

แนวคิดและกฎหมายในการพัฒนาบริการทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ

ไพศาล ลิ้มสถิตย์*

ปิยะดา ประเสริฐสม†

วรุฒ ชลธิกุล‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: ปิยะดา ประเสริฐสม

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์ คือ ศึกษาแนวคิด ความเป็นมาของกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสิทธิประโยชน์ของบริการทางทันตกรรมภายใต้ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐไทย ทบทวนกรณีศึกษาจากต่างประเทศ 3 ประเทศ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาสิทธิประโยชน์ของบริการทางทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐที่ควรจะมีสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงและคุณภาพที่ดีเหมือนกัน การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประเภทการวิจัยเชิงเอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่าบริการทางทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบของรัฐมีความแตกต่างกันเนื่องจากมีแนวคิดและหลักการที่แตกต่างกัน บริการทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมที่มีสิทธิประโยชน์น้อยกว่าระบบหลักประกันสุขภาพอื่น ทำให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรมพื้นฐานของผู้ประกันตน คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (กสม.) มีมติว่าการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านบริการทันตกรรมของผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม เป็นการกระทำหรือละเลยการกระทำอันเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อผู้ประกันตน ผลการศึกษาการบริการสาธารณสุขในต่างประเทศคือ สหราชอาณาจักร ญี่ปุ่น และมาเลเซียมีข้อสรุปสำคัญคือ ทั้งสามประเทศมีระบบบริการทันตกรรมพื้นฐานสำหรับประชากรทุกกลุ่มภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ฉะนั้นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับประเทศไทย คือ ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากที่เป็นระบบเดียว หรือมีความเท่าเทียมกัน โดยสามารถนำแนวทางที่ประสบความสำเร็จจากทั้งสามประเทศมาประยุกต์ใช้ กล่าวคือ ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปรับปรุงกฎหมายเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการทันตกรรมพื้นฐานอย่างทั่วถึง ขยายขอบเขตการให้บริการและวงเงินสนับสนุนในคลินิกเอกชนที่เข้าร่วม เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนประชากรให้มีสิทธิได้รับบริการทันตกรรมพื้นฐานให้ได้ร้อยละ 80 ตาม “ปฏิญญากรุงเทพฯ ว่าด้วยสุขภาพช่องปาก”

คำสำคัญ: ประกันสุขภาพของรัฐ, บริการทันตกรรม, กฎหมาย, ระเบียบ

* ศูนย์กฎหมายสุขภาพและจริยศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

† คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

‡ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

Received 8 April 2025; Revised 4 July 2025; Accepted 1 August 2025

Suggested citation: Limsthit P, Prasertsom P, Chalittikul W. Concepts and laws for developing dental services in state health security schemes. Journal of Health Systems Research 2025;19(3):245-61.

ไพศาล ลิ้มสถิตย์, ปิยะดา ประเสริฐสม, วรุฒ ชลธิกุล. แนวคิดและกฎหมายในการพัฒนาบริการด้านทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(3):245-61.

Concepts and Laws for Developing Dental Services in State Health Security Schemes

Paisan Limstit^{*}, Piyada Prasertsom[†], Warut Chalittikul[‡]

^{*} Health Laws and Ethics Center, Faculty of Law, Thammasat University

[†] Faculty of Dentistry, Siam University

[‡] Bureau of Dental Health, Department of Health

Corresponding author: Piyada Prasertsom, pprasertsom@gmail.com

Abstract

This qualitative study aimed to examine the concepts and historical development of laws and regulations related to dental service benefit packages of three Thai state health security schemes; to study three international case studies; and to develop policy recommendations for improving dental service benefits across the three security schemes to achieve equal benefits, access, and quality. This research employed qualitative methodology, specifically document research and literature review. The findings revealed that dental services across the three health security schemes differ due to varying concepts and principles. The Social Security Act had transcribed lower dental service benefit packages compared to other health security systems, resulting in access problems to basic dental services for the insured. The National Human Rights Commission of Thailand (NHRC) ruled that the determination of dental service benefits for the insured pertained to the Social Security Act constituted an act or an omission that violated human rights of the insured. The study of healthcare services in three countries - the United Kingdom, Japan, and Malaysia - concluded that all countries are providing basic dental services for all population subgroups under their state health security systems. Therefore, policy recommendation for Thailand is to develop a unified and equitable oral health service system by adapting successful approaches from the three countries. Government agencies and relevant organizations should amend laws and regulations to promote universal access to basic dental services by expanding the scope of basic services including funding to participating private clinics, in order to achieve the goal of 80 percent of insured populations access to basic dental services according to the 'Bangkok Declaration on Oral Health'.

Keywords: state health security, dental services, laws, regulations

ภูมิหลังและเหตุผล

การดูแลสุขภาพช่องปากเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตที่ดี ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพโดยรัฐ 3 ระบบที่ให้ความคุ้มครองด้านทันตกรรมแก่ประชาชน ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ซึ่งแต่ละระบบมีรูปแบบการให้บริการ

และข้อจำกัดที่แตกต่างกัน แม้ว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55 จะกำหนดให้รัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง⁽¹⁾ แต่ในทางปฏิบัติยังพบความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทันตกรรมระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพต่างๆ ดังกล่าว^(2,3)

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการให้สิทธิในการเบิกค่ารักษายาบาลจากสถานพยาบาลของรัฐตาม

อัตราที่กำหนด โดยผู้มีสิทธิจะต้องชำระค่าใช้จ่ายบางส่วนตามที่กรมบัญชีกลางกำหนด แม้จะมีสัดส่วนอัตราการใช้บริการสูงสุดเมื่อเทียบกับอีกสองระบบ แต่ก็ยังพบปัญหาคิวรอนานและสิทธิไม่ครอบคลุมบางประเภท ขณะที่ระบบประกันสังคมให้วงเงินจำกัดสำหรับบริการทางทันตกรรมพื้นฐาน เช่น การอุดฟัน ถอนฟัน หรือผ่าฟันคุด โดยผู้ประกันตนสามารถเบิกค่าบริการได้สูงสุด 900 บาทต่อปี หากค่าใช้จ่ายเกินวงเงิน ผู้ประกันตนต้องรับผิดชอบส่วนเกินเอง ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือว่าบริการทันตกรรมเป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยไม่จำกัดวงเงิน ผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการในเครือข่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁽⁴⁾

แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรมากกว่าร้อยละ 90 แต่การเข้าถึงบริการทันตกรรมยังคงอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย สาเหตุหลักมาจากปัญหาความยาว ข้อจำกัดด้านสิทธิประโยชน์ เวลาให้บริการที่จำกัด และความไม่สะดวกของสถานที่ให้บริการ^(5,6) นอกจากนี้ ยังพบความแตกต่างของอัตราการใช้สิทธิระหว่างกลุ่มผู้รับบริการ โดยกลุ่มข้าราชการมีอัตราการใช้บริการสูงสุด รองลงมาคือผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ขณะที่ผู้ใช้สิทธิบัตรทองมีอัตราการใช้บริการต่ำที่สุด จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2564 กลุ่มข้าราชการเข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ 16.0 กลุ่มผู้ประกันตน ร้อยละ 13.7 และกลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพียงร้อยละ 8.3 แม้จะเป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย^(6,7)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ คือ ศึกษาแนวคิด ความเป็นมาของกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดสิทธิประโยชน์ในบริการทางทันตกรรมของระบบหลักประกันสุขภาพรัฐ 3 ระบบ ศึกษากรณีศึกษาต่างประเทศ 3 ประเทศ และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนาสิทธิประโยชน์บริการทางทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพสามระบบที่ควรจะมีสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงและ

คุณภาพที่ทัดเทียมกัน

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative study) ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลรายงานและวารสารทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยวิเคราะห์แนวคิดและความเป็นมาของกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับบริการทันตกรรมของระบบหลักประกันสุขภาพไทย ประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย และระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยที่มีสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพช่องปากที่ดี ได้แก่ สหราชอาณาจักร ญี่ปุ่น และมาเลเซีย ทั้งนี้ มีการสัมภาษณ์กรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติจำนวน 1 คนที่รับผิดชอบประเด็นการพัฒนาบริการทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ ซึ่งการศึกษานี้ไม่ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากเป็นการวิจัยที่มีความเสี่ยงต่ำ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิที่เผยแพร่ต่อสาธารณะและไม่ส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมวิจัยเพราะผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสิทธิมนุษยชน ไม่ใช่กลุ่มเปราะบาง โดยในส่วนของ การสัมภาษณ์ได้มีการขออนุญาตจากผู้เกี่ยวข้องก่อนการเก็บข้อมูล รวมทั้งมีการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้สัมภาษณ์ ระยะเวลาของการศึกษาตั้งแต่ มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึง ธันวาคม 2567

ผลการศึกษา

1. ผลการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลรายงานและวารสารทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

1.1 แนวคิดและความเป็นมาของกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับบริการทันตกรรมของระบบหลักประกันสุขภาพไทย ประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

สิทธิด้านสุขภาพของบุคคลตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 มีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องดังนี้⁽⁸⁾

สิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ

มาตรา 47 กำหนดให้บุคคลทุกคน รวมถึงผู้ยากไร้ มีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รวมถึงการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย ซึ่งแสดงถึงความมุ่งมั่นของรัฐในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครอบคลุม คำว่า “บุคคล” จะรวมถึงคนต่างด้าวด้วยหรือไม่ เมื่อพิจารณาประกอบกับมาตรา 25 ซึ่งอยู่ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย บุคคลตามมาตรา 47 ของรัฐธรรมนูญ ย่อมหมายความว่าเฉพาะบุคคลธรรมดาผู้มีสัญชาติไทยเท่านั้น

หน้าที่ของรัฐในการจัดบริการสาธารณสุข

มาตรา 55 กำหนดให้รัฐมีหน้าที่ดำเนินการให้ประชาชนได้รับการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง โดยครอบคลุมทุกมิติของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพของภาครัฐ จึงต้องพัฒนาบริการสาธารณสุขให้มีมาตรฐาน และคุณภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในระบบสุขภาพของประเทศ

การปฏิรูปประเทศเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560 หมวด 16 มาตรา 258 ได้กำหนดให้การปฏิรูปประเทศ ด้านอื่น ๆ ข้อ (4) ด้านหลักประกันสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนผู้มีสัญชาติไทยได้รับสิทธิและประโยชน์ จากกระบวนการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ สะดวก และเท่าเทียมกัน ระบบหลักประกันสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำด้านบริการสุขภาพและเสริมสร้างสิทธิในสุขภาพสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม

บริการทันตกรรมถือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิในสุขภาพ ซึ่งรัฐธรรมนูญระบุว่าประชาชนคนไทยทุกกลุ่มต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพโดยไม่แบ่งแยก หน่วยงานของรัฐจึงมีหน้าที่จัดบริการทันตกรรมที่ครอบคลุมและมีมาตรฐานขั้นต่ำให้ประชาชนทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงได้อย่างเสมอภาค

โดยที่ปัจจุบันการให้บริการทันตกรรมมีข้อจำกัดในด้านการกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับกลุ่มต่างๆ ที่แตกต่างกัน ได้แก่ ข้าราชการ ผู้ประกันตน และประชาชนทั่วไป ในแต่ละกลุ่มมีกฎหมายกำหนดเงื่อนไขที่แตกต่างกัน การมีข้อกำหนดทางกฎหมายที่ก่อให้เกิดความแตกต่างกันเกี่ยวกับสิทธิการเข้าถึงบริการสาธารณสุข อาจขัดต่อหลักการของรัฐธรรมนูญ มาตรา 47 และมาตรา 55 ที่มุ่งเน้นการให้บริการสุขภาพอย่างเสมอภาคและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ควรมีการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำด้านสิทธิประโยชน์ในการให้บริการสาธารณสุข รวมถึงบริการทันตกรรม เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม

1.2 ระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐไทย

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ⁽⁹⁾

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นกลไกสำคัญในการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพแก่บุคลากรภาครัฐและครอบครัว โดยมุ่งส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน ซึ่งประเทศไทยได้เริ่มพัฒนาระบบดังกล่าวมาตั้งแต่ พ.ศ. 2521 และมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องภายใต้กรอบพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2555 โดยมีกรมบัญชีกลางเป็นหน่วยงานหลักในการกำกับดูแล

ระบบสวัสดิการนี้ให้ความคุ้มครองครอบคลุมทั้งผู้มีสิทธิหลัก อันได้แก่ ข้าราชการ และผู้มีสิทธิร่วม ซึ่งประกอบด้วย บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่ขอบด้วยกฎหมาย รวมไปถึงข้าราชการบำนาญ ในกรณีที่ผู้มีสิทธิมีความซับซ้อนกับระบบสวัสดิการอื่น เช่น ประกันสังคม สามารถเลือกใช้สิทธิได้เพียงระบบเดียว ทั้งนี้ ระบบได้พัฒนากลไกการเบิกจ่ายตรงเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ โดยสามารถใช้บัตรประจำตัวประชาชนในการแสดงตนที่หน่วยบริการของรัฐ อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่เข้ารับบริการนอกระบบเบิกจ่ายตรง ผู้มีสิทธิจำเป็นต้องสำรองจ่ายและนำหลักฐานมาเบิกคืนภายในระยะเวลาหนึ่งปี

ในส่วนของสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม ระบบ

ได้กำหนดขอบเขตการให้บริการครอบคลุม 87 รายการ ประกอบด้วยการรักษาพื้นฐานและการรักษาเฉพาะทาง เช่น การอุดฟัน การถอนฟัน การผ่าตัดฟันคุด การรักษาคลองรากฟัน และการใส่ฟันเทียม สำหรับการจัดฟันนั้น ระบบจะให้ความคุ้มครองเฉพาะในกรณีมีภาวะปากแหว่งหรือเพดานโหว่ ทั้งนี้ ในบางกรณีอาจมีค่าใช้จ่ายส่วนต่างตามที่หน่วยบริการกำหนด นอกจากนี้ ในกรณีที่บุคคลในครอบครัวได้รับสิทธิสวัสดิการจากหน่วยงานอื่นที่มีความครอบคลุมต่ำกว่า ก็สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่เกินสิทธิได้ตามระเบียบที่กำหนด ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความพยายามในการพัฒนาระบบสวัสดิการให้มีความครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้มีสิทธิอย่างมีประสิทธิภาพ แต่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการที่ต้องเป็นหน่วยบริการสุขภาพของภาครัฐเท่านั้น แตกต่างจากระบบอื่นๆ ที่สามารถเข้ารับบริการได้ที่หน่วยบริการสุขภาพภาคเอกชนที่ทำสัญญา

ระบบประกันสังคม⁽¹⁰⁾

ระบบประกันสังคมในประเทศไทยได้พัฒนามาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่การประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความคุ้มครองและช่วยเหลือผู้ประกันตนในกรณีประสบเหตุการณ์ต่าง ๆ อาทิ การเจ็บป่วย ชราภาพ ทุพพลภาพ และการคลอดบุตร แต่กฎหมายประกันสังคม 2497 มิได้ถูกบังคับใช้ เนื่องจากรัฐบาลขาดการเตรียมการ และถูกคัดค้านจากฝ่ายนายจ้าง ลูกจ้างที่ขาดความเข้าใจระบบประกันสังคม⁽¹¹⁾ ภายหลังได้มีการตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และบังคับใช้ เพื่อขยายขอบเขตความคุ้มครองให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ระบบยังคงมีข้อจำกัดในด้านสิทธิประโยชน์บางประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการบริการทันตกรรม ซึ่งได้รับการพัฒนาอย่างเป็นลำดับขั้น

การให้สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมเริ่มต้นอย่างเป็นรูปธรรมใน พ.ศ. 2540 โดยกำหนดขอบเขตการให้บริการครอบคลุมการอุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินปูน ภายใต้วงเงิน

ไม่เกิน 400 บาทต่อปี ในรูปแบบการเบิกจ่ายแบบเหมาจ่าย ต่อมาใน พ.ศ. 2559⁽¹²⁾ ได้มีการปรับเพิ่มวงเงินสำหรับบริการดังกล่าว รวมถึงการผ่าตัดฟันคุดเป็นไม่เกิน 900 บาทต่อปี นอกจากนี้ ยังได้เพิ่มสิทธิประโยชน์ในส่วนของการเทียมชนิดถอดได้บางส่วนและฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก โดยกำหนดวงเงินสูงสุด 1,500 บาท และ 4,400 บาทตามลำดับ ภายในระยะเวลา 5 ปี ทั้งนี้ ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคมโดยไม่ต้องสำรองจ่าย

อย่างไรก็ตาม ระบบประกันสังคมยังคงประสบข้อจำกัดที่สำคัญ กล่าวคือ การมุ่งเน้นการซ่อมแซมสุขภาพมากกว่าการส่งเสริมและป้องกันโรค ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคฟันผุ ไม่ได้รับความสำคัญอย่างเพียงพอ อีกทั้งการกำหนดวงเงินค่ารักษาทันตกรรมที่ 900 บาทต่อปี ยังไม่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงในสถานพยาบาลเอกชน โดยยกเว้นกรณีฉุกเฉินที่เกิดขึ้นกับสุขภาพช่องปากสามารถเข้ารับการรักษาได้ที่สถานพยาบาลคู่สัญญาได้โดยไม่รวมในวงเงิน 900 บาทต่อปี ได้แก่ การรักษาถุงน้ำและเนื้องอกของกระดูกขากรรไกร การติดเชื้อบริเวณช่องปากและใบหน้า การรักษาการแตกหักของฟัน กระดูกขากรรไกรและใบหน้าจากอุบัติเหตุ และการผ่าตัดปากแหว่งเพดานโหว่ แม้วาระบบประกันสังคมของประเทศไทยจะมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องในการเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม แต่ความท้าทายในการพัฒนานโยบายที่ให้ความสำคัญกับการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพช่องปากยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องได้รับการพิจารณา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบและลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตนในระยะยาว

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹³⁾

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ถูกพัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งได้บัญญัติรับรองสิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานโดยไม่เสียค่า

ใช้จ่ายสำหรับผู้ยากไร้ และกำหนดให้การจัดบริการต้องมีประสิทธิภาพครอบคลุมทั่วประเทศ ต่อมาได้มีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการระบบ

พระราชบัญญัติดังกล่าวได้กำหนดหลักการสำคัญไว้ในมาตรา 5 โดยระบุให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจกำหนดให้มีการร่วมจ่ายค่าบริการ ยกเว้นผู้ยากไร้ นอกจากนี้ มาตรา 9 และ 10 ยังได้กำหนดให้ผู้มีสิทธิตามกฎหมายอื่น อาทิ ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม สามารถใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ภายใต้ข้อตกลงระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการ

ในส่วนของสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม ระบบได้ให้ความสำคัญคุ้มครองครอบคลุมตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วยบริการต่าง ๆ อาทิ การตรวจสุขภาพฟัน การอุดฟัน การถอนฟัน การใส่ฟันปลอม รวมถึงการจัดฟันในผู้ที่มีภาวะปากแห้ง เพดานโหว่ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะต้องครอบคลุมประชาชนทุกสิทธิตามพระราชบัญญัตินี้ แต่ยังคงประสบปัญหาใน

การเข้าถึงสิทธิของประชาชนในกลุ่มสวัสดิการข้าราชการ และประกันสังคม

ใน พ.ศ. 2566 ได้เกิดประเด็นปัญหาการตีความ มาตรา 9 และ 10 ว่ายังไม่สามารถดำเนินการได้ตาม แนวทางการตีความของคณะกรรมการกฤษฎีกาซึ่งจะได้ วิเคราะห์ต่อไป ส่งผลให้ประชาชนบางกลุ่มไม่สามารถ เข้าถึงสิทธิได้อย่างครบถ้วน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข ได้พยายามเสนอร่างพระราชกฤษฎีกาเพื่อแก้ไขปัญหาดัง กล่าว แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากความซับซ้อนของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พยายามเพิ่มการเข้าถึงสิทธิผ่าน โครงการเฉพาะต่างๆ โดยล่าสุดได้ริเริ่มโครงการ “30 บาท รักษาทุกที่” ซึ่งเพิ่มความสะดวกให้แก่ประชาชนด้วยการ ให้บริการรักษาทางทันตกรรมในคลินิกเอกชนที่เข้าร่วม โครงการ โดยสามารถรับบริการพื้นฐานได้ปีละ 3 ครั้ง อัน เป็นการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล⁽¹⁴⁾

จากการศึกษาระบบสวัสดิการของทั้งสามระบบหลัก พบประเด็นความเหลื่อมล้ำทั้งในด้านสิทธิประโยชน์และ การบริหารจัดการกองทุน ซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ ของประชาชน โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากความแตกต่างของ ข้อกำหนดและกรอบกฎหมายที่ใช้ในการกำกับดูแลแต่ละ กองทุน (ตารางที่ 1)

Table 1 Dental service concepts in three health security schemes

	Civil servant medical benefit scheme (CSMBS)	Social security scheme (SSS)	Universal coverage scheme (UCS)
Health security concept	Benefits for government personnel as morale support and compensation for their duties	Social security for insured persons in the system to protect against risks from illness, disability, childbirth, death, and old age.	Health security focuses on providing equal access to quality healthcare services without financial barriers.
Healthcare benefits	Covers medical treatment, health promotion, disease prevention, including special services such as annual health check-ups.	Covers medical treatment, health promotion and disease prevention.	Covers medical treatment, health promotion, and disease prevention according to National Health Security Office criteria.
Concept of dental service benefits	Dental services are considered part of civil servants' healthcare benefits, with coverage for all necessary dental treatments with no limit on number of visits but within rates set by the Comptroller General's Department.	Most dental services are not considered medical services that insured persons are entitled to, except for 4 items: tooth extraction, filling, scaling, and wisdom tooth surgery.	Dental services are considered essential public health services, covering preventive, treatment, and rehabilitative dental care.
Scope of dental service benefits	Define specific dental categories fewer than the National Health Security scheme.	Covers emergencies and severe dental care of only 4 dental services: filling, extraction, scaling, and wisdom tooth surgery, with a fixed sum of 900 baht per year.	Covers most extensive range of services, more than any other schemes.
Payment method	The requirement for advance payment varies depending on the service provider. For costs exceeding the Comptroller General's Department's standard rates, beneficiaries are responsible for paying the difference.	No advance payment required if within the specified limit. If there are additional treatment costs, the patient must pay the difference. For dentures, patients must make advance payments and later reimbursed through the Social Security Office.	No advance payment required. For the "30 Baht Treats Anywhere", 5 dental procedures are covered up to 3 times per year without additional charges.
Access to dental services	Public healthcare facilities	Private healthcare facilities or dental clinics contracted with the Social Security Office	Public healthcare facilities and private dental clinics participating in the 30 Baht Treats Anywhere

1.3 สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพช่องปากในระบบประกันสุขภาพของกรณีศึกษา 3 ประเทศ

สหราชอาณาจักร

ระบบบริการทันตกรรมในสหราชอาณาจักรเป็นส่วนหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) ที่ให้บริการประชาชนมาตั้งแต่ ค.ศ. 1948 โดยในระยะแรกเป็นการให้บริการฟรี แต่ต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนให้มีการร่วมจ่ายค่าบริการ ปัจจุบันการจัดบริการทันตกรรมดำเนินการผ่านผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนที่ทำสัญญากับ NHS โดยมีการจัดระดับบริการและอัตราค่าบริการเป็น 3 ระดับ (band)⁽¹⁵⁾ ได้แก่ ระดับที่ 1 มีค่าบริการ 26.80 ปอนด์ ครอบคลุมบริการพื้นฐาน เช่น การตรวจวินิจฉัย การให้คำแนะนำ การถ่ายภาพรังสี การอุดฟัน และการวางแผนการรักษา ระดับที่ 2 มีค่าบริการ 73.50 ปอนด์ ครอบคลุมบริการในระดับที่ 1 และเพิ่มเติมนการรักษา เช่น การอุดฟัน การรักษารากฟัน และการถอนฟัน ส่วนระดับที่ 3 มีค่าบริการ 319.10 ปอนด์ ครอบคลุมบริการในระดับที่ 1 และ 2 รวมถึงการรักษาที่ซับซ้อน เช่น การครอบฟัน การใส่ฟันปลอม และการทำสะพานฟัน

อย่างไรก็ตาม มีประชากรบางกลุ่มที่ได้รับการยกเว้นค่าบริการ ได้แก่ เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และ 19 ปีที่กำลังศึกษา หญิงตั้งครรภ์หรือที่คลอดบุตรภายใน 12 เดือน ผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่มีบัตรสวัสดิการของรัฐ การบริหารจัดการระบบทันตกรรมอยู่ภายใต้การกำกับของ NHS England ซึ่งดำเนินงานผ่านคณะกรรมการการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care Boards: ICBs) ในแต่ละพื้นที่⁽¹⁶⁾

ปัจจุบันระบบทันตกรรมของสหราชอาณาจักรกำลังเผชิญความท้าทายสำคัญในด้านการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล รัฐบาลจึงได้ประกาศแผนฟื้นฟูระบบทันตกรรม NHS ใน ค.ศ. 2024⁽¹⁷⁾ ที่มุ่งให้บริการ “รวดเร็วขึ้น ง่ายขึ้น และยุติธรรมขึ้น” มาตรการสำคัญ

ได้แก่ การจัดบริการผ่านรถทันตกรรมเคลื่อนที่ การให้เงินจูงใจ (golden hellos) แก่ทันตแพทย์ที่ไปทำงานในพื้นที่ขาดแคลน การเพิ่มค่าตอบแทนสำหรับการรับผู้ป่วยใหม่ และการปรับปรุงระบบสัญญาจ้างให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น โดยมีการกำกับดูแลคุณภาพบริการดำเนินการผ่านหลายหน่วยงาน เช่น Care Quality Commission (CQC) ที่ดูแลมาตรฐานบริการ General Dental Council ที่ควบคุมมาตรฐานวิชาชีพ และ Healthwatch England ที่เป็นองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีบทบาทสนับสนุน เช่น Public Health England ที่ดูแลงานส่งเสริมสุขภาพและวิจัย และ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ที่พัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ

ระบบทันตกรรมของสหราชอาณาจักรจึงเป็นตัวอย่างของการจัดบริการที่มุ่งสร้างความเป็นธรรมผ่านกลไกการร่วมจ่ายตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของกลุ่มประชากรที่รับบริการใน band ใด และการยกเว้นค่าบริการสำหรับกลุ่มเปราะบาง แม้จะมีความท้าทายด้านการเข้าถึงบริการ แต่รัฐบาลก็พยายามปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง

ประเทศญี่ปุ่น

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศญี่ปุ่นเริ่มต้นใน ค.ศ. 1922 ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสุขภาพ และประสบความสำเร็จในการครอบคลุมประชากรทั้งประเทศใน ค.ศ. 1961 ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นมีรากฐานสำคัญจากรัฐธรรมนูญมาตรา 25 ที่รับรองสิทธิของประชาชนในการมีมาตรฐานการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานที่ดี และกำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมสวัสดิการสังคมและสุขภาพของประชาชน⁽¹⁸⁾

ญี่ปุ่นมีการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร⁽¹⁹⁾ เริ่มจากพระราชบัญญัติสุขภาพชุมชน (1947) ที่ดูแลประชากร

ทั้งหมด พระราชบัญญัติสุขภาพและความปลอดภัยในโรงเรียน (1958) สำหรับเด็กนักเรียน พระราชบัญญัติอนามัยแม่และเด็ก (1965) สำหรับทารก เด็กก่อนวัยเรียน และสตรีมีครรภ์ พระราชบัญญัติความปลอดภัยและสุขภาพในอุตสาหกรรม (1972) สำหรับแรงงาน กฎหมายส่งเสริมสุขภาพ (2003) และพระราชบัญญัติส่งเสริมสุขภาพช่องปากและฟัน (2011) สำหรับประชากรทุกกลุ่ม รวมถึงพระราชบัญญัติการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ (2008) ที่ดูแลประชากรสูงอายุ

ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นประกอบด้วย 3 โปรแกรมหลัก ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพพนักงาน ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติตามที่อยู่อาศัย และระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ครอบคลุมประชากรญี่ปุ่นมากกว่า 127 ล้านคน การพัฒนาระบบมีการปรับปรุงกฎหมายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 1958 ที่กำหนดให้รัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบบริหารระบบประกันและบังคับให้ประชาชนทุกคนต้องลงทะเบียน⁽²⁰⁾

ลักษณะเด่นของระบบคือการบังคับให้ประชาชนทุกคนที่อาศัยในประเทศเกิน 3 เดือนต้องลงทะเบียนในระบบประกันสุขภาพ โดยแผนประกันจะถูกกำหนดตามสถานะการจ้างงาน อายุ และที่อยู่อาศัย ประชาชนมีอิสระในการเลือกสถานพยาบาลภายใต้ “ระบบเข้าถึงเสรี” ระบบการร่วมจ่ายอยู่ที่ร้อยละ 10-30 ขึ้นอยู่กับอายุและสถานะการจ้างงาน โดยสรุปแล้วระบบหลักประกันสุขภาพญี่ปุ่นได้รับเงินทุนจากภาษี เบี้ยประกันของประชาชน และเบี้ยประกันของนายจ้าง

ในด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ญี่ปุ่นมีการตรากฎหมายส่งเสริมสุขภาพช่องปากใน ค.ศ. 2011 ที่บูรณาการงานทันตกรรมเข้ากับระบบสุขภาพโดยรวม และมีการรณรงค์ที่สำคัญคือโครงการ 8020 (Eighty-Twenty) เริ่มใน ค.ศ. 1989 โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนอายุ 80 ปี มีฟัน

ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ โครงการนี้ประสบความสำเร็จใน ค.ศ. 2016 เมื่อพบว่าร้อยละ 56.1 ของประชากรอายุ 80 ปี มีฟันใช้งานได้ตามเป้าหมาย⁽²¹⁾

ญี่ปุ่นให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นพิเศษ โดยใน ค.ศ. 2000 ได้มีการออกกฎหมายระบบประกันสุขภาพระยะยาว (long-term care insurance) แยกออกมาโดยเฉพาะ เก็บเบี้ยประกันจากประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยมีเทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบหลัก รายรับของระบบมาจากภาษีร้อยละ 50 และเบี้ยประกันร้อยละ 50

ปัจจุบันญี่ปุ่นกำลังเผชิญความท้าทายจากการมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและปรับปรุงระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพิสูจน์ตัวตนผ่านบัตร My Number card และวางแผนพัฒนาระบบบริการทันตกรรมครอบคลุมเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากตลอดช่วงชีวิต โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มอายุขัยที่มีสุขภาพดีของประชากร⁽²²⁾

ความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพญี่ปุ่นเกิดจากการมีกฎหมายและนโยบายที่ชัดเจนครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร การบูรณาการระบบบริการ การมีส่วนร่วมของประชาชนผ่านการร่วมจ่าย และการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงของประชากรและความท้าทายในอนาคต

ประเทศมาเลเซีย⁽²³⁾

มาเลเซียมีระบบการดูแลสุขภาพแบบสองระดับ (two-tier system) ที่ดำเนินการโดยภาครัฐและภาคเอกชน โดยระบบภาครัฐได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาษีของประชาชน ในขณะที่ระบบภาคเอกชนได้รับการชำระเงินผ่านประกันสุขภาพส่วนบุคคลหรือการจ่ายตรงจากผู้ป่วย โดยภาครัฐให้บริการสุขภาพแก่ประชากรทั้งหมด แม้จะมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและระยะเวลารอคอย ส่งผลให้ประชาชนที่มีกำลังจ่ายมักเลือกใช้บริการภาคเอกชน โดยเฉพาะผู้ที่มีประกันสุขภาพส่วนบุคคล

กระทรวงสาธารณสุขมาเลเซียจัดบริการครอบคลุมตั้งแต่การดูแลเชิงป้องกัน การรักษาระดับปฐมภูมิ ไปจนถึงการรักษาระดับตติยภูมิ อย่างไรก็ตาม ภาคเอกชนมีส่วนให้บริการที่สูง โดยเฉพาะในเขตเมือง ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท มีหน่วยงานหลักในการดูแลระบบสุขภาพช่องปากของมาเลเซีย คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งดำเนินงานผ่านโครงการสุขภาพช่องปาก (oral health program) โดยแบ่งออกเป็น 3 กองหลักภายใต้ผู้อำนวยการหลักด้านสุขภาพช่องปาก (principal director) ได้แก่ กองนโยบายและการวางแผนเชิงกลยุทธ์สุขภาพช่องปาก กองการดูแลสุขภาพช่องปาก และกองการปฏิบัติและพัฒนาสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้ยังมีสภาทันตกรรมแห่งมาเลเซีย (Malaysian Dental Council) และคณะกรรมการทันตภิบาลมาเลเซีย (Malaysian Dental Therapists Board) ที่อยู่ภายใต้โครงการนี้ด้วย ทั้งนี้ มีการจัดทำแผนพัฒนาโปรแกรมด้านสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องทุก 5 ปี⁽²⁴⁾

สำหรับบริการทันตกรรม มาเลเซียไม่มีระบบประกันสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะ ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่เลือกใช้

บริการทันตกรรมเอกชนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง มีเพียงบางองค์กรเอกชนที่จัดสวัสดิการด้านทันตกรรมให้พนักงาน อย่างไรก็ตาม รัฐบาลได้จัดบริการทันตกรรมฟรีสำหรับกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่มที่เป็นกลุ่มเปราะบางหรือมีรายได้น้อย เช่น นักเรียนโรงเรียนรัฐบาล ผู้สูงอายุ และผู้มีรายได้น้อยที่ถือบัตรสวัสดิการของรัฐและมีราคาอุดหนุนในบางรายการ ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของมาเลเซียพึ่งพารายได้จากภาษีทั่วไปเป็นหลัก โดยกระทรวงการคลังจัดเก็บและจัดสรรงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุขภายใต้กรอบแผนห้าปีและงบประมาณรายปี ปัจจุบันกำลังมีการถกเถียงเพื่อหาทางเลือกในการจัดหาแหล่งเงินทุนเพิ่มเติม รวมถึงการพิจารณาจัดตั้งโครงการประกันสังคม เพื่อรองรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น

แม้มาเลเซียจะไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านสุขภาพช่องปาก แต่รัฐบาลก็พยายามทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ผ่านการอุดหนุนค่าบริการในระบบสาธารณสุขของรัฐ อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในเรื่องความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการระหว่างกลุ่มประชากรต่าง ๆ อีกด้วย⁽²⁵⁾

Table 2 Comparison of oral healthcare systems across countries

	United Kingdom	Japan	Malaysia
Health security system	National Health Service (NHS) provides dental services under the national health security system.	Mandatory health security system (Universal Health Security) covers basic dental services.	Mixed system between public and private sectors, with free services provided in public healthcare facilities
Service access	Citizens can access services at NHS dental clinics by paying partial fees. Some groups are exempt from charges.	Citizens can freely choose healthcare facilities, paying 30% co-payment of treatment costs.	Citizens can choose between public services (free/low cost) or private sector.
Scope of services	Covers basic services such as fillings, extractions, scaling, and complex procedures.	Covers basic treatment and prevention, but cosmetic treatments are excluded.	Public sector provides basic services, while complex or cosmetic treatments are usually provided by private sectors.
Dental personnel	Most dentists work in NHS contract alongside private practice.	Most dentists work in private clinics but under the national health security system.	Distribution of personnel between public and private sectors, with new graduate dentists allocated to understaffed areas.
Prevention and promotion	Emphasizes oral health promotion and disease prevention, with free dental check-up programs for children and at-risk groups.	Has strong school-based oral health screening system and continuous dental health education campaigns.	Focuses on school and community services, with oral health promotion programs for children and elderly.
Special benefits	Fee exemptions for children, elderly, pregnant women, and low-income individuals	Cost reductions for elderly and low-income individuals	Free services for students from public schools, senior citizens, and low-income families with welfare cards and subsidized rates in public sector
Finance	Main budget from taxes and co-payments from service users	Health security is funded by taxes, individual premiums, and employer premiums.	Public sector receives government budget, private sector operates as business.
Service distribution	NHS dental clinics distributed nationwide, but some areas may have long waiting times.	Healthcare facilities distributed throughout the country, easily accessible.	Urban-rural healthcare disparities exist, with limited facilities in rural areas.

1.4 แผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยสุขภาพช่องปาก

ปี 2019 ที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติได้เห็นชอบ the Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage (2019) โดยให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ รวมถึงความพยายามที่จะนำเอาเรื่องสุขภาพในช่องปากมาเป็นส่วนหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage: UHC)⁽²⁶⁾ ที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 74 ที่จัดขึ้นในเดือนพฤษภาคม 2021 ได้มีมติเห็นชอบในเรื่อง ข้อมติเรื่องสุขภาพช่องปาก (Resolution on oral health WHA74.5) มีเนื้อหาระบุว่าโรคทางช่องปากมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับโรคไม่ติดต่อ และอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่รุนแรง รวมถึงภาระด้านเศรษฐกิจและสังคม

ที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 75 เมื่อเดือนพฤษภาคม 2022 ได้มีมติเห็นชอบยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยสุขภาพช่องปาก หรือ Global Strategy on Oral Health (A75/10 Add.1 and WHA75(11)) โดยในรายงานสถานการณ์สุขภาพฟันและช่องปากขององค์การอนามัยโลก (WHO Global Oral Health Status Report) ค.ศ. 2022 ได้นำเสนอสถานการณ์ปัญหาสุขภาพฟันและช่องปากของประชากรทั่วโลกเกือบ 3,500 ล้านคน ซึ่งโรคทางช่องปากมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับโรคไม่ติดต่อ และอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่รุนแรง รวมถึงภาระด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้ ข้อมูลจำนวนประชากรทั่วโลกที่ป่วยด้วยโรคฟันและช่องปากพบมากในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและประเทศรายได้ปานกลางถึงสูงคิดเป็นร้อยละ 45 โดยกลุ่มประชากรในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตกพบปัญหามากที่สุด ต่อมาที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 76 ได้เห็นชอบ “แผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2566-2573” (Global Oral Health Action Plan (2023–2030))

วันที่ 26 พฤศจิกายน 2024 (พ.ศ.2567) องค์การ

อนามัยโลกได้จัดประชุมสุขภาพช่องปากระดับโลกเป็นครั้งแรก ณ กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีผู้แทนจากกว่า 110 ประเทศ หน่วยงานของสหประชาชาติ องค์กรระหว่างประเทศ มูลนิธิการกุศล องค์กรภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายต่างๆ ได้ร่วมประชุมกันเพื่อสร้างแผนปฏิบัติการระดับชาติ และร่วมเจรจาจัดทำ “ปฏิญญากรุงเทพฯ ว่าด้วยสุขภาพช่องปาก” (Bangkok Declaration – No Health Without Oral Health Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030)⁽²⁷⁾ กำหนดวิสัยทัศน์มุ่งสู่การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านทันตกรรมภายในปี ค.ศ. 2030 (พ.ศ. 2573) โดยได้กำหนดเป้าประสงค์ที่สำคัญ 3 ประการคือ 1. การเพิ่มสัดส่วนประชากรที่มีสิทธิได้รับบริการทันตกรรมพื้นฐานให้ได้ร้อยละ 80 2. การลดอัตราการเกิดโรคในช่องปากที่สำคัญลงร้อยละ 10 และ 3. การผลักดันให้ร้อยละ 50 ของประเทศทั่วโลกมีการดำเนินการมาตรการเพื่อควบคุมหรือลดการบริโภคน้ำตาล

2. ผลการสัมภาษณ์กรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติเกี่ยวกับประเด็นการพัฒนาบริการทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ

การศึกษานี้ได้ทำการสัมภาษณ์กรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (กสม.) จำนวน 1 ท่านที่รับผิดชอบประเด็นข้อร้องเรียนความไม่เท่าเทียมของสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสังคม โดยได้รับข้อมูลสำคัญของหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องที่ได้มาให้อภัยคำต่อ กสม. ได้แก่ ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม (สปส.) กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทันตแพทยสภา สมาคมทันตแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมผู้ประกันตน รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องหลายท่าน ประเด็นหลักเกี่ยวข้องกับความไม่เท่าเทียมของสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในระบบประกันสังคม เมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิบัตรทองและสวัสดิการข้าราชการ โดยระบบประกันสังคมได้กำหนด

เพดานการเบิกค่ารักษาทันตกรรมไว้ที่ 900 บาทต่อปี ซึ่งครอบคลุมเพียงบริการขั้นพื้นฐาน เช่น การถอนฟัน อุดฟัน ชูดหินปูน และผ่าฟันคุด วงเงินดังกล่าวไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายจริง ส่งผลให้ผู้ประกันตนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินด้วยตนเอง

คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้พิจารณาและมีข้อสังเกตที่สำคัญว่า การที่ผู้ประกันตนภาคบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 33 ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลด้านทันตกรรมที่แตกต่างและไม่เท่าเทียมกับสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ถือเป็นการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม อันเป็นผลมาจากความแตกต่างของนโยบายรัฐและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งส่งผลให้การบริหารจัดการกองทุนสุขภาพและการจัดระบบบริการสุขภาพของประชาชนเกิดความเหลื่อมล้ำและไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

จากสถานการณ์ดังกล่าว คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้เสนอมาตรการและแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขการละเมิดสิทธิมนุษยชนหลายประการ โดยเฉพาะการเสนอให้ผู้ถูกร้อง (คณะกรรมการประกันสังคม) และคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2546 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฯ ลงวันที่ 28 กันยายน 2559 ข้อ 8 (14) (ก) โดยให้ยกเลิกการกำหนดเพดานค่าบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานในวงเงินไม่เกิน 900 บาทต่อคนต่อปี และกำหนดสิทธิประโยชน์ในด้านบริการทันตกรรมให้ไม่น้อยกว่าสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ ให้ดำเนินการภายใน 90 วัน นับแต่วันที่ได้รับรายงาน

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอแนะด้านมาตรการและแนวทางในการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน โดย

เสนอให้ผู้ถูกร้องและคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ทำการทบทวนสิทธิประโยชน์ด้านบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ประกันตน เพื่อให้มีมาตรฐานและประสิทธิภาพไม่ต่ำกว่าสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำหรับข้อเสนอแนะด้านการแก้ไขปรับปรุงกฎหมาย กฎ ระเบียบ หรือคำสั่งนั้น คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้เสนอให้ผู้ถูกร้องและคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกันดำเนินการให้ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ตามมาตรา 5 และมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยให้ออกเป็นพระราชกฤษฎีกาและให้มีผลบังคับใช้โดยเร็ว

ท้ายที่สุด มติของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในสามประเด็นหลัก ได้แก่ การปรับปรุงเพดานเบิกค่าบริการทันตกรรมให้เทียบเท่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การแก้ไขกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และการออกมาตรการให้ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิจารณ์และข้อยุติ

ความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของไทยโดยเฉพาะด้านทันตกรรมสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชน ซึ่งขัดกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 5 ที่กำหนดให้บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ และมาตรา 10 ที่กำหนดให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อให้มีการคุ้มครองผู้รับบริการ แม้ประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ แต่การมีระบบประกัน

สุขภาพที่แยกส่วนเป็น 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบสวัสดิการ ศึกษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้เกิดความแตกต่างของสิทธิประโยชน์อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ที่ได้รับสิทธิประโยชน์จำกัดตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับต่างประเทศ พบว่าประเทศสหราชอาณาจักรและญี่ปุ่น มีแนวโน้มในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพแบบรวมศูนย์หรือมีมาตรฐานเดียว โดย สหราชอาณาจักรที่มีระบบ National Health Service (NHS) เป็นระบบหลักเพียงระบบเดียว ครอบคลุมบริการทันตกรรมตั้งแต่ระดับพื้นฐานไปจนถึงการรักษาที่ซับซ้อน ประเทศญี่ปุ่นแม้จะมีระบบย่อยหลายระบบ แต่ได้พัฒนาให้มีชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมการดูแลทันตกรรมอย่างทั่วถึง จากข้อมูลวัยผู้ใหญ่ในสหราชอาณาจักรได้เข้าถึงบริการทันตกรรมกว่าร้อยละ 31 ในปี 2566 โดยส่วนใหญ่ได้รับการบริการในทันตกรรมป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพช่องปาก การได้รับฟลูออไรด์เฉพาะที่ รวมทั้งการอุดฟันน้ำลาย⁽²⁸⁾ และมีการศึกษาการเข้าถึงบริการทันตกรรมในประเทศญี่ปุ่น พบว่าประชาชนวัยทำงานในประเทศญี่ปุ่นได้เข้ารับบริการทันตกรรมถึงร้อยละ 40.2⁽²⁹⁾ ซึ่งมากกว่าประเทศไทย ส่วนประเทศมาเลเซียนั้นมีระบบคู่ขนานระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยภาครัฐสามารถจัดบริการทันตกรรมที่ครอบคลุมและเข้าถึงได้ในราคาที่ประชาชนรับภาระได้ (ตารางที่ 2) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่ากลุ่มวัยผู้ใหญ่ของประเทศมาเลเซียเข้ารับบริการทันตกรรมร้อยละ 13.4⁽³⁰⁾ ใกล้เคียงกับประเทศไทย แต่ก็มีแนวโน้มการเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้น

ปัญหาสำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพไทย

คือ การที่ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมได้รับสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมที่จำกัด ทั้งในแง่ประเภทของการรักษาที่จำกัดเฉพาะบางรายการและวงเงินสิทธิประโยชน์ในการรับบริการที่คลินิกทันตกรรมไม่เกิน 900 บาทต่อปี ไม่สอดคล้องกับอัตราค่ารักษาในปัจจุบัน และไม่เพียงพอต่อความจำเป็นด้านสุขภาพช่องปากของผู้ประกันตนซึ่งเป็นประชากรวัยทำงาน ความเหลื่อมล้ำนี้ยังมีความชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมมากกว่า ทั้งที่ผู้ประกันตนเป็นผู้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน

ความเห็นของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ทั้งคณะคือ การกำหนดสิทธิประโยชน์ดังกล่าวเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนและเป็นการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมขัดกับหลักการพื้นฐานของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมตินี้มีข้อเสนอในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญคือการยกเลิกการกำหนดเพดานค่าบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน และปรับปรุงสิทธิประโยชน์ให้ไม่น้อยกว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในประเด็นความเห็นของ กสม. คณะผู้วิจัยเห็นว่าบริการทันตกรรมในระบบประกันสังคมที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจไม่เข้าองค์ประกอบของการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมต่อบุคคล (ผู้ประกันตน) ที่ขัดต่อมาตรา 27 ของรัฐธรรมนูญ 2560 ที่กำหนดหลักการสำคัญของสิทธิมนุษยชนคือ หลักความเสมอภาคและหลักการไม่เลือกปฏิบัติ เนื่องจากเป็นการปฏิบัติที่มีลักษณะหรือส่งผลที่แตกต่างกันระหว่างบุคคลที่อยู่ในสถานะและเงื่อนไขแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ร้องซึ่งเป็นผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ซึ่งได้รับสิทธิด้านบริการทันตกรรมที่แตกต่างจากบุคคลที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันเป็นผลจากกฎหมายที่แตกต่างกันมิใช่การเลือกปฏิบัติอันเป็นผลจากอายุ เพศ วัย สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฯลฯ อย่างไรก็ตาม คณะ

ผู้วิจัยมีความเห็นสอดคล้องกับ กสม. ว่าควรพิจารณาการออกพระราชกฤษฎีกาตามมาตรา 10 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิรับบริการทันตกรรมบางรายการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ

ในระยะยาว ประเทศไทยควรพิจารณาการปฏิรูประบบประกันสุขภาพให้มีมาตรฐานเดียวเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุน โดยเฉพาะการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่เท่าเทียมกันสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม การมีระบบหลักประกันสุขภาพที่แยกส่วนอาจมีความเหมาะสมในช่วงของการพัฒนาระบบ แต่ในระยะยาวควรมีการบูรณาการระบบเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทรัพยากร ทั้งนี้ การปฏิรูปดังกล่าวต้องคำนึงถึงความยั่งยืนทางการเงินและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรมอย่างแท้จริง

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องด้วยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการทบทวนเอกสารเป็นหลัก มีขอบเขตการศึกษาวิจัยที่จำกัดเฉพาะแนวคิด หลักการ ความเป็นมาของระบบการจัดการด้านสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม รวมถึงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง มิได้ครอบคลุมการศึกษาระบบประกันสุขภาพของรัฐในประเด็นอื่น ๆ อีกทั้งยังขาดข้อมูลเชิงปริมาณที่จะสนับสนุนข้อค้นพบ เช่น สถิติการเข้าถึงบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ และได้ครอบคลุมการศึกษาผลกระทบทางการเงินของข้อเสนอแนะที่นำเสนอ

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในประเทศไทย คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลาย

ประการ โดยสำนักงานประกันสังคมควรพิจารณากระดับสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในระบบประกันสังคม เนื่องด้วยปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงานของผู้ประกันตน ทั้งนี้ คณะกรรมการการแพทย์ควรกำหนดให้การรักษาสุขภาพช่องปากเป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐาน และควรทบทวนหลักการที่ไม่ถือว่าบริการทันตกรรมเป็นสิทธิของผู้ประกันตน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดด้านสาธารณสุขในระดับสากล

ในส่วนของกรมบัญชีกลาง ควรพิจารณาขยายสิทธิให้ข้าราชการสามารถเข้ารับบริการในคลินิกทันตกรรมเอกชนได้ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งควรมุ่งเน้นการรักษาทันตกรรมที่มีความซับซ้อน การที่ข้าราชการไม่สามารถเข้ารับบริการในคลินิกเอกชนได้ในขณะที่ผู้ประกันตนและผู้ป่วยบัตรทองสามารถทำได้ ถือเป็นความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ จึงควรมีการทบทวนและปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความเท่าเทียมระหว่างสามกองทุน

สำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรประเมินผลโครงการ “30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” ที่ให้ประชาชนสามารถรับบริการดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้น 5 รายการ ปีละ 3 ครั้ง ที่คลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่น พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนข้อมูลกับสำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง นอกจากนี้ ควรศึกษาแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณจากกรณีศึกษาของประเทศสหราชอาณาจักรและญี่ปุ่น โดยเฉพาะรูปแบบการร่วมลงทุนและการร่วมจ่ายที่ประสบความสำเร็จ พร้อมทั้งพัฒนากฎระเบียบเพื่อรองรับการร่วมจ่ายค่าบริการตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ประเทศไทยสามารถยกระดับสู่มาตรฐานเดียวในบริการทันตกรรมได้ผ่านการปรับสมดุลระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ โดยต้องเริ่มจากการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในระบบประกันสังคมให้เป็น

สิทธิพื้นฐานที่ครอบคลุมการป้องกันสุขภาพช่องปาก โดยปรับเปลี่ยนเงินที่เหมาะสมและกำหนดอัตราค่าบริการกลางสอดคล้องกับยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการระดับโลกว่าด้วยสุขภาพช่องปาก พ.ศ. 2566-2573 ควบคู่กับการขยายสิทธิให้ข้าราชการสามารถเข้ารับบริการในคลินิกทันตกรรมได้เช่นเดียวกับผู้ประกันตนและผู้ถือบัตรทอง การสร้างมาตรฐานเดียวอาจดำเนินการได้โดยเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการทันตกรรม และการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์บริการทันตกรรมพื้นฐานที่ไม่แตกต่างกันมากนัก การประเมินผลการให้บริการ และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานเพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ โมเดลความสำเร็จจากต่างประเทศ โดยเฉพาะรูปแบบการร่วมลงทุนและร่วมจ่ายของสหราชอาณาจักรและญี่ปุ่น ควรนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของไทย พร้อมทั้งพัฒนากลุ่มระเบียบรองรับการร่วมจ่ายตามกฎหมาย และมีการให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบาง ซึ่งจะนำไปสู่ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนทุกกลุ่ม อาจจะเป็นการศึกษาสำรวจเพื่อให้เห็นความเป็นไปได้ของการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นเป้าหมายการเพิ่มสัดส่วนประชากรให้มีสิทธิได้รับบริการทันตกรรมพื้นฐานภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ได้ถึงร้อยละ 80 ภายใน พ.ศ. 2573 ตาม “ปฏิญญากรุงเทพฯ ว่าด้วยสุขภาพช่องปาก”

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

การศึกษารังต่อไปควรพิจารณาทำการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods) โดยเพิ่มการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น การสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การวิเคราะห์ข้อมูลการเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่ายจริง รวมถึงการศึกษาลักษณะทางสุขภาพช่องปากของประชาชนในแต่ละระบบ นอกจากนี้ควรทำการศึกษาความเป็นไปได้ทางการเงินการคลังของการปรับปรุงสิทธิประโยชน์ที่เสนอเพื่อประเมินผลกระทบต่อบริการ ประเมินแหล่งที่มาของเงิน

ทุน และความยั่งยืนทางการเงินในระยะยาว ควรศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสม โดยเปรียบเทียบรูปแบบการจ่ายค่าบริการในต่างประเทศและศึกษาความเป็นไปได้ของการนำระบบร่วมจ่ายมาใช้ รวมถึงควรทำการศึกษาดูตามประเมินผลของนโยบายที่ได้ดำเนินการไปแล้ว เช่น โครงการ “30 บาทรักษาทุกที่” เพื่อนำบทเรียนมาพัฒนาระบบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติและเจ้าหน้าที่ กสม. ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้ การศึกษานี้จะสำเร็จมิได้หากปราศจากความร่วมมือจากทุกท่าน

References

1. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 (2017), Section 55. Royal Thai Government Gazette Volume 134, Part 40a (2017 Apr 6). (in Thai)
2. Bureau of Dental Health. Report of the 9th national oral health survey, Thailand 2023. Nonthaburi: Bureau of Dental Health; 2024. (in Thai)
3. Chaianant N, Tussanapirom T, Kettratad M, Prasertsom P, Vejvithree W, Niyomsilp K, et al. Inequalities in dental service utilization among Thai adults from 2000 to 2017. Community Dent Oral Epidemiol 2023;51(4):660-70.
4. Tussanapirom T, Panichkriangkrai W, Vongmongkol V. Equity in utilization of oral health services among Thai population: results from health and welfare survey 2017. J Health Syst Res 2019;13(3):271-83. (in Thai)
5. Vongmongkol V, Viriyathorn S, Wanwong Y, Wangbanjongkun W, Tangcharoensathien V. Annual prevalence of unmet healthcare need in Thailand: evidence from national household surveys between 2011 and 2019. Int J Equity Health 2021;20:244.
6. National Statistical Office. The 2023 health and welfare survey. Bangkok: National Statistical Office; 2023. (in Thai)
7. Amornsuradech S, Vejvithree W. Socioeconomic inequality

- and dental caries among Thai working age population: analysis of Thailand national oral health survey. *J Health Res* 2019;33(6):517-28.
8. Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 (2017), Section 25, 47, 55 and Chapter 16 Section 258. Royal Thai Government Gazette Volume 134, Part 40a (2017 Apr 6). (in Thai)
 9. Royal Decree on Medical Benefits B.E. 2553 (2010). Royal Thai Government Gazette Volume 127, Part 23a (2010 April 2). (in Thai)
 10. Social Security Act B.E. 2533 (1990). Royal Thai Government Gazette Volume 107, Part 161 (1990 Sep 1). (in Thai)
 11. Tommarasak H. Problems and obstacles in implementing the Social Security Act B.E. 2497 in Thailand (master's thesis). Bangkok: National Institute of Development Administration; 1966. p. 22-36.
 12. Announcement of the Medical Committee under the Social Security Act B.E. 2533 (1990) on Rules and Rates for Non-Occupational Injury or Illness Benefits. Royal Thai Government Gazette Volume 133, Special Part 175d (2016 Aug 10). (in Thai)
 13. National Health Security Act B.E. 2545 (2002). Office of the Council of State (2002 Nov 11). (in Thai)
 14. Announcement of the National Health Security Office on Payment Criteria for Public Health Services in Dental Services B.E. 2567 (2024). Royal Thai Government Gazette Volume 141, Special Part 28d, p 10-4. (in Thai)
 15. National Health Service England. How much will I pay for NHS dental treatment? (internet). London: NHS England; 2024 (cited 2024 Feb 3). Available from: <https://www.nhs.uk/nhs-services/dentists/how-much-will-i-pay-for-nhs-dental-treatment/>.
 16. National Health Service England. Integrated care boards in England (internet). London: NHS England; 2024 (cited 2024 Feb 3). Available from: <https://www.england.nhs.uk/publication/integrated-care-boards-in-england/>.
 17. Department of Health and Social Care. Faster, simpler and fairer: our plan to recover and reform NHS dentistry (internet). GOV. UK; 2024 (cited 2024 Feb 3). Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/our-plan-to-recover-and-reform-nhs-dentistry/faster-simpler-and-fairer-our-plan-to-recover-and-reform-nhs-dentistry>.
 18. Matsuda S. Health policy in Japan - current situation and future challenges. *JMA J* 2019;2(1):1-10.
 19. Zaitu T, Saito T, Kawaguchi Y. The oral healthcare system in Japan. *Healthcare* 2018;6(3):79.
 20. Aida J, Fukai K, Watt RG. Global neglect of dental coverage in universal health coverage systems and Japan's broad coverage. *Int Dent J* 2021;71(5):454-7.
 21. Takehara S, Karawekpanyawong R, Okubo H, Tun TZ, Ramadhani A, Chairunisa F, et al. Oral health promotion under the 8020 campaign in Japan-a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(3):1883.
 22. Hiramatsu K, Barrett A, Miyata Y. Current status, challenges, and future perspectives of real-world data and real-world evidence in Japan. *Drugs Real World Outcomes* 2021;8(4):459-80.
 23. Oral Health Programme, Ministry of Health Malaysia. 2023 annual report. Putrajaya: Ministry of Health Malaysia; 2023.
 24. Oral Health Programme, Ministry of Health Malaysia. Oral health policy. Putrajaya: Ministry of Health Malaysia; 2023.
 25. Oral Health Programme, Ministry of Health Malaysia. National oral health strategic plan 2022-2030. Putrajaya: Ministry of Health Malaysia; 2022.
 26. World Health Organization. Draft global oral health action plan (2023–2030) [internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2025 Jul 17]. Available from: [https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-\(2023-2030\)](https://www.who.int/publications/m/item/draft-global-oral-health-action-plan-(2023-2030)).
 27. World Health Organization. Bangkok declaration: no health without oral health [internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 (cited 2025 Jul 17). Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/mnd/oral-health/bangkok-declaration-oral-health.pdf>.
 28. NHS Business Services Authority. Dental narrative 2023-24 [internet]. London: NHS Business Services Authority; 2024 (cited 2025 Jul 7). Available from: https://nhsbsa-open-data.s3.eu-west-2.amazonaws.com/dental/dental_narrative_2023_24_v001.html#21_National_dental_activity.
 29. Murakami K, Aida J, Kuriyama S, Hashimoto H. Associations of health literacy with dental care use and oral health status in Japan. *BMC Public Health* 2023;23(1):1074. doi:10.1186/s12889-023-15866-7.
 30. Tan YR, Tan EH, Jawahir S, Mohd Hanafiah AN, Mohd Yunus MH. Demographic and socioeconomic inequalities in oral healthcare utilisation in Malaysia: evidence from a national survey. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):34. doi:10.1186/s12903-020-01388-w.