

ยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปาก 2560
ORAL HEALTH RESEARCH STRATEGY 2017



สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย

ข้อมูลบรรณานุกรมหอสมุด

เพ็ญแข ลากยี่ง บรรณาธิการ

ยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปาก 2560

ORAL HEALTH RESEARCH STRATEGY 2017

นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข; 2559.

33 หน้า

1. ยุทธศาสตร์ 2. วิจัย 3. สุขภาพช่องปาก

I. ชื่อเรื่อง

สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

โทร 02 5904213 โทรสาร 02 5904203

คำนำ

เมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งกองทุนทันตกรรมในปีงบประมาณ 2554 เกิดความต้องการการจัดการเชิงระบบและเป้าประสงค์ชัดเจนร่วมกันเพื่อให้มีทิศทางในการดำเนินงานมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมาย สปสช. จึงสนับสนุนงบประมาณให้สำนักทันตสาธารณสุขจัดทำ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกวิชาชีพ ตั้งแต่การกำหนดประเด็นพัฒนาเป็นยุทธศาสตร์และการออกแบบวิธีการทำงาน เมื่อปรับปรุงขั้นสุดท้าย การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านสุขภาพช่องปากเป็น ๑ ใน ๔ ยุทธศาสตร์

เพื่อให้เกิดความชัดเจนในขับเคลื่อนและตอบสนองนโยบายของท่านอธิบดี วชิระ เพ็งจันทร์และรัฐมนตรีว่าการที่ให้ความสำคัญกับการวิจัยในการดำเนินงานเพื่อสุขภาพประชาชน จึงจัดทำยุทธศาสตร์การวิจัยด้านสุขภาพช่องปาก ๒๕๖๐ และเพิ่มประเด็นการวิจัย ยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปากฉบับนี้ใช้ข้อมูลสถานการณ์ด้านต่างๆ ชุดเดียวกับแผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย ๒๕๕๕-๒๕๕๙ โดยปรับให้มีความเป็นปัจจุบัน เนื้อหาประกอบด้วยสถานการณ์ด้านต่างๆ ยุทธศาสตร์ มาตรการ และหัวข้อการวิจัยด้านสุขภาพช่องปาก โดยเน้นการพัฒนาเชิงระบบ จึงสามารถใช้เป็นกรอบและแนวทางการวิจัยของหน่วยงานสังกัดอื่นๆ ได้เช่นกัน

หน่วยงานองค์กรที่มีบทบาทด้านสุขภาพช่องปากที่ต้องการเพิ่มบทบาทด้านการวิจัยและวิชาการ (เช่น โรงพยาบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาล องค์กรบริหารส่วนจังหวัด รวมทั้งหน่วยงานส่วนกลาง และองค์กรวิชาชีพ) สามารถเลือกประเด็นและหัวข้อวิจัยที่สนใจ และทำโจทย์วิจัยที่สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหาหรือความต้องการพัฒนาของหน่วยงาน โดยสามารถ download file OHresStrategy30Apr2016 ได้จาก <https://www.facebook.com/groups/ohtech/files/>

ขอขอบคุณ ทพญ.วรมน อัครสุต สำหรับข้อมูลทันตบุคลากร หากท่านใดมีข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปากฉบับนี้ กรุณาส่งมาที่ phenkhael@gmail.com

เพ็ญแข ลากยี่ง

ประธานคณะกรรมการพัฒนาวิชาการ

สำนักทันตสาธารณสุข

๓๐ เมษายน ๒๕๕๙

บทสรุปผู้บริหาร

สำนักทันตสาธารณสุขมีบทบาทด้านนโยบายทันตสาธารณสุขระดับประเทศบนฐานวิชาการ และพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรผ่านการดำเนินโครงการ การประชุม และการฝึกอบรม รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการวิจัยด้านทันตสาธารณสุขของทันตบุคลากรในระดับพื้นที่ด้วย เมื่อสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) บริหารจัดการการวิจัยของประเทศโดยมีอำนาจพิจารณาอนุมัติและกำกับ การวิจัยของหน่วยงานราชการ ประกอบกับการจัดสรรงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผล ให้งบประมาณของกรมวิชาการลดลงรวมทั้งกรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุขจึงยุติการสนับสนุนงบประมาณ การวิจัยของทันตบุคลากรในระดับพื้นที่ แต่ยังมีมาตรการจัดการรอบการวิจัยงานทันตสาธารณสุขเป็นระยะเพื่อ การใช้งานเฉพาะกิจ (ad hoc) โดยไม่ได้เผยแพร่สู่สาธารณะ

ยุทธศาสตร์การวิจัยด้านสุขภาพช่องปาก ๒๕๖๐ นี้สืบเนื่องจากแผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปาก ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ และเพิ่มประเด็นการวิจัย หลักการสำคัญคือ สร้างโอกาสและเปิดพื้นที่ใน การเรียนรู้ร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพช่องปาก เนื่องจากทุกภาคส่วนของ สังคมไทยมีบทบาทร่วมกันอย่างเสมอภาคในการจัดการปัญหาสุขภาพช่องปากเพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพ ชีวิตของประชาชน โดยวัตถุประสงค์เพื่อ ๑. พัฒนาองค์ความรู้/มาตรการ/นวัตกรรมในการแก้ปัญหาพื้นที่ และระบบเฝ้าระวังด้านสุขภาพช่องปาก รวมการกำกับและประเมินผล ๒. ยกระดับคุณภาพมาตรฐาน ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าของการบริการสุขภาพช่องปาก และลดความเหลื่อมล้ำ และ ๓. จัดทำข้อเสนอ การกำกับ และประเมินผลเชิงนโยบาย เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์นี้คือ ทันตบุคลากรและชุมชนดำเนินงาน สุขภาพช่องปากบนฐานความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีศักยภาพในการสร้างความรู้ใหม่จากการทำงาน อย่างสม่ำเสมอ องค์ประกอบของยุทธศาสตร์มี ๒ ส่วนคือ มาตรการด้านการจัดการและประเด็นการวิจัย

มาตรการด้านการจัดการ ๓ มาตรการคือ ๑. การพัฒนาความเชื่อมโยงของกลไกบริหารจัดการการ วิจัย ๒. ส่งเสริมการวิจัยและการจัดการความรู้ และ ๓. การจัดการความรู้ภาครัฐ ชุมชน ท้องถิ่น และเอกชน (ตาราง ก.) ส่วนประเด็นการวิจัยมี ๓ กลุ่มคือ ๑) การสร้างศักยภาพและความสามารถเพื่อพัฒนาการ ส่งเสริมสุขภาพช่องปากและคุ้มครองผู้บริโภค ๒) การยกระดับคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพ และลดความ เหลื่อมล้ำของการบริการสุขภาพช่องปาก และ ๓) การประเมินผลเพื่อการกำกับและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ช่องปาก (ตาราง ข.) ความสัมพันธ์ระหว่างมาตรการและเป้าประสงค์สรุปได้ดังภาพ ก.

ตาราง ก. มาตรการ แนวทาง และตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์การวิจัยด้านสุขภาพช่องปาก

มาตรการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด
๑.การพัฒนาความเชื่อมโยงของกลไกบริหารจัดการการวิจัย	<p>๑. กลไกบริหารจัดการส่วนกลางร่วมกับกลไกระดับเขตร่วมจัดทำกรอบและบริหารจัดการให้เกิดการวิจัยพัฒนาเทคโนโลยี รูปแบบ และนวัตกรรมด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมต่อบริบทประเทศและพื้นที่</p> <p>๒. กลไกส่วนกลาง เขต และจังหวัดบริหารร่วมจัดการ จัดทำ และจัดหาทรัพยากรรองรับ</p> <p>๑) ชุดข้อมูลทรัพยากร สถานการณ์ และปัจจัยด้านพฤติกรรม/สภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก ด้วยข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังในภาครัฐและชุมชน ในแต่ละระดับ</p> <p>๒) โครงสร้าง (ระบบสารสนเทศ ศูนย์เรียนรู้ และการประชุมวิชาการ) และกลไกกระบวนการในการจัดการความรู้เพื่อการใช้ประโยชน์ระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารสังคม การขับเคลื่อนสังคม</p> <p>๓. กลไกบริหารจัดการ/วิชาการแต่ละระดับร่วมจัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวข้องกับงานสุขภาพช่องปาก ในด้านต่างๆ เช่น วิจัยจากงานประจำ ระบาดวิทยา แนวปฏิบัติทางคลินิก มาตรฐานการปฏิบัติงาน การสอนงาน สื่อสารสังคม</p>	<ul style="list-style-type: none"> • กลไกบริหารจัดการการวิจัยในส่วนกลางเชื่อมโยงทุกมาตรการ • กรอบการวิจัย
๒.ส่งเสริมการวิจัยพัฒนาและการจัดการความรู้ในระดับพื้นที่ชุมชน	<p>๑. กลไกส่วนกลาง เขต และจังหวัด ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพองค์กรเครือข่ายและชุมชน ในด้านต่างๆ ๑) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยด้านพฤติกรรม/สภาวะแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก โดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังในภาครัฐและชุมชน ๒) การประเมินทุนของพื้นที่ในด้านทรัพยากร องค์ความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรม ๓) การจัดการความรู้เพื่อการใช้ประโยชน์ระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ ผ่านศูนย์เรียนรู้ ระบบสารสนเทศ การสื่อสารสังคม และการขับเคลื่อนสังคม</p> <p>๒. กลไกบริหารจัดการส่วนกลาง เขต และจังหวัด สนับสนุนการวิจัยพัฒนาในระดับพื้นที่ชุมชน เพื่อการแก้ปัญหาหรือพัฒนางาน/เทคโนโลยีนวัตกรรม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และเหมาะสมต่อการใช้งานในระดับชุมชน บนพื้นฐานภูมิปัญญาท้องถิ่นชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> • จำนวนองค์ความรู้/งานวิจัยเทคโนโลยี/นวัตกรรมที่ถูกนำมาใช้งาน

มาตรการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด
	<p>๓. กลไกบริหารจัดการส่วนกลางและเขต ร่วมพัฒนาระบบพี่เลี้ยงด้านวิชาการและการจัดการความรู้ในระดับเขต และจังหวัด ตามลำดับ (Training for Trainers: T4T) โดยพี่เลี้ยงอาจเป็นทันตบุคลากร บุคลากรอื่น หรือภาคประชาชนที่มีศักยภาพ</p> <p>๔. กลไกบริหารจัดการทุกระดับส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวข้องกับงานสุขภาพช่องปาก ในด้านต่างๆ เช่น การวิจัยจากงานประจำ ระบาดวิทยา การจัดการความรู้ การสื่อสารสังคม</p>	
<p>๓.การจัดการความรู้ภาครัฐ ชุมชน ท้องถิ่น และเอกชน</p>	<p>๑. ส่วนกลางร่วมกับองค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วนจัดทำข้อกำหนดและมาตรฐานข้อมูลความรู้</p> <p>๒. กลไกระบบสารสนเทศ (ยุทธศาสตร์การเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก) พัฒนาระบบจัดการความรู้</p> <p>๓. องค์กรเครือข่ายทุกระดับวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้ วิจัย เทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อการจัดการตนเอง/ครอบครัว/ชุมชน ในมิติสุขภาวะ/สุขภาพช่องปาก และมีการเผยแพร่และสื่อสารสังคม</p> <p>๔. องค์กรเครือข่ายทุกระดับส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิด ศูนย์เรียนรู้ (ทั้งในภาคราชการและชุมชน) และเครือข่ายการเรียนรู้เชิงประเด็น บนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์และความสำเร็จด้านสุขภาวะ/สุขภาพช่องปาก</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบสารสนเทศด้านความรู้/งานวิจัยเทคโนโลยี/นวัตกรรม ▪ จำนวนศูนย์และเครือข่ายการเรียนรู้เชิงประเด็น

ตาราง ข. หัวข้อ ประเด็น และแบบ ๓ กลุ่มวิจัย

กลุ่ม ๑ การสร้างศักยภาพและความสามารถเพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและคุ้มครองผู้บริโภค

หัวข้อ	ประเด็น
กำลังคนและ ศักยภาพ	<ul style="list-style-type: none"> • บทบาทที่เหมาะสมของบุคลากรอื่นในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบบูรณาการ • การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเลือกใช้สถิติวิเคราะห์ ทบทวนบทความวิชาการ การวิจัย และการเขียนบทความวิชาการ
เทคโนโลยี/ นวัตกรรม	<ul style="list-style-type: none"> • การรวบรวมเทคโนโลยีและนวัตกรรมในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพช่องปากที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต/บริบทพื้นที่ • การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้วยภูมิปัญญาและทุนทางสังคมของชุมชนและท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก • การวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มต่างๆ เช่น วัสดุอุปกรณ์ สาร ในการทำความสะอาดช่องปากอย่างปลอดภัยต่อผู้สูงอายุติดเตียง
การคุ้มครอง ประชาชน ด้านสุขภาพ ช่องปาก	<ul style="list-style-type: none"> • การพัฒนา/ปรับปรุงระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและสภาวะแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพช่องปาก • การพัฒนา/ปรับปรุงตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและคุ้มครองประชาชน • การประเมิน/ทดสอบเทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์สุขภาพช่องปากในด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า • การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างท้องถิ่นและชุมชนในการคุ้มครองประชาชน
การสื่อสารและ เผยแพร่	<ul style="list-style-type: none"> • การศึกษาอิทธิพลการโฆษณาสื่อที่วิต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก • การพัฒนาสื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามบริบทภูมิปัญญาไทย • การพัฒนากระบวนการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพช่องปาก

กลุ่ม ๒ การยกระดับคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพ และลดความเหลื่อมล้ำของการบริการสุขภาพช่องปาก

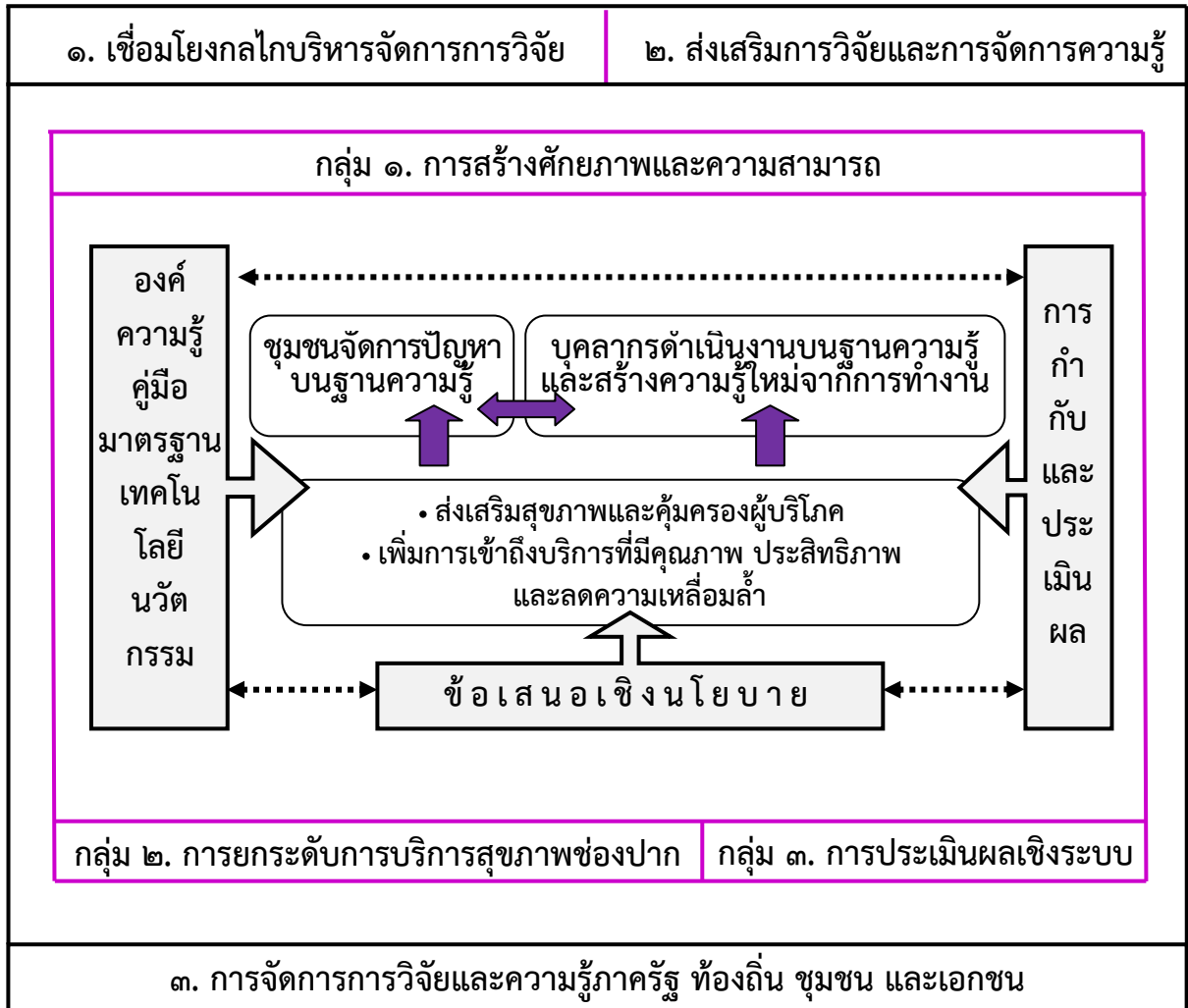
หัวข้อ	ประเด็น
องค์ความรู้/ เทคโนโลยี	<ul style="list-style-type: none"> • การประเมินประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และความเหลื่อมล้ำ • ความเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน
คุณภาพมาตรฐาน	<ul style="list-style-type: none"> • มาตรฐานการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้ระบบบริการสุขภาพประเทศและสากล • การพัฒนาคุณภาพบริการในรูปแบบ/สถาบันต่างๆ เช่น โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก • ระบบค่าตอบแทนการบริการเชิงรุกตามผลลัพธ์
ระบบ/รูปแบบ	<ul style="list-style-type: none"> • การสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิตามบริบทพื้นที่ • การสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากเฉพาะกลุ่ม (เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุติดบ้าน นักเรียน/แรงงานต่างด้าว)
ประสิทธิภาพ/	<ul style="list-style-type: none"> • การเพิ่มประสิทธิภาพและความคุ้มค่าการจัดบริการในรูปแบบและกลุ่มประชากรต่างๆ เช่น โรงเรียน กลุ่มเด็กเล็ก

หัวข้อ	ประเด็น
เพิ่มการเข้าถึงบริการ/ ลดความเหลื่อมล้ำ	<ul style="list-style-type: none"> • ระบบบริการร่วมภาครัฐ-ท้องถิ่น-เอกชน ในการบริการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพื้นฐาน • ระเบียบ/กฎหมายเกี่ยวข้องกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการจัดบริการร่วมกับภาคเอกชนได้อย่างคล่องตัวขึ้น • การคลังบริการสุขภาพช่องปากกลุ่มเฉพาะเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงระบบในการสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการในระยะแรก

กลุ่ม ๓ การประเมินผลเพื่อการกำกับและพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

หัวข้อ	ประเด็น
กำลังคนและศักยภาพ	<ul style="list-style-type: none"> • สถานการณ์ ความต้องการ การกระจาย และศักยภาพทันตบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐ • ภาระงานของทันตบุคลากรในสถานพยาบาลแต่ละระดับ • ศักยภาพส่วนขาดของทันตบุคลากรในการบูรณาการบริการ (สหสาขา) เชิงรุกระดับปฐมภูมิ • ประเมินนโยบายด้านกำลังคน เช่น โครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข
ประสิทธิภาพความคุ้มค่า	<ul style="list-style-type: none"> • การประเมินความคุ้มค่าของบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในแต่ละกลุ่มวัย • การประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มค่าการจัดบริการภาครัฐในเวลา/ นอกเวลาราชการ • การประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มค่าการจัดบริการในรูปแบบและกลุ่มประชากรต่างๆเช่น โรงเรียน เด็กเล็ก
การจัดบริการสุขภาพช่องปากในระบบประกันสุขภาพเปรียบเทียบ 3 ระบบ	<ul style="list-style-type: none"> • นโยบายและสิทธิประโยชน์ • การเข้าถึงบริการของประชาชนไทยและกลุ่มวัย • ต้นทุน/ประสิทธิผลการจัดบริการ • คุณภาพการบริการ • ความพึงพอใจของผู้ใช้และผู้ให้บริการ • บริบทและปัจจัยกระทบต่อระบบบริการ • การบูรณาการจัดบริการระดับปฐมภูมิ • การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน • การคลัง

ภาพ ก. กรอบแนวคิดยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปาก



สารบัญ

คำนำ	ค
บทสรุปผู้บริหาร	ง
นิยามศัพท์	ฉ
สถานการณ์สุขภาพช่องปาก	๑
• ปัญหาสุขภาพช่องปาก	๒
• ปัจจัยเกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก	๓
• บริบทสำคัญ	๑๐
ยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐	
▪ หลักการพื้นฐานของยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปากประเทศไทย	๑๔
▪ วัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปากประเทศไทย	๑๔
▪ เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปากประเทศไทย	๑๔
▪ แนวคิด	๑๔
องค์ประกอบของยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปาก	๑๔
▪ การพัฒนาความเชื่อมโยงของกลไกบริหารจัดการการวิจัยด้านสุขภาพช่องปากแนวทาง	๑๕
▪ การส่งเสริมการวิจัยและการจัดการความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับชุมชน	๑๕
▪ การจัดการความรู้ภาครัฐ ชุมชน ท้องถิ่น และเอกชน	๑๕
ประเด็นการวิจัย	๑๘
• การสร้างศักยภาพและความสามารถเพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและคุ้มครองผู้บริโภค	๑๘
• ยกระดับคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพ และลดความเหลื่อมล้ำของการบริการสุขภาพช่องปาก	๑๘
• การประเมินผลเพื่อการกำกับและพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก	๑๙
สารบัญตาราง	
ตาราง ๑ บุคลากรและยูนิตนวัตกรรมในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๕	๘
ตาราง ๒ จำนวนทันตบุคลากรและสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง พ.ศ. ๒๕๕๙	๙
ตาราง ๓ มาตรการ แนวทาง และตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์การวิจัยด้านสุขภาพช่องปาก	๑๖
ตาราง ๔ มาตรการ แนวทาง และตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์การบริหารจัดการระบบสุขภาพช่องปาก	๒๐
สารบัญภาพ	
ภาพ ๑ กรอบแนวคิดปัจจัยเกี่ยวข้องและสภาวะสุขภาพช่องปาก	๑๓
ภาพ ๒ กรอบแนวคิดยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปาก	๒๒

นียมคัพท

๑. แผนยุทธศาสตร์

แผนท่ร่งขึ้นอย่างเป็ระบบ มีองค์ประกอบท่สัมพันธ์สอดค้องกัน เป็แผนท่มีวิสัยทัศน์หรือภาพฝัน โดยมีเป้าประสงค์แสดงถึงเจตจำนงร่วมของทุกฝ่าย ผนึกพลังทุกฝ่ายเพื่อกะทำพันธกิจ (mission) อันถึเป็หน้าท่รับผิดชอบ ใ้บรรลุวัตถุประสงค์ท่ตั้งไว้ให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ท่พึงประสงค์

๒. สุขภาพช่องปาก

ภาวะท่ปราศจากอาการปวดเรื้อรังในช่องปากและใบหน้า ความผิดปกติในช่องปาก โรคปริทันต์ ฟันผุ และสูญเสียฟัน ปัจจัยเสี่ยงของโรคในช่องปากคือ การรับประทานท่ไม่เหมาะสม สูบบุหรี่ บริโภคแอลกอฮอล์ไม่เหมาะสม และไม่ดูแลอนามัยในช่องปาก

๓. สุขภาพ

ภาวะของมนุษย์ท่สมบูรณ์ทั้งทางกาย/จิต/ปัญญา/และทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็องค์รวมอย่างสมดุล

๔. การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมหนึ่งๆ ในลักษณะของการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับผลประโยชน์ และร่วมติดตามประเมินผล การสร้างการมีส่วนร่วมท่แท้จริงต้องเปิดโอกาสใ้เข้ามาร่วมตั้งแต้ขั้นตอนร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ไม่ใช่ใ้เข้ามาร่วมเฉพาะขั้นตอนดำเนินการ

๕. การสร้างเสริมสุขภาพ

การกระทำท่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนใ้บุคคลมีสุขภาพะทางกาย จิต ปัญญาและสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม เพื่ส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตท่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

๖. การป้องกันโรค

การกระทำหรืองดกระทำบางอย่างเพื่ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็โรค และการป้องกันไม่ให้กลับเป็ซ้ำในกรณีท่หายจากการเจ็บป่วยหรือเป็โรคแล้ว แบ่งออกได้เป็ ๓ ระดับ คือ การป้องกันก่อนการเกิดโรคหรือก่อนการเจ็บป่วย การป้องกันโรคในระยท่เกิดโรคหรือเจ็บป่วยขึ้นแล้ว และการป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพเมือหายจากการเจ็บป่วยแล้ว

๗. การควบคุมโรค

การควบคุมโรคระบาด โรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ โรคติดต่ออันตรายต่างๆ รวมทั้งโรคท่เกิดจากการปนเปื้อนของสารต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมและอาหาร และโรคอื่นๆ ท่สามารถลดความสูญเสียสุขภาพ ชีวิตและทรัพยากรได้หากมีการตรวจพบแต่เนิ่นๆ

๘. การป้องกันและการควบคุมปัจจัยคุกคามสุขภาพ

การจัดการกับปัจจัยต่างๆ ท่มีผลเสียต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ เชื้อโรค สารเคมี ภัยธรรมชาติ รวมทั้งระบบต่างๆ ในสังคมเพื่ป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งการสร้างปัจจัยท่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีด้วย

๙. การบริการสุขภาพ

การบริการเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

๑๐. คุณภาพบริการสุขภาพ

คุณลักษณะของบริการสุขภาพท่อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย์ สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้านอื่นๆ และพื้นฐานด้านคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนและสังคมได้ อย่างเหมาะสม

๑๑. การบริการสุขภาพปฐมภูมิ

การบริการสุขภาพท่เน้นบริการบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความเข้มข้นในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยีในระดับหนึ่ง มุ่งเน้นในมิติของมนุษย์และสังคม เป็บริการแบบผสมผสาน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัย

ที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการ ชุมชนและครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ และกับชุมชนเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบการให้บริการระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี

๑๒. บุคลากรด้านสุขภาพ

ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีกฎหมาย ระเบียบ หรือข้อกำหนดรองรับ

๑๓. กำลังคนด้านสุขภาพ

บุคคลหรือกลุ่มคนที่มีบทบาทในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งรวมถึงบุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ บุคลากรสายสนับสนุน บุคลากรทางการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก อาสาสมัครด้านสุขภาพต่างๆ แกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนบุคคลต่างๆ ที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

๑๔. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

การจัดการทางการเงินการคลัง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพและหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้า และอย่างมีประสิทธิภาพ

๑๕. การเงินการคลังรวมหมู่

การที่ประชาชนร่วมจ่ายเงินตามสัดส่วนความสามารถในการจ่าย ตามหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข และนำเงินที่เก็บล่วงหน้ามาใช้จ่ายร่วมกัน เพื่อจัดให้มีบริการที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตสำหรับทุกคน

๑๖. การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ

การสร้างความรู้จากการปฏิบัติ การจัดการความรู้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสังเคราะห์ความรู้และประสบการณ์ การศึกษาวิจัย การสังเคราะห์ความรู้และข้อมูล ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและระบบสุขภาพ

๑๗. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

การนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่หน่วยงานภาครัฐและภาคส่วนต่างๆ จัดทำขึ้น เพื่อเผยแพร่และสื่อสารกับประชาชนในรูปแบบและช่องทางต่างๆ

๑๘. หน่วยงานภาครัฐ

ราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์กรควบคุมการประกอบวิชาชีพ องค์กรมหาชนและหน่วยงานอื่นของรัฐ

๑๙. ธรรมนูญสุขภาพ

คุณลักษณะของการบริหารหรือการปกครองเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจ มีคุณภาพและเกิดความคุ้มค่า ไม่มีขั้นตอนการปฏิบัติงานเกินความจำเป็น มีการปรับปรุงภารกิจให้ทันต่อสถานการณ์ ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกตอบสนองความต้องการของประชาชน และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอการดำเนินการตามหลักธรรมนูญ ต้องยึดหลักการมีส่วนร่วม หลักความโปร่งใส หลักความรับผิดชอบต่อสังคม และตรวจสอบได้ หลักประสิทธิภาพและประสิทธิผลและหลักนิติธรรม

๒๐. นโยบายสาธารณะ

ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่า หรือเชื่อว่าควรจะทำในทิศทางนั้น รวมถึงนโยบายที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่กำหนดมาจากรัฐด้วย

๒๑. ชุมชน

กลุ่มประชาชนที่มีเอกลักษณ์เฉพาะอันเนื่องจากการมีผลประโยชน์ หรือมีค่านิยมร่วมกัน หรือมีปัญหาาร่วมกัน หรืออาศัยอยู่ในอาณาเขตทางภูมิศาสตร์เดียวกัน หรือมีความสนใจและมีกิจกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกัน

๒๒. ภาคี หมายถึง องค์กรหรือหน่วยงานที่มีลักษณะเป็นพันธมิตร มีวัตถุประสงค์และส่วนได้ส่วนเสียในกิจกรรมหรืองานที่คล้ายคลึงกัน เข้ามาร่วมมือกันทำงาน แต่ยังไม่มีการผูกพันที่ลึกซึ้ง

๒๓. เครือข่าย (network) คือ การเชื่อมโยงของกลุ่มของคนหรือกลุ่มองค์กรที่**สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสาร**ร่วมกัน มีความสนใจร่วมกัน หรือ**ทำกิจกรรม**ร่วมกัน โดย**มีการจัดระเบียบโครงสร้าง**ของคนในเครือข่ายด้วย**ความเป็นอิสระ เท่าเทียม**กันภายใต้พื้นฐานของความเคารพสิทธิ เชื่อถือ เอื้ออาทร ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายต้องเป็นไปโดย**สมัครใจ เท่าเทียม** หรือแลกเปลี่ยนแบ่งปันซึ่งกันและกัน และการเป็นสมาชิก เครือข่ายต้องไม่มีผลกระทบต่อ**ความเป็นอิสระ**หรือ**ความเป็นตัวของตัวเอง**ของคนหรือองค์กรนั้น ๆ

เครือข่ายเทียม (pseudo network) หมายถึง กลุ่มที่รวมตัว ชุมนุม พบปะสังสรรค์ระหว่างสมาชิก โดยที่ต่างคนต่างก็ไม่ได้มีเป้าหมายร่วมกัน และไม่ได้ตั้งใจที่จะทำกิจกรรมร่วมกัน อาจรวมกันตามกระแสนิยมที่ไม่มีวัตถุประสงค์ชัดเจน ไม่มีการสานต่อระหว่างสมาชิก

๒๔. ชุมชนท้องถิ่นหรือชุมชนพื้นที่

ชุมชนที่อยู่ร่วมกันในพื้นที่หมู่บ้านหรือตำบล

๒๕. ศูนย์การเรียนรู้

ควรสอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชุมชน รวมทั้งไม่สร้างภาระ หรือความแปลกแยก ให้กับชุมชนในการดำเนินชีวิต มีองค์ประกอบ ดังนี้

๑. มีองค์ความรู้เพื่อจัดกระบวนการเรียนรู้/ถ่ายทอด
 - เป็นความรู้ของชุมชนหรือมาตรการทางสังคม
 - เป็นความรู้ที่ตรงตามความต้องการของผู้เรียน (ชาวบ้านในชุมชน หรือผู้มาศึกษาดูงาน / ฝึกงาน)
 - เป็นประเด็นหรือกิจกรรมซึ่งเป็นจุดคานงัด หรือจุดสำคัญ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
๒. มีพื้นที่หรือรูปธรรมที่สามารถสัมผัสได้ในวิถีปกติให้เรียนรู้
๓. มีผู้ถ่ายทอดหรือวิทยากร มีบุคคล/กลุ่มคน ทำหน้าที่ถ่ายทอดหรือจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
๔. มีสื่อต่างๆ เช่น สื่อบุคคล สื่อเอกสารต่างๆ วิดิทัศน์ เป็นต้น
๕. มีการติดตามประเมินผลและสรุปบทเรียนการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อนำมาปรับปรุงการดำเนินงานให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และสร้างความรู้ใหม่ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

๒๖. การเสริมพลัง/ การเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)

กระบวนการที่มุ่งให้บุคคลมีความสามารถเพิ่มขึ้นในการจัดการตนเองรวมทั้งสภาพแวดล้อม เพื่อการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพให้ตนเอง ครอบครัว ชุมชน มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

ที่มา: ศัพท์ ๑, ๓-๒๑ อ้างอิงจาก ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ
 ศัพท์ ๒ อ้างอิงจาก http://www.who.int/topics/oral_health/en/
 ศัพท์ ๒๕ อ้างอิงจาก บทเรียนของทีมงานสุขภาพภาคประชาชนเชียงราย
 ศัพท์ ๒๖ อ้างอิงจาก World Health Organization, ๑๙๘๖.

ยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปาก พ.ศ. ๒๕๖๐

สถานการณ์สุขภาพช่องปาก

โรคฟันผุเป็นปัญหาที่เด่นชัดในกลุ่มเด็กประเทศพัฒนาน้อยและกำลังพัฒนา เมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที โรคจะลุกลามและสูญเสียฟันในที่สุด ส่งผลต่อพัฒนาการ สุขภาพ การสบฟัน และการเรียน^{1, 2, 3, 4} ในประเทศไทย ร้อยละ ๔.๓ และ ๔.๑ ของเด็กอายุ ๑๒ ปีและ ๑๕ ปี ปวดฟันจนขาดเรียนเฉลี่ย ๒.๕ และ ๔.๔ วัน ตามลำดับ⁵ ขณะที่ในวัยผู้ใหญ่มีปัญหาโรคฟันผุและปริทันต์อักเสบรวมทั้งความเสื่อมถอยจากการมีอายุยืนยาว เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (everyday life activities) และการงานอาชีพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต⁶ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ แม้จะมีระบบประกันสุขภาพภาครัฐ แต่ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการทั้งจากการจัดบริการและด้านประชาชน⁷ นอกจากนี้ในทัศนะของสังคมไทยรวมทั้งทันตบุคลากรและบุคลากรสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ค่าบริการรักษาโรคในช่องปากและการฟื้นฟูสภาพยังมีราคาแพง⁸ เป็นอุปสรรคสำหรับการใช้บริการภาคเอกชนเมื่อภาครัฐไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้

¹ Acs G, Lodolini G, Kaminski S, Cisneros GJ. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatric Dentistry* 1992;14:302-5.

² Cağlaroğlu M, Kilic N, Erdem A. Effects of early unilateral first molar extraction on skeletal asymmetry. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008;134:270-5.

³ Melsen B, Terp S. The influence of extractions caries cause on the development of malocclusion and need for orthodontic treatment. *Swed Dent J Suppl* 1982;15:163-9.

⁴ Richardson A. Spontaneous changes in the incisor relationship following extraction of lower first permanent molars. *Br J Orthod* 1979;6:85-90.

⁵ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ ๖ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๐. โรงพิมพ์สำนักกิจการองค์การทหารผ่านศึก, ๒๕๕๑.

⁶ Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989(17):7-10.

⁷ เพ็ญแข ลากยิ่ง. การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก. ใน เศรษฐศาสตร์บริการสุขภาพช่องปาก. นนทบุรี: สำนักทันตสาธารณสุข; 2554. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

⁸ เพ็ญแข ลากยิ่ง, เสกสรรค์ พวกอินแสง. ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559. สำนักทันตสาธารณสุข ๒๕๕๕.

๑. ปัญหาสุขภาพช่องปาก

ความชุก (prevalence) ในเด็กกลุ่มอายุ ๓ ปีที่ปลอดโรคฟันผุ (caries free) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ ๓๘.๖ ในการสำรวจครั้งล่าสุด^๖ แต่สถานการณ์ยังคงอยู่ในระดับที่เป็นปัญหา

เมื่อเทียบกับการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากครั้งก่อน ฟันแท้ในกลุ่มเด็กมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย ร้อยละ ๕๖.๙ ของกลุ่มอายุ ๑๒ ปีมีประสบการณ์ฟันแท้ผุ เฉลี่ย ๑.๕๕ ซี่ต่อคน ขณะที่กลุ่มอายุ ๑๕ ปีอยู่ที่ร้อยละ ๖๖.๓ ค่าเฉลี่ย ๒.๒๔ ซี่ต่อคน ความชุกในกลุ่มอายุ ๑๒ ปีที่มีสภาวะเหงือกปกติ สูงกว่าการสำรวจครั้งก่อนเกือบเท่าตัว คือ ร้อยละ ๑๘^๖ และ ๙.๕^๙ ตามลำดับ

ในภาพรวมประเทศพบเด็กอายุ ๑๒ ปีมีฟันแท้ตกกระจากฟลูออไรด์ (dental fluorosis) ระดับปานกลางและรุนแรงร้อยละ ๐.๐๙ และ ๐.๐๕ ตามลำดับ แต่ดัชนีฟันตกกระระดับชุมชน (Community fluorosis index: CFI) มีค่า ๐.๑ แม้ CFI สูงที่สุด (พบในภาคเหนือ) ก็มีค่าเพียง ๐.๓^๖ แม้ไม่นับว่าเป็นปัญหาประเทศ (ตามเกณฑ์ของ Dean คือ ตั้งแต่ ๐.๖) แต่ก็ยังเป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่ ทั้งนี้ความชุกและความรุนแรงของภาวะฟันตกกระมีความสัมพันธ์กับระดับปริมาณฟลูออไรด์ที่ร่างกายได้รับจากน้ำดื่มมากกว่าอาหาร^{๑๐, ๑๑} จากน้ำบริโภคใน ๑๘ จังหวัดเสียงรวม ๒๒,๒๓๖ ตัวอย่าง แม้ส่วนใหญ่มีฟลูออไรด์ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ ๘๙.๖) แต่สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ ๑๐.๔ โดยมีมากกว่า ๒ มิลลิกรัมต่อลิตรถึงร้อยละ ๒.๕^{๑๒} ซึ่งเป็นระดับที่ทำให้เกิดฟันตกกระรุนแรงและอาจมีผลต่อสุขภาพโดยรวมได้

ในกลุ่มผู้ใหญ่ประสบปัญหาโรคปริทันต์ พบว่า ประมาณ ๔ คนในวัยทำงานและ ๘.๕ คนในวัยสูงอายุ จาก ๑๐ คน เป็นโรคปริทันต์^๖ แม้ว่า วัยทำงานและวัยสูงอายุ ที่มีฟันใช้งานได้ในช่องปากไม่น้อยกว่า ๒๐ ซี่ จะเพิ่มขึ้นจากการสำรวจครั้งก่อน (ร้อยละ ๙๖.๒ และ ๕๔.๘ ตามลำดับ) แต่การสูญเสียฟันยังคงเป็นปัญหาสำคัญในวัยนี้ พบว่า ร้อยละ ๘๒.๘ ของวัยทำงาน^{๑๓} และ ๙๔ ของผู้สูงอายุ สูญเสียฟันเฉลี่ย ๓.๙ และ ๑๓.๔ ซี่ต่อคน ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ ๑๐.๕ มากกว่าการสำรวจครั้งที่ ๕ ซึ่งมีเพียงร้อยละ ๘.๒^{๑๐} ความชุกของโรคที่เพิ่มขึ้นสะท้อนถึงปัญหาในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ส่วนความชุกของการสูญเสียฟันทั้งปากบ่งชี้ปัญหาการเข้าถึงบริการเก็บรักษาฟัน (อุดฟันหรือรักษาโรคปริทันต์)

^๙ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๔. บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด, ๒๕๔๕.

^{๑๐} Karthikeyan G, Pius A, Apparao B V. Contribution of fluoride in water and food to the prevalence of fluorosis in areas of Tamil Nadu in South India. Fluoride 1996;29(3):151-5.

^{๑๑} McGrady MG, Ellwood RP, Srisilapanan P, Korwanich N, Taylor A, Goodwin M, Pretty IA. Dental fluorosis in populations from Chiang Mai, Thailand with different fluoride exposures. Paper 2: The ability of fluorescence imaging to detect differences in fluorosis prevalence and severity for different fluoride intakes from water. BMC Oral Health 2012, 12:33 doi:10.1186/1472-6831-12-33.

^{๑๒} สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา, โกวิท เรียบเรียง, วีรดา บุญฤกษ์ และเปรมจันทร์ หงส์รัตน์. นำเสนอในการประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๔ วันที่ ๑๗-๑๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ ณ ฮอลล์ ๙ ศูนย์แสดงสินค้าและบริการประชุม อิมแพค เมืองทองธานี นนทบุรี.

^{๑๓} ตัวแทนในการสำรวจกลุ่มวัยทำงานคือ อายุ ๓๕-๔๔ ปี

๒. ปัจจัยเกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก

๒.๑ พฤติกรรมส่วนบุคคล

พฤติกรรมเอื้อต่อสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ การบริโภคผักผลไม้ และการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคลูกอม ขนมกรุบกรอบ เครื่องดื่มรสหวาน น้ำอัดลม^{14, 15} การสูบบุหรี่หรือมยาสูบ^{16, 17}

เด็กเล็กจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ปกครองอย่างใกล้ชิดในด้านอาหารการกินและการทำความสะอาดช่องปาก แต่มีผู้ปกครองเพียงร้อยละ ๓๖.๔ ที่ดูแลแปรงฟันให้กลุ่มอายุ ๓ ปี ในกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ร้อยละ ๘๙.๖ แปรงฟันทุกวัน เฉลี่ย ๒.๒ ครั้ง/วัน แม้โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดนมจัดให้เด็กตามนโยบายแต่กลุ่มอายุ ๓ ปี ร้อยละ ๔๖.๗ ยังดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้าน⁶

การบริโภคขนมกรุบกรอบและน้ำอัดลมนั้นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามกระแสบริโภคนิยม จากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ กลุ่มอายุ ๖-๑๔ ปี มีความถี่ของการบริโภคขนมกรุบกรอบสูงกว่าวัยอื่นและบริโภคเครื่องดื่มรสหวานเพิ่มขึ้น ๑.๘ เท่า จาก พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๐ ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากครั้งล่าสุด เด็กอายุ ๑๒ ปี ร้อยละ ๒๘.๒ และ ๑๑.๖ บริโภคขนมกรุบกรอบและดื่มน้ำอัดลมทุกวัน ตามลำดับ กลุ่มอายุ ๑๕ ปีดื่มน้ำอัดลมทุกวันถึงร้อยละ ๒๒.๗ มากกว่าเด็ก ๑๒ ปีเกือบเท่าตัว และกินขนมกรุบกรอบทุกวันร้อยละ ๓๑.๔⁶ พฤติกรรมเหล่านี้ยังส่งผลโดยตรงต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ครอบคลุมซึ่งเป็นโครงสร้างแรกในการอบรมกล่อมเกลாத่างสังคม (socialization) จึงควรเข้ามามีบทบาทเป็นกลไกสำคัญในการควบคุมโรคและพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ร่วมกับศูนย์พัฒนาเด็กและสถานศึกษา¹⁸

สำหรับวัยทำงาน ร้อยละ ๒๑ ยังคงสูบบุหรี่ เฉลี่ย ๑๐.๔ มวนต่อวัน มากกว่ากลุ่มวัยสูงอายุ (ร้อยละ ๑๗.๙ เฉลี่ย ๗.๕ มวนต่อวัน) และยังพบการเคี้ยวหมากทั้งในเขตเมืองและชนบทรวมร้อยละ ๕.๔ ในกลุ่มวัยทำงาน และ ๑๖.๗ ในกลุ่มสูงอายุ⁶

¹⁴ สุนทร ระพิสุวรรณ, ภาติดา ภูริเดช, ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล, เทวฤทธิ์ สมโคตร, พลินี เดชสมบูรณ์รัตน์. ความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตและความชุกของโรคฟันผุของเด็กในชุมชนแออัด. วารสารประชากรศาสตร์ ๒๕๔๕; ๑๘(๒):๒๗-๓๖.

¹⁵ Millward A, Shaw L, Smith AJ, Rippin JW, Harrington E. The distribution and severity of tooth wear and the relationship between erosion and dietary constituents in a group of children. Int J Paediatr Dent 1994, 4:151-157.

¹⁶ Jansson L, Lavstedt S. Influence of smoking on marginal bone loss: a prospective study over 20 years. J Clin Periodontol 2002;29(8):750-6.

¹⁷ Calsina G, Ramon JM, Echeverria JJ. Effects of smoking on periodontal tissues. J Clin Periodontol 2002;29(8): 771-6.

¹⁸ เพ็ญแข ลาภยั้ง. การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการ และยุทธศาสตร์. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ/สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2552. Cyber Rock Agency Group Co.,Ltd.

๒.๒ การควบคุมโรคในช่องปากและปัจจัยเสี่ยง

๒.๒.๑ การบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ใน พ.ศ. ๒๕๓๑ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัยร่วมกับสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (สพช.) จัดทำโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาและดำเนินการทั่วประเทศเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากนักเรียนอย่างครบถ้วนเบ็ดเสร็จ ตั้งแต่การจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน อนามัยน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ ครูตรวจคัดกรองนักเรียนที่มีปัญหาเพื่อส่งรักษา และติดตามการเปลี่ยนแปลงสถานะช่องปากของนักเรียนที่มีปัญหา ขณะที่ทันตบุคลากรเป็นผู้ให้บริการอาจเป็นนอกหน่วยมาที่โรงเรียนหรือบริการในสถานพยาบาล

ประมาณครึ่งแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ ๘ เริ่มกลวิธีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting School) ตามประกาศองค์การอนามัยโลก โดยเพิ่มการบูรณาการในหลักสูตรการเรียนรู้อย่างไรก็ตามโครงการเรียนรู้วิจัยในประเด็นอาหารกับทันตสุขภาพ ด้วยการสนับสนุนของสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ มีโรงเรียนที่ผ่านการพัฒนากระบวนการนี้ ๒๐๐ แห่งใน ๑๔ จังหวัด¹⁹ ใน พ.ศ. ๒๕๕๐ ขยายผลการพัฒนาและเพิ่มการเรียนรู้ระหว่างโรงเรียนในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ด้วยเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ครอบคลุมโรงเรียนมากกว่า ๒,๐๐๐ แห่ง²⁰

เมื่อเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พ.ศ. ๒๕๔๔) ในระยะแรกยังเน้นการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรักษาพื้นฐาน กระทั่งมีการทบทวนมาตรฐานการป้องกันโรคในช่องปากเพื่อการเก็บรักษาฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งซึ่งมีอัตราการผุและถูกถอนมากที่สุดในคนไทยเมื่อเทียบกับซี่อื่น²⁰ การเคลือบหลุมร่องฟัน (pit-fissure sealant) เป็นบริการที่มีประสิทธิผลสูงสุด^{21,22,23,24} จึงเป็นบริการหลักในการป้องกันฟันกรามแท้ซี่ในเด็กวัยประถมศึกษาในประเทศพัฒนา^{25,26,27,28,29} และอยู่ในสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกัน

¹⁹ สุธา เจียรณมิโชติชัย, ปิยะดา ประเสริฐสม. คินสุขภาพช่องปาก จากมือหมอ...สู่มือเจ้าของ. สำนักทันตสาธารณสุข.

²⁰ ฟันซี่นี้เป็นซี่ที่ใหญ่และแข็งแรงที่สุดในช่องปากจึงมีความสำคัญต่อช่องปากรวมทั้งใบหน้า แต่เนื่องจากเป็นฟันแท้ซี่แรกที่ขึ้นในช่องปากเมื่ออายุ ๕-๗ ปี ผู้ปกครองมักคิดว่าเป็นฟันน้ำนมจึงละเลยการดูแล ประกอบกับเด็กชอบขนมหวาน เมื่อฟันซี่นี้ยังขึ้นไม่ถึงระนาบของการบดเคี้ยว (occlusal plane) จะไม่ถูกขัดให้สะอาดจากการบดเคี้ยวตามธรรมชาติ (self-cleansing) อีกทั้งการสะสมแร่ธาตุ (mineralization) ของตัวฟันที่เพิ่งขึ้นสู่ช่องปากยังไม่สมบูรณ์ จึงไม่ทนทานต่อกรดที่เกิดขึ้นเมื่อช่องปากไม่สะอาด จึงผู้ได้ง่ายที่ด้านบดเคี้ยว

²¹ ต้องเป็นซี่ฟันที่ด้านบดเคี้ยวมีหลุมและร่องฟันแคบและลึกที่ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะผุ ส่วนฟันที่มีหลุมร่องฟันกว้างและตื้นมีความเสี่ยงในการเป็นโรคฟันผุต่ำกว่าและสารเคลือบจะมีโอกาสหลุดมากกว่า

²² Beltran-Aguilar ED, Barker LK, Canto MT, Dye BA, Gooch BF, Griffin SO, et al. Surveillance for dental caries, dental sealant retention, edentulism and enamel fluorosis: United States 1988-1994 and 1999-2002. Surveillance summaries. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion 2005;54:1-44.

²³ Quinonez RB, Downs SM, Shugars D, Christensen J, Vann WF Jr. Assessing cost-effectiveness of sealant placement in children. J Public Health Dent 2005;65:82-9.

²⁴ Kumar JV, Siegel MD. A contemporary perspective on dental sealants. J Calif Dental Assoc 1998;26:378-85.

²⁵ Association of State and Territorial Health Officials. Integrating MCH and oral health program to improve health. Washington DC: Health Resources and Service Administration; 2005.

²⁶ The National Conference of State Legislatures. Children's Oral Health. [cited 2012 Aug 22]; Available from: URL: <http://www.ncsl.org/programs/health/ChildOralHealth.htm>

²⁷ VanLandeghem K, Bronstein J, Brach C. Children's Dental Care Access in Medicaid: the role of medical care use and dentist participation. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2003.

สุขภาพถ้วนหน้าไทย ใน พ.ศ. ๒๕๔๘ เริ่มมีการบริหารจัดการเป็นโครงการแนวตั้ง (vertical program) ชื่อ ยิ้มสดใสเด็ก กทม. ฟันดี³⁰ และขยายการดำเนินการทั่วประเทศ (ยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี) ทำให้กลุ่มอายุ ๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔.๕ ในการสำรวจเมื่อห้าปีก่อน เป็นร้อยละ ๑๒.๗^{6, 10}

มาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ต่อเนื่องชัดเจนและครอบคลุมเด็กในโรงเรียนเพิ่มขึ้น ดังกล่าว ส่งผลให้สามารถควบคุมฟันผุในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษา ต่างจากฟันน้ำนมผุที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ แม้จะมีการดำเนินโครงการต่างๆ เช่น แปรงสีฟันอันแรกของหนู (ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๗) แม่ลูกฟันดี ๑๐๒ ปีสมเด็จย่า (พ.ศ. ๒๕๔๖) แต่มีข้อจำกัดด้านความครอบคลุมและต่อเนื่อง ความครอบคลุมเพิ่มขึ้นเมื่อการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันเป็นตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานของการประเมินศูนย์เด็กเล็กก่อนอายุ (พ.ศ. ๒๕๔๘) และใน พ.ศ. ๒๕๕๔ มีการรณรงค์ ลูกรักฟันดีเริ่มที่ชี้แรก

๒.๒.๒ การใช้บริการสุขภาพช่องปาก

ทิศทางการพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นเศรษฐกิจด้วยภาคอุตสาหกรรมส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมด้านการศึกษา สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ³¹ ประชาชนที่มีเศรษฐกิจดี มีการศึกษา อาศัยในเขตเมืองและภาคกลางจึงมีอัตราเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากมากกว่า เมื่อจำแนกตามสิทธิสวัสดิการ ข้าราชการเข้าถึงบริการมากกว่ากลุ่มแรงงานและรายได้น้อย³² และยังอยู่ในระดับต่ำแม้เมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ พบว่า ประชาชนใช้บริการสุขภาพช่องปากในรอบปีที่ผ่านมา เพิ่มจากการสำรวจครั้งก่อน (ร้อยละ ๙.๓ และ ๘.๗ ตามลำดับ)^{33,34} แต่ยังคงอยู่ในระดับต่ำและเป็นบริการที่ทำให้สูญเสียฟันเนื่องจากบริการที่ใช้ในครั้งล่าสุดมากเป็นอันดับหนึ่ง ยังคงเป็น การถอนฟัน (ร้อยละ ๓๕.๑๗) รองลงมาคือ การอุดฟัน (ร้อยละ ๒๕.๘) เพิ่มจากการสำรวจครั้งก่อน (ร้อยละ ๑๘.๖) แม้ว่า ประชากรส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๙๐) จะบอกว่า ไม่มีปัญหาในช่องปากจึงไม่ใช้บริการ แต่ในกลุ่มที่มีปัญหาซึ่งควรจะมาใช้บริการก็ยังมีสาเหตุที่ทำให้ไม่ใช้บริการ ส่วนใหญ่บอกว่า ไม่มีเวลา (ร้อยละ ๖๒, ๖๐.๔ และ ๓๙.๖ ของกลุ่มลูกจ้าง ข้าราชการ และสิทธิบัตรทอง ตามลำดับ) เนื่องจากประชาชนเองเป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้ายว่าจะใช้บริการหรือไม่ ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการจึงต้องจัดการบริการให้ตอบสนองต่อปัจจัยเหล่านี้ร่วมด้วย

²⁸ 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 sport-related craniofacial injuries. Am J Prev Med 2002;23(15):21-54.

²⁹ Bureau of Oral and Health Delivery System, Iowa Department of Public Health. School-based dental sealant program. [cited 2012 Aug 22]; Available from: URL: <http://www.idph.state.ia.us/OHDS/OralHealth.aspx?prog=OHC&pg=Sealants>.

³⁰ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเด็กกรุงเทพมหานคร (ยิ้มสดใสเด็ก กทม. ฟันดี) พ.ศ. ๒๕๔๘. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๔๘.

³¹ เพ็ญแข ลากยิ่ง. เศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรม: ผลกระทบต่อสุขภาพคนไทย ใน การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการ และยุทธศาสตร์. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ/ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2552. Cyber Rock Agency Group Co.,Ltd.

³² เพ็ญแข ลากยิ่ง. ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพช่องปาก: ประสบการณ์ของประเทศไทย. ว.ทันต.สธ. 2545;7(2):78-93.

³³ เพ็ญแข ลากยิ่ง, วีระศักดิ์ พุทธาศรี. การใช้บริการสุขภาพช่องปากระหว่างทศวรรษแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย. รายงานการวิจัย, ๒๕๕๖.

³⁴ วีระศักดิ์ พุทธาศรี, เพ็ญแข ลากยิ่ง. การใช้บริการสุขภาพช่องปากของคนไทย 5 ปีหลังการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 2552;18(4) 489-503.

เมื่อพิจารณากลุ่มวัย เด็ก ๕-๑๔ ปี มีอัตราการใช้บริการมากที่สุดแต่มีแนวโน้มลดลง หากไม่นับกลุ่มเด็ก ๐-๔ ปีที่ฟันน้ำนมเริ่มขึ้นเมื่ออายุ ๖ เดือน กลุ่มสูงอายุมีอัตราการใช้บริการต่ำที่สุด ประกอบกับปัญหาหลักของวัยนี้คือ เมื่อสูญเสียฟันทั้งปากจะมีปัญหาการรับประทานอาหาร ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต โครงการแนวคิดที่ชัดเจนในกลุ่มนี้คือการใส่ฟันเทียมทั้งปาก (พ.ศ. ๒๕๔๘) และพัฒนามาเป็นโครงการฟันเทียมพระราชทาน เมื่อสิ้นสุดปี ๒๕๕๔ ให้บริการฟันเทียมทั้งปากกว่า ๒๓๐,๐๐๐ ราย

ข้าราชการยังคงเป็นกลุ่มที่มีอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มลูกจ้างซึ่งมีสิทธิประกันสังคมรวมกับสวัสดิการจากนายจ้าง และสิทธิบัตรทอง (๑๔.๓, ๑๓.๓ และ ๘.๑ คนต่อ ๑๐๐ ประชากร ตามลำดับ) แต่ไม่ใช้สิทธิที่มีในการใช้บริการ ถึงร้อยละ ๓๓.๕ ของผู้ใช้บริการทั้งหมด (ส่วนใหญ่บอกว่า เพราะขาดอรอนาน) และไม่มีสิทธิสวัสดิการร้อยละ ๐.๘ เมื่อแยกเฉพาะผู้ใช้สิทธิที่มีในการใช้บริการ กลุ่มลูกจ้างกลับใช้บริการในอัตราสูงที่สุด รองลงมาคือ ข้าราชการและบัตรทอง (๙.๖, ๕.๖ และ ๕.๔ คนต่อ ๑๐๐ ประชากร ตามลำดับ) น่าสังเกตว่า แหล่งบริการยอดนิยมในการสำรวจครั้งล่าสุดนี้คือ คลินิกเอกชน ต่างจากการสำรวจเมื่อ ๕ ปีก่อนที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน โดยประชาชนในกรุงเทพมหานคร ภาคกลาง และภาคใต้ นิยมใช้บริการคลินิกเอกชนเป็นอันดับหนึ่ง ส่วนภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือใช้บริการจากโรงพยาบาลชุมชน รองลงมาคือ คลินิกเอกชน หากจัดการให้คลินิกเอกชนเข้ามาจัดบริการที่จำเป็นร่วมกับภาครัฐ น่าจะเป็นการขยายบริการในระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นมาตรการหลักในการเพิ่มการเข้าถึงบริการในเขตเมือง

๒.๒.๓ การขับเคลื่อนสร้างกระแสสังคม

มีการดำเนินงานผ่านเครือข่ายเฉพาะวิชาชีพ (เช่น ลูกรักฟันดีเริ่มที่ชี้แรก คณะทันตแพทยศาสตร์ สร้างเสริมสุขภาพ ทันตแพทย์ผู้นำการสร้างเสริมสุขภาพ ทันตกรรมจังหวัด.....) หรือเป็นภาคีสหวิชาชีพ (เช่น ไม่กินหวาน ควบคุมการบริโภคยาสูบ) อาจเน้นการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในช่องปาก หรือเพิ่มวัตถุประสงค์ในการสร้างค่านิยมของสังคม (เช่น ลดการกินหวานให้พอดีกับความต้องการของร่างกาย คนรุ่นใหม่ไม่สูบบุหรี่) หรือพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรร่วมด้วย และมีการใช้เทคโนโลยีออนไลน์ในการสื่อสารประสานงาน เช่น เครือข่ายทันตแพทย์ทั่วไทย เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงวัย

ด้านนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากด้วยที่สำคัญคือ สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่³⁵ ห้ามผลิตนมรสชาติหวานสำหรับทารก³⁶ ควบคุมการผลิต/จำหน่าย/สูบบุหรี่/และคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่^{37,38,39} ควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์⁴⁰ ควบคุมการโฆษณาเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์

³⁵ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง คำชี้แจงประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๓๐๘) พ.ศ. ๒๕๕๐ เรื่อง อาหารทารกและอาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก (ฉบับที่ ๔). วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๐.

³⁶ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง คำชี้แจงประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒๘๖) เรื่อง นมดัดแปลงสำหรับทารกและนมดัดแปลงสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกและเด็กเล็ก (ฉบับที่ ๒) และ(ฉบับที่ ๒๘๗) พ.ศ. ๒๕๔๗ เรื่อง อาหารทารกและอาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกเด็กเล็ก (ฉบับที่ ๓). วันที่ ๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๘.

³⁷ ราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๐ เล่ม ๑๒๔ ตอนพิเศษ ๑๕ ง หน้า ๑๗.ระเบียบกรมควบคุมโรคว่าด้วยการกำกับดูแลข้อมูลรายการส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๕๐ ณ วันที่ ๑๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๐.

³⁸ ราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๕ เล่ม ๑๒๙ ตอนพิเศษ ๑๒๔ ง หน้า ๖. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการแสดงรูปภาพ ข้อความคำเตือนเกี่ยวกับพิษภัยและช่องทางติดต่อเพื่อการเลิกยาสูบ ในฉลากของยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๓๕ (ฉบับที่ ๑๗) พ.ศ. ๒๕๕๕. ณ วันที่ ๒ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕.

³⁹ ราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๓๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓. เล่ม ๑๒๗ ตอนพิเศษ ๔๐ ง หน้า ๔๙. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๙) พ.ศ. ๒๕๕๓ เรื่อง กำหนดชื่อหรือประเภทของสถานที่สาธารณะที่ห้ามการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่และ

มากกว่าร้อยละ ๕ ของน้ำหนัก⁴¹ การห้ามขายสุราในพื้นที่สาธารณะ สถานประกอบการ และบนทางในขณะ ขับขี่หรือในขณะโดยสารอยู่ในรถหรือบนรถ⁴² การปรับขึ้นภาษีสรรพสามิตสุราผสมและสุราต่างประเทศ และบุหรี⁴³ ซึ่งแม้จะมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มรายได้รัฐบาล แต่ก็มีผลลดการเข้าถึงสินค้ากลุ่มนี้ด้วย และมีความ พยายามผลักดันการจัดเก็บภาษีในกลุ่มอาหารและเครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูงแต่มีคุณค่าทางโภชนาการต่ำ เป็น หนึ่งในมาตรการทางภาษีและราคาในการจัดการภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน⁴⁴ ซึ่งจะส่งผลดีต่อสุขภาพช่อง ปากด้วย คณะรัฐมนตรีอนุมัติขึ้นภาษีบุหรีทั้งที่ผลิตในและต่างประเทศ มีผลบังคับใช้วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙⁴⁵ เมื่อวันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๙ สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.) เห็นชอบการจัดเก็บภาษี ในเครื่องดื่มที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ (มีน้ำตาลเกินมาตรฐาน) มติ ๑๕๓ ต่อ ๒ และงดออกเสียง ๖ คน⁴⁶

ในระดับประเทศ มีการออกกฎหมายที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากโดยตรง ได้แก่ การกำหนดให้แปรงสี ฟันเป็นสินค้าควบคุมฉลาก บังคับใช้วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๕๖⁴⁷ และใน พ.ศ. ๒๕๕๕ สำนักงานคณะกรรมการ คຸມครອງผู้บริโภคเพิ่มการระบุง่วงอายุบนฉลากแปรงสีฟันเด็กให้ผู้ปกครองเลือกซื้อแปรงสีฟันให้เด็กได้ อย่างเหมาะสม มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๕๕⁴⁸ การควบคุมปริมาณฟลูออไรด์ในยาสีฟัน (๑.๑๐๐ ส่วนในล้านส่วน) การควบคุมปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มที่บรรจุในภาชนะปิดสนิท (กำหนดให้ ไม่เกิน ๐.๗ มิลลิกรัมต่อลิตรจากเดิม ๑.๕ มิลลิกรัมต่อลิตร)⁴⁹

กำหนดส่วนหนึ่งส่วนใดหรือทั้งหมดของสถานที่สาธารณะดังกล่าวเป็นเขตสูบบุหรี่หรือปลอดบุหรี ตาม พระราชบัญญัติ คຸມครອງสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี พ.ศ. ๒๕๓๕. ณ วันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๓.

⁴⁰ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชี้แจงเกี่ยวกับประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒๗๒) พ.ศ. ๒๕๔๖ เรื่อง สุรา. วันที่ ๑๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๔๖.

⁴¹ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาเครื่องดื่มที่มีส่วนผสม ของแอลกอฮอล์. วันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๔๘.

⁴² ราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๕๕ เล่ม ๑๒๙ ตอนพิเศษ ๑๒๓ ง หน้า ๖. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง กำหนดสถานที่หรือบริเวณห้ามบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บนทาง พ.ศ. ๒๕๕๕ ณ วันที่ ๒๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๕.

⁴³ หนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์ออนไลน์. กรม. งดแต่กริดภาษีเหล้า-บุหรี. วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๕๕. <http://www.posttoday.com/ธุรกิจ-ตลาด/172229/>

⁴⁴ พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. ๒๕๓๗ จัดเก็บภาษีในอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิด แต่ยกเว้นภาษีเครื่องดื่มสุขภาพ บางรายการที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ อาจเพิ่มอัตราภาษีในเครื่องดื่มรสหวานให้สูงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภค ก่อนขยายไปยังอาหารประเภทอื่นต่อไป

⁴⁵ กระทรวงการคลัง. กฎกระทรวง กำหนดอัตราค่าแสดมปียาสูบ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๙ ให้ไว้ ณ วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙.

⁴⁶ หนังสือพิมพ์เดลินิวส์ออนไลน์. สปท. ชงขึ้นภาษีน้ำตาล-ชาเขียว. วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๙. <http://www.dailynews.co.th/politics/394053> [posttoday.com/ธุรกิจ-ตลาด/172229/](http://www.posttoday.com/ธุรกิจ-ตลาด/172229/)

⁴⁷ ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๕๕ เล่ม ๑๑๙ ตอนพิเศษ ๑๐๙ ง. ประกาศ คณะกรรมการว่าด้วยฉลาก ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕) เรื่องให้แปรงสีฟันเป็นสินค้าควบคุมฉลาก.

⁴⁸ ราชกิจจานุเบกษา วันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๕๕ เล่ม ๑๒๙ ตอนพิเศษ ๘๙ ง. ประกาศคณะกรรมการว่าด้วยฉลากฉบับที่ ๓๓ (พ.ศ. ๒๕๕๕) เรื่องให้แปรงสีฟันเป็นสินค้าควบคุมฉลาก (ฉบับที่ ๒)

⁴⁹ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ ๖ เรื่องการควบคุมปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม ที่บรรจุในภาชนะที่ปิดสนิท. วันที่ ๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๓.

๒.๒.๔ การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก

ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการในโรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กร่วมกับครูและพี่เลี้ยงเด็ก เช่น ศูนย์เด็กเล็กปลอดน้ำอัดลม โรงเรียนปลอดฟันผุ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารองค์กร (นายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้อำนวยการโรงเรียน) เพื่อความยั่งยืนของการดำเนินงาน โดยต้องจัดสถานที่ในการแปรงฟันและตรวจฟันเด็ก และมีมาตรการควบคุมการขายขนม/น้ำอัดลม รวมทั้งจำกัดการนำขนมจากบ้านมาบริโภคที่โรงเรียน ประเด็นปัญหาคือ โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กมีข้อจำกัดในการดำเนินงานนอกเขตพื้นที่จึงควรพิจารณาการขยายขอบเขตการดำเนินงานเป็นระดับชุมชนรวมทั้งครัวเรือน เพื่อสร้างความร่วมมือกับผู้ปกครอง

๒.๒.๕ ทรัพยากรในการบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐ

ทันตแพทย์เกินครึ่งอยู่ในภาคเอกชน (ร้อยละ ๕๑.๕ ของทันตแพทย์ทั้งหมด) จากสัดส่วนทันตบุคลากรต่อประชากรระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๓ สถานการณ์ทันตแพทย์มีแนวโน้มดีขึ้นในภาพรวมประเทศ (๑: ๕,๗๘๘) แต่มีปัญหาในการกระจาย (สัดส่วนในกรุงเทพมหานคร = ๑: ๑,๐๗๖ ขณะที่ในภูมิภาค = ๑: ๑๐,๑๕๑) และมีโรงพยาบาล (รพ.) ที่ไม่มีทันตแพทย์ ๓ แห่ง คือ รพ. เกาะกูด (จังหวัดตราด) รพ.ท่าอุเทน (จังหวัดนครพนม) และ รพ.นาตาล (จังหวัดอุบลราชธานี) ส่วนทันตภิบาลมีจำนวนเพิ่มไม่มากนักในแต่ละปี แต่กระจายตัวอยู่ในภูมิภาค (สัดส่วนต่อประชากรอายุ ๐-๑๔ ปี = ๑: ๒,๔๑๖) ดีกว่าในกรุงเทพมหานคร (กทม.) ซึ่งมีสัดส่วน ๑: ๒๖,๕๓๗ สวนทางการกระจายตัวของทันตแพทย์⁵⁰ แม้ว่าทันตแพทย์และทันตภิบาลภาครัฐมีจำนวนเพิ่มขึ้นตลอดมาแต่ผลิตภาพบริการทันตกรรมภาครัฐไม่เพิ่มขึ้นอย่างได้สัดส่วนกัน⁵¹ เนื่องจากจำนวนครุภัณฑ์ทันตกรรมหลักในการบริการไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างสัมพันธ์กันในทุกระดับ (ตาราง ๑)

ตาราง ๑ บุคลากรและยูนิตทันตกรรมในสถานพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๕

ประเภทโรงพยาบาลใน ฐานะ CUP	จำนวน (แห่ง)	จำนวนที่ รายงาน (แห่ง)	ค่าเฉลี่ยยูนิตทันตกรรม (ตัว)			ค่าเฉลี่ยผู้บริการทันตกรรม (คน/แห่ง)		
			รพ.แม่ข่าย	รพ.สต.	รวมระดับ CUP	ทันต แพทย์	ทันตภิ บาล	รวม
ชุมชน ๑๐-๓๐ เตียง	๔๕๒	๓๒๔	๒.๘๙	๒.๐๖	๔.๙๖	๒.๔๗	๔.๐๔	๖.๕๐
มากกว่า ๓๐ เตียง	๒๘๘	๒๓๙	๔.๑๓	๓.๖๔	๗.๗๘	๔.๐๘	๖.๑๘	๑๐.๒๕
ทั่วไป ไม่เกิน ๓๐๐ เตียง	๒๐	๑๖	๖.๑๓	๔.๐๖	๑๐.๑๙	๖.๓๘	๕.๖๙	๑๒.๐๖
มากกว่า ๓๐๐ เตียง	๕๐	๓๔	๙.๓๕	๖.๓๕	๑๕.๗๑	๑๑.๓๘	๖.๕๐	๑๗.๘๘
ศูนย์	๒๕	๑๗	๑๔.๔๗	๙.๗๖	๒๔.๒๔	๑๓.๘๒	๗.๙๔	๒๑.๗๖
รวมทุกระดับ	๘๓๕	๖๓๐	๔.๑๑	๓.๑๕	๗.๒๖	๓.๙๖	๕.๑๓	๙.๐๙

หมายเหตุ รพ.สต.ทั่วประเทศมีจำนวน ๙,๗๕๖ แห่ง

ที่มา: สำนักบริหารการสาธารณสุข. ระบบรายงานข้อมูลสนับสนุนงานทันตสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๕.

⁵⁰ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๕๕. เอกสารอัดสำเนา, ๒๕๕๕.

⁵¹ สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ระบบรายงานข้อมูลสนับสนุนงานทันตสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔.

ระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๕๕-๒๕๕๖ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพิ่มการผลิตทันตภิบาล เพื่อปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ปีละ 1,600 คนต่อปี⁵² โดยจังหวัดคัดเลือกนักเรียนที่จบชั้นมัธยมปลายที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ ส่งมาเรียนด้านวิชาการที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสถาบันบรมราชชนก ๑ ปี และฝึกปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดของตนอีก ๑ ปี เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๕๗ สัดส่วน รพ.สต. ที่มีทันตภิบาลประจำมีร้อยละ ๓๐ ของจำนวน รพ.สต. ทั้งหมด⁵³ และเพิ่มเป็น ๔๐.๑ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ นำสังเกตว่า สัดส่วนทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลใน รพศ./รพท. สูงกว่าใน รพช. (ตาราง ๒) อาจเพราะมี รพช. ขนาดใหญ่ (รพ.แม่ข่าย) ซึ่งมีทันตภิบาลจำนวนมาก จำนวน ๒๐ แห่งเลื่อนฐานะเป็น รพท. เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ นอกจากนี้ รพศ./รพท. บางแห่งอาจนับรวมทันตภิบาลทั้งเครือข่ายเป็นของ รพ. แม้จะปฏิบัติงานใน ศสม. หรือ รพ.สต.

ตาราง ๒ จำนวนทันตบุคลากรและสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง พ.ศ. ๒๕๕๙

ประเภทสถานบริการ	จำนวน (แห่ง)	จำนวน (คน)		สัดส่วน (คนต่อแห่ง)	
		ทพ.	ทภ.	ทพ.	ทภ.
รพศ./รพท.	๑๑๖	๑,๔๒๔	๘๗๒	๑๒.๒๘	๗.๕๒
รพช.	๗๗๕	๒,๘๐๙	๒,๖๒๘	๓.๖๒	๓.๓๙
รพ.สต.	๙,๘๘๕	-	๔,๐๗๙	-	๐.๔๑

ที่มา: คำนวนจากข้อมูลระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ทรัพยากรสุขภาพ. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๙. URL:<http://gishealth.moph.go.th>

⁵² ผู้จัดการออนไลน์. สธ.วางแผนปี ๕๕-๕๖ ผลิตทันตภิบาลได้ ๓,๒๐๐ คน หวังแก้ปัญหาขาดแคลนใน รพ.สต. วันที่ ๑๒ ก.พ. ๒๕๕๕. สืบค้นเมื่อ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๙. URL:<http://www2.manager.co.th/Science/ViewNews.aspx?NewsID=9550000019513>

⁵³ คำนวนจากข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขประจำปี ๒๕๕๗. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

๓. บริบทสำคัญ

๓.๑ บริบทภายในประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขมีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๒๕๕๕-๙ (Health service plan) เพื่อให้บริการในแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน เชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ จัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีศักยภาพในการรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในระดับพื้นที่ ภายใต้แผนนี้จึงมีการจัดทำแนวทางการทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก (Oral Health Service Plan) สอดรับกับวัตถุประสงค์ข้างต้นและบูรณาการไปกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยมีสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานเลขานุการ ดังนั้นโครงสร้างบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล: รพ.สต.) และโรงพยาบาลแม่ข่ายแต่ละระดับ (ตาราง ๑) จึงใช้แผนดังกล่าวเป็นกรอบการพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐาน

งบประมาณหลักในการจัดบริการคือ งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁵⁴ เป็นงบบริการผู้ป่วยนอก (OP) และงบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) กรณีที่ต้องจัดซื้อครุภัณฑ์ให้ใช้ทดแทน (replacement) ซึ่งคำนวณจากค่าเสื่อมราคาโดยมีการบริหารจัดการในระดับเขต⁵⁵ ในภาคท้องถิ่นมีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กองทุนตำบล) ร่วมกับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในรูปแบบกองทุนร่วม (matching fund) ซึ่งเริ่มใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ตั้งเป้าหมายให้ครบทุกเทศบาลและ อบต. ในปีงบประมาณ ๒๕๕๒⁵⁶ ในปีงบประมาณ ๒๕๕๓ เริ่มจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หนองบัวลำภูในรูปแบบกองทุนร่วมด้วยงบประมาณในอัตรา ๑๒.๐๐ บาทต่อประชากร ปัจจุบันใช้ชื่อกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด

การสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพช่องปากภาครัฐเด่นชัดเมื่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งกองทุนทันตกรรมใน พ.ศ. ๒๕๕๔ ให้เป็นแหล่งเงินสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับบุคคลและชุมชนในกลุ่มเด็กและหญิงมีครรภ์ และบริการฟันเทียมแก่ผู้จำเป็น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและควบคุมการเกิดโรคในช่องปากในระยะยาว⁵⁷ เอื้อต่อการริเริ่มโครงการใหม่ๆ เช่น โครงการสุขภาพช่องปากคนพิการในจังหวัดเชียงใหม่และขอนแก่น⁵⁸ ขณะเดียวกันก็เกิดความต้องการการจัดการเชิงระบบและเป้าประสงค์ชัดเจนร่วมกันเพื่อให้มีทิศทางในการดำเนินงานมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมาย สปสช. จึงสนับสนุนงบประมาณให้สำนักทันตสาธารณสุขจัดทำ แผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกวิชาชีพ ตั้งแต่การกำหนดประเด็นพัฒนาเป็นยุทธศาสตร์และการออกแบบวิธีการทำงาน และมีการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็นจากตัวแทนหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ ทั้งประเทศประมาณ ๔๐๐ คนในเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ และจัดประชุมระดับผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภาคสาธารณสุข องค์การปกครองท้องถิ่น วิชาชีพ และคณะทันตแพทยศาสตร์ซึ่งเป็นภาคการผลิต เมื่อวันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๖ ในปรับปรุงขั้นสุดท้าย แผนยุทธศาสตร์นี้ประกอบด้วยหลักการ วัตถุประสงค์ เป้าประสงค์ และตัวชี้วัด รวมทั้งมาตรการ แนวทาง และตัวชี้วัดรายการมาตรการของ ๔ ยุทธศาสตร์คือ การ

⁵⁴ โดยกันเงินเดือนของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขออกไปก่อนแล้ว

⁵⁵ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๕๓.

⁵⁶ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือดำเนินงานภายใต้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ปี ๒๕๕๖.

⁵⁷ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนทันตกรรม. บริษัทสหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด, ตุลาคม ๒๕๕๓.

⁵⁸ เพ็ญแข ลากยี่ง, วรมน อัครสุด. โครงการประเมินผลชุดโครงการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการ. รายงานการวิจัย. มูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาพ และสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ, ๒๕๕๕.

เสริมสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชนและภาคีเครือข่าย การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก การพัฒนาระบบอภิบาลสุขภาพช่องปาก และการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านสุขภาพช่องปาก⁵⁹

กองทุนทันตกรรมนี้ถูกยุบในปีงบประมาณ ๒๕๕๗ ทำให้ต้องกลับไปใช้งบประมาณร่วมกับงานอื่นในงบ OP (บริการ) และงบ PP (แผนงานโครงการ) ส่วนการลงทุนเพิ่มเติมด้านเครื่องมือจะอยู่ภายใต้การจัดการระดับเขต ปัจจุบันงบประมาณหลักประกันสุขภาพใน ๑๒ เขตสุขภาพ บริหารโดยคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับเขตโดยมีผู้ตรวจราชการเขตนั้นเป็นประธาน และผู้แทนคณะทำงานการเงินการคลังสุขภาพเขตนั้นเป็นคณะทำงานและเลขานุการ⁶⁰

ปัจจุบันในด้านการบริหารจัดการ กระทรวงสาธารณสุขเน้นธรรมาภิบาล ๖ องค์ประกอบ⁶¹ คือ การกำหนดทิศทางนโยบายเชิงยุทธศาสตร์ การใช้เหตุผล/ปัญญาความรู้และประเมินภาพรวม การสร้างความร่วมมือ การกำกับดูแล การออกแบบระบบ (บูรณาการระบบย่อยเพื่อความเป็นเอกภาพตอบสนองนโยบาย) และความสำนึกรับผิดชอบ (accountability)⁶² โดยต้องมีกลไกที่เหมาะสม⁶³

๓.๒ บริบทจากต่างประเทศ

การเปลี่ยนแปลงระดับโลกที่ขับเคลื่อนด้วยทุนนิยมข้ามชาติรวมทั้งกลยุทธ์การตลาด กระตุ้นกระแสบริโภคนิยม ส่งผลต่อวิถีและพฤติกรรมการดำรงชีวิตที่รีบเร่ง บริโภคเกิน ดิตรสหวาน และบริโภคสิ่งเสพติด เป็นปัจจัยลบต่อสุขภาพช่องปาก

บริเวณชายแดน มีประชากรจากประเทศเพื่อนบ้านเข้ามาใช้บริการจากสถานพยาบาลในไทย และมีแรงงานต่างชาติดังประเทศเพื่อนบ้าน (พม่า ลาว และกัมพูชา) เข้ามาทำงานในทั่วทุกภาคของประเทศไทยเป็นจำนวนมาก การจัดการบริการแก่คนกลุ่มนี้มักมีปัญหาค่าบริการสื่อสารและงบประมาณเนื่องจากคนกลุ่มนี้จำนวนหนึ่งมีปัญหาทางเศรษฐกิจ และระบบประกันสุขภาพไทยครอบคลุมเฉพาะส่วนที่เป็นแรงงานถูกกฎหมาย⁶⁴ สถานการณ์นี้ ก่อภาระในการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งรวมทันตกรรมไม่เฉพาะแก่แรงงาน แต่ยักรวมถึงครอบครัวที่ย่อมต้องการบริการด้วย

⁵⁹ เพ็ญแข ลาภยิ่ง, กัญญา บุญธรรม. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙. สำนักทันตสาธารณสุข; ๒๕๕๖. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

⁶⁰ กระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ๑๖๗๙/๒๕๕๘ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานกำหนดแนวทางการใช้จ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับเขต. สั่ง ณ วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๕๘.

⁶¹ WHO. Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva, WHO. 2007.

⁶² ในระบบสุขภาพ การพัฒนา accountability มีเป้าหมาย ๓ ระดับคือ ๑) **ระดับระบบ** คือ การปฏิรูประบบสุขภาพ มีผลต่อระบบกำกับหรือการกำหนดหน้าที่ actor ใหม่ เช่น แยกบทบาทผู้ซื้อ/ผู้ให้บริการ จ้างเหมาบริการ พัฒนาศักยภาพการจัดการจัดการและกำกับติดตาม ๒) **ระดับสถานพยาบาล** เป็นการพัฒนาระบบข้อมูลด้านการเงิน/บริการและการจัดการผู้ป่วย/และการจัดซื้อจัดจ้าง ๓) **ระดับผู้ให้บริการ** ปัจจัยที่มีผลสำคัญต่อ accountability คือ โครงสร้างเงินเดือนและการให้รางวัล และสถานภาพการจ้างงาน

⁶³ กลไกธรรมาภิบาลด้านสุขภาพมี ๓ องค์ประกอบ คือ ๑) การสร้างแรงจูงใจที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ ๒) ข้อมูลข่าวสาร เพื่อลดความไม่สมดุลระหว่าง actors ด้วยการเปรียบเทียบ (Benchmarking) และนิเทศติดตาม (monitoring) ซึ่งควรเน้นการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการรายงานและประเมินการจัดการความเสี่ยง ๓) การกำกับที่เน้นผลลัพธ์

⁶⁴ มีมาตรการผ่อนปรนเป็นระยะ เช่น ตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๖ เมษายน ๒๕๕๔ เปิดจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองที่ลักลอบทำงานอยู่ในประเทศไทยที่มีผู้ประสงค์จะจ้างงาน รวมทั้งผู้ติดตามซึ่งเป็นบุตรอายุไม่เกิน ๑๕ ปี และเก็บค่าตรวจสุขภาพ ๖๐๐ บาท และประกันสุขภาพ ๑,๓๐๐ บาท รวมเป็น ๑,๙๐๐ บาท

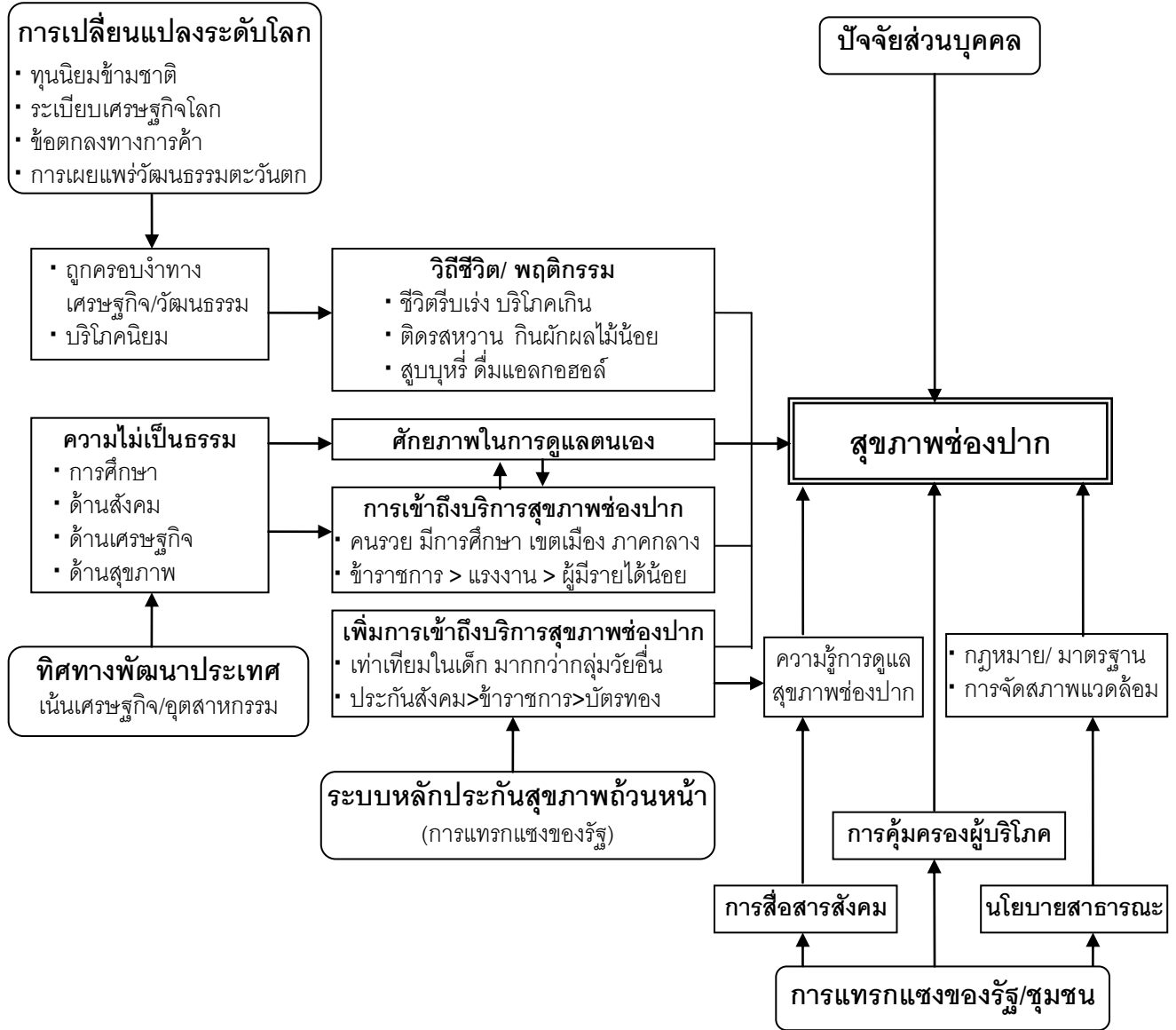
การเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๘)⁶⁵ เปิดโอกาสให้ทันตแพทย์เคลื่อนย้ายได้โดยเสรี โดยธรรมชาติการเคลื่อนย้ายปัจจัยการผลิต (production factors) มักไปสู่แหล่งที่มีค่าตอบแทนทางเศรษฐกิจสูงกว่าซึ่งเมื่อเทียบกับประเทศไทย คือประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ออสเตรเลีย สิงคโปร์ มาเลเซีย ซึ่งใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาทางการ ขณะที่ภาษาหลักในประเทศไทยคือ ภาษาไทย โอกาสที่ทันตแพทย์ไทยส่วนใหญ่จะเคลื่อนย้ายออกจึงไม่น่าจะสูง ขณะเดียวกัน ทันตแพทย์จากประเทศพัฒนาที่ต้องการเข้ามาบริการคนไทย (อย่างถูกต้องตามกฎหมาย) ก็น่าจะมีไม่มากนักเนื่องจากอุปสรรคด้านภาษาและค่าบริการที่ถูกกว่า ยกเว้นจะเป็นทันตแพทย์จากประเทศเพื่อนบ้านที่มีอุปสรรคทางภาษาน้อย (เช่น ลาว) หรือเป็นทันตแพทย์ที่ต้องการเข้ามาบริการประชาชนชาติเดียวกันกับตน

การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนเป็นการสลายขอบเขตประเทศและต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับบริบทใหม่ดังกล่าว เช่น การพัฒนาและยกระดับสู่มาตรฐานสากลทางวิชาชีพและการจัดระบบบริการแก่ประชากรอาเซียนอย่างเสมอภาคเป็นธรรมโดยไม่คำนึงถึงชนชาติ เพศ ฐานะ ซึ่งจำเป็นต้องมีการกำหนดทิศและวางแผนร่วมกันในประเทศสมาชิกที่สัมพันธ์กัน (สัมพันธ์กันโดยพื้นที่ติดต่อกันหรือโดยการเคลื่อนย้ายของประชากร) เพื่อการจัดสรรทรัพยากรและการจัดการให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้านสุขภาพ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลกระทบต่อสถานะสุขภาพช่องปาก แสดงดังภาพ ๑

⁶⁵ เลื่อนกำหนดการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) จากวันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็นวันที่ ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ภาพ ๑ กรอบแนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพช่องปาก



๔. หลักการพื้นฐานของยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปาก

สร้างโอกาสและเปิดพื้นที่ในการเรียนรู้ร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพช่องปาก บนหลักการทุกภาคส่วนของสังคมไทยมีบทบาทร่วมกันอย่างเสมอภาค ในการจัดการปัญหาสุขภาพช่องปาก เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน

๕. วัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปาก

- ๑) เพื่อพัฒนาองค์ความรู้/มาตรการ/นวัตกรรมในการแก้ปัญหาพื้นที่ และระบบเฝ้าระวังด้านสุขภาพช่องปาก รวมการกำกับและประเมินผล
- ๒) เพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐาน ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าของการบริการสุขภาพช่องปาก และลดความเหลื่อมล้ำ
- ๓) เพื่อจัดทำข้อเสนอ การกำกับ และประเมินผลเชิงนโยบาย

๖. เป้าประสงค์ ทันทบุคลากรและชุมชนดำเนินงานสุขภาพช่องปากบนฐานความรู้และเทคโนโลยีที่เหมาะสม และมีศักยภาพในการสร้างความรู้ใหม่จากการทำงานอย่างสม่ำเสมอ

๗. แนวคิด^{๖๖}

การแก้ไขปัญหาอย่างตรงจุดหรือพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อทรัพยากรจำกัด จำเป็นต้องมีองค์ความรู้และหรือเทคโนโลยีที่เหมาะสมเป็นฐานในการดำเนินงานและพัฒนางานอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล องค์ความรู้และ/หรือเทคโนโลยีนี้ต้องมาจากการวิเคราะห์/วิจัย/พัฒนาด้วยศาสตร์เกี่ยวข้อง (เช่น สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์) เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยหลักอย่างครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน และนำไปใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์อื่นๆ ได้จริง (knowledge based movement)

การพัฒนาศักยภาพการวิจัยพัฒนาต้องมีเป้าหมายทั้งภาคบริการและภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนและใช้ประโยชน์จากข้อมูลความรู้ทั้ง ๒ ภาคส่วน นำไปสู่การพัฒนาอย่างสมดุลต่อเนื่องเพื่อเพิ่มศักยภาพพื้นที่ทั้งภาครัฐและชุมชนในการดูแลตนเองในด้านสุขภาพและสุขภาพช่องปากได้อย่างยั่งยืน

เป้าหมายภาคบริการ เพื่อเพิ่มความสามารถทันตบุคลากรในการพัฒนางานจากฐานความรู้เชิงประจักษ์ด้วยการปรับประสิทธิภาพและหรือคุณภาพด้านบริหารจัดการ/รักษา/ดำเนินกิจกรรมโครงการ

เป้าหมายภาคประชาชน เพื่อเพิ่มการรับรู้ เรียนรู้ ความรู้ และรู้เท่าทันด้านสุขภาพช่องปาก (oral health literacy) ที่จำเป็นต่อศักยภาพความสามารถในการจัดการตนเองด้านสุขภาพช่องปาก

๘. องค์ประกอบของยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปาก^{๖๖}

ประกอบด้วยมาตรการบริหารจัดการ ๓ มาตรการคือ การพัฒนาความเชื่อมโยงของกลไกบริหารจัดการการวิจัยด้านสุขภาพช่องปากแนวทาง การส่งเสริมการวิจัยและการจัดการความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับชุมชน และการจัดการความรู้ภาครัฐ ชุมชน ท้องถิ่น และเอกชน

^{๖๖} ปิยะดา ประเสริฐสม, วราภรณ์ จิระพงษา. ยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านสุขภาพช่องปาก. ใน เพ็ญแข ลาภยิ่ง, กันยา บุญธรรม (บก.) ยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙. สำนักทันตสาธารณสุข; ๒๕๕๖. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก .

มาตรการที่ ๑ การพัฒนาความเชื่อมโยงของกลไกบริหารจัดการการวิจัยด้านสุขภาพช่องปากแนวทาง

๑. กลไกบริหารจัดการส่วนกลางร่วมกับกลไกระดับเขตร่วมจัดทำกรอบการวิจัยและบริหารจัดการให้เกิดการวิจัยพัฒนาเทคโนโลยี รูปแบบ และนวัตกรรมด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมต่อบริบทประเทศและพื้นที่
๒. กลไกส่วนกลาง เขต และจังหวัด ร่วมบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้/รับรู้/รู้เท่าทัน (oral health literacy) และนำไปใช้ประโยชน์ได้ในระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ ดังนี้
 - ๑) ชุดข้อมูลทรัพยากร สถานการณ์ และปัจจัยด้านพฤติกรรม/สภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก ด้วยข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังในภาครัฐและชุมชน ในแต่ละระดับ
 - ๒) โครงสร้าง (ระบบสารสนเทศ ศูนย์เรียนรู้ และการประชุมวิชาการ) และกลไกกระบวนการในการจัดการความรู้ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารสังคม การขับเคลื่อนสังคม
๓. กลไกบริหารจัดการ/วิชาการแต่ละระดับร่วมจัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวข้องกับงานสุขภาพช่องปาก ในด้านต่างๆ เช่น วิจัยจากงานประจำ ระบาดวิทยา จัดการความรู้ สื่อสารสังคม

มาตรการที่ ๒ การส่งเสริมการวิจัยและการจัดการความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมกับชุมชนแนวทาง

๑. กลไกส่วนกลาง เขต และจังหวัด ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพองค์กรเครือข่ายและชุมชน ในด้านต่างๆ ดังนี้
 - ๑) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยด้านพฤติกรรม/สภาวะแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก โดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังในภาครัฐและชุมชน
 - ๒) การประเมินทุนของพื้นที่ในด้านทรัพยากร องค์ความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรม
 - ๓) การจัดการความรู้เพื่อการใช้ประโยชน์ระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ ผ่านศูนย์เรียนรู้ ระบบสารสนเทศ การสื่อสารสังคม และการขับเคลื่อนสังคม
๒. กลไกบริหารจัดการส่วนกลาง เขต และจังหวัด สนับสนุนการวิจัยพัฒนาในระดับพื้นที่ชุมชน เพื่อการแก้ปัญหาหรือพัฒนางาน/เทคโนโลยีนวัตกรรม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และเหมาะสมต่อการใช้งานในระดับชุมชน บนพื้นฐานภูมิปัญญาท้องถิ่นชุมชน
๓. กลไกบริหารจัดการส่วนกลางและเขต ร่วมพัฒนาระบบพี่เลี้ยงด้านวิชาการและการจัดการความรู้ในระดับเขต และจังหวัด (Training for Trainers: T4T) พี่เลี้ยงอาจเป็นบุคลากรหรือภาคประชาชนที่มีศักยภาพ
๔. กลไกบริหารจัดการทุกระดับส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวข้องกับงานสุขภาพช่องปาก ในด้านต่างๆ เช่น การวิจัยจากงานประจำ ระบาดวิทยา การจัดการความรู้ การสื่อสารสังคม

มาตรการที่ ๓ การจัดการความรู้ภาครัฐ ชุมชน ท้องถิ่น และเอกชน

แนวทาง

๑. ส่วนกลางร่วมกับองค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วนจัดทำข้อกำหนดและมาตรฐานข้อมูลความรู้
๒. ประสานกลไกด้านระบบสารสนเทศ จัดทำระบบจัดการความรู้ด้วยระบบสารสนเทศ
๓. องค์กรเครือข่ายทุกระดับวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้ วิจัย เทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อการจัดการตนเอง/ครอบครัว/ชุมชน ในมิติสภาวะ/สุขภาพช่องปาก และมีการเผยแพร่และสื่อสารสังคม
๔. องค์กรเครือข่ายทุกระดับส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิด ศูนย์เรียนรู้ (ทั้งในภาคราชการและชุมชน) และเครือข่ายการเรียนรู้เชิงประเด็น บนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์และความสำเร็จด้านสภาวะ/สุขภาพช่องปาก

มาตรการ แนวทาง และตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปาก แสดงดังตาราง ๓

ตาราง ๓ มาตรการ แนวทาง และตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์การวิจัยด้านสุขภาพช่องปาก⁶⁶

มาตรการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด
๑.การพัฒนาความเชื่อมโยงของกลไกบริหารจัดการการวิจัย	<p>๑. กลไกบริหารจัดการส่วนกลางร่วมกับกลไกระดับเขตร่วมจัดทำกรอบการวิจัยและบริหารจัดการให้เกิดการวิจัยพัฒนาเทคโนโลยี รูปแบบ และนวัตกรรมด้านสุขภาพช่องปาก เพื่อการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมต่อบริบทประเทศและพื้นที่</p> <p>๒. กลไกส่วนกลาง เขต และจังหวัดบริหารจัดการร่วมจัดการ จัดทำ และจัดหาทรัพยากรรองรับ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ชุดข้อมูลทรัพยากร สถานการณ์ และปัจจัยด้านพฤติกรรม/สภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก ด้วยข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังในภาครัฐและชุมชน ในแต่ละระดับ • โครงสร้าง (ระบบสารสนเทศ ศูนย์เรียนรู้ และการประชุมวิชาการ) และกลไกกระบวนการในการจัดการความรู้เพื่อการใช้ประโยชน์ระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารสังคม การขับเคลื่อนสังคม <p>๓. กลไกบริหารจัดการ/วิชาการแต่ละระดับร่วมจัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากร เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพช่องปาก ในด้านต่างๆ เช่น วิจัยจากงานประจำ ระบาดวิทยา แนวปฏิบัติทางคลินิก มาตรฐานการปฏิบัติงาน การสอนงาน สื่อสารสังคม</p>	<ul style="list-style-type: none"> • กลไกบริหารจัดการการวิจัยในส่วนกลางเชื่อมโยงทุกมาตรการ • กรอบการวิจัย
๒.การส่งเสริมการวิจัยพัฒนาและการจัดการความรู้ในระดับพื้นที่ชุมชน	<p>๑. กลไกส่วนกลาง เขต และจังหวัด ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพองค์กร เครือข่ายและชุมชน ในด้านต่างๆ ๑) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยด้านพฤติกรรม/สภาวะแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก โดยใช้ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังในภาครัฐและชุมชน ๒) การประเมินทุนของพื้นที่ในด้านทรัพยากร องค์ความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรม ๓) การจัดการความรู้เพื่อการใช้ประโยชน์ระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ ผ่านศูนย์เรียนรู้ ระบบสารสนเทศ การสื่อสารสังคม และการขับเคลื่อนสังคม</p> <p>๒. กลไกบริหารจัดการส่วนกลาง เขต และจังหวัด สนับสนุนการวิจัยพัฒนาในระดับพื้นที่ ชุมชน เพื่อการแก้ปัญหาหรือพัฒนางาน/เทคโนโลยีนวัตกรรม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และเหมาะสมต่อการใช้งานในระดับชุมชน บนพื้นฐานภูมิปัญญาท้องถิ่นชุมชน</p> <p>๓. กลไกบริหารจัดการส่วนกลางและเขต ร่วมพัฒนาระบบพี่เลี้ยงด้านวิชาการและการจัดการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • จำนวนองค์ความรู้/งานวิจัย เทคโนโลยี/นวัตกรรมที่ถูกนำมาใช้งาน

มาตรการ	แนวทาง	ตัวชี้วัด
	<p>ความรู้ในระดับเขต และจังหวัด ตามลำดับ (Training for Trainers: T4T) โดยพี่เลี้ยงอาจเป็นทันตบุคลากร บุคลากรอื่น หรือภาคประชาชนที่มีศักยภาพ</p> <p>๔. กลไกบริหารจัดการทุกระดับส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวข้องกับงานสุขภาพช่องปาก ในด้านต่างๆ เช่น การวิจัยจากงานประจำ ระบาดวิทยา แนวปฏิบัติทางคลินิก มาตรฐานการปฏิบัติงาน การสอนงาน การจัดการความรู้ การสื่อสารสังคม</p>	
<p>๓.การจัดการความรู้ภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และเอกชน</p>	<p>๑. ส่วนกลางร่วมกับองค์กรเครือข่ายทุกภาคส่วนจัดทำข้อกำหนดและมาตรฐานข้อมูลความรู้</p> <p>๒. ประสานกลไกระบบสารสนเทศพัฒนาระบบจัดการความรู้</p> <p>๓. องค์กรเครือข่ายทุกระดับวิเคราะห์ข้อมูล ความรู้ วิจัย เทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อการจัดการตนเอง/ครอบครัว/ชุมชน ในมิติสุขภาวะ/สุขภาพช่องปาก และมีการเผยแพร่และสื่อสารสังคม</p> <p>๔. องค์กรเครือข่ายทุกระดับส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิด ศูนย์เรียนรู้ (ทั้งในภาคราชการและชุมชน) และเครือข่ายการเรียนรู้เชิงประเด็น บนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์และความสำเร็จด้านสุขภาวะ/สุขภาพช่องปาก</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบสารสนเทศด้านความรู้/งานวิจัยเทคโนโลยี/นวัตกรรม ▪ จำนวนศูนย์และเครือข่ายการเรียนรู้เชิงประเด็น

ประเด็นการวิจัยแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม

๑. การสร้างศักยภาพและความสามารถเพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและคุ้มครองผู้บริโภค

๑.๑ กำลังคนและศักยภาพ

- การพัฒนาบทบาทที่เหมาะสมของบุคลากรอื่นในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบบูรณาการ
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเลือกใช้สถิติวิเคราะห์ ทบทวนบทความวิชาการ การวิจัย และการเขียนบทความวิชาการ

๑.๒ เทคโนโลยี/นวัตกรรม

- การรวบรวมเทคโนโลยีและนวัตกรรมในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพช่องปากที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต/บริบทพื้นที่
- การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้วยภูมิปัญญาและทุนทางสังคมของชุมชนและท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก
- การวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยต่างๆ

๑.๓ การคุ้มครองประชาชนด้านสุขภาพช่องปาก

- การพัฒนา/ปรับปรุงระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและสภาวะแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพช่องปาก
- การพัฒนา/ปรับปรุงตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและคุ้มครองประชาชน
- การประเมิน/ทดสอบเทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์สุขภาพช่องปากในด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า
- การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างท้องถิ่นและชุมชนในการคุ้มครองประชาชน

๑.๔ การสื่อสารและเผยแพร่

- การศึกษาอิทธิพลการโฆษณาสื่อที่วิต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก
- การพัฒนาสื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามบริบทภูมิปัญญาไทย
- การพัฒนากระบวนการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพช่องปาก

๒. การยกระดับคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพ และลดความเหลื่อมล้ำของการบริการสุขภาพช่องปาก

โดยศึกษาวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ คู่มือ มาตรฐาน รูปแบบ เทคโนโลยี และนวัตกรรม

๒.๑ องค์กรความรู้

- การประเมินประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และความเหลื่อมล้ำ
- ความเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน

๒.๒ มาตรฐานการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้ระบบบริการสุขภาพประเทศและสากล

๒.๓ การสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิตามบริบทพื้นที่

๒.๔ ระบบสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากเฉพาะกลุ่ม (เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุติดบ้าน นักเรียน/แรงงานต่างด้าว)

๒.๕ ระเบียบ/กฎหมายเกี่ยวข้องกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อการจัดบริการร่วมกับภาคเอกชนได้อย่างคล่องตัวมากขึ้น

๒.๖ ระบบค่าตอบแทนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการเชิงรุก

๒.๗ การจัดการบริการพื้นฐาน (การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพื้นฐาน) ร่วมภาครัฐ-ท้องถิ่น-เอกชน

๒.๘ การคลังบริการสุขภาพช่องปากเฉพาะ เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงระบบในการสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการแก่กลุ่มเฉพาะในระยะแรก

๓. การประเมินผลเพื่อการกำกับและพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก เน้นการใช้ประโยชน์/ต่อยอดจากฐานข้อมูลระดับประเทศเช่น การสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ (ทุก ๕ ปี) และระบบการเฝ้าระวังทันตสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ทุกปี) จัดทำโดยสำนักทันตสาธารณสุข การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ (ทุก ๒ ปี) จัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม จัดทำโดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓.๑ การศึกษาสถานการณ์ ความต้องการ การกระจาย และศักยภาพทันตบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐ

๓.๒ การศึกษาภาระงานของทันตบุคลากรในสถานพยาบาลแต่ละระดับ

๓.๓ การศึกษาศักยภาพส่วนขาดของทันตบุคลากรในการบูรณาการบริการ (สหสาขา) เชิงรุกระดับปฐมภูมิ

๓.๔ การวิจัยประเมินผลนโยบายด้านกำลังคน เช่น โครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข

๓.๕ การประเมินความคุ้มค่าของบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในแต่ละกลุ่มวัย

๓.๖ การวิจัยประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากในระบบประกันสุขภาพ ๓ ระบบ

- นโยบายและสิทธิประโยชน์
- การเข้าถึงบริการของประชาชนไทยและกลุ่มวัย
- ต้นทุน/ประสิทธิผลการจัดบริการ
- คุณภาพการบริการ
- ความพึงพอใจของผู้ใช้และผู้ให้บริการ
- บริบทและปัจจัยกระทบต่อระบบบริการ
- การบูรณาการจัดบริการระดับปฐมภูมิ
- การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน
- การคลัง

หัวข้อและประเด็น ๓ กลุ่มวิจัยรวมทั้งแบบการวิจัยแสดงในตาราง ๔ ส่วนความเชื่อมโยงของยุทธศาสตร์และมาตรการต่างๆ สรุปได้ดังภาพ ๒

ตาราง ๔ หัวข้อและประเด็นของกลุ่มวิจัย

กลุ่ม ๑ การสร้างศักยภาพและความสามารถเพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและคัมครองผู้บริโภค

หัวข้อ	ประเด็น
กำลังคนและศักยภาพ	<ul style="list-style-type: none"> • บทบาทที่เหมาะสมของบุคลากรอื่นในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบบูรณาการ • การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเลือกใช้สถิติวิเคราะห์ ทบทวนบทความวิชาการ การวิจัย และการเขียนบทความวิชาการ
เทคโนโลยี/นวัตกรรม	<ul style="list-style-type: none"> • การรวบรวมเทคโนโลยีและนวัตกรรมในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพช่องปากที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต/บริบทพื้นที่ • การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้วยภูมิปัญญาและทุนทางสังคมของชุมชนและท้องถิ่นเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก • การวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มต่างๆ เช่น วัสดุอุปกรณ์ สาร ในการทำความสะอาดช่องปากอย่างปลอดภัยต่อผู้สูงอายุติดเตียง
การคุ้มครองประชาชนด้านสุขภาพช่องปาก	<ul style="list-style-type: none"> • การพัฒนา/ปรับปรุงระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและสภาวะแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพช่องปาก • การพัฒนา/ปรับปรุงตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและคุ้มครองประชาชน • การประเมิน/ทดสอบเทคโนโลยีและผลิตภัณฑ์สุขภาพช่องปากในด้านความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า • การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างท้องถิ่นและชุมชนในการคุ้มครองประชาชน
การสื่อสารและเผยแพร่	<ul style="list-style-type: none"> • การศึกษาอิทธิพลการโฆษณาสื่อที่วิต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก • การพัฒนาสื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามบริบทภูมิปัญญาไทย • การพัฒนากระบวนการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพช่องปาก

กลุ่ม ๒ การยกระดับคุณภาพ มาตรฐาน ประสิทธิภาพ และลดความเหลื่อมล้ำของการบริการสุขภาพช่องปาก

หัวข้อ	ประเด็น
องค์ความรู้/เทคโนโลยี	<ul style="list-style-type: none"> • การประเมินประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และความเหลื่อมล้ำ • ความเป็นหุ้นส่วนระหว่างภาครัฐ เอกชน และชุมชน
คุณภาพมาตรฐาน	<ul style="list-style-type: none"> • มาตรฐานการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้ระบบบริการสุขภาพประเทศและสากล • การพัฒนาคุณภาพบริการในรูปแบบ/สถาบันต่างๆ เช่น โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก • ระบบค่าตอบแทนการบริการเชิงรุกตามผลลัพธ์
ระบบ/รูปแบบ	<ul style="list-style-type: none"> • การสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิตามบริบทพื้นที่ • การสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปากเฉพาะกลุ่ม (เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุติดบ้าน นักเรียน/แรงงานต่างด้าว)
ประสิทธิภาพ/	<ul style="list-style-type: none"> • การเพิ่มประสิทธิภาพและความคุ้มค่าการจัดบริการในรูปแบบและกลุ่มประชากรต่างๆ เช่น โรงเรียน กลุ่มเด็กเล็ก

หัวข้อ	ประเด็น
เพิ่มการเข้าถึงบริการ/ ลดความเหลื่อมล้ำ	<ul style="list-style-type: none"> ระบบบริการร่วมภาครัฐ-ท้องถิ่น-เอกชน ในการบริการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพื้นฐาน ระเบียบ/กฎหมายเกี่ยวข้องกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อการจัดบริการร่วมกับภาคเอกชนได้อย่างคล่องตัวขึ้น การคลังบริการสุขภาพช่องปากกลุ่มเฉพาะเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงระบบในการสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการในระยะแรก

กลุ่ม ๓ การประเมินผลเพื่อการกำกับและพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

หัวข้อ	ประเด็น
กำลังคนและศักยภาพ	<ul style="list-style-type: none"> สถานการณ์ ความต้องการ การกระจาย และศักยภาพทันตบุคลากรในการจัดบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐ ภาระงานของทันตบุคลากรในสถานพยาบาลแต่ละระดับ ศักยภาพส่วนขาดของทันตบุคลากรในการบูรณาการบริการ (สหสาขา) เชิงรุกระดับปฐมภูมิ ประเมินนโยบายด้านกำลังคน เช่น โครงการผลิตทันตแพทย์เพิ่มของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข
ประสิทธิภาพความคุ้มค่า	<ul style="list-style-type: none"> การประเมินความคุ้มค่าของบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในแต่ละกลุ่มวัย การประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มค่าการจัดบริการภาครัฐในเวลา/ นอกเวลาราชการ การประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มค่าการจัดบริการในรูปแบบและกลุ่มประชากรต่างๆ เช่น โรงเรียน เด็กเล็ก
การจัดบริการสุขภาพช่องปากในระบบประกันสุขภาพเปรียบเทียบ 3 ระบบ	<ul style="list-style-type: none"> นโยบายและสิทธิประโยชน์ การเข้าถึงบริการของประชาชนไทยและกลุ่มวัย ต้นทุน/ประสิทธิผลการจัดบริการ คุณภาพการบริการ ความพึงพอใจของผู้ใช้และผู้ให้บริการ บริบทและปัจจัยกระทบต่อระบบบริการ การบูรณาการจัดบริการระดับปฐมภูมิ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน การคลัง

ภาพ ๒ กรอบแนวคิดยุทธศาสตร์การวิจัยสุขภาพช่องปาก

