

การวิเคราะห์การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย กับ นโยบายทันตสาธารณสุข ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา

เริงสิทธิ์ นามวิชัยศิริกุล* นารินทร์ ผุดผ่อง** วริศา พานิชเกรียงไกร***

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ รวบรวมและ วิเคราะห์นโยบายด้านทันตสาธารณสุข และวิเคราะห์การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยในรอบ 10 ปี โดยใช้ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ระหว่างปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2558 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการทันตกรรม จำแนกตามเพศ ภูมิภาค กลุ่มอายุ ประเภทการคุ้มครองสุขภาพ สถานบริการและชนิดบริการ จากการใช้บริการครั้งล่าสุดเท่านั้น และ ทบทวนวรรณกรรมด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับงานทันตกรรมต่าง ๆ ที่ผ่านมา ในช่วงเวลาเดียวกัน พบว่า โดยภาพรวม การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยในช่วง 10 ปี ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก (ระหว่างร้อยละ 8.11-9.47) เพศหญิง มีอัตราการใช้บริการมากกว่าเพศชาย ทุกการสำรวจ กลุ่มอายุที่มีการใช้บริการมาก คือ กลุ่มอายุ 5-14 ปี อย่างไรก็ตาม กลุ่มเด็ก 0-4 ปี มีอัตราการใช้บริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนมีบทบาทสำคัญในการให้บริการร้อยละ 35-44 สอดคล้องกับการกระจายตัวของทันตบุคลากร ประชาชนเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราการใช้บริการทันตกรรมมากที่สุด ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้บริการของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ภูมิภาคที่มีการใช้บริการต่ำที่สุด) พบว่า มากกว่าประมาณ 1.6-2.0 เท่า ด้วยแนวโน้มความแตกต่างของการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น นโยบายด้านทันตสาธารณสุขในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา จึงทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนและการกระจายตัวของบุคลากร เพิ่มศักยภาพการบริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิ และเพิ่มการอัตราการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินนโยบายด้านทันตสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย แม้ว่าอัตราการใช้บริการในภาพรวมจะยังไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงนัก แต่มีทิศทางที่ดีขึ้นทั้งการใช้บริการในกลุ่มเป้าหมายที่เพิ่มขึ้นและศักยภาพการบริการที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังจำเป็นต้องติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินการและแก้ไขความเหลื่อมล้ำของการใช้บริการทันตกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างภูมิภาคที่ยังมีปัญหาการกระจายบุคลากร

คำสำคัญ: นโยบายทันตสาธารณสุข/ การใช้บริการทันตกรรม

บทนำ

นโยบายระดับประเทศที่เหมาะสมจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของการบริการสุขภาพที่ทำให้เกิดความเข้มแข็งของระบบสุขภาพโดยรวม ในส่วนของการพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพและศักยภาพของการบริการทันตกรรมนั้น จำเป็นต้องอาศัยทันตบุคลากรทั้งปริมาณและคุณภาพในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึงแก่ประชาชนในทุกพื้นที่ แต่ที่ผ่านมาในประเทศไทย พบว่า มีปัญหาการกระจายทันตบุคลากรที่ส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่แต่ในเขตเมือง ทำให้เกิดการขาดแคลนทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนหรือเขตชนบท อย่างไรก็ตามได้มีการดำเนินนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เช่น นโยบายทันตแพทย์คู่สัญญาทำให้ปี พ.ศ. 2532 ที่กำหนดให้ทันตแพทย์ต้องรับราชการในส่วนภูมิภาคเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปีการผลิตทันตแพทย์เพิ่มขึ้นปีละ 200 คน เป็นแผนระยะ 10 ปี (พ.ศ.2548-2557) รวมผลิตได้ปีละ 700 คน

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 เป็นต้นมา ทำให้ลดปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ ทำให้การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในพื้นที่เขตชนบทแต่ยังคงพบปัญหาเรื่องการกระจายที่ไม่เหมาะสมอยู่ โดยบางพื้นที่เช่น 3 จังหวัดชายแดนใต้ พื้นที่ก้นดาร์และพื้นที่เสี่ยงภัยยังคงขาดแคลนทันตแพทย์ จากรายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขปี 2549 พบว่าสัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรทั้งประเทศคือ 1:7,086 โดยในกรุงเทพมหานครเป็น 1:1,266 ภูมิภาคเป็น 1:14,497

พ.ศ. 2548 กระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการจูงใจที่สำคัญคือ มีเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2548 (พ.ต.ส.) ทำให้ทันตแพทย์ภาครัฐได้รับค่าตอบแทนตามวุฒิการศึกษา อีกคนละ 5,000 บาท (ปริญญาตรี) 7,500 บาท (ปริญญาโท

* โรงพยาบาลลำปลายมาศ อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

** สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 อำเภอเมืองนนทบุรี นนทบุรี

*** สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมืองนนทบุรี นนทบุรี

หรือปริญญาเอก) และ 10,000 บาท (วุฒิปัตตราจาก
ทันตแพทยสภา) ตามลำดับและมีการปรับเปลี่ยนเบี้ยเลี้ยงเหมา
จ่ายในอำเภอพื้นที่ทั่วไป จากเดือนละ 2,200 บาท เป็น
เดือนละ 5,000 บาทหลังการปฏิบัติงานครบ 3 ปี และเพิ่ม
ค่าตอบแทนใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อีกเดือนละ
10,000 บาท

นอกจากนโยบายการแก้ไขปัญหาด้านทันตบุคลากร
แล้ว ประเทศไทยมีนโยบายและการดำเนินงาน เพื่อแก้ไข
ปัญหาการบริการทันตกรรมเฉพาะกลุ่มวัยด้วย โดยเน้นการ
บริการเชิงรุก เช่น การแก้ปัญหาทันตสุขภาพในวัยเด็ก โดย
ในปี พ.ศ. 2548 เริ่มมีโครงการ “ยิ้มสดใสเด็ก กทม.ฟันดี”
ซึ่งเป็นโครงการแนวตั้ง (Vertical program) และขยายการ
ดำเนินการทั่วประเทศเป็นโครงการ “ยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี”
ทำให้กลุ่มเด็ก 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันเพิ่มขึ้น
จาก 4.5% (พ.ศ. 2544) เป็น 12.7% (พ.ศ. 2549)

นอกจากนี้ ยังเกิดโครงการเรียนรู้วิจัยในประเด็น
“อาหารกับฟัน” (พ.ศ. 2548-2549) สนับสนุนโดย
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ มีโรงเรียนเข้าร่วม
210 แห่งใน 14 จังหวัด และในพ.ศ. 2550 ได้ขยายงานนี้
ด้วยการเพิ่มเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ซึ่งครอบคลุม
โรงเรียน มากกว่า 2,000 แห่งทั่วประเทศ

ในภาพแผนงาน/ยุทธศาสตร์ระดับประเทศนั้น
ได้มีความพยายามในการขยายบริการทันตกรรมให้
ครอบคลุมแก่ประชาชนกลุ่มต่างๆ มากยิ่งขึ้น โดยอาศัยการ
มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน โดยในปี พ.ศ. 2550 มีการจัด
ทำเป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 และ
มี พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เกิดกระแสปฏิรูป
ระบบสุขภาพขึ้นอย่างกว้างขวางทำให้การให้บริการ
ทันตกรรมเปลี่ยนไป โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ (สปสช.) เข้ามามีส่วนมากขึ้นในการกำกับติดตาม
การดำเนินงานสุขภาพช่องปากในภาพรวมของประเทศ
ซึ่งระหว่าง พ.ศ. 2554-2556 สปสช. ได้จัดตั้งกองทุน
ทันตกรรมจัดบริการสุขภาพช่องปาก แก่กลุ่มเด็กปฐมวัยเด็ก
ประถมศึกษา หญิงตั้งครรภ์ และบริการฟันเทียมในกลุ่ม
ผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มการใช้บริการทันตกรรมในระยะยาว
จากฐานข้อมูลทันตสาธารณสุขของสำนักบริการสาธารณสุข
สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ค่าเฉลี่ยผลการจัดบริการทันตกรรมและการส่งเสริมสุขภาพ

ปี พ.ศ. 2555 ในภาพรวมเท่ากับ 17,725 รายการ คิดเป็น
1,879 รายการต่อผู้ให้บริการ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน
ของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากปี พ.ศ. 2556-
2560 ที่กำหนดไว้ที่ 1,840 รายการต่อผู้ให้บริการ และโดย
รวมอัตราการให้บริการทันตกรรมทุกประเภทเพิ่มขึ้น 15.9%
ซึ่งพบว่า อัตราการให้บริการทันตกรรมพื้นฐานเพิ่มขึ้น 3 %
ในขณะที่อัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้น
10.4%

นโยบายกระจายบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพการ
บริการทันตกรรมในระดับปฐมภูมิ ทำให้มีทันตภิบาลใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสัดส่วนที่เพิ่ม
มากขึ้น จากร้อยละ 29 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 40 ใน
ปีพ.ศ. 2554¹³ ถึงแม้ว่าสัดส่วนทันตภิบาลใน รพ.สต.
จะเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังแสดงให้เห็นถึงการเกิดปัญหา
ขาดแคลน ทันตภิบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน
ทั้งในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน และ รพ.สต. โดยปี พ.ศ. 2555
รพ.สต.ที่มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากมีเพียงร้อยละ
51.5¹³ ในปีเดียวกันนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบาย
เร่งรัดการผลิตทันตภิบาล จำนวน 1,600 คน ทั้งนี้จะจบ
การศึกษาในปี พ.ศ. 2557 เพื่อไปปฏิบัติงานใน รพ.สต.
ให้ครอบคลุมทั่วประเทศมากขึ้น¹³

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์การใช้
บริการทันตกรรมของประชาชนไทยในรอบ 10 ปี เริ่มตั้งแต่
พ.ศ.2548 และรวบรวมวิเคราะห์นโยบายด้านทันตสาธารณสุข
ระดับประเทศ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เข้าใจปัญหาและผล
กระทบที่เกี่ยวข้อง นำไปสู่การปรับปรุงนโยบายทันต
สาธารณสุขและการบริการทันตกรรมของประเทศไทยใน
ระยะยาวต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการทันตกรรมของคนไทย
โดยใช้ฐานข้อมูลของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.
2550 - 2558 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นการ
สำรวจระดับประเทศ โดยสุ่มตัวอย่างแบบสองชั้นตอน
(Stratified Two Stage Sampling) และเก็บข้อมูลจาก
ครัวเรือนตัวอย่าง ในทุกจังหวัดทั่วประเทศทั้งในเขตและ
นอกเขตเทศบาล การสำรวจนี้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุก
สองปี การศึกษานี้วิเคราะห์การรับบริการทันตกรรมจากการ
สำรวจ พ.ศ. 2550, 2552, 2554, 2556 และ 2558
โดยวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการทันตกรรม

จำแนกตามเพศ ภูมิภาค กลุ่มอายุ ประเภทการคุ้มครองสุขภาพ สถานบริการ และ ชนิดการบริการทันตกรรม

บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับนโยบายทันตสาธารณสุขระดับชาติที่สำคัญ จากเอกสาร รายงาน ต่างๆของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายที่มีผลต่อจำนวนและการกระจายของบุคลากรและการใช้บริการทันตกรรมของประชาชน โดยพิจารณาความสอดคล้องของนโยบายและการเปลี่ยนแปลงของการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา

การใช้บริการทันตกรรมของคนไทย

ในช่วง พ.ศ. 2550-2558 ข้อมูลการสำรวจสวัสดิการและอนามัยของคนไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แสดงภาพรวมของการใช้บริการทันตกรรมของประชากรไทยอยู่ในช่วงร้อยละ 8.11-9.47 (ต่ำสุดในปี พ.ศ. 2558 และสูงสุดในปี พ.ศ. 2556) หรือจำนวนครั้งเฉลี่ย 0.08-0.16 ครั้งต่อคนต่อปี (ต่ำสุดในปี พ.ศ. 2558 และสูงสุดในปี พ.ศ. 2556) ผู้ใช้บริการเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายในทุกปีการสำรวจ เมื่อจำแนกตามภูมิภาคพบว่ากรุงเทพมหานครมีอัตราการใช้บริการสูงสุดในทุกปีการสำรวจ (สูงสุดร้อยละ 15.23 ในปีพ.ศ. 2556) ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการให้บริการน้อยที่สุดเกือบทุกครั้งของการสำรวจและมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง (ต่ำสุดร้อยละ 6.72 ในปี พ.ศ. 2558) ความแตกต่างของการใช้บริการทันตกรรมระหว่างผู้อาศัยในกรุงเทพมหานครและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 1.62 เท่า ในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 2.04 เท่าในปี พ.ศ. 2558 (ตารางที่ 1)

กลุ่มอายุ 5-14 ปีเป็นกลุ่มที่ใช้บริการทันตกรรมสูงสุดที่สุดจากการสำรวจเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ (ในช่วงร้อยละ 11.03-13.88) กลุ่มที่ใช้บริการทันตกรรมน้อยที่สุดทุกครั้งที่สำรวจ คือ กลุ่มเด็กอายุ 0-4 ปี อย่างไรก็ตามกลุ่มอายุนี้นี้มีแนวโน้มการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 2.07 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 4.85 ในปี พ.ศ. 2558 ขณะที่กลุ่มอายุอื่นๆโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มอายุ 45-60 ปีที่มีแนวโน้มการใช้บริการทันตกรรมลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 10.53 ในปี พ.ศ. 2550 เหลือร้อยละ 7.93 ในปี พ.ศ. 2558 เมื่อพิจารณาสิทธิประกันสุขภาพกลุ่มที่มีอัตราการใช้

บริการทันตกรรมสูงที่สุดคือ ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ รองลงมาเป็นผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิประกันสังคม และน้อยที่สุดคือ ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยลำดับการใช้บริการจะคงที่เช่นนี้ทุกปีการสำรวจ (ตารางที่ 1)

สถานพยาบาลหลักที่ประชาชนไทยใช้บริการทันตกรรมสูงที่สุด คือ คลินิกเอกชน รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์ ตามลำดับ สถานพยาบาลภาคเอกชน (รวมคลินิก และโรงพยาบาลเอกชน) มีบทบาทต่อการให้บริการทันตกรรมของคนไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 35.64 ในปี พ.ศ. 2550 จนถึงร้อยละ 44.54 ในปี พ.ศ. 2556 ทั้งนี้สัดส่วนบทบาทของภาคเอกชนลดลงในปี พ.ศ. 2558 โดยพบว่า บทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในการเพิ่มอัตราการให้บริการทันตกรรมเพิ่มมากขึ้นเกือบร้อยละ 4 เมื่อเทียบกับการสำรวจก่อนหน้านี้ (ตารางที่ 2)

ประเภท ของงานบริการสุขภาพช่องปากที่คนไทยได้รับสัดส่วนสูงสุดเป็นการถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย และอุดฟัน ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่า แนวโน้มของการใช้บริการถอนฟันมีสัดส่วนลดลงเรื่อยๆจากร้อยละ 41.08 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 31.93 ในปี พ.ศ. 2558 ตามลำดับ ตรงข้ามกับสัดส่วนของการใช้บริการขูดหินน้ำลายและการอุดฟันที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆสวนทางกับการลดลงของการบริการถอนฟัน (ตารางที่ 3)

นโยบายทันตสาธารณสุข

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีนโยบายทันตสาธารณสุข หลายเรื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาด้านทันตสาธารณสุขของประเทศ ประกอบด้วย นโยบายด้านกำลังคน ด้านกำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมาย และด้านมาตรการสนับสนุนอื่นๆ (รายละเอียดในตารางที่ 4)

1. นโยบายด้านกำลังคนการบริการทันตกรรมต้องอาศัยการทำงานของทีมงานทั้งทันตบุคลากร และบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการ ดังนั้น ทันตแพทย์ต้องมีจำนวนเพียงพอและมีการกระจายที่เหมาะสม ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2548 เป็นต้นมาคณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้เพิ่มผลิตทันตแพทย์ โดยมีเป้าหมายการผลิตในระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2548-2557) รวมจำนวน 7,270 คน จำแนกเป็นแผนการรับนักศึกษาปกติจำนวน 5,270 คน (ปีละ 513-533 คน) และ แผนเร่งรัดการผลิตเพิ่มจำนวน 2,000 คน (ปีละ 200 คน)

ตารางที่ 1 การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย พ.ศ. 2550-2558 จำแนกตามเพศภูมิภาคกลุ่มอายุ และประเภทหลักประกันสุขภาพ (หน่วย ร้อยละ)

Table 1 Dental service utilization among Thai population during 2007-2015 by gender, region, age group and health insurance

	2550	2552	2554	2556	2558
Utilization rate (%)	8.96	9.12	9.28	9.47	8.11
Per capita utilization(times)	0.13	0.14	0.15	0.16	0.08
Gender					
Male	7.16	7.59	8.09	7.66	6.54
Female	10.15	10.61	10.43	11.21	9.6
Region					
Bangkok	14.15	13.87	14.42	15.23	13.70
Central	6.97	8.43	8.42	7.72	7.17
North east	8.72	8.17	8.32	7.61	6.72
North	9.23	9.61	9.81	10.62	7.86
South	6.78	8.50	9.28	10.06	7.94
<i>Differences between those who live in Bangkok and North east(times)</i>	1.62	1.69	1.73	2.00	2.04
Age group					
0-4 years old	2.07	2.80	2.26	2.22	4.85
5-14 years old	12.66	13.88	11.03	13.28	12.09
15-24 years old	6.18	7.84	11.05	10.13	8.81
25-44 years old	8.21	8.22	9.04	8.99	7.58
45-60 years old	10.53	10.71	10.05	9.84	7.93
More than60 years old	9.47	8.37	7.64	8.69	6.63
Health insurance					
Civil servant medical benefit scheme	15.21	16.03	14.34	16.12	13.1
Social Health Insurance	10.02	10.75	13.34	12.03	10.2
Universal Coverage Scheme	7.60	8.09	8.08	8.21	7.0

ตารางที่ 2 สัดส่วนการใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามประเภทสถานพยาบาล (หน่วย ร้อยละ)**Table 2** Proportion of dental service utilization by type of providers (per cent)

	2550	2552	2554	2556	2558
Health center without dental professions	3.28	1.96	3.58	1.88	1.54
Health center with dental professions	8.33	9.22	11.14	8.85	8.91
District hospital	34.01	30.07	21.39	21.25	27.01
General/Regional hospital	10.50	13.44	15.59	13.84	17.55
Mobile service	1.16	1.15	0.96	1.64	0.75
School	2.50	2.29	1.74	3.08	2.72
Private hospital	4.80	5.68	5.03	5.60	4.88
Private clinic	30.84	30.84	32.71	38.94	36.65
<i>Private providers</i>	<i>35.64</i>	<i>36.52</i>	<i>37.74</i>	<i>44.54</i>	<i>41.53</i>

ตารางที่ 3 สัดส่วนการใช้บริการจำแนกตามประเภทบริการสุขภาพช่องปาก (หน่วย ร้อยละ)**Table 3** Proportion of dental service utilization by type of services (per cent)

	2550	2552	2554	2556	2558
Scaling	22.35	23.84	21.29	25.18	29.29
Filling	18.63	19.15	21.14	20.66	25.90
Root canal treatment	2.41	2.46	4.62	2.53	3.75
Tooth extraction	41.08	39.39	32.75	33.58	31.93
Sealant	1.15	1.32	0.94	1.39	1.41
Prosthetics	4.15	3.85	2.61	3.63	3.64
Orthodontics	1.72	2.33	2.69	4.10	5.21
Check up	7.18	6.82	8.19	7.21	13.45
Other	1.26	0.70	0.77	1.01	-

ดังนั้นคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป ประเทศไทยจะแก้ปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ได้ แต่อย่างไรก็ตามเพื่อให้มีการกระจายที่เหมาะสมจำเป็นต้องมีการกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการปฏิบัติงานตามสัญญา 3 ปี รวมทั้งมีมาตรการเพิ่มแรงจูงใจทางการเงิน ได้แก่ การเพิ่มเงินค่าตอบแทนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ในเขตชนบท และ ทดแทนทันตแพทย์ที่ลาออกหรือลาศึกษาต่อ ในกลุ่มทันตภิบาลได้

ปรับหลักสูตรให้เป็นหลักสูตร 4 ปี เพื่อให้ได้รับวุฒิปริญญาตรี (เริ่มในปี พ.ศ. 2553) รวมทั้งการเร่งรัดผลิตทันตภิบาล 1,600 คน (พ.ศ. 2557) เพื่อเพิ่มศักยภาพการบริการทันตกรรมให้สูงขึ้น

จากข้อมูลสำรวจอนามัยและสวัสดิการ รวมทั้ง ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบว่าประเทศไทยมีสัดส่วนทันตบุคลากรต่อประชากรดีขึ้น แม้อัตราการรับบริการทันตกรรมโดยรวมจะไม่เพิ่มขึ้น แต่การใช้บริการในระดับ รพ.สต. และ โรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 4 นโยบายทันตสาธารณสุขที่สำคัญระหว่าง พ.ศ. 2548-2558

Table 4 Key oral health policies during 2005-2015

Year	Policy	Objectives	Key findings from Health Welfare Survey	Outcomes of policies based on literature review
2548 – 2549	- ผลิตทันตแพทย์เพิ่มขึ้น ปีละ 200 คน	- เพื่อกระจายทันตแพทย์ไปยังภูมิภาคและลดการขาดแคลนทันตแพทย์	พ.ศ.2548-2550 ประชากรใช้บริการทันตกรรม 8.96% เฉลี่ย 0.13 ครั้งต่อคนต่อปี ใช้บริการน้อย ในระดับคงที่	สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรทั้งประเทศ คือ 1 : 7,086 โดยในกรุงเทพมหานครเป็น 1 : 1,266 ภูมิภาคเป็น 1 : 14,497 ⁽³⁾
	- เงินเพิ่ม พ.ต.ส.	- เป็นมาตรการจูงใจเพื่อเพิ่มการกระจายและการคงอยู่ของทันตแพทย์		
	- ยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี	- เพื่อให้เด็กกลุ่ม 12 ปีได้รับบริการมากขึ้น		
2550 – 2552	- เครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี - พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550	- เพิ่มบริการทันตกรรมในเด็กวัยเรียนครอบคลุมโรงเรียนมากกว่า 2,000 แห่ง	กลุ่ม 5-14 ปีใช้บริการทันตกรรม 12.66% (พ.ศ. 2550) เป็น 13.88% (พ.ศ. 2552)	กลุ่มเด็ก 12 ปีได้รับบริการเพิ่มขึ้นเป็น 13.28%
2553- 2554	- กองทุนทันตกรรม พ.ศ. 2554-2556	- เพิ่มการใช้บริการทันตกรรม	ประชาชนใช้บริการเพิ่มขึ้นจาก 6.09% (พ.ศ. 2552) เป็น 6.27% (พ.ศ. 2556)	อัตราการใช้บริการทันตกรรมทุกประเภทเพิ่มขึ้น 15.9% (พ.ศ. 2555)
	- ผลิตทันตภิบาล 4 ปี (เริ่ม 2553)	- เพิ่มการใช้บริการทันตกรรม	ประชาชนใช้บริการทันตกรรมเพียง 9.12% (พ.ศ.2552)	ปี 2559จบการศึกษา 2 รุ่น จำนวน 339 คน
2555- 2556	- ผลิตทันตภิบาลหลักสูตรเร่งรัด 1600 คน (จบ 2557)	- เพิ่มบริการทันตกรรมใน รพ.สต. ให้ครอบคลุม	รพ.สต.มีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นจาก 8.85%(พ.ศ.2556) เป็น 8.91%(พ.ศ. 2558)	พ.ศ. 2555 พบว่ามี รพ.สต. ที่มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 51.5 ⁽¹²⁾
	- แผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559	- เพิ่มการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในการจัดการปัญหาสุขภาพช่องปาก		เพิ่มการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ
2557- 2558	- สนับสนุนยูนิตทันตกรรมใน รพ.สต. - ตัวชี้วัดระดับกระทรวง (ร้อยละ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ	- เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม - เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมและควบคุมคุณภาพบริการ	รพ.สต. มีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นเป็น 8.91% (พ.ศ. 2558)	การลงทุนเพิ่มด้านเครื่องมือจะอยู่ภายใต้การจัดการระดับเขต ตาม Oral Health Service Plan

2. ด้านกำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในปี พ.ศ. 2548 ได้ มี นโยบายเพื่อ เพิ่มการใช้ บริการ ทันตกรรมให้ครอบคลุมกลุ่มเด็กวัยเรียน โดยริเริ่มการบริหารจัดการเป็นโครงการแนวตั้งเริ่มจากโครงการ “ยิ้มสดใส กทม.ฟันดี” และขยายการดำเนินงานทั่วประเทศเป็นโครงการ “ยิ้มสดใสเด็ก

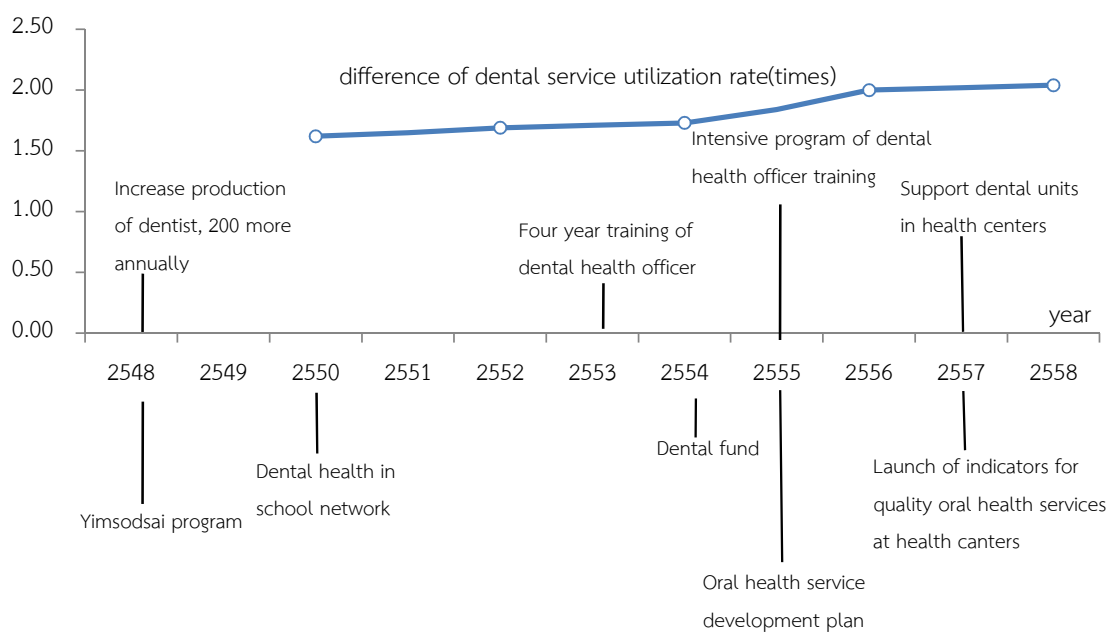
ไทยฟันดี” ในปี พ.ศ. 2550 มีการขยายผลการพัฒนาโรงเรียนเด็กไทยฟันดี โดยใช้กลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพตามประกาศขององค์การอนามัยโลกโดยการบูรณาการในหลักสูตรการเรียนการสอน และ ในปี พ.ศ. 2554 มีการรณรงค์ “ลูกรักฟันดีเริ่มที่แม่”

การกำหนด แผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปาก ประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559 ได้เพิ่มการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ในการเข้ามาแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากร่วมกัน จึงมีการดำเนินนโยบายจัดตั้งกองทุนทันตกรรมขึ้นในปี พ.ศ. 2554-2556 ซึ่งทำให้สามารถวางแผนพัฒนาและบริหารจัดการบริการทันตกรรมได้ตรงความต้องการเพื่อการพัฒนา และสามารถสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. ได้อย่างเป็นระบบและรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ทั้งมาตรการเพิ่มการเข้าถึงในกลุ่มเด็ก การออกเยี่ยมบ้าน การจัดหน่วยออกให้บริการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผลดำเนินงานเด็กในกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจฟันเคลือบฟลูออไรด์วานิช และเคลือบหลุมร่องฟัน ทำให้มีการใช้บริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.มากขึ้น นอกจากนี้กลุ่มผู้สูงอายุยังสามารถได้รับบริการฟันเทียมมากขึ้นจากการมีระบบการออกไปให้บริการใส่ฟันเทียมเคลื่อนที่

3. มาตรการสนับสนุนอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2557-2558 นับจากการยกระดับสถานีอนามัย ให้เป็น รพ.สต. รวมทั้งนโยบายการลงทุนเพิ่มตามแผนบริการสุขภาพ

ทันตกรรม (oral health service plan) ได้ทำให้มีการสนับสนุนหน่วยทำฟัน และเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ลงสู่ระดับ รพ.สต. มากขึ้น นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมข้อมูลร้อยละของ รพ.สต. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพด้วย ซึ่งนโยบายนี้ทำให้เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิและเป็นการควบคุมกำกับคุณภาพบริการด้วย

การกำหนด นโยบายทันตสาธารณสุขของประเทศทั้งด้านกำลังคน การกำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมาย และมาตรการสนับสนุนอื่นๆ ที่ส่งผลต่อจำนวน และการกระจายทันตบุคลากรในภาพรวม เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมมากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มเด็กเล็ก และเพิ่มอัตราการใช้บริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ แต่สถานการณ์ความไม่เท่าเทียมของการใช้บริการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เห็นได้จากความแตกต่างของอัตราการใช้บริการทันตกรรม ระหว่างคนเขตกรุงเทพฯ และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งยังคงมีอยู่และมีแนวโน้มของความแตกต่างที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 1)



รูปที่ 1 อัตราการใช้บริการทันตกรรมประชาชนกรุงเทพฯ เปรียบเทียบกับ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และนโยบายทันตสาธารณสุข

Figure 1 Dental service utilization rate of Bangkok population, compared to North East region and oral health policies

บทวิจารณ์

ระหว่างปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2558 ประเทศไทยกำหนดนโยบายด้านทันตสาธารณสุขในรูปแบบที่หลากหลาย เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยเพิ่มการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนซึ่งนโยบายทันตสาธารณสุข ที่สำคัญประกอบด้วย นโยบายด้านกำลังคน ด้านกำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมาย และด้านมาตรการสนับสนุนอื่นๆ

1. นโยบายด้านกำลังคน มีทั้งการเพิ่มจำนวนและกระจายบุคลากร แต่ยังพบว่าการใช้บริการทันตกรรมของคนไทยยังไม่มีเปลี่ยนแปลงมากนักและค่อนข้างต่ำ เนื่องจากจำนวนทันตบุคลากรยังคงน้อยในเขตชนบท ปี 2015 มีการให้บริการกลุ่ม 0-4 ปีเพิ่มขึ้น ทำให้การใช้บริการกลุ่มอายุอื่นๆ ลดลง นอกจากนี้ยังพบความชุกของโรคในช่องปากค่อนข้างสูงโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาโรคฟันผุ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่โรคจะลุกลามและทำให้ต้องสูญเสียฟันในที่สุด นำไปสู่ผลต่อสุขภาพพัฒนาการและคุณภาพชีวิต” อย่างไรก็ตามประเทศไทยได้พยายามแก้ไขปัญหาด้านทันตบุคลากร ที่มุ่งเน้นการเพิ่มจำนวนทันตบุคลากรในเขตชนบท ทั้งนี้เนื่องจากทันตบุคลากรส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองส่วนจำนวนทันตแพทย์พบว่า มีทันตแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข 5,140 คน (ร้อยละ 39) ภาครัฐอื่นๆ 1,553 คน (ร้อยละ 12 และภาคเอกชน 6,522 คน (ร้อยละ 49)¹⁷ จึงอาจทำให้การให้บริการและการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยยังไม่มากนัก โดยการศึกษาพบว่า การใช้บริการทันตกรรมในสถานพยาบาลภาคเอกชนมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการกระจายของบุคลากรที่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองที่มีจำนวนโรงพยาบาล และ คลินิกเอกชนค่อนข้างมาก รัฐบาลเสนอนโยบาย พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีอยู่เดิมนั้นให้ดีขึ้น แผนกำลังคนทันตบุคลากรสิบปี ที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ จึงมีการวางแผนเพิ่มการผลิตทันตแพทย์และทันตภิบาลให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข และ ปรับคุณลักษณะทันตภิบาลที่เดิมศึกษา 2 ปี ให้เป็นทันตภิบาลที่ศึกษา 4 ปี โดยเริ่มการผลิตในปี พ.ศ. 2553 ได้กำหนดให้มีทันตภิบาลประจำทุก รพ.สต. แต่เนื่องจากที่ผ่านมาทันตภิบาลในระบบถูกผลิตหลายรุ่น และ หลากหลายรูปแบบ และมีวัตถุประสงค์การผลิตที่แตกต่างกัน สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลต่อการรับรู้และ

ความคาดหวังต่อบทบาทหน้าที่ของบุคลากรกลุ่มนี้ที่ต่างกันไปด้วย เช่น การผลิตทันตภิบาลในรุ่นแรกๆ เป็นกลุ่มที่ให้บริการงานรักษา ตั้งแต่การตรวจฟัน การอุดและถอนฟัน การขูดหินปูน รวมถึงงานส่งเสริมป้องกันโรค ยกเว้นหัตถการที่ยาก เช่น การตรวจฟันคุด รักษารากฟัน การถอนฟันยาก และการทำฟันปลอม แต่ต้องเป็นการทำภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ภายใต้ระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนรุ่นต่อมาเป็นการผลิตทันตภิบาลที่เน้นทั้งการทำงานรักษาและส่งเสริมป้องกันไปพร้อมๆ กัน ในสัดส่วน 50:50 และต่อมามีการผลิต “ทันตภิบาลรุ่นเร่งผลิต” ซึ่งผู้ที่จบการศึกษาในรุ่นนี้จะเน้นไปทำงานส่งเสริมป้องกันเป็นหลัก และมีการัดงานหน้าที่ในการถอนฟันออกไป ขณะที่รุ่นปัจจุบันก็มีความโน้มเอียงเป็นกลุ่มทันตภิบาลที่เน้นไปทำงานส่งเสริมป้องกันและการทำงานด้านวิชาการเป็นหลักเช่นกัน แต่พบว่า เป็นนโยบายเหล่านี้ไม่ได้แก้ปัญหาการกระจายทันตบุคลากร โดยตลอด 10 ปี ที่ผ่านมามีอัตราส่วนการใช้บริการทันตกรรมของกรุงเทพฯ กับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง

2. ด้านกำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมายผลการทบทวนนโยบายทันตสาธารณสุขของประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่า นโยบายส่วนใหญ่เป็นแบบ Vertical program มุ่งเน้นการลดโรค มากกว่า การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรค (Disease oriented more than health promotion) และมีดัชนีชี้วัดเป็น Caries free แม้แต่กองทุนทันตกรรมยังวัดที่ complete case ส่งผลให้ผลการสำรวจความชุกของโรคในช่องปากยังคงสูงอยู่^{18,19} โดยในระยะแรกเน้นการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรักษาพื้นฐานได้แก่ การเคลือบหลุมร่องฟันซึ่งเป็นบริการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด” จึงเป็นบริการหลักในการป้องกันฟันกรามแท้ผู้ในเด็กวัยประถมศึกษา” เมื่อพิจารณาในกลุ่มวัย เด็ก 5-14 ปี มีอัตราการใช้บริการมากที่สุดแต่มีแนวโน้มลดลง หากไม่นับเด็ก 0-4 ปี ที่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นเมื่ออายุ 6 เดือน กลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการต่ำที่สุด โครงการแนวตั้งในกลุ่มนี้คือการใส่ฟันเทียมทั้งปาก (พ.ศ. 2548) และพัฒนาเป็นโครงการฟันเทียมพระราชทาน เมื่อสิ้นสุดปี 2554 ใช้บริการฟันเทียมทั้งปากมากกว่า 230,000 ราย¹⁹

3. นโยบายและมาตรการสนับสนุนอื่นๆ แม้ว่าจะมีผลลัพธ์การดำเนินงานที่จับต้องได้ แต่ยังคงมีปัญหาในเรื่องความยั่งยืน ตัวอย่างเช่น การดำเนินงานกองทุนทันตกรรม

ของ สปสช. ทำให้เพิ่มการใช้บริการของประชาชนมากขึ้น ซึ่งเป็นการมุ่งเน้นเรื่องการลดโรคมากกว่า การส่งเสริมสุขภาพ แต่เมื่อกองทุนนี้ถูกยุบลง การดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากและส่งเสริมป้องกันต้องขึ้นอยู่กับความสามารถในการนำกองทุนระดับพื้นที่มาใช้ ทั้งนี้เงินกองทุนตำบลมีข้อจำกัดคือต้องใช้การพัฒนางานภายในตำบลเท่านั้น ไม่สามารถใช้ข้ามตำบลได้จึงทำให้การพัฒนาเครือข่ายต่างๆ ทำได้ยาก^{18,19}

รัฐบาลมี นโยบายพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลซึ่งเน้นการพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิให้มีคุณภาพมากขึ้น เพิ่มยูนิตทำฟัน และเครื่องมือทันตกรรม เพื่อให้รพ.สต.สามารถให้บริการทันตกรรมได้เอง โดยมีการเสนอปรับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพช่องปากให้เท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มสิทธิต่างๆ และเพิ่มเครือข่ายบริการให้มากขึ้น¹⁹

ข้อจำกัดของการศึกษาขึ้นกับการมีอยู่ข้อมูลของการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในส่วนการให้บริการทันตกรรมเป็นหลัก ซึ่งมีข้อจำกัดของข้อมูลทันตกรรมในการสำรวจปี พ.ศ. 2548 ผู้ศึกษาจึงวิเคราะห์โดยเริ่มใช้การสำรวจ พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตามการสำรวจข้อมูลจะเป็นประวัติการให้บริการทันตกรรมย้อนหลัง 12 เดือน ดังนั้น จึงเป็นพฤติกรรมของปีก่อนหน้าที่สำรวจ เช่น การสำรวจปี พ.ศ. 2550 หมายถึง พฤติกรรมการเข้าถึงบริการทันตกรรมในรอบปี พ.ศ. 2549 เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการสำรวจชุดนี้มีจุดแข็ง คือ เป็นข้อมูลจากผู้ให้บริการทันตกรรมที่ครอบคลุมทุกประเภทสถานพยาบาล ทุกจังหวัด ทุกกลุ่มอายุ ทั้งภาครัฐ และเอกชน ทำให้ใช้คำนวณเป็นภาพรวมประเทศได้ มีฐานข้อมูลระยะยาวทำให้มองเห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

บทสรุป

การดำเนิน นโยบายด้านทันตสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญที่ส่งผลต่อการให้บริการทันตกรรมของประชาชน แม้ว่าอัตราการให้บริการในภาพรวมจะยังไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงนัก แต่มีทิศทางที่ดีขึ้นทั้งการให้บริการในกลุ่มเป้าหมายที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังจำเป็นต้องสร้างระบบติดตามข้อมูล ความก้าวหน้า และแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำของการให้บริการทันตกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. Laying P. Inequality in oral health service utilization: Thailand experience. Thai Dental Public Health Journal 2002;7:78-93.
2. The Secretariat of the Cabinet. Solution of solve insufficient dentist in rural area. Circulated letter no 0202/6731 on 21 May1982.
3. Dental Health Division. Dental health personnel report 2006. Nonthaburi: Bureau of Dental Health; 2007.
4. Office of the Permanent Secretary. Announcement on rate of special allowance for health personnel 2009.
5. Regulation on special allowance for specific reasons for health personnel 2005.
6. National Health Security Office. Oral health promotion and prevention project for children in Bangkok (Yim Sod Sai) 2005. Nonthaburi: National Health Security Office; 2005.
7. Dental Health Division. Report on the 6th national dental health survey 2006-2007. Bangkok: War Veterans Organization Office of Printing Mill; 2008.
8. Dental Health Division. Report on the 5th national dental health survey 2000-2001. Bangkok: Sam Charoen Panit Juristic Partnership; 2002.
9. Jienmaneechotchai S, Prasertsom P. Return of good dental health from dentist to people. Rural Dent Magazine 2012;22(1).
10. Bureau of Dental Health. Background and criteria for good oral health school network 2011. Nonthaburi: Bureau of Dental Health; 2012.
11. National Legislative Assembly. National Health Act, B.E. 2550 (A.D. 2007). 19 March 2007. 1-18.
12. National Health Security Office. Manual for oral health fund. Nonthaburi: Sahamitr Printing And Publishing Co Ltd; 2010.
13. Bureau of Dental Health. Evaluation of oral health promotion and prevention under oral health fund first ed. Bangkok: War Veterans Organization Office of Printing Mill; 2013.
14. Ministry of Education. Approval of increase production of dentists from request of the Ministry of Public Health. 28 June 2005.
15. The Secretariat of the Cabinet. Cabinet resolution on approval of increase production of dentists from request of the Ministry of Public Health. 27 September 2005.
16. Vachirarojpisan T. Role of dental nurse in the future. The Dental Council News. Oct-Dec 2014;19:8-9.
17. Bureau of Dental Health. Dental health personnel report 2015. Nonthaburi: Bureau of Dental Health; 2016.
18. Bureau of Dental Health. First love, First tooth. Oral health fund 2011.

19. Lapying P, Boontham K. National oral health strategy 2012–2017. Nonthaburi: Bureau of Dental Health; 2013.
20. Lapying P, Putthasri W. Oral Health Care Utilization During the First Decade of Thai Universal Health Coverage System. *Journal of Health Science* 2013;22:1080–90.
21. Putthasri W, Lapying P. Utilization of oral health services among Thais in 5 years after launch of Universal Coverage Scheme. *Journal of Health Science* 2009;18(4): 489–503.
22. Bureau of Dental Health. Report on the 7th national dental health survey 2012. Bangkok: War Veterans Organization Office of Printing Mill; 2013.
23. Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental condition on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989(17):7–10.
24. Caglaroglu M, Kilic N, Erdem A. Effects of early unilateral first molar extraction on skeletal asymmetry. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008;134:270–5.
25. Richardson A. Spontaneous changes in the incisor relationship following extraction of lower first permanent molars. *Br J Orthod* 1979;6:85–90.
26. 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* 2013,13:17 doi:10.1186/1472-6831-13-17
27. Beltran-Aguilar ED, Barker LK, Canto MT, Dye BA, Gooch BF, Griffin SO, et al. Surveillance for dental caries, dental sealant retention, edentulism and enamel fluorosis: United States 1988–1994 and 1999–2002. Surveillance summaries. *Nation Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion* 2005;54:1–44
28. Quinonez RB, Downns SM, Shugars D, Christensen J, Vann WF Jr. Assessing cost-effectiveness of sealant placement in children. *J Public Health Dent* 2005;65:82–9.
29. Kumar JV, Siegel MD. A contemporary perspective on dental sealants. *J Calif Dental Assoc* 1998;26:378–85.
30. Association of State and Territorial Health Officials. Integrating MCH and oral health program to improve health. Washington DC: Health Resources and Service Administration; 2005.
31. VanLandeghem K, Bronstein J, Brach C. Children's Dental Care Access in Medicaid: the role of medical care use and dentist participation. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2003.
32. Truma BI, Gooch BF, Sulemana I, Gift HC, Horowitz AM, Evans CA, et al. Reviews of evidence on interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sport-related craniofacial injuries. *Am J Prev Med* 2002;23(15):21–54.

ผู้รับผิดชอบบทความ

เริ่งสิทธิ์ นามวิชัยศิริกุล

โรงพยาบาลลำปลายมาศ

อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

โทรศัพท์: 088 580 2190

จดหมายอิเล็กทรอนิกส์: remgsuk9998@gmail.com

Analysis of Dental Service Utilization and Dental Public Health Policy Among Thai Population in A Past decade

Namwichaisirikul R*, Pudpong N**, Panichkriangkrai W***

Abstract

The objectives of this study were to examine oral health policies and dental service utilization among Thai population in the past decade by analyzing the national household survey, Health Welfare Survey data in 2005 – 2015 of the National Statistics Office. Data were categorized by gender, age, region, type of services and health insurance scheme. Document of national oral health policies, implemented during that period, were also retrieved. Results showed that the dental utilization rate among Thai population was not significantly changed during the decade (range 8.11–9.47). The highest utilization rate was found in females, children at the age of 5–14 years, and people living in Bangkok. Private hospitals and dental clinics provided 35–44% of total visits, which corresponded with dental health personnel distribution. Dental utilization rate of people living in Bangkok was 1.6–2.0 times higher than those living in the Northeast region. The oral health policies implemented in a past decade contributed to increased number and better distribution of dental health personnel, buildup of dental service capacities, particularly in primary care setting, and therefore increased service utilization rate. In summary, national health policies play a role in improving dental utilization rate in certain target population group and building dental service capacity at primary care level, although the overall utilization drastically changed. However, monitoring progress as well as introducing interventions to reduce discrepancies of dental service utilization between regions are recommended.

Keywords: Dental public health policy/ Dental service utilization

Corresponding author

Rerngsit Namwichaisirikul

Lam Plai Mat Hospital,

Amphur Lam Plai Mat, Buriram.

Tel.: +66 8580 2190

E-mail: lrerngsuk9998@gmail.com

* Lam Plai Mat Hospital, Amphur Lam Plai Mat, Buriram.

** The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) The Healthcare Accreditation 5th Floor, Amphur Muang, Nonthaburi.

*** International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Amphur Muang, Nonthaburi.