

บริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชน
ในประเทศไทย
: การศึกษาความเป็นไปได้

กันยายน 2545

คณะวิจัย :

อดิเรก ศรีวัฒนาวงษา

ทันตแพทย์สมาคม

แพร จิตตินันท์

กระทรวงสาธารณสุข

สุธี สุขสุเดช

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

จันทนา อึ้งชูศักดิ์

ทันตแพทย์สภา

โดยความสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Health Systems Research Institute

บริการทันตกรรมร่วม รัฐ เอกชน ในประเทศไทย
: การศึกษาความเป็นไปได้

โดย อติเรก ศรีวัฒนาวงษา

แพรว จิตตินันท์

สุธิ์ สุขสุเดช

จันทนา อึ้งชูศักดิ์

สนับสนุนเงินทุนวิจัยโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พิมพ์ครั้งแรก: กันยายน 2545

จำนวน 54 หน้า

บทคัดย่อ

ปี พศ. 2544 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ 30 บาทรักษาทุกโรค จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีการศึกษาเรื่องความเหมาะสมและบทบาทของทันตแพทย์ภาคเอกชนในการร่วมจัดบริการกับภาครัฐในประเทศไทย การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความเป็นไปได้และรูปแบบของการจัดบริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทันตสาธารณสุขตามนโยบายจากทุกภาคบริการ

การวิจัยนี้ดำเนินการโดยการสำรวจที่ใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ เก็บข้อมูลจากทันตแพทย์ที่เป็นสมาชิกทันตแพทย์สมาคมฯ ทั้งสิ้น 4,700 ชุด ได้รับคืน 610 ชุด (ร้อยละ 12.9) มีข้อมูลสมบูรณ์ใช้วิเคราะห์ 544 ชุด (ร้อยละ 11.58) นอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มแบบ focus groups รวม 9 ครั้ง 46 คน กลุ่มเป้าหมายได้แก่ ทันตแพทย์หัวหน้างานทันตสาธารณสุขประจำจังหวัด ทันตแพทย์ภาคเอกชน โดยทำการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในพื้นที่ 6 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ อุบลราชธานี ร้อยเอ็ด สระบุรี จันทบุรี และตรัง และสัมภาษณ์ผู้บริหารสาธารณสุข 2 คน คือ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และประธานคณะกรรมการชุดสิทธิประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผลการศึกษา พบว่า ทันตแพทย์ภาคเอกชนมีความพร้อมในการจัดบริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชน โดยปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ค่าตอบแทน เงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน และรูปแบบของการตรวจสอบ ผู้บริหารสาธารณสุขเห็นว่า การจัดบริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชน มีความเป็นไปได้ แต่ต้องการความชัดเจนในประเด็น การแยกงบประมาณทันตกรรมออกจากงบประมาณรักษาพยาบาล ค่าบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อครั้ง และกฎเกณฑ์ในการตรวจสอบคุณภาพการบริการ การศึกษานี้ เป็นจุดเริ่มต้นในการศึกษาเพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์การจัดบริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชนต่อไป

สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ	1
วัตถุประสงค์.....	5
ประโยชน์ที่ได้รับ	5
คำจำกัดความ	6
ระเบียบวิธีการศึกษา	6
การศึกษาเชิงสำรวจ	6
การศึกษาเชิงคุณภาพ	7
วิธีการเก็บข้อมูล	7
ระยะเวลาในการศึกษา	9
การเสนอรายงานการศึกษา	9
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม: การจัดการบริการสาธารณสุขร่วมรัฐ-เอกชน	10
แนวคิดในการจัดการบริการร่วมรัฐ-เอกชน.....	10
การจัดการบริการทันตกรรมรัฐเอกชน ประสพการณ์จากต่างประเทศ	16
การสนับสนุนจากภาครัฐ.....	16
ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม.....	16
การร่วมจ่ายค่าบริการ.....	18
ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่าตอบแทน.....	19
ปัญหาที่พบในการให้บริการทันตกรรม.....	20
ข้อคิดที่ได้จากระบบบริการสาธารณสุขต่างประเทศ	20
บทที่ 3 ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อ ทันตแพทย์ภาคเอกชนไทย	24
บทที่ 4 การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ	34
การสัมภาษณ์ในพื้นที่จังหวัดเป้าหมาย.....	34
ผลการศึกษา.....	39
การสัมภาษณ์ความเห็นของผู้บริหารนโยบายสาธารณสุข.....	44
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	48
ลักษณะของการจัดการบริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชน ที่น่าจะเป็นไปได้	50

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1 จำนวนทันตแพทย์ภาครัฐ และภาคเอกชน ปี 2544-2545.....	3
ตารางที่ 1.2 จำนวนทันตแพทย์ ทันตภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2544.....	3
ตารางที่ 1.3 จำนวนทันตแพทย์ ทันตภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2544 แยกตามภาค	4
ตารางที่ 1.4 วิธีเก็บข้อมูล ประชากรที่ศึกษา ลักษณะประชากร แนวทางการสัมภาษณ์.....	7
ตารางที่ 1.5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	9
ตารางที่ 2.1 กรอบแนวคิดในการจัดบริการร่วมรัฐ-เอกชน	10
ตารางที่ 2.2 แสดงธรรมชาติของสินค้าสาธารณะแบ่งตามลักษณะทางเศรษฐศาสตร์ขององค์กร.....	12
ตารางที่ 2.3 แสดงนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาความสามารถในการเข้า-ออกตลาดและการตรวจวัดได้ ..13	
ตารางที่ 3.1 ลักษณะการศึกษาต่อหลังปริญญา	24
ตารางที่ 3.2 ลักษณะการทำงาน	25
ตารางที่ 3.3 อายุงานของทันตแพทย์ผู้ตอบ	25
ตารางที่ 3.4 ความคาดหวังเกี่ยวกับอายุที่จะเลิกให้บริการ	26
ตารางที่ 3.5 ความคาดหวังเกี่ยวกับอายุที่จะเลิกให้บริการทันตกรรมเทียบกับอายุงาน	26
ตารางที่ 3.6 จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการทันตกรรมในหนึ่งสัปดาห์เทียบกับอายุงาน.....	27
ตารางที่ 3.7 ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงที่ใช้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามลักษณะงานของทันตแพทย์.....	27
ตารางที่ 3.8 สัดส่วนงานที่ให้บริการ	28
ตารางที่ 3.9 จำแนกประเภทของทันตแพทย์ผู้ให้บริการทันตกรรมเฉพาะทาง.....	29
ตารางที่ 3.10 จำนวนผู้ป่วย OPD ที่ให้บริการ	29
ตารางที่ 3.11 ลักษณะการจ่ายค่าตอบแทนของสถานพยาบาล	30
ตารางที่ 3.12 รายได้จากการทำงานในคลินิก	30
ตารางที่ 3.13 ค่าเฉลี่ยการลงทุนในคลินิกทันตกรรมเอกชน	31
ตารางที่ 3.14 ผลกระทบต่อการจัดบริการในสถานการณ์ต่าง ๆ	32
ตารางที่ 3.15 ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการจัดบริการทันตกรรมในภาคเอกชน..	33
ตารางที่ 4.1 บริบทของจังหวัดที่ทำการศึกษา.....	35
ตารางที่ 5.1 ข้อเสนอรูปแบบการจัดทำสัญญาการให้บริการทันตกรรมกับภาคเอกชน.....	50

บทที่ 1

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ตลอดจนวิถีชีวิตและความเชื่อของประชาชน ส่งผลต่อทันตสุขภาพของประชาชนไทย วิถีชีวิตสมัยใหม่ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลสูงขึ้น เด็กเล็กนิยมบริโภคอาหารบรรจุเสร็จมากขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยลบต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก จากผลการสำรวจ สภาวะสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544 พบว่าประชาชนไทยกลุ่มอายุ 15 ปี มีปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 45.1 ประชาชนกลุ่มอายุ 35- 44 ปี มีปัญหาทันตสุขภาพร้อยละ 67.1 ประชาชนกลุ่มอายุ 60-70 ปี มีปัญหาทันตสุขภาพร้อยละ 56.4 ในขณะที่การเข้าถึงบริการของประชาชนในกลุ่ม 15 ปี คือร้อยละ 28.30 กลุ่มอายุ 35-44ปีคือร้อยละ 29.7 และกลุ่มอายุ 60-74 ปีคือร้อยละ 23.3 แสดงให้เห็นว่าประชาชนไทยมี ปัญหาทันตสุขภาพสะสมอยู่ในช่องปากหรือรับการรักษา¹

ในปี 2544 รัฐบาลพรรคไทยรักไทยเป็นแกนนำได้ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพอย่างชัดเจน โดยชูนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน ด้วยการนำเสนอคำขวัญ “30 บาทรักษาทุกโรค”² ซึ่งเป็นนโยบายที่ทำให้เกิดการจัดระบบการเงินการคลังรวมหมู่เพื่อหวังสร้างหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับคนไทยทุกคน โดยมีข้อกำหนดให้ประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงชุดบริการด้านสุขภาพได้โดยถ้วนหน้า โดยหลักประกันด้านสุขภาพนี้รวมครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ มีการจัดระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มุ่งหวังให้เป็นสถานที่ใกล้บ้านและใกล้ใจประชาชน เพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นองค์รวม ผสมผสาน และต่อเนื่อง มีคุณภาพและประสิทธิภาพ จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระบุให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่บัญญัติโดยสถานพยาบาลจะต้องจัดหาให้ รายละเอียดของชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมได้แก่ การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก

¹ กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เมษายน 2545 รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544 บ.

สามเจริญการพิมพ์ กรุงเทพฯ

² สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ , 2545

การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณช่องปากและลำคอ ซึ่งเมื่อเทียบกับชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสังคมและชุดสิทธิประโยชน์ของข้าราชการแล้ว ชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีความครอบคลุมสูงที่สุด

การจัดบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าระบุขีดความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อ 4.3.2.1)ⁱ ที่ได้มาตรฐานว่า จะต้องมีการจัดบริการด้านทันตกรรมป้องกัน และการรักษาฟันฟูทางด้านทันตกรรม โดยจัดให้มีบริการภายในหน่วยบริการเอง หรือมีระบบเชื่อมต่อเพื่อส่งประชาชนภายในความรับผิดชอบไปรับบริการได้อย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง ด้านบุคลากร(ข้อ 4.3.2.2)ⁱⁱ ต้องมีทันตแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในเครือข่ายของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในอัตราส่วน 1:20,000 ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ ให้มีทันตภิบาลปฏิบัติงานแทนด้วยอัตราส่วนทันตภิบาล 2 คน ต่อทันตแพทย์ 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีทันตแพทย์ ร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1:40,000 คน ด้านการจัดการมีการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับระบบส่งต่อและระบบสนับสนุนเครือข่ายของหน่วยบริการ(ข้อ 4.3.3.4)ⁱⁱⁱ ว่าต้องมีระบบส่งต่อเพื่อรับบริการด้านทันตกรรม

นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายหลักของรัฐบาล มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงสิทธิอย่างต่อเนื่องแพร่หลาย ประชาชนทราบสิทธิและเรียกร้องและรักษาสิทธิของตนมากขึ้น ในด้านการบริการทันตกรรมมีประชาชนทราบสิทธิและมารับการรักษาเพิ่มมากขึ้น โดยอัตราเพิ่มของผู้เข้ารับบริการทันตกรรมแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่แต่มักจะเพิ่มมากกว่าการเพิ่มของผู้ป่วยนอกสาขาอื่นๆ อาจเนื่องมาจากมีโรคที่ไม่ได้รับการรักษาสะสมอยู่จำนวนหนึ่ง ซึ่งเมื่อประชาชนตระหนักถึงโอกาสในการรับบริการทันตกรรมที่ราคา 30 บาทกลุ่มที่ไม่เคยเข้าถึงบริการก็มาขอรับบริการ

จากการประกาศใช้ชุดสิทธิประโยชน์เป็นไปตามนโยบายรัฐบาล โดยขาดการเตรียมการส่วนผู้ให้บริการอย่างเพียงพอทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้ปฏิบัติในระดับต่างๆ ความไม่สมดุลของอุปสงค์ด้านการรักษาที่เพิ่มมากขึ้นเทียบกับอุปทานที่ยังคงเป็นตามระบบเดิมทำให้เกิดคิวรอรับบริการที่ยาวมากโดยเฉพาะส่วนของงานบริการทันตกรรมที่เป็นงานหัตถการ ซึ่งนับเป็นตัวอย่างที่น่าสนใจของข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการของประชาชนที่เปลี่ยนจากข้อจำกัดด้านการเงิน(Price barrier) ก่อนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเนื่องจากราคา

i อ้างแล้วใน 2

ii อ้างแล้วใน 2

iii อ้างแล้วใน 2

การบริการทันตกรรมที่ค่อนข้างแพงและยังมีค่าเสียโอกาสที่เกิดจากการรอรับบริการ มาเป็นข้อจำกัดด้านบุคลากร (Provider barrier) จากข้อมูลจำนวนทันตแพทย์ พบว่าภาคเอกชนมีจำนวนทันตแพทย์ใกล้เคียงภาครัฐ โดยมีทันตแพทย์ภาคเอกชนประมาณครึ่งหนึ่งของทันตแพทย์ทั้งหมดในประเทศ³

ตาราง 1.1 จำนวนทันตแพทย์ ภาครัฐ และภาคเอกชน ปี 2542-2544

ปี พ.ศ.	ภาครัฐ		ภาคเอกชน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พ.ศ. 2452	3,193	49	3,321	51
พ.ศ. 2543	3,410	50.2	3,385	49.8
พ.ศ. 2544	3,518	49	3,657	51

นอกจากจำนวนที่จำกัดแล้วยังมีปัญหาด้านการกระจายของทันตบุคลากรอีกด้วย โดยทันตแพทย์มักจะกระจุกตัวตามจังหวัดใหญ่ ที่มีเศรษฐกิจดี ในส่วนของทันตแพทย์ภาครัฐที่มียังมีจำนวนหนึ่งที่รับผิดชอบด้านการสนับสนุนระบบบริการและไม่ได้เป็นผู้ให้บริการเต็มตัวได้แก่ ทันตแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทันตแพทย์ประจำศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ทันตแพทย์ประจำศูนย์เขตต่างๆ และทันตแพทย์สายวิชาการที่กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ทันตแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐต้องรับงานบริหารที่แบ่งเวลาการให้บริการออกไปอีก

ตารางที่ 1.2 จำนวนทันตแพทย์ ทันตภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็น ส่วนกลางและภูมิภาค ปี 2544

พื้นที่	ปี พ.ศ. 2544	
	ทพ.	ทภ.
ส่วนกลาง	144	4
ภูมิภาค	2,105	2,693
รวม	2,249	2,697

หมายเหตุ จากรายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

³ เอกสารประกอบการระดมสมองเรื่องระบบบริการทันตสุขภาพประเทศไทยภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชุมวันที่ 27 สิงหาคม 2545 ศูนย์ประชุมแห่งชาติสิริกิติ์ : กองทันตสาธารณสุข

ตารางที่ 1.3 จำนวนทันตแพทย์ ทันตภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตามภาค ปี 2544

ภาค	ปี พ.ศ. 2544	
	ทพ.	ทภ.
ภาคกลาง	652	705
ภาคเหนือ	475	616
ภาคใต้	357	440
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	621	932
รวม	2,249	2,697

หมายเหตุ จากรายงานบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

จากกลไกการจ่ายงบประมาณแบบรายประชากร (Capitation) สถานพยาบาลภาครัฐที่เข้าร่วมโครงการหลายแห่งประสบปัญหาสภาพคล่องโดยรู้สึกว่าได้รับงบประมาณสนับสนุนน้อยกว่าก่อนการขึ้นนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะสถานพยาบาลที่มีบุคลากรต่อประชากรสูง ส่วนสถานพยาบาลหลายแห่งได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นมากเนื่องจากเป็นที่ๆมีประชากรมากและมีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากรน้อย ก็ยังไม่สามารถเพิ่มศักยภาพในการบริการได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรภาครัฐรวมทั้งทันตบุคลากร และกฎระเบียบในการบริหารงบประมาณที่ยังไม่แยกงบประมาณทันตกรรมออกจากงบประมาณรักษาทั่วไปอย่างชัดเจน ทำให้ยากต่อการติดตามประเมินผล

นอกจากความขาดแคลนกำลังพลแล้ว ทันตบุคลากรยังไม่ค่อยได้รับสิทธิในการตัดสินใจด้านการบริหารงบประมาณและต้องทำงานภายใต้นโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาล ทันตบุคลากรหลายพื้นที่ที่มีศักยภาพที่จะให้บริการเพิ่มมากขึ้นแต่ผู้บริหารมีนโยบายให้บริการเท่าที่จำเป็นและให้พยายามจำกัดการให้บริการผู้ป่วยในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจเนื่องจากรายรับได้เป็นวงเงินจำกัดจึงมีความพยายามที่จะจำกัดรายจ่ายโดยเฉพาะบริการทันตกรรมที่อาจเป็นบริการที่สามารถทำได้

ในระยะปรับตัวนี้ยังไม่มีระบบตรวจสอบที่จะคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจนทำให้มีการผลัดผ่อนการให้บริการทั้งทางแพทย์และทางทันตกรรม ทำให้เป็นไปได้ว่าลักษณะการจัดบริการทันตกรรมในปัจจุบันยังไม่ได้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้อย่างแท้จริง ยังเป็นการเข้าถึงได้ถ้วนหน้าอยู่

เมื่อยังไม่มี ความชัดเจนของการเข้าร่วมจัดบริการในส่วน ของคลินิกทันตกรรม ทำให้มีคลินิกเอกชนเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมน้อยมาก ในขณะที่ภาระงานทันตกรรมภาครัฐไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน และทันตแพทย์เอกชนมีจำนวนครึ่งหนึ่งของทันตแพทย์ทั่วประเทศประเทศ การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความเป็นไปได้และรูปแบบของการจัดบริการร่วมรัฐ-เอกชน ซึ่งเป็นโอกาสของรัฐในการเพิ่มกำลังพลในการจัดบริการโดยไม่ต้องเพิ่มจำนวนข้าราชการหรือเจ้าพนักงานของรัฐในระบบ และเป็นการเพิ่มการแข่งขันเพื่อจัดบริการเข้าสู่ระบบบริการของรัฐ โดยหวังว่าภาคเอกชนจะช่วยลดภาระงานบริการของทันตบุคลากรภาครัฐทำให้สามารถบุคลากรภาครัฐสามารถไปทำงานเชิงรุก และส่งเสริมทันตสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้ได้ทบทวนเอกสารการจัดบริการร่วมรัฐ-เอกชน ทบทวนสถานการณ์ที่เกิดในประเทศ ผลกระทบของนโยบายต่อภาคเอกชน และสอบถามความเห็นของทันตบุคลากรภาคเอกชนและภาครัฐ ตลอดจนผู้บริหารนโยบายโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อประเมินความเห็นต่อการเข้าร่วมจัดบริการและเงื่อนไขสัญญาที่พึงประสงค์ และนำเสนอแนวทางจัดบริการร่วมเพื่อบรรเทาปัญหาการเข้าถึงบริการเนื่องจากอุปสงค์ด้านบริการรักษาทางทันตกรรมที่เกิดในสถานพยาบาลคู่สัญญาเพิ่มมากขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

ทบทวนประสบการณ์ในการจัดบริการสาธารณสุขร่วมรัฐ – เอกชน (โดยเฉพาะบริการทันตกรรม) และการเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมของภาคเอกชนในต่างประเทศ

ประมวลข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อศึกษาผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อการให้บริการของภาคเอกชน จากมุมมองของทันตแพทย์เอกชน

ประมวลข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อประมวลความเห็นในการเข้าร่วมบริการและเงื่อนไขของการร่วมบริการที่เป็นไปได้จากมุมมองของทันตแพทย์ภาคเอกชน : กรณีศึกษา 6 จังหวัด

ประโยชน์ที่ได้รับ

ทราบถึงความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์จากมุมมองของผู้เกี่ยวข้อง ข้อพึงระวัง เพื่อวางมาตรการด้านการบริหารระบบส่งต่อทางทันตกรรมให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความพร้อมของทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อตอบสนองเจตนารมณ์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จะทำให้ประชาชนไทยสามารถเข้าถึงบริการทันตกรรมไทยได้อย่างแท้จริง

คำจำกัดความ

ความหมายของภาคเอกชนในการศึกษานี้หมายถึงทันตแพทย์เอกชนที่ได้รับการศึกษาอย่างเป็นทางการ และมีสิทธิโดยชอบธรรมทางกฎหมายที่จะเป็นผู้ให้บริการ (formal trained and operating legitimacy) ลักษณะการให้บริการเป็นคลินิกเอกชนให้บริการเฉพาะด้านทันตกรรม อาจเป็นเอกชนเต็มเวลา (Full time) หรือเอกชนบางเวลาเช่นกลุ่มข้าราชการที่ทำคลินิกช่วงเย็น (Part time private practice) ก็ได้

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัย 2 รูปแบบหลังจากทบทวนเอกสารประสบการณ์จากต่างประเทศในการให้เอกชนเข้าร่วมจัดบริการและประสบการณ์ในการจัดบริการทันตกรรมรัฐ-เอกชนของต่างประเทศ โดยการศึกษาที่ทำการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยในการสำรวจได้ใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ เก็บข้อมูลจากทันตแพทย์ที่เป็นสมาชิกทันตแพทย์สมาคม และเพื่อให้เข้าใจความคิดและข้อเสนอกระบวนการจัดบริการร่วมรัฐและเอกชนจึงได้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ทันตแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทันตแพทย์เอกชนทั้งเต็มเวลา (FTE - Full time Equivalence) และบางช่วงเวลา (PTE-Part time equivalence) และผู้บริหารนโยบายสาธารณสุข โดยมีรายละเอียดในการศึกษาดังนี้

การศึกษาเชิงสำรวจ

1.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์ Mail Questionnaires เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีคำถามปลายปิดและเปิดจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับลักษณะการทำงานและการแบ่งเวลางาน ข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนในการจัดคลินิกบริการภาคเอกชน รายรับและความเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.1.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการทันตแพทย์สมาคมปลายปี 2544 และส่งแบบสอบถามไปกับข่าวสารทันตแพทย์สมาคม ถึงสมาชิกทุกคน นอกจากนั้นยังมีการส่งแบบสอบถามพร้อมโทรศัพท์ตามเพิ่มไปที่จังหวัดที่ไม่ได้แบบสอบถามกลับในรอบแรก

1.1.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้ลงรหัสและนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Microsoft Access โดยใช้สถิติการแจกแจงร้อยละและค่าเฉลี่ย

การศึกษาเชิงคุณภาพ

ในการศึกษาเชิงคุณภาพนี้ได้ใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใช้ในการอธิบายความหมายและเหตุผลของข้อมูลเชิงปริมาณ นอกจากนี้เพื่อให้เข้าใจกระบวนการคิดและมุมมองของผู้เกี่ยวข้องมากขึ้นโดยมีรายละเอียดของวิธีการศึกษา ดังนี้

วิธีการเก็บข้อมูล

ตารางที่ 1.4 วิธีเก็บข้อมูล ประชากรที่ศึกษา ลักษณะประชากร และแนวทางการสัมภาษณ์/สนทนา

วิธีเก็บข้อมูล	ประชากรที่ศึกษา	ลักษณะประชากร	แนวทางการสัมภาษณ์/สนทนา
สัมภาษณ์เชิงลึก	ทพ. สสจ.	หัวหน้างาน	➢ ผลกระทบของนโยบายที่มีต่อภาระงานบริการในจังหวัด ➢ คุณภาพ และประสิทธิภาพ ➢ ระบบตรวจสอบการให้บริการทันตกรรมและการเบิก ➢ ค่าชดเชยบริการหรือไม่ อย่างไร ➢ การจัดการกับคิว / ความยาวของคิว ➢ ปัญหาการร้องเรียน ➢ ระบบเครือข่ายและข้อตกลงในการส่งต่อคนไข้ทันตกรรม ➢ การส่งต่อระหว่างรัฐกับเอกชน ➢ ความสัมพันธ์ของทันตบุคลากรในจังหวัดระหว่างรัฐ:เอกชน ➢ ควรให้ทันตแพทย์เอกชนเข้าร่วมให้บริการหรือไม่ เป็นไปได้หรือไม่ ➢ ข้อเสนอแนะกรณีให้ทันตแพทย์ภาคเอกชนเข้าร่วมให้บริการ

FTE – Full time equivalence

PTE – Part time equivalence

ตารางที่ 1.4 วิธีเก็บข้อมูล ประชากรที่ศึกษา ลักษณะประชากร และแนวทางการสัมภาษณ์/สนทนา (ต่อ)

วิธีเก็บข้อมูล	ประชากรที่ศึกษา	ลักษณะประชากร	แนวทางการสัมภาษณ์/สนทนา
สนทนากลุ่ม	ทพ. เอกชน	FTE/PTE	➢ ผลกระทบของนโยบายที่มีต่อภาระงานบริการในคลินิก ➢ ควรให้ทันตแพทย์เอกชนเข้าร่วมให้บริการหรือไม่ เป็นไปได้หรือไม่ ➢ ข้อเสนอแนะกรณีให้ทันตแพทย์ภาคเอกชนเข้าร่วมให้บริการ ➢ เงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทนที่ท่านคิดว่าน่าจะเป็นไปได้ ➢ ลักษณะการตรวจสอบบริการที่เป็นธรรม โปร่งใส ➢ ลักษณะบริการที่เอกชนจะสามารถเข้าร่วมจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ
สัมภาษณ์เชิงลึก	ผู้บริหารนโยบายสาธารณสุข	-	➢ ความเห็นส่วนตัวต่อชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรม ➢ และความเป็นไปได้ในการแยกงบประมาณทันตกรรมออกจากงบประมาณรักษาพยาบาลและให้แยกบริหารจัดการ ➢ ความเป็นไปได้ในการจัดบริการทันตกรรมร่วมระหว่างรัฐ-เอกชน

FTE – Full time equivalence

PTE – Part time equivalence

การเก็บข้อมูลในการศึกษาเชิงคุณภาพนี้ เลือกเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรทันตแพทย์และกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย โดยในกลุ่มทันตแพทย์แบ่งเป็นทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านการบริการทันตกรรมโดยตรง และทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในฐานะหัวหน้างานทันตกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนในกลุ่มผู้กำหนดนโยบายสาธารณสุข เลือกที่จะรวบรวมข้อมูลจากรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข และประธานคณะกรรมการชุดสิทธิประโยชน์ ตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยวิธีการเก็บข้อมูลและแนวทางการสัมภาษณ์ เป็นดังที่แสดงในตารางที่ 1.2 และ 1.3

ตารางที่ 1.5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

จังหวัด	กลุ่มตัวอย่าง				รวม
	ผู้กำหนดนโยบาย สาธารณสุข	ทพ. สสจ.	ทพ.เอกชน FTE	ทพ.เอกชน PTE	
สระบุรี	-	1	4	2	7
อุบลราชธานี	-	1	10	3	14
จันทบุรี	-	1	7	1	9
ร้อยเอ็ด	-	1	3	1	5
ตรัง	-	1	25	10	36
เชียงใหม่	-	1	4	-	5
กระทรวงสาธารณสุข	2	-	-	-	2
รวม	2	6	53	17	78

ระยะเวลาการศึกษา

ทบทวนวรรณกรรม ธันวาคม 2544- มีนาคม 2545

การรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาเชิงสำรวจ ธันวาคม 2544 – เมษายน 2545

การรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาเชิงคุณภาพในพื้นที่ เมษายน 2545- สิงหาคม 2545

การวิเคราะห์ข้อมูลรวม

การวิเคราะห์ในภาพรวมของข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพที่ในเบื้องต้นแยกกันวิเคราะห์และนำเสนอ หลังจากนั้นได้นำผลวิเคราะห์ทั้งสองส่วนมาสรุปและอภิปรายผลร่วมกันในประเด็นสำคัญเพื่อให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การเสนอรายงานการศึกษา

ได้เสนอรายงานเป็น 5 บท โดยบทที่ 1 เป็นบทนำ ความสำคัญของปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระเบียบวิธีศึกษา ตามลำดับ บทที่ 2 เป็นผลการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการจัดการบริการร่วมรัฐ-เอกชนและประสบการณ์จากต่างประเทศในการจัดการบริหารทันตกรรมร่วมของภาครัฐ-เอกชน บทที่ 3 เป็นผลการศึกษาเชิงปริมาณ บทที่ 4 เป็นผลการศึกษาเชิงคุณภาพ และบทที่ 5 เป็นบทสุดท้ายได้ประมวลข้อสรุปรวมเพื่อร่วมในการอภิปรายผลและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการนำผลที่ได้ไปปรับปรุงระบบบริการทันตกรรมของประเทศให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์จริงต่อไป

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม: การจัดบริการสาธารณสุขร่วมรัฐ-เอกชน

ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารที่เป็นแนวคิด นโยบายและการจัดบริการสาธารณสุขแบบรัฐ-เอกชน รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดในการจัดบริการร่วมรัฐ/เอกชน

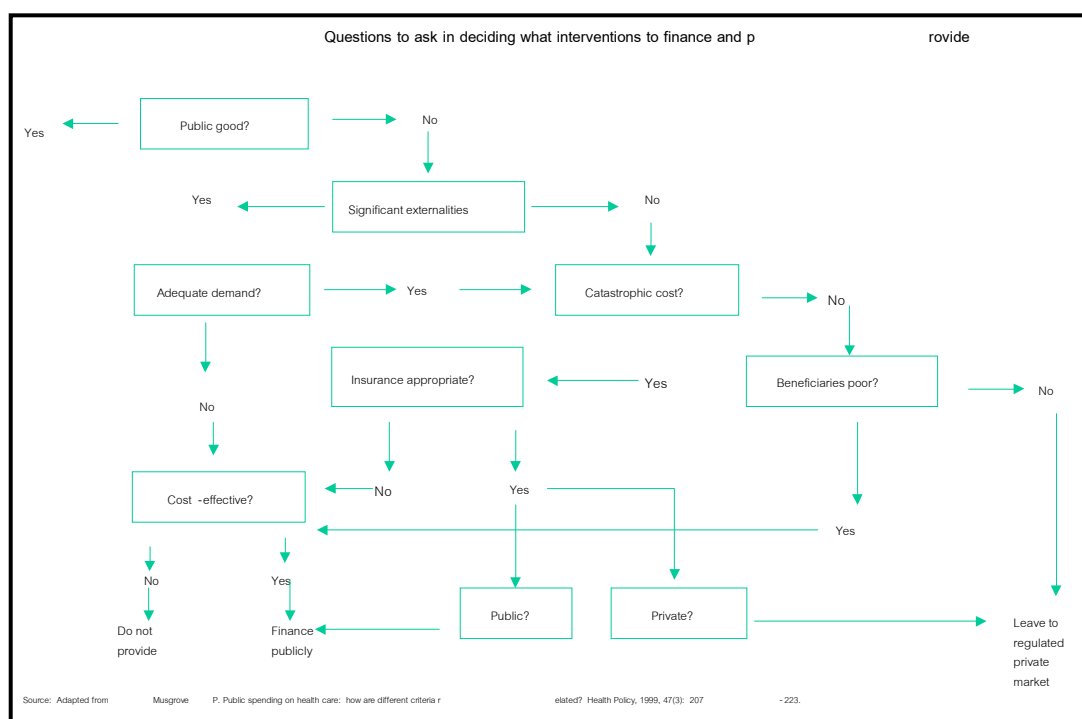
2.2 การจัดบริการทันตกรรมรัฐ/เอกชน ประสบการณ์จากต่างประเทศ

2.1 แนวคิดในการจัดบริการร่วมรัฐ/เอกชน

2.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดในการจัดบริการร่วมรัฐ เอกชนของ Sarbani Chakraborty, April Harding 2001¹ และ Musgroove 1999² นำเสนอแนวคิดในการจัดชุดสิทธิประโยชน์ดังนี้

ตาราง 2.1 กรอบแนวคิดในการจัดบริการร่วมรัฐ-เอกชน



¹ Sarbani Chakraborty, April Harding 2001 Draft for comment Conducting a private health sector assessment (PHSA) : The private health sector handbook – Chapter 2 The world Bank

² Musgrove, P. 1999. Public Spending on Health Care: How are Different Criteria Related? Health Policy, 47(3): 207-223

จากตารางพบว่าบริการทันตกรรมเป็นบริการที่ไม่ใช่บริการสาธารณะ ไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง (externalities) ต่อสังคมมาก ต่างจากโรคระบาด ไม่ทำให้ผู้ป่วยประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ (catastrophic cost) เป็นประโยชน์ต่อผู้มีฐานะยากจน ไม่สามารถทำประกันได้คุ้มค่า ดังนั้นรัฐควรสนับสนุนทางงบประมาณ เพื่อให้สร้างความเท่าเทียมกันระหว่างผู้มีฐานะยากจนและไม่ยากจน (vertical and horizontal equity)

อย่างไรก็ตามเนื่องจากบริการทันตกรรมไม่ใช่บริการสาธารณะจึงประสบปัญหาความล้มเหลวของตลาด Market failure รัฐในฐานะผู้ดูแลสิทธิประโยชน์ของประชาชนควรแสดงบทบาทควบคุมกำกับ โดยเผยแพร่ข้อมูลสาธารณะเกี่ยวกับลักษณะบริการ สิทธิของประชาชน ออกกฎระเบียบ ทำสัญญากับภาคเอกชน และสร้างสภาวะแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการร่วมจัดบริการรัฐ-เอกชน โดยโครงสร้างที่เหมาะสมของการจัดบริการรัฐเอกชนขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้า-ออกจากตลาด (Contestability) ความไม่สมดุของข้อมูลข่าวสาร และความสามารถในการตรวจสอบได้ (measurability) ของบริการนั้นๆ Musgroove 1999ⁱ

ความสามารถในการเข้า-ออกจากตลาด (Contestability) วัดจากการที่ผู้ประกอบการเข้าสู่ตลาดโดยไม่มีแรงต้านจากผู้ประกอบการอื่นๆ และออกจากตลาดได้โดยไม่สูญเสียเงินลงทุน ลักษณะบริการที่มีการเข้า – ออกตลาดสูงได้แก่บริการที่ไม่มีสิ่งกีดขวางในการเข้าสู่ตลาดเช่นบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแบบบูรณาการในพื้นที่ ลักษณะบริการที่มีความสามารถในการเข้า-ออกตลาดต่ำ ได้แก่ บริการที่มีการผูกขาดอยู่เดิม ความได้เปรียบทางภูมิศาสตร์และลักษณะทางกายภาพ เช่น บริการรักษาพยาบาลระดับทุติยภูมิที่มีการเข้าสู่ตลาดทำได้ค่อนข้างลำบาก

ความไม่สมดุของข้อมูลข่าวสาร (Information asymmetry) :หมายความว่าความสามารถของผู้บริโภคในการเข้าใจผลผลิตของกิจกรรมการบริการที่จัดให้ ความไม่สมดุของข้อมูลข่าวสารเป็นปัญหาของการบริการสาธารณสุขต่างๆ การตรวจวัดได้ (Measurability):เกี่ยวกับความสามารถในการตรวจสอบประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของสินค้าและบริการต่างๆ สินค้าสาธารณสุขทั่วไปเป็นสินค้าที่ตรวจวัดได้ยากและมีสินค้าบางชนิดที่ตรวจวัดได้ยากกว่าสินค้าอื่นๆ

ⁱ อ้างแล้วใน 2

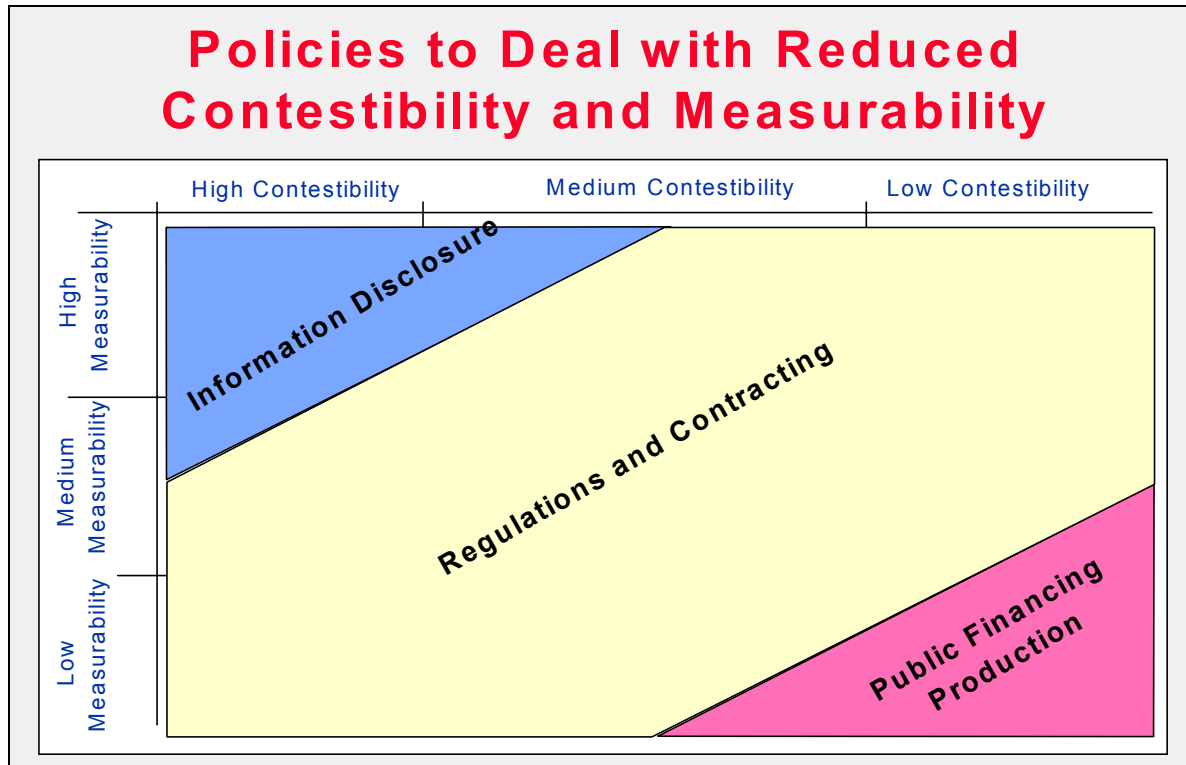
ตาราง 2.2 แสดงธรรมชาติของสินค้าสาธารณะแบ่งตามลักษณะทางเศรษฐศาสตร์ขององค์กร

The Nature of Health Care Goods Based on Organizational Economics			
	High Contestability	Medium Contestability	Low Contestability
High Measurability	Type I • Retail of • Drugs • Medical Supplies • Other Goods	Type II • Wholesale • Drugs • Medical Supplies • Other Goods	Type III • Production • Pharmaceuticals • High Technology
Medium Measurability	Type IV • Routine Diagnostics • Hospital Support Services	Type V • Management Services • Training	Type VI • High Tech Diagnostics • Research
Low Measurability	Type VII • Ambulatory Clinical Care • Medical • Nursing • Dental	Type VIII • General Hospitals • Public Health Services • Health Insurance	Type IX • Policymaking • Monitoring/Evaluation

จากตาราง 2.2 แสดงลักษณะบริการรัฐ-เอกชนของสินค้าสาธารณะ แบ่งตามลักษณะทาง เศรษฐศาสตร์ของสินค้า จะพบว่ามีสินค้าไม่กี่ชนิดที่มีความสามารถในการเข้า-ออกสู่ตลาดต่ำซึ่งควรจัดบริการโดยภาครัฐ สินค้าสาธารณะส่วนมากสามารถจัดบริการได้โดยภาคเอกชนโดยมีภาครัฐดูแลกำกับ รัฐควรชี้แนะแต่สามารถจัดบริการร่วมกับสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนต่าง ๆ ได้

บนจะพบว่าการบริการทันตกรรมเป็นสินค้าที่มีความสามารถในการเข้า-ออกตลาดค่อนข้างสูงเนื่องจากไม่มีผู้ผูกขาดในพื้นที่และเป็นสินค้าที่ตรวจวัดปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตได้ยาก

ตาราง 2.3 แสดงนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ปัญหาความสามารถในการเข้า-ออกตลาดและการตรวจวัดได้



จากตาราง 2.3 สรุปได้ว่าภาครัฐและเอกชนมีบทบาทที่แตกต่างกันในการจัดองค์กร การสนับสนุนงบประมาณและบริหารจัดการการบริการสาธารณสุข บทบาทของรัฐในระบบสาธารณสุขควรเป็นบทบาทในการควบคุมกำกับ และจัดงบประมาณสนับสนุนบริการสำหรับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสซึ่งจะไม่สามารถได้รับบริการจากภาคเอกชนในระบบตลาดปกติ การมีนโยบายแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการจัดบริการร่วมระหว่างรัฐและเอกชนจะทำให้บรรลุถึงเป้าหมายสาธารณสุขโดยรวมของประเทศ นโยบายบริการสาธารณสุขจะแตกต่างกันในแต่ละประเทศ แต่มีลักษณะร่วมได้แก่ ประกันการเข้าถึงบริการที่คุ้มค่า มีคุณภาพดี มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน ซึ่งการที่จะเกิดผลตามเป้าหมายด้านรัฐจะต้องมีนโยบายทำให้เกิดการให้ข้อมูลข่าวสารที่ดี กฎระเบียบที่เหมาะสม ข้อบังคับต่างๆ และทำสัญญาร่วมจัดบริการรัฐ-เอกชน

เมื่อพิจารณาถึงลักษณะการบริการที่เน้นการเทียบเคียงกับลักษณะมาตรการทางนโยบายที่ควรใช้ พบว่า มาตรการที่เหมาะสมได้แก่ การออกกฎระเบียบเพื่อควบคุม และการทำสัญญาร่วมบริการกับเอกชน

ในรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการบริการร่วมรัฐเอกชน มีกรอบแนวคิดในการจัดการบริการร่วมรัฐเอกชนของ Smith E. และคณะ 2001³ เกี่ยวกับกลยุทธ์ในการให้เอกชนเข้าร่วมจัดการบริการดังนี้

ยุทธศาสตร์/ กลุ่มเป้าหมาย	ทำงานร่วมกับ ผู้บริหารนโยบาย	ประสานงานกับ ผู้ให้บริการ	เพิ่มศักยภาพ ประชาชน ผู้ใช้บริการ การสื่อสาร ชุมชน
เพิ่มความครอบคลุม สำหรับบริการที่มี ประสิทธิภาพและ สามารถจ่ายได้ สำหรับกลุ่มเป้าหมาย Increase coverage	กลยุทธ์ 1 ปรับนโยบายและกฎ ระเบียบที่มีเพื่อให้การ เข้าถึงบริการทำได้ สะดวกขึ้น	กลยุทธ์ 2 –ร่วมจ่ายเพื่อให้ เอกชนร่วมจัดการผ่าน ระบบร้านค้าย่อย (retail services) กลยุทธ์ 3 – จัดระบบเครือ ข่ายบริการเอกชนสำหรับ บริการสาธารณสุขสาธารณะ ที่ต้องการ กลยุทธ์ 4 ทำสัญญาจัด บริการระบุชนิดบริการกับผู้ ให้บริการภาคเอกชน	กลยุทธ์ 5 เพิ่มอุปสงค์ใน การรับบริการในกลุ่มเป้าหมายหลัก กลยุทธ์ 6 จัดระบบ บริการโดยไม่คิดมูลค่า ให้กลุ่มเป้าหมายหลัก
ควบคุมคุณภาพ Quality ลดการ บริการที่เป็นอันตราย เพิ่มคุณภาพบริการ	กลยุทธ์ 7 เพิ่มกลไกการ ควบคุมคุณภาพเชิง ระบบและการควบคุม ทางกฎหมาย	กลยุทธ์ 8 จัดระบบสนับสนุน การพัฒนาบุคลากรภาคเอกชนเพื่อรักษาคุณภาพบริการ ให้ได้มาตรฐาน	กลยุทธ์ 9 ออกกฎหมาย คุ้มครองผู้บริโภคเพื่อ กระตุ้นให้ผู้บริโภค ตระหนักถึงสิทธิของตน กลยุทธ์ 10 รณรงค์ให้ ความรู้เกี่ยวกับบริการ กับผู้รับบริการ
ควบคุมราคา Cost ให้ประชาชนผู้ใช้ บริการ	กลยุทธ์ 11 จัดระบบการ ตามจ่ายที่เป็นธรรมและ เป็นจริงได้	กลยุทธ์ 12 จ่ายค่าตอบแทน ให้ภาคเอกชนแบบจ่ายล่วงหน้า prospective payment mechanism	กลยุทธ์ 13 เผยแพร่ข้อมูล เกี่ยวกับเพดานค่า บริการที่รัฐระบุ สาธารณะ

ความเป็นไปได้ในการให้เอกชนเข้าร่วมจัดการบริการรัฐมีแนวทางการดำเนินนโยบายและมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

การเพิ่มความครอบคลุม – มีการทำงานร่วมกับผู้บริหารนโยบายเพื่อปรับกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมบริการ ทั้งด้านข้อกำหนดทางกฎหมายและข้อตกลงด้านการเงิน ในส่วนที่จะต้องประสานกับผู้ให้บริการจะต้องมีการร่วมจ่ายค่าบริการโดยรัฐเพื่อกระตุ้นให้เกิดการบริการสุขภาพที่เป็น

³ Smith E, Brugha R and Zwi A. . Working with Private Sector Providers for Better Health Care: An Introductory Guide. London, Optinos and LSHTM, 2001.

ประโยชน์ต่อสาธารณะผ่านเครือข่ายการบริการเอกชน มีการรับสมัครสถานพยาบาลเอกชนที่ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานเข้าร่วมเครือข่ายบริการเพื่อจัดบริการสาธารณสุข และมีการทำสัญญาเพื่อร่วมจัดบริการตามชุด สิทธิประโยชน์ที่ตกลงกัน ด้านผู้บริโภคมักจะต้องมีการกระตุ้นอุปสงค์ในกลุ่มเป้าหมาย โดยจัดบริการโดยไม่คิด มูลค่าในกลุ่มนี้

ในส่วนของประเทศไทยระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเน้นการเข้าถึงบริการของประชาชนทุกกลุ่ม อย่างไรก็ดีตามมีกลุ่มเป้าหมายหลักที่ระบบเว้นค่าบริการได้แก่กลุ่มเด็ก คนชรา ผู้มีรายได้น้อย และผู้พิการ(กล ยุทธ์ที่5) กลยุทธ์การให้ข้อมูลผู้บริโภค(กลยุทธ์ที่6)ผ่านสื่อได้ผลดีระดับหนึ่ง แต่กลยุทธ์ที่ 1 2 3 4 ที่จะต้อง ร่วมกันทำกับผู้บริหารนโยบายและผู้จัดบริการภาคเอกชนยังไม่ชัดเจน การศึกษาครั้งนี้พยายามหาข้อมูลเพื่อ ความสะดวกในการทำงานตามกลยุทธ์ข้างต้น โดยสัมภาษณ์กลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มเป้าหมาย

การเพิ่มคุณภาพบริการ – โดยทำงานร่วมกับผู้บริหารนโยบายเพื่อให้เพิ่มกฎหมายเกี่ยวกับข้อจำกัด และการควบคุม ประสานงานกับผู้ให้บริการภาคเอกชนเพื่อจัดการอบรมและสนับสนุนระบบแรงจูงใจที่จะทำ ให้ภาคเอกชนจัดบริการในมาตรฐานที่กำหนด ด้านผู้รับบริการควรออกกฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคกระตุ้น ให้ทราบเกี่ยวกับสิทธิของผู้บริโภค รณรงค์เพิ่มความรู้ให้ผู้บริโภค

ประเทศไทย - ชุดสิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านซึ่งการ ทำตามข้อบังคับ การกำหนดข้อบังคับทางกฎหมายเพื่อเอาผิดกับผู้ให้บริการยังอยู่ในช่วงต้น(กลยุทธ์7) ด้าน การอบรมหาความรู้เพิ่มของภาคเอกชน(กลยุทธ์8)ในประเทศพบว่าอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี แต่ยังไม่มียระบบ ตรวจสอบความทั่วถึงของการได้รับข้อมูลใหม่ๆ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิของผู้บริโภคและการออกกฎหมาย เกี่ยวกับสิทธิของผู้บริโภค(กลยุทธ์ 9 10)ยังไม่ชัดเจน ซึ่งการศึกษานี้ไม่ครอบคลุมประเด็นส่วนนี้

การควบคุมค่าบริการจะต้องมีการทำงานร่วมกับผู้บริหารนโยบายเพื่อตั้งรายการราคากลาง (Central Guideline) ที่ภาคเอกชนและภาครัฐยอมรับได้(กลยุทธ์ 11) และมีการทำงานร่วมกับภาคเอกชนเพื่อ จัดระบบการจ่ายเงินแบบจ่ายล่วงหน้า(กลยุทธ์12) และให้ข้อมูลผู้บริโภคเกี่ยวกับเพดานราคาที่รัฐกำหนด (กลยุทธ์13)

ในส่วนของประเทศไทยยังไม่มีแนวทางการคิดเพื่อการระบุงบราคารัฐ/เอกชนอย่างชัดเจน การเบิกจ่ายล่วงหน้าเพื่อจัดบริการทันตกรรมพบว่าเกิดขึ้นจริงน้อยมาก ส่วนการให้ข้อมูลผู้บริโภคถึงเพดานราคา(30บาท) เป็นไปได้ได้ดี การศึกษาครั้งนี้มุ่งหาข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการกำหนดราคาภาคเอกชนและกลไกการจ่าย เงินที่ทำให้การร่วมจัดบริการเกิดขึ้นได้จริง

2.2 การจัดบริการทันตกรรมรัฐ/เอกชน ประสบการณ์จากต่างประเทศ

ประเทศที่เลือกศึกษาในครั้งนี้เลือกศึกษาประเทศที่มีการจัดบริการทันตกรรมโดยมีผู้ให้บริการอยู่ในภาคเอกชนเป็นหลัก ได้แก่ สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น เยอรมัน ไต้หวัน ฮังการี แคนาดา สหรัฐอเมริกา โดยบางประเทศมีทันตแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน บางประเทศไม่มีทันตแพทย์ในภาครัฐ การจัดบริการทำโดยทันตแพทย์เอกชน เช่น แคนาดา ประเทศออสเตรเลียมีการจัดบริการในภาครัฐแต่เนื่องจากคิวการรักษายาวมากทำให้ ร้อยละ 80 ของการบริการที่ประชาชนได้รับจะเกิดจากภาคเอกชน

การสนับสนุนจากภาครัฐ

ในประเทศเหล่านี้รัฐจะจัดระบบประกันสุขภาพหรือระบบสวัสดิการด้านสุขภาพสำหรับประชาชน หน่วยงานสนับสนุนอาจเป็นกองทุนภายใต้การกำกับนโยบายของรัฐเช่น National Health Service (NHS) ของสหราชอาณาจักร กองทุนประกันสุขภาพของไต้หวันและฮังการี และหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นเช่น เทศบาลในประเทศญี่ปุ่น ออสเตรเลีย

ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม -

ญี่ปุ่น – มีการกำหนดราคาค่าบริการกลางซึ่งใช้ร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน กรณีที่มีการบริการที่ค่าบริการสูงกว่าราคากลางผู้รับบริการต้องเป็นผู้ร่วมจ่ายแก่ผู้ให้บริการเองโดยตรง สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการรักษาพื้นฐานทุกด้าน แต่ไม่รวมถึงบริการทันตกรรมป้องกันฟันผุ การเคลือบหลุมร่องฟัน งานทันตกรรมป้องกันจัดอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ต่อเมื่อเป็นงานที่ทำเพื่อรักษา เช่น การเคลือบฟลูออไรด์ปิดหลุมร่องฟันในกรณีฟันเริ่มผุ การเคลือบฟลูออไรด์ในคนไข้ที่มีฟันผุอยู่

สหราชอาณาจักร – กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปีครอบคลุมบริการทุกชนิด รวมถึง Preventive Orthodontic ที่ผ่านการตรวจคัดกรอง Need assesment แล้ว นักเรียนที่อยู่ในระบบการเรียนเต็มเวลา หญิงมีครรภ์และผู้มีรายได้น้อยจะมีสิทธิได้รับการทันตกรรมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ไม่รวมการจัดฟันในกลุ่มนี้ สำหรับกลุ่มเด็กมีการสร้างเงื่อนไขการรับบริการในปี 1997 ให้ผู้ปกครองต้องพาเด็กไปขึ้นทะเบียนและพาไปตรวจภายใน 24 เดือน ถ้าไม่พาไปพบทันตแพทย์ถือว่าสิทธิและชื่อจะถูกตัดออกจากทะเบียน :พบว่ากลุ่มที่มีฐานะยากจนมักจะเสี่ยงต่อการเสียสิทธิ์มากกว่ากลุ่มอื่นๆ⁴

ไต้หวัน – ครอบคลุมทุกชนิดนอกจากการทำงานทันตกรรมประดิษฐ์ทั้งถอดได้และติดแน่น

⁴ Jones CM. Capitation registration and social deprivation in England. An inverse 'dental' care law? Br Dent J 2001 Feb 24;190(4):203-6

แคนาดา – แตกต่างกันไปในแต่ละรัฐ มักครอบคลุมเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี ซึ่งจะครอบคลุมการตรวจทุก 6 เดือน การขัดฟันทุก 6 เดือน การเคลือบฟลูออไรด์เจล อุดฟัน ถอนฟัน ผู้ป่วยปากแห้งเพดานโหว่สามารถรับบริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือร่วมจ่ายเล็กน้อยได้ (แล้วแต่รัฐ) กลุ่มข้าราชการชุกสิทธิประโยชน์จะครอบคลุมทันตกรรมป้องกัน ทันตกรรมบูรณะ การรักษาปริทันต์ การทำฟันปลอมบางชนิด การซ่อมฟันปลอม ศัลยกรรมช่องปาก ทันตกรรมจัดฟันและอื่นๆ

ออสเตรเลีย – ในกลุ่มเด็ก ผู้ว่างงาน ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ทหารผ่านศึก อะบอริจินจะครอบคลุมการบริการอุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน ทันตกรรมป้องกันโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลของรัฐ

สวีเดน – ฟรีทุกประเภทในเด็กอายุน้อยกว่า 19 ปี ในกลุ่มผู้ใหญ่รัฐร่วมจ่ายค่าบริการร้อยละ 70-80 หลังปี 1999 ผู้ใหญ่(อายุเกิน 20 ขึ้นไป)จะได้รับการชดเชยร้อยละ 30 ในการรับบริการขั้นพื้นฐานได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน รักษาโรคฟันและงานทันตกรรมป้องกัน ส่วนงานทันตกรรมประดิษฐ์ และการตรวจฟันได้รับค่าชดเชยร้อยละ 60 ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการจะได้รับการบริการตามแผนการรักษาที่วางไว้โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย โดยการคิดค่าใช้จ่ายการบริการทันตกรรมเท่ากับการบริการผู้ป่วยนอกคิดเป็น 100 EUR

ลักษณะการจ่ายค่าตอบแทนให้สถานบริการ

ญี่ปุ่น – ใช้ระบบจ่ายตามรายการที่ทำโดยมีตารางกำหนดค่าตอบแทน Fee for service system base on fee schedule ซึ่งกำหนดคะแนนไว้ให้ในแต่ละขั้นตอนการรักษา 1 คะแนนจะเทียบได้กับ 10 เยน ตารางการกำหนดค่าตอบแทนจะมีการประชุมพิจารณาทบทวนทุก 1-2 ปี โดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมภายใต้การนำของคณะกรรมการ Central Social Insurance and Medical council โดยมีคำแนะนำของการเพิ่มที่ร้อยละ 1.4-2.7 ต่อ 1-2 ปี การกำหนดค่าบริการดังกล่าวทำให้การรักษาทางทันตกรรมในทุกสถานบริการที่มีขั้นตอนการรักษาเหมือนกันจะมีค่ารักษาเหมือนกันทั่วประเทศ การคิดค่าบริการทันตกรรมจะขึ้นกับความยากง่ายและปริมาณของบริการทันตกรรมที่ให้

สหราชอาณาจักร – ใช้ระบบการจ่ายแบบ Capitation ที่สัมพันธ์กับอายุของเด็ก ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี กลุ่มนักเรียน หญิงมีครรภ์และผู้มีรายได้น้อยรัฐจะมีงบประมาณกันให้พิเศษและจ่ายค่าตอบแทนให้ทันตแพทย์แบบ Fee for service ตามราคาที่กำหนดไว้จากเงินภาษี ในกลุ่มประชาชนทั่วไปรัฐจะร่วมจ่ายร้อยละ 20 โดยจ่ายตามค่าตอบแทนที่ตกลงกันได้

ไต้หวัน – รัฐจ่ายให้เป็น Global budget payment system เริ่มตั้งแต่ปี 1998 โดยจ่ายให้สหพันธ์ทันตแพทย์ในวงเงินที่ระบุและทันตแพทย์ไปจัดการบริการกันเองโดยมุ่งหมายให้ทันตแพทย์โน้มน้าวให้ ความ

รู้ประชาชนเพื่อให้สนใจการป้องกันมากกว่าการรักษาลดปัญหาที่ผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์ด้วยอาการที่รุนแรง และลดจำนวนครั้งในการมาขอรับบริการ

ฮ่องกง – ใช้ระบบ Excessive Burden Insurance ที่ให้ประชาชนจ่ายค่ารักษาตามราคากลางที่คิดโดยอิงจากราคาต้นทุนจริง ส่วนที่เกินรัฐจะช่วยออกให้โดยมีเพดานการร่วมจ่ายของรัฐในแต่ละครอบครัวที่กำหนดจากจำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ของครอบครัว มีการกำหนดราคาค่าบริการเป็นมาตรฐานเดียวกันโดยอิงตามราคาจริง มีนโยบายกำหนดขีดจำกัดในการใช้บริการของแต่ละบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ มีการกำหนดสัมปทานราคาและค่าใช้จ่ายขั้นต่ำในกลุ่มยากจน ทันตแพทย์ภาคเอกชนเก็บค่าใช้จ่ายจากประชาชนตามราคากลาง ที่เหลือเบิกจากรัฐเป็นรายปี ใช้เงินทุนจากภาษีในการจ่ายค่าชดเชยและรวบรวมค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป มีการใช้ Smart card ในการเก็บข้อมูลการรักษา และรวบรวมค่าใช้จ่ายที่ใช้ไป

สวีเดน – การคิดค่าบริการเป็นแบบตายตัวขึ้นกับชนิดของบริการที่ให้ ยกเว้นงานป้องกันที่คิดเป็นรายชั่วโมง

การร่วมจ่ายค่าบริการ

ญี่ปุ่น – ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่าบริการประมาณร้อยละ 20-30 ของค่ารักษาทั้งหมดขึ้นกับชนิดของประกันสุขภาพของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายร่วมไม่เป็นภาระแก่ผู้รับบริการแต่อย่างใด กรณีอุดหนุนเทียบกับค่าครองชีพจะเท่ากับราคาอาหารในร้านอาหารปกติมื้อหนึ่งเท่านั้น

สหราชอาณาจักร – กลุ่มประชาชนทั่วไปจ่ายค่าบริการทันตกรรมร้อยละ 80 ได้ทุกวัน - กลุ่มเด็กอายุไม่เกิน 14 ปี ผู้สูงอายุ(มากกว่า 60 ปี) ผู้มีรายได้น้อยและทหารผ่านศึกไม่ต้องร่วมจ่ายค่าบริการ ลักษณะการร่วมจ่ายค่าบริการเป็นสัดส่วนกับค่าบริการที่ใช้(ถ้าค่าบริการที่ใช้มากค่าใช้จ่ายที่ต้องร่วมจ่ายก็มากขึ้น มีตารางระบุค่าใช้จ่ายที่ต้องร่วมจ่าย ในการรับบริการทันตกรรมทั่วไปประชาชนมักต้องร่วมจ่ายค่าบริการครั้งละ 50 NT Dollars (ดอลลาร์ไต้หวัน) ซึ่งจากการประเมินพบว่าเป็นการร่วมจ่ายที่ต่ำไปจึงจะปรับราคาการร่วมจ่ายเพิ่มขึ้น

แคนาดา- ลักษณะการจ่ายค่าตอบแทนเป็นแบบ Fee for service ทำให้ราคาค่าบริการทันตกรรมสูง ประชาชนมักซื้อประกันทันตสุขภาพจากคลินิกเอกชนซึ่งความครอบคลุมของประกันของแต่ละ Dental plan จะแตกต่างกันไป กลุ่มข้าราชการจะต้องจ่ายก่อนแบบ Fee for service แล้วนำค่าใช้จ่ายไปเบิกคืนภายหลัง โดยมีเพดานค่าใช้จ่ายไม่เกิน \$ 1300 ต่อปีและผู้ให้ประกันจะจ่ายเงินให้ ร้อยละ 50 หรือร้อยละ 90 แล้วแต่ชนิดของการให้บริการโดยมีค่าลงทะเบียนแรกเข้า \$25 ต่อคนต่อปี ถ้ามีครอบครัวต้องจ่ายค่าลงทะเบียน \$50 ต่อปี

ออสเตรเลีย – มีการทดลองในรัฐวิกตอเรียโดยให้เอกชนเข้าร่วมจัดการและจ่ายทดแทนแบบ Fee For Service ผู้ถือบัตรต้องติดต่อสถานบริการของรัฐที่ใกล้ที่สุดก่อนถ้าให้บริการไม่ได้จะได้ไป authority form ไปขอรับบริการจากเอกชนได้ กรณีฉุกเฉินต้องใช้บริการภายใน 7 วันราคาตาม Fee schedule ที่ตกลงกันล่วงหน้า โดยผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่าบริการ \$20ต่อครั้งรัฐจ่ายค่าบริการที่เพดาน\$160ต่อการรักษา การบริการแบบไม่เร่งด่วนได้แก่การตรวจ เอ็กซเรย์ ถอนฟัน ผ่าตัด อุดฟัน pulpotomy ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายร้อยละ 15 ของค่าบริการ รัฐจ่ายไม่เกิน \$ 500 ต่อการรักษาถ้าเกินต้องส่งต่อสถานพยาบาลของรัฐอื่นเพื่อรับการรักษาต่อไป ใน Western Australia รัฐร่วมจ่ายร้อยละ 75 – 80 ของค่าบริการ

สวีเดน – ประชาชนร่วมจ่ายร้อยละ 20-30 ของค่าบริการ

ขั้นตอนการเบิกจ่ายค่าตอบแทน

ญี่ปุ่น - มีการจัดหน่วยงานกลางเพื่อดูแลการเบิกจ่ายโดยแบ่งหน่วยดูแลระหว่างกลุ่มประกันสังคมและประกันสุขภาพ หน่วยงานที่ดูแลการเบิกจ่ายจะมีสาขาอยู่ในทุกจังหวัดมีคณะกรรมการประกอบด้วยแพทย์ ผู้ให้ประกัน(กองทุนสุขภาพ)และนักวิชาการที่เกี่ยวข้องในเรื่องการประกันสุขภาพ โดยยึดตามตารางค่าตอบแทนที่กำหนดขึ้นแล้วจากคณะกรรมการระดับประเทศเมื่อกองทุนจ่ายค่าตอบแทนจะจ่ายผ่านกรรมการชุดนี้โดยคิดค่าดำเนินการร้อยละ 10 ของค่าบริการที่เรียกเก็บ เมื่อทันตแพทย์ให้บริการให้การรักษาจนเสร็จสิ้นจึงสามารถทำใบเรียกเก็บเงินไปยังหน่วยสาขาประจำจังหวัด การส่งใบเรียกเก็บเงินจะทำเดือนละ 1 ครั้งและสถานบริการจะได้รับค่าบริการในสัปดาห์สุดท้ายของเดือนถัดไป

สหราชอาณาจักร – จะมีการสุ่มตรวจประชาชนโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งเป็นทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์เพื่อตรวจสอบมาตรฐานการรักษาของทันตแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับระบบประกันสุขภาพเพื่อรักษามาตรฐานของงานบริการ คนไข้อาจถูกเรียกสัมภาษณ์ถึงประสบการณ์การรักษที่ได้รับ มีโครงการนำร่องโดยให้ทันตแพทย์ลงข้อมูลในโปรแกรม Denplan Excel เพื่อให้ได้การรับรองมาตรฐานพบว่าหลังจากการใช้โปรแกรมทันตแพทย์พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการได้ดีขึ้น มีการตรวจสภาพเหงือกและซอกประวัตการเจ็บป่วยทางระบบของคนไข้เพิ่มขึ้น⁵

ไต้หวัน – ผู้ให้บริการจะแจ้งจำนวนการให้บริการไปที่สหพันธ์ทันตแพทย์ ไม่พบรายงานเกี่ยวกับรายละเอียดการเบิกจ่ายที่แน่นอน

⁵ Ireland RS, Harris RV, Peeling R. Clinical record keeping by general dental practitioners piloting the Denplan 'Excel accreditation programme. Br Dent J 2001 Sep 8;191(5):206-3

แคนาดา – ผู้รับบริการจ่ายแบบ Fee for service ไปก่อนแล้วไปเบิกคืนจากผู้ให้ประกัน

ออสเตรเลีย - ทันตแพทย์จะได้ค่าตอบแทนภายใน 30 วัน authority form หรือใบส่งต่อจะมีผลใช้ได้
ใน 3 เดือน

ปัญหาที่พบในการให้บริการทันตกรรม

ญี่ปุ่น – ค่าบริการทันตกรรมคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 8.8 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ งานที่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสูงได้แก่งานทันตกรรมประดิษฐ์ ร้อยละ 45.6 ของค่าใช้จ่ายในบุคคลทั่วไป และสูงถึงร้อยละ 62.2 ในผู้สูงอายุ ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมป้องกันมีเพียงร้อยละ 6.2 และ 6.0

สหราชอาณาจักร – ทันตแพทย์จบใหม่ไม่สนใจจะขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสุขภาพทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ยากและมีคิวการรักษาที่ยาว ทันตแพทย์เพิ่มการบริการนอกระบบ NIH มากขึ้นเรื่อยๆ การประเมินระบบการตรวจสอบพบว่าระบบฐานข้อมูลในคลินิกเอกชนมีคุณภาพต่ำ และการเก็บข้อมูลในกลุ่มคนไข้ของ NIH คุณภาพต่ำกว่าคนไข้จ่ายเอง

ไต้หวัน – เนื่องจากค่าตอบแทนที่รัฐจ่ายให้เอกชนไม่มากนักอาจมีการกระตุ้นให้ทันตแพทย์รายงานจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการลดลงและหันไปชักชวนให้ผู้ป่วยจ่ายแบบ Fee for service มากขึ้น แต่จากการสำรวจยังไม่พบหลักฐานในการกระทำดังกล่าว

แคนาดา – เนื่องจากการจ่ายแบบ Fee for service ทำให้ค่าประกันทันตสุขภาพสูงมากหลายบริษัทพยายามลดความครอบคลุมสิทธิประโยชน์นี้ลงจะส่งผลให้ประชาชนไม่ได้รับบริการอย่างทั่วถึง

ออสเตรเลีย – ปัญหาที่พบจะคล้ายกับประเทศไทยคือมีคิวรอทำฟันที่นานมาก บางที่นานประมาณ 9 เดือน บางที่ยาว 2-3 ปี มีผู้รอรับบริการทันตกรรม 500,000 คนทั่วประเทศและแต่ละปีมีผู้ได้รับการเพียงร้อยละ 11 ดังนั้นประชาชนส่วนมากต้องรับผิชอบตัวเอง เมื่อมีการจัดบริการร่วมรัฐเอกชนทำให้คิวลดลงและเมื่อเลิกโครงการทำให้คิวทำฟันยาวขึ้นทันที

ข้อคิดที่ได้จากระบบบริการสาธารณสุขต่างประเทศ

ญี่ปุ่น – การจ่ายค่าตอบแทนลักษณะ Fee for service จะทำให้มีการให้บริการเกินความจำเป็นได้ และค่าใช้จ่ายที่เกิดอาจควบคุมไม่ได้ ดังนั้นอาจให้เอกชนเข้าร่วมให้บริการในรายการรักษาที่คิดว่าจำเป็น และประชาชนควรได้รับเท่านั้น การกำหนดค่าบริการทันตกรรมให้เอกชนมีส่วนร่วมให้บริการจะสามารถ

พัฒนาเป็นราคามาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคได้ รัฐอาจสามารถกำหนดทิศทางการรักษาทางทันตกรรมที่จะให้เอกชนเข้าร่วมได้ ทั้งนี้ต้องมีระบบตรวจสอบและประเมินคุณภาพสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมบริการที่ดี

ไต้หวัน – พบว่ามีทันตแพทย์สนใจเข้าร่วมโครงการของรัฐบาลและร่วมจัดบริการทันตกรรมให้แก่ประชาชนมากขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 5 ต่อปี ทันตแพทย์ปรับตัวรับปริมาณการรักษาที่เพิ่มขึ้นโดยการเปิดคลินิกเพิ่มในวันเสาร์-อาทิตย์(แต่เดิมหยุด) และไปหยุดบริการในวันจันทร์แทน ร้อยละ 85 ของผู้รับบริการพึงพอใจในคุณภาพบริการที่ได้ โดยการรับบริการแต่ละครั้งใช้เวลาเดินทางเฉลี่ย 11.3 นาที เวลารอเฉลี่ย 12.4 นาที เวลาได้รับการรักษาเฉลี่ย 24.4 นาที

ฮ่องกง – ระบบ Excessive Burden Insurance ทำให้ประชาชนสามารถเลือกรับบริการได้จากทั้งภาครัฐและเอกชนและยังทำให้ประชาชนไม่ไปรับการรักษาฟรีเนื่องจากต้องเก็บโควตาเงินค่ารักษาไว้เพื่อยามป่วยหนัก

แคนาดา – มี Provincial Dental Association ทำหน้าที่ดูแลคุณภาพและกำหนดราคาการรักษาของคลินิกในแต่ละรัฐ ทันตแพทย์สมาคมของแคนาดาทำหน้าที่สำรวจควบคุมสิทธิประโยชน์ให้คุ้มค่า และควบคุมคุณภาพการบริการแบบ Fee For Service ด้วย นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ให้ข้อมูลแก่ประชาชนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายทางทันตกรรมเพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกประกันที่คุ้มค่าเหมาะสมกับความต้องการของตน

ออสเตรเลีย – การเปิดโอกาสให้เอกชนเข้าร่วมแบบ Fee For Service ช่วยลดปัญหาคิวการรักษาที่ยาวและพบว่าผู้รับบริการพึงพอใจในคุณภาพบริการที่ได้ ระบบส่งต่อที่มี authority form น่าจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อควบคุมการบริการที่ประชาชนจะได้รับได้

สหรัฐอเมริกา – ปัจจัยที่ทำให้ทันตแพทย์ไม่ยอมเข้าร่วมให้บริการในระบบประกันสุขภาพได้แก่ อัตราค่าตอบแทนที่ต่ำ การต้องทำงานเอกสารจำนวนมาก การถูกปฏิเสธการจ่ายทดแทน และความซับซ้อนของระบบราชการ⁶ และการผัดผ่อนของคนไข้ในกลุ่มนี้ เจื่อนไขในการบริการที่ทันตแพทย์พอใจได้แก่ แบบ

PPO- Preferred Provider Organizationⁱⁱ ซึ่งทันตแพทย์จะได้รับค่าตอบแทนแบบ Fee schedules โดย PPO ควบคุมคุณภาพบริการ ชนิดบริการและสิทธิประโยชน์ผู้ประกันตนส่วนแบบCapitationทันตแพทย์

⁶ Damaino PC, Brown EF, Johnson JD, Scheetz Jp. Factors affecting dentist participation in a state Medicaid Program. J. Dent Educ 1990 Nov;54(11):638-43

ⁱⁱ PPO ผู้รับบริการมีสิทธิในการเลือกทันตแพทย์ แต่จะได้รับสิทธิประโยชน์จาก plan มากที่สุดเมื่อใช้บริการกับทันตแพทย์ใน PPO

พึงพอใจน้อยกว่า⁷ จำนวนทันตแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการ PPO มีเพิ่มขึ้นทุกปีแต่เป็นที่น่าสังเกตว่า คนไข้ที่อยู่ใน PPO ไม่ใช่คนไข้ส่วนใหญ่ของทันตแพทย์เหล่านี้ ทันตแพทย์ที่ไม่เข้าร่วมให้บริการกังวลเกี่ยวกับค่าตอบแทนที่ได้รับและคุณภาพการบริการที่ให้ในค่าตอบแทนที่กำหนด⁸

ผลการทบทวนวรรณกรรมได้ข้อสรุปว่า บริการทันตกรรมเป็นบริการที่รัฐควรสนับสนุนให้เกิดขึ้น เพื่อลดปัญหาความเท่าเทียมและความไม่เป็นธรรมในสังคม โดยลักษณะการบริการทันตกรรมเป็นสินค้าที่มีความสามารถในการเข้าออกสู่ตลาดได้รวดเร็วไม่ค่อยมีอุปสรรคในการเข้าออกจากตลาด รัฐควรควบคุมการบริการทันตกรรมโดยการออกกฎระเบียบอย่างเหมาะสม รายละเอียดเกี่ยวกับการจัดการทางนโยบายเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์หลัก 3 ด้าน ได้แก่ การเพิ่มความครอบคลุม การประกันคุณภาพ และการควบคุมราคา บทเรียนที่ได้จากการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศ – พบว่าการให้เอกชนเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ พบว่า เอกชนสามารถแบ่งเบาภาระงานของทันตแพทย์ภาครัฐและลดความยาวของคิวได้ แต่ค่าใช้จ่ายในการโดยรวมจัดบริการจะสูงขึ้นเพราะจะเพิ่มความครอบคลุมให้ไปถึงกลุ่มที่เดิมรัฐครอบคลุมไม่ถึง(กลุ่มตกคิว) รัฐบาลแต่ละประเทศมีการควบคุมค่าใช้จ่ายโดยการเบิกจ่ายให้ผู้ให้บริการ 3 ลักษณะได้แก่ Fee For Service หรือ จ่ายตามจำนวนการบริการแต่ละประเภท ตามราคาที่ตกลงกัน (negotiation rate หรือ fix fee schedule)ซึ่งลักษณะนี้เป็นการจ่ายค่าตอบแทนที่ทันตบุคลากรพึงพอใจมากที่สุดและก่อให้เกิดจำนวนการบริการมากที่สุด Capitation หรือ เหมาจ่ายรายประชากรซึ่งขึ้นกับจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ Global budget หรือการจ่ายตามงบประมาณที่กำหนด ลักษณะการจ่ายทดแทนสอลลักษณะหลังผู้ให้บริการจะไม่ค่อยพึงพอใจเท่าลักษณะแรก

ในส่วนของผู้รับบริการนั้นหลายประเทศให้ผู้รับบริการต้องร่วมจ่าย โดยลักษณะการร่วมจ่ายเป็นสัดส่วนร้อยละของค่าใช้จ่าย เช่น ญี่ปุ่น แคนาดา สหราชอาณาจักร สวีเดน หรือร่วมจ่ายในลักษณะระบุค่าร่วมจ่ายต่อครั้ง (Deductible) ที่เหลือรัฐเข้าร่วมจ่ายเช่นในประเทศไต้หวัน และประเทศไทยปัจจุบันที่ประชาชนจ่ายครั้งละ 30 บาทและรัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่เหลือ ที่ฮ่องกงรัฐให้ประชาชนจ่ายค่าต้นทุนตามราคาที่ระบุเองและรัฐจ่ายส่วนเกินต่อให้ โดยมีเพดานการจ่ายต่อครัวเรือน

⁷ Brown LJ, Ruesch JD. Characteristics of dentists participation in capitation and Preferred Provider Organization dental plans. J Am Dent Assoc 2000 Nov;131(11):1616-21

⁸ Brown LJ, Ruesch JD. Dentists' participation in capitation and preferred provider organization dental plans. J Am Dent Assoc 2000 Oct;131(120):1485-9

ความสำเร็จของการเข้าร่วมจัดบริการรัฐ-เอกชนขึ้นอยู่กับขั้นตอนการเบิกจ่ายที่ชัดเจน การจ่ายเงินที่ตรงเวลา การมีราคากลางในการจ่ายค่าตอบแทนที่เป็นที่ยอมรับของทันตแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน และระบบข้อมูลเพื่อการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพและไม่ยุ่งยากจนเกินไป พบว่ามีการเปิดให้เอกชนเข้าร่วมจัดบริการเพื่อให้การบริการทันตกรรมอยู่หลายประเทศ โดยลักษณะการควบคุมจะแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศขึ้นกับบริบทต่างๆของประเทศนั้นๆ ตามประเด็นสำคัญที่ได้จากการศึกษาประเทศที่จัดบริการทันตกรรมร่วมรัฐเอกชน ได้แก่ การควบคุมคุณภาพโดยการตรวจสอบการบริการ ความพยายามในการสร้างฐานข้อมูลกลางเพื่อการตรวจสอบบริการทันตกรรม ความรวดเร็วในการเบิกจ่ายกลไกในการเบิกจ่ายของแต่ละประเทศ การเจรจาต่อรองระหว่างตัวแทนวิชาชีพและตัวแทนรัฐบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ การให้ประชาชนร่วมจ่ายในบางชนิดของการบริการ การตั้งเงื่อนไขในการรับบริการ เพื่อจูงใจให้ประชาชนไปรับบริการส่งเสริมป้องกัน ซึ่งรายละเอียดที่ได้จากการทบทวนเอกสารครั้งนี้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการตั้งแนวทางการสัมภาษณ์ต่อไป

บทที่ 3

ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ที่มีต่อทันตแพทย์ภาคเอกชนไทย

การศึกษานี้ทำในวงวิชาชีพที่เป็นสมาชิกทันตแพทย์สมาคมโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์รวมทั้งสิ้น 4,700 ชุดให้ทันตแพทย์ที่เป็นสมาชิกทันตแพทย์สมาคม มีการตอบคืน 610 ชุด คิดเป็นร้อยละ 12.98 เมื่อทำการคัดสรรข้อมูลแล้วสามารถนำมาเป็นข้อมูลได้ 544 ชุด คิดเป็น ร้อยละ 11.58 ผลการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการจัดบริการของทันตแพทย์ภาคเอกชนมีประเด็นหลักในการนำเสนอ ดังนี้

- ลักษณะในการทำงานของทันตแพทย์ภาคเอกชนเทียบกับทันตแพทย์ภาครัฐ รวมทั้งการใช้เวลาในการบริการทางคลินิก
- การลงทุนและต้นทุนในการจัดบริการของทันตแพทย์ภาคเอกชน
- ปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ตามความเห็นของทันตแพทย์ภาคเอกชน

ตารางที่ 3.1 ลักษณะการศึกษาต่อหลังปริญญา (ได้รับคำตอบทั้งสิ้น 384 ชุด)

สาขาวิชา	จำนวนผู้ตอบ(คน) และค่าร้อยละ
ศัลยศาสตร์ช่องปาก	27 (7.03%)
ทันตกรรมสำหรับเด็ก	15 (3.91%)
ทันตกรรมจัดฟัน	14 (3.65%)
เอ็นโดดอนท์	30 (7.81%)
ทันตกรรมประดิษฐ์	23 (5.99%)
ทันตกรรมหัตถการ	8 (2.08%)
ไม่ได้ศึกษาต่อ	267 (69.53%)
รวม	384 (100%)

จากแบบสอบถาม พบว่าทันตแพทย์ที่ได้ศึกษาต่อในระดับหลังปริญญาส่วนใหญ่ เป็นทันตแพทย์ที่อยู่ในภาครัฐ ทันตแพทย์ที่ไม่ได้ศึกษาต่อเป็นทันตแพทย์ในภาคเอกชน

_____บทที่ 3 ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีต่อทันตแพทย์ภาคเอกชนไทย

ตารางที่ 3.2 ลักษณะการทำงาน (ได้รับคำตอบในข้อนี้ 544 ชุด)

ลักษณะงาน	จำนวนผู้ตอบ(คน)และค่าร้อยละ
รับราชการอย่างเดียว	158 (29.04%)
คลินิกเอกชนอย่างเดียว	212 (38.97%)
รับราชการและทำงานคลินิกเอกชน	163 (29.96%)
อื่นๆ	11 (2.03%)
รวม	544 (100%)

ทันตแพทย์ที่ตอบคำถามมีลักษณะการทำงาน 3 รูปแบบ กล่าวคือ ภาครัฐ ภาคเอกชน และทันตแพทย์ที่รับราชการร่วมกับทำคลินิกเอกชน

ตารางที่ 3.3 อายุงานของทันตแพทย์ผู้ตอบ (ได้รับคำตอบในข้อนี้ 544 ชุด)

อายุงาน	จำนวนผู้ตอบ (คน) และค่าร้อยละ
ต่ำกว่า 10 ปี	262 (48.16%)
10 ปี – 20 ปี	168 (30.88%)
20 ปี - 30 ปี	103 (18.93%)
30 ปีขึ้นไป	11 (2.03%)
รวม	544 (100%)

พบว่าทันตแพทย์กลุ่มที่ตอบคำถามเกือบร้อยละ 50 มีอายุการทำงานต่ำกว่า 10 ปี (เลขที่ใบประกอบวิชาชีพตั้งแต่ ท. 4300 - 7800.)

ตารางที่ 3.4 ความคาดหวังถึงอายุที่จะเลิกให้บริการทันตกรรม

(ได้รับคำตอบในข้อนี้ 504 ชุด)

อายุที่(คาดว่า) จะเลิกให้บริการทันตกรรม	จำนวนผู้ตอบ(คน)และร้อยละ
40-45 ปี	98 (19.44%)
46-50 ปี	153 (30.36%)
51-55 ปี	74 (14.68%)
55-60 ปี	153 (30.36%)
60 ปีขึ้นไป	26 5.(16%)
รวม	504 (100%)

พบว่าทันตแพทย์คาดหวังว่าจะทำงานด้านการให้บริการทันตกรรม จนถึงอายุ 46-50 ปี และ 55-60 ปี เป็นส่วนมาก

ตารางที่ 3.5 ความคาดหวังเกี่ยวกับอายุที่จะเลิกให้บริการทันตกรรมเทียบกับอายุงาน

อายุที่(คาดว่า) จะเลิกให้บริการทันตกรรม	อายุงานของผู้ตอบ (ปี)			
	ต่ำกว่า 10 ปี	11-20 ปี	21-30 ปี	30 ปีขึ้นไป
40-45 ปี	91	7	0	0
46-50 ปี	104	46	3	0
51-55 ปี	20	37	17	0
55-60 ปี	65	43	43	3
60 ปีขึ้นไป	3	7	10	6

ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าทันตแพทย์ที่มีอายุงานน้อย (ต่ำกว่า 10 ปี) คาดการณ์ว่าจะทำงานถึงอายุ 50-55 ปี แต่ทันตแพทย์ที่มีอายุงานมาก (11-30 ปี) กลับคาดว่าจะทำงานถึงอายุ 60 ปี

_____บทที่ 3 ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีต่อทันตแพทย์ภาคเอกชนไทย

ตารางที่ 3.6 จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการทันตกรรมในหนึ่งสัปดาห์เทียบกับอายุงาน

จำนวนชั่วโมง ที่ให้บริการทันตกรรม ในหนึ่งสัปดาห์	จำนวนผู้ตอบ (คน)			
	อายุงาน ต่ำกว่า 10 ปี	อายุงาน 11-20 ปี	อายุงาน 21-30 ปี	อายุงาน 30 ปีขึ้นไป
น้อยกว่า 20 ชั่วโมง	25	20	12	3
20-30 ชั่วโมง	62	22	14	4
31-40 ชั่วโมง	98	19	22	1
41-50 ชั่วโมง	51	33	13	0
51-60 ชั่วโมง	50	29	7	0
60 ชั่วโมงขึ้นไป	10	14	3	0

ทันตแพทย์ที่เริ่มทำงานรวมถึงกลุ่มที่ทำงานมาต่ำกว่า 10 ปี ส่วนมากจะทำงานบริการประมาณ สัปดาห์ละ 31-40 ชั่วโมง ส่วนทันตแพทย์ที่จบมานาน (อายุการทำงาน 11-20 ปี) มีการทำงานบริการเฉลี่ย สัปดาห์ละ 41-60 ชั่วโมง ควรจัดกลไกให้ทันตแพทย์กลุ่มที่ทำงานต่ำกว่าค่าเฉลี่ยซึ่งเป็นกลุ่มที่อายุการทำงาน ต่ำกว่า 10 ปี ซึ่งมีความพร้อมทั้งในเชิงความรู้ ความสามารถและความพร้อมของร่างกาย มาเข้าร่วมจัด บริการเพิ่มเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนอุปทานของทันตบุคลากรได้

ตารางที่ 3.7 ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงที่ใช้ทำกิจกรรมต่างๆ ตามลักษณะงานของทันตแพทย์

กิจกรรมที่ทำ/ลักษณะงานของทันต แพทย์	ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงที่ให้บริการทันตกรรมต่อสัปดาห์		
	ทันตแพทย์ ภาครัฐ (157ราย)	ทันตแพทย์ ภาครัฐ ที่ทำคลินิก เอกชนด้วย (159ราย)	ทันตแพทย์ ภาคเอกชน (183ราย)
ให้บริการทันตกรรม	32.43	38.17	47.24
ประชุม/บริหารงานสายทันตแพทย์	3.04	3.9	0.62
ทำงานอื่นนอกเหนืองานทันตกรรม	2.53	3.1	1.57

ทันตแพทย์ภาคเอกชนมีชั่วโมงการให้บริการทันตกรรมต่อสัปดาห์เฉลี่ยสูงกว่าทันตแพทย์ภาครัฐ ที่ ต้องแบ่งเวลาไปทำงานบริหารอื่นๆด้วย ทันตแพทย์ในภาคเอกชนมีชั่วโมงทำงานในการให้บริการทันตกรรม สูงกว่าทันตแพทย์ ภาครัฐประมาณร้อยละ 50 และพบว่าทันตแพทย์ภาครัฐที่ทำคลินิกเอกชนมีชั่วโมงการให้

บริการสูงกว่าทันตแพทย์ที่ทำงานเฉพาะแต่ในภาครัฐ ประมาณร้อยละ 20 ดังนั้นการเปิดโอกาสให้ทันตแพทย์
ภาครัฐทำคลินิกเอกชนได้เป็นการเพิ่มผลผลิตของทันตแพทย์ภาครัฐได้ระดับหนึ่ง

ตารางที่ 3.8 สัดส่วนงานที่ให้บริการ (ได้รับคำตอบในข้อนี้ 524 ชุด)

งานที่ให้บริการ	จำนวนผู้ตอบ(คน)และค่าร้อยละ
ทันตกรรมทั่วไป	371 (70.8%)
ทันตกรรมเฉพาะทาง (สาขาที่ได้ไปศึกษาต่อ)	103 (19.7%)
ทันตกรรมเฉพาะทาง (สาขาที่ไม่ได้ไปศึกษาต่อ)	50 (9.5%)
รวม	524 (100%)

การให้บริการกว่าร้อยละ 70 ที่ทันตแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชนให้บริการคืองานทันตกรรมทั่วไป ซึ่ง
ได้แก่งานประเภท ทันตกรรมหัตถการ ทันตศัลยศาสตร์ (รวมถึงการผ่าตัดฟันคุด) งานรักษาโรคเหงือกอักเสบ
และโรคปริทันต์ และงานทันตกรรมประดิษฐ์ และเป็นที่น่าสนใจว่าในกลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดมีทันต
แพทย์เฉพาะทางถึง 117 คนแต่สัดส่วนการให้บริการส่วนมากก็ยังเป็นงานทันตกรรมทั่วไป ข้อมูลที่ได้พบ
ว่ามีการให้บริการเฉพาะทางในสาขาที่ไม่ได้ศึกษาต่อเพียงร้อยละ 9.5 ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าการตีความหมายของ
คำว่าเฉพาะทางแตกต่างกันในทันตแพทย์แต่ละคน(เช่นทันตแพทย์บางส่วนอาจตีความว่า งานทันตกรรม
ประดิษฐ์ทุกประเภทเป็นงานทันตกรรมเฉพาะทาง ในขณะที่บางส่วนอาจตีความว่า เฉพาะงานทันตกรรม
ประดิษฐ์ชนิดที่ไม่ได้เรียนในหลักสูตรปริญญาตรี เท่านั้น จึงถือเป็นงานเฉพาะทาง) ขึ้นกับช่วงเวลาการศึกษาใน
คณะทันตแพทย์และการกำหนดขอบเขตของหลักสูตรในช่วงที่ทำการศึกษา

_____บทที่ 3 ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีต่อทันตแพทยภาคเอกชนไทย

ตารางที่ 3.9 จำแนกประเภทของทันตแพทย์ผู้ให้บริการทันตกรรมเฉพาะทาง (103 ราย)

ลักษณะงานของทันตแพทย์	จำนวนทันตแพทย์เฉพาะทางผู้ตอบ(คน) และค่าร้อยละ
รับราชการอย่างเดียว	12 (11.4%)
คลินิกเอกชนอย่างเดียว	40 (38.8%)
รับราชการและทำงานคลินิกเอกชน	51 (49.5%)

การรักษาเฉพาะทางครึ่งหนึ่งให้บริการโดยทันตแพทย์ในภาคราชการที่ทำงานในคลินิกเอกชนด้วย ทั้งนี้ทันตแพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานในภาครัฐ ดังนั้นการที่ทันตแพทย์เฉพาะทางเพิ่มการทำงานในช่วงเย็นในคลินิกเอกชนจึงเป็นการเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 3.10 จำนวนผู้ป่วย OPD ที่ให้บริการ (เฉพาะผู้รับราชการและทำงานบริการมากกว่าร้อยละ 70 ของเวลาทั้งหมด)

จำนวนผู้ป่วย ที่ให้บริการ	จำนวนทันตแพทย์ผู้ตอบ (คน)		
	OPD เช้า	OPD บ่าย	Extend OPD
1-10 คน	170	203	75
11-15 คน	35	12	10
มากกว่า15 คน	52	12	4

จากข้อมูลพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการต่อช่วงเวลาจะใกล้เคียงกันคือมีจำนวนผู้ป่วย 1-10 คนมากที่สุด อย่างไรก็ตาม OPD เช้าในหลายสถานบริการของรัฐจะรับผู้ป่วยมากกว่า 15 คนในช่วงเช้า อาจเป็นการรับผู้ป่วยใหม่ ในขณะที่ผู้ป่วย OPD บ่ายและผู้ป่วย extend OPD จะมีจำนวนเฉลี่ยน้อยกว่า OPD เช้า อาจเนื่องจากช่วงบ่ายและ Extended OPD เป็นช่วงที่ทันตแพทย์จะกันไว้เพื่อทำผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยนัด ในขณะที่ OPD เช้าทำตามความต้องการหลักของผู้รับบริการ Chief complaint ที่มักจะเป็นงานพื้นฐาน ได้แก่ อุด ขูดหินปูน และถอนฟัน

ตารางที่ 3.11 ลักษณะการจ่ายค่าตอบแทนของสถานพยาบาล (เฉพาะทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกนอกเวลาราชการ ของรัฐหรือคณะทันตแพทยศาสตร์ มีผู้ตอบแบบสอบถาม 210 ชุด)

ลักษณะการจ่ายค่าตอบแทนของสถานพยาบาล	จำนวนทันตแพทย์ผู้ตอบ (คน) และค่าร้อยละ
ได้ค่าตอบแทนตามจำนวนผู้ป่วย	144 (68.57%)
ได้ค่าตอบแทนตามจำนวนชั่วโมงที่ทำงาน	56 (26.67%)
อื่นๆ	10 (4.76%)
รวม	210 (100%)

พบว่า มีสถานบริการเป็นจำนวนมากที่เล็งเห็นถึงการสร้างแรงจูงใจให้แก่ทันตแพทย์ในการให้บริการด้วยการจ่ายค่าตอบแทนในระบบ Fee For Service เพื่อจูงใจให้ทันตแพทย์เพิ่มปริมาณงานหัตถการที่ทำโดยไม่มีกำหนดเพดานการจ่าย การจ่ายค่าตอบแทนในระบบนี้มักจะใช้ในคลินิกนอกเวลาราชการ และคลินิกพิเศษของคณะทันตแพทยศาสตร์ (ภาคเอกชนการจ่ายค่าตอบแทนมักจ่ายเป็นสัดส่วนกับรายรับที่ได้จากการให้บริการซึ่งจะสูงมากกว่า)

ตารางที่ 3.12 รายได้จากการทำงานในคลินิก

รายได้ต่อเดือน	จำนวนผู้ตอบ (คน) และค่าร้อยละ
1,000 – 5,000 บาท	16 (3.8%)
7,501 – 10,000 บาท	58 (13.6%)
25,000 – 50,000 บาท	182 (42.5%)
75,000 – 100,000 บาท	117 (27.4%)
100,000 – 250,000 บาท	5 (1.2%)
250,000 – 500,000 บาท	45 (10.5%)
500,001 – 1,000,000 บาท	4 (1%)

รายได้ของทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกเอกชน จะอยู่ในช่วง 25,000 – 50,000 บาท ส่วนผู้ตอบที่มีรายได้ต่ำกว่า 25,000 บาท พบว่าส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์ภาครัฐที่ทำคลินิกนอกเวลาราชการหรือทำคลินิกเอกชนในช่วงเย็นกับวันเสาร์หรือวันอาทิตย์ (รายได้นี้ไม่ได้รวมเอาเงินเดือนที่ได้รับจากภาครัฐ)

_____บทที่ 3 ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีต่อทันตแพทยภาคเอกชนไทย

ตารางที่ 3.13 ค่าเฉลี่ยการลงทุนในคลินิกทันตกรรมเอกชน (ผู้ตอบแบบสอบถามด้วยค่าโดยประมาณ)

รายการ	ค่าเฉลี่ย(บาท)
ค่าอาคารสถานที่	1,950,000
ค่าตกแต่งคลินิก	440,000
ค่ายูนิตและเครื่องมือ	580,000
ค่าไฟฟ้าและน้ำประปา	4,500
เงินเดือนผู้ช่วย	5,500
ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด	10,000
ค่าวัสดุทันตกรรม	9,7000

ค่าลงทุนอาคารสถานที่, ค่าตกแต่ง, ค่ายูนิตทันตกรรมและเครื่องมือทันตกรรมที่แสดงในตาราง เป็นค่าเฉลี่ยต่อการลงทุนต่อ 1 Unit ทันตกรรม ส่วนค่าใช้ไฟฟ้า ประปา วัสดุทันตกรรม ค่าใช้จ่ายเบ็ดเตล็ด เป็นค่าใช้จ่ายรายเดือน เงินเดือนผู้ช่วย เป็นค่าใช้จ่ายเฉลี่ยรายเดือนต่อคลินิก

ตารางที่ 3.14 ผลกระทบต่อการจัดบริการในสถานการณ์ต่างๆ

ผลกระทบ/สถานการณ์	จำนวนผู้ตอบ(คน)		
	วิกฤตการณ์เศรษฐกิจ 2540	การใช้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า	การลดอัตราดอกเบี้ย 2544
จำนวนผู้ป่วยโดยรวมลดลง	182	133	146
จำนวนผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงลดลง	60	18	61
จำนวนผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงลดลงและผู้ป่วยทั่วไปเพิ่มขึ้น	26	20	18
จำนวนผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง	73	155	122
จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	21	62	24
อื่นๆ (ไม่ตอบ)	181	151	173

ผลกระทบของวิกฤตการเงิน - 2540 ทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลงมีผลชัดเจน เช่นเดียวกับการลดดอกเบี้ย - 2544 มีผลต่อการลดลงของจำนวนผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเหตุการณ์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง ทั้ง 2 กรณีดังกล่าวข้างต้นมีผลต่อการลดลงของเหตุการณ์ที่มีค่าใช้จ่ายสูงอย่างชัดเจน ส่วนในสถานการณ์การประกาศใช้นโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้ป่วยไม่มากนัก เมื่อเปรียบเทียบกับวิกฤตการณ์เศรษฐกิจเมื่อพ.ศ.2540

ตารางที่ 3.15 ผลกระทบของนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการจัดบริการทันตกรรมในภาคเอกชน

ผลกระทบ	จำนวนผู้ตอบ(คน)
จำนวนผู้ป่วยโดยรวมลดลง	121
จำนวนผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงลดลง	14
จำนวนผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงลดลง และผู้ป่วยทั่วไปเพิ่มขึ้น	7
จำนวนผู้ป่วยไม่เปลี่ยนแปลง	144
จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น	24
อื่นๆ (ไม่ตอบ)	65

ในภาคเอกชนการลดลงของผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน เนื่องจากช่วงระยะเวลาการส่งแบบสอบถาม(ธค 44-มี.ค.45) เป็นระยะเริ่มต้นของนโยบายประกันสุขภาพ เป็นที่น่าสังเกตว่า นโยบายประกันสุขภาพกระตุ้นให้มีความตื่นตัวของประชาชนในบางกลุ่มให้สนใจเรื่องการดูแลสุขภาพฟัน เพราะมีผู้ตอบว่าผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 24 ราย ซึ่งมากกว่าการลดลงของหัตถการที่มีค่าใช้จ่ายสูง อาจเป็นไปได้ว่ามีผู้ป่วยใหม่มารับบริการมากขึ้น

ผลการศึกษาจากแบบสอบถามทันตแพทย์ทั่วประเทศถึงประเด็นคำถามต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ทำให้ทราบถึงลักษณะของการทำงานทันตแพทย์ผู้ตอบแบบสอบถาม ในแง่ของอายุงาน,อายุที่คาดว่าจะเลิกให้บริการทันตกรรม,จำนวนชั่วโมงที่ให้บริการทันตกรรมต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ยังได้ทราบถึงการกระจายของทันตแพทย์เฉพาะทางในภาครัฐและเอกชน,ประเภทของงานทันตกรรมที่ให้บริการ,ปริมาณผู้ป่วยที่ให้บริการต่อวัน,รายได้รวมทั้งลักษณะการจ่ายค่าตอบแทนจากการให้บริการ

จากประเด็นคำถามเหล่านี้ ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งทันตแพทย์กลุ่มที่ให้บริการทั้งในภาครัฐและเอกชน ซึ่งเมื่อนำมาผนวกกับคำตอบจากแบบสอบถามที่ถามถึงปัจจัยที่มีผลต่อจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ทำให้ผู้วิจัยสามารถมองเห็นถึงแนวโน้มและความเป็นไปได้ในการดำเนินกลยุทธ์ให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการทันตกรรมตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น พร้อมทั้งสามารถใช้ข้อมูลในส่วนนี้เป็นพื้นฐานในการสร้างกรอบในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารซึ่งจะได้แสดงผลในบทที่ต่อไป

บทที่ 4

การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพแบ่งเป็นการศึกษาความเห็นของผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในภาครัฐ และภาคเอกชนในพื้นที่จังหวัดเป้าหมาย รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้บริหารนโยบายสาธารณสุข

การสัมภาษณ์ในพื้นที่จังหวัดเป้าหมาย

บริบทของจังหวัด

เนื่องจากบริบทเป็นส่วนสำคัญในการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนั้นการศึกษานี้จึงนำเสนอบริบทส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกับการศึกษา ได้แก่ จำนวนประชากร, จำนวนทันตบุคลากร, จำนวนสถานบริการที่ให้บริการทันตกรรม, เศรษฐกิจโดยรวมของจังหวัด, จำนวนประชากรผู้ขึ้นทะเบียนบัตรทอง, ภูมิสัมพันธ์ของทันตบุคลากรภาครัฐ / ภาคเอกชนซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการรวมตัวเพื่อต่อรองในการสร้างเครือข่ายระบบบริการ, ลักษณะการจัดบริการของ ทันตแพทย์ภาคเอกชน, ผลกระทบของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อทันตบุคลากรภาครัฐ, ผลกระทบที่มีต่อทันตบุคลากรภาคเอกชน โดยจะนำเสนอลักษณะหลักของบริบทดังกล่าวในตารางที่ 4.1 พร้อมทั้งอธิบาย ลักษณะทางโครงสร้างดังกล่าวของจังหวัดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสมควรนำเข้ามาพิจารณาในการศึกษาครั้งนี้ โดยแยกพิจารณารายจังหวัดดังนี้

ตารางที่ 4.1 บริบทของจังหวัดที่ทำการศึกษา

บริบท/จังหวัด	สระบุรี	อุบลฯ	จันทบุรี	ร้อยเอ็ด	กทม.	ตรัง	เชียงใหม่
ปริมาณผู้ขึ้นทะเบียนบัตรทอง	423,418	1,340,952	392,930	1,230,804	NA	521,555	990,452
ทันตแพทย์ภาคเอกชน	22	22	16	4	NA	14	59
ทันตแพทย์ภาครัฐ	36	63	55	33	95	35	197
ทันตภิบาล	48	73	40	61	23	27	65
คลินิกเอกชน	14	24	19	13	NA	11	48
สถานบริการของรัฐ	13	23	108	230	61	11	74
ร.พ. รัฐ	3	3	12	17	8	1	11
ประชากร (1999)	614,267	1,779,752	499,849	1,319,589	5,726,203	596,673	1,600,850
ทพ.สธ./ประชากร	186,614.15	32,958.37	17,236.17	36,655.25	78,441.14	21,309.75	34,060.64
ทพ./ประชากร	17,062.97	29,176.26	7,040.12	35,664.56	NA	12,177	29,106.36
GPP per capita (1997)	126,098	25,928	54,992	23,096	254,791	44,518	57,015
ปฏิสัมพันธ์ทันตแพทย์ ภาครัฐ-เอกชน	NA	NA	มีกิจกรรม บำเพ็ญ สาธารณ ประโยชน์ ร่วมกัน	ไม่มีกิจกรรม ใดๆร่วมกัน	NA	มี กิจกรรม การประชุม	NA

สระบุรี – เป็นจังหวัดที่อยู่ในเขตอุตสาหกรรมมีโรงงานอุตสาหกรรมหลายแห่งโดยเฉพาะโรงงานปูนซีเมนต์ในพื้นที่ทำให้มีประชากรที่เป็นกลุ่มที่ใช้สิทธิการรับบริการสุขภาพในกองทุนประกันสังคมเป็นจำนวนมาก ทันตแพทย์จังหวัดสระบุรีมีความคุ้นเคยต่อการทำสัญญาเพื่อให้บริการโดยมีประสบการณ์การทำสัญญาจัดบริการกับโรงงานในจังหวัด ทันตแพทย์ภาคเอกชนผู้เข้าร่วมประชุมให้ข้อมูลว่ารับเป็นคู่สัญญาและจัดบริการทันตกรรมตามราคาที่เป็นที่พอใจทั้งฝ่ายคลินิกทันตแพทย์และฝ่ายสวัสดิการของโรงงาน รายรับที่ได้รับจากการจัดบริการกลุ่มนี้คิดเป็น ร้อยละ 20-30 ของรายรับจากการให้บริการทั้งหมด ทันตแพทย์ภาคเอกชนในจังหวัดสระบุรี จะสอบถามราคาการให้บริการของกันและกันเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการคิดอัตราค่าบริการเสนอให้กับบริษัท จากการศึกษาไม่พบการรวมตัวกันของกลุ่มทันตแพทย์ภาคเอกชนเพื่อต่อรองราคาค่าบริการกับโรงงานอย่างเป็นทางการ แม้ว่าทันตแพทย์กลุ่มนี้มีความคุ้นเคยกันดีก็ตาม

ภาครัฐ – เนื่องจากสระบุรีมีโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งได้รับผลกระทบจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่จ่ายงบประมาณตามจำนวนประชากร ดังนั้นทัศนคติของทันตแพทย์ที่ทำงานที่โรงพยาบาลศูนย์จะเป็นทัศนคติในเชิงลบต่อโครงการนี้ เนื่องจากไม่คุ้นเคยกับการต้องดูแลพื้นที่และทำงานเชิงรุก งบประมาณที่จ่ายตามจำนวนประชากรน้อยกว่างบประมาณที่เคยได้รับ ข้อมูลจากภาครัฐพบว่าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้มีผู้รับบริการที่โรงพยาบาลรัฐเพิ่มมากขึ้น ทันตแพทย์เฉพาะทางที่ต้องให้บริการผู้ป่วยทันตกรรมทั่วไป และการทำงานอนามัยโรงเรียนและงานเชิงรุกต่างๆยังอยู่ในระยะต้น อย่างไรก็ตามไม่มีผู้กล่าวถึงปัญหาที่เกิดจากการร้องเรียน ทันตแพทย์ภาคเอกชนที่สระบุรีมีข้อเสนอที่น่าสนใจเกี่ยวกับการทำสัญญาแบบ MOU เพื่อจัดบริการเฉพาะกลุ่มที่รัฐไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง

ร้อยเอ็ด – เป็นจังหวัดที่มีประชากรต่อบุคลากรมาก และมีคลินิกทันตกรรมน้อยมากเมื่อเทียบกับประชากร ทั้งนี้อาจเนื่องจากจังหวัดร้อยเอ็ดเป็นจังหวัดที่เศรษฐกิจอยู่ในกลุ่มปานกลางค่อนข้างต่ำ กล่าวคือรายมีผลิตภัณฑ์มวลรวมระดับจังหวัด เป็นอันดับที่ 33 ของประเทศ และมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนเท่ากับ 5,987 บาทต่อเดือน ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจดังกล่าว อาจเป็นเหตุให้ขาดแรงจูงใจในการเปิดคลินิกทันตแพทย์เอกชน ส่วนความสัมพันธ์ในกลุ่มทันตแพทย์นั้น จากการศึกษา ไม่พบการเรียกประชุม หรือการทำการกรรมากรรมร่วมกันระหว่างทันตแพทย์ภาครัฐกับภาคเอกชน อีกทั้งไม่พบการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ในทันตแพทย์ภาคเอกชนด้วยกัน อาจเนื่องจากภาระงานที่ค่อนข้างมาก

ภาครัฐ – โรงพยาบาลจังหวัดมีการเปิดคลินิกนอกเวลาราชการ โดยมีทันตแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนเป็นผู้ให้บริการในวันหยุด จากการสังเกตลักษณะสภาพคลินิกพบการเปิดทำการเพียง 1 ยูนิต และมีผู้

มารับบริการไม่มากนัก ทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลจังหวัดทุกคนมีคลินิกทันตกรรมส่วนตัวและให้บริการคลินิกนอกเวลาราชการที่โรงพยาบาลจังหวัดน้อยมาก การบริการทันตกรรมด้านการส่งเสริมป้องกันที่ทีมงานสาธารณสุขจังหวัดเคยดูแลขาดตอนไปในช่วงเปลี่ยนผ่านนโยบายและโรงพยาบาลจังหวัดยังไม่มีมาตรการในการดูแลประชาชนด้านการส่งเสริมป้องกันอย่างชัดเจน ไม่มีข้อมูลแสดงให้เห็นถึงความตื่นตัว การเรียกร้องสิทธิ์และการฟ้องร้องของประชากรที่ร้องเอ็ดแต่จากการสัมภาษณ์ พบว่า ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหรือ ทันตแพทย์เจ้าของคลินิกเอกชน มีความระแวงต่อการร้องเรียนด้านบริการสุขภาพของประชากรจังหวัด ร้องเอ็ดค่อนข้างสูง ทันตแพทย์เอกชนให้ข้อมูลว่าประชาชนที่มาใช้บริการที่คลินิกหลายคนมาเนื่องจากมารับบริการที่ภาครัฐไม่ไหวหรือโดนตัดคิว

อุบลราชธานี – อุบลราชธานี มีจำนวนประชากรเป็นอันดับที่ 3 ของประเทศไทย

มีผลิตภัณฑ์มวลรวมระดับจังหวัดเป็นอันดับที่ 21 ของประเทศ รายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนเท่ากับ 10,267 บาท ต่อเดือน เป็นจังหวัดที่ยังมีความเป็นอยู่ในแบบครอบครัวใหญ่ดังจะเห็นได้จาก มีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.2 คนต่อครัวเรือนซึ่งเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศ

ความสัมพันธ์ของทันตแพทย์ทั้งภาครัฐและภาคทันตแพทย์ภาคเอกชน ไม่มีข้อมูลเรื่องการทำการกิจกรรมหรือการจัดประชุมร่วมกันอีกทั้งไม่มีข้อมูลเรื่องการรวมตัวกันภายในทันตแพทย์ภาคเอกชนอีกด้วย

มีคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชน ที่ได้ทำสัญญารับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมจัดบริการสุขภาพตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีสำหรับเรื่องการเสนอแนะบทเรียนที่ได้รับจากการจัดการร่วมบริการทันตกรรมในคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชน ในการศึกษาครั้งนี้

ภาครัฐ – โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีทันตแพทย์เฉพาะทางหลายสาขาและไม่เคยชินกับการให้บริการแบบโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องทำงานเชิงรุกและทำได้ทุกงาน จากการสอบถามถึงคิวบริการฟันปลอมพบว่าคิวยาวประมาณ 6-8 เดือน อาจเนื่องจากเป็นจังหวัดใหญ่มีผู้ใช้บริการมาก

จันทบุรี – เป็นจังหวัดที่มีเศรษฐกิจโดยรวมดี ประชากรมีรายได้ต่อครัวเรือนเฉลี่ย 15,548 บาทต่อเดือน ประชากรมีอาชีพประมงและเกษตรโดยให้ผลผลิตเท่ากับร้อยละ 25.7 ของรายได้ของจังหวัด ประชาชนชาวจันทบุรียังไม่ค่อยตื่นตัวกับการรักษาสิทธิและการร้องเรียน จากการสอบถามทันตแพทย์ภาคเอกชนพบว่างานส่วนมากที่ให้บริการได้แก่ อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย อย่างไรก็ตามมีบางคลินิกที่ปรับลักษณะการรักษาไปเป็นคลินิกเฉพาะทางเช่น รักษาโรคฟัน ศัลยกรรมช่องปาก โดยรวมทันตแพทย์จังหวัดจันทบุรีรู้จัก

กันดีทั้งทันตแพทย์ภาครัฐและทันตแพทย์ภาคเอกชน พบการตั้งชมรมทันตแพทย์จังหวัดจันทบุรีและเคยมีการร่วมกันให้บริการเพื่อสาธารณะประโยชน์วันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ 21 ตุลาคม

ภาครัฐ – โรงพยาบาลพระปกเกล้าเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิที่ได้รับผลกระทบด้านงบประมาณเช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์สระบุรี อย่างไรก็ตามนโยบายบริหารงบประมาณของโรงพยาบาลเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางดังนั้นโรงพยาบาลยังคงจ่ายค่าตอบแทนและให้บริการเช่นเดียวกับก่อนเข้าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทันตแพทย์ของโรงพยาบาลพระปกเกล้าอยู่ในช่วงลาศึกษาต่อ 2 คนทำให้การบริการทำได้จำกัดเนื่องจากมีทันตแพทย์เฉพาะทาง 3 คนจากทันตแพทย์ที่มีทั้งหมด 2 ? คน ได้แก่เฉพาะทางเด็ก เฉพาะทางศัลยศาสตร์ช่องปากและเฉพาะทางรักษารากฟัน เมื่อต้องรองรับปริมาณผู้ป่วยที่มากขึ้นก็ยังคงทำได้จำกัด และยังไม่มีแนวทางการทำงานส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กนักเรียน

อย่างไรก็ตามที่จันทบุรีนี้มีการเปิดคลินิกบริการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีศูนย์ทันตกรรม 3 ศูนย์ให้บริการโดยทันตแพทย์และทันตภิบาล จากข้อมูลที่ได้คลินิกทันตกรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยเฉพาะคลินิกนอกเวลาเป็นที่นิยมของประชาชนผู้ให้บริการ และสามารถรองรับผู้ป่วยได้ประมาณใกล้เคียงกับโรงพยาบาลจังหวัดอาจเพราะผู้ให้บริการคือทันตภิบาลที่ทำงานไม่ซับซ้อนใช้เวลาไม่มากเท่าทันตแพทย์ ทำให้บริการประชาชนเสริมโรงพยาบาลพระปกเกล้าได้เพิ่มขึ้น

ตรัง – แม้ว่าตรังจะเป็นจังหวัดท่องเที่ยวที่เพิ่งได้รับความนิยมในระยะไม่กี่ปีที่ผ่านมา แต่รายได้ส่วนใหญ่ของจังหวัดถึงร้อยละ 45.5 ก็ยังมาจากภาคการเกษตรรายรับต่อครัวเรือนเท่ากับ 12,973 บาท ต่อเดือน

จังหวัดตรัง เป็นจังหวัดที่มีองค์กรทันตแพทย์ภาคเอกชนที่รวมตัวกันอย่างเหนียวแน่น มีการประชุมเพื่อกำหนดราคากลางของค่าบริการพยาบาลทันตกรรม มีกิจกรรมเพื่อสาธารณะประโยชน์ร่วมกัน

โรงพยาบาลจังหวัดตรังเป็นโรงพยาบาลที่มีฝ่ายทันตกรรมที่ทันสมัย มีลักษณะทางกายภาพในการจัดบริการที่ดีมากแห่งหนึ่งของประเทศและมีทันตแพทย์ 10 คน ทันตแพทย์หลายคนของโรงพยาบาลจังหวัดให้ข้อมูลว่ารับราชการอย่างเดียวโดยทำคลินิกนอกเวลาราชการในโรงพยาบาล อาจช่วยเพิ่มปริมาณการจัดบริการประชาชนได้ส่วนหนึ่งและทันตแพทย์หัวหน้าคลินิกทันตกรรมให้ข้อมูลถึงการที่ไม่มีคิวการรับการรักษาโดยเฉพาะการใส่ฟันปลอม ผู้ป่วยสามารถใส่ฟันได้ โดยไม่ต้องรอคิว

เชียงใหม่-เชียงใหม่เปรียบเสมือนศูนย์กลางของภาคเหนือ มีระบบการให้บริการสาธารณสุขที่มากมายและซับซ้อนโดยเฉพาะในอำเภอใหญ่ มีโรงพยาบาลและคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชนจำนวนมาก

เชียงใหม่ เป็นจังหวัดที่มีประชากรเป็นอันดับที่ ห้าของประเทศ รายได้หลักของจังหวัดมาจากผลิตผลด้านบริการ ในขณะที่อุตสาหกรรม และการเกษตร ทำรายได้ให้กับจังหวัดเชียงใหม่ เป็นอันดับสองและสาม ตามลำดับ รายรับต่อครัวเรือนเท่ากับ 10,379 บาท ต่อเดือน

เนื่องด้วยการที่มีระบบบริการสาธารณสุขที่ซับซ้อน ปฏิสัมพันธ์ของทันตแพทย์ในจังหวัด จึงไม่พบข้อมูลที่ชัดเจน ในการศึกษาครั้งนี้

จังหวัดเชียงใหม่ เป็นจังหวัดที่มีโรงพยาบาลเอกชนที่มีแผนกทันตกรรม เข้าร่วมจัดบริการตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นจำนวนมาก ซึ่งได้รับทราบประเด็นการแบ่งรายได้ให้กับทันตแพทย์ที่เป็นพนักงานของโรงพยาบาลในการรักษาผู้ป่วยที่ใช้บริการในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นอกจากนี้ ยังพบว่า สัดส่วนของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบต่อโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่โดยเฉพาะในเขตอำเภอเมือง ยังคงค่อนข้างน้อย ทำให้การทำสัญญาเพื่อให้ภาคเอกชนช่วยรับผิดชอบผู้ป่วยทันตกรรมจึงเป็นไปได้ยาก

ผลการศึกษา

แบ่งผลการศึกษาออกเป็นประเด็นต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการทันตกรรมร่วม รัฐ-เอกชน ดังนี้

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของทันตแพทย์ภาคเอกชน

ประเด็นเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายฯ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่ทันตแพทย์ภาคเอกชน จะเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมหรือไม่ เนื่องจากลักษณะของการได้ข้อมูลเรื่องนโยบายฯ ทันตแพทย์ภาคเอกชนได้รับจากสองแหล่งข้อมูล กล่าวคือ ได้รับจากสื่อหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ เป็นหลัก นอกจากนี้ ยังได้รับข้อมูลจากเพื่อนทันตแพทย์ในจังหวัด หรือคู่สมรสที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลภาครัฐ จากการศึกษาพบว่าทันตแพทย์ภาคเอกชนส่วนใหญ่ มีความเข้าใจในระบบและโครงสร้างของนโยบายฯ เป็นอย่างดี แต่ส่วนที่มักจะทราบไม่ตรงกันก็คือ กิจกรรมในชุดสิทธิประโยชน์ ตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทันตแพทย์ภาคเอกชน ยังได้ข้อมูลในส่วนที่เป็นปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติงานตามโครงการรวมทั้งข้อมูลด้านทัศนคติต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากผู้ป่วยผู้รับบริการที่ไม่พึงพอใจต่อบริการภาครัฐหรือไม่ต้องการรอรับบริการหรือรอเรียกคิวไปรักษาที่คลินิกของตน จากเพื่อน หรือคู่สมรสในภาครัฐ ทันต

แพทย์ภาคเอกชนที่ทำงานภาครัฐและทำคลินิกเอกชนนอกเวลาจะมีข้อมูลเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์และปัญหาที่เกิดขึ้นมากกว่าคนที่ทำงานเอกชนเต็มเวลา

ทัศนคติเกี่ยวกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของทันตแพทย์ภาคเอกชน

ทันตแพทย์ภาคเอกชนที่ได้ทำการสัมภาษณ์ ทุกคน เห็นว่าเป็นนโยบายที่เอื้อประโยชน์ต่อคนส่วนใหญ่ ความเห็นต่อนโยบายแบ่งเป็นหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มที่แสดงความห่วงใยต่อเศรษฐกิจของประเทศหากดำเนินนโยบายนี้ต่อไป กับกลุ่มที่มองว่าเป็นนโยบายที่ควรจะต้องเอื้อประโยชน์เฉพาะผู้ที่ไม่มีกำลังเพียงพอเท่านั้น ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีสมควรช่วยเหลือตัวเอง บางคนเห็นว่าการให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมมากขึ้นทำให้ผู้ด้อยโอกาสเข้าถึงบริการยากขึ้นเนื่องจากผู้ที่มีกำลังในการจ่ายค่าบริการหลายคนเข้ารับบริการตามสิทธิการรักษาในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือเป็นการเบียดบังผู้ด้อยโอกาสกว่า

ในขณะที่ปัญหาต่างๆที่ตามมาเมื่อดำเนินนโยบาย เช่น ปัญหาการให้บริการทันตกรรมเป็นเวลายาวนาน ทันตแพทย์ภาคเอกชนมีความคิดเห็นต่อปัญหานี้แบ่งออกเป็นกลุ่มที่แสดงความรู้สึกเห็นใจทันตแพทย์ภาครัฐที่ต้องทำงานเพิ่มขึ้น กับกลุ่มที่รู้สึกว่าการให้สิทธิในภาครัฐยังไม่เต็มประสิทธิภาพ ทั้งนี้ทัศนคติดังกล่าวขึ้นอยู่กับ ความสัมพันธ์ของทันตแพทย์ในแต่ละจังหวัด

ผลกระทบของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีต่อทันตแพทย์ภาคเอกชน

ทันตแพทย์ภาคเอกชนส่วนใหญ่ที่ให้สัมภาษณ์ ปฏิบัติงานในอำเภอเมือง ซึ่งในภาพรวมแล้วไม่เดือดร้อนจากผลกระทบของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากข้อมูลที่ได้ผู้ป่วยจะลดลงในช่วงแรกของการดำเนินโครงการและปริมาณผู้ป่วยกลับมาสู่สภาพเดิมภายในระยะเวลาอันสั้น ทันตแพทย์เอกชนส่วนหนึ่งให้ข้อมูลว่าคนไข้ในคลินิกเพิ่มขึ้นโดยคาดว่าจะอาจเนื่องจากนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้ประชาชนสนใจดูแลสุขภาพมากขึ้น ในขณะที่การบริการภาครัฐไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอกับความต้องการทำให้ผู้ป่วยที่เสียโอกาสการทำงานเพื่อเดินทางมารับบริการ เปลี่ยนเป้าหมายไปรับบริการที่ภาคเอกชนแทน งานบริการที่ลดลงได้แก่การถอนฟัน ส่วนงานบริการอื่นๆ รวมทั้งการใส่ฟันปลอมฐานอคริลิก ปริมาณผู้ป่วยไม่ต่างจากเดิม (ก่อนประกาศใช้โครงการฯ) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของโรงพยาบาลรัฐที่ให้บริการถอนฟันโดยไม่จำกัดคิว ในขณะที่หัตถการอื่นๆถ้าทำไม่ทันจะให้คิวนัด

ความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมจัดบริการ

ในด้านเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของนโยบายฯ ทันตแพทย์ภาคเอกชนส่วนหนึ่ง แสดงความลำบากใจในการที่จะต้องให้บริการผู้ป่วยสองกลุ่ม (ผู้ป่วยบัตรทอง,ผู้ป่วยปกติ) ในคลินิกของตน เนื่องจากรู้สึกว่าการเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรม จะทำให้ภาพลักษณ์ของคลินิกของตนด้อยลงกว่าเดิม

ทัศนคติต่อสถานบริการของรัฐ ของทันตแพทย์ภาคเอกชน

ประเด็นนี้ เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะค้นหาความเป็นไปได้ในการเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมของคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชน เนื่องจากหากมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสถานบริการที่จะมาเป็นคู่สัญญาแล้ว โอกาสที่จะประกอบการร่วมกัน ย่อมเป็นไปได้ยาก

ทัศนคติดังกล่าวมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัดขึ้นกับความเข้มแข็งขององค์กรทันตแพทย์ในจังหวัดนั้นๆ .ในจังหวัดที่ทันตแพทย์ภาคเอกชนมีความสัมพันธ์อันดีกับทันตแพทย์ภาครัฐ เช่นจันทบุรีทันตแพทย์ภาคเอกชนมีแนวโน้มที่จะเข้าร่วมให้บริการกับภาครัฐ ส่วนจังหวัดที่ความสัมพันธ์รัฐ เอกชนไม่เข้มแข็งและมีความกังวลเกี่ยวกับการร้องเรียนจะมีความกังวลต่อการเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรม

เงื่อนไขและกฎเกณฑ์การเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรม

แบ่งเป็น กฎเกณฑ์ทางการเงิน ด้านการบริหาร และด้านการตรวจสอบ

กฎเกณฑ์ด้านการเงิน ทันตแพทย์ภาคเอกชนให้ความเห็นว่า หากจะเข้าร่วมให้บริการเฉพาะงานบริการส่วนที่รัฐไม่สามารถรองรับปริมาณผู้ป่วยได้ลักษณะการเบิกจ่ายที่น่าจะเป็นไปได้ที่สุดคือ การจ่ายค่าบริการรายกิจกรรม (Fee For Service) โดยมีราคากลางในการเบิกจ่ายที่เป็นที่ยอมรับทั้งสองฝ่าย (negotiate fee schedule) มีระยะเวลาการเบิกจ่ายค่าตอบแทนที่ชัดเจน และไม่นาน นอกจากนี้ เอกสารที่จะต้องกรอกเพื่อส่งเบิก ไม่ควรมีมาก และกระบวนการการเบิกจ่ายที่ไม่ซับซ้อน (เงื่อนไขต่างๆที่สำรวจพบ นับว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม) นอกจากนี้ยังมีการเสนอระบบที่น่าจะเป็นไปได้ในการให้บริการ เช่น การเสนอให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายในการรับบริการในคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชน เรื่องราคาค่าบริการ มีความเห็นว่า ควรมีราคากลาง เพื่อเป็นฐานในการต่อรองระหว่างทันตแพทย์เอกชน กับสถานบริการคู่สัญญา ทันตแพทย์ภาคเอกชนบางส่วนเสนอให้การเบิกจ่ายเป็นไปตามแนวทางของการเบิกจ่ายในระบบประกันสังคม การรับดูแลแบบ Capitation หรือเหมาจ่ายรายหัวประชากรไม่ได้รับความสนใจเนื่องจากชุดสิทธิประโยชน์ครอบคลุมไปถึงงานสร้างเสริมสุขภาพที่คลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชนกลุ่มที่ถูกสัมภาษณ์ไม่ถนัด มีผู้เสนอให้

ทำสัญญาให้บริการในกลุ่มเฉพาะเช่นรับทำฟันปลอมฐานอคริลิกทั้งปาก 100 ปาก ในเวลา 1 ปีและจ่ายงบประมาณแบบ เหม่าจ่ายรายคนไข้ (Per case) โดยแบ่งจ่ายเป็นงวดเพื่อให้บริหารจัดการได้เหมือนการจ่ายเมื่อรับหมาก่อสร้าง โดยเอกชนจะสามารถเกลี้ยเวลาวางเพื่อนัดทำฟันปลอมซึ่งเป็นงานไม่เร่งด่วนได้

กฎเกณฑ์ด้านการบริหาร มีความเห็นหลากหลายเกี่ยวกับการจัดระบบบริหาร ซึ่งล้วนแล้วแต่ต้องการความชัดเจนในการปฏิบัติงานทั้งสิ้น ข้อเสนอที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดได้แก่ การตกลงราคา ชนิดของการบริการ ปริมาณผู้ป่วย ลักษณะการส่งต่อ และการตรวจสอบ โดยทำการตกลงกับสถานบริการภาครัฐ ในราคาที่พึงพอใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย หรือ มีการเสนอรูปแบบการให้บริการโดยให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่าตอบแทนทันตแพทย์ ส่วนภาครัฐรับผิดชอบค่าวัสดุและค่าผลิตฟันปลอม เป็นต้น

กฎเกณฑ์ด้านการตรวจสอบ มีการแสดงความกังวลจากผู้ให้ข้อมูลในเรื่องหากทันตแพทย์ภาคเอกชนมีการเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมแล้ว จะต้องมีการตรวจสอบ ทำให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น มีความคิดเห็นเรื่องความไม่เป็นธรรมที่อาจเกิดขึ้นในการตรวจสอบ มีการเรียกร้องให้มีเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเชื่อถือได้

ตัวอย่างของการตรวจสอบ โรงงานที่ทำสัญญากับคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชน ใช้วิธีการตรวจสอบสองระบบ โดยขั้นต้น จะมีการตรวจชนิดของการรักษาว่าตรงตามที่ส่งเบิกหรือไม่ โดยให้เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ดูแลงานสวัสดิการเป็นผู้ตรวจ นอกจากนี้ ยังมีระบบที่ใช้ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นเงื่อนไขในการต่อสัญญาในปีต่อไป โดยให้พนักงานแสดงความเห็น ร้องเรียน และร่วมพิจารณาคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชนที่เหมาะสมแก่การเป็นคู่สัญญา ส่วนการตรวจสอบของโรงพยาบาลเอกชน ที่ทำสัญญากับคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชน จะใช้วิธีสุ่มตรวจ(โดยนางพยาบาล)ว่าการรักษาตรงกับที่ส่งเบิกหรือไม่

ตัวอย่างคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชนที่กำลังเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรม

การศึกษาในครั้งนี้ พบคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชนจำนวนหนึ่ง ได้ทำสัญญาให้บริการทันตกรรมกับโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมจัดบริการสุขภาพตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โรงพยาบาลเอกชนดังกล่าวไม่มีแผนกทันตกรรม) โดยให้บริการทันตกรรมกับผู้ป่วยในกิจกรรมและราคาค่ารักษาอันเป็นที่พอใจของทั้งสองฝ่าย ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาตามโครงการฯ มีประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งนี้คลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชนที่อยู่ในเงื่อนไขดังกล่าว ทุกแห่ง ไม่มีการตกลงให้บริการใส่ฟันปลอมฐานอคริลิกในสัญญา และจากการศึกษาไม่พบการตรวจสอบจากหน่วยงานของรัฐในเรื่องความครอบคลุมของบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

สำหรับโรงพยาบาลเอกชนที่มีแผนกทันตกรรม แล้วเข้าร่วมจัดบริการตามโครงการฯ พบว่ามีการจำกัดวงเงินการจ่ายค่าตอบแทนให้ทันตแพทย์ในการให้บริการทันตกรรมตามโครงการฯ บางแห่งแยกการจ้างทันตแพทย์ด้วยระบบการจ่ายค่าตอบแทนสองระบบ ทันตแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยปกติ มีการจ่ายค่าตอบแทนเป็นรายกิจกรรม ส่วนทันตแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยบัตรทอง มีการจ่ายค่าตอบแทนเป็นรายเดือน อาจเป็นไปได้ว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลสร้างระบบเพื่อจำกัดงบประมาณที่ใช้ในการบริการทันตกรรมกับกลุ่มผู้มีสิทธิตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยไม่ขึ้นกับความต้องการของผู้รับบริการแต่อย่างใด

ลักษณะการตรวจสอบสิทธิประโยชน์ทันตกรรม

การตรวจสอบความครอบคลุมของการจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ต่อการจัดบริการร่วมรัฐ-เอกชน หากไม่มีระบบตรวจสอบหรือมีระบบตรวจสอบที่ไม่รัดกุมก็จะเป็นการไม่สามารถกระตุ้นให้สถานพยาบาลคู่สัญญามีแรงจูงใจในการทำสัญญากับคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชนให้ร่วมจัดบริการทันตกรรม เนื่องจากการได้รับงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวประชากร (Capitation) ทำให้แรงจูงใจในการให้บริการต่ำ และบริการทันตกรรมเป็นบริการที่ผัดผ่อนได้ทำให้สถานพยาบาลหลายแห่งใช้การเข้าคิวเป็นระยะเวลานาน เป็นการปฏิเสธการให้บริการผู้ป่วย (Long waiting line)

จากการสัมภาษณ์ทันตแพทย์สาธารณสุขจังหวัดที่เกี่ยวข้องพบว่าระบบตรวจสอบของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังอยู่ในช่วงการพัฒนา พบคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชนที่เข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมกับโรงพยาบาลเอกชนแต่ทำสัญญาโดยงดเว้นการให้บริการใส่ฟันปลอมฐานพลาสติกเพราะขั้นตอนการเบิกจ่ายยุ่งยากและรู้สึกไม่คุ้มทุน และโรงพยาบาลเอกชนดังกล่าวก็ไม่มีการทำสัญญาเรื่องการใส่ฟันปลอมฐานอคริลิกกับคลินิกอื่นๆทำให้ประชาชนได้รับบริการไม่ครบตามชุดสิทธิประโยชน์ คณะวิจัย ยังไม่พบมาตรการใดๆที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการกับคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการได้ไม่ครบตามชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้งยังไม่พบว่าสำนักงานสาธารณสุขดำเนินการกับโรงพยาบาลของรัฐที่จัดบริการได้ไม่ครบหรือมีคิวรักษานาน อาจเนื่องจากระบบตรวจสอบยังอยู่ในช่วงการพัฒนาและบทบาทการทำงานของทันตแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเองก็ยังคงอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน ทันตแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยังคุ้นเคยกับการเป็นพี่เลี้ยงมากกว่าการเป็นผู้ตรวจสอบ

การสัมภาษณ์ ความเห็นของ ผู้บริหารนโยบายสาธารณสุข

ผู้กำหนดนโยบายที่ได้ไปเก็บข้อมูล ได้แก่ ศ.นพ.อรุณ เภาสวัสดิ์ ประธานคณะกรรมการชุดสิทธิประโยชน์ ตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า 5 สิงหาคม 2545 และ นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข วันที่ 8 สิงหาคม 2545

ความเห็นของท่านต่อชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรม

นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ยืนยันชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมในปี 2546 ตามชุดสิทธิประโยชน์เดิม ส่วนปัญหาด้านกำลังคนที่ไม่เพียงพอ นพ.สุรพงษ์ ให้ความเห็นว่า จะสามารถแก้ได้ด้วยวิธีการบริหารจัดการ “ในปีงบประมาณ 2546 ยึดตามชุดสิทธิประโยชน์เดิมอยากให้ทุกอย่างนิ่งหากสิทธิประโยชน์ปรับไปมาจะกระทบต่องบประมาณที่จะเป็น *capitation*”

“คงไม่ใช่คิดจะปรับสิทธิประโยชน์ลง คงคิดแก้ไขด้านการบริหารจัดการใหม่ได้อย่างไร ถ้าบอกว่าไม่มีทันตแพทย์ในระบบเครือข่ายของรัฐพอ ถอนฟันก็ไม่ทำ ขูดหินปูนก็ช้า มีทางออกที่จะเอา *resource* ทั้งรัฐและเอกชนที่มีมาใช้”

ทางด้าน ศ.นพ.อรุณ เภาสวัสดิ์ ให้ความเห็นว่าชุดสิทธิประโยชน์ควรครอบคลุมเฉพาะการบริการที่ทันตภิบาลสามารถให้บริการได้ ได้แก่ การอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการบริการอย่างทั่วถึงและไม่กดดันผู้ให้บริการมากเกินไปทั้งด้านงบประมาณและบุคลากร

“ผมคิดถึงความสามารถในการจัดบริการทั่วประเทศ ข้อหนึ่ง ผู้ให้บริการพอไหม ข้อสองงบประมาณพอไหม ถ้าต้องเพิ่ม เพิ่มเท่าใด.... หลายอำเภอยังไม่มียอดฟัน เพราะฉะนั้นอะไรที่ทันตภิบาลทำไม่ได้ ไม่ควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เพราะคนไข้จะต้องคอยคิวยาว เกิดการโกลาหล”

“ฟันปลอม และรักษารากฟันน้ำนม ถ้าสามารถมีหมอฟันเพียงพอ มีงบประมาณเพียงพอ ค่อยรวมในชุดสิทธิประโยชน์ แล้วจึงงบประมาณมาเพิ่ม”

ความคิดเห็นเรื่องการที่จะสร้างเงื่อนไขในการให้บริการ

เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี เห็นว่า เป็นไปได้ในอนาคต

“พอไปถึงจุดหนึ่ง มีเหตุผลที่จะพูดก็ได้ เช่นสูบบุหรี่แล้วป่วยเป็นโรคปอดต้องจ่ายค่ารักษาเอง แต่ช่วงเริ่มต้นถ้าเราออกกฎยับยั้งไปหมด คนจะบอกว่าไอ้นั่นก็ไม่ได้ ไอ้นี้ก็ไม่ได้ แต่พอกฎเรา คุณเข้าใจแล้ว เราค่อยๆเพิ่ม ค่อยๆยับยั้งเงื่อนไขไปเพื่อให้เกิดการ “*Prevention*”

ความเป็นไปได้ในการกัณวเงินงบประมาณทันตกรรมแยกจากงรึกษายาบาล?

นพ. สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี แสดงความเห็นด้วย ในการกัณวเงินงบประมาณทันตกรรมแยกจากงรึกษายาบาล แต่ต้องการตัวเลขข้อมูลที่น่าเชื่อถือในการสะท้อนค่าใช้จ่ายจริงด้านทันตกรรม

“ข้อเสนอของคณะทำงานทีม อ.อัมมารก็เสนอให้แยก แต่เรายังไม่มีข้อสรุปวงเงิน-โดยแยกเหมือนงบค่าใช้จ่ายสูง แต่ถ้าถามว่าอยากให้แยกไหม ผมคิดว่าการแยกย่อยจะช่วยให้การmonitor ค่าใช้จ่ายต่างๆได้ดีขึ้น ปัญหาคือไม่มีใครรู้ว่าค่าใช้จ่ายต่างๆเป็นเท่าไร ดังนั้นหากทันตแพทยสมาคม ทันตแพทยสภาจะช่วย work out ก็ได้ เช่นหัวละ 20, 30 บาทจะได้ capitate ลงไปเลยซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบริหารจัดการ คุณว่าเงินคุ้มหรือเปล่า”

“อยากแยกเงินทันตกรรมออกเป็นก้อน ไม่งั้นกินฟรี ไม่รักษาก็ได้”

“ข้อมูลค่าใช้จ่ายที่มี มีแต่การแพทย์ ที่ผ่านมาพฤติกรรมประชากรต่างกัน ในเขตเมืองอย่างหนึ่ง เขตชนบทอย่างหนึ่ง ระดับรายรับก็ต่างกัน พฤติกรรมการใช้บริการต่างกัน ดังนั้นถ้ามีการคำนวณจะนำมาใช้ได้สู่การคาดการณ์ได้ว่า พอมาสู่การเข้าถึงบริการของสิทธิประโยชน์ทันตกรรมตามนโยบายแล้วมีคนมาใช้บริการเท่าไร ต่อหัวประชากรทั้งหมดเท่าไร? ดังนั้นต้องมีสถิติว่าคนต้องการมาขูดหินปูนทั้งหมดเท่าไรจากประชากร ถอนฟัน อุดฟันเท่าไรจากประชากร ป้องกันเท่าไร”

“ควรมีราคากลางเทียบ โดยแยกเป็นราคาเมืองใหญ่ที่ค่าครองชีพ ค่าที่แพง และเมืองเล็กเป็น guideline ที่จะ negotiate กัน ใน war room DRG ผมจะให้ rate ไปคร่าวๆที่จังหวัดเขาจะไปต่อรองกันเองต่อ

ส่วนทางด้าน ศ.นพ.อรุณ แสดงความกังวลว่า การแบ่งบงทันตกรรมออกมาอย่างชัดเจน จะไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพโดยรวม

“ถ้าให้เอกชนเข้าช่วย หนึ่งหมื่นคน ผมให้ห้าสิบบาทต่อคน เป็นเงินห้าแสนบาทต่อปี ที่นี้ทางแพทย์ดูแลทั้งตัวหนึ่งพันห้าร้อยแปดสิบสองบาท จะพอไหม แต่โดยมากแล้ว incentive แบบ capitation มันน้อยไป อยู่ไม่ได้”

กรณีความเป็นไปได้ในการจัดให้มีการให้บริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชน?

นพ..สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี แสดงความเห็นด้วยอย่างมาก พร้อมทั้งถามถึงพื้นที่ที่มีการใช้ระบบดังกล่าว “ผมอยากเห็นมาก...(เน้นมาก) มีที่ไหนเริ่มทำบ้าง?”

“ความเป็นไปได้ในการเอาเอกชนมาเป็นเครือข่าย ผมอยากเห็น มีพูดมานานมากที่หาผู้ใหญ่ก็เคยพูด ที่...ก็เคยพูด ไม่ต้องเริ่มทีละหลายที่ก็ได้ เริ่มที่คลินิกเดียวและตามผลดูพอใช้ได้ค่อยให้ข้อมูลอื่นๆ เดียวจะได้เข้ามาร่วมกันเอง

ส่วน ศ.นพ.อรุณ เฒ่าสวัสดิ์ แสดงความเห็นที่แตกต่าง โดยคิดว่า การให้มีบริการร่วม จะสร้างความเหลื่อมล้ำในการเข้าสู่บริการแก่ประชากรในเขตเมืองและชนบทที่ห่างไกล มากขึ้น

“ในที่ที่ขาดแคลนหมอพื้นจะทำอย่างไร คนที่จะเดินทางจากอำเภอ ไปจังหวัด หรือระดับอำเภอยังไม่มีหมอพื้น คนเจ็บป่วยยังเลือกรับบริการจากสถานีนามัย...ควรมีข้อมูลว่า มีประชากรเท่าไรที่ต้องการหมอพื้น หมอพื้นยังมาล้นที่ที่อุดมสมบูรณ์...ในภาพรวมถ้าเราให้ (มีการจัดบริการร่วม) ในที่ที่อุดมสมบูรณ์คนไข้ก็จะจ่ายเงินน้อยลง แทนที่จะจ่ายครั้งละ 120-130 ก็ไปจ่าย 30 มันมี pro and con เราเปิดให้มีการจัดบริการร่วมแต่ต้องอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่คุณทำได้จริง ที่มีหมอพื้นพอ ไม่ใช่ทำบ้างไม่ทำบ้าง ให้ไปรอคิวกันนานๆ

“เป็นไปได้ถ้าเอกชนอยากจะเข้าร่วม หลายๆที่เขากลัวจะเสียเกรตร้าน ถ้าเอกชนอยากจะเข้าร่วมผมไม่คิดว่าจะมีปัญหาอะไร เช่นในอนาคต ผมคิดจะรวมร้านขายยา อบรมในการดูแลคนไข้เบื้องต้น แล้วมาแบ่งสัปดาห์ส่วนกัน... แต่ในช่วงนี้เป็นไปไม่ได้ เพราะทุกคนตระหนกตกใจว่าจะเจ๊ง ทางชุมชนเงินลงไปเยอะมากขึ้นแต่ใช้เงินไม่ได้ตามประสงค์เพราะติดขัดเรื่องกฎหมาย

พบว่าผู้กำหนดนโยบายสองท่านมีความเห็นที่แตกต่างกัน เกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ นพ. สุรพงษ์ ยืนยันตามชุดสิทธิประโยชน์เดิมโดยใช้หลักการความต้องการของประชาชนส่วน ศ.นพ. อรุณ คิดว่าควรลดชุดสิทธิประโยชน์ในช่วงแรกเนื่องจากความไม่เพียงพอของผู้ให้บริการในภาครัฐ และภาคเอกชน และจะเป็นอันตรายกับสถานบริการถ้าปฏิบัติตามสัญญาไม่ได้ เกี่ยวกับการตั้งเงื่อนไข รมช.เห็นว่าทำได้ในอนาคต ศ.นพ.อรุณไม่เห็นด้วยเนื่องจากเห็นว่าประชาชนมีความรู้และความพร้อมทางการศึกษาด้านการดูแลสุขภาพอนามัยน้อยเกินไปไม่ควรไปลงโทษเขาด้วยการตัดสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ด้านความเป็นไปได้ในการแบ่งงบประมาณ รมช.อยากให้ทำเพื่อการตรวจสอบส่วนตร. นพ.อรุณกังวลว่าหากแยกแล้วทางแพทย์จะงบประมาณไม่พอ ด้านการเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมของเอกชน นพ.สุรพงษ์อยากให้เกิดในช่วงเวลาปัจจุบัน ส่วน ศ.นพ. อรุณคิดว่าเป็นไปได้ในอนาคตแต่คิดว่าทันตแพทย์ภาคเอกชนอาจไม่ยอมเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมเนื่องจากจ่ายค่าตอบแทนน้อยเกินไป

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในการศึกษานี้ทำได้ค่อนข้างจำกัดเนื่องจากต้องเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่หลากหลายทำให้ไม่สามารถใช้เวลาในแต่ละพื้นที่ได้มากนัก อย่างไรก็ตามลักษณะข้อมูลด้านความเห็นและทัศนคติต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของทันตแพทย์ภาคเอกชนที่ได้ไม่แตกต่างกันมากนัก และจากข้อมูลที่ได้มีความเป็นไปได้ในการจัดบริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชนในประเทศไทย โดยความเป็นไปได้ขึ้นอยู่กับความเปิดกว้างของนโยบาย, ผลการต่อรองเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน และการควบคุมกำกับในแต่ละพื้นที่ที่ทั้งผู้ให้บริการภาคเอกชนและผู้ซื้อบริการพิจารณาว่าเป็นธรรมและเป็นได้จริงภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณที่มี

ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้เกี่ยวข้องในการเข้าใจมุมมองและความกังวลของทันตแพทย์ภาคเอกชนในการเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมบริการได้มากขึ้น

ผู้กำหนดนโยบายที่เลือกศึกษาเป็นผู้มีบทบาทสำคัญยิ่งในการผลักดันโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความเห็นที่ได้แสดงถึงความสนใจในการนำคลินิกทันตแพทย์ภาคเอกชนเข้าร่วมจัดบริการทันตกรรมให้บริการมากระดับหนึ่ง ดังนั้นน่าจะเป็นข้อบ่งชี้ให้มีการเตรียมข้อมูลเพิ่มเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการสร้างเครือข่ายการจัดบริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชนในอนาคต และเตรียมพื้นที่นำร่องเพื่อศึกษาแบบ Participatory Action Research ให้การจัดการบริการร่วมเป็นไปได้จริงอย่างยั่งยืนและเป็นประโยชน์ตามเจตนารมณ์ของโครงการต่อไป

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการจัดบริการทันตกรรมร่วมภาครัฐ-เอกชน เพื่อให้บริการทันตกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ ของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้วิธีการศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ การสำรวจ (เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ) และการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และผู้เกี่ยวข้องทั้งการสัมภาษณ์แบบกลุ่มและสัมภาษณ์เดี่ยว เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำทฤษฎีมาประยุกต์และปฏิบัติ รวมทั้งสังเคราะห์ข้อเสนอแนะสำหรับการนำไปใช้

รูปแบบการเข้าร่วมจัดบริการของภาคเอกชน อาจพิจารณาจากลักษณะการจัดการในเครือข่ายปฐมภูมิ¹ 2 รูปแบบคือ 1) หน่วยบริการเดี่ยวที่ให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน และ 2) เครือข่ายหน่วยบริการที่มีหน่วยคู่สัญญาให้บริการในภาพรวม โดยมอบหมายหน่วยบริการย่อยในพื้นที่ให้บริการบางประเภทกรณีรูปแบบที่ 1 การจัดบริการทันตสาธารณสุขของภาคเอกชน จะผนวกอยู่ในบริการโดยรวมและเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของสถานพยาบาลที่กำหนดไว้ กรณีที่ 2 บริการทันตสาธารณสุขจะต้องทำในลักษณะการทำสัญญาการให้บริการเฉพาะอย่าง ซึ่งจะมีเงื่อนไขอย่างไรขึ้นกับข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลผู้จ้าง และภาคเอกชนคู่สัญญา ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เน้นการหาคำตอบในรูปแบบที่ 2 เป็นหลัก

การจัดบริการร่วมรัฐ-เอกชน เพื่อให้บริการทันตกรรม จะเปิดโอกาสให้ภาครัฐสามารถจัดบริการได้ครอบคลุมประชาชนมากขึ้น จากการทบทวนเอกสารพบว่าหลายประเทศที่มีการประกันสุขภาพจะจัดบริการทันตกรรมแก่ประชาชนโดยการทำสัญญาร่วมบริการรัฐ-เอกชน โดยภาครัฐจะทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการและตรวจสอบคุณภาพและภาคเอกชนเป็นผู้ทำสัญญาให้บริการตัวอย่างประเทศที่ใช้ระบบดังกล่าว ได้แก่ ญี่ปุ่น แคนาดา ฮองกง ไต้หวัน นอกจากนี้ในประเทศที่รัฐให้บริการเป็นหลักเช่น ประเทศออสเตรเลีย เมื่อประสบปัญหาการรอรับบริการทันตกรรมเป็นเวลานาน ก็มีความพยายามลดระยะเวลาการรอรับบริการลงโดยการทำสัญญากับเอกชนให้ร่วมจัดบริการเช่นกัน

¹ หมวด 7 ลักษณะบริการ การจัดเครือข่าย และมาตรฐานด้านต่างๆของหน่วยบริการปฐมภูมิ/ศูนย์สุขภาพชุมชน ใน ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน มกราคม 2545 โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ , 2545

การจัดบริการรัฐ-เอกชน ยังเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาเมื่อคำนึงถึงการลดต้นทุนการผลิต เพราะสัดส่วนการลงทุนที่เป็นต้นทุนคงที่ (อุปกรณ์ สิ่งก่อสร้างและค่าแรง) ในการจัดบริการทันตสาธารณสุขเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าร้อยละ 80 ของการลงทุนทั้งหมด² การคำนึงถึงต้นทุนทำให้ต้องระมัดระวังมากขึ้นหากรัฐจะลงทุนเพิ่มหรือลงทุนใหม่ในพื้นที่ที่มีการจัดบริการโดยภาคเอกชนอยู่หนาแน่นแล้ว เพราะจะเป็นการลงทุนในต้นทุนคงที่ที่มากและซ้ำซ้อน การจัดบริการรัฐ-เอกชนในพื้นที่ลักษณะดังกล่าว จึงน่าจะมีประสิทธิภาพสูงกว่าการลงทุนเองทั้งหมดโดยภาครัฐ

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ 6 จังหวัด พบว่า มีปัจจัยเสริมต่อการจัดบริการรัฐ เอกชน ที่สำคัญคือนโยบาย ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบาย พบว่า มีความเห็นด้วย ในการสร้างให้เกิดการจัดบริการร่วม

การศึกษานี้ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบความหลากหลายของทัศนคติของวิชาชีพที่มีต่อโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและความเห็นต่อการเข้าร่วมบริการมากขึ้น ในภาพรวมแล้วพบว่าบริการทันตกรรมยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชนทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ดังนั้นถึงแม้มีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนยังเข้าไม่ถึงบริการตามสิทธิ อาจเนื่องจากการไม่ทราบสิทธิ ที่พึงได้ นอกจากนี้ ความไม่เพียงพอของการบริการภาครัฐทำให้ประชาชนสมัครใจรับบริการกับภาคเอกชน ทันตแพทย์เอกชนไม่รู้ถึงผลกระทบของโครงการดังกล่าวและไม่กระตือรือร้นในการเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากในหลายพื้นที่มีสัดส่วนทันตบุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชนต่อประชาชนต่ำ ทำให้ทันตแพทย์มีอำนาจต่อรองในการให้บริการสูง สามารถกำหนดนัดและกำหนดราคาค่าบริการได้ ตัวอย่างเช่น การทำฟันปลอมฐานพลาสติกในภาคเอกชนไม่ได้ลดลงทั้งที่เป็นชุดสิทธิประโยชน์และการบริการภาครัฐน่าจะเป็นทางเลือกเสริมให้ประชาชน

อย่างไรก็ตามมีความเป็นไปได้ในการทำสัญญาจัดบริการร่วมรัฐ-เอกชนในกลุ่มทันตแพทย์เอกชนที่เริ่มต้นกิจการใหม่หรือกลุ่มที่ให้บริการผู้ป่วยหลากหลายกลุ่มฐานะ ส่วนในกลุ่มทันตแพทย์เอกชนที่ทำงานมานานระดับหนึ่งและเน้นบริการเฉพาะกลุ่มผู้มีฐานะดีจะไม่อยากเข้าร่วมให้บริการหากเป็นการให้บริการลักษณะทำสัญญา แต่ถ้าเป็นการบริการเพื่อเป็นการตอบแทนสังคม พบว่าทันตแพทย์กลุ่มนี้มีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

² จันทนา อึ้งชูศักดิ์ จเร วิชาไทย ธีรวัช กันตามระ พิศศักดิ์ อังศิริมงคล ชนิษฐ รัตนรังสิมา ต้นทุนและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากในสถานีนอนามัย สำนักพิมพ์ โหลทอง มาสเตอร์พริ้นท์ จำกัด กรุงเทพฯ 2544 สนับสนุนโดย WHO และกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

ลักษณะของการบริการรัฐ-เอกชนที่น่าจะเป็นไปได้สูง

ในพื้นที่ที่มีการวางแผนพัฒนาคนภาครัฐรองรับ และมีกำลังพลภาครัฐพอเพียงต่อการจัดบริการระดับต้น ลักษณะการจัดบริการร่วมภาครัฐ-เอกชนน่าจะเน้นหนักในกิจกรรมที่เกินความสามารถของทันตภิบาล เช่น การรักษาโรคฟันน้ำนม การใส่ฟันปลอมฐานพลาสติก และการผ่าฟันคุด โดยบริการเหล่านี้มักเป็นบริการที่ประชาชนต้องรอรับบริการเป็นเวลานาน

ส่วนในพื้นที่ที่ทันตบุคลากรภาครัฐไม่พอเพียงและมีทันตแพทย์ภาคเอกชนมาก เช่น กรุงเทพฯ, สมุทรปราการ อาจทำสัญญากับทันตบุคลากรภาคเอกชนเพื่อให้บริการทันตกรรมทุกชนิด

ตารางที่ 1 - ข้อเสนอรูปแบบการจัดทำสัญญาการให้บริการทันตกรรมกับภาคเอกชน กับชนิดของการจ่ายค่าตอบแทน

รูปแบบ/ลักษณะการจ่ายค่าตอบแทน	บริการทันตกรรมทุกประเภท	บริการทันตกรรมบางประเภท
จ่ายตามจำนวนการบริการ Fee for service	1. Fee for service กับบริการทันตกรรมทุกประเภท	2. Fee for service กับบริการทันตกรรมบางประเภท
จ่ายตามจำนวนประชากรที่ทำสัญญา Capitation	4. Capitation กับบริการทันตกรรมทุกประเภท	3. Capitation กับบริการทันตกรรมบางประเภท

ลักษณะการ การทำสัญญา ให้ภาคเอกชนร่วมจัดบริการ อาจเป็นแบบ 1) ทำสัญญาการให้บริการทันตกรรม ทุกบริการที่สถานพยาบาลคู่สัญญาไม่สามารถจัดบริการให้ได้ตามเป้าหมาย และจ่ายค่าตอบแทนตามจำนวนการบริการ (fee for service) หรือ 2) ทำสัญญาการให้บริการทันตกรรม เฉพาะบางบริการที่จำเป็น และจ่ายค่าตอบแทนตามจำนวนการบริการ (fee for service) ภายใต้เพดานราคาที่ตกลงกันไว้ เช่นการ ทำฟันปลอมในผู้สูงอายุ หรือ 3) ทำสัญญาการให้บริการทันตกรรมเฉพาะบางบริการที่จำเป็น และจ่ายค่าตอบแทนตามจำนวนประชากร (capitation) เช่นการดูแลทันตสุขภาพของเด็กนักเรียนในโรงเรียน หรือ 4) ทำสัญญาการให้บริการทุกประเภท และจ่ายค่าตอบแทนตามจำนวนประชากร (capitation) การเลือกแบบที่ 1

จะมีความเสี่ยงเรื่องค่าใช้จ่าย เพราะบริการสำหรับผู้ใหญ่เป็นบริการที่มีความหลากหลาย (diversity) สูง มีความจำเป็นต้องได้รับการบริการหลายชนิด ทำให้คาดประมาณค่าใช้จ่ายได้ยาก และอาจจะมีผลไปถึงเรื่องการกระตุ้นความต้องการบริการของผู้ป่วยหรือให้บริการเกินความจำเป็นได้ การเลือกแบบที่ 2 หรือ 3 จะทำให้คาดประมาณค่าใช้จ่ายได้แม่นยำกว่า โดยเฉพาะแบบที่ 3 อาจมีผลทำให้บรรลุเป้าหมายการสร้างสุขภาพได้ดีกว่า อย่างไรก็ตามทั้ง 3 แบบ ต้องการระบบการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่ทางเลือกแบบที่ 4 มีความลำบากในการคิดอัตราค่าตอบแทน เพราะยังไม่มีอัตราที่แน่นอนสำหรับ การให้บริการทันตกรรมทุกประเภท แยกเฉพาะจากบริการสุขภาพ ซึ่งยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติมโดยละเอียด หากต้องการนำการจ่ายค่าตอบแทนระบบนี้มาใช้

นอกจากการให้บริการรัฐเอกชนแล้ว ลักษณะการจ่ายค่าตอบแทนแบบเอกชนหรือการจ่ายค่าตอบแทนตามชนิดของการบริการ ที่ทำในภาครัฐสามารถทำให้เกิดพฤติกรรมการให้บริการที่ต่างกัน โดยการจ่ายค่าตอบแทนตามการให้บริการ จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการให้บริการที่มากกว่า การจ่ายค่าตอบแทนแบบรายเดือน ดังนั้นในพื้นที่ที่ต้องการให้ทันตแพทย์ภาครัฐทำงานมากอาจพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณงานเพื่อกระตุ้นให้ทันตแพทย์ทำงานบริการเพิ่มมากขึ้น และอาจกำหนดสัดส่วนของชนิดงานที่อยากให้ทำมากได้ค่าตอบแทนมากเมื่อเทียบกับชนิดงานอื่นๆ

การบริหารแบบเอกชนในสถานพยาบาลของรัฐ – การจ่ายค่าตอบแทนแบบ จ่ายตามปริมาณงานที่ทำ (PBBS - Performance Based Budgeting System) จะเป็นการเพิ่มผลผลิตให้ทันตแพทย์ภาครัฐได้ระดับหนึ่ง แต่ยังมีจุดอ่อนที่ยังไม่มีระบบ PBBS ที่ใช้ได้กับการทำงานเชิงรุกที่เป็นงานนโยบายสำคัญ นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างทันตแพทย์เอกชน และทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในระดับสถานพยาบาลคู่สัญญา (CUP) จำเป็นจะต้องมีความสัมพันธ์กันในระดับที่สามารถร่วมกันสร้างเครือข่ายบริการได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ตรวจสอบ (ซึ่งอาจจะเป็นทันตแพทย์หัวหน้างานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) กับทันตแพทย์เอกชนผู้ต้องการจะเข้าร่วมทำสัญญาตามโครงการ ก็จำเป็นเช่นกันในการที่จะสร้างความไว้วางใจในการเข้าร่วมโครงการ ศักยภาพในการบริหารของทันตแพทย์ทั้งภาครัฐและเอกชน ความเข้าใจในระบบการเงินการคลังของทันตบุคลากรสังกัดต่างๆ มีความจำเป็นอย่างมากในการบริหารเครือข่ายในการจัดบริการร่วมภาครัฐ เอกชนในอนาคต

อุปสรรคในการจัดบริการร่วม รัฐเอกชน จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ กฎระเบียบ และระบบการประเมินผลการให้บริการ ที่ยังไม่ชัดเจน จากกการเก็บข้อมูลยังไม่พบการลงโทษสถานพยาบาลที่ยังให้บริการไม่ครบตามชุดสิทธิประโยชน์ เนื่องจากการให้บริการทันตกรรมตรวจสอบเองโดยผู้บริโภคนำได้ยากมาก

(information asymmetry) จำเป็นต้องมีระบบการประเมิน ตรวจสอบที่ชัดเจน เพื่อกระตุ้นให้สถานพยาบาลจัดบริการให้ครบตามเจตนารมณ์ของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ปัจจุบันงบประมาณด้านทันตกรรมยังรวมอยู่ในงบรักษาพยาบาล ดังนั้นเมื่อการจัดกฎระเบียบการตรวจสอบยังไม่ชัดเจน สถานบริการจึงไม่มีแรงจูงใจจะส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่ความสามารถในการจัดบริการไม่ทันหรือไม่เพียงพอ นอกจากนี้ การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว ทำให้สถานพยาบาลมีแรงจูงใจที่จะจำกัดเพดานค่าใช้จ่ายด้านต่างๆ รวมทั้งบริการด้านทันตกรรม โดยไม่คำนึงถึงความต้องการในการรับบริการที่แท้จริงของผู้รับบริการ หากระบบงบประมาณแยกงบประมาณทันตกรรมออกจากงบประมาณรักษาพยาบาลทั่วไป และมีเกณฑ์การชี้วัดผลผลิตทางทันตกรรมต่อประชากรที่ต้องการให้เกิดขึ้นชัดเจน จะทำให้การจัดบริการร่วมรัฐเอกชน เป็นไปได้ง่าย และตรวจสอบง่ายขึ้น

สิ่งแวดล้อมที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการทันตกรรมร่วมรัฐ เอกชน ได้แก่ ความไม่แน่นอนของการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบาย และโครงสร้างองค์กร ให้สอดคล้องกับ การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ การปฏิรูประบบราชการ และการกระจายอำนาจ อันส่งผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของผู้ให้บริการภาครัฐ เพราะมองไม่เห็นความมั่นคงในการประกอบวิชาชีพ ทำให้ไม่สนใจในการพัฒนาและการสร้างเครือข่ายระบบบริการ สิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสริมได้แก่ การเปิดโอกาสให้ประชากรเลือกสถานบริการที่จะขึ้นทะเบียนรับบริการ ซึ่งจะดำเนินการบางส่วนในเดือนตุลาคม 2545 และคาดว่าจะดำเนินการเต็มรูปแบบในเดือนตุลาคม 2546 ทำให้สถานบริการอาจมีแรงจูงใจเพื่อสร้างโอกาสทางการตลาดให้กับสถานบริการของตนในด้านความสะดวกในการรับบริการทันตกรรม ซึ่งเป็นบริการที่ประชาชนมีความต้องการในการรับบริการสูง

โดยสรุป การแก้ปัญหาสัดส่วนของผู้ให้บริการทันตกรรมต่อประชากรในประเทศไทยเมื่อมีโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีแนวทางการแก้ปัญหาความไม่สมดุลโดยการลดอุปสงค์ ได้แก่การจำกัดหรือลดชนิดการให้บริการทันตกรรมในชุดสิทธิประโยชน์ลงให้พอเหมาะกับอุปทานภาครัฐที่มี หรือเพิ่มอุปทานโดยเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนที่เป็นอุปทานอีกครั้งหนึ่งของประเทศร่วมจัดบริการ ทั้งนี้ผู้บริหารนโยบายควรให้สัญญาณทางนโยบายให้ชัดเจน

ข้อดี ของการจัดบริการร่วมรัฐ-เอกชน จะสามารถลดปัญหาความครอบคลุมของบริการทันตกรรมที่เกิดจากความไม่เพียงพอของบุคลากรได้ โดยเปิดโอกาสให้ระบบใช้ศักยภาพของทันตแพทย์ภาคเอกชนที่มีอยู่ประมาณครึ่งหนึ่งของประเทศร่วมจัดบริการ รัฐไม่ต้องลงทุนด้านกำลังคนและสถานที่ซึ่งต้องใช้งบประมาณและเวลา เป็นอย่างมากในระยะต้น จากการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณแสดงให้เห็นว่า ทันตแพทย์ภาคเอกชน มีชั่วโมงในการให้บริการมากกว่าทันตแพทย์ภาครัฐ ซึ่งก่อให้เกิดประสบการณ์ในการให้บริการที่มากกว่า

ทันตแพทย์ภาครัฐ นอกจากนี้ ทันตแพทย์เอกชนมีอำนาจในการต่อรองกับผู้รับบริการสูง ทำให้สามารถเลือกบริการประชาชนตามกลุ่มที่ต้องการได้

ข้อพึงระวัง - จะเป็นการเพิ่มงบประมาณในระยะแรกเนื่องจากการเพิ่มปริมาณการบริการที่เดิมประชาชนไม่ได้รับการ ซึ่งรัฐจะต้องให้ความสนับสนุนงบประมาณแก่สถานพยาบาลอย่างเพียงพอ เนื่องจากค่าใช้จ่ายภายในสถานบริการคู่สัญญา (CUP) จะเพิ่มขึ้นจากเดิมที่มีการจำกัดการบริการโดยอ้างความไม่เพียงพอของบุคลากร หากมีเกณฑ์การวัดปริมาณงานด้านทันตกรรมต่อประชากรในแต่ละพื้นที่ โดยมีระบบตรวจสอบที่เข้มแข็ง เช่น มีการตั้งกฎให้ต้องทำสัญญาบริการร่วมกับภาคเอกชน หากรัฐให้บริการทันตกรรมตามเกณฑ์ไม่ได้ หรือมีการระบุบทลงโทษแก่ สถานบริการคู่สัญญา (CUP) ที่ทำงานได้น้อยกว่าเป้าหมาย และสุดท้ายคือควรมีกลไกการควบคุมกำกับที่แม่นยำมีความเที่ยงตรงและเป็นธรรมโดยตรวจสอบทั้งปริมาณและคุณภาพของงานที่ทำ กลไกการตรวจสอบนี้อาจต้องเป็นกลไกร่วมรัฐ เอกชนเพื่อความโปร่งใส การตรวจสอบจะต้องเข้มแข็งทั้งระดับประเทศที่จะต้องตั้งมาตรฐานกลางและระดับภูมิภาคที่จะต้องปรับมาตรฐานให้เหมาะกับระดับจังหวัด

ถึงแม้ว่าประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนจะมีมากจากการจัดบริการร่วมรัฐ-เอกชน แต่ยังต้องการการศึกษาในรายละเอียด เพื่อให้ระบบดังกล่าว เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตอบสนองต่อ เจตนารมณ์ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะถึงการศึกษาที่จำเป็นในการสร้างรากฐานระบบการจัดให้บริการทันตกรรมร่วมภาครัฐ-เอกชน ดังนี้

ศึกษาต้นทุนการจัดบริการเพื่อเป็นข้อบ่งชี้ในการจัดสรรงบประมาณรายหัว (capitation) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทันตกรรม โดยแยกศึกษาในพื้นที่ที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น พื้นที่เขตเมือง เขตชนบท

ศึกษาเกี่ยวกับราคากลางในการจัดบริการทันตกรรมในพื้นที่ต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางระดับชาติ (central guideline) ในการต่อรองราคาการจัดบริการร่วมภาครัฐ-เอกชน

ศึกษาเกี่ยวกับระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการตรวจสอบข้อมูลการให้บริการทันตกรรม เพื่อการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู สุขภาพช่องปาก ในระดับประเทศ

สร้างดัชนีชี้วัด (key performance indicator) ที่จำเป็นต้องใช้ในการตรวจสอบการบริการรัฐ-เอกชน หาความเป็นไปได้ในการจัดให้ทันตภิบาลมีส่วนร่วมในการจัดบริการภาครัฐ-เอกชน

ศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริหารเครือข่าย ขององค์กรทันตแพทย์ในระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถในการบริหารเครือข่ายบริการร่วมภาครัฐ-เอกชนในอนาคต

บริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชนในประเทศไทย: การศึกษาความเป็นไปได้ _____

ดำเนินการตามเค้าโครงที่ได้กล่าวไว้ในบทที่สอง โดยเริ่มจากการปรับนโยบายและกฎระเบียบที่มี เพื่อให้การเข้าถึงบริการทำได้สะดวกขึ้น

สร้างระบบการเข้าถึงข้อมูลด้านสิทธิการรักษาพยาบาลทางทันตกรรมให้แก่ประชาชน

สร้างแม่แบบ หรือตัวอย่างของข้อตกลงในการทำสัญญาการให้บริการร่วมรัฐ-เอกชนที่จะทำให้ประชาชนได้รับบริการตามเจตนารมณ์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่สนับสนุนงบประมาณ อันเป็นปัจจัยที่สำคัญ เพื่อการบรรลุจุดประสงค์ของการวิจัยที่วางไว้ ขอขอบคุณ ทันตแพทยสมาคม ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินงานด้านธุรการต่าง ๆ ขอขอบคุณคณะคณาจารย์ข้อมูลต่างประเทศ อันประกอบด้วย ทพ.ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล, ทพ.สุทธิ เจริญพิทักษ์, ทพ.ญ.อ้อมบุญ บุญธรรม, ทพ.ญ.ภัทราภรณ์ หัสดีเสวี, ทพ.พงศธร ภูทองคำ, ทพ.ญ.วรรณุช เชษฐภักดีจิต, ทพ.ญ.รัชฎากร อิศระพัฒน์พงศ์, ทพ.ไชยพร เทพชาตรี, ทพปรีวันท์ จันทรวงศ์ สำหรับการค้นคว้าข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้

นอกจากนี้ งานวิจัยนี้ยังได้รับความกรุณาจากผู้ร่วมให้ข้อมูลหลาย ๆ ท่าน ดังจะได้กล่าวขอขอบคุณดังนี้

นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ดี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ศ.นพ.อรุณ เผ่าสวัสดิ์ ประธานคณะกรรมการชุดสิทธิประโยชน์ ตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ทันตบุคลากรชาวเชียงใหม่ผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ทันตบุคลากรชาวอุบลราชธานีผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ทันตบุคลากรชาวร้อยเอ็ดผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

ทันตบุคลากรชาวสระบุรีผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ทันตบุคลากรชาวจันทบุรีผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน

งานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

ทันตบุคลากรชาวตรังผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน