

โครงการประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก
และข้อเสนอเชิงนโยบาย การเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ
ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รายงานฉบับสมบูรณ์

สุณี วงศ์คงคาเทพ

บุษยสิทธิ์ พงษ์พิจิตร

จารุวัฒน์ บุษราคัมระ

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์

โกเมศ วิชชาวุธ



สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 1 การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยปี 2546 และปี 2549	1
บทคัดย่อ.....	1
บทนำ	3
วิธีการศึกษา.....	3
ผลการศึกษา	5
-อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยเปรียบเทียบ ปี 2546 กับ ปี 2549	8
-ค่าเฉลี่ยในการใช้บริการทันตกรรมเปรียบเทียบ ปี 2546 กับ ปี 2549.....	10
-แบบแผนการใช้บริการทันตกรรมในแต่ละกลุ่มอายุ.....	16
-แบบแผนการใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามพื้นที่	18
-แบบแผนการใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล.....	20
-แบบแผนการใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามระดับชั้นรายได้.....	22
-ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย.....	24
วิจารณ์ผลการศึกษา	29
สรุป	32
เอกสารอ้างอิง	33
ส่วนที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมกลยุทธ์ มาตรการ และกลไกการบริหารจัดการเพิ่มอัตรา	35
การเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก	
ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ.....	35
ผลกระทบของนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ	
ของประเทศไทย.....	39
กลยุทธ์ มาตรการ และกลไกการบริหารจัดการบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก	
เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของประเทศสหรัฐอเมริกา	44
กลยุทธ์ มาตรการ และกลไกการบริหารจัดการบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก	
เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของประเทศสหราชอาณาจักร.....	62
กลยุทธ์ มาตรการ และกลไกการบริหารจัดการบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก	
เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของประเทศออสเตรเลีย.....	74
ข้อเสนอเชิงกลยุทธ์ มาตรการในการปรับปรุงการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกัน	
ทันตสุขภาพของประเทศไทย.....	90
เอกสารอ้างอิง	105

	หน้า
ส่วนที่ 3 การใช้ข้อมูลในระบบรายงานสุขภาพเพื่อประเมินสมรรถนะระบบบริการ	116
ทันตสุขภาพ	
บทนำ	116
วัตถุประสงค์	116
วิธีการศึกษา.....	117
ผลการศึกษา	120
สรุปผลและข้อเสนอแนะ.....	127
ภาคผนวก	128

สารบัญภาพ

หน้า

รูปที่ 1	สิทธิรักษาพยาบาลของประชาชนไทย จำแนกตามกลุ่มอายุเปรียบเทียบ ปี 2546 และ ปี 2549.....	6
รูปที่ 2	สิทธิรักษาพยาบาลของประชาชนไทย จำแนกตามกลุ่มพื้นที่เปรียบเทียบ ปี 2546 และ ปี 2549.....	7
รูปที่ 3	สิทธิรักษาพยาบาลของประชาชนไทยปี 2549 จำแนกตามชั้นรายได้	7
รูปที่ 4	การให้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย จำแนกตามกลุ่มอายุเปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549	8
รูปที่ 5	อัตราการให้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย จำแนกตามพื้นที่เปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549.....	8
รูปที่ 6	อัตราการให้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2549 จำแนกตามชั้นรายได้.....	9
รูปที่ 7	อัตราการให้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยจำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาล เปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549	9
รูปที่ 8	ชนิดบริการทันตกรรมของกลุ่มที่เคยใช้บริการปี 2549 จำแนกตามกลุ่มอายุ.....	12
รูปที่ 9	ชนิดบริการทันตกรรมของกลุ่มที่เคยใช้บริการปี 2549จำแนกตามพื้นที่.....	13
รูปที่ 10	ชนิดบริการทันตกรรมของกลุ่มที่เคยใช้บริการปี 2549 จำแนกตามระดับชั้นรายได้	13
รูปที่ 11	การให้บริการทันตกรรมจำแนกตามสถานบริการและกลุ่มอายุเปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549	16
รูปที่ 12	การให้บริการทันตกรรมจำแนกตามชนิดสวัสดิการและกลุ่มอายุเปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549	17
รูปที่ 13	การให้บริการทันตกรรมจำแนกตามค่าใช้จ่ายและกลุ่มอายุเปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549	17
รูปที่ 14	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายจำแนกตามกลุ่มอายุเปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549	18
รูปที่ 15	การให้บริการทันตกรรมจำแนกตามสถานบริการและพื้นที่เปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549	19

	หน้า
รูปที่ 15 การใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามสถานบริการและพื้นที่เปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549	19
รูปที่ 16 การใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามชนิดสวัสดิการและพื้นที่เปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549	19
รูปที่ 17 การใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามค่าใช้จ่ายและพื้นที่เปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549	20
รูปที่ 18 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายจำแนกตามพื้นที่เปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549	20
รูปที่ 19 สถานบริการที่ใช้บริการครั้งสุดท้ายของกลุ่มที่เคยใช้บริการปี 2549 จำแนกตาม ระดับชั้นรายได้	22
รูปที่ 20 ชนิดสวัสดิการที่ใช้ครั้งสุดท้ายของกลุ่มที่เคยใช้บริการปี 2549 จำแนกตามระดับ ระดับชั้นรายได้	22
รูปที่ 21 ค่าใช้จ่ายรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายของกลุ่มที่เคยใช้บริการปี 2549 จำแนกตาม ระดับระดับชั้นรายได้	23
รูปที่ 22 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายปี 2549 จำแนกตามระดับ ระดับชั้นรายได้	23
รูปที่ 23 ตัวอย่างการนำเสนอผลการวิเคราะห์ชุดดัชนีชี้วัดในรูปแบบแผนภูมิและ กราฟเปรียบเทียบ	123

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1	สิทธิรักษาพยาบาลของประชาชนเปรียบเทียบ ปี 2546 กับ ปี 2549 6
ตารางที่ 2	ค่าเฉลี่ยการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอายุพื้นที่และชั้นรายได้ 10
ตารางที่ 3	ค่าเฉลี่ยการใช้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างปี 2549 จำแนกตามชั้นรายได้ 11
ตารางที่ 4	ร้อยละชนิคมบริการทันตกรรมของประชากรไทยปี 2549 12
ตารางที่ 5	ชนิคมบริการทันตกรรมของประชากรไทยปี 2549 จำแนกตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล 14
ตารางที่ 6	การใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายในรอบปีเปรียบเทียบปี 2546 กับปี 2549 15
ตารางที่ 7	อัตราการใช้บริการทันตกรรมจำแนกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล สถานบริการทันตกรรม และ ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการทันตกรรม 21
ตารางที่ 8	ความสัมพันธ์พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย ปี 2549 กับปัจจัยต่าง 24
ตารางที่ 9	ความสัมพันธ์พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2549 กับปัจจัยต่างๆ 26
ตารางที่ 10	ร้อยละการใช้บริการทันตกรรมปี 2549 จำแนกตามกลุ่ม 28
ตารางที่ 11	ร้อยละตัวอย่างที่รับบริการทันตกรรมปี 2549 จำแนกตามกลุ่มอายุระดับระดับชั้นรายได้และสิทธิ รักษายาบาล 28
ตารางที่ 12	สิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ปีงบประมาณ 2545-2546 37
ตารางที่ 13	ตัวอย่างรูปแบบเกณฑ์คัดเลือก การดำเนินโครงการและ ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของโครงการ State Child Health Insurance Program SCHIP Status Report on (SCHIP) 48
ตารางที่ 14	สรุปผลการสำรวจเด็กที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในมลรัฐไโอโฮว่า ปี ค.ศ. 2004 58
ตารางที่ 16	คำดัชนีเพื่อประเมินสมรรถนระบบบริการด้านทันตสุขภาพ ของทั้งประเทศและประเภท โรงพยาบาล 122
ตารางที่ 17	คำดัชนีเพื่อประเมินสมรรถนระบบบริการด้านทันตสุขภาพ 125

Table 1	Healthy People 2010 Oral Health Indicators, Target Levels and Current Status in the United States
---------	--

52

ส่วนที่ 1

การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยปี 2546 และ ปี 2549 Dental Health Care Accessibility of Thai People in 2003 and 2006

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การศึกษานี้เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลดิบ (raw data) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ข้อมูลประกอบด้วยข้อมูลระดับบุคคล ปี 2546 68,433 คน ใน 26,520 ครัวเรือน และ ข้อมูลระดับบุคคลปี 2549 74,057 คนใน 25,985 ครัวเรือน ประมวลผลข้อมูลโดยถ่วงน้ำหนักข้อมูล (Weight) เพื่อให้ได้ค่าประมาณของประชากรทั้งหมด

เปรียบเทียบอัตราการมีหลักประกันสุขภาพ ปี 2546 กับ ปี 2549 พบว่ามีอัตราการใกล้เคียงกันร้อยละ 95 และ 96 ทุกกลุ่มอายุมีสิทธิ 30 บาทสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 68 และ 88 กลุ่มเด็กประถมศึกษาที่มีสิทธิ 30 บาทสูงสุดร้อยละ 87 และ 88 รองลงมาคือกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนร้อยละ 81 และ 83 การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2546 พบร้อยละ 10.2 ลดลงเป็นร้อยละ 7.4 ในปี 2549 โดยกลุ่มที่มีสิทธิ 30 บาทใช้บริการทันตกรรมร้อยละ 9 และ 6 กลุ่มอายุที่ใช้บริการสูงสุดคือกลุ่มประถมศึกษา (ร้อยละ 17 และ 10) และใช้บริการต่ำสุดคือกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (ร้อยละ 3 และ 2) แสดงให้เห็นว่าประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมสูง แต่กลับพบว่ากลุ่มสิทธิ 30 บาทมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจนโดยเฉพาะกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน

คำสำคัญ หลักประกันสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก

Abstract

This study is aimed at reviewing people's accessibility to dental health care service. Primary data was derived from two major household surveys conducted by National Statistic Bureau; health and welfare survey, and economic and social status survey both in 2003 (N = 26,520 households and 68,433 individuals) and 2006 (N = 25,985 households and 74,057 individuals). Extrapolation to total population by weigh was then calculated.

Marginal increase in overall health insurance coverage in general population was found from 95% in 2003 to 96% in 2006, of which national health insurance scheme contributed 68-88%. Considered by age groups, 81-83% in pre-school age and 87-88% in school age get highest coverage of the national scheme. Focusing to dental health care service, the overall utilization has declined from 10.19% to 7.44%, compared to those covered by the national scheme from 9% to 6%. The highest utilization was among school age children (17% to 10%) compared to the lowest, pre-school age (3% to 2%). The result revealed that despite of high coverage of national health insurance scheme, the low accessibility to dental health care is still unsatisfied. Among them, preschool age children to whom dental health promotion should be concentrated is getting worse.

Key word : Health insurance , Dental Health Care Accessibility

บทนำ

การพัฒนา "สุขภาพ" ในปัจจุบันเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน ควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมีคุณภาพ และสามารถเข้าถึงได้สะดวก หลักการที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการสาธารณสุขมี 4 ประการ คือ หลักของความเสมอภาค (Equality) ในการเข้าถึงบริการ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านรายได้และสถานะสังคม หลักของความเป็นธรรม (Equity) ในการจัดบริการสาธารณสุขที่สนองตอบต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health needs) หลักของเสรีภาพ (Freedom) คือ ประชาชนมีสิทธิในการเลือกใช้บริการตามกำลังทรัพย์ และ หลักของประโยชน์สูงสุด (Optimality) หรือหลักของประสิทธิภาพ (Efficiency) ที่คำนึงถึงการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ความเป็นธรรม (Equity) และความเสมอภาค (Equality) เป็นสิ่งที่กล่าวขานกันมากในยุคปัจจุบัน ความเสมอภาค หมายถึง ความเท่าเทียมกันมีส่วนร่วมเท่ากัน ขณะที่ความเป็นธรรมหมายถึง ความถูกต้องเที่ยงธรรม ความชอบธรรม ¹ โดยรูปธรรมความเสมอภาคสามารถเข้าใจและปฏิบัติได้ง่ายกว่าความเป็นธรรม ปัจจุบันความหมายของความเสมอภาคมีการพิจารณาได้ 2 ลักษณะ คือ การจัดบริการที่วางอยู่บนพื้นฐานของค่าใช้จ่ายต่อหัวที่เท่าเทียมกัน (equal expenditure per capita) ภายใต้นิยามนี้ความเท่าเทียมกันจะเกิดขึ้นได้ ถ้าการกระจายทรัพยากรไปในแต่ละภูมิภาคได้จัดสรรตามจำนวนประชากร ในอีกความหมายหนึ่งความเสมอภาคคือการมีสภาวะสุขภาพ (health status) ที่เท่าเทียมกันในแต่ละภูมิภาคและสังคม แต่ในความเป็นจริงมักเป็นไปได้ยาก เพราะการจัดบริการด้านสุขภาพเป็นเพียงหนึ่งในหลายๆ ปัจจัยที่ทำให้คนมีสุขภาพดี Mooney ² ให้ความเห็นว่าการดำเนินการให้เกิดความเสมอภาคด้านสุขภาพนั้น สามารถทำให้เกิดสุขภาพที่เท่ากันได้เพียงระดับหนึ่ง แต่การยกระดับสุขภาพให้สูงขึ้นทั้งสังคมเป็นสิ่งที่ทำไม่ได้ ขณะที่ Whitehead ³ เสนอว่าความเป็นธรรมทางสุขภาพ เป็นการสร้างโอกาส และการขจัดอุปสรรคในการพัฒนาสุขภาพสำหรับประชาชน ให้ดีตามศักยภาพของตนเอง ด้วยการจัดการให้มีการกระจายทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเป็นธรรม ส่วน Braveman ⁴ ให้ความเห็นว่าความเป็นธรรมในระบบสาธารณสุข คือ การกระจายและจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขให้ทุกคนได้รับบริการสุขภาพตามจำเป็นอย่างทั่วถึง ขณะที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ⁵ ได้ให้ความหมายของความเสมอภาคทางสุขภาพใน 3 ลักษณะ คือ 1) ความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการที่จำเป็น (equal access) 2) ความเท่าเทียมกันในการใช้บริการที่จำเป็น (equal utilization) และ 3) มีคุณภาพบริการที่เท่าเทียมกันสำหรับทุกคน (equal quality) ดังนั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Access) จึงหมายถึงการที่ประชาชน "ได้รับ" บริการด้านสุขภาพ (Health services) ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ที่คำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 4 ประการ ⁶ ได้แก่ 1) การจัดให้มีบริการอย่างเพียงพอสำหรับประชาชน (service available) 2) บริการที่ "ได้รับ" ต้องคำนึงถึงความสามารถในการจ่ายค่าบริการของประชาชน (affordability) ระยะทาง (physical accessibility) และการยอมรับบริการนั้นๆ (acceptability) 3) บริการนั้นต้องตรงกับความต้องการ และเป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ (Effective and produce its effect at reasonable cost) เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอย่างแท้จริง และ 4) การจัดให้มีบริการสอดคล้องกับตามความต้องการ และวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์แยกแยะตามชนิดบริการ ตามกลุ่มประชากร (ฐานะพื้นที่)

แนวคิดหลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁷ มุ่งให้ประชาชนในสังคมมีการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข โดยการกระจายความเสี่ยงของภาระทางการเงิน และจัดระบบให้มีความยั่งยืน โดยพิจารณาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องใน 3 ด้าน คือ 1) ความยั่งยืนทางนโยบาย โดยให้มีกฎหมาย “พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”⁸ 2) ความยั่งยืนทางการเงิน ได้แก่การจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอตาม พรบ.หลักประกันฯ และมีระบบการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ 3) ความยั่งยืนทางสถาบันและองค์กร คือมีการเตรียมความพร้อมขององค์กรรวมทั้งภาคประชาชน ดังนั้นนโยบายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จึงกำหนดให้ประชากรไทยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค ด้วยเกียรติ และศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของไทยได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมอย่างชัดเจน ประกอบด้วยบริการการอุดฟัน ถอนฟัน ชุดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ รวมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ และการเคลือบหลุมร่องฟัน เมื่อเปรียบเทียบความครอบคลุมชนิดรายการทันตกรรมในชุดสิทธิประโยชน์ของสิทธิรักษาพยาบาลประเภทต่าง ๆ⁹ พบว่าชุดสิทธิประโยชน์ของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถครอบคลุมรายการให้ประเภทบริการสูงสุด

เพื่อพัฒนามาตรการ และกลไกการบริหารจัดการ ในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในอนาคต การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยเปรียบเทียบปี 2546 และปี 2549

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ได้ประยุกต์แนวคิดของ Andersen Behavior Model¹⁰ ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทันตกรรมแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1) ปัจจัยนำ ได้แก่กลุ่มอายุ แบ่งเป็น 5 กลุ่มคือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี 5-14 ปี 15-24 ปี 25-59 ปี และ มากกว่า 60 ปี 2) ปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ภาคและพื้นที่การปกครอง ซึ่งแบ่งเป็น 9 พื้นที่ คือ กรุงเทพมหานคร ภาคกลางในเขตเทศบาล ภาคกลางนอกเขตเทศบาล ภาคเหนือในเขตเทศบาล ภาคเหนือนอกเขตเทศบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือในเขตเทศบาล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือนอกเขตเทศบาล ภาคใต้ในเขตเทศบาล และ ภาคใต้นอกเขตเทศบาล กลุ่มชั้นของรายได้ แบ่งจัดชั้นของรายได้ตามรายได้เฉลี่ยต่อคนเป็น 5 ชั้น รายได้ 5 กลุ่มๆละเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด) เรียงลำดับเป็นกลุ่มชั้นรายได้ต่ำสุด รายได้ต่ำ รายได้ปานกลาง รายได้สูง และ รายได้สูงสุดตามลำดับ และ สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลที่มี และ 3) ปัจจัยในเรื่องการให้บริการสุขภาพช่องปากที่ประกอบด้วยการให้บริการสุขภาพช่องปากในรอบปี และจำนวนครั้งในการใช้บริการทันตกรรม

การวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากในการศึกษานี้ ใช้ฐานข้อมูลดิบ (raw data) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) และการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (สศส.) ปี 2546 และปี 2549 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ การสำรวจทั้ง 2 รอบปี เป็นตัวแทนครัวเรือนไทยทั้ง

ประเทศ (national representative sampling households) โดยเลือกตัวอย่างตามระเบียบวิธีการสำรวจ มีแบบแผนการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบ **Stratified Two Stage Sampling** มีจังหวัดเป็นสตราตัม (Stratum) รวมทั้งสิ้น 76 สตราตัม ในแต่ละสตราตัม (จังหวัด) ได้แบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อยตามเขตการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล โดยมีชุมชุมอาคาร (สำหรับในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (สำหรับนอกเขตเทศบาล) เป็นตัวอย่างขั้นที่ 1 ส่วนการเลือกตัวอย่างขั้นที่สอง ได้เลือกครัวเรือนตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้น ในบัญชีรายชื่อครัวเรือนซึ่งได้จากการนับจุดในแต่ละชุมชุมอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยได้ขนาดตัวอย่างในเขตเทศบาลเลือก 15 ครัวเรือนตัวอย่างต่อชุมชุมอาคาร ส่วนนอกเขตเทศบาลเลือก 12 ครัวเรือนตัวอย่างต่อหมู่บ้านสรุปข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ เป็นข้อมูลระดับบุคคลปี 2546 68,433 คนใน 26,520 ครัวเรือน และเป็นข้อมูลระดับบุคคล ปี 2549 74,057 คนใน 25,985 ครัวเรือน การประมวลผลข้อมูลดำเนินการตามหลักสถิติศาสตร์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากครัวเรือนตัวอย่างมาคำนวณตามสูตรในการประมาณค่าที่เหมาะสมกับวิธีการเลือกตัวอย่าง โดยมีการถ่วงน้ำหนักข้อมูล (Weight) เพื่อให้ได้ค่าประมาณของประชากรทั้งหมดที่ใกล้เคียงกับค่าที่แท้จริง โดยเสนอผลการสำรวจเป็นการประมาณค่ายอดรวมที่ปรับแล้วของจำนวนประชากรที่มีลักษณะที่ต้องการศึกษาสำหรับพระราชอาณาจักร

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการเปรียบเทียบสถานการณ์การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทยปี 2546 กับ ปี 2549 โดยจำแนกตามกลุ่มอายุและพื้นที่ ในส่วนการจำแนกตามชั้นรายได้ไม่สามารถเปรียบเทียบได้ เนื่องจากการบวนการสุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลในช่วง 2 ปีสำรวจมีความแตกต่างกัน การวิเคราะห์จำแนกตามชั้นรายได้ในการศึกษานี้จึงเป็นการนำเสนอผลเฉพาะปี 2549 เท่านั้น

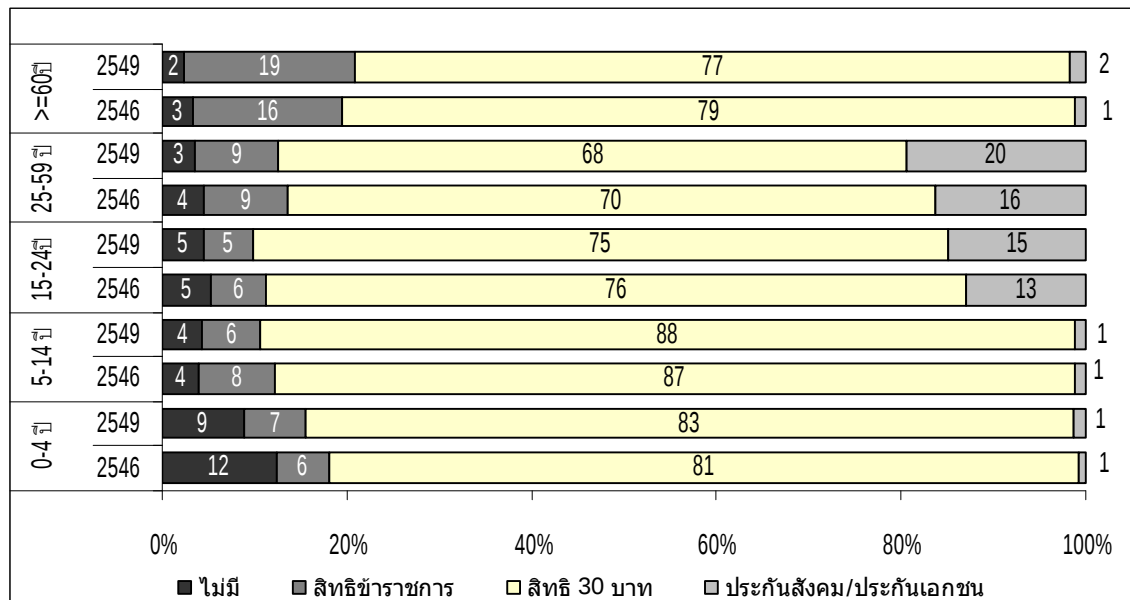
การมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนเปรียบเทียบ ปี 2546 กับ ปี 2549

อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนเปรียบเทียบ ปี 2546 กับ ปี 2549 พบว่ามีอัตราการใกล้เคียงกัน จากร้อยละ 95. ในปี 2546 เพิ่มเป็นร้อยละ 96 ในปี 2549 (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกการมีหลักประกันสุขภาพตามกลุ่มอายุ พบว่าทุกกลุ่มอายุมีสิทธิ 30 บาทในสัดส่วนสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 68-88 โดยกลุ่มเด็กประถมศึกษาที่มีสิทธิ 30 บาทสูงสุดร้อยละ 87-88 และ ต่ำสุดในกลุ่มอายุ 25-59 ปีพบร้อยละ 68-70 (รูปที่ 1) การจำแนกตามพื้นที่พบอัตราการมีหลักประกันสุขภาพในแต่ละพื้นที่ไม่มีความเปลี่ยนแปลง พื้นที่ที่มีอัตราการมีหลักประกันสุขภาพสูงสุดคือเขตชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 98 และ ร้อยละ 99 โดยมีอัตราการต่ำสุดในพื้นที่กรุงเทพมหานครร้อยละ 86 และ ร้อยละ 88 (รูปที่ 2) เมื่ออัตราการปี 2549 จำแนกตามระดับชั้นรายได้ครอบครัวต่อเดือนปี 2549 พบว่ากลุ่มชั้นรายได้ต่ำสุดมีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 98 เป็นสิทธิ 30 บาทสูงถึงร้อยละ 95 ขณะที่กลุ่มชั้นรายได้สูงสุดมีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 93 เป็นสิทธิ 30 บาทเพียงร้อยละ 41 (รูปที่ 3)

ตารางที่ 1 สิทธิรักษาพยาบาลของประชาชนเปรียบเทียบ ปี 2546 กับ ปี 2549

สิทธิรักษาพยาบาล	ปี 2546		ปี 2549	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	3,220,705	5	2,636,228	4
สิทธิข้าราชการ	5,637,715	9	5,774,138	9
สิทธิ 30 บาท	48,299,831	76	48,436,372	74
ประกันสังคม/ประกันเอกชน	6,726,301	11	8,336,262	13
รวม	63,884,552	100	65,183,000	100

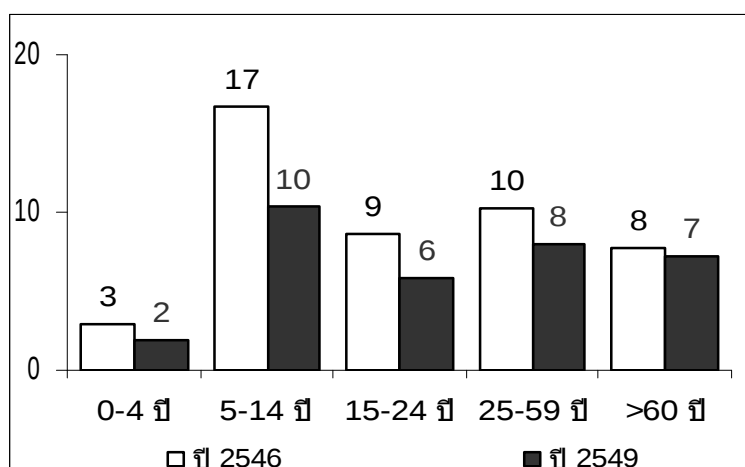
รูปที่ 1 สิทธิรักษาพยาบาลของประชาชนไทย จำแนกตามกลุ่มอายุเปรียบเทียบ ปี 2546 และ ปี 2549



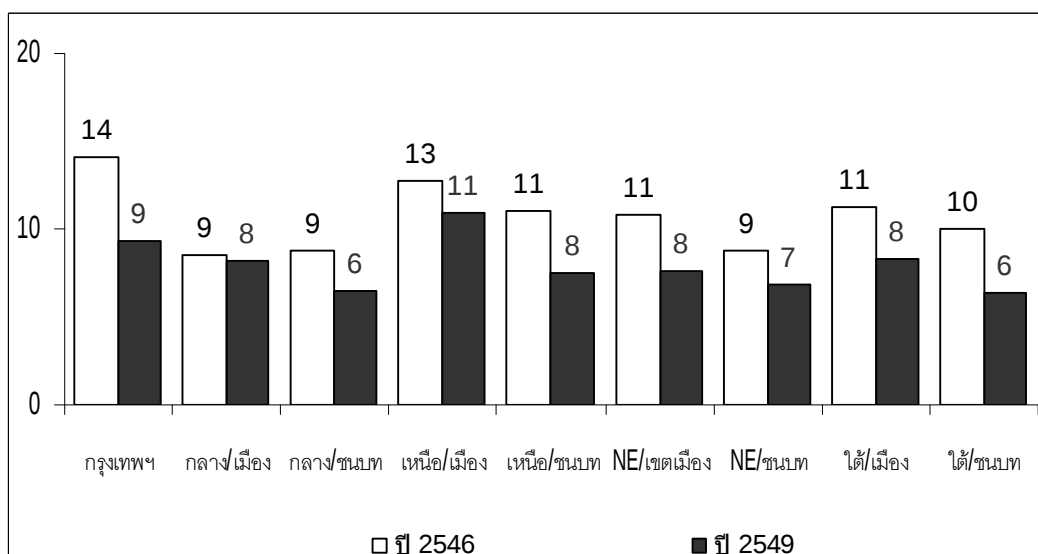
อัตราการให้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยเปรียบเทียบ ปี 2546 กับ ปี 2549

อัตราการให้บริการทันตกรรมปี 2546 พบมีประชาชนไทยเคยใช้บริการทันตกรรม 6.5 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 10.2 ลดลงเหลือ 4.8 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 7.4 ในปี 2549 มีค่าเฉลี่ยของการรับบริการทันตกรรมทั้ง 2 ปีเท่ากับ 1.5-1.6 ครั้ง/คนที่เคยใช้บริการ/ปี กลุ่มอายุที่มีผู้ได้รับบริการสูงสุดคือกลุ่มวัยเรียน 5-14 ปี (ร้อยละ 17 และ 10) ส่วนกลุ่มอายุที่ใช้บริการต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 0-4 ปี (ร้อยละ 3 และ 2) ซึ่งเป็นอัตราให้บริการที่ต่างกัน 5-6 เท่า โดยอัตราการให้บริการทันตกรรมปี 2549 ต่ำกว่าปี 2546 ในทุกกลุ่มอายุ (รูปที่ 4) เมื่อจำแนกตามกลุ่มพื้นที่พบว่าปี 2546 กรุงเทพมหานครใช้บริการสูงสุด (ร้อยละ 14) รองลงมาคือภาคเหนือในเขตเมือง ขณะที่ปี 2549 พื้นที่ที่ใช้บริการสูงสุดคือ ภาคเหนือในเขตเมือง (ร้อยละ 11) รองลงมาคือกรุงเทพมหานคร โดยมีกลุ่มพื้นที่เขตชนบทในภาคกลางและตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการใช้บริการต่ำที่สุดคือร้อยละ 9 ในปี 2546 และร้อยละ 6-7 ในปี 2549 (รูปที่ 5)

รูปที่ 4 การให้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย จำแนกตามกลุ่มอายุเปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549

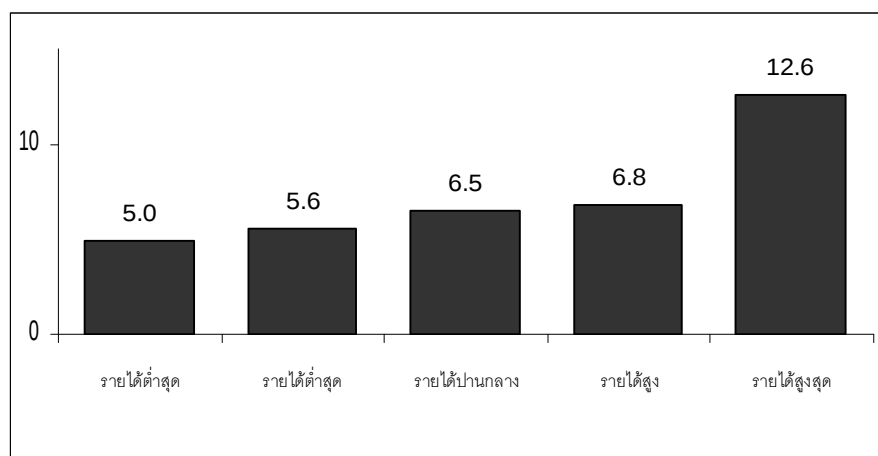


รูปที่ 5 อัตราการให้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย จำแนกตามพื้นที่เปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549

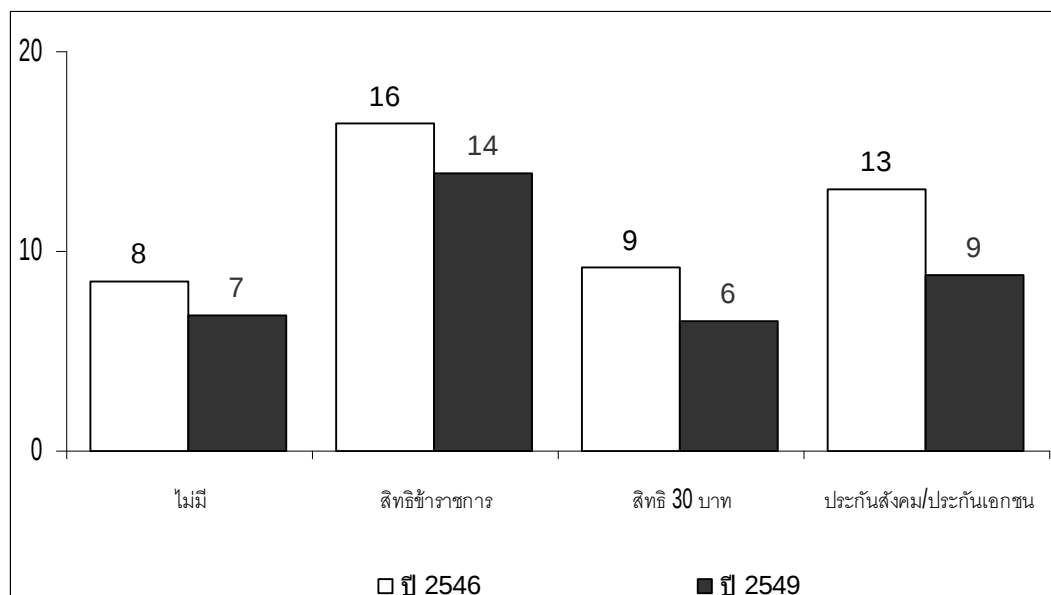


ประชาชนที่มีชั้นรายได้สูงสุด พบอัตราการใช้บริการสูงสุดร้อยละ 12.6 สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน และต่ำสุดในกลุ่มชั้นรายได้ต่ำสุด (ร้อยละ 5) ซึ่งต่างกับกลุ่มรายได้สูงสุด 2.5 เท่า (รูปที่ 6) เมื่อจำแนกอัตราการใช้บริการทันตกรรมตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล พบว่ากลุ่มที่มีสิทธิข้าราชการ มีอัตราการรับบริการสูงสุดร้อยละ 14-16 สูงกว่ากลุ่ม 30 บาท (ร้อยละ 6-9) และสูงกว่ากลุ่มไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล (ร้อยละ 7-8) 2-2.3 เท่า (รูปที่ 7)

รูปที่ 6 อัตราการให้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2549 จำแนกตามตามชั้นรายได้



รูปที่ 7 อัตราการให้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยจำแนกตามสิทธิรักษายาบาลเปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549



ค่าเฉลี่ยในการใช้บริการทันตกรรมเปรียบเทียบ ปี 2546 กับ ปี 2549

ค่าเฉลี่ยในการใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่าทุกกลุ่มอายุมีค่าเฉลี่ยการให้บริการทันตกรรมลดลง ยกเว้นกลุ่มวัยรุ่นที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.7 ในปี 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 1.9 ในปี 2549 เมื่อจำแนกตามพื้นที่พบว่าทุกพื้นที่ที่มีค่าเฉลี่ยการให้บริการทันตกรรมลดลงอย่างชัดเจน ยกเว้นคือ ภาคเหนือเขตเมืองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 1.6 ในปี 2546 เป็น 1.7 ในปี 2549 (ตารางที่ 5) การจำแนกตามระดับชั้นรายได้พบว่ากลุ่มชั้นรายได้สูงสุดค่าเฉลี่ยการให้บริการทันตกรรมปี 2549 เท่ากับ 1.8 ครั้งต่อปีสูงกว่ากลุ่มรายได้ต่ำที่มีค่าเฉลี่ย 1.3 ครั้ง ต่อปี (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยการให้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามกลุ่มอายุพื้นที่และชั้นรายได้
เปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ยการให้บริการทันตกรรม					
	ค่าเฉลี่ย	ปี 2546 จำนวน(ล้านคน)	S.D.	ค่าเฉลี่ย	ปี 2549 จำนวน(ล้านคน)	S.D.
กลุ่มอายุ						
กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (0-4 ปี)	1.3	0.15	1.0	1.2	0.92	0.5
กลุ่มประถมศึกษา (5-14 ปี)	1.6	1.77	4.6	1.4	1.03	1.2
กลุ่มวัยรุ่น (15-24 ปี)	1.7	0.96	2.1	1.9	0.61	2.5
กลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี)	1.6	3.15	2.6	1.5	2.63	1.3
กลุ่มสูงอายุ (>60 ปี)	1.9	0.47	4.0	1.6	0.49	1.8
รวม	1.6	6.51	3.3	1.5	4.85	1.5
พื้นที่						
กรุงเทพฯ	2.0	1.13	2.1	1.6	0.64	1.5
กลางเขตเมือง	2.1	0.43	6.6	1.9	0.42	2.2
กลางเขตชนบท	1.5	0.83	1.1	1.5	0.69	1.6
เหนือเขตเมือง	1.6	0.30	1.4	1.7	0.25	2.4
เหนือเขตชนบท	1.5	0.99	1.3	1.4	0.71	1.0
ตะวันออกเฉียงเหนือเขตเมือง	2.0	0.39	6.0	1.6	0.25	1.8
ตะวันออกเฉียงเหนือเขตชนบท	1.4	1.56	0.8	1.3	1.28	1.0
ใต้เขตเมือง	2.0	0.22	4.7	1.8	1.73	2.3
ใต้เขตชนบท	1.5	0.66	1.0	1.6	0.43	1.4
รวม	1.6	6.51	2.7	1.5	4.85	1.5

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยการให้บริการทันตกรรมของกลุ่มตัวอย่างปี 2549 จำแนกตามชั้นรายได้

ระดับชั้นรายได้	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (ล้านคน)	S.D.
รายได้ต่ำสุด	1.3	0.57	0.7
รายได้ต่ำ	1.3	0.64	0.8
รายได้ปานกลาง	1.5	0.74	1.7
รายได้สูง	1.5	0.78	1.3
รายได้สูงสุด	1.8	1.44	2.0
รวม	1.5	4.19	1.5

แบบแผนการให้บริการทันตกรรมปี 2546 และ ปี 2549

แบบแผนการให้บริการทันตกรรมในการศึกษานี้ พิจารณาในเรื่องชนิดบริการทันตกรรมที่ใช้ครั้งสุดท้าย (มีข้อมูลเฉพาะปี 2549) สถานบริการที่ใช้ สิทธิรักษาพยาบาลที่ใช้ และ ค่ารักษาพยาบาลที่จ่าย โดยวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มอายุ พื้นที่ และ ชั้นรายได้

ชนิดบริการทันตกรรมที่ใช้ครั้งสุดท้ายในปี 2549

ชนิดบริการทันตกรรมปี 2549 ที่พบสูงสุด 3 อันดับแรก คือ บริการถอนฟัน ขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์ และ อุดฟัน ร้อยละ 41.2 21.6 และ 19.5 ตามลำดับ โดยมีการใส่ฟันเทียมร้อยละ 4.8 และ จัดฟันร้อยละ 2 (ตารางที่ 7) เมื่อจำแนกชนิดบริการทันตกรรมตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มประชากรวัยเด็กก่อนวัยเรียนได้รับบริการถอนฟันร้อยละ 40 รองลงมาคือการตรวจช่องปากร้อยละ 16 กลุ่มเด็กประถมศึกษาได้รับบริการถอนฟันร้อยละ 48 และอุดฟันร้อยละ 26 ตามลำดับ กลุ่มวัยรุ่นได้รับบริการขูดหินปูนร้อยละ 31 อุดฟันร้อยละ 30 และให้บริการจัดฟันร้อยละ 10 ส่วนกลุ่มวัยทำงาน ได้รับบริการถอนฟันร้อยละ 42 และขูดหินปูน ร้อยละ 27 และกลุ่มสูงอายุ ได้รับบริการถอนฟันร้อยละ 56 และ ใส่ฟันเทียมร้อยละ 23 (รูปที่ 8)

การจำแนกชนิดบริการทันตกรรมตามพื้นที่ พบว่าประชากรในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ร้อยละ 45 ใช้บริการขูดหินปูน ส่วนในเขตเมืองของทั้ง 4 ภาคส่วนใหญ่ใช้บริการถอนฟันสูง(ร้อยละ 29-42) รองลงมาคือบริการขูดหินปูน และ อุดฟันตามลำดับ ขณะที่เขตชนบทในทุกภาค ใช้บริการถอนฟันสูงสุดกว่าร้อยละ 42-55 เป็นที่น่าสังเกตพื้นที่ที่ใช้บริการจัดฟันในสัดส่วนสูงกว่าพื้นที่อื่นกลับเป็นภาคกลางในเขตเทศบาลพบร้อยละ 7 ส่วนการใช้บริการรักษารากฟันพบสูงสุดในพื้นที่กรุงเทพฯ พบร้อยละ 8 และการใช้บริการฟันเทียมในทุกพื้นที่มีสัดส่วนใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 3-7 (รูปที่ 9)

การจำแนกชนิดบริการทันตกรรมตามระดับรายได้ พบว่า กลุ่มระดับชั้นรายได้ต่ำสุด ต่ำ และปานกลางส่วนใหญ่ใช้บริการถอนฟันสูงสุดร้อยละ 53-57 กลุ่มชั้นรายได้สูงใช้บริการถอนฟันร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มชั้นรายได้สูงสุดกลับใช้บริการถอนฟันเพียงร้อยละ 21 ในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ใช้บริการขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์ร้อยละ 34 รองลงมาคือบริการอุดฟันร้อยละ 20 (รูปที่ 10)

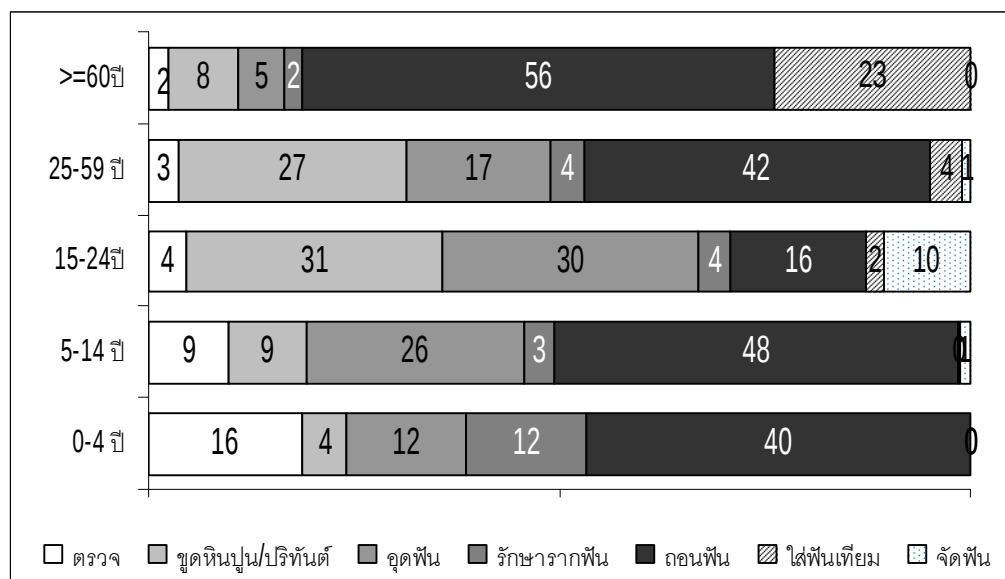
การจำแนกชนิดบริการทันตกรรมตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล พบว่า กลุ่มสิทธิ 30 บาทส่วนใหญ่ใช้บริการถอนฟันสูงสุดร้อยละ 51 ขณะที่กลุ่มสิทธิประกันสังคม/ประกันเอกชนใช้บริการขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์ร้อยละ 42.9 ส่วนกลุ่มสิทธิข้าราชการมีกระจายการใช้บริการในด้านขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์ อุดฟัน และ ถอนฟัน ใกล้เคียงกัน ขณะที่

กลุ่มไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลใช้บริการในส่วนการตรวจสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 15) และ การจัดฟัน (ร้อยละ 6.4) ในสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มอื่น ส่วนกลุ่มข้าราชการใช้บริการฟันเทียม (ร้อยละ 8.3) สูงกว่ากลุ่มอื่น 2-8 เท่า (ตารางที่ 8)

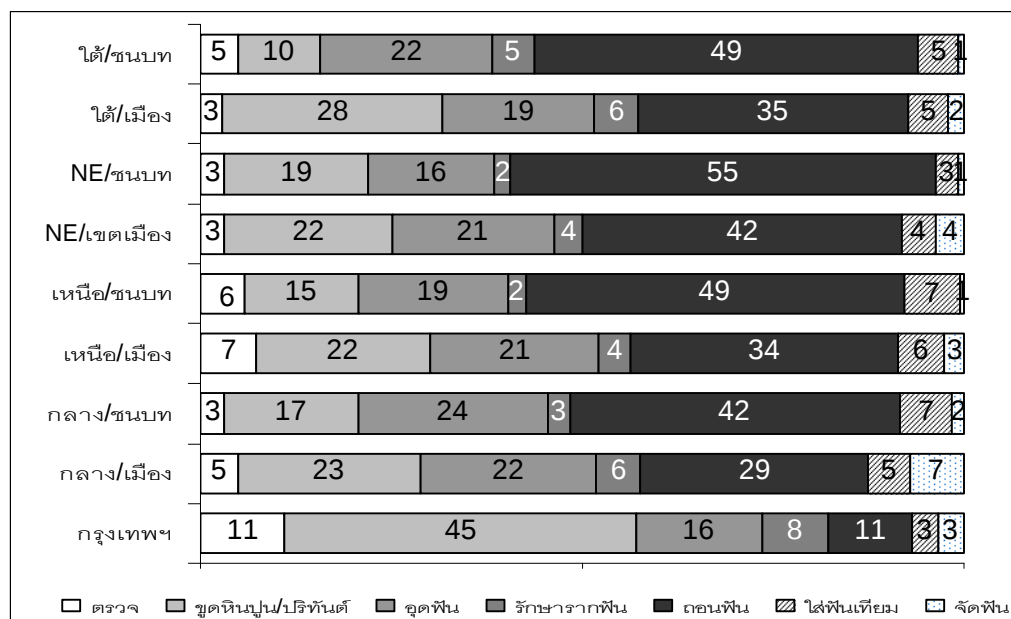
ตารางที่ 4 ร้อยละชนิดบริการทันตกรรมของประชากรไทยปี 2549

ชนิดบริการทันตกรรม	จำนวน(ล้านคน)	ร้อยละ
ถอนฟัน	1.99	41.2
อุดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์	1.05	21.6
อุดฟัน	0.95	19.5
ตรวจสุขภาพในช่องปาก	0.24	5.0
รักษารากฟัน	0.19	3.9
ใส่ฟันเทียม	0.23	4.8
จัดฟัน	0.10	2.0
ไม่ทราบ/จำไม่ได้	0.00	0.0
อื่น ๆ (ระบุ)	0.95	2.0
รวม	4.84	100.0

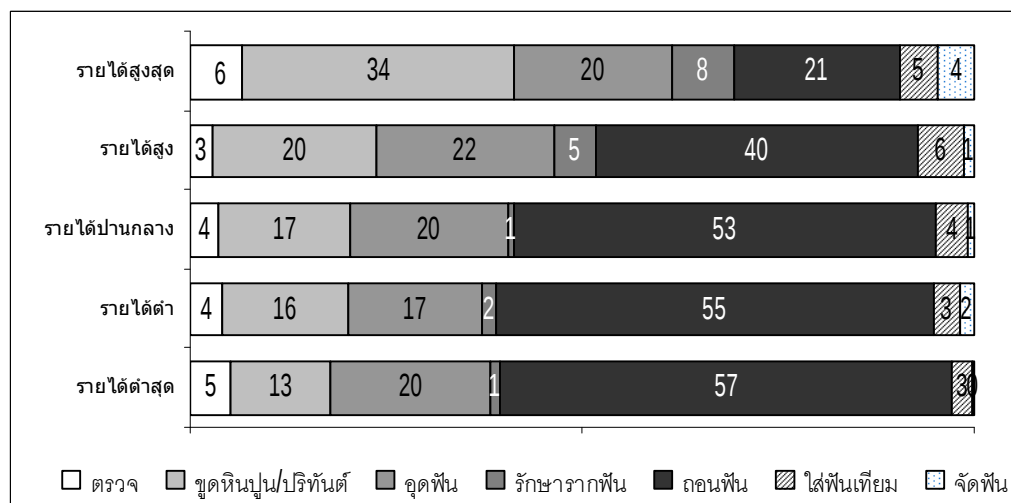
รูปที่ 8 ชนิดบริการทันตกรรมของกลุ่มที่เคยใช้บริการปี 2549 จำแนกตามกลุ่มอายุ



รูปที่ 9 ชนิดบริการทันตกรรมของกลุ่มที่เคยใช้บริการปี 2549 จำแนกตามพื้นที่



รูปที่ 10 ชนิดบริการทันตกรรมของกลุ่มที่เคยใช้บริการปี 2549 จำแนกตามระดับชั้นรายได้



ตารางที่ 5 ชนิดบริการทันตกรรมของประชากรไทยปี 2549 จำแนกตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล

ชนิดการบริการทันตกรรม	สิทธิสวัสดิการรักษายาบาล				รวม
	ไม่มี	สิทธิข้าราชการ	สิทธิ 30 บาท	ประกันสังคม/ประกันเอกชน	
จำนวน (คน)	179,127	804,069	3,129,744	735,157	4,848,097
ร้อยละ	3.7	16.6	64.6	15.2	100.0
ตรวจสุขภาพในช่องปาก	15.6	6.1	4.3	4.4	5.0
อุดฟัน ขัดฟัน รักษาปริทันต์	20.4	28.0	15.0	42.9	21.6
อุดฟัน	18.6	21.0	19.1	20.0	19.5
รักษารากฟัน	7.0	6.5	2.7	5.5	3.9
ถอนฟัน	26.4	25.6	51.0	20.0	41.2
ใส่ฟันเทียม	3.3	8.3	4.8	1.0	4.8
จัดฟัน	6.4	2.0	1.4	3.7	2.0
ไม่ทราบ/จำไม่ได้	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
อื่น ๆ (ระบุ)	2.4	2.4	1.7	2.4	2.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

สถานบริการสาธารณสุขที่ใช้ครั้งสุดท้ายในปี 2546 และ 2549

สถานบริการที่ใช้ทั้ง 2 ปีสำรวจ ส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน และ คลินิกเอกชน จะเห็นว่าการใช้ที่โรงพยาบาลชุมชนในช่วง 2 ปีมีสัดส่วนไม่เปลี่ยนแปลง ขณะที่การใช้บริการที่คลินิกเอกชนกลับพบเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 32 ในปี 2549 ชนิดสวัสดิการที่ใช้เป็นสิทธิ 30 บาทเป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 47-48 แต่สัดส่วนรองมาคือมีสวัสดิการรักษายาบาลแต่กลับไม่ใช่อ้อยละ 24-29 และเป็นการใช้บริการทันตกรรมฟรีที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นส่วนใหญ่อ้อยละ 48 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 42 ในปี 2549 (ตารางที่ 9)

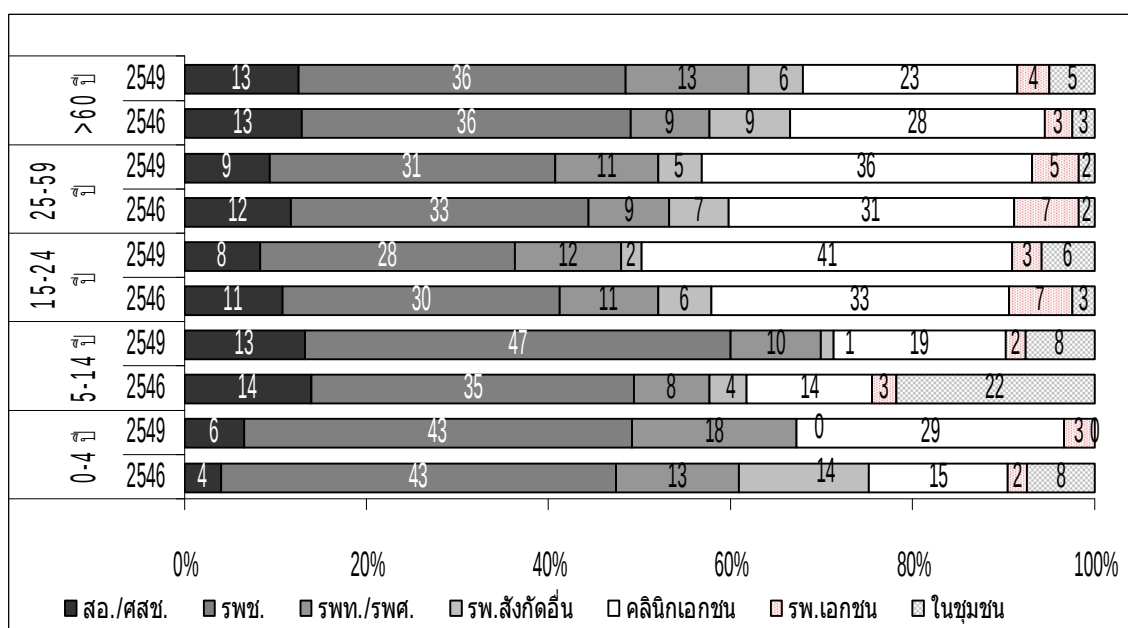
ตารางที่ 6 การใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายในรอบปีเปรียบเทียบกับปี 2546 กับปี 2549

แบบแผนการใช้บริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย	ปี 2546	ปี 2549
จำนวนประชากรใช้บริการ(ล้านคน)	6.51	4.85
สถานบริการทันตกรรมที่ใช้		
สอ./ศสช.	12	10
รพช.	34	35
รพท./รพศ.	9	11
รพ.สังกัดอื่น	6	4
คลินิกเอกชน	26	32
รพ.เอกชน	5	4
ในชุมชน	8	4
รวม	100	100
ชนิดวัสดุการที่ใช้		
ไม่มี	6	5
สิทธิข้าราชการ	9	10
สิทธิ 30 บาท	47	48
ประกันสังคม/เอกชน	8	10
ใช้วัสดุการอื่น	1	3
มีวัสดุการแต่ไม่ใช้	29	24
รวม	100	100
ค่าใช้จ่ายรับบริการทันตกรรม		
ฟรี/ไม่เสีย	48	42
1-30 บาท	17	20
31-500 บาท	27	21
501-5000 บาท	6	15
>=5000	1	2
รวม	100	100

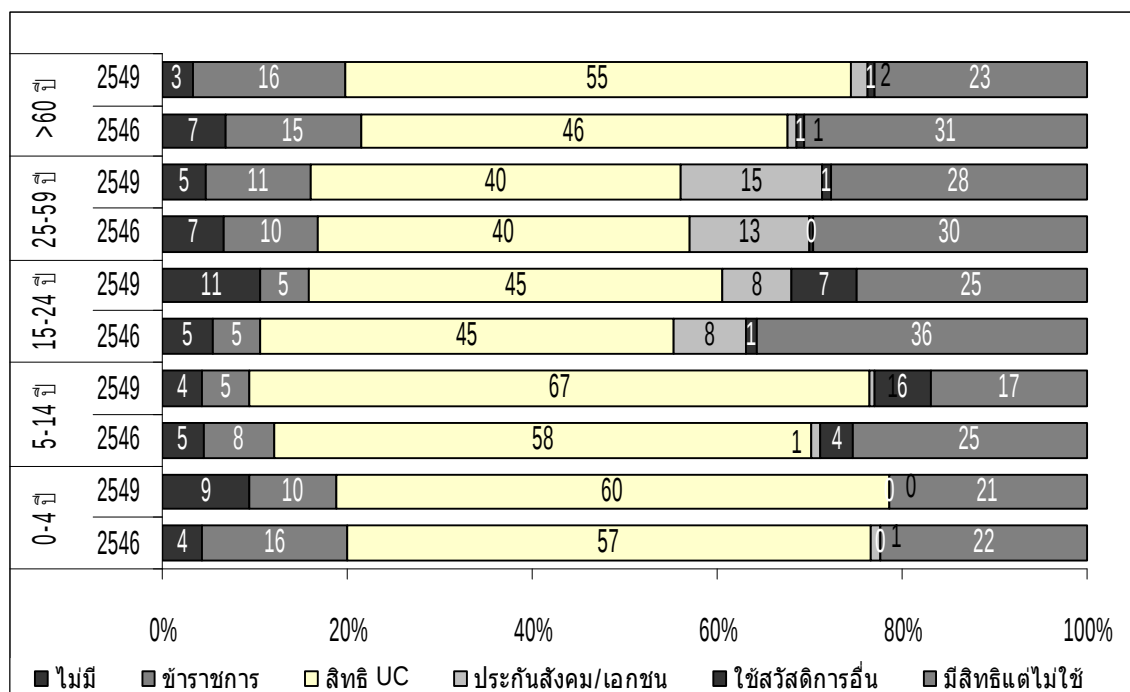
แบบแผนการให้บริการทันตกรรมในแต่ละกลุ่มอายุ

สถานบริการที่กลุ่มเด็กให้บริการทันตกรรมเป็นส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนประถมศึกษาให้บริการในรูปแบบหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในชุมชนในสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มอื่น แต่ลดลงจากร้อยละ 22 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 8 ในปี 2549 คือลดลง 2.8 เท่า ส่วนกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ใหญ่ในปี 2546 ส่วนใหญ่ให้บริการที่คลินิกเอกชนสูงสุดร้อยละ 31-33 ใกล้เคียงกับการให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 30-33 แต่ปี 2549 ทั้ง 2 กลุ่มนี้ให้บริการที่คลินิกเอกชนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36-41. ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุให้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 36 และ คลินิกเอกชนร้อยละ 23-28 โดยกลุ่มอายุที่ให้บริการทันตกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชนในสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มอื่นคือกลุ่มนักเรียนประถมศึกษาและสูงอายุร้อยละ 13-14 (รูปที่ 11) กลุ่มอายุที่ใช้สิทธิ UC สูงสุดคือกลุ่มเด็กและสูงอายุร้อยละ 53-75 ส่วนกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่มีการกระจายใช้สิทธิต่าง ๆ มากกว่า ทุกกลุ่มมีสัดส่วนที่มีสิทธิรักษาพยาบาลแต่ไม่ใช้ในสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 17-36 (รูปที่ 12) ส่วนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรับบริการทันตกรรมพบว่ากลุ่มเด็กและกลุ่มสูงอายุส่วนใหญ่ให้บริการทันตกรรมฟรีร้อยละ 53-75 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 57-69 ในปี 2549 ขณะที่กลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ให้บริการทันตกรรมฟรีต่ำกว่าเพียงร้อยละ 31-37 ในปี 2546 และลดลงเป็นร้อยละ 25-32 ในปี 2549 (รูปที่ 13) เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในแต่ละกลุ่มอายุเปรียบเทียบกับปี 2546 และ ปี 2549 พบว่ากลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยลดลง จาก 433 บาทในปี 2546 เป็น 208 บาทในปี 2549 ในทางตรงข้ามพบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น 2 เท่า จาก 713 บาทในปี 2546 เป็น 1,294 บาท ในปี 2549 (รูปที่ 14)

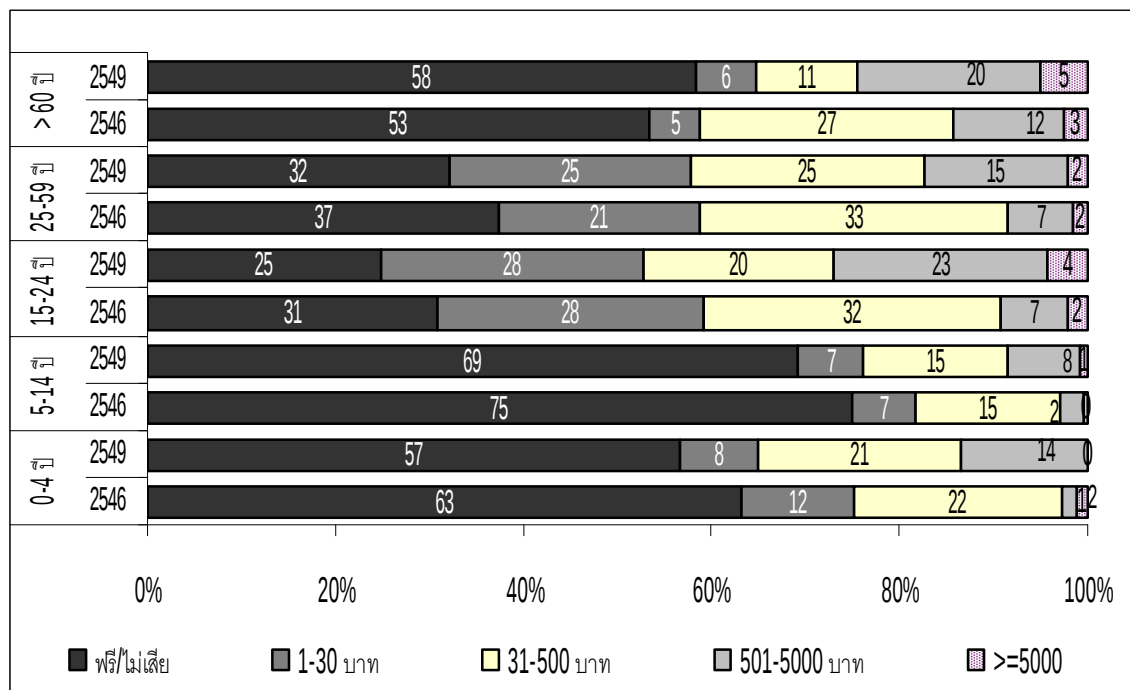
รูปที่ 11 การให้บริการทันตกรรมจำแนกตามสถานบริการและกลุ่มอายุเปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549



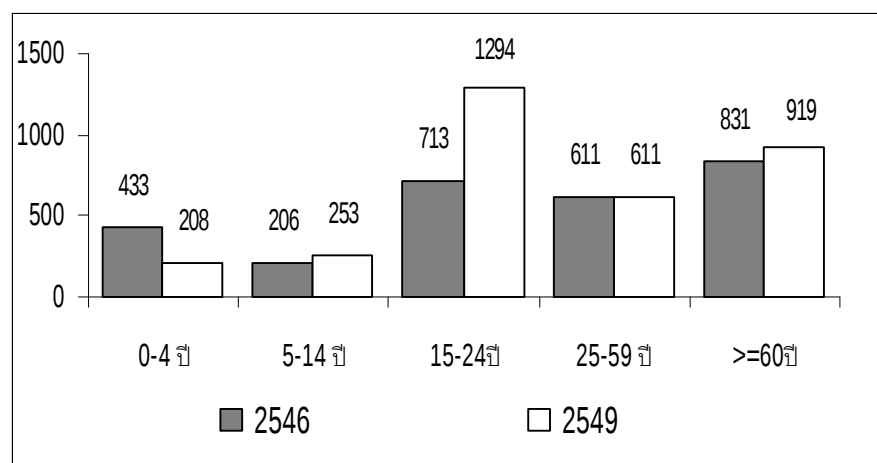
รูปที่ 12 การใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามชนิดสวัสดิการและกลุ่มอายุเปรียบเทียบปี 2546 และปี 2549



รูปที่ 13 การใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามค่าใช้จ่ายและกลุ่มอายุเปรียบเทียบปี 2546 และปี 2549



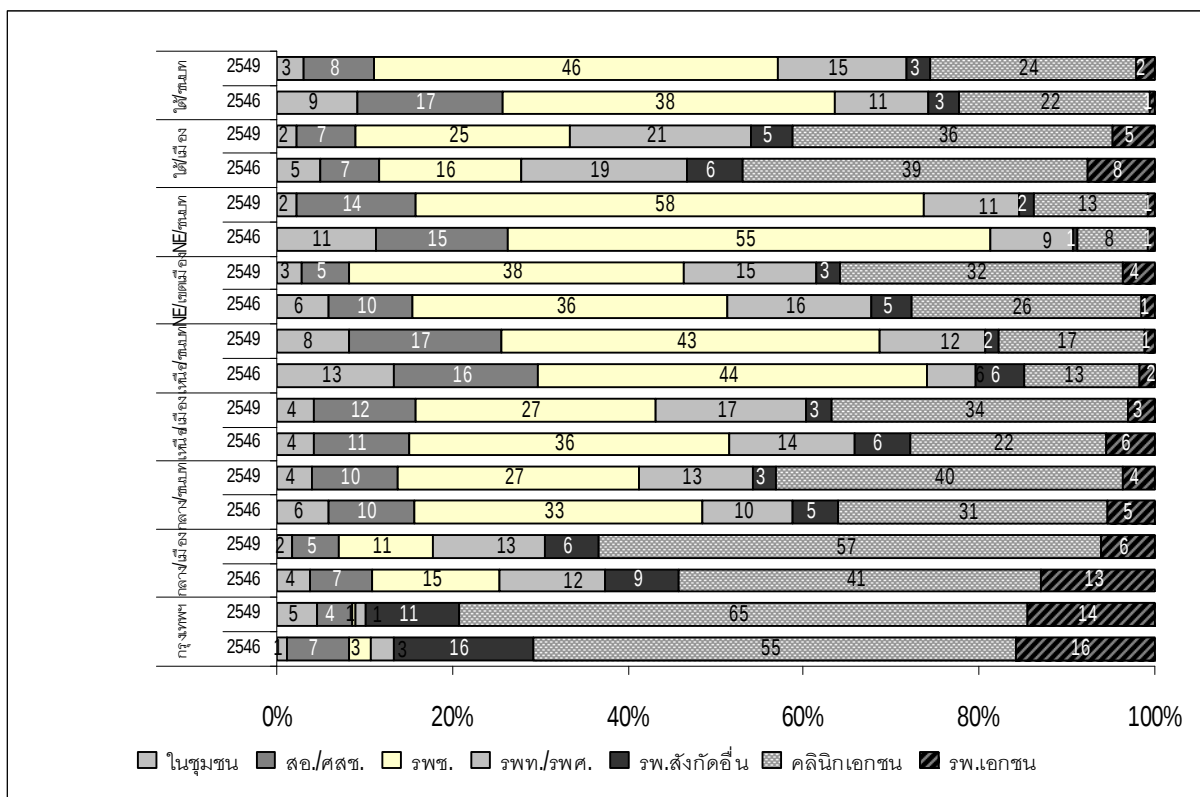
รูปที่ 14 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายจำแนกตามกลุ่มอายุเปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549



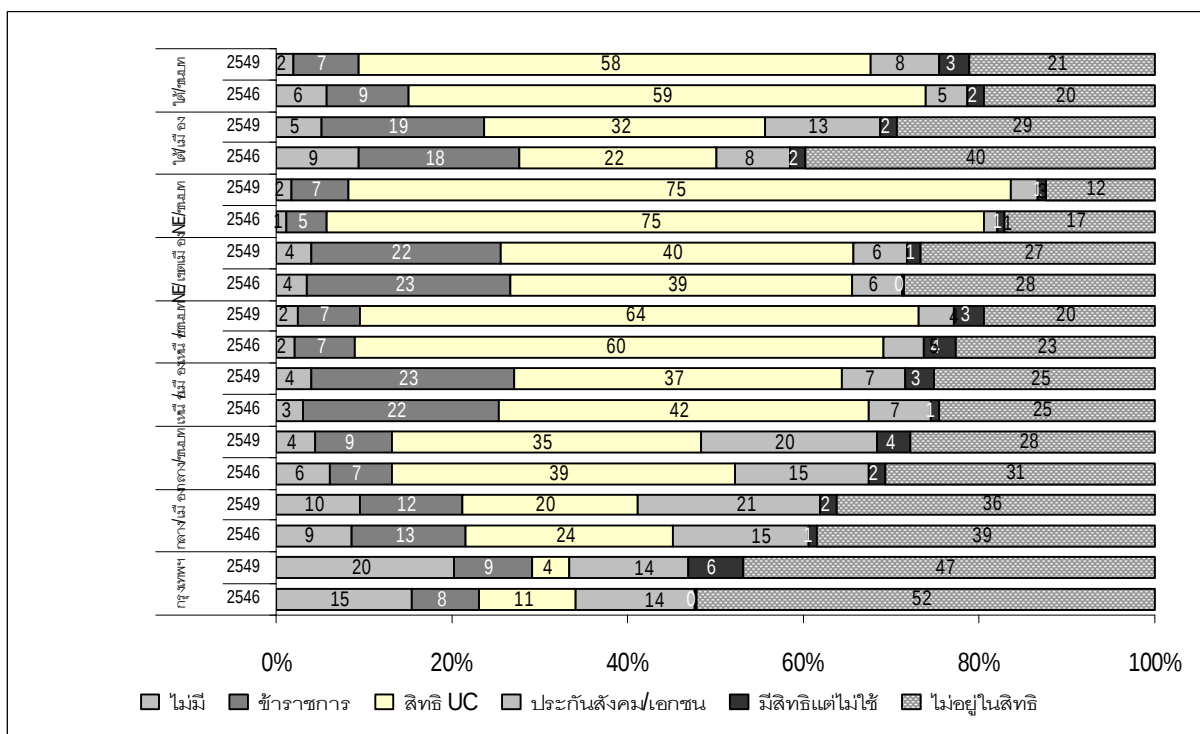
แบบแผนการให้บริการทันตกรรมจำแนกตามพื้นที่

ส่วนสถานบริการที่ใช้พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพฯ ส่วนใหญ่ร้อยละ 55-65 ใช้บริการคลินิกเอกชน ส่วนการใช้บริการทันตกรรมในเขตเมืองและชนบทในภาคกลางรวมถึงเขตเมืองในภาคใต้ ส่วนใหญ่ใช้บริการที่คลินิกเอกชนร้อยละ 41-57 ร้อยละ 31-40 และ ร้อยละ 36-39 ตามลำดับ ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และเขตชนบทของภาคใต้ ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนสูงสุดร้อยละ 27-58 ในกลุ่มนี้พบว่าร้อยละ 5-17 ใช้บริการทันตกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเฉพาะเขตชนบทในภาคกลางใช้บริการที่คลินิกเอกชนสูงสุดร้อยละ 33 ในปี 2546 แต่ปี 2549 กลับใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนสูงสุดร้อยละ 40 (รูปที่ 15) เมื่อพิจารณาในเรื่องสิทธิรักษาพยาบาล พบว่าเขตชนบทของทุกภาคส่วนใหญ่ใช้สิทธิ 30 บาท ร้อยละ 35-76 ส่วนในเขตเมืองใช้สิทธิ 30 บาทต่ำกว่า ร้อยละ 20-42 รองลงมาคือสิทธิข้าราชการร้อยละ 12-23 ขณะที่ในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ใช้บริการทันตกรรมแต่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการร้อยละ 47-52 และในเขตเมืองของทุกภาคใช้บริการทันตกรรมแต่ไม่ใช้สิทธิเช่นกันกว่าร้อยละ 25-40 (รูปที่ 16) ส่วนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรับบริการทันตกรรมเปรียบเทียบ 2 ปีสำรวจในทุกพื้นที่ พบว่าเป็นบริการทันตกรรมฟรีลดลงยกเว้นเขตชนบทในภาคกลางที่ไม่เปลี่ยนแปลง การใช้บริการทันตกรรมฟรีในพื้นที่กรุงเทพมหานครต่ำสุดพบเพียงร้อยละ 18-20 ขณะที่การใช้บริการทันตกรรมฟรีในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือทั้งเขตเมืองและชนบทพบร้อยละ 45-63 สูงกว่าพื้นที่ภาคกลางที่พบร้อยละ 29-44 (รูปที่ 17) เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในแต่ละพื้นที่ พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในกรุงเทพมหานครสูงสุด รองลงมาค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในเขตเมืองของภาคกลาง โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นสูงสุดจาก 1,279 บาทในปี 2546 เป็น 2,017 บาทในปี 2549 โดยภาคที่มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยลดลงมากที่สุดคือเขตเมืองในภาคเหนือจาก 917 บาทในปี 2546 เป็น 589 บาทในปี 2549 (รูปที่ 18)

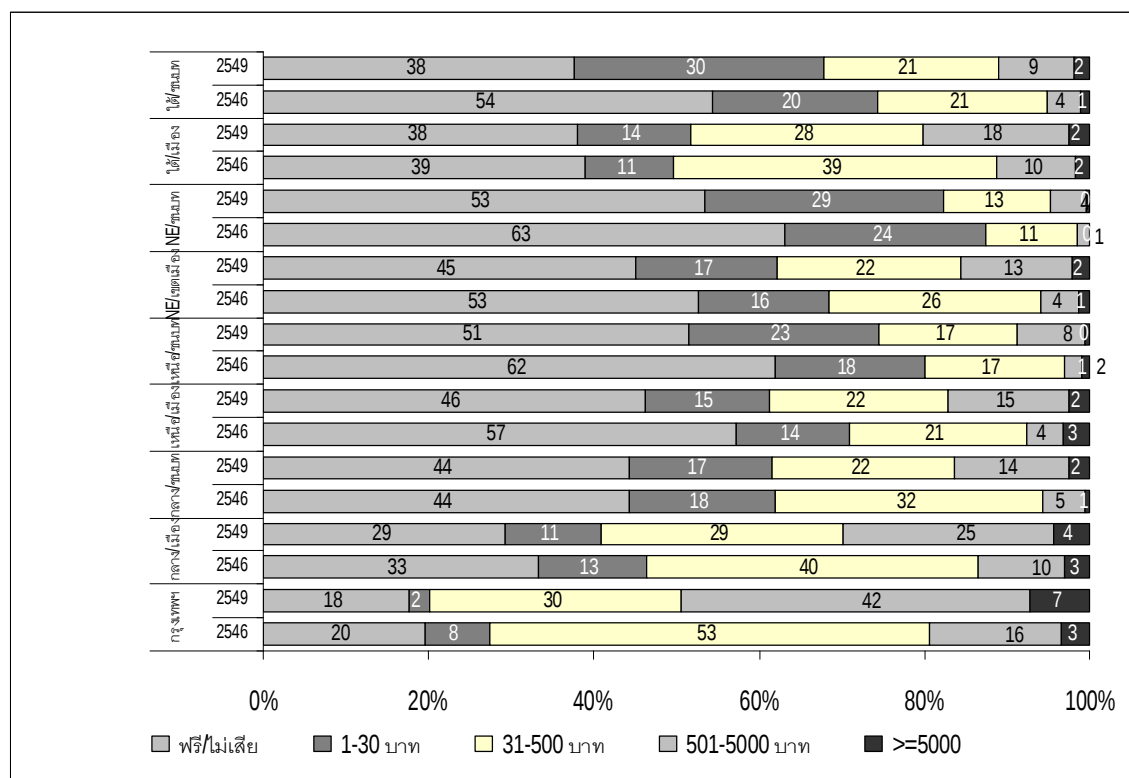
รูปที่ 15 การใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามสถานบริการและพื้นที่เปรียบเทียบปี 2546 และปี 2549



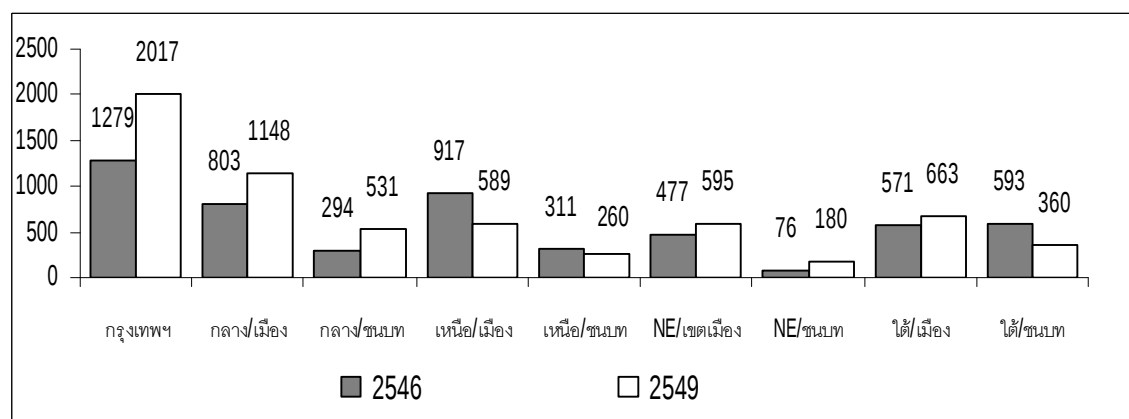
รูปที่ 16 การใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามชนิดสวัสดิการและพื้นที่เปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549



รูปที่ 17 การใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามค่าใช้จ่ายและพื้นที่เปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549



รูปที่ 18 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายจำแนกตามพื้นที่เปรียบเทียบ ปี 2546 และปี 2549



แบบแผนการใช้บริการทันตกรรมจำแนกตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล

กลุ่มสิทธิข้าราชการใช้บริการทันตกรรมสูงสุดทั้ง 2 ปี พบร้อยละ 16.4 และ 13.9 ตามลำดับ สูงกว่ากลุ่มสิทธิ 30 บาท (ร้อยละ 9.2 และ 6.5) 1.8 เท่า สถานบริการที่สิทธิข้าราชการส่วนใหญ่เป็นคลินิกเอกชน พบสัดส่วนร้อยละ 29.3 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 38.6 ในปี 2549 ขณะที่กลุ่ม 30 บาทใช้บริการในโรงพยาบาลชุมชนเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 42.3 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 46.7 ในปี 2549 เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในแต่ละกลุ่มสิทธิ พบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสิทธิข้าราชการ มีสัดส่วน

ให้บริการทันตกรรมฟรีสูงสุดร้อยละ 61.3 ในปี 2546 ลดลงเป็นร้อยละ 50.3 ในปี 2549 ส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ในการให้บริการ พบสูงสุดในกลุ่มไม่มีสิทธิเท่ากับ 1,539 บาทในปี 2546 ลดลงเหลือ 1,153 บาทในปี 2549 (ตารางที่ 10)

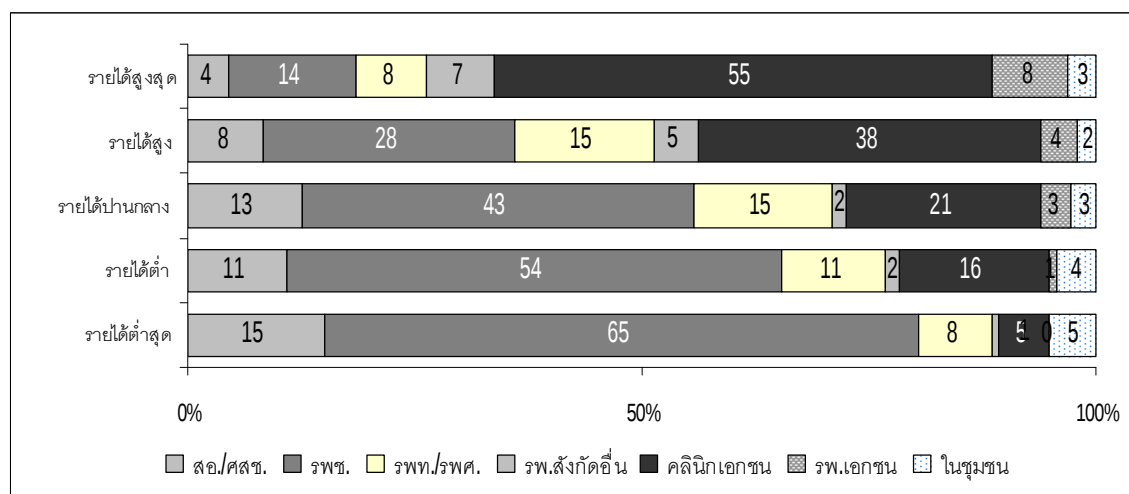
ตารางที่ 7 อัตราการให้บริการทันตกรรมจำแนกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล สถานบริการทันตกรรม และ ค่าใช้จ่ายในการใช้ บริการทันตกรรม

สิทธิสวัสดิการ รักษายาบาล	2546					2549				
	ไม่มี	สิทธิ ข้าราชการ	สิทธิ 30 บาท	ประกันสังคม/ ประกัน		ไม่มี	สิทธิ ข้าราชการ	สิทธิ 30 บาท	ประกันสังคม/ ประกัน	
				เอกชน	รวม				เอกชน	รวม
จำนวนประชากร	3.2	5.6	48.3	6.7	63.9	2.60	5.80	48.40	8.30	65.20
(ล้านคน)										
จำนวนเคยใช้บริการ	0.3	0.9	4.4	0.9	6.5	0.18	0.80	3.13	0.74	4.85
(ล้านคน)										
ร้อยละให้บริการ	8.5	16.4	9.2	13.1	10.2	6.8	13.9	6.5	8.8	7.4
จำนวนครั้งเฉลี่ย/ปี	2.2	1.9	1.5	1.9	1.6	1.9	1.8	1.4	1.6	1.5
S.D.	4.3	2.8	1.9	4.7	2.7	2.1	2.1	1.2	1.8	1.5
สถานบริการทันตกรรม										
สอ./ศสช.	5.1	8.9	14.5	5.3	12.1	3.7	8.3	13.1	2.2	10.3
รพช.	7.3	23.0	42.3	9.3	33.7	4.2	18.0	46.7	10.5	34.9
รพท./รพศ.	5.3	15.8	8.4	6.3	9.0	1.4	18.7	10.9	8.2	11.4
รพ.สังกัดอื่น	11.1	16.4	3.4	7.4	6.1	3.4	9.8	1.7	6.0	3.7
คลินิกเอกชน	56.8	29.3	19.2	48.6	26.2	78.5	38.6	21.5	56.9	31.8
รพ.เอกชน	11.3	3.4	2.3	21.6	5.4	3.5	3.6	1.4	15.5	4.0
ในชุมชน	3.1	3.2	9.9	1.5	7.5	5.4	3.1	4.7	0.7	3.8
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ										
ไม่เสียค่าใช้จ่าย/รับ	9.6	61.3	49.3	42.4	48.4	7.0	50.3	41.9	43.6	42.2
บริการฟรี										
<=30 บาท	0.1	0.2	24.3	3.1	17.0	0.0	0.1	30.3	0.2	19.6
31-1000 บาท	66.0	29.4	21.5	41.6	27.2	41.5	24.2	17.1	27.4	20.8
1000-5000 บาท	19.6	7.5	4.0	10.1	6.0	50.1	21.1	8.9	26.2	15.0
> 5000 บาท	4.7	1.7	0.9	2.7	1.4	1.3	4.3	1.8	2.5	2.3
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ค่าบริการเฉลี่ยต่อครั้ง	1,539	653	336	1,054	528	1,153	999	464	901	644
S.D.	4,818	4,021	2,284	5,553	3,330	1,808	3,153	2,516	3,117	2,719

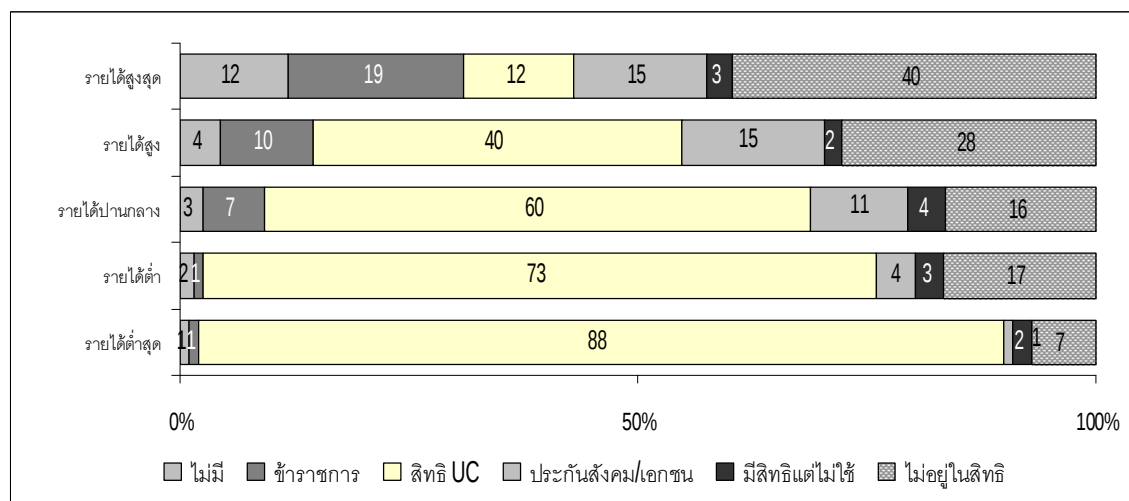
แบบแผนการให้บริการทันตกรรมจำแนกตามระดับชั้นรายได้

สถานบริการที่กลุ่มชั้นรายได้ต่ำสุด ต่ำ และ ปานกลางใช้ ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 2 ปีร้อยละ 65 54 และ 43 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มรายได้สูงสุดและสูงส่วนใหญ่ให้บริการที่คลินิกเอกชนร้อยละ 55 และ 38 ตามลำดับ (รูปที่ 19) เมื่อพิจารณาในเรื่องสิทธิรักษาพยาบาล พบว่าทุกกลุ่มรายได้ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ UC ร้อยละ 40-88 ส่วนกลุ่มชั้นรายได้สูงส่วนใหญ่ใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิกว่าร้อยละ 40 และใช้สิทธิข้าราชการสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน (รูปที่ 20) ส่วนเรื่องค่าใช้จ่าย พบว่าทุกกลุ่มชั้นระดับรายได้ให้บริการทันตกรรมฟรีร้อยละ 28-67 (รูปที่ 21) ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่ให้บริการกลุ่มชั้นรายได้สูงสุด เท่ากับ 1,415 บาท สูงกว่ากลุ่มอื่น 5-10 เท่า (รูปที่ 22)

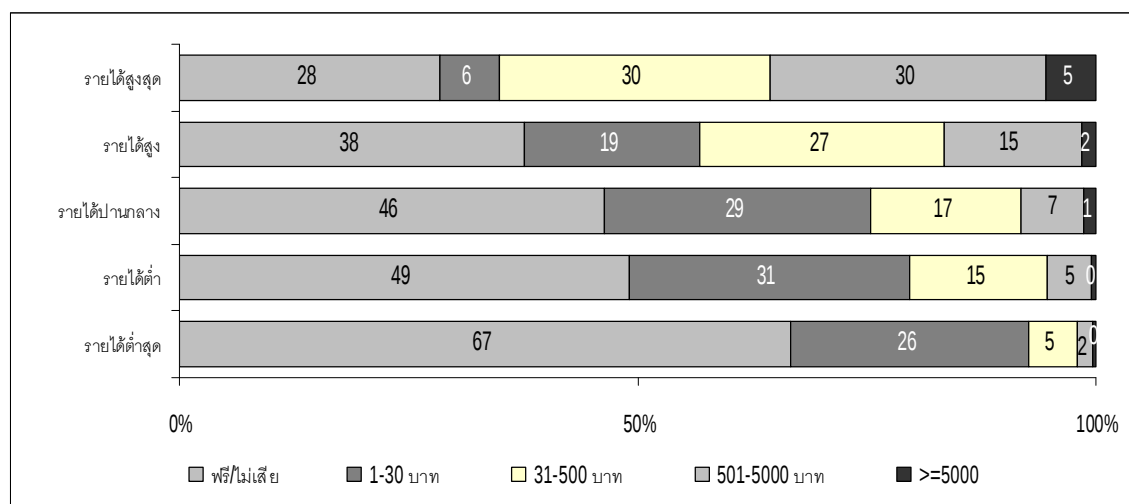
รูปที่ 19 สถานบริการที่ใช้บริการครั้งสุดท้ายของกลุ่มที่เคยใช้บริการปี 2549 จำแนกตามระดับชั้นรายได้



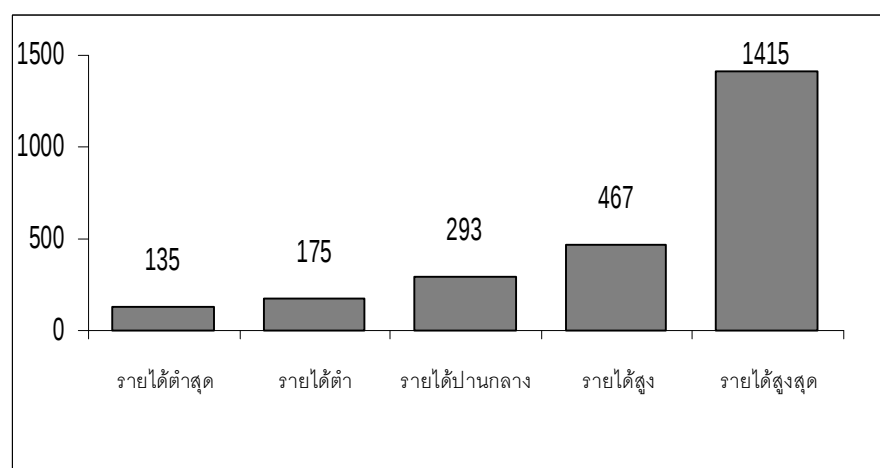
รูปที่ 20 ชนิดสวัสดิการที่ใช้ครั้งสุดท้ายของกลุ่มที่เคยใช้บริการปี 2549 จำแนกตามระดับชั้นรายได้



รูปที่ 21 ค่าใช้จ่ายรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายของกลุ่มที่เคยใช้บริการปี 2549 จำแนกตามระดับระดับชั้นรายได้



รูปที่ 22 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายปี 2549 จำแนกตามระดับระดับชั้นรายได้



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2549 กับปัจจัยต่างๆที่มีอยู่ในชุดฐานข้อมูลของสำนักงานสถิติ ได้แก่ อายุ เพศ ชั้นรายได้ที่ปรับจากตัวแปรรายได้ทั้งหมดของครอบครัวเรือนต่อเดือน สิทธิรักษาพยาบาล ภูมิภาค และเขตพื้นที่ โดยใช้สถิติไค-สแควร์ พบว่าปัจจัยทั้ง 6 ประการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 11) เพื่อให้รู้น้ำหนักตัวแปรแต่ละตัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมในการศึกษารุ่นนี้ จึงได้ทดสอบโดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย เรียงจากปัจจัยที่น้ำหนักความสัมพันธ์มากไปหาน้อย คือ อายุ รายได้ครอบครัว สถิติการรักษาพยาบาล เพศ เขตพื้นที่ และภูมิภาค ตามลำดับ (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2549 กับปัจจัยต่างๆ

ปัจจัยต่าง ๆ	พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม (ร้อยละ)		รวม
	ใช้บริการ	ไม่ใช้บริการ	
กลุ่มอายุ ***			
กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน (0-4 ปี)	99 (2.1)	4701 (97.9)	4800 (100.0)
กลุ่มประถมศึกษา (5-14 ปี)	1,437 (11.4)	11,114 (88.6)	12,551 (100.0)
กลุ่มวัยรุ่น (15-24 ปี)	617 (6.9)	8,360 (93.1)	8,977 (100.0)
กลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี)	3,502 (9.3)	34,263 (90.7)	37,765 (100.0)
กลุ่มสูงอายุ (>60 ปี)	720 (7.2)	9,244 (92.8)	9,964 (100.0)
รวม	6,375 (8.6)	6,7682 (91.4)	7,4057 (100.0)
เพศ ***			
ชาย	2,574 (7.4)	32,443 (92.6)	35,017 (100.0)
หญิง	3,801 (9.7)	35,239 (90.3)	39,040 (100.0)
รวม	6,375 (8.6)	67,682 (91.4)	74,057 (100.0)
ชั้นรายได้ครอบครัว ***			
ชั้นรายได้ต่ำสุด	521 (5.7)	8,617 (94.3)	9,138 (100.0)
ชั้นรายได้ต่ำ	732 (6.0)	11,503 (94.0)	12,235 (100.0)
ชั้นรายได้ปานกลาง	913 (6.9)	12,375 (93.1)	13,288 (100.0)
ชั้นรายได้สูง	1,023 (7.6)	12,433 (92.4)	13,456 (100.0)
ชั้นรายได้สูงสุด	1,947 (14.2)	11,733 (85.8)	13,680 (100.0)
รวม	5,136 (8.3)	56,661 (91.7)	61,797 (100.0)

ปัจจัยต่าง ๆ	พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรม (ร้อยละ)		รวม
	ใช้บริการ	ไม่ใช้บริการ	
สวัสดิการรักษายาบาล ***			
สิทธิ 30 บาท	3791 (7.2)	48930 (92.8)	52721 (100.0)
สิทธิข้าราชการ	1580 (14.5)	9306 (85.5)	10886 (100.0)
ประกันสังคม/ประกันเอกชน	820 (10.5)	6984 (89.5)	7804 (100.0)
ไม่มี	184 (7.0)	2462 (93.0)	2646 (100.0)
รวม	6,375 (8.6)	67,682 (91.4)	74,057 (100.0)
ภูมิภาค ***			
กรุงเทพมหานคร	387 (8.8)	3,994 (91.2)	4,381 (100.0)
ภาคกลาง	1,750 (8.3)	19,461 (91.7)	21,211 (100.0)
ภาคเหนือ	1,771 (10.1)	15,749 (89.9)	17,520 (100.0)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,690 (8.2)	18,807 (91.8)	20,497 (100.0)
ภาคใต้	777 (7.4)	9,671 (92.6)	10,448 (100.0)
รวม	6,375 (8.6)	67,682 (91.4)	74,057 (100.0)
เขตพื้นที่ ***			
ในเขตเทศบาล	4288 (9.6)	40279 (90.4)	44567 (100.0)
นอกเขตเทศบาล	2087 (7.1)	27403 (92.9)	29490 (100.0)
รวม	6,375 (8.6)	67,682 (91.4)	74,057 (100.0)

*** significant ($p < .05$, Pearson chi-square test)

เมื่อใช้ปัจจัยอายุ (จำแนกเป็นกลุ่ม 5-14 ปี และ กลุ่มผู้ใหญ่ซึ่งรวมวัยรุ่นผู้ใหญ่และสูงอายุ และปัจจัยระดับชั้นรายได้ครอบครัวต่อเดือน(จำแนกเป็นกลุ่มฐานะดีคือกลุ่มชั้นรายได้สูงสุด และกลุ่มฐานะไม่ดีคือกลุ่มอื่นที่เหลืออื่น จัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่ม 5-14 ปีฐานะดี 2) กลุ่ม 5-14 ปีฐานะไม่ดี 3) กลุ่มผู้ใหญ่ฐานะดี และ 4) กลุ่มผู้ใหญ่ฐานะไม่ดี พบว่ากลุ่มที่ใช้บริการทันตกรรมปี 2549 สูงสุดคือ กลุ่ม 5-14 ปีฐานะดีร้อยละ 18.1 รองลงมาคือ กลุ่มผู้ใหญ่ฐานะดีร้อยละ 14.2 เมื่อวิเคราะห์กลุ่มทั้ง 4 ร่วมกับปัจจัยเรื่องสิทธิรักษายาบาล พบว่ากลุ่ม 5-14 ปีที่ฐานะดีและมีสิทธิข้าราชการใช้บริการทันตกรรมสูงสุดร้อยละ 22.5 รองลงมาคือกลุ่มเด็กฐานะดีที่มีสิทธิเอกชน/เอกชนร้อยละ 21.4 ขณะที่กลุ่มเด็กฐานะไม่ดีที่มีสิทธิข้าราชการใช้บริการต่ำกว่า คิดเป็นร้อยละ 16 ในกลุ่มนี้ที่มีสิทธิ 30 บาทกลับใช้บริการต่ำสุดเพียงร้อยละ 10.2 ส่วนกลุ่มผู้ใหญ่ในภาพรวมใช้บริการต่ำกว่ากลุ่มเด็ก โดยผู้ใหญ่ที่ฐานะดีและไม่ดีที่มีสิทธิข้าราชการพบว่าใช้บริการทันตกรรมสูงสุดร้อยละ 17.7 และ 11.3 ตามลำดับสูงกว่ากลุ่มที่มีสิทธิ 30 บาท 1.7-1.8 เท่า (ตารางที่ 14)

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์พฤติกรรมการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทยปี 2549 กับปัจจัยต่างๆโดย
ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ปัจจัยต่างๆ	ให้บริการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ให้บริการ จำนวน (ร้อยละ)	Unadjusted odd ratio (95% C.I.)	p-value	Adjusted odd ratio (95% C.I.)	p-value
กลุ่มอายุ						
กลุ่ม 0-4 ปี	99 (2.1)	4,701 (97.9)	1			1
กลุ่ม 5-14 ปี	1,437 (11.4)	11,114 (88.6)	1.481 (1.392-1.576)	0.000	6.007 (4.883-7.389)	0.000
กลุ่ม 15-24 ปี	617 (6.9)	8,360 (93.1)	0.760 (0.698-0.829)	0.000	3.202 (2.579-3.975)	0.000
กลุ่ม 25-59 ปี	3,502 (9.3)	34,263 (90.7)	1.189 (1.129-1.252)	0.000	3.969 (3.238-4.864)	0.000
กลุ่ม >60 ปี)	720 (7.2)	9,244 (92.8)	0.805 (0.743-0.872)	0.000	3.056 (2.467-3.786)	0.000
กลุ่มฐานะ						
ชั้นรายได้ต่ำสุด	521 (5.7)	8,617 (94.3)	1	0.000		1
ชั้นรายได้ต่ำ	732 (6.0)	11,503 (94.0)	0.63 (0.585-0.686)	0.000	0.912 (0.826-1.007)	0.068
ชั้นรายได้ปานกลาง	913 (6.9)	12,375 (93.1)	0.747 (0.695-0.803)	0.000	1.019 (0.927-1.12)	0.701
ชั้นรายได้สูง	1,023 (7.6)	12,433 (92.4)	0.849 (0.792-0.911)	0.000	1.063 (0.966-1.169)	0.210
ชั้นรายได้สูงสุด	1,947 (14.2)	11,733 (85.8)	2.097 (1.981-2.219)	0.000	1.898 (1.735-2.077)	0.000
สวัสดิการรักษายาบาล						
สิทธิ 30 บาท	3,791 (7.2)	48,930 (92.8)	1			1
สิทธิข้าราชการ	1,580 (14.5)	9,306 (85.5)	2.067 (1.945-2.197)	0.000	1.664 (1.55-1.787)	0.000
ประกันสังคม/ประกัน เอกชน	820 (10.5)	6,984 (89.5)	1.203 (1.187-1.386)	0.000	1.333 (1.222-1.455)	0.000
ไม่มี	184 (7.0)	2,462 (93.0)	0.787	0.002	0.932	0.379

ปัจจัยต่างๆ	ใช้บริการ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ใช้บริการ จำนวน (ร้อยละ)	Unadjusted odd ratio (95%C.I.)	p-value	Adjusted odd ratio (95%C.I.)	p-value
			(0.676-0.917)		(0.797-1.09)	
เพศ						
ชาย	2,574 (7.4)	32,443 (92.6)	1		1	
หญิง	3,801 (9.7)	35,239 (90.3)	0.736 (0.698-0.775)	0.000	0.731 (0.693-0.771)	0.000
เขตพื้นที่						
ในเขตเทศบาล	4,288 (9.6)	40,279 (90.4)	1		1	
นอกเขตเทศบาล	2,087 (7.1)	27,403 (92.9)	0.715 (0.677-0.755)	0.000	0.85 (0.802-0.902)	0.000
ภูมิภาค						
ภาคใต้	777 (7.4)	9,671 (92.6)	1		1	
กรุงเทพมหานคร	387 (8.8)	3,994 (91.2)	1.031 (0.925-1.148)	0.583	0.892 (0.78-1.019)	0.093
ภาคกลาง	1,750 (8.3)	19,461 (91.7)	0.938 (0.885-0.993)	0.028	1.098 (1.004-1.201)	0.041
ภาคเหนือ	1,771 (10.1)	15,749 (89.9)	1.268 (1.197-1.344)	0.000	1.580 (1.43 -1.747)	0.000
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,690 (8.2)	18,807 (91.8)	0.937 (0.885-0.994)	0.029	1.123 (1.026 -1.229)	0.012

ตารางที่ 10 ร้อยละการให้บริการทันตกรรมปี 2549 จำแนกตามกลุ่ม

การรับบริการทันตกรรมปี 2549 (ร้อยละ)			
กลุ่ม	ไม่เคย	เคย	รวม
กลุ่ม 5-14 ปี สุภาพ	1,253 (81.9)	276 (18.1)	1,529 (100.0)
กลุ่ม 5-14 ปี สุภาพไม่ดี	9,861 (89.5)	1,161 (10.5)	11,022 (100.0)
กลุ่มผู้ใหญ่ สุภาพ	9,999 (85.8)	1,653 (14.2)	11,652 (100.0)
กลุ่มผู้ใหญ่ สุภาพไม่ดี	41,868 (92.9)	3,186 (7.1)	45,054 (100.0)
รวม	62,981 (90.9)	6,276 (9.1)	69,257 (100.0)

ตารางที่ 11 ร้อยละตัวอย่างที่รับบริการทันตกรรมปี 2549 จำแนกตามกลุ่มอายุระดับระดับชั้นรายได้และสิทธิรักษาพยาบาล

การจัดกลุ่ม	จำนวนรวม	ร้อยละให้บริการ	สัดส่วนสิทธิอื่นต่อสิทธิ 30 บาท ในแต่ละกลุ่ม
กลุ่ม 5-14 ปี สุภาพ ไม่มีสิทธิ	103	21.4	1.6
กลุ่ม 5-14 ปี สุภาพ สิทธิข้าราชการ	609	22.5	1.7
กลุ่ม 5-14 ปี สุภาพ สิทธิ 30 บาท	740	13.6	1.0
กลุ่ม 5-14 ปี สุภาพ สิทธิประกันสังคม/เอกชน	77	20.8	1.5
กลุ่ม 5-14 ปี สุภาพไม่ดี ไม่มีสิทธิ	356	7.3	0.7
กลุ่ม 5-14 ปี สุภาพไม่ดี สิทธิข้าราชการ	817	16.0	1.6
กลุ่ม 5-14 ปี สุภาพไม่ดี สิทธิ 30 บาท	9,779	10.2	1.0
กลุ่ม 5-14 ปี สุภาพไม่ดี สิทธิประกันสังคม/เอกชน	70	10.0	1.0
กลุ่มผู้ใหญ่ สุภาพ ไม่มีสิทธิ	524	12.4	1.2
กลุ่มผู้ใหญ่ สุภาพ สิทธิข้าราชการ	4,248	17.7	1.7
กลุ่มผู้ใหญ่ สุภาพ สิทธิ 30 บาท	4,266	10.7	1.0
กลุ่มผู้ใหญ่ สุภาพ สิทธิประกันสังคม/เอกชน	2,614	14.5	1.4
กลุ่มผู้ใหญ่ สุภาพไม่ดี ไม่มีสิทธิ	1,334	5.0	0.8
กลุ่มผู้ใหญ่ สุภาพไม่ดี สิทธิข้าราชการ	4,751	11.3	1.8
กลุ่มผู้ใหญ่ สุภาพไม่ดี สิทธิ 30 บาท	33,980	6.4	1.0
กลุ่มผู้ใหญ่ สุภาพไม่ดี สิทธิประกันสังคม/เอกชน	4,989	8.4	1.3
รวม	69,257	9.1	

หมายเหตุ การคำนวณในตารางนี้ไม่รวมกลุ่มเด็ก 0-4 ปี จำนวน 4,800 ราย เนื่องจากการใช้บริการต่ำมาก

วิจารณ์

กระบวนการศึกษา

การศึกษาเรื่องการใช้บริการสาธารณสุขที่ผ่านมา มีแนวทางในการศึกษา 2 แนวทางคือ 1) การเก็บข้อมูลจากระบบข้อมูลทะเบียนรายงานจากหน่วยงานให้บริการ ซึ่งมีการเก็บเป็นระบบในสถานบริการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การเก็บข้อมูลในลักษณะนี้ดำเนินการได้ง่าย ใช้งบประมาณไม่สูง หากแต่มีจุดอ่อนที่ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเฉพาะผู้ที่มาใช้บริการที่สถานบริการเท่านั้น และ 2) การเก็บข้อมูลโดยการสำรวจ ได้แก่การสำรวจครัวเรือน ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลการใช้บริการสาธารณสุขได้ครอบคลุม และมีความน่าเชื่อถือสูงกว่า แต่ต้องใช้งบประมาณ เวลา และกำลังคนในการดำเนินการสูงกว่า หน่วยงานที่มีการเก็บข้อมูลในลักษณะนี้อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่องมากที่สุด คือการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และการสำรวจตามกลุ่มอายุ ได้แก่การสำรวจสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย ซึ่งหน่วยงานกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยได้ดำเนินการสำรวจทุก 5 ปีตั้งแต่ปี 2520 เป็นต้นมา ซึ่งสำรวจเป็น 6 กลุ่มอายุ คือ กลุ่มอายุ 3 ปี กลุ่มอายุ 6 ปี กลุ่มอายุ 12 ปี กลุ่มอายุ 15 ปี กลุ่มอายุ 25-59 ปี และ กลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี วิธีศึกษาครั้งนี้ ใช้ฐานข้อมูลดิบ (raw data) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (สอศ.) และ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน (สศส.) ปี 2546 และ ปี 2549 ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ วิเคราะห์เพิ่มเติมและเปรียบเทียบ

อัตราการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนไทย

อัตราการมีหลักประกันสุขภาพเปรียบเทียบ ปี 2546 กับ ปี 2549 พบว่าอัตราการมีหลักประกันสุขภาพใกล้เคียงกันจากร้อยละ 95 ในปี 2546 เพิ่มขึ้นร้อยละ 96 ในปี 2549 ทุกกลุ่มอายุมีสิทธิ 30 บาทสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 68-88 กลุ่มที่มีสิทธิ 30 บาทสูงสุดคือกลุ่มเด็กประถมศึกษาร้อยละ 87-88 และ ต่ำสุดในกลุ่มอายุ 25-59 ปีพบร้อยละ 68-70 อัตราการมีหลักประกันสุขภาพในแต่ละพื้นที่ไม่มีความเปลี่ยนแปลง พื้นที่ที่มีอัตราการมีหลักประกันสุขภาพสูงสุดคือเขตชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 98-99 ภาคที่สิทธิ 30 บาทลดลงสูงสุดคือในภาคกลางเขตชนบท ที่ลดลงจากร้อยละ 73. ในปี 2546 เป็นร้อยละ 66 ในปี 2549 และกลุ่มชั้นรายได้ต่ำสุดมีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 98 เป็นสิทธิ 30 บาทสูงถึงร้อยละ 95 ขณะที่กลุ่มชั้นรายได้สูงสุดมีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 93 เป็นสิทธิ 30 บาทเพียงร้อยละ 41 แสดงให้เห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้ต่ำ กลุ่มเด็กและกลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ชนบทอย่างชัดเจน

อัตราการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย

การประเมินผลอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากในอดีตหลายงานการศึกษา ได้แก่ การประเมินครึ่งแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6¹¹ พบว่าการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มกลุ่มอายุ 6 - 14 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.7 ใน พ.ศ.2529 เป็นร้อยละ 16.9 ในปี 2532 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.7 ในปี 2537¹² การประเมินผลการจัดบริการทันตสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ของกองทันตสาธารณสุข (2540)¹³ พบว่าบริการทันตสุขภาพทั้งจากภาครัฐและเอกชน สามารถครอบคลุมกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนร้อยละ 7.4 กลุ่มเด็กประถมศึกษาร้อยละ 50.8 กลุ่มผู้ใหญ่ร้อยละ 28 และ ผู้สูงอายุร้อยละ 13 ขณะเดียวกันผลการวิจัยเรื่องระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ ของ สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐและคณะ(2542)¹⁴ ก่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้บริการทันตกรรมได้ครอบคลุมร้อยละ 8.9 ของประชากรในอำเภอ และ สถานีอนามัยที่มีทันตภิบาลให้บริการได้ครอบคลุมร้อยละ 13.2 ของประชากรในตำบล หลังประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ¹⁵ ได้ศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากใน 3 จังหวัดเปรียบเทียบผลการให้บริการ ปี 2543 กับ ปี 2544 พบว่างานบริการทันตกรรมเพื่อการรักษาสามารถครอบคลุม

ประชาชนได้ร้อยละ 6.4 และ เพ็ญแข ลากยั้ง และ วสิน เทียนกิ่งแก้ว¹⁶ ได้ศึกษาผลงานรวมทั้งจังหวัดของการบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2544 (26 จังหวัด) เปรียบเทียบปี 2545 (33 จังหวัด) พบว่าอัตราการให้บริการของกลุ่มผู้มีสิทธิ(บัตรทอง) ลดลงจาก 16.4 คน ต่อประชากร 100 คน ในปี 2544 เหลือเพียง 9.5 คน ต่อประชากร 100 คนในปี 2545 ตรงข้ามกับผู้ไม่มีสิทธิ/ไม่มีสิทธิ ที่อัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นจาก 14.1 คนต่อประชากร 100 คน ในปี 2544 เป็น 21.4 คน ต่อประชากร 100 คนในปี 2545 โดยกลุ่มเด็กปี 2545 ใช้บริการสุขภาพช่องปากภาครัฐด้วยอัตราร้อยละ 15.1 ขณะที่กองทันตสาธารณสุขได้การสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พบอัตราการให้บริการทันตกรรมในปี 2543-44¹⁷ ในกลุ่มเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี กลุ่มอายุ 15 ปีและกลุ่มผู้สูงอายุพบร้อยละร้อยละ 42.75 28.3 และ ร้อยละ 23.3 ตามลำดับ โดยบริการที่ได้รับเป็นการรับบริการถอนฟันเป็นส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 54.3 ของผู้ที่เคยไปรับบริการทันตกรรมในรอบปีที่ผ่านมา โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันปลอมพบร้อยละ 18.3 และยังคงมีผู้มีความจำเป็นต้องใส่ฟันปลอมอยู่ถึงร้อยละ 70.9 และ วีรศักดิ์ พุทธาศรี จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ปิยะฉัตร พัทธานันต์¹⁸ ซึ่งศึกษาการบริการสุขภาพช่องปากในจังหวัดปทุมธานี พบว่ามีผู้มารับบริการทันตกรรมของเพิ่มขึ้น โดยงานบริการหลักคือ ถอดฟันเพิ่มร้อยละ 25.3 ขูดหินปูนเพิ่มร้อยละ 25.1 และถอนฟันเพิ่มร้อยละ 16.2 มีการสะสมของคิวที่รอรับบริการทันตกรรมยาวขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปี 2546 มีประชาชนไทยเคยใช้บริการทันตกรรม 6.5 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 10.2 ลดลงเหลือ 4.85 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 7.4 ในปี 2549 มีค่าเฉลี่ยของการรับบริการทันตกรรมทั้ง 2 ปีเท่ากับ 1.5-1.6 ครั้ง/คนที่เคยใช้บริการ/ปี ทั้ง 2 ปีสำรวจกลุ่มที่ได้รับบริการในสัดส่วนสูงสุดคือกลุ่มวัยเรียน (ร้อยละ 17 และ 10) และ กลุ่มที่ใช้บริการต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 0-4 ปี (ร้อยละ 3 และ 2) ซึ่งเป็นอัตราใช้บริการที่ต่างกัน 5-6 เท่า ปี 2546 ประชากรในกรุงเทพมหานครใช้บริการสูงสุด (ร้อยละ 14) ขณะที่ปี 2549 ประชากรในเขตเทศบาลของภาคเหนือ (ร้อยละ 11) กลับใช้บริการสูงสุด และพื้นที่ที่ใช้บริการต่ำที่สุดคือเขตชนบทในภาคกลาง ประชาชนที่มีชั้นรายได้สูงสุด พบอัตราการให้บริการสูงสุดร้อยละ 12.6 สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน และต่างกับกลุ่มชั้นรายได้ต่ำสุด 2.5 เท่า ขณะที่กลุ่มที่มีสิทธิข้าราชการมีอัตราการให้บริการสูงสุดร้อยละ 14-16 สูงกว่ากลุ่ม 30 บาท (ร้อยละ 6-9) 2-2.3 เท่า แสดงให้เห็นว่าแม้โครงการหลักประกันสุขภาพจะสร้างหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนไทย โดยมีสิทธิรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมเพิ่มสูงขึ้นก็ตาม แต่กลุ่มสิทธิ 30 บาทซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยากจนและอยู่ในพื้นที่ชนบท พบมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งควรเข้าถึงบริการเพื่อการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากมากที่สุด กลับพบอัตราใช้บริการเพียงร้อยละ 2-3 เท่านั้น

แบบแผนการให้บริการทันตกรรม

ชาญชัย ให้สงวน (2545)¹⁹ ได้ศึกษาแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ไทยปี 2543 พบว่า บริการทันตกรรม 5 อันดับแรกที่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ให้บริการอย่างสม่ำเสมอไม่ว่าจะเป็นทันตแพทย์ทั่วไปหรือสาขาเฉพาะทาง ได้แก่ ถอดฟันด้วยมือมีดโกน ขูดหินน้ำลาย ถอดฟันด้วยวัสดุอุดสีเนื้อฟัน ถอนฟันอย่างง่าย และเอกซเรย์ฟัน และ ปี 2545 ชาญชัย ให้สงวน(2547)²⁰ ได้ศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ไทย พบว่า 1) ทันตแพทย์ทั่วประเทศร้อยละ 55.8 มีส่วนร่วมให้บริการทันตกรรมในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 65.6 ปฏิบัติงานอยู่ในระดับหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ ส่วนผู้ว่างสัปดาห์และ คณะ (2548)²¹ ได้ประเมินผลผลลัพธ์การให้บริการทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมปี 2547 ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าบริการทันตกรรมของโรงพยาบาลทั้ง 28 แห่ง ส่วนใหญ่ให้บริการทันตกรรมระดับปฐมภูมิร้อยละ 97.4 ชนิดบริการทันตกรรมที่สูงที่สุด 5 อันดับ คือ ถอนฟันอย่างง่าย ร้อยละ 29.8 บริการอุดฟันที่ไม่ซับซ้อนร้อยละ 19.4 การจ่ายยาร้อยละ 16 การขูดหินปูนร้อยละ 14 และ บริการเอกซเรย์ร้อยละ

ละ 5.8 เป็นบริการทันตกรรมที่อยู่ในรายการของชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมร้อยละ 95 และ เป็นค่าบริการด้านส่งเสริมป้องกันเพียงร้อยละ 16.8 แบบแผนการใช้บริการทันตกรรมในการศึกษานี้ ศึกษาในเรื่องชนิดบริการทันตกรรมที่ใช้ครั้งสุดท้าย (มีข้อมูลเฉพาะปี 2549) สถานบริการที่ใช้ สิทธิรักษาพยาบาลที่ใช้ และ ค่ารักษาพยาบาลที่จ่าย โดยวิเคราะห์ จำแนกตามกลุ่มอายุ พื้นที่ และชั้นรายได้

ชนิดบริการทันตกรรมที่ใช้

ชนิดบริการทันตกรรมที่ใช้สูงสุดในปี 2549 3 อันดับแรก คือ บริการถอนฟัน ขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์ และ อุดฟันร้อยละ 41.2 21.6 และ 19.5 ตามลำดับ โดยมีการใส่ฟันเทียมร้อยละ 4.8 และ บริการจัดฟันร้อยละ 2 ทุกกลุ่มประชากรได้รับบริการถอนฟันสูงสุด (ร้อยละ 40-56) ยกเว้นกลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับบริการขูดหินปูนร้อยละ 31 อุดฟันร้อยละ 30 และใช้บริการจัดฟันร้อยละ 10 โดยกลุ่มสูงอายุได้รับบริการใส่ฟันเทียมร้อยละ 23 ขณะที่ประชากรในกรุงเทพมหานครร้อยละ 45 ใช้บริการขูดหินปูน ในพื้นที่เขตเทศบาลของทั้ง 4 ภาคส่วนใหญ่ใช้บริการถอนฟันสูง(ร้อยละ 29-42) ขณะที่เขตชนบทของทุกภาคใช้บริการถอนฟันมากกว่าร้อยละ 42-55 พื้นที่ที่ใช้บริการจัดฟันในสัดส่วนสูงกว่าพื้นที่อื่นคือเขตเทศบาลในภาคกลางพบร้อยละ 7 และพื้นที่ใช้บริการรักษารากฟันสูงสุดคือกรุงเทพมหานครร้อยละ 8 กลุ่มระดับรายได้ต่ำถึงปานกลางส่วนใหญ่ใช้บริการถอนฟันสูงสุดร้อยละ 53-57 ส่วนกลุ่มชั้นรายได้สูงสุดส่วนใหญ่ใช้บริการขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์ร้อยละ 34 กลุ่มสิทธิ 30 บาทส่วนใหญ่ใช้บริการถอนฟันสูงสุดร้อยละ 51 ขณะที่กลุ่มสิทธิประกันสังคม/ประกันเอกชนใช้บริการขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์ร้อยละ 42.9 ส่วนสิทธิข้าราชการมีกระจายการใช้บริการในด้านขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์ อุดฟัน และ ถอนฟัน ใกล้เคียงกัน ส่วนกลุ่มไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลใช้บริการในส่วนการตรวจสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 15) และ การจัดฟัน (ร้อยละ 6.4) ในสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มอื่น ส่วนกลุ่มข้าราชการใช้บริการฟันเทียม (ร้อยละ 8.3) สูงกว่ากลุ่มอื่น

สถานบริการและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลที่ใช้

สถานบริการที่ใช้ทั้ง 2 ปีสำรวจส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน และ คลินิกเอกชน แต่จะเห็นว่าการใช้ที่โรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนไม่เปลี่ยนแปลง ขณะที่การใช้บริการที่คลินิกเอกชนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26 ในปี 2546 เป็นร้อยละ 32 ในปี 2549 ชนิดสวัสดิการที่ใช้เป็นสิทธิ 30 บาทเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 47-48 แต่สัดส่วนรองมาคือใช้บริการทันตกรรมแต่ไม่ใช่สิทธิรักษาพยาบาลพบร้อยละ 24-29 สถานบริการที่กลุ่มเด็กใช้บริการทันตกรรมเป็นส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลชุมชน ส่วนกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ใช้บริการที่คลินิกเอกชนจากร้อยละ 31-33 ในปี 2546 เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 36-41 ในปี 2549 ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน กลุ่มอายุที่ใช้สิทธิ 30 บาทสูงสุดคือกลุ่มเด็กและสูงอายุร้อยละ 53-75 ส่วนกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่มีการกระจายใช้สิทธิต่างๆมากกว่า และทุกกลุ่มมีสัดส่วนที่มีสิทธิรักษาพยาบาลแต่ไม่ใช่สูงถึงร้อยละ 17-36 ประชาชนในกรุงเทพฯส่วนใหญ่ใช้บริการคลินิกเอกชนร้อยละ 55-65 โดยเขตเทศบาลและชนบทในภาคกลางรวมถึงเขตเทศบาลในภาคใต้ ใช้บริการทันตกรรมคลินิกเอกชนเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 31-57 ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และเขตชนบทของภาคใต้ใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชนสูงสุดร้อยละ 27-58 เมื่อพิจารณาในเรื่องสิทธิรักษาพยาบาล พบว่าเขตชนบทของทุกภาคส่วนใหญ่ใช้สิทธิ 30 บาทเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่ในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่ใช้บริการทันตกรรมแต่ไม่ใช่สิทธิกว่าร้อยละ 47-52 และสถานบริการที่กลุ่มชั้นรายได้ต่ำสุดถึงปานกลางใช้บริการส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ส่วนกลุ่มรายได้สูงสุดและสูงส่วนใหญ่ใช้บริการที่คลินิกเอกชน ทุกกลุ่มรายได้ส่วนใหญ่ใช้สิทธิ 30 บาท กว่าร้อยละ 40-88 ขณะที่กลุ่มชั้นรายได้สูงส่วนใหญ่ใช้บริการโดยไม่ใช้สิทธิกว่าร้อยละ 40 ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการพบว่าส่วนใหญ่ใช้บริการทันตกรรมฟรีเป็นส่วนใหญ่ แต่มีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 48 ในปี 2546

เป็นร้อยละ 42 ในปี 2549 กลุ่มเด็กและกลุ่มสูงอายุส่วนใหญ่ใช้บริการทันตกรรมฟรีร้อยละ 57-75 และร้อยละ 53-58 ตามลำดับ

สรุป

อัตราการมีหลักประกันสุขภาพเปรียบเทียบ ปี 2546 กับ ปี 2549 พบว่าอัตราการมีหลักประกันสุขภาพใกล้เคียงกัน จากร้อยละ 95 ในปี 2546 เพิ่มขึ้นร้อยละ 96 ในปี 2549 ทุกกลุ่มอายุมีสิทธิ 30 บาทสูงสุด กลุ่มที่มีสิทธิ 30 บาทสูงสุดคือกลุ่มเด็กประถมศึกษาร้อยละ 87 และ 88 รองลงมาคือกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนร้อยละ 81 และ 83 กลุ่มชั้นรายได้ต่ำสุดมีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 98 เป็นสิทธิ 30 บาทสูงถึงร้อยละ 95 การใช้บริการทันตกรรมในปี 2546 พบร้อยละ 10.19 ลดลงเหลือร้อยละ 7.44 ในปี 2549 กลุ่มที่ได้รับบริการสูงสุดคือกลุ่มวัยเรียน (ร้อยละ 17 และ 10) และ กลุ่มที่ใช้บริการต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 0-4 ปี (ร้อยละ 3 และ 2) กลุ่มที่มีสิทธิข้าราชการมีอัตราการใช้บริการสูงสุดร้อยละ 14-16 สูงกว่ากลุ่ม 30 บาท 2-2.3 เท่า ชนิดบริการทันตกรรมที่ใช้สูงสุดในปี 2549 คือ บริการถอนฟัน โดยมีการใส่ฟันเทียมร้อยละ 4.8 และ บริการจัดฟันร้อยละ 2 ทุกกลุ่มประชากรได้รับบริการถอนฟันสูงสุด (ร้อยละ 40-56) ยกเว้นกลุ่มวัยรุ่นที่ส่วนใหญ่ได้รับบริการขูดหินปูนร้อยละ 31 และรับบริการจัดฟันร้อยละ 10 ส่วนกลุ่มสูงอายุได้รับบริการใส่ฟันเทียมร้อยละ 23 กว่าครึ่งของกลุ่มเด็กและกลุ่มสูงอายุใช้บริการทันตกรรมฟรี แสดงให้เห็นว่าประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมสูง โดยเฉพาะในกลุ่มรายได้ต่ำและกลุ่มวัยเด็กและผู้สูงอายุอย่างชัดเจน แต่กลุ่มสิทธิ 30 บาทซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มยากจนและอยู่ในพื้นที่ชนบท ยังพบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนกลับที่พบอัตราใช้บริการต่ำมาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่อนุเคราะห์ชุดข้อมูลในการวิเคราะห์การศึกษานี้ และขอขอบคุณสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยที่สนับสนุนทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และ ศุภลสิทธิ์ พรหมนารุโรทัย . ชุดเครื่องมือวัดความเป็นธรรมเพื่อประเมินผลการปฏิรูประบบสุขภาพไทย รายงานการวิจัยเสนอสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2543:6-10
2. Mooney G. 1994. Equity in Key issues in health economics, Harvester Wheatsheaf, pg. 65-86.
3. Whitehead. The health divide. In Townsend P. and Davidson N. (eds.) Inequalities in health. London : Penguin Book. 1990.
4. Braveman P. Monitoring equity in health. World Health Organization, Geneva. 1998.
5. Margaret Whitehead. The Concept and Principle of Equity and Health ; WHO 1990
6. Gulliford M. 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.
7. ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2545, แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน : ผลสรุปคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, กระทรวงสาธารณสุข พฤษภาคม 2544.
8. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545
9. วีรศักดิ์ พุทธาศรี จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ปิยะฉัตร พิชานฉัตร แนวทางการจัดชุดบริการสุขภาพของปากที่เหมาะสมในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย วิทยาลัยทันตสาธารณสุข. 2546; ปีที่ 8 ฉบับที่ 1-2 : 20-30.
10. Andersen RM: Revisiting the behavioral model in accessing medical care: does it matter? Journal of Health and Social Behavior 36:1-10, 1995
11. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. แผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2542.
12. วราภรณ์ จิระพงษา. ผลงานเสนอเพื่อขอสอบอนุมัติบัตรเป็นผู้ชำนาญในการประกอบวิชาชีพทันตกรรม สาขาทันตสาธารณสุข เรื่อง โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา. (เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี. กองทันตสาธารณสุข; 2540.
13. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. งานทันตสาธารณสุข แผนงานส่งเสริมสุขภาพตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2440-2544). กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ;2542.
14. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ทิพาพร สุเมสิต, สุวัฒน์ กิตติดีลกุล. ทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพมหานคร : สามเจริญพาณิชย์; 2542.
15. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สุณี ผลดีเยี่ยม, ปิยะดา ประเสริฐสม. การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อการวิเคราะห์และเสนอแนะเชิงนโยบาย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.
16. เพ็ญแข ลากยิ่ง, วสิน เทียนกิ่งแก้ว. การบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2547; 13 : 67 - 81.
17. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์, 2545.

18. วีรศักดิ์ พุทธาศรี จันทนา อึ้งชูศักดิ์ ปิยะฉัตร พิชรานันต์ร แนวทางการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย วิทยาลัยทันตสาธารณสุข. 2546; ปีที่ 8 ฉบับที่ 1-2 : 20-30.

19. ชาญชัย ให้สงวน. อิทธิพลของบทบาทแห่งเพศต่อแบบแผนการประกอบวิชาชีพของทันตแพทย์ไทยปีพ.ศ. 2543. ว. ทันต 2547; 6: 349-361.

20. ชาญชัย ให้สงวน. การศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ไทยปี 2545. ว. ทันต 2547; 1: 9-22.

21. สุณี วงศ์คงคาเทพ, วราภรณ์ จิระพงษา, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, ชนิษฐา รัตนรังสิมา การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 254. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548; 14 : 840- 854.

ส่วนที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมกลยุทธ์ มาตรการ และกลไกการบริหารจัดการเพิ่มอัตรา การเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ

การที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน หมายถึง สถานบริการสุขภาพถูกจัดสรรตามความจำเป็น (need) ประชาชนได้รับบริการตามความจำเป็น และจ่ายค่าบริการตามความกำลังจ่าย (ability to pay) และมีสถานบริการที่เป็นบริการสำหรับประชาชนอย่างถ้วนหน้าโดยมีพันธสัญญาในการประกันมาตรฐานของการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และได้รับการยอมรับในบริการ ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของสถานบริการเหมาะสมและมีบุคลากรที่มีศักยภาพ⁽¹⁾

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพช่องปากแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและปัจจัยที่ไม่ใช่เศรษฐกิจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ค่าบริการ ค่าเวลาและค่าเดินทาง และการประกันสุขภาพช่องปาก ปัจจัยที่ไม่ใช่เศรษฐกิจมี 3 ประเภทคือ ปัจจัยสังคมประชากร การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก และการมีสถานบริการประจำ

1. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

• ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

ฐานะทางเศรษฐกิจหรือ รายได้เป็นตัวแปรที่ใช้อธิบายบ่อยที่สุด และความสามารถในการจ่ายเพื่อบริการก็ถูกพิจารณาว่าเป็นอุปสรรคขั้นต้นในการแสวงหาบริการ^(2,3) ฐานะทางเศรษฐกิจได้รับการพิสูจน์ในเรื่องบริการสุขภาพและสุขภาพช่องปากว่า เป็นตัวแปรหลักที่สัมพันธ์กับการใช้บริการหลังจากควบคุมตัวแปรอื่นๆ แล้ว^(2,4-6) แต่การศึกษาในไทยซึ่งมีเพียงการศึกษาเดียวที่ครอบคลุมตัวแปรทางเศรษฐกิจจะพบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างรายได้และบริการสุขภาพช่องปาก⁽⁷⁾

• ค่าบริการสุขภาพช่องปาก

ค่าบริการมีส่วนสำคัญในการตัดสินใจใช้บริการ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อจำกัดทางการเงิน เมื่อบุคคลตัดสินใจที่จะบริโภคสินค้าชนิดหนึ่ง ราคาของสินค้านั้นไม่เพียงแต่สะท้อนถึงความสามารถในการจ่ายแต่ยังมีปฏิสัมพันธ์กับการบริโภคสินค้าอื่นๆ ด้วย^(2, 6, 8-10)

• ค่าเวลาและค่าเดินทาง

ในกลุ่มอาชีพประเภทเดียวกันเช่น ภาคเกษตรกรรมหรือรับจ้าง ค่าเวลาจะถูกควบคุมโดยอัตราเงินค่าแรง ค่าเดินทางจึงน่าสนใจมากกว่า ในทางกลับกันหากศึกษาในกลุ่มคนที่มีอาชีพหลากหลาย ก็ต้องสนใจค่าเวลาดำวย ในแง่รูปธรรม ค่าเวลาเป็นส่วนหนึ่งของรายได้ที่หาได้และสะท้อนถึงภาระที่เกิดขึ้นในการแสวงหาบริการเช่น คนติดตามไปเป็น

เพื่อนหรือคนที่ต้องมาทำงานแทน อย่างไรก็ตามการต้องระลึกถึงเวลาที่เสียไปในการไปใช้บริการเมื่อปีที่แล้วก็ทำให้เกิดข้อสงสัยต่อความถูกต้องของค่าเวลาเมื่อเทียบกับค่าเดินทางที่นิยมใช้กันมากกว่า^(2, 4, 10)

- **การประกันสุขภาพช่องปาก**

การประกันสุขภาพช่องปากสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการหากอุปสรรคของการเข้าถึงบริการเกิดจากค่าบริการ^(2, 4, 6, 8-18) ในประเทศไทย สิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากอยู่ในโครงการสปร.และบัตรสุขภาพแต่เดิมซึ่งในปัจจุบันทดแทนด้วยโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการประกันสังคมและโครงการสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจด้านการรักษาพยาบาล แต่ประกันสุขภาพเอกชนส่วนใหญ่ไม่ครอบคลุมสิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากและที่มักมักเป็นเฉพาะกรณีที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุซึ่งแพทย์ผู้รักษาต้องระบุปัญหาช่องปากในการตรวจครั้งแรก ซึ่งต่างจากประเทศตะวันตกที่มีการระบุชัดเจนถึงขอบเขตการรักษาสุขภาพช่องปากโดยที่ประกันครอบคลุม

2. ปัจจัยที่ไม่ใช่เศรษฐกิจ

- **ปัจจัยสังคมประชากร**

อายุ เพศ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยกลุ่มนี้ที่ใช้ในการอธิบายลักษณะประชากรเป้าหมายเช่น ซึ่งปัจจัยกลุ่มนี้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ด้วยโครงการหรือนโยบายต่างๆ โดยตรง^(6, 8-10, 13-15, 19-22) อายุเป็นปัจจัยลดทอนสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะใช้บริการสุขภาพช่องปากมากขึ้นหากมีจำนวนซี่ฟันมากจำเป็นต้องได้รับการดูแลมากกว่าเพื่อคงสภาพฟันเหล่านั้นไว้⁽²³⁾ หากมีจำนวนซี่ฟันน้อยก็จะใช้บริการน้อยกว่า ตัวแปรเหล่านี้นอกจากจะมีความหมายตรงตัวแล้วยังมีนัยสะท้อนถึงรสนิยมหรือคุณค่าที่มีต่อสุขภาพและบริการด้วย^(2, 11) เช่น วัยรุ่นเพศหญิงในเขตเมืองมีแนวโน้มที่ให้ความสำคัญกับลักษณะที่ปรากฏภายนอก มากกว่ากลุ่มอื่น ด้านเขตที่อยู่อาศัยในประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาน้อยการกระจายโครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขภาครัฐแตกต่างอย่างมากภายในประเทศซึ่งเขตเมืองมักมีโรงพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขในอัตราต่อพันประชากร สูงกว่าเขตชนบท^(24, 25) ดังนั้นเมื่อเทียบกันแล้ว ประชาชนชนบทเข้าถึงบริการได้น้อยกว่า^(25, 26) ปัจจัยที่ประชาชนไทยใช้ในการเลือกสถานบริการคือใกล้บ้านและให้บริการรวดเร็ว⁽²⁷⁾ สถานะทางการศึกษาและอาชีพเป็นปัจจัยทางสังคมที่มักถูกใช้เป็นตัวแทนชนชั้นทางสังคม (social class) โดยการศึกษาสัมพันธ์กับความรู้ การรับรู้ และทักษะในการสื่อสารกับทันตบุคลากร สถานะทางอาชีพไม่เพียงแต่สะท้อนถึงความมั่นคงทางรายได้เท่านั้นแต่ยังสื่อถึงควมมีอิสระในหน้าที่การทำงานซึ่งเอื้อต่อการมาใช้บริการของบุคคลได้แตกต่างกัน กัน^(8, 10, 14, 15, 21)

- **การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปาก**

การรับรู้ปัญหาสุขภาพช่องปากหรือความสามารถในการประเมินสุขภาพช่องปากตนเองเป็นตัวแปรที่สัมพันธ์กับการใช้บริการ^(13, 21) โดยสะท้อนถึงการรับรู้ความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากซึ่งถูกชี้นำด้วยความไม่สบายจากอาการของโรค การจัดลำดับความสำคัญของการไปใช้บริการ ความสำคัญที่ให้กับลักษณะที่ปรากฏภายนอก และความตระหนักต่ออาการที่ตนเองมีอยู่ ผู้ที่คิดว่าตนเองมีสุขภาพช่องปากไม่ดีจะไม่ไปใช้บริการทันตกรรมบ่อยกว่า⁽²⁸⁾

• การมีสถานบริการประจำ

การมีสถานบริการประจำสะท้อนถึงการเข้าถึงบริการเนื่องจากทราบว่าจะไปใช้บริการที่สถานบริการใดได้⁽³⁾ 29) ในกลุ่มที่ไม่ได้ใช้บริการเป็นประจำแม้จะไม่มีสถานบริการประจำแต่หากเคยมีประสบการณ์ใช้บริการในอดีตก็สามารถระบุได้ว่าหากต้องไปใช้บริการแล้วจะไปใช้บริการที่ไหน ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งครอบคลุมประชากร 45 ล้านคน ชื่อสถานบริการหลักจะถูกระบุไว้ที่บัตร¹

ก่อน ปี พ.ศ. 2544 คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽³⁰⁾ ได้แสดงข้อมูลไว้อย่างชัดเจนว่า มีประชาชนชาวไทยจำนวนถึง 20 ล้านคน ที่ไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใดๆ เลย ขณะที่ประชาชนอีก 23 ล้านคน ได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใดๆ ที่จะประกันมาตรฐานคุณภาพของบริการได้จึงเป็นที่มาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นนโยบายที่ทำให้เกิดการจัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่เพื่อหวังสร้างหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับคนไทยทุกคน โดยมีข้อกำหนดให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงชุดบริการด้านสุขภาพได้โดยถ้วนหน้าโดยหลักประกันด้านสุขภาพนี้รวมครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ มีการจัดระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มุ่งหวังให้เป็นสถานที่ใกล้บ้านและใกล้ใจประชาชน เพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ จากนั้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระบุให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่บัญญัติโดยสถานพยาบาลจะต้องจัดหาให้

รายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำ ฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากการแนะนำ ด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณช่องปากและลำคอ ซึ่งเมื่อเทียบกับชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสังคมและชุดสิทธิประโยชน์ของข้าราชการแล้ว ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าดูจะมีความครอบคลุมสูงที่สุด

ตารางที่ 12 สิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากของโครงการประกันสุขภาพต่างๆ ปีงบประมาณ2545-6

โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	สิทธิประโยชน์	เงื่อนไข	การคลัง	การจ่ายเงิน
1.สวัสดิการข้าราชการ / พนง. รัฐวิสาหกิจ	• ขรก. พนง. รัฐวิสาหกิจ • บุตร0-18 ปีไม่เกิน 3 คน • บิดา มารดา	• ตรวจสุขภาพช่องปาก • บริการป้องกันโรค • รักษาโรคเหงือก/ฟัน	• ใช้บริการได้เฉพาะภาครัฐทั่วประเทศ • เบิกค่าบริการคืนได้หมด	ภาษีทั่วไปผ่านกรมบัญชีกลางกระทรวงการคลัง	ตามบริการ
2. ประกันสังคม	ลูกจ้างภาคทางการ	ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน	• ใช้บริการได้ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วประเทศ • เบิกค่าบริการคืนได้ครั้งละไม่เกิน 200 บาท ปี	กองทุนประกันสังคม (นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลจ่ายเบี้ย	ตามบริการ

1 มีบัตร 2 ชนิดคือ บัตรทองสำหรับกลุ่มที่อยู่ในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลเดิม และบัตร 30 บาท สำหรับผู้ที่อยู่ในกลุ่มแรกและไม่มีสวัสดิการใดๆ

โครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	สิทธิประโยชน์	เงื่อนไข	การคลัง	การจ่ายเงิน
3.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ผู้ที่ไม่อยู่ในข้อ 1 และ 2	ตรวจสุขภาพช่องปาก บริการป้องกันโรค เช่น ชัดฟัน เคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน รักษาโรคเหงือก และฟัน	ละไม่เกิน 400 บาท ต้องเริ่มจากสถานบริการหลัก และตามระบบส่งต่อ	สมทบเท่ากัน)	งบประมาณรายหัว 1,202 บาทเพื่อ การป้องกันโรค 175 บาท บริการแบบผู้ป่วยนอก 574 บาท ผู้ป่วยใน 303 บาท ค่าใช้จ่ายสูง/อุบัติเหตุ 57 บาท อุบัติเหตุการพ. 10 บาท ค่าทดแทนการ ลงทุน 83.4 บาท โดยจัดสรรไปที่ จังหวัด 1,052 บาท แต่ค่าบริการ ค่าใช้จ่ายสูง/ อุบัติเหตุบริหารที่ ส่วนกลางในรูป กองทุน และรพ.เบิก คำนวณที่ DRGs> 2.5 ส่วนค่าทดแทน การลงทุนบริหาร ระดับเขตสาธารณสุข
3.1 ประเภท ท. • พระ • ทหารผ่านศึก • เด็ก-15 ปี • สูงอายุ • ผู้พิการ • คนตกงาน • รายได้น้อย • ผู้นำชุมชน	อายุ 60 ปีขึ้นไป พิการทางร่างกาย/จิตใจ รายได้ < 2,800 บาท/ครัวเรือน/เดือน หรือ < 2,000 บาท/คน/เดือน	pulpotomy pulpectomy ใน ฟันน้ำนม แต่ไม่รวมรักษาคคลอง รากฟันแท้ ใส่ฟันปลอมฐาน อะคริลิกด้วย เหตุผลเพื่อ โภชนาการ	ไม่ต้องร่วมจ่าย 30 บาท		
3.2 ไม่ใช่ประเภท ท.	ผู้ที่ไม่อยู่ในข้อ 3.1		ร่วมจ่าย 30 บาทต่อครั้ง เฉพาะบริการรักษาและ ฟันสุขภาพ		

ที่มา : เพ็ญแข ลาภย้ง. 2546.⁽³¹⁾ หมายเหตุ นับตั้งแต่ พ.ศ. 2549 รัฐบาลมีนโยบายยกเลิกการเก็บเงินค่าบริการ 30 บาท⁽³²⁾

ผลกระทบของนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพของประเทศไทย

ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้นแต่ยังคงมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากทั้งในภาพรวมและเฉพาะบริการนอกจากนี้ กลุ่มเด็กมีแนวโน้มได้รับบริการส่งเสริมป้องกันลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากการที่เครือข่ายบริการสุขภาพภาครัฐต้องให้บริการรักษาในเครือข่ายบริการและศูนย์สุขภาพชุมชนมากขึ้น

1. บริการสุขภาพช่องปากโดยรวม

เพ็ญแข และวสิน 2546⁽³³⁾ ศึกษาการบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐเปรียบเทียบปีงบประมาณ 2544 และ 2545 โดยการสำรวจผลงานบริการรวมทั้งจังหวัดทั้งปีงบประมาณโดยขอความร่วมมือจากงานทันตสาธารณสุขทุกแห่งได้ข้อมูลกลับมา 26 และ 33 จังหวัด ของปีงบประมาณ 2544 และ 2545 ตามลำดับ พบว่า ในปี 2545 อัตราการใช้บริการ ของกลุ่มสิทธิอื่น/ไม่มีสิทธิ สูงที่สุดคือ 21.36 ต่อประชากร 100 คน รองลงมาคือ เด็ก/นักเรียนและผู้สูงอายุ เมื่อเทียบกับปี 2544 กลุ่มสิทธิอื่น/ไม่มีสิทธิ ใช้บริการเพิ่มขึ้นทั้งสัดส่วนอัตรา และความถี่ต่อประชากร เช่นเดียวกับผู้สูงอายุ กลุ่มเด็ก/นักเรียนมีสัดส่วนร้อยละเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ สูงขึ้นแต่อัตราลดลง สำหรับบัตรทองอื่นลดลงทั้งสัดส่วน อัตรา และความถี่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น การศึกษาใน 6 จังหวัดที่ดำเนินโครงการ SIP และเริ่มโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อ 1 เมษายน 2544 พบว่า การให้บริการครอบคลุมประชาชนโดยรวมแทบไม่เปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 10.24 ในปี 2543 เป็น 10.42 ในปี 2544) การศึกษาของ ศิริเพ็ญและคณะ (2545)⁽³³⁾ เก็บข้อมูลบริการสุขภาพช่องปากใน 3 โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และ 6 โรงพยาบาลชุมชน ของ 3 จังหวัดที่เริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ 1 เมษายน 2544 เปรียบเทียบระหว่างเมษายน-ธันวาคม 2543 และ 2544 พบว่า สัดส่วนการบริการรวมกลุ่มข้าราชการ ประกันสังคม และบัตรรายได้น้อย ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป เพิ่มขึ้น สำหรับในโรงพยาบาลชุมชนสัดส่วนบริการเพิ่มขึ้นในกลุ่มบัตรประกันสุขภาพ 500 บาท และกลุ่มไม่มีสิทธิใดๆ การสำรวจในอำเภอหนึ่งของจังหวัดในภาคกลางเมื่อปี 2542⁽⁴⁾ พบว่าประชาชนในอำเภอเคยใช้บริการสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมา จากบริการภาครัฐทุกระดับร้อยละ 17.42 และเคยใช้บริการจากแหล่งบริการทุกประเภททั้งภาครัฐและเอกชนทั้งถูก/ผิดกฎหมายร้อยละ 24.6 เท่ากับว่าใช้บริการภาคเอกชนร้อยละ 7.28 เมื่อจำแนกสิทธิและตัดกลุ่มเด็กที่ได้รับบริการอย่างเป็นระบบจากโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพแล้ว กลุ่มข้าราชการมีอัตราการใช้บริการจากทุกแหล่งบริการสูงสุด (ร้อยละ 43.5) รองลงมาคือผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม (ร้อยละ 20.00) ซึ่งมีการศึกษานับสนุนว่ากลุ่มนี้ใช้บริการจากภาคเอกชนเป็นหลัก

ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในรอบปีที่ผ่านมา ประชาชนในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนผู้ไปใช้บริการทันตสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 14.07) รองลงมาคือ ประชนภาคเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง โดยกลุ่มอายุที่ไปใช้บริการมากที่สุดคือ กลุ่ม 5-14 ปี (ร้อยละ 16.67) ส่วนกลุ่มที่ไปใช้บริการน้อย ได้แก่ 0-4 ปี (ร้อยละ 2.92) และ 60 ปี (ร้อยละ 7.68) ขึ้นไป สถานบริการที่ประชาชนไปใช้บริการ ข้อมูลจากการสำรวจทันตสุขภาพ พ.ศ. 2543-2544 แสดงว่า สถานบริการที่ประชาชนทุกกลุ่มอายุเข้าถึงมากที่สุดคือ โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ 47.7-51.6) แต่ในการศึกษาของ วีระศักดิ์ และคณะ⁽²⁶⁾ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนและคลินิกเอกชนคือสถานบริการที่มีผู้มารับบริการมากที่สุด

2. บริการสุขภาพช่องปากรายกลุ่มและชนิดบริการ

2.1 บริการป้องกันโรคในช่องปาก

เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2544 ในภาพรวมของผู้มีบัตรทองทุกประเภทได้รับบริการนี้ในสัดส่วนที่ลดลง จากร้อยละ 76.21 เป็น 72.86 แต่ด้วยอัตราที่เพิ่มขึ้นจาก 0.56 เป็น 0.81 คนต่อประชากร 100 คน และความถี่บริการเพิ่มขึ้นจาก 0.77 เป็น 0.96 ครั้งบริการต่อประชากร 100 คน ขณะที่บริการแก่กลุ่มสิทธิอื่นและไม่มีสิทธิใด แม้ว่าสัดส่วนจะลดลง แต่เพิ่มขึ้นทั้งอัตราและความถี่ กลุ่มเด็กได้รับบริการลดลงทั้งสัดส่วน อัตรา และความถี่ต่อประชากร 100 คน (จากร้อยละ 52.49 เป็น 50.39 จากอัตรา 3.02 ลดลงเป็น 2.38 จากความถี่ 4.44 เป็น 2.91) ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุได้รับบริการในสัดส่วนและอัตราที่เพิ่มขึ้น ส่วนความถี่ลดลงเล็กน้อย สำหรับสิทธิบัตรทองอื่น แม้ว่าสัดส่วนจะลดลง แต่อัตราและความถี่เพิ่มขึ้น 51 สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ข้อมูลการบริการทันตกรรมป้องกันแก่ ประชากรทั้งหมดรวมทั้งการบริการนักเรียนนอกสถานที่ แสดงดังตารางที่ 9 พบว่า สัดส่วนบริการดังกล่าวเพิ่มขึ้นในปี 2546 (ไม่มีข้อมูลปี 2545) อย่างไรก็ตาม พึงระลึกว่า หน่วยของจำนวนผลงานที่รายงานระหว่างปี 2542-2543 และ 2546 มีความแตกต่างกันอีกทั้งโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการกำหนดให้เครือข่ายบริการดำเนินงานบริการเชิงรุก โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปจึงออกบริการนักเรียนซึ่งเดิมเป็นบทบาทหลักของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่ผลงานการบริการนักเรียนนั้นรวมผู้ที่ได้รับการคัดกรองโดยมิได้รับบริการใดๆ ด้วย ข้อมูลในปี 2546 จึงอาจมากกว่าความเป็นจริงเพราะฐานการดำเนินงานขยายมากขึ้นกว่าเดิมซึ่งจำกัดเฉพาะโรงเรียนในเขตที่ตั้งของโรงพยาบาลเท่านั้น

2.2 บริการรักษาโรคในช่องปาก

ในปี 2545 สถานบริการภาครัฐให้บริการรักษาโรคในช่องปากแก่กลุ่มบัตรทองทุกประเภท ร้อยละ 64.24 ของผู้ได้รับบริการนี้ทั้งหมด โดยเป็นบริการแก่กลุ่มบัตรทองวัยทำงาน ในสัดส่วนที่มากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มสูงอายุ และกลุ่มเด็ก น้อยที่สุด (35.08, 21.50 และ 5.49 ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2544 เมื่อพิจารณาภาพรวมของบริการ ประชาชนทั้งหมดได้รับบริการในอัตราและความถี่เพิ่มขึ้น ผู้มีบัตรทองทุกประเภทได้รับบริการนี้ในสัดส่วนที่ลดลง เล็กน้อย จากร้อยละ 64.39 เป็น 64.24 แต่ด้วยอัตราที่เพิ่มขึ้นจาก 5.57 เป็น 7.61 คนต่อประชากร 100 คน และความถี่บริการเพิ่มขึ้นจาก 6.26 เป็น 8.86 ครั้งต่อประชากร 100 คน ขณะที่บริการแก่กลุ่มสิทธิอื่นและไม่มีสิทธิใด ในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ทั้งอัตราและความถี่เพิ่มขึ้นมาก (2.6 และ 2.3 เท่า ตามลำดับ) กลุ่มเด็กได้รับบริการในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่อัตราและความถี่ลดลง (จากอัตรา 14.08 เป็น 10.84 และจากความถี่ 16.07 เป็น 10.84) ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุได้รับบริการในสัดส่วนและอัตราที่เพิ่มขึ้น ส่วนความถี่ลดลงเล็กน้อย สำหรับสิทธิบัตรทองอื่น แม้ว่าสัดส่วนจะลดลง แต่อัตราและความถี่เพิ่มขึ้น

มีการศึกษาที่แสดงผลเป็นสัดส่วนของการมารับบริการรายชนิดการรักษา ศิริเพ็ญและคณะ (2545)⁽³³⁾ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบช่วงระยะเวลา 9 เดือนของปีงบประมาณ 2543 และ 2544 กลุ่มเด็กอายุ 0-12 ปี ได้รับบริการ 3 อันดับแรก ได้แก่ อุดฟัน มากกว่า ถอนฟันและขูดหินน้ำลาย ตามลำดับ ไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนกลุ่มอายุอื่น เป็นบริการ ถอนฟัน มากกว่า อุดฟันและขูดหินน้ำลาย ตามลำดับ โดยไม่เปลี่ยนแปลงเช่นกัน และแบบแผนการบริการ ถอนฟัน มากกว่า อุดฟัน และขูดหินน้ำลาย นี้ ยังพบในการศึกษาของวีระศักดิ์และคณะ (2545)⁽³⁴⁾ โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงเมื่อเปรียบเทียบการบริการของสถานบริการภาครัฐของหนึ่งจังหวัดในภาคกลางช่วงระยะเวลา 9 เดือนของปี 2543 และ 2544 การรักษาโรคเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนในการบริการประชาชนมากที่สุด และภาพรวมสามอันดับแรกในเขตชนบทหรือต่างจังหวัด ได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินน้ำลาย ในภาพรวม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มวัยต่างๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีอัตราลดลงในเกือบทุกกิจกรรมในปีงบประมาณ 2545 เมื่อเทียบกับปี 2544 ยกเว้น ในกลุ่มเด็กอายุ 3-5 ปีซึ่งส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.3 บริการใส่ฟันปลอม

อัตราการใช้ฟันปลอมฐานอะคริลิกเมื่อเทียบกับความจำเป็นของทุกกลุ่มสิทธิเพิ่มขึ้นจากปี 2544 เพิ่มมากที่สุดในกลุ่มบัตรทองอื่น สูงอายุ และสิทธิอื่น/ไม่มีสิทธิใดเท่ากับ 3.8, 3.5 และ 3.0 เท่าตามลำดับ และในภาพรวมเพิ่มขึ้น 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบการใช้ฟันปลอมทั้งปากกับความจำเป็น พบว่า ในภาพรวมประชาชนได้รับการเพิ่มขึ้น จากอัตรา 8.6 ในปี 2544 เป็น 15.37 ต่อประชากร 1,000 คน

โดยในปี 2545 กลุ่มสิทธิอื่นและไม่มีสิทธิ มีอัตราการใช้บริการสูงที่สุด (61.09) รองลงมาคือ กลุ่มสิทธิบัตรทองอื่น และผู้สูงอายุ ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกับ ปี 2544

สำหรับฟันปลอมบางส่วนชนิดถอดได้โครงโลหะซึ่งไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์โครงการหลักประกันสุขภาพของปาก เมื่อเทียบกับความจำเป็น พบว่า บริการเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มเช่นกัน

การจัดการให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของประเทศไทย (หลัง UC)

ในอดีต บริการป้องกันโรคในช่องปากถูกจัดไว้เฉพาะนักเรียนประถมศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 ในนามโครงการทันตกรรมเพิ่มทวี และพัฒนามาเป็นโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ในปัจจุบันยกเว้นโครงการประกันสังคมแล้ว ล้วนแต่มีสิทธิประโยชน์ด้านป้องกันโรคด้วย โครงการประกันสังคมซึ่งเริ่มคุ้มครองด้านทันตกรรมในเดือนมกราคม พ.ศ. 2540 จึงมีสิทธิประโยชน์ต่ำสุดในด้านรักษาได้แก่ ขูดหินปูน อุดฟัน และถอนฟัน และไม่มีสิทธิประโยชน์ด้านอื่น แม้ว่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน และ ควบคุมโรคในช่องปากจะอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม แต่การไปใช้บริการส่งเสริมป้องกันของประชาชนไทยอยู่ในระดับต่ำ

การศึกษาของ ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ (2545)⁽³³⁾ แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน และ ควบคุมโรคในช่องปาก เมื่อเทียบจำนวนครั้งของการมารับบริการของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแล้วโรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนให้บริการเพียงร้อยละ 1.9 และ 1.5 บริการ โรงพยาบาลทั่วไปให้บริการเพียงร้อยละ 1.6 และ 1.4 ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนให้บริการร้อยละ 2.6 และ 1.7 ในปี พ.ศ. 2543 และ 2544 ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงการมีสัดส่วนการทำงานด้านส่งเสริมป้องกันที่ต่ำมาก และมีแนวโน้มที่ปริมาณการทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันในคลินิกจะลดน้อยลง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ขณะเดียวกันการดำเนินงานเฝ้าระวังในโรงเรียนได้เปลี่ยนเป็นกิจกรรมในความรับผิดชอบของหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ (CUP) ในส่วนของหน่วยคู่สัญญาสถานบริการระดับปฐมภูมิในเขตเมือง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป บุคลากรที่ให้บริการส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์เฉพาะทาง และทันตแพทย์ทั่วไป ดังนั้นจึงเน้นน้ำหนักการทำงานด้านการรักษาเป็นหลักและไม่ได้ให้ความสำคัญต่องานส่งเสริมป้องกันเท่าที่ควร เนื่องจากขาดกำลังทันตภิบาลซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการทำงานส่งเสริมป้องกัน ดังนั้นอุปสรรคสำคัญที่เป็นเหตุให้โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปมีผลงานงานส่งเสริมป้องกันต่ำ เนื่องจากไม่มีทันตภิบาลในการปฏิบัติงาน จากการวิเคราะห์ผลงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายหลักในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พบว่า โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 40 - 50 มีผลงานบริการในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเท่าเดิม ยกเว้นในกลุ่มสูงอายุที่ผลงานเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 40.4 ของโรงพยาบาลที่ศึกษา ขณะที่ สุณี วงศ์ศุคคาเทพ และ บุญเอื้อ ยงวานิชการ (2546)⁽³⁵⁾ ได้ศึกษาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545 จำนวน 415 แห่ง และ ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) 2004 แห่ง พบว่าร้อยละ 44 ของศสช.ที่ศึกษายังไม่มี การจัดบริการทันตกรรม มีศสช. เพียงร้อยละ 5.8 ที่มีทันตแพทย์บริการ

ประจำและที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาถึงศักยภาพในการให้บริการด้านงานรักษาของ ศสช. พบว่าร้อยละ 64.7 ของ ศสช. สามารถให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด ส่วนบทบาทที่ทำได้ต่ำ คือ การผสมผสานการดูแลสุขภาพช่องปากในงานคลินิกฝากครรภ์/คลินิกเด็กดี และการทำงานเชิงรุกในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธุ์ และ คณะ (2546)⁽³⁶⁾ ที่ได้ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากในปี 2545 ใน 8 จังหวัด พบว่ารูปแบบและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปากยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีแนวโน้มผลงานให้บริการที่ลดลงในส่วนของ การจัดบริการทันตกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นสถานีนอมนัยขนาดใหญ่ ส่วนใหญ่ที่มีทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมเป็นหลัก และในศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครที่เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ส่วนใหญ่มีทันตแพทย์ให้บริการทันตกรรม ใน หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) ส่วนใหญ่จัดให้มีหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ โดยมีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลเคลื่อนที่หมุนเวียนให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชน ในศูนย์สุขภาพชุมชน บางศูนย์สุขภาพชุมชนที่ใกล้หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่หมุนเวียนไปให้บริการสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง บางศูนย์สุขภาพชุมชนมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ไปบริการเดือนละครั้ง และศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ไกลจากหน่วยบริการคู่สัญญาหลักส่วนใหญ่ไม่มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ไปให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา อึ้งชูศักดิ์ และ คณะ (2547)⁽³⁷⁾ ซึ่งพบว่า ปี 2544 ที่เป็นช่วงต้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีได้รับการร้อยละ 6 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีนโยบายฯ ในขณะที่ผู้ใหญ่มารับบริการเพิ่มขึ้นถึงเกือบร้อยละ 30 และ ปี 2546 มีการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพแก่เด็กในคลินิกเด็กดีได้ต่ำกว่าร้อยละ 50 การประเมินผลการจัดกิจกรรมสำหรับแม่และเด็ก จากการรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ. 2546 เฉพาะสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีได้รับการตรวจฟันร้อยละ 26.9 เด็กที่ตรวจฟันได้รับการทันตกรรมป้องกัน โดยฟลูออไรด์เจล ร้อยละ 3.8 ฟลูออไรด์วารีนิช ร้อยละ 1.4 ผู้ปกครองเด็ก ได้รับการฝึกแปรงฟัน ร้อยละ 20.2 แสดงให้เห็นได้ว่าการดูแลสุขภาพเด็กที่ระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุม ไม่ได้สร้างหลักประกันว่าเด็กจะได้รับการส่งเสริมป้องกันตามสิทธิที่ระบุ ซึ่งสำคัญในการควบคุมป้องกันโรคฟันผุในอนาคต

ต่อมาในปี 2548 มีการศึกษาผลกระทบของการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการบริการส่งเสริมป้องกันเมื่อโครงการดำเนินไปได้ถึงระยะหนึ่ง พบว่าการบริการส่งเสริมป้องกันมิได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สุณี วงศ์คงคาเทพ และ คณะ⁽³⁸⁾ ประเมินผลผลลัพธ์การให้บริการส่งเสริมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมปี 2547 พบว่าผลงานบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากมีร้อยละ 17 เมื่อจำแนกผลงานบริการตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 0 - 14 ปีได้รับการส่งเสริมทันตสุขภาพร้อยละ 14 กลุ่ม 15 - 59 ปีได้รับการส่งเสริมทันตสุขภาพร้อยละ 20.1 ส่วนใหญ่เป็นบริการการขูดหินน้ำลายและขัดฟัน ส่วนกลุ่มสูงอายุได้รับการส่งเสริมทันตสุขภาพเพียงร้อยละ 5.2 เมื่อจำแนกผลงานบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามผู้ให้บริการ พบว่าทันตภิบาลให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพร้อยละ 22.3 โดยทันตภิบาลในเครือข่ายบริการแต่ละระดับให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพในสัดส่วนที่ต่างกัน คือ ทันตภิบาลในเครือข่ายรพ.ศ.ให้บริการร้อยละ 31.6 เครือข่ายรพท. ให้บริการร้อยละ 29.4 ในรพช.ขนาดใหญ่ให้บริการร้อยละ 24.5 และรพช.ขนาดเล็กให้บริการเพียงร้อยละ 19.4 แสดงให้เห็นว่า ทันตภิบาลในเครือข่ายบริการขนาดใหญ่(รพศ./รพท.) มีโอกาสให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพมากกว่าเครือข่ายบริการขนาดเล็ก.(รพช.) ประเภทบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่ร้อยละ 70-75 คือ กิจกรรมการตรวจคัดกรอง การให้ทันตสุขศึกษา และการฝึกทักษะแปรงฟันในกลุ่มเด็กปฐมวัย เด็กวัยก่อนเรียนในสถาบัน เด็กนักเรียนประถมศึกษา และหญิงมีครรภ์ ซึ่งถือเป็นกิจกรรมสำคัญ มีการดำเนินการเพียงร้อยละ 50 ของ ศสช.ตัวอย่าง ส่วนบริการเพื่อการป้องกันในกลุ่มเด็กไม่พบว่ามีการให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ในกลุ่มเด็กปฐมวัย 0.5 ปี

การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กประถมศึกษา มีการให้บริการเพียงร้อยละ 33.3 จะเห็นว่าการบริการส่งเสริมป้องกันมีทิศทางลดลง ที่สำคัญพบว่ากลุ่มเป้าหมายกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนไม่ได้รับการบริการเพื่อการป้องกัน

ในส่วนการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้านทันตสุขภาพ พบว่าศูนย์ที่มีการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน มีร้อยละ 83.1 บางวัน ร้อยละ 15.4 ศูนย์ที่อบต.เป็นผู้จัดซื้อแปรงสีฟัน ยาสีฟันให้แก่เด็ก ร้อยละ 29.0 พ่อแม่เป็นผู้จัดซื้อร้อยละ 56.1 ได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายสาธารณสุข ร้อยละ 14.6⁽²⁷⁾

หลังจากประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังคงมีการดำเนินการโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา (เริ่ม พ.ศ. 2528 ถึง ปัจจุบัน)

และโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน 0-3 ปี (เริ่ม พ.ศ. 2535 ถึง ปัจจุบัน)

ประกอบด้วย 1)การให้ทันตสุขภาพและตรวจช่องปากหญิงมีครรภ์ 2) ให้ทันตสุขภาพแก่มารดาหรือผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนในคลินิกเด็กที่ของรัฐ 3) มอบแปรงสีฟันแก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1 (อายุ 1 ปีครึ่ง - 2 ปี) 4) ให้น้ำฟลูออไรด์ แก่เด็กในพื้นที่ที่มีโรคฟันผุสูง

การดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กที่ผ่านมา รัฐได้นำหน้ามาตรการและกิจกรรมดำเนินการที่กลุ่มนักเรียนประถมศึกษาเป็นจุดหลักมาตลอดระยะเวลา 25 ปีที่ผ่านมา ยังผลให้แนวโน้มปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กวัยรุ่น(กลุ่ม 12 ปี และ กลุ่ม 15-18 ปี) มีแนวโน้มในทิศทางที่ไม่เพิ่มขึ้นในหลายภาค ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขณะที่กลุ่มเด็กเล็กซึ่งเริ่มมีโครงการส่งเสริมป้องกันอย่างชัดเจนเมื่อ 10 ปีมานี้ ยังพบแนวโน้มปัญหาโรคฟันผุในเด็กเล็กกลับสูงเพิ่มขึ้นโดยตลอด แสดงให้เห็นชัดเจนว่ามาตรการดำเนินการดังกล่าว ไม่สามารถเกิดผลสัมฤทธิ์ในเชิงส่งเสริมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังผลให้ค่าผุถอนอุดในกลุ่ม 5-6 ปี เพิ่มขึ้น 3 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับปี 2527 กับปี 2543-2544

สรุป

หลังจากดำเนินโครงการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อ 1 ตุลาคม 2544 ซึ่งให้สิทธิประโยชน์สุขภาพช่องปากแก่ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันภาครัฐ พบว่าการจัดบริการทันตสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงการบริการมากขึ้นแต่ประชาชนยังคงมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากทั้งในภาพรวมและเฉพาะบริการในหลายกลุ่มประชากร ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการมีหลายประเด็นได้แก่ ที่ตั้ง ชีตความสามารถของสถานบริการ การกระจายตัวทางภูมิศาสตร์ของประชากร ความสะดวกในการเข้าถึงบริการนอกจากนี้ กลุ่มเด็กมีแนวโน้มได้รับการส่งเสริมป้องกันลดลงเนื่องจากได้รับผลกระทบจากการที่เครือข่ายบริการสุขภาพภาครัฐต้องให้บริการรักษาในเครือข่ายบริการและศูนย์สุขภาพชุมชนมากขึ้น⁽³³⁾ และการใช้บริการสุขภาพช่องปากในภาพรวมประเทศยังอยู่ในระดับต่ำกว่าสภาพปัญหาที่รับรู้(perceived need) อยู่มาก และส่วนใหญ่เป็นการไปรับบริการรักษาพื้นฐาน คือ อุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินน้ำลาย⁽³⁹⁾

กลยุทธ์ มาตรการและกลไกการบริหารจัดการบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก เพื่อเพิ่มอัตรา การเข้าถึงบริการ ของประเทศสหรัฐอเมริกา

1. หลักการในการจัดบริการ

ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วประเทศเดียวในโลกที่ปราศจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้กับประชาชน ระบบสุขภาพเป็นไปตามค่านิยมทางสังคมในด้านสิทธิเสรีภาพของคนอเมริกัน จึงทำให้ระบบ บริการสุขภาพรวมทั้งระบบบริการทันตสุขภาพมีลักษณะเป็นพหุลักษณะ (pluralistic)⁽⁴⁰⁾ ระบบบริการสุขภาพของ ประเทศสหรัฐอเมริกามีจัดอยู่ในรูปแบบ Entrepreneurial health system ซึ่งมีการดำเนินงานในลักษณะของ ตลาดเสรี ภายใต้แนวคิดแบบเสรีนิยม (Laissez – faire) และมีความซับซ้อนมากที่สุดระบบหนึ่งในโลก (40)(Roemer, 1991)โดยที่ภาคเอกชนเป็นองค์ประกอบหลักในการดำเนินการ ส่วนภาครัฐถือบทบาทในการ เป็นผู้บริหารจัดการ และกำหนดระเบียบกติกาต่างๆ

2. ระบบการจัดบริการ

ประเทศสหรัฐอเมริกามีระบบบริการทันตสุขภาพอยู่ 3 ระบบใหญ่ๆ คือ

1. การจ่ายเงินโดยตรง
2. การมีประกันทันตสุขภาพภาคเอกชน อิงกับระบบ ESHI
3. Medicaid

§ การจ่ายเงินโดยตรง (Direct out – of – pocket)

ในทศวรรษ 1960s การคลังของบริการทันตสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาแทบทั้งหมดเป็นการ จ่ายเงินโดยตรง นับตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ 1970s เป็นต้นมา สัดส่วนของการจ่ายเงินโดยตรงค่อยๆ ลดลง และ ถูกแทนที่ด้วยระบบประกันสุขภาพเอกชน จนกระทั่งถึงปัจจุบันที่การจ่ายเงินโดยตรงและระบบประกันสุขภาพ เอกชนมีส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายทันตกรรมเกือบเท่ากัน อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์แล้ว การ จ่ายเงินโดยตรงทางทันตกรรมยังมีสัดส่วนสูงกว่าการจ่ายเงินโดยตรงทางการแพทย์ถึง 3 เท่า⁽⁴¹⁾

ระบบ ESHI

การมีประกันทันตสุขภาพภาคเอกชน (private dental insurance) อิงอยู่กับระบบ ESHI ชาว อเมริกันที่มีประกันทันตสุขภาพเอกชนเพิ่มจำนวนจาก 4.5 ล้านคนในปี ค.ศ. 1967 จนถึงมากกว่า 150 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2000⁽⁴²⁾ บริษัทขนาดกลางและขนาดใหญ่โดยมากจัดประกันทันตสุขภาพให้แก่ลูกจ้าง โดยเสนอ ทางเลือกทั้งแผนประกันทันตสุขภาพแบบที่บูรณาการอยู่กับแผนประกันสุขภาพรวม และแผนประกันทันต สุขภาพที่แยกต่างหาก

ในปี ค.ศ. 1998 แผนประกันทันตสุขภาพที่พบได้มากที่สุด (ร้อยละ 81) คือ ประเภทที่จ่ายตาม รายการบริการ อันดับรองลงมาคือแผนประกันทันตสุขภาพแบบ PPO (Preferred Provider Organization--

ผู้รับบริการมีสิทธิในการเลือกทันตแพทย์ แต่จะได้รับสิทธิประโยชน์จาก plan มากที่สุดเมื่อใช้บริการกับทันตแพทย์ใน PPO ซึ่งทันตแพทย์จะได้รับค่าตอบแทนแบบ Fee schedules โดย PPO ควบคุมคุณภาพบริการ ชนิดบริการและสิทธิประโยชน์ผู้ประกันตน) ร้อยละ 11 และแผนประกันทันตสุขภาพแบบ HMO อีกร้อยละ 8⁽⁴¹⁾ แผนประกันทันตสุขภาพประเภทที่จ่ายตามรายการบริการมักให้สิทธิประโยชน์การรักษาขั้นพื้นฐานได้แก่ การบูรณะฟัน การรักษาทางปริทันต์ การรักษารากฟัน ศัลยกรรมช่องปาก การใส่ฟันปลอม และบริการทันตกรรมป้องกัน / ตรวจวินิจฉัย (ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การขัดฟัน การเคลือบหลุมร่องฟัน และการถ่ายภาพรังสี) บริการที่ไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ได้แก่ ทันตกรรมรากเทียม และทันตกรรมเสริมสวย สำหรับบริการทันตกรรมจัดฟันนั้น อาจครอบคลุมอยู่ในบางแผนโดยจำกัดเฉพาะบุตรของลูกจ้างและจำนวนวงเงินสูงสุดไว้ การจ่ายค่ารักษาในแผนประกันทันตสุขภาพใช้วิธีและกระบวนการเช่นเดียวกับการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ แต่มักกำหนดให้มีอัตราค่าธรรมเนียมสำหรับบริการทันตกรรมสูงกว่า

§ Medicaid

โครงการ Medicaid เป็นโครงการที่ใช้แหล่งการคลังจากภาครัฐสำหรับการจัดบริการทันตกรรมเพียงโครงการเดียว (หมายเหตุ: ส่วนโครงการ Medicare มีส่วนครอบคลุมบริการทันตกรรมอยู่ในวงจำกัดอย่างมาก ครอบคลุมเฉพาะครอบครัวผู้มีรายได้น้อย คนชรา และคนพิการ ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐ Medicaid ให้บริการทันตกรรมสำหรับผู้ที่ยู่น้อยกว่า 21 ปี และผู้ที่อยู่ในเกณฑ์เข้าร่วม Medicaid

ในกรณีเงินสำหรับผู้ป่วยบางประเภทในบางสถานการณ์เท่านั้น อาทิ ผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและใบหน้าที่ได้รับการฉายรังสี ผู้ป่วยไตวายที่กำลังจะผ่าตัดเปลี่ยนไต ผู้ป่วยอุบัติเหตุขากรรไกรหัก เป็นต้น ในปี ค.ศ. 1998 Medicare มีค่าใช้จ่ายทันตกรรมเพียง 0.1 พันล้านดอลลาร์⁽⁴¹⁾ จากยอดค่าใช้จ่ายทันตกรรมของภาครัฐในปี ค.ศ. 1998 จำนวน 2.3 พันล้านดอลลาร์นั้น เกือบทั้งหมดเป็นค่าใช้จ่ายของ Medicaid คือ 2.0 พันล้านดอลลาร์ ค่าใช้จ่ายทันตกรรมจำนวนนี้คิดเป็นร้อยละ 1.25 ของงบประมาณ Medicaid ทั้งหมด⁽⁴¹⁾ ซึ่งสัดส่วนงบประมาณทันตกรรมใน Medicaid มีแนวโน้มลดลงจากการตัดทอนงบประมาณของรัฐบาลมลรัฐ⁽⁴³⁾

รูปแบบการให้บริการทันตกรรมและส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

รูปแบบของการให้บริการทันตกรรมในสหรัฐมีความหลากหลายมากเนื่องจากมี Authority ของแต่ละมลรัฐ เป็นเอกเทศ ในเอกสารนี้จะกล่าวถึงเฉพาะการให้บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพเป็นหลัก

การให้บริการทันตกรรมในสหรัฐผ่าน 4 รูปแบบใหญ่ๆ คือ

1. การจัดบริการทันตกรรมแก่บุคคลทั่วไป (mainstream)

การจัดบริการทันตกรรมแก่ประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน ในรูปแบบของเวชปฏิบัติเดี่ยว (private solo practice) ในปี ค.ศ. 1994 ประมาณร้อยละ 67.4 ของทันตแพทย์อยู่ในเวชปฏิบัติเดี่ยว และอีกร้อยละ 20 ทำงานกับทันตแพทย์อื่นอีก 1 คน มีเพียงร้อยละ 12 ของทันตแพทย์ที่ทำงานกับทันตแพทย์อื่นมากกว่า 2 คน ขึ้นไป ⁽⁴⁴⁾

รูปแบบการจัดบริการทันตกรรมแตกต่างจากการจัดบริการแพทย์ในประเด็นที่สำคัญ คือบริการทันตกรรมยังไม่ได้รับผลกระทบจากกระแสเติบโตของ managed care มากนัก ⁽⁴⁵⁾ แผนประกันสุขภาพแบบดั้งเดิม (indemnity) ยังได้รับความนิยมสูงสุด ข้อมูล ปี ค.ศ. 1998 ระบุว่า ในบรรดาลูกค้าที่ได้รับสิทธิประโยชน์ทันตกรรมในระบบ ESHI มีสัดส่วนที่อยู่ในแผนประกันสุขภาพแบบ indemnity สูงถึงร้อยละ 81 อีกร้อยละ 11 อยู่ใน PPO และที่เหลืออีกร้อยละ 8 อยู่ใน HMO ⁽⁴¹⁾ แผนประกันสุขภาพแบบ PPO มีแนวโน้มเติบโตเร็วกว่า HMO ⁽⁴⁶⁾ เนื่องจากทันตแพทย์เห็นว่า HMO ให้ค่าตอบแทนต่ำกว่า การที่ managed care ซึ่งมีจุดมุ่งหมายสำคัญประการหนึ่งอยู่ที่การควบคุมค่าใช้จ่ายนั้น ไม่ได้แสดงอิทธิพลต่อบริการทันตกรรมมากเท่า บริการแพทย์เนื่องจากประชาชนที่มีประกันทันตสุขภาพมีสัดส่วนต่ำกว่า จึงไม่ค่อยมีแรงกดดันจากองค์กรประกันให้ควบคุมค่าใช้จ่ายทันตกรรม นอกจากนี้รัฐบาลยังมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายทันตกรรมต่ำมาก จึงไม่ค่อยมีแรงกดดันมาจากภาครัฐ ให้ควบคุมค่าใช้จ่ายทันตกรรมเช่นกัน

2. การจัดบริการทันตกรรมแก่กลุ่มเป้าหมายพิเศษ

ประชาชนบางกลุ่มได้รับบริการทันตกรรม ในระบบบริการที่จัดแยกต่างหากจากประชาชนทั่วไป ได้แก่ ชนอเมริกันพื้นเมือง และทหารผ่านศึก ชนอเมริกันพื้นเมืองรับบริการทันตกรรมจากสถานบริการซึ่งตั้งอยู่ในเขตกักกัน (reservation) โดยมีทันตแพทย์สังกัด Indian Health Service ของ DHHS เป็นผู้ให้บริการ ส่วนทหารผ่านศึกได้รับบริการทันตกรรมจาก Veterans Affairs Dental Service ซึ่งเป็นเครือข่ายทันตกรรมโรงพยาบาลที่ใหญ่โตที่สุดของประเทศสหรัฐอเมริกา

3. Medicaid

เป็นรูปแบบการบริการทันตกรรมที่รัฐจ้างเอกชนรับช่วงต่อให้บริการแก่ประชาชนที่ไม่มีประกันทันตสุขภาพเอกชน หรือ ไม่สามารถจ่ายค่าบริการด้วยตนเอง รัฐต่าง ๆ มีแนวทางดำเนินงานโครงการทันตกรรมภายใต้ Medicaid ที่หลากหลายแตกต่างกันทั้งในแง่ของการกำหนดผู้อยู่ในเกณฑ์ได้รับสิทธิประโยชน์ การ

กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ และการกำหนดงบประมาณค่าใช้จ่าย^(43, 47, 48) อย่างไรก็ตาม รัฐบาลกลางได้กำหนดแนวทางปฏิบัติที่ทุกๆ มลรัฐจำเป็นต้องปฏิบัติตาม นั่นคือการประกาศโครงการ Early Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1967 ระบุให้ทุกมลรัฐต้องจัดบริการทันตกรรมป้องกันแก่เด็กในโครงการ Medicaid จนถึงอายุ 20 ปี⁽⁴⁹⁾ Medicaid ให้บริการทันตกรรมสำหรับผู้ที่อายุน้อยกว่า 21 ปี และผู้ที่อยู่ในเกณฑ์เข้าร่วม Medicaid... ลักษณะการบริการคือ การตรวจสุขภาพช่องปาก การวินิจฉัยโรค และการรักษา Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT)

การบริการขั้นต่ำครอบคลุม การบรรเทาความเจ็บปวดและติดเชื้อ การบูรณะฟันและการดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก. ในปี ค.ศ. 2003 จากยอดค่าใช้จ่ายทันตกรรมของประเทศ จำนวน 74 พันล้านดอลลาร์นั้น ค่าใช้จ่ายทันตกรรมของ Medicaid ของภาครัฐมีมูลค่า 2.3 พันล้านดอลลาร์ คิดเป็นร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายทันตกรรมของประเทศทั้งหมด อย่างไรก็ตามมีประชาชนที่อยู่นอกเกณฑ์แต่ยังไม่ได้รับบริการทันตกรรมโดยเฉพาะส่งเสริมป้องกันอีกเป็นจำนวนมาก⁽⁵⁰⁾

4. โครงการ State Children's Health Insurance Program (SCHIP)

โครงการ SCHIP เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1997 โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะขยายขอบเขตการครอบคลุมของ Medicaid ไปยังเด็กที่ยังไม่มีประกันสุขภาพใดๆ⁽⁵¹⁾ ซึ่งมีจำนวนกว่า 11 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1996⁽⁵²⁾ คือกลุ่มเด็กที่อยู่ในฐานะเกือบจะยากจน (near – poor) คือกลุ่มที่ขาดประกันสุขภาพมากที่สุด (หมายเหตุ: หากเป็นกลุ่มที่อยู่ในฐานะยากจนแล้ว ก็จะได้รับความคิดครอบงายได้ Medicaid กลุ่มเกือบจะยากจนจึงเป็นพวกที่ไม่เข้าเกณฑ์ได้รับความคุ้มครองของ Medicaid แต่ก็ไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชนได้) การดำเนินโครงการ SCHIP คาดว่าจะสามารถขยายประกันสุขภาพให้ครอบคลุมเด็กเหล่านี้เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนประมาณ 2.5 – 2.8 ล้านคน^(41, 52) นอกจากนี้ในระหว่างกระบวนการดำเนินงานของโครงการ SCHIP ยังคาดว่าจะสามารถเสาะหาและลงทะเบียนเด็กผู้อยู่ในเกณฑ์ได้รับสิทธิประโยชน์ของ Medicaid แต่ไม่ได้มาลงทะเบียนเพิ่มขึ้นได้อีกจำนวนหนึ่งด้วย (ประมาณ 660,000 คน)

รัฐบาลกลางมีข้อบังคับ (mandate) กำหนดให้โครงการ SCHIP ต้องจัดบริการขั้นพื้นฐานอยู่ 2 อย่าง คือการฉีดวัคซีน และบริการเด็กดี (well-baby / well-child) ส่วนสิทธิประโยชน์ทันตกรรมเป็นเพียงทางเลือกซึ่งมลรัฐไม่จำเป็นต้องจัดไว้ใน SCHIP ก็ได้ อย่างไรก็ตาม บริการทันตกรรมได้รับการสนับสนุนเป็นพิเศษจากรัฐสภาและประธานาธิบดี ให้มลรัฐต่าง ๆ พยายามใส่สิทธิประโยชน์ทันตกรรมไว้ใน SCHIP จนถึงปัจจุบัน มีเพียง 2 มลรัฐที่ไม่มีบริการทันตกรรมในโครงการ SCHIP โครงการนี้ มลรัฐได้รับเงินค่าใช้จ่ายจากรัฐบาลกลางในการดำเนินงาน แต่เป็นแบบปิด มิใช่แบบเปิดอย่างเช่นของ Medicaid

ตาราง 13 ตัวอย่างรูปแบบเกณฑ์คัดเลือก การดำเนินโครงการและ ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของโครงการ State Child Health Insurance Program SCHIP

Status Report on (SCHIP)

State Approval Date	Type of Program	Cost Sharing/Premium	Income/ Eligibility1	Dental Benefits	Note
Alabama 1/30/98	Separate	Children to 19 years of age in families with income up to 200% of the FPL	Ppl > 150% FPL pay \$50/child/yr (max \$150/fam); Co-pay \$5-preventive services excluded	All major, preventive, diagnostic, and treatment dental services. Orthodontic services only when congenital malformation of the teeth and jaws interferes w/normal functioning.	\$1,000 annual maximum
Arkansas ARKids First 8/6/98	Medicaid	Prog A: 133% FPL for children <6, 6 thru 19 covered whose family makes up to 100% FPL Prog B covers 0-19 up to 200% FPL	\$10 co-pay per visit under program B	Dental Care (orthodontia included) under program A 2 visits per year for cleaning, full X-rays, and restorative services under program B.	Program B is slightly more restrictive in some cases and is offered to those making too much to qualify for Program A.
Indiana 6/26/98	Combination	150% FPL for children to age 18 (Medicaid); 200% FPL (non-Medicaid) for children to age 19.	Sliding scale copays for those in non-Medicaid Program. \$11-\$24.75	Medicaid EPSDT services.	Separate coverage is equivalent to that provided by the BC/BS PPO option for federal employees
Mississippi 10/26/98	Combination	0-1 up to 185% FPL,	There are no copayments for dental visits.	Medicaid EPSDT services. Effective January 2002, expanded to cover additional restorative, endo,& perio services and space maintainers.	The CHIP dental benefit is limited to a maximum of \$1,500 per patient per year.

State Approval Date	Type of Program	Cost Sharing/Premium	Income/ Eligibility ¹	Dental Benefits	Note
		1-6 up to 133% FPL, 6-18 at or below 100%FPL. Ages 19 to 21 who meet the state's eligibility requirements (Medicaid). Up to 200% FPK (non-Medicaid)			
Missouri 4/28/98	Medicaid.	300% FPL for children up to age 18	226-300% pay premiums of \$62-\$252. Copay \$5-\$10 copay required but not when the visit is for prevention services only.	Medicaid EPSDT services. Adults in the MC+ region will receive benefits equal to the state employees' plan.	Dental benefits include orthodontics to age 21.

หมายเหตุ: 1FPL – Federal Poverty Level for 2004: \$9,310 for family of 1 (\$11,630-AK & \$10,700-HI); \$15,670 family of 3 (\$19,590-AK & \$18,020-HI); \$18,850 family of 4 (\$23,570-AK & 21,680-HI)

ข้อมูลอัปเดตล่าสุด 27 04 2007 ดัดแปลงจาก Status Report on State Child Health Insurance Program (SCHIP) : Implementation Actions⁽⁵³⁾

บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

• โครงการอนามัยน้ำยาฟลูออไรด์ในโรงเรียน

โครงการอนามัยน้ำยาฟลูออไรด์ในโรงเรียน ปัจจุบัน แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินโครงการอนามัยน้ำยาฟลูออไรด์เปลี่ยนไปจากโครงการที่ครอบคลุมประชากรทั่วไป (population-based) มาเป็นการดำเนินโครงการในลักษณะที่มุ่งเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (risk-based) ในปี ค.ศ. 2002 จำนวนเด็กนักเรียนในโครงการลดลงเหลือ 1.27 ล้านคน⁽⁵⁴⁾

• โครงการเคลือบหลุมร่องฟัน

นโยบาย Healthy People 2010 ตั้งเป้าหมายให้เด็กอายุ 8-14 ปี ร้อยละ 50⁽⁵⁵⁾ ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ ทำให้กิจกรรมนี้ได้รับความสนใจมากขึ้น โครงการเคลือบหลุมร่องฟันมีการดำเนินงานใน 2 ลักษณะ คือ โครงการแบบ school-based หมายถึงการดำเนินการทั้งหมดกระทำในโรงเรียน (รวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟันด้วย) และโครงการแบบ school-linked หมายถึงการดำเนินการในโรงเรียนเป็นกิจกรรมคัดเลือกตัวเด็กนักเรียนและงานธุรการอื่น ๆ ส่วนการให้บริการเคลือบร่องฟันกระทำในคลินิกเอกชน หรือศูนย์สุขภาพชุมชนที่ร่วมในโครงการ จากการสำรวจโครงการเคลือบหลุมร่องฟัน ในปี ค.ศ. 1991 Cohen และ Horowitz¹⁹⁹³ รายงานว่ามีการดำเนินโครงการเคลือบหลุมร่องฟันอยู่ใน 29 มลรัฐ⁽⁵⁶⁾

พระราชบัญญัติ Dental Practice Act ของมลรัฐเกือบทุกรัฐอนุญาตให้ทันตอนามัยเป็นผู้ให้บริการสารเคลือบร่องฟันได้ มลรัฐส่วนใหญ่ (42 มลรัฐ) ได้รับงบประมาณสนับสนุนโครงการจาก Medicaid ซึ่งเพิ่มจำนวนขึ้นจาก 18 มลรัฐ ในปี ค.ศ. 1986

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998 เป็นต้นมา หน่วยงานหลายแห่งของรัฐบาลกลางได้ร่วมกันเป็นเจ้าภาพสนับสนุนให้มลรัฐพัฒนาและขยายโครงการเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียน หน่วยงานเหล่านี้ได้แก่ CDC, HRSA, Indian Health Service และ National Institute of Dental and Craniofacial Research⁽⁵⁷⁾ ข้อมูลในปี ค.ศ. 2002 ระบุว่ามียุติเด็กอเมริกันอยู่ในโครงการเคลือบหลุมร่องฟัน 142,119 คน⁽⁵⁴⁾

• โครงการทันตสุขภาพในระดับมลรัฐ

มลรัฐหลายแห่งดำเนินโครงการทันตสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ ตัวอย่างเช่น รัฐแคลิฟอร์เนียดำเนินโครงการ School-Based Dental Program (SBDP) ซึ่งเป็นงานแขนงหนึ่งของ Children's Dental Health Initiative (The Dental Health Foundation Children's Dental Health Initiative, 2000) โครงการ SBDP จัดให้มีการตรวจคัดกรองโรคในช่องปากเด็กนักเรียน มีการส่งต่อให้ได้รับบริการทันตกรรม และมีการให้บริการทันตกรรมป้องกัน ได้แก่ สารเคลือบร่องฟัน ฟลูออไรด์เฉพาะที่ และการสอนทันตสุขภาพ

รัฐวอชิงตันดำเนินโครงการ Access to Baby and Child Dentistry (ABCD) โดยมีวัตถุประสงค์ให้เด็กในครอบครัวยากจนได้รับบริการทันตกรรมในโครงการ Medicaid ด้วยการจัดองค์ประกอบ 4 ประการ คือ

กิจกรรม outreach กิจกรรมการฝึกอบรมทันตบุคลากร การเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรม และการเพิ่มคำตอบแทนแก่ทันตแพทย์ ชุดสิทธิประโยชน์ที่จัดเพิ่มเติมเน้นที่บริการทันตกรรมป้องกัน ได้แก่ การทาฟลูออไรด์ วารินิชปีละ 3 ครั้ง การเคลือบหลุมร่องฟัน และการสอนทันตสุขศึกษา นอกจากนี้ยังครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมของ EPSDT ด้วย⁽⁵⁸⁾

- การให้ทันตสุขศึกษา

หลายมลรัฐมีการดำเนินกิจกรรมให้ทันตสุขศึกษา ในโรงเรียน สถานะที่ราชการและสถานพักฟื้น เช่น ในมลรัฐนอร์ทดาโกต้า จัดทีม ทันตอนามัย 6 คน ให้ทันตสุขศึกษาแก่หน่วยงานที่สนใจรวมทั้งให้คำปรึกษาแก่โรงเรียนในการจัดกิจกรรมฟลูออไรด์

- ควบคุมการบริโภคยาสูบ

มีข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนชัดเจนว่าการสูบบุหรี่และการเคี้ยวหมากเป็นสาเหตุหนึ่งของโรคปริทันต์และมะเร็งในช่องปากและลำคอ คลินิกทันตกรรมเป็นสถานที่ที่ดียิ่งในการให้แหล่งข้อมูลจัดกิจกรรมควบคุมการบริโภคยาสูบ ทุกปี ผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ 1.5 คนได้มีโอกาสมาทำฟัน⁽⁵⁹⁾ The Healthy People 2010 ได้เสนอแนวทางการทำงานไว้ดังนี้

- § ป้องกันการเริ่มบริโภคยาสูบในเด็กและผู้ใหญ่
- § ส่งเสริมการเลิกบริโภคยาสูบ
- § ลดภาวะการสูบบุหรี่มือสองในผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

The National Cancer Institute (NCI) and the Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ได้จัดทำโครงการรณรงค์เลิกการบริโภคยาสูบ "Quit Now" โดยมีการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และจัดเครือข่ายผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่

- การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ปัจจุบันมีประชาชนในสหรัฐอเมริกาเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งช่องปาก และน้อยกว่านั้นในกลุ่มคนผิวดำ และเชื้อสายสเปน และกลุ่มคนด้อยการศึกษา

รัฐบาลกลางได้เป้าหมาย Healthy People 2010 และกำหนดตัวบ่งชี้ให้สอดคล้องกับเป้าหมาย
Healthy People 2010 ดังตารางนี้

Table 1. Healthy People 2010 Oral Health Indicators, Target Levels and Current Status in the United States

Healthy People 2010 Objective (Objective Number and Description)	Target (%)	National a (%) ปี 1999-2000
21-1) Dental caries (tooth decay) experience		
a) Young children, ages 2–4 years	11	23
b) Children, ages 6–8 years	42	50
c) Adolescents, age 15 years	51	59
21-2) Untreated caries (tooth decay)		
a) Young children, ages 2–4 years 9 20 DNC	9	20
b) Children, ages 6–8 years 21 26 17	21	26
c) Adolescents, age 15 years 15 16 DNC	15	16
d) Adults, ages 35–44 years	15	26
21-3) Adults with no tooth loss, ages 35–44 years	42	39
21-4) Edentulous (toothless) older adults, ages 65–74 years	20	25
21-5) Periodontal (gum) diseases, adults ages 35–44 years		
a) Gingivitis, ages 35–44 years 41 48c DNC	41	48
b) Destructive periodontal (gum) diseases, ages 35–44 years	14	20
3-6) Oral and pharyngeal cancer death rates reduction (per 100,000 population)	2.7	3.0
21-6) Oral and pharyngeal cancers detected at earliest stages	50	35
21-7) Oral and pharyngeal cancer exam within past 12 months, ages 40+ years	20	13
21-8) Dental sealants		
a) Children, age 8 years (1st molars)	50	28
b) Adolescents (1st and 2nd molars) age 14 years	50	14
21-9) Population served by fluoridated water systems, all	75	68b
21-10) Dental visit within past 12 months		
a) Children ages 2+ years	56	43
b) Adults ages 18+ years	56	44
21-11) Use of oral health-care system by adult residents in long-term	25	19

Healthy People 2010 Objective (Objective Number and Description)	Target (%)	National a (%) ปี 1999-2000
care facilities		
21-12) Low-income children and adolescents receiving preventive dental care during past 12 months, ages 0-18 years	57	31
21-13) School-based health centers with oral health component, K-12	--	
a) Dental sealants		
b) Dental care		
21-14) Community-based health centers and local health departments with oral health components, all	75	
21-15) System for recording and referring infants and children with cleft lip and cleft palate, all	51	
21-16) Oral health surveillance system, all	51	23 ปี 2545
21-17) Tribal, state and local dental programs with a public health trained director, all	--	0
a) state and local		
b) tribal and Indian Health Service		

ที่มา: U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010,

Progress Review, 2000. Available at www.cdc.gov/nchs/ppt/hpdata2010/focusareas/fa21.xls.⁽⁵⁵⁾

ปัญหาการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากและมาตรการเพิ่มการเข้าถึงที่พบในปัจจุบันของสหรัฐอเมริกา

ปัญหาการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากที่พบในปัจจุบันของสหรัฐอเมริกามีดังนี้

1. สุขภาพช่องปากโดยรวมดีขึ้น แต่การเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากยังเป็นปัญหา โดยเฉพาะ ชนกลุ่มน้อย ผู้สูงอายุ เด็กที่อยู่ในโครงการ Medicaid และเด็กยากจน
2. จำนวน Preventive visit ต่ำกว่าระดับที่กำหนด และมีการใช้บริการ ทันตกรรมป้องกันที่มีภาวะคุ้มทุนสูง เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน น้อย

ประชาชนที่มีประกันทันตสุขภาพกับบริษัทเอกชนมักไม่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก แต่ผู้ที่อยู่ในโครงการ Medicaid และ SCHIP ซึ่งเป็นกลุ่มคนยากจนหรือด้อยโอกาสส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ⁽⁶⁰⁾ ทั้งบริการทันตกรรมทั่วไป⁽⁶¹⁾ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการทันตกรรมป้องกัน⁽⁶²⁾ ในเอกสารนี้จึงขอกล่าวถึง โดยละเอียด

เหตุผลต่างๆ ที่ทันตแพทย์ระบุในการไม่เข้าร่วมโครงการ Medicaid ได้แก่ การจ่ายค่าตอบแทนล่าช้า การบริหารข้อมูลที่ยุ่งยาก อัตราค่าตอบแทนที่ต่ำ การต้องทำงานเอกสารจำนวนมาก^(63,64) การถูกปฏิเสธการจ่ายทดแทน และความซับซ้อนของระบบราชการ ผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผิดนัดและเลื่อนนัด แม้ในหลายมลรัฐพยายามที่จะเพิ่มอัตราค่าตอบแทนให้สูงขึ้นระดับหนึ่ง แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จในการดึงดูดทันตแพทย์จำนวนมากให้เข้าร่วมโครงการ แนวโน้มการเติบโตของ Medicaid managed care ในระยะปัจจุบันยิ่งทำให้งบประมาณในส่วนของการทันตกรรมถูกตัดทอนลงไปอีกเพื่อการประหยัดค่าใช้จ่ายและมีรายงานว่างบประมาณด้านทันตกรรมในโครงการ Medicaid ถูกตัดลงมากที่สุดในรอบทศวรรษ เมื่อเทียบกับบริการด้านอื่นๆ

โครงการ Early Periodic Screening, Diagnosis and Treatment (EPSDT) ที่ Medicaid มีเพื่อกระตุ้นให้มีการให้บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กโครงการ Medicaid ซึ่งจัดเป็นกลุ่มด้อยโอกาสในปี ซึ่งระบุให้ทุกมลรัฐต้องจัดบริการทันตกรรมป้องกันแก่เด็กในโครงการ Medicaid จนถึงอายุ 20 ปี⁽⁴⁹⁾ ไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากหลายมลรัฐไม่ได้สนใจที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดของ EPSDT อย่างจริงจัง⁽⁴⁸⁾ ทำให้ยังมีเด็กจำนวนมากที่ไม่เคยได้รับบริการทันตกรรมป้องกัน พบว่า จากจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 21 ปี ทั้งหมด 21 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1993 มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 20 ที่ได้รับบริการทันตกรรมป้องกัน⁽⁴⁴⁾ Waldman (1997)⁽⁴³⁾ รายงานว่าในมลรัฐอริโซนา และฮาวายมีเด็กในโครงการ EPSDT ได้รับบริการทันตกรรมป้องกันไม่ถึงร้อยละ 1

ประชากรวัยผู้ใหญ่ที่ไม่มีประกันทันตสุขภาพ มีการเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะเข้าถึงงานส่งเสริมป้องกันน้อย แม้ว่า จะเข้าร่วมโครงการ Medicaid เนื่องจาก ขีดสิทธิประโยชน์ของ Medicaid จำกัด ในบางรัฐให้บริการเฉพาะบริการฉุกเฉิน

โครงการ State Children's Health Insurance Program (SCHIP) ที่จัดขึ้นเพื่อให้ครอบคลุมเด็กจำนวนหลายสิบล้านคนที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆ แต่ยังไม่ยากจนมากพอที่จะเข้าถึงเกณฑ์ที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ของ Medicaid ได้ หลังจาก ดำเนินการไปได้ระยะหนึ่งก็พบว่า มีปัญหาในการทำงานเดียวกับ Medicaid ซึ่งในปัญหาของโครงการนี้ ได้แก่ เนื่องจากสิทธิประโยชน์ที่นครกรมเป็นเพียงทางเลือก บางรัฐจึงไม่มีบริการทันตกรรม นอกจากนี้ ทันตแพทย์ที่รักษาผู้ป่วยโครงการนี้ ได้รับค่าตอบแทนน้อยมาก ซึ่งบางครั้งน้อยกว่าต้นทุนการให้บริการ รัฐบาลกลางควรต้องกำหนด บริการทันตกรรมเป็นสิทธิประโยชน์บังคับของ SCHIP

รัฐบาลและหลายภาคส่วนได้ดำเนินการและเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหา สามารถกล่าวในหัวข้อใหญ่ดังนี้

ด้านกำลังคนและการบริการจัดการ

1. จำนวนทันตแพทย์ที่อยู่ในโครงการ Medicaid มีน้อย เนื่องจาก

- ปัญหาทางการเงิน Medicaid จ่ายค่าตอบแทนทันตแพทย์ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย Medicaid น้อยกว่าที่ควรจะได้รับ ทำให้ทันตแพทย์ถอนตัวหรือมีทันตแพทย์เข้าร่วมโครงการเป็นจำนวนน้อยมาก

มาตรการแก้ปัญหา

สมาคมทันตแพทย์แห่งอเมริกา (ADA) แนะนำให้เพิ่มเงินค่าตอบแทนทันตแพทย์ให้สูงขึ้น โดยหาค่าเฉลี่ยของค่าตอบแทนที่ควรให้โดยคำนวณโดยใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการให้บริการจากทันตแพทย์ส่วนใหญ่ที่ร่วมโครงการ ซึ่งมาตรการนี้ช่วยเพิ่มจำนวนทันตแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ ได้ ใน รัฐเซาท์แคโรไลนา เทนเนสซี มิชิแกน และ จอร์เจีย

- ความวุ่นวายเรื่องการบริหารจัดการเอกสาร การสมัครและเรียกเก็บเงินยุ่งยากทำให้ไม่จูงใจให้ทันตแพทย์ร่วมโครงการ

มาตรการแก้ปัญหา

- i. ดำเนินการ ระบบบริการที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย
 - ii. ทำสัญญาจ้างผู้รับเหมารายเดียวที่ทำหน้าที่จ่ายค่าตอบแทนให้ทันตแพทย์ภายใต้การให้บริการแบบไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และสามารถบริหารจัดการงานประจำแบบเบ็ดเสร็จ สำหรับโครงการรัฐ
 - iii. ทำสัญญาจ้างผู้รับเหมารายเดียว หรือ มากกว่านั้น เพื่อรับผิดชอบงานบริหารจัดการเฉพาะด้านและดำเนินโครงการ เช่น การจัดจ้างหรือรับสมัครทันตแพทย์ร่วมโครงการ การดูแลเรื่องการคงอยู่ของทันตแพทย์
- ปัญหาด้านการจัดการผู้ป่วย เช่นการนัด การให้คำแนะนำหลังการรักษา และการแนะนำการดูแลสุขภาพ

มาตรการแก้ปัญหา

บางมลรัฐจัดจ้างหน่วยงานหรือบริษัทเข้ามาทำหน้าที่ดูแลบริหารจัดการ อำนาจความสะดวกในการรับบริการ เช่น จัดหา พาหนะ ล่ามแปลภาษาทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยมักไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผิดนัดและเลื่อนนัด

● ประชาชนไม่รู้สิทธิ

มาตรการแก้ปัญหา

ให้ความรู้ประชาชนด้านวิธีการสมัครร่วมในโครงการ และวิธีการใช้บริการ⁽⁶⁵⁾

ปัญหาการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันตามกลุ่มประชากร

1. กลุ่มเด็ก

เด็กยากจนที่อยู่ในโครงการ Medicaid ได้รับบริการทันตกรรมป้องกันเพียง 1 ใน 5 ทั้งๆที่ โครงการให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุม ถึง อายุ 20 ปี ในบางรัฐมีเด็กกว่าร้อยละ 50 ที่ไม่ได้รับบริการเลย และ มีเพียงร้อยละ 29 ที่ ได้รับการบริการตามที่จำเป็น แต่ละมลรัฐดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันในเด็กโดยมีรูปแบบและชุดสิทธิประโยชน์ต่างกัน

มาตรการแก้ปัญหาสำหรับเด็กยากจนที่อยู่ในโครงการ Medicaid

- พัฒนากำลังคน เพราะอุปสรรคที่สำคัญในการเข้าถึงบริการ คือการขาดแคลนทันตแพทย์ที่ร่วมโครงการ Medicaid ซึ่งมาตรการในการเพิ่มทันตแพทย์จะได้กล่าวถึงในส่วนถัดไป
- สนับสนุนให้ให้บริการส่งเสริมป้องกันที่ดำเนินการในโครงการทันตกรรมโรงเรียน เช่น School based หรือ School linked
- ดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ ร่วมกับโครงการสุขภาพเด็กเล็ก ของรัฐบาลกลางโดยให้ความรู้ผู้ปกครองและส่งเสริมการรับบริการป้องกันอย่างสม่ำเสมอ
- บูรณาการการดูแลทันตสุขภาพเข้ากับการดูแลสุขภาพทั่วไปโดยกุมารแพทย์เช่น ให้มีการตรวจสุขภาพช่องปาก เมื่อเด็กมาพบกุมารแพทย์
- ตัวอย่างเช่น ในรัฐ นอร์ธแคโรไลนา โครงการ Medicaid ได้ดำเนินโครงการย่อย

ชื่อว่า “Into the Mouths of Babies” มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันฟันผุในเด็กเล็ก (Early Childhood Caries) ให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากแก่ผู้ปกครอง ค้นหาเด็กที่มีฟันผุตั้งแต่ระยะแรก และส่งต่อทันตแพทย์เพื่อการรักษา โดยโครงการจ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์ที่ร่วมโครงการ และกำหนดให้ทำ 3 การกิจ คือ

- i. ตรวจสุขภาพช่องปากเด็กโดยใช้แสงสว่างที่เพียงพอ ผ่ากอสเหง้า และกระจกส่องปากชนิดใช้แล้วทิ้ง

ii. บันทึกข้อมูลฟันหาย ฟันผุลงในแบบบันทึกที่แนบกับบันทึกข้อมูลการแพทย์ของเด็ก (แพทย์จะได้รับการอบรมเรื่องการบันทึกข้อมูลสุขภาพช่องปาก) และวิเคราะห์และบันทึกภาวะเสี่ยงต่อโรคฟันผุ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง

iii. ทาฟลูออไรด์วารินชิบนฟันให้เด็ก

- อบรมบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่ทันตบุคลากรให้สามารถตรวจคัดกรองเด็กที่มีฟันผุ และส่งต่อทันตแพทย์ได้เนื่องจากเด็กเข้าถึงบริการการแพทย์ทั่วไปมากกว่า และจากการศึกษาพบว่าแพทย์ที่ได้รับการอบรม สามารถตรวจคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่โครงการยังมีข้อก้ำกัในด้านการวินิจฉัยเพื่อส่งต่อ⁽⁶⁶⁾ วิธีนี้จะลดปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการเนื่องจากการขาดแคลนทันตแพทย์ได้ในระดับหนึ่ง และอย่างน้อยเด็กได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก

- ให้ความรู้ผู้ปกครองด้านวิธีการสมัครบุตรหลานร่วมในโครงการ และวิธีการใช้บริการ

- สนับสนุนหน่วยงานสาธารณสุขให้บริการทันตกรรมสำหรับเด็ก

แม้ว่าโครงการทันตสาธารณสุขจะยังไม่มีประสิทธิภาพ แต่ก็มีกลุ่มทันตแพทย์ของแต่ละรัฐร่วมกับหน่วยงานของชุมชนให้การสนับสนุนและบริการทันตสุขภาพสำหรับเด็กที่ขาดแคลนแบบลดราคาหรือไม่เก็บค่าบริการ จากการสำรวจของ ADA ปี 2000 พบว่า ร้อยละ 74.3 ของทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกเอกชนให้บริการผู้ป่วยที่ต้องอยู่กับบ้าน ผู้พิการ และผู้มีรายได้น้อย

- กิจกรรมรณรงค์บริการส่งเสริมป้องกันสำหรับเด็ก

นับตั้งแต่ปี 2003 เป็นต้นมา สมาคมทันตแพทย์อเมริกา เริ่มดำเนินโครงการระดับประเทศ ชื่อ Give Kids A Smile (GKAS)⁽⁶⁷⁾ โดยกำหนดให้มี วันหนึ่งในรอบปีที่ทันตแพทย์อาสาสมัครให้บริการ ให้ทันตสุขภาพ ตรวจคัดกรอง ทันตกรรมป้องกัน และทันตกรรมบูรณะแก่เด็กในพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งในแต่ละปี มีทันตแพทย์จำนวนมากทั่วประเทศเข้าร่วมกิจกรรมและให้บริการครอบคลุมเด็กจำนวนนับล้านคน

ในมลรัฐเท็กซัสและเวอร์จิเนียจัดตั้งองค์กร Mission of Mercy ออกหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ในเขตพื้นที่ห่างไกล

- จัดกิจกรรมให้ความรู้ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก หญิงมีครรภ์ ด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และผลกระทบของโรคในช่องปาก

- จัดรททันตกรรมเคลื่อนที่ให้บริการที่โรงเรียน ทำให้เด็กสูญเสียชั่วโมงเรียนน้อยกว่าการออกไปรับบริการนอกโรงเรียน อีกทั้งผู้ปกครองไม่ต้องลางานเพื่อพาเด็กไปรับบริการ

- ปัญหาการดำเนินโครงการเคลือบหลุมร่องฟัน

Healthy people 2010 ตั้งเป้าหมายไว้ว่า ร้อยละ 50 ของเด็กอายุ 8 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่แรก แม้ว่าการเคลือบหลุมร่องฟันได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่สามารถป้องกันฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความคุ้มค่าสูง^(68, 69) แต่ยังมีการใช้งานน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กยากจนและเด็กชนกลุ่มน้อย

(62) การเคลือบหลุมร่องฟันส่วนใหญ่ทำในคลินิกเอกชน ซึ่งเป็นสถานบริการที่เด็กและเยาวชนที่มีความเสี่ยงโรคฟันสูงเข้าไม่ถึงบริการ

ในสหรัฐ โครงการเคลือบหลุมร่องฟันมีการดำเนินงาน ใน 2 ลักษณะ คือ

School based program ที่การดำเนินการทั้งหมดทำในโรงเรียน ⁽⁵⁴⁾ School linked program ที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างโรงเรียน กับหน่วยบริการภายนอก โดยโรงเรียนทำการคัดเลือกนักเรียนและทำงานเอกสาร ส่วนคลินิกเอกชนหรือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นผู้ให้บริการเคลือบหลุมร่องฟัน และปัจจุบันมีการดำเนินโครงการเคลือบหลุมร่องฟัน อยู่ใน 23 มลรัฐ⁽⁵⁴⁾

มาตรการแก้ปัญหา

- ควรส่งเสริมกิจกรรมการเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียนเนื่องจากเด็กสามารถเข้าถึงบริการได้มาก⁽⁵⁴⁾
- ขยายงานให้เข้าถึงเด็กกลุ่ม Medicaid มากขึ้น
- สนับสนุนโครงการสาธารณะกุศล, เช่น Smiles Across America ที่ดำเนินงานขยาย โครงการป้องกันโรคในช่องปาก ของ School based หรือ School linked โดยมอบเงินและอุปกรณ์ อีกทั้งระดมทุนและประสานงานชุมชนและสร้างความตระหนักกับสื่อ โครงการนี้ครอบคลุม 530 โรงเรียน และ 90,000 คน และเคลือบหลุมร่องฟัน 170,000 ที่ ในแต่ละปี โครงการนี้บริจาคเงิน ปัจจุบันโครงการนี้ดำเนินการใน ชิคาโก มิชิโซต้า ลาสเวกัส เมน เวสต์เวอร์จิเนีย นิวยอร์กซิดดี ซานตาบาบารา/เวนทูรา แคลิฟอร์เนีย (CA). ได้รับทุนสนับสนุนจาก Ronald McDonald House Charities

ตาราง 14 สรุปผลการสำรวจเด็กที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในมลรัฐไอโอว่า ปี ค.ศ. 2004

	ทั้งหมด	เด็กในโครงการ รับอาหาร กลางวันราคา ถูกหรือฟรี	เด็กไม่อยู่ใน โครงการรับ อาหารกลางวัน ราคาถูกหรือฟรี	เด็กที่ไม่มี ประกัน ทันต สุขภาพ	เด็ก Medicaid or hawk-i	เด็กที่มีประกัน ทันตสุขภาพกับ บริษัทเอกชน
ร้อยละการ ได้รับการ เคลือบหลุม ร่องฟัน	39.9	32.3	41.3	33.3	33.0	41.0%

ดัดแปลงจาก Sealant Survey Report: FY04 Iowa Department of Public Health Oral Health Bureau (2004)⁽⁷⁰⁾

2 ผู้สูงอายุ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุซึ่งมีรายได้ลดลงและมีพันธุกรรมชาติเหลือในช่องปาก ทำให้ความต้องการบริการทันตสุขภาพสูงมากขึ้น แต่ประชากรกลุ่มนี้มีปัญหาในการเข้าถึงบริการเนื่องจาก อุปสรรคด้านการเงิน ปัญหาสุขภาพ

มาตรการแก้ปัญหา

- กำหนดหรือลดค่าใช้จ่าย พบว่า ผู้สูงอายุ ผิดำ ที่เข้าร่วมโครงการ Medicare waiver แบบพิเศษที่ครอบคลุมการบริการทันตสุขภาพ และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย มีการไปรับบริการทันตสุขภาพมากขึ้นเป็น 2 เท่า มากกว่าคนผิวดำ และเมื่อวิธีการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นไม่ว่า จัดให้มีสถานบริการใกล้บ้านหรือมีบริการรับส่ง ก็ช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพเช่นกัน

3. คนกลุ่มน้อยและคนยากจน

ชนพื้นเมืองอเมริกันเช่น อเมริกันอินเดียน และอลาสก้าได้รับบริการจากสถานบริการที่อยู่ในเขตอนุรักษ (Reserve area) โดยทันตแพทย์สังกัด Indian Health Services ของ DHHS เป็นผู้ให้บริการ ชาวอเมริกันเชื้อสายสเปน และลาตินมีการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันน้อยที่สุด⁽⁷¹⁾ แต่ผู้ที่มีภาระประกันสุขภาพจะเข้าถึงบริการมากขึ้น^(72, 73) ปัญหาการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพซึ่งรวมถึงบริการส่งเสริมป้องกันของคนกลุ่มนี้ คือ

ประชาชนขาดความรู้เรื่องทันตสุขภาพและขาดความตระหนักถึงการมีสุขภาพช่องปากที่ดีไม่รู้สิทธิของตนเองว่าสามารถได้รับบริการทันตสุขภาพแบบใด รวมทั้งไม่เข้าใจขั้นตอนการสมัคร และไปรับบริการ ขาดระบบจัดการและช่วยเหลือให้ประชาชนได้รับบริการ ทำให้เกิดปัญหาผื่นดบอยครั้ง บางครั้งมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในคลินิกบริการ ทำให้ทันตแพทย์ลำบากใจที่จะให้บริการ การต้องรอคิวยาว ทักษะคติเชิงลบต่อเชื้อชาติและการถูกสถานะทางสังคมของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้มารับบริการ ทำให้ผู้มารับบริการเกิดความรู้สึกเคารพตัวเองต่ำ (low self esteem)⁽⁷⁴⁾

มาตรการแก้ปัญหา

- แนะนำประชาชนถึงสิทธิและวิธีการสมัครเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพต่างๆ
- สร้างมาตรการหรือระบบวัดความมีประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการทันตกรรมประเภทต่างๆ
- ส่งเสริมงานวิจัยด้านวิธีการรักษาฟันผุเชิงประจักษ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา
- สร้างเสริมทัศนคติเชิงบวกให้แก่ผู้ให้บริการในการให้การรักษผู้ป่วยยากจน หรือด้อยโอกาส
- ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยด้านพฤติกรรมที่เหมาะสมในการใช้บริการ
- สร้างระบบเครือข่ายระดับชาติ ทำงานวิจัยด้านความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพช่องปาก มีการทำงานร่วมกันของหลายองค์กร เพื่อสร้างเครือข่ายชุมชนและก่อเกิดความสัมพันธ์ระยะยาว เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและหาคำตอบในการแก้ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพช่องปาก

4. ผู้ป่วย

ในแต่ละปี ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องแบกรับภาระผู้ป่วยจากทั่วโลก ซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาทันตสุขภาพอยู่แต่เดิม ส่วนใหญ่มีฟันผุและต้องการการรักษามาก บางคนไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเลย ผู้ป่วยควรได้รับการส่งเสริมป้องกันอย่างเร่งด่วนเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านทันตสุขภาพที่จะเกิดขึ้นกับเจ้าของประเทศในภายภาคหน้า⁽⁷⁵⁾

มาตรการแก้ปัญหา

- ให้มีการแนะนำการดูแลทันตสุขภาพโดยแพทย์ในการตรวจร่างกาย
- บูรณาการเรื่องทันตสุขภาพกับโครงการช่วยเหลือในการปรับตัว
- ติดตามเยี่ยมบ้านในเขตชุมชนผู้ป่วย

ปัญหาด้านอื่นๆ

1. การกระจายตัวของทันตแพทย์ ไม่มีทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบท

ร้อยละ 90 ของทันตแพทย์ในสหรัฐ เป็นทันตแพทย์เอกชนทำงานในสถานบริการขนาดเล็ก ส่วนใหญ่จะตั้งคลินิกในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการจ่ายค่าบริการจำนวนมากพอ จึงเป็นสาเหตุให้ ในบางพื้นที่ทั้งในเขตเมืองและชนบทอาจไม่มีคลินิกทันตกรรมเลยเนื่องจากทันตแพทย์คิดว่าเป็นพื้นที่ที่ไม่มีผู้มารับบริการ เขตพื้นที่ชนบท 2 ใน 3 จัดเป็นเขตพื้นที่ขาดแคลนทันตแพทย์

ประชาชนทั่วไปได้รับการบริการทันตสุขภาพจากทันตแพทย์เอกชน ซึ่งกว่า ร้อยละ 70 อยู่ในรูปแบบเวชปฏิบัติเดี่ยว

มาตรการแก้ปัญหา

- ศึกษาความต้องการและลักษณะของประชากรในพื้นที่ขาดแคลนทันตแพทย์ เพื่อหามาตรการที่เหมาะสม
- รัฐบาลควรให้ค่าตอบแทนที่จูงใจสำหรับทันตแพทย์ที่ทำงานในพื้นที่ขาดแคลน
- มีมาตรการในการเพิ่มจำนวนคนไข้เพื่อดึงดูดใจทันตแพทย์ให้เปิดสถานบริการในพื้นที่ขาดแคลน
 - โรงเรียนทันตแพทย์ต้องสร้างทักษะและทัศนคติที่ดีในการทำงานในชุมชน และสร้างความตระหนักถึงความต้องการในพื้นที่ขาดแคลน
 - การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบท มีการจัดบริการทันตปฐมภูมิในพื้นที่ซึ่งมีอัตราส่วนประชากรต่อทันตแพทย์ สูงกว่า 10000 : ศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง และผลิตทันตแพทย์เพิ่ม

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. สร้างรูปแบบการให้บริการสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของแต่ละพื้นที่

สมาคมทันตแพทย์แห่งอเมริกา (ADA) ได้เสนอแนะรูปแบบการให้บริการซึ่งประสบความสำเร็จในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ มีทั้งรูปแบบการทำงานในระดับรัฐและในระดับชุมชน เนื่องจากประเทศสหรัฐอเมริกามีความเป็นพหุลักษณะ มาก รัฐบาลกลางจึงเปิดอิสระให้องค์กรหรือทันตแพทย์สามารถเลือกใช้รูปแบบที่สนใจ ไม่ว่าจะเป็นการใช้งานอยู่แล้วหรือคิดค้นรูปแบบเอง พร้อมทั้งสามารถสอบถามและขอคำปรึกษาได้

2. งานวิจัยและการหาข้อมูลเชิงประจักษ์

มีงานวิจัยหาข้อมูลพื้นที่ที่ขาดแคลนทันตแพทย์ และ สาเหตุ การควบคุมคุณภาพในการบริการสุขภาพช่องปาก งานวิจัยที่สามารถบอกถึงชนิดของการบูรณะฟันที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด สามารถ ช่วยลดปัญหาการเข้าถึงบริการได้ เนื่องจากผู้รับบริการไม่ต้องมารับบริการซ้ำ ลดจำนวนครั้งของความต้องการเข้าถึงบริการมากขึ้น

การวัดคุณภาพการบริการโดยอาศัยรายงานหลักฐานด้านการประเมินเชิงระบบด้านประสิทธิภาพของเทคนิค การวินิจฉัย การป้องกันและการรักษาโรคฟันผุ รวมทั้ง โรคในช่องปากอื่นๆ เนื่องจากชนิดและจำนวนของการรักษาที่ทันตแพทย์พิจารณาให้แก่ผู้ป่วย แม้จะในผู้ป่วยคนเดียวกันมีความแตกต่างกันมากควรมีการศึกษาและหามาตรการในการจัดการให้บริการแบบเชิงประจักษ์เพื่อให้บริการอย่างเหมาะสมไม่มากหรือน้อยเกินไป

สร้างระบบเครือข่ายระดับชาติ ทำงานวิจัยด้านความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพช่องปาก มีการทำงานร่วมกันของหลายองค์กร เพื่อสร้างเครือข่ายชุมชนและก่อให้เกิดความสัมพันธ์ระยะยาว เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและหาคำตอบในการแก้ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพช่องปาก

3. มีการเก็บข้อมูลและสร้างฐานข้อมูลที่มีคุณภาพ

ประเทศสหรัฐอเมริกามีหน่วยงานหลายหน่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการศึกษารวบรวมข้อมูลทันตสุขภาพ National Institute of Dental and Craniofacial Research ได้ดำเนินการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศทั้งในกลุ่มเด็กนักเรียนและกลุ่มผู้ใหญ่ / ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ National Center for Health Statistics ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดของ CDC ยังทำการสำรวจและสัมภาษณ์เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากอยู่ในการสำรวจระดับประเทศหลายชุด ได้แก่ National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), National Health Examination Survey (NHES) และ National Health Interview Survey (NHIS) นอกจากนี้ยังมีการสำรวจอื่นๆ ที่ครอบคลุมประเด็นเกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก ได้แก่ Behavioral Risk Factor Surveillance System และ Youth Risk Behavior Surveillance System ในปัจจุบันมีฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากแบบเบ็ดเสร็จ online หลายแห่งที่สำคัญ คือ National Oral Health Surveillance System ของ CDC (ที่ website <http://www.cdc.gov/nohss/DSMain.htm>)

กลยุทธ์ มาตรการและกลไกการบริหารจัดการบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากเพื่อเพิ่มอัตรา การเข้าถึงบริการ ของประเทศสหราชอาณาจักร

1. หลักการในการจัดบริการ

รัฐดูแลให้ทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ ประชาชนทุกคนในประเทศมีสิทธิลงทะเบียนกับ NHS ซึ่งเป็นระบบบริการสุขภาพในประเทศสหราชอาณาจักร ที่บริหารจัดการโดยรัฐ ดูแลการให้บริการทันตสุขภาพ โดยหน่วยงาน NHS Dentistry

ประชาชนทุกคนต้องลงทะเบียน แต่ไม่จำเป็นที่ทันตแพทย์ทุกคนจะต้องลงทะเบียนกับ NHS เมื่อลงทะเบียน แล้วผู้ลงทะเบียนจะมีสิทธิได้รับการ เต็มรูปแบบภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดโดย ผ่าน NHS Dentistry ซึ่ง ระบบ NHS อาจแตกต่างกันเล็กน้อยใน สกอตแลนด์ เวลส์ และ ไอร์แลนด์⁽⁷⁶⁾

มีการปฏิรูประบบบริการทันตกรรมของ NHS ครั้งใหญ่ เมื่อ เมษายน 2006 เนื่องจากสาเหตุหลัก 3 ประการ คือ⁽⁷⁷⁾

1. การเข้าถึงบริการ

ระบบเดิม ทันตแพทย์เป็นผู้กำหนดที่ตั้งและขนาดของสถานบริการ และเมื่อทันตแพทย์จำนวนมากถอนตัว ออก ในปี 1990s ทำให้เกิดการขาดแคลนบริการในบางพื้นที่

2. ระบบนับจำนวนงาน

ในระบบการจ่ายค่าตอบแทนเดิม ทันตแพทย์ได้รับเงิน ตามจำนวนงานที่ให้บริการ fee-per-item system ทำให้เกิดการจูงใจให้มีการให้บริการชนิดที่คุ้มค่าและซับซ้อน โดยไม่จำเป็น

3. การเก็บค่าบริการจากผู้ป่วย

มีรายการแจกแจงถึง 400 รายการ สำหรับแต่ละประเภทบริการสร้างความสับสนให้ผู้ป่วย และไม่มีความ ชัดเจนว่ารายการใดเป็นของ NHS หรือ ของ เอกชน

2. ระบบการให้บริการ

โครงสร้างระบบบริการทันตสุขภาพพื้นฐานในประเทศสหราชอาณาจักร ประกอบด้วย⁽⁷⁸⁾

หน่วย General dental services : GDS ที่ตั้งโรงพยาบาลทั่วประเทศให้บริการโดยทันตแพทย์ ทั่วไป (General dental practitioner : GDS) และ ทันตแพทย์เฉพาะทาง (Dental specialist : DS) ให้บริการทันตกรรมในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

Community dental services :CDSs ให้บริการงานทันตกรรมในระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลและชุมชนในรูปของหน่วยเคลื่อนที่ ภายใต้การสนับสนุนดูแลและกำกับการปฏิบัติงานของ NHS Trust ให้บริการทันตกรรมกลุ่มที่มีความลำบากในการไปรับบริการที่ทันตแพทย์ประจำครอบครัว หรือทันตแพทย์ทั่วไป เช่น ผู้ด้อยทางเชาวน์ปัญญา ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่กับบ้านผู้ที่เจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจ CDS หลายแห่งรับเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเท่านั้น

หน่วย Dental Access Centres: DAC มีที่ตั้งกระจายทั่วประเทศ ให้บริการทันตกรรมในระดับปฐมภูมิ ให้บริการโดยทันตแพทย์ทั่วไป (General dental practitioner: GDP) ภายใต้การสนับสนุนดูแลและกำกับการปฏิบัติงานของ Primary Care Trust

หน่วย PCT

ในPCT มีทันตแพทย์ประจำรับเงินเดือน งานส่วนใหญ่เป็นงานบริหาร แต่ก็ให้บริการคนไข้ฉุกเฉิน คนไข้พิการ ด้อยโอกาส คนที่ต้องการการดูแลพิเศษ และบางครั้งให้บริการทันตกรรมนอกสถานที่ด้วย

หน่วยบริการโดยทันตแพทย์เอกชน

ซึ่งส่วนใหญ่ให้บริการทั้งคนไข้เอกชนและ คนไข้ NHS

หลังปรับโครงสร้าง NHS ในปี 2006 ปัจจุบัน PCTเป็นหน่วยงานที่ถืองบประมาณมีหน้าที่รับผิดชอบหลักในการบริหารจัดการและดูแล จัดหาสถานบริการทันตกรรมพื้นฐาน Primary care dental serviceให้บริการคนไข้ NHS ให้เพียงพอและเหมาะสมตามความต้องการ จัดหาทันตแพทย์หรือสถานบริการแหล่งใหม่ทดแทนกรณีแหล่งเดิมถอนตัว และมีอำนาจให้สถานบริการใหม่จัดตั้งในพื้นที่ขาดแคลน⁽⁷⁹⁾

ปัจจุบัน คนไข้ NHS ไม่จำเป็นต้องไปพบทันตแพทย์ทุกอย่างน้อย 15 เดือนเพื่อคงสภาพการเป็น คนไข้ NHS แต่ขึ้นกับดุลยพินิจของทันตแพทย์ในการ เรียกตรวจฟันตามสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยแต่ละรายไป⁽⁷⁹⁾

3 รูปแบบการให้บริการทันตกรรมและส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

ทันตแพทย์สามารถให้บริการผู้ป่วยแบบเอกชน หรือ ผู้ป่วย NHS ซึ่งส่วนใหญ่จะให้บริการผู้ป่วยทั้งสองประเภท แต่จะจำกัดจำนวนผู้ป่วย NHS ที่ต้องดูแล ไม่สามารถรับเกินจำนวน

ขอบเขตบริการทันตกรรมของ NHS จะครอบคลุมการรักษาเท่าที่จำเป็น

เมื่อไปใช้บริการทันตแพทย์จะให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเลือกรูปแบบบริการ แบบ เอกชน (PRIVATE) หรือ NHS หรือร่วมกันทั้ง 2 แบบ แล้วแต่จะตกลง เช่น การซูดหินน้ำลาย ผู้ป่วยใช้ สิทธิ ของ NHS แต่ถ้าต้องการเพิ่มการ อุดฟันหลังด้วยวัสดุสีเหมือนฟัน หรือ ฟอกสีฟัน ผู้ป่วยจะใช้สิทธิ NHS ไม่ได้ ต้องใช้แบบเอกชนและจ่ายค่าบริการตามอัตราเอกชน

ประชาชนสามารถสอบถามรายชื่อคลินิกที่รับคนไข้ NHS เพื่อลงทะเบียนเป็นคนไข้ได้จาก PCT ในเขตที่ตนอาศัย และสามารถรับบริการทันตกรรมได้จาก สถานบริการ คลินิกทั่วไป GDS และ PDS

ราคาค่าบริการของ NHS รัฐเป็นผู้กำหนด ส่วนค่าบริการของเอกชนต่างกัน สถานบริการจะกำหนดนับตั้งแต่ 1 เมษายน 2008 NHS กำหนดค่ารักษา เป็น 3 bands (เดิมมี 400 รายการ และผู้ป่วย NHS ทั่วไป ต้องชำระ ร้อยละ 80 ของค่ารักษา)⁽⁸⁰⁾ จ่ายตามการรักษาครั้งเดียว แม้ว่าต้องรักษาหลายครั้ง ผู้ป่วยต้องชำระค่าบริการทั้งหมดหรือบางส่วนก่อนเริ่มการรักษา อัตราค่าบริการมีดังนี้⁽⁸¹⁾

ü Band 1 course of treatment £15.90

ครอบคลุมการตรวจ วินิจฉัย ถ่ายภาพรังสี ให้คำแนะนำการป้องกันปัญหาในอนาคต ขูดหินน้ำลาย ขัดฟัน การรักษาดูฟัน

ü Band 2 course of treatment £43.60

ครอบคลุม รายการใน Band 1 และรวม อุดฟัน รักษารากฟัน ถอนฟัน

ü Band 3 course of treatment £194.00

ครอบคลุม รายการใน Band 1 และ Band 2 รวมทั้ง ครอบฟัน ฟันปลอม สะพานฟัน

งานบริการทันตกรรมเฉพาะทาง

ทันตแพทย์ GP เป็นผู้ส่งต่อคนไข้ให้ทันตแพทย์เฉพาะทางซึ่งอยู่ในโรงพยาบาลหรือคลินิกบางแห่ง

สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมให้กลุ่มอายุต่าง ๆ

HC11 Help with Health Cost. (January 2002) ระบุว่าผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมฟรีทุกชนิด บริการมีคุณสมบัติดังนี้⁽⁸²⁾

1. กลุ่มเด็กตั้งแต่แรกเกิด จนถึง 18 ปี
2. ผู้ที่มีอายุ 16-18 ปี ที่อยู่ระหว่างการศึกษา
3. หญิงที่ตั้งครรภ์ และหญิงมีเพ็ชคลอดบุตรภายในไม่เกิน 12 เดือน ก่อนเริ่มการรักษา
4. ผู้ป่วยในของ NHS ที่ได้รับการรักษาโดยทันตแพทย์ NHS
5. เป็นผู้ที่มียาได้น้อยบางกลุ่ม ที่ได้รับความช่วยเหลือด้านค่ารักษา ได้แก่ ผู้ที่ตนเองหรือคู่สมรสมี

คุณสมบัติต่อไปนี้ ได้แก่ ผู้ได้รับเงินช่วยเหลือรายเดือน ผู้ที่กำลังหางานทำ

ผู้ที่ได้รับการยกเว้นภาษี ผู้ได้รับเงินบำนาญ ผู้ถือบัตร HC2 ผู้ถือบัตร HC3 (ได้รับการช่วยค่ารักษาบางส่วน)

รูปแบบการให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

รูปแบบของการให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน ไม่ชัดเจนมากนัก ส่วนใหญ่เน้นที่กลุ่มเด็ก ร่วมกับโครงการสุขภาพต่างๆ เช่น

National Service Framework (NSF) for children young adult and maternity เล็งเห็นว่าสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับสุขภาพร่างกาย มีนโยบายให้ PCT ดูแลให้คนกลุ่มนี้เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอดให้ได้รับการดูแลที่ดีทั้งด้านสุขภาพและสังคม มีการจัดบริการให้เด็กดังนี้

โครงการ Sure start: SS

เป็นโปรแกรมของรัฐในการสนับสนุนและส่งเสริมเด็กให้ มีโอกาสในชีวิตอนาคตที่ดี ผ่านการสนับสนุนของครอบครัว การเลี้ยงดู การมีสุขภาพดี และการเรียนรู้ตั้งแต่วัยเยาว์ ปัจจุบันมีมากกว่า 500 โปรแกรมมุ่งเน้นชุมชนที่ยากจน และต้องการพัฒนาการบริการในท้องถิ่นที่ดีสำหรับครอบครัวที่มีบุตรอายุน้อยกว่า 4 ปี และผู้ที่เกี่ยวข้อง มีการส่งเสริมทันตสุขภาพเข้าสู่ SS Program ในพื้นที่ที่มีปัญหา

มีการตรวจสุขภาพช่องปากเด็กเมื่ออายุครบ 9 เดือน แจกแปรงสีฟันและยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ให้ผู้ปกครอง และแจกเอกสารข้อมูล

ตัวอย่างเช่น ในปี 2001 หน่วยงานส่งเสริมทันตสุขภาพใน ร่วมกับ SURE START ใน TELFORD และ OSWESTRY ในการปรับปรุงสุขภาพช่องปากของเด็ก คณะทำงานประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานส่งเสริมทันตสุขภาพ ผู้เยี่ยมบ้าน และเจ้าหน้าที่ จาก Sure Start เริ่ม โครงการ 'Start Smiling' project ดำเนินงานโดยส่งเสริมการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์และช่วยเหลือเด็กในการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่อง ใช้เงินสนับสนุนจาก Sure Start จัดซื้อแปรงสีฟันและยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ให้ผู้ปกครองเด็กสมัคร มอบด้วยหัดดีมเพื่อส่งเสริมการเลิกลดนมโดยเร็ว ส่งเสริมการเลิกลดนมและการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยแจกเอกสารข้อมูลและสูตรอาหารสำหรับเด็ก จัดการอบรมการทำอาหาร การจับจ่ายซื้ออาหาร และการจัดการค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ปกครอง และปู่ย่าตายาย เพื่อลดการบริโภคน้ำตาลและเพิ่มการรับประทานผักและผลไม้ ต่อมา มีการให้เงินอุดหนุนสถานบริการทันตกรรมให้เด็กกลุ่มนี้เข้าถึงบริการ คณะทำงานร่วมมือกันสร้างความตระหนักให้ชุมชนและเด็กเห็นคุณค่าของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี และเปลี่ยนจากการรักษามาเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพช่องปากให้ ต่อมาในปี 2004 ผลการสำรวจพบว่า เด็กอายุ 5 ปี มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด⁽⁸³⁾

โครงการ Brushing for Life

ผู้ปกครองของเด็กเล็กได้รับการแจกแปรงสีฟันและยาสีฟันจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เยี่ยมศูนย์เด็กหรือ health centre PCTเป็นผู้จัดซื้อ

โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน

ในอดีต การบริการของ Community Dental Services (CDS) ได้รับงบประมาณจากโรงเรียน ให้ตรวจคัดกรองเด็ก 3 ครั้ง ตลอดช่วงการเป็นนักเรียน ปัจจุบันมีการทำน้อยมากเนื่องจากต้องให้ผู้ปกครองยินยอมก่อน ซึ่งไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร

การให้ทันตสุขภาพศึกษาในชุมชน

Oral Health Promoter จะไปเยี่ยมนักเรียนในโรงเรียน (ไม่รวมโรงเรียนเอกชน) หรือ บางครั้งที่ โบสถ์หรือมัสยิด หรือศูนย์บริการชุมชน ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก การไปพบทันตแพทย์ และแจกเอกสารแนะนำ นอกจากนี้ Oral Health Promoter มีหน้าที่ให้คำแนะนำและฝึกอบรม Health visitors ในการดำเนินงาน โครงการ Brushing for life

การรณรงค์ดับริโคทยาสูบ

ดำเนินงานโดยหน่วยงาน Smoking Cessation Organisation และ Oral Health Promoter มีหน้าที่ในการให้คำแนะนำที่ศูนย์บริการชุมชน

การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก

รัฐบาลมีคู่มือแนะนำให้ทันตแพทย์ตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ในผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก หรือดื่มสุราจัด แต่ไม่ได้จัดเป็นข้อกำหนดบังคับในสถานบริการ ไม่มีข้อมูลทางสถิติแสดงระดับความร่วมมือของทันตแพทย์

การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

ดำเนินการโดย CDS หรือ GDS ที่สนใจ จะทำการตรวจในบ้านพักคนชราเท่านั้น

4. ปัญหาการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากและมาตรการเพิ่มการเข้าถึงที่พบในปัจจุบันของประเทศสหราชอาณาจักร

ระบบ NHS ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่เข้าถึงบริการ อัตราการเกิดฟันผุลดลงอย่างมากแต่ยังคงมีประชาชนที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ⁽⁸³⁾ สุขภาพช่องปากของประชาชนบางกลุ่มยังไม่ดี โดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาส

กลุ่มที่มีปัญหาในการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ คือ

1. กลุ่มเด็ก 0-5 ปี

สาเหตุที่ทำให้เด็กกลุ่มนี้เข้าไม่ถึงบริการทันตกรรม คือ ผู้ปกครองบางส่วนไม่ทราบว่าสิทธิรับบริการทันตกรรมฟรี จาก NHS

มาตรการแก้ปัญหา

จัดโครงการ ส่งเสริมสุขภาพและสังคม เช่น Sure Start และประชาสัมพันธ์สิทธิและวิธีการรับบริการจาก NHS

2. คนต่างชาติที่อพยพย้ายถิ่นเข้ามาในประเทศอังกฤษ

มาตรการแก้ปัญหา

หน่วยงานด้านสุขภาพร่วมมือกับบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครค้นหาความต้องการบริการสุขภาพพื้นฐานโดยเฉพาะในกลุ่มที่เพิ่งอพยพและพูดภาษาอังกฤษไม่ได้ หน่วยงานสุขภาพอบรมอาสาสมัครสุขภาพที่พูดได้ 2 ภาษาเพื่อให้บริการได้มีประสิทธิภาพและทั่วถึง

- จัดระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
- จัดหาลำมเพื่อช่วยสื่อสารระหว่างการรักษา อาจเป็นเด็กซึ่งเป็นบุตรหลานของผู้อพยพที่พูด 2 ภาษา และ จัดทำคู่มือให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
- เจ้าหน้าที่ควรให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพช่องปาก สิทธิด้านสุขภาพและการเข้าถึง NHS ตั้งแต่แรกอพยพเข้าประเทศ

3. ผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ และผู้สูงอายุ⁽⁸⁴⁾

เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและสภาพร่างกาย หรือ ผู้ที่มีสภาวะความเจ็บป่วยทางกายหรือจิต รวมถึงคนชราที่อาศัยในบ้านพักส่วนตัว ที่มีความเสี่ยงของโรคในช่องปากหรือเกิดความยุ่งยากในการดูแลสุขภาพช่องปาก^(85, 86) ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันน้อยเนื่องจากข้อจำกัดทางสุขภาพ⁽⁸⁷⁾ HDS CDS และ GDS ควรทำงานร่วมกันในการให้บริการทันตสุขภาพแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรับบริการ

มาตรการแก้ปัญหา มาตรการที่สมาคมดูแลผู้พิการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง⁽⁸⁴⁾ ได้เสนอแนะคือ

- สถานบริการควรเป็นชั้นล่างเพื่อให้เข้าถึงสะดวก จัดให้มีที่จอดรถใกล้ทางเข้า มีทางลาดสำหรับรถเข็น
- พัฒนาและใช้กลวิธีที่สามารถชี้ตัวผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่ไปรับบริการที่สถานบริการทางการแพทย์ใดๆ เพื่อจะได้ให้การดูแลสุขภาพช่องปากได้ทันท่วงที
- มีการทำงานเชิงรุก ในการติดตามดูแลผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ เน้นบริการทันตกรรมป้องกันโดยบูรณาการกับการรักษาทางการแพทย์ ให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน อย่างสม่ำเสมอ มีการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นระยะ
- เพิ่มทักษะของทันตบุคลากรในการให้บริการทันตกรรมในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลพิเศษ ให้ตอบสนองต่อความต้องการ รวมถึงการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และต้องมีการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานสุขภาพอื่นๆ
- เน้น TARGETED POPULATION APPROACH โดยมี มาตรการและการดำเนินงานในการที่จะคงสภาพสุขภาพะที่มีอยู่และพัฒนากลุ่มที่ต้องการปรับปรุง รัฐจึงมีมาตรการแก้ไขทั้งในเชิงระบบบริหารจัดการและ ใช้แนวทางการทำงานเชิงรุกส่งเสริมป้องกันในกลุ่มที่จำเป็น เพื่อให้ได้ผลที่ยั่งยืน

มาตรการแก้ปัญหาเชิงระบบและการบริการจัดการ

การปรับระบบ NHS Dentistry

การปรับระบบ NHS ทำให้เกิดผลดีต่องานส่งเสริมป้องกันหลายด้าน⁽⁷⁷⁾

PCT สามารถจัดบริการทันตกรรมให้เหมาะสมกับความต้องการของคนในชุมชนและมียุทธศาสตร์ให้สถานบริการให้บริการทันตกรรมป้องกันที่ได้ผลเชิงประจักษ์มากขึ้น (EVIDENCE BASED PREVENTIVE DENTAL SERVICES)

- ทันตแพทย์ที่ให้บริการคนไข้ NHS มีจำนวนมากขึ้น เนื่องจากเดิมมีทันตแพทย์เข้าร่วม NHS น้อยเนื่องจากความยุ่งยากของการเข้าร่วมโครงการแต่หลังจากปรับระบบทำให้จำนวนทันตแพทย์เพิ่มขึ้น
- เดิมค่าบริการของ NHS: ซับซ้อน ปัจจุบันปรับระบบคิดค่าบริการแค่ 3 ระดับ ทำให้ลดความสับสน
- รูปแบบการจ่ายค่าบริการแบบตามรายการรักษาทำให้ทันตแพทย์ให้การรักษามากเกินความจำเป็น คาดว่าเมื่อเปลี่ยนเป็น การจ่ายรายหัว (CAPITATION) จะทำให้ทันตแพทย์ให้บริการเฉพาะที่จำเป็นและเพิ่มบริการส่งเสริมป้องกันมากขึ้น
- ระบบ NHS ใหม่มีสถานบริการและทันตแพทย์เข้าร่วมมากขึ้น อนุมานได้ว่าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันมากขึ้น

พัฒนารูปแบบการดำเนินการให้บริการทันตสุขภาพ

ในพื้นที่ที่มีปัญหาทันตสุขภาพสูง และประชาชนมีข้อจำกัดเข้าไม่ถึงบริการของ GDS ในลักษณะโครงการนำร่องที่เรียกว่า Personal Dental Service เป็นโครงการนำร่อง 3 ปี (1998 - 2000) ตามแผนที่ระบุใน NHS (Primary care) Act 1997 โดย HA ทำงานร่วมกับ ทันตแพทย์และ NHS trust ร่วมกับ Community dental service ของ GDS มีลักษณะการให้บริการดังนี้

1. ทำงานใน "Drop in centres" เป็นบริการที่สะดวกและรวดเร็วตามเวลาที่กำหนด โดยต้องมีระบบนัดหมาย
2. เป็นบริการที่กระตุ้นให้ประชาชนมาลงทะเบียนและได้รับบริการที่มีคุณภาพ
3. เป็นบริการโดยบุคลากรที่มีทักษะบริการที่หลากหลาย (Skill-mix)
4. บางพื้นที่อาจมีบริการเฉพาะทางที่จำเป็น เช่น การจัดฟัน
5. บริการใน PDS เป็นบริการที่เน้นลดช่องว่างระหว่างบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ(88) ตัวอย่าง เช่น โครงการ PDS ของ East London หลายแห่งดำเนินการให้บริการโดย Dental therapists ในพื้นที่มีปัญหาทันตสุขภาพและขาดแคลนกำลังคน ซึ่งให้บริการโดยเน้นในกลุ่มเด็กเป็นสำคัญ

การแก้ปัญหาโดยวิธีการดำเนินโครงการ

ซึ่งมีหลายโครงการที่น่าสนใจ เช่น

โครงการการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มเด็กเล็ก

การจัดบริการให้สนองความต้องการที่กลุ่มเด็ก ใช้หลักการบูรณาการกิจกรรมสุขภาพต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีหลักการทำงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในกลุ่มเด็ก คือ การผสมผสานงาน 2 ด้าน คือ

1. มาตรการกระตุ้น
2. มาตรการให้ความรู้ โดยมีแนวทางการดำเนินการส่งเสริมป้องกัน ได้แก่

การส่งเสริม ป้องกันตั้งแต่กลุ่มหญิงมีครรภ์ (ANC)

การใช้วัสดุอุดสีเหมือนฟัน Glass Ionomer (GI)

ให้บริการผสมผสานในชุมชนโดยใช้บุคลากรที่มีลักษณะ Multi-disciplinary approach เพื่อค้นหากลุ่มที่เสี่ยงมีฟันผุสูง การใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรอง และการใช้พนักงานเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้พ่อแม่

1. NHS เสนอให้ HA, HAZ และ HLC พัฒนาชุดการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก ให้ครอบคลุมกิจกรรมการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และการตรวจฟันสม่ำเสมอ

2. จัดโครงการกระตุ้นให้เด็กได้รับการลงทะเบียน เน้นเฉพาะในพื้นที่ที่เด็กได้รับการไม่ครอบคลุมตัวอย่างเช่น โครงการ The MANCIT project Health visitor ได้รับการอบรมการส่งเสริมทันตสุขภาพ ให้กับครอบครัวและเยี่ยมเด็กที่บ้านในช่วงอายุต่าง ๆ ดังนี้

- ช่วงอายุ 8 เดือน เพื่อให้คำแนะนำการดื่มนมจากแก้วแทนขวด และการทำความสะอาดช่องปาก
- ช่วงอายุ 18 เดือน ให้ชุดแปรงฟัน และสอนการแปรงฟัน
- ช่วงอายุ 3 ปี ให้ชุดแปรงฟันชุดที่ 2 และสอนการแปรงฟัน

3. ดำเนินโครงการ PDS ในพื้นที่มีเด็กได้รับการไม่ครอบคลุม

4. การขยายการดูแลทันตสุขภาพ สู่กลุ่มเป้าหมายเด็กและคนแก่ อย่างกว้างขวาง โดยการประสานการดำเนินงานกับ Health Action (HAZ), Health Living Centres (HLC), Health improvement programmers (HIP), Sure start (SS)

โครงการ The national healthy school standard

กำหนดให้โรงเรียนดำเนินงานโดยตระหนักถึงการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ จัดให้มีอาหารที่ดีต่อสุขภาพในเครือข่ายหยุดเหรียญ ร้านค้า อาหารของโรงเรียน ให้ข้อมูล ส่งเสริมและเฝ้าติดตาม ในช่วงเวลารับประทานอาหาร และสอดแทรกเนื้อหาเรื่องการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพในหลักสูตร

โครงการ School fruit and vegetable scheme,

กำหนดให้เด็กอายุ 4-6 ปี ในโรงเรียนเด็กเล็กและโรงเรียนประถมในเขตพื้นที่การศึกษาได้รับผลไม้ 1 ชิ้นฟรีทุกวัน

โครงการพัฒนาทันตสุขภาพของคนต่างชาติ

โดยการอบรมผู้หญิงในครอบครัวคนต่างชาติ ให้ดูแลทันตสุขภาพของคนในครอบครัว เป็น Training package ในการส่งเสริมทันตสุขภาพในบางพื้นที่ เช่น เขต East London HA ได้มีโครงการพิเศษช่วยให้กลุ่มนี้ได้เข้าถึงบริการทันตสุขภาพ และรัฐ โดย National Transcultural Oral health Center ที่ Eastman Dental Institute ได้พัฒนาชุดการให้บริการ เพื่อพัฒนาทีมให้บริการแก่คนกลุ่มนี้

โครงการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ดื่มสุรา

โดยจัดทำแผนรณรงค์ผ่าน Media Campaign 3 ปี ตั้งแต่ 1998

โครงการ 5 A DAY

มุ่งเน้นให้ประชาชนบริโภคผักและผลไม้มากขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ และมะเร็งบางชนิด ได้รับเงินสนับสนุนจาก Big Lottery Fund

ตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก

รณรงค์ให้ทันตแพทย์ตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก

เลิกสูบบุหรี่

เพิ่มทักษะการให้บริการส่งเสริมป้องกันการเลิกสูบบุหรี่

เพิ่มทักษะและฝึกอบรมทันตบุคลากร

- S** เพิ่มทักษะของทันตบุคลากรในการให้บริการส่งเสริมป้องกัน ให้ตอบสนองต่อความต้องการ รวมถึงการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และต้องมีการร่วมมือกันระหว่างหลายหน่วยงานทันตกรรมในชุมชน LDPS เชื่อมโยงการพัฒนาสุขภาพช่องปากเข้ากับการพัฒนาสุขภาพด้านอื่นๆ

ตัวอย่าง เช่น

การเคลือบฟลูออไรด์วารินิช กองทันตสาธารณสุขได้ร่วมกับ British Association for the study of Community DENTISTRY พัฒนาแนวทางการให้บริการทันตกรรมป้องกันตามหลักข้อมูลเชิงประจักษ์ เช่น PCT ที่ Kirkless กำหนดให้ทันตแพทย์ ทาฟลูออไรด์วารินิชให้ผู้ป่วยเด็กที่มาใช้บริการเพื่อลดการเกิดฟันผุ และมีโครงการทดลอง 2 ปี ในเมือง Batley ซึ่งมีอัตราการเกิดฟันผุสูงที่สุดในประเทศ กำหนดให้ทันตแพทย์ทาฟลูออไรด์วารินิชให้ผู้ป่วยเด็กอายุ 3 ปีที่มารับ

บริการตรวจสุขภาพช่องปาก ร่วมกับให้คำแนะนำการแปรงฟันและการดูแลความสะอาดช่องปาก เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มการรักษาประเภท ที่ 1 (Band 1 course of treatment)⁽⁷⁷⁾

การวิจัยและพัฒนา

เน้นงานวิจัยด้านประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของงานบริการทันตกรรมที่สามารถช่วยลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ ศึกษาผลกระทบของสุขภาพช่องปากในด้านการพัฒนาสุขภาพ

แนวทางให้บริการทันตกรรมที่ช่วยสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแห่งชาติ (Oral Health Plan for England) โดย Department of Health⁽⁸³⁾ มี 7 ประเด็น คือ

1. การส่งเสริมจากชุมชน (Community support)

การให้การบริการทันตกรรมป้องกันแบบดั้งเดิมอาจทำให้ช่องว่างด้านสุขภาพระหว่างคนรวยและคนจนเพิ่มขึ้น การสร้างสุขภาพช่องปากแบบยั่งยืนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ความร่วมมือกัน ระหว่าง การปกครอง การศึกษา บุคลากรสาธารณสุข ประชาชนและอีกหลายภาคส่วน แม้ว่าเป็นกระบวนการที่ใช้เวลาแต่ บุคลากรสาธารณสุข เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนส่งเสริมให้เกิดความเคลื่อนไหวของชุมชน

2. การทำงานแบบบูรณาการ (Integrated working – common risk approach) เป็นแนวทางการทำงานเพื่อลดการทำงานซ้ำซ้อน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจ เส้นโลหิตแตกในสมอง โรคเมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคในช่องปากต่างมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคร่วมกัน สามารถดำเนินการส่งเสริมป้องกันร่วมกันได้

3. การรักษาแบบมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based practice) ควรศึกษาหาวิธีการรักษาทางทันตกรรมที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

4. The targeted population approach คือการระบุชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อโรคสูง แล้วจึงใช้ Population strategies ในกลุ่มเฉพาะนี้ วิธีนี้สามารถใช้ได้ทั้งการจัดการปัญหาสุขภาพและนโยบายทางสังคม เช่นการจัดระเบียบชุมชนที่อยู่อาศัย

5. ทำงานอย่างมีความสอดคล้องกันระหว่างบริบททุกด้าน (Complementary action) งานวิจัยจำนวนมากชี้ชัดว่าการให้รู้ศึกษาเพียงลำพังไม่สามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน และก่อผลกระทบน้อยในการลดช่องว่างด้านสุขภาพในสังคม องค์การอนามัยโลก แนะนำให้ใช้วิธีการหลากหลายร่วมกัน โดยยึดตาม กฎบัตรออกตาวา

6. การร่วมมือกันกับหน่วยงานภายนอก (Partnership) นโยบายหลักด้านสาธารณสุข ของรัฐคือการประสานความร่วมมือกัน ใน หน่วยงาน NHS และหน่วยงานภายนอก เพื่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการสอดคล้องกับการใช้ common risk factor approach

7. พัฒนาระบบการประเมินและเฝ้าระวัง (Evaluation) การประเมินเป็นสิ่งสำคัญมากในการให้บริการ จึงควรจัดงบประมาณอย่างเพียงพอและใช้วิธีที่เหมาะสมในการประเมิน และควรประเมินทั้งวิธีการดำเนินงาน และผลลัพธ์ และควรจัดอบรมและให้การสนับสนุนแก่บุคลากรเพื่อให้เกิดทักษะในการประเมินการทำงานของตน

คู่มือแนวทางการให้บริการทันตกรรมป้องกัน ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์

BASCD ได้จัดทำคู่มือแนวทางการให้บริการทันตกรรมป้องกัน ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับให้ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน PCT และทันตแพทย์ที่สนใจนำไปปฏิบัติ⁽⁸⁹⁾ ประกอบด้วย

1. ส่งเสริมการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี (Principles of toothbrushing for oral health)
2. เพิ่มการเข้าถึงฟลูออไรด์ (Increasing fluoride availability) ในรูปแบบต่อไปนี้ คือ ยาสีฟัน วารินิช การจ่ายยาสีฟันที่มีปริมาณฟลูออไรด์เข้มข้น การให้ยาเม็ดฟลูออไรด์เสริม น้ำยาบ้วนปาก
3. ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (Healthy eating advice)
4. ระบุรายการยาที่ปราศจากน้ำตาล (Identifying sugar-free medicines)
5. เสริมสร้างสุขภาพพอร์วยะปริทันต์ (Improving periodontal health)
6. แนะนำแนวทางการเลิกสูบบุหรี่ (Stop smoking guidance)
7. ให้การสนับสนุนการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Accessing alcohol misuse support)
8. ป้องกันการเกิดฟันกร่อน (Prevention of erosion) โดยให้คำแนะนำวิธีป้องกัน ให้การรักษาตามความเหมาะสม ซึ่งรวมถึงสาเหตุ เช่น เครื่องดื่ม อาหาร และสาเหตุภายนอกต่างๆ

กลยุทธ์ มาตรการและกลไกการบริหารจัดการบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากเพื่อเพิ่มอัตรา การเข้าถึงบริการ ของประเทศออสเตรเลีย

1. หลักการในการจัดบริการ

ระบบบริการสุขภาพช่องปากในออสเตรเลียเป็นระบบที่แยกส่วนออกมาจากระบบบริการสุขภาพมี แหล่งงบประมาณสนับสนุนจากเอกชน เช่น **health funds** และ หน่วยย่อยอื่นๆ ทำให้ ระบบบริการสุขภาพช่อง ปากของออสเตรเลียมีลักษณะผสมผสานกันระหว่างรัฐและเอกชน การบริการทันตกรรมส่วนใหญ่ใน ออสเตรเลียดำเนินการโดยภาคเอกชน และมีบางส่วนดำเนินการโดยภาครัฐ สถานบริการเอกชน มีสัดส่วนเป็น ร้อยละ 80 ของสถานบริการทั้งหมด ประชาชน ร้อยละ 40 มีประกันทันตสุขภาพ โดยรัฐจะให้บริการเฉพาะเด็ก และให้บริการ **Safety net service** สำหรับประชาชนด้อยโอกาส ในภาพรวมมีจำนวนสถานบริการจำนวนมากที่ ดำเนินงานเป็นเอกเทศไม่มีความเกี่ยวข้องหรือประสานงานกับระบบบริการสุขภาพเลย มีระบบประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าโดยกองทุนเดียว คือ **Medicare** ซึ่งไม่มีการบริการทันตกรรมรวมอยู่ด้วย⁽⁹⁰⁾

2. ระบบการให้บริการ

1. สถานบริการทันตกรรมเอกชน

ได้รับเงินสนับสนุนการดำเนินการจากภาคเอกชน ให้บริการสำหรับบุคคลทั่วไปที่มีหรือไม่มีประกันสุขภาพช่องปาก

2. สถานบริการทันตกรรมของรัฐ (Public dental services) แบ่งออกเป็น

§ คลินิกทันตกรรมโรงเรียน

§ คลินิกบริการบุคคลทั่วไป

แบ่งสถานบริการตามแหล่งงบประมาณอุดหนุน

§ สถานบริการทันตกรรมที่ดำเนินการโดยมลรัฐ

ได้รับการสนับสนุนทั้งทางตรงและทางอ้อมจาก รัฐบาลสหพันธรัฐในดำเนินการให้บริการทันตกรรมโครงการ หลักๆ ได้แก่ เด็กและผู้ใหญ่ที่ด้อยโอกาส โดยถ่ายโอนอำนาจให้ แต่ละมลรัฐและดินแดนได้อำนาจ

§ สถานบริการทันตกรรมของรัฐบาลสหพันธรัฐ (Commonwealth dental services)

รัฐบาลสหพันธรัฐ ได้ริเริ่มและสนับสนุนงบประมาณโครงการทันตกรรมโรงเรียน ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1974 และ **Commonwealth Dental Health Program** ปี ค.ศ. 1994 โดยรัฐบาลของแต่ละรัฐ และดินแดนอาณัติ เป็น ผู้ดำเนินการ ในปี ค.ศ. 1996 รัฐบาลสหพันธรัฐได้จัดจ่าย งบประมาณสำหรับ **Commonwealth Dental Health Program**

รัฐบาลสหพันธรัฐเกี่ยวข้องโดยตรงกับงานบริการสุขภาพช่องปาก ดังต่อไปนี้

- โครงการทหารผ่านศึกซึ่งมีประมาณ 300,000 คน
- งานบริการสุขภาพช่องปากของกองทัพและกองหนุน

- โครงการฝึกอบรมของมหาวิทยาลัย หลักสูตรสำหรับ ทันตแพทย์ นักทันตบำบัด ทันตอนามัยและนักบำบัดสุขภาพช่องปาก
- ช่วยเหลือด้านการเงินสำหรับยาที่ทันตแพทย์จ่ายตามกรอบยาที่กำหนด
- งานบริการสุขภาพช่องปากที่ให้บริการในสถานบริการการแพทย์สำหรับชาวอะบอริจินที่ได้รับงบประมาณจากรัฐบาลสหพันธรัฐ
- งานบริการสุขภาพช่องปากที่ให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐภายใต้ข้อตกลง the Australian Health Care Agreement
- งานศัลยศาสตร์ช่องปาก และงานทันตรังสีโดยทันตแพทย์เฉพาะทาง ภายใต้โครงการ Medicare
- งานโครงการปากแห้งเพดานโหว่
- งานบริการสุขภาพช่องปากบนหมู่เกาะคริสต์มาสและโคโค

บริการทันตกรรมของแต่ละรัฐและแดนอาณัติ

เริ่มในระยะแรกช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 การให้บริการจำกัดเฉพาะกลุ่มเด็กนักเรียน และค่อยๆ ขยายขอบเขตการบริการในปลาย 1960S โดยดำเนิน โครงการ school-based dental care ในบางรัฐ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ คือ นักทันตบำบัด ต่อมาในปี 1973.รัฐบาลสหพันธรัฐ ให้งบประมาณดำเนินโครงการ Australian School Dental Scheme ให้บริการครอบคลุมเด็กทุกคน แต่หลังจากนั้นได้ตั้งบส่วนนี้ รัฐบาลแต่ละรัฐและแดนอาณัติ จึงให้มีการจ่ายร่วม (co-pay) และขยายบริการครอบคลุมนักเรียนมัธยมศึกษา

บริการทันตกรรมทั่วไปสำหรับผู้ใหญ่ด้อยโอกาส

รัฐบาลของแต่ละรัฐและแดนอาณัติจำกัดงบประมาณการบริการทันตกรรมสำหรับผู้ใหญ่ที่ถือบัตร Concession card ที่ออกโดย Centrelink และผู้มีอำนาจเกี่ยวข้องส่วนใหญ่ออกข้อกำหนดให้ผู้ถือบัตรต้องร่วมจ่ายค่าบริการ ซึ่งแต่ละรัฐมีความแตกต่างกัน

3. รูปแบบการให้บริการทันตกรรม

3.1 สถานที่ในการให้บริการ

3.1.1 การบริการโดยภาคเอกชนให้บริการที่คลินิกเอกชน

ผู้รับบริการไม่ต้องขึ้นทะเบียน และจะมีหรือไม่มีประกันทันตสุขภาพก็ได้ ผู้ด้อยโอกาสมักเข้าไม่ถึงบริการของสถานบริการเอกชนเนื่องจากมีค่าบริการค่อนข้างสูง ค่าบริการโดยเฉลี่ยต่อชั่วโมง คือ Aus\$295 (มีช่วงราคาตั้งแต่ Aus \$200 ถึง Aus \$450) ⁽⁹¹⁾

3.1.2 การบริการของภาครัฐ

รัฐบาลของแต่ละรัฐให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชน ทั้งในรูปแบบงานประจำและฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ต้องการรับบริการฉุกเฉินจะได้รับการประเมินตามขั้นตอนมาตรฐานและรับนัดมารับบริการ ส่วนผู้ป่วยทั่วไปจะต้องเข้าคิวและรอรับการเรียกมารับบริการ โดยมีหน่วยงานเฉพาะทำหน้าที่จัดการคิวรอรับบริการ การให้บริการกระทำผ่านสถานบริการดังนี้

- โรงพยาบาลประจำรัฐ
- คลินิกทันตกรรมโรงเรียน
- รถบริการทันตกรรมเคลื่อนที่
- คลินิกชุมชน
- ศูนย์ท้องถิ่น Rural centre มีการจัดจ้าง ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนให้บริการ หรือโดยจัดจ้างทันตแพทย์เอกชนให้บริการ
- ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนให้บริการทันตกรรมที่เน้นชุมชนเป็นหลัก ณ คลินิกประจำ หรือคลินิกเคลื่อนที่ นอกจากนี้ยังออกให้บริการในโรงเรียนบางแห่ง สถานพักฟื้น และบ้านพักคนชรา บางครั้งอาจจ้างทันตแพทย์เอกชนเป็นผู้ให้บริการ

สถานบริการหลักของภาครัฐ

สถานบริการทันตชุมชนของรัฐ (Public Community Dental services)

ให้บริการทันตกรรมฉุกเฉิน ทั่วไป และเฉพาะทาง สำหรับผู้ที่อยู่ในเกณฑ์ ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ ผู้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ หรือองค์กรทหารผ่านศึก บุตรของผู้ที่ถือบัตร Health care card การบริการจะผ่านหน่วยงานทันตสุขภาพของรัฐ เช่น ในรัฐวิกตอเรีย และคลินิกทันตกรรมของรัฐ ที่ตั้งอยู่ทั้งในเขตเมือง และ ชนบท นอกจากนี้ ยังให้บริการสำหรับ ผู้ที่ออกจากบ้านไม่ได้ ผู้ต้องการดูแลพิเศษ และ ผู้ที่อยู่ในสถานบริการรักษาระยะยาว ในกลุ่มเด็ก ผู้ว่างงาน ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ทหารผ่านศึก ชาวอะบอริจิน จะครอบคลุมการบริการอุดฟัน ชูดหินปูน ถอนฟัน ทันตกรรมป้องกันโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลของรัฐ

คลินิกทันตกรรมโรงเรียน

ให้บริการทันตกรรมพื้นฐานโดยไม่คิดมูลค่า แก่นักเรียนทุกคนตั้งแต่ชั้นเตรียมประถม ถึง เยียร์ 11 (เทียบเท่า มัธยมศึกษาปีที่ 5) หรือ เยียร์ 12 ในเขตชนบท การบริการเน้นงานทันตกรรมป้องกัน การให้ทันตสุขศึกษา และการรักษาโรคฟัน ตั้งแต่ระยะแรก ในรายที่จำเป็นจะส่งต่อเพื่อรักษายังทันตแพทย์เฉพาะทางเอกชน หรือ คลินิกทันตกรรมของรัฐในกรณีเด็กได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐ นอกจากนี้ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนและคลินิกทันตกรรมโรงเรียนบางแห่งตั้งอยู่ในอาคารเดียวกันแต่แท้จริงแล้วมีแหล่งงบประมาณ และรูปแบบการบริหารจัดการต่างกัน

3.2 รูปแบบการบริการเฉพาะกลุ่ม

บริการทันตกรรมสำหรับเด็ก

เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 12 ปี สามารถรับบริการทันตกรรมจากรัฐ ตามนัด และมีระยะห่างการนัดตามความจำเป็นของเด็กแต่ละคน และเด็กอายุ 13-17 ปีที่ยังอยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือถือบัตรผู้รับเงินช่วยเหลือ หรือถือบัตรสุขภาพ ได้รับบริการโดยไม่คิดมูลค่า

บริการทันตกรรมสำหรับผู้ใหญ่

ผู้ถือบัตรเกษียณ หรือถือบัตรสุขภาพและผู้พึ่งพิงบุคคลเหล่านี้ ที่อายุ มากกว่า 18 ปี สามารถรับบริการทันตกรรมจากรัฐ โดยต้องชำระค่าบริการครั้งละ Aus \$22 และสูงสุด Aus \$ 88 สำหรับการรักษาเต็มรูปแบบ ฟันปลอมราคาเฉลี่ยอันละ Aus \$ 105

บริการทันตแพทย์เฉพาะทาง

มีเฉพาะในโรงพยาบาล และคลินิกทันตกรรมชุมชนบางแห่ง ผู้ป่วยต้องได้รับการส่งต่อ และร่วมจ่ายค่าบริการ (co-payment) มูลค่าตามประเภทการรักษา

บริการทันตกรรมนอกเวลาทำการและกรณีฉุกเฉิน

บริการให้คำปรึกษากรณีฉุกเฉินทางโทรศัพท์นอกเวลาทำการเปิดให้บริการทุกวัน ตั้งแต่เวลา 18.30 น. ถึง 08.00 น. และมีบริการรักษาเฉพาะในกรณีเร่งด่วนจริงๆ

รูปแบบการให้บริการทันตกรรมและส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

National School Dental Program เป็นบริการทันตกรรมแบบเบ็ดเสร็จที่เน้นทันตกรรมป้องกันแก่นักเรียนประถมศึกษาจนถึงอายุ 15 ปี โดยไม่คิดมูลค่า ยกเว้นทันตกรรมจัดฟัน เน้นเรื่องการให้ทันตสุขศึกษา ทำความสะอาดฟัน ขูดหินปูน เคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน และการเย็บม้วน

4. ปัญหาการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพของออสเตรเลีย

แม้ว่าในช่วงสิ้นทศวรรษที่ 20 อัตราการเกิดฟันผุของเด็กและวัยรุ่นชาวออสเตรเลียจะลดลงมาก⁽⁹²⁾ และจัดได้ว่ามีสุขภาพช่องปากที่ดีที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่ใกล้เคียงกัน (93) เด็กชาวออสเตรเลียมีความสุขกับสภาวะช่องปากมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กของประเทศที่ใกล้เคียงกัน แต่ทว่าชาวออสเตรเลียวัยผู้ใหญ่กลับมีปัญหาสุขภาพเป็นอย่างมาก และเด็กที่มีฟันผุกำลังเพิ่มจำนวนมากขึ้น อีกทั้งยังมีประชาชนหลายกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการทันตกรรม⁽⁹⁴⁻⁹⁹⁾ ในเอกสารนี้จะกล่าวเฉพาะในส่วนของบริการส่งเสริมป้องกัน

ปัญหาของสุขภาพช่องปากที่พบได้แก่ เด็กและวัยรุ่นส่วนน้อยมีจำนวนฟันผุในช่องปากสูง ระยะเวลาเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กสู่วัยรุ่น เกิดขึ้นพร้อมกับความชุกของฟันผุและจำนวนฟันผุที่เพิ่มขึ้น มีประสบการณ์ฟันผุของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มียาได้น้อยลดลงน้อยมาก การคงอยู่ของฟันที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มคนที่ด้อยทางสังคม ทำให้มีการเพิ่มขึ้นของโรคฟันและโรคเหงือกซึ่งสะสมมาจากในช่วงต้นของชีวิต⁽²³⁾

- ประชาชนออสเตรเลีย ร้อยละ 40 เข้าไม่ถึงบริการทันตกรรม⁽¹⁰⁰⁾
- คนจนและคนด้อยโอกาสเข้าไม่ถึงบริการหรือเสี่ยงไม่ใช้บริการเนื่องจากปัญหาเรื่องค่ารักษา^(93, 97, 101)
- รัฐให้เงินสนับสนุนบริการทันตกรรมของรัฐน้อย⁽¹⁰²⁾ ในออสเตรเลียงานบริการทันตกรรมเป็นหนึ่งในกิจกรรมที่ได้รับความนิยมสนับสนุนน้อยที่สุด⁽⁹⁰⁾ ทำให้ภาระตกที่ประชาชน

ผู้ป่วยที่ไม่ได้ มีบัตร concession card ต้องจ่ายค่าบริการเอง ซึ่งค่าบริการทันตกรรมในออสเตรเลียไม่ได้ถูกควบคุมโดยรัฐ และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากหลายสาเหตุ เช่น การขึ้นราคาของสถานบริการเอง มีการใช้เทคโนโลยีราคาแพง และการขึ้นราคาที่สัมพันธ์กับกรรมวิธีป้องกันการติดเชื้อ ปี ค.ศ. 2006 อัตราค่าบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ถ่ายภาพรังสี ขูดหินน้ำลายและทำความสะอาดฟัน ในคลินิกเอกชนคือ AUS \$280 ค่ารักษาเหงือกติดเชื้อชนิดเฉียบพลัน AUS \$62 ค่าอุดฟันทั่วไป AUS \$120-140 ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้ที่ไม่สะดวกในการจ่ายค่าบริการ จึงเสี่ยงไม่ไปใช้บริการทันตกรรมป้องกันแต่จะไปใช้บริการเฉพาะเมื่อปัญหามีความรุนแรง⁽⁹⁴⁾ ในปี ค.ศ. 2002 ประชาชนออสเตรเลียส่วนใหญ่ ร้อยละ 47 ไปพบทันตแพทย์เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพช่องปาก ผู้ถือบัตรสุขภาพ (Health card holders) ซึ่งจัดเป็นกลุ่มด้อยโอกาส ต้องเผชิญปัญหาการรอคิวที่ยาวนานถึง 6 เดือน⁽⁹⁹⁾ และมีเพียง 1 ใน 5 ที่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบ 1 ปี^(103, 104)

- งานทันตกรรมป้องกันในโรงเรียนลดลง

แม้ว่ารัฐบาลของแต่ละรัฐและดินแดนอาณัติได้ขยายขอบเขตงานบริการทันตกรรมโรงเรียนไปถึงเด็กมัธยมศึกษา แต่สัดส่วนของเด็กนักเรียนที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและการรักษาผ่านโครงการนี้ ยังคงต่ำมาก มีเพียงเด็กร้อยละ 50 ได้รับการบริการทันตกรรมโรงเรียน⁽¹⁰⁵⁾ โดยเฉพาะในรัฐวิกตอเรียและนิวเซาท์เวลส์ (healthy mouth healthy life 2004) ทันตกรรมโรงเรียนยังไม่ครอบคลุมเด็กทุกคน โดยเฉพาะเด็กยากจนหรืออยู่ในพื้นที่ห่างไกล⁽¹⁰⁶⁾ นอกจากนี้ รัฐยังติดงบประมาณในการดำเนินงานทันตกรรมโรงเรียนลงทำให้มีการบริการน้อยลง⁽⁹⁹⁾

มาตรการการแก้ปัญหา

- รัฐบาลของออสเตรเลียได้สร้างเกณฑ์มาตรฐาน (benchmark) ในการวัดระดับการเข้าถึงบริการที่สร้างความพึงพอใจแก่คนทุกชนชั้นได้ทัดเทียมกัน⁽¹⁰⁴⁾ เงินอุดหนุนจากรัฐบาลต้องกันไว้ส่วนหนึ่งเพื่อใช้ในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และสำหรับโครงการที่มุ่งเน้นกลุ่มเสี่ยง รัฐบาลสหพันธรัฐควรเป็นผู้นำในการแก้ปัญหา รัฐสหพันธรัฐกับรัฐบาลของแต่ละรัฐต้องร่วมมือกันจัดตั้งวัตถุประสงค์งานทันตสาธารณสุขกำหนดบทบาทหน้าที่ และตกลงจัดสรรงบประมาณและมีนโยบายและมาตรการในการแก้ปัญหา นโยบายต่อไปนี้จะเสนอขึ้นโดยรัฐและผู้เชี่ยวชาญเพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการและโรคช่องปากกระตุ้นให้เกิดสมดุลระหว่างการป้องกัน และการรักษา เหมาะสมกับการบริหารงานทุกระดับ() ซึ่งในเอกสารนี้จะเสนอเฉพาะนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ โดยแบ่งตามกลุ่ม ดังนี้

§ เด็กและวัยรุ่น

§ ผู้สูงอายุ

§ ผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาสทางสังคม

§ ผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ

§ ชาวอะบอริจินและชาวช่องแคบทอร์เรส

เด็กและวัยรุ่น

เด็ก

เด็ก อายุ 5-11 ปีในแต่ละมลรัฐมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมโรงเรียน SDSอย่างหลากหลายในแต่ละมลรัฐ และแดนอาณัติ เด็กใน Northern Territory (ร้อยละ 87), Western Australia (ร้อยละ 78%) Queensland (ร้อยละ 72%) South Australia (ร้อยละ 69%) and Tasmania (ร้อยละ 60%) ใช้บริการ SDS ในการไปใช้บริการทันตกรรมครั้งล่าสุด ในขณะที่ เด็กใน New South Wales (38%), Victoria (ร้อยละ 45%) and ACT(ร้อยละ 44%) และเด็กส่วนใหญ่ใน 2 มลรัฐนี้ ใช้บริการคลินิกเอกชน

ü มีการประเมินความเสี่ยงโรคในช่องปาก และให้คำแนะนำการป้องกันโรค ในสถานบริการ ต่อไปนี้

- เมื่อเด็กไปรับการตรวจสุขภาพกับพยาบาลแม่และเด็ก
- ในการตรวจเยี่ยมบ้านในกลุ่มเสี่ยง

ü รักษาสุขภาพหรือขยายความครอบคลุมของงานทันตกรรมโรงเรียนเนื่องจาก สุขภาพช่องปากของเด็กกว่า ร้อยละ 50เสื่อมลงในช่วง 6-7 ปีที่ผ่านมา การเข้าถึงบริการของเด็กลดลง(107)

- เน้น งานทันตกรรมป้องกัน⁽⁹⁹⁾โดยมีการจัดการและประเมินความเสี่ยงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของเด็ก ซึ่งมีบางอย่างควรเริ่มต้นที่สุขภาพของมารดาและบุตร เด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยเรียน โดยเน้นให้เกิดพฤติกรรมป้องกัน หรือได้รับการป้องกัน แทนที่จะเป็นพฤติกรรมเสี่ยง
- ให้บริการอย่างสม่ำเสมอเพียงพอ โดยเฉพาะเด็กที่มีเศรษฐกิจฐานะต่ำ

- ปรับเปลี่ยนเป้าหมายของงานทันตกรรมโรงเรียนอย่างสม่ำเสมอและมีการจัดลำดับความสำคัญในการรักษาในกลุ่มนักเรียนเป้าหมาย ดังภารกิจให้กว้างโดยให้ครอบคลุมถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมด้วย
 - บูรณาการกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เช่น สันทนาการกีฬาและสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ เช่น การใส่เสื้อป้องกัน การดื่มเครื่องดื่มอัลกอฮอล์ และภาวะโภชนาการ
- ü** มีการร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ ภาคอุตสาหกรรม และสื่อ จำกัดการโฆษณาประชาสัมพันธ์อาหารหรือเครื่องดื่มที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพช่องปาก
- ü** ส่งเสริมแนวทางการทำงานที่สร้างสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมและเพิ่มความเข้มแข็งให้สุขภาพช่องปากในสถาบันการศึกษา เช่น ผ่านทางหลักสูตร โรงอาหาร หรือ ผู้ปกครอง
- ü** เพิ่มทักษะของทันตบุคลากรในการให้บริการทันตกรรมในเด็กและวัยรุ่น และอบรมบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่ทันตบุคลากร ให้สามารถตรวจสุขภาพช่องปากเด็กและส่งต่อเพื่อการรักษาได้
- ü** สร้างทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากให้วัยรุ่นเพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้ เนื่องจากเด็กในวัยนี้อาจไม่ยอมไปรับบริการทันตกรรม
- ผู้สูงอายุ

บริการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุน้อย^(108, 109) ปัจจุบันโครงการที่ดูแลผู้สูงอายุซึ่งยังคงอาศัยในบ้านตนเอง ไม่มีการบริการดูแลสุขภาพช่องปากและโครงการทันตกรรมของรัฐที่ออกเยี่ยมบ้านและบ้านพักคนชรา มีอยู่น้อยมาก⁽¹¹⁰⁾ซึ่งหมายความว่าไม่อาจให้บริการทันตกรรมป้องกันให้ประชาชนผู้สูงอายุได้ทั่วถึงได้ ในขณะที่การบริการดูแลส่วนตัวและเสริมสวยสามารถให้บริการได้ถึงที่ ซึ่งมีการคาดเดาว่าผู้สูงอายุน่าจะต้องการความช่วยเหลือในการทำควาสะอาดฟันและฟันปลอม ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในการเดินทางไปรับบริการ มีจำนวนทันตแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมให้บริการผู้สูงอายุน้อย ทำให้มีคลินิกเอกชนน้อยแห่งให้บริการ อีกทั้งคลินิกทันตกรรมที่ตั้งอยู่ในสถานพักฟื้นหรือบ้านพักคนชราที่มีอัตราค่าบริการสูงกว่าคลินิกทั่วไป

- ü** จัดระบบการขนส่งที่มีคุณภาพดีและราคาเข้าถึงได้แก่ผู้สูงอายุในการไปรับบริการทันตกรรม
- ü** มีการประสานงานอย่างเป็นทางการระหว่างหน่วยงานทันตสาธารณสุขกับหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุ ตกลงหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
- ü** เพิ่มทักษะของทันตบุคลากรในการให้บริการทันตกรรมในผู้สูงอายุ ให้ตอบสนองต่อความต้องการรวมถึงการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และต้องมีการร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพทุกฝ่าย เช่น บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรผู้ช่วย
- ü** สถาบันกำหนดมาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุแห่งชาติได้เสนอขอมาตรฐานให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการตรวจประเมินสภาพช่องปาก และรับการรักษาทันตกรรมที่เหมาะสม

โครงการ Supported Residential Facilities Dental Program

เริ่มดำเนินโครงการในปี 2004/2005 ใน มลรัฐเซาท์ออสเตรเลียได้รับงบประมาณจาก Department for Families and Communities ให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ที่อาศัยใน Supported Residential Facilities (SRFs) ซึ่งมีประมาณ 1,100 คน และมีภาวะทุพพลภาพที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขภายนอกได้ โครงการได้ขอความร่วมมือจาก SA Dental Service มาให้บริการทันตกรรมที่เหมาะสม โดยมีการจัดตั้งกลุ่มตรวจคัดกรอง ประกอบด้วยทันตแพทย์และทันตอนามัย ทำการตรวจคัดกรองและให้ข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากพื้นฐาน และส่งต่อผู้ที่ต้องการการรักษาไปยัง Dental Community Clinic หรือคลินิกเอกชน 13 แห่งที่เข้าร่วม การตรวจและการรักษาไม่มีค่าบริการใดๆ

จากการตรวจคัดกรอง พบว่ามี ร้อยละ 85 ที่ต้องการการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการความช่วยเหลือในการไปรับบริการ โครงการได้ประสานกับหน่วยงานหลายแห่งในชุมชนในการจัดหายานพาหนะและการช่วยเหลืออื่นๆที่ต้องการ

แม้ว่ายังไม่มีมีการประเมินโครงการนี้ แต่ผลการดำเนินงานขั้นต้นแสดงให้เห็นว่าโครงการนี้ได้ช่วยพัฒนาสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยกลุ่มนี้และส่งผลดีในชีวิตด้านอื่นด้วย

ผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาสทางสังคม

ได้แก่ ชาวพื้นเมือง คนส่วนใหญ่ในชนบทและพื้นที่ห่างไกล คนไร้บ้าน ผู้ที่อยู่ในสถานพักพิง ท้องถิ่น สถาน ผู้มีรายได้น้อยและครอบครัว เด็กและผู้สูงอายุบางกลุ่ม ผู้ที่มาจากพื้นฐานไม่พูดภาษาอังกฤษ, คนกลุ่มนี้มักมีปัญหาในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากต้องเข้าคิวนาน. ในขณะเดียวกันก็ไม่มีเงินพอจ่ายค่าบริการของสถานบริการเอกชนได้ บางคนไม่มีความสามารถจ่ายค่าบริการร่วมได้ นโยบายที่กำหนดให้ประชาชนร่วมจ่ายค่าบริการ (co-payment charges) ทำให้หนึ่งในสี่ของประชาชนเลียงไม่ไปทำฟันเพราะค่ารักษา และมีผลกระทบอย่างมากต่อคนจน และยังทำให้ประชาชนไม่ยอมไปรับทันตกรรมป้องกันหรือรักษาทั่วไปแต่ไปเฉพาะเมื่อเจ็บปวดฉุกเฉินซึ่งยิ่งเพิ่มปัญหาเนื่องจากเพิ่มจำนวนเคสการรักษาฉุกเฉินประเภทที่มีค่ารักษาแพง

- ü ใช้มาตรการพัฒนาสังคม มุ่งเน้น การส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส
- ü เพิ่มงบประมาณให้สถานบริการของรัฐ เพื่อเอื้อให้ผู้ถือ Concession Card ได้รับการทันตกรรมป้องกันตามเวลา ตามมาตรฐานขั้นต่ำของการให้บริการทันตกรรม
- ü ดำเนินโครงการ Commonwealth dental health program อีก หรืออย่างน้อยควรดำเนินโครงการที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือด้อยโอกาส เพื่อแบ่งเบาภาระของภาครัฐที่มีอยู่
- ü ต้องยกเลิกค่าธรรมเนียมการใช้บริการ (20\$ AUS) ซึ่งจะเพิ่มการเข้าถึงบริการและกระตุ้นให้ประชาชนไปรับบริการทันตกรรมป้องกันหรือรักษาทั่วไป
- ü เพิ่มความยืดหยุ่นในการจ่ายค่ารักษา เช่น ให้ผ่อนชำระ หรือลดราคา ซึ่งมีใช้อยู่แต่ไม่ได้ประชาสัมพันธ์ หรือบุคลากรไม่ชี้แจงให้ผู้มารับการรักษาทราบ

- ü คิววอร์รักษายาว ปัญหานี้ต้องแก้โดยเพิ่มทันตบุคลากร ออกกฎหมายให้ ทันตอนามัยสามารถให้บริการทันตกรรมประชาชนคนอายุมากกว่า 16 ปีได้
- ü ส่งเสริมให้มีทันตบุคลากรที่ทำงานเน้นการป้องกันนอกสถานบริการแบบดั้งเดิม เช่น ในสถานพักฟื้น ชุมชนชนพื้นเมืองในพื้นที่ห่างไกล โรงแรม และทัณฑสถาน
- ü ดำเนินโครงการนำร่อง ดำเนินการรูปแบบบริการทันตกรรมที่ใช้ทักษะของทันตบุคลากรทุกประเภทร่วมกัน
- ü ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง เรื่องการดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก การสมัครร่วมโครงการและสิทธิประโยชน์ โดยใช้ภาษาที่สื่อสารเข้าใจและคำนึงถึงวัฒนธรรมที่แตกต่าง

ผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ

หมายรวมถึงผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาและสภาพร่างกาย หรือ ผู้ที่มีสภาวะความเจ็บป่วยทางกายหรือจิต ที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของโรคในช่องปากหรือเกิดความยุ่งยากในการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันน้อยเนื่องจากข้อจำกัดทางสุขภาพ

- § พัฒนาและใช้กลวิธีที่สามารถชี้ตัวผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่ไปรับบริการที่สถานบริการทางการแพทย์ใดๆ เพื่อจะได้ให้การดูแลสุขภาพช่องปากได้ทันทั่วทั้ง
- § เพิ่มตัวบ่งชี้ทางสุขภาพช่องปาก ในกระบวนการประเมินและการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ เพื่อให้ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่ต่อเนื่อง
- § จัดตั้งนโยบายเฉพาะ ด้านการเข้าถึงบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ โดยจัดมีผู้ที่มีความจำเป็นได้รับการก่อน
- § มีการทำงานเชิงรุก ในการติดตามดูแลเยาวชนที่อยู่ในข่ายผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษ หลังพ้นจากการดูแลโดยโครงการทันตกรรมโรงเรียนแล้ว
- § เน้นบริการทันตกรรมป้องกันโดยบูรณาการกับการรักษาทางการแพทย์
- § ให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกัน อย่างสม่ำเสมอ มีการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นระยะ
- § เพิ่มทักษะของทันตบุคลากรในการให้บริการทันตกรรมในผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลพิเศษ ให้ตอบสนองต่อความต้องการ รวมถึงการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และต้องมีการร่วมมือกันระหว่างหลายหน่วยงาน

ชาวอะบอริจินและชาวช่องแคบหมู่เกาะทอร์เรส

- ü สนับสนุนข้อเสนอให้ ชุดสิทธิประโยชน์ของ Medicare เพิ่มการตรวจสุขภาพช่องปากในการตรวจร่างกายประจำปี 2 ปี ให้กับชาวอะบอริจินและชาวช่องแคบหมู่เกาะทอร์เรสด้วย ซึ่งใน ปี 2006 การตรวจสุขภาพช่องปากทุก 2 ปี ได้ถูกรวมใน ชุดสิทธิประโยชน์ของ Medicare แล้ว
- ü จัดให้มีบริการทันตกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสามารถเข้าถึงได้ ได้แก่ มีความร่วมมือกัน

ระหว่างกลุ่มชนพื้นเมืองกับหน่วยงานบริการสุขภาพหลักในระดับภูมิภาค the Aboriginal Health Council ในรัฐนิวเซาท์เวลส์จัดให้ชาวอะบอริจินในเขตชนบทผู้ถือบัตร concession card สามารถรับบริการทันตกรรมในคลินิกเอกชนที่ร่วมโครงการได้

- ü จัดระบบการขนส่งที่ช่วยเหลือผู้ป่วย
- ü เพิ่มสถานบริการหลักที่ให้บริการทันตกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม
- ü มีทุนการศึกษาที่กำหนดสถานที่ใช้ทุนในเขตพื้นที่นี้
- ü จัดหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ ที่ให้การรักษารือ ส่งต่อ เช่น Bush Mobile เป็นบริการรถตู้ ออกให้บริการสุขภาพในหมู่บ้าน และสามารถส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการรับบริการทันตกรรม
- ü ปรับระบบจัดหาทันตบุคลากรและการคงอยู่ เช่น เพิ่มทันตบุคลากรที่เป็นชาวชาวอะบอริจินและชาวช่องแคบหมู่เกาะทอร์เรส และเพิ่มทักษะการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแก่บุคลากรทางการแพทย์ ระดับคนงานชาวพื้นเมืองที่มีความสามารถหลากหลาย และให้ทุนสนับสนุนโรงเรียนทันตแพทย์และโครงการฝึกอบรมในการผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพ
- ü เพิ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยพัฒนากลยุทธ์ที่มุ่งเน้นสุขภาพช่องปาก แบบเชิงเดี่ยวหรือบูรณาการร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด การควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์และ ยาสูบ และโภชนาการ
- ü เพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟันและไหมขัดฟัน
- ü เพิ่มการเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ
- ü บูรณาการการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากเข้ากับงานบริการสุขภาพพื้นฐานโดยการเพิ่มตรวจสุขภาพช่องปากร่วมกับการตรวจร่างกายสำหรับคนปกติ และมีระบบเรียกตรวจซ้ำสำหรับผู้เป็นโรคเรื้อรัง และบูรณาการสุขภาพช่องปากเข้ากับนโยบายสุขภาพของคนกลุ่มนี้
- ü พัฒนาการเก็บข้อมูลให้มีคุณภาพ จัดให้มีข้อมูลระดับชาติของชาวอะบอริจิน รวบรวมข้อมูลเดิมที่มีอยู่เข้าด้วยกัน และดำเนินการเก็บข้อมูลอย่างมีมาตรฐาน สม่ำเสมอ และเผยแพร่ข้อมูล ในปี 2006 มีการเก็บข้อมูลทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งแรกในรอบ 15 ปี ⁽¹¹¹⁾

แผนทันตสาธารณสุขแห่งชาติของออสเตรเลีย ปี 2004 -2013 (Australia's National Oral Health Plan) ⁽¹¹²⁾ แบ่งเป็น 7 ด้าน คือ

1 การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในประชาชนอย่างทั่วถึง

แผนและกิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ
1.1 ในการสร้างนโยบายและการปรับเปลี่ยนแผนงานสุขภาพตระหนักว่าสุขภาพช่องปากมีความบูรณาการกับสุขภาพร่างกาย	ระยะสั้น
1.2 เพิ่มการเข้าถึงการเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่มในชุมชนที่มีประชากร 1000 คน ขึ้นไป	ระยะสั้น
1.3 ดำเนินการสำรวจสุขภาพช่องปากแห่งชาติของเด็กและผู้ใหญ่ โดยสำรวจซ้ำทุก 10 ปี	ระยะสั้น
1.4 จัดการสัมมนาหาแนวทางร่วมกันเรื่องการใช้แหล่งฟลูออไรด์และวิธีป้องกันอื่นๆ เพื่อเป็นขั้นแรกในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบข้อมูลเชิงประจักษ์	ระยะสั้น
1.5 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อเป็นศูนย์กลางจัดเก็บและเผยแพร่ข้อมูลทันตสุขภาพ สถานบริการ งานวิจัย แหล่งข้อมูลและหลักฐาน	ระยะกลาง
1.6 สร้างหลักประกันว่านโยบาย และระเบียบต่างๆ ไม่ขัดขวางการทำงานของทันตบุคลากรในการให้บริการทันตกรรมที่คุณภาพสูง เข้าถึงและสามารถจ่ายได้แก่ชุมชน	ระยะกลาง
1.7 เปิดโอกาสให้ธุรกิจประกันสุขภาพจ่ายวงเงินประกันครอบคลุมงานทันตกรรมป้องกันที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์	ระยะกลาง
1.8 พัฒนารูปแบบการรักษาและส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพื่อใช้ร่วมในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนและครู	ระยะกลาง
1.9 สร้างหลักประกันว่าแผนงานส่งเสริมสุขภาพในรัฐบาลทุกระดับจะคำนึงถึงสุขภาพช่องปาก และได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอในด้านงบประมาณ ผู้นำ และมีผู้รับผิดชอบในการนำไปปฏิบัติ	ระยะกลาง
1.10 ดำเนินการสำรวจเด็กและผู้ใหญ่ในระดับชุมชน/ ภูมิภาคอย่างสม่ำเสมอเพื่อหาข้อมูลสุขภาพช่องปาก โรคช่องปาก และตัวกำหนด	ระยะกลาง
1.11 สร้างความสามารถของกำลังคนด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยร่วมมือกับหน่วยงานต่อไปนี้ § นักวางแผนนโยบายด้านสุขภาพ บริการชุมชน และการศึกษา § ผู้ให้บริการประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง § ครู และ § หน่วยงานตัวแทนประชาชนที่ต้องดูแลพิเศษ	ระยะยาว

ด้านที่ 2. เด็กและวัยรุ่น

แผนและกิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ
2.1 รวมการประเมินความเสี่ยงสุขภาพช่องปากแบบง่ายและคำแนะนำทันตกรรมป้องกันใน - การตรวจสุขภาพประจำโดยพยาบาลแม่และเด็ก - โครงการเยี่ยมบ้านสำหรับทารกและครอบครัวกลุ่มเสี่ยง(และควรจัดให้มีโครงการนี้ในเขตที่ไม่มีอยู่เดิม)	ระยะสั้น
2.2 ให้มีการขยายหรือต่อเนื่องของทันตกรรมโรงเรียนเพื่อให้เด็กและวัยรุ่นได้รับการตรวจสุขภาพตามเวลาอย่างสม่ำเสมอและรับบริการทันตกรรมที่เน้นงานป้องกัน	ระยะสั้น
2.3 เชื่อมโยงและสร้างการส่งเสริมสุขภาพกับ common risk factor approach ในสถานกีฬาและสันทนาการ เช่น การใส่เสื้อยี่ห้อ Sunsmart, การควบคุมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารอาหาร เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	
2.4 ทำงานร่วมกับภาครัฐ ภาคอุตสาหกรรม และสื่อ ในการควบคุมการส่งเสริมและการโฆษณา อาหารและเครื่องดื่มที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพช่องปากของเยาวชน	
2.5 ส่งเสริมแนวทางสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ใน กลุ่มเด็กเล็ก เด็กก่อนวัยเรียน เด็กประถมศึกษา และมัธยมศึกษา เช่น หลักสูตรการเรียนการสอน โรงอาหาร ผู้ปกครอง	ระยะยาว

ด้านที่ 3. ผู้สูงอายุ

แผนและกิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ
3.1 เพิ่มแบบสอบถามที่ประเมินสภาวะสุขภาพช่องปาก ในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่เดิม เพื่อค้นหาผู้ที่มีโรคในช่องปากหรือมีความเสี่ยงต่อโรค	ระยะสั้น
3.2 สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก ควรเพิ่มการดูแลสุขภาพอนามัยช่องปากในการดูแลสุขภาพร่างกายเพื่อเอื้อให้สามารถพำนักในที่พักอาศัยของตนเองได้	ระยะสั้น
3.3 ควรมีการตรวจสุขภาพช่องปากก่อนรับผู้สูงอายุเข้าพักในบ้านพักคนชราและควรตรวจอย่างสม่ำเสมอ	ระยะสั้น
3.4 ต้องการการพัฒนาแผนการดูแลสุขภาพช่องปากที่ง่ายแต่ได้ผลเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของแผนดูแลโดยรวมของผู้อาศัยในบ้านพักคนชราทุกคน	ระยะสั้น
3.5 มั่นใจว่าการสนับสนุนของหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่นที่จะนำการดูแลสุขภาพช่องปากไปปฏิบัติร่วมกับแผนการดูแลสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการคงสภาพสภาวะช่องปาก และการได้รับการรักษาตามเวลาที่เหมาะสมเมื่อมีความจำเป็น	ระยะสั้น
3.6 จัดหาอุปกรณ์ทันตกรรมเคลื่อนที่ราคาไม่แพงที่ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าถึงได้เพื่อสนับสนุนให้สามารถบริการผู้สูงอายุทั้งในบ้านพักอาศัยและบ้านพักคนชรา	ระยะสั้น

3.7 ให้มั่นใจว่าการพัฒนาแผนและโครงการโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุมีการคำนึงถึงสุขภาพช่องปาก รวมทั้งการเข้าถึงน้ำเสริมฟลูออไรด์	ระยะสั้น
3.8 จัดสร้างระบบคมนาคมขนส่งที่เหมาะสม ราคาไม่แพงในการรับส่งผู้สูงอายุไปรับบริการทันตกรรม	ระยะสั้น
3.9 กำหนดให้สถานดูแลผู้สูงอายุจัดพื้นที่ให้บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้นรวมทั้งบริการดูแลสุขภาพช่องปาก	ระยะกลาง

ด้านที่ 4. ผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาสทางสังคม

แผนและกิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ
4.1 ใช้วิธีการพัฒนาสังคม เพื่อพัฒนาและปฏิบัติใช้โครงการส่งเสริมป้องกันสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มด้อยโอกาสทางสังคม รวมถึงประชาชนในพื้นที่ชนบทห่างไกล ผู้ไร้ที่อยู่อาศัย ผู้ที่อยู่ในสถานบำบัด หรือทัณฑสถาน ผู้มีรายได้น้อยและครอบครัว คนหนุ่มสาวและผู้สูงอายุด้อยโอกาส ผู้ด้อยโอกาสจากเผ่าอะบอริจิน ช่องแคบหมู่เกาะทอร์เรส และผู้ที่พื้นฐานไม่ได้พูดภาษาอังกฤษ	ระยะสั้น
4.2 เพิ่มบให้สถานบริการทันตกรรมของรัฐเพื่อเอื้อให้ผู้ถือ concession card ที่อาศัยในชุมชนเข้าถึงการบริการทันตกรรมที่เน้นการป้องกันที่เป็นไปตามมาตรฐานกำหนดตามเวลาที่สมควร	ระยะสั้น
4.3 ทดลองดำเนินโครงการให้หลากหลายเพื่อค้นหารูปแบบที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการให้บริการทันตกรรมตามสมควรแก่เวลาสำหรับผู้ถือ concession card โดยใช้ทักษะของทีมทันตบุคลากรทั้งหมด ซึ่งประกอบด้วย ทันตแพทย์ทั่วไปและเฉพาะทาง นักทันตบำบัด ทันตอนามัย นักบำบัดสุขภาพช่องปาก ช่างทันตกรรม และผู้ช่วยทันตกรรม	ระยะกลาง

ด้านที่ 5. ประชาชนที่ต้องการการดูแลพิเศษ

แผนและกิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ
5.1 สร้างและใช้กระบวนการที่สามารถระบุผู้ที่ต้องการการดูแลพิเศษตั้งแต่จุดแรก ที่มารับบริการสุขภาพเพื่อที่จะได้ให้บริการดูแลสุขภาพช่องปาก	ระยะสั้น
5.2 เพิ่มตัวบ่งชี้ทันตสุขภาพที่เหมาะสมในการค้นหา ประเมิน และวางแผนการทำงานสำหรับผู้ต้องการดูแลพิเศษ รวมถึงจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง	ระยะกลาง
5.3 มีแนวทางปฏิบัติตามนโยบาย “การเข้าถึงบริการตามความจำเป็น” คือ § มีช่องทางด่วนสำหรับกลุ่มเป้าหมาย § ทำงานเชิงรุกในการระบุเด็กที่ต้องการดูแลพิเศษเพื่อสามารถติดตามได้หลังจากที่เด็กพ้นจากการดูแลของบริการทันตกรรมโรงเรียน	ระยะยาว

ด้านที่ 6. ชาวอะบอริจินและชาวหมู่เกาะช่องแคบทอร์เรส

แผนและกิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ
6.1 สนับสนุนข้อเสนอให้ ชุดสิทธิประโยชน์ของ Medicare เพิ่มการตรวจสุขภาพช่องปากในการตรวจร่างกายประจำปีทุก 2 ปี ให้กับชาวอะบอริจินและชาวช่องแคบหมู่เกาะทอร์เรสด้วย	ระยะสั้น
6.2 จัดให้มีบริการทันตกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและสามารถเข้าถึงได้ ได้แก่ - มีความร่วมมือกันระหว่างกลุ่มชนพื้นเมืองกับ- หน่วยงานบริการสุขภาพหลักในระดับภูมิภาค - จัดระบบการขนส่งที่ช่วยเหลือผู้ป่วย - เพิ่มสถานบริการหลักที่ให้บริการทันตกรรมที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม	ระยะสั้น
6.3 เพิ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดย - เพิ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยพัฒนากลยุทธ์ที่มุ่งเน้นสุขภาพช่องปาก แบบเชิงเดี่ยวหรือบูรณาการร่วมกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด การควบคุมการบริโภคอัลกอฮอล์และ ยาสูบ และโภชนาการ - เพิ่มการเข้าถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดช่องปาก เช่น แปรงสีฟัน ยาสีฟันและไหมขัดฟัน - เพิ่มการเข้าถึงอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพราคาไม่แพง	ระยะกลาง
6.4 สร้างความเข้มแข็งในการบูรณาการการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากเข้ากับงานบริการสุขภาพพื้นฐาน โดย - เพิ่มการตรวจสุขภาพช่องปากร่วมกับการตรวจร่างกายสำหรับคนปกติ และมีระบบเรียกตรวจซ้ำสำหรับผู้เป็นโรคเรื้อรัง - บูรณาการสุขภาพช่องปากเข้ากับนโยบายสุขภาพของคนกลุ่มนี้	ระยะกลาง
6.5 พัฒนาการเก็บข้อมูลสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ - ให้มีข้อมูลระดับชาติของชาวอะบอริจิน - รวบรวมข้อมูลเดิมที่มีอยู่เข้าด้วยกัน - ดำเนินการเก็บข้อมูลอย่างมีมาตรฐาน สม่ำเสมอ และเผยแพร่ข้อมูล	ระยะกลาง
6.6 ดำเนินการสอดคล้องกับกรอบการวางแผนกำลังคน ในการพัฒนาสุขภาพช่องปาก ของชาวอะบอริจินและชาวช่องแคบหมู่เกาะทอร์เรส... โดยเพิ่มจำนวนชาวอะบอริจินและชาวช่องแคบหมู่เกาะทอร์เรส ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับวิชาชีพสุขภาพช่องปาก รวมถึงการให้ทุนการศึกษาแก่ชาวอะบอริจินและชาวช่องแคบหมู่เกาะทอร์เรส กำหนดบทบาทที่ชัดเจนของบุคลากรสุขภาพชาวอะบอริจินและชาวช่องแคบหมู่เกาะทอร์เรส	ระยะยาว

เกาะทอร์เรส ว่าเป็นกำลังคนหลักในการดูแลสุขภาพช่องปาก เน้นความจำเป็นในด้านบทบาทและการพัฒนา	
--	--

ด้านที่ 7 การพัฒนากำลังคน

แผนและกิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ
7.1 เพิ่มจำนวนทันตแพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ โดย - คงคุณวุฒิเดิมที่มีอยู่ซึ่งถือต่อการขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลป์ สำหรับทันตแพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ - จัดให้มีขั้นตอนที่ง่าย สำหรับทันตแพทย์ที่จบการศึกษาจากโรงเรียนทันตแพทย์ที่ได้รับการรับรองจากทันตแพทยสภาแห่งสหราชอาณาจักร - ทบทวนพิจารณาคุณสมบัติของโรงเรียนทันตแพทย์ในต่างประเทศเพื่อให้ทันตแพทย์บางส่วนไม่ต้องรับการสอบ ADC preliminary examination - ขยายและเผยแพร่แนวทางการขึ้นทะเบียนสำหรับทันตแพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ - ปรับปรุงการให้ข้อมูลสำหรับผู้สมัคร นายจ้าง และหน่วยงานรัฐ เพื่อให้สะดวกในกระบวนการการคัดเลือกสำหรับทันตแพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศ	ระยะสั้น
7.2 เพื่อคงสภาพการเข้าถึงบริการทันตกรรมและให้มีการใช้กำลังอย่างมีประสิทธิภาพ จะต้องเพิ่มทันตแพทย์ทั่วไปที่เพิ่งจบการศึกษาปี ละ 150 คนโดยเพิ่มจำนวนนักศึกษาทันตแพทย์	ระยะสั้น
7.3 เพื่อเป็นการเริ่มการให้บริการทันตสุขภาพเพิ่มเติมตามที่ระบุไว้ใน Healthy Mouths Healthy Lives จะต้องเพิ่มนักศึกษาทันตแพทย์ให้มากขึ้นอีก	ระยะสั้น
ปรับปรุงระบบการจัดสรรและคงอยู่ของบุคลากรวิชาชีพทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในภาครัฐ โดยการส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพ พัฒนาเส้นทางอาชีพ และจัดรายได้ที่ดึงดูดใจ	
7.5 ปรับปรุงระบบการจัดสรรและคงอยู่ของบุคลากรวิชาชีพทันตสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในชนบทและพื้นที่ห่างไกล โดยการกำหนดพื้นที่ขาดใช้ทุนสำหรับนักศึกษาที่มีพื้นเพในชนบทและพื้นที่ห่างไกล และนักศึกษารับทุน อีกทั้งควรส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพ ให้การสนับสนุนด้านวิชาชีพ มีระบบหมุนเวียนพื้นที่ปฏิบัติงาน และให้เบี่ยงกันดาร	ระยะสั้น
7.6 เห็นคุณค่าและสนับสนุนบทบาทของตัวแทนทันตแพทยสภาออสเตรเลีย ในการหาแนวทางระดับชาติเพื่อคงสภาวะมาตรฐานบริการทันตกรรมที่สูง	ระยะสั้น
7.7 เพิ่มจำนวนสถานศึกษาที่สอนด้านสุขภาพช่องปากในสถานศึกษาระดับตติยภูมิ ให้มากพอสามารถแข่งขันได้ในระดับนานาชาติและเพียงพอที่จะดึงดูดและคงไว้ซึ่งทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์จากภาคเอกชน	ระยะกลาง
7.8 พัฒนาและปฏิบัติใช้โครงการ ที่จัดหานักศึกษาจากพื้นที่ต่างๆ รวมทั้งทุนการศึ	ระยะกลาง

กา เพื่อเพิ่มจำนวนนักศึกษาที่มีพื้นเพเป็นชาวอะบอริจินและชาวช่องแคบหมู่เกาะ ทอร์เรส	
7.9 สนับสนุนงบประมาณแก่โรงเรียนทันตแพทย์เพื่อให้มีศักยภาพในการฝึกอบรม และผลิตทันตแพทย์ที่มีคุณภาพ	ระยะกลาง
7.10 สร้างโครงการผลิตนักศึกษาปริญญาตรี และ นักศึกษาหลัง ปริญญาตรี ที่มี ความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพช่องปาก ของ - เด็ก อายุ 0-5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษ กลุ่มที่มีความหลากหลาย ทางวัฒนธรรม	ระยะยาว
7.11 สร้างศักยภาพของชุมชนและกำลังคนในการให้บริการดูแลและส่งเสริม สุขภาพช่องปาก โดยมีการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานดูแลสุขภาพช่องปาก กับ นักวางนโยบายด้าน สุขภาพ บริการชุมชน และการศึกษาผู้ให้บริการประชาชนกลุ่ม ต่างๆ ครู	ระยะยาว
หาแนวทางพัฒนารูปแบบบริการที่ดำเนินการโดย ภาครัฐ ที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานใน ภาครัฐสามารถให้บริการทันตกรรม แก่ชุมชนได้หลากหลายมากขึ้น	ระยะยาว

ข้อเสนอเชิงกลยุทธ์ มาตรการในการปรับปรุงการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพของประเทศไทย

การเข้าถึงบริการทันตสุขภาพโดยทั่วไปยังอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการเข้าถึงบริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันยังอยู่ในระดับต่ำกว่า กลยุทธ์ในการเข้าถึงบริการควรจะมีทั้ง 2 ด้าน โดยดำเนินการไปพร้อมๆกัน

1. กลุ่มเด็กเล็ก

1.1 กลุ่มอายุ 0-3 ปี

จากข้อมูลการสำรวจพบว่าเด็กเล็กเข้าถึงบริการน้อย การพัฒนาระบบบริการ ต้องทำให้เกิดการเข้าถึงบริการให้ง่าย และมากขึ้น จึงต้องคำนึงถึง รูปแบบการให้บริการ ที่เหมาะสม กลุ่มอายุ 0-3 ปี โดยส่วนใหญ่เลี้ยงดูอยู่กับบ้าน ซึ่งยังอยู่ในการดูแลสุขภาพ และป้องกันโรคอย่างต่อเนื่องของสถานบริการ ทุก 6 เดือน การบูรณาการงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากเข้ากับคลินิกเด็กดีจึงยังเป็นรูปแบบที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด อย่างไรก็ตามการประเมินผลที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การทำกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในคลินิกเด็กดีมีข้อจำกัด สามารถทำได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น การพัฒนาในอนาคตจึงควรมีหลากหลายรูปแบบตามความเหมาะสมของสถานบริการ เช่นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีทันตบุคลากรมากพอ อาจต้องจำแนกการบริการออกมาเป็นคลินิกทันตกรรมป้องกันสำหรับเด็ก ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก อาจผสมผสานอยู่ในคลินิกเด็กดี หรือ ผสมผสานเข้ากับการเยี่ยมบ้าน รูปแบบการทำงานในอนาคตจึงไม่ควรเป็นรูปแบบจำกัดแต่ควรมีความหลากหลาย

1.2 กลุ่มอายุ 2-5 ปี

เด็กเล็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียน เป็นกลุ่มหลักที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากมีแนวโน้มว่าเด็กเข้ามารับการเลี้ยงดูมีอายุน้อยลง และเด็กส่วนใหญ่ของชุมชน นอกจากนี้ศูนย์เด็กเล็กมีเงื่อนไขที่เอื้อต่อกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพหลายประการ เช่น กิจกรรมการแปรงฟันอยู่ในเกณฑ์ขั้นพื้นฐานของการประเมินศูนย์เด็กเล็กน่ายุ่ เป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) กำหนดให้มีศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านการประเมิน ครบทุกตำบล และปัจจุบันองค์การบริหารส่วนตำบลได้เข้ามามีบทบาทสนับสนุนการดูแลสุขภาพเด็กในศูนย์เด็กเล็กมากขึ้น เช่น การจัดทำที่แปรงฟัน การจัดหาแปรง และยาสีฟันให้แก่เด็ก ฯลฯ การที่เด็กมาอยู่รวมกันเป็นกลุ่มที่ศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียน ยังเป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการจัดการเชิงนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมหรือพฤติกรรมสุขภาพ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร-ขนม พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก เป็นต้น

การพัฒนางานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนในอนาคต จะต้องดึงศักยภาพขององค์กรท้องถิ่นให้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ⁽¹¹³⁾ เช่น มีบทบาทในการกำหนดนโยบายสุขภาพ ร่วมสนับสนุน และการพัฒนาทรัพยากรมากยิ่งขึ้นเช่น การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการอบรมเพิ่มศักยภาพของพี่เลี้ยงเด็ก และการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น

มาตรการและแนวทางการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ

V การบูรณาการการจัดบริการในเด็ก 0-5 ปี ควรใช้หลักการบูรณาการงานทันตสุขภาพ ผสมผสานกับการดูแลเด็ก แต่ควรกำหนดแนวทางทางวิชาการ (guideline) ให้ชัดเจน ในแต่ละช่วงอายุเด็กควรได้รับบริการทันตสุขภาพอะไรบ้าง

V การบูรณาการควรดำเนินการ 2 ส่วนคือ การผสมผสานเนื้อหาการดูแลสุขภาพเด็กชั้นพื้นฐานทุกเรื่องเข้าด้วยกัน และบูรณาการกระบวนการทำงานโดยให้การดูแลสุขภาพเด็กทั้งตัวแบบไม่แยกส่วน เจ้าหน้าที่ทุกคนรวมทั้งทันตบุคลากรควรทำบทบาทพื้นฐานแทนกันได้บูรณาการการดูแลทันตสุขภาพเข้ากับการดูแลสุขภาพทั่วไปโดยกุมารแพทย์^(114,115) เช่น กำหนดให้มีการตรวจสุขภาพช่องปาก ทาฟลูออไรด์วารินิช หรือส่งต่อเพื่อรักษาโรคในช่องปาก เมื่อเด็กมาพบกุมารแพทย์ และค้นหาเด็กที่มีความเสี่ยงสูง (High risk approach) เพื่อให้บริการทันตกรรมป้องกันแก่ เด็กที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งจะเป็นบทบาทที่ทันตแพทย์ทั่วไป ทันตภิบาล หรือแม้แต่บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ สามารถให้บริการได้อนาตควรพัฒนาบริการด้านการรักษาที่ไม่ยุ่งยาก

V ให้ความรู้แก่ ผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง เน้นการส่งเสริมสุขภาพ

V จัดระบบที่ทำให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมจัดบริการด้านการป้องกัน และรักษาแก่เด็ก 0-5 ปีจากสัดส่วนการกระจายของทันตแพทย์ภาคเอกชนที่มีอยู่ประมาณครึ่งหนึ่งของทันตแพทย์ทั้งหมด น่าจะเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพสูงในการร่วมให้บริการ และการไปใช้บริการที่คลินิกเอกชนมีบรรยากาศที่เป็นมิตร ดึงดูดให้ไปใช้บริการ

2. กลุ่มเด็กนักเรียน

ในขณะที่กลุ่มสิทธิอื่น/ไม่มีสิทธิใด ได้รับบริการในสัดส่วน อัตรา และความถี่เพิ่มขึ้น ขณะที่กลุ่มเด็ก/นักเรียนได้รับการลดลงทั้งสัดส่วน อัตรา และความถี่ ไม่เพียงแต่เฉพาะงานบริการ แต่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเฉพาะกลุ่มวัยก็มีอัตราบริการต่อประชากรลดลง แม้ว่าผู้บริหารสถานบริการของรัฐเกือบทั้งหมดเห็นว่าการกลุ่มนักเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของงานเชิงรุกด้านสุขภาพช่องปาก แต่ก็มีนโยบายให้เปิดบริการที่โรงพยาบาลทุกวัน ไม่ว่าจะออกโรงเรียนหรือออกปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือไม่ก็ตาม งานส่งเสริมป้องกันมีแนวโน้มจะถูกกระทบในระยะยาว เพราะสถานบริการต้องตั้งรับงานรักษาเพื่อการบริการที่ครอบคลุมมากขึ้นและป้องกันการร้องเรียนโดยอัตโนมัติ กลุ่มที่ถูกกระทบมากที่สุดเป็นกลุ่มเด็กประถมศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มที่มีฟันแท้กำลังขึ้นสู่ช่องปากและขึ้นครบ 24 ซี่ ที่อายุประมาณ 12-13 ปี แม้ว่า ในปีงบประมาณ 2545 เด็กกลุ่มนี้ได้รับการในสัดส่วนที่มากอยู่ แต่บริการรวม ป้องกัน และรักษาและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนลดลงในปีงบประมาณ 2545 ทั้งๆที่การดูแลเด็กวัยนี้ทั้งด้านส่งเสริมป้องกันและรักษาอย่างเบ็ดเสร็จ จะเป็นการเก็บรักษาฟันแท้และหวังให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากต่อเนื่องเมื่อเติบโตขึ้น(พข)

มาตรการและแนวทางการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพ

V พื้นฟูและคงสภาพงานทันตกรรมโรงเรียนและโครงการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษา หลังจากมีการปรับโครงสร้างกรมอนามัย ในปี 2545 น้าหนักของงานทันตสุขภาพในโรงเรียนลดน้อยลง เนื่องมีการผสมงานทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ งานทันตสุขภาพไม่จำเป็นต้องดำเนินให้ครบวงจรเพราะตัวชี้วัดงานทันตสุขภาพเป็นเพียงประเด็นย่อย การแปร่งฟันหลังอาหารกลางวัน ที่โรงเรียนลดลงอย่างมาก มีเพียงร้อยละ 26.3 การแปร่งฟันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ก็ลดลง นอกจากนี้จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้บุคลากรต้องให้บริการประชากรทุกกลุ่มอายุให้ทั่วถึง กลุ่มเด็กจึงได้นับบริการ

น้อยลง ซึ่ง บทเรียนจากประเทศออสเตรเลียแสดงให้เห็นว่าเมื่อละเลยงานทันตกรรมโรงเรียนทำให้เด็กรุ่นใหม่มีฟันผุมากขึ้น วงจรของการเป็นโรคฟันผุ และการรักษา กลับมาอีก ^(116, 117) และจะมีผลกระทบต่อนิสัยสุขภาพเมื่อเด็กกลุ่มนี้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ ดังนั้น งานทันตกรรมโรงเรียนจึงไม่ควรถูกทอดทิ้งเพิ่มกลุ่มเด็กมัธยมหรือกลุ่มวัยรุ่นเหมือนประเทศนิวซีแลนด์ เพราะเด็กกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและต้องการการดูแลสุขภาพช่องปาก และควรบูรณาการไปกับการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้เอื้อต่อสุขภาพด้วยความร่วมมือของผู้ปกครอง ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ทันตบุคลากรนอกจากนี้ โรงเรียนควรจัดหลักสูตร มีกระบวนการเรียนรู้ให้เด็กสร้างสุขนิสัยและมีความรู้ มีทักษะในการดูแลสุขภาพของตัวเอง

V คณะทันตแพทย์ควรจัดหลักสูตรให้นักศึกษาออกไปให้บริการเคลื่อนที่หลุมร่องฟันในชุมชน และหาผู้สนับสนุนจากองค์กรเอกชน

V ชี้อุปกรณ์จากคลินิกทันตกรรมเอกชนในลักษณะเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการดูแลสุขภาพกลุ่มนักเรียนในการส่งเสริมป้องกัน เนื่องจากสามารถกำหนดกิจกรรมบริการหรือบริการหลักที่ชัดเจนหรือที่สามารถดำเนินการที่โรงเรียนได้อีกทั้งความทุกข์ของโรคมีน้อยกว่าประชากรกลุ่มอื่น ผู้ให้บริการจึงไม่มีความเสี่ยงจากโอกาสที่จะมีการใช้บริการมากกว่างบประมาณที่ได้รับในลักษณะเหมาจ่ายรายหัว แต่ต้องมีระบบกำกับและตรวจสอบที่เป็นจริงและมีประสิทธิภาพ ⁽¹¹⁸⁾

3. กลุ่มผู้สูงอายุ

การพัฒนาวิทยาการทางสุขภาพนอกจากจะทำให้บุคลากรทางสาธารณสุข สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีโอกาสรอดชีวิตได้มากขึ้น ประชาชนเองก็มีความรู้ในการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น จึงทำให้นุชนมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ซึ่งสามารถเห็นได้ชัดเจนในประเทศอุตสาหกรรมต่างๆ เช่นใน ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น จึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรเป็นอย่างมาก จากแนวโน้มของผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้ทันตบุคลากรต้องเผชิญกับโรคในช่องปากของผู้สูงอายุมากขึ้นไปด้วย

กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการจัดให้เป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งของการจัดบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยปัจจุบัน ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุเกิน 60 ปี ร้อยละ 10.0 ประเมินว่า พ.ศ.2563 จะมีถึงร้อยละ 15.2 แต่ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งมีปัญหาการเข้าถึงบริการทันตสาธารณสุขเพราะต้องอยู่ในภาวะที่จำเป็นต้องพึ่งพา อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ด้วยวัยที่เพิ่มขึ้น ร่างกายมีความเสื่อม ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ขาดความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว ไปใช้บริการทันตกรรมน้อยลง มีความสามารถในการทำความสะอาดช่องปากที่ลดลง มีการบริโภคอาหารนุ่มและเคี้ยวง่ายซึ่งติดฟันมากขึ้น โรคในช่องปากที่ พบบ่อยมักเป็นโรคเรื้อรังที่สัมพันธ์กับอายุ เช่นโรคปริทันต์ โดยยิ่งอายุเพิ่มขึ้น ประชากรกลุ่มนี้ จะยังเป็นกลุ่มที่มีความทุกข์ ความรุนแรง และความซับซ้อนของโรคในช่องปากสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ดังนั้นมาตรการป้องกันจะช่วยลดปัญหาในอนาคตที่ต้องรักษาโรคที่มีความรุนแรง และเรื้อรัง มีค่าใช้จ่ายสูงและใช้เวลานาน จากปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว กลวิธีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุข้อหนึ่ง คือ การช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองในเบื้องต้นได้ เช่น การดูแลสุขภาพปาก การออกกำลังกาย การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางในการพบปะพูดคุย และออกกำลังกายของผู้สูงอายุ แต่ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่ง ที่ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรม เนื่องจากเจ็บป่วยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

รัฐจึงให้มีระบบที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการแบบผสมผสาน โดยชุมชนมีส่วนร่วม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกที่จะเข้าถึงบริการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการ กระทรวงสาธารณสุขตระหนักว่าผู้สูงอายุ ควรได้รับการดูแลด้านการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากที่เหมาะสม และมีประสิทธิผล เพื่อลดการสูญเสียฟัน ร่วมกับการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก ด้วยการใส่ฟัน

เทียมเพื่อการบริโภคอาหาร และเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงได้ดำเนินการโครงการรณรงค์ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ระยะเวลาดำเนินการ จากพฤษภาคม 2547 ถึงกันยายน 2550 มีเป้าหมายในปี 2550 คือ ผู้สูงอายุจำนวน 80,000 คน ได้รับการใส่ฟันเทียมที่มีคุณภาพ และผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50.0 มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเอกชน รวมถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2548 เป้าหมายครอบคลุม 30,000 ราย

แต่ปัญหาที่พบในปัจจุบันคือผู้สูงอายุไทยยังเข้าถึงบริการน้อยรายงานจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ทำการสำรวจอนามัย และสวัสดิการของคนไทย พ.ศ.2546 พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการทันตกรรมเพียงร้อยละ 7.75 เมื่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ได้รับการเพิ่มสูงสุด คือร้อยละ 30.2 เมื่อเทียบระหว่าง พ.ศ.2543 กับ 2544 บริการที่ได้รับส่วนใหญ่คือการถอนฟันและได้รับการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้น ในระดับโรงพยาบาลชุมชนใส่ฟันเทียมเพิ่มจากร้อยละ 1.2 เป็นร้อยละ 7.41 ระดับโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป อัตราใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้นร้อยละ 24.715 แต่การเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันยังอยู่ในระดับต่ำ ข้อมูลจากการสำรวจปี 2543-2544 ผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.2 ไม่มีฟันทั้งปาก ไปใช้บริการ 23.3 ซึ่งสาเหตุหลักของการไม่ไปใช้บริการคือ คิดว่าไม่มีสิ่งผิดปกติในช่องปาก

มาตรการและแนวทางการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ

V ลดอุปสรรคด้านการเดินทาง โดยจัดให้มีการเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการที่บ้านและให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปากและเพื่อตรวจคัดกรองก่อนส่งต่อเพื่อการรักษาที่จำเป็นจริงๆ โดยอาจบูรณาการกับโครงการอาสาสมัครสร้างเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของสภาผู้สูงอายุ เตรียมการบริการตามความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละราย ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลในเรื่อง ทันตสุขภาพศึกษาทั่วไป ร่วมกับฝึกทักษะการทำความสะอาดในช่องปาก ให้ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ สามารถทำความสะอาดช่องปากได้ด้วยตนเอง ส่วนผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้นั้น ผู้ดูแลจะสามารถทำความสะอาดช่องปากให้ได้

รัฐควรจัดให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในบ้านพักคนชราหรือสถานสงเคราะห์ เนื่องจากในอนาคตโครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป มีผู้สูงอายุมากขึ้น และไม่มีลูกหลานดูแล

V ต้องมีการศึกษาวิจัยในพื้นที่จริง และมีระบบข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมการสำรวจความต้องการและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

V มีการฝึกอบรมให้ทันตบุคลากรมีทักษะและเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ⁽¹¹⁹⁾

V ใช้ common risk approach โรคในช่องปากมีความเกี่ยวข้องกับโรคทางกาย

ผู้สูงอายุมักป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่น เบาหวาน บุคลากรทางแพทย์อื่นๆ ที่ให้การรักษาผู้สูงอายุ ควรได้รับการอบรมในการให้คำแนะนำ หรือส่งต่อเพื่อรับบริการส่งเสริมป้องกันจากทันตบุคลากร เช่น การมีโรคปริทันต์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ได้แก่ โรคของหลอดเลือดหัวใจ และเส้นโลหิตอุดตันในสมองพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาโรคปริทันต์ดีแล้ว จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้นดังนั้น เพื่อป้องกันการเกิดโรคปริทันต์และการสูญเสียฟันตัวอย่างเช่น เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ควรให้คำแนะนำและส่งต่อทันตแพทย์เพื่อได้รับการดูแลทันตสุขภาพและมารับการตรวจสุขภาพช่องปากทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด เพื่อตรวจคัดกรองโรคในช่องปากสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมโรคปริทันต์พร้อมไปกับการรักษาโรคเบาหวานอย่างเหมาะสม

V การส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุนี้ การปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถควบคุมความจุลินทรีย์ ลดการสูบบุหรี่ ควบคุมโรคเบาหวาน และควบคุมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ

V การใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีการไหลของน้ำลาย และความสามารถในการทำ ความสะอาดช่องปาก ควรจัดให้ผู้สูงอายุใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ ร่วมกับการใช้น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ ตลอดจนการเคลือบฟลูออไรด์ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการโรคฟันผุ

V มีมาตรการให้ผู้สูงอายุได้รับฟันปลอมทั้งปาก เร็วขึ้น แม้ว่า การใส่ฟันปลอมจะมีให้บริการส่งเสริม ป้องกัน แต่เนื่องจากเป็นความต้องการบริการของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ซึ่งยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนั้นและฟันปลอมที่ดี ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโภชนาการที่ดีขึ้นส่งผลต่อสุขภาพกาย ปัญหาปัจจุบันคือ ผู้สูงอายุที่ต้องการทำฟันปลอม ต้องเข้าระบบนัดซึ่งมีคิวยาว เนื่องจากการทำฟันปลอมมีขั้นตอนการผลิตมากและยุ่งยาก อีกทั้งทันตแพทย์ ต้องให้บริการฟันปลอมกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นด้วยและต้องให้บริการครอบคลุมฐานประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก ประกอบกับโรงพยาบาลในภูมิภาคบางแห่งเปิดค่าจ้างในการทำฟันปลอมทั้งปากจากส่วนกลาง ได้น้อยกว่าที่จ่ายจริง ทันตแพทย์ส่วนหนึ่งจึงเลือกให้บริการฟันปลอมบางซี่ มากกว่าฟันปลอมทั้งปาก ดังนั้น หากสิทธิประโยชน์ฟันปลอมจำกัดให้เฉพาะผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการเร็วขึ้น และการปรับปรุงระบบเบิกจ่ายให้เหมาะสมจะช่วยกระตุ้นให้ทันตแพทย์หันมาทำงานฟันปลอมทั้งปากมากขึ้น

4. กลุ่มผู้มีประกันสังคม

การศึกษาเกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพช่องปากของผู้มีสิทธิประกันสังคม มีข้อสรุปตรงกันว่า ผู้ประกันตนนิยมใช้บริการจากภาคเอกชน^(120, 121) ขณะที่ผู้มีประกันตนในกรุงเทพมหานครพบสิทธินี้ ร้อยละ 78.7 แต่มีอัตราการเบิกเงินคืนของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 34.5) ซึ่งอาจเป็นเพราะสิทธิประโยชน์ที่จำกัดเพียง 3 ชนิดบริการ และเพดานการเบิกเงินคืนที่ต่ำขณะที่ค่าบริการในภาคเอกชนของบริการทั้ง 3 ชนิดนั้นสูงกว่าที่จะเบิกได้ต่อครั้ง นอกจากนี้ ผู้ประกันตนอาจมีสวัสดิการของหน่วยงาน² หรือมีสิทธิอื่น³ ที่เหนือกว่า จึงไม่ใช้สิทธิประกันสังคม อย่างไรก็ตามการที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายในส่วนที่เกินเองอาจเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานด้อยทักษะที่มีรายได้ต่ำ⁽¹²²⁾

ปัญหาในการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพคือ ผู้ป่วยต้องชำระเงินก่อน และวงเงินประกันน้อย ไม่ครอบคลุม คือเบิกได้ครั้งละไม่เกิน 250 บาท ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง เทียบกับกลุ่มอื่นแล้วกลุ่มประกันสังคมได้รับสิทธิประโยชน์น้อยที่สุด⁽¹²¹⁾

มาตรการและแนวทางการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ

การพัฒนาารูปแบบบริการทันตกรรมและมาตรฐานสถานพยาบาลและเครือข่ายบริการทันตกรรมในระบบประกันสังคม และข้อกำหนดที่จำเป็นให้สถานพยาบาลและเครือข่ายถือปฏิบัติ เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนสิทธิประโยชน์ในครั้งนี้อย่างแท้จริง

V กำหนดให้คลินิกทันตกรรม 1 ยูนิต ดูแลผู้ประกันตน ไม่เกิน 10,000 คน เปิดบริการ

2 เช่น สวัสดิการรักษายาของพนักงานธนาคาร

3 ในทางปฏิบัติพบว่า มีผู้มีสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐซ้ำซ้อน เช่น มีสิทธิประกันสังคมและบัตรสุขภาพ

ในช่วงเวลาที่สะดวกต่อผู้ประกันตน ได้แก่ เปิดบริการนอกเวลาราชการ (เช่น เวลา 17.00-20.00น.) อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ และเปิดบริการในวันเสาร์หรือวันอาทิตย์อย่างน้อยอีก 1 วัน หรือวันเวลาที่สะดวกต่อผู้ประกันตน เนื่องจากในความเป็นจริง ผู้ประกันตนน่าจะสะดวกมาใช้บริการในตอนเย็นและวันหยุดมากกว่าในเวลาราชการ และไม่ควรกำหนดเวลาบริการอย่างตายตัวให้สถานพยาบาลทั่วประเทศถือปฏิบัติ เพราะผู้ประกันตนในสถานประกอบการบางแห่ง เช่น โรงแรม ห้างสรรพสินค้า อาจมีวันหยุดไม่แน่นอนอาจก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการใช้บริการในบางพื้นที่

V สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคลินิกทันตกรรมในบริเวณนิคมหรืออาจสอบถามผู้ประกันตน ว่าสะดวกที่จะใช้บริการที่ใด

V จ้างคลินิกทันตกรรมเอกชนเป็น sub contractor ข้อมูลจากการสำรวจแสดงให้เห็นว่านายจ้างและผู้ประกันตนที่เคยใช้บริการทันตกรรมในรอบปี 2545 ส่วนใหญ่ใช้บริการที่คลินิกทันตกรรมเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน ทำนองเดียวกับผู้ไม่มีสิทธิใดๆ หาก sub contractor เป็นคลินิกทันตกรรมเอกชนด้วย น่าจะอำนวยความสะดวกในการใช้บริการของผู้ประกันตน

V เพิ่มวงเงินประกัน

ตาราง 15 ร้อยละของแหล่งบริการทันตกรรมที่ประชาชนนิยมสามอันดับแรกในรอบปี 2545
จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ

สิทธิประกันสุขภาพ	อันดับ 1	อันดับ 2	อันดับ 3
ไม่มีสิทธิใดๆ	คลินิกเอกชน (61.2)	โรงพยาบาลเอกชน (7.8)	โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ * (7.5)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	โรงพยาบาลชุมชน (36.2)	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (23.7)	โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ * (18.8)
นายจ้าง	คลินิกเอกชน (55.5)	โรงพยาบาลเอกชน (34.2)	โรงพยาบาลชุมชน (5.5)
ประกันสังคม	คลินิกเอกชน (31.6)	โรงพยาบาลเอกชน (27.5)	โรงพยาบาลชุมชน (13.7)
บัตรทอง ท.	โรงพยาบาลชุมชน (59.0)	สถานีนอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีทันตบุคลากร (16.4)	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (10.6)
บัตรทอง 30 บาท (อายุ 15-59 ปี)	โรงพยาบาลชุมชน (58.2)	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป (12.9)	สถานีนอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีทันตบุคลากร (12.7)
ประกันสุขภาพเอกชน	โรงพยาบาลเอกชน (41.4)	คลินิกเอกชน (30.6)	โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (9.3)
รวมทุกสิทธิ	โรงพยาบาลชุมชน (33.7)	คลินิกเอกชน (26.2)	สถานีนอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน ที่มีทันตบุคลากร (9.3)

* โรงพยาบาลรัฐอื่นๆ ได้แก่โรงพยาบาลที่ไม่ใช่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ที่มา : เรียบเรียงใหม่จาก วีระศักดิ์ พุทธาศรี, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปภาณี วาศวิท, กัญญา ดิษยาธิคม, นางลักษณ โง้ววัฒนชัย. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประชาชนไทยพ.ศ.2546: กรณีการรับบริการทันตกรรม⁽²⁶⁾.

5. กลุ่มรายได้น้อยหรือกลุ่มที่อยู่ในชนชั้นล่าง

เช่น กลุ่มรายได้น้อยและคนด้อยโอกาส เข้าถึงบริการได้น้อยกว่ากลุ่มอื่น และมีแนวโน้มได้รับบริการราคาถูกเช่น ถอนฟันแทนที่จะได้รับบริการรักษาคลองรากฟันซึ่งจะเพิ่มจำนวนฟันที่สูญเสียไป

มาตรการและแนวทางการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ

ควรปรับให้การบริการครอบคลุมและเพิ่มการส่งเสริมป้องกัน เพื่อลดการถอนฟันไว้ด้วย ซึ่งไม่น่าจะเพิ่มภาระให้สถานบริการ มากนัก เพราะกลุ่มด้อยโอกาส มีต้นทุนสูงในการมารับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่ต้องมาบ่อย หรือใช้เวลานาน ต้นทุนโดยอ้อมของการมารับบริการเช่น การเดินทางไปใช้บริการ ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร รวมถึงต้นทุนทางอ้อม เช่น การต้องหยุดงาน หรือหาคนช่วยดูแลบุตรหรือคนชราในบ้านเมื่อตนจะไปใช้บริการ ประเด็นควรมีการทดลองใช้และเก็บข้อมูลเพื่อพิจารณาถึงผลดีผลเสียก่อนตัดสินใจประกาศใช้ในระดับประเทศ

ในการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพในกลุ่มที่ด้อยโอกาสที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ ต้องคำนึงถึงหลายด้าน ได้แก่ ทักษะและความรู้ระดับบุคคล ความเชื่อและค่านิยม การเคารพตัวเองต่ำ Poor self esteem การไม่มองถึงอนาคต (Less future oriented outlook) และการมองเรื่องสุขภาพในแง่ลบ โดยต้องใช้มาตรการทางการศึกษา ประชาสัมพันธ์ และการปรับทัศนคติของผู้ให้บริการ

6. กลุ่มผู้พิการ

กลุ่มผู้พิการยังเข้าถึงบริการคิดเป็นสัดส่วนที่น้อย และในประเทศไทยมีการศึกษาข้อมูลในการเข้าบริการทันตสุขภาพในกลุ่มนี้น้อย การจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในประชากรกลุ่มนี้จะช่วยควบคุมและลดโรคในช่องปาก ก่อให้เกิดประโยชน์เป็นอย่างมาก⁽¹²³⁾

มาตรการและแนวทางการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ

V จัดอบรมแนวทางการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้พิการ ควรมีการจัดอบรมในด้านทัศนคติของทันตแพทย์และทีมงาน การคำนึงถึงความปลอดภัยในขณะที่ให้บริการทั้งตัวทันตแพทย์และผู้ป่วย การจัดสถานที่ให้มีมาตรฐานสำหรับให้บริการผู้พิการเช่น ที่จอดรถ ทางลาด ลิฟท์ ราวจับ ขนาดของประตูทางเข้า และห้องน้ำ จัดเอกสารข้อมูลที่เหมาะสม เช่น วิดีทัศน์ หรือพิมพ์ด้วยอักษรเบรลล์

V รัฐควรกำหนดและสนับสนุนสถานบริการจำนวนหนึ่งในแต่ละพื้นที่ให้มีศักยภาพในการให้บริการ เช่นมีทางลาดหรือลิฟท์ หรือมีบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมในการให้บริการผู้พิการ

V รัฐควรกำหนดกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเป้าหมายและจัดกิจกรรมรณรงค์ เช่นจัดวันรณรงค์ให้บริการและประชาสัมพันธ์กิจกรรมสำหรับผู้พิการกลุ่มนี้

7. ชนกลุ่มน้อยและคนต่างด้าว

ประเทศไทยต้องรับภาระในการให้แผ่นดินอาศัยแก่คนต่างด้าวที่อพยพหรือลี้ภัยการเมืองเข้ามาและยังมีคนไร้สัญชาติที่กำเนิดในประเทศไทย แม้ว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศโลกที่ 1 เช่น ออสเตรเลีย หรือ สหรัฐอเมริกา ปัญหาจะไม่มากนัก แต่ก็ไม่ควรจะละเลย ทั้งในแง่ของมนุษยธรรม และแง่ของการบริหารจัดการ ในเชิงนโยบายระดับประเทศ อาจจัดชนกลุ่มน้อยและคนต่างด้าวว่าเป็นคนด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการทันตสาธารณสุข แต่ว่ามีข้อแตกต่างในแง่ของการถูกหมดในความเป็นประชาชนไทยจากรัฐ ดังนั้นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการของชนกลุ่มนี้จึงมีความแตกต่างจากคนไทยที่เป็นคนด้อยโอกาส

การศึกษาของ เจียน ฮู และ ชาย โพธิสิตา (2550)⁽¹²⁴⁾ พบว่า ชนกลุ่มน้อยเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้ต่ำกว่าคนไทยในเขตชายแดนไทย พม่า ซึ่งอนุมานได้ว่าการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพย่อมมีต่ำด้วยเช่นกัน เพราะทั่วไปแล้ว ประชาชนจะเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากกว่าบริการทันตสุขภาพ ผู้วิจัยได้แนะนำให้เห็นความสำคัญของปฏิสัมพันธ์ด้านภาษาและวัฒนธรรมระหว่างผู้ป่วยชนกลุ่มน้อย กับบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการ

เนื่องจาก สิทธิขั้นพื้นฐานที่เกิดจากความจำเป็นในการมีชีวิตของคนต่างด้าวประการหนึ่งคือ สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในสุขภาพ (Right to health) ซึ่งคำว่าประชาชนในบริบทที่รัฐมีหน้าที่ดังกล่าวคือบุคคลทุกคนที่อาศัยในประเทศไทยนั่นเอง ดังนั้นคนต่างด้าวผู้มีสิทธิขั้นพื้นฐานที่รัฐพึงรับรองและคุ้มครองบุคคลทุกคนโดยไม่ขึ้นอยู่กัจุดเกาะเกี่ยวของสัญชาติ และเมื่อพิจารณาถึงถ้อยคำ “สิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคนต่างด้าว” เป็นสิทธิที่จะเกิดขึ้นโดยรัฐตามกฎหมายซึ่งมีลักษณะเป็นกฎหมายมหาชนรับรอง แม้สิทธิดังกล่าวรัฐจะให้อย่างจำกัดกล่าวคือกำหนดโดยเงื่อนไขทางกฎหมายนั่นเอง แม้ว่าจะยังไม่มีการศึกษาในประเทศในด้านปัญหาการเข้าถึงบริการของชนกลุ่มน้อย แต่โดยบริบทของสังคมแล้วประชากรกลุ่มนี้ยังเข้าถึงบริการทันตสุขภาพน้อยเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่นคนต่างด้าวในประเทศไทยยังเข้าถึงบริการทันตสุขภาพน้อย เนื่องด้วยข้อจำกัดหลายด้าน ทั้งในด้านภูมิศาสตร์ ที่ตั้งของที่พักอาศัยของคนต่างด้าว และข้อกำหนดขององค์การรัฐที่จำกัดการเข้าถึงบริการของรัฐ

โดยทั่วไปกลุ่มนี้จะได้รับบริการจากกิจกรรมรณรงค์ในโอกาสสำคัญ เช่นการออกหน่วยทันตกรรมพระราชทาน การออกหน่วยของคณะทันตแพทยศาสตร์ และจากมูลนิธิต่างประเทศ

ปัจจุบัน มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) จัดทำโครงการพิเศษ ปีที่ 3 “โครงการทันตกรรมเคลื่อนที่เพื่อประชาชนด้อยโอกาสในเขตทุรกันดาร ใน 5 จังหวัด 26 อำเภอ ออกหน่วยปีละ 28 ครั้ง ผู้มารับบริการ ร้อยละ 90 เป็น ชาวเขาหรือชนกลุ่มน้อย (personal contact ผู้จัดการ มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) 21 มีนาคม 2551)

ข้อมูลการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพหรือแม้กระทั่งการเข้าถึงบริการทันตกรรมทั่วไปของประชาชนกลุ่มนี้มีจำกัด

ข้อเสนอมาตรการและแนวทางการเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ

V สำรวจปัญหาสุขภาพและความต้องการในการรักษา รวมทั้งหาสาเหตุในการเข้าไม่ถึง

บริการและหาทางแก้

V การออกบัตรประกันสุขภาพให้แก่คนต่างด้าวโดยมีเงื่อนไขตามความเหมาะสมให้ได้รับสิทธิการรักษาสุขภาพช่องปาก โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้น้อยหรือยากจน

V ในการส่งเสริมทันตสุขภาพโดยสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลทันตสุขภาพและประโยชน์ของการมีสุขภาพช่องปากที่ดี และควรสื่อสารโดย พิจารณา เชิงจิตสังคม และวัฒนธรรมของประชากรกลุ่มนี้

V ผู้ให้บริการควรมีความเข้าใจด้านวัฒนธรรม และสามารถสื่อสารด้วยภาษาเดียวกัน อาจเป็นผู้ที่เป็นชนกลุ่มน้อยด้วยกัน จะทำให้ได้รับการยอมรับมากขึ้น อาจมีการให้ทุนสนับสนุนชนกลุ่มน้อยที่มีศักยภาพศึกษาต่อ ในวิชาชีพที่ให้บริการทันตสุขภาพได้ โดยกำหนดภาระผูกพันให้กลับมาปฏิบัติหน้าที่ในภูมิภาคแล้วสำเร็จการศึกษา หรือมีการอบรมให้บุคลากรผู้ให้บริการสามารถพูดภาษาของชนกลุ่มน้อยได้

V จัดหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ให้สม่ำเสมอ บูรณาการงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กับหน่วยงานที่ดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตชาวเขา โดยอาจขอความร่วมมือจากองค์กรอาสาสมัครทั้งในและนอกประเทศ

V มีระบบเฝ้าระวังและตรวจคัดกรองและส่งต่อ

หมายเหตุ ในกระบวนการทำงาน และควรคำนึง เชิงจิตสังคม และวัฒนธรรม และภาษาของประชากรกลุ่มนี้

ปัญหา และข้อเสนอมาตรการแก้ไขในแง่ของระบบการให้บริการและอื่น ๆ

1. สถานบริการ ที่ตั้ง
2. กำลังคนและการกำหนดบทบาทหน้าที่
3. รูปแบบการให้บริการ
4. มาตรการทางการเงิน
5. กำลังคน

1. สถานบริการ ที่ตั้ง

V การเพิ่มสถานบริการที่เข้าถึงง่ายและเพิ่มทันตบุคลากรที่ขาดแคลนและกระจายให้

เหมาะสม เนื่องจากปัจจัยหลักที่ใช้ในการเลือกสถานบริการคือใกล้บ้านและให้บริการรวดเร็ว (กองทันต 2537) แนวทาง จัดให้มีสถานบริการใกล้บ้านในรัศมี ไม่เกิน 10 กิโลเมตร ซึ่งก็มีอยู่แต่พบว่ามีหลาย PCU ไม่มีทันตภิบาล

2. กำลังคนและบทบาทหน้าที่

V ทันตภิบาลควรมีบทบาทหลักในงานเชิงรุกและ PCU (ทันตแพทย์ 30 บาท)

V ศูนย์สุขภาพชุมชนหลายแห่งไม่มีการจัดบริการทันตกรรม และไม่มีทันตภิบาล แนวทางการแก้ไขอาจใช้มาตรการเดียวกับประเทศออสเตรเลียที่ควรส่งเสริมให้ทันตภิบาลทำงานได้กว้างขึ้น ดังนั้นการปรับหลักสูตรทันตภิบาลเป็น 4 ปี โดยให้เน้นการส่งเสริมป้องกัน และจัดทำโครงการในชุมชน น่าจะทำให้การเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันของคนในชุมชนเพิ่มมากขึ้น

V เพิ่มจำนวนผู้ช่วย ครุภัณฑ์งบประมาณ

3. รูปแบบการให้บริการ

V การเปิดโอกาสให้ เอกชนร่วมให้บริการน่าจะเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการมากขึ้น แต่

ควรมีการบริหารจัดการที่ดีเนื่องจากรูปแบบการให้บริการทันตสุขภาพของไทยมีรัฐเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยทั่วไป การบริการภาครัฐเพียงอย่างเดียวไม่สามารถตอบสนองความต้องการบริการของประชาชนได้อย่างพอเพียงเนื่องจากความด้อยประสิทธิภาพในการผลิตบริการและผู้ให้บริการขาดแรงจูงใจ (monetary incentive) ประเทศที่รัฐสามารถกำกับดูแลการบริการอย่างเบ็ดเสร็จครอบคลุมประชากรได้ทุกกลุ่ม มักเป็นประเทศที่มีประชากรไม่มากนักและรูปแบบการให้บริการของประชาชนมีความหลากหลาย เช่นในสังคมเมือง ผู้รับบริการอาจนิยมไปรับบริการที่คลินิกเอกชนมากกว่า หรือเวลาทำการของคลินิกเอกชนเหมาะสมกับรูปแบบการใช้ชีวิตของประชากรบางกลุ่มมากกว่า การให้คลินิกทันตกรรมเอกชนรับช่วงบริการ (subcontract) จากเครือข่ายบริการภาครัฐหรือเอกชนสามารถแก้ปัญหาการบริการไม่เพียงพอต่อความต้องการในเขตเมือง โดยกลไกการจ่ายค่าบริการที่จูงใจให้เกิดบริการอย่างเต็มประสิทธิภาพ คือ การจ่ายตามบริการโดยมีเพดานกำกับ (fee-for-service with ceiling) แต่ต้องมีระบบตรวจสอบการเบิกค่าบริการว่า เกิดจากบริการจริงหรือไม่ มีการให้บริการเกินจำเป็นหรือไม่ และมีการเบิกค่าบริการซ้ำซ้อนหรือไม่ และเนื่องจากกลุ่มที่คาดว่าจะได้รับผลกระทบคือกลุ่มเด็กและนักเรียนซึ่งจะส่งผลสุขภาพของประชากร (population health) ในอนาคต จึงเป็นการดีหากคลินิกทันตกรรมเอกชนจะเข้าร่วมให้บริการป้องกันโรคแก่ประชากรกลุ่มนี้ เนื่องจากสามารถกำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนหรือบริการที่สามารถดำเนินการที่โรงเรียนได้เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน โดยรับค่าตอบแทนเนื่องจากเป็นบริการที่คุ้มค่า ค่าบริการไม่แพง และสามารถทำความเข้าใจในเงื่อนไขบริการอย่างเฉพาะเจาะจงได้ สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และเป็นการแก้ปัญหาในเขตอำเภอเมืองหรืออำเภอใหญ่ซึ่งโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนมีข้อจำกัดในการบริการกลุ่มเด็ก เมื่อพิจารณาจากตัวเด็กเอง การไปรับบริการที่คลินิกเอกชนน่าจะมี ความกันเองและเป็นมิตรมากกว่าที่โรงพยาบาล

นอกจากนี้ประชาชนในเขตเมืองใช้บริการจากภาคเอกชนค่อนข้างมาก (125) ถ้าให้ผู้มีบัตรทองรับบริการจากภาคเอกชนได้ จะทำให้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

V เพิ่มงานส่งเสริมป้องกันในชุดสิทธิประโยชน์ในการรับบริการที่สถานบริการรอง

เช่น เคลือบหลุมร่องฟัน เคลือบฟลูออไรด์ ตามความเห็นสมควรของทันตแพทย์เนื่องจากเป็นการบริการที่มีความคุ้มค่าสูง

V จัดมาตรฐานสถานบริการ ควรจัดมาตรฐานโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนมีแบบแผนการให้ชนิดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์เหมือนกัน เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนและสะดวกในการทำงาน โดยการกำหนดสิทธิประโยชน์ควรคำนึงถึงความจำเป็นของกลุ่มวัยเป็นสำคัญ โดยประชาชนควรได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคในช่องปาก สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพจะแตกต่างกันไปตามกลุ่มวัยการระบุสิทธิประโยชน์เป็นรายการย่อยๆ ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าใจได้ยากและอาจระบุความต้องการชนิดบริการโดยไม่คำนึงถึงความจำเป็นของสภาพในช่องปากซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการร้องเรียน จึงควรระบุเป็นกลุ่มบริการโดยมีเงื่อนไข (condition) หรือข้อยกเว้น (exclusion) แทน

V การทำงานโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์

พัฒนาระบบบริการโดยใช้ evidence based จัดให้มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้สามารถเก็บข้อมูลพื้นฐาน เช่น ระบบฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากที่ดีและเป็นปัจจุบัน การตรวจสุขภาพช่องปากควรใช้แบบตรวจเดียวกันทั้งในภาครัฐ และภาคเอกชนตรวจอย่างละเอียดโดยทันตแพทย์ และมีการประเมินผลระบบบริการโดยการวิจัยเป็นระยะๆ และนำผลนั้นมาใช้ และมีการประเมินผลเพื่อทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน การจัดทำระบบข้อมูลที่จำเป็น การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินงานของหน่วยบริการต่างๆ ระบบข้อมูลพื้นฐานของงานทันตสาธารณสุขที่มีในปัจจุบันไม่สามารถใช้ในการติดตามผล ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเอื้อให้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายและสร้างมาตรการที่ให้ประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

4. มาตรการทางการเงิน

V การอุดหนุน (subsidized) ค่าบริการทันตกรรม จะลดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทันตกรรมได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อ ความไม่เท่าเทียมนี้เกิดจากการที่ประชาชนมีรายได้ แตกต่างกัน ซึ่งไทยได้ทำอยู่โดยการให้จ่าย 30 บาทและต่อมาไม่ต้องชำระเงินเลย

V ควรมีการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสม และให้ข้อมูลชัดเจน เช่น ความกังวลด้านงบประมาณทำให้ผู้บริหารสถานบริการบางแห่งจำกัดขอบเขตการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำฟันปลอมแท้จริงแล้ว ต้นทุนในการให้บริการทันตสุขภาพ จากการศึกษาของเพ็ญแข และนุชราภรณ์ พบว่า เมื่อไม่รวมต้นทุนลงทุน ต้นทุนทั้งหมดของฝ่ายทันตสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 4.1-12.8 ของต้นทุนโรงพยาบาลภาครัฐเท่านั้น โดยเป็นต้นทุนรายหัวประชากรสิทธิบัตรทอง 41.59 บาท (ณ อัตราการใช้บริการ 9.50) ขณะที่ของกลุ่มสิทธิอื่น/ไม่มีสิทธิใดเท่ากับ 94.40 บาท 69 ซึ่งการบริการแก่คนกลุ่มหลังนี้คือ รายได้ของโรงพยาบาลต้นทุนรายหัวประชากรบัตรทอง 41.59 บาทต่อปี คิดเป็นร้อยละ 5.32 ของงบประมาณบริการแบบผู้ป่วยนอก ป้องกันโรค

และค่าใช้จ่ายสูง รวมกันเมื่อการจัดสรรงบประมาณเป็นเหมาจ่ายรายหัวประชากรให้กับเครือข่ายบริการโดยตรง ความกังวลต่อต้นทุนบริการ ประกอบกับ ไม่มีการกำกับอย่างเต็มระบบ

V ดำเนินรูปแบบ โครงการ แบบ **vertical** เช่น ยึดสไตส์เด็กไทยฟันดี และ ฟันปลอมพระราชทาน เบิกจ่ายง่าย ประเมินผลได้ชัดเจน

5. ด้านอื่นๆ

V การให้บริการควรมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน

ในการให้บริการควรมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ทิศทางการให้บริการควรเป็น แบบเน้นกลุ่มเสี่ยง เพราะได้รับประโยชน์มากกว่า (high benefit) การจัดบริการควรกำหนดเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ เข้าถึงบริการน้อยเมื่อเทียบกับโครงสร้างประชากรไทย

V การจัดสถานบริการให้เหมาะกับกลุ่ม และความเหมาะสมในชุมชน

- การเปิดคลินิกนอกเวลาของภาครัฐ

- ควรจะรวมถึงบัตรทองและประกันสังคมและจัดระบบจ่ายที่เหมาะสมสำหรับผู้ให้บริการ เช่น ตัวอย่างจากสถานีนอนามัยบางแห่งได้เงินสนับสนุนจาก อบต. ในการจ่ายค่าตอบแทนล่วงเวลา แก่ทันตบุคลากร จัดให้บริการทันตกรรมแก่เด็กมัธยมซึ่งเป็นกลุ่มที่หลุดออกจากการทันตกรรมโรงเรียนต่างๆที่เป็นวัยที่มีปัญหาช่องปากมากและการมี สุขภาพช่องปากที่ดีจะส่งผลกระทบยาวถึงวัยผู้ใหญ่
- จัดบริการทันตกรรมนอกเวลาและฉุกเฉิน (Out of hour and Emergency dental service) โดยหมุนเวียนทันตแพทย์ในระบบรัฐมาให้บริการ และจัดให้มีค่าตอบแทนที่เหมาะสม

V บริการนอกสถานที่

- หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ อาจเป็นหน่วยเฉพาะบริการทันตกรรมหรือร่วมกับบริการอื่นๆของโรงพยาบาล อาจให้บริการที่โรงเรียน, วัด, ชุมชน หรือโรงงาน วัตถุประสงค์หลักของการบริการนอกสถานที่คือกระจายบริการสู่ประชาชนที่อยู่ห่างไกลหรือเข้าไม่ถึงบริการเพราะอุปสรรคด้านการเดินทางหรือค่าบริการ เช่น กลุ่มอายุ 12 ปีใช้บริการหมอฟันที่โรงเรียนและสถานีนอนามัยมาก รองลงไปจากโรงพยาบาลชุมชนดังนั้นการให้บริการที่เหมาะสมกับกลุ่มนี้ควรเป็นงานทันตกรรมโรงเรียน ที่ให้บริการที่โรงเรียนหรือสถานีนอนามัยใกล้โรงเรียน

- คลินิกสาขา (extended OPD) เป็นการให้บริการในพื้นที่ขาดแคลนทันตบุคลากร ลักษณะคล้ายหน่วยเคลื่อนที่แต่จะมีกำหนดเวลาแน่นอนที่จะไปให้บริการประจำ ณ สถานที่หนึ่งๆ เช่น ทุกวันจันทร์ จุดบริการมักเป็นสถานีนอนามัย สถานีนอนามัยขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลสาขา โดยมีทันตบุคลากรที่อยู่ในโรงพยาบาลใกล้เคียงหรือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หมุนเวียนไปให้บริการ

V การรณรงค์ให้เกิดการปรับพฤติกรรม

การรณรงค์ให้เกิดการปรับพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมเป็นการแก้ปัญหาที่ยั่งยืนและคุ้มค่ากว่าการฝากความหวังไว้กับการบริการเพียงอย่างเดียว การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใช้บริการต้องมีการนำความรู้และเทคโนโลยีจากหลายสาขามาประยุกต์ใช้จึงควรเป็นบทบาทของส่วนกลาง เนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ และจะเป็นการประหยัดต่อขนาด (economy of scale) กว่าทำให้แต่ละเครือข่ายบริการดำเนินการเอง

V หลักสูตรการผลิตทันตบุคลากร

จัดโควตาให้ผู้ที่มีศักยภาพจากพื้นที่ขาดแคลนเข้าเรียน หรือให้องค์กรท้องถิ่นให้ทุนที่มีสัญญาผูกพัน

หลักสูตรทันตแพทย์

ควรมุ่งเน้นการบูรณาการหลักการส่งเสริมป้องกันเข้ากับการบริการส่วนบุคคล เพิ่มทักษะการจัดการงานทันตสาธารณสุข⁽⁴⁾ เน้นงานชุมชน และจัดฝึกงานในพื้นที่ขาดแคลนทันตแพทย์เพื่อสร้างความตระหนักถึงปัญหาและเกิดการเรียนรู้ ในการแก้ปัญหาและแนวทางการทำงาน⁽¹²⁶⁻¹²⁹⁾

หลักสูตรทันตภิบาล

ผลการศึกษาของสุปรีดา อุดุลยานนท์ และคณะ (2545)⁽¹³⁰⁾ ที่ได้ศึกษาผลกระทบของนโยบายหลักประกันฯ ต่อเรื่องกำลังคนทางทันตสุขภาพ และแนวทางการวางแผนกำลังคนด้านทันตสุขภาพเพื่อให้เกิดการกระจายกำลังคนอย่างเหมาะสม โดยการวิเคราะห์ข้อมูลกำลังคน การสัมภาษณ์ความเห็นนักคิดและผู้ทรงคุณวุฒิ และการประชุมกลุ่ม ได้มีข้อเสนอที่สำคัญดังนี้

1) ควรเพิ่มความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพให้มากกว่าการรักษา นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการปรับเปลี่ยนการจัดบริการและระบบการเงินการคลัง ทำให้ในอนาคตการทำงานแบบผสมผสานและเป็นองค์รวมมากขึ้น ทันตบุคลากรจะต้องมีความสามารถในการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เพื่อหนุนเสริมการทำงานส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้การกระจายอำนาจยังช่วยสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการคัดเลือกบุคลากรเข้าศึกษาต่อเป็นทันตแพทย์หรือทันตบุคลากรอื่นๆ และ การเข้าร่วมเป็นหน่วยคู่สัญญาตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเอกชน ทำให้เอกชนต้องการขยายบทบาทในการทำงานทันตสาธารณสุขภาครัฐมากขึ้น ระบบบริการจึงต้องการทันตแพทย์ ที่มีคุณลักษณะด้านงานทันตสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน

2) ควรปรับบทบาทการเรียนการสอนของทันตภิบาล ที่เน้นงานด้านการส่งเสริมป้องกันเป็นบทบาทหลัก เป็นการดำเนินการที่ต้องควบคู่ไปกับการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ในพื้นที่ชนบทเพื่อให้ประชาชนมีหลักประกันว่าจะได้รับบริการ ขณะเดียวกันควรการเพิ่มบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและปรับลดขอบเขตการรักษาพยาบาลอย่างง่ายของทันตภิบาลลง ด้วยการพิจารณาให้รอบคอบ โดยคำนึงถึงการกระจายบริการสู่ประชาชน และการช่วยแบ่งเบาภาระให้ทันตแพทย์ทำงานชั้นสูงได้มากขึ้น

3) ควรจัดการให้มีบุคลากรประเภททันตภิบาลใน รพศ./รพท. เพราะต้องทำงานในฐานะ PCU และอาจต้องมีการบริหารจัดการให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานได้ในภาคเอกชน หรือทำงานในลักษณะเครือข่ายกับภาคเอกชน ทั้งนี้มีเงื่อนไขว่าจะต้องทำให้บทบาทและการบริหารจัดการมีความชัดเจน

4) ควรเพิ่มจำนวนทันตภิบาล ในฐานะที่ทันตภิบาลเป็นทันตบุคลากรหลักของหน่วยปฐมภูมิ คาดหมายว่าจะต้องเพิ่มจำนวนขึ้น พร้อมๆกับการปรับบทบาทและปรับโครงสร้างการทำงาน ทันตภิบาล

เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญแข ลาภยั้ง. การเงินการคลังด้านสุขภาพช่องปากของประเทศไทย ทันตสาธารณสุข. 2542;4(2):7-33.
2. Santerrel RE NS. The Demand for Medical Services. In Health Economics : Theories, Insights, and Industry Studies. Chicago: R.R.Donnelley&Sons; 1996. p. 44-80.
3. World Health Organization. Equity in Access to Public Health. New Delhi: World Health Organization. Regional Office for South-East Asia; 2000.
4. Lapying P. The demand analysis of oral care in rural area : a case study of Uthong district, Suphanburi Bangkok: Mahidol University . 2001.
5. Mouradian WE, Wehr E, Crall JJ. Disparities in children's oral health and access to dental care. Jama. 2000 Nov 22-29;284(20):2625-31.
6. Beazoglou T, Brown LJ, Heffley D. Dental care utilization over time. Soc Sci Med. 1993 Dec;37(12):1461-72.
7. Lapying P. The demand analysis of oral care in rural area : a case study of Uthong district, Suphanburi Bangkok: Mahidol University . 2001.
8. Woodward GL LJ, Main PA. Oral Health and Family Characteristics of Children Attending Private or Public Dental Clinics. Community Dent Oral Epidemiol. 1996;24:253-9.
9. Locker D, Leake 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 Nov;57(11):879-86.
10. Holtmann AG, Olsen EO, Jr. The demand for dental care: a study of consumption and household production. J Hum Resour. 1976 Fall;11(4):546-60.
11. Schwarz E. Changes in utilization and cost sharing within the Danish National Health Insurance dental program, 1975-90. Acta Odontol Scand. 1996 Feb;54(1):29-35.
12. Rise J, Storhaug K. Dental welfare profiles in a group of disabled Norwegian adults. Community Dent Oral Epidemiol. 1989 Aug;17(4):165-9.

13. Gilbert GH, Branch LG, Longmate J. Dental care use by U.S. veterans eligible for VA care. *Soc Sci Med.* 1993 Feb;36(3):361-70.
14. Eklund SA, Pittman JL, Smith RC. Trends in dental care among insured Americans: 1980 to 1995. *J Am Dent Assoc.* 1997 Feb;128(2):171-8.
15. Eddie S, Davies JA. The effect of social class on attendance frequency and dental treatment received in the General Dental Service in Scotland. *Br Dent J.* 1985 Dec 7;159(11):370-2.
16. Dolan TA, Gooch BF, Bourque LB. Associations of self-reported dental health and general health measures in the Rand Health Insurance Experiment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1991 Feb;19(1):1-8.
17. Atchison KA, Schoen MH. A comparison of quality in a dual-choice dental plan: capitation versus fee-for-service. *J Public Health Dent.* 1990 Spring;50(3):186-93.
18. Feldstein PJ. The Demand for Personal Dental Care. In *Financing Dental Care: An Economic Analysis* Lexington: Lexington Books; 1973. p. 21-35.
19. Kanellis MJ, Damiano PC, Momany ET. Utilization of dental services by Iowa Medicaid-enrolled children younger than 6 years old. *Pediatr Dent.* 1997 Jul-Aug;19(5):310-4.
20. Goedhart H, Eijkman MA, ter Horst G. Quality of dental care: the view of regular attenders. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996 Feb;24(1):28-31.
21. Frazier PJ, Jenny J, Bagramian RA, Robinson E, Proshek JM. Provider expectations and consumer perceptions of the importance and value of dental care. *Am J Public Health.* 1977 Jan;67(1):37-43.
22. Chen M HP, Andersen R. Oral Quality of life. In *Comparing Oral Health Care System : A second international*; 1997; Geneva: WHO; 1997.
23. Chalmers JM CK, Spencer AJ,. Oral health of Adelaide nursing home residents: longitudinal study. *Aust J Ageing* 2004;23:63-70.
24. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ; 2543.
25. Normand C WA. Social health insurance : a guidebook for planning. . WHO and ILO; 1994.

26. วีระศักดิ์ พุทธาศรี, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, จิตปราณี วาศวิท, กัญจนา ดิษยาธิคม, นงลักษณ์ ใจวิวัฒน์ชัย. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๔๖ กรณีการรับบริการทันตกรรม. วารสารวิชาการสาธารณสุข. พฤษภาคม-มิถุนายน 2547;13(3):449-59.
27. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2537.
28. Wu B PB, Liang J, Liang W, . Cognitive function and Dental care Utilization among Community - Dwelling Older Adults. American Journal of Public Health. 2007;97(12):2216-21.
29. U.S. Department of Health and Human Service OotIG. Children's dental services under Medicaid: Access and utilization. Washington: U.S. Government Printing Office; 1996.
30. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
31. เพ็ญแข ลาภยิ่ง ว. การบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2546. นนทบุรี: องค์การอนามัยโลกแห่งประเทศไทย; 2546.
32. ภูษิต ประคองสาย วต, กัญจนา ดิษยาธิคม,. ระหว่างคนจนกับคนรวย ใครได้รับประโยชน์จากการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า? วิชาการสาธารณสุข. 2550;16(ฉบับเพิ่มเติม (พฤษภาคม - มิถุนายน)):s20-s36.
33. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สุณี ผลดีเยี่ยม, ชนิษฐา รัตนรังสิมา. การศึกษาสถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ทันตสาธารณสุข. 2545;7(2):37-55.
34. วีระศักดิ์ พุทธาศรี, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะฉัตร พัทธานันต์. การจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย
นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2547.
35. สุณี วงศ์คงคาเทพ, บุญเชื้อ ยงวานิชกร. การจัดบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545. วิชาการสาธารณสุข. 2546;12:645-58.
36. ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์ และ คณะ. กระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1 : วิเคราะห์สถานการณ์. กรุงเทพฯ: Imprint สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส); 2546.

37. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริรักษ์ นครชัย, ภัทรวดี สีสาทวีวุฒิ, สร้อยศิริ ทวีบุรณ, บุญนิตย์ ทวีบุรณ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการทบทวนสถานการณ์ปัญหาและองค์ความรู้ เรื่องฟันในฟันน้ำนม; 2547.
38. สุณี วงศ์คงคาเทพ วจ, ปิยะดา ประเสริฐสม, ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, ขนิษฐ รัตนรังสิมา,. การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2544. วิชาการสาธารณสุข. 2548;14:840- 54.
39. วราภรณ์ จิระพงษา, ปิยะดา ประเสริฐสม, สุณี วงศ์คงคาเทพ. ระบบบริการทันตสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี: ออนพรีนซ์; 2547.
40. Roemer ML. National Health Systems of the World Volume I. The Countries. New York: Oxford University Press; 1991.
41. U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America : A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, MD: National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health; 2000.
42. Manski RJ, Macek MD, Moeller JF. Private dental coverage : Who has it and how does it influence dental visits and expenditures? J Am Dent Assoc. 2002;133:1551-9.
43. Waldman HB. Mid-1990s review of Medicaid and Medicaid dentistry. J Dent Child. 1997;64:141-8.
44. Burt BA ES. Dentistry, Dental Practice, and the Community. 5th ed. Philadelphia: WB. Saunders Co; 1999.
45. Hernandez JB CI, Goldman D, Freed J, Marcus M,. Managed care in dental markets: Is the experience of medicine relevant? J Public Health Dent 1999;59:24-32.
46. American Dental Association. Future of Dentistry : Today's Vision Tomorrow's Reality. Illinois: American Dental Association, Health Policy Resources Center; 2001.
47. Waldman HB PS, Swerdloff M,. Managed (not to) care : Medicaid and children with disabilities. J Dent Child. 1999;66:59-65.
48. Milgrom P RC. Survey of Medicaid child dental services in Washington State : Preparation for a marketing program. J Am Dent Assoc. 1998;129:753-63.

49. Milo SC LC. Legislation, regulation, and interpretations governing children's Medicaid dental services. Children's Dental Health Project. 1998.
50. Stanton MW RM. Dental Care: Improving Access and Quality. Rockville (MD): Agency of Healthcare Research and Quality; 2003. Report No.: AHRQ Pub No. 03-0040.
51. Health Care Financing Administration. Information regarding the passage of the State Children's Health Insurance Program (SCHIP), also known as Title XXI of the Social Security Act, as part of the Balanced Budget Act of 1997. 1997.
52. Waldman HB SM. Health insurance for children : A new federal initiative and opportunity. J Dent Child. 1998;65:136-9.
53. American Dental Association. Status Report on State Child Health Insurance Program (SCHIP) : Implementation Actions. 2007 [cited Jan 02,2005]; Available from: www.aap.org/advocacy/staccess.htm
54. Centers for Disease Control and Prevention. Synopses of State and Territorial Dental Public Health Programs :

Trend for United States. Available from : URL : <http://www2.cdc.gov/nccdphp/doh/synopses/NatTrendTableV.asp>.

Searched on January 10th, 2003.; 2003.
55. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010, Progress Review. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2000.
56. Cohen LA, Horowitz AM. Community-based sealant programs in the United States: results of a survey. J Public Health Dent. 1993 Fall;53(4):241-5.
57. Truman BI, Gooch BF, Sulemana I, Gift HC, Horowitz AM, Evans CA, et al. Reviews of evidence on interventions to prevent dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related craniofacial injuries. Am J Prev Med. 2002 Jul;23(1 Suppl):21-54.
58. Kaakko T, Skaret E, Getz T, Hujoel P, Grembowski D, Moore CS, et al. An ABCD program to increase access to dental care for children enrolled in Medicaid in a rural county. J Public Health Dent. 2002 Winter;62(1):45-50.

59. Tomar SL, Husten CG, Manley MW. Do dentists and physicians advise tobacco users to quit? J Am Dent Assoc. 1996 Feb;127(2):259-65.
60. Caban-Martinez A LD, Fleming LE, Arheart KL, LeBlanc WG, Chung-Bridges K, Christ S, Pitman Terry Dental care access and unmet dental care needs among U.S. workers. The National Health Interview Survey, 1997 to 2003. JADA. 2007;138:227-30.
61. Fox HB, McManus MA, Limb SJ. Early assessments of SCHIP's effect on access to care for adolescents. J Adolesc Health. 2003 Jun;32(6 Suppl):40-52.
62. U.S. Department of Health and Human Services. Oral Health in America: A Report of the Surgeon General Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health; 2000.
63. American Dental Association. State and Community Models for Improving Access to Dental Care for the Underserved- A White Paper. Chicago: American Dental Association; 2004.
64. Byck G, Cooksey J, Walton S. Access to Oral Health Care for Medicaid Children in Illinois : A Focus on Rural Illinois: University of Illinois in Chicago. Illinois Center of Health Workforce Study; February 2001.
65. Watson MR MR, Macek MD,. The impact of income on children's and adolescents' preventive dental visits. JADA. 2001;132:1580-7.
66. Pierce KM RR, Vann WF Jr.,. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. Pediatrics. 2002;109(5):E82-2.
67. American Dental Association. Give Kids A Smile (GKAS).
68. Truman BI GB, Sulemana I, . The Task Force on Community Preventive Services. Review of evidence on interventions to reduce dental caries, oral and pharyngeal cancers, and sports-related orofacial injury. Am J of Prev Med. 2002;23(2002):1-84.
69. Association AD. Future of Dentistry : Today's Vision Tomorrow's Reality. Illinois: American Dental Association, Health Policy Resources Center; 2001.
70. Iowa Department of Public Health Oral Health Bureau. Sealant Survey Report: FY04 2004.

71. Wall TP, Brown LJ. Dental visits among Hispanics in the United States, 1999. J Am Dent Assoc. 2004 Jul;135(7):1011-7; quiz 36-8.
72. Hargraves JL, Hadley J. The contribution of insurance coverage and community resources to reducing racial/ethnic disparities in access to care. Health Serv Res. 2003 Jun;38(3):809-29.
73. Lewis C, Mouradian W, Slayton R, Williams A. Dental insurance and its impact on preventive dental care visits for U.S. children. J Am Dent Assoc. 2007 Mar;138(3):369-80.
74. Mofidi M, Rozier RG, King RS. Problems with access to dental care for Medicaid-insured children: what caregivers think. Am J Public Health. 2002 Jan;92(1):53-8.
75. Cote S, Geltman P, Nunn M, Lituri K, Henshaw M, Garcia RI. Dental caries of refugee children compared with US children. Pediatrics. 2004 Dec;114(6):e733-40.
76. Pitts N. NHS Dentistry: Options for Change in Context - a personal overview of a landmark document and what it could mean for the future of dental services. British Dental Journal. 2003;195(11):631-5.
77. Department of Health. NHS Dental Reforms: One year on. August 2007.
78. กระทรวงสาธารณสุข กก. ระบบบริการทันตสุขภาพ 8 ประเทศ บทเรียนเชิงสังเคราะห์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ. นนทบุรี: ออนพรีนซ์; 2546.
79. NHS. NHS dentistry in England: information for patients. London; 2007.
80. Scottish Executive St Andrew's House. Modernising NHS dental services in Scotland : consultation. Edinburgh: Scottish Executive. St Andrew's House; 2003.
81. NHS Dental Services: NHS costs and exemptions. 2008.
82. NHS. Helps with health cost. 2008.
83. Department of Health: Dental and Ophthalmic Services Division. Choosing Better Oral Health: An Oral Health Plan for England. In: Department of Health, editor.; 2005.
84. Edwards D, Merry A, Pealing R. Disability Part 3: Improving access to dental practices in Merseyside. British Dental Journal. 2002;193(6):317-9.

85. Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey D. Dental Care for Aging Populations in Denmark, Sweden, Norway, United Kingdom, and Germany. *Journal of Dental Education*. 2005;69(9):987-97.
86. Borreani E, Wright D, Scambler S, Gallagher JE. Minimising barriers to dental care in older people. *BMC Oral Health*. 2008;8:7.
87. Simons D. Who will provide dental care for housebound people with oral problems? *British Dental Journal*. 2003;194(3):137-8.
88. Hill K, Goodwin N, Bradnock G, Hall A, Burke T. National Evaluation of Personal Dental Services: Interim Report to the Department of Health: School of Dentistry and Health Services Management Centre, University of Birmingham; April 2001.
89. Department of Health, British Association for the Study of Community Dentistry. *Delivering Better Oral Health : An evidence-based toolkit for prevention*. 2007.
90. Australian Health Ministers' Advisory C. Steering Committee for National Planning for Oral Health: Oral health of Australians: National planning for oral health improvement: Final report: South Australian Department of Human Services; 2001.
91. Australian Dental Association (ADA). News bulletin No. 317, December 2003. 2003.
92. Spencer AJ DM, Slade GD, Brennan DS,. Caries prevalence in Australasia. *Int Dent J*. 1994;44:415-23.
93. Spencer AJ. What options do we have organizing, providing and funding better public dental care?: Australian Health Policy Institute, University of Sydney; 2001.
94. Ziguras S MC. Improving the dental health of people on low incomes: Brotherhood of St Laurence and the Australian Council of Social Service; 2001.
95. Madden K. Regional Incomes and the Cost of Living for Low Income Household: How does Tasmania Compare?: Social Action and Research Centre, Anglicare Tasmania; 2002.
96. Australia Institute of Health and Welfare DSaRU. Oral Health and Access to Dental Care - the gap between the deprived and the privileged in Australia: Adelaide University; 2001.

97. Dooland M. Improving the Oral Health of concession card holders. Victoria: Dental Health Services; 2000.
98. Harford J SA, Roberts-Thomson K,. Oral health. In: N T, editor. The health of Indigenous Australians. Oxford: : Oxford University Press; 2003. p. 313-38.
99. Spencer JA. Narrowing the inequality gap in oral health and dental care in Australia: Australian Health Policy Institute, The University of Sydney; 2004.
100. Australian Council of Social Services (ACOSS). Fair Dental Care For Low Income Earners: National report on the state of dental care. ACOSS info Paper 389. 2006.
101. Australia Institute of Health and Welfare DSaRU. Oral health and Access to Dental Care 1994-96 and 1999: Adelaide University; 2001.
102. Robert-Thomson K. Basic necessity or optional extra? Oral health 2001. 33th Pacific Health Association of Australia Annual Conference 23-26 September 2001; 2001; Sydney Australia; 2001.
103. Jackson J. Minister for Health and Human Services, Estimates Committee A, Legistive Council. Parliament of Tasmania; Hansard 4 June 2001.
104. AIHW DSRU. Oral health and access to dental care-the gap between the 'deprived' and the 'privileged' in Australia. Research Report. Adelaide: AIHW Dental Statistics and Research Unit, The University of Adelaide; 2001.
105. AIHW DSRU. Access to dental services of Australian children and adolescents 1999. Adelaide: AIHW Dental Statistics and Research Unit, The University of Adelaide; 2002.
106. Gaughwin A, Spencer AJ, Brennan DS, Moss J. Oral health of children in South Australia by socio-demographic characteristics and choice of provider. Community Dent Oral Epidemiol. 1999 Apr;27(2):93-102.
107. Armfield JM SA. Changes in South Australian children's caries experience: Is caries re-surfacing? Data Watch. Aust Dent J. 2004;29:98-100.

108. Chalmers JM, Hodge C, Fuss JM, Spencer AJ, Carter KD. The prevalence and experience of oral diseases in Adelaide nursing home residents. *Aust Dent J.* 2002 Jun;47(2):123-30.
109. Chalmers JM, Carter KD, Spencer AJ. Caries incidence and increments in Adelaide nursing home residents. *Spec Care Dentist.* 2005 Mar-Apr;25(2):96-105.
110. Chalmers JM. Oral health promotion for our ageing Australian population. *Aust Dent J.* 2003 Mar;48(1):2-9.
111. Australian Council of Social Service. Australian Community Sector Survey 2006: AUSTRALIAN COUNCIL OF SOCIAL SERVICE; 2006. Report No.: ACOSS Paper 143.
112. National Advisory Committee on Oral Health. Healthy mouths healthy lives : Australia's national oral health plan 2004-2013. Adelaide: Government of South Australian on behalf of the Australian Health Ministers Conference; 2004.
113. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก. นนทบุรี: ออนพรีนซ์ออฟ; 2549.
114. Jones KaT, SL., Estimated Impact of Competing Policy Recommendations for Age of First Dental Visit. *Pediatrics.* 2005;115:906-14.
115. Pierce K, Rozier R, Van WJ. Accuracy of pediatric primary care providers' screening and referral for early childhood caries. *Pediatrics.* 2002;109(5):e82.
116. Marshall RI, Spencer AJ. Accessing oral health care in Australia. *Med J Aust.* 2006 Jul 17;185(2):59-60.
117. Spencer A. Narrowing the inequality gap in oral health and dental care in Australia: Australian Health Policy Institute, The University of Sydney; 2004.
118. เพ็ญแข ลากยี่ง. การประกันสุขภาพช่องปากในประเทศไทย: การเงินการคลังเพื่อความเป็นธรรม. 1 ed. นนทบุรี: องค์การอนามัยโลกแห่งประเทศไทย; 2547.
119. Shou L, Holm-Pedersen P, Lamg N. Textbook of Gerodontolog; Preventive care for elderly people. Munksgaard; 1997.
120. Hosanguan C TS, Itsaraviriyakul S,. Utilization of dental care in the Thai Social Security Plan. *J Dent Assoc Thai.* 2001;51(4):264-70.

121. เพ็ญแข ลาภยั้ง และ ธาณินทร์ สุทธิประเสริฐ. สิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการประกันสังคมในมุมมองของทันตแพทย์ ทันตสาธารณสุข. 2543;5(1-2):65-81.
122. เพ็ญแข ลาภยั้ง. ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพช่องปากไทย. 1 ed. นนทบุรี: องค์การอนามัยโลกแห่งประเทศไทย; 2547.
123. สุณี ผลดีเยี่ยม, ขนิษฐ รัตนรังสิมา, วรณศิริ ป. การสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากนักเรียนที่บกพร่องทางการมองเห็น, นักเรียนที่บกพร่องทางการได้ยิน ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
124. เจียน ฮู, ชาย โพธิ์สิตา. การวิเคราะห์บทบาทของการศึกษาความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพของชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย และประเทศที่พัฒนาแล้ว. วารสารการสาธารณสุขและการพัฒนา. 2550;5(1):91-103.
125. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพครั้งที่ 5 พ.ศ.2543-2544. นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
126. Mofidi M, Slifkin R, Freeman V, Silberman P. The impact of a state children's health insurance program on access to dental care. J Am Dent Assoc. 2002 Jun;133(6):707-14; quiz 67-8.
127. Mofidi M, Strauss R, Pitner LL, Sandler ES. Dental students' reflections on their community-based experiences: the use of critical incidents. J Dent Educ. 2003 May;67(5):515-23.
128. Strauss R, Mofidi M, Sandler ES, Williamson R, 3rd, McMurtry BA, Carl LS, et al. Reflective learning in community-based dental education. J Dent Educ. 2003 Nov;67(11):1234-42.
129. Smith CS, Ester TV, Inglehart MR. Dental education and care for underserved patients: an analysis of students' intentions and alumni behavior. J Dent Educ. 2006 Apr;70(4):398-408.
130. สุปรีดา อุดุลยานนท์ และคณะ. การปฏิรูประบบสุขภาพกับทันตบุคลากรไทยในอนาคต. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2546.

ส่วนที่ 3

การใช้ข้อมูลในระบบรายงานสุขภาพเพื่อประเมินสมรรถนะระบบบริการทันตสุขภาพ (Using data from the routine health reporting information system for evaluating performance of dental health care system)

จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ *

โกเมศ วิชชาวุธ **

1. บทนำ

งานทันตสาธารณสุขมีข้อมูลที่ใช้ประเมินผลการดำเนินงาน 2 ส่วนหลัก คือจากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย รับผิดชอบดำเนินการทุก 5 ปี มีการสำรวจต่อเนื่องมาเป็นครั้งที่ 6 เมื่อปี พ.ศ.2550 และจากระบบรายงาน ซึ่งในอดีตมีการดำเนินการใน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โดยการจัดทำรายงานส่งส่วนกลางในช่วงปีงบประมาณ 2542-2545 ส่วนโรงพยาบาลชุมชน มีการทำรายงานไว้ที่ระดับจังหวัด ซึ่งในปัจจุบันไม่ได้ดำเนินการแล้ว ปัจจุบันยังคงมีรายงานที่ดำเนินการคือ รายงานผลการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข ตามกลุ่มวัย (ท.01 และ ท.02) โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และข้อมูลสารสนเทศด้านทันตสาธารณสุข ที่ดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 โดยสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ทำให้มีข้อมูลที่สามารถใช้ประเมินสมรรถนะการบริการทันตสุขภาพ ดังนี้

- ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน จากระบบสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ มีตัวชี้วัดชัดเจน และต่อเนื่อง สามารถเปรียบเทียบย้อนหลังได้ เช่น ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด, ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ปราศจากฟันผุ ร้อยละของภาวะปริทันต์ตามดัชนี CPI ร้อยละของผู้มีฟันใช้งานอย่างน้อย 20 ปี เป็นต้น

- ทรัพยากรที่ใช้, ผลการดำเนินงาน จากระบบรายงานเดิมไม่มีตัวชี้วัด ใช้ข้อมูลในลักษณะจำนวน เช่น จำนวนทันตบุคลากร ปริมาณงานที่ให้บริการส่งเสริม/ป้องกัน/รักษา/ฟื้นฟูทางทันตสุขภาพ เป็นต้น ในปี 2549 มีการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านทันตสาธารณสุข มีการกำหนดตัวชี้วัดโดยความเห็นของคณะทำงานฯ ที่ไม่ได้มีการศึกษา ทบทวนตัวชี้วัดสำหรับการวัดระดับ ทรัพยากรที่ใช้ และผลการดำเนินงาน จากเอกสารวิชาการ หรือ การศึกษาของประเทศอื่นๆ

ทำให้จำเป็นต้องมีการศึกษา เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่สามารถนำไปวิเคราะห์ลักษณะของงานบริการทันตสุขภาพ สำหรับประเมินสมรรถนะในระดับมหภาค และระดับหน่วยงาน

2. วัตถุประสงค์

เพื่อสังเคราะห์ตัวชี้วัด สำหรับประเมินสมรรถนะระบบบริการทันตสุขภาพ ของสถานบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข เป็นรายจังหวัดและรายหน่วยคู่สัญญาปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care : CUP)

* สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

** กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

3. วิธีการศึกษา

โดยการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อศึกษาตัวชี้วัด โดยวิเคราะห์ชนิดของตัวชี้วัด นิยามของตัวชี้วัดแต่ละตัว ที่เหมาะสมกับการวัดสมรรถนะระบบบริการทันตสุขภาพ และสังเคราะห์ตัวชี้วัดผ่านกระบวนการปรึกษาและให้ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ สรุปเป็นข้อเสนอในการ กำหนดตัวชี้วัดสำหรับประเมินสมรรถนะระบบบริการทันตสุขภาพ จากนั้นจึงจัดทำรายละเอียดของการใช้ตัวชี้วัดและการแปลความหมาย และทดลองวิเคราะห์ตัวชี้วัดที่คัดเลือกไว้ในภาพรวม, รายจังหวัดกลุ่มเป้าหมาย และราย CUP

3.1 ทบทวนวรรณกรรม

- ปี 2550 สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information System Development Office : HISO) ได้เสนอชุดตัวชี้วัดหลักของการวัดสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (Health System Performance Indicators)

¹ ซึ่งพิจารณาจากผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการสุขภาพ อันได้แก่ การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ ประสิทธิภาพ และ ความเป็นธรรมของระบบบริการสุขภาพและการเงิน ได้ตัวชี้วัด 8 ชนิด คือ ทรัพยากรนำเข้า, การเข้าถึงบริการ, ครอบคลุมของบริการ, คุณภาพบริการและความต่อเนื่องของบริการ, ประสิทธิภาพและความมั่นคงทางการเงิน, ความเป็นธรรม, การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ, และธรรมาภิบาล ซึ่งมีรายละเอียดที่แตกต่างของระดับการประเมิน ว่าเป็นการประเมินระดับมหภาค หรือการประเมินระดับหน่วยบริการสุขภาพ

- ปี 2550 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (The International Health Policy Program : IHPP) ร่วมกับสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการพัฒนาเพื่อประเมินผลระบบบริการสุขภาพของไทยอย่างยั่งยืน ได้จัดทำตัวชี้วัดเพื่อประเมินระบบบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 หมวด หมวดที่ 1 สถานะสุขภาพ (Health Status) หมวดที่ 2 คุณลักษณะของหน่วยบริการและปัจจัยนำเข้า (Characteristic and Input) หมวดที่ 3 สมรรถนะระบบบริการ (Healthcare Performance) ประกอบด้วยตัวชี้วัด 6 ชนิด คือ การเข้าถึงบริการ รวมทั้งมุมมองความเป็นธรรม (Access and Equity), ความปลอดภัย (Safety), คุณภาพบริการ (Quality), ความต่อเนื่องของบริการ (Continuity), ประสิทธิภาพในการรักษาหรือป้องกัน (Effective), และ ความพึงพอใจ (Patient Acceptability or Satisfaction)

- ในประเทศสหรัฐอเมริกา Northwest Portland Area Indian Health Board ได้จัดทำ “Oral Health Program Guide”² ในเรื่อง Dental Clinic Efficiency and Effectiveness โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางการจัดบริการให้กับชนพื้นเมืองเชื้อสายอินเดียน และอลาสก้า (American Indians and Alaska Native) ที่รัฐต้องจัดบริการให้โดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย โดยใช้หลักการสาธารณสุขที่ต้องจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมมากที่สุด ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทั้งนี้คู่มือดังกล่าวทำให้เกิด โครงการด้านทันตกรรมที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ที่มีคุณลักษณะ ดังนี้

1. ชนพื้นเมืองทุกคนที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา และมีความต้องการรับบริการทันตกรรม ต้องเข้าถึงบริการได้
2. ให้บริการทันตกรรมชนิดที่เหมาะสม มีคุณภาพสูง มีสัดส่วนประสิทธิผลต่อต้นทุนสูง รวมทั้งได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการ
3. จัดระบบหมุนเวียนผู้รับบริการคล่องตัวและประสบผลสำเร็จต่อเนื่อง

1 http://www.hiso.or.th/hiso/network/network_welcome.php?network=8

2 www.npaihb.org/images/epicenter_docs/dental/2007/IHS%20Dental%20Clinic%20Effic%20Manual,%204-07.pdf

4. ส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แม้มีการโยกย้ายบุคลากร

5. บริการตามมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอ

และคู่มือนี้ได้เสนอตัวอย่างของตัวชี้วัด ดังนี้

- ทรัพยากร และแบบแผนกำลังคน
 - สัดส่วนประชากรผู้รับบริการต่อทันตแพทย์เต็มเวลา (Full-time Equivalent : FTE) ในช่วง 36 เดือน เกณฑ์มาตรฐาน คือ 1,200
 - สัดส่วนประชากรผู้รับบริการต่อทันตบุคลากรเต็มเวลา ในช่วง 36 เดือน เกณฑ์มาตรฐาน คือ 500
 หมายเหตุ ทันตบุคลากร ประกอบด้วย ทันตแพทย์, เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล), ผู้ช่วยทันตแพทย์, ลูกจ้างช่วยงานทันตกรรม, ช่างทันตกรรม, คนงานที่เกี่ยวกับงานทันตกรรม
 - สัดส่วนยูนิตทันตกรรมต่อทันตแพทย์ เกณฑ์มาตรฐาน คือ 2, สัดส่วนยูนิตทันตกรรมต่อผู้ให้บริการทันตกรรม เกณฑ์มาตรฐาน คือ 1
 หมายเหตุ ผู้ให้บริการทันตกรรม ประกอบด้วย ทันตแพทย์, เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล)
 - สัดส่วนผู้ช่วยงานทันตกรรมต่อทันตแพทย์ เกณฑ์มาตรฐาน คือ 2
 หมายเหตุ ผู้ช่วยงานทันตกรรม ประกอบด้วย ผู้ช่วยทันตแพทย์, ลูกจ้างช่วยงานทันตกรรม
- การเข้าถึงบริการ และการใช้บริการ
 - อัตราส่วนผู้รับบริการทันตกรรมรายใหม่ ต่อผู้รับบริการรายใหม่ของโรงพยาบาล ในรอบ 36 เดือน
 - สัดส่วนค่าน้ำหนักสัมฤทธิ์ผล (Relative Value Units : RVU) ต่อครั้งผู้รับบริการทันตกรรม
- คุณภาพบริการ และความต่อเนื่องของบริการ
 - สัดส่วนค่าน้ำหนักสัมฤทธิ์ผล ต่อผู้รับบริการทันตกรรมรายใหม่, สัดส่วนค่าน้ำหนักสัมฤทธิ์ผล ต่อครั้งผู้รับบริการทันตกรรม
- ประสิทธิภาพ และความมั่นคงทางการเงิน
 - สัดส่วนครั้งผู้รับบริการทันตกรรมต่อทันตแพทย์เต็มเวลา, สัดส่วนค่าน้ำหนักสัมฤทธิ์ผลต่อทันตแพทย์เต็มเวลา
 - สัดส่วนครั้งผู้รับบริการทันตกรรมต่อยูนิตทันตกรรม, สัดส่วนค่าน้ำหนักสัมฤทธิ์ผลต่อยูนิตทันตกรรม

จากเอกสาร Safty Net Dental Clinic Manual เรื่อง Dental Productivity Measures³ เผยแพร่ทาง <http://www.dentalclinicmanual.com> ได้เสนอพัฒนาการของการวัดผลผลิตภาพของระบบบริการด้านทันตสุขภาพ ได้แก่

1. จำนวนคนไข้ และ จำนวนปริมาณบริการ เป็นการวัดที่ง่ายที่สุดแต่ไม่ได้คำนึงถึงบริการที่ต้องใช้เวลา มาก
2. Composite Time Values (ใช้ในกระทรวงกลาโหมสหรัฐ ช่วง 1970 ถึง 1997) เป็นการให้น้ำหนักโดยใช้ เวลาที่ให้บริการเทียบกับการให้บริการอ้างอิง เช่น เป็นกี่เท่าของบริการอุดฟันหลังด้านบดเคี้ยว 1 ด้าน
3. Dental Weight Values (ใช้ในกระทรวงกลาโหมสหรัฐ ตั้งแต่ 1997) เป็น Cost-based Value Unit ซึ่ง เป็นการสำรวจราคาและปรับด้วยความแตกต่างระหว่างภูมิภาคด้วย
4. Relative Value Units (Medicare ใช้ตั้งแต่ปี 1992) จะคำนึงถึง ทรัพยากรและความรู้ที่ใช้เพื่อการ ให้บริการประเภทนั้นๆ เช่น เวลา, ค่าวัสดุทันตกรรม, ทักษะที่ต้องใช้ตามความซับซ้อนของการรักษา, ความเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดทั้งต่อคนไข้และในแง่กฎหมาย, และความรุนแรงของปัญหา (ฉุกเฉิน, เจ็บปวด, เรื้อรัง, บ่อยกัน) เป็นต้น RVU อาจจะใช้ปัจจัยหนึ่งตัวมาคำนวณหรือใช้หลายปัจจัยผสมกัน

3.2 การสังเคราะห์ตัวชี้วัด

การดำเนินกระบวนการปรึกษาและรับฟังความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับการพิจารณารายการข้อมูลด้าน ทันตสาธารณสุข ทั้งจากระบบสำรวจและระบบรายงานที่มีใช้งานในปัจจุบัน มีข้อเสนอในการกำหนดตัวชี้วัดหลักของ การวัดสมรรถนะระบบบริการทันตสุขภาพ ดังนี้

หมวด	ตัวชี้วัด	ระดับ จังหวัด	ระดับ CUPS
สถานะสุขภาพช่องปาก (Oral Health Status)*			
	-ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปีที่ปราศจากฟันผุ	/	
	-ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ที่มีฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ครบ 4 ซี่	/	
	-ร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีที่มีฟันครบ 20 ซี่	/	
คุณลักษณะของหน่วยบริการและปัจจัยนำเข้า (Characteristic and Input)			
	-สัดส่วนประชากรต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	/	/
	-สัดส่วนยูนิตทันตกรรมต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	/	/
	-สัดส่วนผู้ช่วยงานทันตกรรมต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	/	/
	-ร้อยละของสถานบริการสุขภาพที่มีผู้ให้บริการทันตกรรม	/	/
สมรรถนะระบบบริการ(Oral Health Care Performance)			
การเข้าถึงบริการและความ เป็นธรรม	-อัตราผู้ให้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ ต่อ 1,000 ประชากร	/	/
	-อัตราผู้ให้บริการทันตกรรมสิทธิ UC ต่อ 1,000 ประชากรสิทธิ UC	/	/
	-อัตราผู้ให้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ ต่อ 1,000 ประชากร เปรียบเทียบเขตเมือง กับเขตชนบท	/	

3 http://www.dentalclinicmanual.com/chapt5/section_03/topic_08/attachments/Productivity%20measures.doc

หมวด	ตัวชี้วัด	ระดับ จังหวัด	ระดับ CUPS
	-อัตราการให้บริการ P&P ต่อ 1,000 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	/	/
คุณภาพบริการ และความ ต่อเนื่องของบริการ	-ร้อยละจำนวนรายบริการ P&P ต่อ บริการทั้งหมด	/	/
	-สัดส่วนงาน อุดฟัน ต่อ ถอนฟัน	/	/
ประสิทธิภาพและความ มั่นคงทางการเงิน	-จำนวนคนไข้เฉลี่ยต่อผู้ให้บริการทันตกรรม ต่อปี	/	/
	- จำนวนคนไข้เฉลี่ยต่อจำนวนยูนิตทันตกรรมต่อปี	/	/
	-ต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยบริการทันตกรรม (Quick method)	/	/
การตอบสนองความ ต้องการของผู้รับบริการ	-ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการ**	/	/

* เป็นตัวชี้วัดที่ได้จาก ระบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ

** เป็นตัวชี้วัดที่ได้จาก การสอบถามของหน่วยงาน

4. ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ โดยใช้ข้อมูลจากระบบรายงาน คือข้อมูลสารสนเทศด้านทันตสาธารณสุข เพื่อจัดทำตัวชี้วัดหลักของการวัดสมรรถนะระบบบริการทันตสุขภาพ ตามที่ได้สังเคราะห์ไว้ ตัวชี้วัดในหมวดสถานะสุขภาพช่องปาก และการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ไม่ได้ดำเนินการ ข้อมูลที่ได้เพียงพอสำหรับนำไปใช้วัดสมรรถนะของ CUP หรือจังหวัดได้ ข้อมูลสารสนเทศด้านทันตสาธารณสุข มีลักษณะการจัดทำจากสถานบริการสุขภาพ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่รวบรวมข้อมูลเป็นภาพรวมของอำเภอ หรือเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) ปีละ 2 งวด คืองวดที่ 1 (ตค.-มีค.) และงวดที่ 2 (ตค.-กย.) ผู้ศึกษาได้ดำเนินการวิเคราะห์และแปลผลตามชุดดัชนีชี้วัดเพื่อประเมินสมรรถนะของระบบบริการด้านทันตสุขภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้

- รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านทันตสาธารณสุข งวดที่ 2/2550 (ตุลาคม 2549-กันยายน 2550) มีสถานบริการสุขภาพส่งข้อมูลทั้งหมด 626 แห่ง ทำการตรวจคุณภาพข้อมูลโดยมีเงื่อนไขประกอบด้วย ข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน เช่น จำนวนผู้ป่วยนอกสิทธิ UC เท่ากับ 0, จำนวนงบประมาณด้านบำบัดรักษา (ทั้งปี/เบิกจ่าย) เท่ากับ 0, จำนวนทันตแพทย์ทั่วไปรวมกับเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเท่ากับ 0 เป็นต้น ข้อมูลไม่ถูกต้อง เช่น มีค่าที่มากหรือน้อยผิดปกติของจำนวนผู้ป่วยใน, งานหัตถการเทียบกับงานอุดฟัน, งานปริทันต์เทียบกับงานขูดหินปูน เป็นต้น ข้อมูลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่นำมาศึกษาและวิเคราะห์ผลครั้งนี้มีจำนวน 532 แห่ง ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวอาจยังมีบางส่วนที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากเกณฑ์คุณภาพที่ใช้ตรวจสอบ เป็นการตรวจสอบเฉพาะรายการสำคัญเท่านั้น

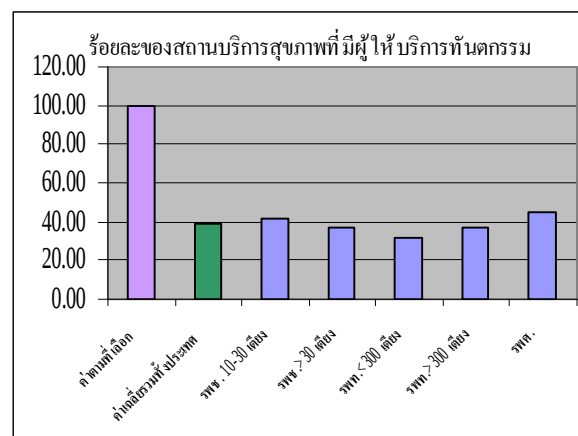
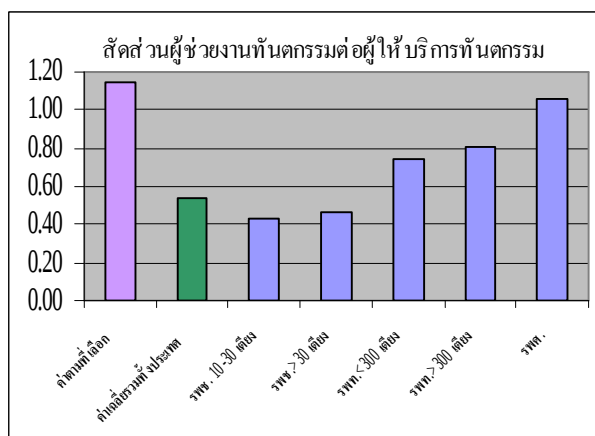
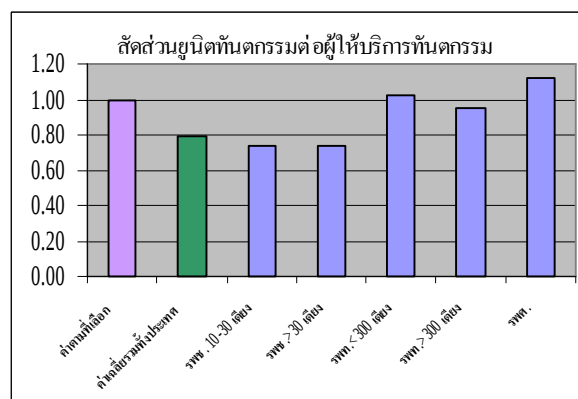
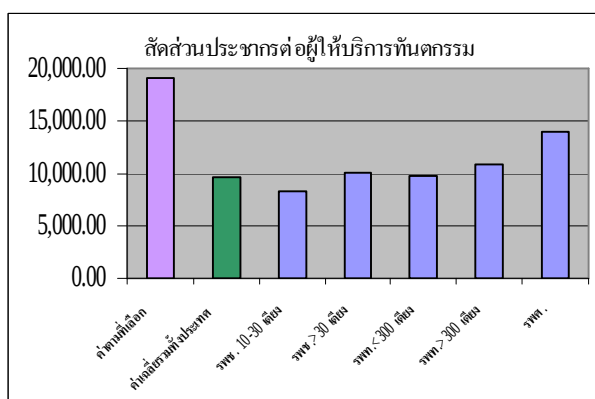
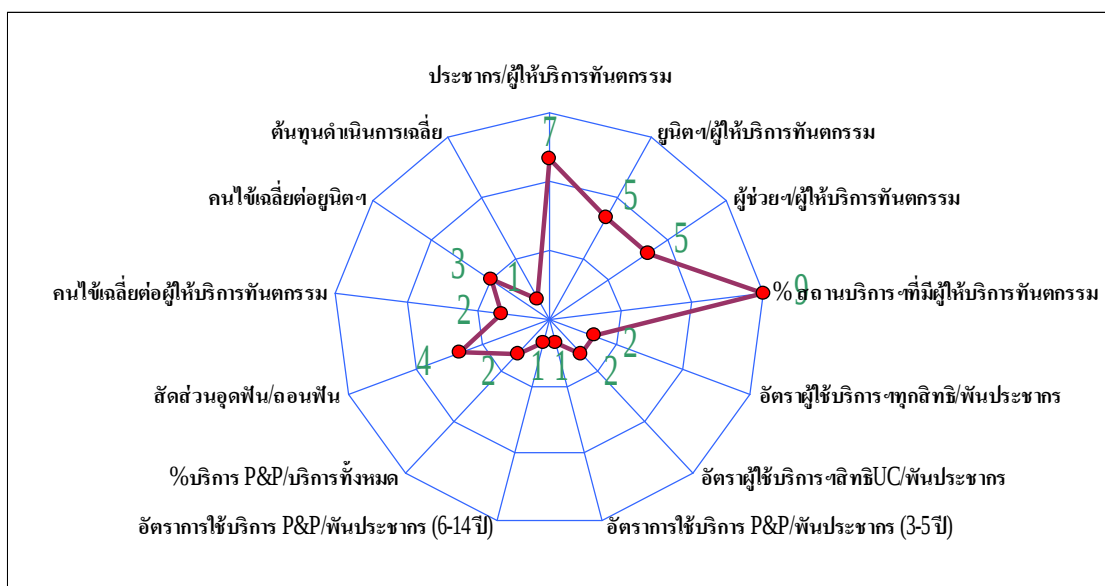
- ข้อมูลประชากรและประชากรสิทธิ UC รวบรวมจากฐานทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย และ สป.สช. ตามลำดับ เป็นข้อมูลปี 2549 เนื่องจากข้อมูลจากฐานทะเบียนราษฎร มีการประกาศเผยแพร่ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม ของทุกปี โดยเป็นข้อมูลประชากรกลางปีของปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ ข้อมูลจากฐานทะเบียนราษฎรเป็นข้อมูลรายอำเภอ ในขณะที่การวิเคราะห์จำเป็นต้องศึกษาถึงระดับ CUP โดยที่บางอำเภอมี 2-3 CUP จึงได้นำข้อมูลประชากรสิทธิ UC ที่เป็นข้อมูลราย CUP มาทำสัดส่วน สำหรับอำเภอที่มีมากกว่า 1 CUP และนำสัดส่วนของประชากรสิทธิ UC ในแต่ละอำเภอไปประมาณจำนวนประชากรทั้งหมด, เด็กอายุ 3-5 ปี และเด็กอายุ 6-14 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร เพื่อทำเป็นข้อมูลราย CUP

- จัดทำข้อมูลในรูปแบบของ MS Excel file ที่สามารถเลือกพื้นที่ (เขต, จังหวัด และ CUP) และประเภทของ CUP แล้วแสดงผลในรูปแบบ จำนวนรวมของแต่ละรายการข้อมูล ตารางชุดดัชนีชี้วัดเปรียบเทียบกับ ค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ และประเภทของ CUP (ตารางที่ 1) รวมทั้งแผนภูมิแบบแท่งเปรียบเทียบค่าที่เลือกกับค่าเฉลี่ยทั้งหมด/ประเภทเครือข่ายโรงพยาบาล และแบบเรดาร์ ที่สามารถพิจารณาภาพรวมของทุกตัวชี้วัดโดยใช้ค่าคะแนน คะแนน 5 คือใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ย หากแตกต่างจากค่าเฉลี่ย ยิ่งมาก คะแนนยิ่งมาก สูงสุดคือ 9 กรณีที่น้อยกว่าค่าเฉลี่ยก็เป็นในทางกลับกันโดยคะแนนน้อยที่สุดคือ 1 โดยมีการปรับ ดัชนีต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยบริการทันตกรรม (Quick method) ให้แสดงผลการวิเคราะห์ในทิศทางเดียวกับดัชนีตัวอื่น (รูปภาพที่ 1)

ตารางที่ 16 แสดงค่าดัชนีเพื่อประเมินสมรรถนะระบบบริการด้านทันตสุขภาพ ของทั้งประเทศ และประเภทโรงพยาบาล

ดัชนี	เฉลี่ยทั้งประเทศ (532 แห่ง)			รพช.10-30 เตียง (285แห่ง)	รพช.>30 เตียง (192 แห่ง)	รพท.<300 เตียง (12 แห่ง)	รพท.>300 เตียง (29 แห่ง)	รพศ. (14 แห่ง)
	mean	max	min	mean	mean	mean	mean	mean
1. สัดส่วนประชากรต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	9,641.54	57,789.00	1,925.1 3	8,241.94	10,037.02	9,728.07	10,772.50	14,038.80
2. สัดส่วนยูนิตทันตกรรมต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	0.79	4.00	0.20	0.74	0.74	1.02	0.95	1.12
3. สัดส่วนผู้ช่วยงานทันตกรรมต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	0.53	3.00	-	0.43	0.47	0.75	0.81	1.05
4. ร้อยละของสถานบริการสุขภาพที่มีผู้ให้บริการทันตกรรม	38.99	100.00	4.55	41.05	37.09	32.02	37.13	45.00
5. อัตราผู้ให้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ ต่อ 1,000 ประชากร	157.90	1,488.29	18.78	165.26	154.69	158.84	170.28	131.87
6. อัตราผู้ให้บริการทันตกรรมสิทธิ UC ต่อ 1,000 ประชากรสิทธิ UC	151.51	2,212.10	9.45	169.70	147.68	132.75	128.52	127.26
7. อัตราผู้ให้บริการทันตกรรมเขตเมือง ต่อ 1,000 ประชากร	147.67	447.35	38.71	188.36	0.00	135.78	164.76	131.87
8. อัตราผู้ให้บริการทันตกรรมเขตชนบท ต่อ 1,000 ประชากร	160.58	1,488.29	18.78	165.02	154.69	179.43	205.02	0.00
9. อัตราการใช้บริการ P&P ต่อ 1,000 ประชากรกลุ่มเด็ก 3-5 ปี	315.91	3,532.60	-	348.86	312.43	387.03	222.17	282.48
10. อัตราการใช้บริการ P&P ต่อ 1,000 ประชากรกลุ่มเด็ก 6-14 ปี	338.09	2,708.95	0.30	347.74	347.13	334.17	388.92	211.10
11. ร้อยละจำนวนรายบริการ P&P ต่อ บริการทั้งหมด	37.36	90.44	0.23	37.95	38.56	37.58	35.83	30.42
12. สัดส่วนงาน อุดฟัน ต่อ ถอนฟัน	0.81	5.64	0.06	0.81	0.73	0.95	0.91	1.09
13. จำนวนคนไข้เฉลี่ยต่อผู้ให้บริการทันตกรรมต่อปี	1,522.36	9,056.00	149.67	1,362.09	1,552.65	1,545.25	1,834.34	1,851.24
14. จำนวนคนไข้เฉลี่ยต่อจำนวนยูนิตทันตกรรมต่อปี	1,922.35	19,275.00	269.40	1,851.49	2,098.14	1,517.66	1,933.79	1,656.72
15. ต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยบริการทันตกรรม (Quick method)	55.97	653.51	0.49	58.29	58.69	49.68	55.07	41.11

รูปที่ 23 แสดงตัวอย่างการนำเสนอผลการวิเคราะห์ ชุดดัชนีชี้วัดในรูปแบบแผนภูมิและกราฟเปรียบเทียบ



4.3 วิจารณ์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินสมรรถนะระบบบริการด้านทันตสุขภาพ ในระดับจังหวัดควรพิจารณาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ หรือจังหวัดที่มีลักษณะพื้นที่และขนาดใกล้เคียงกัน สำหรับการวิเคราะห์ในระดับ CUP ควรพิจารณาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเภท CUP แบบเดียวกัน หรือ CUP ที่มีลักษณะพื้นที่และขนาดใกล้เคียงกัน

- การวิเคราะห์ข้อมูลระดับจังหวัด

จังหวัดที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยจำนวน 4 จังหวัด คือ นครสวรรค์, ชัยภูมิ, ฉะเชิงเทรา และนครศรีธรรมราช ได้ผลของดัชนีชี้วัดตาม ตารางที่ 2 โดยมี CUP ที่มีข้อมูลผ่านเกณฑ์คุณภาพ ดังนี้ จังหวัดนครสวรรค์ มีทั้งหมด 13 แห่ง ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 10 แห่ง, จังหวัดชัยภูมิ มีทั้งหมด 15 แห่ง ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 13 แห่ง, จังหวัดฉะเชิงเทรา มีทั้งหมด 10 แห่ง ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 9 แห่ง และจังหวัดนครศรีธรรมราช มีทั้งหมด 19 แห่ง ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 19 แห่ง

ด้านคุณลักษณะของหน่วยบริการและปัจจัยนำเข้า (Characteristic and Input)

จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นจังหวัดที่ยังขาดผู้ให้บริการทันตกรรมมากที่สุด แต่มีระบบการจัดการให้มีหน่วยงานที่ให้บริการดีที่สุดใน 4 จังหวัด ในขณะที่ทรัพยากรอื่นทั้งเครื่องมือและผู้ช่วยงานทันตกรรมทั้ง 4 จังหวัดมีใกล้เคียงกันและไม่แตกต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ

สมรรถนะระบบบริการ (Oral Health Care Performance)

อัตราการให้บริการทันตกรรมเป็นไปในทิศทางเดียวกับ สัดส่วนประชากรต่อผู้ให้บริการทันตกรรม ยกเว้น จังหวัดชัยภูมิ โดยสิทธิ UC มีโอกาสการเข้าถึงบริการทันตกรรม น้อยกว่าประชากรทุกสิทธิ ทั้ง 4 จังหวัด มีจังหวัดนครสวรรค์ที่มีความแตกต่างสูงที่สุด

อัตราการให้บริการทันตกรรมเปรียบเทียบเขตเมืองและชนบท พบว่าจังหวัดฉะเชิงเทรา มีอัตราการให้บริการทันตกรรม ในเขตเมืองสูงกว่าชนบท อาจเนื่องมาจากความสะดวกในการเดินทางและเป็นจังหวัดที่มีขนาดเล็ก นอกจากนี้ในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีอัตราการให้บริการทันตกรรม ในเขตเมืองต่ำมากผิดปกติ

อัตราการให้บริการ P&P ของทั้ง 4 จังหวัดน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ ยกเว้นจังหวัดนครสวรรค์ที่มีอัตราการให้บริการ P&P ในกลุ่มเด็ก 6-14 ปีดีที่สุดในกลุ่ม และในกลุ่มเด็ก 3-5 ปี จังหวัดชัยภูมิมีอัตราการให้บริการ ดีที่สุด แต่ก็ยังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ

ลักษณะการให้บริการ P&P พบว่าทั้ง 4 จังหวัดให้ความสำคัญน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ ในขณะที่งานรักษาทางทันตกรรม จังหวัดชัยภูมิ ทำงานอนุรักษ์ฟันน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ และน้อยที่สุดใน 4 จังหวัด

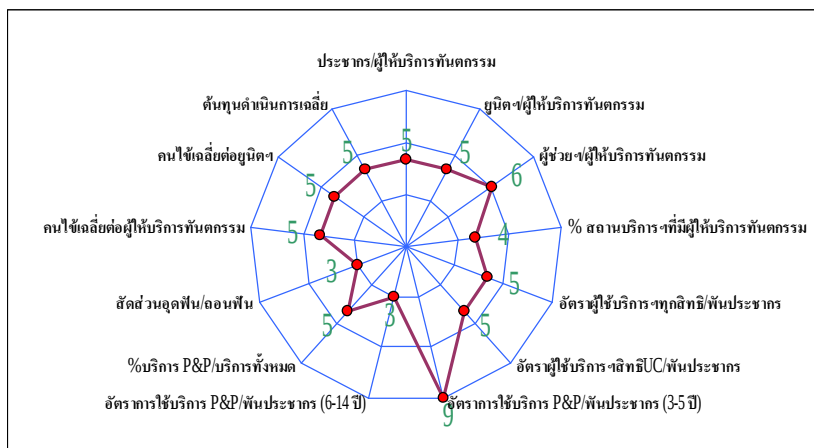
ด้านการะงานหรือประสิทธิภาพการจัดบริการพบว่า จังหวัดนครศรีธรรมราชมีปัญหา มากที่สุดใน 4 จังหวัด และจังหวัดชัยภูมิ มีต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยสูงที่สุดและมากกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ

ตารางที่ 2 แสดงค่าดัชนีเพื่อประเมินสมรรถนะระบบบริการด้านทันตสุขภาพ ของทั้งประเทศ และ ประเภทโรงพยาบาล

ดัชนี	เฉลี่ยทั้งประเทศ (532 แห่ง)			จ.นครสวรรค์ (10 แห่ง)	จ.ชัยภูมิ (13 แห่ง)	จ.ฉะเชิงเทรา (9 แห่ง)	จ.นครศรีธรรมราช (19 แห่ง)
	mean	max	min	mean	mean	mean	mean
1. สัดส่วนประชากรต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	9,641.54	57,789.00	1,925.1 3	9,621.00	9,520.43	8,417.20	10,663.41
2. สัดส่วนยูนิตทันตกรรมต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	0.79	4.00	0.20	0.83	0.78	0.77	0.73
3. สัดส่วนผู้ช่วยงานทันตกรรมต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	0.53	3.00	0.00	0.61	0.50	0.62	0.57
4. ร้อยละของสถานบริการสุขภาพที่มีผู้ให้บริการทันตกรรม	38.99	100.00	4.55	30.92	20.39	38.84	41.97
5. อัตราผู้ให้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ ต่อ 1,000 ประชากร	157.90	1,488.29	18.78	174.17	149.47	180.69	122.49
6. อัตราผู้ให้บริการทันตกรรมสิทธิ UC ต่อ 1,000 ประชากรสิทธิ UC	151.51	2,212.10	9.45	153.38	147.01	170.44	115.64
7. อัตราผู้ให้บริการทันตกรรมเขตเมือง ต่อ 1,000 ประชากร	147.67	447.35	38.71	0.00	107.67	204.19	38.95
8. อัตราผู้ให้บริการทันตกรรมเขตชนบท ต่อ 1,000 ประชากร	160.58	1,488.29	18.78	174.17	158.93	173.33	142.57
9. อัตราการใช้บริการ P&P ต่อ 1,000 ประชากรกลุ่มเด็ก 3-5 ปี	315.91	3,532.60	0.00	91.72	250.40	183.31	73.31
10. อัตราการใช้บริการ P&P ต่อ 1,000 ประชากรกลุ่มเด็ก 6-14 ปี	338.09	2,708.95	0.30	398.19	132.48	265.95	127.39
11. ร้อยละจำนวนรายบริการ P&P ต่อ บริการทั้งหมด	37.36	90.44	0.23	34.70	21.44	25.03	22.34
12. สัดส่วนงาน อุดฟัน ต่อ ถอนฟัน	0.81	5.64	0.06	0.83	0.56	1.07	0.78
13. จำนวนคนไข้เฉลี่ยต่อผู้ให้บริการทันตกรรมต่อปี	1,522.36	9,056.00	149.67	1,675.65	1,423.04	1,520.89	1,306.13
14. จำนวนคนไข้เฉลี่ยต่อจำนวนยูนิตทันตกรรมต่อปี	1,922.35	19,275.00	269.40	2,010.78	1,822.18	1,963.33	1,792.46
15. ต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยบริการทันตกรรม (Quick method)	55.97	653.51	0.49	55.80	76.15	38.48	65.76

- การวิเคราะห์ข้อมูลระดับCUP เพื่อประเมินสมรรถนะระบบบริการด้านทันตสุขภาพ

ดัชนี	รพช.>30 เตียง	CUP1
	mean	mean
1. สัดส่วนประชากรต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	10,037.02	9,119.60
2. สัดส่วนยูนิตทันตกรรมต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	0.74	0.80
3. สัดส่วนผู้ช่วยงานทันตกรรมต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	0.47	0.60
4. ร้อยละของสถานบริการสุขภาพที่มีผู้ให้บริการทันตกรรม	37.09	26.67
5. อัตราผู้ใช้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ ต่อ 1,000 ประชากร	154.69	156.96
6. อัตราผู้ใช้บริการทันตกรรมสิทธิ UC ต่อ 1,000 ประชากรสิทธิ UC	147.68	134.93
7. อัตราผู้ใช้บริการทันตกรรมเขตเมือง ต่อ 1,000 ประชากร	0.00	0.00
8. อัตราผู้ใช้บริการทันตกรรมเขตชนบท ต่อ 1,000 ประชากร	154.69	156.96
9. อัตราการใช้บริการ P&P ต่อ 1,000 ประชากรกลุ่มเด็ก 3-5 ปี	312.43	903.97
10. อัตราการใช้บริการ P&P ต่อ 1,000 ประชากรกลุ่มเด็ก 6-14 ปี	347.13	160.49
11. ร้อยละจำนวนรายบริการ P&P ต่อ บริการทั้งหมด	38.56	37.31
12. สัดส่วนงาน อุดฟัน ต่อ ถอนฟัน	0.73	0.46
13. จำนวนคนไข้เฉลี่ยต่อผู้ให้บริการทันตกรรมต่อปี	1,552.65	1,431.40
14. จำนวนคนไข้เฉลี่ยต่อจำนวนยูนิตทันตกรรมต่อปี	2,098.14	1,789.25
15. ต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยบริการทันตกรรม (Quick method)	58.69	50.73



สมรรถนะระบบบริการ (Oral Health Care Performance)

โดยรวมใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของ CUP ประเภทเดียวกัน โดยมีสัดส่วนผู้ช่วยงานทันตกรรมดีกว่า แต่มีการจัดสถานบริการสุขภาพที่มีผู้ให้บริการทันตกรรม น้อยกว่าเล็กน้อย

สมรรถนะระบบบริการ (Oral Health Care Performance)

มีอัตราการใช้บริการ P&P ในกลุ่มเด็ก 3-5 ปีดีมาก แต่ในกลุ่มเด็ก 6-14 ปี และลักษณะการทำงานอนุรักษพัน มีน้อยกว่าค่าเฉลี่ยค่อนข้างมาก ซึ่งเป็นปัญหาของ CUP ที่ควรพัฒนา

5. สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ชุดตัวชี้วัดที่สังเคราะห์มา เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินสมรรถนะระบบบริการด้านทันตสุขภาพ ที่สามารถใช้ประเมินได้ทั้งระดับมหัพภาค เช่น เขต จังหวัด ประเภทของเครือข่ายโรงพยาบาล รวมทั้งสามารถให้สถานบริการสุขภาพหรือ CUP ใช้ในการประเมินตนเองเพื่อเป็นการใช้ข้อมูลมาช่วยสนับสนุน ให้การพัฒนางานและปรับปรุงประสิทธิภาพของงาน ในการศึกษาครั้งนี้ชุดดัชนีที่จัดทำข้างขาดในส่วนของการตรวจสอบการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ และการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ที่ต้องมีการรวบรวมจากแหล่งข้อมูลอื่นเพิ่มเติม

เพื่อให้มีการนำชุดตัวชี้วัดไปใช้ประโยชน์ ควรต้องมีการดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุน ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ทั้งระดับบริหารจัดการและระดับปฏิบัติ มีการนำไปใช้ และเพื่อให้มีการพัฒนาปรับปรุงตัวชี้วัดอย่างยั่งยืน ควรมีการประชุมหน่วยงาน/ผู้เกี่ยวข้องให้รับทราบ และร่วมกันพิจารณาตัวชี้วัด การแปลผล สูตรการคำนวณ ให้สอดคล้องกับสถานะการณ์ของงานบริการทันตสุขภาพในเวลานั้น นอกจากนี้ ตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพที่เป็นข้อมูลลักษณะการสำรวจ หรือศึกษาเชิงลึกในระดับสถานบริการสุขภาพ หรือ CUP ที่ยังไม่มีในระบบ ควรจะได้มีการศึกษาวิจัยต่อไปถึง ความคุ้มค่าในการจัดเก็บ และประโยชน์ในการนำไปใช้ เช่น

- 1) อัตราผู้ป่วยผิดนัด (Broken appointment)
- 2) ระยะเวลาที่คนไข้คนแรกพบหมอ ห่างจากเวลาเปิดคลินิก
- 3) เวลาที่เสร็จจากคนไข้คนสุดท้าย ห่างจากเวลาปิดคลินิก เป็นต้น

6. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ทันตแพทย์หญิงศิริวรรณ ทิพย์รังษุณห์ ที่ช่วยสนับสนุนในการจัดทำเอกสารวิชาการ และทันตแพทย์หญิงดาวเรือง ที่ช่วยตรวจแก้ไขเนื้อหาในเอกสาร

ภาคผนวก

ก. แบบรายงานของข้อมูลสารสนเทศด้านทันตสาธารณสุข

รายงานผลการปฏิบัติงานทันตสาธารณสุข ปีงบประมาณ _____

เครือข่ายโรงพยาบาล _____ จังหวัด _____

() ครั้งที่ 1 ตค.- มีค. () ครั้งที่ 2 ตค.- กย.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ประเภทสิทธิ	ผู้ป่วยนอก	ผู้ป่วยใน	รับไว้รักษา	ส่งต่อ
1. ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ / เบิกต้นสังกัด (ครั้ง)				
2. ประกันสังคม (ครั้ง)				
3. สิทธิ UC (ครั้ง)				
4. สิทธิอื่นๆ (ครั้ง)				
รวม				

ส่วนที่ 2 ข้อมูลงานส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน

ประเภทงาน	หญิงตั้งครรภ์	เด็ก 0-2 ปี	เด็ก 3-5 ปี	เด็ก 6-14 ปี
1. ตรวจสุขภาพช่องปาก (ครั้ง)				
2. sealant (ครั้ง/ซี่)				
3. ฟลูออไรด์ (ครั้ง)				
4. PRR (ครั้ง/ซี่)				
5. การฝึกปฏิบัติแปรงฟัน (ครั้ง)				
6. ทำความสะอาดช่องปาก (ครั้ง)				

ส่วนที่ 3 ข้อมูลงานรักษาทางทันตกรรม

ประเภทงาน	จำนวน
1. ถอนฟัน (ครั้ง/ซี่)	
2. อุดฟัน (ครั้ง/ซี่)	
3. ขูดหินปูนทั้งปาก (ครั้ง)	
งานเฉพาะสาขา	จำนวน
1. ศัลยกรรมช่องปากฯ (ครั้ง)	
2. ทันตกรรมหัตถการ (ครั้ง/ซี่)	
3. รักษาคลองรากฟัน (ครั้ง/ซี่)	
4. ปริทันต์ (ครั้ง)	
5. ทันตกรรมสำหรับเด็ก (ครั้ง)	
6. ทันตกรรมประดิษฐ์ (ครั้ง/ชิ้น)	
7. ทันตกรรมจัดฟัน (คน/ครั้ง)	

ส่วนที่ 4 ข้อมูลงานรักษาทางทันตกรรมประดิษฐ์

ประเภทงาน	ข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ ฯ	ประกันสังคม	UC ผู้สูงอายุ	สิทธิ UC อื่น	สิทธิอื่น
1. ARPD (คน/ชิ้น)					
2. MRPD, Removable Bridge (คน/ชิ้น)					
3. Single Complete Denture (คน)					
4. Complete Denture (คน)					

รายงานการใช้จ่ายงบประมาณด้านทันตสาธารณสุขปีงบประมาณ_____

โรงพยาบาลและเครือข่าย_____จังหวัด_____

() ครั้งที่ 1 ตค.- มีค. () ครั้งที่ 2 ตค.- กย.

แผนงาน/โครงการ	งบประมาณ(ทั้งปี)	เบิกจ่าย
1. ด้านส่งเสริมทันตสุขภาพ		
2. ด้านบำบัดรักษาทางทันตกรรมและทันตกรรมป้องกัน		
3. ด้านพัฒนาบุคลากร		

รายงานข้อมูลครุภัณฑ์ทันตกรรมที่ใช้งานได้ปีงบประมาณ_____

เครือข่ายโรงพยาบาล_____จังหวัด_____

ครุภัณฑ์ทันตกรรม	รพ.แม่ข่าย	สอ./PCU
1. ยูนิตทันตกรรม		
2. เครื่อง Dental X-ray		
3. เครื่องกรอฟันเคลื่อนที่		
4. เครื่องชุดหินปูน		
5. เครื่องฉายแสงอุดฟัน		
6. เครื่องปั่นสารผสมอุดฟัน		

รายงานข้อมูลสถานของสถานพยาบาลในเครือข่ายปีงบประมาณ_____

เครือข่ายบริการสุขภาพ_____จังหวัด_____

สถานสถานบริการสุขภาพ	จำนวน (แห่ง)
1. มีทันตบุคลากรประจำทุกวัน	
2. มีทันตบุคลากรหมุนเวียน	
3. ไม่มีทันตบุคลากร	

รายงานข้อมูลทันตบุคลากรในเครือข่ายปีงบประมาณ_____

เครือข่ายโรงพยาบาล_____จังหวัด_____

ประเภท	จำนวน (คน)	ประเภท	จำนวน (คน)
1. ทันตแพทย์ทั่วไป		2. เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข	
2. ทันตแพทย์เฉพาะสาขา		3. ผู้ช่วยทันตแพทย์	
- วิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก		4. ลูกจ้างช่วยงานทันตกรรม	
- ศัลยกรรมช่องปากฯ		5. ช่างทันตกรรม	
- ทันตกรรมหัตถการ		6. คนงาน	
- วิทยาเอนโดดอนท์			
- ปรีทันตวิทยา			
- ทันตกรรมสำหรับเด็ก			
- ทันตกรรมประดิษฐ์			
- ทันตกรรมจัดฟัน			
- ทันตกรรมทั่วไป(Super GP)			
- ทันตสาธารณสุข/สาธารณสุข			

ข. สูตรการคำนวณ และความหมาย

• สัดส่วนประชากรต่อผู้ให้บริการทันตกรรม

- สูตรการคำนวณ

ตัวตั้ง	จำนวนประชากรทุกสิทธิในพื้นที่
ตัวหาร	จำนวนทันตแพทย์และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขทั้งหมด ของสถานบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - เกณฑ์เปรียบเทียบ

ค่าเฉลี่ย	
-----------	--
 - ความหมาย

การกระจายผู้ให้บริการทันตกรรม	ให้ปฏิบัติงานมีเหมาะสมกับภาระงาน หรือจำนวนประชากรในพื้นที่ ตัวอย่างการแปลตัวชี้วัด
-------------------------------	--
- กรณีน้อยกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีจำนวนผู้ให้บริการเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรในพื้นที่ มากกว่าพื้นที่อื่น

สำหรับความเพียงพอของผู้ให้บริการต้องพิจารณาเรื่องอื่นประกอบ เช่น ความทุรกันดานหรือความยุ่งยากในการเดินทาง , ลักษณะการตั้งชุมชนว่ามีความห่างไกล/การกระจายอย่างไร เป็นต้น นอกจากนี้ต้องพิจารณาจำนวนคนไข้เฉลี่ยต่อผู้ให้บริการทันตกรรมต่อปี ว่าเป็นอย่างไรหากน้อยจะหมายถึงมีผู้ให้บริการมากเกินไป

- กรณีมากกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีจำนวนผู้ให้บริการน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรในพื้นที่

• สัดส่วนยูนิตทันตกรรมต่อผู้ให้บริการทันตกรรม

- สูตรการคำนวณ

ตัวตั้ง	จำนวนยูนิตทันตกรรม
ตัวหาร	จำนวนทันตแพทย์และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขทั้งหมด
 - เกณฑ์เปรียบเทียบ

เท่ากับ 1	
-----------	--
 - ความหมาย

การจัดการ การกระจายเครื่องมือสำคัญ (ยูนิตทันตกรรม)	ให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ให้บริการทันตกรรมที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ตัวอย่างการแปลตัวชี้วัด
--	--
- กรณีน้อยกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีจำนวนยูนิตทันตกรรมน้อยกว่าผู้ให้บริการทันตสุขภาพ โดยหากมีการจัดให้มีการบริการทันตสุขภาพในรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ ก็จะเป็นการใช้คนและของอย่างมีประสิทธิภาพ หรืออาจเป็นปัญหาเรื่องความไม่เพียงพอของเครื่องมือกับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะทำให้ได้งานหรือผลผลิตน้อยกว่าที่ควร
- กรณีมากกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีจำนวนยูนิตทันตกรรมมากกว่าผู้ให้บริการทันตสุขภาพ ทำให้มีความเพียงพอของเครื่องมือในการทำงาน, แต่หากสูงเกินไปอาจแสดงว่ามีการจัดหาเครื่องมือเกิดความจำเป็น ซึ่งจะเป็นผลให้มีค่าใช้จ่ายสูงเกินจำเป็น โดยพิจารณากับตัวชี้วัด จำนวนคนไข้เฉลี่ยต่อผู้ให้บริการทันตกรรม ต่อปี, จำนวนคนไข้เฉลี่ยต่อจำนวนยูนิตทันตกรรมต่อปี

• สัดส่วนผู้ช่วยงานทันตกรรมต่อผู้ให้บริการทันตกรรม

- สูตรการคำนวณ

ตัวตั้ง	จำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์และลูกจ้างช่วยงานทันตกรรม
ตัวหาร	จำนวนทันตแพทย์และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขทั้งหมด
- เกณฑ์เปรียบเทียบ

เท่ากับ 1	
-----------	--
- ความหมาย

ความเหมาะสมของจำนวนผู้ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้รับบริการ	กับจำนวนของผู้ช่วยเหลืองาน ตัวอย่างการแปลตัวชี้วัด
---	--

- กรณีน้อยกว่าเกณฑ์ หมายถึง จำนวนผู้ช่วยงานทันตกรรมไม่เพียงพอ จะส่งผลกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ควรต้องมีการจัดหาผู้ช่วยงานทันตกรรมเพิ่มเติม รวมทั้งวางแผนส่งคนไปเรียน/อบรมให้ เหมาะสมกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ช่วยงานทันตกรรม

- กรณีมากกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีจำนวนผู้ช่วยงานทันตกรรมเพียงพอกับผู้ให้บริการ ซึ่งจะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ รวมถึงการทำงานที่เกี่ยวข้องสามารถปฏิบัติได้อย่างมีคุณภาพ เช่น การทำ IC, งานข้อมูล เป็นต้น

- **ร้อยละของสถานบริการสุขภาพที่มีผู้ให้บริการทันตกรรม**

- สูตรการคำนวณ

ตัวตั้ง	จำนวนสถานบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผู้ให้บริการทันตกรรมประจำและหมุนเวียนX100
ตัวหาร	จำนวนสถานบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด

- เกณฑ์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย

- ความหมาย จำนวนสถานบริการสุขภาพที่มีผู้ให้บริการทันตกรรมให้บริการประจำหรือมีระบบการหมุนเวียนไปให้บริการ เทียบกับจำนวนสถานบริการสุขภาพทั้งหมดในพื้นที่ ตัวอย่างการแปลตัวชี้วัด

- กรณีน้อยกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีจำนวนผู้ให้บริการน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนสถานบริการสุขภาพ ในพื้นที่หรือระบบจัดการให้เกิดระบบหมุนเวียนของผู้ให้บริการทันตกรรมไปให้บริการไม่เหมาะสม

- กรณีมากกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีการกระจายผู้ให้บริการทันตกรรมไปให้บริการในสถานบริการสุขภาพภายในพื้นที่ได้มาก ทำให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการทันตสุขภาพได้ง่ายขึ้น

- **อัตราผู้ให้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ ต่อ 1,000 ประชากร**

- สูตรการคำนวณ

ตัวตั้ง	จำนวนผู้ปวยนอกและผู้ปวยในงานทันตกรรม X 1,000
ตัวหาร	จำนวนประชากรทุกสิทธิในพื้นที่

- เกณฑ์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย

- ความหมาย ความสามารถในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม หรืออาจหมายถึงความสามารถในการให้บริการทันตกรรม ของสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ เนื่องจากปัญหาทันตสุขภาพที่มีมากในทุกกลุ่มประชากรและทุกพื้นที่ ตัวอย่างการแปลตัวชี้วัด

- กรณีน้อยกว่าเกณฑ์ หมายถึง การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของประชากรในพื้นที่น้อย ต้องพิจารณาปริมาณงานต่อผู้ให้บริการทันตกรรมว่ามากหรือน้อยกว่าเกณฑ์เฉลี่ย หากมากกว่าแสดงว่ามีจำนวนผู้ให้บริการไม่เพียงพอกับปัญหาและปริมาณงานในพื้นที่ แต่ถ้าปริมาณงานต่อผู้ให้บริการทันตกรรมน้อยแสดงว่ามีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม ของคนในพื้นที่

- กรณีมากกว่าเกณฑ์ หมายถึง การเข้าถึงงานรักษาทางทันตกรรมของประชากรในพื้นที่มาก ควรดูปริมาณของงานบริการส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน ประกอบว่ามากหรือน้อย ถ้างานบริการส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน น้อยอาจแสดงว่าเน้น การรักษามากกว่างานส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน

- **อัตราผู้ให้บริการทันตกรรมสิทธิ UC ต่อ 1,000 ประชากรสิทธิ UC**

- สูตรการคำนวณ

ตัวตั้ง	จำนวนผู้ปวยนอกและผู้ปวยในงานทันตกรรมสิทธิ UC X 1,000
ตัวหาร	จำนวนประชากรสิทธิ UC ในพื้นที่

- ความหมาย ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ด้านส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน ของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ หรือหมายถึงการให้ความสำคัญในการส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน ของสถานบริการสุขภาพในพื้นที่

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย เด็กอายุ 3-5 ปี และเด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งสองกลุ่มมีรายการด้านส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกันเท่ากัน ทำให้สามารถนำมาใช้เปรียบเทียบ หรือรวมเป็นกลุ่ม 3-14 ปีได้ ตัวอย่างการแปลตัวชี้วัด

- กรณีน้อยกว่าเกณฑ์ หมายถึง ประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการ ด้านส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกันได้น้อย ต้องพิจารณา ร้อยละจำนวนรายการบริการ P&P ต่อ บริการทั้งหมด เพื่อตรวจสอบว่าเป็นสาเหตุของการให้ความสำคัญ ของการส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกันหรือไม่

- กรณีมากกว่าเกณฑ์ หมายถึง ประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการ ด้านส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกันได้มาก

- **ร้อยละจำนวนรายการบริการ P&P ต่อ บริการทั้งหมด**

- สูตรการคำนวณ ตัวตั้ง จำนวนรายการบริการของงานส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน ในทุกกลุ่มเป้าหมายX100

ตัวหาร จำนวนรายการบริการของงานทันตกรรมพื้นฐาน, ทันตกรรมเฉพาะสาขา และงานส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน ในทุกกลุ่มเป้าหมาย

- เกณฑ์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย
- ความหมาย ลักษณะของการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน เทียบกับงานบริการทันตกรรมทั้งหมด ตัวอย่างการแปลตัวชี้วัด

- กรณีน้อยกว่าเกณฑ์ หมายถึง ลักษณะการให้บริการทันตกรรมให้น้ำหนักการให้บริการรักษาฟันพุ่มากกว่าการบริการด้านส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน

- กรณีมากกว่าเกณฑ์ หมายถึง ลักษณะการให้บริการทันตกรรมให้น้ำหนักการให้บริการด้านส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกัน สำหรับความครอบคลุมของงานส่งเสริมทันตสุขภาพและทันตกรรมป้องกันควรพิจารณาอัตราการใช้บริการ P&P ต่อ 1,000 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประกอบ

- **สัดส่วนงาน อุดฟัน ต่อ ถอนฟัน**

- สูตรการคำนวณ ตัวตั้ง จำนวนครั้งของงานอุดฟัน
ตัวหาร จำนวนครั้งของงานถอนฟัน

- เกณฑ์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย

- ความหมาย ใช้หัตถการพื้นฐานที่ผู้ให้บริการทันตกรรมทุกประเภทสามารถทำได้ และมีปริมาณงานมากเป็นตัวแทน เพื่อพิจารณาลักษณะของการให้บริการรักษาของงานทันตกรรม ว่าเน้นที่งานอนุรักษ์ฟัน หรือ งานไม่อนุรักษ์ฟัน ตัวอย่างการแปลตัวชี้วัด

- กรณีน้อยกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีการให้บริการรักษาทางทันตกรรมที่มีการเก็บรักษาฟันน้อย หรือประชาชนมาใช้บริการทันตสุขภาพเมื่อมีอาการมากแล้ว

- กรณีมากกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีการให้บริการรักษาทางทันตกรรมในเชิงอนุรักษ์ฟันมากกว่า และอาจสะท้อนถึงการให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่ที่มารับบริการตั้งแต่เริ่มต้น ไม่ปล่อยให้โรคลุกลามมากเกินไป

- **จำนวนคนไข้เฉลี่ยต่อผู้ให้บริการทันตกรรมต่อปี**

- สูตรการคำนวณ

ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในงานทันตกรรม
ตัวหาร	จำนวนทันตแพทย์และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ทั้งหมด
- เกณฑ์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย
- ความหมาย ปริมาณงานเฉลี่ยต่อจำนวนผู้ให้บริการทันตกรรมในพื้นที่ ตัวอย่างการแปล

ตัวชี้วัด

- กรณีน้อยกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีปริมาณงานน้อย ซึ่งอาจเกิดจากการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพในพื้นที่ที่ลำบาก, ประชาชนไปรับบริการทันตสุขภาพในพื้นที่อื่น หรือขบวนการส่งเสริมป้องกันทำได้ดีจนคนในพื้นที่มีปัญหาทันตสุขภาพน้อย

- กรณีมากกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีปริมาณงานมาก ซึ่งอาจเกิดจากประชาชนในพื้นที่มีปัญหาทันตสุขภาพมาก, สามารถเข้าถึงบริการทันตสุขภาพได้ง่าย หรือมีการส่งเสริมความรู้ให้ประชาชนตระหนักถึงการดูแลทันตสุขภาพและเข้ารับบริการตั้งแต่เริ่มเป็นโรค

- **จำนวนคนไข้เฉลี่ยต่อจำนวนยูนิตทันตกรรมต่อปี**

- สูตรการคำนวณ

ตัวตั้ง	จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในงานทันตกรรม
ตัวหาร	จำนวนยูนิตทันตกรรม
- เกณฑ์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย
- ความหมาย ปริมาณการใช้งานยูนิตทันตกรรมเฉลี่ย และความคุ้มค่า ความเหมาะสมของจำนวนยูนิตทันตกรรมที่มีไว้ใช้งาน ตัวอย่างการแปลตัวชี้วัด

- กรณีน้อยกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีจำนวนผู้ป่วยน้อย หรือมีจำนวนยูนิตทันตกรรมมากเกินไปมีการลงทุนเกินความจำเป็น

- กรณีมากกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีจำนวนผู้ป่วยมาก หรือมีจำนวนยูนิตทันตกรรมน้อยเกินไป หากมีการจัดซื้อยูนิตทันตกรรมเพิ่ม จะส่งผลให้ปริมาณงานเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ต้องดูจำนวนผู้ให้บริการทันตกรรมประกอบด้วย

- **ต้นทุนดำเนินการเฉลี่ยบริการทันตกรรม (Quick method)**

- สูตรการคำนวณ

ตัวตั้ง	ค่าใช้จ่ายที่เบิกจ่ายทั้งหมด
ตัวหาร	จำนวนผู้ป่วยนอกงานทันตกรรม และผู้ป่วยในงานทันตกรรมที่ปรับน้ำหนัก (เท่ากับ 18 เท่าของผู้ป่วยนอก)

ใช้ประมาณการค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยในงานทันตกรรม เท่ากับน้ำหนัก 18 เท่า ของผู้ป่วยนอกงานทันตกรรม เนื่องจากผู้ป่วยในงานทันตกรรมส่วนใหญ่พบใน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

- เกณฑ์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย
- ความหมาย ค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากรเฉลี่ย ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางทันตกรรม และทันตสาธารณสุข ไม่รวมต้นทุนค่าแรงและงบลงทุน ตัวอย่างการแปลตัวชี้วัด

- กรณีน้อยกว่าเกณฑ์ หมายถึง มีระบบบริหารจัดการการใช้ทรัพยากร, วัสดุในการดูแลทางทันตสุขภาพได้ดี ทั้งนี้ควรดูคุณภาพของงานประกอบว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ ไม่ใช่ลดต้นทุนโดยใช้ของคุณภาพไม่ดี หรือไม่ดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อลดค่าใช้จ่าย

- กรณีมากกว่าเกณฑ์ หมายถึง ขาดประสิทธิภาพในระบบบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรมากเมื่อเทียบกับหน่วยอื่น ๆ ซึ่งจะเป็นภาระทางการเงินกับหน่วยงาน อาจเกิดจากมีการใช้วัสดุอุปกรณ์ราคาสูงเกินจำเป็น ซื้อวัสดุมากใช้ไม่ทันจนหมดอายุ เป็นต้น