



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง เปรียบเทียบระบบบริการสุขภาพช่องปาก 4 ประเทศ :
สหราชอาณาจักร สวีเดน ญี่ปุ่น มาเลเซีย และชอ์เสนอ
ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ
ช่องปากในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี

จัดทำโดย นางสาวสุณี วงศ์คงคาเทพ
รหัส 9060

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 9 ปี 2560
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง เปรียบเทียบระบบบริการสุขภาพช่องปาก 4 ประเทศ :
สหราชอาณาจักร สวีเดน ญี่ปุ่น มาเลเซีย และชอเสนอ
ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ
ช่องปากในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี

จัดทำโดย นางสาวสุณี วงศ์คงคาเทพ
รหัส 9060

หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 9 ปี 2560
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักรับบริหารการทูตของกระทรวงการต่างประเทศ

ลงชื่อ

(ดร. กาญจนา วานิชกร)
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ

(เอกอัครราชทูต ดร. จริย์วัฒน์ สันตะบุตร)
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรทัย ก๊กผล)
อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

วัตถุประสงค์ เพื่อ (1) เปรียบเทียบระบบบริการสุขภาพช่องปาก ปัญหา และมาตรการเพิ่ม การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก 4 ประเทศ คือ อังกฤษ สวีเดน ญี่ปุ่น มาเลเซีย (2) วิเคราะห์ มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก และ (3) จัดทำข้อเสนอเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี

ผลการศึกษา พบว่า

บทเรียนประสบการณ์การปฏิรูประบบบริการสุขภาพทั้ง 4 ประเทศ มีความเชื่อมโยงกับ ระบบบริการสุขภาพช่องปากอย่างแยกกันไม่ได้ สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ต่อการจัดระบบสุขภาพอย่างแนบแน่น ผล การวิเคราะห์มาตรการการเข้าถึงบริการ เป็นจัดทำข้อเสนอเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในช่องปากของเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี 4 ประเด็น คือ

1. ระบบสุขภาพและระบบการคลังสุขภาพ

มาตรการการปฏิรูปที่สำคัญที่ทุกประเทศนำมาใช้ คือ การปฏิรูประบบการคลังสุขภาพ และกลไกการจ่ายเงิน ทำให้รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพจึงมีความเชื่อมโยงกับระบบการคลัง สุขภาพอย่างแยกไม่ออก ตลาดบริการสุขภาพยังไม่สามารถแข่งขันได้อย่างสมบูรณ์ ประเทศ ส่วนใหญ่รัฐจึงเข้ามาแทรกแซงในตลาด เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างสอดคล้องกับนโยบาย สาธารณสุขของประเทศ ใน 4 ประเทศที่ศึกษา ประเทศอังกฤษ มาเลเซีย และไทย มีระบบการคลังที่ รัฐการเข้าไปให้การสนับสนุนด้านการคลังสาธารณสุข และให้บริการเอง (publicly financed and provided) ขณะที่ประเทศญี่ปุ่น และสวีเดนรัฐเข้าไปจัดการเฉพาะด้านการคลังแต่ให้ภาคเอกชนเป็น ผู้ให้บริการเป็นหลัก

2. นโยบายการพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพช่องปาก

ประเทศอังกฤษเป็นตัวอย่างประเทศที่มีนโยบายการพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดการจัดการเชิงโครงสร้างเพื่อพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการ อย่างจริงจัง มีการจัดตั้งหน่วยงานในการดำเนินงานอย่างชัดเจน มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน การดำเนินการ มีระบบกำกับติดตามประเมินผล และระบบการพัฒนาศักยภาพในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และการดูแลตนเองสำหรับประชาชน

3. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่ม เด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี

ประเทศทั้ง 4 ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็ก มาตรการในการดูแล เด็กแต่ละประเทศมีระบบการจัดการที่หลากหลาย มาตรการสำคัญที่ทั้ง 4 ประเทศดำเนินการและ สามารถนำมาประยุกต์ในประเทศไทย 4 มาตรการ คือ

1. มาตรการลงทะเบียนเด็กเพื่อรับการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่แรกเกิด ด้วยชุด กิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามวัยเด็ก ตามชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ที่ระบุเด็กทุกคนที่ลงทะเบียนจะได้รับการดูแลส่งเสริมป้องกันพื้นฐานที่จำเป็นอย่างมี

คุณภาพและครบถ้วน และบำบัดรักษาในกรณีจำเป็นตามระบบ โดยกระตุ้นและแจ้งให้ผู้ปกครองเด็ก รับรู้สิทธิและลงทะเบียนกับหน่วยบริการ รับบริการชุดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันตาม 3 ช่วงอายุ กลุ่มเด็ก 0-3 ปี กลุ่มเด็ก 3-5 ปี และกลุ่มเด็ก 6-14 ปี นอกจากนี้ในพื้นที่ที่เด็กมีปัญหาฟันผุสูง ควรดำเนินการตามแนวทางโครงการทันตกรรมป้องกันของสวีเดน โดยยึดแนวทางอิงตามระดับความเสี่ยงรายบุคคลมากขึ้น (risk-based) และสนับสนุนงบประมาณในการแก้ปัญหาในกลุ่มเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยงอย่างเพียงพอ

2. มาตรการขยายหน่วยบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ และเพิ่มผลิตทันตภิบาลในการให้บริการส่งเสริมป้องกันอย่างเพียงพอ สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ทั้งในพื้นที่ เขตเมือง เขตชนบท ทุรกันดารและห่างไกลโดย

2.1 การเพิ่มผลิตและพัฒนาศัลยภาพทันตภิบาลในหลักสูตรปริญญาตรีให้เพียงพอ และปรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทันตภิบาลให้เน้นบริการส่งเสริมป้องกันในสัดส่วนที่มากขึ้น โดยงานบริการส่งเสริมป้องกันในเด็กปฐมวัยควรนำรูปแบบการดำเนินการของประเทศญี่ปุ่น และงานการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน ควรนำรูปแบบการจัดการแบบทันตกรรมเพิ่มทวีของมาเลเซียมาประยุกต์ใช้ โดยกำหนดให้ทันตภิบาลมีบทบาทหลักในการให้บริการในกลุ่มเด็กไทย อายุต่ำกว่า 14 ปี

2.2 เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมในกลุ่มด้อยโอกาสและกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูลโดย (1) ขยายโครงการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้พิการให้ทั่วถึง (2) พัฒนาศัลยภาพทันตบุคลากรให้สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้พิการ (3) สนับสนุนทรัพยากรในการกระตุ้นการจัดทำโครงการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้พิการให้ทั่วถึง

2.3 พัฒนารูปแบบการให้บริการที่เอกชนร่วมให้บริการ สำหรับในเขตเมืองโดยการให้คลินิกทันตกรรมเอกชนที่สมัครใจ รับช่วงบริการ (Subcontract) ให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

3. เพื่อให้เด็กสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทางที่จำเป็นได้ ในเครือข่ายบริการเอกชน อาจมีความจำเป็นต้องเอาระบบการร่วมจ่าย (Copayment) มาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย สำหรับบริการที่มีต้นทุนสูง โดยใช้กลไกการจ่ายค่าบริการสมทบเช่นเดียวกับญี่ปุ่น ที่ร่วมจ่ายร้อยละ 20-30 ของค่ารักษา เมื่อไปใช้บริการที่คลินิกเอกชน โดยรับบริการกับภาคเอกชนที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ เพื่อจัดบริการทันตกรรมเฉพาะทางในกลุ่มเด็กให้มากขึ้น ร่วมกับการทบทวนและกำหนดราคากลางในการให้บริการ วางแนวทางการกำหนดกฎเกณฑ์การร่วมจ่ายตามรายการในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น ไม่ต้องจ่ายในบริการส่งเสริมป้องกันสำหรับเด็ก และมีการร่วมจ่ายในบริการรักษา รากฟันเด็กร้อยละ 50 ของราคากลาง เป็นต้น

4. ส่งเสริมกระบวนการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ผ่านระบบ E-health communication, Web และ Application ต่าง ๆ โดย (1) การให้ความรู้และคำปรึกษาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับประชาชน (2) พัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic media) ให้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนและการฝึกอบรม เพื่อขยายขอบเขตและโอกาสการเรียนรู้ของประชาชนในทุกหนทุกแห่ง ด้วยสื่อการเรียนรู้หลายมิติ การสอนบนเว็บเป็นการตอบสนองต่อผู้เรียนที่มีความไม่คุ้น ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Meta-Cognitive Skills) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้เรียนได้

ประสบการณ์ของสถานการณ์จำลอง ทั้งนี้เพราะสามารถใช้ข้อความ ภาพนิ่ง เสียง ภาพเคลื่อนไหว
วิดีโอ ภาพ 3 มิติ ในลักษณะที่ใกล้เคียงกับชีวิตจริงได้

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้ เป็นการจัดทำข้อเสนอเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี โดยการเปรียบเทียบระบบบริการสุขภาพช่องปาก ปัญหา และมาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก 4 ประเทศ คือ อังกฤษ สวีเดน ญี่ปุ่น มาเลเซีย และวิเคราะห์ประยุกต์มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ในการจัดทำข้อเสนอ

ผู้เขียนหวังว่าผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้พิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบายและใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายการดำเนินการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี ทั้งในระดับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานบริการในระดับต่าง ๆ ได้เลือกมาตรการตามข้อเสนอ เพื่อประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทพื้นที่ต่อไป

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ดร. กาญจนา วานิชกร เอกอัครราชทูต ดร. จริย์วัฒน์ สันตะบุตร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรทัย ก๊กผล ในการจัดทำรายงานนี้ ผู้เขียนได้รับความกรุณาอย่างยิ่ง ในคำแนะนำและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ได้แก่ การกำหนดกรอบแนวความคิด ข้อคิดเห็นทั้งด้านที่เป็นเนื้อหา และการสรุปข้อเสนอรายงาน

สุณี วงศ์คงคาเทพ
สิงหาคม 2560

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	๗
สารบัญ	๗
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
1.3 ขอบเขตการศึกษา	3
1.4 ระเบียบวิธีการศึกษา	3
1.5 ประโยชน์ของการศึกษา	4
1.6 คำถามการศึกษา	4
1.7 นิยามศัพท์	4
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 แนวคิดทฤษฎี	5
2.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
บทที่ 3 ผลการศึกษา	11
3.1 ประเทศอังกฤษ	11
3.2 ประเทศสวีเดน	19
3.3 ประเทศญี่ปุ่น	24
3.4 ประเทศมาเลเซีย	28
3.5 ประเทศไทย	33
3.6 เปรียบเทียบการจัดบริการด้านสุขภาพ 4 ประเทศ	41
บทที่ 4 ข้อเสนอในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี	52
4.1 ระบบสุขภาพและระบบการคลังสุขภาพ	52
4.2 นโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก	52
4.3 การประยุกต์มาตรการที่สามารถประยุกต์ปรับใช้ในประเทศไทยเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 4 ประเทศ	53
4.4 ข้อเสนอในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี	55
บรรณานุกรม	58
ประวัติผู้เขียน	64

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1	อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2550–2558 จำแนกตามกลุ่มอายุ	2
ตารางที่ 2.1	ความแตกต่างของระบบหลักประกันทั้งสามของประเทศไทย	7
ตารางที่ 3.1	จุดเด่นในการปฏิรูประบบสุขภาพ 4 ประเทศ	42
ตารางที่ 3.2	เปรียบเทียบหลักการในการจัดบริการด้านสุขภาพ 4 ประเทศ	42
ตารางที่ 3.3	เปรียบเทียบรูปแบบระบบบริการสุขภาพ 4 ประเทศ	43
ตารางที่ 3.4	เปรียบเทียบระบบและรูปแบบประกันสุขภาพ 4 ประเทศ	44
ตารางที่ 3.5	เปรียบเทียบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพช่องปาก 5 ประเทศ	45
ตารางที่ 3.6	เปรียบเทียบนโยบายสุขภาพช่องปาก 4 ประเทศ	46
ตารางที่ 3.7	เปรียบเทียบรูปแบบการจัดบริการทันตปฐมภูมิ 4 ประเทศ	47
ตารางที่ 3.8	เปรียบเทียบมาตรการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็ก 4 ประเทศ	48
ตารางที่ 3.9	เปรียบเทียบชุดกิจกรรมในการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี 5 ประเทศ	49
ตารางที่ 3.10	เปรียบเทียบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก 4 ประเทศ	50
ตารางที่ 3.11	เปรียบเทียบมาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก 4 ประเทศ	51
ตารางที่ 4.1	ชุดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามช่วง 3 ช่วงอายุ	55

สารบัญภาพ

ภาพที่ 3.1	การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2550 จำแนกตามชั้นรายได้	41
------------	---	----

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1.1.1 ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี

เมื่อประมวลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี¹ พบว่า

1.1.1.1 ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี

แนวโน้มปัญหาฟันน้ำนมของเด็กไทยกลุ่มนี้ พบว่ามีความชุก (prevalence) อยู่ในระดับค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ จากการสำรวจทันตสุขภาพระดับชาติครั้งที่ 7 พ.ศ.2555 พบว่าแนวโน้มปัญหาโรคฟันผุในเด็กวัยนี้ค่อย ๆ ดีขึ้นอย่างช้า ๆ โดยเด็กอายุ 3 ปี มีแนวโน้มของอัตราฟันผุลดลงจากร้อยละ 66.7 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 51.7 ในปี 2555 และเด็กอายุ 5 ปี ลดลงจากร้อยละ 87.4 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 78.5 ในปี 2555 จะเห็นว่ากลุ่มเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี มีปัญหาโรคฟันผุในฟันน้ำนมอย่างชัดเจน แม้สัดส่วนประชากรในวัยเด็กในอนาคตจะมีแนวโน้มที่ลดลง แต่ปัจจัยด้านบริโภคนิยม พฤติกรรมการเลี้ยงดู และพัฒนาการต่าง ๆ ของสังคม กลับมีอิทธิพลทำให้ขนาดปัญหาและความรุนแรงของการเป็นโรคฟันผุมีมากขึ้น ถือเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน เป็นปัญหาที่เด่นชัดในกลุ่มเด็กประเทศพัฒนาน้อยและกำลังพัฒนา เมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่ทันที่ โรคจะลุกลามและสูญเสียฟันในที่สุด ส่งผลต่อพัฒนาการ สุขภาพ การสบฟัน และการเรียนอย่างชัดเจน²⁻⁵

1.1.1.2 ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กอายุ 6-14 ปี

แนวโน้มสถานการณ์โรคฟันผุในฟันแท้ของกลุ่มนี้ อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ และเป็นสภาวะการเป็นโรคที่ไม่รุนแรง แต่แนวโน้มสถานการณ์สภาวะเหงือกอักเสบในกลุ่มนี้ก็ยังมีแนวโน้มของปัญหาสูงขึ้น กล่าว คือ เด็กวัยเรียนกว่าร้อยละ 80 พบภาวะเหงือกอักเสบในทุกพื้นที่ ยกเว้นเขตเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบประมาณร้อยละ 50

1.1.2 ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย

ปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพช่องปาก เป็นปัญหาสำคัญที่พบได้ในเกือบทุกประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและการศึกษาน้อย การสร้างให้ประชาชนมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ครอบคลุมการจัดบริการสุขภาพช่องปากจึงถือเป็นมาตรการสำคัญ เป็นการช่วยลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายของประชาชนเมื่อยามเจ็บป่วยได้ทางหนึ่ง ในความคิดเห็นของประชาชนบริการสุขภาพช่องปากเป็นบริการราคาแพง ประชาชนไม่สามารถจ่ายเมื่อมารับบริการ ส่งผลให้คนที่ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ดังนั้นระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประชาชนควรรับบริการสุขภาพช่องปากเพิ่มมากขึ้น

การจัดบริการสุขภาพช่องปากก็เช่นเดียวกับระบบบริการสุขภาพอื่น ๆ คือ การจัดบริการควรให้บริการแก่ผู้จำเป็นต้องได้รับบริการ (Needs) ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากโรคในช่องปากของประชาชนไทยมีความชุกสูงในทุกกลุ่มอายุ และประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสม

1.1.3 อัตราการใช้บริการทันตกรรมของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2558⁶ พบอัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทยปี 2558 เท่ากับร้อยละ 98.5 เป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 75.3 เมื่อจำแนกอัตราการมีหลักประกันสุขภาพตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มเด็กอายุ 0-14 ปี มีอัตราการมีหลักประกันสุขภาพสูงสุดร้อยละ 98.3 เช่นกัน ขณะที่อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย ในปี 2558 พบเพียงร้อยละ 8.1 ลดลงเมื่อเทียบกับการสำรวจ อีก 4 รอบ คือ ในปี 2550-2556 ซึ่งพบร้อยละ 8.4-9.5 เมื่อจำแนกตามกลุ่มวัย พบว่ากลุ่มวัยเรียน (กลุ่มอายุ 6-14 ปี) มีอัตราการใช้บริการทันตกรรมในรอบปีสูงสุดร้อยละ 11.4-14.7 และกลุ่มอายุ 0-5 ปี การใช้บริการทันตกรรมในรอบปีต่ำสุดเพียงร้อยละ 2.8-5.8 ซึ่งเป็นอัตราใช้บริการที่แตกต่างกันถึง 2.1-4.7 เท่า (ตารางที่ 1.1)

โดยรวมจะเห็นว่าเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปีมีปัญหาสุขภาพช่องปาก แม้ประเทศไทยมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ประชาชนเกือบทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ และมีชุดสิทธิประโยชน์ด้านรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมการจัดบริการสุขภาพช่องปาก แต่ก็ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการทันตกรรม ดังผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ระบุว่าประชาชนไทยไม่ถึงร้อยละ 10 และเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปีสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ 5.8 แสดงให้เห็นถึงปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปีอย่างชัดเจน

โดยสรุปความต้องการบริการและการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชน (Service demand และ Service utilization) กลับพบค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาของระบบบริการสุขภาพช่องปากไทย คือ (1) ปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพช่องปาก (2) การจัดบริการเพื่อการป้องกันไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะการจัดบริการเพื่อการป้องกันโรคฟันผุในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี และ (3) ปัญหาการบริหารจัดการและกระจายทรัพยากรที่ไม่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 1.1 อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2550-2558 จำแนกตามกลุ่มอายุ

ปี พ.ศ.	กลุ่มอายุ 0-5 ปี	กลุ่มอายุ 6-14 ปี	กลุ่มอายุ 15-24 ปี	กลุ่มอายุ 25-35 ปี	กลุ่มอายุ 36-49ปี	กลุ่มอายุ 50-65 ปี	กลุ่มอายุ >65 ปี	รวม
2550	2.8	13.0	8.2	7.1	8.8	10.0	7.4	8.4
2552	3.2	14.7	9.0	8.0	8.4	10.9	7.8	9.1
2554	3.2	11.4	12.2	8.9	9.4	10.1	6.5	9.3
2556	4.0	13.5	12.4	8.8	8.8	10.2	7.4	9.5
2558	5.8	12.3	9.8	8.0	7.0	8.1	6.2	8.1

ที่มา การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2550-2558

1.2. วัตถุประสงค์การศึกษา

1.2.1 เปรียบเทียบระบบบริการสุขภาพช่องปาก ปัญหา และมาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก 4 ประเทศ คือ อังกฤษ สวีเดน ญี่ปุ่น มาเลเซีย

1.2.2 วิเคราะห์มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี เพื่อประยุกต์ดำเนินการในประเทศไทย

1.2.3 จัดทำข้อเสนอเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี

1.3. ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาเปรียบเทียบเฉพาะระบบบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย กับ 4 ประเทศ: อังกฤษ สวีเดน ญี่ปุ่น มาเลเซีย

1.4. ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารทุติยภูมิ และการสืบค้นทาง internet ตามกรอบการทบทวนดังต่อไปนี้

1.4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ได้แก่ เศรษฐกิจ ชั้นทางสังคม การศึกษา ภาษาและวัฒนธรรม และปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของประเทศไทยที่โยงสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.4.2 สถานการณ์การจัดบริการสุขภาพส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากของประเทศไทย

1.4.3 ระบบบริการสุขภาพช่องปาก 4 ประเทศ คือ อังกฤษ สวีเดน ญี่ปุ่น มาเลเซีย โดยแต่ละประเทศรอบในการทบทวน ดังนี้

- 1) หลักการและโครงสร้างในการจัดบริการด้านสุขภาพ
- 2) โครงสร้างและระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปาก
- 3) การจัดบริการทันตกรรมและจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก
- 4) ชุดกิจกรรมในการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี
- 5) ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก
- 6) มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก
- 7) มาตรการที่สามารถประยุกต์ปรับใช้ในประเทศไทย

1.4.4 วิเคราะห์ภาพรวม และประเด็นการพัฒนาที่สามารถประยุกต์บทเรียนที่สามารถนำมาใช้ในประเทศไทย คือ ระบบบริหารจัดการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ รูปแบบบริการ/กิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน ระบบการคลังที่กระตุ้นบริการส่งเสริมสุขภาพ

1.5. ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

1.5.1 ข้อสรุปเชิงบทเรียนที่สำคัญใน 4 ประเทศ ประยุกต์ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี

1.5.2 ข้อเสนอเชิงนโยบายในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

1.6. คำถามการศึกษา

1.6.1 ปัญหาการจัดบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยเป็นอย่างไร

1.6.2 มาตรการในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี ควรเป็นอย่างไร

1.7. นิยามศัพท์

ระบบบริการสุขภาพ (Health Care System) หมายถึง กิจกรรมที่นำไปสู่การบริการสุขภาพต่าง ๆ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนหรือสาธารณะ

ระบบบริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง ระบบบริการต่าง ๆ ที่จัดขึ้นเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพช่องปาก ทั้งทางด้านสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นบริการแบบผสมผสาน หรือบริการเฉพาะด้านเฉพาะเรื่อง

ระบบประกันสุขภาพ ถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ เป็นเครื่องมือทางการคลังเพื่อจัดการความแตกต่างของราคาบริการสุขภาพและความเสี่ยง ซึ่งเชื่อมโยงการผันแปรของค่าใช้จ่ายสุขภาพส่วนบุคคล โดยการกระจายความเสี่ยงเหนือตัวบุคคล (Across Individuals) และเวลา (Over Time) ซึ่งประกอบไปด้วยหลักเกณฑ์พื้นฐาน 2 ประการ ดังนี้

1) หลักเกณฑ์การจ่ายล่วงหน้า (Pre-payment) การรวบรวมและการจัดการรายได้เพื่อที่จะแบ่งสรรสำหรับระบบบริการสุขภาพ ถูกจัดเก็บจากแต่ละบุคคลไปยังสิทธิประโยชน์การบริการสุขภาพของบุคคลนั้น

2) หลักเกณฑ์กองทุนรวม (Pooling) การรวบรวมและจัดการรายได้ทำให้แน่ใจได้ว่าความเสี่ยงของการจ่ายค่าบริการสุขภาพจะรับภาระโดยสมาชิกทั้งหมดของกองทุนและไม่ถูกแจกจ่ายไปยังส่วนบุคคล

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง การที่ประชาชนจะสามารถใช้บริการเพื่อสุขภาพไม่ว่าจะด้วยตนเองหรือโดยผู้อื่น ในบริการ 4 มิติ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การตรวจ/วางแผนบริการร่วมกับผู้รับบริการและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล การฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง และการขัดทำความสะอาดฟัน

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดทฤษฎี

2.1.1 นิยามการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมีคุณภาพ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก มีหลักการสำคัญในการจัดบริการสาธารณสุข 4 ประการ คือ (1) หลักของความเสมอภาค (Equality) ในการเข้าถึงบริการ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านรายได้และสถานะสังคม (2) หลักของความเป็นธรรม (Equity) ในการจัดบริการสาธารณสุขที่สนองต่อความต้องการด้านสุขภาพ (Health needs) (3) หลักของเสรีภาพ (Freedom) คือ ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้บริการตามกำลังทรัพย์ และ (4) หลักของประสิทธิภาพ (Efficiency) ที่คำนึงถึงการใช้จ่ายทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ความเป็นธรรม (Equity) และความเสมอภาค (Equality) เป็นสิ่งที่กล่าวขานกันมากในยุคปัจจุบัน ความเสมอภาค หมายถึง ความเท่าเทียมกันมีส่วนร่วมเท่ากัน ขณะที่ความเป็นธรรม หมายถึง ความถูกต้องเที่ยงธรรม ความชอบธรรม⁷ โดยรูปธรรมความเสมอภาคสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ง่ายกว่าความเป็นธรรม Mooney⁸ ให้ความเห็นว่า การดำเนินการให้เกิดความเสมอภาคด้านสุขภาพนั้น สามารถทำให้เกิดสุขภาพที่เท่ากันได้เพียงระดับหนึ่ง แต่การยกระดับสุขภาพให้สูงขึ้นทั้งสังคมเป็นสิ่งที่ทำไม่ได้ ขณะที่ Whitehead⁹ เสนอว่าความเป็นธรรมทางสุขภาพ เป็นการสร้างโอกาสและการขจัดอุปสรรคในการพัฒนาสุขภาพสำหรับประชาชน ให้ดีตามศักยภาพของตนเองด้วยการจัดการให้มีการกระจายทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเป็นธรรม ส่วน Braveman¹⁰ ให้ความเห็นว่าความเป็นธรรมในระบบสาธารณสุข คือ การกระจายและจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขให้ทุกคนได้รับบริการสุขภาพตามจำเป็นอย่างทั่วถึง ขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายของความเสมอภาคทางสุขภาพใน 3 ลักษณะ¹¹ คือ (1) ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น (equal access) (2) ความเท่าเทียมกันในการใช้บริการที่จำเป็น (equal utilization) และ (3) มีคุณภาพบริการที่เท่าเทียมกันสำหรับทุกคน (equal quality) ดังนั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access) จึงหมายถึง การที่ประชาชน “ได้รับ” บริการด้านสุขภาพ (Health services) ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ที่คำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4 ประการ¹² ได้แก่ (1) การจัดให้มีบริการอย่างเพียงพอสำหรับประชาชน (service available) (2) บริการที่ “ได้รับ” ต้องคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายค่าบริการของประชาชน (affordability) ระยะทาง (physical accessibility) และการยอมรับบริการนั้น ๆ (acceptability) (3) บริการนั้นต้องตรงกับความต้องการ และเป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ (Effective and produce its effect at reasonable cost) เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอย่างแท้จริง และ (4) การจัดให้มีบริการสอดคล้องกับตามความต้องการ และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน หมายถึง สถานบริการสุขภาพถูกจัดสรรตามความจำเป็น (need) ประชาชนได้รับบริการตามความจำเป็น สามารถจ่ายค่าบริการตามกำลังจ่าย (ability to pay) และมีสถานบริการที่ให้บริการแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง โดยมีการประกันมาตรฐานของการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มีสถานบริการที่ตั้งกระจายในทางภูมิศาสตร์อย่างเหมาะสม และมีบุคลากรผู้ให้บริการที่มีศักยภาพ¹³ ปัจจัยที่พบว่ามีสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ (1) ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ซึ่งเป็นตัวแปรที่ใช้อธิบายบ่อยที่สุด และความสามารถในการจ่ายเพื่อรับบริการเป็นประเด็นที่ถูกพิจารณาเป็นอุปสรรคขั้นต้นในการเข้าถึงบริการ¹⁴ (2) ค่าบริการมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจใช้บริการ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อจำกัดทางการเงิน¹⁵ (3) ค่าเดินทางเป็นสัดส่วนของรายได้ที่สะท้อนถึงภาระที่เกิดขึ้นในการแสวงหาบริการ¹⁶ และ (4) การมีระบบประกันสุขภาพช่องปากที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงบริการ ในกรณีที่อุปสรรคของการเข้าถึงบริการเกิดจากค่าบริการ¹⁷ และกลุ่มปัจจัยที่ไม่ใช่เศรษฐกิจ ได้แก่ (1) ปัจจัยสังคมประชากร¹⁸ คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย (2) การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากหรือความสามารถในการประเมินสุขภาพช่องปากตนเอง ถือเป็นตัวแปรที่สำคัญและมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการ¹⁹ โดยสะท้อนถึงการรับรู้ความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก ที่ดูจากความไม่สบายหรืออาการของโรค และมีความตระหนักที่ให้ความสำคัญของการไปใช้บริการ และ (3) การมีสถานบริการประจำตนหรือครอบครัว สะท้อนถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการเนื่องจากทราบว่าจะไปใช้บริการที่สถานบริการใดได้เนื่องจากเคยมีประสบการณ์ในการใช้บริการ²⁰

2.1.2 ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

มาตรการการปฏิรูปที่สำคัญที่ทุกประเทศนำมาใช้ คือ การปฏิรูประบบการคลังสุขภาพและกลไกการจ่ายเงิน โดยรัฐใช้งบประมาณในการจัดบริการด้วยภาษีจากรัฐ (general tax) หรือด้วยเงินจากภาคการประกันภาคบังคับ (compulsory insurance) รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพจึงมีความเชื่อมโยงกับระบบการคลังสุขภาพอย่างแยกไม่ออก การประกันสุขภาพมีหน้าที่หลักสำคัญสองประการ คือ (1) การให้หลักประกันในการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพเมื่อมีความจำเป็น (2) ปกป้องรายได้หรือทรัพย์สินของครัวเรือนที่เจ็บป่วยจากการสูญเสียเงินหรือทรัพย์สินเมื่อเผชิญกับค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง หลักประกันด้านสุขภาพจึงเป็นมาตรการหนึ่งในการสนองต่อนโยบายสาธารณสุขของรัฐบาลในการกระจายความเป็นธรรม และให้มีความมั่นคงในสังคม การออกแบบรูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพแต่ละประเทศขึ้นกับบริบทของประเทศนั้น ๆ เป็นสำคัญ ทั้งในด้านปรัชญาแนวคิดวัฒนธรรมและค่านิยมของคนในสังคมนั้น ๆ รวมถึงสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของประเทศ

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพหลัก 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน²¹ ได้แก่ (1) ระบบประกันสังคม (2) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และ (3) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้แต่ละระบบมีวิวัฒนาการและแนวคิดที่แตกต่างกัน ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถือเป็นสวัสดิการที่รัฐจัดให้แก่ข้าราชการ รวมถึงพ่อแม่ และบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 2 คน ขณะที่ระบบประกันสังคมถือเป็นความมั่นคงด้านสังคมของลูกจ้างที่รัฐนายจ้างและลูกจ้างร่วมกันสมทบแก่แรงงานในระบบ ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นรัฐ

สวัสดิการที่จัดให้แก่ประชาชนไทยกลุ่มอื่น ๆ ที่เหลือ ซึ่งเกิดจากการรวมระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนั้นซึ่งได้แก่ ระบบสวัสดิการผู้ที่ควรช่วยเหลือเกื้อกูล ระบบบัตรประกันสุขภาพ และผู้ที่ไม่มียหลักประกันใด ๆ

ระบบหลักประกันทั้งสามระบบมีการออกแบบระบบที่ต่างกันหลายประเด็น เช่น แหล่งเงินที่ใช้ สิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการ และระบบการจ่ายเงิน ดังแสดงในตาราง 2.1

ตารางที่ 2.1 ความแตกต่างของระบบหลักประกันทั้งสามของประเทศไทย

	ระบบสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ	ระบบประกันสังคม	ระบบหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า
จำนวนผู้มี สิทธิ ¹	5 ล้านคน (8%)	9.84 ล้านคน (15.8%)	47 ล้านคน (75%)
แหล่งเงิน	งบประมาณรัฐ รายจ่าย ใน ปี2551เท่ากับ 54,904.48 ล้านบาท ² (~11,000บาท/ คน)	สมทบจากรัฐ นายจ้าง และ ลูกจ้างฝ่ายละเท่ากันร้อยละ 1.5 ของเงินเดือน อัตรา เหมาจ่ายรายหัวปี 2550 เท่ากับ 1,250 บาท และมี รายจ่ายรวม 2,133.5 บาท/ คน ³	งบประมาณรัฐ อัตราเหมา จ่ายรายหัวปี 2551 เท่ากับ 2,100บาท ¹
สิทธิ ประโยชน์	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วย นอก/ ใน ทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และห้องพิเศษ ค่าคลอด บุตร	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วย นอก/ ใน ทันตกรรม ค่ายา เวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้อง สามัญ ชดเชยกรณีคลอดบุตร ตาย พิการ	รอบด้านทั้งบริการผู้ป่วย นอก/ ใน ทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าอาหาร และห้องสามัญ ค่าคลอด บุตร ชดเชยตาม ม.41
ผู้ให้ บริการ	สถานพยาบาลรัฐเป็นหลัก ใช้ รพ.เอกชนได้กรณี ฉุกเฉินแบบผู้ป่วยใน แต่เบิก ได้ไม่เกิน3,000 บาท	โรงพยาบาลรัฐและเอกชน คู่สัญญา และสถานพยาบาล ในเครือข่าย	สถานพยาบาลรัฐและ เอกชนคู่สัญญาและ สถานพยาบาลในเครือข่าย
รูปแบบ วิธีการ จ่ายเงิน	ผู้ป่วยนอก ตามปริมาณ บริการและราคาที่เรียกเก็บ ย้อนหลัง สำหรับ บริการ ผู้ป่วยในตามรายป่วยใน อัตราที่กำหนด(DRG)	เหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับ บริการผู้ป่วยนอกและใน และ จ่ายเพิ่มเป็นรายกรณี	เหมาจ่ายรายหัวสำหรับ บริการส่งเสริมป้องกัน และ ผู้ป่วยนอก สำหรับบริการ ผู้ป่วยในจัดสรรงบอุดหนุน ตามน้ำหนักสัมพัทธ์DRG

ที่มา: ¹ รายงานประจำปี 2551 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ² กรมบัญชีกลาง, ³ สำนักงานประกันสังคม

2.2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.2.1 การจัดการบริการสุขภาพช่องปากประเทศไทย

การจัดการบริการสุขภาพช่องปากก็เช่นเดียวกับระบบบริการสุขภาพอื่น ๆ คือ ควรให้บริการแก่ผู้จำเป็นต้องได้รับบริการ (Needs) ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากโรคในช่องปากของประชาชนไทยมีความชุกสูง ในทุกกลุ่มอายุ และประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสม ความจำเป็นในการรับบริการตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Professional need) จึงสูงมาก ขณะที่ความต้องการบริการและการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชน (Service demand และ Service utilization) กลับพบค่อนข้างต่ำ

ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาที่พบได้ในเกือบทุกประเทศ โดยเฉพาะในประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและการศึกษาน้อย การมีหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมการจัดการบริการสุขภาพช่องปากไว้ด้วย จึงไม่ได้เป็นเครื่องรับรองว่าประชาชนจะได้รับบริการตามความจำเป็นเสมอไป ทั้งนี้ยังขึ้นกับการบริหารจัดการให้มีการกระจายบริการ (กระจายสถานบริการ ผู้ให้บริการ เครื่องมือ อุปกรณ์ และงบประมาณ) ความสะดวก และการยอมรับทั้งของผู้ให้และผู้รับบริการ ตลอดจนความสามารถในการรับรู้ปัญหาและประเมินสุขภาพช่องปากของตนเองอีกด้วย อย่างไรก็ตามการมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นการช่วยลดอุปสรรคด้านค่าใช้จ่ายของประชาชนเมื่อยามเจ็บป่วยได้ทางหนึ่ง ในความคิดเห็นของประชาชนบริการสุขภาพช่องปากเป็นบริการราคาแพง ประชาชนไม่สามารถคาดประมาณค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเมื่อมารับบริการ และคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ดังนั้นจึงเป็นที่คาดหวังว่าเมื่อมีการประกันสุขภาพ ประชาชนจะมารับบริการเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในระบบอาจต้องเพิ่มขึ้นในส่วนของประชาชน เช่น ค่าเดินทาง ค่าสูญเสียโอกาสในการหารายได้ เป็นต้น

นโยบายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กำหนดให้ประชากรไทยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค ด้วยเกียรติ และศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของไทยได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมอย่างชัดเจน โดยมีรายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม²² คือ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณช่องปากและลำคอ ซึ่งเมื่อเทียบกับชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสังคมและชุดสิทธิประโยชน์ของข้าราชการแล้ว ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าดูจะมีความครอบคลุมรายการบริการบริการสูงสุด

สุณี วงศ์คงคาเทพ²³ ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบจำนวนผู้ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปี 2546 คิดเป็นร้อยละ 10.6 มีค่าเฉลี่ยการรับบริการทันตกรรม 1.6 ครั้ง/คน/ปี กลุ่มอายุที่มีผู้ใช้บริการทันตกรรมสูงที่สุด คือ กลุ่ม 6-14 ปี (ร้อยละ 16.5 ; 1.5 ครั้ง/คน/ปี) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 25-59 ปี (ร้อยละ 10.8; 1.5

ครั้ง/คน/ปี) ส่วนกลุ่มอายุที่มีอัตราการรับบริการต่ำ คือ ส่วนกลุ่มอายุ 0–4 ปี มีอัตราใช้บริการต่ำสุด เท่ากับร้อยละ 4 โดยกลุ่มตัวอย่างในเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราการได้รับบริการทันตกรรมสูงที่สุด (ร้อยละ 12.9 เฉลี่ย 2.1 ครั้ง/คน/ปี) และกลุ่มตัวอย่างในภาคกลางพบอัตราการได้รับบริการต่ำที่สุด (ร้อยละ 9.2 เฉลี่ย 1.6 ครั้ง/คน/ปี)

2.2.2 การจัดการให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของประเทศไทย

การศึกษาของ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ²⁴ พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับบริการ ร้อยละ 6 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพ ในขณะที่ผู้ใหญ่มารับบริการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 และปี 2546 มีการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพแก่เด็กในคลินิกเด็กดีได้ต่ำกว่า ร้อยละ 50 การประเมินผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในงานบริการแม่และเด็ก พ.ศ. 2546 ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับการตรวจฟันร้อยละ 26.9 เด็กที่ตรวจฟันได้รับบริการทันตกรรมป้องกันโดยฟลูออไรด์เจล ร้อยละ 3.8 ฟลูออไรด์วานิช ร้อยละ 1.4 ผู้ปกครองเด็กได้รับการฝึกแปรงฟันร้อยละ 20.2 แสดงให้เห็นได้ว่าการดูแลทันตสุขภาพเด็กที่ ระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุม ไม่ได้สร้างหลักประกันว่าเด็กจะได้รับบริการการส่งเสริม ป้องกันตามสิทธิที่ระบุ

การศึกษาของ ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ²⁵ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริม สุขภาพและป้องกันและควบคุมโรคในช่องปาก ตามชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม เมื่อเทียบจำนวน ครั้งของการมารับบริการของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนให้บริการเพียงร้อยละ 1.9 และ 1.5 และในโรงพยาบาลทั่วไปให้บริการเพียงร้อยละ 1.6 และ 1.4 ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงการมี สัดส่วนการทำงานด้านส่งเสริมป้องกันที่ต่ำมาก และมีแนวโน้มที่ปริมาณการทำงานด้านการส่งเสริม ป้องกันในคลินิกจะลดน้อยลงโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ในส่วนของหน่วยคู่สัญญาสถานบริการ ระดับปฐมภูมิในเขตเมือง ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป บุคลากรที่ให้บริการ ส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์เฉพาะทาง และทันตแพทย์ทั่วไป ดังนั้นจึงเน้นน้ำหนักการทำงานด้านการ รักษาเป็นหลัก และไม่ได้ให้ความสำคัญต่องานส่งเสริมป้องกันเท่าที่ควร เนื่องจากขาดกำลังทันตภิบาล ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการทำงานส่งเสริมป้องกัน ดังนั้นอุปสรรคสำคัญที่เป็นเหตุให้โรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไปมีผลงานงานส่งเสริมป้องกันต่ำ เนื่องจากขาดแคลนทันตภิบาลในการปฏิบัติงาน จากการ วิเคราะห์ผลงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายหลักในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พบว่า โรงพยาบาลที่ เป็นเครือข่ายส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 40–50 มีผลงานบริการในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเท่าเดิม ยกเว้นในกลุ่มสูงอายุที่ผลงานเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 40.4 ของโรงพยาบาลที่ศึกษา

ขณะเดียวกัน สุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ²⁶ ที่ประเมินผลผลลัพธ์การให้บริการ ส่งเสริมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมปี 2547 พบว่าผลงานบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ ช่องปากคิดเป็นร้อยละ 17 ของผลงานทั้งหมด กลุ่มอายุ 0–14 ปีได้รับบริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ร้อยละ 14 จะเห็นว่าประเภทบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่ร้อยละ 70–75 คือ กิจกรรมการตรวจคัดกรอง การให้ทันตสุขศึกษา และบริการที่มีการดำเนินการในระดับต่ำ หรือไม่มี การดำเนินการ ซึ่งถือเป็นกิจกรรมสำคัญ (key activities) คือ การฝึกทักษะแปรงฟันในกลุ่มเด็ก ปฐมวัย เด็กวัยก่อนเรียนในสถาบัน เด็กนักเรียนประถมศึกษา และหญิงมีครรภ์มีการดำเนินการเพียง ร้อยละ 50 ของ ศสช.ตัวอย่าง ส่วนบริการเพื่อการป้องกันในกลุ่มเด็ก พบว่ากลุ่มเด็กปฐมวัยไม่ได้รับ

บริการฟลูออไรด์เฉพาะที่ ขณะที่กลุ่มเด็กประถมศึกษาได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันเพียงร้อยละ 33.3 จะเห็นว่าการบริการส่งเสริมป้องกันมีทิศทางลดลง ที่สำคัญพบว่ากลุ่มเป้าหมายกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนไม่ได้รับการบริการเพื่อการป้องกัน ซึ่งเป็นมาตรการสำคัญในการควบคุมป้องกันโรคฟันผุในอนาคต

ต่อมา ปริญญา คงทวีเลิศ และสุณี วงศ์คงคาเทพ²⁷ ได้การประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิปี 2549 พบว่า ร้อยละ 64.1 ไม่มีการจัดบริการทันตกรรม เป็นบริการที่จัดโดยทันตบุคลากรประจำร้อยละ 23.5 และบริการในรูปของหน่วยเคลื่อนที่ร้อยละ 12.5 การจัดบริการบูรณาการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในงานบริการพื้นฐานทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตภิบาลปฏิบัติประจำ พบว่าบริการบูรณาการที่ครอบคลุมกว่าร้อยละ 90 คือ งานบริการในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกเด็กดี และงานอนามัยโรงเรียน กิจกรรมที่ให้บริการส่วนใหญ่ คือ การตรวจ การให้ความรู้ การฝึกทักษะการแปรงฟัน การบริการทันตกรรมป้องกัน และบำบัดรักษา และผู้ที่ให้บริการส่วนใหญ่ คือ ทันตภิบาล ขณะที่บริการในการเยี่ยมบ้านและคลินิกโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่มีการให้บริการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ข้อเสนอแนะการพัฒนาการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องพัฒนาระบบการสนับสนุนการดำเนินงานในเรื่องการวางแผนส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพระดับพื้นที่ การสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการกำกับติดตามและประเมินผล และพัฒนาศักยภาพของทีมงานสุขภาพ

จะเห็นว่าแม้มีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังมีประชาชนจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในภาพรวม ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการมีหลายประเด็น ได้แก่ ที่ตั้ง ชีตความสามารถของสถานบริการ การกระจายตัวทางภูมิศาสตร์ของประชากร ความสะดวกในการเข้าถึงบริการนอกจากนี้ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กมีแนวโน้มได้รับการส่งเสริมป้องกันลดลง เนื่องจากได้รับผลกระทบจากการที่เครือข่ายบริการสุขภาพภาครัฐต้องให้บริการด้านรักษามากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นการไปรับบริการรักษาพื้นฐาน คือ ถอนฟัน ชูดหินน้ำลายและอุดฟัน

หลายการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเด็กไทยเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก และได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอัตราต่ำ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ คือ สถานีอนามัยหรือปัจจุบันเรียกว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบริการสุขภาพช่องปากในอัตราต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีทันตบุคลากรประจำเพียงหนึ่งในสามของ รพ.สต. ทั้งหมด

บทที่ 3

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบระบบบริการสุขภาพช่องปาก คือ อังกฤษ สวีเดน ญี่ปุ่น มาเลเซีย รวมประเทศไทย 5 ประเทศ โดยกำหนดกรอบในการทบทวน ดังนี้ คือ หลักการในการจัดบริการด้านสุขภาพ โครงสร้างในการจัดบริการสุขภาพ โครงสร้างระบบบริการสุขภาพช่องปาก ระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปาก การจัดบริการทันตกรรม การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก มาตรการที่สามารถประยุกต์ปรับใช้ในประเทศไทย

3.1 ประเทศอังกฤษ

3.1.1 หลักการและโครงสร้างในการจัดบริการด้านสุขภาพ

3.1.1.1 หลักการในการจัดบริการด้านสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษ เป็นระบบที่เรียกว่าการบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) เป็นองค์กรที่จัดตั้งและดำเนินการโดยภาครัฐ เพื่อจัดบริการระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการบริการภาคเอกชนเข้าร่วมเป็นส่วนน้อย ชาวอังกฤษมีความภูมิใจในระบบสุขภาพที่เรียกว่า NHS มาก Alsop (1998)²⁸ ได้สรุปลักษณะเด่นของระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษ คือ รัฐบาลเป็นเจ้าของ NHS ทั้งหมด NHS ให้ความสำคัญต่อระบบบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งแยกจากระบบบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) อย่างชัดเจน การดำเนินงานของ NHS ได้งบประมาณจากภาษีทั่วไปของราษฎร (General Taxation) NHS เป็นระบบการบริการทางสุขภาพที่ผสมผสานและที่ให้ความเสมอภาค (Comprehensive and Equitable) และเปิดให้กับทุกคนที่อยู่ในประเทศอังกฤษมีสิทธิมาใช้บริการ

ประเทศอังกฤษ เป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบรัฐสวัสดิการ แหล่งเงินมาจากภาษีที่รัฐจัดเก็บ (publicly funded) ระบบสุขภาพแห่งชาติ National Health Services (NHS) เริ่มดำเนินการหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ค.ศ. 1948 โดยกฎหมาย NHS Act 1946 ที่เป็นระบบบริการสุขภาพที่บริหารจัดการโดยรัฐ มีงบประมาณที่จ่ายให้กับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) มาจากเงินภาษีของประชาชน และบางส่วนมาจาก National Insurance and Prescription Co-payment โดยโรงพยาบาลทุกแห่งจะได้งบประมาณเท่ากันหมดไม่ว่าจะโรงพยาบาลเล็ก โรงพยาบาลใหญ่ ส่วน Primary Health care จะได้งบประมาณตามจำนวนหัวคนที่ลงทะเบียน และจะได้เงินโบนัสีก่อนจากกรณีที่คนป่วยน้อย โดยการรักษายาบาลที่นี้ฟรีหมด โดยสรุปประเทศอังกฤษ เป็นระบบสวัสดิการเต็มรูปแบบ²⁹ ประชาชนทุกคนได้รับการรักษาที่เท่าเทียมกัน ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เงินในการรักษาจะได้จากงบประมาณแผ่นดินของรัฐบาล

3.1.1.2 โครงสร้างในการจัดบริการสุขภาพ

ดำเนินการจัดบริการด้วยระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) ประกอบด้วยองค์การที่เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม คือ

1) Strategic Health Authorities: SHA

SHA รับผิดชอบประชากรประมาณ 1.5 ล้านคน มีภาระหน้าที่ในการพัฒนาวิธีการจัดบริการสุขภาพในแต่ละท้องถิ่นให้มีคุณภาพ และนำนโยบายและกลวิธีดำเนินงานของ NHS สู่การปฏิบัติอย่างบูรณาการ ติดตามผลการทำงานของ PCTS and NHS Trusts ทั่วประเทศมี SHA 28 แห่ง (ตุลาคม 2002)

2) Primary Care Trust: PCT

ปี 2002 รัฐบาลได้จัดตั้งโครงการใหม่ภายใต้โครงสร้างที่ชื่อว่า Primary Care Trust : PCT ดำเนินการร่วมกับ Primary Care Group ในการจัดบริการระดับปฐมภูมิ PCT มีบทบาทในการวางแผน ดูแล และสร้างความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ ตลอดจนพัฒนาสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น PCT ต้องให้ความมั่นใจว่า GPs มีเพียงพอในการให้บริการ ดูแลและสนับสนุนหน่วยงานบริการในระดับบริการปฐมภูมิ ขณะเดียวกัน PCT ยังมีบทบาทในการบูรณาการบริการด้านสุขภาพกับบริการทางสังคม (Social Care) ขณะนี้มี PCT กระจายทั่วประเทศรวม 303 แห่ง ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่น ซึ่งเดิมเป็นบทบาทของ Health Authority ปัจจุบัน PCT ได้รับงบประมาณสนับสนุนคิดเป็น 75% ของงบประมาณ NHS ทั้งหมด

3) NHS Trusts

NHS Trust เป็นกลุ่มโรงพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรอิสระ ขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเลย เพื่อจะได้มีอิสระในการบริหารงานและตัดสินใจในการทำธุรกรรมต่าง ๆ โดยไม่ขึ้นตรงต่อ District Health Authority เป็นองค์กรอิสระที่สามารถควบคุมทรัพย์สินของตนเองได้ NHS Trust จะได้รับเงินที่เรียกว่า Block Grant ที่จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายหลัก (Core Expenditure) โดยตรงมาจากกระทรวงสาธารณสุข ขณะนี้ทั่วประเทศมี NHS Trust 450 แห่ง

3.1.2 โครงสร้างและระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

3.2.1.1 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย

- General Dental Services: GDS จะบริหารงานโดยอิสระ โดยมี Contract ระหว่าง PCTs กับ NHS และทำงานร่วมกับงานภาคเอกชน ผู้ปฏิบัติงานเรียกว่า ทันตกรรมทั่วไป ตั้งบริการอยู่ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ และมีทันตแพทย์เฉพาะทาง (Dental Specialist : DS) ให้บริการทันตกรรมในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยประมาณ 78% ของทันตแพทย์ในประเทศอังกฤษ อยู่ในระบบนี้

- Community Dental Services: CDSs ให้บริการงานทันตกรรมในระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลและชุมชนในรูปของหน่วยเคลื่อนที่ภายใต้การสนับสนุนดูแลและกำกับการปฏิบัติงานของ NHS Trust โดยให้บริการทันตกรรมแก่กลุ่มที่มีความลำบากในการไปรับบริการที่ทันตแพทย์ประจำครอบครัว หรือทันตแพทย์ทั่วไป เช่น ผู้ด้อยทางเขavnปัญญา ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่กับบ้าน ผู้ที่เจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจ โดย CDSs หลายแห่งรับเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเท่านั้น มีพนักงานประมาณ 6% ของทันตแพทย์ในประเทศอังกฤษ

– หน่วย Dental Access Centre: DAC มีกระจายอยู่ทั่วประเทศ จะให้บริการทันตกรรมในระดับปฐมภูมิให้บริการโดยทันตแพทย์ทั่วไป (General Dental Practitioner: GDP) ภายใต้การสนับสนุนดูแลและกำกับการทำงานของ Primary Care Trust

– หน่วย PCT (Primary Care Trust) PCT บริการโดยกลุ่มทันตแพทย์ ประเภทรับเงินเดือน งานส่วนใหญ่เป็นงานบริหาร แต่ก็ให้บริการคนไข้ฉุกเฉิน คนไข้พิการด้อยโอกาส คนที่ต้องการการดูแลพิเศษ และบางครั้งให้บริการทันตกรรมนอกสถานที่ด้วย

– หน่วยบริการโดยทันตแพทย์เอกชน ส่วนใหญ่ให้บริการทั้งคนไข้เอกชน และคนไข้ NHS

ปัจจุบัน PCT เป็นหน่วยงานที่ถืองบประมาณมากที่สุด มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการและดูแล จัดหาสถานบริการทันตกรรมพื้นฐาน Primary care dental service ให้บริการคนไข้ NHS ให้เพียงพอและเหมาะสมตามความต้องการ จัดหาทันตแพทย์ หรือสถานบริการแหล่งใหม่ทดแทนกรณี แหล่งเดิมถอนตัว และมีอำนาจให้สถานบริการใหม่จัดตั้งในพื้นที่ขาดแคลน

3.1.2.2 ระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

ประเทศอังกฤษมีการจัดบริการด้านสุขภาพช่องปาก โดยรัฐจะดูแลให้ทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ ซึ่งประชาชนทุกคนในประเทศมีสิทธิลงทะเบียนกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษ หรือ National Health Service (NHS) ที่เป็นระบบบริการสุขภาพที่บริหารจัดการโดยรัฐ มีงบประมาณที่จ่ายให้กับโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95) มาจากเงินภาษีของประชาชน และบางส่วนมาจาก National Insurance and Prescription Co-payment โดยโรงพยาบาลทุกแห่งจะได้งบประมาณเท่ากันหมดไม่ว่าจะโรงพยาบาลเล็ก โรงพยาบาลใหญ่ ส่วน Primary Health care จะได้งบประมาณตามจำนวนหัวคนที่ลงทะเบียน และจะได้เงินโบนัสอีกก่อนจากกรณีที่คนป่วยน้อย โดยการรักษาพยาบาลที่นี้ฟรีหมด³⁰ มีหน่วย NHS Dentistry ดูแลการให้บริการทันตสุขภาพที่ประชาชนทุกคนต้องลงทะเบียน แต่ไม่จำเป็นที่ทันตแพทย์ทุกคนต้องลงทะเบียนกับ NHS และเมื่อลงทะเบียนแล้วผู้ลงทะเบียนจะมีสิทธิได้รับบริการเต็มรูปแบบภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดโดยผ่าน NHS Dentistry ซึ่งระบบ NHS อาจแตกต่างกันเล็กน้อยในสกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์ โดยระบบดังกล่าวมีการปฏิรูปครั้งใหญ่เมื่อเมษายน 2006 เนื่องจากสาเหตุหลัก 3 ประการ คือ

1) การเข้าถึงบริการระบบเดิม ทันตแพทย์เป็นผู้กำหนดที่ตั้งและขนาดของสถานบริการ และเมื่อทันตแพทย์จำนวนมากถอนตัวออก ในปี ค.ศ.1990 ทำให้เกิดการขาดแคลนบริการในบางพื้นที่

2) ระบบนับจำนวนงานในระบบการจ่ายค่าตอบแทนเดิม ทันตแพทย์ได้รับเงินตามจำนวนงานที่ให้บริการ Fee-per-item system ทำให้เกิดการจูงใจให้มีการให้บริการชนิดที่คุกคามและซับซ้อนโดยไม่จำเป็น

3) การเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยมีรายการแจกแจงถึง 400 รายการสำหรับแต่ละประเภทบริการ สร้างความสับสนให้ผู้ป่วย และไม่มีความชัดเจนว่ารายการใดเป็นของ NHS หรือของเอกชน

กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) ของประเทศอังกฤษ³¹ จึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพช่องปากทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น ใน 7 ประเด็นหลัก คือ (1) การปรับปรุงด้านอาหารและการลดการบริโภคน้ำตาล (2) การปรับปรุงสุขอนามัยในช่องปาก (3) เพิ่มการเข้าถึงการรับฟลูออไรด์ (4) การควบคุมยาสูบและสนับสนุนให้เลิกดื่มแอลกอฮอล์ (5) ลดการบาดเจ็บจากทันตกรรม (6) การพัฒนาศักยภาพและระบบให้การสนับสนุนการจัดบริการ และ (7) วิจัยและพัฒนา และมี การปรับปรุงแนวทางจัดบริการสุขภาพช่องปาก 7 ประเด็น คือ (1) การส่งเสริมจากชุมชน (Community support) การสร้างสุขภาพช่องปากแบบยั่งยืนโดยอาศัย การมีส่วนร่วมของชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ที่บทบาทสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริม สุขภาพในชุมชน (2) การจัดการแบบบูรณาการ (Integrated working-common risk approach) เป็นแนวทางการทำงานเพื่อลดการทำงานซ้ำซ้อน ให้สามารถดำเนินการส่งเสริมป้องกัน ร่วมกันได้ระหว่างสหวิชาชีพ (3) การรักษาโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) เพื่อให้การรักษาทางทันตกรรมมีประสิทธิภาพ (4) The targeted population approach การระบุ ชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อโรคสูง และใช้ Population strategies ในกลุ่มเฉพาะนี้ (5) การจัดการควบ รอดคล้องกันระหว่างบริบททุกด้าน (Complementary action) การส่งเสริมและแก้ปัญหาในพื้นที่ ใช้วิธีการหลากหลายร่วมกัน โดยยึดตามกฎบัตรรอดตาย (6) ทำงานร่วมมือกันเป็นภาคีเครือข่าย (Partnership) นโยบายหลักด้านสาธารณสุขของรัฐ คือ การประสานความร่วมมือกันในหน่วยงาน NHS และหน่วยงานภายนอก เพื่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการสอดคล้องกับการใช้ Common risk factor approach (7) พัฒนาระบบการประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวัง (Evaluation) การประเมิน ความเสี่ยงเป็นขั้นตอนสำคัญมากในการให้บริการ จึงควรจัดงบประมาณอย่างเพียงพอและใช้วิธีที่ เหมาะสมในการประเมิน ควรประเมินทั้งวิธีการดำเนินงานและผลลัพธ์ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพ บุคลากรให้เกิดทักษะในการประเมินการทำงานของตน

กลยุทธ์ที่ใช้ในการปฏิรูป คือ กระจายอำนาจให้ระดับปฏิบัติเป็นอิสระ มากขึ้น มีการตั้ง NHS Trust GP Fund holding ขึ้น เนื่องจากพบว่า ประชากรร้อยละ 25 ที่เข้าถึง บริการของผู้ป่วยทันตกรรมประมาณ 5,200 คน ได้ถูกผลักให้ไปรักษาที่เอกชน เนื่องจากทันตแพทย์ ของรัฐไม่รับรักษา ซึ่งเป็นผลมาจากมีภาระงานที่มาก และทันตแพทย์ในระบบมีไม่เพียงพอกับจำนวน ผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยบางกลุ่มเข้าไปรับบริการในภาคเอกชนแทน ซึ่งผู้ป่วยก็ต้องจ่ายค่ารักษาแพง นับตั้งแต่ตั้งระบบ NHS จนถึงปัจจุบัน ทันตแพทย์ของรัฐลดลงเรื่อย ๆ เกิดภาวะสมองไหลไปใน ภาคเอกชน ทำให้ผู้ป่วยถึงร้อยละ 78 ต้องไปใช้บริการภาคเอกชน เนื่องจากการปฏิรูประบบการจ่าย เงินเดือน NHS ที่จ่ายเป็นเงินเดือนแทนที่จะจ่ายตามจำนวนผู้ป่วยเหมือนเมื่อก่อน ซึ่งทำให้แรงจูงใจ ในการรักษาลดลง³² ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวทำให้ขณะนี้รัฐบาลประเทศอังกฤษ พยายามที่จะปรับระบบ ทันตกรรมดังกล่าวใหม่ และมองว่าเรื่องดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติด้านสาธารณสุขของ อังกฤษที่ต้องหามาตรการเข้ามาแก้ไข

3.1.3 การจัดการทันตกรรมและจัดการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

3.1.3.1 การจัดการทันตกรรม

ขอบเขตบริการทันตกรรมของ NHS³³ ครอบคลุมการรักษาเท่าที่จำเป็น เมื่อไปใช้บริการ ทันตแพทย์จะให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกรูปแบบบริการแบบ NHS หรือเอกชน

(Private) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาร่วมกัน ทั้ง 2 แบบแล้วแต่จะตกลง เช่น การขูดหินปูน ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิของ NHS แต่ถ้าต้องการเพิ่มการอุดฟันหลังด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน หรือ ฟอกสีฟัน ผู้ป่วยต้องใช้แบบเอกชน และจ่ายค่าบริการตามอัตราเอกชน เป็นต้น โดยประชาชนสามารถสอบถามรายชื่อคลินิกที่รับคนไข้ NHS เพื่อลงทะเบียนเป็นคนไข้ได้จาก PCT ในเขตที่ตนเองอาศัยอยู่ และสามารถรับบริการทันตกรรมได้จากสถานบริการ คลินิกทั่วไป GDS และ PDS โดยราคาค่าบริการของ NHS รัฐจะเป็นผู้กำหนด ส่วนค่าบริการของเอกชนจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสถานบริการจะกำหนด ทั้งนี้ NHS ได้กำหนดค่ารักษาเป็น 3 Bands จ่ายตามการรักษาครั้งเดียวแม้ว่าต้องรักษาหลายครั้ง โดยผู้ป่วยต้องชำระค่าบริการทั้งหมดหรือบางส่วนก่อนเริ่มการรักษา ซึ่งอัตราค่าบริการในช่วงเดือนเมษายน 2011 อยู่ในระดับ ดังนี้

– Band 1 course of treatment £17.00 ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัย ถ่ายภาพรังสี ให้คำแนะนำการป้องกันปัญหาในอนาคต ขูดหินน้ำลาย ขัดฟัน การรักษาฉุกเฉิน

– Band 2 course of treatment £47.00 ครอบคลุมรายการใน Band 1 และรวมการอุดฟัน รักษารากฟัน ถอนฟัน

– Band 3 course of treatment £204.00 ครอบคลุมรายการใน Band 1 และ Band 2 รวมทั้งการครอบฟัน การทำฟันปลอม การทำสะพานฟัน

สำหรับกรณีการรักษาแบบด่วนที่จำเป็นต้องการพบแพทย์ทันทีที่ราคาอยู่ที่ประมาณ £17.00 นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังสามารถขอบริการปรึกษาหรือแจ้งขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดย “NHS Direct”

งานบริการทันตกรรมเฉพาะทาง ทันตแพทย์ GP เป็นผู้ส่งต่อคนไข้ให้ทันตแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งอยู่ในโรงพยาบาลหรือคลินิกบางแห่ง

สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมให้กลุ่มอายุต่าง ๆ ผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมฟรีทุกชนิดบริการทาง NHS ได้กำหนดคุณสมบัติไว้ ดังนี้ คือ (1) กลุ่มเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 18 ปี (2) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีและอยู่ระหว่างการศึกษาระดับ Full Time (3) หญิงที่ตั้งครรภ์และหญิงที่เพิ่งคลอดบุตรภายในไม่เกิน 12 เดือน ก่อนเริ่มการรักษา (4) ผู้ป่วยในของ NHS ที่ได้รับการรักษาโดยทันตแพทย์ NHS และ (5) ผู้ที่มีรายได้น้อยบางกลุ่มที่ได้รับความช่วยเหลือด้านค่ารักษาทั้งตนเองหรือคู่สมรส มีคุณสมบัติต่อไปนี้ ได้แก่ ผู้ที่ได้รับเงินช่วยเหลือรายเดือน ผู้ที่กำลังหางานทำ ผู้ที่ได้รับการยกเว้นภาษี ผู้ได้รับเงินบำนาญ เป็นต้น

3.1.3.2 การจัดบริการการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปาก

ประเทศอังกฤษมีการจัดทำแผนสุขภาพช่องปาก เพื่อจัดบริการส่งเสริมและป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากทั่วประเทศ โดยกำหนดมาตรการที่สำคัญที่ให้หน่วย PCTs ท้องถิ่น ดำเนินการเพื่อปรับปรุงสุขภาพช่องปากในชุมชนของตนเอง และลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพในประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและคนหนุ่มสาว โดยจัดทำโปรแกรมบริการสุขภาพช่องปาก รวมถึงการเพิ่มการใช้ฟลูออไรด์เพื่อช่วยป้องกันฟันผุ และการปรับปรุงอาหาร การลดปริมาณการบริโภคน้ำตาล นอกจากนี้มีการส่งเสริมลดการสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์และมะเร็งในช่องปากในอัตราที่เพิ่มขึ้น และเพิ่มความตระหนักของโรคมะเร็งช่องปาก

3.1.4. ชุดกิจกรรมในการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี

ประเทศอังกฤษ มีกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในหลายรูปแบบ การจัดการบริการสุขภาพช่องปากของอังกฤษ ถือว่าเป็นประเทศที่มีการดำเนินการที่เน้นการทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่ต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง โดยมีการจัดแผนแห่งชาติสุขภาพช่องปากในแต่ละรัฐเป็นประจำระยะ 4 ปี พร้อมทั้งมีการสำรวจสถิติแห่งชาติ/ทำการพัฒนาวิจัยด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุก 10 ปี ซึ่งทำให้มีข้อมูลเชิงประจักษ์และสถิติที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพช่องปากที่สามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากของประชาชน ให้มีความครอบคลุมในทุกกลุ่ม ทุกเพศทุกวัย โดยเน้นการดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์ เด็ก ผู้ใหญ่ และกลุ่มเฉพาะ

3.1.4.1 โครงการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กเล็ก

เป็นการจัดบริการให้สนองความต้องการที่กลุ่มเด็ก ใช้หลักการบูรณาการกิจกรรมสุขภาพต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีหลักการทำงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในกลุ่มเด็ก คือ การผสมผสานการทำงาน 2 ด้าน ทั้งมาตรการกระตุ้นและมาตรการให้ความรู้ โดยมีแนวทางการดำเนินการส่งเสริมป้องกัน

– โครงการ Sure Start: SS เป็นโปรแกรมของรัฐในการสนับสนุนและส่งเสริมเด็กให้มีชีวิตอนาคตที่ดีผ่านการสนับสนุนของครอบครัว การเลี้ยงดู การมีสุขภาพดีและการเรียนรู้ตั้งแต่วัยเยาว์ มีการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กเมื่ออายุครบ 9 เดือน

– การส่งเสริมป้องกันตั้งแต่กลุ่มหญิงมีครรภ์ (ANC) และการใช้วัสดุอุดสีเหมือนฟัน Glass Ionomer (GI) โดยมีการให้บริการผสมผสานในชุมชนใช้บุคลากรที่มีลักษณะ Multi-disciplinary approach เพื่อค้นหากลุ่มที่เสี่ยงมีฟันผุสูง การใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองและการใช้พนักงานเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้พ่อแม่ การพัฒนาชุดการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กให้ครอบคลุมกิจกรรมการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และการตรวจฟันสม่ำเสมอ

– จัดโครงการกระตุ้นให้เด็กได้รับการลงทะเบียนเน้นเฉพาะในพื้นที่ที่เด็กได้รับบริการไม่ครอบคลุม ตัวอย่างเช่น โครงการ The MANCIT project Health visitor ได้รับการอบรมการส่งเสริมทันตสุขภาพให้กับครอบครัวและเยี่ยมเด็กที่บ้านในช่วงอายุต่าง ๆ ดังนี้ ช่วงอายุ 8 เดือน เพื่อให้คำแนะนำการดื่มนมจากแก้วแทนขวด และการทำความสะอาดช่องปาก ช่วงอายุ 18 เดือน ให้ชุดแปรงฟัน และสอนการแปรงฟัน ช่วงอายุ 3 ปี ให้ชุดแปรงฟันชุดที่ 2 และสอนการแปรงฟัน ดำเนินโครงการ PDS ในพื้นที่มีเด็กได้รับบริการไม่ครอบคลุม และการขยายการดูแลทันตสุขภาพสู่กลุ่มเป้าหมายเด็กและคนแก่อย่างกว้างขวาง ดำเนินงานกับ Health Action (HAZ), Health Living Centre (HLC), Health improvement programmers (HIP), Sure Start (SS)

– โครงการ Brushing for Life เป็นโครงการที่ผู้ปกครองของเด็กเล็กได้รับการแจกแปรงสีฟันและยาสีฟันจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เยี่ยมศูนย์เด็กหรือ Health center/PCT เป็นผู้จัดซื้อ การแจกจ่ายชุดดูแลสุขภาพฟันฟรี (Dental Packs) ซึ่งมีทั้งยาสีฟัน แปรงสีฟัน เอกสารแนะนำให้ความรู้ โดยแจกให้กับเด็กที่เข้ามาชมศูนย์ดูแลฟัน Baby's Teeth, Healthy Teeth เป็นต้น

- Tooth brushing clubs เป็นกิจกรรมสร้างชมรมแปรงฟันให้เด็ก ๆ มั่นใจว่าได้ใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์อย่างน้อยหนึ่งครั้งต่อวัน โดยจัดขึ้นในโรงเรียนและสถานรับเลี้ยงเด็ก และเป็นการส่งเสริมให้เด็กกลับไปแปรงฟันที่บ้าน

- การแจกนมฟลูออไรด์ให้กับกลุ่มเด็กนักเรียนอายุ 4-11 ปี ในโรงเรียน ประถมศึกษาที่เข้าร่วมโครงการที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ โดยโครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากทันตกรรมสาธารณสุข Sheffield PCT

- โครงการ National Service Framework (NSF) for children young adult and maternity นโยบายให้ PCT ดูแลให้คนกลุ่มนี้เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดให้ได้รับการดูแลที่ดีทั้งด้านสุขภาพและสังคม

3.1.4.2 โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน

การขยายการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากทั้งในโรงเรียนและสถานที่ทำงาน มีการจัดทีม Oral Health Promotion เข้าไปร่วมทำงานอย่างใกล้ชิดกับโรงเรียน สถานที่ทำงาน และสอนโปรแกรมการแปรงฟัน

- โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน ในอดีตการบริการของ Community Dental Services (CDS) โดยให้ตรวจคัดกรองเด็ก 3 ครั้ง ตลอดช่วงการเป็นนักเรียน

- การให้ความรู้โดย Oral Health Promoter โดยการเยี่ยมนักเรียนในโรงเรียน (ไม่รวมโรงเรียนเอกชน) โบสถ์ มัสยิด หรือศูนย์บริการชุมชน จะให้คำแนะนำเรื่องการดูแลส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก การไปพบทันตแพทย์ และแจกเอกสารแนะนำ นอกจากนี้ Oral Health Promoter มีหน้าที่ให้คำแนะนำและฝึกอบรม Health visitors ในการดำเนินงาน โครงการ Brushing for life

- โครงการ The national healthy school standard กำหนดให้โรงเรียนดำเนินกิจกรรมที่ตระหนักถึงการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ จัดให้มีอาหารที่ดีต่อสุขภาพในเครื่องขายหยอดเหรียญ ร้านค้าอาหารในโรงเรียน ให้ข้อมูล ส่งเสริมและเฝ้าติดตามในช่วงเวลารับประทานอาหาร และสอดแทรกเนื้อหาเรื่องการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

- โครงการ School fruit and vegetable scheme เป็นโครงการที่กำหนดให้เด็กอายุ 4-6 ปี ในโรงเรียนเด็กเล็กและโรงเรียนประถมในเขตพื้นที่การศึกษาได้รับผลไม้ 1 ชิ้น ฟรีทุกวัน

3.1.4.3 โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็ก

การอบรมและให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้เชี่ยวชาญ ทั้งในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ กลุ่มผู้ดูแลบ้าน Trainee พยาบาลเนอสเซอรี่ Trainee พยาบาลทันตกรรม สุขอนามัยและนักศึกษาฝึกงานบำบัต ศูนย์เด็ก แม่และกลุ่มพี่เลี้ยง และ School Club

3.1.5. ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก

ปัญหาการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากมีประเด็นหลัก ๆ อยู่ 2 ส่วน คือ

1) ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้ารับบริการ (Inequalities in oral health) เนื่องจากปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม รวมถึงความไม่เพียงพอของทันตแพทย์กับผู้ป่วย

2) ระดับการดูแลสุขภาพช่องปาก (Levels of oral health)

แม้ว่าระบบ NHS จะทำให้ประชาชนส่วนใหญ่เข้าถึงบริการ และทำให้อัตราการเกิดฟันผุลดลงอย่างมาก แต่ยังคงมีประชาชนบางส่วนที่ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการดังกล่าว เนื่องจากความแตกต่างทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ทำให้การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพช่องปากยังมีความไม่เท่าเทียมกัน ส่งผลให้สุขภาพช่องปากของประชาชนบางกลุ่มยังไม่ดีมากนัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เด็กและเยาวชน กลุ่มผู้อพยพใหม่ กลุ่มผู้สูงอายุและมีความบกพร่องทางร่างกาย ดังนี้

1) กลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี สาเหตุที่ทำให้เด็กกลุ่มนี้เข้าไม่ถึงบริการทันตกรรม คือ ผู้ปกครองบางส่วนไม่ทราบว่าสิทธิรับบริการทันตกรรมฟรีจาก NHS ดังนั้น จึงต้องมีการจัดโครงการที่ช่วยประชาสัมพันธ์และส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ทำให้กลุ่มประชากรดังกล่าวเข้ามาลงทะเบียนรับบริการในระบบบริการทันตกรรมจาก NHS โดยการใช้กลยุทธ์มหาชนสุขภาพ (Public health strategies) ถือว่ามีความจำเป็นในการเพิ่มสุขภาพช่องปากที่ดีที่สุดและลดความไม่เท่าเทียม

2) ผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและสภาพร่างกาย หรือผู้ที่มีสภาวะความเจ็บป่วย ทางกายหรือจิต รวมถึงคนชราที่อาศัยในบ้านพักส่วนตัว ที่มีความเสี่ยงของโรคในช่องปากหรือเกิดความยุ่งยากในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันในระดับน้อย หน่วยงาน HDS CDS และGDS มีการทำงานเชิงรุก ติดตามดูแลผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ เน้นบริการทันตกรรมป้องกันโดยบูรณาการกับการรักษาทางการแพทย์ ให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน และมีการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ

3.1.6. มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

ประเทศอังกฤษ ได้ปรับมาตรการแก้ปัญหาเชิงระบบและการบริหารจัดการ ดังนี้

3.1.6.1. การปรับระบบ NHS Dentistry

NHS Dentistry ได้กำหนดแนวทางการปรับระบบ NHS ทำให้เกิดผลดีต่องานส่งเสริมป้องกันหลายด้าน สนับสนุนให้ PCT สามารถจัดบริการทันตกรรมให้เหมาะสมกับความต้องการของคนในชุมชน และมีนโยบายให้สถานบริการให้บริการทันตกรรมป้องกันที่ได้ผลเชิงประจักษ์มากขึ้น (Evidence based preventive dental services) ทำให้ทันตแพทย์ที่ให้บริการคนไข้ NHS มีจำนวนมากขึ้น เนื่องจาก เดิมมีทันตแพทย์เข้าร่วม NHS น้อย เพราะความยุ่งยากของการเข้าร่วมโครงการ แต่หลังจากปรับระบบทำให้จำนวนทันตแพทย์เพิ่มขึ้น ปรับระบบคิดค่าบริการเพียง 3 ระดับ

3.1.6.2. การพัฒนารูปแบบการดำเนินการให้บริการทันตสุขภาพ

ในพื้นที่ที่มีปัญหาทันตสุขภาพสูง และประชาชนมีข้อจำกัดเข้าไม่ถึงบริการของ GDS ได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินการในลักษณะ

– โครงการนำร่องที่เรียกว่า Personal Dental Service ตามแผนที่ระบุใน NHS (Primary care) Act 1997 โดย HA ทำงานร่วมกับทันตแพทย์ และ NHS trust ร่วมกับ Community Dental Service ของ GDS มีลักษณะการให้บริการในลักษณะ “Drop in center” เป็นบริการที่สะดวกและรวดเร็วโดยต้องมีระบบนัดหมาย โดยประชาชนต้องมาลงทะเบียนและได้รับบริการที่มีคุณภาพจากบุคลากรที่มีทักษะบริการที่หลากหลาย (Skill-mix)

– บริการใน PDS เป็นบริการที่เน้นลดช่องว่างระหว่างบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ตัวอย่าง เช่นโครงการ PDS ของ East London หลายแห่งดำเนินการให้บริการโดย Dental therapist’s ในพื้นที่มีปัญหาทันตสุขภาพและขาดแคลนกำลังคน ซึ่งให้บริการโดยเน้นในกลุ่มเด็กเป็นสำคัญ

3.2 ประเทศสวีเดน

3.2.1 หลักการและโครงสร้างในการจัดบริการด้านสุขภาพ

3.2.1.1 หลักการในการจัดบริการด้านสุขภาพ

ปรัชญาสำคัญของระบบบริการสุขภาพของสวีเดน คือ รัฐสวัสดิการ (Welfare state) มีสาระหลักใหญ่อยู่ที่การปกป้องคุ้มครองโดยรัฐในด้านรายได้ สุขภาพ ที่อยู่อาศัย และการศึกษา ลักษณะที่สำคัญของรัฐสวัสดิการในสวีเดนมี ดังนี้ คือ (1) ภาครัฐมีบทบาทหลักทั้งในด้านการคลังสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพ (2) นโยบายและบริการต่าง ๆ มีลักษณะครอบคลุมถ้วนหน้า (Universal) มิได้เป็นการเจาะจงเฉพาะประชากรบางกลุ่ม (3) เกณฑ์ในการได้รับความคุ้มครอง (Eligibility) อิงตามสิทธิของความเป็นพลเมือง (4) บุคลากรผู้ให้บริการอยู่ในภาครัฐในสัดส่วนที่สูง

สวีเดนเริ่มสร้างหลักประกันสุขภาพโดยออกกฎหมาย National Health Insurance Act ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1946³⁴ ต่อมาปี 1962 สวีเดนออกกฎหมายขยายความคุ้มครองไปยังผู้อยู่อาศัย (Resident) ทุก ๆ คน และ ในปี ค.ศ. 1970 รัฐบาลได้ประกาศได้นโยบายปฏิรูป ‘7 Crown รักษาทุกโรค’³⁵

3.2.1.2 โครงสร้างในการจัดบริการสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ³⁶ คือ

1) องค์การระดับชาติ (The state) กระทรวงสุขภาพและกิจการสังคมรับผิดชอบดูแลหน่วยงานภาครัฐและองค์กรต่าง ๆ 56 หน่วยงาน รวมทั้งคณะกรรมการบริหารเขต (The county administrative boards) 21 เขต และ 7 State-owned company’s หน่วยงานราชการหลายหน่วยงานทำหน้าที่สนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ของ กระทรวงสุขภาพและสวัสดิการสังคม โดยในส่วนของ การดูแลสุขภาพและการแพทย์ มีหน่วยงานอิสระภายใต้กระทรวงที่สำคัญ เช่น National Board of Health and Welfare (NBHW) และ National Social Insurance Board (NSIB)

2) องค์การระดับเขต สวีเดนมีสภาเขต 21 เขต (County Councils) รับผิดชอบในการจัดบริการด้านสุขภาพและการอำนวยความสะดวกให้ความร่วมมือในการดูแลทางสุขภาพเพื่อให้ประชาชน ที่รับผิดชอบได้รับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานสูง สภาเขตได้มีการแบ่งกลุ่มการดูแลสุขภาพ เป็น 6 ภูมิภาค (Region) โดยแต่ละภูมิภาคประกอบด้วย County หลาย

แห่งร่วมกันดูแลประชากรประมาณ 1-2 ล้านคน องค์กรสำคัญที่เป็นตัวแทนระดับประเทศของสภาเขต และหน่วยงานเทศบาล³⁷ ซึ่งถือว่าเป็นผู้จ้างงาน (Employer) ของบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ Swedish Association of Local Authorities and Region องค์กรนี้ทำหน้าที่ปกป้องผลประโยชน์ของสภาเขตและเทศบาล และประสานความร่วมมือกันระหว่างเขตและเทศบาล

3) การจัดองค์กรระดับท้องถิ่นจำนวน 290 เทศบาล เทศบาลแต่ละแห่งมีการเลือกคณะกรรมการหรือสภาเทศบาล (Municipal councils) ทำหน้าที่ตัดสินใจ และดูแลกิจการในระดับท้องถิ่น สภาเทศบาลแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารเทศบาลทำหน้าที่ประสานงานต่าง ๆ ในเทศบาล

3.2.1.3 ระบบประกันสุขภาพ

นอกเหนือจากเงินภาษี ซึ่งเป็นแหล่งใหญ่ที่สุดของค่าใช้จ่ายสุขภาพแล้ว ประเทศสวีเดนยังมี การประกันสุขภาพภาคบังคับ ซึ่งจัดเป็นสิทธิประโยชน์แขนงหนึ่งในระบบประกันสังคมของประเทศ (Social insurance system) ซึ่งบริหารโดย NSIB มีความมุ่งหมายสร้างความมั่นคงทางการเงินให้แก่ครอบครัวในยามที่เจ็บป่วย พิการ หรือชราภาพ ในปี ค.ศ. 2000 ค่าใช้จ่ายในด้านความเจ็บป่วยและพิการคิดเป็นร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในระบบประกันสังคม (National Social Insurance Board, 2002) ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์เคยมีสัดส่วนที่สูง เนื่องจากในอดีตได้รวมค่ายาไว้ในส่วนนี้ด้วย แต่หลังจากปี ค.ศ. 1998 เป็นต้นมา ค่ายาได้ตกอยู่ในความรับผิดชอบของ county council ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม จึงลดต่ำกว่า 10 เท่าตัว จาก 25,501 ล้าน SEK ในปี ค.ศ. 1990 เหลือเพียง 2,001 ล้าน SEK ในปี ค.ศ. 2000 และกว่าร้อยละ 70 ในปัจจุบัน (1,462 ล้าน SEK) จัดเป็นค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรม³⁸ และมีระบบการประกันสุขภาพเอกชนอยู่บ้างเล็กน้อย

นอกจากนี้ยังมีระบบการประกันทันตสุขภาพแห่งชาติ (National Dental Health Insurance-NDHI) เป็นระบบการคลังสำหรับการจัดบริการทันตกรรมให้แก่ผู้ใหญ่ อายุ 20 ขึ้นไป เริ่มมีขึ้นในสวีเดน เมื่อปี ค.ศ. 1974³⁹ ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้มีโอกาสเข้าถึงบริการทันตกรรมที่เหมาะสมอย่างเท่าเทียมกันมากขึ้น เป็นการลดความแตกต่างของระดับการใช้บริการทันตกรรมในระหว่างคนมั่งมีและคนจน⁴⁰ วัตถุประสงค์ของ NDHI ออกเป็น 3 ประการ คือ (1) การเข้าถึงบริการโดยเท่าเทียม (2) ให้เกิดคุณภาพบริการ และ (3) ลดภาระค่าใช้จ่าย

3.2.2 โครงสร้างและระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

3.2.2.1 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพช่องปาก

สวีเดนเป็นประเทศที่ให้บริการสุขภาพช่องปากอย่างเป็นทางการเป็นธรรมชาติ การจัดการทันตกรรมได้รับเงินสนับสนุนส่วนใหญ่จากระบบประกันสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ให้บริการทันตกรรมฟรีสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีอายุถึง 19 ปี และสนับสนุนเงินอย่างเต็มที่สำหรับผู้สูงอายุ ระบบบริการสุขภาพช่องปากถูกกระจายอำนาจให้ County Council เป็นผู้ดูแล โดยรัฐบาลกลางมีบทบาทในการออกกฎหมายและกำหนดนโยบายในระดับประเทศ ขณะที่ County Council มีบทบาทในการวางแผนด้านสุขภาพในแต่ละท้องถิ่น สวีเดนมีพระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพ (the Dental Care Act) เป็นกฎหมายที่ดูแลการบริการสุขภาพช่องปากให้มีความเท่าเทียมและมีคุณภาพสำหรับประชาชนทั้งหมด

ระบบบริการสุขภาพช่องปากในสวีเดนมี 2 ระบบ⁴¹ แบ่งออกตามอายุของกลุ่มประชากรเป้าหมาย คือ การจัดการบริการในกลุ่มเด็กอายุไม่เกิน 19 ปี โดยใช้เงินภาษีท้องถิ่นของสภาเขต (County Council) ร่วมกับเงินสนับสนุนบางส่วนจากรัฐบาลกลาง และในกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 20 ปีขึ้นไป ด้วยงบประมาณจากระบบประกันสังคม ภายใต้การสนับสนุนจากคณะกรรมการประกันสังคมแห่งชาติ (the National Board of Social Insurance)

3.2.2.2 ระบบการจัดการบริการสุขภาพช่องปาก

แบ่งเป็น (1) การจัดการบริการสุขภาพช่องปากในภาครัฐ คือ The Public Dental Service⁴² ซึ่งเป็นหน่วยที่จัดการบริการทันตกรรมทั่วไปให้แก่เด็กโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และเปิดโอกาสให้ผู้ยากจนเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ในราคาที่ไม่แพง มี County Council เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานของ The Public Dental Service ในปัจจุบันมีหน่วยงานบริการทันตสาธารณสุขภูมิภาค (Regional Public Dental Service Organization) ในแต่ละ County เขตละ 1 แห่ง รวม 21 แห่ง ซึ่งการจัดการบริการส่วนใหญ่เป็น Local clinics พบว่าเด็กประมาณ ร้อยละ 95-98 ได้รับการดูแลทางทันตกรรมจาก the Public Dental Service⁴³ (2) การจัดการบริการในภาคเอกชนส่วนใหญ่ให้บริการสุขภาพช่องปากแก่ประชากรผู้ใหญ่ร้อยละ 70 ทันตแพทย์เอกชนได้รับค่าตอบแทนส่วนใหญ่จากระบบ National Dental Health Insurance (NDHI) ตามรายการบริการผนวกกับค่าร่วมจ่ายบางส่วนจากผู้ป่วย

ชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยอายุไม่เกิน 19 ปี มีความครอบคลุมบริการแบบเบ็ดเสร็จและผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าร่วมจ่ายใด ๆ แต่ชุดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มผู้ใหญ่ถูกแบ่งแยกออกเป็น 2 ระดับ คือ ชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน (Basic dental care) ได้แก่ บริการทันตกรรมป้องกัน การบูรณะฟัน การรักษารากฟันซึ่งผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง และชุดสิทธิประโยชน์เสริม (Additional dental care)⁴⁴ หมายถึง การรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง อันได้แก่ ฟันปลอมชนิดติดแน่น และการจัดฟัน ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการคุ้มครองภายใต้มาตรการคุ้มครองค่าใช้จ่ายสูง (High-cost protection) เพื่อปกป้องผู้ป่วยต้องจ่ายค่าใช้จ่ายสูง ๆ

3.2.3 การจัดการบริการทันตกรรมและจัดการบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

3.2.3.1 การจัดการบริการทันตกรรม

1) การจัดการบริการในภาครัฐ

หน่วยงานที่ทำหน้าที่จัดการบริการทันตกรรมในภาครัฐ คือ Public Dental Health Service (PDHS)⁴⁵ ซึ่งเริ่มตั้งขึ้น ในปี ค.ศ. 1930 มีวัตถุประสงค์ในระยะแรกเพื่อจัดการบริการทันตกรรมให้แก่ประชากรเด็กโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และเปิดโอกาสให้ผู้ยากจนเข้าถึงบริการทันตกรรมได้ในราคาที่ไม่แพง ต่อมาเมื่อมี NDHI ขึ้น ในปี ค.ศ. 1974 สถานการณ์จึงเปลี่ยนไปเมื่อค่าบริการทันตกรรมมีอัตราเท่าเทียมกันทั้งภาคเอกชนและรัฐ อย่างไรก็ตาม แม้อิทธิพลของหลักประกันทันตสุขภาพจะทำให้อัตราค่าบริการเท่าเทียมกันแล้ว แต่แบบแผนบริการก็ยังคงแตกต่างกันอยู่ในระหว่างทันตแพทย์ PDHS และทันตแพทย์เอกชน โดยเฉพาะในกรณีการทำฟันปลอม

2) การจัดการบริการในภาคเอกชน

ทันตแพทย์เอกชนให้บริการทันตกรรมแก่ประชากรผู้ใหญ่ราวร้อยละ 70 แต่เดิม county council มีอำนาจควบคุมการเปิดบริการของทันตแพทย์เอกชน และทันตแพทย์

เอกชนได้รับค่าตอบแทนส่วนใหญ่จากระบบ NDHI ตามรายการบริการผนวกกับค่าร่วมจ่ายบางส่วนจากผู้ป่วย ในระยะหลังค่าใช้จ่ายจาก NDHI มีแนวโน้มลดลงอย่างมากจากประมาณ 3,750 ล้าน SEK ในปี ค.ศ. 1990 เหลือประมาณ 1,400 ล้าน SEK ในปี ค.ศ. 1998 (WHO, 2002B) ในปี ค.ศ. 1999 มีการเปลี่ยนแปลงในระบบ NDHI ให้ทันตแพทย์กำหนดราคาค่ารักษาเองได้และยกเลิกการควบคุมโดย county council

3.2.3.2 การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

ในแต่ละ County ของสวีเดน มีการจัดทำโครงการทันตกรรมป้องกันยึดแนวทางอิงกลุ่มประชากรทั้งหมด (Population-based) แต่ในปัจจุบันได้เปลี่ยนแนวทางการจัดบริการอิงตามระดับความเสี่ยงรายบุคคลมากขึ้น (Risk-based)^{46,47} บุคคลความเสี่ยงสูงได้รับบริการทันตกรรมป้องกันอย่างเข้มข้นมากกว่าผู้ที่ความเสี่ยงต่ำ เป็นการจัดบริการทันตกรรมป้องกันในคลินิกตามระบบกลุ่มเสี่ยงในคลินิกทันตกรรมของรัฐ มีทันตบุคลากรให้บริการ รูปแบบของการจัดบริการมีความแตกต่างกันไปในแต่ละ County Council บาง County Council มีการทำ Professional tooth cleaning ตามด้วยการสอนแปรงฟันและสอนใช้ไหมขัดฟันร่วมกับการให้ฟลูออไรด์วาร์นิช บาง County Council เน้นที่การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ทุกซี่ของเด็กทุกคน⁴⁸ ระบบการคลังภายใต้ National Dental Health Insurance นั้น ได้มีการปรับวิธีการจ่ายค่าตอบแทนเป็นแบบ Capitation ด้วย โดยให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำจ่ายค่าเบี้ยประกันรายปีต่ำกว่าผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เป็นการสร้างแรงจูงใจทางการเงินให้แก่ประชาชนผู้ใช้บริการ⁴⁹

3.2.4 ชุดกิจกรรมในการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี

โครงการทันตกรรมป้องกันสำหรับเด็กเริ่มขึ้นราวทศวรรษ 1950 และต่อมาได้นำไปสู่การออกกฎหมาย Public Dental Service Act ในปี ค.ศ. 1974 ในยุคแรก ๆ โครงการทันตกรรมป้องกันยึดแนวทางอิงกลุ่มประชากรทั้งหมด (Population-based) แต่ในปัจจุบันได้เปลี่ยนแนวทางมาอิงตามระดับความเสี่ยงรายบุคคลมากขึ้น (risk-based) เนื่องจากความชุกของโรคลดลงอย่างมาก และโรคส่วนใหญ่กระจุกอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเพียงจำนวนน้อย⁵⁰ การวิเคราะห์เปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันของกลุ่มประเทศนอร์ดิก ในรอบทศวรรษ 1990 ระบุว่าทันตกรรมป้องกันในระดับชุมชนของสวีเดนมีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด⁵¹

3.2.5 ทันตกรรมป้องกันในคลินิกตามระบบกลุ่มเสี่ยง

คลินิกทันตกรรมของ PDHS เน้นการจัดบริการทันตกรรมป้องกันให้แก่ผู้ป่วยเด็ก มีผู้ให้บริการ คือ ทันตแพทย์ ทันตอนามัย และผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมพิเศษ รูปแบบของการจัดบริการทันตกรรมป้องกันในคลินิกแตกต่างกันไปในแต่ละ county บาง county มีการทำ professional tooth cleaning ตามด้วยการสอนแปรงฟันและสอนใช้ไหมขัดฟันร่วมกับการให้ฟลูออไรด์วาร์นิช⁵² บาง county ก็เน้นที่การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ทุกซี่ของเด็กทุกคน⁵³ ส่วนในการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการมีอยู่บ้างในบางแห่ง ขณะที่ฟลูออไรด์เจลนั้นแทบไม่มีการใช้เลยในสวีเดน

ปัจจุบัน การจัดบริการทันตกรรมป้องกันในคลินิกของ PDHS อาศัยหลักการจำแนกความเสี่ยงรายบุคคลมากขึ้น บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงได้รับบริการทันตกรรมป้องกันอย่างเข้มข้นมากกว่าผู้ที่ความเสี่ยงต่ำ มีรายงานจาก county ต่าง ๆ ที่นำเอาระบบกลุ่มเสี่ยงมาใช้ในการ

ให้บริการทันตกรรมป้องกันสำหรับกลุ่มเด็กเล็ก กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มผู้ใหญ่ ประเด็นที่น่าพิจารณา คือ ในแนวทางการจัดบริการทันตกรรมตามระบบกลุ่มเสี่ยงให้แก่ผู้ใหญ่ ซึ่งอยู่ภายใต้ระบบการคลังของ NDHI นั้น ได้มีการปรับวิธีการจ่ายค่าตอบแทนเป็นแบบ capitation ด้วย เพื่อให้สอดคล้องกับหลักการจำแนกความเสี่ยง โดยให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำจ่ายค่าเบี้ยประกันรายปีต่ำกว่าผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เป็นการสร้างแรงจูงใจทางการเงินให้แก่ประชาชนผู้ใช้บริการ⁵⁴

3.2.6 ปัญหาการเข้าถึงบริการ

ในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมาสวีเดนประสบภาวะเศรษฐกิจถดถอยอย่างรุนแรง⁵⁵ ส่งผลให้ฐานการเก็บภาษีหดตัวลง County Council มีรายได้เข้าสู่ระบบสุขภาพลดน้อยลง และทำให้งบประมาณด้านสุขภาพถูกจำกัดลงอย่างมาก แต่ในขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น จากการขึ้นราคาของค่ายา และจากการโอนความรับผิดชอบของค่ายาจากระบบประกันสังคมมาสู่ County Council ดังนั้นมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายจึงกลายเป็นประเด็นสำคัญเร่งด่วนของระบบบริการสุขภาพ การขาดการเชื่อมประสานที่ระหว่างบริการปฐมภูมิ และผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ระบบบริหารสุขภาพของสวีเดนที่ผ่านมาเน้นที่โรงพยาบาลเป็นหลัก ไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการจัดบริการผู้ป่วยนอก โดยมีระยะเวลาารอนานในบัญชีรอเรียก (Waiting list) ทำให้ชาวสวีเดนรู้สึกว่าการบริการสุขภาพไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการได้ และเริ่มหันไปพึ่งระบบประกันสุขภาพของเอกชนมากขึ้น

3.2.7 มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

สวีเดนมีมาตรการเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ตามข้อตกลงระหว่างเขต เทศบาลและรัฐบาลกลาง โดยให้อิสระในการเลือกบริการสุขภาพ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยสามารถขอการดูแลที่ใดก็ได้ในประเทศตามข้อตกลงในพื้นที่ของสภาเขตในระดับเดียวกัน เมื่อสภาเขตตัดสินใจแนวทางการรักษา เช่นการดูแลที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยก็สามารถมีอิสระในการเลือกโรงพยาบาลใดก็ได้ ระบบหลักประกันสุขภาพได้กำหนดว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในระยะเฉียบพลัน สามารถเข้าถึงการดูแลปฐมภูมิจากบุคลากรทางการแพทย์ภายใน 7 วัน และได้รับการรักษาภายใน 90 วัน ของการส่งต่อจากแพทย์เวชปฏิบัติสู่การพบแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ส่งผลให้สภาเขตต้องให้การดูแลรักษาภายใน 90 วัน ของการตัดสินใจรักษา สภาเขตต้องหาวิธีในการลดเวลาการรอคอยในการให้บริการผู้ป่วย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัด) ในกรณีที่สภาเขตไม่สามารถให้บริการตามระยะเวลาที่กำหนด หรือถ้าผู้ป่วยจะต้องรอมากกว่า 90 วัน พวกเขาสามารถเลือกบริการข้ามเขตอื่นได้ ซึ่งถือว่าเป็นข้อตกลงร่วมระหว่าง the Swedish state และสมาคมสวีเดนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภูมิภาค (the Swedish Association of Local Authorities and Regions)

ในปี 2008 ได้กำหนดการดูแลทางทันตกรรมรูปแบบใหม่ในผู้ใหญ่⁵⁶ กระตุ้นการรับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากด้วยมาตรการต่าง ๆ ได้แก่

1) คูโปงแทนเงินสด (Dental care voucher) เป็นเงินช่วยเหลือสำหรับการรักษาช่องปากทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

2) มาตรการการคุ้มครองค่าใช้จ่ายสูง (High-cost protection scheme) เป็นการป้องกันการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยจ่ายค่าชดเชยเท่ากับ 50%

3) จัดทำระบบราคาอ้างอิง (Reference prices system) โดยจ่ายเงินชดเชยตามระดับฐานราคาอ้างอิง ภายใต้ระบบนี้ผู้ให้บริการทางการแพทย์จะได้รับการชดเชยสำหรับทุกกระบวนการบริการที่เกิดขึ้น ระดับมูลค่าของค่าชดเชยคำนวณจากราคาอ้างอิงของแต่ละกระบวนการที่ใช้ในการดูแลรักษา ราคาอ้างอิงนี้ยังสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถเปรียบเทียบราคาได้ ส่วนระบบการตั้งราคารักษาฟรีสำหรับการบริการดูแลช่องปากก็ยังคงใช้อยู่

4) การดูแลรักษาช่องปากที่มีสิทธิได้รับค่าชดเชยจากรัฐ (Dental care that qualifies for compensation) ประกอบด้วยการป้องกันรักษาอนามัยช่องปาก รวมไปถึงการป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บปวดหรือเกิดโรค การดูแลรักษาช่องปากนี้รวมถึงการรักษาสภาพอวัยวะภายในช่องปากด้วย

5) สิทธิของผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูล ผู้ให้บริการจะต้องบอกรายการค่าใช้จ่ายของการบริการต่าง ๆ โดยต้องบอกทั้งราคาของตัวผู้ให้บริการเองและราคาอ้างอิงที่กำหนดโดยรัฐ รวมไปถึงการรับประกันผลการรักษาที่ตัวผู้ให้บริการจะให้แก่ผู้ป่วย ถ้าผู้ให้บริการให้การรักษาที่ไม่ได้อยู่ในรายการที่จะได้รับการชดเชยจากรัฐ ผู้ให้บริการต้องแจ้งและบอกการรักษาด้วยวิธีการอื่นที่สามารถขอค่าชดเชยให้ผู้ป่วยทราบก่อน

3.3 ประเทศญี่ปุ่น

3.3.1 หลักการและโครงสร้างในการจัดบริการด้านสุขภาพ

3.3.1.1 หลักการในการจัดบริการด้านสุขภาพ

ประชาชนชาวญี่ปุ่นขึ้นชื่อว่ามีสุขภาพดีและอายุยืนที่สุดประเทศหนึ่งในโลก บริบททางสังคมและวัฒนธรรมหลายประการมีส่วนที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดี ชาวญี่ปุ่นมีอัตราการรู้หนังสือสูงถึงร้อยละ 99 มีค่านิยมที่รักความสะอาด และใส่ใจในการดูแลสุขภาพ บริโภคอาหารเน้นอาหารกลุ่มไขมันต่ำ และปัจจัยที่สำคัญอีกประการก็คือ ประเทศญี่ปุ่นมีระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ⁵⁷

หลังจากสงครามโลกครั้งที่หนึ่งญี่ปุ่นได้รับเอาแนวความคิด ‘Peace through social justice’ ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization) แนวคิดนี้ให้ความสำคัญแก่การจัดสวัสดิการแก่คนงานอย่างเพียงพอ ญี่ปุ่นก็ได้ออกกฎหมายประกันสุขภาพ (Health Insurance Law) ฉบับแรก ในปี ค.ศ. 1922 ครอบคลุมคนงานในสถานประกอบการขนาดตั้งแต่ 5 คน รวมทั้งครอบครัว นับจากนั้นเป็นต้นมาแนวคิดของการสร้างหลักประกันสุขภาพได้กลายเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพในประเทศญี่ปุ่นมาโดยตลอด หลังจากพ่ายแพ้ในสงครามโลกครั้งที่ 2 ญี่ปุ่นตกอยู่ภายใต้การปกครองดูแลของสหรัฐอเมริกา ส่งผลให้ญี่ปุ่นมีรูปแบบการปกครองตามระบอบประชาธิปไตย และมีการปรับระบบบริการสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น และส่งผลให้ตลาดบริการด้านการแพทย์อยู่ในภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่ตามแบบอย่างของสหรัฐอเมริกา

3.3.1.2 โครงสร้างในการจัดบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของญี่ปุ่นมีลักษณะสำคัญ คือ เป็นระบบที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage) ทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ โดยต้องจ่ายเบี้ย

ประกันสุขภาพ (Insurance tax) เพิ่มเติมจากระบบภาษีปกติ⁵⁸ ผู้ใช้บริการต้องจ่ายร่วม (Copayment) ตามอัตราที่กำหนดในประกันแต่ละชนิด โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง (2) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance, NHI เรียกอีกชื่อว่า Community Health Insurance) จ่ายเงินค่าทำประกันโดยผู้ทำประกันและกระทรวงการคลังรัฐบาลออกให้ผู้ทำประกัน 70 % ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และ (3) ประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ประเทศญี่ปุ่นมีองค์กรหลักของรัฐที่รับผิดชอบการดำเนินงานด้านสุขภาพ คือ กระทรวงสุขภาพแรงงานและสวัสดิการ (Ministry of Health, Labor and Welfare–MOHLW) หน่วย Dental Health Division เป็นแผนกหนึ่งในสังกัด Health Policy Bureau ที่มีหน้าที่ดูแลกิจการทางด้านจัดบริการทันตกรรม ภายใต้การรณรงค์ระดับประเทศที่เรียกว่า People’s Health Promotion Campaign for the 21st Century หรือที่รู้จักกันทั่วไปว่า ‘Healthy Japan 21’ ซึ่งประเด็นทันตสุขภาพ (Dental Health) ถือเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งใน Healthy Japan 21 ที่จะนำประชาชนชาวญี่ปุ่นเข้าถึงความมีสุขภาพช่องปากที่ดี

สถานพยาบาลสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเกือบทั้งหมดอยู่ในภาคเอกชน นอกเหนือจากศูนย์บริการสุขภาพซึ่งดำเนินการโดยรัฐบาลแล้ว ข้อมูล ในปี ค.ศ. 2004 ระบุว่าประเทศญี่ปุ่นมีโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 9,077 แห่ง และส่วนคลินิกแพทย์มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 97,051 แห่ง จำแนกเป็นคลินิกที่มีเตียง 14,765 แห่ง และคลินิกที่ไม่มีเตียง 82,286 แห่ง

การออกกฎหมายด้านสุขภาพ (Health legislation) ของญี่ปุ่น ถือเป็นกลไกสำคัญในการกำหนดนโยบายสุขภาพระดับประเทศมาตั้งแต่สมัยหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 กฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องในกระบวนการวางแผนสุขภาพ คือ Medical Services Law กำหนดให้มีการแบ่งเขตพื้นที่บริการทางการแพทย์ (Medical care area) ออกเป็น 2 ระดับ คือ พื้นที่บริการทางการแพทย์ทุติยภูมิ (Secondary medical care area) หมายถึง พื้นที่ที่มีขนาดประมาณเท่าชุมชน (Community) และมีความต้องการทางการแพทย์ในระดับพื้นฐานตัวเลข ในปี ค.ศ. 1998 มีเขตพื้นที่ระดับนี้อยู่ 355 เขต⁵⁹ ส่วนพื้นที่บริการทางการแพทย์ตติยภูมิ (Tertiary medical care area) หมายถึง เขตพื้นที่ระดับ Prefecture และจัดบริการการแพทย์เฉพาะทาง

ระบบบริการสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นจัดว่าเป็นระบบที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างถูก⁶⁰ ในรายงานการศึกษาขององค์กรระหว่างประเทศ Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) ระบุว่าเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในกลุ่ม OECD ซึ่งมีมาตรฐานการครองชีพคล้ายคลึงกันแล้ว ญี่ปุ่นมีค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรต่ำกว่าถึงร้อยละ 11.4 เมื่อคำนวณด้วยหน่วยการใช้จ่ายเป็นอัตราแลกเปลี่ยนโดยเปรียบเทียบอำนาจซื้อ (Purchasing power parity) ญี่ปุ่นใช้กลไกควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ โดย (1) การที่รัฐบาลมีส่วนในการปรับตารางค่ารักษา (Fee schedule) เพื่อตรึงราคาค่าบริการ (2) การกำหนดการร่วมจ่าย (Co-payment) ซึ่งมีผลทำให้ลดอุปทานของการใช้บริการ และ (3) การควบคุมในด้านอุปสงค์ด้วยมาตรการกฎระเบียบต่าง ๆ

3.3.2 โครงสร้างและระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

3.3.2.1 การวางแผนและนโยบายทันตสุขภาพ

MOHLW ประกาศใช้นโยบาย Healthy Japan 21 ในปี ค.ศ. 2000 เพื่อรณรงค์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ชาวญี่ปุ่นในสหัสวรรษใหม่ หัวข้อสุขภาพช่องปากเป็น 1 ใน 9 องค์ประกอบใหญ่ มีเป้าหมายสำคัญ 4 ประการ ซึ่งต้องบรรลุ ในปี ค.ศ. 2010⁶¹ ดังนี้ :

- เป้าหมายที่ 1 มากกว่าร้อยละ 20 ของผู้สูงอายุ 80 ปี มีฟันใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่
- เป้าหมายที่ 2 มากกว่าร้อยละ 80 ของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากโรคฟันผุ
- เป้าหมายที่ 3 ค่าเฉลี่ยดัชนี DMFT ของเด็กอายุ 12 ปี ต่ำกว่า 1
- เป้าหมายที่ 4 ผู้ป่วยโรคปริทันต์อักเสบอายุ 40-50 ปี ที่มีร่องลึกปริทันต์เกิน 4 มม. มีจำนวนลดลงร้อยละ 30

3.3.2.2 การคลังของบริการทันตสุขภาพ

บริการทันตสุขภาพอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพเช่นเดียวกับบริการทางการแพทย์อื่น ๆ โดยมีวิธีการปฏิบัติเป็นในทำนองเดียวกัน บริการทันตกรรมเกือบทั้งหมดถูกรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ยกเว้น การจัดฟัน และการใส่ฟันปลอมบางชนิด ซึ่งผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาให้แก่ทันตแพทย์โดยตรง จากรายงานการศึกษา International Collaborative Study II⁶² ประกันสุขภาพจะจ่ายเฉพาะบริการรักษา ไม่ครอบคลุมบริการทันตกรรมป้องกัน (ได้แก่ การใช้ฟลูออไรด์ และสารเคลือบร่องฟัน ส่วนบริการขูดหินปูนและทำความสะอาดช่องปากถูกรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ญี่ปุ่นมีค่าใช้จ่ายทางด้านทันตกรรมประมาณร้อยละ 9.6 จากยอดค่าใช้จ่ายทั้งหมดในระบบประกันสุขภาพ การบริการทันตสุขภาพอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ รายการบริการทันตกรรมเกือบทั้งหมดถูกรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ยกเว้น การจัดฟัน และการใส่ฟันปลอมบางชนิด ซึ่งผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาให้แก่ทันตแพทย์โดยตรง

3.3.3 การจัดการทันตกรรมและจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

3.3.3.1 การจัดการทันตสุขภาพ

การจัดการทันตสุขภาพอยู่ในแบบแผนทำนองเดียวกันกับบริการสุขภาพโดยรวม ภาคเอกชนมีบทบาทหลักในการจัดบริการ ในปี ค.ศ. 2000 มีคลินิกทันตแพทย์ในประเทศญี่ปุ่น⁶³ 63,361 แห่ง (Statistics Bureau, 2002) ประชาชนทั่วไปสามารถเข้ารับบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลใดก็ได้ โดยใช้ระบบประกันสุขภาพที่ตนมีอยู่ ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมครอบคลุมบริการรักษาแบบทุกประเภท ยกเว้น การจัดฟัน ฟันปลอมบางชนิด และงานทันตกรรมป้องกัน การที่มีอัตราาร่วมจ่ายค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 20 สำหรับผู้ประกันตนในระบบ EHI และร้อยละ 30 สำหรับผู้ประกันตนในระบบ NHI) ดังนั้นราคาบริการทันตกรรมจึงไม่ได้เป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการสำหรับประชาชนชาวญี่ปุ่น

Kawamura และคณะ⁶⁴ คณะผู้วิจัยได้ให้ข้อสังเกตว่าบริการทันตกรรมป้องกันได้รับความสนใจน้อยมากในประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากไม่ได้รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ (หมายเหตุ : การขูดหินปูนแม้ว่าจะรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ แต่ก็ไม่ได้เป็นบริการที่ 'popular' มากนักในหมู่ทันตแพทย์) Yonemitsu และ Sutcliffe (1992)⁶⁵ ได้เปรียบเทียบ

สุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนในญี่ปุ่นและสกอตแลนด์ และระบุว่าการทำงานสารเคลือบร่องฟันในเด็กญี่ปุ่นมีอัตราต่ำมาก ด้วยเหตุที่ตารางค่ารักษาสร้างแรงจูงใจให้ทันตแพทย์ญี่ปุ่นหารายได้จากบริการรักษาบูรณะฟันเป็นหลัก คลินิกทันตแพทย์ในประเทศญี่ปุ่นส่วนมากมีขนาดเล็ก มีบุคลากรประจำคลินิกประเภทเต็มเวลา ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.3 เป็นเวชปฏิบัติเดี่ยว (solo practice) ซึ่งเป็นแบบแผนการดำเนินงานที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด

การจัดบริการทันตกรรมแก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ มักเป็นบทบาทของสมาคมทันตแพทย์ในระดับท้องถิ่น Sugimoto และ Matsuo (1993)⁶⁶ ได้แบ่งประเภทของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะไว้ ดังนี้:

1) บริการทันตกรรมเคลื่อนที่ (Itinerant dental service) ในเขตทุรกันดารและเกาะเล็ก ๆ ซึ่งประชาชนมีความลำบากในการเดินทางมารับบริการบริการส่วนใหญ่เป็นบูรณะฟัน (ร้อยละ 55.4)

2) บริการทันตกรรมเคลื่อนที่ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ บริการส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุได้รับ คือ ฟันปลอม

3) บริการตรวจสุขภาพช่องปากในสถานที่ทำงาน ตามกฎหมาย Rules of Laborers' Safety and Sanitation Act ฉบับแก้ไขปี ค.ศ. 1989 กำหนดให้สถานที่ทำงานที่มีการใช้วัตถุสภาพเป็นกรด ต้องจัดให้มีการตรวจสุขภาพช่องปากทุก ๆ 6 เดือน

4) บริการทันตสุขภาพในโรงเรียน เด็กนักเรียนทุกคนต้องได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี ในปี ค.ศ. 1992 มีเด็กนักเรียนที่ได้รับ complete treatment ร้อยละ 40

3.3.3.2 การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

การสร้างเสริมสุขภาพในประเทศญี่ปุ่นมีกระบวนการขับเคลื่อนแบ่งเป็น 3 ระยะ⁶⁷ ในระยะที่หนึ่งระหว่างปี ค.ศ. 1978–1987 เป็นการก่อตั้ง Municipal Health Center ขึ้นในทุก ๆ เขตเทศบาลเพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ นอกเหนือไปจากที่ Public Health Center ได้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้ว ระยะที่สองเริ่มขึ้น ในปี ค.ศ. 1988 เมื่อมีโครงการ Active 80 Health Plan ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะยืดอายุขัยของพลเมืองให้ยืนยาวเกิน 80 ปี จากนั้นในระยะที่ 3 จึงได้มีโครงการ Healthy Japan 21 ขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 2000 โดยได้จัดวางกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพอย่างเบ็ดเสร็จสำหรับพลเมืองชาวญี่ปุ่นในศตวรรษที่ 21 แบ่งเป็นประเด็นหลัก 9 ด้าน ได้แก่ (1) Foods and Nutrition (2) Physical activities/exercise (3) Rest and mental health (4) Tobacco (5) Alcohol (6) Dental Health (7) Diabetes (8) Cardiovascular diseases และ (9) Cancer แผนการนี้มีการกำหนดเวลาครอบคลุมระหว่างปี ค.ศ. 2000–2010 โดยมีวัตถุประสงค์ให้การมีอายุขัยอันยืนยาวนั้นเป็นไปอย่างมีความสุขปราศจากโรคร้าย และสุขภาพช่องปากเป็นประเด็นหนึ่งที่ประเทศญี่ปุ่นถือว่ามีความสำคัญ เนื่องจากสุขภาพช่องปาก ไม่ใช่เพียงเรื่องของารรับประทาน อาหาร แต่รวมถึงการพูด การหัวเราะ การใช้ปากในชีวิตประจำวันเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

3.3.4 ชุดกิจกรรมในการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี

3.3.4.1 โครงการทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กปฐมวัย

การก่อตั้ง Municipal Health Center ขึ้นในทุก ๆ เขตเทศบาลสุขภาพเพิ่มจาก Public Health Center ซึ่งดำเนินการอยู่ก่อนแล้ว โดยมี ทันตอนามัย (Dental Hygienist) ซึ่งเรียนหลักสูตร 3 ปีในมหาวิทยาลัย เรียนเฉพาะด้านส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกัน ประจำอยู่ที่สถานีอนามัย (Health center) ทำหน้าที่ให้ทันตสุขศึกษา สอนแปรงฟัน ตรวจช่องปาก เพื่อ Screening และให้บริการ ทันตกรรมป้องกันทุกชนิด เช่น การใช้ฟลูออไรด์ การทำ Sealant จุดเด่นของงานบริการ คือ ระบบบันทึกข้อมูล ก่อนที่แม่จะพาลูกมาตรวจ ทันตอนามัยจะส่งแบบสอบถามไปให้แมกรอก และส่งกลับมาก่อน เป็นการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น โปรแกรมทันตสุขภาพ ที่สถานีอนามัย เริ่มตั้งแต่เด็ก 4 เดือน จะมีการทำ Saliva test ให้แม่ดูว่าน้ำลายเป็น กรด-ด่าง แคไหน มีการเปิดปากดูฟันทุกครั้งที่มารับวัคซีน เมื่อเด็กอายุ 1 ขวบครึ่ง จะให้ทันตแพทย์เป็นผู้ตรวจฟันให้ หลังจากนั้นทันตอนามัยจะอธิบายเพิ่มเติม ย่อมคราบจุลินทรีย์ สอนเรื่องแปรงฟัน สอนเรื่องการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ ถ้ามีฟันเริ่มผุ (White spot) จะได้รับการทาฟลูออไรด์ซึ่งอาจทำที่สถานีอนามัยเลย หรือไปรับบริการกับทันตแพทย์ในคลินิกเอกชนซึ่งลงทะเบียนไว้ แต่การทาฟลูออไรด์ ไม่รวมอยู่ในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งประชาชนต้องจ่ายค่าบริการเอง ที่ทำเช่นนี้ได้เพราะประชาชนมีบริการทันตสุขภาพ จึงไปรับบริการด้านการรักษาที่คลินิกเอกชน ทำให้ทันตอนามัยทำงานส่งเสริมป้องกันได้อย่างเต็มที่

3.3.4.2 โครงการทันตสุขภาพในโรงเรียน (School Dentistry Health)

ตามกฎหมาย School Health Law เด็กนักเรียนทุกคนต้องได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากประจำปี ปัจจุบันมี Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology ร่วมกับ Japanese Association of School Dentistry (JASD) ดำเนินกิจกรรมทันตสุขภาพในโรงเรียน โดยมีทันตแพทย์ที่เรียกว่า School dentist จำนวน 23,000 คน เป็นผู้ให้บริการ⁶⁸ ทันตแพทย์เหล่านี้เป็นทันตแพทย์ Part time มีหน้าที่ให้ทันตสุขศึกษาและการแนะนำปรึกษาตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ให้บริการทันตกรรมป้องกัน และให้บริการรักษาในรายที่จำเป็น⁶⁹

3.3.5 ปัญหาการเข้าถึงบริการ

ประเทศญี่ปุ่นไม่พบปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการ เนื่องจากมีระบบหลักประกันสุขภาพที่เข้มแข็ง และการจัดบริการสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่เป็นบริการจากภาคเอกชนเป็นหลัก

3.4 ประเทศมาเลเซีย

3.4.1 หลักการและโครงสร้างในการจัดบริการด้านสุขภาพ

3.4.1.1 หลักการในการจัดบริการด้านสุขภาพ

ประเทศมาเลเซียได้กำหนดวิสัยทัศน์ 2020 (Vision 2020) ว่า “ภายในปี 2020 มาเลเซียจะเป็นประเทศแห่งการมีสุขภาพดีทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน ด้วยการมีระบบสุขภาพที่มีความเท่าเทียม เข้าถึงได้ ประหยัด มีการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม เข้ากับสิ่งแวดล้อม และคำนึงถึงผู้บริโภครวมทั้งเน้นในประเด็นเรื่องคุณภาพ นวัตกรรม การสร้างเสริม

สุขภาพและเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสนับสนุนบทบาทหน้าที่ของปัจเจกชน และความร่วมมือ
ส่วนร่วมของชุมชน ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี”

3.4.1.2 โครงสร้างในการจัดบริการด้านสุขภาพ

ประเทศมาเลเซียมีกระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health–MOH) เป็น
องค์กรหลักในการดูแลสุขภาพ มีการจัดแบ่งบริการออกเป็น 2 สายงาน คือ บริการป้องกัน และ
บริการรักษา และมีโครงสร้างการบริหารในรูปแบบที่ที่มีการกระจายอำนาจหน้าที่จากระดับของ
รัฐบาลกลาง ไปสู่ระดับ มลรัฐและส่วนท้องถิ่น ในด้านวิชาชีพนั้นจัดแบ่งออกเป็น 3 ฝ่าย ได้แก่
Public Health Service, Medical Service และ Research and Technical Support Service
(หมายเหตุ : กิจกรรมทางด้านทันตสุขภาพถูกจัดไว้ใน Dental Services Division ภายใต้ Public
Health Service⁷⁰ ในแต่ละมลรัฐมีองค์กรที่เป็นตัวแทนของ MOH คือ Office of Medical and
Health Services มีผู้บริหารดำรงตำแหน่ง State Director of Health

ระดับท้องถิ่น ซึ่งแบ่งออกตามเขตสุขภาพ (health district) ประมาณ
50 เขต แต่เขตสุขภาพมีการกำหนดแตกต่างไปจากเขตการปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ดำรงตำแหน่ง
บริหารในระดับท้องถิ่นเรียกว่า District Medical Officer of Health มีบทบาทหน้าที่เฉพาะใน
กิจกรรมทางสาธารณสุขซึ่งเน้นงานป้องกันเป็นส่วนใหญ่ ส่วนงานบำบัดรักษานั้น ตกอยู่แก่บุคลากรที่
เรียกว่า medical officer-in-charge ซึ่งขึ้นตรงต่อ state health office

ประเทศมาเลเซียยังมีการจัดองค์กรที่ดูแลเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ
ในเขตพื้นที่ชนบท เรียกว่า Rural Health Services Scheme (RHSS) เครือข่ายนี้ประกอบด้วย
สถานีอนามัย สถานีอนามัยขนาดเล็ก (health sub center) และคลินิกผดุงครรภ์ (midwife clinic)
พร้อมด้วยบุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุขมูลฐานแก่ประชาชนในเขตชนบท ในช่วงระยะแรกที่เริ่ม
ก่อตั้ง RHSS ในปี ค.ศ. 1953 นั้น สถานีอนามัยแต่ละแห่งถูกกำหนดให้ดูแลประชากร 50,000 คน
และมีเครือข่ายอันประกอบด้วย สถานีอนามัยย่อย 4 แห่ง และคลินิกผดุงครรภ์ 25 แห่ง (ดูแล
ประชากร 2,000 คนต่อแห่ง) ในแต่ละเครือข่ายให้มีแพทย์จำนวน 1 คน ประจำอยู่ที่สถานีอนามัยหลัก
บุคลากรอื่น ๆ ได้แก่ hospital assistants พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยผดุงครรภ์ นักสุขภาพบาล
นักธุรการ และอื่น ๆ ในช่วงเวลาต่อมาจึงได้มีการปรับขยายเครือข่าย RHSS ให้มีแพทย์ประจำการ
เป็นจำนวนเพิ่มขึ้น และสถานีอนามัยขนาดเล็กจำนวนมากได้ขยายเติบโตเป็นสถานีอนามัยหลัก ส่วน
คลินิกผดุงครรภ์ก็ได้รับการพัฒนาเป็นสถานีสานาธิสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care post)
ประมาณว่า ในปี ค.ศ. 1985 ร้อยละ 93 ของชาวมาเลเซียในพื้นที่ชนบทสามารถเข้าถึงบริการ RHSS
ได้โดยสะดวก⁷¹

3.4.1.3 การคลังของบริการสุขภาพ

บริการสุขภาพในภาครัฐและภาคเอกชนของประเทศมาเลเซียมี
แหล่งที่มาของการคลังแตกต่างกันเป็น 2 ระบบ บริการสุขภาพในภาครัฐได้รับการสนับสนุนทาง
การเงินจากงบประมาณรายได้ในลักษณะที่บริการทางการแพทย์แทบทุกชนิดได้รับการ subsidize
โดยตรงในสัดส่วนที่สูงมาก และเก็บค่ารักษา (user fee) จากผู้รับบริการเพียงเล็กน้อย การใช้จ่าย
ด้านสุขภาพในภาครัฐส่วนใหญ่อยู่ใน MOH กว่าร้อยละ 66 การจัดสรรงบประมาณของ MOH เพิ่มขึ้น
เกือบ 16 เท่าตัว จาก 216.9 ล้านริงกิต ในปี ค.ศ. 1970 เป็น 3,424.8 ล้านริงกิต ในปี ค.ศ. 1996⁷²

3.4.1.4 ระบบการดูแลสุขภาพในมาเลเซีย

ระบบการดูแลสุขภาพจัดแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ (Primary) ทุติยภูมิ (Secondary) และตติยภูมิ (Tertiary) ซึ่งให้บริการในรูปแบบของคลินิกและโรงพยาบาล มีการจัดแบ่งบริการออกเป็น 2 สายงาน คือ บริการป้องกัน และบริการรักษา และมีการกระจายอำนาจหน้าที่จากระดับของรัฐบาลกลางไปสู่ระดับมลรัฐและส่วนท้องถิ่น โดยแบ่งส่วนกรมกอง ออกเป็นด้านบริหารและด้านวิชาชีพ ในด้านวิชาชีพนั้นจัดแบ่งออกเป็น 3 ฝ่าย ได้แก่ Public Health Service, Medical Service และ Research and Technical Support Service

ประเทศมาเลเซียยังมีการจัดองค์กรที่ดูแลเครือข่ายสถานบริการสุขภาพ ในเขตพื้นที่ชนบท เรียกว่า Rural Health Services Scheme (RHSS) เครือข่ายนี้ประกอบด้วย สถานีอนามัย สถานีอนามัยขนาดเล็ก (Health sub center) และคลินิกผดุงครรภ์ (Midwife clinic) พร้อมด้วยบุคลากรผู้ให้บริการสาธารณสุขมูลฐานแก่ประชาชนในเขตชนบท

3.4.2 โครงสร้างและระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพช่องปาก

การจัดองค์กรของงานทันตสุขภาพแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ตามโครงสร้างปิรามิด เช่นเดียวกัน ในระดับประเทศมี Dental Services Division เป็นองค์กรหลักอยู่ภายใต้ Public Health Service ของ MOH มีบทบาทในการดูแลฝ่ายบริการป้องกัน และฝ่ายบริการรักษา ฝ่ายบริการป้องกันนั้นจำแนกออกเป็นงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก งานระบาดวิทยาช่องปาก งานทันตสารสนเทศ และงานทันตกรรมป้องกันปฐมภูมิ ส่วนฝ่ายบริการรักษามีการจัดแบ่งงาน ออกเป็น งานบริการทันตกรรม งานบริการทันตกรรมปฐมภูมิ งานเทคโนโลยีทันตกรรม และงาน ประกันคุณภาพ ในระดับประเทศนี้ Dental Services Division มีอำนาจหน้าที่ในทุก ๆ ด้านที่ เกี่ยวกับกิจกรรมทันตสุขภาพ ซึ่งรวมทั้งการกำหนดนโยบาย การวางแผน การควบคุมกำกับ และการ ประเมินผลโครงการต่าง ๆ ในระดับมลรัฐ Deputy Director of Health (Dental) เป็นผู้ที่มีอำนาจ หน้าที่รับผิดชอบกิจการด้านทันตสุขภาพทั้งหมด ส่วนในระดับท้องถิ่น แต่ละท้องถิ่นจะมี Senior Dental Officer เป็นผู้รับผิดชอบบริหารจัดการโครงการทันตสุขภาพทั้งหมด

3.4.3 การจัดการทันตกรรมและจัดการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

3.4.3.1 การจัดการทันตกรรม

1) บริการทันตปฐมภูมิ (Primary Care)

การจัดการทันตปฐมภูมิในประเทศมาเลเซีย มีลักษณะในเชิง บูรณาการเข้ากับบริการสุขภาพอื่น ๆ โดยอาศัยโครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐานที่มีมาแต่เดิม ร่วมกัน คลินิกสุขภาพสามารถให้บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน โดยมีผู้ให้บริการ คือ ทันตแพทย์และ ทันตภิบาล นอกเหนือจากเครือข่ายของคลินิกสุขภาพแล้ว ยังมีเครือข่ายที่ให้บริการทันตกรรม พื้นฐานที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวางอีก 2 เครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายสถานบริการของ RHSS และ เครือข่ายโครงการทันตกรรมโรงเรียน อย่างไรก็ตามเท่าที่ผ่านมามูลนิธิผู้ให้บริการปฐมภูมิใน ประเทศมาเลเซียไม่ได้มีบทบาทเป็น Gate-keeper นั่น คือ ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงบริการ เฉพาะทางได้โดยตรง ไม่จำเป็นต้องผ่านการส่งต่อมาจากผู้ให้บริการปฐมภูมิ⁷³

2) การบริการเฉพาะทาง (Specialist Care)

สำหรับทันตกรรมเฉพาะทาง (Dental Specialists) ที่อยู่ในกระทรวงสุขภาพรวมทั้ง 94 คน ในปี ค.ศ. 2004 คือ แยกเป็น 6 ประเภท ศัลยกรรมช่องปาก (Oral Surgery) ทันตกรรมจัดฟัน (Orthodontics) ปริทันตวิทยา (Periodontology) ทันตกรรมสำหรับเด็ก (Pediatric Dentistry) พยาธิวิทยาช่องปากและอายุกรรมช่องปาก (Oral Pathology and Oral Medicine) ทันตกรรมบูรณะ (Restorative Dentistry)

3.4.3.2 การจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

ประเทศมาเลเซีย ได้มีมาตรการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการโดยการมีระบบประกันสุขภาพ ที่ตั้งขึ้นโดยกระทรวงสุขภาพเพื่อประกันงานบริการ Quality Assurance Program (QAP) เน้นการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและทันตสุขภาพเพื่อให้ชุมชนได้ตระหนักถึงสุขภาพช่องปากมากยิ่งขึ้น ได้แก่ โครงการสร้างเสริมทันตสุขภาพ ในโรงเรียน ในเด็กก่อนวัยเรียน และในหญิงตั้งครรภ์ ดำเนินการโดยจัดทำโครงการ

1) โครงการหญิงตั้งครรภ์ (Ante-natal program)

เริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1970 เป็นโครงการที่มุ่งกลุ่มเป้าหมายไปยังกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เพื่อหวังให้หญิงเหล่านี้เป็นผู้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทันตสุขภาพให้แก่สมาชิกในครอบครัวสืบต่อไป

2) โครงการเด็กก่อนวัยเรียน

ในปี ค.ศ. 1984 ได้เริ่มโครงการเด็กก่อนวัยเรียนขึ้น ครอบคลุมเด็กอายุ 5-6 ปี โดยในระยะแรกได้ให้ความสำคัญกับกิจกรรมทางด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการจัดตั้ง Pre-school units ขึ้นหลายแห่งในกรุงกัวลาลัมเปอร์ และมีบุคลากรจากหน่วยเหล่านี้แวะเวียนไปยังสถานเลี้ยงดูเด็กก่อนเป็นประจำ 8 ต่อมา ในปี ค.ศ.1994 จึงได้เพิ่มการบำบัดรักษาโรคเอาไว้อีก โดยให้มีการส่งต่ออย่างเป็นระบบไปยังคลินิกทันตกรรมของรัฐที่อยู่ใกล้เคียง ปัจจุบันเด็กก่อนวัยเรียนเกือบทุกคนได้รับการดูแลอยู่ภายใต้โครงการนี้

3) โครงการทันตกรรมในโรงเรียน

เริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1950s ด้วยเหตุที่โครงสร้างประชากรของประเทศยังมีประชากรวัยเด็กในสัดส่วนที่สูงอยู่ การจัดบริการทันตกรรมให้แก่เด็กนักเรียนจึงได้รับความสำคัญเร่งด่วน โดยนักเรียนทุกคนได้รับบริการทันตกรรมป้องกัน นักเรียนที่มีความจำเป็น ได้รับบริการทันตกรรมที่มีคุณภาพ สามารถเข้าถึงการบริการได้โดยง่าย ด้วยเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม ทำให้เด็กนักเรียนจำนวนมากที่สุดมีสุขภาพช่องปากที่แข็งแรง (Orally-fit) การส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามกลุ่มวัย

โครงการทันตกรรมเพิ่มทวี (Incremental Dental Care) ได้รับการจัดตั้งขึ้นอย่างเบ็ดเสร็จและเป็นระบบ ในปี ค.ศ. 1985 โครงการนี้เน้นที่การจัดบริการทันตกรรมให้ครอบคลุมเด็กนักเรียนทั่วประเทศแบบก้าวหน้า (Progression) ซึ่งหมายถึง การดูแลสุขภาพช่องปากไปที่ละขั้นให้ผลสะสมกันทีละน้อย กระทั่งเด็กนักเรียนทั้งหมดบรรลุถึงเป้าหมายของการมีสุขภาพช่องปากที่แข็งแรงเมื่อจบการศึกษาออกไป ผลการดำเนินโครงการพบว่าสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

4) โครงการสำหรับเด็กที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นพิเศษ (Program for children with Special Needs) เริ่มมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1993 การดูแลรักษาที่นอกเหนือไปจากโปรแกรมเหล่านี้จะจัดอยู่ใน การบริการเฉพาะทาง (Specialist Care)

3.4.4 ชุดกิจกรรมในการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี

กิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี คือ

- กลุ่มหญิงมีครรภ์ (Ante-Natal Oral Health Service) ประกอบด้วยกิจกรรมการให้ทันตสุขศึกษาและตรวจช่องปาก และส่งต่อไปรับบริการที่คลินิกทันตกรรม

- กลุ่มเด็กปฐมวัย การจัดทำโครงการ “Lift The Lip” (Oral Healthcare for Toddler) โดยเด็กทุกคนจะได้รับคำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้นจากพยาบาลชุมชน (Community nurses) ก่อนส่งปรึกษาทันตบุคลากรอย่างน้อย 1 ครั้งในขวบปีแรก เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง และตรวจฟันหน้าของเด็กพร้อมทั้งนัดหมาย เพื่อติดตามหรือรักษาในกรณีจำเป็น

- การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กเล็กในศูนย์เลี้ยงดูและพัฒนาเด็ก (Childcare Centers) มีการสาธิตและฝึกแปรงฟัน บูรณาการการให้ความรู้ทันตสุขภาพไปกับการละเล่นของเด็ก (play and learn) รวมทั้งจัดบริการตรวจช่องปาก

- การจัดบริการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 5-6 ปี (Preschool Children Service) โดยจัดกิจกรรมอบรมครูโรงเรียนอนุบาล ให้เห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปาก ฝึกทักษะการแปรงฟัน

- การจัดบริการดูแลสุขภาพช่องปากในโรงเรียน (School Dental Service) ดำเนินการครอบคลุมนักเรียนทั้งโรงเรียนประถมและมัธยมศึกษา โดยทันตภิบาลไปสอนสุขศึกษา ฝึกปฏิบัติ แปรงฟัน ให้บริการตรวจช่องปากปีละครั้ง ให้บริการทันตกรรมป้องกันและบำบัดรักษา ในรูปแบบ ทันตกรรมเพิ่มทวี (Incremental dental care) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการไปออกหน่วยบริการที่โรงเรียนหรือจัดรถทันตกรรมเคลื่อนที่ไปตั้งที่โรงเรียน และมีการจัดหลักสูตรอบรมโปรแกรมทันตสุขภาพสำหรับครู (Trainee Teachers)

- จัดบริการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กกลุ่มพิเศษ (Oral Healthcare for Children with Special Needs) ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรมร่วมกับผู้ดูแลเด็ก เริ่มดำเนินงาน ในปี ค.ศ. 1993

3.4.5 ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก

ประชาชนชาวมาเลเซียมีแนวโน้มการใช้บริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 11 ในปี ค.ศ. 1984 เพิ่มขึ้นร้อยละ 23.8 ในปี ค.ศ. 1996⁷⁴ ผู้ใช้บริการทันตกรรมของรัฐส่วนใหญ่ ร้อยละ 63 ข้อมูลจากการสำรวจในระดับชาติ A national Household Health Expenditure Survey ในปี 1996⁷⁵ จากประชากรจำนวนทั้งสิ้น 2.6 ล้านคน ในจำนวน 1.6 ล้านหลังคาเรือน ใช้บริการทันตกรรมในภาครัฐ 35% และภาคเอกชน 65 % กลุ่มชาวจีน-มาเลย์เป็นกลุ่มใช้บริการสูงสุด ในปี 2000⁷⁶ พบว่าประชากรร้อยละ 25.2 เคยใช้บริการทันตกรรมในรอบปีที่แล้ว ร้อยละ 46.4 เคยใช้บริการทันตกรรมใน 2 ปีที่แล้ว และมากกว่าร้อยละ 6 ไม่เคยได้รับบริการสุขภาพช่องปาก หลังจากการที่ได้มีการขยายโปรแกรมทันตกรรมเพิ่มทวี (The Incremental Dental Care Programmed)

ภายใต้กระทรวงสุขภาพถึงกลุ่มอายุ 19 ปี ประชากรกลุ่มอายุ 15–19 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.7) ใช้บริการภาครัฐ

3.4.6 มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

ประเทศมาเลเซียได้มีมาตรการต่าง ๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการโดย

– การมีระบบประกันคุณภาพที่ตั้งขึ้นโดยกระทรวงสุขภาพ เพื่อประกันงานบริการ Quality Assurance Program (QAP) ในปี 1985 ผลการสำรวจระดับชาติ National client Satisfaction Survey ในปี 1995 จากคลินิก 80 แห่ง พบว่า 95 % ของผู้ป่วยมีความประทับใจในบริการด้านทันตกรรม แม้ว่าระบบประกันคุณภาพจะไม่ได้ครอบคลุมไปถึงภาคเอกชน แต่จาก พ.ร.บ. The Private Healthcare Facilities and Services Act 1998 ได้ระบุมาตรฐานขั้นต่ำที่ภาคเอกชนจะต้องมีทั้งในเรื่องการบริการและเครื่องมือต่าง ๆ

– การมีระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Health Management Information Systems, HMIS) ที่จัดตั้งขึ้นโดยกระทรวงสุขภาพ ที่เรียกว่า System Maklumat Kesihatan Pergigian (SMKP) ที่รวบรวมคลินิกจากรัฐต่าง ๆ แต่จากการประเมินผล ในปี 2002 พบว่ายังมีข้อจำกัดในการที่จะขยายระบบไปทุกคลินิกทั่วประเทศได้ ในปี 2003 มีโครงการนำร่องที่จะรวบรวมเครือข่ายคลินิกต่าง ๆ เข้าด้วยกัน โดยใช้ชื่อว่า An Oral Health Clinical and Information System (e SMKP) ในรัฐ Selangor ระบบดังกล่าว ได้รับการยอมรับว่าได้ผลดีและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย และ ในปี 2004 ได้พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (Health Management Information Systems, HMIS) ได้รวมเข้ากับ e SMKP เพื่อการบริการที่มีคุณภาพที่ดีต่อประชาชนในประเทศ

3.5 ประเทศไทย

3.5.1 โครงสร้างในการจัดบริการด้านสุขภาพ

ประเทศไทยมีระบบดูแลสุขภาพที่แบ่งเป็นหลายระดับ เพื่อกระจายสถานพยาบาลไปในทุกระดับ ให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงอีกทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพในการใช้บริการตาม ศักยภาพของสถานพยาบาลแต่ละระดับและระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สถานพยาบาลที่ให้บริการประชาชนส่วนใหญ่ เป็นสถานพยาบาลภาครัฐ ในระดับ ตำบล แต่ละตำบลจะมีสถานีอนามัยอย่างน้อยหนึ่งแห่ง ดูแลประชากรในพื้นที่ ประมาณ 5,000 คน ในระดับอำเภอ แต่ละอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชน 30–120 เตียง อย่างน้อยหนึ่งโรงพยาบาล ดูแลประชากรในพื้นที่ประมาณ 50,000 คน และระดับจังหวัด มีโรงพยาบาลทั่วไป ดูแลประชากรประมาณ 600,000 คน โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งได้รับการยกระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อรับการส่งต่อจากจังหวัดใกล้เคียง ประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ทั้งหมด 11 แห่ง ซึ่งห้าแห่งตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร มากกว่าหนึ่งในสามของโรงพยาบาลคู่สัญญาภายใต้สิทธิประกันสังคมเป็นโรงพยาบาลเอกชน ในขณะที่ โรงพยาบาลเอกชนและคลินิกบางแห่งเท่านั้นที่ผ่านการคัดเลือกให้เป็นผู้ให้บริการ ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ต้องให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพแห่งชาติด้วย นอกจากนี้อัตราการจ่ายเงินของประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นไม่เป็นที่สนใจของสถานพยาบาลเอกชน

มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนการบริการระดับปฐมภูมิ หรือการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care, PHC) ผ่านการบริหารจัดการของหน่วยคู่สัญญา (contracting units for primary care, CUP) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีเครือข่ายประกอบด้วยสถานอนามัย (หรือที่ตั้งชื่อใหม่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รพสต.) หลาย ๆ แห่ง และต้องมีจำนวนเจ้าหน้าที่ตามเกณฑ์ขั้นต่ำตามที่กำหนด สำหรับหน่วยคู่สัญญาเอกชน ส่วนใหญ่มักเป็นคลินิก เอกชนเดี่ยว ๆ หรือศูนย์บริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งในเขตเมือง

โรงพยาบาลเป็นผู้ให้บริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เป็นระบบส่งต่อจากระดับปฐมภูมิ สู่ระดับอำเภอ จังหวัด และภูมิภาค ตามลำดับ จำนวนการเข้าถึงและการใช้บริการแพทย์เฉพาะทาง (เช่น การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การรักษาผ่าตัดเปลี่ยนไต) ในโรงพยาบาลมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ คุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น โดยดูจากตัวชี้วัดสองตัว คือ ระดับการรับรองคุณภาพที่เพิ่มขึ้น และอัตราการตายปรับฐานอายุที่ลดลง

3.5.2 การจัดการบริการสาธารณสุข

ในอดีตกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการให้บริการสาธารณสุข รวมถึงองค์กรสนับสนุนบริการต่าง ๆ นับตั้งแต่ พ.ศ. 2533 ได้มีวิวัฒนาการและมีการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการปฏิรูประบบราชการ การกระจายอำนาจการบริหารจัดการของภาครัฐ การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC) ด้วยการจัดระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme, UCS)

การปฏิรูปและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้เป็นผลให้เกิดระบบสุขภาพที่ซับซ้อนมากขึ้น คือ พระราชบัญญัติการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 และการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ. 2545 ทำให้การบริการสาธารณสุขบางอย่างถูกถ่ายโอนจากกระทรวงสาธารณสุขไปยังองค์กรอื่น เช่น การถ่ายโอนงานด้านการดูแลสุขภาพแวลด์ล่อม ให้กับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และการถ่ายโอนงานด้าน สุขาภิบาลและการควบคุมโรคให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต่อมาการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 ทำให้มีการเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายเงิน สำหรับบริการสุขภาพทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพจากเดิมที่ดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบประมาณสำหรับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพที่บริหารโดย สปสช. ไม่ได้ครอบคลุมเฉพาะสมาชิกในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น แต่ครอบคลุมประชากรไทยทุกคน ซึ่งก่อนหน้านั้นกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการด้านนี้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดในประเทศ โดยไม่มีการคิดค่าใช้จ่ายจากผู้รับบริการ การที่ประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมเฉพาะคนไทยเท่านั้น ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อประชากรที่ไม่ใช่คนไทย โครงการและกิจกรรมต่าง ๆ ด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นใน พ.ศ. 2545 อย่างไรก็ตาม ยังมีความคลุมเครือเกี่ยวกับขอบเขตการให้บริการระหว่างกิจกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพระดับปัจเจกชนและระดับกับชุมชน และความสับสนในบทบาทของกรมอนามัยและกรมควบคุมโรคซึ่งมุ่งเน้นการสนับสนุนทางวิชาการ และการสร้างองค์ความรู้

การบริการสาธารณสุขมีการกระจายบริการไปยังส่วนท้องถิ่นมากขึ้น เพื่อให้สามารถรับมือกับปัญหาสุขภาพในชุมชน และตอบสนองความต้องการสุขภาพของชุมชนได้ดียิ่งขึ้น พ.ศ. 2547 ได้ดำเนินโครงการนำร่องการจัดตั้งกองทุนสุขภาพตำบล โดยได้รับเงินสนับสนุนร่วมจาก สปสช. และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ต่อมา มีการขยายจนครอบคลุมเกือบทุกพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น (7,700 แห่ง หรือร้อยละ 99) นอกจากการสนับสนุนด้านการเงินแล้วนั้นยังมีการจัดระบบบริการสุขภาพที่เน้นสถานพยาบาลในพื้นที่ พ.ศ. 2545 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ สนับสนุนการจัดบริการในรูปแบบเครือข่ายการให้บริการ โดยจัดเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting units for primary care, CUP) มีโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) เป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับกลุ่มประชากรเป้าหมายในท้องที่รับผิดชอบ

3.5.3 การบริการการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

สำหรับประชาชนชาวไทยครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งครอบคลุมโปรแกรมที่จำเป็นในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การดูแลหญิงตั้งครรภ์ ทั้งในระยะก่อนและหลังคลอด การคุมกำเนิด การเฝ้าระวังทางโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจเบื้องต้นเพื่อคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไขมันเรื้อรัง ปากมดลูก และโรคอื่น ๆ การให้บริการเหล่านี้ครอบคลุมอยู่ในระบบเหมาจ่ายรายหัว และเงินจ่ายให้สถานพยาบาลเพิ่มเติมตามรายการที่กำหนด บริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ จัดบริการโดยสถานพยาบาลภาครัฐทั้ง รพสต. และโรงพยาบาล ในบางพื้นที่สถานพยาบาลเอกชน บางแห่งเข้าร่วมจัดบริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ ยังมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้แก่แต่ละภูมิภาค จังหวัด อำเภอ และสถานพยาบาลสำหรับการจัดกิจกรรมเพื่อ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชน กิจกรรมเหล่านี้ครอบคลุมทั้งปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย อาหารเพื่อสุขภาพ การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การควบคุมการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ รวมไปถึงการควบคุมสิ่งแวดล้อมด้วย

3.5.3.1 การเข้าถึงการบริการสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเบื้องต้นได้ดี เช่น การฉีดวัคซีน การคุมกำเนิด และการดูแลหญิงตั้งครรภ์เนื่องจาก โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพเบื้องต้นมีการกระจายตัวที่ดี เช่น โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครอบคลุมทุกอำเภอและทุกตำบลทั่วประเทศ จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 พบว่ามีการเพิ่มขึ้นของการเข้าถึงระบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต และโรคไขมันในเลือดสูง) แต่ก็ยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาอีกมาก⁷⁷ การให้บริการที่ครอบคลุมมากขึ้น ส่วนหนึ่งเกิดจากการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลตามเป้าหมายของบริการที่กำหนด อย่างไรก็ตามมีผลกระทบเชิงลบตามมา ทั้งการไม่ใส่ใจบริการที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย และบุคลากรสุขภาพมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น เช่น การกรอกข้อมูล

3.5.3.2 ระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลักมีความแตกต่างในการออกแบบระบบ และเงื่อนไขในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยของแต่ละระบบ

ประกันสุขภาพมี patient pathway ที่แตกต่างกันด้วย ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว สมาชิกระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาล คู่สัญญาใกล้บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็น โรงพยาบาลชุมชนร่วมกับเครือข่าย รพสต. เมื่อเจ็บป่วย ผู้ป่วยไปใช้บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกที่ รพสต. ใกล้บ้าน นอกจากนี้ ยังสามารถใช้บริการ ที่โรงพยาบาลชุมชนที่ขึ้นทะเบียนได้ด้วย อัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกที่ โรงพยาบาลลดลงจาก 1.2 ครั้งต่อคนต่อปี พ.ศ. 2546 เป็น 0.8 พ.ศ. 2554⁷⁸

3.5.4 การจัดองค์กรในการให้บริการสุขภาพ

การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก เป็นจุดแรกของการติดต่อระหว่างผู้ป่วยและระบบสุขภาพ พ.ศ. 2552 สถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก มี ดังนี้คือ สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) หรือศูนย์สาธารณสุขหรือศูนย์สุขภาพ จำนวน 10,347 แห่ง (ประมาณ 5% ของศูนย์สุขภาพเหล่านี้มีแพทย์ประจำ 1-2 คน ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเขตเมืองรวมทั้ง กรุงเทพมหานคร) คลินิกเอกชนจำนวน 17,671 แห่ง แผนกบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐจำนวน 992 แห่ง และแผนกบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 322 แห่ง⁷⁹ การใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจาก 2.0 ครั้งต่อคนต่อปี พ.ศ. 2547 เป็น 3.6 พ.ศ.2553⁸⁰ ในเขตเมืองจะมีโครงสร้างพื้นฐานด้านบริการสุขภาพจำนวนมาก อาจจะมี โรงพยาบาลหลายแห่ง ในพื้นที่เดียวกัน และอาจจะมีแพทย์ประจำอยู่ที่ศูนย์บริการสุขภาพ แต่ละหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิประกอบด้วย หน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง หน่วยคู่สัญญาฯ อาจเป็นโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพอาจเป็นศูนย์บริการสุขภาพหรือคลินิกเอกชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่าง ๆ ที่กำหนดได้ คลินิกเอกชนส่วนใหญ่มักจะจัดตั้งหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิโดยมีแค่หน่วยบริการสุขภาพที่เรียกว่า “คลินิกชุมชน อบอุ่น”

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง (Specialized ambulatory care)

การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (inpatient care) การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกเฉพาะทางและการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน โดยส่วนใหญ่จะให้บริการในโรงพยาบาล แพทย์ประจำโรงพยาบาลรัฐ รวมทั้ง แพทย์เฉพาะทาง มักทำงานพิเศษในโรงพยาบาลเอกชน หรือเปิดคลินิกส่วนตัว นอกเวลางาน แพทย์เฉพาะทางบางรายอาจเปิดคลินิกเอกชนของตนเองด้วย สำหรับการบริการผู้ป่วยในพบว่ามีบริการที่หลากหลายทั้งในโรงพยาบาลรัฐ และเอกชน ทั้งโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลเฉพาะทาง

3.5.5 การจัดองค์กรในการให้บริการ (Organization of services)

3.5.5.1 หน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ

กระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทย ซึ่งเป็นโครงสร้างหลักของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 70 ของเตียงโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศและมีการกระจายอยู่ทั่วประเทศมีการบริหารจัดการเป็นระบบแบบหลายระดับในภูมิภาค ประกอบไปด้วยโรงพยาบาลชุมชนในขนาด 30, 60, 90 และ 120 เตียง ในทุกอำเภอ ซึ่งรับผิดชอบประชากรประมาณ 50,000 คน ในระดับจังหวัดซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณ 600,000 คน โรงพยาบาลทั่วไปมีขนาด 150-500 เตียง และโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งถูกยกระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ มีขนาด 400-1,000 เตียง และทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการส่งต่อใน

เขตนั้น ๆ พ.ศ. 2553 มีจำนวนของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 730, 68 และ 25 แห่งตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนของการใช้เตียงในแต่ละประเภท คือ 43 : 31 : 23 โดยทั่วไปโรงพยาบาลชุมชนให้บริการการดูแลเบื้องต้นทางการแพทย์ และการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในโดยแพทย์ทั่วไป อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 หรือ 120 เตียงให้บริการทางการแพทย์ ที่ซับซ้อนขึ้น ส่วนโรงพยาบาลทั่วไปจะให้บริการในระดับทุติยภูมิ จนถึงระดับตติยภูมิ และเป็นศูนย์ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย (referral center) ของโรงพยาบาลในเขตพื้นที่จังหวัดใกล้เคียง ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์จะให้บริการในระดับตติยภูมิและบางแห่งถูกยกระดับเป็นหน่วยบริการตติยภูมิ ระดับสูงสำหรับการบริการเฉพาะทางแบบเจาะจง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง และศูนย์อุบัติเหตุ

นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นโดยกระทรวงอื่น ๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม และกระทรวงยุติธรรม ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักในการจัดตั้ง เพื่อให้บริการกับบุคลากรในสังกัด แต่โรงพยาบาลเหล่านี้ได้เปิดให้บริการกับประชาชนทั่วไปด้วย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่าง ๆ มีการจัดตั้งโรงพยาบาลใช้ในการสอนและให้บริการผู้ป่วยด้วย โดยให้บริการระดับตติยภูมิ นอกจากนี้ องค์การบริหารส่วนจังหวัดและเทศบาลบางแห่งมีโรงพยาบาลของตนเอง

3.5.5.2 โรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนประมาณ 20% ของโรงพยาบาลทั้งหมด และส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพฯ และปริมณฑล และอำเภอเมืองในจังหวัด เกือบทั้งหมดของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทยเป็นเอกชนเพื่อผลกำไร และบางแห่งได้เข้าสู่ระบบตลาดหุ้น โดยมีกลุ่มลูกค้าเป้าหมายในกลุ่มที่มีรายได้สูงและชาวต่างชาติ จำนวนโรงพยาบาลเอกชนลดลงตั้งแต่ พ.ศ. 2546 โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา กับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม แต่มีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ พ.ศ. 2553 โรงพยาบาลเอกชนขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการคู่สัญญากับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม คิดเป็น 20% และ 37% ของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดตามลำดับ ซึ่งอธิบายได้จากอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่อาจไม่เป็นที่ดึงดูดใจ ของโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญา มักจะเป็นโรงพยาบาลขนาดกลางตั้งแต่ 100 เตียงขึ้นไป มีกลุ่มเป้าหมายอยู่ที่ชนชั้นล่างถึงชนชั้นกลาง

3.5.6 โครงสร้างและระบบการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

3.5.6.1 การจัดองค์กรที่ให้บริการทันตกรรม

บริการทันตกรรมเป็นบริการที่มีอยู่ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ จากสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และโรงเรียนแพทย์ ในระดับโรงพยาบาลมีทันตแพทย์และทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมทั้งการรักษาและการป้องกันโรค ส่วนในสถานอนามัยนั้นบริการทันตกรรมปฐมภูมิ ให้บริการโดยทันตภิบาล ในขณะที่ครึ่งหนึ่งของทันตแพทย์ให้บริการในคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้น ภาคเอกชนมีส่วนสำคัญในการให้บริการทันตกรรมโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและเขตเมืองต่าง ๆ ทันตแพทย์สภาเป็นองค์กรที่ควบคุมคุณภาพของทันตแพทย์ผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพหลักสูตรผลิตทันตแพทย์และการออกใบประกอบวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีกระบวนการต่อทะเบียนวิชาชีพ (re-licensing)

3.5.6.2 การคลังสำหรับบริการทันตกรรม

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย เป็นองค์กรสำคัญที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการช่วยให้เกิดโครงการป้องกันโรคทางช่องปากและติดตามการประเมินผล เงินในการให้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลถูกรวมเข้ากับเงินเหมาจ่ายรายหัวภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตั้งกองทุนทันตกรรมขึ้น เพื่อสนับสนุนการให้บริการทันตกรรมอย่างรอบด้านโดยมุ่งที่จะให้มีการเข้าถึงบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น และการดำเนินการป้องกันโรคในช่องปากใน กลุ่มเด็กในโรงเรียน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และการทำฟันปลอมในกลุ่มผู้สูงอายุ และการเพิ่มพฤติกรรมเพื่อสุขภาพช่องปากในประชากร ใน พ.ศ. 2555 งบประมาณด้านสุขภาพช่องปากอยู่ที่ 1,080 ล้านบาท โดยแบ่งระหว่างบริการรักษา 1,005 ล้านบาท และบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเพียง 75 ล้านบาท บริการทันตกรรมภายใต้ประกันสังคมไม่เหมือนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพราะใช้ระบบจ่ายเงินล่วงหน้า แล้วเบิกคืนภายหลัง ความแตกต่างกันทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของทั้งระบบประกันสุขภาพทั้งสามระบบในประเทศไทย

3.5.6.3 หน่วยบริการในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

หน่วยบริการส่วนภูมิภาคในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์จำนวน 33 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 83 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 780 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่ากับ 9,781 แห่ง และจำนวน ศสม.เท่ากับ 228 แห่ง หน่วยบริการภาคเอกชนประกอบด้วยโรงพยาบาลเอกชนที่มีแผนกทันตกรรม 344 แห่ง และคลินิกทันตกรรมในกรุงเทพมหานคร 1,287 แห่ง ในภูมิภาค 2,150 แห่ง

3.5.6.4 กำลังทันตแพทย์ไทยในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

จากการสำรวจของสำนักทันตสาธารณสุขปี 2558⁸¹ พบว่ามีทันตแพทย์ปฏิบัติงานอยู่จำนวน 13,215 คน โดยสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 5,140 คน (ร้อยละ 38.9) สังกัดภาครัฐอื่น ๆ จำนวน 1,553 คน (ร้อยละ 11.8) และสังกัดภาคเอกชน จำนวน 6,522 คน (ร้อยละ 49.3) สัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ 1 คน จาก 8,253 คน ในปี พ.ศ. 2545 ลดลงเหลือเป็น 4,913 คน ในปี พ.ศ. 2558 ในกระทรวงสาธารณสุขมีทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานส่วนภูมิภาคจำนวน 5,132 คน ปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก คือ การกระจายของทันตแพทย์ที่ไม่สมดุล เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนประชากรต่อทันตแพทย์จำแนกตามภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (1 : 10,745) กับ กรุงเทพมหานคร (1 : 1,005) พบว่ามีความแตกต่างถึง 10.7 เท่า

3.5.6.5 กำลังทันตภิบาลไทยในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

ในประเทศไทยมีทันตภิบาล จำนวน 6,819 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 98.0 ทำงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสัดส่วนทันตภิบาลต่อประชากรในทุกภูมิภาคดีขึ้นเป็นลำดับ สัดส่วนประชากรต่อทันตภิบาล 1 คน จาก 21,331 คน ในปี พ.ศ. 2545 ลดลงเหลือเป็น 9,523 คน ในปี พ.ศ. 2558 โดยแต่ละภูมิภาคมีสัดส่วนทันตภิบาลต่อประชากรใกล้เคียงกัน และทันตภิบาล 3,854 คน หรือมากกว่าร้อยละ 57.5 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยร้อยละ 33.1 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เมื่อเทียบจากเกณฑ์มาตรฐานกระทรวง

สาธารณสุขซึ่งได้กำหนดมาตรฐานประชากรต่อทันตภิบาลควรเท่ากับเท่ากับ 1 : 8,000 คน และจะเห็นว่าในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีเพียงร้อยละ 40 ของรพ.สต. ที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำ อย่างไรก็ตามสัดส่วนประชากรต่อทันตภิบาลและสัดส่วนรพ.สต.ที่มีทันตภิบาลได้แสดงปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในกลุ่มนี้อย่างชัดเจน

3.5.7 ชุดกิจกรรมในการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี

ตามแนวทางของ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย⁸² ได้ระบุชุดกิจกรรมบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเป้าหมายกลุ่มแม่และเด็กและกลุ่มเด็กวัยเรียน ดังนี้

3.5.7.1 กลุ่มแม่และเด็ก

1) การบูรณาการแผนสร้างเสริมสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้จังหวัดจัดบริการบูรณาการส่งเสริมป้องกันพื้นฐานในกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยชุดกิจกรรมบูรณาการใน 3 setting คือ (1) การบูรณาการกิจกรรมทันตสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์คุณภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 ประกอบด้วย การตรวจช่องปากหญิงตั้งครรภ์ ให้คำแนะนำ/ ฝึกแปรงฟัน และส่งต่อไปรับบริการ (2) การบูรณาการกิจกรรมทันตสุขภาพในคลินิกเด็กดีคุณภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 ซึ่งประกอบด้วย การตรวจช่องปาก การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ การให้คำแนะนำผู้ปกครอง การฝึกผู้ปกครองแปรงฟันเด็กแบบลงมือปฏิบัติ และการให้บริการป้องกันโดยการทาฟลูออไรด์วาร์นิชในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งติดตามต่อเนื่องในช่วงอายุ 9-12, 18, 24 และ 30 เดือน (3) การบูรณาการกิจกรรมทันตสุขภาพในศูนย์เด็กเล็กคุณภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 ประกอบด้วย การตรวจและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพช่องปาก การแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน การจัดอาหารว่างที่มีคุณค่าทางโภชนาการ และการจัดกิจกรรมการเล็กดุนนมจากขวด

2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยโดยมีส่วนร่วมของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน โดยสำนักทันตสาธารณสุขร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 11 ได้พัฒนารูปแบบของการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ด้วยมาตรการสร้างนโยบายสาธารณะ และการสร้างเสริมสุขภาพในช่องปากเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วม เพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

3.5.7.2 กลุ่มเด็กวัยเรียน

การบูรณาการแผนส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียนตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

1) กำหนดให้จังหวัดจัดบริการบูรณาการส่งเสริมป้องกันพื้นฐานในกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วยชุดกิจกรรมบูรณาการ ได้แก่ (1) นักเรียนประถมศึกษาที่ 1-6 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากตามระบบเฝ้าระวังโดยครู ปีละ 2 ครั้ง (2) นักเรียนประถมศึกษาที่ 1-6 ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยเจ้าหน้าที่เพื่อคัดกรอง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (3) นักเรียนประถมศึกษาที่ 1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน (4) นักเรียนประถมศึกษาที่ 1-6 ที่มีฟันแท้ที่ผุ ต้องได้รับการบูรณะโดยการอุดฟัน และ (5) นักเรียนประถมศึกษาที่ 1-6 ฝึกทักษะแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

2) การพัฒนาเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยพินดี

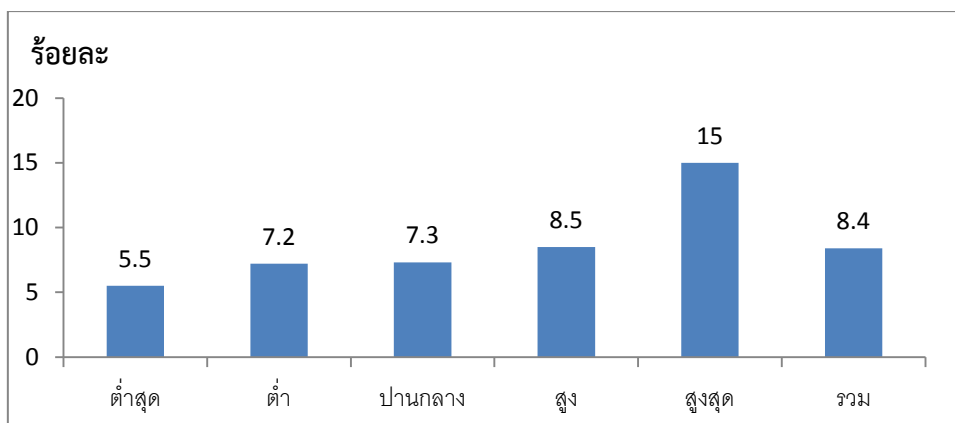
3) การพัฒนาศักยภาพนักเรียนแกนนำและบุคลากรในโรงเรียนในถิ่นทุรกันดาร ตามแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดารตามพระราชดำริ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพนักเรียนแกนนำ บุคลากรครู แม่ครัว แม่ค้า สามเณร และผู้เกี่ยวข้องในโรงเรียน ให้มีพฤติกรรมด้านสุขอนามัยที่ถูกต้อง ทั้งในด้านอาหารสะอาด ปลอดภัย สุขอนามัย สุขภาพช่องปาก น้ำดื่มปลอดภัย รวมถึงการออกกำลังกาย เพื่อให้นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียนมีสุขภาพแข็งแรงและมีสุขอนามัยที่พึงประสงค์

ประเด็นสำคัญที่มีผลต่อสภาวะโรคฟันผุของเด็กในโรงเรียน คือ อาหารว่างและเครื่องดื่ม ซึ่งเป็นแหล่งหลักของการบริโภคน้ำตาลของเด็ก การผลักดันให้เกิดนโยบายเพื่อควบคุมขนมและเครื่องดื่มจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคฟันผุได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงได้มีการจัดกิจกรรมภายใต้โครงการเด็กไทยไม่กินหวาน ดังนี้ (1) การจัดทำ Policy Brief เรื่องระบบภาษีเครื่องดื่มเพื่อลดการบริโภคน้ำตาลของคนไทย (2) กำหนดประเด็นนโยบายต่อเนื่องในโรงเรียน โดยขยายผลไปยังลูกอม ขนมกรุบกรอบ (3) การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนามาตรฐานวางแผนทางการสนับสนุนโรงเรียนในการจัดการอาหารว่างและเครื่องดื่ม และ (4) การพัฒนาเครื่องมือวิเคราะห์สถานการณ์การตลาดในโรงเรียนมัธยม

โรงเรียนเป็นสถานที่ที่เด็กทั่วโลกต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมมากที่สุดในแต่ละวัน หรือประมาณหนึ่งในสามของวันที่เด็กอยู่ในโรงเรียน จากเอกสาร Global strategy on diet, physical activity and health จัดทำโดย องค์การอนามัยโลก ในปี 2004 ระบุว่า การตลาดของอาหารในโรงเรียน มีส่วนกระตุ้นการบริโภคของเด็ก เป็นอันดับสอง รองจากการโฆษณาทางทีวี โดยมีทั้งการวางขายสินค้า และการโฆษณาทั้งทางตรงและทางอ้อม กรมอนามัย จึงได้กำหนดให้การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการดำเนินการในโรงเรียนจะต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านอื่น ๆ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การตลาดของโรงเรียน เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวานจึงได้มีแนวคิดเพื่อสนับสนุนการเก็บข้อมูลของพื้นที่ พัฒนาเครื่องมือวิเคราะห์สถานการณ์การตลาดในโรงเรียนมัธยม และนำข้อมูลมาใช้ประกอบเป็นแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพรวมทั้งวางแผนปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน และการพัฒนาศักยภาพครูแกนนำ

3.5.8 ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก

ประมาณร้อยละ 9 ของประชากรไทยได้รับบริการทันตกรรม อย่างไรก็ตามการให้บริการเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ให้บริการทันตกรรมรายใหญ่ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 31 และร้อยละ 34 ของบริการทันตกรรมทั้งหมดใน พ.ศ. 2550 ตามลำดับความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการทันตกรรมระหว่างประกันสุขภาพระบบต่าง ๆ และกลุ่มรายได้ต่าง ๆ กลุ่มรายได้สูงที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองที่มีสถานบริการทันตกรรมและบุคลากรหนาแน่นมีโอกาสเข้าถึงบริการมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย (ภาพที่ 3.1)



ภาพที่ 3.1 การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2550 จำแนกตามชั้นรายได้
ที่มา: การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2550

ความไม่เป็นธรรมในการกระจายตัวของผู้ให้บริการและการเข้าถึงบริการทันตกรรมยังเป็นเรื่องที่ทำนาย นอกจากการผลิตทันตแพทย์ในระดับมหาวิทยาลัย สถาบันพระบรมราชชนก จำเป็นต้องผลิตบุคลากรเพิ่ม (กระทรวงสาธารณสุข) ก็เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการผลิตบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขโดยเฉพาะทันตภิบาล ในช่วงทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัยมีความต้องการทันตภิบาลจำนวนกว่า 9,800 คน ที่จะไปทำงานในสถานีอนามัยแต่ละแห่ง

3.6 เปรียบเทียบการจัดบริการด้านสุขภาพ 4 ประเทศ

3.6.1 จุดเด่นการปฏิรูประบบสุขภาพและหลักการในการจัดบริการสุขภาพ

บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขนั้น มีลักษณะที่ต่างจากบริการและสินค้าทั่วไป มิได้เกิดจากความต้องการของผู้ใช้บริการ แต่ถูกกำหนดจากภาวะสุขภาพหรือความจำเป็นด้านสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ (Derived demand) ที่มีผลต่อชีวิตแต่ละบุคคล รวมถึงผลที่มีต่อบุคคลอื่นและสังคม (Externalities) ประเทศส่วนใหญ่มีทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยการออกแบบรูปแบบของระบบบริการสุขภาพแต่ละประเทศขึ้นกับบริบทของประเทศนั้น ๆ เป็นสำคัญ ทั้งในด้านปรัชญาแนวคิดวัฒนธรรมและค่านิยมของคนในสังคมนั้น ๆ รวมถึงสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองของประเทศ ดังรายละเอียดจุดเด่นในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในตารางที่ 3.1 หลักการในการจัดบริการด้านสุขภาพในตารางที่ 3.2 และรูปแบบระบบบริการสุขภาพในตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.1 จุดเด่นในการปฏิรูประบบสุขภาพ 4 ประเทศ

ประเทศ	จุดเด่นการปฏิรูประบบสุขภาพ
อังกฤษ	เป็นประเทศต้นแบบของการจัดระบบบริการสุขภาพแห่งชาติที่ประสบความสำเร็จ อีกทั้งมีแผนพัฒนาสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน มีการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีการบูรณาการและผสมผสานที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพ
สวีเดน	เป็นต้นแบบของรัฐสวัสดิการที่ประสบผลสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยใช้เครือข่ายภาครัฐ
ญี่ปุ่น	ในรายงาน World Health Report 2000 ได้จัดอันดับระบบบริการสุขภาพของญี่ปุ่นว่าดีที่สุดในโลก
มาเลเซีย	เป็นตัวอย่างการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศที่มีสภาพของปัญหาและปัจจัยแวดล้อมใกล้เคียงกับประเทศไทย

ตารางที่ 3.2 เปรียบเทียบหลักการในการจัดบริการด้านสุขภาพ 4 ประเทศ

ประเทศ	หลักการในการจัดบริการด้านสุขภาพ
อังกฤษ	ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) ให้ความสำคัญต่อระบบบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งแยกจากระบบบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) อย่างชัดเจน เป็นระบบการบริการทางสุขภาพที่ผสมผสานและมีความเสมอภาค เปิดให้กับทุกคนที่อยู่ในประเทศอังกฤษมีสิทธิมาใช้บริการ
สวีเดน	ระบบบริการสุขภาพของสวีเดน เป็นรัฐสวัสดิการ (welfare state) โดยรัฐ ในด้านรายได้ สุขภาพ ที่อยู่อาศัย และการศึกษา ให้แก่พลเมืองทุกคนโดยถือตามสิทธิ (right) ภาครัฐมีบทบาทหลักทั้งในด้านการคลังสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพ นโยบายและบริการต่าง ๆ มีลักษณะครอบคลุมถ้วนหน้า (universal)
ญี่ปุ่น	ญี่ปุ่นให้ความสำคัญแก่การจัดสวัสดิการแก่คนงานอย่างเพียงพอ มีกฎหมายประกันสุขภาพ (Health Insurance Law) ฉบับแรก ครอบคลุมคนงานในสถานประกอบการขนาดตั้งแต่ 5 คน รวมทั้งครอบครัว ด้วยแนวคิดของการสร้างหลักประกันสุขภาพได้กลายเป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพ
มาเลเซีย	มาเลเซียได้กำหนดวิสัยทัศน์ 2020 (Vision 2020) ว่า “ภายในปี 2020 มาเลเซียจะเป็นประเทศแห่งการมีสุขภาพดีทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน ด้วยการมีระบบสุขภาพที่มีความเท่าเทียม เข้าถึงได้ ประหยัด มีการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม เข้ากับสิ่งแวดล้อม

ตารางที่ 3.3 เปรียบเทียบรูปแบบระบบบริการสุขภาพ 4 ประเทศ

ประเทศ	รูปแบบระบบบริการสุขภาพ
อังกฤษ	เป็นระบบที่เรียกว่าการบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) เป็นองค์กรที่จัดตั้งและดำเนินการโดยภาครัฐ มีโครงสร้างในการจัดบริการสุขภาพประกอบด้วยองค์กรที่เกี่ยวข้อง 3 กลุ่ม คือ (1) Strategic Health Authorities (2) Primary Care Trust มี (3) NHS Trusts
สวีเดน	County council เป็นผู้รับผิดชอบที่สำคัญที่สุดในการจัดบริการสุขภาพ การจัดการบริการผู้ป่วยนอก : ศูนย์บริการสุขภาพของรัฐ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และคลินิกเอกชน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่มีอำนาจผูกขาดในการให้บริการปฐมภูมิ และไม่มีบทบาทของ gate keeper และการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วย ในปี ค.ศ. 2001 สวีเดนมีโรงพยาบาลจำนวน 79 โรง จำแนกเป็น 3 ระดับ คือ โรงพยาบาลศูนย์ (regional hospital) 9 โรง โรงพยาบาลประจำ county (Central county hospital) 23 โรง และโรงพยาบาลประจำ district (district county hospital) อีก 47 โรง
ญี่ปุ่น	ประเทศญี่ปุ่นมีระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage) ที่ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์แบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive) ภายใต้การจัดการบริการของภาคเอกชนแทบทั้งสิ้น โดยที่ประชาชนมีเสรีในการเลือกแพทย์และ/หรือสถานพยาบาลใดก็ได้ทั่วประเทศ การจัดการบริการสุขภาพในประเทศญี่ปุ่นส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาคเอกชน แบ่งแยกออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ โรงพยาบาลและคลินิก
มาเลเซีย	ระบบบริการสุขภาพของมาเลเซียแบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ (1) บริการสาธารณสุขมูลฐาน บริการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศมาเลเซีย ในรูปแบบที่เก่าแก่ที่สุด คือ การแพทย์พื้นบ้าน (2) บริการปฐมภูมิ และ (3) บริการผู้ป่วยในและบริการเฉพาะทาง โรงพยาบาลของรัฐมีจำนวนเพียงคิดเป็นเกือบร้อยละ 90 ของจำนวนเตียงทั้งหมด

3.6.2 ระบบและรูปแบบประกันสุขภาพ

ประเทศที่สามารถให้หลักประกันสุขภาพในการเข้าถึงบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนนั้น ยอมรับหลักการว่าเข้าถึงบริการด้านการแพทย์สาธารณสุขเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน และรัฐต้องเข้าไปมีบทบาทในการจัดการหรือแทรกแซงนโยบายดังกล่าวจึงจะบรรลุผลได้ ส่วนรูปแบบจะเป็นแบบใดและประสบความสำเร็จเพียงใดขึ้นกับบริบทการออกแบบและการจัดการของประเทศนั้น ๆ เป็นสำคัญ การให้หลักประกันด้านสุขภาพในการเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อจำเป็น เป็นมาตรการในการนำไปสู่การเข้าถึงบริการของประชาชน

ระบบประกันสุขภาพเป็นกระบวนการให้ทุนสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีหน้าที่ตั้งแต่การเป็นแหล่งเงิน (Source of finance) การจัดสรรจากแหล่งเงินไปยังองค์กรที่ทำหน้าที่ในการจ่ายเงินหรือจัดสรรเงินให้กับผู้ให้บริการ (Allocation of finance to insurers or payers) วิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ (Allocation methods or payment to

providers) และระบบบริการเอง ดังนั้น การประกันสุขภาพจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบสาธารณสุขซึ่งมีหน้าที่หลักสำคัญสองประการ คือ (1) การให้หลักประกันในการเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพดีเมื่อมีความจำเป็น (2) ปกป้องรายได้หรือทรัพย์สินของครัวเรือนที่เจ็บป่วยจากการสูญเสียเงินหรือทรัพย์สินเมื่อเผชิญกับค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง นั่นคือ การมีหลักประกันสุขภาพจะหมายถึง การป้องกันต่อความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้บริการทางการแพทย์ที่มีราคาแพง สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพได้ และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจะไม่ทำให้ครัวเรือนต้องประสบกับปัญหาหนี้สิน ดังนั้น การให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพจึงเป็นมาตรการหนึ่งการสนองต่อวัตถุประสงค์และเป้าหมายด้านนโยบายสาธารณสุขและของรัฐบาลในด้านการกระจายความเป็นธรรม และให้มีความมั่นคงในสังคม ดังรายละเอียดรูปแบบประกันสุขภาพในตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 เปรียบเทียบระบบและรูปแบบประกันสุขภาพ 4 ประเทศ

ประเทศ	ระบบและรูปแบบประกันสุขภาพ
อังกฤษ	ระบบบริการสุขภาพของประเทศอังกฤษ เป็นระบบที่เรียกว่าการบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) เป็นองค์กรที่จัดตั้งและดำเนินการโดยภาครัฐเป็นหลัก
สวีเดน	มีการประกันสุขภาพภาคบังคับ ซึ่งจัดเป็นสิทธิประโยชน์แขนงหนึ่งในระบบประกันสังคมของประเทศ (Social insurance system) ซึ่งบริหารโดย NSIB เพื่อสร้างความมั่นคงทางการเงินให้แก่ครอบครัวในยามที่เจ็บป่วย พิการ หรือชราภาพ นอกจากนี้ยังมีระบบการประกันทันตสุขภาพแห่งชาติ (National Dental Health Insurance-NDHI) เป็นระบบการคลังสำหรับการจัดบริการทันตกรรมให้แก่ผู้ใหญ่อายุ 20 ขึ้นไป ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมที่เหมาะสมอย่างเท่าเทียมกันมากขึ้น เป็นการลดความแตกต่างของระดับการใช้บริการทันตกรรมในระหว่างคนมั่งมีและคนยากจน
ญี่ปุ่น	รูปแบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage) ซึ่งมีลักษณะพหุลักษณะ ประกอบด้วยภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งมีที่มาและวิวัฒนาการแตกต่างกัน แบ่งได้เป็น 3 ระบบใหญ่ๆ คือ (1) Employee Health Insurance (EHI) เป็นระบบที่อิงอยู่กับการจ้างงาน (2) National Health Insurance NHI ครอบคลุมประชากร ซึ่งเป็นผู้ว่างงาน ผู้มีอาชีพอิสระ (self-employed) และชานา และ (3) ระบบประกันสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่เดือนเมษายน ปี ค.ศ. 2000
มาเลเซีย	ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไม่เกิดขึ้นตามที่วางแผนไว้ จึงทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งที่ยากจนไม่สามารถเข้าถึงบริการที่แพงขึ้นได้

3.6.3 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพช่องปาก

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพช่องปากทั้ง 4 ประเทศต่างมีหน่วยบริการทันตกรรมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทูติยภูมิ และตติยภูมิ ด้วยรูปแบบแตกต่างกันภายใต้บริบทของระบบสุขภาพของแต่ละประเทศ โดยมีสถานพยาบาลสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 เปรียบเทียบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพช่องปาก 5 ประเทศ

ประเทศ	โครงสร้างระบบบริการสุขภาพช่องปาก
อังกฤษ	ประกอบด้วย (1) General Dental Services: GDS ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลทั่วประเทศ และมีทันตแพทย์เฉพาะทาง (Dental Specialist : DS) ให้บริการทันตกรรมในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยประมาณ 78% ของทันตแพทย์ทั้งหมด (2) Community Dental Services: CDSs ให้บริการงานทันตกรรมในระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลและชุมชนในรูปของหน่วยเคลื่อนที่มีทันตแพทย์ประมาณ 6% ของทันตแพทย์ (3) Dental Access Centre: DAC มีกระจายอยู่ทั่วประเทศ เป็นหน่วยให้บริการทันตกรรมในระดับปฐมภูมิโดยทันตแพทย์ทั่วไป
สวีเดน	1) การจัดการบริการทันตกรรมในภาครัฐ คือ The Public Dental Service ซึ่งเป็นหน่วยที่จัดการบริการ ทันตกรรมทั่วไปให้แก่เด็กและคนยากจน มี County Council เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงาน 2) การจัดการบริการในภาคเอกชน ทันตแพทย์เอกชนได้รับค่าตอบแทนส่วนใหญจากระบบ National Dental Health Insurance (NDHI) ตามรายการบริการผนวกกับค่าธรรมเนียมบางส่วนจากผู้ป่วย
ญี่ปุ่น	สถานพยาบาลสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นเกือบทั้งหมดอยู่ในภาคเอกชน คลินิกทันตกรรมมีจำนวนรวมทั้งสิ้น 66,557 แห่ง ประชาชนทั่วไปสามารถเข้ารับบริการทันตกรรมในสถานพยาบาลใดก็ได้ โดยใช้ระบบประกันสุขภาพที่ตนมีอยู่ ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมครอบคลุมบริการรักษาทุกประเภท ยกเว้น การจัดฟัน ฟันปลอมบางชนิด และงานทันตกรรมป้องกัน การที่มีอัตราส่วนจ่ายค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 10 สำหรับผู้ประกันตนในระบบ EHI และร้อยละ 30 สำหรับผู้ประกันตนในระบบ NHI) ดังนั้นราคาบริการทันตกรรมจึงไม่ได้เป็นอุปสรรคในการเข้ารับบริการสำหรับประชาชนชาวญี่ปุ่น
มาเลเซีย	ระบบบริการสุขภาพช่องปาก จัดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การบริการในชุมชน (Community Care), การบริการปฐมภูมิ (Primary Care) และการบริการเฉพาะทาง (Specialist Care) การจัดการบริการทันตปฐมภูมิในประเทศมาเลเซีย มีลักษณะในเชิงบูรณาการเข้ากับบริการสุขภาพอื่น ๆ โดยอาศัยโครงสร้างของการสาธารณสุขมูลฐานที่มีมาแต่เดิมร่วมกัน คลินิกสุขภาพสามารถให้บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน

3.6.4 นโยบายสุขภาพช่องปาก

นโยบายสุขภาพช่องปากในระดับชาติจะเกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 2 ด้าน คือ สัดส่วนในการจัดการบริการของภาครัฐ และการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการระบบบริการประเทศที่ภาครัฐโดยรัฐบาลกลางเป็นองค์กรหลักในการจัดการบริการ มักมีนโยบายสุขภาพช่องปากในระดับชาติที่ชัดเจน เช่น ประเทศอังกฤษมีนโยบาย NHS Dentistry Plan (ปี 1999) ประเทศมาเลเซียได้กำหนด “การพัฒนาสุขภาพช่องปาก” เป็น นโยบายสุขภาพที่สำคัญใน Malaysia Plan ประเทศที่มีการกระจายอำนาจสู่ระดับท้องถิ่น การวางแผนและนโยบายสุขภาพช่องปากมักแสดงความหลากหลายแตกต่างกันไปตามสภาพบริบทของท้องถิ่น เช่น ประเทศสวีเดน หรือประเทศที่ระบบ

บริการเกือบทั้งหมดอยู่ในภาคเอกชน เช่น ประเทศญี่ปุ่น มักไม่พบว่ามี การวางแผนและนโยบาย ทัศนสุขภาพที่ชัดเจนในระดับประเทศ แผนและนโยบายเท่าที่ปรากฏเน้นเฉพาะบริการการส่งเสริม ทัศนสุขภาพและป้องกันโรคเท่านั้น อาทิ นโยบาย 80/20 กับ Healthy Japan 21 ของประเทศญี่ปุ่น เป็นต้น ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.6

ตารางที่ 3.6 เปรียบเทียบนโยบายสุขภาพสุขภาพช่องปาก 4 ประเทศ

ประเทศ	นโยบายสุขภาพสุขภาพช่องปาก
อังกฤษ	นโยบายสำคัญที่รัฐบาลมอบให้ NHS ดำเนินการ 10 เรื่อง รวมทั้งเรื่องพัฒนาทัศนสุขภาพ โดยมีระบบการวางแผนงานของ NHS เปิดโอกาสให้หน่วยงานและองค์กรท้องถิ่นต่าง ๆ มีส่วนในการสร้างแผนพัฒนาสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่
สวีเดน	กฎหมายที่เป็นรากฐานสำคัญในการจัดบริการสุขภาพ คือ Health and Medical Services Act ปี ค.ศ. 1982 ซึ่งระบุให้ประชาชนทุกคนต้องได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ดี และเข้าถึงบริการนั้นได้โดยง่ายเท่าเทียมกัน county council มีบทบาทรับผิดชอบใน ด้านการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ ต้องวางแผนสุขภาพโดยให้สอดคล้องกับ ความต้องการในพื้นที่ และการวางแผนจัดบริการต้องครอบคลุมเบ็ดเสร็จรวมไปถึงบุคลากรและ บริการในภาคเอกชนด้วย และมอบอำนาจให้ county council ทำสัญญาบริการ (Contract) กับ แพทย์เอกชนเหล่านั้น โดยนัยนี้ county council จึงมีอำนาจผูกขาดใน การจัดบริการสุขภาพ ไม่เพียงแต่จะเป็นเจ้าของโรงพยาบาลดำเนินการให้บริการผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอกเองแล้ว ยังเป็นผู้ควบคุม (Regulator) ตลาดบริการสุขภาพเอกชนอีกด้วย
ญี่ปุ่น	ประเทศญี่ปุ่นอาศัยการออกกฎหมายด้านสุขภาพ (health legislation) เป็นกลไกสำคัญใน การกำหนดนโยบายสุขภาพระดับประเทศ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ได้มีโครงการ Healthy Japan 21 ขึ้น โดยวางกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพอย่างเบ็ดเสร็จสำหรับพลเมืองชาวญี่ปุ่นใน ศตวรรษที่ 21 แบ่งเป็นประเด็นหลัก 9 ด้าน และมีประเด็นสุขภาพช่องปากเป็น 1 ใน 9 นั้น (Shinsho, 2001) แผนการนี้มีกำหนดเวลาครอบคลุมระหว่างปี ค.ศ. 2000–2010 โดยมีวัตถุประสงค์ให้การมีอายุขัยอันยืนยาวนั้นเป็นไปอย่างมีสุขภาพดีปราศจากโรคร้าย
มาเลเซีย	Vision 2020 กำหนดนโยบายสุขภาพที่สำคัญ <ol style="list-style-type: none"> 1. Government Policy on Privatization 2. Health Regulatory Authority 3. Health Financing 4. Health Manpower Development and Equitable Deployment 5. Health Research Programs 6. Future Health Care Programs

3.6.5 รูปแบบและบทบาทหน้าที่ระบบบริการทันตปฐมภูมิ

หน่วยบริการทันตปฐมภูมิเป็นสถานบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงใช้บริการได้ง่าย แม้ว่ารูปแบบการจัดบริการจะมีความหลากหลาย แต่พบว่าบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการทันตปฐมภูมิมีความใกล้เคียง คือ เป็นบริการที่เน้นบริการการส่งเสริมป้องกัน ให้บริการรักษาระดับพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ให้กับกลุ่มเป้าหมายสำคัญต่าง ๆ ที่เป็นไปตามนโยบายสาธารณสุขของประเทศ เช่น กลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้มีรายได้น้อย เป็นต้น รูปแบบการจัดบริการระดับปฐมภูมิที่มีความชัดเจนมักเป็นประเทศที่ภาครัฐเป็นหน่วยงานในหลักในการจัดบริการ เช่น ประเทศ อังกฤษ และมาเลเซีย จากการประมวลการจัดระบบบริการทันตสุขภาพทั้ง 4 ประเทศ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.7

ตารางที่ 3.7 เปรียบเทียบรูปแบบการจัดบริการทันตปฐมภูมิ 4 ประเทศ

ประเทศ	รูปแบบการจัดบริการทันตปฐมภูมิ
อังกฤษ	รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิมีความหลากหลายประกอบด้วย Dental Access centers (DAC) ตั้งอยู่ในพื้นที่เดียวกับ primary care walk in centers มีบุคลากรในอนาคตจะจัดตั้ง primary care walk in centers 500 แห่ง หน่วยงาน Health Action Zone : HAZ หน่วยงาน Healthy Living Centers : HLC โครงการ Sure start : SS เป็นโปรแกรมของรัฐในการสนับสนุนและส่งเสริมครอบครัว
สวีเดน	รูปแบบการจัดบริการทันตปฐมภูมิอิงอยู่กับระบบบริการของ Public Dental Health Service PDHS ซึ่งมุ่งเป้าหมายที่การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอายุไม่เกิน 19 ปี
ญี่ปุ่น	รูปแบบของการจัดบริการทันตปฐมภูมิไม่ชัดเจน ไม่มีแนวนโยบายที่เด่นชัดในการจัดบริการระดับปฐมภูมิ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพบริการแบบเบ็ดเสร็จ(บริการทุกระดับ) จากทันตแพทย์ในคลินิกเอกชนเป็นหลัก
มาเลเซีย	รูปแบบของการจัดบริการทันตปฐมภูมิมี 2 เครือข่าย สถานบริการหลักให้บริการ คือ เครือข่ายสถานบริการ Rural Health Services Scheme (RHSS) ดูแลเครือข่ายสถานบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ชนบท และเครือข่ายโครงการทันตกรรมโรงเรียน ได้แก่คลินิกทันตกรรมหลัก (Main dental clinic) คลินิกทันตกรรมโรงเรียน ศูนย์ทันตกรรมโรงเรียน (School dental center) คลินิกทันตกรรมในคลินิกสุขภาพ หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ (Mobile dental team) หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่สำหรับเด็กก่อนวัยเรียน

3.6.6 มาตรการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็ก

การส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายเด็กถือเป็นภารกิจที่สำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ เมื่อวิเคราะห์โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กของทั้ง 4 ประเทศ มีอังกฤษและมาเลเซียที่มีโครงการทันตสุขภาพในเด็กปฐมวัยเป็นระบบ ส่วนโครงการทันตสุขภาพในโรงเรียนนั้นทั้ง 3 ประเทศ ยกเว้นสวีเดนที่มีการดำเนินการเน้นบริการทันตกรรมป้องกันในคลินิกตามระบบกลุ่มเสี่ยง

ตารางที่ 3.8 เปรียบเทียบมาตรการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็ก 4 ประเทศ

ประเทศ	อังกฤษ	สวีเดน	ญี่ปุ่น	มาเลเซีย
โครงการทันตสุขภาพในเด็กปฐมวัย	มีการดำเนินการในโครงการ PDS	บางแห่งมีการการสอนแปรงฟันและสอนใช้ไหมขัดฟันร่วมกับการให้ฟลูออไรด์วารินิช	-	มีpre-school unit ดูแลตามสถานเลี้ยงเด็กตรวจฟันและส่งต่อ
โครงการทันตสุขภาพในโรงเรียน	ดำเนินการในทุกโรงเรียนทุกคนได้รับการตรวจและส่งต่อในรายชื่อที่จำเป็น	รูปแบบของการจัดบริการมีความแตกต่างกันไปในแต่ละ County Council บางแห่งเน้นที่การเคลือบหลุมร่องฟันให้เด็กทุกคน	นักเรียนได้รับการตรวจทันตกรรมป้องกันและรักษาในรายจำเป็น	นักเรียนได้รับการดูแลแบบเพิ่มทวีเบ็ดเสร็จและเป็นระบบ
ทันตกรรมป้องกันในคลินิกตามระบบกลุ่มเสี่ยง	-	NDHI สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการพื้นที่เสี่ยงสูง	-	-

3.6.7 ชุดกิจกรรมในการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี

จะเห็นว่าประเทศส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็ก มาตรการในการดูแลเด็กแต่ละประเทศมีระบบการจัดการที่หลากหลาย ตัวอย่างประเทศที่มีมาตรการดูแลเด็กที่ชัดเจน คือ ประเทศอังกฤษ ด้วยมาตรการการส่งเสริมป้องกันอย่างมีคุณภาพด้วยการทำงานเชิงรุกใช้หลักการบูรณาการกิจกรรมสุขภาพต่าง ๆ ทุกด้าน มีการผสมผสานมาตรการ 2 ด้าน คือ มาตรการกระตุ้น และมาตรการให้ความรู้ ได้แก่ การส่งเสริมป้องกันตั้งแต่กลุ่มหญิงมีครรภ์ (ANC) ให้บริการผสมผสานในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพ การจัดระบบค้นหาเด็กที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดฟันผุ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรอง และเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้พ่อแม่ จัดโครงการกระตุ้นให้เด็กได้รับการลงทะเบียนเน้นในพื้นที่เด็กเข้าไม่ถึงระบบบริการ หากมีการดำเนินการในแต่ละกิจกรรมที่มีจุดเน้น และความครอบคลุมในการดำเนินการที่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.9

ตารางที่ 3.9 เปรียบเทียบชุดกิจกรรมในการจัดบริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี 5 ประเทศ

ชุดกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี	ประเทศ				
	อังกฤษ	สวีเดน	ญี่ปุ่น	มาเลเซีย	ไทย
ชุดกิจกรรมในกลุ่มเด็กปฐมวัย					
พัฒนาทักษะของทันตบุคลากรในการให้บริการส่งเสริมป้องกัน	/	/	/	/	/
การใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรอง เพื่อค้นหา กลุ่มที่เสี่ยงมีฟันผุสูง	/ บางพื้นที่	/			
การพัฒนากิจกรรมการแปรงฟันด้วยยาสีฟัน ผสมฟลูออไรด์และการตรวจฟันสม่ำเสมอ	/	/ บางพื้นที่	/	/	/
พัฒนาทักษะของผู้ดูแลเด็กพัฒนาทักษะ ผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพช่องปาก	/	/ บางพื้นที่	/	/	/
การทำความสะอาดช่องปาก การให้ชุดแปรง ฟันส่งเสริมการและฝึกทักษะแปรงฟันที่ถูกต้อง	/	/		/	/
การให้บริการฟลูออไรด์วารินิช	/	บางพื้นที่		/	/
ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่ดีต่อ สุขภาพ (Healthy eating advice) คำแนะนำการดื่มนมจากแก้วแทนขวด	/		/		/
จัดหน่วยงานทันตกรรมป้องกันเชิงรุกใน ชุมชน	/			/	/
การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้พ่อแม่	/			/	
ชุดกิจกรรมในกลุ่มเด็กวัยเรียน					
การให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากทั้งใน โรงเรียนและจัดทีมทันตบุคลากร/สหวิชาชีพ เข้าไปร่วมทำงานอย่างใกล้ชิดกับโรงเรียน และสอนโปรแกรมการแปรงฟัน	/		/	/	/
พัฒนาทักษะการให้ความรู้คำแนะนำและ ฝึกอบรม Health visitors ในการดำเนินงาน โครงการ Brushing for life การให้ความรู้ การเยี่ยมนักเรียนในโรงเรียน ให้คำแนะนำ เรื่องการดูแลส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก และพบทันตแพทย์ในรายที่จำเป็น	/	/	/	/	/
กำหนดให้ดำเนินกิจกรรมที่ตระหนักถึงการ รับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ จัดให้มี	/	/	/	/	/

ชุดกิจกรรมส่งเสริมป้องกัน ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี	ประเทศ				
	อังกฤษ	สวีเดน	ญี่ปุ่น	มาเลเซีย	ไทย
อาหารที่ดีต่อสุขภาพ และสอดแทรกเนื้อหา เรื่องการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพใน โรงเรียน					
จัดสิ่งแวดล้อมด้านอาหารให้เอื้อต่อ ทันตสุขภาพ	/			/	/
การให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากทั้งใน โรงเรียนและจัดทีมทันตบุคลากร/สหวิชาชีพ เข้าไปร่วมทำงานอย่างใกล้ชิดกับโรงเรียน และสอนโปรแกรมการแปรงฟัน	/		/	/	/

3.6.8 ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพช่องปาก

ปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพช่องปาก คือ (1) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (2) ความไม่เพียงพอของทันตแพทย์ และ (3) ความตระหนักและศักยภาพในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เด็ก และเยาวชน กลุ่มผู้อพยพใหม่ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางร่างกาย ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.10

ตารางที่ 3.10 เปรียบเทียบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก 4 ประเทศ

ประเทศ	ปัญหาการเข้าถึงบริการของแต่ละประเทศ
อังกฤษ	มีปัญหาการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เด็กและเยาวชน กลุ่มผู้อพยพใหม่ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้มีความบกพร่องทางร่างกาย
สวีเดน	ในภาวะปกติสวีเดนสามารถจัดบริการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวก ยกเว้นในช่วงที่สวีเดนประสบภาวะเศรษฐกิจถดถอยอย่างรุนแรง ส่งผลให้ฐานการเก็บภาษีหดตัวลง County Council มีรายได้เข้าสู่ระบบสุขภาพลดน้อยลง และทำให้งบประมาณด้านสุขภาพถูกจำกัดลงอย่างมาก แต่ในขณะเดียวกันค่าใช้จ่ายสุขภาพมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและคุณภาพการจัดบริการ
ญี่ปุ่น	ประเทศญี่ปุ่นไม่พบปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการ
มาเลเซีย	ประชาชนชาวมาเลเซียมีแนวโน้มการใช้บริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น แต่สามารถจัดบริการในกลุ่มเด็กที่ครอบคลุม

3.6.9 มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

เมื่อประมวลมาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของ 4 ประเทศ จำแนกเป็น 4 ด้าน คือ (1) จัดทำโครงการพิเศษ (2) จัดงบประมาณ

สนับสนุนพิเศษในพื้นที่ (3) การใช้กลไกการเงินในรูปแบบต่าง ๆ เช่น คุปองแทน จ่ายค่าชดเชย และ (4) การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพช่องปาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 3.11

ตารางที่ 3.11 เปรียบเทียบมาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก 4 ประเทศ

ประเทศ	มาตรการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก
อังกฤษ	(1) การปรับระบบ NHS Dentistry ด้วยการเพิ่มจำนวนทันตแพทย์ที่ให้บริการในระบบ NHS และปรับระบบคิดค่าบริการเพียง 3 ระดับ เพื่อลดความสับสน และ(2) การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพช่องปากให้เหมาะสมตามบริบทที่หลากหลายในพื้นที่
สวีเดน	มีมาตรการต่าง ๆ คือ (1) คุปองแทนเงินสด (Dental care voucher) เป็นเงินช่วยเหลือสำหรับการรักษาช่องปากทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (2) มาตรการการคุ้มครองค่าใช้จ่ายสูง (High-cost protection scheme) จ่ายค่าชดเชยเท่ากับ 50% (3) จัดทำระบบราคาอ้างอิง (Reference prices system) โดยจ่ายเงินชดเชยตามระดับฐานราคาอ้างอิง ทำให้ผู้ป่วยสามารถเปรียบเทียบราคาได้ (4) การดูแลรักษาช่องปากที่มีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยจากรัฐ (Dental care that qualifies for compensation) ประกอบด้วย การป้องกันรักษาอนามัยช่องปาก รวมไปถึงการป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บปวดด้วย และ (5) ผู้ให้บริการจะต้องบอกรายการค่าใช้จ่ายของการบริการต่าง ๆ โดยต้องบอกทั้งราคาของตัวผู้ให้บริการเองและราคาอ้างอิงที่กำหนด
ญี่ปุ่น	ประเทศญี่ปุ่นไม่มีแนวนโยบายที่เด่นชัดในการจัดบริการทันตกรรม ในปัจจุบันประชาชนทั่วประเทศสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้โดยง่ายภายใต้ระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า ที่ครอบคลุมบริการแบบเบ็ดเสร็จจากทันตแพทย์ (ในคลินิกเอกชน) ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากและการกระจายทั่วไป
มาเลเซีย	นอกเหนือจากเครือข่ายของคลินิกสุขภาพแล้ว ยังมีเครือข่ายที่ให้บริการทันตกรรมพื้นฐานที่ครอบคลุมอย่างกว้างขวางอีก 2 เครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายสถานบริการของ RHSS และเครือข่ายโครงการทันตกรรมโรงเรียน

บทที่ 4

ข้อเสนอในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี

บทเรียนประสบการณ์การปฏิรูประบบบริการสุขภาพทั้ง 4 ประเทศ มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการทันตสุขภาพอย่างแยกกันไม่ได้ สะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในแต่ละช่วง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพอย่าง แนบแน่น เนื้อหาในบทนี้จึงมุ่งประมวลบทเรียนที่เชื่อมโยงกับการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพช่องปากในเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี 4 ประเด็น คือ ระบบสุขภาพและระบบการคลัง สุขภาพ นโยบายการพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพช่องปาก การประยุกต์มาตรการเพิ่มการ เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และข้อเสนอในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกัน สุขภาพช่องปากในเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี

4.1. ระบบสุขภาพและระบบการคลังสุขภาพ

มาตรการการปฏิรูปที่สำคัญที่ทุกประเทศนำมาใช้ คือ การปฏิรูประบบการคลังสุขภาพและ กลไกการจ่ายเงิน ทำให้รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับระบบการคลังสุขภาพ อย่างแยกไม่ออก การประกันสุขภาพมีหน้าที่หลักสำคัญสองประการ คือ (1) การให้หลักประกันใน การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิผลเมื่อมีความจำเป็น (2) ปกป้องรายได้หรือทรัพย์สินของครัวเรือนที่ เจ็บป่วยจากการสูญเสียเงินหรือทรัพย์สินเมื่อเผชิญกับค่ารักษาพยาบาลที่มีราคาแพง

เนื่องจากตลาดบริการสุขภาพยังไม่สามารถแข่งขันได้อย่างสมบูรณ์ ประเทศส่วนใหญ่รัฐจึง เข้ามาแทรกแซงในตลาด เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างสอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขของ ประเทศใน 4 ประเทศที่ศึกษามีระบบการคลัง ดังนี้

- 1) รัฐเข้าไปให้การสนับสนุนด้านการคลังสาธารณสุข และให้บริการเอง (publicly financed and provided) ได้แก่ ประเทศอังกฤษ มาเลเซีย และไทย
- 2) รัฐเข้าไปจัดการเฉพาะด้านการคลัง แต่ให้ภาคเอกชนเป็นผู้ให้บริการ (publicly financed and privately provided) ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น และสวีเดน

4.2 นโยบายการพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพช่องปาก

ประเทศที่มีนโยบายการพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน ย่อม ส่งผลให้เกิดการบริหารจัดการเชิงโครงสร้าง เพื่อพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพช่องปากอย่าง จริงจัง ด้วยการจัดตั้งหน่วยงานและหน้าที่ในการดำเนินงานอย่างชัดเจน มีการจัดสรรงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินการ มีระบบกำกับติดตามประเมินผล และเกิดระบบการพัฒนาศักยภาพในกลุ่ม ผู้ปฏิบัติงานและการดูแลสำหรับประชาชน

ตัวอย่างนโยบายการพัฒนาเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประเทศอังกฤษ เป็นนโยบายที่ระบุในแผน NHS Dentistry ด้วยการพัฒนาบริการทันตปฐมภูมิให้ครอบคลุมประชาชนผู้ด้อยโอกาส ได้กำหนดมาตรการเพื่อพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการทันตสุขภาพ โดยพัฒนาระบบการสนับสนุนการปฏิบัติงานของระบบบริการ General Dental Services โดยตั้งกองทุน Dental care Development Fund เพื่อพัฒนาศักยภาพในการจัดบริการ จัดระบบการบริการทันตสุขภาพที่หลากหลาย ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย คือ ตั้งหน่วย Dental Access centers (DAC) สนับสนุนการทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่าย ในการจัดบริการทันตสุขภาพในชุมชน พัฒนารูปแบบโครงการนำร่องที่เรียกว่า Personal Dental Service ในพื้นที่ที่มีปัญหาทันตสุขภาพสูง และสนับสนุนการขยายการดูแลทันตสุขภาพ โดยการบูรณาการและผสมผสานในโครงการ Health Improvement Programme จะเห็นว่านโยบายการเข้าถึงบริการของอังกฤษมีส่วนในการขับเคลื่อนการตั้งหน่วยบริการใหม่ทั้งรูปแบบตั้งรับ และโครงการบริการเชิงรุก รวมทั้งความพยายามในการพัฒนาการบูรณาการและผสมผสานการดูแลทันตสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ๆ

4.3 การประยุกต์มาตรการที่สามารถประยุกต์ปรับใช้ในประเทศไทยเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 4 ประเทศ

4.3.1 ประเทศอังกฤษ

ที่ผ่านมาระบบการให้บริการสุขภาพช่องปากของประเทศอังกฤษจัดว่าเป็นระบบที่มีการบริหารจัดการที่ดีจากเทคโนโลยีที่ทันสมัย การจัดการบริการสุขภาพช่องปากของอังกฤษ ถือว่าเป็นประเทศที่มีการดำเนินการที่เน้นการทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ ที่ต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง มาตรการที่สามารถประยุกต์มาใช้ในประเทศไทยได้ ดังนี้

1) การปรับระบบบริการระดับปฐมภูมิของ NHS ที่เน้นให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมป้องกัน และมีนโยบายให้สถานบริการให้บริการทันตกรรมป้องกันที่ได้ผลเชิงประจักษ์มากขึ้น (Evidence based preventive dental services) ร่วมกับการปรับระบบคิดค่าบริการเพียง 3 ระดับ เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงบริการเพิ่มสูงขึ้น

2) ตัวอย่างโครงการนำร่องที่เอื้อช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการ เช่น “Drop in center” เป็นบริการที่สะดวกและรวดเร็วตามเวลาที่กำหนดโดยต้องมีระบบนัดหมาย เป็นบริการที่กระตุ้นให้ประชาชนมาลงทะเบียนและได้รับบริการที่มีคุณภาพ หรือโครงการ PDS ของ East London หลายแห่งดำเนินการให้บริการโดย Dental therapist’s ในพื้นที่ที่มีปัญหาทันตสุขภาพและขาดแคลนกำลังคน ซึ่งเน้นให้บริการโดยเน้นในกลุ่มเด็กเป็นสำคัญ

3) การดำเนินโครงการการแก้ปัญหาาร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ใช้หลักการบูรณาการกิจกรรมสุขภาพต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การผสมผสานการทำงาน 2 ด้าน ทั้งมาตรการกระตุ้นและมาตรการให้ความรู้ และดำเนินการส่งเสริมป้องกัน ได้แก่ การใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรอง เพื่อค้นหากลุ่มที่เสี่ยงมีฟันผุสูง การเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้พ่อแม่ การพัฒนากิจกรรมการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และการตรวจฟันสม่ำเสมอ การอบรมการส่งเสริมทันตสุขภาพให้กับครอบครัวและเยี่ยมเด็กที่บ้านในช่วงอายุต่าง ๆ โดยการ

ประสานการดำเนินงานกับ Health Action (HAZ), Health Living Centre (HLC), Health improvement programmers (HIP), Sure Start (SS)

4.3.2 ประเทศสวีเดน

มาตรการที่สามารถประยุกต์มาใช้ในประเทศไทย ดังนี้

1) ประเทศไทยมีปัญหาโรคฟันผุในเด็กไทยสูง จึงจำเป็นต้องมีมาตรการการป้องกันโรคที่ได้ผลเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกแล้วว่า การใช้ฟลูออไรด์ในรูปแบบนมฟลูออไรด์ในโรงเรียน จึงมีความเหมาะสมที่จะใช้ป้องกัน เหมาะสำหรับโครงการแก้ปัญหาโรคฟันผุในเด็กไทย ในพื้นที่ซึ่งมีระดับฟลูออไรด์ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และมีปัญหาโรคฟันผุสูง

2) จัดทำระบบราคาอ้างอิง (Reference prices system) ในกรณีก่อนภาคประเทศไทยจะนำระบบ Co-pay มาใช้ ควรต้องมีการกำหนดมาตรฐานราคาที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายเงินชดเชยตามระดับฐานราคาอ้างอิง สำหรับกระบวนการบริการที่อยู่ในรายการบริการตามระบบ Co-pay

3) การดำเนินการโครงการทันตกรรมป้องกันช่องปากของสวีเดน ได้ยึดแนวทางอิงตามระดับความเสี่ยงรายบุคคลมากขึ้น (risk-based) และมีการปรับระบบการคลังภายใต้ National Dental Health Insurance นั้น ได้มีการปรับวิธีการจ่ายค่าตอบแทนเป็นแบบ Capitation ด้วย โดยให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำจ่ายค่าเบี้ยประกันรายปีต่ำกว่าผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เป็นการสร้างแรงจูงใจทางการเงินให้แก่ประชาชนผู้ใช้บริการ

4.3.3 ประเทศญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นใช้กลไกควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ โดย (1) การที่รัฐบาลมีส่วนในการปรับตารางค่ารักษา (Fee schedule) เพื่อตรึงราคาค่าบริการ (2) การกำหนดการร่วมจ่าย (Co-payment) ซึ่งมีผลทำให้ลดอุปทานของการใช้บริการ และ (3) การควบคุมในด้านอุปสงค์ด้วยมาตรการกฎระเบียบต่าง ๆ ประเทศไทยสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาประยุกต์ใช้ได้ทั้งเป็นบทเรียนและแบบอย่าง ดังนี้

1) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของญี่ปุ่นนั้น ผู้ใช้บริการต้องจ่ายร่วม (Copayment) โดยมีอัตราร่วมจ่ายค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 20 สำหรับผู้ประกันตนในระบบ EHI และร้อยละ 30 สำหรับผู้ประกันตนในระบบ NHI) สำหรับบริการทันตกรรมที่ยุ่งยากซับซ้อนที่มีต้นทุนสูง

2) การปรับบทบาททันตภิบาล (Dental therapist) ให้บริการเช่นเดียวกับ ทันตอนามัย (Dental Hygienist) ของญี่ปุ่น ทำหน้าที่ให้ทันตสุขศึกษา สอนแปรงฟัน ตรวจช่องปากเพื่อ Screening และให้บริการทันตกรรมป้องกันทุกชนิด เช่น การใช้ฟลูออไรด์ การทำ Sealant อย่างมีคุณภาพ มีระบบตรวจคัดกรองและบันทึกข้อมูลเพื่อประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น เป็นโปรแกรมทันตสุขภาพสำหรับกลุ่มเด็กอายุ 0-3 ปี เริ่มให้บริการเด็กตั้งแต่ 4 เดือนมีการทำ Saliva test ให้แม่ดูว่าน้ำลายเป็น กรด-ด่าง แคไหน มีตรวจฟันทุกครั้งที่มารับวัคซีน เมื่อเด็กอายุ 1 ขวบครึ่ง มีการให้ความรู้ฝึกทักษะแปรงฟันโดยย่อมคราบจุลินทรีย์ ถ้ามีฟันเริ่มผุ (White spot) จะได้รับการทาฟลูออไรด์ ที่หน่วยบริการที่ในระบบเยี่ยมบ้าน หรือไปรับบริการกับทันตแพทย์ในคลินิกเอกชนซึ่งลงทะเบียนไว้ ซึ่งเป็นช่องทางที่เพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมและทันตกรรมป้องกันเป็นระบบ

3) โครงการ 8020 ก็เป็นมาตรการสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้ประชาชนมีสุขภาพดี ตามยุทธศาสตร์ Healthy Japan 21 ระบุว่าชาวญี่ปุ่นที่มีอายุ 80 ปีต้องมีฟันอยู่ในช่องปากอย่างน้อย 20 ซี่ เป็น Campaign ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย

4.3.4 ประเทศมาเลเซีย

มาเลเซียยังคงดำเนินงานทันตกรรมเพิ่มทวี (Incremental dental care) ในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรับผิดชอบโดยทันตภิบาลส่งผลให้เด็กวัยเรียนอายุ 6–19 ปี เข้าถึงบริการอย่างชัดเจน อดีตประเทศไทยก็เคยมีการดำเนินงานทันตกรรมเพิ่มทวีเมื่อเกือบ 30 ปีก่อน แต่ได้ถูกยกเลิกไปด้วยเหตุผลการขาดแคลนทันตแพทย์ในส่วนภูมิภาค ปัจจุบันอัตราการผลิตจำนวนทันตแพทย์และทันตภิบาลเพิ่มสูงขึ้น และพบว่าในหลายพื้นที่มีจำนวนทันตแพทย์และทันตภิบาลเพียงพอ อาจปรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทันตภิบาลในพื้นที่นั้น จัดบริการส่งเสริมป้องกันในโรงเรียนแบบทันตกรรมเพิ่มทวี

4.4 ข้อเสนอในการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในเด็กไทยอายุต่ำกว่า 14 ปี

ประเทศส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็ก มาตรการในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กแต่ละประเทศ มีระบบการจัดการที่หลากหลาย มาตรการสำคัญที่ทั้ง 4 ประเทศดำเนินการและสามารถนำมาประยุกต์ในประเทศไทย 4 มาตรการ คือ

4.4.1 มาตรการลงทะเบียนเด็กเพื่อรับชุดการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่แรกเกิดด้วยชุดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามช่วงวัย ตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินการสนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน กระตุ้นและแจ้งให้หญิงหลังคลอด หรือผู้ปกครองของเด็กทุกคน ได้ทราบถึงสิทธิในการรับบริการการดูแลสุขภาพช่องปากพื้นฐานอย่างมีคุณภาพและครบถ้วน และได้รับบริการบำบัดรักษาในกรณีจำเป็นตามระบบ ในชุดบริการสุขภาพช่องปาก 3 ช่วงวัย คือ (1) ช่วงอายุ 0–3 ปีในระบบคลินิกเด็กดี (2) ช่วงอายุ 3–5 ปีในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล และ (3) ช่วงอายุ 6–14 ปีในโรงเรียนประถมศึกษา ดังรายละเอียดชุดกิจกรรมในตารางที่ 4.1 โดยเด็กทุกคนจำเป็นต้องแสดงสิทธิ และการลงทะเบียนเพื่อรับบริการชุดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันตาม 3 ช่วงอายุ

ตารางที่ 4.1 ชุดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามช่วง 4 ช่วงอายุ

ช่วงอายุ	ชุดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก
ช่วงอายุ 0–3 ปีในระบบคลินิกเด็กดี	<ol style="list-style-type: none"> เด็กได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองความเสี่ยงตามแนวทางของประเทศอังกฤษ แจกอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก ได้รับบริการทันตกรรมป้องกันด้วยการทาฟลูออไรด์วานิช ในช่วงอายุ 9 18 24 30 เดือน และในกรณีมีปัญหาฟันผุ สามารถรับบริการรักษาอย่างทันด่วนในหน่วยบริการใกล้บ้าน ผู้ดูแลเด็กได้รับฝึกการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ ฝึกตรวจความสะอาดช่องปากและฟันผุ และรับความรู้ที่จำเป็นในการดูแลช่องปากสำหรับเด็ก

ช่วงอายุ	ชุดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก
	3. มีระบบบริการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามทักษะการดูแลช่องปากของผู้ดูแลเด็ก มีการเพิ่มเสริมเติมความรู้ และให้บริการทันตกรรมป้องกันที่บ้านตามความจำเป็น
ช่วงอายุ 3-5 ปีในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล	<p>1. เด็กได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองความเสี่ยง ตามแนวทางของประเทศอังกฤษ แจกอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก ได้รับการทันตกรรมป้องกันด้วยการทาฟลูออไรด์วานิช และซีวเวอร์ฟลูออไรด์ ในช่วงอายุ 30 36 42 เดือน และในกรณีมีปัญหาฟันผุให้รับบริการรักษาอย่างทันด่วนในหน่วยบริการใกล้บ้าน ได้ฝึกการแปรงฟันที่ศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล</p> <p>2. พัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงศูนย์เด็ก ให้สามารถตรวจความสะอาดช่องปากและฟันผุได้มีความรู้ที่จำเป็นในการดูแลช่องปากเด็ก สามารถจัดระบบแปรงฟันหลังอาหารกลางวันที่ศูนย์และโรงเรียนอนุบาล และจัดอาหารที่เหมาะสม และฝึกวินัยการบริโภคที่เหมาะสมให้เด็กในศูนย์เด็ก</p> <p>3. มีระบบบริการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามทักษะการดูแลช่องปากของผู้ดูแลเด็ก เพิ่มเติมความรู้ และให้บริการทันตกรรมป้องกันที่บ้าน</p>
ช่วงอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา	<p>1. นักเรียนประถมศึกษาทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 2 ครั้ง และฝึกทักษะแปรงฟันหลังอาหารกลางวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน และนักเรียนที่มีฟันแท้ที่ผุต้องได้รับอุดฟัน</p> <p>2. มีการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก</p> <p>3. นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 6 มีระบบประเมินทักษะการแปรงฟันและอนามัยช่องปาก และสามารถประเมินสุขภาพช่องปากตนเอง</p>

นอกจากนี้ในพื้นที่ที่เด็กมีปัญหาฟันผุสูง ควรดำเนินการโครงการทันตกรรมป้องกันตามแนวทางของประเทศสวีเดน ที่ยึดแนวทางอิงตามระดับความเสี่ยงรายบุคคลมากขึ้น (risk-based) และสนับสนุนงบประมาณในการแก้ปัญหาในกลุ่มเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยงอย่างพอเพียง

4.4.2 การขยายหน่วยบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ และเพิ่มผลิตทันตภิบาลเพื่อให้บริการส่งเสริมป้องกัน ให้เด็กสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง ทั้งในพื้นที่เขตเมือง เขตชนบท ทุรกันดารและห่างไกลโดย

1) การเพิ่มผลิตและพัฒนา ศักยภาพทันตภิบาลในหลักสูตรปริญญาตรีให้เพียงพอ และปรับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทันตภิบาลให้เน้นบริการส่งเสริมป้องกันในเด็ก เช่นเดียวกับทันตอนามัย (Dental Hygienist) ของญี่ปุ่นที่ทำหน้าที่ให้ทันตสุขศึกษา สอนแปรงฟันตรวจช่องปาก เพื่อ Screening และให้บริการทันตกรรมป้องกันทุกชนิด เช่น การใช้ฟลูออไรด์ การทำ Sealant อย่างมีคุณภาพ มีระบบตรวจคัดกรองและบันทึกข้อมูลเพื่อประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น เป็นโปรแกรมทันตสุขภาพสำหรับกลุ่มเด็กอายุ 0-3 ปี ที่เริ่มให้บริการเด็กตั้งแต่อายุ 9 เดือน มีการทำ Saliva test ให้แม่อุว่าน้ำลายเป็น กรด-ด่าง แคไหน มีตรวจฟันทุกครั้งที่มารับวัคซีน เมื่อเด็กอายุ 1

ขวบครึ่ง มีการให้ความรู้ฝึกทักษะแปรงฟันโดยย้อมคราบจุลินทรีย์ ถ้ามีฟันเริ่มผุ (White spot) จะได้รับการทาฟลูออไรด์ ที่หน่วยบริการที่ในระบบเยี่ยมบ้าน หรือไปรับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ส่วนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียน ควรนำรูปแบบการจัดบริการแบบทันตกรรมเพิ่มทวีของมาเลเซียมาประยุกต์ใช้ โดยทันตภิบาลมีบทบาทหลักในการให้บริการ

2) เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมในกลุ่มด้อยโอกาส และกลุ่มที่สังคมควรช่วยเหลือ เกื้อกูลโดย (1) ขยายโครงการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้พิการให้ทั่วถึง (2) พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรให้สามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้พิการ (3) สนับสนุนทรัพยากรในการกระตุ้นการจัดทำโครงการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้พิการให้ทั่วถึง

3) พัฒนารูปแบบการให้บริการที่เอกชนร่วมให้บริการ สำหรับในเขตเมืองโดยการให้คลินิกทันตกรรมเอกชนที่สมัครใจรับช่วงบริการ (Subcontract) ให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

4.4.3 เพื่อให้เด็กสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทางที่จำเป็นได้ ในเครือข่ายบริการเอกชน อาจมีความจำเป็นต้องเอาระบบการร่วมจ่าย (Copayment) มาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย สำหรับบริการที่มีต้นทุนสูง โดยใช้กลไกการจ่ายค่าบริการสมทบเช่นเดียวกับญี่ปุ่น ที่ร่วมจ่ายร้อยละ 20-30 ของค่ารักษา เมื่อไปใช้บริการที่คลินิกเอกชน โดยรับบริการกับภาคเอกชนที่ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ เพื่อจัดบริการทันตกรรมเฉพาะทางในกลุ่มเด็กให้มากขึ้น ร่วมกับการทบทวนและกำหนดราคากลางในการให้บริการ วางแนวทางกำหนดกฎเกณฑ์การร่วมจ่ายตามรายการในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น ไม่ต้องจ่ายในบริการส่งเสริมป้องกันสำหรับเด็ก และมีการร่วมจ่ายในบริการรักษารากฟันเด็กร้อยละ 50 ของราคากลาง เป็นต้น

4.4.4 ส่งเสริมกระบวนการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก ผ่านระบบ E-health communication, Web และ Application ต่าง ๆ โดย 1) การให้ความรู้และคำปรึกษาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับประชาชน 2) พัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic media) ให้เป็นแนวทางในการเรียนการสอนและการฝึกอบรม เพื่อขยายขอบเขตและโอกาสการเรียนรู้ของประชาชนในทุกหนทุกแห่ง ด้วยสื่อการเรียนรู้หลายมิติ การสอนบนเว็บเป็นการตอบสนองต่อผู้เรียนที่มีความใฝ่รู้ ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Meta-Cognitive Skills) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้เรียนได้ประสบการณ์ของสถานการณ์จำลอง ทั้งนี้เพราะสามารถใช้ข้อความ ภาพนิ่ง เสียง ภาพเคลื่อนไหว วีดีโอ ภาพ 3 มิติ ในลักษณะที่ใกล้เคียงกับชีวิตจริงได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2555.
2. Acs G, Lodolini G, Kaminski S, Cisneros GJ. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatric Dentistry* 1992;14:302-5.
3. Cağlaroğlu M, Kilic N, Erdem A. Effects of early unilateral first molar extraction on skeletal asymmetry. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008;134: 270-5.
4. Melsen B, Terp S. The influence of extractions caries cause on the development of malocclusion and need for orthodontic treatment. *Swed Dent J* 1982;15 Suppl:163-9.
5. Richardson A. Spontaneous changes in the incisor relationship following extraction of lower first permanent molars. *Br J Orthod*; 1976;6:85-90.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2559.
7. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และศุภสิทธิ์ พรรณารุโรทัย. ชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมเพื่อประเมินผลการปฏิรูประบบสุขภาพไทย. รายงานการวิจัยเสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2543. หน้า 6-10.
8. Mooney G. Equity in Key issues in health economics, Harvester Wheatsheaf; 1994. pp.65-86.
9. Whitehead. The health divide. In Townsend P. and Davidson N. (eds.) *Inequalities in health*. London : Penguin Book; 1990.
10. Braveman P. Monitoring equity in health. World Health organization: Geneva;1998.
11. Margaret Whitehead. *The Concept and Principle of Equity and Health*. WHO; 1990.
12. Gulliford M, Hughes D, Figueroa-Munoz J, *et al*. Access to Health Care. Report of a scoping Exercise for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and organization R & D (NCCSDO). 26 February 2001.
13. เพ็ญแข ลากยั้ง. การเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปากของประเทศไทย. *วารสารทันตสาธารณสุข*. 2542;4(2):7-33.
14. Santerrel RE NS. The demand for medical services. In *Health Economics: theories, insights, and industry studies*. Chicago: RR Donnelley&Sons; 1996. p. 44-80.
15. World Health Organization. *Equity in Access to Public Health*. New Delhi: World Health Organization. Regional Office for South-East Asia; 2000.

16. Locker D, Leaked JL, Lee J, Main PA, Hicks T, Hamilton M. Utilization of dental services by older adults in four Ontario communities. *J Can Dent Assoc.* 1991; 57(11):879-86.
17. Schwarz E. Changes in utilization and cost sharing within the Danish National Health Insurance dental program, 1975-90. *Act Odontol Scand.* 1996; 85(1):29-35.
18. Chen M HP, Andersen R. Oral quality of life. In *Comparing oral health care system: a second international.* Geneva: WHO; 1997.
19. Frazier PJ, Jenny J, Bagramian RA, Robinson E, Proshok JM. Provider expectations and consumer perceptions of the importance and value of dental care. *Am J Public Health.* 1997 ;67(1):37-43.
20. U.S. Department of Health and Human Service. *Children's dental services under Medicaid: Access and utilization.* Washington: U.S. Government Printing Office; 1996.
21. เสาวคนธ์ รัตตวิจิตรศิลป์. ระบบประกันสุขภาพ: องค์ประกอบและทางเลือก. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.
22. วีรศักดิ์ พุทธาศรี, จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และปิยะฉัตร พัทธานฉัตร. แนวทางการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย. *วารสารทันตสาธารณสุข.* 2546; 8(1-2): 20-30.
23. สุณี วงศ์คงคาเทพ. อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2546 *วารสารทันตสาธารณสุข.* 2547; 9(1-2): 7-20.
24. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริรักษ์ นครชัย, ภัทรวดี สีสาทวิวุฒิ, สร้อยศิริ ทวีบุรณ์, บุญนิตย์ ทวีบุรณ์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้ เรื่อง ฟันผุในฟันน้ำนม; 2547
25. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สุณี ผลดีเยี่ยม, ขนิษฐ รัตนรังสิมา. การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *วารสารทันตสาธารณสุข.* 2545; 7(2): 37-55.
26. สุณี วงศ์คงคาเทพ, วราภรณ์ จิระพงษา, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, ขนิษฐ รัตนรังสิมา. การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2547. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2548; 14: 840-54.
27. ปริญญา คงทวีเลิศ, สุณี วงศ์คงคาเทพ. การประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิปี 2549. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2551; 17: SI1-SI10.
28. Allsop, J. *Health Policy and the NHS Towards 2000.* London: Longman; 1998
29. ประวัติศาสตร์การจัดระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษ. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/499328>

30. Susheewa. <http://www.susheewa.com/blog/?p=1128>. [Online]. 2554. Available from: <http://www.susheewa.com>.
31. Health, N. N. <http://www.northwestdentalhealth.nhs.uk>. [Online]. 2011. Available from: <http://www.northwestdentalhealth.nhs.uk>.
32. ข่าวสด.[ออนไลน์].2554 เข้าถึงได้จาก: http://www.thaigood.com/news-12-ทันต_กรรม_อังกฤษ-12802.html.
33. NHS.[Online].2011. Available from:
<http://www.nhs.uk/NHSEngland/AboutNHSservices/dentists/Pages/overview.aspx>
34. Roemer ML. National Health Systems of the World. Volume I. The Countries. Oxford University Press. New York; 1991 p. 208-10.
35. Hjortsberg C, Ghatnekar O. Health Care Systems in Transition: Sweden 2001. The European Observatory on Health Care Systems; 2001
36. Ministry of Health and Social Affairs. 2011. [cited 2011 Mar 14]. Available from: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/2061>
37. Ministry of Health and Social Affairs. Health and medical care in Sweden. Fact Sheet. 2007. [cited 2011 Mar 24]. Available from: <http://www.sweden.gov.se>.
38. National Social Insurance Board. Social insurance expenditure in Sweden 1999-2002 : Who gets the money and how is the insurance financed? National Social Insurance Board; 2002.
39. Osterberg T, Sundh W, Gustafsson G, Grondahl H-G. Utilization of dental care after the introduction of the Swedish dental health insurance. *Acta Odontol Scand* 1995B;53:349-57.
40. Barenthin I. Dental insurance and equity of access to dental services. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1976;4:215-20.
41. Osterberg T, Sundh W, Gustafsson G, Grondahl H-G. Utilization of dental care after the introduction of the Swedish dental health insurance. *Acta Odontol Scand*. 1995;53: 349-57.
42. Kronstrom M, Palmqvist S, Eriksson T, Soderfeldt B, Carlsson GE. Practice profile differences among Swedish dentists. A questionnaire study with special reference to prosthodontics. *Acta Odontol Scand*. 1997;55: 265-9.
43. About the Swedish Public Dental Service. [Online].2009 Sep. [cited 2011 Apr 11]. Available from: <http://www.folk tandvarden.se/in-english/about-the-swedish-public-dental-service/>
44. National Social Insurance Board. Social Insurance in Sweden 2001, First edition. National Social Insurance Board; 2001

45. Kronstrom M, Palmqvist S, Eriksson T, Soderfeldt B, Carlsson GE. Practice profile differences among Swedish dentists. A questionnaire study with special reference to prosthodontics. *Acta Odontol Scand* 1997;55: 265-9.
46. Kallestal C, Holm A-K. Allocation of dental caries prevention in Swedish teenagers. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1994;22: 100-5.
47. Wendt L-K, Carlsson E, Hallonsten A-L, Birkhed D. Early dental caries risk assessment and prevention in pre-school children : evaluation of a new strategy for dental care in a field study. *Acta Odontol Scand* 2001A;59: 261-6.
48. Wendt L-K, Koch G, Birkhed D. Long-term evaluation of a fissure sealing programme in Public Dental Service clinics in Sweden. *Swed Dent J.* 2001B; 25:61-5.
49. Zickert I, Jonson A, Klock B, Krasse B. Disease activity and need for dental care in a capitation plan based on risk assessment. *Br Dent J.* 2000;189: 480-6.
50. Wendt L-K, Carlsson E, Hallonsten A-L, Birkhed D. Early dental caries risk assessment and prevention in pre-school children : evaluation of a new strategy for dental care in a field study. *Acta Odontol Scand.* 2001A;59: 261-6.
51. Wang NJ. Preventive dental care of children and adolescents in the 1990s: Denmark, Iceland, Norway, and Sweden. *Acta Odontol Scand.* 1998;56:169-72.
52. Kallestal C, Holm A-K. Allocation of dental caries prevention in Swedish teenagers. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22:100-5.
53. Wendt L-K, Koch G, Birkhed D. Long-term evaluation of a fissure sealing programme in Public Dental Service clinics in Sweden. *Swed Dent J.* 2001B;25:61-5.
54. Zickert I, Jonson A, Klock B, Krasse B. Disease activity and need for dental care in a capitation plan based on risk assessment. *Br Dent J.* 2000;189:480-6.
55. Standing Senate Committee on Social Affairs. Science and Technology. The Health of Canadians-The Federal Role. Volume Three-Health Care Systems in Other Countries; 2002. p.29-35.
56. Government offices of Sweden. Good dental care at a reasonable cost. [Online]. 2008. [cited 2011 Mar 14]. Available from: <http://www.sweden.gov.se/sb/d/2028/a/113693>
57. Tataru K, Okamoto E. Japan: Health system review. In: Allin S, Matsuda R, editors. *Health Systems in Transition* 2009;11(5).
58. Iglehart JK. Health Policy Report : Japan's medical care system. *New Eng J Med* 1988A; 319: 807-12.

59. Takeda T, Kashiwagi E. Rural health care in Japan. [Online].[cited 2003 Jan 10]. Available from: <http://www.mcpa.org/programs/takeda.pdf>
60. Imai Y. Health care reform in Japan. Economics Department Working Papers No. 321. Organisation for Economic Co-operation and Development; 2002.
61. Shinsho F. New strategy for better geriatric oral health in Japan : 80/20 movement and Healthy Japan 21. *Int Dent J* 2001;51: 200-6.
62. Chen M, Andersen RM, Barmes DE, Leclercq M-H, Lyttle CS. Comparing Oral Health Care Systems : A Second International Collaborative Study. World Health Organization. Geneva; 1997.
63. Statistics Bureau. Statistical Handbook of Japan 2002. Statistics Bureau,Japan; 2002. p.156-63.
64. Kawamura M, Sasaki T, Imai-Tanaka T, Yamasaki Y, Iwamoto Y. Service-mix in general dental practice in Japan : A survey in a suburban area. *Aust Dent J* 1998;43: 410-6.
65. Yonemitsu M, Sutcliffe P. Comparative study of oral health status between Scottish and Japanese schoolchildren aged 6-11 years. *Community Dent Oral Epidemiol*; 1992;20: 354-8.
66. Sugimoto K, Matsuo G. Comprehensive community dental practice – By the Miyagi Prefecture Dental Association. *Dent Japan* 1993;30:157-68.
67. Okamoto A. Public Health of Japan 2001. Commemorative Issue for the 129th Annual Meeting of American Public Health Association, October 21-25; 2001. Atlanta: Georgia; 2001
68. Tanaka K. Japan Country Report : School Oral Health Promotion Program. In the Proceeding of the 2nd Asian Conference of Oral Health Promotion for School Children. February 21-23 2003, Ayutthaya: Thailand; 2003. p.57-62.
69. Kimura M, Sairenji Y. Prospects for the future of Japanese pediatric dentistry and school dental health for the 21st century. *Dent Japan*. 2000;36:180-2.
70. Dental Services Division, Ministry of Health. Dental Services Ministry of Health Malaysia; 1997A.
71. Roemer ML. National Health Systems of the World. Volume I. The Countries. Oxford University Press. New York; 1991.p.395-410.
72. Dental Services Division, Ministry of Health. Dental Services Ministry of Health Malaysia : Appendices; 1997B.

73. Cheah M, Challenges and prospects for primary health care in Malaysia, Paper presented at the National Conference on Privatisation and Health Care Financing in Malaysia: Emerging Issues and Concerns. April 5–6 1997, Penang; 1997.
74. Dental Services Division, Ministry of Health, Dental Services Ministry of Health Malaysia; 1997.
75. University of Malaysia, National Household Health Expenditure Survey 1996(NHHES '96), Faculty of Medicine, Department of Social and Preventive Medicine; 1999.
76. Oral Health Division, Ministry of Health Malaysia, Oral health status, impacts and treatment needs of Malaysian adults. Preliminary report; 2001.
77. Aekplakorn W, editor. The 4th national health examination survey (2008–9). Nonthaburi, National Health Examination Survey Office, Health System Research Institute (in Thai); 2011.
78. National Health Security Office (NHSO). OP/IP individual program of Ministry of Public Health and National Health Security Office. Nonthaburi, NHSO; 2011b.
79. Wibulpolprasert S, Sirilak S, *et al.*, editors. Thailand health profile 2008–2010. Nonthaburi, Ministry of Public Health; 2011b.
80. National Health Security Office (NHSO). OP/IP individual program of Ministry of Public Health and National Health Security Office. Nonthaburi, NHSO; 2011b.
81. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี 2558; เมษายน 2559. เอกสารโรเนียว.
82. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปี 2558. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.dental.anamai.moph.go.th/elderly/2558/GuidelineDH58.pdf>.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสุณี วงศ์คงคาเทพ																
ประวัติการศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล - สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล - อนุมัติบัตรด้านทันตสาธารณสุข 																
ประวัติการทำงาน	<table> <tr> <td>พ.ศ.2525</td> <td>ทันตแพทย์ระดับ 4</td> </tr> <tr> <td>พ.ศ.2431</td> <td>ทันตแพทย์ระดับ 5</td> </tr> <tr> <td>พ.ศ.2532</td> <td>ทันตแพทย์ระดับ 6</td> </tr> <tr> <td>พ.ศ.2533</td> <td>ทันตแพทย์ระดับ 7</td> </tr> <tr> <td>พ.ศ.2535</td> <td>ทันตแพทย์ระดับ 8วช</td> </tr> <tr> <td>พ.ศ.2551</td> <td>ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ</td> </tr> <tr> <td>พ.ศ.2555</td> <td>ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)</td> </tr> <tr> <td>พ.ศ.2560</td> <td>ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข)</td> </tr> </table>	พ.ศ.2525	ทันตแพทย์ระดับ 4	พ.ศ.2431	ทันตแพทย์ระดับ 5	พ.ศ.2532	ทันตแพทย์ระดับ 6	พ.ศ.2533	ทันตแพทย์ระดับ 7	พ.ศ.2535	ทันตแพทย์ระดับ 8วช	พ.ศ.2551	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	พ.ศ.2555	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)	พ.ศ.2560	ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข)
พ.ศ.2525	ทันตแพทย์ระดับ 4																
พ.ศ.2431	ทันตแพทย์ระดับ 5																
พ.ศ.2532	ทันตแพทย์ระดับ 6																
พ.ศ.2533	ทันตแพทย์ระดับ 7																
พ.ศ.2535	ทันตแพทย์ระดับ 8วช																
พ.ศ.2551	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ																
พ.ศ.2555	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)																
พ.ศ.2560	ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข)																
การนำเสนอผลงานนานาชาติ	<ol style="list-style-type: none"> 1) Poster Presentation. : Oral health fund under Universal Coverage Scheme: Thailand initiative to increase children’s access to oral health care. The 7th Asian Conference of Oral Health Promotion for School Children, September 12–15, 2513. Bali, Indonesia. 2) Poster Presentation. : Assessment of effectiveness of Integration of oral health service in well-child clinics in Thailand. The 8th Asian Conference of Oral Health Promotion for School Children, Sep. 18–20, 2515, Taipei City, Taiwan. 																
การรับรางวัล	“คนดีศรีอนามัยระดับหน่วยงาน” ปี 2558																
ตำแหน่งปัจจุบัน	ทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านทันตสาธารณสุข) กรมอนามัย																