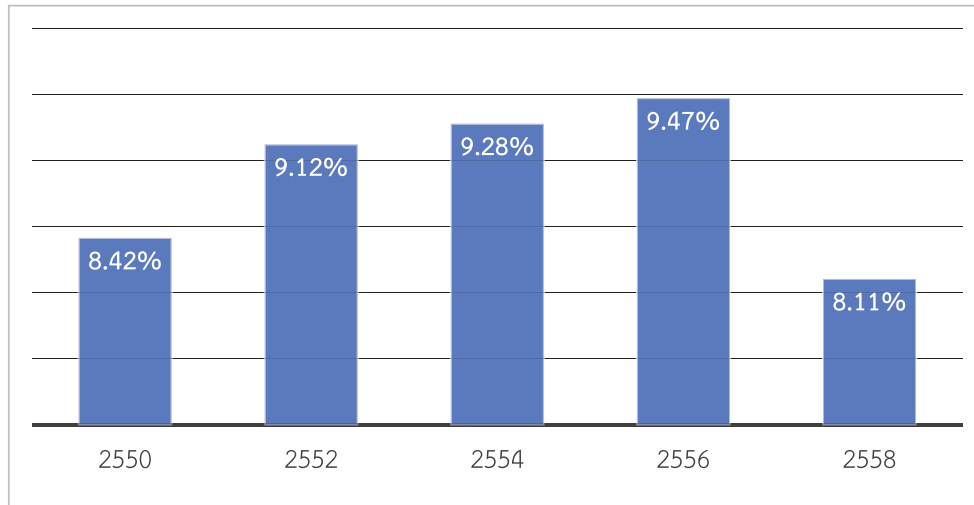


Figure 1 Percentage of population receiving dental service by survey year

Source: The survey on health and welfare, National Statistical Office

ระบบจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁽⁶⁾

จากสถานการณ์ข้างต้น ทำให้นักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานทันตสาธารณสุขจำเป็นต้องกลับมาทบทวนว่าตัวชี้วัดลักษณะใดจึงจะสามารถบ่งบอกประสิทธิภาพของระบบทันตสุขภาพและระบบบริการทันตกรรมได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากลักษณะความเจ็บป่วยของโรคในช่องปากอันนำไปสู่ความต้องการรับและให้บริการทันตกรรมไม่ได้เป็นไปตามจำนวนคนที่ป่วย แต่เป็นไปตามจำนวนรอยโรคที่มีในช่องปาก การวางแผนจัดบริการที่อาศัยข้อมูลเฉพาะจำนวนคนที่เข้ารับบริการโดยไม่ลงรายละเอียดว่าผู้ที่เข้าถึงบริการเป็นกลุ่มใดนั้น จะนำไปสู่การออกแบบระบบบริการที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อวิเคราะห์การได้รับบริการทันตกรรมของประชากรไทย โดยมุ่งเน้นที่การวิเคราะห์รายละเอียดตามประเภทของกลุ่มบริการ ได้แก่ กลุ่มบริการประเภทส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค กลุ่มบริการประเภทรักษาขั้นพื้นฐาน กลุ่มบริการประเภทรักษาฟื้นฟูขั้นเฉพาะทาง ซึ่งผลลัพธ์จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ประกอบการพัฒนาตัวชี้วัดสำหรับประเมินระบบบริการทันตกรรมของประเทศไทยต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

วัสดุที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2550, 2552, 2554, 2556, 2558 ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งการสุ่มตัวอย่างและวิธีการเก็บข้อมูลได้อธิบายไว้ในรายงานฉบับสมบูรณ์ของแต่ละรอบการสำรวจ^(4,7-10) โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลระดับบุคคล ข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นข้อมูลประสบการณ์การได้รับบริการทันตกรรม จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย (1) การได้รับบริการทันตกรรมระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (2) จำนวนครั้งที่ได้รับบริการทันตกรรม (3) ชนิดบริการทันตกรรมที่ได้รับในครั้งสุดท้าย (4) การที่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการเข้ารับบริการแต่ไม่ได้เข้ารับบริการ ระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว (5) สาเหตุที่ไม่ได้เข้ารับบริการในครั้งนั้น ทั้งนี้ข้อคำถามลำดับที่ 4 และ 5 เริ่มปรากฏในแบบสำรวจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้นมา ข้อมูลระดับบุคคลทั้งหมดได้รับการคัดเข้าสำหรับวิเคราะห์เป็นภาพรวมประชากรรายปีที่สำรวจ จากนั้นจึงพิจารณา

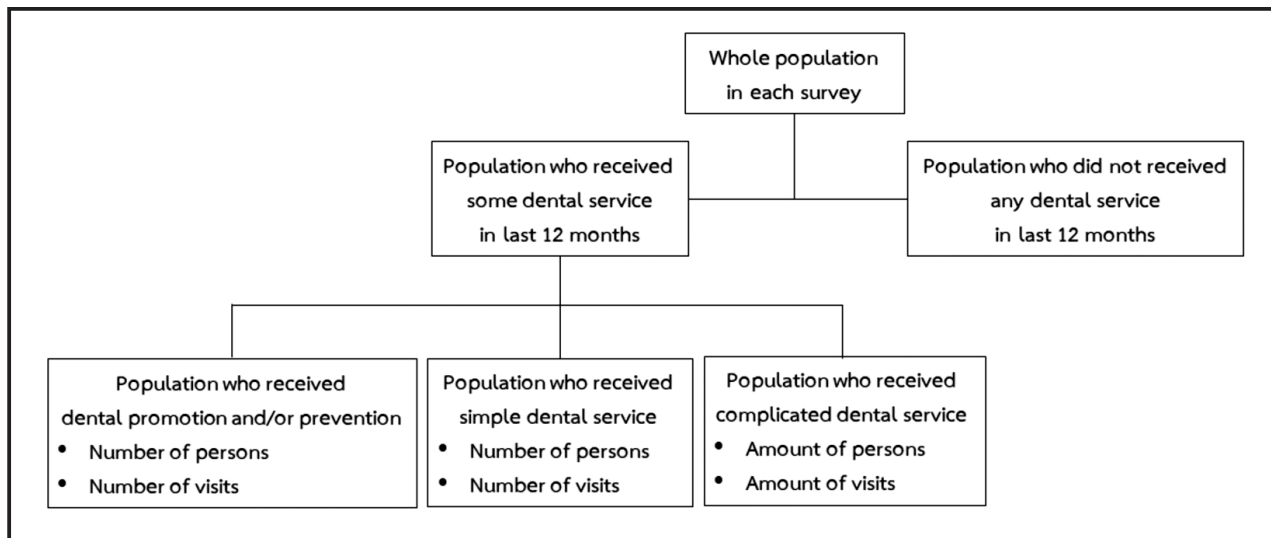


Figure 2 Framework of data analysis

คำตอบในข้อคำถามจำนวนครั้งที่ไปรับบริการทันตกรรม โดยคำตอบตั้งแต่ 13 ครั้งต่อปี จะถูกปรับเป็น 12 ครั้งต่อปีเท่านั้น โดยมีสมมติฐานว่าการใช้บริการจัดฟันเป็นชนิดบริการที่ผู้ป่วยมีจำนวนครั้งการรักษามากที่สุดในหนึ่งปี เนื่องจากต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง ยังมีระยะเวลานัดบริการเพียง 1 ครั้งต่อเดือน⁽¹¹⁾ ดังนั้นจำนวนครั้งที่มากกว่านี้จึงอาจเป็นข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาที่ใช้ข้อมูลแบบตัดขวางจากการสำรวจระดับประชากรจำนวน 5 รอบการสำรวจครอบคลุมระยะเวลา 9 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2558 โดยใช้ข้อมูลชนิดบริการทันตกรรมที่ประชากรได้รับในครั้งสุดท้ายเป็นข้อมูลเทียบเคียงสำหรับจัดกลุ่มประชากรตามประเภทบริการ ดังนี้

1. กลุ่มบริการประเภทส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (oral health prevention) หมายถึง ตรวจรักษาสุขภาพในช่องปาก ทา/เคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน
2. กลุ่มบริการประเภทรักษาขั้นพื้นฐาน (simple dental service) หมายถึง ขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์ อุดฟัน ถอนฟัน

3. กลุ่มบริการประเภทรักษาฟื้นฟูขั้นเฉพาะทาง (complicated dental service) หมายถึง รักษารากฟัน ใสฟันเทียม จัดฟัน

สำหรับคำตอบอื่นๆ จะถูกจัดไว้ในกลุ่มไม่สามารถระบุประเภทได้

วิเคราะห์หาความถี่ของประชากรที่ได้รับบริการทันตกรรม และจำนวนครั้งของการได้รับบริการในภาพรวมรายกลุ่มประเภทบริการ รวมทั้งความถี่ของประชากรที่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการเข้ารับบริการแต่ไม่ได้เข้ารับบริการด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 22 แล้วเปรียบเทียบอัตราส่วนประชากรที่ได้รับบริการทันตกรรมและประชากรที่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการเข้ารับบริการแต่ไม่ได้เข้ารับบริการระหว่างปีที่สำรวจ โดยใช้ข้อมูลของการสำรวจครั้งแรก ได้แก่ ข้อมูลปี พ.ศ. 2550 และ 2554 เป็นค่าเทียบตามลำดับ

ผลการศึกษา

จำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษาเพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2550 - 2554 จาก 65.6 เป็น 67.5 ล้านคน และลดลงในปีถัดมา (พ.ศ. 2555) เหลือ 66.3 ล้านคน แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็น 67.1 ล้านคนในปีสุดท้ายที่สำรวจ (พ.ศ. 2558) แต่เมื่อ

วิเคราะห์ความถี่จำแนกระหว่างประชากรที่ได้รับและไม่ได้รับบริการทันตกรรมในช่วง 12 เดือนก่อนรอบการสำรวจ โดยเปรียบเทียบอัตราส่วนกับปีเริ่มแรกที่ใช้ในการศึกษา พบว่าจำนวนประชากรที่ได้รับบริการทันตกรรมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นต่อเนื่องระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2556 แล้วจึงลดลงในปี พ.ศ. 2558 ในขณะที่ประชากรที่ไม่ได้รับบริการทันตกรรมมีจำนวนค่อนข้างคงที่ในทุกปีที่สำรวจ ทั้งนี้ยังคงพบประชากรที่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปากและต้องการเข้ารับบริการแต่ไม่ได้เข้ารับบริการในทุกปีที่มีข้อมูล (ตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณาการได้รับบริการทันตกรรมของประชาชนโดยจำแนกตามกลุ่มประเภทบริการ พบว่าประชากรที่ได้รับบริการกลุ่มประเภทรักษาฟันพื้นฐานเฉพาะ

ทางมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นทุกปีที่สำรวจ จนกระทั่งมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ในสองปีท้ายของการสำรวจ สำหรับประชากรที่ได้รับบริการกลุ่มประเภทส่งเสริมฯ ป้องกันฯ แม้ว่าจะมีแนวโน้มการปรับเพิ่มลดไม่ต่อเนื่อง แต่ก็พบว่าสัดส่วนการได้รับบริการกลุ่มนี้มีความแตกต่างในทิศทางเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 5 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลในปีสำรวจปีแรกและปีสุดท้าย ตรงกันข้ามกับประชากรที่ได้รับบริการกลุ่มประเภทรักษาฟันพื้นฐานมีสัดส่วนในปีสำรวจสุดท้ายลดลงจากปีแรกเกือบร้อยละ 7 (ตารางที่ 2)

จำนวนครั้งการได้รับบริการทันตกรรมของกลุ่มบริการประเภทส่งเสริมฯ ป้องกันฯ รักษาฟันพื้นฐาน และกลุ่มที่ไม่สามารถระบุประเภทได้ มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

Table 1 Frequency and ratio of population by experience in dental service received in last 12 months

Survey year (B.E.)	Population who received some dental service		Population who didn't receive any dental service		Population with unmet dental need	
	persons	ratio by reference year	persons	ratio by reference year	persons	ratio by reference year
2550	5,524,561	Reference	60,119,843	Reference	N/A	N/A
2552	6,094,270	1.10	60,694,304	1.01	N/A	N/A
2554	6,264,680	1.13	61,230,641	1.02	588,495	Reference
2556	6,278,147	1.14	59,985,020	1.00	697,767	1.19
2558	5,443,690	0.99	61,720,042	1.03	662,963	1.13

Note: Reference = reference year, N/A = data is not available

Table 2 Frequency and proportion of population by group of dental service received in last 12 months

Survey year (B.E.)	Complicated dental treatment		Simple dental treatment		Oral health prevention		Cannot classify	
	persons	%	persons	%	persons	%	persons	%
2550	445,681	8.1	4,559,360	82.5	449,474	8.1	70,046	1.3
2552	526,692	8.6	5,020,580	82.4	495,896	8.1	51,102	0.8
2554	621,559	9.9	4,753,697	75.9	572,327	9.1	317,097	5.1
2556	643,940	10.3	4,985,925	79.4	540,164	8.6	108,118	1.7
2558	574,894	10.6	4,117,804	75.6	723,234	13.3	27,758	0.5

Table 3 Mean dental visit per year by group of service category

Dental service category	Mean visit per year (S.D.)				
	B.E. 2550	B.E. 2552	B.E. 2554	B.E. 2556	B.E. 2558
Complicated dental service	2.98 (3.43)	3.14 (3.44)	2.99 (3.18)	4.48 (4.44)	4.52 (4.34)
Simple dental service	1.32 (0.88)	1.45 (1.10)	1.48 (1.22)	1.39 (1.14)	1.37 (1.02)
Oral health prevention	1.31 (0.93)	1.48 (1.20)	1.74 (1.58)	1.33 (0.82)	1.41 (1.01)
Cannot classify	1.49 (0.96)	1.46 (1.61)	1.81 (1.32)	1.38 (1.22)	1.38 (0.99)
Total	1.45 (1.37)	1.59 (1.54)	1.67 (1.63)	1.70 (2.00)	1.71 (1.96)

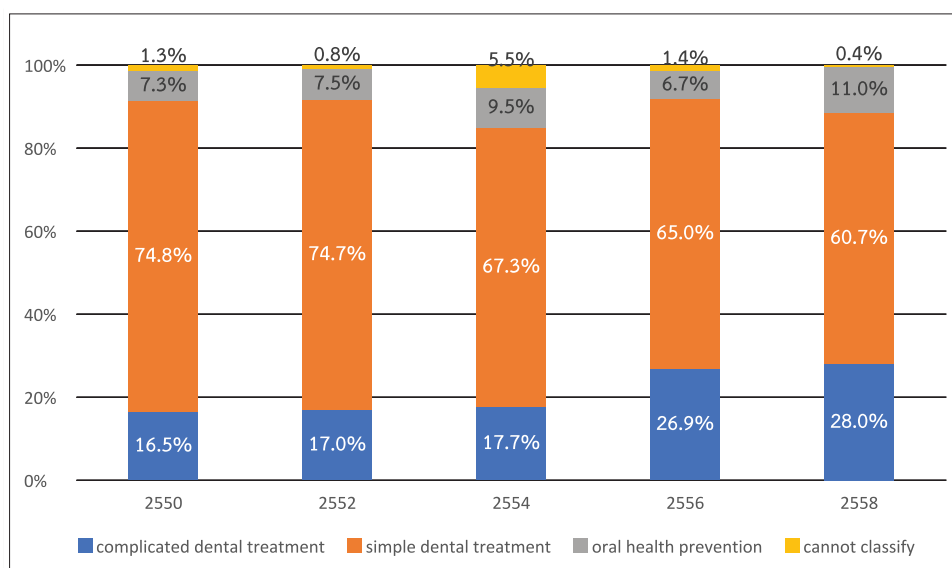


Figure 3 Percentage of dental visit by group of service category

คือน้อยกว่า 2 ครั้งต่อปี ในทุกปีที่สำรวจ แตกต่างจากกลุ่มบริการประเภทรักษาฟันฟุ้งขึ้นเฉพาะทางที่มีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งมากกว่า 2 ครั้ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนกระทั่งมากกว่า 4 ครั้งในสองปีสุดท้ายของการสำรวจ (ตารางที่ 3)

เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของจำนวนครั้งการได้รับบริการทันตกรรมระหว่างกลุ่มประเภทบริการ พบว่าสัดส่วนของกลุ่มบริการประเภทรักษาฟันฟุ้งขึ้นเฉพาะทางมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องชัดเจน โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2558 ที่พบสัดส่วนจำนวนครั้งของการได้รับบริการกลุ่มนี้มากถึงเกือบร้อยละ 30 ทั้งที่จำนวนประชากรที่ได้รับบริการในภาพรวมของทุกกลุ่มประเภทบริการลดลงจากปีก่อนหน้าก็ตาม ตรงกันข้ามกับสัดส่วนของกลุ่ม

บริการประเภทรักษาฟันพื้นฐานที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจาก 3 ใน 4 ส่วนในปีแรกของการสำรวจ เหลือเพียง 3 ใน 5 ส่วนในปีสุดท้ายของการสำรวจ (ภาพที่ 3)

วิจารณ์

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อวิเคราะห์การได้รับบริการทันตกรรมรายประเภทบริการในภาพรวมของประชากรไทย ไม่ได้เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะทางสังคม และเศรษฐกิจฐานะของประชากร โดยข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตัวบุคคลหรือตัวแทนครัวเรือนถึง

ประสบการณ์การได้รับบริการสุขภาพประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมา ข้อมูลที่ได้จะผ่านการถ่วงน้ำหนักเพื่อให้ได้ภาพรวมประชากรทั้งหมด ผนวกกับการดำเนินงานที่ต่อเนื่องมาเกือบสิบปี ทำให้ข้อมูลชุดนี้เหมาะสมในการนำมาใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบการได้รับบริการทันตกรรมในภาพประชากรได้ อย่างไรก็ตาม ในด้านความแม่นยำของข้อมูลนั้น อาจมีอคติจากความจำที่คลาดเคลื่อนของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ข้อมูลที่น่ามาใช้จำนวน 5 รอบการสำรวจนั้น พบว่าข้อมูลในปี พ.ศ. 2558 มีวิธีการจัดกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากการสำรวจก่อนหน้า โดยเปลี่ยนจากการจัดกลุ่มประชากรรายภาคเป็นรายเขตสุขภาพ การนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้าโดยตรงอาจทำให้แปลความหมายผิดพลาด ดังนั้น การนำข้อมูลไปใช้จึงควรเน้นที่การเปรียบเทียบแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลตามเวลาที่เปลี่ยนไปเท่านั้น ผู้วิจัยจึงใช้การเปรียบเทียบสัดส่วนของรายละเอียดการใช้บริการระหว่างปีที่สำรวจแทน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าขณะที่ประชากรที่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ในระหว่างปี พ.ศ. 2550 – 2556 แต่ประชากรที่ไม่ได้รับบริการทันตกรรมกลับไม่ลดจำนวนลงเลย แม้ว่าข้อจำกัดของข้อมูลที่เป็นการสำรวจแบบตัดขวางซึ่งทำให้ไม่สามารถบ่งบอกได้ว่าผู้ที่ได้รับและไม่ได้รับบริการเป็นประชากรกลุ่มเดียวกันหรือไม่ แต่อาจตีความได้ว่า ความสามารถในการจัดบริการทันตกรรมมีการขยายเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่มากพอที่จะลดจำนวนผู้ที่ไม่สามารถรับบริการทันตกรรมได้ แต่เนื่องจากองค์ประกอบของการตัดสินใจเข้ารับบริการทันตกรรมมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยส่วนระบบบริการ ซึ่งความต้องการรับบริการของตัวบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรกที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจแสวงหาบริการ⁽¹²⁾ ซึ่งในชุดข้อมูลที่น่ามาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีข้อคำถามถึงความต้องการรับบริการทันตกรรมโดยตรง มีแต่คำถามถึงเหตุผลที่ไม่ไปรับบริการทันตกรรมต่างๆ ที่มีความต้องการทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ว่าการรับรู้ความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมของประชากรมีมากน้อยเพียงใด แต่

จากข้อมูลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับประเทศพบว่าสัดส่วนประชากรที่จำเป็นต้องได้รับบริการทันตกรรมมีจำนวนสูงกว่าข้อมูลการใช้บริการทันตกรรมมาโดยตลอด⁽¹³⁾ แม้ว่าข้อมูลทั้งสองชุดดังกล่าวไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้โดยตรงเพราะเป็นการสำรวจกลุ่มตัวอย่างคนละกลุ่มกัน แต่พออนุมานได้ว่าประชากรที่มีความจำเป็นในการรับบริการทันตกรรมในมุมมองของทันตบุคลากรมีสัดส่วนสูงกว่าความจำเป็นในมุมมองของตัวประชากรมาโดยตลอด เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยส่วนระบบบริการที่ส่งผลต่อการได้รับบริการ อาจแปลความในอีกนัยหนึ่งได้ว่า ช่องว่างระหว่างผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการและผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการมีความแตกต่างกันมากขึ้น เพราะประชากรที่ไม่ได้รับบริการทันตกรรมต่างๆ ที่มีความต้องการก็เพิ่มจำนวนมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งหากพิจารณาตามหลักการดำเนินงานเพื่อบรรลุผลการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชากรจะพบว่า ระบบบริการทันตกรรมของประเทศไทยยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายแรกๆ ที่มุ่งให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเป็นสำคัญ⁽¹⁴⁾

จากการวิเคราะห์การได้รับบริการทันตกรรมตามกลุ่มประเภทบริการพบว่า ทั้งจำนวนประชากรและจำนวนครั้งของการรับบริการประเภทรักษาฟันฟูขึ้นเฉพาะทางมีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในทางตรงกันข้ามกับจำนวนการรับบริการประเภทรักษาขั้นพื้นฐานที่ลดน้อยลงมาอย่างต่อเนื่อง แม้จะเป็นข้อมูลจากฝั่งผู้รับบริการแต่ก็ทำให้น่ากังวลว่าทิศทางการจัดระบบบริการเหมาะสมมากน้อยเพียงใด เพราะการจัดบริการที่มีสัดส่วนของงานเฉพาะทางที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จะทำให้ต้นทุนการจัดบริการสูงขึ้นและส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนของระบบบริการในระยะยาวได้^(14,15) ซึ่งเมื่อพิจารณาเชิงระบบจะพบว่าการจัดสรรทรัพยากรสำหรับการจัดบริการโดยไม่มีสัดส่วนการจัดบริการแต่ละประเภทที่ชัดเจน จะทำให้เกิดการแย่งชิงทรัพยากรจากการจัดบริการชนิดหนึ่งไปสู่การจัดบริการอีกชนิดหนึ่ง โดยเฉพาะการดึงทรัพยากรไปในงานที่ซับซ้อนซึ่งต้องการทรัพยากรมากกว่า คงเหลือทรัพยากรไม่เพียงพอสำหรับบริการชนิด

พื้นฐานที่เป็นบริการที่ต้นทุนที่ช่วยป้องกันไม่ให้ลุกลามไปเป็นงานที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ส่งผลให้เกิดวงจรของการตั้งรับที่ปลายทางอย่างไม่มีที่สิ้นสุด⁽¹⁶⁾ หรืออาจอธิบายในมุมมองของผู้ใช้บริการได้ว่า ผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทางจะบริโภคเวลาในการให้บริการของทันตแพทย์ไปได้มากกว่า เวลาส่วนที่เหลือของทันตแพทย์จึงกระจายให้ผู้ให้บริการคนอื่นๆ ได้ลดน้อยลง

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการภายใต้การจัดชุดสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ประชากรสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้เท่าเทียมกัน และมีการกระจายทรัพยากรการจัดบริการที่ยุติธรรม⁽¹⁵⁾ หลักการดังกล่าวจึงเหมาะสมสำหรับระบบบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยภาครัฐเป็นหลัก (public - dominated)⁽¹⁷⁾ สำหรับประเทศไทยที่ประชาชนไทยทุกคนมีสิทธิได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ ได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อให้บรรลุผลดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการสำรวจอนามัยและสวัสดิการเป็นฐานข้อมูลหลักที่นำมาใช้ในการกำกับติดตาม ซึ่งชุดข้อมูลดังกล่าวสามารถนำมาวิเคราะห์การใช้บริการสุขภาพของประชากรได้หลากหลายแง่มุม เช่น การเปรียบเทียบการใช้บริการระหว่างกลุ่มอายุ การเปรียบเทียบการใช้บริการระหว่างกลุ่มสิทธิสวัสดิการ รวมทั้งการเปรียบเทียบการใช้บริการระหว่างประเภทของหน่วยบริการ ซึ่งจากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการทันตกรรมในประเทศไทยพบว่า ประชากรไทยได้รับบริการทันตกรรมจากหน่วยบริการภาครัฐและภาคเอกชนในสัดส่วนเกือบครึ่งต่อครึ่ง⁽⁴⁾ สอดคล้องกับสถานการณ์กำลังคนด้านทันตสุขภาพที่มีการกระจายตัวระหว่างภาครัฐและเอกชนในสัดส่วนใกล้เคียงกัน⁽¹⁸⁾ ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศ มีการระบุเป้าหมายการเพิ่มอัตราการให้บริการทันตกรรมของประชากรในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก แต่การกำกับติดตามยังสามารถดำเนินงานครอบคลุมเฉพาะหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เท่านั้น⁽¹⁹⁾ และไม่ได้ระบุชัดเจนถึงจุดเน้นของระดับบริการว่าควรเน้นที่งานส่งเสริมฯ ป้องกันฯ, รักษาฯ, ฟันฟูฯ ในสัดส่วนมากน้อยเพียงใดจึงจะเหมาะสมสอดคล้องกับทรัพยากรที่ใช้ในการจัดบริการที่มีอยู่ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า ทิศทางการออกแบบระบบบริการทันตกรรมในภาพรวมของทั้งประเทศนั้น ควรจะได้รับการทบทวน ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการที่เป็นภาครัฐและพิจารณาครอบคลุมไปถึงผู้ให้บริการนอกภาครัฐที่มีทรัพยากรกระจายอยู่ไม่น้อย เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรในระบบบริการ จึงจะตอบสนองความต้องการของประชากรได้อย่างเหมาะสมที่สุด ซึ่งส่วนนี้เป็นความรับผิดชอบหลักของผู้อภิบาลระบบสุขภาพที่จะออกแบบและติดตามประเมินผลระบบบริการเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีอย่างเท่าเทียมกันของประชากรทุกคน

ข้อยุติ

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้อภิบาลระบบสุขภาพควรมีการทบทวนการออกแบบระบบบริการทันตกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการทางทันตสุขภาพของประชากร โดยต้องวางสัดส่วนการจัดบริการส่งเสริมฯ ป้องกันฯ, รักษาฯ, ฟันฟูฯ ที่เหมาะสมสำหรับเป็นคานงัดระบบให้กลับสู่เป้าหมายหลักของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ใช่การวางแผนไปตามความต้องการเรียกร้องบริการของประชากรเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะส่งผลให้การวางแผนและบริหารจัดการทรัพยากรโดยเฉพาะทันตบุคลากรเป็นไปได้เหมาะสมขึ้น และจำเป็นจะต้องทบทวนตัวชี้วัดที่สามารถกำกับติดตามการดำเนินงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพของระบบ เช่น ผลผลิตการจัดการบริการตามระดับความเชี่ยวชาญของบุคลากร

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่อนุเคราะห์ข้อมูลสำหรับใช้ในการศึกษานี้



References

1. National Health Security Office. National Health Security Act B.E. 2545 (A.D. 2002). 2002.
2. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010.
3. Health Data Center. About HDC [cited 2018 May 16]. Available from: <http://neo.moph.go.th/hdc/>.
4. National Statistical Office. The 2015 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2015. (in Thai)
5. Dental Profession Act of B.E. 2537. (Sep 6, B.E.2537) (in Thai)
6. Hussey PS, de Vries H, Romley J, Wang MC, Chen SS, Shekelle PG, et al. A systematic review of health care efficiency measures. *Health Services Research* 2009;44(3):784-805.
7. National Statistical Office. The 2007 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2007. (in Thai)
8. National Statistical Office. The 2009 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2009. (in Thai)
9. National Statistical Office. The 2011 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2011. (in Thai)
10. National Statistical Office. The 2013 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2013. (in Thai)
11. Reitan K. Clinical and histologic observations on tooth movement during and after orthodontic treatment. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 1967;53(10):721-45.
12. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995;36(1):1-10.
13. Bureau of Dental Health. The 7th Thailand national oral health survey. Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
14. World Health Organization. Health systems financing: the path to universal coverage. *World health report*. Geneva: WHO; 2010.
15. World Health Organization. Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: WHO; 2014.
16. Senge P. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Doubleday/Currency; 1990.
17. Nicholson D, Yates R, Warburton W, Fontana G. Delivering universal health coverage, a guide for policymakers. Report of the WISH Universal Health Coverage Forum 2015.
18. Bureau of Dental Health. The report of human resource for dental health service. Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2015. (in Thai)
19. Ministry of Public Health. Standard report for oral health service plan. [Internet]. [cited 26 May 2018]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=db30e434e30565c12fbac44958e338d5.