

การใช้บริการสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 5-14 ปี พ.ศ. 2554 และ 2556

เพ็ญแข ลากยั้ง ท.บ., ส.ม., ศ.บ., ส.คต., อ.ท. (ทันตสาธารณสุข)

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการใช้บริการสุขภาพช่องปากของเด็กอายุ 5-14 ปี ระหว่างกลุ่มสิทธิข้าราชการและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยการศึกษาวิเคราะห์ฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2554 และ 2556 จากการสัมภาษณ์สมาชิกครัวเรือนตัวอย่างที่ถูกสุ่มเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิ 2 ชั้นตอนใน 26,520 และ 27,960 ครัวเรือน ซึ่งเป็นตัวอย่างอายุ 5-14 ปีจำนวน 10,489 และ 9,858 คน ตามลำดับ จากนั้นถ่วงน้ำหนักเป็นตัวแทนประชากรประเทศ ในการสำรวจ พ.ศ. 2556 เด็กกลุ่มวัยนี้โดยรวมและเด็กทั้งสองสิทธิใช้บริการสุขภาพช่องปากจากทุกแหล่งบริการเพิ่มขึ้นทั้งอัตราและความถี่ กลุ่มสิทธิข้าราชการใช้บริการมากกว่าในทุกภาคทุกเขตพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรุงเทพมหานคร ความแตกต่างของอัตราการใช้บริการและความถี่ระหว่างสองกลุ่มสิทธิเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.3 และ 12.0 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผลมาจากการเข้าถึงบริการภาคเอกชนของกลุ่มสิทธิข้าราชการที่มากกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังพบความแตกต่างของการใช้บริการระหว่างเพศ ภาค และเขตพื้นที่ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสิทธิข้าราชการ กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสัดส่วนการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากและเก็บรักษาฟันแท้ต่ำกว่า ทั้งที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินมาเกินหนึ่งทศวรรษ มีสิทธิประโยชน์อย่างชัดเจนครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพื้นฐาน มีระบบบริการที่โรงเรียนและระดับตำบล และมีกองทุนทันตกรรม

คำสำคัญ: เด็กอายุ 5-14 ปี, การใช้บริการ, บริการสุขภาพช่องปาก, ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ, ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทนำ

วัยเด็กชอบบริโภคขนม ยังไม่สามารถดูแลรับผิดชอบตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ปกครองมักคิดว่าฟันแท้เป็นฟันน้ำนม จึงละเลยการดูแล ประกอบกับลักษณะตามธรรมชาติของฟันแท้ที่เพิ่งขึ้นสู่ช่องปาก ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ⁽¹⁻³⁾ Villalobos-Rodelo และคณะ สรุปจากการทบทวนวรรณกรรมว่า เด็กช่วงอายุ 5-13 ปีที่มีฟันผุต้องทรมานจากอาการปวดฟันร้อยละ 25.1-70.0 และเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กไปใช้บริการ⁽⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในโรงเรียนสังกัด

กรุงเทพมหานครเขตบางบอนซึ่งเด็กประถมศึกษาปีที่ 6 มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร ปวดฟัน และเสียวฟัน ร้อยละ 61.88, 51.94 และ 37.21 ตามลำดับ⁽⁵⁾ เมื่อตรวจฟันเด็กมักพบฟันผุและมีฟันถูกถอนไปแล้วร่วมด้วย⁽⁶⁾ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ พัฒนาการ และคุณภาพชีวิตในวัยเด็ก และเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่⁽⁷⁻⁹⁾ หลายประเทศจึงมีระบบบริการขั้นพื้นฐานที่โรงเรียนเพื่อการดูแลเด็กอย่างครอบคลุม⁽¹⁰⁻¹⁵⁾

ในประเทศพัฒนา การมีประกันสุขภาพสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ แต่ลักษณะทาง

ภูมิศาสตร์ ประชากร และเศรษฐกิจของครอบครัวมีอิทธิพลร่วมด้วยอย่างสำคัญ^(14,19-21) โดยเฉพาะบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เด็กในพื้นที่ห่างไกลชนบท และครอบครัวมีเศรษฐกิจต่ำมีความจำเป็นมากกว่าแต่เข้าถึงบริการได้น้อยกว่า⁽²²⁻²⁵⁾ แม้ในระบบประกันทันตกรรมเอกชนขนาดใหญ่ในสหรัฐอเมริกา (Delta Dental of Wisconsin) ครอบครัวประชากรรัฐประมาณร้อยละ 21.0 และมีทันตแพทย์ร้อยละ 90.0 จากทันตแพทย์ทั้งรัฐร่วมให้บริการ ยังพบว่าเด็กชนบทและเด็กในพื้นที่ยากจนใช้บริการรักษา (อุดฟัน รักษาคลองรากฟัน และถอนฟัน) มากกว่าส่งเสริมป้องกัน⁽²⁶⁾ ทำนองเดียวกับการศึกษาในวัยผู้ใหญ่⁽²⁷⁾ การศึกษาหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผู้ปกครองเด็กร้อยละ 95.62 ตอบว่าตนควรเป็นผู้พาเด็กไปรับบริการเองเมื่อจำเป็น แต่มีผู้ปกครองเพียงร้อยละ 32.64 ที่พาเด็กไปเคลือบหลุมร่องฟัน โดยเป็นเด็กโรงเรียนเอกชนมากกว่าภาครัฐประมาณ 3.5 เท่า⁽²⁸⁾

เด็กไทยร้อยละ 98.0 มีสวัสดิการด้านสุขภาพช่องปากอย่างใดอย่างหนึ่งระหว่างสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage System: UCS)⁽²⁹⁾ ซึ่งมีสิทธิประโยชน์ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาโรคฟัน เหงือก และกระดูกขากรรไกร ใส่ฟันเทียม และใส่เพดานเทียม (obturator) ในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ แต่ต้องเริ่มใช้บริการภายในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับต้น (Contracting Units of Primary care: CUPs) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพิ่มสิทธิประโยชน์การจัดฟันและฝึกพูดในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ในกลุ่มบริการโรค-เฉพาะ⁽³⁰⁻³¹⁾ ส่วนสิทธิประโยชน์กลุ่มสิทธิข้าราชการเป็นการรักษาในสถานพยาบาลภาครัฐเท่านั้น⁽³²⁾ และตั้งแต่ พ.ศ. 2553 กรมบัญชีกลางเพิ่มการใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้และติดแน่นโดยผู้ให้บริการจ่ายค่าบริการ ณ จุด

บริการและเบิกคืนที่หน่วยงานต้นสังกัดในอัตราที่กรมบัญชีกลางกำหนด⁽³³⁾ (ตารางที่ 1)

จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการทุก 2 ปี ซึ่งเป็นการสำรวจระดับชาติดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติตั้งแต่ พ.ศ. 2546 จนถึง พ.ศ. 2554 พบว่า กลุ่มเด็กใช้บริการสุขภาพช่องปากมากกว่ากลุ่มวัยอื่น แต่ระหว่างกลุ่มเด็กด้วยกัน เด็กสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้บริการน้อยกว่ากลุ่มสิทธิข้าราชการโดยตลอด⁽³⁴⁾ แม้ว่าสิทธิประโยชน์ครอบคลุมชนิดบริการมากกว่า ในปีงบประมาณ 2554 สปสช. จัดตั้งกองทุนทันตกรรมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก โดยหนึ่งในสี่ของกลุ่มเป้าหมายหลักคือเด็กประถมศึกษา และเน้นการบริการแบบเบ็ดเสร็จ งบประมาณที่จัดสรรแก่พื้นที่มี 2 หมวดคือ งบจัดบริการและงบสนับสนุนและพัฒนาระบบบริการ ในการใช้งบจัดบริการ หน่วยบริการประจำต้องมีแผนดำเนินงานทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรมป้องกัน และการรักษากลุ่มเป้าหมายหลัก และต้องจัดทำแผนปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายหลักโดยระบุกิจกรรม ระยะเวลาดำเนินการ และจำนวนเป้าหมายให้ครอบคลุมสถานศึกษาและศูนย์เด็กเล็ก ส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับงบจัดบริการและกระตุ้นการจัดบริการระดับจังหวัด โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดต้องจัดทำแผนงานและหรือโครงการระดับจังหวัด เสนอให้คณะทำงานทันตสาธารณสุขระดับเขตพิจารณาอนุมัติ⁽³⁵⁾ ปีแรกของกองทุนทันตกรรมจึงเป็นปีแห่งการศึกษาทำความเข้าใจเงื่อนไขและวิธีใช้งบประมาณ รวมทั้งการจัดทำแผนงานโครงการแต่ละระดับ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามการเข้าถึงบริการของเด็กสองกลุ่มสิทธินี้ โดยใช้ข้อมูลการสำรวจระดับชาติ พ.ศ. 2554 ซึ่งเป็นปีที่เริ่มมีกองทุนทันตกรรม และเมื่อดำเนินกองทุนทันตกรรมมาได้สองปีเมื่อสำรวจ พ.ศ. 2556

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาจากฐานข้อมูลการสำรวจ
อนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2554 และ 2556 ของ
สำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งเป็นการสำรวจทั่วประเทศ เลือก

ตัวอย่างตามระเบียบวิธีการสำรวจ โดยสุ่มตัวอย่างแบบ
ชั้นภูมิสองขั้นตอน (stratified two stage sampling)
มีจังหวัดเป็นช่วงชั้น (stratum) และแบ่งแต่ละ stratum
เป็น 2 ชั้นย่อยตามเขตการปกครองคือ ในและนอก

ตารางที่ 1 สวัสดิการสุขภาพช่องปากภาครัฐสำหรับเด็กไทยกลุ่มสิทธิสวัสดิการข้าราชการและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ปีงบประมาณ 2556

สิทธิ	สิทธิประโยชน์	เงื่อนไขการใช้บริการ	การคลัง
1. สวัสดิการ ข้าราชการ และพนักงาน- รัฐวิสาหกิจ	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจรักษาโรคฟัน เหงือก และ กระดูขากรรไกร - ใส่ฟันเทียม เฉพาะผู้ป่วย- เพดานโหว่ - ใส่ฟันเทียมฐานอะคริลิก (อายุการใช้งาน 5 ปี) - ใส่ครอบฟัน/สะพานฟัน (อายุการใช้งาน 10 ปี) 	<ul style="list-style-type: none"> - เฉพาะบริการภาครัฐ - ไม่จำกัดจำนวนครั้ง - ผู้ใช้บริการจ่ายค่าบริการ ฟันเทียมที่จุดบริการ แล้วเบิกคืนที่หน่วยงาน 	<p>แหล่งงบประมาณ ภาษีทั่วไปในรูปงบประมาณของ กรมบัญชีกลาง</p> <p>การจ่ายตรงให้สถานพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการผู้ป่วยนอก: เบิกตามชนิดบริการ ในอัตราที่กำหนด (Fee-For-Service with fixed fee schedule) - บริการผู้ป่วยใน: เบิกตามระบบ DRGs <p>การจ่ายคืนค่าฟันเทียม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าฟันเทียมฐานอะคริลิก <ul style="list-style-type: none"> • 1-5 ซี่ : 1,300 บาท • ตั้งแต่ 6 ซี่ : 1,500 บาท - ค่าฟันเทียมชนิดติดแน่น <ul style="list-style-type: none"> • สะพานฟัน 6,700 บาท/ชิ้น • เดียวฟัน 600 บาท/ซี่ • ครอบฟันน้ำนม 1,000 บาท/ซี่ • ครอบฟันแท้ 2,100 บาท/ซี่
หลักประกัน- สุขภาพถ้วนหน้า	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจรักษาโรคฟัน เหงือก กระดู ขากรรไกร (ยกเว้นการรักษา คลองรากฟันแท้) - รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม - ใส่ฟันเทียมและจัดฟัน เฉพาะ ในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ - ผีกักขยะผู้ปกครองดูแลฟันเด็ก - ให้ฟลูออไรด์เสริมในเด็กเล็ก - เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ซี่ที่ 1 และ 2 - รักษาเบ็ดเสร็จในเด็กประถม- ศึกษา - ใส่ฟันเทียมฐานอะคริลิก (อายุการใช้งาน 5 ปี) 	เฉพาะสถานพยาบาลในระบบ ส่วนใหญ่เป็นภาครัฐ	<p>แหล่งงบประมาณ ภาษีทั่วไปในรูปกองทุนทันตกรรม การจ่ายสถานพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - งบส่งเสริมป้องกัน (ครอบคลุมประชากร ทุกสิทธิ) และงบบริการแบบผู้ป่วยนอก: เหมาจ่ายล่วงหน้า (prepaid capitation) - บริการเด็กปากแหว่งเพดานโหว่หลัง ผ่าตัด: เบิกตามอัตราเหมาจ่าย <ul style="list-style-type: none"> • จัดฟันจนเสร็จ 48,000 บาทต่อคน - ฟันเทียมฐานอะคริลิก: เบิกจากงบ- ทันตกรรมประติชีวิตรตามอัตรา (fixed fee schedule) <ul style="list-style-type: none"> • 1-5 ซี่ : 1,300 บาท • ตั้งแต่ 6 ซี่ : 1,500 บาท - บริการผู้ป่วยใน: เบิกตามระบบ DRGs

เขตเทศบาล ตัวอย่างชั้นที่ 1 คือชุมชนอาคาร (สำหรับในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (สำหรับนอกเขตเทศบาล) และครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นตัวอย่างชั้นที่ 2 จำนวน 26,520 และ 27,960 ครัวเรือน ตามลำดับ ประชากรที่อยู่ในคั้รวม (coverage) ของการสำรวจคือ ผู้อาศัยอยู่ในครัวเรือนในและนอกเขตเทศบาลทั่วประเทศที่ตกเป็นครัวเรือนตัวอย่าง โดยพนักงานสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ประจำอยู่ในแต่ละจังหวัดสัมภาษณ์สมาชิกครัวเรือนถึงแบบแผนการใช้บริการสุขภาพช่องปาก (แหล่งบริการ ชนิดบริการ จำนวนครั้งบริการ การไม่ใช้สิทธิสวัสดิการที่มีในการใช้บริการครั้งสุดท้าย และเหตุผลที่ไม่ใช้บริการของผู้มีปัญหาสุขภาพช่องปาก) ระหว่างวันที่ 1 มีนาคมของปีก่อนการสำรวจถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ของปีที่สำรวจ⁽³⁶⁻³⁷⁾

สำนักงานสถิติแห่งชาตินำข้อมูลที่ได้จากครัวเรือนตัวอย่างมาคำนวณตามสูตรในการประมาณค่าที่เหมาะสมกับวิธีการเลือกตัวอย่างและถ่วงน้ำหนักข้อมูล (weight) ตามระเบียบวิธีการสำรวจเพื่อให้ได้ค่าประมาณของประชากรทั้งหมดเป็นภาพรวมประเทศ⁽³⁶⁻³⁷⁾ การศึกษานี้วิเคราะห์เฉพาะข้อมูลของตัวอย่างอายุ 5-14 ปีที่ปรับเป็นภาพประชากรประเทศแล้ว จำนวน 10,489 และ 9,858 คน ตามลำดับ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และอัตรา

ผลการศึกษา

ในการสำรวจ พ.ศ. 2556 เด็กกลุ่มอายุอายุ 5-14 ปี มีจำนวนลดลงเป็น 8.59 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นเด็ก-สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 90.3) สัดส่วนอยู่ในเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร (กทม.) เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60.4 และ 37.5 ในกลุ่มสิทธิข้าราชการและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามลำดับ เด็กกลุ่มอายุนี้อและทั้งสองกลุ่มสิทธิ การใช้บริการสุขภาพช่องปากจากทุกแหล่งบริการเพิ่มขึ้นทั้งอัตราและความถี่ เด็กกลุ่มสิทธิ-ข้าราชการใน กทม. มีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นมากที่สุด ถัดไปเป็นเขตเมือง/เทศบาล ภาคกลาง และภาคใต้

ตามลำดับ ส่วนเด็กกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้บริการเพิ่มขึ้นทุกภาคทุกเขตพื้นที่โดยเฉพาะภาคใต้และ กทม. แต่อัตราใช้บริการสูงที่ภาคเหนือ ถัดไปเป็นภาคใต้และ กทม. เมื่อเปรียบเทียบระหว่างสิทธิ กลุ่มสิทธิข้าราชการใช้บริการมากกว่าในทุกภาคทุกเขตพื้นที่ โดยเฉพาะใน กทม. ซึ่งอัตราการใช้บริการมากกว่า 3.2 เท่า ส่วนความถี่มากกว่า 3 เท่า (ตารางที่ 2)

เด็กสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนการใช้บริการครั้งสุดท้าย มากที่สุดห้าอันดับแรกเหมือนกันในการสำรวจทั้งสองครั้งโดยเพิ่มขึ้นในการอุดฟัน ตรวจฟัน ขูดหินน้ำลาย และเคลือบหลุมร่องฟัน และลดลงเล็กน้อยในการถอนฟัน รักษาคลองรากฟัน จัดฟัน และใส่ฟันเทียม ส่วนเด็กสิทธิข้าราชการมีส่วนการถอนฟันลดลงอย่างชัดเจนถึงร้อยละ 9.6 และเพิ่มขึ้นชัดเจนในการบริการขูดหินน้ำลาย จัดฟัน และรักษาคลองรากฟัน (ตารางที่ 3)

เด็กสิทธิข้าราชการใช้บริการครั้งสุดท้ายที่คลินิก-เอกชน โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น สถานีนามัย/ศูนย์-สุขภาพชุมชนที่ไม่มีทันตบุคลากร หน่วยเคลื่อนที่ และโรงเรียน ในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ส่วนเด็กสิทธิหลักประกัน-สุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนการใช้บริการลดลงที่สถาน-พยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่เพิ่มขึ้นที่โรงเรียน หน่วยเคลื่อนที่ โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และภาคเอกชน บริการฐานโรงเรียนอาจมีบทบาทเพิ่มการใช้บริการในเด็กสิทธิหลัก-ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สัดส่วนบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.4) ขณะที่ในเด็กสิทธิข้าราชการเป็นคลินิกเอกชน ซึ่งสัดส่วนการใช้บริการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 12.6 (ตารางที่ 4)

เนื่องจากการใช้บริการในการสำรวจ พ.ศ. 2554 ไม่เท่ากัน การพิจารณาความแตกต่างของการใช้บริการระหว่างสองสิทธิและระหว่างปีที่สำรวจจึงคิดความแตกต่างระหว่างสิทธิเป็นร้อยละเพื่อให้เห็นภาพการเปลี่ยนแปลงชัดเจนขึ้น โดยให้การใช้บริการในเด็กสิทธิข้าราชการเป็นฐานในการคำนวณ ในการสำรวจ พ.ศ. 2556 กลุ่มสิทธิข้าราชการมีอัตราการใช้บริการและความถี่มากกว่า

กลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 38.0 และ (10.5 และ 10.1 คนต่อ 100 ประชากร) ความแตกต่าง 56.4 ตามลำดับ ความแตกต่างระหว่างเด็กสองสิทธินี้ ของการใช้บริการระหว่างสองสิทธิ (ตารางที่ 5) เป็นผล เพิ่มขึ้นทั้งอัตราและความถี่เท่ากับร้อยละ 5.3 และ 12.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 5) มาจากการใช้บริการภาคเอกชนซึ่งแตกต่างระหว่างเขต-ภาคและเขตพื้นที่ โดยแตกต่างกันสูงมากใน กทม. เขต-เด็กทั้งสองสิทธิมีอัตราใช้บริการภาครัฐไม่ต่างกันมาก เมือง/เทศบาล และภาคกลาง อัตราการใช้บริการจาก

ตารางที่ 2 อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก ปี 2554 และ 2556

	รวมทุกสิทธิ *			ข้าราชการ			หลักประกันสุขภาพ		
	ประชากร (ล้านคน)	อัตรา (คน/100 ปชก.)	ความถี่ (ครั้ง/คน/ปี)	ประชากร (ล้านคน)	อัตรา (คน/100 ปชก.)	ความถี่ (ครั้ง/คน/ปี)	ประชากร (ล้านคน)	อัตรา (คน/100 ปชก.)	ความถี่ (ครั้ง/คน/ปี)
ปี 2554									
ภาค									
• กรุงเทพฯ	0.87	9.42	0.12 (0.46)	0.04	18.31	0.31 (0.83)	0.70	7.82	0.10 (0.41)
• กลาง	2.14	10.05	0.14 (0.50)	0.14	11.33	0.23 (0.93)	1.90	9.81	0.13 (0.45)
• เหนือ	1.55	16.41	0.23 (0.62)	0.09	27.35	0.38 (1.03)	1.41	16.08	0.22 (0.59)
• ตะวันออกเฉียงเหนือ	3.43	10.46	0.15 (0.51)	0.19	13.93	0.22 (0.84)	3.20	10.27	0.14 (0.49)
• ใต้	1.50	9.14	0.14 (0.49)	0.09	12.81	0.28 (0.91)	1.36	8.21	0.12 (0.44)
เขต									
• เมือง/เทศบาล (รวม กทม.)	3.15	11.14	0.16 (0.55)	0.29	16.82	0.26 (0.90)	2.62	10.12	0.14 (0.50)
• นอกเขตเมือง/เทศบาล	6.34	10.98	0.15 (0.51)	0.26	14.55	0.28 (0.92)	5.95	10.81	0.15 (0.48)
รวม	9.49	11.03	0.16 (0.52)	0.55	15.74	0.27 (0.91)	8.57	10.60	0.15 (0.49)
ปี 2556									
ภาค									
• กรุงเทพฯ	0.71	17.45	0.30 (0.92)	0.09	43.23	0.71 (0.99)	0.57	13.59	0.24 (0.89)
• กลาง	2.04	11.04	0.18 (0.73)	0.11	16.38	0.48 (1.77)	1.87	10.68	0.16 (0.61)
• เหนือ	1.53	17.64	0.22 (0.56)	0.11	18.88	0.31 (0.78)	1.37	17.72	0.22 (0.54)
• ตะวันออกเฉียงเหนือ	2.94	10.78	0.13 (0.49)	0.15	13.69	0.23 (1.12)	2.77	10.61	0.13 (0.43)
• ใต้	1.37	14.95	0.21 (0.65)	0.08	16.78	0.29 (0.72)	1.27	15.08	0.21 (0.64)
เขต									
• เมือง/เทศบาล (รวม กทม.)	3.38	13.67	0.21 (0.78)	0.32	25.14	0.48 (1.30)	2.94	12.51	0.18 (0.70)
• นอกเขตเมือง/เทศบาล	5.21	13.03	0.17 (0.52)	0.21	13.94	0.25 (0.96)	4.91	12.98	0.17 (0.49)
รวม	8.59	13.28	0.19 (0.64)	0.53	20.63	0.39 (1.18)	7.85	12.80	0.17 (0.58)

* รวมเด็กอายุ 5-14 ปีทุกสิทธิ สิทธิว่าง ไม่มีสิทธิใด จำสิทธิไม่ได้ และไม่ทราบ
หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บคือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ทุกแหล่งและภาครัฐจากในกลุ่มสิทธิข้าราชการเท่ากับ 20.6 และ 10.5 คนต่อ 100 ประชากร ตามลำดับ เท่ากับว่ามีอัตราการใช้บริการภาคเอกชนเท่ากับ 10.2 คนต่อ 100 ประชากร ขณะที่ในเด็กสิทธิหลักประกันสุขภาพ-ถ้วนหน้าเท่ากับ 2.7 คนต่อ 100 ประชากร ในภาพรวมบริการภาครัฐรองรับเด็กกลุ่มวัยนี้ได้ 10.1 คนจากประชากร 100 คน (ตารางที่ 6)

เด็กสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้บริการภาครัฐที่เป็นหัตถการครั้งสุดท้ายจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นหลัก ขณะที่เด็กสิทธิข้าราชการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่นในสัดส่วนไม่ต่างกันมากนัก (ตารางที่ 7)

มีเพียงเด็กสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและไม่มีสิทธิใดๆ ที่ไม่ได้ใช้บริการทั้งที่มีความจำเป็น คิดเป็นอัตรา 0.7 คนต่อ 100 ประชากร เด็กไม่มีสิทธิใดๆ ไม่ได้ใช้บริการเพราะค่าบริการ ขณะที่สาเหตุสำคัญในเด็กสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ประสิทธิภาพการบริการ (รอนาน) และปัจจัยด้านผู้ปกครอง (ไม่มีเวลา

และไม่มีคนพาไป) มากกว่าอุปสรรคด้านกายภาพ เช่น เดินทางไม่สะดวก (ตารางที่ 8)

วิจารณ์

ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการนี้ได้จากการสัมภาษณ์ประชาชน (demand side) จุดอ่อนของวิธีการนี้คือ ผู้ตอบอาจหลงลืมหรือมีการรับรู้ข้อมูลการบริการไม่ตรงกับบริการที่ได้รับจริง (เช่น ชื่อชนิดบริการ จำนวนครั้งบริการ) แต่ครอบคลุมประชากรที่ต้องการศึกษาและเป็นภาพประชากรประเทศ ขณะที่ข้อมูลบริการของสถานพยาบาล (supply side) มีแต่เฉพาะของภาครัฐ จึงไม่ครอบคลุมประชากรที่นิยมใช้บริการภาคเอกชน และมีปัญหาการนับคนที่ใช้บริการซ้ำกันเพราะใช้บริการที่สถานพยาบาลได้หลายแห่งทั้งภายในและนอกเครือข่ายบริการ การนับรอบการใช้บริการ 12 เดือนที่ผ่านมา (นับถึง 28 กุมภาพันธ์ในปีที่สำรวจ) ทำให้การสำรวจ พ.ศ. 2554 เพิ่งล่วงเข้าปีงบประมาณ 2554 มาได้ 5 เดือน สำหรับกองทุนทันตกรรม ยังอยู่ในระยะการสื่อสาร

ตารางที่ 3 สัดส่วนร้อยละของชนิดบริการสุขภาพช่องปากที่เด็กใช้บริการในครั้งสุดท้าย

ชนิดบริการ	2554			2556		
	รวมทุกสิทธิ*	ข้าราชการ	หลักประกันสุขภาพ	รวมทุกสิทธิ*	ข้าราชการ	หลักประกันสุขภาพ
ถอนฟัน	36.0 (1)	31.4 (1)	36.7 (1)	32.1 (1)	21.8 (3)	33.7 (1)
อุดฟัน	28.2 (2)	24.7 (2)	28.9 (2)	28.7 (2)	23.9 (2)	29.1 (2)
ตรวจ	15.1 (3)	14.2 (4)	15.7 (3)	15.6 (3)	9.9 (4)	16.1 (3)
ขูดหินน้ำลาย	10.7 (4)	21.3 (3)	9.0 (4)	12.6 (4)	26.6 (1)	11.1 (4)
เคลือบหลุมร่องฟัน	2.9 (5)	2.4 (6)	2.7 (6)	5.0 (5)	2.9 (7)	5.2 (5)
รักษาคดลองรากฟัน	2.6 (6)	1.2 (7)	2.8 (5)	2.6 (6)	4.1 (6)	2.5 (6)
จัดฟัน	1.5 (7)	4.1 (5)	1.3 (7)	1.9 (7)	8.7 (5)	0.9 (7)
ใส่ฟันเทียม	0.2	0.0	0.2	0.1	0.0	0.1
อื่นๆ	0.8	0.7	0.4	0.5	2.0	0.3
ไม่ทราบ จำไม่ได้	2.1	0.0	2.4	0.9	0.0	1.0
รวมทุกบริการ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* รวมเด็กทุกสิทธิ สิทธิว่าง ไม่มีสิทธิใด จำสิทธิไม่ได้ และไม่ทราบ

หมายเหตุ 1. เด็ก 1 คนอาจใช้บริการหลายอย่าง

2. ตัวเลขในวงเล็บคือ อันดับที่เรียงจากสัดส่วนของบริการที่เด็กใช้จากมากไปหาน้อย

ตารางที่ 4 สัดส่วนร้อยละของแหล่งบริการสุขภาพช่องปากที่เด็กใช้บริการในครั้งสุดท้าย

แหล่งบริการ	2554			2556		
	รวมทุกสิทธิ*	ข้าราชการ	หลักประกันสุขภาพ	รวมทุกสิทธิ*	ข้าราชการ	หลักประกันสุขภาพ
โรงพยาบาลชุมชน	27.9 (1)	10.0 (3)	30.3 (1)	26.5 (1)	14.6 (2)	28.5 (1)
คลินิกเอกชน	22.8 (2)	36.3 (1)	18.2 (2)	22.0 (2)	48.9 (1)	18.7 (2)
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	15.0 (3)	20.1 (2)	15.4 (3)	12.3 (4)	13.0 (3)	12.4 (4)
สถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีทันตบุคลากร	13.0 (4)	6.4 (4)	14.3 (4)	10.7 (5)	1.9	11.5 (5)
โรงเรียน	8.8 (5)	5.8 (5)	9.4 (5)	15.4 (3)	6.9 (5)	15.8 (3)
สถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ไม่มีทันตบุคลากร	5.0	0.4	5.6	2.2	2.0	2.3
หน่วยเคลื่อนที่	2.8	0.0	3.1	4.2	1.2	4.5
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	0.7	2.08	0.3	1.5	1.4	1.4
โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น	1.7	5.13	1.3	3.1	9.8 (4)	2.5
โรงพยาบาลเอกชน	1.4	3.83	1.2	2.1	0.4	2.3
อื่นๆ	0.4	0.0	0.5	0.1	0.0	0.1
ไม่ทราบ จำไม่ได้	0.4	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0
รวมทุกแหล่งบริการ	100.00	100.00	100.00	100.0	100.0	100.0

* รวมเด็กทุกสิทธิ สิทธิว่าง ไม่มีสิทธิใด จำสิทธิไม่ได้ และไม่ทราบ

หมายเหตุ 1) เด็ก 1 คนอาจใช้บริการหลายอย่าง

2) ตัวเลขในวงเล็บคือ อันดับที่เรียงจากสัดส่วนของสถานพยาบาลที่เด็กใช้บริการจากมากไปหาน้อย

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของการใช้บริการสุขภาพช่องปากระหว่างสิทธิสวัสดิการและปีที่สำรวจ

	อัตรา (คน/100 ประชากร/ปี)		ความถี่ (ครั้ง/ประชากร/ปี)	
	2554	2556	2554	2556
สิทธิสวัสดิการ				
ข้าราชการ	15.7	20.6	0.3	0.4
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	10.6	12.8	0.2	0.2
ความแตกต่างของสองสิทธิ (= สิทธิข้าราชการ-หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)	5.1	7.8	0.1	0.2
ร้อยละความแตกต่างของสองสิทธิ	32.7	38.0	44.4	56.4
การเปลี่ยนแปลงความแตกต่างระหว่างปีที่สำรวจ (ร้อยละ)		+5.3		+12.0

ตารางที่ 6 อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากจากสถานพยาบาลภาครัฐ ในการสำรวจ พ.ศ. 2556 (หน่วย: คน/100 ปชก.)

	รวมทุกสิทธิ *		ข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพ	
	อัตรารวม	อัตราใช้ภาครัฐ	อัตรารวม	อัตราใช้ภาครัฐ	อัตรารวม	อัตราใช้ภาครัฐ
เพศ						
ชาย	12.24	9.61	17.55	10.90	11.95	9.56
หญิง	14.35	10.55	23.33	10.08	13.69	10.66
ภาค						
กรุงเทพ	17.45	5.78	43.23	11.82	13.59	4.97
กลาง	11.04	6.91	16.38	6.98	10.68	6.85
เหนือ	17.64	15.41	18.88	16.23	17.72	15.44
ตะวันออกเฉียงเหนือ	10.78	9.47	13.69	9.26	10.61	9.45
ใต้	14.95	12.38	16.78	7.98	15.08	12.84
เขต						
เมือง/เทศบาล (รวม กทม.)	13.67	8.30	25.14	9.71	12.51	8.28
นอกเขตเมือง/เทศบาล	13.03	11.22	13.94	11.58	12.98	11.19
รวม	13.28	10.07	20.63	10.46	12.80	10.10

* รวมเด็กทุกสิทธิ สิทธิว่าง ไม่มีสิทธิใด จำสิทธิไม่ได้ และไม่ทราบ

ตารางที่ 7 สัดส่วนร้อยละของแหล่งบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐที่เด็กใช้บริการในครั้งสุดท้าย ในการสำรวจ พ.ศ. 2556 เมื่อไม่รวมการตรวจฟัน

แหล่งบริการ	รวมทุกสิทธิ *	ข้าราชการ	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
โรงพยาบาลชุมชน	40.8 (1)	33.6 (1)	42.0 (1)
โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป	19.2 (2)	30.3 (2)	18.5 (2)
สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตบุคลากร	17.0 (3)	4.7	17.5 (3)
โรงเรียน	11.0	4.4	11.4
โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น	5.3	25.9 (3)	3.6
หน่วยเคลื่อนที่	3.0	0.0	3.2
สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไม่มีทันตบุคลากร	2.7	1.1	2.9
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	1.1	0.0	0.9
รวม	100.0	100.0	100.0

* รวมเด็กทุกสิทธิ สิทธิว่าง ไม่มีสิทธิใด จำสิทธิไม่ได้ และไม่ทราบ

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บคือ อันดับที่เรียงจากสัดส่วนของสถานพยาบาลที่เด็กใช้บริการจากมากไปหาน้อย

ตารางที่ 8 สัดส่วนร้อยละของสาเหตุที่เด็กไม่ได้ใช้บริการทั้งที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก ในการสำรวจ พ.ศ. 2556

สาเหตุ	รวม n = 56,468 N = 8,591,372	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า n = 55,916 N = 7,850,308	ไม่มีสิทธิใด n = 552 N = 141,830
รอนาน	26.9	27.2	0.0
ไม่มีเวลา	12.3	12.4	0.0
ไม่มีคนพาไป	11.4	11.5	0.0
ไกล เดินทางไม่สะดวก	10.0	10.1	0.0
ไม่มีค่าเดินทาง	5.2	5.3	0.0
ไม่มีค่าบริการ	3.8	2.9	100.0
ไม่เชื่อมั่น ไม่ประทับใจ	2.3	2.3	0.0
ข้อจำกัดของผู้ให้บริการ	0.4	0.4	0.0
อื่นๆ	27.7	28.0	0.0
รวมทุกสาเหตุ	100.0	100.0	100.0

ทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ วิธีการจัดการ และวิธีการในการใช้เงินจากกองทุน รวมทั้งมีความล่าช้าของงบประมาณ จึงสามารถใช้เป็นข้อมูลเปรียบเทียบกับ พ.ศ. 2556

เด็กกลุ่มวัยนี้ในภาพรวมและทั้งสองสิทธิใช้บริการสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นทั้งอัตราและความถี่ และสูงกว่าประชากรทั้งประเทศ (อัตรา 9.5 คน/100 ประชากร/ปี และความถี่ 0.16 ครั้ง/คน/ปี SD=0.77)⁽³⁷⁾ เด็กสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้บริการภาครัฐต่ำกว่าเด็กสิทธิข้าราชการ แม้จะมีการระบุนิติประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันโรค และรักษาเบ็ดเสร็จในกลุ่มเด็กตามนโยบายกองทุนทันตกรรมซึ่งเครือข่ายบริการระดับปฐมภูมิได้รับงบประมาณรายหัวประชากรทุกสิทธิเพิ่มขึ้นตามลำดับระหว่างปีงบประมาณ 2554-2556 แต่การบริการสุขภาพช่องปากเป็นงานหัตถการ กำลังคนในการบริการจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ ผู้ให้บริการป้องกันโรคและการรักษาพื้นฐานในเด็กกลุ่มนี้รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประชากรกลุ่มเป้าหมายวัยอื่นๆ คือ ทันตภิบาลซึ่งยังไม่มีเกณฑ์วิเคราะห์ให้อัตรากำลังทันตภิบาลต่อภาระงานเพื่อการจัดสรรอย่างเหมาะสม

การเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มวัยเรียนมักเน้นจัดบริการที่โรงเรียนซึ่งใน พ.ศ. 2556 เป็นแหล่งบริการอันดับ 3 ขณะที่สัดส่วนการใช้บริการที่สถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขลดลง แต่บริการเคลื่อนที่เช่นนี้มักให้บริการได้ไม่ถี่ชนิดเช่น การตรวจคัดกรอง ถอนฟัน และขูดหินน้ำลาย เห็นได้ว่าการสำรวจทั้งสองครั้ง เด็กสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีสัดส่วนการถอนฟันเป็นอันดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้⁽³⁴⁾ เมื่อไม่นับรวมการตรวจฟันและบริการในภาคเอกชน สัดส่วนการใช้บริการจากโรงเรียนลดลง และน้อยกว่าสถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตบุคลากร แสดงว่าบริการที่โรงเรียนจำนวนไม่น้อยเป็นการตรวจคัดกรอง หากจัดบริการเคลื่อนที่หลุมร่องฟันและอุดฟันที่โรงเรียน ต้องลงทุนชุดครุภัณฑ์ทันตกรรมและผู้ช่วยทางทันตกรรม เพื่อให้บริการมีคุณภาพตามมาตรฐาน

ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการประเมินผลการจัดบริการทันตกรรมและส่งเสริมสุขภาพซึ่งในปีงบประมาณ 2555 มีเครือข่ายบริการเพียงร้อยละ 39.6 ที่มีผลงานตามเกณฑ์⁽³⁸⁾ ทำนองเดียวกับการประเมินผลระหว่าง พ.ศ. 2554-2556 ในจังหวัดหนึ่งพบว่า ในปีงบประมาณ

2556 ผลงานบริการทันตกรรมผสมผสานในเด็กประถม-ศึกษาปีที่ 1 ต่ำกว่าเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกองทุนทันตกรรม ผลผลิตของผู้ให้บริการ (จำนวนครั้งบริการต่อผู้ให้บริการหนึ่งคน) ลดลง อัตราการใช้งานเก้าอี้ทันตกรรมลดลง และมีเครือข่ายบริการเพียง 4 จาก 9 เครือข่ายทั้งจังหวัดที่จัดบริการทันตกรรมที่สถานีนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลได้ตามตัวชี้วัด ทั้งที่มีทันตภิบาลเพิ่มขึ้น 16 คนจากโครงการผลิตและกระจายทันตบุคลากรสู่ภูมิภาคเพื่อการให้บริการทันตสุขภาพแก่ประชาชนในปีงบประมาณ 2556⁽³⁹⁾ แต่ยังคงใช้เวลาพัฒนาศักยภาพด้านงานบริการและการทำงานฐานชุมชนเชิงบูรณาการ ขณะที่มีการดำเนินงานในกลุ่มเด็กเล็ก หญิงมีครรภ์ และผู้สูงอายุด้วย สำหรับอัตราการใช้เก้าอี้ทันตกรรมที่ลดลง ควบคู่กับผลผลิตของผู้ให้บริการที่ลดลง หมายความว่า สามารถเพิ่มการบริการที่โรงพยาบาลภาครัฐได้อีก ซึ่งจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการในโรงพยาบาล

กองทุนทันตกรรมถูกออกแบบให้เป็นกลไกการคลังในการเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มเป้าหมาย แต่แม้ว่าเข้าสู่ปีที่ 3 ของกองทุน (ปีงบประมาณ 2556) ทันตบุคลากรส่วนหนึ่งยังคงมองว่า มีเงื่อนไขมากในการใช้เงิน และได้งบประมาณล่าช้า รวมทั้งขาดกลไกการจัดการ ขณะที่กลุ่มผู้บริหารให้ความสำคัญกับศักยภาพทีมทันตบุคลากรในด้านการบริหารจัดการและการจัดบริการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้งบประมาณ และมีความเห็นว่าควรมียุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ แทนการดำเนินกิจกรรมตามแบบเดิม⁽³⁸⁾

อีกหนึ่งปัจจัยที่ควรนำมาพิจารณาร่วมด้วยคือ กลไกการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาลในการบริการกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยไม่มีการแข่งขันบริการนั้น มีแนวโน้มเกิดการบริการน้อยกว่าการจ่ายตามชนิดบริการ⁽⁴⁰⁻⁴³⁾ ซึ่งกรมบัญชีกลางจ่ายแบบ FFS สำหรับการบริการกลุ่มสิทธิข้าราชการ และสามารถใช้บริการภาครัฐได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ และมีอัตราการใช้บริการภาครัฐโดยรวม

สูงกว่า แม้ในภาคใต้ ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคหญิง เด็กสิทธิข้าราชการมีอัตราใช้บริการภาครัฐน้อยกว่า แต่เป็นเพราะไปใช้บริการภาคเอกชน ซึ่งมีจำนวนมากในเขตเมือง/เทศบาล อัตราการใช้บริการจากทุกแหล่งบริการจึงสูงกว่าเด็กสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า น่าสังเกตว่า สปสช. ได้รับจัดสรรงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กทุกสิทธิตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 แต่ระบุตัวชี้วัดในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีการคัดกรองหรือบริการในระดับชุมชน หรือสถาบัน^(35,44) เช่น โรงเรียนประถมศึกษา คลินิกเด็กดี โดยอาจนัดหมายให้มารับบริการต่อในสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม หากผู้ปกครองข้าราชการพาบุตรในวัยนั้นไปรับบริการที่สถานพยาบาลภาครัฐเอง อาจถูกเรียกเก็บเงินไม่ว่าจะมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอที่ตั้งสถานพยาบาลนั้นหรือไม่ก็ตาม อุปสรรคในการใช้บริการส่งเสริมป้องกันเช่นนี้⁽⁴⁵⁾ อาจเป็นปัจจัยผลึกอีกประการหนึ่งให้เด็กสิทธิข้าราชการใช้บริการจากภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ ประกอบกับการรับรู้ความสำคัญและตระหนักรู้ให้มีความจำเป็นจ่ายค่าบริการภาคเอกชนได้ จึงเข้าถึงบริการป้องกันโรค เก็บรักษาฟัน และจัดฟันได้มากกว่า สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งในประเทศพัฒนาและกำลังพัฒนา^(16-21,24,26-28)

สรุป

เด็กทั้งสิทธิข้าราชการและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้บริการสุขภาพช่องปากจากทุกแหล่งบริการเพิ่มขึ้น ทั้งอัตราและความถี่ โดยเด็กกลุ่มสิทธิข้าราชการใช้บริการมากกว่าในทุกภาคทุกเขตพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน กทม. ความแตกต่างของอัตราการใช้บริการและความถี่ระหว่างสองสิทธิเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.3 และ 12.0 ตามลำดับ ซึ่งเป็นผลมาจากการเข้าถึงบริการภาคเอกชนของกลุ่มสิทธิข้าราชการซึ่งมีอัตราใกล้เคียงกับการใช้บริการภาครัฐ และมีความแตกต่างของการใช้บริการระหว่างเขตภาค และเขตพื้นที่

เด็กสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนการใช้

บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและบริการเก็บรักษาฟันแท้ต่ำกว่าเด็กสถิติข้าราชการ ทั้งที่ระบบหลัก-ประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินมาเกินหนึ่งทศวรรษ มีสิทธิประโยชน์ครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างชัดเจนกว่า มีระบบบริการที่โรงเรียนและสถานพยาบาลในระดับตำบล และมีกองทุนทันตกรรม

ข้อเสนอแนะมาตรการนโยบาย

เด็กสถิติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน กทม. ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และเขตเมือง/เทศบาล มีการใช้บริการภาครัฐในระดับต่ำ การเพิ่มการเข้าถึงบริการใน กทม. ภาคกลาง และเขตเมือง/เทศบาล สามารถสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนให้เข้ามาร่วมจัดบริการ โดยพัฒนาระบบอภิบาลและสนับสนุนรูปแบบบริการและระบบ/อัตราจ่ายระหว่างภาครัฐและเอกชนที่เป็นธรรมและเป็นที่ยอมรับของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สำหรับพื้นที่ห่างไกลหรือขาดแคลนทันตบุคลากร การบริการทันตกรรมแบบเคลื่อนที่ที่ยังจำเป็น และควรสร้างระบบพัฒนาคุณภาพบริการในโรงเรียนเพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริการป้องกันโรคและเก็บรักษาฟันแท้ตามมาตรฐานคุณภาพบริการ เพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัดในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในแต่ละระดับให้ได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพช่องปากในประชากรเป้าหมาย คู่มาค้ำกับทรัพยากรที่ใช้ไป ควรมีระบบพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการของกลุ่มสถิติต่าง ๆ และประสิทธิภาพการจัดบริการในระดับภาคและประเทศ การทราบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ ช่วยให้การพัฒนามาตรการนโยบายเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มสถิติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถแก้ปัญหาได้ตรงจุด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำหรับการสำรวจ และ ดร. วีระศักดิ์ พุทธาศรี สำนักงานพัฒนานโยบาย-สุขภาพระหว่างประเทศ ในการจัดการฐานข้อมูลเบื้องต้นให้นำมาวิเคราะห์ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Macek MD, Beltran-Aguilar ED, Lockwood SA, Malvitz DM. Updated comparison of the caries susceptibility of various morphological types of permanent teeth. *J Public Health Dent* 2003;63:174-82.
2. Brown LJ, Selwitz RH. The impact of recent changes in the epidemiology of dental caries on guidelines for the use of dental sealants. *J Public Health Dent* 1995; 55:274-91.
3. Batchelor PA, Sheiham A. Grouping of tooth surfaces by susceptibility to caries: a study in 5-16 year-old children. *BMC Oral Health* [Internet]. 2004 [cited 2015 Feb 3];4:2. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-4-2.pdf>
4. Villalobos-Rodelo JJ, Mediha-Solis CE, Maupome G, Lamadrid-Figueroa H, Casanova-Rosado AJ, de Lourdes Marquez-Corona M. Dental needs and socioeconomic status associated with utilization of dental services in the presence of dental pain: a case-control study in children. *Journal of Orofacial Pain* 2010;24:279-86.
5. Supanantaporn J, Chompikul J, Isaranurug S. The impact of oral status on daily performances among 6th grade primary school children in Bangbon district, Bangkok. *J of Public Health and Development* 2009;7:1-12.
6. Baginska J, Rodakowska E, Milewski R, Kierklo A. Dental caries in primary and permanent molars in 7-8-year-old schoolchildren evaluated with Caries Assessment Spectrum and Treatment (CAST) index. *BMC Oral Health* [Internet]. 2014 [cited 2015 Feb 3];14:74. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-14-74.pdf>
7. Çaglaroglu M, Kilic N, Erdem A. Effects of early uni-lateral first molar extraction on skeletal asymmetry. *Am J*

- Orthod Dentofacial Orthop 2008;134:270–5.
8. Richardson A. Spontaneous changes in the incisor relationship following extraction of lower first permanent molars. *Br J Orthod* 1979;6:85–90.
 9. Hayes A, Azarpazhooh A, Dempster L, Ravaghi V, Quiñonez 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 2015 Feb 3];13:17. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-13-17.pdf>
 10. Ministry of Health, New Zealand. Visiting a dentist: Children up to age 13. [Internet]. 2011 Jun 2 [cited 2015 Feb 3]. Available from: <http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/publicly-funded-health-and-disability-services/visiting-dentist>
 11. Oral Health Division. Ministry of Health, Malaysia. Primary oral health care: school dental service [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 3]. Available from: <http://ohd.moh.gov.my/v3/index.php/en/the-dental-services/primary-oral-healthcare4>
 12. Ministry of Health, Singapore. Dental care programmes and subsidies [Internet]. 2012 Jan 17 [cited 2015 Feb 3]. Available from: https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/pressRoom/Parliamentary_QA/2012/dental_care_programmesandsubsidies.html
 13. Gheisari S, Golkari A. The oral health park: a new experience in delivering preventive services in Iran. *JOHOE* 2012;1:83–6.
 14. Yusof ZYM, Jaafar N. Health promoting schools and children's oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 3];11:205. Available from: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-11-205.pdf>
 15. เพ็ญแข ลากยั้ง. ระบบสุขภาพช่องปากในกระแสการเปลี่ยนแปลง. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
 16. Osterberg T, Sundi W, Gustasson G, Grondanl G. Utilization of dental care after the introduction of the Swedish dental health insurance. *ACTA Odontol Scand J* 1995; 53:349–57.
 17. Quiñonez C, Grootendorst P. Equity in dental care among Canadian Households. *International Journal for Equity in Health* [Internet]. 2011 [cited 2015 Feb 3];10:14. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-10-14.pdf>
 18. Guessous I, Theler J-M, Izart CD, Stringhini S, Bodenmann P, Gaspoz J-M, Wolff H. Forgoing dental care for economic reasons in Switzerland: a six-year cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2014 [cited 2015 Feb 3];14:121. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-14-121.pdf>
 19. Macrhy RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, Teixeira CRS, Piovesan C, Mendes FM, Ardenghi TM. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. *BMC Oral Health* [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 3];13:60. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-13-60.pdf>
 20. Lisboa CM, Paula JS, Ambrosano GM, Pereira AC, Meneghim MC, Cortellazzi KL, et al. Socioeconomic and family influences on dental treatment needs among Brazilian underprivileged schoolchildren participating in a dental health program. *BMC Oral Health* [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 3];13:56. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-13-56.pdf>
 21. Woodward GL, Leake JL, Main PA. Oral health and family characteristics of children attending private or public dental clinics. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:253–9.
 22. Araimi MA. A change project to improve dental services provision to preschool children in primary care [Masters dissertation]. Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 3]. Available from: <http://epubs.rcsi.ie/cgi/viewcontent.cgi?article=1014&context=msctheses&sei-redir=1&referer=>

- [http%3A%2F%2Fscholar.google.co.th%2Fscholar%3Fq%3D%2Bchange%2Bproject%2Bto%2Bimprove%2Bdental%2Bservices%2Bprovision%2Bto%2Bpreschool%2Bchildren%2Bin%2Bprimary%2Bcare%2B%26btnG%3D%26hl%3Dth%26as_sdt%3D0%252C5#search=%22change%20project%20improve%20dental%20services%20provision%20preschool%20children%20primary%20care%22](http://3A%2F%2Fscholar.google.co.th%2Fscholar%3Fq%3D%2Bchange%2Bproject%2Bto%2Bimprove%2Bdental%2Bservices%2Bprovision%2Bto%2Bpreschool%2Bchildren%2Bin%2Bprimary%2Bcare%2B%26btnG%3D%26hl%3Dth%26as_sdt%3D0%252C5#search=%22change%20project%20improve%20dental%20services%20provision%20preschool%20children%20primary%20care%22)
23. Siqueira MFG, Jardim MCAM, Sampaio FC, Vasconcelos LCS, Vasconcelos LC. Evaluation of an oral health program for children in early childhood. *Rev. odonto ciênc* 2010;25:350-54.
 24. Mouradian WE, Wehr E, Crall JJ. Disparities in Children's oral health and access to dental care. *JAMA* 2000;284:2625-31.
 25. Skinner J, Johnson G, Phelan C, Blinkhorn A. Dental caries in 14- and 15-year-olds in New South Wales, Australia. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 3];13:1060. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-1060.pdf>
 26. Bhagavatula P, Xiang Q, Szabo A, Eichmiller F, Kuthy RA, Okunseri CE. Rural-urban differences in dental service use among children enrolled in a private dental insurance plan in Wisconsin: analysis of administrative data. *BMC Oral Health* [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 3];12:58. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-12-58.pdf>
 27. Murakami K, Aida J, Ohkubo T, Hashimoto 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* [Internet]. 2014 [cited 2015 Feb 3];14:117. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-14-117.pdf>
 28. เพ็ญแข ลากยั้ง. บทบาทของผู้ปกครองในโครงการยิ้มสดใสเด็ก กทม. พันธุ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550;16:422-32.
 29. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานจำนวนประชากรจำแนกตามเพศและช่วงอายุ ปีงบประมาณ 2554 และ 2556 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 ก.พ. 2558]; แหล่งข้อมูล: <http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-contentdetail.aspx?CatID=NDY=>
 30. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพมหานคร; ศรีเมืองการพิมพ์; 2555.
 31. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพมหานคร; สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2556.
 32. กรมบัญชีกลาง. อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับกรเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานบริการของทางราชการ. หนังสือที่ กค 0417/ว 177 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2549.
 33. กรมบัญชีกลาง. การปรับปรุงแก้ไขประเภทและอัตราค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค (เพิ่มเติม). หนังสือด่วนที่สุด ที่ กค 0422.2/ว 249 วันที่ 15 กรกฎาคม 2553.
 34. เพ็ญแข ลากยั้ง, วีระศักดิ์ พุทธาศรี. การใช้บริการสุขภาพช่องปากในเด็กอายุ 5-14 ปี: การวิเคราะห์ผลการสำรวจระดับชาติแบบภาคตัดขวาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2557;8:187-96.
 35. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการบริหารงบประมาณทันตกรรมปีงบประมาณ 2554. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.
 36. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2555.
 37. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2556. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2557.
 38. สุณี วงศ์คงคาเทพ, จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ, อลิสา ศิริเวชสุนทร, สาลิกา เมธนาวิน. การบริหารกองทุน ทันตกรรมระดับจังหวัด: ข้อจำกัดและอุปสรรคในการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ใน การประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามนโยบายกองทุนทันตกรรม. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข; 2556.
 39. อาภาพรรณี เขมวุฒิพงษ์. ผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากจังหวัดตรัง พศ. 2554-2556. วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2558;20:69-80.

40. World Health Organization. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
41. Shen J, Andersen R, Brook R, Kominski G, Albert PS, Wenger N. The effects of payment method on clinical decision-making: physician responses to clinical scenarios. *Medical Care* 2004;42:297–302.
42. Pedersen MK, Andersen JS. General practice and primary health care in Denmark. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2012 [cited 2015 Feb 3];25:S34–8. Available from: http://www.jabfm.org/content/25/Suppl_1/S34.full.pdf+html
43. Woods N. The role of payments systems in influencing oral health care provision. *OA Dentistry* [Internet]. 2013 [cited 2015 Feb 3];1:2. Available from: <http://hdl.handle.net/10468/1529>
44. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือ บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2558 เล่มที่ 1: การบริหารงบประมาณการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2557.
45. เพ็ญแข ลากยั้ง. อัตราค่าบริการทันตกรรม พ.ศ. 2557 สำหรับระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2558;38:48–67.

Abstract: Oral Care Utilization among Children Aged 5–14 Years in 2011 and 2013

Phengkhae Lapying, D.D.S., M.P.H., B.Econ, Ph.D.(Med. And Health Soc. Sc.), Diplomat (Thai Board of Dental Public Health)

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

Journal of Health Science 2015;24:975–88.

This study aimed to compare oral care utilization between children aged 5–14 years under the Civil Servant Medical Benefit System (CSMBS) and the Universal Health Coverage System (UCS), using the data of 2011 and 2013 Health and Welfare Surveys. Members from 26,520 and 27,960 households selected by stratified two-stage sampling were interviewed which were 10,489 and 9,858 persons aged 5–14 years respectively. The data were weighted to represent the national population. According to the 2013 surveys, children in both systems had higher rate and frequency of oral care utilization. The CSMBS group had higher utilization in all regions, especially in Bangkok. The difference of utilization rate and frequencies between the 2 systems increased 5.3% and 12.0% respectively, resulting from higher access to private care by the CSMBS group. The utilization differences were also observed among sexes, regions and areas. The UCS group had lower utilization proportion on oral health promotion, diseases prevention, and permanent tooth preservation despite the long implementation of over a decade as well as the explicit benefit package covering oral health promotion, diseases prevention and basic treatment; having school based and district services; and the launching of the dental fund.

Key words: children aged 5–14 years, utilization, oral care, Civil Servant Medical Benefit System, Universal Health Coverage System