



รายงานผลการพิจารณาศึกษา

เรื่อง การพิจารณาศึกษา ขั้บเคลื่อน เร่งรัดการปฏิรูป
ระบบทันตสาธารณสุขไทย และการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม

ของ

คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา

สำนักกรรมการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา



(สำเนา)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โทร. ๙๒๑๙ - ๒๐
ที่ สว ๐๐๑๙.๑๙/(ร) วันที่ มกราคม ๒๕๖๖
เรื่อง รายงานผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง “การพิจารณาศึกษา ขับเคลื่อน เร่งรัดการปฏิรูประบบ
ทันตสาธารณสุขไทย และการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม” ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
กราบเรียน ประธานวุฒิสภา

ด้วยในคราวประชุมวุฒิสภา ครั้งที่ ๑๗ (สมัยสามัญประจำปีครั้งที่หนึ่ง) วันอังคารที่ ๑๐
กันยายน ๒๕๖๒ ที่ประชุมได้มีมติตั้งคณะกรรมการสามัญประจำสภาตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา
พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) ซึ่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เป็นคณะกรรมการสามัญ
ประจำวุฒิสภา มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาขอโทษเท็จจริง
หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสม
และได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ
และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร
และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้
ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจุบันคณะกรรมการคณะนี้
ประกอบด้วย

- | | |
|---|--------------------------------|
| ๑. นายเจตน์ ศิรธรานนท์ | ประธานคณะกรรมการ |
| ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง |
| ๓. นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง |
| ๔. รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช | รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม |
| ๕. นายทวีวงศ์ จุลกมนตรี | เลขาธิการคณะกรรมการ |
| ๖. ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญส่ง ไขเกษ | โฆษกคณะกรรมการ |
| ๗. พลโท อำพน ชูประทุม | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๘. พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๙. นายพิศาล มาณวพัฒน์ | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๐. พลเอก วินัย สร้างสุขดี | ที่ปรึกษาคณะกรรมการ |
| ๑๑. พลเอก จีระศักดิ์ ชมประสพ | |
| ๑๒. พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครืองาม | |
| ๑๓. นางทัศนียา ยูวานนท์ | |
| ๑๔. นายประสิทธิ์ ปทุมรักษ์ | |
| ๑๕. นายพิทักษ์ ไชยเจริญ | |
| ๑๖. พลเอก วรার্থ บุญญะสิทธิ์ | |
| ๑๗. พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข | |
| ๑๘. นางสุนี จีงวิโรจน์ | |

บัดนี้ ...

บัดนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้พิจารณาศึกษา เรื่อง “การพิจารณาศึกษา
ขับเคลื่อน เร่งรัดการปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขไทย และการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม”
เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยมีบทสรุปและข้อเสนอแนะของคณะกรรมการ รายละเอียดตามเอกสาร
ที่แนบมาพร้อมนี้

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอรายงานของคณะกรรมการต่อที่ประชุมวุฒิสภา
เพื่อพิจารณา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๙๘ ต่อไป

(ลงชื่อ) เจตน์ ศิริธรานนท์

(นายเจตน์ ศิริธรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

สำเนาถูกต้อง

(นางสุภาพร วิเชียรเพชร)

ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

(นางพิมพ์วิทย์ สุจินดาวัฒน์)

ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข

สำนักกรรมการ ๓ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

โทร. ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙ - ๒๐

กนิษฐา พิมพ์

นิตญาภรณ์ กนิษฐา อภिरดา ศุภกร ทาน ๒

สุภาพร ทาน ๒

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา



นายเจตน์ ศิรธรานนท์
ประธานคณะกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ
รองประธานคณะกรรมการ คนที่หนึ่ง



นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สอง



รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช
รองประธานคณะกรรมการ คนที่สาม



นายทวีวงศ์ จุลกมนตรี
เลขาธิการคณะกรรมการ



ผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญสง ไข่เกษ
โฆษกคณะกรรมการ



พลโท อำพน ชูประทุม
ที่ปรึกษาคณะกรรมการ



พลเอก ปรีชา จันทร์โอชา
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



นายพิศาล มาณวพัฒน์
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



พลเอก วินัย สรั่งสุขติ
ที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ



พลเอก จีระศักดิ์ ชมประสพ
กรรมาธิการ



พลอากาศตรี เฉลิมชัย เครื่องงาม
กรรมาธิการ



นางทัศนียา ยูวานนท์
กรรมาธิการ



นายประสิทธิ์ ปทุมาร์กษ์
กรรมาธิการ



นายพิทักษ์ ไชยเจริญ
กรรมาธิการ



พลเอก วรার্থ บัญญะสิทธิ์
กรรมาธิการ



พลตำรวจโท สมหมาย กองวิสัยสุข
กรรมาธิการ



นางสุนี จึงวิโรจน์
กรรมาธิการ

คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาด้านทันตสาธารณสุขไทย



นายพิทักษ์ ไชยเจริญ
ประธานคณะอนุกรรมการ



นางสุนี จึงวิโรจน์
รองประธานคณะอนุกรรมการ
คนที่หนึ่ง



นายสุรชาติ หนูนักดี
รองประธานคณะอนุกรรมการ
คนที่สอง



นายสุระ วิเศษศักดิ์
อนุกรรมการ



นายอาคม ประดิษฐสุวรรณ
อนุกรรมการ



นายสุชิต พูลทอง
อนุกรรมการ



นางจันทนา อึ้งชูศักดิ์
อนุกรรมการ



นางศิริรัตน์ รัศมีโสรัจ
อนุกรรมการ



นางสุนีย์ วงศ์คงคาเทพ
อนุกรรมการ



นางวรางคณา เวชวิธี
อนุกรรมการ



ศาสตราจารย์พรชัย จันศิษย์ยานนท์
อนุกรรมการ



นายอภิชาติ ปวบุญศิริวงศ์
อนุกรรมการและเลขานุการ

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ



นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์

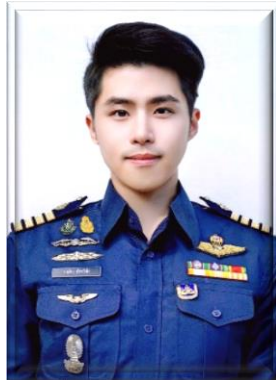


รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช



นายชาญชัย ทนต์ประเสริฐเวช

ผู้ช่วยเลขานุการคณะอนุกรรมการ



ร้อยตำรวจเอก กฤติน อัศววิชัย

**รายงานการพิจารณาศึกษา
ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
เรื่อง การพิจารณาศึกษา ขับเคลื่อน เร่งรัดการปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขไทย
และการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม**

ด้วยในคราวประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ วันพุธที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ที่ประชุมได้พิจารณาแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการการสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๒๐) ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการการสาธารณสุขมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาขอโทษเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมการเห็นสมควรตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทยขึ้น เพื่อทำหน้าที่พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการแก้ปัญหา การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนไทย ซึ่งมีอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่ต่ำมากเพียงร้อยละ ๘.๑ การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและการจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุ วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เสนอแนะ และเร่งรัดการขับเคลื่อน การส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากและฟัน การพัฒนาการใช้ฟลูออไรด์ งานทันตสาธารณสุขในท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิในระดับประเทศ พิจารณา ศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม การพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านทันตกรรมของไทย ติดตามและเร่งรัดการขับเคลื่อนการปฏิรูป การพิจารณาแก้ระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปฏิรูปอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ อันนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน และรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ โดยรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาศึกษา รวมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะประเด็นที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ต่อคณะกรรมการเพื่อนำไปรวบรวมเป็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ พร้อมทั้งติดตาม และเสนอแนะแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ คณะกรรมการ ได้พิจารณาศึกษา เรื่อง “การพิจารณาศึกษา ขับเคลื่อน เร่งรัดการปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขไทย และการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม” เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาศึกษาต่อที่ประชุมวุฒิสภา ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ ดังนี้

๑. การดำเนินงานของคณะกรรมการ

คณะกรรมการได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาด้านทันตสาธารณสุขไทย ประกอบด้วย **อนุกรรมการ**

๑. นายพิทักษ์ ไชยเจริญ	ประธานคณะอนุกรรมการ
๒. นางสาวนิจ จิงวิโรจน์	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่หนึ่ง
๓. นายสุรชาติ หนูนุกัถ์	รองประธานคณะอนุกรรมการ คนที่สอง
๔. นายสุระ วิเศษศักดิ์	อนุกรรมการ
๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจิต พูลทอง	อนุกรรมการ
๖. นายอาคม ประดิษฐ์สุวรรณ	อนุกรรมการ
๗. นางวรางคณา เวชวิธี	อนุกรรมการ
๘. นางศิริรัตน์ รัศมีโสรัจ	อนุกรรมการ
๙. นางจันทนา อึ้งชูศักดิ์	อนุกรรมการ
๑๐. ศาสตราจารย์พรชัย จันศิษย์ยานนท์	อนุกรรมการ
๑๑. นางสาวณิ วงศ์คงคาเทพ	อนุกรรมการ
๑๒. นายอภิชาติ ปวบุญสิริวงศ์	อนุกรรมการและเลขานุการ

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

๑. นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๒. พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ
๓. ทันตแพทย์ชาญชัย ทนต์ประเสริฐเวช	ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

ผู้ช่วยเลขานุการคณะอนุกรรมการ

- ร้อยตำรวจเอก กฤติน อัครวิชัย

๒. วิธีการพิจารณาศึกษา

๑) การเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นในประเด็นต่าง ๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๑. กระทรวงสาธารณสุข

๑) กรมการแพทย์

๑. นายแพทย์ไพโรจน์ สุรัตน์นวิช รองอธิบดี
๒. ทันตแพทย์หญิงสุนมา โพธิ์ศรีทอง รักษาการผู้อำนวยการสถาบันทันตกรรม

๒) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- นายอาคม ประดิษฐ์สุวรรณ รองอธิบดี
- นางสาวภาวิณี สังขบูรณ์ รองผู้อำนวยการกองสุขภาพระหว่างประเทศ

๓) กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข

- | | |
|--------------------------------|--|
| ๑. นางสาววรางคณา เวชวิธี | ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข |
| ๒. นางสาวสุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา | หัวหน้ากลุ่มงานทันตสุขภาพวัยทำงานและผู้สูงอายุ |

๔) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| ๑. นายแพทย์มานพ ฉลาดธัญญกิจ | ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ |
| ๒. นายสรรเสริญ นามพรหม | ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล |
| ๓. นางธิดิภัทร คูหา | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนเชี่ยวชาญ |
| ๔. นางจิตาภรณ์ จันทร์สูตร | นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ |
| ๕. นางสาวณัฐยานันท์ เตชะ | นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ |
| ๖. นางสาวลลิตา เจริญวรรณยิ่ง | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ |
| ๗. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ |

๕) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| ๑. นางสาวจิตรา เศรษฐอุดม | ที่ปรึกษากองอาหาร |
| ๒. นางสาวศิริรัตน์ ปรีชา | นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ |
| ๓. นางสาวนิชนันท์ ธรรมวัฒน์ | นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ |

๖) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ๑. นางศิริรัตน์ รัศมีไสร็จ | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา |
| ๒. นางสาวสุจิตตรา วนาภิรักษ์ | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ |
| ๓. นายมนูณี เหมือนชาติ | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| ๔. นางสาวลลนา ถาคำฟู | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง |
| ๕. นางอาภาพรณี เขมวุฒิพงษ์ | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง |
| ๖. นางชนิภาภรณ์ สอนสังข์ | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง |
| ๗. ทันตแพทย์ทรงพล แสงงาม | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร |
| ๘. ทันตแพทย์หญิงวังจันทร์ กิตติภาคกุล | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี |

๙. ทันตแพทย์หญิงสิริรัตน์ เกตุพงษ์พันธ์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
๑๐. ทันตแพทย์หญิงลลนา ถาคำฟู ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
- ๗) **โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง**
- ทันตแพทย์พีรพงษ์ จันทร์พุ่ม ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
- ๘) **โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา**
- ทันตแพทย์สุรชัย อภินวถาวรกุล ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
- ๙) **โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา**
- ทันตแพทย์วิวัฒน์ ฉัตรวงศ์วาน รองผู้อำนวยการภารกิจวิศวกรรมกรรมแพทย์
และสิ่งแวดล้อม
- ๑๐) **โรงพยาบาลราชวิถี**
- ทันตแพทย์ประจักษ์ จรรย์พงศ์ไพบูลย์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการเงิน กลุ่มงานทันตกรรม
- ๑๑) **โรงพยาบาลศูนย์ระยอง**
- ทันตแพทย์หญิงเกศยา ทริพย์สมพล ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
- ๑๒) **โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี**
- นางสาวมาลี วันทนาศิริ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
- ๑๓) **สถาบันพระบรมราชชนก**
- รองศาสตราจารย์วิทยา อยู่สุข คณบดีคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
- ๒. องค์การเภสัชกรรม**
๑. นางประภัสสร สุรวัฒนาวรรณ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา
๒. นางสาวสุวิมล วรเกษมสุข รักษาการผู้อำนวยการฝ่ายการตลาดและการขาย
๓. นางสาวศรินทร เกียรติยศเจริญ รักษาการผู้อำนวยการกองการตลาดฝ่ายการตลาด
และการขาย
๔. นางสาวรัชนีกร เจวประเสริฐพันธ์ รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา
๕. นางสาวชัชฎา โปธิพุกกณะ รักษาการหัวหน้าแผนกวางแผนการตลาดภาครัฐ
และภาคเอกชน
๖. นางสาวจุรีรัตน์ ลลิตอุไร นักวิจัย ระดับ ๗
๓. **โรงพยาบาลรามาริบัติ**
๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สิรินทร ฉันทศิริกาญจน หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
๒. นางนันทนา ศรีอุดมพร รองหัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม

๔. กระทรวงการคลัง กรมบัญชีกลาง

- นายรชตะ อุ๋นสุข ผู้อำนวยการกลุ่มงานกฎหมาย
ด้านสวัสดิการรักษายาบาล

๕. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

- ๑. นางสาวนงลักษณ์ โง้ววิวัฒน์ชัย ผู้อำนวยการกองสถิติสังคม
- ๒. นางสาวอาภรพร อมรธรรม นักวิชาการสถิติชำนาญการพิเศษ
- ๓. นายจิรวุฒ พูลทรัพย์ นักวิชาการสถิติชำนาญการพิเศษ
- ๔. นายอภิชาติ วัฒนวิหาร นักวิชาการสถิติชำนาญการ

๖. กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาระดับขั้นพื้นฐาน

- พันจ่าเอก แดงรัตน์ชัย คงสม นักวิชาการศึกษาระดับชำนาญการพิเศษ

๗. กระทรวงแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

- นางจุฬารัตน์ อินตะเทพ ผู้เชี่ยวชาญด้านสวัสดิการแรงงาน

๘. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

- ๑. นางสาวมนต์ทิพย์ สัมพันธ์วงศ์ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ
มนุษย์และสังคม
- ๒. นางสาวอังคณา ฉายวิริยะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

๙. สำนักงาน ก.พ.

- ๑. นายพิชารุท เฟื่องทอง รักษาการนักทรัพยากรบุคคลเชี่ยวชาญ
- ๒. นางสาววรรณวรางค์ ทัพเสนีย์ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ

๑๐. สำนักงาน ก.พ.ร.

- ๑. นางสาวณัฐณี สงกุมาร ผู้อำนวยการกองพัฒนาระบบราชการ ๒
- ๒. นางมนัสสิรี เจียมวิจิตร นักพัฒนาระบบราชการชำนาญการพิเศษ
- ๓. นายณัฐภัทร จิราพงษ์ นักพัฒนาระบบราชการปฏิบัติการ

๑๑. สมาพันธ์ทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

- ทันตแพทย์หญิงศิริรัตน์ รัศมีโสรัจ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

๑๒. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ๑. ทันตแพทย์อรรรพร ลิ่มปัญญาเลิศ รองเลขาธิการ
- ๒. แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ รองเลขาธิการ

๑๓. สำนักงานประกันสังคม

- ๑. นางพจนารถ สุทธิพร ผู้อำนวยการสำนักสิทธิประโยชน์
- ๒. นางศศมนวรรณ ชาญชุติวาณิช ผู้อำนวยการกลุ่มงานมาตรฐานทางการแพทย์

๑๔. ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

- ๑. รองศาสตราจารย์ศิริรักษ์ นครชัย ประธานอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบสาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก
- ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณธนะ สัตตบรรณสุข ประธานอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ
- ๓. นางสาวกมลกลาร โปธิแพทย์ เจ้าหน้าที่ราชวิทยาลัย

๑๕. ทันตแพทย์สภา

- ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุชิต พูลทอง นายกทันตแพทย์สภา (ปัจจุบัน)
- ๒. พันตำรวจโท พจนารถ พุ่มประกอบศรี นายกทันตแพทย์สภา (อดีต)
- ๓. ทันตแพทย์ธงชัย วชิโรจน์ไพศาล อุปนายกทันตแพทย์สภา คนที่หนึ่ง

๑๖. ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

- รองศาสตราจารย์ศิริวิมล ศรีสวัสดิ์ นายกสำรอง

๑๗. สมาพันธ์ทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

- นางภาภรณ์ ชวาลวุฒ ประธานสมาพันธ์ทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

๑๘. สมาคมทันตแพทย์เอกชนแห่งประเทศไทย

- นายพรชัย วิวัฒน์สิทธิพงศ์ กรรมการสมาคม

๑๙. ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

- รองศาสตราจารย์ศิริวิมล ศรีสวัสดิ์ นายกสำรอง

๒๐. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- ๑. รองศาสตราจารย์พรชัย จันศิษย์ยานนท์ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์
- ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัญชลี วัชรกษะ ประธานหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุและการดูแลผู้ป่วยพิเศษ (หลักสูตรนานาชาติ)

๒๑. มหาวิทยาลัยมหิดล

- รองศาสตราจารย์ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

๒๒. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- รองศาสตราจารย์สำเร็จ อินกล้า คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

๒๓. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนธิร์ ชินเครือ รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

๒๔. มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- รองศาสตราจารย์วราณัฐ ปิติพัฒน์ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

๒๕. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เสมอจิต พิธพรชัยกุล หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขชนบทภาคใต้และการศึกษาต่อเนื่อง

๒๖. มหาวิทยาลัยรังสิต

- ทันตแพทย์หญิงญาดา อนันต์วัฒน์ อาจารย์ประจำวิทยาลัยทันตแพทย์

๒๗. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

- ทันตแพทย์ณัฐพล ถินสถิตย์ หัวหน้าสถานทันตแพทยศาสตร์ศึกษา

**๒๘. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาประเทศไทย สุขภาพเป็นเลิศ ศูนย์กลาง
การบริการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล หรือ THAILAND DENTAL HUB**

- ๑. ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ หัวหน้าคณะทำงาน
- ๒. นางสาวภา จงกิตติพงศ์ คณะทำงาน
- ๓. ทันตแพทย์เสริมสกุล วงศ์ถิรพร คณะทำงาน
- ๔. ทันตแพทย์หญิงอภิัญญา กุลวีระอารีย์ คณะทำงาน

**๒๙. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสุขภาพเป็นเลิศ ศูนย์กลางการบริการ
รักษาด้านทันตกรรมระดับสากล THAILAND DENTAL HUB**

- ทันตแพทย์หญิงอภิัญญา กุลวีระอารีย์ คณะทำงาน

๓๐. คณะทำงานการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ

- ๑. นางสุนี วงศ์คงคาเทพ หัวหน้าคณะทำงาน
- ๒. นายจรรุวัฒน์ บุษราคัมรุษะ คณะทำงาน
- ๓. นายจิรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย คณะทำงาน
- ๔. นางสาวรณนา สมถวิล คณะทำงาน
- ๕. นายกมล เศรษฐชัยยันต์ คณะทำงาน
- ๖. นายนิติโชติ นิลกำแหง คณะทำงาน
- ๗. นางศศิธร บัณฑิตมหากุล คณะทำงาน
- ๘. นายพงศ์ภัทร มหาทุมะรัตน์ คณะทำงาน
- ๙. นายกษิณีเดช ศิริเวชยันต์ คณะทำงาน
- ๑๐. นางวรางคณา เศรษฐชัยยันต์ คณะทำงาน
- ๑๑. นายกฤษณ์นันท บุปผาชื่น คณะทำงาน
- ๑๒. นางเอมอร เสนานฤทธิ คณะทำงาน
- ๑๓. นางสาวดวงฤดี มหาวัง คณะทำงาน
- ๑๔. นางรอยพิมพ์ นาระทะ คณะทำงาน

**๓๑. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนายกระดับ การบริการรักษาด้านทันตกรรม
เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงด้านทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรมของ
ประเทศไทย**

- ๑. ทันตแพทย์หญิงศิริรัตน์ รัศมีโสรัจณ์ หัวหน้าคณะทำงาน
- ๒. ทันตแพทย์หญิงนันทพร รื่นพล คณะทำงาน
- ๓. ทันตแพทย์พีรพงษ์ จันทรพุ่ม คณะทำงาน

- | | |
|------------------------------------|------------|
| ๔. ทันตแพทย์จาร์วัฒน์ บุษราคัมรุหะ | คณะกรรมการ |
| ๕. ทันตแพทย์หญิงเกศยา ทรัพย์สมพล | คณะกรรมการ |
| ๖. ทันตแพทย์สุรัชย์ อภินวถาวรกุล | คณะกรรมการ |
| ๗. ทันตแพทย์หญิงวารรัตน์ ใจชื่น | คณะกรรมการ |

๓๒. คณะกรรมการพิจารณาศึกษาการพัฒนาาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกัน

โรคระดับปฐมภูมิ

- | | |
|-------------------------------|------------|
| ๑. นางสุณี วงศ์คงคาเทพ | คณะกรรมการ |
| ๒. นายจาร์วัฒน์ บุษราคัมรุหะ | คณะกรรมการ |
| ๓. นายจีรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย | คณะกรรมการ |
| ๔. นางสาวรรณา สมถวิล | คณะกรรมการ |
| ๕. นายกมล เศรษฐชัยยันต์ | คณะกรรมการ |
| ๖. นายนิติโชติ นิลกำแหง | คณะกรรมการ |
| ๗. นางศศิธร บัณฑิตมหากุล | คณะกรรมการ |
| ๘. นายพงศ์ภัทร มหาหุเมรัตน์ | คณะกรรมการ |
| ๙. นายกษิต์เดช ศิริเวชยันต์ | คณะกรรมการ |
| ๑๐. นางวรางคณา เศรษฐชัยยันต์ | คณะกรรมการ |
| ๑๑. นายกฤษณ์นันท บุปผาชื่น | คณะกรรมการ |
| ๑๒. นางเอมอร เสนานุกุทธิ | คณะกรรมการ |
| ๑๓. นางสาวดวงฤดี มหาวัง | คณะกรรมการ |
| ๑๔. นางรอยพิมพ์ นาระทะ | คณะกรรมการ |

**๓๓. คณะกรรมการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และศึกษา
แนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุ
ในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย**

- | | |
|---|------------|
| ๑. ทันตแพทย์หญิงศิริพร ส่งศิริประดับบุญ | คณะกรรมการ |
| ๒. ทันตแพทย์หญิงนิภาพร เอื้อวัฒน์ไชติมา | คณะกรรมการ |
| ๓. ทันตแพทย์หญิงวรกัญญา บุรณพัฒนา | คณะกรรมการ |
| ๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อ้อยทิพย์ ชาญการคำ | คณะกรรมการ |
| ๕. รองศาสตราจารย์อังคณา เขียรมนตรี | คณะกรรมการ |
| ๖. รองศาสตราจารย์ศิริรักษ์ นครชัย | คณะกรรมการ |

๒) การประชุมเพื่อพิจารณาศึกษาข้อมูลร่วมกับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง เพื่อระดมสมองและให้ข้อเสนอแนะ คำแนะนำ เพื่อประกอบการพิจารณาศึกษาและการจัดทำรายงานการพิจารณาศึกษา

๓. ผลการพิจารณา

คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาศึกษา เรื่อง “การพิจารณาศึกษา ขับเคลื่อน เร่งรัดการปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขไทย และการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม” โดยมอบหมายให้คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ดำเนินการพิจารณาศึกษากรณีดังกล่าว ซึ่งคณะกรรมการฯ ได้พิจารณารายงานฉบับนี้แล้ว และมีมติเห็นชอบกับรายงานการพิจารณาศึกษาดังกล่าว โดยถือว่าเป็นรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการฯ

จากการพิจารณาศึกษาเรื่องดังกล่าวข้างต้น คณะกรรมการฯ จึงขอเสนอรายงานการพิจารณาศึกษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ โดยมีรายละเอียดแนบท้ายนี้ เพื่อให้ที่ประชุมวุฒิสภาพิจารณา หากวุฒิสภาให้ความเห็นชอบกับผลการพิจารณาศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมการฯ ขอได้โปรดแจ้งไปยังคณะรัฐมนตรีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาและดำเนินการตามแต่จะเห็นสมควรต่อไป ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติและประชาชนสืบไป



(นายทวีวงศ์ จุลกมนตรี)

เลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

คำนำ

การทำงานของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย เป็นการทำงานต่อเนื่องจากคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาด้านทันตสาธารณสุขไทย ซึ่งจากการทำงาน โดยขอข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับงานด้านทันตกรรมและงานด้านทันตสาธารณสุขไทย ทำให้พบข้อมูลสถานการณ์ปัญหาด้านทันตสุขภาพหรือสุขภาพช่องปากและฟันของประชาชนไทย เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกกลุ่มวัยและอยู่ในอัตราที่สูง สร้างปัญหาโรคสุขภาพช่องปากและฟัน สร้างผลกระทบต่อสุขภาพของครอบครัว กระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนไทย โดยเฉพาะในวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ต้องรับผลจากโรคช่องปากและฟันที่ดำเนินมาพร้อม ๆ กับอายุของเราทุกคน และพบการสูญเสียฟัน มากที่สุด จนกระทบต่อความลำบากในการบดเคี้ยวอาหาร กระทบการทานอาหารประจำวัน จนบางคน แทบจะเป็นเวลาลำบากในแต่ละวันที่จะต้องทานข้าวในแต่ละมื้อ นี่คือการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุไทย เป็นจำนวนมาก และจะมากขึ้น ถ้าเรายังไม่มีการปฏิรูประบบงานด้านทันตสาธารณสุขไทยอย่างเป็นรูปธรรม

ผมซึ่งทำหน้าที่ในฐานะประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูป ด้านทันตสาธารณสุขไทย และคณะอนุกรรมการทุก ๆ ท่านเห็นถึงปัญหาสำคัญนี้ มีความตั้งใจและมุ่งมั่น ที่จะหาแนวทาง ข้อเสนอแนะอย่างไร ที่จะแก้ปัญหาทันตสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งต้องถือว่าเป็น ผู้ได้ทำหน้าที่ ทำงานเพื่อสังคมและประเทศของเรามาอย่างยาวนาน ภายใต้สถานการณ์ปัญหาการเข้าถึง บริการด้านทันตกรรมของประชาชนไทยที่ค่อนข้างต่ำมาก เพียงร้อยละ ๘.๑ เท่านั้น และพบปัญหา การบริหารจัดการในระบบทันตสาธารณสุขไทยอยู่หลายประการ ด้วยความเป็นห่วง ทั้งจากการศึกษา ยังพบขาดหน่วยงานหลักระดับประเทศในการกำหนดนโยบาย การวางแผน หรือยุทธศาสตร์ ด้านทันตสาธารณสุขระดับประเทศ ขาดหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ด้านการส่งเสริมป้องกัน การรักษา ด้านทันตกรรมระดับประเทศ ขาดหน่วยงานหลักด้านการจัดการด้านบุคลากรทั้งระบบ การจัดการ ด้านทรัพยากร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ ระดับประเทศ ขาดหน่วยงานหลักด้านการบริหาร อำนวยการ กำกับ ประเมินผล ระดับประเทศ ขาดหน่วยงานหลักด้านสารสนเทศด้านทันตกรรม ทันตสาธารณสุข ระดับประเทศและระหว่างประเทศ ขาดหน่วยงานหลักรับผิดชอบ สนับสนุนด้านเทคโนโลยี นวัตกรรมและการวิจัยด้านทันตกรรมระดับประเทศ และขาดหน่วยงานหลักรับผิดชอบงาน ด้านทันตสาธารณสุขในชุมชน ท้องถิ่น การบริการปฐมภูมิระดับประเทศ โดยในการประชุมหลาย ๆ ครั้ง ที่มีการพิจารณาศึกษาปัญหาด้านทันตสาธารณสุขไทยในประเด็นต่าง ๆ ในหลายครั้ง พบว่า ไม่มีใครสามารถ พบข้อมูล หรือตอบได้ว่าหน่วยงานใด หรือใครเป็นผู้รับผิดชอบในงานด้านต่าง ๆ ด้านทันตกรรมในระดับ ประเทศด้านต่าง ๆ ที่มีการศึกษา หรือหน่วยงานใดที่รับผิดชอบนโยบาย แผนงาน งบประมาณ เป้าหมาย การประเมินผล งานด้านต่าง ๆ ระดับภาพรวมของประเทศของงานทันตสาธารณสุขไทย ซึ่งในส่วนหน่วยงาน ด้านทันตกรรมจะมีข้อมูลจากสำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย สถาบันทันตกรรมกรมการแพทย์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (มีทันตแพทย์ ๒ – ๓ ท่าน) ฝ่ายทันตสาธารณสุขประจำสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานทันตกรรมในโรงพยาบาลทุก ๆ ขนาด ซึ่งมีความรับผิดชอบค่อนข้างจำกัด ตามกำลังในพื้นที่ตนเองหรืองบประมาณที่ได้รับ

จากผลการศึกษาของคณะอนุกรรมการนำมาสู่ รายงานผลการพิจารณาศึกษาถึงข้อเสนอร่าง “กรมทันตสุขภาพ” เพื่อเป็นทางเลือก โอกาสที่จะพัฒนา ยกระดับ ถึงการปฏิรูประบบงานด้านทันตสาธารณสุขไทยอย่างแท้จริงและเป็นรูปธรรม ทั้งนี้ การทำงานของคณะอนุกรรมการยังเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการพิจารณาศึกษาการหาแนวทาง ข้อเสนอแนะในงานศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศ ศูนย์กลางการบริการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล หรือ THAILAND DENTAL HUB ซึ่งจะเป็นการพัฒนา ยกระดับศักยภาพการบริการรักษาด้านทันตกรรมของไทยในทุก ๆ ด้าน การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านทันตกรรม การเพิ่มความมั่นคงทางการแพทย์ของประเทศ ทั้งยังจะเป็นพลัง ปัจจัยในการสนับสนุน การกระตุ้นเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว การเดินทางของชาวต่างชาติ และเป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับประเทศเป็นอย่างดี

ในการศึกษาของอนุกรรมการในครั้งนี้ ยังเห็นความสำคัญของการทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันด้านทันตสุขภาพ โดยมีการศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ในทุกระดับรูปแบบต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ หรือน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์ (Water fluoridation) หรือน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อสร้างทางเลือกและความมั่นใจในการทำงานส่งเสริมป้องกัน และเป็นการกระตุ้นให้มีการศึกษาแนวทางอื่น ๆ เพิ่มเติมต่อไป และเพื่อให้เห็นทิศทางภาพรวมของค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมของประเทศไทย ทั้งของภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน จึงมีการพิจารณาศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปากประเทศไทย เพื่อให้ให้เห็นภาพสถานการณ์ค่าใช้จ่ายของประชาชน และรัฐที่ใช้จ่ายในการรักษาด้านทันตกรรม รวมถึงให้เห็นภาพประมาณการช่องว่างค่าใช้จ่ายของประชาชนที่มีปัญหาด้านสุขภาพช่องปากและฟันแต่ไม่ได้รับบริการทางทันตกรรม ซึ่งจะเป็นประโยชน์มากในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านทันตสาธารณสุขของไทย และนำมาใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาทันตสาธารณสุขไทยให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

ขอขอบพระคุณท่านประธานกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ท่านนายแพทย์เจตนศิริธรานนท์ ที่ท่านให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนอย่างดียิ่งกับการทำงาน การพิจารณาศึกษาขับเคลื่อน การปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย เพื่อให้เกิดผลสำเร็จขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากและฟันให้พี่น้องประชาชนไทย

ขอขอบพระคุณท่านที่ปรึกษา อนุกรรมการทุกท่าน คณะทำงานทุกท่านที่ได้เสียสละทำงานด้วยความมุ่งมั่น สร้างความตื่นตัว ผลสำเร็จ สร้างแนวทางการความรู้ กำลังใจให้ผู้ที่ทำงานอย่างดียิ่ง และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่ร่วมกันทำงานอย่างหนักที่ช่วยทำให้การทำงานตั้งแต่เริ่มต้นจนเกิดผลสำเร็จของรายงานของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ฉบับนี้



(นายพิทักษ์ ไชยเจริญ)

ประธานคณะอนุกรรมการ

พิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

สารบัญ

	หน้า
รายนามคณะกรรมการ	ก
รายนามคณะอนุกรรมการ	ค
รายงานการพิจารณาศึกษา	ช
คำนำ	๗
สารบัญ	
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ความเป็นมาของการพิจารณาศึกษา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการพิจารณาศึกษา	๑
๑.๓ ขอบเขตการพิจารณาศึกษา	๒
บทที่ ๒ วิธีดำเนินการและกระบวนการศึกษา	๑๕
๒.๑ วิธีดำเนินการและกระบวนการศึกษา	๑๕
๒.๒ การพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อน การปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยการตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาศึกษาแนวทางการพัฒนา ยกระดับ การศึกษาหาแนวทาง ข้อเสนอแนะ เพื่อการขับเคลื่อนงาน ด้านทันตสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ เป็นรูปธรรม	๒๑
๒.๓ ผลการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานศึกษาการพัฒนาประเทศไทย สู่ความเป็นเลิศสู่ศูนย์กลางการบริการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล หรือ THAILAND DENTAL HUB	๒๒
๒.๔ ผลการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานผลกระทบทางเศรษฐกิจ และภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปากประเทศไทย	๔๑
๒.๕ ผลการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพช่องปาก และป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ	๕๔
๒.๖ ผลการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาระดับ การบริการรักษาด้านทันตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรมของประเทศไทย ๗๓	๗๓

สารบัญ (ต่อ)

๒.๗ ผลการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติและศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในงานส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย	๑๐๑
๒.๘ ผลการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาการจัดการด้านทันตสุขภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย	๑๒๘
๒.๙ การเปรียบเทียบโครงสร้างระบบทันตสาธารณสุขในต่างประเทศกับประเทศไทย	๑๔๔
บทที่ ๓ บทสรุปผู้บริหาร	๑๕๙
๓.๑ ข้อมูลและข้อพิจารณาปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม จากกลุ่มสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม ๓ กลุ่มหลักของประชาชน คือ สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิทันตกรรมของผู้ประกันตนตาม มาตรา ๓๓ และมาตรา ๓๙ ของสำนักงานประกันสังคมและสิทธิด้านทันตกรรมของราชการและผู้มีสิทธิของกรมบัญชีกลาง	๑๕๙
๓.๒ ข้อมูล ข้อพิจารณา ปัญหาการพัฒนา ยกระดับศักยภาพงานบริการรักษา ด้านทันตกรรมในคลินิกทันตกรรม ในโรงพยาบาลของรัฐ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชน	๑๖๔
๓.๓ ข้อพิจารณาด้านการพัฒนาโครงสร้างพื้นที่บริการรักษาของคลินิกทันตกรรม ในโรงพยาบาลและการจัดการด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง	๑๖๗
๓.๔ ข้อมูล ข้อพิจารณา การพัฒนางานด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคด้านทันตสุขภาพ	๑๖๘
๓.๕ ข้อมูล ข้อพิจารณาผลกระทบจากสถานการณ์ระบาด Covid – 19 กับงานรักษาด้านทันตกรรม และการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชน	๑๗๑
บทที่ ๔ ผลการพิจารณาศึกษา	๑๗๕
๔.๑ ผลการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการ	๑๗๕
๔.๒ บทสรุปและข้อเสนอแนะ	๑๘๕
บรรณานุกรม	๑๙๗

สารบัญ (ต่อ)

ภาคผนวก	๑๙๗
ภาคผนวก ก : คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ	๒๐๓
ภาคผนวก ข : การสัมมนาคณะกรรมการ	๒๐๗
ภาคผนวก ค : ภาพการประชุมคณะกรรมการ	๓๒๙

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ความเป็นมาของการพิจารณาศึกษา

ด้วยในคราวประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ วันพุธที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ที่ประชุมได้พิจารณาแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการฯ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการการสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๒๐) ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการสาธารณสุขมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทู้กิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับ การประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๙ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงมีมติตั้งคณะกรรมการพิจารณาศึกษา ขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทยขึ้น เพื่อทำหน้าที่พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนไทย การบริหารจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุ การขับเคลื่อนการส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากและฟัน การพัฒนาการใช้ฟลูออไรด์ งานทันตสาธารณสุขในท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิในระดับประเทศ พิจารณาศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม การพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษา ด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านทันตกรรมของไทย ติดตามและเร่งรัดการขับเคลื่อนการปฏิรูป การพิจารณาแก้ระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปฏิรูปอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ อันนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการพิจารณา

๑. พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนไทย ซึ่งมีอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่ต่ำมากเพียง ร้อยละ ๘.๑ การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและการจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุ

๒. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เสนอแนะ และเร่งรัดการขับเคลื่อน การส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากและฟัน การพัฒนาการใช้ฟลูออไรด์ งานทันตสาธารณสุขในท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิในระดับประเทศ

๓. พิจารณาศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม การพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านทันตกรรมไทย

๔. ติดตามและเร่งรัดการขับเคลื่อนการปฏิรูป การพิจารณาแก้ระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปฏิรูปอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ อันนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

๕. รายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาและรวบรวมเป็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข เพื่อเสนอต่อวุฒิสภาพิจารณาต่อไป

๖. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการการสาธารณสุข มอบหมาย และจัดทำรายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข

๑.๓ ขอบเขตการพิจารณาศึกษา

ตามที่มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย อันมีองค์ประกอบหลายประการในการพิจารณาในหลายด้าน ดังนี้

๑. การพิจารณาศึกษาปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม การพัฒนาการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนไทย ซึ่งมีอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่ต่ำมากเพียง ร้อยละ ๘.๑ รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและการจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุ โดยจากการติดตามปัญหาทันตสุขภาพของคนไทย พบปัญหาโรคช่องปากและฟันเป็นปัญหาที่เกิดกับทุกกลุ่มวัย ในอัตราที่สูงและเป็นวงกว้าง เช่น สถานการณ์โรคฟันผุ พบเป็นโรคที่เป็นปัญหาในทุกกลุ่มวัยของประชาชนไทย จากการสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ปี ๒๕๖๐ ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบมีประชาชนที่มีฟันผุยังไม่ได้รับการรักษา ในช่วงอายุ ๓ ปี ร้อยละ ๕๒.๕ อายุ ๑๒ ปี ร้อยละ ๓๑.๕ อายุ ๓๕ - ๕๕ ปี ร้อยละ ๔๓.๓ และอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๕๖.๖ ตามลำดับ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสร้างความเจ็บป่วย ปวด บวม กระทบต่อการเคี้ยว รับประทานอาหารในทุกกลุ่มวัย และการเจริญเติบโต พัฒนาการในเด็ก ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่ต้องการสารอาหารอย่างเพียงพอ เหมาะสม รวมถึงเสี่ยงต่อปัญหาฟันขึ้นผิดตำแหน่ง ฟันซ้อนเก จากการสูญเสียฟันน้ำนมที่เร็วกว่าปกติ กระทบการบดเคี้ยวอาหารในอนาคต กระทบบุคลิกภาพ หรือโรคปริทันต์ในกลุ่มวัยทำงาน พบโรคปริทันต์รุนแรงที่เสี่ยงต่อการสูญเสียฟัน ร้อยละ ๑๕.๖ ปัญหาการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุสูญเสียฟันอย่างน้อย ๑ ซี่ ร้อยละ ๘๓ สูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ ๗.๒ ซึ่งสะท้อนให้เห็นการจะมีปัญหาทันตสุขภาพ หรือการมีโรคในช่องปากและฟันอย่างเรื้อรัง ซึ่งสร้างผลกระทบต่อสุขภาพของรวมไม่มากนักน้อยต่างกัน ยังสร้างปัญหาต่อการบดเคี้ยวอาหาร การทานอาหารการกลืนในวัยที่ต้องการสารอาหารเพื่อชดเชย ลดความเสี่ยง เพิ่มความสดชื่นของร่างกายเป็นอย่างมาก ซึ่งปัญหาเหล่านี้ เป็นปัญหาที่ประชาชนควรได้รับการรักษาและสามารถ

เข้าถึงการรักษาหรือการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมได้ เพื่อสามารถรับรู้ปัญหาและมีช่องทางการเข้าถึงการแก้ปัญหาด้านทันตสุขภาพของตนเองได้ แต่จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘ พบประชาชนมีอัตราการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมเพียงร้อยละ ๘.๑ เท่านั้น และพบว่า การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมอยู่ในระดับเดียวกัน ในห้วงเวลา ๑๐ ปีที่ผ่านมา โดยข้อมูลจากสำรวจในปี ๒๕๕๒ ร้อยละ ๙.๑๒ ปี ๒๕๕๔ ร้อยละ ๙.๒๘ ปี ๒๕๕๖ ร้อยละ ๙.๔๗ ปี ๒๕๖๙ ร้อยละ ๙.๖๐ ปี ๒๕๖๒ ร้อยละ ๘.๔๐ และปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๙.๙๐ ทำให้เห็นได้ว่า ในอดีตที่ผ่านมา ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนยังไม่มี การพัฒนาอย่างสมควร ทั้งที่ประเทศไทยมีการพัฒนาทางด้านการแพทย์ การสาธารณสุข เศรษฐกิจ และสังคม เป็นอย่างมาก แต่ในด้านทันตสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่ดีของประชาชน ยังไม่มีการพัฒนาระดับการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม สะท้อนปัญหาของระบบบริการรักษาทันตกรรมของประเทศไทยยังไม่เพียงพอต่อความจำเป็นในการรักษา หรือสามารถรองรับปัญหาภาพรวมด้านทันตสุขภาพของประชาชนได้

๒. การศึกษาด้านเศรษฐกิจที่กระทบหรือมีความเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษา ด้านทันตสุขภาพช่องปากของประชาชน หรือเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม ซึ่งจะทำให้มีข้อมูลที่ชัดเจน เห็นภาพรวมของปัญหาในหลายมิติมากขึ้น สามารถทราบปัญหาและทิศทางการจัดบริหาร ระบบด้านทันตที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนั้นว่าสอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ทันตสุขภาพของ คนไทยอย่างไร และเป็นข้อมูลในการวางแผนงาน พัฒนาการจัดการระบบงานด้านทันตกรรม ทันตสาธารณสุขให้มีความเหมาะสมมากขึ้น เพื่อสามารถเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมอย่างเหมาะสม เพียงพอ มีความสะดวกมากขึ้น และสามารถดูแลทันตสุขภาพคนไทยให้ดีขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิต ที่ดียิ่งขึ้น

โดยมีขอบเขตในการพิจารณาศึกษา ดังนี้

๑. พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายของรัฐในการให้บริการรักษา ทางทันตกรรมตามความจำเป็นของคนไทยที่มีปัญหาโรคฟันและอวัยวะปริทันต์

๒. พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายของประชาชนคนไทยที่มีปัญหา โรคฟันและอวัยวะปริทันต์เพื่อรับการรักษาทางทันตกรรมตามความจำเป็น

๓. พิจารณาศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล การประเมินค่าใช้จ่ายของการเจ็บป่วยจาก โรคฟันและอวัยวะปริทันต์ ในลักษณะการศึกษาภาคตัดขวางตามขนาดความชุกของปัญหา (prevalence approach)

๔. พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินค่าใช้จ่ายทางทันตกรรม ใน ๗ กลุ่มประชากร ได้แก่ กลุ่ม ๓ ปี ๕ ปี ๑๒ ปี ๑๕ ปี ๓๕ - ๔๔ ปี ๖๐ - ๗๔ ปี และ ๘๐ - ๘๕ ปี ข้อมูลที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ยความต้องการรักษาทางทันตกรรม (oral health need) และอัตรา ค่าบริการใช้อ้างอิงตามอัตราเรียกเก็บของกระทรวงสาธารณสุข (charge price) โดยจำแนกตาม

๔.๑ ผู้ที่มีปัญหาโรคฟันผุ (dental caries) ได้แก่ ความต้องการอุดฟัน ๑ ด้าน อุดฟัน ๒ ด้าน การถอนฟัน การรักษารากฟัน และการทำครอบฟัน

๔.๒ ในผู้ที่มีปัญหาโรคอวัยวะปริทันต์ (periodontitis) ได้แก่ โรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์อักเสบที่มีความต้องการ การขูดหินน้ำลาย การเกลารากฟัน

๔.๓ ในผู้ที่มีปัญหาสูญเสียฟัน (tooth loss) ได้แก่ ความต้องการในการใส่ฟันเทียมบางส่วนหรือทั้งปาก

๕. พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการทันตกรรมซึ่งไม่ใช่ค่ารักษาทันตกรรมนั้นโดยตรง (direct non - dental expenditure) ได้แก่ ค่าเดินทางของผู้ป่วย ค่าเดินทาง/ค่าเสียเวลาของผู้ปกครอง/ผู้ดูแล (กรณีผู้ดูแลเด็ก หรือผู้สูงอายุ) โดยใช้ข้อมูลการสำรวจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

๖. พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินต้นทุนการสูญเสียผลผลิตจากความเจ็บป่วยด้วยโรคฟันและอวัยวะปริทันต์ (productivity cost) จากการขาดเรียน การขาดงาน โดยใช้ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

๗. พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินขนาดของค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรมที่ไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง (out of pocket)

๘. การพิจารณาศึกษาด้านระบบบริการสุขภาพด้านทันตสุขภาพ หรือสุขภาพช่องปาก และฟันสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัย เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดี มีสุขภาพช่องปาก และฟันที่ดี นำสู่การมีสุขภาพองค์รวมที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อรองรับสังคมผู้สูงวัยสถานการณ์ด้านผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน พบข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุขได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านทางประชากร (Demographic transition) อัตราเกิดและอัตรามรณะที่ลดลงกับอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นของคนไทย ส่งผลให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุในระยะเวลาดังกล่าวนี้ กล่าวคือ ประชากรสูงอายุในประเทศไทยได้เพิ่มจาก ๑.๗ ล้านคน หรือร้อยละ ๔.๙ ของประชากรทั้งหมด ใน พ.ศ. ๒๕๑๓ เป็นจำนวนสูงถึง ๗.๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๑.๘ ของประชากรทั้งหมด ใน พ.ศ. ๒๕๕๓ และจำนวนและสัดส่วนดังกล่าวนี้ มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอีกเรื่อย ๆ ดังที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคมได้คาดการณ์ไว้ว่า ในอีก ๑๐ - ๑๕ ปี จำนวนประชากรสูงอายุ จะเพิ่มขึ้นเป็น ๑๑-๑๒.๙ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๖.๘-๑๙.๘ ของประชากรทั้งหมดในประเทศ

สถิติผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๖๕ พบมีจำนวนผู้สูงอายุ จำนวน ๑๒,๒๔๙,๘๔๘ คน (ร้อยละ ๑๘.๕) จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ ๖๖,๑๔๗,๓๕๔ คน (ที่มา : ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารสถิติประชากรรายจังหวัด กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕) ทันตสุขภาพหรือสุขภาพช่องปากและฟันนั้นคือส่วนสำคัญที่สุดในการบดเคี้ยว

อาหารเพื่อสามารถทานอาหารรับสารอาหารที่จำเป็นเข้าสู่ร่างกาย และเป็นต้นทางของระบบการย่อยอาหาร การสัมผัสและความสดชื่นจากการรับรสอาหาร รวมถึงการพูดออกเสียง บุคลิกภาพของแต่ละคน ดังนั้น เพื่อให้สามารถรองรับการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการพัฒนาการจัดการระบบบริหารงานด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย จำเป็นต้องมีการพัฒนายกระดับให้สอดคล้องกับสภาพโครงสร้างของประชากร สภาพปัญหาทันตสุขภาพในปัจจุบัน ตลอดจนปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับการดูแลสุขภาพ ซึ่งทันตสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์กันอย่างยิ่ง ไม่อาจแยกจากกันได้ของผู้สูงอายุไทยทุกคน ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญที่จะสร้างให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายสำคัญของยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขไทย

คณะอนุกรรมการจึงได้เห็นความจำเป็นในการเร่งพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการพัฒนายกระดับ การจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบในทุกมิติ

๑. เพื่อรวบรวมข้อมูล สถานการณ์ด้านทันตสุขภาพหรือสุขภาพช่องปากและฟันของผู้สูงอายุของไทย

๒. เพื่อพิจารณาศึกษาแนวทางการพัฒนาขับเคลื่อนการยกระดับมาตรฐานคุณภาพทันตสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของประเทศไทย

๓. เพื่อพิจารณาศึกษาแนวทางการวางแผนงานนโยบายการจัดการ การส่งเสริมป้องกัน การดูแล การรักษาด้านทันตกรรม รวมถึงการฟื้นฟูระบบการบดเคี้ยวให้สามารถเคี้ยวอาหารได้ อย่างครอบคลุม เป็นแนวปฏิบัติของหน่วยงาน หรือเป็น model ตัวอย่าง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้ในทุกจังหวัดทั่วประเทศอย่างเท่าเทียม

๔. พิจารณาศึกษาและวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค รวมถึงข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา การขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหา การขอสนับสนุนทรัพยากรบุคคล และงบประมาณ เพื่อให้เกิดการพัฒนายกระดับอย่างเป็นรูปธรรม

๕. พิจารณาศึกษาการพัฒนายกระดับระบบสารสนเทศด้านทันตกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อให้เกิดการเข้าถึง การเก็บข้อมูลเบื้องต้น การพัฒนาระบบสารสนเทศ การจัดระบบการวางแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การติดตาม การประเมินประสิทธิภาพ และประสิทธิผล การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบด้าน การพัฒนา การเสนอแนะแนวทางแก้ไข ปรับปรุงต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ เกิดการขับเคลื่อนงานด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม

๔. วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค เสนอแนะ และเร่งรัดการขับเคลื่อนการส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากและฟัน การพัฒนาการใช้ฟลูออไรด์ งานทันตสาธารณสุขในท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิในระดับประเทศ เนื่องด้วยจากการพิจารณาศึกษาปัญหาทันตสุขภาพของคนไทย พบว่า ปัญหาโรคฟันผุเป็นโรคที่พบเป็นปัญหาในทุกกลุ่มวัยของประชาชนไทย โดยจากการสำรวจข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ปี ๒๕๖๐ ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข พบมีประชาชนที่มีฟันผุยังไม่ได้รับการรักษา ในช่วงอายุ ๓ ปี ร้อยละ ๕๒.๕ อายุ ๑๒ ปี ร้อยละ ๓๑.๕ อายุ ๓๕ - ๕๕ ปี ร้อยละ ๔๓.๓ และอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๕๖.๖ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาความเจ็บป่วย ปวด บวม ของโรคช่องปากและฟัน ส่งผลกระทบต่อการเคี้ยวรับประทานอาหารในทุกกลุ่มวัย และการเจริญเติบโต พัฒนาการในเด็ก รวมถึงเสี่ยงต่อปัญหาฟันขึ้นผิดตำแหน่ง ฟันซ้อนเก จากการสูญเสียฟันน้ำนมที่เร็วกว่าปกติ กระทบบุคลิกภาพ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ เป็นปัญหาในวงกว้างและไม่อาจแก้ปัญหโดยจัดบริการรักษาด้านทันตกรรมให้ประชาชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของระบบบริการด้านทันตกรรมของประเทศไทยที่จากการสำรวจของกรมอนามัยปี ๒๕๖๒ มีการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมเพียงร้อยละ ๘.๑ ดังนั้น เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาทันตสุขภาพของคนไทย โดยเฉพาะโรคฟันผุ จึงต้องมีการหาวิธีการ โดยนำความรู้ทางวิชาการ เทคโนโลยี นวัตกรรม ทั้งในและต่างประเทศมาใช้ ซึ่งฟลูออไรด์ถือเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง และได้รับถึงการยอมรับในประสิทธิภาพในระดับสากล ในการใช้ป้องกันโรคฟันผุในทุกกลุ่มวัย ในหลายรูปแบบและสามารถใช้ในการส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุในวงกว้างได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปา ซึ่งสหรัฐอเมริกาในหลายรัฐมีการนำมาใช้ รวมทั้งอีกหลายประเทศ แต่ประเทศไทยการใช้ฟลูออไรด์ในการส่งเสริมป้องกัน นอกเหนือจากผสมในยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก มีแนวโน้มการใช้ลดลง อาจด้วยปัจจัยที่ไม่เอื้ออำนวยหรือขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

คณะอนุกรรมการได้เห็นความจำเป็นในการพิจารณาศึกษาและทบทวนแนวทางการนำฟลูออไรด์มาใช้เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุในทุก ๆ มิติ โดยเฉพาะในงานทันตสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งฟลูออไรด์เม็ด ฟลูออไรด์เจล นมผสมฟลูออไรด์และในรูปแบบอื่น ๆ รวมถึงการนำวิทยาการด้านน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์ ซึ่งเคยมีการศึกษาและนำมาใช้จนเกิดผลสำเร็จในต่างประเทศในรูปของน้ำประปาเติมฟลูออไรด์ ซึ่งด้วยวิวัฒนาการ ลักษณะของสังคมปัจจุบัน น้ำดื่มบรรจุขวดถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย สะดวกในการใช้ดื่ม พกพา ขนส่ง จัดเก็บ หากมีการพัฒนาแนวทางการผลิตการใช้งาน รวมถึงการกำหนดรูปแบบ ปริมาณการใช้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ที่บางแห่ง มีปริมาณฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำธรรมชาติ หรือน้ำเพื่อบริโภคสูง ก็จะเป็นอีกแนวทางที่สามารถพัฒนางานทันตสาธารณสุขสู่พื้นที่ ประชาชนในท้องที่ต่าง ๆ ได้

คณะอนุกรรมการจึงเห็นควรพิจารณาศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันโรคฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และการศึกษาแนวทางการผลิตการใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมและป้องกันในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย เพื่อทบทวนแนวทางการใช้ฟลูออไรด์ในงานด้านการส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุในทุกรูปแบบ และทุกมิติ รวมถึงการศึกษาแนวทางการผลิต การพัฒนารูปแบบการนำไปใช้ ความคุ้มค่า ความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์ฟลูออไรด์ น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อใช้ในงานส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุในงานทันตสาธารณสุขและเพื่อประโยชน์ในการใช้อย่างกว้างขวางในทุกกลุ่มวัยเพื่อ การส่งเสริม

ป้องกันโรคฟันผุในประเทศไทย พิจารณาศึกษาแนวทางความรู้ในการนำฟลูออไรด์ไปใช้ในงาน ส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุและงานด้านทันตสาธารณสุขไทย เพื่อทันตสุขภาพที่ดีของคนไทยต่อไป

๕. วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค เสนอแนะ และเร่งรัดการขับเคลื่อน การส่งเสริม ป้องกันโรคช่องปากและฟัน งานทันตสาธารณสุขในชุมชน ท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิ ในระดับประเทศ โดย

๑. พิจารณาศึกษาแนวทางการขับเคลื่อน การพัฒนาระดับ งานส่งเสริม และป้องกันด้านทันตสาธารณสุขในทุกกลุ่มวัยและทุกมิติระดับประเทศ

๒. เพื่อพิจารณาศึกษาแนวทางการขับเคลื่อน การพัฒนาระดับงานด้าน ทันตสาธารณสุขไทย

๓. เพื่อพิจารณาศึกษาแนวทางการพัฒนาระดับการจัดการ การบริหารงาน การส่งเสริมป้องกัน การรักษาด้านทันตกรรมใน รพ.สต. เพื่อพัฒนาการเข้าบริการต่าง ๆ ด้านทันตกรรมของประชาชนในชุมชน ท้องถิ่น เพื่อเป็นแนวทาง ข้อเสนอแนะ การพัฒนา การเพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานการบริหารจัดการ การมียุทธศาสตร์ในบริการปฐมภูมิ ด้านทันตกรรม การวางแผน บริหารทันตบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ เป้าหมาย และการจัดลำดับ ความสำคัญในด้านต่าง ๆ ทั้งการเพิ่มทรัพยากรและกำลังคน อาทิ เพิ่มจำนวนผู้ช่วยทันตกรรม ให้สอดคล้องกับจำนวนทันตแพทย์ ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานด้านทันตกรรม เพิ่มยูนิตทันตกรรม ในคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลที่มีพื้นที่พอที่จะสามารถเพิ่มได้ เพิ่มการกระจายทันตแพทย์ ลงระดับปฐมภูมิ การเพิ่มคุณภาพและศักยภาพการให้บริการด้านทันตกรรมในระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมระดับ ชุมชน ท้องถิ่นอย่างทั่วถึง เพียงพอต่อประชาชนในพื้นที่ สภาพปัญหาทันตสุขภาพของประชาชน เพื่อการมีสุขภาพช่องปากและฟันที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

ข้อเสนอการพัฒนาเกณฑ์ในระดับปฐมภูมิ เช่น ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ทันตสุขภาพที่เกินขีดความสามารถของทันตภิบาล การจัดให้มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานในชุมชน ท้องถิ่น บริการปฐมภูมิมากขึ้น เพื่อสามารถให้ประชาชนได้รับบริการด้านทันตกรรมครบถ้วน ตามสิทธิประโยชน์มากขึ้น การพัฒนาศึกษาการเชื่อมโยงงานบริการทันตกรรมกับงานส่งเสริม และป้องกันโรคช่องปากและฟัน โดยบูรณาการกับงานครอบครัวและตำบล โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เพิ่มการจัดบริการปฐมภูมิในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น เพื่อลดความแออัด ในโรงพยาบาล ลดการรอคอย

๖. พิจารณาศึกษาการพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาด้านทันตกรรม ในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมระบบงานด้านทันตกรรมประเทศไทย การพัฒนางานบริการรักษา ด้านทันตกรรม งานด้านทันตสาธารณสุขเพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของประชาชน ในแนวทางหนึ่ง คือ การส่งเสริมและผลักดัน กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของทันตแพทย์ ทันตบุคลากร

และองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวเนื่อง ให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง ในการพัฒนาด้านการรักษา เทคโนโลยี ระบบสารสนเทศ นวัตกรรมทางการแพทย์ ทั้งจะเกิดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ทันตบุคลากรที่จะเข้ามาเป็นกลไกการขับเคลื่อนให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความน่าเชื่อถืออย่างต่อเนื่อง ในหลาย ๆ ประเทศ การพัฒนาประเทศสู่ศูนย์กลางทางการแพทย์ เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความมั่นคงทางการแพทย์และยังเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม กระตุ้นการเดินทาง การท่องเที่ยว สร้างความมั่นคงมั่งคั่งให้กับประเทศนั้น ๆ ในส่วนประเทศไทย การบริการรักษาด้านทันตกรรมในด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความน่าเชื่อถือในด้านการรักษา โดยเฉพาะในภาคเอกชนได้รับการยอมรับจากชาวต่างชาติระดับหนึ่ง และบางส่วนมีศักยภาพในการเปิดรับชาวต่างชาติเพื่อเข้ามารักษาด้านทันตกรรมภายในประเทศ โดยเฉพาะในเมืองท่องเที่ยวหรือเมืองใหญ่ที่มีชาวต่างชาติเข้ามาในพื้นที่นั้น ๆ แต่ในส่วนภาพรวมของประเทศไทย ในทิศทางก้าวเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ด้านทันตกรรม ยังไม่มีหน่วยงานรัฐเข้ามากำกับ ควบคุม ประเมินผลลัพธ์ ประเมินประสิทธิภาพ สนับสนุนและพัฒนาอย่างเป็นระบบ รวมถึงมีการประสานงานหรือการบูรณาการการจัดบริการด้านทันตกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะเป็นการพัฒนา ด้านระบบ ทั้งด้านระบบการลงทะเบียนหน่วยบริการ การกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ ที่ควรมีการกำกับ ราคาค่าบริการอย่างสมเหตุผล สร้างความเป็นธรรม เป็นการพัฒนาระบบสารสนเทศ การประชาสัมพันธ์ อำนวยความสะดวก การเลือกเข้ารับบริการรักษา การนัดหมาย การขอข้อมูลที่จำเป็น และยังเป็น การเข้ามาดูแลเรื่องสิทธิความเป็นธรรม ข้อกฎหมายแก่ทุก ๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเกิดการส่งเสริม พัฒนา และบูรณาการกับการพัฒนาภาคเศรษฐกิจ การเดินทางเข้าประเทศ ส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวเป็นอีกกลไกที่จะกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศ

การพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาค และระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) จึงเป็นอีกโครงการนวัตกรรมของการส่งเสริม ความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านทันตกรรมของไทย สอดคล้องตาม ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านความมั่นคง การสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน ด้านการพัฒนา และเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ โดยยุทธศาสตร์การพัฒนา DENTAL HUB ในประเทศไทยจะเป็น การพัฒนาศักยภาพ มาตรฐานการบริการด้านทันตกรรมในประเทศ การสร้าง การขยายมูลค่า ทางธุรกิจด้านสุขภาพ ขยายตัวเพิ่มจากฐานเดิม ส่งเสริมภาคเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว ภาคสังคม การสร้างขีดความสามารถทางการแข่งขัน มาตรฐานการจัดการ บริการด้านสุขภาพ สู่ระดับสากล ทั้งเป็นการสร้างความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีให้กับประเทศไทยและประชาชนไทย

เพื่อให้การขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขเกิดความสำเร็จและเป็นรูปธรรม จึงมีกรอบการพิจารณาศึกษา ประกอบด้วยลำดับ

๑. เพื่อพิจารณาศึกษาแนวทางการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศ เพื่อพัฒนา เป็นศูนย์กลางการบริการรักษาด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและในระดับสากล

๒. เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน ทั้งหน่วยงานในภาครัฐและเอกชนให้มาทำงาน บูรณาการ ประสานงานให้เกิดการพัฒนาสูงสุด ในทุก ๆ ด้านร่วมกัน และพิจารณาศึกษา เพื่อหาแนวทางร่วมกันให้เกิด THAILAND DENTAL HUB อย่างเป็นทางการ

๓. เพื่อให้เกิดการยกระดับและพัฒนาศักยภาพมาตรฐานด้านทันตกรรม ด้านการแพทย์ และสร้างความมั่นคงทางการแพทย์ด้านทันตกรรมของไทย

๔. กระตุ้นเศรษฐกิจและสังคม การท่องเที่ยว การเดินทาง และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมการพัฒนาเพื่อสร้างความมั่นคงและมั่งคั่งของประเทศไทยต่อไป

๗. การติดตามและเร่งรัดการขับเคลื่อนการปฏิรูป การพิจารณาแก้ระเบียบ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปฏิรูปอย่างเป็นรูปธรรมและมี ประสิทธิภาพ อันนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

การติดตามความคืบหน้าการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน การพัฒนาระดับระบบงานทันตสาธารณสุขไทยอย่างเป็นทางการ โดยคณะอนุกรรมการ พิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ซึ่งมีความคาดหวังและมุ่งมั่นให้เกิด “การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขไทย เพื่อความสำเร็จ เพื่อทันตสุขภาพคนไทย” ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยอยากเห็นการมีสุขภาพ ของคนไทย โดยเฉพาะทันตสุขภาพของคนไทยดีขึ้นในที่สุด เพราะนั่นหมายถึง การมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น มีความสุขของคนไทยจากทรัพยากรและงบประมาณที่ประเทศมีอย่างจำกัด ซึ่งในทุก ๆ ประเทศก็มีขีดจำกัดหรือความพร้อมของแต่ละประเทศต่างกัน ดังนั้น การกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบายการบริหารจัดการ การวางแผน การดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้าง ประโยชน์สูงสุดจากสิ่งที่มีให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดกับประชาชนในประเทศ โดยจากการทำงาน ของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาด้านทันตสาธารณสุขไทย ซึ่งมีบทบาทหน้าที่พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูประบบด้านทันตสาธารณสุขไทย ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข รวมถึงวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหา และแนวทางเร่งรัดการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านทันตสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอการพัฒนาและการปฏิรูประบบบริหารงานด้านทันตสาธารณสุขไทย รวมถึงการพิจารณาแก้ไขกฎระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำไปสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการปฏิรูปอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ อันนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและระบบทันตสาธารณสุขไทย

การทำงานของคณะอนุกรรมการได้ขอข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในกระทรวง สาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ รวมถึงหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องมากมาย โดยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ซึ่งก็ได้รับการตอบรับและให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ ต่าง ๆ อย่างดียิ่ง อาทิ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงอุดมศึกษา กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง

สำนักงาน กพ. สำนักงาน กพร. เพราะด้วยทุกท่าน ทุกหน่วยงานทราบและมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ การร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสุขภาพช่องปากและฟัน หรือทันตสุขภาพของ คนที่ทำงาน และประชาชนให้มีทันตสุขภาพที่ดีร่วมกัน

คณะอนุกรรมการได้พิจารณาศึกษาในทุก ๆ ด้านที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่

๑. ด้านการพัฒนาศักยภาพการส่งเสริม ป้องกันโรคสุขภาพช่องปากและฟัน ในทุกช่วงวัยอายุ การเข้าถึงข้อมูล ความรับรู้ของประชาชนในทุกท้องที่ ทุกกลุ่ม รวมถึงการคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)

๒. ด้านการพัฒนาศักยภาพการบริการรักษาด้านทันตกรรม (Service Excellence)

๓. ด้านการพัฒนาการจัดการด้านกำลังคนด้านทันตสาธารณสุข (People Excellence)

๔. ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาศักยภาพการบริหารด้วยประสิทธิภาพ และธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๕. ยุทธศาสตร์ด้านงาน เทคโนโลยีนวัตกรรมและการวิจัย (Technology Innovation & Research Excellence)

๖. ยุทธศาสตร์งานด้านทันตสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน (Community & Social Excellence)

พบสถานการณ์ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญของประเทศไทย คือ ฟันผุในกลุ่มวัย เด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียน พบฟันผุ ร้อยละ ๓ ตั้งแต่อายุ ๙ เดือน เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๑.๗ เมื่ออายุครบ ๓ ปี เพิ่มสูงมากถึงร้อยละ ๗๙.๕ เมื่ออายุ ๕ ปี ส่งผลเด็กอายุ ๑๒ ปี ร้อยละ ๕๒.๒ เป็นโรคฟันผุ ร้อยละ ๕๐ เป็นโรคเหงือกอักเสบ ปัญหาการเป็นโรคปริทันต์ในกลุ่มวัยทำงาน พบฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ ๓๕.๒ พบโรคปริทันต์รุนแรงที่เสี่ยงต่อการสูญเสียฟัน ร้อยละ ๑๕.๖ ปัญหาการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุสูญเสียฟันอย่างน้อย ๑ ซี่ ร้อยละ ๘๓ สูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ ๗.๒ พบผลกระทบกับสุขภาพประชาชนเป็นวงกว้าง พบปัญหาการเข้าถึง บริการด้านทันตกรรม การส่งเสริมป้องกัน การบริการรักษาด้านทันตกรรม รอนาน คิวยาว คิวนัดรักษายาวนาน หลายเดือน หรือเป็นปี หรือไม่มีบริการรักษาในบางชนิดการรักษาที่ควรมี พบปัญหาทางด้านทันตสาธารณสุขไทยจะเห็นถึงการขาดทิศทางการยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหา ทันตสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน การพัฒนางานทันตสาธารณสุขระดับประเทศไม่มีแนวทางที่ชัดเจน เป็นการทำงานในลักษณะเฉพาะแห่ง เฉพาะอำเภอ และจังหวัด ทั้งที่มีคลินิกทันตกรรม หรือกลุ่มงานทันตกรรมที่บริการ ทำงานในโรงพยาบาลชุมชนกว่า ๗๗๕ แห่ง ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์กว่า ๘๘ แห่ง กระจายทั่วประเทศ แต่ขาดการเชื่อมโยง ประสานกันในระดับ ประเทศ

ด้วยโครงสร้างงานทันตสาธารณสุขในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขมีอยู่เพียง ๓ จุดหลัก ๆ คือ

๑. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง

- ไม่มีโครงสร้างหน่วยงาน มีตำแหน่งทันตแพทย์ (จำนวน ๓ ตำแหน่งเท่านั้น) ที่มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนายุทธศาสตร์และแปลงนโยบายของกระทรวงเป็นแผนการปฏิบัติงานราชการ ตลอดจนจัดสรรทรัพยากร และบริหารราชการประจำทั่วไปของกระทรวง

๒. สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย ภารกิจหลักสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการให้เกิดการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมทั่วประเทศ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นภารกิจหลักของกรมอนามัย โดยเฉลี่ยสำนักทันตสาธารณสุขได้รับงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากปีละ ๑๐ - ๑๕ ล้านบาท

๓. สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ ภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการ ด้านการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษาวิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี เพิ่มพูนความรู้ ทักษะการปฏิบัติงานต่อบุคลากรทางการแพทย์

พบปัญหาการขาดการบริหารจัดการ งานสุขภาพช่องปากและฟันของประเทศ อย่างเป็นระบบการบริหารงานจัดการด้านทันตกรรมยังขาดหน่วยงานหลักระดับประเทศ ในการกำหนดนโยบาย การวางแผน หรือยุทธศาสตร์ด้านทันตสาธารณสุขระดับประเทศ ทั้งระบบงาน การส่งเสริมป้องกัน การรักษาด้านทันตกรรม ทั้งการจัดการด้านบุคลากร ทั้งระบบ การจัดการด้านทรัพยากร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ ระดับประเทศขาดหน่วยงาน บริหาร อำนาจการ กำกับและประเมินผลระดับประเทศ ขาดหน่วยงานสารสนเทศด้านทันตกรรม ทันตสาธารณสุข ระดับประเทศ และระหว่างประเทศ ขาดหน่วยงานสนับสนุนด้านเทคโนโลยี นวัตกรรมและการวิจัยด้านทันตกรรม ระดับประเทศ ขาดหน่วยงานหลักด้านทันตสาธารณสุข ในชุมชนและท้องถิ่นการบริการปฐมภูมิระดับประเทศ สะท้อนให้เห็นปัญหาหลายอย่างมากมาย อาทิ ปัญหาโครงสร้าง การบริหารจัดการด้านบุคลากร ซึ่งมีทันตแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวน ๕,๖๗๘ คน กลุ่มทันตภิบาล ๖,๗๑๑ คน กลุ่มผู้ช่วยทันตแพทย์มีเพียง ๒,๐๙๖ คน ทั้งที่ควรจะมีอย่างน้อยเท่ากับจำนวนทันตแพทย์และทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานได้ ปัญหาด้านการบริหารทรัพยากร เช่น สถานที่คับแคบ จำกัดไม่เพียงพอ จำนวนเก้าอี้ทันตกรรมไม่เพียงพอ ไม่สอดคล้องกับบุคลากรที่ทำงานได้ โดยในส่วนใหญ่พยาบาลขนาดต่าง ๆ มีเก้าอี้ทันตกรรม รวมประมาณ ๔,๘๕๐ ตัว น้อยกว่าจำนวนทันตแพทย์และทันตภิบาลที่สามารถปฏิบัติงานได้ ส่งผลต่อการให้บริการรักษาประชาชน สร้างผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริการอย่างมาก กับการบริการรักษาประชาชน เกิดการเสียโอกาสมากมาย ทั้งการทำงาน การรักษาความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพช่องปากและฟันของประชาชน การใช้งบประมาณของประเทศอย่างไม่เต็ม ประสิทธิภาพ ซึ่งควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนอย่างยิ่ง

การพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการการจึงมีข้อสรุปถึงความจำเป็นในการแก้ปัญหา
ทันตสุขภาพของคนไทยให้ดีขึ้น เกิดผลสำเร็จ สร้างความสุข พัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทย
ทุก ๆ คน “ร่างพิจารณาศึกษาระดมทุนทันตสุขภาพ” จึงเป็นแนวทางการพิจารณาศึกษาที่สำคัญ
และเป็นทางเลือก โอกาสของประชาชนในการจะมีทันตสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นยิ่งขึ้น แก้ปัญหา
และสร้างการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมที่สะดวกและเพียงพอ ซึ่งจากการพิจารณาศึกษานั้น
ร่าง “กรมทันตสุขภาพ” การพิจารณาศึกษาโครงสร้างบริหารภายในเป็น ๖ กอง ประกอบด้วย

๑. กองสนับสนุน ส่งเสริมทันตสุขภาพ
๒. กองพัฒนาบริการรักษาทันตสุขภาพ
๓. กองพัฒนาส่งเสริมคุณภาพบุคลากร
๔. กองบริหาร อำนวยการด้านทันตสุขภาพ
๕. กองเทคโนโลยี นวัตกรรม และวิจัยด้านทันตกรรม
๖. กองทันตสาธารณสุขและปฐมภูมิ

จึงเป็นทางเลือกที่สำคัญที่จะพลิกโฉมงานทันตสาธารณสุขไทย เพื่อทันตสุขภาพที่ดี
สุขภาพที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยอย่างยั่งยืน สำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข
และยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ของประเทศไทย โดยความคืบหน้าในวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๕
คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยท่านประธานคณะกรรมการได้นำรายงาน
ผลการศึกษาต่อวุฒิสภาและได้รับการเห็นชอบเป็นรายงานของวุฒิสภา เพื่อส่งให้คณะรัฐมนตรี
พิจารณาต่อไป และโดยจากการติดตามความคืบหน้าได้ทราบว่า สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
ได้ส่งรายงานการศึกษาเรื่องการพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูประบบ
ด้านทันตสาธารณสุขไทย ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ของคณะกรรมการ
การสาธารณสุขวุฒิสภา ต่อกระทรวงสาธารณสุขในวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ และให้ตอบกลับ
สรุปผลการพิจารณา หรือดำเนินการภายใน ๓๐ วัน และในวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ กระทรวง
สาธารณสุขได้เชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมสรุปผลการพิจารณารายงานพิจารณาศึกษา
ดังกล่าวที่ส่งมาจากสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา
ณ ห้องประชุมกลุ่ม ป.ย.ป. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการจะติดตาม
ความคืบหน้าในการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากและฟันอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน
เป็นรูปธรรมเป็นประโยชน์สูงสุดกับประชาชนและงานราชการด้านทันตสุขภาพของประชาชนต่อไป
และการทำงานของคณะกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เสนอตั้งคณะทำงาน เพื่อพิจารณาศึกษา
แนวทางการพัฒนาระดับ การขับเคลื่อนงานด้านทันตสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ
มีประสิทธิภาพ และเป็นรูปธรรม โดยมีคณะทำงาน ๖ คณะทำงาน ประกอบด้วย

๑. คณะทำงานศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศสู่ศูนย์กลางการบริการ
รักษาทันตกรรมระดับสากล หรือ THAILAND DENTAL HUB

๒. คณะทำงานผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปากประเทศไทย

๓. คณะทำงานการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ

๔. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาในระดับ การบริการรักษาด้ว้นทันตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษาด้ว้นทันตกรรมของประเทศไทย

๕. คณะทำงานศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในงานส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุ ในงานด้ว้นทันตสุขภาพของประเทศไทย

๖. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาการจัดการด้ว้นทันตสุขภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย

ซึ่งต้องขอบคุณคณะทำงานทุก ๆ ท่านที่เสียสละเข้ามาด้ว้นกันทำงานในคณะทำงานทั้ง ๖ คณะ เพื่อประโยชน์แก่ประชาชนไทยทั้งล้น และคณะอนุกรรมาธิการยั้งชีพ และขอข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องและกำหนดจัดการสัมมนา เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องหน่วยงานต่าง ๆ ทันตแพทย์ ทันตบุคลากร จะได้ทราบแนวทางการดำเนินงาน มีความตื่นตัวรับรู้ และด้ว้นกันที่จะขับเคลื่อน เพื่อให้เกิดการพัฒนา การปฏิรูประบบด้ว้นทันตสาธารณสุขไทย อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อทันตสุขภาพคนไทย เพื่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยต่อไป

๘. คณะอนุกรรมาธิการได้พิจารณาศึกษาการพัฒนาในระดับปฏิรูประบบด้ว้นทันตสาธารณสุขในต่างประเทศ โดยพิจารณาศึกษาในประเทศที่มีลักษณะ พื้นฐานที่มีความใกล้เคียงกับประเทศไทย และมีการพัฒนาระบบงานด้ว้นทันตสาธารณสุข อย่างเป็นรูปธรรม โดยพิจารณาศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบงานด้ว้นทันตสาธารณสุขของประเทศมาเลเซีย ซึ่งในอดีตก่อนมีการปฏิรูประบบทันตสาธารณสุข พบมีตัวเลขการเข้าถึงบริการด้ว้นทันตกรรมของประชาชนค่อนข้างน้อยมากเช่นกัน แต่หลังจากมีการยกระดับการปฏิรูปการบริหารจัดการระบบงานด้ว้นสุขภาพช่องปากและฟันในมาเลเซีย โดยการตั้งหน่วยงานในระดับกรมขึ้นมาบริหารจัดการงานสุขภาพช่องปากและฟัน อย่างเป็นระบบ มียุทธศาสตร์ด้ว้นสุขภาพช่องปากและฟันที่ชัดเจนเข้ามาบริหารงานแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากและฟันของประชาชน การเข้าถึงบริการด้ว้นทันตกรรมของประชาชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดผลสำเร็จโดยเฉพาะ ตัวเลขการเข้าถึงบริการด้ว้นทันตกรรมของประชาชนได้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญ

บทที่ ๒

วิธีดำเนินการและกระบวนการศึกษา

๒.๑ วิธีดำเนินการและกระบวนการศึกษา

๑. การศึกษารวบรวมข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงเอกสารที่เกี่ยวข้อง
๒. การเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็น
ในประเด็นต่าง ๆ

๓. การจัดสัมมนา จำนวน ๒ ครั้ง

๑. กระทรวงสาธารณสุข

๑) กรมการแพทย์

๑. นายแพทย์ไพโรจน์ สุรัตน์วณิช รองอธิบดี
๒. ทันตแพทย์หญิงสุมนา โพธิ์ศรีทอง รักษาการผู้อำนวยการ
สถาบันทันตกรรม

๒) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

- นายอาคม ประดิษฐ์สุวรรณ รองอธิบดี
- นางสาวภาวิณี สังข์บุรณ รองผู้อำนวยการ
กองสุขภาพระหว่างประเทศ

๓) กรมอนามัย สำนักทันตสาธารณสุข

๑. นางสาวรวงคนา เวชวิธี ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข
๒. นางสาวสุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา หัวหน้ากลุ่มงานทันตสุขภาพ
วัยทำงานและผู้สูงอายุ

๔) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑. นายแพทย์มานพ ฉลาดธัญญกิจ ผู้อำนวยการกองตรวจราชการ
๒. นายสรรเสริญ นามพรหม ผู้อำนวยการกองบริหารทรัพยากรบุคคล
๓. นางฉัตรภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบาย
และแผนเชี่ยวชาญ
นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
๔. นางฐิตาภรณ์ จันทร์สูตร นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
๕. นางสาวณัฐยานันท์ เดชา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
๖. นางสาวลลิตา เจริญวรรณยิ่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
๗. นางสาวสิรินันท์ พานพิศ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

๕) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๑. นางสาวจิตรา เศรษฐอุดม ที่ปรึกษากองอาหาร
๒. นางสาวศิริรัตน์ ปรีชา นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ

๓. นางสาวนิชนันท์ ธรรมวัฒน์ นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ
- ๖) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด**
๑. นางศิริรัตน์ รัศมีโสรัจ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครราชสีมา
๒. นางสาวสุจิตตรา วนาภิรักษ์ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
๓. นายมนี เหมือนชาติ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
๔. นางสาวลลนา ถาคำฟู ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
๕. นางอาภาพรณี เขมวุฒิพงษ์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
๖. นางชนิฎาภรณ์ สอนสังข์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
๗. ทันตแพทย์ทรงพล แสงงาม ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
๘. ทันตแพทย์หญิงวังจันทร์ กิตติภาคกุล ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
๙. ทันตแพทย์หญิงสิริรัตน์ เกตุพงษ์พันธ์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
๑๐. ทันตแพทย์หญิงลลนา ถาคำฟู ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง
- ๗) โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง**
- ทันตแพทย์ไพรพงษ์ จันทร์พุ่ม ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
- ๘) โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา**
- ทันตแพทย์สุรชัย อภินวถาวรกุล ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
- ๙) โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา**
- ทันตแพทย์วิวัฒน์ ฉัตรวงศ์วาน รองผู้อำนวยการภารกิจวิศวกรรม
การแพทย์และสิ่งแวดล้อม
- ๑๐) โรงพยาบาลราชวิถี**
- ทันตแพทย์ประจักษ์ จริยพงศ์ไพบูลย์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการเงิน
กลุ่มงานทันตกรรม

๑๑) โรงพยาบาลศูนย์ระยอง

- ทันตแพทย์หญิงเกศยา ทรัพย์สมพล ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

๑๒) โรงพยาบาลลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

- นางสาวมาลี วันทนาศิริ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ

๑๓) สถาบันพระบรมราชชนก

- รองศาสตราจารย์วิทยา อยู่สุข คณบดีคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

๒. องค์การเภสัชกรรม

๑. นางประภัสสร สุรพัฒน์วารรณ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา
๒. นางสาวสุวิมล วรเกษมสุข รักษาการผู้อำนวยการฝ่ายการตลาด
และการขาย
๓. นางสาวศรินทร เกียรติยศเจริญ รักษาการผู้อำนวยการกองการตลาด
ฝ่ายการตลาดและการขาย
๔. นางสาวรัชนีกร เจวประเสริฐพันธ์ รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา
๕. นางสาวชัชฎา โปธิพุกคณะ รักษาการหัวหน้าแผนกวางแผน
การตลาดภาครัฐและภาคเอกชน
๖. นางสาวจรีรัตน์ ลลิตอุไร นักวิจัย ระดับ ๗

๓. โรงพยาบาลรามาริบัติ

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สิรินทร ฉันทศิริกาญจน หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
๒. นางนันทนา ศรีอุดมพร รองหัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม

๔. กระทรวงการคลัง กรมบัญชีกลาง

- นายรชตะ อุ๋นสุข ผู้อำนวยการกลุ่มงานกฎหมาย
ด้านสวัสดิการรักษายาบาล

๕. กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ

๑. นางสาวนงลักษณ์ โง้ววิวัฒน์ชัย ผู้อำนวยการกองสถิติสังคม
๒. นางสาวอาภรพร อมรธรรม นักวิชาการสถิติชำนาญการพิเศษ
๓. นายจิรวาส พูลทรัพย์ นักวิชาการสถิติชำนาญการพิเศษ
๔. นายอภิชาติ ธีรญาหาร นักวิชาการสถิติชำนาญการ

๖. กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

- พันจ่าเอก แดงรัตน์ชัย คงสม นักวิชาการศึกษานโยบายพิเศษ

๗. กระทรวงแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

- นางจุฬารัตน์ อินตะเทพ ผู้เชี่ยวชาญด้านสวัสดิการแรงงาน

๘. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

- | | |
|---------------------------------|--|
| ๑. นางสาวมนต์ทิพย์ สัมพันธ์วงศ์ | ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์
การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และสังคม |
| ๒. นางสาวอังคณา ฉายวิริยะ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ |

๙. สำนักงาน ก.พ.

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| ๑. นายพิชาวุธ เพ็งทอง | รักษาการนักทรัพยากรบุคคลเชี่ยวชาญ |
| ๒. นางสาววรรณวรางค์ ทัพเสนีย์ | นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ |

๑๐. สำนักงาน ก.พ.ร.

- | | |
|----------------------------|---------------------------------|
| ๑. นางสาวณัฐฉิณี สงกุมาร | ผู้อำนวยการกองพัฒนาระบบราชการ ๒ |
| ๒. นางมนัสสิรี เจียมวิจิตร | นักพัฒนาระบบราชการชำนาญการพิเศษ |
| ๓. นายณัฐภัทร จิราพงษ์ | นักพัฒนาระบบราชการปฏิบัติการ |

๑๑. สมาพันธ์ทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

- | | |
|-------------------------------------|--------------------|
| - ทันตแพทย์หญิงศิริรัตน์ รัชมีไสร็จ | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ |
|-------------------------------------|--------------------|

๑๒. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- | | |
|----------------------------------|--------------|
| ๑. ทันตแพทย์อรรถพร ลิ้มปัญญาเลิศ | รองเลขาธิการ |
| ๒. แพทย์หญิงลลิตยา กองคำ | รองเลขาธิการ |

๑๓. สำนักงานประกันสังคม

- | | |
|-----------------------------|---|
| ๑. นางพจนารถ สุทธิพร | ผู้อำนวยการสำนักสิทธิประโยชน์ |
| ๒. นางศศมนวรรณ ชาญชุติวาณิช | ผู้อำนวยการกลุ่มงานมาตรฐาน
ทางการแพทย์ |

๑๔. ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย

- | | |
|--|---|
| ๑. รองศาสตราจารย์ศิริรักษ์ นครชัย | ประธานอนุกรรมการฝึกอบรม
และสอบสาขาทันตกรรมสำหรับเด็ก |
| ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์วรรณธนะ สัตตบรรณสุข | ประธานอนุกรรมการฝ่ายวิชาการ |
| ๓. นางสาวกมลการ โพธิแพทย์ | เจ้าหน้าที่ราชวิทยาลัย |

๑๕. ทันตแพทย์สภา

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| ๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจิต พูลทอง | นายกทันตแพทย์สภา (ปัจจุบัน) |
| ๒. พันตำรวจโท พจนารถ พุ่มประกอบศรี | นายกทันตแพทย์สภา (อดีต) |
| ๓. ทันตแพทย์ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล | อุปนายกทันตแพทย์สภา คนที่หนึ่ง |

๑๖. ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

- | | |
|-------------------------------------|-----------|
| - รองศาสตราจารย์ศิริวิมล ศรีสวัสดิ์ | นายกสำรอง |
|-------------------------------------|-----------|

๑๗. สมาพันธ์ทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุข

- นางภารณี ชวาลวุฒ ประธานสมาพันธ์ทันตแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข

๑๘. สมาคมทันตแพทย์เอกชนแห่งประเทศไทย

- นายพรชัย วิวัฒน์สิทธิพงศ์ กรรมการสมาคม

๑๙. ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

- รองศาสตราจารย์ศิริวิมล ศรีสวัสดิ์ นายก้ำรอง

๒๐. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๑. รองศาสตราจารย์พรชัย จันศิษย์ยานนท์ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัญชลิ วัชรภักษะ ประธานหลักสูตรทันตกรรมผู้สูงอายุ
และการดูแลผู้ป่วยพิเศษ
(หลักสูตรนานาชาติ)

๒๑. มหาวิทยาลัยมหิดล

- รองศาสตราจารย์ศิริชัย เกียรติถาวรเจริญ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

๒๒. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- รองศาสตราจารย์สำเร็จ อินกล้า คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

๒๓. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนธีร์ ชินเครือ รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

๒๔. มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- รองศาสตราจารย์วราวุช ปิติพัฒน์ คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์

๒๕. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เสมอจิต พิธพรชัยกุล หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขชนบท
ภาคใต้และการศึกษาต่อเนื่อง

๒๖. มหาวิทยาลัยรังสิต

- ทันตแพทย์หญิงณัฐดา อนันตวัฒน์ อาจารย์ประจำวิทยาลัยทันตแพทย์

๒๗. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

- ทันตแพทย์ณัฐพล ถินสถิตย์ หัวหน้าสถานทันตแพทยศาสตร์ศึกษา

๒๘. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศสู่ศูนย์กลาง**การบริหารรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล หรือ THAILAND DENTAL HUB**

๑. ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ หัวหน้าคณะทำงาน
๒. นางเสาวภา จงกิตติพงศ์ คณะทำงาน
๓. ทันตแพทย์เสริมสกุล วงศ์ถิรพร คณะทำงาน
๔. ทันตแพทย์หญิงอภิญา กุลวีรอารีย์ คณะทำงาน

**๒๙. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศ สู่ศูนย์กลาง
การบริการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล THAILAND DENTAL HUB**

- ทันตแพทย์หญิงอภิัญญา กุลวีระอารีย์ คณะทำงาน

**๓๐. คณะทำงานการพัฒนาาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรค
ระดับปฐมภูมิ**

๑. นางสุณี วงศ์คงคาเทพ	หัวหน้าคณะทำงาน
๒. นายจรรูวัฒน์ บุษราคมรุษะ	คณะทำงาน
๓. นายจิรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย	คณะทำงาน
๔. นางสาวรรณา สมถวิล	คณะทำงาน
๕. นายกมล เศรษฐชัยยันต์	คณะทำงาน
๖. นายนิติโชติ นิลกำแหง	คณะทำงาน
๗. นางศศิธร บัณฑิตมหากุล	คณะทำงาน
๘. นายพงศ์ภัทร มหาทุมะรัตน์	คณะทำงาน
๙. นายกษิต์เดช ศิริเวชยันต์	คณะทำงาน
๑๐. นางวรางคณา เศรษฐชัยยันต์	คณะทำงาน
๑๑. นายกฤตนันท์ บุปผาชื่น	คณะทำงาน
๑๒. นางเอมอร เสนานุฤทธิ	คณะทำงาน
๑๓. นางสาวดวงฤดี มหาวัง	คณะทำงาน
๑๔. นางรอยพิมพ์ นาระทะ	คณะทำงาน

**๓๑. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนายกระดับ การบริการรักษาด้าน
ทันตกรรม เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงด้านทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการ
รักษาด้านทันตกรรมของประเทศไทย**

๑. ทันตแพทย์หญิงศิริรัตน์ รัศมีโสรัจจ์	หัวหน้าคณะทำงาน
๒. ทันตแพทย์หญิงนันทพร รื่นพล	คณะทำงาน
๓. ทันตแพทย์ไพรพงษ์ จันทร์พุ่ม	คณะทำงาน
๔. ทันตแพทย์จรรูวัฒน์ บุษราคมรุษะ	คณะทำงาน
๕. ทันตแพทย์หญิงเกศยา ทรัพย์สมพล	คณะทำงาน
๖. ทันตแพทย์สุรชัย อภินวถาวรกุล	คณะทำงาน
๗. ทันตแพทย์หญิงวารรัตน์ ใจชื่น	คณะทำงาน

**๓๒. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
และป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ**

๑. นางสุณี วงศ์คงคาเทพ	คณะทำงาน
๒. นายจรรูวัฒน์ บุษราคมรุษะ	คณะทำงาน

๓. นายจිරศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย	คณะทำงาน
๔. นางสาวรณนา สมถวิล	คณะทำงาน
๕. นายกมล เศรษฐชัยยันต์	คณะทำงาน
๖. นายนิติโชติ นิลกำแหง	คณะทำงาน
๗. นางศศิธร บัณฑิตมหากุล	คณะทำงาน
๘. นายพงศ์ภัทร มหาหุเมรัตน์	คณะทำงาน
๙. นายกษิต์เดช ศิริเวชยันต์	คณะทำงาน
๑๐. นางวรางคณา เศรษฐชัยยันต์	คณะทำงาน
๑๑. นายกฤตนันท์ บุบผาชื่น	คณะทำงาน
๑๒. นางเอมอร เสนานฤทธิ	คณะทำงาน
๑๓. นางสาวดวงฤดี มหาวัง	คณะทำงาน
๑๔. นางรอยพิมพ์ นาระทะ	คณะทำงาน

๓๓. คณะทำงานศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย

๑. ทันตแพทย์หญิงศิริพร ส่งศิริประดับบุญ คณะทำงาน
๒. ทันตแพทย์หญิงนิภาพร เอื้อวัฒน์โชติมา คณะทำงาน
๓. ทันตแพทย์หญิงวรกัญญา บุรณพัฒนา คณะทำงาน
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อ้อยทิพย์ ชาญการคำ คณะทำงาน
๕. รองศาสตราจารย์อังคณา เจริญมนตรี คณะทำงาน
๖. รองศาสตราจารย์ศิริรักษ์ นครชัย คณะทำงาน

๒.๒ การพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยการตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาศึกษาแนวทางการพัฒนาระดับ การศึกษาหาแนวทาง ข้อเสนอแนะเพื่อการขับเคลื่อนงานด้านทันตสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพเป็นรูปธรรม โดยมีคณะทำงาน ๖ คณะทำงาน ประกอบด้วย

๑. คณะทำงานศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศสู่ศูนย์กลางการบริการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล หรือ THAILAND DENTAL HUB

๒. คณะทำงานผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปากประเทศไทย

๓. คณะทำงานการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ

๔. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาการพัฒนาระดับ การบริการรักษาด้านทันตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษา ด้านทันตกรรมของประเทศไทย

๕. คณะทำงานศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในงานส่งเสริม และป้องกันโรคฟันผุ ในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย

๖. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาการจัดการด้านทันตสุขภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย

โดยมีผลการพิจารณาศึกษาของคณะทำงาน ดังนี้

๒.๓ ผลการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศสู่ศูนย์กลางการบริการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล หรือ THAILAND DENTAL HUB

รายงานการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศสู่ศูนย์กลางการบริการรักษา ด้านทันตกรรมระดับสากล หรือ THAILAND DENTAL HUB

จากการประชุมครั้งแรกในจังหวัดภูเก็ตเมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๕ ทันตแพทย์ อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้นำเสนอรายละเอียดเบื้องต้นเกี่ยวกับโครงการ Thailand dental hub ซึ่งมีคลินิกในจังหวัดภูเก็ตแจ้งความประสงค์สนใจเกี่ยวกับ Phuket sandbox dental hub จำนวน ๒๐ แห่ง หลังจากนั้นได้มีการทำ workshop ร่วมกับคลินิกที่สนใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๒ ครั้ง โดยครั้งที่ ๑ เป็นการรับฟังมุมมอง และข้อเสนอแนะจากประสบการณ์ของแต่ละคลินิกในพื้นที่ และครั้งที่ ๒ เป็นการร่วมกันร่างหลักเกณฑ์การรับสมัครคลินิกทันตกรรมที่เข้าร่วมโครงการเพื่อนำเสนอต่อคณะทำงาน ซึ่งการทำ workshop ทั้ง ๒ ครั้ง ได้ทำการสื่อสารภายใต้เป้าหมายที่มี ๔ keyword สำคัญ คือ ๑) เพื่อยกระดับการบริการทางทันตกรรม ๒) เพื่อสร้างภาพลักษณ์และสร้างรายได้ให้ประเทศไทยอย่างยั่งยืน ๓) กระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้นักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามาในจังหวัดภูเก็ตอย่างต่อเนื่อง และ ๔) เพื่อส่งเสริมการกระจายรายได้ให้ทั้งสถานประกอบการรายใหญ่ และรายย่อย

การทำ workshop ครั้งที่ ๑ ได้ข้อสรุปที่เป็นประเด็นสำคัญ คือ ในจังหวัดภูเก็ต มีโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐาน JCI จำนวน ๒ แห่ง มีคลินิกทันตกรรมเอกชนที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐาน GHA Covid – 19 จำนวน ๑ คลินิก มีทันตกรรมคลินิกเฉพาะทาง จำนวน ๔ แห่ง และคลินิกทันตกรรมทั่วไป จำนวน ๑๐๘ คลินิก รวมคลินิกทันตกรรมเอกชนทั้งสิ้นจำนวน ๑๑๓ แห่ง ตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมาจังหวัดภูเก็ตเปรียบเสมือนเป็นประตูอันค้ำประกันต้อนรับนักท่องเที่ยวจากนานาชาติ การบริการทางด้านทันตกรรมที่นักท่องเที่ยวให้ความสนใจเป็นกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับความสวยงาม ครอบคลุมทั้งการตกแต่ง การบูรณะและการทดแทนฟันที่สูญเสียไป จุดแข็งในการให้บริการทางทันตกรรมของจังหวัดภูเก็ต

คือ คุณภาพการรักษาจากทีมทันตแพทย์ที่เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ในงานด้านทันตกรรมที่หลากหลาย ภายใต้ราคาที่เหมาะสม ควบคู่กับการนำเทคโนโลยีมาประกอบการวางแผนหรือให้การรักษาทางทันตกรรม แต่ทั้งนี้ในภาพรวมของจังหวัดภูเก็ตยังมีส่วนที่เป็นจุดอ่อนต่อการยกระดับบริการทางทันตกรรม เพื่อตอบโจทก์ด้านการรักษาที่ครอบคลุมในกลุ่มนักท่องเที่ยวนานาชาติทุกกลุ่ม แนวทางการพัฒนาที่เป็นประเด็นสำคัญของจังหวัดภูเก็ต ๒ ประเด็น คือ communication barriers โดยเฉพาะในกลุ่มนักท่องเที่ยวที่ใช้ภาษาต่างประเทศเป็นภาษาที่ ๓ นอกเหนือจากภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญมาก หากทันตแพทย์ไม่เข้าใจความคาดหวังของผู้รับการรักษาอย่างทอ้งแท้ หรือไม่สามารถบอกเล่าข้อจำกัดของสภาพฟันแต่ละซี่ รวมถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ หรือการให้ข้อมูลประกอบเพื่อให้ผู้รับรักษานำไปตัดสินใจในแต่ละทางเลือกของการรักษาได้อย่างเข้าใจ อาจจะทำให้เกิดผลเสียจากการสื่อสารที่ผิดพลาดได้ นอกจากนี้ ประเด็นเรื่องข้อจำกัดในการดูแลรักษากลุ่มนักท่องเที่ยวที่มีเวลาพำนักในจังหวัดภูเก็ตเป็นระยะเวลาสั้น ซึ่งจังหวัดภูเก็ตมี lab ทันตกรรมที่ไม่ใช่ in house lab จำนวน ๓ แห่ง เป็นบริษัท lab ขนาดเล็กจำนวน ๒ แห่ง ที่สามารถผลิตชิ้นงานต่อวันได้ประมาณ ๕ - ๑๐ ชิ้น และอีก ๑ แห่ง มีศักยภาพในการผลิตชิ้นงานได้ประมาณ ๒๐ ชิ้นต่อวัน นอกจากนี้ยังมีคลินิกทันตกรรมเอกชนที่มี in house lab จำนวน ๓ แห่ง ซึ่ง ๒ ใน ๓ คลินิกนี้อาจให้บริการผลิตชิ้นงานจากคลินิกภายนอกในกรณีที่ยังไม่เป็น capacity ของ in house lab ในบางช่วงเวลาเท่านั้น เมื่อนักท่องเที่ยวมีเวลาพำนักในจังหวัดภูเก็ตเพียงไม่กี่วัน การผลิตชิ้นงานให้ทันต่อการส่งมอบจึงเป็นข้อจำกัดพอสมควร

การยกระดับการบริการทางทันตกรรมของประเทศไทย เพื่อให้สามารถแข่งขันกับนานาชาติได้อย่างยั่งยืนจำเป็นต้องยกระดับการบริการของคลินิกทันตกรรมให้เป็น excellent care center เพื่อให้สามารถจัดบริการทางทันตกรรมที่มีคุณภาพ อำนวยความสะดวก และให้การดูแลรักษาได้ทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ โดยคณะทำงานศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศ สู่ศูนย์กลางการบริการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล THAILAND DENTAL HUB ได้ร่วมกำหนดร่างหลักเกณฑ์การรับสมัครคลินิกทันตกรรมที่เข้าร่วมโครงการ ร่างหลักเกณฑ์นี้ครอบคลุมทั้งในด้านการเปิดสถานพยาบาล การปฏิบัติตามกฎหมายและข้อบังคับ ระบบการบริหารจัดการภายในสถานพยาบาล โครงสร้างและพื้นที่ภายในอาคาร ความพร้อมของบุคลากร และเอกสารที่ใช้ประกอบการรักษา และที่สำคัญอย่างยิ่งคือการสร้างความเชื่อมั่นให้ผู้รับบริการด้านความปลอดภัยจากการควบคุมการติดเชื้อ รวมทั้งในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านของโรคโควิด ๑๙ โดยด้านการบริหารจัดการของคลินิกต้องมีส่วนสำคัญอย่างน้อย ๔ เรื่อง คือ ๑) มีระบบการนัดหมายผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อให้ทันตแพทย์สอบถามข้อมูลและทำนัดหมายล่วงหน้าได้ ๒) มีระบบการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ๓) มีระบบการจัดการข้อร้องเรียนจากผู้รับการรักษา และ ๔) มีแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่รวมถึงโรคอุบัติใหม่ด้วย

ด้านโครงสร้างอาคารและพื้นที่ให้บริการจะต้องมีโครงสร้างอาคารที่แข็งแรง พื้นที่ให้บริการมีการดูแลความสะอาดอย่างสม่ำเสมอและมีการปรับปรุงคุณภาพอากาศภายในอาคารร่วมด้วย ในช่วงเปลี่ยนผ่านของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ยังคงต้องคัดกรองทั้งบุคลากรและผู้มาใช้บริการ รวมทั้งยังคงเน้นมาตรการการแพร่ระบาดทั้งการสวมหน้ากากอนามัยภายในอาคาร มาตรการด้านการควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control) ซึ่งคณะทำงานจะนำประเด็นนี้มาเป็นอีกหนึ่งจุดแข็งของ Thailand dental hub ดังนั้น เกณฑ์การรับสมัครคลินิกในหัวข้อนี้จะมีอีกหลายหัวข้อย่อยที่ครอบคลุมทั้งเรื่องการลดการฟุ้งกระจายของเชื้อโรคในละอองฝอยที่เกิดจากกระบวนการรักษา การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันในแต่ละจุดบริการ การดูแลความสะอาดของมือในแต่ละขั้นตอนของการให้บริการ การดูแลระบบน้ำใน unit ทันตกรรม การทำปลอดเชื้อและการควบคุมระบบการทำปลอดเชื้อของเครื่องมือทันตกรรม การทำลายเชื้อบนพื้นผิวสัมผัสและแบบพิมพ์ฟัน การคัดแยกและกำจัดขยะติดเชื้อ ในส่วนความพร้อมของบุคลากรหลักเกณฑ์จะครอบคลุมทั้งในด้านสุขภาพร่างกายของบุคลากร บุคลิกภาพ และทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษ ด้านความพร้อมของเอกสารหรือระบบการบันทึกที่ใช้ประกอบการรักษาจะต้องมีแบบฟอร์มบันทึกที่สำคัญฉบับภาษาอังกฤษและมีการทำแผน การรักษาเป็นลายลักษณ์อักษรในกรณีที่มีการวางแผนการรักษาที่ซับซ้อน

จากร่างหลักเกณฑ์การรับสมัครคลินิกทันตกรรมดังกล่าว คณะทำงานได้รับความร่วมมือจากคลินิกที่สนใจเข้าร่วมโครงการในพื้นที่ช่วยกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อจัดทำร่างแนวทางปฏิบัติสำหรับคลินิกที่สนใจเข้าร่วมโครงการ เพื่อให้ทุกคลินิกสามารถนำไปปรับใช้ตามบริบทของแต่ละคลินิกได้โดยง่าย นอกเหนือจากการกำหนดหลักเกณฑ์ในการรับสมัครคลินิกทันตกรรมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการยกระดับการบริการของสถานพยาบาลให้เป็น excellent care center แล้ว การส่งเสริมให้ทุกคลินิกที่เข้าร่วมโครงการเห็นความสำคัญต่อการปรับกระบวนการดูแลการรักษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับการรักษามีความสุขฟันที่ใสไม่สูญเสียฟันในขั้นตอนการตรวจวินิจฉัย ทั้งนี้ ขอสะท้อนถึงการเรียนรู้การทำ list management ในคลินิกตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ ที่พบปัญหาข้อร้องเรียนจากผู้รับการรักษาถึงความเชื่อมั่นต่อระบบการตรวจสุขภาพฟัน เนื่องจากที่ผ่านมาก่อนหน้านั้น การตรวจสุขภาพฟันของทางคลินิกจะทำเพียง oral examination ควบคู่กับ oral hygiene instructions ซึ่ง case ที่ร้องเรียนเป็น case คนไข้ใหม่ที่ให้ประวัติว่ามีการตรวจสุขภาพฟันเป็นประจำทุกปี ตอนที่คนไข้มาตรวจฟันกับคลินิกไม่พบฟันผุแต่อย่างใด แต่มาพบภายหลังจากที่ตรวจฟันกับคลินิกไปแล้วหนึ่งเดือน ทางคลินิกจึงได้ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นและโน้มน้าวทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกประมาณ ๒๐ คน ให้เห็นความสำคัญต่อการให้ข้อมูลกับผู้รับการรักษา เพื่อแนะนำให้ใช้ภาพถ่ายรังสี bitewing ควบคู่กับการตรวจสุขภาพฟัน ๒ ปี เมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ปรากฏว่าคนไข้บางกลุ่มเริ่มเห็นความสำคัญของการตรวจสุขภาพฟัน ร่วมกับการถ่ายภาพรังสี bitewing มีคนไข้บางคนเข้ามาที่คลินิกเพื่อที่จะขอถ่ายภาพรังสีด้วยตนเอง และเมื่อพบรอยผุในระยะแรกคลินิกจะแนะนำให้ใช้ไหมขัดฟันและฟลูออไรด์ ทำให้ผู้รับการรักษา

เห็นความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพฟันของตนเองมากขึ้น เพราะหากแนะนำเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีภาพให้คนไข้เห็นว่าฟันของตนเองเริ่มมีปัญหาเป็นการยากที่จะไปเปลี่ยนวิธีการดูแลสุขภาพฟันของคนไข้ แต่เมื่อมีฟิล์มเอ็กซเรย์แสดงให้คนไข้เห็นชัดเจนว่า ซอกฟันเริ่มมีฟันผุแล้ว ทำให้คนไข้ต้องเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดโอกาสที่จะเกิดรอยผุลุกลาม อันเป็นผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายจากการรักษาเพิ่มขึ้นและลดปัญหาจากการสูญเสียฟันตั้งแต่ต้นทาง ซึ่งการถ่ายภาพรังสี bitewing ตรวจประเมินรอยผุบริเวณซอกฟันอาจใช้ภาพถ่ายรังสีประมาณ ๔ ฟิล์ม ทำให้เห็นครอบคลุมตั้งแต่ฟันซี่ที่ ๔ จนถึงซี่ที่ ๘ ค่าใช้จ่ายที่แต่ละคลินิกกำหนดอาจอยู่ในช่วงราคา ๘๐๐ - ๑,๐๐๐ บาท หากแต่ละคลินิกลดค่าใช้จ่ายในการถ่ายภาพรังสี bitewing เพื่อให้ผู้รับการรักษาสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายจะช่วยให้การตรวจสุขภาพฟันมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น และทำให้คุณภาพการดูแลทั้งด้านทันตกรรมเพิ่มขึ้นด้วย และเมื่อผู้รับการรักษาเข้าใจถึงประโยชน์ที่ได้รับ เขาจะเป็นผู้สะท้อนให้กับคลินิกที่ไปใช้บริการด้วยตัวเขาเอง และในอนาคต การตรวจสุขภาพฟันร่วมกับการถ่ายภาพรังสี bitewing จะมีมูลค่าที่เพิ่มขึ้น

แผนระยะยาวเป็นการสนับสนุนให้มีคลินิกเครือข่ายในต่างประเทศ เนื่องจาก การพึ่งพา agency เพียงฝ่ายเดียวอาจจะยากต่อการเป็น Sustainable Thailand Dental Hub การมีคลินิกเครือข่ายในต่างประเทศเพื่อทำหน้าที่เป็น partner ในการให้บริการตรวจในช่องปาก บันทึกรผลการตรวจ ถ่ายภาพรังสี ถ่ายภาพในช่องปาก และส่งมอบข้อมูลให้ผู้รับการรักษาโดยตรง ซึ่งผู้รับการรักษาสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปติดต่อวางแผนการรักษาที่คลินิกในประเทศไทย ได้โดยตรงก่อนวางแผนการเดินทางมาประเทศไทย และคลินิกเครือข่ายยังสามารถให้บริการ เมื่อมีปัญหาหลังการรักษา เพื่อป้องกันปัญหาจากการร้องเรียนหรือฟ้องร้อง

ประโยชน์ที่คลินิกเครือข่ายในต่างประเทศจะได้รับ คือ

- การประชาสัมพันธ์ของ ททท. สื่ออื่น ๆ ที่ครอบคลุมไปยังคลินิกเครือข่าย
- รายได้จากผู้รับการรักษาในการให้บริการตรวจในช่องปากและบันทึก

ผลการตรวจ ถ่ายภาพรังสี ถ่ายภาพในช่องปาก

- รายได้จากการดูแลเมื่อมีปัญหาจากการรักษาในกรณี que ผู้รับการรักษาไม่สามารถมารับการแก้ไขที่คลินิกต้นทางได้ ผู้รับการรักษาชำระค่ารักษาในต่างประเทศควรเป็นตามราคาปกติของคลินิกนั้น ๆ แต่ในส่วนของ warranty ที่ทำกับคนไข้ อาจจะเป็นคลินิกรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นร้อยละ ๕๐ หรือสัดส่วนอื่น ในกรณีที่คนไข้ไม่สามารถมารับการแก้ไขที่คลินิกต้นทางได้



3

การดำเนินงานนโยบาย Medical Hub

ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) (พ.ศ.2560 - 2569) ตามมติ ครม. เมื่อวันที่ 13 ก.ย. 59

ผ่านกลไกคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ Medical Hub

- Wellness Hub
- Medical Service Hub
- Academic Hub
- Product Hub

ก่อนโควิด

จำนวนนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ปี	2559	2560	2561	2562 (दौरान)
จำนวน	2.6	3.3	3.42	3.46

จากสถานการณ์ COVID - 19 2563 - ปัจจุบัน

**** ข้อมูลจากศูนย์วิจัยกสิกรไทย พ.ศ. 2561**

1. การอำนวยความสะดวกแก่ชาวต่างชาติ
2. การพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพสู่ระดับสากล
3. การพัฒนาบริการรักษาพยาบาลเฉพาะทาง เช่น Precision Medicine, Regenerative Medicine และ Reproductive Medicine
4. การพัฒนา Wellness & Spa
5. การพัฒนาบุคลากรทั้ง Under-graduated และ Post-graduated
6. การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพร (กัญชา)

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย : ปี 2564-2565 ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเติบโตเฉลี่ย 0.0 - 5.0% ต่อปี

WORLD'S BEST HOSPITALS 100 MEDICAL HUBS โรงพยาบาลของไทยติดอันดับ 146 โรงพยาบาลที่ดีที่สุดในโลก ปี 2022

The International Healthcare Research Center (IHRC) : ศูนย์การทางการแพทย์เพื่อสุขภาพของไทยติดอันดับ 6 ของโลก ปี 2017

สถานการณ์การระบาดของ COVID - 19 ตั้งแต่ปลายปี 2562 - ปัจจุบัน

พบว่า

- นักท่องเที่ยวต่างชาติลดลง
- รายได้ลดลง

ผู้ป่วย/นักท่องเที่ยวไม่สามารถเดินทางเข้าประเทศได้ปกติ

จึงได้มีการพัฒนาระบบสถานที่รองรับรับการเดินทางของชาวต่างชาติ

- Alternative State Quarantine (ASQ)
- Alternative Local Quarantine (ALQ)
- Alternative Hospital Quarantine (AHQ)
- Golf Quarantine (GQ)
- Yacht Quarantine (YQ)
- Wellness Quarantine (WQ)

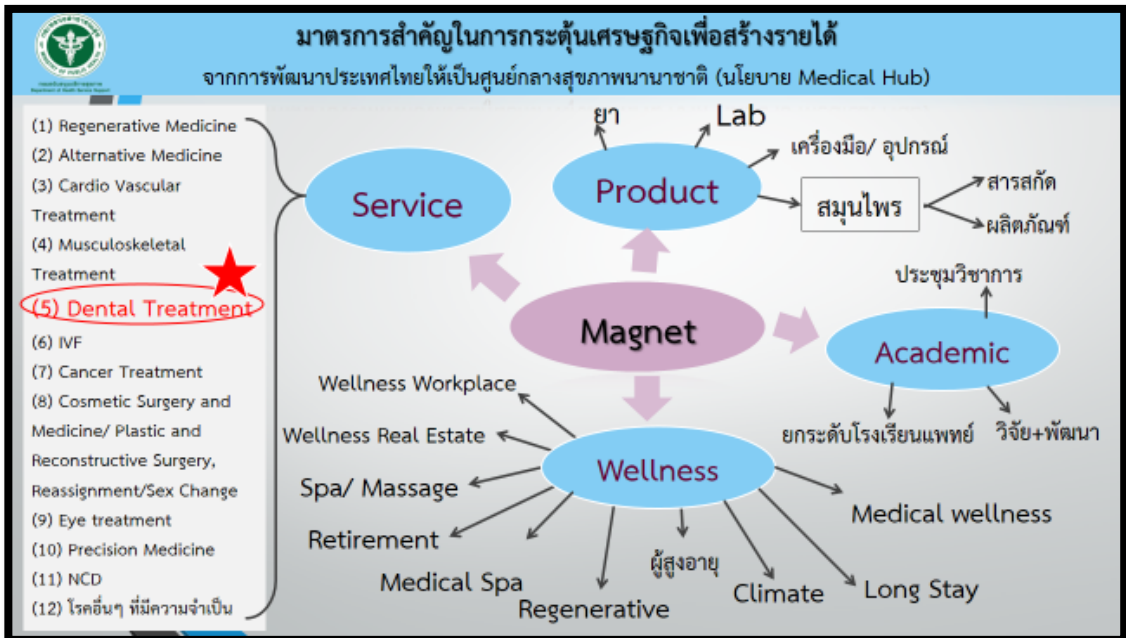
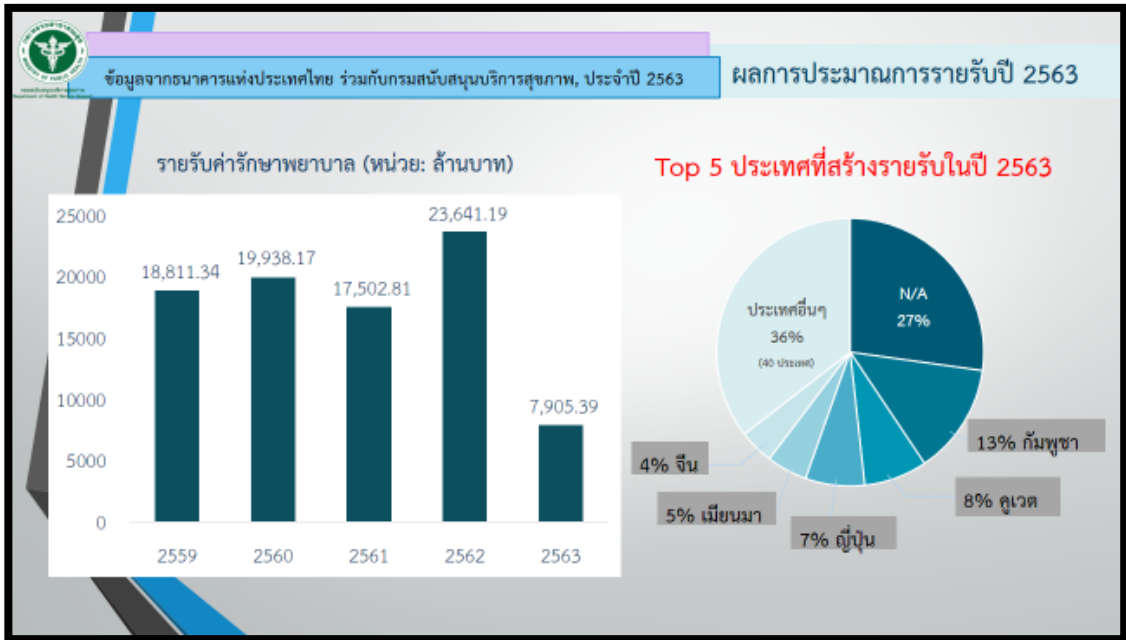
สร้างรายได้ตั้ง COVID - 19

AHQ → ผู้ป่วยและผู้ติดตามสะสม 11,426 ราย
สร้างรายได้ 4,339,531,146 บาท
**ข้อมูล ณ วันที่ 25 มีนาคม 2565

GQ → นักกอล์ฟและผู้ติดตามสะสม 371 ราย
สร้างรายได้ 40,300,000 บาท
**ข้อมูล ณ วันที่ 7 มีนาคม 2565

5 อันดับกลุ่มโรค

- Magnet 6 : NCD/Med/Surg/Ped/Nephro
- Magnet 7 : WF
- Magnet 2 : Cancer
- Magnet 5 : Muscla/Orthopaedic/Skeletal





หลักเกณฑ์และมาตรฐานการดำเนินการ

หลักเกณฑ์คลินิกทันตกรรมที่เข้าร่วมเป็น Dental Hub

Phase 1 เป็นคลินิกที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตหรือใกล้เคียง

ผู้ประกอบการจัดให้มี องค์ประกอบหลัก ดังนี้

หมวด 1 : ลักษณะโดยทั่วไปเป็นไปตามที่ได้รับใบอนุญาตตามกฎหมาย

หมวด 2 : ลักษณะที่ต้องจัดให้มี

- 2.1 ด้านสถานที่ : โครงสร้างปลอดภัย สะอาด ทำความสะอาดอุปกรณ์เสมอ
- 2.2 ด้าน COVID Free Setting : จัดจุดคัดกรองผู้รับบริการ มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างเคร่งครัด
- 2.3 ด้านการรักษา : มีการคัดกรองก่อนให้การรักษา ครอบคลุมข้อมูลทางการแพทย์ เครื่องมือปลอดเชื้อ
- 2.4 ด้านผู้ให้บริการ : มีบุคลิกภาพและการแต่งกายเหมาะสม มีศักยภาพในการสื่อสารภาษาอังกฤษ
- 2.5 ด้านข้อมูลหรือเอกสาร : มีเอกสารประกอบการบันทึกหรือสื่อสารกับผู้รับการรักษาเป็นภาษาอังกฤษ มีการทำแผนการรักษาร่วมกับผู้รับการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษร

หมวด 3 : ระบบฐานข้อมูลในการ Appointment ของสถานประกอบการต้อง จัดเตรียม/ Application/ COVID Commander/ เพิ่มบุคคล




บริการทันตกรรมที่มีศักยภาพ (Dental Services)

- Dental Implants 
- Dental Veneers 
- Teeth whitening/
Teeth Cleaning 
- Dental Bonding 
- Root Canal Treatment 

- Dental Crowns 
- Dental Bridges 
- Dentures Implant Dentures 
- Dental Fillings 
- Orthodontic Braces 
- Invisalign 

(ร่าง) ข้อกำหนดกลางมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) รองรับบริการเป็นศูนย์กลางทันตกรรมนานาชาติ (Dental Hub)

0. Awareness		2. Arrival	3. Occupy
<p>นพ.ก่อนเดินทางเข้าไทย</p> <p>นพ.เข้ามาไทยแล้ว</p> <p>แบ่ง 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) Self-Pay (2) Insurance</p> <p>ช่องทางรับรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> Google Search Engine สื่อออนไลน์ (FB/IG/TK) Bill Board ประชาสัมพันธ์ / แอนชั่น (ตามถนน โรงแรม) จัด Event เช่น APEC <p>Scan QR Code</p>	<p>1. Pre Arrival</p> <p>รูปแบบการเดินทาง Website : thailandmedicalhub.net</p> <ol style="list-style-type: none"> ผ่าน Agency เจ้าภาพโดยตรง <p>เชื่อมโยงระบบ POS (Point of Service)</p> <p>การนัดหมายผ่าน Platform กลาง</p> <p>ระบบ 1 : คลินิก/โรงพยาบาล + ระบบจ่ายผ่านระบบ AI</p> <p>ระบบ 2 : มีศูนย์อำนาจการนัดหมาย/ระบบจ่ายผ่าน</p> <p>เอกสารที่ใช้ในการเดินทางเข้าประเทศ</p> <ol style="list-style-type: none"> Dental Hub Visa <ul style="list-style-type: none"> Confirmation Letter/ Affidavit Lett Chief Complaint (Dental) Passport Medical Record Visa ปกติ / ยกเว้นวีซ่า <ul style="list-style-type: none"> Appointment Information Passport 	<p>2. Arrival</p> <ul style="list-style-type: none"> การเข้าด่านตรวจคนเข้าเมือง ผ่านพิธีการศุลกากร กำหนดช่องทางพิเศษ (Dental Premium Lane) การรับส่ง การเดินทางออกจากสนามบิน <p>ปัญหาคุกเกิดเป็น Dental Hub</p> <p>คาดการณ์รายได้ : 2 ล้านบาท/เดือน/คลินิก</p> <p>**ชาวไทยสามารถเข้าถึงบริการในพื้นที่เกิดได้</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย → ผู้รับบริการชาวต่างชาติ/ Resident / Expat / ชาวไทยผู้มีเงิน</p> <p>Additional Service โรงแรม/ห้องเช่า/บริการรถ</p>	<p>3. Occupy</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลและเจ้าหน้าที่เตรียมการต้อนรับและการลงทะเบียนการคัดกรองก่อนรับการรักษา การระบุตัวตนผู้ป่วย และคัดกรองก่อนการรักษา การตรวจและวินิจฉัย สื่อสารและวางแผนการรักษาและบันทึกข้อตกลงรับการรักษา การควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control) การให้คำแนะนำส่งการรักษาและยา การนัดหมายและชำระเงิน การส่งเอกสาร รายงานการรักษาผู้เข้ารับบริการ การจัดการข้อร้องเรียนจากผู้รับการรักษา (ระหว่างพัก) การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน (ระหว่างรักษา)
			<p>4. Return Home</p> <ul style="list-style-type: none"> ส่งข้อมูล Report ให้กรม สสส. Customer Satisfaction Index (ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ) Income Tax Refund ในประเทศตนเอง

เอกสารและหลักฐานสำหรับผู้เดินทางเข้ามาในราชอาณาจักรไทยในโครงการ Dental Hub

Dental Hub Visa

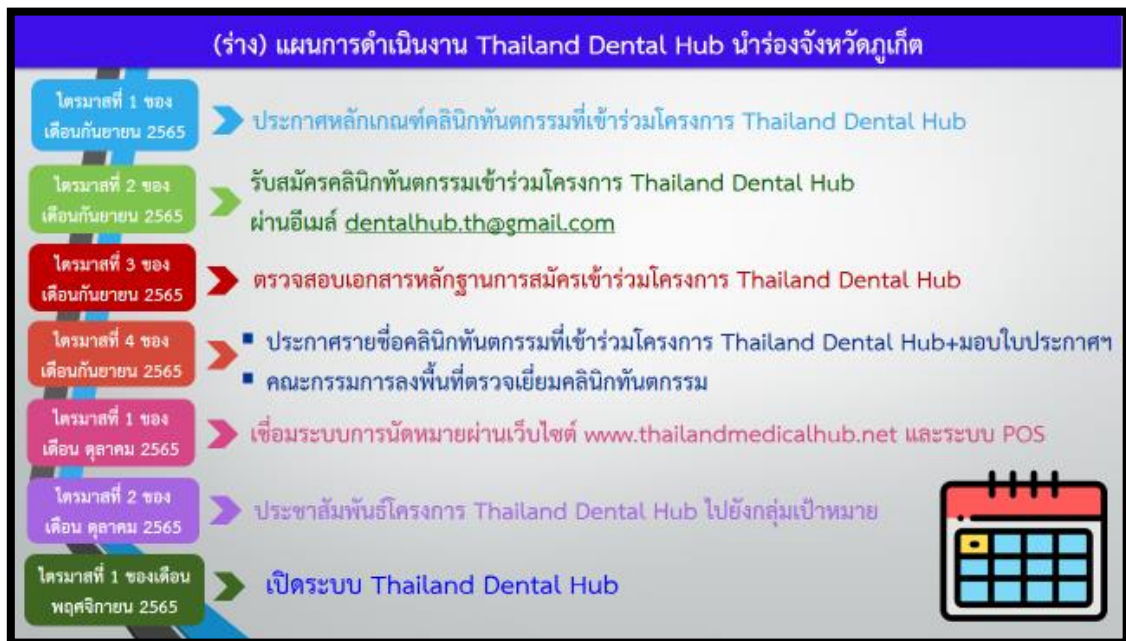
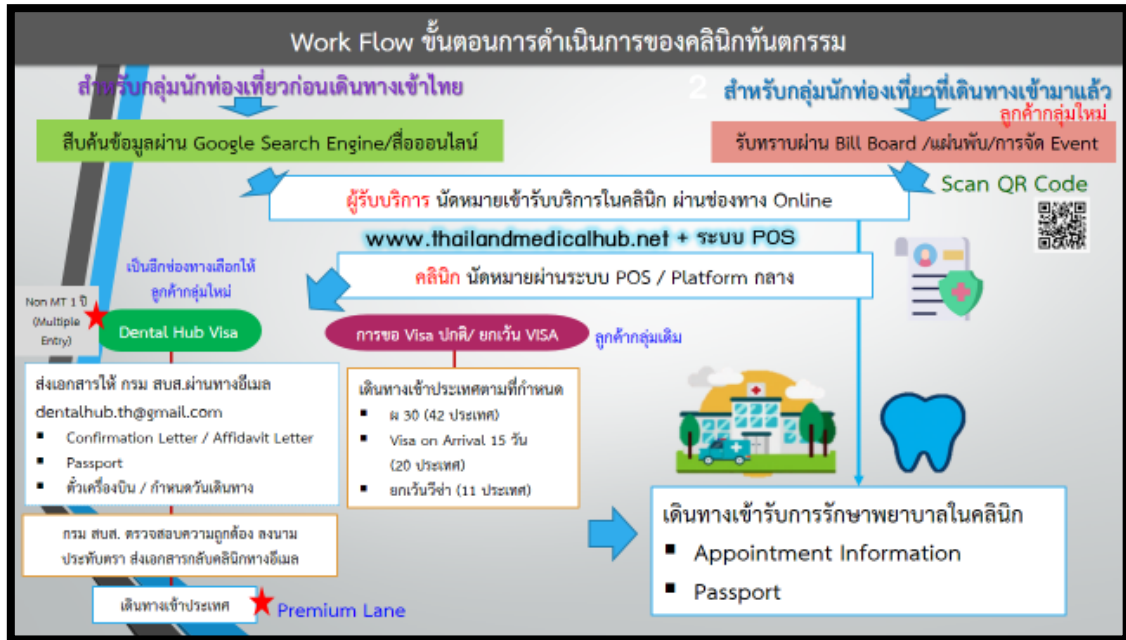
- Confirmation Letter
- Affidavit Letter
- Chief Complaint (Dental)
- Passport
- Medical Record

*** แปลเอกสารให้เป็นภาษาอังกฤษ

Visa ปกติ / ยกเว้นวีซ่า

- Appointment Information
- Passport

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 8 สิงหาคม 2565



รายชื่อคลินิกทันตกรรมนำร่อง
ที่เข้าร่วมโครงการ Thailand
Dental Hub จำนวน 23 แห่ง

1	คลินิกทันตกรรมภูเก็ตเด็นทัลเซ็นเตอร์
2	ภูเก็ตเด็นทัลฮิลล์เซ็นเตอร์คลินิกทันตกรรม
3	คลินิกทันตกรรมฮิลล์โมเดิร์น
4	คลินิกทันตกรรมฮิลล์โมเดิร์นชั้นแลนด์ทอลล์คลินิก
5	คลินิกทันตกรรมนิวมาแยส์
6	คลินิกทันตกรรมเด็นทัลซี
7	คลินิกทันตกรรมทอมฮอว์ก
8	คลินิกทันตกรรม ในทู
9	คลินิกทันตกรรมกรีนเด็นท์
10	คลินิกทันตกรรมคราวน์
11	คลินิกเคอะอีฟริงรูมเด็นทัล
12	คลินิกทันตกรรมเซ็นทรัลโมเดิร์น
13	คลินิกทันตกรรมไอดีซี
14	คลินิกทันตกรรม เอ็มเด็นทัลสตูดิโอ
15	คลินิกทันตกรรมบ้านส้ม
16	ตัวบิลด์ทันตกรรม
17	คลินิกทันตกรรมภูต
18	คลินิกทันตกรรมรอยัลมารีน่า
19	เซาท์ทันตคลินิก
20	คลินิกทันตกรรมทันตแพทย์
21	ครอบครัวทันตคลินิก
22	รพ. ตะกั่วป่า
23	คลินิกทันตกรรมภูเก็ตเด็นทัลฮิลล์


การเตรียมการรองรับการเป็นศูนย์กลางทันตกรรมนานาชาติ (Dental Hub)

- กำหนดราคากลางแบบ One Price Policy (ราคาที่คุณลูกค้าจะได้รับตรงกับข้อมูลบนเว็บไซต์)
- เจรจากับ Agency เพื่อนำผู้รับบริการเข้าประเทศในรูปแบบต่างๆ เช่น บุคคลทั่วไป/ โรงแรม/ บริษัทนำเที่ยว เป็นต้น
- เจรจากับบริษัทประกันในต่างประเทศ กรณีต้องการเบิกจ่ายค่ารักษา/ การส่งต่อ
- กำหนดบริการเสริมเพิ่มเติม (Additional Service) เช่น โรงแรม/ที่พัก ยานพาหนะ แพคเกจพิเศษด้านสุขภาพ (นวด/สปา/Wellness/Fitness) การ Shopping ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/OTOP การเชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยว เป็นต้น
- เจรจาช่องทางการเข้าประเทศ กรณี Dental Hub Visa ให้มีความสะดวกรวดเร็ว (Premium Lane)
- พัฒนาศูนย์กลางของประเทศไทย ให้มีบริการ Need Assistant และ Customer Satisfaction Index พร้อมจัดทำ Platform กลาง
- เจรจากับภาครัฐในต่างประเทศให้ผู้รับบริการสามารถลดหย่อนภาษีประจำปีในประเทศตนเองได้ (Income Tax Refund)

ความต้องการของคลินิกทันตกรรม


ความต้องการระยะสั้น

1. เพิ่มสายการบินตรง
2. ค้นหากลุ่มลูกค้าใหม่ๆ
3. พัฒนาระบบการเคลมประกัน
4. พัฒนาระบบการชำระค่ารักษาด้วยบัตรเครดิต



ความต้องการระยะยาว

1. การพัฒนาหลักสูตรร่วมกับทันตแพทยสภา และคณะทันตแพทยศาสตร์
2. การผลิตบุคลากร ได้แก่ ช่างทันตกรรม
3. การพัฒนาศูนย์แลบทันตกรรม
4. การผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์เพิ่ม พร้อมทั้งพัฒนาทักษะ
5. ความหลากหลายของภาษาที่ใช้ในทางทันตกรรม ต้องการให้มีตัวเลือกเพิ่มขึ้น
6. การตลาดต่างประเทศ การเปิดคลินิกทันตกรรมในต่างประเทศ เช่น เวียดนาม บาหลี
7. ส่งเสริมการลงทุนด้านโรงพยาบาลทันตกรรมต้นแบบในจังหวัดภูเก็ต
8. การพัฒนา Excellent Center ด้านทันตกรรม เช่น Excellent Center ด้าน Implant
9. การพัฒนาศูนย์ล่าม/Work Permit/ ทักษะภาษาอังกฤษ
10. การพัฒนาศูนย์การศึกษาด้านทันตกรรมนานาชาติ
11. การพัฒนาหลักสูตรอบรมด้านมาตรฐานสากล

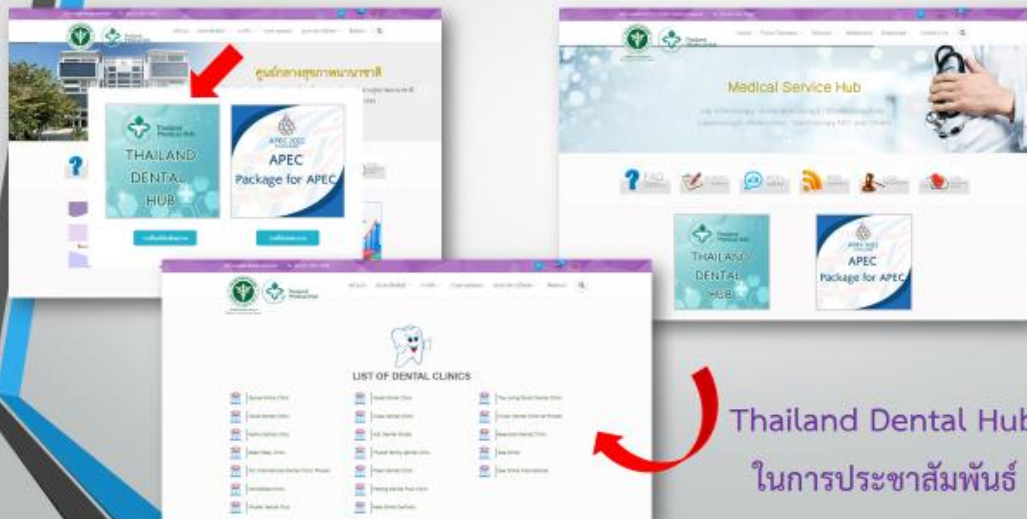


แนวทางการดำเนินการต่อไป

1. บรรจุเป็น Flagship Project ด้านทันตกรรมแบบครบวงจร เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาต่อไป
2. ขยายผลการดำเนินโครงการไปยังภูมิภาคอื่นๆ ได้แก่ กรุงเทพฯ / พัทยา เป็นต้น
3. เชื่อมโยงภาคการศึกษาในการผลิตบุคลากรเฉพาะด้านในระดับ Undergraduate
4. พัฒนาให้เกิดโรงพยาบาลทันตกรรมเฉพาะทาง
5. เชื่อมโยงเครื่องมืออุปกรณ์ทางด้านทันตกรรม
6. สนับสนุนให้เกิดการลงทุนในธุรกิจด้านทันตกรรม
7. เชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่ที่มีศักยภาพ เช่น Andaman Wellness Economic Corridor (AWC)

เว็บไซต์และระบบการนัดหมายออนไลน์

ตัวอย่าง Website เพื่อการประชาสัมพันธ์ www.thailandmedicalhub.net



การเชื่อมโยงระบบ Point of Service (POS) ในรูปแบบออนไลน์

Main Menu

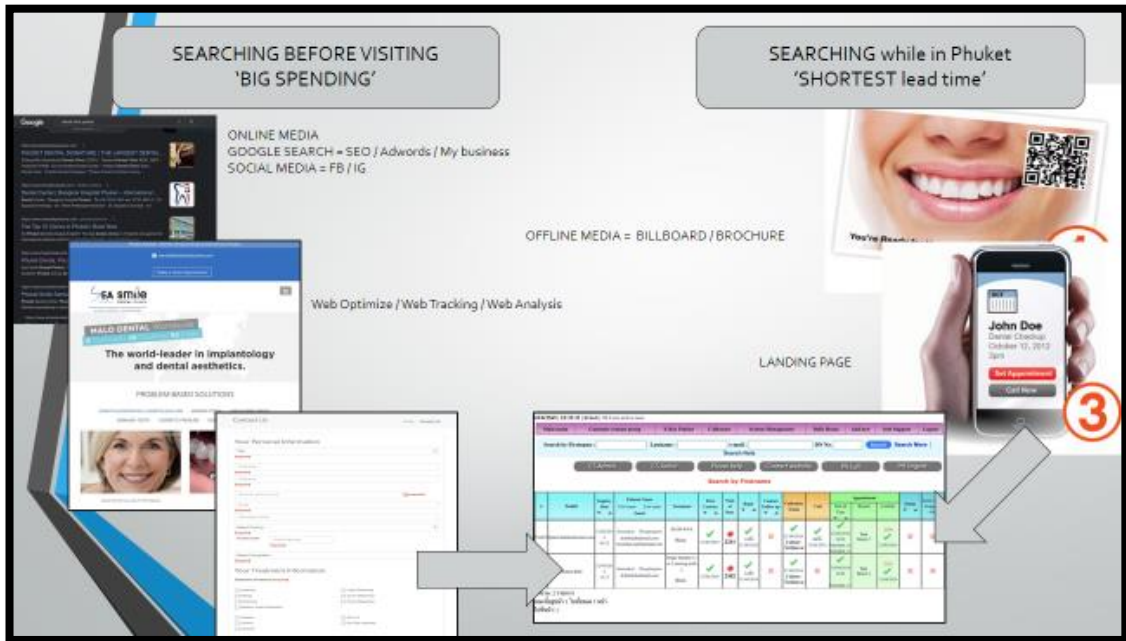
- Contact Management System
- Denial Clinic Management
- Master Information
- Information for branch
- POS Report
- User Management
- Dentist Management
- BI Report
- Patient Support
- Security System

No.	Date	Branch	Control status	Dentist	Plan	Detail	Report Treatment	Lot	No. Lot	Status	User App	View	BB
1	9/20/19 19:32	Phuket	Waitlist/Waitlist	Wissawat/Dr.Yiporn	6	-Call for crown and Blog	Done	✓	✓	9/20/19 19:32	waitlist	View	BB
2	9/20/19 19:32	Phuket	Waitlist/Waitlist	Wissawat/Dr.Yiporn	6	Prep Crown-Phuket(MM) Ceramic 1.5 mm Already wait crown,PTT.Phyler This branch Phya	Done	✓	✓	9/20/19 19:32	waitlist	View	BB
3	9/20/19 19:38	Phuket	Waitlist/Waitlist	Struchat/Phya	7	Deep Clean 6,209 11,000 bath-Already wait crown,PTT Dr.Jatuporn 12.30 pm -19:30 in 8 1/4-10% 28 728	Done	✓	✓	9/20/19 19:38	waitlist	View	BB
4	9/20/19 12:32	Phuket	Waitlist/Waitlist	Jatuporn/Dr.	2	Fitright 70M 270M-Already wait crown,PTT See Dr.Srikate 11 am,Phya	Done	✓	✓	9/20/19 12:32	waitlist	View	BB
5	9/20/19 19:38	Phuket	Waitlist/Waitlist	Wissawat/Dr.Yiporn	6	Prep Crown66-1 mm 17Kaya-Prep for/See Dr. Jatuporn 11:00 6Gva Smile tree	Done	✓	✓	9/20/19 19:38	waitlist	View	BB

Thailand Dental Hub
เชื่อมโยงเข้าระบบนัดหมาย

The Island of Smiles

SAME DAY CROWNS ARE HERE



Search by Firstname: [] Lastname: [] Search Note: [] BN No: [] Search Search More

CSAdmin CS Junior Physiotherapist Contact website Physio Pflinger

#	Patient	Health Risk	Follow Up	Prevention	Risk Control	Rate of Risk	Risk Factor	Follow Up	Efficiency Status	Call	Dis & Stop	Brush	Fluoride	Seal	Appointment	Visit Count	Tray/Imp
2344	John Doe	Low	Completed	Regular	2.0%	Low	2.0%	2.0%	Good	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%

John Doe
 Patient Information: Adult
 First Name: John Doe Last Name: Doe Date of Birth: 01-01-1980
 Sex: Male Age: 38 Nationality: Thai Passport No: XXXXXXXXXX
 Permanent Address: 123 Sukhumvit Rd, Bangkok, Thailand
 Zip Code: 10110 Country: Thailand
 Occupation: Management Company Name: ABC Company Ltd
 Contact Number: +662-1234-5678 E-mail address: john.doe@example.com
 How do you know Sea Smile Dental Clinic/Phuket? Clinics Please Specify: web site

Administrational Information (Show details)
 Source of the patient or source you are staying in Thailand: Group (N/A) (No Record)
 Health Status (Number of visits): 2
 Location of your stay in Thailand from: 2344 2344
 Email your stay in Thailand: Holiday

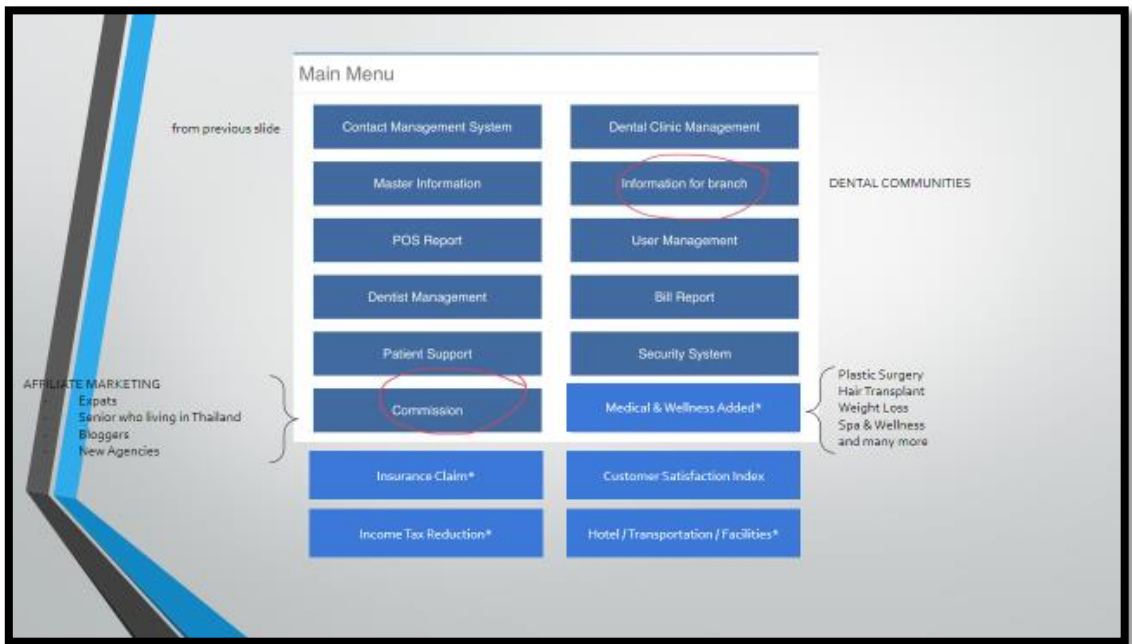
Health History
 Do you have any history of orthodontically treated teeth?
 Yes No
 History of orthodontic treatment: No
 History of orthodontic treatment: No
 History of orthodontic treatment: No
 History of orthodontic treatment: No
 History of orthodontic treatment: No
 History of orthodontic treatment: No
 History of orthodontic treatment: No

Procedure Log

Date	Procedure	Status	Notes
2023-10-01	Check-up	Completed	Regular check-up, all good.
2023-09-01	Teeth cleaning	Completed	Professional cleaning, no cavities.

Financial Summary

Category	Amount	Balance
Initial Consultation	1,000	1,000
Teeth Cleaning	500	500
Check-up	200	200
Total	1,700	1,700





คำสั่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ที่ ๘ /๒๕๖๕
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศ
สู่ศูนย์กลางการบริการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล
หรือ THAILAND DENTAL HUB
ของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

.....

ตามที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีคำสั่งที่ ๒/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย โดยให้คณะอนุกรรมการทำหน้าที่พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม การจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้พิการ และผู้สูงอายุ การส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากและฟัน การพัฒนาการใช้ฟลูออไรด์ งานทันตสาธารณสุข ในท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิในระดับประเทศ การพิจารณาศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม การพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านทันตกรรมของไทย การพิจารณาแก้ไขระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุข ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติภารกิจของคณะอนุกรรมการให้มีประสิทธิภาพ และสัมฤทธิ์ผลตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้ อาศัยอำนาจตามข้อบังคับการประชุม พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) คณะกรรมการจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศ สู่ศูนย์กลางการบริการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล หรือ THAILAND DENTAL HUB ของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะทำงานดังกล่าว ประกอบด้วย

ที่ปรึกษาคณะกรรมการ

๑. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์สุชาติ พูลทอง เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๒. ทันตแพทย์สุรชาติ หนูนุกัถี เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการ
๓. นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการ

คณะกรรมการ

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| ๑. ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ | เป็นหัวหน้าคณะกรรมการ |
| ๒. ทันตแพทย์หญิงสุณี วงศ์คงคาเทพ | เป็นคณะกรรมการ |
| ๓. ทันตแพทย์พรศักดิ์ ตันตาปกุล | เป็นคณะกรรมการ |
| ๔. ทันตแพทย์เสริมสกุล วงศ์ถิรพร | เป็นคณะกรรมการ |
| ๕. ทันตแพทย์หญิงอภิัญญา กุลวีระอารีย์ | เป็นคณะกรรมการ |
| ๖. ทันตแพทย์หญิงนลินา ตันตินิรามัย | เป็นคณะกรรมการ |
| ๗. นางสาวเสาวภา จงกิตติพงษ์ | เป็นคณะกรรมการ |
| ๘. นางสาวภาวิณี สังขบุรณ | เป็นคณะกรรมการ |
| ๙. ทันตแพทย์สมยศ นะลำเลียย | เป็นคณะกรรมการ |
| ๑๐. พันตรี ธนศักดิ์ ถัมภ์บรรทุ | เป็นคณะกรรมการ |
| ๑๑. ทันตแพทย์อนุรักษ์ อังชานาม | เป็นคณะกรรมการ |

โดยให้คณะกรรมการมีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. ศึกษาแนวทางการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศและเป็นศูนย์กลางการบริการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล
๒. ศึกษาให้เกิดการขับเคลื่อนทั้งหน่วยงานในภาครัฐและเอกชนให้มาร่วมกันพิจารณาศึกษาหาแนวทางร่วมกันให้เกิด THAILAND DENTAL HUB อย่างเป็นรูปธรรม
๓. ศึกษาให้เกิดการยกระดับการพัฒนาศักยภาพมาตรฐานด้านทันตกรรมด้านการแพทย์สร้างความมั่นคงทางการแพทย์ด้านทันตกรรมของไทย
๔. ศึกษาการกระตุ้นเศรษฐกิจและสังคม การท่องเที่ยว การเดินทางและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางสู่ความมั่นคงและมั่งคั่งของประเทศต่อไป
๕. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะอนุกรรมการมอบหมาย
๖. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะอนุกรรมการ ภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันที่มีคำสั่งแต่งตั้ง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายเจตน์ ศิริธรรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

๒.๔ ผลการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปากประเทศไทย

การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปากประเทศไทย การศึกษานี้คณะทำงานประกอบด้วย ๑) นายกฤษดา เรืองอารีย์รัชต์ ที่ปรึกษาคณะทำงาน ๒) นายวีรศักดิ์ พุทธาศรี ที่ปรึกษาคณะทำงาน ๓) นางจันทนา อึ้งชูศักดิ์ ที่ปรึกษาคณะทำงาน ๔) นางสาวรักชนก นุชพ่วง หัวหน้าคณะทำงาน ๕) นางสุณี วงศ์คงคาเทพ คณะทำงาน ๖) รองศาสตราจารย์สุกัญญา เขียววิวัฒน์ คณะทำงาน ๗) นางสาวนิภาพร เอื้อวัฒนะโชติมา คณะทำงาน และ ๘) นายจากรูวัฒน์ บุษราคัมรุหะ คณะทำงาน

ที่มาของการศึกษา ดังนี้

- จากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากที่ผ่านมามากหลายสิบปีแม้จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ก็ยังคงมีความชุกของโรคสูงอยู่ ทั้งฟันผุ เหงือก/ปริทันต์อักเสบ การสูญเสียฟัน

- การสนับสนุนงบประมาณในการดูแลระบบสุขภาพช่องปากประชาชนที่ไม่ชัดเจน

- การไม่ได้รับความสนใจจาก Policy maker ในการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปาก

เห็นได้จากการไม่มียุทธศาสตร์ช่องปาก (oral health plan) ในกลยุทธ์ หรือยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม

- ปัญหาโรคในช่องปาก มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม แต่ไม่มีการนำเสนออย่างเป็นทางการ

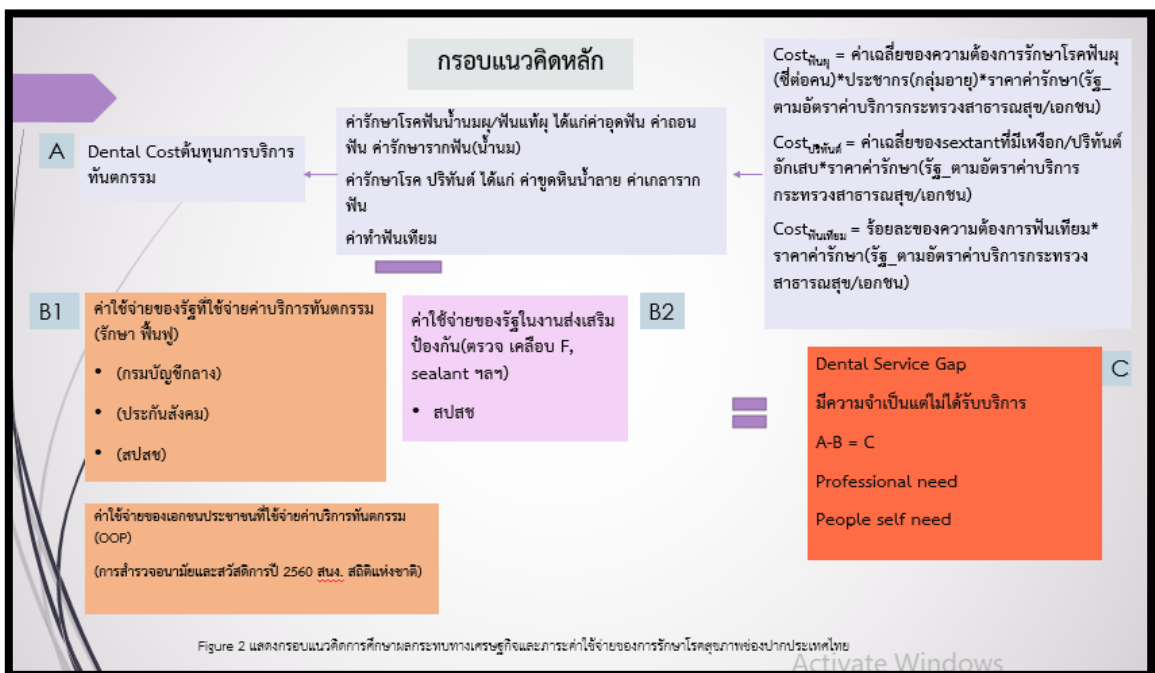
ความต้องการทางด้านทันตสุขภาพ : ข้อมูลการสำรวจสุขภาพช่องปากประเทศไทย ครั้งที่ ๘ ปี ๒๕๖๐ ดังนี้



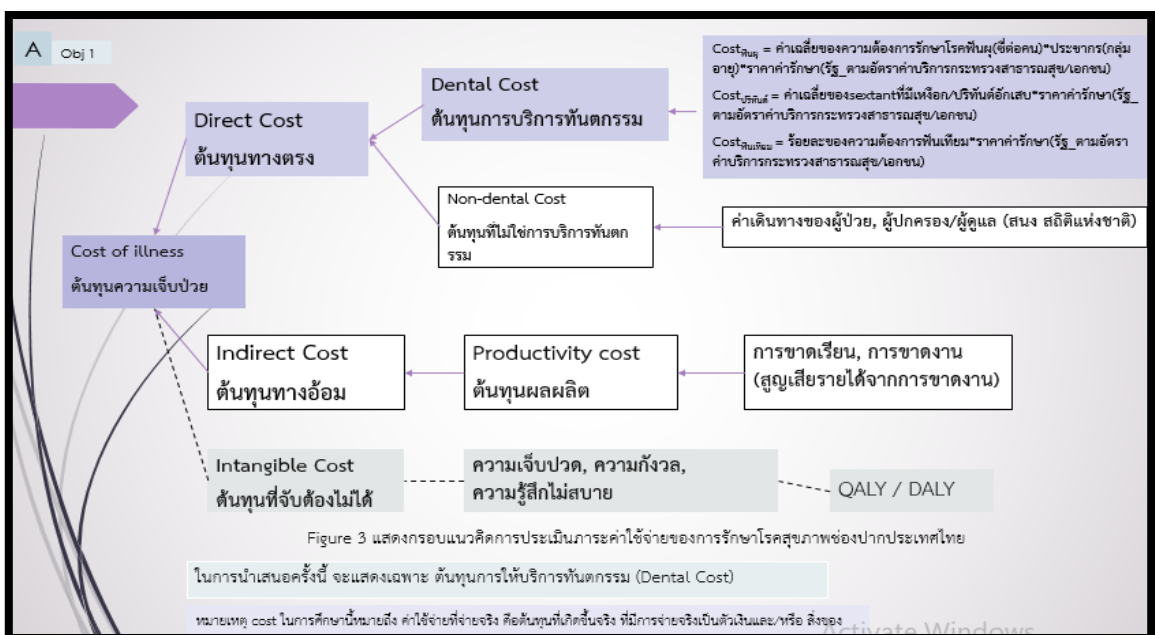
วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ดังนี้

๑. ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาทางทันตกรรมตามความจำเป็นของคนไทยที่มีปัญหาโรคฟันและอวัยวะปริทันต์ในปี ๒๕๖๐ (Cost of Dental Illness)
๒. ค่าใช้จ่ายของรัฐและของประชาชนที่ใช้จ่ายในการรักษาทันตกรรมในปี ๒๕๖๐ (Dental Service expenditure)
๓. ประเมินการช่องว่างค่าใช้จ่ายของประชาชนที่มีปัญหาหาแต่ไม่ได้รับการทางทันตกรรม (Dental Service Gap)

กรอบแนวคิดหลัก ดังนี้



วัตถุประสงค์ ดังนี้



การศึกษา Cost of Dental Illness ดังนี้

Assumption (Dental Disease)

๑. กลุ่มอายุที่ทำการสำรวจ ๓,๕,๑๒,๑๕,๓๕,๔๔,๖๐ – ๗๔ และ ๘๐ – ๘๕ ปี ที่ทำการสำรวจในปี ๒๕๖๐ เป็นตัวแทนประชากรในทุกกลุ่มอายุของประเทศไทย ปี ๒๕๖๐ ที่มีปัญหาโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ (WHO, OHS, Basic Method 5th edition)

๒. กลุ่มอายุ ๐ – ๔ จำนวนประชากรตั้งแต่ ๓ – ๔ ปี เนื่องจากมีข้อมูลฟันน้ำนมจากการสำรวจ ในกลุ่มอายุ ๓ ปี

๓. กลุ่มอายุ ๕ – ๙ ปีจำนวนได้เฉพาะฟันน้ำนม การสำรวจเริ่มตรวจฟันแท้ ในกลุ่มอายุ ๑๒ ปี

Assumption (Cost)

๑. ค่าบริการรักษาทางทันตกรรมใช้อัตราค่าบริการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๒ (ค่าบริการของรัฐ) ค่าบริการของเอกชนเป็นค่าเฉลี่ยจากคลินิกเอกชนที่แสดงอัตราค่าบริการออนไลน์

๒. ค่ารักษาโรคคิดค่าใช้จ่ายเฉพาะที่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ได้แก่ ค่าอุดฟัน ค่าถอนฟัน ค่าขูดหินน้ำลาย ค่ารักษาโรคปริทันต์ ค่ารักษารากฟันน้ำนมและค่าทำฟันเทียมถอดได้ฐานพลาสติก

Objective: Cost of Dental Illness
Obj 1 A

15

Assumption (Dental Disease)

1. กลุ่มอายุที่ทำการสำรวจ 3,5,12,15,35-44,60-74และ80-85 ปี ที่ทำการสำรวจในปี 2560 เป็นตัวแทนประชากร ในทุกกลุ่มอายุ ของประเทศไทย ปี 2560 ที่มีปัญหาโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ(WHO, OHS, Basic Method 5th edition)
2. กลุ่มอายุ 0-4 ปี จำนวนประชากรตั้งแต่ 3 – 4 ปี เนื่องจากมีข้อมูลฟันน้ำนมจากการสำรวจ ในกลุ่มอายุ 3 ปี
3. กลุ่มอายุ 5-9 ปีจำนวนได้เฉพาะฟันน้ำนม การสำรวจเริ่มตรวจฟันแท้ในกลุ่มอายุ 12 ปี

Assumption (Cost)

1. ค่าบริการรักษาทางทันตกรรมใช้อัตราค่าบริการกระทรวงสาธารณสุขปี 2562(ค่าบริการของรัฐ) , ค่าบริการของเอกชนเป็นค่าเฉลี่ยจากคลินิกเอกชนที่แสดงอัตราค่าบริการออนไลน์
2. ค่ารักษาโรคคิดค่าใช้จ่ายเฉพาะที่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ได้แก่ ค่าอุดฟัน ค่าถอนฟัน ค่าขูดหินน้ำลาย ค่ารักษาโรคปริทันต์ ค่ารักษารากฟันน้ำนมและค่าทำฟันเทียมถอดได้ฐานพลาสติก

Survey age	agegroup
3	0-4
5	5-9
12	10-14
15	15-19
	20-24
	25-29
	30-34
35-44	35-39
	40-44
	45-49
	50-54
	55-59
	60-74
	65-69
	70-74
	75-79
80-85	80-84
	85-89
	90-94
	95-99
	100+

วิธีการดำเนินการต่อวัตถุประสงค์ข้อที่ ๑ (Cost of Dental Illness) ดังนี้

การใช้ความชุกของโรคตั้งแต่ฟันผุ เหงือกอักเสบ ปริทันต์อักเสบ การสูญเสียฟัน ที่ต้องการการใส่ฟันเทียม ในส่วนของการคำนวณโรคฟันผุจะใช้ผู้ที่มีฟันผุแล้วต้องการการรักษา ค่าเฉลี่ยที่ต้องการการรักษาโดยการอุดฟัน ๑ ด้าน การอุดฟัน ๒ ด้าน การถอนฟัน และการรักษา รากฟันน้ำนมคูณด้วยจำนวนประชากรตามกลุ่มอายุ ราคาค่าใช้จ่ายทั้งของรัฐและเอกชน ในส่วนของเหงือกอักเสบจะคำนวณจากค่าเฉลี่ยเหงือกอักเสบจากการสำรวจเป็น sextant และคำนวณเป็นจำนวนคนคูณด้วยราคา

การสูญเสียฟันมีข้อมูลผู้จำเป็นต้องการการใส่ฟันจะเป็นร้อยละของผู้ที่ต้องการ ใส่ฟันทั้งบน - ล่าง ต้องการใส่ฟันบางส่วน ทั้งปาก และซ่อมฟัน จะเป็นข้อมูลค่าบริการเฉพาะ ฟันเทียมถอดได้ฐานพลาสติก

ผลการศึกษา ดังนี้

Results Obj 1 A

1.1 ค่าใช้จ่ายทางทันตกรรม หากให้การรักษา 100% ในผู้เป็นโรคฟันผุ

ตารางที่ 1.1 แสดงการคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคฟันผุตามจำนวนฟันที่จำเป็นต้องได้รับการอุดฟัน 1 ด้าน 2 ด้าน ถอนฟันและรักษารากฟันเทียม

Age (year)	pop. m(1k)	pop decay (2k)	Dental Care Treated Need (teeth) (By Survey)					Dental Care Treated Need (2007) (By Survey)					cost filling 1 side CR (mb)		cost filling 2 side CR (mb)		Extraction (mb)		RCT primary (mb)		Total Cost (Million Baht)	
			filling 1 side (mb)	filling 2 side (mb)	CR 1 side (mb)	CR 2 side (mb)	CR 3 side (mb)	filling 1 side (mb)	filling 2 side (mb)	CR 1 side (mb)	CR 2 side (mb)	CR 3 side (mb)	public (mb)	private (mb)	public (mb)	private (mb)	public (mb)	private (mb)	public (mb)	private (mb)	public (mb)	private (mb)
0-4	1,536	814	1.20	0.80	0.20	0.20	0.20	19,15.6	1075.7	158.5	538.9	637.9	1,148	1,340	1017	1786	86	212	381	415	2,635	3,794
5-9	3,071	2,812	1.20	1.70	0.20	0.40	0.70	52,82.9	6751.5	207.2	2586.6	2780.0	3,080	3,614	5402	9432	209	556	1008	2025	10,614	25,688
10-14	4,090	1,276	0.40	0.20	0.01	0.04	0.05	18,20.0	405.0	40.5	182.0	202.5	972	1,134	324	567	22	57	0	0	1,317	1,758
15-19	4,294	1,722	0.60	0.20	0.01	0.04	0.05	25,76.5	858.8	42.9	171.8	214.7	1,548	1,804	687	1202	22	60	0	0	2,256	3,086
20-24	4,885	1,258	0.60	0.20	0.01	0.04	0.05	29,31.0	977.0	48.8	195.4	244.2	1,759	2,052	762	1308	26	68	0	0	2,566	3,488
25-29	4,689	1,889	0.60	0.20	0.01	0.04	0.05	28,13.4	947.8	48.9	187.6	234.4	1,688	1,969	759	1218	22	66	0	0	2,463	3,246
30-34	4,824	1,912	0.60	0.20	0.01	0.04	0.05	28,88.5	962.8	48.1	182.6	240.7	1,733	2,022	779	1348	25	67	0	0	2,529	3,427
35-39	5,206	2,254	0.6	0.20	0.01	0.04	0.20	31,23.5	1041.2	52.1	488.5	1042.2	1,874	2,186	812	1458	27	72	0	0	3,724	5,127
40-44	5,282	2,292	0.6	0.20	0.01	0.04	0.20	31,79.1	1078.4	52.9	476.3	1058.4	1,905	2,223	847	1466	28	74	0	0	3,780	5,176
45-49	5,184	2,215	0.6	0.20	0.01	0.04	0.20	32,36.1	1076.7	53.9	485.4	1078.7	1,942	2,265	869	1510	28	76	0	0	3,833	5,251
50-54	5,027	2,177	0.6	0.20	0.01	0.04	0.20	30,26.0	1005.3	50.3	452.4	1006.3	1,820	2,111	804	1407	28	70	0	0	3,640	5,089
55-59	4,290	1,858	0.6	0.20	0.01	0.04	0.20	25,74.0	858.0	42.9	386.1	858.0	1,544	1,802	688	1202	22	60	0	0	2,253	3,086
60-64	3,377	1,776	0.8	0.10	0.01	0.07	0.80	27,91.5	397.7	84.4	236.4	2702.5	1,621	1,896	279	479	44	118	0	0	1,935	2,482
65-69	2,548	1,340	0.8	0.10	0.01	0.07	0.80	20,38.3	254.8	76.4	178.4	2038.3	1,223	1,427	204	357	40	107	0	0	1,467	1,891
70-74	1,665	876	0.8	0.10	0.01	0.07	0.80	13,92.1	186.5	50.0	126.6	1392.1	799	952	133	239	26	70	0	0	959	1,236
75-79	1,277	672	0.8	0.10	0.01	0.07	0.80	10,21.5	127.7	38.3	89.4	1021.5	623	715	102	179	20	54	0	0	735	947
80-84	844	367	0.5	0.10	-	-	1.20	4,22.0	84.4	0.0	0.0	1012.8	253	295	68	118	0	0	0	0	321	424
85-89	443	199	0.5	0.10	-	-	1.20	2,21.6	44.3	0.0	0.0	531.8	133	155	35	62	0	0	0	0	168	217
90-94	165	72	0.5	0.10	-	-	1.20	82.6	16.5	0.0	0.0	198.2	50	58	13	23	0	0	0	0	63	81
95-99	56	24	0.5	0.10	-	-	1.20	28.1	5.6	0.0	0.0	67.5	17	20	4	8	0	0	0	0	21	28
100+	15	7	0.5	0.10	-	-	1.20	7.7	1.5	0.0	0.0	18.5	5	5	1	2	0	0	0	0	6	8
Total	63,887	28,769											26,732	30,829	14,600	25,549	675	1,800	2,389	2,483	43,295	59,850

Note: Public cost หมายถึงค่าบริการสุขภาพของรัฐในลักษณะบริการสุขภาพ
Private cost หมายถึงค่าบริการสุขภาพเอกชน

1.2 ค่าใช้จ่ายทางทันตกรรม หากให้การรักษารักษา 100% ในผู้เป็นโรคเหงือกอักเสบ ปริทันต์อักเสบ

Obj 1 A

21

ตารางที่ 1.2 แสดงการคำนวณค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเหงือกอักเสบ ปริทันต์อักเสบและความต้องการใส่ฟันเทียม

Age	Population	Gingivitis				Periodontitis				Denture Need (%) (Survey 200)								Total Denture Cost								
		Prevalence of gingivitis (%) (Survey 200)	Avg of (sectors/person)	Gingivitis (No. of 1000 person)	Scaling Cost (1000 Baht/1000000)	Prevalence of periodontitis (%) (Survey 200)	Avg of (sectors/person)	Periodontitis (No. of 1000 person)	Rescaling Cost (1000 Baht/1000000)	Partial Upper	Partial Lower	Full Upper	Full Lower	Full Upper	Repair Upper	Repair Lower	Partial Upper		Partial Lower	Full Upper	Full Lower	Repair Upper	Repair Lower			
0-4	1,181,888	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
5-9	2,975,468	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10-14	6,028,888	83	3.2	2,160	1,513	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	6,181,888	87.2	3.5	2,505	1,753	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20-24	4,184,976	87.2	3.5	2,890	1,895	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25-29	4,888,888	87.2	3.5	2,735	1,815	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30-34	4,824,112	87.2	3.5	2,808	1,860	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35-39	6,120,888	86.9	3.6	3,126	2,186	25.9	0.7	2,429	2,065	8.1	22.1	13.7	0.1	0.0	0.0	0.4	0.2	86.4	2,864	2,024	21	0	0	31	18	6315
40-44	6,181,888	86.9	3.6	3,175	2,223	25.9	0.7	2,470	2,095	8.2	23.1	13.7	0.1	0.0	0.0	0.4	0.2	87.4	2,904	2,074	22	0	0	32	13	6421
45-49	6,181,888	86.5	3.6	3,238	2,281	25.9	0.7	2,517	2,139	8.1	22.1	13.7	0.1	0.0	0.0	0.4	0.2	86.4	2,864	2,024	22	0	0	32	13	6343
50-54	6,028,877	86.9	3.6	3,016	2,111	25.9	0.7	2,346	1,994	8.2	23.1	13.7	0.1	0.0	0.0	0.4	0.2	87.4	2,904	2,074	22	0	0	32	13	6365
55-59	4,181,071	86.9	3.6	2,574	1,801	25.9	0.7	1,901	1,701	8.1	23.1	13.7	0.1	0.0	0.0	0.4	0.2	75.7	2,023	1,403	17	0	0	26	4	5320
60-64	6,179,888	83.2	2.7	1,530	1,064	26.3	1.1	2,476	2,105	6.8	18.4	13.4	2.8	1.7	2.5	1.5	64	1,074	694	170	130	584	64	54	9149	
65-69	6,147,884	83.5	2.7	1,547	801	35.5	1.1	1,888	1,553	9.4	18.4	12.6	2.8	1.7	2.7	2.5	1.5	40.7	961	440	235	175	446	64	28	6923
70-74	6,028,924	83.5	2.7	748	571	38.1	1.1	1,321	1,018	9.4	18.4	12.6	2.8	1.7	2.7	2.4	1.6	20.2	426	208	136	124	248	61	28	4811
75-79	6,179,888	83.2	2.7	575	451	26.3	1.1	926	794	9.4	18.4	12.6	2.8	1.7	2.7	2.5	1.5	24.4	405	220	140	87	221	51	15	3450
80-84	3,441,000	30	1.3	183	130	18.5	0.8	338	387	9.5	10.7	10.7	4.1	7.1	13.1	3.3	3.5	16.7	116	116	130	130	38	38	2850	
85-89	683,216	30	1.3	86	47	16.5	0.6	177	151	9.2	10.7	10.7	4.1	7.1	13.1	3.3	3.5	8.4	47	47	70	126	172	15	14	1384
90-94	165,172	30	1.3	36	21	16.5	0.6	86	86	9.6	10.7	10.7	4.1	7.1	13.1	3.3	3.5	3.5	36	208	27	45	136	5	4	525
95-99	56,132	30	1.3	12	9	16.5	0.6	28	19	9.2	10.7	10.7	4.1	7.1	13.1	3.3	3.5	1.4	12	76	9	14	47	2	2	171
100+	18,822	30	1.3	2	2	16.5	0.6	6	6	9.5	10.7	10.7	4.1	7.1	13.1	3.3	3.5	3	5	22	3	4	15	1	1	49
Total	61,881,214			32,503	22,752				18,876	16,044								6189	28164	11752	1344	3038	2832	423	287	53,217

ตารางข้อมูลการที่ 2 แสดงการคำนวณค่าใช้จ่ายในส่วนทันตกรรมที่ใช้บริการทางทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมในสถานพยาบาลของรัฐ โดยไม่คิดค่าวัสดุอุปกรณ์ที่คลินิกทันตกรรมใช้เอง และค่าวัสดุอุปกรณ์ที่คลินิกทันตกรรมใช้เอง

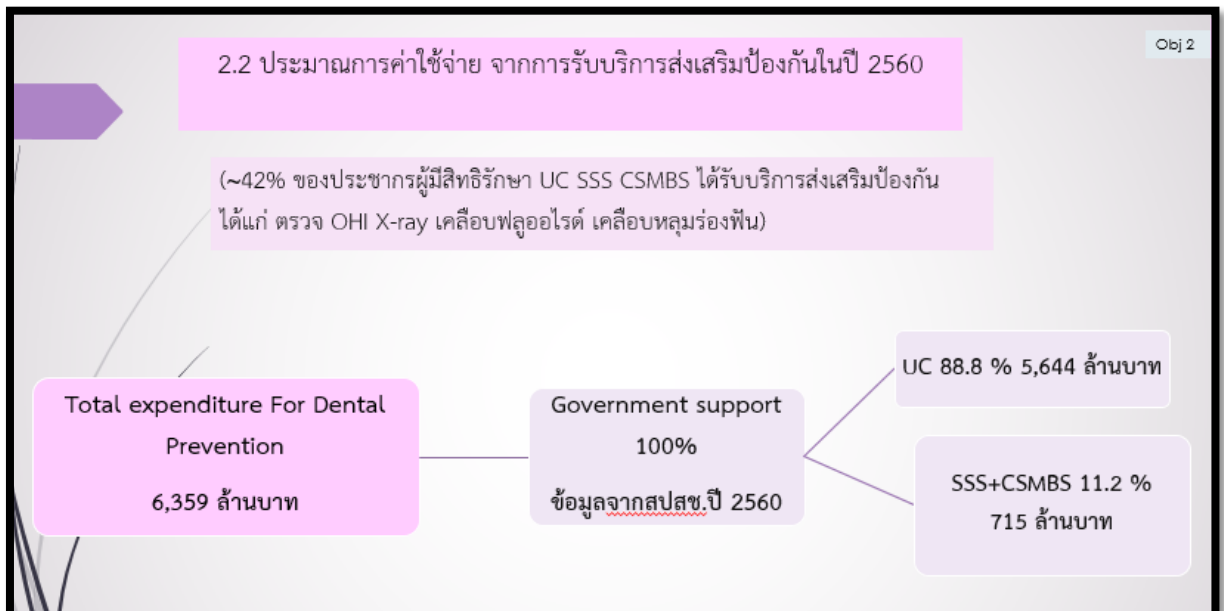
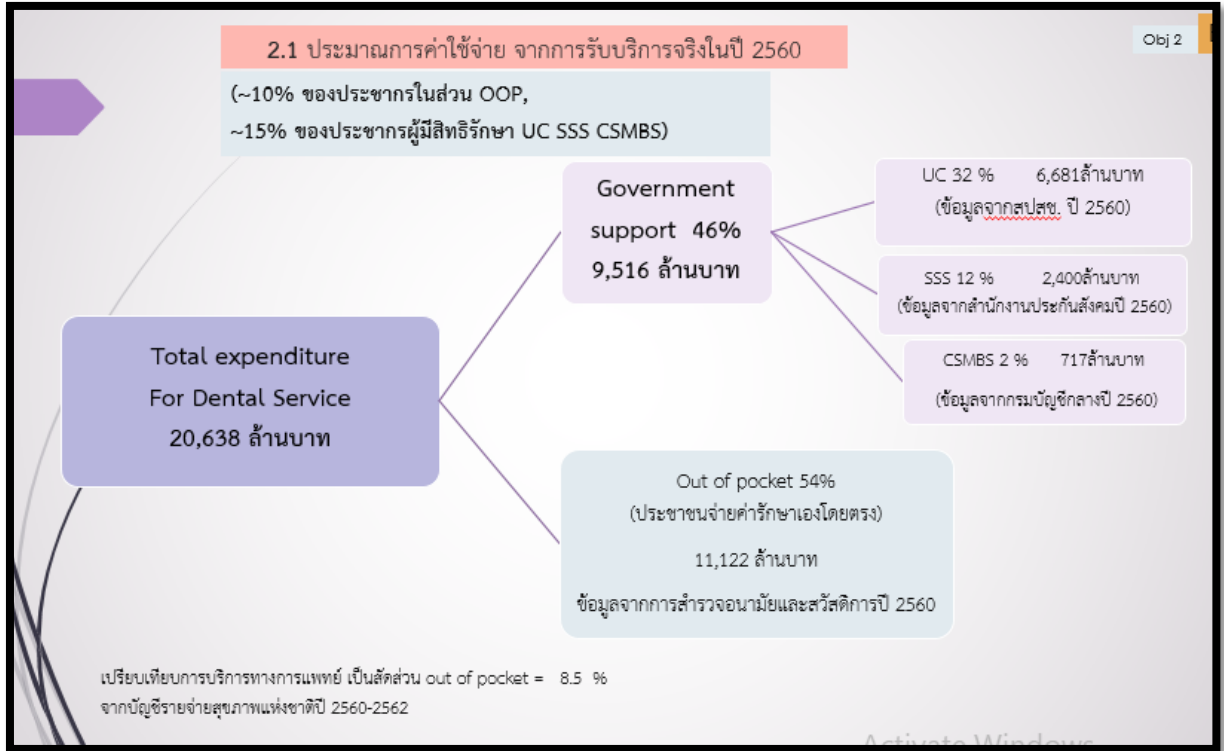
1.3 ค่าใช้จ่ายทางทันตกรรม หากให้การรักษารักษา 100% ในผู้เป็นโรคในช่องปากได้แก่ฟันผุ เหงือกอักเสบ และปริทันต์อักเสบ

Obj 1 A

ตารางที่ 1.3 แสดงข้อมูลจำนวนประชากรที่มีปัญหาฟันผุ เหงือก/ปริทันต์อักเสบและความต้องการใส่ฟันและจำนวนประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคในช่องปาก

Age (year)	Population (1000 person)					Cost (Million Baht)								Total	
	All	Decay	Gingivitis	Periodontitis	Denture	Decay		Gingivitis		Periodontitis		Denture		Public	Private
						Public	Private	Public	Private	Public	Private	Public	Private		
0-4	3,763	829	0	0	0	2,635	3,764	0	0	0	0	0	0	2,635	3,764
5-9	3,971	2,931	0	0	0	10,614	15,688	0	0	0	0	0	0	10,614	15,688
10-14	4,050	1,276	3361	0	0	1,317	1,758	1,512	1,728	0	0	0	0	2,829	3,486
15-19	4,294	1,722	3745	0	0	2,256	3,066	1,753	2,004	0	0	0	0	4,009	5,070
20-24	4,885	1,959	4260	0	0	2,566	3,488	1,995	2,280	0	0	0	0	4,561	5,768
25-29	4,689	1,880	4089	0	0	2,463	3,348	1,915	2,188	0	0	0	0	4,378	5,536
30-34	4,814	1,931	4198	0	0	2,529	3,437	1,966	2,247	0	0	0	0	4,494	5,684
35-39	5,206	2,254	4524	1348	2,384	2,734	3,717	2,186	4,685	2,065	2,429	6316	7369	13,302	18,201
40-44	5,292	2,291	4599	1371	2,424	2,780	3,778	2,223	4,763	2,099	2,470	6421	7491	13,522	18,501
45-49	5,394	2,335	4687	1397	2,470	2,833	3,851	2,265	4,854	2,139	2,517	6544	7635	13,782	18,857
50-54	5,027	2,177	4368	1302	2,302	2,640	3,589	2,111	4,524	1,994	2,346	6099	7115	12,844	17,574
55-59	4,290	1,858	3728	1111	1,965	2,253	3,063	1,802	3,861	1,702	2,002	5205	6073	10,962	14,999
60-64	3,377	1,776	2138	1226	2,756	1,935	2,482	1,064	2,279	2,105	2,476	9149	10999	14,253	18,236
65-69	2,548	1,340	1613	925	2,079	1,467	1,891	803	1,720	1,588	1,868	6903	8298	10,761	13,777
70-74	1,665	876	1054	604	1,359	959	1,236	525	1,124	1,038	1,221	4511	5423	7,032	9,004
75-79	1,277	672	808	463	1,042	735	947	402	862	795	936	3459	4159	5,393	6,904
80-84	844	367	253	139	716	321	414	128	274	287	338	2655	3555	3,391	4,581
85-89	443	193	133	73	376	168	217	67	144	151	177	1394	1867	1,781	2,405
90-94	165	72	50	27	140	63	81	25	54	56	66	696	664	664	896
95-99	56	24	17	9	48	21	28	9	18	19	23	177	237	226	305
100+	15	7	5	3	13	6	8	2	5	5	6	48	65	62	84
Total	66,066	28,769	47,628	9,999	20,073	43,295	59,850	22,752	39,614	16,044	18,876	59,402	70,981	141,493	189,320

การประมาณการค่าใช้จ่ายที่รัฐจัดบริการให้ประชาชนและค่าใช้จ่ายที่ประชาชนจ่ายด้วยตนเองในการรับบริการทันตกรรม ดังนี้



สถานการณ์ Dental Service Gap ดังนี้

3.1 สถานการณ์ Dental Service Gap

3.1 ตารางแสดงประชากร+ค่าใช้จ่ายของผู้ให้บริการตามสิทธิ์ ผู้ที่มีความต้องการทั้งหมดและผู้ที่มีความต้องการแต่ไม่ได้รับการบริการ

Obj 3 C

Dental care	Burden Disease จาก ก้าวหน้า/ ประชากร (1000คน)	Cost of Dental illness (MillionBaht)	ปริมาณ บริการ จาก Pop	ผู้ใช้สิทธิ UC + Other ที่ได้รับ Dental Service (1000คน)	Dental Service Cost (MillionBaht)	ค่าจ่ายค่าบริการ/ ราย Pop ที่รับบริการ	Dental Service Gap (3000Baht)	GapCost (MillionBaht)	% Dental Service Gap from Pop
โรคเหงือกอักเสบ	3,379	3,455	5.4	793	206	3.3	3,998	3,199	4.2
ฟันผุ/โรคช่องปาก	11,884	8,812	18.0	3,185	867	2.3	6,728	8,885	34.7
อื่นๆ	11,884	4,877	18.0	40	36	0.3	11,847	4,951	37.0
OH	47,828	32,780	72.1	30,088	2,683	15.3	82,700	8,730	48.3
รวม	62,887	30,600	86.7	34,995	2,712	21.8	48,513	8,714	74.0
รวมในกลุ่ม ประชากรที่ประสบ		34,974		27,330	6,359	41.4		27,308	
รวมในกลุ่ม ประชากรที่ประสบ									
อื่นๆ	98	136	3.0	677	80	0.7	323	87	0.3
สกลนคร	47,476	30,592	73.9	3,912	1,266	4.4	43,361	18,228	64.0
อุดรธานี	61,559	49,020	92.1	3,228	1,776	2.4	57,983	46,320	87.0
บุรีรัมย์	47,638	38,086	72.1	3,113	813	2.2	44,645	16,952	67.0
จังหวัดอื่นๆ	20,073	64,614	20.4	194	621	0.2	18,775	69,692	38.0
Other (Unlabeled OOH or Unlabeled)				1,871	4,965.3	2.6			
รวมกลุ่ม UC + Other ที่ได้รับบริการ				9,801	9,516	14.8		145,208	
รวมกลุ่ม OOP ที่ได้รับบริการ									
รวมกลุ่ม OOH (Unlabeled OOH)				8,805	11,122	8.8			
รวมกลุ่ม OOH - OOP (Unlabeled OOH)				16,304	20,138	14.7			
รวม กลุ่ม UC + OOP + OOH (Unlabeled OOH + Unlabeled OOH + Unlabeled OOH)				24,909	29,887	20.2			

- ข้อมูลสพช. ประชากรที่ได้รับบริการรักษาทันตกรรม ครอบคลุม 9.8 ล้านคน คิดเป็น 14.8%, มีประชากรที่ได้รับบริการส่งเสริม ครอบคลุม 27 ล้านคน คิดเป็น 41.4%
- ข้อมูลการสำรวจพบว่าประชากรที่รับบริการรักษาโดยไม่ใช้สิทธิจ่ายเหมาจ่าย (OOP) มี 6.5 ล้านคน คิดเป็น 9.8%
- รวมค่าใช้จ่ายงานรักษาทันตกรรมของรัฐ และค่าใช้จ่ายของประชาชน OOP เป็น (9,516 + 11,122) = 20,638 ล้านบาทแล้วถ้ารวมงานส่งเสริมของรัฐ 6,359 ก็จะเป็น 26,997 ล้านบาท
- ข้อมูลการสำรวจพบว่าผู้ที่ต้องการรับบริการแต่ยังไม่ได้รับการบริการในงานส่งเสริมและงานรักษาคิดเป็นค่าใช้จ่าย 27,308 และ 145,208 ล้านบาทตามลำดับ

๑. ข้อมูล สพช. ประชากรที่ได้รับบริการรักษาทันตกรรมครอบคลุม ๙.๘ ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ ๑๔.๘ มีประชากรที่ได้รับบริการส่งเสริมครอบคลุม ๒๗ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๔

๒. ข้อมูลการสำรวจพบว่าประชากรที่รับบริการรักษาโดยไม่ใช้สิทธิ (จ่ายเงินเอง (OOP)) มีจำนวน ๖.๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๙.๘

๓. รวมค่าใช้จ่ายงานรักษาทันตกรรมของรัฐ และค่าใช้จ่ายของประชาชน OOP เป็น (๙,๕๑๖ + ๑๑,๑๒๒) = ๒๐,๖๓๘ ล้านบาท (ถ้ารวมงานส่งเสริมของรัฐ ๖,๓๕๙ จะเป็น ๒๖,๙๙๗ ล้านบาท)

๔. ข้อมูลการสำรวจพบว่าผู้ที่ต้องการรับบริการแต่ยังไม่ได้รับการบริการในงานส่งเสริมและงานรักษาคิดเป็นค่าใช้จ่าย ๒๗,๓๐๘ และ ๑๔๕,๒๐๘ ล้านบาทตามลำดับ

3.2 สถานการณ์ Dental Service Gap

Obj 3 C

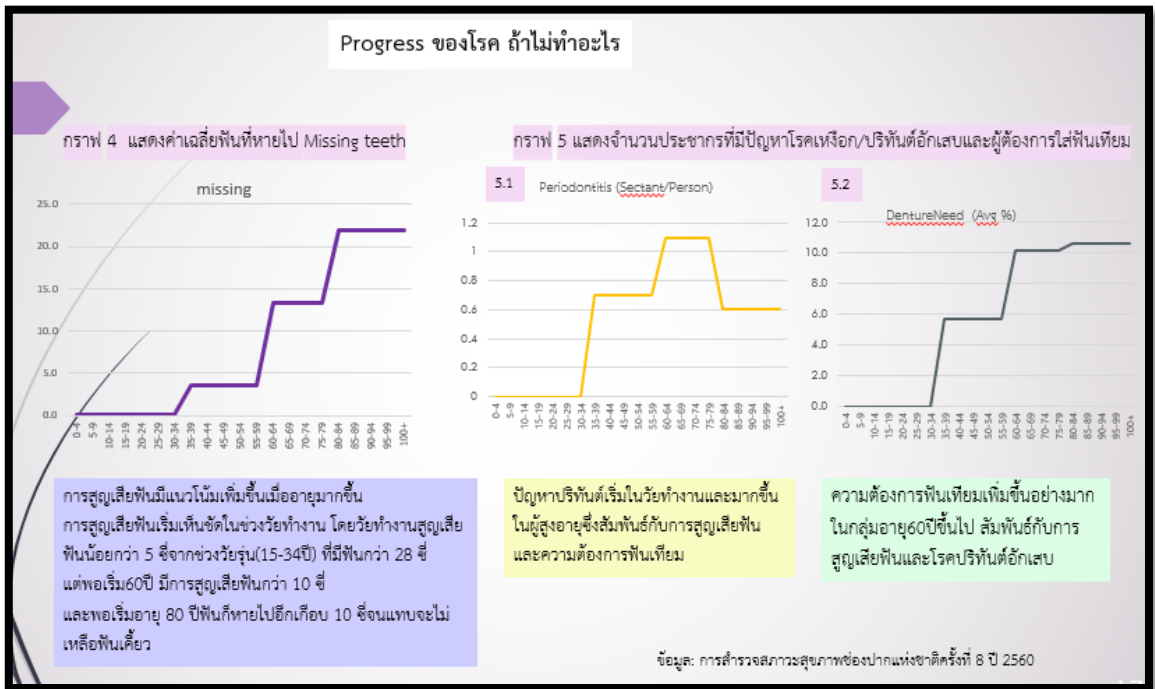
3.1 กราฟแสดง จำนวนผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการทันตกรรมตามความจำเป็น และจำนวนผู้ที่ได้รับการทันตกรรมตามสิทธิในปี 2560

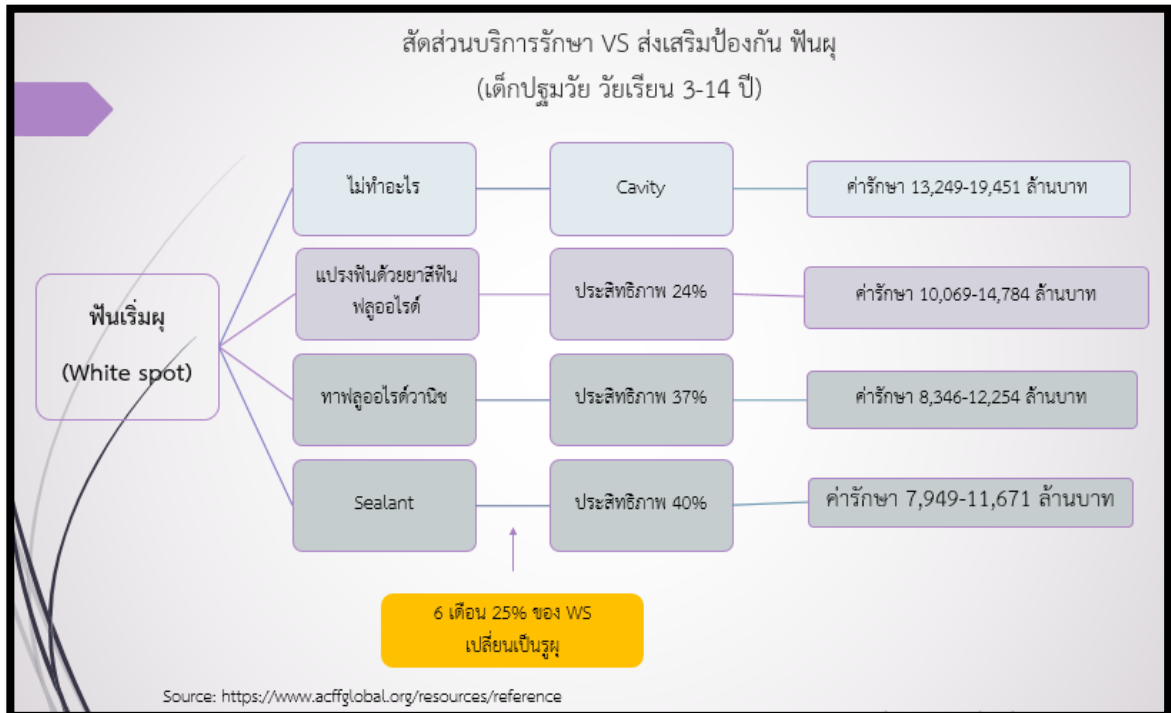
Dental Service need and received (1k person)

3.2 กราฟแสดง ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการจัดบริการทันตกรรมตามความจำเป็นและ ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทันตกรรมให้ประชาชนตามสิทธิในปี 2560

Cost of dental service need and received (MB)

- กราฟที่ 3.1 แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการทันตกรรมและส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรมเป็นจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการบริการตามความจำเป็น
- กราฟที่ 3.2 แสดงให้เห็นว่าเมื่อเทียบค่าใช้จ่ายในการให้บริการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรมมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าค่ารักษาอย่างมาก





ข้อเสนอ (Policy Proposal) ในเด็กปฐมวัยและวัยเรียน (อายุ ๓ – ๑๔ ปี) ป้องกันฟันผุ ร้อยละ ๑๐๐ ของ Dental Service Gap ดังนี้

ข้อเสนอ (Policy Proposal)

39

เด็กปฐมวัยและวัยเรียน (3-14ปี)

▶ ป้องกันฟันผุ 100% ของ Dental Service Gap

กิจกรรม	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ค่าใช้จ่ายต่อปี(ล้านบาท)*
งานส่งเสริมป้องกัน		
การแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์	100	20
การเคลือบฟลูออไรด์	30-70	856-1,997
การเคลือบหลุมร่องฟัน	20-50	230-575
งานรักษาทางทันตกรรม		
การอุดฟัน	70-100	5,182-7,403
รวม		6,288-9,995

หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายที่ประมาณการตั้งต้นจากที่รัฐจัดบริการให้ประชาชนคนละสี่ซี่ปีต่อช่องว่าง

ข้อเสนอ (Policy Proposal) วิทยางาน/ผู้สูงอายุ (เพื่อเป้าหมาย ๘๐/๒๐)

ข้อเสนอ (Policy Proposal)

41 วิทยางาน ผู้สูงอายุ (เพื่อเป้าหมาย 80-20)

กิจกรรม	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ค่าใช้จ่ายต่อปี(ล้านบาท)
งานส่งเสริมป้องกัน กลุ่มวัยทำงาน (15-59ปี)		
การตรวจสุขภาพช่องปาก FM	50	1,716
การแปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์	100	20
การเคลือบฟลูออไรด์วานิชในกลุ่มเสี่ยง	20	3,794
งานรักษาทางทันตกรรม กลุ่มวัยทำงาน(15-59ปี) และผู้สูงอายุ 60-79ปี (20%)		
การอุดฟัน	20	8,124
การขูดหินน้ำลายและรักษาโรคปริทันต์	20	3,881
การใส่ฟันเทียม	20	3,996
รวม		21,513

หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายที่ประมาณการเงินเดิมจากที่รัฐจัดบริการไม่ประชาชนตามสิทธิ์ปีต่อปี

Policy Proposal Summary

43

- Out of pocket > public expenditure
- High Dental Service Gap
- Promotion and Prevention program can reduce cost

- **ผลักดันนโยบาย 80 20**
- งานส่งเสริมป้องกัน(ตรวจ, F, S) ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง (เด็ก, NCD, สูงอายุ)
- การตรวจสุขภาพช่องปากทั้งปาก อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ให้ครอบคลุมประชากรอย่างน้อยร้อยละ 50
 - โดยการจัดบูรณาการกับการตรวจสุขภาพประจำปี (General Health)
 - การบูรณาการกับบริการปฐมภูมิ
- การจัดบริการรักษา(อุดฟัน, รักษาโรคปริทันต์, และใส่ฟัน) ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุม กลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสที่เข้าถึงบริการ) (จากทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน)

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ข้อมูลที่ประชาชนใช้จ่ายในการรับบริการทางทันตกรรมมีสัดส่วนที่มากกว่าที่รัฐจัดบริการให้ ช่องว่างในการต้องการบริการทางทันตกรรมของประชาชนมีค่อนข้างสูง และเห็นได้ชัดว่าการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาอย่างเห็นได้ จึงเป็นที่มาของข้อเสนอการผลักดันนโยบาย ๘๐/๒๐ ซึ่งต้องเน้นส่งเสริมป้องกัน (ตรวจ, F, S) ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง (เด็กวัยเรียน, NCD, ผู้สูงอายุ) การตรวจสุขภาพช่องปากทั้งปากอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ให้ครอบคลุมประชากรอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ โดยการจัดบูรณาการกับการตรวจสุขภาพประจำปี (General Health) การบูรณาการกับบริการปฐมภูมิ การจัดบริการรักษา (อุดฟัน รักษาโรคปริทันต์ และใส่ฟัน) ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสที่เข้าไม่ถึงบริการจากทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน



คำสั่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ที่ ๕/๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่าย
ของการรักษาโรคสุขภาพช่องปากประเทศไทย
ของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

.....

ตามที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีคำสั่งที่ ๒/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย โดยให้คณะอนุกรรมการทำหน้าที่พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม การจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้พิการ และผู้สูงอายุ การส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากและฟัน การพัฒนาการใช้ฟลูออไรด์ งานทันตสาธารณสุขในท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิในระดับประเทศ การพิจารณาศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม การพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาทันตกรรมในระดับภูมิภาค และระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านทันตกรรมของไทย การพิจารณาแก้ระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุข ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติภารกิจของคณะอนุกรรมการให้มีประสิทธิภาพ และสัมฤทธิ์ผลตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้ อาศัยอำนาจตามข้อบังคับการประชุม พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) คณะกรรมการจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปากประเทศไทยของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะทำงานดังกล่าว ประกอบด้วย

ที่ปรึกษาคณะทำงาน

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| ๑. นายกฤษดา เรืองอารีรัชต์ | เป็นที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| ๒. นายวีรศักดิ์ พุทธาศรี | เป็นที่ปรึกษาคณะทำงาน |
| ๓. นางจันทนา อึ้งชูศักดิ์ | เป็นที่ปรึกษาคณะทำงาน |

คณะทำงาน

- | | |
|---------------------------------------|---------------------|
| ๑. นางสาวรักชนก นุชพ่วง | เป็นหัวหน้าคณะทำงาน |
| ๒. นางสุณี วงศ์คงคาเทพ | เป็นคณะทำงาน |
| ๓. รองศาสตราจารย์สุกัญญา เขียววิวัฒน์ | เป็นคณะทำงาน |
| ๔. นางสาวนิภาพร เอื้อวิณะโชติมา | เป็นคณะทำงาน |
| ๕. นายจรรุวัฒน์ บุขราคุ้มระ | เป็นคณะทำงาน |

โดยให้คณะทำงานมีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. ศึกษาค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาทางทันตกรรมตามความจำเป็นของคนไทยที่มีปัญหาโรคฟันและอวัยวะปริทันต์ในปี ๒๕๖๐
๒. ศึกษาค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางทันตกรรมแก่คนไทยที่มีปัญหาโรคฟันและอวัยวะปริทันต์ทั้งของภาครัฐและของประชาชนในปี ๒๕๖๐
๓. ศึกษาการประมาณการค่าใช้จ่ายของประชาชนที่มีปัญหาโรคฟันและอวัยวะปริทันต์ ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาแต่ไม่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม (unmet dental need)
๔. จัดทำข้อเสนอการเพิ่มการเข้าถึงการบริการทันตกรรมของประชาชนที่มีความจำเป็น ต้องได้รับการรักษาแต่ไม่ได้รับการรักษาทางทันตกรรม
๕. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะอนุกรรมการมอบหมาย
๖. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะอนุกรรมการ ภายใน ๑๔๐ วัน นับแต่วันที่มีคำสั่งแต่งตั้ง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายเจตน์ ศิรธรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

๒.๕ ผลการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปาก และป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ

ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ ประเทศไทย มีหลักการการพัฒนา ๔ ประการ ดังนี้

๑. Value-Based Health Care (VBHC) คือ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการให้คุณค่าผลลัพธ์การควบคุมโรคแก่ผู้ป่วยหรือประชาชนมากกว่าการให้บริการเชิงปริมาณ คุณค่าที่เกิดแก่ผู้ป่วยเป็นเป้าประสงค์สำคัญของการจัดบริการสุขภาพ : มุ่งให้เกิด Oral Health Self Care

๒. Data-Driven พัฒนาระบบข้อมูลที่ชี้ปัญหา สามารถติดตามการจัดบริการ ได้ต่อเนื่องและประเมินผลลัพธ์ของบริการที่เกิดในกลุ่มเป้าหมายได้

๓. การมีส่วนร่วมของภาคีทุกกลุ่มในการร่วมจัดบริการ (ทันตบุคลากรสาธารณสุข อปท. และภาคประชาชน)

๔. พัฒนาระบบการประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดในกลุ่มเป้าหมาย การพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ ดังนี้

๑. การจัดการบูรณาการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ

๒. ศักยภาพในการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลจาก Health Data Center : ๔๓ แห่ง

๓. สนับสนุนบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากจากกองทุนหลักประกัน

สุขภาพระดับท้องถิ่น

สรุปผลการวิเคราะห์ GAP เชิงปริมาณ : ประเมินตนเอง

ส่วนที่ ๑ การจัดระบบบริการทันตสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำได้น้อย/ ไม่ได้ทำ

คลินิก

๑. การให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่โดยบูรณาการกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

๒. จัดบริการย้อมสีฟันและฟีกแปรงฟัน ชัดและทำความสะอาดฟันใน ANC

และคลินิกเบาหวาน

๓. การให้บริการระดับทุติยภูมิโดยทันตแพทย์ลงสนับสนุนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (เกลารากฟัน รักษาคลองรากฟันน้ำนม - ฟันหน้าแท้ ผ่าฟันคุดอย่างง่าย ฟันเทียมชนิดถอดได้)

เชิงรุกในชุมชน

๔. จัดบริการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อจัดทำ Individual care plan

๕. การจัดบริการทันตกรรมที่บ้าน เพื่อทำความสะอาดฟันและช่องปาก ทาฟลูออไรด์ อุดฟันชั่วคราว ถอนฟันที่ยึดมาก และกรอลดการกัดเจ็บของฟันเทียม

๖. บริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มเป้าหมายที่ขาดคือ ในโรงเรียนมัธยมศึกษา หน่วยงานราชการ ศาสนสถาน และสถานประกอบการ

๗. บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน : การออกแบบมาตรการและดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก พัฒนานโยบายสาธารณะร่วมกับประชาคมธรรมนุญชุมชน การรณรงค์สร้างกระแสขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผ่านกลไกพขอ. และออกหน่วยเคลื่อนที่ดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชน เป็นบทบาทของทันตแพทย์หรือทันตภิบาล

ปัญหาภาระงาน ศักยภาพทันตบุคลากร ระบบจัดการ และสนับสนุน

ส่วนที่ ๑ ระบบสนับสนุน

๑. ขาดระบบข้อมูลในการดูแลสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ และ ทันตบุคลากรขาดศักยภาพในวิเคราะห์และการใช้ประโยชน์ข้อมูล

๒. ครุภัณฑ์/เครื่องมือ/วัสดุ/เวชภัณฑ์ทางทันตกรรมยังไม่ครบถ้วน/เสื่อมสภาพไม่ตามเกณฑ์

๓. กำลังทันตบุคลากรให้บริการ คือ

- ทันตแพทย์ ให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ค่อนข้างน้อย

- ขาดแคลนทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

โดยเฉพาะ ขนาด 5 และมีปัญหาศักยภาพด้านบริการทันตกรรมและทันตสาธารณสุขในชุมชน

- ขาดผู้ช่วยช่างเก้าอี้ในการให้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล (รพ.สต.)

๔. ขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินโครงการพัฒนาในพื้นที่

ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ

ส่วนที่ ๑ การจัดระบบบริการทันตสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนา
คลินิก	
๑. การให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่	<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มสมรรถนะการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ โดยปรับเพิ่มหลักสูตรการผลิตทันตแพทย์/ทันตภิบาล - พัฒนารูปแบบทันตบุคลากรและบูรณาการร่วมกับคลินิกเลิกบุหรี่/แนะนำการเลิกบุหรี่ในระหว่างการชุดหินปูนให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนา
<u>คลินิก</u>	
<p>๒. มีนโยบายให้บริการ PP ทันตฯ เชิงคุณภาพใน ANC และ NCDs Clinic</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ทำการประเมิน caries risk และ periodontitis assessment และให้ความรู้แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปาก โภชนาการและการลดการบริโภคอาหารหวานแก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษ ในคลินิก NCDs - เพิ่มกิจกรรมบริการตรวจช่องปากใช้ intra oral camera ฝึกทักษะแปรงฟันด้วยการย้อมสีฟัน และบริการทันตกรรมชุดหินน้ำลายและ การขัดทำความสะอาดในคลินิก ANC และคลินิกเบาหวาน
<p>๓. สนับสนุนทันตแพทย์ในการให้บริการระดับทุติยภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (เกลารากฟัน รักษาคลองรากฟัน น้ำนม - ฟันหน้าแท้ ผ่าฟันคุดอย่างง่าย ฟันเทียมชนิดถอดได้) และชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบหมุนเวียนทันตแพทย์รพ.ออกมาให้บริการระดับทุติยภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) - ประสานทันตแพทย์ภาคเอกชนมาให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เขตเมือง - มีระบบให้คำปรึกษาบริการทันตกรรมทางไกล โดยใช้ intraoral Camera เป็นส่วนหนึ่งในการ Consult การรักษาด้วยระบบ Tele-dentistry และส่งต่อ Case ที่เร่งด่วน - การนัดหมายคิวออนไลน์ - จัดหา portable X-ray เพื่อหมุนเวียนใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถให้บริการรักษาทันตกรรมระดับทุติยภูมิ เช่น การรักษารากฟัน การผ่าตัดฟันคุดอย่างง่ายได้ การแก้ไขฟันเทียมกดเจ็บได้
<p>๔. จัดบริการเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อจัดทำ Individual care plan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดระบบเยี่ยมบ้านและพัฒนาทักษะศักยภาพในการประเมิน Case และเขียนแผนการดูแลรายบุคคล เน้นในกลุ่มเด็กที่ high risk กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนและปัญหาปริทันต์
<p>๕. การจัดการบริการทันตกรรมที่บ้าน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดการบริการทันตกรรมเชิงรุก ร่วมมือกับทันตแพทย์ รพ. แม่ข่าย เพื่อบริการความสะอาดช่องปาก อุดฟันชั่วคราว ถอนฟันที่โยกมาก และกรอลดการกดเจ็บของฟันเทียม

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนา
คลินิก	
	<ul style="list-style-type: none"> - ออกเยี่ยมบ้านเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเด็กด้อยโอกาส ไม่สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยตรวจสุขภาพช่องปาก ทาฟลูออไรด์วานิช และให้บริการทันตกรรมตามความเหมาะสม
ชุมชน	
<p>๖. บริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มเป้าหมายที่ขาดคือ ศาสนสถาน หน่วยงานราชการ และสถานประกอบการ</p>	<p>ทั้ง ๓ setting มีการดำเนินการน้อย เพิ่มกิจกรรมบริการ โดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์และสามเณรรวมถึงปรับพฤติกรรมการบริโภคหวาน มัน เค็มร่วมกับสหวิชาชีพ - การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในหน่วยงานราชการ เช่น Healthy break - การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้สิทธิประกันสังคม มีนโยบายตรวจสุขภาพช่องปากปีละ ๑ ครั้ง และประสานคลินิกเอกชนในการรองรับการรักษา
<p>๗. บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน ด้วยกิจกรรม มีการออกแบบมาตรการและดำเนินงาน เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพมีนโยบายสาธารณะ ประชาคม ธรรมนูญชุมชน มีการรณรงค์สร้างกระแสการดูแลสุขภาพช่องปาก มีการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผ่านกลไก พขอ. และออกหน่วยเคลื่อนที่ดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีการรวบรวมข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ เสนอต่อคณะกรรมการ พขอ. - พัฒนาเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพช่องปากร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ประชาคม ธรรมนูญชุมชน - จัดระบบบริการทันตกรรมรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ในพื้นที่ที่มีปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก โดยมีทีมจาก รพ. แม่ข่าย ร่วมกับ รพ.สต.

ส่วนที่ ๒ ระบบสนับสนุนสุขภาพช่องปาก

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง
<p>๑. ขาดระบบข้อมูลเพื่อวางแผนในการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่/ทันตบุคลากรไม่มีศักยภาพในการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ข้อมูล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อวางแผนในการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ - พัฒนาทักษะทันตบุคลากรให้สามารถวิเคราะห์และนำข้อมูลที่มีอยู่ใน HDC มาใช้ประโยชน์ เพื่อกำกับติดตามงานและประเมินผล - เพิ่มแบบสำรวจพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและการบริโภคหวานให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย
<p>๒. ขาดครุภัณฑ์/เครื่องมือ/วัสดุ/เวชภัณฑ์ทางทันตกรรม ไม่ครบถ้วน/พอเพียง ตามเกณฑ์</p>	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ ๕๐ มีครุภัณฑ์ทันตกรรมตามเกณฑ์ แต่ครุภัณฑ์จำนวนหนึ่งมีอายุใช้งานเกิน ๑๕ ปี ขำรุดบ่อย ควรจัดหาครุภัณฑ์ทันตกรรมทดแทนในระดับเขต - รพ. แม่ข่าย มีแผนซ่อมบำรุงประจำปีและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุงให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
<p>๓. การสนับสนุนงบประมาณให้ รพ.สต.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จาก สสอ. เฉพาะค่าสาธารณูปโภค - จากโรงพยาบาลทุกขนาดในรูปแบบวัสดุทันตกรรมและเวชภัณฑ์ ส่วนงบประมาณด้านสุขภาพช่องปากได้เฉพาะ งบ PP Fee Schedule กระตุ้นผลงาน เกิดการยอมรับทันตภิบาลในการเพิ่มรายได้ให้องค์กรและเพิ่มบริการให้ประชาชน - จาก สสจ. เป็นงบลงทุน/งบค่าเสื่อมสำหรับครุภัณฑ์ทันตกรรมและการปรับปรุงห้อง - จากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โอกาสเสนอโครงการด้านสุขภาพช่องปากวัยปีละ ๑ ครั้ง ส่วนใหญ่ได้งบเฉลี่ย ๑๐,๐๐๐ - ๓๐,๐๐๐ บาท แต่ไม่ค่อยเขียนขอ
<p>๔. ปัญหาด้านกำลังคน ทันตแพทย์</p> <p>๑. จำนวนทันตแพทย์ใน กทธ. เริ่มเต็ม</p> <p>๒. บทบาทและสมรรถนะทันตแพทย์ควรปรับให้สอดคล้องความต้องการในอนาคต</p>	<ul style="list-style-type: none"> - บริหารจัดการมาตรการเพิ่ม productivity ทันตแพทย์ - ปรับให้ตอบสนองบทบาทในอนาคต (ดูแลปัญหาทันตสุขภาพช่องปากระดับทุติยภูมิ การให้บริการเชิงรุก เช่น เยี่ยมบ้านและจัดบริการทันตกรรมที่บ้านในรายที่จำเป็น และขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน - ทันตแพทย์รพช.ทุกระดับควรออกหมุนเวียน รพ.สต. อย่างน้อย ๑ - ๓ วันต่อสัปดาห์ตามบริบท เพื่อยกระดับให้มีบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง
๓. ทันตแพทย์ออกหมუნเวียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) น้อย	(รพ.สต.) ได้แก่ รักษารากฟันน้ำนม/หน้าแท้อย่างง่าย และผ่าฟันคุดอย่างง่าย ทั้งนี้ต้องพิจารณาตามความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่
<p>ทันตภิบาล</p> <p>๑. ขาดทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ขนาดเล็ก</p> <p>๒. ขาดสมรรถนะบริการเชิงรุกตามบทบาทที่ควรทำได้ในอนาคต</p> <p>๓. นโยบายบรรจุ “นวก.สส.” ส่งกระทบต่อบริการทันตกรรมลดลงควรมีตำแหน่งและความก้าวหน้าตรงกับบทบาทผู้ให้บริการ PP และรักษาทันตกรรมพื้นฐานไม่ใช่ นักวิชาการ ด้วยตำแหน่ง “นักทันตสาธารณสุข”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับกรอบอัตรากำลังตำแหน่งทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาดเล็ก - ผลิตจำนวนทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครบทุกขนาดทุกแห่งด้วยหลักสูตรใหม่ (เพิ่มวิชาทันตสาธารณสุข) - พัฒนาหลักสูตรที่สร้างสมรรถนะด้านทันตสาธารณสุข และหัตถการด้านทันตกรรมพื้นฐาน เพิ่มสัดส่วนทักษะการรักษาพื้นฐาน ทันตสาธารณสุขในชุมชน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้คำปรึกษา - กำหนดตำแหน่ง “นักทันตสาธารณสุข” ในกระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้นตำแหน่งแล้วรอตั้งคณะกรรมการพิจารณา)
<p>ผู้ช่วยทันตแพทย์</p> <p>ขาดแคลนผู้ช่วยช่างเก้าอี้ประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ</p>	มีระบบจัดการให้มีผู้ช่วยช่างเก้าอี้ประจำ/บางเวลา เป็นนโยบายที่จริงจังในพื้นที่

ข้อเสนอโครงการทศวรรษพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ และระบบบริหารจัดการตามบริบท (ในกม. ในเขตเมือง และในเขตชนบท)

- กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์
- กลไกการขับเคลื่อนการจัดบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม
- ปรับการผลิตบุคลากรทั้ง ๓ กลุ่ม ให้มีหลักสูตรที่สร้างสมรรถนะและจำนวนที่ตอบสนองระบบบริการในอนาคต โดยเฉพาะทันตภิบาลกำหนดตำแหน่ง “นักทันตสาธารณสุข” เพื่อเป็นหลักประกันว่า มีผู้ให้บริการแก่ประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)



ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการ ส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ระดับปฐมภูมิ ประเทศไทย





หลักการการพัฒนา 4 ประการ

1. Value-Based Health Care (VBHC) คือรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการให้คุณค่าผลลัพธ์การควบคุมโรคแก่ผู้ป่วยหรือประชาชนมากกว่าการให้บริการเชิงปริมาณ คุณค่าที่เกิดแก่ผู้ป่วยเป็นเป้าประสงค์สำคัญของการจัดบริการสุขภาพ: มุ่งให้เกิด Oral Health Self Care
2. Data-Driven พัฒนาระบบข้อมูลที่ชี้บ่งปัญหา สามารถติดตามการจัดบริการได้ต่อเนื่อง และ ประเมินผลลัพธ์ของบริการที่เกิดในกลุ่มเป้าหมายได้
3. การมีส่วนร่วมของภาคีทุกกลุ่มในการร่วมจัดบริการ (ทันตบุคลากร สาธารณสุข อบต. และ ภาคประชาชน)
- 4 พัฒนาระบบการประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดในกลุ่มเป้าหมาย



ปี พ.ศ. 2565

แนวทางเล่มปัจจุบัน



แนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ
โดยกรมสุขภาพจิต
ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1
มกราคม 2565

แนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ

คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ
ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ระดับสุขภาพช่องปาก
ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑
มกราคม ๒๕๖๕

- บทที่ 1 ทิศทางการพัฒนางานสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิของประเทศไทย
- บทที่ 2 รูปแบบและขอบเขตบริการสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ
- บทที่ 3 การวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในพื้นที่ด้วยแนวคิดของระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- บทที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการบริการสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
- บทที่ 5 กรณีศึกษา การใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก
- ภาคผนวก แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคฟันผุสำหรับช่วงอายุต่างๆ

Credit : พญ. วราตีณ์ ใจชื่น
กลุ่มงานพัฒนาระบบสนับสนุนบริการ กองบริหารการสาธารณสุข
เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ

สรุปผลการวิเคราะห์ GAP

เชิงปริมาณ : ประเมินตนเอง

ส่วนที่ 1 : การจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบบูรณาการใน รพ.สต.
 ส่วนที่ 2 : ระบบสนับสนุนการจัดการบริการสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 1 การจัดการระบบบริการทันตสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากรายบุคคลในคลินิก

	บ้าน N = 39	บุรีรัมย์ N = 133	สระบุรี N = 50	สุโขทัย N = 12	รวม N = 246	GAP
1. ตรวจคัดกรองช่องปากความเสี่ยงตามทันตแพทย์	98.0	96.2	98.0	91.7	96.7	
2. วางแผนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรค	100.0	97.7	100.0	91.7	98.4	
3. การให้คำปรึกษารายบุคคลหรือรายกลุ่ม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
4. การจัดทำบันทึกฉบับเฉพาะบุคคลและกรณีบัตรรายการรพ.สต.	96.1	97.0	96.0	91.7	96.3	
5. ก่อให้เกิดบริการการเลิกสูบบุหรี่ (Quit Smoking)	49.0	75.2	60.0	75.0	66.7	

บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมาย

	บ้าน N = 39	บุรีรัมย์ N = 133	สระบุรี N = 50	สุโขทัย N = 12	รวม N = 246	GAP
1. ฝึกอบรมอาสาสมัครสุขภาพช่องปาก (ASHA) ใน VCC	18.4	69.9	86.0	91.7	75.6	
2. จัดบริการทันตสุขภาพใน VCC	85.3	68.6	86.0	91.7	76.0	
3. จัดบริการทันตสุขภาพใน VCC	90.2	62.0	90.0	91.7	86.2	
4. จัดบริการทันตสุขภาพใน VCC	96.4	64.2	98.0	95.0	87.5	
5. จัดบริการทันตสุขภาพใน VCC	88.2	69.2	98.0	91.7	72.0	
6. จัดบริการทันตสุขภาพใน VCC	86.3	73.9	60.0	91.7	76.0	
7. จัดบริการทันตสุขภาพใน VCC	88.9	62.4	76.0	61.7	63.0	
8. จัดบริการทันตสุขภาพใน VCC	66.7	66.7	76.0	75.0	67.9	
9. จัดบริการทันตสุขภาพใน VCC	82.4	69.2	86.0	75.0	75.6	

บริการทันตกรรมพื้นฐานและการส่งต่อ

	บ้าน N = 39	บุรีรัมย์ N = 133	สระบุรี N = 50	สุโขทัย N = 12	รวม N = 246	GAP
1. เติมน้ำยาอุดฟัน	98.0	99.2	94.0	100.0	96.0	
2. อุดฟัน	98.0	93.5	93.0	83.3	94.3	
3. ขูดหินปูนและรักษาเหงือกอักเสบ	98.0	97.0	92.0	100.0	96.3	
4. รักษาฟันผุ	15.7	11.3	2.0	16.7	10.6	
5. รักษาคลองรากฟัน (ฟันน้ำนม)	9.8	9.0	6.0	16.7	7.7	
6. รักษาคลองรากฟัน (ฟันแท้)	9.8	7.5	6.0	16.7	6.9	
7. ถอนฟัน (ฟันน้ำนม)	98.0	97.7	96.0	100.0	97.6	
8. ถอนฟัน (ฟันแท้)	98.0	97.0	96.0	100.0	97.2	

บริการทันตกรรมและการส่งต่อ (ต่อ)

	บ้าน N = 39	บุรีรัมย์ N = 133	สระบุรี N = 50	สุโขทัย N = 12	รวม N = 246	GAP
9. รักษาฟันผุ	15.7	12.8	6.0	16.7	12.2	
10. รักษาฟันผุ	21.6	18.8	6.0	25.0	17.1	
11. ขูดหินปูนและรักษาเหงือกอักเสบ	98.0	91.7	96.0	91.7	93.9	
12. ขูดหินปูนและรักษาเหงือกอักเสบ	84.3	57.1	98.0	93.3	60.2	
13. ส่งต่อ-รับส่งผู้ป่วยทันตกรรม	180.0	98.5	88.0	100.0	95.1	
14. การให้คำปรึกษาร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ	80.4	82.7	56.0	75.0	76.4	
15. การให้คำปรึกษาร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ	84.3	87.2	72.0	91.7	83.7	



สรุปการวิเคราะห์ GAP

ส่วนที่ 1 การจัดระบบบริการทันตสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำได้น้อย/ไม่ได้ทำ

คลินิก

1. การให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่โดยบูรณาการกับสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
2. จัดบริการย้อมสีฟันและฝึกแปรงฟัน ,ขัดและทำความสะอาดฟัน ใน ANC และ คลินิกเบาหวาน
3. การให้บริการระดับทุติยภูมิโดยทันตแพทย์ลงสนับสนุนในรพ.สต. (เกลารากฟัน รักษาคลองรากฟัน น้ำนม-ฟันหน้าแท้ ผ่าฟันคุดอย่างง่าย ฟันเทียมชนิดถอดได้)

เชิงรุกในชุมชน

- 4 จัดบริการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อจัดทำ Individual care plan
5. การจัดบริการทันตกรรมที่บ้าน เพื่อทำความสะอาดฟันและช่องปาก ทาฟลูออไรด์ อุดฟัน ชั่วคราว ถอนฟันที่โยกมาก และกรอลดการกัดเจ็บของฟันเทียม

สรุปการวิเคราะห์ GAP

ส่วนที่ 1 การจัดระบบบริการทันตสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

6. บริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มเป้าหมายที่ขาดคือ ในโรงเรียนมัธยมศึกษา หน่วยงานราชการ ศาสนสถาน และ สถานประกอบการ
7. บริการส่งเสริมสุขภาพฯในชุมชน : การออกแบบมาตรการและดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก พัฒนานโยบายสาธารณะร่วมกับประชาคม ธรรมนูญชุมชน การรณรงค์สร้างกระแส ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผ่านกลไก พชอ. และ ออกหน่วยเคลื่อนที่ดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชน เป็นบทบาทของทันตแพทย์หรือทันตภิบาล

ปัญหาภาระงาน ศักยภาพทันตบุคลากร ระบบจัดการและสนับสนุน

สรุปการวิเคราะห์ GAP

ส่วนที่ 1 ระบบสนับสนุน

1. ขาดระบบข้อมูลในการดูแลสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ และ ทันตบุคลากรขาดศักยภาพในการวิเคราะห์และการใช้ประโยชน์ข้อมูล
2. ครุภัณฑ์/เครื่องมือ/วัสดุ/เวชภัณฑ์ทางทันตกรรม ยังไม่ครบถ้วน/เสื่อมสภาพ ไม่ตามเกณฑ์
3. กำลังทันตบุคลากรให้บริการ คือ
 - ทันตแพทย์ ให้บริการใน รพ.สต. ค่อนข้างน้อย
 - ขาดแคลนทันตภิบาล ในรพ.สต. โดยเฉพาะ ขนาด S และ มีปัญหาศักยภาพด้านบริการทันตกรรมและทันตสาธารณสุขในชุมชน
 - ขาดผู้ช่วยช่างเก้าอี้ในการให้บริการทันตกรรมในรพ.สต.
- 4 ขาดแคลนงบประมาณในการดำเนินโครงการพัฒนาในพื้นที่

ข้อเสนอการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ

ส่วนที่ 1 การจัดระบบบริการทันตสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนา
คลินิก	
1. การให้คำปรึกษา การเลิกบุหรี่	<ul style="list-style-type: none"> ■ เพิ่มสมรรถนะการให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ โดยปรับเพิ่มหลักสูตรการผลิตทันตแพทย์/ทันตภิบาล ■ พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรและบูรณาการร่วมกับคลินิกเลิกบุหรี่/แนะนำการเลิกบุหรี่ในระหว่างการชุดหินปูนให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่
2. มีนโยบายให้บริการ PP ทันต ฯ เชิงคุณภาพใน ANC และ NCDs Clinic	<ul style="list-style-type: none"> ■ ทำการประเมิน caries risk และ periodontitis assessment และให้ความรู้แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปาก โภชนาการและการลดการบริโภคอาหารหวานแก่ผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษา ในคลินิก NCDs ■ เพิ่มกิจกรรมบริการตรวจช่องปากใช้ intra oral camera ฝึกทักษะแปรงฟันด้วยการย้อมสีฟัน และ บริการทันตกรรมชุดหินน้ำลายและ การขัดทำความสะอาดในคลินิก ANC และ คลินิกเบาหวาน

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง
<p>3. สนับสนุนทันตแพทย์ในการให้บริการระดับทุติยภูมิในรพ.สต. (เกลารากฟัน รักษาคลองรากฟันน้ำนม-ฟันหน้าแท้ ผ่าฟันคุดอย่างง่าย ฟันเทียมชนิดถอดได้) และชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ จัดระบบหมุนเวียนทันตแพทย์รพ.ออกมาให้บริการระดับทุติยภูมิในรพ.สต. ▪ ประสานทันตแพทย์ภาคเอกชนมาให้บริการใน รพ.สต. เขตเมือง ▪ มีระบบให้คำปรึกษาบริการทันตกรรมทางไกล โดยใช้ intraoral Camera เป็นส่วนหนึ่งในการ Consult การรักษาด้วยระบบ Tele-dentistry และส่งต่อ Case ที่เร่งด่วน ▪ การนัดหมายคิวออนไลน์ ▪ จัดหา portable X-ray เพื่อหมุนเวียนใช้ใน รพ.สต. ต่างๆ เพื่อให้สามารถให้บริการรักษาทันตกรรมระดับทุติยภูมิ เช่น การรักษารากฟัน การผ่าตัดฟันคุดอย่างง่ายได้ การแก้ไขฟันเทียมกดเจ็บได้

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง
ชุมชน	
<p>4 จัดบริการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อจัดทำ Individual care plan</p>	<p>จัดระบบเยี่ยมบ้านและพัฒนาทักษะศักยภาพในการประเมิน Case และ เขียนแผนการดูแลรายบุคคล เน้นในกลุ่มเด็กที่ high risk กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนและปัญหาปริทันต์</p>
<p>5. การจัดบริการทันตกรรมที่บ้าน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ การจัดระบบบริการทันตกรรมเชิงรุก ร่วมมือกับทันตแพทย์รพ.แม่ข่าย เพื่อบริการความสะอาดช่องปาก อุดฟันชั่วคราว ถอนฟันที่ยกมาก และ กรอลดการกดเจ็บของฟันเทียม ▪ ออกเยี่ยมบ้านเด็กอายุ 0-5 ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเด็กด้อยโอกาส ไม่สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยตรวจสุขภาพช่องปาก ทาฟลูออไรด์วานิช และ ให้บริการทันตกรรมตามความเหมาะสม

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง
ชุมชน	
<p>6. บริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มเป้าหมายที่ขาด คือ ศาสนสถาน หน่วยงานราชการ และ สถานประกอบการ</p>	<p>ทั้ง 3 setting มีการดำเนินการน้อย เพิ่มกิจกรรมบริการโดย</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์และสามเณรรวมถึงปรับพฤติกรรมกรับโรคคลองทวน มัน เค็ม ร่วมกับสหวิชาชีพ ▪ การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในหน่วยงานราชการ เช่น Healthy break ▪ การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้สิทธิประกันสังคม มีนโยบายตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 1 ครั้ง และ ประสานคลินิกเอกชนในการรองรับการรักษา

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง
ชุมชน	
7. บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน ด้วยกิจกรรม มีการออกแบบมาตรการและดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ มีนโยบาย สาธารณะ ประชาคม ธรรมนูญชุมชน มีการรณรงค์สร้างกระแสการดูแลสุขภาพช่องปาก มีการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ผ่านกลไก พชอ. และ ออกหน่วยเคลื่อนที่ดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> ■ มีการรวบรวมข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก ระดับพื้นที่เสนอต่อคณะกรรมการ พชอ. ■ พัฒนาเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพช่องปากร่วม ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ประชาคม ธรรมนูญชุมชน ■ จัดระบบบริการทันตกรรมรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ในพื้นที่ที่มีปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก โดยมีทีมจากรพ.แม่ข่ายร่วมกับ รพ.สต.

ส่วนที่ 2 ระบบสนับสนุนสุขภาพช่องปาก	
สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง
1. ขาดระบบข้อมูลเพื่อวางแผนในการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ / ทันตบุคลากรไม่มีศักยภาพในการวิเคราะห์แลใช้ประโยชน์ข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ■ พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อวางแผนในการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ ■ พัฒนาทักษะทันตบุคลากรให้สามารถวิเคราะห์และนำข้อมูลที่มีอยู่ใน HDC มาใช้ประโยชน์ เพื่อกำกับติดตามงาน และ ประเมินผล ■ เพิ่มแบบสำรวจพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากและการบริโภคหวานให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย
2 ขาดครุภัณฑ์/เครื่องมือ/วัสดุ/เวชภัณฑ์ทางทันตกรรม ไม่ครบถ้วน/พอเพียงตามเกณฑ์	<ul style="list-style-type: none"> ■ รพ.สต. ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 50 มีครุภัณฑ์ทันตกรรมตามเกณฑ์ แต่ครุภัณฑ์จำนวนหนึ่งมีอายุใช้งานเกิน15 ปี ชำรุดบอบย ควรจัดหาครุภัณฑ์ทันตกรรมทดแทนในระดับเขต ■ รพ.แม่ข่ายมีแผนซ่อมบำรุงประจำปีและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุงให้ รพ.สต.

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง
3 การสนับสนุนงบประมาณให้รพ.สต.	<ul style="list-style-type: none"> ■ จาก สสอ.เฉพาะค่าสาธารณูปโภค ■ จาก รพ.ทุกขนาดในรูปแบบวัสดุทันตกรรมและเวชภัณฑ์ ส่วนงบประมาณด้านสุขภาพช่องปากได้เฉพาะ งบ PP Fee Schedule กระตุ้นผลงาน เกิดการยอมรับทันตภิบาลในการเพิ่มรายได้ให้องค์กรและเพิ่มบริการให้ประชาชน ■ จาก สสจ.เป็นงบลงทุน/งบค่าเสื่อมสำหรับครุภัณฑ์ทันตกรรมและการปรับปรุงห้อง ■ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น โอกาสเสนอโครงการด้านสุขภาพช่องปากวัยปีละ 1 ครั้ง ส่วนใหญ่ได้งบเฉลี่ย 10000-30000 บาท แต่ไม่ค่อยเขียนขอ

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง
<p>4. ปัญหาด้านกำลังคน</p> <p>ทันตแพทย์</p> <ol style="list-style-type: none"> จำนวนทันตแพทย์ใน กทช. เริ่มเต็ม บทบาทและสมรรถนะทันตแพทย์ ควรปรับให้สอดคล้องความต้องการในอนาคต ทันตแพทย์ออกหมอนเวียนในรพ. สด. น้อย 	<ul style="list-style-type: none"> บริหารจัดการมาตรการเพิ่ม productivity ทันตแพทย์ ปรับให้ตอบสนองบทบาทในอนาคต (ดูแลปัญหาทันตสุขภาพช่องปากระดับทุติยภูมิ การให้บริการเชิงรุกเช่น เยี่ยมบ้านและจัดบริการทันตกรรมที่บ้านในรายที่จำเป็น และ ขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน ทันตแพทย์รพช.ทุกระดับควรออกหมอนเวียนรพ. สด. อย่างน้อย 1-3 วันต่อสัปดาห์ตามบริบท เพื่อยกระดับให้มีบริการทันตกรรมใน รพ. สด. ได้แก่ รักษาจากฟันน้ำนม/หน้าแท้ อย่างง่าย และ ผ่าฟันคุดอย่างง่าย ทั้งนี้ต้องพิจารณาตามความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง
<p>ทันตภิบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ขาดทันตภิบาลในรพ. สด. ขนาดเล็ก ขาดสมรรถนะบริการเชิงรุก ตามบทบาทที่ควรทำได้ในอนาคต นโยบายบรรจุ “นวก. สส.” ส่งกระทบต่อบริการทันตกรรมลดลง ควรมีตำแหน่งและความก้าวหน้าตรงกับบทบาทผู้ให้บริการ PP และรักษาทันตกรรมพื้นฐานไม่ใช่ นักวิชาการ ด้วยตำแหน่ง “นักทันตสาธารณสุข” 	<ul style="list-style-type: none"> ปรับกรอบอัตรากำลังตำแหน่งทันตภิบาลในรพ. สด. ขนาดเล็ก ผลิตจำนวนทันตภิบาลในรพ. สด. ครบทุกขนาดทุกแห่งด้วยหลักสูตรใหม่ (เพิ่มวิชาดทันตสาธารณสุข) พัฒนาหลักสูตรที่สร้างสมรรถนะด้านทันตสาธารณสุข และหัตถการด้านทันตกรรมพื้นฐาน เพิ่มสัดส่วนทักษะการรักษาพื้นฐาน ทันตสาธารณสุขในชุมชน และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้คำปรึกษา กำหนดตำแหน่ง “นักทันตสาธารณสุข” ในกระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้นตำแหน่งแล้วรอตั้งคณะกรรมการพิจารณา)

สรุปช่องว่างที่พบ	กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง
<p>ผู้ช่วยทันตแพทย์</p> <p>ขาดแคลนผู้ช่วยช่างเก้าอี้ประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ</p>	<p>มีระบบจัดการให้มีผู้ช่วยช่างเก้าอี้ประจำ/บางเวลา เป็นนโยบายที่จริงจังในพื้นที่</p>

ข้อเสนอ

โครงการทศวรรษพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ และระบบบริหารจัดการตามบริบท (ในกทม. ในเขตเมือง ในเขตชนบท)

- กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์
- กลไกการขับเคลื่อนการจัดบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม
- ปรับการผลิตบุคลากรทั้ง 3 กลุ่ม ให้มีหลักสูตรที่สร้างสมรรถนะและจำนวนที่ตอบสนองระบบบริการในอนาคต

โดยเฉพาะทันตภิบาลกำหนดตำแหน่ง “นักทันตสาธารณสุข” เพื่อเป็นหลักประกันว่ามีผู้ให้บริการแก่ประชาชนในรพ.สต.



คำสั่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ที่ ๑๑ /๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรค
ระดับปฐมภูมิของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูป
ด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

.....

ตามที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีคำสั่งที่ ๒/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย โดยให้คณะอนุกรรมการทำหน้าที่พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม การจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุ การส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากและฟัน การพัฒนาการใช้ฟลูออไรด์ งานทันตสาธารณสุขในท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิในระดับประเทศ การพิจารณาศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม การพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านทันตกรรมของไทย การพิจารณาแก้ระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุข ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติภารกิจของคณะอนุกรรมการให้มีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผลตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้ อาศัยอำนาจตามข้อบังคับการประชุม พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) คณะกรรมการจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะกรรมการดังกล่าว ประกอบด้วย

คณะกรรมการ

- | | |
|-------------------------------|-----------------------|
| ๑. นางสุณี วงศ์คงคาเทพ | เป็นหัวหน้าคณะกรรมการ |
| ๒. นายจรรูวัฒน์ บุษราคมรุษะ | เป็นคณะกรรมการ |
| ๓. นายจิรศักดิ์ ทิพย์สุนทรชัย | เป็นคณะกรรมการ |

๔. นางสาวรณมา สมถวิล	เป็นคณะทำงาน
๕. นายกมล เศรษฐชัยยันต์	เป็นคณะทำงาน
๖. นายนิติโชติ นิลกำแหง	เป็นคณะทำงาน
๗. นางศศิธร บัณฑิตมหากุล	เป็นคณะทำงาน
๘. นายพงศ์ภัทร มหาหุมะรัตน์	เป็นคณะทำงาน
๙. นายกษิต์เดช ศิริเวชยันต์	เป็นคณะทำงาน
๑๐. นางวรางคณา เศรษฐชัยยันต์	เป็นคณะทำงาน
๑๑. นายกฤตนันท์ บุบผาชื่น	เป็นคณะทำงาน
๑๒. นางเอมอร เสนานุฤทธิ	เป็นคณะทำงาน
๑๓. นางสาวดวงฤดี มหาวัง	เป็นคณะทำงาน
๑๔. นางรอยพิมพ์ นาระทะ	เป็นคณะทำงาน

โดยให้คณะทำงานมีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. ดำเนินการการศึกษาสถานการณ์ ๓ องค์ประกอบ คือ เรื่องการจัด การบูรณาการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ ศักยภาพในการวิเคราะห์และใช้ ข้อมูลจาก Health Data Center : ๔๓ แห่ง และสนับสนุนบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่อง ปากจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ในพื้นที่ศึกษา ๓ จังหวัด คือ จังหวัด บุรีรัมย์ น่าน สระบุรี

๒. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการบูรณาการและระบบสนับสนุนการส่งเสริม สุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ ๓ จังหวัด คือ ๑) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการบูรณาการ ส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิตามบริบทจังหวัด ในส่วนของบริการที่ไม่ได้ดำเนินการ บริการที่ดำเนินการไม่ครบถ้วน ทั้งในส่วนบริการในหน่วยบริการ บริการตาม setting เช่น ในศูนย์ เด็ก โรงเรียน ชมรมผู้สูงอายุ และเยี่ยมบ้าน เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายสำคัญของพื้นที่ ๒) การพัฒนา ระบบข้อมูลในแต่ละกลุ่มวัย เพื่อสร้างระบบติดตามและประเมินผลการรับบริการและสถานะ สุขภาพช่องปากของกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ๓) พัฒนาโครงการบูรณาการส่งเสริมสุขภาพ ช่องปากระดับปฐมภูมิที่สนองต่อการแก้ปัญหาในพื้นที่ และสามารถขอการสนับสนุน งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

๓. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางพัฒนาระบบการสนับสนุนระบบ บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิในชุมชนท้องถิ่นอย่างเป็นระบบในทุกมิติ

๔. นำเสนอผลการศึกษาต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อน การพัฒนา อย่างเป็นรูปธรรม

๕. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะอนุกรรมการมอบหมาย

๖. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันที่
มีคำสั่งแต่งตั้ง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๑๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๘ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายเจตน์ ศิริธรรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

๒.๖ ผลการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรมของประเทศไทย

รายงานการศึกษาการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการ

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยคณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรมของประเทศไทย ตามคำสั่งคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่ ๙/๒๕๖๕

คณะทำงานได้รวบรวมข้อมูลทั้งในแง่สถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่การเลือกใช้ระบบข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ถึงปัญหาที่แท้จริง การวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก รวมไปถึงการยกตัวอย่างรูปแบบการพัฒนาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ ซึ่งมีทั้งในบริบทโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน แล้วจัดทำเป็นข้อเสนอการพัฒนาทั้ง ๖ ด้าน ตามองค์ประกอบของระบบสุขภาพ (six building blocks)

คณะทำงานหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานชิ้นนี้จะช่วยชี้ให้เห็นถึงปัญหาที่แท้จริง และข้อเสนอในการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมที่จัดทำขึ้นจะได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

สถานการณ์ปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม

ส่วนที่ ๑ สถานการณ์การใช้บริการทันตกรรม

การเข้าถึงบริการทันตกรรมยังคงเป็นปัญหาที่จำเป็นต้องเร่งจัดการ และต้องอาศัยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่รอบด้าน ข้อมูลที่สะท้อนปัญหาในแต่ละมิติได้อย่างเหมาะสม จะนำไปสู่การค้นหาช่องว่างในการพัฒนาได้ตรงประเด็นต่อไป ซึ่งจากการทบทวนแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการทันตกรรม พบว่าในปัจจุบันมีสองฐานข้อมูลที่ครอบคลุมข้อมูลระดับประเทศ ได้แก่ ชุดข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และชุดข้อมูลรายงานการบริการสุขภาพในระบบ Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการใช้บริการทันตกรรมที่ประมวลจากทั้งสองฐานข้อมูลนี้มีความแตกต่างกันมาก ดังนั้นในเบื้องต้นคณะทำงานจึงได้วิเคราะห์ถึงคุณลักษณะของแต่ละชุดข้อมูล เพื่อนำมาใช้ประกอบการเลือกข้อมูลในวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างเหมาะสมในลำดับต่อไป สำหรับรายละเอียดการเปรียบเทียบคุณลักษณะของชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการทันตกรรม แสดงในตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ คุณลักษณะของชุดข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการทันตกรรมในระดับประเทศ

แหล่งข้อมูล	การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ	Health Data Center ของ กสธ.
อัตราการใช้บริการทันตกรรม (ใช้ข้อมูลปี ๒๕๖๒ ในการเปรียบเทียบ)	๗.๗% (เฉพาะข้อมูลประชากรนอก กทม.)	๓๑.๔% (เฉพาะข้อมูลของหน่วยบริการสังกัด สปสธ)
ประชากรที่ใช้เป็นฐานการคำนวณ	๕๙.๑๒ ล้านคน	๔๓.๒๔ ล้านคน
ระเบียบวิธีที่ใช้ในการคำนวณข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> สำรวจโดยสุ่มจากครัวเรือนตัวอย่าง และสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยถ่วงน้ำหนักข้อมูลตามสัดส่วนประชากร 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลจากการบันทึกในเวชระเบียนผู้รับบริการ
ความเหมาะสมในการนำข้อมูลมาใช้แก้ปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> เหมาะสำหรับวิเคราะห์อุปสรรคของการเข้ารับบริการในมุมมองของประชาชน 	<ul style="list-style-type: none"> เหมาะสำหรับใช้กำกับติดตามผลลัพธ์การเข้าถึงบริการ

จากการวิเคราะห์ความเหมาะสมในการนำข้อมูลมาใช้แก้ปัญหาข้างต้นในส่วนของข้อมูลจาก HDC จึงเลือกใช้ในการวิเคราะห์อัตราการใช้บริการทันตกรรม ส่วนข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการเลือกใช้เพื่อวิเคราะห์อุปสรรคของการเข้ารับบริการในมุมมองของประชาชน ดังนี้

อัตราการใช้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สธ.) พบว่าในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยมีอัตราสูงสุดที่ร้อยละ ๓๑.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ก่อนจะลดลงในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ (รูปที่ ๑) ซึ่งน่าจะเกิดจากผลกระทบของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์แยกรายประเภทบริการ โดยแบ่งเป็นการใช้บริการงานทันตกรรมป้องกันทันตกรรมพื้นฐาน และทันตกรรมเฉพาะทาง พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ได้รับบริการประเภททันตกรรมป้องกัน ส่วนการให้บริการทันตกรรมพื้นฐานอยู่ในระดับต่ำกว่าร้อยละ ๑๐ มาโดยตลอด ในขณะที่การให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๑ (รูปที่ ๒) ทั้งนี้ มีข้อสังเกตว่า

ประชากรหนึ่งคนอาจรับบริการมากกว่า ๑ ชนิด ในรอบปี ทำให้จำนวนรวมของการใช้บริการทุกประเภทบริการ (รูปที่ ๒) มีค่าไม่เท่ากับอัตราการให้บริการแบบนับรวมรายคน (รูปที่ ๑)



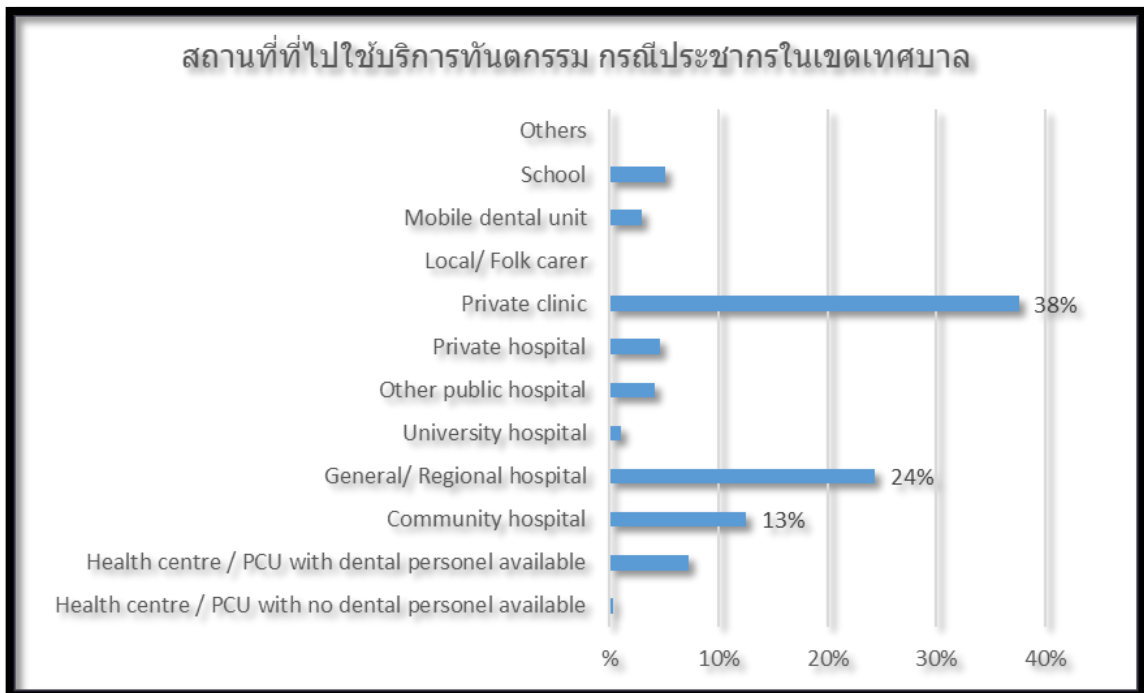
รูปที่ ๑ อัตราการให้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ (คน) ในหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.



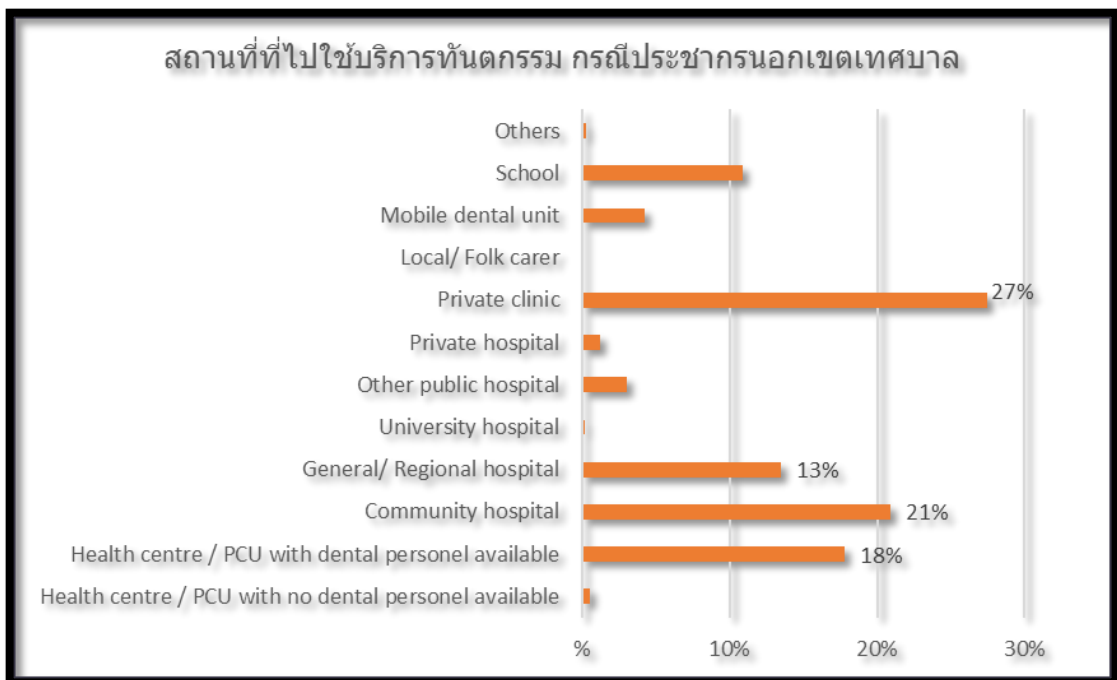
รูปที่ ๒ อัตราการให้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ (คน) ในหน่วยบริการสังกัด สป.สธ.

จำแนกรายประเภทบริการ

จากข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี ๒๕๖๒ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างลักษณะการใช้บริการทันตกรรมของประชาชนในและนอกเขตเทศบาล (ไม่รวม กทม.) พบว่า สถานที่ที่ประชาชนไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอกเขตเทศบาลเลือกไปใช้บริการทันตกรรมส่วนใหญ่ คือ คลินิกทันตกรรมเอกชน รองลงมา คือ หน่วยบริการในสังกัด สป.สธ. ที่อยู่ในพื้นที่ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพศ./รพท.) สำหรับประชาชนในเขตเทศบาล (รูปที่ ๓) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำหรับประชาชนนอกเขตเทศบาล ที่น่าสังเกต คือ ประชาชนนอกเขตเทศบาลมีการใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีทันตบุคลากรในสัดส่วนที่สูงใกล้เคียงกับการการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ประชาชนนอกเขตเทศบาลยังมีการใช้บริการที่ รพศ./รพท. ในสัดส่วนถึงร้อยละ ๑๓ ซึ่งอาจเป็นเพราะได้รับการส่งต่อเพื่อมารับบริการที่เกินศักยภาพของ รพช. (รูปที่ ๔)



รูปที่ ๓ สถานที่ที่ประชาชนในเขตเทศบาลไปใช้บริการทันตกรรม



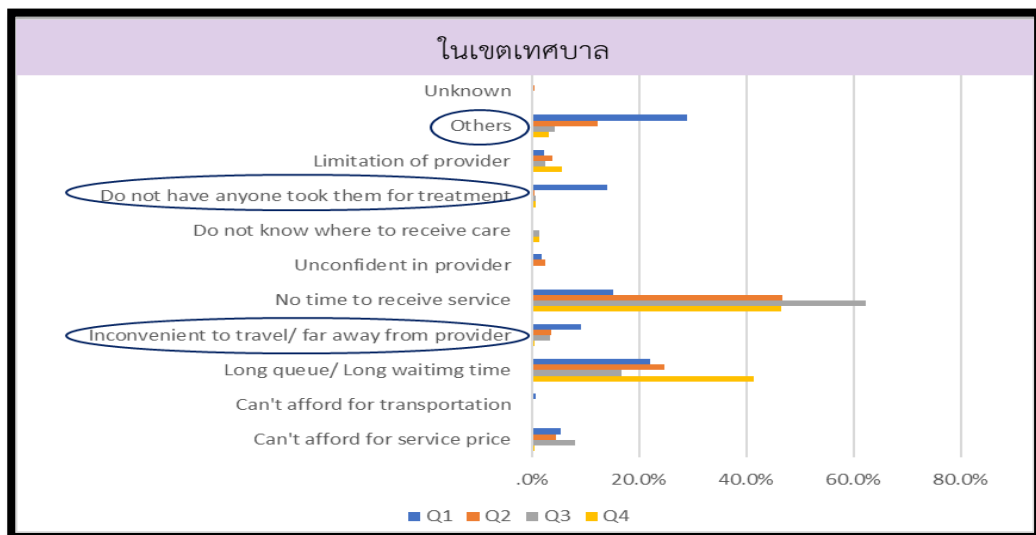
รูปที่ ๔ สถานที่ที่ประชาชนนอกเขตเทศบาลไปใช้บริการทันตกรรม

จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ยังสามารถวิเคราะห์ถึงเหตุผลของการที่ประชาชนไม่ใช้สิทธิตามสวัสดิการในการรับบริการทันตกรรม แม้จะมีสิทธิประโยชน์คุ้มครองอยู่ โดยพบว่า ๓ เหตุผลหลักของการไม่ใช้สิทธิที่มี คือ คิวยาว สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม และไม่สะดวกไปในเวลาทำการ ตามลำดับ (รูปที่ ๕)

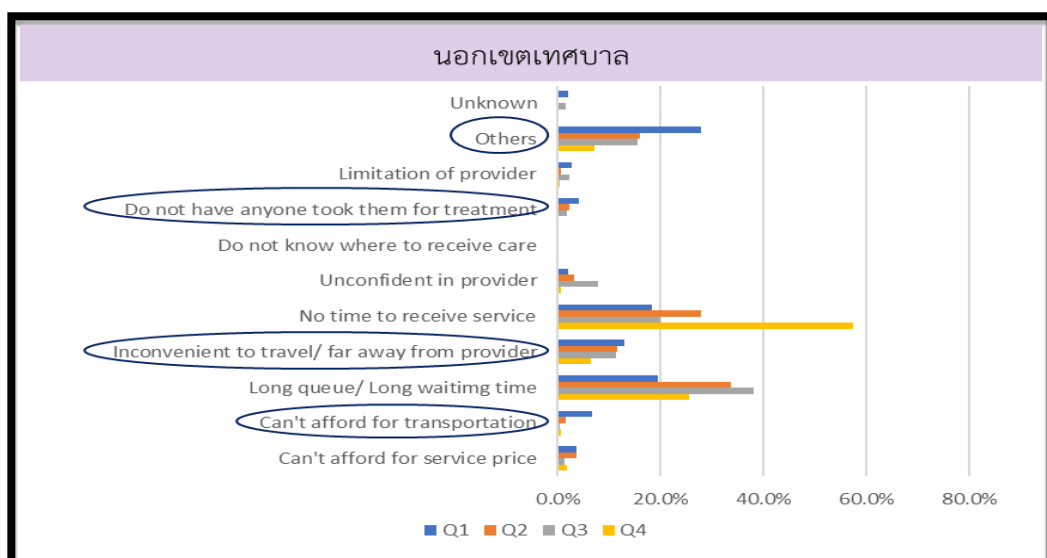


รูปที่ ๕ สามเหตุผลหลักของการที่ประชาชนไม่ใช้สิทธิตามสวัสดิการในการรับบริการทันตกรรม

นอกจากการที่ประชาชนมีสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมจากระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐแต่ไม่ใช้สิทธิด้วยเหตุผลข้างต้นแล้วนั้น ยังพบว่าประชาชนส่วนหนึ่งไม่ไปรับบริการทันตกรรมทั้งที่รู้สึกว่าการ (unmet dental care need) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลตามระดับรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง และแยกวิเคราะห์ระหว่างผู้ที่อยู่ในและนอกเขตเทศบาล โดยอาศัยข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี ๒๕๕๘ พบว่า ในภาพรวมประชาชนทั้งในและนอกเขตเทศบาล ให้เหตุผลว่า “ไม่มีเวลาไปรับบริการ” กับ “คิวยาว” เป็นเหตุผลสองลำดับแรกที่ทำให้ตัดสินใจไม่ไปรับบริการทันตกรรมทั้งที่รู้สึกว่าการ แต่มีเหตุผลที่พบในกลุ่มคนจนสุด (Q1) มากกว่ากลุ่มที่รวยกว่า คือ “ไม่มีคนพาไปรับบริการ” “เดินทางไม่สะดวก/บ้านไกล” “ไม่มีเงินค่าเดินทาง” ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะมากขึ้นในสังคมสูงอายุ (รูปที่ ๖ - ๗)



รูปที่ ๖ เหตุผลที่ประชาชนในเขตเทศบาลไม่ไปรับบริการทันตกรรมทั้งที่รู้สึกว่าการ



รูปที่ ๗ เหตุผลที่ประชาชนนอกเขตเทศบาลไม่ไปรับบริการทันตกรรมทั้งที่รู้สึกว่าการ

ส่วนที่ ๒ สถานการณ์ทรัพยากรในการจัดบริการทันตกรรมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูลจากการสำรวจของกองบริหารการสาธารณสุข ณ วันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยมีหน่วยบริการที่ตอบแบบสำรวจ ๘๕๔ แห่ง จากทั้งหมด ๙๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๘

ทันตบุคลากรและยูนิตทำฟัน

ในด้านของทรัพยากรในการจัดบริการทันตกรรมนั้น พบว่าปัจจุบันมีทันตแพทย์ในหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวม ๕,๗๒๐ คน แบ่งเป็นทันตแพทย์ที่ประจำในโรงพยาบาล ๕,๕๒๒ คน และทันตแพทย์ที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑๙๘ คน ในขณะที่มีทันตภิบาล รวม ๖,๓๒๖ คน แบ่งเป็นทันตภิบาลที่ประจำในโรงพยาบาล ๒,๓๓๒ คน และทันตภิบาลที่ประจำที่ รพ.สต. ๓,๙๙๔ คน ในจำนวนนี้พบว่ามีอยู่ ๑,๔๙๘ คน จะต้องถ่ายไอออนสีกัดไปอยู่ ออจ. ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ หรือคิดเป็นร้อยละ ๓๗.๕ ของทันตภิบาลที่ประจำใน รพ.สต. สำหรับเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนของโรงพยาบาลหรือผู้ช่วยทันตแพทย์ พบว่ามีอยู่ ๕,๓๔๓ คน ส่วนยูนิตทำฟันมีทั้งหมด ๑๐,๔๒๔ ตัว แบ่งเป็นยูนิตทำฟันที่อยู่ในโรงพยาบาล ๔,๖๙๒ ตัว และยูนิตทำฟันใน รพ.สต. ๕,๗๓๒ ตัว (ตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๒ สถานการณ์ทรัพยากรในการจัดบริการทันตกรรมของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

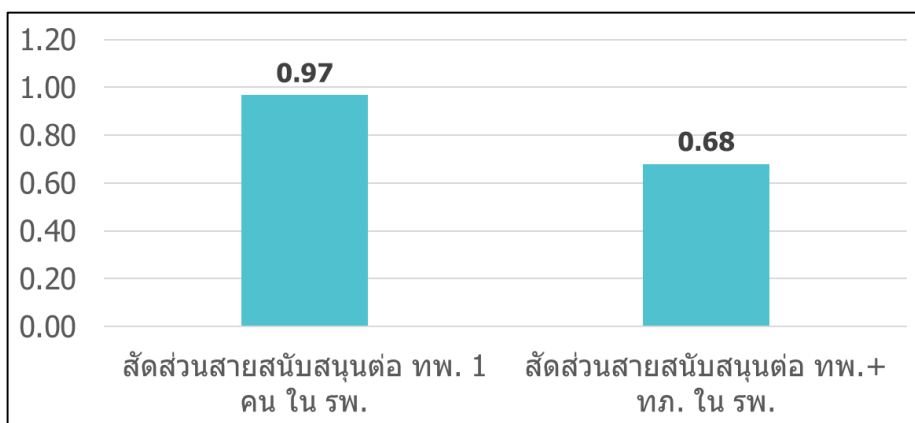
ทรัพยากร	ปี ๒๕๖๕
ทันตแพทย์ (คน)	๕,๗๒๐
ทันตแพทย์ ประจำโรงพยาบาล (คน)	๕,๕๒๒
ทันตแพทย์ ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ (คน)	๑๙๘
ทันตภิบาล (คน)	๖,๓๒๖
ทันตภิบาล ประจำโรงพยาบาล (คน)	๒,๓๓๒
ทันตภิบาล ประจำ รพ.สต. (คน)	๓,๙๙๔

ที่มา กองบริหารการสาธารณสุข ณ วันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๕

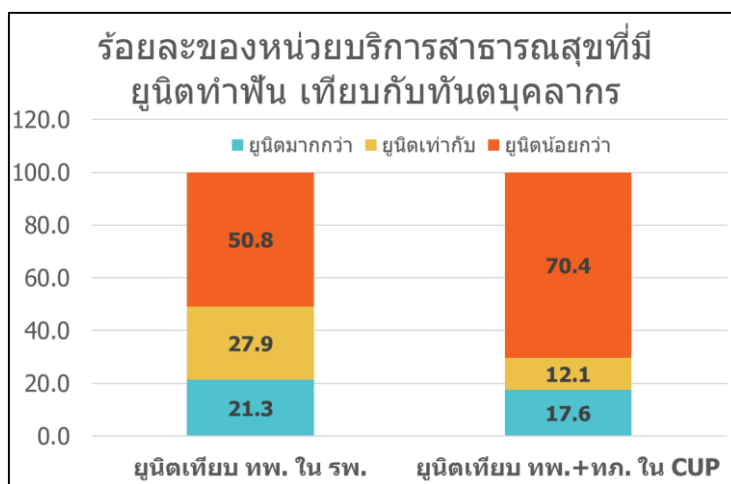
เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน (ผู้ช่วยทันตแพทย์) ต่อทันตแพทย์ อยู่ที่ ๐.๙๗ แปลความได้ว่าจำนวนเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนมีน้อยกว่าทันตแพทย์ และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน (ผู้ช่วยทันตแพทย์) ต่อทันตแพทย์ และทันตภิบาล พบสัดส่วนเพียง ๐.๖๘ หรือประมาณการว่าผู้ให้บริการ ๓ คน จะมีสายสนับสนุน

เพียง ๒ คน เท่านั้น ทั้งนี้สัดส่วนที่เหมาะสมของสายสนับสนุนต่อผู้ให้บริการควรอยู่ที่ ๑ - ๑.๕ เพื่อให้เกิดการทำงานได้เต็มศักยภาพ (รูปที่ ๘)

สถานการณ์ยูนิตทำฟันในโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ ๕๐.๘ ของโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. มียูนิตทำฟันน้อยกว่าทันตแพทย์ที่มี ร้อยละ ๒๗.๙ มียูนิตทำฟันเท่ากับทันตแพทย์ที่มี และร้อยละ ๒๑.๔ มียูนิตทำฟันมากกว่าทันตแพทย์ที่มี ในขณะที่สถานการณ์ในภาพ CUP พบว่า ร้อยละ ๗๐.๔ ของ CUP มียูนิตทำฟันน้อยกว่าจำนวนผู้ให้บริการ (ทพ.+ทก.) ร้อยละ ๑๒.๑ มียูนิตทำฟันเท่ากับจำนวนผู้ให้บริการ และร้อยละ ๑๗.๖ มียูนิตทำฟันมากกว่าจำนวนผู้ให้บริการ (รูปที่ ๙) ทั้งนี้ มีจำนวนโรงพยาบาลที่สามารถติดตั้งยูนิตทำฟันเพิ่มเติมได้ ๒๐๘ แห่ง รวมจำนวนยูนิตทำฟันที่สามารถติดตั้งเพิ่มเติมได้ จำนวน ๓๔๖ ตัว



รูปที่ ๘ สัดส่วนเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน (ผู้ช่วยทันตแพทย์) ต่อผู้ให้บริการทันตกรรม



รูปที่ ๙ ร้อยละของหน่วยบริการที่มียูนิตทำฟันเทียบกับทันตบุคลากร

การปรับปรุงระบบระบายอากาศตามมาตรฐานการบริการทันตกรรมวิถีใหม่

ในส่วนของการปรับปรุงระบบระบายอากาศให้ได้มาตรฐานตามแนวทางการให้บริการทันตกรรมวิถีใหม่ พบว่า จำนวนยูนิตทำฟันในโรงพยาบาลที่ได้รับการปรับปรุงระบบระบายอากาศแล้วมี ๓,๐๓๖ ยูนิต (คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๗) และมีอีก ๑,๖๕๙ ยูนิต ที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง ในขณะที่ยูนิตทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต./PCU) พบว่า มีเพียง ๒,๔๒๓ ยูนิต ที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว (คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๘) และมีอีก ๓,๒๓๗ ยูนิต ที่ยังไม่ได้รับการปรับปรุง เมื่อนับรวมทั้งหมดพบว่ามียูนิตที่จำเป็นต้องปรับปรุงระบบระบายอากาศอีก ๔,๘๙๖ ยูนิต

การเปิดให้บริการและระบบให้คำปรึกษาทางไกล

ร้อยละ ๘๘.๓ ของโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. มีการเปิดให้บริการทันตกรรมทุกวันทำการ ตลอดเวลาราชการ และร้อยละ ๑๐.๑ มีบางเวลาที่เปิดให้บริการเฉพาะกรณีฉุกเฉิน และร้อยละ ๑.๖ ที่ปิดให้บริการในบางเวลา ขณะที่ในด้านการเปิดบริการทันตกรรมนอกเวลาราชการ พบว่า มีโรงพยาบาลเพียงร้อยละ ๕๘.๑ ที่เปิดบริการ และจำนวนวันเฉลี่ยที่เปิดบริการนอกเวลาคือ ๓.๙ วันต่อสัปดาห์ และการจัดให้มีระบบให้คำปรึกษาทางไกลนั้นพบว่า ร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลมีการจัดระบบนี้

ส่วนที่ ๓ การวิเคราะห์จุดแข็ง (S) จุดอ่อน (W) โอกาส (O) และอุปสรรค (T) ของการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก ของกระทรวงสาธารณสุข

ความเป็นมา/สถานการณ์

ตั้งแต่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบบริการทันตกรรมก็ให้ความสำคัญกับการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมเป็นสำคัญ โดยในช่วงแรกได้อาศัยการกำกับติดตามจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการเป็นหลัก ซึ่งพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมยังเป็นตัวเลขที่ต่ำมาโดยตลอด (น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ต่อปี) ต่อมาเมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาสุขภาพช่องปากก็ได้ยึดอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชากรเป็นตัวชี้วัดหลัก โดยในระยะ ๕ ปีแรก (พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๖๐) มีจุดเน้นที่การพัฒนาโครงสร้างการจัดบริการของสถานบริการภายในเครือข่าย ซึ่งนำไปสู่การจัดโครงสร้างของสถานบริการต่าง ๆ ตามภารกิจที่เหมาะสมกับพื้นที่ โดยมีจุดเด่นอยู่ที่การขยายหรือยกระดับสถานบริการให้สูงขึ้นในพื้นที่จำเป็น ตลอดจนการพัฒนาปรับปรุงขีดความสามารถของสถานบริการให้เป็นไปตามแผนพัฒนาเครือข่ายบริการ โดยมียุทธศาสตร์สำคัญ ๓ ด้าน คือ ๑) การพัฒนาศักยภาพบริการสุขภาพช่องปากในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒) จัดตั้งงานบริการสุขภาพช่องปากใน “ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง” และ ๓) การพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพการจัดบริการในโรงพยาบาล ต่อมาในปี ๒๕๕๘ คณะกรรมการแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพช่องปากได้มีการทบทวนการดำเนินงานและมีการปรับยุทธศาสตร์การดำเนินงานสำหรับปี พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๓ โดยกำหนดยุทธศาสตร์

การพัฒนา ๓ ด้าน คือ ๑) เพิ่มคุณภาพบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามกลุ่มวัย ๒) เพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพช่องปาก และ ๓) พัฒนาระบบบริการทันตกรรม เฉพาะทางระดับจังหวัดและศูนย์ความเชี่ยวชาญสาขาสุขภาพช่องปาก

จะเห็นได้ว่า ยุทธศาสตร์หลักตลอดช่วงเกือบสิบปีที่ผ่านมาได้มุ่งหวังเพื่อพัฒนา สถานบริการให้มีศักยภาพที่เหมาะสมตามระดับสถานบริการเป็นหลัก สืบเกิดได้จากมาตรการ ที่ใช้ในการขับเคลื่อนและกำกับติดตาม เช่น การกำหนดเกณฑ์คุณภาพจัดบริการสุขภาพช่องปาก ใน รพ.สต./ศสม. (สถานบริการระดับ P2 P1) การกำหนดแนวทางการศึกษาต่อของทันตแพทย์ เฉพาะทางตามระดับของโรงพยาบาล เป็นต้น โดยมาตรการที่เกิดขึ้นเป็นไปในลักษณะที่กำหนด มาตรฐานจากคณะกรรมการกลางและนำไปบังคับใช้กับทุกพื้นที่ แต่ยังคงขาดมาตรการและการกำกับ ติดตามผลลัพธ์ที่แสดงถึงการทำงานในรูปแบบเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ และการบริหารจัดการ ในรูปแบบเขตสุขภาพที่เน้นการจัดบริการที่ตอบสนองกับปัญหาสำคัญในแต่ละพื้นที่ ผู้บริหาร ในพื้นที่ต้องการให้งานทันตกรรมเน้นการพัฒนาในระบบบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากสถานการณ์ข้อจำกัดของการจ้างงานในปัจจุบัน ยังมีความคาดหวังถึงศักยภาพของ ทันตแพทยศาสตร์บัณฑิตในอนาคตเพื่อรองรับระบบสุขภาพปฐมภูมิในรูปแบบ 1A4C อย่งไรก็ดี หากทันตแพทย์สามารถแสดงให้เห็นถึงผลงานที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพช่องปากของประชากร ในพื้นที่ได้อย่างชัดเจน การขยายกรอบการจ้างก็มีโอกาสเป็นไปได้ในอนาคต

ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงาน

ด้าน	ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงาน
ระบบบริการ	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายบริการปฐมภูมิ ไม่มีความชัดเจน เรื่องงานสุขภาพช่องปากและทันตบุคลากร เพื่อจัดให้มีบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ - สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทำให้การบริการทันตกรรมทุกระดับลดลงอย่างมาก ไม่สามารถลงให้บริการเชิงรุกในพื้นที่
บุคลากร	<ul style="list-style-type: none"> - การขาดแคลนผู้ช่วยทันตแพทย์ในภาพรวมทั้งระบบบริการ ทำให้มีการดึงดูผู้ช่วยทันตแพทย์ไปทำงานในภาคเอกชน เพราะในปัจจุบันไม่มีตำแหน่งราชการจ้าง และอัตราค่าจ้างของกระทรวงสาธารณสุขต่ำกว่าในเอกชน โรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงใช้วิธีฝึกอบรมผู้ช่วยทันตแพทย์เอง ซึ่งทำให้มีศักยภาพจำกัด บางแห่งมีการพัฒนาเป็นสถาบันฝึกอบรมผู้ช่วยทันตแพทย์ เพื่อหวังว่าจะผลิตไว้ใช้เองในกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็พบว่าไม่สามารถต้านแรงดึงดูดของตลาดจ้างงานภาคเอกชนได้ กรณีการทำงานใน รพ.สต. บางพื้นที่จะปรับตัวโดยนำ อสม. มาฝึกเป็นผู้ช่วยข้างเก้าอี้ แต่หากเป็นการวางแผนเพื่อเตรียมการสำหรับการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมปฐมภูมิในปัจจุบัน ที่จะมีการให้บริการที่เพิ่มมากขึ้นจากทีมทันตแพทย์และทันตภิบาล ประเด็นปัญหาเรื่องผู้ช่วยทันตแพทย์ควรต้องนำมาพิจารณาทางแก้ไขใหม่ เพราะศักยภาพของผู้ช่วยจะต้องพร้อมสำหรับการขยายงานด้วย

ด้าน	ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงาน
	<p>- ทันตภิบาล (ปริญญาตรี) ถูกจ้างงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จึงต้องทำงานในลักษณะสาธารณสุขทั่วไปด้วย ทำให้ทำงานด้านทันตสาธารณสุขได้ไม่เต็มที่ และจำนวนหนึ่งก็ไม่ต้องการทำงานทันตสาธารณสุข ซึ่งเป็นงานที่ยุ่ยากกว่า ทำให้เกิดการสูญเสียทันตบุคลากรเพิ่มขึ้นมาก</p> <p>- ทันตแพทย์</p> <p>> ยังขาดการกำหนดคุณลักษณะที่จำเป็นของทันตแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น สมรรถนะการทำงานในชุมชน เพื่อใช้ในการประเมินการทำงาน และการคัดเลือกทันตแพทย์เข้าทำงาน</p> <p>> ขาดการกำกับผลงานตามศักยภาพจริงของทันตแพทย์แต่ละระดับ เพื่อใช้ประกอบการประเมินผลงานและการวางแผนพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน</p>
ข้อมูลข่าวสาร	<p>- ขาดความชัดเจนของทิศทางการพัฒนามาตรฐานข้อมูลทางทันตกรรม เพื่อสนับสนุนการแลกเปลี่ยนข้อมูล</p> <p>- จำเป็นต้องทบทวนและพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับเป้าหมายของนโยบาย แผนพัฒนาระบบบริการ</p>
เทคโนโลยีทางการแพทย์	<p>- จำนวนยูนิตทำฟันในโรงพยาบาลมีจำนวนน้อยกว่าผู้ให้บริการทันตกรรม (ทันตแพทย์ และทันตภิบาล) ทำให้ประสิทธิภาพของการให้บริการต่ำ</p> <p>- หน่วยงานจำนวนมากยังไม่ได้งบประมาณสำหรับปรับปรุงระบบระบายอากาศ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่มีการติดต่อทางอากาศ</p> <p>- ยังขาดการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบทันตกรรมทางไกลเพื่อเชื่อมต่อระหว่างผู้รับบริการที่มีข้อจำกัดในการเดินทาง เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้พิการ และการเชื่อมต่อ การขอรับคำปรึกษา/วางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างทันตบุคลากรในระดับต่าง ๆ</p>
ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ	<p>- ขาดการประเมินค่าใช้จ่ายทางอ้อมของประชาชนในการต้องเดินทางไปรับบริการนอกพื้นที่ เมื่อเทียบกับการลงทุนพัฒนางานให้เบ็ดเสร็จในพื้นที่</p>
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล	<p>- ขาดระบบการเตรียมพร้อมและพัฒนาทันตแพทย์ในพื้นที่ในการทำหน้าที่ผู้นำในระดับเขตสุขภาพ ทำให้มีความแตกต่างของการบริหารจัดการระบบทันตกรรมระหว่างเขตสุขภาพ</p>

ผลการวิเคราะห์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปากของกระทรวงสาธารณสุข (SWOT Analysis : Oral Health Service Plan)

จุดแข็ง (Strength : S)	โอกาส (Opportunity : O)
<p>S1 มีโครงสร้างคณะกรรมการในการดำเนินงานชัดเจน</p> <p>S2 มีตัวอย่างเขตสุขภาพที่งานทันตกรรมเข้มแข็ง</p>	<p>O1 นโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>O2 การปฏิรูปเขตสุขภาพ</p> <p>O3 นโยบายการพัฒนาการแพทย์ทางไกล</p>

จุดอ่อน (Weakness : W)	อุปสรรค (Threat : T)
<p>W1 คณะกรรมการ OHSP ระดับเขต ยังแสดงสมรรถนะการทำงานในรูปแบบเขตไม่ชัดเจน</p> <p>W2 ขาดข้อมูลที่จำเป็นที่จะเอื้อให้เกิดการวิเคราะห์และวางแผนในระดับเขตสุขภาพ</p> <p>W3 ขาดแคลนผู้ช่วยทันตแพทย์</p> <p>W4 ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจและขาดสมรรถนะการทำงานปฐมภูมิ</p> <p>W5 ขาดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบทันตกรรมในระยะยาว ที่เชื่อมโยงทั้งระบบทันตกรรมปฐมภูมิและระบบทันตกรรมเฉพาะทาง</p> <p>W6 ขาดการลงทุนเพื่อการพัฒนาโครงสร้างครุภัณฑ์ทันตกรรม และระบบระบายอากาศของของหน่วยบริการสาธารณสุข</p>	<p>T1 การถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะเป็นอุปสรรคในการพัฒนาระบบบริการหากทันตแพทย์ผู้นำในพื้นที่ขาดสมรรถนะในการวางแผน และขาดการเตรียมพร้อมในการประสานงานเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิและระบบทันตกรรมเฉพาะทาง</p> <p>T2 covid-19</p> <p>T3 การจำกัดกรอบการจ้างงานภาครัฐ</p>

ข้อเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม

เป้าหมายสุขภาพช่องปากระยะยาว

ให้ประชาชนไทยในวัย ๘๐ ปีขึ้นไปทุกคนมีฟันใช้งานอย่างน้อย ๒๐ ซี่ โดยผลึกดันและขับเคลือบมาตรการดังนี้

เป้าหมายการพัฒนาระบบบริการ

เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากที่มีมาตรฐานของประชาชน เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กลยุทธ์หลัก

๑. ยกระดับมาตรฐานการจัดบริการทันตกรรมในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๒. เพิ่มประสิทธิภาพการจัดการบริการทันตกรรมเฉพาะทาง
๓. เพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการด้วยการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศและดิจิทัลเทคโนโลยี

มาตรการสำคัญในการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมระยะ ๕ ปี ตามองค์ประกอบ ๖ ด้านของระบบสุขภาพ

๑. ระบบบริการ

- พัฒนางานทันตกรรมในระบบสุขภาพปฐมภูมิให้ได้ตามมาตรฐาน โดยมุ่งเน้นการบริการโดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (People-centered care)
- พัฒนางานทันตกรรมเฉพาะทาง ในโรงพยาบาล

๒. ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ

- พัฒนาการบริการทันตกรรมในรูปแบบทีมทันตบุคลากร โดยทันตบุคลากรในแต่ละระดับการปฏิบัติงานมีสมรรถนะที่เหมาะสม และทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ
- กำหนดกรอบสมรรถนะของทันตบุคลากรที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานตามขอบเขตและศักยภาพของหน่วยบริการแต่ละระดับ เพื่อใช้ในการวางแผนและกำกับติดตามผลผลิตของบุคลากร
- จัดให้มีกรอบอัตรากำลังทันตบุคลากรในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และกำหนดให้มีทันตแพทย์ประจำใน ศสม./รพ.สต. ในเขตเมือง
- กำหนดตำแหน่ง และกรอบอัตรากำลังสำหรับทันตภิบาล (ปริญญาตรี)
- ทบทวนระบบการศึกษาต่อทันตแพทย์เฉพาะทาง โดยเน้นการพัฒนาทันตแพทย์เพื่อสนับสนุนแผนพัฒนาระบบบริการของเขตสุขภาพ เพิ่มระดับความร่วมมือกับฝั่งผู้ผลิต
- กำหนดคุณลักษณะที่จำเป็นของทันตแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ในการคัดเลือกทันตแพทย์เข้าทำงาน และใช้สื่อสารกับคณะทันตแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมนักศึกษาทันตแพทย์ได้เหมาะสม โดยคณะทันตแพทย์บูรณาการเรื่องทันตกรรมครอบครัว และทันตกรรมผู้สูงอายุในหลักสูตรปริญญาตรีและหลังปริญญา
- สนับสนุนการจ้างผู้ช่วยงานทันตกรรม และเพิ่มแรงจูงใจให้คงอยู่ในระบบ
- พัฒนา gate keeper (เช่น health volunteer) ให้สามารถสนับสนุนงานเฝ้าระวังและส่งต่อ
- สนับสนุนการประเมิน คัดกรองตนเองของภาคประชาชน

๓. ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

- พัฒนามาตรฐานข้อมูลสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรม ครอบคลุมทั้ง non-hospital data กับ hospital data และการเชื่อมโยงข้อมูล โดยร่วมดำเนินการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
- พัฒนาชุดข้อมูลที่เขตสุขภาพจำเป็นต้องมี รวมทั้งระบบแสดงผลข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการวางแผนพัฒนาระบบบริการของตนเอง

๔. ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์

- พัฒนาระบบบริการทันตกรรมทางไกลให้ได้ตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง
- สนับสนุนงบประมาณในงานทันตกรรม เพื่อปรับปรุงพื้นที่ห้องทันตกรรมให้สามารถติดตั้งยูนิตทำฟันเพิ่มเติม และจัดซื้อจัดหายูนิตทำฟันให้มีจำนวนเหมาะสมกับผู้ให้บริการทันตกรรม
- สนับสนุนงบประมาณปรับปรุงระบบระบายอากาศทันตกรรมให้ได้ตามมาตรฐาน เพื่อป้องกันโรคที่ติดต่อทางอากาศ

๕. ระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

- ผลักดันให้งานบริการทันตกรรมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของทุกสิทธิการรักษาพยาบาล
- สนับสนุนการพัฒนารูปแบบการซื้อบริการทันตกรรมตามแนวคิดบริการแบบมุ่งเน้นคุณค่า (Value-based payment)
- พัฒนาดันแบบการร่วมมือกับภาคเอกชนในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก

๖. ระบบอภิบาล

- กระจายอำนาจการบริหารจัดการด้านการจัดระบบบริการทันตกรรม ในระดับเขตสุขภาพโดยการจัดตั้ง Dental Health Board เพื่อให้เกิดการบริหารแบบบูรณาการระหว่าง เขตสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระดับเขต และองค์การบริหารส่วนจังหวัด
- พัฒนาหลักสูตรเตรียมความพร้อมทันตแพทย์ผู้นำเขตสุขภาพ
- สนับสนุนให้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปากระดับเขตมีบทบาทในการพัฒนา บริหารจัดการ และขับเคลื่อนนโยบายของพื้นที่
- ผลักดันให้มาตรฐานงานบริการสุขภาพช่องปากบรรจุไว้ในประกาศ ภายใต้อำนาจราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

การพัฒนากระบวนการทันตกรรมเพื่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมและยกระดับการบริการทันตกรรมรูปแบบศูนย์ทันตกรรม one stop service โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง

ทพ.พีระพงษ์ จันทร์พุ่ม

แนวคิดการพัฒนากระบวนการทันตกรรมที่กำหนดโดยกรรมการบริหารโรงพยาบาลห้วยยอด ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ด้วยงบประมาณบำรุงโรงพยาบาล สืบเนื่องจากความคับแคบของคลินิกทันตกรรมซึ่งตั้งอยู่ที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลห้วยยอด โดยมีพื้นที่คลินิกเพียง ๒๐ ตารางเมตร ประกอบด้วยยูนิตทันตกรรม ๔ ยูนิต ที่มีความแออัดคับแคบ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านทันตกรรมต่าง ๆ ในขณะที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก เฉลี่ย ๕๕ คนต่อวัน ส่งผลให้มีข้อร้องเรียนเรื่องระยะเวลารอคอยทำฟัน ขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อน และสถานที่นั่งรอทำฟันคับแคบ นอกจากนี้ สภาพคลินิกดังกล่าวไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HA เช่น ความไม่สะดวกกรณีที่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินจากคลินิกทันตกรรมไปยังห้องฉุกเฉินได้ เนื่องจากทางเข้าคลินิกแคบและพื้นที่ระหว่างยูนิตทันตกรรมคับแคบ รวมทั้งไม่สามารถรองรับการขยายโรงพยาบาลเป็นทุติยภูมิระดับกลาง ที่ต้องมีภาระงานบริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น เป้าหมายการพัฒนาจึงมุ่งเน้นเพื่อลดความแออัด และเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมด้วยการสร้างศูนย์ทันตกรรมที่แยกตัวอาคารออกจากอาคารผู้ป่วยนอก (รูปที่ ๑๐) ภายใต้กรอบแนวคิดการบริการเบ็ดเสร็จจุดเดียว (one stop service)



รูปที่ 10 แผนผังแสดงที่ตั้งและลักษณะอาคารของศูนย์ทันตกรรม รพ. ห้วยยอด

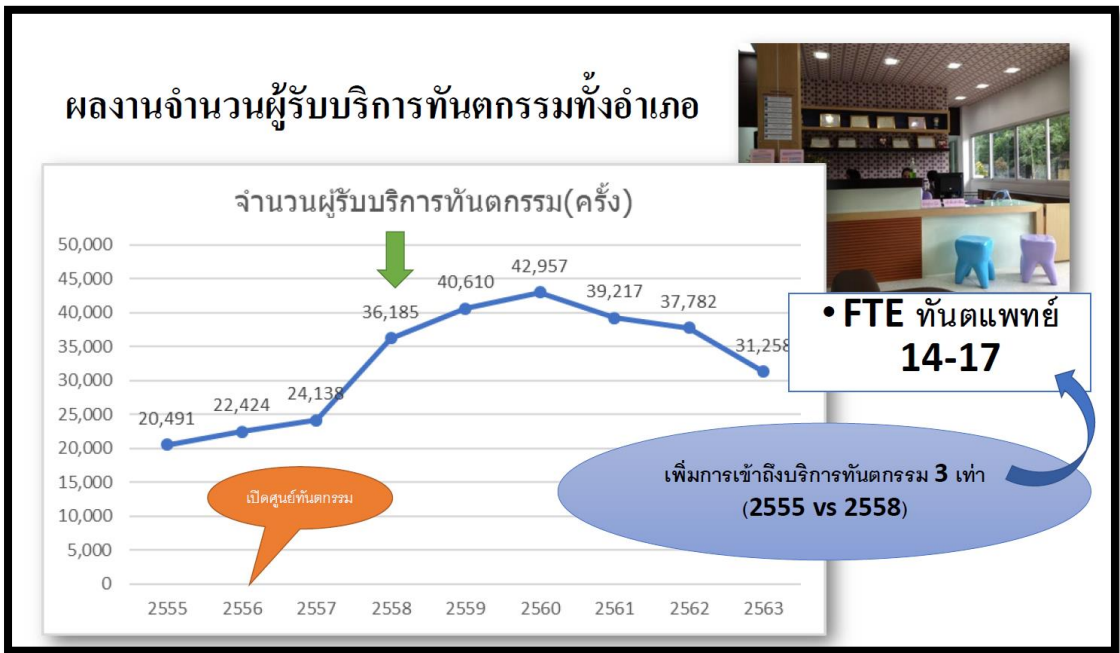
แนวทางการดำเนินงานแบบ one stop service คือ การนำหลายหน่วยงานมารวมให้บริการอยู่ในสถานที่เดียวกัน โดยการนำงานหลายขั้นตอนที่ต้องผ่านหลายหน่วยงานมารวมกันไว้ให้บริการอยู่ในสถานที่เดียวกัน ซึ่งในการพัฒนาศูนย์ทันตกรรมได้ดำเนินการ ดังนี้ จัดให้มีห้องเวชระเบียนทันตกรรมที่เชื่อมต่อฐานข้อมูลกับเวชระเบียนทั้งโรงพยาบาล ภายใต้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ห้องบัตร มีห้องถ่ายภาพรังสีทันตกรรม ห้องจ่ายยา ย่อย และจัดเก็บค่าบริการโดยเจ้าหน้าที่การเงิน ทำให้ผู้รับบริการทันตกรรมสามารถมาติดต่อทำฟันได้โดยตรงที่ศูนย์ทันตกรรม โดยไม่ต้องเริ่มต้นกระบวนการรับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกเหมือนในอดีต ผู้รับบริการสามารถติดต่อทำบัตร เช็กสิทธิ คัดกรองเบื้องต้น รับบริการทันตกรรม รับยา และจ่ายเงิน เบ็ดเสร็จ ณ ศูนย์ทันตกรรมเพียงจุดเดียว (รูปที่ ๑๑)



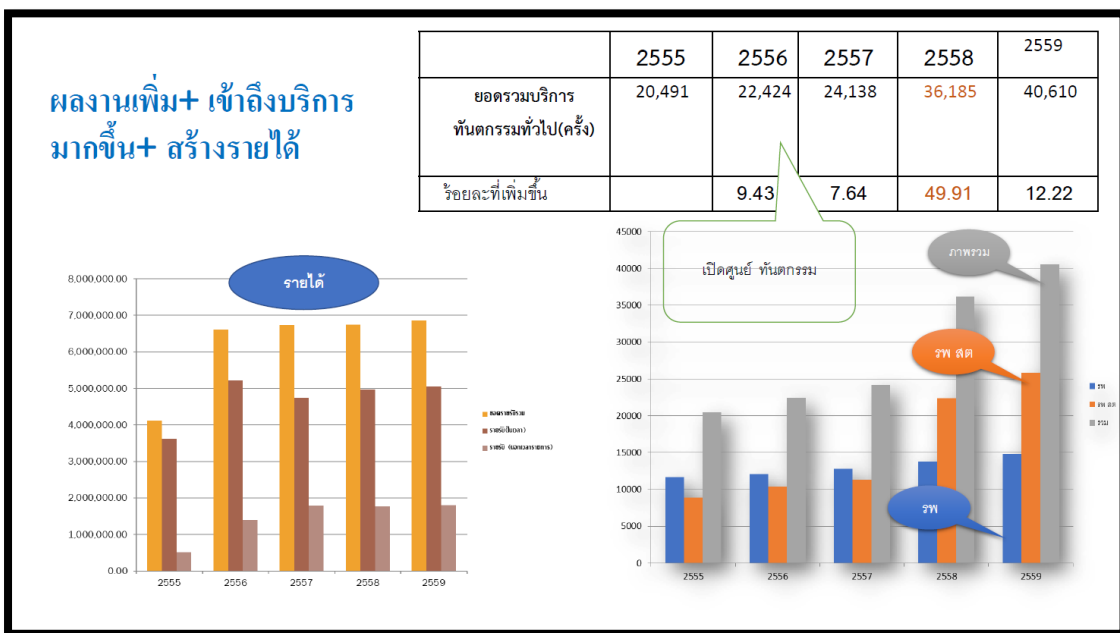
รูปที่ 11 แผนผังแนวคิด One stop service ของศูนย์ทันตกรรม รพ. ห้วยยอด

นอกจากนี้ รพ. ห้วยยอด ยังได้นำกรอบแนวคิด one stop service ไปใช้ในการปรับปรุงและออกแบบระบบบริการด้วยการสร้างคลินิกฟันดีแยกออกมาเป็นส่วนเฉพาะ โดยตั้งอยู่อีกส่วนของศูนย์ทันตกรรม เพื่อใช้สำหรับบริการกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการงานส่งเสริมป้องกันช่องปาก เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือกลุ่มอื่น ๆ ที่ถูกส่งต่อมาจากแผนกอื่น ๆ ทำให้ผู้รับบริการกลุ่มนี้จะผ่านเข้ามาที่คลินิกฟันดีเพียงจุดเดียว ซึ่งช่วยลดความแออัดภายในศูนย์ทันตกรรม นอกจากนี้ คลินิกฟันดียังทำหน้าที่เป็นส่วนเชื่อมโยงผู้รับบริการทันตกรรมที่ส่งต่อมาจาก รพ. สต. ที่เป็นเครือข่ายของ รพ. ห้วยยอด ซึ่งแบ่งโซนการให้บริการทันตกรรมออกเป็น ๙ โซน จาก รพ. สต. ๒๑ แห่ง

ผลการพัฒนาด้วยการแยกอาคารศูนย์ทันตกรรมออกจากอาคารอื่น ทำให้ลดความแออัด เพิ่มการเข้าถึงการบริการทันตกรรมมากกว่า ๒ เท่า เปรียบเทียบระหว่าง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๕ และ ๒๕๖๐ (รูปที่ ๑๒) และยกระดับงานบริการทันตกรรมเฉพาะ ทางในระดับโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตาม งานทันตกรรมเฉพาะทางต้องอาศัยเวลาเพิ่มขึ้น สำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ในภาพรวมจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจึงลดต่ำลงในปีต่อ ๆ มา ปัจจุบันศูนย์ทันตกรรมแห่งนี้เป็นแหล่งสร้างรายได้หลักของโรงพยาบาลห้วยยอด (รูปที่ ๑๓)



รูปที่ ๑๒ ผลงานบริการทันตกรรมเปรียบเทียบระหว่างปี ๒๕๕๕ - ๒๕๖๓



รูปที่ ๑๓ รายได้ของ รพ. ห้วยยอด เปรียบเทียบระหว่างปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙

โอกาส การพัฒนาศักยภาพการบริการทันตกรรม คำตอบ?
เพื่อยกระดับการบริการทันตกรรมในประเทศไทย

ทพ.สุรชัย อภินวถาวรกุล
ประธานชมรมทันตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป

เป้าประสงค์

๑. ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมและได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเท่าเทียมกัน
๒. ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทางที่มีคุณภาพโดยเครือข่ายบริการอย่างไร้รอยต่อ
๓. ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะโรคอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาการให้บริการทันตกรรมในทุกมิติสุขภาพ
๒. พัฒนาคุณภาพการบริการงานทันตกรรมเฉพาะทางและโรคสุขภาพช่องปากที่ยุ่งยากซับซ้อน ภายใต้ระบบบริการที่ได้มาตรฐานทั้งด้านบุคลากรทางการแพทย์ ครุภัณฑ์ และสถานที่
๓. เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสุขภาพช่องปากที่ยุ่งยากซับซ้อน ด้วยบริการใกล้บ้าน
๔. เป็นแหล่งสนับสนุนด้านวิชาการ การพัฒนาบุคลากร สถาบันฝึกอบรม และการวิจัย

ขอบเขตการบริการของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

- งานทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมทั่วไป เช่น ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน
- งานทันตกรรมเฉพาะทาง เช่น ใส่ฟันเทียม รักษาโรคฟัน จัดฟัน
- งานทันตกรรมที่สัมพันธ์กับโรคทางการแพทย์ เช่น โรคหัวใจ โรคเลือด เบาหวาน ความดัน
- งานทันตกรรมเฉพาะโรคเฉพาะกลุ่ม เช่น ปากแห้งเพดานโหว่ มะเร็งช่องปาก เด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้สูงอายุ
- งานด้านการเรียนการสอนและวิจัย

การพัฒนาระบบบริการทันตกรรม

ปัญหาและโอกาสพัฒนาของการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีความแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ โดยมีประเด็นที่สำคัญ ได้แก่

๑. ศักยภาพการจัดบริการในแง่ คน เงิน ของระบบ

- จำนวนทันตแพทย์ทั่วไปและทันตแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขา และทันตบุคลากรข้างเคียง ได้แก่ ทันตภิบาล ผู้ช่วยทันตกรรม ช่างทันตกรรม ยังมีไม่เพียงพออย่างสมดุลกัน โดยเฉพาะความสมดุลระหว่างทันตแพทย์กับผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งจำเป็นต้องมีอย่างน้อยในอัตราส่วน ทันตแพทย์ ๑ คน ต่อผู้ช่วยทันตแพทย์ ๑ คน กรณี รพ. ชุมชน หรือทันตแพทย์ ๑ คน ต่อผู้ช่วยทันตแพทย์ ๒ คน กรณี รพ. ศูนย์ รพ. ทั่วไป

- งบประมาณการลงทุนทั้งสถานที่และครุภัณฑ์ที่มีเพียงพอ ไม่สมดุลกับจำนวนทันตบุคลากร

- ระบบบริการที่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับเครือข่ายแบบไร้รอยต่อตั้งแต่ งานปฐมภูมิถึงตติยภูมิและระหว่าง รพ. ภายในจังหวัดหรือในระดับเขต ซึ่งจำเป็นต้องเป็นจุดเน้นในการพัฒนามากกว่าการพัฒนาในทีเดียวโดยเฉพาะ

๒. สภาพปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับบริการที่แตกต่างกันตามกลุ่มวัย
เช่น ในพื้นที่ที่มีประชากรวัยทำงานมากจะต้องพัฒนาการบริการเชิงรุกมากขึ้นเนื่องจากปัญหาในเรื่องการลางานได้ยาก กลุ่มผู้สูงอายุหรือติดบ้านติดเตียงควรพัฒนาตั้งแต่การเยี่ยมบ้าน จนถึงการมีหน่วยบริการที่มีศักยภาพที่รองรับผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้นตามลำดับ

๓. ความแตกต่างตามบริบทพื้นที่ ทั้งสภาพสังคมและเศรษฐกิจ

- ในเมืองใหญ่มีหน่วยบริการทางเลือกหลายทางทั้งส่วนของ คลินิก และ รพ. เอกชน รวมถึงสังคมเมืองมีสภาพเศรษฐกิจที่ดีกว่า ประชาชนจึงมีทางเลือกในการรับบริการจากหน่วยบริการที่หลากหลายกว่า

- การมีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในพื้นที่ ทำให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถให้บริการรักษาได้ สามารถทำ MOU ร่วมกันในการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

- การที่โรงพยาบาลมีการพัฒนาทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง จะเป็นโอกาสที่การบริการทันตกรรมจะมีการเชื่อมโยงกับการรักษาทางการแพทย์ และมีการพัฒนาบริการแบบสหสาขาวิชาชีพได้

- การพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจให้มี medical, dental hub

ตัวอย่างการให้บริการที่มีการพัฒนาตามบริบท รพศ. รพท. ในแต่ละพื้นที่

๑. การมีรถทันตกรรมเคลื่อนที่ เช่น รพศ. ระยอง โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก กองทุนไฟฟ้ามาตาพุด รพท. บ้านโป่ง ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโครงการรากฟันเทียมพระราชทาน และเงินบำรุงของโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการออกหน่วยบริการผู้ป่วยในโรงงาน ผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล รวมถึงบางอาชีพ เช่น ตำรวจ

๒. การเปิดคลินิกทันตกรรมเฉพาะทางนอกเวลาราชการ เพื่อให้บริการผู้ป่วยที่ไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการและช่วยลดความแออัด ลดคิวรอคอย เช่น รพศ. ระยอง รพศ. หาดใหญ่ รพศ. เชียงรายประชานุเคราะห์

๓. การพัฒนาระบบบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ CMU (community medical unit) ทั่วทั้งงานทันตกรรมทั่วไปและทันตกรรมเฉพาะทางบางส่วน เช่น ฟันเทียม รักษา รากฟันหน้า เพื่อลดความแออัดและคิวการรอคอยในโรงพยาบาล ให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการได้สะดวกใกล้บ้านมากขึ้น เช่น รพศ. พุทธชินราช รพศ. หาดใหญ่ รพศ. ขอนแก่น

๔. การพัฒนาระบบเป็น training center ในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อผลิตทันตบุคลากรที่มีศักยภาพและมีคุณภาพในการให้บริการประชาชนได้เพิ่มขึ้น ซึ่งได้แก่ ทันตแพทย์เฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ เช่น

- หลักสูตรศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล : รพศ. ชลบุรี รพศ. หาดใหญ่ รพศ. ขอนแก่น

- หลักสูตรทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง : รพศ. เชียงราย รพศ. พุทธชินราช พิษณุโลก รพศ. มหาราชนครราชสีมา

- หลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์ : รพศ. ระยอง รพศ. เชียงรายประชานุเคราะห์ รพศ. ร้อยเอ็ด

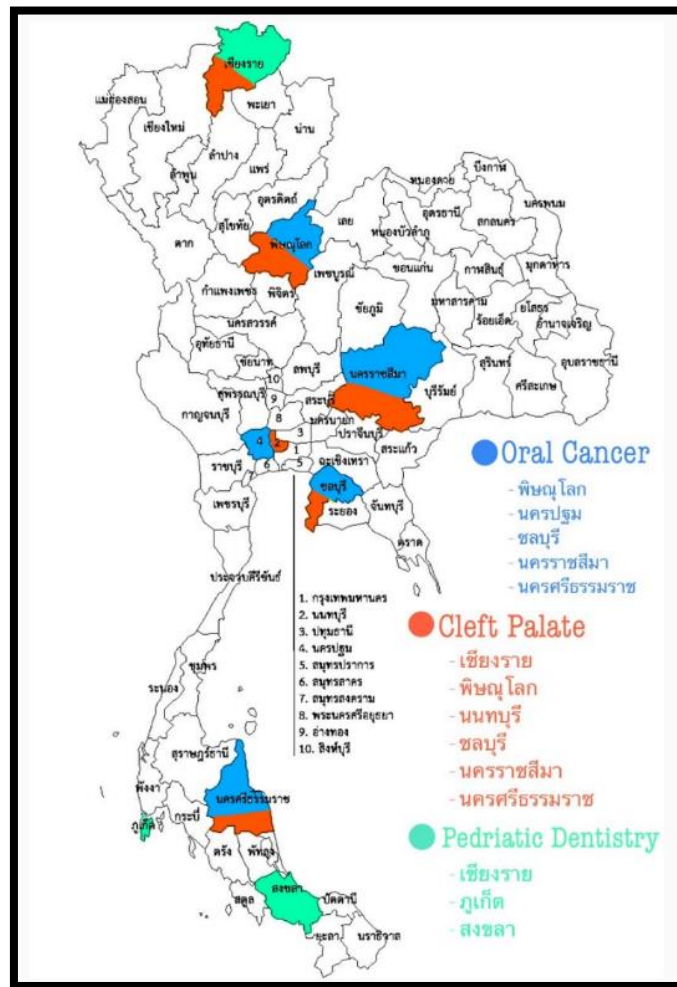
๕. การพัฒนาเป็นศูนย์ความเป็นเลิศให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคที่มีความสำคัญ ใน ๔ สาขา ได้แก่ มะเร็งช่องปาก ปากแห้งเพดานโหว่ ผู้สูงอายุ เด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยมีการดูแลผู้ป่วยเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพอย่างครบวงจร มีการเชื่อมโยงและการส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ และมีเป้าหมายให้มีศูนย์ความเป็นเลิศอย่างน้อย ๑ สาขาในแต่ละเขตสุขภาพ โดยในปัจจุบันมีผลการพัฒนาใน ๓ สาขา (รูปที่ ๑๔) คือ

- มะเร็งช่องปาก : รพศ. ชลบุรี รพศ. มหาราชนครราชสีมา รพศ. มหาราชนครศรีธรรมราช รพศ. นครปฐม รพศ. พุทธชินราช พิษณุโลก

- เด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อน : รพศ. เชียงรายประชานุเคราะห์ รพศ. วชิระภูเก็ต รพศ. หาดใหญ่

- ปากแห้งเพดานโหว่ : รพศ. ชลบุรี รพศ. มหาราชนครราชสีมา รพศ. มหาราชนครศรีธรรมราช รพศ. เชียงรายประชานุเคราะห์ รพศ. พุทธชินราช พิษณุโลก รพศ. พระนั่งเกล้า

- ส่วนสาขาทันตกรรมผู้สูงอายุมีแผนจะพัฒนาต่อไป



รูปที่ ๑๔ แผนที่แสดงที่ตั้งของศูนย์ความเป็นเลิศทางทันตกรรม

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคอย่างครบวงจร ตัวอย่างกรณีโรคมะเร็งช่องปาก และการจัดการของจังหวัดนครศรีธรรมราช

ความสำคัญและสภาพปัญหา

จำนวนผู้ป่วยมะเร็งช่องปากรายใหม่มีปริมาณมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก ๗๒ ราย ในปี ๒๕๕๔ เป็น ๑๐๗ ราย ในปี ๒๕๕๘ โดยผู้ป่วยมาตรวจเมื่อเกิดโรคในระยะลุกลามรุนแรงแล้ว เนื่องจากไม่มีระบบการคัดกรองและระบบส่งต่อที่ดี ทำให้ได้รับบริการล่าช้า และการผ่าตัดรักษาหลายส่วนยังเกินศักยภาพทันตแพทย์/แพทย์ ไม่มีระบบการเตรียมช่องปากก่อนรับรังสีรักษาที่มีประสิทธิภาพ และไม่มีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงระบบการคัดกรองอย่างครอบคลุม
- ลดโอกาสการพบผู้ป่วยรายใหม่ในระยะโรคลุกลาม และลดการเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่สำคัญ

- มีระบบการส่งต่อที่ดี มีประสิทธิภาพ
 - ได้รับการรักษาที่ดี ตามมาตรฐานวิชาชีพ อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบ
 - ได้รับการดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งในระดับโรงพยาบาลจนถึงในระดับชุมชน
- วิธีดำเนินการ (เริ่มปี ๒๕๕๗ - ปัจจุบัน)** ประกอบด้วยการพัฒนา ๕ ระบบย่อยของกระบวนการดูแลอย่างครบวงจร (รูปที่ ๑๕)



รูปที่ ๑๕ ระบบย่อย ๕ ระบบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากอย่างครบวงจร

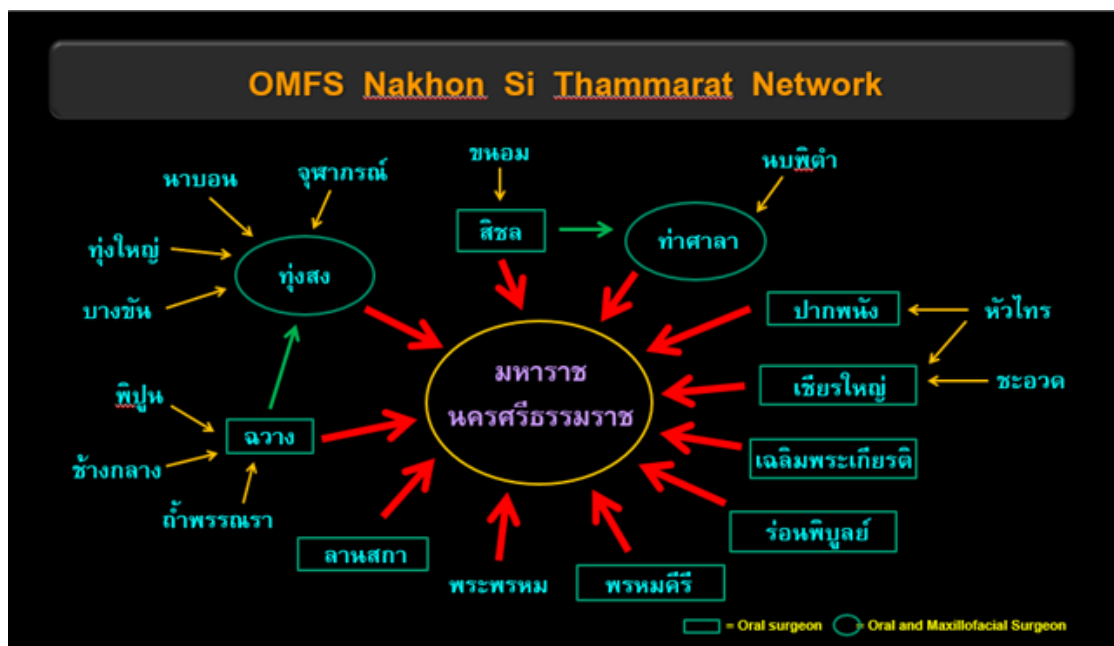
รายละเอียดกิจกรรมที่ได้ดำเนินการของแต่ละระบบ มีดังนี้

๑. ระบบการคัดกรองและวินิจฉัยเบื้องต้น

- รมรณรงค์การคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากในกลุ่มทันตบุคลากรในทุกโรงพยาบาลเครือข่ายภายในจังหวัดนครศรีธรรมราช (ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙)
- ประชุมวิชาการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากแก่ อสม. ของอำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช
- ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๑๑ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ออกแบบระบบWebsite เก็บข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับเบื้องต้น เชื่อมต่อกับข้อมูลการส่งต่อและการวินิจฉัยสุดท้ายโดยทันตแพทย์เฉพาะทางกับทุก รพ. สต. และโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งจังหวัด ต่อเนื่องจนถึงระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย
- ตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปาก โดย อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และทันตบุคลากร ในกลุ่มประชากรอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ใน CUP โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และทุกโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้ Program Oral Screen (ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๒)

๒. ระบบการส่งต่อ

- สร้างระบบส่งต่อที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพภายในจังหวัดโดยความร่วมมือของ “คณะกรรมการพัฒนางานศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล จ.นครศรีธรรมราช” และ รพ. เครือข่าย ทุกแห่ง
- กำหนด Node รับส่งต่อในระดับต่างๆ (รูปที่ ๑๖)
- จัดระบบบริการแบบ Fast Track
- สร้างระบบ Line group เพื่อการปรึกษาและส่งต่อภายในจังหวัด



รูปที่ ๑๖ Node การรับส่งต่อ

๑. การผ่าตัดรักษา การผ่าตัดรักษาที่ให้บริการในปัจจุบัน ประกอบด้วย

- Incisional biopsy ทุกระยะของรอยโรค
- ผ่าตัดมะเร็งช่องปาก ระยะ I-IV ในตำแหน่งที่ไม่ยุ่งยาก รวมถึง Maxillary bone
- ผ่าตัดซ่อมสร้างคามวิการโดยการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อแบบไม่ซับซ้อน
- ผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่คอ/ซ่อมสร้างคามวิการโดยการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อแบบซับซ้อนร่วมกับทีม

๒. ระบบเตรียมช่องปากผู้ป่วย ก่อน/ระหว่าง/หลังรับรังสีรักษา

- ผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย ได้รับการตรวจวางแผนอย่างสมบูรณ์และรวดเร็ว รวมถึงบันทึกข้อมูลการเตรียมช่องปาก ใน OPD Card และ สมุดประจำตัวผู้ป่วย ที่จัดทำขึ้นเฉพาะ
- มีระบบให้ความรู้และสร้างความเข้าใจต่อผู้ป่วยและญาติให้การรักษา และผ่าตัดเตรียมช่องปากตามแผนอย่างเร่งด่วน

- จัดระบบบริการ Fast Track สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งที่โรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราช และที่เลือกรับการรักษาที่ Node บริการ พื้นที่ใกล้บ้าน รวมถึง รพช. เครือข่ายทุกแห่งทั้งจังหวัด

- จัดระบบนัดติดตามดูแลต่อเนื่องภายหลังรับรังสีรักษาตลอดชีวิตผู้ป่วย ทั้งที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลเครือข่ายทั่วทั้งจังหวัด

- ประสานกับกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เพื่อผลิตยาที่จำเป็นเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น fluoride gel น้ำยา บ้วนปากfluoride น้ำลายเทียม

- จัดตั้ง “ศูนย์โภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ และผู้มีปัญหาด้านการกลืน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช” โดยความอนุเคราะห์ผลิตภัณท์ จากมูลนิธิทันตนวัตกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ (ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ปัจจุบัน)

๓. ระบบติดตามผู้ป่วยในระดับชุมชน

- จัดการอบรมพัฒนาศักยภาพ พยาบาลงานเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และทันตบุคลากร ในทุก รพ.สต. และทุก รพ. เครือข่ายในจังหวัดนครศรีธรรมราชเพื่อดูแล สุขภาพช่องปากและเฝ้าระวังปัญหาแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอกายหลัง การรับรังสีรักษา ด้วยระบบ Home Health Care (ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑)

- อบรมพัฒนาศักยภาพทันตแพทย์และทันตบุคลากรเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากในระบบโรงพยาบาลและระบบ Home Health Care แก่โรงพยาบาล เครือข่ายทั้งจังหวัด ปี ๒๕๖๔

- ทำ Clip สื่อการสอนเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและการเฝ้าระวัง ข้อแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอกายหลังการรับรังสีรักษา ด้วยความร่วมมือ ของศูนย์อนามัยที่ ๑๑

จากผลการดำเนินงานทั้งหมด ทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก อย่างครบวงจรนี้ได้รับการรับรองเป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงสาขาสภาพช่องปาก ด้านมะเร็งช่องปากของกระทรวงสาธารณสุข ระดับ ๒ โดยบรรจุอยู่ในแผนพัฒนา Service Plan สาขามะเร็งของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และ Excellent Center สาขามะเร็ง ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และถูกกำหนดโดยโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ให้ขอประเมินการรับรองรายโรคจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

โอกาสพัฒนา

- การพัฒนาเป็นสาขาหนึ่งใน service plan เช่นสาขาปากแห้งเพดานโหว่ สาขาผู้สูงอายุ

- การพัฒนาเป็นศูนย์ทันตกรรมเฉพาะทาง เช่น ศูนย์ทันตกรรมรากเทียม ศูนย์แก้ไขความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรและใบหน้า

- ขอประเมินรับรองเฉพาะโรค (DSC) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน)

สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ

๑. ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมและได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเท่าเทียมกัน

๒. ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทางที่มีคุณภาพ โดยเครือข่ายบริการอย่างไร้รอยต่อ

๓. ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะโรคอย่างมีคุณภาพ โดยเครือข่ายบริการอย่างไร้รอยต่อ



คำสั่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ที่ ๙ /๒๕๖๕
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนายกระดับ
การบริการรักษาด้านทันตกรรม
เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑)
และยกระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรมของประเทศไทย

จากการติดตามปัญหาทันตสุขภาพของคนไทย พบปัญหาโรคช่องปากและฟัน เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับทุกกลุ่มวัยในอัตราที่สูงและเป็นวงกว้าง เช่น สถานการณ์โรคฟันผุ พบเป็นโรคที่เป็นปัญหาในทุกกลุ่มวัยของประชาชนไทย จากการสำรวจข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ปี ๒๕๖๐ ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบมีประชาชนที่มีฟันผุยังไม่ได้รับการรักษาในช่วงอายุ ๓ ปี ร้อยละ ๕๒.๕ อายุ ๑๒ ปี ร้อยละ ๓๑.๕ อายุ ๓๕ – ๕๕ ปี ร้อยละ ๔๓.๓ และอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๕๖.๖ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสร้างความเจ็บปวด บวม กระทบต่อการเคี้ยว การรับประทานอาหารในทุกกลุ่มวัย การเจริญเติบโต และพัฒนาการในเด็ก รวมถึงเสี่ยงต่อปัญหาฟันขึ้นผิดตำแหน่ง ฟันซ้อนเก จากการสูญเสียฟันน้ำนมที่เร็วกว่าปกติ กระทบบุคลิกภาพ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ เป็นปัญหาที่ประชาชนควรได้รับการรักษา และสามารถเข้าถึงการรักษาหรือการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมได้ เพื่อแก้ปัญหาด้านทันตสุขภาพของตนเองได้ แต่จากการสำรวจของกรมอนามัยปี ๒๕๖๒ ประชาชนมีอัตราการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมเพียงร้อยละ ๘.๑ สะท้อนปัญหาของระบบบริการรักษาด้านทันตกรรมของประเทศไทยยังไม่เพียงพอต่อความจำเป็นในการรักษา หรือสามารถรองรับปัญหาภาพรวมด้านทันตสุขภาพของประชาชนได้ ซึ่งภาพสะท้อนที่กระทบต่อประชาชนคือ รอนาน แออัด ต้องนัดรักษา คิววันรักษายาวนาน และปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้

ดังนั้น เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติภารกิจของคณะอนุกรรมการให้มีประสิทธิภาพ และสัมฤทธิ์ผลตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้ อาศัยอำนาจตามข้อบังคับการประชุม พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) คณะกรรมการจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนายกระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรม เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรมของประเทศไทยของคณะอนุกรรมการพิจารณา

ศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะทำงานดังกล่าว ประกอบด้วย

คณะทำงาน ประกอบด้วย

- | | |
|--|---------------------|
| ๑. ทันตแพทย์หญิงศิริรัตน์ รัศมีโสรัจ | เป็นหัวหน้าคณะทำงาน |
| ๒. ทันตแพทย์สันติ ศรีนิล | เป็นคณะทำงาน |
| ๓. ทันตแพทย์หญิงวังจันทร์ กิตติภาดากุล | เป็นคณะทำงาน |
| ๔. ทันตแพทย์กมล เศรษฐชัยยันต์ | เป็นคณะทำงาน |
| ๕. ทันตแพทย์หญิงอภาพรรณี เขมวุฒิพงษ์ | เป็นคณะทำงาน |
| ๖. ทันตแพทย์หญิงนันทพร รื่นพล | เป็นคณะทำงาน |
| ๗. ทันตแพทย์ไพรพงษ์ จันทร์พุ่ม | เป็นคณะทำงาน |
| ๘. ทันตแพทย์หญิงรัชณีกร สาวีสวัสดิ์ | เป็นคณะทำงาน |
| ๙. ทันตแพทย์ยุทธนา คำนิล | เป็นคณะทำงาน |
| ๑๐. ทันตแพทย์วีระ อิศระธานันท์ | เป็นคณะทำงาน |
| ๑๑. ทันตแพทย์จารุวัฒน์ บุษราคัมรู่หะ | เป็นคณะทำงาน |
| ๑๒. ทันตแพทย์หญิงวารรัตน์ ใจชื่น | เป็นคณะทำงาน |
| ๑๓. ทันตแพทย์หญิงเกศยา ทรัพย์สมพล | เป็นคณะทำงาน |
| ๑๔. ทันตแพทย์สุรชัย อภินวถาวรกุล | เป็นคณะทำงาน |
| ๑๕. ทันตแพทย์หญิงสุพินดา สาทรกิจ | เป็นคณะทำงาน |
| ๑๖. ทันตแพทย์หญิงศรีธัญญา จิรธนานันท์ | เป็นคณะทำงาน |

โดยให้คณะทำงานมีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. เพื่อรวบรวมข้อมูลการส่งเสริมป้องกัน การรักษา ด้านทันตกรรม ของประชาชนในทุกมิติตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ ปี ๒๕๖๓ และปี ๒๕๖๔

๒. เพื่อพิจารณาศึกษาหาแนวทาง ข้อเสนอแนะ การพัฒนาระดับ การรักษา ด้านทันตกรรมในหน่วยบริการหรือคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลทุกขนาด

๓. เพื่อพิจารณาจัดลำดับความเร่งด่วนของความจำเป็นในการพัฒนา ปรับปรุง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการรักษา ด้านทันตกรรมอย่างเป็นระบบในทุกมิติอย่างเหมาะสม ของหน่วยบริการรักษาทันตกรรมในทุกภูมิภาค และในแต่ละจังหวัด

๔. เพื่อพิจารณาศึกษาการขับเคลื่อนงานด้านทันตกรรมและด้านทันตสาธารณสุข อย่างเป็นระบบ โดยพิจารณาศึกษาความจำเป็นของการมีตัวชี้วัดงานด้านสุขภาพช่องปากและฟัน หรือทันตสุขภาพ หรืองานบริการรักษา ด้านทันตกรรมในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เกิด การขับเคลื่อนงานด้านทันตสาธารณสุขได้อย่างเป็นระบบ เช่นเดียวกับงานการแพทย์ด้านอื่น ๆ

๕. เพื่อนำเสนอข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้จากการโครงการพิจารณาศึกษา สู่หน่วยงานที่รับผิดชอบทุกระดับ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม

มีคำสั่งแต่งตั้ง

๖. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการมออบหมาย

๗. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันที่

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๒๗ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายเจตน์ ศิริธรรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

๒.๗ ผลการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุ ในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติและศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในงานส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุ ในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย

รายงานการศึกษาฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวด จัดทำโดยคณะกรรมการ เพื่อศึกษาเรื่องฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวด

บทบาทของคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูป ด้านทันตสาธารณสุขไทย ส่วนหนึ่งทำหน้าที่พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัด การแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม การจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุ การส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากและฟัน การพัฒนาการใช้ฟลูออไรด์ งานทันตสาธารณสุขในท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิในระดับประเทศ เพื่อเป็นการสนับสนุนการปฏิบัติการกิจของคณะกรรมการให้มีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผลตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้ จึงมีคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุ ในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทยขึ้น

คณะกรรมการฯ ทำหน้าที่ศึกษา ทบทวนการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อการส่งเสริมป้องกัน โรคฟันผุในทุกรูปแบบและทุกมิติ ศึกษาแนวทางการผลิต การพัฒนารูปแบบการนำไปใช้ ความคุ้มค่า ความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์น้ำดื่มบรรจุขวดผสมฟลูออไรด์ เพื่อใช้ในงานส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุ งานทันตสาธารณสุข และเพื่อประโยชน์ในการใช้อย่างกว้างขวางในทุกกลุ่มวัย จากนั้นจะสรุป และจัดทำรายงานผลการดำเนินการต่อคณะกรรมการต่อไป

การพิจารณาความเป็นไปได้ในการกำหนดให้มีน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อเป็นทางเลือกให้แก่ผู้บริโภคนั้น อาจพิจารณาจากปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ ประโยชน์ หรือประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุ ความจำเป็นในการนำมาตรากำหนดนั้นมาใช้ ความเป็นไปได้ ในการผลิตและการเข้าถึงได้ของผู้บริโภค ความคุ้มค่า คุ่มทุน ข้อดี ข้อถึงระวังหากมีการนำมาใช้ และหากพิจารณานำมาใช้ ควรใช้อย่างไร

ฟลูออไรด์ได้รับการพิสูจน์ว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความชุกและความรุนแรง ของโรคฟันผุในทุกพื้นที่ทั่วโลก โดยกลไกในการป้องกันฟันผุที่สำคัญเกิดจากผลเฉพาะที่ (topical effect) ฟลูออไรด์จะช่วยเปลี่ยนแปลงสมดุลการละลายและการคืนกลับของแร่ธาตุ ที่ผิวฟันในขณะที่สัมผัสผิวฟัน ในขณะที่ผลที่เกิดจากการใช้ฟลูออไรด์ทางระบบ (systemic effect) เช่น จากการดื่มน้ำ หรือกิน ที่มุ่งหวังผลต่อฟันที่ยังไม่ขึ้นนั้น กลับแสดงผลไม่ชัดเจน รวมถึงเป็นวิธีการที่ต้องระมัดระวัง เพราะอาจทำให้เกิดฟันตกกระ จากผลทางระบบ โดยเฉพาะในวัยเด็กเล็ก ที่ยังมีการสร้างฟันแท้อยู่

ประโยชน์หรือประสิทธิภาพในการป้องกันพิษ : ยังไม่ชัดเจน

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลของน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์ บรรจุกวดต่อการป้องกันพิษ จึงสามารถทำได้เพียงเทียบเคียงกับผลการศึกษาน้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์ ซึ่งคาดว่า ผลการป้องกันพิษของน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุกวดจะน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผลของน้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์

ความจำเป็น : ยังไม่ชัดเจน

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของน้ำดื่มบรรจุกวดผสมฟลูออไรด์ และความคุ้มค่า ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพ และมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ชัดเจนอยู่แล้ว

ในปัจจุบัน พบว่า น้ำดื่มบรรจุกวดบางส่วนมีปริมาณฟลูออไรด์จากธรรมชาติอยู่ในระดับที่เหมาะสมและปลอดภัยอยู่ให้เส้นทางเลือกสำหรับผู้บริโภคอยู่แล้ว ดังนั้น การเติมฟลูออไรด์ในน้ำบรรจุกวดเพิ่มเติมขึ้นมาอาจไม่มีความจำเป็น

การเข้าถึงผู้บริโภค : มีความเป็นไปได้

เนื่องจากมีผู้บริโภคส่วนหนึ่งใช้น้ำดื่มบรรจุกวด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต แต่หากมีราคาสูงขึ้นจากกระบวนการผลิต อาจทำให้การเข้าถึงผู้บริโภคลดลง

ความคุ้มค่า คุ้มทุน : มีแนวโน้มน้อยกว่า หากเทียบกับการบริโภคน้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์ หรือการใส่ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในชีวิตประจำวัน

การเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุกวดจะมีกระบวนการด้านการผลิตที่ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และหากต้องการให้ผลที่ได้ใกล้เคียงกับผลการป้องกันพิษจากการบริโภคน้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์ หรือเทียบกับการใส่ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในชีวิตประจำวัน พบว่า จะมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นมากกว่า เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพที่ใกล้เคียงกัน

ข้อดี : เพิ่มทางเลือกในการป้องกันพิษ

การเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุกวดเป็นการเพิ่มทางเลือกในการป้องกันพิษ โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษสูง ซึ่งควรเพิ่มการสัมผัสกับฟลูออไรด์ที่ผิวฟันบ่อย ๆ และต่อเนื่อง

ข้อควรคำนึงหรือระมัดระวัง : ควรมีข้อกำหนดและการควบคุมที่ชัดเจน

ควรมีข้อกำหนดปริมาณฟลูออไรด์ที่เหมาะสม การควบคุมการผลิต มีการระบุฉลาก ควบคุมการใช้ในเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า ๓ ขวบ และดูแลด้านราคา เพื่อสร้างโอกาสในการเข้าถึงของประชาชน

น้ำดื่มบรรจุกวดผสมฟลูออไรด์อาจเป็นทางเลือกหนึ่งเพิ่มให้กับผู้บริโภค เพื่อเสริมการป้องกันพิษ นอกเหนือไปจากการใส่ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในชีวิตประจำวัน แต่อย่างไรก็ตาม ควรต้องมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของน้ำดื่มบรรจุกวดผสมฟลูออไรด์ กับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นและความคุ้มค่า ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เมื่อเปรียบเทียบกับ

มาตรการอื่น ๆ คณะทำงานฯ จึงเสนอให้ภาครัฐพิจารณาสนับสนุนมาตรการในการใช้ฟลูออไรด์อื่น ๆ เช่น ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และนมฟลูออไรด์ ที่มีข้อมูลด้านประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์อย่างชัดเจนอยู่แล้ว รวมถึงควรกำหนดให้มีการระบุฉลากที่บ่งชี้ถึงปริมาณฟลูออไรด์และวิธีการใช้ที่เหมาะสมในผลิตภัณฑ์ฟลูออไรด์ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการใช้ฟลูออไรด์ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

โรคฟันผุเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขของประเทศไทยสำหรับประชากรทุกกลุ่มอายุ และประชากรส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษาได้โดยง่าย ฟลูออไรด์ได้เข้ามามีบทบาทในวงการทันตกรรมมากกว่า ๘๐ ปี ซึ่งฟลูออไรด์ได้รับการพิสูจน์ว่า เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความชุกและความรุนแรงของโรคฟันผุในทุกพื้นที่ทั่วโลก ในประเทศไทยนั้น แม้จะมีการนำฟลูออไรด์มาใช้ในงานทันตกรรมป้องกัน เพื่อควบคุมปัญหาโรคฟันผุอย่างยาวนาน แต่โครงการทันตกรรมป้องกันส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นเฉพาะในกลุ่มเด็กเท่านั้น การเข้าถึงกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุจึงยังจำกัดอยู่ ดังนั้น การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับฟลูออไรด์ที่ใช้ในงานทันตกรรมและการศึกษาหาแนวทางการใช้ฟลูออไรด์ในรูปแบบใหม่ เพื่อเป็นทางเลือกเสริมในการควบคุมโรคฟันผุ อาจช่วยให้เกิดการนำฟลูออไรด์ไปใช้ในงานส่งเสริมป้องกัน เพื่อลดปัญหาโรคฟันผุในทุกกลุ่มวัยได้ รายงานฉบับนี้จะกล่าวถึงบทบาทของฟลูออไรด์ในงานทันตกรรมป้องกัน สถานการณ์ฟันผุในประเทศไทยในประชากรแต่ละช่วงอายุ ภาพรวมการใช้น้ำขวดเพื่อการบริโภคของประชากรไทย ฟลูออไรด์ในน้ำและเกณฑ์มาตรฐาน ข้อมูลการเติมฟลูออไรด์ลงในน้ำดื่มบรรจุขวดในต่างประเทศ รวมไปถึงปัจจัยที่นำมาร่วมพิจารณาความจำเป็นและแนวทางการใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรคฟันผุ

ฟลูออไรด์ในงานทันตกรรมป้องกัน (Fluoride in caries prevention)

ฟลูออไรด์เป็นแร่ธาตุธรรมชาติที่มีหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนและได้รับการยอมรับโดยทั่วไปว่า มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคฟันผุ^๑ ในอดีตเคยเชื่อกันว่า หากมีฟลูออไรด์รวมตัวเข้าเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบของฟันในระหว่างกระบวนการสร้างและพัฒนาฟันของเด็ก ซึ่งต้องอาศัยรูปแบบการใช้ฟลูออไรด์ทางระบบ (systemic effect) ผ่านการดื่มหรือรับประทานฟลูออไรด์เข้าสู่ร่างกาย ฟลูออไรด์ทางระบบจะช่วยให้โครงสร้างฟันมีความแข็งแรงและต้านทานต่อการเกิดโรคฟันผุได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อองค์ความรู้เกี่ยวกับกลไกการเกิดโรคฟันผุและกลไกการทำงานของฟลูออไรด์มีเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ทราบว่า กลไกหลักของฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุที่มีประสิทธิภาพนั้นเกิดขึ้นแบบเฉพาะที่ (topical effect) กล่าวคือ ในระหว่างที่มีกรดและเกิดการละลายแร่ธาตุบนผิวฟันนั้น หากในช่องปากมีฟลูออไรด์อยู่ในระดับที่เพียงพอ ฟลูออไรด์จะช่วยเปลี่ยนแปลงสมดุลการละลายและการคืนกลับของแร่ธาตุที่ผิวฟัน ซึ่งเป็นการป้องกันและควบคุมฟันผุที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่ผลที่เกิดจากการใช้ฟลูออไรด์ทางระบบที่มุ่งหวังผลต่อฟันที่ยังไม่ขึ้นนั้น กลับพบผลไม่ชัดเจน ในปัจจุบันการใช้ฟลูออไรด์จึงให้ความสำคัญกับการใช้ในรูปแบบเฉพาะที่ เพื่อรักษาระดับฟลูออไรด์ในช่องปาก

ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เพียงพอต่อการป้องกันและควบคุมโรคฟันผุ ซึ่งนอกจากจะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพดีแล้ว ยังเป็นวิธีที่ช่วยลดผลข้างเคียงของฟลูออไรด์ คือ การเกิดฟันตกกระ (dental fluorosis) จากการได้รับฟลูออไรด์เข้าสู่ร่างกายทางระบบที่มากเกินไปอีกด้วย

กลไกการทำงานของฟลูออไรด์^{๒,๓}

กลไกการป้องกันฟันผุของฟลูออไรด์ แบ่งได้เป็น ๒ ช่วง คือ ๑. ก่อนฟันขึ้นสู่ช่องปาก (Pre-eruptive effect) ซึ่งเป็นกลไกที่เกิดในระหว่างกระบวนการสร้างและพัฒนาฟัน และ ๒. หลังฟันขึ้นสู่ช่องปากแล้ว (Post-eruptive effect) โดยเป็นฟลูออไรด์ที่อยู่รอบตัวฟัน สัมผัสฟันในช่องปากโดยตรง ประกอบด้วย ๕ กลไก ดังนี้

ก่อนฟันขึ้นสู่ช่องปาก (Pre-eruptive effect)

๑. เพิ่มความต้านทานการละลายของผิวเคลือบฟัน (Increased resistance)

ออกฤทธิ์ทางระบบ ซึ่งส่งผลต่อโครงสร้างฟันที่กำลังพัฒนาอยู่ภายในขากรรไกร^๔ โดยฟลูออไรด์ที่รับประทานเข้าสู่ร่างกายจะถูกนำไปใช้ในระหว่างกระบวนการสร้างฟัน และถูกรวมเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบฟันเกิดเป็นผลึกฟลูออไรด์อะพาไทต์มีผลช่วยเพิ่มความต้านทานการละลายของผิวเคลือบฟันได้^๕ อย่างไรก็ตาม พบว่า ผลที่เกิดขึ้นยังไม่แน่นอน และแม้ฟันจะต้านทานการละลายในกรดได้เพิ่มขึ้น แต่ก็ยังสามารถละลายในกรดและเกิดฟันผุได้หลังจากฟันขึ้นสู่ช่องปากแล้ว

หลังฟันขึ้นสู่ช่องปากแล้ว (Post-eruptive effect)

๒. ยับยั้งการสูญเสียแร่ธาตุออกจากฟัน (Inhibit demineralization)

ฟลูออไรด์ที่ปรากฏอยู่ในช่องปากจะช่วยลดอัตราเร็วในการละลายแร่ธาตุออกจากผิวฟัน ในระหว่างกระบวนการเกิดรอยโรคฟันผุ

๓. ส่งเสริมการสะสมแร่ธาตุกลับสู่ตัวฟัน (Enhance remineralization)

เมื่อความเป็นกรดเบสของช่องปากกลับคืนสู่สภาวะปกติ แร่ธาตุต่าง ๆ จะถูกสะสมกลับเข้าสู่ผิวฟัน หากมีฟลูออไรด์ปรากฏอยู่ในช่องปากในช่วงเวลานี้ ผลึกของแร่ธาตุที่เกิดขึ้นจะมีความแข็งแรงและทนทานต่อการกัดกร่อนของกรดได้ดีกว่าในสภาวะที่ไม่มีฟลูออไรด์

๔. สร้างแหล่งสำรองของแคลเซียมและฟลูออไรด์ในช่องปาก (Intraoral reservoir)

เมื่อมีการใช้ผลิตภัณฑ์ฟลูออไรด์ที่มีความเข้มข้นสูงจะเกิดการสะสมสารประกอบแคลเซียมฟลูออไรด์ขึ้นในช่องปาก เมื่อช่องปากอยู่ในสภาวะที่เป็นกรด สารประกอบแคลเซียมฟลูออไรด์จะแตกตัวให้แคลเซียมไอออนและฟลูออไรด์ไอออนอิสระ (free fluoride ion) ที่จะทำหน้าที่ในกระบวนการป้องกันฟันผุได้ทันที

๕. ลดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก (Antibacterial effect)^{๖,๗}

ฟลูออไรด์ส่งผลให้เกิดการลดแบคทีเรียผ่านทางกลไกต่าง ๆ ได้แก่ เพิ่มโปรตอนในเซลล์ ส่งผลให้ความทนทานของแบคทีเรียในสภาพแวดล้อมในช่องปากที่เป็นกรดลดลง

ยับยั้งเมแทบอลิซึมของแบคทีเรียที่ก่อโรคฟันผุ และยังลดความสามารถของเซลล์ในการรักษา สภาวะสมดุลของความเป็นกรด เบส (pH) โดยฟลูออไรด์รบกวนการสลายตัวของกลูโคส เป็นกรดไพรูวิก ส่งผลต่อการสังเคราะห์กรดแลคติกลดลง กระบวนการเหล่านี้ส่งผลให้อัตรา เมแทบอลิซึมของแบคทีเรียลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

รูปแบบการใช้ฟลูออไรด์ทางทันตกรรม

การนำฟลูออไรด์มาใช้ในงานทันตกรรมป้องกันมี ๓ รูปแบบหลัก^๘ คือ

๑. การใช้ฟลูออไรด์เชิงชุมชน (Community – based method)

ฟลูออไรด์ในกลุ่มนี้ ในอดีตมักจะถูกเรียกว่า ฟลูออไรด์ทางระบบ (systemic fluoride) แต่ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นว่า ปัจจุบันการใช้ฟลูออไรด์มุ่งหวังผลเฉพาะที่ที่ เกิดขึ้นกับฟันที่งอกขึ้นมาในช่องปากแล้วมากกว่าผลทางระบบ ดังนั้น แม้ว่าฟลูออไรด์ในกลุ่มนี้ จะถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายผ่านการดื่มน้ำ หรือรับประทานเข้าไป แต่ผลการป้องกันฟันผุที่คาดหวัง ยังคงเป็นผลเฉพาะที่จากการที่ฟลูออไรด์สัมผัสกับผิวฟันในขณะที่กำลังรับประทานฟลูออไรด์ หรือการที่ฟลูออไรด์ที่รับประทานเข้าไปนั้นผ่านการดูดซึมทางระบบแล้วถูกหลั่งออกมาทาง น้ำลายมาสัมผัสกับผิวฟันในช่องปากอีกต่อหนึ่ง ฟลูออไรด์รูปแบบนี้จะใช้ป้องกันฟันผุให้กับ ประชากรกลุ่มผู้ใหญ่บางครั้งจึงอาจเรียกว่า การใช้ฟลูออไรด์เชิงชุมชน

ฟลูออไรด์ในรูปแบบนี้ ได้แก่ การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปา (water fluoridation) การเติมฟลูออไรด์ในนมโรงเรียน (milk fluoridation)

การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาเป็นวิธีที่ใช้ในการป้องกันฟันผุสำหรับพื้นที่ที่มีฟลูออไรด์ในน้ำไม่เพียงพอ เป็นวิธีที่ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคมได้ ปริมาณฟลูออไรด์ที่ถูก แนะนำว่าเหมาะสมในประเทศไทย คือ 0.5 ppm^{๙,๑๐} อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ทำในช่วง ๑๐ ปี ที่ผ่านมา มีรายงานฟันตกรกระในฟันแท้ระดับน้อยมากถึงระดับปานกลางในพื้นที่ที่มีการเติม ฟลูออไรด์ในน้ำดื่มระดับ 0.5 – 0.6 ppm^{๑๑,๑๒} การพิจารณาเติมฟลูออไรด์ในน้ำอาจพิจารณา เติมในระดับน้อยกว่า 0.5 ppm เพื่อลดโอกาสเกิดฟันตกรกระระดับปานกลาง

๒. ฟลูออไรด์ชนิดใช้ที่บ้าน (Home – based fluoride)

ฟลูออไรด์ในกลุ่มนี้จะอยู่ในรูปของผลิตภัณฑ์ที่แนะนำให้ใช้เป็นประจำทุกวัน แบ่งได้เป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

- ฟลูออไรด์ชนิดที่ซื้อใช้ตัวเอง ได้แก่ ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ (fluoride toothpaste) น้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ (fluoride mouth rinse)

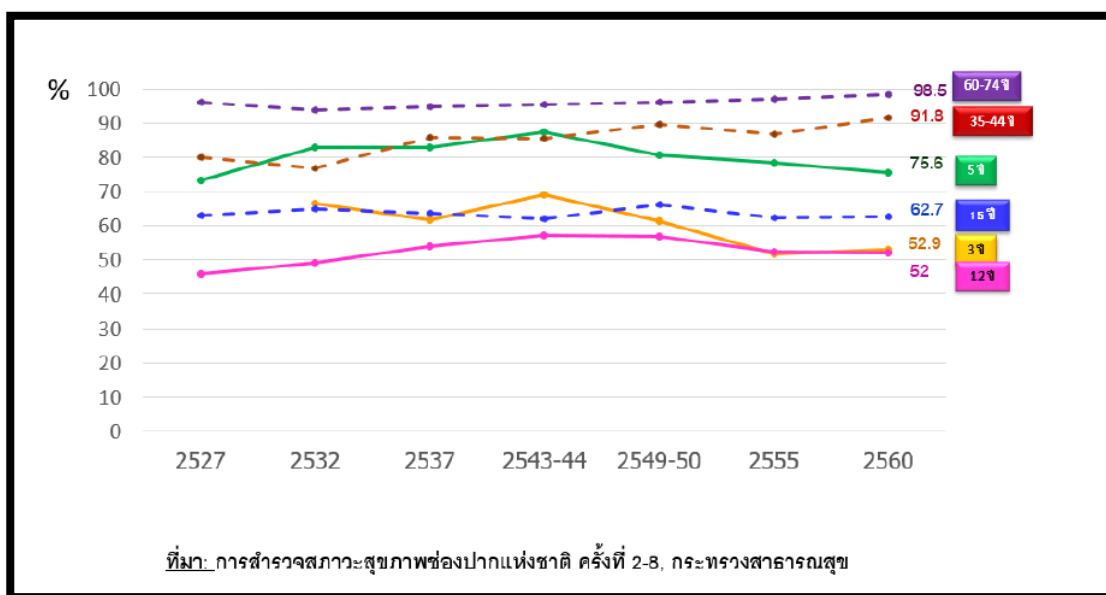
- ฟลูออไรด์ชนิดที่ต้องสั่งจ่ายโดยทันตแพทย์ ได้แก่ ยาสีฟันและเจลฟลูออไรด์ ความเข้มข้นสูง สำหรับใช้ที่บ้าน (high – concentrated fluoride toothpaste and home fluoride gel) ฟลูออไรด์เสริมชนิดรับประทาน (fluoride supplement)

๓. ฟลูออไรด์ชนิดใช้โดยทันตบุคลากร (Professional – applied topical fluoride)

ฟลูออไรด์ในกลุ่มนี้เป็นวัสดุทางการแพทย์ที่ทันตแพทย์จะเป็นผู้ใช้ให้แก่ผู้ป่วยในคลินิกทันตกรรม เพื่อช่วยป้องกันหรือหยุดยั้งรอยโรคฟันผุ ได้แก่ ฟลูออไรด์เจล (professional fluoride gel) ฟลูออไรด์วานิช (fluoride vanish) ซิลเวอร์ไดอะมีนฟลูออไรด์ (silver diamine fluoride)

สถานการณ์ฟันผุในประเทศไทยในประชากรแต่ละช่วงอายุ^{๑๓}

ผลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติทั้ง ๗ ครั้ง พบว่า โรคฟันผุในเด็กมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่ในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลการสำรวจครั้งล่าสุด พ.ศ. ๒๕๖๐ พบว่า โรคฟันผุยังคงเป็นปัญหาสุขภาพช่องปากหลักของประชากรไทยในทุกช่วงวัย และเป็นสาเหตุหลักของอาการเจ็บปวดและการสูญเสียฟันน้ำนมก่อนเวลาในเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งความชุกของโรคฟันผุในเด็กอายุ ๓ ปี และ ๕ ปี สูงถึงร้อยละ ๕๒.๙ และร้อยละ ๗๕.๖ ตามลำดับ โดยความชุกของโรคฟันผุจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้สูงอายุ อายุ ๖๐ – ๗๔ ปี มีฟันผุร้อยละ ๙๘.๕ ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ ๘๐ – ๘๙ ปี เกือบทุกคน (ร้อยละ ๙๙.๕) มีฟันผุ ในภาพรวมของประเทศความชุกของโรคจะพบมากในประชากรวัยเด็กและวัยรุ่นชนบทมากกว่าเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร ส่วนวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจะพบความชุกของโรคใกล้เคียงกันในเขตเมืองและชนบท



รูปที่ ๑ สถิติความชุกของโรคฟันผุในประชากรไทยแต่ละกลุ่มอายุ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๒๗ ถึง พ.ศ. ๒๕๖๐

ภาพรวมการใช้น้ำดื่มบรรจุขวดเพื่อการบริโภคของประชากรไทย

จายรายงานการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคม ปี ๒๕๖๒ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติสำรวจข้อมูลพื้นฐานของครัวเรือนในประเด็นเรื่องการใช้ น้ำจากแหล่งน้ำที่สะอาดและไม่สะอาด พบว่า ร้อยละ ๔๖.๖ ของครัวเรือนไทย บริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดเป็นแหล่งน้ำดื่มหลัก โดยครัวเรือนที่อาศัยนอกเขตเทศบาล (ร้อยละ ๕๒.๖) บริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดมากกว่าครัวเรือนในเขตเทศบาล (ร้อยละ ๓๙.๕)

สำหรับเขตที่อยู่อาศัย ผลการรายงานพบเช่นเดียวกับผลรายงานการสำรวจสถานะเศรษฐกิจและสังคม^{๑๔} คือ สัดส่วนการบริโภคสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และต่ำที่สุดในเขตกรุงเทพมหานคร โดยครัวเรือนในกรุงเทพมหานครจะบริโภคน้ำจากน้ำประปาที่ต่อเข้าบ้านเป็นหลัก นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาเศรษฐกิจของครัวเรือนตามดัชนีความมั่งคั่ง พบว่า ครัวเรือนที่ร่ำรวยปานกลางบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดมากที่สุดเป็นร้อยละ ๕๓.๕ รองลงมา เป็นครัวเรือนที่ครอบครัวยากจน (ร้อยละ ๕๐.๘) ครัวเรือนที่ร่ำรวย (ร้อยละ ๕๐.๖) ครัวเรือนที่ยากจนและครัวเรือนที่ยากจนมาก (ร้อยละ ๔๓.๘) ส่วนครัวเรือนที่ร่ำรวยมากบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดเพียงร้อยละ ๓๔.๕ และบริโภคน้ำดื่มจากน้ำประปาที่ต่อเข้าบ้านเป็นหลัก^{๑๕}

จากการศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรขนาดเล็กในบางพื้นที่ พบว่า เหตุผลหลักที่ผู้บริโภคเลือกซื้อน้ำดื่มบรรจุขวดเพื่อบริโภค คือ คุณภาพและความสะอาดของน้ำดื่มบรรจุขวด^{๑๖,๑๗} โดยผู้บริโภคที่ซื้อน้ำดื่มบรรจุขวดเป็นประจำนั้น มีทั้งที่ซื้อน้ำดื่มบรรจุขวดขนาดพกพา ๖๐๐ มิลลิลิตร หรือน้ำดื่มบรรจุขวดขนาดพกพา ๙๕๐ มิลลิลิตร และขนาดใหญ่ ๒๐ ลิตร^{๑๗,๑๘,๑๙} โดยการศึกษาในบางพื้นที่ เช่น จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้บริโภคมองว่า น้ำดื่มขวดมีความจำเป็นต่อชีวิตมาก และมีแนวโน้มที่จะซื้อบริโภคเพิ่มสูงขึ้น^{๒๐}

ฟลูออไรด์ในน้ำและเกณฑ์มาตรฐาน

ฟลูออไรด์เป็นแร่ธาตุที่สามารถพบได้ทั่วไปตามธรรมชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแหล่งน้ำ ดังนั้น โดยทั่วไปแหล่งน้ำต่าง ๆ จึงมีฟลูออไรด์ผสมในส่วนประกอบอยู่แล้ว แต่จะมีระดับของฟลูออไรด์มากน้อยแตกต่างกันไป โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีข้อกำหนดที่เป็นเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อควบคุมระดับฟลูออไรด์ในน้ำที่นำมาใช้อุปโภค บริโภค ดังแสดงในตารางที่ ๑ การกำหนดเกณฑ์นั้นทำเพื่อควบคุมระดับของฟลูออไรด์ในน้ำที่ใช้บริโภคให้อยู่ในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพหากบริโภคต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

ตารางที่ ๑ เกณฑ์มาตรฐานที่ใช้กำหนดระดับของฟลูออไรด์ในน้ำบริโภค โดยหน่วยงานต่าง ๆ

เกณฑ์	หน่วยงาน/แหล่งอ้างอิง	ระดับฟลูออไรด์ที่กำหนด (ppm)
Drinking water quality พ.ศ. 2554	องค์การอนามัยโลก	ไม่เกิน 1.5 ppm*
มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมน้ำบริโภค มอก. 257-2549 พ.ศ. 2549	ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรม	ไม่เกิน 0.7 ppm อนุโลมสูงสุดไม่เกิน 1.0 ppm
มาตรฐานคุณภาพน้ำประปา พ.ศ. 2550	การประปาส่วนภูมิภาค	ไม่เกิน 0.7 ppm
มาตรฐานคุณภาพน้ำบาดาลที่บริโภค พ.ศ. 2552	ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	ไม่เกิน 0.7 ppm อนุโลมสูงสุดไม่เกิน 1.0 ppm
น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิท พ.ศ. 2553	ประกาศกระทรวงสาธารณสุข	ไม่เกิน 0.7 ppm
เกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ พ.ศ.2563	กรมอนามัย	ไม่เกิน 0.7 ppm

เกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลกกำหนดความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคไว้ไม่เกิน 1.5 ppm ซึ่งหากเกินอาจก่อให้เกิดฟันตกกระในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นระดับที่อาจมีผลกระทบต่อความสวยงามและคุณภาพชีวิต ส่วนเกณฑ์มาตรฐานในประเทศไทยกำหนดความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในน้ำบริโภครูปแบบต่าง ๆ ไว้ไม่เกิน 0.7 ppm หากเกินจะเริ่มเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดฟันตกกระระดับน้อยและน้อยมากได้ ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตาม การได้รับฟลูออไรด์ความเข้มข้นสูงผ่านการรับประทานเข้าสู่ร่างกายต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันยาวนานสามารถก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อสุขภาพร่างกายได้ โดยการรับประทานฟลูออไรด์ที่ความเข้มข้น 4 ppm ขึ้นไป จะมีผลทำให้เกิดฟันตกกระระดับรุนแรงและเริ่มมีผลกระทบต่อกระดูกด้วย และการรับประทานฟลูออไรด์ที่ความเข้มข้น 10 ppm จะมีผลกระทบต่อกระดูกอย่างชัดเจน^{๒๑,๒๒}

ฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำธรรมชาติในประเทศไทย

กรมอนามัยมีการสำรวจตัวอย่างจากแหล่งน้ำบริโภคธรรมชาติต่อเนื่องมายาวนาน พบว่า จากแหล่งน้ำธรรมชาติของประเทศไทย ทั้งน้ำบาดาล น้ำประปา น้ำบ่อ คลอง สระ ห้วย และน้ำฝน ตัวอย่างนั้นส่วนใหญ่มีปริมาณฟลูออไรด์อยู่ในระดับที่ปลอดภัยต่อการบริโภค จากการสำรวจครั้งล่าสุดในปี ๒๕๖๐ พบว่า ร้อยละ ๑.๖ ของจุดสำรวจใน ๒๔ จังหวัด และกรุงเทพมหานคร มีระดับฟลูออไรด์สูงกว่า 0.7 ppm ซึ่งเกินค่ามาตรฐานของปริมาณฟลูออไรด์สำหรับน้ำดื่ม โดยจังหวัดที่มีรายงานระดับฟลูออไรด์ในน้ำประปาสูงกว่า 0.7 ppm ได้แก่ บางพื้นที่ของจังหวัดแพร่ นครนายก สมุทรสาคร และสงขลา ส่วนบางพื้นที่ของจังหวัดกระบี่มีรายงานระดับฟลูออไรด์ในน้ำบาดาลสูงกว่า 0.7 ppm^{๑๓}

สำหรับเขตกรุงเทพมหานคร จากรายงานคุณภาพน้ำประปารายเดือนของการประปานครหลวงช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน ๒๕๖๕ พบว่า ตัวอย่างน้ำทั้งหมด

จากโรงงานผลิต ๔ แห่ง และจากเส้นท่อจ่ายน้ำ ๖ แห่ง มีระดับฟลูออไรด์อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน (ไม่เกิน 0.7 ppm) โดยพบระดับฟลูออไรด์ 0.1 – 0.53 mg/L^{๒๓}

ฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวดในประเทศไทย

ปัจจุบันในประเทศไทยไม่มีการเติมฟลูออไรด์เพิ่มลงในน้ำดื่มบรรจุขวด อย่างไรก็ตาม น้ำดื่มบรรจุขวดทั่วไปมีฟลูออไรด์อยู่แล้วตามธรรมชาติ ความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวดแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับแหล่งน้ำที่ใช้ผลิตก่อนบรรจุลงขวด

ในส่วนของระดับความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวดที่วางจำหน่ายในกรุงเทพมหานคร การศึกษาเก็บข้อมูลเชิงวิจัย ๒ การศึกษา ในปี ๒๕๕๔^{๒๔} และปี ๒๕๕๙^{๒๕} ทั้งสองงานวิจัยพบผลการศึกษาในทิศทางเดียวกัน คือ ในภาพรวมน้ำดื่มบรรจุขวดที่วางจำหน่าย มีระดับความเข้มข้นของฟลูออไรด์อยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 0.17 ppm โดยการศึกษาในปี ๒๕๕๙ พบว่า ร้อยละของยี่ห้อน้ำดื่มบรรจุขวดที่มีฟลูออไรด์มากกว่า 0.3 ppm และ 0.6 ppm เท่ากับ ๑๘ และ ๔ ตามลำดับ ส่วนน้ำแร่บรรจุขวดจะมีระดับความเข้มข้นของฟลูออไรด์สูงกว่าน้ำดื่มบรรจุขวดทั่วไป โดยพบว่า น้ำแร่ที่มีฟลูออไรด์สูงที่สุด มีฟลูออไรด์ถึง 0.87 ppm

ผลการสำรวจระดับความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวดที่วางจำหน่ายในร้านสะดวกซื้อและห้างสรรพสินค้าในปี ๒๕๖๓ พบว่า น้ำบรรจุขวดมีระดับฟลูออไรด์สูงตามแหล่งน้ำที่ผลิต แม้ในน้ำดื่มบรรจุขวดยี่ห้อเดียวกัน แต่ผลิตจากต่างพื้นที่ พบว่า มีระดับฟลูออไรด์ที่แตกต่างกัน น้ำดื่มบรรจุขวดส่วนใหญ่มีฟลูออไรด์ต่ำกว่า 0.3 ppm มีน้ำดื่ม ๒ ยี่ห้อคือ น้ำดื่มสิงห์ (แหล่งน้ำที่พรหมบุรี) และน้ำดื่มเนสท์เล่เพียวไลฟ์ที่มีฟลูออไรด์สูงกว่า 0.3 ppm โดยพบว่า มีฟลูออไรด์ 0.48 และ 0.32 ppm ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่า มีน้ำแร่นำเข้าจากต่างประเทศ ๑ ยี่ห้อ ที่มีระดับความเข้มข้นของฟลูออไรด์สูง อย่างไรก็ตาม มีการระบุระดับฟลูออไรด์ไว้บนฉลากของผลิตภัณฑ์ตามที่กฎหมายกำหนด

ในประเทศไทยนั้น อ้างอิงตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๕๓ กำหนดปริมาณฟลูออไรด์ไม่เกิน 0.7 มิลลิกรัมต่อน้ำบริโภค ๑ ลิตร ซึ่งสอดคล้องกับปริมาณฟลูออไรด์ในมาตรฐานน้ำประปาดื่มได้ของกรมอนามัย ส่วนน้ำแร่นั้นไม่มีการกำหนดระดับสูงสุดของฟลูออไรด์ แต่หากมีปริมาณฟลูออไรด์เกิน 1 ppm ผู้ผลิตจะต้องระบุไว้บนฉลากผลิตภัณฑ์ และหากมีฟลูออไรด์เกิน 2 ppm ต้องระบุข้อความไว้บนฉลากว่า “ผลิตภัณฑ์นี้ไม่เหมาะสำหรับทารกและเด็กที่อายุต่ำกว่า ๗ ปี”^{๒๖}

ข้อมูลการเติมฟลูออไรด์ลงในน้ำดื่มบรรจุขวดในต่างประเทศ

ประเทศที่มีข้อกำหนดเกี่ยวกับน้ำดื่มบรรจุขวดที่มีการเติมฟลูออไรด์ลงไปอย่างชัดเจน ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศออสเตรเลีย อย่างไรก็ตามมีเพียงไม่กี่บริษัทเท่านั้นที่มีผลิตภัณฑ์ทางเลือกนี้วางจำหน่ายและผู้บริโภคเองอาจจะไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับเพิ่มเติมจากการเลือกบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดที่มีการเติมฟลูออไรด์ลงไป

ในประเทศสหรัฐอเมริกา แต่เดิมข้อกำหนดเรื่องฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวด^{๒๗} ได้กำหนดว่า ฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวดอาจเป็นฟลูออไรด์ที่มีอยู่ตามธรรมชาติ หรือเป็นฟลูออไรด์ที่ถูกเติมลงไป ในระหว่างกระบวนการผลิตก็ได้ โดย The Food and Drug Administration (FDA) ในปี ค.ศ. ๒๐๑๓ ได้กำหนดระดับฟลูออไรด์สูงสุดที่สามารถมีได้ในน้ำดื่มบรรจุขวดที่ผลิตภายในประเทศไว้ โดยขึ้นกับค่าเฉลี่ยตลอดทั้งปีของอุณหภูมิสูงสุดของอากาศในแต่ละวันของพื้นที่ที่น้ำดื่มบรรจุขวดถูกวางจำหน่าย โดยอนุญาตให้น้ำดื่มบรรจุขวดที่ไม่ได้มีการเติมฟลูออไรด์ลงไปเพิ่ม (ฟลูออไรด์ตามธรรมชาติจากแหล่งน้ำที่ใช้ในการผลิต) สามารถมีฟลูออไรด์ได้ตั้งแต่ 1.4 ppm – 2.4 ppm ขึ้นกับอุณหภูมิของอากาศ ส่วนน้ำดื่มบรรจุขวดที่มีการเติมฟลูออไรด์ลงไปอนุญาตให้มีฟลูออไรด์ได้ตั้งแต่ 0.8 ppm – 1.7 ppm ขึ้นกับอุณหภูมิของอากาศ

อย่างไรก็ตาม การศึกษาและงานวิจัยใหม่ ๆ ได้แสดงให้เห็นว่า ปริมาณการดื่มน้ำในแต่ละวันนั้นไม่สัมพันธ์กับอุณหภูมิอากาศ^{๒๘} ดังนั้น จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องกำหนดระดับฟลูออไรด์ในน้ำดื่มให้แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ตามสภาพภูมิอากาศที่แตกต่างกัน ในปี ๒๕๖๕ นี้ ประเทศสหรัฐอเมริกาจึงมีการปรับเปลี่ยนกฎเกณฑ์ ข้อกำหนดเรื่องฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวด โดยกำหนดระดับฟลูออไรด์สูงสุดในน้ำดื่มบรรจุขวดที่มีการเติมฟลูออไรด์ลงไปไว้เพียงค่าเดียว คือ 0.7 ppm ทั้งในน้ำดื่มบรรจุขวดที่ผลิตในประเทศและน้ำเข้า^{๒๙} สอดคล้องไปกับระดับฟลูออไรด์ที่เติมลงในน้ำประปาของชุมชน ซึ่งแนะนำโดย U.S. Public Health Service

ทั้งนี้ น้ำดื่มบรรจุขวดที่มีการเติมฟลูออไรด์ลงไปนั้น จำเป็นต้องระบุปริมาณของฟลูออไรด์ที่เติมลงไปแตกต่างกับข้อกำหนดของน้ำดื่มบรรจุขวดทั่วไปที่ไม่จำเป็นต้องระบุปริมาณแร่ธาตุต่าง ๆ รวมถึงฟลูออไรด์บนฉลากบรรจุภัณฑ์ นอกจากนี้เฉพาะผลิตภัณฑ์ที่มีปริมาณฟลูออไรด์รวมอยู่ในช่วงระหว่าง 0.6 ppm – 1.0 ppm และผ่านเกณฑ์มาตรฐานอื่น ๆ เท่านั้นที่จะสามารถระบุบนฉลากบรรจุภัณฑ์ว่า “Drinking fluoridated water may reduce the risk of (dental caries or tooth decay)” ได้

ในประเทศออสเตรเลียนั้น ในปี ๒๕๔๙ ได้มีการเสนอความคิดเห็นให้อนุญาตให้มีการเติมฟลูออไรด์ลงในน้ำดื่มบรรจุขวด และผู้ผลิตสามารถติดฉลากที่ระบุว่า น้ำดื่มนี้มีการเติมฟลูออไรด์ได้ ในเวลาต่อมา Food Standards Australia New Zealand (FSANZ) ได้พิจารณาอนุมัติให้มีการเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวดได้ โดยให้เหตุผลสนับสนุนดังนี้ น้ำดื่มบรรจุขวดที่มีการเติมฟลูออไรด์มีคุณค่าทางโภชนาการที่เทียบเคียงกับน้ำประปาที่เติมฟลูออไรด์เป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับผู้บริโภคไม่ได้ก่อให้เกิดความกังวลทางด้านความปลอดภัยต่อผู้บริโภค รวมทั้งช่วยสนับสนุนนวัตกรรมอุตสาหกรรม โดย FSANZ กำหนดว่า ระดับฟลูออไรด์รวมในน้ำดื่มบรรจุขวดต้องอยู่ในช่วงความเข้มข้น 0.6 ppm – 1.0 ppm และต้องระบุไว้บนฉลากบรรจุภัณฑ์อย่างชัดเจน^{๓๐}

ปัจจัยที่นำมาร่วมพิจารณาความจำเป็นและแนวทางการใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุ

เนื่องจากน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ที่ยังไม่เคยมีผลิตและจำหน่ายในประเทศไทยมาก่อน จึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลที่เป็นบริบทเฉพาะของประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ถูกต้องและชัดเจน ปัจจัยที่ควรพิจารณามีดังต่อไปนี้

๑. ประสิทธิภาพและกลไกในการป้องกันฟันผุ
๒. ประชากรเป้าหมาย
๓. การเข้าถึงผู้บริโภค
๔. การผลิตและผู้ผลิต
๕. ความคุ้มค่า ความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ
๖. ข้อดีและข้อกังวล
๗. การควบคุมและข้อกำหนดที่จำเป็นต่อมี

๑. ประสิทธิภาพและกลไกในการป้องกันฟันผุ

เนื่องจากยังไม่มีเคยมีการศึกษาที่แสดงถึงประสิทธิภาพและกลไกการป้องกันฟันผุของน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดมาก่อน การพิจารณาในประเด็นดังกล่าวจึงอาจทำได้โดยเทียบเคียงจากผลการศึกษาน้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์ เนื่องจากเป็นฟลูออไรด์ที่มีรูปแบบการใช้งานคล้ายคลึงกันมากที่สุด

- น้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์

การเติมฟลูออไรด์ในน้ำเป็นวิธีที่ลดค่าดัชนีฟันผุ ถอน และอุดในฟันน้ำนมได้ร้อยละ ๓๕ และในฟันแท้ได้ ร้อยละ ๒๖ ถือเป็นวิธีที่มีความคุ้มค่าสูง^{๓๑} ในประเทศไทยเคยมีโครงการเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม เพื่อเป็นการศึกษานำร่องในบางพื้นที่ เมื่อปี ๒๕๓๗ พบว่า การเติมฟลูออไรด์ในน้ำมีผลช่วยลดอัตราฟันผุในฟันน้ำนมและฟันแท้ได้ ร้อยละ ๓๐ และร้อยละ ๓๗ ตามลำดับ อย่างไรก็ตามเนื่องจากปัญหาในการบริหารจัดการจึงไม่ได้มีการขยายผลโครงการต่อกลไกในการป้องกันฟันผุของน้ำประปาเกิดจากผลเฉพาะที่ภายหลังจากที่ฟันขึ้นในช่องปากแล้วเป็นหลัก แม้ว่าการบริโภคน้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์ในระหว่างที่หน่อฟันกำลังพัฒนาจะมีผลต่อโครงสร้างของฟัน และมีการศึกษาที่พบว่า เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผุบริเวณหลุมและร่องฟันของฟันกรามแท้^{๓๒,๓๓} อย่างไรก็ตามผลในเชิงระบบต่อการป้องกันฟันผุนั้นยังไม่ชัดเจน

หากพิจารณาตามบริบทของการใช้น้ำประปาในชีวิตประจำวัน นอกเหนือจากการดื่มโดยตรงผู้บริโภคอาจได้รับประโยชน์จากฟลูออไรด์ในน้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์ผ่านการใช้งาน เพื่อประกอบอาหาร รวมถึงใช้น้ำเพื่อการอุปโภค เช่น การนำมาใช้บ้วนปาก

เป็นต้น และประสิทธิผลที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลจากการใช้น้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน

- น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด

ยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของน้ำดื่มประเภทนี้ต่อการป้องกันฟันผุมาก่อน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากไม่ได้มีการวางจำหน่ายแพร่หลายนักเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์ฟลูออไรด์ชนิดอื่น ๆ

กรณีสมมติ หากมีการใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด โดยน้ำดื่มบรรจุขวดนี้เติมฟลูออไรด์ที่ระดับความเข้มข้น 0.5 ppm ประสิทธิภาพของน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดจะมากหรือน้อยขึ้นกับสัดส่วนการบริโภคน้ำดื่มชนิดนี้เทียบกับน้ำดื่มที่บริโภคทั้งหมดในแต่ละวัน หากเป็นการซื้อบริโภคเป็นครั้งคราว ประสิทธิภาพย่อมต่ำกว่าประสิทธิภาพของน้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์ แม้ในกรณีที่บริโภคน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดเป็นประจำตลอดทั้งวัน ประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุอาจยังต่ำกว่าประสิทธิภาพของน้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์ หากไม่ได้มีการใช้น้ำดื่มบรรจุขวด เพื่อปรุงอาหาร ชงเครื่องดื่ม หรือใช้ในการอุปโภค เช่น การนำมาใช้บ้วนปาก เป็นต้น

๒. ประชากรเป้าหมาย

อาจพิจารณากลุ่มเป้าหมายตาม ๒ ปัจจัย ได้แก่ กลุ่มอายุ ระดับความเสี่ยง

- กลุ่มอายุ

จากผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพช่องปากแห่งชาติครั้งล่าสุด ประชากรไทยยังคงมีปัญหาโรคฟันผุสูงในทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่เด็กก่อนวัยเรียนไปจนถึงกลุ่มผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดเหมาะสำหรับผู้ที่มีอายุ ๓ ปี ขึ้นไป เนื่องจากเด็กเล็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันตกระบริเวณพื้นหน้าได้ ประกอบกับในปัจจุบันมีการใช้ผลิตภัณฑ์ฟลูออไรด์ชนิดอื่น ๆ แพร่หลายในประเทศไทย เช่น ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ความเข้มข้น 1,500 ppm ฟลูออไรด์เสริมชนิดรับประทาน เป็นต้น เด็กจึงมีโอกาสดูแลฟลูออไรด์เข้าสู่ร่างกายผ่านผลิตภัณฑ์เหล่านี้อยู่แล้ว ส่วนในเด็กอายุ ๓ - ๘ ปี โอกาสเสี่ยงในการเกิดฟันตกระจะค่อย ๆ ลดลง และในผู้ที่มีอายุ ๘ ปีขึ้นไป จะไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันตกระแล้ว ดังนั้น จึงมีความปลอดภัยในการดื่มน้ำผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด

- ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ

การดื่มน้ำผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงจะมีโอกาสได้รับประโยชน์ในการป้องกันฟันผุสูงกว่าในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุต่ำ ในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย วยารุ่นที่ใส่เครื่องมือจัดฟัน น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการป้องกันฟันผุสำหรับผู้บริโภคกลุ่มนี้ที่ต้องการหาทางเลือกเสริมเป็นกรณีพิเศษ

โดยสรุป ในแง่ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดน่าจะเหมาะกับผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุสูงที่มีอายุ ๓ ปีขึ้นไป

๓. การเข้าถึงผู้บริโภค

จากข้อมูลการบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดของสำนักงานสถิติ พ.ศ. ๒๕๖๒ พบว่า ร้อยละ ๔.๖๖ ของครัวเรือนไทยบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดเป็นแหล่งน้ำดื่มหลัก โดยสัดส่วนการบริโภคต่ำที่สุดในเขตกรุงเทพมหานคร โดยครัวเรือนในกรุงเทพมหานครจะบริโภคน้ำจากน้ำประปาที่ต่อเข้าบ้านเป็นหลัก นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาเศรษฐกิจของครัวเรือนตามดัชนีความมั่นคง พบว่า ครัวเรือนที่ร่ำรวยปานกลางบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดมากที่สุด ส่วนครัวเรือนที่ร่ำรวยมากบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดเพียงร้อยละ ๓๔.๕ และบริโภคน้ำดื่มจากน้ำประปาที่ต่อท่อเข้าบ้านเป็นหลัก^๘ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า ครัวเรือนที่มีรายได้สูงจะบริโภคน้ำดื่มจากเครื่องกรองน้ำส่วนตัวที่ต่อกับน้ำประปา ดังนั้น ในกรณีที่ราคาของน้ำบรรจุขวดเติมฟลูออไรด์มีราคาไม่แตกต่างจากน้ำบรรจุขวดทั่วไปที่ขายในท้องตลาด และผู้บริโภคเห็นประโยชน์ของน้ำบรรจุขวดเติมฟลูออไรด์ และการจัดจำหน่ายทำให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงได้ง่าย ผู้บริโภคในทุกเศรษฐกิจก็มีโอกาสที่จะซื้อน้ำที่ผลิตดังกล่าวนี้ แต่หากว่ากรณีน้ำบรรจุขวดเติมฟลูออไรด์ที่ผลิตขึ้นมีราคาสูงกว่าน้ำดื่มบรรจุขวดทั่วไป คาดการณ์ว่า ผู้บริโภคที่มีกำลังซื้อเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงได้

นอกจากนี้ จากข้อมูลการขายน้ำดื่มบรรจุขวดระดับประเทศตั้งแต่ พ.ศ. ๒๖๖๙ – ๒๕๖๔^๙ พบว่า มวลรวมปริมาณการขายของน้ำดื่มบรรจุขวดมีการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๘.๔ แสดงให้เห็นว่า การบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และยังเป็นที่น่าสังเกตว่า ข้อมูลปริมาณการขายของน้ำดื่มบรรจุขวดประเภทเครื่องดื่มเสริมอาหาร (functional drinks) ที่มีการเสริมสารอาหารบางชนิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงมากถึงร้อยละ ๑๖๐.๔ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๖๔ หากผู้บริโภคพิจารณาว่า น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดเป็นเครื่องดื่มเสริมอาหารรูปแบบหนึ่ง กลุ่มผู้บริโภคที่มีกำลังซื้ออาจเลือกซื้อน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดทดแทนน้ำดื่มทั่วไป

๔. การผลิตและผู้ผลิต

หลักการพิจารณาสำหรับการพัฒนาผลิตภัณฑ์เครื่องดื่ม^{๑๐} สามารถแบ่งตามกระบวนการได้ดังต่อไปนี้

๑. ชั้นเตรียมการ

เป็นขั้นตอนสำคัญที่สุด เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ (feasibility) ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มชนิดใด ๆ ซึ่งประกอบด้วย องค์ความรู้และเทคโนโลยีในการผลิต ความต้องการของผู้บริโภค คู่แข่งทางการตลาด และกฎระเบียบของภาครัฐ

สำหรับการศึกษาเพื่อพัฒนาน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องข้างต้น ร่วมกับการพิจารณาความจำเป็นในการผลิตผลิตภัณฑ์ ข้อควรระวังและกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต่อการบริโภคน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด

จากการสำรวจน้ำดื่มบรรจุขวดในปัจจุบัน พบว่า น้ำดื่มบางผลิตภัณฑ์ มีปริมาณฟลูออไรด์ในปริมาณ 0.5 ppm อยู่แล้ว หากการพิจารณาส่วนการผลิตน้ำดื่มบรรจุขวดผสมฟลูออไรด์และหวังผลประโยชน์จากฟลูออไรด์ในน้ำ อาจส่งเสริมให้ผู้ผลิตน้ำดื่มดังกล่าว ได้ประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ของตน เพื่อประโยชน์ในการเลือกซื้อของผู้บริโภค ทั้งนี้ ต้องมีการควบคุมกำกับในด้านการควบคุมคุณภาพ ปริมาณฟลูออไรด์ให้คงที่ได้มาตรฐาน รวมถึงการมีฉลากกำกับผลิตภัณฑ์ที่ระบุปริมาณ ค่าชี้แจง และข้อควรระวังให้ชัดเจน

๒. ขั้นการพัฒนาผลิตภัณฑ์

ต้องพิจารณากรอบแนวคิดของผลิตภัณฑ์ การพัฒนารูปแบบผลิตภัณฑ์ การจัดการการตลาด และการประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ ในขั้นตอนนี้สำหรับผู้ผลิตที่เป็นภาครัฐ จะมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่มประชากรเป้าหมาย ส่วนภาคเอกชนจะเน้นให้เกิดผลกำไรจากการบริโภคของกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก

๓. ขั้นการควบคุมคุณภาพและประเมินผล

สำหรับขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการศึกษาวิจัยประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์ที่เกิดในมนุษย์ ซึ่งต้องคำนึงถึงคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิภาพประสิทธิผลของส่วนประกอบหลักต่อผลลัพธ์ที่คาดหวัง ประโยชน์ในแต่ละผลิตภัณฑ์ สำหรับน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดต้องศึกษาติดตามความปลอดภัยและประโยชน์ที่ได้รับจากฟลูออไรด์ที่บริโภคเข้าสู่ร่างกายในระยะยาว

การผลิตน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดอาจเป็นการผลิตโดยภาครัฐหรือเอกชน ซึ่งจะมีประเด็นที่ควรพิจารณาก่อนการผลิต โดยมีทั้งส่วนที่เหมือนและแตกต่างกัน ประเด็นต่าง ๆ ที่ควรพิจารณาสำหรับกรณีผู้ผลิตน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชน ดังแสดงในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบข้อควรพิจารณาการผลิตน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด หากมีการผลิตโดยภาครัฐและภาคเอกชน (ในปัจจุบันยังไม่มีการผลิตทั้งในภาครัฐและเอกชน)

ข้อควรพิจารณา	ผู้ผลิตภาครัฐ	ผู้ผลิตภาคเอกชน
กลุ่มเป้าหมายผู้บริโภคหลัก	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคพิษสุนัขบ้า เช่น เด็กนักเรียน ในพื้นที่ฟลูออไรด์ในน้ำธรรมชาติต่ำ - กลุ่มผู้ที่อาศัยในพื้นที่ฟลูออไรด์สูงในน้ำดื่มธรรมชาติเกินค่ามาตรฐาน* 	ประชาชนที่มีกำลังซื้อ (High socioeconomic status)
ค่าใช้จ่ายในการบริโภค	รัฐบาลสนับสนุนทั้งหมด และ/หรือ ผู้บริโภคจ่ายเองบางส่วน	ผู้บริโภคจ่ายเอง
ความคุ้มค่าในการผลิต	พิจารณา compliance ของกลุ่มเป้าหมาย ศึกษาประเด็นความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจ ประสิทธิภาพการป้องกันพิษ และผลต่อสุขภาพในระยะยาว	ศึกษาประเด็นความต้องการของตลาด และผู้บริโภค (marketing research)
กระบวนการผลิตและแหล่งผลิต	กระบวนการตามมาตรฐานการผลิตน้ำดื่ม แหล่งผลิตที่เป็นไปได้ อาจเป็นศูนย์วิจัยที่มีโรงงานผลิตเครื่องดื่มอยู่แล้ว เช่น สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย	บริษัทอุตสาหกรรมเครื่องดื่มที่ผลิตน้ำดื่มอยู่แล้ว หรือ บริษัทผลิตสำหรับแบรนด์อื่น ๆ (OEM, ODM, OBM)
การควบคุมมาตรฐาน	ผ่านมาตรฐานการผลิตกัมมันต์น้ำดื่มบรรจุขวด GMP, HCAPP, Halal การรับรองมาตรฐาน ออย. และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท เพิ่มฉลากแสดงปริมาณฟลูออไรด์ ข้อกำหนดในการบริโภค เช่น อายุของผู้บริโภค ปริมาณที่ควรบริโภคต่อวัน	เช่นเดียวกับของภาครัฐ
ข้อควรพิจารณา	ผู้ผลิตภาครัฐ	ผู้ผลิตภาคเอกชน
ความยั่งยืน	ขึ้นกับนโยบายภาครัฐและการควบคุมกำกับให้เกิดการใช้อย่างกว้างขวาง	ขึ้นกับความต้องการผู้บริโภค และความคุ้มค่า

* เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้น้ำธรรมชาติ ซึ่งช่วยลดปริมาณฟลูออไรด์ที่เข้าสู่ร่างกาย ทำให้ลดโอกาสเกิดฟันตกกระ

๕. ความคุ้มทุน/ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในการผลิตน้ำดื่มฟลูออไรด์บรรจุขวด ในการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์จะมีการประเมิน ๓ ส่วนหลัก ได้แก่

๑. การประเมินต้นทุน (cost analysis) ได้แก่ ต้นทุนทางตรง คือ ต้นทุนการผลิต และต้นทุนทางอ้อม คือ ต้นทุนส่วนอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ต้นทุนทางตรง รวมถึงการพิจารณาต้นทุนจากมุมมองของภาคส่วนใด เช่น ผู้ผลิต ผู้บริโภค และมุมมองทางสังคม ในประการประเมินต้นทุนสำหรับความคุ้มค่ามักจะพยายามให้มีต้นทุนน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับวิธีการที่ต่างกัน หรือผลลัพธ์ที่เท่ากัน สำหรับการผลิตน้ำดื่มฟลูออไรด์บรรจุขวดนี้ ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนดังกล่าว

๒. การประเมินผลลัพธ์ (effectiveness analysis) ได้แก่ การประเมินส่วนของผลที่คาดว่าจะได้รับจากสิ่งที่ต้องการประเมิน สำหรับผลลัพธ์ที่คาดการณ์ของการผลิตน้ำดื่มฟลูออไรด์บรรจุขวด คือ ผลลัพธ์ทางคลินิกในการลดโรคฟันผุ ซึ่งยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย เนื่องจากยังไม่มีการผลิตน้ำดื่มฟลูออไรด์บรรจุขวด ดังนั้น อาจประมาณการณ ผลลัพธ์การลดโรค หรือป้องกันฟันผุจากโครงการนำร่องในการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาของจังหวัดนครนายก ในปี ๒๕๓๗ - ๒๕๔๒^{๓๖} ซึ่งพบว่า ลดอัตราการเกิดฟันผุได้ ร้อยละ ๓๐ ในฟันน้ำนม และร้อยละ ๓๗ ในฟันถาวร หากจะใช้การประมาณการณเทียบเคียงกับผลลัพธ์ของโครงการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาดังกล่าว ควรจะอยู่ภายใต้สมมติฐานว่า ประชาชนได้บริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดเป็นน้ำดื่มหลัก เช่นเดียวกับการบริโภคน้ำประปาของโครงการนำร่อง หากสัดส่วนของการบริโภคน้ำบรรจุขวดต่ำกว่าประชาชนที่บริโภคน้ำประปาในโครงการก็ จะทำให้สัดส่วนผลลัพธ์การลดโรคฟันผุลดลงเช่นกัน

๓. การประเมินต้นทุนเทียบกับผลลัพธ์ สำหรับการประเมินประเภทนี้สามารถทำให้เห็นภาพความคุ้มค่าที่ชัดเจน และมักจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ทางเลือกการจัดทำโครงการหรือมาตรการต่าง ๆ ที่คุ้มค่างับทรัพยากรที่มีอยู่ ยังไม่พบการประเมินความคุ้มค่าสำหรับการผลิตน้ำดื่มฟลูออไรด์บรรจุขวด แต่มีการศึกษาสำหรับโครงการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาในหลายประเทศ เช่น จากทบทวนวรรณกรรมของ Marino and Zaror (2020)^{๓๗} รายงานการประเมินความคุ้มทุน (cost-benefit analysis) พบว่า อัตราส่วนระหว่างต้นทุนที่เป็นเงินต่อผลลัพธ์ที่เงินต่อมีค่าอยู่ระหว่าง ๑ : ๑.๑๒ ถึง ๑ : ๘๓ และจากการศึกษาที่ประเมินต้นทุนต่อประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis) การลดโรคฟันผุเทียบกับชุมชนที่ไม่ได้รับน้ำประปาเติมฟลูออไรด์ พบว่า ทุกการศึกษารายงานว่า มีการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปามีความคุ้มค่า ซึ่งปริมาณความคุ้มค่าขึ้นกับขนาดของกลุ่มประชากรที่บริโภคน้ำประปาเติมฟลูออไรด์ โดยกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ก็จะมีความคุ้มค่ามากกว่ากลุ่มประชากรขนาดเล็ก นอกจากนี้ยังมีการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ (cost-utility analysis) โดยอรรถประโยชน์ที่ใช้ประเมิน ได้แก่ DALYs (Disability

adjusted life years), QALYs (Quality adjusted life years) และ QATYs (Quality adjusted tooth years)

ตัวอย่างการประเมินความคุ้มค่าจากการศึกษาของ Ran and Chattopadhyay (2016)^{๓๘} แสดงในตารางที่ ๓

ตารางที่ 3 การประเมินความคุ้มค่าจากการศึกษาของ Ran and Chattopadhyay

Study	Location	Community population size	Actual cost?	Time horizon (years)	Per capita annual cost (2013\$)
Tchouaket 2013	Quebec, Canada	—	Yes	20	1.63
O'Connell 2005	Colorado, U.S.	1,000	No	15	3.36
		≥20,000	No	15	0.54
Wright 2001 ^a	New Zealand	1,000	Yes	30	4.92
		>300,000	Yes	30	0.11
Griffin 2001 ^b	U.S.	<5,000	No	15	4.85
		>20,000	No	15	0.76
Cobiac 2012	Australia	<1,000	No	15	24.00
		≥1,000	No	15	0.24
Ciketic 2010	SE Queensland, Australia	—	No	15	0.81

a 5% discount rate
b 4% discount rate
- Not reported

อย่างไรก็ตาม การประเมินความคุ้มค่าที่รายงานข้างต้นเป็นการศึกษาที่อ้างอิงจากโครงการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาที่มีผู้ศึกษาแล้ว สำหรับการผลิตน้ำดื่มฟลูออไรด์บรรจุขวดนั้น ยังไม่มีข้อมูลส่วนต้นทุนจากฝ่ายผู้ผลิต ดังนั้น คณะทำงานฯ จึงได้ประมาณการณ้ความคุ้มค่าในมุมมองผู้บริโภค โดยเทียบกับการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ เนื่องจากเป็นผลิตภัณฑ์ฟลูออไรด์ที่ผู้บริโภคต้องเสียค่าใช้จ่ายเองในชีวิตประจำวันเช่นกัน โดยใช้ปริมาณการบริโภคและราคาของน้ำดื่มบรรจุขวดในปัจจุบันเป็นกรณีศึกษาดังตารางแสดง

ตารางที่ ๔ ประมาณการความคุ้มค่าของการบริโภคน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดและการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ในมุมมองผู้บริโภค

	น้ำดื่มขวดฟลูออไรด์ กรณีดื่มทั้งวัน	น้ำดื่มขวดฟลูออไรด์ กรณีซื้อดื่มเฉพาะเมื่ออยู่ข้าง นอก	ยาสีฟันฟลูออไรด์
ค่าใช้จ่ายที่ ผู้บริโภคจ่าย	คิดเทียบเคียงจากราคาน้ำแร่ # ขวด 1500 มล. ราคา 21.6 บาท ดื่มวันละ 1.5 ขวด ราคา 32.5 บาท เฉลี่ย 1 ปี เท่ากับ 11,862.5 บาท คิดเทียบเคียงจากราคาน้ำเปล่า+ ขวด 1500 มล. ราคา 11 บาท ดื่มวันละ 1.5 ขวด ราคา 16.5 บาท เฉลี่ย 1 ปี เท่ากับ 5,527.5 บาท	คิดเทียบเคียงจากราคาน้ำแร่ # ขวด 500 มล. ราคา 12 บาท ดื่มวันละ 2 ขวด ราคา 24 บาท เฉลี่ย 1 ปี เท่ากับ 8,760 บาท คิดเทียบเคียงจากราคาน้ำเปล่า+ ขวด 600 มล. ราคา 7 บาท ดื่มวันละ 2 ขวด ราคา 14 บาท เฉลี่ย 1 ปี เท่ากับ 5,110 บาท	คิดเทียบจากราคายาสีฟัน 1000 ppm ยาสีฟัน 1 กรัม เฉลี่ย 2 บาท (0.3 - 5 บาท) ใช้วันละ 2 กรัม ราคา 4 บาท เฉลี่ย 1 ปีเท่ากับ 1,460 บาท รวมค่าแปรงสี ฟัน 200 บาท คิดเทียบจากราคายาสีฟัน 1,500 ppm ยาสีฟัน 1 กรัม เฉลี่ย 2.2 บาท (0.3 - 5 บาท) ใช้วันละ 2 กรัม ราคา 4.4 บาท เฉลี่ย 1 ปีเท่ากับ 1,606 บาท รวมค่าแปรงสี ฟัน 200 บาท
การลดโรค ฟันผุ	เทียบจากผลของการบริโภค น้ำประปาเติมฟลูออไรด์ ซึ่งลด DMFT ได้ ร้อยละ 26 ³¹ คาดว่าได้ผลน้อยกว่าน้ำประปา ฟลูออไรด์	คิดเป็นส่วนครึ่งหนึ่งของน้ำที่ บริโภคต่อวัน คาดว่าได้ผลน้อยกว่าน้ำประปา ฟลูออไรด์ และน้อยกว่ากรณีดื่มทั้ง วัน	- กรณียาสีฟัน 1000 ppm อัตราการป้องกัน ฟันผุร้อยละ 24 ³⁹ - กรณียาสีฟัน 1500 ppm จะเพิ่มจาก 1000 ppm อีกประมาณร้อยละ 7-9

หมายเหตุ ข้อมูลค่าใช้จ่ายในตารางเป็นข้อมูลที่สมมติขึ้นโดยคำนวณจากปริมาณน้ำดื่มที่ผู้บริโภคดื่มเฉลี่ย/วัน เท่ากับ 2 ลิตร/วัน (ขวด 1500 มล.
จำนวน 1.5 ขวด) และกรณีซื้อเฉพาะอยู่ข้างนอกที่พิกอาศัย คาดว่าซื้อบริโภคประมาณวันละ 2 ขวด โดยเป็นขวดแบบพกพา โดยคำนวณ 365 วัน/ปี
น้ำแร่ Aura ราคาจากร้านสะดวกซื้อ
+ น้ำดื่มสิงห์ ราคาจากร้านสะดวกซื้อ

จากการประมาณการณเปรียบเทียบการบริโภคน้ำดื่มฟลูออไรด์บรรจุขวด และการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ในมุมมองผู้บริโภค พบว่า ต้นทุนของผู้บริโภคในการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์มีค่าต่ำกว่ามาก เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ในการลดโรคฟันผุที่ใกล้เคียงกัน ในมุมมองของผู้บริโภคจึงอาจเป็นค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น หากรัฐบาลต้องการส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุในประชากรเป้าหมายเฉพาะกลุ่ม อาจจำเป็นต้องช่วยแบกรับค่าใช้จ่ายในส่วนนี้

๖. ข้อดีและข้อกังวล

ข้อดีในการผลิตน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด ได้แก่

๑. เป็นทางเลือกให้กับประชาชนที่ต้องการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มเติม และในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ

๒. เป็นวิธีที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่ต้องอาศัยความร่วมมือหรืออุปกรณ์อื่น ๆ เพิ่มเติม

๓. ส่งเสริมอุตสาหกรรมการผลิตนวัตกรรมใหม่ของประเทศ

ข้อกังวลในการผลิตน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด ได้แก่

๑. หากมีการวางจำหน่ายตามร้านสะดวกซื้อหรือห้างสรรพสินค้าทั่วไป เช่นเดียวกับน้ำดื่มบรรจุขวดทั่วไป อาจควบคุมและจำกัดการใช้ยาก โดยเฉพาะในเด็กเล็ก เช่น นำไปใช้ในการผสมนมหรืออาหารสำหรับเด็กทารก หรือในกรณีที่เด็กมีการใช้ผลิตภัณฑ์ฟลูออไรด์ที่มีความเข้มข้นสูงชนิดอื่นร่วมด้วย เช่น การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ความเข้มข้น 1500 ppm หรือการรับประทานยาเม็ดฟลูออไรด์ร่วมด้วย เป็นต้น กรณีดังกล่าวอาจก่อให้เกิดฟันตกกระในระดับน้อยหรือน้อยมากได้ ดังนั้น ในการผลิตจึงจำเป็นต้องมีการควบคุมความเข้มข้นของฟลูออไรด์ที่เหมาะสมที่จะเติมลงในน้ำดื่ม และต้องมีคำแนะนำในการใช้ที่ชัดเจนระบุบนผลิตภัณฑ์

๒. ประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุที่คาดว่าจะได้รับยังไม่เด่นชัด เนื่องจากไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนถึงผลของผลิตภัณฑ์ชนิดนี้ อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปแล้วผลลัพธ์ในการป้องกันฟันผุจะเกิดได้จากการที่ผิวฟันได้สัมผัสกับฟลูออไรด์ในช่องปากบ่อยครั้ง รวมถึงต้องมีการใช้ผลิตภัณฑ์ฟลูออไรด์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานาน ดังนั้น ผลที่คาดว่าจะได้รับจะน้อยกว่ากรณีที่เป็นน้ำดื่มและน้ำใช้

๓. การควบคุมคุณภาพในการผลิตอาจทำได้ยากหรือต้องมีกระบวนการติดตามตรวจสอบ ซึ่งอาจเพิ่มค่าใช้จ่ายในการควบคุมคุณภาพ และมีผลกระทบต่อราคาได้

๗. การควบคุมและข้อกำหนดที่จำเป็นต้องมี

หากจะมีการดำเนินการเพื่อผลิตจำเป็นต้องมีการควบคุมและมีข้อกำหนดต่าง ๆ อย่างชัดเจน เช่น ชนิดและปริมาณของฟลูออไรด์ที่เติมลงไป การควบคุมคุณภาพโรงงานผู้ผลิต การระบุข้อความบนฉลากผลิตภัณฑ์อย่างชัดเจน เช่น ปริมาณฟลูออไรด์ที่เติมลงไป ข้อบ่งชี้ในการใช้ วิธีการใช้ที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น และควรมีการติดตามผลของมาตรการนี้ในระยะยาว

สรุปข้อมูลในปัจจุบันของน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด

๑. ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพ/ประสิทธิผลของน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดต่อการป้องกันฟันผุ ข้อมูลที่นำมาพิจารณาได้จากผลการศึกษาของน้ำประปาที่การเติมฟลูออไรด์ ร่วมกับการคาดการณ์ผลลัพธ์ที่น่าจะเป็นไปได้ ซึ่งคาดว่า ผลการป้องกันฟันผุของน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดจะน้อยกว่าเมื่อเทียบกับผลของน้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์ เนื่องจากกลไกการป้องกันฟันผุของฟลูออไรด์ในลักษณะเฉพาะที่เป็นกลไกสำคัญในการป้องกันฟันผุที่มีประสิทธิภาพมากกว่าและเกิดผลข้างเคียงน้อยกว่าฟลูออไรด์ที่ได้รับทางระบบ ซึ่งน้ำดื่ม

ผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดมีผลเฉพาะที่น้อยกว่าน้ำประปาที่เติมฟลูออไรด์ ซึ่งถูกนำมาใช้เป็นทั้งน้ำดื่มและน้ำใช้

๒. ปัจจุบันมีเพียง ๒ ประเทศที่มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการเติมฟลูออไรด์เพิ่มลงในน้ำดื่มบรรจุขวด ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งกำหนดให้ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวดเท่ากับ 0.7 ppm และประเทศออสเตรเลีย ซึ่งกำหนดให้ปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวดเท่ากับ 0.6 – 1 ppm สำหรับประเทศไทยไม่เคยมีการกำหนดเกี่ยวกับเรื่องนี้มาก่อน มีเพียงข้อกำหนดของระดับฟลูออไรด์ที่มีโดยธรรมชาติในน้ำดื่มบรรจุขวดปิดสนิท ซึ่งกำหนดไว้ที่ระดับไม่เกิน 0.7 ppm

๓. กรณีที่มีการเติมฟลูออไรด์และอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุม คือ ไม่เกิน 0.7 ppm จะไม่มีข้อกังวลด้านสุขภาพอื่น นอกเหนือจากการเกิดฟันตกระระดับน้อยและน้อยมาก ซึ่งฟันตกระระดับนี้ไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แต่หากยังมีความกังวลเรื่องความสวยงามของฟันตกระในฟันหน้า (ฟันตัด) ซึ่งสัมพันธ์กับการได้รับฟลูออไรด์ในเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ควรมีข้อกำหนดในการใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี กรณีที่มีการใช้ร่วมกับผลิตภัณฑ์ที่มีฟลูออไรด์ เช่น ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ 1500 ppm และกรณีที่ใช้ผสมนมผงสำหรับเด็กทารกและเด็กเล็ก ส่วนข้อกำหนดสำหรับการใช้ในเด็กอายุ ๓ - ๘ ปี อาจไม่จำเป็น เนื่องจากเป็นวัยที่ฟันหน้าสร้างเสร็จแล้ว เหลือเฉพาะการสร้างฟันกราม ฟันกรามน้อย และฟันเขี้ยว เท่านั้น

๔. ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการมีแนวโน้มที่จะสูง เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในกระบวนการผลิต ได้แก่ บรรจุภัณฑ์ การควบคุมคุณภาพ และการขึ้นทะเบียนมาตรฐาน มอก. อาจจะทำให้ราคาน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดมีราคาสูง เพื่อให้มีผลกำไรกรณีเอกชนเป็นผู้ผลิต และอาจต้องพิจารณาเรื่องความคุ้มทุนกรณีที่ภาครัฐเป็นผู้ผลิต

ข้อเสนอแนะกรณีหากจะมีการผลิตน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด

๑. น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดอาจเป็นเครื่องดื่มทางเลือกสำหรับ

๑.๑ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงที่มีอายุมากกว่า ๓ ปี ซึ่งเป็นวัยที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันตกระในฟันหน้า (ฟันตัด) แล้ว

๑.๒ ผู้สูงวัย (เกิน ๖๐ ปี) ซึ่งมักจะมีภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย และเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุที่รากฟัน

๒. หากพิจารณาที่จะผลิตและแนะนำให้ใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูง ควรแนะนำให้ใช้ต่อเนื่องในกิจวัตรประจำวันทั้งการดื่มและการปรุงอาหาร รวมถึงแนะนำให้จิบบ่อย ๆ เพื่อให้น้ำดื่มได้สัมผัสกับผิวฟันนานที่สุด ซึ่งจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุสูงสุด

๓. ปริมาณฟลูออไรด์ที่แนะนำให้เติมในน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดคือ 0.5 ppm โดยอ้างอิงตามข้อมูลปริมาณฟลูออไรด์ที่แนะนำให้เติมในน้ำประปาของประเทศไทย

๔. ในกรณีที่จะมีการเติมฟลูออไรด์ลงไปใต้น้ำดื่มบรรจุขวด ควรมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการระบุความเข้มข้นของฟลูออไรด์ในผลิตภัณฑ์บนฉลากน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดให้ชัดเจน โดยผลิตภัณฑ์ที่มีฟลูออไรด์อยู่ในระดับที่กำหนดสามารถขออนุมัติใส่สัญลักษณ์หรือข้อความว่าเป็นน้ำดื่มทางเลือกที่สามารถลดความเสี่ยงในการเกิดฟันผุได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำฟลูออไรด์มาใช้เพื่อแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในประเทศไทย

๑. ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เป็นวิธีหลักในการป้องกันฟันผุของประชาชนทุกกลุ่ม เนื่องจากมีประสิทธิภาพดีในการลดฟันผุทั้งฟันน้ำนมและฟันถาวร เข้าถึงง่าย ใช้ได้ทุกช่วงอายุ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนที่ต้องแปรงฟันเป็นประจำทุกวัน วันละ ๒ ครั้ง เพื่อกำจัดคราบจุลินทรีย์อันเป็นสาเหตุของโรคในช่องปากทั้งโรคฟันผุและโรคปริทันต์ ข้อเสนอแนะในการช่วยให้การใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ในประเทศไทยเกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงขึ้นไปได้แก่

๑.๑ สนับสนุนการผลิตและวางจำหน่ายยาสีฟันฟลูออไรด์ความเข้มข้น 1500 ppm และรณรงค์การใช้ในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะประชากรที่มีอายุมากกว่า ๖ ปี

๑.๒ ฉลากยาสีฟัน ควรบอกปริมาณฟลูออไรด์ให้ชัดเจนและควรมีรูปแสดงปริมาณการใช้ยาสีฟันในแต่ละช่วงอายุที่ถูกต้องกำกับอยู่บนกล่องและหลอดยาสีฟัน

๑.๓ รัฐบาลสนับสนุนการผลิตยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ราคาถูกลงสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย

๑.๔ ภาคการผลิตควรออกแบบลักษณะของปากหลอดยาสีฟันให้สามารถบีบปรับยาสีฟันออกมาได้ในปริมาณที่เหมาะสมสำหรับแต่ละช่วงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก

๑.๕ สนับสนุนโครงการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในโรงเรียนและในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีการดำเนินโครงการอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

๒. องค์การอนามัยโลกให้การยอมรับการใช้ฟลูออไรด์ในเชิงชุมชน เช่น น้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์ นมที่มีการเติมฟลูออไรด์ เป็นต้น ว่าเป็นมาตรการในการป้องกันฟันผุที่มีประสิทธิผลและมีความคุ้มค่าสูง

๓. ปัจจุบันมีน้ำดื่มบรรจุขวดที่มีฟลูออไรด์ตามธรรมชาติอยู่ในระดับที่เหมาะสม วางจำหน่ายอยู่จำนวนหนึ่งอาจเสนอให้ผู้ผลิตระบุฉลากบนผลิตภัณฑ์ เพื่อให้ผู้บริโภคทราบข้อมูลและเลือกซื้อได้อย่างเหมาะสม

๔. ผลิตภัณฑ์ที่มีฟลูออไรด์เป็นองค์ประกอบทุกชนิด ควรมีฉลากระบุปริมาณฟลูออไรด์และวิธีการใช้อย่างชัดเจน

๕. ภาครัฐและภาคเอกชนควรร่วมกันเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุให้แก่ประชาชน เช่น การบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหาการเรียนในโรงเรียน รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่าง ๆ เป็นต้น

๖. ควรมีคณะทำงานในการดำเนินงานขับเคลื่อนการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันโรคฟันผุในประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ฟลูออไรด์อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

โดยสรุป ความจำเป็นในการผลิต เมื่อพิจารณาตามบริบทของประเทศไทย น้ำดื่มบรรจุขวดผสมฟลูออไรด์อาจเป็นทางเลือกหนึ่งเพิ่มให้กับผู้บริโภค เพื่อเสริมการป้องกันฟันผุนอกเหนือไปจากการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในชีวิตประจำวัน แต่อย่างไรก็ตามควรต้องมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของน้ำดื่มบรรจุขวดผสมฟลูออไรด์กับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และความคุ้มค่า ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการอื่น ๆ จึงเสนอให้ภาครัฐพิจารณาสนับสนุนมาตรการในการใช้ฟลูออไรด์อื่น ๆ เช่น ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และนมฟลูออไรด์ ที่มีข้อมูลด้านประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์อย่างชัดเจนอยู่แล้ว



คำสั่งคณะกรรมการวิชาการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ที่ ๗/๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริม และป้องกันโรคฟันผุในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย ของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการวิชาการการสาธารณสุข วุฒิสภา

.....

ตามที่คณะกรรมการวิชาการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีคำสั่งที่ ๒/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย โดยให้คณะอนุกรรมการทำหน้าที่พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม การจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้พิการ และผู้สูงอายุ การส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากและฟัน การพัฒนาการใช้ฟลูออไรด์ งานทันตสาธารณสุข ในท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิในระดับประเทศ การพิจารณาศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม การพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านทันตกรรมของไทย การพิจารณาแก้ระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุข ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติภารกิจของคณะอนุกรรมการให้มีประสิทธิภาพ และสัมฤทธิ์ผลตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้ อาศัยอำนาจตามข้อบังคับการประชุม พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ (๒๐) คณะกรรมการจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทยของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการวิชาการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะทำงานดังกล่าว ประกอบด้วย

คณะกรรมการ

- | | |
|---|-----------------------|
| ๑. ศาสตราจารย์พรชัย จันศิษย์ยานนท์ | เป็นหัวหน้าคณะกรรมการ |
| ๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรูญญา หุ่นศรีสกุล | เป็นคณะกรรมการ |
| ๓. ทันตแพทย์หญิงศิริพร ส่งศิริประดับบุญ | เป็นคณะกรรมการ |
| ๔. ทันตแพทย์หญิงนิภาพร เอื้อวัฒน์โชติมา | เป็นคณะกรรมการ |
| ๕. รองศาสตราจารย์ภาพิมล ชมพูอินไหว | เป็นคณะกรรมการ |
| ๖. ทันตแพทย์หญิงวรกัญญา บุรณพัฒนา | เป็นคณะกรรมการ |
| ๗. ผู้ช่วยศาสตราจารย์อ้อยทิพย์ ชาญการคำ | เป็นคณะกรรมการ |
| ๘. รองศาสตราจารย์อังคณา เขียวมนตรี | เป็นคณะกรรมการ |
| ๙. รองศาสตราจารย์ศิริรักษ์ นครชัย | เป็นคณะกรรมการ |
| ๑๐. ทันตแพทย์หญิงจันทนา อึ้งชูศักดิ์ | เป็นคณะกรรมการ |
| ๑๑. ทันตแพทย์หญิงนนทินี ตั้งเจริญดี | เป็นคณะกรรมการ |

โดยให้คณะกรรมการมีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. เพื่อทบทวนแนวทางการใช้ฟลูออไรด์เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุ ในทุกรูปแบบ และทุกมิติ
๒. เพื่อศึกษาแนวทางการผลิต การพัฒนารูปแบบการนำไปใช้ ความคุ้มค่า ความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อใช้ในงานส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุ งานทันตสาธารณสุขและเพื่อประโยชน์ในการใช้อย่างกว้างขวางในทุกกลุ่มวัย เพื่อการส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุของประเทศไทย
๓. เพื่อเป็นแนวทางการความรู้ในการนำฟลูออไรด์ไปใช้ในงานส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุของงานด้านทันตสาธารณสุขไทย เพื่อทันตสุขภาพที่ดีของคนไทยต่อไป
๕. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย
๖. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ ภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันที่มีคำสั่งแต่งตั้ง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๒๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายเจตน์ ศิริธรรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

เอกสารอ้างอิง

1. Fejerskov O, Cury JA, Tenuta LM, Marinho VC. (2015). Fluorides in caries control. In O. Fejerskov, B. Nyvad, E. Kidd (Eds). *Dental Caries: The Disease and its Clinical Management* (3rd edition. pp. 245-272). Oxford: Wiley Blackwell.
2. Buzalaf MAR, Pessan JP, Honório HM, Ten Cate JM. Mechanisms of action of fluoride for caries control. *Monogr Oral Sci.* 2011;22:97-114.
3. Rosin-Grget K, Peros K, Sutej I, Basić K. The cariostatic mechanisms of fluoride. *Acta Med Acad.* 2013 Nov;42(2):179-88.
4. Groeneveld A, Van Eck AA, Backer Dirks O. Fluoride in caries prevention: is the effect pre- or post-eruptive? *J Dent Res.* 1990 Feb;69 Spec No:751-5; discussion 820-3.
5. LeGeros RZ, Glenn FB, Lee DD, Glenn WD. Some physico-chemical properties of deciduous enamel of children with and without pre-natal fluoride supplementation (PNF). *J Dent Res.* 1985 Mar;64(3):465-9.
6. Hamilton IR. Biochemical effects of fluoride on oral bacteria. *J Dent Res;* 69 (Special Issue): 660-667, February, 1990.
7. Hamilton IR. Growth, metabolism and acid production by streptococcus mutans. In: *Molecular Microbiology and Immunobiology of Streptococcus mutans*, S. Hamada, SM. Michalek, H. Kiyono, L. Menaker, and JR. McGhee (Ed's), Amsterdam: Elsevier Science Publishers, pp. 145-155, 1986.
8. ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย. (2560). แนวทางการใช้ฟลูออไรด์สำหรับเด็ก 2560 [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaidental.or.th/main/download/upload/upload-20190213213340.pdf> (วันที่ค้นข้อมูล: 9 กรกฎาคม 2565)
9. ประทีป พันธุมวนิช. ความพร้อมของการปรับปริมาณฟลูออไรด์ในน้ำประปาในประเทศไทยในเอกสารประกอบการประชุมสัมมนาทางวิชาการระดับชาติ; 17-18 พฤษภาคม 2532; คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2532: 66-73.
10. World Health Organization. *Guidelines for Drinking-Water Quality*, 4th edition incorporating the 1st addendum. 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549950>. Accessed 27 April 2022.
11. Mohd Nor NA, Chadwick BL, Farnell DJJ, Chestnutt IG. Factors associated with dental fluorosis among Malaysian children exposed to different fluoride concentrations in the public water supply. *J Public Health Dent.* 2021; 81(4): 270-9.

12. Silva MCC, Lima CCB, Lima M de DM de, Moura L de FA de D, Tabchoury CPM, Moura MS de. Effect of fluoridated water on dental caries and fluorosis in schoolchildren who use fluoridated dentifrice. *Braz Dent J.* 2021; 32: 75–83.
13. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ จำกัด; 2561.
14. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย 2563. การสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2562 กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย
15. สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย 2563. โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562. รายงานผลฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย
16. สุวรรณภรณ์ สุวรรณศรี. (2555). ความคิดเห็นต่อน้ำดื่มบรรจุขวดตราสิงห์และพฤติกรรมการบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดของวัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต : , มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
17. พัชรินทร์ อินดิระสงค์. พฤติกรรมการบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดของประชาชนใน เขตอำเภอเมือง จังหวัด ฉะเชิงเทรา. ฉะเชิงเทรา : การค้นคว้าอิสระ ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนรินทร์, 2548.
18. พัชรินทร์ สมพุดมิ. (2552). พฤติกรรมการบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดของประชาชนในตำบลลาดใหญ่ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
19. ลักขณา ศิริรัตน์. (2559) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดตราเนสท์เล่เพียวไลฟ์ในจังหวัดนนทบุรี. ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยกรุงเทพ
20. อนุรักษ์ วุฒิแฮม และ ประพันธ์ ธรรมไชย. “การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดของประชาชน ตำบลชัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่” วารสารวิทยาลัยบัณฑิตศึกษากิจการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556. 6 (1). หน้า 69-90.
21. Jagtap S, Yenkie MK, Labhsetwar N, Rayalu S. Fluoride in drinking water and defluoridation of water. *Chem Rev.* 2012. 112(4): 2454-66.
22. Abouleish MY. Evaluation of fluoride levels in bottled water and their contribution to health and teeth problems in the United Arab Emirates. *Saudi Dent J.* 2016. 28(4):194-202.
23. การประปานครหลวง. (2565). รายงานผลคุณภาพน้ำ (รายเดือน) ปีงบประมาณ 2565 [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก https://web.mwa.co.th/main.php?filename=quality_ReportMonthly (วันที่ค้นข้อมูล: 9 สิงหาคม 2565)
24. Dhanuthai K, Thangpisyotin M. Fluoride content of commercially-available bottled water in Bangkok, Thailand. *J Investig Clin Dent.* 2011 May;2(2):144-7.

25. Rirattanapong P, Rirattanapong O. Fluoride content of commercially available bottled drinking water in BANGKOK, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2016 Sep;47(5):1112-6.
26. กระทรวงสาธารณสุข ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ 6), 2553
27. Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Bottled water. U.S. Department of Health and Human Services. https://www.cdc.gov/fluoridation/faqs/bottled_water.htm
28. Sohn W, Heller KE, Burt BA. Fluid consumption related to climate among children in the United States. *J Public Health Dent*. 2001; 61(2): 99-106.
29. U.S. Food and Drug Administration. (2022). FDA Releases Final Rule for Added Fluoride Levels in Bottled Water. <https://www.fda.gov/food/cfsan-constituent-updates/fda-releases-final-rule-added-fluoride-levels-bottled-water>
30. Food Standards Australia New Zealand. (2016). Fluoride in bottled water. Canberra: FSANZ. <https://www.foodstandards.gov.au/consumer/chemicals/fluoride/Pages/default.aspx>
31. Iheozor-Ejirofor Z, Worthington HV, Walsh T, O'Malley L, Clarkson JE, Macey R, Alam R, Tugwell P, Welch V, Glenny A. Water fluoridation for the prevention of dental caries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No.: CD010856. DOI: 10.1002/14651858.CD010856.pub2
32. Singh KA, Spencer AJ: Relative effects of pre- and post- eruption water fluoride on caries experience by surface type of permanent first molars. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 435 – 446.
33. Singh KA, Spencer AJ, Brennan DS: Effects of water fluoride exposure at crown completion and maturation on caries of permanent first molars. *Caries Res* 2007; 41: 34– 42.
34. Euromonitor International from official statistics 2021
35. วิมลศรี พรธอนประเทศ. การพัฒนาผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย. เข้าถึงข้อมูลที่ <https://www.sciencepark.or.th/>
36. โครงการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปา นครนายก พ.ศ. 2537-2542. กระทรวงสาธารณสุข
37. Mariño, R., & Zaror, C. (2020). Economic evaluations in water-fluoridation: a scoping review. *BMC oral health*, 20(1), 1-12.
38. Ran, T., Chattopadhyay, S. K., & Community Preventive Services Task Force. (2016). Economic evaluation of community water fluoridation: a community guide systematic review. *American journal of preventive medicine*, 50(6), 790-796.
39. Marinho VC. Cochrane fluoride reviews: an overview of the evidence on caries prevention with fluoride treatments. *Fac Dent J* 2014; 5: 78–83.

**๒.๘ ผลการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาการจัดการ
ด้านทันตสุขภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย**

**โครงการพิจารณาศึกษาการพัฒนายกระดับการจัดการด้านทันตสุขภาพ
เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย นำเสนอประเด็น ดังนี้**

๑. เหตุผลและความจำเป็นในการศึกษา
๒. วัตถุประสงค์และกรอบแนวคิด
๓. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องและช่องว่าง
 - ระบบบริการด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ
 - บุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทย
 - การสื่อสารและเทคโนโลยี เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก
ของผู้สูงอายุ
 - ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
๔. ปัญหาหลัก ในการรับบริการด้านสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ
๕. เสนอเพื่อการพัฒนา ยกระดับ การจัดการด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

รายชื่อคณะทำงาน

๑. นางสาวรวงคนา เวชวีธี	ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข	หัวหน้าคณะทำงาน
๒. นายสุธา เจียรณณีโชติชัย	ที่ปรึกษากรมอนามัย	คณะทำงาน
๓. นางปิยะดา ประเสริฐสม	ที่ปรึกษากรมอนามัย	คณะทำงาน
๔. นางสุปราณี ดาโลดม	อดีตทันตแพทย์ทรงคุณวุฒิ	คณะทำงาน
๕. รศ. ดร. อังสนา บุญธรรม	อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
๖. นางสาวกอบกุล กวังชวน	ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการ จัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านทักซิณ (ศพส.) ยะลา	คณะทำงาน
๗. นางสุนนา โพธิ์ศรีทอง	ผู้อำนวยการสถาบันทันตกรรม	คณะทำงาน
๘. นางสาววรารัตน์ ใจชื่น	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
๙. นางมนิธี ต่อเศวตพงศ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม	คณะทำงาน
๑๐. นายวรวิทย์ สกฤไทย	ทันตแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลปะเหลียน	คณะทำงาน

๑๑. นายพลพุกษ์ โสภารัตน์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ คณะทำงาน
สำนักทันตสาธารณสุข
๑๒. นางสาวพัชรวรรณ สุขุมาลินท์ ทันตแพทย์ชำนาญการ คณะทำงาน
สำนักทันตสาธารณสุข

ผู้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม

นางสาวรัฐนันท์ โล่ศุภกาญจน์ ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
นายกลวัชร ปาวงค์ นักวิชาการสาธารณสุข สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

๑. เหตุผลและความจำเป็นในการศึกษา

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

จากข้อมูลของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุข ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านทางประชากร (Demographic transition) อัตราเกิดและอัตรารายที่ลดลงกับอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นของคนไทยส่งผลให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ โดยมีสัดส่วนประชากรสูงอายุในประเทศ ร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งหมด จำนวนและสัดส่วนดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอีกเรื่อย ๆ ในปี ๒๕๖๔ ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ^{๑)} ระบุว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๓,๓๕๘,๗๕๑ คน หรือร้อยละ ๑๙.๖ ของประชากรทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุชาย ๕,๙๗๔,๐๒๒ คน (ร้อยละ ๔๔.๗) และผู้สูงอายุหญิง ๗,๓๘๔,๗๒๙ คน (ร้อยละ ๕๕.๓) โดยภาคเหนือมีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงสุด ร้อยละ ๒๕.๒ ผู้สูงอายุยังคงอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ ๒๐.๘ และ ๑๘.๑ ตามลำดับ)

จากสัดส่วนของผู้สูงอายุ ตอนกลาง อายุ๗๐-๗๙ ปี (ร้อยละ ๒๙.๕) และวัยปลาย ๘๐ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๑๓.๓) ที่สูงถึง ร้อยละ ๔๒.๘ ทำให้ผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพิง ความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน การเดินทางมากขึ้น ในขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๓.๖ ในปี ๒๕๓๗ เป็นร้อยละ ๑๒.๐ ในปี ๒๕๖๔ รวมทั้งยังมีผู้สูงอายุถึง ๑ ใน ๓ ที่ยังต้องหารายได้หลักในการดำรงชีวิตจากการทำงาน ๑ ใน ๓ ได้เงินจากบุตร นอกนั้นมีรายได้จากเบี้ยยังชีพจากราชการ (ร้อยละ ๑๙.๒) บำเหน็จ/บำนาญ (ร้อยละ ๗.๕) และकुสมรส (ร้อยละ ๔.๕)^{๑)}

ลักษณะสุขภาพผู้สูงอายุ ถูกประเมินตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือเกณฑ์ ADL (Active daily living) ซึ่งผู้สูงอายุร้อยละ ๗๗.๘๗ ได้รับการประเมินโดยบุคลากรสาธารณสุข และ อสม. แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ (ADL \geq ๑๒) ร้อยละ ๙๖.๗๔ และกลุ่มพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง ADL \leq ๑๑) ร้อยละ ๓.๒๖^{๒)}

มีเพียงร้อยละ ๑๐.๔ มีผู้ดูแล โดยร้อยละ ๕๙.๙ ของผู้ดูแลเป็นบุตรของผู้สูงอายุ รองลงมา เป็นคุณสมรส ร้อยละ ๒๓.๐ ญาติ ร้อยละ ๑๔.๓) และมีเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ ๒.๘) ที่เป็นบุคคลอื่น เช่น คนรับใช้/ลูกจ้าง เจ้าหน้าที่ จากศูนย์บริการ/ผู้รับจ้างดูแล และเพื่อนบ้าน/เพื่อน/คนรู้จัก เป็นต้น

สภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

สุขภาพช่องปาก นอกจากมีความสำคัญต่อการบดเคี้ยว การพูด การกลืน ซึ่งส่งผลต่อความสุขในการกินแล้วยังสำคัญต่อบุคลิก ความมั่นใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างชัดเจน แต่ด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย การเกิดโรคและมีเชื้อโรคสะสมในช่องปากเป็นเวลานาน โดยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม ย่อมมีโอกาสทำให้โรคทวีความรุนแรง ก่อให้เกิดความเจ็บปวด สูญเสียฟัน รวมทั้ง การอักเสบบวม ติดเชื้อในกระแสเลือด ปอดอักเสบจากการติดเชื้อ นอกจากนี้โรคในช่องปากยังส่งผลกระทบต่ออาการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น การดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มอายุมีความซับซ้อนมากกว่ากลุ่มอายุอื่น อาจต้องบูรณาการกับสหสาขาวิชาชีพ และใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาและฟื้นฟูสภาพสูง ทั้งที่โรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้

สุขภาพช่องปากที่ดีในผู้สูงอายุ หมายถึง การมีฟันใช้งานได้อย่างน้อย ๒๐ ซี่ และช่องปากไม่มีการอักเสบ ติดเชื้อ หรือเจ็บปวดจากรอยโรค ปัญหาโรคในช่องปากผู้สูงอายุไทย เป็นปัญหาขนาดใหญ่ ผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีโรคในช่องปากอย่างน้อย ๑ อย่าง ปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียฟันจากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพปี ๒๕๖๐ ^๓ พบว่า ผู้สูงอายุสูญเสียฟันทั้งปากเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยผู้สูงอายุ ๖๐ - ๗๔ ปี และ ๘๐ - ๘๕ ปี สูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ ๘.๗ และ ๓๑.๐ ตามลำดับ ผู้สูงอายุ ๖๐ - ๗๔ ปี มีฟันแท้ใช้บดเคี้ยวเฉลี่ย ๑๘.๗ ซี่ต่อคน แต่เมื่ออายุ ๘๐ - ๘๕ ปี มีฟันแท้เหลือในปากเฉลี่ยเพียง ๑๐ ซี่ต่อคน ผู้สูงอายุมีแนวโน้มสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นตลอดเวลา เนื่องจากยังมีปัญหาฟันผุปริทันต์อักเสบที่ยังไม่ได้รับการรักษาในประชากรสูงอายุมากกว่าครึ่งนำไปสู่ “การสูญเสียฟัน” ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ตารางที่ ๑ แสดงสภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๖๐

สภาวะสุขภาพช่องปาก	ฟันผุยังไม่ได้รักษา (ร้อยละ)	ปริทันต์อักเสบ (ร้อยละ)	มีฟันแท้ ≥ 20 ซี่ (ร้อยละ)	เสียฟันทั้งปาก (ร้อยละ)	มีการสูญเสียฟัน (ร้อยละ)
ผู้สูงอายุ ๖๐-๗๔ ปี	๕๒.๖ (ผุเฉลี่ย ๑.๘ ซี่/คน)	๓๖.๓	๕๖.๑	๘.๗	๙๖.๘ (เฉลี่ย ๑๓.๓ ซี่/คน)

สภาวะสุขภาพช่องปาก	ฟันผุยังไม่ได้รักษา (ร้อยละ)	ปริทันต์อักเสบ (ร้อยละ)	มีฟันแท่ง ≥ 20 ซี่ (ร้อยละ)	เสียฟันทั้งปาก (ร้อยละ)	มีการสูญเสียฟัน (ร้อยละ)
ผู้สูงอายุ ๘๐-๘๕ ปี	๕๒.๖ (เฉลี่ย ๑.๘ ซี่/คน)	๑๖.๕	๒๒.๔	๓๑.๐	๙๙.๔ (เฉลี่ย ๒๒ ซี่/คน)

ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

อย่างไรก็ตาม ปัญหาสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อย และอาศัยอยู่ในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง โดยผู้สูงอายุ ๖๐ - ๗๔ ปี ที่มีปัญหาโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รักษา พบในเขตเมืองร้อยละ ๕๑.๔ เขตชนบทร้อยละ ๕๓.๖ มีปัญหาปริทันต์อักเสบ พบในเขตเมืองร้อยละ ๓๔.๖ เขตชนบทร้อยละ ๔๐.๕ ปัญหาการสูญเสียฟันทั้งปาก พบในเขตเมืองร้อยละ ๗.๙ เขตชนบทร้อยละ ๙.๔

นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุบางส่วน ยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ถูกต้อง โดยผู้สูงอายุที่แปรงฟันก่อนนอน และไม่รับประทาน/ดื่มอาหารใดๆต่อ ยกเว้น น้ำเปล่า มีเพียงร้อยละ ๕๓.๗ มีการใช้อุปกรณ์เสริมที่เหมาะสม เช่น ไหมขัดฟัน แปรงซอกฟันเพียงร้อยละ ๖.๐ จึงไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะสามารถป้องกันโรคในช่องปาก และยังทำให้โรคในช่องปากที่พบรุนแรงขึ้น ส่วนการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ ผู้สูงอายุไปรับบริการในรอบ ๑ ปี ร้อยละ ๓๘.๖ โดยในกลุ่มนี้ ร้อยละ ๓๒.๐ ไปรับบริการเนื่องจากมีอาการปวด หรือเสียวฟันแล้ว และส่วนใหญ่รับบริการที่หน่วยบริการภาครัฐ^๓

จากภาพรวมลักษณะประชากรผู้สูงอายุ รวมทั้งขนาดปัญหาสุขภาพช่องปากที่ส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพ ความแข็งแรงของสังคม ภาระค่าใช้จ่ายของประเทศ การเตรียมและพัฒนาความพร้อมด้านทันตสุขภาพก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่จะเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีสุขภาพองค์รวมที่ดี คณะอนุกรรมการฯ เห็นถึงความจำเป็นในการเร่งพิจารณา **ศึกษาขับเคลื่อนการพัฒนาในระดับ** การจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบในทุกมิติ เพื่อให้ผู้สูงอายุไทยมีความรู้ มีความพร้อมในการดูแลทันตสุขภาพของตน ตั้งแต่ก่อนเข้าวัยสูงอายุ เมื่อเป็นผู้สูงอายุ เพื่อลดการเกิดโรคในช่องปาก รวมทั้งต้องมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้มีความมั่นใจว่า จะสามารถรองรับดูแลประชาชนทุกคนอย่างมีคุณภาพ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

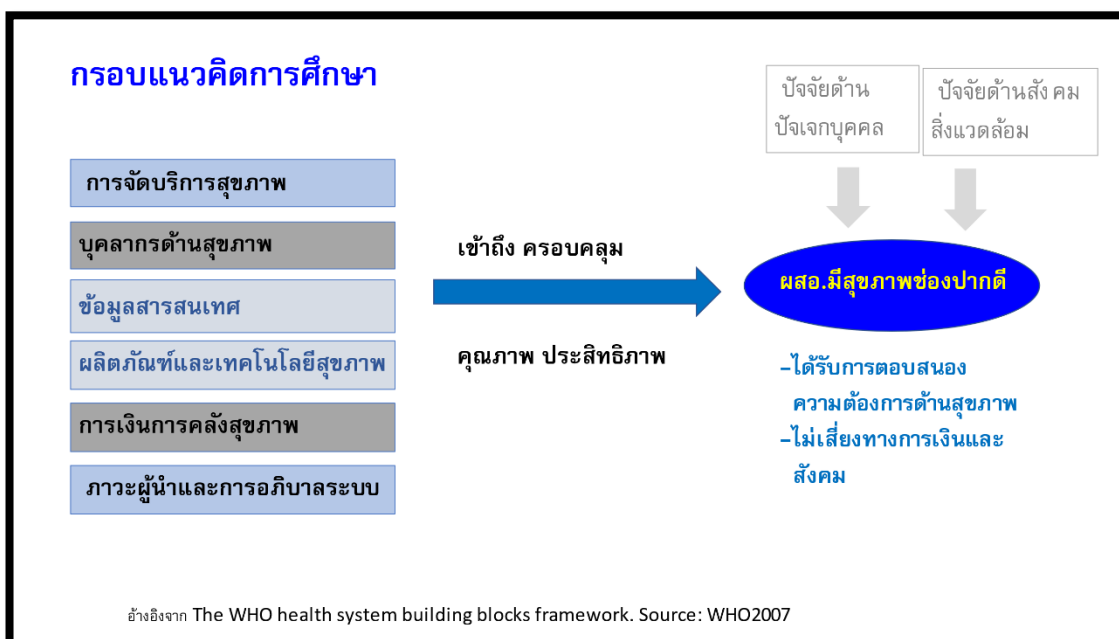
๒. วัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดการศึกษา

วัตถุประสงค์การศึกษา

๑. เพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์สุขภาพช่องปากและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาขับเคลื่อนยกระดับบริการทันตสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
๒. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค รวมถึงศึกษาแนวทางการจัดบริการ เพื่อให้เกิดความครอบคลุม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม
๓. จัดทำข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการขับเคลื่อน การแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดการพัฒนายกระดับอย่างเป็นรูปธรรม

กรอบแนวคิดการศึกษา

จากเป้าหมายที่ต้องการข้อเสนอการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากของประเทศ เพื่อให้ผู้สูงอายุไทยมีสุขภาพช่องปากที่ดี เมื่ออายุ ๘๐ ปี ควรมีฟันใช้งานได้อย่างน้อย ๒๐ ซี่ (๘๐๒๐) โดยผู้สูงอายุทุกคนต้องสามารถเข้าถึงการดูแล ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูด้านสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ มาตรฐาน อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยระบบบริการสุขภาพดังกล่าว ต้องตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ลดความเสี่ยงทางการเงิน ป้องกันไม่ให้เกิดการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและที่สำคัญ คือ ต้องทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งในการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ด้านทันตสุขภาพประเทศไทยในกลุ่มผู้สูงอายุครั้งนี้จะใช้หลักการของ ๖ building Block of Health System ขององค์การอนามัยโลก ในการกำหนดประเด็นการศึกษา โดยจะเน้นการจัดการ pain point ที่มีผลกระทบตรงต่อการเข้าถึงความครอบคลุมและคุณภาพของระบบบริการเป็นหลัก ตามองค์ประกอบ ในรูปที่ ๑

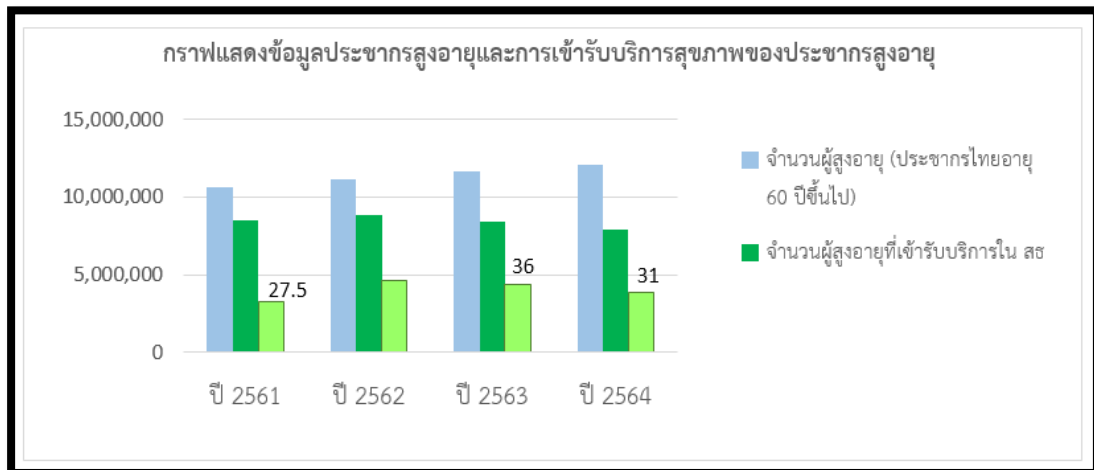


๓. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องและช่องว่าง

สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องและช่องว่างในระบบสุขภาพช่องปากของประเทศที่จะพิจารณาประกอบด้วยประเด็น ดังนี้

๓.๑ ระบบบริการด้านสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ ในประเทศไทย

ในปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป รวมทั้งสิ้น ๑๒,๒๔๑,๕๐๕ คน การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย จากข้อมูลรายงานในระบบ Health Data Center (HDC) ซึ่งเป็นฐานข้อมูลกลางของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๕ พบว่า ผู้สูงอายุเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรประมาณ ๒.๖ ล้านคน หรือร้อยละ ๒๑.๗^๔ จากประชากรสูงอายุประมาณ ๑๒ ล้านคน ไม่รวมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีแนวโน้มน้อยลง เมื่อเทียบกับการใช้บริการทันตกรรมของผู้สูงอายุในปีที่ผ่านมา

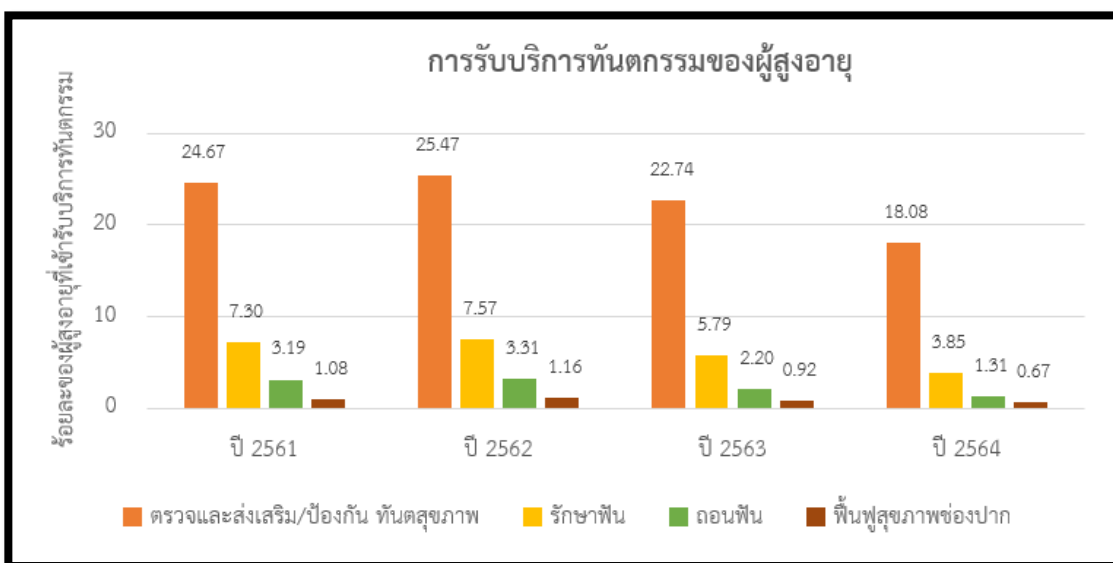


รูปที่ ๒ กราฟแสดงจำนวนประชากรผู้สูงอายุไทย จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการสุขภาพ และบริการทางทันตกรรมจากหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๑ – ๒๕๖๔ (ข้อมูลการเข้ารับบริการสุขภาพจากระบบฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข)

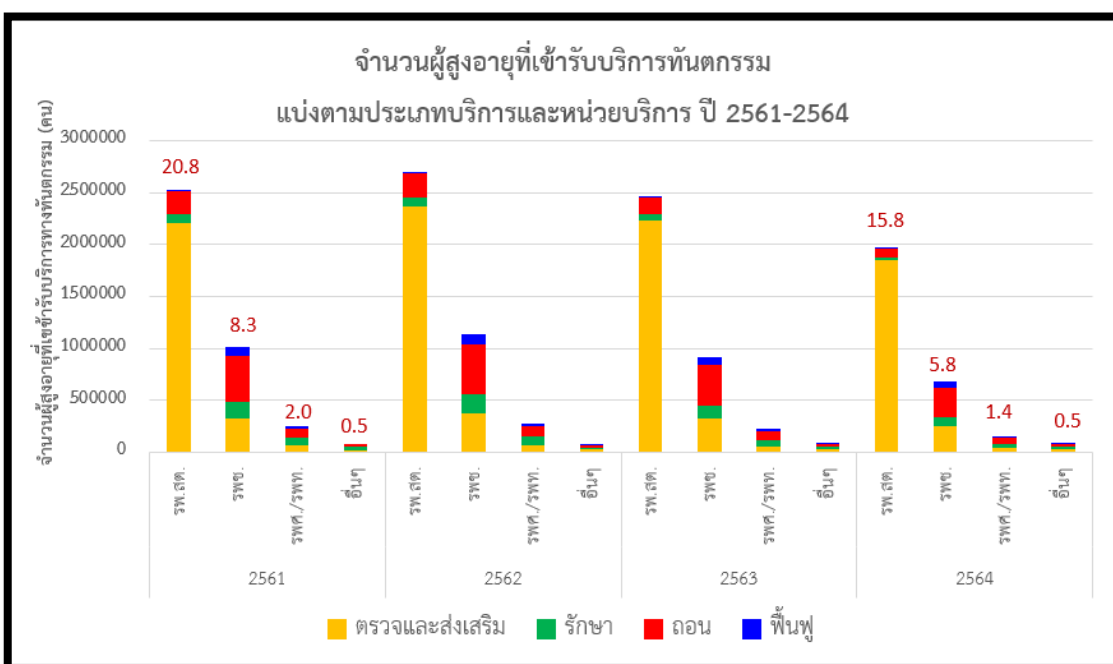
กลไกการเข้ารับบริการสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เดินทางไปรับบริการ ณ หน่วยบริการ แต่บางพื้นที่อาจมีการจัดบริการตรวจคัดกรองเชิงรุก ซึ่งอาจดำเนินการร่วมกับการตรวจคัดกรองสุขภาพด้านอื่น ๆ หรือเฉพาะทันตบุคลากรก็ได้ โดยบริการที่ได้รับ มีทั้งส่งเสริมป้องกัน รักษา ฟันฟู ส่วนใหญ่ไปรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้นจะถูกส่งตัวเพื่อเข้ารับการรักษาในหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิตามลำดับ จำนวนหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแบ่งเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (ส่วนใหญ่ คือ รพ.สต.) ๙,๗๙๖ แห่ง ซึ่งกำลังจะถูกถ่ายโอนไปอยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมดภายในปี ๒๕๖๗

ระดับทุติยภูมิ (รพช.) ๗๗๕ แห่ง และระดับตติยภูมิ (รพท./รพศ.) ๑๒๖ แห่ง (ไม่รวมข้อมูลในเขตกรุงเทพมหานคร ข้อมูลของหน่วยบริการภาครัฐสังกัดอื่น ๆ มหาวิทยาลัย และภาคเอกชน)

ชนิดของบริการที่ได้รับ จากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข HDC พบว่าบริการทันตกรรมที่ผู้สูงอายุได้รับมากที่สุด คือ การตรวจสุขภาพช่องปากและบริการส่งเสริมป้องกัน โดยเข้ารับบริการมากที่สุดที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้แก่ รพ.สต.ใกล้บ้าน อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ การเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ดังแสดงในรูปที่ ๓ และ ๔



รูปที่ ๓ กราฟแสดงร้อยละการเข้ารับบริการทันตกรรมในผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ (ข้อมูลจากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข HDC)



รูปที่ ๔ กราฟแสดงจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการทันตกรรม แบ่งตามประเภทบริการและหน่วยบริการ ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ข้อมูลจากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข HDC

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า อัตราการรับบริการทันตกรรมในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป กลับน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับทุกกลุ่มวัย โดยมีอัตราการเข้ารับบริการทันตกรรมระหว่าง ๑๒ เดือนก่อนสัมภาษณ์ อยู่เพียงร้อยละ ๗.๓ เท่านั้น^๕

สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม ผู้สูงอายุไทยทุกคน มีสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับบริการทันตกรรมและทันตสุขภาพ จากข้อมูลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ พบว่า ร้อยละ ๙๙.๒ ของผู้สูงอายุ มีสวัสดิการคำรักษาพยาบาลจากรัฐ โดยเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดอยู่ที่ร้อยละ ๘๑.๙ รองลงมาเป็นสิทธิข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญร้อยละ ๑๔^๖ ร้อยละ ๓ ใช้สิทธิประกันสังคมที่เหลือเป็นสิทธิอื่น ๆ ลักษณะของบริการตามชุดสิทธิประโยชน์แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่

๑. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(Promotion & Prevention : P&P) ครอบคลุมผู้สูงอายุไทยทุกคน ทุกสิทธิการรักษา โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดให้มีกิจกรรมด้านทันตกรรม ๒ กิจกรรม ได้แก่ บริการเคลือบฟลูออไรด์ ทุก ๖ เดือน ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ และกิจกรรมบริการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากปีละ ๑ ครั้ง อย่างไรก็ตามบริการตรวจฟันและบริการขัดทำความสะอาดฟันยังไม่รวมอยู่ในกลุ่มการบริการนี้ อีกทั้งการเข้าถึงบริการยังไม่เท่าเทียม เนื่องจากเงื่อนไขการเบิกค่าบริการงานส่งเสริมป้องกันได้เฉพาะหน่วยบริการที่ สปสช. กำหนดเท่านั้น^๗

๒. บริการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน (อุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน) และการรักษาขั้นสูง (ฟันเทียม ผ่าฟันคุด) ครอบคลุมในสิทธิการรักษาทั้งสามสิทธิ ได้แก่ สิทธิข้าราชการ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สิทธิบัตรทอง) และสิทธิประกันสังคม โดยมีอัตราการเบิกจ่ายที่แตกต่างกัน สิทธิข้าราชการสามารถเบิกได้ หากมีส่วนต่างเพิ่มเติมก็จำเป็นต้องจ่ายเพิ่มเติม ส่วนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเมื่อรับบริการในหน่วยบริการตามสิทธิ ในขณะที่สิทธิประกันสังคมสามารถเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมพื้นฐานได้ ๙๐๐ บาท/คน/ปี และค่าบริการใส่ฟันเทียม ๑,๓๐๐ – ๒,๔๐๐ บาท/ชิ้น ในระยะเวลา ๕ ปี ตามชนิดของฟันเทียม ส่วนการรักษาขั้นเฉพาะ (เช่น รักษาโรคฟัน ครอบฟัน รักษาโรคปริทันต์) ครอบคลุมในสิทธิข้าราชการเท่านั้น

สิทธิข้าราชการมีสิทธิในการรักษาทางทันตกรรมมากกว่าทุกสิทธิ แต่ต้องเข้ารับบริการในหน่วยบริการของรัฐเท่านั้น สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจำนวนประชากรที่ดูแลมากกว่าสิทธิข้าราชการ แต่สามารถเข้ารับบริการในหน่วยบริการภาครัฐ และหน่วยอื่นๆที่ลงทะเบียนกับสปสช.เท่านั้น แต่ก็มีจำนวนไม่มาก ส่วนสิทธิประกันสังคมสามารถเข้ารับบริการที่คลินิกทันตกรรมเอกชนได้ จากอัตราการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมและเงื่อนไขการเข้ารับบริการที่หน่วยบริการ จึงทำให้อัตราการเข้าถึงบริการของสิทธิข้าราชการมากกว่าสิทธิอื่น ๆ^{๘,๙,๑๐}

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับบริการทันตกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการศึกษาเรื่องความเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยเมื่อปี ๒๕๖๒ พบว่ากลุ่มที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการ กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มเศรษฐฐานะต่ำที่สุด มีความจำเป็นต้องได้รับบริการสูงกว่ากลุ่มประชากรอื่นๆ ถึงสองเท่า แต่กลับเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการสุขภาพช่องปากน้อยที่สุด **สาเหตุหลัก**ของการไม่ไปรับบริการคือ ช้ำและรอนาน ข้อจำกัดของผู้ให้บริการ รวมถึงการไม่มีผู้พาไปรับบริการ ผลการสำรวจแสดงให้เห็นถึงความไม่เป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพช่องปาก^{๑๑} แม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับสิทธิการจัดช่องทางพิเศษเฉพาะเพื่อให้ได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว สิทธิลดหย่อนค่าโดยสารสำหรับเดินทาง การได้รับสวัสดิการ เบี้ยยังชีพ^{๑๒} แต่ก็ไม่เพียงพอและครอบคลุมในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว สมรรถนะการช่วยเหลือตัวเอง ปัญหาสุขภาพช่องปาก การมีผู้ดูแล การเกษียณอายุหรือไม่ได้ทำงาน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนสถานบริการที่เข้าถึงได้^{๑๓} โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าจะถึงบริการทันตกรรมได้ดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับการศึกษาที่สูงกว่ามีการเข้าถึงบริการทันตกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีอาชีพมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ ผู้สูงอายุที่มีสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่เคยใช้บริการทันตกรรมมากกว่าสิทธิข้าราชการเบิกได้และสิทธิบัตรประกันสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ทราบรายละเอียดการใช้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมการให้บริการใดบ้าง และการใช้สิทธิบัตรทองในสถานบริการของรัฐที่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการเข้ารับบริการทันตกรรม ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมหรือปัญหาการได้ยินมีการเข้าถึงบริการทันตกรรมลดลง การที่ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวและมีผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการทันตกรรม อาจเนื่องจากผู้สูงอายุนั้นมักอยู่ในภาวะมีความเสื่อมโทรมของร่างกาย มีความจำกัดในการดำเนินชีวิต และบางส่วนอาจเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ที่มีผลทำให้ไม่สามารถไปมาได้โดยอิสระ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องการการผู้ดูแลให้เข้ามาช่วยเหลือ การเอาใจใส่ดูแลของบุตรหลานภายในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุมีผู้สนับสนุนในการเดินทาง ค่าใช้จ่าย ตลอดจนข้อมูลในการรับบริการทันตกรรม จึงทำให้เข้าถึงบริการทันตกรรมได้มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือไม่มีบุตรหลานอยู่ด้วย

ด้านความสะดวกในการเข้าถึงสถานบริการ พบว่า ผู้สูงอายุเข้าถึงแหล่งบริการเชิงรับมากกว่าการจัดบริการเชิงรุก โดยผู้สูงอายุสะดวกในการใช้บริการที่โรงพยาบาล หรือที่ รพ.สต. มากกว่าบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ อาจเนื่องจากบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ที่จัดให้ไม่มีเป็นประจำทุกวัน และให้บริการหมุนเวียนไม่มีสถานที่แน่นอน อย่างไรก็ตามหลายการศึกษาก็ยังมีข้อเสนอ

ให้มีการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในชุมชน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชากรกลุ่มสูงอายุ โดยควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ทราบล่วงหน้า ^{๑๔-๑๖}

ระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง รัฐบาล จัดให้มีนโยบายการดูแลระยะยาว (Long-term care : LTC) โดยเป็นการจัดบริการสาธารณสุขและบริการสังคม เพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือในกลุ่มผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขและสังคม) และแบบไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัครเพื่อนบ้าน) การจัดระบบการดูแลระยะยาวมีองค์ประกอบส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบริหารงานภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ มอบหมายให้สหวิชาชีพในพื้นที่เป็นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว และได้มีการอบรมประชาชนในพื้นที่ที่เป็นอาสาสมัคร และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดมาทำหน้าที่ผู้ดูแลให้บริการด้านสุขภาพและสังคมแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยให้ความรู้และฝึกทักษะการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีตั้งแต่การประเมินสุขภาพช่องปาก โดยบุคลากรสาธารณสุขและทันตบุคลากร การให้บริการด้านทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ส่งเสริมป้องกัน (PP) การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล/ญาติเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุได้ ตลอดจนการประสานการส่งต่อหรือการจัดบริการที่บ้านตามความจำเป็น ^{๑๗} แม้ว่าปัจจุบันผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจะได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver; CG) แต่ยังคงพบปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นจำนวนมาก จากพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ยังไม่มีคุณภาพเพียงพอ รวมทั้งจำนวนทันตบุคลากรในทีมสหวิชาชีพเป็นปัญหาสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ^{๑๘}

ความครอบคลุมบริการ จากข้อมูลในระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) มากกว่า ๒๐๐,๐๐๐ ราย และจากข้อมูลในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๔ แสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มประชากรสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้น แต่การได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปากและการได้รับบริการทางทันตกรรมในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังไม่มาก ในปี ๒๕๖๔ มีผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเพียงร้อยละ ๓๓.๕ ที่ และร้อยละ ๒๔.๘๒ ที่ได้รับบริการทางทันตกรรม โดยส่วนมากมารับบริการทันตกรรมจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับบริการทันตกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ในระบบการดูแลระยะยาว พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวให้ทำหน้าที่นี้ มีอาชีพหลักที่มีอาศัยอยู่ในชุมชน ทำให้มีเวลาว่างตามฤดูกาล มีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ การมีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุส่งผลเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ความร่วมมือจากผู้สูงอายุและครอบครัว การยอมรับจากชุมชน

การติดตามงานจากผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข และการสนับสนุนจากองค์กรในชุมชน ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง^{๑๙}

สำหรับการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรอาศัยแนวทางการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated care pathways: ICPs) เพื่อแก้ไขปัญหาการดูแลและการบริการที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการหลากหลาย โดยกระบวนการแนวทางการดูแลแบบบูรณาการมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันปัญหาเฉพาะ เพิ่มความเป็นอิสระให้กับผู้สูงอายุ และส่งเสริมการเป็นผู้สูงวัยสุขภาพดี โดยกระบวนการการดูแลแบบบูรณาการ ได้แก่ การประเมินความต้องการและการประเมินความเสี่ยง จากนั้นทำการรวบรวมข้อมูลและตั้งเป้าหมาย เพื่อวางแผนกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีการประสานงาน การจัดบริการ และการติดตามผล และสุดท้ายคือการระบุปัญหาที่พบ ทบทวนและปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม^{๒๐}

๓.๒ บุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไทย

การให้บริการด้านสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่นอกจากจะมีความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัยแล้ว อาจมีโรคประจำตัวร่วมด้วย การดูแลผู้สูงอายุบางรายจึงต้องมีความเฉพาะที่มีการทำงานเป็นทีมระหว่างทันตบุคลากร แพทย์ บุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ รวมทั้งอาสาสมัครหรือแกนนำในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก ปี ๒๕๖๐ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิดูแลประชาชน แบบใกล้บ้าน ใกล้ใจ โดยจัดเป็นทีมหมอครอบครัว ๑ ทีมดูแลประชาชน ๑๐,๐๐๐ คน โดยมีทันตบุคลากรร่วมทีมซึ่งในระดับ รพ.สต. จะเป็นทันตภิบาล หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ส่วนทันตแพทย์ส่วนใหญ่ประจำที่ รพช. ขึ้นไป แต่มีการบูรณาการร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาลและ รพ.สต. การออกให้บริการเชิงรุกที่ รพ.สต. และในชุมชนเป็นระยะ บริการส่วนใหญ่ที่ให้ในผู้สูงอายุจะเป็นบริการพื้นฐาน เช่น อุด ขูด ถอน (โดยทันตแพทย์) ตามความจำเป็น รวมทั้งบริการป้องกันทาฟลูออไรด์และการใส่ฟันเทียม ส่วนการให้บริการในระดับโรงพยาบาลชุมชน ทันตแพทย์ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังไม่มั่นใจในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนของโรคในช่องปาก หรือผู้ที่มีปัญหาโรคประจำตัวที่ควบคุมไม่ได้ในขณะที่ ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด มักมีทันตแพทย์เฉพาะทางในสาขาที่เกี่ยวข้อง สามารถให้บริการได้สุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุที่ซับซ้อนได้ แต่การเข้าถึงยากและการแยกเป็นสาขา ทำให้ผู้สูงอายุลำบากในการนัดหมาย และเข้ารับบริการ

จำนวนทันตบุคลากรภาพรวม

ข้อมูลปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยมีทันตแพทย์จำนวน ๑๗,๐๑๔ คน เป็นทันตแพทย์ในภาครัฐทั้งสิ้น ๘,๑๙๒ คน โดยอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๖,๖๐๙ คน และประมาณกว่าครึ่งทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ส่วนทันตภิบาลมีทั้งสิ้น ๖,๑๕๘ คน และ ๔,๓๔๕ คนทำงานที่ รพ.สต. หรือ PCU (ตารางที่ ๒)

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวนทันตแพทย์และทันตภิบาล

สังกัด	ทันตแพทย์		ทันตภิบาล	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กระทรวงสาธารณสุข	๖,๖๐๙	๓๙	๖,๑๕๘	๙๘
ภาครัฐอื่น ๆ	๑,๕๘๓	๙	๑๒๑	๒
ภาคเอกชน	๘,๘๒๒	๕๒	๐	๐
รวม	๑๗,๐๑๔		๖,๒๗๙	

อย่างไรก็ตาม ยังคงมีปัญหาการขาดแคลนทันตภิบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน และ รพ.สต. ที่ต้องการทันตภิบาลภายใต้เงื่อนไขขอบเขต การให้บริการเฉพาะงานส่งเสริมป้องกัน แต่จากปัญหาเรื่องการปรับเปลี่ยนตำแหน่ง ในการปฏิบัติงานซึ่งส่งผลต่อการเลื่อนระดับความก้าวหน้า ประกอบกับความไม่ชัดเจน ของขอบเขตภาระงาน จึงส่งผลให้มีการสูญเสียทันตภิบาลออกจากระบบ ^{๒๑}

จำนวนบุคลากรสาขาทันตกรรมผู้สูงอายุ

ตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ ภายใต้แผนงานทันตสุขภาพผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๕ ได้มีโครงการอบรม/ศึกษาต่อเนื่องพัฒนาศักยภาพของทันตบุคลากร ในสาขาทันตกรรม ผู้สูงอายุเป็นครั้งแรก เพื่อให้สามารถดูแลและให้บริการแก่ผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการพัฒนาในสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ตามตารางที่ ๓)

โดยทันตภิบาลผ่านการอบรมหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุในช่วงปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ทั้งสิ้น ๔๔๖ คน แบ่งเป็นหลักสูตรระยะสั้น (๔ เดือน) ๒๗๓ คน และหลักสูตรระดับปริญญาตรี ๑๗๓ คน จำนวนทันตแพทย์ผ่านการอบรม ทั้งสิ้น ๔๔๖ คน แบ่งเป็นหลักสูตรระยะสั้น (๔ เดือน) ๕๗๖ คน และหลักสูตรระดับปริญญาโท ๙๐ คน ^{๒๒}

ตารางที่ ๓ แสดงจำนวนทันตแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ

ในช่วงปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ แยกตามสาขา

หลักสูตร	ทันตกรรม ผู้สูงอายุ (คน)	ปริทันต วิทยา (คน)	ทันตกรรม ประดิษฐ์ (คน)	ท.ประดิษฐ์ Max prosth (คน)	เวชศาสตร์ ช่องปาก (คน)	ท.ครอบครีว และชุมชน (คน)	มะเร็ง ช่องปาก (คน)	อายุรศาสตร์ ช่องปาก (คน)	รวม (คน)
อบรมระยะสั้น ๔ เดือน	๒๒๗	๘๐	๑๗๖	๑๙	๔๙	๑๓	๑๒	/	๕๗๖
ระดับปริญญา โท หลักสูตร ๒ ปี	๘๐	๔	๔	/	๐	/	/	๒	๙๐

รายงานผลการดำเนินงาน แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๘ - ๒๕๖๕
ระยะที่๑ พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๑

จากการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการบริการทันตกรรมผู้สูงอายุที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย^{๒๓} โดยใช้องค์ประกอบของ 6 Building Blocks Plus คณะผู้วิจัยได้กล่าวถึงองค์ประกอบด้านอัตรากำลังและการพัฒนาบุคลากร ดังนี้

๑) หน่วยบริการระดับสูง ควรมีทันตแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ (geriatric dentist) รวมถึงมีแผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านทันตกรรมให้เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุที่ให้บริการ

๒) หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนอาจไม่จำเป็นต้องมีทันตแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ แต่ควรมีทันตบุคลากรที่ได้รับการอบรมหลักสูตรด้านทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อสามารถให้การดูแล ทราบข้อบ่งชี้ในการให้บริการ และสามารถส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับสูงได้อย่างเหมาะสม

๓) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีทันตภิบาลอย่างน้อย ๑ คน และผู้ช่วยงานทันตกรรม ๑ คน ทั้งนี้ ทันตภิบาลควรได้รับการอบรมด้านการทันตกรรมสำหรับผู้สูงอายุด้วย สามารถออกเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้น และคัดกรองผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการในสถานบริการสุขภาพได้ เช่น กลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง หรือผู้ที่มีปัญหาในการเดินทาง เป็นต้น

บุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ

ทีมหมอครอบครัวในระดับต่าง ๆ มีแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลชุมชน เกสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย และสหวิชาชีพอื่น ๆ ตามที่มีการจัดทีมดูแลรับผิดชอบ ทำงานร่วมกับทันตบุคลากร นอกจากร่วมดูแลผู้สูงอายุทั่วไปแล้ว คนกลุ่มนี้อาจเป็นผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข หรือ CM (Care Manager) ในการร่วมดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย

บุคลากรสาธารณสุขสามารถประเมินปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเบื้องต้นได้ตามแนวทางที่ระบุไว้ในคู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยการใช้แสงไฟ – สายตา – สอบถาม จัดให้ผู้สูงอายุนั่งบนเก้าอี้เอียงหน้าเล็กน้อย อ้าปากกว้าง ให้ กระจกคลื่นหรือเคลื่อนปลายลิ้นไปทางซ้ายหรือขวา หรือใช้ไม้กดลิ้นช่วย ใช้แสงไฟจากไฟฉายช่วยส่องปาก เพื่อให้มองเห็นฟันหลังได้ชัดเจนขึ้น ร่วมกับการซักถามอาการหรือระยะเวลาที่มีปัญหา^{๒๔}

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในเชิงระบบเรื่องสุขภาพช่องปากจะได้รับการยอมรับว่าเป็นหนึ่งในประเด็นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่ในการทำงานจริง พบว่า เรื่องช่องปากมักถูกแยกออกเป็นประเด็นเดียว ไม่ถูกรวมเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจสุขภาพทั่วไปหรือการตรวจร่างกายประจำปี เนื่องจากบุคลากรอื่นมองว่าเป็นเรื่องที่มีความเฉพาะด้านและต้องทำโดยทันตบุคลากรเท่านั้น^{๒๕}

เครือข่ายภาคประชาชน

ในชุมชนมีเครือข่ายที่เข้ามามีส่วนร่วมด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุใน ๒ ส่วน คือ ๑. สนับสนุนศักยภาพในการดูแลช่องปากของผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ และ ๒. สนับสนุนช่วยเหลือ ดูแลในกลุ่มติดบ้านติดเตียง

กลุ่มผู้สูงอายุที่ยัง active มีการเข้าร่วมกลุ่มชมรม หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ จะมีการสร้างกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดึงดูดให้ผู้สูงอายุ และอาสาสมัคร เข้ามาพบปะและสร้างปฏิสัมพันธ์กัน โดยมี อสม. และ บุคลากรจาก รพ. สต. หรือ อปท. เป็นแกนนำและให้ความสนับสนุนในการทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่นการให้ความรู้ การคัดกรองจากระดับชุมชนโดย อสม. และส่งต่อข้อมูลไปยังบุคลากร ช่วยให้บุคลากรสาธารณสุข ทราบว่าผู้สูงอายุมีอาการหรือรู้สึกว่ามีปัญหาช่องปากอะไร จำนวนมากน้อยเพียงใด ซึ่งเมื่อพบว่ามีปัญหาจะมีการนัดหมายกับหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจประเมิน สุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากรเพื่อให้บริการ ซึ่งเครือข่ายภาคประชาชนที่สามารถดำเนินการ เชื่อมโยงและต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตชนบท แต่ในช่วงสถานการณ์โควิด ๑๙ กิจกรรม รวมกลุ่มเหล่านี้หายไป รวมทั้งการทำหน้าที่ของ อสม. สาขาทันตสาธารณสุขที่ต้องไปสนับสนุน การจัดการโรคระบาด

สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบ่งได้เป็นผู้ดูแล แบบไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำ กิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ ด้วยความสมัครใจบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ ทางสังคมระหว่างผู้ดูแลและผู้ที่ได้รับการดูแล ไม่ได้ค่าตอบแทน ได้แก่ คู่สมรส บิดา มารดา บุตร เพื่อน หรือญาติ ^{๒๖} และผู้ดูแลแบบเป็นทางการ (Formal caregiver) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่น ๆ โดยได้รับค่าตอบแทน ในการประกอบอาชีพจากการให้บริการ (Professional services) ด้วยการจ้างงาน ^{๒๗} โดยต้องถิ่น สนับสนุน แต่ก็ยังมีสัดส่วนน้อยอยู่ และการดูแลในเรื่องช่องปากผู้ดูแลยังให้ความสำคัญ เป็นลำดับหลัง ๆ

๓.๓ การสื่อสารและเทคโนโลยี เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

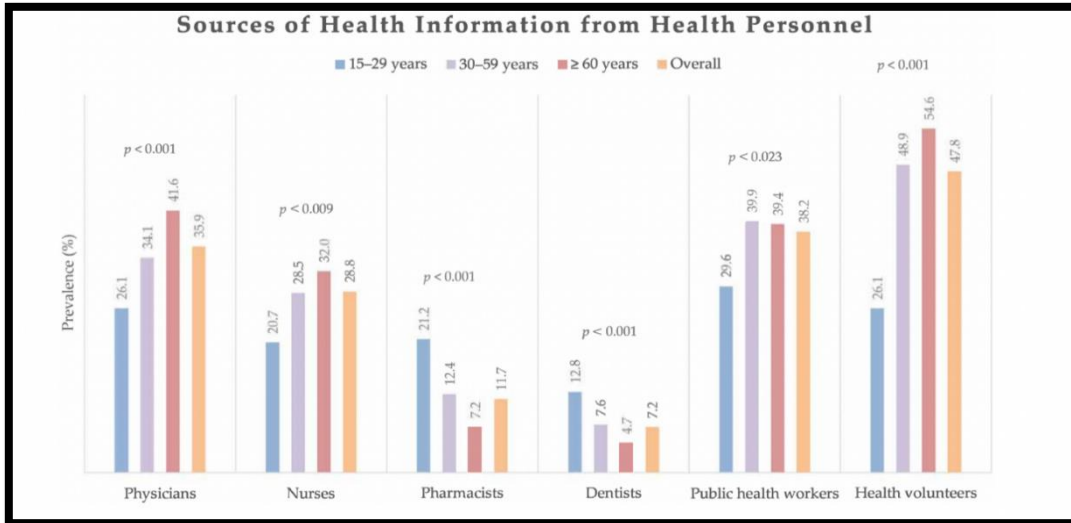
เดิมผู้สูงอายุมักได้รับข้อมูลและการสื่อสารด้านสุขภาพผ่านเฉพาะผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขเป็นหลัก แต่ด้วยการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสารที่หลากหลาย การพัฒนาสมาร์ตโฟนและพัฒนาด้านเทคโนโลยี ทำให้ผู้สูงอายุจำนวนมากสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ จากสื่อออนไลน์ ทำให้ผู้สูงอายุ มีความเป็นอิสระในการดูแลสุขภาพ การเลือกบริโภคด้านการดูแลสุขภาพ นำไปสู่การดูแลสุขภาพ ส่วนบุคคลรูปแบบใหม่มากขึ้นในระบบการดูแลสุขภาพ ^{๒๘} เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มี คุณภาพสูงสุด ลดการกลับเป็นซ้ำ และลดความรุนแรงของโรค

การพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพด้วยการสื่อสารที่หลากหลาย ซึ่งใช้ในการรวบรวม จัดเก็บ ส่ง และแสดงข้อมูลให้กับผู้ป่วย^{๒๙} เทคโนโลยีสามารถช่วยให้บุคลากรทางสาธารณสุขเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยและปรับปรุงการตัดสินใจทางคลินิก และวางแผนการรักษาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การเข้าถึง (Access)

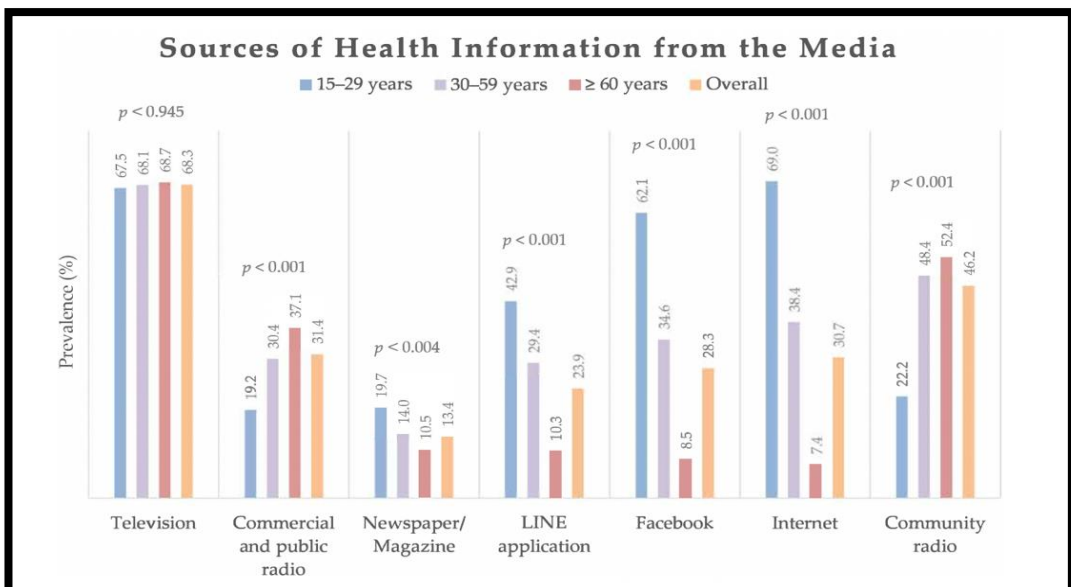
ประเทศไทยการใช้งานอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุที่นิยมมากที่สุด ๕ ด้าน คือ ด้านการติดต่อสื่อ ด้านสุขภาพ ด้านความบันเทิงและท่องเที่ยว ด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยี และด้านการศึกษาธุรกิจการทำงาน^{๓๐} ผู้สูงอายุไทยมีการใช้งานแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสาร เช่น Line และ Facebook แต่พบว่า ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึง แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือ จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ ๕๕.๙๓ ของผู้สูงอายุไทยระบุว่าไม่สามารถใช้งานอินเทอร์เน็ตได้ ร้อยละ ๔๓.๙๓ ระบุว่า ผู้สูงอายุสามารถใช้ได้และร้อยละ ๐.๑๓ ไม่แน่ใจ จึงเกิดช่องว่างของความรู้ด้านพฤติกรรมความเสี่ยงข้อมูลสุขภาพ จากสื่อออนไลน์ และสื่อสังคม และด้านระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อใช้ส่งเสริมการพึ่งตนเอง การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ^{๓๑} นอกจากนี้การเข้าถึงสื่อของผู้สูงอายุชุมชนเขตเมือง มีการใช้สื่อมากที่สุด คือ โทรศัพท์ ร้อยละ ๑๐๐ รองลงมา คือ อินเทอร์เน็ต ร้อยละ ๙๒.๓๓ ถัดมาคือ วิทยุ ร้อยละ ๔๘.๘๘ และหนังสือพิมพ์ ร้อยละ ๓๖.๘๘^{๓๒} ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขควรตระหนักถึงรูปแบบการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและให้คำแนะนำการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

ประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุในภาคเหนือของประเทศไทย ผู้เข้าร่วมรายงานว่า สัดส่วนสูงสุดของแหล่งข้อมูลจากบุคลากรด้านสุขภาพมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ ๔๗.๘ รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ ๓๘.๒ และแพทย์ ร้อยละ ๓๕.๙ สัดส่วนของข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในแต่ละกลุ่มอายุ อย่างไรก็ตาม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแพทย์ในทุกกลุ่มอายุ รายละเอียดตามรูปที่ ๕



รูปที่ ๕ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรด้านสุขภาพที่ได้จากการตอบของผู้เข้าร่วมการศึกษาแบ่งตามกลุ่มอายุ ความแตกต่างของความชุกของการรับข้อมูลด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มอายุวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square

แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไปที่ได้รับจากสื่อสังคม คือ โทรศัพท์ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มอายุต่าง ๆ ผู้เข้าร่วมที่มีอายุน้อยกว่ารายงานว่า เข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้บ่อยขึ้น ผ่านแพลตฟอร์มที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะอินเทอร์เน็ตเบราว์เซอร์ โดยสูงถึงร้อยละ ๖๙.๐ เฟสบุ๊ก ร้อยละ ๖๒.๑ และแอปพลิเคชันไลน์ ร้อยละ ๔๒.๙ ในทางตรงกันข้าม ผู้เข้าร่วมวัยกลางคนและผู้สูงอายุได้รับข้อมูลด้านสุขภาพโดยส่วนใหญ่มาจากสื่อดั้งเดิมอื่น ๆ โดยเฉพาะจากวิทยุชุมชนและวิทยุเชิงพาณิชย์และวิทยุสาธารณะ



รูปที่ ๖ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับจากสื่อสังคมและสื่อโซเชี่ยลมีเดียที่ได้จากการตอบของผู้เข้าร่วมการศึกษาแบ่งตามกลุ่มอายุ ความแตกต่างของความชุกของการรับข้อมูลด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มอายุวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Chi-square



คำสั่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ที่ ๑๓/๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนายกระดับการจัดการด้านทันตสุขภาพ
เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย
ของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

.....

ตามที่คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้มีคำสั่งที่ ๒/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย โดยให้คณะอนุกรรมการทำหน้าที่พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม การจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้พิการ และผู้สูงอายุ การส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากและฟัน การพัฒนาการใช้ฟลูออไรด์ งานทันตสาธารณสุขในท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิในระดับประเทศ การพิจารณาศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม การพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านทันตกรรมของไทย การพิจารณาแก้ระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุข ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติภารกิจของคณะอนุกรรมการให้มีประสิทธิภาพ และสัมฤทธิ์ผลตามหน้าที่และอำนาจที่กำหนดไว้ อาศัยอำนาจตามข้อบังคับการประชุม พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๓๘ (๒๐) คณะกรรมการจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนายกระดับการจัดการด้านทันตสุขภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทยของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยคณะทำงานดังกล่าว ประกอบด้วย

คณะทำงาน

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| ๑. นางสาวรวงคนา เวชวิธี | เป็นหัวหน้าคณะทำงาน |
| ๒. นายสุธา เจียรณฉวีโชติชัย | เป็นคณะทำงาน |
| ๓. นางปิยะดา ประเสริฐสม | เป็นคณะทำงาน |
| ๔. นางสุปราณี ดาโลดม | เป็นคณะทำงาน |

- | | |
|--------------------------------|--------------|
| ๕. รศ. ดร.อังสนา บุญธรรม | เป็นคณะทำงาน |
| ๖. นางสาวกอบกุล กวังชวน | เป็นคณะทำงาน |
| ๗. นางสาวสุนา โพธิ์ศรีทอง | เป็นคณะทำงาน |
| ๘. นางสาววรารัตน์ ใจชื่น | เป็นคณะทำงาน |
| ๙. นางมนิธี ต่อเสวตพงศ์ | เป็นคณะทำงาน |
| ๑๐. นายวรวิทย์ สกุลไทย | เป็นคณะทำงาน |
| ๑๑. นายพุลพลฤกษ์ โสภารัตน์ | เป็นคณะทำงาน |
| ๑๒. นางสาวพัชรวรรณ สุขุมาลินท์ | เป็นคณะทำงาน |
- โดยให้คณะทำงานมีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. เพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์ด้านทันตสุขภาพหรือสุขภาพช่องปากและฟันของผู้สูงอายุของไทย

๒. เพื่อพิจารณาศึกษาแนวทางการพัฒนาขับเคลื่อนการยกระดับมาตรฐานคุณภาพ ทันตสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดี ของประเทศไทย

๓. เพื่อพิจารณาศึกษาแนวทางการวางแผนงาน นโยบาย การจัดการ การส่งเสริม ป้องกัน การดูแล การรักษาด้านทันตกรรมถึงการฟื้นฟูระบบการบดเคี้ยวให้สามารถเคี้ยวอาหารได้อย่างครอบคลุม เป็นแนวปฏิบัติของหน่วยงาน หรือเป็น model ตัวอย่าง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้ในทุกจังหวัดทั่วประเทศอย่างเท่าเทียม

๔. พิจารณาศึกษา วิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค รวมถึงข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา การขับเคลื่อน การแก้ไขปัญหา การขอสนับสนุน ทรัพยากรบุคคล งบประมาณ เพื่อให้เกิดการพัฒนา ยกระดับอย่างเป็นรูปธรรม

๕. พิจารณาศึกษา การพัฒนา ยกระดับ ระบบ สารสนเทศด้านทันตกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อให้เกิดการเข้าถึง การเก็บข้อมูลเบื้องต้น แผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การติดตาม การประเมิน ประสิทธิภาพและ ประสิทธิผล การแก้ไขปรับปรุงต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่

๖. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะอนุกรรมการมอบหมาย

๗. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะอนุกรรมการ ภายใน ๔๕ วัน นับแต่วันที่ มีคำสั่งแต่งตั้ง

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

(นายเจตน์ ศิรธรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข

วุฒิสภา

๒.๙ การเปรียบเทียบโครงสร้างระบบทันตสาธารณสุขในต่างประเทศกับประเทศไทย

การเปรียบเทียบโครงสร้างระบบทันตสาธารณสุขในต่างประเทศกับประเทศไทย

ทันตกรรมเป็นหน่วยงานด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรด้านหนึ่ง โดยการให้บริการด้านทันตกรรมแก่ประชาชนในปัจจุบันของประเทศไทยให้บริการโดยหน่วยงานภาครัฐต่อภาคเอกชนคิดเป็นสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยประชาชนในต่างจังหวัดและพื้นที่ห่างไกลจะพึ่งพิงหน่วยงานด้านทันตกรรมของภาครัฐเป็นหลัก สุขภาพช่องปากซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในต่างจังหวัดและพื้นที่ห่างไกลจึงยังขึ้นอยู่กับหน่วยงานด้านสาธารณสุขของภาครัฐเป็นหลัก

จากข้อมูลที่ได้รับการกลั่นกรองของอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา พบว่าระบบทันตสาธารณสุขไทยเผชิญกับปัญหาทั้งในด้านการจัดสรรทรัพยากรบุคคล การจัดสรรงบประมาณ อุปกรณ์และสถานที่ ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนแล้วแต่มีที่มาจากโครงสร้างการบริหารนโยบายและแผนที่ไม่ครอบคลุมเพียงพอและการติดตามผลการดำเนินงาน

กรณีศึกษา : มาเลเซีย

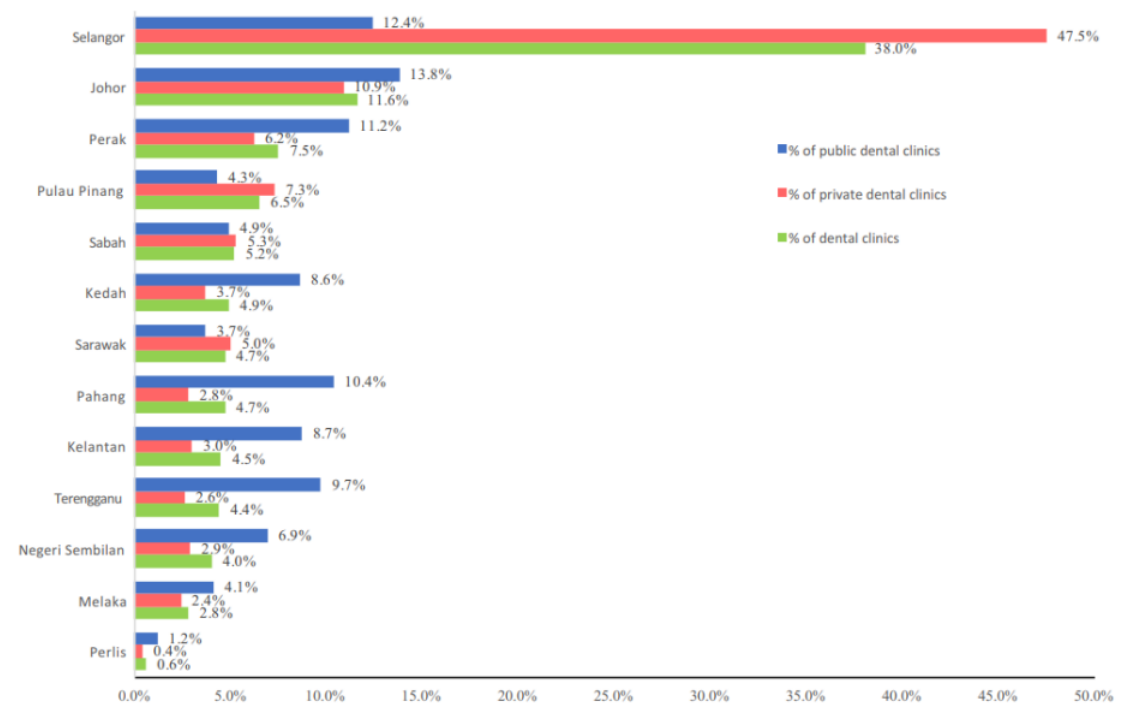
สถานทันตกรรมของกระทรวงสาธารณสุขได้เติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๑๓ (ตารางที่ ๑) ที่ตั้งอยู่ในสถานบริการสุขภาพ โรงเรียน และศูนย์เดียว ทันตกรรมส่วนตัว คลินิกส่วนใหญ่ร้อยละ ๘๐ เป็นแนวทางปฏิบัติของทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงานคนเดียว ปรมาณร้อยละ ๔๕ ของคลินิกทันตกรรมเอกชนตั้งอยู่ในรัฐ สลังงอร์และดินแดนสหพันธรัฐกัวลาลัมเปอร์และปุตราจายา ทันตกรรมในกระทรวงสาธารณสุข ประเทศมาเลเซีย ปี ๑๙๗๐ - ๒๐๐๙

Type	Year					
	๑๙๗๐	๑๙๘๐	๑๙๙๐	๒๐๐๐	๒๐๐๗	๒๐๐๙
Dental specialist clinic	๑๔	๑๖	๑๙	๓๘	๑๐๙	๑๒๙
Main dental clinic	๔๘	๘๗	๑๑๙	๑๓๘	๑๒๘	๙๓
Community dental clinic	๑๙๐	๓๒๙	๓๙๕	๔๒๕	๔๔๐	๕๑๘
School dental clinic	๑๒๐	๔๓๑	๖๓๖	๗๘๗	๙๐๑	๙๒๑
School dental center	๖	๑๓	๒๒	๒๑	๑๗	๑๖

Type	Year					
	๑๙๗๐	๑๙๘๐	๑๙๙๐	๒๐๐๐	๒๐๐๗	๒๐๐๙
Mobile dental clinic	๑๓	๑๓	๑๐	๘	๒๑	๒๐
Mobile dental clinic	๐	๔๙	๑๐๐	๒๐๔	๔๑๗	๔๐๔
Preschool mobile dental team	-	-	๑๖	๖๕	๑๐๒	๑๓๖
อื่น ๆ	๗	๑๔	๓๙	๔๗	๓๓	๓๙
รวม	๓๙๘	๙๕๒	๑,๓๖๕	๑,๗๓๘	๒,๑๖๘	๒,๒๗๖

ข้อมูลที่อยู่ของสถานประกอบการทันตกรรมแต่ละแห่ง (มีนาคม ๒๕๕๙) มาจากพอร์ทัลทางการของกระทรวงสาธารณสุขมาเลเซีย ผ่านเว็บไซต์ www.moh.gov.my และ medicalprac.moh.gov.my ตามโรงพยาบาล คลินิกเฉพาะทาง บริการทันตกรรมของโรงเรียน ทันตกรรมเคลื่อนที่ มีการระบุคลินิกและที่อยู่ซ้ำกันและแยกออกจากกันรวมคลินิกเพื่อการวิเคราะห์ ตามโรงพยาบาลและคลินิกเฉพาะทางในมาเลเซียเป็นคลินิกระดับอุดมศึกษาอย่างเคร่งครัดและผู้ป่วยต้องการการส่งต่อจากคลินิกปฐมภูมิถึงการเข้าถึงการดูแล คลินิกของโรงเรียนทันตแพทย์ให้บริการเฉพาะกับเด็กนักเรียน สุ่มตัวอย่างร้อยละ ๑ ถึงร้อยละ ๒ ของแนวทางปฏิบัติทางภูมิศาสตร์ทั้งหมดได้รับการทดสอบกับความรู้ส่วนบุคคล จากนั้นจึงค้นหาเว็บเพื่อทดสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลตามข้อมูลของรัฐต่าง ๆ และข้อมูลประชากรทั้งหมดได้มาจากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะสำสุคของมาเลเซีย ปี ๒๐๑๐ ภาควิชาสถิติ สำหรับจำนวนประชากรของแต่ละเขต

แผนภาพที่ ๑ สัดส่วนการให้บริการด้านทันตกรรมของมาเลเซียในปัจจุบันแบ่งตามรัฐต่างๆ



ตารางที่ ๒ จำนวนเขตที่มีจำนวนคลินิกทันตกรรม แบ่งชั้นตามรัฐของมาเลเซีย ดังนี้

State	Number of clinics						Total districts per state n (%)
	≤10	11-20	21-30	31-40	41-50	>50	
Sabah	15	3	0	0	1	0	19 (16)
Sarawak	16	2	0	0	1	0	19 (16)
Kedah	6	3	1	1	0	0	11 (9.2)
Perlis	0	1	0	0	0	0	1 (0.8)
Kelantan	6	2	0	0	1	0	9 (7.5)
Pahang	7	3	0	1	0	0	11 (9.2)
Melaka	1	1	0	0	1	0	3 (2.5)
Perak	3	5	1	0	0	1	10 (8.4)
P. Pinang	1	0	2	1	0	1	5 (4.2)
Terengganu	2	3	2	0	0	0	7 (5.8)
Johor	1	2	2	2	0	1	8 (6.7)
N. Sembilan	5	1	0	0	0	1	7 (5.8)
Selangor	1	3	1	0	0	4	9 (7.5)
Total districts	64 (54)	29 (24)	9 (8)	5 (4)	4 (3)	8 (7)	119 (100)

Values are given as n or n (%).

ประชากรของมาเลเซียที่วิเคราะห์ (๒๔.๙ ล้านคน) กระจายทั่ว ๑๒๗ อำเภอ ที่ระบุตามสำมะโนประชากร นำเสนอในอำเภอต่าง ๆ ด้วยพื้นที่ทางภูมิศาสตร์และขนาดประชากรที่แตกต่างกันตั้งแต่ ๑ ถึง ๕๗ อำเภอต่อรัฐ โดยมีประชากรเฉลี่ย ๑๙๖,๔๗๖ คนต่อเขต ร้อยละ ๒๗ (๖.๘ ล้านคน) ของประชากรมาเลเซียอาศัยอยู่ในสลังอร์

ตารางที่ ๓ อัตราส่วนคลินิกทันตกรรม/ประชากร และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนของรัฐต่าง ๆ ในมาเลเซีย

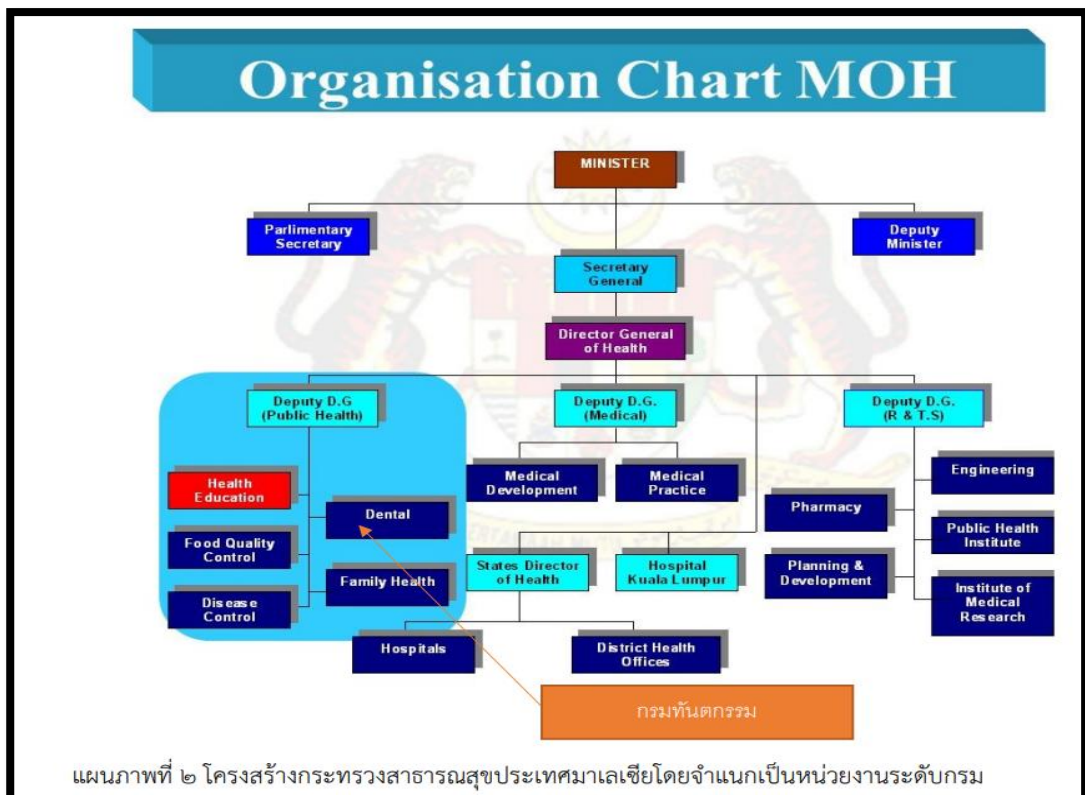
Table 1 Dental clinic/population ratios and mean household income of different states in Malaysia

State	DC (n)	Population	CtP ratio*	PuCtP ratio*	PrCtP ratio*	MMI (RM)	Poverty incidence [†]
Sabah	132	2,864,883	1:21	1:89	1:32	4,879	4.0
Sarawak	118	1,876,571	1:15	1:83	1:28	4,934	0.9
Kedah	125	1,899,751	1:15	1:78	1:27	4,478	0.3
Perlis	15	225,590	1:15	1:54	1:27	4,445	0.2
Kelantan	113	1,347,056	1:11	1:33	1:24	3,715	0.9
Pahang	120	1,408,092	1:11	1:29	1:20	4,343	0.7
Melaka	72	790,136	1:10	1:28	1:19	6,046	0.1
Perak	190	1,950,173	1:10	1:27	1:17	4,268	0.7
P. Pinang	165	1,526,324	1:9	1:26	1:16	5,993	0.3
Terengganu	112	1,011,363	1:9	1:23	1:15	4,816	0.6
Johor	294	2,466,320	1:8	1:20	1:12	6,207	0.0
N. Sembilan	100	853,371	1:8	1:18	1:11	5,271	0.4
Selangor	971	6,750,823	1:6	1:16	1:7	8,252	0.2
Malaysia	2,527	24,952,453	1:9	1:38	1:13	6,141	0.6

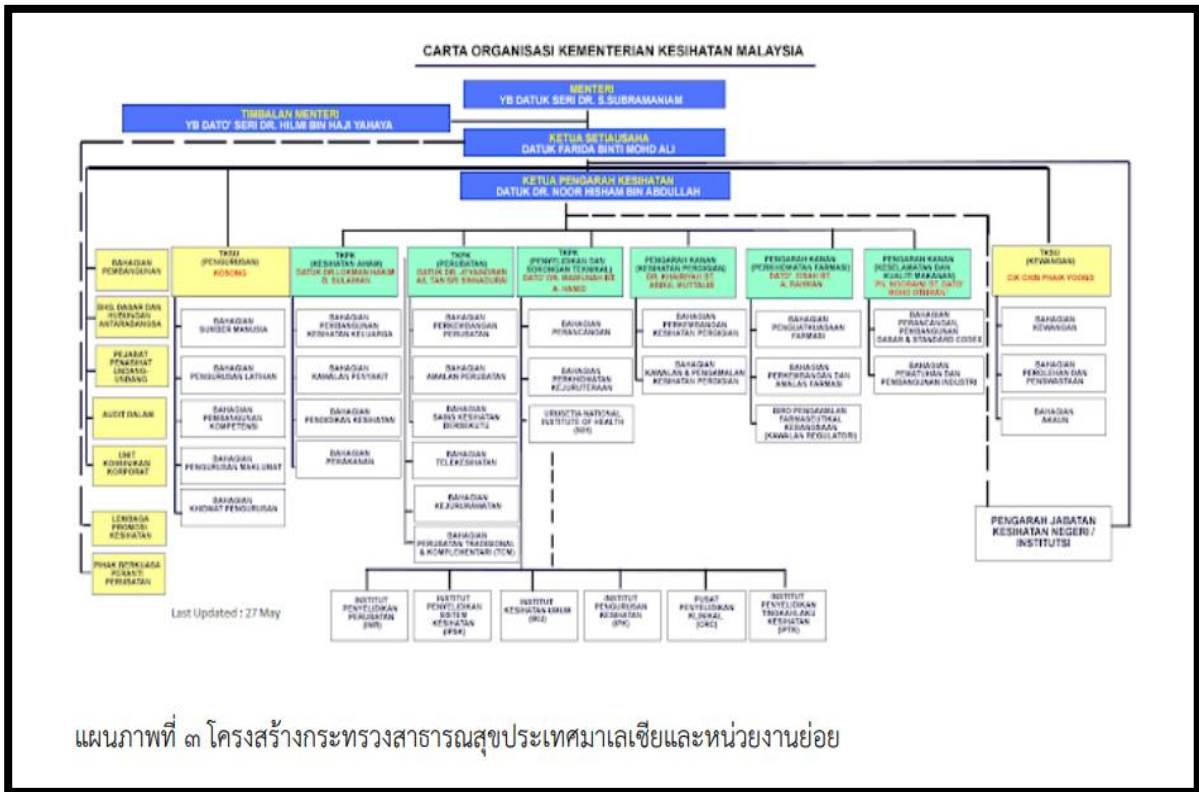
CtP, dental clinic to population; DC, dental clinics; MMI, mean monthly household income in RM ; PrCtP, private dental clinic to population; PuCtP, public dental clinic to population; RM, Ringgit Malaysia
 *All ratios are per 1,000 population.
[†]For 2014.

คลินิกทันตกรรมสาธารณะทั้งหมด ๖๕๒ แห่ง และคลินิกทันตกรรมส่วนตัวต่อประชากรที่ต่ำที่สุด (PrCtP) อัตราส่วน ๑ : ๗,๐๐๐ ด้วยอัตราส่วน PrCtP เฉลี่ยสำหรับมาเลเซีย ๑ : ๑๓,๐๐๐ (แผนภาพที่ ๑) รัฐสลังงอร์มีคลินิกทันตกรรมจำนวนมากที่สุด (๙๗๑ แห่ง) เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๔๗.๕) เป็นคลินิกเอกชน คลินิกทันตกรรมซาบาห์ถึงแม้จะมีประชากรมากเป็นอันดับ ๒ (๒.๙ ล้านคน) แต่มีเพียง ๑๓๒ ทันตกรรม คลินิกและร้อยละ ๕.๓ ของเอกชนในประเทศและร้อยละ ๔.๙ ของคลินิกทันตกรรมสาธารณะของประเทศ ทันตกรรมสาธารณะคลินิกมีการกระจายอย่างสม่ำเสมอมากขึ้นทั่วประเทศ

โครงสร้างของหน่วยงานด้านทันตกรรมของมาเลเซียในภาครัฐภายใต้กระทรวงสาธารณสุข



แผนภาพที่ ๒ โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขประเทศมาเลเซียโดยจำแนกเป็นหน่วยงานระดับกรม



แผนภาพที่ ๓ โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขประเทศมาเลเซียและหน่วยงานย่อย

จากแผนภาพข้างต้นจะพบว่า หน่วยงานด้านสุขภาพช่องปากของภาครัฐในมาเลเซีย อยู่ภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีระดับการบังคับบัญชาอยู่ในระดับกรม มีชื่อตำแหน่งสูงสุดของหน่วยงานชื่อว่า Principal Director (Oral Health) ซึ่งมีหน่วยงานระดับกองภายใต้การกำกับ ๔ กอง ได้แก่ Oral Health Policy and Strategic Planning Division, Oral Healthcare Division, Oral Health Practice and Development Division และ Malaysian Dental Council

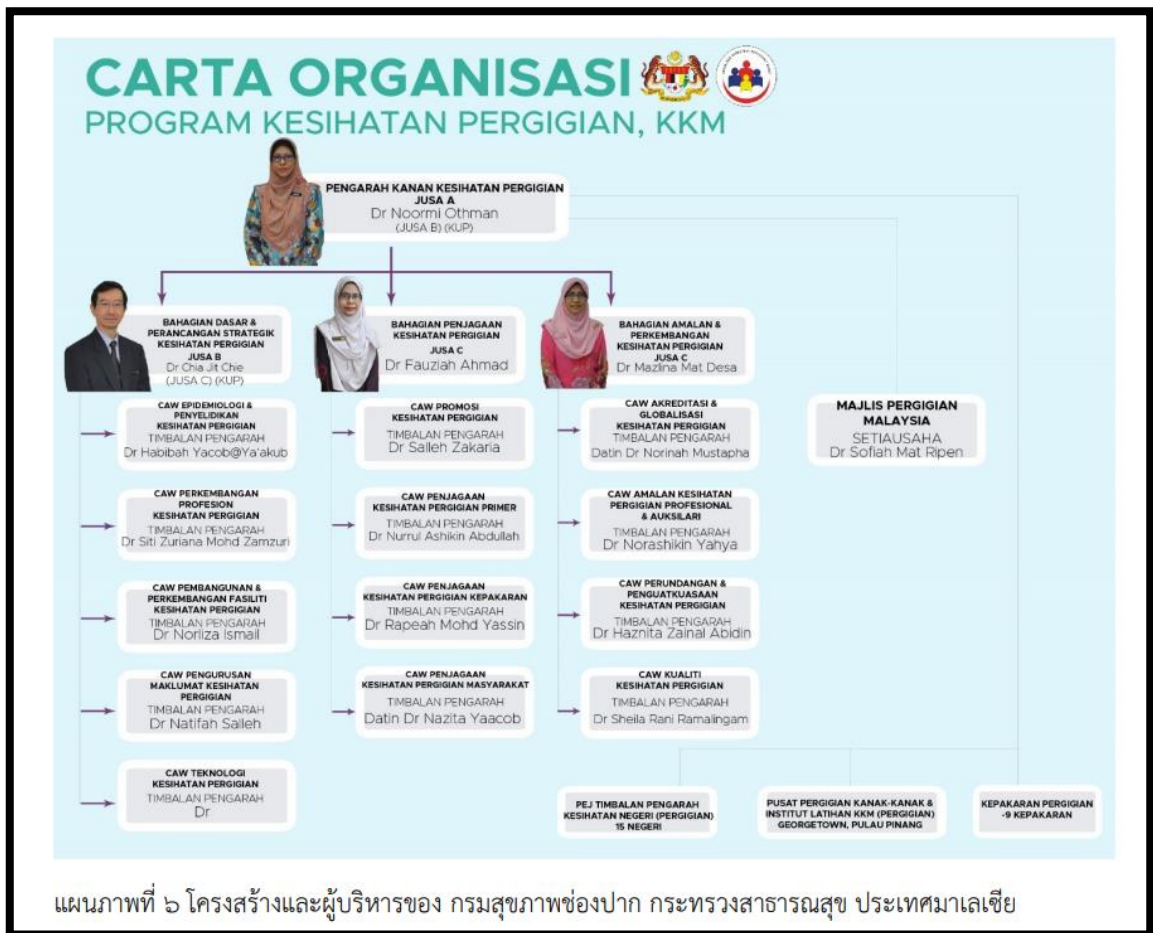
วัตถุประสงค์การจัดตั้งกรมสุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศมาเลเซีย คือ เพื่อปรับปรุงสถานะสุขภาพช่องปากของชาวมาเลเซียผ่านความร่วมมือกับผู้มีส่วนได้เสียของภาครัฐและเอกชนในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันทางคลินิก การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเน้นที่กลุ่มลำดับความสำคัญที่ระบุ รวมทั้งประชากรชายขอบ และกลุ่มเปราะบางในลักษณะที่สถานะสุขภาพช่องปากของประชาชนจะสอดคล้องกับความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของกรมสุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุข ประเทศมาเลเซีย

๑) การพัฒนานโยบายสุขภาพช่องปากของประเทศ เพื่อนำไปสู่การวิจัยสุขภาพช่องปากและความคิดริเริ่มด้านระบาดวิทยาในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ การพัฒนาวิชาชีพ และทุนของบุคลากร ความก้าวหน้าและการพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวก การจัดการข้อมูล ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางทันตกรรม

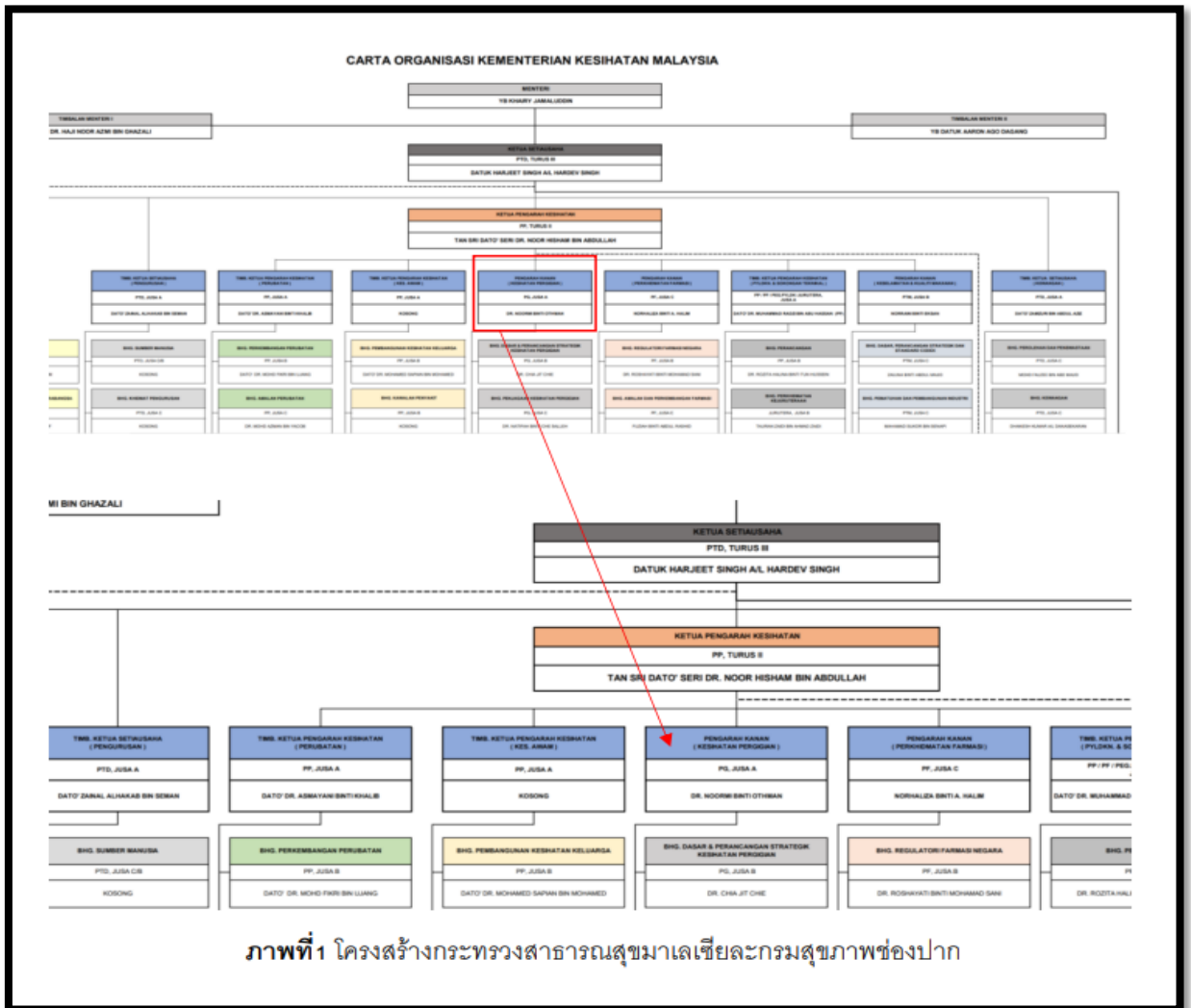
๒) การกำกับดูแลการปฏิบัติตามนโยบายสุขภาพช่องปาก การให้บริการสุขภาพช่องปากและการปฏิบัติในระดับรัฐและสถาบัน ให้การสนับสนุนศูนย์ทันตกรรมเด็กและสถาบันฝึกอบรมกระทรวงสาธารณสุข

๓) เป็นผู้นำการจัดการโปรแกรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งรวมถึงการวางแผนจัดกิจกรรม ติดตามและประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ชุมชน การดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้นและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้มั่นใจว่าสุขภาพช่องปากของประชาชนจะดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง



สัดส่วนการให้บริการด้านทันตกรรมของภาครัฐต่อภาคเอกชนของประเทศมาเลเซีย มีสัดส่วนใกล้เคียงกับประเทศไทย แต่หากศึกษาโครงสร้างการบริหารด้านทันตกรรมภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุขประเทศมาเลเซียจะพบว่า การแบ่งส่วนราชการของมาเลเซีย มีการรวมหน่วยงานด้านทันตกรรมเป็นการบริหารแบบกรม มีกองแผนและยุทธศาสตร์ที่คอยดูแลและกำกับ ทำให้สามารถพัฒนาบริการและลดปัญหาด้านทันตกรรมได้เป็นอย่างดี

พัฒนาการด้านสุขภาพช่องปากในมาเลเซียและกรมสุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุข มาเลเซีย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมาเลเซียก่อตั้งขึ้นในปี ๑๙๕๕ และมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างครั้งใหญ่ในปี ๑๙๘๕ สมัยที่มหาฮาดีร์ บิน โมฮามัด เป็นรัฐมนตรีของมาเลเซีย และมีการจัดตั้งกรมสุขภาพช่องปาก เพื่อดูแลภารกิจด้านสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นหนึ่งใน ๘ กรมที่สังกัดอยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยผู้บริหารแต่ละกรมรวมถึงกรมสุขภาพช่องปาก เอกสารทางราชการให้นิยามตำแหน่งบริหารว่าอยู่ในระดับ PENGARH KANAN ซึ่งแปลได้ว่า กรรมการอาวุโส โดยผู้ดำรงตำแหน่ง PENGARH KANAN ของกรมสุขภาพช่องปากคนปัจจุบันคือ Dr. Noormi Binti Othman

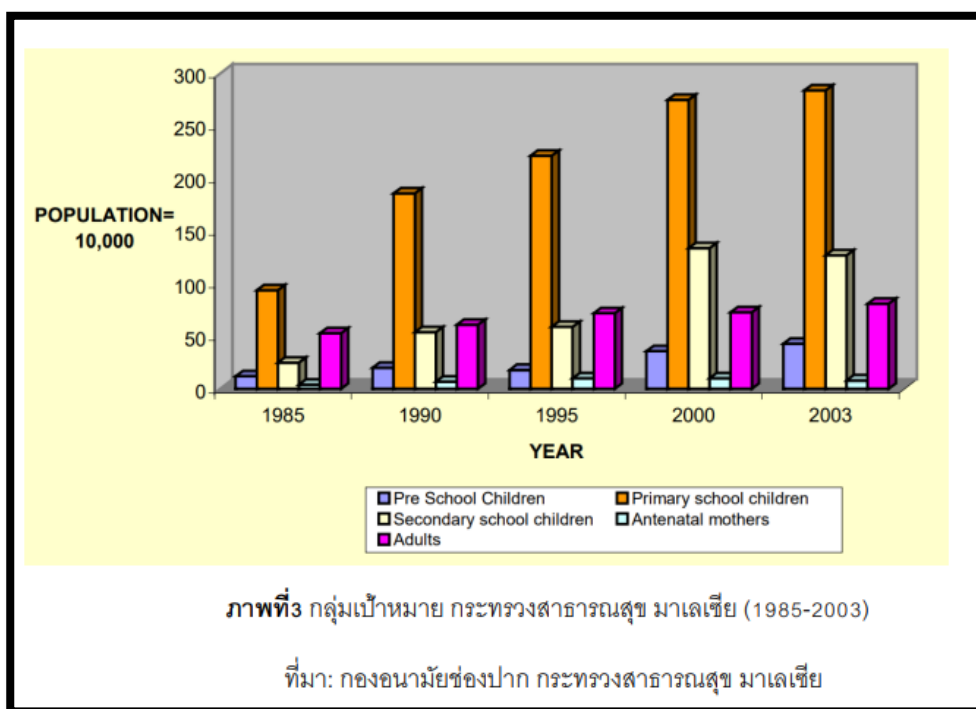


ภาพที่ 1 โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขมาเลเซียและกรมสุขภาพช่องปาก

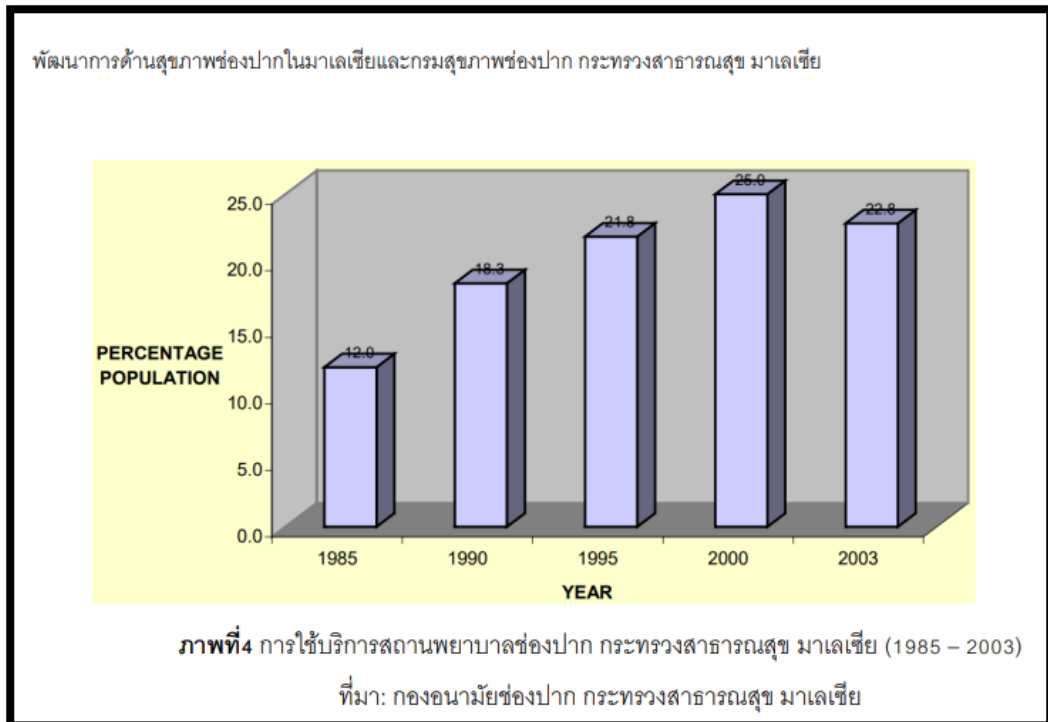
กรมสุขภาพช่องปากมีโครงสร้างระดับกองและหน่วยงานภายใต้การบริหารทั้งหมด ๔ หน่วยงาน ซึ่งประกอบด้วย Oral Health Policy and Strategic management division, Oral Healthcare Division, Oral Health Regulation and Practice และ Malaysian Dental Council ซึ่งหน่วยงานระดับกองทั้ง ๓ ผู้บริหารมีตำแหน่งอยู่ในระดับ BHG หรือผู้อำนวยการ และสภากันตกรรมที่บริหารโดยเลขาธิการสภากันตกรรม

หากวิเคราะห์โครงสร้างภายในเพิ่มเติมจะพบว่า กรมสุขภาพช่องปากของมาเลเซีย มีหน่วยงานย่อยใกล้เคียงกับของประเทศไทย แต่การจัดโครงสร้างโดยรวมศูนย์ด้านสุขภาพช่องปากไว้ในกรมเดียว เพื่ออำนวยความสะดวกติดตามและพัฒนาต่อยอดได้ดียิ่งขึ้น โดย Oral Health Policy and Strategic management division มีความใกล้เคียงกับสถาบันทันตกรรมที่สังกัดอยู่ภายใต้กรมการแพทย์ ซึ่งมีหน้าที่หลักเกี่ยวกับงานด้านวิชาการและวิจัย รวมถึงการสนับสนุนการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพแก่คณะทันตแพทย์ในมาเลเซีย และงานด้านนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ชาติในด้านทันตกรรมประเทศมาเลเซีย ซึ่งประเทศไทยยังขาดโครงสร้างส่วนนี้ในการกำกับภาพรวม ส่วน Oral Healthcare Division มีความใกล้เคียงกับสำนักงานทันตสาธารณสุขกรมอนามัย ในขณะที่สภาทันตแพทย์อยู่ภายใต้กำกับของกรมสุขภาพช่องปาก

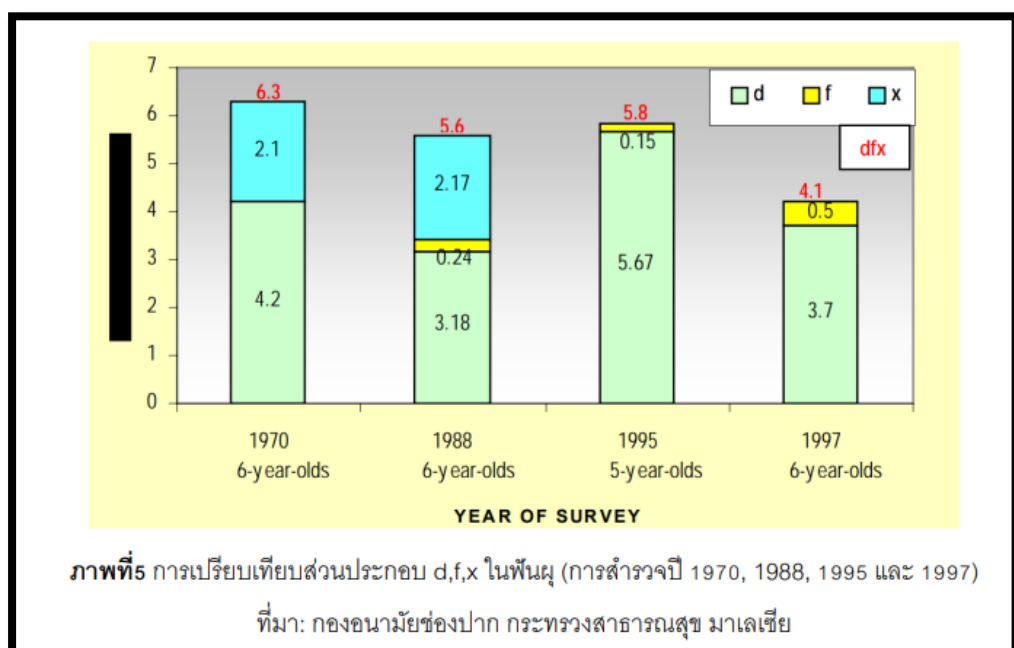
จากข้อมูลที่ได้มีการเก็บบันทึกจะพบว่า ตั้งแต่มีการจัดตั้งกรมสุขภาพช่องปากของมาเลเซียหลังจากจัดโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขใหม่ภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรี มาฮาดีร์ บิน โมฮามัด ปัญหาสุขภาพช่องปากของมาเลเซียดีขึ้นอย่างมีนัยยะสำคัญ

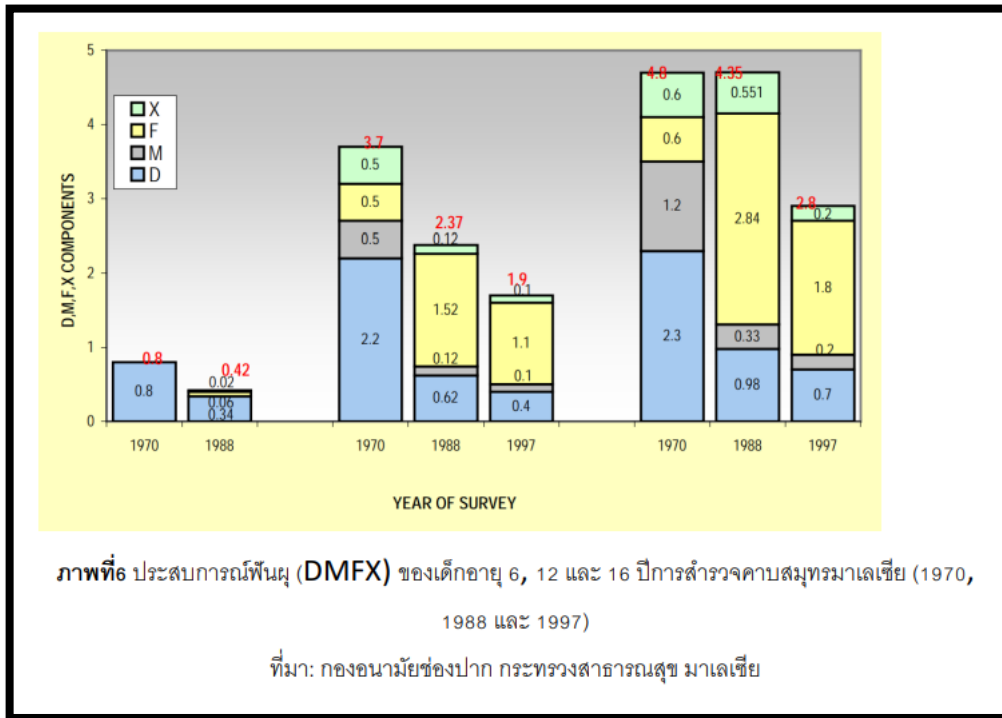


ในปี ๒๐๐๓ โครงการ MOH school dental program บรรลุเป้าหมายการเข้าถึงที่ระดับ ร้อยละ ๙๕.๗ และร้อยละ ๖๗.๑ ของการลงทะเบียนในเด็กประถมและมัธยมตามลำดับ บรรดาผู้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ร้อยละ ๙๖.๖ และร้อยละ ๙๐.๕ ของเด็กประถมและมัธยมตามลำดับ คือ ทำให้สุขภาพช่องปากดี ปัจจัยสนับสนุนหลักในการเพิ่มขึ้นนี้อยู่กับความครอบคลุมของโรงเรียนประถมศึกษา ซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๗.๒ ในปี ๑๙๘๕ เป็นร้อยละ ๘๙.๙ ในปี ๒๐๐๓

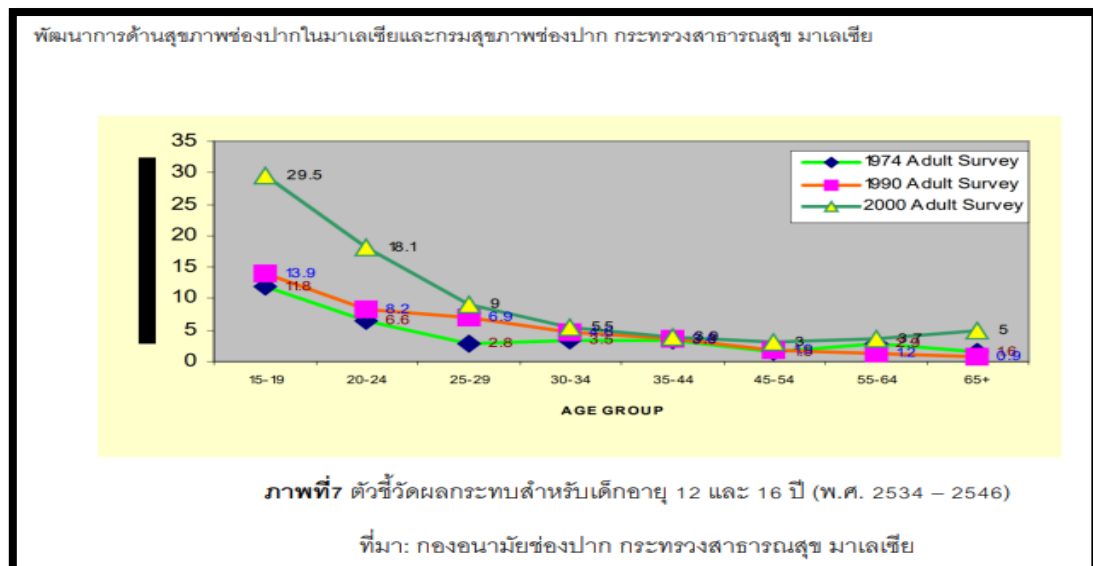


ภายใต้การบริหารของกรมสุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุขมีการใช้บริการสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๑๙๘๕ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดของภาครัฐ สถานพยาบาลในช่องปากภายใต้กระทรวงสาธารณสุขสามารถให้บริการได้ประมาณหนึ่งในสี่ของประชากรมาเลเซียต่อปีเท่านั้น ในปี ๒๐๐๐ ประชากรร้อยละ ๒๕ ใช้สิ่งอำนวยความสะดวกด้านการดูแลสุขภาพช่องปากของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามลดลงเหลือร้อยละ ๒๒.๘ ในปี ๒๐๐๓ (ภาพที่ ๔) ไม่มีการตรวจสอบอย่างเป็นทางการของการใช้ประโยชน์จากภาคเอกชน

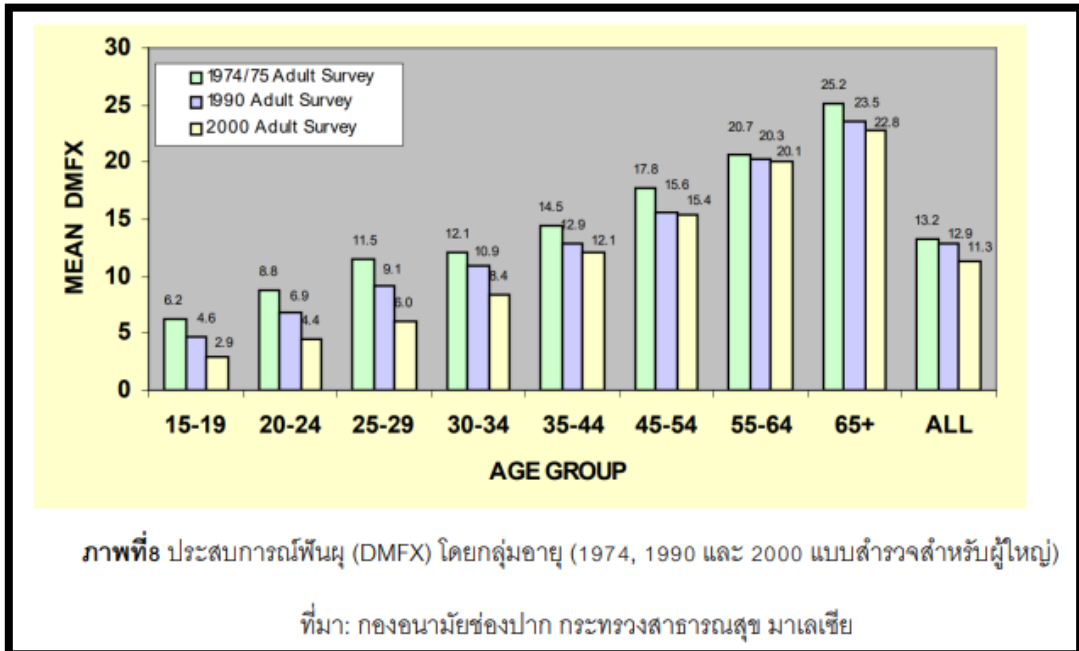




เด็กก่อนวัยเรียนข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ ๕ ปี เด็กได้รับการสำรวจระดับวิทยาทางทันตกรรมของเด็กก่อนวัยเรียนในมาเลเซียปี ๑๙๙๕ ข้อมูลเปรียบเทียบที่ใกล้เคียงที่สุดก่อนหน้านี้เป็นเด็กอายุ ๖ ปี จากการสำรวจเด็กนักเรียนของปี ๑๙๗๐ และปี ๑๙๘๘ ความชุกของฟันผุในฟันผุ พบว่า เป็นร้อยละ ๘๗.๑ ในปี ๑๙๙๕ การสำรวจในปี ๑๙๙๗ พบความชุกร้อยละ ๘๐.๙ ในเด็กอายุ ๖ ปี ดูเหมือนจะมีความรุนแรงของฟันผุลดลงในการผลิตฟัน (ภาพที่ ๕) ในขณะที่ในกลุ่มเด็กนักเรียน การเปรียบเทียบประสพการณ์ฟันผุ (ค่าเฉลี่ย DMFX) เด็กอายุมากกว่า ๑๘ ปี ระหว่างปี ๑๙๗๐ และปี ๑๙๙๗ บ่งชี้ว่า ฟันผุลดลงร้อยละ ๕๗ ประสพการณ์ในเด็กอายุ ๑๒ ปี และลดลงร้อยละ ๔๑.๗ ในกลุ่มเด็กอายุ ๑๖ ปี (ภาพที่ ๖) กลุ่มชาติพันธุ์อินเดียมีมาโดยตลอดแสดงประสพการณ์ฟันผุที่ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับชาติพันธุ์อื่น



การเปรียบเทียบตัวชี้วัดผลกระทบที่ใช้ในการประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม ด้วยการแสดงร้อยละที่เพิ่มขึ้นของเด็กอายุ ๑๒ ปี และ ๑๖ ปี ที่เป็นโรคฟันผุ (DMFX=0) และในเด็กอายุ ๑๒ ปี ที่มี DMFX<3 (ภาพที่ ๗)

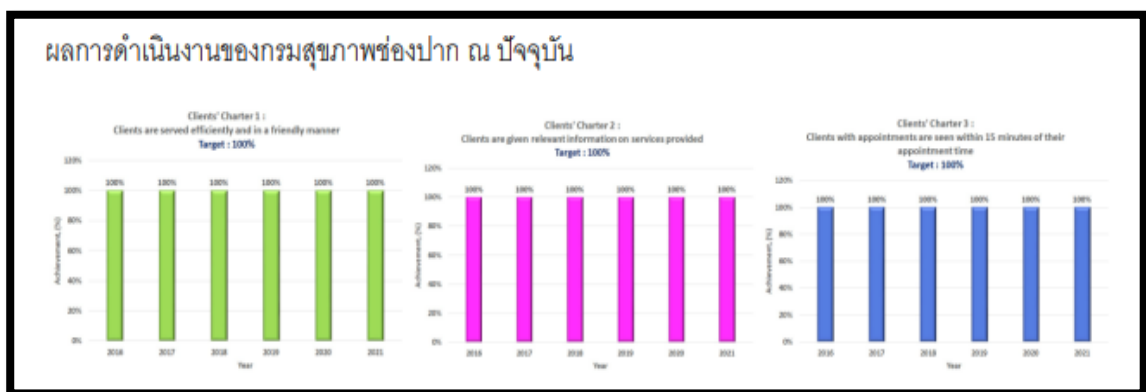


โดยทั่วไปจะสังเกตเห็นการลดความรุนแรงด้วยการลดลงที่สอดคล้องกัน ในส่วนประกอบที่เกี่ยวข้องของดัชนี DMFX (T) (ภาพที่ ๙) ลดลงมากที่สุด ค่าเฉลี่ย DMFX (T) ระหว่างการสำรวจพื้นฐานของปี ๑๙๙๐ และปี ๒๐๐๐ อยู่ในช่วงอายุ ๑๕ ปี ถึง ๒๕ ปี ลดลง โดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ ๓๕ การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างการสำรวจในปี ๑๙๙๐ และปี ๒๐๐๐ ในมาเลเซียพบว่า ลดลงไปใน edentates ในแต่ละกลุ่มอายุที่ระบุดูเหมือนจะเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดใน edentates ตั้งแต่อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป

ระบบข้อมูลการจัดการสุขภาพโดยกรมสุขภาพช่องปาก : การพัฒนาระบบข้อมูล การจัดการด้านสุขภาพ (HMIS) โดยกรมสุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาจากระบบข้อมูลสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหารไปสู่ระบบการดูแลผู้ป่วยและระบบข้อมูลสำหรับผู้จัดการและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ

สำหรับบริการดูแลสุขภาพช่องปาก ระบบแอปพลิเคชัน Electronic Oral Health Clinical แบบสแตนด์อโลนที่ชื่อว่า Sistem Maklumat Kesihatan Pergigian (SMKP) ได้ถูกนำไปใช้กับคลินิกที่เข้าร่วมในรัฐต่าง ๆ การประเมินทางเทคนิคและการประเมินระบบ SMKP ที่มีอยู่ได้ดำเนินการในปี ๒๐๐๒ พบว่า มีข้อจำกัดบางประการในระบบการสมัคร ดังนั้น การขยาย SMKP ไปยังคลินิกทันตกรรมทุกแห่งในประเทศจึงไม่สามารถทำได้ แต่จากข้อมูลล่าสุดในปี ๒๐๑๘ ระบบครอบคลุมและเชื่อมโยง Big data ได้ครบถ้วน

โดยจุดเปลี่ยนและการพัฒนาเริ่มในปี ๒๐๐๓ แผนกสุขภาพช่องปากได้ริเริ่มการทดสอบระบบเครือข่ายที่ปรับแต่งได้ของระบบคลินิกและข้อมูลสุขภาพช่องปาก (e SMKP) ในเมืองสลังอร์พบว่า ระบบที่ปรับปรุงแล้ว e SMKP ทำงานได้ดีและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ระบบได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการ ต่อมาในปี ๒๐๐๔ รูปแบบการรายงานของระบบย่อยของ HMIS Dental ได้รับการตรวจสอบและการเปลี่ยนแปลงที่สร้างขึ้นจะรวมอยู่ในระบบข้อมูลและข้อมูลคลินิกสุขภาพช่องปาก (e SMKP) หวังเป็นอย่างยิ่งว่าไอซีทีจะสามารถสนับสนุนโครงการบริการสุขภาพช่องปาก เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพแก่ประชาชนในประเทศ



จากข้อมูลดังกล่าวมาจะพบว่า หลังจากมีการปฏิรูปโครงสร้างราชการกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งกรมสุขภาพช่องปากขึ้นในปี ๑๙๘๕ ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากของประเทศลดลงในทุกกลุ่มวัยอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยกระดับการบริการ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องในด้านระบบ ยุทธศาสตร์ แผนงาน และวิชาการ เพราะกรมสุขภาพช่องปากเป็นหน่วยงานหลักที่มีอำนาจและภารกิจโดยตรงที่จัดทำนโยบายและแผนกำกับติดตามตัวชี้วัด

บทที่ ๓
บทสรุปผู้บริหาร

๓.๑ ข้อมูลและข้อพิจารณาปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมจากกลุ่มสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม ๓ กลุ่มหลักของประชาชน คือ สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิทันตกรรมของผู้ประกันตนตาม มาตรา ๓๓ และมาตรา ๓๙ ของสำนักงานประกันสังคมและสิทธิด้านทันตกรรมของราชการและผู้มีสิทธิของกรมบัญชีกลาง

โดยปัจจุบันสิทธิการรักษาด้านทันตกรรมของประชาชนไทยหลัก ๆ นั้นมีอยู่ ๓ กลุ่มด้วยกัน ประกอบด้วย

๑. กลุ่มสิทธิประโยชน์บริการทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือสิทธิบัตรทอง ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดของกลุ่มประชากรไทย โดยประชาชนได้ใช้สิทธินี้กว่า ๔๗ ล้านคน โดยจากข้อมูลการจัดการให้สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมของ สปสช. ด้านทันตกรรมที่กำหนดประเภทการรักษาด้านทันตกรรม การกำหนดให้สิทธิประชาชนค่อนข้างมีความครอบคลุมในด้านประเภท ชนิดการรักษา หรือความจำเป็นขั้นต้นของประชาชนในการดูแลรักษาด้านทันตกรรม โดยในการใช้สิทธิสามารถเข้ารับบริการที่หน่วยบริการประจำตามสิทธิที่หน่วยบริการปฐมภูมิก่อนเสมอ ชนิดของสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม อาทิ ๑. การถอนฟัน ๒. การอุดฟัน ๓. ขูดหินปูน ๔. ฟันปลอมฐานพลาสติก ๕. รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม ๖. ใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ๗. ผ่าฟันคุด ๘. เคลือบหลุมร่องฟัน ๙. การทาฟลูออไรด์วานิช ๑๐. การเคลือบฟลูออไรด์ ๑๑. โรคปริทันต์ ๑๒. การผ่าตัดใส่รากฟันเทียมสำหรับผู้ที่ไม่มียึดฟันทั้งปาก (จำกัดจำนวนตามโครงการ)

โดยการใช้สิทธิเป็นการใช้สิทธิในสถานบริการของรัฐหรือโรงพยาบาลของรัฐที่กำหนดตามสิทธิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่จากการศึกษาพบปัญหาสำคัญคือ การมีข้อจำกัดหรือปัญหาในด้านการเข้าถึงบริการ หรือความไม่สะดวก โอกาสในการเข้าถึงบริการรักษาด้านทันตกรรม เช่น ปัญหา คิวยาว รอนาน ไม่มีคิว ยังรักษาไม่ได้ทันที่ต่อนัดหมาย ทำให้ในภาพรวมการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชน พบยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมอยู่มาก จากการสำรวจด้านอนามัยและสวัสดิการประชาชนของสำนักงานสถิติแห่งชาติในการสำรวจอนามัยและสวัสดิการในปี ๒๕๕๘ พบว่า ประชาชนไทยมีการเข้าถึงบริการรักษาด้านทันตกรรมเพียงร้อยละ ๘.๑ เท่านั้น และจากการสำรวจในช่วง ๑๐ กว่าปีที่ผ่านมา พบว่าอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ร้อยละ ๘ ถึงร้อยละ ๙ ในห้วงเวลา ๑๐ กว่าปีที่ผ่านมา โดยข้อมูลจากสำรวจในปี ๒๕๕๒ ปี ๒๕๕๔ ปี ๒๕๕๖ ปี ๒๕๖๐ ปี ๒๕๖๒ และปี ๒๕๖๔ มีร้อยละการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมร้อยละ ๙.๑๒ ร้อยละ ๙.๒๘ ร้อยละ ๙.๔๗ ร้อยละ ๙.๖๐ ร้อยละ ๘.๔๐ และร้อยละ ๙.๙๐ ตามลำดับ

ซึ่งสะท้อนชัดเจนถึงปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนที่มีปัญหาอย่างยาวนาน และยังมีแนวโน้มที่ดีขึ้น สอดคล้องกับสภาพปัญหาด้านทันตสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ที่มีปัญหาทันตสุขภาพในอัตราสูง เป็นวงกว้าง ดังนั้น แม้ชนิดของสิทธิต่าง ๆ นั้นกำหนดไว้ค่อนข้างครอบคลุม แต่เมื่อประชาชนจะเข้ารับบริการจริงนั้น ยังเข้ารับบริการรักษาจริงได้ไม่สะดวก อาจต้องรอการนัดหมายหรือไม่สามารถได้รับการรักษาอย่างที่ควรเป็น ทำให้ปัญหาทันตสุขภาพหรือโรคช่องปากและฟันที่มีความจำเป็นในการที่จะต้องหรือควรได้รับการรักษาด้านทันตกรรมของประชาชนเกิดความล่าช้า เกิดการลุกลาม เรื้อรังของโรคมามากขึ้น และทำให้เกิดปัญหาการสูญเสียฟันในที่สุด และข้อพิจารณาศึกษาที่ควรตระหนักอย่างยิ่ง คือ ปัญหาการเข้ารับการรักษายังเป็นเพียง การรักษาปัญหาเฉพาะหน้า หรือเมื่อพบปัญหาเป็นจุด ๆ หรือแต่ละซี่ฟันยังไม่ได้ก้าวไปสู่การรักษาอย่างสมบูรณ์ในแต่ละคนหรือการวางแผนการรักษาอย่างสมบูรณ์ที่จะต้องนัดหมายในการรักษาปัญหาทุก ๆ จุดของปัญหาช่องปากและฟัน ดังนั้น ความล่าช้า ความไม่สะดวก การขาดโอกาสในการเข้ารับการรักษาด้านทันตกรรม จึงมีแนวโน้มกระทบต่อสุขภาพมากขึ้น และสร้างปัญหาต่อระบบการบดเคี้ยวอาหารที่ไม่สะดวกต่อการทานอาหารเกิดขึ้น หรือเกิดข้อจำกัดความลำบากในการบดเคี้ยวหรือเกิดการเจ็บปวดในช่องปากเกิดขึ้น ทั้งในบางช่วงเวลาหรือสภาวะเรื้อรัง กลายเป็นปัญหาสุขภาพประจำตัวเรื้อรังและที่น่าเป็นห่วง คือ ประชาชนจำนวนมากยังไม่มีข้อมูลการเข้าถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันตนเองอย่างเพียงพอ ทำให้ประชาชนจำนวนมากกว่าจะรู้ รับประทาน ตระหนักถึงปัญหาทันตสุขภาพก็ต่อเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นจนทนไม่ได้แล้ว จึงมาพบทันตแพทย์ ทันตบุคลากร ซึ่งเมื่อถึงขั้นดังกล่าว ทำให้การรักษาฟื้นฟูทำได้ยากขึ้น มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ใช้เวลานานและการนัดหมายหลายครั้งสร้างความลำบากอย่างมากกับประชาชน ในการที่จะกลับมามีสุขภาพช่องปากและฟันที่ดีจนกลับมาบดเคี้ยวอาหารอย่างที่ควร และในส่วนการฟื้นฟูสุขภาพการบดเคี้ยว หรือการทำฟันปลอมหรือฟันเทียมทดแทนฟันที่เสียไป ตามสิทธินี้ก็มีความจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ ค่าใช้จ่ายของทั้งประชาชนและหน่วยบริการในการใส่ฟันเทียม จึงเป็นปัญหาที่ประชาชนต้องรับสภาพกับปัญหาการบดเคี้ยวที่ไม่ได้รับฟื้นฟู ทั้งที่การทานอาหารบดเคี้ยวอาหารเป็นสิ่งสำคัญและต้องทำทุกวัน เพราะเป็นช่องทางรับอาหาร สารอาหาร เป็นทั้งความสุข สดชื่น จากระสชาติในการเคี้ยวการกิน เป็นคุณภาพชีวิตที่สำคัญหนึ่งที่ทุกคนควรมีและรักษาไว้ และอีกด้านคือ เป็นความลำบากความอันตราย จากการสำลักอาหาร การกลืนที่ลำบาก อาจสร้างปัญหาถึงชีวิตโดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้อยู่ในวัยชรา

ดังนั้น การพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการจึงเห็นข้อปัญหา ข้อสังเกตที่สำคัญ คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้สิทธิ การกำหนดสิทธิการรักษาพยาบาล รวมถึงหน่วยงานที่กำหนดแผนงาน เป้าหมายด้านสุขภาพของประชาชน หรือในส่วนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขที่มีการทำงานสัมพันธ์กันอย่างยิ่งกับระบบสุขภาพของประชาชน

โดยเฉพาะสุขภาพช่องปากและฟันจะต้องเข้ามาดูแลรับผิดชอบพัฒนาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนให้เกิดขึ้นอย่างเพียงพอจริง สร้างการเข้าถึงที่สะดวก การเข้าถึงในการที่ประชาชนจะสามารถมาใช้บริการตามสิทธิที่หน่วยงานกำหนดได้ รวมถึงต้องมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการทำงานของทันตบุคลากรที่เป็นผู้ทำงานรักษาบริการประชาชนให้เกิดช่องทางในการที่จะพัฒนาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมในทุกมิติด้วย เพื่อให้เกิดการพัฒนายกระดับ การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชน โดยเฉพาะเมื่อต้องการใช้สิทธิตามสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมของตนตามสิทธิประโยชน์ที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนด

๒. กลุ่มสิทธิผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม (สปส.) ซึ่งครอบคลุมประชากรกลุ่มผู้ประกันตนตามมาตรา ๓๓ มาตรา ๓๙ ของสำนักงานประกันสังคมประมาณ ๑๓ - ๑๔ ล้านคน โดยจากข้อมูลปัจจุบันผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิประโยชน์ทันตกรรม โดยไม่ต้องสำรองจ่าย ในวงเงินไม่เกิน ๙๐๐ บาทต่อคนต่อปี โดยในประเภทการรักษา การถอนฟัน อุดฟัน ชูดหินปูน และผ่าตัดฟันคุด ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริง ๙๐๐ บาทต่อคนต่อปี กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้บางส่วนผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ และค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริง ในวงเงินไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาท ภายในระยะเวลา ๕ ปีนับแต่วันที่ใส่ฟันเทียมนั้น ตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๑. จำนวนซี่ฟัน ๑ - ๕ ซี่ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน ๑,๓๐๐ บาท

๒. จำนวนซี่ฟันมากกว่า ๕ ซี่ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาท

และกรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์และค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน ๔,๔๐๐ บาท ภายในระยะเวลา ๕ ปีนับตั้งแต่วันที่ใส่ฟันเทียมนั้น ตามหลักเกณฑ์

๑. ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนหรือล่าง เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน ๒,๔๐๐ บาท

๒. ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากบนและล่าง เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน ๔,๔๐๐ บาท

ข้อเปรียบเทียบ ข้อพิจารณา เมื่อเปรียบเทียบกับสิทธิด้านทันตกรรมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. คือ ผู้ประกันตน ตามสิทธิสำนักงานประกันสังคม หรือ สปส. สามารถเลือกรักษาในสถานบริการรักษาด้านทันตกรรมของเอกชน เช่น คลินิกทันตกรรม คลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนที่รับบริการตามสิทธิทันตกรรมของ สปส. ในคลินิกทันตกรรมกว่า ๓,๐๐๐ แห่ง ที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสังคม ทำให้เกิด

ความสะดวกในการเลือกรับบริการเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องการนัดหมาย คิวรักษา ที่สะดวกกว่าคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐเป็นอันมาก

แต่เมื่อพิจารณา พบมีข้อจำกัดในด้านประเภท ชนิด การรักษา ซึ่งในส่วนประเภท การรักษาตามสิทธิ มีเพียง การอุดฟัน การถอนฟัน การขูดหินปูน การผ่าฟันคุด หรือการใส่ฟันเทียม ถอดได้บางส่วนและทั้งปากชนิดอคริลิกเท่านั้น ซึ่งยังไม่ครอบคลุม ชนิดการรักษาด้านทันตกรรม อื่น ๆ อีกมากมายหลายประเภทที่ควรมี เช่น การรักษาด้านทันตกรรมในกรณี มีการปวด บวม ติดเชื้อ รอยโรคจากโรคในช่องปากและฟัน ที่จ่ายยาหรือการใช้ยาในการรักษา ซึ่งพบได้บ่อยครั้ง หรือหัตถการด้านทันตกรรมอื่น ๆ การรักษารากฟันทั้งในฟันหน้า หรือในฟันกราม การตรวจฟัน หรือตรวจสุขภาพช่องปาก การใส่ฟันปลอมถอดได้ที่มีวัสดุประเภทอื่นที่มีใช้อคริลิก การใส่ฟันปลอม ติดแน่น และการรักษาประเภทอื่น ๆ อีกมากด้านทันตกรรม

ข้อจำกัดในด้านจำนวนซี่ จำนวนครั้ง ค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกันตนตามสิทธิสำนักงาน ประกันสังคมมีจำนวน ๙๐๐ บาทต่อปี ซึ่งข้อจำกัดส่วนนี้ ด้วยราคาค่ารักษาด้านทันตกรรม ในปัจจุบัน อาจทำให้ได้รับการรักษาเพียง ๑ - ๒ รายการ และจำนวนหัตถการเป็นส่วนใหญ่ ก็จะเต็มวงเงิน ๙๐๐ บาท ของสิทธิทันตกรรมของสำนักงานประกันสังคม ซึ่งถือว่าค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับความคาดหมายในการดูแลสุขภาพของประชาชนที่ควรจะต้องได้รับในแต่ละปี เช่น การตรวจฟัน ขูดหินปูนอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง ซึ่งหากผู้ประกันตนมีปัญหาสุขภาพ เช่น ควรขูดหินปูนปีละสองครั้ง หรือมีฟันผุควรต้องอุดหลายซี่ มีฟันผุควรต้องถอนหลายซี่ ผู้ประกันตนไม่สามารถจะรักษาได้เนื่องจากเกินกว่าสิทธิทันตกรรม ๙๐๐ บาท ของ สปส. ในขณะที่สิทธิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ได้จำกัดจำนวนครั้งหรือค่าใช้จ่าย หากการรักษาอยู่ในประเภทของสิทธิที่กำหนด แต่อาจมีข้อจำกัดจากคิว เวลาการนัดหมาย แต่ละครั้ง หรือความสะดวกในการนัดรักษาที่แตกต่างกัน ซึ่งทำให้ในกรณีที่ผู้ประกันตนที่มีปัญหา ทันตสุขภาพหลายอย่าง หลายจุด ที่ควรจะได้ได้รับการรักษาในหลาย ๆ หัตถการนั้น ไม่มีโอกาส ได้รับการรักษาจากสิทธิที่มี ๙๐๐ บาท อาจส่งผลกระทบต่อเป็นโรคเรื้อรัง เกิดการลุกลามของโรค นำมาซึ่งการสูญเสียฟันเพื่อการบดเคี้ยวอาหาร และส่งผลเสียต่อสุขภาพองค์รวมต่อเนื่อง

ทำให้เป็นความลำบากหรือค่อนข้างยาก ด้วยกรอบค่าใช้จ่ายตามสิทธิที่จำกัดมาก ต่อปีที่จะมีแผนการรักษาอย่างสมบูรณ์ มีความคาดหวังที่จะพัฒนาด้านทันตสุขภาพของ กลุ่มประชาชนกลุ่มนี้ ภายในกรอบสิทธิตามปัจจุบัน หากจะมีความตั้งใจที่จะให้ผู้ประกันตน มีทันตสุขภาพที่ดี ปลอดโรค หรือให้มีโรคน้อยที่สุด มีฟันบดเคี้ยวอาหารอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ เนื่องด้วยข้อจำกัดของวงเงินจากสิทธิต่อปียังจำกัดอยู่มาก และควรหาแนวทาง ในการพัฒนาแก้ไขแนวทางให้เกิดความสะดวก ในการเข้าถึงบริการของผู้ประกันตนตามสิทธิ สำนักงานประกันสังคม

ด้วยข้อพิจารณาสำคัญที่พบ คือ ผู้ประกันตนตามสิทธิสำนักงานประกันสังคม จะไม่มีสิทธิตามสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หรือจะเปลี่ยนแปลงไปใช้สิทธิอื่นมิได้ ทำให้มีอีกข้อพิจารณาที่สำคัญ คือ เกิดข้อจำกัด ในด้านการรักษาจากปัจจัยต่าง ๆ ทำให้กลุ่มประชากรกลุ่มนี้ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงาน และในด้าน สุขภาพ ควรมีการจะต้องเตรียมตัวสู่การเป็นผู้สูงอายุในอนาคต ทำให้การเตรียมสุขภาพช่องปาก และฟัน โดยการเข้ารับบริการด้านทันตกรรมอย่างสม่ำเสมอยังมีข้อจำกัดอยู่มาก และจากข้อมูล การเข้าใช้สิทธิของผู้ประกันตน พบว่า มีการมาใช้สิทธิทันตกรรมในจำนวนไม่มากต่อปี เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมด ตามมาตรา ๓๓ มาตรา ๓๙ ในแต่ละปี โดยพบข้อมูล ในปี ๒๕๖๑ ปี ๒๕๖๒ และปี ๒๕๖๓ มีผู้ประกันตนมาใช้สิทธิทันตกรรมเฉลี่ยประมาณ ร้อยละ ๒๐ - ๓๐ ของจำนวนผู้มีสิทธิทั้งหมดเท่านั้น แสดงถึงจำนวนกว่า ร้อยละ ๗๐ ของผู้ประกันตน ที่ละทิ้งการใช้สิทธิด้านทันตกรรมในแต่ละปีของตนเอง ทั้งที่มีความสะดวก ในการเข้ารับบริการที่คลินิกเอกชนกว่า ๓,๐๐๐ แห่ง ทั่วประเทศที่เปิดรับบริการรักษา ด้านทันตกรรมผู้ประกันตน จึงเป็นข้อพิจารณาถึงความตระหนักรู้ ความตื่นตัว ของผู้ประกันตนกับการดูแล ใส่ใจ ให้ความสำคัญถึงสุขภาพช่องปากและฟันของตนเอง

๓. สิทธิทันตกรรมของราชการหรือกรมบัญชีกลาง กลุ่มข้าราชการหรือผู้ที่มีสิทธิ ตามสิทธิด้านทันตกรรมของกรมบัญชีกลาง ซึ่งครอบคลุมกลุ่มประชากรประมาณ ๔.๕ ล้านคน โดยสิทธิด้านทันตกรรมของกรมบัญชีกลางหรือส่วนใหญ่ คือ สิทธิของผู้รับราชการ พบว่า การกำหนดสิทธิการรักษาด้านทันตกรรมค่อนข้างกว้าง ครอบคลุมการรักษาด้านทันตกรรม ที่จำเป็นค่อนข้างข้างดี แต่พบปัญหาการรักษาตามสิทธิที่ให้มานั้น มักกำหนดต่ำกว่าค่าใช้จ่ายจริง ที่เกิดขึ้นเมื่อมารับบริการตามสิทธิ ในสถานบริการรักษาด้านทันตกรรมของรัฐ ทำให้เกิดส่วนต่าง ของค่าใช้จ่าย หรือต้องจ่ายเพิ่มเติมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นเอง เนื่องจากค่าใช้จ่ายที่เบิกได้ตามสิทธิ ไม่พอต่อรายการรักษา ทำให้เกิดความไม่สะดวกและข้อจำกัดในการเข้ารับบริการด้านทันตกรรม เพราะยิ่งรักษามากก็เกิดส่วนต่างมากขึ้นตามไปด้วย นอกเหนือจากปัญหาข้อจำกัด หรือความไม่สะดวกในการนัดหมายการรักษา เนื่องจากอยู่ช่วงเวลาทำงานของรัฐซึ่งเป็นเวลา เดียวกันกับเวลาเปิดรักษาบริการในสถานพยาบาลของรัฐ ทำให้ต้องลงงานเนื่องด้วยตรงกับเวลา ปฏิบัติงานภารกิจราชการ หรือหากคลินิกบริการที่เปิดนอกเวลาซึ่งมีจำกัด และการรับบริการ ทันตกรรมยังไม่สามารถไปรับบริการที่คลินิกเอกชนได้ ทำให้เมื่อนัดหมายอาจทำให้เกิดความ ไม่สะดวก เช่น คิวยาว รอนาน เป็นต้น และพบว่า ผู้มีสิทธิทันตกรรม กรมบัญชีกลาง ยังมาใช้ บริการไม่มากนักอย่างที่ควรเป็น เช่น ในช่วงหนึ่งปีมีผู้มารับบริการชุด หินปูนเฉลี่ยประมาณ ๒๕๐,๐๐๐ รายต่อปี หรือน้อยกว่า จากผู้มีสิทธิเกือบ ๔.๕ ล้านคน ที่โดยการดูแลทันตสุขภาพ ในแต่ละปีควรมีโอกาสชุดหินปูน และตรวจฟันอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

ภาพรวมด้านทันตสุขภาพของผู้มีสิทธิ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลกรมบัญชีกลาง อาจยังไม่ได้ดีมากอย่างที่ควร เช่น เมื่อพิจารณาจากจำนวน หรืออัตราผู้มารับการรักษา โดยการถอนฟันยังมีมาก ซึ่งเท่ากับการสูญเสียฟันเมื่อเทียบกับการอุดฟัน ชุดหินปูน สะท้อน ให้เห็นว่า การสูญเสียฟันยังอยู่ในอัตราสูง ซึ่งอาจส่งผลสะท้อนคุณภาพการบดเคี้ยวที่ลดลง

และอาจมีปัญหาการบาดเจ็บอาหารเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมากขึ้น พบว่า เมื่อพิจารณาในกรอบค่าใช้จ่ายรวมด้านทันตกรรมของสิทธิราชการทั้งหมดต่อหนึ่งปี พบมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำมาก เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมคิดเป็นร้อยละ พบว่า เป็นงบประมาณในส่วนนี้เพียงประมาณ ร้อยละ ๑.๕ ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ สะท้อนถึงภาระของข้าราชการที่จะต้องสำรอง หรือจ่ายเพิ่มด้วยตนเอง เมื่อรักษาด้านทันตกรรมเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เป็นอย่างมาก จึงควรมีการพัฒนายกระดับสิทธิการรักษาด้านทันตกรรมแก่ข้าราชการและผู้มีสิทธิในปัจจุบัน เพิ่มการสร้างทันตสุขภาพที่ดี มีการบาดเจ็บที่ดี มีสุขภาพช่องปากและฟันที่ดี ลดโอกาสเกิดโรค การสูญเสียฟันกระทบการบาดเจ็บ กระทบสุขภาพองค์รวม โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งในหลายกรณี พบว่า ในเวลาที่ผ่านมา ยังมีโอกาสเข้ารับบริการรักษาด้านทันตกรรมน้อยกว่าที่ควรเป็น ยังพบว่า มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอีกเป็นจำนวนมาก ทั้งที่ควรจะมีโอกาสได้รับการดูแลเนิ่น ๆ เมื่อเริ่มพบมีปัญหาสุขภาพช่องปากและฟัน

๓.๒ ข้อมูล ข้อพิจารณา ปัญหาการพัฒนา ยกระดับศักยภาพงานบริการรักษาด้านทันตกรรมในคลินิกทันตกรรม ในโรงพยาบาลของรัฐ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชน

๑. ข้อพิจารณาผลกระทบจากโครงสร้างของทันตบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขในด้านจำนวน ทั้งความขาดแคลน ทันตแพทย์ ทันตภิบาล หรือนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ผู้ช่วยทันตแพทย์ ทันตบุคลากรอื่น ๆ โดยประเด็นความต้องการทันตแพทย์เพิ่มเติมในกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีความต้องการทันตแพทย์อีกจำนวนมากในหน่วยงานบริการทันตกรรม โดยเฉพาะในงานรักษาทั่วไปในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่ปัจจุบันต้องให้ทันตแพทย์เฉพาะทางมาช่วยรักษาในงานรักษาทั่วไป ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาด้านทันตกรรมของประชาชนตีมากยิ่งขึ้น การขาดแคลนทันตแพทย์เฉพาะทางในหลายสาขาอีกจำนวนมาก ซึ่งกระทบเกิดข้อจำกัดการบริการในบางประเภท ไม่มีในบางโรงพยาบาล และทำให้เกิดความแตกต่างด้านประเภท หรือชนิดบริการรักษาที่มีไม่เท่ากัน แม้จะเป็นโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน การขาดแคลนทันตแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีการบริการรักษาด้านทันตกรรมในพื้นที่ที่มีประชาชนมาใช้บริการหนาแน่น ทำให้มีความแออัด คิวยาว รอนาน ความต้องการทันตแพทย์ในการพัฒนา ยกระดับ การส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากและฟันของประชาชนในโรงพยาบาลต่าง ๆ ซึ่งยังทำได้น้อย เนื่องด้วยแม้การบริการรักษาทั่วไปยังไม่เพียงพอ ความต้องการทันตแพทย์ในงานบริการในระดับชุมชน ท้องถิ่น หรืองานบริการปฐมภูมิ ซึ่งในปัจจุบันด้วยจำนวนทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ยังไม่สามารถจัดหรือเพิ่มกำลังคนเพื่อจัดให้มีบริการด้านทันตกรรมในระดับปฐมภูมิได้อย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพ มีการบริการเป็นครั้งคราวและยังจำกัดด้วยชนิดการรักษาด้วยความพร้อมในพื้นที่ที่มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่แตกต่างกัน ในส่วนทันตภิบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) พบในส่วนของทันตภิบาลยังมีความขาดแคลนทันตภิบาลใน รพ.สต. ซึ่งปัจจุบันมีประมาณ ๓,๘๐๐ คน

ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ซึ่งยังมีจำนวนน้อยกว่าจำนวนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพกว่า ๙,๐๐๐ แห่ง อยู่มากหากในอนาคตจะมีทันตภิบาลปฏิบัติงานอยู่ในทุกแห่ง แต่พบปัญหาการรับบรรจุเข้าทำงานของทันตภิบาลที่จบการศึกษาในกระทรวงสาธารณสุขที่ยังไม่ชัดเจน โดยอาจเริ่มมีผลกับนักเรียนทันตภิบาลที่เข้าเรียนในปี ๒๕๖๔ โดยอาจต้องรอจำนวนที่หน่วยงานต้องการแจ้งเข้ามา ในปีนั้น ๆ ซึ่งอาจได้บรรจุบางส่วนหรือไม่ได้เข้าบรรจุทั้งหมดนั้น ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาสำคัญมากในด้านการกำหนดยุทธศาสตร์ แผนงานด้านทันตสาธารณสุขในอนาคต ด้วยการผลิตหลักสูตรทันตภิบาลมีเป้าหมายเพื่อการปฏิบัติงานในภาครัฐเท่านั้น ไม่สามารถทำงานในภาคเอกชนได้ หากเรียนจบแล้วไม่สามารถบรรจุในตำแหน่งได้ หรือทำงานในภาครัฐไม่ได้ ก็อาจหมายถึงเรียนจบหลักสูตรแล้วอาจต้องทำงานอื่น ซึ่งไม่น่าจะใช้เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการผลิตทันตภิบาลตั้งแต่ในครั้งแรก และอาจกระทบแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิอย่างมากในอนาคต มีข้อพิจารณาห่วงใยว่า สถานการณ์ทันตสุขภาพของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นยังมีปัญหาสุขภาพช่องปากและฟันมากในทุกกลุ่มวัย มีปัญหาการเข้าถึงบริการรักษาส่งเสริมสุขภาพด้านทันตกรรมมาก ในขณะที่ปัจจุบันมีทันตภิบาลใน รพ.สต. ประมาณ ๓,๘๐๐ คน ในขณะที่มี รพ.สต. รวม ๙,๐๐๐ แห่งนั้น แสดงถึงการยังขาดทันตภิบาลเพื่อเข้าทำงานในส่วนนี้เป็นจำนวนมาก ยังไม่รวมความต้องการในโรงพยาบาลต่าง ๆ จึงน่าจะมีควมจำเป็นที่สถาบันผู้ผลิตทันตภิบาลและหน่วยงานทันตสาธารณสุขจะมีการพิจารณาอย่างรอบด้านถึงแนวทางสำคัญ คือ การสร้างการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทุก ๆ ด้านกับประชาชน โดยเฉพาะในชุมชนท้องถิ่นห่างไกล ซึ่งถ้าไม่มีบุคลากรก็ทำงานไม่ได้ จึงควรมีการสื่อสารกับทางกระทรวงสาธารณสุข เพื่อมีแผนงานที่ชัดเจนในการรับบรรจุทันตภิบาลเข้าทำงาน ซึ่งน่าจะเป็นวัตถุประสงค์หลักของการผลิตทันตภิบาลอยู่แล้วที่จะให้ทำงานในระบบราชการ ข้อพิจารณาการพัฒนาความสามารถทำงานด้านทันตสาธารณสุข การส่งเสริมการรักษาด้านทันตกรรมอย่างเต็มที่ ร่วมกับการทำงานบูรณาการร่วมกับงานสาธารณสุขการแพทย์อื่น ๆ อย่างสมดุล ปัญหาความก้าวหน้าในสายงานหรือการเปลี่ยนสายงานไปทำงานในส่วนอื่นใน รพ.สต. เช่น การเปลี่ยนสายงานไปเป็นนักวิชาการสาธารณสุขใน รพ.สต. ทำให้มีการเปลี่ยนตำแหน่งและเปลี่ยนงานไม่ได้กลับมาทำงานทันตกรรมเหมือนเดิม ทำให้งานทันตสาธารณสุขเสียบุคลากรรับผิดชอบงาน ซึ่งควรมีการพิจารณาหาแนวทางแก้ไข โดยมีแนวทางให้สามารถเติบโตได้เช่นกับสายงานอื่น ๆ ใน รพ.สต. แต่ให้สามารถทำงานทันตสาธารณสุขได้เหมือนเดิม เพื่อให้งานมีการพัฒนาต่อเนื่อง และยังเป็น การเพิ่มขวัญกำลังใจสำหรับคนทำงาน ความมั่นคงในระยะยาวในงานทันตสุขภาพในชุมชน ท้องถิ่น การเพิ่มศักยภาพทันตภิบาลในส่วนที่จบหลักสูตร ๒ ปี ให้สามารถได้รับโอกาสในการศึกษาต่อเนื่องเทียบเท่าหลักสูตรใหม่ ๔ ปี สบ. (ทันต) เพื่อยกระดับศักยภาพ คุณภาพการทำงานใน รพ.สต. เช่นเดียวกับวิชาชีพการแพทย์อื่น ๆ ที่ทำมาก่อนแล้ว ซึ่งมีทันตภิบาลในส่วนนี้ประมาณ ๔,๐๐๐ - ๕,๐๐๐ คน โดยสถาบันพระบรมราชชนกได้มีแผนงานดังกล่าวและยังมีหลักสูตรในส่วนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งหากได้รับทุนสนับสนุนจากฝ่ายต่าง ๆ และกระทรวงสาธารณสุข

ก็จะสามารถนำมาช่วยเหลือ เพิ่มโอกาสการยกระดับการศึกษาได้เต็มที่และรวดเร็ว สอดคล้องส่งเสริมกับการทำงานปัจจุบันของทันตภิบาลเป็นอย่างดี จะมีการหาข้อมูลพิจารณาด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้การทำงานของทันตภิบาลในชุมชน ท้องถิ่น และ รพ.สต. สามารถทำงานทันตสาธารณสุขได้เต็มศักยภาพและทำงานได้อย่างมีความสุขความมั่นคงในการทำงาน เพื่อขวัญกำลังใจในอนาคต

ในส่วนโครงสร้างของผู้ช่วยทันตแพทย์ พบว่า จำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์มีจำนวนน้อยกว่าจำนวนทันตแพทย์หรือทันตภิบาลเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นข้อพิจารณาสำคัญหนึ่ง ที่แสดงถึงการขาดแคลนผู้ช่วยทันตแพทย์ ด้วยงานคลินิกทันตกรรม ทันตแพทย์ หรือทันตภิบาลในการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีผู้ช่วยทันตแพทย์ช่วยงานข้างเก้าอี้ในอัตราหนึ่งต่อหนึ่ง ซึ่งความขาดแคลนกำลังคนในส่วนนี้ส่งผลกระทบต่องานรักษาบริการ การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนเนื่องด้วยการรักษาด้านทันตกรรม จำเป็นต้องมีผู้ช่วยทันตแพทย์ช่วยข้างเก้าอี้เพราะในช่องปากมีน้ำลาย ความชื้น ทิศทาง สภาพการทำงานที่เหมาะสม ซึ่งผู้ช่วยทันตแพทย์มีบทบาทและความสำคัญในส่วนนี้มาก ทั้งยังดูแลระบบเครื่องมือ การทำปราศจากเชื้อ การจัดเตรียมเครื่องมือ งานด้านทันตสุขศึกษากับคนไข้ งานธุรการ งานจ่ายยา ระเบียบนัดหมาย ซึ่งล้วนเป็นภารกิจที่มีความสำคัญและจำเป็นทั้งสิ้น

นอกจากความขาดแคลนแล้ว พบว่า ในส่วนการบรรจุเข้าทำงาน เพื่อบรรจุเป็นข้าราชการ เป็นพนักงานราชการ หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ยังไม่มีตำแหน่งใหม่ หรือมีตำแหน่งเดิมค่อนข้างน้อยมาก ทำให้ผู้ช่วยทันตแพทย์ถูกจ้างงานเข้ามาด้วยตำแหน่งอื่น ๆ ทำให้ขาดคนที่เข้ามาปฏิบัติงาน ด้วยทั้งเป็นการจ้างงานไม่ต่อเนื่อง ขาดความมั่นคง ความก้าวหน้าตามสมควร อาจกระทบสู่หลักสูตรการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ในอนาคต ทั้งที่ควรมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เนื่องด้วยหากจบมาโอกาสเข้าบรรจุในระบบราชการมีน้อยมาก ในส่วนนี้ได้มีการพิจารณาแนวทางแก้ปัญหา โดยหน่วยงานด้านทันตกรรมต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ ความจำเป็นของผู้ช่วยทันตแพทย์ต่อหน่วยงานต้นสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สามารถมีการจัดการด้านการจัดหา บรรจุผู้ช่วยทันตแพทย์ตามความจำเป็นอย่างเพียงพอ และเหมาะสม เพื่อให้หน่วยบริการรักษาทันตกรรมได้สามารถทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ ไม่อยู่ในสภาพขาดแคลนกำลังคน โดยจะต้องมีหน่วยงานด้านทันตกรรมที่จะต้องเป็นเจ้าภาพ ในการทำข้อมูลเสนอและประสานงานกับหน่วยงานอื่น ทั้งในส่วนโครงสร้างผู้ช่วยทันตแพทย์ และทันตภิบาล

นอกจากความขาดแคลนของทันตบุคลากรแล้ว ด้วยโครงสร้างจำนวนบุคลากรที่ไม่สมดุล โดยมีข้อมูลทันตบุคลากรจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ณ มีนาคม ๒๕๖๔) พบว่า มีทันตแพทย์ จำนวน ๖,๖๕๔ คน ทันตภิบาล (เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ๒ ปี) จำนวน ๕,๗๓๖ คน ทันตภิบาล ทันตภิบาล (นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ๔ ปี) ๓๒๗ คน นักวิชาการสาธารณสุขมีวุฒิปริญญาตรีทันตสาธารณสุข จำนวน ๑,๒๓๗ คน ผู้ช่วย

ทันตแพทย์ จำนวน ๑,๖๙๔ คน พนักงาน บุคลากรอื่น ๆ ที่ปฏิบัติงานในฝ่ายทันตสาธารณสุข หรือกลุ่มงานทันตกรรม จำนวน ๒,๖๖๗ คน ทำให้งานบริการรักษาด้านทันตกรรมไม่สามารถทำได้อย่างเต็มประสิทธิภาพส่งผลกระทบต่องานบริการรักษา เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการต่อประชาชน ซึ่งจากการพิจารณาศึกษาปัญหาด้านทันตบุคลากรยังไม่มีหน่วยงานใดเป็นหน่วยงานหลัก ในการกำหนดยุทธศาสตร์ แผนงานการบริการกระจายทันตบุคลากร การผลิต การปฏิบัติงาน เป้าหมาย การประเมินผล การกำกับติดตาม อย่างที่ควรเป็น จึงเห็นได้ระดับหนึ่งของการขาดทิศทางการพัฒนางานอย่างเป็นระบบของงานสุขภาพช่องปากและฟันของประชาชน ซึ่งทำให้ทันตบุคลากรเองก็ทำงานและพัฒนางานได้ลำบาก ทำให้เกิดการสูญเสียโอกาสของประชาชน ในการเข้ารับการรักษา การบริการด้านทันตกรรม ซึ่งเป็นข้อสังเกตและพิจารณาที่ต้องมีการแก้ไข อย่างเป็นระบบ เร่งด่วน และเป็นรูปธรรม

๓.๓ ข้อพิจารณาด้านการพัฒนาโครงสร้างพื้นที่บริการรักษาของคลินิกทันตกรรม ในโรงพยาบาลและการจัดการด้านเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง

ข้อพิจารณาด้านโครงสร้าง แบบแผนการจัดการพื้นที่ การวางผัง แบบแปลน ภายในและภายนอกคลินิกบริการ รวมถึงพื้นที่เพื่อใช้งานตามวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ซึ่งการกำหนดแบบแปลน แผนผัง หรือออกแบบพื้นที่การทำงานอย่างเหมาะสมในแต่ละภารกิจในคลินิกทันตกรรม จะเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในการที่จะสร้างความสะดวกสบาย ในการทำงานของบุคลากร ในการดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนต่าง ๆ ในคลินิกทันตกรรม ในการที่จะต้องบริการคนไข้ โดยต้องประเมินทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติงานการจัดทางเดินทั้งสำหรับเจ้าหน้าที่ และคนไข้ ผู้มารับบริการอย่างเหมาะสม จำนวนเก้าอี้ทันตกรรมที่จะต้องมีย่างเพียงพอสำหรับการทำงานของทันตบุคลากร รวมถึงเครื่องมืออุปกรณ์อื่น ๆ เช่น เครื่อง X - Ray แบบต่าง ๆ เครื่องมืออุปกรณ์สำหรับการทำความสะอาดเครื่องมือ ระบบปลอดเชื้อ เป็นต้น รวมถึงการประเมินจากปริมาณคนไข้ ผู้รับบริการในพื้นที่ตามสภาพพื้นที่รับผิดชอบอย่างเหมาะสม และการจัดการพื้นที่ภายนอกคลินิกสำหรับการรอรักษา นัดหมาย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่เดินไม่ได้ไว้อย่างเหมาะสม ด้วยจากข้อมูลพบว่า จำนวนของทันตแพทย์ ทันตภิบาล ที่สามารถปฏิบัติงานการรักษา ด้านทันตกรรมในกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนมากกว่าจำนวนเก้าอี้ทำฟันที่มีใช้งานอยู่ เป็นจำนวนมาก โดยข้อมูลมีทันตแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๕,๖๗๘ คน กลุ่มทันตภิบาล ๖,๗๑๑ คน (ปฏิบัติงานใน รพ.สต. ประมาณ ๓,๘๐๐ คน) กลุ่มผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน ๒,๐๙๖ คน

ในขณะที่ในส่วนโรงพยาบาลขนาดต่าง ๆ มีเก้าอี้ทันตกรรมรวมประมาณ ๔,๘๕๐ ตัว ทำให้เห็นถึงปัญหาการขาดแคลนเก้าอี้ทันตกรรมในการใช้งานเพื่อบริการรักษาคนไข้ ไม่สามารถทำงานได้เต็มศักยภาพกำลังคนที่มีนอกเหนือจากปัญหาการขาดแคลนผู้ช่วยทันตแพทย์ เสียโอกาสในการทำงานของทันตบุคลากรที่ควรจะต้องทำงานได้ เสียโอกาสคนไข้ ผู้มารับบริการที่ไม่ได้รับการรักษาต้องนัดหมายรอคิว ซึ่งปัญหานี้ ส่วนหนึ่งเป็นปัญหาการจัดการ การจัดหา

เก้าอี้ทันตกรรม เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ล่าช้า หรือไม่สอดคล้องกับกำลังคน แต่มีข้อพิจารณา คือ มีหลาย ๆ โรงพยาบาลแจ้งไม่มีพื้นที่ หรือไม่มีความพร้อมในการจัดการพื้นที่ที่จะเพิ่มเก้าอี้ทันตกรรมได้ โดยจากข้อมูลโดยการสำรวจมีโรงพยาบาลที่มีความพร้อมเรื่องพื้นที่ ๒๐๐ แห่ง จากโรงพยาบาล ๗๐๐ - ๘๐๐ แห่ง ที่มีคลินิกทันตกรรมบริการรักษาร่วมด้วยในโรงพยาบาล ปัญหาหนึ่งที่พบจากการศึกษา คือ ไม่มีหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานโครงสร้าง พื้นที่บริการของคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลโดยตรง จึงขาดการเก็บข้อมูล การวางแผนพัฒนาคลินิกทันตกรรมอย่างเป็นระบบ โดยมากหรือทั่วไปจะเป็นการขอปรับปรุง พัฒนา จัดซื้อในแต่ละโรงพยาบาลหรือแต่ละพื้นที่ ซึ่งขึ้นกับว่าที่ใดจะได้รับการสนับสนุนอย่างไร จึงทำให้ในหลาย ๆ ครั้ง หลายแห่งพบการปรับปรุง พัฒนาโครงสร้าง พื้นที่บริการงานด้านช่องปากและฟัน ค่อนข้างมีข้อจำกัดอย่างมาก เมื่อเทียบกับการแพทย์สาขาอื่น ๆ ที่พัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย ภาพสะท้อนข้อมูลที่ปรากฏการขาดแคลนเก้าอี้ทันตกรรม ทำให้การทำงานของทันตบุคลากรไม่สามารถทำงานเต็มศักยภาพ เกิดการเสียโอกาสหลาย ๆ อย่าง ภายใต้ปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชน ร้อยละ ๘.๑ ซึ่งต่ำมาก เป็นอีกความเร่งด่วนที่ควรต้องมีการพัฒนาแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และเป็นรูปธรรม เพื่อการพัฒนาในอนาคต เพื่อการมีประสิทธิภาพ คุณภาพ เช่น การแพทย์ด้านอื่น ๆ

๓.๔ ข้อมูล ข้อพิจารณา การพัฒนางานด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคด้านทันตสุขภาพ

ข้อมูล ข้อพิจารณาที่สำคัญ คือ จากการศึกษาปัญหาด้านทันตสุขภาพของประชาชนไทย พบสถานการณ์ที่มีปัญหาด้านทันตสุขภาพ ทั้งโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์ นำมาซึ่งการสูญเสียฟันในทุกกลุ่มวัย ในอัตราค่อนข้างสูง เป็นวงกว้าง แต่พบมีปัญหการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชน ร้อยละ ๘.๑ ซึ่งต่ำค่อนข้างมากนั้น

ดังนั้น การแก้ปัญหาเพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของประชาชนไทย โดยมุ่งที่จะพัฒนาเฉพาะด้านการรักษาด้านทันตกรรม เมื่อพิจารณาแล้ว ไม่สามารถที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จได้ด้วยกำลังบุคลากร ทรัพยากร ที่มีอยู่อย่างจำกัด และการพัฒนาศักยภาพการบริการรักษา ทั้งเชิงโครงสร้างด้านปริมาณและทั้งระบบ ต้องใช้ค่าใช้จ่ายอย่างมากและจะต้องใช้เวลามาก อยู่พอสมควร โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่พบจากสภาพปัญหาในระบบงานด้านทันตสาธารณสุขไทย ในปัจจุบัน ดังนั้น แนวทางที่สำคัญในการพัฒนา ยกระดับทันตสุขภาพของประชาชน คือต้องให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงความสำคัญ ความจำเป็นของการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากและฟันของตนเองและครอบครัวมากขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงหรือสภาวะที่ง่ายต่อการเกิดโรคช่องปากและฟัน ทั้งฉุกเฉินและเรื้อรัง อันนำมาซึ่งความเจ็บป่วย ปัญหาการทานอาหาร ปัญหาการบดเคี้ยวอาหาร ซึ่งยังมีภาวะความเจ็บป่วยมาก ลูกหลานมาก รุนแรงมากก็ยิ่งเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้นทั้งต้องเสียเวลาในการรักษามากขึ้น แต่ด้วยการส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคเป็นแนวทางที่ดีที่จะใช้ในการลดการเกิดโรค ดังนั้น ยิ่งการหาหรือสร้างวิธีการ กระบวนการ

ส่งเสริมและป้องกันที่มีประสิทธิภาพก็จะยิ่งลดการเกิดโรคได้มากขึ้นในแต่ละบุคคลและสามารถนำไปใช้กับกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ เป็นวงกว้าง เกิดการทั่วถึง ก็จะช่วยลดปัญหาด้านทันตสุขภาพในภาพรวมอย่างได้ผล ซึ่งการส่งเสริมป้องกันนั้นสามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรได้ง่ายกว่าและมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการเร่งพัฒนาระบบโครงสร้างในการรักษาบริการซึ่งมีต้นทุนสูงกว่ามากในหลาย ๆ ด้าน

จากการศึกษาที่ผ่านมา การทำงานของหน่วยงานรัฐ ด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคช่องปากและฟันในงานทันตสาธารณสุข แม้จะมีการทำอย่างต่อเนื่องยาวนาน แต่ก็มีข้อจำกัดในด้านของโครงการ งบประมาณ กำลังคน วิธีการดำเนินงาน ความต่อเนื่อง ในข้อจำกัดด้านหนึ่งคือ ด้วยขนาดหน่วยงานที่รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ที่มีงบประมาณที่ค่อนข้างจำกัดมากของหน่วยงานหลักในงานด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพ การขาดการสนับสนุนในหลาย ๆ ด้านจากส่วนกลาง ทั้งงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และทรัพยากรสนับสนุนอื่น ๆ คณะอนุกรรมการได้ตระหนักและเห็นความสำคัญถึงข้อพิจารณาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมป้องกันด้านทันตสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันที่มีข้อจำกัดของเครื่องมือต่าง ๆ อยู่มากแล้ว ยังขาดเครื่องมือเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ในการส่งเสริมป้องกันในทุกกลุ่มวัยอย่างมีประสิทธิภาพและสร้างการเข้าถึงง่าย ใช้ได้ง่าย มีความน่าเชื่อถือสูงมีประสิทธิภาพ จึงมีการขอข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถึงผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับฟลูออไรด์ซึ่งใช้ในการป้องกันฟันผุในหลายรูปแบบ รวมถึงขอข้อเสนอแนะ ข้อดี ข้อเสีย เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์น้ำดื่มที่มีฟลูออไรด์ (Water fluoridation) หรือน้ำดื่มบรรจุขวดที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนผสม ซึ่งในอนาคตหากจะมีการศึกษาเพิ่มเติม ผลผลิตขึ้นเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในงานส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุ โดยอาจนำความรู้จากการใช้น้ำปะปาที่เติมฟลูออไรด์ที่มีการใช้ป้องกันฟันผุในหลายประเทศที่มีผลสำเร็จมาพิจารณาศึกษาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ อย่างเหมาะสม ปลอดภัย โดยมีการศึกษาวิจัยอย่างรอบด้าน เพื่อให้เกิดผลสำเร็จโดยเชิญ ผู้แทนองค์การเภสัชกรรม และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือ อย. มาให้ข้อมูล โดยมีข้อมูลข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการขึ้นทะเบียนน้ำดื่มบรรจุขวดที่มีการเติมฟลูออไรด์เป็นส่วนผสมหรือเป็นส่วนประกอบ ผลิตภัณฑ์ น้ำดื่มบรรจุขวดที่มีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบหลักในปัจจุบันที่ขอขึ้นทะเบียนแล้ว ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ซึ่งได้ให้ข้อมูลว่า ยังไม่เคยมีผู้ประกอบการมาขอขึ้นทะเบียนน้ำดื่มเติมฟลูออไรด์แต่อย่างใด มีประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่องคำชี้แจงประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิท (ฉบับที่ ๖) กำหนดปริมาณฟลูออไรด์ของน้ำบริโภคหรือน้ำดื่มไม่เกิน ๐.๗ มิลลิกรัมต่อลิตร เป็นคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในด้านการผลิต หากมีผู้ประกอบการมีเจตนาที่จะเติมฟลูออไรด์ในน้ำบริโภคจะต้องส่งเอกสารรายละเอียดมายังคณะกรรมการอาหารและยาพิจารณา เพื่อจัดประเภทอาหารอีกครั้ง ซึ่งอาจเป็นเรื่องเครื่องดื่มที่มีเจตนาผสมในการเติมฟลูออไรด์และตรวจสอบการผลิตตามที่กรมอนามัยกำหนด รวมทั้งพิจารณาข้อมูลอื่นประกอบ

องค์การเภสัชกรรม ได้ให้ข้อมูลในประเด็นฟลูออไรด์รูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ผลิต และจำหน่ายอยู่ในปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคในการผลิต จำหน่าย พัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีฟลูออไรด์ เป็นองค์ประกอบ ซึ่งพบว่า มีการผลิตและจำหน่ายในปัจจุบัน เช่น ยาเม็ดเคี้ยว : GPO chewable NaF 0.55 MG tablets (องค์การเภสัชกรรม) ยาเม็ด : Flu- ride 0.25 mg (สหการโอสถ) ในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีข้อกำหนดว่าจะต้องมีปริมาณฟลูออไรด์ต่ำกว่า ๒ มิลลิกรัม ในเครื่องสำอาง มีข้อกำหนดว่า จะต้องมีฟลูออไรด์ต่ำกว่าร้อยละ ๐.๑๕ หรือ 1,500 ppm รูปแบบผลิตภัณฑ์ และจำหน่ายในปัจจุบันประกอบด้วย ๑. ยาสีฟัน (มี Fluoride 500 - 1,500 ppm) ๒. น้ำยา บ้วนปาก ๓. ไหมขัดฟัน ๔. เครื่องมือแพทย์ จะมีความเข้มข้นฟลูออไรด์มากกว่า ร้อยละ ๐.๑๕ โดยได้ให้ข้อมูลในปัจจุบันการใช้ ฟลูออไรด์เม็ดมีแนวโน้มที่ลดลง โดยเมื่อประมาณ ๑๐ - ๒๐ ปี ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขเคยจัดทำโครงการเสริมยาเม็ดฟลูออไรด์กับเด็กก่อนวัยเรียน ตั้งแต่แรกเกิดถึง ๓ ปี และมีการดำเนินการต่อเนื่องมาประมาณ ๕ ปี เมื่อเด็กเข้าสู่ระบบแล้ว ผู้ปกครองจะต้องรับยาไปให้เด็กรับประทานทุกวัน ทุกครั้งที่เด็กมารับวัคซีนจะมีการซักถาม ผู้ปกครองว่า เด็กได้รับประทานยาเม็ดฟลูออไรด์หรือไม่ อย่างไร ซึ่งในช่วงที่มีการประเมินผล ระบบใหญ่ทั้งระบบ พบว่า การมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองจะให้เด็กรับประทานยาเม็ดอย่างต่อเนื่อง มีไม่ถึง ร้อยละ ๒๐ ซึ่งทันตแพทย์ต้องการให้เด็กรับประทานฟลูออไรด์อย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ได้ ได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองในเรื่องดังกล่าว ดังนั้น จึงต้องยุติโครงการดังกล่าว

คณะอนุกรรมการมีความเห็น ข้อเสนอแนะ ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเติมฟลูออไรด์ ในน้ำดื่มบรรจุขวด ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจเปรียบเทียบกับการใช้ฟลูออไรด์ ในรูปแบบอื่น ๆ รวมทั้งเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภคเข้าร่วมพิจารณาศึกษาด้วย ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้ให้ข้อมูลว่า กรมอนามัยเคยจัดทำโครงการ นมฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ เนื่องจากนมโรงเรียนอยู่ในสภาพสามารถควบคุมให้เด็กดื่มได้ทุกคน ทุกวัน จนเกิดคำถามว่า การให้เด็กดื่มนมโรงเรียนที่เติมฟลูออไรด์ทุกวันเป็นอันตรายต่อเด็ก หรือไม่ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยได้มีการทบทวนและชะลอโครงการดังกล่าวไว้ เป็นเวลา ๓ ปี และมีการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมหารือ เพื่อทบทวนและให้เกิดความมั่นใจกับการดำเนินโครงการดังกล่าวต่อไป

นอกจากนี้ยังมีการสอบถามเรื่องโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมป้องกัน โรคช่องปากในปัจจุบันระดับประเทศหรือภูมิภาคมีอะไรบ้าง พบว่า มีการดำเนินการไม่มาก เนื่องจากไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนและหน่วยงานทันตกรรมขาดช่องทางในการเสนอโครงการ ดังกล่าวในระดับประเทศหรือภูมิภาค โดยส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการเองตามทรัพยากรที่มี ตามแต่ละหน่วยงาน ดังนั้น ในภาพรวมของงานส่งเสริมและป้องกันโรคช่องปากและฟันในระดับ ประเทศจึงมีแนวโน้มลดลง ด้วยขาดหน่วยงานรับผิดชอบหลักระดับประเทศในการที่จะเข้ามา วางแผนดำเนินงาน ผลักดัน กำหนดแผนงาน ทรัพยากร งบประมาณ และพัฒนาวิจัย นำเทคโนโลยี นวัตกรรมใหม่ ๆ มาใช้ขับเคลื่อนในงานส่งเสริมและป้องกันโรคช่องปากและฟันอย่างมีประสิทธิภาพ

เข้าถึงทุกกลุ่มประชาชนด้วยความยั่งยืน จึงเป็นข้อมูล ข้อพิจารณาสำคัญในการพัฒนาระดับงานส่งเสริมป้องกัน ซึ่งจะนำมาซึ่งความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน

๓.๕ ข้อมูล ข้อพิจารณาผลกระทบจากสถานการณ์ระบาด Covid - 19 กับงานรักษา ด้านทันตกรรม และการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชน

ข้อพิจารณา สถานการณ์การระบาดของ Covid - 19 ซึ่งมีระบาดของโรครุนแรงรวดเร็ว มีการแพร่ระบาดและติดเชื้อง่าย อันตรายถึงชีวิต ตั้งแต่ต้นปี ๒๕๖๓ เป็นต้นมา และได้สร้างผลกระทบกับงานด้านทันตกรรมในประเทศไทยอย่างรุนแรง สร้างปัญหาการเข้ารับบริการด้านทันตกรรมของประชาชนหรือปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนอย่างรุนแรงต่อเนื่อง ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโคโรนาไวรัสหรือ Covid - 19 ดังกล่าว โดยพบว่าคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลของรัฐจำนวนมากมีการจำกัดการบริการเป็นอย่างมาก กำหนดการรักษาเฉพาะกรณีฉุกเฉินหรือที่มีความเร่งด่วน ด้วยมาตรการที่ต้องการป้องกันการระบาดของโรค ความปลอดภัยทั้งคนไข้ ผู้มารับบริการ และทันตบุคลากรเอง ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคที่ยาวนานต่อเนื่อง และสถานการณ์ของโรคมีการเปลี่ยนแปลงทั้งพื้นที่ การระบาด ความรุนแรง และมีปัจจัยการรับวัคซีนของประชาชนที่มากขึ้น การตรวจคัดกรองหรือการตรวจยืนยันโรค ที่มีเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพและทำได้ง่ายขึ้น

ด้วยคณะอนุกรรมการมีข้อห่วงใยต่อสถานการณ์ดังกล่าว จึงเชิญผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูล โดยมีข้อมูลข้อพิจารณาสำคัญถึงสถานการณ์การระบาดของ Covid - 19 ที่มีการระบาดต่อเนื่องและยาวนาน ตั้งแต่ต้นปี ๒๕๖๓ จนถึง ณ ปัจจุบัน ซึ่งมีสถานการณ์เปลี่ยนแปลงเป็นช่วง ๆ ทั้งช่วงเวลาที่มีการระบาดในวงกว้าง รุนแรง และช่วงเวลาที่สถานการณ์ดีขึ้น แต่พบว่า มีผลกระทบปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม หรือความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการด้านทันตกรรมต่อเนื่อง โดยเฉพาะการบริการในภาครัฐยังมีการบริการด้านทันตกรรมค่อนข้างจำกัดมากอย่างต่อเนื่อง โดยเห็นได้ชัดจากตัวเลขผู้มารับบริการด้านทันตกรรม จากผลงานการให้บริการของหน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการบริการชุดหินปูน ๐.๙๙ ล้านครั้ง อุดฟัน ๑.๙๐ ล้านครั้ง ถอนฟัน ๒.๕ ล้านครั้ง ในปี ๒๕๖๒ และจำนวนการบริการลดลงอย่างต่อเนื่องในปี ๒๕๖๓ เป็นจำนวน ๐.๖๖, ๑.๒๖ และ ๒.๐๖ ล้านครั้งตามลำดับ และลดลงอย่างต่อเนื่องอีก ในปี ๒๕๖๔ เป็นจำนวน ๐.๔๒, ๐.๘๖ และ ๑.๕๔ ล้านครั้งตามลำดับ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วง ถึงผลกระทบด้านสุขภาพช่องปากและฟันของประชาชน โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อยหรือมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจที่มีเป็นจำนวนมากที่อาจพึ่งพาหรือต้องใช้บริการจากภาครัฐเป็นหลัก จึงควรพิจารณาหาแนวทางการแก้ไขปัญหา และหาแนวทางในการพัฒนา เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการด้านทันตกรรมได้ดีขึ้น อย่างปลอดภัย ซึ่งหากปล่อยปัญหาเรื้อรัง คนไข้ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างที่ควรก็จะเกิดปัญหาการลุกลาม ทำให้เกิดความเจ็บรุนแรงขึ้น สร้างอันตรายหรือการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง เกิดการสูญเสียฟัน สร้างปัญหาการบดเคี้ยว การทานอาหารแก่ผู้ป่วยหรือคนไข้ และพบมีการเลื่อนนัดรักษาต่าง ๆ ออกไปค่อนข้างยาวนาน

ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการได้รับทราบถึงแนวทางการพัฒนาปรับปรุงสภาพภายในคลินิกทันตกรรม โดยเฉพาะระบบระบายอากาศ ควบคุมคุณภาพอากาศภายใน ซึ่งทยอยปรับปรุงตามลำดับ และอยู่ระหว่างขอดำเนินการต่อเนื่องอีกจำนวนมาก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบความปลอดภัยในการทำงานด้านทันตกรรม ซึ่งก็เป็นแนวทางการเพิ่มความปลอดภัยจากการทำงานได้ดีและมั่นใจมากขึ้น และจากสถานการณ์ Covid - 19 นั้น พบมีประกาศต่าง ๆ ของกรมการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับด้านทันตกรรม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับทุก ๆ คนทั้งประชาชน ทันตแพทย์ ทันตบุคลากร ทั้งหมดปลอดภัยจากสถานการณ์การระบาดของ Covid - 19 โดยมีกรนำ มาตรการเร่งด่วนในการรักษามาใช้ประกอบกับการทำงานเป็น Emergency (ฉุกเฉิน) คือ ภาวะที่อาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต Urgent (เร่งด่วน) คือ ภาวะที่ควรได้รับการดูแลทันที Elective (ไม่เร่งด่วน) คือ ภาวะเจ็บป่วยที่สามารถรอได้ ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้ารับบริการด้านทันตกรรมของประชาชนเป็นอย่างมาก และต่อมามีการแจ้งปรับผ่อนคลายตามสถานการณ์ตามมาเป็นระยะ ซึ่งคณะอนุกรรมการเสนอแนะถึงความเป็นไปได้ ควรมีการสื่อสารอย่างต่อเนื่องถึงเนื้อหาการประกาศของฉบับต่าง ๆ ให้ทันต่อสถานการณ์ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานจะได้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างยืดหยุ่น ผ่อนคลายตามสถานการณ์ได้ให้สามารถบริการได้ดีและมากขึ้น กับประชาชนได้ โดยไม่ต้องกังวลว่า จะดำเนินการไม่เป็นตามนโยบาย หรือแนวทางของส่วนกลาง ซึ่งยังมีข้อพิจารณาที่ปัจจุบันประชาชนไทยได้วัคซีน ๒ เข็มแล้ว กว่า ๕๕ ล้านราย ได้รับวัคซีน ๓ เข็ม มากกว่า ๒๐ ล้านราย (ณ วันประชุมขอข้อมูล) และในปัจจุบันงานด้านทันตกรรมได้ดำเนินการภายใต้บริบทใหม่ หรือ DENTAL NEW NORMAL มีการคัดกรองคนไข้ก่อนเข้ารับบริการทันตกรรม รวมถึงปัจจุบันการคัดกรองโดยการตรวจความเสี่ยงติดเชื้อ Covid - 19 ด้วย ATK สามารถทำได้สะดวกและรวดเร็ว จึงขอให้หน่วยงานนำมาพิจารณาประกอบในทุกด้าน เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมให้ได้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ข้อพิจารณาศึกษาสำคัญหนึ่ง ด้านหน่วยงานหลักรับผิดชอบงานด้านทันตกรรมระดับประเทศ ที่พบจากสถานการณ์การระบาดของ Covid - 19 ที่เป็นโรคอุบัติใหม่ที่สามารถแพร่ระบาดได้ง่าย มีความรุนแรงสูง แต่ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการด้านต่าง ๆ ก็มีการพัฒนาข้อมูล ความรู้ การวิจัย การค้นพบ การพัฒนายา ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ใหม่ ๆ เข้ามาเพื่อรับมือกับสถานการณ์ระบาดอย่างต่อเนื่องเสมอ แต่จากข้อมูลที่พบในงานด้านทันตกรรมพบไม่มีหน่วยงานหลักด้านทันตกรรมที่มีศักยภาพเพียงพอที่จะเข้ามารับผิดชอบในการติดตามสถานการณ์อย่างปัจจุบันและเป็นศูนย์กลางการบริหารจัดการในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้เกิดข้อจำกัด ขาดการสื่อสาร ประสานงาน การเข้าถึงข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน จะพบสถานการณ์การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค อาทิ mask ถุงมือยาง ซึ่งเป็นอุปกรณ์ป้องกันโรคพื้นฐาน เป็นต้น ปัญหาการรับวัคซีนสำหรับบุคลากรที่ทำงานอยู่ เช่น ในภาคเอกชน

ที่บริการรองรับคนไข้ที่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ ด้วยอาการป่วยต่าง ๆ เช่น มีอาการปวดบวมจากการติดเชื้อจากช่องปากและฟัน หรือเหตุเร่งด่วนต่าง ๆ ทางทันตกรรม พบข้อพิจารณาปัญหาด้านวิชาการในการเลือกใช้ทรัพยากรเพื่อการทำงานบริการรักษา เช่น การพิจารณาเรื่อง การสร้าง Negative Room Pressure หรือห้องแยกโรค ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงมาก เป็นทางเลือกหนึ่ง แต่ด้วยค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นกับการที่จะใช้งานจริงตามสถานการณ์การระบาดนั้น มีข้อพิจารณาควรมีการศึกษาความคุ้มค่ากับการใช้งานอย่างรอบด้าน พบปัญหาการขาดการสนับสนุน ส่งเสริมการจัดหา ATK เพื่อการคัดกรองผู้ป่วยในช่วยกลางของการระบาด ซึ่งพบว่า ใช้งานได้ผลดีระดับหนึ่ง ทำให้การพัฒนาการคัดกรองทำได้ลำบาก การขาดการวางแผนสนับสนุนทันตบุคลากรที่ติดเชื้อ Covid - 19 จากการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งที่เป็นส่วนสำคัญมากต่อขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ในบุคลากรที่ทำงานรักษา ด้านทันตกรรมอยู่ ซึ่งมีข้อพิจารณาสำคัญถึงหากมีหน่วยงานด้านทันตกรรมที่มีศักยภาพเข้ามาทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการศึกษารวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กำหนดแนวทางการทิศทาง มาตรการการทำงาน รักษาด้านทันตกรรมอย่างเหมาะสม และทันเวลา ทันต่อสถานการณ์ก็จะทำให้การรักษาทันตกรรมในสถานการณ์การระบาดของ Covid - 19 มีความยืดหยุ่น การทำงานรักษาทำได้มากขึ้น ภายใต้มาตรการที่เหมาะสม เกิดประโยชน์ต่อทุกฝ่ายอย่างสูงสุด

ข้อพิจารณาศึกษาหนึ่งคือหน่วยงานด้านทันตกรรมควรมีการศึกษา ทบทวน สถานการณ์ที่ผ่านมา หรืออาจนำสถานการณ์ Covid - 19 ไปเรียนรู้ พัฒนางาน ระบบงาน และข้อเสนอแนะในการที่จะต้องพัฒนาหน่วยงานหลักด้านทันตกรรมที่มีศักยภาพ เพิ่มความสามารถ และศักยภาพ เพื่อสามารถที่จะรับมือกับสถานการณ์ในลักษณะเดียวกับ Covid - 19 ในอนาคต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขไทยอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบต่อไป

บทที่ ๔

ผลการพิจารณาศึกษา บทสรุป และข้อเสนอแนะ

๔.๑ ผลการพิจารณาการศึกษาของคณะอนุกรรมการ

จากการทำงานของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย เป็นการทำงานต่อเนื่องจากคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาด้านทันตสาธารณสุขไทย ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่จะติดตามและเร่งรัดการขับเคลื่อนการปฏิรูปการพิจารณาแก้ระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปฏิรูปอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ อันนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนนั้น คณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา โดยท่านประธานคณะกรรมการ ท่านนายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ได้นำรายงานผลการศึกษาต่อวุฒิสภา และได้รับการเห็นชอบเป็นรายงานของวุฒิสภา เพื่อส่งให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาต่อไป และได้รับทราบถึงความคืบหน้าว่า สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้ส่งรายงานการศึกษา เรื่อง การพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ เร่งรัดการปฏิรูประบบด้านทันตสาธารณสุขไทยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข ของคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา ต่อกระทรวงสาธารณสุขในวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ และให้ตอบกลับสรุปผลการพิจารณาหรือดำเนินการภายใน ๓๐ วัน และได้ทราบในลำดับถึงความคืบหน้าต่อไปว่า ในวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ กระทรวงสาธารณสุขได้เชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมสรุปผลการพิจารณารายงานพิจารณาศึกษาดังกล่าวที่ส่งมาจากสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา ณ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นความคืบหน้าและความคาดหวังที่จะเกิดการขับเคลื่อน การพัฒนา ยกระดับ ถึงการปฏิรูประบบงานด้านทันตสาธารณสุขไทยอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นโอกาสในการยกระดับสุขภาพช่องปากและฟันของประชาชนไทยให้อยู่ในระดับที่ดีขึ้น

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่ทันตสุขภาพของคนไทยที่มีข้อมูลจากการศึกษา พบมีปัญหาอยู่ในอัตราสูงทุกกลุ่มวัย และส่งผลกระทบต่อสุขภาพองค์รวม กระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในช่วงวัยสูงอายุ ซึ่งเกิดสภาพความถดถอยด้านสุขภาพช่องปากและฟันอย่างมาก มีทั้งสภาพฟันผุ ลุกลาม สะสม โรคปริทันต์เรื้อรัง เกิดการสูญเสียฟันจนกระทบต่อการบดเคี้ยวอาหาร หรือฟันที่มีอยู่มีสภาพของโรคปริทันต์จนเคี้ยวอาหารลำบาก ไม่มีความสุขในการทานอาหาร หรือมีปัญหาในการรับประทานอาหารทุกมื้อทุกวัน กระทบสุขภาพทั้งสุขภาพกายสุขภาพจิต ในขณะเดียวกันการรักษาฟันพู่ทันตสุขภาพของผู้สูงอายุก็ทำได้ค่อนข้างยากกว่า ด้วยสภาพปัญหาทางกายภาพมีมากกว่าวัยอื่น ๆ ทั้งโรคประจำตัวต่าง ๆ ที่มากขึ้น เพิ่มความเสี่ยงอื่น ๆ เพิ่มเติม อาทิ โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจ และโรคทางระบบอื่น ๆ อีกมากมาย ซึ่งพบได้มากขึ้นในวัยผู้สูงอายุ และปัญหาความพร้อมในการเดินทาง ความกลัว ความกังวล ความพร้อม ความทนทานทางกายภาพ

ที่ลดลง และปัญหาอื่น ๆ อีกมากมายที่ระบบสาธารณสุขของไทย โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ควรจะพิจารณาศึกษาแนวทางการพัฒนาแก้ปัญหาด้านทันตสุขภาพของประชาชนอย่างจริงจัง เป็นระบบ เป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการยับยั้งการเป็นโรคช่องปากและฟันของประชาชน ในทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่ปฐมวัย วัยเด็ก วัยเรียน วัยทำงาน จนถึงวัยผู้สูงอายุ ซึ่งเปรียบเสมือน ยอดของปัญหาที่มีส่งสมกันมาในแต่ละบุคคลและสะท้อนเป็นภาระระบบสาธารณสุขเป็นวงกว้าง เมื่อปัญหาเฉพาะบุคคลเกิดเป็นผลกระทบของคร่อมที่หน่วยบริการสาธารณสุข ทำให้เกิดความ ไม่เพียงพอ ปัญหาการเข้าถึงการรักษา ปัญหาการเข้าถึงบริการที่ไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่สำรวจในปี ๒๕๕๘ พบมีการเข้าถึง การรักษาด้านทันตกรรม เพียงร้อยละ ๘.๑ ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่ต่ำมาก และเมื่อย้อนกลับดูตัวเลข การสำรวจการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม ในห้วงเวลา ๑๐ กว่าปีที่ผ่านมา ก็พบว่า การเข้าถึง บริการด้านทันตกรรมของประชาชนอยู่ในระดับเดียวกัน คือ เพียงร้อยละ ๘ ถึงร้อยละ ๙ โดยมีข้อมูลตัวเลขจากสำรวจในปี ๒๕๕๒ ปี ๒๕๕๔ ปี ๒๕๕๖ ปี ๒๕๖๐ ปี ๒๕๖๒ และปี ๒๕๖๔ มีร้อยละการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมร้อยละ ๙.๑๒ ร้อยละ ๙.๒๘ ร้อยละ ๙.๔๗ ร้อยละ ๙.๖๐ ร้อยละ ๘.๔๐ และร้อยละ ๙.๙๐ ตามลำดับ สะท้อนถึงภาพสถานการณ์ปัญหาด้านการเข้าถึง การรักษาด้านทันตกรรมของประชาชนไทยที่ไม่มีการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยยะ มีสภาพการณ์ ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนอย่างเดิมและอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความสอดคล้อง บางประการกับการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการที่พบว่า หน่วยงานด้านทันตกรรม ในกระทรวงสาธารณสุข ส่วนใหญ่ เกือบทั้งหมด เป็นหน่วยบริการรักษาด้านทันตกรรมที่กระจาย อยู่ในโรงพยาบาล ทั้งชุมชนทุกขนาดกว่า ๗๗๕ แห่ง โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปกว่า ๘๘ แห่ง และฝ่ายทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ ที่คอยทำหน้าที่ประสาน ขับเคลื่อนงานด้านทันตสาธารณสุขทั่วประเทศ แต่มีขอบเขตความรับผิดชอบที่จำกัด ทั้งบทบาท อำนาจหน้าที่ งบประมาณ กำลังคน ซึ่งทำให้การทำงาน ความรับผิดชอบก็จะเป็นในลักษณะ แต่ละแห่ง แต่ละที่ แต่ละจังหวัด ตามศักยภาพแต่ละพื้นที่ แต่พบว่า หากพิจารณาในด้านยุทธศาสตร์ นโยบาย การบริหาร แผนงานด้านทันตสาธารณสุขในระดับประเทศ โดยมีขอบเขต องค์กรประกอบ คือ

๑. ด้านการพัฒนาศักยภาพการส่งเสริม ป้องกันโรคสุขภาพช่องปากและฟันในทุกช่วง วัยอายุ การเข้าถึงข้อมูล ความรับรู้ของประชาชนในทุกท้องที่ ทุกกลุ่ม รวมถึงการคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)

๒. ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการรักษาด้านทันตกรรม (Service Excellence)

๓. ด้านการพัฒนาการจัดการด้านกำลังคนด้านทันตสาธารณสุข (People Excellence)

๔. ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารด้วยประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๕. ยุทธศาสตร์ด้านงาน เทคโนโลยีนวัตกรรม และการวิจัย (Technology Innovation & Research Excellence)

๖. ยุทธศาสตร์งานด้านทันตสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน (Community & Social Excellence) นั้น

พบว่า ในด้านการบริหารงานจัดการด้านทันตกรรมยังขาดหน่วยงานหลักระดับประเทศ ในการกำหนดนโยบาย การวางแผน หรือยุทธศาสตร์ด้านทันตสาธารณสุขระดับประเทศ ทั้งระบบงาน การส่งเสริมป้องกัน การรักษาด้านทันตกรรม ทั้งการจัดการด้านบุคลากร ทั้งระบบ การจัดการด้านทรัพยากร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ ระดับประเทศ ขาดหน่วยงาน บริหาร อำนาจการ กำกับ ประเมินผล ระดับประเทศ ขาดหน่วยงานสารสนเทศด้านทันตกรรม ทันตสาธารณสุข ระดับประเทศ และระหว่างประเทศ ขาดหน่วยงานสนับสนุนด้าน เทคโนโลยี นวัตกรรม และการวิจัยด้านทันตกรรมระดับประเทศ ขาดหน่วยงานหลักด้านทันตสาธารณสุข ในชุมชน ท้องถิ่น การบริการปฐมภูมิระดับประเทศ ซึ่งจากการศึกษาของ คณะอนุกรรมการ พบโครงสร้าง งานทันตสาธารณสุขในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข มีอยู่เพียง ๓ จุดหลัก ๆ คือ

๑. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง ไม่มีโครงสร้างหน่วยงาน มีตำแหน่งทันตแพทย์ (จำนวน ๓ ตำแหน่งเท่านั้น) ที่มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนายุทธศาสตร์ และแปลงนโยบายของกระทรวงเป็นแผนการปฏิบัติงานราชการ ตลอดจนจัดสรรทรัพยากร และบริหารราชการประจำทั่วไปของกระทรวง แต่ไม่พบมีการกำหนดบทบาทภารกิจ อำนาจหน้าที่ งบประมาณด้านทันตสาธารณสุขชัดเจน

๒. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ภารกิจหลักสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการ ให้เกิดการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมทั่วประเทศ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นภารกิจหลักของกรมอนามัย พบโดยเฉลี่ย สำนักทันตสาธารณสุขได้รับงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากปีละ ๑๐ - ๑๕ ล้านบาท

๓. สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ ภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี เพิ่มพูนความรู้ ทักษะการปฏิบัติงานต่อบุคลากรทางการแพทย์

ซึ่งด้วยโครงสร้างงานทันตสาธารณสุขในกระทรวงสาธารณสุขปัจจุบันดังกล่าว จากการพิจารณาศึกษาพบว่า ไม่ได้มีการกำหนดภารกิจ บทบาทหน้าที่ที่ไม่สามารถที่จะกำหนด ยุทธศาสตร์ นโยบาย หรือแผนงานด้านทันตสาธารณสุขระดับประเทศได้ ในด้านที่จะทำให้เกิด แผนงาน การดำเนินการ การจัดงบประมาณ การกำหนดตัวชี้วัด เพื่อนำไปปฏิบัติ ประสานงาน และบูรณาการงานทันตสาธารณสุขในระดับประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับการพิจารณาศึกษาของ คณะอนุกรรมการในการพิจารณาศึกษาระบบงานทันตสาธารณสุขในกระทรวงสาธารณสุขนั้น ไม่มีหน่วยงานทันตกรรมในด้าน ดังนี้

๑. ด้านการพัฒนาศักยภาพการส่งเสริม ป้องกันโรคสุขภาพช่องปากและฟัน ในทุกช่วง วัยอายุ การเข้าถึงข้อมูล ความรับรู้ของประชาชนในทุกท้องที่ ทุกกลุ่ม รวมถึงการคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)

๒. ด้านการพัฒนาศักยภาพการบริการรักษาด้านทันตกรรม (Service Excellence)
 ๓. ด้านการพัฒนาการจัดการด้านกำลังคนด้านทันตสาธารณสุข (People Excellence)
 ๔. กำหนดยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาศักยภาพการบริหารด้วยประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๕. กำหนดยุทธศาสตร์ด้านงาน เทคโนโลยีนวัตกรรมและ การวิจัย (Technology Innovation & Research Excellence) ด้านทันตกรรม

๖. กำหนดยุทธศาสตร์งานด้านทันตสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน (Community & Social Excellence)

และพบข้อมูล ข้อพิจารณาที่น่าสนใจจากการศึกษา คือ จากคู่มือรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จัดทำโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง ซึ่งเป็นเสมือนแผนปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ตามกรอบความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข เพื่อถ่ายทอดและสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้แก่หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข โดยข้อมูลในปี ๒๕๖๕ ซึ่งมีตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ๗๕ ข้อ ประกอบด้วยตัวชี้วัดงานด้านต่าง ๆ แต่พบว่า ไม่มีตัวชี้วัดในงานด้านทันตสุขภาพของประชาชน หรือหรือตัวชี้วัดงานด้านสุขภาพช่องปากและฟันของประชาชน หรือตัวชี้วัดงานด้านทันตกรรมอย่างชัดเจน แต่ได้รับทราบว่ามีตัวชี้วัดเป็นงานแทรกในงานสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งเป็นข้อพิจารณาที่น่าสนใจและข้อห่วงใยถึงการที่ไม่มีตัวชี้วัดงานด้านสุขภาพช่องปากและฟันของประชาชน ซึ่งเป็นสุขภาพของประชาชนทุก ๆ คน เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น ในด้านหนึ่งของการพิจารณาศึกษา ข้อสังเกตหนึ่ง คือ ไม่มีหน่วยงานใดในปัจจุบันของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านทันตสุขภาพหรือสุขภาพช่องปากและฟันมีศักยภาพเพียงพอที่จะผลักดันงานด้านนี้ให้เห็นว่า เป็นหนึ่งในความสำคัญด้านสุขภาพของประชาชนที่กระทรวงสาธารณสุขต้องเข้าไปดูแล จัดการให้เกิดผลสำเร็จของการมีทันตสุขภาพที่ดี ซึ่งการที่ไม่มีตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขในด้านนี้ ย่อมส่งผลต่อการจะวางแผนงาน นโยบาย งบประมาณ ทรัพยากรทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่จะถูกกำหนดตามแผนงานปฏิบัติราชการของกระทรวงจากตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว ทั้งที่ทันตสุขภาพเป็นสุขภาพของคนไทยทุกคนร่วม ๖๗ ล้านคน กระทบต่อสุขภาพในทุกกลุ่มวัย และเป็นอีกปัจจัยสำคัญของคุณภาพชีวิตด้านหนึ่งของประชาชนทุกคน

คณะอนุกรรมการยังตั้งคณะทำงานถึง ๖ คณะทำงาน ประกอบด้วย

๑. คณะทำงานศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศสู่ศูนย์กลางการบริการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากลหรือ THAILAND DENTAL HUB

๒. คณะทำงานผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปากประเทศไทย

๓. คณะทำงานการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ

๔. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนายกระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษา ด้านทันตกรรมของประเทศไทย

๕. คณะทำงานศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในงานส่งเสริม และป้องกันโรคฟันผุ ในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย

๖. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนา การจัดการด้านทันตสุขภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพ ที่ดีของผู้สูงอายุไทย

ซึ่งต้องขอขอบคุณคณะทำงานทุก ๆ ท่านที่เสียสละ เข้ามาร่วมกันทำงานในคณะทำงานทั้ง ๖ คณะ เพื่อประโยชน์แก่ประชาชนไทยทั้งสิ้น เพื่อพิจารณาศึกษาเชิงลึกเป็นแนวทางในการพัฒนางาน บูรณาการ พัฒนาให้เกิดเป็นรูปธรรม ในงานด้านทันตสาธารณสุขของไทยที่เป็นแผนงานที่ส่งผล ถึงทันตสุขภาพและการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนเป็นวงกว้าง ควรมีการศึกษา พัฒนาข้อมูล แนวทางการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางหนึ่ง เพื่อนำสิ่งที่ได้จากการทำงานของ คณะทำงาน นำไปใช้เพื่อให้เกิดการพัฒนางานบูรณาการให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม การทำงานของคณะอนุกรรมการและคณะทำงานทั้ง ๖ คณะทำงาน ประกอบด้วย

๑. คณะทำงานศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศสู่ศูนย์กลางการบริการ รักษาด้านทันตกรรมระดับสากล หรือTHAILAND DENTAL HUB ได้พิจารณาศึกษาการพัฒนาไทย สู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ด้านทันตกรรมของไทย ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านความมั่นคง การสร้างขีดความสามารถ ในการแข่งขัน ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ โดยยุทธศาสตร์การพัฒนา DENTAL HUB ในประเทศไทยจะเป็น ๑. การพัฒนาศักยภาพ มาตรฐานการบริการด้านทันตกรรม ในประเทศ ๒. สร้างขยายมูลค่าทางธุรกิจด้านสุขภาพ ขยายตัวเพิ่มจากฐานเดิม ส่งเสริม ภาคเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว ภาคสังคม ๓. สร้างขีดความสามารถทางการแข่งขัน มาตรฐาน การจัดการบริการด้านสุขภาพสู่ระดับสากล ๔. ทั้งเป็นการสร้างความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีให้กับประเทศไทย ประชาชนไทย โดยมีองค์ประกอบคุณภาพ มาตรฐานการดำเนินงาน ๑. มีการสร้างมาตรฐาน ยอมรับทั้งในระดับประเทศและสากล ๒. มีบุคลากรที่มีคุณภาพ มีความเชี่ยวชาญ เป็นที่ยอมรับ ๓. มีระบบนัดหมาย เข้าถึง ติดต่อสะดวก มีความเที่ยงตรง ไม่ต้องรอนาน ๔. มี Facility รองรับเหมาะสม เพียงพอ ๕. มีราคาที่เหมาะสม ๖. มีผลสำเร็จ การรักษาที่ดี น่าเชื่อถือ มีมาตรฐาน ซึ่งการทำงานของคณะทำงาน Thailand Dental HUB ทำให้มีการพัฒนา ก้าวหน้าอย่างเป็นรูปธรรมเป็นอย่างมาก เกิดผลดีในการที่จะขับเคลื่อน ให้เกิดความสำเร็จอย่างดียิ่งในอนาคต และทำให้เกิดความร่วมมืออย่างดียิ่ง และเป็นรูปธรรม

จากทั้งภาครัฐและเอกชนได้มีความร่วมมือกันที่จะขับเคลื่อน Thailand Dental HUB ที่จะทำให้เกิดความสำเร็จในทุก ๆ ด้านต่อ ๆ ไป

๒. คณะทำงานศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในงานส่งเสริม และป้องกันโรคฟันผุ ในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย โดยได้พิจารณาศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ ในรูปแบบต่าง ๆ การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์ (Water fluoridation) โดยเฉพาะ การพิจารณาศึกษาน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด ซึ่งเป็นการศึกษาทางเลือกหนึ่งของการหาเครื่องมือ ในการส่งเสริมและป้องกันฟันผุในวงกว้าง และมีประสิทธิภาพ มีความคุ้มค่าเหมาะสม และมีความปลอดภัยในการใช้งาน ซึ่งการพิจารณาศึกษานี้ เป็นหนึ่งในแนวทางของ คณะอนุกรรมการที่จะพิจารณาศึกษาหาเครื่องมือในการส่งเสริมและ ป้องกันฟันผุ สำหรับประชาชนทั่วไป สามารถใช้ด้วยตนเองเป็นประจำวันได้โดยง่าย สะดวก ปลอดภัย คุ้มค่า เข้าถึงง่าย โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล เป็นทางเลือกที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ และทำให้เกิด การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เสนอแนะ การศึกษา เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการนำความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรม ทั้งในต่างประเทศ ในประเทศโดยเฉพาะที่ประสบความสำเร็จในอดีต เช่น การเติม ฟลูออไรด์ในน้ำประปาแล้วสามารถลดอัตราการเกิดฟันผุในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาพิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับประเทศไทย เพื่อนำมาเป็นทางเลือกในการนำมาใช้เสริม โดยเฉพาะในการส่งเสริม ป้องกันโรคฟันผุ นอกเหนือจากการใช้ปกติ โดยมีการใส่ฟลูออไรด์ ในยาสีฟัน น้ำยาบ้วนปาก และเป็นการเพิ่มเติม การเข้าถึงบริการของประชาชนจากการได้รับ บริการรักษาด้านทันตกรรมในคลินิกหรือหน่วยบริการรักษาทันตกรรม ซึ่งยังมีปัญหาการเข้าถึง บริการด้านทันตกรรมไม่สามารถบริการได้อย่างเพียงพอ ภาพรวมยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการ ด้านทันตกรรมของประชาชน คิวยาว แออัด รอนานอยู่ ทั้งนี้ เพื่อสามารถลดการเกิดโรคฟันผุ ในประเทศไทย ซึ่งเป็นปัญหาในทุกกลุ่มวัย ทำให้เกิดการสูญเสียฟัน

อนุกรรมการยังได้รับทราบข้อมูลที่น่าสนใจ คือ เมื่อประมาณ ๑๐ – ๒๐ ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขเคยจัดทำโครงการเสริมยาเม็ดฟลูออไรด์กับเด็กก่อนวัยเรียนตั้งแต่แรกเกิด ถึง ๓ ปี และมีการดำเนินการต่อเนื่องมาประมาณ ๕ ปี เมื่อเด็กเข้าสู่ระบบแล้ว ผู้ปกครองจะต้อง รับยาไปให้เด็กรับประทานทุกวัน ทุกครั้งที่เด็กมารับวัคซีนจะมีการซักถามผู้ปกครองว่า เด็กได้รับประทานยาเม็ดฟลูออไรด์หรือไม่ อย่างไร ซึ่งในช่วงที่มีการประเมินผลระบบใหญ่ทั้งระบบ พบว่า การมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองจะให้เด็กรับประทานยาเม็ดอย่างต่อเนื่องมีไม่ถึงร้อยละ ๒๐ ซึ่งทันตแพทย์ต้องการให้เด็กรับประทานฟลูออไรด์อย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ได้รับความร่วมมือจาก ผู้ปกครองในเรื่องดังกล่าว ดังนั้น จึงต้องยุติโครงการดังกล่าวและยังได้ให้ข้อมูลว่า กรมอนามัย เคยจัดทำโครงการนมฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ เนื่องจากนมโรงเรียนอยู่ในสภาพสามารถควบคุม ให้เด็กดื่มได้ทุกคนทุกวัน จนเกิดคำถามว่าการให้เด็กดื่มนมโรงเรียนที่เติมฟลูออไรด์ทุกวัน เป็นอันตรายต่อเด็กหรือไม่ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยได้มีการทบทวนและชะลอ

โครงการดังกล่าวไว้เป็นเวลา ๓ ปี และมีการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมหารือ เพื่อทบทวนและให้เกิดความมั่นใจกับโครงการดังกล่าว จึงเห็นได้ว่าเครื่องมือที่จะใช้ในการส่งเสริมป้องกันโรคฟันผุนั้น ปัจจุบันค่อนข้างมีความจำกัดในตัวเลือกการใช้งานด้วยสาเหตุที่แตกต่างกัน แต่เพื่อจะให้การทำงานส่งเสริมป้องกัน สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการศึกษาทั้งทางวิชาการ การวิจัย และการพัฒนาอย่างกว้างขวางในอนาคต ซึ่งโครงสร้างปัจจุบันของงานทันตสาธารณสุขในกระทรวงสาธารณสุขยังมีข้อจำกัดอย่างมาก เป็นข้อสังเกตหนึ่งจากการพิจารณาศึกษา

๓. คณะทำงานผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปากประเทศไทย ซึ่งจากการศึกษาทำให้ทราบข้อมูลที่มีความน่าสนใจหลายประการ โดยเป็นการศึกษาจากข้อมูลที่มีเป็นข้อมูล สปสช. ประชากรที่ได้รับบริการรักษาทันตกรรมครอบคลุม ๙.๘ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๘ มีประชากรที่ได้รับการส่งเสริมครอบคลุม ๒๗ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๔ ข้อมูลจากการสำรวจพบว่า ประชากรที่ได้รับการรักษาโดยไม่ได้ใช้สิทธิจ่ายเงินเองมี ๖.๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๙.๘ รวมค่าใช้จ่ายงานรักษา ด้านทันตกรรมของรัฐ และค่าใช้จ่ายของประชาชน เป็น ๙,๕๑๖ + ๑๑,๑๒๒ = ๒๐,๖๓๘ ล้านบาท (แล้วถ้าวางงานส่งเสริมของรัฐ ๖,๓๕๙ ก็จะเป็น ๒๖,๙๙๗ ล้านบาท) ข้อมูลการสำรวจพบว่า มีผู้ต้องการรับบริการแต่ยังไม่ได้รับบริการในงานส่งเสริมและงานรักษาคิดเป็นค่าใช้จ่าย ๒๗,๓๐๘ ล้านบาท และจำนวน ๑๔๕,๒๐๘ ล้านบาท ตามลำดับ

จากการศึกษาทำให้เห็นสถานการณ์ Dental Service Gap แสดงให้เห็นว่า มีจำนวนผู้ที่จำเป็นต้องได้รับบริการทั้งรักษาและส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรมเป็นจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับบริการตามความจำเป็นและแสดงให้เห็นว่า เมื่อเทียบค่าใช้จ่ายในการให้บริการส่งเสริมป้องกันพบว่า ค่าบริการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรมมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าค่ารักษาอย่างมาก และแนวโน้ม Progress ของโรคถ้าไม่ทำอะไร การสูญเสียฟันมีแนวโน้มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น การสูญเสียฟันเริ่มชัดในวัยทำงาน โดยวัยทำงานสูญเสียฟันน้อยกว่า ๕ ซี่ จากช่วงวัยรุ่น (๑๕ - ๓๔ ปี) ที่มีฟันกว่า ๒๘ ซี่ แต่พอเริ่มอายุ ๖๐ ปี มีการสูญเสียฟันกว่า ๑๐ ซี่ และพออายุเริ่ม ๘๐ ปี ฟันก็หายไปอีกเกือบ ๑๐ ซี่ จนแทบไม่เหลือฟันเคี้ยว ปัญหาปริทันต์เริ่มในวัยทำงานและมากขึ้นในผู้สูงอายุ ซึ่งสัมพันธ์กับการสูญเสียฟันและความต้องการฟันเทียม ความต้องการฟันเทียมเพิ่มขึ้นอย่างมากในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สัมพันธ์กับการสูญเสียฟันและโรคปริทันต์อักเสบ

Main Finding Summary จากการศึกษาครั้งนี้

๑. Cost of Dental illness ค่าใช้จ่ายในการรักษาปัญหาฟันผุ ปริทันต์และการสูญเสียฟัน คิดเป็น ๑๔๑,๔๙๓ ล้านบาท ถึง ๑๘๙,๓๒๐ ล้านบาท

๒. Dental Service Expenditure ในส่วนของภาครัฐที่จ่ายในการจัดบริการด้านรักษา ให้ประชาชนตามสิทธิ (ร้อยละ ๑๔ ของประชากร) คิดเป็นเงิน ๙,๕๑๖ ล้านบาท (ร้อยละ ๔๖)

ในขณะที่ประชาชนที่จ่ายค่าบริการรักษาทางทันตกรรมด้วยตัวเอง (ร้อยละ ๒๐ ของประชากร) คิดเป็น ๑๑,๑๒๒ ล้านบาท (ร้อยละ ๕๔)

๓. Dental Service Gap ยังมีเป็นจำนวนมาก พบว่า ในส่วนของงานป้องกันทันตกรรม ยังมีผู้ที่จำเป็น แต่ยังไม่ได้รับบริการคิดค่าใช้จ่ายเป็น ๒๗,๓๐๘ ล้านบาท งานรักษาทันตกรรม มีผู้จำเป็นแต่ไม่ได้รับบริการคิดค่าใช้จ่ายเป็น ๑๔๕,๒๐๘ ล้านบาท ซึ่งข้อมูลจากการศึกษานี้ เป็นข้อมูลหนึ่งในการแสดงให้เห็นว่า มีจำนวนผู้ที่จำเป็นต้องได้รับบริการทั้งรักษาและส่งเสริม ป้องกันทางทันตกรรมเป็นจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับบริการตามความจำเป็น ซึ่งเป็นสิ่งที่ระบบ สาธารณสุขไทยจะต้องมีการพัฒนา ยุกระดับ เพื่อให้ประชาชนที่เข้าไม่ถึงบริการ สามารถเข้าถึง บริการได้ง่ายขึ้น เพื่อที่จะมีโอกาสที่จะได้รับบริการการรักษาด้านทันตกรรมที่จำเป็น เพื่อให้มี สุขภาพองค์รวมที่ดีได้ และเป็นแนวทางให้มีการศึกษา ผลกระทบ ภาระทางเศรษฐกิจในมิติ อื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาระดับสุขภาพช่องปากและฟันของประชาชนต่อ ๆ ไป

๔. คณะทำงานการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ระบบสนับสนุนสุขภาพช่องปาก ขาดระบบข้อมูล เพื่อวางแผน ในการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่/ทันตบุคลากรไม่มีศักยภาพในการวิเคราะห์ และใช้ประโยชน์จากข้อมูล ขาดครุภัณฑ์ เครื่องมือ วัสดุ เวชภัณฑ์ทางทันตกรรม ไม่ครบถ้วน เพียงพอตามเกณฑ์ ขาดการสนับสนุนงบประมาณให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในส่วนปัญหาด้านกำลังคน จำนวนทันตแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขเริ่มเต็ม บทบาทและสมรรถนะ ทันตแพทย์ควรปรับให้สอดคล้องความต้องการในอนาคต มีทันตแพทย์ออกหมอนเวียนใน รพ.สต. น้อย ในส่วนทันตภิบาล พบขาดทันตภิบาลใน รพ.สต. ขนาดเล็ก ขาดสมรรถนะบริการเชิงรุก ตามบทบาทที่ควรทำได้ในอนาคต นโยบายบรรณนักวิชาการสาธารณสุขส่งผลกระทบต่อบริการ ทันตกรรมลดลง ควรมีตำแหน่งและความก้าวหน้า ตรงกับบทบาทผู้ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาทันตกรรมพื้นฐานไม่ใช่นักวิชาการด้วยตำแหน่ง “นักทันตสาธารณสุข” และปัญหาขาดแคลนผู้ช่วยทันตแพทย์ประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งข้อมูลที่ได้จาก การพิจารณาศึกษามีประโยชน์ต่อการวิเคราะห์ วางแผนพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขในระดับ ปฐมภูมิเพื่อประชาชนในชุมชน ท้องถิ่นให้มีทันตสุขภาพที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

๕. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษา ด้านทันตกรรมของประเทศไทย จากการศึกษาพบข้อมูล ข้อพิจารณาสำคัญในหลาย ๆ องค์ประกอบ ที่หากมีการพัฒนา ยุกระดับอย่างเร่งด่วนจะเป็นการช่วยพัฒนาด้านหนึ่งของการดูแลรักษา ด้านทันตสุขภาพของประชาชนไทยได้เป็นอย่างมาก ซึ่งจะเป็นการพัฒนาด้านหนึ่งที่จะสามารถ แก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชน ร้อยละ ๘.๑ จากการสำรวจอนามัย และสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ระดับหนึ่ง โดยจากการพิจารณาศึกษาพบว่า จากผลงานการให้บริการของหน่วยบริการสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีตัวเลข

การบริการ การรักษาด้านทันตกรรม ขูดหินปูน ๐.๙๙ ล้านครั้ง อุดฟัน ๑.๙๐ ล้านครั้ง ถอนฟัน ๒.๕ ล้านครั้ง ในปี ๒๕๖๒ และจำนวนการบริการลดลงอย่างต่อเนื่องในปี ๒๕๖๓ เป็นจำนวน ๐.๖๖ ล้านครั้ง ๑.๒๖ ล้านครั้ง และ ๒.๐๖ ล้านครั้ง ตามลำดับ และลดลงอย่างต่อเนื่องอีก ในปี ๒๕๖๔ เป็นจำนวน ๐.๔๒, ๐.๘๖ ล้านครั้ง และ ๑.๕๔ ล้านครั้ง ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นถึงตัวเลขผู้ได้รับการด้านทันตกรรมที่น้อยลงอีกจากปี ๒๕๖๒ ปี ๒๕๖๓ และปี ๒๕๖๔ ตามลำดับ ส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดสภาพปัญหามากขึ้น คือ สถานการณ์การระบาดของ Covid - 19 ที่เกิดการระบาดอย่างต่อเนื่องด้วย ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าต้องพิจารณาและน่าเป็นห่วงถึงสถานการณ์ผลกระทบด้านสุขภาพช่องปากและฟันของประชาชน โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อยหรือมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจที่มีเป็นจำนวนมาก ที่อาจพึ่งหรือต้องใช้บริการจากภาครัฐเป็นหลัก จึงควรพิจารณาหาแนวทางการแก้ไขปัญหา หาแนวทางในการพัฒนา เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการด้านทันตกรรมได้ดีขึ้น อย่างปลอดภัย ซึ่งหากปล่อยปัญหาเรื้อรัง คนไข้ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างที่ควรก็จะเกิดปัญหาการลุกลาม ทำให้เกิดความเจ็บป่วยบ่อยครั้ง การสูญเสียฟัน สร้างปัญหาการบดเคี้ยว การทานอาหารแก่ผู้ป่วยหรือคนไข้

ในข้อมูลบางประการจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น แต่ยังมีอัตราที่ต่ำ ปัญหาโรคฟันผุและเหงือกอักเสบ รวมถึงการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุยังเป็นปัญหาหลัก มีระบบข้อมูลหลายระบบ เช่น ๔๓ แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข e - claim ของ สปสช. และระบบประกันสังคมของสำนักงานประกันสังคม แต่ยังขาดการเชื่อมโยงของระบบข้อมูลระหว่างหน่วยงานในภาครัฐและระหว่างรัฐและเอกชน ปัญหาด้านงบประมาณ ปัญหาก่เกิดขึ้นคือ งบประมาณในการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ชัดเจน กองทุนสุขภาพทั้ง ๓ สิทธิ มีชุดสิทธิประโยชน์และการจ่ายที่แตกต่างกัน ขาดการประเมินประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของเทคโนโลยีทันตกรรม ขาดความชัดเจนของการบริหารจัดการที่มองภาพทั้งระบบ รวมทั้งกลไกและหน่วยงานที่รับผิดชอบในการกำกับ ติดตาม และการบูรณาการงานด้านทันตสาธารณสุขยังไม่ชัดเจน ขาดระบบการบริหารจัดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์ กำกับ ติดตาม เผื่อระวังปัจจัยเสี่ยงและประเมินผล เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย การเข้าถึงบริการรักษาทางทันตกรรมต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับ Dental Health need ความต้องการด้านทันตสุขภาพ ยังพบแนวโน้มของประชากรวัยทำงานมีฟันผุถึงร้อยละ ๙๐ และที่สำคัญในกลุ่มอายุ ๖๐ ปี ปรากฏฟันผุทั้งปาก ร้อยละ ๘.๗ และพบการสูญเสียมากขึ้นเกือบ ๔ เท่า เมื่ออายุ ๘๐ ปี พบสถานการณ์การจัดบริการกำลังคนและทรัพยากรหลักของงานสุขภาพช่องปาก ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๘๕๔ แห่ง จากทั้งหมด ๙๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๘ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕) พบว่ามีทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาล จำนวน ๕,๕๒๒ คน ทันตแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑๙๘ คน ทันตภิบาลประจำโรงพยาบาล จำนวน ๒,๓๓๒ คน ทันตภิบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน ๓,๙๙๔ คน พนักงานสายสนับสนุนของโรงพยาบาล รวมถึงผู้ช่วยทันตแพทย์ด้วย จำนวน ๕,๓๔๓ คน เมื่อเปรียบเทียบกับสายสนับสนุน

กับทันตแพทย์ จะเห็นว่า มีความไม่สมดุลของบุคลากรซึ่งส่งผลกระทบต่อการจัดการบริการรักษา ศักยภาพในการจัดบริการรักษาที่ไม่สามารถใช้อย่างเต็มที่ดังตัวเลขสัดส่วนสายสนับสนุน ต่อทันตแพทย์ได้ ๐.๙๗ : ๑ คน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับสายบริการ คือ ทันตแพทย์ต่อทันตภิบาล ในโรงพยาบาลจะมีสัดส่วน ๐.๖๘ : ๑ คน ซึ่งค่อนข้างตรงกับหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดกรอบไว้ว่า สายสนับสนุนต่อผู้ให้บริการ คือ ๐.๖ : ๑ ในส่วนนี้จะต้องมีการพิจารณาปรับ หรือแก้ไขให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพ และศักยภาพสูงที่สุด ที่จะบริหารจัดการได้ต่อไป

สถานการณ์ยูนิตทำฟันเปรียบเทียบกับทันตบุคลากร พบว่า มียูนิตทำฟันอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน ๔,๖๙๒ ตัว มียูนิตทำฟันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๕,๗๓๒ ตัว รวมยูนิตทำฟันในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๐,๔๒๔ ตัว ซึ่งยูนิตทำฟันส่วนใหญ่ มีอายุการใช้งานที่ยาวนานและเสื่อมสภาพ จากการสำรวจระบบการจัดบริการกำลังคน และทรัพยากรหลักของงานสุขภาพช่องปาก ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๘๕๔ แห่ง จากทั้งหมด ๙๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๘ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕) พบว่า สัดส่วนยูนิตทำฟัน ต่อทันตแพทย์ ๑ คน ในโรงพยาบาล คือ ๑ : ๐.๘๕ สัดส่วนยูนิตทำฟันต่อทันตแพทย์ และทันตภิบาลในโรงพยาบาล คือ ๑ : ๐.๖ การบริหารจัดการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการบริหารจัดการในภาพของ CUP ด้วย ดังนั้น สัดส่วนยูนิตทำฟันต่อทันตแพทย์ และทันตภิบาลใน CUP ๑ : ๐.๘๗ ซึ่งยูนิตทำฟันก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การจัดบริการ ทันตกรรมดำเนินการได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากทรัพยากรที่จะสนับสนุนการจัดบริการไม่เพียงพอ

สถานการณ์หน่วยบริการสาธารณสุขที่มียูนิตทำฟันเปรียบเทียบกับทันตบุคลากร ข้อมูลจากการสำรวจระบบการจัดบริการกำลังคนและทรัพยากรหลักของงานสุขภาพช่องปาก ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๘๕๔ แห่ง จากทั้งหมด ๙๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๘ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕) พบว่า ยูนิตทำฟันมากกว่าทันตแพทย์ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๒๑.๓ ยูนิตทำฟัน เท่ากับทันตแพทย์ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๒๗.๙ ยูนิตทำฟันน้อยกว่าทันตแพทย์ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๕๐.๘ ส่วนยูนิตทำฟันมากกว่าทันตแพทย์ และทันตภิบาลใน CUP ร้อยละ ๑๗.๖ ยูนิตทำฟันเท่ากับทันตแพทย์และทันตภิบาลใน CUP ร้อยละ ๑๒.๑ ยูนิตทำฟันน้อยกว่า ทันตแพทย์และทันตภิบาลใน CUP ร้อยละ ๗๐.๔ ซึ่งจะเห็นภาพรวมว่า ยูนิตทำฟันยังขาดแคลน อยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่กระทบต่อศักยภาพการบริการด้านทันตกรรมของ หน่วยบริการ หรือคลินิกบริการที่บริการรักษาคนไข้ ควรจะได้รับการพิจารณาอย่างเร่งด่วน ในการแก้ปัญหาดังกล่าวเพื่อเป็นด้านหนึ่งที่จะลดปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชนต่อไป

๔.๒ บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากการทำงานของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย และคณะทำงานทั้ง ๖ คณะทำงาน คือ

๑. คณะทำงานศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศสู่ศูนย์กลางการบริการรักษา ด้านทันตกรรมระดับสากลหรือ THAILAND DENTAL HUB

๒. คณะทำงานผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปากประเทศไทย

๓. คณะทำงานการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ

๔. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนายกระดับการบริการรักษา ด้านทันตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษา ด้านทันตกรรมของประเทศไทย

๕. คณะทำงานศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในงานส่งเสริม และป้องกันโรคฟันผุ ในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย

๖. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการจัดการจัดการด้านทันตสุขภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย

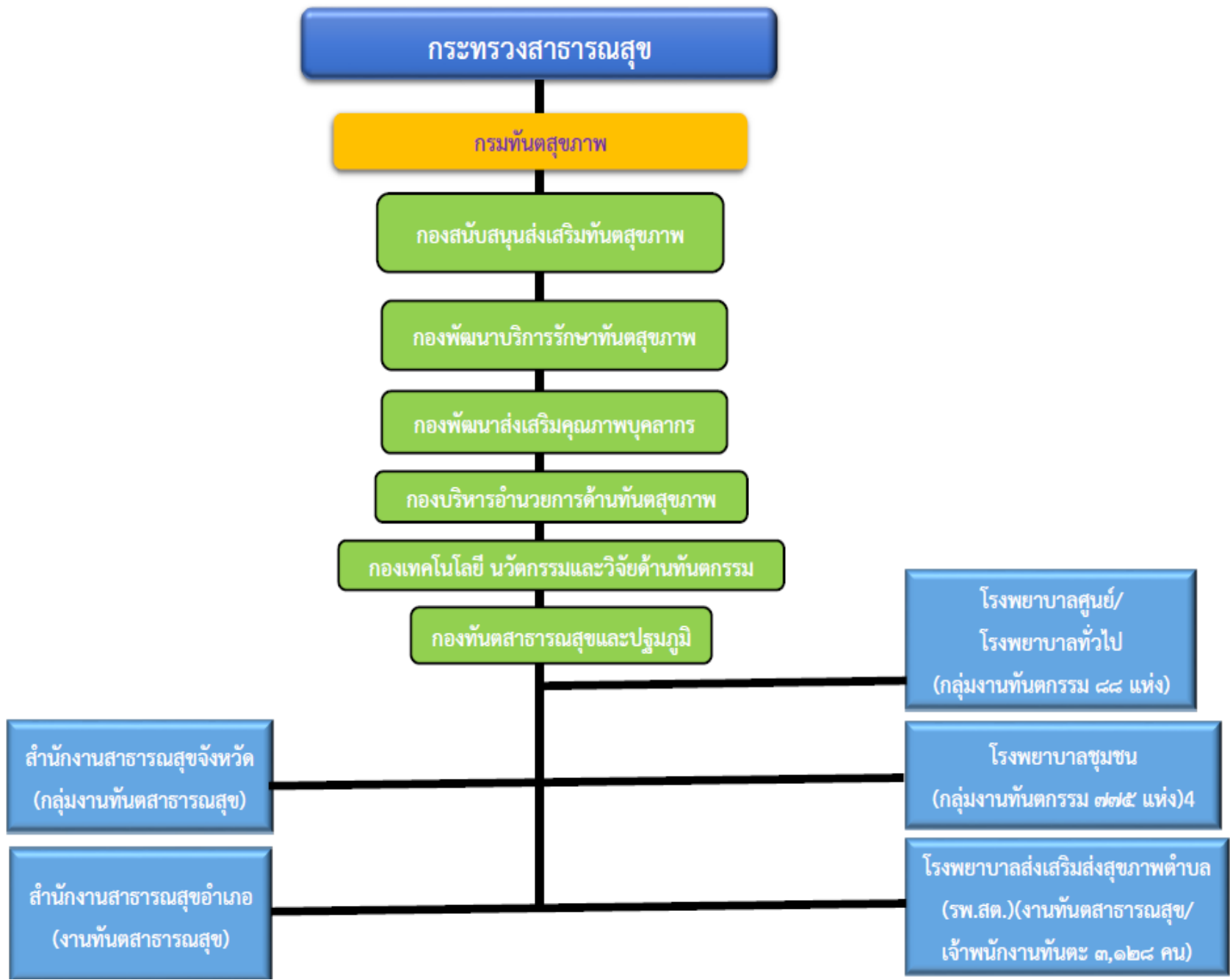
ซึ่งคณะทำงานทุกคณะทำงานได้อ่านน่าชื่นชม ทำให้เกิดการรวบรวมข้อมูล การรับทราบ วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ไปถึงแนวทางข้อเสนอแนะและยังสามารถบูรณาการให้เกิดเป็นรูปธรรม ได้อย่างดีเยี่ยม ซึ่งต้องขอบคุณคณะทำงานทุก ๆ ท่านที่เสียสละ เข้ามาร่วมกันทำงานในคณะทำงาน ทั้ง ๖ คณะ เพื่อประโยชน์แก่ประชาชนไทยทั้งสิ้น เพื่อเป็นข้อมูลและแนวทางในการพัฒนางาน การขับเคลื่อนและการศึกษางานด้านทันตสาธารณสุขในอนาคต เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขไทย เพื่อยกระดับและการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนคนไทย โดยเฉพาะ ด้านทันตสุขภาพ ซึ่งการทำงานของหลายคณะทำงานได้แสดงให้เห็นในด้านหนึ่งว่า มีงานด้านสุขภาพช่องปากและฟันของประชาชนหลายด้านที่เป็นปัญหาในวงกว้างและควรได้รับการแก้ไขหรือการพัฒนาโดยเร็ว เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานได้หรือขับเคลื่อนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจำเป็นสำหรับการเตรียมสุขภาพของประชาชนในอนาคตที่ควรจะต้องมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ เพื่อให้สามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ตามศักยภาพของตนเองทุกคน ซึ่งจะนำไปสู่สังคมที่เข้มแข็ง สังคมที่ก้าวเดินด้วยความมั่นคง ก้าวหน้า ทัดเทียมอารยะประเทศ ซึ่งหากประชาชนจำนวนมากหรือส่วนใหญ่ยังมีปัญหาสุขภาพช่องปากและฟัน ก็ไม่สามารถจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพองค์รวมที่ดีได้ ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของคนไทย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา ฟันฟู ทันตสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันและในอนาคต ปัญหาทันตสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ซึ่งประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงควรพิจารณาถึงความจำเป็นต้องมีการคิดยุทธศาสตร์ นโยบาย แผนงาน เป้าหมายที่สามารถสร้างการเข้าถึง

บริการด้านทันตกรรม การเข้าถึงการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง เป็นรูปธรรมในสถานการณ์ที่พบปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนไทย ในปัจจุบัน การศึกษาด้านการส่งเสริมและป้องกันด้านทันตสุขภาพในทุกมิติ การคิด การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม การแสวงหาเครื่องมือ วิธีการ กระบวนการ ในการทำงานส่งเสริมและป้องกัน โรคช่องปากและฟันที่มีประสิทธิภาพ ที่สามารถใช้ได้ง่าย เข้าถึงง่าย มีความคุ้มค่า ค่าใช้จ่ายไม่สูง สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง สะดวก ปลอดภัย โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลหรือชนบท การเดินทางลำบาก ซึ่งจะช่วยลดการเกิดโรค ลดภาระด้านการรักษาด้านทันตกรรม การฟื้นฟู ซึ่งแต่ละคนใช้ต้องใช้ทรัพยากรทั้งกำลังคน ค่าใช้จ่ายทุกด้านที่มากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ เป็นอย่างมาก เช่น การศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ในรูปแบบต่าง ๆ และรูปแบบใหม่ ๆ เพื่อความสะดวก และง่ายต่อการใช้งาน ซึ่งสอดคล้องและสอดคล้องประสานกับการพัฒนางานบริการทันตกรรม ในระดับปฐมภูมิ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการดูแลด้านทันตสุขภาพของประชาชนทุก ๆ คน และการศึกษา ทางวิชาการในทางด้านทันตสุขภาพ อาทิ การศึกษาผลกระทบด้านเศรษฐกิจ จากการดูแลรักษา สุขภาพช่องปากและฟันของประชาชน ทำให้มีข้อมูลในด้านเศรษฐกิจที่มีความสัมพันธ์กับ การดูแลรักษาโรคช่องปากและฟัน ซึ่งเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์สถานการณ์ในปัจจุบันของ ทิศทางของระบบสุขภาพด้านทันตสุขภาพ และสามารถนำไปใช้ในการวางแผน กำหนดนโยบาย ในการพัฒนางานทันตสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพ สำเร็จตามวัตถุประสงค์ เป้าหมายต่อไป การพิจารณาศึกษา โอกาสต่าง ๆ ของประชาชน ประเทศไทยในการที่จะบูรณาการด้านการพัฒนา สุขภาพของประชาชน ความมั่นคงทางการแพทย์ การพัฒนาการบริหารจัดการอำนวยการ ด้านทันตกรรมมาเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม การท่องเที่ยว การเดินทาง โอกาส ทางเศรษฐกิจทุก ๆ มิติของไทย อย่างการพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางการบริการ รักษาด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับสากลของคณะทำงาน THAILAND DENTAL HUB ซึ่งทำให้เกิดการขับเคลื่อน การร่วมมือขับเคลื่อนของภาคเอกชนร่วมกับภาครัฐอย่างเป็นรูปธรรม ได้อย่างน่าชื่นชม

ซึ่งจากผลการพิจารณาศึกษา การทำงานที่ได้ สิ่งที่น่าประจักษ์นั้น ทำให้เห็นภาพการขับเคลื่อน งานด้านทันตสาธารณสุขต่าง ๆ ในหลาย ๆ ด้านและอีกหลาย ๆ ด้านอีกมากมาย ซึ่งอาจหมายถึง โอกาส การมีสุขภาพช่องปากและฟันที่ดียิ่งขึ้น การมีฟันบดเคี้ยวอาหาร แม้ในช่วงวัยสูงอายุ การมีความสุข มีทันตสุขภาพที่ดีและสุขภาพองค์รวมที่ดีของประชาชนไทยอีกหลายล้านคน หรือนับสิบ ๆ ล้านคน หากมีการขับเคลื่อน การพัฒนา ยกระดับ การปฏิรูปร่างด้าน ทันตสาธารณสุขไทยอย่างรวดเร็วและเป็นรูปธรรม ด้วยจากการพิจารณาศึกษาโครงสร้าง ปัจจุบันงานด้านทันตสาธารณสุขไทยในกระทรวงสาธารณสุข การขาดโครงสร้าง ทั้งยังขาด หน่วยงานหลักระดับประเทศในการกำหนดนโยบาย การวางแผน หรือยุทธศาสตร์ ด้านทันตสาธารณสุขระดับประเทศ ขาดระบบงาน การส่งเสริมป้องกัน การรักษาด้านทันตกรรม ระดับประเทศ ขาดหน่วยงานจัดการด้านบุคลากรทั้งระบบ การจัดการด้านทรัพยากร งบประมาณ

เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ ระดับประเทศ ขาดหน่วยงานบริหาร อำนาจการ กำกับ ประเมินผล ระดับประเทศ ขาดหน่วยงานสารสนเทศด้านทันตกรรม ทันตสาธารณสุข ระดับประเทศ และระหว่างประเทศ ขาดหน่วยงานสนับสนุนด้านเทคโนโลยี นวัตกรรม และการวิจัยด้านทันตกรรม ระดับประเทศ ขาดหน่วยงานหลักด้านทันตสาธารณสุขในชุมชน ท้องถิ่น การบริการปฐมภูมิ ระดับประเทศ ทำให้งานด้านทันตสาธารณสุขที่จะมียุทธศาสตร์ นโยบายระดับประเทศ ที่จะกำหนดแผนงานใหม่ ๆ ให้ครอบคลุมระดับภูมิภาค ทั่วประเทศ ถึงพื้นที่ชนบทห่างไกล แทบไม่สามารถเกิดได้ หรือหลาย ๆ โครงการได้ลดบทบาท ถดถอยลงไปอย่างมาก จากข้อมูลจากการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการฯ ซึ่งแนวทางการพัฒนาระดับการปฏิรูป ระบบงานด้านทันตสาธารณสุขไทยที่คณะอนุกรรมการฯ พิจารณาศึกษาด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่มีการพิจารณาศึกษา มีข้อสรุปถึงความจำเป็น ในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพของคนไทยให้ดีขึ้น เกิดผลสำเร็จ สร้างความสุข พัฒนาคุณภาพ ชีวิตของคนไทยทุก ๆ คน นอกเหนือจากการเร่งรัดการพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลทันตสุขภาพของประชาชนอย่างทันการ ทันสถานการณ์ปัญหาด้านทันตสุขภาพ ของประชาชนไทยแล้ว “ร่างพิจารณาศึกษากฎมณฑลสุขภาพ” ซึ่งจากการพิจารณาศึกษานั้น ร่าง “กรมทันตสุขภาพ” การพิจารณาศึกษาโครงสร้างบริหารภายในเป็น ๖ กอง ประกอบด้วย

๑. กองสนับสนุน ส่งเสริมทันตสุขภาพ
๒. กองพัฒนาบริการรักษาทันตสุขภาพ
๓. กองพัฒนาส่งเสริมคุณภาพบุคลากร
๔. กองบริหาร อำนาจการด้านทันตสุขภาพ
๕. กองเทคโนโลยี นวัตกรรม และวิจัยด้านทันตกรรม
๖. กองทันตสาธารณสุขและปฐมภูมิ



กองสนับสนุน ส่งเสริมทันตสุขภาพ

๑. กลุ่มพัฒนาสื่อ นวัตกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ

- ผลิตสื่อเพื่องาน ส่งเสริมทันตสุขภาพ หรือกิจกรรมด้านทันตสุขภาพที่จำเป็น เกี่ยวข้อง ทั้งในระบบออนไลน์ หรือเป็นเอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ หรือเป็นสื่อรูปแบบใหม่ๆเหมาะสมตามประเภทงาน กิจกรรม
- ผลิตและพัฒนา นวัตกรรม การ ส่งเสริมทันตสุขภาพใหม่ๆ และใช้งานได้อย่างคุ้มค่าและเพียงพอด้านปริมาณ เช่น Model, สื่อออนไลน์รูปแบบใหม่ ๆ
- ประชาสัมพันธ์ กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อให้ข้อมูลเข้าถึงประชาชน หรือกลุ่มเป้าหมาย
- พัฒนาการสื่อสาร การคุ้มครองผู้บริโภค ฉลากผลิตภัณฑ์ต่างๆ ที่เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ทั้งช่องปากและฟัน
- พัฒนาสื่อ,กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ หมุนเวียนเคลื่อนที่ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้รวดเร็ว สามารถทำงานได้ในหลายพื้นที่ในเวลาจำกัด(เตรียมรถ มีรถที่เหมาะสม มีอุปกรณ์ นิทรรศการพร้อม มีสื่อมีวัสดุสนับสนุนพร้อม บุคลากรเดินทางไปพร้อมกันได้)

๒. กลุ่มสนับสนุน ส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน

- วางแผน กำหนดกิจกรรม ความถึงงานทันตสุขภาพในโรงเรียน เช่น กิจกรรม แปร่งฟัน,การใช้ฟลูออไรด์
- ประสานงาน วางแผนร่วมกับหน่วยพื้นที่,โรงเรียน เพื่อกำหนดเวลา วิธีการ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติ
- จัดสรร งบประมาณ ทรัพยากร อุปกรณ์ สนับสนุนที่ต้องใช้ในกิจกรรม
- สำรวจ เก็บข้อมูล สภาวะอนามัยช่องปากและฟันเด็กนักเรียน
- ประเมินผล การดำเนินงานระยะ ๓,๖,๙,๑๒ เดือน เสนอแนะแนวทางพัฒนา
- สนับสนุนกิจกรรม นิทรรศการ หมุนเวียนในโรงเรียนอย่างต่อเนื่อง

๓. กลุ่มยุทธศาสตร์ อำนวยการงานสนับสนุนส่งเสริมทันตสุขภาพ

- กำหนดแผนงาน ยุทธศาสตร์การ ส่งเสริมป้องกัน ในทุกกลุ่มวัย ในทุกมิติ ในโรงเรียน ในชุมชน ท้องถิ่น
- กำหนดเป้าหมาย,การติดตาม,การประเมินผล,การเสนอแนะปรับปรุงระหว่างโครงการและระยะเวลา ดำเนินการทั้งหมด
- ประมวลผล บูรณาการ ประเมินความพร้อม
- กำกับ การดำเนินการตามแผนงาน รวมถึงประเมินผล,วิเคราะห์แจ้งประสานหน่วยงานเพื่อพัฒนาและดำเนินงานต่อไป

๔.กลุ่มสนับสนุนส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชน,ท้องถิ่น

- วางแผนงานพัฒนา กำหนดแผนงาน การ ส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชนท้องถิ่น
- กำหนดแผนงาน แนวทางการพัฒนา กิจกรรมทันตสุขภาพใน รพ.สต.ทั้งงานส่งเสริมป้องกันในคลินิกทันตกรรมใน รพ.สต.,งานรักษา ด้านทันตกรรมขั้นต้นใน รพ.สต.
- จัดสรร งบประมาณ การสนับสนุนวัสดุ,อุปกรณ์ สำหรับกิจกรรมทันตสุขภาพในชุมชน
- ติดตาม ประเมินผล ความสำเร็จหรือเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ รวมถึงการเข้าถึงบริการประชาชนด้านส่งเสริม และป้องกัน

๕.งานสนับสนุนส่งเสริมพัฒนา งานทันตสาธารณสุขในระดับประเทศ

- ประชาสัมพันธ์ งานบริการส่งเสริมงานบริการรักษา ด้านทันตกรรมในประเทศไทย ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลจากต่างประเทศได้
- พัฒนาศูนย์ข้อมูลด้านทันตกรรมในไทยและระหว่างประเทศ โดยสามารถให้ ข้อมูล ด้าน ทัน ต กรรม แก่ ชาวต่างชาติอย่างถูกต้อง นำเชื่อถือปลอดภัย
- สร้างศูนย์กลางการเข้าถึงข้อมูล การรับบริการส่งเสริม รักษา ด้านทันตกรรมสำหรับชาวต่างชาติ เช่น contact center ในเว็บไซต์
- ประชาสัมพันธ์ การผ่านรับรองคุณภาพคลินิก(ผ่านการอนุญาตเปิดกระทรวง),กำหนด มาตรฐานของหน่วยบริการทันตกรรมในการเสนอ บริการทางเลือกให้ชาวไทย. ต่างประเทศสามารถเข้าถึงติดต่อได้ ประสานต่อ หรือ Dental Hub Thailand

กองพัฒนาบริการรักษาทันตสุขภาพ

๑. กลุ่มพัฒนามาตรฐาน ศักยภาพ การบริการการด้านทันตกรรม

- กำหนดมาตรฐานหน่วยบริการคลินิกทันตกรรม ในโรงพยาบาลทุกระดับ ทั้ง ชุมชนขนาดเล็ก ถึงระดับโรงพยาบาลศูนย์ด้าน สถานที่ แบบแปลนแก้อั้วทันตกรรม วัสดุอุปกรณ์ ทั้งคุณภาพ และปริมาณต่อหน่วย
- กำหนด มาตรฐานศักยภาพการรักษาหน่วยบริการทันตกรรมทั้งในส่วน งานรักษาพื้นฐานและงานเฉพาะทาง(รพช.,รพท.,รพศ....)
- ประเมิน ความสามารถในการรองรับบริการของคนไข้ทันตกรรมของหน่วยบริการรักษาทันตกรรม(เชิงปริมาณ, ขอบเขตชนิดบริการ)
- ตรวจ,เยี่ยม เสนอแนะหน่วยบริการ (กำหนด เกณฑ์มาตรฐาน/รางวัล)
- กำหนดแผนงานพัฒนาในแต่ละพื้นที่ ทั้งระดับการพัฒนาอาจเป็นบางส่วน , เฉพาะอุปกรณ์ เช่น แก้อั้วทันตกรรม, ระดับขยายพื้นที่ สิ่งอำนวยความสะดวกในการรักษา ถึงปรับปรุงใหม่ทั้งหมดทั้งในพื้นที่เดิมหรือย้ายในพื้นที่ที่เหมาะสมมากขึ้น
- วางแผน งบประมาณ ทรัพยากรเพื่อ ดำเนินการตามแผนงาน

๒. กลุ่มงานพัฒนาบุคลากรเพื่อ ความเป็นเลิศในการบริการด้านทันตกรรม

- จัดตั้งศูนย์ หน่วยงานเพื่อประเมินมาตรฐานบริการด้านทันตกรรมเพื่อ เป็นแบบแผนในการพัฒนาการ บริการรักษาด้านทันตกรรมจัดให้มีการประเมินตนเองก่อนการประเมิน ด้วยส่วนกลาง
- กำหนดมาตรฐานการบริการด้านทันตกรรมสู่ความเป็นเลิศเช่น HA Dental (อาจมี ระดับ ต่างๆ เพื่อ ความเหมาะสม)
- สื่อสาร,ประชาสัมพันธ์ แนวทาง หน่วยบริการ สร้าง "หัวใจการบริการรักษา"ให้กับทันตบุคลากรทุกระดับ
- จัดอบรมพัฒนาบริการสู่ความเป็นเลิศกระจายสู่ท้องถิ่น ในทุกๆพื้นที่ในรูปแบบที่เหมาะสมนำความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมาใช้
- สร้างแบบ ประเมินตนเองของหน่วยงาน HA DENTAL สำหรับหน่วยบริการทุกระดับ
- ออกประเมินตรวจเยี่ยม ประเมิน
- สร้างแนวทาง กิจกรรมให้เกิดการตื่นตัว ความภูมิใจในองค์กรเช่น เกณฑ์ผ่านระดับต่างๆ

๓. กลุ่มยุทธศาสตร์อำนวยการ พัฒนาบริการรักษาด้านทันตกรรม

- วางแผนงาน บูรณาการจากทุกกลุ่มงานเพื่อดำเนินการแบบควบคู่เพื่อใช้ จัดสรร งบประมาณ ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า
- ดำเนินการตรวจเยี่ยม ประเมิน หน่วยบริการประเมินผล หาแนวทางพัฒนา
- พัฒนาแบบประเมินตนเองของหน่วยงาน กำหนดเวลาส่ง/๓-๔ เดือน ต่อครั้ง
- กำหนดแนวทางเพื่อกำกับให้ เป็นไปตามแผนงาน
- จัด แผน ก เพื่อ ทำ ข้อ สรุ ป แผนการพัฒนาแก้ปัญหาในแต่ละ แห่ง กำลึงคน,โครงสร้าง, งบประมาณเพื่อแก้ปัญหาและนำไปสู่การปฏิบัติโดยมีตารางเวลาควบคุมและทบทวน ความคืบหน้าทุก ๔ เดือน

๔.กลุ่มพัฒนาโครงสร้าง,แบบ แปลน หน่วย บริการ ด้าน ทันตกรรม

- พัฒนา ออกแบบ แบบแปลน โครงสร้างคลินิกทันตกรรมทุกขนาด(เป็น model ตัวอย่าง)
- ให้คำปรึกษา แนะนำหน่วยบริการ ในการการปรับปรุงคลินิกทันตกรรม
- ออกตรวจ ให้คำแนะนำให้ ข้อเสนอแนะปรับปรุงบางส่วน > ปรับปรุงทั้งหมด > เป็นที่ปรึกษา ประสานร่วมกับทางโรงพยาบาล
- กำหนดแผนงานเป้าหมายการยกระดับหน่วยบริการด้าน โครงสร้าง ประจำปี,บางส่วน ๕๐ แห่ง/ ภาค/ปี(บางส่วน,บาง อุปกรณ์)
- ทั้งหมด ๕-๑๐ แห่ง/ ภาค/ปี ประเมินการใช้ สนับสนุน งบประมาณ
- ประเมินผล,คุณภาพหลังการ ดำเนินการ สิ่งที่ได้รับ
- ประชาสัมพันธ์แนวคิดใหม่ ต่อเนื่อง เพื่อเกิดการพัฒนาในทุก มิติอย่างต่อเนื่อง

๕. กลุ่มสารสนเทศ,พัฒนาข้อมูล และการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม

- กำหนด พัฒนาศักยภาพ เครือข่ายการส่งต่อระหว่าง โรงพยาบาลทุกระดับเพื่อใช้ ทรัพยากรที่มีจำกัดร่วมกัน และคนไข้ได้รับบริการดี เหมาะสมที่สุดอย่างี่ควรทางการแพทย์
- รวบรวมข้อมูลการรักษา ,บริการทั้งหมด
- รวบรวมข้อมูลทันตบุคลากร ทั้งหมด
- วิเคราะห์ประสิทธิภาพ
- วิเคราะห์การกระจายตัว
- เสนอแนวทางพัฒนา แก้ไข ปัญหา
- เป็นศูนย์พัฒนา การกระจาย ข้อมูลข่าวสาร การรักษาด้าน ทันตกรรมในทุกๆด้านให้ถึง ประชาชนอย่าง สะดวก รวดเร็ว

๖. กลุ่มตรวจสอบสภาพ ควบคุม มาตรฐาน ซ่อมบำรุงด้านทันตกรรม

- ตั้งทีมงาน สนับสนุน การตรวจ เช็คสภาพเครื่องมือ การบำรุงรักษาประจำปี ของหน่วยบริการ
- จัดทำบันทึกสภาพเครื่องมือ, สภาพการใช้งาน ทั้งหมด ปัจจุบันและ กำหนดระยะรอบการตรวจเช็ค
- ซ่อมเครื่องมือ,อุปกรณ์,แก้อั้วทันตกรรม ที่ได้รับการร้องขอในพื้นที่ที่สามารถทำได้
- ติดตั้งแก้อั้วทันตกรรมใหม่ รื้อ ซ่อมสภาพแก้อั้วทันตกรรมเก่าให้กลับสู่สภาพใช้งานที่ดีที่สุด

กองพัฒนาส่งเสริมคุณภาพบุคลากร

๑. กลุ่มยุทธศาสตร์อำนาจการพัฒนากำลังเสริมคุณภาพบุคลากร

- วางแนวทาง นโยบายพัฒนาบุคลากร ระยะสั้น,กลาง,ยาว ทั้งปริมาณและคุณภาพ ศักยภาพของบุคลากร
- กำหนดแผนงาน ตารางเวลา ดำเนินงาน ชัดเจน
- วิเคราะห์ความเพียงพอ กระจายตัวของบุคลากรในพื้นที่ต่างๆ
- กำหนดเป้าหมายการพัฒนาบุคลากร และประสานความร่วมมือ ข้อมูลกับหน่วยผลิตบุคลากร
- ประสาน ,แลกเปลี่ยน ข้อมูล สถานการณ์ เพื่อวางแผนการพัฒนาบุคลากรให้ตรงความต้องการของภารกิจกับหน่วยงานที่มีหน้าที่ ขอและอนุมัติการบรรจุบุคลากรให้เกิดสมดุล
- ประสาน กพร. กพ. เพื่อการวางแผน การขอ-อนุมัติตำแหน่งงานต่างๆ ในอนาคต

๒. กลุ่มยุทธศาสตร์อำนาจการบริหารจัดการบุคลากร

- รวบรวม วิเคราะห์ ข้อมูลบุคลากร ความสัมพันธ์ กับภารกิจ ความสำเร็จ ตามเป้าหมายของแต่ละหน่วยงาน หน่วยบริการทั้งหมด (ทันตแพทย์, ทันตภิบาล,ผ.ช.ทพ. ,อื่นๆ....)
- วิเคราะห์ความเพียงพอของบุคลากร การกระจายตัวเสนอแผนงานเพื่อปรับปรุงเพิ่มประสิทธิภาพ
- กำหนดแผนงาน โยกย้ายปรับตามแผนงานที่มีการปรับปรุง
- ประสานงาน กับแหล่งผลิตบุคลากร เพื่อวางแผนการผลิตในอนาคตอย่างเหมาะสม

๓. กลุ่มวิชาการ,พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร

- จัดการอบรมพัฒนาความรู้ ทักษะ หลักสูตรต่างๆสำหรับบุคลากร ระยะสั้น, กลาง,ยาว ในระยะเวลาหลักสูตรที่เหมาะสม
- สำรวจ บูรณาการข้อมูลสภาพปัญหา การขาดแคลนบุคลากร, หรือขาดบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน นำมาสู่แผนงาน ขออนุมัติเพื่อบรรจุเพิ่ม
- ส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องพัฒนา ศักยภาพบุคลากรทุกรูปแบบ ของทันตบุคลากรให้ง่ายสะดวกโดยเฉพาะ หลักสูตรที่ขาดแคลน หรือมีความต้องการจำนวนมาก
- พัฒนาจัดดำเนินการจัดศูนย์อบรม จัดเตรียมอาคาร สถานที่,อุปกรณ์สำหรับการจัดการอบรมหลักสูตรต่างๆอย่างต่อเนื่องสะดวก และประหยัดค่าใช้จ่าย
- เป็นจุดรวบรวมการศึกษาต่อเนื่อง ให้ บุคลากรสามารถเข้าถึงได้ง่าย

๔. กลุ่มพัฒนา ความก้าวหน้าของบุคลากร

- ให้บริการบุคลากรด้านข้อมูลอัตรา ตำแหน่งปัจจุบัน>อนาคต ลักษณะของงาน ความรับผิดชอบค่าตอบแทน สวัสดิการ
- ให้คำแนะนำแนวทางในการพัฒนาตนเอง เพื่อความก้าวหน้า
- ตรวจสอบปรับเทียบตำแหน่ง วุฒิ บุคลากรกับตำแหน่งบุคลากรด้านอื่น ๆ ในกระทรวงเพื่อให้สามารถบรรจุ,ก้าวหน้าได้อย่างที่ควรเป็น
- ประชาสัมพันธ์การพัฒนาตนเอง และการทำงานอย่างมีความสุข ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต

๕. กลุ่มพัฒนาทักษะ,ศักยภาพบุคลากร

- จัดหลักสูตรการเรียน การสอนเพื่อ พัฒนาทักษะเพิ่มศักยภาพบริการสำหรับบุคลากรทั่วไป และเฉพาะทางทุกด้านโดยเป็นหลักสูตร คุณวุฒิที่ได้รับการรับรองและสามารถนำไปใช้ เพื่อ ประเมินความก้าวหน้าตามวุฒิในอนาคต
- บริการรักษาด้านทันตกรรมทั้งทั่วไปและเฉพาะด้านในทุกสาขา ในลักษณะเป็นการจกเพื่อการเรียนการสอนหรือคลินิกพิเศษด้านทันตกรรม
- จัดหาหรือมีอาคารสถานที่สำหรับ ดำเนินการ เป็นคลินิกทันตกรรมที่สามารถจัดการเรียน การสอน ทันตบุคลากรได้

กองเทคโนโลยีนวัตกรรมและงานวิจัย ด้านทันตกรรม

๑. กลุ่มยุทธศาสตร์อำนวยการงาน เทคโนโลยี นวัตกรรมและการวิจัยด้านทันตกรรม

- จัดให้การส่งเสริมการเข้าถึง เทคโนโลยี นวัตกรรม และการวิจัย นวัตกรรมโดยสะดวก รวดเร็ว
- รายงาน รวบรวมความคืบหน้า การพัฒนา เทคโนโลยี นวัตกรรมและการวิจัยด้านทันตกรรม และทันตสาธารณสุข
- ประสาน หรือ เสนอแนะให้เกิดการนำไปใช้จริง ให้เกิดผลสำเร็จ มีการพัฒนางาน
- ประเมินผลสำเร็จของงานพัฒนาทั้งเทคโนโลยีและ นวัตกรรม
- เสนอแนวทางแก้ไขและพัฒนา หากพบข้อ อุปสรรคหรือล่าช้า

๒. กลุ่มพัฒนาข้อมูลและสารสนเทศเทคโนโลยี นวัตกรรมและวิจัยด้านทันตกรรม

- ตั้งศูนย์กลาง ด้านข้อมูลเทคโนโลยี นวัตกรรม และงานวิจัยด้านทันตกรรมทั้งในไทยและ ต่างประเทศภายใต้แผนงาน Technology Innovation & Research Dental Center (เป็นศูนย์รวบรวมข้อมูลมีสถานที่ สำหรับการแสดง , พัฒนา, วิจัยเครื่องมือ, อุปกรณ์ด้านทันตกรรม สามารถ วิเคราะห์เชิงวิทยาศาสตร์ต่อปัญหาใหม่ๆ หรือการพัฒนาคิดค้นทั้งในและต่างประเทศ เช่น ศูนย์ทดลองและวิจัยด้านทันตกรรม (ทดลอง, พิสูจน์ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลของจากปัจจัย ต่างๆในห้องทันตกรรม อันมีความเสี่ยงต่อ การกระจายของเชื้อเสี่ยงต่อการทำงานรักษาของไวรัส โควิด-๑๙)
- ประชาสัมพันธ์, ส่งเสริมการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมและงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศมาใช้ อย่างกว้างขวางพร้อม ประเมินผล ติดตาม
- จัด สัมมนา ประชุมเพื่อให้เกิดการรับรู้ แลกเปลี่ยน การพัฒนาและความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสำหรับทันตบุคลากร

๓. งาน มาตรฐานวัดความเที่ยงตรง, มาตรฐาน ด้านทันตกรรม

- ตั้ง ศูนย์ ตรวจสอบ มาตรฐาน เครื่องมือ ทันตกรรมโดยตรวจเช็ค สภาพ คุณสมบัติตรงตามที่ ระบุหรือไม่ทั้ง เครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุทันตกรรม เช่น x-ray dental machine, dental unit, autoclave หรือเครื่องมือ วัสดุเพื่อทำ sterilize
- สามารถตรวจความเที่ยงตรง เครื่องมือทันตกรรม calibration ได้
- งานตรวจสอบ, ประเมินผล ประสิทธิภาพเครื่อง ก่อเนตรรังสีทางการแพทย์เพื่อการวินิจฉัย Dental x-ray machine ทุกแบบในงานทันตกรรม
- ให้คำปรึกษา, แก้ปัญหาการใช้งานกับบุคลากร หน่วยบริการด้านทันตกรรมในด้าน เทคโนโลยีและ นวัตกรรมทันตกรรม
- ตั้งศูนย์ วิจัยและนวัตกรรมสมุนไพรไทย ภูมิปัญญา ไทยเพื่อทันตสุขภาพคนไทย โดยมีเป้าหมาย วิจัย แสวงหานวัตกรรมใหม่ๆจาก สมุนไพรไทย ภูมิปัญญาไทยนำมาใช้บำรุง รักษา สภาพเหงือกและฟัน
- ในทางวิชาการ เป็นวิทยาศาสตร์ เช่น ช่อย ชมันชั้น เกลือ เป็นต้น
- เผยแพร่ งานวิจัย นวัตกรรมด้านสมุนไพรไทย ภูมิ ปัญญาไทยเพื่อเป็นทางเลือก หรือใช้ในพื้นที่ห่างไกล

๔. กลุ่มงาน นวัตกรรมและวิจัย

- เป็นศูนย์สนับสนุนบุคลากร หน่วยงานในการ พัฒนานวัตกรรมและ วิจัยด้านทันตกรรม
- กำหนด วางแผน การพัฒนา นวัตกรรม วิจัย ด้าน ทันตกรรม พร้อม งบประมาณ
- เผยแพร่ผลงาน นวัตกรรมและงานวิจัย ทั้งไทยและ ต่างใช้เพื่อประโยชน์ในการนำมาใช้
- ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่และ บูรณาการการ นำไปใช้งาน เพื่อพัฒนาในงานทันตสุขภาพและ พัฒนาความก้าวหน้าต่อไป

กองบริหาร อำนวยความสะดวก ด้านทันตสุขภาพ

๑. กลุ่มยุทธศาสตร์ อำนวยความสะดวกด้านทันตสุขภาพ

- จัดทำแผนยุทธศาสตร์ ๕ ปี
- จัดทำแผนงานตามแผนยุทธศาสตร์ ๕ ปี
- จัดทำแผนงานประจำปี
- อำนวยความสะดวก กำกับการดำเนินงานให้สำเร็จตามเป้าหมายด้วย ธรรมภิบาล
- ประเมินผลงานหน่วยงานบุคลากร
- สนับสนุน ประสานงาน ภายใน กระทรวง สาธารณสุขในกิจการของกรมทันตสุขภาพ

๒. กลุ่มงานพัฒนาความร่วมมือ และประสานงาน

- ตั้งศูนย์ประสานงานทันตสาธารณสุขไทยประสานหน่วยงานภายในกรมทันตสุขภาพและ ประสานงาน ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ประสานงาน ดำเนินการด้านสิทธิทันตกรรมของประชาชนกับสปสช.หรือสำนักงานประกันสังคม สิทธิรักษาทันตกรรมของราชการ พนักงานราชการ พนักงานของรัฐ
- แสวงหาความร่วมมือและประสานงาน กับองค์กรต่างๆ เพื่อเพิ่มความร่วมมือสนับสนุน, ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมป้องกันโรคสุขภาพช่องปากและฟันแบบคู่ขนาน เพื่อเพิ่ม พลวัต พลังในการขับเคลื่อนงานด้านทันตสุขภาพ ให้มีความสำเร็จสูงสุด เช่น สปสช. สสส. สปส.ส่วนราชการ , รัฐวิสาหกิจมูลนิธิ, ภาคเอกชน

๓. กลุ่มนิติกรรม สัญญา กฎหมายด้านทันตกรรม

- รับผิดชอบ ดำเนินงานด้านกฎหมาย, สัญญา ,ข้อพิพาท, การพิจารณาข้อกฎหมายจากร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- ประสานงานด้านกฎหมายในภารกิจของกรมทันตสุขภาพ

๔. กลุ่มอำนวยความสะดวก ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส

- กำหนดแนวทางการดูแลผู้พิการ,ผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถเข้าถึงการส่งเสริม การรักษา ด้านทันตกรรมได้โดยให้มีแผนงานชัดเจน
- ประสานหน่วยบริการทันตกรรมในกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับคณะทันตแพทย์ต่างๆ ในการเข้ามาเพื่อ ส่งเสริม ป้องกันและรักษาคนไข้ กลุ่มคนพิการ,ผู้ด้อยโอกาส
- อบรม, ติดตาม ผู้ดูแล জনท. หน่วยงานดูแลผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสให้มีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญ ความละเอียดอ่อนในงานด้านนี้
- พร้อมช่วย ประสานงาน กำหนดตาราง แผนงาน ประจำวัน
- สนับสนุน วัสดุ,อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก และฟันทันตสุขภาพอย่างทั่วถึง

๕. งาน พัสดุ , สาธารณูปโภค ,อาคาร

ยานพาหนะ

๖. กลุ่ม สารบรรณ,บริหาร จัดการทั่วไป ,การเงิน, การบัญชี

- บริหารจัดการงาน สารบรรณอำนวยความสะดวก การบริหาร จัดการภายในกรมทันตสุขภาพ
- บริหารจัดการ ด้านการเงิน การบัญชี อย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพด้วย ธรรมภิบาล

๗. กลุ่มตรวจสอบภายใน

- ตรวจสอบการดำเนินงาน ภายในกรมทันตสุขภาพด้วย ธรรมภิบาล
- รายงาน แจ้งปัญหา ข้อปัญหา แก้ไข
- บริหารด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง

กองทันตสาธารณสุขและปฐมภูมิ

๑. กลุ่มยุทธศาสตร์อำนวยการงานทันตสาธารณสุขและปฐมภูมิ

- จัดทำแผนงาน นโยบาย ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข ใน รพ.สต. ชุมชน
- พัฒนาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมใน รพ.สต.ของประชาชน ในชุมชน ท้องถิ่น
- พัฒนาแผนงานด้านทันตสาธารณสุขใน รพ.สต.ในสวนคลินิกทันตกรรม
- พัฒนาศักยภาพ การบริการรักษาในคลินิกทันตกรรม ใน รพ.สต.
- พัฒนางานส่งเสริม ป้องกันในคลินิกทันตกรรม ใน รพ.สต.
- สนับสนุนการทำงานบุคลากรใน รพ.สต. ทั้ง พนง.ทันตสาธารณสุขโดย สนับสนุนการจัดหาผู้ช่วยทันตแพทย์ เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- กำหนดแผนงาน ให้มีทันตแพทย์เข้าบริการใน รพ.สต.อย่างมีประสิทธิภาพ และประสานพัฒนาเรื่องการส่งต่อคนไข้ระหว่าง รพ.สต.กับโรงพยาบาลชุมชน
- สอดคล้องประสานกับหน่วยงาน ปฐมภูมิอื่นในกระทรวงสาธารณสุขเพื่ออำนวยความสะดวก บริหารจัดการด้านทันตสาธารณสุขใน รพ.สต

๒. กลุ่มงาน ทันตสาธารณสุขและปฐมภูมิในชุมชน

- จัดแผนงาน การส่งเสริม,ป้องกันทันตสาธารณสุขในชุมชนร่วมกับเครือข่าย อสมให้เข้าถึงระดับครอบครัว.ผู้นำชุมชน
- จัดทำสื่อ เพื่อกระตุ้นการส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชน
- จัดโครงการเยี่ยมบ้านโดยเฉพาะ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุให้สามารถดูแลทันตสุขภาพได้หรือญาติที่คอยช่วยเหลือพร้อมอุปกรณ์สนับสนุน
- สนับสนุน อุปกรณ์ วัสดุ การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันแก่ คลินิกทันตกรรมใน รพ.สต.
- เก็บข้อมูล ประเมินผลต่อแนวทางพัฒนา

๓. กลุ่มงานทันตสาธารณสุขและปฐมภูมิ ในรพ.สต.

- ส่งเสริมงานบริการรักษาในรพ.สต.
- ส่งเสริมงาน ส่งเสริมป้องกันในรพ.สต.
- จัด "กิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน" ใน รพ.สต.ฟรีแก่ ประชาชนในชุมชน
- พัฒนางานรักษาบริการพื้นฐานใน รพ.สต. เช่น ขูดหินปูน,อุดฟัน
- สนับสนุนวัสดุ,อุปกรณ์ด้านทันตกรรม
- สนับสนุนสื่อ ส่งเสริม,ป้องกันทันตสุขภาพต่างๆใน รพ.สต.
- จัดหมอนเวียนทันตแพทย์เข้ารับรักษาใน รพ.สต.
- วางแผนงาน บรรจุมช.ทพ.ใน รพ.สต.
- ฝึกอบรม เพิ่มทักษะให้แก่บุคลากรใน รพ.สต.

๔. กลุ่ม กลยุทธ์ นวัตกรรม ประสานงาน งานทันตสุขภาพใน รพ.สต.

- นำงาน นวัตกรรม กลยุทธ์ใหม่ๆ เข้ามาสอดคล้องประสานกับงานปัจจุบัน และ ประเมินผล
- ประสานงานระบบส่งต่อ ระหว่าง รพ.สต.- รพ.ชุมชน - รพ.จังหวัด เพื่อเพิ่มโอกาสรักษาและเพิ่มความเชื่อมั่น
- พัฒนาการสื่อสาร การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพใน รพ.สต.
- เก็บข้อมูลทุก ๔-๖ เดือนวิเคราะห์ ปัญหา หาแนวทางแก้ไขสนับสนุน

๕. กลุ่มหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่และปฐมภูมิ

- สนับสนุน "รถทันตกรรมเคลื่อนที่"มี เก้าอี้ทันตกรรมในตัวรถ ๑-๒ ตัวพร้อม อุปกรณ์ ,เครื่องมือทันตกรรม,ระบบน้ำ,ระบบไฟฟ้า สนับสนุนการออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อรักษา, ตรวจสุขภาพช่องปากและฟัน จำนวน ๖ คัน(กระจายตามเขต,ตามแผนงาน)
- สนับสนุน อุปกรณ์ วัสดุสิ้นเปลือง-ประสานการออกหน่วย ร่วมกับพื้นที่

จึงเป็นทางเลือกที่สำคัญที่สุดที่เลือกหนึ่งที่จะพลิกโฉมงานทันตสาธารณสุขไทย ยกกระดับ มาตรฐานคุณภาพ การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม ด้านทันตสาธารณสุขไทย เพื่อทันตสุขภาพที่ดี สุขภาพที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยอย่างยั่งยืน สำเร็จตามแผน ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ของประเทศไทย

ขอขอบพระคุณ ท่านประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ท่านนายแพทย์เจตน์ ศิริธรานนท์ ที่ให้ความสำคัญในปัญหาทางด้านทันตสาธารณสุขไทย และสนับสนุนการทำงานของ คณะอนุกรรมการอย่างดียิ่ง และขอขอบพระคุณการทำงานและความเสียสละของทุก ๆ ท่าน ตั้งแต่ท่านที่ปรึกษา ท่านอนุกรรมการทุกท่าน คณะทำงานทุกท่าน ผู้แทนหน่วยงาน ผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน คณะทำงาน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ทุกท่านที่ทำงานอย่างหนัก ทำให้รายงานศึกษาครั้งนี้ สำเร็จตามเป้าหมาย และเป็นความคาดหวังที่จะมีการนำการพิจารณาศึกษานำไปเพื่อให้เกิดการพัฒนายกระดับการปฏิรูประบบ ด้านทันตสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรมและประโยชน์ต่อประชาชนไทยทุกคนต่อไป

บรรณานุกรม

- แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๗๙) กองยุทธศาสตร์
และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข
รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข กองยุทธศาสตร์และแผนงาน
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐
แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี /สำนักงาน ป.ย.ป.
แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข)
แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุข
แผนปฏิบัติการและรายละเอียดผลผลิต/ตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) กระทรวงอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๓๗ ทันตแพทยสภา
คู่มือการดำเนินงานทันตสาธารณสุขประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๓ สำนักทันตสาธารณสุข
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
รายงานพิจารณาศึกษา เรื่อง การบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
ของอนุกรมการศึกษาศึกษาและติดตามระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในกรมการ
การสาธารณสุข วุฒิสภา
รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข
แนวทางการดำเนินงาน ทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข
คู่มือแนวทางการพัฒนาห้องแยกโรคผู้ป่วยแพร่เชื้อทางอากาศ กองวิศวกรรมการแพทย์
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
สถิติสาธารณสุข ๒๕๕๘ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ กระทรวงสาธารณสุข
สถิติสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๑ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒/สปสช.
คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและปรับระดับ ศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑

กองบริหารงานสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 คู่มือการบริหารจัดการการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นเข้าถึง
 บางกลุ่มวัยเป็นการจำเพาะ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ โดย สำนักทันตสาธารณสุขกรมอนามัย
 กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 คู่มือการวิเคราะห์ภาระงาน กองงานอัตรากำลัง กองบริหารทรัพยากรบุคคล

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับประชาชน ๒๕๖๔, สปสช.

คู่มือสำหรับเภสัชกร ในการดำเนินงานเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ, สปสช.

พริกโฉมวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนสู่มาตรฐานสากล ปีบริหาร ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓

แนวปฏิบัติการประกอบวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน/ จริยธรรมและกฎหมายกับผู้ประกอบวิชาชีพ

การสาธารณสุขชุมชน

ศูนย์การเรียนรู้เภสัชกรรมปฐมภูมิ, สสส

แนวทางปฏิบัติแผนการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข/ สปสช.

ระบบบริการสุขภาพช่องปาก ๘ ประเทศ : บทเรียนเชิงสังเคราะห์ มาตรการเพิ่มการเข้าถึง
 บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก/ส่งเสริมงบประมาณในการดำเนินงาน

โดย คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กองบรรณาธิการ
 สุณี วงศ์คงคาเทพ, แสงโสม ถนอมสิงห์, สรารัตน์ เรืองฤทธิ์ ที่ปรึกษา สุธา เจียรณณีโชติชัย, โกเมธ วิชชาวุธ
 คู่มือบริหารกองทุนทันตกรรมสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ วารสารวิจัย
 ระบบสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ ๑๑ ฉบับที่ ๒ เมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๐

“การใช้บริการทันตกรรมของประชาชนไทย : ผลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๕๘

โดย วริศา พานิชเกรียงไกร, อังคณา สมันสทวิชัย, กัญจนา ดิษยาธิคม,
 สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ



คำสั่งคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ที่ ๒/๒๕๖๕
เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูป
ด้านทันตสาธารณสุขไทย

ด้วยในคราวประชุมคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ครั้งที่ ๔/๒๕๖๕ วันพุธที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ ที่ประชุมได้พิจารณาแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการ ทั้งนี้ เพื่อให้เป็นไปตามหน้าที่และอำนาจของคณะกรรมการการสาธารณสุข ตามข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๗๘ วรรคสอง (๒๐) ซึ่งกำหนดให้คณะกรรมการสาธารณสุขมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การพัฒนาระบบสุขภาพ การบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน โดยรวมถึงการรักษาพยาบาล การควบคุมและป้องกันโรค การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา การศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศและแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ที่อยู่ในหน้าที่และอำนาจ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยคณะกรรมการเห็นสมควรตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นคณะหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่พิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย

ฉะนั้น อาศัยอำนาจตามความในข้อบังคับการประชุมวุฒิสภา พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๘๙ ประกอบกับระเบียบวุฒิสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การตั้งคณะอนุกรรมการซึ่งมีใช้กรรมการในคณะ พ.ศ. ๒๕๖๒ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงมีมติตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ซึ่งคณะอนุกรรมการคณะนี้ ประกอบด้วย

ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ

- | | |
|--|----------------------------|
| ๑. นายณรงค์ สหเมธาพัฒน์ | เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๒. รองศาสตราจารย์ พลเอก ไตรโรจน์ ครุฑเวช | เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |
| ๓. นายชาญชัย ทนต์ประเสริฐเวช | เป็นที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการ |

อนุกรรมการ

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ๑. นายพิทักษ์ ไชยเจริญ | เป็นประธานคณะอนุกรรมการ |
| ๒. นางสุนี จึงวิโรจน์ | เป็นรองประธานคณะอนุกรรมการ
คนที่หนึ่ง |
| ๓. นายสุรชาติ หนูนักดี | เป็นรองประธานคณะอนุกรรมการ
คนที่สอง |
| ๔. นายสุระ วิเศษศักดิ์ | เป็นอนุกรรมการ |
| ๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจิต พูลทอง | เป็นอนุกรรมการ |
| ๖. นายอาคม ประดิษฐ์สุวรรณ | เป็นอนุกรรมการ |
| ๗. นางวรางคณา เวชวิถี | เป็นอนุกรรมการ |
| ๘. นางศิริรัตน์ รัศมีไสร็จ | เป็นอนุกรรมการ |
| ๙. นางจันทนา อึ้งชูศักดิ์ | เป็นอนุกรรมการ |
| ๑๐. ศาสตราจารย์พรชัย จันศิษย์ยานนท์ | เป็นอนุกรรมการ |
| ๑๑. นางสุนี วงศ์คงคาเทพ | เป็นอนุกรรมการ |
| ๑๒. นายอภิชาติ ปวบุญศิริวงศ์ | เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ |
- ผู้ช่วยเลขานุการคณะอนุกรรมการ

- ร้อยตำรวจเอก กฤติน อัครวิชัย

โดยให้มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะและเร่งรัดการแก้ปัญหาค่าบริการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนไทย ซึ่งมีอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่ต่ำมากเพียงร้อยละ ๘.๑ การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและการจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุ

๒. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เสนอแนะ และเร่งรัดการขับเคลื่อน การส่งเสริม ป้องกันโรคช่องปากและฟัน การพัฒนาการใช้ฟลูออไรด์ งานทันตสาธารณสุขในท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิในระดับประเทศ

๓. พิจารณาศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม การพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านทันตกรรมของไทย

๔. ติดตามและเร่งรัดการขับเคลื่อนการปฏิรูป การพิจารณาแก้ระเบียบ หรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปฏิรูปอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ อันนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

๕. รายงานผลการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาและรวบรวมเป็นผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ เพื่อเสนอต่อวุฒิสภาพิจารณาต่อไป

๖. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการการมอบหมาย และจัดทำรายงาน
ผลการดำเนินงานเสนอต่อคณะกรรมการภายในเวลา ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่มิคำสั่งแต่งตั้ง
ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ๙ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายเจตน์ ศิริธรรานนท์)

ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข
วุฒิสภา

ภาคผนวก ข
การสัมมนาคณะอนุกรรมการ



สรุปการสัมมนา

เรื่อง เรื่อง “ผลกระทบด้านเศรษฐกิจทันตกรรมของคนไทย
กับการก้าวเดินหน้าสู่ศูนย์กลางการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล
THAILAND DENTAL HUB เพื่อทันตสุขภาพคนไทย”
คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕
ณ ห้องประชุม ๔๐๒ - ๔๐๓ ชั้น ๔ อาคารรัฐสภา

ในเบื้องต้น ทันตแพทย์พิทักษ์ ไชยเจริญ ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้กล่าวรายงานวัตถุประสงค์การจัดสัมมนา เรื่อง “ผลกระทบด้านเศรษฐกิจทันตกรรมของคนไทยกับการก้าวเดินหน้าสู่ศูนย์กลางการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล THAILAND DENTAL HUB เพื่อทันตสุขภาพคนไทย” ในครั้งนี้



จากการทำงานของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย พบปัญหาทันตสุขภาพของคนไทย ปัญหาโรคช่องปากและฟัน เป็นปัญหาที่เกิดกับทุกกลุ่มวัย ในอัตราที่สูงและเป็นวงกว้าง ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสร้างความเจ็บป่วยปวด บวม ความไม่สบายต่าง ๆ กระทบต่อการเคี้ยวรับประทานอาหาร การเจริญเติบโต พัฒนาการในเด็ก รวมถึงเสี่ยงต่อปัญหาฟันขึ้นผิดตำแหน่ง ฟันซ้อนเก

จากการสูญเสียฟันน้ำนมที่เร็วกว่าปกติ กระทบบุคลิกภาพ และในทุกกลุ่มวัยซึ่งปัญหาเหล่านี้ เป็นปัญหาที่ประชาชนควรได้รับการรักษา และสามารถเข้าถึงการรักษาหรือการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมตามสิทธิของตนได้

แต่จากการสำรวจของกรมอนามัยปี ๒๕๖๒ ประชาชนมีอัตราการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมเพียงร้อยละ ๘.๑ สะท้อนปัญหาของระบบบริการรักษาด้านทันตกรรมของประเทศยังไม่เพียงพอต่อความจำเป็นในการรักษาหรือสามารถรองรับปัญหาภาพรวมด้านทันตสุขภาพของประชาชนได้ การศึกษาด้านเศรษฐกิจที่กระทบหรือมีความเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาด้านทันตสุขภาพช่องปากของประชาชน หรือเศรษฐศาสตร์ทันตกรรมจะสามารถทราบปัญหาและทิศทางการจัดบริหารระบบด้านทันตที่เป็นอยู่นั้นว่าสอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์ทันตสุขภาพของคนไทยและเป็นข้อมูลในการวางแผนงาน พัฒนาการจัดการระบบงานด้านทันตกรรม ทันตสาธารณสุขให้มีความเหมาะสมมากขึ้น เพื่อสามารถดูแลทันตสุขภาพคนไทยให้ดีขึ้น ๆ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น และด้วยการพัฒนาทางการแพทย์ในทุก ๆ ด้าน เป็นอีกแนวทางที่จะช่วยเสริมการขับเคลื่อน การแก้ไขปัญหาทันตสุขภาพของประชาชนได้ การพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์

เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านทันตกรรมของไทยตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี จะเป็นการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาศักยภาพ มาตรฐานการบริการด้านทันตกรรมในประเทศ การสร้าง ขยายมูลค่าทางธุรกิจด้านสุขภาพ ขยายตัวเพิ่มจากฐานเดิม ส่งเสริมภาคเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว ภาคสังคม การสร้างขีดความสามารถทางการแข่งขัน มาตรฐานการจัดการบริการด้านสุขภาพ สู่ระดับสากล ทั้งเป็นการสร้างความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีให้กับประเทศและประชาชนไทย

เพื่อให้การขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขเกิดความสำเร็จและเป็นรูปธรรม คณะอนุกรรมการจึงเห็นควรจัดการสัมมนา “ผลกระทบด้านเศรษฐกิจทันตกรรมของคนไทยกับการก้าวเดินหน้าสู่ศูนย์กลางการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล THAILAND DENTAL HUB เพื่อทันตสุขภาพคนไทย” ขึ้น

โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนายกระดับการปฏิรูประบบด้านทันตสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรมโดยการนำข้อมูลจากการพิจารณาการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปากและฟันของประเทศไทยและการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศและการบริการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล THAILAND DENTAL HUB ให้เกิดการวิเคราะห์ สังเคราะห์ แนวทางการพัฒนาการขับเคลื่อนงานด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรมต่อไป

จากนั้น นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้กล่าวเปิดการสัมมนาในครั้งนี้

การสัมมนาเรื่อง “ผลกระทบด้านเศรษฐกิจทันตกรรมของคนไทยกับการก้าวเดินหน้าสู่ศูนย์กลางการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล THAILAND DENTAL HUB เพื่อทันตสุขภาพคนไทย” มีวัตถุประสงค์ เพื่อระดมความคิดเห็นจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มาประกอบการพิจารณาการศึกษาของคณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทยที่ต้องจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา และเสนอต่อที่ประชุมวุฒิสภา เพื่อพิจารณา หลังจากนั้นจะได้มีการเผยแพร่รายงานการศึกษาดังกล่าวไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบุคคลที่สนใจทั่วไปต่อไป

ประชาชนทั่วไปอาจคุ้นเคยกับคำว่า “Medical Hub” มากกว่าคำว่า “Dental Hub” ซึ่งการเป็นศูนย์กลางการรักษาหรือการบริการทางด้าน Medical Hub และ Dental Hub เพื่อสร้างรายได้ให้กับประเทศชาติ ปัจจุบันมีความตื่นตัวทางด้านทันตสุขภาพเกิดขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งต้องขอขอบคุณทันตแพทย์พืทักษ์ ไชยเจริญ ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ซึ่งเป็นผู้ผลักดัน



การปฏิรูปการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข ผ่านทางคณะอนุกรรมการพิจารณาการศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ทำให้เกิดการรวมพลังของทันตแพทย์เข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันการดำเนินงานดังกล่าวได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ การระดมความคิดเห็นจากการสัมมนาในวันนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการผลักดันการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการอย่างมาก แม้ว่าการดำเนินงานดังกล่าวเป็นงานที่ยากและท้าทาย แต่หากมีการกำหนดเป้าหมายการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ

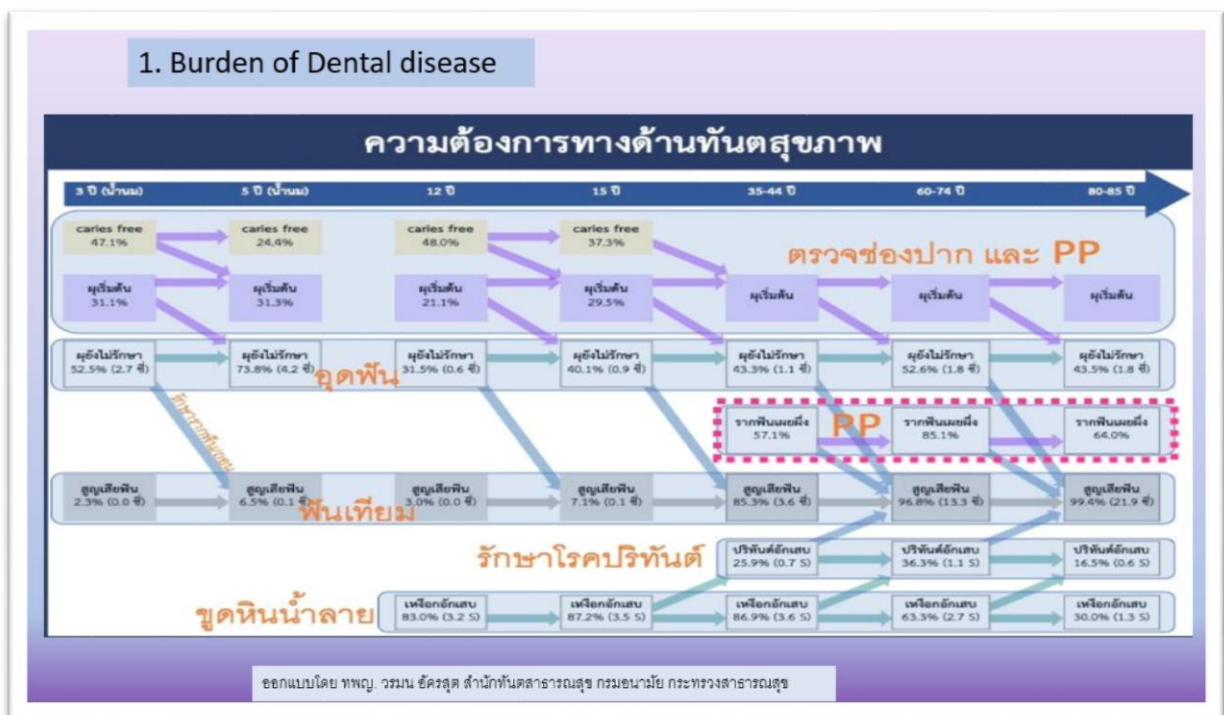
ด้านทันตกรรมได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง โดยที่ประชาชนเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด ก็จะทำให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขประสบผลสำเร็จได้

การจัดสัมมนาในครั้งนี้มีวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ ความสามารถ ร่วมให้ข้อมูล และข้อเสนอแนะที่สำคัญเกี่ยวกับผลกระทบด้านเศรษฐกิจทันตกรรมและเกิดการขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล หรือ “THAILAND DENTAL HUB” ที่ช่วยสร้างรายได้ให้กับประเทศชาติ ซึ่งคณะกรรมการจะได้นำข้อมูล ข้อเสนอแนะ และข้อสังเกต ต่าง ๆ ไปประกอบการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการต่อไป

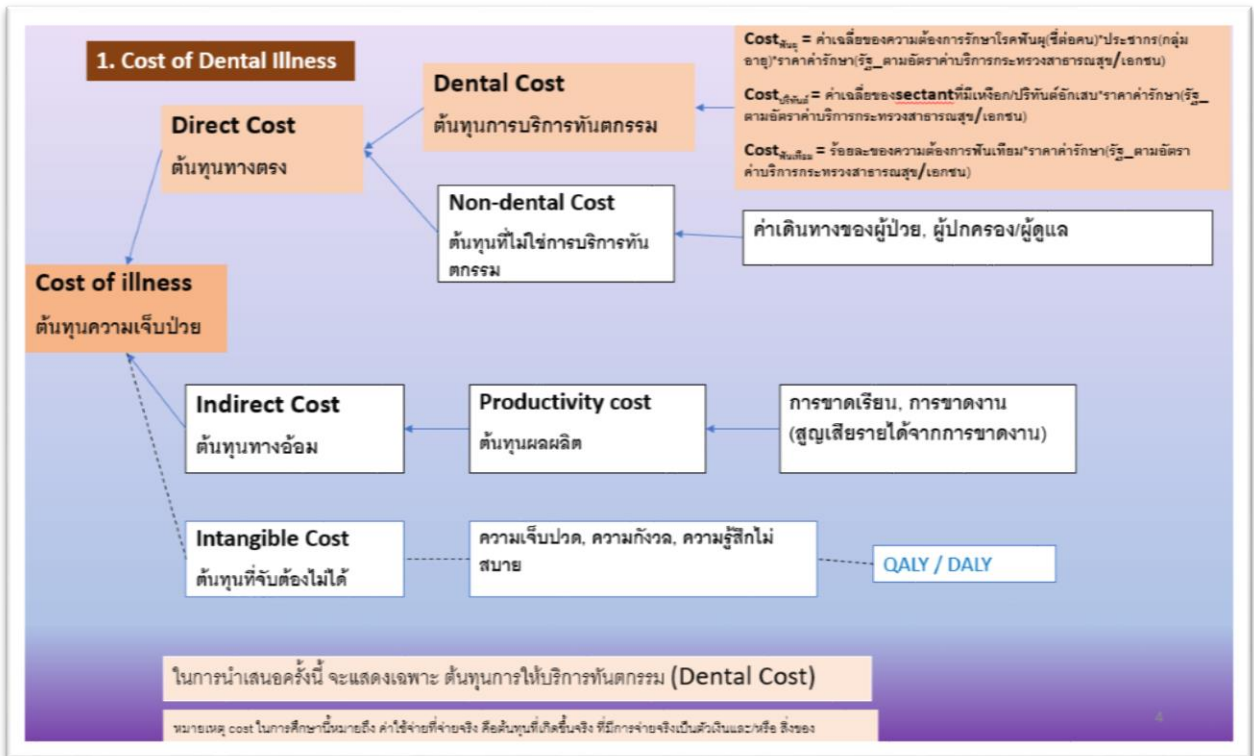
ต่อมา ทันตแพทย์หญิงรักชนก นุชพ่วง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้อภิปรายในประเด็น “เศรษฐกิจศาสตร์ทันตกรรมกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนไทย” โดยสรุปดังนี้



ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรคในช่องปากกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนไทย



ผู้ออกแบบภาพนี้ คือ ทันตแพทย์หญิงวรมน อัครสุต สำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จากภาพจะเห็นว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากยังเป็นปัญหาที่สำคัญของคนไทยในทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่เด็กอายุ ๕ ปี มีฟันผุ ร้อยละ ๗๓.๘ เฉลี่ยฟันผุ ร้อยละ ๔.๒ ซึ่งต่อคน การเกิดฟันผุพบตั้งแต่ในวัยเรียน จนถึงวัยผู้สูงอายุและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ รวมทั้งการเกิดโรคปริทันต์อักเสบและเหงือกอักเสบที่ทำให้เกิดการสูญเสียฟัน ในผู้สูงอายุ ๖๐ ปี เฉลี่ยมีฟันเหลืออยู่ ร้อยละ ๑๘.๖ ซึ่งไม่ถึง ๒๐ ซึ่ง และผู้สูงอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป เหลือฟันเพียง ร้อยละ ๙.๙ ซึ่งไม่ถึง ๑๐ ซึ่ง จากภาวะโรคดังกล่าวได้นำมาสู่การคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรคในช่องปาก หรือ Cost of illness โดยใช้กรอบแนวคิดการคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่าย ดังนี้



Cost of illness เป็นการวิเคราะห์โรคทางเศรษฐศาสตร์เบื้องต้น เพื่อประเมินภาระโรคทางเศรษฐกิจที่มีต่อสังคม จากกรอบแนวคิด Cost of illness ประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม ซึ่งการนำเสนอในวันนี้จะขอนำเสนอเพียงต้นทุนทางตรงที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางทันตกรรมเท่านั้น คือ การรักษาโรคฟันผุ โรคปริทันต์อักเสบ โรคเหงือกอักเสบ และการใส่ฟันเทียมทดแทนฟันที่สูญเสียไป เมื่อคำนวณโดยใช้ค่าใช้จ่ายภายใต้ความครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยอัตราค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยอัตราค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่มาจากอัตราค่าบริการของหน่วยบริการสาธารณสุขในปี ๒๕๖๒ และอัตราภาคเอกชนที่มาจากอัตราค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของคลินิก ทั้งนี้ พบว่า Cost of illness ทางทันตกรรมอยู่ระหว่างที่ ๑๔๑,๔๙๓ ล้านบาท จนถึง ๑๘๙,๓๒๐ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๑ - ๑.๔ ของ GDP ในปี ๒๕๖๐ รายละเอียดตามภาพด้านล่าง ดังนี้

1. Cost of Dental Illness

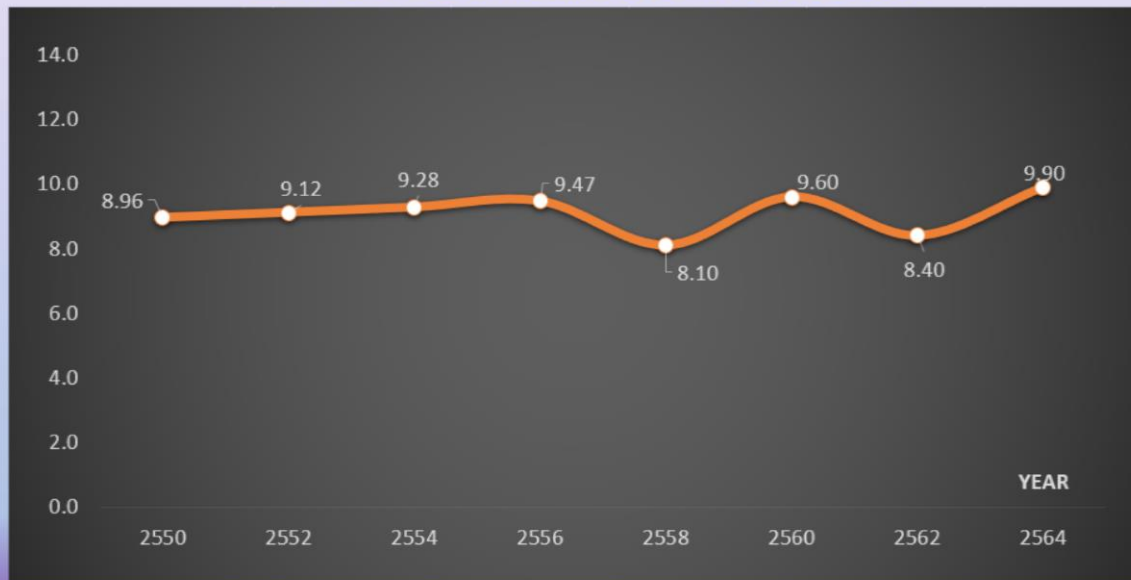
ค่าใช้จ่ายทางทันตกรรม หากให้การรักษา 100% ในผู้เป็นโรคในช่องปากได้แก่ฟันผุ เหงือกอักเสบ และปริทันต์อักเสบ รวมทั้งการใส่ฟันเทียม

age (year)	Population (1000person)					Cost (Million Baht)								Total		
	All	Decay	Gingivitis	Periodontitis	Denture	Decay		Gingivitis		Periodontitis		Denture		Public	Private	
						Public	Private	Public	Private	Public	Private	Public	Private			
0-4	3,763	829	0	0	0	2,635	3,764	0	0	0	0	0	0	0	2,635	3,764
5-9	3,971	2,931	0	0	0	10,614	15,688	0	0	0	0	0	0	0	10,614	15,688
10-14	4,050	1,276	3361	0	0	1,317	1,758	1,512	1,728	0	0	0	0	0	2,829	3,486
15-19	4,294	1,722	3745	0	0	2,256	3,066	1,753	2,004	0	0	0	0	0	4,009	5,070
20-24	4,885	1,959	4260	0	0	2,566	3,488	1,995	2,280	0	0	0	0	0	4,561	5,768
25-29	4,689	1,880	4089	0	0	2,463	3,348	1,915	2,188	0	0	0	0	0	4,378	5,536
30-34	4,814	1,931	4198	0	0	2,529	3,437	1,966	2,247	0	0	0	0	0	4,494	5,684
35-39	5,206	2,254	4524	1348	2,384	2,734	3,717	2,186	4,685	2,065	2,429	6316	7369	13,302	18,201	
40-44	5,292	2,291	4599	1371	2,424	2,780	3,778	2,223	4,763	2,099	2,470	6421	7491	13,522	18,501	
45-49	5,394	2,335	4687	1397	2,470	2,833	3,851	2,265	4,854	2,139	2,517	6544	7635	13,782	18,857	
50-54	5,027	2,177	4368	1302	2,302	2,640	3,589	2,111	4,524	1,994	2,346	6099	7115	12,844	17,574	
55-59	4,290	1,858	3728	1111	1,965	2,253	3,063	1,802	3,861	1,702	2,002	5205	6073	10,962	14,999	
60-64	3,377	1,776	2138	1226	2,756	1,935	2,482	1,064	2,279	2,105	2,476	9149	10999	14,253	18,236	
65-69	2,548	1,340	1613	925	2,079	1,467	1,891	803	1,720	1,588	1,868	6903	8298	10,761	13,777	
70-74	1,665	876	1054	604	1,359	999	1,236	525	1,124	1,038	1,221	4511	5423	7,032	9,004	
75-79	1,277	672	808	463	1,042	735	947	402	862	796	936	3459	4159	5,393	6,904	
80-84	844	367	253	139	716	321	414	128	274	287	338	2655	3555	3,391	4,581	
85-89	443	193	133	73	376	168	217	67	144	151	177	1394	1867	1,781	2,405	
90-94	165	72	50	27	140	63	81	25	54	56	66	520	696	664	896	
95-99	56	24	17	9	48	21	28	9	18	19	23	177	237	226	305	
100+	15	7	5	3	13	6	8	2	5	5	6	48	65	62	84	
Total	66,066	28,769	47,628	9,999	20,073	43,295	59,850	22,752	39,614	16,044	18,876	59,402	70,981	141,493	189,320	

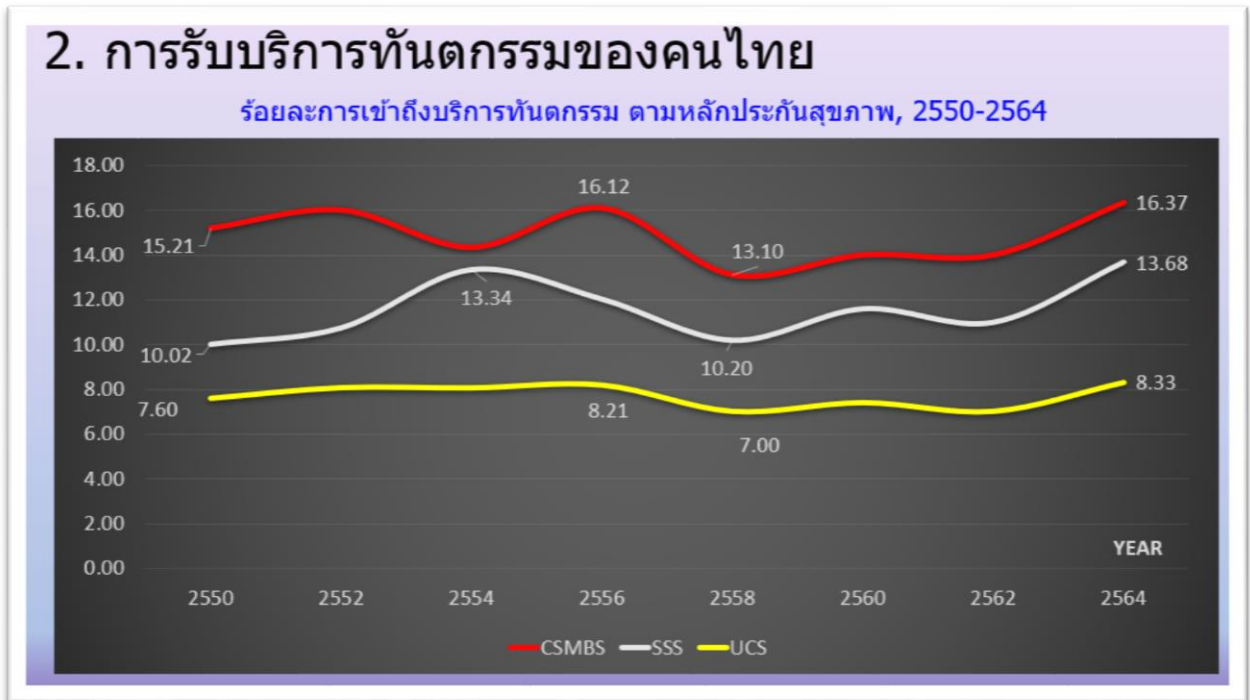
การเข้าถึงบริการทางทันตกรรมของคนไทย ดังนี้

2. การรับบริการทันตกรรมของคนไทย

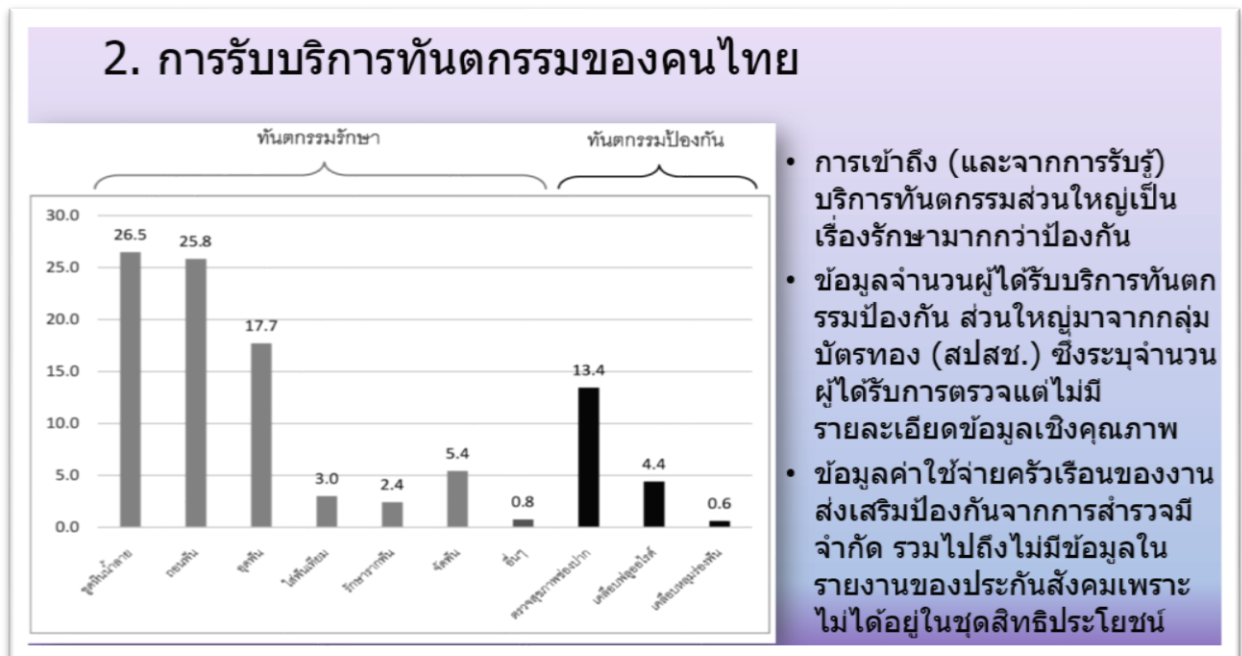
ร้อยละการเข้าถึงบริการทันตกรรมของคนไทย, 2550-2564



จากภาพเป็นข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แนวโน้มการเข้าถึงบริการตั้งแต่ปี ๒๕๕๐ ถึงปี ๒๕๖๔ ค่อนข้างคงที่ คือ อยู่ที่ร้อยละ ๘ ถึงร้อยละ ๙ ซึ่งไม่เกินร้อยละ ๑๐



จากภาพเมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มกองทุน พบว่า สิทธิสวัสดิการข้าราชการเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการด้านทันตกรรมมากที่สุด รองลงมาเป็นสิทธิประกันสังคม และสิทธิบัตรทอง ซึ่งเข้าถึงบริการไม่ถึงร้อยละ ๑๐

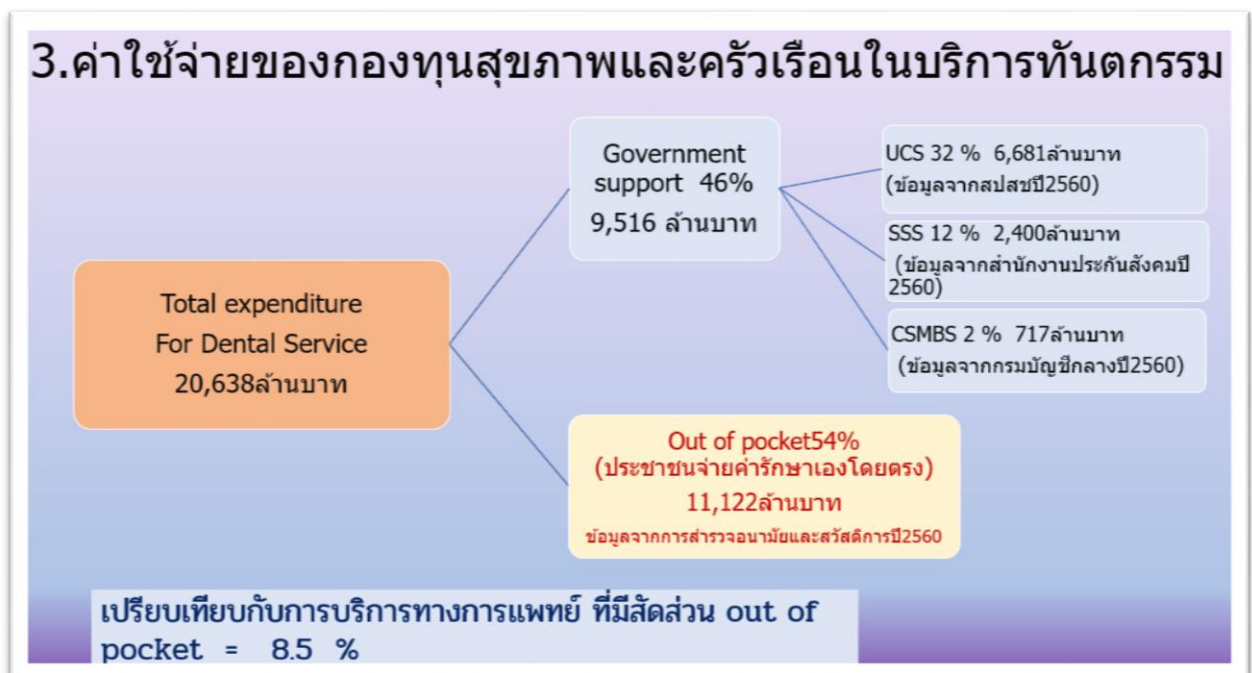


จากภาพเป็นข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่เป็นการพิจารณาตามกลุ่มทันตกรรมรักษาและทันตกรรมป้องกัน พบว่า คนไทยเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรมมากกว่าการป้องกันทางทันตกรรม ซึ่งข้อมูลจำนวนผู้ได้รับบริการทันตกรรมป้องกัน ส่วนใหญ่มาจากกลุ่มสิทธิบัตรทอง (สปสช.) ที่ระบุจำนวนผู้ได้รับการตรวจ ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ แต่ไม่มีรายละเอียดข้อมูล

เชิงคุณภาพ ส่วนข้อมูลค่าใช้จ่ายคร้วเรือนของงานส่งเสริมป้องกันจากการสำรวจ มีจำกัด รวมไปถึงไม่มีข้อมูลในรายงานของประกันสังคมเพราะไม่ได้อยู่ในชุดสถิติประโยชน์



จากภาพเป็นข้อมูลจำนวนของผู้รับบริการรักษาและส่งเสริมทางทันตกรรมแยกตามสิทธิการรักษาของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนสวัสดิการข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม จะเห็นได้ว่า กลุ่มผู้มีสิทธิบัตรทองเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการทางทันตกรรมน้อยกว่าสิทธิข้าราชการและสิทธิประกันสังคม และส่วนใหญ่จะเป็นงานด้านการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม ซึ่งจะมีแต่ข้อมูลเชิงปริมาณ แต่ไม่มีข้อมูลเชิงคุณภาพแต่อย่างใด



จากภาพเป็นข้อมูลค่าใช้จ่ายกองทุนสุขภาพและคร้วเรือนในบริการทันตกรรมในปี ๒๕๖๐ ซึ่งค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางทันตกรรม จำนวน ๒๐,๖๓๘ ล้านบาท โดยแบ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐจัดให้

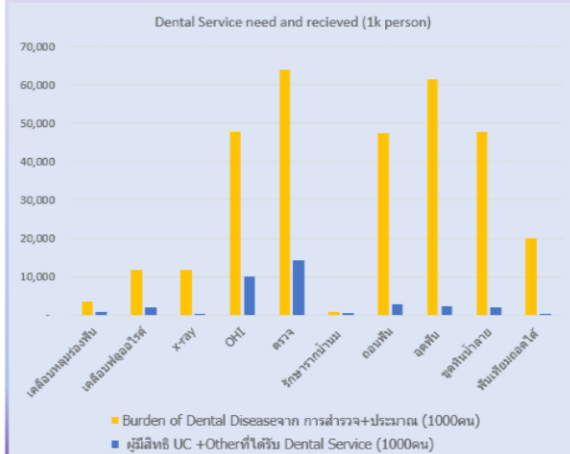
สำหรับกองทุนต่าง ๆ ประกอบด้วย กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนสวัสดิการข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม จำนวน ๙,๕๑๖ ล้านบาท และค่าใช้จ่ายที่ภาคประชาชนซื้อบริการเอง (Out of pocket) จำนวน ๑๑,๑๒๒ ล้านบาท ซึ่งข้อมูลตรงนี้เป็นข้อจำกัดของการศึกษาว่า ในส่วนของข้อมูล Out of pocket เป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แต่ก็เป็นข้อมูลที่ใกล้เคียงสามารถนำมาเปรียบเทียบได้ หากพิจารณาสัดส่วนจะเห็นว่า Out of pocket ที่ประชาชนจ่ายเองอยู่ที่ร้อยละ ๕๔ ในขณะที่รัฐอยู่ที่ร้อยละ ๔๖ หากเปรียบเทียบ Out of pocket ทางทันตกรรม ซึ่งมาจากข้อมูลบัญชีรายจ่ายทางการแพทย์ จะเห็นได้ว่า Out of pocket ทางทันตกรรมอยู่ที่ร้อยละ ๘.๕ ซึ่งค่อนข้างต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับ Out of pocket ทางทันตกรรม

การบริการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรมปี ๒๕๖๐ เป็นข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผู้ที่ได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม ส่วนใหญ่จึงเป็นผู้มีสิทธิบัตรทอง ส่วนสิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิประกันสังคมจะได้รับบริการในส่วนนี้น้อยมาก

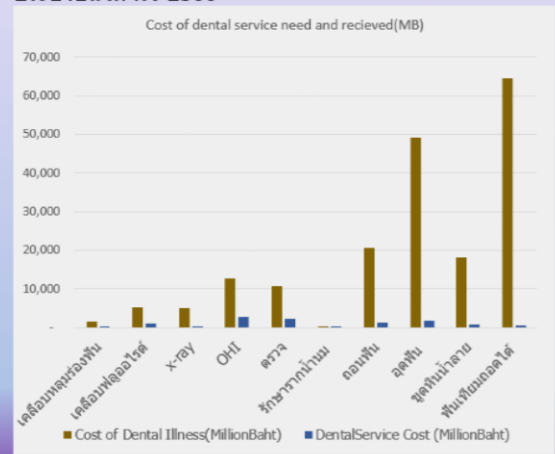


4. การไม่ได้รับบริการทันตกรรมที่จำเป็น

จำนวนผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการทันตกรรมและจำนวนผู้ที่ได้รับบริการทันตกรรมได้จริง 2560



ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการจัดการบริการทันตกรรมตามความจำเป็นและค่าใช้จ่ายในการจัดการบริการให้ประชาชนได้จริง 2560



ผู้ที่ไม่ได้รับบริการทันตกรรมป้องกัน จากความชุกในทุกกลุ่มวัยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้รับบริการ จะเห็นว่า ยังมีผู้ที่ยังไม่ได้รับบริการตามความจำเป็นอยู่ค่อนข้างมาก เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายจะเห็นชัดเจนว่า ค่าใช้จ่ายในงานส่งเสริมป้องกันจะน้อยกว่าค่าใช้จ่ายทางการรักษาอย่างมาก

5. ข้อเสนอเชิงนโยบาย			
กลุ่มเด็กปฐมวัยและวัยเรียน (3-14ปี) เน้นเป้าหมายป้องกันฟันผุ 100%			
กิจกรรม	เป้าหมาย %	ค่าใช้จ่าย (ล้านบาท)	% ป้องกันฟันผุ*
งานส่งเสริมป้องกัน			
รถเรงค์แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์+ลดหวาน+ปัจจัยเสี่ยงฯ	100	20	24
การเคลือบฟลูออไรด์ (3-14ปี)	30-70	856-1,997	37
การเคลือบหลุมร่องฟัน (6-12ปี)	20-50	230-575	40
งานรักษาทางทันตกรรม			
การอุดฟัน (3-14ปี)	50-100	5,182-7,403	ป้องกันการผุกลุกลาม และการสูญเสียฟัน
รวม		6,288-9,995	

หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายที่ประมาณการเพิ่มเติมจากรัฐจัดบริการให้ประชาชนตามสิทธิ์(ปีคชของว่าง) ตัวเลขประมาณการ จากการสำรวจและการให้บริการในปี 2560

จากข้อมูลทั้งหมดจะเห็นได้ว่า การที่จะทำให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีฟันเหลือใช้งานจนถึงวัยผู้สูงอายุ จำนวน ๒๐ ซี่ จำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันฟันผุและโรคปริทันต์ เพื่อป้องกันการสูญเสียฟันในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก กลุ่มผู้ป่วย NCDs และกลุ่มผู้สูงอายุ ในกลุ่มเด็กปัญหาที่สำคัญที่สุดคือ การเกิดฟันผุ ซึ่งควรเน้นมาตรการส่งเสริมป้องกันไม่ว่าจะเป็นเรื่องกิจกรรมรถเรงค์แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ลดการรับประทานหวาน รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ จากการศึกษาพบว่า มาตรการดังกล่าวสามารถป้องกันฟันผุได้ร้อยละ ๒๔ การเคลือบฟลูออไรด์วานิชในเด็กอายุ ๓ ปี ถึง ๑๔ ปี สามารถป้องกันฟันผุได้ร้อยละ ๓๗ การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุ ๖ ปี ถึง ๑๒ ปี สามารถป้องกันฟันผุได้ร้อยละ ๔๐ การอุดฟันเพื่อป้องกันการผุกลุกลามและการสูญเสียฟันในวัยทำงาน หากดำเนินงาน intervention หลาย ๆ อย่างร่วมกันสามารถลดฟันผุเพิ่มขึ้น



5. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

กลุ่มวัยทำงาน เป้าหมายผู้สูงอายุ 80/20

กิจกรรม	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ค่าใช้จ่ายต่อปี(ล้านบาท)
งานส่งเสริมป้องกัน กลุ่มวัยทำงาน (15-59ปี)		
การตรวจสุขภาพช่องปาก FM	50	1,716
การรณรงค์แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์+ลดหวาน+ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ	100	20
การเคลือบฟลูออไรด์วานิชในกลุ่มเสี่ยง	20	3,794
งานรักษาทางทันตกรรม กลุ่มวัยทำงาน(15-59ปี) และผู้สูงอายุ 60-79ปี (20%)		
การอุดฟัน	20	8,124
การขูดหินน้ำลายและรักษาโรคปริทันต์	20	3,881
การใส่ฟันเทียม	20	3,996
รวม		21,513

หมายเหตุ: ค่าใช้จ่ายที่ประมาณการเพิ่มเติมจากที่รัฐจัดบริการให้ประชาชนตามสิทธิ์(ปิดช่องว่าง) ตัวเลขประมาณการ จากการสำรวจและการให้บริการในปี 2560

ในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุที่มีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุ ๘๐ ปี มีฟันเหลือใช้งาน ๒๐ ซึ่งควรมีมาตรการที่ป้องกันฟันผุและโรคปริทันต์อักเสบ เช่น การตรวจสุขภาพช่องปาก FM การรณรงค์แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ ลดการรับประทานหวาน การเคลือบฟลูออไรด์วานิช การอุดฟัน การขูดหินน้ำลาย และรักษาโรคปริทันต์ การใส่ฟันเทียมในกลุ่มด้อยโอกาสหรือกลุ่มเปราะบาง รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

5. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

หลักการ

- ความเหมาะสมของภาระค่าใช้จ่าย ภาครัฐและครัวเรือน
- ลด Gap ของการบริการทันตกรรม และมุ่งกลุ่มเป้าหมาย
- การส่งเสริมและป้องกันโรค ช่วยลด treatment need and cost

1. ผลักดันนโยบาย 80-20 "ประชาชนวัย80ปีขึ้นไปทุกคน มีฟันอย่างน้อย20ซี่"
2. สนับสนุนการดำเนินการส่งเสริมป้องกัน ได้แก่ การตรวจ การเคลือบฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน ที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง (เด็ก, กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและ ผู้สูงอายุ)
3. ส่งเสริมมาตรการ การจัดการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ให้ครอบคลุมประชากรอย่างน้อยร้อยละ 50
 - โดยการบูรณาการกับการตรวจสุขภาพประจำปี (Oral Health and General Health)
 - การบูรณาการ การจัดการบริการร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ
4. การจัดการบริการรักษา ได้แก่ อุดฟัน รักษาโรคปริทันต์ และใส่ฟัน ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มด้อยโอกาส
5. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ทั้งงานบริการส่งเสริมป้องกันและรักษา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ เพิ่มความครอบคลุม และสร้างความเท่าเทียมในการได้รับบริการทันตกรรมที่มีคุณภาพ

กล่าวโดยสรุป ความเหมาะสมของภาระค่าใช้จ่ายภาครัฐและครัวเรือน การลดช่องว่างของการบริการทันตกรรมและมุ่งกลุ่มเป้าหมาย การส่งเสริมและป้องกันโรค เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรม จึงมีข้อเสนอ ดังนี้

๑. ผลักดันนโยบาย ๘๐ - ๒๐ “ประชาชนวัย ๘๐ ปีขึ้นไปทุกคน มีฟันใช้งานอย่างน้อย ๒๐ ซี่”
๒. สนับสนุนการดำเนินการส่งเสริมป้องกัน ได้แก่ การตรวจ การเคลือบฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟันที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูง เช่น เด็ก กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้สูงอายุ)
 ๓. ส่งเสริมมาตรการการจัดบริการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง ให้ครอบคลุมประชากรอย่างน้อยร้อยละ ๕๐
 - โดยการบูรณาการกับการตรวจสุขภาพประจำปี (Oral Health and General Health)
 - การบูรณาการการจัดบริการร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ
 ๔. การจัดบริการรักษา ได้แก่ การอุดฟัน การรักษาโรคปริทันต์ และการใส่ฟัน ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มด้อยโอกาส
 ๕. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนทั้งงานบริการส่งเสริมป้องกันและรักษา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ เพิ่มความครอบคลุม และสร้างความเท่าเทียมในการได้รับบริการทันตกรรมที่มีคุณภาพ

จากนั้น ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการ ปฏิบัติหน้าที่แทนเลขาธิการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นอภิปรายดังกล่าว สรุปได้ดังนี้

ภาระค่าใช้จ่ายทางการเงินเป็นแนวความคิดหนึ่ง แม้ว่าจะมีการจัดสรรงบประมาณเข้าไปในระบบก็ไม่สามารถทำให้โรคต่าง ๆ หายไปได้ การศึกษานี้เป็นเพียงการประเมินว่า โรคสุขภาพช่องปากมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจคิดเป็นมูลค่าเท่าใด การศึกษาที่ทันตแพทย์หญิงรักษนก นุชพ่วง นำเสนอเป็นภาพสะท้อนการลงทุน หรือการให้ความสำคัญของการดำเนินงานในอดีตที่ผ่านมา ซึ่งมีความตั้งใจในการทำงานเรื่องสุขภาพช่องปากมาอย่างยาวนาน ซึ่งสามารถสะท้อนหลายเรื่องในอนาคตได้

การประเมินด้วยภาระค่าใช้จ่ายทางการเงิน เมื่อก้าวถึงเรื่องเศรษฐศาสตร์ไม่ได้ กล่าวถึงเฉพาะเรื่องเงินเท่านั้น แต่เศรษฐศาสตร์มีทั้งเรื่องทรัพยากร การกระจายทรัพยากรที่เหมาะสม ซึ่งการสัมมนาในวันนี้ใช้คำว่า “ทันตกรรม” มาเป็น

ตัวชี้วัดความสามารถของระบบทันตสาธารณสุข การกระจายทรัพยากรที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาด้านทันตกรรมไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยงบประมาณเพียงอย่างเดียว แต่เรื่องบุคลากรเป็นเรื่องที่สำคัญมาก การจัดบริการ การจัดทำข้อมูล เมื่อก้าวถึงเรื่องเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม หากพิจารณาการรักษาโรคทั่ว ๆ ไปกับการรักษาโรคทางทันตกรรมมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ คงไม่สามารถนำเรื่องการรักษาโรคทั่วไปมาเปรียบเทียบกับการรักษาโรคทางทันตกรรมว่ามีความแตกต่างกัน หากมีคนคาดหวังว่า ถ้ามีกองทุนหรือเติม financial incentive เข้าไปจะผลิตบุคลากรเพิ่มได้ ทั้งนี้ จะต้องเป็นกรณีที่สถานพยาบาลนั้นมีพื้นที่ว่างและยังสามารถเพิ่มการจ้างงานได้ รวมถึงสถานพยาบาลอาจมีนโยบายภายในที่ไม่ต้องให้บริการจำนวนมาก เพื่อไม่ให้เกิดค่าใช้จ่ายมากเกินไป เป็นต้น กรณีเช่นนี้ส่งผลกระทบต่ออย่างแน่นอน หากมีการจัดสรรงบประมาณเข้าไปในระบบ หรือกรณีสถานพยาบาลไม่มีพื้นที่แล้ว เช่น ทันตแพทย์รักษาคนไข้ได้ ๒๐ คน ไม่ว่าจะจัดสรรงบประมาณเข้าไปในระบบอย่างไร



ก็ไม่ทำให้ทันตแพทย์รักษาคนไข้ได้ถึง ๒๐๐ คน หากทันตแพทย์สามารถรักษาคนไข้ได้ถึง ๒๐๐ คน แสดงว่าไม่ใช่เรื่องการรักษาพยาบาลแล้ว ทั้งนี้ มีเรื่องการผลิตที่เป็น Technical efficiency ถ้าเทคโนโลยีทางทันตกรรมไม่ได้เปลี่ยนมากก็อาจไม่ส่งผลกระทบมาก หรือประสบการณ์ที่ผ่านมา คือ การตั้งใจทำ financial incentive มีรายการในการจ่ายเงิน แต่สิ่งที่ต้องพึงระวังหรือสิ่งที่อาจไม่คาดคิดแต่ก็เกิดขึ้นเสมอคือ การเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ให้บริการ เช่น หากให้ความสำคัญกับการทำฟันเทียม โดยทุ่มเททำเรื่องดังกล่าว เชื่อว่า การเคลือบหลุมร่องฟันลดลงแน่นอน ทันตแพทย์อาจบอกว่าไม่ได้ตั้งใจทำการเคลือบหลุมร่องฟัน เพราะว่า Technical efficiency ไปต่อไม่ได้ เช่น มีทันตแพทย์อยู่ ๒ คน เมื่อทุ่มเทไปทำเรื่องฟันเทียม จึงทำให้มีทันตแพทย์ที่ทำการเคลือบหลุมร่องฟันน้อยลง ซึ่งต้องทำความเข้าใจกับภาคการผลิตทางทันตกรรมที่มีความแตกต่าง ซึ่งความแตกต่างตรงนี้จะไม่เหมือนกับการรักษาโรคทั่วไป



หากกล่าวถึง Primary Care จะพบว่า งานด้านทันตกรรมใน Primary Care ลงไปน้อยมาก การทำทันตกรรมส่วนใหญ่จะอยู่ที่ทันตแพทย์ หรือบางแห่งอาจมีทันตภิบาล เข้ามาช่วยดำเนินงานในส่วนนี้ หากเชื่อว่างานด้านทันตกรรมเป็นข้อจำกัดของหัตถการคงเพิ่มการผลิตทันตแพทย์ได้ไม่มาก การที่จะผลิตทันตแพทย์เพิ่มขึ้นคงดำเนินการได้ยากด้วยลักษณะการทำงานดังกล่าว ส่วนการที่จะเพิ่มงานโดยเฉพาะใน Primary Care ต้องพิจารณาอย่างมากว่าจะทำอย่างไร กลไกการทำงานใน Primary Care เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การดำเนินงานทางการแพทย์ที่มีทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ช่วยกันดำเนินงาน แต่งานสุขภาพช่องปากเป็นการทำงานที่แยกออกมาและมีความเฉพาะ แต่เป็นข้อจำกัดของงานด้านทันตกรรม แม้กระทั่งงาน Primary Care Oral Health ยังไม่ค่อยเป็นรูปธรรมมากนัก หากไม่สามารถแก้ปัญหาส่วนนี้ได้ การเพิ่ม activity access ทางทันตกรรมจะดำเนินการได้ยาก คิดว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิชาการที่กล่าวถึงการที่แก้ไขปัญหาความเท่าเทียม ความเสมอภาคของการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะบริการทางทันตกรรม มีการศึกษาไว้ว่า การที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้จะต้องไปแก้ไข intervention ที่เป็น public health intervention คงไม่สามารถแก้ไขปัญหารายบุคคลได้

ทันตแพทย์หญิงรักชนก นุชพ่วง ได้กล่าวถึงการไม่ได้รับบริการทันตกรรมที่จำเป็น (Unmet need) และการคำนวณภาระค่าใช้จ่ายในการตอบสนอง unmet need แต่ข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่มีการ monitor ทุก ๒ ปี พบว่า การไม่ได้รับบริการทันตกรรมที่จำเป็นตามข้อคำถามที่ว่า ในปีที่ผ่านมาท่านต้องการรับบริการทางทันตกรรม แต่ไม่สามารถไปรับบริการได้หรือไม่ พบว่า ตัวเลขประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ ๑.๔ - ร้อยละ ๑.๕ ซึ่งเป็นตัวเลขที่ต่ำมาก ข้อมูลตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ หรือการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของประชาชนอาจยังไม่สูงมาก สิ่งที่ทำให้ประชาชน

ไม่ได้รับบริการทันตกรรมเกิดจากหลายปัจจัย แต่ปัจจัยที่สำคัญ คือ ระบบโครงสร้างทางด้านทันตสุขภาพ การที่ประชาชนในตำบลหนึ่งจะทำฟันไม่ใช่เรื่องง่าย การรอคิวรักษาที่ยาวนาน ซึ่งไม่เหมือนกับการรักษาโรคอื่นที่สามารถ walk in เข้ารับการรักษาได้โดยง่าย ปัจจัยของภาคประชาชนที่มีความสำคัญอย่างมาก และเป็นความท้าทายของวิชาชีพทันตกรรม คือ ไม่มีเวลาไปรับบริการทันตกรรม แม้ว่าจะมีทันตแพทย์ออกไปให้การรักษาฟรีก็ตาม ประชาชนก็ไม่มีเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่มีฐานะยากจน การมารับการรักษาทางทันตกรรมทำให้ขาดรายได้ต่อวัน ซึ่งปัจจัยนี้เป็นความท้าทายอย่างหนึ่ง ทำให้เข้าใจมากขึ้นว่า แม้ว่าจะเป็น การรักษาโรคฟรีก็ไม่สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมได้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นโครงสร้างอย่างหนึ่งของความเหลื่อมล้ำในเชิงโครงสร้าง ซึ่งสิ่งที่ว่าควรเดินหน้าในเรื่องนี้โดยเฉพาะการลดความเหลื่อมล้ำ และการพัฒนาระบบ Oral Health ให้ดีขึ้น จากการติดตามเรื่องการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีรายได้น้อยในเชิงโครงสร้าง ส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิบัตรทอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่มีรายได้น้อยในกรุงเทพมหานคร หรือเขตเมือง ซึ่งเป็นสถานที่ที่มีสถานพยาบาลและบุคลากรในภาคเอกชนจำนวนมาก พบว่า การให้บริการของคลินิกเอกชน ประมาณร้อยละ ๔๓ แต่ไม่ได้ส่งผลต่อผู้มีรายได้น้อยในเขตเมือง เพราะฉะนั้นจึงต้องให้ความสำคัญค่อนข้างมาก แม้ว่าจะทุ่มเทเรื่องการรักษาทางทันตกรรมไม่ได้ แต่อย่างน้อยก็ต้องดำเนินงานเรื่องการส่งเสริมป้องกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม เพิ่มการรับรู้ของประชาชน หากประชาชนรับรู้ถึงความสำคัญ และรู้ถึงสิทธิและหน้าที่ในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองก็จะทำให้สามารถเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมได้มากขึ้น



เมื่อประมาณปี ๒๕๕๙ สำนักงานประกันสังคมเริ่มปรับกระบวนการจ่ายเงิน โดยการที่ผู้ประกันตนไม่ต้องสำรองจ่ายในกรณีรับการรักษาพยาบาลยังสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการกับสำนักงานประกันสังคม ทั้งนี้ หากแบ่งกลุ่มตามรายได้ พบว่า กลุ่มคนที่มีรายได้ต่ำที่สุดจะเข้าถึงบริการทางทันตกรรมได้น้อยมาก การสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้าของผู้ประกันตนมีความสำคัญมาก สำนักงานประกันสังคมจึงพยายามที่จะปรับระบบโดยไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า จากปี ๒๕๕๕ ปี ๒๕๖๐ ปี ๒๕๖๒ และปี ๒๕๖๔ แม้ว่าตัวเลขการเข้าถึงบริการทันตกรรมจะมีอัตราเพิ่มขึ้น แต่ไม่เท่ากับสิทธิข้าราชการ ในปี ๒๕๖๕ ผู้ที่มีรายได้น้อยมีอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นอย่างน่าสนใจ ซึ่งมีผลต่อการดำเนินงานด้านทันตกรรมที่ต้องมีการเดินหน้าต่อไปในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน เช่น อาจกล่าวถึงเรื่องของการสำรองจ่าย หรือการขยายเขตงานวงเงินที่เพิ่มขึ้นตามความเหมาะสม คิดว่าตรงนี้เป็น การ monitor และเป็นการลงทุนที่ฉลาดมากขึ้น สุดท้ายนี้ เห็นว่า การเริ่มต้นการดำเนินงานด้านทันตกรรมที่ตัวเด็กเป็นสิ่งที่ดี เป็นเรื่องการเติมทักษะชีวิตที่จะอยู่ตลอดชีวิตของเขา เพราะว่า Oral Health ไม่ใช่ Knowledge การดูแลสุขภาพตัวเอง

เป็นทักษะชีวิตด้วย คือ ทักษะที่ต้องอยู่ต่อในโลกอนาคต ซึ่งไม่รู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น เพราะมีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างมาก ทั้งนี้ คิดว่าการเข้าถึงบริการของกลุ่มเด็กมีความสำคัญ อาจเป็นการดำเนินงานเรื่องส่งเสริมป้องกันหรืองานที่ไม่ซับซ้อนมาก แต่จะส่งผลในอนาคตของเด็ก หากกำหนดเป้าคุณภาพชีวิตของคนไทย ๘๐ - ๒๐ คือ เมื่อถึงอายุ ๘๐ ปี มีฟันใช้งานได้ ๒๐ ซี่ อาจต้องไปแก้ไขปัญหาเรื่องลดการสูญเสียฟัน โดยเฉพาะกลุ่มวัยแรงงาน ที่เป็นโรคปริทันต์ค่อนข้างมาก เพราะฉะนั้นจึงเป็นความท้าทายของระบบทันตสาธารณสุขที่ทําอย่างไรจึงจะแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไปได้

ทันตแพทย์หญิงสุณี วงศ์คงคาเทพ อนุกรรมการ ได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นอภิปรายดังกล่าว โดยสรุปดังนี้



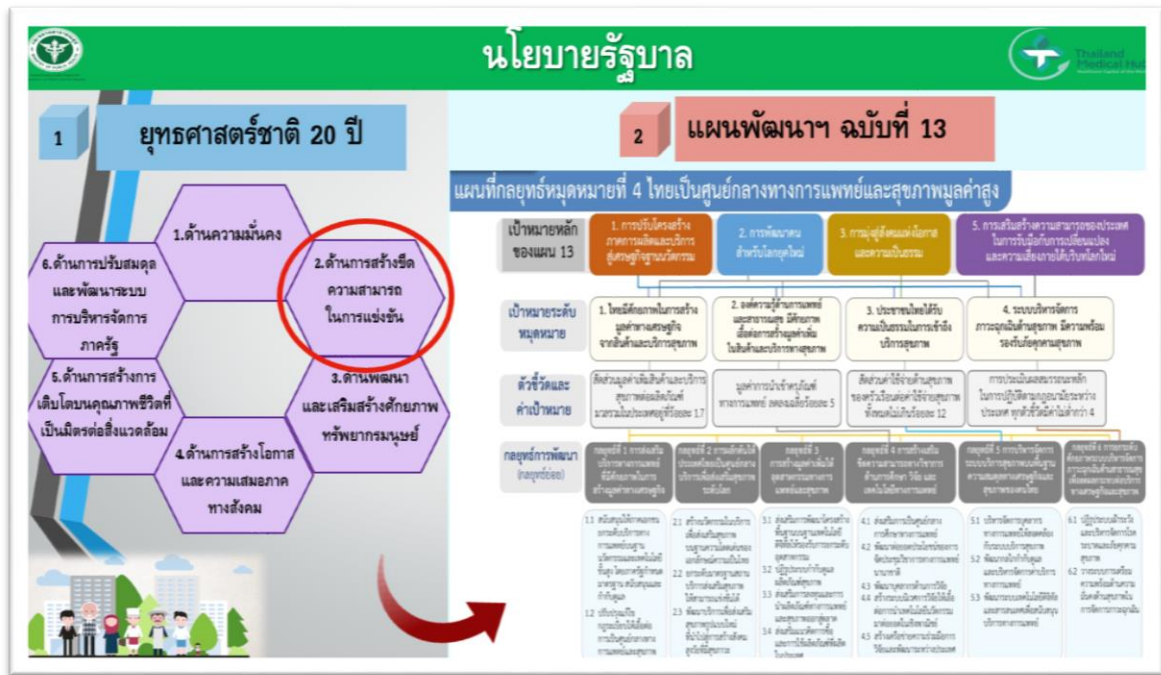
การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรคในช่องปากกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนไทยเป็นความท้าทายและเป็นงานวิจัยชิ้นแรกที่ริเริ่มนำโรคมามาประเมินมูลค่าทางเศรษฐกิจที่ผ่านมาไม่เคยใช้วิธีการดังกล่าว หลังจากเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทำให้โรคสุขภาพช่องปากมีอัตราเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ทันตแพทย์หญิงรักชนก นุชพ่วง ยังได้จัดทำงานวิชาการที่เป็นการทบทวนระบบสุขภาพและแผนสุขภาพช่องปาก ซึ่งพบว่าหลายประเทศกำหนดเรื่องสุขภาพช่องปากเป็นประเด็นสำคัญที่รัฐต้องให้การสนับสนุนและลงทุน ยกเว้นประเทศไทยที่ไม่มีการกำหนดเรื่องสุขภาพช่องปากหรืองานด้านทันตกรรมไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติแต่อย่างใด ทั้งนี้ หากมียุทธศาสตร์ระดับชาติในเรื่องดังกล่าวจะทำให้เกิดระบบหรือกลไกการดำเนินงานและมาตรการต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพ ที่ผ่านมาคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาด้านทันตสาธารณสุขไทยได้มีการพิจารณาศึกษาและมีข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดตั้งกรมทันตสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดยุทธศาสตร์ชาติด้านทันตสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม

ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้อภิปรายในประเด็น “THAILAND DENTAL HUB ประเทศไทยกับก้าวสำคัญสู่ศูนย์กลางการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากลเพื่อทันตสุขภาพ ความมั่นคงทางการแพทย์ เศรษฐกิจ และสังคมไทย เพื่อคนไทยทุกคน” โดยสรุปดังนี้

ระบบการดำเนินการรองรับการเป็นศูนย์กลางทันตกรรมนานาชาติ (Dental Hub) จากการที่รัฐบาลพัฒนายุทธศาสตร์ประเทศให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ตลอดระยะเวลา ๒๐ ปีข้างหน้าพบว่า สิ่งสำคัญ คือ การสร้างขีดความสามารถทางการแข่งขัน เพราะฉะนั้นการจะสร้างขีดความสามารถ



ทางการแข่งขันใดบ้างที่ประเทศไทยสามารถนำมาใช้ในการแข่งขันกับต่างประเทศได้ ทั้งนี้ ประเทศไทยกำลังอยู่ในภาวะที่วิกฤตพอสมควรในการสร้างรายได้ให้กับประเทศ รายได้ที่สำคัญ คือ รายได้จากการท่องเที่ยว ข้อมูลของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี ๒๕๕๔ มีนักท่องเที่ยวเข้ามาในประเทศไทย จำนวน ๑๙.๕ ล้านคน ผลสำรวจพบว่า ประมาณร้อยละ ๗๑ เข้ามาท่องเที่ยวในวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม อีกประมาณร้อยละ ๒๑ มาท่องเที่ยวด้านการดูแลสุขภาพ เมื่อเกิดภาวะน้ำท่วมปลายปี ๒๕๕๔ จะเห็นว่า การท่องเที่ยวทางวัฒนธรรมและธรรมชาติหายไปกลายเป็นการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมากขึ้น ในไตรมาส ๔ ปลายปี ๒๕๕๔ ที่เกิดสถานการณ์



น้ำท่วมนั้น นักท่องเที่ยวที่มาท่องเที่ยวทางวัฒนธรรมและธรรมชาติลดลงเหลือร้อยละ ๒๐ กลายเป็นการท่องเที่ยวช่องสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๐ ทั้งนี้ มีการคาดการณ์ว่า ภายหลังจากสถานการณ์ดังกล่าวการท่องเที่ยวน่าจะกลับมาเป็นเหมือนเดิม แต่พบว่าหลังปี ๒๕๕๔ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มเป็นร้อยละ ๕๐ ไม่ใช่ร้อยละ ๒๑ จนกระทั่งมีมุมมองว่า นักท่องเที่ยวที่มาจากประเทศไทยหากไม่ได้มาทำสปาหรือ wellness แสดงว่ามาไม่ถึงประเทศไทย ก่อนหน้านั้นหากนักท่องเที่ยวมาจากประเทศไทยจะต้องมาทานอาหารไทย เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่าการเพิ่มศักยภาพทางการแพทย์ของประเทศไทยมีความจำเป็นอย่างมาก รัฐบาลได้ปึกหมุดหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี ๒๕๖๐ - ปี ๒๕๗๐ เพื่อให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการแพทย์และสุขภาพที่มีมูลค่าสูง เมื่อหมุดหมายเกิดขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ จะเป็นการรองรับเรื่องดังกล่าว สิ่งสำคัญในหมุดหมายนี้กล่าวไว้ว่า การปรับโครงสร้างมูลค่าของสินค้าและบริการทางการแพทย์จะปรับโครงสร้างนี้โดยการปรับนวัตกรรม ฐานนวัตกรรมตรงนี้ คือ ฐานที่มองว่าจะเพิ่มมูลค่าสูงขึ้น ทำอย่างไรจะทำให้บริการของประเทศไทยมี know how มีนวัตกรรม จึงมียอดไปในปี ๒๕๕๔ ตอนนั้นมีผู้ใช้บริการต่างชาติมาใช้บริการที่ประเทศไทยประมาณร้อยละ ๒๐ ปี ๒๕๕๖ มีผู้มาใช้บริการทางการแพทย์ประมาณ ๑.๒ ล้านครั้ง ปีนั้น Bloomberg จัดให้ประเทศไทยเป็นที่ ๑ ของโลก ที่มีผู้ใช้บริการทางการแพทย์มากที่สุด จากการสอบถามนักท่องเที่ยวที่มาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทยว่า การมาใช้บริการในประเทศไทยเนื่องจากความพอใจในคุณภาพบริการของประเทศไทยใช่หรือไม่ นักท่องเที่ยวตอบว่า ไม่ใช่ แต่เขาพอใจใน hospitality และ service mind ของประเทศไทย ไม่ใช่พอใจในมาตรฐานหรือวิชาการ

ของประเทศไทย ทั้งนี้ ได้สอบถามคุณภาพของบริการทางการแพทย์ว่านักท่องเที่ยวต้องการสิ่งใด ซึ่งนักท่องเที่ยวต้องการ ๒ อย่าง คือ ๑) มาตรฐาน สิ่งที่ทำให้บริการมีมาตรฐานหรือไม่ และมาตรฐานนี้มี reference รองรับหรือไม่ ๒) มาตรฐานที่ผ่านการรับรองแล้ว มีข้อมูลอ้างอิงหรือไม่ หากสามารถตอบโจทย์ ๒ ประการนี้ได้ ประเทศไทยถือว่ามีคุณภาพในการให้บริการที่สูงมาก จากนั้นประเทศไทยได้มีการขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub สิ่งหนึ่งที่ทำให้ความสนใจ คือ Academic Hub มีมุมมองว่า ทำอย่างไร Academic Hub จะเป็น reference ให้กับ Medical Service Hub และ Wellness Hub ซึ่งมองว่า การจะสร้างมูลค่าเพิ่มในหมวดหมู่นี้จะต้องมีนวัตกรรมและความรอบรู้ที่แท้จริง การขับเคลื่อนภายใต้ยุทธศาสตร์ Medical Hub ตามมติคณะรัฐมนตรี คือ ๑. การพัฒนาศักยภาพในการให้บริการ Medical Hub ในประเทศไทยให้มีศักยภาพด้านการแข่งขันตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปีให้ได้ ๒. การเพิ่มมูลค่าธุรกิจบริการสุขภาพจากฐานเดิม หมายความว่า ฐานเดิมสามารถดำเนินการได้เท่านี้ และขอให้เพิ่มขึ้นมูลค่าทางเศรษฐกิจสุขภาพอีกร้อยละ ๕ ต่อปี ได้หรือไม่ ซึ่งเป็นความท้าทายที่ต้องดำเนินการให้ได้ และการเพิ่มมูลค่าตรงนี้ต้องเพิ่มจากความสามารถด้านคุณภาพอย่างแท้จริง ไม่ใช่ความพึงพอใจเรื่องสถานที่หรือการต้อนรับ ซึ่งประเทศไทยยังไม่เคยเป็น reference ระดับนานาชาติเรื่องใดของโลก แต่มีผู้มาใช้บริการที่ประเทศไทยมากที่สุดในโลก แสดงว่านักท่องเที่ยวพึงพอใจใน service mind ของประเทศไทย พึงพอใจในความเป็นไทย ดังนั้น ประเทศไทยจึงต้องเพิ่มเติมเรื่องมาตรฐานและคุณค่าทางวิชาการทั่วไป เชื่อว่าประเทศไทยสามารถเป็นผู้นำได้อย่างแน่นอน และ ๓. การสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันกับการจัดการบริการสุขภาพ เช่นเดียวกันประเทศไทยยังไม่มีการจัดการบริการสุขภาพที่ดี



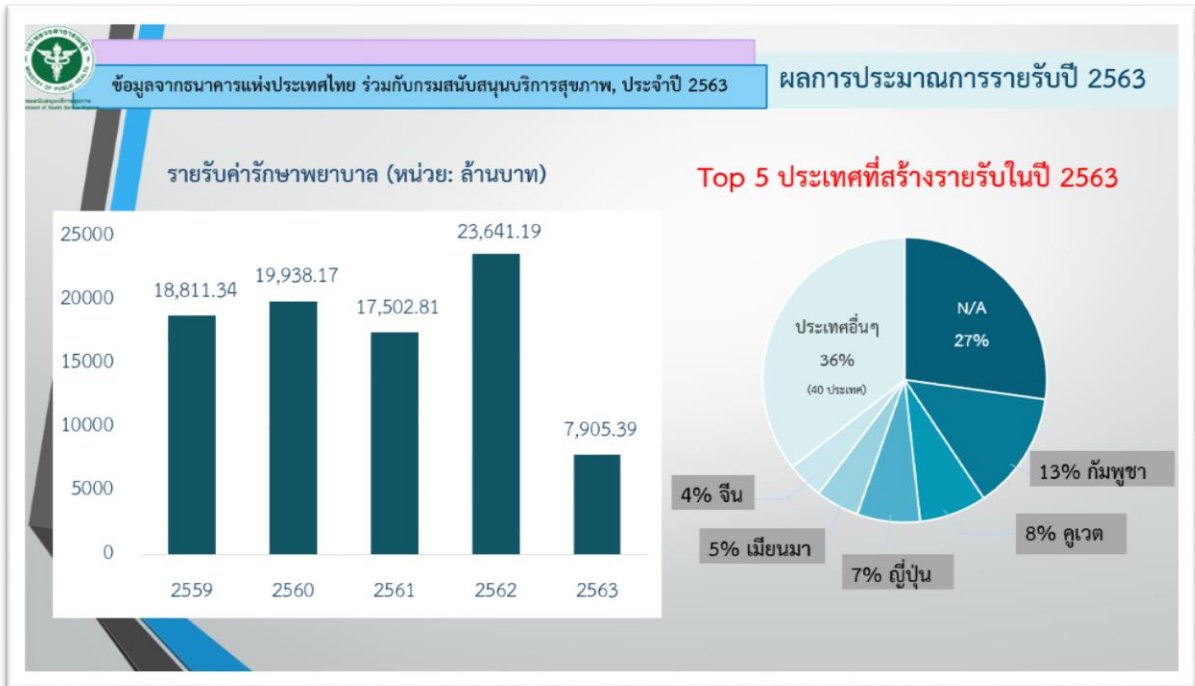
ภายใต้ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติมีกลไกของคณะกรรมการอำนวยการ ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เป็นประธานร่วมกัน กลไกของคณะกรรมการชุดนี้สามารถนำเรื่องสำคัญ ๆ เป็น flagship ของประเทศไทยเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีได้ และมีคณะอนุกรรมการ Medical Hub จำนวน ๔ ด้าน คือ ด้าน Wellness Hub ด้าน Medical Service Hub ด้าน Academic Hub และด้าน Product Hub จากภาพนั้น หากพิจารณากราฟจะเห็นว่า ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ ประเทศไทยมีนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เป็น Medical

Service ประมาณ ๒.๖ ล้านครั้ง ปี ๒๕๖๐ ประมาณ ๓.๓ ล้านครั้ง ปี ๒๕๖๒ ประมาณ ๓.๔๒ ล้านครั้ง และปี ๒๕๖๒ ประมาณ ๓.๔๖ ล้านครั้ง แต่ให้มองภาพย้อนหลังไปปี ๒๕๕๙ คือ ในปี ๒๕๕๖ มีนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เป็น Medical Service ประมาณ ๑.๒ ล้านครั้ง ทำให้ Bloomberg จัดให้ประเทศไทยเป็นที่ ๑ ของโลกที่มีผู้ใช้บริการทางการแพทย์มากที่สุดในโลก ก่อนสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในปี ๒๕๖๒ มีผู้ใช้บริการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่เป็น Medical Service ประมาณ ๓.๔๖ ล้านครั้ง แสดงให้เห็นว่ามีผู้มาใช้บริการมากกว่าปี ๒๕๕๖ กว่า ๓ เท่า แต่มูลค่าการรับบริการ ๓.๔๖ ล้านครั้ง เท่ากับการให้บริการของประเทศสิงคโปร์ จำนวน ๗ แสนล้านครั้ง มูลค่าของเงินเท่ากัน แต่ประเทศสิงคโปร์บริการรักษา จำนวน ๗ แสนครั้ง ประเทศไทยบริการรักษา จำนวน ๓.๔๖ ล้านครั้ง แสดงว่าประเทศสิงคโปร์คิดค่าบริการสูงกว่าประเทศไทย ประเทศสิงคโปร์ใช้สหรัฐอเมริกาและมหาวิทยาลัยแพทย์เป็น reference ในการสร้างความเชื่อมั่นให้กับลูกค้าที่มารับบริการทางการแพทย์ขั้นสูงที่ประเทศสิงคโปร์ แต่ประเทศไทยยังไม่มี reference นี่คือนี่คือสิ่งที่ประเทศไทยต้องพยายามสร้างงานวิจัย สร้างเวทีประชุมวิชาการให้ตอบสนอง Medical Service ให้ได้ ไม่ใช่ทำการวิจัยเรื่องใดก็ได้ แต่ต้องเป็นงานวิจัยที่ตอบสนอง magnet เช่น Dental Hub หรือ implant หรือเรื่องอื่นใด ต้องมีงานวิจัยรองรับมาตรฐานที่คิดว่าเป็นมาตรฐานระดับนานาชาติ และมีการจัดประชุมทางวิชาการนานาชาติในประเทศไทยในเรื่องต่าง ๆ จึงจะเป็น reference ที่สร้างความเชื่อมั่นและชิงความเป็นผู้นำด้านการแข่งขันให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ว่า จะนำเรื่องใดเป็นขีดความสามารถในการแข่งขันทางการค้าด้านสุขภาพได้ ซึ่งต้องใช้งานวิจัยและมาตรฐานที่ดี

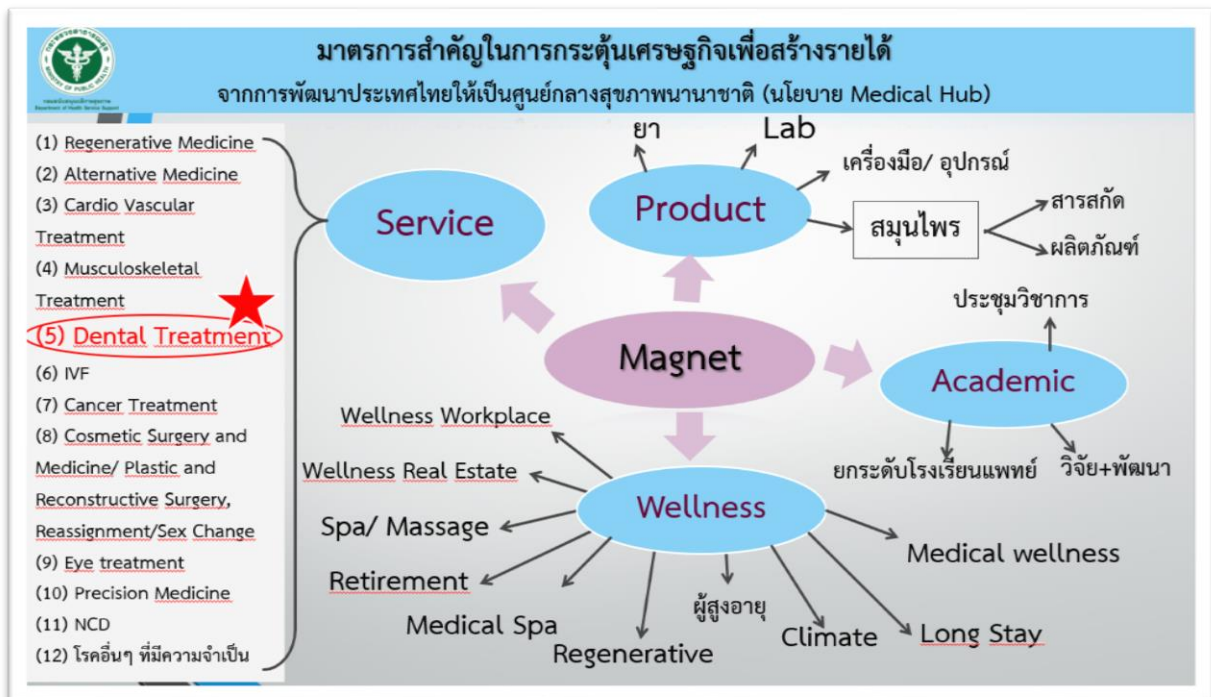


จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ที่ผ่านมา นักท่องเที่ยวต่างชาติลดลง รายได้จากนักท่องเที่ยวต่างชาติหายไป แต่กระทรวงสาธารณสุขถูกโรงพยาบาลเอกชนหรือภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง คิดว่าไม่เปิดให้ชาวต่างชาติเข้ามาในประเทศไทย ทำให้ภาคเอกชนขาดรายได้ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ จัดทำ Alternative Hospital Quarantine (ALQ) เพื่อให้ชาวต่างชาติที่เป็นคนไข้ของโรงพยาบาลสามารถ กลับเข้ามาใช้บริการรักษาที่เมืองไทยได้ ในขณะนั้นได้มีคนไข้ต่างชาติและญาติกลับเข้ามาบริการรักษา ในประเทศไทยประมาณ ๑๑,๔๒๖ กว่าราย สามารถสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาลเอกชนประมาณ ๔,๓๓๙,๕๓๑,๑๔๖ บาท ในช่วงแรกโรงพยาบาลเอกชนสามารถขับเคลื่อนไปได้ ตอนนั้นรัฐบาลยังไม่มียงบประมาณ

จ่ายค่ารักษาพยาบาลโรคโควิด ๑๙ ก็ต้องใช้ Alternative Hospital Quarantine ในส่วนของสนามกอล์ฟ ก็เช่นกันได้มีการจัดเป็น Golf Quarantine (GQ) มีนักกอล์ฟและผู้ติดตามประมาณ ๓๗๑ คน สร้างรายได้ ๔๐,๓๐๐,๐๐๐ บาท ให้กับสนามกอล์ฟในช่วงนั้น สนามกอล์ฟเปิดเพียง ๑ เดือนกว่า แล้วก็ปิด



จากภาพจะเห็นว่า ในปี ๒๕๖๑ รายรับค่ารักษาพยาบาลจาก ๑๗,๕๐๒ ล้านบาท เพิ่มขึ้น เป็น ๒๓,๖๔๑ ล้านบาท ในปี ๒๕๖๒ แต่เมื่อเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในปี ๒๕๖๓ รายรับค่ารักษาพยาบาลลดลงเหลือ ๗,๙๐๕ ล้านบาท ในช่วงที่เกิดการล็อกดาวน์มี ๕ ประเทศที่สร้างรายรับ ให้กับประเทศไทย คือ กัมพูชา ร้อยละ ๑๓ คุเวต ร้อยละ ๘ ญี่ปุ่น ร้อยละ ๗ เมียนมา ร้อยละ ๕ และจีน ร้อยละ ๔



มาตรการสำคัญในการกระตุ้นเศรษฐกิจเพื่อสร้างรายได้จากการพัฒนาประเทศไทยให้เป็น ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (นโยบาย Medical Hub) หากกล่าวถึง Magnet หรือบริการที่ชาวต่างชาติต้องการ ใช้บริการในประเทศไทย คือ Medical Service Hub จะเห็นว่า Dental Treatment เป็นกลไกหนึ่งที่ชาวต่างชาติ ที่เข้ามาในประเทศไทยต้องการใช้บริการด้านทันตกรรมในประเทศไทย ด้วยเหตุผลที่ทันตแพทย์คุยได้ง่าย บริการดี มีมาตรฐาน และค่าใช้จ่ายไม่สูง นี่ก็เป็น Magnet หนึ่งที่ทำให้ความสนใจ นอกจากนี้ยังมีเรื่อง Regenerative Medicine, Alternative Medicine, Cardio Vascular, Musculoskeletal Treatment, IVF, Cancer Treatment, Cosmetic Surgery and Medicine/ Plastic and Reconstructive Surgery, Reassignment/Sex Change, Eye treatment, Precision Medicine, NCD และโรคอื่น ๆ ที่มีความจำเป็น และเป็นบริการที่คัดเลือกมา เนื่องจากเป็นบริการที่ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการที่ประเทศไทยมากที่สุด ทั้งนี้ เป็นไปได้หรือไม่หากมีการพัฒนา Academic งานวิจัย เพื่อรองรับ Medical Service Hub โดยเชื่อมโยง Academic ให้เข้ากับ Medical Service Hub ทำให้ Dental Hub ได้รับการยอมรับ เพราะฉะนั้นการประชุม วิชาการนานาชาติ หรือการยกระดับโรงเรียนแพทย์ เพื่อรองรับ Medical Service Hub และพัฒนา Academic ปัจจุบันไม่ได้มีการดำเนินงานร่วมกันต่างฝ่ายต่างดำเนินการ และไม่ได้สนับสนุนเรื่องทันตกรรมแต่อย่างใด เพราะฉะนั้น Dental Hub ที่ผ่านมาจึงไม่ได้ถูกสนับสนุนตรงส่วนนี้ สิ่งนี้คือ Key point success เรื่องหนึ่ง ที่น่าสนใจ หากกล่าวถึงผลวิจัยที่ชาวต่างชาติต้องการว่าคุณภาพคืออะไร ชาวต่างชาติต้องการ reference ที่รองรับมาตรฐานทางการแพทย์ที่รับบริการ



(ร่าง) แนวทางการยกระดับให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทันตกรรมนานาชาติ (Dental Hub) จากภาพจะเห็นว่า กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้รับบริการชาวต่างชาติ/Resident/Expat/ชาวไทยผู้มั่ง โดยกำหนดให้ จังหวัดภูเก็ตเป็นพื้นที่นำร่อง มีคลินิกทันตกรรมสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๒๓ แห่ง มีการกำหนดแนวทาง เป็นการประเมินความพร้อมคลินิกที่เข้าร่วมโครงการ โดยต้องเป็นคลินิกที่ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการ สถานพยาบาล มีการคัดกรองก่อนรับการรักษา มีการทำแผนการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษร มีการถ่ายภาพ รังสีประกอบการวินิจฉัยโรคเครื่องมือทันตกรรมผ่านการปลดเชื้อ มีการคัดเลือกบริการที่เป็น Magnet สร้างมูลค่า ในจังหวัดภูเก็ตจะเน้นบริการทันตกรรมเพื่อความสวยงาม (Aesthetic) มีการกำหนดค่าบริการ

แบบราคาเดียว (One Price Policy) ทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ ค่าบริการทางทันตกรรมแตกต่างกันได้ในแต่ละคลินิก มีการพัฒนา Application/Platform กลางสำหรับเชื่อมโยงคลินิกทันตกรรมในพื้นที่นำร่อง มีสื่อประชาสัมพันธ์/QR Code ดาวน์โหลดแอปพลิเคชันบนสายการบิน ค้นหาด้วยชื่อหัตถการ/ชื่อทันตแพทย์/การนัดหมาย สามารถอัปโหลดภาพถ่าย/ประวัติการรักษา การพัฒนาศูนย์ล่าม /Claim Center และระบบไกล่เกลี่ยข้อพิพาท (Medical Mediator) ซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องมีการพัฒนา เพื่อก่อให้เกิดกลไกการ Claim ประกันกับบริษัทประกันต่างชาติ โดยชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการแล้วไม่ต้องจ่ายค่าบริการ สามารถใช้บริการส่วนตน Claim ให้โดยผ่าน Platform กลางด้าน Dental Hub และให้กระทรวงการต่างประเทศไปเจรจากับบริษัทประกันของแต่ละประเทศ เพราะฉะนั้นด้วยกลไกเหล่านี้จะสามารถปกคลุมประเทศไทยเป็นศูนย์กลาง Dental Hub ได้ โดยเริ่มต้นที่จังหวัดภูเก็ตเป็นพื้นที่นำร่อง ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีความพร้อมอย่างมาก นอกจากนั้นจะมีการจัดทำระบบ Payment Mechanism การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกับบริษัทประกันต่างประเทศ (Self paid/Insurance/Platform ใบเสร็จ) มีการพัฒนาระบบ Tax Refund/ พัฒนารูปแบบ Agency (เน้นกลุ่ม Retire) ซึ่งจะได้มีการประสานงานกับท่าอากาศยานในประเทศ เพื่อทำให้การบริการทันตกรรมที่มีภาษีสามารถขอคืนภาษีได้ และสามารถนำบิลนี้ไปลดหย่อนภาษีที่ประเทศตนเองได้ด้วย ขณะนี้อยู่ระหว่างการเจรจากู้ค่าระหว่างประเทศ มีระบบการรายงานผลการรักษา เพื่อสอบถามความพึงพอใจในการรับบริการรักษาของชาวต่างชาติ และนำมาปรับปรุงบริการด้านทันตกรรม มีการพัฒนาระบบอำนวยความสะดวกด้านการตรวจลงตราชาวต่างชาติ ภาครัฐส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์ สร้างแบรนด์ของประเทศ ประชาสัมพันธ์บนสายการบิน จัดกิจกรรม Roadshow และหากสามารถเชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในภูมิภาค/รูปแบบอื่นร่วมกับบริการด้านทันตกรรมได้จะก่อให้เกิดมูลค่าและสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจให้กับประเทศ บริการด้านทันตกรรมสามารถสร้าง GDP ได้ร้อยละ ๑.๗ ของมูลค่ารวมของ GDP ตามหมุดหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓

หลักเกณฑ์คลินิกทันตกรรมที่เข้าร่วมเป็น Dental Hub ใน Phase 1 เป็นคลินิกที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตหรือใกล้เคียง ผู้ประกอบการจัดให้มีองค์ประกอบหลัก ดังนี้

หมวด ๑ : ลักษณะโดยทั่วไปเป็นไปตามที่ได้รับใบอนุญาตตามกฎหมาย

หมวด ๒ : ลักษณะที่ต้องจัดให้มี

๒.๑ ด้านสถานที่ : โครงสร้างปลอดภัย สะอาด ทำความสะอาดอุปกรณ์เสมอ

๒.๒ ด้าน COVID Free Setting : จัดจุดคัดกรองผู้รับบริการ มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด ๑๙ อย่างเคร่งครัด

๒.๓ ด้านการรักษา : มีการคัดกรองก่อนให้การรักษา ครอบคลุมข้อมูลทางการแพทย์ เครื่องมือปลอดเชื้อ

๒.๔ ด้านผู้ให้บริการ : มีบุคลิกภาพและการแต่งกายเหมาะสม มีศักยภาพในการสื่อสารภาษาอังกฤษ

๒.๕ ด้านข้อมูลหรือเอกสาร : มีเอกสารประกอบการบันทึกหรือสื่อสาร

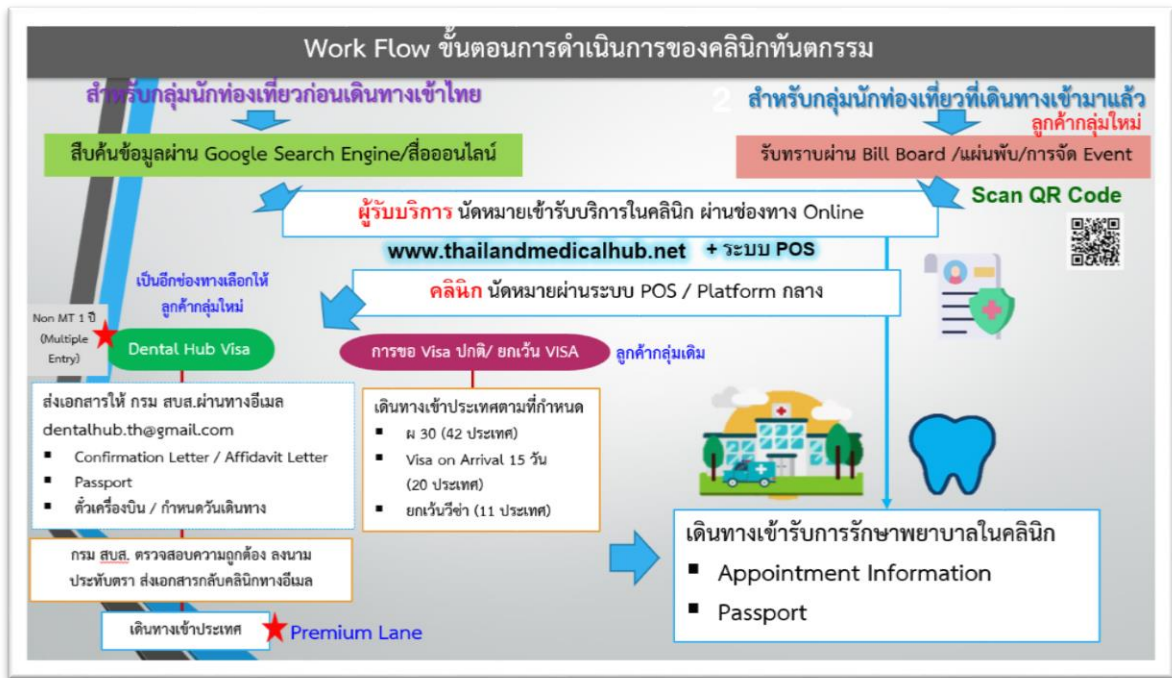
หมวด ๓ : ระบบฐานข้อมูลในการ Appointment ของสถานประกอบการต้องจัดเตรียม/ Application/ COVID Commander/ แฟ้มบุคคล

บริการทันตกรรมที่มีศักยภาพ (Dental Services) อยากรให้ทางกลุ่มคลินิกแต่ละจังหวัด มีการคัดเลือกบริการทันตกรรมขึ้นมา เช่น จังหวัดภูเก็ตเน้นเรื่องความสวยงามของการทำฟัน แต่ก็มีบริการ

ทันตกรรมทุกอย่าง เพียงแต่เน้นเรื่องความสวยงามและบริการที่มีศักยภาพ ทางแต่ละพื้นที่ต้องสกัดออกมา หากเป็นไปได้จะมีศูนย์ให้คำปรึกษาเรื่องนี้ในระบบของจังหวัดที่ดี เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่าคนต่างชาติเข้ามา ในประเทศ จะพบว่าจังหวัดมีการให้คำปรึกษาอย่างไร



(ร่าง) ข้อกำหนดกลางมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) รองรับการเป็นศูนย์กลางทันตกรรมนานาชาติ (Dental Hub) กองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ลงพื้นที่ที่จังหวัดภูเก็ต เพื่อจัดทำ SOP ร่วมกับหน่วยงานในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต เริ่มจากการเตรียมความพร้อมก่อนนักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามาในประเทศและเมื่อนักท่องเที่ยวเข้ามาในประเทศแล้ว ซึ่งนักท่องเที่ยวที่เข้ามาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ๑) Self-Pay และ ๒) Insurance มีการกำหนดรูปแบบการเดินทางโดย ๑. ผ่าน Agency และ ๒. เข้ามาด้วยตนเอง มีการนัดหมายผ่าน Platform กลาง ระยะ ๑ : คลินิกนัดหมายเองและตอบคำถามผ่านระบบ AI ระยะ ๒ : มีศูนย์ล่ามกลาง ทำการนัดหมายและตอบคำถาม ในการเดินทางเข้ามาประเทศไทย จะมีการกำหนดช่องทางพิเศษ (Dental Premium Lane) และมีรถรับจากสนามบินไปส่งที่โรงแรมและคลินิกทันตกรรม ทั้งนี้ ได้มีความพยายามที่จะทำให้การเดินทางสำหรับนักท่องเที่ยวที่เข้ามาในโครงการ Dental Hub แตกต่างจากนักท่องเที่ยวในระบบปกติ โดยทำเป็น Dental Hub Visa ขึ้นมา เพื่อให้มีเส้นทางที่เป็น Premium Lane สำหรับกลุ่มลูกค้าทันตกรรมโดยเฉพาะ เพื่อเป็นการสร้างความได้เทียบในการแข่งขันทางการค้าระดับนานาชาติ จะมีความแตกต่างจากระบบปกติ ซึ่งระบบปกติอาจมีการนัดหมาย application ผ่านเว็บไซต์ของ Thailand Dental Hub และเข้าสู่กลไกในการรับบริการ รวมทั้งยังสามารถเป็นตัวอย่างให้กับบริการอื่นในประเทศได้ด้วย



จากภาพเป็นขั้นตอนการดำเนินงานคลินิกทันตกรรม ซึ่งมี ๒ ช่องทาง คือ Dental Hub Visa และช่องทางปกติ ผู้รับบริการนัดหมายคลินิกผ่านช่องทางที่เลือกไว้ ซึ่งอยากให้ช่องทาง Dental Hub Visa เป็นช่องทางที่ทั่วโลกรู้จักจึงได้สร้าง Dental Premium Lane ขึ้นมา จากนั้นจะมีการนัดหมายผ่านระบบ POS ซึ่งเป็นระบบที่สร้างไว้เพื่อรองรับการนัดหมาย โดย Platform กลาง ซึ่งนักท่องเที่ยวที่เข้ามาใช้บริการทางทันตกรรมไม่ต้องจ่ายเงิน แต่บริษัทประกันต่างประเทศจะ Claim ผ่านกลไกศูนย์ Claim

(ร่าง) แผนการดำเนินงาน Thailand Dental Hub นำร่องจังหวัดภูเก็ต มีการกำหนดไว้ ๒ เดือน คือ เดือนกันยายนถึงเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ดังนี้

ไตรมาสที่ ๑ ของเดือนกันยายน ๒๕๖๕ : ประกาศหลักเกณฑ์คลินิกทันตกรรมที่เข้าร่วมโครงการ Thailand Dental Hub

ไตรมาสที่ ๒ ของเดือนกันยายน ๒๕๖๕ : รับสมัครคลินิกทันตกรรมเข้าร่วมโครงการ Thailand Dental Hub ผ่านอีเมล dentalhub.th@gmail.com

ไตรมาสที่ ๓ ของเดือนกันยายน ๒๕๖๕ : ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ Thailand Dental Hub

ไตรมาสที่ ๔ ของเดือนกันยายน ๒๕๖๕ : ประกาศรายชื่อคลินิกทันตกรรมที่เข้าร่วมโครงการ Thailand Dental Hub และมอบใบประกาศฯ และคณะกรรมการลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมคลินิกทันตกรรม

ไตรมาสที่ ๑ ของเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ : เชื่อมระบบการนัดหมายผ่านเว็บไซต์ www.thailandmedicalhub.net และระบบ POS

ไตรมาสที่ ๒ ของเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ : ประชาสัมพันธ์โครงการ Thailand Dental Hub ไปยังกลุ่มเป้าหมาย

ไตรมาสที่ ๑ ของเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕ : เปิดระบบ Thailand Dental Hub ปัจจุบันก็มีการเปิดให้บริการผ่านกลไกของเว็บไซต์ Thailand Dental Hub

ปัจจุบันมีการเชื่อมระบบ Website เพื่อการประชาสัมพันธ์ www.thailandmedicalhub.net หากคลิกเข้าไปใน Website ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จะมีรายชื่อคลินิกทันตกรรมที่เข้าร่วมโครงการจำนวน ๒๓ แห่ง ซึ่งเป็นโมเดิร์นาร่อง และมีระบบการเชื่อมโยงระบบนัดหมาย

การเตรียมการรองรับการเป็นศูนย์กลางทันตกรรมนานาชาติ (Dental Hub) ดังนี้

๑. กำหนดราคากลางแบบ One Price Policy (ราคาที่คลินิกระบุไว้ต้องตรงกับข้อมูลบนเว็บไซต์)

๒. เจรจากับ Agency เพื่อนำผู้รับบริการเข้าประเทศในรูปแบบต่าง ๆ เช่น บุคคลทั่วไป/โรงแรม/บริษัทนำเที่ยว เป็นต้น

๓. เจรจากับบริษัทประกันในต่างประเทศ กรณีต้องการเบิกจ่ายค่ารักษา/ การส่งต่อ

๔. กำหนดบริการเสริมเพิ่มเติม (Additional Service) เช่น โรงแรม/ที่พัก ยานพาหนะ แพคเกจพิเศษด้านสุขภาพ (นวด/สปา/Wellness/Fitness) การ Shopping ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/OTOP การเชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยว เป็นต้น

๕. เจรจาช่องทางการเข้าประเทศ กรณี Dental Hub Visa ให้มีความสะดวกรวดเร็ว (Premium Lane)

๖. พัฒนาศูนย์ล่ามกลางของประเทศ ให้มีบริการ Need Assistant และ Customer Satisfaction Index พร้อมจัดทำ Platform กลาง

๗. เจรจากับภาครัฐในต่างประเทศให้ผู้รับบริการสามารถลดหย่อนภาษีประจำปีในประเทศตนเองได้ (Income Tax Refund)

ความต้องการของคลินิกทันตกรรมระยะสั้น คือ ๑) เพิ่มสายการบินตรง ๒) ค้นหากลุ่มลูกค้าใหม่ ๆ ๓) พัฒนาระบบการเคลมประกัน และ ๔) พัฒนาระบบการชำระค่ารักษาด้วยบัตรเครดิต

ความต้องการของคลินิกทันตกรรมระยะยาว คือ ๑) การพัฒนาหลักสูตรร่วมกับทันตแพทยสภา และคณะทันตแพทยศาสตร์ ๒) การผลิตบุคลากร ได้แก่ ช่างทันตกรรม ๓) การพัฒนาศูนย์แลปทันตกรรม ๔) การผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์เพิ่ม พร้อมทั้งพัฒนาทักษะ ๕) ความหลากหลายของยาชาที่ใช้ในทางทันตกรรม ต้องการให้มีตัวเลือกเพิ่มขึ้น ๖) การตลาดต่างประเทศ การเปิดคลินิกทันตกรรมในต่างประเทศ เช่น เวียดนาม บาหลี ๗) ส่งเสริมการลงทุนด้านโรงพยาบาลทันตกรรมต้นแบบในจังหวัดภูเก็ต ๘) การพัฒนา Excellent Center ด้านทันตกรรม เช่น Excellent Center ด้าน Implant ๙) การพัฒนาศูนย์ล่าม/Work Permit/ทักษะภาษาอังกฤษ ๑๐) การพัฒนาศูนย์การศึกษาด้านทันตกรรมนานาชาติ การพัฒนาหลักสูตรอบรมด้านมาตรฐานสากล

แนวทางการดำเนินการต่อไป คือ ๑) บรรจุเป็น Flagship Project ด้านทันตกรรมแบบครบวงจร เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาต่อไป ๒) ขยายผลการดำเนินโครงการไปยังภูมิภาคอื่น ๆ ได้แก่ กรุงเทพฯ / พัทยา เป็นต้น ๓) เชื่อมโยงภาคการศึกษาในการผลิตบุคลากรเฉพาะด้านในระดับ Undergraduate ๔) พัฒนาให้เกิดโรงพยาบาลทันตกรรมเฉพาะทาง ๕) เชื่อมโยงเครื่องมืออุปกรณ์ทางด้านทันตกรรม ๖) สนับสนุนให้เกิดการลงทุนในธุรกิจด้านทันตกรรม ๗) เชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่ที่มีศักยภาพ เช่น Andaman Wellness Economic Corridor (AWC)

ต่อมา นางเสาวภา จงกิตติพงศ์ ผู้อำนวยการกองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับประเด็นอภิปรายดังกล่าว โดยสรุปดังนี้



โครงการ Thailand Dental Hub เป็นเครื่องยนต์ตัวใหม่ที่จะขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ลงพื้นที่ไปหารือร่วมกับคลินิกที่เข้าร่วมโครงการในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต การลงพื้นที่ในครั้งนั้นกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีการเตรียมจัดงานใหญ่ระดับโลกคือ Specialized Expro ซึ่งเสนอให้มีการจัดที่จังหวัดภูเก็ตและประเทศไทยเป็น candidate หนึ่งในภารกิจหลักและองค์ประกอบหลักของการที่

ประเทศไทยจะได้เป็นเจ้าของภาพ คือ เรื่อง Dental Hub ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ข้อกำหนดกลางมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) รองรับการเป็นศูนย์กลางทันตกรรมนานาชาติ (Dental Hub) ถือเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่สำคัญมากในการเปิดระบบ ช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ จะเห็นว่า เมื่อจะประกาศระบบใดก็ตามต้องมีหลักเกณฑ์และอธิบายวิธีการดำเนินการ การที่จะประกาศให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลาง Dental Hub ในคลินิก ๒๓ แห่ง สิ่งแรกจะต้องมีกฎและกติการ่วมกันที่เรียกว่า SOP โดยปกติ SOP แบ่งเป็น ๔ ด้านหลัก คือ ๑. Pre Arrival ก่อนที่นักท่องเที่ยวจะเดินทางเข้ามาในประเทศไทยต้องมีการเตรียมความพร้อมในระบบทั้งผู้รับบริการ ญาติ และคลินิกทันตกรรม ๒. Arrival การเดินทางเข้ามาในประเทศไทยผ่านช่องทางบก ทางน้ำ หรือทางอากาศ เพราะฉะนั้นจังหวัดภูเก็ตจะเป็นตัวอย่างของการเดินทางเข้ามาในประเทศไทยได้ทั้ง ๓ ช่องทาง ๓. Occupy เป็นขั้นตอนที่สำคัญมากที่ต้องอธิบายถึง โดย ๑) ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลและเจ้าหน้าที่เตรียมการต้อนรับและการลงทะเบียนการคัดกรองก่อนรับการรักษา ๒) การระบุตัวตนผู้ป่วย และหัตถการก่อนการรักษา การตรวจและวินิจฉัย ๓) การสื่อสาร วางแผนการรักษา และบันทึกข้อตกลงรับการรักษา ๔) การควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control) ๕) การให้คำแนะนำหลังการรักษาและยา ๖) การนัดหมายและชำระเงิน ๗) การส่งเอกสาร รายงานการรักษาผู้เข้ารับบริการ ๘) การจัดการข้อร้องเรียนจากผู้รับการรักษา (ระหว่างพัก) ๙) การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน (ระหว่างรักษา) และ ๔) Return Home โดยการส่งข้อมูล Report ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ Customer Satisfaction Index (ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ) และมีการ Income Tax Refund ในประเทศตนเอง

การทำ SOP ขั้นตอนที่ ๑ ต้องมีการเตรียมเอกสารเดินทาง นักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามาต้องมีหนังสือเดินทาง และกรณีของการเปิดระบบตรงนี้จะมีการผลักดันให้สามารถนำผู้ติดตามเข้ามาได้อีกไม่เกิน ๓ คน ซึ่งจะเทียบเคียงกับเรื่องการยกเว้นวีซ่า ๙๐ วัน หรือระบบอื่น ๆ เพราะฉะนั้นกลุ่มลูกค้าที่จะเข้ามาสามารถเข้ามาได้ทั้งผู้ป่วยเองและผู้ติดตาม เพื่อมาทำหน้าที่เป็นเจ้าของใช้ ในการมาวางแผนการรักษากับแพทย์หรือทันตแพทย์ และเป็นผู้ที่รับผิดชอบทางด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จะเห็นว่า การเปิดระบบของประเทศไทยเป็นจุดสำคัญที่นำนักท่องเที่ยวคุณภาพสูงเข้ามาสู่ประเทศไทย ขณะนี้ระบบการตรวจลงตราที่เปิดแล้วคือไม่ต้องขอวีซ่า ๙๐ วัน ซึ่งในส่วนของวีซ่ามีทั้งหมด ๑๑ ประเทศ ได้แก่ กลุ่มประเทศ CLMV กลุ่มประเทศ GCC และจีน ในด้านทันตกรรมกลุ่มเป้าหมายส่วนหนึ่งอยู่ในกลุ่มนักท่องเที่ยวกลุ่มดังกล่าว และอีกส่วนหนึ่งเป็น

นักท่องเที่ยวชาวยุโรปและสหรัฐอเมริกา เนื่องด้วยต้นทุนต่อหน่วยการรักษาพยาบาล และ Arrival ที่มีอยู่ในประเทศ ทั้งนี้ ในอนาคตกำลังเสนอเรื่องเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี เรียกว่า Non - Medical Treatment Visa คือ วีซ่าเพื่อการรักษาพยาบาลมีอายุ ๑ ปี ซึ่งสามารถขอวีซ่าได้ทุกประเทศและมีผู้ติดตามเข้ามาได้ ส่วนอื่นที่เห็นและเป็นปัจจุบัน คือ หากประเทศไทยทำความตกลงร่วมกับประเทศเหล่านั้นไม่ต้องขอวีซ่า เช่น กลุ่มสแกนดิเนเวีย สามารถอยู่ในประเทศไทยได้ ๓๐ วัน หรือหากมีความจำเป็นต้องอยู่ยาวกว่านั้นก็จะเป็น Medical Treatment Visa ปกติ ในอนาคตกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเห็นความจำเป็นที่ผู้ป่วยเข้ามา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาพยาบาลเท่านั้น จึงได้มีการออกแบบ Non - Medical Treatment Visa ซึ่งจะได้นำเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาต่อไป



การเข้ามาในประเทศไทยเพื่อการรักษาพยาบาลจะต้องมีวัตถุประสงค์เฉพาะต่างจากนักท่องเที่ยวปกติ หรือเข้ามาเป็น business หรือเข้ามาพำนักระยะยาว ดังนั้น จะต้องมียกเอกสารที่แสดงวัตถุประสงค์ที่ใช้กันปกติเรียกว่า ใบ confirmation letter จะเป็นแบบฟอร์ม เพราะฉะนั้นทันตแพทย์เจ้าของไข้ต้องกรอกรายละเอียดข้อมูลในแบบฟอร์มนี้ แพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ลงนาม เอกสารนี้สำคัญมาก จะถูกส่งไปที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพหรือในอนาคตอาจให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือหน่วยงานอื่นเป็นผู้ดำเนินการ ในแบบฟอร์มนี้จะใช้ประกอบการเข้ามาในประเทศไทยเพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าว และหากมีผู้ติดตามเข้ามาจะมีเอกสารที่เรียกว่า affidavit letter เป็นเอกสารที่ผู้ป่วยเป็นผู้รับรองคนที่เข้ามาว่าเป็นผู้ติดตาม ดังนั้น เอกสาร ๒ ฉบับนี้ จะถูกเดินทางมาพร้อมกับหนังสือเดินทางราชการและส่งไปที่ช่องทางตามระบบ เมื่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้รับหนังสือฉบับนี้แล้วจะดำเนินการตามขั้นตอนเสนอไปยังกระทรวงการต่างประเทศ เพราะฉะนั้นรายชื่อของผู้ป่วยและรายชื่อผู้ติดตามจะถูกส่งไปที่สถานทูตหรือสถานกงสุลทั่วโลก ซึ่งจะทำให้ทราบว่าบุคคลกลุ่มนี้เป็นลูกค้าของประเทศไทย เมื่อเดินทางเข้าสู่ประเทศไทย หากเป็นกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เข้าหลักเกณฑ์ไม่ต้องขอวีซ่าจะผ่านพิธีการเฉพาะการตรวจคนเข้าเมืองของสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองในประเทศไทย แต่หากต้องขอวีซ่ากรณีที่เป็น ๑ ปี สถานทูตก็จะทราบ priority อันนี้คือประโยชน์อย่างมากที่จะสมัครเข้าร่วมโครงการ

การแสดงวัตถุประสงค์เฉพาะจะต้องมีการระบุว่า ๑. มีหนังสือ appointment กับคลินิกเจ้าของไข้หรือโรงพยาบาลเจ้าของไข้ ซึ่งแบบฟอร์มนี้เป็นสิ่งสำคัญที่ระบุวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการว่าจะอยู่ในประเทศไทยกี่วัน เข้ามาใช้บริการใดบ้าง เพื่อให้ประกอบการขอวีซ่าหรือไม่ต้องขอวีซ่าในการเข้าประเทศ หากผู้ป่วยมีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลในต่างประเทศก็แนบ medical record มาให้ หรือหากมีประวัติ เช่น มาจากประเทศที่ต้องฉีดวัคซีน เป็นโรคอื่น ๆ ก็แนบมา เอกสารเหล่านี้เป็นเอกสารที่ต้องเตรียมตัวในช่วง Pre Arrival เมื่อทุกอย่างพร้อมและรายชื่อถูกส่งมาจากสถานทูตเรียบร้อยแล้ว ก็สามารถดำเนินการได้

แต่ในขณะนี้อยู่ระหว่างการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ หากไม่มีประกาศพระราชกำหนดดังกล่าวระบบทุกอย่างจะเป็นปกติ และสามารถเปิดระบบได้ในเดือนกันยายน หากยังมีการประกาศใช้พระราชกำหนดดังกล่าวอยู่ระบบดังกล่าวจะต้องเสนอไปที่ สบค. เพื่อขออนุญาตเปิดระบบตรงนี้ การกลับเข้ามาในประเทศไทยปกติมีระบบ Alternative hospital Quarantine ทั้งนี้ มีการปิดระบบไปในช่วงที่มีประกาศสถานการณ์คลี่คลาย แต่ระบบตรงนี้จะถูก pop - up เพื่อวัตถุประสงค์ในการเข้ามารักษาพยาบาลด้านทันตกรรม เมื่อเดินทางมาถึงประเทศไทยผ่านช่องทางบก ทางน้ำ หรือทางอากาศ ทั้งนี้ การเดินทางผ่านช่องทางอากาศ กรณีเดินทางมาถึงสนามบินนานาชาติสุวรรณภูมิจะมีเจ้าหน้าที่ที่ Counter Service ที่สนามบินไปดูแลลูกค้าของคลินิกทันตกรรมทุกราย เมื่อลูกค้าเดินทางมาถึงประเทศไทยอันดับแรกต้องผ่านด่าน health control ของกรมควบคุมโรค แล้วผ่านไปยังด่านของสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง และผ่านพิธีการศุลกากร และไปรับกระเป๋า ดังนั้น ขั้นตอนของ customer journey หรือ Passion Journey จะเป็นเช่นนี้



เมื่อนักท่องเที่ยวเดินทางมาถึงสนามบินภูเก็ตจะมีจุดที่เรียกว่า drop on และ drop off หากมีการจัดรถรับ - ส่ง เช่น โรงแรมส่งรถไปรับก็ต้องมีการแสดงจุดนัดหมายที่รับ เนื่องจากเข้าไปในเขตพื้นที่หวงห้าม หรือหากไม่ใช้รถของโรงแรม หรือเป็นรถสาธารณะ จะมีการระบุไว้ว่า เป็นการพาผู้ป่วยและผู้ติดตามออกจากสนามบิน ทั้งนี้ การเดินทางมาทางบกหรือทางน้ำก็จะมีขั้นตอนเดียวกัน หลังจากนั้นจะพานักท่องเที่ยวไปส่งที่โรงแรมหรือไปยังคลินิกทันตกรรม เพื่อทำการคัดกรอง ลงทะเบียน และวางแผนการรักษา หากมีประกัน ก็จะต้องมีการวางแผนเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ และเข้าสู่ระบบการเตรียมตัว เพราะฉะนั้น Occupy จะเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพตามการรักษาที่กำหนด และดูแลผู้ป่วยจนเสร็จสิ้นการรักษา เพราะฉะนั้นตรงนี้จะป็นขั้นตอนที่แต่ละ episode ของการรักษาจะมีความต่างกับประเภทของคลินิกและประเภทของหัตถการ และมีการวางแผนการรักษากับ third party ต่าง ๆ ที่จำเป็น หรือหากผู้ป่วยต้องส่งต่อคลินิกที่เข้าร่วมโครงการต้องมีโรงพยาบาลในเครือข่ายส่งต่อเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง ตรงนี้ Occupy จะเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพทั้งหมด เมื่อ Return Home เจ้าของคลินิกมีหน้าที่ในการทำ richest family ส่งกลับมาให้กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทราบว่าเป็นคนต่างชาติแล้วมีชาวต่างชาติกลับเข้ามาในประเทศไทย เพื่อการรักษาพยาบาลที่มีศักยภาพสูง และมีขีดความสามารถสูงจำนวนเท่าใด โดยแยกเป็นรายสัญชาติ หากลูกค้าของคลินิกทันตกรรมมี record เข้ามามากและจำเป็นต้องเปิดระบบ รายชื่อและสัญชาติจะสำคัญอย่างมาก ล่าสุดได้รับหนังสือร้องขอจากสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เช่น ประเทศลิเบีย อยากมารับบริการทันตกรรมในประเทศไทย แต่ไม่มีสถานทูตไทยอยู่ในประเทศลิเบีย และเป็นกลุ่มที่กำลังมีศักยภาพสูง ดังนั้น หากได้รายชื่อและสัญชาติดังกล่าวจะมีการประชุมกับกระทรวงการต่างประเทศ สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนักท่องเที่ยวจาก

ประเทศลิเบียหากเข้ามาในประเทศไทยจะเป็น Visa on Arrival หรือไปบรรจุในชั้นของ Non - Medical Treatment Visa อายุ ๑ ปี เพราะฉะนั้นการส่งข้อมูลดังกล่าวจึงสำคัญมาก

การรักษาพยาบาล duration of stay จะต้องระบุแนวปฏิบัติต่าง ๆ และกรณีเรื่องของรายได้ อาจจะเป็นรายได้รวมทั้งหมด เพื่อตอบโจทย์เรื่อง GDP หรือความสำเร็จ หากกรณีที่มี third party ที่ต้อง claim จะต้องมีการหารือร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อออกแบบระบบที่ให้ครอบคลุมผู้ป่วยและผู้ติดตามให้สามารถเข้ามารับการักษาพยาบาลแล้วตรงกับวัตถุประสงค์มากที่สุด

หลังจากที่มีการขับเคลื่อนกับทางจังหวัดภูเก็ตเสร็จเรียบร้อยแล้ว ยังมีคลินิกที่น่าสนใจอยู่ที่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และพัทยา ที่จะเชิญชวนเข้ามาสู่ platform ตรังนี้ และอนาคตอาจจะมีการขับเคลื่อน ในนามของ Medical Hub สำหรับการเชื่อมโยง Dental Hub โครงการนำร่องของจังหวัดภูเก็ตยังมีความสำคัญ ที่ต้องออกแบบเรียกว่า ecosystem ของการพัฒนาเชิงนโยบาย คือ ecosystem ของ Dental Hub ที่จะ เป็นโครงการสำคัญตามนโยบายรัฐบาล (Flagship Projects) จำเป็นต้องมีการออกแบบครบวงจรไม่ว่าจะเป็น provider ที่มีศักยภาพตั้งแต่ระดับที่ดูแล conventional จนไปถึง excellence ก้าวเข้าสู่การเป็น precision medicine R&D จะต้องเกิดขึ้นในการขับเคลื่อนเรื่องของคลินิกหรือโรงพยาบาล ส่วนเรื่องบุคลากรกำลัง มีการออกแบบระบบที่เรียกว่า graduate entry medicine ในการเติมเต็มหากประเทศไทยประกาศเป็น ศูนย์กลางระดับโลกด้าน Dental Hub ด้านบุคลากรจะต้องมีการออกแบบ โดยจะมีการประชุมเพื่อพิจารณา ในการนำผู้ที่จบระดับปริญญาตรีจากต่างประเทศหลักสูตรปริญญาตรีในสาขาที่กำหนดและเรียนชั้น clinic และ preclinical ในประเทศไทย โดยเรียนประมาณ ๓ - ๔ ปี และได้รับใบอนุญาต รวมทั้งอาจจะได้ระดับ ปริญญาเอก ซึ่งอยู่ที่การออกแบบหลักสูตร คนกลุ่มนี้จะเข้ามาเติมเต็มการพัฒนาประเทศที่กำลังมีการปิดกั้น หรือนักเรียนที่เรียนจบหลักสูตรนานาชาติในประเทศไทย ซึ่งมีความรู้ความสามารถระดับโลก สิ่งนี้เป็นภาพ ที่กำลังจะเกิดขึ้น

ในอนาคตมุมมองของคลินิกทันตกรรมที่มีการรวมตัวเข้าร่วมโครงการอุทยานเห็นโรงพยาบาล เฉพาะทางระดับ excellence center ของทันตกรรมครบวงจร รวมทั้งการเชื่อมโยงกับ medical device หรือเครื่องมืออื่น ๆ เช่น จากการประชุมร่วมกับคลินิกในจังหวัดภูเก็ตมีเครื่องมือบางชนิดที่จำเป็นต้องนำมา ประกอบในการทำการรักษา แต่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ต้องอนุมัติโดยเร็ว ซึ่งกรมสนับสนุน บริการสุขภาพจะต้องเจรจา ร่วมกับ อย. และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถดำเนินธุรกิจได้ อย่างรวดเร็ว การเริ่มนำร่องในจังหวัดภูเก็ตเป็นสิ่งที่กำลังเป็น trigger project ในการกระตุ้นให้โครงการ Dental Hub ถือเป็น Flagship ที่สำคัญมาก อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ คือ การรวมตัวกันเป็น representative เช่น อาจมีสมาคมที่เป็นตัวแทนของผู้ประกอบการทางด้านคลินิกทันตกรรมเข้ามารวมตัวกันเป็น representative เพื่อเข้าร่วมประชุมในระดับนโยบายกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งจะมีการประชุมร่วมกับรัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุขในวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๕ ภาพเหล่านี้ต้องสำเร็จและสามารถเปิดตัวได้ และ Andaman Wellness Economic Corridor ที่อยู่ในพื้นที่ ๖ จังหวัดอันดามัน กำลังจะเกิดขึ้นต่อไป

ทันตแพทย์เสริมสกุล วงศ์ศิริพร ได้อภิปรายในประเด็นการเชื่อมโยงระบบ Point of Service (POS) ในรูปแบบออนไลน์ของโครงการ Thailand Dental Hub โดยสรุปดังนี้

โดยส่วนตัวดำเนินธุรกิจ Dental tourism มาประมาณ ๒๐ ปี รู้สึกยินดีมากที่ทางภาครัฐ จะช่วยกันเข้ามาขับเคลื่อน เพราะตลาดนี้เป็นตลาดที่น่าสนใจ จากประสบการณ์ ๒๐ ปีที่ผ่านมา ได้มีการจัดทำโปรแกรมเป็น POS เนื่องจากตนเองมีคลินิกทันตกรรมหลายสาขา จึงต้องมีระบบกลางในการดูแลคลินิกทั้งหมด ทั้งนี้ เห็นว่า น่าจะเหมาะสมและนำมาปรับใช้กับโครงการ Thailand Dental Hub ได้



Searching before visiting คนกลุ่มนี้ จะมีพฤติกรรมในการใช้จ่ายที่ค่อนข้างใช้เงินมาก เนื่องจากว่า ต้องตัดสินใจก่อนที่จะเดินทางมาเข้ามาในประเทศไทย เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่สูงจากค่าเดินทางหรือค่าโรงแรม ซึ่งการใช้จ่ายของคนกลุ่มนี้จะต้องคุ้มค่าและเพียงพอที่จะยอมเดินทางมารับบริการทันตกรรมที่ประเทศไทย คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการ search หาข้อมูลผ่าน platform online ไม่ว่าจะเป็น google หรือโซเชียลมีเดียต่าง ๆ หากสามารถทำให้เว็บไซต์ www.thailandmedicalhub.net เป็นที่รู้จักผ่าน google หรือเครือข่ายของรัฐ จะสามารถเชื่อมโยงระบบดังกล่าวเข้าสู่เว็บไซต์ Web Optimize/Web Tracking/Web Analysis เพื่อสามารถทำให้คนที่เข้ามาสามารถไปถึงปลายทาง คือ การส่ง enquiry เข้ามาที่ระบบกลางที่รวบรวมข้อมูลของนักท่องเที่ยวที่ทำการหาข้อมูลผ่าน platform online หรือโซเชียลมีเดียต่าง ๆ

นักท่องเที่ยวอาจเข้ามาอยู่ในประเทศไทยหรือจังหวัดภูเก็ตแล้ว นักท่องเที่ยวเหล่านี้พร้อมที่จะจ่ายเงินไม่มาก แต่มีความพร้อมมาก เนื่องจากสามารถเดินทางมารับบริการทันตกรรมได้ทันทีโดยไม่ต้องตัดสินใจ เนื่องจากตนเองอยู่ในประเทศไทยแล้ว คนกลุ่มนี้สามารถดำเนินการได้ผ่านทาง Offline media ไม่ว่าจะเป็น Billboard หรือ Brochure หากสามารถสร้าง agency ขึ้นมาได้จะทำให้โรงแรมต่าง ๆ เป็น agency ได้ และสามารถสร้างระบบเครือข่าย agency ต่าง ๆ ได้อย่างครบวงจร เกิดการกระจายได้รายต่าง ๆ เกิด ecosystem ที่ยั่งยืน เมื่อเข้ารระบบ QR Code ทางโทรศัพท์จะมี Landing page รองรับ และส่งผ่านมายัง platform กลาง ดังนั้น ข้อมูลจะไม่มีตกหล่นอย่างแน่นอน

นอกจากนั้น platform กลาง ยังสามารถมีระบบบันทึกทางการแพทย์ ระบบวีซ่าก่อนเดินทางเข้ามาในประเทศไทย เมื่อคนไข้มาถึงประเทศไทยจะมีระบบการบันทึกประวัติทางการแพทย์ ทำให้ทราบว่าคนไข้มีประวัติการรักษาอย่างไร ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นข้อมูลที่คนไข้ส่งมาให้ก่อนเดินทางเข้ามาในประเทศไทย นอกจากนั้นจะมีระบบการนัดหมาย การจ่ายค่าบริการ นอกจากนั้นยังทำให้ทราบว่าคนไข้ ๑ คน ใช้จ่ายในบริการทันตกรรมเท่าใด และต้องอยู่ในประเทศไทยนานเท่าใด ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาจัดทำแผนยุทธศาสตร์ต่อไปได้

จากที่นำเสนอมาเป็นเพียงหมวดของ contract management system เท่านั้น ทั้งนี้ สามารถขยายผลต่อไปได้ ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งในกิจการของ Dental หรือในอนาคตต้องการ Medical tourism ต่าง ๆ โรงพยาบาล Plastic Surgery, Hair Transplant Weight Loss, Spa & Wellness สามารถขยายผลใน platform เดียวกัน เป็น single platform สามารถเห็นได้ทุก ๆ กิจการที่สามารถส่งเสริม

เรื่องของ Thailand Dental Hub ได้ทั้งหมด เช่น ด้าน Information for branch สามารถสร้างให้เกิด Dental community ในการส่งต่อข่าวสารต่าง ๆ ประชาสัมพันธ์ให้คลินิกทั้งหมดสามารถรับรู้ข่าวสารได้พร้อมกัน หรือ Commission ซึ่งคนต่างชาติที่อาศัยอยู่ในเมืองไทย ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่เกษียณงานแล้ว และสามารถสร้าง content ดี ๆ ให้กับประเทศไทยได้โดยไม่ต้องเสียเงินแต่อย่างใด โดยสร้าง content ผ่านเครือข่ายของตนเอง เพื่อน หรือผู้ที่รู้จักในต่างประเทศ ทำให้เกิดความยั่งยืนในเรื่องดังกล่าวตามมา ส่วน Medical & Wellness Added คือ นักท่องเที่ยวที่เข้ามาใช้บริการในประเทศไทยแล้ว สามารถสร้างรายได้ต่อไปได้ เนื่องจากนักท่องเที่ยวจะต้องพิจารณาแล้วว่า การเดินทางมารับบริการทางทันตกรรมในประเทศไทยจะต้องคุ้มค่า การรับบริการทางทันตกรรมเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ หากนักท่องเที่ยวต้องการบริการรักษาอื่นสามารถส่งต่อคนไข้ดังกล่าวไปรับบริการต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็น Plastic Surgery, Hair Transplant Weight Loss, Spa & Wellness รวมถึง Hotel/ Transportation/ Facilities สามารถส่งต่อคนเหล่านี้ไปใช้จ่ายอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ จะถูกบันทึกไว้ใน single platform สามารถคำนวณกลับมาเป็นรายได้ และ incentive ให้กับผู้ที่เป็เครือข่ายต่อไปได้



ต่อมา **ทันตแพทยอภิชาติ ปวบุญศิริวงศ์ อนุกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย** ได้อภิปรายในประเด็น การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขไทย **ความสำเร็จเพื่อทันตสุขภาพคนไทย** โดยสรุปดังนี้

คณะกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา มีวัตถุประสงค์ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขไทย ความสำเร็จเพื่อทันตสุขภาพคนไทย โดยความสำเร็จเพื่อทันตสุขภาพคนไทย เป็นหนึ่งในความคาดหวัง และพยายามเป็นแรงผลักดันหนึ่งที่มีหวังจากการทำงาน และอยากเห็นการมีสุขภาพของคนไทยดีขึ้นในที่สุด



เพราะฉะนั้นจึงหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความสุขของคนไทยจากทรัพยากร งบประมาณของประเทศ ซึ่งในทุก ๆ ประเทศมีขีดจำกัด หรือความพร้อมแตกต่างกัน ดังนั้น การกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบายการบริหารจัดการ การวางแผนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพจึงเป็น สิ่งสำคัญที่จะสร้างประโยชน์สูงสุดจากสิ่งที่มีให้เกิด ประโยชน์สูงสุดกับประชาชนในประเทศ

ทั้งนี้ ขอขอบคุณ นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่ได้เห็นความสำคัญและความจำเป็นของประชาชนที่ควรจะต้องมีสุขภาพช่องปากและฟันที่ดี และได้รับการส่งเสริมป้องกัน รวมถึงการได้รับการรักษาด้านทันตกรรมอย่างเหมาะสม ทันเวลา กับสภาวะปัญหาของประชาชน เพื่อลดการลุกลาม การเกิดโรค สร้างความเจ็บป่วยทั้งฉุกเฉินและเรื้อรัง เนื่องจากโรคช่องปากและฟัน ซึ่งพบว่า เป็นปัญหาในทุกกลุ่มวัยเป็นวงกว้าง แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่า ระบบงานด้านทันตสาธารณสุขของประเทศไทยยังมีปัญหาในหลาย ๆ ด้าน รวมถึงปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนเพียงร้อยละ ๘.๑ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประกอบกับในห้วงเวลา ๑๐ ปีที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนอยู่ในระดับเดียวกัน คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จึงได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านทันตสาธารณสุขไทย ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศด้านทันตสาธารณสุขไทย ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข รวมถึงวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาและแนวทางเร่งรัดการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านทันตสาธารณสุขไทยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอการพัฒนา และการปฏิรูประบบบริหารงานด้านทันตสาธารณสุขไทย รวมถึงการพิจารณาแก้ไขกฎระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำไปสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการปฏิรูปอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ อันนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและระบบทันตสาธารณสุขไทย

จากการทำงานของคณะอนุกรรมการ โดยการขอข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ๆ และหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องมากมาย รวมถึงการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ซึ่งก็ได้รับการตอบรับและให้ข้อมูลข้อเสนอแนะต่าง ๆ อย่างดียิ่ง อาทิ กระทรวงการพัฒนากำลังคน กระทรวงการอุดมศึกษา กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง กพ. กพร. เพราะทุกท่าน ทุกหน่วยงานทราบและมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ การร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสุขภาพช่องปากและฟัน หรือทันตสุขภาพของคนทำงาน ประชาชน ให้มีทันตสุขภาพที่ดีร่วมกัน



องค์ประกอบในการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการได้พิจารณาในทุกด้านที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่

๑. ด้านการพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมป้องกันโรคสุขภาพช่องปากและฟันในทุกช่วงวัย การเข้าถึงข้อมูล ความรู้ของประชาชนในทุกท้องที่ ทุกกลุ่ม รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)

๒. ด้านการพัฒนาศักยภาพการบริการรักษาด้านทันตกรรม (Service Excellence)

๓. ด้านการพัฒนากิจการด้านการกำลังคนด้านทันตสาธารณสุข (People Excellence)

๔. ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาศักยภาพการบริการด้วยประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๕. ยุทธศาสตร์ด้านงาน เทคโนโลยีนวัตกรรมและการวิจัย (Technology Innovation & Research Excellence)

๖. ยุทธศาสตร์งานด้านทันตสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน (Community & Social Excellence)

ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญของประเทศไทย คือ ฟันผุในกลุ่มวัยเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียน พบฟันผุร้อยละ ๓ ตั้งแต่อายุ ๙ เดือน เพิ่มเป็นร้อยละ ๕๑.๗ เมื่ออายุครบ ๓ ปี เพิ่มสูงมากถึงร้อยละ ๗๙.๕ เมื่ออายุ ๕ ปี ส่งผลต่อเด็กอายุ ๑๒ ปี ร้อยละ ๕๒.๒ เป็นโรคฟันผุ ร้อยละ ๕๐ เป็นโรคเหงือกอักเสบ

ปัญหาการเป็นโรคปริทันต์ในกลุ่มวัยทำงาน พบฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ ๓๕.๒ พบโรคปริทันต์รุนแรงที่เสี่ยงต่อการสูญเสียฟัน ร้อยละ ๑๕.๖ ปัญหาการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุ สูญเสียฟันอย่างน้อย ๑ ซี่ ร้อยละ ๘๓ สูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ ๗.๒

ผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนเป็นวงกว้าง พบปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม ทั้งการส่งเสริมป้องกัน การบริการรักษาด้านทันตกรรม รอนาน คิวยาว คิวนัดรักษายาวนาน หลายเดือน เป็นปี หรือไม่มีบริการรักษาในบางชนิด ขาดการรักษาที่ควรมี ปัญหาทางด้านทันตสาธารณสุขไทยจะเห็นถึงการขาดทิศทาง ยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน

การพัฒนาทันตสาธารณสุขในระดับประเทศไม่มีแนวทางที่ชัดเจนเป็นการทำงาน ในลักษณะเฉพาะแห่ง เฉพาะอำเภอ จังหวัด ทั้งที่มีคลินิกทันตกรรมหรือกลุ่มงานทันตกรรมที่บริการทำงาน ในโรงพยาบาลชุมชนกว่า ๗๗๕ แห่ง ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์กว่า ๘๘ แห่ง กระจายทั่วประเทศ แต่ขาดการเชื่อมโยงประสานกันในระดับประเทศ

โครงสร้างงานทันตสาธารณสุขในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขมีอยู่ ๓ จุดหลัก คือ

๑. กองบริการการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีโครงสร้างหน่วยงาน มีตำแหน่งทันตแพทย์ (จำนวน ๓ ตำแหน่งเท่านั้น) ที่มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนายุทธศาสตร์และแปลงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเป็นแผนการปฏิบัติราชการ ตลอดจนจัดสรรทรัพยากรและบริหารราชการประจำทั่วไปของกระทรวง

๒. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ภารกิจหลักสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมทั่วประเทศ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นภารกิจหลักของกรมอนามัย โดยเฉลี่ยสำนักทันตสาธารณสุขได้รับงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากปีละ ๑๐ - ๑๕ ล้านบาท

๓. สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ ภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี เพิ่มพูนความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานต่อบุคลากรทางการแพทย์

การบริหารงานจัดการด้านทันตกรรมยังขาดหน่วยงานหลักระดับประเทศในการกำหนดนโยบาย การวางแผน หรือยุทธศาสตร์ด้านทันตสาธารณสุขระดับประเทศทั้งระบบงาน การส่งเสริมป้องกัน การรักษา ด้านทันตกรรม ทั้งการจัดการด้านบุคลากรทั้งระบบ การจัดการด้านทรัพยากร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ระดับประเทศ ขาดหน่วยงานบริหาร อำนาจการ กำกับ ประเมินผลระดับประเทศ ขาดหน่วยงาน สารสนเทศด้านทันตกรรม ทันตสาธารณสุข ระดับประเทศและระหว่างประเทศ ขาดหน่วยงานสนับสนุน ด้านเทคโนโลยี นวัตกรรม และการวิจัยด้านทันตกรรม ระดับประเทศ ขาดหน่วยงานหลักด้านทันตสาธารณสุข ในชุมชนและท้องถิ่นในการบริการระดับปฐมภูมิระดับประเทศ

ปัญหาโครงสร้างการบริหารจัดการด้านบุคลากร ซึ่งมีทันตแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๕,๖๗๘ คน กลุ่มทันตภิบาล จำนวน ๖,๗๑๑ คน กลุ่มผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน ๒,๐๙๖ คน ขาดความสมดุลของบุคลากรอย่างที่เป็น ปัญหาด้านการบริหารทรัพยากร เช่น สถานที่คับแคบ จำกัด ไม่เพียงพอ จำนวนเก้าอี้ทันตกรรมไม่เพียงพอ ไม่สอดคล้องกับบุคลากรที่ทำงานได้ โดยในส่วนใหญ่โรงพยาบาล ขนาดต่าง ๆ มีเก้าอี้ทันตกรรมรวมประมาณ ๔,๘๕๐ ตัว สร้างผลกระทบต่อประสิทธิภาพการบริการอย่างมาก กับประชาชน เกิดการเสียโอกาส ทั้งการทำงาน การรักษาของประชาชน งบประมาณของประเทศ ซึ่งควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนอย่างยิ่ง



การพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการจึงมีข้อสรุปถึงความจำเป็นในการแก้ปัญหา ทันตสุขภาพของคนไทยให้ดีขึ้น เกิดผลสำเร็จ สร้างความสุข และพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยทุกคน โดยเสนอร่างพิจารณาศึกษากรมทันตสุขภาพ ซึ่งจากการพิจารณาศึกษานั้น ร่างกรมทันตสุขภาพ ควรมีโครงสร้างบริหารภายในเป็น ๖ กอง ประกอบด้วย

๑. กองสนับสนุน ส่งเสริมทันตสุขภาพ
๒. กองพัฒนาบริการรักษาทันตสุขภาพ
๓. กองพัฒนาส่งเสริมคุณภาพบุคลากร
๔. กองบริหาร อำนาจการด้านทันตสุขภาพ
๕. กองเทคโนโลยี นวัตกรรม และวิจัยด้านทันตกรรม
๖. กองทันตสาธารณสุขและปฐมภูมิ

จึงเป็นทางเลือกที่สำคัญที่จะพลิกโฉมงานทันตสาธารณสุขไทย เพื่อทันตสุขภาพที่ดี สุขภาพที่ดี และคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยอย่างยั่งยืน สำเร็จตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข และยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ของประเทศไทย โดยในวันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๕ คณะกรรมการ การสาธารณสุข วุฒิสภา โดยนายแพทย์เจตน์ ศิริธรรานนท์ ประธานคณะกรรมการ ได้นำเสนอรายงาน ผลการพิจารณาศึกษาต่อวุฒิสภา และได้รับความเห็นชอบ เพื่อส่งให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาต่อไป

โดยจากการติดตามความคืบหน้าได้ทราบว่า สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้จัดส่งรายงาน การศึกษาเรื่อง “การพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูประบบด้านทันตสาธารณสุขไทย ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข” ของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ต่อกระทรวง สาธารณสุข ในวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ และให้ตอบกลับสรุปผลการพิจารณาหรือผลการดำเนินงาน ภายใน ๓๐ วัน และในวันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๕ กระทรวงสาธารณสุขได้เชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วม สรุปผลการพิจารณารายงานพิจารณาศึกษาดังกล่าวที่ส่งมาจากสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา ณ ห้องประชุมกลุ่ม ป.ย.ป. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะติดตาม ความคืบหน้าอย่างใกล้ชิด เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน และงานราชการด้านทันตสุขภาพของประชาชนต่อไป

คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เสนอตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาศึกษาแนวทางการพัฒนา ยกระดับการขับเคลื่อนงานด้านทันตสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ เป็นรูปธรรม โดยมีคณะทำงาน ๖ คณะ ประกอบด้วย

๑. คณะทำงานศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศสู่ศูนย์กลางการบริการรักษา ด้านทันตกรรมระดับสากล หรือ Thailand Dental Hub

๒. คณะทำงานผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปาก ประเทศไทย

๓. คณะทำงานการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ

๔. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาการพัฒนาระดับ การบริการรักษาด้านทันตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรมของ ประเทศไทย

๕. คณะทำงานศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในงานส่งเสริมและป้องกัน โรคฟันผุ ในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย

๖. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาการจัดการด้านทันตสุขภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดี ของผู้สูงอายุไทย

ซึ่งต้องขอขอบคุณคณะทำงานทุกท่านที่เสียสละเข้ามาช่วยกันทำงานในคณะทำงานทั้ง ๖ คณะ เพื่อประโยชน์แก่ประชาชนไทยทั้งสิ้น คณะอนุกรรมการยังเชิญและขอข้อมูลหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และกำหนดจัดการสัมมนา เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง หน่วยงาน ทันตแพทย์ ทันตบุคลากร ได้ทราบแนวทางการดำเนินงาน มีความตื่นตัว รับรู้ และร่วมกันที่จะขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการพัฒนาการปฏิรูประบบด้านทันตสาธารณสุขไทย อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อทันตสุขภาพคนไทย สุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยต่อไป

ประเด็นคำถามจากผู้เข้าร่วมการสัมมนา ดังนี้

๑. การดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขควรมีการศึกษาถึงแหล่งที่มาของแหล่งเงินได้อื่น นอกเหนือจากเงินงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาล เพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการ ปฏิบัติหน้าที่แทนเลขาธิการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ข้อมูลว่า การดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขโดยใช้งบประมาณจากภาครัฐ เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ ซึ่งในระบบหลักประกันสุขภาพจะต้องหาแหล่งเงินได้ เพื่อทำให้การดำเนินงาน เกิดประสิทธิภาพสูงสุด บางประเทศจะมีเรื่อง out of pocket โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการจ่ายค่าบริการ บางประเทศระบบหลักประกันสุขภาพยังไม่ดีพอ ประชาชนจึงต้องจ่ายค่าบริการด้วยตนเอง ซึ่งการดำเนินการ ดังกล่าวจะต้องไม่เป็นอุปสรรคสำคัญในเรื่องความเหลื่อมล้ำ ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับแหล่งรายได้อื่นเป็นเรื่องสำคัญ ที่ผ่านมามีการศึกษาเรื่องภาษีน้ำอวดลม พบว่า มีข้อดีหลายประการและเป็นแหล่งรายได้สำหรับงานส่งเสริมป้องกัน แต่ทางเทคนิคคิดว่า earmarked tax อาจดำเนินการได้ยาก ทั้งนี้ การดำเนินการศึกษาในครั้งนั้น อย่างน้อย ก็เป็นการส่งสัญญาณเรื่อง healthy หรือ unhealthy ซึ่งในระบบการจัดการภาษีหรือระบบการเงินการคลัง ของประเทศก็คงไม่ค่อยมี earmarked tax มากขึ้น แต่จะเป็นระบบรวม ซึ่งทันตแพทย์ก็ไม่คิดว่าจะต้องได้เงิน จาก earmarked tax มาใช้ในการดำเนินงาน แต่เป็นการส่งสัญญาณการคุ้มครองผู้บริโภคและให้ผู้บริโภคทราบว่า การบริโภคน้ำอวดลมเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ และควรบริโภคอย่างไร ซึ่งปัจจุบันกำลังทำการศึกษาเรื่อง NCDs และมีคำถามเกี่ยวกับภาษีเกลือในทำนองเดียวกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าทุกหน่วยงานต้องการ earmarked tax แต่ระบบการเงินการคลังของประเทศไทยอาจไม่ยอมรับเรื่องดังกล่าวมากนัก แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การส่งสัญญาณเรื่อง healthy หรือ unhealthy เพื่อความชัดเจนของการเพิ่ม health literacy ของประชาชน ในการเลือกบริโภคอาหารหรือเครื่องดื่ม

ทันตแพทย์หญิงรักชนก นุชพวง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า การเพิ่มการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม แม้ว่าจะมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง แต่การเพิ่มงบประมาณและให้ภาครัฐจัดบริการ อาจไม่ใช่วิธีการแก้ไขปัญหาในเรื่องดังกล่าว นโยบายของรัฐ ที่เปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการทางทันตกรรมสามารถจะทำให้ประชาชนสามารถ เข้าถึงบริการได้เพิ่มมากขึ้น เช่น สิทธิประกันสังคมที่ให้คลินิกเอกชนเข้าร่วมโครงการ ทำให้ผู้ประกันตนสามารถ เข้าถึงบริการทางทันตกรรมเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

๒. ตัวเลข out of pocket ทางทันตกรรม ร้อยละ ๕๔ เมื่อเปรียบเทียบกับ out of pocket ทางการแพทย์ ร้อยละ ๘.๕ ข้อมูลตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นในแง่มุมใดบ้าง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการ ปฏิบัติหน้าที่แทนเลขาธิการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ข้อมูลว่า การที่ out of pocket มีอัตราสูงหรือต่ำไม่ใช่เรื่องผิดปกติ หลายประเทศก็มีความแตกต่างเช่นเดียวกัน ก่อนที่จะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คนไทยจ่าย out of pocket ค่อนข้างสูงมาก เมื่อมีระบบหลักประกันสุขภาพประชาชนจ่ายค่ารักษาพยาบาลลดลง เป็นการลดอุปสรรคเรื่องการเงินที่เกิดขึ้น ซึ่งประเทศไทยสามารถดำเนินการได้ค่อนข้างดีในระบบหลักประกัน สุขภาพ แต่ถ้าพิจารณาข้อมูลตัวเลข Oral health และ General health จะเห็นว่า Oral health ของแต่ละคน ต้องพึ่งงบประมาณของตนเองและมีอัตราที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับค่ารักษาทั่วไป ซึ่งเป็นการส่งสัญญาณว่า ค่าใช้จ่ายทาง Oral health กับ General health มีความแตกต่างกัน ในภาพที่พึงประสงค์ out of pocket ไม่ควรจะสูง เพื่อลดอุปสรรคทางการเงินที่เกิดขึ้น หากคิดว่าเป็น out of pocket ที่สูง

อยากให้พิจารณาในบางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกาประชาชนที่มีรายได้สูงสามารถซื้อบริการสุขภาพได้เต็มรูปแบบ ผู้ที่มีรายได้น้อยจะซื้อบริการเท่าที่ตนเองมีกำลังความสามารถ แต่ประเทศไทยจะพิจารณาเรื่องการร่วมจ่าย และเชื่อว่าบุคลากรทางทันตสาธารณสุข public money คือ public resource ที่ต้องจัดสรรให้เหมาะสมที่สุด ซึ่งเป็นเพียงการ monitor ตัวเลข out of pocket ยังไม่ใช่ตัวเลขที่เกิดใน national health account ที่แท้จริงของทันตกรรมที่ขณะนี้อยู่ในช่วงกำลังพัฒนา ทั้งนี้ เป็นการประมาณการจากการสำรวจข้อมูลจากประชาชนว่า การไปรับบริการทางทันตกรรมครั้งสุดท้ายมีการจ่ายเงินมากน้อยเพียงใด ซึ่งพบว่า ประชาชนต้องจ่ายเงินค่อนข้างมาก คือ ประมาณร้อยละ ๔๓ ที่เป็นการจ่ายค่าบริการให้กับคลินิกทันตกรรม และโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งระบบหลักประกันไม่สามารถเข้าถึงการจ่ายดังกล่าวได้ จึงไม่ต้องแปลกใจว่าทำไม out of pocket ของ Oral health จึงมีอัตราที่สูง ทั้งนี้ คิดว่าเป็นความท้าทาย หากสามารถทำ Public-private partnerships ได้ จะทำให้ out of pocket ลดลง และจะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการทางทันตกรรมได้มากขึ้น โดยมีข้อจำกัดทางเศรษฐฐานะน้อยลง

๓. จากการสำรวจข้อมูลผู้ที่ต้องการรับบริการแต่ยังไม่ได้รับบริการงานส่งเสริมป้องกัน ที่คิดเป็นค่าใช้จ่ายประมาณ ๒๗,๐๐๐ ล้านบาท และงานรักษาทางทันตกรรมที่คิดเป็นค่าใช้จ่ายประมาณ ๑๔๕,๐๐๐ ล้านบาท หากพิจารณาข้อมูลตัวเลขกับค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องจ่ายเองประมาณ ๑๑,๐๐๐ ล้านบาท จะเห็นได้ว่าเป็นข้อมูลตัวเลขที่แตกต่างกันมาก ข้อมูลตัวเลขดังกล่าวแสดงนัยยะสำคัญหรือสะท้อนในเรื่องใดหรือไม่ อย่างไร

ทันตแพทย์หญิงรักชนก นุชพ่วง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า กลุ่มที่ยังไม่ได้รับบริการจากความชุกของโรคมึ่เกือบทุกคน คนส่วนใหญ่ไม่ตระหนัก จึงทำให้เวลาคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายจึงเห็นจำนวนงบประมาณ เรื่องต้นทุนค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง แต่ผู้ที่ไปรับบริการมีเพียงส่วนเดียว คือ คนที่ตระหนัก คนที่เข้าถึง คนที่ให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพช่องปาก หากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้อยู่ ตัวเลขก็ยังคงเป็นเช่นนี้อยู่ คือว่า จะมีคนที่มีโรคและไม่รู้ว่าตัวเองเป็นโรค หรือว่าไม่ได้สนใจที่จะไปรักษาโรค

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วีระศักดิ์ พุทธาศรี รองเลขาธิการ ปฏิบัติหน้าที่แทนเลขาธิการ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า คิดว่า respect สำหรับ metrology การประมาณการตัวเลขดังกล่าวใช้ treatment need ซึ่งทันตแพทย์เป็นผู้ชี้ว่า คนไข้มีฟันผุต้องอุดฟันหรือขูดหินปูน ในขณะที่ประชาชนรู้สึกว่าเขาไม่ต้องการอุดฟันหรือขูดหินปูน เป็นต้น เพราะฉะนั้นตัวเลขนี้อาจเห็นว่าเป็นตัวเลขที่สูงมาก เพราะขึ้นอยู่กับทันตแพทย์ในการใช้ normative need คือ เมื่อคนไข้ไปรับบริการทันตแพทย์จะเป็นผู้บอกว่าต้องขูดหินปูน อุดฟัน เป็นต้น นี่คือ treatment need ซึ่งนำข้อมูลมาจากการสำรวจ เพราะฉะนั้นเมื่อ blow up ตัวเลข อาจจะดูว่าเป็นตัวเลขที่สูงมาก แต่มีข้อมูลตัวเลขของสำนักงานสถิติแห่งชาติเพียงร้อยละ ๑.๕ ที่ประชาชนรู้สึกว่าการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมแต่ยังไม่ได้รับบริการ ซึ่งเป็นตัวเลขที่ต่ำมาก จะเห็นได้ว่า metrology ไม่เหมือนกัน การคำนวณตัวเลขดังกล่าวขึ้นมาไม่ได้ตั้งใจว่า เมื่อมีการจัดสรรงบประมาณเข้าไปในระบบจะทำให้โรคหายไปและรักษาโรคได้

๔. หลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่จาก pandemic disease ทำให้มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั่วโลก เพราะฉะนั้นน่าจะมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องวัตถุประสงค์หรือกระบวนการของคนที่จะเข้ามาในประเทศไทย เช่นเดียวกัน คณะทำงานได้มีการศึกษาหรือไม่ว่า ความต้องการของนักท่องเที่ยวกลุ่ม wellness tourism ที่จะเข้ามาในประเทศไทย คาดว่า จะมีการเปลี่ยนแปลงมากน้อยเพียงใด

ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ให้ข้อมูลว่า จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ในช่วงแรกจะเห็นว่า ประเทศไทยถือเป็นประเทศอันดับหนึ่งของโลกที่มีการจัดการระบบบริการได้ดีมาก โดยนำกลไก อสม. เข้ามาร่วม ทำให้หลายประเทศทั่วโลกสนใจที่จะมาศึกษาดูงานที่ประเทศไทย โดย WHO ได้จัดให้ประเทศไทยเป็นที่หนึ่งของโลก ซึ่งแสดงให้เห็นความเป็นผู้นำของประเทศไทย กลไกที่ผ่านมามาประเทศไทยเป็นประเทศที่มี SOP ในการดำเนินการเรื่องต่าง ๆ จำนวนมาก ซึ่ง SOP นี้สามารถจัดทำขึ้นมาด้วยความรวดเร็ว ซึ่งมาจาก Alternative Hospital Quarantine (ALQ), Golf Quarantine (GQ), Villa Quarantine, Alternative State Quarantine (ASQ) ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ทั้งนี้ เชื่อมั่นว่าประเทศไทยสามารถเป็นผู้นำด้านการเปลี่ยนแปลงด้านระบบการให้บริการ และด้านสุขภาพได้ ซึ่งชาวต่างชาติให้การยอมรับและมาใช้บริการที่ประเทศไทยจำนวนมาก จากการประมาณการในช่วงหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ จะมีนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติมาท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมากกว่าการท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และเชื่อมั่นในศักยภาพของประเทศไทยที่มีโรงพยาบาลติดอันดับ ๑ ใน ๕ ของโลก และเป็นประเทศเดียวในเอเชียที่โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน JCI มากที่สุดถึง ๖๐ แห่ง เพราะฉะนั้นจึงมีความเชื่อมั่นว่า หลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ บริการทางการแพทย์จะเป็นบริการเศรษฐกิจสุขภาพที่ครบวงจรของประเทศไทย และ Dental จะเป็น magnet หนึ่งที่สร้างผลประโยชน์หรือสร้างรายได้จากต่างประเทศเข้ามาในประเทศไทย และคืนภาษีสู่คนไทยได้อย่างชัดเจน ร่วมกับบริการนวดและสปาที่จะเกิดขึ้น ทั้งนี้ หากจะให้ประมาณการเป็นตัวเลขนอาจไม่สามารถประมาณการได้ แต่คิดว่าเป็นตัวเลขที่สูงมากแน่นอน เพราะพิจารณาจากแนวโน้มและทิศทางต่าง ๆ ดังกล่าว

ทันตแพทย์เสริมสกุล วงศ์ถิรพร ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า จากประสบการณ์การทำงานในคลินิกทันตกรรมของตนเองที่จังหวัดภูเก็ตจะเห็นได้ว่า จำนวนนักท่องเที่ยวในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ลดลง แต่ในขณะนี้กำลังจะดีขึ้น และรายได้ที่เข้ามาในประเทศใกล้เคียงกับช่วงสถานการณ์ก่อนการแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ จากการเดินทางเข้าประเทศที่ยากขึ้น ทำให้นักท่องเที่ยวที่เข้ามาจะเป็นกลุ่มใหญ่ขึ้นและพร้อมที่จะจ่ายค่าบริการมากขึ้น ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งเป็นกลุ่มที่ยังตัดสินใจจะซื้อบริการทางทันตกรรม แต่อาจจะยังไม่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย ส่วนกลุ่มที่จำเป็นจะต้องรับบริการทางทันตกรรมจะเดินทางมาด้วยปัญหาทางทันตกรรมที่เกิดขึ้นแล้ว ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า การค้นหาข้อมูลบริการทันตกรรมในประเทศไทยของนักท่องเที่ยวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมามีความกังวลว่าหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ว่า นักท่องเที่ยวจะมีการเดินทางเข้ามาใช้บริการทันตกรรมในประเทศไทยหรือไม่ แต่ปรากฏว่า นักท่องเที่ยวยังมีการเดินทางเข้ามาในประเทศไทยจำนวนมาก เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ที่ผ่านมามีทำให้ไม่สามารถเดินทางมารับบริการทันตกรรมในประเทศไทยได้ ประกอบกับสถานะเศรษฐกิจที่กระทบทั่วโลก ทำให้การใช้จ่ายจะต้องคุ้มค่าและระมัดระวัง แต่นักท่องเที่ยวยินดีเลือกบริการทันตกรรมในประเทศไทย เพื่อให้ได้รับการรักษาที่คุ้มค่ามากยิ่งขึ้น

๕. การพัฒนาเว็บไซต์และการติดต่อกับเครือข่าย เพื่อให้บริการแก่ชาวต่างชาติที่สนใจเดินทางมารับบริการทางทันตกรรมในประเทศไทย นอกจากนี้ที่ทันตแพทย์เสริมสกุล วงศ์ถิรพร ดำเนินการแล้วในประเทศไทยมีกลุ่มคลินิกที่ใดที่มีการดำเนินการเช่นนี้หรือไม่ อย่างไร

ทันตแพทย์เสริมสกุล วงศ์ถิรพร ได้ให้ข้อมูลว่า โดยส่วนตัวไม่แน่ใจว่าคลินิกทันตกรรมอื่นได้ดำเนินการในระดับเดียวกันหรือไม่ ทั้งนี้ ได้มีการพัฒนาระบบดังกล่าวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีแรกที่ดำเนินการกิจการจนถึงปัจจุบัน ส่วน software ที่เป็นของเอกชนยังไม่เคยเห็น ส่วนใหญ่จะไม่ได้เขียนตาม Customer Journey ตามที่ตนเองออกแบบไว้ ทั้งนี้ การเขียน software นี้ เพื่อสนับสนุนกับคนใช้ชาวต่างชาติที่จะเดินทางมารับบริการทางทันตกรรมในประเทศไทยโดยเฉพาะ ซึ่งเชื่อว่า software ดังกล่าว ค่อนข้าง Customer Centric ซึ่งเป็นการมุ่งไปในสิ่งที่ตรงกับทิศทางที่กำลังดำเนินการอย่างชัดเจน

ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ประเทศไทยเป็น Dental Hub โดยธรรมชาติอย่างชัดเจนอยู่แล้ว แม้ว่าไม่มีภาครัฐเข้ามาสนับสนุนก็เป็น Dental Hub อยู่แล้ว กลไกดังกล่าวจะมี ๒ ส่วน คือ เว็บไซต์กลางของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเว็บไซต์ Thailand Medical Hub ซึ่งจะมี Dental Hub อยู่ในเว็บไซต์นั้นด้วย และเชื่อมต่อไปยัง local application ของแต่ละจังหวัด เช่น จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดภูเก็ต จังหวัดชลบุรี ซึ่งจะมี Dental application ของแต่ละจังหวัด และมีเอกลักษณ์ที่แตกต่างกัน เช่น จังหวัดภูเก็ตจะเน้นบริการทันตกรรมเพื่อความสวยงาม (Aesthetic) จังหวัดเชียงใหม่อาจจะเน้นการรักษารากฟันเทียม เมื่อเข้าสู่กลไกการตลาด หรือราคา กลไกแต่ละจังหวัดจะมีการหารือร่วมกัน เพื่อสร้างคุณภาพในการแข่งขัน แต่ราคาต้องเป็นราคาเดียวกันทั้งคนไทยและคนต่างชาติ แต่ในอนาคตแม้ว่าจะราคาเดียวกัน คลินิกเอกชนเวลาให้บริการคนไทยอาจจะมีการลดราคาให้ร้อยละ ๓๐ หรือร้อยละ ๕๐ แล้วแต่กลไกที่คลินิกเอกชนกำหนด เนื่องจากคนไทยต้องเสียภาษีตั้งแต่เกิด แต่ชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้ทรัพยากรของประเทศไทยเพียงอย่างเดียว ซึ่งเหมือนกับประเทศสิงคโปร์ที่มีการกำหนดเป็นราคาเดียวกันทั้งคนไทยและคนต่างชาติ ซึ่งเป็นทางออกให้กับให้กับคนไทยกรณีระบบหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่ advance แต่ต้องมารับบริการที่คลินิก เป็นต้น ทั้งนี้เชื่อว่า เมื่อจัดทำโครงการนี้เสร็จรายได้ที่จะเข้ามาในประเทศไทยจะสูงมาก และน่าจะคืนภาษีสู่ประเทศได้ กลไกในส่วนนี้จะพยายามไม่ข้องเกี่ยวกับภาครัฐที่ต้องจัดกลไกบริการให้กับคนไทยตามปกติและจะไม่เกี่ยวข้องกับทันตแพทย์ในภาครัฐ เนื่องจากทันตแพทย์ในภาครัฐมีประมาณ ๕,๓๐๐ คน แต่ทันตแพทย์ภาคเอกชนมีประมาณ ๑๓,๐๐๐ คน และมีคลินิกประมาณ ๖,๔๐๐ แห่ง ส่วนใหญ่โรงพยาบาลเอกชนจะไม่มีแผนกทันตกรรม มีเพียง ๒๐ แห่งที่มีแผนกทันตกรรม จากโรงพยาบาลเอกชน ๔๐๐ แห่ง ส่วนใหญ่จะไปเปิดคลินิกส่วนตัว เพราะฉะนั้นกำลังสำคัญของประเทศ คือ คลินิกทันตกรรม

๖. โครงการ Thailand Dental Hub มีระบบหรือกลไกในการกลั่นกรองกลุ่มอาชญากรรมทางการเงินที่อาจเข้ามาในรูปแบบของชาวต่างชาติที่มารับบริการทันตกรรมในโครงการดังกล่าว รวมทั้งกลุ่ม agency ที่อาจมีกระบวนการหลอกลวงนักท่องเที่ยวที่มารับบริการดังกล่าว เนื่องจากชาวต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทยเพื่อรับบริการทางทันตกรรมในโครงการดังกล่าวจะเข้ามาในลักษณะ fast track ดังนั้น จึงต้องมีมาตรการในการควบคุมส่วนนี้หรือไม่ อย่างไร

นางสาวภา จงกิตติพงศ์ ผู้อำนวยการกองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ให้ข้อมูลว่า กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศ และฝ่ายความมั่นคงทุกด้าน เช่น สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง สภาความมั่นคง หรือกองบัญชาการตำรวจสันติบาล เพราะฉะนั้นระบบที่ดำเนินการนี้จะเป็นระบบหลังบ้าน เอกสารที่ใช้กับคลินิกทันตกรรมหรือผู้รับบริการที่จะต้อง process คือ หนังสือเดินทางไม่ว่าจะเป็น passport หรือ boarding pass ระบบดังกล่าวจะมีหลังบ้านที่ตรวจสอบว่าเป็น Blacklist หรือไม่ หรือเป็นคนที่ต้องเฝ้าระวัง เพราะฉะนั้นกระทรวง

สาธารณสุขจะต้องมี literacy ให้กับ provider คือ วิธีการตรวจสอบเอกสารที่เป็น authentic ประกอบกับปัจจุบันมีพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่บังคับใช้ ส่วนเรื่องวีซ่าจะต้องแสดงเหตุผลที่จะได้วีซ่าของโครงการ Dental Hub ปกติผู้ป่วยและผู้ติดตามจะได้ priority หากคนป่วยมีความเร่งด่วน เช่น ผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาอื่น ในวันเสาร์และอาทิตย์จะมีการให้บริการ ซึ่งเป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยธรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและได้มารับบริการในประเทศไทย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ของ Dental Hub จะเป็นผู้ป่วยที่เป็น elective สามารถรอการรักษาได้ มีการนัดหมายล่วงหน้า ทั้งนี้ เอกสาร Confirmation letter จะมีรหัสลับและตารางลับซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่ดำเนินการร่วมกับกรมการกงสุล เพราะฉะนั้นจะมีการปลอมแปลงไม่ได้ จะมี running number ประทับตรา ซึ่งใช้ระหว่างส่วนราชการด้วยกันและสามารถดาวน์โหลดเอกสารนี้เพื่อนำไปยื่น trade back ที่ทดสอบระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกรมการกงสุล และสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ส่วนขั้นตอนหลังจากเข้ามาในประเทศไทยแล้วจะมีกองบัญชาการตำรวจสันติบาลหรือสภากาชาดแห่งชาติเป็นผู้ตรวจสอบอีกทางหนึ่ง หากเป็นคนไข้ตามหลักเกณฑ์ของโครงการดังกล่าว การได้มาซึ่งวีซ่าของผู้ที่มารับบริการทางทันตกรรมเป็นอำนาจของรัฐบาลไทย หรือแม้ว่าได้วีซ่าเข้ามาในประเทศไทยแล้ว ก็ยังต้องเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบตามขั้นตอนของการตรวจคนเข้าเมืองอีกครั้งหนึ่ง เพราะฉะนั้นระบบโครงสร้างที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพออกแบบจึงเป็นระบบที่รัดกุมพอสมควร

ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้จัดทำระบบนี้ขึ้นมา ในช่วงระยะเวลา ๔ - ๕ ปีที่ผ่านมา ซึ่งหน่วยข่าวกรองแห่งชาติได้มาพบกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพหลายครั้ง ดังนั้น จึงได้มีการจัดทำระบบรายงานคนไข้ที่เข้ามาใช้บริการต่อหน่วยข่าวกรองแห่งชาติ เพราะฉะนั้นการดำเนินงานของโครงการ Thailand Dental Hub จึงมีกลไกที่ป้องกันอาชญากรข้ามชาติอย่างครบถ้วน ซึ่งน่าจะมีปัญหาในเรื่องนี้แต่อย่างใด

๗. คลินิกทันตกรรมวิจัยของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาลของรัฐที่มีศักยภาพที่มีลักษณะเป็น excellence center สามารถเข้าร่วมโครงการ Thailand Dental Hub ได้หรือไม่ อย่างไร

ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า หน่วยงานภาครัฐ sensitive อย่างมากกับการนำร่องกับโครงการ Thailand Dental Hub เนื่องจากกลไกภาครัฐเป็นกลไกที่ดูแลประชาชนไทยอยู่แล้ว หากภาครัฐประสงค์จะเข้าร่วมโครงการดังกล่าวกรมสนับสนุนบริการสุขภาพก็ยินดีสนับสนุน แต่ภาครัฐจะมีระเบียบต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องไม่เหมือนภาคเอกชน ทำให้การดำเนินการบางอย่างในโครงการ เช่น กลไกในการจัดทำ claim center อาจดำเนินการได้ยากกว่าภาคเอกชน ทั้งนี้ ภาครัฐเคยมีประสบการณ์เรื่องการจัดตั้งศูนย์ claim center ในแต่ละเขตอยู่แล้ว และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยดำเนินการในส่วนนี้ เช่น กระทรวงการต่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ หากคลินิกทันตกรรมวิจัยของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานภาครัฐที่มีศักยภาพ แจ้งความประสงค์ที่จะเข้าร่วมโครงการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพยินดีสนับสนุน เพียงแต่กรณีดังกล่าวเป็นเรื่องที่ sensitive หากมีข่าวแพร่ออกไปว่าภาครัฐมุ่งรักษาชาวต่างชาติอาจเป็นกระแสสังคมที่ทำให้โครงการดังกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากโครงการนี้เป็นการยกระดับคลินิกทันตกรรมภาคเอกชน เพื่อสร้างรายได้เข้าสู่ประเทศไทย ทั้งนี้ ในช่วงแรกที่มีการเสนอโครงการ Medical Hub คำถามแรกที่ถูกถาม คือ การรักษาชาวต่างชาติโดยใช้ทรัพยากรในประเทศทำให้ประชาชนไทยได้รับผลกระทบอย่างไร ซึ่งเป็นคำถามที่ส่งผลต่อการดำเนินโครงการ Medical Hub มาโดยตลอด ดังนั้น โครงการ Thailand Dental Hub จึงเน้นไปที่ภาคเอกชนก่อนในช่วงแรก

หากภาครัฐจะร่วมโครงการก็สามารถดำเนินการได้ แต่ต้องแบ่งเป็น section และต้องไม่กระทบต่อการให้บริการของประชาชนไทยตามปกติ รวมทั้งต้องมีวัตถุประสงค์ที่จะนำเงินส่วนหนึ่งมา on top ให้บริการประชาชนในประเทศให้ดีขึ้น ซึ่งสามารถตอบคำถามประชาชนในเรื่องดังกล่าวได้ แต่การดำเนินการอาจต้องดำเนินการเป็นจุด ๆ ไป เช่น เขตเศรษฐกิจ AEC จังหวัดภูเก็ต หรือภาครัฐที่มีศักยภาพ เนื่องจากคนไทยในพื้นที่ที่จะมาใช้บริการมีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่ผู้ที่ใช้บริการเป็นชาวต่างชาติก็จะเปิด track สร้างรายได้ เพื่อคืนภาษีสู่ประชาชนต่อไป หากจะให้หน่วยบริการภาครัฐเข้าร่วมโครงการทั้งประเทศคงดำเนินการไม่ได้ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการสัมมนา ดังนี้

๑. ลักษณะงานทันตสาธารณสุขตามที่ทันตแพทย์หญิงรักชนก นุชพ่วง อภิปรายมีประเด็นที่น่าสนใจและทำให้เห็นความเปลี่ยนแปลงของงานด้านทันตสาธารณสุข โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงจากโรคฟันผุเป็นโรคปริทันต์ในอัตราที่สูงขึ้น หากพิจารณาเชิงเศรษฐศาสตร์ตามประเด็นที่อภิปรายในครั้งนี้อาจต้องพิจารณาแหล่งที่มาของเงินที่รัฐบาลนำมาจัดสรรให้กับบริการด้านทันตสาธารณสุข เนื่องจากงบประมาณส่วนใหญ่มาจากรัฐบาล หากมีการศึกษาที่สามารถช่วยให้รัฐบาลมีงบประมาณเพิ่มขึ้น โดยกำหนดเป็นนโยบายที่เก็บภาษีจากอาหารหรือเครื่องดื่มที่ทำให้เกิดโรคฟันผุหรือโรคสุขภาพช่องปาก โดยการหักภาษีเข้าเป็นรายได้ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับด้านทันตสาธารณสุขจะเป็นอีกทางหนึ่งที่ทำให้งบประมาณในการดำเนินงานดังกล่าวเพิ่มขึ้น

๒. ระบบทันตสาธารณสุขของประเทศไทยมีบุคลากรที่เกี่ยวข้อง คือ ทันตแพทย์ ทันตภิบาล ผู้ช่วยทันตแพทย์ และ อสม. หากสามารถปรับบทบาทการบริหารจัดการในภาพของทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อว่ากลไกการรักษาทางทันตกรรมจะลดลง ทั้งนี้ ได้มีการหารือกับ สปสช. เกี่ยวกับการให้คลินิกทันตกรรมเอกชนเข้าร่วมให้บริการทางทันตกรรม ซึ่ง สปสช. ยินดีที่จะให้คลินิกทันตกรรมร่วมจัดบริการให้กับประชาชน โดยที่ สปสช. เป็นผู้ Claim ประกันให้ในส่วนที่สามารถจ่ายได้ ทั้งนี้ หากสามารถใช้งบกองทุนที่เกี่ยวข้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งทันตแพทย์ ทันตภิบาล และ อสม. ดำเนินงานด้านทันตกรรมเชิงรุกจะสามารถจัดบริการโดยที่เพิ่มศักยภาพการเข้าถึงบริการพื้นฐานทางทันตกรรมได้มากขึ้น เพราะฉะนั้นงบประมาณที่ได้รับจากภาครัฐในการบูรณาการการดำเนินงานขั้นสูงเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องวิเคราะห์ แต่คิดว่าการทำให้เศรษฐศาสตร์เชิงป้องกันเข้มแข็งจะเป็นกลไกหลักและกลไกแรกที่สามารถดำเนินการได้ทันที แต่ขอให้มีการจัดทำยุทธศาสตร์และขับเคลื่อนเชิงระบบที่ชัดเจน

หลังจากนั้น **ทันตแพทย์พิทักษ์ ไชยเจริญ ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา** ได้กล่าวปิดการสัมมนา โดยสรุปดังนี้

โดยจากการดำเนินงานของคณะกรรมการที่ผ่านมาได้พิจารณาศึกษาเรื่องการจัดตั้งกรมทันตสุขภาพ ซึ่งหลายท่านเห็นว่า การจัดตั้งกรมเป็นเรื่องที่ดำเนินการได้ยาก ควรเสนอตั้งเป็นสำนักที่มีฐานะเทียบเท่ากรม อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะมีการจัดตั้งเป็นกรมหรือสำนักคิดว่าทุกท่านที่เกี่ยวข้องหากสนับสนุนและเห็นความสำคัญผู้ที่ปฏิบัติงาน



ในกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน และในอนาคตนักศึกษาทันตแพทย์ในแต่ละปีมีเกือบ ๑,๐๐๐ คน ซึ่งในปีนี้มีผู้ที่สามารถเข้ารับราชการในกระทรวงสาธารณสุขประมาณ ๒๐๐ กว่าคน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านทันตกรรมในกระทรวงสาธารณสุขมี ๓ หน่วยงาน คือ กองบริการการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ และสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย จะเห็นได้ว่า ในช่วงระยะเวลา ๘๐ ปี ที่จัดตั้งกระทรวงสาธารณสุข ทันตแพทย์ได้ดำเนินงานอยู่ในลักษณะเช่นนี้มาโดยตลอด แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่อยากเห็น ไม่ว่าจะเป็นทันตแพทย์ในคลินิก ทันตแพทย์ที่เกษียณแล้ว และทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานราชการ ที่ช่วยกันสนับสนุนและเห็นความสำคัญของการขับเคลื่อนเรื่องดังกล่าวเพื่อสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้กับวิชาชีพทันตแพทย์ต่อไป

ทั้งนี้ ในนามของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ต้องขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ให้เกียรติเข้าร่วมการสัมมนา เรื่อง “ผลกระทบด้านเศรษฐกิจทันตกรรมของคนไทยกับการก้าวเดินหน้าสู่ศูนย์กลางการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล THAILAND DENTAL HUB เพื่อทันตสุขภาพคนไทย” ในวันที่

ตลอดการสัมมนาที่ผ่านมา ผู้เข้าร่วมสัมมนาทุกท่านได้รับทราบถึงข้อมูลผลกระทบทางเศรษฐกิจจากโรคในช่องปากกับการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชน ค่าใช้จ่ายของกองทุนสุขภาพและครัวเรือนในบริการทันตกรรม การไม่ได้รับบริการทันตกรรมที่จำเป็น การคำนวณภาระค่าใช้จ่ายในการตอบสนองและแนวทางการพัฒนาประเทศไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านทันตกรรมของประเทศไทย

คณะกรรมการฯ จึงหวังว่า ทุกท่านที่เข้าร่วมการสัมมนาในวันนี้ จะได้รับข้อมูลจากการพิจารณาศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปากและฟันของประเทศไทย รวมทั้งการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศและการบริการรักษาด้านทันตกรรมระดับสากล THAILAND DENTAL HUB ตลอดจนการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาการขับเคลื่อนงานด้านทันตสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดความมั่นคงในระบบสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการสัมมนาทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะดังกล่าว คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จะได้นำความคิดเห็นที่ได้รับฟังนี้ ไปสรุป วิเคราะห์ เพื่อประกอบการพิจารณาและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ต่อไป





สรุปการสัมมนา

เรื่อง “การขับเคลื่อนสู่การปฏิรูประบบบริการรักษาด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขไทย
เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและการมีทันตสุขภาพที่ดีของคนไทยทุกคน”

จัดโดย

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

ร่วมกับคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย

ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

วันศุกร์ที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๕

ระหว่างเวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ นาฬิกา

ณ ห้องสุวิทย์ศึกษาดานนท์ ชั้น ๕ อาคาร ๓ โรงแรม ทีเค. พาเลซ แอนด์ คอนเวนชั่น

ในเบื้องต้น **ทันตแพทย์พิทักษ์ ไชยเจริญ** ประธานคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้กล่าวรายงานวัตถุประสงค์การจัดสัมมนา เรื่อง “การขับเคลื่อนสู่การปฏิรูประบบบริการรักษาด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขไทย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและการมีทันตสุขภาพที่ดีของคนไทยทุกคน” โดยสรุปดังนี้

ด้วยคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการพิจารณาศึกษาติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนไทย ซึ่งมีอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่ต่ำมากเพียงร้อยละ ๘.๑ การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมและการจัดการด้านทันตสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค เสนอแนะ และเร่งรัดการขับเคลื่อน การส่งเสริมป้องกันโรคช่องปากและฟัน การพัฒนาการใช้ฟลูออไรด์ งานทันตสาธารณสุขในท้องถิ่น และงานบริการปฐมภูมิในระดับ ประเทศการพิจารณาศึกษาด้านเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม การพัฒนาไทย สู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษาด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านทันตกรรมไทย การติดตามและเร่งรัดการขับเคลื่อนการปฏิรูปการพิจารณาแก้ระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านทันตสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการปฏิรูปอย่างเป็นรูปธรรม



มีประสิทธิภาพ อันนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยเป้าหมายสำคัญ คือ การมีทันตสุขภาพที่ดี เพื่อการมีสุขภาพองค์รวมที่ดี นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทย

ทั้งนี้ นอกจากคณะกรรมการได้ดำเนินการในการทำงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การทำงานมีการพิจารณา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การมีส่วนร่วมการบูรณาการอย่างรอบด้าน เป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพสูงสุดจึงได้เสนอตั้งคณะทำงานต่อคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา รวมทั้งสิ้น ๖ คณะทำงาน ประกอบด้วย

๑. คณะทำงานศึกษาการพัฒนาประเทศไทยสู่ความเป็นเลิศสู่ศูนย์กลางการบริการรักษา ด้านทันตกรรมระดับสากล หรือ THAILAND DENTAL HUB

๒. คณะทำงานผลกระทบทางเศรษฐกิจและภาระค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคสุขภาพช่องปาก ประเทศไทย

๓. คณะทำงานการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ

๔. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนายกระดับ การบริการรักษา ด้านทันตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม (ร้อยละ ๘.๑) และยกระดับการบริการรักษา ด้านทันตกรรมของประเทศไทย

๕. คณะทำงานศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่างๆ ในทุกมิติและศึกษาแนวทางการผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในงานส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย

๖. คณะทำงานพิจารณาศึกษาการพัฒนาการจัดการด้านทันตสุขภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย

ซึ่งทุกคณะทำงานนั้น ได้ทำงานด้วยความมุ่งมั่น เสียสละ และมีความตั้งใจที่จะนำผลการพิจารณาศึกษาของแต่ละคณะทำงานมาสร้างให้เกิดผลการปฏิบัติเป็นผลงาน สร้างประโยชน์กับงานด้านทันตกรรมทันตสาธารณสุขไทยและสังคมอย่างเป็นรูปธรรม อย่างเช่น การศึกษาด้านเศรษฐกิจที่กระทบหรือมีความเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษา ด้านทันตสุขภาพช่องปากของประชาชน หรือเศรษฐศาสตร์ทันตกรรม ซึ่งทำให้สามารถทราบปัญหาและทิศทางการจัดบริการระบบด้านทันตกรรมของประเทศไทยที่เป็นอยู่ นั้นว่ามีความสอดคล้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ทันตสุขภาพของคนไทยอย่างไร และเป็นข้อมูลในการวางแผนงาน การพัฒนาการจัดการระบบงานด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขให้มีความเหมาะสมมากขึ้นในอนาคต เพื่อสามารถดูแลทันตสุขภาพคนไทยให้ดีขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น เช่นเดียวกับการพิจารณาศึกษาการพัฒนาไทยสู่ศูนย์กลางด้านการบริการรักษา ด้านทันตกรรมในระดับภูมิภาคและระดับโลก (THAILAND DENTAL HUB) เพื่อส่งเสริมความมั่นคงทางการแพทย์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านทันตกรรมของไทย ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี เกิดความสำเร็จความคืบหน้าอย่างเป็นรูปธรรม ด้วยความร่วมมือ สอดประสานทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน อันสร้างความหวังและโอกาสในการพัฒนาด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมอย่างดียิ่ง เพื่อให้สามารถนำผลการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานมาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นโอกาสนำไปสู่การพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

จากนั้น นายแพทย์เจตน์ ศิริธรรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้กล่าวเปิดการสัมมนาในครั้งนี้ ดังนี้



การสัมมนาในวันนี้เป็นการสัมมนาครั้งที่ ๒ ของคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อน การปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการ การสาธารณสุข วุฒิสภา การดำเนินงานของ คณะอนุกรรมการดังกล่าว เกิดจากการผลักดันของ ทันตแพทย์พิทักษ์ ไชยเจริญ ที่มุ่งหมายให้เกิด การปฏิรูประบบบริการรักษาด้านทันตกรรม และทันตสาธารณสุขไทยให้ดีขึ้นกว่าปัจจุบัน หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง

ทางด้านทันตสาธารณสุข คือ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ และกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่งานด้านทันตสาธารณสุขมีอยู่ทั้งใน ภาครัฐและภาคเอกชน ดังนั้น ทั้งสองภาคส่วนควรหารือร่วมกัน เพื่อให้คนไทยได้รับการดูแลที่ดีขึ้นกว่า ปี ๒๕๕๘ ซึ่งคนไทยมีอัตราการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมเพียงร้อยละ ๘.๑ ถือเป็นอัตราที่ต่ำมาก ดังนั้น จึงต้องมีการวางโครงสร้าง รูปแบบ หรือวิธีการ เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรม

จากการสัมมนาครั้งแรกของคณะอนุกรรมการซึ่งมุ่งหมายที่จะผลักดันงานด้านทันตสุขภาพ ให้เกิดเป็นกรมทันตสุขภาพ แต่ทั้งนี้การจัดตั้งเป็นกรมทันตสุขภาพอาจดำเนินการได้ค่อนข้างยาก เนื่องจาก กพร. ยึดหลักการที่ไม่มีการจัดตั้งหน่วยงานใหม่บ่อยลง เพราะหน่วยงานที่มีอยู่ในปัจจุบันมีจำนวนมาก ซึ่งเกิดต้นทุนด้านเงินเดือนและค่าตอบแทนเพิ่มสูงขึ้น ทำให้การพัฒนาประเทศชาติด้านอื่นที่ต้องใช้งบดำเนินการ หรือลงทุนมีข้อจำกัด เนื่องจากถูกแบ่งด้วยงบประมาณ เพราะฉะนั้นทำอย่างไรจึงจะบูรณาการงานด้านการ ส่งเสริมป้องกันและงานบริการรักษาเข้าด้วยกัน เพื่อให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นกว่าเดิม

ข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ปี ๒๕๖๐ ของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่า ประชาชนที่มีฟันผุและยังไม่ได้ได้รับการรักษาในช่วงอายุ ๓ ปี ร้อยละ ๕๒.๕ อายุ ๑๒ ปี ร้อยละ ๓๑.๕ อายุ ๓๕ - ๕๕ ปี ร้อยละ ๔๓.๓ และอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๕๖.๖ ตามลำดับ เพราะฉะนั้น การสัมมนาในครั้งนี้จึงอยากรับฟังความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมการสัมมนาทุกท่าน เพื่อให้ได้ข้อมูลและปัญหา เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เพื่อนำข้อมูล ที่ได้ไปประกอบกับการพิจารณาศึกษาของคณะทำงานชุดต่าง ๆ ที่คณะอนุกรรมการแต่งตั้งขึ้น และจัดทำ เป็นรายงานของคณะอนุกรรมการเสนอต่อที่ประชุมวุฒิสภาพิจารณา หากที่ประชุมวุฒิสภาให้ความเห็นชอบ จะได้เสนอต่อคณะรัฐมนตรีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป ทั้งนี้ คาดว่าทุกคนไม่ยากเห็นรายงานดังกล่าว เป็นเพียงรายงานการพิจารณาศึกษาของวุฒิสภา ซึ่งวุฒิสภามีคณะกรรมการจำนวน ๒๖ คณะ แต่ละคณะ มีรายงานการพิจารณาศึกษาจำนวนมาก ประกอบกับรายงานการพิจารณาศึกษาของวุฒิสภาในอดีต รายงานของสภาผู้แทนราษฎร และรายงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสถาบันทันตกรรม รวมทั้งรายงาน ของนักวิชาการต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า รายงานเกี่ยวกับงานด้านทันตสาธารณสุขมีอยู่จำนวนมาก แต่ประเด็นสำคัญ คือ ทำอย่างไรที่จะทำให้เกิดการตกลึกทางความคิดในการพัฒนางานด้านทันตสุขภาพ ซึ่งเป็นหัวใจของ

การสัมมนาในวันนี้ ทั้งนี้ หวังว่าผู้เข้าร่วมการสัมมนาทุกท่านจะช่วยกันระดมความคิดเห็นและเพิ่มเติมข้อมูลในส่วนที่ขาดหาย เพื่อนำสิ่งที่ได้จากการสัมมนาในวันนี้ไปสู่การจัดทำรายงานของคณะอนุกรรมการต่อไป

ต่อมา **ทันตแพทย์หญิงสุวรรณา สมถวิล ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี** อภิปรายในหัวข้อ “อนาคตกับทางเลือกการยกระดับการพัฒนาระบบทันตสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เพื่อท้องถิ่นไทย” โดยสรุปดังนี้



สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ช. (๕) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม นำไปสู่การมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ หลักการสำคัญ “ประชาชนและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” (people - centered approach) และประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๓ บริการปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ ซึ่งจะมีชุดสิทธิ

ประโยชน์ที่ออกมาจากประกาศฉบับนี้ เพราะฉะนั้นงานด้านทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิต้องมีการปฏิรูปและขับเคลื่อนควบคู่กับการขับเคลื่อนในระดับโลก จึงนำมาสู่โครงการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากปฐมภูมิ โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ซึ่งดำเนินการอยู่ใน ๔ จังหวัดที่อยู่ในเขตปฏิรูประบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข คือ เขต ๑ จังหวัดน่าน เขต ๔ จังหวัดสระบุรี เขต ๙ จังหวัดบุรีรัมย์ และเขต ๑๒ จังหวัดสตูล

สำหรับจังหวัดน่านมีการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ประมาณร้อยละ ๘๕ (จาก รพ.สต. จำนวน ๑๒๔ แห่ง ถ่ายโอนไป อบจ. จำนวน ๘๕ แห่ง) จังหวัดสตูลมีการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ไปยัง อบจ. ประมาณร้อยละ ๕ จำนวน ๓ แห่ง (จาก รพ.สต. จำนวน ๕๕ แห่ง ถ่ายโอนไป อบจ. จำนวน ๓ แห่ง) ส่วนจังหวัดสระบุรี และบุรีรัมย์ยังไม่มีมีการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ไปยัง อบจ. แต่อย่างใด เนื่องจาก อบจ. ยังไม่พร้อมที่จะรับการถ่ายโอน

หลักการพัฒนา ๔ ประการ สำหรับโครงการนี้ คือ

๑. Value - Based Health Care (VBHC) คือ รูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการให้คุณค่าผลลัพธ์การควบคุมโรคแก่ผู้ป่วยหรือประชาชนมากกว่าการให้บริการเชิงปริมาณ คือ มุ่งให้เกิด Oral Health Self Care

๒. Data - Driven พัฒนาระบบข้อมูลที่ชี้บ่งปัญหาสามารถติดตามการจัดบริการได้ต่อเนื่อง และประเมินผลลัพธ์ของบริการที่เกิดในกลุ่มเป้าหมายได้

๓. Participation - Cooperation ของภาคีทุกกลุ่มในการร่วมจัดบริการ (ทันตบุคลากรสาธารณสุข อบท. และภาคประชาชน)

๔. Evaluation System พัฒนาระบบการประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดในกลุ่มเป้าหมาย

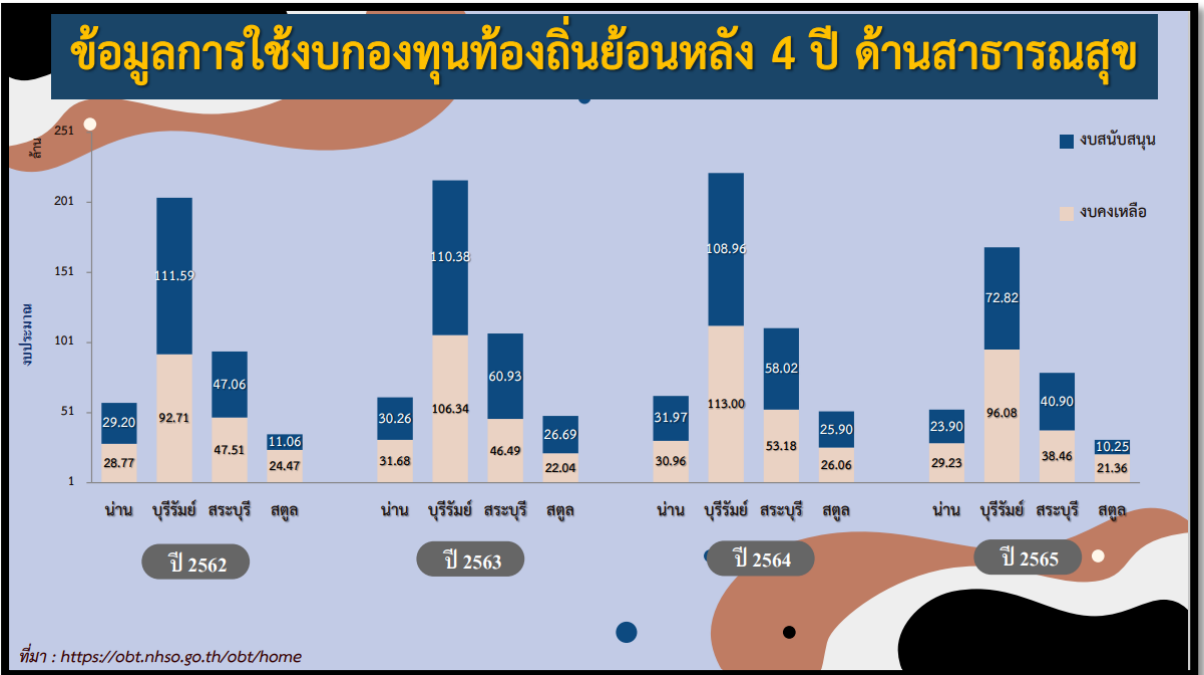
จุดเน้นการพัฒนาาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ คือ ๑) การจัดการบูรณาการบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ ๒) ศักยภาพในการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลจาก Health Data Center : 43 แห่ง และ ๓) สนับสนุนบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งข้อมูลงานวิจัยของทันตแพทย์หญิงสุณี วงศ์คงคาเทพ เป็นงานวิจัยโครงการด้านสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับท้องถิ่น ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๔ ใน ๕ เขตสุขภาพ คือ เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๔ เขตสุขภาพที่ ๖ เขตสุขภาพที่ ๙ และเขตสุขภาพที่ ๑๑

งบประมาณของโครงการด้านสาธารณสุขปี 2561-2564 ใน 5 เขตสุขภาพ

เมื่อวิเคราะห์งบประมาณของโครงการ 10 อันดับ 205,166 โครงการ (ร้อยละ 69.0) รวมงบประมาณ 6,483 ล้านบาท (ร้อยละ 70.4) กลุ่มโครงการที่มีสัดส่วนงบประมาณรวมสูงสุดคือในกลุ่มบริหารจัดการกองทุน = 1,050 ล้านบาท (11.4%) รองลงมาคือ โครงการเกี่ยวกับ Covid-19 = 1,002 ล้านบาท (10.9 %) และ กลุ่มโครงการส่งเสริมป้องกันสุขภาพกลุ่มวัยต่างๆ = 976 ล้านบาท (10.6%) และ กลุ่มโครงการเกี่ยวกับหญิงเป็นพาหะ : ไข่เลือดออก มาลาเรีย โครงการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และ โครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 7.5 7.3 และ 7.2 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มโครงการเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีงบประมาณรวม 253 ล้านบาท (2.7 %)

กลุ่มโครงการ	จำนวนโครงการ	ร้อยละ	งบประมาณรวม	ร้อยละ
โครงการส่งเสริมป้องกันสุขภาพกลุ่มวัยต่างๆ	35,171	11.8	976,627,543	10.6
บริหารจัดการกองทุน	30,692	10.3	1,050,460,091	11.4
โครงการเกี่ยวกับการป้องกัน Covid-19	18,573	6.2	1,002,172,703	10.9
โครงการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)	24,964	8.4	676,532,188	7.3
โครงการเกี่ยวกับการออกกำลังกายทุกประเภท	22,478	7.6	625,094,367	6.8
โครงการเกี่ยวกับหญิงเป็นพาหะ : ไข่เลือดออก มาลาเรีย	19,170	6.4	690,033,169	7.5
โครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	16,928	5.7	664,110,504	7.2
โครงการเกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก	12,120	4.1	253,063,963	2.7
โครงการเกี่ยวกับพัฒนาการ/โภชนาการ ผอมอ้วนในกลุ่มเด็ก : ไอโอดีนโลหิตจาง	14,713	4.9	326,472,422	3.5
โครงการเกี่ยวกับสารเคมี สารพิษ/อาหารปลอดภัย/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/คุณภาพน้ำ	10,357	3.5	218,555,709	2.4
รวม 10 อันดับ	205,166	69.0	6,483,122,659	70.4

จะเห็นได้ว่า โครงการที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเป็นลำดับท้าย ๆ ที่ได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับท้องถิ่น โดยได้รับงบประมาณ จำนวน ๒๕๓,๐๖๓,๙๖๓ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๒.๗ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับท้องถิ่นในระบบบริการสุขภาพช่องปากยังไม่มากพอ



เมื่อพิจารณาจาก ๔ จังหวัดที่กล่าวมาแล้ว พบว่า ยังมีงบประมาณค้างท่ออยู่ร้อยละ ๕๐ ในแต่ละปี ซึ่งหมายความว่า ๑) ไม่มีการขอสับสุงนงงบประมาณ หรือ ๒) ขอสับสุงนงงบประมาณแต่ไม่ได้รับการสับสุงนง

ในโครงการที่มีระยะเวลา ๑๘ เดือน แบ่งการดำเนินงานเป็น ระยะที่ ๑ คือ การวิเคราะห์ GAP ว่า ต้นทุนการดำเนินงานของทั้ง ๔ จังหวัด เป็นอย่างไร ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยผู้ตอบข้อมูลนี้เป็นทันตแพทย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทันตแพทย์จาก CUP ทันตภิบาล สาธารณสุขอำเภอ ตลอดจนท้องถิ่น ระยะที่ ๒ การพัฒนาระบบข้อมูล เป็นการนำข้อมูลจาก HDC มาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม power BI ที่ทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นไปอย่างมีทิศทาง และระยะที่ ๓ ซึ่งเป็นระยะท้ายของโครงการเป็นการดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๕ แห่ง ของแต่ละจังหวัด โดยทั้ง ๔ จังหวัด จะคัดเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๕ แห่ง มาจัดทำชุด package ในการดำเนินงาน พัฒนารูปแบบการทำงาน และพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งขณะนี้โครงการดังกล่าวอยู่ในระยะที่ ๓



การวิเคราะห์ GAP เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพประกอบด้วย ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ : การจัดการบริการ ส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบบูรณาการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เครื่องมือได้มาจาก แนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ จัดทำโดยคณะกรรมการพัฒนา งานสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพ ช่องปาก ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ เดือนมกราคม ๒๕๖๕ โดยนำเครื่องมือชิ้นนี้มาประยุกต์และจัดทำ แบบสอบถามทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

สรุปผลการวิเคราะห์ GAP พบว่า การจัดการบริการงานทันตสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ

๑) การให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ เนื่องจากทันตบุคลากรเป็นส่วนสำคัญที่จะพบคนไข้ไม่ว่าจะเป็น early detect oral dictation, CA ในช่องปาก หรือโรคร้ายขนาด ซึ่งต้องทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ รวมทั้งพัฒนาบทบาททันตบุคลากรและบูรณาการร่วมกับคลินิกเลิกบุหรี่/ให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ในระหว่าง การขูดหินปูนให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่

๒) การกำหนดนโยบายให้บริการ PP ทันตกรรมเชิงคุณภาพใน ANC และ NCDs Clinic หลายพื้นที่พบว่า เนื่องจากไม่มีการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กาดติดตาม ความครอบคลุม ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ยังเป็นประเด็นที่สำคัญไม่ว่าจะเป็นการประเมิน caries risk และ periodontal assessment และให้ความรู้ แนวทางการดูแลสุขภาพช่องปาก โภชนาการและการลดการบริโภคอาหาร หวานแก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาในคลินิก NCDs และมีการใช้ Intra Oral Camera ฝึกทักษะแปรงฟัน

ด้วยการย้อมสีฟัน และบริการทันตกรรมชุด หินน้ำลาย และการขัดทำความสะอาดในคลินิก ANC และคลินิกเบาหวาน เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมในงานส่งเสริมป้องกันมีการพัฒนาค่อนข้างช้าและมีไม่มาก

๓) การสนับสนุนทันตแพทย์ในการให้บริการระดับทุติยภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) (เกลารากฟัน รักษาคลอง รากฟันน้ำนม - ฟันหน้าแท้ ฟันคุดอย่างง่าย ฟันเทียมชนิดถอดได้) และชุมชน ซึ่งกิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง คือ การจัดระบบหมุนเวียนทันตแพทย์โรงพยาบาลออกให้บริการระดับทุติยภูมิใน รพ.สต. การประสานทันตแพทย์ภาคเอกชนมาให้บริการใน รพ.สต. เขตเมือง การมีระบบให้คำปรึกษาบริการทันตกรรมทางไกล โดยใช้ Intraoral Camera เป็นส่วนหนึ่งในการ Consult การรักษา ด้วยระบบ Tele-dentistry และส่งต่อ Case ที่เร่งด่วน และจัดหา Portable X - ray เพื่อหมุนเวียนใช้ในพื้นที่

๔) จัดบริการเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อจัดทำ Individual care plan รวมถึงการจัดบริการทันตกรรมที่บ้าน ซึ่งมีการเสนอกิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่างทั้ง ๒ ส่วนนี้ คือ จัดระบบเยี่ยมบ้าน พัฒนาทักษะ และศักยภาพในการประเมิน Case เนื่องด้วยกำลังคนด้านทันตสาธารณสุขมีไม่มาก จึงต้องดำเนินงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่น และต้องจัดลำดับความสำคัญว่าจะมุ่งเน้นไปในกลุ่มเปราะบางกลุ่มใด ในการดำเนินงานเชิงรุก การเขียนแผนการดูแลรายบุคคลเน้นในกลุ่มเด็กที่ High Risk กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนและปัญหาปริทันต์

๕) การจัดบริการทันตกรรมที่บ้าน กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง คือ การจัดระบบบริการทันตกรรมเชิงรุก การร่วมมือกับทันตแพทย์ เพื่อบริการความสะอาดช่องปาก อุดฟันชั่วคราว ถอนฟันที่ยกมาก และกรอลดการกัดเจ็บของฟันเทียม การออกเยี่ยมบ้านเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มเด็กด้อยโอกาส ไม่สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้



๖) บริการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มเป้าหมายที่ขาด คือ ศาสนสถาน หน่วยงานราชการ และสถานประกอบการ ทั้ง ๓ Setting มีการดำเนินการน้อย ควรมีการเพิ่มกิจกรรมบริการ โดยการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์และสามเณร รวมถึงปรับพฤติกรรมการบริโภคลดหวาน มัน เค็ม ร่วมกับสหวิชาชีพ การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในหน่วยงานราชการ เช่น Healthy break การส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ใช้สิทธิประกันสังคม มีนโยบายตรวจสุขภาพช่องปากปีละ ๑ ครั้ง และประสานคลินิกเอกชนในการรองรับการรักษา

๗) บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชนด้วยกิจกรรม มีการออกแบบมาตรการและดำเนินงาน มีนโยบายสาธารณะ ประชาคม ธรรมนูญชุมชน มีการรณรงค์สร้างกระแสการดูแลสุขภาพช่องปาก มีการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากผ่านกลไก พชอ. และออกหน่วยเคลื่อนที่ดูแลสุขภาพช่องปาก

ในชุมชน กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง คือ การรวบรวมข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่ เสนอต่อคณะกรรมการ พขอ. การพัฒนาเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพช่องปากร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ประชาคม ธรรมนูญชุมชน การจัดระบบบริการทันตกรรมรูปแบบหน่วยเคลื่อนที่ในพื้นที่ที่มีปัญหาด้านสุขภาพช่องปาก โดยมีทีมจากโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ส่วนที่ ๒ ระบบสนับสนุนสุขภาพช่องปาก

๑. ขาดระบบข้อมูลเพื่อวางแผนในการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับพื้นที่/ทันตบุคลากร ไม่มีศักยภาพในการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ข้อมูลอย่างแท้จริง กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง คือ การพัฒนาทักษะทันตบุคลากรให้สามารถวิเคราะห์และนำข้อมูลที่มีอยู่ใน HDC มาใช้ประโยชน์ การเพิ่มแบบสำรวจพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและการบริโภคหวานให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย

๒. ขาดครุภัณฑ์/เครื่องมือ/วัสดุ/เวชภัณฑ์ทางทันตกรรมไม่ครบถ้วน/พอเพียง ตามเกณฑ์ กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีครุภัณฑ์ทันตกรรมตามเกณฑ์ แต่ครุภัณฑ์จำนวนหนึ่งมีอายุใช้งานเกิน ๑๕ ปี ขำรุดบ้อย ควรจัดหาครุภัณฑ์ทันตกรรมทดแทนในระดับเขต โรงพยาบาลแม่ข่ายมีแผนซ่อมบำรุงประจำปีและสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุงให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

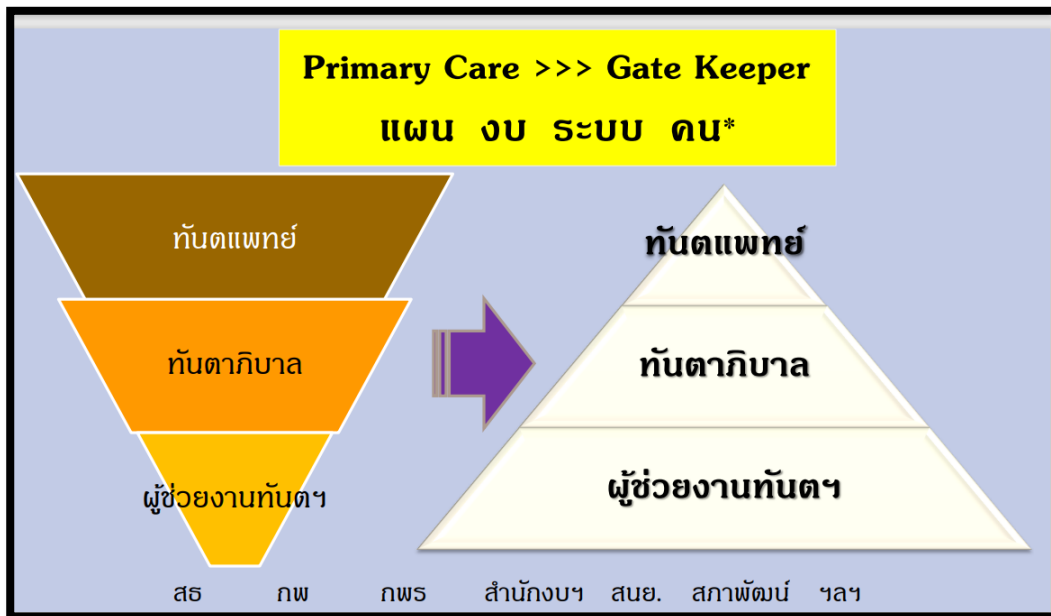
๓. การสนับสนุนงบประมาณให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง คือ การสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลทุกขนาดในรูปแบบวัสดุทันตกรรมและเวชภัณฑ์ ส่วนงบประมาณด้านสุขภาพช่องปากได้เฉพาะ งบ PP Fee Schedule การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นงบลงทุน/งบค่าเสื่อมสำหรับครุภัณฑ์ทันตกรรมและการปรับปรุงห้องทันตกรรม และการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ซึ่งโอกาสเสนอโครงการด้านสุขภาพช่องปากตามกลุ่มวัยปีละ ๑ ครั้ง

๔. ปัญหาด้านกำลังคน ในส่วนของวิชาชีพทันตแพทย์ คือ ๑) กรอบทันตแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขที่ยังไม่ได้ปรับ FIE ค่อนข้างแน่น ๒) บทบาทและสมรรถนะทันตแพทย์ที่ยังไม่ได้มุ่งเน้นการดำเนินงานด้านปฐมภูมิ ควรปรับให้สอดคล้องความต้องการในอนาคต และ ๓) ทันตแพทย์ออกหมุนเวียนให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีค่อนข้างน้อย กิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดช่องว่าง คือ การบริหารจัดการมาตรการเพิ่ม Productivity ทันตแพทย์ การขยายกรอบFTE ที่กำลังดำเนินการอยู่ การปรับบทบาทให้ตอบสนองในอนาคต โดยเฉพาะภารกิจการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (ดูแลปัญหาทันตสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ การให้บริการเชิงรุก เช่น เยี่ยมบ้านและจัดบริการทันตกรรมที่บ้านในรายที่จำเป็น) ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนทุกระดับควรออกหมุนเวียนให้บริการยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างน้อย ๑ - ๓ วันต่อสัปดาห์ ตามบริบทเพื่อยกระดับให้มีบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ การรักษารากฟันน้ำนม/หน้าแท้อย่างง่าย และผ่าฟันคุดอย่างง่าย ทั้งนี้ ต้องพิจารณาตามความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ปัญหาด้านกำลังคน ในส่วนของทันตภิบาล ซึ่งเป็น partner ในการทำงานระดับปฐมภูมิของทันตแพทย์ และเป็น key person ที่สำคัญอย่างมาก ซึ่งปัจจุบันยังขาดทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ขนาดเล็ก ซึ่งตามกรอบ FTE รพ.สต. แบ่งออกเป็น ๓ ขนาด คือ S M และ L รพ.สต. ขนาด M และ L จะมีกรอบทันตภิบาลที่สามารถบรรจุได้ แต่ รพ.สต. ขนาด S ซึ่งมีอยู่จำนวนมาก โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ดังนั้น จึงไม่ควรจำกัดกรอบของทันตภิบาล การขาดสมรรถนะบริการเชิงรุกตามบทบาทที่

ควรทำได้ในอนาคต รวมถึงนโยบายบรรจุนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ซึ่งส่งผลกระทบต่อบริการทันตกรรมลดลง ดังนั้น จึงควรกำหนดตำแหน่งนักทันตสาธารณสุขในกระทรวงสาธารณสุขเป็นการจำเพาะเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนว่ามีบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขทำงานในระบบปฐมภูมิ

ในส่วนของผู้ช่วยทันตแพทย์ ปัญหาที่พบคือ การขาดผู้ช่วยทันตแพทย์และผู้ช่วยช่างแก้ไขของทันตภิบาล ปัจจุบันทันตภิบาลไม่มีผู้ช่วยช่างแก้ไขเกินร้อยละ ๘๐ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพราะฉะนั้นควรมีการจัดระบบให้มีผู้ช่วยช่างแก้ไขประจำ/บางเวลา ซึ่งอาจเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. หรือการจ้างบุคคลภายนอก โดยออกเป็นนโยบายที่จริงจังในพื้นที่



จากภาพจะเห็นได้ว่า ด้านซ้ายจำนวนทันตแพทย์ และทันตภิบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนใกล้เคียงกัน ประมาณ ๗,๐๐๐ กว่าคน แต่ผู้ช่วยงานทันตกรรมมีจำนวนน้อยมาก ในโรงพยาบาลต่าง ๆ ขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรม ดังนั้น การที่จะให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผู้ช่วยงานทันตกรรมอย่างเพียงพอจึงเป็นไปได้ยาก เพราะฉะนั้นหากจะขับเคลื่อนงานปฐมภูมิให้เกิดเป็นรูปธรรม และประชาชนได้รับบริการที่เสมอภาค เป็นธรรม และเท่าเทียม ควรมีการปฏิรูปการดำเนินงานด้านกำลังคนอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งอยากเห็นภาพจำนวนทันตบุคลากรเป็นไปตามภาพด้านขวา แต่อย่างไรก็ตามอัตรากำลังคนเป็นเรื่องที่ขับเคลื่อนค่อนข้างยาก เนื่องจากส่งผลกระทบต่อกระทรวงสาธารณสุข กพ. กรพร. สำนักงบประมาณ สบย. สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นต้น

จากการวิเคราะห์ GAP ของคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ พบว่า บางส่วนสามารถจัดการได้ แต่บางส่วนต้องอาศัยนโยบาย ซึ่งเห็นว่า ทันตแพทย์ควรเป็น Oral Health System Manager ส่วนทันตภิบาล ควรเป็น Oral Health Care Manager ในพื้นที่

ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก ปี ๒๕๖๕ และปี ๒๕๖๖ มีจุดมุ่งเน้นเรื่องบริการปฐมภูมิด้วย โดยตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากรายกลุ่มวัย ทั้ง ๕ กลุ่มวัย ๗ กิจกรรม ซึ่งเกณฑ์เป้าหมายเท่ากับปี ๒๕๖๕ ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานในระดับปฐมภูมิมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก

ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย

ปี 2565
ปี 2566

หญิงตั้งครรภ์	ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก และทำความสะอาดฟัน	ร้อยละ 30
เด็ก 0-2 ปี	-ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก -ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบHand on และ Plaque control	ร้อยละ 50
เด็ก 3-5 ปี		
เด็ก 6-12 ปี	เคลือบหลุมร่องฟันกราม	ร้อยละ 30
15-59 ปี	ได้รับการทันตกรรม	ร้อยละ 25
ผู้สูงอายุ	ได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 40

ตัวชี้วัดสำคัญที่มุ่งเน้นการจัดบริการเชิงรุก หรือการดูแลช่องปากประชาชนเชิงรุกในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงก็ถูกยกระดับมาเป็นตัวชี้วัดตัวที่ ๒ ซึ่งเกณฑ์เป้าหมายในปี ๒๕๖๕ และปี ๒๕๖๖ เท่ากันคือ ร้อยละ ๔๐ ถือว่าเป็นข้อดีที่จะทำให้การพัฒนากระบวนการสุขภาพปฐมภูมิเป็นไปอย่างมีทิศทาง ตัวชี้วัดที่ ๓ ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์สาขาสุขภาพช่องปาก โดยกำหนดเขตละ ๑ โรงพยาบาล ๑ ด้าน ตัวชี้วัดที่ ๔ บริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทันตกรรมทั้งหมด โดยกำหนดโรงพยาบาลระดับ A และ S เพิ่มร้อยละ ๑๕ ระดับ M1 และ M2 เพิ่มร้อยละ ๑๐ ระดับ F1 และ F2 เพิ่มร้อยละ ๕

ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก

ปี 2565
ปี 2566

ตัวชี้วัดที่ 2 ผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

ร้อยละ 40

ตัวชี้วัดที่ 3 ศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์สาขาสุขภาพช่องปาก

เขตละ 1 โรงพยาบาล 1 ด้าน

ตัวชี้วัดที่ 4 บริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทันตกรรมทั้งหมด

A และ S เพิ่มร้อยละ15
M1 และ M2 เพิ่มร้อยละ10
F1 และ F2 เพิ่มร้อยละ5

ตัวชี้วัดที่ ๕ จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก โดยมี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียนผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕ และมี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูงอย่างน้อย ๑ แห่ง

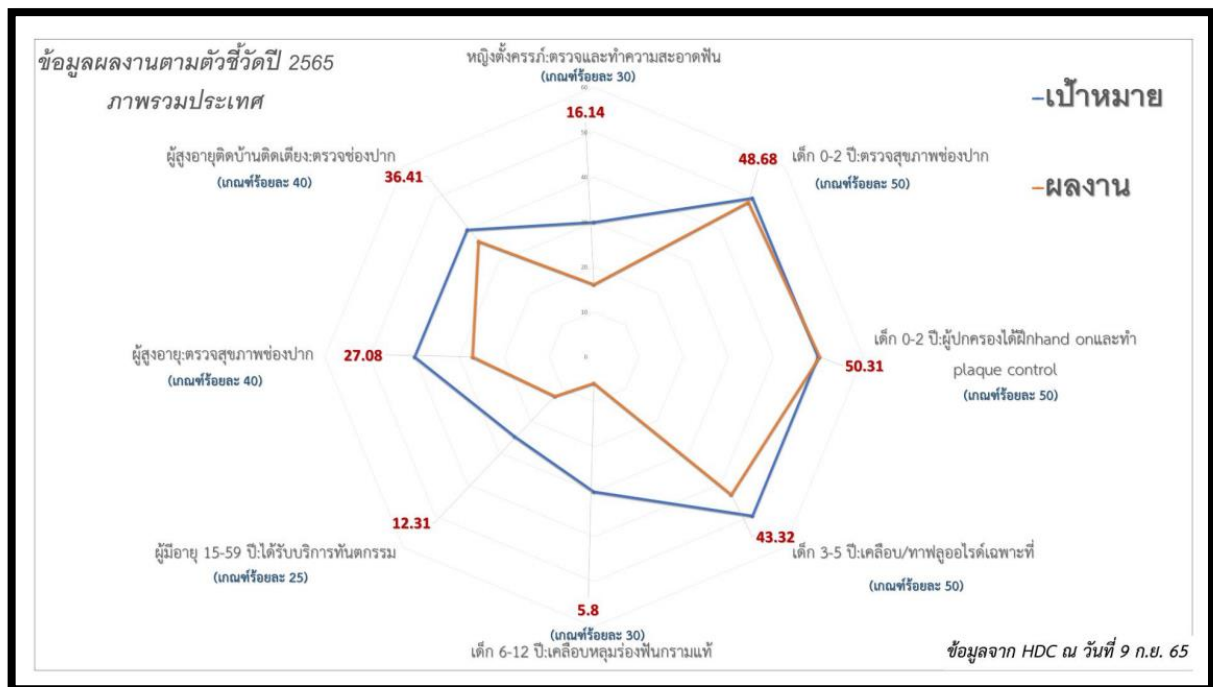
ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก

ปี 2566

★ ตัวชี้วัดที่ 5 จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก

- ✓ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์**ขั้นต่ำ**ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25
- ✓ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์**ขั้นสูง**อย่างน้อย 1 แห่ง

ข้อมูลผลงานตามตัวชี้วัดปี ๒๕๖๕ ภาพรวมประเทศ ในวันที่ ๙ กันยายน ๒๕๖๕ พบว่าการบริการปฐมภูมิในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ที่ดำเนินการได้ดีในงานส่งเสริมป้องกันบรรลุเป้าหมายในเด็กอายุ ๐ - ๒ ปี ที่ผู้ปกครองฝึก hand on และทำ plaque control (ร้อยละ ๕๐.๓๑) และคาดว่าในปี ๒๕๖๖ จะมีผลงานที่ดีขึ้น จากภาพ Radar Chart ทำให้เห็นภาพรวมของตัวชี้วัดทั้งหมด ทิศทางการดำเนินงาน และ GAP ของการดำเนินงานที่เกิดขึ้นทั้งในระดับประเทศ ระดับอำเภอ หรือพื้นที่ ว่ายังมีปัญหาในตัวชี้วัดหรือกลุ่มเป้าหมายใด เพื่อนำมาพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

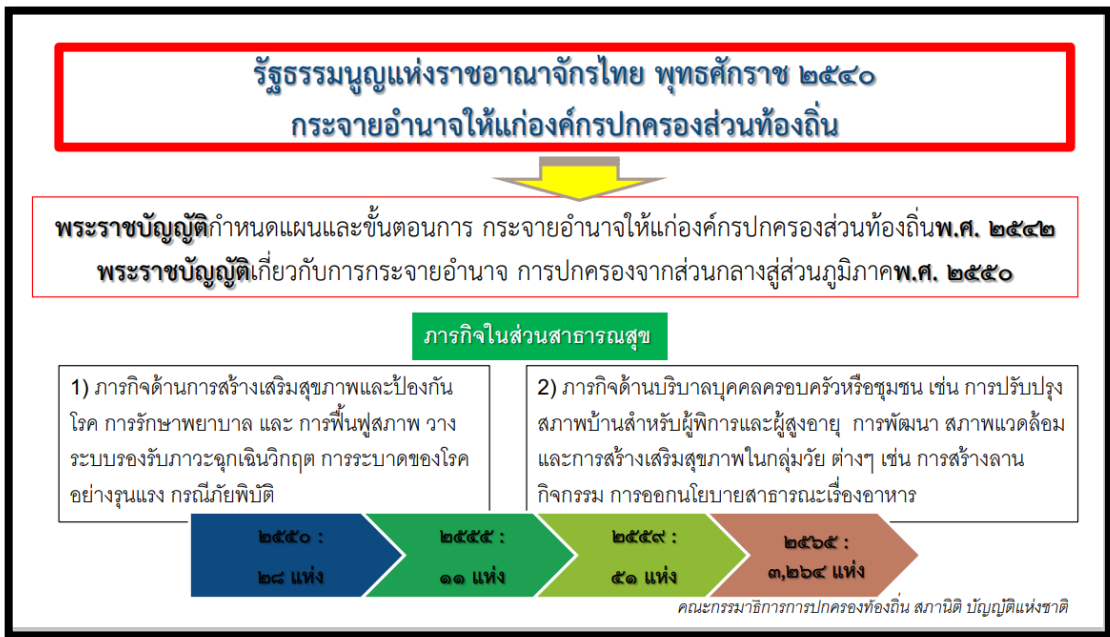


ข้อเสนอเชิงนโยบายในการดำเนินงานระดับปฐมภูมิ ดังนี้

- ๑) โครงการทศวรรษพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ และระบบบริหารจัดการตามบริบททั้งในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เขตเมือง และเขตชนบท
- ๒) กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ต่าง ๆ รวมถึงกลไกการขับเคลื่อนการจัดบริการระดับปฐมภูมิ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม

๓) ปรับการผลิตทันตบุคลากรทั้ง ๓ กลุ่ม คือ ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล และผู้ช่วยช่างแก้ไขให้เป็นหลักสูตรที่สร้างสมรรถนะและจำนวนที่ตอบสนองระบบบริการในอนาคต โดยเฉพาะทันตาภิบาลควรกำหนดตำแหน่งเป็น “นักทันตสาธารณสุข” เพื่อเป็นหลักประกันว่ามีผู้ให้บริการแก่ประชาชนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๔๐ ได้กำหนดให้มีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงมีการตราพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ พระราชบัญญัติเกี่ยวกับการกระจายอำนาจการปกครองจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค พ.ศ. ๒๕๕๐ รวมถึงประกาศของกระทรวงมหาดไทยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดภารกิจในส่วนของงานด้านสาธารณสุขที่ท้องถิ่นสามารถดำเนินการได้ตามพระราชบัญญัติดังกล่าวมี ๒ ส่วนหลัก คือ ๑) ภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ การวางระบบรองรับภาวะฉุกเฉินวิกฤตจากการระบาดของโรคอย่างรุนแรง หรือกรณีภัยพิบัติ และ ๒) ภารกิจด้านบริหารบุคคลครอบครัว หรือชุมชน เช่น การปรับปรุง สภาพบ้านสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ การพัฒนาสภาพแวดล้อม และการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยต่าง ๆ เช่น การสร้างลานกิจกรรม การออกนโยบายสาธารณะเรื่องอาหาร



ปัจจุบันมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน ๓,๒๖๔ แห่ง คิดเป็น ๑ ใน ๓ ของ รพ.สต. ทั้งหมดทั่วประเทศ และคาดว่าในอีก ๑ - ๒ ปี จะมีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. ทั้งหมด สำหรับจังหวัดที่ดำเนินโครงการพัฒนาระบบปฐมภูมิมีจังหวัดสระบุรีและจังหวัดบุรีรัมย์ที่ยังไม่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ในส่วนของจังหวัดสระบุรีนั้น อบจ. ยังไม่พร้อมที่จะรับการถ่ายโอน โดยใน อบจ. จะมีโครงสร้างกองสาธารณสุข ซึ่งผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเป็นพยาบาลวิชาชีพจึงไม่ทราบรายละเอียดงานด้านทันตสาธารณสุข ดังนั้น ทันตแพทย์ที่ทำงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือ CUP จะต้องร่วมกันพิจารณาบทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดภาระงานของทันตบุคลากรให้เกิดความชัดเจนต่อไป



ประเด็นที่ยังเป็นปัญหาได้นำข้อมูลมาจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ มี ๔ ประเด็น คือ

๑) ประเด็นด้านอภิบาลระบบ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงต้นสังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลที่จะถ่ายโอน การจัดการบัญชีการเงินของ รพ.สต. ที่จะถ่ายโอนในช่วงสัญญาภาค (เดือนกันยายน และเดือนตุลาคม) ซึ่งบางจังหวัดยังไม่มี ความชัดเจนในประเด็นนี้ และการกำกับดูแลการประกอบวิชาชีพ และบุคลากรใน รพ.สต. ที่จะถ่ายโอน เนื่องจากทันตภิบาลต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของทันตแพทย์ เดิมทันตบุคลากรดังกล่าวอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขด้วยกันจึงไม่เกิดปัญหา แต่เมื่อมีการถ่ายโอนไปต่างกระทรวง จึงเกิดประเด็นว่า การกำกับดูแลทันตภิบาลจะดำเนินการอย่างไร บางจังหวัดยังไม่ได้ทำ MOU บางจังหวัด มีการทำ MOU ซึ่ง ๔๙ จังหวัดที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. พบว่า มีเพียง ๕ จังหวัด ที่ทำ MOU ร่วมกับ อบจ. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเรื่องการกำกับดูแลทันตภิบาล เพราะฉะนั้นจึงยังไม่มี ความชัดเจนเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว

๒) ด้านบุคลากร โดยเฉพาะการถ่ายโอนและจัดจ้างบุคลากรตำแหน่งพนักงานกระทรวง สาธารณสุขที่ไม่มีอยู่ในสารระบบของกระทรวงมหาดไทย และการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษของบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะถ่ายโอน ซึ่งต้องมีการหารือร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดต่อไป

๓) ด้านงบประมาณ โดยการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการเงินบำรุงโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่จะถ่ายโอน และรูปแบบการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) ไปยัง รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๔) ด้านโครงสร้าง ครุภัณฑ์ วัสดุ เวชภัณฑ์ อาจมีการเปลี่ยนแปลงแผนลงทุน งบค่าเสื่อม ในเรื่องการปรับปรุงโครงสร้าง การสำรวจ การโอนครุภัณฑ์ระบบเบิกจ่ายวัสดุเวชภัณฑ์ ซึ่งเป็น pain point ที่น่าจะแก้ไขและขับเคลื่อนได้

การถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด (อบจ.) กับงานปฐมภูมิมีทั้งจุดอ่อน จุดแข็ง จุดเสริม และจุดที่เป็นประเด็นปัญหา โดยเฉพาะงาน ด้านทันตสุขภาพ เพราะฉะนั้นข้อเสนอเชิงนโยบาย คือ การจัดตั้งคณะทำงานสายทันตสุขภาพ เนื่องจาก

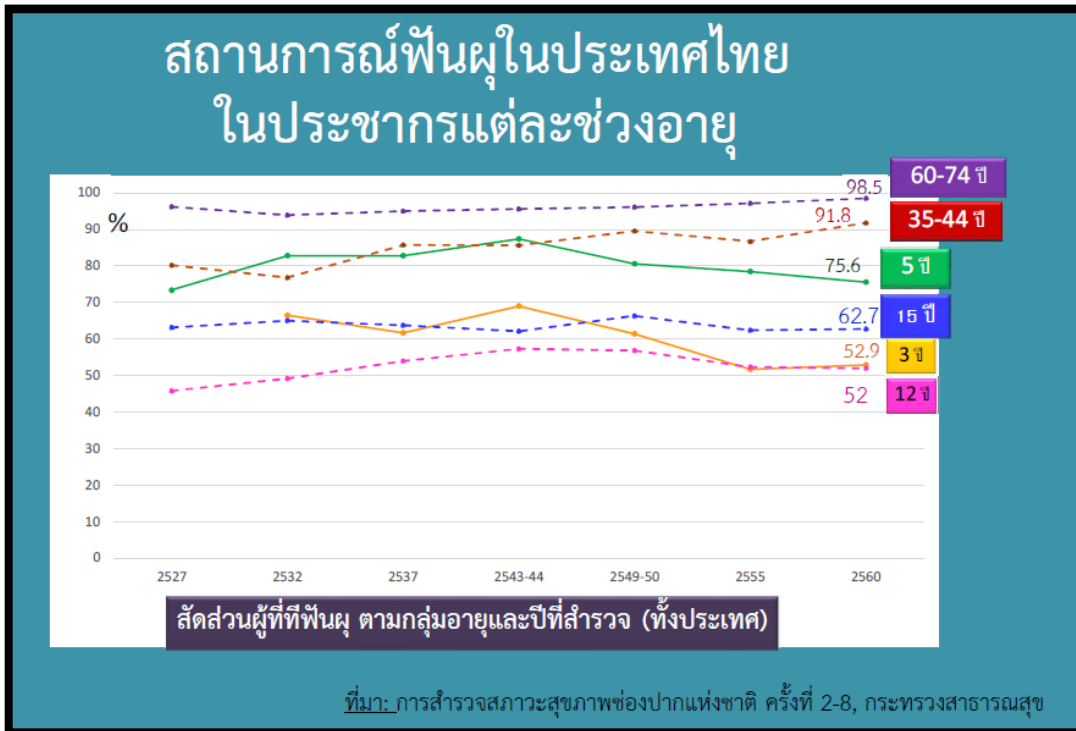
เป็นวิชาชีพเฉพาะ ทั้งนี้ มีข้อมูลไม่มากเกี่ยวกับทันตแพทย์ที่ทำงานอยู่ในองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) อาจจะต้องมีการหารือร่วมกับทันตแพทย์ที่ทำงานอยู่ใน อบจ. ว่า กลไกการทำงานใน อบจ. เป็นอย่างไร และจัดทำเกณฑ์มาตรฐาน (Minimum Require) ด้านสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ โดยอ้างอิงแนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ จัดทำโดยคณะกรรมการพัฒนางานสุขภาพช่องปากในระบบบริการปฐมภูมิ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก มาปรับว่าจะทำอย่างไร และส่งให้กับท้องถิ่น รวมถึงการอ้างอิงระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๓๙ และระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ ของทันตภิบาลที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของทันตแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งในระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ส่วนระบบบริการทันตสุขภาพ ระบบสนับสนุน (ข้อมูลครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ งบกำลังคน) ทันตแพทย์ CUP หรือทันตแพทย์ในจังหวัดจะต้องเป็นที่เลี้ยงในระยะเปลี่ยนผ่านต่อไป ซึ่งมีสายใยร่วมกันในการทำงานเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิเพื่อประชาชนร่วมกัน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อ้อยทิพย์ ชาญการคำ อาจารย์พิเศษ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อภิปรายในหัวข้อ “น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด อีกทางเลือก? ของฟลูออไรด์ในงานส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุในงานด้านทันตสุขภาพประเทศไทย” โดยสรุปดังนี้

คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทยได้แต่งตั้งศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และศึกษาแนวทางการผลิต การใช้ น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริม และป้องกันโรคฟันผุในงานด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดในการลดการเกิดฟันผุ เพื่อนำเสนอต่อคณะอนุกรรมการ และในการสัมมนาครั้งนี้



ปัญหาฟันผุเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยปัญหาหนึ่ง ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา แม้ว่าปัญหาฟันผุจะมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่ฟันน้ำนมในเด็กอายุ ๕ ปี ยังมีฟันผุมากกว่าร้อยละ ๕๐ ถึงร้อยละ ๗๕ กรณีฟันแท้ที่ผุในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นในช่วงระยะเวลา ๑๐ ปีที่ผ่านมา ค่อนข้างคงที่ในระดับที่มากกว่าร้อยละ ๕๐ ส่วนกลุ่มผู้ใหญ่พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อยและอยู่ในระดับที่มากกว่าร้อยละ ๙๐ เพราะฉะนั้นประเทศไทยจึงมีปัญหาฟันผุค่อนข้างมาก



กลไกการทำงานของฟลูออไรด์มี ๒ กลไกหลัก คือ ๑) กลไกก่อนฟันขึ้นสู่ช่องปาก (ผลทางระบบ) เป็นการกินฟลูออไรด์เข้าไปในระบบและมีผลทำให้ฟันเพิ่มความต้านทานการละลายของผิวเคลือบฟัน และ ๒) กลไกหลังฟันขึ้นสู่ช่องปากแล้ว (ผลเฉพาะที่) ซึ่งเป็นผลต่อฟันโดยตรง ภายหลังจากที่ฟันขึ้นมาแล้ว เมื่อมีการสัมผัสฟลูออไรด์กับผิวฟันโดยตรงในช่องปากก็จะส่งผลทำให้ยับยั้งการสูญเสียแร่ธาตุ ส่งเสริมการสะสมแร่ธาตุกลับสู่ตัวฟัน สร้างแหล่งสำรองของแคลเซียมและฟลูออไรด์ในช่องปาก และลดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก

ในปัจจุบันมุ่งเน้นการใช้ผลของฟลูออไรด์ทางระบบ เนื่องจากผลเฉพาะที่ให้ผลดีกว่าและมีความชัดเจนกว่า ไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงหรือเกิดผลข้างเคียงที่น้อยกว่า ทั้งนี้ ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้จัดทำแนวทางการใช้ฟลูออไรด์และได้ปรับปรุงฉบับล่าสุดปี ๒๕๖๐ และกำลังจะออกฉบับปรับปรุงปี ๒๕๖๕ แนวทางการทำงานของคณะกรรมการเน้นทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในปัจจุบัน และพบว่า จะเน้นการใช้ผลเฉพาะที่มากขึ้น โดยจะมีการพิจารณาว่าในปัจจุบันมียาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ค่อนข้างสูง คือ 1,500 ppm แนวทางการใช้ฟลูออไรด์ฉบับปี ๒๕๖๕ จะมีการใช้อย่างชัดเจน โดยแบ่งเป็นกลุ่มอายุและกลุ่มความเสี่ยง เพื่อป้องกันฟันผุสูงสุดในประเทศไทย นอกจากนี้ยังได้ลดบทบาทการใช้ฟลูออไรด์เสริมชนิดรับประทาน หากพิจารณาในรายละเอียดของแนวทางการใช้ฟลูออไรด์ฉบับใหม่จะเห็นว่า ไม่ได้แนะนำให้ใช้ในเด็กทั่วไปจะใช้ในกรณีเด็กพิเศษ เพราะฉะนั้นจะทำให้ภาพรวมยอดขายฟลูออไรด์เม็ดชนิดรับประทานจะน้อยลงไปกว่าเดิม



ปัจจุบันประเทศไทยไม่มีการเติมฟลูออไรด์ลงในน้ำดื่มบรรจุขวด แต่น้ำดื่มบรรจุขวดทั่วไปมีฟลูออไรด์อยู่แล้วตามธรรมชาติ โดยความเข้มข้นขึ้นอยู่กับแหล่งผลิต หลักเกณฑ์ที่เกี่ยวกับฟลูออไรด์กรณีน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุปิดสนิท พ.ศ. ๒๕๕๓ จะถูกควบคุมไม่ให้มีฟลูออไรด์เกินกว่า 0.7 ppm (ไม่รวมถึงน้ำแร่)

ผลการสำรวจของสำนักทันตสาธารณสุขในปี ๒๕๕๙ และปี ๒๕๖๓ พร้อมส่วนแบ่งทางการตลาดแสดงให้เห็นว่า น้ำดื่มที่จำหน่ายในปัจจุบันมีบางยี่ห้อที่มีระดับของฟลูออไรด์ในระดับที่เหมาะสม แต่จากการสำรวจฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวด พบว่า แม้ว่าจะเป็ยี่ห้อเดียวกัน แต่ต่างแหล่งผลิตจะมีปริมาณฟลูออไรด์ที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน กรณีที่เป็นยี่ห้อเดียวกันจากแหล่งผลิตเดียวกัน แต่ช่วงระยะเวลาการผลิตแตกต่างกัน ในช่วงเวลาของปี หรือต่างปีกัน ก็จะมีระดับฟลูออไรด์ที่แตกต่างกันเล็กน้อย

ฟลูออไรด์ในน้ำดื่มบรรจุขวดในประเทศไทย

	2559		2563	
	ส่วนแบ่งทางการตลาด*	ความเข้มข้นฟลูออไรด์ (ppm)**	ส่วนแบ่งทางการตลาด***	ความเข้มข้นฟลูออไรด์ (ppm)****
สิงห์	25%	0.25, 0.45, 0.68	22.1%	0.48
คริสตัล	18%-19%	0.12	18.1%	0.07
เนสท์เล่ เพียวไลฟ์	17%-18%	0.5	16.7%	0.32

*marketeeronline.co/archives/24970
 **ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักทันตสาธารณสุข พ.ศ. 2559
 *** marketeeronline.co/archives/120412
 ****ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักทันตสาธารณสุข พ.ศ. 2563

พฤติกรรมการบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวด ข้อมูลในปี ๒๕๖๒ พบว่า ประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของครัวเรือนไทยบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดเป็นหลัก ครอบครัวที่มีฐานะปานกลางมีสัดส่วนการบริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดมากที่สุด เมื่อเทียบกับเศรษฐกิจอื่น ส่วนข้อมูลการจัดจำหน่าย ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๔ พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะเครื่องดื่มสุขภาพ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๖๐.๔

ปัจจัยที่พิจารณาสำหรับน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด คือ ประสิทธิภาพ กลุ่มเป้าหมาย การเข้าถึงผู้บริโภค และความคุ้มค่า ดังนี้

๑) ประสิทธิภาพการป้องกันฟันผุ ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงประสิทธิภาพการป้องกันฟันผุของน้ำดื่มบรรจุขวด หากจะเปรียบเทียบให้ใกล้เคียงที่สุดต้องเปรียบเทียบกับ การเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปา เนื่องจากคำแนะนำของประเทศไทยให้เติมฟลูออไรด์ในน้ำประปาที่ระดับ 0.5 ppm เพราะฉะนั้นจึงขอใช้ข้อมูลการศึกษาของประเทศมาเลเซียในปี ๒๕๑๘ พบว่า ในเขตที่มีฟลูออไรด์ในน้ำดื่มระดับ 0.5 ppm สามารถลดอัตราฟันผุในฟันแท้ของเด็กที่อยู่ในพื้นที่เป็นระยะเวลา ๙ ปี ได้ร้อยละ ๒๐ หากนำข้อมูลดังกล่าวมาเทียบเคียงกับน้ำดื่มบรรจุขวดที่เริ่มใช้ในระยะเวลาสั้นผลลัพธ์ที่ได้จะน้อยกว่า นอกจากนั้นพฤติกรรมการบริโภคน้ำดื่มจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุด้วยเช่นกัน เนื่องจากน้ำประปาใช้เป็นทั้งน้ำดื่มและน้ำใช้ ส่วนน้ำดื่มบรรจุขวดส่วนใหญ่จะใช้ดื่มและประกอบอาหาร หากการใช้น้ำดื่มนั้นไม่ได้เป็นการใช้ยี่ห้อเดียวกัน

อาจทำให้ประสิทธิภาพลดลงด้วย เพราะฉะนั้นกรณีมีการผลิตน้ำดื่มเติมฟลูออไรด์ กลุ่มที่จะได้รับประโยชน์ น่าจะเป็นกลุ่มที่มีระดับความเสี่ยงสูง

๒) กลุ่มเป้าหมาย คือ ทุกกลุ่มวัยเป็นกลุ่มเป้าหมาย ยกเว้น เด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี ซึ่งต้องมีความระมัดระวังในการใช้ฟลูออไรด์ เนื่องจากเป็นวัยที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดฟันตกกระในฟันหน้า อาจทำให้ฟันไม่สวยงาม ในเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี หากใช้น้ำผสมฟลูออไรด์ในปริมาณ 0.5 ppm อาจไม่มีปัญหา แต่ถ้าใช้น้ำผสมฟลูออไรด์กับผลิตภัณฑ์ฟลูออไรด์อื่น หรือใช้ผสมกับนมผงที่มีฟลูออไรด์สูงอยู่แล้ว อาจทำให้ปริมาณฟลูออไรด์โดยรวมเกินและเสี่ยงต่อฟันตกกระได้

๓) การเข้าถึงผู้บริโภค เนื่องจากน้ำดื่มเป็นสิ่งทีสอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวัน บางคนซื้อน้ำดื่มบรรจุขวดเป็นปกติ เพราะฉะนั้นการเข้าถึงน้ำดื่มไม่ต้องอาศัยอุปกรณ์พิเศษอื่น จึงมีความเป็นไปได้ที่ประชาชนจะเข้าถึงน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์ได้ แต่การเข้าถึงน้ำดื่มมีปัจจัยในเรื่องราคาและการเห็นประโยชน์ของผู้บริโภค หากมีน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์แล้วราคาเพิ่มสูงขึ้นกว่าเดิมประชาชนจะซื้อหรือไม่ ส่วนการจัดจำหน่ายจะสามารถทำให้ผู้บริโภคมีช่องทางในการซื้อน้ำดื่มได้อย่างสะดวกหรือไม่ ซึ่งปัจจัยทั้ง ๓ ประการ ส่งผลต่อการเข้าถึงของผู้บริโภคดังกล่าว



ความคุ้มค่าจะพิจารณาที่ต้นทุน ผลลัพธ์ และนำมาเปรียบเทียบระหว่างต้นทุนกับผลลัพธ์ แต่เนื่องจากยังไม่มีผลการศึกษาจึงได้ทำการประเมินความคุ้มค่าในมุมมองของผู้บริโภค คือ ค่าใช้จ่ายของผู้บริโภคเปรียบเทียบกับราคาน้ำเปล่า และน้ำแร่ ส่วนการลดโรคฟันผุ เนื่องจากไม่มีการศึกษาจึงใช้เปรียบเทียบกับการบริโภคน้ำประปาเติมฟลูออไรด์

สิ่งที่แสดงให้เห็นภาพได้ชัดที่สุด คือ การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ ดังนั้น จึงขอเปรียบเทียบความคุ้มค่าของการบริโภคน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดกับการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ในมุมมองผู้บริโภค กรณีที่ใช้ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ 1,500 ppm เป็นระยะเวลา ๑ ปี จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ ๑,๖๐๖ บาทต่อปี ผลการป้องกันฟันผุของยาสีฟันสามารถลดการเกิดฟันผุได้ร้อยละ ๓๑ ส่วนน้ำดื่มบรรจุขวดจะแบ่งเป็นการซื้อน้ำดื่มบรรจุขวดดื่มทั้งวัน ซึ่งราคาน้ำดื่มในปัจจุบันจะประมาณ ๔ เท่า ของราคายาสีฟันที่ใช้ทั้งปี แต่ผลการป้องกันฟันผุ หากพิจารณาจากการศึกษาของประเทศมาเลเซียในเขตที่มีฟลูออไรด์ในน้ำดื่มระดับ 0.5 ppm สามารถลดอัตราฟันผุในฟันแท้ของเด็กที่อยู่ในพื้นที่เป็นระยะเวลา ๙ ปี ได้ร้อยละ ๒๐ เนื่องจากเป็นผลระยะสั้นยิ่งน้อยกว่าและขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการใช้น้ำดื่มด้วย กรณีที่ซื้อดื่มเพียงบางเวลา ซึ่งในที่นี้ กำหนดไว้ ๑,๐๐๐ มิลลิลิตรต่อวัน พบว่า ราคาเป็น ๓ เท่าของยาสีฟัน และคาดว่าผลลัพธ์จะน้อยกว่าการดื่มน้ำที่เติมฟลูออไรด์และการดื่มน้ำบรรจุขวดทั้งวัน เพราะฉะนั้นการบริโภคน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์ หากจะให้เกิดประสิทธิภาพในการลดฟันผุ อาจต้องดื่มน้ำต่อเนื่องเป็นเวลานาน ลักษณะที่จะเป็นต้นทุนจึงเป็นต้นทุนระยะยาว

หากเป็นบุคคลที่ต้มน้ำบรรจุขวดปกติอยู่แล้ว ค่าใช้จ่ายจะเป็นส่วนเพิ่มจากการเพิ่มราคาขาย หากมีการเติมฟลูออไรด์ หากใช้มาตรการนี้ในกลุ่มที่เดิมไม่ได้บริโภคน้ำดื่มบรรจุขวดก็อาจจะทำให้ค่าสูงมาก

ความคุ้มค่าของการบริโภคน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด และการใช้ยาสีฟันฟลูออไรด์ในมุมมองผู้บริโภค		
ยาสีฟันฟลูออไรด์	น้ำดื่มบรรจุขวด ดื่มทั้งวัน (2250 มล./วัน)	น้ำดื่มบรรจุขวด ดื่มบางเวลา (1000 มล./วัน)
ราคายาสีฟัน 1000 ppm 2 บาท/กรัม 1,460 บาท/ปี	ราคาน้ำแร่ 32.5 บาท/วัน 11,863 บาท/ปี	ราคาน้ำแร่ 24 บาท/วัน 8,760 บาท/ปี
ราคายาสีฟัน 1500 ppm 2.2 บาท/กรัม 1,606 บาท/ปี	ราคาน้ำเปล่า 16.5 บาท/วัน 6,235 บาท/ปี	ราคาน้ำเปล่า 14 บาท/วัน 5,110 บาท/ปี
อัตราการป้องกันฟันผุ ร้อยละ 24 (1000 ppm) ร้อยละ 31 (1500 ppm)	คาดว่าจะได้ผลน้อยกว่า น้ำประปาเติมฟลูออไรด์ (น้อยกว่าร้อยละ 20)	คาดว่าจะได้ผลน้อยกว่าน้ำประปา เติมฟลูออไรด์ และการดื่มทั้ง วัน

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะต่อกรณีน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด ดังนี้

๑) ยังไม่มีการศึกษาประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุของน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด หากเทียบเคียงกับผลของน้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์จะมีประสิทธิภาพน้อยกว่า เนื่องจากใช้เป็นน้ำดื่มอย่างเดียว จึงให้ผลเฉพาะที่น้อยกว่าน้ำประปาซึ่งเป็นทั้งน้ำดื่มและน้ำใช้

๒) ความคุ้มค่าคุ้มทุนอาจจะต่ำ เนื่องจากประสิทธิภาพของน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด มีแนวโน้มจะต่ำ แต่ราคามีแนวโน้มสูง เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในกระบวนการผลิต ได้แก่ บรรจุภัณฑ์ การควบคุมคุณภาพและการขึ้นทะเบียนมาตรฐาน มอก.

๓) มีข้อกังวลเกี่ยวกับการเกิดฟันตกกระในฟันหน้าแท้ (ฟันตัด) หากมีการใช้ในเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี แต่ไม่มีผลต่อสุขภาพอื่น ๆ

๔) แม้ปัจจุบันผู้บริโภคที่ใช้น้ำดื่มบรรจุขวดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ถ้าหากน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดมีราคาสูง อาจลดการเข้าถึงของผู้บริโภค

๕) ประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการเติมฟลูออไรด์เพิ่มในน้ำดื่มบรรจุขวด มีเพียงข้อกำหนดของน้ำดื่มบรรจุขวดที่มีฟลูออไรด์โดยธรรมชาติ ซึ่งกำหนดระดับฟลูออไรด์ไว้ที่ไม่เกิน 0.7 ppm

๖) น้ำดื่มบรรจุขวดที่วางจำหน่าย พบว่า มีฟลูออไรด์จากธรรมชาติอยู่บ้างแล้ว และบางปีมีน้ำที่วางจำหน่ายจำนวนมากที่มีระดับฟลูออไรด์เหมาะสม

สรุป: ยังไม่สนับสนุนให้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดเป็นมาตรการหลักในการป้องกันฟันผุ ในบริบทประเทศไทย แต่อาจเป็นทางเลือกเพิ่มเติม เพื่อเสริมการป้องกันฟันผุจากมาตรการอื่น ๆ เนื่องจากยังไม่มีหลักฐานถึงประสิทธิภาพที่ชัดเจน มีน้ำดื่มบรรจุขวดที่มีฟลูออไรด์ธรรมชาติจำหน่ายอยู่จำนวนหนึ่งแล้ว อาจมีปัญหาเรื่องความคุ้มค่าและการควบคุมกำกับให้ฟลูออไรด์เป็นไปตามปริมาณที่ระบุในฉลาก

ข้อเสนอแนะกรณีมีการผลิตน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด คือ

- ๑) ควรศึกษาประสิทธิภาพกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ความคุ้มค่าและความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการอื่น ๆ
- ๒) เครื่องดื่มทางเลือกสำหรับผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงอายุมากกว่า ๓ ปี และผู้สูงอายุ
- ๓) ควรแนะนำให้ใช้ต่อเนื่องในกิจวัตรประจำวันทั้งการดื่มและการปรุงอาหาร รวมถึงให้จับบ่อย ๆ
- ๔) ปริมาณฟลูออไรด์ที่แนะนำให้เติมในน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด คือ 0.5 ppm อ้างอิงตามปริมาณฟลูออไรด์ที่แนะนำให้เติมในน้ำประปาของประเทศไทย
- ๕) ควรมีข้อกำหนดให้มีการระบุความเข้มข้นของฟลูออไรด์บนฉลากน้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวดให้ชัดเจน



ข้อเสนอแนะสำหรับการใช้ฟลูออไรด์เพื่อแก้ไขปัญหาโรคฟันผุในประชากรไทย

มาตรการยาฟันผสมฟลูออไรด์ยังเป็นมาตรการหลักที่ควรสนับสนุนและให้ความรู้แก่ทันตบุคลากรและประชาชน ในเรื่องการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นอกจากนั้นควรมีฉลากบอกปริมาณฟลูออไรด์ให้ชัดเจน มีรูปแสดงปริมาณยาสีฟันในแต่ละช่วงอายุ และรัฐควรสนับสนุนให้มียาสีฟันผสมฟลูออไรด์ราคาถูกลงสำหรับบุคคลที่มีปัญหาการหาซื้อยาสีฟันผสมฟลูออไรด์มาใช้ นอกจากนั้นมาตรการฟลูออไรด์เชิงชุมชนเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุและมีความคุ้มค่าสูง วิธีการที่ยังดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน คือ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์หลังอาหารกลางวันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน บางพื้นที่อาจหยุดดำเนินการเนื่องด้วยสถานการณ์โดยรวม อย่างไรก็ตามหากมีโอกาสได้กลับมาดำเนินการต่อก็อยากให้เน้นการควบคุมคุณภาพให้เกิดประสิทธิภาพของฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุสูงสุด ส่วนการใช้น้ำยาอมบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ในโรงเรียนเป็นโครงการที่เคยดำเนินการในอดีตและได้หยุดดำเนินการ เนื่องจากปัญหาการควบคุมคุณภาพการเติมฟลูออไรด์ในนมปัจจุบันได้หยุดดำเนินการไปแล้ว แต่ภาพรวมการป้องกันฟันผุถือว่าดีว่าเป็นวิธีการที่เคยดำเนินการในประเทศไทยแล้วประสบความสำเร็จในแง่ของการป้องกันฟันผุที่มีประสิทธิภาพ แต่ที่หยุดดำเนินการเนื่องจากปัญหาการจัดการและการควบคุมคุณภาพ กรณีน้ำประปาที่มีการเติมฟลูออไรด์ปัจจุบันไม่มีการดำเนินการ และคิดว่าเป็นแนวทางที่ยังไม่เกิดขึ้นระยะเวลาอันสั้น

ข้อเสนอกรณีน้ำดื่มบรรจุขวดที่มีฟลูออไรด์ตามธรรมชาติ ควรใช้ประโยชน์จากน้ำดื่มที่มีฟลูออไรด์อยู่แล้ว ซึ่งพบว่า บางแห่งผลิตมีปริมาณฟลูออไรด์เกินและพยายามจะลดปริมาณให้อยู่ในระดับที่ควบคุมและเหมาะสม หากมีการสื่อสารและทำให้ผู้ผลิตลดปริมาณฟลูออไรด์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมเท่ากับ 0.5 ppm อาจจะสามารถดำเนินการได้ และควรเน้นให้ผู้ผลิตระบุความเข้มข้นฟลูออไรด์บนฉลากผลิตภัณฑ์ เพื่อให้ผู้บริโภค

เลือกใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง รวมถึงการสร้างความเข้าใจถึงผลของน้ำดื่มที่มีฟลูออไรด์อยู่ในระดับที่เหมาะสม ซึ่งผู้บริโภคสามารถเลือกซื้อโดยดูจากฉลากได้

ในภาพรวมเห็นว่า ภาครัฐควรสนับสนุนมาตรการใช้ฟลูออไรด์อื่น ๆ ที่มีข้อมูลด้านประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าที่ชัดเจน เช่น ยาสีฟัน นมผสมฟลูออไรด์ เป็นต้น นอกจากนี้ภาครัฐและภาคเอกชน ควรร่วมกันเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเรื่องการใช้ฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุให้แก่ทันตบุคลากรและประชาชน ทั่วไป รวมถึงการจัดตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาและเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับฟลูออไรด์ เพื่อนำข้อมูลที่ถูกต้อง มาใช้ทั้งในระดับทันตบุคลากรและประชาชนทั่วไป

ทันตแพทย์พุลพฤษ โสภรัตน์ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้อภิปรายในหัวข้อ “การยกระดับการจัดการระบบด้านทันตสุขภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย” โดยสรุปดังนี้



ภาพผู้สูงอายุไทย ซึ่งเป็นข้อมูลจากสำนักงาน สถิติแห่งชาติ ในปี ๒๕๖๔ พบว่า ประเทศไทยมีประชากร สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป รวมทั้งสิ้น ๑๒,๒๔๑,๕๐๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๔๙ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยกลุ่มอายุ ๖๐ - ๗๙ ปี (ผู้สูงอายุตอนต้น) มีจำนวน ๑๐,๔๓๘,๓๓๙ คน กลุ่มอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป (ผู้สูงอายุ ตอนปลาย) มีจำนวน ๑,๘๐๓,๑๖๖ คน ซึ่งเป็นประชากร ๑ ใน ๖ ของประชากรสูงอายุ ส่วนความสามารถในการ ช่วยเหลือตนเองตามเกณฑ์ Barthel Activities of Daily

Living พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ เมื่อประเมินตามเกณฑ์ดังกล่าวแล้วอยู่ที่ (ADL \geq 12) ร้อยละ ๙๖.๘ และกลุ่มพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง (ADL \geq 11) ร้อยละ ๓.๒ (ติดบ้าน จำนวน ๓๔๔,๕๘๗ คน ติดเตียง จำนวน ๑๐๕,๒๒๖ คน) จากการวิเคราะห์เบื้องต้น พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ในระยะยาวแม้จะมีระบบ preventive long term care แต่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากข้อมูลตัวเลขดังกล่าวรวมแล้วประมาณ ๔๐๐,๐๐๐ กว่าราย และมีทิศทางที่เพิ่มขึ้น แม้จะมีระบบรองรับอยู่แล้ว แต่ต้องเตรียมระบบ preventive long term care ให้ดี เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ดูแลตนเองได้ดีขึ้นเรื่อย ๆ

การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ ๑๒.๒ ของครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่อย่างลำพัง โดยจำนวน ๑.๓ ล้านครัวเรือนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียง “คนเดียว” และจำนวน ๑.๔ ล้านครัวเรือน มีเฉพาะ ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยกัน นอกจากนี้จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยปี ๒๕๖๓ ของมูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) พบว่า ผู้สูงอายุจะไม่มีผู้ดูแลในช่วงท้ายของชีวิต โดยในปัจจุบันร้อยละ ๕ เป็นโสด หรือครองโสดถาวร ไม่มีบุตร และมีบุตรน้อยลง นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุเปราะบาง สํารวจ ๖ กลุ่ม ประชากรสูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุไร้บ้าน ผู้สูงอายุไร้สิทธิ หรือมีปัญหาสถานะบุคคล ผู้สูงอายุ และผู้ใกล้สูงอายุที่ย้ายถิ่นย้อนกลับ และผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย ทางเพศ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีความซับซ้อน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีเครือข่ายและกลไกชุมชนที่เข้มแข็ง เพื่อช่วยกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

กลุ่มผู้สูงอายุได้รับผลกระทบจากโรคสุขภาพช่องปากอย่างไรบ้าง ภาพที่อยากเห็น คือ ทำอย่างไรที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีฟันในช่องปากที่มีคุณภาพสามารถใช้งานในการบดเคี้ยวได้ และทำให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากข้อมูลการสำรวจของสำนักทันตสาธารณสุขในปี ๒๕๖๐ พบว่า ผู้สูงอายุที่แบ่งเป็น ๒ กลุ่มดังกล่าว ยังมีโรคฟันผุอยู่และยังไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ ๕๖.๖ โดยเฉลี่ยเมื่อเริ่มต้นเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีฟันผุเฉลี่ย ๒ ซี่ต่อคน ผู้สูงอายุตอนปลายอัตราฟันผุเฉลี่ยไม่แตกต่างกันและพบว่าถูกลอนฟัน หรือฟันหลุดไปแล้ว ส่วนโรคทางช่องปากที่พบในผู้สูงอายุ คือ โรคปริทันต์อักเสบทำให้เกิดการสูญเสียฟัน ดังนั้น จะเห็นว่า ผู้สูงอายุตอนปลายที่มีฟันแท้เพียงพอต่อการใช้งานได้มากกว่า ๒๐ ซี่ ลดลงเรื่อย ๆ จากร้อยละ ๕๖.๑ ลดลงเหลือร้อยละ ๒๒.๔ ผู้สูงอายุตอนปลายจะสูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ ๓๑.๐ จะเห็นได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทุกคนต้องมีประสบการณ์สูญเสียฟัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนปลายมีการสูญเสียฟันสูงถึงร้อยละ ๙๙.๔ เฉลี่ย ๒๒ ซี่ต่อคน นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ปัญหาสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อยและอาศัยอยู่ในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง ผู้สูงอายุ ๖๐ - ๗๔ ปี ที่มีปัญหาโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการ พบในเขตเมือง ร้อยละ ๕๑.๔ เขตชนบท ร้อยละ ๕๓.๖ ปัญหาโรคปริทันต์อักเสบ พบในเขตเมือง ร้อยละ ๓๔.๖ เขตชนบท ร้อยละ ๔๐.๕ ปัญหาการสูญเสียฟันทั้งปาก พบในเขตเมือง ร้อยละ ๗.๙ และเขตชนบทร้อยละ ๙.๔

จำนวนผู้สูงอายุ ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพช่องปาก					
ปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ					
ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา และปริทันต์อักเสบ ที่จะนำไปสู่ “การสูญเสียฟัน”					
สภาวะสุขภาพช่องปาก	ฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษา (ร้อยละ)	ปริทันต์อักเสบ (ร้อยละ)	มีฟันแท้ ≥ 20 ซี่ (ร้อยละ)	สูญเสียฟันทั้งปาก (ร้อยละ)	มีการสูญเสียฟัน (ร้อยละ)
ผู้สูงอายุ 60-74 ปี	52.6 (เฉลี่ย 1.8 ซี่/คน)	36.3	56.1	8.7	96.8 (เฉลี่ย 13.3 ซี่/คน)
ผู้สูงอายุ 80-85 ปี	43.5 (เฉลี่ย 1.8 ซี่/คน)	16.5	22.4	31.0	99.4 (เฉลี่ย 22 ซี่/คน)

**** ปัญหาสุขภาพช่องปากส่วนใหญ่มักเกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อย และอาศัยอยู่ในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง ****

ผู้สูงอายุ 60-74 ปี ที่มีปัญหาโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการ พบในเขตเมืองร้อยละ 51.4 เขตชนบทร้อยละ 53.6

ปัญหาโรคปริทันต์อักเสบ พบในเขตเมืองร้อยละ 34.6 เขตชนบทร้อยละ 40.5

ปัญหาการสูญเสียฟันทั้งปาก พบในเขตเมืองร้อยละ 7.9 เขตชนบทร้อยละ 9.4

ที่มา: รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 โดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

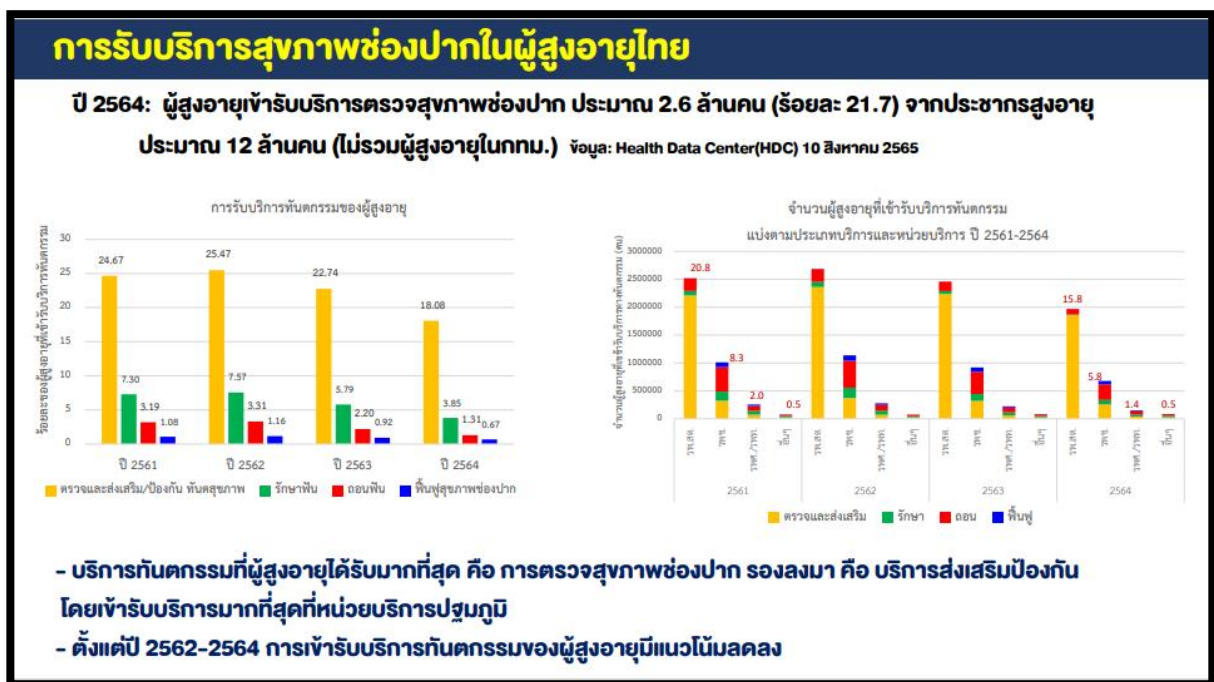
ความสำคัญและความจำเป็นที่ต้องดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ซึ่งอายุคาดเฉลี่ยเมื่อ ๖๐ ปี ผู้สูงอายุจะต้องใช้ชีวิตอยู่อีกประมาณ ๒๑ ปี โดยผู้ชายจะมีชีวิตอยู่ต่อไปเฉลี่ย ๑๘ ปี ผู้หญิงเฉลี่ย ๒๒ ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบด้วยโรคในช่องปาก ส่งผลต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่าย เพราะฉะนั้นเป้าหมาย คือ ทำอย่างไรเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุแล้วจะมีฟันใช้งานได้ดี โดยอายุ ๘๐ ปี มีฟันใช้งานได้ ๒๐ ซี่ pain point ที่ต้องดำเนินการ คือ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่จำเป็น เพื่อหยุดการลุกลามของโรค และป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดโรคเดิม ๆ จนต้องสูญเสียฟัน

วัตถุประสงค์ของโครงการ คือ ๑) เพื่อรวบรวมข้อมูลสถานการณ์สุขภาพช่องปาก และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาขับเคลื่อน ยกระดับบริการทันตสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ๒) เพื่อวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค รวมถึงศึกษาแนวทางการจัดบริการ เพื่อให้เกิดความครอบคลุม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้

อย่างเท่าเทียม และ ๓) จัดทำข้อเสนอแนะแนวทางพัฒนาการขับเคลื่อน การแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดการพัฒนา ยกระดับอย่างเป็นรูปธรรม

กรอบแนวคิดการศึกษาใช้ 6 building block ประกอบด้วย การจัดบริการสุขภาพ บุคลากร ด้านสุขภาพ ข้อมูลสารสนเทศ ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสุขภาพ การเงินการคลังสุขภาพ ภาวะผู้นำ และการอภิบาลระบบ เพื่อให้เกิดการเข้าถึง ครอบคลุม มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ โดยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่เกี่ยวข้อง ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุให้มีสุขภาพช่องปากที่ดี โดยได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ และไม่เสี่ยงทางการเงินและสังคม

จากภาพเป็นข้อมูลที่ได้จาก Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๕ โดยปี ๒๕๖๔ ผู้สูงอายุเข้ารับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ประมาณ ๒.๖ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๗ จากประชากรสูงอายุประมาณ ๑๒ ล้านคน (ไม่รวมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร) และบริการทันตกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าถึงมากที่สุด คือ การตรวจสุขภาพช่องปาก รองลงมา คือ บริการส่งเสริม ป้องกัน โดยเข้ารับบริการมากที่สุดที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ การเข้ารับบริการ ทันตกรรมของผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับบริการทันตกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ

๑. ปัจจัยจากตัวผู้สูงอายุ คือ ๑) ความต้องการในการรับบริการ การเข้าถึงข้อมูล เพื่อสร้าง การรับรู้การดูแลตนเอง ๒) ไม่มีผู้พาไปรับบริการทันตกรรม โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมืองหนาแน่น เช่น กรุงเทพมหานคร นนทบุรี ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางไปรับบริการทางทันตกรรมด้วยตนเองได้ ๓) การสนับสนุนของครอบครัวและผู้ดูแลในการเข้ารับบริการทันตกรรม

๒. ปัจจัยจากระบบบริการ คือ การจัดระบบเข้า รอคิวนาน แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุข จะจัดระบบ fast track สำหรับผู้ที่มีอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป ไม่ต้องรอคิว แต่ยังไม่เพียงพอสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และข้อจำกัดของผู้ให้บริการ ชนิดของบริการบางแห่งไม่สามารถให้บริการได้ต้องมีการส่งต่อ ไปรักษายังสถานพยาบาลที่มีความเฉพาะทาง

๓. ปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยเอื้อ คือ ๑) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ซึ่งระบุชัดเจนว่า บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ แต่ในทางปฏิบัติจะต้องมีการพัฒนาไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่การจัดบริการ fast track การจัดบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งได้รองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว ๒) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ พยายามให้มีบริการสุขภาพปฐมภูมิและหน่วยบริการปฐมภูมิเกิดขึ้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ๓) ชุดสิทธิประโยชน์ ในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพที่พัฒนาเพิ่มขึ้น

สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมของผู้สูงอายุไทยที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยลักษณะของบริการ ตามชุดสิทธิประโยชน์ แบ่งเป็น ๒ ส่วน ได้แก่ ๑) บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion & Prevention) ครอบคลุมผู้สูงอายุไทยทุกคน ทุกสิทธิมี ๒ กิจกรรม ได้แก่ การใช้ฟลูออไรด์เข้มข้นสูงเฉพาะที่ ทุก ๖ เดือน ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ และบริการตรวจคัดกรองรอยโรคเสี้ยวมะเร็งและมะเร็งช่องปากปีละ ๑ ครั้ง และ ๒) บริการรักษาทางทันตกรรมพื้นฐาน เช่น อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟัน และการรักษาขั้นสูง เช่น ฟันเทียม ผ่าฟันคุด โดยครอบคลุมสิทธิการรักษาทั้ง ๓ สิทธิ แต่อัตราการเบิกจ่ายและวิธีการใช้สิทธิแตกต่างกัน ส่วนการรักษาขั้นเฉพาะ เช่น รักษาโรคปริทันต์ ครอบฟัน รักษาโรคปริทันต์ ครอบคลุมในสิทธิข้าราชการเท่านั้น



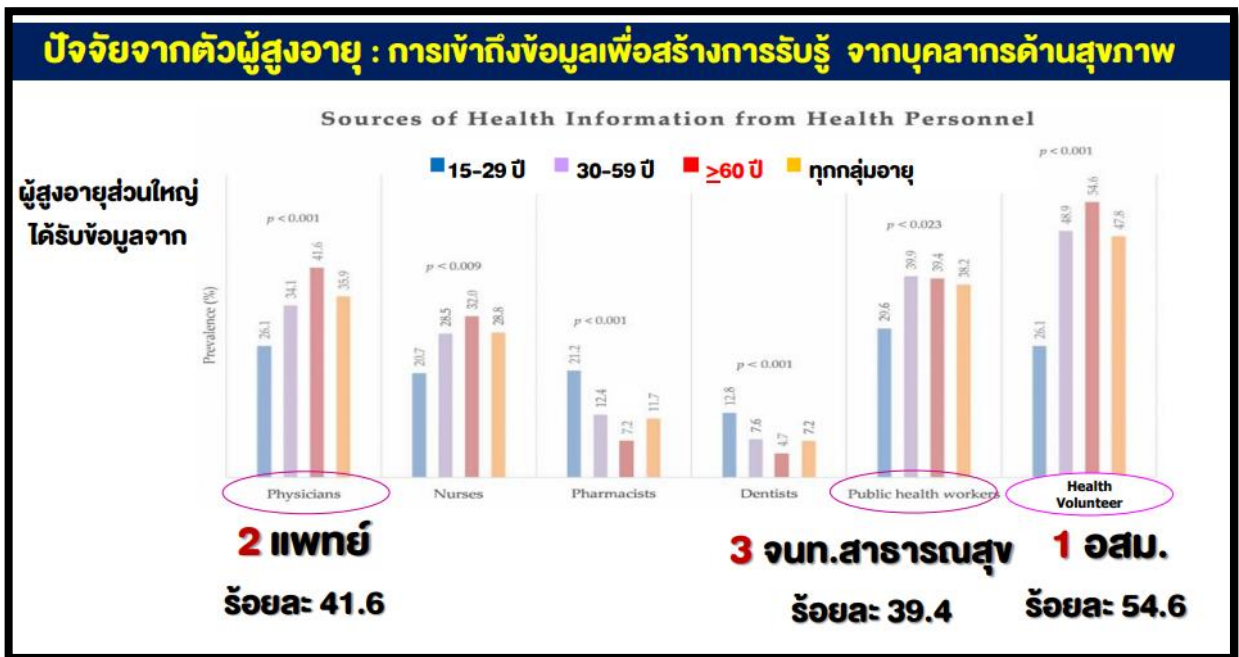
ปัจจัยจากระบบบริการด้านบุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันมี ทันตแพทย์และทันตภิบาล มีประมาณ ๒๐,๐๐๐ กว่าคน เป็นทันตแพทย์ภาครัฐประมาณร้อยละ ๔๘ และทันตแพทย์ภาคเอกชนประมาณร้อยละ ๕๒ ทั้งนี้ ได้มีการวางแผนเพื่อเตรียมรองรับสังคมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ เพื่อให้ทันตแพทย์พัฒนาศักยภาพของตนเองให้มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น ในจัดบริการให้กับ ผู้สูงอายุ

ปัจจัยจากระบบบริการ : บุคลากรผู้ให้บริการด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ				
สังกัด	ทันตแพทย์***		ทันตภิบาล	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
กระทรวงสาธารณสุข	6,609	39	6,158	98
ภาครัฐอื่นๆ	1,583 *	9	121	2
ภาคเอกชน	8,822 *	52	0	0
รวม	17,014		6,279	
หลักสูตร	สำหรับทันตแพทย์			สำหรับทันตภิบาล
	ทันตกรรมผู้สูงอายุ(คน)	หลักสูตรอื่น * (คน)	รวม(คน)	ทันตกรรมผู้สูงอายุ(คน)
ระยะสั้น 4 เดือน	227	349	576	273
หลักสูตร 2 ปี	80	10	90	173

*หลักสูตรอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปริญญาตรีศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาทันตกรรมช่องปาก น.ศ.บัณฑิตย เวชศาสตร์ช่องปาก น.ศ.ครอบครัวและชุมชน มะเร็งช่องปาก อายุรศาสตร์ช่องปาก

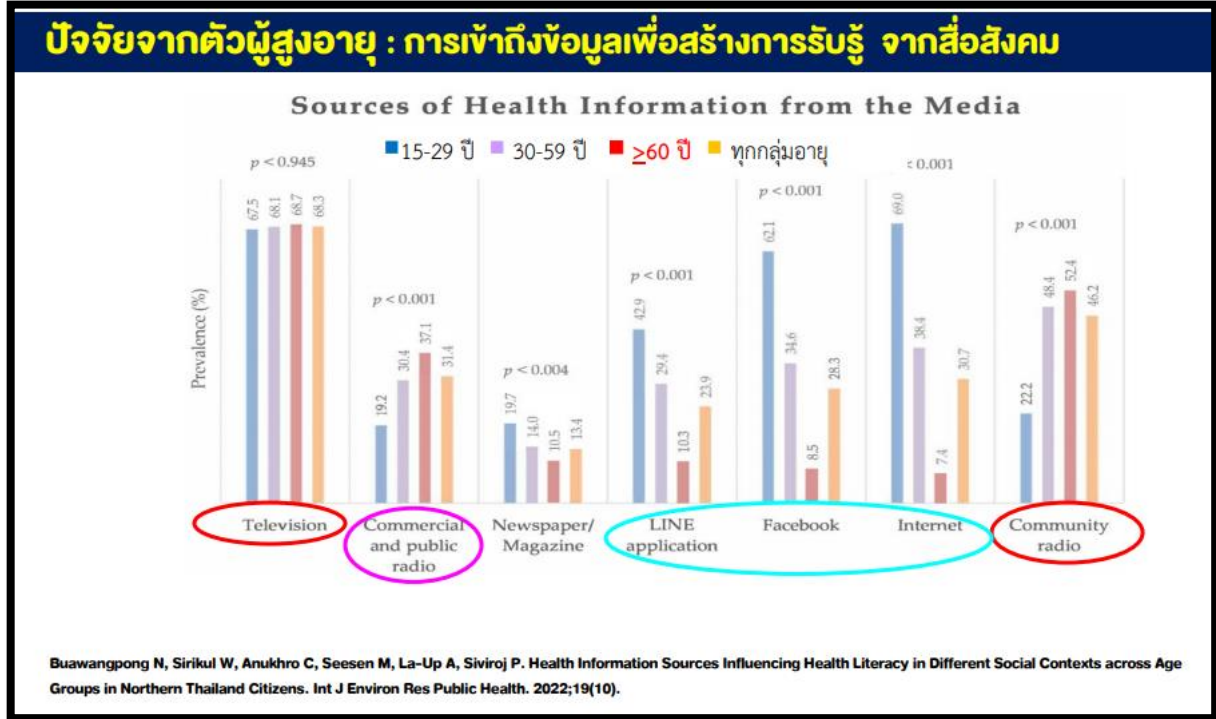
ปัจจัยจากระบบบริการด้านบริการที่ควรได้รับ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญเนื่องจากโรคในช่องปาก มักไม่แสดงอาการตอนเริ่มแรก คนที่ไปพบทันตแพทย์ส่วนใหญ่จะไปพบต่อเมื่อมีอาการแล้ว เพราะฉะนั้น จึงยากที่จะประเมินสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง แม้ว่าจะพยายามส่งเสริมให้ประชาชนตรวจฟันด้วยตนเอง ด้วยวิธีการต่าง ๆ แต่ไม่ใช่เรื่องที่ทำได้ง่าย การตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร จึงจำเป็นต่อการ รักษาสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้การตรวจสุขภาพช่องปากมีความสำคัญในการลดภาระโรคในช่องปาก เนื่องจากสามารถระบุปัญหาและปัจจัยเสี่ยงได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น สามารถจัดการและควบคุมไม่ให้ลุกลาม รุนแรงขึ้นตั้งแต่ในระยะแรก และป้องกันโรคในช่องปากที่จะเกิดขึ้นได้ ส่วนการตรวจสุขภาพช่องปากที่มีความแม่นยำ แม้ว่าเป็นการตรวจโดยทันตภิบาลก็ได้ผลความแม่นยำของโรคฟันผุ ร้อยละ ๘๓.๙๙ และโรคปริทันต์ ร้อยละ ๘๒.๘๙ ทั้งนี้ โรคในช่องปากที่คัดกรองเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยการตรวจ ต้องให้ทันตบุคลากรเป็นผู้ดำเนินการ เพื่อความแม่นยำและวางแผนการรักษาที่เหมาะสม

ปัจจัยจากตัวผู้สูงอายุพิจารณาว่า การเข้าถึงข้อมูลเพื่อสร้างการรับรู้จากบุคลากรด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะได้รับสื่อเหล่านี้จาก อสม. ร้อยละ ๕๔.๖ จากแพทย์ ร้อยละ ๔๑.๖ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ ๓๙.๔ เมื่อผู้สูงอายุมาพบทันตแพทย์ก็จะทำการการรักษา โดยไม่ค่อยได้ให้ความรู้กับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ หากสามารถผลักดันความรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้กับ อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อไปให้ความรู้ กับผู้สูงอายุในพื้นที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้ดีขึ้น



ปัจจัยจากตัวผู้สูงอายุในการเข้าถึงข้อมูลเพื่อสร้างการรับรู้จากสื่อสังคม แม้ว่าจะมีโซเชียลมีเดียต่าง ๆ ทั้งไลน์ เฟซบุ๊ก แต่พบว่า พฤติกรรมของผู้สูงอายุเข้าถึงสื่อโทรทัศน์และวิทยุชุมชน ซึ่งเป็นสื่อสังคม ที่ให้ความรู้กับผู้สูงอายุมากที่สุด ส่วนการใช้งานอินเทอร์เน็ตของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า การใช้งาน อินเทอร์เน็ตที่ผู้สูงอายุนิยมมากที่สุด ๕ ด้าน คือ ๑) ด้านการติดต่อสื่อสาร ๒) ด้านสุขภาพที่เป็นแบบแผน การใช้ชีวิตเพื่อการมีสุขภาพดี ร้อยละ ๖.๔ การรักษาโรค ร้อยละ ๖.๓ และข้อมูลการใช้ยา ร้อยละ ๖.๒ ๓) ด้านความบันเทิงและท่องเที่ยว ๔) ด้านนวัตกรรมและเทคโนโลยี และ ๕) ด้านการศึกษาธุรกิจการทำงาน ส่วนแอปพลิเคชันที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ คือ ไลน์และเฟซบุ๊ก แต่การเข้าถึงแอปพลิเคชันดังกล่าวมีค่าใช้จ่าย

ซึ่งค่าใช้จ่ายขั้นต่ำที่ผู้สูงอายุต้องใช้รายเดือนในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตอย่างน้อย ๑๕๐ - ๒๐๐ บาทต่อเดือน อย่างไรก็ตามการแสวงหาข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อออนไลน์หรือสื่อสังคมยังอยู่ในระดับต่ำ และยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีความน่าเชื่อถือ รวมทั้งยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลพื้นฐาน ทั้งนี้ ทำอย่างไรที่จะให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ทุกที่ทุกเวลา



ฐานข้อมูลระบบบริการสุขภาพ ข้อมูลสภาวะสุขภาพ และพฤติกรรม ซึ่งฐานข้อมูลในระบบบริการ (Hospital Data) ของกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมไว้ที่คลังข้อมูลด้านสุขภาพและการแพทย์ (Health Data Center : HDC) ที่ได้ตรงจากหน่วยบริการทุกแห่งทุกระดับในพื้นที่ และข้อมูลจากหน่วยบริการภาครัฐอื่น รวบรวมที่หน่วยงานรับผิดชอบของตนเอง แต่ขาดฐานข้อมูลในภาคเอกชนที่เป็นฐานข้อมูลซึ่งถูกเก็บไว้เฉพาะใช้ในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการของตนเองเท่านั้น ซึ่งไม่เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือนำไปใช้ ทั้งนี้ ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นข้อมูลการรักษาพยาบาล การให้บริการทันตกรรม จนถึงข้อมูลด้านยา แต่ข้อมูลสภาวะสุขภาพ ช่องปากโดยรวมและพฤติกรรมต่าง ๆ ยังไม่มีการรวบรวมอย่างเป็นระบบและยังไม่มีเชื่อมโยงข้อมูลกับข้อมูลในระบบบริการ ซึ่งข้อมูลส่วนนี้เป็นข้อมูลสำคัญที่จะช่วยในการสร้างความรอบรู้และปรับพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้ หากมีการรวบรวมอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอเพื่อยกระดับการจัดการด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ ดังนี้

๑. ด้านระบบบริการจาก GAP พบว่า ระบบบริการไม่เอื้อต่อการเข้าถึง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ต่างจังหวัดหรือเขตชนบท ชนิดบริการที่ผู้สูงอายุควรได้รับ เพื่อป้องกันการสูญเสียฟัน ดังนั้น จึงมีข้อเสนอ ดังนี้
 - ๑) เสนอให้มีรูปแบบการจัดการบริการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยผู้สูงอายุในต่างจังหวัดหรือเขตชนบท เน้นนโยบายบริการใกล้บ้านให้ primary care ของรัฐเพิ่มการเข้าถึงบริการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดจัดบริการให้กับผู้สูงอายุ พร้อมจัดระบบช่วยเหลือผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเรื่องการเดินทางไปรับบริการ ส่วนผู้สูงอายุเขตเมือง ควรจัดบริการแบบ public – private ซึ่งเหมาะสมกับเขตเมือง โดยเสนอให้ภาคเอกชนเข้าร่วม โดยกระตุ้นการจัดเครือข่ายบริการ

เช่น ให้รับผู้สูงอายุเป็น catchment area หรือเป็นกลุ่มชนิดบริการหรือกลุ่มโรค ซึ่งขณะนี้ สปสช. ให้ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในลักษณะเป็นเครือข่ายได้และสามารถจัดเป็นชุดบริการร่วมกับเอกชนได้

๒) เสนอให้เพิ่มสิทธิประโยชน์ตรวจช่องปากแบบ full mouth examination พร้อมมีการเก็บและบันทึกผล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

๓) เสนอให้มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาช่วยในการจัดบริการและสร้างความรอบรู้ เช่น ทันตกรรมทางไกล สมุดสุขภาพดิจิทัล เป็นต้น



๒. ด้านกำลังคนยังมี GAP ในเรื่องศักยภาพการให้บริการในผู้สูงอายุ การมีบุคลากรปฏิบัติงานในแต่ละระดับ จึงมีข้อเสนอ ดังนี้

๑) เสนอให้มีทันตบุคลากรปฏิบัติงานและมี competency ของทันตบุคลากร ทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลทำงานในหน่วยบริการแต่ละระดับ โดยระดับปฐมภูมิเสนอกำหนดให้มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานให้บริการที่หน่วยปฐมภูมิ และเสนอการสนับสนุนงบประมาณให้บุคลากรระดับปฐมภูมิได้อบรมหรือศึกษาต่อเพื่อสนับสนุนการทำงานเป็นหมอครอบครัว ส่วนระดับทุติยภูมิเสนอกำหนดให้มีทันตบุคลากร โดยเฉพาะที่ได้รับกร train มาแล้ว ร่วมทำงานอยู่ในหน่วยหรือศูนย์ที่ดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เช่น โรงพยาบาลผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อบริการดูแลเรื่องยา โรค และความซับซ้อนในการให้บริการ

๒) เสนอคณะทันตแพทย์ integrate เรื่องทันตกรรมผู้สูงอายุเข้าไปในหลักสูตรปริญญาตรี และหลักสูตรหลังปริญญา ซึ่งหลักสูตรหลังปริญญาจะรวมอยู่ในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง เช่น super GP, prosth เป็นต้น

๓) เสนอพัฒนา gate keeper เช่น health volunteer ให้สามารถสนับสนุนงานเฝ้าระวังและส่งต่อ เช่น มีข้อมูลในการตัดสินใจว่าควรส่งต่อทันตแพทย์ โดยต้องมีการพัฒนาเครื่องมือช่วยตัดสินใจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีสถานะต่าง ๆ และยาที่มีผลต่อช่องปาก เป็นต้น

๓. ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีบริการ โดยสนับสนุนการประเมิน คัดกรองตนเอง และการลงบันทึกของภาคประชาชน (non – hospital data) และเสนอให้มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง non – hospital data กับ hospital data ซึ่งขณะนี้มีการเชื่อมกันทาง HealthLink แล้ว โดยมีกระทรวงอื่นที่เกี่ยวข้องสนับสนุนภายใต้บทบาท เช่น กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข อภิปรายในหัวข้อ “THAILAND DENTAL HUB ก้าวสำคัญของการพัฒนางานทันตสุขภาพไทย เพื่อความก้าวหน้า ความมั่นคงทางการแพทย์ เศรษฐกิจ สังคม และเพื่อคนไทยทุกคน”

สืบเนื่องจากที่ได้มีการพัฒนาโครงการ THAILAND DENTAL HUB ในปี ๒๕๔๗ นับเป็นเวลาเกือบ ๒๐ ปี และในปี ๒๕๕๙ โครงการดังกล่าวได้นำเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีเป็นยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งมี ๗ ยุทธศาสตร์ เมื่อเป็นยุทธศาสตร์แล้วจะมีการขับเคลื่อนให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยเริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๙ ซึ่งการขับเคลื่อนในส่วนนี้ได้พยายามหารูปแบบหรือโมเดลต่าง ๆ



มากมาย ในการขับเคลื่อนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ หากพิจารณาการขับเคลื่อนธุรกิจอุตสาหกรรมต่อยอดต่าง ๆ หรืออุตสาหกรรมใหม่ อุตสาหกรรมที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในประเทศไทยคือ อุตสาหกรรมท่องเที่ยวและอุตสาหกรรมทางการแพทย์

จากผลวิจัยพบว่า คนต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทย ประมาณ ๔๐ ล้านคน เข้ามาเพื่อการท่องเที่ยวและการใช้บริการทางการแพทย์ ในปี ๒๕๕๔ เกิดภาวะน้ำท่วมใหญ่ในประเทศไทย ทำให้มีนักท่องเที่ยวเข้ามาท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและธรรมชาติลดลงเหลือร้อยละ ๒๐ จากเดิมมีนักท่องเที่ยวเข้ามาท่องเที่ยวในลักษณะดังกล่าว ร้อยละ ๗๐ ส่วนนักท่องเที่ยวที่เข้ามาท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นเป็น ร้อยละ ๗๐ จากเดิมมีเพียงร้อยละ ๒๐ ทั้งนี้ คาดการณ์ว่า หลังน้ำลดการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและธรรมชาติจะกลับมาเหมือนเดิมและการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจะลดลงเหลือร้อยละ ๒๐ เหมือนเดิม แต่เป็นการคาดการณ์ที่ผิด เนื่องจากเมื่อน้ำลดลงหลังปี ๒๕๕๔ นักท่องเที่ยวเข้ามาท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มมากขึ้นประมาณ ร้อยละ ๕๔ ส่วนการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมและธรรมชาติ ร้อยละ ๔๐ แต่ในปัจจุบันคาดว่า นักท่องเที่ยวที่เข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยทั้ง ๒ รูปแบบ มีสัดส่วนที่เท่ากัน ทั้งนี้ ข้อมูลจากสมาคมสปาไทย ในปี ๒๕๕๙ มีนักท่องเที่ยวใช้บริการนวดสปาที่ประเทศไทยประมาณ ๒๐ ล้านครั้ง ปี ๒๕๖๐ คาดว่า ธุรกิจนวดสปาจะเพิ่มเป็น ๒๕ ล้านครั้ง แต่ข้อมูลของสมาคมสปาไทย พบว่า มีนักท่องเที่ยวมาใช้บริการนวดสปา ๓๐ ล้านครั้ง ปี ๒๕๖๑ เพิ่มขึ้นเป็น ๔๐ ล้านครั้ง สัดส่วนเทียบเท่ากับนักท่องเที่ยวที่เข้ามาในประเทศไทย จำนวน ๓๙ ล้านคน แสดงให้เห็นว่านักท่องเที่ยวที่เข้ามาในประเทศไทยต้องการเข้ามาท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมากขึ้น

ร้านนวดไทยที่ประเทศเยอรมันมีนักท่องเที่ยวเข้ามาใช้บริการและขอรับบริการกับหมอนวดไทยเท่านั้น ซึ่งเป็นความรู้สึกของคนต่างชาติที่มีต่อคนไทย เพราะฉะนั้นในช่วงวันหยุดยาวนักท่องเที่ยวจึงนิยมเดินทางเข้ามาในประเทศไทย เพื่อมารับบริการนวดสปา ประกอบกับการนวดแผนไทยได้รับยกย่องให้เป็นมรดกโลกจาก UNESCO แล้ว ยิ่งทำให้นักท่องเที่ยวต่างชาติต้องการเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยมากขึ้น ในรัฐแคลิฟอร์เนียมีร้านนวดไทยจำนวนมาก นอกจากนั้นยังมีร้านนวดของเวียดนามและจีน ซึ่งมีความโดดเด่นเช่นกัน ร้านนวดของเวียดนามและจีนคิดอัตราค่าบริการชั่วโมงละ ๑๒.๕ เหรียญ ส่วนร้านนวดไทยคิดอัตราค่าบริการชั่วโมงละ ๓๕ เหรียญ อัตราค่าบริการต่างกันเกือบ ๓ เท่า แต่ร้านนวดไทยมีคนมาใช้บริการจำนวนมาก

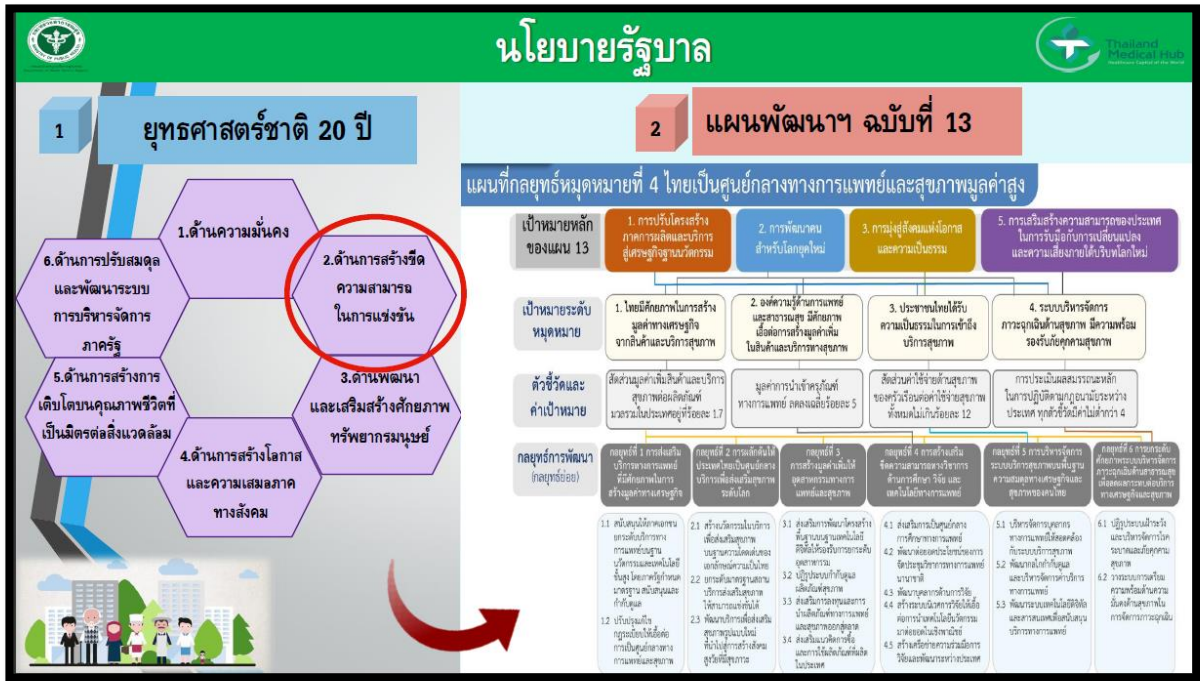
จนกระทั่งได้มีการพัฒนาหลักสูตรขนาดไทยจาก ๑๕๐ ชั่วโมง เป็น ๖๐๐ ชั่วโมง เพื่อให้หมอนวดไทยสามารถสอบ License ที่รัฐแคลิฟอร์เนียได้

การพัฒนาเป็นศูนย์กลางด้านทันตกรรมนานาชาติ (Dental Hub) ในช่วงที่ผ่านมาปัญหาที่เกิดขึ้นคือ ไม่มีโมเดลการบริหารจัดการ แม้ว่าชาวต่างชาติทั่วโลกส่วนใหญ่มีประกันส่วนบุคคล แต่อย่างไรจะทำให้ชาวต่างชาติที่มีประกันดังกล่าวมาใช้บริการทันตกรรมในประเทศไทย ในประเทศออสเตรเลียการขูดหินปูนมีอัตราค่าบริการ ๖,๐๐๐ บาท แต่การขูดหินปูนในประเทศไทยมีอัตราค่าบริการ ๖๐๐ บาท ทั้งนี้ บริษัทประกันต่างชาตินั้นยินดีจะเคลมประกันให้คลินิกทันตกรรมในประเทศไทย เพราะฉะนั้นทำอย่างไรจะให้บริษัทประกันต่างชาติมี platform กลางที่มีการเชื่อมต่อระหว่างคลินิกทันตกรรมในประเทศไทย โดยส่งผ่านสถานทูตไปยังกระทรวงการต่างประเทศ และมีการโปรโมท platform ดังกล่าวกับบริษัทประกันต่างชาติที่เรียกว่า “Claim Center” เมื่อนักท่องเที่ยวเข้ามาใช้บริการทางทันตกรรมในประเทศไทยไม่ต้องสำรองจ่ายค่าบริการแต่อย่างใด เนื่องจากจะเกิดกระบวนการ Claim Center ระหว่างบริษัทประกันต่างชาติกับคลินิกทันตกรรมในประเทศไทย หากสามารถดำเนินการได้จะมีลูกค้าจากทั่วโลกเข้ามาในประเทศไทย ซึ่งไม่ใช่เข้ามาเพื่อการท่องเที่ยวเท่านั้น แต่จะเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาล และจะเกิดอุตสาหกรรมการแพทย์ขึ้น คาดว่า ศักยภาพคลินิกทันตกรรมในประเทศไทยที่มี ๖,๔๐๐ แห่ง จะเป็นเรือสมุทรขนาดใหญ่ที่จะสร้างผลประโยชน์ให้กับประเทศชาติ จากข้อมูลพบว่า คลินิกทันตกรรม จำนวน ๑๓ แห่ง ที่เป็นเครือข่ายของโครงการ THAILAND DENTAL HUB ในปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมา สามารถสร้างรายได้ จำนวน ๕๐๐ ล้านบาท หากพิจารณาจากคลินิกทันตกรรม ๖,๔๐๐ แห่ง ทั่วประเทศไทยจะสามารถสร้างรายได้ให้กับประเทศไทยอย่างสูงมาก



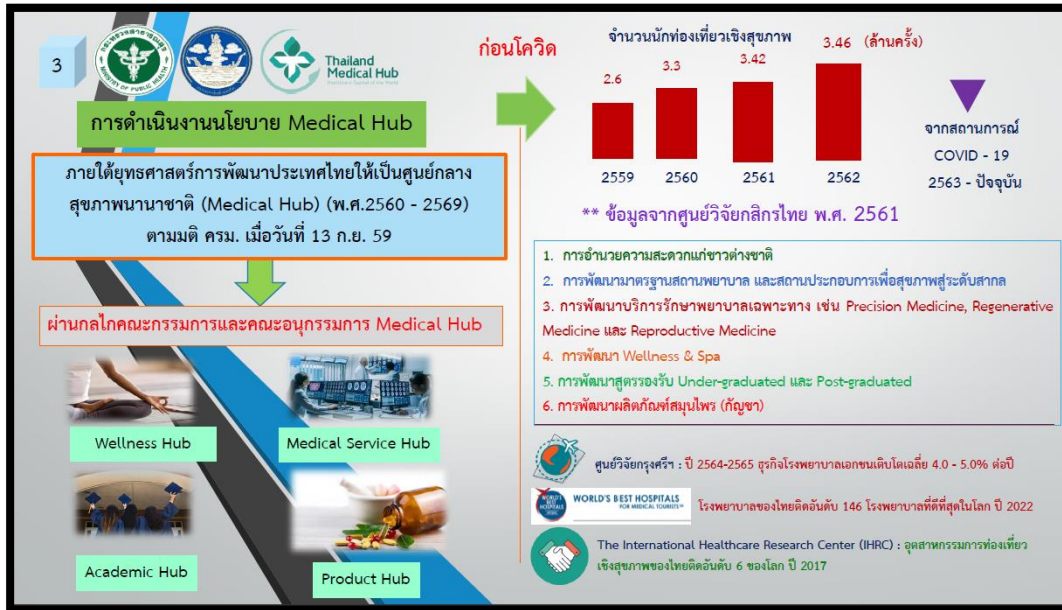
การดำเนินการภาพรวมจะตอบโจทย์ยุทธศาสตร์ชาติอย่างไร ในยุทธศาสตร์ชาติหากพิจารณาประเด็นการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขัน ทำอย่างไรจะมีการสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันให้ตอบโจทย์เรื่องความมั่นคงให้กับประเทศชาติได้ การจะสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันหรือการพัฒนา ศักยภาพของประเทศ การสร้างฐานมูลค่าธุรกิจทางการแพทย์ให้เพิ่มจากฐานเดิม หรือการเพิ่มความสามารถในการแข่งขันด้านบริการสุขภาพให้ศักยภาพหรือความสามารถในการแข่งขัน สิ่งใดคือข้อได้เปรียบด้านการแข่งขัน ข้อได้เปรียบตรงนี้จะได้เปรียบจริงหรือไม่ แล้วสิ่งใดคือ key success ในส่วนนี้ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่จะเกิดขึ้นในเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ต้องการให้มีการพัฒนาอุตสาหกรรมการแพทย์ ภายใต้ฐานของนวัตกรรม โดยกำหนดไว้ในหมุดหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ เพราะฉะนั้นภายใต้ฐานนวัตกรรมตรงส่วนนี้ต้องการดึงมูลค่ารวมให้เป็นร้อยละ ๑.๗ ของมูลค่ารวมของผลิตภัณฑ์และบริการทั้งหมด เพราะฉะนั้นสิ่งที่จะเกิดขึ้นคือ สิ่งใดที่เรียกว่านวัตกรรม และความรอบรู้ที่แท้จริง หรือ

health literacy ด้านนวัตกรรม หน่วยงานใดจะเป็นผู้พัฒนาขึ้น ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีชาวต่างชาติ มาใช้บริการทางการแพทย์สูงมาก ในปี ๒๕๕๖ มีผู้มาใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย จำนวน ๑.๒ ล้านครั้ง ซึ่ง Bloomberg ได้จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีผู้ใช้บริการชาวต่างชาติมากที่สุดในโลกในปีนั้น



การดำเนินงานนโยบาย Medical Hub ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๙) ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๕๙ ประกอบด้วย ๗ ยุทธศาสตร์ ประมาณ ๓๐ กลยุทธ์ รวมทั้งแผนงาน/โครงการต่าง ๆ การจัดทำ Medical Hub ดำเนินการเป็นส่วน ๆ คือ Medical Service, Wellness, Academic และ Product จะเห็นว่า การดำเนินงาน Dental Hub ไม่มีโมเดล ที่ผ่านมาเข้าใจว่าภาครัฐออกกฎระเบียบมากมาย ทำให้ภาคเอกชนดำเนินการได้ช้าลงหรือไม่ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องกลับมาทบทวน แต่ทั้งนี้ ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีโรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน JCI จำนวน ๖๐ แห่ง ซึ่งถือว่ามากที่สุดในเอเชีย เมื่อปี ๒๕๕๙ มีผู้ใช้บริการทางการแพทย์ในประเทศไทย ประมาณ ๒.๖ ล้านครั้ง แต่เมื่อย้อนไปปี ๒๕๕๖ มีผู้ใช้บริการชาวต่างชาติประมาณ ๑.๒ ล้านครั้ง ปี ๒๕๕๖ Bloomberg จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีชาวต่างชาติใช้บริการด้านการแพทย์มากที่สุดในโลก ปี ๒๕๖๐ มีผู้ใช้บริการชาวต่างชาติประมาณ ๓.๓ ล้านครั้ง จนกระทั่งถึงปี ๒๕๖๒ ก่อนเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ประเทศไทยมีมูลค่าการบริการทางการแพทย์ ๓.๔๖ ล้านครั้ง คิดเป็น ๓ เท่าของปี ๒๕๕๖ แต่มูลค่า ๓.๔๖ ล้านครั้ง เท่ากับประเทศสิงคโปร์ โดยในปี ๒๕๖๒ ประเทศสิงคโปร์มีผู้ใช้บริการทางการแพทย์ ๗ แสนล้านครั้ง มูลค่ารายรับเท่ากับประเทศไทย ๓.๔๖ ล้านครั้ง แต่เนื่องจากค่ารักษาพยาบาลของประเทศสิงคโปร์สูงกว่าประเทศไทย เหตุผลที่ประเทศสิงคโปร์คิดอัตราค่าบริการในราคาสูง เนื่องจากใช้การอ้างอิงทางการแพทย์ของมหาวิทยาลัยในสหรัฐอเมริกา เพื่อยกระดับคุณค่าทางการแพทย์ของประเทศ ส่วนประเทศไทยไม่เคยมีการการประชุมวิชาการนานาชาติ ไม่มีนักวิจัยรองรับในส่วนนี้ นี่เป็นสิ่งสำคัญ แต่ประเทศไทยอ่อนแอในการบริหารจัดการ ซึ่ง Academic ไม่ได้ตอบโจทก์ magnet ที่ให้บริการด้าน Medical Hub หรือ Dental Hub การวิจัยอยู่เพียงในมหาวิทยาลัยแต่ไม่ได้เชื่อมโยงกับด้านการแพทย์

แต่ประเทศสิงคโปร์ทำให้เห็นภาพดังกล่าว ซึ่งประเทศไทยควรมานำหลักวิชาการมาตอบโจทก์ Medical Service เพื่อทำให้เกิดเป็นรูปธรรมต่อไป

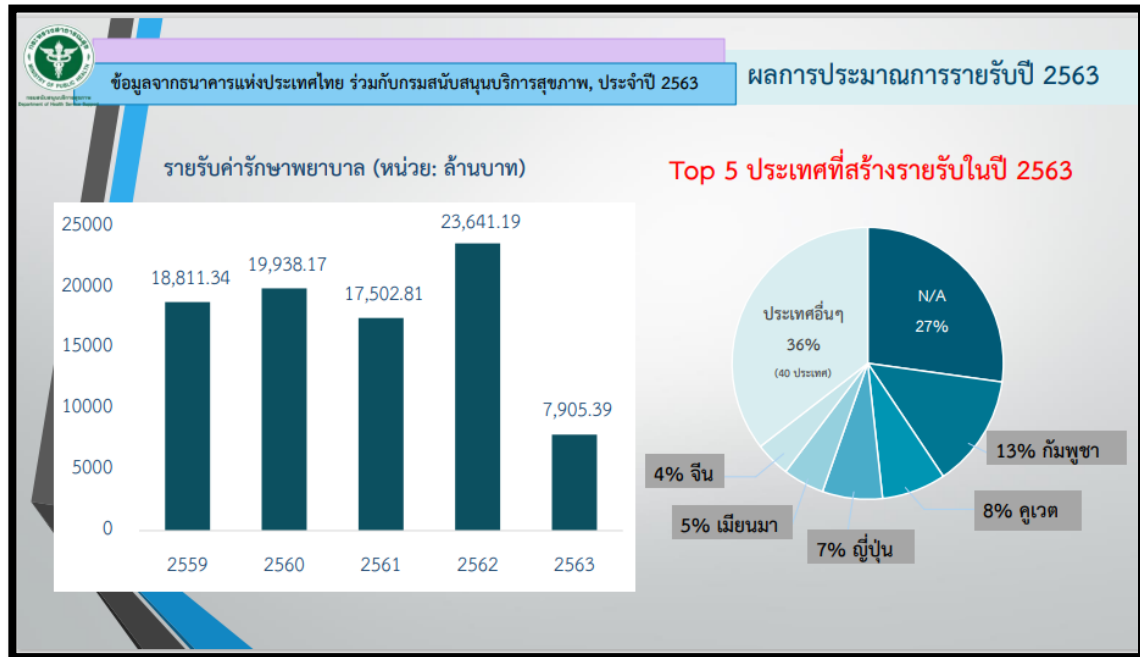


ในปี ๒๕๕๔ ผลการสำรวจของศูนย์วิจัยกสิกรไทย พบว่า ผู้ที่เข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทยจะพาดูติมาด้วย ตัวผู้ป่วยจะมีมูลค่าการรักษาพยาบาล ร้อยละ ๒๐ และมูลค่าทางการท่องเที่ยว ร้อยละ ๘๐ หากสามารถดึงมูลค่าการรักษาพยาบาลได้เป็น ๒ แสนล้านบาท จะทำให้มูลค่าทางการท่องเที่ยวเพิ่มเป็น ๘ แสนล้านบาท

จากสถานการณ์การระบาดของ Covid - 19 ในระยะแรกไม่มีนักท่องเที่ยวเข้ามาในประเทศไทย พบว่า รายได้จากการท่องเที่ยวลดลง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้จัดทำ Alternative Hospital Quarantine (AHQ), Alternative State Quarantine (ASQ), Alternative Local Quarantine (ALQ) ในขณะนั้นมีชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย รวมทั้งญาติของผู้ป่วย จำนวน ๑๑,๔๒๖ คน โรงพยาบาลเอกชนมีรายได้จากนักท่องเที่ยวดังกล่าวประมาณ ๔,๓๓๙ ล้านบาท ส่วน Golf Quarantine เปิดได้เกือบ ๑ เดือน มีนักท่องเที่ยวเข้ามาใช้บริการ จำนวน ๓๗๑ คน มีรายได้ ๔๐ ล้านบาท จะเห็นได้ว่านักท่องเที่ยวมีความต้องการเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศไทยอยู่แล้ว



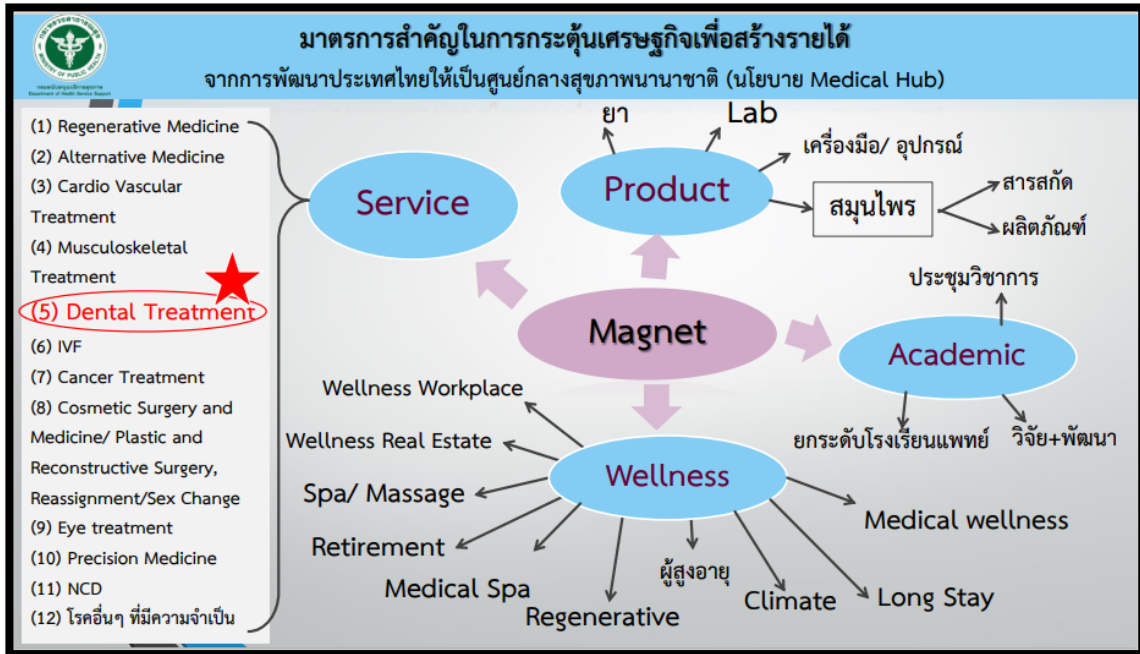
ในสถานการณ์ที่ผ่านมาเม็ดเงินของการรักษาพยาบาลเฉพาะ Medical Service ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ รายรับค่ารักษาพยาบาล จำนวน ๑๘,๘๑๑.๓๔ ล้านบาท ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๙,๙๓๘.๑๗ ล้านบาท ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๗,๕๐๒.๘๑ ล้านบาท ปี ๒๕๖๒ ประมาณ ๒๓,๖๔๑.๑๙ ล้านบาท แต่เมื่อเกิดสถานการณ์โควิด ๑๙ นักท่องเที่ยวลดลงเหลือประมาณ ๗,๙๐๕.๓๙ ล้านบาท ประเทศที่สร้างรายรับในปี ๒๕๖๓ มากที่สุด ๕ ประเทศ คือ กัมพูชา ร้อยละ ๑๓ คุเวต ร้อยละ ๘ ญี่ปุ่น ร้อยละ ๗ เมียนมา ร้อยละ ๕ และจีน ร้อยละ ๔



มาตรการสำคัญในการกระตุ้นเศรษฐกิจเพื่อสร้างรายได้จากการพัฒนาประเทศไทยให้เป็น ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (นโยบาย Medical Hub) ประกอบด้วย Service, Product, Academic และ Wellness ในเรื่อง Cosmetic Surgery and Medicine/Plastic and Reconstructive Surgery, Reassignment/Sex Change ข้อมูลปี ๒๕๕๘ คำนิยมการเสริมความงามของคนทั่วโลก อันดับ ๑ คือ การทำ Botox ประมาณ ๕ ล้านครั้ง อันดับ ๒ คือ การทำ Filler หรือ Hyaluronic Acid ประมาณ ๓ ล้านครั้ง ส่วนการผ่าตัดที่ได้รับความนิยมทั่วโลก คือ การผ่าตัดเปลือกตา ประมาณ ๑.๔ ล้านครั้ง รองลงมา คือ การดูดไขมันประมาณ ๑.๓ ล้านครั้ง การเสริมเต้านมประมาณ ๑.๓ ล้านครั้ง ประเทศที่มาใช้บริการมากที่สุดในโลก คือ สหรัฐอเมริกา คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ของนักท่องเที่ยวทั่วโลก จะเห็นว่า Magnet ในส่วนนี้ หากพิจารณาที่ Academic ไม่ได้ตอบโจทย์ที่ Medical Service, Product หรือ Wellness คือ ไม่มีผลงานวิจัยมารองรับบริการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแต่อย่างใด ยังไม่มีการเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกัน หากสามารถนำ Academic มารองรับบริการต่าง ๆ ได้ ทั้งการพัฒนาศักยภาพของแพทย์หรือทันตแพทย์ เพื่อรองรับ Medical Service Hub หรือ Thailand Dental Hub จะทำให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ Dental Treatment คือ Magnet หนึ่ง ที่ได้รับความนิยมจากชาวต่างชาติและอยู่ในอันดับที่ ๕

ผลการวิจัยของศูนย์วิจัยกสิกรไทย พบว่า นักท่องเที่ยวนิยมเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาล ในประเทศไทย เนื่องจากขอรับการต้อนรับและการบริการด้วยใจของคนไทย ส่วนในเรื่องคุณภาพจะพิจารณาว่า สิ่งที่ทำให้บริการมีมาตรฐานหรือไม่ และมาตรฐานนั้นได้รับการตรวจสอบและรับรองจากหน่วยงานใด หากสามารถ

ตอบโจทก์นี้ได้ นั่นคือ คุณภาพ แม้ว่าโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทยจะได้รับมาตรฐาน JCI แต่ยังคงเพิ่มมาตรฐานทางวิชาชีพและเพิ่ม reference เพื่อรองรับมาตรฐาน รวมทั้งประชาสัมพันธ์ไปทั่วโลก



(ร่าง) แนวทางการยกระดับให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทันตกรรมนานาชาติ (Dental Hub) ได้ปักหมุดที่จังหวัดภูเก็ตเป็นจังหวัดนำร่อง และมีคลินิกเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๒๓ แห่ง ซึ่งดำเนินการเริ่มจากการกำหนดแนวทาง หลักเกณฑ์ การประเมินความพร้อม โดยคลินิกที่เข้าร่วมโครงการต้องเป็นคลินิกที่ถูกต้องตามกฎหมายได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล มีการคัดกรองก่อนรับการรักษา ทำแผนการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษร มีการถ่ายภาพรังสีประกอบการวินิจฉัยโรค และเครื่องมือทันตกรรมผ่านการปลอดเชื้อ คนไทยเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมอย่างไร คนต่างชาติก็ต้องเข้าถึงบริการเดียวกันได้ นอกจากนั้นคลินิกทันตกรรมต้องคัดเลือกบริการที่เป็น Magnet สร้างมูลค่า ซึ่งในจังหวัดภูเก็ตคัดเลือกบริการที่เป็น Magnet คือ บริการทันตกรรมเพื่อความสวยงาม (Aesthetic) เพื่อเป็น Island of smile การกำหนดค่าบริการแบบราคาเดียว (One Price Policy) คือ อัตราค่าบริการเป็นราคาเดียวกันทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ นอกจากนั้นยังมีการพัฒนา Application/Platform กลาง สำหรับเชื่อมโยงคลินิกทันตกรรมในพื้นที่นำร่อง การมีสื่อประชาสัมพันธ์/QR Code ดาวน์โหลดแอปพลิเคชันบนสายการบิน การค้นหาด้วยชื่อ هتلการ/ชื่อทันตแพทย์/การนัดหมาย และสามารถอัปโหลดภาพถ่าย/ประวัติการรักษา การพัฒนาศูนย์ล่าม/Claim Center และระบบไกล่เกลี่ยข้อพิพาท (Medical Mediator) จัดทำระบบ Payment Mechanism การเบิกจ่ายค่ารักษากับบริษัทประกันต่างประเทศ (Self paid/Insurance/Platform ใบนเสร็จ) การพัฒนาระบบ Tax Refund/พัฒนารูปแบบ Agency (เน้นกลุ่ม Retire) ซึ่งนักท่องเที่ยวสามารถนำไปเสร็จค่าบริการไปลดหย่อนภาษีที่ประเทศตนเองได้ การพัฒนาระบบอำนวยความสะดวกด้านการตรวจลงตราชาวต่างชาติ จัดทำเป็น premium lane ขึ้นมา และจัดทำ Dental Visa ซึ่งนักท่องเที่ยวกลุ่มนี้จะมีบริการรถรับ - ส่ง ไปยังโรงแรมและคลินิกทันตกรรม ซึ่งในระยะแรกของโครงการจะต้องได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ เพื่อสร้างรายได้เปรียบด้านการแข่งขัน ภาครัฐต้องส่งเสริมการตลาดและประชาสัมพันธ์สร้างแบรนด์ Thailand Dental Hub ของประเทศ การประชาสัมพันธ์บนสายการบิน การจัดกิจกรรม Roadshow และสร้างเครือข่ายคลินิกทันตกรรมในต่างประเทศ

ซึ่งโครงการนี้จะต้องเป็น Flagship Projects และนำเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี เพื่อให้ทุกภาคส่วนร่วมมือกันในการขับเคลื่อนและร่วมกันลงทุนด้านทันตกรรม และเชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในภูมิภาค/รูปแบบอื่น



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้เดินทางไปตรวจเยี่ยมและ Workshop ร่วมกับผู้แทนคลินิกทันตกรรมในการทำ SOP รวมทั้งถ่ายทำข้อมูลคลินิกทันตกรรมนำร่องในจังหวัดภูเก็ต เมื่อวันที่ ๒๖ - ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕ ปัจจุบันจังหวัดเชียงใหม่ ชลบุรี ได้ติดต่อเข้ามา เพื่อขออนำร่องโครงการ Thailand Dental Hub ทั้งนี้ จะต้องนำร่องในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตให้เรียบร้อยก่อน จึงจะเปิดให้จังหวัดอื่นได้นำไปเป็นต้นแบบในการดำเนินการต่อไป ในจังหวัดภูเก็ตจะ Kickoff วันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

หลักเกณฑ์และมาตรฐานการดำเนินการของคลินิกทันตกรรมที่เข้าร่วมเป็น Dental Hub ใน Phase 1 เป็นคลินิกที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตหรือใกล้เคียง โดยผู้ประกอบการจัดให้มี องค์ประกอบหลักดังนี้

หมวด ๑ : ลักษณะโดยทั่วไปเป็นไปตามที่ได้รับใบอนุญาตตามกฎหมาย ปัจจุบันมีคลินิกทันตกรรมที่ได้รับใบอนุญาตถูกต้องตามกฎหมายมีจำนวน ๖,๔๐๐ แห่ง

หมวด ๒ : ลักษณะที่ต้องจัดให้มี

๒.๑ ด้านสถานที่ : โครงการสร้างปลอดภัย สะอาด ทำความสะอาดอุปกรณ์เสมอ

๒.๒ ด้าน Covid Free Setting : จัดจุดคัดกรองผู้รับบริการ มีการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคโควิด ๑๙ อย่างเคร่งครัด

๒.๓ ด้านการรักษา : มีการคัดกรองก่อนให้การรักษา ครอบคลุมข้อมูลทางการแพทย์ เครื่องมือปลอดเชื้อ

๒.๔ ด้านผู้ให้บริการ : มีบุคลิกภาพและการแต่งกายเหมาะสม มีศักยภาพในการสื่อสารภาษาอังกฤษ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจะจัดคอร์สอบรมภาษาอังกฤษให้กับผู้ช่วยและทันตแพทย์ จัดคอร์สอบรมการทำ CPR ให้กับคลินิกที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อให้ทันตบุคลากรมีความรู้ ความสามารถ และมีความมั่นใจในการให้บริการแก่ชาวต่างชาติ นอกจากนี้จะมีการจัดทำศูนย์ล่ามและ medical mediator service มีนิตกรที่เก่งภาษาอังกฤษคอยช่วยเหลือกรณีเกิดการฟ้องร้องจากชาวต่างชาติที่มาใช้บริการ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับคลินิกดังกล่าว

๒.๕ ด้านข้อมูลหรือเอกสาร : มีเอกสารประกอบการบันทึกหรือสื่อสารกับผู้รับการรักษา เป็นภาษาอังกฤษ มีการทำแผนการรักษากับผู้รับการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษร

หมวด ๓ : ระบบฐานข้อมูลในการ Appointment ของสถานประกอบการต้องจัดเตรียม/ Application/Covid Commander/แฟ้มบุคคล

บริการทันตกรรมที่มีศักยภาพ ประกอบด้วย Dental Implants, Dental Veneers, Dental Crowns, Dental Bridges, Dentures Implant Dentures, Dental Fillings, Teeth whitening/Teeth Cleaning, Dental Bonding, Root Canal Treatment, Orthodontic Braces, Invisalign บริการดังกล่าว สามารถสร้างเม็ดเงินให้กับประเทศไทยอย่างสูงมาก

ปัญหาบริการทันตกรรมของประเทศไทย คือ ยังไม่มีมาตรฐานและงานวิจัยทางวิชาการรองรับ ดังนั้น โครงการ Thailand Dental Hub จึงได้จัดทำ (ร่าง) ข้อกำหนดกลางมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) รองรับเป็นศูนย์กลางทันตกรรมนานาชาติ (Dental Hub) โดยเริ่มจาก Awareness ซึ่งแบ่งนักท่องเที่ยว ออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ ๑) กลุ่มที่จ่ายเงินเอง (Self-Pay) และ ๒) กลุ่มที่มีประกัน (Insurance) กลุ่มที่ต้องการ คือ กลุ่มที่มีประกัน เนื่องจากบริการทันตกรรมของคนต่างชาติส่วนใหญ่ นอกจากบริการพื้นฐานแล้วจะมีการซื้อประกันส่วนบุคคล เช่น ประเทศนอร์เวย์ สวิตเซอร์แลนด์ ส่วนช่องทางการรับรู้ผ่าน Google Search Engine, สื่อออนไลน์, Bill Board, ประชาสัมพันธ์/แผ่นพับ (สนามบิน/โรงแรม), จัด Event เช่น APEC

Pre Arrival : รูปแบบการเดินทาง โดยการกรอกข้อมูลการเข้ารับบริการทันตกรรมผ่านทาง website : thailandmedicathub.net ผ่าน Agency หรือเดินทางเข้ามาด้วยตนเอง เชื่อมโยงระบบ POS (Point of Service) มีการนัดหมายผ่าน Platform กลาง ในระยะที่ ๑ : คลินิกนัดหมายเองและตอบคำถาม ผ่านระบบ AI ระยะที่ ๒ : มีศูนย์ล่ามกลาง ทำการนัดหมายและตอบคำถาม ส่วนเอกสารที่ใช้ในการเดินทาง เข้าประเทศ คือ ๑. Dental Hub Visa เอกสารประกอบด้วย Confirmation Letter/Affidavit Lett, Chief Complaint (Dental), Passport, Medical Record และ ๒. Visa ปกติ/ยกเว้นวีซ่า เอกสารที่ใช้ ประกอบด้วย Appointment Information และ passport

Arrival : ชาวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการทันตกรรมในประเทศไทยตามโครงการ Thailand Dental Hub จะผ่านการตรวจคนเข้าเมือง ผ่านพิธีการศุลกากร นอกจากนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะได้มีการหารือร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศ เพื่อกำหนดช่องทางพิเศษ (Dental Premium Lane) สำหรับชาวต่างชาติดังกล่าว หากสามารถดำเนินการได้จะมีช่องทางพิเศษสำหรับนักท่องเที่ยวที่ลงทะเบียน เข้ารับบริการทันตกรรมในประเทศไทยตามโครงการดังกล่าว

ทั้งนี้ โครงการ Thailand Dental Hub ได้ปึกหมุดให้จังหวัดภูเก็ตเป็น Dental Hub และคาดการณ์ รายได้ไว้ประมาณ ๒ ล้านบาทต่อเดือน ต่อคลินิก ทั้งนี้ ชาวไทยสามารถเข้าถึงบริการในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตได้ โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้รับบริการชาวต่างชาติ/Resident/Expat/ชาวไทยผู้มั่งคั่ง ส่วนบริการเพิ่มเติมสำหรับ ชาวต่างชาติที่เป็น Dental Hub Visa คือ โรงแรม/การท่องเที่ยว/บริการรถ

Occupy : การเตรียมความพร้อมสำหรับคลินิกทันตกรรมในระหว่างการให้บริการ คือ

- ๑) ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลและเจ้าหน้าที่เตรียมการต้อนรับและการลงทะเบียนการคัดกรองก่อนรับการรักษา
- ๒) การระบุตัวตนผู้ป่วยและหัตถการก่อนการรักษา การตรวจและวินิจฉัย ๓) การสื่อสารและวางแผนการรักษา และบันทึกข้อตกลงรับการรักษา ๔) การควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control) ๕) การให้คำแนะนำ หลังการรักษาและยา ๖) การนัดหมายและชำระเงิน ๗) การส่งเอกสาร รายงานการรักษาผู้เข้ารับบริการ ๘. การจัดการข้อร้องเรียนจากผู้รับการรักษา (ระหว่างพัก) และ ๙. การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน (ระหว่างรักษา)

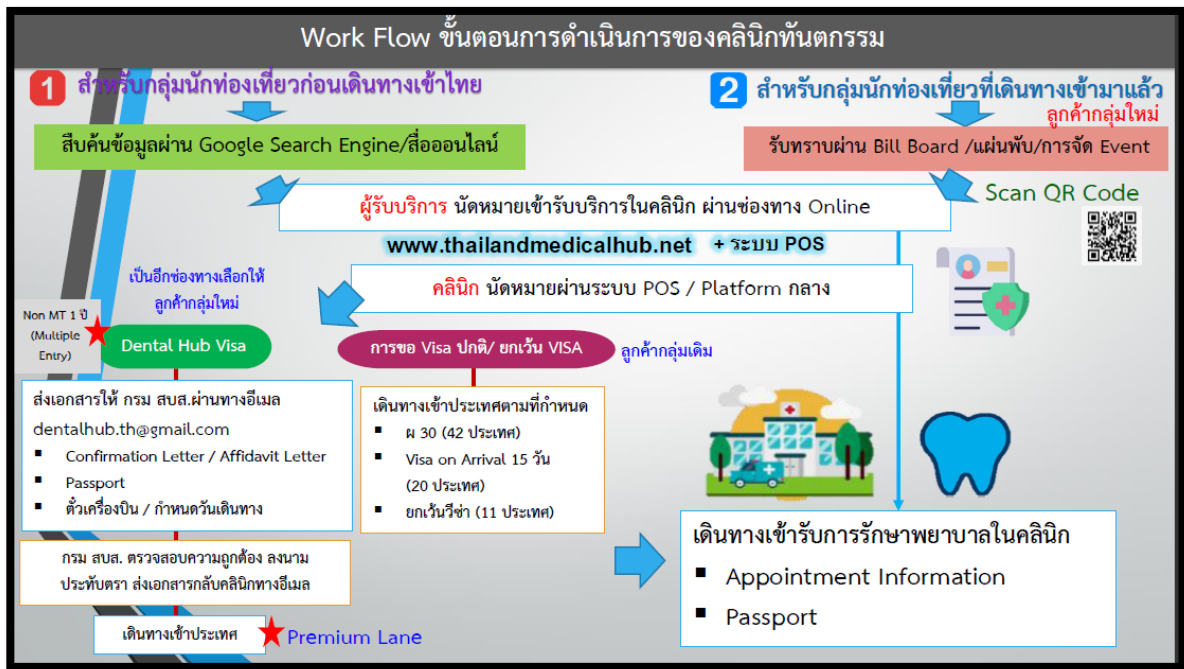
Return Home โดยส่งข้อมูล Report ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ทราบจำนวนชาวต่างชาติ ที่เข้ามาใช้บริการและจัดทำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Customer Satisfaction Index) นอกจากนี้ชาวต่างชาติสามารถ Income Tax Refund ในประเทศของตนเองได้ โดยจะได้มีการหารือกับแต่ละประเทศเพื่อดำเนินการในเรื่องดังกล่าวต่อไป



Work Flow ขั้นตอนการดำเนินการของคลินิกทันตกรรม สำหรับชาวนักท่องเที่ยว ๒ กลุ่ม ดังนี้

๑) สำหรับกลุ่มนักท่องเที่ยวก่อนเดินทางเข้าไป สามารถสืบค้นข้อมูลผ่าน Google Search Engine/สื่อออนไลน์ โดยผู้รับบริการทำการนัดหมายเข้ารับบริการในคลินิกผ่านช่องทางออนไลน์ www.thailandmedicalhub.net และ ระบบ POS เมื่อคลินิกนัดหมายผ่านระบบ POS/Platform กลาง จากนั้นจะเข้าสู่กลไกการทำ Dental Hub Visa เป็น Non MT ๑ ปี (Multiple Entry) โดยส่งเอกสารให้กับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพผ่านทาง dentalhub.th@gmail.com ประกอบด้วย Confirmation Letter/Affidavit Letter, Passport ตัวเครื่องบินหรือกำหนดวันเดินทาง เมื่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพตรวจสอบความถูกต้องแล้วจะลงนามประทับตราและส่งเอกสารกลับไปยังคลินิกทันตกรรมทาง e-mail หลังจากนั้นนักท่องเที่ยวสามารถเดินทางเข้ามาในประเทศไทยผ่านช่องทาง Premium Lane

๒) สำหรับกลุ่มนักท่องเที่ยวที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยแล้ว สามารถรับทราบข้อมูลผ่าน Bill Board หรือแผ่นพับ การจัด Event และเข้าสู่ระบบการนัดหมายเข้ารับบริการในคลินิกทันตกรรมตามขั้นตอนดังกล่าวต่อไป



(ร่าง) แผนการดำเนินงาน Thailand Dental Hub นำร่องจังหวัดภูเก็ต ดังนี้

- ๑) ไตรมาสที่ ๑ ของเดือนกันยายน ๒๕๖๕ : ประกาศหลักเกณฑ์คลินิกทันตกรรมที่เข้าร่วมโครงการ Thailand Dental Hub
- ๒) ไตรมาสที่ ๒ ของเดือนกันยายน ๒๕๖๕ : รับสมัครคลินิกทันตกรรมเข้าร่วมโครงการ Thailand Dental Hub ผ่าน dentalhub.th@gmail.com
- ๓) ไตรมาสที่ ๓ ของเดือนกันยายน ๒๕๖๕ : ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ Thailand Dental Hub
- ๔) ไตรมาสที่ ๔ ของเดือนกันยายน ๒๕๖๕ : ประกาศรายชื่อคลินิกทันตกรรมที่เข้าร่วมโครงการ Thailand Dental Hub ปัจจุบันมีคลินิกที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด ๒๓ แห่ง และจะมีการมอบประกาศนียบัตรหลังจากนั้นคณะกรรมการจะลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมคลินิกทันตกรรม
- ๕) ไตรมาสที่ ๑ ของเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ : เชื่อมระบบการนัดหมายผ่าน www.thailandmedicalhub.net และระบบ POS
 - ๖) ไตรมาสที่ ๒ ของเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ : ประชาสัมพันธ์โครงการ Thailand Dental Hub ไปยังกลุ่มเป้าหมาย
 - ๗) ไตรมาสที่ ๑ ของเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๕ : เปิดระบบ Thailand Dental Hub การเตรียมการรองรับการเป็นศูนย์กลางทันตกรรมนานาชาติ (Dental Hub) ดังนี้
 - ๑) กำหนดราคากลางแบบ One Price Policy (ราคาที่คลินิกระบุไว้ต้องตรงกับข้อมูลบนเว็บไซต์)
 - ๒) เจรจากับ Agency เพื่อนำผู้รับบริการเข้าประเทศในรูปแบบต่าง ๆ เช่น บุคคลทั่วไป/โรงแรม/บริษัทนำเที่ยว เป็นต้น
 - ๓) เจรจากับบริษัทประกันในต่างประเทศ กรณีต้องการเบิกจ่ายค่ารักษา/การส่งต่อ
 - ๔) กำหนดบริการเสริมเพิ่มเติม (Additional Service) เช่น โรงแรม/ที่พัก ยานพาหนะ แพคเกจพิเศษด้านสุขภาพ (นวด/สปา/wellness/Fitness) การ Shopping ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/OTOP การเชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยว เป็นต้น

๕) เจรจาช่องทางการเข้าประเทศ กรณี Dental Hub Visa ให้มีความสะดวกรวดเร็ว (Premium Lane) และในอนาคตจะมีช่องทางพิเศษสำหรับชาวต่างชาติที่มาใช้บริการทางการแพทย์ทุกรูปแบบในประเทศไทย โดยใช้ Dental Hub Visa เป็นต้นแบบการดำเนินการ

๖) พัฒนาศูนย์ล่ามกลางของประเทศให้มีบริการ Need Assistant และ Customer Satisfaction Index พร้อมจัดทำ Platform กลาง

๗) เจรจากับภาครัฐในต่างประเทศให้ผู้รับบริการสามารถลดหย่อนภาษีประจำปีในประเทศตนเองได้ (Income Tax Refund)

ความต้องการระยะสั้น คือ การเพิ่มสายการบินตรง การค้นหากลุ่มลูกค้าใหม่ การพัฒนาระบบการเคลมประกัน และการพัฒนาระบบการชำระค่ารักษาด้วยบัตรเครดิต ส่วนความต้องการระยะยาว ประกอบด้วย การพัฒนาหลักสูตรร่วมกับทันตแพทยสภา และคณะทันตแพทยศาสตร์ การผลิตบุคลากร ได้แก่ ช่างทันตกรรม การพัฒนาศูนย์ Lab ทันตกรรม การผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์เพิ่ม พร้อมทั้งพัฒนาทักษะ การเพิ่มตัวเลือกของยาที่ใช้ในทางทันตกรรม การตลาดต่างประเทศ การเปิดคลินิกทันตกรรมในต่างประเทศ เช่น เวียดนาม บาหลี การส่งเสริมการลงทุนด้วยโรงพยาบาลทันตกรรมต้นแบบในจังหวัดภูเก็ต การพัฒนา Excellent center ด้านทันตกรรม เช่น Excellent center ด้าน Implant การพัฒนาศูนย์ล่าม/Work Permit/ทักษะภาษาอังกฤษ การพัฒนาศูนย์การศึกษาด้านทันตกรรมนานาชาติ และการพัฒนาหลักสูตรอบรมด้านมาตรฐานสากล

แนวทางการดำเนินการต่อไป คือ การบรรจุโครงการ Thailand Dental Hub เป็น Flagship project ด้านทันตกรรมแบบครบวงจร เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาต่อไป ขยายผลการดำเนินโครงการไปยังภูมิภาคอื่น ๆ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร พัทยา เป็นต้น นอกจากนั้นจะมีการเชื่อมโยงภาคการศึกษาในการผลิตบุคลากรเฉพาะด้านในระดับ undergraduate พัฒนาให้เกิดโรงพยาบาลทันตกรรมเฉพาะทางและเชื่อมโยงเครื่องมืออุปกรณ์ทางด้านทันตกรรม สนับสนุนให้เกิดการลงทุนในธุรกิจด้านทันตกรรม และเชื่อมโยงเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่ที่มีศักยภาพ เช่น Andaman wellness economic corridor (AWC)

เว็บไซต์และระบบการนัดหมายออนไลน์ผ่าน website : www.thailandmedicalhub.net เมื่อเข้าไปในเว็บบไซต์ดังกล่าวจะปรากฏรายละเอียดและขั้นตอนการนัดหมาย ซึ่งระบบนี้จะเปิดให้บริการในวันที่ ๑ พฤศจิกายน ๒๖๕๖

ตัวอย่าง Website เพื่อการประชาสัมพันธ์ www.thailandmedicalhub.net

Thailand Dental Hub
ในการประชาสัมพันธ์

การเชื่อมโยงระบบ Point of Service (POS) ในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งระบบการนัดหมายนี้จัดทำเป็น Platform กลาง เพื่อแสดงรายละเอียดต่าง ๆ ในการให้บริการทันตกรรมของคลินิกทันตกรรมที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่ง Platform นี้ ภาคเอกชนเป็นผู้คิดค้นและอนุญาตให้ภาครัฐนำมาใช้งานในโครงการ Thailand Dental Hub โดยไม่คิดค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด เพื่อเป็นการสนับสนุนบริการทันตกรรมให้สามารถสร้างเม็ดเงินจากนักท่องเที่ยวต่างชาติได้

การเชื่อมโยงระบบ Point of Service (POS) ในรูปแบบออนไลน์

Main Menu

- Contact Management System
- Dental Clinic Management
- Master Information
- Information for branch
- POS Report
- User Management
- Dentist Management
- Bill Report
- Patient Support
- Security System

No.	Date Time	Branch	Contict status	Dentist	Room	Detail	Report Treatment	Lab	No. Bill	Status	User App	View	Bill
1	9/2/2019 10:00	Phuket	Website(Website)	Vissavet(GP/Oper)	6	-Ca for crown and filling	More...			9/2/2019 มูลนิธิ panchat	panchat	View	Bill
2	9/2/2019 14:30	Phuket	Website(Website)	Vissavet(GP/Oper)	6	Prmo Crown(Frnl4)(All Ceramic)-1.5 hrs Already read consent-PT Prefer This Item/Vahya	More...			9/2/2019 มูลนิธิ wanwimon	panchat	View	Bill
3	9/2/2019 10:00	Phuket	Website(Website)	Strauts(Partic)	7	Deep Clean 6,000-10,000 baht- Already read consent-PT Dr.Jatuporn 17.30 pm--size n # 164--@78,338 729	More...			9/2/2019 มูลนิธิ chanita	panchat	View	Bill
4	9/2/2019 12:30	Phuket	Website(Website)	Jatuporn(GP)	2	Filling 170M,270M--Already read consent-PT See Dr.Srakaue 10 a.m./Vahya	More...			9/2/2019 มูลนิธิ pichanan	panchat	View	Bill
5	9/2/2019 10:00	Phuket	Website(Website)	Vissavet(GP/Oper)	6	Fixed Crown#46--1 hrs./Vahya- Prodent Lab/See Dr. Jatuporn at 12:00 @See Smile later	More...			9/2/2019 มูลนิธิ japha	panchat	View	Bill

Thailand Dental Hub
เชื่อมโยงเข้าระบบนัดหมาย

นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข อภิปรายในหัวข้อ “ก้าวสำคัญปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขไทย เพื่อคนไทยทุกคน” โดยสรุปดังนี้



การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการในระยะยาวมีความมุ่งหมายที่จะผลักดันให้เกิดกรมทันตสุขภาพ และได้มีข้อเสนอไปยังกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ส่วนการดำเนินการในระยะสั้นและคิดว่าน่าจะดำเนินการได้ในภาครัฐ คือ การดำเนินการ Dental Hub ในโรงพยาบาลภาครัฐ ซึ่งที่ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ นำเสนอเป็น Dental Hub ภาคเอกชนที่ประชาชนต้องจ่ายเงินค่าบริการด้วยตนเอง ในปี ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา ความต้องการทันตแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนไป เดิมระบบจัดสรรทันตแพทย์ที่จบการศึกษามาร้อยละ ๑๐๐ มีประมาณ ๗๐๐ กว่าคน (อาจมากกว่านี้หรือน้อยกว่านี้) จะไปทำงานในส่วนราชการอื่นประมาณ ๘๐ คน ส่วนที่เหลืออีกประมาณ ๖๐๐ คน จะมาอยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งขณะนั้นทันตแพทย์ที่มาอยู่ในกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นทันตแพทย์ทั้งที่มีใบประกอบวิชาชีพทันตกรรมและไม่มีใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ที่ไม่มีใบประกอบวิชาชีพทันตกรรมจะถูกบรรจุเป็นข้าราชการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข/ทันตแพทย์ เมื่อสอบผ่านและได้ใบประกอบวิชาชีพทันตกรรมจะเปลี่ยนเป็นตำแหน่งทันตแพทย์และใช้เลขเดิมของ

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ทั้งนี้ มติคณะรัฐมนตรีเมื่อปี ๒๕๑๓ การกระจายทันตแพทย์ในสมัยก่อน เมื่อนักศึกษาจบการศึกษาคณะทันตแพทยศาสตร์สามารถไปปฏิบัติงานได้ แต่เมื่อมีการจัดตั้งทันตแพทยสภาขึ้น ผู้ที่จบคณะทันตแพทยศาสตร์จะต้องมีใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงเปลี่ยนหลักเกณฑ์ใหม่ โดยไม่บรรจุทันตแพทย์ที่มีคุณวุฒิไม่ครบเข้ารับราชการ เพื่อลดปัญหาการฟ้องร้องของประชาชน เดิมการจัดสรรทันตแพทย์เมื่อเหลือจากส่วนราชการอื่น กระทรวงสาธารณสุขจะต้องรับทันตแพทย์ที่เหลือทั้งหมด โดยมีเขตสุขภาพบางแห่งส่งคืนทันตแพทย์มายังกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากภายในเขตสุขภาพไม่มียูนิตและห้องทันตกรรมให้ทันตแพทย์ทำงาน ซึ่งกรณีดังกล่าวเป็นความไม่สมเหตุสมผล เพราะความต้องการบริการทันตกรรมของประชาชนมีจำนวนมาก แต่ความต้องการทันตแพทย์เข้าสู่ระบบมีจำนวนน้อย ทั้งนี้เห็นว่า ควรดำเนินการ Dental Hub ในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีการออกแบบอาคารทันตกรรมใหม่ที่ทันตแพทย์ไม่จำเป็นต้องทำงานอยู่ในอาคารหลักที่ถูกวางยูนิตทันตกรรมไว้อย่างจำกัด ซึ่งกรอบของกระทรวงสาธารณสุขมีทันตแพทย์ประมาณ ๗,๐๐๐ - ๘,๐๐๐ อัตรา แต่จำนวนทันตแพทย์ไม่ถึงตามกรอบอัตราดังกล่าว จำนวน ๒,๐๐๐ อัตรา ซึ่งไปตกอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเขต ๗ หรือเขต ๘ เนื่องจากไม่มีทันตแพทย์ไปทำงานประกอบกับโรงพยาบาลได้รับเงินบำรุงที่ไม่สามารถเพิ่มยูนิตได้ แต่กระทรวงสาธารณสุขยังมีความต้องการทันตแพทย์เข้าสู่ระบบ แต่ติดปัญหาปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งคาดว่า อาคารทันตกรรมที่สามารถนำยูนิตทันตกรรมไปไว้ได้ประมาณ ๘ - ๑๐ ยูนิต จะใช้งบประมาณไม่เกิน ๑๐ ล้านบาท หากมีพื้นที่น้อยสามารถสร้างอาคารทันตกรรมเป็น ๒ ชั้น หรือไม่ใช้งบประมาณอาจไปเช่าอาคารในตลาดหรือพื้นที่ชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่าย แต่ปัญหาล่าสุดของกระทรวงสาธารณสุขคือ สัดส่วนผู้ช่วยทันตแพทย์ต่อทันตแพทย์ ปัจจุบันผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน ๐.๘ คน ต่อทันตแพทย์ ๑ คน ทั้งนี้ จะพยายามผลักดันให้ได้สัดส่วนผู้ช่วยทันตแพทย์ ๑ คน ต่อทันตแพทย์ ๑ คน เพราะงานด้านทันตกรรมเป็น operation ไม่ใช่ medicine ไม่ใช่การตรวจโรคที่แพทย์ทำการตรวจรักษาเสร็จคนไข้ก็รับยาไปรับประทาน แต่งานด้านทันตกรรมเมื่อทันตแพทย์ทำการตรวจเบื้องต้นแล้วจะต้องมีการทำหัตถการต่อไปและจำเป็นต้องมีผู้ช่วยทันตแพทย์ในการทำหัตถการ เพื่อให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลเพิ่มมากขึ้น

ทั้งนี้ หากทันตแพทย์ท่านใดมีแนวคิดในการออกแบบอาคารทันตกรรมที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลสามารถเสนอมายังกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ ในปีแรกอาจเริ่มดำเนินการจังหวัดละ ๑ แห่ง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีตำแหน่งทันตแพทย์พร้อมที่จะบรรจุได้ตลอด เนื่องจากตำแหน่งทันตแพทย์เป็นตำแหน่งที่สามารถใช้ตำแหน่งเกษียณของสายงานอื่นมากำหนดเป็นทันตแพทย์ได้ตลอด หากมีความต้องการทันตแพทย์เพิ่มขึ้นซึ่งส่วนกลางไม่ได้ขัดข้องในเรื่องนี้แต่อย่างใด แต่ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขมีการจัดสรรทันตแพทย์ลงไปในพื้นที่ประมาณ ๖๐๐ ตำแหน่ง แต่พื้นที่ส่งกลับมายังกระทรวงมาประมาณ ๒๐๐ ตำแหน่ง ปี ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุขขอตำแหน่งทันตแพทย์รอบแรก จำนวน ๑๘๘ ตำแหน่ง และรอบหลังขอไปอีก ๗๒ ตำแหน่ง รวม ๒๖๐ ตำแหน่ง และราชการอื่นขออีก ๘๐ ตำแหน่ง เพราะฉะนั้นนักศึกษาทันตแพทย์ในแต่ละปีประมาณ ๖๕๐ - ๗๐๐ คน โดยปี ๒๕๖๔ มีทันตแพทย์เข้าสู่ระบบราชการ จำนวน ๓๔๔ คน ส่วนทันตแพทย์ที่เหลือไม่ได้เข้าสู่ระบบราชการ และกระทรวงสาธารณสุขปลดทุนออกไป ๑๗๐ กว่าทุน เนื่องจากภาคราชการไม่มีความต้องการแล้ว ซึ่งเป็นโอกาสของทันตแพทย์ที่ไม่ต้องทุนและไม่ต้องขอใช้เงินคืนแต่อย่างใด นอกจากนั้นยังมีทันตแพทย์ที่ค้างอยู่ในระบบ คือ เรียนจบแต่สอบไม่ได้อีกประมาณ ๕๐ คน เพราะฉะนั้นนักศึกษาที่เข้าศึกษาคณะทันตแพทย์ประมาณ ๗๐๐ กว่าคน จะหลุดจากระบบประมาณ ๕๕๐ คน จะเห็นได้ว่าการจัดสรรทันตแพทย์ไปปฏิบัติงานในภาคส่วนต่าง ๆ ยังเกิดปัญหา ดังนั้น ในอนาคตควรดำเนินการ Dental Hub ในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อแก้ปัญหาลูกเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของคนใช้สิทธิบัตรทอง วิธีดำเนินการ

จะต้องมีกลไกระดับเขตและกลไกระดับจังหวัด โดยหารือร่วมกันเพื่อดำเนินการในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม ซึ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ที่ผ่านมา เงินบำรุงของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดมีประมาณ ๑ แสนล้านบาท หากนำเงินดังกล่าวมาสร้างอาคารทันตกรรมจังหวัดละ ๑ แห่ง จะเกิดประโยชน์อย่างมากต่อประชาชน โรงพยาบาลระดับ M1 หรือ M2 ควรมียุทธศาสตร์และห้องทันตกรรมที่เพียงพอต่อการให้บริการประชาชน ส่วนการปรับปรุงห้อง negative ก็เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องดำเนินการในอนาคต หากมีโรคติดเชื้อทางเดินหายใจแพร่ระบาดทันตแพทย์จะเสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างมาก เนื่องจากจะเกิดการฟุ้งกระจายของเชื้อโรคในขณะที่ทำการรักษา



โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง สามารถสร้างรายได้จำนวนมากจากบริการทันตกรรม ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีและแสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลใดก็สามารถดำเนินการได้ แต่หลายโรงพยาบาลไม่มีวิธีการจัดเก็บเงินที่มีอยู่โดยรอบ ซึ่งบริการทันตกรรมเป็นแผนกคนไข้นอกไม่ต้องรักษาแบบคนไข้ใน แต่โรงพยาบาลหลายแห่งกลับไปคิดเพียงการดูแลคนไข้นอกและคนไข้ในแผนกอื่น ซึ่งไม่ได้สร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาลมากนัก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางแห่งเปิดศูนย์ทันตกรรมและสามารถสร้างรายได้ให้กับสำนักงานอย่างมาก ทั้งนี้ หากไปสนับสนุน Dental Hub ภาคเอกชนมากเกินไปจะทำให้ทันตแพทย์ออกไปอยู่ในระบบเอกชนเพิ่มขึ้น หากไม่สร้างสมดุลในเรื่อง Dental Hub ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนจะทำให้ทันตแพทย์ที่ไม่ต้องใช้ทุนไปทำงานในภาคเอกชนมากขึ้น ดังนั้น เรื่อง Dental Hub ในโรงพยาบาลภาครัฐจะต้องเกิดขึ้น โดยต้องหารือกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เพื่อจัดการปัญหาภายในที่เกิดขึ้น และนำโอกาสที่มีอยู่ไปทำให้เกิดประสิทธิผลต่อไป

ทันตแพทย์จากรุวัฒน์ บุชราคมรุหะ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อภิปรายในหัวข้อ “สถานการณ์งานทันตสาธารณสุขไทยกับการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชน”

โดยสรุปดังนี้ อัตราการใช้บริการทันตกรรมใช้ข้อมูลปี ๒๕๖๒ ในการเปรียบเทียบ พบว่า จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เฉพาะข้อมูลประชากรนอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร เข้าถึงบริการทันตกรรม ร้อยละ ๗.๗ ซึ่งเป็นการสำรวจโดยสุ่มจากครัวเรือนตัวอย่าง และสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน การสำรวจลักษณะนี้ปกติเป็นการสอบถามประวัติทำให้ได้ข้อมูลตกหล่น

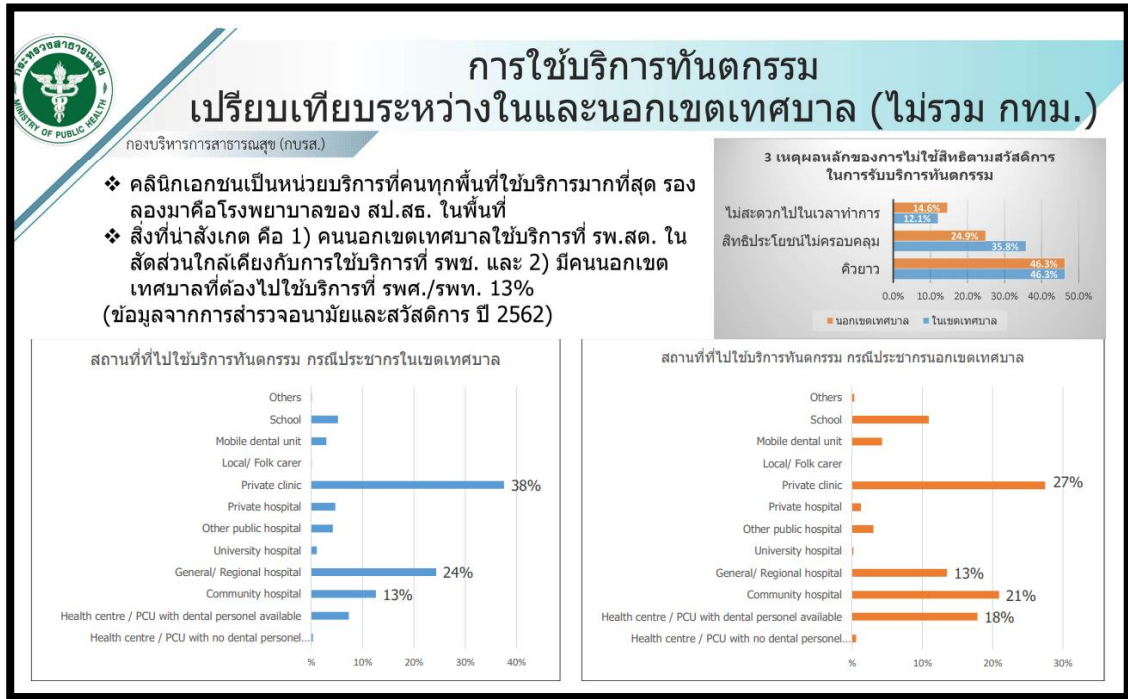


จำนวนมาก โดยเฉพาะสิ่งที่ไม่กระทบต่อชีวิตประชาชนจะจำไม่ได้ เมื่อมีการสอบถามอาจจะนึกไม่ออก ทำให้การสำรวจในลักษณะนี้ได้ข้อมูลตัวเลขน้อย ส่วนข้อมูลจาก Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นข้อมูลเฉพาะของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรม ร้อยละ ๓๑.๔ ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่เป็นงานตรวจฟันไม่ใช่งานหัตถการ ซึ่งตรงนี้เป็นจุดอ่อนในลักษณะความเข้าใจของประชาชนในการเข้ารับบริการทันตกรรมที่อาจไม่รู้ว่าการตรวจฟันเป็นการรับบริการทางทันตกรรม แต่เข้าใจว่าบริการทันตกรรมจะต้องเป็นบริการขั้นพื้นฐาน เช่น การอุดฟัน การถอนฟัน ขูดหินปูน เป็นต้น

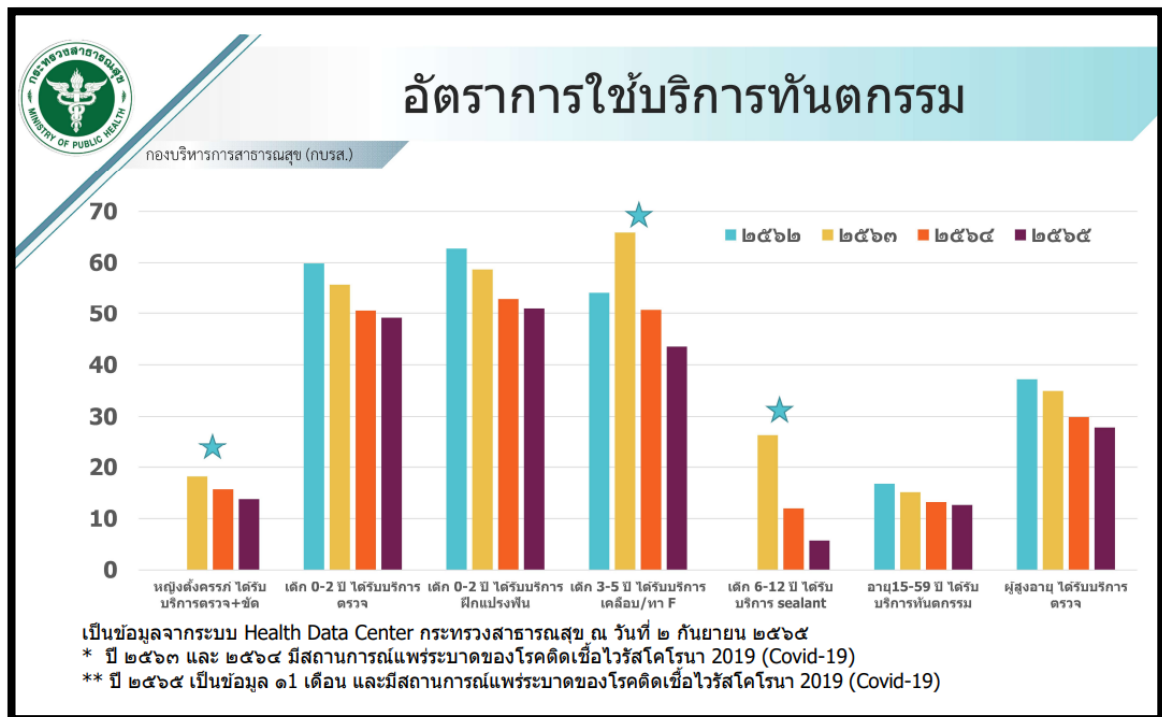
แหล่งข้อมูล	การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติ	Health Data Center ของ กสธ.
อัตราการใช้บริการทันตกรรม (ใช้ข้อมูลปี 2562 ในการ เปรียบเทียบ)	7.7% (เฉพาะข้อมูลประชากร นอก กทม.)	31.4% (เฉพาะข้อมูลของหน่วยบริการ สังกัด สป.สธ.)
ประชากรที่ใช้เป็นฐานการคำนวณ ระเบียบวิธีที่ใช้ในการคำนวณ ข้อมูล	59.12 ล้านคน	43.24 ล้านคน
ความเหมาะสมในการนำข้อมูลมา ใช้แก้ปัญหา	<ul style="list-style-type: none"> สำรวจโดยสุ่มจากครัวเรือน ตัวอย่าง และสัมภาษณ์หัวหน้า ครัวเรือน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยถ่วงน้ำหนัก ข้อมูลตามสัดส่วนประชากร 	<ul style="list-style-type: none"> ข้อมูลจากการบันทึกในเวช ระเบียนผู้รับบริการ
	<ul style="list-style-type: none"> เหมาะสำหรับวิเคราะห์อุปสรรค ของการเข้ารับบริการในมุมมอง ของประชาชน 	<ul style="list-style-type: none"> เหมาะสำหรับใช้กำกับ ติดตามผลลัพธ์การเข้าถึง บริการ

การใช้บริการทันตกรรมเปรียบเทียบระหว่างประชากรที่อยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ซึ่งไม่รวมกรุงเทพมหานคร พบว่า ประชากรในเขตเทศบาลไปใช้บริการที่คลินิกเอกชนมากที่สุดถึงร้อยละ ๓๘ ส่วนประชากรนอกเขตเทศบาลไปใช้บริการคลินิกเอกชน ร้อยละ ๒๗ ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี ๒๕๖๒ พบว่า คลินิกเอกชนเป็นหน่วยบริการที่คนทุกพื้นที่ใช้บริการมากที่สุด รองลงมา คือ โรงพยาบาลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ สิ่งที่น่าน่าสังเกต คือ คนนอกเขตเทศบาลใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสัดส่วนใกล้เคียงกับการใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน และมีคนนอกเขตเทศบาลที่ต้องไปใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ ๑๓ เหตุผลหลักของการไม่ใช้สิทธิตามสวัสดิการในการรับบริการทันตกรรมของภาครัฐ เนื่องจากไม่สะดวกไปในเวลาทำการ สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุม และการรอคิวที่ยาวนาน

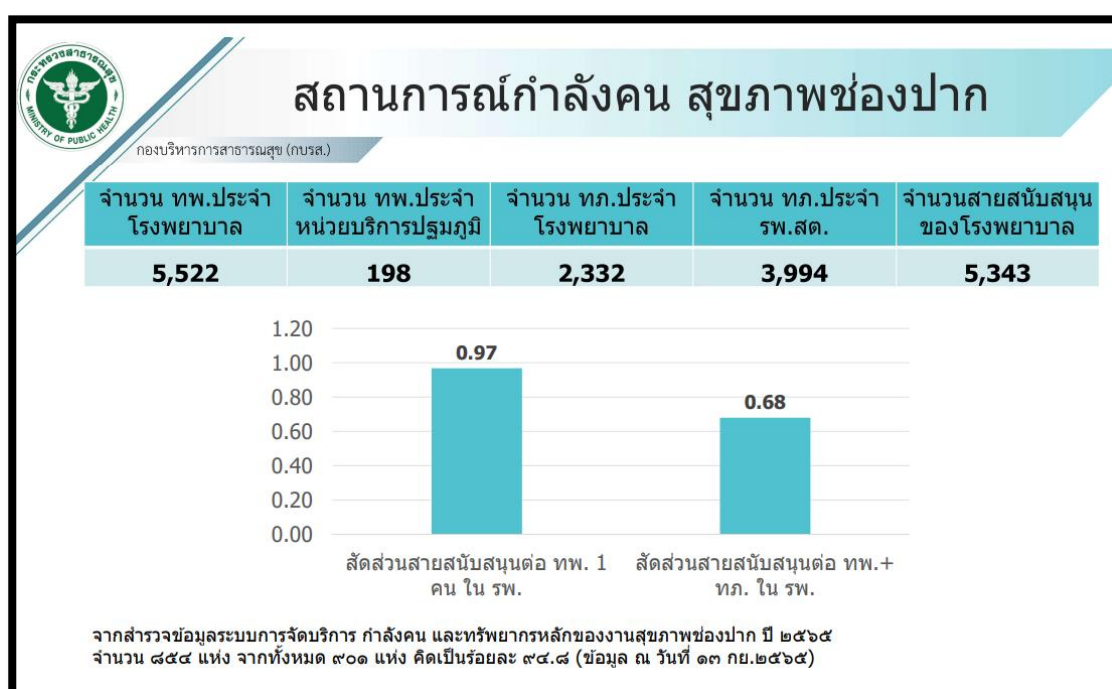




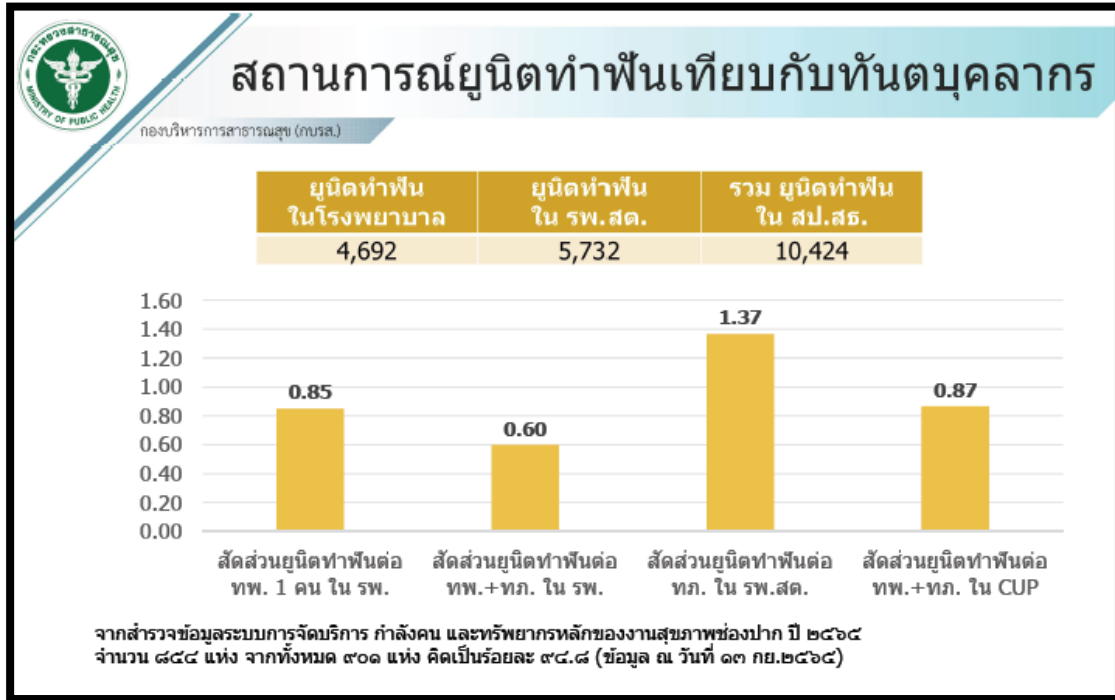
ข้อมูลอัตราการใช้บริการทันตกรรมจากระบบ Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี ๒๕๖๒ ปี ๒๕๖๓ ปี ๒๕๖๔ และปี ๒๕๖๕ กราฟทุกกลุ่มเป้าหมายไปแนวทางเดียวกัน ปี ๒๕๖๒ เป็นปีที่ยังไม่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ส่วนปี ๒๕๖๓ และปี ๒๕๖๔ เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ส่วนปี ๒๕๖๕ ข้อมูลยังไม่ครบจากภาพกราฟที่มีรูปดาว ในปี ๒๕๖๓ เนื่องจากในปีนั้นมี fee schedule ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ในเด็กอายุ ๓ - ๕ ปี มีการให้ฟลูออไรด์ และในเด็กอายุ ๖ - ๑๒ ปี มีการเคลือบหลุมร่องฟัน จึงทำให้อัตราการให้บริการทันตกรรมเพิ่มสูงขึ้น แต่ปัจจุบันลักษณะการเข้าถึงบริการทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มลดลง



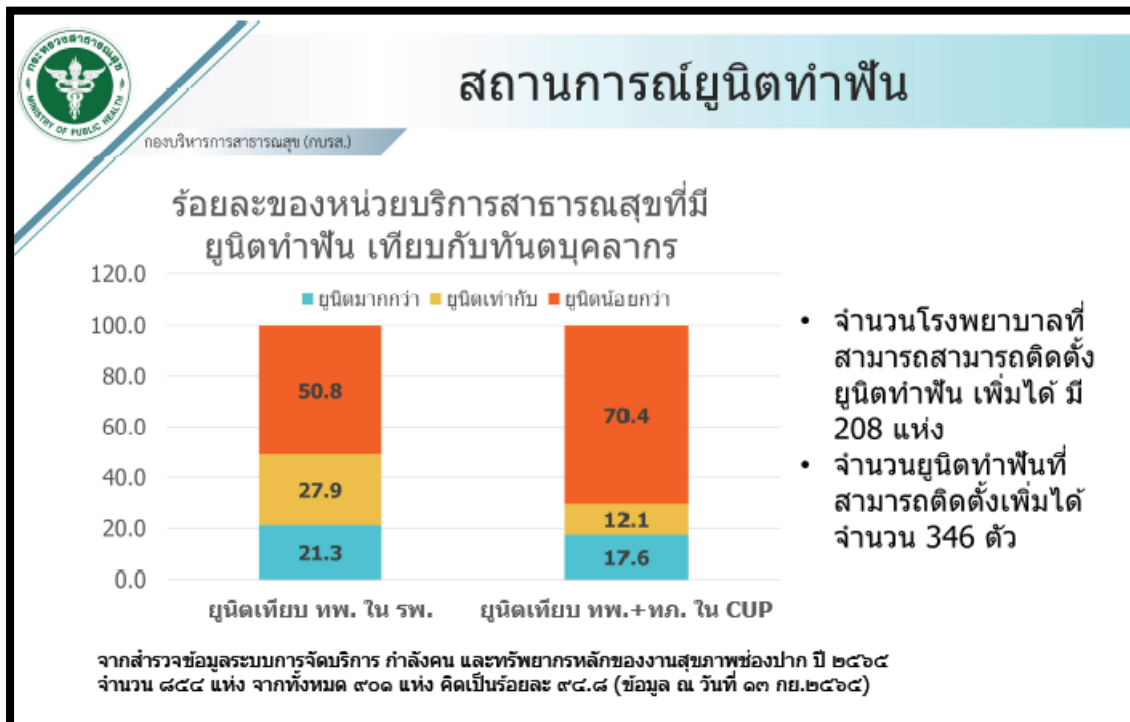
จากสำรวจข้อมูลระบบการจัดบริการกำลังคนและทรัพยากรหลักของงานสุขภาพช่องปาก ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๘๕๔ แห่ง จากทั้งหมด ๙๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๘ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕) พบว่า มีทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาล จำนวน ๕,๕๒๒ คน ทันตแพทย์ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน ๑๙๘ คน ทันตภิบาลประจำโรงพยาบาล จำนวน ๒,๓๓๒ คน ทันตภิบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน ๓,๙๙๔ คน พนักงานสายสนับสนุนของโรงพยาบาล รวมถึงผู้ช่วยทันตแพทย์ด้วย จำนวน ๕,๓๔๓ คน เมื่อเปรียบเทียบสายสนับสนุนกับทันตแพทย์ จะเห็นว่า สัดส่วนสายสนับสนุนต่อทันตแพทย์ได้ ๐.๙๗ : ๑ คน แต่เมื่อเปรียบเทียบกับสายบริการ คือ ทันตแพทย์ต่อทันตภิบาลในโรงพยาบาล จะมีสัดส่วน ๐.๖๘ : ๑ คน ซึ่งค่อนข้างตรงกับหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดกรอบไว้ว่า สายสนับสนุนต่อผู้ให้บริการ คือ ๐.๖ : ๑ ในส่วนนี้จะต้องมีการพิจารณาปรับหรือแก้ไขให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันต่อไป



สถานการณ์ยูนิตทำฟันเปรียบเทียบกับทันตบุคลากร พบว่า มียูนิตทำฟันอยู่ในโรงพยาบาล จำนวน ๔,๖๙๒ ตัว มียูนิตทำฟันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๕,๗๓๒ ตัว รวมยูนิตทำฟันในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๐,๔๒๔ ตัว ซึ่งยูนิตทำฟันส่วนใหญ่มีอายุการใช้งานที่ยาวนานและเสื่อมสภาพ จากการสำรวจระบบการจัดบริการกำลังคนและทรัพยากรหลักของงานสุขภาพช่องปาก ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๘๕๔ แห่ง จากทั้งหมด ๙๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๘ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕) พบว่า สัดส่วนยูนิตทำฟันต่อทันตแพทย์ ๑ คน ในโรงพยาบาล คือ ๑ : ๐.๘๕ สัดส่วนยูนิตทำฟันต่อทันตแพทย์และทันตภิบาลในโรงพยาบาล คือ ๑ : ๐.๖ การบริหารจัดการของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการบริหารจัดการในภาพของ CUP ด้วย ดังนั้น สัดส่วนยูนิตทำฟันต่อทันตแพทย์และทันตภิบาลใน CUP ๑ : ๐.๘๗ ซึ่งยูนิตทำฟันก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การจัดการบริการทันตกรรมดำเนินการได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากทรัพยากรที่จะสนับสนุนการจัดบริการไม่เพียงพอ



สถานการณ์หน่วยบริการสาธารณสุขที่มียูนิตทำฟันเปรียบเทียบกับทันตบุคลากร ข้อมูลจากการสำรวจระบบการจัดการบริการกำลังคนและทรัพยากรหลักของงานสุขภาพช่องปาก ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๘๕๔ แห่ง จากทั้งหมด ๙๐๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๘ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๕) พบว่ายูนิตทำฟันมากกว่าทันตแพทย์ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๒๑.๓ ยูนิตทำฟันเท่ากับทันตแพทย์ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๒๗.๙ ยูนิตทำฟันน้อยกว่าทันตแพทย์ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๕๐.๘ ส่วนยูนิตทำฟันมากกว่าทันตแพทย์และทันตภิบาลใน CUP ร้อยละ ๑๗.๖ ยูนิตทำฟันเท่ากับทันตแพทย์และทันตภิบาลใน CUP ร้อยละ ๑๒.๑ ยูนิตทำฟันน้อยกว่าทันตแพทย์และทันตภิบาลใน CUP ร้อยละ ๗๐.๔

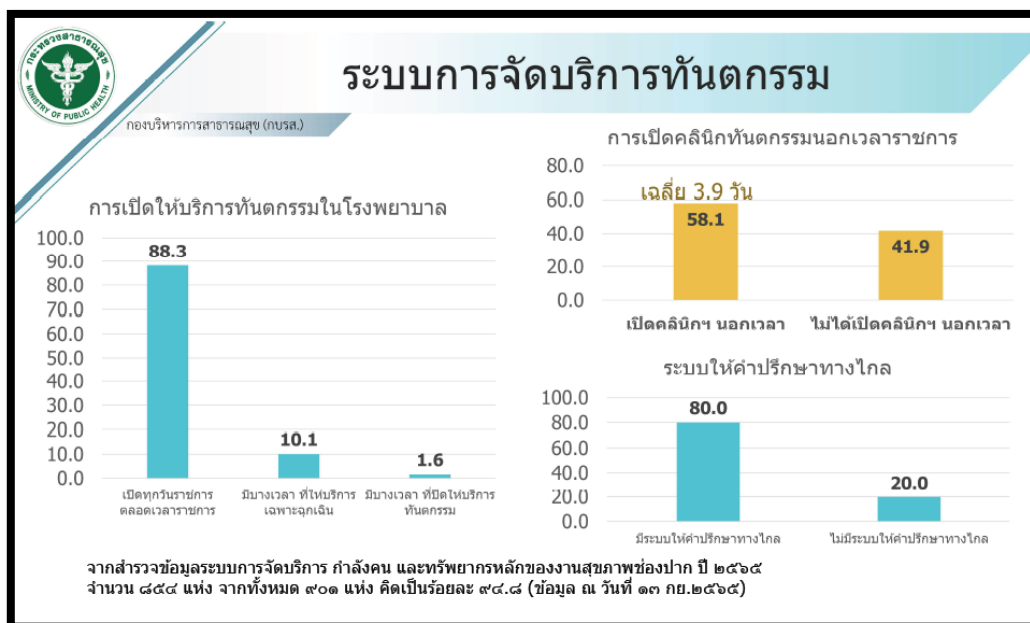


จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทำให้ต้องมีการปรับปรุงระบบระบายอากาศภายในห้องทันตกรรม เนื่องจากไม่ทราบว่าสถานการณ์ดังกล่าวจะมีอยู่ต่อไปยาวนานเท่าใด ดังนั้น การปรับปรุงระบบระบายอากาศจึงต้องเสนอตั้งงบประมาณจากเขตสุขภาพจัดทำแผนเสนอต่อผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป ทั้งนี้ ยูนิตทำฟันในโรงพยาบาลที่มีระบบระบายอากาศฯ ร้อยละ ๖๔.๗ (๓,๐๓๖ แห่ง) ยูนิตทำฟันในโรงพยาบาลที่ยังไม่มีระบบระบายอากาศฯ จำนวน ๑,๖๕๙ แห่ง ยูนิตทำฟันในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/PCU ที่มีระบบระบายอากาศฯ ร้อยละ ๔๒.๘ (๒,๔๒๓ แห่ง) และยูนิตทำฟันในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/PCU ที่ยังไม่มีระบบระบายอากาศฯ จำนวน ๓,๒๓๗ แห่ง



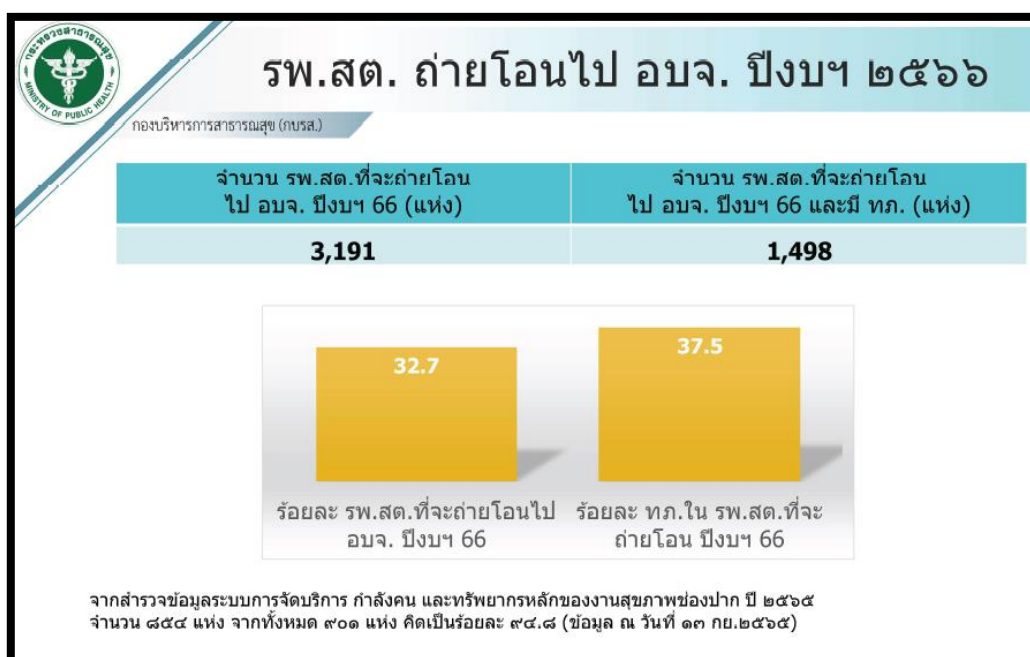
ระบบการจัดบริการทันตกรรม : การเปิดให้บริการทันตกรรมในโรงพยาบาลในช่วงเวลาราชการ เปิดให้บริการทุกวันและตลอดเวลาราชการมีการจัดบริการ ร้อยละ ๘๘.๓ มีบางเวลาที่ให้บริการเฉพาะฉุกเฉิน ร้อยละ ๑๐.๑ มีบางเวลาที่ปิดให้บริการทันตกรรม ร้อยละ ๑.๖ ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรตรวจสอบว่าเหตุใดบางโรงพยาบาลจึงหยุดให้บริการเป็นบางช่วงเวลา และควรหาแนวทางในการจัดบริการทันตกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้มากขึ้น

ปัญหาสำคัญของประชาชนที่ไม่มารับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลของรัฐ คือ ไม่สะดวกมารับบริการในเวลาราชการ ดังนั้น จึงมีการเปิดคลินิกทันตกรรมนอกเวลาราชการ โดยมีการเปิดให้บริการ ร้อยละ ๕๘.๑ หรือเฉลี่ย ๓.๙ วัน ที่เปิดให้บริการ ซึ่งตรงนี้เป็น GAP ที่สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนได้ แต่ต้องพิจารณาความเหมาะสมในพื้นที่และความต้องการของประชาชน และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ ทำให้เกิดระบบให้คำปรึกษาทางไกล ซึ่งเป็นจุดสำคัญในการดูแลทันตสุขภาพของประชาชนในอนาคต ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ให้บริการระบบให้คำปรึกษาทางไกล ร้อยละ ๘๐ ส่วนโรงพยาบาลที่ยังไม่มีระบบให้คำปรึกษาทางไกล ร้อยละ ๒๐



ข้อมูลการสำรวจระบบการจัดบริการ กำลังคน และทรัพยากรหลักของงานสุขภาพช่องปาก ปี ๒๕๖๕ ของโรงพยาบาลทั้งหมด ๘๕๔ แห่ง พบว่า มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประสงค์ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๓,๑๙๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๗ ส่วนทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ประสงค์จะถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จำนวน ๑,๔๙๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๕ จะเห็นได้ว่า ทันตภิบาลประสงค์ถ่ายโอนไป อบจ. จำนวนมาก หากระบบประสานงานไม่ดีจะเป็นจุดอ่อนสำคัญที่ทำให้ขาดแคลนกำลังคนด้านทันตสุขภาพในการดูแลงานส่งเสริมป้องกัน และจะเป็นภาระของโรงพยาบาลดังกล่าว

เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ไปยัง อบจ. แล้ว ในส่วนของงานด้านทันตกรรมจะต้องเตรียมทำ MOU ที่เกี่ยวข้องกับระเบียบกระทรวงสาธารณสุข มี ๒ เรื่องที่สำคัญ คือ งานเวชกรรม และงานทันตกรรม ซึ่งมีกฎหมายกำกับดูแลและบุคคลอื่นจะปฏิบัติหน้าที่ในงานดังกล่าวไม่ได้หากไม่มีผู้ควบคุมกำกับ ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะต้องพิจารณาทบทวนในประเด็นนี้ด้วย

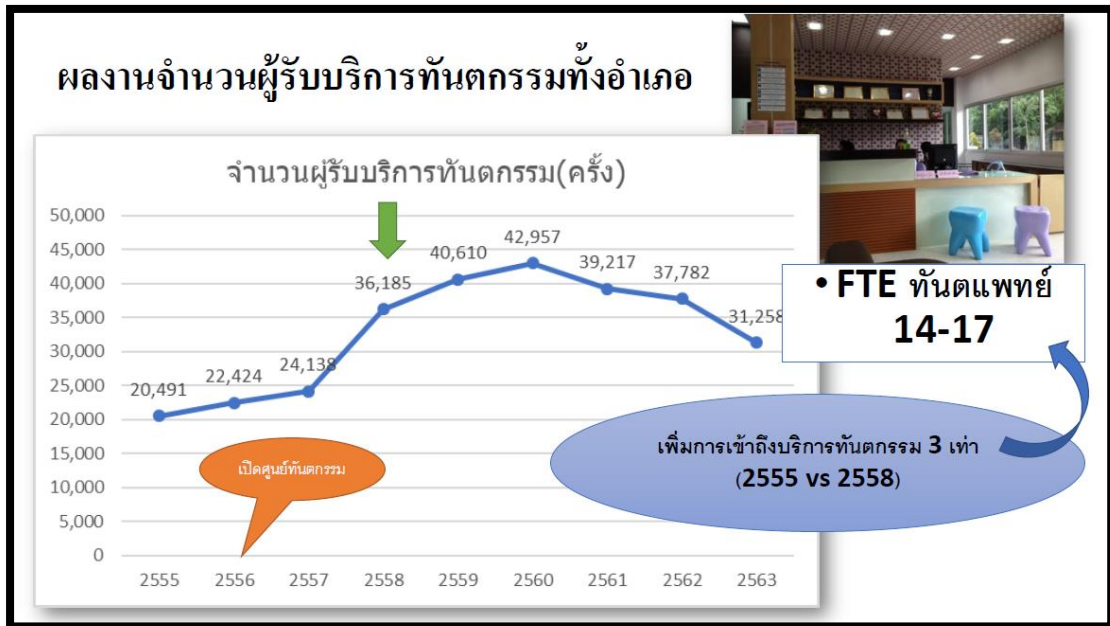


ทันตแพทย์พิรพงษ์ จันทรพุ่ม ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง อภิปรายในหัวข้อ “โอกาสการพัฒนาศักยภาพการบริการด้านทันตกรรมคำตอบ? เพื่อยกระดับการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมประเทศไทย” โดยสรุปได้ดังนี้

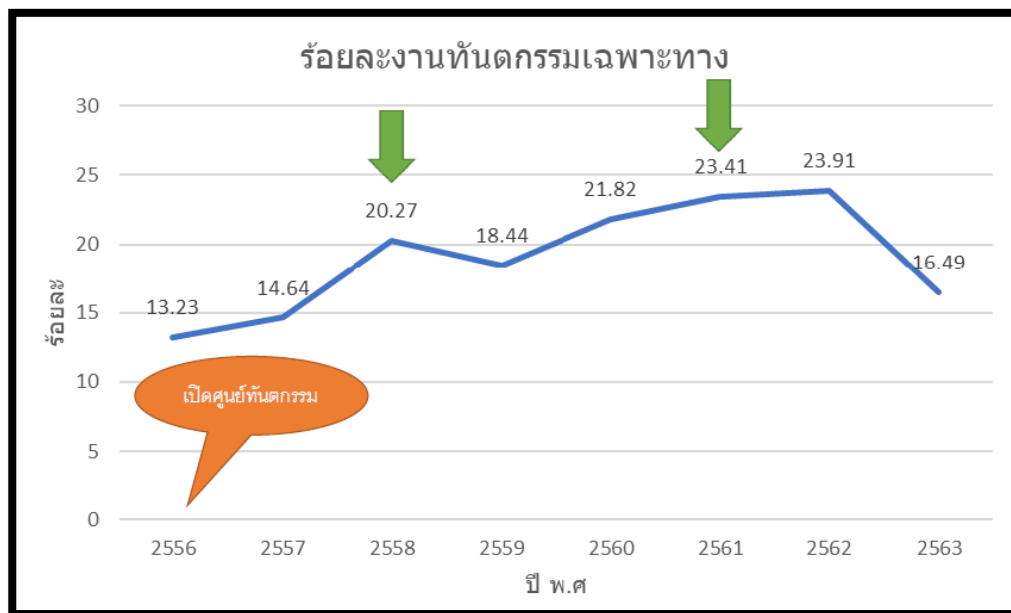
การสัมมนาในครั้งนี้ขอเป็นผู้แทน โรงพยาบาลชุมชนที่ได้มีการพัฒนารูปแบบบริการทันตกรรมในหลายรูปแบบ ซึ่งโรงพยาบาลห้วยยอดเป็นรูปแบบหนึ่งที่มีมองว่า การพัฒนาเพื่อการเข้าถึงบริการมีความสำคัญอย่างมาก ซึ่งโรงพยาบาลห้วยยอดได้มีการพัฒนาบริการทันตกรรมมาเป็นระยะเวลายาวนาน ตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ จนถึงปัจจุบัน ประมาณ ๑๕ ปี โดยห้วยยอดโมเดลไม่ได้พัฒนาเพียงเรื่องโครงสร้างอาคารสถานที่เท่านั้น แต่ได้มีการพัฒนาระบบการให้บริการทันตกรรมที่ครบวงจรด้วย ปัจจุบันโรงพยาบาลห้วยยอดเป็นโรงพยาบาลขนาด M2 และอยู่ไกลจากอำเภอเมืองจังหวัดตรังประมาณ ๓๐ กิโลเมตร โรงพยาบาลห้วยยอดมีศูนย์ทันตกรรมที่แยกออกมาจากตึกผู้ป่วยนอกเป็นสัดส่วน และมีบริการที่เป็น One stop service ผลจากการพัฒนาในรูปแบบนี้ ทำให้ห้วยยอดโมเดลได้รับรางวัลบริการภาครัฐดีเด่นแห่งชาติ ปี ๒๕๕๙ ด้านการพัฒนาการบริการที่เป็นเลิศ คือ เป็นศูนย์ทันตกรรมครบวงจรแบบ One stop service ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความพยายามของโรงพยาบาลห้วยยอดที่ได้พัฒนางานดังกล่าวก็มีหน่วยงานที่เห็นความสำคัญและให้การรับรองโดย กพร. มองว่า การมอบรางวัลนี้ให้กับโรงพยาบาลห้วยยอด เนื่องจากประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการทันตกรรมที่ศูนย์ทันตกรรม ซึ่งแยกออกมาจากตึกผู้ป่วยนอก และเป็นบริการแบบ One stop service มีการเชื่อมโยง IT ทำให้เกิดความสะดวกต่อการเข้ารับบริการของประชาชนมากขึ้น นอกจากนี้ห้วยยอดโมเดลยังมองไปถึงความเชื่อมโยงกับชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในบริบทของศูนย์ทันตกรรมมีการกิจการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทาง ร้อยละ ๖๐ และงานส่งเสริมป้องกันที่ดำเนินการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน



การให้บริการทันตกรรมแบบห้วยยอดโมเดลเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมได้จริงหรือไม่ เป็นคำถามที่ถูกถามในหลายเวที จึงขอชี้แจงว่า โรงพยาบาลห้วยยอดเป็นโรงพยาบาล M2 ทางทิศเหนือของจังหวัดตรัง มีประชากรที่ต้องดูแลประมาณ ๙๓,๐๐๐ กว่าคน และมีอำเภอใกล้เคียงอีก ๒ อำเภอ คือ อำเภอวังวิเศษและอำเภอรษฎา ซึ่งโรงพยาบาลห้วยยอดต้องดูแลประชากรทั้ง ๒ อำเภอด้วย ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ ปัญหาของโรงพยาบาลห้วยยอด คือ เดิมมีคลินิกทันตกรรมในสถานผู้ป่วยนอก มีพื้นที่ให้บริการเพียง ๒๐ ตารางเมตร มียูนิตทันตกรรม จำนวน ๔ ตัว มีทันตแพทย์ จำนวน ๓ คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน ๓ คน เครื่องมือและอุปกรณ์ทันตกรรมก็ไม่เพียงพอ ทำให้การเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนต่ำมาก ดังนั้น โรงพยาบาลห้วยยอดจึงได้พัฒนาและเปิดศูนย์ทันตกรรมในปี ๒๕๕๖ หากเปรียบเทียบกับปี ๒๕๕๘ กับปี ๒๕๕๕ ประชาชนเพิ่มการเข้าถึงบริการเป็น ๓ เท่า จากข้อมูลตรงนี้อาจตอบคำถามข้างต้นได้ประมาณหนึ่ง แต่สิ่งที่ได้เพิ่มมาคือ ในขณะนั้นมีการคำนวณค่า FTE ทันตแพทย์ จากงานบริการที่เพิ่มขึ้น ทำให้ FTE ของห้วยยอดเพิ่มขึ้น คือ มีทันตแพทย์ ๑๔ - ๑๗ คน



ส่วนงานทันตกรรมเฉพาะทางก็มีอัตราเพิ่มขึ้นเช่นกันหลังจากเปิดศูนย์ทันตกรรม ทำให้ประชาชนได้ประโยชน์ การยกระดับและพัฒนาศักยภาพของงานบริการส่วนนี้ ห้วยยอดโมเดลได้มีการวางแผนมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ โดยมองเรื่องการเพิ่มคน คือ ทันตแพทย์ ผู้ช่วยทันตแพทย์ และทันตภิบาล รวมทั้งการขยายกรอบทันตแพทย์ และขยายความต้องการทันตแพทย์สาขาต่าง ๆ เป็นการขยายงานให้กว้างขึ้น นอกจากนั้นได้มีการพัฒนาคนของห้วยยอดให้มีความพร้อม ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ ห้วยยอดมีการกำหนดสัดส่วนทันตแพทย์ต่อผู้ช่วยทันตแพทย์เป็น ๑ ต่อ ๑.๕ เดิมมีเกณฑ์มาตรฐานเรื่องงานบริการทุติยภูมิตั้งแต่ ๑.๑ ไปจนถึง ๑.๕ ปัจจุบันเหลือเพียง ๐.๖ ซึ่งเกือบจะทำงานทันตกรรมไม่ได้ ทั้งนี้เห็นว่า สัดส่วนทันตแพทย์ต่อผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ ๑ ต่อ ๑.๕ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมาก ทำให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลหรือในเขตเมืองได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น ปัจจุบันศูนย์ทันตกรรมห้วยยอดมีทันตแพทย์เฉพาะทางครบทุกสาขา ทำให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลไม่ต้องเดินทางไกลเพื่อไปรับบริการทันตกรรมเฉพาะทางบางอย่าง และได้รับบริการเทียบเท่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่



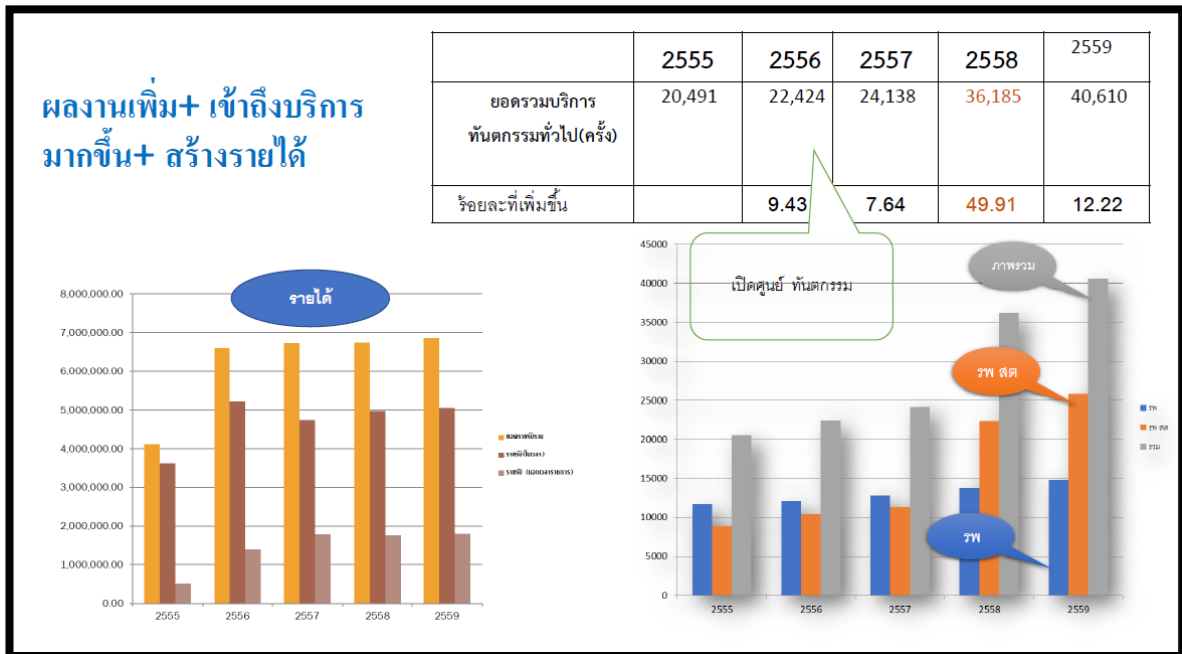
ข้อมูลทันตกรรมเฉพาะทางจากฐานข้อมูลห้วยยอด HDC ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ณ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๕ เปรียบเทียบโรงพยาบาล M2 ในเขต ๑๒ งานเฉพาะทางทุกรายการของห้วยยอดอยู่ในระดับที่ดีกว่าทุกโรงพยาบาลในเขต ๑๒ เป็นเครื่องยืนยันได้ว่า โมเดลที่ห้วยยอดพัฒนาทำให้มีงานบริการเฉพาะทางแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและลดความเหลื่อมล้ำ แต่อย่างไรก็ตามจะมีการพัฒนาเฉพาะทีมทันตแพทย์เพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอ แต่ต้องพัฒนาบุคลากรในทีมด้วยไม่ว่าจะเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข หรือทันตภิบาล ซึ่งในเวทีสำคัญ ๆ ด้านทันตสุขภาพจะมีบุคลากรของห้วยยอดร่วมนำเสนอในประเด็นต่าง ๆ อยู่หลายเวที อาทิ เวทีประชุมทันตสาธารณสุขแห่งชาติ เวทีประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนั้นสื่อมวลชนอย่างเดลินิวส์ได้มาทำข่าวการจัดโครงการรakupinเทียมพระราชทานของโรงพยาบาลห้วยยอด เพื่อช่วยเหลือคนยากจนที่เข้าไม่ถึงเทคโนโลยีด้านทันตกรรม ทำให้ประชาชนได้รับบริการทันตกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นหนึ่งในความภูมิใจที่ทีมห้วยยอดได้ดำเนินการ

ปัจจุบันโรงพยาบาลห้วยยอดเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีระบบ digital ครบวงจรไม่ว่าจะเป็น X-ray digital, การมีเครื่อง Oral scanner การเก็บข้อมูลบน Dental cloud computing เป็นต้น

ข้อมูลทันตกรรมเฉพาะทางจากฐานข้อมูลห้วยยอด HDC ปีงบประมาณ 2565 ณ วันที่ 29 มีนาคม /2565

งาน	ห้วยยอด			
1 รักษารากฟันหน้า (ครึ่ง)	41	4	30	7
2 รักษารากฟันหน้า (ซี่)	26	2	21	3
3 รักษารากฟันกรามน้อย (ครึ่ง)	49	5	44	0
4 รักษารากฟันกรามน้อย (ซี่)	14	2	12	0
5 รักษารากฟันกราม (ครึ่ง)	38	8	28	2
6 รักษารากฟันกราม (ซี่)	18	4	14	0
7 รักษาคลองรากฟัน (ครึ่ง) ฟันแท้ ที่ยุ่งยาก (retreat, root canal obstruction, internal root repair, Apexification)	0	0	0	0
8 รักษาคลองรากฟัน (ซี่) ฟันแท้ ที่ยุ่งยาก (retreat, root canal obstruction, internal root repair, Apexification)	0	0	0	0
9 รักษาทางปริทันต์ (ครึ่ง) ปริทันต์3-4	36	9	23	4
10 รักษาทางปริทันต์ (ครึ่ง) ปริทันต์5-8	13	2	7	4
11 ทันตกรรมสำหรับเด็ก (ครึ่ง) เด็ก2-5	11	2	7	2
12 งาน Indirect Veneer, Inlay, Onlay (ชิ้น) ฟันดกกรรมหัตถการ 4	0	0	0	0
13 ทันตกรรมประดิษฐ์ (ครึ่ง) removeableรวม ARPD, MRPD, Single Complete Denture, Complete Denture, งานซ่อมฟันเทียมถอดได้ และงานฟันเทียมถอดได้อื่นๆ	715	21	684	10
14 ทันตกรรมประดิษฐ์ (ชิ้น) ARPD ไม่รวมงานซ่อมฟันเทียม	333	2	331	0
15 ทันตกรรมประดิษฐ์ (ชิ้น) MRPD ไม่รวมงานซ่อมฟันเทียม	3	0	0	3
16 ทันตกรรมประดิษฐ์ (ชิ้น) Single Complete Denture ไม่รวมงานซ่อมฟันเทียม	136	1	135	0
17 ทันตกรรมประดิษฐ์ (ชิ้น) Complete Denture ไม่รวมงานซ่อมฟันเทียม	251	2	248	1
18 ทันตกรรมประดิษฐ์ (ครึ่ง) แยกสิทธิ์ UC removeableรวม ARPD, MRPD, Single Complete Denture, Complete Denture, งานซ่อมฟันเทียมถอดได้ และงานฟันเทียมถอดได้อื่นๆ	40	13	21	6

ห้วยยอดโมเดลได้รับโอกาสจากกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดย สวทช. ในการจัดทำ Big Rock Project ซึ่งเป็น ๑ ในโครงการ Thailand 4.0 มีวัตถุประสงค์เพื่อขจัดปัญหาความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศ ด้วยการสนับสนุนความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ โครงการนี้มุ่งที่จะนำ CT scan มาพัฒนา platform การให้บริการฝังรากฟันเทียม ปัจจุบันห้วยยอดมีการให้บริการฝังรากฟันเทียมให้กับประชาชนในเขตอำเภอห้วยยอดและอำเภอใกล้เคียงในจังหวัดตรังมากกว่า ๒๐๐ คน ซึ่งการพัฒนาส่วนนี้สร้างคุณค่าให้กับวิชาชีพทันตแพทย์ กลุ่มงานทันตกรรม และโรงพยาบาล คือ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สิ่งสำคัญ คือ การสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดให้การชื่นชมอย่างมาก การดำเนินงานในส่วนนี้เป็นการสร้างรายได้ให้กับโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนทำให้ทุกปีในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลต้องมีเป้าหมายเรื่องการสร้างรายได้เพิ่มโดยกลุ่มงานทันตกรรม ถึงแม้ว่าจะเกิดสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ แต่รายได้ของงานทันตกรรมก็ไม่ได้ลดลงแต่อย่างใด



การขยายบริการสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชนในรูปแบบของห้วยยอดโมเดล โดยอำเภอห้วยยอดมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๒๐ แห่ง และมี PCU จำนวน ๑ แห่ง ในปี ๒๕๕๙ มีศูนย์ทันตกรรมที่ศูนย์ทันตกรรม จำนวน ๔ ศูนย์ ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน ๑ ศูนย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๔ ศูนย์ ทันตบุคลากร ประกอบด้วย ทันตแพทย์จำนวน ๓ คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน ๓ คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน ๓ คน ปี ๒๕๕๖ เป็นปีที่เปิดศูนย์ทันตกรรม โดยมีศูนย์ทันตกรรมที่ศูนย์ทันตกรรม จำนวน ๘ ศูนย์ ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน ๑ ศูนย์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๖ ศูนย์ ทันตบุคลากร ประกอบด้วย ทันตแพทย์ จำนวน ๑๐ คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน ๑๐ คน และผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน ๑๕ คน ปี ๒๕๖๕ มีศูนย์ทันตกรรมที่ศูนย์ทันตกรรม จำนวน ๑๑ ศูนย์ ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน ๒ ศูนย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๐ ศูนย์ ทันตบุคลากร ประกอบด้วย ทันตแพทย์จำนวน ๑๔ คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขจำนวน ๑๒ คน ผู้ช่วยทันตแพทย์ จำนวน ๑๗ คน เจ้าพนักงานธุรการ จำนวน ๑ คน เจ้าหน้าที่การเงิน จำนวน ๑ คน และเจ้าหน้าที่ห้องบัตร จำนวน ๑ คน

การพัฒนากระบวนการทันตกรรมใส่ฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ภายใต้รูปแบบ Huaiyot Model ของทันตแพทย์ภัสรา วัฒนะ ทันตแพทย์กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาล ห้วยยอด ได้มีการเก็บข้อมูลตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ จนถึงปี ๒๕๖๒ จะเห็นว่า ในทุกปีโรงพยาบาลห้วยยอดสามารถ ทำฟันเทียมให้กับประชาชนได้มากกว่าทุกอำเภอในจังหวัดตรัง และหากเปรียบเทียบในเขต ๑๒ โรงพยาบาลห้วย ยอดก็สามารถดำเนินการได้มากที่สุด นอกจากนี้ได้มีการเชื่อมโยงงานเยี่ยมบ้านทั้งในกลุ่ม Long term care, Intermediate care และ Palliative care โดยทีมทันตแพทย์ รวมทั้งการให้บริการในกลุ่ม เปราะบาง และกลุ่มพระสงฆ์ ซึ่งพบว่า ในกลุ่มพระสงฆ์เข้าถึงบริการทันตกรรมในอัตราที่ต่ำมากไม่ถึงร้อยละ ๒ จึงต้องมีการจัดคลินิกทันตกรรมในวัด เพื่อให้บริการทันตกรรมแก่พระสงฆ์ดังกล่าว

การประเมินที่ทีมห้วยยอดมีความภาคภูมิใจ คือ คำชื่นชมจากผู้รับบริการไม่ว่าจะเป็น การชื่นชมในบริการที่ดี ความทันสมัยและครบวงจรของสถานที่ให้บริการ รวมทั้งความสะอาดของสถานที่ เช่น คำชื่นชมของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ความเห็นของท่านรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่มองว่า ห้วยยอดโมเดล เป็นนวัตกรรมด้านการบริการระดับอำเภอที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้น คำชื่นชมจากผู้รับบริการ ที่เดินทางมาจากจังหวัดใกล้เคียง เมื่อได้รับบริการแล้วเกิดความประทับใจในบริการ การจัดการระบบที่ครบวงจร ไม่ต้องรอคิวนาน ทำให้ทีมงานห้วยยอดโมเดลเกิดความประทับใจอย่างมากตลอดระยะเวลา ๑๕ ปี ที่ได้ทำ การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมของห้วยยอดโมเดล

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ

๑) การกำหนดกลยุทธ์และทิศทางองค์กรในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล โดยกำหนด เป้าหมายให้ชัด

๒) ขับเคลื่อนกลยุทธ์ด้วยตัวชี้วัดที่สอดคล้อง

๓) การประเมินองค์กรด้วยมุมมองที่รอบด้านและสม่ำเสมอ

๔) การทำงานเป็นทีมและเสริมพลังทีม

๕) การวิเคราะห์กลุ่มผู้บริการที่ก่อให้เกิดรายได้ร่วมกับการสร้างช่องทางพิเศษ

๖) การสร้างความสัมพันธ์อันดีกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน

ทั้งนี้ อยากให้ทุกโรงพยาบาลพิจารณาการดำเนินงานของห้วยยอดโมเดลและนำไปปรับใช้ ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้เพิ่มมากขึ้นต่อไป



ทันตแพทย์สุรชัย อภินวถาวรกุล ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลหาดใหญ่ (ประธานชมรมทันตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) อภิปรายในหัวข้อ “โอกาสการพัฒนาศักยภาพการบริการด้านทันตกรรมคำตอบ? เพื่อยกระดับการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมประเทศไทย” โดยสรุปดังนี้



เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์การดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป คือ ๑) ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมและได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเท่าเทียมกัน ๒) ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทางที่มีคุณภาพโดยเครือข่ายบริการอย่างไร้รอยต่อ และ ๓) ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะโรคอย่างมีคุณภาพ

ส่วนวัตถุประสงค์ คือ ๑) พัฒนาการให้บริการทันตกรรมในทุกมิติสุขภาพ ๒) พัฒนาคุณภาพการบริการงานทันตกรรมเฉพาะทางและโรคสุขภาพช่องปากที่ยุงยากซับซ้อนให้ได้มาตรฐาน ทั้งด้านบุคลากรทางการแพทย์และครุภัณฑ์สถานที่ ๓) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสุขภาพช่องปากที่ยุงยากซับซ้อนและสามารถรับบริการใกล้บ้าน และ ๔) เป็นแหล่งสนับสนุนด้านวิชาการ การพัฒนาบุคลากร สถาบันฝึกอบรมและการวิจัย

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีประมาณ ๑๐๐ แห่ง แต่ละแห่งมีบริบทที่แตกต่างกัน และมีความโดดเด่นเฉพาะของแต่ละพื้นที่ บริบทโดยทั่วไปของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปคือ งานทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและทันตกรรมทั่วไป งานทันตกรรมเฉพาะทาง งานทันตกรรมที่สัมพันธ์กับโรคทางการแพทย์ งานทันตกรรมเฉพาะโรคเฉพาะกลุ่ม เช่น ปากแห้งเพดานโหว่ มะเร็งช่องปาก เด็กที่มีความยุงยากซับซ้อน ผู้สูงอายุ งานด้านการเรียนการสอนและการวิจัย

การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ สภาพปัญหา และศักยภาพ โดยศักยภาพขึ้นอยู่กับ คน เงิน ของ และระบบ ในขณะนี้จะเป็นการพิจารณาเรื่องจำนวนทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขา ทันตบุคลากรข้างเคียง เช่น ทันตภิบาล ผู้ช่วยทันตแพทย์ ช่างทันตกรรม นอกจากนี้งบประมาณการลงทุนทั้งสถานที่และครุภัณฑ์ที่เพียงพอ สมดุลกับจำนวนทันตบุคลากร ซึ่งโรงพยาบาลบางแห่งมีสถานที่และครุภัณฑ์ไม่สมดุลกับจำนวนทันตบุคลากร รวมทั้งระบบบริการที่สามารถเชื่อมโยงกับเครือข่ายแบบไร้รอยต่อ

สภาพปัญหาเป็นไปตามกลุ่มวัย เช่น วัยทำงาน ผู้สูงอายุ บริบทพื้นที่เป็นไปตามสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน การที่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในพื้นที่มีโอกาสที่จะทำ MOU ในการพัฒนาความร่วมมือกัน การที่โรงพยาบาลอยู่ในพื้นที่ที่มีการพัฒนาทางการแพทย์สาขาต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ทำให้งานด้านทันตกรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะมีกรพัฒนาร่วมกับงานทางการแพทย์สาขานั้น ๆ นอกจากนั้นการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจ เช่น Medical hub, Dental hub การบริการในสังคมเมืองและสังคมชนบทมีความแตกต่างกัน ในสังคมเมืองประชาชนจะมีทางเลือก เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน จำนวนมาก แต่ในสังคมชนบทอาจมีทางเลือกน้อยกว่า

โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปหลายแห่งมีจุดเด่นที่มีความแตกต่างกัน เช่น รถทันตกรรมเคลื่อนที่ของกองทุนไฟฟ้ามาตาพุดที่จังหวัดระยองมีศูนย์ทันตทำฟัน ๒ ศูนย์ มีระบบระบายอากาศที่ดี นอกจากนั้น

รถทันตกรรมเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี ก็เป็นรูปแบบที่สำคัญที่พัฒนาโดยใช้เงินจากการทำรากฟันเทียมและงบประมาณของโรงพยาบาล เพื่อออกหน่วยให้บริการในกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มคนใช้ติดบ้านติดเตียง หรือการให้บริการเฉพาะอาชีพ เช่น ตำรวจ

การพัฒนาการเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยการเปิดให้บริการคลินิกพิเศษเฉพาะทางนอกเวลาราชการ ซึ่งมีการพัฒนาร่วมกับ SMC ทางทันตกรรม ทำให้คลินิกทันตกรรมเฉพาะทางได้เกิดขึ้นในหลายพื้นที่ การพัฒนางานบริการอย่างเดียวยังไม่เพียงพอ ดังนั้น การเปิด Training center จึงมีส่วนสำคัญ ซึ่งในยุคหนึ่งที่ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง เช่น Maxillofacial surgery จึงได้มีการเริ่มต้นที่จะเปิด Training center สถาบันหลักที่มีอยู่ในปัจจุบัน คือ โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ และโรงพยาบาลขอนแก่น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนา General Dentistry จึงเกิด Training center ที่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และมีการทำ MOU กับสถาบันทันตกรรม ส่วนทันตกรรมเด็กมีสาขา Pediatric Dentistry จึงเกิด Training center ที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และมีการทำ MOU กับมหาวิทยาลัยมหิดล มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในส่วนนี้เป็นการพัฒนาให้เกิดความก้าวหน้าเรื่อง Training center เพื่อเพิ่มกำลังคนในกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีสถาบันสมทบในเรื่องต่าง ๆ เช่น หลักสูตรหลังปริญญาและก่อนปริญญา มีการอบรมระยะสั้น ๔ เดือน เพื่อพัฒนาบุคลากรที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ ให้มีความรู้ ความสามารถ ในเรื่องทันตกรรมทั่วไป ทันตกรรมสำหรับเด็ก ภายในระยะเวลา ๔ เดือน สามารถลดภาระการทำงานของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป



ศูนย์เชี่ยวชาญ (Excellent center) มีความสำคัญ เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เป็นจุดที่ทำงานตติยภูมิ ศูนย์เชี่ยวชาญที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมี ๔ สาขา คือ ๑) Cleft Palate มีการกระจายอยู่ทุกภาคของประเทศ โดยจังหวัดที่ได้รับการประเมินและรับรองแล้ว ประกอบด้วย จังหวัดเชียงราย พิษณุโลก นครราชสีมา นนทบุรี ชลบุรี และนครศรีธรรมราช ๒) Oral Cancer จังหวัดที่ได้รับการประเมินและรับรองแล้ว ประกอบด้วย จังหวัดพิษณุโลก นครราชสีมา ชลบุรี นครปฐม และนครศรีธรรมราช ๓) Pediatric Dentistry จังหวัดที่ได้รับการประเมินและรับรองแล้ว ประกอบด้วย จังหวัดเชียงราย ภูเก็ต และสงขลา และ ๔) Geriatric Dentistry กำลังเริ่มพัฒนาให้มีศูนย์เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ซึ่งจะดูแลผู้ป่วยสูงอายุตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ ซึ่งอยู่ในช่วงขั้นตอนที่จะมีการพัฒนาเพื่อการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชน ปัจจุบันศูนย์เชี่ยวชาญต่าง ๆ มีการกระจายอยู่ทั่วประเทศ

ทันตกรรมสำหรับเด็กที่มีความยุ่งยากซับซ้อนจะใช้วิธีการดมยาสลบสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบในครั้งเดียว ส่วนเด็กที่มี syndrome ก็ได้รับการดูแล แต่อาจเป็นการเข้าถึงบริการทันตกรรมที่ค่อนข้างยากสำหรับทันตแพทย์ทั่วไป ทั้งนี้ ขอยกตัวอย่างการพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงสาขาสุขภาพช่องปากด้านมะเร็งช่องปากของกระทรวงสาธารณสุขและพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างครบวงจร โดยหน่วยศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราช ซึ่งความสำคัญและสภาพปัญหา คือ ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากรายใหม่เทียบกับผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกอวัยวะ ประมาณร้อยละ ๔ ถึงร้อยละ ๖ ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงพอสมควร โรงพยาบาลมหาสารนครศรีธรรมราชจึงเห็นความสำคัญของมะเร็งช่องปาก ทั้งนี้ หากได้รับการดูแลและแก้ปัญหาอย่างรวดเร็วสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีได้ โดยในปี ๒๕๕๗ พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งช่องปากรายใหม่มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น และผู้ป่วยมาตรวจเมื่อเกิดโรคในระยะลุกลามรุนแรงแล้ว ทำให้การรักษายุ่งยาก ประกอบกับไม่มีระบบการคัดกรองและระบบส่งต่อที่ดี ทำให้ได้รับบริการล่าช้า การผ่าตัดรักษาหลายส่วนยังเกินศักยภาพของทันตแพทย์หรือแพทย์ นอกจากนี้ยังพบว่า ไม่มีระบบการเตรียมช่องปากก่อนรับรังสีรักษาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาเกิดปัญหาตามมาและไม่มีระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง



วัตถุประสงค์ คือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการคัดกรองอย่างครอบคลุม ลดโอกาสการพบผู้ป่วยรายใหม่ในระยะที่รุนแรง และลดการเกิดข้อแทรกซ้อนที่สำคัญ มีระบบการส่งต่อที่ดี มีประสิทธิภาพ ได้รับการรักษาที่ดีตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ เป็นระบบ และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตทั้งในระดับโรงพยาบาลจนถึงระดับชุมชน

วิธีการดำเนินการตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ ถึงปัจจุบัน จะมีระบบการคัดกรองและวินิจฉัยเบื้องต้น ระบบการส่งต่อ การผ่าตัดรักษา ระบบเตรียมช่องปากผู้ป่วยก่อน/ระหว่าง/หลัง รังสีรักษาและระบบติดตามผู้ป่วย

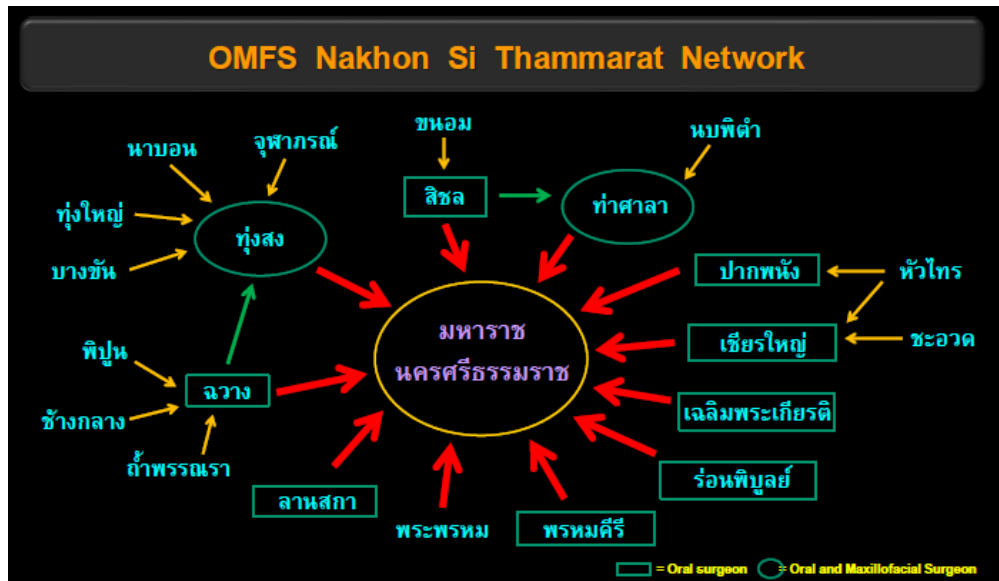


ระบบการคัดกรองและวินิจฉัยเบื้องต้นจะมีการรณรงค์การคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากในกลุ่มทันตบุคลากรในทุกโรงพยาบาลเครือข่ายภายในจังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ มีการประชุมวิชาการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากแก่ทันตบุคลากร และ อสม. ปี ๒๕๖๒ การประชุมวิชาการพัฒนาศักยภาพการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปากแก่ อสม. ของอำเภอต่าง ๆ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ระบบการคัดกรองและวินิจฉัยเบื้องต้น นอกจากการเก็บข้อมูล คือ การร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๑๑ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ออกแบบระบบ Website เก็บข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับเบื้องต้น เชื่อมต่อกับข้อมูลการส่งต่อและการวินิจฉัยสุดท้ายโดยทันตแพทย์เฉพาะทางกับทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งจังหวัดต่อเนื่องจนถึงระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย นอกจากนี้การตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งช่องปาก โดย อสม. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทันตบุคลากร ในกลุ่มประชากรอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ใน CUP โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และทุกโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้ Program Oral Screen ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จนถึงปัจจุบัน

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยสร้างระบบส่งต่อที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ภายในจังหวัดโดยความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนางานศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล จังหวัดนครศรีธรรมราช และโรงพยาบาลเครือข่ายทุกแห่งทั่วทั้งจังหวัด ซึ่งมีการกำหนด Node รับส่งต่อในระดับต่าง ๆ มีการจัดระบบบริการแบบ Fast Track



โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราชเป็นแม่ข่ายและมีโรงพยาบาลระดับชุมชนเป็นโรงพยาบาลลูกข่าย ในการเชื่อมโยงข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังมีการสร้าง Line group เพื่อการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัด



การผ่าตัดรักษาที่ให้บริการในปัจจุบัน คือ Incisional biopsy ทุกระยะของรอยโรค การผ่าตัดมะเร็งช่องปากระยะ I-IV ในตำแหน่งที่ไม่ยุ่งยาก รวมถึง Maxillary bone การผ่าตัดซ่อมสร้างคามวิการ โดยการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อแบบไม่ซับซ้อน การผ่าตัดและต่อมน้ำเหลืองที่คอ/ซ่อมสร้างคามวิการโดยการปลูกถ่ายเนื้อเยื่อแบบซับซ้อนร่วมกับทีมต่าง ๆ ทั้งทีมแพทย์ ทีมพยาบาล และทีมวิสัญญีแพทย์

ระบบเตรียมช่องปากผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังรับรังสีรักษา ซึ่งผู้ป่วยรายใหม่ทุกรายได้รับการตรวจวางแผนอย่างสมบูรณ์และรวดเร็ว รวมถึงบันทึกข้อมูลการเตรียมช่องปากใน OPD Card และสมุดประจำตัวผู้ป่วยที่จัดทำขึ้นเฉพาะเชื่อมโยงการทำงานระหว่างแพทย์สาขาต่าง ๆ และทันตแพทย์ รวมทั้งผู้ป่วยจะมีข้อมูลประวัติของตนเอง มีระบบให้ความรู้และสร้างความเข้าใจต่อผู้ป่วยและญาติ มีการให้การปรึกษาและผ่าตัดเตรียมช่องปากตามแผนอย่างเร่งด่วน เนื่องจากการฉายรังสีรักษาหรือการให้เคมีบำบัดต้องการความเร่งด่วน จึงได้มีการจัดระบบบริการ Fast Track สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งที่โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช และที่เลือกรับการรักษาที่ Node บริการพื้นที่ใกล้บ้าน รวมถึงโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายทุกแห่งทั้งจังหวัด การจัดระบบนัดติดตามดูแลต่อเนื่องภายหลังรับรังสีรักษาตลอดชีวิตผู้ป่วย ทั้งที่โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลเครือข่ายทั่วทั้งจังหวัด นอกจากนี้ยังมีการประสานกับกลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช เพื่อผลิตยาที่จำเป็นเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมทั้งการจัดตั้ง “ศูนย์โภชนาบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ และผู้มีปัญหาด้านการกลืน โรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช” โดยความอนุเคราะห์ผลิตภัณท์จากมูลนิธิทันตนวัตกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ถึงปัจจุบัน

ระบบติดตามผู้ป่วยในระดับชุมชนมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพพยาบาลงานเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทุกโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อดูแลสุขภาพช่องปากและเฝ้าระวังข้อแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอภายหลังการรับรังสีรักษาด้วยระบบ Home Health Care ในปีงบประมาณ

๒๕๖๐ และปี ๒๕๖๑ มีการอบรมพัฒนาศักยภาพทันตแพทย์และทันตบุคลากร เพื่อการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย มะเร็งช่องปากในระบบโรงพยาบาลและระบบ Home Health Care แก่โรงพยาบาลเครือข่ายทั้งจังหวัด ปี ๒๕๖๔ การจัดระบบดูแลสุขภาพช่องปากและเฝ้าระวังข้อแทรกซ้อนภายหลังการรับรังสีรักษาด้วยระบบ Home Health Care โดยบุคลากรงานเยี่ยมบ้าน ทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. ใน CUP โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และจัดทำ clip สื่อการสอนเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากและการเฝ้าระวังข้อแทรกซ้อนในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและลำคอ ภายหลังการรับรังสีรักษา ด้วยความร่วมมือของศูนย์อนามัยที่ ๑๑

ระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชได้รับการรับรอง เป็นศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูงสาขาสุขาสุขภาพช่องปาก ด้านมะเร็งช่องปากของกระทรวงสาธารณสุข ระดับ ๒ และได้รับการบรรจุอยู่ใน Service plan และ Excellent center สาขามะเร็งของโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช และถูกกำหนดโดยโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชให้ขอประเมินการรับรองรายได้ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

โอกาสพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป คือ การได้รับการพัฒนาเป็นสาขาใน Service plan เช่น สาขาปากแหว่งเพดานโหว่ สาขาผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันเป็นสาขาสุขาสุขภาพช่องปาก หากสามารถผลักดัน เข้าไปเป็นสาขาหนึ่งใน Service plan จะเป็นสิ่งสำคัญที่พัฒนางานอย่างต่อเนื่องได้ การพัฒนาเป็นศูนย์ ทันตกรรมเฉพาะทาง เช่น ศูนย์ทันตกรรมรากเทียม ศูนย์แก้ไขความผิดปกติของกระดูกขากรรไกรและใบหน้า นอกจากนั้นจะต้องมีการขอประเมินรับรองเฉพาะโรค (DSC) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ คือ ๑) ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมและได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างเท่าเทียมกัน ๒) ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะทางที่มีคุณภาพ โดยเครือข่ายบริการอย่างไร้รอยต่อ และ ๓) ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมเฉพาะโรคอย่างมีคุณภาพ โดยเครือข่ายบริการอย่างไร้รอยต่อ เพื่อเป็นคำตอบในการให้บริการทันตกรรมต่อไปในอนาคต

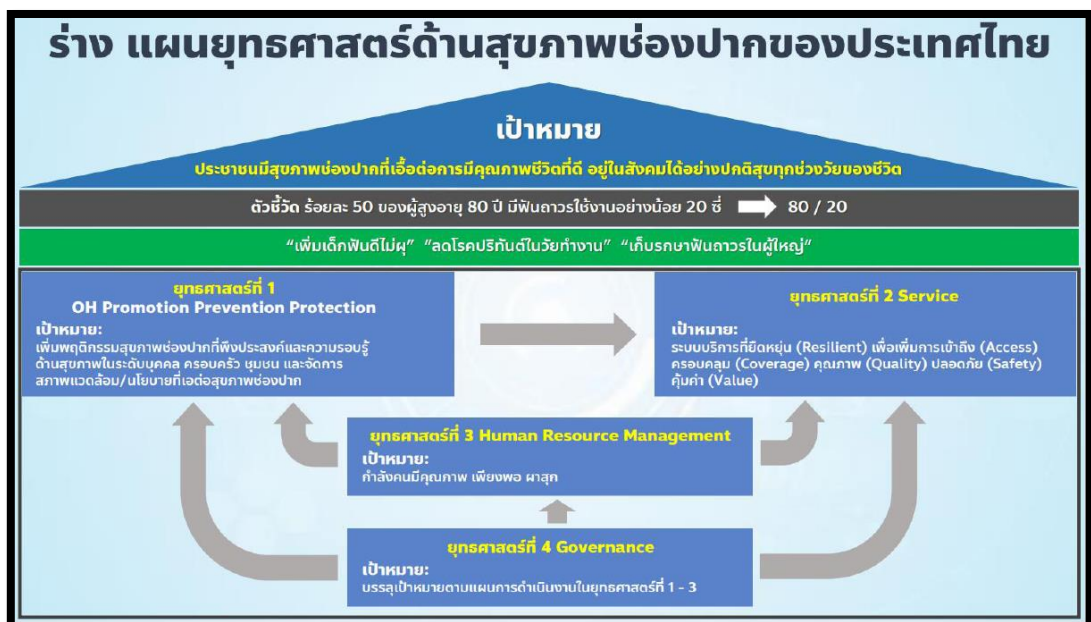
ทันตแพทย์หญิงศิริรัตน์ รัศมีโสรัจ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด นครราชสีมา อภิปรายในหัวข้อ “ก้าวเดินหน้า ร่วมขับเคลื่อน ยุกระดับงานทันตสาธารณสุขไทย เพื่อทันตสุขภาพคนไทยทุกคน” โดยสรุปดังนี้

กรอบการดำเนินงานสาธารณสุขของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข หากพิจารณาแล้วจะเห็นว่า ไม่มีงานด้านทันตกรรมกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติดังกล่าว ทั้งนี้ หากไม่มีการกำหนดงานด้านทันตกรรมไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติยังมีโอกาสที่จะถูกกลืนเลื่อนไปได้ ปัจจุบันแผนยุทธศาสตร์ชาติอยู่ในระยะที่ ๒ เป็นระยะสร้างความเข้มแข็ง เพราะฉะนั้นหากจะเกิดการขับเคลื่อนงานด้านทันตสาธารณสุขในแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะที่ ๒ จะต้องมีการปฏิรูประบบเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับงานทันตสาธารณสุขต่อไป





แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปากของประเทศไทย ประกอบด้วย ๔ ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ OH Promotion Prevention Protection เป้าหมาย : เพิ่มพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่พึงประสงค์และความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และจัดการสภาพแวดล้อม/นโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก ยุทธศาสตร์ที่ ๒ Service เป้าหมาย : ระบบบริการที่ยืดหยุ่น (Resilient) เพื่อเพิ่มการเข้าถึง (Access) ครอบคลุม (Coverage) คุณภาพ (Quality) ปลอดภัย (Safety) คุ่มค่า (Value) ยุทธศาสตร์ที่ ๓ Human Resource Management เป้าหมาย : กำลังคนมีคุณภาพ เพียงพอ ชาญฉลาด และยุทธศาสตร์ที่ ๔ Governance เป้าหมาย : บรรลุเป้าหมายตามแผนการดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ ๑ – ๓ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพช่องปากที่เอื้อต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขทุกช่วงวัยของชีวิต และตัวชี้วัด ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุ ๘๐ ปี มีฟันถาวรใช้งานได้อย่างน้อย ๒๐ ซี่ (๘๐/๒๐) โดยมีหลักการที่ชัดเจนเพื่อเพิ่มเด็กฟันดีไม่ผุ “ลดโรคปริทันต์ในวัยทำงาน” “เก็บรักษาฟันถาวรในผู้ใหญ่” ซึ่งปฏิเสธไม่ได้ว่าสังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ขณะนี้ตัวเลขของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการเกิดของเด็กไทยทั้งประเทศอยู่ที่ประมาณ ๕๐๐,๐๐๐ คน แต่อัตราผู้สูงอายุมีมากกว่าอัตราการเกิดของเด็ก



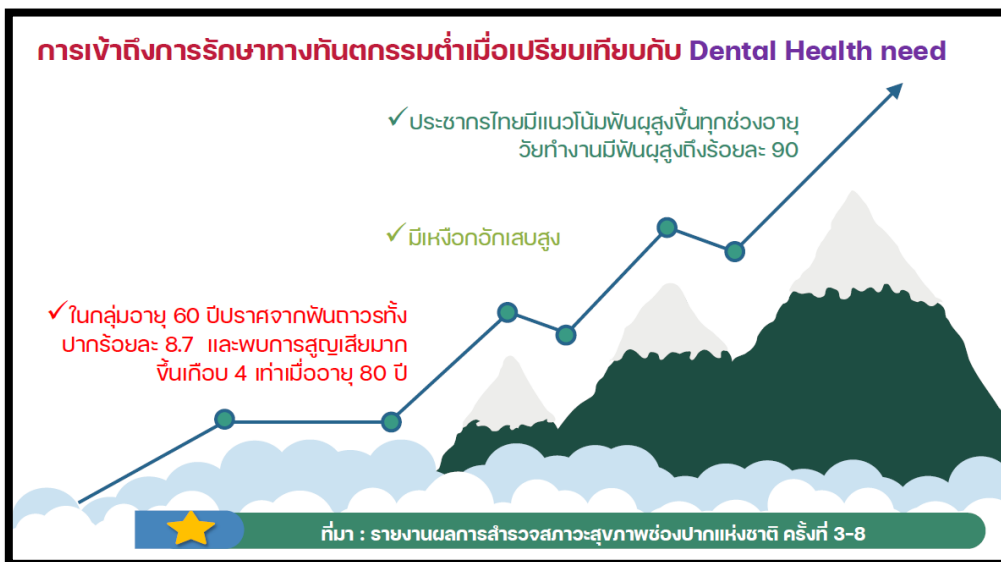
สถานการณ์ทางด้านทันตสุขภาพของประเทศไทย ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : OH Promotion Prevention Protection ซึ่งเห็นได้ว่า ปัญหาโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบ รวมถึงการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุยังเป็นปัญหาหลัก การขับเคลื่อน Digital health หรือ Tele dentistry ยังอยู่ระหว่างการพัฒนา และเน้นบริการรักษามากกว่าส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : Service จะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น แต่ยังมีอัตราที่ต่ำ ปัญหาโรคฟันผุ และเหงือกอักเสบ รวมถึงการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุยังเป็นปัญหาหลัก มีระบบข้อมูลหลายระบบ เช่น ๔๓ แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข e - claim ของ สปสช. และประกันสังคมของสำนักงานประกันสังคม แต่ยังขาดการเชื่อมโยงของระบบข้อมูลระหว่างหน่วยงานในภาครัฐและระหว่างรัฐและเอกชน

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : Human Resource Management ปัจจุบันประเทศไทยมีทันตแพทย์ที่อายุไม่เกิน ๖๐ ปี จำนวน ๑๖,๖๙๗ คน สัดส่วนทันตแพทย์ในภาครัฐ : ภาคเอกชนในปัจจุบัน เท่ากับ ๔๘ : ๕๒ ส่วนทันตภิบาลมีจำนวน ๖,๗๓๙ คน ให้บริการประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน ๔,๓๔๕ คน ประมาณครึ่งหนึ่งของ รพ.สต.

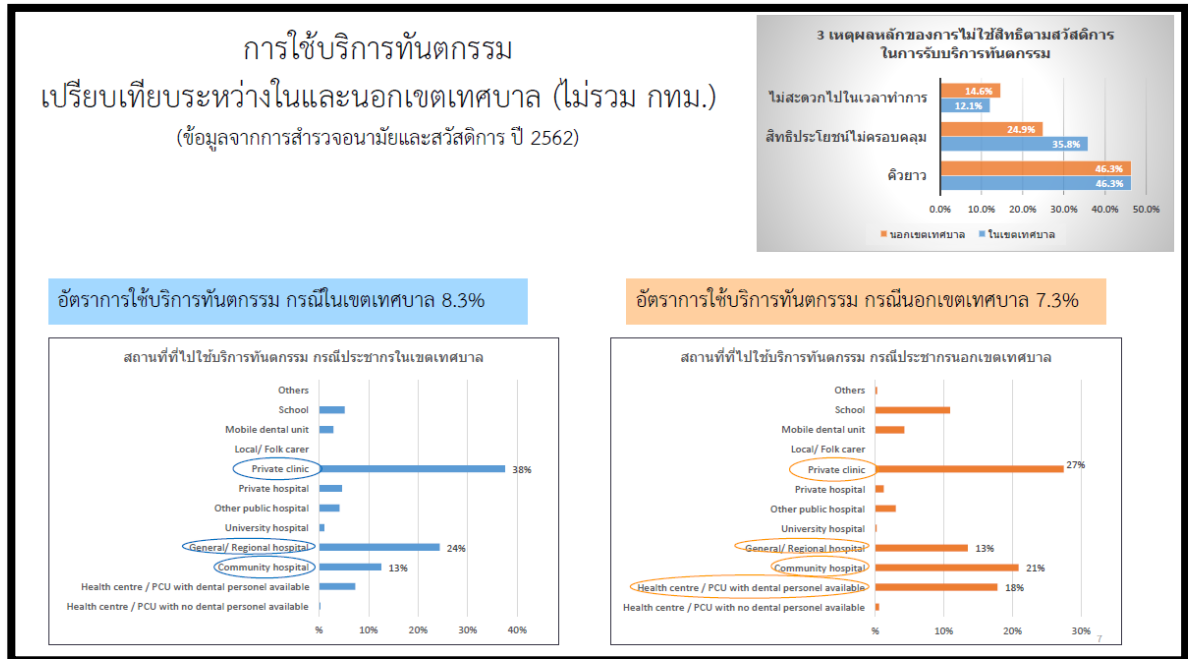
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : Governance ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ งบประมาณในการดูแลสุขภาพช่องปากไม่ชัดเจน กองทุนสุขภาพทั้ง ๓ สิทธิ มีชุดสิทธิประโยชน์และการจ่ายที่แตกต่างกัน ขาดการประเมินประสิทธิภาพและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของเทคโนโลยีทันตกรรม ขาดความชัดเจนของการบริหารจัดการที่มองภาพทั้งระบบ รวมทั้งกลไกและหน่วยงานที่รับผิดชอบในการกำกับ ติดตามและการบูรณาการงานด้านทันตสาธารณสุขยังไม่ชัดเจน ขาดระบบการบริหารจัดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์ กำกับ ติดตาม เผื่อระวังปัจจัยเสี่ยงและประเมินผล เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย



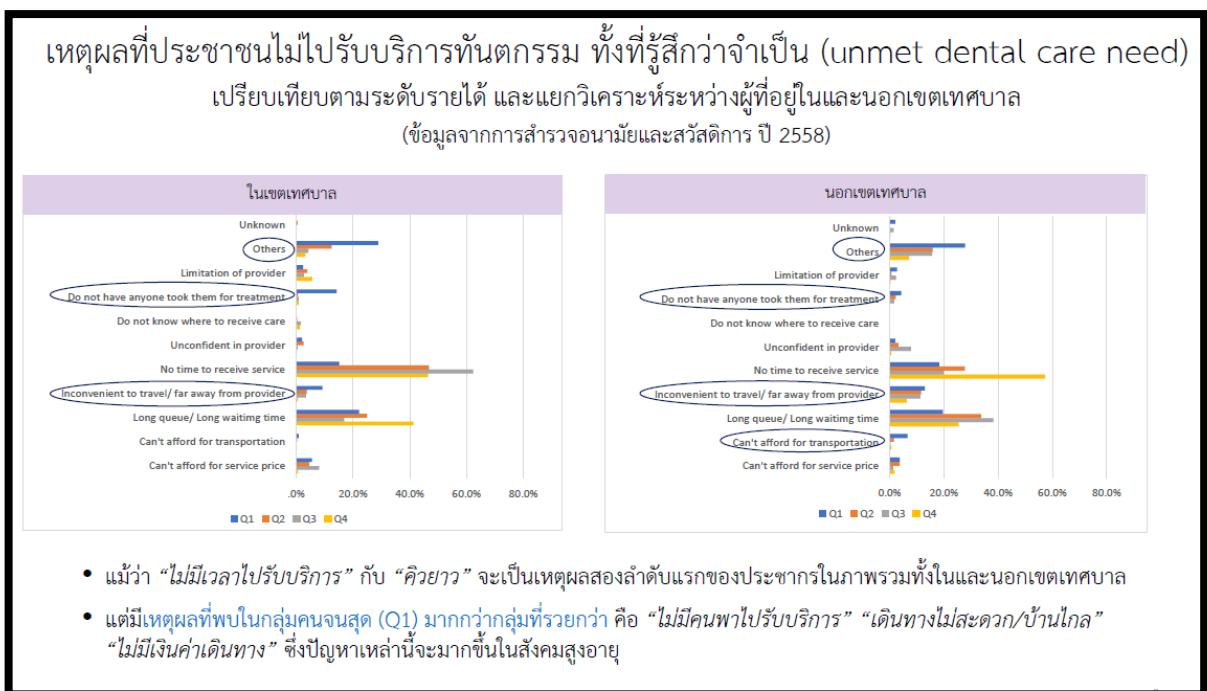
การเข้าถึงบริการรักษาทางทันตกรรมต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับ Dental Health need แนวโน้มของประชากรวัยทำงานมีฟันผุถึงร้อยละ ๙๐ และที่สำคัญในกลุ่มอายุ ๖๐ ปี ปราศจากฟันผุทั้งปาก ร้อยละ ๘.๗ และพบการสูญเสียมากขึ้นเกือบ ๔ เท่า เมื่ออายุ ๘๐ ปี

การใช้บริการทันตกรรมเปรียบเทียบระหว่างประชากรในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ซึ่งไม่รวมกรุงเทพมหานคร แม้ว่าประชากรส่วนใหญ่จะไปใช้บริการทันตกรรมในภาคเอกชนจำนวนมากถึง ร้อยละ ๕๒ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป จะเห็นได้ว่า ประชาชน

ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมากกว่าโรงพยาบาลชุมชน แต่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปมีบริการทันตกรรมเฉพาะทางที่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาที่มากกว่างานทันตกรรมทั่วไป และมีคิวรอคอยที่นาน ทั้งนี้ ขอให้ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปสำรวจเพิ่มเติมว่า การรอคิวที่นานของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเกิดจากสาเหตุใด

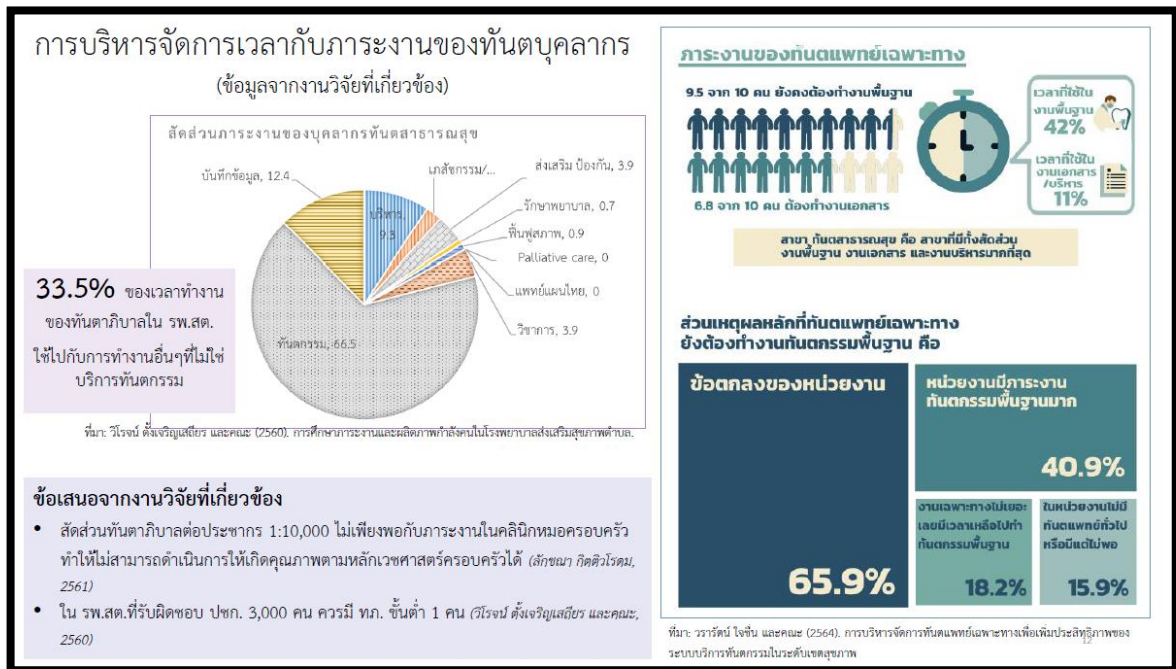


เหตุผลที่ประชาชนไม่ไปรับบริการทันตกรรมทั้งที่รู้สึกว่าเป็น จากการสำรวจพบว่า แม้ว่าไม่มีเวลาไปรับบริการและคิวยาวจะเป็นเหตุผล ๒ ลำดับแรกของประชากรในภาพรวมทั้งในและนอกเขตเทศบาล แต่มีเหตุผลที่พบในกลุ่มคนจนที่สุด (Q1) มากกว่ากลุ่มที่รวยกว่า คือ ไม่มีคนพาไปรับบริการ เดินทางไม่สะดวก บ้านไกล และไม่มีเงินค่าเดินทาง ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะมีมากขึ้นในสังคมผู้สูงอายุ



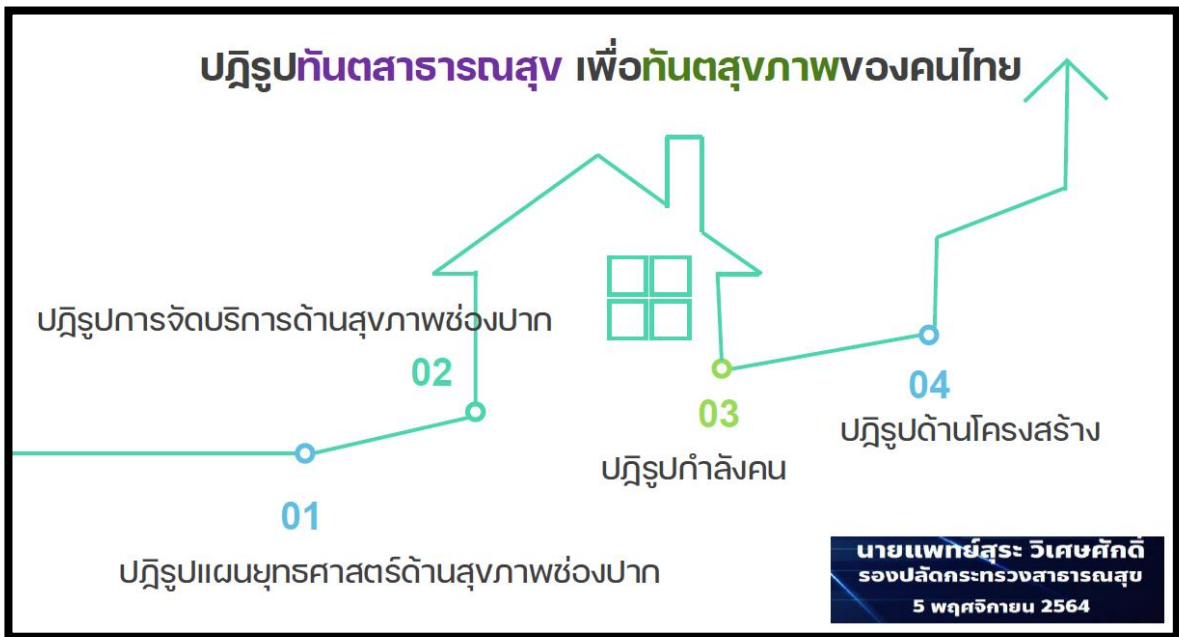
ผลการสำรวจพบว่า ผู้สูงอายุมาพบทันตแพทย์เพียง ๑ ใน ๓ และยังไม่มีความไม่เท่าเทียมกัน ในระบบบริการสุขภาพช่องปาก ซึ่งสุขภาพช่องปากและสุขภาพทั่วไปมีความเชื่อมโยงกันโดยเฉพาะกลุ่ม NCD ทั้งที่ในยุทธศาสตร์ชาติมีการกล่าวถึงเรื่อง NCD อย่างชัดเจน แต่ไม่มีการกล่าวถึงเรื่องทันตกรรม ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมเป็นสิทธิเดียวที่ไม่มีสิทธิการตรวจวินิจฉัยสภาพของโรคในช่องปาก ทั้งที่เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนไทยควรได้รับ ส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยทำงานและมักมาพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการ ทำให้ละเลยการตรวจสุขภาพช่องปากไป และยอมรับว่าสูญเสียไปเป็นธรรมดาเมื่ออายุมากขึ้น จึงไม่ได้รับการรักษาแต่เนิ่น ๆ เมื่อโรคลุกลามมาก การรักษายุ่งยาก และอัตราค่าบริการสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการสูญเสียฟันอย่างค่อยเป็นค่อยไป จนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุก็นจะมีฟันเหลืออยู่น้อยไม่พอสำหรับการบดเคี้ยวที่ดี

ระยะเวลารอคอยของบริการทันตกรรม พบว่า คิวรอคอยที่นานที่สุด คือ ทันตกรรมเฉพาะทาง งานจัดฟัน ใช้ระยะเวลารอคอย ๑ ปี ๓ เดือน งานรักษารากฟัน งานใส่ฟันเทียม ใช้ระยะเวลารอคอย ๑ ปี จะเห็นว่า ในโรงพยาบาลชุมชนคิวรอคอยบริการทันตกรรมมีน้อยมาก เพราะเป็นการทำงานพื้นฐาน และงานเฉพาะทางที่ไม่มากจนเกินไป ทำให้สามารถบริหารจัดการได้เร็ว แต่ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทำงานเฉพาะทางที่งานบ้างด้านมีทันตแพทย์เพียง ๑ - ๒ คน แต่ต้องรับผิดชอบประชากรทั้งจังหวัด หรือรับผิดชอบประชากรในเขตเมือง ซึ่งภาระงานของทันตแพทย์เฉพาะทางของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/และโรงพยาบาลทั่วไปแตกต่างกัน ทำให้คิวการรักษาทันตกรรมเฉพาะทางจำเป็นต้องมีคิวรอคอยที่ยาวนานขึ้น นอกจากนี้ทันตแพทย์จะต้องแบ่งเวลาการทำงานทันตกรรมเฉพาะทางไปให้บริการทันตกรรมพื้นฐาน ร้อยละ ๔๐.๙ ส่วนทันตภิบาลที่อยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ใช้เวลาทำงานอื่นที่ไม่ใช่บริการทันตกรรม ร้อยละ ๓๓.๕



ผลการสำรวจของชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เมื่อเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๕ ในแง่ของการแก้ปัญหาคิวรอคอยนั้น ทันตแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปส่วนใหญ่ต้องการให้เพิ่มผู้ช่วยทันตกรรมเป็นลำดับแรก ตามกรอบที่เสนอไปได้ขอในสัดส่วน ๑ : ๑ โรงพยาบาลระดับ M ขึ้นไป ขอในสัดส่วน ๑ : ๑.๕ รองลงมา คือ การปรับปรุงโครงสร้างอาคารเพื่อเพิ่มยูนิต ซึ่งโมเดล

ของโรงพยาบาลห้วยยอด ทำให้เห็นแล้วว่า การเพิ่มอาคารและยูนิตทันตกรรมสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมได้อย่างชัดเจน เฉพาะนั้น GAP ที่สำคัญ ๓ ประเด็น คือ ๑) การเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรมต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับ Dental Health need ๒) การขาดทิศทางและการผลักดันให้เกิดยุทธศาสตร์ของประเทศในระยะยาว และ ๓) ความไม่สมดุลของบุคลากรที่ควรมีในระบบ เพราะฉะนั้นหากจะก้าวเดินหน้าร่วมขับเคลื่อนยกระดับงานทันตสาธารณสุขไทย เพื่อทันตสุขภาพของคนไทยทุกคน จึงขอใช้โมเดลของนายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๔ ในการปฏิรูปทันตสาธารณสุข เพื่อทันตสุขภาพของคนไทยดีขึ้นต้องมีการปฏิรูป ๔ เรื่อง คือ ๑) ปฏิรูปแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปาก ๒) ปฏิรูปการจัดบริการด้านสุขภาพช่องปาก ๓) ปฏิรูปกำลังคน และ ๔) ปฏิรูปด้านโครงสร้าง ดังภาพด้านล่าง

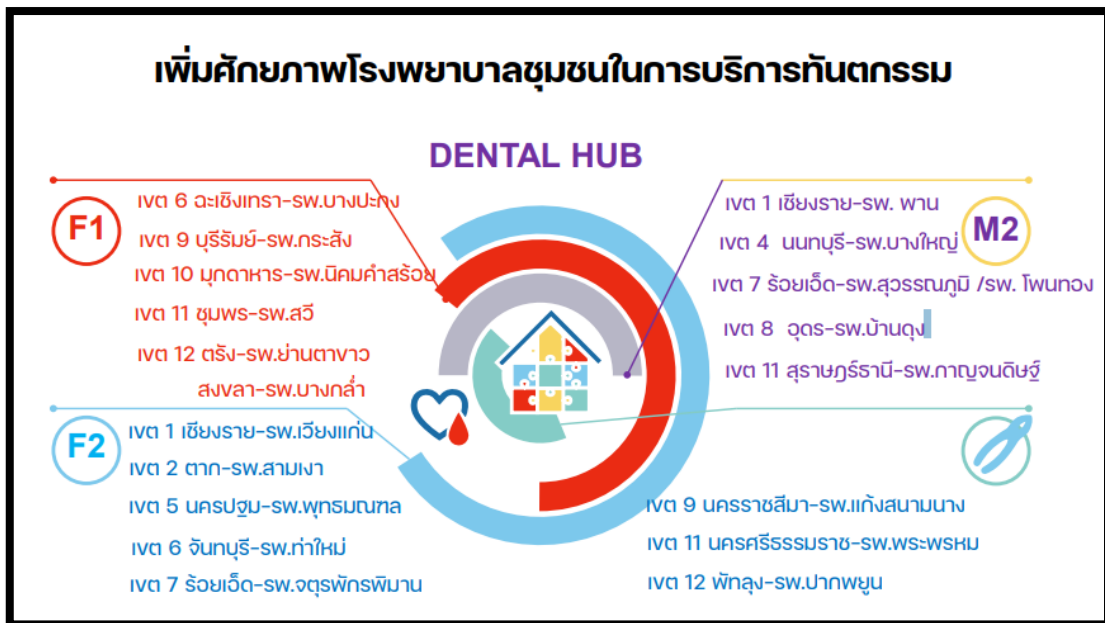


ยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปาก ๒๐ ปี เป็นการวางยุทธศาสตร์ที่ดีและมีมุมมองในระยะยาว เมื่อสิ้นสุดแผน ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุ ๘๐ ปี จะมีฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า ๒๐ ซี่ แต่เมื่อพิจารณาในระยะเริ่มต้นที่ผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ปราศจากฟันถาวรทั้งปาก ร้อยละ ๘.๗ เมื่ออายุ ๘๐ ปี จะปราศจากฟันทั้งปากเพิ่มขึ้นอีก ๔ เท่า ดังนั้น ควรเริ่มต้นที่เด็กฟันดีไม่ผุ ลดโรคปริทันต์ในวัยทำงาน และเก็บรักษาฟันถาวรในผู้สูงอายุ ปัญหาสำคัญอยู่ที่วัยทำงาน ซึ่งมีการสูญเสียฟันจากโรคปริทันต์เพิ่มขึ้น เพราะฉะนั้นการปฏิรูปแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปากต้องเป็นแผนที่บูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นแผนที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมสอดคล้องกับระบบสุขภาพอื่น ๆ นอกจากนั้นควรผลักดันให้เกิดแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปากของประเทศในระยะยาว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสุขภาพช่องปากในการพัฒนาระบบทันตสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายหรือแผนยุทธศาสตร์ในระดับชาติ ซึ่งขณะนี้แนวโน้มของทันตแพทย์เริ่มไปอยู่ในภาคเอกชนมากขึ้น หากไม่สามารถหาทางออกในเรื่องกรอบการรับทันตแพทย์ได้ อาจต้องพิจารณาความร่วมมือกับภาคเอกชน โดย สปสช. เป็นหลัก ในการดำเนินการเรื่องดังกล่าว หากพิจารณาภาระงานของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่รับผิดชอบประชากรในเขตอำเภอเมืองจำนวนมาก และยังคงต้องรับผิดชอบผู้ป่วยส่งต่อจากอำเภอต่าง ๆ ในจังหวัด

หากต้องการแบ่งเบาภาระของโรงพยาบาลดังกล่าว ควรต้องมีการปฏิรูประบบบริการทันตกรรมให้เกิดเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน

การปฏิรูประบบบริการทันตกรรมที่สำคัญ คือ การเพิ่มประสิทธิภาพและเน้นการบริหารจัดการทรัพยากรที่มีและจัดลำดับความสำคัญในการเพิ่มทรัพยากร การเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนในการจัดบริการ เพิ่มการเข้าถึง สร้างความเท่าเทียมในระบบบริการทันตกรรม และรองรับสังคมสูงอายุ และการเพิ่มคุณภาพและศักยภาพในการจัดบริการทันตกรรมในระบบสุขภาพปฐมภูมิ วิธีการที่ง่ายที่สุด คือ ๑) การเพิ่มยูนิตทันตกรรม จำนวน ๓๔๖ ตัว ในโรงพยาบาล ๒๐๘ แห่ง ซึ่งเป็นการเพิ่มจำนวนผู้รับบริการทันตกรรมให้สูงขึ้น ๒) การปรับปรุงระบบระบายอากาศในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ๓) ปรับเพิ่มผู้ช่วยทันตกรรมให้สอดคล้องกับผู้ให้บริการ รวมทั้งการขยายเวลาบริการนอกเวลา

จากการสำรวจความพร้อมของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริการทันตกรรม โดยจัดเป็น Dental hub และมีการสร้างอาคารทันตกรรมในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อขยายการบริการทันตกรรมให้มากขึ้น พบว่า มีโรงพยาบาลที่มีความพร้อมที่จะเพิ่มศักยภาพในส่วนนี้ ตามภาพด้านล่าง



การปฏิรูปการจัดบริการทันตสุขภาพ ควรมีความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน โดยสร้างกลไกการจ่ายเงิน เพื่อจูงใจให้ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการ และจัดทำราคากลางของบริการทันตกรรมสำหรับภาครัฐและภาคเอกชนอย่างครอบคลุม เช่น ต้นทุนค่าแรง ต้นทุนค่าวัสดุ ต้นทุนลงทุน และเน้นบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการวางแผนการผลิตทันตภิบาลและนักวิชาการ กำหนดสมรรถนะในงาน PP และส่งเสริมความก้าวหน้าในวิชาชีพ กระจายบุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่ในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เพียงพอในทุกพื้นที่ และส่งเสริมการให้บริการในระดับปฐมภูมิ

การเพิ่มคุณภาพและศักยภาพการจัดบริการทันตกรรมในระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ ซึ่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีประมาณ ๙,๔๐๐ กว่าแห่ง มีการถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ร้อยละ ๓๗.๕ และมีทันตภิบาลที่ถ่ายโอนไปส่วนหนึ่งจากการหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า ทันตภิบาลที่เป็นสายวิชาชีพยังคงอยู่ในระบบ ส่วนลูกจ้างยังไม่มี การหารือกันว่าจะทำสัญญาจ้างต่อหรือไม่ อย่างไร เพราะฉะนั้นการปรับปรุงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โดยการเพิ่มหรือปรับปรุงยูนิตทันตกรรมและจัดหาเครื่องมือที่จำเป็น เพื่อรองรับการทำงานของทันตแพทย์ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ การกำหนดแนวทางความร่วมมือการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมির่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และเสนอเพิ่มงานตรวจและเฝ้าระวัง Routine to check up ในชุดสิทธิประโยชน์ งาน PP ซึ่ง สปสช. ให้ข้อมูลว่า งบ PP ทั้งหมดครอบคลุมประชาชนทั้งประเทศไม่ว่าจะเป็นสิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม และสิทธิบัตรทอง ประเด็นนี้จะต้องมีการหารือร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง หากจะขับเคลื่อนเรื่องดังกล่าวต้องมีการประกาศที่ชัดเจน และให้สถานบริการทุกแห่งประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ได้ทราบเรื่องดังกล่าว เพราะ สปสช. นำเงินไปจ่ายให้กับสถานบริการ ดังนั้น หน่วยบริการทุกแห่งที่รับเงินจาก สปสช. จะต้องให้บริการงานส่งเสริมป้องกันโดยไม่คิดค่าบริการกับประชาชนคนไทยที่มารับบริการ



การปฏิรูปด้านกำลังคนทันตสุขภาพ เพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพช่องปากมีคุณภาพเพียงพอ และเกิดความผาสุก โดยพิจารณาในประเด็น ดังนี้ ๑) GAP ที่เกิดขึ้น ทั้งการกระจายของทันตแพทย์ ซึ่งทันตแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือรับผิดชอบประชากร ๑ : ๘,๐๐๐ ทันตแพทย์ในภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ รับผิดชอบประชากรอยู่ที่ ๑ : ๖,๐๐๐ ทันตแพทย์ในกรุงเทพมหานครรับผิดชอบประชากร ๑ : ๑,๐๐๐ จะเห็นได้ว่า ภาระงานอยู่ที่ทันตแพทย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือค่อนข้างมาก หากจะมีการกระจายทันตแพทย์เพิ่มเติมจะต้องพิจารณาภาระงาน โดยเฉพาะทันตแพทย์เฉพาะทางที่ยังขาดแคลนอยู่ จะเห็นได้จากภาระงานของทันตแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่ต้องรับผิดชอบประชากรทั้งจังหวัด แต่มีทันตแพทย์เพียง ๑,๐๐๐ กว่าคน ซึ่งควรมีทันตแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นประมาณ ๒,๐๐๐ - ๓,๐๐๐ คน รวมทั้งความก้าวหน้าของทันตภิบาล และการขาดแคลนผู้ช่วยทันตแพทย์ ๒) ปฏิรูปการผลิต โดยร่วมมือกับราชวิทยาลัย ทันตแพทยสภา และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ในการผลิตทันตแพทย์เฉพาะทาง เพิ่มการผลิตในสาขาที่ขาดแคลน การผลิตทันตภิบาลหลักสูตร ๒ ปี และหลักสูตร ๔ ปี รวมถึงการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ต้องเพิ่มอย่างเร่งด่วน ๓) การปฏิรูปการกระจาย โดยเฉพาะทันตแพทย์เฉพาะทางระหว่างพื้นที่เมืองกับชนบท และ ๔) การธำรงรักษาทันตบุคลากร โดยพิจารณาความก้าวหน้า ค่าตอบแทน และภาระงานที่เหมาะสม

การกำหนดตำแหน่งนักทันตสาธารณสุขเป็นสายงานเพิ่มใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข ขอนำเสนอข้อมูลของนายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้นำเสนอในการประชุม เขตสุขภาพที่ ๒ โดยคณะกรรมการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพช่องปาก (ชมรมทันตแพทย์สำนักงานสาธารณสุขและชมรมทันตแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) เสนอขอกำหนดตำแหน่งนักทันตสาธารณสุขเป็นสายงานเพิ่มใหม่ของกระทรวงสาธารณสุข (หนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

นครราชสีมา ที่ นม ๐๐๓๒.๐๑๐/๗๕๙ ลว ๒๔ มกราคม ๒๕๖๕) ซึ่งการปฏิรูปเพื่อเพิ่มสายงานใหม่จะทำให้ทันตภิบาลมีความก้าวหน้าในสายงานนักทันตสาธารณสุขได้ โดยการกำหนดกรอบการทำงานที่ชัดเจน เพื่อให้ทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันและเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรม และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของทันตแพทยสภา ซึ่งเป็นการปลดล็อกการทำงานในระดับหนึ่ง ปัจจุบันสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอยู่ระหว่างจัดตั้งคณะกรรมการระดับกระทรวง เพื่อพิจารณาร่างมาตรฐานกำหนดตำแหน่งนักทันตสาธารณสุข ต่อ อ.ก.พ. กระทรวงสาธารณสุขเห็นชอบ เพื่อให้เสนอ ก.พ. พิจารณาต่อไป

การปฏิรูปด้านโครงสร้าง : ปัญหาสำคัญ คือ ประเทศไทยยังขาดหน่วยงาน/องค์กรที่ทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพช่องปากในระดับประเทศอย่างแท้จริง ซึ่งองค์กรหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่ Authority ด้านสุขภาพช่องปาก ควรเป็นองค์กรที่มีการปฏิรูปโครงสร้างความสัมพันธ์และกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ยกเว้นการบริการจัดการงบประมาณด้านสุขภาพช่องปาก และเพิ่มประสิทธิภาพการกำหนดและกำกับนโยบาย

จากการหารือร่วมกับนายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ถึงรูปแบบขององค์กรที่ทำหน้าที่อภิบาลระบบสุขภาพช่องปากในระดับประเทศ โดยมีการเสนอให้จัดตั้งเป็น Dental health board เพื่อเป็นโมเดล ทั้งนี้ เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ที่ผ่านมา นายแพทย์ธงชัย กีรติหัตถยา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข แจ้งว่า กพ. ทำหนังสือแจ้งมาที่กระทรวงสาธารณสุขว่า ให้เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๔ เขตสุขภาพที่ ๙ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ เป็น sandbox ในการดำเนินการเรื่องดังกล่าว ดังนั้น นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ จึงเสนอให้มีการจัดทำ Dental health board ในเขตสุขภาพดังกล่าว เพื่อนำร่องการดำเนินการและหารือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องว่า จะนำโมเดลนี้ไปขับเคลื่อนในส่วนภูมิภาค ส่วนการขับเคลื่อนในส่วนกลาง จะทำอย่างไร ต้องหารือร่วมกันต่อไป



ทั้งนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ที่แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาศึกษาด้านทันตสาธารณสุขไทย โดยมีทันตแพทย์พิทักษ์ ไชยเจริญ เป็นประธานคณะกรรมการ ซึ่งได้เชิญหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวกับงานด้านทันตสาธารณสุขในหลายประเด็น และได้จัดทำรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง การพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูประบบด้านทันตสาธารณสุขไทยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข เสนอต่อที่ประชุมวุฒิสภา และผ่านความเห็นชอบจากวุฒิสภาแล้ว จึงส่งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาต่อไปนั้น ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้รับหนังสือลงวันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๕ แจ้งคำสั่งให้กระทรวงสาธารณสุข รับรายงานพร้อมข้อเสนอแนะของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ไปพิจารณาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปัจจุบันกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดทำหนังสือส่งไปยังปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีนายแพทย์ธงชัย กีรติหัตถยา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ซึ่งท่านได้กล่าวว่า หากจะมีการปฏิรูปในเขตนาร่อง คือ เขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๔ เขตสุขภาพที่ ๙ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ ก่อนจะเป็นไปได้หรือไม่ โดยจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาด้านทันตสาธารณสุขไทยของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

๑. รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธาน
๒. หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธาน
๓. นายกทันตแพทยสภา
๔. ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน
๕. ผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย
๖. ผู้อำนวยการสถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
๗. ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๘. ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๙. ผู้อำนวยการกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๑๐. ทันตแพทย์ ผู้แทนจากส่วนภูมิภาค
๑๑. ทันตแพทย์ ผู้แทนจากกองบริหารการสาธารณสุข เป็นเลขานุการ
๑๒. กลุ่มขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ยุทธศาสตร์ชาติ

และการสร้างความสามัคคีปรองดอง ประจำกระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขานุการร่วม

การปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขจะเกิดขึ้นได้หรือไม่จะต้องมีการติดตามปัญหาและต่อยอดแนวคิดการปฏิรูป โดยในเขตสุขภาพที่ ๑ เขตสุขภาพที่ ๔ เขตสุขภาพที่ ๙ และเขตสุขภาพที่ ๑๒ จะต้องมีการหารือร่วมกันในการจัดทำ Dental health broad ส่วนเรื่อง Dental hub หากจะมีการต่อยอดจะต้องมีการหารือร่วมกันและติดตามปัญหาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุจิต พูลทอง นายกทันตแพทยสภา ในฐานะอนุกรรมการ ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับการสัมมนาในครั้งนี้ โดยสรุปดังนี้

การสัมมนาในครั้งนี้เป็นประโยชน์อย่างมาก เนื่องจากทำให้ทันตแพทย์ทราบสถานการณ์ปัจจุบันและทิศทางในอนาคตที่จะต้องดำเนินการไปในทิศทางใด ไม่ใช่ต่างคนต่างเดิน เพราะจะทำให้ไม่สามารถไปถึงจุดมุ่งหมายร่วมกันได้ ทั้งนี้ หากทันตแพทย์รวมพลังกันจะสามารถผลักดันไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ได้

ขอขอบคุณทันตแพทย์พิทักษ์ ไชยเจริญ

ประธานคณะกรรมการพิจารณาศึกษาศักยภาพขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ที่ทำให้ได้ข้อมูลด้านทันตสาธารณสุขจากหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อนำมาพัฒนาขับเคลื่อนการปฏิรูปการดำเนินงาน แต่สิ่งที่เป็นกังวล



คือ งานด้านทันตสาธารณสุขไม่มีกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติแต่อย่างใด ดังนั้น ทันตแพทย์จึงต้องรวมพลังกัน เพื่อแสดงให้เห็นความสำคัญของงานทันตสาธารณสุขอันนำไปสู่การขับเคลื่อนการปฏิรูปอย่างเป็นรูปธรรม

นายอภิชาติ ปวบุญศิริวงศ์ อนุกรรมการและเลขานุการ อภิปรายในหัวข้อ “สามัคคี เสียสละกับการก้าวสู่ความสำเร็จในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบทันตสาธารณสุขไทย เพื่อทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทยทุกคน” โดยสรุปดังนี้



ความสำเร็จเพื่อทันตสุขภาพคนไทย เป็นหนึ่งในความคาดหวังและเป็นแรงผลักดันที่มุ่งหวังจากการทำงาน เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของคนไทย การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้น การกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบายการบริหารจัดการ การวางแผนการดำเนินงาน ที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสร้างประโยชน์สูงสุดจากสิ่งที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนในประเทศ

นายแพทย์เจตน์ ศิรธรานนท์ ประธาน

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เห็นความสำคัญและความจำเป็นของประชาชนที่ควรมีสุขภาพช่องปากและฟันที่ดี ได้รับการส่งเสริมป้องกัน รวมถึงการได้รับการรักษาด้านทันตกรรมอย่างเหมาะสม ทันเวลา กับสภาวะปัญหาของประชาชน เพื่อลดการลุกลามการเกิดโรค สร้างความเจ็บป่วยทั้งฉุกเฉินและเรื้อรัง เนื่องจากโรคช่องปากและฟัน ซึ่งพบว่า เป็นปัญหาในทุกกลุ่มวัยเป็นวงกว้าง แต่ในขณะเดียวกันก็พบว่า ระบบงานด้านทันตสาธารณสุขของประเทศไทยยังมีปัญหาในหลาย ๆ ด้าน และมีปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชน เพียงร้อยละ ๘.๑ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และแม้ในห้วงเวลา ๑๐ ปีที่ผ่านมา พบว่า มีปัญหาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมของประชาชนในระดับเดียวกัน

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ตั้งคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาด้านทันตสาธารณสุขไทย ซึ่งมีบทบาทหน้าที่พิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูประบบด้านทันตสาธารณสุขไทย ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ด้านสาธารณสุข รวมถึง วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหาและแนวทางเร่งรัดการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านทันตสาธารณสุขตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ เพื่อนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอการพัฒนาและการปฏิรูประบบบริหารงานด้านทันตสาธารณสุขไทย รวมถึงการพิจารณาแก้ไขกฎระเบียบหรือกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำไปสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการปฏิรูปอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ อันนำมาซึ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและระบบทันตสาธารณสุขไทย

การทำงานของคณะอนุกรรมการ โดยการขอข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ รวมถึงหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องมากมาย รวมถึงการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ซึ่งได้รับการตอบรับในการให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะต่าง ๆ อย่างดียิ่ง อาทิ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม กระทรวงแรงงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง กพ. กพร. ซึ่งทุกหน่วยงานทราบ

และมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ การร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาสุขภาพช่องปากและฟัน หรือทันตสุขภาพของคนที่ทำงานและประชาชน ให้มีทันตสุขภาพที่ดีร่วมกัน

คณะอนุกรรมการได้พิจารณาในทุก ๆ ด้านที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่

๑) ด้านการพัฒนาศักยภาพการส่งเสริมป้องกันโรคสุขภาพช่องปากและฟันในทุกช่วงวัย การเข้าถึงข้อมูล ความรับรู้ของประชาชนในทุกท้องที่ ทุกกลุ่ม รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)

๒) ด้านการพัฒนาศักยภาพการบริการรักษาด้านทันตกรรม (Service Excellence)

๓) ด้านการพัฒนาการจัดการด้านกำลังคนด้านทันตสาธารณสุข (People Excellence)

๔) ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาศักยภาพการบริหารด้วยประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๕) ยุทธศาสตร์ด้านงานเทคโนโลยีนวัตกรรมและการวิจัย (Technology Innovation & Research Excellence)

๖) ยุทธศาสตร์งานด้านทันตสาธารณสุขไทยในปัจจุบัน (Community & Social Excellence)

โครงสร้างงานทันตสาธารณสุขในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขมี ๓ จุดหลัก คือ

๑) กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีโครงสร้างหน่วยงาน มีตำแหน่งทันตแพทย์ จำนวน ๓ อัตรา ที่มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนายุทธศาสตร์และแปรนโยบายของกระทรวงเป็นแผนการปฏิบัติราชการ ตลอดจนจัดสรรทรัพยากรและบริหารราชการประจำทั่วไปของกระทรวง

๒) สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย มีภารกิจสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการให้เกิดการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมทั่วประเทศ มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นภารกิจหลักของกรมอนามัย โดยเฉลี่ยสำนักทันตสาธารณสุขได้รับงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากปีละ ๑๐ - ๑๕ ล้านบาท

๓) สถาบันทันตกรรม การแพทย์ มีภารกิจเกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการด้านการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ศึกษา วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี เพิ่มพูนความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานต่อบุคลากรทางการแพทย์

การบริหารจัดการงานด้านทันตกรรมยังขาดหน่วยงานหลักระดับประเทศในการกำหนดนโยบาย การวางแผน หรือยุทธศาสตร์ด้านทันตสาธารณสุขระดับประเทศทั้งระบบงาน การส่งเสริมป้องกัน การรักษา ด้านทันตกรรม การจัดการด้านบุคลากรทั้งระบบ การจัดการด้านทรัพยากร งบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่ ระดับประเทศ ขาดหน่วยงานบริหาร อำนวยการ กำกับ ประเมินผลระดับประเทศ ขาดหน่วยงานสารสนเทศด้านทันตกรรม ทันตสาธารณสุข ระดับประเทศและระหว่างประเทศ ขาดหน่วยงานสนับสนุนด้านเทคโนโลยี นวัตกรรม และการวิจัยด้านทันตกรรมระดับประเทศ รวมทั้งขาดหน่วยงานหลักด้านทันตสาธารณสุข ในชุมชนและท้องถิ่น รวมถึงบริการปฐมภูมิระดับประเทศ

การพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมการจึงมีข้อสรุปถึงความจำเป็นในการแก้ปัญหาทันตสุขภาพของคนไทยให้ดีขึ้น เกิดผลสำเร็จ สร้างความสุข และพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไทยทุกคน จึงเป็นที่มาของ “ร่างพิจารณาศึกษากรมทันตสุขภาพ” ซึ่งจากการพิจารณาศึกษานั้น ร่างกรมทันตสุขภาพ โครงสร้างบริหารภายในแบ่งเป็น ๖ กอง ประกอบด้วย ๑. กองสนับสนุน ส่งเสริมทันตสุขภาพ ๒. กอง

พัฒนาบริการรักษาทันตสุขภาพ ๓. กองพัฒนาส่งเสริมคุณภาพบุคลากร ๔. กองบริหาร อำนวยการด้านทันตสุขภาพ ๕. กองเทคโนโลยี นวัตกรรม และวิจัยด้านทันตกรรม และ ๖. กองทันตสาธารณสุขและปฐมภูมิ

ขอยกตัวอย่างภารกิจของกลุ่มงานบางกลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มพัฒนาสื่อ นวัตกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ (ร่างกลุ่มที่ ๑ กองสนับสนุนส่งเสริมทันตสุขภาพ กรมทันตสุขภาพ) โดยมีภารกิจหน้าที่ ดังนี้

๑) ผลิตสื่อ เพื่องานส่งเสริมสุขภาพหรือกิจกรรมด้านทันตสุขภาพที่จำเป็น ทั้งในระบบออนไลน์ หรือเอกสาร แผ่นพับ โปสเตอร์ หรือสื่อรูปแบบใหม่ ๆ เหมาะสมตามประเภทงานและกิจกรรม

๒) ผลิตและพัฒนานวัตกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพใหม่ ๆ ใช้งานได้จริงอย่างคุ้มค่า และเพียงพอต่อปริมาณ เช่น Model สื่อออนไลน์รูปแบบใหม่

๓) ประชาสัมพันธ์กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพ เพื่อให้ข้อมูลเข้าถึงประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมาย

๔) พัฒนาการสื่อสาร การคุ้มครองผู้บริโภค ฉลากผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับทันตสุขภาพ ทั้งช่องปากและฟัน

๕) พัฒนาสื่อ กิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพหมุนเวียนเคลื่อนที่ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้รวดเร็ว สามารถทำงานได้ในหลายพื้นที่ในเวลาจำกัด

๒. กลุ่มสนับสนุนส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชน ท้องถิ่น (ร่างกลุ่ม ๔ กองสนับสนุน ส่งเสริมทันตสุขภาพ กรมทันตสุขภาพ) โดยมีภารกิจหน้าที่ ดังนี้

๑) วางแผนงานพัฒนา กำหนดแผนงานการส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชน ท้องถิ่น

๒) กำหนดแผนงาน แนวทางการพัฒนากิจกรรมทันตสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งงานส่งเสริมป้องกันในคลินิกทันตกรรมใน รพ.สต. งานรักษาด้านทันตกรรมขั้นต้นใน รพ.สต.

๓) จัดสรรงบประมาณ การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ สำหรับกิจกรรมทันตสุขภาพในชุมชน ติดตาม ประเมินผล ความสำเร็จ หรือเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ รวมถึงการเข้าถึงบริการประชาชน ด้านการส่งเสริมและป้องกัน

๓. งานสนับสนุนส่งเสริมพัฒนางานทันตสาธารณสุขในระดับประเทศ (ร่างกลุ่ม ๕ กองสนับสนุน ส่งเสริมทันตสุขภาพ กรมทันตสุขภาพ)

๑) ประชาสัมพันธ์งานบริการส่งเสริม งานบริการรักษาด้านทันตกรรมในประเทศไทย ให้สามารถเข้าถึงข้อมูลจากต่างประเทศได้

๒) พัฒนาศูนย์ข้อมูลด้านทันตกรรมในไทยและระหว่างประเทศ โดยสามารถให้ข้อมูลด้านทันตกรรมแก่ชาวต่างชาติอย่างถูกต้อง น่าเชื่อถือ และปลอดภัย

๓) สร้างศูนย์กลางการเข้าถึงข้อมูลการรับบริการส่งเสริม รักษาด้านทันตกรรมสำหรับชาวต่างชาติ เช่น contact center ในเว็บไซต์

๔) ประชาสัมพันธ์การผ่านรับรองคุณภาพคลินิก (ผ่านการอนุญาตเปิดกระทรวง) กำหนดมาตรฐานของหน่วยบริการทันตกรรมในการเสนอบริการทางเลือกให้ชาวไทย ต่างประเทศสามารถเข้าถึงติดต่อได้ ประสานตอน หรือ Dental Hub Thailand

๔. กลุ่มพัฒนามาตรฐาน ศักยภาพการบริการด้านทันตกรรม (ร่างกลุ่ม ๑ กองพัฒนาบริการรักษาทันตสุขภาพ กรมทันตสุขภาพ) มีภารกิจหน้าที่ ดังนี้

๑) กำหนดมาตรฐาน ศักยภาพการรักษาหน่วยบริการทันตกรรม ทั้งในสำนักงานรักษาพื้นฐาน และงานเฉพาะทางโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป

๒) ประเมินความสามารถในการรองรับ บริการของคนไข้ทันตกรรมของหน่วยบริการรักษาทันตกรรม ในเชิงปริมาณและขอบเขตชนิดบริการ

๓) ตรวจสอบและเสนอแนะหน่วยบริการ กำหนดเกณฑ์มาตรฐาน หรือรางวัล

๔) กำหนดแผนงานพัฒนาในแต่ละพื้นที่ ทั้งระดับการพัฒนาอาจเป็นบางส่วน เฉพาะอุปกรณ์ เช่น แก้วทันตกรรม ระดับขยายพื้นที่ สิ่งอำนวยความสะดวกในการรักษา รวมถึงการปรับปรุงใหม่ทั้งในพื้นที่เดิม หรือย้ายในพื้นที่ที่เหมาะสมมากขึ้น

๕) วางแผนงบประมาณและทรัพยากร เพื่อดำเนินการตามแผนงาน

๕. กลุ่มพัฒนาโครงสร้าง แบบแปลนหน่วยบริการด้านทันตกรรม (ร่างกลุ่ม ๔ กองพัฒนาบริการรักษาทันตสุขภาพ กรมทันตสุขภาพ) มีภารกิจหน้าที่ ดังนี้

๑) พัฒนา ออกแบบแปลนโครงสร้างคลินิกทันตกรรมทุกขนาดเป็น model

๒) ให้คำปรึกษาและแนะนำหน่วยบริการ ในการปรับปรุงคลินิกทันตกรรม

๓) ออกตรวจและให้คำแนะนำ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบางส่วน ปรับปรุงทั้งหมด รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาประสานร่วมกับโรงพยาบาล

๔) กำหนดแผนงานและเป้าหมายการยกระดับหน่วยบริการด้านโครงสร้างประจำปี /บางส่วน ๕๐ แห่ง/ภาค/ปี ทั้งหมด ๕ - ๑๐ แห่งต่อภาค ต่อปี ประเมินการใช้ สนับสนุนงบประมาณ ประเมินผลคุณภาพหลังการดำเนินการสิ่งที่ได้รับ รวมทั้งประชาสัมพันธ์แนวคิดใหม่ ต่อเนื่อง เพื่อเกิดการพัฒนาในทุกมิติอย่างต่อเนื่อง

๖. กลุ่มยุทธศาสตร์อำนวยการ พัฒนาส่งเสริมคุณภาพบุคลากร (ร่างกลุ่ม ๑ กองพัฒนาส่งเสริมคุณภาพบุคลากร กรมทันตสุขภาพ)

๑) วางแนวทาง นโยบายพัฒนาบุคลากรระยะสั้น กลาง ยาว ทั้งปริมาณ คุณภาพ และศักยภาพของบุคลากร

๒) กำหนดแผนงาน ตารางเวลาดำเนินงาน ชัดเจน

๓) วิเคราะห์ความเพียงพอ กระจายตัวของบุคลากรในพื้นที่ต่าง ๆ

๔) กำหนดเป้าหมายการพัฒนาบุคลากรและประสานความร่วมมือ ข้อมูลกับหน่วยผลิตบุคลากร

๕) ประสาน แลกเปลี่ยนข้อมูลสถานการณ์ เพื่อวางแผนการพัฒนาบุคลากรให้ตรงกับความต้องการของภารกิจกับหน่วยงานที่มีหน้าที่ ขอและอนุมัติการบรรจุบุคลากรให้เกิดผล

๖) ประสาน กพร. และ กพ. เพื่อการวางแผนการขออนุมัติตำแหน่งงานต่าง ๆ ในอนาคต

๗. กลุ่มพัฒนาข้อมูลและสารสนเทศ เทคโนโลยี นวัตกรรมและวิจัยด้านทันตกรรม (ร่างกลุ่ม ๒ กองเทคโนโลยี นวัตกรรมและงานวิจัยด้านทันตกรรม กรมทันตสุขภาพ)

๑) ตั้งศูนย์กลางด้านข้อมูลเทคโนโลยี นวัตกรรม และงานวิจัยด้านทันตกรรม ทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศภายใต้แผนงาน Technology Innovation & Research Dental Center (เป็นศูนย์รวบรวมข้อมูล มีสถานที่สำหรับการแสดง พัฒนา วิจัยเครื่องมือ อุปกรณ์ด้านทันตกรรมสามารถ วิเคราะห์เชิงวิทยาศาสตร์ ต่อปัญหาใหม่ ๆ หรือการพัฒนาคิดค้นทั้งในและต่างประเทศ เช่น ศูนย์ทดลองและวิจัยด้านทันตกรรม

(ทดลอง พิสูจน์ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผลของจากปัจจัยต่าง ๆ ในห้องทันตกรรมอันมีความเสี่ยงต่อการกระจายของเชื้อเสี่ยงต่อการทำงานรักษาของไวรัสโคโรนา Covid - 19)

๒) ประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมและงานวิจัย ทั้งในและต่างประเทศ มาใช้อย่างกว้างขวาง พร้อมประเมินผล และติดตาม

๓) จัดสัมมนาและประชุม เพื่อให้เกิดการรับรู้ แลกเปลี่ยนการพัฒนา และความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะสำหรับทันตบุคลากร

๘. กลุ่มงานพัฒนาความร่วมมือและประสานงาน (ร่างกลุ่ม ๒ กองบริการ อำนวยการ ด้านทันตสุขภาพ กรมทันตสุขภาพ)

๑) ตั้งศูนย์ประสานงานทันตสาธารณสุขไทยประสาน หน่วยงานภายในกรมทันตสุขภาพ และประสานงานดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ประสานงาน ดำเนินการด้านสิทธิทันตกรรมของประชาชนกับ สปสช. หรือสำนักงานประกันสังคม สิทธิรักษาทันตกรรมของข้าราชการ พนักงานราชการ และพนักงานของรัฐ

๒) แสวงหาความร่วมมือและประสานงานกับองค์กรต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความร่วมมือ สนับสนุน ดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมป้องกันโรคสุขภาพช่องปากและฟัน แบบคู่ขนานเพื่อเพิ่มพลวัต พลังในการขับเคลื่อนงานด้านทันตสุขภาพให้มีความสำเร็จสูงสุด เช่น สปสช. สสส. สปส. ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ มูลนิธิ และภาคเอกชน

๙. กลุ่มยุทธศาสตร์อำนวยการงานทันตสาธารณสุขและปฐมภูมิ (ร่างกลุ่ม ๑ กองทันตสาธารณสุข และปฐมภูมิ กรมทันตสุขภาพ)

๑) จัดทำแผนงานและนโยบายด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และชุมชน

๒) พัฒนาการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ของประชาชนในชุมชนและท้องถิ่น

๓) พัฒนาแผนงานด้านทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในส่วนคลินิกทันตกรรม

๔) พัฒนาศักยภาพการบริการรักษาในคลินิกทันตกรรมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

๕) สนับสนุนการทำงานบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งพนักงานทันตสาธารณสุข โดยสนับสนุนการจัดหาผู้ช่วยทันตแพทย์ เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖) กำหนดแผนงานให้มีทันตแพทย์เข้าบริการใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อย่างมีประสิทธิภาพและประสานพัฒนาเรื่องการส่งต่อคนไข้ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กับโรงพยาบาลชุมชน

๗) สอดประสานกับหน่วยงานปฐมภูมิอื่นในกระทรวงสาธารณสุข เพื่ออำนวยต่อการบริหารจัดการด้านทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ทั้งนี้ หากมีการจัดตั้งกรมทันตสุขภาพจะทำให้กลไกการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข เกิดประสิทธิภาพอย่างเป็นรูปธรรม และประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการบริการทันตกรรมมากขึ้น รายละเอียดโครงสร้างกรมทันตสุขภาพ ตามภาพด้านล่าง



ประเด็นคำถามจากการสัมมนา : ทันตบุคลากรทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรเตรียมความพร้อมอย่างไร เมื่อมีการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

นายแพทย์เจตน์ ศิริธรานนท์ ประธานคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้ให้ข้อมูลว่า กรณีข้าราชการที่ยื่นความประสงค์จะถ่ายโอนและแจ้งความจำนงภายในวันที่ ๗ ธันวาคม ๒๕๖๔ จะต้องถ่ายโอนไปทั้งหมด แต่อาจมีกลุ่มหนึ่งที่เปลี่ยนใจภายหลัง ซึ่งยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน แต่โดยหลักการเมื่อถ่ายโอนไปแล้ว หากจะขอย้ายกลับมาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทางกระทรวงอาจต้องจัดหาตำแหน่งให้บุคคลดังกล่าว ส่วนทันตบุคลากรที่ไม่ใช่ข้าราชการอาจต้องออกหมด ทั้งนี้ หากมีการทำ MOU ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดว่า ให้รับบุคลากรที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว หรือลูกจ้างรายคาบ

ส่วนในระยะเปลี่ยนผ่านจะเกิดปัญหาอย่างมาก เนื่องจากทุกฝ่ายไม่มีความพร้อม การถ่ายโอนภารกิจจากกระทรวงสาธารณสุขไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะเกิดขึ้นภายหลังวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป เพราะฉะนั้นการเตรียมความพร้อมที่ขาดความพร้อมจะเกิดปัญหาอย่างมาก แต่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ล้วนแล้วแต่พยายามจะให้เกิดการถ่ายโอนโดยไร้รอยต่อ แต่เนื่องจากมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๓,๒๖๔ แห่ง ใน ๔๙ จังหวัด ซึ่งถือว่าการถ่ายโอนจำนวนมาก ดังนั้น ย่อมเกิดปัญหาและอุปสรรคในการถ่ายโอนอย่างแน่นอน



นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ รองประธานคณะกรรมการฯ คนที่สอง ได้ให้ข้อมูลว่า ในเบื้องต้นหากจะโยกไปที่แผนปฏิรูปประเทศมีความคาดหวังว่าจะมีการกระจายอำนาจไปที่เขต ซึ่งเขตในที่นี้ หมายถึง เขตของกระทรวงสาธารณสุข เขตของ สปสช. และเขตของประชาชน ที่ต้องร่วมกันบริหารเขต แต่การดำเนินงานไปได้เพียงสำนักงานเขต เพราะฉะนั้นการกระจายอำนาจที่แผนปฏิรูปประเทศอยากเห็น คือ การกระจายอำนาจไปไว้ที่เขตไม่ได้ไว้ที่ส่วนกลาง ทั้งนี้ อยากเห็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างระบบของ กระทรวงสาธารณสุขให้เล็กลงและเขตโตขึ้น รวมทั้งให้เขตมีอำนาจเบ็ดเสร็จในการบริหารจัดการด้วยตัวเอง ที่ระดับเขต แต่ยังไม่สามารถดำเนินการได้

ข้อเสนอ คือ การจัดตั้ง Dental Health Board ที่จะบริหารงานสุขภาพช่องปากภายในเขต ออกแบบระบบบริการภายในเขต ออกแบบระบบการเงินการคลัง ออกแบบความต้องการบุคลากรภายในเขต โดยนำ ๓ ส่วน มาร่วมกันดำเนินการ คือ เขตกระทรวงสาธารณสุข เขต สปสช. รวมทั้งเขตประชาชน เพื่อร่วมบริหารจัดการให้ตรงกับความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง

ประเด็นที่ให้ทันตแพทย์เป็น Oral Health System Manager และทันตภิบาลเป็น Oral Health Care Manager คำว่า “System Manager” หมายความว่าอย่างไร เคยมีการทดลองดำเนินการที่เขตสุขภาพที่ ๓ ซึ่งมีทันตแพทย์ ๒๐๐ กว่าคน มีการแบ่งพื้นที่ให้รับผิดชอบสถานะสุขภาพช่องปากประชาชน หากกำหนดให้ทันตแพทย์เป็น Oral Health System Manager ใครจะเป็นผู้รับผิดชอบงานบริการ คำว่า “System Manager” ต้องรับผิดชอบด้วยหรือไม่ รับผิดชอบสถานะสุขภาพช่องปากภายในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบ หากอยู่ในอำเภอรับผิดชอบทั้งอำเภอ มีทันตแพทย์ ๔ คน จะแบ่งเขตรับผิดชอบอย่างไร โดยต้องมีการออกแบบการทำงาน ออกแบบการบริการ ออกแบบการแก้ไขปัญหา ในช่วงเช้าทันตแพทย์อาจให้บริการที่โรงพยาบาลและช่วงบ่ายออกให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยไม่ต้องร้องขอให้มีการให้บริการยัง รพ.สต. หากทันตแพทย์เป็น System Manager บทบาทความรับผิดชอบจะมีเพียงใด ปัญหาอนามัยของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และจะต้องออกแบบให้ Care Manager ไปดำเนินการออกแบบ primary care ว่าควรดำเนินการอย่างไร ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำทนายอย่างมาก และอยากเห็นการเปลี่ยนแปลงของงานด้านทันตสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

ประเด็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมการสัมมนา ดังนี้

๑. ปัญหาการขาดแคลนทันตบุคลากร เป็นประเด็นสำคัญอย่างมากต่อการทำงานด้านทันตกรรม จึงขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มกรอบอัตรากำลังทันตบุคลากรในกลุ่มงานทันตกรรมของโรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น ผู้ช่วยทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่ธุรการ เจ้าหน้าที่งานพัสดุ ช่างเครื่องมือทันตกรรม เนื่องจากกลุ่มงานทันตกรรมมีครุภัณฑ์ทางการแพทย์จำนวนมาก แต่ขาดเจ้าหน้าที่ที่มีองค์ความรู้ในการบริหารจัดการและบำรุงรักษาเครื่องมือหรือครุภัณฑ์ทางทันตกรรม โดยเฉพาะยูนิตในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แทบจะไม่มีช่างเครื่องมือทันตกรรมไปดูแลยูนิตทันตกรรมเลย ส่วนการเบิกจ่ายพัสดุงานด้านทันตกรรม ฝ่ายพัสดุไม่สามารถจัดซื้อให้ได้จะต้องใช้บุคลากรของกลุ่มงานทันตกรรมทั้งระดับทันตแพทย์และผู้ช่วยทันตแพทย์ดำเนินการในเรื่องดังกล่าว



๒. ที่ผ่านมาได้มีการผลักดันให้เกิดกรมทันตสุขภาพมาเป็นระยะเวลาช้านาน แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน คือ แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ไม่มีการกำหนดงานด้านทันตสาธารณสุขไว้ในแผนดังกล่าวแต่อย่างใด โครงสร้างส่วนกลางที่มี คือ สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย และสถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ ทำหน้าที่เป็นฝ่ายวิชาการ แต่ไม่มีบทบาทในการกำกับดูแลงานทันตกรรมในส่วนภูมิภาคโดยตรง ทั้งนี้ หากมีผู้ผลักดันให้เกิดกรมทันตสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม จะเกิดการปฏิรูปและขับเคลื่อนงานด้านทันตกรรมอย่างเป็นระบบต่อไป



๓. ทันตภิบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เดิมอยู่ในความดูแลของทันตแพทย์ที่เป็นพี่เลี้ยง แม้ว่าทันตแพทย์จะไม่ได้เป็นสายบังคับบัญชาโดยตรง แต่ดูแลผ่านคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) และผ่านคณะกรรมการประสานงานจังหวัด ตั้งแต่การวิเคราะห์ การประเมินตนเอง การกำหนดกลยุทธ์ การขับเคลื่อนโดยตัวชี้วัด การบริหารกำลังคน ครุภัณฑ์และเวชภัณฑ์ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย กำกับและประเมินผล ทั้งนี้ การที่ทันตภิบาลส่วนหนึ่งถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จึงเห็นว่า ทันตแพทย์ใน CUP จะต้องเป็นพี่เลี้ยงในระยะเปลี่ยนผ่านช่วงแรก แต่ในระยะยาวองค์การบริหารส่วนจังหวัดต้องวางแผนการบริหารจัดการโครงสร้างกองสาธารณสุขภายในหน่วยงานที่ต้องมีแพทย์หรือทันตแพทย์เข้าไปอยู่ในโครงสร้างดังกล่าวของกองสาธารณสุข เพื่อพัฒนาและควบคุมกำกับทันตบุคลากร หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานอยู่ในโครงสร้างดังกล่าว ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง

๔. ปัญหาการศึกษาต่อในสาขาเฉพาะทางของทันตแพทย์ ทำให้ทันตแพทย์บางคนไม่สามารถเข้ารับการศึกษาค่าต่อได้ทั้งปัญหาการสอบแข่งขัน หรือค่าใช้จ่ายในการศึกษาต่อที่บางสาขามีค่าใช้จ่ายสูง เป็นข้อจำกัดของทันตแพทย์ที่ต้องการศึกษาต่อในสาขาเฉพาะทาง ทั้งนี้ หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถสนับสนุนให้ทันตแพทย์ที่มีความพร้อมและต้องการศึกษาต่อในสาขาเฉพาะทางได้รับการศึกษาต่อจะช่วยเพิ่มศักยภาพการบริการในระดับตติยภูมิที่ยังขาดทันตแพทย์เฉพาะทางหลายสาขา และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการทันตกรรมให้กับประชาชนในพื้นที่ด้วย



๕. การเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนมีหลายวิธี แต่วิธีที่สำคัญประการหนึ่ง คือ วิธีการด้านเศรษฐกิจ จะเห็นได้ว่า “โครงการคนละครึ่ง” ได้รับความสนใจจากประชาชนอย่างมาก ทั้งนี้ เคยมีคนไทยที่อาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกากลับมาประเทศไทยเพื่อมารับบริการทันตกรรม เนื่องจากอัตราค่าบริการทันตกรรมในสหรัฐอเมริกามีราคาสูงมาก แต่คนไทยกลับไม่เคยรู้เลยว่าต้นทุนทางทันตกรรมสูงมาก และคนไทย

สามารถรับบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในบริการบางอย่าง ดังนั้น จึงควรมีการปลูกฝังทัศนคติให้กับคนไทยว่า “สุขภาพดีเริ่มที่ตัวของประชาชนเอง” ทั้งนี้ เป็นไปได้หรือไม่ที่รัฐจะสร้างนโยบายการเงิน เพื่อให้เกิดการร่วมจ่ายในอนาคต หรือมีมาตรการคืนเงินในส่วนของสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนได้รับ แต่ประชาชนไม่ได้ไปใช้บริการ เนื่องจากมีการดูแลสุขภาพของตนเองได้เป็นอย่างดี หากมีมาตรการคืนเครดิตภาษีกลับคืนเป็นเงินให้กับประชาชนที่มีการดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีและไม่ต้องไปรับบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและเกิดความภาคภูมิใจ รวมทั้งช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ซึ่งภาวะเศรษฐกิจของประเทศไทยไม่ได้อยู่ที่รัฐบาลเพียงอย่างเดียว ประชาชนก็ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ หากประชาชนดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้ก็ลดลงไปด้วย การคืนประโยชน์ให้กับประชาชนอาจทำในรูปแบบการคืนเงินเข้าไปในแอปพลิเคชัน “เป๋าตังค์” แต่ไม่ได้ให้กลับไปเป็นเงินสด เพื่อประชาชนจะได้สามารถนำเงินในส่วนนี้ไปใช้จ่ายในส่วนอื่นของครอบครัวต่อไปได้

๖. งานทันตกรรมมีจุดแข็งหลายอย่างที่อาจถูกมองข้ามไป โดยเฉพาะบริการทันตกรรมที่มีคุณภาพและได้รับการชื่นชมจากชาวต่างชาติ ซึ่งในจังหวัดเชียงใหม่มีชาวต่างชาติสูงอายุจำนวนมากเดินทางเข้ามาอยู่ในระยะยาวและที่ต้องการ quality of life นอกจากนี้ยังมีชาวต่างชาติจำนวนหนึ่งเข้ามาพักอาศัยเป็นระยะเวลานานเพื่อมารับบริการทันตกรรม ทั้งนี้ หากสามารถขับเคลื่อนงานด้านทันตกรรมให้เป็นนโยบายระดับประเทศได้จะทำให้การขับเคลื่อนต่าง ๆ ง่ายขึ้น โดยเชื่อมโยงกับ medical tourism จะเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจของประเทศ โดยเฉพาะการสร้างนวัตกรรมทางทันตกรรม เช่น ทันตกรรมรากเทียม



ซึ่งมีการผลิตในประเทศไทยอยู่แล้ว หากสามารถส่งออกไปยังต่างประเทศได้จะสร้างรายได้เพิ่มให้กับผู้ผลิตในประเทศไทย

๗. การทำงานในฐานะทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนอาจไม่เข้าใจนโยบายภาพรวมทั้งหมด แต่เมื่อได้มีโอกาสทำงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงได้รับทราบนโยบายต่าง ๆ มากขึ้น ประกอบกับการได้รับทราบว่าจะมีการผลักดันให้เกิดกรมทันตสุขภาพก็รู้สึกว่าเป็นทิศทางที่ดี ทั้งนี้ คาดว่ากรมทันตสุขภาพจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน รวมทั้งการเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านทันตกรรมในทุกภาคส่วนให้เกิดเป็นรูปธรรม เนื่องจากงานด้านทันตกรรมกระจายอยู่ในหลายภาคส่วนและแทบจะไม่มี



ผู้แทนหรือผู้นำนววิชาชีพร่วมกันที่ไปหารือร่วมกับวิชาชีพอื่น ๆ ในการประสานงานหรือดำเนินการตามนโยบายต่าง ๆ ดังนั้น จึงขอสนับสนุนให้เกิดกรมทันตสุขภาพ เพื่อให้งานด้านทันตกรรมเป็นไปในทิศทางที่ดีต่อไป

๘. การสัมมนาในครั้งนี้มีการอภิปรายใน ๒ ประเด็นสำคัญ คือ ๑) ทำอย่างไรให้คนที่ยากจนเข้าถึงบริการทันตกรรมได้มากขึ้น และ ๒) ทำอย่างไรจึงจะสร้างรายได้ด้านสุขภาพและการท่องเที่ยวเข้าสู่ประเทศได้มากขึ้น ทั้งนี้ ขอมุ่งไปที่ประเด็นการจะทำอย่างไรจะให้คนยากจน หรือคนที่มีสิทธิบัตรทอง หรือสิทธิอื่น สามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมได้มากขึ้น ซึ่งปัญหาที่พบไม่ว่าจะเป็นการขาดแคลนทันตบุคลากร การบริหารจัดการทันตแพทย์ในระดับปฐมภูมิ ซึ่งยังไม่สามารถทำให้ทันตแพทย์ไปทำงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิได้ การขาดแคลนยูนิตทันตกรรม อาคารสถานที่ในการให้บริการทันตกรรมคับแคบ ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถรับทันตแพทย์ไปทำงานในพื้นที่ได้ ทั้งนี้ หากสามารถผลักดันให้มีการเพิ่มยูนิตทันตกรรม ขยายพื้นที่ตึกทันตกรรม โดยมีนโยบายที่ชัดเจน และกำหนดแผนงาน/โครงการด้านทันตกรรมไว้ในแผนยุทธศาสตร์ชาติจะช่วยแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ อย่างเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น

ส่วนการดำเนินการ Dental hub แสดงให้เห็นว่า งานด้านทันตกรรมของประเทศไทยไม่ได้ด้อยกว่าประเทศอื่น เพียงแต่ยังไม่ระบบบริหารจัดการที่ชัดเจน ทั้งนี้ การดำเนินการ Dental hub ควรดำเนินการในโรงพยาบาลภาครัฐควบคู่กับภาคเอกชน เพื่อเพิ่มศักยภาพบริการด้านทันตกรรม ทำให้ประชาชนมีทันตสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

จากนั้น **ทันตแพทย์พิทักษ์ ไชยเจริญ** ประธานคณะกรรมการพิจารณาศึกษา
ขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้กล่าวปิด
 การสัมมนาในครั้งนี้ว่า เมื่อได้รับแต่งตั้งให้ดำรง
 ตำแหน่งสมาชิกวุฒิสภาได้สมัครเป็นกรรมการ
 ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
 และคณะกรรมการการพัฒนาการเมือง
 การสื่อสารมวลชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน
 วุฒิสภา ในฐานะกรรมการในคณะกรรมการ
 การสาธารณสุข วุฒิสภา ได้เรียนให้ประธาน
 คณะกรรมการได้ทราบปัญหาของงานด้าน
 ทันตกรรม และได้รับมอบหมายให้เป็นประธาน



คณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาด้านทันตสาธารณสุขไทย และคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษา
 ขับเคลื่อนการปฏิรูปด้านทันตสาธารณสุขไทย ในคณะกรรมการการสาธารณสุข ซึ่งได้พยายามผลักดัน
 ให้เกิดกรมทันตสุขภาพ หรือหน่วยงานที่เทียบเท่ากรม เพื่อปฏิรูปและขับเคลื่อนงานด้านทันตกรรม
 อย่างเป็นรูปธรรม และสิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ทันตแพทย์ทุกคนจะต้องทำให้เห็นว่า สุขภาพช่องปากและฟัน
 เป็นเรื่องสำคัญที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชน รวมทั้งร่วมกันผลักดันให้เกิดกรมทันตสุขภาพต่อไป

ตลอดการสัมมนาในวันนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผู้เข้าร่วมสัมมนาทุกท่านจะได้รับทราบถึงข้อมูล
 การขับเคลื่อนการพัฒนาระดับการปฏิรูประบบสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ การบริการ
 รักษาด้านทันตกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการทันตกรรม และยกระดับการบริการรักษาด้านทันตกรรม
 ของประเทศไทย การศึกษาการใช้ฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันฟันผุในรูปแบบต่าง ๆ ในทุกมิติ และศึกษาแนวทาง
 การผลิต การใช้น้ำดื่มผสมฟลูออไรด์บรรจุขวด เพื่อประโยชน์ในงานส่งเสริมและป้องกันโรคฟันผุในงานด้าน
 ทันตสุขภาพของประเทศไทย การจัดการด้านทันตสุขภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย
 โดยนำข้อมูลวิเคราะห์และสังเคราะห์อย่างรอบด้าน รวมทั้งนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการขับเคลื่อน
 งานด้านทันตสาธารณสุขไทยอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการมีทันตสุขภาพและคุณภาพชีวิต
 ที่ดีของประชาชนไทยต่อไป

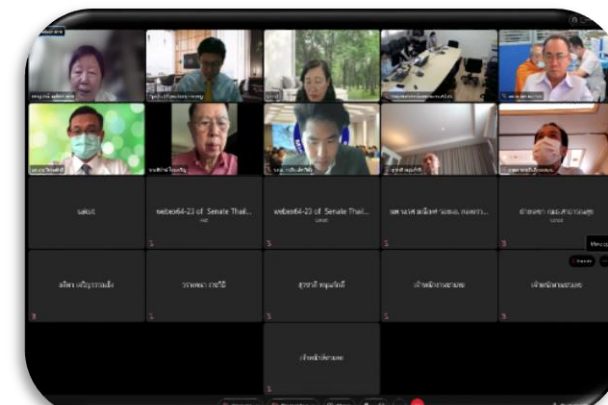
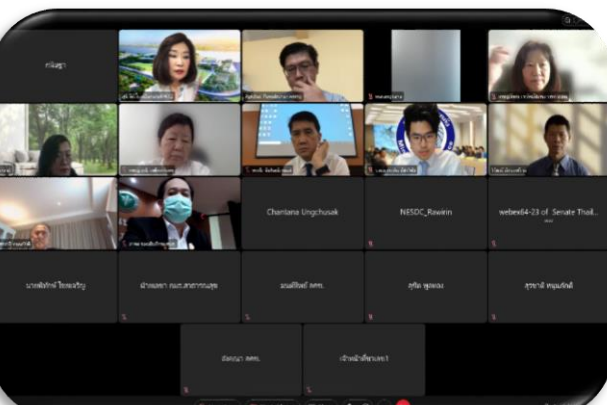
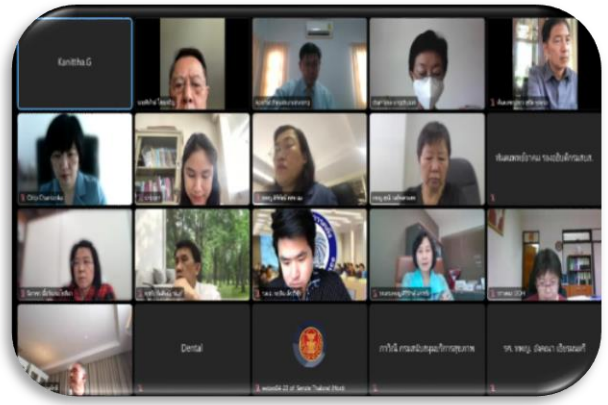
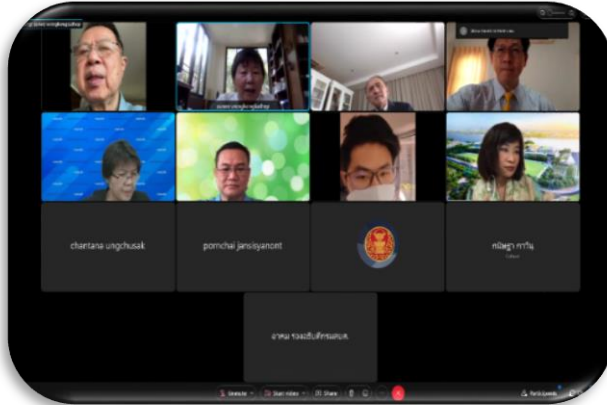
คณะกรรมการ จึงหวังว่า ทุกท่านที่เข้าร่วมการสัมมนาในวันนี้ จะได้รับข้อมูลจากการขับเคลื่อน
 สู่การปฏิรูประบบบริการรักษาด้านทันตกรรมและทันตสาธารณสุขไทย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านทันตกรรม
 และการมีทันตสุขภาพที่ดีของคนไทยทุกคน ตลอดจนการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวทางการพัฒนา
 การขับเคลื่อนงานด้านทันตสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดความมั่นคงในระบบ
 สุขภาพของประเทศต่อไป

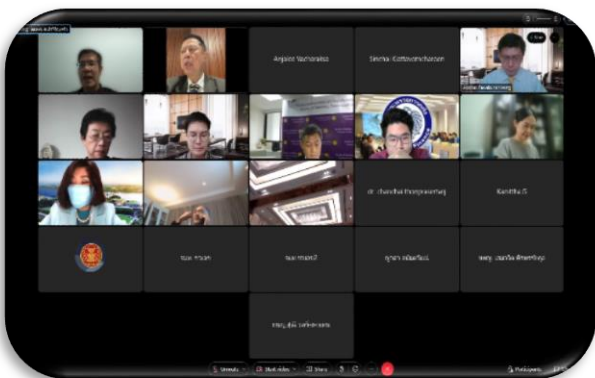
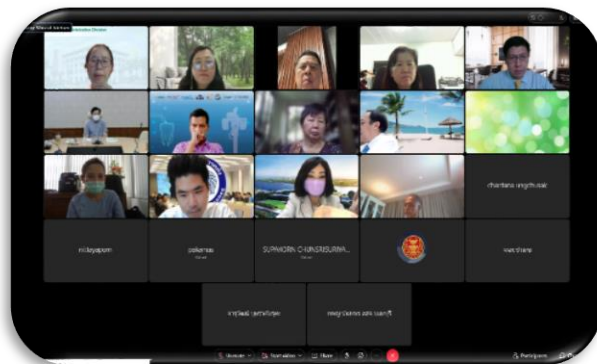
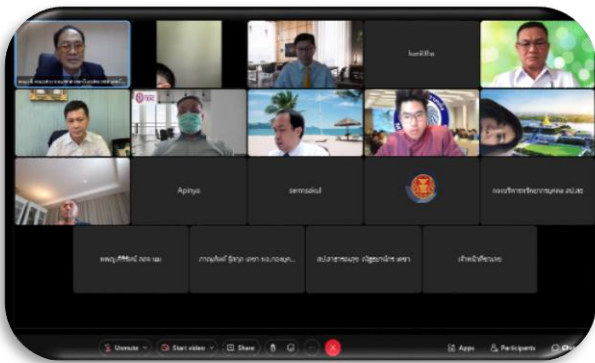
สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการสัมมนาทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจาก
 การสัมมนาครั้งนี้ คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา จะได้นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ได้รับ
 ไปทำการสรุปและวิเคราะห์ เพื่อประกอบการพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

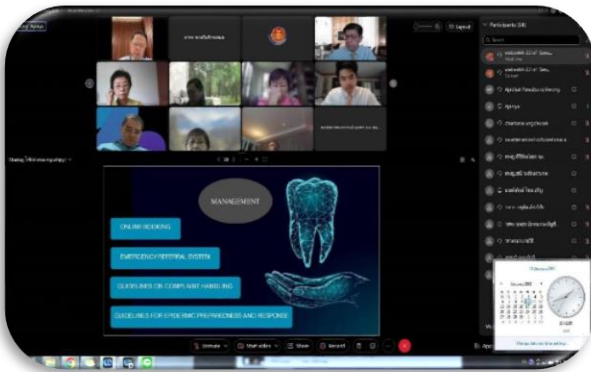
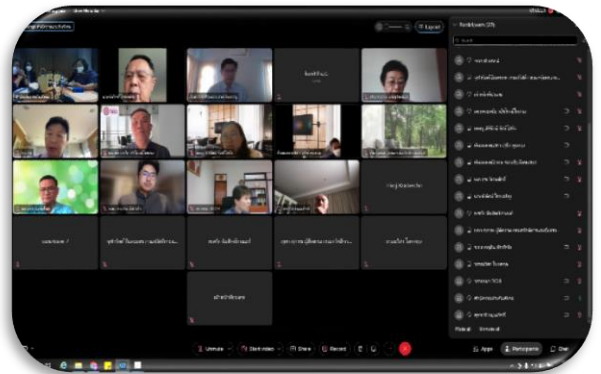


ภาคผนวก ค
ภาพการประชุมคณะอนุกรรมการ

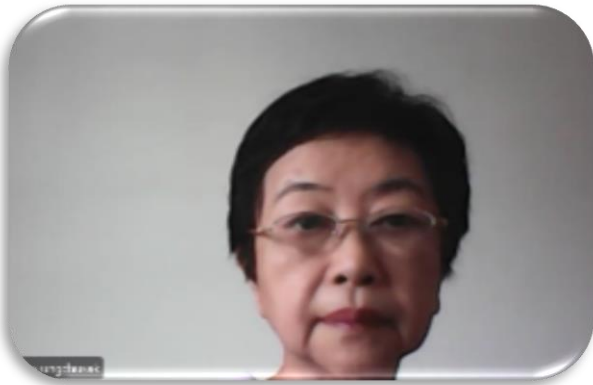
ภาพการประชุมคณะอนุกรรมการพิจารณาศึกษาขับเคลื่อนการปฏิรูป
ด้านทันตสาธารณสุขไทย
ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (โปรแกรม Cisco Webex Meetings)











รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา
เรื่อง การพิจารณาศึกษา ติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูป
ระบบด้านทันตสาธารณสุขไทยตามแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข

คณะผู้รับผิดชอบ

ในการจัดทำรายงานของคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

นายเอกชัย บุตสินนท์

ผู้อำนวยการสำนักกรรมการ ๓

ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา

นางสุภาพร วิเชียรเพชร

ผู้บังคับบัญชากลุ่มงาน

นางพิมพ์วิทย์ สุจินดาวัฒน์

นิติกรชำนาญการ

นางนิตยาภรณ์ เผด็จศึก

นิติกรชำนาญการ

นางกนิษฐา กาวิโน

นิติกรชำนาญการ

นางสาวอภิรดา บัวทอง

วิทยากรชำนาญการ

นายศุภกร จันทร์ศรีสุริยะวงษ์

วิทยากรปฏิบัติการ

นางกนกพร สาดประดับ

เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

นางสาวผกามาศ มีแป้น

พนักงานสนับสนุนการประชุม

นางสาววรรณวิสา ไทยสกุล

พนักงานสนับสนุนการประชุม

****สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สำนักกรรมการ ๓ กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข**

โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙ - ๒๐, Email : healthcom58@gmail.com**