

เศรษฐศาสตร์
บริการสุขภาพช่องปาก
ECONOMICS OF ORAL HEALTH SERVICES

ข้อมูลบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

เพ็ญแข ลาภยิ่ง

เศรษฐศาสตร์บริการสุขภาพช่องปาก

ECONOMICS OF ORAL HEALTH SERVICES

นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข; 2554.

48 หน้า

1. เศรษฐศาสตร์ 2. บริการ 3. สุขภาพช่องปาก

หมวดระบบบริการสุขภาพช่องปาก

เจ้าของและผู้จัดพิมพ์ โดยงบประมาณกรมอนามัย

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

โทร 02 5904213 โทรสาร 02 5904203

ออกแบบ เพ็ญแข ลาภยิ่ง

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

2/9 ถนนกรุงเทพ-นนทบุรี บางซื่อ กรุงเทพมหานคร

จำนวน 1,000 เล่ม

ปีที่พิมพ์ กันยายน 2554

คำนำ

ในการศึกษาเชิงระบบ เศรษฐศาสตร์ช่วยให้หันตบุคลากร เข้าใจมุมมองของบุคคลและสังคมต่อบริการสุขภาพของปากดีขึ้น ส่วนสังคมวิทยามีประโยชน์ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างวิชาชีพกับประชาชนผู้ใช้บริการ

หนังสือนี้ใช้คำว่า “ผู้ใช้บริการ” แทน “ผู้รับบริการ” ที่วิชาชีพ คำนึงขึ้น เพื่อสื่อว่า เรากำลังอยู่ในยุคที่ ผู้จำเป็นและต้องการบริการ มีสิทธิ “มาใช้” บริการ มิใช่ “รอรับ” จากบุคลากรซึ่งจะตัดสินใจให้ เมื่อไรอย่างไร

หวังว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์แก่หันตบุคลากรและ นักศึกษาที่ต้องการเปิดมุมมองในมิติเศรษฐศาสตร์และสังคมวิทยา รวมทั้งผู้สนใจ ท่านสามารถ download ไฟล์ฉบับพิมพ์ (print version) โดยใช้ชื่อผู้เขียนและชื่อหนังสือในการสืบค้น

เพ็ญแข ลาภยิ่ง

กันยายน 2554

phenkhael@yahoo.com

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ค
สารบัญ	๑
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ฉ
รัฐและสุขภาพ	1
• พัฒนาการแนวคิดด้านสุขภาพของรัฐ	2
• ประเภทและลักษณะของรัฐ	3
• บทบาทรัฐในด้านสุขภาพ	4
บริการสุขภาพช่องปาก	11
• โศคและความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก	12
• ลักษณะของบริการสุขภาพช่องปาก	12
• ประเภทของบริการสุขภาพช่องปาก	14
• ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปาก	19
• งบประมาณบริการสุขภาพช่องปาก	20
การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก	23
• ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก	25
• การใช้บริการสุขภาพช่องปาก	27
ข้อควรคำนึงในการศึกษาการใช้บริการสุขภาพช่องปาก	39

สารบัญตาราง

ตาราง 1	ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ	6
ตาราง 2	สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวม ในประเทศไทย เกาหลีใต้ อังกฤษ และ สหรัฐอเมริกา	10
ตาราง 3	การจำแนกสินค้าและบริการด้วยความสามารถ ในการกีดกันและการมีคู่แข่งในการบริโภค	15
ตาราง 4	ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ของสินค้าต่อราคา และรายได้	16
ตาราง 5	ต้นทุนรายหัวประชากรในการบริการสุขภาพ ฮ่องกง เปริยบเทียบปีงบประมาณ 2546 และ 2552	21
ตาราง 6	มิติ ความหมาย และตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการ	26

สารบัญภาพ

ภาพ 1	เป้าหมาย คำขวัญและปรัชญาในการจัดบริการ	6
ภาพ 2	เส้นอุปทานบริการสุขภาพฮ่องกงและสินค้าทั่วไป	13
ภาพ 3	เส้นอุปสงค์ของราคาต่อปริมาณสินค้า	17
ภาพ 4	เส้นอุปสงค์ของรายได้ต่อปริมาณสินค้า	17
ภาพ 5	ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ	27
ภาพ 6	การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการ	38

รัฐและสุขภาพ

พัฒนาการแนวคิดด้านสุขภาพของรัฐ

จากประสบการณ์ของประเทศพัฒนาในยุโรป อาจสรุปแนวคิดด้านสุขภาพของรัฐได้ว่ามีพัฒนาการ 3 ขั้นตอนซึ่งมีความเจริญด้านวิทยาศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข เป็นพื้นฐาน ดังนี้¹

1. แนวคิดสาธารณสุข (Public health approach) รัฐให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพว่า เป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยเป็นโรคหรือเป็นปัจจัยเอื้อให้โรคแพร่กระจาย แนวคิดนี้ทำให้เกิดการปรับปรุงด้านสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม และขยายคำจำกัดความของสิ่งแวดล้อมให้กว้างขึ้นในเวลาต่อมา โดยรัฐมีมาตรการกำกับและควบคุมบังคับ (regulation and compulsion) ซึ่งในประเทศพัฒนามักใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือบังคับให้เกิดการปฏิบัติ

2. แนวคิดป้องกันโรคระดับบุคคล เชื่อว่าถ้าประชาชนได้รับบริการป้องกันโรคและได้รับคำแนะนำตั้งแต่แรกก็จะมีสุขภาพดี แนวคิดนี้ได้รับการยอมรับแพร่หลายมากขึ้น จากสถานการณ์การตายและป่วยของทารกและมารดาที่ยังคงมีอัตราสูง ไม่ได้ดีขึ้นอย่างชัดเจน แม้จะมีมาตรการควบคุมด้านสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อม จึงเกิดแนวความคิดใหม่ว่า การป้องกันที่ตัวมารดาและเด็กโดยตรง น่าจะเป็นมาตรการที่ให้ผลแน่นอนกว่า แนวคิดนี้ทำให้เกิดงานอนามัยมารดาและเด็ก อนามัยโรงเรียนและโครงการอาหารกลางวัน และเพิ่มความสนใจในการจัดบริการทันตสุขภาพ โดยให้ทันตสุขศึกษาและทันตกรรมป้องกันแก่เด็ก ในประเทศอังกฤษระยะนี้เป็นช่วง พ.ศ. 2444–63

ในไทย เริ่มมีโครงการทันตกรรมเพิ่มทวีในโรงเรียนประถมศึกษาตั้งแต่ พ.ศ. 2520 และพัฒนามาเป็นโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาทั่วประเทศใน พ.ศ. 2531 และดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันโดยปรับเปลี่ยนกลวิธีและรูปแบบในกรอบของนโยบายสุขภาพโดยรวม

¹ Willcocks A J. Dental health and the changing society in dental public health: an introduction to community dentistry. John Wright & Sons Ltd. Bristol, 2nd eds, 1981.

3. แนวคิดการเพิ่มบทบาทรัฐในการจัดบริการ แทนที่จะปล่อยให้ประชาชนใช้บริการตามฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมหรือระบบประกันโดยสมัครใจ รัฐบางแห่งเข้ามาจัดบริการรักษาโรคโดยตรงเพื่อคุ้มครองอย่างเบ็ดเสร็จ เริ่มจาก การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ การป้องกันโรคระดับบุคคล และการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ต่อมา มีการปรับบทบาทไปตามสภาพเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรมและการเมืองของแต่ละประเทศ

ระบบสุขภาพเป็นผลสะท้อนของอุดมการณ์แนวคิดปรัชญาผ่านทางนโยบายการเมืองและการบริหารประเทศ โดยกำหนดบทบาทแต่ละภาคส่วนและการจัดสรรทรัพยากร บริบทร่วมกันของประเทศพัฒนาทั้งในยุโรปและเอเชียคือ ระบบการเมืองเป็นประชาธิปไตย และกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาน้อยมีการบริหารรวมศูนย์สู่ศูนย์กลาง ทำให้ท้องถิ่น (ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของระบบประชาธิปไตย) และประชาชนอ่อนแอ หวังพึ่งพาผู้ปกครองประเทศหรือนักการเมืองประชานิยม มากกว่าจะสนับสนุนการจัดสรรทรัพยากรของประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ และยังขาดการตรวจสอบการดำเนินงานของภาครัฐด้วย บทบาทภาครัฐจึงตอบสนองต่อประชาชนอย่างไม่เบ็ดเสร็จครบถ้วน และไม่ยั่งยืน

ประเภทและลักษณะของรัฐ

จำแนกรัฐตามขอบเขตของบทบาทความรับผิดชอบต่อพลเมืองได้ 4 แบบ คือ รัฐเสรีนิยม (liberal state) สวัสดิการ (welfare state) เบ็ดเสร็จ (comprehensive state) และสังคมนิยม (socialist state)²

1) **รัฐเสรีนิยม** รัฐแทรกแซงระบบตลาดน้อยที่สุด เพียงกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันและกำกับไม่ให้เกิดการผูกขาด ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชน ตัวอย่างที่ชัดเจนคือ สหรัฐอเมริกา ระบบสุขภาพเป็นแบบพหุลักษณะมีความซับซ้อนเพื่อรองรับความจำเป็นและความต้องการของประชาชนต่างๆ กัน

² เพ็ญแข ลาภยิ่ง. ระบบบริการทันตสุขภาพ. กองทันตสาธารณสุข. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2542. หน้า 23-30.

2) **รัฐสวัสดิการ** มีการแทรกแซงระบบตลาด โดยรัฐถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบต่อประชาชนอย่างครบถ้วนด้านบริการสาธารณสุข การศึกษา สุขภาพ รัฐคุ้มครองค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพแบบมีเพดาน การจ่ายและครอบคลุมประชากรในสัดส่วนสูงมากแต่ไม่ทั้งหมด ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชน เช่น ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ แคนาดา ไอร์แลนด์ สวิสเซอร์แลนด์ ออสเตรเลีย เบลเยียม ญี่ปุ่น

3) **รัฐเบ็ดเสร็จ** พัฒนาการมาจากรัฐสวัสดิการแต่คุ้มครองประชาชนทุกคนอย่างเบ็ดเสร็จครบถ้วน ได้แก่ เยอรมันตะวันตก³ กลุ่มนอร์ดิก (ได้แก่ ประเทศนอร์เวย์ สวีเดน ฟินแลนด์ เดนมาร์ก และ ไอร์แลนด์) เอกลักษณะ คือ ค่าแรงสูง สวัสดิการสังคมมาก และอัตราภาษีสูง ประชาชนคาดหวังการศึกษาฟรีถึงระดับมหาวิทยาลัย บริการสุขภาพคุณภาพเยี่ยม คุ้มครองการว่างงานและเจ็บป่วย ลาคลอดและหยุดงานมาเลี้ยงดูบุตรได้ มีบำนาญหลังเกษียณ

4) **รัฐสังคมนิยม** รัฐแทรกแซงระบบตลาดด้วยการปฏิวัติสังคม (social revolution) และใช้ระบบสังคมนิยมปกครองประเทศ รัฐมีบทบาทกว้างขวางเบ็ดเสร็จ ตรงข้ามกับแบบเสรีนิยม

บทบาทรัฐในด้านสุขภาพ

สามารถจำแนกบทบาทรัฐในด้านสุขภาพได้ 3 รูปแบบ⁴ คือ

1. **The residual welfare model** รูปแบบนี้พัฒนามาจากปรัชญาเสรีนิยมซึ่งเชื่อมั่นในกลไกตลาดตามหลักอุปสงค์อุปทานต่อบริการ โดยเชื่อว่า คนยากจนที่เข้าถึงบริการมิเป็นส่วนน้อยของประเทศ หากรัฐต้องรับภาระจัดบริการให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มจะเป็นเรื่องสูญเปล่าและไม่จำเป็น จึงเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล (individual responsibility) แต่เนื่องจากตลาดบริการสุขภาพเป็นตลาดไม่สมบูรณ์ (market imperfection) ต้องมีการแทรกแซงในระดับหนึ่ง แนวคิดนี้จึงเป็นที่ยอมรับน้อยลง

³ เริ่มมีจากการประกันสังคมกลุ่มแรงงานแล้วขยายสู่ประชากรกลุ่มอื่นๆ

⁴ Titmus (1974) อ้างใน Heloe L A. Welfare policy and planning of oral health services. J Public Dental Health 1988;16:65-7.

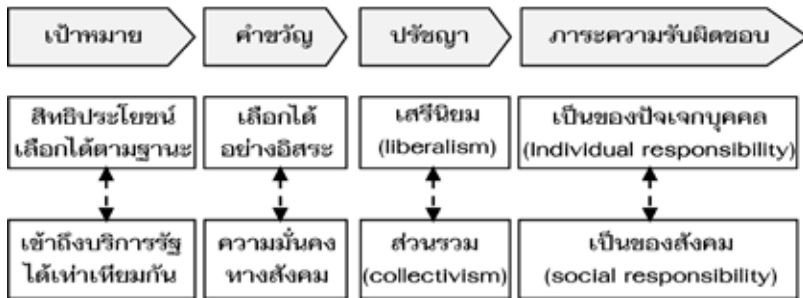
2. The industrial achievement performance model เน้นผลผลิตภาพของตลาดบริการสุขภาพเป็นหลัก ประเทศที่ใช้รูปแบบนี้อย่างเด่นชัด ได้แก่ สหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่น อย่างไรก็ตาม Titmus เห็นว่าทั้งสองประเทศนี้ยังคงแนวคิดของรูปแบบแรกอยู่ แม้ว่าจะใช้รูปแบบที่สองเข้ามาผสม ในปัจจุบัน บริการสุขภาพในสหรัฐอเมริกาครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ด้วยระบบประกันเอกชนเป็นหลัก ส่วนญี่ปุ่นพัฒนาเป็นแบบที่ 3 มากกว่าจะเป็นแบบที่ 2

3. The institutional redistribution model พัฒนามาจากปรัชญาส่วนรวมนิยม (collectivism) เช่น ระบบความมั่นคงทางสังคม (Social Security System) จัดบริการสังคมแก่พลเมืองเพราะเป็นความรับผิดชอบของสังคมร่วมกัน โดยรัฐรับภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพ และประชาชนจ่ายค่าเบี้ยประกันและภาษีตามระดับรายได้ ได้แก่ ประเทศในยุโรป และชัดเจนมากในกลุ่มสแกนดิเนเวีย

ภาพ 1 แสดงเป้าหมายและคำขวัญของปรัชญาการจัดบริการส่วนตาราง 1 แสดงลักษณะของระบบบริการตามปรัชญาของรัฐ

ระบบสุขภาพอาจแตกต่างจากระบบเศรษฐกิจ เช่น อังกฤษมีระบบเศรษฐกิจเสรีแต่ระบบสุขภาพเป็นแบบเบ็ดเสร็จ ประเทศสังคมนิยมหรือคอมมิวนิสต์ การจัดบริการเป็นความรับผิดชอบของรัฐและจ่ายค่าตอบแทนบริการในรูปเงินเดือนแก่บุคลากรซึ่งเป็นข้าราชการหรือพนักงานของรัฐ ระบบสุขภาพมักด้อยประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (allocative inefficiency) เพราะการบริหารที่รวมศูนย์สู่ศูนย์กลาง การจัดการระดับท้องถิ่นไม่ยืดหยุ่น ส่วนประเทศที่ใช้ระบบตลาด มีปัญหาด้อยประสิทธิภาพเชิงเทคนิคเพราะผู้บริโภคมีทางเลือกมาก ร่วมกับเป็นสังคมผู้สูงอายุ จึงมีปัญหารุนแรงกว่าประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาอยู่ เกิดวิกฤตทรัพยากรและเกิดกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพรวมทั้งสวัสดิการสังคม บทบาทรัฐทั้ง 2 ขั้วจึงเคลื่อนเข้าหากันมากขึ้น ในความเป็นจริง แต่ละประเทศมีระบบบริการแบบผสม เพราะระบบบริการเพียงระบบเดียวไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนและสังคมได้พอเพียง

ภาพ 1 เป้าหมาย คำขวัญและปรัชญาในการจัดบริการ



ตาราง 1 ลักษณะของระบบบริการสุขภาพ

ความรับผิดชอบ	เป็นเรื่องส่วนรวม	เป็นเรื่องส่วนบุคคล
แนวคิดต่อบริการ	ความจำเป็น	ความต้องการ
ลักษณะบริการ	สินค้าสาธารณะ	สินค้าเอกชน
ระบบบริการ	ภาครัฐ	ภาคเอกชน
เหตุผลที่รัฐแทรกแซง	- ตลาดล้มเหลว - มีผลกระทบภายนอก	- ตลาดไม่สมบูรณ์ - เป็นสินค้าคุณธรรม
วัตถุประสงค์	เน้นความเท่าเทียม	เน้นประสิทธิภาพ
ปัญหา	- บริการขาดแคลน - ด้อยคุณภาพ - ขาดแรงจูงใจในการให้บริการ	- ไม่เท่าเทียม - ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมาก - ไม่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่

ในประเทศทุนนิยมเสรี ภาคเอกชนมีบทบาทหลักตามความเชื่อที่ว่า กลไกตลาดสามารถจัดสรรทรัพยากรตามกฎอุปทานและอุปสงค์ (law of supply and demand) ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดโดยมีกำไรเป็นแรงจูงใจ ผู้บริโภคได้รับประโยชน์และนำพาสังคมโดยรวมเจริญ แต่รัฐบาลต้องมีบทบาทน้อยที่สุดเพื่อไม่เป็นอุปสรรคต่อกลไกดังกล่าว⁵

⁵ หลักการนี้อาจเป็นจริงสำหรับสินค้าเอกชนแท้จริง (pure private goods) แต่ล้มเหลว (market failure) กรณีสินค้าและบริการที่มีผลกระทบภายนอก (externality) หรือผูกขาดโดยธรรมชาติ (natural monopoly) รัฐจึงแทรกแซงการผลิตและการกระจาย ตลาดล้มเหลวอาจเกิดจากหลายสาเหตุ 1) เป็นสินค้าสาธารณะ 2) เป็นสินค้าที่มีผลกระทบภายนอก 3) ตลาดแข่งขันไม่สมบูรณ์ 4) ตลาดไม่สมบูรณ์ 5) ไม่มีตลาด 6) ข้อมูลข่าวสารไม่สมบูรณ์หรือไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ผลิตและผู้บริโภค 7) การว่างงาน และ 8) ความผันผวนทางเศรษฐกิจ

ต้นแบบของประเทศทุนนิยมเสรีคือ สหรัฐอเมริกา ผู้ใช้บริการมักจ่ายค่าบริการผ่านบริษัทประกันเอกชนโดยอาจเป็นการซื้อประกันเฉพาะตัวเอง รวมกันชื่อแบบ Health Maintenance Organization (HMO) หรือร่วมกับนายจ้างแบบ Preferred Provider Organization (PPO)⁶ สำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่สังคมควรเกื้อกูลนั้น ภาครัฐอาจจัดบริการเองหรือซื้อบริการจากภาคเอกชนหรือให้บริษัทประกันเอกชนดำเนินการแทน

ค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมของสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องใน พ.ศ. 2545 เริ่มเพิ่มเร็วกว่าการเติบโตของเศรษฐกิจประเทศ⁷ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงมากนี้ เป็นผลมาจากมีการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้น 8 ใน พ.ศ. 2550 ค่าใช้จ่ายสุขภาพเป็นเงิน 7,421 ดอลลาร์/ประชากร เกือบครึ่งหนึ่งของเงินก้อนนี้ใช้ในการรักษาคนเพียงร้อยละ 5 ของประชากร กลุ่มคนจนที่จ่ายเพื่อสุขภาพเกิน 10% ของรายได้ มีร้อยละ 30 เพิ่มจากร้อยละ 26 ใน พ.ศ. 2539 ค่ายามีสัดส่วนเพียงร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดแต่มีอัตราเพิ่มสูงมากในแต่ละปี ในภาคเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายก้อนนี้คิดเป็นร้อยละ 16.2 ของ GDP และเติบโตเร็วกว่าเศรษฐกิจประเทศ 2.4 เปอร์เซ็นต์⁸

ปัญหาระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา โดยสรุปคือ

1. ด้อยประสิทธิภาพด้านเทคนิค (technical inefficiency) เพราะผู้บริโภคมีทางเลือกมากทั้งในแผนประกัน และการบริการ (สถานพยาบาลอาจเลือกบริการให้บริษัทประกัน/แผนสุขภาพ/สิทธิประโยชน์) และเนื่องจากค่าบริการถูกกำหนดโดยตลาด ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการจึงสูงขึ้น (จากการร่วมจ่าย เทคโนโลยีทางการแพทย์

⁶ Donaldson C, Gerard K. Alternatives for funding health care. In: Mooney G, Mooney A. editors. Economics of health care financing: the visible hand. 2nd ed. Hong Kong: Macmillan press Ltd.; 1994. p. 51-65.

⁷ คำนวณเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ตั้งแต่ พ.ศ. 2513

⁸ Cowan C, Catlin A, Smith C, Sensenig A. National health expenditures, 2002. Health Care Finance Rev. 2004 Summer; 25(4)143-66.

⁹ Health Care Costs: A Primer, Key Information on Health Care Costs and Their Impact. The Henry J. Kaiser Family Foundation. 2009.

ดัชนีค่าบริการทางการแพทย์)¹⁰ กระทั่งทั้งผู้ไม่มีและมีประกัน (มี
ปัญหาการใช้บริการเพราะไม่มีเงินจ่ายเบี้ยประกันที่แพงมาก หรือ
บริษัทประกันไม่ยอมจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้เพราะเป็นโรคที่บริษัทไม่
รับประกัน) **นายจ้าง และภาครัฐ**

2. ค่าบริการแพงและค่าใช้จ่ายสูงมาก ในกลุ่มบุคคลธรรมดาที่
ล้มละลายนั้น กว่าครึ่งหนึ่งเป็นเพราะเสียค่ารักษาพยาบาลสูงมาก แม้
ในโครงการภาครัฐก็มีค่าใช้จ่ายใน พ.ศ. 2550 สูงถึง 2.2 พันล้าน
ดอลลาร์¹¹ หรือเป็น 2 เท่าของประเทศสมาชิก OECD ขณะที่บริษัท
ประกันได้ประโยชน์จากจำนวนผู้ทำประกันที่เพิ่มขึ้นและมีกำไรเพิ่มขึ้น

3. ความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ ประมาณ 32 ล้านคน
ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

ปัญหาสะสมต่อเนื่องในระบบสุขภาพ ไม่เพียงแต่มีความไม่เป็น
ธรรมในสังคมแต่ระบบยังด้อยประสิทธิภาพด้วย เสมือนเป็นบทพิสูจน์
ที่ล้มเหลวแนวคิดทุนนิยมเสรีที่เป็นธงนำประเทศตั้งแต่ยุค
ประธานาธิบดีเรแกน โดยเฉพาะเมื่อเกิด Sub-prime mortgage crisis
วิกฤติการเงินครั้งใหญ่ที่สุด ปลายปี 2551 รัฐบาลและนัก
เศรษฐศาสตร์เริ่มทบทวนการเพิ่มบทบาทหรือแทรกแซงในหน้าที่
พื้นฐานของรัฐ การปฏิรูประบบประกันสุขภาพ¹² ของประธานาธิบดี

¹⁰ คณะของประธานาธิบดีคลินตันที่พยายามปฏิรูประบบสุขภาพ มีความเห็นว่า
ค่าใช้จ่ายที่สูงนี้เกิดจากความด้อยประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (หากแก้ปัญหานี้ได้ก็
จะควบคุมค่าใช้จ่ายได้) แต่ Dr.Stein เห็นแย้งว่า การเพิ่มประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะ
เป็นด้านการจัดสรรทรัพยากรหรือด้านเทคนิคก็ตาม ไม่สามารถแก้ปัญหาค่าใช้
จ่ายสูงนี้ได้ ทางเดียวที่จะแก้ปัญหานี้ได้คือ การบริการอย่างสมเหตุสมผล
(Stein R M. Lessons from medicine: an economist's perspective. Dent
Education 1996;60(4):368-72.)

¹¹ The Henry J. Kaiser Family Foundation. Health Care Costs: A Primer,
Key Information on Health Care Costs and Their Impact. 2009.

¹² เป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการ 10 ปีคือ การ
ปรับปรุงประสิทธิภาพ ลดค่าใช้จ่าย และขยายสวัสดิการครอบคลุมคนที่ไม่เคย
ได้รับความคุ้มครอง ร่างกฎหมายฉบับนี้ผ่านวุฒิสภา (สภาขึ้นเนต) ตั้งแต่เดือน
ธันวาคม พ.ศ. 2553 แต่ไม่ผ่านสภาผู้แทนราษฎร แม้แต่สมาชิกสภาผู้แทน
ราษฎรพรรคเดียวกันก็ไม่เห็นด้วยกับร่างกฎหมายนี้ (เพราะนอกจากจะทำให้
ภาระงบประมาณของรัฐเพิ่มขึ้นสูงแล้ว ยังกระทบธุรกิจประกันสุขภาพซึ่งเป็น

บาร์ค โอบามา มีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพ ลดค่าใช้จ่าย และขยายสวัสดิการครอบคลุมคนที่ไม่เคยได้รับความคุ้มครอง ร่างกฎหมายนี้ผ่านวุฒิสภา (สภาขึ้นेत) ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 และผ่านสภาผู้แทนราษฎรในเดือนมีนาคมถัดมา เป็นความก้าวหน้าอีกขั้นนับจากประธานาธิบดีบิล คลินตันล้มเหลว

ในประเทศพัฒนาที่มีปรัชญารวมหมู่ (collectivism) ภาครัฐเข้ามามีบทบาทมากขึ้น โดยจัดระบบสุขภาพครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ ในลักษณะรัฐสวัสดิการและเบ็ดเสร็จ ด้วยการประกันสุขภาพที่มีรูปแบบหลากหลายและมีทิศทางมุ่งสู่ระบบถ้วนหน้า (universal coverage) บริการโดยภาคเอกชนเป็นหลักและกองทุนสุขภาพจ่ายค่าบริการตามขอบเขตและวิธีการที่ตกลงกัน ส่วนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่สังคมควรเกื้อกูล อาจใช้บริการที่จัดโดยภาครัฐหรือรัฐอาจซื้อบริการจากภาคเอกชนร่วมด้วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกับประชากรกลุ่มอื่นๆ ประเทศในกลุ่มนี้คือ ประเทศพัฒนาในยุโรปโดยเฉพาะกลุ่มสแกนดิเนเวีย แต่การที่ประชาชนทุกคนได้รับคุ้มครองอย่างเบ็ดเสร็จครบถ้วนนั้น ย่อมมีรายจ่ายสูงตามไปด้วย ระบบภาษีจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดความเป็นไปได้และความยั่งยืน รายจ่ายด้านสวัสดิการของสวีเดนเท่ากับร้อยละ 38.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ขณะที่ค่าเฉลี่ยทั่วโลกเพียงร้อยละ 13.2 สำหรับรายได้จากการจัดเก็บภาษีของรัฐบาลสวีเดนสูงถึงร้อยละ 51.2 ของ GDP ขณะที่ค่าเฉลี่ยของทั้งโลกอยู่ที่ร้อยละ 18.1 เท่านั้น¹³

สัดส่วนรายได้สุขภาพต่อ GDP ของไทยและประเทศพัฒนาแสดงดังตาราง 2 อังกฤษมีสัดส่วนรายจ่ายประมาณครึ่งหนึ่งของสหรัฐอเมริกา สำหรับไทยอยู่ในระดับ 3.5-4 % นับจาก พ.ศ. 2545 ซึ่งมีการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเต็มระบบ

อุตสาหกรรมใหญ่ที่มีอำนาจต่อรองผ่านตัวแทนสูงมาก) จนกระทั่งโอบามาสามารถโน้มน้าวสภาผู้แทนราษฎรได้ในเดือนมีนาคมนี้

¹³ ถวิล นิลใบ, การปฏิรูประบบภาษี: ทางรอดของประเทศไทย, 2552.

**ตาราง 2 สัดส่วนรายได้สุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ
ของไทย เกาหลีใต้ อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา**

ประเทศ	2544	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
ไทย	3.3	3.7	3.6	3.5	3.5	3.7	3.7	4.0
เกาหลีใต้	5.3	5.1	5.4	5.4	5.7	6.1	6.3	6.5
อังกฤษ	7.3	7.6	7.8	8	8.3	8.5	8.4	8.7
สหรัฐฯ	14.1	14.8	15.3	15.4	15.4	15.5	15.7	16

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2552, 2553.

ประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาน้อย (ในเอเชีย อาฟริกา และลาตินอเมริกาซึ่งระบบภาษียังไม่พัฒนา เช่น เน้นจัดเก็บภาษีทางอ้อมและเอื้อคนรวย¹⁴และจัดเก็บภาษีได้ระดับต่ำ) มักประทับใจบทบาทรัฐสวัสดิการหรือเบ็ดเสร็จ แต่เพราะฐานะการคลังไม่อำนวย จึงเป็นเพียงรัฐประชานิยมที่ไม่ยั่งยืนและฟุ้งฟิงเงินกู้

แม้ในประเทศต้นแบบรัฐสวัสดิการ (เยอรมัน) และเบ็ดเสร็จ (กลุ่มสแกนดิเนเวีย) ก็มีปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นทุกปี เมื่ออัตราเพิ่มของกำลังแรงงานต่ำกว่ากลุ่มสูงอายุ วัยทำงานซึ่งมีรายได้ต้องรับภาระภาษีในอัตราสูงมาก จนเกิดแนวคิดปฏิรูประบบบำนาญและสุขภาพเช่นกัน

¹⁴ ระบบภาษีที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำระหว่างชนชั้นทางสังคมได้ ต้องเป็นภาษีทางตรง (จากรายได้/ที่ดิน/มรดก) โดยเก็บจากคนรวยในอัตราก้าวหน้าและนำมาใช้จ่ายด้านสวัสดิการสังคม

บริการสุขภาพช่องปาก

โรคและความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก

โรคฟันผุและปริทันต์อักเสบเป็นโรคเรื้อรังมีความชุกสูง (high prevalence) ในหลายประเทศรวมทั้งไทย การดำเนินของโรคเริ่มจากเป็นเล็กน้อยไม่มีอาการ เมื่อสะสม (cumulative) จนถึงระดับหนึ่งแล้วจำเป็นต้องได้รับการรักษา แม้อาการเสียหรือปวดฟันหายไปตัวเอง แต่โรคยังคงอยู่และอาจรุนแรงและลุกลามติดเชื้อทางระบบได้ การมีจำนวนซี่ฟันมาก ทำให้มีความจำเป็น (need) หรือความต้องการสูงในการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อมีอาการรุนแรง ซึ่งไม่สามารถกำหนดหรือล่วงรู้ได้ว่าจะมีอาการขึ้นมาเมื่อไร (uncertainty) การรักษาและฟื้นฟูสภาพมีหลายวิธีขึ้นกับความรุนแรงของโรคและมีค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน เมื่อรักษาแล้วยังอาจกลับเป็นได้อีก แม้เมื่อถอนฟันแล้วก็ตาม อาจมีปัญหาอื่นตามมา เช่น การบดเคี้ยว ความผิดปกติของขากรรไกร การป้องกันตนเองและพบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอจึงเป็นการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

ลักษณะของบริการสุขภาพช่องปาก

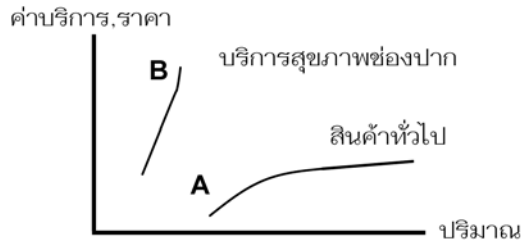
การบริการสุขภาพช่องปากโดยวิชาชีพ (professional care) ส่วนใหญ่เป็นหัตถการที่ใช้เทคโนโลยีตะวันตกทั้งวัสดุ เครื่องมือ และอุปกรณ์ ผู้ให้บริการหลักคือ ทันตแพทย์ด้วยหลักสูตรขั้นต่ำ 6 ปี (skilled-labor intensive) และต้องมีใบอนุญาต จำนวนผู้ให้บริการจึงจำกัด (limited access to provide) ตามกฎอุปทาน เมื่อราคาสินค้าสูงขึ้นย่อมดึงดูดให้ผลิตเพิ่มขึ้น แต่เพราะจำนวนทันตแพทย์มีน้อย จึงเพิ่มบริการได้ไม่มาก ส่วนสินค้ามวลชน แม้ราคาเพิ่มเล็กน้อยก็มีผู้เข้ามาผลิตมากมาย จนเกิดการแข่งขันด้านราคา (ภาพ 2)

ผู้ใช้บริการทั่วไปมีทางเลือกจำกัดในบริการที่เหมาะสม (Limited of effective choice) จากความรู้ที่จำกัดเกี่ยวกับโรค การรักษา และผลการรักษาเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายและทางเลือกอื่น¹ (knowledge asymmetry) จึงมักมอบความไว้วางใจแก่ผู้ให้บริการให้ตัดสินใจแทน

¹ Grembowski D, Fiset L, Milgrom P, et al. Does fluoridation reduce the use of dental services among adults? Med Care 1997; 35 (5): 454-71.

จึงมีโอกาสเกิดพฤติกรรมบริการแบบวิชาชีพเป็นใหญ่ครอบงำผู้ให้บริการได้ (paternalistic professional behavior) ² **จริยธรรมวิชาชีพ** (หน้าที่และบทบาทเชิงคุณธรรม) จึงเข้ามามีความสำคัญ

ภาพ 2 เส้นอุปทานบริการสุขภาพช่องปากและสินค้าทั่วไป



ด้วยข้อมูลที่ไม่เท่ากัน ผู้ให้บริการอาจกระตุ้นให้เกิดความต้องการบริการที่ไม่จำเป็น (supply-induced demand) ผู้ใช้บริการเองก็อาจเรียกร้องบริการเกินความจำเป็นเช่นกัน โดยเฉพาะเมื่อมีบุคคลที่สามจ่ายค่าบริการแทน เช่น บริษัทประกันกับผู้ซื้อประกัน กรมบัญชีกลางกับข้าราชการ สถานการณ์เช่นนี้เรียกว่า ภัยทางศีลธรรม³ หรือปัญหาจริยธรรมในการใช้บริการ (moral hazard)

บริการสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่เป็นงานหัตถการ (operation) ที่ผู้ให้บริการอาจมีความจำเป็นต้องได้บริการหลายชนิด จึงใช้เวลามาก (take time) และยังมีลักษณะเหมือนการบริการทั่วไปคือ ไม่สามารถผลิตเก็บสะสมไว้ล่วงหน้า (perishability) ต้องเกิดขึ้นพร้อมกันขณะบริการและใช้บริการ (inseparability) ผู้รอใช้บริการในลำดับถัดไปจึงมักต้องรอนานและเกิดคิวสะสม (long waiting list) โดยเฉพาะบริการที่ต้องรักษาหลายครั้งหลายขั้นตอน

² Friedman JW, Atchinson KA. The standard of care: an ethical responsibility of public health dentistry. J public Health Dent 1993;53 (3):165-9.

³ แปลตามพจนานุกรมศัพท์ประกันภัยอังกฤษ-ไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2540

ด้านคุณภาพมาตรฐาน เนื่องจากมีบุคคลเป็นผู้บริการจึงมีความผันแปรได้ (variability) ไม่สามารถควบคุมคุณภาพได้ดั่งสินค้าทั่วไป กำหนดคุณลักษณะมาตรฐานได้ยาก (heterogeneous) และการที่ต้องเกิดการบริการและใช้บริการในขณะเดียวกัน ทำให้ไม่สามารถจับต้องบริการได้ก่อนใช้ (intangibility) ต้องใช้บริการแล้วประเมินคุณภาพจากการรับรู้ของตนเอง

ประเภทของบริการสุขภาพช่องปาก

ประเภทของบริการสุขภาพช่องปาก จำแนกได้หลายแบบ ดังนี้

1. **หน้าที่ต่อสุขภาพ** (health function) ได้แก่ การเผยแพร่ทันตสุขศึกษา (education) ป้องกัน (prevention) รักษา (treatment) และฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) เพื่อการส่งเสริม คงสภาพ หรืออนุรักษ์สุขภาพช่องปาก ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ⁴

2. **ความสามารถในการกีดกัน** (excludability) และการมีคู่แข่งในการบริโภค (rivalness) ดังตาราง 3

2.1 สินค้าเอกชนแท้จริง (pure private goods) สามารถกีดกันผู้ไม่จ่ายเงินไม่ให้บริโภคสินค้านั้นได้และมีคู่แข่งในการบริโภค ⁵

2.2 สินค้าสาธารณะแท้จริง (pure public goods) ไม่สามารถกีดกันผู้ไม่จ่ายเงินออกไปได้และไม่มีคู่แข่งในการบริโภคด้วย

2.3 สินค้าสาธารณะแบบผสมหรือกึ่งสาธารณะ (mixed public goods) เป็นสินค้าที่ไม่สามารถกีดกัน หรือไม่มีคู่แข่งในการบริโภค อย่างใดอย่างหนึ่ง

2.4 สินค้าที่มีการผูกขาดโดยธรรมชาติ (natural monopoly) เป็นสินค้าที่ใช้ทุนหรือความเชี่ยวชาญสูง (ต้นทุนคงที่สูง) หน่วยผลิตสินค้าจึงมีจำนวนน้อย เมื่อผลิตปริมาณน้อยจึงมีต้นทุนต่อหน่วยสูง

⁴ WHO Expert Committee on dental health. Organization of dental public health services. World Health Organization. Technical report series no.298. 1965.

⁵ การบริโภคของคนหนึ่งทำให้คนอื่นเสียโอกาสบริโภค เพราะมีไม่พอสำหรับทุกคน

ตาราง 3 การจำแนกสินค้าและบริการด้วยความสามารถในการกีดกัน และการมีคู่แข่งในการบริโภค

	มีคู่แข่ง	ไม่มีคู่แข่ง
กีดกันได้	เอกชนแท้จริง	ผูกขาดโดยธรรมชาติ, กึ่งสาธารณะ
กีดกันไม่ได้	ทรัพยากรธรรมชาติ, กึ่งสาธารณะ	สาธารณะ

ตามเกณฑ์นี้ บริการสุขภาพช่องปากเป็นสินค้าเอกชนแท้จริง แต่เนื่องจากเป็นบริการราคาแพงและมีผลกระทบถึงสังคมในแง่ค่าใช้จ่ายและลดประสิทธิภาพการผลิตของกำลังแรงงานเมื่อโรคมี อาการรุนแรง การศึกษาพื้นฐานจึงอาจนับเป็นสินค้าสังคม (social goods) หรือสินค้าคุณธรรม (merit goods)⁶ ส่วนบริการที่เกี่ยวข้องกับความสวยงามเป็นสินค้าเอกชน

3. ลักษณะการบริโภค

3.1 สินค้าด้อย (inferior goods) เป็นสินค้าที่คนจนเลือกบริโภคเพราะราคาถูก แต่เมื่อมีรายได้เพิ่มขึ้น การบริโภคจะลดลง โดยเปลี่ยนไปบริโภคสินค้าประเภทเดียวกันที่มีคุณภาพสูงกว่าทดแทน ตัวอย่างเช่น การขึ้นรถเมล์ไปทำงาน เมื่อมีรายได้ดีขึ้นก็ซื้อรถยนต์ขับในทางนองเดียวกัน หากราคาสินค้าเพิ่มขึ้นแต่รายได้คงเดิม การบริโภคจะลดลงโดยบริโภคสินค้าประเภทเดียวกันที่มีราคาต่ำกว่าเป็นการทดแทน ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อรายได้ (E income) และต่อราคา (E price) จึงมีค่าเป็นลบและไม่น้อยกว่า -1

3.2 สินค้าจำเป็น (necessary goods) เป็นสินค้าที่ขาดไม่ได้ในการดำรงชีวิต ยิ่งจำเป็นมากเท่าไร ราคายิ่งมีผลน้อยต่อการบริโภค นั่นคือ ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาสินค้า (E price) มีค่าต่ำระหว่าง 0 ถึง 1 (more necessary, lower price elasticity of demand) ด้านรายได้ แม้รายได้เพิ่มขึ้นแต่การบริโภคไม่เพิ่มอย่างเป็นสัดส่วนกัน

⁶ ขึ้นกับวิจารณ์ญาณของสังคมซึ่งขึ้นกับสังคมวัฒนธรรมและเศรษฐกิจ รวมทั้ง การเมือง สินค้าสังคมและสินค้าสาธารณะไม่จำเป็นต้องเหมือนกัน

อาจกล่าวได้ว่ารายได้แทบไม่มีผลต่อการบริโภค (E income มีค่าต่ำระหว่าง 0 - 1) สินค้ากลุ่มนี้ได้แก่ ปัจจัยสี่ อาจเพิ่มชนิดตามสภาพเศรษฐกิจสังคม รสนิยมและความเคยชินของสมาชิกในสังคม หรือตามความตระหนักของสังคม ตัวอย่างเช่น ไฟฟ้าและน้ำประปา บริการขนส่งมวลชนในเขตเมือง การเป็นสินค้าที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชนทำให้รัฐมีเหตุผลในการแทรกแซงการผลิตและหรือการบริโภค เช่น ตรวจสอบคลังสินค้า ควบคุมราคาขาย จำกัดโควตาบริโภค

สินค้ากลุ่มนี้เป็นรูปแบบหนึ่งของสินค้าปกติและอาจมีการบริโภคแบบสินค้าปกติได้ ขึ้นกับรสนิยมและพฤติกรรมบริโภค เช่น กินข้าวมากเกินอิ่ม (จนอ้วน) หรือใช้น้ำประปาเปลือง ซึ่ง E income จะมีค่ามากกว่ากรณีบริโภคแบบสินค้าจำเป็น

3.3 สินค้าปกติ (normal goods) เป็นสินค้าที่อุปสงค์เปลี่ยนแปลงในทิศทางตรงข้ามกับราคาเมื่อรายได้คงที่ (E price เป็นลบ) และเปลี่ยนแปลงในทิศทางเดียวกับรายได้เมื่อราคาสินค้าคงที่ (E income เป็นบวก) ในทางกลับกัน เมื่อรายได้ลดลง (เช่น ตกงาน) การบริโภคจะลดลงด้วย

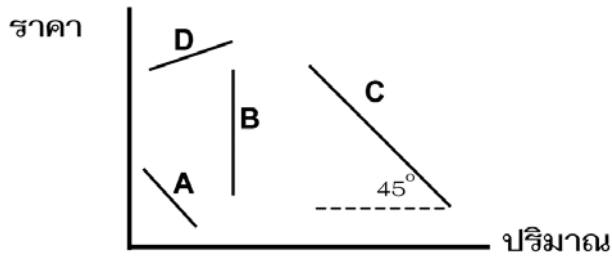
3.4 สินค้าฟุ่มเฟือย (luxury goods) เป็นสินค้าที่อุปสงค์เพิ่มในสัดส่วนที่มากกว่าการเพิ่มของรายได้ (high income elasticity of demand) นั่นคือ เมื่อรายขึ้นคนจะซื้อสินค้าฟุ่มเฟือยมากและมากขึ้นเพื่อสนองกรรสนิยมและสถานะทางสังคม ตรงกันข้ามกับสินค้าด้อย

ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาและรายได้บอกถึงระดับการเปลี่ยนแปลงการบริโภคสินค้าแต่ละประเภทเมื่อราคาหรือรายได้เปลี่ยนแปลง (ตาราง 4) ส่วนภาพ 3 และ 4 ช่วยให้เข้าใจการทำงานของความสัมพันธ์ของอุปสงค์ (คือ ค่าความชันของเส้นอุปสงค์) เพิ่มขึ้น

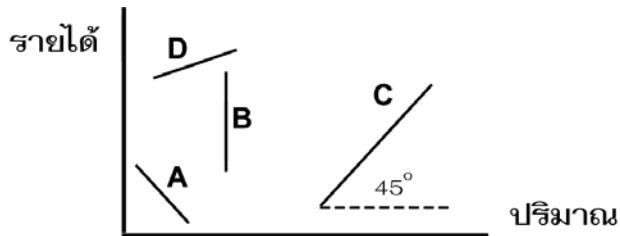
ตาราง 4 ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ของสินค้าต่อราคาและรายได้

ประเภทของสินค้า/บริการ	E price	E income
สินค้าด้อย (A)	-1	-1
สินค้าจำเป็น (B)	0 ถึง 1	0 ถึง 1
สินค้าปกติ (C)	-1	1
สินค้าฟุ่มเฟือย (D)	มากกว่า 1	มากกว่า 1

ภาพ 3 เส้นอุปสงค์ต่อราคา



ภาพ 4 เส้นอุปสงค์ต่อรายได้



ความเข้าใจเรื่องความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาและรายได้ มีประโยชน์ในการกำหนดค่าบริการและในการจัดการตามวัตถุประสงค์ของการบริการ กรณีสินค้าจำเป็นหรือฟุ่มเฟือย การขึ้นราคาทำให้รายได้ของผู้ให้บริการเพิ่มขึ้นเพราะการบริโภคยังคงเพิ่มขึ้น แต่ในภาวะเศรษฐกิจถดถอย ประชาชนมีรายได้ลดลง แม้ลดราคาสินค้าฟุ่มเฟือยก็ไม่ทำให้เพิ่มการบริโภค แต่การลดราคาสินค้าปกติช่วยเพิ่มการบริโภคได้ ส่วนการบริโภคสินค้าจำเป็นยังอยู่ในระดับเดิมแม้จะไม่ลดราคาก็ตาม

การศึกษาเดียวที่วิเคราะห์ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์บริการสุขภาพช่องปากในชนบทไทยแห่งหนึ่ง พบว่า E price ของบริการสุขภาพช่องปากโดยรวมเท่ากับ 0.8 (เมื่อค่าบริการเพิ่มร้อยละ 1 อุปสงค์ต่อบริการจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.8) หมายความว่า อุปสงค์ต่อบริการรวมนี้ไม่ค่อยอ่อนไหวต่อราคา ส่วน E income ของการถอนฟันเท่ากับ

-0.28 ⁷ (เมื่อรายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 อุปสงค์ต่อการบริการลดลงร้อยละ 0.28) อาจสรุปได้ว่า คนชนบทในการศึกษานี้ใช้บริการถอนฟันในลักษณะสินค้าด้อยกึ่งกับสินค้าจำเป็น (E income มีค่าเพียง - 0.28) ส่วนบริการสุขภาพช่องปากโดยรวมเป็นสินค้าจำเป็น ⁸

มีข้อมูลสนับสนุน 2 ชุดคือ สัดส่วนรายจ่ายบริการสุขภาพช่องปากค่อนข้างคงที่ในระดับต่ำมาก 0.5 – 1.0 ของรายจ่ายครัวเรือนทั้งหมด ไม่ว่าเศรษฐกิจประเทศจะเป็นอย่างไร ต่างจากสัดส่วนค่าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบที่สูงกว่ามากและผกผันตามสภาพเศรษฐกิจ ⁹ ประกอบกับการใช้บริการสุขภาพช่องปากอันดับหนึ่งยังคงเป็นการถอนฟันโดยตลอด ¹⁰ จึงสรุปได้ว่า คนไทยใช้บริการสุขภาพช่องปากเมื่อจำเป็นและส่วนใหญ่เป็นการรักษาราคาถูก (การถอนฟัน) หรือเข้าไม่ถึงบริการอื่นๆ

การระบุประเภทสินค้าในกรณีที่ไม่มีการวิเคราะห์ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ อาจประเมินจากสถานการณ์ได้ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. ในภาวะเศรษฐกิจเติบโต ประชาชนใช้บริการสุขภาพช่องปากภาคเอกชน เมื่อเกิดวิกฤติเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 ประชาชนที่**ตกงาน**

⁷ Lapying P. 2001. The demand analysis of oral care in rural area: a case study of Uthong district, Suphanburi, Ph.D. Thesis in Medical and Health Social sciences, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.

⁸ การศึกษานี้เก็บข้อมูลก่อนมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อมูลการใช้บริการจึงไม่ได้รับอิทธิพลจากสวัสดิการดังกล่าว แม้มีโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) และบัตรประกันสุขภาพแต่ก็ครอบคลุมจำนวนประชากรและชนิดบริการน้อยมาก

การที่ไม่สามารถวิเคราะห์ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อการดูดหินน้ำลาย ถูดยา ฟัน รักษาคลองรากฟัน ใส่ฟันเทียม และอื่นๆ ได้ น่าจะเป็นเพราะมีการใช้บริการแต่ละชนิดเป็นจำนวนน้อย ขณะที่มีการถอนฟัน (จำนวนซี่) มากกว่า

⁹ เพ็ญแข ลามยิ่ง. การเงินการคลังสุขภาพช่องปากของประเทศไทย. วิทยาศาสตร์ทันตสาธารณสุข 2542;4(2):7-35.

¹⁰ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546, 2549, 2550 และ 2552. กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

หันมาใช้บริการภาครัฐซึ่งมีค่าบริการถูกกว่าของเอกชน เมื่อเศรษฐกิจฟื้นตัวก็กลับไปใช้บริการภาคเอกชนตามเดิม

แม้เป็นสินค้าจำเป็น แต่กรณีนี้บริการภาครัฐเป็นสินค้าด้อย เพราะมาใช้บริการตอนไม่มีรายได้และเลิกใช้เมื่อมีกลับมามีรายได้

2. ต่อเนื่องจากข้อ 1 ประชาชนส่วนหนึ่งยังคงใช้บริการภาครัฐตามปกติแม้มีรายได้แล้วโดยเสียค่าบริการ 30 บาท (สิทธิบัตรทอง)

กรณีนี้ บริการภาครัฐเป็นสินค้าจำเป็นโดยมีการแทรกแซงค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. วัยรุ่นใช้บริการจัดฟันเถื่อน ซึ่งไม่ใช่อการจัดฟันจริง

วัยรุ่นรับรู้ว่า การจัดฟันเป็นสินค้าฟุ่มเฟือย (แพชั่น) และใช้บ่งบอกสถานะทางสังคมได้ แต่เพราะราคาแพงจึงใช้บริการเถื่อนที่ทดแทนกันไม่ได้จริงซึ่งวัยรุ่นก็ไม่ได้ต้องการจัดฟันจริง

บริการใดจะเป็นสินค้าประเภทใด ไม่สามารถระบุได้อย่างตายตัว แม้จะมีความจำเป็นด้านสุขภาพ (professional need) กำกับไว้ก็ตาม เพราะขึ้นกับบริบททางสังคม เศรษฐกิจ การแทรกแซงจากรัฐ การรับรู้ของประชาชนและสังคมด้วย มุมมองที่ต่างกันระหว่างวิชาชีพและประชาชน/สังคม ทำให้เกิดช่องว่างทางสังคม (social gap) ในสังคมความรู้ การสื่อสารข้อมูลข่าวสารและความรู้ทางสาธารณะ และช่องทางอื่นๆ ร่วมกับระบบคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค จะช่วยลดช่องว่างนี้ได้ เมื่อประชาชนเข้าใจเพิ่มขึ้น ย่อมตัดสินใจได้สมเหตุสมผล และลดการครอบงำของวิชาชีพ เป็นการลดโอกาสเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ

ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปาก

ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากของสถานพยาบาล (supply side) เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคิดค่าบริการ ส่วนต้นทุนต่อหน่วยบริการ (unit cost) เป็นเครื่องมือสำคัญวิเคราะห์ประสิทธิภาพการบริการ

โครงสร้างต้นทุนประกอบด้วยต้นทุนค่าแรง (labour cost) ต้นทุนวัสดุ (material cost) และต้นทุนลงทุน (capital cost) ในภาคเอกชน ค่าแรงของทันตแพทย์ขึ้นกับการกำหนดรายได้เป้าหมาย (target

income) ของทันตแพทย์แต่ละคน ต่างจากในภาครัฐที่ทันตแพทย์ได้รับค่าตอบแทนแบบรายเดือนเป็นหลัก แต่ในการคำนวณวงเงินงบประมาณเพื่อซื้อบริการจากภาคเอกชนยังคงใช้ข้อมูลต้นทุนบริการภาครัฐเป็นฐานคิด เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลต้นทุนภาคเอกชน

ต้นทุนต่อหน่วยบริการเปลี่ยนแปลงได้ตามยุคสมัย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของค่าเงิน (ตามภาวะเงินเฟ้อ)¹¹ ค่าวัสดุ¹² ค่าแรง¹³ หรือมีการลงทุนเพิ่ม ในภาพรวมของบริการสุขภาพช่องปาก ต้นทุนต่อหน่วยบริการยังขึ้นกับชนิดบริการที่จัดบริการ เช่น เมื่อมีการใส่ฟันเทียมทั้งปากครอบคลุมผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า unit cost จะสูงกว่าในยุคที่บริการพื้นฐานถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินน้ำลาย¹⁴

งบประมาณการบริการสุขภาพช่องปาก

ข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณต้นทุนรายหัวประชากรสำหรับการจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐ ได้แก่ อัตราการใช้บริการ (คน/100 ประชากร) และต้นทุนต่อหน่วยบริการ (บาท/คน) เมื่อนำไปคูณจำนวนประชากรจะได้วงเงินงบประมาณในการบริการ (ตาราง 5)

¹¹ เนื่องจากยังไม่มีการจัดทำดัชนีค่าบริการทันตกรรมหรือสุขภาพช่องปาก (Dental price index) ในการปรับค่าเงินจึงใช้ดัชนีค่าบริการการแพทย์ (Medical price index) ซึ่งน่าจะใกล้เคียงมากกว่าการใช้ดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer price index: CPI)

¹² วัสดุทันตกรรม เครื่องมือ และอุปกรณ์ เกือบทั้งหมดผลิตจากประเทศพัฒนา และนำเข้าโดยบริษัทแบบผูกขาด (monopoly) หรือน้อยราย (oligopoly) ร่วมกับการทำการตลาด บริษัทจึงเป็นผู้กำหนดราคา ราคาที่เพิ่มขึ้นจึงไม่จำเป็นต้องเกิดจากภาวะเงินเฟ้อ

¹³ ปัจจุบัน มีการปรับเงินเดือนข้าราชการ/พนักงานของรัฐปีละ 2 ครั้ง และตั้งแต่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2551 มีการปรับอัตราค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับวิชาชีพแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และทันตแพทย์

¹⁴ เพ็ญแข ลาภยั้ง, จิราพร ชิดดี, อัมพร เดชพิทักษ์. ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2551. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2552;18(5):674-84.

**ตาราง 5 ต้นทุนรายหัวประชากรในการบริการสุขภาพช่องปาก
เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2546 และ 2552**

	2546	2552
อัตราการใช้บริการ¹⁾ (คน/100 ประชากร)		
▪ ข้าราชการ	16.4 ^{a)}	10.5 ^{b)}
▪ ประกันสังคม	11.9 ^{a)}	7.3 ^{b)}
▪ บัตรทอง	9.2 ^{a)}	5.4 ^{b)}
▪ ทุกสิทธิ	10.2 ^{a)}	9.1 ^{b)}
ต้นทุนต่อหน่วย (บาท/คน)	336.9 ¹⁵⁾	687.8 ¹⁴⁾
ต้นทุนรายหัวประชากร (บาท/คน)		
▪ ข้าราชการ	55.3	72.2
▪ ประกันสังคม	40.1	50.2
▪ บัตรทอง	31.0	37.1
▪ ทุกสิทธิ	34.4	62.6

- a) อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากก่อนการสัมภาษณ์ 12 เดือน จากรายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546.
- b) อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากก่อนการสัมภาษณ์ 12 เดือน จากรายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552.

¹⁵⁾ เพ็ญแข ลาภยิ่ง, บุชราภรณ์ จิตต์รุ่งเรือง. ต้นทุนบริการสุขภาพช่องปาก ปีงบประมาณ 2546.

การเข้าถึงบริการ
สุขภาพช่องปาก

เป้าหมายของระบบบริการสุขภาพคือ จัดบริการแก่ผู้จำเป็นต้องได้รับบริการ (need)¹ แม้โรคในช่องปากเกิดได้กับคนทุกกลุ่มอายุ และเมื่อเป็นโรคแล้วจำเป็นต้องได้รับบริการ แต่กลุ่มคนที่อยู่ในชนชั้นล่าง (low social class)² เช่น กลุ่มรายได้น้อยและขาดโอกาส เข้าถึงบริการน้อยกว่าคนกลุ่มอื่น และมีแนวโน้มไม่ได้รับการรักษาถูก เช่น ถอนฟัน แทนที่จะได้รับการรักษาคงรักษากฟัน

โดยทั่วไป ชนชั้นทางสังคมแบ่งออกเป็นชนชั้นสูง กลาง และต่ำ วัดด้วยกลุ่มตัวแปร การศึกษา อาชีพ และรายได้ บางการศึกษาใช้ การศึกษา อาชีพ การฝึกอบรม (training) และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเลี้ยงดู³

แม้รายได้ การศึกษา อายุ เพศ การรับรู้ และลักษณะส่วนบุคคลอื่น ๆ มีความสัมพันธ์สูงต่อ การใช้บริการ แต่ข้ออธิบายความผันแปรของการใช้บริการสุขภาพช่องปากได้น้อย อาจเป็นไปได้ว่า มิได้ศึกษาความต้องการหรือรสนิยมของผู้ใช้บริการแต่ละคนซึ่งเป็นประเด็นสำคัญ เช่น บางคนอาจสนใจค่ารักษาที่ถูกแสวงหาผู้ให้บริการที่มีลักษณะที่ต้องการ ความกลัวเจ็บ กลัวหมอ นอกจากนี้ยัง มีการศึกษาในตัวผู้ให้บริการไม่มากนัก ทั้งนี้จะเป็นปัจจัยสำคัญ เพราะลักษณะพิเศษของการบริการทันตสุขภาพที่ต่างจากการบริโภคสินค้าทั่วไป

¹ Mechanic D. Medical sociology. 2nd eds. New York: free Press. 1978

² ชนชั้นทางสังคม (social class) หมายถึง ความสัมพันธ์ของคนหรือกลุ่มคนที่ดำรงอยู่อย่างอิสระ มีการแบ่งปันทรัพยากรกัน และจัดชั้นสมาชิกในกลุ่มให้อยู่ในสังคมในระดับเดียวกัน สมาชิกในกลุ่มจึงมักมีค่านิยม ความเชื่อ วิถีพฤติกรรม และความต้องการ และแบบแผนชีวิตคล้ายคลึงกัน (Ritzer G. Exchange theory and behavioral society. In Sociological theory. McGraw-Hill, Inc. 3rd eds. Printed in Singapore, 1992.)

ในสังคมที่มีการกดขี่ทางเพศ (เพศหญิงเป็นชนชั้นที่ด้อยกว่าเพศชาย) นักเรียกร้องสิทธิสตรีจะนับเพศเข้ามาเป็นตัวแปรด้วย และใช้คำว่า อคติทางเพศ (gender bias) แทน อาจกล่าวได้ว่า ชนชั้นทางสังคมเป็นกลไกที่สังคมใช้จัดลำดับกลุ่มประชากรตามความหมายของการมีคุณค่า (worthiness)

³ Petersen PE. Social inequalities in dental health towards a theoretical explanation. Community Dent Oral Epidemiol; 1990;18:153-8.

ความหมายของการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก

การเข้าถึงบริการ เป็นแนวคิดสำคัญในเรื่องระบบบริการสุขภาพ โดยมีการให้ความหมายที่แตกต่างกันและเสนอความหมายของการเข้าถึงบริการในมิติต่าง ๆ ได้แก่ บริการที่มี (availability) การเข้าถึงบริการ (accessibility) ความสะดวก (accommodation) ความสามารถจ่าย (affordability) และการยอมรับ (acceptability) ดังตาราง 6

เมื่อระบบบริการดำเนินไปได้ระยะหนึ่งและมีความครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่แล้ว ประสิทธิภาพ (efficiency) และความเป็นธรรมในการใช้บริการ (equity) จะเป็นมิติสำคัญในการประเมินระบบเป็นลำดับต่อมา

ตาราง 6 มิติ ความหมาย และตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการ

มิติ	ความหมาย	ตัวชี้วัด
Availability	บริการที่สามารถรองรับความจำเป็นของประชาชนได้เพียงพอ หรือไม่	- จำนวนสถานบริการ - เวลาที่รอใช้บริการ - ครอบคลุมไม่มากนักมีผลเสียต่อสุขภาพ
Continuity of care	บริการได้เบ็ดเสร็จ และมีระบบส่งต่อที่ดี	- เปิดบริการประจำ/สม่ำเสมอ - มีระบบส่งต่อที่ดี
Accessibility	ประชาชนมาใช้บริการได้ • การคมนาคม • ระยะทาง • ค่าเดินทาง	- อัตราการใช้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบ - อัตราการใช้บริการเฉลี่ย คน/ครั้ง - ความครอบคลุมของบริการพื้นฐาน
Accommodation	เป็นบริการที่ใช้ได้สะดวก (ขึ้นกับการรับรู้และยอมรับของผู้ให้บริการ) เช่น เปิดบริการตามเวลาที่ประชาชนสะดวก มีระบบ นัดหมาย	- มีคลินิกนอกเวลา - มีบริการโดยหน่วยเคลื่อนที่ - มีระบบนัดหมาย
Affordability	สามารถจ่ายค่ารักษาจากการใช้บริการได้	ความครอบคลุมของการมีสิทธิประโยชน์หรือประกันสุขภาพของปก
Acceptability	ทัศนคติของผู้ใช้บริการที่คาดหวังต่อผู้ให้บริการเมื่อเทียบกับบริการจริงที่ได้รับ	- ความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการ - ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้ใช้บริการ

ที่มา : ปรับจาก Penchansky R, Thomas J W. the concept of access definition and relation to consumer satisfaction. Med Care:1981(2):127-40.

การใช้บริการสุขภาพช่องปาก

ระหว่างการบริการนอกจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้ใช้บริการตามแนวทางของวิชาชีพแล้ว ยังมีความสัมพันธ์ทางสังคมผ่านการรับรู้ แลกเปลี่ยนประมวล และประเมิน ดังภาพ 5

ภาพ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการ



1. ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่

1.1 สถานะทางเศรษฐกิจสังคม (socio-economic status: SES) ของบุคคลอาจประเมินได้จากระดับการศึกษา อาชีพ เพศ ประสพการณ์การใช้บริการ และความสม่ำเสมอในการใช้บริการ ในสังคมดั้งเดิม อายุและเพศอาจเป็นตัวแปรสำคัญที่สะท้อนถึง SES เช่น ผู้อาวุโสเพศชายหรือผู้อาวุโสทั้งชายและหญิงในอินเดีย อัฟริกา และ เม็กซิโก ได้รับความนับถือและมีอำนาจในครัวเรือน⁴ และในสังคมที่มีอคติทางเพศ เพศหญิง โดยเฉพาะเด็กหญิงถูกจัดไว้ในลำดับท้ายสุดในการใช้ทรัพยากรของครอบครัว (อาหารและการใช้บริการการแพทย์)⁵ ในสังคมทุนนิยม วัยแรงงานเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวจึงมีสิทธิมีเสียงมากกว่าคนชรา และเป็นสังคมที่ให้โอกาสสมาชิกเลื่อนชั้นทางสังคม (social mobility) การศึกษาจึงมีบทบาทสำคัญกว่าเพศหรือลำดับชั้นในครอบครัว เพราะช่วยให้ก้าวหน้าในอาชีพการงานและรายได้สูงเป็นที่ยอมรับของสังคม

⁴ Messer E. Intra-household allocation of food and health care: current findings and understanding-introduction. Soc Sci Med 1997;44(11):1675-84.

⁵ Larme A C. Health care allocation of food and selective neglect in rural Peru. Soc Sci Med 1997;44(11):1711-23.

โดยรวมแล้ว SES สะท้อนวิถีชีวิตหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตความสามารถ (ability) เข้าถึงบริการ การดูแลตนเอง รวมถึงทัศนคติและการรับรู้ในการดูแลสุขภาพ ในหลายการศึกษา SES มีส่วนกำหนดสุขภาพของบุคคล ผู้มีการศึกษาน้อยที่ทำงานใช้แรงกายและได้ค่าตอบแทนน้อย เมื่อต้องการเพิ่มรายได้ต้องเพิ่มการทำงาน ทำให้สุขภาพทรุดโทรม หรือเพราะยากจนจึงไม่สามารถใช้บริการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การส่งเสริมป้องกัน (Petersen 1990) เมื่อถึงที่สุดจึงจะมารับการรักษาซึ่งมักเป็นการถอนฟัน^{6,7}

1.2 สภาวะสุขภาพช่องปาก (oral health status)

ในมุมมองของวิชาชีพ ความจำเป็นในการบริการ (treatment needs) ที่วิเคราะห์จากการตรวจและวินิจฉัย เป็นปัจจัยหลักในการจัดบริการ แต่ประชาชนมีมุมมองต่างออกไปโดยเห็นว่า เป็นเพียงปัจจัยหนึ่งเท่านั้น และปัจจัยด้านสุขภาพที่กระตุ้นการใช้บริการได้อย่างสำคัญคือ อาการที่ผิดจากปกติ

1.3 พฤติกรรมการดูแลช่องปาก (oral health behavior)

การศึกษาหนึ่ง พบว่า ร้อยละ 60.8 ของกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นมีปัญหาในช่องปากแต่ส่วนใหญ่จะแก้ปัญหาด้วยตนเองก่อน มีเพียงร้อยละ 13 ที่ตอบว่าจะไปพบทันตแพทย์ สำหรับผู้ที่เคยใช้บริการในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 24.6 ของกลุ่มตัวอย่าง) เกือบทั้งหมดบอกว่า สาเหตุชักนำไปใช้บริการคือ อาการที่ผิดไปจากปกติ โดยร้อยละ 59.14 เป็นการถอนฟัน ส่วนผู้ที่ไม่ไปใช้บริการในรอบปีเกือบทั้งหมดตอบว่า เป็นเพราะยังไม่มีอาการ⁸ สอดคล้องกับการ

⁶ Grembowski D, Andersen RM, Chen Meei-shia. A public health model of the dental care process. Med Care Review 1989;46(4):439-96.

⁷ Nikias MK. Social class and the use of dental care under payment. Med Care 1968;6(5):381-93.

⁸ Lapying P. The demand analysis of oral care in rural area : a case study of Uthong district, Suphanburi (Ph.D. thesis), Medical and Health Social Sciences, Faculty of Graduate Studies. Nakornprathom: Mahidol University; 2001

สำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่บริการส่วนใหญ่คือถอนฟัน⁹ สะท้อนว่า คนส่วนใหญ่ละเลยบริการป้องกันทั้งระดับปฐมภูมิ (ป้องกันก่อนเป็นโรค) และทุติยภูมิ (secondary prevention) คือ ตรวจพบแต่เนิ่นและจำกัดภาวะที่เป็นโรคมิให้ลุกลาม เพื่อเก็บรักษาฟันแท้ไว้

1.4 การมีหลักประกันด้านสุขภาพช่องปาก

แม้การมีหลักประกันทางทันตสุขภาพจะลดอุปสรรคด้านการเงินลงได้ แต่ก็ไม่เพิ่มการใช้บริการเสมอไป ซึ่งอาจเป็นเพราะ

1) ต้องจ่ายร่วม (copayment)^{10,11} ต่อเมื่อมีบุคคลที่สาม (third party) เป็นผู้จ่ายค่าบริการทั้งหมดตามที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ (charge) จึงจะสามารถเพิ่มการใช้บริการได้ (Nikias 1968, Grembowski et al. 1997)¹²

2) อุปสรรคด้านสังคมและจิตวิทยา (Grembowski et al. 1989, Gift 1978¹³) สำหรับกลุ่มคนจนที่มีสิทธิรักษาฟรีมีแนวโน้มที่จะได้รับบริการที่มีต้นทุนต่ำกว่าคนกลุ่มอื่นทั้งที่มีปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกัน^{14,15} เช่น ถอนฟัน แทนการรักษาคลองรากฟัน หรือได้รับยาราคาถูกกว่า เข้าลักษณะบริการแบบสองมาตรฐาน (double

⁹ วีระศักดิ์ พุทธาศรี, เพ็ญแข ลาภยั้ง. การใช้บริการสุขภาพช่องปากของคนไทย 5 ปีหลังการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 2552;18(4) 489-503.

¹⁰ Freeman HE, Corey CR. Insurance status and access to health services among poor persons. HRS 1993;28(5):531-41,

¹¹ Kupor SA, Lui YC, Lee J, et al. The effect of copayments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan's National Health Insurance System. Int J Health Serv 1995; 25(2):295-312.

¹² Grembowski D, Fiset L, Milgrom P, et al. Does fluoridation reduce the use of dental services among adults? Med Care 1997; 35(5): 454-71.

¹³ Gift HC. Social and psychological barriers to dental care: consideration of the nearpoverty individual. J American College of Dent 1978;45(3):178-183.

¹⁴ Baillit HL, Braun R, Maryniuk GA, Camp P. Is periodontal diseases the primary cause of tooth extraction in adults? JADA 1987;114:40-5.

¹⁵ Conrad DA, Milgrom, Kiyak A. Insurance plan effects of dental provider treatment patterns for elderly patients: an experimental economic approach. Med Care 1984;22(5):430-446.

standard)¹⁶ นอกจากนี้ ท่าทาง (manner) ของผู้ให้บริการอาจทำให้ผู้มีสิทธิดังกล่าวรู้สึกว่าคุณค่าตนด้อยคุณค่า (loss of self-esteem) จึงไม่มาใช้บริการเท่าที่ควร (Grembowski et al. 1989)

1.5 การเรียนรู้เชิงเหตุผล (cognition) รวมปัจจัยจิตวิทยา

ทัศนคติในเรื่องสุขภาพช่องปาก นอกจากผันแปรตามชนชั้นทางสังคม (social class) แล้ว^{17,18} (Grembowski et al. 1989) ยังขึ้นกับอายุ เพศการศึกษา ประสบการณ์ที่เคยมีต่อโรคหรือบริการ และภาพลักษณ์ของบริการ (Antonovsky & Kats.1970, Conrad et al. 1984, Gift 1978) แม้ว่าการศึกษานี้ของสังคมในเรื่องสุขภาพช่องปากจะชัดเจน แต่โรคโดยทั่วไป ไม่มีผลทำให้เสียชีวิต การแสวงหาบริการจึงขึ้นกับการให้คุณค่าของบุคคลด้วย การใช้บริการป้องกันโรค (เสมือนการออมเพื่อรอรับผลประโยชน์ในอนาคต ทำนองอดเปรี้ยวไว้กินหวาน) เป็นค่านิยมของชนชั้นกลางขึ้นไปเพราะเล็งเห็นประโยชน์ในการออมไว้เพื่อไม่ต้องพบกับการเป็นโรคในอนาคต โดยคนกลุ่มนี้ยังมีเงินเหลือจากการใช้จ่ายพอที่จะออมได้ ขณะที่คนจนต้องหารายได้ให้พอกับค่าใช้จ่ายในแต่ละวัน ไม่เหลือออม ทำให้มาใช้บริการเมื่อมีอาการมาก ซึ่งกลายเป็นบริการที่จำเป็นแล้ว ส่วนการใช้บริการที่ซับซ้อนเป็นค่านิยมของชนชั้นสูงซึ่งอาจไม่ให้ความสำคัญนักกับการป้องกันก็ได้ แต่เมื่อเป็นโรคสามารถเลือกบริการราคาแพงเพราะฐานะอำนวยและเห็นพ้องกับหมอว่าดีกว่าบริการราคาถูก

การบริการก็มีส่วนส่งเสริมค่านิยมที่ผิด เช่น การทำฟันเหยินหมดแผนฟันที่สูญเสียไป ผู้ใช้บริการมักคิดว่ามีความสวยงามและใช้งานได้ดีเหมือนหรือดีกว่าฟันธรรมชาติ ผนวกกับความเชื่อว่าเมื่อถึงวัยหนึ่งฟันจะหลุดล่วงไปเองตามธรรมชาติ มีส่วนทำให้บุคคลละเลยการดูแล รวมทั้งละเลยการมารักษาหรือบูรณะฟัน

¹⁶ หมายความว่า ในการวางแผนการรักษา แทนที่ผู้ให้บริการจะพิจารณาตามความจำเป็นด้านสุขภาพและวิชาการ แต่ใช้หลักเกณฑ์อื่น เช่น ฐานะ อาชีพ เพศ ผิวสี หรือผลประโยชน์ที่จะได้ตอบแทนจากการบริการ มาเป็นเกณฑ์แทน

¹⁷ Milen A. Role of social class in caries occurrence in primary teeth. International J of Epidemiology 1987;16(2):252-6.

¹⁸ Antonovsky A, Kats R. the model dental patient: an empirical study of preventive health behavioral. Soc Sci Med 1970;4:367-80.

การเรียนรู้ ไม่ได้ขึ้นกับระดับการศึกษาในระบบเท่านั้น แต่ยังรับอิทธิพลจากค่านิยมของสังคมและประสบการณ์ใหม่ ๆ ด้วย ผู้ที่เดินทางออกนอกชุมชนไปทำงานในเมืองใหญ่ได้พบเห็นหรือรับรู้ข่าวสารทันสมัยสามารถพัฒนาการเรียนรู้ได้ การเรียนรู้อาจเชื่อมโยงกับตัวแปรอายุและเพศในทางอ้อม เช่น ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสเดินทางออกนอกชุมชนน้อยกว่าผู้อยู่ในวัยทำงานทั้งเพศหญิงและชาย

โดยสรุป ประชาชนจะแสวงหาบริการหรือไม่ นอกจากขึ้นกับการบริการที่มีอยู่ ยังขึ้นกับค่านิยมของสังคม (social norm) ที่บุคคลเป็นสมาชิก และภูมิหลังของบุคคลเองซึ่งสืบเนื่องมาจากปัจจัยทางกายภาพ จิตวิทยา และสังคม เช่น ในเขตชนบททางตะวันออกของประเทศกัวเตมาลามีความเชื่อว่า 1) เมื่อตั้งครรภ์หนึ่งครั้งจะสูญเสียฟัน 1 ซี่ และฟันจะหลุดร่วงตามอายุ การมีฟันผุหรือฟันหลอจึงเป็นเรื่องตามธรรมชาติ 2) หญิงสาวที่ใส่ฟันเทียม (ฐานอะคริลิก) มีโอกาสได้แต่งงานและมีสามีที่ดีกว่าหญิงสาวที่ไม่ใส่ฟันเทียม กลายเป็นค่านิยมว่า หญิงสาววัยสมรส (วัยรุ่น) ในครอบครัวที่มีฐานะจะถอนฟันและใส่ฟันเทียมจากหมอเถื่อนที่ไปบริการถึงบ้าน ปรากฏการณ์ความเชื่อนี้เกิดขึ้นจาก 1) หันตแพทย์มีจำนวนน้อยและอยู่ในเขตเมืองและบริการมีราคาแพงมากโดยเฉพาะการใส่ฟันเทียม คนหมู่บ้านนี้ส่วนใหญ่ยากจนจึงเข้าไม่ถึงบริการ 2) ผู้ที่จะถอนหรือใส่ฟันเทียมได้ (แม้ว่าจะเป็นบริการโดยหมอเถื่อนซึ่งคิดค่าบริการถูกกว่าทันตแพทย์ครึ่งหนึ่ง) ต้องมีฐานะดี ฟันเทียมจึงแสดงถึงฐานะที่ดีกว่าคนอื่น จึงมีโอกาสดูถูกเลือกจากผู้มีฐานะดีเช่นกัน นานวันเข้าจึงกลายเป็นค่านิยมว่า หญิงสาวต้องใส่ฟันเทียมจึงได้แต่งงานไปอยู่ในตระกูลดี¹⁹

2. ผู้ให้บริการ นอกจากลักษณะทางประชากรของผู้ให้บริการแล้ว ยังมีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ดังนี้

2.1 อายุการทำงาน (practice age) บ่งบอกถึงประสบการณ์และความสามารถในการให้บริการและความเชื่อในคุณค่าแห่งตน (self-esteem) อย่างไรก็ตามพบเสมอว่า เมื่ออายุมากขึ้นจนถึงระดับ

¹⁹ Hunter JM, Arbona SI. The tooth as a marker of developing world quality of life: a field study in Guatemala. Soc Sci Med 1995; 41(9):1217-1240.

หนึ่งแล้ว ผลผลิตภาพในการให้บริการจะลดลง เนื่องจากข้อจำกัดด้านกายภาพและขาดการติดตามความรู้และเทคโนโลยีใหม่ ๆ

2.2 ระดับขนาดของการบริการ (practice scale) มีผลโดยตรงต่อชนิดและปริมาณของการบริการ ขนาดการผลิตที่มีประสิทธิภาพ (economies of scale) ช่วยเพิ่มปริมาณบริการโดยผู้ให้บริการไม่ต้องเพิ่มชั่วโมงการทำงาน แต่ก็อาจส่งผลถึงคุณภาพเทคนิคบริการได้ ขนาดการผลิตที่มีประสิทธิภาพยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดซื้อจัดจ้างอีกด้วย ต้นทุนต่อหน่วยจึงลดลง เป็นประโยชน์โดยตรงต่อการประกอบการ

2.3 ความเป็นธุรกิจ (practice business) เมื่อการบริการเป็นธุรกิจมากขึ้น ผู้ให้บริการมีแนวโน้มใช้เวลาอันน้อยลงต่อการบริการหนึ่งครั้ง เพื่อให้บริการได้ปริมาณมากขึ้น ผลที่ตามมาคือ ไม่ได้สื่อสารกับผู้ใช้บริการเท่าที่ควร ตัวแปรนี้ทวีความสำคัญมากขึ้นในเชิงบริหารจัดการ ไม่เฉพาะแต่ในภาคเอกชน แต่ยังครอบคลุมไปถึงบริการภาครัฐด้วย ในยุคที่ประเทศเผชิญกับวิกฤตเศรษฐกิจ งบประมาณลดลงเมื่อเทียบกับภาระงานที่มากขึ้น เมื่อผู้ให้บริการเน้นการสร้างรายได้ ประสิทธิภาพในการใช้บริการจะเพิ่มขึ้น (ไม่ว่าประสิทธิภาพของการให้บริการจะเพิ่มขึ้นหรือไม่ก็ตาม) แต่สูญเสียความเป็นธรรมของระบบบริการได้ นอกจากนี้ เมื่อผู้ให้บริการพึ่งพารายได้จากการบริการมากขึ้นหรืออีกนัยหนึ่งคือผู้ใช้บริการ ก็เสมือนเพิ่มอำนาจให้ด้านผู้ใช้บริการมากขึ้น

2.4 คุณภาพบริการ (quality of services) เนื่องจากผู้ให้บริการไม่สามารถประเมินคุณภาพเทคนิคบริการที่แท้จริงได้จึงพิจารณาจากความสะดวกสบายที่เป็นรูปธรรม (amenities) แทน (เช่น สภาพอาคารสถานที่ เวลาที่รอบริการ ความสะดวกในการใช้บริการ ความเป็นสัดส่วน) และผู้ใช้บริการยังใช้ลักษณะเหล่านี้ในการประเมินความคุ้มค่าหรือต้นทุนผลประโยชน์โดยตรงอีกด้วย (Grembowski et al. 1989) ผู้ให้บริการจึงมักใช้ลักษณะดังกล่าวสร้างความประทับใจและดึงดูดผู้ใช้บริการ

2.5 ลักษณะของผู้ให้บริการ (provider characteristics) ได้แก่ ชนชั้นทางสังคม (social class) ความเชื่อและอุดมการณ์ในการ

ทำงาน (practice beliefs and ideology) ความต้องการมีอำนาจ (need of power) และการศึกษา (education)

ความเชื่อและอุดมการณ์ในการทำงานมีส่วนกำหนดชนิดและลักษณะบริการ เช่น ทันตแพทย์ที่ศรัทธาการป้องกันโรคจะส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการ สามารถดูแลตนเองมากกว่าพึ่งทันตแพทย์ หากมีอุดมการณ์ทำงานเพื่อประชาชนจะคำนึงถึงความเหมาะสมของบริการสำหรับผู้ใช้บริการมากกว่าเน้นให้บริการราคาแพงหรือกำไรมาก มีการศึกษาผลกระทบเชิงโครงสร้างของวิชาชีพที่มีต่อพฤติกรรมบริการของแพทย์ พยาบาล และนักสุขภาพ พบว่า อุดมการณ์ของสมาชิกแต่ละกลุ่มที่ต้องการยกสถานะภาพของวิชาชีพตนให้มีเกียรติยศและเป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีทัศนคติทางลบต่อกลุ่มคนจน ผู้ให้บริการที่ต้องการมีอำนาจมากจะให้ข้อมูลแก่ผู้ใช้บริการน้อยที่สุด และโดยทั่วไป ผู้ให้บริการที่มีการศึกษาต่อเนื่องมีแนวโน้มให้บริการได้มีคุณภาพมากกว่า²⁰

3. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการ

3.1 เชิงอำนาจและการถ่วงดุล (power balancing)

ประกอบด้วย 3 ปัจจัยคือ

3.1.1 ความสมดุลในการบริการ (balancing operation)

ทันตแพทย์ไม่เพียงมีความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากมากกว่าผู้ให้บริการ แต่ยังเป็นผู้ให้บริการด้วย และเพราะความไม่รู้ไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและกระบวนการรักษา ผู้ใช้บริการจึงมอบความไว้วางใจให้ทันตแพทย์ตัดสินใจแทนตนเอง นอกจากนี้วิชาชีพยังได้รับฉันทานุมัติผ่านกระทรวงสาธารณสุขให้มีอำนาจในหน้าที่ (authority) ดังกล่าวอย่างถูกกฎหมาย ผสมผสานกับความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียมระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการ (provider-patient relationship) ทำให้ผู้ให้บริการมีอำนาจมากกว่าผู้ให้บริการ และมีแนวโน้มที่จะกำหนดและตัดสินใจเรื่องบริการด้วยตัวเอง (dominate) มากกว่าจะตัดสินใจร่วมกับผู้ให้บริการ การตัดสินใจนี้เป็นไปตามทัศนคติ สมมติฐานในใจ และความคาดหวังของทันตแพทย์เอง ภายใต้บริบทของคุณค่าทางสังคม (social value)

²⁰ Walsh JL, Elling RH. Professionalism and the poor-structural effects and professional behavior. J Health Soc Beh 1968;9(1):16-28.

ลักษณะดังกล่าวอาจทำให้ผู้ใช้บริการมีต้นทุนด้านจิตใจ (psychological cost) ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจในบริการ แม้ว่าเวชจัดอุปสรรคด้านการเงินแล้วก็ตาม

ในการรักษา แม้ผู้ป่วยต้องพึงพิงความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการ แต่ผู้ป่วยก็มีวิธีตอบโต้พฤติกรรมของผู้รักษาได้ เช่น หยุดการรักษา แสวงหาผู้รักษาคนใหม่ ต้องให้ความยินยอมก่อนจึงรักษาได้ และใช้ความรู้และประสบการณ์ที่มีประเมินความสามารถและความเหมาะสมของการรักษา ในอีกด้านหนึ่ง พันธะส่วนตัวที่มีต่อกัน ความไวเนื้อเชื่อใจกัน และความคาดหวังถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับในอนาคต ทำให้ผู้รักษาลดการใช้อำนาจลงสำหรับบริการต่อเนื่องหลายครั้ง เช่น จัดฟัน อำนาจของทันตแพทย์จะลดลงเมื่อเทียบกับบริการที่ใช้เวลาสั้น ๆ เช่น อุดฟัน²¹ และเมื่อบริการมีความเป็นธุรกิจมากขึ้นและผู้ให้บริการคาดหวังรายได้จากผู้ใช้บริการมากขึ้น จะยิ่งลดการใช้อำนาจลง เท่ากับเป็นการเพิ่มอำนาจให้แก่ผู้ใช้บริการโดยอัตโนมัติ

การรวมกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งในการเพิ่มอำนาจ อาจเป็นการรวมกลุ่มของผู้ให้หรือผู้ใช้บริการ แต่ในเรื่องสุขภาพช่องปาก ผู้ใช้บริการยังไม่มีกรรวมกลุ่มอย่างชัดเจน สำหรับการรวมกลุ่มของทันตแพทย์อยู่ในรูปสมาคมหรือสภาเพื่อพิทักษ์ผลประโยชน์และลดการแข่งขันกันเอง รวมทั้งลดทางเลือกในตลาดบริการด้วยการออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ (dentist licensure) เป็นเครื่องมือทางกฎหมาย

3.1.2 ความรู้และข้อมูลข่าวสาร (information)

ในการตรวจสุขภาพช่องปาก ผู้ใช้บริการย่อมต้องการทราบว่า เขาจำเป็นต้องได้รับบริการอะไร (need) และใช้ข้อมูล

²¹ ขึ้นกับ ปริมาณงานที่เหลือ ต้นทุนที่จะเกิดขึ้น และผลประโยชน์ที่จะได้เพิ่มเมื่อการรักษาเสร็จสิ้น หากการรักษาใกล้เสร็จสิ้นและผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษามากกว่าผลประโยชน์ที่เขาคาดว่าจะได้รับเมื่อรักษาเสร็จ เขาอาจหยุดการรักษาสำหรับบริการฟรี ระยะเวลารักษาที่ยาวนานย่อมทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสประเมินและชั่งใจได้ตลอดเวลาว่า จะรักษาต่อหรือเลิกรักษากลางคัน ดังนั้น ไม่ว่าจะต้องจ่ายเงินหรือไม่ หากใช้เวลารักษานาน อำนาจของผู้ให้บริการที่เหนือผู้ป่วยจะลดลง ลักษณะเช่นนี้มีส่วนทำให้เกิดค่ารักษาเป็นครั้ง ตามปริมาณงานหรือคิดค่ารักษาล่วงหน้าหรือค้ำมัดจำ แทนที่จะคิดค่ารักษาเมื่อรักษาครบ—ผู้เขียน

นี้มาประมาณความต้องการบริการของตัวเอง (demand) ทันตแพทย์จึงเสมือนเป็นผู้ขยายขอบเขตความรู้ในการบริการแก่ประชาชน ยิ่งที่ทันตแพทย์ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมากเท่าใดยิ่งทำให้ผู้ป่วยลดการพึ่งพิงทันตแพทย์ได้มากเท่านั้น ในบริการการแพทย์ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ใช้บริการเป็นดัชนีตัวหนึ่งในการประเมินคุณภาพบริการ เพราะส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำมากกว่าการไม่ได้รับข้อมูล ขณะเดียวกัน การให้ข้อมูลอาจเป็นการเพิ่มอำนาจแก่ผู้ให้บริการด้วย Dranove and White (1987 อ้างใน Grembowski et al. 1989) พบว่า แพทย์มักให้ข้อมูลกระตุ้นความต้องการบริการราคาแพงในการวินิจฉัยโรค ในแง่กฎหมาย ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างครบถ้วนก่อนการตัดสินใจว่าจะรักษาหรือไม่ หากผู้ให้บริการให้ข้อมูลไม่เพียงพอ ผู้ป่วยสามารถเรียกร้องขอทราบข้อมูลดังกล่าวได้

3.1.3 อำนาจหน้าที่ของทันตแพทย์ (dentist authority)

ประชาชนทั่วไปมีความรู้ความสามารถด้านสุขภาพช่องปากน้อยกว่า จึงมอบความไว้วางใจให้ทันตแพทย์ ทันตแพทย์จึงมีบทบาทขอบธรรมและมีอำนาจหน้าที่ในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของผู้ใช้บริการโดยให้ความรู้ แนะนำ สาธิต และบริการ

3.2 ความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์และต้นทุน

3.2.1 ผลประโยชน์ (reward)

3.2.1.1 ผลประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการคาดว่าจะได้จากบริการ อาจเริ่มจากความเชื่อหรือศรัทธาที่มีต่อการบริการว่า จะทำให้เขาหายจากความเจ็บป่วย กลับมามีสุขภาพช่องปากเป็นปกติ สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ สามารถดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันรวมทั้งทำงานได้อย่างปกติ (production gain) และเกิดความพึงพอใจ (satisfaction) จากสุขภาพที่ดีหรือจากความสวยงามที่ได้จากบริการ (เช่น อุดฟันหน้า ใส่ฟันเทียม) สำหรับผู้ใช้บริการป้องกันก็มีความเชื่อว่าจะสามารถป้องกันการเป็นโรคในอนาคตได้

3.2.1.2 ผลประโยชน์ที่ผู้ให้บริการจะได้รับการบริการแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) ผลประโยชน์ที่มองเห็น ได้แก่ รายได้ และการที่ผู้ใช้บริการจะแนะนำผู้ใช้บริการรายใหม่มาให้ (new

patient referrals) 2) ผลประโยชน์ที่มองไม่เห็น ได้แก่ ความร่วมมือในการรักษา ความนิยม ยกย่องชื่นชมที่ผู้ให้บริการและสังคมมีต่อผู้ให้บริการและวิชาชีพ

3.2.2 ต้นทุน (cost)

3.2.2.1 ด้านผู้ให้บริการ เกิดจาก

1) การแสวงหาแหล่งบริการ (care source) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเสาะหาข้อมูลบริการและสถานบริการ สำหรับผู้ที่ไม่มีแหล่งบริการประจำอยู่ก่อน (regular care source) การรับฟังคำบอกเล่า (word-of-mouth) จากผู้มีประสบการณ์เป็นรูปแบบที่พบบ่อยในการแสวงหาข้อมูลแหล่งบริการของกลุ่มคนระดับล่าง เพราะเครือข่ายทางสังคมของคนกลุ่มนี้มีความใกล้ชิดกันมาก (มีความสัมพันธ์กันเหนียวแน่น) และการแนะนำกันแบบปากต่อปาก (word by word) เป็นวิธีที่มีค่าใช้จ่ายต่ำเมื่อเทียบกับการแสวงหาบริการวิธีอื่น ปัจจุบันเครือข่ายสังคมออนไลน์เข้ามามีบทบาทและเป็นที่นิยมมากขึ้น และกลุ่มผู้ให้บริการเองก็ได้ใช้ประโยชน์จากช่องทางนี้ด้วยและขยายขอบเขตการบริการถึงชาวต่างชาติด้วย

2) การเดินทางไปใช้บริการ ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร รวมถึงต้นทุนทางอ้อม เช่น การต้องหยุดงานหรือหาคนช่วยดูแลบุตรหรือคนชราในบ้านเมื่อตนจะไปใช้บริการ

3) ค่าบริการ (service charge or fee)

หากต้นทุนในการใช้บริการที่ต้องจ่ายเอง มากกว่าผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้จากบริการ เขาจะไม่ใช้บริการ หรือเลือกเฉพาะบริการจำเป็นที่สุดและสามารถจ่ายได้ หากมีต้นทุนเวลาหรือค่าเสียโอกาสสูง ผู้ใช้บริการมักไม่รักษาต่อเนื่องจนเสร็จสมบูรณ์

4) อารมณ์ความรู้สึก เรียกว่า ต้นทุนทางจิตใจ (psychic cost) ได้แก่ ความรู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้ที่มีสิทธิรักษาฟรีมักเกิดความรู้สึกเช่นนี้ได้ง่ายกว่าคนกลุ่มอื่น นอกจากนี้ ยังรวมถึงความกังวล กลัวเจ็บ เปื่อที่จะต้องรอคอย และเกรงว่าจะถูกผู้ให้บริการตำหนิว่า ไม่ดูแลสุขภาพ

ต้นทุนนี้อาจเกิดจาก 1) ผู้ให้และผู้ให้บริการให้คุณค่า (value) หรือให้ความสำคัญต่างกันโดยหันตแพทย์ตัดสินใจแบบวิชาชีพ

(professionalism) ที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพช่องปาก ขณะที่ผู้ให้บริการมีความจำเป็นด้านอื่น ๆ มากกว่า จึงไม่ตอบสนองต่อคำแนะนำในการรักษาตามความคาดหวังของทันตแพทย์ 2) การแข่งขันกันสร้างศักดิ์ศรีและเกียรติยศของตนในฐานะเป็นวิชาชีพ มีแนวโน้มที่ยินดีให้บริการคนที่มีสถานภาพทางสังคมสูงมากกว่า การบริการคนจนถูกจัดว่ามีความสำคัญลำดับท้ายๆ²² (ข้อสังเกตของ Huges อ้างใน Walsh and Elling 1968) เมื่อผู้ให้บริการที่มีสถานภาพทางสังคมต่ำ รับรู้หรือเคยมีประสบการณ์ว่า ถูกเลี้ยงที่จะให้บริการ จึงปฏิเสธการใช้บริการที่จำเป็นต้องได้นั้น (Walsh and Elling 1968) ผู้ให้บริการให้ความสำคัญกับประเด็นนี้มากเป็นลำดับที่สองรองจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจ 23 ช่องว่างระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการมีมากเท่าใด จะก่อให้เกิดต้นทุนทางจิตใจแก่ผู้ให้บริการได้มากเท่านั้น

3.2.2.2 ด้านผู้ให้บริการ เป็นต้นทุนในการบริหารจัดการและดำเนินการบริการ แบ่งเป็น

1) ต้นทุนคงที่ (fixed or overhead costs) เป็นต้นทุนที่มีอยู่ไม่ว่าจะมีการบริการหรือไม่ก็ตาม เช่น ค่าสถานที่ ค่าเครื่องจักรกล ค่าจ้างเจ้าหน้าที่ที่จ่ายเป็นเงินเดือน

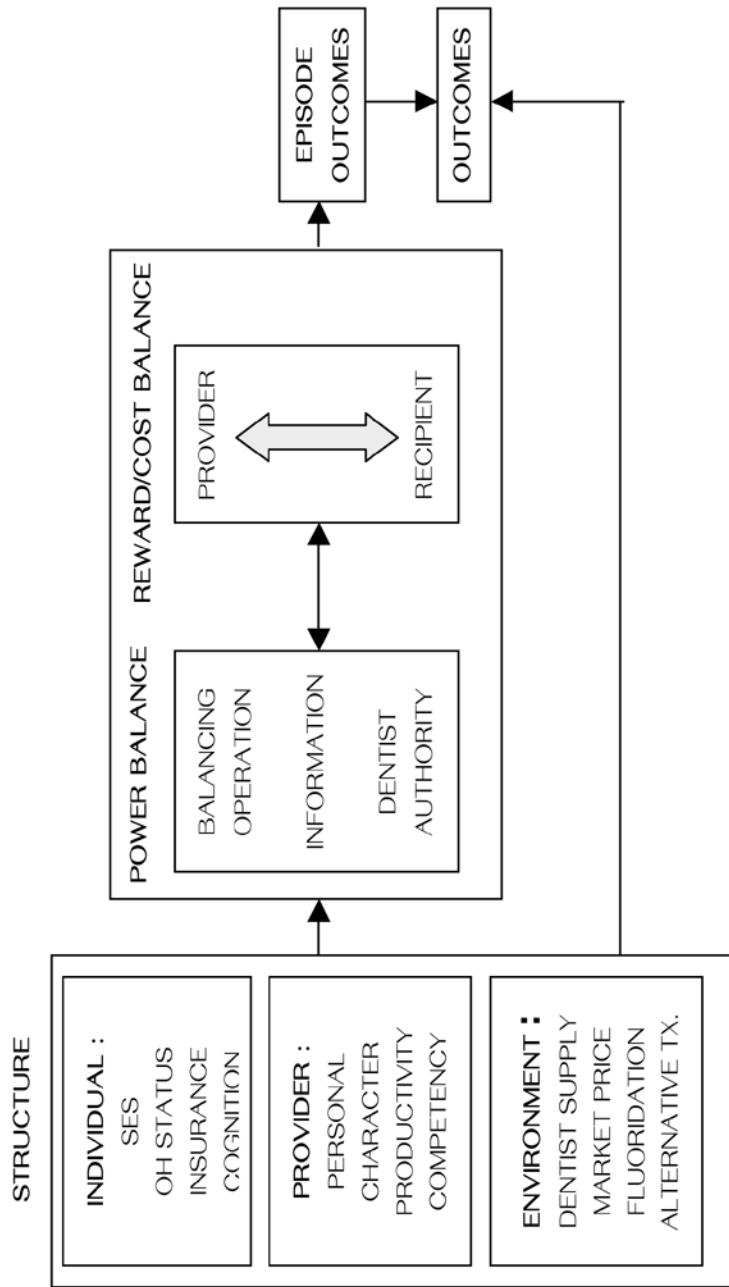
2) ต้นทุนแปรผัน (variable costs) เป็นต้นทุนที่แปรตามขนาดการผลิต เช่น ค่าตอบแทนผู้ให้บริการตามปริมาณงาน (work load) ค่าวัตถุดิบในการผลิต ฯลฯ ในการบริหารสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพการเพิ่มปริมาณงานบริการ แม้จะเพิ่มต้นทุนแปรผัน แต่เมื่อคิดเป็นต้นทุนต่อหน่วยแล้วจะลดลง เพราะจำนวนบริการที่เพิ่มขึ้นทำให้ค่าเฉลี่ยต้นทุนคงที่ลดลง

ผลประโยชน์ต้องเท่ากับหรือมากกว่าต้นทุนทั้งด้านผู้ให้และผู้ให้บริการ จึงจะเกิดการแลกเปลี่ยนบริการ ดังภาพ 4 (ดัดแปลงจาก Grembowski et al. 1989)

²² ในยุคนั้น ส่วนใหญ่ยังเป็นการซื้อบริการโดยตรงระหว่างผู้ให้และผู้ให้บริการ

²³ Frazier PJ, Jenny J, Bagramian RA, et al. Provider expectations and consumer perceptions of the importance and value of dental care. American Journal of Public Health 1977; 67(1):37-43.

ภาพ 6 การแลกเปลี่ยนระหว่างผู้ให้และผู้ใช้บริการ



ข้อควรคำนึงในการศึกษาการใช้บริการสุขภาพช่องปาก

1. บริการสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร มีทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีคุณค่าแตกต่างกัน ตามการให้ความหมายของบุคคลและสังคม จึงควรศึกษาทั้งการเลือกใช้บริการ บริการและเหตุผลของบุคคลในการเลือกเช่นนั้นด้วย
2. บริการสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรเกือบทั้งหมด เป็นงานหัตถการ (operation) ซึ่งต่างจากบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอกทั่วไปที่เป็นการรักษาด้วยยาส่วนใหญ่ ความชำนาญของผู้ให้บริการ (competence) วัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ (material and equipment) รวมทั้งการมีสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการ (facilities) จึงมีความสำคัญต่อบริการ
3. นอกจาก “อายุ” เป็นปัจจัยกำหนดการใช้บริการโดยตรงแล้ว (เพราะโรคมีการดำเนินโรคแบบสะสม และเมื่ออายุมากขึ้นจะมีปัญหาจากความเสื่อมของอวัยวะ) “อายุ” ยังเป็นปัจจัยที่มีนัยแฝงต่อการใช้บริการในประเทศกำลังพัฒนาหรือพัฒนาน้อย คนส่วนใหญ่มักหมดเวลาในการมาใช้บริการ จนสูญเสียฟัน เมื่อล่วงเข้าวัยสูงอายุจึงมักเหลือฟันน้อยซี่ ทำให้ต้องการบริการลดลงอื่น ยกเว้นใส่ฟันเทียม ต่างจากผู้สูงอายุในประเทศพัฒนาที่เก็บรักษาฟัน มากกว่าถอน จึงมีความเสี่ยงต่อโรคปริทันต์และผุที่รากฟัน จึงยังต้องการบริการมาก
4. ครั้งของการใช้บริการเป็นหน่วยวิเคราะห์ที่สำคัญ ทั้งจำ นวน (number) ระยะเวลาที่ใช้ (length) และความถี่ (frequency) ของการใช้บริการ เพื่อเข้าใจประสบการณ์ที่ผ่านมาของผู้ใช้บริการ ตั้งแต่การให้ความหมายว่า อาการอย่างไร ขนาดไหน จึงนับว่าเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากและยังใช้ในการประมาณต้นทุนบริการและศึกษาแบบแผนการแสวงหาบริการ (seeking care and referral patterns) ว่า เริ่มเมื่อไร เป็นอย่างไร ตัดสินใจใช้บริการล่าช้าหรือไม่
5. ควรศึกษาการใช้บริการในแง่กระบวนการตัดสินใจ (decision-making process) ที่หลีกเลี่ยงหรือมารับบริการ มีอะไรเป็นแรงขับให้ตัดสินใจและมีพฤติกรรมดังกล่าว นอกจากจะมองที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียว

6. ค่าบริการ (charge) ในภาพรวมจะสะท้อนปริมาณการใช้บริการ (utilization) ได้ก็ต่อเมื่อ

- 1) หันตแพทย์แต่ละคน สถานบริการแต่ละแห่ง ใช้อัตราค่าบริการเดียวกันหรือคิดค่าบริการไม่แตกต่างกันมากนัก
- 2) หันตแพทย์แต่ละคน ใช้เวลาในการบริการชนิดเดียวกันไม่แตกต่างกันมากนัก (เมื่อเทียบกับหันตแพทย์คนอื่นและภายในคนเดียวกัน)

7. สำหรับกลุ่มที่เข้าถึงบริการ หันตบุคลากรมีอิทธิพลต่อการบริการด้วยการใช้ระบบนัดติดตาม (recall system) ในคนที่ยังไม่มีคามผิดปกติ ทางโทรศัพท์หรือช่องทางอื่นๆ ให้มาตรวจประจำปี สำหรับผู้มีปัญหาในช่องปากและมาใช้บริการหันตบุคลากรมักเป็นผู้เสนอประเภทบริการและตัดสินใจแทนผู้ใช้บริการด้วยเหตุผลว่า ผู้ใช้บริการขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและวิธีการรักษา เมื่อสภาพสังคมเปลี่ยนไป มีการพัฒนาการพิทักษ์สิทธิ/คุ้มครองผู้บริโภค การให้ข้อมูลอย่างสมบูรณ์ (fully information) เพื่อให้ผู้ใช้บริการตัดสินใจเลือกวิธีการเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ต้องกระทำ

8. เนื่องจากระบบบริการสุขภาพช่องปากอยู่ในระบบสังคมใหญ่ การตัดสินใจของบุคคลและการมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก จึงรับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นในสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (นอกเหนือจากการมีบริการสุขภาพช่องปากตอบสนองความต้องการได้ไม่ครบถ้วน) เช่น การมีแหล่งบริการหรือทางเลือกอื่นที่ไม่ใช่บริการโดยวิชาชีพ (alternative) ค่าบริการในตลาดบริการ การมีหลายชนชั้นในสังคม (mix of social class) รวมถึงการมีสวัสดิการในรูปแบบต่าง ๆ

9. เหตุผลหลักของการใช้บริการคือ เพื่อรักษาสภาวะสุขภาพช่องปากให้อยู่ในระดับที่น่าพอใจหรือทำให้ดีขึ้นเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นในที่สุด ไม่ใช่เพื่อซื้อขายบริการ การศึกษาการใช้บริการก็ควรมุ่งที่วัตถุประสงค์ดังกล่าว

10. การอุดหนุน (subsidized) ค่าบริการสุขภาพช่องปากสามารถลดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการได้ ก็ต่อเมื่อความไม่เท่าเทียมนี้เกิดจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ เช่น ประชาชนมีรายได้แตกต่างกัน



