

ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพช่องปาก : บทบทวนสถานการณ์ Inequity in Oral Health : Review of the Evidence

ทรงวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์
ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Songvuth Tuongratanaphan
Department of Community of Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University

ชม.ทันตสาร 2545; 23(1-2) : 17-27
CM Dent J 2002; 23(1-2) : 17-27

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสื่อให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันของการเข้าถึงการบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนซึ่งสามารถสะท้อนถึงปัญหาเชิงโครงสร้างของสังคมในด้านความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้บริบทที่เกี่ยวข้องอันควรพิจารณาได้แก่ ประการที่หนึ่งปรัชญาแนวคิดการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่ถูกจัดวางบนพื้นฐานของแนวเสรีภาพและประสิทธิภาพมากกว่าความเสมอภาคและความเป็นธรรม ประการที่สอง การกระจายทรัพยากรทางทันตบุคลากรที่ไม่เป็นธรรมทำให้ทันตบุคลากรในเขตเมืองมีมากกว่าเขตชนบท และประการที่สามความแตกต่างของการจัดสรรงบประมาณมีความไม่เป็นธรรมตั้งแต่ระดับภูมิภาค

คำใช้ห้ส: ความเป็นธรรมทางสุขภาพช่องปาก, การจัดบริการสุขภาพช่องปาก

Abstract

The objective of this article was conducted to the unequal access to oral health service of the population which reflected to the social structural problem of inequity in oral health . Three major concerning contexts should be as following : first, the philosophy of Thailand oral health service was based on the concept of freedom and efficiency rather than equity and equality. Second, the mal-distribution of oral health manpower lead to more manpower in urban area than rural. Finally, the oral health budget allocation were different between regions.

Key Words: Equity in oral health, oral health service

บทนำ

กระแสความเป็นธรรมด้านสุขภาพในสังคมไทยที่ผ่านมา แม้จะไม่ได้มีการระบุอย่างชัดเจนในประเด็นความเป็นธรรมแต่ในทางปฏิบัติ รัฐบาลแทบทุกยุคทุกสมัยก็ได้มีความพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ เช่น รัฐบาล ม.ร.ว. คึกฤทธิ์ ปราโมช ในปี พ.ศ. 2518 ให้ผู้มีรายได้น้อยสามารถได้รับการรักษาความเจ็บป่วยโดยไม่เสียค่ารักษา และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) และฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ก็ได้มี

การจัดสร้างสถานอนามัยครบทุกตำบลและโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอ จนในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ก็ได้มีระบบที่ชัดเจนมากขึ้น โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ ในข้อที่ 3 ให้ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ และมีมาตรฐาน อย่างเป็นธรรม ตลอดจนกำหนดให้มีนโยบายหลักประกันสุขภาพ 100 % ผลการปฏิบัติที่ผ่านมาได้ช่วยลดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบทในช่วงของการ

พัฒนาที่ผ่านมา⁽¹⁾ และกระแสความตื่นตัวด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพในประเทศไทยสูงมากขึ้น เมื่อในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540⁽²⁾ ได้ระบุชัดถึงความมีสิทธิที่เสมอกันทางสุขภาพเป็นครั้งแรกในมาตรา 52 หมวดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลระบุว่า

“บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยมีสิทธิ ได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติการบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพโดยจะต้องส่งเสริมให้องค์การปกครองท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะทำได้การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายรัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์”

และในมาตรา 81 ในหมวดหลักการพื้นฐานในการกำหนดนโยบายของรัฐระบุว่า...

“รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับการบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง”

ระบบบริการสุขภาพช่องปากก็เป็นระบบย่อยหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ บทความนี้ต้องการเสนอให้เห็นความไม่ เป็นธรรมทางสุขภาพช่องปากโดยมองผ่านโครงสร้างและการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากในสังคมไทย นอกจากนี้บทความนี้ได้สรุปกรอบแนวคิดความเป็นธรรม (Equity) เพื่อเป็นพื้นฐานในการเข้าถึงความเป็นธรรมทางสุขภาพไว้ในเบื้องต้น

ความเป็นธรรมทางสุขภาพ

ความเป็นธรรม (Equity) และความเสมอภาค (Equality) เป็นสิ่งที่กล่าวขานกันมากในยุคปัจจุบัน แต่ก็มักมีความเข้าใจที่สับสนกันอยู่บ้าง ความเสมอภาค หมายถึง ความเท่าเทียมกันมีส่วนเท่ากัน⁽³⁾ ขณะที่ความเป็นธรรมมีความหมายถึง ความถูกต้องความเที่ยงธรรม ความชอบธรรม⁽⁴⁾ อย่างไรก็ตาม ความเสมอภาคโดยรูปธรรมแล้วมีความเข้าใจและปฏิบัติง่ายกว่าความเป็นธรรม ซึ่งความเป็นธรรมค่อนข้างเป็นนามธรรม มีเนื้อหาที่ยาก McLachlan and Maynard⁽⁵⁾ เปรียบเทียบความเป็นธรรม เหมือนความงาม ซึ่งขึ้นอยู่กับการให้คุณค่าของผู้ตัดสิน

“...equity, like beauty, is in the mind of the beholder”

ความเป็นธรรมทางสุขภาพได้มีการกล่าวถึงกันตั้งแต่ยุคสมัยอริสโตเติลซึ่งมีการจัดกลุ่มความเป็นธรรม เป็น 2

ประเภท⁽⁶⁾ คือ ความเป็นธรรมในแนวดิ่ง (Vertical equity) หมายถึงการได้รับการดูแลที่แตกต่างกัน เมื่อมีความจำเป็นที่ต่าง ๆ กัน (Unequal treatment for unequal need) กล่าวคือ การได้รับการดูแลที่มากกว่าสำหรับผู้ที่มีสถานะสุขภาพเริ่มแรกที่ย่ำแย่กว่าหรือสำหรับผู้ที่มีความจำเป็นที่มากกว่า ขณะที่ความเป็นธรรมในแนวราบ (horizontal equity) หมายถึง การได้รับการดูแลที่เหมือนกัน เมื่อมีความจำเป็นอย่างเดียวกัน (Equal treatment for equal need) นั่นคือผู้ที่มีความจำเป็นที่เท่ากันหรือผู้ที่มีสถานะสุขภาพเริ่มแรกเท่ากันจะได้รับการดูแลที่เท่ากัน

Mooney⁽⁷⁾ ได้ให้คำจำกัดความของความเป็นธรรมทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม โดยนำหลักคณิตศาสตร์ของการมีส่วนเท่ากัน (equality) มาเป็นเกณฑ์วัดความเป็นธรรมได้ตามความหมาย 7 แบบดังนี้

1. ความเสมอภาคของรายจ่ายต่อหัว (Equality of expenditure per capita)
2. ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าต่อหัว (Equality of inputs per capita)
3. ความเสมอภาคของปัจจัยนำเข้าสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of inputs for equal need)
4. ความเสมอภาคของการเข้าถึงสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of access for equal need)
5. ความเสมอภาคของการใช้บริการสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน (Equality of utilization for equal need)
6. ความเสมอภาคของความจำเป็นต่อหน่วยสุดท้ายที่สัมฤทธิ์ผล (Equality of marginal met need)
7. ความเสมอภาคของสุขภาพ (Equality for health)

Whitehead, M⁽⁸⁾ เสนอว่า ความเป็นธรรมทางสุขภาพ หมายถึงประชาชนทุกคนควรได้รับโอกาสอย่างเป็นธรรมในการที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดีตามศักยภาพของร่างกายหรือไม่ควรมีคนที่ด้อยโอกาสในการพัฒนาสุขภาพตนเอง ดังนั้นการส่งเสริมความเป็นธรรมในด้านสุขภาพจึงเกี่ยวกับการสร้างโอกาสและการขจัดอุปสรรคในการพัฒนาสุขภาพให้ติดตามศักยภาพของร่างกายสำหรับประชาชน การกระจายทรัพยากรที่จำเป็นอย่างยุติธรรมการเข้าถึงโอกาสที่มีให้อย่างยุติธรรม และการสนับสนุนเกื้อกูลของสังคมต่อคนป่วย

Braveman P⁽⁹⁾ ให้ความเห็นว่า ความเป็นธรรมด้านสุขภาพหมายถึงการที่ประชาชนทุกคนบรรลุสุขภาพดีทั้งกาย จิต และสังคม ตามที่สภาพร่างกายจะอำนวย ลดความแตกต่างและปัจจัยที่เกี่ยวข้องให้เหลือน้อยที่สุดระหว่าง

กลุ่มต่างๆ ในสังคมซึ่งไม่ได้จำกัดเฉพาะในด้านระบบบริการสุขภาพเท่านั้น ความเป็นธรรมด้านระบบสาธารณสุขอันหมายถึงการกระจายและจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขตามความจำเป็นด้านสุขภาพ การได้รับบริการสุขภาพเป็นไปตามความจำเป็น การจ่ายเงินสำหรับบริการสุขภาพควรเป็นไปตามความสามารถในการจ่ายเพราะถ้าหากปล่อยให้การจ่ายเป็นไปตามการใช้บริการจะทำให้ประชาชนบางกลุ่มไม่สามารถ เข้าถึงบริการได้

โดยสรุปความเป็นธรรมทางสุขภาพคือ การให้โอกาสที่เท่าเทียมสำหรับประชาชนในการที่จะพัฒนาสุขภาพของตนเองตามศักยภาพของร่างกาย ความเป็นธรรมทางสุขภาพยังต้องเป็นการสร้างโอกาสและขจัดอุปสรรคอันขัดขวางการเข้าถึงบริการและการได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันในกลุ่มคนต่างๆ ในสังคม สนับสนุนแก้อุปสรรคที่ขัดขวางโอกาสผู้ยากไร้ ผู้พิการ ทั้งนี้ เพราะการเจ็บป่วยหรือพิการที่เกิดขึ้นเป็นการปิดโอกาสของคนในการเข้าถึงโอกาสอื่นๆ ในสังคมไปด้วย อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงนโยบาย 30 บาทต่อครั้ง รักษาได้ทุกโรคซึ่งเป็นนโยบายของพรรคการเมืองพรรคหนึ่ง ที่ใช้ในการหาเสียงเลือกตั้งที่ผ่านมาไม่สามารถกล่าวได้ว่า เกิดความเป็นธรรมด้านสุขภาพแต่เป็นเพียงการสร้างความเท่าเทียมหรือเสมอภาคในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่ทุกคนจ่ายเท่ากัน ซึ่งความเป็นจริงในสังคม กลุ่มคนแต่ละกลุ่มในสังคมมีความสามารถในการจ่ายไม่เท่ากัน อันมาซึ่งความแตกต่างในรายได้ อีกทั้งโครงสร้างทางสังคมและโครงสร้างระบบบริการสุขภาพก็ไม่ได้เอื้ออำนวยให้มีโอกาสที่จะเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมกันดังนั้น การจ่ายค่ารักษาต่อครั้งที่เสมอภาคและเท่าเทียมกันเพียงอย่างเดียวจึงไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะเกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพในสังคม

ปรัชญาความเป็นธรรม

ปรัชญาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมในสังคมเป็นสิ่งที่ยากต่อความเข้าใจและยากต่อการสร้างความเห็นพ้องร่วมกัน ซึ่งมักมีการโต้เถียงทางปรัชญาและแนวคิดความเป็นธรรม อย่างไรก็ตามสามารถสรุปได้เป็น 2 กระแสที่โดดเด่นกันคนละขั้ว⁽¹⁰⁾ คือ แนวคิดเสรีนิยม (Libertarianism) และแนวคิดความเท่าเทียม (Egalitarianism) กลุ่มที่ยึดถือในแนวเสรีนิยมจะปฏิเสธความเท่าเทียมกันของคนทุกคนและกำหนดให้มีมาตรฐานขั้นต่ำ (minimum standard) เท่านั้น ส่วนที่เก็นั้นให้เป็นสิทธิและเสรีภาพในการตัดสินใจ

ใจเลือกหามาเอง ดังนั้นจึงต้องให้ทุกคนมีเสรีภาพในการเลือกจึงจะเกิดความเป็นธรรมทั้งนี้เพราะกลุ่มแนวคิดเสรีนิยมเชื่อในประสิทธิภาพของกลไกตลาดว่าเป็นตัวทำให้เกิดความเป็นธรรมได้

ขณะที่กลุ่มที่ยึดแนวคิดความเท่าเทียม จะเห็นว่าทุกคนควรมีความเท่าเทียมกันในทุกๆ ด้าน ตั้งแต่การมีโอกาสดูที่เท่าเทียมกัน การได้รับการจัดสรรสวัสดิการจากรัฐหรือสังคมที่เท่ากัน การจ่ายค่าบริการที่เท่ากัน โดยท้ายสุดจะมีการสถานะสุขภาพในด้านผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกัน ผู้ที่มีแนวคิดความเท่าเทียมกันจะปฏิเสธกลไกตลาด เพราะเชื่อว่ากลไกตลาดมีแนวโน้มล้มเหลว เนื่องจากถ้าคนมีโอกาสดูที่ไม่เท่าเทียมกันคนที่ได้ข้อมูลมากกว่าจะใช้โอกาสที่มีมากกว่ามาสร้างประโยชน์จากข้อมูลให้กับตนเอง ดังนั้นกลุ่มแนวคิดเท่าเทียมกันจะให้ความหวังกับสังคมที่ต้องช่วยกันจรรโลงความเท่าเทียมกัน

อย่างไรก็ตาม การสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพในสังคม ควรเป็นการผสมผสานทั้งสองแนวคิดเข้าด้วยกัน เพราะแนวคิดรัฐสวัสดิการเต็มรูปแบบในประเทศยุโรปตะวันออกที่มีรากฐานมาจากกระแสแนวคิดความเท่าเทียมก็มีปัญหาส่งผลกระทบต่อระบบในระยะยาว เช่น ลดแรงจูงใจของผู้ประกอบการและผู้ทำงานหลายๆ เพราะได้รับการเก็บภาษีสูง คนดกงานขาดความกระตือรือร้นในการหางานใหม่เพราะได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ เป็นต้น ขณะที่การใช้ระบบเสรีนิยมเต็มรูปแบบก็อาจเกิดปัญหาทำให้คนบางกลุ่มไม่ได้รับการดูแล เช่น คนพิการ ผู้ด้อยโอกาสในสังคมที่ไม่มีโอกาสในการเข้าถึงระบบได้

สำหรับสังคมไทย เป็นสังคมที่มีแนวคิดเสรีนิยมเป็นพื้นฐาน และรัฐบาลทุกยุคทุกสมัยก็ยังคงนโยบายการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส เพื่อสร้างความสมดุลในการจัดบริการสุขภาพอันทำให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพมากที่สุด อย่างไรก็ตาม ความเป็นธรรมทางสุขภาพที่มีการกล่าวถึงมากที่สุดคือ บัตรประกันสุขภาพแทนที่จะเป็นบัตรที่ทำให้ความเป็นธรรมแก่ประชาชน กลับเป็นบัตรที่ทำให้ประชาชนถูกตีตรา (Stigmatize) จากผู้ให้บริการของสถานบริการเพราะผู้ใช้บัตรจะถูกมองเป็นบุคคลที่ด้อยค่า ไม่มีศักดิ์ศรีเทียบเท่ากับคนที่สามารถจ่ายค่ารักษาด้วยตนเอง⁽¹²⁾ นอกจากนี้ ผลการศึกษาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข⁽¹³⁾ เกี่ยวกับทุกข์ของคนไทย ทุกข์ของผู้ป่วยก็เป็นรูปธรรมหนึ่งที่แสดงให้เห็นความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในสังคมที่ยังคงปรากฏให้เห็นอยู่

สถานการณ์ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพช่องปาก

นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2505 -2509) เป็นต้นมา ประเทศไทยเน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยละเลยการพัฒนาสังคม อีกทั้งการไม่ให้ความสำคัญกับการกระจายรายได้ ทำให้เกิดภาวะความรวยกระจุกความจนกระจาย คนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายได้น้อยกว่าคนกรุงเทพมหานคร 12 เท่า คนรวยสุด 20 % มีรายได้ร้อยละ 59 ของรายได้ทั้งหมดในปี พ.ศ. 2535 ขณะที่คนจนสุด 20 % มีสัดส่วนรายได้เพียงร้อยละ 3.9⁽¹⁰⁾ แม้ว่าผลการพัฒนาทางเศรษฐกิจมีอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจประมาณร้อยละ 7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศต่อปี⁽¹⁰⁾ ด้วยผลพวงของความไม่เป็นธรรมในการกระจายรายได้จึงเป็นปัจจัยหรือเงื่อนไขที่สำคัญของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพช่องปาก ความไม่เป็นธรรมของการกระจายรายได้เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างที่สำคัญของสังคมไทย

สำหรับสถานการณ์ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพช่องปาก ในบทความนี้จะชี้ให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันของการเข้าถึงการบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนซึ่งสามารถสะท้อนถึงปัญหาเชิงโครงสร้างของสังคมในด้านความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้บริบทที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ปรัชญาแนวคิดการจัดบริการสุขภาพช่องปาก การกระจายทรัพยากรด้านสุขภาพช่องปาก และสถานการณ์การคลังทางสุขภาพช่องปากหรือการจัดสรรงบประมาณของสุขภาพช่องปาก

1. สถานภาพของสุขภาพช่องปาก

นับเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ถึง ปี พ.ศ. 2539 ภาครัฐได้ให้การสนับสนุนงบประมาณด้านสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ตาราง 1) โดยเฉพาะงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปาก แต่สถานภาพของสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย ทั้งโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบมีแนวโน้มสูงขึ้น (ตาราง 2) และเมื่อพิจารณาถึงสถานภาพของโรคฟันผุในฟันถาวรในประชากรกลุ่มอายุต่างๆ (ตาราง 3) และสถานภาพของผู้ที่มีเหงือกอักเสบ (ตาราง 4) ก็ไม่พบความแตกต่างของโรคในช่องปากในประชากรมากนักทั้งในเขตเมืองเขตชนบทและเขตกรุงเทพฯ

ตารางที่ 1 งบประมาณภาครัฐรวมและต่อประชากร ด้านสุขภาพและสุขภาพช่องปาก ณ ราคาปี 2537

Table 1 Total and yearly per capita government oral health budget at 1994 price

งบประมาณ	2531	2533	2535	2537	2539
สุขภาพ (รวมสุขภาพช่องปาก)	14,612,654,133	21,561,312,545	29,574,620,847	44,334,962,900	57,581,153,482
สุขภาพช่องปาก					
มูลค่า	393,428,309	526,580,950	708,125,274	1,070,247,225	1,321,029,810
รักษา	236,138,157	281,783,625	336,875,125	462,716,739	609,642,908
ส่งเสริมป้องกัน	144,179,875	227,040,001	321,131,864	514,197,282	613,709,770
ผลิตภัณฑ์บุคลากร	13,110,277	17,757,324	50,118,285	93,333,204	97,677,131
งบประมาณต่อหัว	7.2	9.4	12.4	18.2	22.0
รักษา	4.4	5.0	5.9	7.9	10.2
ส่งเสริมป้องกัน	2.6	4.1	5.6	8.7	10.2
ผลิตภัณฑ์บุคลากร	0.2	0.3	0.9	1.6	1.6
สัดส่วนต่อสุขภาพ (%)	2.7	2.4	2.4	2.4	2.3
สัดส่วนต่อหัว GDP (%)	0.2	0.2	0.3	0.3	0.3

ที่มา : รายงานวิจัยของเพ็ญแข ลาภย้ง พ.ศ.2541

ตารางที่ 2 ร้อยละผู้ที่เป็นโรคฟันผุ และสภาวะปริทันต์อักเสบ

Table 2 Percentage of people having dental caries and periodontitis

กลุ่มอายุ (ปี)	ปีที่สำรวจ	ร้อยละของผู้ที่เป็นโรคฟันผุ	ร้อยละของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์อักเสบ
12	2527	45.8	94.1
	2532	49.2	93.8
	2537	53.9	97.7
17-18	2527	63.1	83.8
	2532	63.3	96.6
	2537	63.7	97.6
35-44	2527	80.2	99.7
	2532	76.8	99.2
	2537	85.7	99.3
60-74	2527	95.2	100.0
	2532	93.9	99.4
	2537	95.0	99.2

ที่มา : เรียบเรียงใหม่จากรายงานผลการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

แต่เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของค่าเฉลี่ยฟันถาวรและฟันอุด ต่อค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในประชากร กลุ่มอายุต่างๆ จะพบความแตกต่างอย่างชัดเจนในเขตเมือง (อันหมายถึงเขตเทศบาล สุขาภิบาล) เขตชนบท และเขตกรุงเทพฯ (ตาราง 5) ในเขตกรุงเทพฯ และในเขตเมืองมีสัดส่วนของค่าเฉลี่ยฟันอุดต่อค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (% FT) มากกว่าเขตชนบทในทุกกลุ่มอายุ นั้นหมายถึง ประชากรเขตกรุงเทพฯ และ เขตเมือง มีโอกาสที่จะเข้าถึงบริการ

ตารางที่ 3 สถานภาพของโรคฟันผุในฟันถาวร แสดงโดยร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุในฟันถาวรจำแนกตามกลุ่มอายุและตามเขต

Table 3 Percentage of people affected by caries in permanent teeth

เขต กลุ่มอายุ	ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุ (คน)				
	6 ปี	12 ปี	17-19 ปี	35-44 ปี	60-74 ปี
ทั่วประเทศ	11.1	53.9	63.7	85.7	95.0
เมือง	13.9	62.5	70.9	88.8	98.2
ชนบท	10.6	48.2	60.0	82.9	93.1
กรุงเทพฯ	6.7	77.4	85.0	100.0	97.5

ที่มา : เรียบเรียงใหม่จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ตารางที่ 4 ร้อยละของผู้มีเหงือกอักเสบ ทั้งที่มีหินน้ำลาย และไม่มีหินน้ำลายในกลุ่มอายุต่างๆ จำแนกตามเขต

Table 4 Percentage of people affected by gingivitis with and without calculus

เขต กลุ่มอายุ	ร้อยละของผู้เป็นโรคฟันผุ (คน)			
	12 ปี	17-19 ปี	35-44 ปี	60-74 ปี
ทั่วประเทศ	75.3	68.6	28.2	16.8
เมือง	72.6	70.8	36.2	20.0
ชนบท	77.8	69.6	26.2	16.3
กรุงเทพฯ	60.4	42.6	19.3	17.2

ที่มา : รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ทันตกรรมโดยเฉพาะการอุดฟันมากกว่าเขตชนบท แม้ว่าในปี พ.ศ. 2532-2537 กลุ่มประชากรอายุ 12 ปีในเขตชนบท มีสัดส่วนของฟันอุดเพิ่มมากขึ้น ขณะที่ในเขตกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนลดลงแต่สัดส่วนของฟันอุดในเขตกรุงเทพมหานครก็ยังคงมากกว่าในเขตชนบท โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรอายุ 17-18 ปี 35-44 ปี และ 60-74 ปี ยิ่งพบความแตกต่างอย่างชัดเจน

โดยสรุปว่า ถ้ากล่าวถึงสถานภาพของสุขภาพช่องปากของประชาชนอาจจะไม่พบความแตกต่างของโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ ซึ่งเป็นโรคในช่องปากที่สำคัญในประชากรกลุ่มอายุต่างๆ ทั้งในเขตเมือง เขตชนบท และเขตกรุงเทพมหานครนั้นคือมีความเสมอภาคของการมีโรคในช่องปากหรือมีความจำเป็นในการรักษาที่ใกล้เคียงกัน แต่ประชากรเขตกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนของฟันที่อุดต่อค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุดหรือมีโอกาสที่เข้าถึงการบริการ มากกว่าประชากรเขตเมือง และเขตชนบท

ตารางที่ 5 สัดส่วนของค่าเฉลี่ยฟัน ถอน และฟันอุดต่อค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด จำแนกตามเขต

Table 5 Proportion of mean tooth loss and filled tooth to mean carious tooth, loss tooth and Filled tooth by area and age groups

กลุ่ม อายุ	ปีที่ สำรวจ	%MT				%FT			
		ทั่วราชอาณาจักร	กทม.	เทศบาล สุขาภิบาล	ชนบท	ทั่วราชอาณาจักร	กทม.	เทศบาล สุขาภิบาล	ชนบท
12	2527	0	6.7	3.8	0	6.7	20.0	3.8	0
	2532	6.7	6.7	8.0	7.7	6.7	30.0	8.0	7.7
	2537	6.2	6.9	10.5	7.7	18.8	20.0	21.0	15.4
17-18	2527	10.0	18.9	16.7	8.0	13.3	3.8	12.5	4.0
	2532	11.1	8.7	11.9	13.0	18.5	40.0	30.9	13.0
	2537	16.7	11.6	16.7	14.3	25.0	48.9	36.7	14.3
35-44	2527	53.7	62.1	53.8	51.1	5.6	14.9	8.8	2.1
	2532	51.9	59.2	56.4	48.9	7.4	13.6	11.5	4.2
	2537	55.4	55.4	58.2	55.4	12.3	16.3	19.0	7.1
60-74	2527	90.2	91.2	87.3	90.2	0	0.4	0.6	0
	2532	90.1	90.2	86.9	90.1	0.6	1.4	0.5	0
	2537	88.0	85.8	89.2	87.5	0.6	1.0	1.1	0

ที่มา : จำนวนใหม่จากรายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 2, 3 และ 4 ประเทศไทย พ.ศ. 2527, 2532 และ 2537 กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2. การจัดบริการสุขภาพช่องปาก

โดยทั่วไปแนวคิดพื้นฐานในการจัดบริการสาธารณสุขมีหลักสำคัญ 4 ประการ⁽¹⁾ คือ

1. หลักความเสมอภาค (equality) โดยการเข้าถึงบริการจะคำนึงถึงความเสมอภาค ไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านรายได้และสถานะสังคม

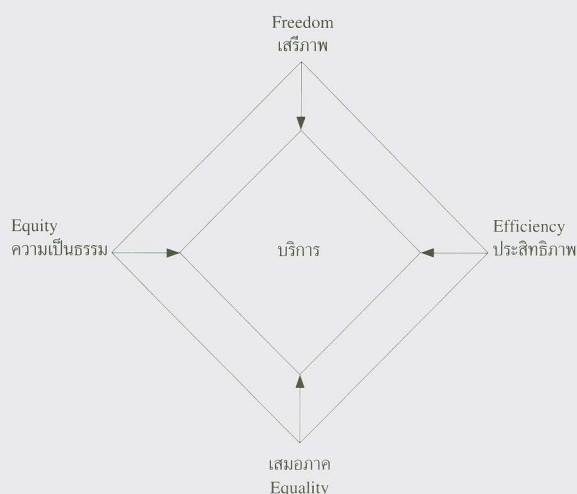
2. หลักของความเป็นธรรม (equity) โดยการจัดบริการสาธารณสุขต้องสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Health needs)

3. หลักของเสรีภาพ (freedom) การจัดบริการขึ้นกับความสามารถในการจ่าย (ability to pay) ของประชาชน ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้บริการตามกำลังทรัพย์

4. หลักประสิทธิภาพ (Efficiency) คำนึงถึงการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

อย่างไรก็ตามการจัดบริการสุขภาพภายใต้แนวคิดหลักการข้อใดนั้นก็ต้องแลกกับการสูญเสียหลักการอีกข้อหนึ่งไป โดยหลักความเสมอภาคจะอยู่ตรงข้ามกับหลักการเสรีภาพ เมื่อเราเลือกเสรีภาพ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการจะลดลง ขณะที่หลักของประสิทธิภาพจะอยู่ตรงข้ามกับหลักของความเป็นธรรม เมื่อเราเน้นประสิทธิภาพการ

บริการ ความต้องการให้ทุกคนเข้าถึงบริการอย่างเป็นธรรม
ก็ย่อมเป็นไปได้ยาก



ด้วยปรัชญาแนวคิดพื้นฐานในการจัดบริการสาธารณสุข
นั้น การจัดระบบบริการสุขภาพช่องปาก ได้จัดการบริการ
สุขภาพช่องปากให้กับประชาชน โดยยึดปรัชญาและหลัก
การของเสรีภาพกับประสิทธิภาพมากกว่าความเป็นธรรม
และความเสมอภาค ทั้งนี้เพราะการบริการสุขภาพช่อง
ปากถูกจัดวางให้เป็นสินค้าส่วนบุคคลหรือสินค้าเอกชน
(private goods) โดยสามารถพิจารณาได้จากวิวัฒนาการ
ระบบบริการสุขภาพช่องปาก⁽¹⁴⁾ เริ่มตั้งแต่ยุคเริ่มแรกเป็นการ
จัดบริการสุขภาพช่องปากโดยภาคเอกชน การมีทันตแพทย์
ชาวต่างชาติมาเปิดร้านทำฟันก็เป็นการสนองความต้องการ
ในการรักษาโรคฟันและเหงือกตลอดจนการเลี่ยมฟันทอง
ซึ่งถูกจัดวางให้เป็นการเสริมสวย (cosmetic goods) ซึ่ง
เป็นความต้องการส่วนบุคคล (แม้กระทั่งในปัจจุบันสำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.) ได้จำแนกยาสีฟันเป็น
สินค้าในหมวด cosmetic ที่ไม่ใช่ยา) ดังนั้นการบริการ
สุขภาพช่องปากจึงถูกจัดภายใต้หลักของเสรีภาพประชาชน
มีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการตามความสามารถในการ
จ่ายหรือตามกำลังทรัพย์(เงิน) ที่มีอยู่

ในระยะต่อมาเมื่อภาครัฐได้เข้ามารับผิดชอบงานบริการ
สาธารณสุข ภาครัฐได้จัดวางงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
และงานป้องกันโรคเป็นสินค้าสาธารณะ (Public goods) ดัง
จะพบได้จากกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็ก
นักเรียนประถมศึกษาตั้งแต่ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่
4⁽¹⁵⁾ ดังมีการจัดให้หมอน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ การ
แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ตลอดจนการเคลือบหลุมร่อง

ฟันในฟันกรามแท้ซี่แรก แต่งานรักษาโรคในช่องปากและ
งานฟื้นฟูสภาพช่องปาก(ใส่ฟัน) ก็ยังคงเป็นสินค้าเอกชน
สินค้าส่วนบุคคล อย่างไรก็ตามภาครัฐก็พยายามถ่วงดุล
อำนาจหลักของเสรีภาพ ด้วยการสร้างความเสมอภาคโดย
จัดให้มีการสงเคราะห์สำหรับผู้ด้อยโอกาสโดยการให้บัตร
สงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย จัดหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการทันต
สาธารณสุขในพื้นที่ที่ห่างไกลจากสถานบริการ แต่ผู้รับ
บริการที่มีบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยไม่สามารถเลือกใช้สถาน
บริการที่อื่นนอกเหนือจากที่กำหนดไว้รัฐเท่านั้น (ตาราง 6)
และมีความแตกต่างของสวัสดิการที่รัฐจัดสรรให้ในกลุ่ม
ประชากรอื่นๆ

ตารางที่ 6 ระบบบริการสุขภาพช่องปากในประเทศไทย

Table 6 Oral health service system in Thailand

ประชากร	ความ ครอบคลุม (%)	การจัด บริการ	การเงิน การคลัง	ชนิดบริการ	ค่าตอบแทน		บริการ นอก จาก นี้
					รัฐ	เอกชน	
เด็ก ผู้ด้อยโอกาส	47.4	รัฐ	รัฐ (Public Assistant Fun) (Capitation+ work load)	คัดกรองป้องกัน รักษา รักษาโรคฟันและ เหงือกและใส่ฟัน ปลอมอะคริลิก	เงิน เดือน (Salary)	-	
ผู้ด้อยสุขภาพ	24.2	รัฐ	กองทุนประกัน สุขภาพแห่งชาติ: (Capitation+ work load)	รักษา (อุดฟัน ถอนฟัน และขูด หินน้ำลาย)	เงิน เดือน		จ่ายเอง โดยตรง แบบ FFS
แรงงาน	6.0	เอกชน/ รัฐ	กองทุนประกัน สังคม (จ่ายเงินให้ ผู้ประกันตนไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง 400 บาท/ปี)	รักษา (อุดฟัน ถอนฟัน และขูด หินน้ำลาย)	เงิน เดือน	จ่ายเอง โดยตรง แบบ FFS	
ข้าราชการ/วิสาหกิจ	7.0	รัฐ เอกชน/	รัฐ (จ่ายเงินผู้จัด บริการแบบ FFS)	รักษาโรคฟันและ เหงือก	เงิน เดือน	-	
กลุ่มที่ไม่มี สวัสดิการใดๆ	16.4	รัฐ	เอกชน (จ่ายผู้จัด บริการโดยตรง: out of pocket แบบ FFS)	ขึ้นกับความ ต้องการของผู้รับ บริการ	เงิน เดือน	จ่ายเอง โดยตรง แบบ FFS	-

ที่มา : จากโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลและ
โครงการบัตรประกันสุขภาพ สำนักงานประกันสุขภาพกระทรวง
สาธารณสุข 2541

นอกจากนี้สิ่งที่ตอกย้ำให้เห็นว่างานบริการสุขภาพช่อง
ปากเป็นสินค้าเอกชน ก็คือสำนักงานประกันสังคมซึ่งใน
ระยะแรกได้ให้สิทธิสำหรับผู้ประกันตนในการรับบริการ
สุขภาพเมื่อเจ็บป่วยที่ไม่ได้เป็นเหตุจากการทำงานแต่ไม่มี
สิทธิเรื่องขอการรักษาโรคในช่องปาก จนกระทั่งในปี 2540
สำนักงานประกันสังคมอนุมัติให้จ่ายเงินให้ผู้ประกันตนใน
การรับบริการสุขภาพช่องปากในสถานบริการของรัฐหรือ

เอกชนก็ได้แต่ไม่เกิน 200 บาทต่อครั้งปีไม่เกิน 2 ครั้ง⁽¹⁵⁾ การกำหนดให้รับบริการสุขภาพช่องปากดังกล่าวจึงบ่งชี้ให้เห็นถึงการเน้นย้ำถึงการจัดบริการภายใต้หลักการเสรีภาพแต่เสรีภาพที่มีขอบเขตโดยการนำหลักการเสมอภาคมาถ่วงดุล

เมื่อบริการสุขภาพช่องปากถูกจัดวางให้เป็นสินค้า เอกชนหรือสินค้าของปัจเจกชน การจัดบริการจึงต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพ การใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด การลงทุนสำหรับภาคเอกชนในการจัดบริการสุขภาพช่องปากมีต้นทุนที่ค่อนข้างสูงสินค้าหรืองานบริการสุขภาพจึงมีราคาแพงที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้ ภาครัฐจึงได้ผลักดันมาตรการต่างๆ อาทิเช่น การกำหนดให้ผู้สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตร์ต้องทำสัญญาผูกพันกับรัฐบาลปฏิบัติงานในสถานบริการระดับอำเภออย่างน้อย 3 ปี และการกำหนดให้ทันตภิบาลปฏิบัติงานในสถานอนามัยขนาดใหญ่ตามโครงการทศวรรษการพัฒนาสถานอนามัย อันเป็นการพยายามจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากด้วยหลักของความเป็นธรรมอันเป็นการถ่วงดุลหลักของประสิทธิภาพ และภาครัฐได้ขยายงานบริการสุขภาพช่องปากให้เข้าถึงประชาชนในเขตชนบทโดยการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเพิ่มความเสมอภาคและความเป็นธรรม ในปัจจุบันสถานบริการของรัฐและเอกชนต่างก็มุ่งเป็นการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับคุณภาพการบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้รับบริการที่สามารถเข้าถึงบริการก็มีน้อยมากดังข้อมูลประเมินแผนทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 และฉบับที่ 6 พบว่ามีผู้มารับบริการที่เป็นประชาชนทั่วไปในสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขมีเพียงร้อยละ 3⁽¹⁶⁾

ดังนั้น เมื่อระบบบริการสุขภาพช่องปากได้ถูกจัดวางเป็นสินค้าเอกชนเป็นส่วนใหญ่โดยเฉพาะการบริการรักษาทันตกรรม เป็นสินค้าที่ปัจเจกหรือบุคคลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่ได้รับบริการตามความต้องการ (service by demand) ขณะที่การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากเป็นสินค้าสาธารณะที่ภาครัฐต้องรับผิดชอบ จึงเป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง เป็นปัญหาของการจัดวางปรัชญา แนวคิดการบริการสุขภาพ ประเทศไทยมีการจัดวางการบริการสุขภาพในแนวเสรีนิยม (liberitarian) ให้ผู้รับบริการ มีเสรีภาพในการเลือกสถานบริการและผู้ให้บริการโดยอาศัย กลไกการตลาด บทบาทการให้บริการเป็นเรื่องของ

เอกชนเป็นหลักที่ให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพความไม่เป็นธรรมและความไม่เสมอภาคจึงปรากฏให้เห็นในผู้ขาดโอกาส ผู้ด้อยโอกาส กลายเป็นภาระของรัฐที่ต้องสงเคราะห์เกื้อกูล

3. การกระจายทรัพยากรทางสุขภาพช่องปาก

ด้วยความตื่นตัวด้านการกระจายทรัพยากรทางสุขภาพเพื่อสอดคล้องกันกับส่งเสริมความเป็นธรรมทางสุขภาพในสังคมไทยโดยกำหนดนโยบายการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขด้วยการจัดสร้างสถานอนามัยครบทุกตำบลและโรงพยาบาลชุมชนครบทุกอำเภอ ตลอดจนพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปให้มีการรักษาเฉพาะสาขามากขึ้น สำหรับทางด้านสุขภาพช่องปาก คณะกรรมการทันตสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข ก็ได้เสนอโครงการแก้ไขปัญหการกระจายทันตแพทย์โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการทำให้ทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษาต้องรับราชการในสถานบริการส่วนภูมิภาคโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปี⁽¹⁵⁾ มีการขยายการผลิตทันตแพทย์จากเดิมปีละ 220 คน ในปี พ.ศ. 2520 เป็นปีละกว่า 360 คนในปี 2543 โดยการจัดตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์ เพิ่มจากเดิมซึ่งมีเพียง 3 แห่งในปี 2520 เป็น 8 แห่งในปี พ.ศ. 2543⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ยังมีกรขยายการผลิตทันตภิบาล โดยการตั้งโรงเรียนทันตภิบาลเพิ่ม และผลักดันให้ทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำในสถานอนามัยขนาดใหญ่ ตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานอนามัย⁽¹⁵⁾ การแก้ไขปัญหาคือความไม่เป็นธรรมในการกระจายทรัพยากรบุคลากรทางสุขภาพช่องปากที่ผ่านมาก็ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ยังคงพบความแตกต่างของการกระจายทรัพยากรบุคลากรทางสุขภาพช่องปากระหว่างภูมิภาคโดยเฉพาะระหว่างกรุงเทพมหานครกับต่างจังหวัด กล่าวคือ อัตราส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพมหานครเท่ากับ 1: 2446 ขณะที่ อัตราส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรในภาคกลางเท่ากับ 1:15,265 ภาคเหนือเท่ากับ 1:16,198 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 1:30,299 และภาคใต้เท่ากับ 1:15,462⁽¹⁶⁾ นอกจากนี้ในปี พ.ศ. 2541 มีโรงพยาบาลชุมชนที่มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานอยู่จำนวน 608 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดดำเนินการ 709 แห่ง โดยมีจำนวนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน เพียง 788 คนจากทันตแพทย์ทั้งหมดทั่วประเทศ 6,232 คน ในระดับอำเภอเฉพาะในเขตชนบท (ที่ไม่ใช่อำเภอเมือง) มีคลินิกทันตกรรมเอกชนอยู่เพียง 338 แห่ง ส่วนใหญ่กระจายอยู่ใน

อำเภอขนาดใหญ่ในภาคกลาง ส่วนระดับตำบลมีทันตภิบาลให้บริการสุขภาพช่องปากอยู่ประมาณร้อยละ 4.5 ของสถานอนามัยขนาดใหญ่ที่มีทั้งสิ้น 400 แห่งทั่วประเทศ⁽¹⁵⁾ ปรากฏการณ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เป็นธรรมในการกระจายบุคลากรทางสุขภาพช่องปากอันส่งผลถึงความไม่เป็นธรรมและความไม่เสมอภาคของการเข้าถึงการบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน

4. การเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปาก

จากรายงานการวิจัยเรื่องทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข⁽¹⁵⁾ พบว่าครัวเรือนไทยมีรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2531 ถึง พ.ศ. 2539 รวมทั้งค่ารักษาทันตกรรม (ตาราง 7) และจากรายงานการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนในปี พ.ศ. 2531 ถึง ปี พ.ศ. 2539⁽¹⁷⁾ ก็พบว่า ครัวเรือนไทยมีรายจ่ายค่าบริการทันตกรรม และค่าแปรงสีฟัน ยาสีฟันเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2531 รายจ่ายสุขภาพช่องปากหมายถึงค่าใช้จ่ายในการรับบริการทางทันตกรรม และค่าแปรงสีฟัน ยาสีฟัน เป็น 81.3 บาทต่อคนต่อปี และเพิ่มขึ้นเป็น 118.4 บาทต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2539 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 รายจ่ายด้านรักษาพยาบาลเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนไทยปรับตัวด้วยดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดสุขภาพและบริการ

Table 7 Monthly per capita health expenditure of Thai household

หน่วย : บาท

รายการ	2531	2533	2535	2537	2539
รายจ่ายด้านรักษาพยาบาล	156.75	185.48	204.61	211.59	262.29
1.1 ค่าบริการตรวจรักษา	122.44	150.28	169.62	180.19	230.67
1. ทันตกรรม	2.40	3.43	3.89	5.94	6.53
2. อื่นๆ	120.04	106.85	165.78	175.26	224.14
1.2 ค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ซื้อเอง	34.28	35.20	35.00	31.40	31.61
รายจ่ายด้านรักษาพยาบาลเฉลี่ย (บาทต่อคน)	39.18	45.24	52.46	55.68	70.89
ค่าทันตกรรมเฉลี่ย (บาทต่อคน)	0.60	0.84	0.99	1.56	1.76

ที่มา : รายงานการวิจัยเรื่อง ทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2541

ตารางที่ 8 รายจ่ายครัวเรือนต่อปีต่อประชากรด้านสุขภาพช่องปาก
Table 8 Yearly per capita oral health expenditure

หน่วย : บาท

รายการ	2531	2533	2535	2537	2539
ค่าบริการทันตกรรม	9.9	13.4	26.4	23.2	26.4
แปรงและยาสีฟัน	71.4	74.7	82.4	86.3	92.0
รวมรายจ่ายสุขภาพช่องปาก	81.3	88.1	108.8	111.5	118.4

ที่มา : รายงานการวิจัยเรื่อง ทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2541

จากการศึกษาวิจัยของเพ็ญแข ลากยัง⁽¹⁷⁾ พบความแตกต่างของรายจ่ายครัวเรือนต่อปีต่อประชากรด้านค่าบริการทันตกรรมในระดับภูมิภาคและเขตการปกครอง (ตาราง 9) กล่าวคือ ประชากรในกรุงเทพมหานครและ 3 จังหวัดปริมณฑล มีรายจ่ายครัวเรือนต่อปีในด้านทันตกรรม เป็น 121.5 บาทต่อคน ส่วนประชากรในภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ มีรายจ่ายครัวเรือนต่อปีด้านค่าบริการทันตกรรมเป็น 22.8 บาท 9.2 บาท และ 8.8 บาท ต่อคนต่อปี สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีรายจ่ายครัวเรือนต่อปีด้านค่าบริการทันตกรรม เพียง 2.1 บาทต่อคนต่อปี นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในเขตการปกครองก็พบว่า ประชาชนในเขตเทศบาลมีรายจ่ายครัวเรือนในด้านค่าบริการทันตกรรมมากที่สุดคือ 19.9 บาทต่อคนต่อปี รองลงมาได้แก่ ประชาชนในเขตสุขาภิบาล 14.0 บาทต่อคนต่อปี และประชาชนที่อยู่นอก

ตารางที่ 9 รายจ่ายครัวเรือนรายปีต่อประชากรด้านสุขภาพช่องปากจำแนกตามภูมิภาคและเขต ณ ราคาปี 2537

Table 9 Yearly per capita oral health expenditure of Thai household by region at 1994 price

รายจ่ายต่อประชากร	2531	2533	2535	2537	2539	2541
ค่าบริการทันตกรรม	9.9	13.4	26.4	23.2	26.4	25.3
ภูมิภาค						
กทม.และ 3 จังหวัดปริมณฑล	35.7	42.8	99.4	87.5	90.8	121.5
กลาง	1.9	12.2	30.7	26.9	40.2	22.8
เหนือ	17.8	8.1	9.0	8.1	9.0	9.2
ตะวันออกเฉียงเหนือ	3.1	4.3	13.2	11.9	13.2	2.1
ใต้	22.1	18.3	17.4	8.4	5.2	8.8
เขตการปกครอง						
เทศบาล	37.5	30.7	15.3	39.3	22.9	19.9
สุขาภิบาล	3.4	14.6	10.4	24.1	44.1	14.0
นอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล	5.6	6.4	10.2	9.7	12.7	7.5

ที่มา : รายงานวิจัยของเพ็ญแข ลากยัง พ.ศ.2541

เขตเทศบาลและเขตสุขาภิบาลอันหมายถึง เขตชนบทมีรายจ่ายครัวเรือนต่อปีด้านค่ารักษาทันตกรรม 7.5 บาทต่อคนต่อปี ทั้งนี้เป็นไปได่ว่า ปริมาณรายจ่ายของครัวเรือนในค่ารักษาทันตกรรมที่แตกต่างกันดังกล่าวนี้ มีความสัมพันธ์กับสถานภาพเศรษฐกิจของครัวเรือน การกระจายรายได้ที่ไม่เป็นธรรมอันเป็นของผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ

สำหรับงบประมาณด้านสุขภาพช่องปากที่ภาครัฐได้ลงทุนในการจัดบริการสุขภาพช่องปากให้แก่ประชาชน แม้ว่างบประมาณของภาครัฐจะจัดสรรให้เขตชนบทมากที่สุดในช่วงปีพ.ศ. 2531 ถึง พ.ศ. 2539 ดังแสดงในตาราง 10 แต่เมื่อวิเคราะห์ถึงสัดส่วนงบประมาณต่อประชากรก็พบว่าเขตชนบทได้รับการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพช่องปากน้อยที่สุดคือได้เพียง 16.4 บาทต่อคน ในปี พ.ศ. 2539 ในขณะที่เขตเทศบาลได้มากที่สุดคือ 54.8 บาทต่อคน รองลงมาได้แก่เขตสุขาภิบาลได้ 30 บาทต่อคน นั่นคือ แม้ว่า รัฐจะเพิ่มงบประมาณในเขตชนบทอย่างรวดเร็วในช่วง พ.ศ. 2531 ถึง พ.ศ. 2539 แต่ประชาชนเขตชนบทก็ยังได้งบประมาณด้านสุขภาพช่องปากน้อยกว่าประชากรเขตเทศบาลและเขตสุขาภิบาลเป็น 3.3 เท่า และ 1.8 เท่า ตามลำดับในปี พ.ศ. 2539

ตารางที่ 10 งบประมาณภาครัฐต่อประชากรด้านสุขภาพช่องปาก ณ ราคาปี 2537

Table 10 Total and yearly per capita government oral health budget at 1994 price

งบประมาณ	2529	2531	2533	2535	2537	2539
งบประมาณทั้งหมด						
ทั่วราชอาณาจักร	380,169,440	393,428,309	526,580,950	708,125,274	1,070,247,225	1,321,029,810
ส่วนกลาง	9,061,686	11,273,845	14,057,204	20,391,055	40,598,573	110,650,492
เทศบาล	280,153,818	79,211,270	111,403,535	188,050,492	278,485,244	325,204,025
สุขาภิบาล	80,813,448	86,518,926	134,046,744	221,836,138	211,836,138	211,868,495
ชนบท	10,140,188	216,424,268	284,141,585	365,636,983	529,327,270	673,306,798
งบประมาณต่อหัว						
ทั่วราชอาณาจักร	7.2	7.2	9.4	12.4	18.2	22.0
เทศบาล	68.9	17.3	22.6	38.5	51.2	54.8
สุขาภิบาล	16.6	15.3	20.7	22.8	31.2	30.0
ชนบท	0.2	4.9	6.3	7.9	11.5	16.4

ที่มา : รายงานวิจัยของพิชญ แลงยี่ พ.ศ.2541

ดังนั้นโครงสร้างการเงินการคลังทางสุขภาพช่องปากที่ไม่เป็นธรรมจึงเป็นปัญหาเชิงระบบและเชิงโครงสร้างที่ส่งผลถึงความไม่เสมอภาคและความไม่เป็นธรรมของสุขภาพ

ช่องปากของประชาชน

สรุปและอภิปราย

ระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข มิใช่ปัจจัยหลักในการทำให้สังคมมีสุขภาพดี...สังคมกับสุขภาพ มักจะสะท้อนภาพซึ่งกันและกัน สังคมเป็นเช่นไร สุขภาพของประชาชนก็เป็นเช่นนั้น...ความไม่เท่าเทียมกันของคนกลุ่มต่างๆ ภายในสังคมเดียวกัน ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ

ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2543⁽¹⁸⁾

การบริการสุขภาพช่องปากก็มีมิใช่ปัจจัยหลักที่จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่ดี สุขภาพช่องปากของประชาชนเป็นเพียงภาพสะท้อนถึงสังคม ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพช่องปากไม่ว่าจะเป็นการเงินการคลังทางสุขภาพช่องปาก การกระจายทรัพยากรด้านบุคลากรทางสุขภาพ การจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากที่เน้นเสรีภาพ และประสิทธิภาพมากกว่าความเสมอภาคและความเป็นธรรม รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขตกรุงเทพ เขตเมือง และเขตชนบทที่แตกต่างกันสิ่งเหล่านี้จึงสะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมกันของคนกลุ่มต่างๆ ในสังคม แม้ว่าประชาชนทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร เขตเมืองและเขตชนบทค่อนข้างจะมีความเสมอภาคของสุขภาพช่องปาก กล่าวคือประชากรมีโรคฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบไม่แตกต่างกัน แต่ประชากรเขตกรุงเทพมหานครและเขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงบริการและใช้บริการด้านทันตกรรมมากกว่าประชาชนในเขตชนบท ซึ่งหมายถึง ประชาชนมีความจำเป็นด้านสุขภาพที่เท่ากันแต่การเข้าถึงและการใช้บริการไม่เท่ากัน (Unequal of access and utilization for equal need) ปรากฏการณ์เหล่านี้คือรูปธรรมของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพช่องปาก

ปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพช่องปากไม่ได้เป็นปัญหาเฉพาะการบริการสุขภาพช่องปาก แต่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างของสังคม ปัญหาเชิงระบบ ซึ่ง ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี⁽¹⁰⁾ ได้วิเคราะห์ว่าความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพเป็นเพียงอาการแสดงของความไม่เป็นธรรมหลายอย่างที่พบในสังคมและมีความสัมพันธ์ เชื่อมโยงกับความไม่เป็นธรรมเหล่านั้น ได้แก่ ความไม่เป็นธรรมทางการเมือง ทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม การศึกษา ข้อมูลข่าวสาร กฎหมาย

บริการสังคม และการใช้ทรัพยากร ดังนั้นการแก้ไขปัญหาคือความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพจึงต้องคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้

ศุภสิทธิ์ พรณารุโรทัย⁽¹⁰⁾ ได้เสนอองค์ประกอบระบบสุขภาพที่จะสร้างความเป็นธรรมประกอบด้วย ระบบการคลังเพื่อสุขภาพ และระบบการให้บริการสุขภาพโดยองค์ประกอบด้านการคลังสุขภาพ จะเป็นกลไกสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ครอบคลุมถึงการสร้างหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน และการจัดสรรงบประมาณที่เป็นธรรมสำหรับการคลังสาธารณะ ส่วนองค์ประกอบด้านระบบบริการที่สร้างความเป็นธรรมควรต้องพิจารณาถึง การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ การปรับเปลี่ยนระบบบริการที่เน้นถึงการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและดูแลขั้นปฐมภูมิและต้องมีการปรับปรุงประสิทธิภาพและคุณภาพโดยไม่ละเลยด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งความเป็นธรรมทางสุขภาพนี้ควรอยู่บนพื้นฐานปรัชญาแนวคิดความเท่าเทียมกัน (Egalitarian) มากกว่าแนวคิดเสรีนิยม (libertarian)

การแก้ไขปัญหาคือความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพช่องปากจึงต้องเข้าใจความไม่เป็นธรรมเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ เข้าใจฐานคิดของการจัดบริการสุขภาพที่ผ่านมา โครงสร้างการเงินการคลังด้านสุขภาพ และการจัดทรัพยากรด้านกำลังคนทางสุขภาพ อีกทั้งต้องเรียนรู้สถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและในอนาคต ด้วยระบบสุขภาพช่องปากเป็นระบบย่อยระบบหนึ่งของสุขภาพ เมื่อมีการเปลี่ยนหรือปฏิรูประบบสุขภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบสุขภาพช่องปากต้องปฏิรูปให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนระบบบริการที่เน้นการสร้างสุขภาพช่องปากแทนการซ่อมสุขภาพช่องปาก และการพิจารณาถึงหลักประกันสุขภาพช่องปากขึ้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับประชาชน ซึ่งเป็นการจัดวางบริการภายใต้พื้นฐานปรัชญาแนวคิดความเท่าเทียมกัน (Egalitarian) นั้น จำเป็นที่ต้องเริ่มปรับที่ฐานคิดหรือแนวคิดของสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพช่องปากมิใช่ปรับเพียงแค่วิธีการ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่จะช่วยลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพช่องปากในสังคมไทยอย่างไรก็ตาม ความเป็นธรรมทางสุขภาพช่องปากต้องวางอยู่บนบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เป็นธรรม กล่าวคือการสร้างโอกาสให้ทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพช่องปากที่เท่าเทียม โอกาสที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่มีมาตรฐานและมีคุณภาพที่เท่าเทียมกันด้วยฐานคิดที่ว่าทุกคนมีสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภสิทธิ์ พรณารุโรทัย และ คลาสเรนเบอร์ก. *ความเป็นธรรมของการให้บริการสาธารณสุขในประเทศไทย*. รายงานการวิจัยเสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2541: 1-3.
2. *รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540*: 15-21 .
3. *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525*.
4. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ ศุภสิทธิ์ พรณารุโรทัย. *ชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมเพื่อประเมินผลการปฏิรูประบบสุขภาพไทย*. รายงานการวิจัยเสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2543:6-10
5. McLachlan G and Maynard. *A public/private mix for health*. London: Nuffield Provincial Hospital Trust. 1982.
6. Culyer AJ. *Health , health expenditures and equity*. York: Centre for Health Economics. 1991
7. Mooney G. *Economics, medicine and health care*. Sussex: Wheatsheaf. 1986.
8. Whitehead M. The health divide. In Townsend P. and Davidson N.(eds.) *Inequalities in health*. London : Penguin Book. 1990.
9. Braveman P. *Monitoring equity in health*. World Health Organization, Geneva. 1998.
10. ศุภสิทธิ์ พรณารุโรทัย. *ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2543:3-40.
11. อุทัย ม่วงศรีเมืองดี. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกับหมออนามัย. *วารสารหมออนามัย*. 2543,10(2) : 10-26
12. สุวจิ ภูัด. *การค้นหาแนวคิดเรื่องสิทธิและความเป็นธรรมในสุขภาพ จากมุมมองทางสังคมวัฒนธรรมเพื่อปฏิรูปการดูแลสุขภาพในประเทศไทย*. รายงานเบื้องต้นชุดโครงการวิจัยความเป็นธรรมทางสุขภาพ. 2543: 55-56.
13. สารี อ่องสมหวัง, สุกรานต์ โรจนไพวงศ์, อภิญา ดันทวิวงศ์ และ คณะ. *กรณีศึกษาว่าด้วยทุกข์กับระบบบริการสุขภาพ*. รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2542.
14. ถวัลรัตน์ โทะละสุต, นิสา เจียรพงษ์, ชีระ ศษิลาภรณ์ และ กรัสไนย หวังรังสิมา. *วิวัฒนาการทันตแพทย์ไทย*.

- ในรายงานการสัมมนาวิชาการเรื่องการทันตแพทย์ไทย
ในทศวรรษหน้า วันที่ 29-31 สิงหาคม 2533 ณ คณะ
ทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2533
:10-14.
15. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริ
เกียรติ เหลืองกอบกิจ, จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ.
ทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย.
รายงานการวิจัยในชุดโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนาทาง
เลือกของรูปแบบระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอ
ในอนาคต. กระทรวงสาธารณสุข. 2542:48-75.
 16. ประทีป พันธุมวนิช, ยุพิน ส่งไพศาล และคณะ. สิทธิ
เสมอภาคของประชาชนในการรับบริการสุขภาพช่อง
ปาก. รายงานการศึกษาของทันตแพทยสภา. 2541:
55-60.
 17. เพ็ญแข ลาภยั้ง. การเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปาก
ของประเทศไทย. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2542,
4 (2):7-35.
 18. ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. สังคมกับ
สุขภาพ. รายงานการวิจัยเสนอสถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.2543:4.
- ขอสำเนาบทความที่:**
ผศ.ทพ. ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์ ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะ
ทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 50200
- Reprint requests:**
Assist. Prof. Songvuth Tuongratanaphan. Community
Dentistry Dept., Faculty of Dentistry, Chiang Mai Uni-
versity, Chiang Mai, 50200