

แนวทางการดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

โดย

ทันตแพทย์ สมพงษ์ จารุวิจิตรรัตนา

ที่ปรึกษา

บริษัท โตโยต้า เจริญศรี จำกัด

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60

ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2560 – 2561

บทคัดย่อ

เรื่อง แผนทันตสุขภาพสำหรับสังคมผู้สูงอายุประเทศไทย

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย ทันตแพทย์ สมพงษ์ จารุวิจิตรรัตนา หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 60

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาทันตสุขภาพของคนไทยในแต่ละช่วงวัยในประเทศ รูปแบบการดูแลทันตสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุกับต่างประเทศ แนวทางการดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย และแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านบุคลากรทันตสาธารณสุข ซึ่งขอบเขตของการวิจัย เน้นการวิจัยในแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์เพื่อนำเสนอการปรับปรุงบทบาทและโครงสร้างของหน่วยรับผิดชอบหลัก ผลการวิจัยพบว่า แนวทางการดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยได้มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการจัดทำ แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงาน ต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการใน การป้องกัน แผนปฏิบัติการ แนวทางและมาตรฐานการดำเนินงาน ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับ พื้นที่ให้สอดคล้องกันในทุกภาคส่วน

ข้อเสนอแนะคือ แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ที่ได้จัดทำขึ้นเป็น ผู้ทรงคุณวุฒิจากภาครัฐบาลทั้งสิ้น อาจทำให้มุมมองไม่รอบด้าน จึงเสนอให้มีผู้ทรงคุณวุฒิจากภาคเอกชนมีส่วนร่วม กลุ่มเป้าหมายหลักของแผนยุทธศาสตร์นี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนกลุ่มเป้าหมายรองของคืออายุ 40-59 ปีเท่านั้น อาจไม่เพียงพอควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยให้ได้รับการส่งเสริมป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากอย่างเท่าเทียม เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมกับจากประชาชน ภาคเอกชน องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร ในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมให้มีการดูแลและป้องกันปัญหาทันตสุขภาพทุกช่วงวัย เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่วมกับทางภาครัฐ การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขและหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ควรมีการวางแผนดำเนินการร่วมกันของทุกสถาบัน เพื่อให้มีทิศทางไปในทางเดียวกัน

ABSTRACT

Title Oral Health Care for the Elderly in Thailand Dental

Field Psychological Society

Name Sompong Charuwichitratana Course NDC Class 60

The objectives of this qualitative research was to get a better understanding on the oral health problems of Thai people by each age group, evaluate the oral health service for elderly in other countries and prepare a comprehensive oral health care plan for elderly in Thailand which would include the training and development of dental professionals to maintain oral health in this vulnerable age group . The scope of this study was to concentrate on developing the oral health plan for elderly in Thailand, identify the stakeholders and institutions to be involved in the program to structure the organization, set mile stones to track progress and identify areas that needed improvement. The finding of this research revealed that the current oral health strategies for elderly in Thailand had been planned by a committee which consist of experts from government institutions. Suggestion is to add experts from the private sector in the committee to get a broader perspective and update the Health Plan for the Thai Elderly The government has made all the qualifications. Also expand the target group for oral health prevention from elderly and middle and to all age groups. Enabling oral health problems to be addressed at an early stage to help make prevention more effective without waiting to provide oral health prevention once the population reaches the elderly stage. And encourage participation from public, private sector, non-profit organizations to develop and improve the model to promote good oral health. In term of development for dental professionals, all involved institution should align in the same direction.

คำนำ

เอกสารวิจัยส่วนบุคคลเล่มนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรของวิทยาลัย
ป้องกันราชอาณาจักร ในประเด็นปัญหาด้านสังคมจิตวิทยา เรื่อง แผนทันตสุขภาพสำหรับสังคม
ผู้สูงอายุประเทศไทย โดยหัวข้อนี้ เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยในอนาคตอันใกล้และเป็น
เรื่องที่มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ประโยชน์ และบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนเข้า
ด้วยกัน เพื่อเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบเต็มรูปแบบต่อไป ผู้วิจัยพยายามรวบรวม
ข้อมูล องค์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางในการดูแลสุขภาพฟัน ผู้สูงอายุผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า
งานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อสังคมและมีส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

(ทันตแพทย์ สมพงษ์ จารุวิจิตรรัตน)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 60

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	จ
สารบัญแผนภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
วิธีดำเนินการวิจัย	4
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	4
คำจำกัดความ	4
บทที่ 2 แนวคิดและทฤษฎีวิจัยที่เกี่ยวข้อง	6
แนวคิดการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	6
แนวคิดและหลักการของการจัดทำแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย	15
ทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย	20
นโยบายและแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของต่างประเทศ	21
วิพากษ์แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ	
พ.ศ. 2516-2565	41
แนวคิดของผู้ทรงคุณวุฒิ	42
กรอบแนวคิดของการวิจัย	46
บทที่ 3 วิเคราะห์ปัญหาทันตสุขภาพของคนไทย	47
แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย	47
ปัญหาสุขภาพของคนไทย	49
เปรียบเทียบรูปแบบแผนงานทันตสุขภาพของไทยกับต่างประเทศ	52
บทบาทและโครงสร้างของหน่วยงานรับผิดชอบหลัก	54

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
กระทรวงสาธารณสุข	56
บทที่ 4 แนวทางการดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย	61
ยุทธศาสตร์ตามแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย	61
แนวทางการดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย	73
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	90
สรุป	90
ข้อเสนอแนะ	93
บรรณานุกรม	94
ประวัติย่อผู้วิจัย	97

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3-1 ตารางเปรียบเทียบรูปแบบแผนงานทัศนสุขภาพของไทยกับต่างประเทศ	52

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า	
2-1	ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย	15
2-2	Oral Health of Seniors Collaboration Action Areas	16
2-3	แผนภูมิการยกร่างแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย	17
2-4	แผนภาพกรอบแนวคิดในการบริหารจัดการแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย	19
2-5	แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขของไทย	20
2-6	อัตราความยากจนในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศ OECD ที่เลือก 2014 หรือปีที่ใกล้เคียงที่สุด	29
2-7	ภาวะสุขภาพช่องปากของ NOPs	31
2-8	อัตราการตรวจสุขภาพประจำตัวและการให้คำปรึกษาทางทันตกรรมตามอายุกลุ่ม	32
2-9	อัตราผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปที่มีการตรวจสุขภาพประจำตัวและทันตกรรม การให้คำปรึกษาโดยรายได้ต่อเดือนของครอบครัวปี	33
2-10	ประชากรสูงอายุที่ให้บริการโดยคลินิกทันตกรรมของรัฐบาลกับพื้นที่สาธารณะ	34
2-11	ชั่วโมงบริการรายสัปดาห์และโควตาสูงสุดสำหรับแต่ละสาธารณะชนชั้น 2016	35
2-12	จำนวนทันตแพทย์ต่อผู้สูงอายุ 1 000 คนในประเทศ OECD ที่ได้รับคัดเลือก 2014	36
2-13	ผู้เข้าร่วมโครงการใหม่เข้าร่วมกับพนักงานของทันตแพทย์	37
2-14	คำรักษาทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยที่เสียค่าใช้จ่ายส่วนตัวใน Prince Philip โรงพยาบาลทันตกรรม, 2016	38
2-15	บริการดูแลทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้ว	39
3-1	แผนภูมิสัดส่วนประชากรวัยเด็ก วัยแรงงานและวัยสูงอายุ	47
3-2	จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุ	48
3-3	อัตราการเพิ่มประชากรรวมเปรียบเทียบกับประชากรวัยสูงอายุ	49
3-4	โครงสร้าง สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย	56
4-1	แผนภูมิการยกร่างแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย	74
4-2	แนวทางการดำเนินงาน	81

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยในปัจจุบัน ประชากรมีอายุสูงขึ้นมาก ระดับการสูงอายุ (เมื่อวัดโดยอัตราส่วนร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปต่อประชากรทั้งหมด) ของประเทศไทย (ร้อยละ 14) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประชากรทั่วโลก (ร้อยละ 12) สูงกว่าของประเทศที่กำลังพัฒนา (ร้อยละ 9) มากและกำลังจะมีอายุใกล้เคียงเท่ากับประเทศพัฒนาแล้ว (ร้อยละ 22.5) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ในด้านรายได้นั้นข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี 2557 พบว่ามีผู้สูงอายุ (อายุ 60ปี ขึ้นไป) มากถึงหนึ่งในสาม (ร้อยละ 34.3) ของผู้สูงอายุทั้งหมดมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน (ไม่รวมคนที่ไม่มีรายได้) ซึ่งลดลงจากร้อยละ 46.5 จากการสำรวจ ประชากรสูงอายุในปี 2545 บุตรยังคงเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของผู้สูงอายุในปัจจุบันจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยปี 2557 พบว่าแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุมาจากบุตร (รวมบุตรเลี้ยงและบุตรบุญธรรม) (ร้อยละ 36.7) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี 2550, 2554 และ 2557 แสดงให้เห็นว่าแหล่งรายได้ หลักที่ได้รับจากบุตรได้ลดลงจากร้อยละ 52.3 ในปี 2550 มาเป็นร้อยละ 40.1 ในปี 2554 และลดลงเหลือร้อยละ 36.7 ในปี 2557 เมื่อคนไทยอายุยืนยาวขึ้นค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจะเป็นประเด็นสำคัญ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพเหล่านี้จึงได้เตรียมแผนและโครงการต่างๆรองรับผู้ใช้บริการซึ่งเป็นผู้สูงอายุ โดยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มีเป้าหมายใน 20 ปีข้างหน้าให้คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy; HALE) ไม่ต่ำกว่า 75 ปี และผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Healthy aging) ร้อยละ 88 ขึ้นไปทั้งนี้ก็มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสุขภาพช่องปากเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนทุกกลุ่มวัย และจำนวนฟันแท้ที่คงอยู่ในช่องปากผู้สูงอายุมีผลต่อความยืดหยุ่นของชีวิต ส่งผลให้อายุคาดเฉลี่ยแบบมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น ซึ่งทางทันตสาธารณสุขมีมาตรการหรือโครงการต่างๆเพื่อรองรับเช่นกัน คณะรัฐมนตรีเห็นชอบแผนทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. 2558 – 2565 ในวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2558 เมื่อมีแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข งานทันตสาธารณสุข ปรากฏในแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย ภายใต้ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรคเป็นเลิศ ในแผนงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภายใต้ยุทธศาสตร์บริการเป็น

เลิกและเสมอภาค เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ไม่เพียงแต่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในช่องปากเพียงอย่างเดียว แต่ผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ร่วมด้วยเป็นต้น แม้จะเป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพใดๆ แต่ผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของระบบต่างๆ ในร่างกาย รวมทั้งเนื้อเยื่อกระดูกและฟัน อวัยวะที่รองรับฟัน ต่อมน้ำลาย และเยื่อเมือกต่างๆ ในช่องปาก เป็นต้น เหล่านี้ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิด โรค และปัญหาต่างๆ ในช่องปากได้ง่ายซึ่งแบ่งออกเป็น ปัญหาสุขภาพช่องปากหลักๆ 7 ประการ ได้แก่ ฟันผุและรากฟันผุ โรคเหงือกอักเสบและปริทันต์อักเสบ ฟันสึก น้ำลายแห้ง การสูญเสียฟันและปัญหาจากการใส่ฟันปลอมมีแผลหรือรอยโรคมะเร็งในช่องปาก และปัญหาเรื่องระบบบดเคี้ยวซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุ ต้องมาพบทันตแพทย์

จากรายงาน ผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555 (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไปร้อยละ 57.8 มีปัญหาการสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 7.2 และจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากร้อยละ 2.5 สูญเสียฟันบางส่วนร้อยละ 88.3 และพบผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปสูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 32.2 มีเพียงร้อยละ 23.5 ที่มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ จึงมีปัญหาทั้งการเคี้ยว การกัด การกลืน อาหารอย่างชัดเจน ผู้สูงอายุที่มีฟัน พบฟันผุร้อยละ 48.3 รากฟันผุร้อยละ 17.2 เป็นโรคปริทันต์ระดับรุนแรง ร้อยละ 11.4 ดังนั้น จึงมีโอกาสสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า มีการแปรงฟันก่อนนอนร้อยละ 65.5 มีการใช้อุปกรณ์เสริมที่เหมาะสม เช่น ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟันเพียงร้อยละ 2.7 และ 1.1 ตามลำดับ จึงไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะสามารถป้องกันโรคในช่องปาก และยังทำให้โรคในช่องปากที่พบรุนแรงขึ้น ส่วนการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพผู้สูงอายุได้รับบริการเพียงร้อยละ 34.2 ซึ่งส่วนใหญ่รับบริการที่หน่วยบริการภาครัฐ ซึ่งการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยให้ได้รับการส่งเสริมป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพอย่างเท่าเทียม เพื่อให้มีอายุขัยเฉลี่ยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นผลิต และพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีความพร้อมในการให้บริการทุกช่วงวัยตามความต้องการในแต่ละช่วงวัยจึงเป็นสิ่งจำเป็น

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศแผนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในช่องปาก ซึ่งประกอบไปด้วยหลายกิจกรรม เช่น การลดการบริโภคน้ำตาล และเพิ่มการบริโภคผักการป้องกันโรคในช่องปากและโรคอื่นๆ จากการใช้ยาสูบ การจัดโครงการเกี่ยวกับการใช้ฟลูออไรด์ในระดับชาติ เช่นการเติมฟลูออไรด์ ในน้ำดื่ม เกลือ นมหรือผลิตภัณฑ์อื่นๆ โดยพิจารณาว่า น่าจะเป็นวิธีที่มีความคุ้มค่า รัฐบาลไทยเห็นความสำคัญของปัญหาด้านสาธารณสุข เช่นกันดังจะเห็นได้จากการบรรจุแผนงานทันตสาธารณสุขลงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 ถึง 2524 เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ ที่จะ

พัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) 2. บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3. บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4. บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมาย โดยนำกรอบแนวคิดประเทศไทย 4.0" สร้างเศรษฐกิจใหม่ ก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลาง เป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals – SDGs by 2030) ประเด็นปฏิรูปคณะรักษาความสงบแห่งชาติ 11 ด้าน นโยบายรัฐบาล 10 ข้อ ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2559 ร่าง ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) การบูรณาการระดับชาติ การปฏิรูปประเทศไทยด้าน สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมากำหนดคน โยบายทิศทางการวางแผน 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ปฏิรูประบบ ระยะที่ 2สร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 สู่ความยั่งยืน ระยะที่ 4 เป็น 1 ใน 3 ของเอเชียรวมไปถึงเป้าหมาย ยุทธศาสตร์และวางแผนในระยะยาวในด้านสาธารณสุข อันประกอบด้วย 16 แผนงาน 48 โครงการ โดยแผนงานทันตสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันมากกว่าการรักษา อย่างไรก็ตามการส่งเสริมการดำเนินการด้านทันตกรรมป้องกันจำเป็นต้องอาศัยการจัดสรรงบประมาณที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดและต้องอาศัย การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่ต้องการ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบ การดูแลทันตสุขภาพที่ดีในแต่ละช่วงวัยทุก ช่วงวัยกับต่างประเทศ และผลการวิเคราะห์ปัญหาทันตสุขภาพของคนไทยในแต่ละช่วงวัย เพื่อหา แนวทางในการดูแลทันตสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุและแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการด้าน บุคลากรทันตสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาทันตสุขภาพของคนไทยในแต่ละช่วงวัยในประเทศ
2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลทันตสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุกับต่างประเทศ
3. เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านบุคลากรทันตสาธารณสุข

และดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ขอบเขตของการวิจัย

เน้นการวิจัยในแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์เพื่อนำเสนอการปรับปรุงบทบาทและโครงสร้างของหน่วยรับผิดชอบหลัก จะเพียงการเสนอแนวคิดหรือหลักการกว้าง ๆ โดยไม่พิจารณาในรายละเอียดของการปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมและแนวคิดทฤษฎี โดยศึกษาวิเคราะห์ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัย และแผนงานทันตสุขภาพสำหรับสำหรับทุกช่วงวัยผู้สูงอายุประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์ ความสามารถในการนำไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาแผนงานทันตสุขภาพสำหรับสำหรับทุกช่วงวัยผู้สูงอายุเพื่อเตรียมพร้อม สำหรับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปีพ.ศ. 2568

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. พัฒนาแผนงานทันตสุขภาพสำหรับทุกช่วงวัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพเพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์
2. ทำให้ได้แนวทางการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางบูรณาการและประสานแผนงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มีบทบาทด้านทันตสุขภาพสำหรับทุกช่วงวัยผู้สูงอายุให้การนำนโยบายสู่การปฏิบัติเกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลยิ่งขึ้น

คำจำกัดความ

สังคมผู้สูงอายุ	หมายถึง	สังคมที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด
สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์	หมายถึง	สังคมที่มีประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	หมายถึง	นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยในเรื่องสุขภาพอย่างชัดเจนพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบ ด้านสุขภาพ อันเกิดจากนโยบายนั้น เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพทำให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่จะสร้างเสริมสุขภาพ
ทันตสุขภาพ	หมายถึง	ประสิทธิภาพที่ดีในการทำงานของฟัน อวัยวะรอบตัวฟันและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการบดเคี้ยวรวมทั้งระบบของขากรรไกรและใบหน้า

โรคเหงือกอักเสบ	หมายถึง การอักเสบของเหงือก ที่พบได้บ่อยและไม่รุนแรง ขอบเหงือกจะมีสีแดง ไม่เจ็บปวด คนส่วนใหญ่จึงไม่ใส่ใจ และหากปล่อยทิ้งไว้ก็จะลุกลามเป็นโรคปริทันต์ อาจสูญเสียฟันในที่สุด
โรคปริทันต์	หมายถึง โรคที่มีการอักเสบของอวัยวะที่อยู่รอบๆ ตัวฟัน ได้แก่ เหงือก เอ็นยึดปริทันต์ เนื้อเยื่อปริทันต์ เคลือบรากฟัน และกระดูกเบ้าฟัน

บทที่ 2

แนวคิดและทฤษฎีวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้ลำดับการนำเสนอประกอบด้วย แนวคิดการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ แนวคิดและหลักการของการจัดทำแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย นโยบาย และแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของต่างประเทศ วิทยานิพนธ์แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2561-2565 แนวคิดของผู้ทรงคุณวุฒิ และกรอบแนวคิด ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

แนวคิดการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

แนวคิดเรื่องปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ (Social Determinants of Health) และกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (The Ottawa Charter) ทำให้หลายประเทศหันมาให้ความสำคัญกับผลกระทบจากนโยบายของรัฐที่มีต่อสุขภาพของประชาชน สำหรับประเทศไทย ประเด็นเหล่านี้ได้ถูกนำมาพิจารณาในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ และต่อมามีการสนับสนุนการพัฒนา “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)” อย่างเป็นทางการ ผ่านกลไกที่ระบุในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้แก่ ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และคณะกรรมการระดับชาติ โดยมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบ ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งเป็นฝ่ายเลขานุการ จากการศึกษาที่ HITAP และผู้วิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดลดำเนินการในปี 2554-2555 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า การนำกลไกดังกล่าวมาใช้ในประเทศสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในระดับหนึ่ง แต่ก็พบกับปัญหาอุปสรรคหลายประการ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หมายถึง นโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงผลกระทบของนโยบายที่จะมีต่อสุขภาพ เป็นนโยบายที่สร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของคนทุกกลุ่มอย่างเป็นธรรม ไม่ก่อให้เกิดภาวะที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพโดยตรง รวมทั้งไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงและการได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น ตามแนวทางที่กำหนดโดย สช. การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพไม่ว่าจะผ่านกลไกใดๆ ควรมีลักษณะของ “กระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม” กล่าวคือ การที่ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง และมีการถกแถลงอย่าง

สมานฉันท์โดยใช้ปัญญาจนเกิดฉันทามติ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” นั้นเอง

แนวคิดของนักวิชาการ ที่เสนอกระบวนการกำหนดนโยบาย ต่างก็มีความคิดเห็นที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน เช่น ทมัส คาย เสนอว่ากระบวนการกำหนดนโยบายครอบคลุมถึงการนำนโยบายไปปฏิบัติและประเมินผลแต่ กุชธน ธนาพงศธร และ สมพิศ สุขแสน เสนอว่ากระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะสิ้นสุดลง ในขั้นตอนการอนุมัติและประกาศใช้นโยบาย ดังนั้น ขั้นตอนการกำหนดนโยบายซึ่งถือว่าเป็นขั้นแรกก่อนที่นโยบายจะเป็นรูปธรรม เตรียมพร้อมนำไปสู่การปฏิบัติ กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะควรจะเป็นไปตามกระบวนการดังต่อไปนี้

1. การระบุปัญหา เป็นการศึกษาโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสถานที่จริงหรือข้อมูลภาคสนาม หรือข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) หรือจากเอกสารต่าง ๆ หรือข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ข้อมูลที่ได้ทำให้จำแนกได้ว่า ปัญหาใดมีความจำเป็นเร่งด่วนกว่า และมีสาเหตุจากอะไร ประชาชนรับรู้เพียงใดกล่าวโดยสรุปคือ เป็นการศึกษาวิเคราะห์ เพื่อการกำหนดปัญหาที่ถูกต้อง และศึกษาค่านิยมที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับปัญหา เพื่อกำหนดแนวทางของนโยบายที่เหมาะสมกับความเป็นจริงต่อไป (วิเชียร ชื่นชอบ, 2548) กิจกรรมย่อยที่สำคัญของขั้นตอนการก่อตัวของนโยบายตามลำดับต่อไป (สมพิศ สุขแสน, 2551) จุดเริ่มและปัญหาของนโยบาย “ปัญหา” (Problem) หมายถึง ความต้องการของมนุษย์ ความขาดแคลน หรือความไม่พึงพอใจด้วยตนเอง หรือการกำหนดโดยบุคคลอื่น ซึ่งต้องแสวงหาทางบรรเทา (Jones. 1981 : 17) ให้เบาบางลงไป หรือ “ปัญหา” คือ สภาพการณ์ ที่ส่งผลก่อให้เกิดความต้องการ หรือความไม่พึงพอใจทั้งโดยตรงและทางอ้อมแก่ปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มบุคคลต่าง ๆ และบุคคลเหล่านั้นพยายามหาทางแก้ไขหรือบำบัดให้ปัญหานั้นเบาบาง หรือหมดสิ้นไป (ทศพร ศิริสัมพันธ์, 2546) หากจะพิจารณาถึงจุดเริ่มและปัญหาของนโยบาย ผู้กำหนดนโยบายมักจะพิจารณาการก่อรูปนโยบายโดยพิจารณาดังต่อไปนี้

1.1 วงจรของประเด็นปัญหานโยบายการศึกษาการก่อรูปนโยบาย และการกำหนดนโยบายสาธารณะ ผู้ศึกษาจำเป็นจะต้องรู้ว่าทำไมปัญหาบางปัญหาได้รับการพิจารณาและบางปัญหาถูกละเลย หรือถูกตัดทิ้งไป ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า นโยบายสาธารณะมิได้ถูกกำหนดโดยสิ่งที่รัฐบาลต้องกระทำเพียงอย่างเดียว แต่ยังถูกกำหนดโดยสิ่งที่รัฐบาลต้องไม่กระทำอีกด้วย (Dye, 2002; สมบัติ ชำรงธัญวงศ์, 2552) สำหรับการพิจารณาวงจรของประเด็นปัญหานโยบายนั้น อาจจำแนกให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน ได้แก่

1.1.1 ขึ้นก่อนเริ่มต้นปัญหา นโยบาย โดยทั่วไปในสังคมต่าง ๆ นั้นจะปรากฏเงื่อนไขของปัญหามากมายที่ดำรงอยู่ แต่เป็นปัญหาที่สาธารณชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้ให้ความสนใจ แต่อาจจะมียุทธศาสตร์หรือกลุ่มผลประโยชน์บางกลุ่มให้ความสนใจติดตามอยู่

1.1.2 สัญญาณเตือนภัยจากปัญหาที่เริ่มก่อตัวขึ้น ในขั้นตอนนี้ลักษณะปัญหาสาธารณะที่ไม่ได้รับความสนใจมาก่อนจะเริ่มปรากฏให้เห็นสภาพอันตรายจากปัญหาชัดเจนมากขึ้น สาธารณชนจะได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับความเสียหายและความรุนแรงของปัญหาอย่างกว้างขวางและเริ่มตระหนักในภัยอันตรายของปัญหาที่กำลังเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็ว สภาพการณ์ดังกล่าวจะก่อให้เกิดการเรียกร้องต่อรัฐบาลให้ดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยเร็ว แต่ถ้าปัญหามีปัจจัยมาจากสาเหตุภายนอกจะก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการแก้ไขปัญหาของรัฐบาลเป็นอย่างมากและแนวทางการแก้ไขปัญหาอาจเกินความสามารถของกลไกภายในสังคม

1.1.3 การระดมทุนในการแก้ไขปัญหา การแก้ไขปัญหาสาธารณะจะต้องมีต้นทุนเสมอ และถ้าปัญหามีความวิกฤตมาก ต้นทุนในการแก้ไขปัญหาจะยิ่งสูง ในประเด็นนี้ผู้กำหนดนโยบาย จะต้องตระหนักถึงต้นทุนที่แท้จริงที่จะต้องใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณะให้ได้ผลว่าจะต้องใช้ต้นทุนสูง ในกรณีนี้ประชาชนโดยทั่วไปจะเริ่มเข้าใจว่าปัญหาสาธารณะ อันเกิดจากกิจกรรมของกลุ่มผลประโยชน์บางกลุ่ม ซึ่งอาจจะโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ แต่เป็นลักษณะที่กลุ่มบางกลุ่มได้ประโยชน์ ในขณะที่กลุ่มบางกลุ่มหรือประชาชนทั่วไปเสียประโยชน์ ซึ่งการเสียประโยชน์ของกลุ่มใดก็ตามถือว่าเป็นต้นทุนของปัญหาสาธารณะนั้น ๆ ด้วย

1.1.4 การเสื่อมถอยของความสนใจของสาธารณะชนที่มีต่อปัญหา ปัญหาสาธารณะบางปัญหา หลังจากที่ได้ก่อตัวจนเป็นที่สนใจของประชาชนทั่วไปแล้ว ในเวลาต่อมาความสนใจของประชาชนต่อปัญหาดังกล่าวอาจจะลดน้อยถอยลง อันเนื่องมาจากการที่ประชาชนตระหนักว่า การแก้ไขปัญหาดังกล่าวเต็มไปด้วยความยากลำบากหรือต้องใช้ต้นทุนสูงประชาชนบางส่วนอาจจะหมดกำลังใจที่จะผลักดันให้มีการแก้ไขปัญหาหรือประชาชนบางส่วนอาจจะรู้สึกถูกละเลยจากการเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาหรือประชาชนบางส่วนอาจจะรู้สึกเบื่อหน่ายต่อสภาพเรื้อรังของปัญหา ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ประชาชนลดความสนใจต่อปัญหาสาธารณะและไม่ประสงค์จะเข้าไปเกี่ยวข้องอีกต่อไปนอกจากนี้อาจเกิดปัญหาใหม่ขึ้นในสังคมที่เรียกชื่อความสนใจจากประชาชนมากกว่าปัญหาเดิม

1.1.5 ขั้นตอนสุดท้ายของปัญหา ปัญหา นโยบายในหลายกรณีจะเคลื่อนที่มาจากจนถึงขั้นตอนสุดท้ายของปัญหา โดยในขั้นตอนนี้ปัญหา นโยบายจะเคลื่อนที่เข้าสู่ “แดนสนธยา” (Twilight Realm) กล่าวคือ ปัญหา นโยบายในขั้นตอนนี้จะได้รับความสนใจจากสาธารณะชนน้อยลง

มาก แม้ว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบหรือโครงการที่เกี่ยวข้องจะพยายามผลักดันให้ปัญหานั้นดำรงนโยบายอยู่ต่อไป ซึ่งจะมีอิทธิพลอยู่บ้าง แต่ความสำคัญจะลดน้อยลงไปมาก

1.2 ลักษณะโครงสร้างของปัญหาการพิจารณาลักษณะทางโครงสร้างของปัญหานั้น พิจารณาจากความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ของปัญหา ได้แก่ พิจารณาจากจำนวนผู้ที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทางออกในการแก้ไขปัญหา ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเลือก เป็นต้น ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 ลักษณะ ดังนี้ (วิเชียร ชื่นชอบ, 2548)

1.2.1 ปัญหาที่มีโครงสร้างชัดเจนแน่นอน (Well-Structured Problem) ได้แก่ ปัญหาที่มีผู้เกี่ยวข้องจำนวนไม่น้อยกว่าที่เกี่ยวข้องนั้นจะเป็นการเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายหรือ เกี่ยวข้องโดยได้รับผลกระทบจากนโยบายก็ตาม ล้วนเป็นการเกี่ยวข้องของบุคคลจำนวนน้อย และเป็นปัญหาที่มีทางออกในการแก้ไขปัญหาเพียงไม่กี่ทางเลือก เช่น 1-3 ทางเลือก เป็นต้นและแต่ละทางเลือกสามารถมองเห็นผลประโยชน์ของทางเลือกได้ชัดเจนไม่เป็นที่ถกเถียงกันได้แต่อย่างใด เช่น ปัญหาในการจัดสร้างที่ทำการขององค์การซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องจริง ๆ คือผู้ที่อยู่ในองค์การนั้น และทางออกคือ สร้างหรือไม่สร้าง และประโยชน์จากการสร้าง คือ ได้ที่ทำการใหม่ซึ่งมองเห็นประโยชน์ได้ชัดเจน เป็นต้น

1.2.2 ปัญหาที่มีโครงสร้างไม่ชัดเจน (ill or non-Structured Problem) เป็นปัญหาที่ตรงกันข้ามกับปัญหาประเภทที่ 1 คือ เป็นปัญหาที่มีผู้จำเป็นต้องเข้ามาเกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ทางออกในการแก้ไขปัญหาก็มีมากมายหลายหนทาง ผลประโยชน์ของนโยบายก็เป็นเรื่องที่สามารถมองเห็นได้หลากหลายแง่มุมเป็นที่ถกเถียงได้ หรือเป็นปัญหาที่มีลักษณะเป็นอัตนัยและ/หรือ มีความไม่มีตัวตนของปัญหาสูง เป็นต้น เช่นการแก้ไขความตกด่ำทางเศรษฐกิจของชาติ ซึ่งมีปัจจัยต้องพิจารณามากมาย และทางเลือกในการแก้ไขปัญหาก็มีมากตามแต่ความเชื่อถือของแต่ละสำนักทฤษฎีและผลการแก้ไขปัญหาก็ยอมรับได้ไม่เหมือนกัน เป็นต้น

1.2.3 ปัญหาที่มีโครงสร้างปานกลาง (Moderately-Structured Problem) เป็นปัญหา ที่มีลักษณะคล้ายกับปัญหาประเภทที่ 1 คือ มีผู้เกี่ยวข้องหรือมีปัจจัยที่ต้องพิจารณาน้อย ทางออกในการแก้ไขปัญหาก็มีอยู่น้อย และค่อนข้างเลือกได้ชัดเจน ประโยชน์ของนโยบาย ก็เป็นที่มองเห็นได้ชัดเจน แต่สิ่งที่แตกต่างคือ ผลลัพธ์ของปัญหาไม่แน่นอน หรืออาจไม่เกิดขึ้น ก็ได้ หรือผลลัพธ์อาจไม่เป็นที่ยอมรับได้ง่าย เป็นต้น

1.3 บุคคล หรือองค์การที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการเสนอปัญหา การเสนอปัญหา หรือระบุนโยบายสาธารณะนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องในการร่วมเสนอปัญหาหรือริเริ่มในการก่อรูปนโยบายอาจเป็นประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหานั้น ๆ โดยตรง หรือฝ่ายการเมือง หรือภาครัฐ หรือภาคเอกชน ดังต่อไปนี้ (สมพิศ สุขแสน, 2551)

1.3.1 องค์การราชการ (Bureaucracy) ระบบบริหารราชการแผ่นดินประกอบด้วย กระทรวง กรมต่าง ๆ ที่องค์การเหล่านี้มีหน้าที่รับผิดชอบให้บริการประชาชนในด้านต่าง ๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการมีหน้าที่จัดการศึกษาขั้นพื้นฐานขึ้นไปถึงระดับอุดมศึกษา กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม กระทรวงคมนาคมมีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการคมนาคมขนส่ง ทางบก ทางน้ำทางอากาศ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดหางาน การพัฒนาฝีมือแรงงาน และการจัดสวัสดิการแก่ประชาชนในสังคม เป็นต้น ข้าราชการของหน่วยงานเหล่านี้จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูล และปัญหาต่าง ๆ เพื่อเสนอเป็นทางเลือกในการกำหนดเป็นนโยบายให้แก่ผู้บังคับบัญชา หรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจกำหนดนโยบายเป็นผู้สั่งการ หรือประกาศออกมาในรูปของกฎหมาย ใช้บังคับให้ข้าราชการนำไปปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหานั้น ประชาชนดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าองค์การราชการเป็นองค์การที่มีความสำคัญมากในการก่อตัวของนโยบาย

1.3.2 ฝ่ายบริหารหรือคณะรัฐมนตรี (Executive or Cabinet) จะมีบทบาทสำคัญในการริเริ่ม หรือก่อรูปนโยบาย โดยเฉพาะนโยบายของรัฐมนตรีเจ้ากระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง จะต้องเสนอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีก่อน ถ้าคณะรัฐมนตรีอนุมัติก็สามารถประกาศมติคณะรัฐมนตรีและมีผลบังคับใช้ เพื่อให้หน่วยงานนำไปปฏิบัติได้ทันที กรณีต้องประกาศเป็นพระราชบัญญัติ ก็ต้องนำเสนอรัฐสภาพิจารณาให้ความเห็นชอบก่อน จึงจะประกาศเป็นกฎหมายได้ ถ้าคณะรัฐมนตรีไม่เห็นชอบก็อาจให้เจ้ากระทรวงต้นสังกัดนำไปพิจารณาทบทวนใหม่หรืออาจตกไปเลยก็ได้ นอกจากนั้นคณะรัฐมนตรีอาจเสนอความเห็นต่อผู้นำฝ่ายบริหาร หรือหัวหน้ารัฐบาลในกรณีที่เห็นว่าควรมีนโยบายใหม่ ๆ เพื่อให้การบริหารประเทศประสบความสำเร็จตามนโยบายที่แถลงไว้ต่อประชาชน

1.3.3 ฝ่ายนิติบัญญัติ (Legislature) ถึงแม้ว่าฝ่ายบริหารหรือคณะรัฐมนตรีจะมีบทบาทสำคัญ ในการก่อตัวของนโยบายมากกว่าฝ่ายนิติบัญญัติก็ตาม แต่ในกรณีที่นโยบายของฝ่ายบริหารหรือคณะรัฐมนตรีต้องประกาศเป็นพระราชบัญญัติ ฝ่ายบริหารจะต้องส่งร่างพระราชบัญญัติเข้าสู่การพิจารณาของฝ่ายนิติบัญญัติ คือ รัฐสภา ถ้าฝ่ายนิติบัญญัติเห็นชอบพระราชบัญญัตินั้นก็จะถูกนำไปประกาศใช้บังคับต่อไปถ้าไม่เห็นชอบร่างพระราชบัญญัตินั้นก็ตกไปนอกจากนั้น ผู้แทนราษฎรซึ่งเป็นฝ่ายนิติบัญญัติก็สามารถริเริ่มก่อตัวของนโยบายได้เช่นกันโดยเปิดโอกาสให้ผู้แทนของประชาชนที่ได้สัมผัสกับปัญหาโดยตรง ได้นำเสนอปัญหาเหล่านั้นต่อสภา เพื่อให้มีการกำหนดเป็นนโยบาย และให้ฝ่ายบริหารนำไปปฏิบัติได้ นอกจากนั้นฝ่ายนิติบัญญัตียังสามารถยื่นญัตติหรือยื่นกระทู้ถามรัฐบาลเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ เพื่อเป็นการริเริ่มก่อตัวของนโยบายให้ฝ่ายบริหารรับไปดำเนินการต่อไป รวมทั้งใช้อำนาจของคณะกรรมการต่าง ๆ ของรัฐสภา เป็นช่องทางในการริเริ่ม

ก่อนอุปนโยบาย และผลักดันให้ฝ่ายบริหารกำหนดนโยบายแก้ไขปัญหาสาธารณะให้แก่ประชาชนได้เช่นกัน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าฝ่ายนิติบัญญัติเป็นองค์การที่มีส่วนสำคัญในการก่อตัวของนโยบายเช่นเดียวกัน

1.3.4 กลุ่มผลประโยชน์ (Interest Groups) ในสังคมประชาธิปไตยจะประกอบไปด้วย กลุ่มหลากหลาย หรือกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมทางการเมือง (Political Participation) โดยจัดตั้งเป็นชมรม สมาคม มูลนิธิ องค์กรต่าง ๆ กลุ่มผลประโยชน์เหล่านี้จะมีบทบาทสำคัญในการเรียกร้องหรือผลักดันให้รัฐบาลสนใจปัญหาสาธารณะ และริเริ่มในการก่อตัวของนโยบายเพื่อให้รัฐบาลตัดสินใจกำหนดเป็นนโยบายแก้ไขปัญหามาตามความต้องการของกลุ่มตน

2. การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา เมื่อระบุปัญหาได้แล้วว่า ปัญหาใดจัดว่าเป็นปัญหาสาธารณะ ผู้ที่ทำการศึกษาวเคราะห์จะต้องรวบรวมข้อมูล (Data) เกี่ยวกับปัญหาในประเด็นต่าง ๆ เช่น ช่วงเวลาที่เกิดปัญหาโดยพิจารณาว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นบางฤดูกาลหรือตลอดทั้งปีสภาพของปัญหามีความรุนแรงเพียงใดลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร ใครได้รับผลกระทบจากปัญหบ้าง เคยมีองค์การใดเข้าไปแก้ไขปัญหบ้าง ประชาชนส่วนใหญ่ยอมรับว่าเป็นปัญหาหรือไม่ ซึ่งการรวบรวมจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เช่น การสำรวจข้อมูลด้วยตนเอง การสังเกตการณ์ การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม เป็นต้น และแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เช่น รวบรวมข้อมูลจากเอกสาร บทความบทวิจัยหรือข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ ได้รวบรวมไว้ก่อนแล้วข้อควรตระหนักถึงในการรวบรวมข้อมูลก็คือ การคำนึงถึงความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของข้อมูล

3. การวิเคราะห์ปัญหา ปัญหาสาธารณะต่าง ๆ มักไม่ได้เกิดขึ้นมาโดยเอกเทศ แต่มีลักษณะเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ซึ่งผู้ที่ศึกษาจะต้องทำการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาสาเหตุของปัญหาและผลกระทบของปัญหาตลอดจน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Priority) เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปัญหาที่จะนำไปกำหนดเป็นนโยบายต่อไป การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหามีได้มีลักษณะที่สืบเนื่องมาจากปัจจัยหนึ่งเพียงปัจจัยเดียวแต่ปัญหาสาธารณะแต่ละปัญหามักประกอบด้วยหลายสาเหตุ และบางสาเหตุก็เกี่ยวพันโยงกันเป็น “ลูกโซ่ของปัญหา” (Chain Problem) ซึ่งบางสาเหตุก็อาจแก้ไขได้ในระยะสั้น บางสาเหตุก็ต้องแก้ไขในระยะยาวบางสาเหตุก็แก้ไขไม่ได้ ไม่ว่าจะระยะสั้นหรือเวลายาว และอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกจนไม่อาจจะควบคุมได้

4. กำหนดเป้าหมาย เมื่อเข้าใจถึงปัญหาแล้วจึงกำหนดเป้าหมายของนโยบาย ซึ่งเป้าหมายนั้นอาจมีทั้งเป้าหมายในระยะสั้นหรือระยะยาว อาจเป็นเป้าหมายในหลายระดับ เช่น ระดับชาติระดับองค์กร หรือระดับปฏิบัติการ แต่เป้าหมายทั้งหลายนั้น ต้องมีความเหมาะสมในการแก้ไขปัญหาได้ แล้วปฏิบัติให้สำเร็จได้จึงเป็นเป้าหมายที่ดีเทคนิคที่สามารถใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการกำหนดเป้าหมายอาจมีหลายเทคนิค เช่น การระดมสมอง (Brain Storming) การฟอร์มทีมงาน (Team) เป็นต้น

5. กำหนดขอบเขตและกรอบของนโยบาย ขั้นตอนนี้จะกำหนดว่านโยบายจะมีขอบเขตกว้างไกลแค่ไหน จะเริ่มที่ใด สิ้นสุด ณ จุดใด จะแก้ไขปัญหาในส่วนใดได้บ้าง โดยพิจารณาความเหมาะสมให้สอดคล้องกับอำนาจหน้าที่และความสามารถของหน่วยงาน ตลอดจนความสมบูรณ์ของทรัพยากรที่สามารถระดมมาใช้ในการปฏิบัติได้

6. การศึกษาข้อจำกัดที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย นโยบายทุกนโยบายมักจะมีข้อจำกัดอยู่เสมอมากบ้างน้อยบ้าง แล้วแต่สถานการณ์ข้อจำกัดของนโยบาย ดังนั้นด้านข้อมูลความขัดแย้งด้านผลประโยชน์จากนโยบายการรับรู้และการยอมรับต่อนโยบายข้อจำกัดจากสิ่งแวดล้อมต่างๆ ไปนโยบาย เป็นต้น

7. การออกแบบทางเลือกนโยบาย เป็นกระบวนการสร้างประดิษฐ์ คิดค้น พัฒนา และปรับแต่งแนวทางปฏิบัติเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาบางประการ อย่างไรก็ตาม จากกรณีศึกษาหลายครั้งที่ผ่านมา พบว่า อุปสรรคที่เกิดขึ้นในการนำนโยบายไปปฏิบัติ มักจะเกิดจากการไม่ได้ระบุดังแนวการปฏิบัติที่ปรารถนาอย่างเพียงพอ หรือเกิดจากการที่ไม่ได้ระบุดองค์ประกอบที่จะแก้ไขความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ และหลายครั้งเกิดจากการที่เป้าหมายของนโยบายขาดความชัดเจนและไม่แน่นอน สาขการงานที่เข้าซ้อนทั้งจากกรณีที่มีผู้เกี่ยวข้องมากมาย การตัดสินใจ หรือการปฏิบัติในหลายระดับ รวมไปถึงการที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสภาพแวดล้อมทางการเมืองอย่างเพียงพอ (John Dryzek 1988 : 346) สำหรับการออกแบบทางเลือกนั้น จะใช้ความรู้และประสบการณ์ของผู้กำหนดนโยบาย ร่วมกับข้อมูลที่รวบรวมและการวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ เพื่อกำหนดว่าทางเลือก (Alternative) ซึ่งหมายถึงแนวปฏิบัติซึ่งสามารถแก้ไขปัญหาได้นั้น ควรเป็นทางเลือกใดบ้าง โดยพิจารณาว่ามีทางเลือกใดบ้างที่สามารถปฏิบัติตามแล้วให้ผลสำเร็จ ดังวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้บ้างในขั้นนี้เป็นการรวบรวมทางเลือกต่างๆ ทางเลือกที่เป็นไปได้ให้ครบถ้วน

8. การวิเคราะห์ทางเลือก เป็นการนำเอาทางเลือกที่มีทั้งหมดมาทำการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในแต่ละทางเลือกที่ละทางเลือก เช่น ศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (Feasibility Study) ศึกษาถึงความเหมาะสมระหว่างทางเลือกกับสถานการณ์แวดล้อมการศึกษา

เหล่านี้ควรกระทำเพื่อให้ได้รับทางเลือกที่ดี และเหมาะสมที่สุดให้แก่ละนโยบายซึ่งองค์ประกอบในการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ (The Elements of Policy Analysis) ตามแนวทางของ E.S. Quade (1982) ประกอบด้วย

1. วัตถุประสงค์ (The Objectives) ต้องค้นหาวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของ นโยบาย
2. ทางเลือก (The Alternatives) เป็นเงื่อนไขหรือวิธีการที่เป็นไปได้ซึ่งผู้ตัดสินใจ คาดหมายว่าจะนำไปสู่ความสำเร็จ
3. ผลกระทบ (The Impacts) ผลที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากทางเลือกเพื่อให้บรรลุ วัตถุประสงค์ ตามที่ต้องการ
4. เกณฑ์การวัด (The Criteria) คือกฎเกณฑ์หรือมาตรฐานที่ใช้จัดลำดับ ความสำคัญของทางเลือกตามประสงค์จะใช้เกณฑ์การวัดที่ใช้หลักการเดียวกันในการประเมิน ทางเลือก ซึ่งจะสามารถเปรียบเทียบกันได้
5. ตัวแบบ (The Model) หัวใจของการวิเคราะห์การตัดสินใจคือกระบวนการหรือ การสร้างสรรค์ที่สามารถทำนายผลที่จะเกิดจากทางเลือกแต่ละทางเลือกได้ ดังนั้น หากแนวทาง เลือกใดได้รับการพิจารณาเพื่อนำไปปฏิบัติ นักวิเคราะห์จะต้องประเมินผลกระทบที่จะเกิดขึ้นว่าจะ บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ซึ่งตัวแบบจะช่วยให้การดำเนินการดังกล่าวสมบูรณ์ขึ้นตัวแบบจะช่วยให้ ผู้ตัดสินใจมองเห็นภาพรวมทั้งหมดของทางเลือกและสามารถเปรียบเทียบเพื่อตัดสินใจเลือก ทางเลือกที่ต้องการได้

9. การพิจารณาเปรียบเทียบทางเลือก ขั้นนี้จะนำผลจากการวิเคราะห์ทางเลือกจาก ขั้นตอนที่แล้วมาเทียบเคียงเปรียบเทียบกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความคาดหวังของการกำหนดนโยบายแต่ละครั้งว่าให้ความสำคัญกับประเด็นใดบ้าง เช่น บางครั้งอาจให้ความสำคัญกับความเป็นไปได้ ในทางปฏิบัติ หรืออาจสนใจด้านผลประโยชน์ของนโยบายเป็นพิเศษ เป็นต้น อย่างไรก็ตามการ วิเคราะห์เปรียบเทียบทางเลือกนี้ควรใช้ตัวแปรทั้งหลายอย่างกว้างขวางไม่ควรใช้ตัวแปรตัวหนึ่งตัว ใด หรือเพียงไม่กี่ตัวเป็นเกณฑ์ เพราะอาจทำให้ตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ผิดพลาดได้การตัดสินใจ เลือกทางเลือกที่ดีที่สุด เมื่อพิจารณาทางเลือกสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่มีข้อดีเหนือกว่า ทางเลือกอื่น ๆ จึงถือว่าเป็นทางเลือกที่เหมาะสม นำไปเป็นแนวทางสำหรับการกำหนดนโยบายใน แนวของทางเลือกนั้นต่อไป

10. การทดสอบทางเลือก เมื่อได้ทางเลือกสำหรับนโยบายแล้วควรนำขั้นตอนตั้งแต่ต้น มาทบทวนอีกครั้งว่า ข้อมูลที่ใช้มา ยังเหมาะสมอยู่ ทั้งทางด้านหลักการเหตุผล ทางเลือกของ นโยบาย คุณภาพและปริมาณของข้อมูลยังพอเพียงและดีอยู่ ตลอดจนการตรวจสอบความสัมพันธ์

ระหว่างระเบียบวิธีต่าง ๆ ที่ใช้เทคนิควิธีวิเคราะห์และการประยุกต์ทั้งหลายเป็นระบบและสอดคล้องต้องกันอย่างแท้จริง

11. การจัดทำร่างนโยบาย เมื่อผู้กำหนดนโยบาย พิจารณาเลือกทางเลือกที่เห็นว่าเหมาะสมได้แล้ว ก็จะนำทางเลือกนั้นมากำหนดเป็นนโยบายโดยจะต้องจัดทำเป็นร่างนโยบายเสียก่อนการจัดทำร่างนโยบายควรประกอบด้วยหลักการและเหตุผลจุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์ แนวทางและมาตรการ วิธีการดำเนินการ การกำหนดผู้รับผิดชอบที่จะดำเนินงานตามมาตรการที่กำหนดขึ้นให้ชัดเจน โดยจัดทำเป็นเอกสารเพื่อเสนอผู้มีอำนาจตัดสินใจอนุมัติและประกาศเป็นนโยบายต่อไป

12. การเสนอแนะกลยุทธ์ในการดำเนินนโยบาย โดยการเสนอแนะว่ารูปแบบ ขั้นตอน การปฏิบัติควรเป็นไปในรูปแบบใด จึงจะเหมาะสมกับสถานการณ์แวดล้อมที่เป็นจริงให้มากที่สุด เพื่อให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจในนโยบายได้พิจารณากำหนดเป็นแนวทางในการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ

13. การอนุมัติและประกาศเป็นนโยบาย ในขั้นตอนของการตัดสินใจอนุมัติและประกาศเป็นนโยบายนั้น มีกิจกรรมย่อยที่จะต้องกระทำคือ การคัดเลือกข้อเสนอของนโยบาย การสร้างเสียงสนับสนุนทางการเมืองและการประกาศใช้นโยบายสาธารณะ แต่ละกิจกรรมมีรายละเอียด ดังนี้ (สมพิศ สุขแสน, 2551)

13.1. การคัดเลือกข้อเสนอของนโยบายผู้มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายสาธารณะจะต้องทำการตัดสินใจเพื่อคัดเลือกทางเลือกนโยบายที่เหมาะสมที่สุด ผลของการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้จะแสดงออกในรูปลายลักษณ์อักษร เช่น กฎหมาย คำสั่ง กฎระเบียบ เป็นต้น

13.2. การสร้างเสียงสนับสนุนทางการเมืองหมายความว่า จะต้องได้รับเสียงสนับสนุนข้างมาก (Majorities) ในรัฐสภา หรือการพยายามโน้มน้าว (Persuasion) นอกจากนั้นยังต้องฟังเสียงสนับสนุนจากกลุ่มหลากหลาย เช่น ประชาชนองค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ฯลฯ

13.3. การประกาศใช้นโยบายสาธารณะการประกาศใช้นโยบายจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงกลยุทธ์ที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ และคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางการเมืองรูปแบบการประกาศใช้เป็นนโยบายสาธารณะขึ้นอยู่กับเนื้อหาและความสำคัญของนโยบายนั้นเช่น ตราพระราชบัญญัติ พระราชกำหนด พระราชกฤษฎีกา มติคณะรัฐมนตรี กฎกระทรวง ระเบียบ คำสั่ง หรือประกาศของส่วนราชการหรือหน่วยงานนั้น ๆ แล้วแต่กรณีซึ่งอาจกล่าวได้ว่า นโยบายสาธารณะ ก็คือ กฎหมายนั่นเอง

แผนภาพที่ 2-1 ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย



ที่มา: สัตยญา เคนาภูมิ. “การกำหนดนโยบายสาธารณะ : ทฤษฎี และกระบวนการ”. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2559). หน้า 119.

แนวคิดและหลักการของการจัดทำแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย

1. เป้าประสงค์ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีสภาพช่องปากดี มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

คำนิยาม :

1.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

1.2 สุขภาพช่องปากดี หมายถึง การมีสภาวะช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ที่ทำหน้าที่ ได้อย่างสมบูรณ์โดยทำให้สามารถกินอาหารพุดและเข้าสังคมได้ และช่วยส่งเสริมให้

สุขภาพโดยทั่วไปดี ปราศจากพยาธิสภาพใดๆซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ การสึกของฟัน เนื้อเยื่อปริทันต์ กระจกและเยื่อเมือกในปาก การบดเคี้ยว สภาพฟันปลอม (ฟันเทียม) รวมทั้งความพึงพอใจในสภาวะช่องปากตนเอง

2. กลุ่มเป้าหมาย

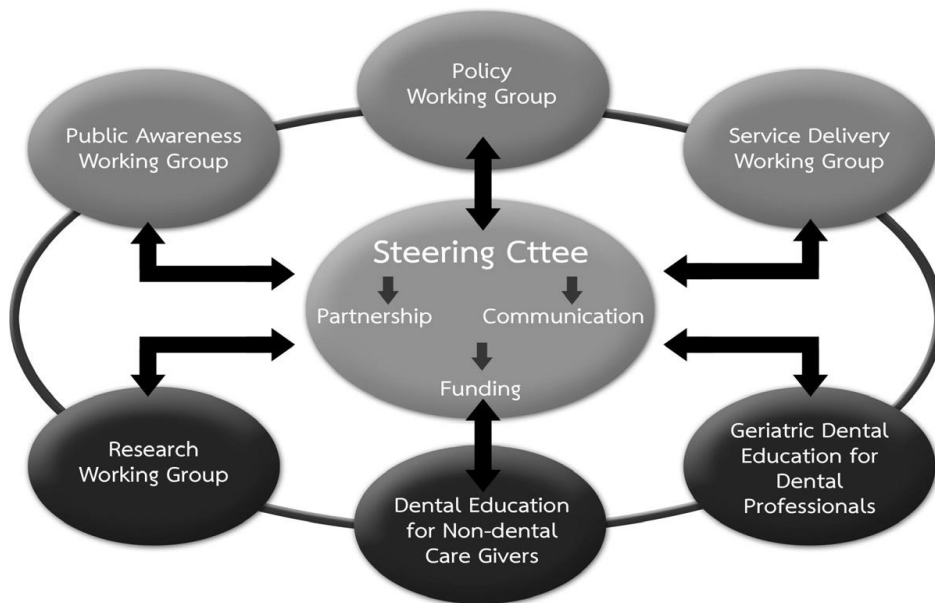
2.1 กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

2.2 กลุ่มเป้าหมายรอง ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 40-59 ปี (เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ)

3. กรอบแนวคิดการกร่างแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย

3.1 Oral Health of Seniors Collaboration Action Areas ของประเทศแคนาดา ประเทศแคนาดาเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุจำนวนมาก และมีการดำเนินงานทันตกรรมผู้สูงอายุนาน ได้แบ่งคณะกรรมการด้านทันตกรรมผู้สูงอายุออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ ด้านนโยบาย (Policy Working Group) ด้านบริการ (Service Delivery Working Group) ด้านการพัฒนาทันตบุคลากร (Geriatric Dental Education for Dental Professionals) ด้านการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล (Dental Education for Non-dental Care Givers) ด้านการศึกษา/วิจัย (Research Working group) และด้านการสื่อสารสาธารณะ (Public Awareness working group)

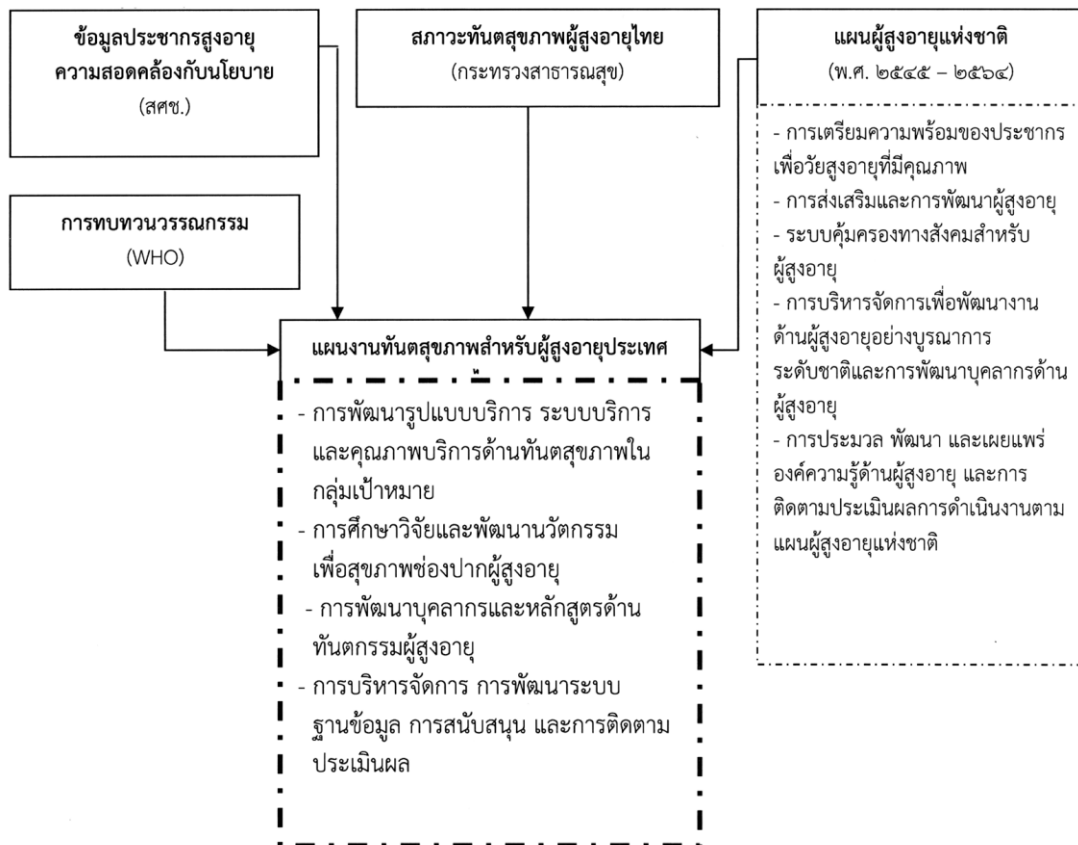
แผนภาพที่ 2-2 Oral Health of Seniors Collaboration Action Areas



ที่มา: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557. หน้า 16.

3.2 Model ที่นำมาใช้ในการยกร่างแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยประยุกต์จาก Model ของประเทศแคนาดา โดยมีแผนภูมิการยกร่างแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ดังนี้

แผนภาพที่ 2-3 แผนภูมิการยกร่างแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย



ที่มา: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557. หน้า 17.

เพื่อให้การจัดทำแผนระยะยาวด้านทันตกรรมผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบมีความสอดคล้องกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ภายในเวลา 8 ปี นับจากปีที่เริ่มต้น จึงได้จัดทำแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยเป็น 2 ระยะ ๆ ละ 4 ปี โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี มีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย จึงประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนารูปแบบบริการ ระบบบริการ และคุณภาพบริการด้านทันตสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การศึกษาวิจัย และพัฒนานวัตกรรมเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ การพัฒนาระบบฐานข้อมูล การสนับสนุนและการ

ติดตามประเมินผลครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ 7 ประเด็น ได้แก่

1. การสูญเสียฟันและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใส่ฟัน
2. ฟันผุและรากฟันผุ
3. แผล/มะเร็งช่องปาก
4. สถานะน้ำลายแห้ง
5. ฟันสึก
6. โรคปริทันต์
7. สถานะช่องปากอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบของผู้สูงอายุ

4. วัตถุประสงค์ของแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย

แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย (8 ปี) 2558 – 2565 มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

4.1 เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ซึ่งจะลดปริมาณผู้สูงอายุที่มีโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟัน รวมทั้งคงสภาพการใช้งาน (Function) ของอวัยวะในช่องปากหลังเกิดโรคและการสูญเสียฟันตลอด จนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

4.2 เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมด้านทันตสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ และนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมนั้นมาสนับสนุนบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพช่องปากผู้สูงอายุ

4.3 เพื่อพัฒนาบุคลากรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุให้มีองค์ความรู้ และปริมาณที่เหมาะสมต่อการดูแลแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

4.4 เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการ ระบบงบประมาณ การสนับสนุน การกำกับ ติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทยที่ประสิทธิผล

5. เป้าหมายเมื่อสิ้นสุดแผนงาน

5.1 ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี และมีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสม

5.2 มีนวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างน้อย 5 ใน 7 ประเด็น

6. ระยะเวลาดำเนินการ 8 ปีงบประมาณ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 – 2565

แบ่งเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ปีงบประมาณ 2558 – 2561

ระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2562 – 2565

7. หน่วยงานรับผิดชอบแผนงาน

หน่วยงานหลัก : กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานสนับสนุน : มูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์

คณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำนักงบประมาณ กระทรวงการคลัง สำนักงาน ก.พ.

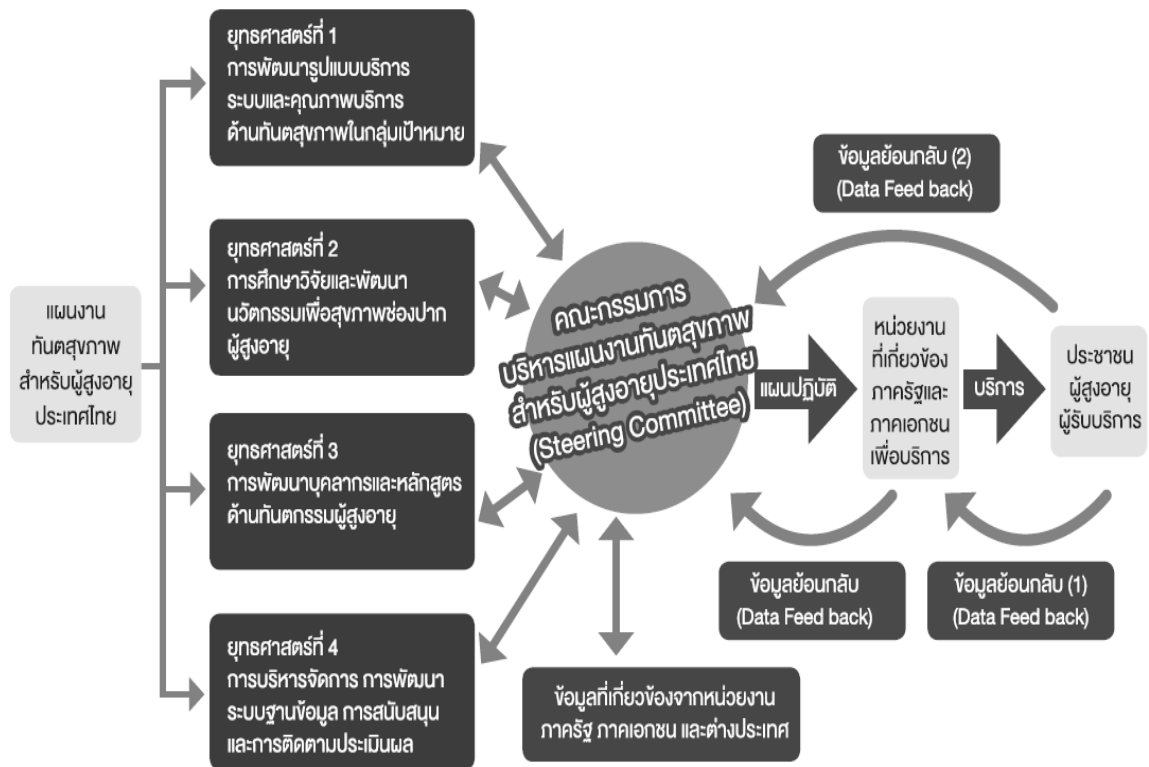
กระทรวง / กรมที่เกี่ยวข้อง ทันตแพทยสภา

สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์

สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

8. กรอบแนวคิดในการบริหารจัดการแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย

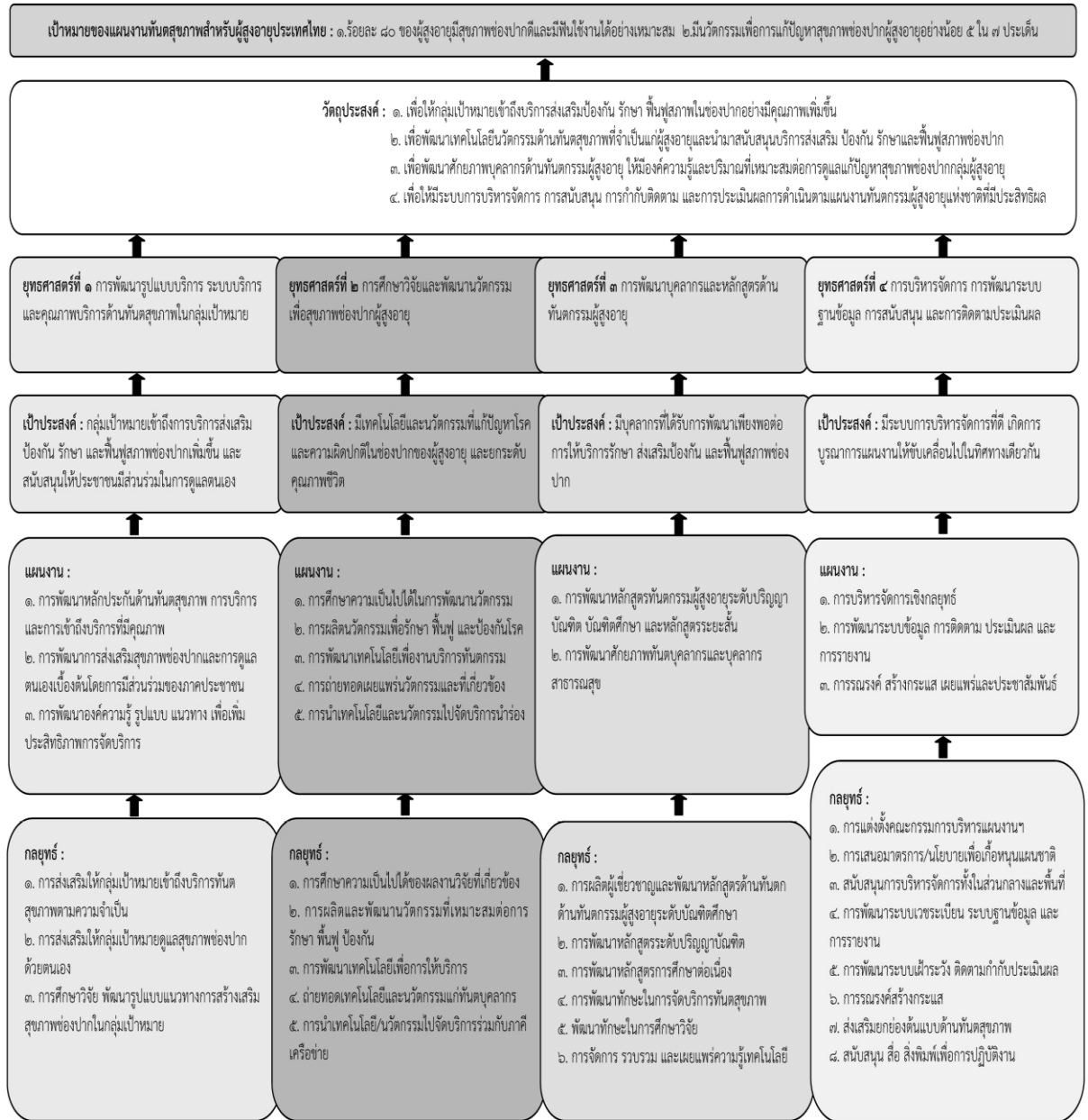
แผนภาพที่ 2-4 แผนภาพกรอบแนวคิดในการบริหารจัดการแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย



ที่มา: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557. หน้า 18.

ทัศนสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย

แผนภาพที่ 2-5 แผนงานทัศนสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขของไทย



ที่มา: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557. หน้า 3.

นโยบายและแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของต่างประเทศ

1. นโยบายสาธารณสุขและสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น

ปัจจุบันญี่ปุ่นเป็นประเทศสังคมผู้สูงอายุ กล่าวคือ ในจำนวนประชากรทุกๆ 5 คนมีจำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 1 คน ในขณะเดียวกันจำนวนประชากรเด็กก็มีจำนวนลดลงเรื่อยๆ ในอดีตญี่ปุ่นมีนโยบายสนับสนุนสวัสดิการผู้สูงอายุ เช่น การให้บริการแก่ผู้สูงอายุในการรักษาพยาบาลฟรีหรือมีเงินสนับสนุนช่วยผู้สูงอายุปีละไม่เกิน 5 หมื่นเยน ต่อมาในปี 1960 ญี่ปุ่นได้ตราพระราชบัญญัติว่าด้วยคนชรา เพื่อใช้บังคับกับผู้สูงอายุ แต่ภายหลังประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นนโยบายต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น จึงส่งผลกระทบต่อสภาพการคลังของประเทศ และประสบปัญหาขาดทุนต่อมาในปี 1982 ญี่ปุ่นได้บัญญัติพระราชบัญญัติว่าด้วยสุขอนามัยคนชราส่งผลให้ญี่ปุ่นต้องเปลี่ยนนโยบายจากให้บริการฟรีมาเป็นการให้บริการที่ผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระ ในบางส่วน ในขณะที่ปัญหาจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ แม้ว่าภาครัฐได้ลดขอบเขตการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวลง แต่รัฐยังคงต้องแบกรับค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมหาศาลและ ขาดทุนในด้านงบประมาณดังนั้นรัฐจำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณขึ้นใหม่และตราพระราช บัญญัติ ว่าด้วยประกันการดูแลผู้สูงอายุ (2000) ซึ่งเป็นระบบที่เรียกเก็บจากผู้สูงอายุที่ต้องการขอรับบริการและในขณะเดียวกันรัฐต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในบางส่วนเช่นกัน โดยผู้ที่ต้องการขอรับบริการต้องเข้ารับการตรวจสอบเกี่ยวกับความจำเป็นในการขอรับบริการและปริมาณหรือจำนวนที่จะขอรับบริการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก่อน โดยระบบประกันการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุนี้เริ่มเป็นรูปเป็นร่างที่ชัดเจนขึ้น ในขณะเดียวกันจำนวนผู้ขอรับบริการก็เพิ่มมากขึ้น พระราชบัญญัติต่างๆในด้านสาธารณสุขและสวัสดิการผู้สูงอายุ การบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุนั้น จะใช้พระราชบัญญัติว่าด้วยสุขอนามัยคนชรา ซึ่งปัจจุบันได้ถูกยกเลิกและเปลี่ยนเป็นพระราชบัญญัติว่าด้วยการคุ้มครองการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ (2008) แทนโดยกำหนดให้ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีบริบูรณ์ สามารถใช้บริการในการรักษาพยาบาลได้ตามพระราชบัญญัติฉบับใหม่และพระราช บัญญัติ ว่าด้วยประกันการคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ (2000) ซึ่งพระราชบัญญัติฉบับนี้เป็นระบบประกันดูแลผู้สูงอายุที่นำระบบรักษาพยาบาลผู้สูงอายุและระบบสวัสดิการ 3 นโยบายสาธารณสุขและสวัสดิการผู้สูงอายุ มาผนวกเข้าด้วยกัน โดยการกำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่จะมาใช้บริการสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแต่ละประเภทที่เป็นสถานพยาบาล และการให้บริการที่บ้าน โดยการประกันคุ้มครองดูแลผู้สูงอายุ ในการใช้ชีวิตประจำวัน ตลอดจนดูแลในเรื่องความมั่นคงทางสังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งมีการวางแผนและให้การปรึกษาแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ (Care Manager Service) ทั้งนี้ ในส่วนของค่าประกันดูแล

ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุรับผิดชอบโดยการร่วมจ่ายค่าใช้จ่ายเพียงร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายบริการดูแล ผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็นระบบที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้มีรายได้น้อย โดยภาครัฐที่ทำหน้าที่แบกรับภาระค่าประกันดังกล่าวโดยตรง คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตั้งแต่ระดับประเทศ จังหวัด หรือหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องต่างมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งสัดส่วนของการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายค่าประกันในภาครัฐ อันได้แก่ ประเทศ: จังหวัด: องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นสัดส่วน 2:1:1 ตามลำดับการจัดระบบบริการทางการแพทย์ในประเทศญี่ปุ่น

ในปี 1970 รัฐบาลญี่ปุ่นจัดงบประมาณประมาณ 6% ของรายได้รัฐเพื่อสวัสดิการสังคม ต่อมาในปี 1992 งบประมาณนี้เพิ่มมากขึ้นเป็น 18% และคาดว่าจะในปี 2025 รัฐบาลจะต้องใช้เงินเพื่อสวัสดิการสังคมสูงถึง 27% ของรายได้รัฐ เงินเหล่านี้ล้วนเป็นเงินภาษีที่จัดเก็บมาจากกลุ่มคนในวัยทำงานที่มีสัดส่วนเกือบจะคงที่ ในขณะที่ผู้สูงวัยมีจำนวนเพิ่มขึ้น รายงานของสหประชาชาติ จึงได้เสนอให้รัฐบาลญี่ปุ่นปรับอายุเกษียณจาก 65 ในปีปัจจุบันเป็น 77 ปี มิฉะนั้นประเทศชาติจะขาดแคลนแรงงานอย่างหนัก จำเป็นต้องจ้างแรงงานต่างชาติถึงปีละ 1 ล้านคนนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 จนถึงปี 2050 เพื่อรักษาคุณภาพของผลผลิตประชาชาติรัฐสวัสดิการที่จัดไว้ จะต้องใช้งบประมาณจำนวนมหาศาล เมื่อคนญี่ปุ่นมีอายุยืนยาวขึ้น รัฐก็ยังคงสำรองงบประมาณมากขึ้นในการรักษาพยาบาลผู้สูงวัย ทุกวันนี้ญี่ปุ่นเป็นชาติที่ประชากรมีอายุยืนยาวที่สุดในโลก คือเฉลี่ยอายุสูงถึง 83 ปี (ประเทศไทย 70 ปี สิงคโปร์ 82 ปี) รัฐบาลญี่ปุ่นตระหนักถึงสถานะแรงงานที่ขาดแคลน และได้เพิ่มมาตรการผ่อนผันอนุโลมให้ใช้แรงงาน ต่างชาติได้ตั้งแต่ปี 2000 เป็นต้นมา แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะรองรับความต้องการโดยรวมของเศรษฐกิจได้ ประเทศญี่ปุ่นได้ชื่อว่าเป็นชาติที่มีวินัยการครองชีพที่โดดเด่นกว่าชาติอื่นๆ ในโลก นวัตกรรมใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในระดับชาติและสังคมช่วยผลักดันแนวคิดเรื่องมาตรฐานในการออกแบบบ้านที่อยู่อาศัย การก่อสร้างอาคารสูง ระบบขนส่งมวลชน และพื้นที่สาธารณะทุกแห่งหน ให้คำนึงถึงความสะดวกสบาย ความปลอดภัยและความมีประสิทธิภาพของทุกชีวิต ในการนี้ได้มีการเน้นคำว่าทุกชีวิตอย่างไม่มีข้อยกเว้น เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ผู้คนไม่ว่าวัยใดหรือเพศใด ย่อมมีสิทธิเท่าเทียมกันในการเลือกที่จะมีชีวิตความเป็นอยู่อย่างสะดวกปลอดภัย และมีคุณภาพให้กับตนเองได้

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างสังคมญี่ปุ่น สัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นบริบทสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ประเทศญี่ปุ่นจำเป็นต้องมีการปฏิรูปโครงสร้างระบบบริการทั้งในบริการทางการแพทย์ ระบบประกันสุขภาพและระบบความมั่นคงทางสังคม โดยวัตถุประสงค์หลักของการปฏิรูป คือ การควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นหลัก และเพื่อลดปัญหาที่เกิดจากผลกระทบในการมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่มากขึ้น โดยกลวิธีหลักที่สำคัญกรณีของประเทศญี่ปุ่น คือ การออกกฎหมายที่เข้ามาส่วนสำคัญให้การจัดบริการต่างๆ ในระบบความมั่นคงทางสังคมของ

ญี่ปุ่น สิ่งที่ดีว่าเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงสำคัญที่ดำเนินการเพื่อรองรับต่อปัญหาและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน คือ การจัดระบบประกันสุขภาพสำหรับการดูแลระยะยาว (Long-term Care Insurance) เพื่อรองรับต่อปัญหาภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น สิ่งเปลี่ยนแปลงนี้ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการที่จะทำให้อาจต้องมีการปรับระบบการบริการทางการแพทย์และบ้านอายุให้ตอบสนอง ต่อความจำเป็นทางสังคมมากขึ้น และต้องมีการปรับระบบการจัดบริการทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดสัดส่วนรายจ่ายด้านรักษาพยาบาลและบ้านอายุ เพิ่มสัดส่วนรายจ่ายสำหรับการจัดบริการเสริมที่มีต้นทุนต่ำกว่า การสร้างระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและสนองตอบต่อผู้รับบริการ (User Oriented) สำหรับการจัดบริการเน้นการให้บริการที่บ้าน เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนสามารถช่วยตนเองได้อย่างเหมาะสม วัฒนาการการพัฒนาระบบบริการในประเทศญี่ปุ่น มีดังนี้

ปี ค.ศ. 1920 รัฐบาลญี่ปุ่นเริ่มให้การรับรองว่าจะจัดให้มีระบบความมั่นคงด้านสังคมขึ้นภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2

ปี ค.ศ.1930 รัฐบาลญี่ปุ่นเริ่มมีนโยบายที่จะให้การประกันสุขภาพและประกันบ้านอายุสำหรับประชาชนทุกคน

ปี ค.ศ.1932 รัฐบาลญี่ปุ่นออกกฎหมายประกันสุขภาพ (Health Insurance Law) คุ้มครองเฉพาะกลุ่มผู้ทำงานในภาคอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปเป็นหลัก

ปี ค.ศ.1940 รัฐบาลญี่ปุ่นเริ่มมีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่ประชาชนจะได้รับ

ปี ค.ศ.1942 รัฐบาลญี่ปุ่นมีการทบทวนกฎหมายประกันสุขภาพ โดยผสมผสานโครงการประกันสุขภาพลูกจ้างทั้งหมด เริ่มระบบให้คนรับบริการร่วมออกค่าบริการ (Cost Sharing) ขยายความครอบคลุมไปยังครอบครัวผู้ประกันและเริ่มก่อตั้งสมาคมประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปี ค.ศ.1948 รัฐบาลญี่ปุ่นจัดตั้งกองทุนประกันสังคมสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ (Social Insurance Medical Fee Payment Fund) โดยให้รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ

ปี ค.ศ.1950 รัฐบาลญี่ปุ่นเริ่มมีการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์และการจ่ายค่าบริการของผู้ประกันตน

ปี ค.ศ.1961 รัฐบาลญี่ปุ่นมีการขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน

ช่วงต่อมามีการแก้ไขกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติหลายครั้ง โดยปรับทั้งเรื่องบริการที่ให้และการสนับสนุนจากรัฐและเนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากเพิ่มมากขึ้นใน

ขณะที่ประชากรวัยเด็กมีจำนวนลดลง ซึ่งจะส่งผลต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจในระยะยาว จึงมีการแสดงบทบาทการในการควบคุม ค่าใช้จ่าย การพัฒนาระบบบริการและระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ปี ค.ศ.1965-1974 ระบบเศรษฐกิจมีการเจริญเติบโตมากและทำให้ระบบความมั่นคงด้านสังคมมีการพัฒนาไปเป็นอย่างมาก มีการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ การพัฒนาระบบสาธารณสุข พัฒนาด้านสภาพความเป็นอยู่และสภาพการทำงาน

ปี 1975-1989 ระบบเศรษฐกิจชะลอตัว จึงต้องมีการทบทวนระบบความมั่นคงด้านสังคม ทั้งในด้านบริการสุขภาพและสวัสดิการการความเป็นอยู่อื่นๆ มีการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด การมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนในการไปใช้บริการและปรับเพิ่มอายุ ที่จะได้รับบำนาญและปรับบริการสำหรับผู้สูงอายุ

ปี ค.ศ.1990 รัฐบาลญี่ปุ่นปฏิรูประบบโครงสร้างสำหรับความมั่นคงด้านสังคมเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นและประชากรวัยเด็กโดยมีการปฏิรูปดังนี้

1. การปฏิรูปอย่างเบ็ดเสร็จ สำหรับบริการสุขภาพและสวัสดิการ

แผนปฏิรูปบริการผู้สูงอายุ (The Gold Plan and the New Gold Plan)

แผนพัฒนาบริการรองรับการเลี้ยงดูเด็กก่อน

แผนการจัดสวัสดิการสำหรับผู้พิการ (The Government Action Plan for Person with Disabilities)

2. การปฏิรูปโครงสร้างระบบความมั่นคงด้านสังคม โดยมีมาตรการในการปฏิรูปทั้งระบบประกันสุขภาพและบำเหน็จบำนาญออกจากระบบประกันสุขภาพแล้ว ยังมีสวัสดิการที่สนับสนุนโดยรัฐในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการให้หลักประกันด้านรายได้ (Income Security) ผ่านระบบบำนาญแบบสมัครใจ โดยเป็นการออมในลักษณะของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ที่มีการดำเนินการโดยกองทุนบำนาญ สำหรับลูกจ้าง (บริษัทเอกชน) และกองทุนบำนาญแห่งชาติ (ภาครัฐบาล) ซึ่งระบบบำนาญ ประกอบด้วย

บำนาญพื้นฐาน (basic pension)

เป็นระบบแบบ PAYGO คือมีการกำหนดประโยชน์ทดแทนแน่นอน การเก็บเงินสมทบ และจ่ายประโยชน์ทดแทนในอัตราเดียวโดยไม่อิงกับรายได้

ปัจจุบันผู้ประกันตนจะถูกหักเงินจำนวน 13,860 เยน/เดือน และผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนต้องมีอายุ 65 ปี ขึ้นไป และจ่ายสมทบมาไม่ต่ำกว่า 25 ปี (ผู้ประกันตนสามารถขอรับประโยชน์ ทดแทนได้ตั้งแต่อายุ 60 ปี ในอัตราร้อยละ 70 ของเงินที่จะได้รับเมื่ออายุครบ 65 ปี

และสามารถเลื่อนการรับเงินได้ไปจนถึงอายุ 70 ปี ซึ่งจะได้รับเงินจำนวนร้อยละ 142 ของเงินที่ได้รับเมื่ออายุครบ 65 ปี)

บำนาญที่เกี่ยวกับรายได้ (Income-related pension)

เป็นระบบ defined benefit ที่เรียกเก็บเงินจากลูกจ้างหรือพนักงานในบริษัทที่มีจำนวนลูกจ้างตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป ลูกจ้างภาครัฐบาล ครู และพนักงานโรงเรียนเอกชน ภายใต้การกำกับดูแลของ The National Government Employees' Mutual Aid Association, Local Government Employees' Mutual Aid Association และ Private School Teachers and Employees' Mutual Aid Association

ผู้ประกันตนในปัจจุบันจ่ายเงินเข้าระบบในอัตรา 142.88 เยน/รายได้ 1,000 เยน ช่วงเริ่มต้นระบบบำนาญ ญี่ปุ่นได้กระจายอำนาจให้กลุ่มแม่บ้านและชุมชนเข้ามามีบทบาทในการเก็บเงินสมทบ โดยอนุญาตให้หักเงินบางส่วนเป็นค่าบริหารจัดการ ทำให้อัตราเก็บเงินสมทบค่อนข้างดีมาก ต่อมาเปลี่ยนระบบจัดเก็บโดยรวมการบริหารไว้ที่ส่วนกลาง และให้ Social Insurance Agency (SIA) เป็นผู้บริหารจัดการเก็บของทั้งประเทศ ภาพรวมของพระราชบัญญัติการส่งเสริมสุขภาพ

มาตรา 1 บทบัญญัติทั่วไป

1. วัตถุประสงค์ ให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างครบถ้วนและพยายามปรับปรุงสุขภาพของประชาชนด้วยการดำเนินมาตรการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

2. ความรับผิดชอบ

ผู้ให้บริการ: เพิ่มความสนใจและความเข้าใจถึงความสำคัญของวิถีชีวิตที่มีสุขภาพดีในการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองและพยายามดูแลสุขภาพตลอดชีวิต

รัฐบาลและรัฐบาลท้องถิ่น: พยายามที่จะเผยแพร่ความรู้ที่เหมาะสมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพรวบรวม / จัดระเบียบ / วิเคราะห์ / จัดหาข้อมูลพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพทรัพยากรมนุษย์และให้บริการ การสนับสนุนทางเทคนิค

ผู้ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ผู้ประกันตนผู้ประกอบการ โรงเรียนเทศบาล โรงเรียน ฯลฯ): ให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ

3. ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลหน่วยราชการส่วนท้องถิ่นผู้ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

มาตรา 2 นโยบายพื้นฐาน (จัดตั้ง "Healthy Japan 21" ตามกฎหมาย)

1. นโยบายพื้นฐาน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอย่างครบถ้วนถูกกำหนดโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการ

- 1.1 แนวทางพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพของผู้คน
 - 1.2 เรื่องเกี่ยวกับเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพของผู้คน
 - 1.3 เรื่องพื้นฐานเกี่ยวกับการกำหนดแผนส่งเสริมสุขภาพของเขตการปกครองและเขตเทศบาล
 - 1.4 เรื่องพื้นฐานเกี่ยวกับการสำรวจสุขภาพและโภชนาการแห่งชาติในประเทศญี่ปุ่นและอื่น ๆ
 - 1.5 เรื่องพื้นฐานเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.6 ประเด็นเกี่ยวกับการเผยแพร่ความรู้ที่เหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรกินอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และวิถีการดำเนินชีวิตอื่น ๆ
 - 1.7 เรื่องอื่น ๆ ที่สำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
2. การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดและเทศบาล (แผนมาตรการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชน)
3. แนวทางในการดำเนินการตรวจสอบสุขภาพของผู้ให้บริการการส่งเสริมสุขภาพการแจ้งผลการตรวจสุขภาพ คู่มือการออกและมาตรการอื่น ๆ เป็นไปตามที่กำหนดโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการในการสนับสนุนผู้คนตลอดชีวิตการจัดการด้านสุขภาพ

พระราชบัญญัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปาก

วัตถุประสงค์

ข้อ 1 ภาวะสุขภาพช่องปากมีบทบาทสำคัญและเป็นพื้นฐานในการสร้างความมั่นใจว่าคนมีชีวิตที่แข็งแรงและมีคุณภาพสูงและมีโครงการริเริ่มในการป้องกันโรคทางทันตกรรม ชีวิตประจำวันของผู้คนมีผลอย่างมากในการรักษาสุขภาพช่องปากของพวกเขา พระราชบัญญัตินี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกำหนดแนวทางในการส่งเสริมการรักษาสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรคทางทันตกรรม และชี้แจงหน้าที่ของรัฐบาลแห่งชาติและท้องถิ่น นอกจากนี้ยังมีเป้าหมายที่จะใช้มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพทางทันตกรรมและช่องปากอย่างครบวงจรและด้วยเหตุนี้การปรับปรุงสุขภาพแห่งชาติโดยการกำหนดเรื่องที่เป็นพื้นฐานของมาตรการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปาก

ข้อ 2 ต้องมีมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปาก ดังนี้

2.1 ส่งเสริมให้คนวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคทางทันตกรรมในชีวิตประจำวันตลอดชีวิตของพวกเขาและเพื่อตรวจหาโรคทางทันตกรรมในระยะแรกและได้รับการรักษาในระยะแรก

2.2 เพื่อส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปากอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพตามหน้าที่และภาวะทางทันตกรรมและโรคทางทันตกรรมในแต่ละช่วงอายุตั้งแต่วัยทารกถึงวัยชรา

2.3 เพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากและช่องปากอย่างครบวงจรด้วยความร่วมมือของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสาขาต่างๆ เช่น ด้านสุขภาพ การบริการทางการแพทย์ สวัสดิการสังคม และอาชีวอนามัย

ข้อ 3 รัฐบาลแห่งชาติมีหน้าที่ในการพัฒนาและใช้มาตรการต่างๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและช่องปากตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ข้อที่ 4 เพื่อนำไปสู่สุขภาพช่องปากและฟัน มุ่งมั่นที่จะปฏิบัติหน้าที่อย่างถูกต้องและร่วมมือกับระดับชาติและระดับท้องถิ่น รัฐบาลใช้มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปากใน การดูแลทันตกรรมและบริการอื่น ๆ

ข้อ 5 บุคคลทำหน้าที่เพื่อรักษาและส่งเสริมสุขภาพตามกฎหมายและระเบียบต้อง มุ่งมั่นที่จะร่วมมือกับชาติและรัฐบาลท้องถิ่นในการใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปาก

ข้อ 6 บุคคลต้องมุ่งมั่นที่จะได้รับความรู้ด้านทันตกรรมและสุขภาพปากและฟันที่ถูกต้องต่อการป้องกันโรคทางทันตกรรมด้วยความคิดริเริ่มของตนเองในชีวิตประจำวันตลอดชีวิต มุ่งมั่นในการรักษาสุขภาพฟันและช่องปากด้วยการจัดฟันเป็นระยะๆการแพร่กระจายความรู้สุขภาพทันตกรรมและช่องปากการศึกษา ฯลฯ

ข้อที่ 7 เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับความรู้ด้านทันตกรรมและสุขภาพช่องปากอย่างถูกต้องและทำงานเพื่อป้องกันโรคทางทันตกรรมในชีวิตประจำวันตลอดชีวิต รัฐบาลแห่งชาติและรัฐบาลท้องถิ่นจะเผยแพร่ความรู้ด้านทันตกรรม และสุขภาพช่องปากและโครงการริเริ่มต่างๆ ป้องกันโรคทางทันตกรรม และให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสุขภาพ และการป้องกันโรคดังกล่าวล่วงหน้าการเคลื่อนไหวที่มุ่งกระตุ้นความสนใจของผู้คนในด้านทันตกรรมและสุขภาพช่องปากและอื่นๆมาตรการที่จำเป็น

ข้อที่ 8 เพื่อส่งเสริมให้คนได้รับการตรวจฟันเป็นประจำและได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพฟันตามความจำเป็น รัฐบาลแห่งชาติและรัฐบาลท้องถิ่นจะให้คำแนะนำเช่นการตรวจสุขภาพทันตกรรมเป็นระยะ

ข้อ 9 รัฐบาลแห่งชาติและท้องถิ่นต้องใช้มาตรการที่จำเป็นเพื่อให้มั่นใจว่าคนพิการ ผู้สูงอายุที่ต้องการการพยาบาลและบุคคลอื่นที่มีความยากลำบากในการตรวจสุขภาพฟันเป็นระยะๆ หรือได้รับการดูแลทันตกรรมได้รับการตรวจฟันเป็นระยะ ๆ ฯลฯ หรือได้รับการดูแลทันตกรรม

ข้อ 10 นอกเหนือจากมาตรการที่กำหนดไว้ในข้อก่อนหน้านี้อันรัฐบาลท้องถิ่นต้องใช้มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเพื่อป้องกันทันตกรรมอย่างมีประสิทธิภาพโรคที่เกิดจาก

บุคคลหรือจากมุมมองของสาธารณสุขและการดำเนินการอื่นๆ สำหรับทันตกรรมและสุขภาพช่องปาก (การส่งเสริมการศึกษาและการวิจัยสุขภาพช่องปาก)

ข้อ 11 รัฐบาลแห่งชาติและท้องถิ่นต้องใช้มาตรการที่จำเป็นเพื่อส่งเสริมการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ศึกษาผลกระทบจากสถานะสุขภาพช่องปาก ด้านสุขภาพทั่วไปการป้องกันและรักษาโรคทางทันตกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ และอื่น ๆ การศึกษาและการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากผลดังกล่าวการสำรวจการศึกษาและการวิจัย (การพัฒนาเป็นต้นประเด็นพื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพฟันและช่องปาก)

ข้อ 12 ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแรงงานและสวัสดิการกำหนดนโยบายเป้าหมายแผนการและเรื่องพื้นฐานอื่น ๆ ที่จะใช้ในมาตรการที่ครอบคลุมที่ถูกรับเข้าตามบทบัญญัติของข้อ 7 ถึงข้อ 11

ข้อ 13 คำนึงถึงเรื่องพื้นฐานที่กำหนดไว้

2. นโยบายสาธารณสุข และสวัสดิการผู้สูงอายุ ในประเทศฮ่องกง

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางการเงินมากที่สุดในฮ่องกง โดยหนึ่งในสามอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ยากจน ในปี พ.ศ. 2558 ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่ได้รับบริการขั้นพื้นฐานรวมทั้งบริการด้านทันตกรรมที่มีให้ โดยส่วนใหญ่องค์กรเอกชนและภาคเอกชนที่มีราคาแพงกว่ารัฐบาลเน้นความพยายามในการจัดหาบริการทันตกรรมฉุกเฉินครอบคลุมการถอนฟันและยาผ่านคลินิกทันตกรรมของรัฐบาลทั้ง 11 แห่งที่มีเวลาให้บริการเต็มที่ คลินิกเหล่านี้มีจำนวน 13.5 วัน สัปดาห์ละครั้งและแจกจ่ายแผ่นให้คำปรึกษาน้อยกว่า 100 ครั้งต่อรอบ ผู้ป่วยบางรายอาจต้องเดินทางข้ามเขตเพื่อหาบริการทันตกรรมสาธารณะหรือปรึกษาทันตแพทย์เอกชนรัฐบาลได้กำหนดโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุทางทันตกรรมและโครงการประกันสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือทางการเงินรับบริการทันตกรรมเอกชน จำนวนเงินอุดหนุนที่จ่ายภายใต้ทั้งสองแผนอาจไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมค่าทันตกรรมเอกชนสูง การประสบความสำเร็จอาจจะถือเป็นตรงกันกับชีวิตที่มีสุขภาพและการใช้งาน จากมุมมองทางทันตกรรมที่มันเกี่ยวข้องกับการจัดหาเพียงพอเหมาะสม และสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพในช่องปากสำหรับคนที่จะให้ฟันของพวกเขาดีในวัยชรา เป็นความมุ่งมั่นดังกล่าวข้างต้นบางประเทศที่พัฒนาได้รับการยอมรับว่าจำเป็นที่จะต้องแจ้งให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญมาตรการเฉพาะเพื่อตอบสนองความต้องการของพวกเขาสุขภาพช่องปาก

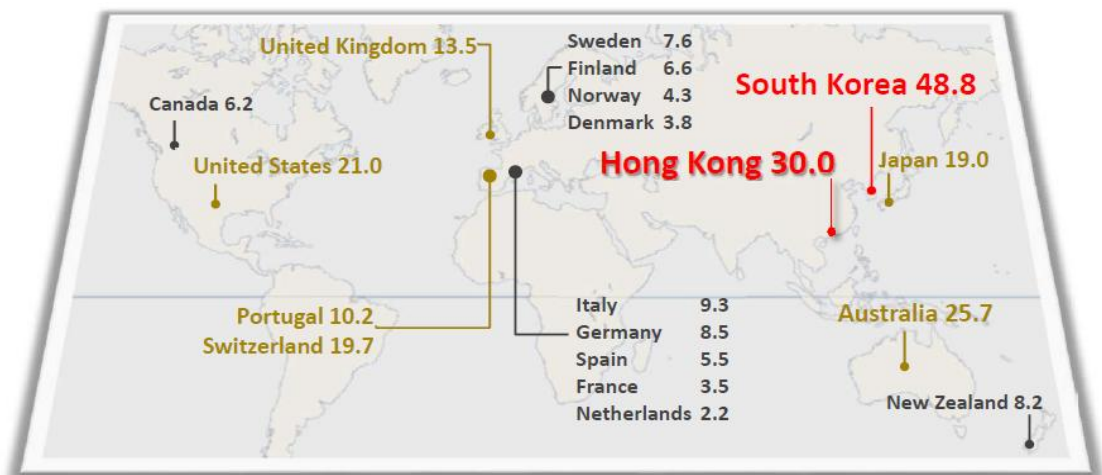
1. ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ฮ่องกงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ขณะนี้ผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปมีประมาณ 1.17 ล้านคน หรือหนึ่งในหกคนคือผู้สูงอายุ มีความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และโภชนาการที่ดีขึ้นใน

ปัจจุบันรุ่นของผู้สูงอายุสามารถคาดหวังที่จะมีชีวิตอยู่อีกต่อไป ในหมู่ผู้สูงอายุตอนนี้อายุ 65 ปี พบว่า ร้อยละ 60 มีการคาดการณ์ว่าจะมีชีวิตอยู่ที่อายุ 85 ปีขึ้นไปและ ร้อยละ 40 มีอายุถึง 90 ปี

1.2 ประชากรสูงอายุที่มีอายุยาวนานทำให้เกิดความท้าทายมากมายสังคมผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางการเงินมากที่สุดในสังคมและในปีพ.ศ. 2515 มีผู้สูงอายุ 308,500 คนที่ ยากจนด้วยอัตราความยากจน 30.1 % อัตราความยากจนนี้สูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ รวมทั้งมากกว่า เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของอัตราความยากจนโดยรวม 14.3% อัตราความยากจนในวัยสูงอายุของฮ่องกงอยู่ที่เป็นหนึ่งในประเทศที่มีการพัฒนามากที่สุด ในปี 2014 สูงกว่านี้ของประเทศสมาชิก ทั้งหมด 35 ประเทศขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา ("OECD") ยกเว้น เกาหลีใต้

แผนภาพที่ 2-6 อัตราความยากจนในกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศ OECD ที่เลือก 2014 หรือปีที่ใกล้เคียงที่สุด



ที่มา: Research Brief Issue No. 2, 2016 – 2017. หน้า 2.

1.3 ผู้สูงอายุที่ยากจนไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานได้หลายประการรวมถึงบริการดูแลสุขภาพ ในฮ่องกงระบบการดูแลสุขภาพของรัฐมิให้บริการทางการแพทย์ครบวงจรในราคาที่ต่ำมากในขณะที่บริการด้านทันตกรรมให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป เป็นส่วนใหญ่นำเสนอโดยภาคเอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชน ("NGOs") เป็นที่สังเกตว่าในขณะที่อายุที่เพิ่มมากขึ้นได้ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีความเสี่ยงสูงต่อปัญหาสุขภาพช่องปากมีค่าต่ำสุด อัตราการใช้บริการทันตกรรมในทุกกลุ่มอายุที่สำรวจโดยการสำรวจสำมะโนประชากรและสถิติ กรม ("C & SD") ในปี 2014 การศึกษาวิจัยนี้บทสรุปบริการด้านทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในฮ่องกงและแนะนำมาตรการต่างๆโดยประเทศที่พัฒนาแล้วที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพช่องปากในหมู่พวกเขาประชากรสูงอายุ

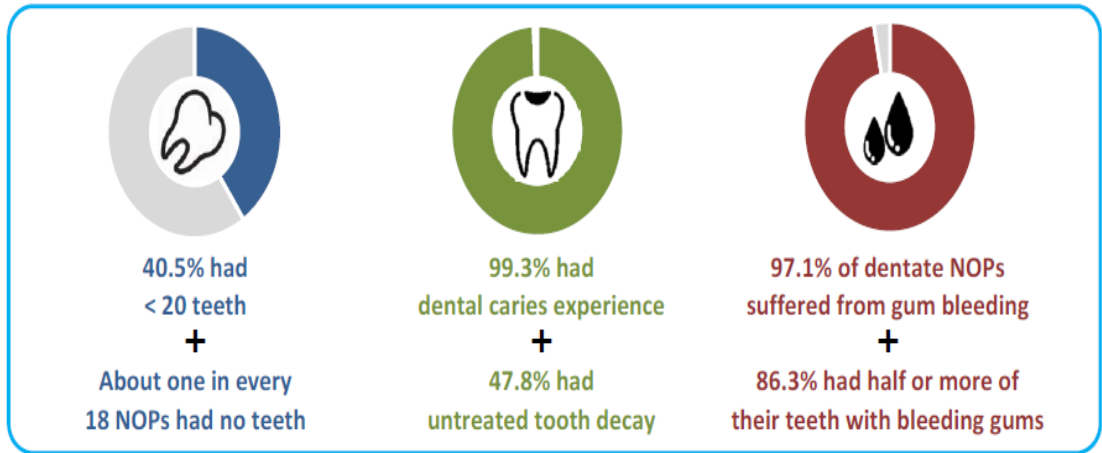
2. ภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในฮ่องกง

2.1 สุขภาพช่องปากที่ดีเป็นสิ่งสำคัญต่อสุขภาพโดยรวมของคน ๆ หนึ่งและคุณภาพชีวิตฟันที่แข็งแรงช่วยในการย่อยอาหารซึ่งรวมกับอาหารที่สมดุลก่อให้เกิดโภชนาการที่ดี การสูญเสียฟันอาจจำกัดความสามารถในการกัดและเคี้ยวและ จำกัดการเลือกอาหาร ฟันที่แข็งแรงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพูด การสูญเสียฟันอย่างรุนแรงจะทำให้เกิดปัญหาในการซื้อต่อและการออกเสียงซึ่งจะลดความสามารถในการสื่อสารของบุคคล สะท้อนความสำคัญของการใช้ฟันฟันหน้าที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายไว้สุขภาพช่องปากเช่นการเก็บรักษาฟันธรรมชาติอย่างน้อย 20 ซึ่งตลอดชีวิตผู้ใหญ่องค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้มักเป็นหน่วยงานบริการสังคมหน่วยงานด้านสวัสดิการกลุ่มศาสนาและสหภาพแรงงาน พวกเขาได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาลเกือบจะไม่มีและมีหน้าที่ในการกู้คืนค่าใช้จ่ายของตัวเองดู Chu, et al. (2013)

2.2 โรคช่องปากมักจะเพิ่มมากขึ้นและเรื้อรัง อายุที่เพิ่มขึ้นมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมความเสี่ยงของโรคในช่องปากและช่องปากที่ไม่ดีสุขภาพได้รับการเห็นได้ชัดโดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมู่ผู้สูงอายุในแง่ของการสูญเสียฟันทันตกรรมโรคฟันผุและโรคปริทันต์ ในปี 2554 กรมอนามัยได้ดำเนินการสำรวจสุขภาพช่องปากครั้งที่ 2 ("OHS") เป็นเวลา 10 ปีหลังจากที่การสำรวจครั้งแรกในปี 2544 เพื่อติดตามสถานะสุขภาพช่องปากของกลุ่มเฉพาะและประเมินพฤติกรรมสุขภาพช่องปากของพวกเขาและนิสัยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนอายุ 65-74 ปี (เรียกว่า "non-institutionalized older persons" หรือ "NOPs" ใน OHS) ยังคงประสบจากปัญหาทางทันตกรรมหลักของการสูญเสียฟันฟันผุและประสบการณ์โรคปริทันต์เมื่อเทียบกับเมื่อ 10 ปีก่อน

2.3 ตาม OHS 2011 สัดส่วนของ NOPs ฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซึ่งระดับ 40.5% (รูปที่ 2) ประมาณหนึ่งในทุกๆ 18 NOPs ไม่มีฟันเลย นอกจากนี้เกือบทั้งหมด NOPs มีประสบการณ์ฟันผุ (99.3%) และประมาณครึ่งหนึ่ง (47.8%) มีฟันที่ไม่ได้รับการรักษาสุขภาพเหงือกมีความเค็ม 97.1% ของฟัน NOPs ฟัน) ได้รับความเค็ดร้อนจากการมีเลือดออกจากเหงือกและ 86.3% มีฟันครึ่งหรือมากกว่านั้นด้วยมีเลือดออกที่เหงือก ความชุกของโรคทางทันตกรรมในกลุ่ม NOPs เกิดจากสิ่งอื่น ๆ การขาดการตรวจสุขภาพตามปกติและการละเลยในการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติในช่องปาก

แผนภาพที่ 2-7 ภาวะสุขภาพช่องปากของ NOPs, 2011



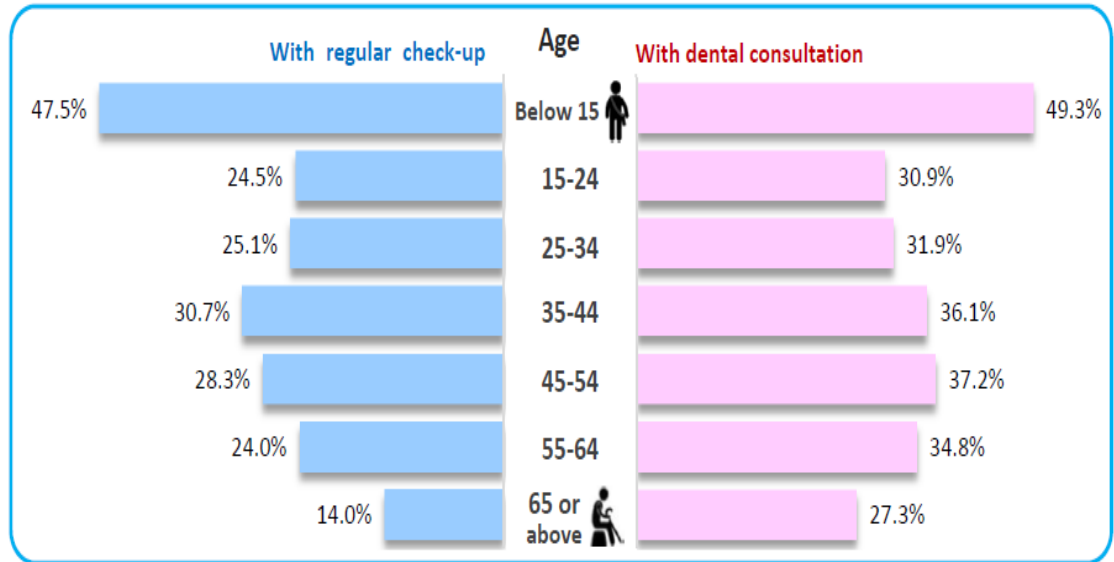
ที่มา: Research Brief Issue No. 2, 2016 – 2017. หน้า 3.

2.4 ตามคำแนะนำของกรมสุขภาพ ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนเข้ารับการตรวจฟันเป็นประจำเพื่อรักษาสุขภาพช่องปากที่ดี นี่คือการอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานของการรักษาป้องกันและแก้ปัญหา ก่อนหน้านี้การดำเนินการของโรครุนแรงจึงส่งผลให้ค่ารักษาราคาแพงและซับซ้อนมากขึ้นจำเป็นต้องใช้ ตาม 2011 OHS เพียง 22% ของ NOPs มีฟันประจำพฤติกรรมตรวจสุขภาพ อุปสรรคสำคัญสำหรับ NOPs ในการแสวงหาความสนใจทางทันตกรรมก่อนหน้านี้เนื่องจากต้นทุนการรักษาสูงและไม่อาจคาดการณ์ได้

2.5 ในทำนองเดียวกันน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของ NOPs สำรองโดย 2011 OHS การเข้ารับการดูแลทางทันตกรรมเมื่อมีอาการทางปาก แม้จะมีอาการรุนแรงปวดฟันที่รบกวนการนอนหลับมีเพียงประมาณ 40% ไปพบทันตแพทย์ สำหรับ NOP เหล่านี้ที่มีอาการไม่สบายเช่นลมหายใจที่ไม่ดีและเหงือกมีเลือดออกสัดส่วนผู้ที่เข้ารับการดูแลทันตกรรมอยู่ในระดับต่ำสุดที่ 0.8% และ 4.3% ตาม ลำดับส่วนใหญ่ของ NOPs ที่ได้รับผลกระทบกล่าวว่าพวกเขาตระหนักถึงต้องไปพบทันตแพทย์ แต่พบปัญหาอุปสรรคบางอย่าง อุปสรรคหลักเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่เอื้ออำนวย และไม่เต็มใจที่จะใช้จ่ายเงินในการดูแลทันตกรรม

2.6 ปัญหาการใช้บริการทันตกรรมต่ำของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ตามการสำรวจความคิดเห็นในครอบครัวที่ดำเนินการโดย C & SD ในปี 2014 อัตราการตรวจฟันเป็นประจำต่ำสุดที่คนอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ 14.0% ในทุกกลุ่มอายุที่สำรวจ (แผนภาพที่ 2-8) กลุ่มอายุนี้มีอัตราการให้คำปรึกษาด้านทันตกรรมต่ำสุด 27.3% ในปี 2014

แผนภาพที่ 2-8 อัตราการตรวจสุขภาพประจำตัวและการให้คำปรึกษาทางทันตกรรมตามอายุกลุ่ม
2014

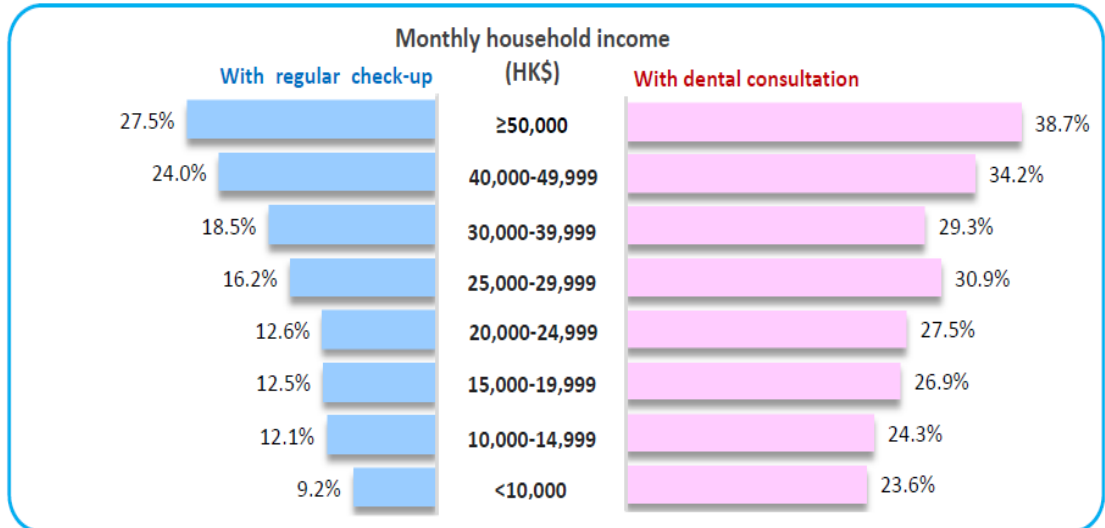


ที่มา: Research Brief Issue No. 2, 2016 – 2017. หน้า 4.

3 ระบบการดูแลทันตกรรมในฮ่องกง

3.1 ผู้สูงอายุในฮ่องกงมักมีแนวโน้มที่จะดำงมากแสวงหาบริการทันตกรรมแม้ว่าจะมีความชุกของช่องปากที่เกี่ยวข้องกับอายุการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้พวกเขามีความเสี่ยงต่อโรคทางทันตกรรม นี้ควรจะเป็น โดยเฉพาะกรณีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ยากจนเป็นแบบสำรวจของ C & SD ปี 2014 พบว่า รายได้ที่ลดลงมีความ สัมพันธ์กับการใช้บริการด้านทันตกรรมที่น้อยลง (แผนภาพที่ 2-9) แนวโน้มดังกล่าวน่าจะเป็นผลมาจากกระแสสถานการณ์ที่บริการด้านทันตกรรมแก่ประชาชนทั่วไปโดย NGOs และภาคเอกชนที่มีราคาแพงกว่า

แผนภาพที่ 2-9 อัตราผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปที่มีการตรวจสุขภาพประจำตัวและทันตกรรมการให้คำปรึกษาโดยรายได้ต่อเดือนของครอบครัวปี 2014



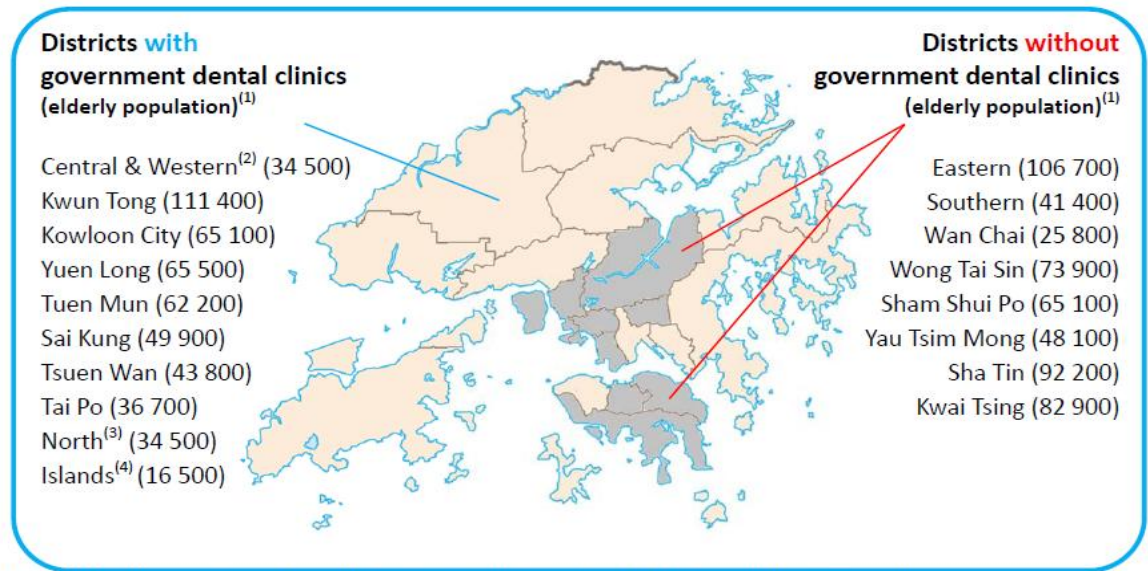
ที่มา: Research Brief Issue No. 2, 2016 – 2017. หน้า 5.

3.2 ตามนโยบายของรัฐบาลในการดูแลทันตกรรมคือการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี และเหมาะสม การปรับทัศนคติเพื่อส่งเสริมการศึกษาและการป้องกัน ที่รัฐบาลได้ทำไว้การดูแลสุขภาพช่องปากขั้นพื้นฐานและการป้องกัน โดยเฉพาะกับนักเรียนระดับประถมศึกษาผ่านทางโปรแกรมบริการการดูแลทันตกรรมของโรงเรียน โดย รัฐบาลเน้นความพยายามในการให้บริการทันตกรรมฉุกเฉินสำหรับสาธารณะ

3.3 สำหรับผู้ที่มีปัญหาทางทันตกรรมรัฐบาลให้บริการฟรีบริการทันตกรรมฉุกเฉินผ่านการประชุมที่กำหนดไว้ในรัฐบาลที่ได้รับการแต่งตั้งคลินิกทันตกรรมของกรมอนามัย บริการนี้ครอบคลุมเฉพาะการรักษาทันตกรรมเฉียบพลัน โรค ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด การรักษาฟันในช่องปากและการสกัดฟัน หลังจากการรักษาฉุกเฉินแล้วผู้ป่วยจะต้องไปหาการรักษาต่อเนื่องจากทันตแพทย์เอกชน

3.4 ปัจจุบันรัฐบาลให้ผู้ป่วยนอกที่มีข้อ จำกัด ดังกล่าวข้างต้นบริการทันตกรรมฉุกเฉินใน 11 คลินิกทันตกรรมของรัฐบาลประกอบด้วย เกาะฮ่องกง หนึ่งแห่ง เกาะเกาลูนสองแห่ง และเขตพื้นที่ใหม่ 8 แห่ง (แผนภาพที่ 2-10) เขตที่มีประชากรหนาแน่นจำนวนมากได้รับการยกเว้นรวมทั้ง Sha Tin, Eastern, Wong Tai Sin, Kwai Tsing และ Sham Shui Po เป็นผลให้ผู้ป่วยบางรายอาจมี เดินทางข้ามเขตบริการทันตกรรมฉุกเฉิน

แผนภาพที่ 2-10 ประชากรสูงอายุที่ให้บริการโดยคลินิกทันตกรรมของรัฐบาลกับพื้นที่สาธารณะ



หมายเหตุ: (1) ตัวเลขหมายถึงประชากรสูงอายุที่ไม่ใช่สถาบันที่อาศัยอยู่ในฮ่องกง

(2) คลินิกทันตกรรมกับ GP Session สำหรับเขตเซ็นทรัลและ Western District ตั้งอยู่ที่ Kennedy Town

(3) คลินิกทันตกรรมที่มี GP Session สำหรับ North District ตั้งอยู่ที่ Fanling

(4) คลินิกทันตกรรมกับ GP ในเขตเกาะมีที่ Tai O และ Cheung Chau ตามลำดับ

ที่มา: Research Brief Issue No. 2, 2016 – 2017. หน้า 6.

3.5 การจัดการบริการคลินิกทันตกรรมของรัฐบาลทั้ง 11 แห่งทั่วโลกอาจสะท้อนถึงการขาดมาตรฐานการวางแผนและหลักเกณฑ์สำหรับบริการ สิ่งอำนวยความสะดวกด้านทันตกรรมตามมาตรฐานและแนวทางการวางแผนของฮ่องกง ("HKPSG") ปัจจุบัน HKPSG กำหนดมาตรฐานการให้บริการเฉพาะสำหรับสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ตัวอย่างเช่นจะกำหนดจุดมุ่งหมายของการให้ 5.5 เตียง (รวมทั้งเตียงโรงพยาบาลทุกประเภททั้งในภาครัฐและเอกชน) ต่อ 1 000 คนเพื่อวัตถุประสงค์ในการวางแผนระยะยาว

3.6 ชั่วโมงบริการของคลินิกทันตกรรมของรัฐบาลทั้ง 11 แห่งแตกต่างกันไป แต่ส่วนใหญ่แล้วมีเพียง 1 ถึง 2 แห่งที่เปิดให้บริการ GP ครึ่งวันต่อสัปดาห์ (แผนภาพที่ 2-11) หากคนมีรอบ GP ครึ่งวันต่อสัปดาห์และสี่แห่ง GP ครึ่งวันครึ่งต่อสัปดาห์ สำหรับรัฐบาลคลินิกทันตกรรมที่ Tai O และ Cheung Chau แต่ละคนมีช่วงเวลา GP ครึ่งวันต่อหนึ่งเดือน เกี่ยวกับความสามารถในการให้บริการโควต้าสูงสุดสำหรับคลินิกทันตกรรมแต่ละแห่งของรัฐบาลจำนวน 11 แห่งที่มี GP

ช่วงเวลาการให้บริการยังคงไม่เปลี่ยนแปลงในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาโดยมีดิสก์ไม่เกิน 100 แผ่นต่อช่วงเวลา

แผนภาพที่ 2-11 ชั่วโมงบริการรายสัปดาห์และโควต้าสูงสุดสำหรับแต่ละสาขาระยะชั้น 2016

Service hours	Hong Kong Island				Kowloon					New Territories									
	Central and Western	Eastern	Southern	Wan Chai	Kowloon City	Kwun Tong	Sham Shui Po	Wong Tai Sin	Yau Tsim Mong	North	Sai Kung	Tai Po	Tsuen Wan	Tuen Mun	Yuen Long	Kwai Tsing	Sha Tin	Islands	
Sun am																			
Sun pm																			
Mon am	84				84														
Mon pm																			
Tue am										50			84		42				
Tue pm																			
Wed am						84								42					
Wed pm																			
Thur am					42							42						32 ⁽¹⁾	
Thur pm										42								32 ⁽¹⁾	
Fri am	84												84		42				
Fri pm																			
Sat am																			
Sat pm																			

หมายเหตุ: (1) ไม่เหมือนกับคลินิกทันตกรรมของรัฐบาลอื่น ๆ ที่มีการประชุม GP, คลินิก Tai O จะเปิดทำการในวันพฤหัสบดีที่สองของเดือนที่มีโควต้า 32 และหนึ่งใน Cheung Chau ทำงานในวันศุกร์แรกของแต่ละเดือนด้วยโควต้า

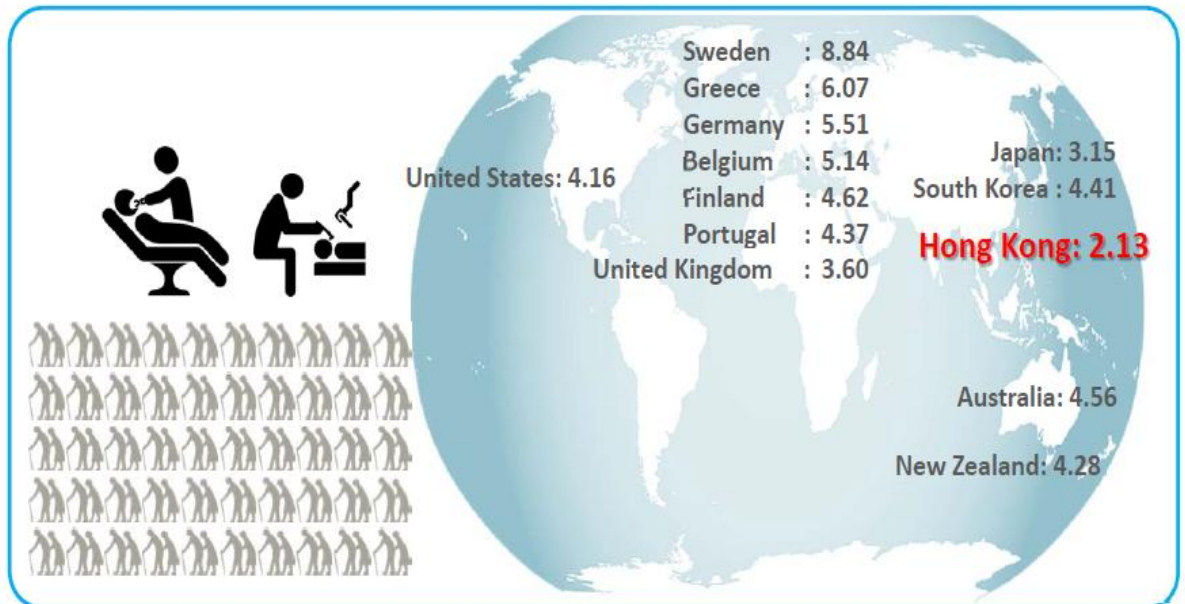
ที่มา: Research Brief Issue No. 2, 2016 – 2017. หน้า 7.

3.7 ชั่วโมงการให้บริการและโควตาคนที่เพียง 35 200 คนใช้บริการทันตกรรมสาธารณะในปี 2014-2015 และครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไปมีการเรียกร้องให้รัฐบาลขยายขอบเขตที่มีอยู่บริการทันตกรรมสาธารณะเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ กำลังคนเป็นปัญหาเมื่อพิจารณาขอบเขตของบริการทางทันตกรรมที่จะจัดให้แก่สาธารณชน แท้จริงจำนวนของทันตแพทย์จดทะเบียนเพิ่มขึ้นเพียง 20.5% จาก 1 976 ในปี 2006 เป็น 2 382 ในปี 2015,ซึ่งต่ำกว่าการเติบโตของประชากรสูงอายุ 32.9% จาก 865,000 รายเป็น 1.15 ล้านบาทในช่วงดังกล่าว

3.8 ประเภทของบริการดูแลสุขภาพใด ๆ ที่มีจำนวนเพียงพอของผู้ให้บริการเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความมั่นใจว่าประชากรสามารถเข้าถึงการดูแลที่พวกเขาต้องการ ได้รับการศึกษาของ OECD แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนทันตแพทย์ที่มีต่อประชากรสูงกว่ามีการปรึกษาหารือด้านทัน

ตกรรรมเป็นจำนวนมากอย่างไรก็ตามฮ่องกงมีค่าต่ำสุด 2.13 พันตแพทย์ต่อ 1 000 คนอายุ 65 ขึ้นไป ในปี 2014 อัตราส่วนดังกล่าวล้าหลังในหลายประเทศ OECD อื่น ๆ

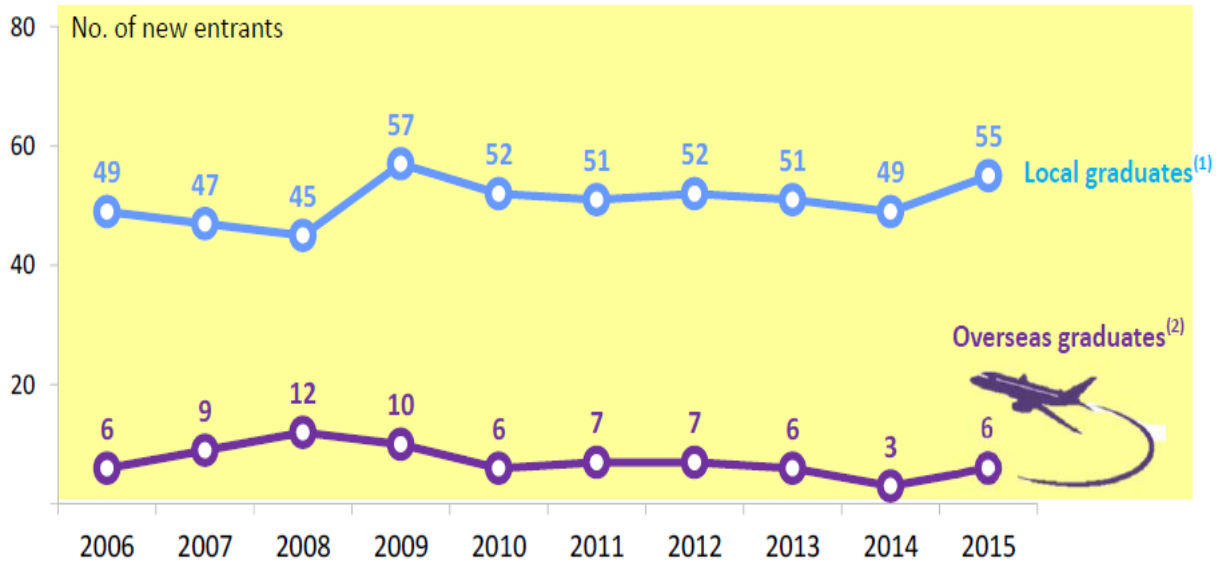
แผนภาพที่ 2-12 จำนวนทันตแพทย์ต่อผู้สูงอายุ 1 000 คนในประเทศ OECD ที่ได้รับคัดเลือก 2014



ที่มา: Research Brief Issue No. 2, 2016 – 2017. หน้า 8.

3.9 ปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์สะท้อนให้เห็นถึงจำนวนผู้เข้าใหม่ ทุกปี มีบัณฑิตทันตแพทย์ในท้องถิ่นจำนวนประมาณ 50 คนต่อคนปีในช่วงสิบปีที่ผ่านมาและจำนวนผู้สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศที่ผ่านการสอบวัดระดับปริญญาตรีในแต่ละปีมีค่าน้อยกว่า 10 ตลอดระยะเวลาส่วนใหญ่ (แผนภาพที่ 2-13) จนกระทั่งเมื่อเร็ว ๆ นี้รัฐบาลได้เพิ่มขึ้นเป็นประจำทุกปีสถานศึกษาในระดับปริญญาทางด้านสาธารณสุขประโยชน์ในสาขาทันตกรรมตั้งแต่ 20 ถึง 73 สำหรับแต่ละปีการศึกษา 2016-2017 วัฏจักรการระดมทุนของมหาวิทยาลัย 2018-2019 อย่างไรก็ตามจะใช้เวลาหกปีในการฝึกอบรมทันตแพทย์และฮ่องกงต้องรอจนถึงปี 2022-2023 สำหรับกลุ่มแรกภายใต้โปรแกรมทันตแพทยศาสตร์ที่เพิ่งขยายตัวเพื่อการศึกษาของพวกเขา

แผนภาพที่ 2-13 ผู้เข้าร่วมโครงการใหม่เข้าร่วมกับพนักงานของทันตแพทย์



หมายเหตุ: (1) ตัวเลขหมายถึงจำนวนบัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาทันตกรรมที่ได้รับรางวัลจากมหาวิทยาลัยฮ่องกง.

(2) ตัวเลขหมายถึงจำนวนผู้ที่มีวุฒิการศึกษาทางทันตกรรมหรือทันตแพทยศาสตร์ที่ขอมรื้บได้คณะทันตแพทยศาสตร์แห่งฮ่องกงและได้ผ่านการตรวจสอบการออกใบอนุญาตที่ดำเนินการโดยสภา

ที่มา: Research Brief Issue No. 2, 2016 – 2017. หน้า 9.

4. การสนับสนุนทางการเงินของรัฐบาลสำหรับผู้สูงอายุ

4.1 เนื่องจากรัฐบาลให้บริการเฉพาะทันตแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้นบริการผู้สูงอายุที่ต้องการการรักษาทางทันตกรรมและการรักษาอื่น ๆ จะต้องปรึกษาทันตแพทย์เอกชน หรือคลินิกทันตกรรมที่ดำเนินการโดยองค์กรพัฒนาเอกชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการเงินโครงการความช่วยเหลือด้านประกันสังคมที่ครอบคลุม ("CSSA" Scheme) ให้ทุนอุดหนุนทางทันตกรรมสำหรับผู้รับที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงหรือจำนวนเงินที่กำหนดโดยกรมสวัสดิการ สังคมแล้วแต่จำนวนใดจะน้อยกว่า ในปี 2015-2016 จำนวนการเรียกร้องทั้งหมด 8,617 รายได้รับการอนุมัติและจำนวนเงินที่อ้างถึงเฉลี่ยอยู่ที่ 6,222 เหรียญฮ่องกง


4.2 ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา Community Care Fund ได้เปิดตัว Elderly Dental โครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ผู้รับประโยชน์แต่ละคนมีสิทธิสูงสุด

ตลอดอายุการใช้งานเงินอุดหนุนจาก HK \$ 14,390 เพื่อรับฟันปลอมและการรักษาทางทันตกรรมอื่น ๆ จากส่วนตัวและคลินิก NGO

4.3 รัฐบาลได้เปิดตัวบัตรกำนัลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโครงการเพื่ออุดหนุนผู้สูงอายุทั้งหมดที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปเพื่อใช้บริการดูแลผู้ป่วยปฐมภูมิภาคเอกชนรวมทั้งบริการทันตกรรม ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมาะสมที่ได้รับ CSSA หรือ OALA ก็มีสิทธิได้รับบัตรกำนัลประจำปีสำหรับแต่ละสิทธิ์ผู้สูงอายุคือ 2,000 เหรียญฮ่องกงและสามารถนำบัตรกำนัลที่ไม่สามารถนำไปใช้ได้และซึ่งสะสมโดยผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติครบถ้วนโดยมีวงเงินสูงสุดถึง HK \$ 4,000

4.4 การรักษาด้วยทันตกรรมของทันตแพทย์เอกชนอาจมีราคาแพงมากในฮ่องกง ตัวอย่างเช่นค่าธรรมเนียมการตรวจสอบ / ปรีกษาหรือโดยจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลโรงพยาบาล Prince Philip Dental Hospital มีมูลค่าตั้งแต่ HK \$ 600 ถึง HK \$ 2,500 (แผนภาพที่ 2-14)บริการอื่น ๆ เช่นการรักษาคลองรากฟันเทียมและฟันปลอมอาจมีราคาแพงตั้งแต่หลักพันจนถึงหลักหมื่นดอลลาร์ ในการเชื่อมต่อนี้จำนวนของเงินอุดหนุนที่ได้รับจากผู้สูงอายุภายใต้โครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุและโครงการประกันสุขภาพผู้สูงอายุอาจไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมระดับสูงค่าทันตกรรมเอกชน สำหรับโครงการประกันสุขภาพผู้สูงอายุผู้สูงอายุบางรายจำเป็นต้องบันทึกบัตรกำนัลเพื่อหาบริการทางการแพทย์เช่นกัน

แผนภาพที่ 2-14 ค่ารักษาทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยที่เสียค่าใช้จ่ายส่วนตัวใน Prince Philip โรงพยาบาลทันตกรรม, 2016

Selected treatment items 	Price range (HK\$)
Review	350 - 2,000
Examination/consultation	600 - 2,500
Simple extraction	700 - 2,000
Restoration	900 - 3,000
Non-surgical periodontal therapy (per quadrant)	3,000 - 8,000
Periodontal surgery	5,200 - 10,000
Root canal therapy (per tooth)	6,600 - 25,000
Root canal retreatment	8,000 - 30,000
Removable partial denture	8,000 - 30,000
Removable complete denture	15,000 - 30,000
Surgical placement of dental implant (per fixture)	17,600 - 35,000

ที่มา: Research Brief Issue No. 2, 2016 – 2017. หน้า 10.

5 นโยบายด้านสุขภาพทันตกรรมในประเทศที่เลือก

5.1 การประสบความสำเร็จในผู้สูงอายุอาจถือได้ว่ามีความหมายเหมือนกันกับสุขภาพและชีวิตที่ใช้งาน ในขณะที่การดูแลทันตกรรมเป็นเพียงแง่มุมเดียวในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเท่านั้นอาจมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพทั่วไปและคุณภาพชีวิตจากทันตแพทย์ อายุที่ประสบความสำเร็จจึงเกี่ยวข้องกับการให้เพียงพอ การดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม และสามารถเข้าถึงบริการ ได้สำหรับการมีสุขภาพฟันที่ดีเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ประเทศที่พัฒนาแล้วบางประเทศมียอมรับความจำเป็นในการระบุผู้สูงอายุเป็นกลุ่มลำดับความสำคัญที่มีเฉพาะมาตรการเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพช่องปาก มาตรการเฉพาะเหล่านี้คือเน้นดังนี้

แผนภาพที่ 2-15 บริการดูแลทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้ว

Japan	Australia	Singapore	Taiwan
<p>National plan</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promotion of the "8020 Movement" since 1989 to help Japanese people keep 20 or more natural teeth at the age of 80. ✓ Implementation of the "Healthy Japan 21 (second term)" in 2013 as a 10-year national plan with concrete oral health objectives for different stages of life. <p>Elderly as a priority group</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ On the "8020 Movement", the Ministry of Health, Labour and Welfare ("MHLW") has subsidized local governments to conduct periodontal screening for adults aged 40, 50, 60 and 70. ✓ "Healthy Japan 21 (second term)" sets out the targets of increasing the percentages of 80 years old with over 20 teeth remaining and 60 years old with good mastication, as well as lowering the percentage of 60 years old with periodontal disease. MHLW conducts a national survey every six years to examine the oral health status of specific age groups. ✓ Local governments have legislated on their own dental health laws to promote the "8020 Movement" at the community level. 			

ที่มา: Research Brief Issue No. 2, 2016 – 2017. หน้า 11.

แผนภาพที่ 2-15 บริการดูแลทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้ว (ต่อ)

Japan	Australia	Singapore	Taiwan
<p>National plan</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Implementation of the National Oral Health Plan 2015-2024 as a national framework to guide action on the promotion of oral health in the country. Specifically, the plan addresses the dental health needs of the elderly and recognizes them as a priority population. <p>Elderly as a priority group</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ The National Oral Health Plan 2015-2024 aims to increase the number of the elderly who are retaining their natural teeth and by 2021 only 3% of the population will have complete tooth loss. ✓ The plan also sets out guidelines on the access of the elderly to dental services, such as making provision for them to receive an oral health check-up and preventively-focused oral health care at least every two years. 			

Japan	Australia	Singapore	Taiwan
<p>Elderly as priority group</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Opening of the first government dental clinic specifically catering to the elderly and patients with special needs in June 2016. The second one is expected to come on stream in 2018. These two dental clinics are designed with age-friendly design features, including a wheelchair tilting system which allows the dentists to treat the patients in their wheelchairs. ✓ Introduction of the Community Health Assist Scheme to provide all Pioneer Generation Card holders (i.e. Singapore citizens aged 65 or above in 2014) with selected subsidized dental treatments, ranging from polishing and scaling (up to two polishing and scaling per calendar year) to dentures (up to one upper and one lower denture per three calendar years). The amount of subsidy varies from S\$30.5 (HK\$172) per simple dental service to S\$266.5 (HK\$1,503) per complex procedure. ✓ Provision of Medisave top-ups (S\$200 (HK\$1,128)–S\$800 (HK\$4,512)) to all Pioneer Generation Card holders annually for life. Medisave is a national health care savings schemes and the savings can be used in dental institutions approved by the Ministry of Health. 			

แผนภาพที่ 2-15 บริการดูแลทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้ว (ต่อ)

Japan	Australia	Singapore	Taiwan
<p>Oral health promotion law</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promulgation of the Oral Health Act in 2003 for the promotion of oral health in Taiwan. Article 8 specifically requires municipality, county, and city governments to strengthen the measures catering to the oral health of the elderly. <p>Elderly as a priority group</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ People in Tainan, Kaohsiung, Taoyuan and Taichung aged 65 or above receive a non-means-tested denture subsidy of up to NT\$40,000 (HK\$10,040). 			

ที่มา: Research Brief Issue No. 2, 2016 – 2017. หน้า 13.

วิพากษ์แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2561-2565

แผนยุทธศาสตร์ฉบับร่างได้ทำการวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาและกำหนดเป็นประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมการลดผลกระทบจากปัญหาทางสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ อาทิ การพัฒนาสถานพยาบาล/ด่านควบคุมโรค การเพิ่มประสิทธิภาพระบบป้องกัน/ควบคุมโรค การพัฒนาระบบประกันสุขภาพประชากรต่างด้าว และการปรับโครงสร้างการบริหารจัดการด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม มีข้อคิดเห็นในภาพรวม ดังนี้

ยุทธศาสตร์มุ่งเน้นแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ซึ่งเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพเท่านั้น จึงควรให้ความสำคัญเพิ่มเติมกับการสร้างเสริมสุขภาพที่มีรูปแบบสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษรวมถึงการคำนึง ถึงการสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อการมีสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

การกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องในแต่ละยุทธศาสตร์ ซึ่งมีทั้งภาครัฐสังกัด สธ.และนอก สธ.อปท.มูลนิธิ และภาคเอกชน ยังขาดการระบุถึงหน่วยงานที่จะเป็นเจ้าภาพหลักในการทำหน้าที่บูรณาการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าว จึงควรมีการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย

(Stakeholder Analysis) เพื่อนำไปสู่การระบุบทบาทของแต่ละภาคส่วนที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจน โดยให้มีการดำเนินงานในลักษณะกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process: PHPPP)

แผนยุทธศาสตร์ฯ ได้ระบุให้จัดตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขฯ เพื่อกำกับ/ติดตามผล และกำหนดตัวชี้วัด แต่ตัวชี้วัดยังเป็นเชิงผลผลิต อาทิ ร้อยละสถานบริการ/ด่านควบคุมโรคได้รับการพัฒนา จึงควรกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน อาทิ อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อ/โรคจากการประกอบอาชีพที่สำคัญลดลง นอกจากนี้ควรกำหนดให้ชุมชนเข้ามีส่วนร่วมในกลไกการกำกับ/ติดตามประเมินผล ซึ่งจะมีบทบาทสำคัญในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพโดยชุมชน (Community Health Impact Assessment: CHIA)

ประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ของแผนฯ ยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการองค์ความรู้เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคส่วนต่างๆ ที่จะเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพในการเฝ้าระวังและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพเชิงรุกของ อปท.และ อสม. รวมทั้งการพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน

แนวคิดของผู้ทรงคุณวุฒิ

การพิจารณาของข้อมูลแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการซึ่งก็มีความเห็นตรงกันว่าเพื่อให้การแก้ไขปัญหาด้านทันตสาธารณสุขประสบความสำเร็จได้ผลที่พึงปรารถนาควรพิจารณาถึงสถานการณ์และปัญหาในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพบนพื้นฐานของคำจำกัดความแบบกว้างของคำว่าสุขภาพซึ่งครอบคลุมไปถึงสุขภาพพะทางกายภาพจิตใจและสังคมมิได้หมายความว่าถึงภาวะที่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น ดังนั้น มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาด้านทันตสาธารณสุขจึงไม่ควรถูกจำกัดอยู่เพียงมาตรการภายในระบบบริการสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของโครงการที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้การสนับสนุนซึ่งส่วนใหญ่พยายามเชื่อมโยงกิจกรรมในระบบสุขภาพเข้ากับกลไกด้านสังคมและการเมือง

1. ข้อมูลแสดงสถานการณ์และปัญหาด้านทันตสาธารณสุข ข้อมูลที่นำเสนอแสดงให้เห็นว่าการให้บริการด้านทันตสาธารณสุขในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น

1.1. กำลังคนลดลงมีการเคลื่อนย้ายของบุคลากรจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนและขาดความชัดเจนเรื่องทิศทางการผลิตและใช้เจ้าพนักงานทันตภิบาล

1.2. การปฏิบัติงานเน้นเชิงรับ ได้แก่ การให้บริการบำบัดรักษามากกว่าเชิงรุก ได้แก่ การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (อาจเป็นผลจากการดำเนิน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปฏิรูประบบราชการ)

1.3. ขาดการประสานงานผู้ใช้ทรัพยากรระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน

1.4. การปรับเปลี่ยนการจัดสรรประมาณไปในพื้นที่ซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการงานวิชาการและกำกับติดตามประเมินผล

1.5. ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงบริการที่จะให้ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมซึ่งเป็นผลการวิจัยที่ได้รับทุนจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) และแสดงให้เห็นว่าผู้มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 80 ไปใช้บริการทันตกรรมในภาคเอกชนในขณะที่สัดส่วนของบริการปฐมภูมิ (Primary care units, PCU) ที่ไม่มีบริการทันตสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากไม่มีบุคลากรไปให้บริการ ส่วนหนึ่งเกิดจากข้อกำหนดของการรับรองมาตรฐานในโรงพยาบาล (Hospital Accreditation, HA) ต้องการให้ทันตแพทย์อยู่ประจำภายใน โรงพยาบาล นอกจากนี้ มีผู้ให้ความเห็นว่าในปัจจุบันข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของช่องปากการสำรวจของสำนักงานสถิติเป็นข้อมูลที่ต่ำกว่าความเป็นจริงอยู่มาก ควรระมัดระวังในการนำมาใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย นอกจากนี้ควรปรับปรุงวิธีตั้งคำถามรวมทั้งพัฒนาวิธีสำรวจและเก็บข้อมูลให้มีคุณภาพและความแม่นยำมากขึ้น ในส่วนของข้อมูลที่ควรมีไว้ประกอบการตัดสินใจเลือกใช้มาตรการที่เหมาะสมประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ

ขนาดของความจำเป็น (need) และความต้องการ (demand) ในการใช้บริการทันตสาธารณสุข

การผลิตบุคลากรได้ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างไร การเข้าถึงบริการดีขึ้นหรือไม่ อะไรเป็นอุปสรรคที่แท้จริงของการ เข้าถึงบริการ เช่น เทคโนโลยี งบประมาณ และการวางระบบ

ทิศทางของนโยบายด้านสุขภาพของประเทศเช่น นโยบายการเป็นศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพ (Medical hub) จะส่งผลกระทบอย่างไรต่อการให้บริการด้านทันตสาธารณสุขสำหรับคนไทย

2. การแก้ไขเชิงระบบ

ผู้เชี่ยวชาญได้อภิปรายในสองประเด็น ประเด็นแรก ได้แก่ บทบาทของภาคเอกชนในการจัดบริการด้านสาธารณสุข โดยเห็นว่า ในขณะที่หน่วยงานในภาครัฐมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรอีกทั้งปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้น ดังนั้น ควรให้

สถานพยาบาลหรือคลินิกของเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการให้บริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพช่องปากให้มากขึ้น อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ พบว่าทันตแพทย์ในภาคเอกชนไม่ให้ความสนใจที่จะทำงานด้านอื่น นอกเหนือจากการบำบัดรักษาโรคในบางกรณีมีปัญหาดิจิทัลที่ข้อยกกฎหมาย เช่น การที่ทันตแพทย์ในสถานบริการเอกชนไม่สามารถตรวจสุขภาพฟันของนักเรียนในโรงเรียนได้เนื่องจากกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลทั้งนี้ผู้รับผิดชอบอาจจะศึกษารูปแบบการทำสัญญา (contact) ที่โครงการประกันสุขภาพซึ่งบริการทันตสาธารณสุขสำหรับเด็กจากทันตแพทย์เอกชนซึ่งมีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนประเด็นที่ 2 ได้แก่ ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนซึ่งผู้เชี่ยวชาญ เสนอให้ผลักดันให้บุคลากรสาขาอื่น ได้แก่ กลุ่มที่เรียกว่า Paramedical personnel ให้ได้รับการยอมรับจากสภาวิชาชีพมากขึ้น ในการปฏิบัติงานบางประเภทแทนทันตแพทย์ (task shifting) โดยมีเหตุผลว่า ได้มีการผลิตทันตแพทย์มาเป็นเวลานานแต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ได้

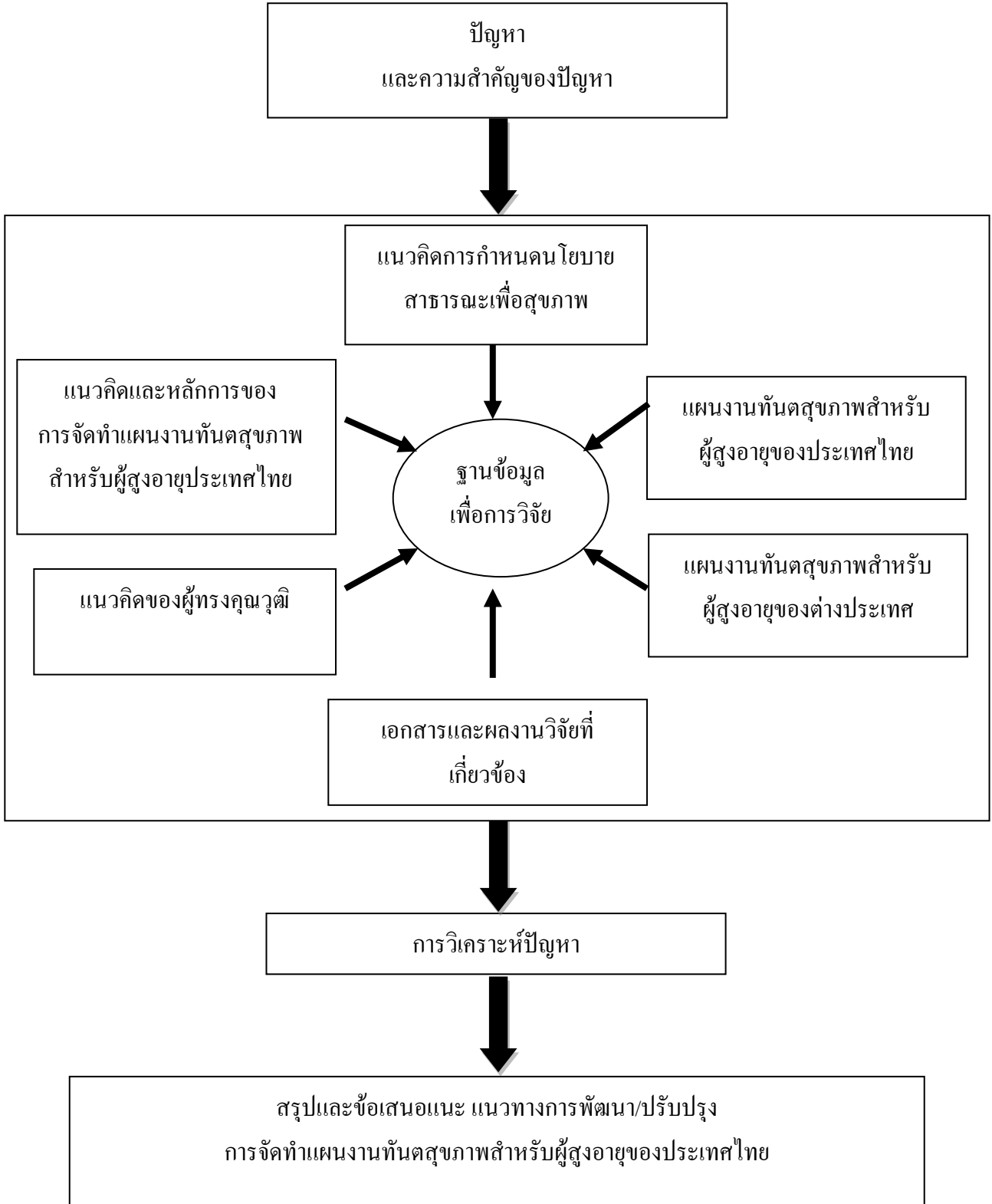
3. มาตรการที่เหมาะสมสำหรับแก้ไขปัญหาทันตสาธารณสุข

การทบทวนวรรณกรรม ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ ทำให้ทราบว่าแต่ละมาตรการมีประสิทธิผลและความคุ้มค่ามากมายเพียงใดนักวิจัยได้นำเสนอมาตรการที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ได้แก่ การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปา ทันตสุขศึกษาควบคู่กับมาตรการป้องกันอื่น ๆ นมฟลูออไรด์ และการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันด้วยสารเรซิน อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญคือทำอย่างไรจึงจะสามารถเคลื่อนไหวผลักดันทั้งด้านสังคมและการเมือง เพื่อให้เกิดการยอมรับมาตรการและการนำมาตรการนั้นๆ ไปสู่การปฏิบัติ ในบางกรณีจำเป็นต้องมีมาตรการทางกฎหมายและการบังคับใช้ให้ได้ผลอย่างจริงจัง ในขณะเดียวกันผู้เชี่ยวชาญหลายท่านมีความเห็นว่ามาตรการที่นำเสนอเกือบทั้งหมด เป็นมาตรการทางการแพทย์ซึ่งองค์การอนามัยโลกไม่แนะนำให้ทำการให้สุขศึกษาได้รับการพิสูจน์แล้วว่าไม่สามารถเปลี่ยนนิสัยของผู้บริโภค นอกจากนี้ บางมาตรการได้ถูกยกเลิกในต่างประเทศ เช่น การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปา ซึ่งอาจทำให้เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์จากการได้รับฟลูออไรด์เกินขนาด เป็นต้น หากพิจารณาสาเหตุของปัญหาด้านทันตสาธารณสุขจะเห็นได้ว่า ปัจจัยด้านสังคม (social determinants) เป็นสาเหตุหลัก กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมบริโภคสารอาหาร น้ำตาล แอลกอฮอล์ และยาสูบในสังคมที่เปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม เป็นเหตุให้ปัจจัยเสี่ยงเปลี่ยนแปลงไปด้วย ตัวอย่างเช่น การสูญเสียฟันในผู้ใหญ่มักเกิดจากการติดเชื้อและบุหรี่ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงกับโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases) โดยทั่วไป ดังนั้น มาตรการด้านสังคม (social interventions) น่าจะมีประสิทธิผลสูงที่สุด โดยต้องดำเนินมาตรการอย่างต่อเนื่อง กระจายอำนาจการตัดสินใจกำหนดมาตรการออกไปสู่ชุมชน สร้างเสริมศักยภาพของคนในชุมชนเพื่อระบ

ปัญหาและแก้ไขปัญหาร่วมกัน สร้างเครือข่ายกับผู้ที่ทำงานแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังอื่นๆ และไม่พึ่งพามูลการด้านสุขภาพ นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญเสนอว่า มาตรการในระดับประเทศที่ควรกำหนดขึ้นได้แก่การจำกัดเวลา สถานที่ และกลยุทธ์ของการโฆษณาสำหรับเด็ก รวมทั้งการห้ามการแจกแอมเพื่อส่งเสริมการจำหน่ายแนวทางการดำเนินการสำหรับอนาคต

เสนอแนะให้มีการสะท้อนปัญหาให้ชัดเจนสนับสนุนการลงทุนในการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกแบบองค์รวม และเป็นส่วนหนึ่งของโครงการปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขที่เน้นการส่งเสริมและการป้องกัน ทั้งนี้ควรจัดรูปแบบที่ชัดเจนสำหรับผู้กำหนดนโยบาย อย่างไรก็ตามคำถามสำคัญที่คงยังคงรอคำตอบอยู่ที่ก็คือ ทำอย่างไรจึงจะผลักดันให้มีการนำเอาข้อเสนอแนะที่ได้ ไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้จริง เริ่มตั้งแต่ การปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลยุทธ์และขั้นตอนในการปฏิรูป มีการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจน ไม่ว่าจะเป็น หน่วยงานราชการ สถาบันการศึกษา หรือองค์กรพัฒนาเอกชน ทรัพยากรที่ใช้ในการปฏิรูป เช่น เงินทุน บุคลากรด้านทันตสาธารณสุข องค์ความรู้ ทักษะในการบริหารจัดการ ภาวะผู้นำ

กรอบแนวคิดของการวิจัย



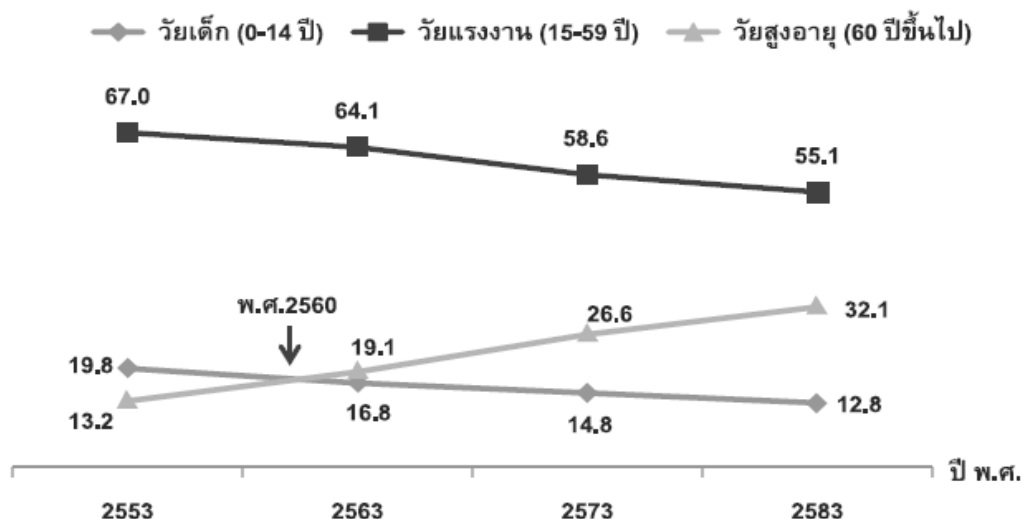
บทที่ 3

วิเคราะห์ปัญหาทัศนสุขภาพของคนไทย

แนวโน้มประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากร โครงสร้างทางอายุของประชากร แสดงด้วยสัดส่วนของประชากรในวัยต่างๆ เมื่อจำแนกประชากรออกเป็น กลุ่มอายุ 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ประชากรวัยเด็ก (อายุน้อยกว่า 15 ปี) วัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) และวัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จะเห็นได้ว่า ในระหว่างปี พ.ศ.2553 – พ.ศ.2583 สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก และวัยแรงงาน มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่สัดส่วนของประชากรสูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 13.2 ในพ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 32.1 ในพ.ศ.2583 และที่น่าสังเกต คือ ในปีพ.ศ.2560 จะเป็นปีที่คาดว่าสัดส่วนของประชากรวัยเด็กจะเท่ากับสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ (แผนภาพที่ 3.1) แผนภาพที่ 3.1 สัดส่วนประชากรวัยเด็ก วัยแรงงานและวัยสูงอายุ พ.ศ.2553 – พ.ศ.2583

แผนภาพที่ 3-1 แผนภูมิสัดส่วนประชากรวัยเด็ก วัยแรงงานและวัยสูงอายุ



ที่มา: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557. หน้า 16.

แผนภาพที่ 3-2 จำนวนและสัดส่วนของประชากรสูงอายุ

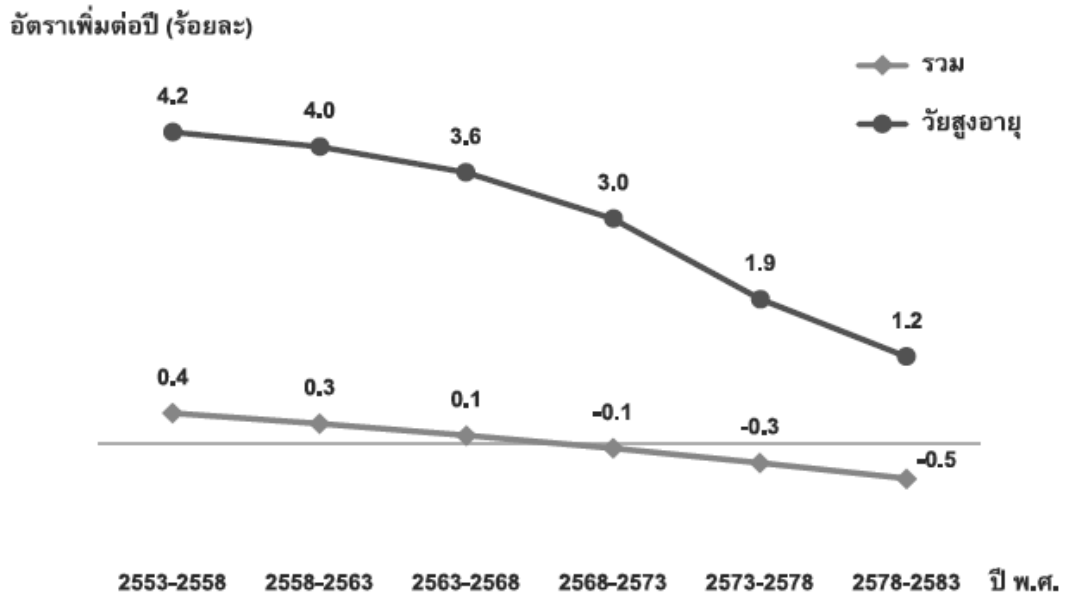
ปี พ.ศ.	2553		2563		2573		2583	
	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ
รวมผู้สูงอายุทั้งหมด	8,408.0	100.0	12,621.7	100.0	17,578.9	100.0	20,519.4	100.0
ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี)	4,629.7	55.1	7,255.6	57.5	9,260.4	52.7	8,958.5	43.7
ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี)	2,708.1	32.2	3,676.6	29.1	5,897.9	33.6	7,639.4	37.2
ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)	1,070.2	12.7	1,689.5	13.4	2,420.6	13.8	3,921.4	19.1
ผู้สูงอายุชาย	3,776.2	44.9	5,624.3	44.6	7,739.6	44.0	8,874.3	43.2
ผู้สูงอายุหญิง	4,631.7	55.1	6,997.4	55.4	9,839.4	56.0	11,645.1	56.8
ผู้สูงอายุในเขตเมือง	3,333.9	39.7	6,283.9	49.8	10,422.2	59.3	11,586.0	59.8
ผู้สูงอายุในเขตชนบท	5,074.1	60.3	6,337.8	50.2	7,156.8	40.7	7,774.6	40.2

ที่มา: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557. หน้า 17.

แผนภาพที่ 3-2 จากผลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553 – พ.ศ. 2583 พบว่า สัดส่วนของประชากรสูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนกล่าวคือสัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายจะเพิ่มจากประมาณร้อยละ 12.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุ ซึ่งการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุวัยปลายนี้ จะสะท้อนถึงการสูงอายุขึ้นของประชากรสูงอายุ และนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพเมื่อพิจารณาสัดส่วนเพศของประชากรสูงอายุ พบว่า ประชากรสูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนร้อยละ 55.1 ในปี 2553 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.8 ในปี 2583 โดยเฉพาะประชากรสูงอายุวัยปลายเพศหญิงมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากร้อยละ 13.9 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 21.3 ในปี 2583 เนื่องจากเพศหญิงจะมีอายุยืนยาวกว่าเพศชายสำหรับแนวโน้มประชากรสูงอายุไทยจะอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลหรือเขตเมืองเพิ่มขึ้น โดยในปี 2553 มีประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจำนวน 3.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 39.7 เพิ่มขึ้นเป็น 11.6 ล้าน

คน หรือร้อยละ 59.8 ในปี 2583 ทั้งนี้ เนื่องจากแนวโน้มการเติบโตของประชากรเมืองในประเทศไทยมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้น

แผนภาพที่ 3-3 อัตราการเพิ่มประชากรรวมเปรียบเทียบกับประชากรวัยสูงอายุ



ที่มา: สำนักพันธุศาสตร์ สุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557. หน้า 18.

จากข้อมูลการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-พ.ศ.2583 ซึ่งให้เห็นว่าอัตราการเพิ่มของประชากรโดยรวมมีแนวโน้มลดลงจนติดลบ โดยเริ่มติดลบในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2568 - พ.ศ.2573 เป็นต้นไป ในขณะที่อัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุแม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สูงกว่าอัตราการเพิ่มประชากรรวมค่อนข้างมาก อันเป็นผลมาจากอัตราเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างรวดเร็ว

ปัญหาสุขภาพของคนไทย

ภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนม

ในเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ในปาก พบเด็กเป็นโรคฟันผุร้อยละ 51.8 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.7 ซึ่งต่อคน ลักษณะการผุของเด็กวัยนี้จะพบฟันผุมากที่ฟันหน้าบน รองลงมาเป็นฟันกรามล่าง และฟันกรามบน จากการสำรวจพบว่าฟันที่ผุส่วนใหญ่ต้องการ

บรูณะด้วยการอุดฟัน 1 ด้าน 1 และร้อยละ 50.6 มีรอยฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ปัญหาสำคัญที่ยังต้องการการดูแลเพิ่มเติม คือเรื่องการแปรงฟันเพราะผู้ปกครองของเด็ก 3 ปี ถึงร้อยละ 55.8 ยังปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง มีเด็กเพียงร้อยละ 44.2 ที่มีผู้ปกครองช่วยดูแลการแปรงฟันให้

กลุ่มอายุ 5-6 ปี พบเด็กเป็นโรคฟันผุของฟันน้ำนมร้อยละ 78.5 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอน อุด 4.4 ซึ่งต่อคน ลักษณะการผุในวัยนี้จะเปลี่ยนไปจากช่วงอายุ 3 ปี คือการผุจะรุนแรงขึ้น ฟันที่พบมากที่สุดจะเป็นฟันกรามล่าง และบน ความต้องการบูรณะเพื่อเก็บรักษาฟันไว้ส่วนใหญ่จะเป็นการอุดฟัน 2 ด้าน

สถานะโรคฟันผุในฟันแท้

กลุ่มอายุ 12 ปี เป็นช่วงที่มีฟันแท้ครบ 28 ซี่ ใช้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบความรุนแรงของฟันผุในประเทศต่างๆ จากการสำรวจพบผู้เป็นโรคฟันผุร้อยละ 52.3 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.3 ซึ่งต่อคน เด็กที่เป็นโรคฟันผุและยังไม่ได้รับการรักษามีร้อยละ 29.1 ฟันซี่ที่ผุมากในวัยนี้เป็นฟันกรามซี่ที่ 1 และ 2 โดยพบว่าฟันล่างผุมากกว่าฟันบน ฟันแท้ที่ผุส่วนใหญ่ต้องการบูรณะด้วยการอุดฟัน 1 ด้าน พบเด็กที่มีฟันที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุร้อยละ 35.2

กลุ่มอายุ 15 ปี พบเป็นโรคฟันผุร้อยละ 62.4 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.9 ซึ่งต่อคน ผู้เป็นโรคฟันผุและยังมีฟันที่ไม่ได้รับการรักษามีร้อยละ 36 ลักษณะการผุในวัยนี้ยังเป็นการผุที่ฟันกรามซี่ที่ 1 และ 2 โดยพบว่าช่วงอายุ 12 - 15 ปี อัตราเพิ่มของการผุของฟันกรามซี่ที่ 2 มีค่าสูงกว่าซี่อื่นๆ ฟันที่ผุส่วนใหญ่ยังต้องการบูรณะด้วยการอุดฟัน 1 ด้าน

กลุ่มอายุ 35-44 ปี เริ่มพบมีการสูญเสียฟันหลายซี่ จากการตรวจฟันที่ถูกถอนไปแล้วไม่สามารถระบุสาเหตุของการถอนได้ การนับจำนวนฟันที่ถูกถอนในการตรวจโรคฟันผุของกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป จึงนับรวมฟันที่ถูกถอนไปจากทุกสาเหตุไม่ใช่ฟันที่ถูกถอนจากฟันผุเพียงอย่างเดียว จากการสำรวจพบผู้เป็นโรคฟันผุ ถอน อุด ร้อยละ 86.7 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 6 ซึ่งต่อคน พบผู้มีฟันผุที่รากฟันร้อยละ 10.8 ผู้มีฟันผุและยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 35.2 การรักษาโรคฟันผุที่ประชากรกลุ่มนี้ควรจะได้รับมากที่สุดคือการอุดฟัน รองลงมาเป็นการถอนฟัน

กลุ่มอายุ 60-74 ปี พบผู้เป็นโรคฟันผุและ/หรือมีการสูญเสียฟันร้อยละ 95.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 14.9 ซึ่งต่อคน พบผู้มีฟันผุที่รากฟันร้อยละ 12.7 ผู้มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 48.3 การรักษาที่ควรจะได้รับมากที่สุดได้แก่การถอนฟันที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ และการอุดฟันที่เหลืออยู่เพื่อเก็บไว้ใช้เคี้ยวอาหาร

การเกิดโรคฟันผุของฟันแท้ในเขตเมืองพบว่าสูงกว่าเขตชนบท ในทุกกลุ่มอายุ เมื่อเปรียบเทียบรายภาคพบว่าในกลุ่มอายุ 12 และ 15 ปี มีความชุกของโรคสูงสุดในภาคใต้ ส่วนกลุ่มอายุ 35-44 และ 60-74 ปี มีความชุกของโรคสูงสุดในภาคกลาง

สภาวะปริทันต์

จากการสำรวจสภาวะปริทันต์ในเด็กและเยาวชน พบว่า ในกลุ่มอายุ 12 ปี เมื่อวัดด้วยดัชนี CPI พบผู้มีสภาพเหงือกปกติร้อยละ 29.9 เหงือกอักเสบ (ไม่มีหินน้ำลาย) ร้อยละ 29.6 และผู้มีหินน้ำลาย (มีหรือไม่มีเหงือกอักเสบ) ร้อยละ 40.6 แต่เมื่อวัดสภาวะเหงือกอักเสบโดยไม่ดูว่ามีหินน้ำลายหรือไม่ พบผู้มีเหงือกอักเสบ ร้อยละ 76.9 จำนวนส่วนในช่องปากที่พบมีเหงือกปกติเป็น 4.1 ส่วน เหงือกอักเสบ 1.2 ส่วน หินน้ำลาย 0.7 ส่วน

สำหรับกลุ่มอายุ 15 ปี ปัญหาที่พบยังคงเป็นเหงือกอักเสบและหินน้ำลาย ผู้มีร่องลึกปริทันต์พบบ้างเล็กน้อย พบผู้มีเหงือกอักเสบ (ทั้งมีและไม่มีหินน้ำลาย) ร้อยละ 78.4 จำนวนส่วนของช่องปากที่มีเหงือกปกติเป็น 3.6 ส่วน เหงือกอักเสบ 1.1 ส่วน หินน้ำลาย 1.3 ส่วน จะเห็นได้ว่า กลุ่มเด็กและเยาวชน ต้องการบริการขูดหินน้ำลาย รวมทั้งคำแนะนำในการดูแลตัวเอง เพื่อให้สามารถแปรงฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นการช่วยลดการเกิดเหงือกอักเสบในประชากรกลุ่มนี้

ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี พบผู้มีร่องลึกปริทันต์ร้อยละ 25.6 กลุ่มอายุ 60-74 ปี พบผู้มีร่องลึกปริทันต์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.1 โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนที่เป็นร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตรเป็น 0.5 ส่วน และร่องลึกปริทันต์มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตร เป็น 0.2 ส่วน การรักษาที่ประชากรกลุ่มนี้ควรได้รับจะเป็นการรักษาโรคปริทันต์ในระดับที่ยุงยากซับซ้อน

เมื่อเปรียบเทียบสภาวะปริทันต์ในเขตเมืองและชนบทพบว่าในเขตเมืองมีสภาวะปริทันต์ดีกว่าเขตชนบท คือกลุ่มเด็กและเยาวชนในเขตเมืองมีหินน้ำลายน้อยกว่าเขตชนบท และในผู้ใหญ่รวมถึงผู้สูงอายุเขตเมืองพบผู้มีร่องลึกปริทันต์น้อยกว่าเขตชนบท เมื่อเปรียบเทียบรายภาคพบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีหินน้ำลายสูงกว่าภาคอื่น ในทุกกลุ่มอายุ

เปรียบเทียบรูปแบบแผนงานทันตสุขภาพของไทยกับต่างประเทศ

ตารางที่ 3-1 อัตราการเพิ่มประชากรรวมเปรียบเทียบกับประชากรวัยสูงอายุ

ประเทศไทย	ประเทศญี่ปุ่น	ฮ่องกง
- จำนวนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 14 - อายุเฉลี่ย 74ปี	- จำนวนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 25 - อายุเฉลี่ย 83.1 ปี	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 23 - อายุเฉลี่ย 83.5 ปี
จุดเริ่มต้นการพัฒนาระบบบริการในด้านผู้สูงอายุ เมื่อ ปี พ.ศ.2515-2519	จุดเริ่มต้นการพัฒนาระบบบริการในด้านผู้สูงอายุ เมื่อ ปี พ.ศ.2504 (ค.ศ.1961)	จุดเริ่มต้นการพัฒนาระบบบริการในด้านผู้สูงอายุ เมื่อ ปี พ.ศ.2544 (ค.ศ.2001)
<p>นโยบายสนับสนุนสวัสดิการผู้สูงอายุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บัณฑิตประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ “บัณฑิตประกันสุขภาพ” 2. ส่งเสริมสนับสนุนสถาบันครอบครัว การเปิดศูนย์บริการคนชรา รวมทั้งการสงเคราะห์ โดยรับเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ 3. การรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ ในการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของคนในครอบครัว 4. การพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุ ยกจนที่ไม่มีผู้ดูแล โดยการเพิ่มเบี้ยยังชีพ 5.บริการสังคม (Social Services) แก่ผู้สูงอายุ 	<p>นโยบายสนับสนุนสวัสดิการผู้สูงอายุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รักษาพยาบาลฟรี 2. มีเงินสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุปีละไม่เกิน 5 หมื่นเยน 3. ระบบหลักประกันรายได้ (Income Security) 	<p>นโยบายสนับสนุนสวัสดิการผู้สูงอายุ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ผ่อนปรนข้อจำกัดการรับเงินเบี้ยเลี้ยงของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุสามารถได้รับเงินช่วยเหลือได้เต็มจำนวนโดยอาศัยอยู่ในฮ่องกง เพียง 60 วันต่อปี 2. กำหนดหลักเกณฑ์ให้ชาวฮ่องกงที่เกษียณอายุแล้วสามารถไปใช้ชีวิตที่มณฑลกว่างตุ้งได้โดยยังคงได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ จากทางการฮ่องกงอยู่ 3. พัฒนาระบบการให้บริการสาธารณสุข โดยการสร้างรพ.แห่งใหม่และให้มีบุคลากรทางการแพทย์อย่างเพียงพอ

ประเทศไทย	ประเทศญี่ปุ่น	ฮ่องกง
<p>นโยบายทันตกรรมผู้สูงอายุ</p> <p>1.แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย</p> <p>2.แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปี 2561</p>	<p>นโยบายทันตกรรมผู้สูงอายุ</p> <p>Healthy Japan 21 มินิ โยบายพื้นฐาน 4 ข้อ มีดังนี้</p> <p>(1) ความสำคัญของการป้องกันเบื้องต้น</p> <p>(2) การสร้างระบบสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>(3) มีการตั้งเป้าหมายและการประเมินผลลัพธ์</p> <p>(4) การส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและมีการประสานงานกันโดยหน่วยงานที่ดำเนินการด้านต่างๆ</p>	<p>นโยบายทันตกรรมผู้สูงอายุ</p> <p>1. Outreach Dental Care Programmed for the Elderly</p> <p>2. Community Care Fund: Elderly Dental Assistance Expanded Programmed</p>
<p>ปัญหาทันตสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วนและร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 57.8</p> <p>มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่เฉลี่ย 18.8 ซี่ต่อคน ร้อยละ 43.3 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ</p> <p>ส่วนใน ผู้สูงอายุ อายุ 80-89 ปี พบสูญเสียฟันทั้งปาก สูงถึงร้อยละ 32.2 ร้อยละ 23.5 ที่มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังที่</p>	<p>ปัญหาทันตสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>- ฟันใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป 88.8%</p> <p>- ฟันผุ 41 %</p> <p>- โรคปริทันต์ระดับรุนแรง 13%</p>	<p>ปัญหาทันตสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>- ฟันที่ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ระดับ 40.5%</p> <p>- ฟันผุ 99.3%</p> <p>- ภาวะเหงือกอักเสบ 97.1%</p>

ใช้บังคับแล้ว		
ตารางที่ 3-1 อัตราการเพิ่มประชากรรวมเปรียบเทียบกับประชากรวัยสูงอายุ (ต่อ)		
ประเทศไทย	ประเทศญี่ปุ่น	ฮ่องกง
อย่างน้อย 4 กลุ่ม เพียงร้อยละ 15.6 ความเจ็บปวดและการสูญเสียพื้นที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ 1) โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายของกระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วย พบร้อยละ 32.1 โดยร้อยละ 11.4 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก		
เป้าหมาย ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีช่องปากดี/มีฟันใช้งาน 20 ซี่ 4 กลุ่ม 80 %	เป้าหมาย ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีช่องปากดี/มีฟันใช้งาน 20 ซี่ 4 กลุ่ม	เป้าหมาย เน้นให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป

บทบาทและโครงสร้างของหน่วยงานรับผิดชอบหลัก ได้แก่ สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรหลักในงานทันตสาธารณสุขของประเทศ เน้น การทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มุ่งสู่ องค์กรคุณภาพคู่คุณธรรม และองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อ สุขภาพช่องปากที่ดีทุกช่วงวัยของชีวิต

พันธกิจ

1. พัฒนา ผลักดัน และสนับสนุนให้เกิดนโยบาย/กฎหมายที่จำเป็น (Policy and Regulation Advocacy) ในด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพของประเทศ

2. การผลิต พัฒนาองค์ความรู้ และนวัตกรรม เพื่อการส่งเสริมทันตสุขภาพ
 - 2.1 ที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย ตลอดจนเฝ้าระวัง (Surveillance)
 - 2.2 สถานการณ์ทางทันตสุขภาพ
 - 2.3 และปัจจัยแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก
3. เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรทันตสาธารณสุขให้สามารถดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพที่ดีและมีคุณภาพแก่ประชาชนโดยการถ่ายทอดองค์ความรู้ และ เทคโนโลยีด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพให้กับเครือข่าย
 4. การพัฒนาระบบทันตสาธารณสุขให้เข้มแข็ง (System Capacity Building) รวมไปถึงระบบที่เกี่ยวข้องโดยการจัดทำแผนงาน เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ตลอดจนกำกับติดตามและประเมินผล เพื่อนำมาสู่การพัฒนานโยบายกฎหมายและระบบอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ

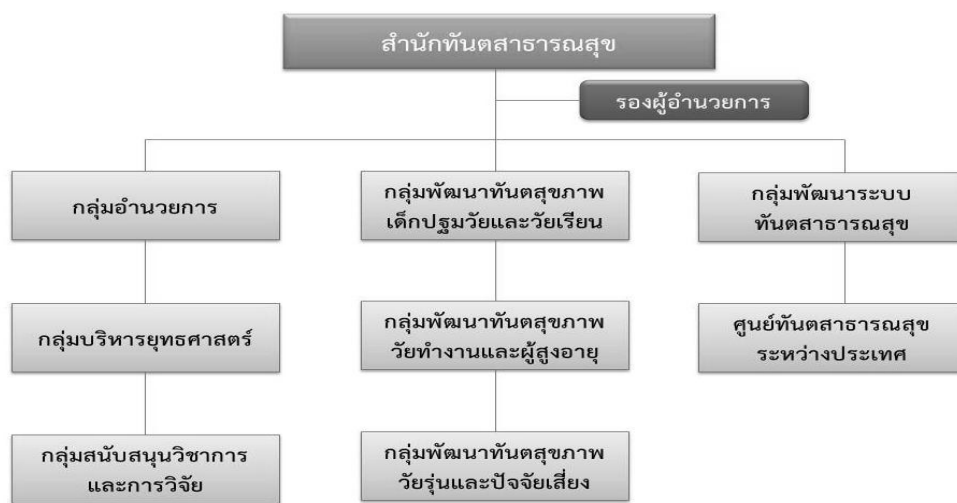
บทบาท ภารกิจ (ตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552) มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

 1. พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานหลัก รวมทั้งสนับสนุนการจัดทำแผนกำลังคนด้านทันตสาธารณสุขของประเทศ
 2. ศึกษา วิจัย พัฒนาและประยุกต์องค์ความรู้และเทคโนโลยี และนวัตกรรมทางด้านทันตสาธารณสุข
 3. พัฒนาและจัดทำมาตรฐาน รูปแบบ และหลักเกณฑ์การปฏิบัติด้านทันตสาธารณสุข รวมทั้ง พัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพ ระบบบริหารจัดการและระบบสนับสนุนทรัพยากรด้านทันตสุขภาพในระดับประเทศ เพื่อตอบสนองพระราชดำริและคุ้มครองประชาชนให้เข้าถึงบริการที่จำเป็นทางทันตสุขภาพอย่างมีคุณภาพและเป็นธรรม
 4. พัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายการเฝ้าระวังและระบบสารสนเทศด้านทันตสาธารณสุข ตลอดจนปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อทันตสุขภาพ
 5. ถ่ายทอดและพัฒนาศักยภาพ ชีตความสามารถ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาาีเครือข่ายและชุมชน
 6. สร้างกระแสและขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อให้ประชาชนตระหนักและสามารถดูแลทันตสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม

7. ประสานความร่วมมือ ติดตามและประเมินผล เพื่อการแก้ไขปัญหาด้านทัศนสุขภาพ กับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งพัฒนาความร่วมมือระหว่าง ประเทศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านทัศนสาธารณสุข

8. ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ ได้รับมอบหมาย

แผนภาพที่ 3-4 โครงสร้างสำนักงานทัศนสาธารณสุข กรมอนามัย



ที่มา: สำนักทัศนสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557.

กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มอำนวยการ

1. บริหารจัดการทั่วไป งานช่วยอำนวยการ และงานเลขานุการของสำนัก
2. บริหารจัดการงานสารบรรณ การรับส่งพัสดุไปรษณีย์ และเอกสารสิ่งพิมพ์
3. บริหารจัดการงานการเงินและบัญชี รวมทั้งการควบคุม กำกับ การใช้จ่าย

งบประมาณ

4. บริหารจัดการงานพัสดุ ยานพาหนะ และอาคารสถานที่และการอนุรักษ์พลังงาน
5. บริหารจัดการงานทรัพยากรบุคคลของสำนัก
6. ประสานงานและให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานของสำนัก
7. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์

1. ศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านทันตสุขภาพ และนโยบายรัฐบาล
 2. พัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์ฯ แผนงาน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้านทันตสาธารณสุข และแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพในระดับพื้นที่และระดับนานาชาติ รวมทั้งจัดทำแผนปฏิบัติการ แผนปฏิบัติการประจำปีและแผนงบประมาณ
 3. พัฒนาระบบการวางแผนงาน/โครงการ การดำเนินงานและกำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพที่ชัดเจนของหน่วยงานระดับสำนัก และการกำหนดและถ่ายทอดตัวชี้วัด ค่าเป้าหมายสู่กลุ่มงานและบุคคล ประเมินสถานการณ์ สภาวะทันตสุขภาพทุกกลุ่มวัย จัดทำข้อเสนอขอขอบเขตมาตรการและตัวบ่งชี้ของเป้าหมายการพัฒนาพฤติกรรมทันตสุขภาพประชาชนสู่การมีสุขภาพช่องปากแข็งแรง
 4. ศึกษาวิเคราะห์ วิจัย พัฒนาระบบการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศที่ส่งผลต่อการพัฒนาการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันทันตสุขภาพ
 5. ควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลงานด้านทันตสาธารณสุขของสำนัก รวมทั้งตรวจสอบและประสานแผนการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ
 6. ศึกษาวิเคราะห์ปรับปรุงระบบวิธีการ มาตรฐานการดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
 7. ประสานงานวิเทศสัมพันธ์ด้านทันตสาธารณสุขและสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง
 8. พัฒนาการจัดการความรู้ และระบบพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านทันตสาธารณสุข เพื่อตอบสนองวิสัยทัศน์ ภารกิจของกรม
 9. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
- กลุ่มสนับสนุนวิชาการและการวิจัย**
1. ประสานงาน การจัดกระบวนการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนงานวิชาการและพัฒนางานวิจัยของสำนักทันตสาธารณสุข
 2. สนับสนุนกระบวนการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพองค์กรให้มีบริการที่สะดวก ทันสมัย โปร่งใสและสุจริต
 3. การนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการให้บริการวิชาการให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล
 4. พัฒนาค้นคว้าความรู้ งานห้องสมุด และงานบริการวิชาการอื่น
 5. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยและวัยเรียน

1. ศึกษา วิจัย พัฒนา มาตรฐาน หลักเกณฑ์ แนวทางและรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมทันตสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัยและวัยเรียน
2. ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัยและวัยเรียน
3. พัฒนาด้านแบบการจัดบริการสร้างเสริมทันตสุขภาพที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัยและวัยเรียน
4. พัฒนาศักยภาพ สร้างการมีส่วนร่วมและถ่ายทอดองค์ความรู้ สร้างกระแสการดูแลทันตสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัยและวัยเรียนแก่ภาคีเครือข่าย
5. พัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรม ปัจจัยสำคัญ และสถานการณ์ทันตสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัยและวัยเรียน
6. สนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อทันตสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัยและวัยเรียน
7. พัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยีด้านทันตสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เด็กและเยาวชน
8. พัฒนาด้านแบบการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพ ตอบสนองโครงการพระราชดำริพระบรมวงศานุวงศ์
9. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพวัยรุ่นและปัจจัยเสี่ยง

1. ศึกษา วิจัย พัฒนา มาตรฐาน หลักเกณฑ์ แนวทางและรูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมทันตสุขภาพวัยรุ่นและปัจจัยเสี่ยง
2. จัดทำและรับรองมาตรฐานด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมและผลิตภัณฑ์เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านทันตสุขภาพ
3. ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยรุ่นและปัจจัยเสี่ยง
4. พัฒนาระบบกลไกเฝ้าระวังปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อทันตสุขภาพของวัยรุ่น

5. พัฒนาศักยภาพ สร้างการมีส่วนร่วมและถ่ายทอดองค์ความรู้ สร้างกระแสการดูแล
ทันตสุขภาพของวัยรุ่นและปัจจัยเสี่ยงแก่ภาคีเครือข่าย
6. พัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรม ปัจจัยแวดล้อม ของวัยรุ่นและปัจจัยเสี่ยง
7. สนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านทันตสุขภาพ
8. พัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยี
ด้านทันตสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของวัยรุ่นและปัจจัยเสี่ยง
9. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพวัยทำงานและผู้สูงอายุ

1. ศึกษา วิจัย พัฒนา มาตรฐาน หลักเกณฑ์ แนวทางและรูปแบบการดำเนินงานสร้าง
เสริมทันตสุขภาพวัยทำงานและผู้สูงอายุ
2. ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยทำงานและ
ผู้สูงอายุ
3. พัฒนาด้านแบบการจัดบริการสร้างเสริมทันตสุขภาพที่เหมาะสมกับ วัยทำงานและ
ผู้สูงอายุ
4. พัฒนาศักยภาพ สร้างการมีส่วนร่วมและถ่ายทอดองค์ความรู้ สร้างกระแสการดูแล
ทันตสุขภาพของวัยทำงานและผู้สูงอายุแก่ภาคีเครือข่าย
5. พัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรม ปัจจัยสำคัญ และสถานการณ์ทันตสุขภาพของ วัย
ทำงานและผู้สูงอายุ
6. สนับสนุนให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อทันตสุขภาพของวัยทำงานและ
ผู้สูงอายุ
7. พัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดเทคโนโลยี
ด้านทันตสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของวัยทำงานและผู้สูงอายุ
8. พัฒนาด้านแบบการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพทันตสุขภาพในคลินิกทันตกรรม
9. พัฒนาด้านแบบการแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพ ตอบสนอง โครงการพระราชดำริพระ
บรมวงศานุวงศ์
10. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

กลุ่มพัฒนาระบบทันตสาธารณสุข

1. ศึกษาวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี แนวทางการดำเนินงาน คุณภาพ
และมาตรฐาน ด้านระบบกำลังคนสุขภาพช่องปาก ระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่อง
ปาก ระบบบริการสุขภาพช่องปาก และเศรษฐศาสตร์สุขภาพช่องปาก

2. จัดทำข้อเสนอเพื่อกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนงานหลักด้านระบบกำลังคนสุขภาพช่องปาก ระบบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก
3. สร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรแก่ภาคเครือข่าย
4. พัฒนาระบบการจัดการความรู้ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ เผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก
5. ศึกษา วิจัย พัฒนา ประยุกต์ใช้เทคโนโลยี และนวัตกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสม ดำเนินงานสร้างเสริมทันตสุขภาพกลุ่มพิเศษ/กลุ่มเฉพาะ
6. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ

1. พัฒนากลไกการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การวางแผน/โครงการจัดบริการส่งเสริมป้องกันจากข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่ การสนับสนุนให้เกิดการประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพช่องปากในส่วนภูมิภาค การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เป็นต้น
2. จัดทำมาตรฐาน หลักเกณฑ์ แนวทางและคู่มือปฏิบัติงานสำหรับการบริหารจัดการ และการจัดบริการสุขภาพช่องปาก จัดบริการบูรณาการในหน่วยบริการ การทำงานเชิงรุกในชุมชน
3. พัฒนาภาคีเครือข่ายในการร่วมจัดบริการสุขภาพช่องปาก เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม
4. ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะด้านระบบสุขภาพช่องปากแก่ผู้บังคับบัญชา ทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
5. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

บทที่ 4

แนวทางการดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

ยุทธศาสตร์ตามแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนารูปแบบบริการ ระบบบริการและคุณภาพบริการ ด้านทันตสุขภาพ ในกลุ่มเป้าหมาย

เป้าประสงค์

เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น ลดปริมาณผู้สูงอายุที่มีโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟัน รวมทั้งคงสภาพการใช้งาน (Function) ของอวัยวะในช่องปากหลังเกิดโรคและการสูญเสียฟัน ตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์เฉพาะยุทธศาสตร์ที่ 1

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีหลักประกัน และเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากโดยภาครัฐและเอกชน ที่ผสมผสานทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น

2. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตนเอง เข้าถึงสื่อความรู้ เพื่อการดูแลตนเอง ทั้งกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ และช่วยเหลือตนเองไม่ได้

3. พัฒนานองค์ความรู้ เทคโนโลยีที่เหมาะสม และบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากกับการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของประชาชนด้านทันตสุขภาพ เพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากดี

ภาพความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดแผนงาน

1. ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57 ในปี 2555 (4.9 ล้านคน) เป็นร้อยละ 80 ในปี 2564 (6.88 ล้านคน)

2. ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 34 ในปี 2555 (2.9 ล้านคน) เป็นร้อยละ 70 ในปี 2564 (6.0 ล้านคน)

3. มีชมรมผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ในปี 2555 (2,400 ชมรม) เป็นร้อยละ 50 ในปี 2564 (12,000 ชมรม)

เป้าหมายและตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ที่ 1

1. ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ (6.88 ล้านคน) ได้รับการดูแลด้านทันตสุขภาพ มีสุขภาพช่องปากดีและมีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสม

2. มีระบบ/รูปแบบ/แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เหมาะสม

แผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 ประกอบด้วย 3 แผนงาน

แผนงานที่ 1 การพัฒนาหลักประกันด้านทันตสุขภาพ การบริการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ

กลยุทธ์ การส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการทันตสุขภาพตามความจำเป็น

กลวิธี/กิจกรรมหลัก การพัฒนาบริการทันตสุขภาพและระบบบริการ

1. บริการด้านการรักษาและฟื้นฟู

1.1 จัดบริการและสนับสนุนการจัดบริการใส่ฟันเทียม

1.2 จัดบริการและสนับสนุนการจัดบริการทำรากฟันเทียม

1.3 จัดบริการรักษาตามความจำเป็น

2. บริการด้านการส่งเสริมป้องกัน

2.1 พัฒนาระบบบริการทันตกรรมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์ในหน่วย

บริการปฐมภูมิ

3. พัฒนาระบบส่งต่อและระบบการเข้าถึงบริการ ระหว่างภาคประชาชน หน่วยบริการระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

4. พัฒนาระบบการมีส่วนร่วมในการบริการ โดยภาค เอกชนและภาคประชาชน

5. พัฒนาทักษะการดูแลฟันแท้ ฟันเทียม รากฟันเทียมตามสภาพช่องปากแก่ผู้รับบริการ

แผนงานที่ 2 การพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการดูแลตนเองเบื้องต้นโดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

กลยุทธ์ การส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมาย ดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง

กลวิธี/กิจกรรมหลัก สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยแกนนำภาคประชาชน

1. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ขยายเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศ

2. พัฒนาศักยภาพแกนนำภาคประชาชน เช่น แกนนำชมรม ผู้สูงอายุสม. ผู้ดูแล กลุ่มอาชีพในชุมชน เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมและดูแลด้านสุขภาพช่องปากในชุมชน ทั้งกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้และช่วยเหลือตนเองไม่ได้

3. สนับสนุนการจัดกิจกรรม รวมทั้งการเข้าถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองของกลุ่มเป้าหมายในชุมชนทั่วประเทศ เช่น การคิดนวัตกรรมทันตสุขภาพ กองทุนแปรงสีฟัน-ยาสีฟันการฝึกสมาชิกแปรงฟัน การเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพช่องปากการให้ความรู้ผ่านวิทยุชุมชนหรือเสียงตามสายการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อการดูแลสุขภาพช่องปาก การเผยแพร่ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์หรือสื่อออนไลน์

แผนงานที่ 3 การพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยี รูปแบบ แนวทางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก

กลยุทธ์ การศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมาย

กลวิธี/กิจกรรมหลัก

1. พัฒนารูปแบบ/แนวทาง/คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น

1.1 การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

1.2 การเฝ้าระวังสภาวะช่องปากผู้สูงอายุ

1.3 แนวทาง/คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เอกชนและแกนนำภาคประชาชน

1.4 การตรวจคัดกรองโรคในช่องปากและมะเร็งช่องปาก

1.5 การใช้ผลิตภัณฑ์แก้ปัญหาทันตสุขภาพกลุ่มเป้าหมาย

1.6 การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.7 รูปแบบและการสนับสนุนกลยุทธ์เชิงรุกเข้าสู่ชุมชน

2. พัฒนารูปแบบการบูรณาการกับการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ

2.1 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

2.2 กลุ่มผู้ป่วยโรคทางระบบ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2.3 การบริการผสมผสานเพื่อผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มติดบ้านติดเตียง กลุ่มโรคจิต/ประสาท/สมองเสื่อม

3. รูปแบบการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น ในกลุ่มอาชีพต่างๆ

3.1 โดยหน่วยบริการระดับต่าง ๆ

3.2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

4. การพัฒนามาตรฐาน /แนวทางการจัดบริการทันตสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

5. การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบแนวทางที่เกี่ยวข้องแก่จังหวัดที่สนใจ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

เป้าประสงค์

มีเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่แก้ปัญหาโรคและความผิดปกติในช่องปากของผู้สูงอายรรวมทั้งเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 2

1. เพื่อทบทวน แสวงหาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พัฒนาเป็นนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2. เพื่อนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่คิดค้นได้ ไปเผยแพร่และประยุกต์ใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาในช่องปาก ภายใต้บริบทของผู้สูงอายุ

ภาพความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดแผนงาน

1. มีการผลิตเทคโนโลยีและนวัตกรรมผลิตภัณฑ์/บริการที่สนับสนุนการรักษาฟื้นฟู ป้องกันโรคและความผิดปกติในช่องปากของผู้สูงอายุ ครอบคลุมอย่างน้อย 5 ใน 7 ประเด็นปัญหา

2. เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษาวิจัยพัฒนา 100% มีการนำไปสนับสนุนการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ ผ่านภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการเพื่อสุขภาพช่องปาก สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เป้าหมายและตัวชี้วัด

1. มีการศึกษา วิจัย พัฒนานวัตกรรมและ/หรือเทคโนโลยีที่สามารถนำไปรักษาฟื้นฟู ป้องกันโรคทางทันตกรรมอย่างน้อย 1 โรค ต่อ 1 นวัตกรรม

2. บุคลากรด้านทันตสาธารณสุขและผู้สูงอายุได้รับการถ่ายทอดเทคโนโลยีสามารถนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีไปใช้แก้ปัญหาทันตสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

3. ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงนวัตกรรม/เทคโนโลยีที่ได้จากการผลิตตามความจำเป็น

4. มีศูนย์บริการต้นแบบและจังหวัดต้นแบบด้านการบริการ/การสนับสนุนบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ ภาคละ 1 แห่ง

แผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 2 ประกอบด้วย 5 แผนงาน

แผนงานที่ 1 การศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนานวัตกรรม และเทคโนโลยีที่เหมาะสมต่องานทันตกรรมผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ การศึกษาความเป็นไปได้ของผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคและความผิดปกติในช่องปากของผู้สูงอายุ

กลวิธี/กิจกรรมหลัก ศึกษาความเป็นไปได้ที่จะรักษาโรคและความผิดปกติในช่องปากผู้สูงอายุในงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปผลิตเป็นนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีในรูปแบบผลิตภัณฑ์หรือบริการ อย่างน้อย 7 ประเด็น

1. แผล เนื้อออก และมะเร็งช่องปาก

2. โรคฟันผุ

3. โรคปริทันต์

4. ภาวะน้ำลายแห้ง

5. ฟันสึก

6. การสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ

7. สภาวะช่องปากอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบของผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคสมองเสื่อม

แผนงานที่ 2 การผลิตนวัตกรรมเพื่อการรักษา ฟันฟู และป้องกันโรคและภาวะความผิดปกติทางทันตกรรมผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ การผลิตและพัฒนานวัตกรรมที่เหมาะสมต่อการรักษา ฟันฟู ป้องกันโรคทางทันตกรรมผู้สูงอายุ

กลวิธี/กิจกรรมหลัก นำผลงานวิจัยที่ได้ไปผลิตเป็นผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมต่อการรักษาฟันฟู ป้องกันโรคทางทันตกรรมผู้สูงอายุ

1. โครงการผลิตนวัตกรรมตามพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์จากผลงานวิจัยการศึกษา พ.ศ. 2551 ได้แก่ ความเป็นไปได้

1.1 ผลิตรากฟันเทียมเพื่อแก้ปัญหาการสูญเสียฟัน

1.2 ผลิตกระดูกเทียมเพื่อแก้ปัญหาการสูญเสียฟัน

- 1.3 ผลิตภัณฑ์ฟันเทียมเพื่อแก้ปัญหาการสูญเสียฟัน
- 1.4 ผลิตภัณฑ์ป้องกันฟันผุ (Fluoride Varnish) เพื่อป้องกันฟันผุ
- 1.5 ผลิตภัณฑ์เคลือบหลุมร่องฟัน (Sealant) เพื่อป้องกันฟันผุ
- 1.6 ผลิตภัณฑ์ฟันสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลอนามัยช่องปาก
2. โครงการผลิตนวัตกรรมตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ได้แก่
 - 2.1 ผลิตนวัตกรรมอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก
 - 2.2 ผลิตนวัตกรรมน้ำลายเทียมเพื่อแก้ปัญหาภาวะปากแห้งและน้ำลายน้อยรวมทั้งลดการเกิดแผลในช่องปาก
3. โครงการผลิตนวัตกรรมตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ได้แก่
 - 3.1 ผลิตน้ำยาบ้วนปากระงับเลือดไหลในช่องปากจากการใช้ยา
4. โครงการผลิตนวัตกรรมสำหรับช่วยรักษาโรคทางทันตกรรมอื่นๆ ตามผลการศึกษาความเป็นไปได้ในแผนงานที่ 1

แผนงานที่ 3 การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่องานบริการทันตกรรมผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ การพัฒนาเทคโนโลยีด้านทันตกรรมเพื่อให้ บริการที่เหมาะสม ต่อการรักษา ฟันฟู และป้องกัน โรคทางทันตกรรมผู้สูงอายุ

กลยุทธ์/กิจกรรมหลัก พัฒนาเทคโนโลยีการให้บริการด้านทันตกรรมผู้สูงอายุที่เหมาะสม

1. การพัฒนาศูนย์ต้นแบบการรักษาฟันฟูสภาพ ทางทันตกรรมผู้สูงอายุ (Geriatric Dentistry Best Practice Model : GDBP)
2. การพัฒนาจังหวัดต้นแบบด้านทันตกรรมผู้สูงอายุที่ผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟูสภาพ รวมทั้งการดูแลตนเองของภาคประชาชน (Comprehensive care Model in Geriatric Dentistry)
3. การพัฒนายูนิททำฟันสำหรับผู้สูงอายุ (Geriatric Dentistry Platform)
4. การพัฒนาระบบการบริการอื่นตามผลการศึกษาความเป็นไปได้

แผนงานที่ 4 การถ่ายทอดและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางทันตสุขภาพผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ การถ่ายทอดเทคโนโลยีและองค์ความรู้ด้านนวัตกรรมแก่ทันตบุคลากรและผู้เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์/กิจกรรมหลัก ถ่ายทอดเทคโนโลยีและองค์ความรู้ด้านนวัตกรรมแก่ทันตบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถนำไปใช้งานได้ถูกต้องเหมาะสม

1. ทันตแพทย์
2. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข (ทันตภิบาล)
3. ผู้ช่วยทันตแพทย์
4. บุคลากรสาธารณสุข
5. อาสาสมัครสาธารณสุข
6. แกนนำภาคประชาชน
7. บุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

แผนงานที่ 5 การนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมไปจัดบริการนำร่อง

กลยุทธ์ การนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมไปบริการแก่ผู้สูงอายุร่วมกับภาคีเครือข่าย

กลวิธี/กิจกรรมหลัก นำเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านทันตกรรมผู้สูงอายุที่ได้ไปจัดบริการนำร่องร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในโครงการต่างๆ เช่น

1. โครงการเผยแพร่ความรู้ทันตกรรมอาหารสำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก
2. โครงการเผยแพร่ความรู้ทันตกรรมน้ำลายเทียมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย และผู้มีแผลในช่องปาก
3. โครงการฟันเทียมและรากฟันเทียมสำหรับผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งซี่เดียวและทั้งปาก
4. โครงการเผยแพร่ความรู้ทันตกรรมน้ำยาบ้วนปากระงับเลือดไหลในช่องปาก
5. โครงการเผยแพร่ความรู้ทันตกรรมสารเคลือบหลุมร่องฟัน
6. โครงการเผยแพร่ความรู้ทันตกรรมสารป้องกันฟันผุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ

เป้าประสงค์

มีทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุข ที่ได้รับการพัฒนาเพียงพอต่อการให้บริการส่งเสริม ป้องกันรักษาและฟื้นฟูสภาพช่องปากที่มีคุณภาพแก่ผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 3

1. เพื่อผลิตผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนาหลักสูตร/การประชุม/อบรม/สัมมนา ทั้งระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้ง E-Learning ที่จำเป็นสำหรับการเรียน การสอน และการปฏิบัติงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

3. เพื่อพัฒนาศักยภาพกำลังคนทุกสาขางานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ให้มีสมรรถนะเพื่อการจัดบริการทันตสุขภาพที่มีคุณภาพแก่ผู้สูงอายุ

ภาพความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดแผนงาน

1. มีผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมผู้สูงอายุทั้งในมหาวิทยาลัยและกระทรวงสาธารณสุข

2. ร้อยละ 80 ของทันตบุคลากรในภาครัฐได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ

เป้าหมายและตัวชี้วัด

1. มีหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

2. ทันตบุคลากร บุคลากรสาธารณสุข นักวิชาการ ได้รับการศึกษาต่อ/ฝึกอบรม เพื่อให้มีความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการบริการทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุ

แผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 ประกอบด้วย 2 แผนงาน

แผนงานที่ 1 การพัฒนาหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุระดับปริญญาบัณฑิต บัณฑิตศึกษา และหลักสูตรระยะสั้นในสาขาที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์ที่ 1 การผลิตผู้เชี่ยวชาญและ การพัฒนาหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุในประเทศไทย

กลวิธี/กิจกรรมหลัก

1. ส่งทันตแพทย์เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาบัณฑิตทันตกรรมผู้สูงอายุในประเทศและต่างประเทศ

2. พัฒนาหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุระดับบัณฑิตศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาในประเทศไทย

กลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรระดับปริญญาบัณฑิต ระดับปริญญาบัณฑิต

กลวิธี/กิจกรรมหลัก ปรับหลักสูตรการศึกษาทั้งการผลิตทันตแพทย์เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์ที่ 3 การพัฒนาหลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง

กลวิธี/กิจกรรมหลัก พัฒนาหลักสูตรการอบรมระยะสั้นในสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น เวชศาสตร์ช่องปาก ปรีทันตวิทยา ทันตกรรมประดิษฐ์ ฯลฯ

แผนงานที่ 2 การพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร และบุคลากรสาธารณสุข

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาทักษะในการจัดบริการทันตสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

กลวิธี/กิจกรรมหลัก

1. การประชุม/สัมมนา

1.1 ทันตแพทย์ เช่น เทคนิคการทำฟันเทียมทั้งปากเทคนิคการทำรากฟันเทียม การทำ Prosthesis อื่นๆ

1.2 ทันตบุคลากร/บุคลากรสาธารณสุข เช่น การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค/มะเร็งช่องปาก

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาทักษะในการศึกษาวิจัย

กลวิธี/กิจกรรมหลัก การศึกษา/ดูงาน ด้านการพัฒนาบริการและระบบบริการทั้งในและต่างประเทศ การประชุม /อบรม /สัมมนา เพื่อการออกแบบการศึกษาวิจัยการใช้สถิติ การเขียนรายงาน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ที่ 3 การจัดการ/รวบรวม/เผยแพร่ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อทันตสุขภาพผู้สูงอายุ

กลวิธี/กิจกรรมหลัก การจัดมหกรรมการประชุมวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสารสนเทศ และการติดตามประเมินผล

เป้าประสงค์

มีระบบการบริหารจัดการที่ดี เกิดการบูรณาการแผนงาน/โครงการตามยุทธศาสตร์ที่ 1-3 ให้ขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน และสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแผนงาน

วัตถุประสงค์ยุทธศาสตร์ที่ 4

1. เพื่อสนับสนุน ส่งเสริม ผลักดัน ประสานแผนงานต่างๆ ตามยุทธศาสตร์ที่ 1 - 3 ให้ดำเนินการได้และมีการบริหารจัดการแผนงาน/โครงการย่อยที่ดี มีประสิทธิภาพ

2. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนต่าง ๆ เช่น ระบบงบประมาณ ระบบฐานข้อมูล และการรายงานระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก ระบบการตรวจสอบ ติดตาม กำกับ ประเมินผล ฯลฯ สำหรับปรับปรุงพัฒนาแผนงาน/โครงการ ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ภาพความสำเร็จเมื่อสิ้นสุดแผนงาน

1. มีมาตรการ นโยบายและงบประมาณที่เกื้อหนุนต่อการดำเนินงานแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย

2. สนับสนุนให้มีการจัดบริการและใช้เทคโนโลยีนวัตกรรมแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. มีระบบฐานข้อมูลที่ทันสมัย ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบันรวมทั้งระบบการติดตาม ประเมินผล และการรายงานที่มีประสิทธิภาพ

4. มีการรณรงค์ สร้างกระแส รวมทั้งสื่อสารสาธารณะให้สังคมเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในวัยสูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมทั้งเผยแพร่พระมหากรุณาธิคุณพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวในโอกาสต่าง ๆ

เป้าหมายและตัวชี้วัด

เป้าหมายและตัวชี้วัดตามแผนงาน/ ยุทธศาสตร์/โครงการในแต่ละปีบรรลุวัตถุประสงค์

แผนงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 4 ประกอบด้วย 3 แผนงาน

แผนงานที่ 1 การบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์

กลยุทธ์ที่ 1 การแต่งตั้งคณะกรรมการคณะอนุกรรมการ คณะทำงานตามความเหมาะสม

กลวิธี/กิจกรรมหลัก

1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย เพื่อการบริหารจัดการด้านแผนงาน โครงการงบประมาณ บุคลากร การติดตามประเมินผลการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการสนับสนุนยุทธศาสตร์ต่างๆฯ

1.2 แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ / คณะทำงานตามความเหมาะสม

กลยุทธ์ที่ 2 การเสนอมาตรการ/นโยบายสาธารณะเพื่อเกื้อหนุนแผนชาติ

กลวิธี/กิจกรรมหลัก เสนอนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย

1. เสนอกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถดำเนินการสนับสนุนแผนปฏิบัติงานได้ต่อเนื่อง

2. เพิ่มและกระจายกำลังคนด้านทันตสุขภาพในหน่วยบริการให้เพียงพอต่อการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ

3. สนับสนุนและกำหนดให้ทันตบุคลากรที่เข้าร่วมแผนงานทันตกรรมผู้สูงอายุได้รับเงินชดเชยหรือค่าตอบแทนเป็นกรณีพิเศษ

กลยุทธ์ที่ 3 การสนับสนุนการบริหารจัดการ

กลวิธี/กิจกรรมหลัก

1. การบริหารจัดการในส่วนกลาง
2. การบริหารจัดการในพื้นที่ทั่วประเทศ

แผนงานที่ 2 การพัฒนาระบบข้อมูล การติดตาม ประเมินผล และการรายงาน

กลยุทธ์ที่ 1 การพัฒนาระบบเวชระเบียนผู้สูงอายุระบบฐานข้อมูลและการรายงาน
กลวิธี/กิจกรรมหลัก

1. การพัฒนาระบบเวชระเบียนผู้สูงอายุ (Geriatric Dentistry Information Technology Management System : GDIS)

2. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการรายงานที่เป็นปัจจุบันทั้งด้านผลการดำเนินงาน การให้บริการด้านวิชาการการรวบรวมองค์ความรู้ เทคโนโลยีนวัตกรรมทางเว็บไซต์

2.1 เพื่อรายงานข้อมูลสภาวะสุขภาพและสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานทุกระดับ และเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

2.2 เพื่อติดตาม กำกับความก้าวหน้าการจัดบริการในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศจากรายงาน โดยผู้บริหารและผู้ประสานงานในระดับกระทรวงระดับกรม ระดับจังหวัดและระดับหน่วยบริการ

2.3 เพื่อการสืบค้นข้อมูลด้านการศึกษา/วิจัย องค์ความรู้เทคโนโลยีรูปแบบ/แนวทาง/แผนงานที่เกี่ยวข้องสำหรับนักวิชาการที่สนใจ

2.4 เพื่อการสื่อสารที่รวดเร็วระหว่างส่วนกลางกับพื้นที่

2.5 เพื่อการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมแก่บุคคลภายนอกและนักวิชาการที่สนใจ

2.6 เพื่อพัฒนาขุมทรัพย์ความรู้ด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ (Knowledge Bank)

กลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและตรวจสอบ ติดตาม กำกับประเมินผล ในพื้นที่ทั่วประเทศ

กลวิธี/กิจกรรมหลัก

1. ระบบเฝ้าระวังสถานการณ์สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

1.1 การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพผู้สูงอายุแห่งชาติเมื่อสิ้นสุดโครงการระยะที่ 1 และ 2

1.2 การสุ่มเก็บข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังสถานการณ์ทั่วประเทศตามตัวชี้วัดสำคัญ ปีละครั้ง

2. ระบบการนิเทศติดตาม ประเมินผล และรายงาน

2.1 นิเทศ ติดตาม โครงการระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งโดยคณะกรรมการจัดทำแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย

2.2 การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ(ก่อนและหลังการดำเนินงาน)

2.3 การสรุปรายงานผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ เป็นรายปีและเมื่อสิ้นสุดแผน
แผนงานที่ 3 การรณรงค์สร้างกระแส เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์โครงการ

กลยุทธ์ที่ 1 การรณรงค์สร้างกระแสและเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

กลวิธี/กิจกรรมหลัก

การรณรงค์สร้างกระแส

1. การรณรงค์เผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อสาธารณะช่องทางต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ

2. การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์

กลยุทธ์ที่ 2 การส่งเสริมสนับสนุนและยกย่องต้นแบบด้านทันตสุขภาพ

กลวิธี/กิจกรรมหลัก

การประกาศเกียรติคุณหน่วยงาน/บุคคลต้นแบบ

1. ต้นแบบผู้สูงอายุที่มีสุขภาพช่องปากดี ผ่านการประกวด เช่น “10 ยอดฟันดีวัย 80 และ 90 ปี”

2. ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หรือกลุ่มประชาชนอื่น ๆ ด้านการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากแก่สมาชิก

3. ชุมชนที่เป็นต้นแบบแหล่งเรียนรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง

4. หน่วยงานดีเด่นด้านการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุระดับตำบล อำเภอ จังหวัดและเขต

5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

6. หน่วยงาน องค์กร /เอกชนที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

กลยุทธ์ที่ 3 การสนับสนุนสื่อ สิ่งพิมพ์

กลวิธี/กิจกรรมหลัก

1. การผลิตและการสนับสนุนสื่อ สิ่งพิมพ์ด้านวิชาการเพื่อการใช้งาน

1.1 คู่มือ/แนวทาง/เอกสารวิชาการ/สื่อ/สิ่งพิมพ์อื่น ๆ สำหรับการปฏิบัติงานของทันตบุคลากร และบุคลากรสาธารณสุข

1.2 คู่มือ/แนวทาง/เอกสารวิชาการ สำหรับแกนนำภาคประชาชนเช่น
ชมรมผู้สูงอายุ อสม. กลุ่มอาชีพ

1.3 สื่อ สิ่งพิมพ์สำหรับกลุ่มเป้าหมายเพื่อการดูแลสุขภาพช่องปากของ
ตนเอง

1.4 สื่อ สิ่งพิมพ์สำหรับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่นองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น เป็นต้น

2. การผลิตและสนับสนุนสื่อเพื่อการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

2.1 สื่อ สิ่งพิมพ์ส่งเสริมสนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารผ่านวิทยุ
ชุมชนหรือเสียงตามสายในหมู่บ้าน

แนวทางการดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย

แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปี 2561 กลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพวัย
ทำงานและผู้สูงอายุ งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากวัยทำงาน หลักการและเหตุผล : ประชากรวัย
ทำงานอายุ 15-59 ปีเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาครอบครัว สังคม และ
ประเทศชาติมีบทบาทเป็นทั้งผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ เป็นผู้นำครอบครัว และต้องดูแล
ประชากรกลุ่มวัยต่างๆอีกด้วย สถานการณ์การเจ็บป่วยของคนไทยในปัจจุบัน ได้เปลี่ยนจากปัญหา
ในอดีตที่ การเจ็บป่วยส่วนใหญ่เกิดจากโรคติดต่อ กลายมาเป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ
สาเหตุเหล่านี้เป็นผลมา จากการเปลี่ยนแปลงของประชากร สภาวะเศรษฐกิจและสังคม ทำให้วิถี
ชีวิตของคนที่เปลี่ยนไป ขาดการใส่ใจ ดูแลและควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกัน โรคในช่องปากในกลุ่มวัยทำงานควรเป็นการบูรณา
การร่วมกับงานอื่น โดยมีเรื่องของปัจจัยเสี่ยงร่วมต่างๆ เป็น ตัวเชื่อมเพื่อ โยงเข้าสู่การดูแลสุขภาพ
ช่องปาก ทั้งนี้มีองค์ความรู้ที่ควรคำนึงถึงอยู่หลายประการ ได้แก่การทำ ความเข้าใจกลุ่มวัยทำงานที่
มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มเป้าหมายอื่น โดยเฉพาะเรื่องของวิถีชีวิตที่มีผล ต่อพฤติกรรม
การปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงร่วมโดยการรักษาความสมดุลของการได้รับพลังงาน ที่
ได้รับในแต่ละวันผ่านทางกรบริโภคอาหารและการใช้พลังงานผ่านทางกิจกรรมทางกายและการ
ออกกำลังกายการเข้าใจมาตรการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากและสามารถปรับใช้ได้อย่าง
เหมาะสมโดยใช้ กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ
ช่องปาก จากองค์ความรู้ ดังกล่าวสามารถวิเคราะห์และมีข้อเสนอเป็นกรอบแนวคิดในการ
ดำเนินงานสำหรับกลุ่มวัยทำงานได้ดังนี้

แผนภาพที่ 4-1 แผนภูมิการยกร่างแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย



ที่มา: สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557. หน้า 17.

พฤติกรรมหลักที่กลุ่มวัยทำงานพึงปฏิบัติคือ การตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้กลุ่มวัยทำงานมีข้อมูลสุขภาพช่องปากของตนเอง เข้าใจข้อมูลนั้น สามารถซักถาม และนำไปสู่การ ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพช่องปากได้ซึ่งเป็นไปตามการดำเนินงานเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) นั่นเอง โดยการสื่อสารควรเป็นไปในแนวทางที่เป็นเรื่องของการรู้จักเลือก เพื่อให้สุขภาพดีขึ้น โดย การเลือกนั้นเป็นการตัดสินใจโดยสมัครใจของเจ้าของสุขภาพเอง ทั้งนี้สิ่งที่คาดหวังคือ การเลือกที่จะดูแล สุขภาพตัวเองก่อนที่จะมีอาการของโรค และ/หรือ หากเกิดโรคแล้วก็สามารถเลือกดูแลตัวเองและรับการรักษา ตามสภาวะของโรคได้ เป้าประสงค์ของกรมอนามัยในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อให้คนไทยวัยทำงานหุ่นดี สุขภาพดี โดยมีเป้าหมาย ให้คนวัยทำงานอายุ 30-44 ปีมีค่า BMI ปกติ (ค่า BMI เท่ากับ 18.5-22.9 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร) และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม กิจกรรม ทางกายและการนอนหลับที่เพียงพอต่อสุขภาพ และการมพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม และได้มีการนำแนวคิดเรื่องการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพช่องปาก (Oral Health Literacy) มาใช้เพื่อให้คนในกลุ่มวัยนี้มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์

ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดีได้ในปีงบประมาณ 2561 จึงได้จัดทำโครงการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงาน 3 โครงการ ได้แก่

1. โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์

ปีงบประมาณ 2560 Cluster วัยทำงาน กรมอนามัย ได้พัฒนาระบบการสำรวจข้อมูลพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทยวัยทำงาน รวมถึงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยได้การ ดำเนินงานนำร่องสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทยวัยทำงานอายุ 15-59 ปีใน 4 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย อุบลราชธานีขอนแก่น และชลบุรีในการดำเนินงานปี 2561 จะนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจนี้ มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานใน 4 จังหวัดดังกล่าว รวมถึง ขยายการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทยวัยทำงานใน 13 เขตสุขภาพ เพื่อให้ได้ ภาพรวมสถานการณ์ของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของคนไทยวัยทำงานในระดับประเทศเพื่อเป็นข้อมูล ในการกำหนดนโยบาย และยุทธศาสตร์ของกลุ่มวัยทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์ : จัดทำระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนวัยทำงานตามตัวชี้วัดของ ยุทธศาสตร์กรมอนามัย

1. สำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชนวัยทำงานตามตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ กรมอนามัย
2. พัฒนารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในประชาชนวัยทำงานเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพ พึงประสงค์

วิธีการดำเนินงาน :

1. ประชุมคณะทำงานเพื่อกำหนดกรอบเนื้อหาและแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรม สุขภาพของวัยทำงาน
2. ประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงานเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และพัฒนารูปแบบ การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ในจังหวัดนำร่อง 4 จังหวัด
3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ กำหนดแนวทางการดำเนินงานเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ใน 13 เขตสุขภาพ
4. ศูนย์อนามัย 13 แห่งดำเนินการเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงาน

5. จังหวัดนาร่อง 4 จังหวัด ดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงานตาม รูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น และเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงาน

6. ประชุมประเมินและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในจังหวัดนาร่อง 4 จังหวัด และ ผลการเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ใน 13 เขตสุขภาพ

7. สรุปผลการดำเนินการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มวัยทำงานใน 4 จังหวัด และ สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของกลุ่มวัยทำงานจาก 13 เขตสุขภาพ

2. โครงการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยทำงานในสถาน ประกอบการ (งบประมาณจากมูลนิธิทันตสาธารณสุข)

เป้าหมาย เพื่อสร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริม สุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในกลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาองค์ประกอบของทักษะส่วนบุคคลและอุปสรรคที่มีผลต่อการดูแลทันตสุขภาพในมุมมอง ของประชากรไทยวัยทำงานในสถานประกอบการ

2. เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้และพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในประชากรไทยวัยทำงานในสถาน ประกอบการ

3. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับวัยทำงานในสถานประกอบการที่ เหมาะสมตามลักษณะของกลุ่มประชากร

พื้นที่เป้าหมาย โรงงานอุตสาหกรรมขนาดกลางหรือขนาดใหญ่ ภาคละ 1 โรงงาน จำนวน 6 ภาค (เหนือ กลาง อีสาน ใต้ตะวันออก ตะวันตก) โดยอาศัยการเลือกแบบเจาะจง

การดำเนินงาน ขั้นเตรียมการ

1. วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมทันตสุขภาพ และสถานะทันตสุขภาพและสูมตัวอย่างเพื่อทำ focus group ด้วยวิธี stratified random sampling โดยข้อมูลที่วิเคราะห์ได้

2. พัฒนาโครงร่างการวิจัยและเสนอขอจริยธรรมการวิจัย

3. ฝึกอบรมกระบวนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและการวิเคราะห์ผลให้แก่คณะผู้วิจัย

4. ประสานพื้นที่เป้าหมายสำหรับออกเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

ขั้นดำเนินการ

1. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์กลุ่ม (Focus group) ใน 6 โรงงาน (ภาคละ 1 โรงงาน)

2. วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานทันตสาธารณสุขที่ เหมาะสม และ พัฒนาแบบสอบถามเพื่อวัดระดับความรู้และพฤติกรรมทางทันตสุขภาพของวัยทำงานในสถานประกอบการ
3. ทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ โดยเก็บข้อมูลระดับความรู้และพฤติกรรมทาง ทันตสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นมา (Pilot study)
4. เก็บข้อมูลระดับความรู้และพฤติกรรมทางทันตสุขภาพในกลุ่มประชากร ด้วย แบบสอบถาม ที่พัฒนาขึ้นมา
5. วิเคราะห์ผลเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้และพฤติกรรมทางทันต สุขภาพของวัยทำงานในสถานประกอบการ
6. นำเสนอผลการศึกษาต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
7. จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

3. โครงการ พัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากวัยทำงานเพื่อเข้าสู่ผู้สูงวัยที่มีคุณภาพ “ผู้ใหญ่ฟันดี ครอบครัวสุขภาพดีสังคมมีสุขภาพะ ”

เป้าประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบ/ระบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากวัยทำงานที่ส่งผลต่อการเป็น “ผู้ใหญ่ฟันดี ครอบครัวสุขภาพดีสังคมมีสุขภาพะ” มุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกันโรคในช่องปาก ประชาชนรับผิดชอบสุขภาพ ช่องปากตนเอง มีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง และครอบครัวได้อย่างเหมาะสมและภาคี เครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนางานโดยเริ่มต้นที่กลุ่มแรงงานในสถานประกอบการและเกษตรกร โดยมุ่งหวัง ว่าจะมีความเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนให้ครบวงจร ตั้งแต่ แรกเกิด วัยเด็ก เยาวชน วัย ทำงานและผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างเครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงาน ภายใต้อาณาเขตและบริบทที่ สอดคล้องกับการดำรงชีวิตประจำวัน
2. เพื่อพัฒนาระบบและกลไก การดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มวัยทำงาน ให้มีสมรรถนะในการดูแลตนเอง และสามารถประเมินสุขภาพของตนเองตั้งแต่ระยะเริ่มแรกสร้างการ เชื่อมโยงกับระบบบริการเพื่อการ เข้าถึงบริการที่เหมาะสมทั้งการส่งเสริม ป้องกันโรค และการ รักษาเพื่อลดการสูญเสียฟัน
3. เพื่อพัฒนากำลังคนและทีมงานด้านทันตสุขภาพ ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน รวมทั้งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้มีองค์ความรู้ที่เหมาะสม สามารถทำงานด้วยแนวคิดการส่งเสริม

สุขภาพและบูรณาการกับ สุขภาพโดยรวม ภายใต้กลยุทธ์การทำงานแบบ area base (ตำบลสุขภาพะ ระบบบริการปฐมภูมิหมอ ครอบครัว) และสามารถสนับสนุนซึ่งกันและกัน

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี)

1. กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่กลุ่มอาชีพแรงงาน ที่อยู่ในโรงงาน บริษัท สถานประกอบการ ใน 4 จังหวัด เขตอุตสาหกรรม ได้แก่ - จ.ระยอง สถานประกอบการในเขตความรับผิดชอบ โรงพยาบาลระยอง - จ.สมุทรปราการ สถานประกอบการในเขตความรับผิดชอบ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ - จ.ชลบุรีสถานประกอบการในเขตความรับผิดชอบ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ - จ.สระบุรีสถานประกอบการในจังหวัดสระบุรี

2. กลุ่มเป้าหมายรองได้แก่กลุ่มอาชีพเกษตรกรที่ อยู่ในชุมชนชนบท ใน 4 ภาค 12 พื้นที่

กิจกรรม

1. ติดตาม ให้คำปรึกษาแนะนำ และนิเทศเยี่ยมชมการทำงานในพื้นที่ดำเนินการต่าง ๆ

2. รวบรวมผลงานและประสานกับเครือข่ายในระดับพื้นที่

3. จัดการประชุมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง

4. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการสื่อสารด้านสุขภาพช่องปาก

งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

หลักการและเหตุผล

เหตุผลที่ต้องมีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ

1. อายุคาดเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้เฉลี่ย ในชาย 20.1 ปี ในหญิง 23.4 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล) ซึ่งช่วงอายุที่เหลือนั้นกว่า 20 ปี เป็นช่วงเวลาเสื่อมถอย ผู้สูงอายุนั้นมีจำนวนกว่า 10 ล้านคน ยังจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม/ป้องกัน/ดูแลด้านสุขภาพ เพื่อชะลอความเจ็บป่วย/ความพิการ หรืออย่างน้อยเพื่อคงสภาพ ซึ่งบริการเหล่านี้ควรสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเห็นความจำเป็น และเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น เพื่อลดความจำเป็นของการรักษาและฟื้นฟูซึ่งในผู้สูงอายุมักเป็นบริการ ที่ ชับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูง ใช้เวลามาก และต้องใช้บริการเฉพาะ การดำเนินงานจะขยายสู่กลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

2. ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปีด้านสาธารณสุข กำหนดเป้าหมายให้คนไทย ควรมีอายุคาดเฉลี่ยของการมี สุขภาพดี (Health-Adjusted Life expectancy : HALE) ไม่น้อยกว่า 75 ปีคือ มีสุขภาพแข็งแรงช่วยเหลือ ตนเองได้ไม่เพียงแต่มีอายุยืนเท่านั้น ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับ

Life span คือ การมีฟันเคี้ยวอาหารได้ และ จากแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ พ.ศ.2560-2564 กรมอนามัย ให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีตัวชี้วัด

2.1 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) เพิ่มขึ้น

2.2 ผู้สูงอายุมีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ

3. รัฐบาลมีนโยบายแผนงาน ยุทธศาสตร์และแนวทางการดำเนินงาน ที่เป็นรูปธรรมด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่

3.1 ยุทธศาสตร์ 3S : Social Participation, Social Security, Strong (Health) เพื่อมุ่งสู่ Active Aging โดยมีแผน บูรณาการความร่วมมือของ 4 กระทรวงหลัก (พม. มหาดไทย ศึกษาธิการ สาธารณสุข) โดยมีมาตรการสำคัญ คือ Social Participation ส่งเสริม/พัฒนาชุมชนให้มีส่วนร่วมดูแลตนเอง เตรียมความพร้อมระบบสนับสนุน ผู้ สังกมสูงอายุ Social Security เน้นการพัฒนาาระบบบริหารจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อมสร้างเมืองให้เป็นมิตร กับผู้สูงอายุทุกด้าน Strong (Health) เน้นการพัฒนาาระบบการดูแลสุขภาพ คุณภาพ/การเข้าถึง โดยเฉพาะใน ระดับชุมชน

3.2 นโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)* มีการบูรณาการเกณฑ์ข้อ 5 มีบริการส่งเสริม ป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล มีการบูรณาการเนื้อหาในการอบรม Care giver ร่วมด้วย

4. มีแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.2558-2565 ที่ คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบใน หลักการ และมีการจัดทำงบประมาณภายใต้งบบูรณาการสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ โดยมี

เป้าประสงค์

1. ผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้านติดเตียง ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากต่อเนื่อง มีคุณภาพ

2. ชุมชน ท้องถิ่นมีขีดความสามารถในการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

เป้าหมาย

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดีมีฟันใช้งานอย่างเหมาะสม (อย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบ)

2. มีนวัตกรรมเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ดำเนินการภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์หลัก ได้แก่

ยุทธศาสตร์ 1 การพัฒนารูปแบบระบบคุณภาพบริการด้านทันตสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นสวนราชการหลัก ซึ่งมีแนวทางการดำเนินงานสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ 3S นโยบาย LTC PCC

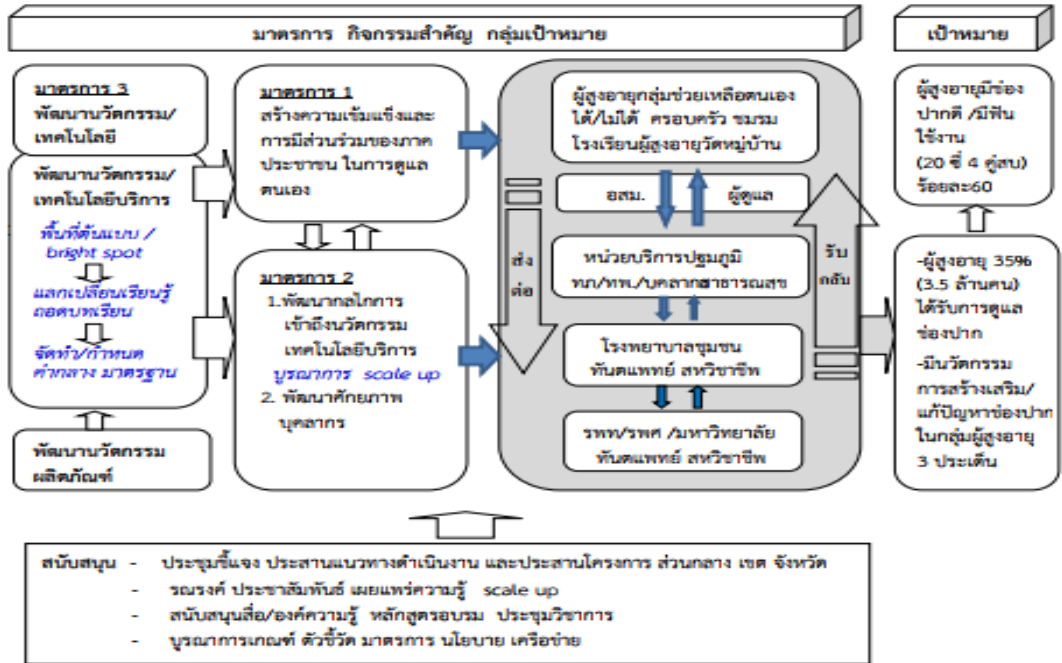
ยุทธศาสตร์ 2 การศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยมูลนิธิทันตนวัตกรรมศูนย์ทันตฯ ระหว่างประเทศ ผลิदनวัตกรรมผลิตภัณฑ์ สนับสนุนการนำไปพัฒนาคุณภาพบริการในระบบ

ยุทธศาสตร์ 3 การพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ โดย 8 มหาวิทยาลัย กรมการแพทย์

ยุทธศาสตร์ 4 การบริหารจัดการและการพัฒนาระบบฐานข้อมูล การติดตาม ประเมินผล เป้าหมายปี 2561

1. ผู้สูงอายุทั่วประเทศ ร้อยละ 35 (3.5 ล้านคน) ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดย
 - 1.1 ได้รับบริการใส่ฟันเทียมมี 40,000 ราย
 - 1.2 ได้รับบริการสร้างเสริมป้องกัน จากหน่วยบริการปฐมภูมิ 5,000 แห่ง
 - 1.3 ได้รับความรู้ในการดูแลอนามัยช่องปากตนเองผ่านการมีส่วนร่วมของชมรมชุมชน และท้องถิ่น 3,000 ชมรม
2. มีรูปแบบ/แนวทาง/นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมและแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุอายุ 3 ประเด็น ได้แก่การสูญเสียฟัน แผล/มะเร็งช่องปาก และสภาวะช่องปากที่สัมพันธ์กับโรคทางระบบของผู้สูงอายุ
3. ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดีมีฟันใช้งานได้อย่างเหมาะสม (20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง)

แผนภาพที่ 4-2 แนวทางการดำเนินงาน



กิจกรรมสำคัญ ปี 2561 ดำเนินการ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ในการดูแลตนเอง

ดำเนินการทั่วประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มเป้าหมายหลักผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และกลุ่มเป้าหมายรองอายุ 40 ปีขึ้นไป) สามารถดูแลอนามัยช่องปากตนเองเบื้องต้น ทั้งกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้/ไม่ได้ผ่านครอบครัว ชุมรม วัด โรงเรียนผู้สูงอายุ หมู่บ้าน ชุมชน อสม. ผู้ดูแล

กิจกรรม

1. พัฒนา/จัดกระบวนการ/สนับสนุน ให้ชมรม, โรงเรียนผู้สูงอายุชุมชน มีการจัดกิจกรรม/จัด สิ่งแวดล้อมที่กระตุ้น/เอื้อต่อการเรียนรู้และปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองเพื่อ ลดการสูญเสียฟัน สร้างและพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และประเมินผล

2. พัฒนาศักยภาพแกนนำชมรมผู้สูงอายุแกนนำภาคประชาชน อสม. ผู้ดูแล (care giver) ให้สามารถ ดูแล/ ให้คำแนะนำ/เชื่อมต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุกับบุคลากร/หน่วยบริการปฐมภูมิ

3. บูรณาการ เกณฑ์/กิจกรรมกับการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่น ได้แก่

3.1 มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 โดยมีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้

3.1.1 มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการ ส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว

3.1.2 มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

3.1.3 มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver)/ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

3.1.4 มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถาน บริการสู่ชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ /ทีมหมอครอบครัว

3.1.5 มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล

3.1.6 มีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมี แผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)

3.1.7 มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือ คณะกรรมการกองทุนตำบล

3.2 การดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในวัดส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน องค์ประกอบวัดส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1. สะอาดร่มรื่น 2. สงบ ร่มเย็น 3. สุขภาพ ร่วมสร้าง 4. ศิลปะร่วมจิต (วิญญูณ) 5. ชาวประชาร่วมพัฒนา

3.3 มีการดูแลสุขภาพช่องปาก มาตรฐานระดับพื้นฐาน ได้แก่การมี ความรู้เรื่องทันตสุขภาพผ่านทางสื่อสิ่งพิมพ์การประชุม/อบรม

ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบ กลไก พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟันฟู รวมทั้งการส่งต่อ

ดำเนินการทั่วประเทศ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบ กลไก พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟันฟู รวมทั้งการส่งต่อ

กิจกรรม

1. การพัฒนากลไกบริการ เพื่อการเข้าถึงการใส่ฟันเทียมทดแทน โดยทันตแพทย์

1.1 ฟันเทียมพระราชทาน (ฟันเทียมทั้งปากหรือ 16 ซี่ขึ้นไป) ทั่วประเทศ 40,000 ราย (ทุกสิทธิ์) ตามระบบบริการปกติใน 77 จังหวัด และ กทม. คลินิกเอกชนร่วมจัดบริการ และรณรงค์จัดบริการ ในพื้นที่เป็นกรณีพิเศษ และประเมินความพึงพอใจร้อยละ 10 ของผู้รับบริการ รายจังหวัด

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นลำดับแรก หากจังหวัดใดจัดบริการให้กับ กลุ่มนี้ ได้เต็มพื้นที่แล้ว สามารถให้บริการผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป

1.2 ฟันเทียมบางส่วนน้อยกว่า 16 ซี่ 10,000 ราย

กลุ่มเป้าหมาย : ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดย เป้าหมายเบื้องต้นรายจังหวัดในปี 2561

2. การพัฒนาคลินิก/นวัตกรรม เพื่อการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตาม ชุมชนสิทธิประโยชน์ การจัดบริการส่งเสริม ป้องกันในผู้สูงอายุทุกสิทธิ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่อง ปากเป็นรายบุคคล และดูแลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อการคงสภาพที่ดีเน้นการเข้าถึงบริการใกล้ บ้าน โดยเฉพาะโดย หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ โดย บริการทันตกรรมป้องกันตามชุมชนสิทธิ ประโยชน์ประกอบด้วย

2.1 การตรวจสุขภาพช่องปาก

2.2 การให้คำแนะนำ และ/หรือ การปรับพฤติกรรมเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์

2.3 การใช้ฟลูออไรด์วาร์นิชป้องกันรากฟันผุ

2.4 การอุดหินน้ำลายป้องกันเหงือก/ปริทันต์อักเสบชนิดเฉียบพลัน (Acute Periodontitis) สัมมนา หรือเรียนรู้ด้วย ตนเองและ การดูแลอนามัยช่องปากตนเองเช้าและก่อนนอน ทุกวัน)

3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย

3.1 การอบรม 3 วัน สำหรับทันตแพทย์ ทันตภิบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

3.2 การอบรมระยะสั้น หลักสูตร 4 เดือน สำหรับทันตแพทย์ ระบบ e-learning

ด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ปริทันตวิทยา ทันตกรรมประดิษฐ์ การบูรณะ ขากรรไกรและไบหน้าและเวชศาสตร์ช่องปาก

3.3 การศึกษาต่อเนื่องระดับปริญญาโท 2 ปี ระบบ e-learning

3.3.1 สำหรับทันตแพทย์ หลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุ เวชศาสตร์ช่องปาก ปริทันตวิทยา

3.3.2 สำหรับ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข หลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 การพัฒนานวัตกรรมบริการเชิงระบบ แบบครบวงจร

เป็นการนำนวัตกรรมทั้งนวัตกรรมผลิตภัณฑ์และนวัตกรรมบริการ ทั้งโดยการพัฒนาเอง หรือการนำมา จากแหล่งอื่น มาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากในประเด็นใหม่ แบบครบวงจร ในพื้นที่ ที่สมัครใจ 35 จังหวัด 13 เขตสุขภาพ ได้แก่ 1) แผล/มะเร็งช่องปาก 2) สภาวะช่องปากอื่น ที่สัมพันธ์กับโรค เรื้อรังทางระบบของผู้สูงอายุ เช่น เบาหวาน หัวใจ/หลอดเลือด ความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีนวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในจังหวัดต้นแบบ เพื่อเป็น ต้นแบบ นวัตกรรมเชิงระบบ ในการบริการทันตสุขภาพแบบผสมผสาน บูรณาการครบวงจร เพื่อขยายผล ต่อไป

กิจกรรม

- 1 การพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ ประเด็น แผลและมะเร็งช่องปาก ในพื้นที่ต้นแบบ
 - 1.1 พัฒนาการใช้นวัตกรรมการประเมิน และคัดกรองรอยโรค เพื่อการสร้างเสริมป้องกันสำหรับ อสม. และทันตบุคลากร โดยการใช้ Application
 - 1.2 พัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ เพื่อรองรับการใช้นวัตกรรมผลิตภัณฑ์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก และล่าคอในพื้นที่ต้นแบบเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนจากมูลนิธิทันตนวัตกรรมฯ
 - 1.3 พัฒนานวัตกรรมเพื่อการจัดการความรู้การพัฒนาศักยภาพ บุคลากร และเครือข่าย ในการ ให้บริการดูแล แก้ปัญหาสุขภาพช่องปากปาก ในชุมชน และหน่วยบริการแต่ละระดับ โดยการ สนับสนุนจากทมคณาจารย์ 8 มหาวิทยาลัย และพื้นที่ bright spot
 - 1.4 การเตรียมการ เพื่อขยายการดำเนินการ (Scale up) ระดับประเทศ ในโครงการ OHO project (Oral Health Care System for Oral Cancer Project)
2. การพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบ ประเด็น สุขภาพช่องปากที่สัมพันธ์กับโรคเรื้อรังทางระบบของผู้สูงอายุ
 - 2.1 การพัฒนาในพื้นที่ต้นแบบ
 - 2.2 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน นวัตกรรมบริการ/นวัตกรรมเชิงระบบ
 - 2.3 การจัดทำแนวทาง การกำหนดบทบาท ค่ากลางการดูแลช่องปากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การสนับสนุน

1. การรณรงค์สร้างกระแส เผยแพร่ประชาสัมพันธ์

1.1 รณรงค์เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ผ่านสื่อสาธารณะ

1.2 การประกวด “10 ยอดฟันดีวัย 80 และ 90 ปี” ระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2561 ในเดือน ตุลาคม 2560 เป็นกิจกรรมหนึ่งในโครงการรณรงค์ “คนไทยฟันดีตลอดชีวิต” ซึ่งระดับเขต ศูนย์อนามัยเขตร่วมกับจังหวัดค้นหา “10 ยอดฟันดีวัย 80 และ 90 ปี” อายุ 80-89 ปี 1-2 ท่าน และอายุ 90 ปีขึ้นไป 1 ท่าน ส่งเข้าร่วมประกวดระดับประเทศ

2. การสนับสนุน เอกสาร คู่มือ สื่อ สิ่งพิมพ์ในการดำเนินงาน

2.1 หนังสือการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

เล่มที่ 5 : เพื่อรอยยิ้มผู้สูงอายุ ร่วมใส่ใจสุขภาพช่องปาก

เล่มที่ 7 : เพื่อรอยยิ้มผู้สูงอายุ ร่วมใส่ใจสุขภาพช่องปาก (ภาษาฮาวิ)

เล่มที่ 8 : การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ทிடบ้าน ทิดเตียง

3. การนิเทศ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ โดยศูนย์อนามัยเขต และสำนักทันต

สาธารณสุข

4. การรายงาน

แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปี 2561 กลุ่มพัฒนาระบบทันต
สาธารณสุข

งานในปีงบประมาณ 2561

1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสุขภาพช่องปาก

1.1 โครงการอบรมระยะสั้น (4 เดือน) ทันตสาธารณสุข สำหรับทันตแพทย์ วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม

1. มีประสบการณ์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันและกับ
นักวิชาการส่วนกลาง

2. เข้าใจแนวคิดหลักการสำคัญของศาสตร์สาขาต่างๆ

3. นำความรู้และทักษะจากการฝึกปฏิบัติไปปฏิบัติการตอบสนองต่อ
ปัญหาในพื้นที่ภายใต้ทรัพยากรที่มีได้

4. มีความมั่นใจในการนำเสนอ สื่อสาร และปฏิสัมพันธ์กับบุคลากร
สายงานอื่นๆ

กลุ่มเป้าหมาย ทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงาน ≥ 3 ปี จำนวน 20 คน

หลักสูตร ภาคทฤษฎี 5 กลุ่มวิชา (กรมอนามัย) ภาคปฏิบัติ (ในพื้นที่
ปฏิบัติงานของผู้เข้าอบรม)

1. โครงการและการวิจัยประเมินผล 20-24 พ.ย. 60 ค่าลงทะเบียน
4,000 บาท
2. จริยธรรมการวิจัยด้านสุขภาพช่องปากและเขียนบทความวิชาการ
18-21 ธ.ค. 60 ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท
3. ทันตสาธารณสุขและการส่งเสริมสุขภาพ 22-26 ม.ค. 61
ค่าลงทะเบียน 4,000 บาท
4. การบริหารงานทันตสาธารณสุข 19-22 ก.พ. 61 ค่าลงทะเบียน
4,000 บาท
5. ความคิดรวบยอดเชิงระบบ 19-21 มี.ค. 61 ค่าลงทะเบียน 2,000
บาท

1.2 โครงการอบรมระยะสั้น (4 เดือน) ทันตสาธารณสุข สำหรับทันตภิบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้เข้าอบรมให้มีสมรรถนะหลักดังนี้

1. ใช้แนวคิดหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่อง
ปากประชาชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน ผสมผสาน และต่อเนื่อง
2. มีส่วนร่วมในทีมหมอครอบครัวเพื่อการบริการแบบองค์รวม
ต่อเนื่อง ผสมผสาน ให้คำปรึกษาและส่งต่อ เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการซึ่งจะสร้างคุณค่า
ในการรับรู้ของประชาชน
3. ประเมินชุมชน (Community Assessment) วิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่
ส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก และวางแผน/จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน โดย
สร้างการมีส่วนร่วมกับ Key Person ภาควิชาเครือข่ายชุมชน และประชาชน
4. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อการปรับปรุงให้
ดำเนินงานได้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และคุ้มค่า
5. วิจัยจากงานประจำและนำเสนอผลงานเพื่อแบ่งปันประสบการณ์
และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรอื่น

กลุ่มเป้าหมาย ปฏิบัติงานใน PCC ที่ขึ้นทะเบียนแล้ว จบการศึกษาระดับ
ปริญญาตรี และมีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 2 ปี

หลักสูตร กำลังร่างหลักสูตรและจะดำเนินการให้ ก.พ.รับรองเทียบเท่า
ปริญญาโท

1.3 LEARN

วัตถุประสงค์ พัฒนาศักยภาพบุคลากรสำนักทันตสาธารณสุขในเรื่องที่สนับสนุนการทำงาน

กลุ่มเป้าหมาย บุคลากรสำนักทันตสาธารณสุขจำนวน 90 คน

ระยะเวลาดำเนินการ

1. พ.ย. 2560 เทคนิคการอ่านและวิเคราะห์บทความวิชาการ
2. ม.ค. 2561 การสร้างแรงบันดาลใจในการทำงาน
3. มี.ค. 2561 การจับใจความในการประชุมและสรุปการประชุม
4. พ.ค. 2561 การใช้ social online เทคนิคการเขียนข้อความสั้นเพื่อสื่อสารทางไลน์ และ พ.ร.บ.คอมพิวเตอร์

2. งานสุขภาพช่องปากคนพิการ

2.1 โครงการพัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการติดบ้านติดเตียงและเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

วัตถุประสงค์

1. สร้างเครือข่ายนวัตกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการติดบ้านติดเตียงและเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
2. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการผลิตนวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการฯ
3. องค์กรความรู้และวิธีการทดสอบคุณภาพ/ประเมินผลการใช้งานนวัตกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก
4. จัดทำบัญชีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการติดบ้านติดเตียงและเด็กปากแหว่งเพดานโหว่
5. ดำเนินการขึ้นทะเบียนนวัตกรรมไทย

กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคลากรสาธารณสุข นักเรียนนักศึกษา และประชาชน จำนวนตั้งแต่ 15 คน
2. บัญชีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากหมวดคนพิการติดบ้านติดเตียงและเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

ขั้นตอนดำเนินการ

1. พัฒนาและปรับปรุงโครงสร้างและแบบเก็บข้อมูลนวัตกรรม พ.ย.60

2. สื่อสารประชาสัมพันธ์เชิญชวนบุคลากรในสำนักทันตสาธารณสุข ศูนย์อนามัย สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล สถานศึกษา (โรงเรียนมัธยม วิทยาลัยอาชีวศึกษา/ช่างกล คณะวิศวกรรมศาสตร์ และสถาปัตยกรรมศาสตร์) และเครือข่ายผู้ดูแล/ผู้ปกครอง

3. ประสานจังหวัดเป้าหมาย ม.ค.-มี.ค.61

4. ผู้ต้องการเข้าร่วมโครงการเติมข้อมูลในแบบกรอกข้อมูลนวัตกรรมฯ (disableinnoForm.doc) และส่งสำนักภายใน 31 มีนาคม 2561

5. รวบรวมข้อมูล จัดกลุ่ม ทบทวน และตรวจสอบ ทดสอบคุณภาพ/ประเมินผล ความเป็นนวัตกรรม ตามนิยามของ สวทช. ม.ค.-มี.ย.61

6. พัฒนาองค์ความรู้ในการทดสอบคุณภาพ/ประเมินผลการใช้งานนวัตกรรม เม.ย.-มี.ย.61

7. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การปรับปรุงและการทดสอบคุณภาพ/ประเมินผลการใช้งาน นวัตกรรมพ.ค.-มี.ย.61

8. ติดตามการพัฒนาและการประเมินผล ก.ค.-ส.ค.61

9. จัดทำบัญชีนวัตกรรมสุขภาพช่องปากหมวดการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการ ส.ค.-ก.ย.61

3. วิทยาการทันตสาธารณสุข (เป็นวารสารกลุ่มที่ 2: T2 รับรองโดยศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวิทยาสารไทย)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อยกระดับความสามารถในการผลิตและใช้องค์ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของประเทศ

2. เพื่อเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับบุคลากรหน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในด้านปฏิบัติการ วิชาการ และนโยบาย

3. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้แก่นักวิชาการทั่วไป

กลุ่มเป้าหมาย ทันตบุคลากรและนักวิชาการด้านสุขภาพช่องปาก

การส่งบทความ ส่งได้ตลอดทั้งปี email: thdphjo@gmail.com

4. งาน Startup “Dent Share Charity” เพิ่มชีวิตให้บัญชีสื่อทันตฯ ด้วยการจับคู่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างช่องทางในการพบกันระหว่างผู้ที่ต้องการสื่อกับคลังสื่อด้านสุขภาพช่องปากที่เชื่อถือได้

2. เพื่อสร้างช่องทางในการพบกันระหว่างผู้ที่ต้องการสื่อแบบกระดาษกับ
ผู้บริจาค/สนับสนุนในการพิมพ์

3. สนับสนุนให้ผู้ผลิตสื่อด้านสุขภาพช่องปากมีช่องทางการเผยแพร่
กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนผู้สนใจ/ต้องการสื่อด้านสุขภาพช่องปาก

2. บุคลากรสาธารณสุขและประชาชนผู้ผลิตสื่อด้านสุขภาพช่องปาก

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. สร้างแบบสอบถามถึงรูปแบบของช่องทางในการเผยแพร่สื่อที่ต้องการ
และส่งแบบสอบถามไปยังผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พ.ย.-ธ.ค.60

2. พัฒนาและปรับปรุงรูปแบบนำร่องของช่องทางในการเผยแพร่ (pilot
model) พ.ย.-ธ.ค.60

3. รวบรวมข้อมูล ประเมินผลแบบสอบถาม และรูปแบบนำร่องของ
ช่องทางในการเผยแพร่ ม.ค.61

4. ประชาสัมพันธ์ รวบรวม และจัดกลุ่มสื่อด้านสุขภาพช่องปาก พ.ย.60-
ก.ย.61

5. สร้าง website สำหรับเผยแพร่สื่อด้านสุขภาพช่องปากและเป็นช่องทาง
พบกันระหว่างผู้ต้องการ สื่อกับผู้สนับสนุน ก.พ.-มี.ค.61

6. เปิดใช้ website จับคู่ผู้ต้องการสื่อและผู้สนับสนุน และประสานการ
จัดทำ/จัดส่งสื่อให้ผู้ต้องการ เม.ย.-ก.ย.61

7. การประเมินผลการดำเนินงานปี 61 และวางแผนการพัฒนาในปีต่อไป
ส.ค.-ก.ย.61

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร (Demographic Change) ที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลา เป็นปรากฏการณ์ ที่อยู่ในกระแสความสนใจของนักประชากรศาสตร์ในประเทศต่าง ๆ และผู้บริหาร นโยบายผู้นำระดับประเทศในภูมิภาคต่าง ๆ รวมไปถึงจนถึงนักธุรกิจและนักลงทุนในภาคธุรกิจมหภาค โดยได้มีการศึกษาวิเคราะห์ ทิศทาง แนวโน้มสถานการณ์ด้านประชากร และนำไปวางแผน กำหนดแนวทาง เพื่อลดผลกระทบ และกำหนดยุทธศาสตร์และวิธีปฏิบัติรับมือกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ที่จะส่งผลในอนาคต ในทุกมิติของด้านต่าง ๆ ด้วย การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของโลกที่เกิดขึ้นขณะนี้ มีหลายประเทศที่ก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุแล้ว หลายประเทศก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และมีข้อมูลที่มีแนวโน้มว่าประเทศนั้น ๆ จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดในไม่ช้าในอนาคตอันใกล้

การแบ่งสังคมผู้สูงอายุ ตามองค์การสหประชาชาติ (United Nations : UN) ที่ได้ให้นิยามผู้สูงอายุหมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุ มากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยสังคมสูงวัยสามารถแบ่งสถานการณ์ออกได้เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ หรือประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ

ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) หมายถึง สังคมหรือประเทศที่มีประชากร อายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 14 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super-Aged Society) หมายถึงสังคมหรือประเทศที่มีประชากร อายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ แสดงว่าประเทศนั้นเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่

เมื่อปี พ.ศ. 2558 ประชากรโลกมีจำนวน 7,349 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 901 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12 จึงกล่าวได้ว่า “ประชากรโลกได้กลายเป็นสังคมสูงวัย” แล้ว ส่วนในประเทศอาเซียนมีประชากรรวมกันทั้งหมดประมาณ 633 ล้านคน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 55 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 9 ของประชากรอาเซียน ซึ่งประเทศในอาเซียนมี 3 ประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว กล่าวคือมีจำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรในประเทศ ซึ่งได้แก่ ประเทศ สิงคโปร์ ประเทศไทย และ ประเทศอินโดนีเซีย

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดย 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กล่าวคือมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีมีจำนวนร้อยละ 10 ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2561 มีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนประมาณร้อยละ 17 และคาดว่าประเทศไทยจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 คือ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 และเป็น “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2578 โดยประมาณ การว่า จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ของประเทศไทย ที่จะมีสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจำนวนมาก โดยกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้จะมีโรค NCDs ซึ่งเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค และไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมดำเนินชีวิต อาทิเช่น โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง เป็นต้น และมีการศึกษาพบว่า สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบโดยการมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน เช่น เบาหวาน กับโรคปริทันต์ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาโรคทางระบบ สภาวะในช่องปากที่มีปัญหาและการสูญเสียฟันมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการและการมีน้ำหนักร่วงลง ภาวะสุขภาพจิตสัมพันธ์กับอาการจากสุขภาพช่องปาก ดังนั้นการมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้เห็นว่าประเทศไทยมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเตรียมความพร้อมรับความเป็นสังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะมาถึง เพราะผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคต่างๆ สาเหตุจากการเสื่อมตามความปกติของร่างกายและโรคประจำตัวเรื้อรังของผู้สูงอายุซึ่งต้องได้รับการดูแลที่แตกต่างไปจากผู้ป่วยในกลุ่มอื่น นอกจากนี้การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุอาจเกิดขึ้นกับอวัยวะต่างๆ ในเวลาเดียวกัน หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้มีความรุนแรงมากขึ้น ผู้สูงอายุควรดูแลตนเองให้แข็งแรงตั้งแต่อายุน้อยเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรงและมีความสุข

นอกจากนี้ยังพบว่ามีภาวะอื่นๆ อีก อาทิเช่น ฟันผุ รากฟันผุและโรคปริทันต์ระดับรุนแรงซึ่งโรคในช่องปากเกิดจากหลายปัจจัยเสี่ยง รวมถึงกับ โรคที่สำคัญที่พบในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งโรคที่มาจากความเครียด การสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการดูแลสุขภาพอนามัยเป็นต้น ที่สำคัญหากเกิดการติดเชื้อในช่องปากจะทำให้เกิดการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง จะพบการอักเสบของสภาวะปริทันต์มากกว่าปกติ ขณะที่ผู้ป่วยเป็นเบาหวานจะมีระดับปริทันต์รุนแรงกว่าการติดเชื้อในช่องปาก ยังนำไปสู่สาเหตุการเสียชีวิตด้วย ปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspirating Pneumonia) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่สำคัญได้อีกด้วย การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันของผู้สูงอายุ ที่ดีที่สุดคือการพบทันตแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพช่องปากเป็นประจำ รับประทานอาหารที่อ่อนนุ่ม ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและฟัน หลีกเลี่ยงการกระแทกของแข็ง อยากรีก็ตามถ้าดูแลสุขภาพเหงือกและฟันให้ดีตั้งแต่อายุน้อย นับตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ปัญหาต่างๆที่จะเกิดขึ้นกับช่องปากและฟันก็จะน้อยลง

จากการรายงานผลสำรวจจากสุขภาพช่องปาก ระดับประเทศครั้งที่ 7 พบว่า สุขภาพช่องปากของประชากรนั้น มีทุกช่วงอายุ โดยสรุปผลสำรวจได้ดังนี้

ในเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ในปาก พบเด็กเป็นโรคฟันผุร้อยละ 51.8 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 2.7 ซึ่งต่อคน ลักษณะการผุของเด็กวัยนี้จะพบฟันผุมากที่ฟันหน้าบน รองลงมาเป็นฟันกรามล่าง และฟันกรามบน จากการสำรวจพบว่าฟันที่ผุส่วนใหญ่ต้องการบูรณะด้วยการอุดฟัน 1 ด้าน 1 และร้อยละ 50.6 มีรอยฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ปัญหาสำคัญที่ยังต้องการการดูแลเพิ่มเติม คือเรื่องการแปรงฟันเพราะผู้ปกครองของเด็ก 3 ปี ถึงร้อยละ 55.8 ยังปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง มีเด็กเพียงร้อยละ 44.2 ที่มีผู้ปกครองช่วยดูแลการแปรงฟันให้ ส่วนปัญหาโรคเหงือกมักจะไม่มีพบในเด็กเล็ก

กลุ่มอายุ 5-6 ปี พบเด็กเป็นโรคฟันผุของฟันน้ำนมร้อยละ 78.5 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 4.4 ซึ่งต่อคน ลักษณะการผุในวัยนี้จะเปลี่ยนไปจากช่วงอายุ 3 ปี คือการผุจะรุนแรงขึ้น ฟันที่พบผุมากจะเป็นฟันกรามล่าง และบน ความต้องการบูรณะเพื่อเก็บรักษาฟันไว้ส่วนใหญ่จะเป็นการอุดฟัน 2 ด้าน ปัญหาโรคเหงือกมักจะไม่มีพบในเด็กช่วยอายุนี้

กลุ่มอายุ 12 ปี เป็นช่วงที่มีฟันแท้ครบ 28 ซี่ ใช้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบความรุนแรงของฟันผุในประเทศต่างๆ จากการสำรวจพบผู้เป็นโรคฟันผุร้อยละ 52.3 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.3 ซึ่งต่อคน เด็กที่เป็นโรคฟันผุและยังไม่ได้ได้รับการรักษามีร้อยละ 29.1 ฟันซี่ที่ผุมากในวัยนี้เป็นฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 และ 2 โดยพบว่าฟันล่างผุมากกว่าฟันบน ฟันแท้ที่ผุส่วนใหญ่ต้องการบูรณะด้วยการอุดฟัน 1 ด้าน พบเด็กที่มีฟันที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุร้อยละ 35.2

สภาวะปริทันต์ในเด็กและเยาวชน พบว่า ในกลุ่มอายุ 12 ปี ผู้มีสภาพเหงือกปกติร้อยละ 29.9 เหงือกอักเสบ (ไม่มีหินน้ำลาย) ร้อยละ 29.6 และผู้มีหินน้ำลาย(มีหรือไม่มีเหงือกอักเสบ) ร้อยละ 40.6 แต่เมื่อวัดสภาวะเหงือกอักเสบโดยไม่ดูว่ามีหินน้ำลายหรือไม่ พบผู้มีเหงือกอักเสบ ร้อยละ 76.9 จำนวนส่วนในช่องปากที่พบมีเหงือกปกติเป็น 4.1 ส่วน เหงือกอักเสบ 1.2 ส่วน หินน้ำลาย 0.7 ส่วน

กลุ่มอายุ 15 ปี พบเป็นโรคฟันผุร้อยละ 62.4 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.9 ซึ่งต่อคน ผู้เป็นโรคฟันผุและยังมีฟันที่ไม่ได้รับการรักษามีร้อยละ 36 ลักษณะการผุในวัยนี้ยังเป็นการผุที่ฟันกรามซี่ที่ 1 และ 2 โดยพบว่าช่วงอายุ 12 - 15 ปี อัตราเพิ่มของการผุของฟันกรามซี่ที่ 2 มีค่าสูงกว่าซี่อื่นๆ ฟันที่ผุส่วนใหญ่ยังต้องการบูรณะด้วยการอุดฟัน 1 ด้าน ส่วนสภาวะปริทันต์นั้นปัญหาที่พบยังคงเป็นเหงือกอักเสบและหินน้ำลาย ผู้มีร่องลึก ริทันต์พบบ้างเล็กน้อย พบผู้มีเหงือกอักเสบ (ทั้งมีและไม่มีหินน้ำลาย) ร้อยละ 78.4 จำนวนส่วนของช่องปากที่มีเหงือกปกติเป็น 3.6 ส่วน เหงือกอักเสบ 1.1 ส่วน หินน้ำลาย 1.3 ส่วน จะเห็นได้ว่ากลุ่มเด็กและเยาวชน ต้องการบริการขูดหินน้ำลายรวมทั้งคำแนะนำในการดูแลตัวเอง เพื่อให้สามารถแปรงฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นการช่วยลดการเกิดเหงือกอักเสบในประชากรกลุ่มนี้

กลุ่มอายุ 35-44 ปี เริ่มพบมีการสูญเสียฟันหลายซี่ จากการตรวจฟันที่ถูกถอนไปแล้วไม่สามารถระบุสาเหตุของการถอนได้ การนับจำนวนฟันที่ถูกถอนในการตรวจโรคฟันผุของกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป จึงนับรวมฟันที่ถูกถอนไปจากทุกสาเหตุไม่ใช่ฟันที่ถูกถอนจากฟันผุเพียงอย่างเดียวจากการสำรวจพบผู้เป็นโรคฟันผุ ถอน อุด ร้อยละ 86.7 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 6 ซึ่งต่อคน พบผู้มีฟันผุที่รากฟันร้อยละ 10.8 ผู้มีฟันผุและยังไม่ได้ได้รับการรักษาร้อยละ 35.2 การรักษาโรคฟันผุที่ประชากรกลุ่มนี้ควรจะได้รับมากที่สุดคือการอุดฟัน รองลงมาเป็นการถอนฟัน ส่วนสภาวะปริทันต์ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี พบผู้มีร่องลึกปริทันต์ร้อยละ 25.6

กลุ่มอายุ 60-74 ปี พบผู้เป็นโรคฟันผุและ/หรือมีการสูญเสียฟันร้อยละ 95.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 14.9 ซึ่งต่อคน พบผู้มีฟันผุที่รากฟันร้อยละ 12.7 ผู้มีฟันผุที่ยังไม่ได้ได้รับการรักษาร้อยละ 48.3 การรักษาที่ควรจะได้รับมากที่สุดได้แก่การถอนฟันที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ และการอุดฟันที่เหลืออยู่เพื่อเก็บไว้ใช้เคี้ยวอาหาร สภาวะปริทันต์ในกลุ่มอายุ 60-74 ปี พบผู้มีร่องลึกปริทันต์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.1 โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนที่เป็นร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตรเป็น 0.5 ส่วน และร่องลึกปริทันต์มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตร เป็น 0.2 ส่วน การรักษาที่ประชากรกลุ่มนี้ควรได้รับจะเป็นการรักษาโรคปริทันต์ในระดับที่ยุ่ยากซับซ้อน

ปัญหาหลักในผู้สูงอายุยังคงเป็นการสูญเสียฟัน ผู้สูงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 88.3 มีการสูญเสียฟันบางส่วนและร้อยละ 7.2 สูญเสียฟันทั้งปาก และการสูญเสียฟันยังคงเพิ่มขึ้นต่อเนื่องตามอายุจนเมื่ออายุ 80-89 ปี พบสูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 32.2 ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ที่ฟันแท้ใช้งาน

งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ มีร้อยละ 57.8 เฉลี่ย 18.8 ซี่ต่อคน ร้อยละ 43.3 มีฟันหลังสบกันอย่างน้อย 4 คู่ สบ ส่วนในกลุ่มอายุ 80-89 ปี มีเพียงร้อยละ 23.5 ที่มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ และมีฟันหลังที่สบกันอย่างน้อย 4 คู่สบ เพียงร้อยละ 15.6 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ลดลงชัดเจน แม้จำนวนฟันแท้ใช้งานในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ฟันแท้ที่เหลืออยู่นี้ยังมีปัญหาโรคและความผิดปกติในช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและชะลอความเจ็บปวดและการสูญเสียฟันที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สำคัญ ได้แก่ 1. โรคปริทันต์อักเสบที่มีการทำลายกระดูกรองรับรากฟันร่วมด้วย พบร้อยละ 32.1 โดยร้อยละ 11.4 เป็นโรคปริทันต์อักเสบที่อยู่ในระดับรุนแรงมาก ซึ่งเสี่ยงต่อการอักเสบปวดบวม ฟันโยก และการสูญเสียฟัน 2. ฟันที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 48.3 3. รากฟันผุเป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับเหงือกกรัน ซึ่งจะพบมากสุดในวัยสูงอายุ ร้อยละ 17.2 ซึ่งปัญหาดังกล่าวนอกจากจะเป็นผลจากพฤติกรรมสุขภาพทั้งในเรื่องของการทำความสะอาดช่องปาก ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 65.6 มีการใช้อุปกรณ์เสริมการแปรงฟัน ได้แก่ ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน เพียงร้อยละ 2.7 และ 1.1 ตามลำดับ และการไปรับบริการบริการ เนื่องจากมีอาการปวดฟันหรือเสียวฟันเกิดขึ้นแล้ว การรักษาจึงเป็นการถอนฟันหรือการเก็บรักษาฟันที่มีความยุ่งยากซับซ้อนหลายขั้นตอน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องได้ ทำให้เกิดการสูญเสียฟันในที่สุด ดังนั้นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากการสื่อสารความรู้ให้เข้าใจตระหนักในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเองที่ถูกต้อง ซึ่งช่องทางหลักที่ทั้งสองกลุ่มได้รับข้อมูลสูงสุด คือการสื่อสารผ่านบุคลากรสาธารณสุข และผ่านทางสื่อโทรทัศน์ การสนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับบริการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นในการลดการสูญเสียพร้อมกับการใส่ฟันบางส่วนและทั้งปากเพื่อทดแทนฟันที่สูญเสียไป

แนวทางการดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำ แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงาน ต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการในการป้องกัน แผนปฏิบัติการ แนวทางและมาตรฐานการดำเนินงานทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ให้สอดคล้องกันในทุกภาคส่วน โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนารูปแบบบริการ ระบบบริการ และคุณภาพบริการด้านทันตสุขภาพใน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก และอายุ 40-59 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายรอง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การศึกษาวิจัย และพัฒนานวัตกรรมกรรมเพื่อนา เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่วิจัย พัฒนา มาแก้ปัญหาโรคและความผิดปกติในช่องปากของผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ให้มีทันตบุคลากรและบุคลากรสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาเพียงพอต่อการให้บริการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟู สภาพช่องปากที่มีคุณภาพแก่ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการ การพัฒนาระบบฐานข้อมูล การสนับสนุนและการติดตาม ประเมินผล ให้มีระบบการบริหารจัดการที่ดี มีการบูรณาการแผนงานและ โครงการตามยุทธศาสตร์ ให้ขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกันและสนับสนุนซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะ

แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ที่ได้จัดทำขึ้นเป็นยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ข้อโดยคณะกรรมการบริหารแผนงานฯ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากภาครัฐบาลทั้งสิ้น อาทิ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ มูลนิธิทันตวิศวกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ ทั้งหมดเป็นภาครัฐบาล อาจทำให้มุมมองไม่รอบด้าน จึงเสนอให้มีผู้ทรงคุณวุฒิจากภาคเอกชนมีส่วนร่วมในคณะกรรมการฯ ด้วย เช่น ผู้แทนจากทันตแพทย์สมาคมฯ องค์กรเอกชน เครือข่ายจิตอาสา เป็นต้น

กลุ่มเป้าหมายหลักของแผนยุทธศาสตร์นี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วนกลุ่มเป้าหมายรองของคืออายุ 40-59 ปีเท่านั้น อาจไม่เพียงพอควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยให้ได้รับการส่งเสริมป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพอย่างเท่าเทียม เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

ส่งเสริมการมีส่วนร่วมกับจากประชาชน ภาคเอกชน องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร เครือข่ายจิตอาสาในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมให้มีการดูแลทันตสุขภาพทุกช่วงวัย ป้องกันปัญหาและโรคทางช่องปาก เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่วมกับทางภาครัฐ

ส่งเสริมผลิตภัณฑ์นวัตกรรมที่ได้รับการวิจัย พัฒนาเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุให้สามารถนำไปทำเชิงอุตสาหกรรมเชิงพาณิชย์ ในคุณภาพและราคาที่ประชาชนสามารถซื้อได้

การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขและหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ควรมีการวางแผนดำเนินการร่วมกันของทุกสถาบัน เพื่อให้มีทิศทางไปในทางเดียวกัน

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

- กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจ สุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วัชรินทร์ พี.พี. 2556.
- ทันตสาธารณสุข, สำนัก. กรมอนามัย. การดำเนินงาน ส่งเสริม และป้องกันโรคในช่องปากผู้สูงอายุ. นนทบุรี : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556.
- ทันตสาธารณสุข, สำนัก. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจ สุขภาวะสุขภาพ ช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2556.
- ทันตสาธารณสุข, สำนัก. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2558.
- บรรลุ ศิริพานิช. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2559. นครปฐม : บริษัท พรินเตอร์ จำกัด, 2560.
- บริหารการสาธารณสุข, สำนัก. กรอบการพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพ (Oral Health Service Plan.4-9.) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก. กรุงเทพฯ : สำนักบริหารการ สาธารณสุข, 2558.
- วิจัยระบบสาธารณสุข, สถาบัน. คู่มือการดูแลผู้สูงวัย : ช่องปากสุขี. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข (สว.รศ.), 2559.
- วีระศักดิ์ พุทธาศรี. นโยบายทันตสาธารณสุขไทย : เกาะติดปัญหา ใช้วิชาการ สานสร้างควม ร่วมมือ. นนทบุรี : บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด, 2552.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ : บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด, 2557.
- อนามัย, กรม. กระทรวงสาธารณสุข. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, 2548.

วารสาร และหนังสือพิมพ์

บุญเอื้อ ขงวานิชกร. “การกำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทย 2563”. วารสารทันต
สาธารณสุข. ปีที่ 4 (2), กรกฎาคม- ธันวาคม 2552. หน้า 38 – 47.

สัญญา เคนาภูมิ. “การกำหนดนโยบายสาธารณะ : ทฤษฎี และกระบวนการ”. วารสารมนุษยศาสตร์
และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. ปีที่ 7 (2), กรกฎาคม- ธันวาคม
2559. หน้า 123 – 126.

วิทยานิพนธ์ รายงานการวิจัย เอกสารวิจัย

เบญจรัตน์ สัจกุล. “นโยบายสาธารณสุขและสวัสดิการผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่นและ
ประเทศไทย”. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมและ
สุขภาพ (ภาคพิเศษ), มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558.

สัมภาษณ์

วรางคณา เวชวิธี, ทพญ., หัวหน้ากลุ่มพัฒนาทันตสุขภาพวัยทำงานและสูงอายุ. สัมภาษณ์. 30
พฤษภาคม 2561.

สุจิต พูลทอง, ผศ.ทพ.ดร.,อาจารย์ประจำภาควิชาทันตกรรมหัตถการ คณะทันตแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สัมภาษณ์. 26 พฤษภาคม 2561.

สุชา เจียรณฉวีโชติชัย, ทพ., ที่ปรึกษากรมอนามัย. สัมภาษณ์. 28 พฤษภาคม 2561.

บรรยาย, ปาฐกถา

ปิยะดา ประเสริฐสม, ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข. บรรยายเรื่อง “แผนการดำเนินงานทันต
สาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561”. ณ โรงแรมมารวย การ์เดนส์, 16 – 17 พฤศจิกายน
2560.

วรางคณา เวชวิธี, ทันตแพทย์. บรรยายเรื่อง “แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 2560”. ณ ห้อง
ประชุมสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 27 ตุลาคม 2559.

สมศักดิ์ อรรถศิลป์, รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข. บรรยายเรื่อง “แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20
ปี (ด้านการสาธารณสุข)”. ณ ห้องประชุมสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 18
สิงหาคม 2559.

เอกสารไม่ตีพิมพ์

กระทรวงสาธารณสุข. “วิพากษ์แผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2561-2565”. เอกสารประกอบการประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อร่างแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขฯ. 2 มิถุนายน 2559.

กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักทันตสาธารณสุข. “แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปี 2561”. 15 พฤศจิกายน 2560.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข . “แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข”. พฤษภาคม 2559.

ภาษาต่างประเทศ

Department of Health. (2015) “Hong Kong Reference Framework for Preventive Care for Older Adults in Primary Care Settings - Module on Dental Health Care for Older Persons”, Available from:
http://www.pco.gov.hk/english/resource/files/Module_on_dental_healthcare_older.pdf [Accessed December 2016].

Government of the Hong Kong Special Administrative Region. (2016) “Hong Kong Poverty Situation Report 2015”, Available from:
http://www.povertyrelief.gov.hk/pdf/poverty_report_2015_e.pdf [Accessed December 2016].

GovHK. (2016) “Press Release: LCQ14: Government dental clinics”, Available from:
<http://www.info.gov.hk/gia/general/201611/02/P2016101900697.htm> [Accessed December 2016].

Hideya SAKURAI. “Healthy Japan 21”, Japan Medical Association.. February 2003. p.47 – 49.
The Legislative Council Secretariat. “Dental care services for elderly in Hong Kong”, Research Brief. December 2016. Issue No. 2 2016 – 2017.

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ทันทแพทย์ สมพงษ์ จารุวิจิตรรัตนา

วัน เดือน ปีเกิด 20 กรกฎาคม 2505

การศึกษา บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
 ทันทแพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 นิติศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติการทำงานโดยย่อ

ผู้ก่อตั้งแผนกทันตกรรม โรงพยาบาลแพทย์รังสิต

ผู้จัดการฝ่ายทันตแพทย์สัมพันธ์ บริษัท ยิลเล็คต์ ประเทศไทยจำกัด

ผู้จัดการการตลาดฝ่ายทันตแพทย์ บริษัท คอลเกต-ปาล์โอฟ ประเทศไทย

ประวัติการปฏิบัติหน้าที่สนับสนุนงานภาครัฐ

อนุกรรมการประชาสัมพันธ์ ทันตแพทย์สภา 2555 - 2558

อนุกรรมการส่งเสริมราคาผลิตผลเกษตรกรรม รัฐสภา 2553

ตำแหน่งปัจจุบัน ที่ปรึกษา บริษัท โตโยต้า เจริญศรี จำกัด

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง แผนทันตสุขภาพสำหรับสังคมผู้สูงอายุประเทศไทย

ผู้วิจัย ทพ. สมพงษ์ จารุวิจิตรรัตน

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ ๖๐

ตำแหน่ง ที่ปรึกษา บริษัท โตโยต้า เจริญศรี จำกัด

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดย 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กล่าวคือมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปีมีจำนวนร้อยละ 10 ขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2561 มีประชากรที่อายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน ประมาณร้อยละ 17 และคาดว่าประเทศไทยจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Complete Aged Society) ในปีพ.ศ. 2564 เมื่อคนไทยอายุยืนยาวขึ้นค่าใช้จ่ายของรัฐและครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุก็น่าจะสูงขึ้นตาม ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาสำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึง จึงได้เตรียมแผนและโครงการต่างๆรองรับผู้ใช้บริการซึ่งเป็นผู้สูงอายุ โดยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขมีเป้าหมายใน 20 ปีข้างหน้าให้คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีไม่ต่ำกว่า 75 ปี และผู้สูงอายุที่พึ่งพาตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 88 ขึ้นไป และหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสุขภาพช่องปากเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนทุกกลุ่มวัยและจำนวนฟันแท้ที่คงอยู่ในช่องปากผู้สูงอายุมีผลต่อความยืดหยุ่นของชีวิต ส่งผลให้อายุคาดเฉลี่ยแบบมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้นดังนั้นงานทันตสาธารณสุขจึงมีส่วนในแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย ภายใต้ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมป้องกันโรคเป็นเลิศ

ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ ไม่เพียงแต่เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาในช่องปากเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน ร่วมด้วย เป็นต้น แม้จะเป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพใดๆ ผู้สูงอายุก็มีความเสื่อมถอยของระบบต่างๆในร่างกายตามวัยที่สูงขึ้น รวมทั้งเนื้อเยื่อกระดูกและฟัน อวัยวะที่รองรับฟัน ต่อมน้ำลายและเยื่อเมือกต่างๆในช่องปาก เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรค และปัญหาต่างๆในช่องปากได้ง่ายซึ่งแบ่งออกเป็น ปัญหาสุขภาพช่องปากหลักๆ 7 ประการ ได้แก่ ฟันผุและรากฟันผุ โรคเหงือกอักเสบและ

จากรายงาน ผลสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7 พ.ศ.2555 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไปร้อยละ 57.8 มีปัญหาการสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 7.2 และจำเป็นต้องใส่ฟันเทียมทั้งปากร้อยละ 2.5 สูญเสียฟันบางส่วนร้อยละ 88.3 และพบผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปสูญเสียฟันทั้งปากสูงถึงร้อยละ 32.2 มีเพียงร้อยละ 23.5 ที่มีฟันแท้ใช้งานได้อย่างน้อย 20 ซี่ จึงมีปัญหาทั้งการเคี้ยว การกัด การกลืนอาหารอย่างชัดเจน ผู้สูงอายุที่มีฟัน พบฟันผุร้อยละ 48.3 รากฟันผุร้อยละ 17.2 เป็นโรคปริทันต์ระดับรุนแรง ร้อยละ 11.4 ดังนั้น จึงมีโอกาสสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม การเข้าถึงบริการทันตสุขภาพผู้สูงอายุได้รับบริการเพียงร้อยละ 34.2 ซึ่งส่วนใหญ่รับบริการที่หน่วยบริการภาครัฐ

ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องเตรียมรับมือกับสถานการณ์การเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์อีกไม่กี่ปีข้างหน้า ประชากรที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงขึ้นย่อมหมายถึงภาระของรัฐ ชุมชน และครอบครัว ในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการยังชีพ และการดูแลเกี่ยวกับการอยู่อาศัยที่เหมาะสม ที่จะต้องสูงขึ้นตามไปด้วยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางสังคม แม้จะไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้สูงอายุโดยตรง แต่จะช่วยลดภาระในการดูแล และให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมาก ซึ่งการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญและถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งต้องอาศัยการวางแผน และการจัดการอย่างเป็นระบบ ตลอดจนความร่วมมือของทีมนุเคราะห์สาธารณสุขสาขาวิชาชีพ จำเป็นต้องเตรียมพร้อมด้วยการระดมทรัพยากรทั้งหลาย สร้างบุคลากร ปรับบทบาทหน้าที่และเพิ่มการประสานงานขององค์กร/หน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ร่วมมือกันในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบในการดูแลทันตสุขภาพสำหรับทุกช่วงวัยเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุให้มีฟันใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไปและ 4 คู่สบซึ่งหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและพึ่งพาตนเองได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วิเคราะห์ปัญหาทันตสุขภาพของคนไทยในแต่ละช่วงวัยในประเทศ
2. ศึกษารูปแบบการดูแลทันตสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุกับต่างประเทศ
3. แนวทางการดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย
4. แนวทางการพัฒนาระบบบริหารจัดการด้านบุคลากรทันตสาธารณสุข

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษารูปแบบแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์ เพื่อนำเสนอการปรับปรุงบทบาทและโครงสร้างของหน่วยรับผิดชอบหลัก เป็นเพียงการเสนอแนวคิดหรือหลักการกว้าง ๆ โดยไม่พิจารณาในรายละเอียดของการปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเก็บข้อมูลด้านทฤษฎีและแนวคิดทฤษฎี โดยศึกษาวิเคราะห์ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัย และแผนงานทันตสุขภาพสำหรับสำหรับทุกช่วงวัยผู้สูงอายุประเทศไทย โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์ ความสามารถในการนำไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาแผนงานทันตสุขภาพสำหรับสำหรับทุกช่วงวัยผู้สูงอายุเพื่อเตรียมพร้อม สำหรับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปีพ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนม ในเด็กอายุ 3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ในปาก พบเด็กเป็นโรคฟันผุร้อยละ 51.8 ลักษณะการผุของเด็กวัยนี้จะพบฟันผุมากที่ฟันหน้าบน รongลงมาเป็นฟันกรามล่าง และฟันกรามบน ปัญหาสำคัญที่ยังต้องการการดูแลเพิ่มเติม คือเรื่องการแปรงฟัน กลุ่มอายุ 5-6 ปี พบเด็กเป็นโรคฟันผุของฟันน้ำนมร้อยละ 78.5 ลักษณะการผุในวัยนี้จะเปลี่ยนไปจากช่วงอายุ 3 ปี คือการผุจะรุนแรงขึ้น ฟันที่พบผุมากจะเป็นฟันกรามล่าง และบน ความต้องการบูรณะเพื่อเก็บรักษาฟันไว้ส่วนใหญ่จะเป็นการอุดฟัน 2 ด้าน

สภาวะโรคฟันผุในฟันแท้ กลุ่มอายุ 12 ปี เป็นช่วงที่มีฟันแท้ครบ 28 ซี่ ใช้เป็นกลุ่มเปรียบเทียบความรุนแรงของฟันผุในประเทศต่างๆ จากการสำรวจพบผู้เป็นโรคฟันผุร้อยละ 52.3 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.3 ซี่ต่อคน เด็กที่เป็นโรคฟันผุและยังไม่ได้รับการรักษา มีร้อยละ 29.1 ฟันซี่ที่ผุมากในวัยนี้เป็นฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 และ 2 โดยพบว่าฟันล่างผุมากกว่าฟันบน กลุ่มอายุ 15 ปี พบเป็นโรคฟันผุร้อยละ 62.4 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 1.9 ซี่ต่อคน ผู้เป็นโรคฟันผุและยังมีฟันที่ไม่ได้รับการรักษามีร้อยละ 36 ลักษณะการผุในวัยนี้ยังเป็นการผุที่ฟันกรามซี่ที่ 1 และ 2 กลุ่มอายุ 35-44 ปี เริ่มพบมีการสูญเสียฟันหลายซี่ จากการตรวจฟันที่ถูกถอนไปแล้วไม่สามารถระบุสาเหตุของการถอนได้ การนับจำนวนฟันที่ถูกถอนในการตรวจโรคฟันผุของกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป จึงนับรวมฟันที่ถูกถอนไปจากทุกสาเหตุไม่ใช่ฟันที่ถูกถอนจากฟันผุเพียงอย่างเดียว จากการสำรวจพบผู้

เป็นโรคฟันผุ ถอน อุด ร้อยละ 86.7 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 6 ซึ่งต่อคน พบผู้มีฟันผุที่รากฟันร้อยละ 10.8 ผู้มีฟันผุและยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 35.2 การรักษาโรคฟันผุที่ประชากรกลุ่มนี้ควรจะได้รับมากที่สุดคือการอุดฟัน รองลงมาเป็นการถอนฟัน กลุ่มอายุ 60-74 ปี พบผู้เป็นโรคฟันผุและ/หรือมีการสูญเสียฟันร้อยละ 95.5 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด 14.9 ซึ่งต่อคน พบผู้มีฟันผุที่รากฟันร้อยละ 12.7 ผู้มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 48.3 การรักษาที่ควรจะได้รับมากที่สุดได้แก่การถอนฟันที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ และการอุดฟันที่เหลืออยู่เพื่อเก็บไว้ใช้เคี้ยวอาหาร การเกิดโรคฟันผุของฟันแท้ในเขตเมืองพบว่าสูงกว่าเขตชนบท ในทุกกลุ่มอายุ

สภาวะปริทันต์ จากการสำรวจสภาวะปริทันต์ในเด็กและเยาวชน พบว่า ในกลุ่มอายุ 12 ปี เมื่อวัดด้วยดัชนี CPI พบผู้มีสภาพเหงือกปกติร้อยละ 29.9 เหงือกอักเสบ (ไม่มีหินน้ำลาย) ร้อยละ 29.6 และผู้มีหินน้ำลาย(มีหรือไม่มีเหงือกอักเสบ) ร้อยละ 40.6 แต่เมื่อวัดสภาวะเหงือกอักเสบโดยไม่ดูว่ามีหินน้ำลายหรือไม่ พบผู้มีเหงือกอักเสบ ร้อยละ 76.9 จำนวนส่วนในช่องปากที่พบมีเหงือกปกติเป็น 4.1 ส่วน เหงือกอักเสบ 1.2 ส่วน หินน้ำลาย 0.7 ส่วน สำหรับกลุ่มอายุ 15 ปี ปัญหาที่พบยังคงเป็นเหงือกอักเสบและหินน้ำลาย ผู้มีร่องลึก ปริทันต์พบบ้างเล็กน้อย พบผู้มีเหงือกอักเสบ (ทั้งมีและไม่มีหินน้ำลาย) ร้อยละ 78.4 จำนวนส่วนของช่องปากที่มีเหงือกปกติเป็น 3.6 ส่วน เหงือกอักเสบ 1.1 ส่วน หินน้ำลาย 1.3 ส่วน จะเห็นได้ว่ากลุ่มเด็กและเยาวชน ต้องการบริการขูดหินน้ำลาย รวมทั้งคำแนะนำในการดูแลตัวเอง เพื่อให้สามารถแปรงฟันได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นการช่วยลดการเกิดเหงือกอักเสบในประชากรกลุ่มนี้ ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี พบผู้มีร่องลึกปริทันต์ ร้อยละ 25.6 กลุ่มอายุ 60-74 ปี พบผู้มีร่องลึกปริทันต์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.1 โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนที่เป็นร่องลึกปริทันต์ 4-5 มิลลิเมตรเป็น 0.5 ส่วน และร่องลึกปริทันต์มากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตรเป็น 0.2 ส่วน การรักษาที่ประชากรกลุ่มนี้ควรได้รับจะเป็นการรักษาโรคปริทันต์ในระดับที่ยุงยาก ซับซ้อน เมื่อเปรียบเทียบสภาวะปริทันต์ในเขตเมืองและชนบทพบว่าในเขตเมืองมีสภาวะปริทันต์ดีกว่าเขตชนบท

นโยบายทันตกรรมผู้สูงอายุ ในประเทศญี่ปุ่น ฮองกงและประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่จะไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีนโยบายสนับสนุนสวัสดิการให้ผู้สูงอายุในด้านสุขภาพ เช่น มีบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยเน้นปัญหาด้านสุขภาพร่างกายมากกว่า ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรค NCDs (Non-Communicable Diseases) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค และไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมดำเนินชีวิต อาทิเช่น โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง เป็นต้น และมีการศึกษาพบว่า สุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับโรคทางระบบโดยการมีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน เช่น เบาหวาน กับโรคปริทันต์ ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด

โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ภาวะน้ำลายแห้งมีความสัมพันธ์กับการใช้ยารักษาโรคทางระบบสภาวะในช่องปากที่มีปัญหาและการสูญเสียฟันมีความสัมพันธ์กับภาวะทุพโภชนาการและการมีน้ำหนักลดลง ภาวะสุขภาพจิตสัมพันธ์กับภาพลักษณ์จากสุขภาพช่องปาก ยังมีอายุมากขึ้นยังมีการเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น

ส่วนปัญหาในช่องปากผู้สูงอายุของประเทศญี่ปุ่น และฮ่องกง มีปัญหาเหมือนกัน คือ มีปัญหาเรื่องโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และไม่มีฟันสำหรับใช้เคี้ยวอาหาร ซึ่งระดับความรุนแรงของปัญหาของประเทศญี่ปุ่นและฮ่องกงจะมีน้อยกว่าของประเทศไทย โดยคาดว่าประเทศไทยจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 คือ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 และเป็น “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2578 โดยประมาณ การว่า จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ทำให้รัฐบาลได้เกิดความตระหนักถึงสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรในปัจจุบันที่มีวัยแรงงานลดน้อยลง วัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้กลุ่มวัยแรงงานต้องรับภาระในการหาเลี้ยงครอบครัว และยังมีภาระหน้าที่ในการดูแลผู้สูงวัยดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติโดยรวม รัฐจึงเป็นกลไกหลักในการที่จะสนับสนุนส่งเสริมจัดสรรงบประมาณในการดูแลกลุ่มประชากรที่เป็นกลุ่มใหญ่ของสังคม เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงวัยในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขอย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบสวัสดิการ และการร่างนโยบายต่างๆ ในด้านสาธารณสุข มิได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางเศรษฐกิจแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัจจัยอื่นๆ เป็นองค์ประกอบในการขับเคลื่อนประเทศไปในทิศทางที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ในมุมมองของผู้วิจัย จุดเน้นสำคัญในการพัฒนานโยบายและระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย คือ การนำเอาเอกลักษณ์ วิถีชีวิตของคนไทยในการใช้ชีวิตแบบเกื้อกูลซึ่งกันและกัน น่าจะเป็นหนทางที่นำไปสู่สังคมที่สงบสุข และเป็นการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไปได้ มากกว่าการเน้นพัฒนาในด้านเศรษฐกิจแต่เพียงอย่างเดียว

แนวทางการดูแลทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางและมาตรการในการป้องกัน แผนปฏิบัติการ แนวทางและมาตรฐานการดำเนินงานทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ให้สอดคล้องกันในทุกภาคส่วน โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. การพัฒนารูปแบบบริการ ระบบบริการ และคุณภาพบริการด้านทันตสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก และอายุ 40-59 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายรอง

2. การศึกษาวิจัย และพัฒนานวัตกรรมเพื่อนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่วิจัย พัฒนา มาแก้ปัญหาโรคและความผิดปกติในช่องปากของผู้สูงอายุ

3. การพัฒนาบุคลากรและหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ให้มีทันตบุคลากรและ บุคลากรสาธารณสุข ที่ได้รับการพัฒนาเพียงพอต่อการให้บริการส่งเสริม ป้องกันรักษาและฟื้นฟู สภาพช่องปากที่มีคุณภาพแก่ผู้สูงอายุ

4. การบริหารจัดการ การพัฒนาระบบฐานข้อมูล การสนับสนุนและการติดตาม ประเมินผล ให้มีระบบการบริหารจัดการที่ดี มีการบูรณาการแผนงานและ โครงการตามยุทธศาสตร์ ให้ขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกันและสนับสนุนซึ่งกันและกัน

ข้อเสนอแนะ

แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย ที่ได้จัดทำขึ้นเป็นยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ข้อ โดยคณะกรรมการบริหารแผนงานฯ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจากภาครัฐบาลทั้งสิ้น อาทิเช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ มูลนิธิทันตวิศวกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ ทั้งหมด เป็นภาครัฐบาล อาจทำให้มองมองไม่รอบด้าน จึงเสนอให้มีผู้ทรงคุณวุฒิจากภาคเอกชนมีส่วนร่วม ในคณะกรรมการฯ ด้วย เช่น ผู้แทนจากทันตแพทยสมาคมฯ องค์กรเอกชน เครือข่ายจิตอาสา เป็นต้น

กลุ่มเป้าหมายหลักของแผนยุทธศาสตร์นี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ส่วน กลุ่มเป้าหมายรองของคืออายุ 40-59 ปีเท่านั้น อาจไม่เพียงพอควรจัดทำแผนยุทธศาสตร์ครอบคลุม ทุกกลุ่มวัยให้ได้รับการส่งเสริมป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพอย่างเท่าเทียม เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

ส่งเสริมการมีส่วนร่วมกับจากประชาชน ภาคเอกชน องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร เครือข่ายจิตอาสาในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการส่งเสริมให้มีการดูแลทันตสุขภาพทุกช่วง วัยป้องกันปัญหาและโรคทางช่องปาก เพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่วมกับทางภาครัฐ

ส่งเสริมผลิตภัณฑ์นวัตกรรมที่ได้รับการวิจัย พัฒนาเพื่อสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุให้ สามารถนำไปทำเชิงอุตสาหกรรมเชิงพาณิชย์ ในคุณภาพและราคาที่ประชาชนสามารถซื้อได้

การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขและหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ ควร มีการวางแผนดำเนินการร่วมกันของทุกสถานบัน เพื่อให้มีทิศทางไปในทางเดียวกัน