

การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการทางทันตกรรม
ในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค : กรณีศึกษา 1 ใน 15 จังหวัด
ที่เริ่มดำเนินงานในเดือนมิถุนายน 2544

วิชัย	วิวัฒน์คุณูปการ
ปิยะนารถ	จาติเกต
ศศิธร	ไชยประสิทธิ์
อดิศักดิ์	จั่งพัฒน์วดี
อารีรัตน์	นิรันดร์สิทธิรัชต์
ธงชัย	ปรีชา

ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายงานการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

8 พฤศจิกายน 2545

คำนำ

การประกันสุขภาพ ถือเป็นภารกิจสำคัญที่รัฐของแต่ละประเทศพึงแสวงหารูปแบบที่เหมาะสมในการคุ้มครองสุขภาพให้กับประชาชน ในประเทศไทย มีการจัดระบบสวัสดิการด้านสุขภาพในหลากหลายรูปแบบ อาทิ สวัสดิการข้าราชการ โครงการบัตรประกันสุขภาพ โครงการสวัสดิการประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปร.) โครงการประกันสังคม ฯลฯ แต่ละรูปแบบก็ล้วนมีข้อเด่นข้อด้อยหรือช่องทางการใช้งานแตกต่างกันด้วยระบบที่แตกต่างกันของแต่ละรูปแบบ ทำให้เกิดช่องว่างประการหนึ่งคือ มีความเหลื่อมล้ำในการให้และรับบริการ จนอาจเกิด “บริการชั้นสอง” ขึ้นมาได้ จึงต้องมีการจัดระบบประกันสุขภาพขึ้นมาใหม่ ที่เรียกว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เริ่มใช้มาตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 ใน 6 จังหวัด ในนามของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค และขยายเพิ่มอีก 15 จังหวัดในวันที่ 1 มิถุนายน 2544 1 ใน 15 จังหวัดนี้เป็นจังหวัดที่มีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการด้วยถึง 7 โรงพยาบาล จึงเป็นที่น่าสนใจติดตามสถานการณ์การให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านทันตกรรมที่มักจะถูกมองว่าเป็นบริการที่มีต้นทุนการบริการที่ค่อนข้างสูง

รายงานการวิจัยชิ้นนี้ เป็นการรายงานถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลา 9 เดือน นับตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนกุมภาพันธ์ ทั้งในภาพรวมและบริการทันตกรรม มีมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการหลากหลายมุมมอง ทั้งผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัด ทันตแพทย์ และผู้มารับบริการทันตกรรม งานวิจัยชิ้นนี้ไม่มีเจตนาที่จะชี้ชัดหรือ “ฟันธง” ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นพิเศษ เพียงแต่ต้องการแสดงถึงมุมมองบางประการต่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคที่มีโรงพยาบาลเอกชนร่วมในโครงการด้วย และจะเป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้นหากนำไปสู่การถกเถียงเพื่อสร้างสุขภาวะแก่ประชาชนโดยถ้วนหน้าต่อไป

หากรายงานชิ้นนี้มีข้อผิดพลาดประการใด คณะผู้วิจัยขอน้อมรับและขออภัยมา ณ โอกาสนี้ด้วย

คณะผู้วิจัย

8 พฤศจิกายน 2545

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย และให้ข้อคิดเห็นถึงแนวทางการทำงานมาตั้งแต่เริ่มต้น

ขอขอบคุณ นพ. สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ และ นพ. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการวิเคราะห์สถานการณ์ให้มีความหลากหลายและรัดกุมยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ ทพญ. จันทนา อึ้งชูศักดิ์ หัวหน้าชุดโครงการวิจัย ที่ได้ให้โอกาสคณะผู้วิจัยได้ร่วมงานสำคัญครั้งนี้ ที่สำคัญคือ กำลังใจมากมายที่ช่วยผลักดันให้งานนี้ผ่านพ้นไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณ ผอ. เพื่อนผู้ร่วมวิชาชีพที่เจอเจอกันเมื่อไหร่ เป็นต้องได้รับคำแนะนำที่ดีๆ เสมอ

ท้ายที่สุดนี้ ต้องกราบขอบพระคุณผู้ที่ให้ข้อมูลเพื่อทำการวิจัย ทั้งผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตั้งแต่ผู้บริหารระดับสูงจนถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทันตแพทย์ของโรงพยาบาลและคลินิกเอกชน และประชาชนที่มาใช้บริการทันตกรรมทุกคน

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้เริ่มมาตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 ใน 6 จังหวัดนำร่อง ต่อมาในวันที่ 1 มิถุนายน 2544 ได้ขยายพื้นที่เพิ่มอีก 15 จังหวัด โดย 1 ใน 15 จังหวัดนี้ได้ถูกคัดเลือกมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากมีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการถึง 7 แห่ง (และได้เพิ่มเป็น 8 แห่งหลังจากวันที่ 1 ตุลาคม 2544) รวมทั้งความซับซ้อนของพื้นที่ในหลายๆ ด้าน อาทิ ความหลากหลายของสถานพยาบาลที่มีทั้งสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย ความหลากหลายของคนที่อยู่อาศัยที่มีแหล่งที่มาจากที่ต่างๆ ความแตกต่างของเศรษฐกิจฐานะของบุคคล ฯลฯ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์การจัดบริการทันตกรรมในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชน 1 ใน 15 จังหวัด ที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือน มิถุนายน 2544 ข้อค้นพบสำคัญสำหรับการศึกษานี้มีดังนี้

การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเอกชนในการเข้าร่วมโครงการ เริ่มตั้งแต่ระดับผู้บริหารของโรงพยาบาล มีการศึกษาความเป็นมาของโครงการอย่างละเอียด เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การศึกษาโครงการก่อนทำให้กำหนดจุดยืนของผู้บริหารได้ในภายหลัง บุคลากรของโรงพยาบาลได้รับการอบรมเตรียมความพร้อมเช่นเดียวกับทันตแพทย์ แต่ส่วนใหญ่ทันตแพทย์จะไม่ค่อยได้รับข้อมูลข่าวสารมากนัก ในบางโรงพยาบาลที่ไม่เคยมีทันตแพทย์ full time มาก่อนก็ต้องจัดหาทันตแพทย์มาประจำตามเกณฑ์การให้บริการที่รัฐกำหนด มีการเตรียมการสร้างระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ประโยชน์ในส่วนของโรงพยาบาลเองโดยไม่ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ทาง สสจ. ขอให้รายงาน การเตรียมการที่สำคัญคือ มีการสร้างระบบเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนตั้งแต่เดือนเมษายน เป็นเครือข่ายที่ไม่เคยมีมาก่อน การมีเครือข่ายนี้ไม่ได้มีผลในการชักจูงให้แต่ละโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ ขึ้นกับแต่ละโรงพยาบาลที่จะตัดสินใจเอง โดยเหตุผลที่เข้าร่วมโครงการนั้นได้แก่ เห็นว่าหลักการ / แนวคิดของโครงการนี้ดี ควรสนับสนุน เพราะประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้นโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อย

ในส่วนของวิธีการจัดสรรงบประมาณนั้น มีข้อดีคือ สามารถส่งตรงถึงประชาชนมากกว่าระบบเดิมที่เคยใช้มา เปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถตรวจสอบได้ หรืออาจถึงขนาดมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของท้องถิ่นได้ ในแง่ของการใช้ทรัพยากรร่วมกันนั้น ระบบที่วางไว้เอื้อต่อการใช้ทรัพยากรร่วมกันได้ดี ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้ และหากไม่เข้าร่วมโครงการตั้งแต่วันนี้ก็เสียมากกว่าข้อดี เช่น ไม่แน่ว่าจำนวนผู้มารับบริการจะลดลงหรือไม่ หรือมองในระยะยาวแล้วเชื่อว่าเป็นไปได้สูงที่จะต้องเข้าร่วมโครงการ ดังนั้นการเข้าร่วมโครงการตั้งแต่นั้นจะช่วยให้ได้เรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานแต่เนิ่นๆ การรู้ปัญหาเร็วเท่าไรก็จะปรับตัว / ปรับ

องค์กรได้เร็วเท่านั้น และการที่มีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการด้วยอาจจะช่วยให้โรงพยาบาลของรัฐเกิดการปรับตัวในการให้บริการบ้างเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ

สถานะการณ์ของโรงพยาบาลเอกชนก่อนเริ่มดำเนินการตามโครงการนั้น พบว่า ระบบบริหารจัดการในฝ่ายทันตกรรมจะขึ้นอยู่กับผู้บริหารโรงพยาบาล ทันตแพทย์แทบไม่มีบทบาทในการบริหารเลย ระบบค่าตอบแทนที่ให้แก่ทันตแพทย์มีทั้งแบบให้เป็นเงินเดือนแบบราชการ แบบประกันเงินเดือนขั้นต่ำ และแบบหักส่วนแบ่งค่ารักษาพยาบาล 50 : 50 ศักยภาพการให้บริการทางทันตกรรมของบางโรงพยาบาล อาจจะต้องปรับตัวเล็กน้อยเพื่อสามารถให้บริการทันตกรรมได้ครบตามชนิดของงานในชุดสิทธิประโยชน์ ส่วนสำคัญที่เกือบทุกโรงพยาบาลเป็นเหมือนกันหมดคือ ไม่มีการทำงานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค และงานเชิงรุกมาก่อนเลย ยกเว้นเพียงโรงพยาบาลเดียวที่มีพื้นฐานทำงานเชิงรุกอยู่แล้ว

เมื่อเริ่มต้นโครงการแล้ว มีการปรับตัวของโรงพยาบาลทั้งในเชิงบริหารและบริการ ในระดับการบริหารที่สำคัญคือ เรื่องการประสานงานกับระบบราชการ แม้โรงพยาบาลเอกชนจะเตรียมรับกับเหตุการณ์นี้อยู่แล้ว แต่เมื่อถึงเวลาจริงๆ ก็ยังมีปัญหาในการประสานงาน การสื่อสารระหว่างกันมีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน เมื่อถึงจุดหนึ่ง โรงพยาบาลเอกชนจึงเลือกที่จะแก้ไขปัญหาด้วยวิธีการของตนเอง เมื่อเลือกที่จะดำเนินการเองจึงต้องมีความชัดเจนในการตัดสินใจแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นให้ไปในทิศทางเดียวกัน ไม่ให้บุคลากรสับสน ดังนั้นจึงเกิดการรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจไว้ที่ผู้บริหาร ซึ่งก็เป็นไปด้วยดี ส่วนสำคัญอีกประการคือเรื่องระบบการเงิน แต่ละโรงพยาบาลก็ได้มีการติดตามวิเคราะห์รายรับรายจ่ายกันอย่างใกล้ชิด ซึ่งไม่สามารถเปิดเผยให้คนภายนอกรับรู้ได้

ในส่วนของงานบริการ ได้มีความพยายามในการให้บริการที่ดีมีคุณภาพพอสมควร อาทิ การเน้นย้ำให้ทันตแพทย์ต้องให้บริการทางทันตกรรมครอบคลุมตามชุดสิทธิประโยชน์ จะละเว้นไม่ได้ มีการปรับผังเวลาในการให้บริการ จากเดิมที่เคยให้บริการเฉพาะในเวลาราชการ ก็ขยายขยายเวลาออกไปนอกเวลาราชการบ้าง อย่างไรก็ตาม ในบางโรงพยาบาลก็ถูกก้ำกักับการให้บริการจากผู้บริหารอยู่ เช่น ให้ลดจำนวนการให้บริการทำฟันปลอมลง เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง การให้บริการแต่ละครั้งในผู้ป่วย 1 คนก็ไม่ควรให้บริการเกิน 1 ชนิด รวมถึงการกันเวลาสำหรับให้บริการกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ถือบัตรทอง ส่วนงานเชิงรุกด้านทันตกรรมนั้น มีเพียงแค่ฝากงานไปกับพยาบาลให้ช่วยตรวจฟันนักเรียน แล้วส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

เครือข่ายการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ มีรูปแบบ 3 แบบ ได้แก่ รูปแบบที่มี PCU อยู่ในโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว กรณีนี้จะพบกับโรงพยาบาลที่ได้รับผิดชอบจำนวนประชากรค่อนข้างน้อย และไม่มีสถานีนอนำยอยู่ในความรับผิดชอบ รูปแบบที่สองเป็นรูปแบบที่มี PCU ที่โรงพยาบาลและมีสถานีนอนำยเป็น PCU อีกแห่งหนึ่ง รูปแบบนี้จะพบในโรงพยาบาลที่มีสถานีนอนำยอยู่ในเขตรับผิดชอบ และไม่มีปัญหาในการประสานงานกันมากนัก รูปแบบที่สาม เป็นรูปแบบที่แม้จะมีสถานีนอนำยอยู่แล้ว แต่ก็ใช้ สอ. เป็นแค่ subcontractor ของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลก็ไปหาเปิด PCU นอกโรงพยาบาลเอาเอง

เครือข่ายในระดับคลินิกเอกชนยังมีความเป็นไปได้น้อย เนื่องจากจำนวนประชากรที่จะแบ่งให้คลินิกช่วยดูแลนั้นค่อนข้างน้อย หากคลินิกจะเข้ามาเป็น subcontractor ได้ ก็ต้องได้รับค่าตอบแทนต่อหัวประชากรที่มากพอ เช่น มากกว่า 200 บาท ต่อประชากรขั้นต่ำ 10,000 คน ความเป็นไปได้สูงสุดน่าจะออกมาเป็นลักษณะที่ให้คลินิกรับผิดชอบเฉพาะในรายที่รักษายาก

จากการสัมภาษณ์ผู้ที่เคยรับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชน พบว่าผู้รับบริการส่วนใหญ่จะพึงพอใจกับชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้งการบริการของบุคลากรของโรงพยาบาล มีส่วนน้อยที่เห็นว่าชุดสิทธิประโยชน์น้อยเกินไปและไม่ค่อยพอใจกับคิวในการนัดมารับบริการครั้งต่อไปที่รู้สึกว่ามันนานเกินไป ความต้องการของประชาชนต้องการส่งเสริมป้องกันก็ค่อนข้างทั่วๆ ไป เช่น การให้สูขศึกษา การตรวจฟัน การออกหน่วยเคลื่อนที่ ซึ่งก็สอดคล้องกับสิ่งที่ทางโรงพยาบาลคิดว่าจะทำอยู่เหมือนกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ ทำให้เห็นถึงสถานการณ์การให้บริการทันตกรรมและบริการทั่วไปของโรงพยาบาลเอกชน และมีข้อเสนอแนะต่อการดำเนินโครงการนี้ คือ

1. ต้องปรับวิธีคิดของผู้ที่จะเข้าร่วมโครงการให้เข้าใจตรงตามปรัชญาโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำความเข้าใจหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปรัชญาที่ไม่ใช่การสงเคราะห์คนจน
2. ต้องปรับวิธีคิดของบุคลากรทางสาธารณสุขให้เข้าใจถึงสาระสำคัญที่แตกต่างกัน ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และน่าจะมีการหาข้อสรุปให้ชัดว่ากิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมทันตสุขภาพได้แก่อะไรบ้าง
3. ต้องเข้มงวดกับบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ให้มาก เพราะที่เป็นอยู่บทบาทของ PCU เน้นงานส่งเสริมป้องกันน้อยมาก (ส่วนใหญ่ทำหน้าที่เป็น extended OPD) และที่ทำอยู่ก็ยังไม่เห็นว่าในท้ายที่สุดประชาชนจะพึ่งตนเองได้อย่างไร เพราะความสำเร็จของงานส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนควรจะพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้
4. ควรมีกองทัพพัฒนาศักยภาพของชุมชน ให้ผู้บริโภคมามีการรวมกลุ่มพลังทางสังคม เพื่อตรวจสอบการทำงานของโรงพยาบาล เพราะภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เงินงบประมาณจะส่งตรงถึงโรงพยาบาล ผู้บริโภคพอที่จะประมาณการเงินงบประมาณด้านสุขภาพที่จะดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ได้
5. หากในอนาคตจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลได้อย่างอิสระ สถานพยาบาลนั้นควรมีระบบ PCU ที่เข้มแข็งตามเจตนารมณ์ของ PCU มิใช่ PCU ที่เป็น extended OPD โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในระดับ tertiary care ที่จะเข้าร่วมโครงการด้วย ต้องมีความชัดเจนว่าจะแยกการบริหารทั้งระดับ primary care และ tertiary care อย่างไร มิฉะนั้นแล้วระบบบริการสุขภาพที่ควรมีระบบการส่งต่อจะถูกทำลายลงไปอย่างสิ้นเชิง
6. น่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับบริการของประชาชนด้วย เพราะที่ผ่านมาระบบสุขภาพได้ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมมารับบริการที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการเลือกมาพบแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น ทำให้โครงสร้างระบบบริการสุขภาพเสียไป สถานบริการระดับปฐมภูมิก็เสี่ยงที่จะเจอเหตุการณ์ที่ประชาชนไม่เลือกขึ้นทะเบียน

7. อาจจะต้องพิจารณาการแยกชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมออกจากสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพโดยรวมกันอย่างจริงจัง เพราะในภาพของโรงพยาบาลเอกชนนั้น การมีแผนกทันตกรรมอยู่เป็นเสมือนแค่การมีบริการให้ครบวงจรหรือครบตามเงื่อนไขของการเป็น PCU แต่ในเชิงอำนาจการบริหาร การตัดสินใจยังขึ้นอยู่กับผู้บริหารโรงพยาบาล หากแยกชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมออกมา ความชัดเจนของแผนการดูแลทันตสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบก็น่าจะมีมากขึ้น ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงเหตุผลในเรื่องการลงทุนด้านทันตกรรมที่ค่อนข้างสูง การรวมไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพทั่วไปก็มีโอกาสที่โรงพยาบาลจะขาดทุน แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นต้องมีการศึกษาถึงต้นทุนทางทันตกรรม ชนิดของการให้บริการทันตกรรม ฯลฯ เป็นส่วนประกอบการพิจารณาแยกชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม ประการสำคัญคือ การแยกสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมออกมาจะส่งผลต่อการดำเนินงานในลักษณะสุขภาพของครัวเรือนมากน้อยแค่ไหน มีความเป็นไปได้เพียงใดที่จะทำงานส่งเสริมป้องกันด้านทันตสุขภาพเพียงโดดๆ ให้ประสบผลสำเร็จได้

8. หน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินสถานพยาบาล ต้องทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำเพื่อพัฒนาศักยภาพของสถานพยาบาลด้วย มิใช่ทำหน้าที่ในการจับผิดและประเมินเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้อาจจะแก้ไขเพิ่มเติมเนื้อหาบทบาทหน้าที่นี้ลงไปในสัญญาที่สถานพยาบาลเซ็นรับการเข้าร่วมโครงการ เพราะเนื้อหาในสัญญานับที่ใช้อยู่ ส่วนใหญ่จะพูดถึงบทบาทของสำนักงานประกันสุขภาพในลักษณะ "สั่งให้ทำ" ไม่มีการพูดถึงบทบาทที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้สถานพยาบาลได้พัฒนาศักยภาพของตนเองให้สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

9. ต้องควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพ โดยเน้นการควบคุมที่ผู้ให้บริการ เพราะจากการศึกษาพบว่า ภาวะแข่งขันระหว่างสถานบริการทำให้เกิดพฤติกรรมการให้บริการที่ไม่เหมาะสม เช่น การลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ การว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาประจำสถานบริการ หากเป็นเช่นนี้ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพก็จะไม่เพียงพอ และไม่ได้ช่วยให้สุขภาพของคนส่วนใหญ่ดีขึ้น เป็นการลงทุนเพื่อรักษาโรคมากกว่า

10. ต้องวางระบบฐานข้อมูลให้ชัดเจนกว่าที่เป็นอยู่ อาทิเช่น ฐานข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากของประชากรในเขตรับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาล ณ ขณะนี้ยังไม่มี หากดำเนินโครงการไปแล้วจะประเมินผลสำเร็จของงานส่งเสริมป้องกันได้อย่างไร ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพช่องปากในเขตพื้นที่นั้นๆ คืออะไรบ้าง ข้อมูลเหล่านี้ต้องมีการรวบรวมไว้อย่างเป็นระบบเพื่อการใช้ประโยชน์ในอนาคต

Executive Summary

Since the 1st of April 2001, the Universal Coverage of Health Care Policy has been founded with a pilot project in 6 provinces of Thailand. Consequently, since the 1st of June 2001, the project has extended further to cover another 15 provinces. One of the 15 provinces is purposively selected to be the sample of this research, for there are many private hospitals participate in the Universal Coverage of Health Care Policy (7 hospitals). Furthermore, the complex context of such province provides an importance and interest for the research. For instance, it compose of multi-cultural population with wide range of economic status, and the various of governmental health care institutions, i.e., the Ministry of Education, the Ministry of Public Health, and the Ministry of Military.

The objective of the research is to study evidences of Dental Health Service in private hospitals regarding the Universal Coverage of Health Care Policy, in the selected province in Thailand. The research has been started at June 2001. Research findings are as follow:

Preparing to participate in the Universal Coverage of Health Care, the managers of health service providers in private hospitals considerably study the policy in detail. Therefore, they can clarify their management goals, policies and strategies conforming to the policy of Universal Coverage. Generally, all health workers are trained and prepared for the new policy. Dental health practitioners, however, did not have as much information as other health practitioners. Some private hospitals even had never employed a full-time dentist according to the governmental criteria of basic essential health care service. New systems of data collection are designed conforming to the characteristics of works in private hospitals, which are different from the system that the Provincial Public Health Office need. Interestingly, since April 2001, it was the first time that a private hospital network has been established. Nevertheless, such network does not influence any decision making of each hospital to be the participant in the policy of the Universal Coverage of Health Care. In general, the reason that each private hospital becoming a part of such policy are the appreciation of the concepts and principles that based on the benefits of citizens, increasing health care accessibility with less expense, in other words, improve health at least cost.

The budget managing system of the Universal Coverage provides a higher access for population than previous systems. It encourages consumers for a transparent accountability role, and provides more chance and authority for consumers to participate in deciding local health policy. In addition, the system provides a higher possibility to share resource utilization, which would decrease the nation cost of medical technology. It might be said that it is a rather disadvantage for health institutions that do not participate in the Universal Coverage policy since the beginning, for it could be affected to the amount of consumers. Or, considering in a long term, there is a high tendency that finally the Universal Coverage of Health Care in the future will cover all private hospitals. Therefore, it would be wise to learn from problems of the procedure since the beginning. The faster the problems are learned the faster they could be solved and developed. Furthermore, the participation of private hospitals could influence other governmental hospitals to develop or reform their health service, which finally it is the advantage of consumers.

Before the private hospitals participating in the Universal Coverage Project, the dental health management depended on the hospital managers, while dentist do not have any authority. There are various payment systems for dentist, i.e., a fixed-rate salary, a minimum rate guarantee, or the 50:50 sharing income. For some hospitals the dental health service should be developed regarding to the core package. One important point found in almost every hospital, except only one hospital, is that the health promotion and prevention in the community are ignored.

After attending the Universal Coverage Policy, every hospital have re-arranged and developed their service and management. They have tried to contact and coordinate with government institutions, and find many problems in practical level about the communication and co-operating systems. Finally, many private hospitals decide to solve the problems by themselves. Therefore, the management systems tend to be centralized to the managers, in order to clarify the strategies and determine the method and approach for problems solving. Later, the authority has been distributed more to the head of each section. Each hospital considerably analyse and manage their income and expense. However, the information of financial system cannot be revealed.

The dental health care service is relatively developed after entering the Universal Coverage of Health Care. For instance, hospitals pay considerably attention to dental health service to cover the core package. The working time planning for dental health service is extended further to overtime. Nevertheless, in some hospitals dental health service are controlled by the hospital managers. For example, the dental prosthetic service is limited for its high expense; each patient is limited to have only one dental health service each time; and the limitation of service time for health insurance consumers. In case of dental health care in communities, they merely assign nurses to screen oral health status in the school-children and finally refer to the hospital for further treatment.

There are three types of health service networks among private hospitals: (1) the hospital that have their own primary care unit (PCU), in case of hospital that have small amount of catchment area without the primary health care institution, (2) the hospital that have PCU of their own together with another PCU in a primary health care institution, in case of private hospital that have a primary health care institution in the catchment area, (3) the hospitals that the catchment area cover a primary health care institution but they merely use it as a subcontractor rather than a PCU, and open their own PCU outside the hospital.

At present there is a low possibility to extend health service network to private clinics, for there is not much catchment areas for each clinic. If a private clinic would like to be a subcontractor for a private hospital, it should received a reasonable payment. For example it should be more than 200 baht per head for at least 10,000 patients. However, the highest possibility would be that only severe cases are referred to private clinics.

According to the interviewing of dental consumers from private hospitals, large amounts of the consumers appreciate with the core package and service from the health practitioners. Some of them, however, complaint that the core package is not enough and the queue for the next service is too long. The consumers' need of health promotion and prevention are relatively ordinary; dental health education, oral health examination, mobile service, which is conforming to the planning of private hospitals.

The research findings provide an important and interesting evidence of dental health and general health service in private hospitals. There are some further suggestions for the Universal Coverage of Health Care policy and practice in the future as follows:

1. The understanding of participants are needed to be adapted conforming to the philosophy of the Universal Coverage of Health Care, in particular, the Health Insurance has a deeply meaning than a donated project for the poor.
2. The understanding of public health practitioners regarding the difference between the concepts of health promotion and disease prevention need to be improved. In particular, the activities of dental health promotion should be more clarify.
3. Whereas the efficiency of health promotion is the population capability of self-care, at present the primary care unit pays less attention to health promotion and prevention and work as the extended OPD instead. Therefore, in the future the roles of primary care unit should have been seriously considered.
4. The development of community capacity should be developed. Moreover, there should be an encouragement for a consumer social network in order to examine the efficiency of hospitals. Regarding the Universal Coverage of Health Care, the health care budget will deliver directly to the hospital, thus, it is possible for consumers to estimate cost and assess local health service.
5. In order to offer alternating to the consumers, the hospital should have an efficiency primary care unit, not merely work as an extended OPD. Particularly, the tertiary care hospital should clarify between the managing of primary and tertiary health care, otherwise the health care referral system would totally be demolished.
6. Previous health care systems wrongly influence consumers to seek for the specialist health practitioners only thus health-seeking behaviour of the consumers should be improved.

7. The separation of dental core package from general health core package has to be considerably concerned together with the studying of dental health cost-effective and types of dental treatment. Although it would help clarifying dental health planning, the most important point we should keep in mind is that, by separating dental core package it would possibly affect the concept of holistic approach. Thus, the question of a possibility to exclude dental health promotion and prevention from other works need to be seriously concerned.
8. The health assessment institution should not merely finding faults and assessing, but suggesting and encouraging health institutions as well.
9. Health expense must be carefully regulated, especially among the health providers. According to the research findings, the competition among health institutions could effect many in-appropriate health services. For instance the over expense of medical technologies and specialist employment. Consequently, the budget from the Universal Coverage of Health Care would be insufficient.
10. At present none of private hospitals have data base of oral health status of their catchment area and lack of information about the important factors related to local oral health status. This would effect the health promotion and prevention assessment. Therefore, the data collection systems have to be re-arranged, and developed to achieve the efficiency of health care in the future.

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ค
executive summary	ช
 บทที่ 1 บทนำ 1	
ที่มาของการศึกษา	1
วัตถุประสงค์	2
วิธีการศึกษา	2
เงื่อนไขของการวิจัย	3
 บทที่ 2 ข้อมูลเบื้องต้น	4
ลักษณะทางกายภาพ	4
เครือข่ายบริการของโรงพยาบาลเอกชน	5
จำนวนประชากร	6
ช่วงเวลาในการให้บริการทันตกรรม	7
 บทที่ 3 ผลการศึกษา	9
ส่วนที่ 1 สถานการณ์ก่อนเริ่มโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค	9
1.1 เหตุผลในการเข้าร่วม / ไม่เข้าร่วมโครงการ ฯ	9
1.2 ลักษณะ / เงื่อนไขของโรงพยาบาลก่อนเข้าร่วมโครงการ	13
1.3 การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล	14
ส่วนที่ 2 สถานการณ์เมื่อเริ่มโครงการในระยะ 3 เดือนแรก	15
2.1 การปรับตัว / การเปลี่ยนแปลงในเชิงบริหาร	15
2.2 การปรับตัว / การเปลี่ยนแปลงในเชิงบริการ	15
ส่วนที่ 3 สถานการณ์ภายหลังจาก 3 เดือนแรก	16
3.1 การปรับตัว / การเปลี่ยนแปลงในด้านบริหาร	16
3.2 การปรับตัว / การเปลี่ยนแปลงในด้านบริการ	18

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
ส่วนที่ 4 สถิติผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 7 แห่ง	20
ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ	28
5.1 ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัด	29
1.2 ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน	29
1.3 เจ้าของคลินิกเอกชน	31
1.4 ผู้มารับบริการทันตกรรม	31
บทที่ 4 อภิปรายและสรุปผลการศึกษา	35
ภาพรวมของสถานการณ์	35
การอภิปรายในส่วนงานทันตกรรม	44
สรุปภาพรวมของการศึกษา	49
ข้อเสนอแนะต่อโครงการ	51
บรรณานุกรม	53

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาของการศึกษา

โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นชื่อโครงการที่ถูกใช้เรียกขานเสมือนหนึ่งเป็นตัวแทนของแนวคิดเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่รัฐบาลโดยพรรคไทยรักไทยเป็นแกนนำได้ชูเป็นนโยบายหลักในการหาเสียง จนกระทั่งได้รับชัยชนะเป็นแกนนำจัดตั้งรัฐบาล ภายหลังการเป็นรัฐบาล โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้เริ่มทดลองใช้ใน 6 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ พะเยา ยโสธร และยะลา ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2544 ต่อมาในวันที่ 1 มิถุนายน 2544 ได้ขยายพื้นที่เพิ่มอีก 15 จังหวัด ก่อนที่จะดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศในวันที่ 1 ตุลาคม 2544

จังหวัดที่ถูกเลือกเป็นพื้นที่นำร่องทั้งในชุดที่หนึ่งและชุดที่สอง นอกเหนือจากการเป็นพื้นที่ตัวแทนของแต่ละภาคแล้ว มักจะมีลักษณะเฉพาะบางประการที่น่าสนใจอันอาจเป็นประโยชน์ในการที่จะได้เรียนรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการดำเนินโครงการ 1 ใน 15 จังหวัดนำร่องชุดที่สองที่คณะผู้วิจัยเลือกมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ก็เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีความน่าสนใจเป็นอย่างมาก อาทิเช่น ลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่ประกอบไปด้วยพื้นที่ที่เป็นภูเขาจนถึงพื้นที่ราบ กลุ่มชาติพันธุ์ที่กระจายอยู่ทั่วไปทั้งในเมืองและชนบท การประกอบอาชีพทั้งภาคการเกษตร อุตสาหกรรม ธุรกิจเอกชน ที่สำคัญคือ หน่วยบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่มีความหลากหลาย มีทั้งหน่วยงานที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม และทบวงมหาวิทยาลัย รวมทั้งคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนอีกหลายแห่ง

โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดที่ศึกษานี้มีมากกว่า 10 แห่ง ตามแนวคิดของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีเจตนารมณ์ให้สถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชนเข้าร่วมในโครงการนี้เพื่อเปิดเป็นทางเลือกในการรับบริการของประชาชน¹ โรงพยาบาลเอกชน 7 ใน 10 กว่าแห่งที่มีอยู่ ได้สมัครเข้าร่วมในโครงการนี้ด้วยตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2544 (ภายหลัง 1 ตุลาคม 2544 มีโรงพยาบาลเอกชนสมัครร่วมโครงการด้วยเพิ่มอีก 1 แห่ง) โดยที่ทุกโรงพยาบาลจะต้องมีการให้บริการด้านทันตกรรมด้วย เป็นไปตามเงื่อนไขของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำหนดไว้ว่าขีดความสามารถเรื่องหนึ่งที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีคือ บริการด้านทันตกรรม²

งานทันตกรรมเป็นบริการที่มีภาพลักษณ์ในเรื่องต้นทุน / ค่าใช้จ่ายในการลงทุนค่อนข้างสูง ส่งผลให้ค่ารักษาพยาบาลในการรับบริการทันตกรรมแต่ละครั้งสูงตามไปด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคลินิก / โรงพยาบาลเอกชน ดังนั้นการที่โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค นอกเหนือจากการที่ผู้บริหารต้องบริหารงานในภาพรวมแล้ว ยังต้องให้ความสนใจต่องานทันตกรรมด้วย อาจจะต้องมีระบบบริหารจัดการที่ดีเป็นกรณีพิเศษเพื่อให้โรงพยาบาลสามารถอยู่รอดได้ ภายใต้บริบทที่มีสถานบริการสุขภาพที่สังกัดหน่วยงานของรัฐอยู่อย่างมากมายนี้

ความเคลื่อนไหวและการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนเมื่อเข้าร่วมในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยเฉพาะในแผนกทันตกรรม จึงเป็นเรื่องที่น่าติดตามศึกษา ทั้งนี้เพื่ออาจเป็นประโยชน์ในการปรับใช้กับจังหวัดอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อทราบสถานการณ์การจัดบริการทันตกรรมในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาโรงพยาบาลเอกชน 1 ใน 15 จังหวัด ที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2544

คำถามในการวิจัย

1. มีการจัดระบบเพื่อเตรียมเข้าร่วมโครงการ อย่างไร
2. การปรับตัวหรือการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายขององค์กรเมื่อเข้าร่วมโครงการ เป็นอย่างไร (ทั้งในแง่การบริหารและการบริการ)
3. มีการจัดระบบเครือข่ายบริการ อย่างไร
4. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อชุดสิทธิประโยชน์ และการบริการของโรงพยาบาล หรือไม่ อย่างไร
5. โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่เข้าร่วมโครงการ มีความคิดเห็นอย่างไร

วิธีการศึกษา

1. จัดการประชุมระดมสมองทันตแพทย์ที่อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรับทราบสถานการณ์โดยภาพรวมที่เกิดขึ้นในส่วนหน่วยงานของรัฐ เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางคำถามที่เหมาะสมกับการเก็บข้อมูลในส่วนของโรงพยาบาลเอกชน
2. จัดประชุมเพื่อปรับมาตรฐาน (calibration) ในการใช้แบบสัมภาษณ์ให้กับทีมวิจัยทุกคนได้เข้าใจเจตนา / ความต้องการของแต่ละคำถาม
3. จัดทำแผนผัง / แผนที่ เครือข่ายการให้บริการสุขภาพทั้งของภาครัฐและเอกชนในเขตอำเภอที่ศึกษา พร้อมทั้งจำนวนประชากรที่โรงพยาบาลเอกชนรับผิดชอบ
4. สัมภาษณ์เชิงลึก (indepth interview) และสังเกตการทำงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน 7 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ และอีก 2 แห่งที่ไม่เข้าร่วมโครงการ
5. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร / ผู้รับผิดชอบโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 7 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ และอีก 2 แห่งที่ไม่เข้าร่วมโครงการ
6. สัมภาษณ์ผู้มารับบริการทางทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 7 แห่ง

7. จัดการประชุมระดมสมองเพื่อประเมินสถานการณ์ในรอบแรก ก่อนที่จะลงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในรอบที่สอง รวมทั้งตรวจสอบข้อมูลในรอบแรกให้มีความถูกต้องชัดเจนยิ่งขึ้น

8. สัมภาษณ์เชิงลึกทันตแพทย์ในคลินิกเอกชนถึงความเป็นไปได้ในการให้คลินิกเอกชนเป็น subcontractor ของโรงพยาบาลเอกชน (เงื่อนไข / ปัจจัยอะไรที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าร่วม / ไม่เข้าร่วมโครงการ)

9. ประชุมเพื่อวิเคราะห์ / สรุปผลการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดระบบบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชน

10. รับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

11. จัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เงื่อนไขสำคัญของการวิจัยครั้งนี้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ไม่ค่อยเข้าใจในงานทันตกรรม ในขณะที่ทันตแพทย์ก็ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจในเชิงบริหาร

2. จากเงื่อนไขข้อที่ 1 ทำให้ข้อมูลที่ได้มาไม่สามารถแยกส่วนเฉพาะงานทันตกรรมออกมาเดี่ยวๆ ได้ จำเป็นต้องกล่าวถึงงานทันตกรรมที่สัมพันธ์ / อิงกับภาพรวมทั้งหมดของระบบ

3. ระบบการจัดเก็บและส่งต่อระหว่างเอกชนกับราชการยังไม่ค่อยดี มีความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ทำให้ข้อมูลบางส่วนที่มีความสำคัญต่องานวิจัยชิ้นนี้ มีการขาดหายไปบ้าง มีความผิดพลาดบ้าง แต่คณะผู้วิจัยก็พยายามตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลให้ได้มากที่สุด

4. เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เริ่มตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2544 ณ ขณะนั้น มีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมในโครงการทั้งหมด 7 แห่ง เมื่อถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2544 มีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการอีก 1 แห่ง รวมเป็น 8 แห่ง แต่การศึกษานี้ไม่ได้รวมโรงพยาบาลแห่งสุดท้ายนี้ไว้ด้วย เนื่องจากจะขาดข้อมูลในช่วงตั้งแต่เดือนมิถุนายนเป็นต้นมา ดังนั้นในรายงานฉบับนี้เมื่อกล่าวถึงโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ จึงหมายถึงโรงพยาบาล 7 แห่งเท่านั้น

บทที่ 2

ข้อมูลเบื้องต้นของจังหวัดที่ศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลเอกชนเป็นหลัก พื้นที่ที่ใช้ในการศึกษาจึงครอบคลุมเฉพาะในเขตอำเภอเมือง เพราะโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดล้วนตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง ในที่นี้จึงเน้นการรายงานภายใต้บริบทของเขตอำเภอเมืองเป็นหลัก

ลักษณะทางกายภาพ

อำเภอเมืองมีพื้นที่โดยรวม 166.472 ตารางกิโลเมตร เป็นพื้นที่ที่อยู่ในเขตเทศบาล 46.316 ตารางกิโลเมตร แบ่งเป็นพื้นที่ของเทศบาลนคร 40.216 ตารางกิโลเมตร และพื้นที่เทศบาลตำบล 6.1 ตารางกิโลเมตร พื้นที่เทศบาลนครทั้งหมดอยู่บนพื้นราบ แต่เทศบาลตำบลบางส่วนมีพื้นที่รับผิชอบเป็นเชิงเขา โรงพยาบาลเอกชนทั้ง 7 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ มีทั้งที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

ประชากร

ในเขตอำเภอเมือง มีจำนวนประชากรประมาณ 259,100 คน อยู่ในเขตเทศบาลนครประมาณ 171,594 คน เทศบาลตำบล 10,026 คน ที่เหลืออยู่นอกเขตเทศบาล บริเวณเขตเทศบาลทั้งหมดเป็นพื้นที่ที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นมากและเป็นเขตพาณิชย์กรรม ยกเว้นพื้นที่ใจกลางเมืองที่มีความพยายามที่จะจัดให้เป็นพื้นที่อนุรักษ์เพื่อส่งเสริมเอกลักษณ์ศิลปวัฒนธรรมไทย³ นอกเหนือจากประชากรที่มีพื้นเพอยู่ในอำเภอเมืองแล้ว ยังมีประชากรที่ย้ายถิ่นมาจากต่างอำเภอ ต่างจังหวัด รวมทั้งกลุ่มชนเผ่าที่เข้ามารับจ้างใช้แรงงาน โดยพำนักอาศัยอยู่ในชุมชนต่างๆ

ประชากรในเขตตำบลรอบนอก บางตำบลก็ยังมีประชากรพื้นเพเดิมอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก แต่บางตำบลก็เริ่มแปรสภาพไปเป็นหมู่บ้านจัดสรรเป็นที่อยู่อาศัยของคนที่ย้ายมาจากต่างถิ่น ลักษณะสำคัญอีกประการที่มีผลต่อการดำเนินโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคคือกลุ่มเด็กนักเรียนที่ไม่ได้เรียนอยู่ในเขตพื้นที่รับผิชอบของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ โดยเฉพาะเด็กที่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างอำเภอแล้วเข้ามาเรียนในเมือง หรือมีภูมิลำเนาอยู่ต่างตำบลกับโรงเรียนที่เรียนอยู่

การแบ่งเขตการปกครอง

เขตเทศบาลนครจะมีการแบ่งพื้นที่การปกครองออกเป็นอีก 4 แขวง ในแต่ละแขวงนอกเหนือจากวิถีชีวิตแบบชุมชนเมืองโดยทั่วไปแล้ว ยังมีการรวมกลุ่มและการจัดตั้งให้มีลักษณะที่เรียกค่านำหน้าชื่อว่า “ ชุมชน ” โดยบางชุมชนเป็นชุมชนที่ในอดีตเคยถูกจัดให้เป็นชุมชนแออัด บางชุมชนก็มีการก่อตัวขึ้นใหม่ (โดยเฉพาะเมื่อมีนโยบายกองทุนหมู่บ้าน)

ปัจจุบันมีชุมชนทั้งสิ้น 65 ชุมชน แขวงที่มีชุมชนมากที่สุดมี 21 ชุมชน แขวงที่มีชุมชนน้อยที่สุดมี 12 ชุมชน

ตามการแบ่งเขตโดยกระทรวงมหาดไทย ในอำเภอเมืองจะถูกแบ่งออกเป็น 16 ตำบล อยู่ในเขตเทศบาล 8 ตำบล นอกเขตเทศบาล 2 ตำบล มีพื้นที่อยู่ทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล 6 ตำบล

สถานบริการด้านสุขภาพ

สถานบริการด้านสุขภาพในเขตอำเภอเมือง ประกอบด้วยสถานบริการที่สังกัดภาครัฐและเอกชน จำแนกได้ดังนี้

- | | |
|--|---------|
| 1. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข | 3 แห่ง |
| 2. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม | 2 แห่ง |
| 3. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงมหาดไทย | 1 แห่ง |
| 4. โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย | 1 แห่ง |
| 5. โรงพยาบาลเอกชน | 12 แห่ง |
| 6. โรงพยาบาลโรคฟัน | 1 แห่ง |
| 7. โรงพยาบาลโรคตา | 1 แห่ง |
| 8. สถานีอนามัย | 10 แห่ง |
| 9. ศูนย์บริการสาธารณสุข (สังกัดเทศบาล) | 13 แห่ง |

นอกจากนี้ยังมีคลินิกเอกชนอีกเป็นจำนวนมากที่ให้บริการแก่ประชาชน อนึ่ง โรงพยาบาลจังหวัดไม่ได้ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง ในขณะที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม้จะไม่ได้เป็นโรงพยาบาลแต่ก็มีแผนกที่ให้บริการแก่ประชาชนได้ รวมทั้งฝ่ายทันตสาธารณสุขที่เปิดให้บริการด้านทันตกรรมเช่นกัน

หากคิดจำนวนเตียงที่มีอยู่ทั้งหมดทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชนรวมกันได้ประมาณ 100,000 กว่าเตียง จะเป็นจำนวนเตียงที่อยู่ในภาครัฐประมาณ 50 % อีก 50 % อยู่ในภาคเอกชน *

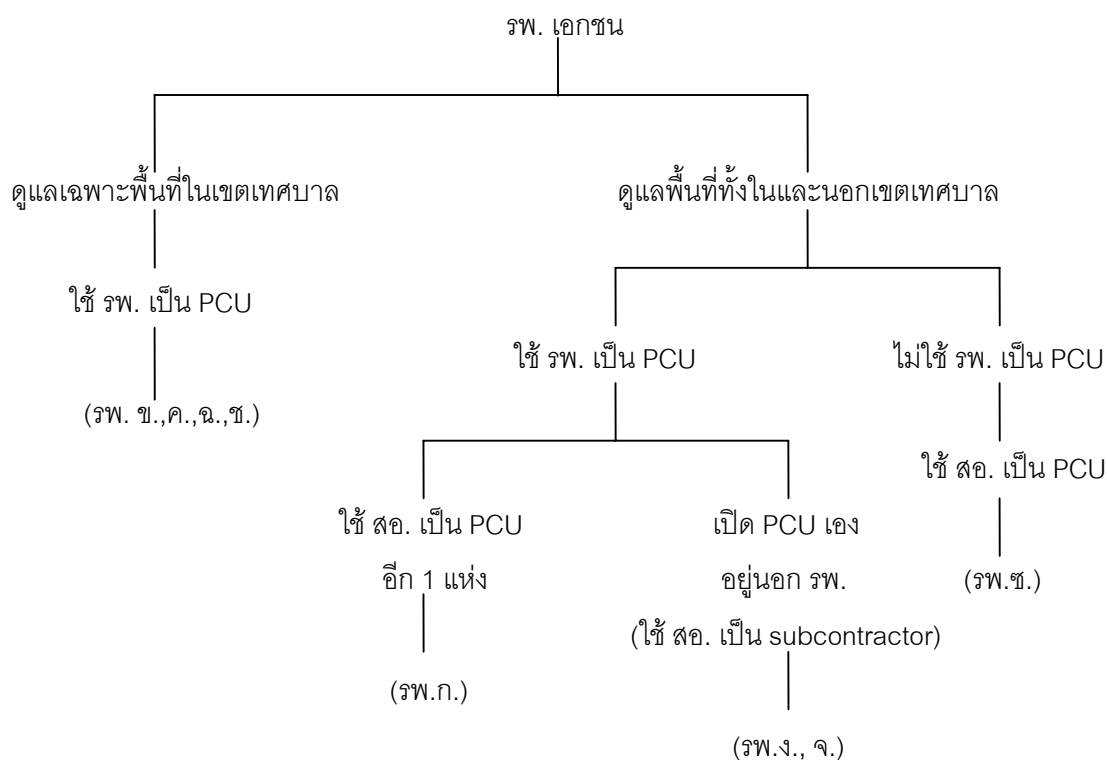
เครือข่ายบริการของโรงพยาบาลเอกชน

สถานีอนามัยที่มีอยู่ในเขตอำเภอเมือง 10 แห่งนั้น ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเอกชน 7 แห่ง แต่มีเพียง 2 โรงพยาบาลเท่านั้นที่ใช้สถานีอนามัยเป็น PCU ส่วนใหญ่จะเปิด PCU ในโรงพยาบาลเอง (อาจจะเนื่องด้วยประชากรที่ได้รับจัดสรรมาให้ดูแลมีจำนวนไม่มาก) มีโรงพยาบาล 1 แห่งที่ใช้สถานีอนามัยเสมือนเป็น subcontractor แล้วโรงพยาบาลไปเปิด PCU นอกโรงพยาบาล อีก 1 โรงพยาบาลที่ใช้สถานที่ของอบต. ที่เตรียมไว้สำหรับทำเป็นโรงพยาบาลตำบลมาเป็น PCU

จากที่กล่าวมาทั้งหมด สามารถสรุปเป็นแผนภาพเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลเอกชนได้ดังนี้

* ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง

แผนภาพ 2.1 เครือข่ายบริการของโรงพยาบาลเอกชน



จำนวนประชากร

เนื่องจากการแบ่งเขตรับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาลมีขนาดแตกต่างกันค่อนข้างมาก จำนวนประชากรที่มีสิทธิ์ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าในแต่ละเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลจึงแตกต่างกัน ดังตาราง

ตารางที่ 2.1 จำนวนประชากรที่มีสิทธิ์ถือบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของแต่ละโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ผู้มีสิทธิ์ถือบัตรทอง (คน)
ก	6,850
ข	6,751
ค	9,307
ง	18,175
จ	15,289
ฉ	9,350
ช	9,241

หมายเหตุ สํารวจข้อมูลล่าสุด ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2545

ช่วงเวลาในการให้บริการทันตกรรม

การให้บริการทางทันตกรรมของโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง มีการให้บริการในช่วงเวลาที่ไม่เหมือนกับการให้บริการแก่คนไข้ทั่วไป (ที่ไม่ได้ถือบัตรทอง) สรุปได้ดังตาราง 2.2

ตารางที่ 2.2 ช่วงเวลาในการให้บริการทันตกรรมของโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 7 แห่ง

โรงพยาบาล	บริการแก่ผู้ป่วยทั่วไป		บริการแก่ผู้ป่วยที่ถือบัตรทอง	
	จันทร์ - ศุกร์	เสาร์ - อาทิตย์	จันทร์ - ศุกร์	เสาร์ - อาทิตย์
ก	08.30 - 16.30 น.	-	08.30 - 16.30 น.	-
ข	09.00 - 19.00 น.	09.00 - 15.00 น.	09.00 - 17.00 น.	-
ค	08.00 - 16.00 น.	-	08.00 - 16.00 น.	-
ง	09.00 - 16.00 น.	(ส.) 09.00 - 12.00 น.	09.00 - 16.00 น.	(ส.) 09.00 - 12.00 น.
จ	10.00 - 18.00 น.	10.00 - 18.00 น.	10.00 - 18.00 น.	10.00 - 18.00 น.
ฉ	08.00 - 20.00 น.	(ส.) 08.00 - 20.00 น.	08.00 - 20.00 น.	(ส.) 08.00 - 20.00 น.
ช	08.00 - 20.00 น.	-	08.00 - 20.00 น.	-

- หมายเหตุ**
1. สํารวจข้อมูลล่าสุด ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2545
 2. รพ.จ เปิดให้บริการทันตกรรมทุกวัน ยกเว้นวันพฤหัสบดี
 3. รพ.ง ,ฉ เปิดให้บริการทันตกรรมทุกวัน ยกเว้นวันอาทิตย์

อายุการก่อตั้งของโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนทั้ง 7 แห่ง มีอายุการก่อตั้งโรงพยาบาลแตกต่างกันค่อนข้างมาก โรงพยาบาลที่เก่าแก่ที่สุด มีประวัติการก่อตั้งโรงพยาบาลมานานกว่า 113 ปี ในขณะที่กว่าครึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ก่อตั้งมาไม่เกิน 10 ปี

บทที่ 3

ผลการศึกษา

การรายงานผลการศึกษาค้างนี้ จะแบ่งเป็น 5 ส่วน คือ

1. สถานการณ์ก่อนเริ่มโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (ก่อน 1 มิถุนายน 2544) เนื้อหาประกอบด้วย
 - 1.1 เหตุผลในการเข้าร่วม / ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ของโรงพยาบาลเอกชน
 - 1.2 ลักษณะ / เงื่อนไข ของโรงพยาบาลก่อนเข้าร่วมโครงการฯ
 - 1.3 การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเพื่อเข้าร่วมโครงการฯ
2. สถานการณ์เมื่อเริ่มโครงการฯ ในระยะ 3 เดือนแรก (มิถุนายน – สิงหาคม 2544) เนื้อหาประกอบด้วย
 - 2.1 การปรับตัว / การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเชิงบริหาร
 - 2.2 การปรับตัว / การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเชิงบริการ
3. สถานการณ์ภายหลัง 3 เดือนแรก เนื้อหาประกอบด้วย
 - 3.1 การปรับตัว / การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเชิงบริหาร
 - 3.2 การปรับตัว / การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเชิงบริการ
4. สถิติผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 7 แห่ง
5. ความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ประกอบด้วย
 - 5.1 ผู้บริหารระดับสูงของจังหวัด
 - 5.2 ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน
 - 5.3 ผู้มารับบริการทันตกรรม
 - 5.4 ทันตแพทย์ในคลินิกเอกชน

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ก่อนเริ่มโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (ก่อน 1 มิถุนายน 2544)

เหตุผลในการเข้าร่วม / ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ของโรงพยาบาลเอกชน

ดังที่ได้กล่าวในภาพรวมตั้งแต่ต้นแล้วว่าโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดที่ศึกษามีกว่า 12 แห่ง แต่เมื่อเริ่มโครงการวันที่ 1 มิถุนายน 2544 มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 7 แห่งเท่านั้น มี 2 โรงพยาบาลที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการแม้ว่าศักยภาพของโรงพยาบาลจะมีเพียงพอที่จะเข้าร่วมได้ แต่อีก 3 แห่งที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ ไม่แน่ชัดว่าเป็นเพราะสาเหตุใด บางแหล่งข้อมูลบอกว่าเป็นเพราะศักยภาพของโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอ บางแหล่งบอกว่าการประเมินคุณสมบัติเบื้องต้นไม่ผ่านเกณฑ์ แต่บางแหล่ง

ก็บอกว่าเป็นการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการของโรงพยาบาลเอง ด้วยความไม่ชัดเจนในข้อมูลคณะผู้วิจัย จึงไม่ขอกล่าวถึงโรงพยาบาลกลุ่มดังกล่าว

7 โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการนี้ตั้งแต่เริ่มต้น ให้เหตุผลในการเข้าร่วมโครงการโดยสรุปรวมได้ดังนี้

1. แนวคิด / หลักการ ของโครงการนี้ดี

“ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด”

คือคำจำกัดความที่ทุกโรงพยาบาลเห็นพ้องร่วมกัน โดยให้เหตุผลประกอบว่าโดยธรรมชาติของการให้บริการในระบบของเอกชนนั้น การสร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการถือเป็นหัวใจสำคัญเรื่องหนึ่ง เป็นภาพลักษณ์ที่สร้างความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลของรัฐกับเอกชน ดังนั้นเมื่อมีโครงการนี้เกิดขึ้น หากคิดในแง่ดีแล้ว ก็ถือเป็นส่วนหนึ่งของการบริการที่จะสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้มารับบริการได้ และหากทุกๆ โรงพยาบาลพร้อมใจกันสนองนโยบายนี้แล้ว ผู้ที่จะได้รับประโยชน์สูงสุดคือประชาชน สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย / สะดวกขึ้น ภายใต้มาตรฐานการให้บริการที่ใกล้เคียงกัน ประชาชนกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะคนทุกซ์คนยาก เมื่อเจ็บป่วยขึ้นมาอาจจะมีความยากในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ไม่ว่าจะด้วยปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ปัญหาเรื่องการเดินทางไกลกว่าจะถึงสถานบริการ แต่เมื่อมีโครงการนี้และสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนได้ร่วมกันสนับสนุนโครงการ ประชาชนที่เข้าถึงบริการยาก ก็จะเข้าถึงได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น หลักการ “ถ่วงหน้า” ก็เป็นจริงได้

2. งบประมาณส่งตรงถึงประชาชน

ด้วยระบบบริหารจัดการที่มีการกำหนดตัวเลขเงินไว้ชัดเจนว่าทุกโรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณในการดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง โดยคำนวณจากจำนวนหัวประชากรที่มีสิทธิ์ถือบัตรทองคูณด้วย 1,202 ทุกโรงพยาบาลใช้มาตรฐานตัวเลขการคูณเหมือนกัน ทำให้ประชาชนในพื้นที่พอจะประมาณการได้ว่าพื้นที่ของตนเองน่าจะมีเงินงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลในการดูแลสุขภาพประมาณเท่าใด แม้งบประมาณจะไม่ส่งถึงมือประชาชนโดยตรง แต่ก็ถือว่าอยู่ในวิสัยที่ประชาชนสามารถตรวจสอบได้ไม่ยาก ต่างจากระบบเดิมที่ประชาชนไม่มีโอกาสทราบเลยว่าปีๆ หนึ่งพื้นที่ที่ตัวเองอาศัยอยู่มีงบประมาณด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด ดังนั้นในระบบบริหารจัดการด้านงบประมาณของโครงการนี้ หากชุมชนมีความเข้มแข็งพอ ก็จะสามารถตรวจสอบการทำงานของโรงพยาบาลได้ สามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของนโยบายด้านสุขภาพได้

3. ก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

โดยหลักการของระบบประกันสุขภาพถ่วงหน้าที่ต้องการแบ่งขีดความสามารถหรือหน้าที่ของสถานบริการไว้เป็น 3 ระดับ คือระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ก็เพื่อที่จะช่วยให้การลงทุนด้านเทคโนโลยีการแพทย์ มีความเฉพาะเจาะจงว่าควรลงทุนในส่วนไหน หากสถานบริการทุกระดับต้องแข่งขันด้านการแพทย์ ก็จะเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณมหาศาล การจัดระดับสถานบริการไว้เป็น 3 ระดับ

และวางระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ ก็จะก่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ประหยัดงบประมาณ ในการลงทุนเพื่อการแข่งขันกัน

4. ไม่ช้าก็เร็วคงต้องเข้าร่วมโครงการ

ในบางโรงพยาบาลที่อาจจะกำลังก้าวเข้าสู่การเข้าร่วมโครงการ แต่เมื่อประเมินสถานการณ์ในระยะ ยาวแล้ว มีความเป็นไปได้สูงว่าในที่สุดคงจะต้องเข้าร่วมโครงการ การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการตั้งแต่ แรกมีข้อดีคือ สามารถมองเห็นปัญหาและอุปสรรคในการบริหารจัดการ / การบริการ ได้แต่เนิ่นๆ หาก สามารถจัดการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคเหล่านั้นได้ ก็จะสามารถปรับตัว / ปรับองค์กร ให้รองรับโครงการ ได้ในระยะยาว หากไม่เข้าร่วมตั้งแต่แรกแล้วในอนาคตจะมาเข้าร่วม อาจส่งผลให้ก้าวตามโรงพยาบาล อื่นไม่ทัน เนื่องจากไม่ได้เรียนรู้ปัญหาและอุปสรรคในการร่วมโครงการมาก่อน ดังนั้นการประเมินสถานการณ์ ว่ามีแนวโน้มที่ท้ายที่สุดก็ต้องเข้าร่วมโครงการ การเข้าร่วมตั้งแต่แรกมีความได้เปรียบมากกว่าการยังไม่ เข้าร่วมโครงการ

5. จำนวนผู้มารับบริการอาจลดลง

ทั้งนี้การตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการ แต่ละโรงพยาบาลมีอิสระในการตัดสินใจ ไม่ได้ ถูกชักจูงโดยโรงพยาบาลอื่น สิ่งที่แต่ละโรงพยาบาลคาดการณ์คือ หากตนเองไม่เข้าร่วมโครงการ ใน ขณะที่โรงพยาบาลอื่นเข้าร่วม มีความเป็นไปได้ว่า ประชาชนจะเลือกไปใช้บริการกับโรงพยาบาลที่ร่วม โครงการ เนื่องจากศักยภาพของโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่จะใกล้เคียงกัน ดังนั้นการเข้าร่วมโครงการ น่าจะช่วยประกันความเสี่ยงเรื่องจำนวนผู้มารับบริการได้บ้าง

6. สถานะทางการเงินของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งเข้าใจว่าระบบการเงินจะเหมือนกับระบบของประกันสังคมที่เหมา จ่ายตามจำนวนหัวประชากร การมีเงินก้อนจำนวนหนึ่งจัดสรรมาให้ โรงพยาบาลก็สามารถนำไปหมุน ใช้จ่ายอย่างอื่นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับบางโรงพยาบาลที่สถานะทางการเงินไม่ค่อยมั่นคงนัก เช่น ภาระหนี้สินของโรงพยาบาล การเข้าร่วมโครงการก็อาจจะช่วยบรรเทาปัญหาเฉพาะหน้าทางการเงินได้บ้าง

7. มีพื้นฐานโรงพยาบาลเชิงสาธารณสุขอยู่แล้ว

ในจำนวน 7 โรงพยาบาล มี 2 โรงพยาบาลที่มีพื้นฐานการทำงานในเชิงสาธารณสุขมาก่อน การมีหรือไม่มีโครงการนี้ ทั้ง 2 โรงพยาบาลก็ยังคงทำงานสาธารณสุขต่อไป ทั้งสองโรงพยาบาลมอง ว่าโครงการนี้สามารถสอดคล้องกับระบบการทำงานเดิมของโรงพยาบาล การเข้าร่วมโครงการจึงไม่น่าจะมี ผลทางด้านลบ ในทางตรงกันข้าม อาจจะมีผลทางด้านบวกด้วยซ้ำ คือ มีแหล่งทุนสนับสนุนการทำงาน ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นมาอีกแห่งหนึ่ง ช่วยให้การดำเนินงานมีความคล่องตัวมากยิ่งขึ้น

8. เพื่อให้เกิดการเปรียบเทียบการให้บริการ

จากเหตุผลในข้อแรกที่กำลังกล่าวถึงภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลเอกชนในเรื่องการสร้างภาพพจน์ให้กับผู้รับบริการที่ดูเด่นกว่าโรงพยาบาลของรัฐ การเข้าร่วมโครงการนี้ของเอกชนจะช่วยเป็นตัวเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลของรัฐเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทั้งของภาครัฐและภาคเอกชน หากโรงพยาบาลเอกชนไม่เข้าร่วมโครงการ ก็มีแนวโน้มสูงว่าระบบการให้บริการของภาครัฐก็จะเหมือนเดิม ทั้งนี้เพราะแม้เอกชนไม่เข้าร่วมโครงการ ในท้ายที่สุดก็ไม่แน่ว่าเอกชนจะอยู่ไม่ได้เพราะผู้ป่วยคงต้องล้นโรงพยาบาลของรัฐมาหาเอกชนอยู่ดี การไม่เข้าร่วมของเอกชนน่าจะมีผลในแง่ที่ระบบการบริการสุขภาพโดยรวมของทั้งประเทศก็จะเหมือนเดิม ไม่ตอบสนองต่อการปฏิรูประบบสุขภาพได้อย่างที่คาดหวังไว้

9. ถูกขอร้องแถมบังคับให้เข้าร่วม

บางโรงพยาบาลอาจไม่ได้เต็มใจ 100 % ในการเข้าร่วมโครงการตั้งแต่แรก โดยการให้สัมภาษณ์ของผู้บริหารท่านหนึ่งซึ่งอ้างว่าเป็นเพราะมี “ผู้ใหญ่” มาขอให้เข้าร่วม โดย “ผู้ใหญ่” นั้นให้เหตุผลว่า

“ ในระบบราชการเวลามีปัญหา มักจะปกปิด ส่วนภาคเอกชนมักจะกล้าพูดทุกอย่างว่า มีอะไรเกิดขึ้น การขอให้เข้าร่วมก็เพื่อให้ไปช่วย feedback ปัญหา กลับมาให้ทางราชการ ทราบ เพื่อจะได้รู้ว่ามันไม่ดีตรงไหน จะได้นำไปแก้ไข”

นอกจากการขอร้องให้เข้าร่วมแล้ว ยังมีการให้สัญญากันบางเรื่องแบบที่เล่นที่จริงจาก “ผู้ใหญ่” ท่านนั้น ในท้ายที่สุดโรงพยาบาลแห่งนั้นก็ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

สำหรับ 2 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ ได้ให้เหตุผล ดังต่อไปนี้

1. มีกลุ่มผู้รับบริการกลุ่มเฉพาะอยู่แล้ว

เนื่องด้วยเป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ มีความพร้อมในทุกๆ ด้าน จึงเป็นที่ไว้วางใจของผู้รับบริการที่มีกำลังซื้อสูง หรือแม้แต่ชนชั้นกลางที่ไม่ชอบในระบบบริการของโรงพยาบาลภาครัฐ การมีกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มเฉพาะลักษณะนี้ จึงทำให้โรงพยาบาลทั้งสองแห่งมีความมั่นใจว่าแม้จะมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ก็จะไม่เกิดผลกระทบต่อจำนวนผู้มารับบริการ และด้วยสถานการณ์ที่เป็นอยู่เดิม โรงพยาบาลก็สามารถอยู่รอดได้ ไม่มีความจำเป็นต้องพึ่งพางบประมาณจากภาครัฐ

2. เสี่ยงต่อการขาดทุน

เนื่องจากชื่อเสียงของโรงพยาบาลเป็นที่ยอมรับของประชาชนโดยทั่วไปอยู่แล้ว หากเข้าร่วมโครงการ เชื่อว่าประชาชนจะแห่กันมาใช้บริการ (ด้านการรักษา) กันมาก แต่ก็จ่ายเพียง 30 บาท ซึ่งไม่คุ้มกับการลงทุนของโรงพยาบาล ยังมีผู้มารับบริการมากเท่าไร โรงพยาบาลก็เสี่ยงกับการขาดทุนมากเท่านั้น การไม่เข้าร่วมโครงการจึงน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่า

3. การมีคนไข้ประกันสังคมมากอยู่แล้ว

การที่โรงพยาบาลร่วมในโครงการประกันสังคมก่อนหน้านี้ ทำให้มีจำนวนผู้รับบริการที่มีบัตรประกันสังคมอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งระบบการเงินของประกันสังคมดูมั่นคงกว่า โรงพยาบาลได้รับผลประโยชน์ชัดเจน จึงไม่ยากกับงานซ้ำซ้อนที่ดูเหมือนจะมีปัญหาในการจัดการอยู่

ลักษณะ / เงื่อนไข ของโรงพยาบาลก่อนเข้าร่วมโครงการ

แต่ละโรงพยาบาลจะมีลักษณะหรือเงื่อนไขภายในของตนเองที่แตกต่างกันไปบ้างก่อนที่จะเข้าร่วมโครงการ สามารถรวบรวมได้ดังนี้

1. ระบบบริหารจัดการฝ่ายทันตกรรม

การบริหารจัดการในฝ่ายทันตกรรมทุกโรงพยาบาลจะขึ้นอยู่กับผู้บริหารโรงพยาบาล ทันตแพทย์แทบจะไม่มีบทบาทในการบริหารเลย ยกเว้นเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่ไม่กระทบกับระบบทั้งระบบของโรงพยาบาล ในบางครั้งผู้บริหารอาจจะสอบถามความคิดเห็นของทันตแพทย์บ้างเพื่อประกอบการตัดสินใจในขั้นตอนสุดท้าย สถานภาพของทันตแพทย์จึงค่อนข้างเสมือนลูกจ้างที่คอยปฏิบัติตามคำสั่งเจ้านาย ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจใดๆ

2. ระบบค่าตอบแทน

ระบบค่าตอบแทนที่ทันตแพทย์ได้รับจากโรงพยาบาลมี 3 ลักษณะ คือ

- 2.1 ระบบหักส่วนแบ่ง 50 : 50
- 2.2 ระบบประกันเงินเดือนขั้นต่ำ มีตั้งแต่ 25,000 – 50,000 บาท
- 2.3 ระบบเงินเดือน มีการขึ้นเงินเดือนทุกปีคล้ายระบบราชการ

3. ทัศนบุคลากร

บางโรงพยาบาลไม่เคยมีทันตแพทย์ full time มาก่อน มีเฉพาะทันตแพทย์ที่มา part time นอกเวลาราชการเท่านั้น บางโรงพยาบาลมีภาวะการขอย้าย / ลาออกของทันตแพทย์ค่อนข้างบ่อย บางช่วงเวลาจึงอาจไม่มีบริการทันตกรรมเนื่องจากไม่มีทันตแพทย์ มี 1 โรงพยาบาลที่ไม่ได้จ้างทันตแพทย์แต่จ้างทันตานุรักษ์มาอยู่ประจำแทน แต่หากมีผู้ป่วยที่รักษายากก็จะมีทันตแพทย์แบบ part time มาช่วยเป็นรายๆ ไป

4. ศักยภาพของทันตแพทย์

อายุของทันตแพทย์ (รวมทันตานุรักษ์) อยู่ระหว่าง 27-60 ปี ทันตแพทย์ที่สูงวัยจะไม่ได้ทำงานทันตกรรมบางอย่างเป็นนิจ เช่น งานศัลยกรรมผ่าฟันคุด ในขณะที่ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของโครงการนี้ บังคับให้ทันตแพทย์ต้องให้บริการ เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลและตัวทันตแพทย์ที่จะต้องเตรียมการรองรับปัญหานี้

5. งานส่งเสริมป้องกัน งานเชิงรุก

แทบทุกโรงพยาบาลไม่เคยมีงานส่งเสริมป้องกันและงานเชิงรุกมาก่อน แม้แต่การให้สุขศึกษาแก่คนไข้ในโรงพยาบาลอย่างเป็นทางการก็ไม่มีอย่างสม่ำเสมอ งานเชิงรุกจึงค่อนข้างเป็นปัญหากับโรงพยาบาลเอกชน ยกเว้นโรงพยาบาล ก เพียงโรงพยาบาลเดียวที่ทำงานเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง จึงไม่มีปัญหาในเรื่องการปรับตัว

การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการเข้าร่วมโครงการ

จากข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดที่ได้กล่าวมา มีหลายเรื่องที่โรงพยาบาลได้พยายามเตรียมการเพื่อรองรับต่อโครงการ จะกล่าวถึงในที่นี้ 3 ประเด็น คือ

1. มีการรวมกลุ่มของโรงพยาบาลเอกชน

แม้ว่าจังหวัดที่ศึกษาจะไม่ใช่จังหวัดนำร่องตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 แต่ในกลุ่มของโรงพยาบาลเอกชนได้มีความเคลื่อนไหวเพื่อเตรียมรับมือกับโครงการนี้ตั้งแต่ก่อนหน้านั้น รูปแบบที่เกิดขึ้นโดยไม่เคยมีมาก่อนคือ การรวมกลุ่มของโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดในจังหวัด ไม่เพียงแต่โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในภายหลังเท่านั้น แต่ยังรวมถึงโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการด้วย ซึ่งการรวมกลุ่มของโรงพยาบาลเอกชนนี้ เป็นกลไกหนึ่งที่ช่วยให้ระบบบริการสุขภาพดำเนินไปได้อย่างคล่องตัวขึ้น ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปในผลการศึกษาลงมาที่ 3

2. การเตรียมความพร้อมให้บุคลากร

ด้วยเงื่อนไขของการที่ต้องเข้าร่วมทำงานกับราชการ รวมทั้งเป็นโครงการที่ใหม่ที่มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โรงพยาบาลจึงต้องเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรให้ดีที่สุด และดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ทันตแพทย์ไม่อยู่ในสถานะการนำได้ การเข้ารับการศึกษาอบรมที่โรงพยาบาลจัดขึ้นก็เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้ทันตแพทย์รับรู้ความเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้น เพื่อไปปรับใช้กับฝ่ายทันตกรรม

3. จัดให้มีทันตแพทย์ full time

จากลักษณะ / เงื่อนไขของโรงพยาบาลเอกชนที่ได้กล่าวมาแล้วในประเด็นทันตบุคลากร ในบางโรงพยาบาลที่ไม่เคยมีทันตแพทย์ full time มาก่อน ก็ได้รับสมัครทันตแพทย์เข้ามาทำงานในช่วงเวลาราชการแบบเต็มเวลา อาจรวมถึงนอกเวลาราชการด้วย เพื่อให้การบริการครบถ้วนตามเงื่อนไขที่ทางราชการกำหนด

นอกเหนือจากการจัดให้มีทันตแพทย์ full time แล้ว ยังได้จัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการให้บริการตามเงื่อนไขชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม ตัวทันตแพทย์เองที่ทั้งความรู้ความสามารถ

ทางด้านทันตกรรมบางเรื่องไปแล้ว ก็ได้มีการทบทวนหรือฟื้นฟูความรู้กลับมาใหม่เพื่อสามารถให้บริการได้ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ทั้งหมด

ส่วนที่ 2 สถานการณ์เมื่อเริ่มโครงการในระยะ 3 เดือนแรก (มิถุนายน – สิงหาคม 2544)

การปรับตัว / การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเชิงบริหาร

1. ด้านการประชาสัมพันธ์

การประชาสัมพันธ์โดยรัฐบาลในช่วงก่อนหน้าเริ่มโครงการไม่สามารถสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนได้เท่าที่ควร เมื่อเปิดให้บริการตามโครงการจึงเกิดการไม่เข้าใจกัน บางโรงพยาบาลต้องแก้ไขปัญหาการเผชิญหน้ากับประชาชนโดยการลงทุนประชาสัมพันธ์เอง ในช่วงแรกจะเป็นหน้าที่ของฝ่ายการตลาดทำการประชาสัมพันธ์ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ภายหลังเมื่อมีการทำ family folder ที่ทีมงานที่ทำเรื่องนี้จะช่วยทำหน้าที่ประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจให้กับประชาชน

2. การประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

การประสานงานกับ สสจ. เป็นอีกปัญหาที่ค่อนข้างวุ่นวายในระยะแรก โดยเฉพาะงานเอกสารรายงานที่ทางสสจ. มักจะมีหนังสือมาว่าต้องการด่วนที่สุด โดยไม่ได้มีการชี้แจงให้เตรียมทำสิ่งเหล่านี้มาก่อน ในขณะเดียวกัน จากข้อตกลงเริ่มแรกที่ทาง สสจ. พุดกับโรงพยาบาลไว้ว่า หากมีปัญหาอะไรในการดำเนินงาน ให้แจ้งแก่ สสจ. เพื่อหาทางช่วยเหลือแก้ไข แต่เมื่อเริ่มโครงการแล้ว สสจ. กลับไม่มีเวลามาช่วย หรือไม่ได้ให้ความสนใจเท่าที่ควร โรงพยาบาลจึงต้องหาทางแก้ไขปัญหาเฉพาะเอาเอง

3. การวิเคราะห์รายรับ – รายจ่าย

มีการวิเคราะห์รายรับ – รายจ่ายอย่างใกล้ชิดจากทีมงานเฉพาะภายใต้การติดตามของผู้บริหาร แผนกที่ถูกติดตามอย่างใกล้ชิดมากที่สุดคือ แผนกทันตกรรม และแผนกสูตินารีเวช เนื่องจากเป็นแผนกที่มีค่าใช้จ่ายในการให้บริการค่อนข้างสูง บางโรงพยาบาลยอมรับว่า งานทันตกรรมมีโอกาสทำให้โรงพยาบาลขาดทุน แต่ก็ต้องมีการให้บริการเพื่อให้ครบตามเงื่อนไขที่โครงการกำหนดไว้ หรือแม้แต่ก่อนหน้าที่จะมีโครงการก็ต้องมีแผนกทันตกรรมไว้เพื่อให้มีการบริการที่ครบวงจรที่สุด

4. ระบบค่าตอบแทนทันตแพทย์

การคิดค่าตอบแทนทันตแพทย์ ทุกโรงพยาบาลพยายามใช้ระบบเดิมไปก่อน โดยที่หากมีผู้ป่วยที่ถือบัตรทองมารับบริการ การคิดค่าตอบแทนให้ทันตแพทย์ จะคิดจากราคาที่ใช้กับการบริการแก่ผู้ป่วยที่ไม่ถือบัตรทอง แล้วหัก 50 % เป็นค่าตอบแทนให้ทันตแพทย์ บางโรงพยาบาลที่เคยรับผู้ป่วยประกันสังคมมาก่อน ก็จะใช้วิธีคิดค่าตอบแทนแบบเดียวกันมาใช้ เช่น การซูดหินปูน ทุกรายไม่ว่าจะมีหินปูนมากขนาดไหน ทันตแพทย์จะได้รับค่าตอบแทน 200 บาท อุดฟันไม่ว่าจะเป็นงานที่ยากขนาดไหน ก็จะได้รับค่าตอบแทน 200 บาทเช่นกัน เป็นต้น

การปรับตัว / การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านการบริการ

1. การกำกับการให้บริการจากผู้บริหาร

การถูกกำกับกับการให้บริการโดยผู้บริหารนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล มีตั้งแต่ระดับที่ปล่อยอิสระให้ทันตแพทย์ให้บริการได้ตามดุลพินิจของตนเอง ระดับที่ผู้บริหารกำกับอยู่ห่างๆ เช่น คอยเตือนให้ทันตแพทย์แบ่งเวลาให้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่ถือบัตรทองด้วย และระดับที่มีการกำกับอย่างใกล้ชิด เช่น จะกำชับให้ทันตแพทย์ให้บริการผู้ป่วย 1 คน ใน 1 ครั้ง ไม่เกิน 1 งานเท่านั้น อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมแล้ว ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ก็ตระหนักถึงการแบกรับค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลอยู่แล้ว หากไม่จำเป็นก็จะไม่ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยให้หมดปากภายในครั้งเดียว และพยายามช่วยใช้วัสดุให้ประหยัดมากขึ้น

2. การเผชิญหน้ากับผู้ป่วย

ในส่วนของงานทันตกรรม ทันตแพทย์มีโอกาสนปะทะ / เผชิญหน้ากับผู้ป่วยได้ง่าย โดยเฉพาะในเรื่องสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่ในช่วงแรก ผู้ป่วยจะเรียกร้องสิทธิทุกอย่าง ในขณะที่สิทธิประโยชน์บางอย่างก็เขียนไว้ไม่ชัดเจน ต้องไปตีความเอาเอง สร้างความเครียดให้กับทันตแพทย์เป็นอย่างมาก บางโรงพยาบาลได้แก้ปัญหาโดยจัดให้มีการประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจให้กับผู้มารับบริการบริเวณ OPD ทันตแพทย์บางคนหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าโดยให้ผู้ช่วยเป็นฝ่ายเจรจากับผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 สถานการณ์ภายหลังจาก 3 เดือนแรก

การจำแนกสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโรงพยาบาลเมื่อเข้าร่วมโครงการแล้ว อาจจะไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเป็น 3 เดือนแรกกับภายหลัง 3 เดือนแรก เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลบางท่านไม่มั่นใจว่าบางเหตุการณ์ที่อยู่คาบเกี่ยวกับช่วงเวลาดังกล่าวจริงๆ แล้วเกิดขึ้นช่วงไหนกันแน่ ดังนั้นข้อมูลบางส่วนจึงต้องนำไปประกอบกับข้อมูลชุดอื่นๆ เพื่อประมาณการว่าน่าจะอยู่ในช่วงไหน

การติดตามสถานการณ์ภายหลังโครงการเริ่มไป 3 เดือนแล้ว ยังคงให้ความสนใจต่อประเด็นหลัก 2 เรื่องคือ ด้านการบริหาร และการบริการ

การปรับตัว / การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านการบริหาร

เนื่องจากจังหวัดที่ศึกษาเป็นจังหวัดที่มีความซับซ้อนของระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก เมื่อเริ่มโครงการวันที่ 1 มิถุนายน ปัญหาที่เกิดจากการดำเนินโครงการจึงหลั่งไหลมาจากทั่วทุกสารทิศ ที่มงาน สสจ. ต้องระดมกำลังรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามด้วยความที่เป็นโครงการใหม่ ประชาชนคาดหวังไว้สูง รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเร็วมากเกิดขึ้นใหม่ตลอดเวลา ปัญหาในการดำเนินงานจึงมีมากกว่าที่จะคลี่คลายได้ทัน ซึ่งก็มีผลกระทบต่อโรงพยาบาลเอกชนด้วยเช่นกัน ปัญหาที่เกิดขึ้นสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และความพยายามในการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชน สรุปได้ดังนี้

1. การแก้ไขปัญหาของโรงพยาบาล

จากเดิมที่โรงพยาบาลคิดว่าจะทำหน้าที่สะท้อนปัญหาให้ราชการแล้วช่วยกันหาทางแก้ไข ปัญหา แต่ในทางปฏิบัติ เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นโดยเฉพาะเรื่องที่มีผลกระทบต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล

สสจ. กลับไม่ได้ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือแต่อย่างใด ทำให้โรงพยาบาลต้องเสียชื่อเสียง (ในช่วงแรกที่เริ่มโครงการได้มีเหตุการณ์ร้องเรียนจนถึงขั้นเป็นข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์) ดังนั้นเมื่อหวังพึ่ง สสจ. ไม่ได้ แต่ละโรงพยาบาลก็ต้องหาทางแก้ไขปัญหาเอาเอง ในที่ประชุมกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนจึงตกลงกันว่า เพื่อเป็นการรักษาชื่อเสียงของโรงพยาบาลแต่ละแห่งต้อง “ซุก” และ “กลบ” ปัญหาให้เบ็ดเสร็จที่โรงพยาบาลของตนเอง จะด้วยวิธีการแบบไหนก็แล้วแต่ ดังนั้นจะสังเกตเห็นได้ว่า ปัญหาข้อร้องเรียนที่ปรากฏเป็นข่าวตามสื่อต่างๆ ในช่วง 3 เดือนแรกจึงหายไปแทบหมด เหลือแต่ข้อร้องเรียนที่ไปปรากฏอยู่ที่ศูนย์ข้อมูลประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ สสจ. เท่านั้น ซึ่งก็มีการตามแก้ไขปัญหานั้นเป็นเปลาะๆ ไป โดยไม่เป็นข่าวตามสื่อต่างๆ อย่างไรก็ตาม ในเบื้องต้นแล้วบางโรงพยาบาลก็ไม่ได้ไวใจ สสจ. มากนัก เนื่องจากรู้สึกที่ว่า สสจ. ไม่ซื่อสัตย์ต่อข้อตกลงที่ตกลงกันไว้ในที่ประชุม แม้แต่รายงานการประชุมก็ไม่ตรงกับมติของที่ประชุม

2. การประสานงาน

สืบเนื่องจากสถานการณ์ในข้อแรก ทำให้โรงพยาบาลเอกชนรู้ตัวแล้วว่า ต้องช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ส่งผลให้การประสานงานกับ สสจ. ห่างเหินกันมากขึ้น การเชิญประชุมในแต่ละเดือนก็ไม่ได้กำหนดวันแน่นอนว่าเป็นวันไหน หนังสือเชิญประชุมแต่ละฉบับจึงเป็นการเชิญแบบด่วน ซึ่งในระบบของเอกชนจะได้รับผลกระทบค่อนข้างมาก บางครั้งจึงไม่มีบางโรงพยาบาลเข้าร่วมประชุม ในช่วงเดือนท้ายๆ ของการวิจัยพบว่าบางเดือนไม่มีการประชุมแล้ว

3. การบริหารงบประมาณ

นับตั้งแต่เริ่มต้นโครงการเดือนมิถุนายนจนถึงสิ้นปี ระบบการเบิกจ่ายงบประมาณจากราชการค่อนข้างไม่แน่นอน บางครั้งต้องรอนานกว่า 3 เดือนจึงจะได้เงินตกเบิกคืนมา ทำให้ทางโรงพยาบาลไม่สามารถวางแผนการใช้จ่ายได้ กลายเป็นว่าต้องไปใช้เงินในระบบของโรงพยาบาลมาบริหารจัดการโครงการนี้ให้เดินต่อไปให้ได้ ความสับสนในเรื่องระบบการเบิกจ่ายนี้ เป็นเพราะเดิมที่โรงพยาบาลคิดว่าใช้วิธีการเหมือนของระบบประกันสังคม แต่กรณีของโครงการนี้ มีความละเอียดมากกว่า กล่าวคือ แม้ว่าจะมีตัวเลขผู้มีสิทธิถือบัตรทองอยู่ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าโรงพยาบาลจะได้รับเงินงบประมาณรายหัวประชากร (1,202 บาท) ตามจำนวนตัวเลขประชากร จำนวนประชากรที่ว่าเป็นประชากรที่ได้ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลแล้ว ใครที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนถือว่าไม่นับ ดังนั้นตัวเลขงบประมาณจึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา รวมไปถึงการตรวจเช็คความถูกต้องในการมีสิทธิของประชากรก็ใช้เวลาค่อนข้างนาน โดยรวมแล้วจึงส่งผลให้โรงพยาบาลไม่มีเงินจากรัฐมาบริหารโครงการอย่างเป็นระบบ ต้องแก้ไขเฉพาะหน้าไปกันเอง

อย่างไรก็ตาม เมื่อถึงเดือนมกราคม 2545 ระบบการเบิกจ่ายก็เริ่มนิ่งมากขึ้น โรงพยาบาลสามารถวางแผนการใช้จ่ายได้อย่างชัดเจนขึ้น

4. ความพร้อมของบุคลากร

แม้ว่าจะมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรมาก่อนหน้าที่จะเริ่มดำเนินโครงการ แต่เมื่อเริ่มโครงการแล้ว ภาระกิจของงานใน PCU ค่อนข้างสร้างความลำบากใจให้กับผู้ที่รับผิดชอบ เนื่องจากขาดทักษะและประสบการณ์ในการทำงานเชิงรุกและงานส่งเสริมป้องกัน บางโรงพยาบาลแก้ไขปัญหโดย

การผลิตเปลี่ยนทีมงาน บางแห่งใช้วิธีจ้างพยาบาลที่เคยมีประสบการณ์มาก่อนเข้ามาทำงานและช่วยวางระบบการพัฒนาบุคลากรไปพร้อมๆ กัน

5. การรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจ

ไม่ใช่เพียงแค่แผนกทันตกรรมเท่านั้นที่ทันตแพทย์ไม่มีอำนาจในการช่วยตัดสินใจ แผนกอื่นๆ ก็เช่นกัน ด้วยความที่มีปัญหาใหม่เกิดขึ้นตลอดเวลา การแก้ไขปัญหาอาจจะทำกันไปคนละทิศละทาง ส่งผลต่อความสับสนของผู้รับบริการ จึงต้องมีการรวมศูนย์อำนาจการตัดสินใจไว้ที่ผู้บริหารเพื่อให้ทิศทางการแก้ปัญหาไปแนวเดียวกัน เมื่อสถานการณ์เริ่มคลี่คลายลง (ตั้งแต่เดือนมกราคม 2545) บวกกับความเข้าใจที่ดีขึ้นในภาระกิจของบุคลากรแต่ละคน ผู้บริหารจึงเริ่มผ่อนคลายการตัดสินใจให้กลับไปสู่สภาพเดิมก่อนเริ่มต้นโครงการ

การปรับตัว/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านบริการ

ในด้านงานบริการ การปรับตัว/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะสัมพันธ์กับด้านบริหารตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น ประเด็นสำคัญๆ ด้านงานบริการที่จะกล่าวถึงในที่นี้ มีดังนี้

1. การสร้างข้อตกลงร่วมในการให้บริการ

จากปัญหาเรื่องการไม่เข้าใจในสิทธิการรักษาของประชาชน เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง และการไม่หวังพึ่งความช่วยเหลือจากราชการมากนัก รวมทั้งการพยายามรักษาชื่อเสียงของโรงพยาบาลไม่ให้เสียหายจากการตกเป็นข่าวในทางลบ กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนได้ตกลงร่วมกันในที่ประชุมเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนว่ากรณีที่มีผู้ป่วยมาขอรับบริการฉุกเฉินและไม่ได้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก เช่น ปวดหัว ตัวร้อน ท้องเสีย แต่ละโรงพยาบาลจะต้องให้การรักษาทันทีโดยไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยรายนั้นจะต้องมีมิลลัมนาอยู่ ณ เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลตนเอง ที่สำคัญคือจะไม่มีเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยรายนั้นมีมิลลัมนาอยู่ด้วย แต่ในกรณีที่รับผู้ป่วยฉุกเฉินแล้วคาดการณ์ว่าจะเสียค่าใช้จ่ายมาก ต้องให้การรักษาในเบื้องต้นก่อน แล้วติดต่อกับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยนั้นมีมิลลัมนาอยู่ว่าจะให้ดำเนินการรักษาพยาบาลต่อหรือให้ส่งต่อ การสร้างข้อตกลงร่วมเช่นนี้ เป็นการตัดปัญหาเล็กน้อยที่อาจเกิดขึ้นจากการมาขอรับการรักษาจากผู้ป่วยที่ยังไม่เข้าใจระบบของโครงการ หากเกิดการร้องเรียนของผู้ป่วยผ่านไปทางสื่อ โรงพยาบาลก็จะเสียชื่อเสียงโดยไม่จำเป็น การสร้างข้อตกลงร่วมนี้ทางเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนยังหวังว่าจะได้เป็นตัวอย่างให้โรงพยาบาลของรัฐเห็นว่าเอกชนใจกว้างพอ ไม่ใช่คิดแต่เรื่องกำไรขาดทุนเท่านั้น และยังเป็นการป้องกันการไม่พอใจจากผู้ป่วยด้วย

2. ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม

ในช่วงระยะ 3 เดือนแรก ไม่ว่าโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ล้วนประสบปัญหาเกี่ยวกับการตีความเนื้อหาของชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ตรงกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียกเก็บเงินค่ารักษา 30 บาทนั้น คิดจากการรักษาต่อครั้งหรือต่อโรค แม้ทาง สสจ. จะพยายามทำความเข้าใจกับโรงพยาบาลแต่ละแห่งแล้ว แต่ความเชื่อมั่นในการตีความของแต่ละแห่งก็เป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของ สสจ. หรือไม่ แม้จะผ่านระยะ 3 เดือนแรกไปแล้ว การตีความที่ไม่เหมือนกันก็ยังคงปรากฏอยู่ ทันตแพทย์

ในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งก็ถือปฏิบัติตามนโยบายของผู้บริหารมากกว่าปฏิบัติตามคำแนะนำของสสจ. อย่างไรก็ตามท้ายที่สุดแล้วการให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วยจะขึ้นกับการตัดสินใจของทันตแพทย์ ผู้ให้การรักษาพอสมควร เพราะบางครั้งทันตแพทย์ก็ใช้วิธีคิดแบบที่ สสจ.เสนอ บางครั้งก็ยึดตามนโยบายของโรงพยาบาล หรือแม้แต่การใช้ดุลพินิจของตัวเองตัดสินใจไปตามที่ตัวเองเห็นสมควร เหตุการณ์เช่นที่ยังคงดำรงอยู่จนถึงปัจจุบัน

ผลกระทบจากการตีความที่ไม่ตรงกันบวกกับการแทรกแซงทางการเมือง ทำให้เกิดการขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (ทำให้การตีความมีต่อไปไม่สิ้นสุด) การเพิ่มสิทธิประโยชน์นี้สร้างความลำบากใจให้ผู้ปฏิบัติเป็นอย่างมาก ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าสิทธิประโยชน์ตอนเริ่มต้นก็มากพอแล้ว แต่ยังมีการเพิ่มขึ้นไปอีก รัฐมนตรีเพียงแคให้สัมภาษณ์ผ่านทางสื่อต่างๆ ประชาชนก็จะเชื่อถือตามนั้นและมาเรียกร้องสิทธิจากโรงพยาบาลโดยที่โรงพยาบาลไม่สามารถปฏิบัติตามได้ เพราะต้องมีหนังสือยืนยันเป็นลายลักษณ์อักษรจากรัฐบาลก่อน จึงจะถือปฏิบัติตามได้ “นโยบายรายวัน” จึงสร้างภาระในการประชาสัมพันธ์ให้ตกแก่โรงพยาบาลในการสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนเป็นอย่างมาก

3. งานส่งเสริมป้องกันและงานเชิงรุก

ดังที่ได้กล่าวไปข้างต้นในส่วนของการบริหารว่า กว่าที่ระบบการเบิกจ่ายจะเริ่มเข้าที่เข้าทางก็ล่วงเข้าเดือนมกราคม 2545 ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทางโรงพยาบาลอ้างได้ว่าที่ผ่านมาไม่ได้ทำงานส่งเสริมป้องกัน งานเชิงรุกอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรมได้ เพราะไม่มีงบประมาณสนับสนุนที่แน่นอน จึงตั้งรับอยู่ภายในโรงพยาบาลและเน้นงานด้านการรักษาไปพลางๆก่อน แต่ในบางโรงพยาบาลก็มีการเริ่มดำเนินงานไปแล้วบ้าง เช่นฝากงานไปกับพยาบาลที่ลงเยี่ยมบ้านและทำงานอนามัยโรงเรียนให้ตรวจฟันเด็กนักเรียน หากพบมีเด็กนักเรียนที่มีปัญหา ก็ให้แนะนำแก่ผู้ปกครองให้พาเด็กมารับบริการที่โรงพยาบาล มีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ทันตแพทย์เป็นผู้ลงมือไปตรวจฟันเองและทำการเคลือบฟลูออไรด์ให้นักเรียนในโรงเรียนด้วย แต่ก็ทำได้ไม่กี่ครั้ง แล้วก็หยุดไปโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด อย่างไรก็ตามในช่วง 5 เดือนหลังของการศึกษาวิจัย พบว่ามีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งได้เริ่มทำงานป้องกันอย่างเป็นรูปธรรมมาก (ดูในตารางที่ 3.11) ทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลแห่งนั้นเล่าว่าเป็นเพราะนโยบายของผู้บริหารที่อยากให้เน้นงานป้องกันให้มากขึ้น และโดยส่วนตัวก็อยากทำงานทางด้านนี้อยู่แล้ว จึงทำให้งานทันตกรรมป้องกันของโรงพยาบาลนี้ค่อนข้างโดดเด่นกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ หนึ่งปัญหาเรื่องเด็กนักเรียนที่อยู่ข้ามเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ก็ยังหาวิธีการบริหารจัดการที่ดีที่สุดไม่ได้ ต้องแก้ปัญหาเฉพาะหน้ากันไปก่อน

4. การปรับผังเวลาในการบริการทันตกรรม

จากสถานการณ์ที่บางโรงพยาบาลไม่เคยมีทันตแพทย์ full time มาก่อน ก็ได้จ้างทันตแพทย์มาอยู่ประจำ แต่ในบางโรงพยาบาลเมื่อผ่านพ้นระยะ 3 เดือนแรกของโครงการไปแล้วได้ประเมินสถานการณ์การมารับบริการทันตกรรมของประชาชน บวกกับการคาดการณ์เมื่อนำผู้ป่วยที่เคยคือบัตร สปร. มาร่วมในโครงการ 30 บาท ซึ่งเริ่มดำเนินการในเดือนตุลาคม 2544 จึงได้ปรับผังเวลาในการให้บริการทันตกรรมกันใหม่ บางที่ไม่เคยเปิดให้บริการนอกเวลาราชการก็ต้องเปิดให้บริการ บางที่พยายามกันเวลาในบางช่วงไว้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิถือบัตรทอง เพื่อเป็นการหารายได้เข้าโรงพยาบาล (ดูตารางที่ 2.2)

5. การพัฒนาศักยภาพการให้บริการ

จากหลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่พยายามจัดระดับหน่วยบริการเป็น 3 ระดับเพื่อให้เกิดการกระจายทรัพยากรอย่างถูกต้อง และเน้นการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ลดการลงทุนด้านเทคโนโลยีการแพทย์ แต่ในทางปฏิบัติทำให้เกิดตามแนวทางดังกล่าวไม่เนื่องจากในระบบของเอกชนนั้นจะมีภาวะการแข่งขันกันอยู่ตลอดเวลา การให้บริการได้อย่างครบวงจรจะเป็นส่วนหนึ่งที่สร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการ และไว้ใจที่จะมาใช้บริการในครั้งต่อไป โรงพยาบาลแต่ละแห่งจึงต้องลงทุนด้านเทคโนโลยีการแพทย์เพื่อแสดงให้ผู้รับบริการเห็นว่าโรงพยาบาลมีความพยายามในการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการอย่างเต็มที่

นอกจากนั้น การมีระบบส่งต่อและการคำนวณค่า DRG ก็เป็นส่วนหนึ่งที่โรงพยาบาลเอกชนเห็นว่า หากไม่จำเป็นก็จะไม่ส่งต่อผู้ป่วย เพราะต้องเสียทั้งความน่าเชื่อถือในศักยภาพการรักษาของโรงพยาบาล อีกทั้งยังต้องเสียค่า DRG ให้แก่โรงพยาบาลที่รับส่งต่อ รวมทั้งเมื่อส่งต่อไปแล้วก็ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ในมุมมองของเอกชนจะมองว่าหากยอมลงทุนพัฒนาศักยภาพการให้บริการของตนเอง ก็จะได้ประโยชน์ทั้งการไม่ต้องตามจ่าย (ซึ่งในระยะยาว ค่าใช้จ่ายอาจจะมากจนสามารถซื้อเทคโนโลยีเป็นของตนเองได้เลย) และได้รับความน่าเชื่อถือจากผู้รับบริการ การพัฒนาศักยภาพการให้บริการโดยไม่มีขีดสุดเช่นนี้ อาจจะกระทบต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เป็นได้

อย่างไรก็ตาม ในทางตรงกันข้าม ในบางโรงพยาบาล ผู้บริหารกลับมีนโยบายให้ทันตแพทย์ลดการให้บริการทันตกรรมบางชนิด เช่น การทำฟันปลอม เพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลลง เสมือนเป็นการลดศักยภาพในการให้บริการ เป็นการให้บริการเพื่อให้ครบตามชุดสิทธิประโยชน์เท่านั้น

6. การเป็นเครือข่ายบริการกับสถานีนอนามัย

จากการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาล ทำให้บางโรงพยาบาลมีสถานีนอนามัยมาอยู่ในความดูแลของตนเองด้วย แต่ด้วยระบบคิด ระบบการทำงานที่แตกต่างกันทำให้ไม่สามารถใช้สถานีนอนามัยเป็นเครือข่ายบริการให้กับโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาในการศึกษาครั้งนี้ จึงมีโรงพยาบาลที่ยังคงใช้สถานีนอนามัยเป็น PCU อยู่เพียงแห่งเดียวเท่านั้น (ดูแผนภาพที่ 2.1) บางโรงพยาบาลลงทุนไปเปิด PCU เองแล้วให้ สถานีนอนามัย อยู่ในฐานะเป็น sub-contractor ของโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่แล้วโรงพยาบาลค่อนข้างพอใจที่จะให้ สอ.อยู่ในสถานะนั้น

สถิติผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 7 แห่ง

ผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 7 แห่ง นับตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2544 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2545 รวบรวมได้ดังตาราง 3.1

ตารางที่ 3.1 สรุปยอดผู้มารับบริการทันตกรรมที่ใช้บัตรทองประจำเดือนมิถุนายน 2544

โรงพยาบาล	ผู้รับบริการ ทั้งหมด (คน)	ถอนฟัน		อุดฟัน		ขูดหินปูน		ฟันปลอม	
		คน	%	คน	%	คน	%	คน	%
ก.	36	7	19.4	20	55.6	9	25.0	-	-
ข.	114	24	21.1	26	22.8	46	40.4	1	0.9
ค.	76	11	14.5	25	32.9	30	39.5	5	6.6
ง.	40	20	50.0	4	10.0	1	2.5	-	-
จ.	119	23	19.3	54	45.4	28	23.5	-	-
ฉ.	22	4	18.2	9	40.9	7	31.9	-	-
ช.	87	6	6.9	30	34.5	20	22.9	14	16.1
รวม	494	95	19.2	168	34.0	141	28.5	19	3.8

หมายเหตุ ไม่มี case ที่ทำ sealant , ให้ fluoride , รักษาโรคฟันน้ำนม

ตารางที่ 3.2 สรุปยอดผู้มารับบริการทันตกรรมที่ใช้บัตรทองประจำเดือนกรกฎาคม 2544

โรงพยาบาล	ผู้รับบริการ ทั้งหมด (คน)	ถอนฟัน		อุดฟัน		ขูดหินปูน		ฟันปลอม	
		คน	%	คน	%	คน	%	คน	%
ก.	51	9	17.6	40	78.4	10	19.6	4	7.8
ข.	45	14	31.1	8	17.8	11	24.4	-	-
ค.	79	26	32.9	17	21.5	24	30.4	9	11.4
ง.	55	21	38.2	33	60.0	8	14.5	1	1.8
จ.	101	20	19.9	47	46.5	22	21.8	-	-
ฉ.	27	3	11.1	13	48.1	10	37.0	-	-
ช.	59	8	13.6	26	44.1	14	23.7	2	3.4
รวม	417	101	24.2	184	44.1	99	23.7	16	3.8

หมายเหตุ ไม่มี case ที่ทำ sealant , ให้ fluoride , รักษาโรคฟันน้ำนม

ตารางที่ 3.3 สรุปยอดผู้มารับบริการทันตกรรมที่ใช้บัตรทองประจำเดือนสิงหาคม 2544

โรงพยาบาล	ผู้รับบริการ ทั้งหมด (คน)	ถอนฟัน		อุดฟัน		ขูดหินปูน		ฟันปลอม	
		คน	%	คน	%	คน	%	คน	%
ก.	36	6	16.7	27	75.0	14	38.9	5	13.9
ข.	57	15	26.3	12	21.1	18	31.6	-	-
ค.	71	16	22.5	25	35.2	19	26.8	5	7.1
ง.	58	27	46.6	28	48.3	13	22.4	2	3.4
จ.	99	24	24.2	24	24.2	22	22.2	2	2.0
ฉ.	31	7	23.6	14	45.2	10	32.2	-	-
ช.	47	5	10.6	17	36.2	11	23.4	3	6.4
รวม	399	100	25.1	147	36.8	107	26.8	17	4.3

หมายเหตุ ไม่มี case ที่ทำ sealant , ให้ fluoride , รักษาโรคฟันน้ำนม

ตารางที่ 3.4 สรุปยอดผู้มารับบริการทันตกรรมที่ใช้บัตรทองประจำเดือนกันยายน 2544

โรงพยาบาล	ผู้รับบริการ ทั้งหมด (คน)	ถอนฟัน		อุดฟัน		ขูดหินปูน		ฟันปลอม		หมายเหตุ
		คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	
ก.	47	6	12.8	17	36.2	15	31.9	5	10.6	RCT 2 ราย
ข.	44	11	25.0	10	22.7	10	22.7	4	9.1	
ค.	60	14	23.3	13	21.7	12	20.0	8	13.3	
ง.	54	20	37.0	14	25.9	11	20.4	1	1.9	
จ.	70	18	25.7	32	45.7	19	27.1	1	1.4	
ฉ.	25	8	32.0	7	28.0	7	28.0	-	-	
ช.	72	16	22.2	24	33.3	11	15.3	13	18.1	
รวม	372	93	25.0	117	31.5	85	22.8	32	8.6	

หมายเหตุ ไม่มี case ที่ทำ sealant , ให้ fluoride

ตารางที่ 3.5 สรุปยอดผู้มารับบริการทันตกรรมที่ใช้บัตรทองประจำเดือนตุลาคม 2544

โรงพยาบาล	ผู้รับบริการ ทั้งหมด (คน)	ถอนฟัน		อุดฟัน		ขูดหินปูน		ฟันปลอม		หมายเหตุ
		คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	
ก.	102	29	28.4	45	44.1	17	16.7	3	2.9	Sealant 5 ราย Sealant 4 ราย
ข.	24	6	25.0	11	45.8	5	20.8	1	4.2	
ค.	177	68	38.4	46	26.0	25	14.1	19	10.7	
ง.	40	15	37.5	19	47.5	4	10.0	1	2.5	
จ.	100	38	38.0	29	29.0	26	26.0	3	3.0	
ฉ.	32	5	15.6	11	34.4	16	50.0	-	-	
ช.	181	36	19.9	60	33.1	36	19.9	27	14.9	
รวม	656	197	30.0	221	33.7	129	19.7	54	8.2	

ตารางที่ 3.6 สรุปยอดผู้มารับบริการทันตกรรมที่ใช้บัตรทองประจำเดือนพฤศจิกายน 2544

โรงพยาบาล	ผู้รับบริการ ทั้งหมด (คน)	ถอนฟัน		อุดฟัน		ขูดหินปูน		ฟันปลอม		หมายเหตุ
		คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	
ก.	123	48	39.0	29	23.6	22	17.9	12	9.8	Sealant 1 ราย Sealant 4 ราย RCT 1 ราย
ข.	45	8	17.8	11	24.4	13	28.9	5	11.1	
ค.	95	24	25.3	24	25.2	23	34.2	11	11.6	
ง.	118	44	37.3	33	28.0	16	13.6	11	9.3	
จ.	82	33	40.2	31	37.8	11	13.4	2	2.4	
ฉ.	79	18	22.8	24	30.4	34	43.0	1	1.3	
ช.	165	27	16.4	31	37.0	16	9.7	31	18.8	
รวม	707	202	28.6	183	25.9	135	19.1	73	10.3	

ตารางที่ 3.7 สรุปยอดผู้มารับบริการทันตกรรมที่ใช้บัตรทองประจำเดือนธันวาคม 2544

โรงพยาบาล	ผู้รับบริการ ทั้งหมด (คน)	ถอนฟัน		อุดฟัน		ขูดหินปูน		ฟันปลอม		หมายเหตุ
		คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	
ก.	55	15	27.3	12	21.8	9	16.4	10	18.2	Sealant 1 ราย RCT 1 ราย RCT 4 ราย
ข.	42	11	26.2	6	14.3	14	33.3	5	11.9	
ค.	61	23	37.7	9	14.8	12	22.2	7	11.5	
ง.	109	33	30.3	27	24.8	6	5.5	8	7.3	
จ.	99	36	36.4	41	41.4	16	16.2	2	2.0	
ฉ.	54	13	24.1	23	42.6	12	22.2	-	-	
ช.	159	28	17.6	50	31.4	17	10.7	40	25.2	
รวม	579	159	27.5	168	29.0	86	14.9	72	12.4	

ตารางที่ 3.8 สรุปยอดผู้มารับบริการทันตกรรมที่ใช้บัตรทองประจำเดือนมกราคม 2545

โรงพยาบาล	ผู้รับบริการ ทั้งหมด (คน)	ถอนฟัน		อุดฟัน		ขูดหินปูน		ฟันปลอม		หมายเหตุ
		คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	
ก.	146	45	30.8	39	26.7	10	6.8	16	11.0	Sealant 22 ราย ห้องฟันปิดบริการ Sealant 3 ราย, RCT 2 ราย
ข.	51	16	31.4	15	29.4	12	23.5	1	2.0	
ค.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
ง.	144	48	33.3	33	22.9	10	6.9	8	5.6	
จ.	111	43	38.7	44	39.6	16	14.4	2	1.8	
ฉ.	59	2	3.4	25	42.4	13	22.0	4	6.8	
ช.	190	38	20.0	52	27.4	17	8.9	55	28.9	
รวม	701	192	27.4	208	29.7	78	11.1	86	12.3	

ตารางที่ 3.9 สรุปยอดผู้มารับบริการทันตกรรมที่ใช้บัตรทองประจำเดือนกุมภาพันธ์ 2545

โรงพยาบาล	ผู้รับบริการ ทั้งหมด (คน)	ถอนฟัน		อุดฟัน		ขูดหินปูน		ฟันปลอม		หมายเหตุ
		คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	
ก.	77	29	37.7	11	14.3	10	13.0	21	27.3	Sealant 1 ราย
ข.	61	15	24.6	9	14.8	13	21.3	4	6.6	RCT 1 ราย
ค.	100	38	38.0	30	30.0	22	22.0	9	9.0	
ง.	46	21	45.7	13	28.3	5	10.9	-	-	Sealant 4 ราย
จ.	93	42	45.2	37	39.8	10	10.8	-	-	
ฉ.	69	19	27.5	26	37.7	16	23.2	4	5.8	
ช.	119	20	16.8	45	37.8	18	15.1	20	16.8	
รวม	565	184	32.6	171	30.3	94	16.6	58	10.3	

ตารางที่ 3.10 สรุปยอดผู้มารับบริการทันตกรรมที่ใช้บัตรทองประจำเดือนมิถุนายน – กันยายน 2544

โรงพยาบาล	ผู้รับบริการ ทั้งหมด (คน)	ถอนฟัน		อุดฟัน		ขูดหินปูน		ฟันปลอม		หมายเหตุ
		คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	
ก.	170	28	16.4	104	61.2	48	28.2	14	8.2	RCT 2 ราย
ข.	260	64	24.6	56	21.5	85	32.7	5	1.9	
ค.	286	122	42.7	80	28.0	85	29.7	27	9.4	
ง.	207	88	42.5	79	38.2	33	15.9	4	1.9	
จ.	389	85	21.9	157	40.4	91	23.4	3	0.8	
ฉ.	105	22	21.0	43	41.0	34	32.4	-	-	
ช.	265	35	13.2	97	36.6	56	21.1	32	12.1	
รวม	1,682	444	26.4	616	36.6	432	25.7	85	5.1	

ตารางที่ 3.13 สัดส่วนผู้รับบริการทันตกรรมที่ใช้บัตรทองต่อผู้รับบริการทั้งหมด

เดือน	โรงพยาบาล ก.		%	โรงพยาบาล ข.		%	โรงพยาบาล ค.		%	โรงพยาบาล จ.		%
	ผู้รับบริการ			ผู้รับบริการ			ผู้รับบริการ			ผู้รับบริการ		
	บัตรทอง	ทั้งหมด		บัตรทอง	ทั้งหมด		บัตรทอง	ทั้งหมด		บัตรทอง	ทั้งหมด	
มิ.ย.	36	84		87	214		76	161		119	354	
ก.ค.	51	112		59	155		79	174		101	328	
ส.ค.	36	124		47	186		71	145		99	343	
ก.ย.	47	104		72	226		60	127		70	331	
รวม	170	427	39.8	265	781	33.9	286	607	47.1	389	1356	28.7
ต.ค.	102	171		181	273		177	251		100	331	
พ.ย.	123	162		165	300		95	126		82	322	
ธ.ค.	55	109		159	277		61	77		99	359	
ม.ค.	146	212		190	309		0	4		111	349	
ก.พ.	77	174		119	232		100	200		93	275	
รวม	503	792	63.5	814	1391	58.5	433	658	65.8	485	1636	29.6
รวม 9 เดือน	673	1255	53.6	1079	2172	49.7	719	1265	56.8	874	2992	29.2
ค่าเฉลี่ยรวมของโรงพยาบาล = $\frac{3,345}{7,684} \times 100 = 43.5 \%$												

หมายเหตุ ข้อมูลของอีก 3 โรงพยาบาลไม่ครบถ้วน จึงไม่นำมาแสดงผล

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ

เพื่อให้การวิเคราะห์สถานการณ์ของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคได้อย่างเข้าใจและรอบด้าน จึงจำเป็นต้องอาศัย มุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการมาช่วยมองและวิเคราะห์สถานการณ์ ทั้งนี้ไม่ได้รวมความคิดเห็นของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนมาด้วย เนื่องจากได้สอดแทรกเข้าไปในเนื้อหาส่วนอื่นๆแล้ว ประกอบกับทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนมีอำนาจในการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายค่อนข้างน้อย ในส่วนที่ 5 นี้ จึงไม่มีเนื้อหาความเห็นของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชน จะเป็นการอ้างอิงถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ 4 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน ผู้รับบริการและทันตแพทย์ในคลินิกเอกชน

ความคิดเห็นของผู้บริหารระดับสูงในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

บทบาทของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ต่อโรงพยาบาลเอกชน (รวมทั้งของรัฐด้วย) ในส่วนของงานทันตกรรมนั้น มีการประสานความเข้าใจเรื่องชุดสิทธิประโยชน์ใน 2 ระดับคือ ระดับทันตแพทย์ของโรงพยาบาล กับระดับผู้บริหารโรงพยาบาล รายละเอียดที่พยายามทำความเข้าใจระหว่างกันคือขอบเขตของชุดสิทธิประโยชน์ การคิดค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งงานส่งเสริมป้องกันที่ทุกโรงพยาบาลจะต้องทำ

ในส่วนของความคิดเห็นส่วนตัวต่อโครงการนี้มี 2 ประการคือ

1. หลักการโดยรวมของโครงการถือว่าดี แต่การให้สถานบริการไม่ว่าของรัฐหรือเอกชนที่เคยทำงาน secondary และ tertiary care มาทำงานให้ดีทุกอย่างทั้งการรักษาและการส่งเสริมป้องกัน ภายใต้แนวคิดที่ว่า เมื่อทำงานป้องกันได้ดี แล้วจะทำให้สถานบริการมีกำไรนั้น ไม่น่าจะเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เพราะโรงพยาบาลเหล่านั้นมีโครงสร้างของบุคลากรที่วางไว้เพื่อบริการรักษา และยังเอกชนด้วยแล้ว การตั้งโรงพยาบาลขึ้นมาก็เพื่อธุรกิจ มองไม่เห็นว่าการธุรกิจเอกชนจะทำได้กำไรจากโครงการแบบนี้ได้อย่างไร

2. แนวคิดของโครงการ วางฐานคิดไว้ที่ระดับบุคคลและครอบครัว แต่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพระดับชุมชน (community / public health หายไป) ด้วยความไม่ชัดเจนของเรื่องนี้จึงเกิดปัญหาตามมา คือ โรงพยาบาลเอกชนยืนยันที่จะรับผิดชอบดูแลในระดับบุคคลและครอบครัว ส่วนในระดับชุมชนต้องเป็นหน้าที่ของ สสจ. แต่ สสจ.ก็ได้แย้งว่าในเมื่อเอกชนรับเงินงบประมาณไปแล้วทั้งหมดก็ควรต้องรับผิดชอบต่อคนไข้ทั้งหมด จะแบ่งความรับผิดชอบคืนมาให้ สสจ. ไม่ได้ ปัญหานี้เป็นปัญหาที่ต้องติดตามในระยะยาวต่อไป

ผู้บริหารท่านหนึ่งได้ให้ข้อเสนอ ดังนี้

1. รัฐบาลน่าจะพิจารณาหลักประกันสุขภาพที่แยกเฉพาะงานรักษาอย่างเดียวออกมาคล้ายกับระบบประกันสังคม เพราะเงื่อนไขจะชัดเจน มีกรอบแน่นอน ไม่ยุ่งยากในการตีความ
2. ในส่วนของเขตเมืองน่าจะแยกให้เอกชนรับเฉพาะเรื่องการรักษา ส่วนงานส่งเสริมป้องกันรัฐน่าจะเป็นฝ่ายรับมาทำ โดยหลักการพื้นฐานคือทำในสิ่งที่แต่ละคนถนัดเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว
3. น่าจะพิจารณาแยกการประกันสุขภาพในงานทันตกรรมออกมาจากงานสุขภาพทั้งหมด แต่ทั้งนี้ ต้องมีฐานข้อมูลของต้นทุนงานบริการทันตกรรมมาประกอบด้วย
4. ควรปรับสิทธิประโยชน์ของงานทันตกรรม ให้มีลักษณะของการร่วมจ่ายโดยการแบ่งตามหมวดหมู่กิจกรรมที่ให้บริการ โดยใช้ฐานข้อมูลจากข้อ 3

ความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนต่อโครงการ

ความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาล ได้รายงานไว้ในเนื้อหาก่อนหน้านี้ค่อนข้างมากแล้ว ในที่นี้จึงเป็นความคิดเห็นในภาพรวมของโครงการ ดังนี้

1. โครงการนี้ช่วยทำให้เกิดการกระจายบุคลากรทางสาธารณสุข แต่อาจจะมีปัญหาเรื่องการลาออกของบุคลากรในส่วนของรัฐ

2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นค่อนข้างเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว โดยที่ยังไม่มีความพร้อมที่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องระบบการเงินและระบบฐานข้อมูล

3. การเปลี่ยนแปลงอย่างพลิกหน้ามือเป็นหลังมือเรื่องหนึ่งคือ การบังคับให้ทุกสถานบริการต้องมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (family doctor) ในขณะที่พื้นฐานของโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่คือการมีแพทย์ที่ชำนาญการเฉพาะทาง (specialist) ภายใต้งานไขที่ถูกบังคับทำให้ต้องเอาแพทย์ที่เป็น specialist มาลงตรวจ/ทำหน้าที่เป็นแพทย์ทั่วไป(GP) ในแง่ความคุ้มค่าถือว่าไม่คุ้มค่าอย่างยิ่ง

4. บางครั้งมีการเมืองเข้ามายุ่งมากเกินไป ทั้งการเมืองระดับชาติและระดับท้องถิ่น ทำให้โครงการผัดผ่อนไปบ้างเพื่อตอบสนองเกมทางการเมือง

สำหรับข้อเสนอแนะต่อโครงการนี้ ค่อนข้างมีความหลากหลาย คณะผู้วิจัยจึงสรุปรวบยอดออกมาเป็นประเด็นร่วม ดังนี้

1. เพื่อให้การทำงานในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ไม่กดดันจนเกินไป อยากให้ทาง สสจ. วางเป้าหมายในเชิง out come เลยว่าอยากได้/อยากเห็นอะไร แล้วไปประเมินกันตรงนั้นไม่อยากให้มาประเมินในส่วน process เพราะบางครั้งลงในรายละเอียดมากเกินไปจนเอกชนทำไม่ได้แต่เอกชนมีวิธีการอื่นที่จะไปให้ถึงเป้าหมายได้เหมือนกัน ซึ่ง สสจ. มักจะไม่ยอม

2. สสจ. ควรทำหน้าที่เฝ้าระวังเพื่อให้เกิดการพัฒนาไปสู่การสร้างระบบสุขภาพที่เหมาะสมของจังหวัด แต่บางที สสจ. มักเล่นบทบาทในการตรวจสอบเพื่อจับผิด ซึ่งไม่เกิดผลดีกับทุกฝ่าย ในเมื่อ สสจ. จ้องความหาจุดบกพร่อง โรงพยาบาลก็ต้องพยายามหาทางปกปิดจุดบกพร่องของตนเอง ทำยที่สุดระบบสุขภาพที่ควรปฏิรูปก็ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง

3. ในอนาคตอาจจะต้องมีการทบทวนในประเด็นต่อไปนี้

3.1 การจ่ายค่าบริการแบบ co-payment โดยต้องมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการเป็นหลายๆ กลุ่ม แล้วจ่ายค่าบริการตามความเสี่ยง คล้ายๆ กับระบบประกันชีวิต

3.2 อาจจะต้องแยกชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมออกไปจากชุดสุขภาพทั่วไปเนื่องจาก

3.2.1 ทุกคนมีปัญหาทางทันตกรรม ต่างจากสุขภาพทั่วไปที่ยังมีโอกาสที่จะมีคนสุขภาพปกติอยู่มาก สำหรับสุขภาพช่องปากแล้ว โดยพื้นฐานเชื่อว่าทุกคนจะต้องมีปัญหาอยู่ อย่างน้อยก็น่าจะมีหินปูน ดังนั้นการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขก็ไม่เกิด เพราะถือว่าทุกคนมีทุกข์อยู่

3.2.2 ต้นทุนทางทันตกรรมค่อนข้างสูง คนให้บริการทันตกรรม 1 ครั้งต้องใช้ทุนมากกว่า 30 บาท เมื่อบวกกับสมมติฐานในข้อ 3.2.1 จึงเป็นไปได้ที่จะเอาสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมไปรวมไว้ในหลักประกันสุขภาพโดยรวม

3.3. 3 ภายใต้งานไขที่ผู้ป่วยมาแล้วจะต้องได้รับการจะต้องใช้งบลงทุนอีกมหาศาล

3.3.4 สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม รัฐกำหนดไว้มากเกินความเป็นจริงจนเกือบจะครอบคลุมบริการทุกอย่างอยู่แล้ว

3.3 การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีอิสระเลือกขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลใดก็ได้มีข้อดีคือ เกิดการแข่งขันกันให้บริการให้ประชาชนพึงพอใจ ข้อเสียคือโรงพยาบาลขนาดเล็กจะเสียเปรียบ ซึ่งโดยกลไกแล้ว จำเป็นต้องมีโรงพยาบาลขนาดเล็กร่วมอยู่ด้วย

ความคิดเห็นของเจ้าของคลินิกเอกชน

การสัมภาษณ์ความคิดเห็นของเจ้าของคลินิกเอกชน จะมุ่งเน้นไปในเรื่องการเป็น subcontractor ให้กับโรงพยาบาล หรือไม่ก็เป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อในกรณีการรักษายากๆ ในกรณีการเป็น subcontractor นั้น มีประเด็นสำคัญ คือ

1. ต้องมีประชากรในเขตรับผิดชอบมากพอ อย่างน้อยไม่ควรต่ำกว่า 10,000 คน เพราะตามปกติแล้ว ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม จะผสมผสานไปกับสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพเมื่อแยกเฉพาะงานทันตกรรมออกมา คลินิกจะต้องแบกรับค่าใช้จ่ายหนักมาก

2. ค่าเหมาจ่ายรายหัวประชากร คลินิกเอกชนต้องการให้โรงพยาบาลตัดเงินมาให้อย่างน้อยหัวละ 200 บาท จึงจะคุ้มกับภารกิจที่ต้องทำทั้งงานส่งเสริม ป้องกันและรักษา

3. ระบบข้อมูลหรืองานที่เป็นเอกสารต้องไม่มาก เพราะการให้บริการทุกวันนี้ก็ไม่ต้องยุ่งกับการรวมข้อมูลหรือส่งรายงานให้ใคร การจะเข้าร่วมโครงการต้องไม่เป็นการแบกรับที่ยุ่งยากจนเกินไป มิเช่นนั้นอยู่ตามปกติจะดีกว่า

4. แทบเป็นไปไม่ได้ที่จะให้คลินิกเอกชนมาเป็น subcontractor เพราะคำตอบแทนที่ได้มาคงไม่คุ้มกับภาระและความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้อง เพราะหากคิดในเชิงธุรกิจแล้วรายได้ที่ได้จากต้นทุนต่อหัวในการจัดบริการ อาจจะพอๆกับรายได้ที่ได้จากการทำคลินิกตามปกติ โดยที่การทำคลินิกตามปกติไม่ต้องเหนื่อยมาก(จากจำนวนผู้ป่วยที่น้อยกว่าการรับเป็น subcontractor) อีกทั้งงานเอกสารก็ไม่ต้องทำ ความเสี่ยงในการถูกร้องเรียนก็น้อยกว่า โอกาสเพียงทางเดียวที่จะหาคลินิกมาเป็น subcontractor ได้คือหาคลินิกที่มีคนใช้น้อยๆ

ส่วนความเป็นไปได้ในกรณีที่จะให้คลินิกมาเป็นสถานที่รับส่งต่อ (refer) นั้น เจ้าของคลินิกมีความเห็นว่าหากมีการตั้งราคาที่เหมาะสมก็สามารถรับส่งต่อได้ เช่น หากราคากลางที่สสจ.กำหนดไว้ไม่ต่ำกว่าราคาของทางคลินิก คลินิกก็สามารถรับส่งต่อได้ แต่หากราคากลางต่ำกว่าราคาการรักษาที่ทางคลินิกตั้งไว้ ก็คงเป็นไปได้ยากที่จะร่วมโครงการด้วย ซึ่งราคากลางที่สสจ.กำหนดไว้นั้นมีบางคลินิกที่ตั้งราคาการรักษาไว้ใกล้เคียงมาก ซึ่งก็มีแนวโน้มที่เป็นไปได้ที่คลินิกจะร่วมเป็นสถานที่รับส่งต่อการรักษาทางทันตกรรม

ความคิดเห็นของผู้มารับบริการทันตกรรมต่อโครงการ

ข้อมูลในส่วนของผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการนอกเหนือจากประเด็นการมารับบริการแล้วยังครอบคลุมถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องด้วยอาทิเช่น การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

เกี่ยวกับโครงการ เรื่องสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม รวมทั้งข้อคิดเห็นต่อโครงการนี้จึงขอสรุปเป็นประเด็นต่อเนื่องกันดังนี้

1. การประชาสัมพันธ์

การประชาสัมพันธ์โดยสื่อต่างๆทั้งของภาครัฐและเอกชนที่มีมาอย่างต่อเนื่องกันตั้งแต่มีการจัดตั้งรัฐบาลที่มีพรรคไทยรักไทยเป็นแกนนำ ได้ช่วยสร้างกระแสความตื่นตัวให้กับประชาชนเป็นอย่างมาก ซึ่งกระแสการตอบรับนี้อาจจะเกิดขึ้นตั้งแต่ระหว่างการทำเสียงเลือกตั้ง สส.แล้วก็ได้ ผลพวงจากการหาเสียงที่ใช้สโลแกนว่า “ 30 บาทรักษาทุกโรค ” ได้ฝังเข้าไปในความรู้สึกนึกคิดของประชาชนจนทำให้ข้อมูลข่าวสารอื่นๆ จะไม่ถึงประชาชน ชนิดของสื่อที่เข้าถึงการรับรู้ของประชาชนได้มากได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ ป้ายคัทเออร์ และคนในชุมชนเคยไปรับบริการมาแล้ว จะยังเป็นสื่อประชาสัมพันธ์ที่ดีมาก เพราะสามารถสื่อสาร 2 ทางได้

2. ชุดสิทธิประโยชน์

ดังได้กล่าวในส่วนของการประชาสัมพันธ์ไปแล้วว่า สโลแกน “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นคำที่ติดหูประชาชนมาก แต่ก็ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องอื่นลดน้อยลงไป โดยเฉพาะเรื่องของสิทธิประโยชน์ จากการสัมภาษณ์พบว่า ส่วนใหญ่ทราบแต่ว่า 30 บาทรักษาได้ทุกโรค ในส่วนรายละเอียดของ “โรค” นั้นก็ขึ้นอยู่กับคนในชุมชนที่เคยไปรับบริการมาแล้วว่าใช้สิทธิรักษาอะไรได้บ้าง ในส่วนสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมนั้น ส่วนใหญ่ทราบว่าครอบคลุมเรื่องอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ใส่ฟันปลอม สิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่เหลือส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีย่อยด้วย แต่หลังจากที่ผู้สัมภาษณ์ในข้อมูลเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมผู้รับบริการทราบแล้วเกือบทั้งหมดของผู้รับบริการที่พอใจกับชุดสิทธิประโยชน์ มีบ้างที่เห็นว่าควรเพิ่มบริการจัดฟัน รักษารากฟัน และครอบฟัน แต่ก็มี 1-2 รายที่เห็นว่าชุดสิทธิประโยชน์มากเกินไป โดยให้เหตุผลว่า โรงพยาบาลจะขาดทุน

3. พฤติกรรมการใช้บริการทางทันตกรรมก่อนมีโครงการ

ก่อนหน้าที่จะมีโครงการนี้ ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เคยไปรับบริการทางทันตกรรมมาแล้ว สถานที่ที่ผู้ให้สัมภาษณ์ไปใช้บริการมาได้แก่ โรงพยาบาลประจำจังหวัด คลินิกเอกชนโรงพยาบาลเอกชน (ที่ตนเองมีสิทธิใช้ประกันสังคม) และคณะทันตแพทยศาสตร์ ชนิดของการรับบริการก็เป็นบริการพื้นฐาน เช่น อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ส่วนสาเหตุที่เลือกไปรับบริการในสถานบริการที่กล่าวมา หากเป็นสถานบริการของรัฐ จะเลือกไปเพราะค่าใช้จ่ายถูก มีหลักประกันสุขภาพอื่นที่ใช้กับโรงพยาบาลของรัฐได้ ส่วนการไปโรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกเอกชนก็เพราะอยู่ใกล้บ้านรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน และตนเองทำประกันสังคมไว้กับโรงพยาบาลแห่งนั้นไว้

4. คุณภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน

คุณภาพของการให้บริการทางทันตกรรมของโรงพยาบาลเอกชนที่ผู้ให้สัมภาษณ์ขึ้นทะเบียนอยู่จะแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ คุณภาพของงานทันตกรรมและคุณภาพของการให้บริการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น การต้อนรับ รับการพูดคุยสื่อสาร การเข้าคิวนัด และช่วงเวลาในการเปิดให้บริการทันตกรรม

ผู้รับบริการส่วนใหญ่พึงพอใจกับคุณภาพงานทันตกรรมที่ตนเองได้รับ การตัดสินใจ “คุณภาพ” ของงานโดยวิธีคิดของผู้รับบริการจะใช้เรื่องของการใช้งานเป็นหลัก หากการใช้งานได้ดีไม่มีปัญหาอะไรก็คือว่าคุณภาพของงานดี

การต้อนรับของเจ้าหน้าที่แผนกทันตกรรม เป็นส่วนที่ผู้รับบริการเห็นว่าดีอยู่แล้ว การเข้าคิวนัดส่วนใหญ่จะยอมรับได้ แต่บางส่วนยังรู้สึกว่าการนัดนานไป (ราว 2 อาทิตย์บ้าง 1 เดือนบ้าง) ส่วนช่วงเวลาในการเปิดให้บริการนั้น ผู้รับบริการมักต้องการให้เปิดเต็มเวลาตั้งแต่เช้าจนถึง 20.00 น. รวมถึงการให้บริการในวันเสาร์-อาทิตย์ด้วย แต่โดยภาพรวมก็ถือว่ายอมรับได้กับช่วงเวลาที่โรงพยาบาลจัดไว้

อย่างไรก็ตาม ยังคงมีปัญหาอยู่บ้างในส่วนของสื่อสารกับผู้รับบริการ ทั้งในเรื่องการจ่ายค่าบริการ การไม่เข้าใจแผนการรักษาของทันตแพทย์ และการใช้สิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะเรื่องการจ่ายค่าบริการนั้น หากมองในภาพรวมทุกโรงพยาบาลจะเห็นว่า แต่ละโรงพยาบาลตีความการคิดค่าธรรมเนียมในการรับบริการแตกต่างกัน เช่นบางแห่งไม่คิดค่าธรรมเนียมในการตรวจฟัน บางแห่งคิดค่าธรรมเนียมการทำฟันปลอมชิ้นละ 30 บาท หากทำฟันปลอมทั้งปากผู้ป่วยต้องจ่าย 60 บาท เป็นต้น

5. ความคาดหวังในงานส่งเสริมป้องกัน

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่ค่อยแสดงความคิดเห็นในเชิงคาดหวังกับงานเหล่านี้ ที่พอจะแสดงความเห็นก็เป็นไปในทางที่ใกล้เคียงกัน เช่น อยากให้โรงพยาบาลจัดบุคลากรออกไปให้ความรู้กับประชาชน การให้สุขศึกษากับนักเรียนในโรงเรียน การมีแผ่นพับแจกในโรงพยาบาล แต่ส่วนใหญ่แล้วก็จะสรุปว่าแล้วแต่ว่าทางโรงพยาบาลคิดจะทำอะไรก็ได้ ไม่ขัดข้อง

6. การเลือกใช้บริการในอนาคต

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่ปฏิเสธหากต้องกลับไปรับบริการทันตกรรมที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งเดิม เพราะไม่มีข้อแคลงใจมากถึงขนาดต้องปฏิเสธการไปรับบริการ โดยภาพรวมแล้วถือว่ายอมรับได้ แต่เมื่อถูกถามว่า ถ้าให้เลือกสถานบริการเองตามใจชอบ จะเลือกขึ้นทะเบียนที่ไหน คำตอบที่ได้มาจะมีทั้งกลุ่มที่ยืนยันเลือกโรงพยาบาลเอกชนที่ตนเองมีภูมิลำเนาอยู่ ด้วยเหตุผลเรื่องความสะดวกในการเดินทางเป็นหลัก ส่วนอีกกลุ่มจะเลือกโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลของทบวงมหาวิทยาลัย เพราะเชื่อมั่นในความพร้อมของเครื่องมือมากกว่ามีหมอที่เก่ง อีกเหตุผลคือคุ้นเคยกับการรับบริการมาก่อน แต่ก็มีบางกลุ่มที่เลือกไปใช้บริการที่คลินิกเอกชนและรวดเร็วและสะดวก

อย่างไรก็ตาม มีข้อน่าสังเกตคือ ผู้ให้สัมภาษณ์จำนวนหนึ่งบอกว่า หากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ก็จะไปใช้สิทธิตามบัตรทอง แต่หากเจ็บป่วยหนักก็จะเลือกไปโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือพร้อมมีหมอเก่ง โดยพร้อมที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง

7. ข้อเสนอแนะต่อโครงการ

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่แสดงความคิดเห็นอื่นใดนอกจากบอกว่าโครงการนี้ดีอยู่แล้ว อยากให้มีต่อไป เป็นประโยชน์กับคนจนมาก อาจมีข้อเสนอในรายละเอียดบ้างเช่น อยากให้มีการบริการที่รวดเร็วขึ้น อยากให้พยาบาลพูดดีๆ เป็นต้น

บทที่ 4

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษาที่ได้รายงานไว้ในบทที่ 3 จะพบว่าการศึกษาศถานการณ์การจัดบริการด้านทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนนั้น จำเป็นต้องประมวลสภาพการณ์โดยภาพรวมประกอบเพื่อทำความเข้าใจงานด้านทันตกรรม ในบทอภิปรายและสรุปนี้ จึงจำเป็นต้องอภิปรายทั้งในภาพรวมและเน้นเฉพาะในส่วนงานทันตกรรม โดยจะอภิปรายในส่วนของภาพรวมของ โครงการ 30 บาทรักษาทุกคนในโรงพยาบาลเอกชนก่อน แล้วจึงอภิปรายในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานทันตกรรม

ภาพรวมของสถานการณ์

คณะผู้วิจัยได้เสนอการติดตามสถานการณ์ใน 2 เรื่องใหญ่ ๆ คือ การบริหารและการบริการซึ่งมีประเด็นที่ควรอภิปรายเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

การประสานงานระหว่างรัฐกับเอกชน

จากคำประกาศองค์การภาคีความร่วมมือเพื่อปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่ระบุว่า รัฐควรส่งเสริมให้ภาคเอกชนมีบทบาทที่เหมาะสมมากขึ้นในการจัดบริการด้านสุขภาพ⁴ จึงเป็นที่ชัดเจนว่าการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั้นจำเป็นต้องมีเอกชนเข้าร่วมด้วย แต่เมื่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกคนเริ่มต้นขึ้นพบว่าบทบาทของเอกชนนั้น ไม่ได้ถูกเตรียมความพร้อมในการทำงานร่วมกับรัฐ ไม่ว่าจะเป็นด้วยเหตุผลที่รัฐไม่ได้เตรียมความพร้อมให้เอกชน หรือเอกชนไม่ได้เตรียมความพร้อมที่จะไปเผชิญกับระบบราชการ แต่สิ่งที่เกิดขึ้นคือการประสานงานระหว่างรัฐกับเอกชนไม่ราบรื่นเท่าที่ควร แม้จะมีความพยายามในการประชุมร่วมกันตั้งแต่ก่อนหน้าโครงการเริ่มแล้วก็ตามแต่อาจจะด้วยความที่เป็นโครงการใหม่ย่อมมีปัญหาตามมามาก การวางแผนรับมือกับปัญหาจึงเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเป็นส่วนใหญ่ ผลที่เกิดกับโรงพยาบาลเอกชนคือ เอกชนรู้สึกว่ามีนโยบายรายวันเกิดขึ้นตลอดเวลา มีการนัดประชุมแบบเร่งด่วนเป็นประจำ (โดยไม่แจ้งให้รู้ตัวล่วงหน้าแต่เนิ่นๆ) ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลจัดตารางการทำงานของตนเองไม่ได้ บางโรงพยาบาลจึงปฏิเสธการเข้าร่วมประชุมกับ สสจ. โดยอ้างเหตุผลว่าติดภารกิจอื่น จึงยังทำให้การประสานงานระหว่างราชการกับเอกชนไม่ราบรื่น มีการขาดหายของข้อมูลข่าวสารไปบ้าง คงไม่ผิดนักที่จะกล่าวว่า มูลเหตุสำคัญที่ทำให้การประสานงานไม่ค่อยดีนักคือ วัฒนธรรมการทำงานที่ต่างกัน ต่างฝ่ายต่างเชื่อมั่นในวิถีทางแห่งการทำงานของตนเอง ที่สำคัญคือมีความระแวงในวิถีทางในการทำงานร่วมกันอยู่ไม่น้อย

ปัญหาการประสานงานยังส่งผลไปถึงงานทันตกรรมด้วย อันเนื่องมาจากการเชิญประชุมทุกครั้ง สสจ.จะเชิญผู้บริหารโรงพยาบาลมาประชุม น้อยครั้งที่เชิญทันตแพทย์จากโรงพยาบาลเอกชนมาร่วม

ประชุม (ซึ่งก็มักจะไม่มีผู้บริหารโรงพยาบาลเข้าร่วมในการประชุม นั้น) จึงทำให้ข้อตกลงในการให้บริการทางด้านทันตกรรมไม่ได้ถูกนำไปใช้อย่างที่ สสจ. ต้องการ เพราะแม้จะสื่อสารกับทันตแพทย์ด้วยกันรู้เรื่อง โครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลก็ไม่เอื้อให้ทันตแพทย์ไปผลักดันอะไรได้อยู่ดี

อย่างไรก็ตามปัญหาการประสานงานระหว่าง สสจ. กับโรงพยาบาลเอกชนก็ไม่ใช่ปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะกับเอกชน แม้แต่โรงพยาบาลของรัฐเองก็ยังประสบปัญหาเช่นเดียวกัน และก็เป็นประเด็นปัญหาที่คล้ายๆกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลเอกชน เห็นได้จากการจัดสนทนากลุ่ม (focus group discussion) กับทันตแพทย์จากโรงพยาบาลของรัฐในช่วงก่อนที่จะเริ่มเก็บข้อมูลกับโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า ปัญหาการประสานงานที่เกิดขึ้นน่าจะเป็นเพราะโครงการนี้เป็นโครงการใหม่ที่มีรายละเอียดมาก จึงมีปัญหาตามมาไปด้วยเป็นเรื่องปกติ

ระบบข้อมูล

ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่าง สสจ. กับโรงพยาบาลเอกชนสาเหตุใหญ่เรื่องหนึ่งคือ ระบบฐานข้อมูลที่ไม่ดีพอ เป็นส่วนที่ทำให้การประสานงานไม่ดีตามไปด้วย ตัวอย่างเช่น การรับรองความถูกต้องของจำนวนประชากรผู้มีสิทธิขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลเอกชนต้องใช้เวลาอย่างมาก เนื่องจากทางจังหวัดต้องส่งข้อมูลไปตรวจสอบที่ส่วนกลาง ทั้งๆที่หากระบบฐานข้อมูลดีพอ จะสามารถตรวจสอบได้อย่างรวดเร็ว อีกกรณีที่พบบ่อยคือ ทางราชการต้องการข้อมูลเพิ่มเติมขึ้นเรื่อยๆทุกวัน จนดูเหมือนไม่มีการเตรียมความพร้อมในการจัดเก็บข้อมูล คิดอะไรออกมาได้ก็ส่งการให้โรงพยาบาลเก็บข้อมูลส่งให้ สสจ. จนมีสำนวนล้อเลียนการทำงานแบบนี้ว่า “ คิดไป ทำไป ”

ปัญหาเรื่องระบบข้อมูลนี้ ก็เช่นเดียวกับเรื่องการประสานงาน คือ เป็นปัญหาระดับประเทศไม่ใช่ปัญหาระดับท้องถิ่น ดังกรณีที่ดร.อัมมาร สยามวาลา เคยกล่าวว่า แม้แต่ตัวเลขจำนวนข้าราชการที่มีอยู่ในประเทศไทยมีจำนวนเท่าไร ก็ไม่เคยมีการทำสถิติไว้ *

จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จึงน่าเป็นห่วงว่า ระบบฐานข้อมูลจะได้รับการพัฒนาไปมากขนาดไหน เพราะระบบข้อมูลถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญมากในระบบประกันสุขภาพ⁵ ยิ่งไปกว่านั้น ระบบข้อมูลจะต้องสามารถแสดงให้เห็นปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องได้⁶ แต่ในความเป็นจริง การจัดส่งข้อมูลให้ สสจ. ทุกวันนี้ เริ่มขาดไปบ้างแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของการงานทันตกรรมที่โรงพยาบาลเอกชนไม่ได้ส่งสถิติให้ สสจ. นับตั้งแต่เดือนกันยายน 2544 มาแล้ว โดยที่ทาง สสจ. ก็ไม่ได้ทวงถามอย่างเป็นทางการ โรงพยาบาลจึงคิดว่าไม่ต้องส่งก็ได้ ทำที่สุด ระบบฐานข้อมูลที่ราชการควรจะมีไว้ก็ไม่มี ในทางตรงกันข้ามเอกชนกลับพยายามเก็บบันทึกข้อมูลต่างๆ เหล่านั้นไว้ทั้งหมดอย่างเป็นระบบ หากเป็นเช่นนั้นต่อไปเราก็จะไม่สามารถมองเห็นสภาวะทันตสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเอกชนเหล่านั้นได้อย่างต่อเนื่องเลย ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็จะดำเนินไปโดยไร้ทิศทางเนื่องจากระบบฐานข้อมูลบกพร่อง

* การบรรยายพิเศษของ ดร. อัมมาร สยามวาลา เนื่องในวันมหิดล วันที่ 24 กันยายน 2544 ณ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน

การมีโครงการของรัฐที่กระตุ้นให้เอกชนเข้าร่วมในโครงการเช่นโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคนี้ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนต้องเคลื่อนไหวเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นแล้วกระทบต่อความอยู่รอดของโรงพยาบาล วิธีการรับมืออย่างหนึ่งคือการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน การรวมกลุ่มกันนี้เริ่มต้นในเดือนเมษายน 2544 มีการนัดประชุมกันทุก 2 สัปดาห์ เป็นโอกาสที่แต่ละโรงพยาบาลจะได้แลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็นซึ่งกันและกัน พอเริ่มโครงการในเดือนมิถุนายน จึงมีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมโครงการถึง 7 แห่ง โดยแต่ละแห่งมีอิสระในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่ก็ได้ ผลจากการมีเครือข่ายนี้ช่วยให้แต่ละโรงพยาบาลมีจุดร่วมในการเข้าร่วมโครงการ ในขณะเดียวกันเมื่อดำเนินโครงการไปแล้วประสบปัญหา การหวังพึ่งให้ สสจ. ช่วยแก้ปัญหาที่อาจไม่ทันการณ์ เครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนสามารถช่วยหาทางออกร่วมกันได้ ซึ่งก็จะพบว่าภายหลังจากดำเนินโครงการได้ 3 เดือน โรงพยาบาลเอกชนต้องหันมาแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ทั้งในระดับเครือข่ายและระดับรายโรงพยาบาล ซึ่งก็สามารถแก้ไขปัญหาได้ เช่น การถูกร้องเรียนผ่านทางสื่อทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของโรงพยาบาล หลายโรงพยาบาลก็เลือกที่จะแก้ปัญหานี้ โดยการเข้าไปเผชิญหน้ากับปัญหาทันที ไม่ทิ้งให้คาราคาซังจนปัญหาเล็ดลอดออกไปหาสื่อได้อีก จึงสังเกตเห็นได้ว่า ภายหลังจากนี้กรณีร้องเรียนที่รุนแรงไปเผลอยุบบนหนังสือพิมพ์อีกเลย

นอกเหนือจากการช่วยเหลือสมาชิกในเครือข่ายแล้ว ยังเอื้อประโยชน์ต่อผู้รับบริการอีกด้วย ดังเห็นได้จากการมีมติให้ทุกโรงพยาบาลให้การรักษาแก่ผู้ป่วยที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากได้ทันทีโดยไม่จำเป็นว่าผู้ป่วยรายนั้นต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนั้นๆ และโรงพยาบาลที่ให้การรักษามือต้นก็จะไม่เรียกเก็บค่าใช้จ่ายไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัด ถือเป็นรูปแบบการให้บริการโดยอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

แต่แม้จะเป็นเครือข่ายกันแน่นแฟ้นเพียงใดก็ตาม ธรรมชาติแห่งการแข่งขันก็ยังมีอยู่ ระบบบริหารจัดการด้านการเงินของแต่ละโรงพยาบาล ถือเป็นเรื่องหนึ่งที่ไม่สามารถเปิดเผยได้ แต่ละโรงพยาบาลต้องไปแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง

การเงินการคลัง

จากการศึกษาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ รวมถึงประเทศในแถบเอเชียพบว่า ภาวะทางเศรษฐกิจของประเทศเป็นปัจจัยบริบทที่สำคัญยิ่งต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ การขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพสู่ประชากรกลุ่มต่างๆ การขยายสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันได้รับ มักเกิดขึ้นในช่วงที่เศรษฐกิจของประเทศมีการขยายตัว หรือมีภาวะการเติบโตทางเศรษฐกิจสูง ส่วนการลดสิทธิประโยชน์และการออกมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายต่างๆ มักเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่เศรษฐกิจหดตัว^{5,7}

แต่สำหรับในประเทศไทยนั้น ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มิได้เกิดขึ้นในช่วงที่เศรษฐกิจของประเทศไทยมีการขยายตัวสูง ในทางตรงกันข้าม ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยเกิดขึ้นในช่วงที่ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำจนถึงขีดสุดและกำลังจะฟื้นตัว ดังนั้น ภายใต้งบประมาณที่จำกัดจึงส่งผลให้ระบบการเงิน

การคลังที่ต้องใช้ในการบริหารโครงการนี้จึงดูไม่ราบรื่นนัก เห็นได้จากความไม่แน่นอนในการตัดเงินมาให้โรงพยาบาลเอกชนในช่วงแรกๆ ที่ไม่มีความแน่นอนว่าเงินจะมาเมื่อไหร่ บางโรงพยาบาลต้องไปใช้เงินสำรองของโรงพยาบาลออกมาใช้ บางโรงพยาบาลใช้การไม่มั่งบประมาณที่แน่นอนในการอ้างเพื่อยังไม่ทำงานเชิงรุกหรือ/และงานส่งเสริมป้องกัน

แต่ระบบการเงินการคลังก็เริ่มเข้าสู่ภาวะที่ชัดเจนเมื่อเข้าสู่เดือนมกราคม 2545 โดยได้มีการตกลงร่วมกันว่าการเบิกจ่ายในแต่ละเดือนนั้น เมื่อสิ้นสุดแต่ละเดือน ทางสสจ.จะจ่ายเงินให้ 70% ของเงินที่โรงพยาบาลเบิกมา ส่วนที่เหลืออีก 30% จะจ่ายให้ก็ต่อเมื่อโรงพยาบาลได้ทำรายงานส่งให้ สสจ. ตามที่ สสจ. ต้องการ ทั้งนี้กำหนดไว้ไม่ให้เกินวันที่ 10 ของเดือนถัดไป อย่างไรก็ตาม และจากการสัมภาษณ์และสังเกตจากข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งให้ สสจ. พบว่า ข้อมูลเหล่านั้นไม่ได้สมบูรณ์แบบทุกครั้งไป เช่น กรณีของงานทันตกรรม บางโรงพยาบาลไม่ได้ส่งข้อมูลให้ สสจ. ติดต่อกันเป็นเวลาหลายเดือน ซึ่งก็ไม่ได้ถูกทวงถามจาก สสจ. บางโรงพยาบาลกลับเป็นฝ่ายประกันสุขภาพถ้วนหน้าของโรงพยาบาลเองที่ต้องทวงถามข้อมูลจากแผนกทันตกรรม

ดังนั้นความคาดหวังที่จะใช้ระบบการเงินการคลังบีบให้โรงพยาบาลต้องทำงานส่งเสริมป้องกันนั้นจึงยังมองไม่เห็นเป็นรูปธรรมเท่าใดนัก ยกเว้นกรณีที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลจะเล็งเห็นความสำคัญของเรื่องนี้แล้วกำชับให้ทุกฝ่ายหันมาเน้นงานส่งเสริมป้องกันในมากขึ้น หรือไม่ก็ขึ้นกับทาง สสจ. ต้องเข้มงวดกับการตรวจสอบข้อมูลให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น

ความสามารถในการเข้าถึงบริการ (accessibility) ของคนจน

จากการสัมภาษณ์ทั้งผู้บริหารโรงพยาบาลและทันตแพทย์ผู้ให้บริการ ทุกคนเห็นพ้องกันว่าจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มขึ้นนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ตามระบบปกติอยู่แล้วบางคนเป็นคนที่มีความรู้ค่อนข้างดีก็ยังสามารถใช้สิทธิในการรับบริการ ในขณะที่กลุ่มคนยากจนที่ปกติจะมีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลับไม่ได้มีจำนวนเพิ่มมากนัก จนดูเหมือนสอดคล้องกับสมมติฐานในเรื่องการใช้ทรัพยากรที่ว่า ผู้ที่มีฐานะดีกว่าย่อมมีสิทธิในการใช้ หรือเข้าถึงทรัพยากรสาธารณสุขได้มากกว่าผู้มีฐานะยากจน⁸ คำถามที่ตามมาคือ ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น และทำไมคนที่ยากจนจึงไม่ได้เข้ามาใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น แม้ว่าในขั้นตอนการวิจัยคณะผู้วิจัยจะไม่ได้วางแผนการทำงานในเรื่องนี้ไว้ แต่ก็ได้เข้าไปสัมภาษณ์ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เคยเป็นชุมชนแออัดมาก่อน พบว่า การไม่ไปใช้บริการนั้นมีสาเหตุหลัก 2 ประการคือ หนึ่ง แบบแผนการดูแลสุขภาพของชาวบ้านนั้น ส่วนใหญ่จะเริ่มต้นจากการดูแล/แก้ไขความเจ็บป่วยด้วยตัวเองก่อน หากอาการไม่ดีขึ้นจึงจะไปหาแพทย์ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาที่มีมาก่อนหน้านี้เกี่ยวกับแบบแผนการรักษาอาการเจ็บป่วยของชาวบ้านที่มักเริ่มจากตัวเองและผู้ใกล้ชิดก่อน แล้วจึงไปหาแพทย์แผนปัจจุบันภายหลัง⁹ ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์ยังพบว่า การไปหรือไม่ไปพบแพทย์นั้นยังสัมพันธ์กับการทำมาหากินของชาวบ้านด้วย บางคนจะบอกว่าไม่มีเวลาไปเพราะต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ การไปพบแพทย์อาจจะทำให้ขาดรายได้ที่จะจุนเจือครอบครัวไปเลยก็มี

สาเหตุประการที่สองคือ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของชาวบ้านยังไม่ดีนัก แม้ว่าจะอยู่ในเขตเมืองที่เต็มไปด้วยสื่อชนิดต่างๆ แต่ชาวบ้านก็ไม่มีเวลาพอที่จะเข้าหาสื่อเหล่านั้น การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่มีไม่เพียงพอทำให้บางคนไม่มั่นใจในการปฏิบัติ บางคนไม่ทราบว่าตัวเองมีสิทธิอะไรบ้าง บางคนยังเลือกไปใช้สถานพยาบาลของรัฐที่ตัวเองเคยใช้บริการมาก่อน ฯลฯ เหตุผลเหล่านี้ล้วนเป็นผลมาจากการขาดข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอนั่นเอง

จากที่กล่าวมาจึงอาจสรุปได้ว่า ผู้ที่มีฐานะดีย่อมมีสิทธิในการใช้และเข้าถึงทรัพยากรสาธารณสุขได้ดีกว่าผู้ที่ยากจน ทั้งนี้ไม่เฉพาะเรื่องสาธารณสุขเท่านั้น ยังรวมถึงทรัพยากรอื่นๆทุกอย่างด้วย ซึ่งก็จะเกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางสังคมที่คนจนมักจะเสียเปรียบอยู่เสมอ ดังนั้นความสามารถในการเข้าถึงบริการของคนจนที่ดูเหมือนว่าจะดีขึ้น ก็ยังไม่เห็นชัดเจนนัก อาจจะต้องมีการศึกษาติดตามต่อไป

ความเป็นธรรมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากประเด็นเรื่องความสามารถในการเข้าถึงบริการที่ได้กล่าวมาแล้ว ความที่ผู้ที่มีฐานะดีกว่าสามารถเข้าถึงทรัพยากรได้มากกว่าคนที่ยากจน จำนวนผู้เข้าไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นผู้มีความสามารถในการจ่ายเองได้นั้น จึงมีสัดส่วนมากกว่าคนยากคนจน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลทุกคน ไม่ว่าจะเป็นผู้บริหารหรือตัวแทนแพทย์เองรู้สึกว่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบที่เป็นอยู่ไม่น่าจะเหมาะสม คนที่มีรายได้มากก็น่าจะจ่ายมาก คนที่มีรายได้น้อยก็จ่ายน้อย แต่นโยบายที่เป็นอยู่กลับเปิดโอกาสให้คนที่มีโอกาสมากกว่าในสังคม มีช่องทางในการมาถกจนความได้เปรียบเพิ่มมากขึ้นไปอีก เพราะหากมารับบริการแล้วไม่ประทับใจก็สามารถขยับตัวเองไปรับบริการในระบบที่ต้องจ่ายเองได้ โดยที่คนยากจนไม่สามารถทำแบบนั้นได้ ดังนั้นจึงเป็นการสมควรที่จะเก็บค่าใช้จ่ายจากคนที่มีฐานะดีในราคาที่ต่ำกว่าคนยากคนจน เป็นการดูไม่เอาเปรียบคนจนแถมยังสามารถนำเงินจำนวนนี้ไปกระจายช่วยคนจนได้อีกหลายคน ซึ่งความเห็นประการหลังนี้ ตรงกับมุมมองของสังคมที่ได้นำเสนอไว้ในเวทีระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เสนอว่าต้องมีการกระจายภาระค่าใช้จ่าย เพื่อให้คนรวยช่วยคนจน¹ จึงจะเป็นระบบประกันสุขภาพที่เป็นธรรม

ประเด็นเรื่องความเป็นธรรมหรือความเสมอภาค เป็นเรื่องที่มีการถกเถียงกันในเชิงความคิดมาก มีวิธีคิดในเรื่องความเป็นธรรมที่แตกต่างกันไปในแต่ละสำนักคิด เช่น การคิดความเป็นธรรมในลักษณะแนวดิ่ง และความเป็นธรรมในลักษณะแนวราบ ความเป็นธรรมตามแนวคิดเสรีนิยม (libertarianism) หรือแนวคิดความเท่าเทียม (egalitarianism)¹⁰ การเชื่อมั่นในวิธีคิดแบบไหนย่อมส่งผลถึงแนวทางปฏิบัติที่แสดงออกมา เช่น เป็นการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจริงๆ หรือ เป็นการประกันสุขภาพเพื่อสงเคราะห์คนจน

อย่างไรก็ดี สำหรับประเทศไทยนั้น เลือกที่ใช้แนวคิดความเท่าเทียมกัน (egalitarianism) ผสมผสานกับแนวคิดสุขภาพเป็นสิทธิของประชาชนทุกคน ซึ่งถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ ปี 2540 ภายใต้วิธีคิดที่เชื่อว่า ในสังคมที่ใช้นโยบาย “เจาะเป้าหมายคนจน” รัฐจัดบริการที่มีคุณภาพพอใช้ได้สำหรับกลุ่มเป้าหมายคนจน ในขณะที่คนรวยสามารถแสวงหาบริการที่ดีกว่าโดยไม่จำเป็นต้องกำกับคุณภาพที่มีให้กับคนจน สังคมเช่นนี้ คุณภาพการบริการจะแบ่งเป็น 2 ระดับ คือสำหรับคนจนหนึ่งแบบ และสำหรับคน

รวบแบบหนึ่ง¹¹ บริการที่จัดให้คนจนก็จะกลายเป็นบริการชั้นสองไปโดยปริยาย¹² เพื่อหลีกเลี่ยงโอกาสที่จะเป็นไปเช่นนั้นจึงต้องจัดบริการที่มีได้เน้นเรื่องการช่วยเหลือคนจน แต่เป็นการจัดบริการ “ถัวหน้า” คือ ทุกคนมีสิทธิได้รับเหมือนกัน อย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ การจ่ายมาก-จ่ายน้อยจะไม่เกิดขึ้นในขั้นตอนการรับบริการ แต่จะเกิดขึ้นในระบบการจัดเก็บภาษี ด้วยระบบเช่นนี้ ประชาชนทุกคนไม่ว่าจะอยู่แห่งหนตำบลใด มีโอกาสในสังคมมากหรือน้อยต่างกันอย่างไร ทุกคนมีสิทธิเข้าถึงบริการระดับต้นที่มีมาตรฐานเดียวกัน มีสิทธิได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับสูงกว่าได้เหมือนกัน¹³

ดังนั้นจึงเป็นภาระที่ผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องทำความเข้าใจกับรากฐานความคิดของการจัดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในไทย เพื่อที่จะยกระดับการวิพากษ์ไปสู่ระดับปรัชญาแนวคิด ซึ่งไม่แน่ว่า ในอนาคตจะต้องมีการปรับเปลี่ยนปรัชญาอีกก็เป็นได้ การทำความเข้าใจกับระบบของผู้ที่ปฏิบัติงานถือเป็นส่วนสำคัญ เพราะที่สุดแล้วความสำเร็จในการปฏิรูประบบสุขภาพอยู่ที่การสามารถนำระบบใหม่ไปดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ ผู้ปฏิบัติงานในส่วนต่างๆ (โดยเฉพาะผู้บริหารโรงพยาบาล) จึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการปฏิรูป⁷

งานส่งเสริม ป้องกัน

การกำหนดให้มีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และกำหนดให้มีบริการทั้งในรูปแบบตั้งรับและเชิงรุก นับเป็นจุดเด่นประการหนึ่งของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค¹⁴ การกำหนดให้มีกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไว้ด้วยนั้น มีความละเอียดอ่อนในการทำความเข้าใจพอสมควร เพราะระบบประกันสุขภาพที่ดีนั้นจะต้องเน้นเรื่องการสร้างสุขภาพ ไม่ใช่เพียงแค่การพยายามลดค่ารักษาพยาบาล⁴ มิติของคำว่าสร้างเสริมสุขภาพจึงค่อนข้างกว้างและต้องการการทำความเข้าใจที่ลึกซึ้ง

โดยปกติแล้ว สามารถแบ่งคนได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มคนที่เจ็บป่วย มีปัญหาสุขภาพ กลุ่มคนที่อาจมีโรคหรือความเจ็บป่วย แต่ไม่รู้ตัวหรืออาจมองข้าม และกลุ่มคนที่แข็งแรงดี เป็นปกติทุกอย่าง ตามธรรมชาติแล้วควรมีคนกลุ่มที่ 3 อยู่ในสังคมมากที่สุด แต่กลับได้รับความสนใจจากระบบสุขภาพน้อยที่สุด¹⁴ ระบบที่จัดให้คนกลุ่มที่ 3 นี้ก็เป็นบริการสุขภาพที่ช่วยให้สุขภาพของคนเข้มแข็งเพื่อยืนหยัดทนทานต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแนวคิดที่ผิด ที่ควรทำคือ การจัดสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมและธรรมชาติให้มีส่วนเสริมสร้างวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพของแต่ละบุคคล¹⁶ นอกจากนั้น ประชาชนจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพด้วย⁶ การเข้าใจการสร้างเสริมสุขภาพในมิติที่กว้างขึ้นเช่นนี้ จึงมีความจำเป็นที่รัฐจะต้องเพิ่มการลงทุนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ⁴ ดังนั้นจึงได้มีการกำหนดงบประมาณในการทำงานส่งเสริมป้องกัน รวมอยู่ในงบประมาณรายหัวของประชาชนลงไปด้วย

การเข้าใจมิติงานสร้างเสริมสุขภาพที่แคบ จึงเป็นผลให้โรงพยาบาลเลือกทำกิจกรรมในลักษณะให้ความรู้ / สุขศึกษา การออกหน่วย การเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นการเสาะหาโรคหรือผู้ป่วย จึงมีปรากฏการณ์ที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งประสบคือ ยิ่งทำงานส่งเสริมป้องกันและงานเชิงรุก ก็ยิ่งเป็นการสร้างความต้องการให้ประชาชนอยากมารับบริการที่โรงพยาบาลมากขึ้น ผู้ป่วยยิ่งมากโรงพยาบาลก็ยิ่งเสี่ยงต่อขาดทุน บางโรงพยาบาลจึงตั้งคำถามว่ายังควรที่จะทำงานส่งเสริมป้องกันและงานเชิงรุกอยู่ต่อไปหรือไม่ อาจจะต้องเป็นบทบาทของ สสจ. ที่ช่วยสร้างความเข้าใจให้กับโรงพยาบาลเอกชนในเรื่องงานส่งเสริม

สุขภาพ เพื่อที่จะได้มีแนวทางในการทำงานที่เหมาะสมยิ่งขึ้น เพราะช่วงที่ผ่านมาถือว่ายังไม่มีภารกิจจูง
กับงานส่งเสริมป้องกัน และงานเชิงรุกมากนัก หากมีการทำกันอย่างจริงจังโดยไม่เข้าใจกรอบคิดที่กว้าง
แล้ว จะทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพโดยรวมล้มเหลวก็เป็นได้

งานอนามัยโรงเรียน

โดยหลักการแล้วหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ถือเป็นหน่วยบริการที่เหมาะสมที่สุดในการทำงาน
อนามัยโรงเรียน เพราะงานอนามัยโรงเรียนนั้นจะต้องเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่
แล้ว

แต่ในทางปฏิบัติสำหรับโรงเรียนที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองค่อนข้างมีปัญหา เนื่องจากมีจำนวน
โรงเรียนหลายแห่ง แต่ละแห่งมีจำนวนนักเรียนมากน้อยต่างกันไป แต่ที่สำคัญคือ นักเรียนในโรงเรียนแต่
ละแห่งมีแหล่งที่มาหรือภูมิลำเนาเดิมที่หลากหลายมาก โดยเฉพาะโรงเรียนชื่อดังที่มักจะมีนักเรียนจาก
ทุกหัวระแหงเข้าไปเรียน อาจมีนักเรียนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตรับผิดชอบเดียวกับโรงพยาบาลจำนวนไม่
มากนัก การมีนักเรียนต่างภูมิลำเนาทำให้การทำงานอนามัยโรงเรียนมีปัญหา เพราะแต่ละโรงพยาบาลก็
รู้สึกว่่านักเรียนเหล่านั้นไม่ใช่ประชาชนในเขตรับผิดชอบของตนเอง การทำดีเต็มที่ ผลที่เกิดขึ้นก็ไม่ได้เกิด
กับนักเรียนในความดูแลรับผิดชอบของตนเอง ซึ่งการที่จะทำงานใน PCU ให้ประสบความสำเร็จนั้น
บุคคลากรหรือทีมงานควรมีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของประชาชนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
ซึ่งทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน¹⁷ แต่ด้วยความที่นักเรียนในความรับผิดชอบมาจากที่ต่างๆ นอก
เขตรับผิดชอบ จึงไม่สามารถที่จะทำงานโดยมองเห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของนักเรียนได้เลย
ดังนั้นในเชิงวิชาการแล้ว การทำงานอนามัยโรงเรียนจึงเป็นเรื่องที่น่าเห็นใจโรงพยาบาลอยู่มาก

แต่ปัญหาจริงๆ ไม่ได้เป็นประเด็นในด้านวิชาการ หากแต่เป็นประเด็นเรื่องงบประมาณ ซึ่งทาง
สสจ. ก็ได้หาวิธีแก้ปัญหา จนในที่สุดก็ได้วิธีจัดสรรงบประมาณกันใหม่ ซึ่งวิธีนี้แม้จะยังไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดที่
จะให้ความยุติธรรมแก่ทุกโรงพยาบาล แต่ก็ยังไม่มีวิธีที่ดีกว่า แต่ละโรงพยาบาลจึงต้องยอมรับสภาพไป
ก่อน สถานการณ์ในขณะนี้จึงไม่ควรคาดหวังความสำเร็จในงาน ขอเพียงแค่ทุกโรงพยาบาลพร้อมใจกัน
ทำงานอนามัยโรงเรียนอย่างเต็มที่ ก็น่าจะเป็นเรื่องที่น่ายินดีแล้ว

การพัฒนาศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาล

การที่โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการด้วย ย่อมเป็นที่จับตามองว่าคุณภาพของบริการจะดีขึ้นขนาด
ไหน จะแสวงหาแต่กำไรจนละเลยคุณภาพหรือไม่ ในการพิจารณาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพจะมี
ข้อพิจารณา 4 เรื่อง ได้แก่ บริการได้มาตรฐาน มีผลลัพธ์ที่ดี ไร้ข้อผิดพลาด และเป็นที่พึงพอใจของผู้รับ
บริการ¹⁸ ด้วยเงื่อนไขคุณภาพนี้เอง อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่งต้องพัฒนา
ศักยภาพการให้บริการของตนเอง ประกอบกับการประเมินสถานการณ์ว่าในอนาคตอาจจะเปิดโอกาสให้
ประชาชนมีสิทธิ์เลือกสถานพยาบาลเอง ซึ่งประชาชนมักจะเลือกโรงพยาบาลที่มีความพร้อมมากที่สุดทั้ง
ด้านบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ จึงเป็นแรงส่งให้แต่ละโรงพยาบาลเร่งพัฒนาศักยภาพมากยิ่งขึ้น
แต่ศักยภาพดังกล่าวเป็นศักยภาพในด้านการรักษาพยาบาล มิใช่ศักยภาพด้านการส่งเสริมป้องกัน การ
พัฒนาศักยภาพด้านการรักษาพยาบาลแทบเลี้ยงไม่ได้ที่จะต้องลงทุนไปกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ซึ่ง

ต้องใช้งบประมาณค่อนข้างสูง ภาวะการแข่งขันนี้จะทำให้ไม่เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และทำลายระบบการส่งต่อ¹² อันเป็นการทำลายหลักการของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากไม่มีการเตรียมการแก้ไขปัญหานี้ตั้งแต่ตอนนี้ จะเป็นอันตรายต่อโครงการในระยะยาวได้ เพราะปรากฏการณ์นี้ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นเฉพาะกับโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น โรงพยาบาลของรัฐก็มีลักษณะการแข่งขันระหว่างสถานบริการแต่ละระดับมากกว่าการสนับสนุนซึ่งกันและกัน⁸ ไม่ต่างจากโรงพยาบาลเอกชน

เครือข่ายบริการ

หากใช้โครงสร้างเดิมของกระทรวงสาธารณสุข ทุกสถานื่อนามัยย่อมเป็นเครือข่ายบริการกับโรงพยาบาลของรัฐ และพร้อมที่จะถูกยกระดับให้เป็น PCU แต่เมื่อสถานื่อนามัยต้องไปเป็นเครือข่ายบริการกับโรงพยาบาลเอกชน มีสิ่งที่น่าสนใจที่ควรนำมาอภิปรายดังนี้

ในช่วงเริ่มต้นโครงการมีสถานื่อนามัยที่เป็น PCU ของโรงพยาบาลอย่างน้อย 3 แห่ง แต่เมื่อดำเนินโครงการไปแล้ว กลับพบปัญหาในการทำงานร่วมกันหลายเรื่อง อาทิเช่น การทำ family folder การเบิกจ่ายยา แต่โดยรวมแล้วคือเรื่องของวัฒนธรรมในการทำงานที่ต่างกัน เพราะโดยพื้นฐานในการตั้งสถานพยาบาลของเอกชนต้องคิดถึงผลในเชิงธุรกิจ ในขณะที่สถานบริการของรัฐเป็นบริการที่ไม่ได้หวังผลกำไร การประกอบการของเอกชนจึงต้องมีการกำกับและตรวจสอบผลงานได้เพื่อให้คุ้มค่างบเงินเดือนที่จ้างบุคลากรมาทำงาน แต่คนของราชการเมื่อมาอยู่ภายใต้การดูแลของเอกชน จึงมีความอึดอัดในการทำงาน รู้สึกไม่มั่นคงในการทำงาน ส่งผลให้การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลเอกชนกับสถานื่อนามัยไม่ราบรื่น และไม่ได้ผลงานอย่างที่เอกชนต้องการ ท้ายที่สุด เพื่อเป็นการตัดปัญหาและไม่ให้เป็นที่ถูกกล่าวหาในภายหลัง โรงพยาบาลเอกชนจึงเลือกที่จะเปิด PCU เอง แล้วใช้สถานื่อนามัยในฐานะของ sub-contractor

อย่างไรก็ตาม การรุกเปิด PCU ของโรงพยาบาลเอกชนนั้นก็ยังมีข้อที่น่าติดตามคือ บาง PCU ของเอกชนได้ไปทำลายระบบบริการของสถานื่อนามัยโดยการแข่งให้บริการ ในท้ายที่สุดสถานื่อนามัยก็ต้องปิดตัวเองลงเนื่องจากชาวบ้านไม่ไปใช้บริการ (อาจจะเป็นเพราะสถานื่อนามัยตั้งอยู่ในทำเลที่ประชาชนเดินทางไม่ค่อยสะดวกเมื่อเทียบกับการตั้ง PCU ของโรงพยาบาลเอกชน) หากสถานการณ์ยังเป็นเช่นนี้ต่อไป ก็มีโอกาสที่โรงพยาบาลเอกชนจะขยายเครือข่ายบริการไปทับซ้อนกับสถานบริการของรัฐไปเรื่อยๆ ปัญหาและความยุ่งยากอีกหลายประการก็จะตามมา ดังนั้น ทางออกที่ดีน่าจะเป็นการปรับการทำงาน of สถานื่อนามัยให้ประสานกับโรงพยาบาลเอกชนได้ ในขณะเดียวกัน ก็ต้องมีคนกลางคอยประสานความเข้าใจระหว่างเอกชนกับสถานื่อนามัยให้สามารถทำงานร่วมกันได้ โดยใช้ประโยชน์ของประชาชนเป็นตัวตั้ง

เครือข่ายบริการอีกรูปแบบหนึ่งที่ได้ศึกษาคือการใช้คลินิกเอกชนมาเป็น sub-contractor จากการสัมภาษณ์เจ้าของคลินิกเอกชนพบว่า มีเงื่อนไขหลายประการที่เป็นปัจจัยในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือไม่เข้าร่วมโครงการ (โดยใช้ความคุ้มค่าคุ้มทุนเป็นหลัก) ปัจจัยเหล่านั้นได้แก่

1. งานเอกสาร การจะสนับสนุนให้คลินิกเอกชนเข้าร่วมเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพจะต้องทำให้เจ้าของคลินิกรู้สึกไม่เป็นภาระมาก ภาระสำคัญคืองานเอกสารทั้งหลาย เพราะเมื่อเทียบสัดส่วน

ระหว่างผู้มารับบริการที่คลินิกตามปกติกับผู้มารับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล เจ้าของคลินิกประมาณการณ์ว่าน่าจะมีผู้มารับบริการพอๆ กัน แต่การที่ไม่ยุ่งเกี่ยวกับโครงการก็เป็นความสบายในการบริหารจัดการเอง งานเอกสารก็มีเท่าที่ตัวเองเห็นว่าจำเป็น แต่เมื่อเข้าร่วมโครงการเป็น sub-contractor ต้องมานั่งทำงานรายงานเอกสารเพิ่มขึ้นมากมาย ปริมาณผู้รับบริการก็เพิ่มขึ้น แต่รายได้โดยรวมไม่ได้เพิ่มขึ้นมากนัก ดังนั้นหากเอกสารลดน้อยลงได้มากเท่าไร โอกาสที่คลินิกเอกชนจะเข้าร่วมในโครงการก็เป็นไปได้มากเท่านั้น

2. ค่าตอบแทน เจ้าของคลินิกเอกชนจะพูดกันตรงๆ ว่าการเปิดคลินิกเป็นธุรกิจที่ต้องการกำไรประเภทหนึ่ง การเข้าร่วมโครงการกับรัฐ จึงเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องพูดกันถึงเรื่องค่าตอบแทนที่คุ้มค่ากับการทำงาน และต้องไม่มีความเสี่ยงในการขาดทุนอยู่เลย เพราะการเปิดคลินิกตามปกติของตนเองก็ผ่านพ้นจุดที่เสี่ยงต่อการขาดทุนไปแล้ว การจะให้กลับไปเสี่ยงอีกจึงเป็นไปไม่ได้ รัฐควรจะต้องแบกรับความเสี่ยงไว้ให้มากที่สุด ดังนั้นจึงพบว่าข้อเสนอบี้อย่างหนึ่งในการเป็น sub-contractor ของคลินิกเอกชนจึงดูเหมือนมีความเป็นไปได้ค่อนข้างต่ำ อาทิเช่น ต้องมีประชากรให้รับผิดชอบไม่ต่ำกว่า 10,000 คน งบประมาณรายหัวต้องได้ไม่ต่ำกว่า 200 บาท ค่าแลปทำฟันปลอมรัฐต้องจ่ายให้ทั้งหมด จึงจะดูแลคุ้มทุน ซึ่งในความเป็นจริงงบประมาณที่รัฐจัดสรรไว้ต่อหัวประชากรก็ค่อนข้างน้อยอยู่แล้ว จึงไม่น่าเป็นไปได้ที่จะปันเงินกว่า 200 บาทให้คลินิกเอกชนไปทำงาน รวมทั้งที่เป็นอยู่ในขณะนี้แต่ละโรงพยาบาลก็มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบไม่ถึง 10,000 คน (ยกเว้น 2 โรงพยาบาล)

3. การเบิกจ่าย ควรจะต้องมีความคล่องตัว ไม่ต้องรอนาน ปัจจุบันข้อนี้จะสัมพันธ์กับปัจจัยในข้อ 1

จากการศึกษาของ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2542)¹⁹ พบว่า 5 ปัจจัยที่เอกชนเข้าร่วมเป็นเครือข่าย ได้แก่

- | | |
|----------------------------------|--------|
| 1. ต้องการสนับสนุนนโยบายรัฐบาล | 83.3 % |
| 2. การจัดการด้านเอกสารไม่ยุ่งยาก | 79.2 % |
| 3. เบิกจ่ายเงินคล่องตัว | 58.3 % |
| 4. ค่าตอบแทนมากพอ | 61.7 % |
| 5. เปลี่ยนวิธีการไม่มาก | 62.5 % |

ส่วน 5 ปัจจัยที่เอกชนไม่เข้าร่วมเป็นเครือข่าย ได้แก่

- | | |
|----------------------------------|--------|
| 1. การจัดการเอกสารยุ่งยาก | 86.2 % |
| 2. เปลี่ยนวิธีการดำเนินงานมาก | 72.4 % |
| 3. การเบิกจ่ายเงินยุ่งยากซับซ้อน | 69.0 % |
| 4. แนวทางการดำเนินงานไม่ชัดเจน | 63.2 % |
| 5. ค่าตอบแทนไม่คุ้มค่า | 58.6 % |

จากการวิจัยของผู้วิจัยครั้งนี้ พบว่าค่อนข้างใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ สิ่งหนึ่งที่อาจแตกต่างไปจากการศึกษาของ สงวน คือ เจ้าของคลินิกเอกชนค่อนข้างกลัวเรื่องการฟ้องร้อง ถือเป็นอีกหนึ่งความเสี่ยงที่ต้องป้องกันด้วยคำตอบแทนที่คุ้มค่าคุ้มทุนอย่างที่ได้กล่าวมา

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า โอกาสที่จะหาคลินิกเอกชนมาเป็น sub-contractor นั้นค่อนข้างยาก อาจมีความเป็นไปได้บ้างในกรณีที่หาคลินิกเอกชนที่เปิดใหม่ และยังมีจำนวนลูกค้าประจำมากพอ รายได้ต่อเดือนอาจจะไม่แน่นอน กรณีเช่นนี้ก็มีความเป็นไปได้ที่คลินิกเอกชนจะเข้าร่วมโครงการด้วย

ทางออกอีกทางคือ ให้คลินิกเอกชนเป็นสถานที่รับส่งต่อ (refer) จากโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว เช่น หากมีผู้ป่วยมารับบริการทำฟันปลอม โรงพยาบาลอาจไม่มีบุคลากรที่มีความสามารถทางด้านการทำฟันปลอม โรงพยาบาลก็ส่งต่อผู้ป่วยไปยังคลินิกเอกชนให้ทำฟันปลอมให้ โดยการคิดราคาให้ใช้ราคากลางที่ใช้ในระดับจังหวัดเป็นหลัก ทางออกนี้จะใช้ได้กับคลินิกเอกชนที่ตามปกติคิดราคาค่าบริการแก่ผู้ป่วยในราคาที่ไม่สูงนัก เมื่อเทียบกับราคากลางแล้ว ราคากลางอาจจะสูงกว่าเล็กน้อย การรับส่งต่อเพียงอย่างเดียวก็ไม่ต้องรับผิดชอบงานเอกสารมาก ซึ่งก็พอจะมีคลินิกเอกชนที่สนใจการเป็นสถานบริการที่รับส่งต่อเพียงอย่างเดียว

โดยภาพรวมของเครือข่ายบริการของเอกชน จึงสรุปได้ว่า อาจจะยังมีสถานีนอมนัยเป็น PCU หรือเป็น sub-contractor ของโรงพยาบาล แต่ก็จะมี PCU ของโรงพยาบาลที่ไปเปิดเอง แต่การมีคลินิกเอกชนมาร่วมเป็นเครือข่ายค่อนข้างเป็นไปได้ยาก ยกเว้นบางแห่งที่อาจจะรับเป็นสถานที่รับการส่งต่อเพียงอย่างเดียว

การติดตามและประเมินผล

ด้วยเงื่อนไขข้อจำกัดหลายประการสำหรับโครงการที่เริ่มดำเนินการใหม่ และเป็นการร่วมดำเนินการระหว่างภาครัฐและเอกชน จึงทำให้เกิดปัญหาติดขัดในขั้นตอนปฏิบัติอยู่เป็นระยะ ซึ่งก็เป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นกับโครงการใหม่ๆ แต่การปรับตัวในการทำงานร่วมกันถือเป็นเรื่องที่ต้องมีการพูดคุยและทำความเข้าใจร่วมกันอยู่ตลอดเวลา ปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นคือ การติดตามประเมินผลของ สสจ. ด้วยความที่เป็นโครงการใหม่และเป็นเป้าหมายของอีกหลายจังหวัดที่ยังไม่ได้เริ่มโครงการ จึงต้องมีการวางแผนระเบียบปฏิบัติเพื่อให้การติดตามประเมินผลทำได้ชัดเจน แต่ในระยะเปลี่ยนผ่านเช่นนี้ การวางแผนระเบียบการประเมินผลที่ค่อนข้างละเอียดก็สร้างปัญหาในการทำงานได้เช่นกัน เช่น ต้องมีการประเมินตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการ (process) จนให้เห็นถึงผลลัพธ์ (outcome) ผู้บริหารโรงพยาบาลบางท่านจึงได้เสนอให้การประเมินผลในระยะเปลี่ยนผ่านนี้ดูเฉพาะในส่วน of outcome เพียงอย่างเดียว เนื่องจากในการประเมินนั้น โดยปกติแล้วจะมีการประเมินตั้งแต่ระดับโครงสร้าง เช่น คุณลักษณะต่างๆ ของแพทย์และโรงพยาบาล ความเพียงพอของทรัพยากร รูปแบบการจัดการ ฯลฯ ระดับกระบวนการ เช่น ส่วนประกอบต่างๆ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย ฯลฯ และระดับผลลัพธ์ คือ สภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการตลอดจนผลกระทบที่มีไปถึงชุมชน¹⁸ หากวางแผนผลลัพธ์ไว้ให้ชัดเจนแล้วก็น่าจะเปิดอิสระให้โรงพยาบาลไปแสวงหาหนทางในการไปถึงจุดหมายเอาเอง เช่น ทีมสุขภาพที่จะ

ลงไปชุมชน ไม่จำเป็นต้องมีคุณสมบัติของบุคลากรครบถ้วนตามที่กำหนด เพียงแต่ต้องมีกิจกรรมรองรับให้ครบตามเงื่อนไขโดยจะให้ใครทำก็ได้

หากมีการลดความเข้มข้นของการประเมินผล จะต้องพิจารณาให้ดีว่า อะไรคือสิ่งที่จำเป็นต้องมีการประเมิน เพราะมีฉะนั้นแล้ว ข้อมูลสำคัญๆ อาจจะหลุดหายไปได้ เช่น การจะบอกว่าสุขภาพช่องปากของประชากรในเขตรับผิดชอบดีขึ้นเมื่อได้ดำเนินโครงการไปแล้ว จำเป็นต้องมีข้อมูลสถานะช่องปากของประชากรตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ ส่วนนี้ถือว่าเป็น process ที่สำคัญ หากไปดูแต่ outcome อย่างเดียวจะทำให้สรุปอะไรไม่ได้เลย ซึ่งเป็นภาวะที่เกิดขึ้นกับหลายโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

การอภิปรายในส่วนของงานทันตกรรม

การอภิปรายในส่วนของงานทันตกรรมจะย่นย่อพื้นฐานของงานทั่วไปที่ได้อภิปรายมาก่อนหน้านี้แล้ว ดังนั้นในส่วนนี้จึงเหมือนเป็นการเจาะลึกลงไปเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานทันตกรรมเพียงอย่างเดียวซึ่งต้องยอมรับโดยพื้นฐานด้วยว่างานทันตกรรมในระบบของโรงพยาบาลเอกชน เป็นเพียงแค่ส่วนเล็กๆ ส่วนหนึ่งเท่านั้น โรงพยาบาลเอกชนที่มีแผนกทันตกรรมค่อนข้างใหญ่ก็ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการ ประเด็นในการอภิปรายมีดังต่อไปนี้

การเข้าถึงบริการ

จากการที่มีการกำหนดว่าสถานพยาบาลที่จะเป็น PCU ได้จะต้องมีเวลาในการให้บริการทางทันตกรรมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง ทำให้โรงพยาบาลบางแห่งที่เคยให้บริการเฉพาะบางช่วงเวลาต้องปรับผังการให้บริการกันใหม่ ในช่วงแรกอาจจะเป็นการปรับให้ครบตามจำนวนชั่วโมงที่กำหนด แต่ภายหลังมีการปรับอีกครั้งเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น เช่นการเปิดให้บริการนอกเวลาราชการ ซึ่งผู้รับบริการส่วนใหญ่ก็พึงพอใจกับช่วงเวลาที่โรงพยาบาลเปิดให้บริการ แม้ว่าจะมีบางส่วนที่อยากให้เปิดบริการตลอดทั้งวันตั้งแต่ 8.00-20.00 น. ทุกวัน รวมทั้งวันเสาร์-อาทิตย์ ด้วย ซึ่งในความเป็นจริงก็ปฏิบัติตามได้ค่อนข้างลำบาก จากตารางที่ 2.2 จะมีเพียงแค่ 2 โรงพยาบาลเท่านั้นที่ไม่เปิดให้บริการนอกเวลาราชการและจากการสัมภาษณ์ผู้มารับบริการใน 2 โรงพยาบาลนั้น ก็ไม่พบว่ามีข้อเรียกร้องให้เปิดให้บริการเพิ่มขึ้น

นอกจากการปรับผังเวลาการให้บริการแล้ว บางโรงพยาบาลยังต้องมีการปรับพฤติกรรมการให้บริการของทันตแพทย์ด้วย เพราะบางคนจะไม่ได้ทำงานบางประเภทในชุดสิทธิประโยชน์มานานมากแล้ว เช่น การทำฟันปลอม การผ่าฟันคุด เมื่อโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ ทันตแพทย์ก็จำเป็นต้องทำงานให้ครบตามชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งการให้บริการอาจจะทำได้ไม่ดีนัก ดังที่พอจะประเมินได้จากสถิติของการให้บริการของแต่ละโรงพยาบาลในแต่ละเดือน ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป ความสามารถในการให้บริการของทันตแพทย์แต่ละโรงพยาบาลจึงอาจดูเหมือนเป็นสิ่งที่ไม่ค่อยเป็นธรรมชาติกับผู้รับบริการ ที่น่าสังเกตอีกอย่างคือไม่พบการส่งผู้ป่วยไปรับบริการทางทันตกรรมยังสถานพยาบาลอื่นเลย

จากภาพรวมของผู้มารับบริการของโรงพยาบาลที่สัดส่วนของคนพื้นฐานปานกลางขึ้นไปค่อนข้างมีจำนวนมากกว่าผู้ที่ยากจน ในส่วนของงานทันตกรรมก็เช่นกัน โดยเฉพาะในช่วง 4 เดือนแรกนั้นผู้

มารับบริการส่วนใหญ่จะเป็นชนชั้นกลาง แต่หลังจากเริ่มเดือนตุลาคมที่มีการรวมผู้ที่ถือบัตร สปร. เข้ามาอยู่กลุ่มเดียวกับบัตรทอง สัดส่วนของผู้ที่ยากจนก็เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับภาพรวมของโรงพยาบาล

การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้รับบริการ

การประชาสัมพันธ์ของรัฐในช่วงเริ่มโครงการใน 6 จังหวัดนำร่องที่เมื่อกล่าวถึงสิทธิของผู้ที่ถือบัตรทองในการไปรับบริการทันตกรรม จะสื่อออกไปสั้นๆแค่ “ทำฟันก็จ่ายแค่ 30 บาท” เมื่อผู้มารับบริการมาขอให้สิทธิจึงไม่ทราบว่าสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่ตนเองพึงได้นั้นมีอะไรบ้าง จึงเกิดการเผชิญหน้าระหว่างทันตแพทย์กับผู้รับบริการอยู่บ่อยครั้ง ผู้รับบริการจะเข้าใจเพียงว่าสามารถมารับบริการทันตกรรมได้ทุกอย่างในราคา 30 บาท เป็นหน้าที่ของทันตแพทย์ที่จะต้องทำการชี้แจง ทั้งนี้ด้วยระบบการประสานงานดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า สสจ. จะประสานผ่านผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ในส่วนงานทันตกรรมมีการเชิญทันตแพทย์ประชุมเพียงไม่กี่ครั้ง ข้อมูลข่าวสารบางส่วนที่ถึงแม้จะกองอยู่ที่ทันตแพทย์แต่ทันตแพทย์หลายคนก็ไม่ได้เข้าใจระบบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากนัก จึงไม่ทันได้ถ่ายทอดให้ผู้ช่วยหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบได้ ทันตแพทย์จึงกลายเป็นด่านแรกที่ต้องเผชิญหน้ากับผู้รับบริการเมื่อเกิดเหตุการณ์ซ้ำๆ ทันตแพทย์ส่วนใหญ่จึงค่อนข้างเครียด แต่ภายหลังก็ได้ปรับรูปแบบกันใหม่ เช่นให้ผู้ช่วยเป็นฝ่ายให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ หรือบางที่ก็ให้พยาบาลไปสร้างความเข้าใจกับผู้รับบริการตั้งแต่ขั้นตอนการทาบัตร ซึ่งก็ช่วยแบ่งเบาภาระให้ทันตแพทย์ไปได้มาก

ปัญหาที่ต่อเนื่องมาอีกเรื่องหนึ่งคือ การคิดค่าธรรมเนียมในการรักษาทางทันตกรรม ด้วยความรู้และ การตีความที่แตกต่างกันทั้งในระดับ สสจ. ผู้บริหารโรงพยาบาล ทันตแพทย์ และรวมถึงผู้รับบริการ ทำให้ทันตแพทย์ต้องคอยทำความเข้าใจกับผู้รับบริการ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยรายนั้นมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาหลายอย่างแต่ทันตแพทย์ไม่สามารถให้การรักษากายในครั้งเดียวได้ จำเป็นต้องนัดให้มารักษาต่อวันอื่น ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการรักษาไม่ได้ให้การรักษาแก่ตนเองอย่างเต็มที่ ต้องการนัดมาใหม่เพื่อคิดค่าธรรมเนียมอีก 30 บาท ความไม่เข้าใจทันตแพทย์เช่นนี้ ส่งผลให้ทันตแพทย์ต้องเครียดกับการชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบ แต่สิ่งนี้ในบางโรงพยาบาลที่มีนโยบายจากผู้บริหารว่า ให้ทำการรักษาแก่ผู้ป่วยเพียงแค่ 1 ชนิดต่อครั้งต่อคน แล้วให้นัดมารับบริการใหม่ ก็เป็นไปได้ที่ผู้รับบริการจะตั้งข้อสงสัยในการให้บริการของทันตแพทย์ ทั้งๆ ที่เห็นว่ามีคิวว่าง จึงยังเป็นการสร้างความกดดันให้กับทันตแพทย์มากยิ่งขึ้น

ชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม

ประเด็นเรื่องสิทธิประโยชน์เป็นประเด็นที่มีแง่มุมให้พิจารณาหลายด้าน เริ่มตั้งแต่การตีความเนื้อหาของชุดสิทธิประโยชน์ว่า ชนิดของบริการที่ประชาชนมีสิทธิมาใช้บริการได้นั้นมีอะไรบ้าง การตีความแต่ละอย่างก็ขึ้นกับบริบทของผู้ตีความด้วย เช่น การตีความว่างานศัลยศาสตร์ช่องปากไม่รวมถึงการผ่าฟันคุด อาจมีความหมายว่าผู้ที่ตีความไม่ประสงค์จะทำงานผ่าฟันคุด เนื่องจากไม่ได้ทำมานานแล้ว หรืออาจมีความหมายว่า การผ่าฟันคุดเป็นงานที่เคยสร้างรายได้ให้ทันตแพทย์มาก่อน เมื่อรวมไปในชุดสิทธิประโยชน์ก็จะทำให้ตนเองขาดรายได้สำคัญไป หรืออาจจะเป็นความหวังดีของทันตแพทย์ที่มีต่อโรงพยาบาลก็ได้ที่เห็นว่าการคิดค่าธรรมเนียมเพียง 30 บาทต่อการผ่าฟันคุด 1 ซี่ เป็นความไม่คุ้มทุนของ

โรงพยาบาล ดังนั้นเมื่อ การเขียนชุดสิทธิประโยชน์ไม่ชัดเจน การตีความที่หลากหลายจึงเป็นสิ่งที่เลี่ยงไม่ได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อผ่านพ้น 3 เดือนแรกไปแล้ว สสจ. ในฐานะของผู้รับนโยบายจากส่วนกลางก็ต้องทำหน้าที่คนกลางในการระบุมความหมายของชุดสิทธิประโยชน์แต่ละอย่างให้ชัด ซึ่งก็ช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นทั้งในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐ แต่ก็ยังมีผู้บริหารบางคนที่ไม่เห็นด้วยกับการตีความดังกล่าว

ประเด็นต่อไปที่เกี่ยวข้องกับชุดสิทธิประโยชน์ คือการจ่ายค่าธรรมเนียมในการมารับบริการ ปัญหาในช่วงแรกคือ การจ่ายค่าธรรมเนียมนั้นเป็นการคิดจาก “โรค” หรือว่า “จำนวนครั้งที่มารับบริการ” บางโรงพยาบาลใช้วิธีคิดจากโรค เช่นอุดฟัน 1 ซี่กับอุดหินปูนภายในครั้งเดียวกัน ผู้ป่วยจะต้องเสียค่าธรรมเนียม 60 บาท แต่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะใช้วิธีคิดจากการรับบริการเป็นรายครั้ง จากตัวอย่างที่กล่าวมา ผู้ป่วยจะเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท ในช่วงหลังๆ ทุกโรงพยาบาลก็จะใช้วิธีคิดแบบนี้

แต่ปัญหาหนึ่งที่มีอยู่คือ ผู้ป่วยต้องการมารับบริการอย่างหนึ่ง แต่ทันตแพทย์ให้บริการมากเกินไป สิ่ง que ผู้ป่วยต้องการ เช่นผู้ป่วยต้องการใช้ฟันปลอม แต่ทันตแพทย์กลับอุดหินปูนให้ด้วย ดังนั้นนอกเหนือจากที่ผู้ป่วยต้องเสียค่าทำฟันปลอม 30 บาทแล้ว ยังต้องเสียค่าอุดหินปูนอีก 30 บาท หากทันตแพทย์ไม่ได้ชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการอุดหินปูนก่อนใส่ฟันปลอม ผู้ป่วยก็จะมีความรู้สึกที่ไม่ดีกับทันตแพทย์ คิดว่าทันตแพทย์ต้องการคิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้น ปัญหาลักษณะนี้จะว่าไปแล้ว หากปรับเรื่องการสื่อสารระหว่างกันให้ดีขึ้น ทั้งสองฝ่ายก็จะเข้าใจกันได้

อย่างไรก็ดี การเก็บค่าธรรมเนียมในการมารับบริการยังเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีอยู่ เพราะการมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชน จะทำให้ประชาชนไม่มารับบริการเกินความจำเป็น⁵ เพียงแต่อาจจะต้องมีการคิดกันอย่างรอบคอบอีกครั้งว่าการร่วมจ่ายนั้นตัวเลขที่แท้จริงควรเป็นเท่าไร

ความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์ก็เป็นอีกปัญหาที่เกิดขึ้น ในฐานะของผู้ปฏิบัติ ทันตแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าชุดสิทธิประโยชน์ค่อนข้างมากเกินไป การขยายสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ คนที่ได้คือประชาชนกับนักการเมือง แต่คนปฏิบัติจะค่อนข้างลำบาก โดยเฉพาะกับผู้บริหารโรงพยาบาลแล้วบางแห่งก็ไม่มี การปฏิบัติตาม “ขาว” แต่จะรอการยืนยันเป็นหนังสือราชการอย่างถูกต้องจึงจะถือปฏิบัติและมีการขอให้ทันตแพทย์ปฏิบัติตามนโยบายของผู้บริหารด้วย ในแง่ความครอบคลุมของชุดสิทธิประโยชน์นั้น ก่อนหน้าเริ่มโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ก็มีการระดมความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหลาย มีแนวทางหลายแนวทาง เช่น ระบบประกันสุขภาพควรรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับโรคเรื้อรัง โดยปล่อยให้ประชาชนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับอาการป่วยเล็กน้อย²⁰ หรือระบบประกันสุขภาพควรครอบคลุมเฉพาะบริการพื้นฐานที่จำเป็น¹² ในที่สุดจึงกลายมาเป็นระบบประกันสุขภาพดังที่เป็นอยู่ ในงานวิจัยทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย²¹ ได้เสนอว่า ชุดบริการทันตสุขภาพพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ ควรรวมการใส่ฟันปลอมเข้าไปด้วย ดังนั้นในชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมในโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคจึงมีการใส่ฟันปลอมรวมอยู่ด้วยตั้งแต่แรก จึงเป็นเรื่องที่ผู้ปฏิบัติจำต้องปฏิบัติตาม ซึ่งในภายหลังก็ได้มีการกำหนดในรายละเอียดเพิ่มขึ้นว่าฟันปลอม 1 ซี่นั้นควรมีอายุการใช้งานเท่าใด เพื่อป้องกันการมารับบริการอย่างไร้ขอบเขต

ข้อเสนอที่น่านำมาปรับใช้กับสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมคือ การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ โดยแบ่งเป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐานและสิทธิประโยชน์ทางเลือกอันหมายถึงสิทธิประโยชน์ที่แต่ละพื้นที่จัดให้กับประชาชนในพื้นที่ของตนเอง โดยอาศัยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นให้หางบประมาณมาสมทบเพิ่มเติม¹ ดังนั้นหากเป็นเช่นนั้นได้ บางพื้นที่ก็อาจจะได้สิทธิประโยชน์ในการรักษารากฟันในฟันแท้เป็นสิทธิประโยชน์ทางเลือกให้กับประชาชน

ประเด็นสุดท้ายของเรื่องสิทธิประโยชน์ คือ การแยกชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมออกจากสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพทั่วไป แม้ว่าจะมีผู้บริหารหลายท่านเห็นว่าควรแยกสิทธิประโยชน์ทางด้านทันตกรรมออกมาต่างหาก แต่การแยกตัวออกมาอาจจะส่งผลกระทบต่อการทำงานมากขึ้นก็เป็นได้ เช่น การทำงานส่งเสริมป้องกันทางด้านทันตสุขภาพ จำเป็นต้องทำร่วมไปกับงานด้านสุขภาพโดยรวมจึงมีโอกาสประสบผลสำเร็จได้ หากแยกทำเฉพาะด้านทันตสุขภาพ ประชาชนจะไม่ค่อยเห็นคุณค่ามากนัก หรืออาจจะรู้สึกว่าเป็นเรื่องที่ไม่สำคัญเท่าใดเมื่อเทียบกับสุขภาพทั่วไป การที่ประชาชนจะซื้อสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมก็อาจจะน้อย ซึ่งผิดหลักการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นการแยกชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม จึงมีเหตุผลรองรับเฉพาะด้านเศรษฐศาสตร์เป็นหลัก แต่หากใช้เหตุผลด้านองค์รวมแห่งสุขภาพแล้ว การแยกชุดสิทธิประโยชน์ก็อธิบายได้ค่อนข้างลำบาก ท้ายที่สุดหากยืนบนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว รัฐอาจจะต้องเพิ่มงบประมาณค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรเพื่อให้ครอบคลุมบริการสุขภาพที่เป็นความจำเป็นพื้นฐานของประชาชน

งานส่งเสริมป้องกันและงานเชิงรุก

ช่วง 4 เดือนแรกของโครงการแทบจะเรียกว่าไม่มีงานส่งเสริมป้องกันเลย อาจจะพอมีบ้างก็เป็น การฝากงานให้พยาบาลที่ลงไปทำงานอนามัยโรงเรียนให้ช่วยตรวจฟันเด็กนักเรียน หากพบว่ามือนักเรียนคนไหนที่มีปัญหาในช่องปาก ให้ส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นที่น่าสังเกตว่าตลอดช่วงเวลา 4 เดือนแรกไม่มีการทำ sealant เลยแม้แต่รายเดียว อาจจะเป็นไปได้ว่าในช่วงแรกที่เริ่มโครงการ สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมไม่ได้ครอบคลุมถึงการทำ sealant ในเด็กอายุ 0-12 ปี แต่สิทธิเดิมของเด็กตามบัตร สปร. นั้นครอบคลุมเรื่อง sealant ด้วย ดังนั้นจึงไม่มีการทำ sealant ในช่วง 4 เดือนแรกเพื่อรอความชัดเจนในเรื่องสิทธิประโยชน์ก็เป็นได้ จึงเห็นได้ว่าเมื่อเริ่มต้นเดือนตุลาคมที่รวมกลุ่มผู้ที่ถือบัตร สปร.เดิมเข้ามาไว้ในโครงการ สถิติผู้ที่ได้รับการทำ sealant จึงเริ่มปรากฏขึ้นบ้าง แต่ก็ยังเป็นสัดส่วนที่น้อยมาก โดยเฉลี่ย 5 เดือนหลังมีผู้ได้รับการทำ sealant เพียง 2.7% เท่านั้น และจำนวนผู้ที่ได้รับการทำ sealant ก็มีย่อยมากเฉพาะที่โรงพยาบาล จ. เพียงแห่งเดียว(ทั้งๆ ที่ทุกโรงพยาบาลก็มีโรงเรียนในเขตรับผิดชอบอยู่) เท่าที่คณะผู้วิจัยทราบในภายหลังคือ เป็นนโยบายจากผู้บริหารที่ต้องการให้ทันตแพทย์ทำงานทันตกรรมป้องกันให้มากขึ้น ทั้งการทำ sealant และเคลือบ fluoride ดังนั้น ทันตกรรมป้องกันของโรงพยาบาลนี้จึงดูโดดเด่นกว่าโรงพยาบาลอื่น

นอกเหนือจากการทำ sealant แล้วการให้ topical fluoride ก็ไม่ค่อยมีการทำ มีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ทันตแพทย์มีแผนที่จะเข้าไปให้ topical fluoride ในโรงเรียน แต่หลังจากเข้าไปตรวจฟันเด็กนักเรียนได้ระยะหนึ่ง ยังไม่ทันได้เริ่มการให้ topical fluoride ก็ล้มเลิกโครงการนี้ไปโดยไม่ทราบสาเหตุ และก็ไม่ได้

ดำเนินการต่ออีกเลย อย่างไรก็ตามก็ดี ทันตแพทย์ท่านนี้ก็ยังถือว่าเป็นผู้ที่ให้ความสำคัญกับงานทันตกรรมป้องกันมาก เห็นได้จากการพยายามอย่างจริงจังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากให้กับผู้ป่วยที่เป็นโรคปริทันต์

สาเหตุที่งานทันตกรรมป้องกันไม่ได้ดำเนินงานอย่างจริงจังไม่อาจมองแค่ระดับปัจเจกบุคคล อาจเป็นไปได้ว่า เนื่องจากความไม่ชัดเจนในการจัดการกับปัญหาเรื่องการที่เด็กนักเรียนในโรงเรียน มิได้เป็นผู้ที่มีภูมิลาเนาในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลทั้งหมด การที่โรงพยาบาลต้องทำงานกับคนที่ไม่อยู่ในความรับผิดชอบจึงเหมือนเป็นการไม่มีเหตุผลที่จะต้องทำแม้ในภายหลังเมื่อมีข้อตกลงในการจัดการกับปัญหานี้แล้ว งานอนามัยโรงเรียนก็ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง

ในส่วนของการสัมภาษณ์ความต้องการประชาชนในเรื่องงานส่งเสริมป้องกัน พบว่าความต้องการของประชาชนก็เป็นเรื่องพื้นฐานทั่วไป ได้แก่ การให้ทันตแพทย์ออกไปให้สุขศึกษาแก่นักเรียนในโรงเรียน อยากให้ออกไปตรวจฟัน อยากให้มีการแจกแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก ความต้องการของประชาชนจะว่าไปแล้วก็ไม่เกินความสามารถของทันตแพทย์ แต่สิ่งที่จะต้องคิดต่อ คือ การกระทำเพื่อสนองความต้องการของประชาชนในลักษณะที่กล่าวมา ในท้ายที่สุดแล้ว ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้หรือไม่ เพราะที่ผ่านมาแม้จะมีการณรงค์ให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทให้มากขึ้นในการดูแลทันตสุขภาพ แต่การดูแลทันตสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนก็ยังอยู่ในระดับต่ำ²¹ เป็นไปได้ว่าการรณรงค์ที่ผ่านมามิได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและใช้ศักยภาพบุคคลและชุมชนอย่างจริงจัง²²

ภาพรวมของการให้บริการทันตกรรม

จากสถิติผู้มารับบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 7 แห่งมีข้อสังเกตบางประการคือ

ชนิดของการให้บริการของแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันพอสมควร เช่น โรงพยาบาล ข. ตลอดช่วงเวลา 9 เดือนที่ศึกษาวิจัยมีผู้รับบริการใส่ฟันปลอมมากที่สุด และมีจำนวนมากกว่าโรงพยาบาลอื่นอย่างเห็นได้ชัด โดยจำนวนผู้รับบริการใส่ฟันปลอมเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวในช่วง 5 เดือนหลัง จนเป็นที่น่าสงสัยว่าทำไมโรงพยาบาลนี้จึงมีสถิติผู้รับบริการใส่ฟันปลอมมากกว่าโรงพยาบาลอื่นขนาดนั้น เป็นไปได้หรือไม่ว่าโรงพยาบาลบางแห่งไม่มีการให้บริการโดยตรงไปตรงมา หรือเป็นที่ศักยภาพของทันตแพทย์ที่ไม่ค่อยมีการให้บริการใส่ฟันปลอมแก่ผู้ป่วยอยู่แล้ว น่าจะต้องมีการศึกษาเชิงลึกต่อไป ส่วนในประเด็นที่เคยเป็นห่วงกันว่า โครงการนี้จะทำให้ประชาชนแห่กันไปใช้สิทธิทำฟันปลอมมากขึ้นนั้น จากสถิติพบว่าราว 10% ของผู้มารับบริการที่มาใส่ฟันปลอม จัดว่าอยู่ในปริมาณที่ไม่มากไม่น้อย ส่วนงานทันตกรรมป้องกันที่ได้กล่าวไปข้างหน้านั้น พบว่ามีการทำอย่างเป็นรูปธรรมเพียงแค่ 2 โรงพยาบาลแค่นั้น คือโรงพยาบาล ก. และโรงพยาบาล จ. อีก 5 แห่งไม่มีการทำเลยแม้แต่อย่างเดียว ซึ่งถือว่าน่าเป็นห่วงและน่าสงสัยว่าทำไมถึงไม่มีการบริการด้านนี้

ส่วนการอุดฟันและถอนฟัน พบว่า เมื่อเทียบสถิติ 4 เดือนแรกกับ 5 เดือนหลัง จำนวนผู้ป่วยที่มารับการถอนฟันมีจำนวนเพิ่มขึ้น ในขณะที่การอุดฟันลดลง สถิติที่ออกมาเช่นนี้ทำให้ตอกย้ำความกังวล

ของหลายๆ ท่านก่อนหน้านี้ที่เห็นว่า การไม่มีสิทธิประโยชน์ด้านการรักษารากฟันในฟันแท้จะทำให้ผู้ป่วยไม่คิดจะเก็บฟันไว้ เพราะหากถอนไปแล้วก็ยังสามารถมาขอรับบริการใส่ฟันปลอมได้อีกโดยเสียค่าใช้จ่ายไม่เกิน 60 บาท แต่ถ้ารักษารากฟันต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่ากันหลายสิบเท่า ผู้ป่วยจึงไม่น่าจะอยากเสียเงินเพื่อรักษารากฟัน อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยถอนฟันที่เพิ่มขึ้นอาจจะเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการใส่ฟันปลอมอยู่แล้วก็ได้ ตัวเลขที่แสดงออกมาไม่สามารถจำแนกได้ว่าเป็นการสูญเสียฟันโดยไม่สามารถเก็บฟันไว้ได้จริงหรือไม่

ที่น่าสนใจอีกประการคือ จำนวนผู้มารับบริการทันตกรรมเมื่อเทียบสัดส่วนกับประชากรในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลแล้ว จะเห็นว่า บางโรงพยาบาลมีสัดส่วนผู้มาใช้บริการทันตกรรมน้อยมาก เช่น โรงพยาบาล ง. มีประชากรในเขตรับผิดชอบกว่า 18,000 คน แต่ผู้มารับบริการทันตกรรมมีเพียง 664 คน ในขณะที่โรงพยาบาล ข. มีประชากรในเขตรับผิดชอบเพียง 9,000 กว่าคน แต่มีผู้มารับบริการถึง 1,079 คน หากจะสรุปว่า โรงพยาบาล ง. ประสบความสำเร็จในงานส่งเสริมป้องกัน ก็สรุปไม่ได้ เพราะเพิ่งเริ่มโครงการไม่สามารถเห็นผลความสำเร็จได้เร็วขนาดนั้น หรืออาจเป็นไปได้ว่าประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ง. เป็นผู้มีฐานะค่อนข้างดี จึงมีทางเลือกในการไปรับบริการทันตกรรมได้หลากหลายกว่า จำนวนผู้ที่ไปโรงพยาบาลจึงมีไม่มาก หรือเป็นเรื่องของสภาวะสุขภาพช่องปากของประชาชนคืออยู่แล้วเป็นทุนเดิม หรืออาจจะเป็นสาเหตุอื่นๆ อีกซึ่งคณะผู้วิจัยไม่สามารถหาคำตอบได้ใน การวิจัยครั้งนี้ น่าจะได้ติดตามการศึกษาต่อไป

และจากที่มีความกังวลกันว่าเมื่อเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคแล้ว คนที่ถือบัตรทองจะแห่มาใช้บริการกันมากขึ้นนั้น เมื่อเทียบสัดส่วนระหว่างผู้ที่ถือบัตรทองกับผู้ไม่มีบัตรทอง โดยใช้สถิติจาก 4 โรงพยาบาล พบว่า 40 กว่าเปอร์เซ็นต์ที่เป็นผู้ถือบัตรทอง ซึ่งไม่แน่ชัดว่าเป็นตัวเลขที่ปล่อยให้มีการให้บริการได้อย่างอิสระหรือว่ายังคงถูกบีบจากผู้บริหารโรงพยาบาลที่พยายามให้ทันตแพทย์กันเวลาสำหรับให้บริการกับผู้ป่วยที่ไม่ถือบัตรทองด้วย หากเป็นกรณีเช่นนี้ เราก็จะไม่ทราบตัวเลขที่แท้จริงว่า สัดส่วนผู้ถือบัตรทองเป็นชักรี่เปอร์เซ็นต์ของผู้ที่มารับบริการทันตกรรม และเท่าที่สืบค้นสถิติผู้มารับบริการจากบางโรงพยาบาลในช่วงก่อนและหลังจากเริ่มโครงการในช่วงระยะเวลาเดียวกันของแต่ละปี พบว่า ผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นราว 30%

สรุปภาพรวมของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1. โรงพยาบาลเอกชนมีการจัดวางระบบเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าร่วมโครงการ ได้แก่
 - 1.1 จัดอบรมบุคลากร
 - 1.2 สร้างเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชน
 - 1.3 ผู้บริหารโรงพยาบาลศึกษาโครงการมาแล้วอย่างละเอียด มีจุดยืนของตนเอง
 - 1.4 จัดให้มีทันตแพทย์ full time พร้อมทั้งปรับผังเวลาในการให้บริการ
 - 1.5 สร้างระบบฐานข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ในส่วน of โรงพยาบาลเอง

2. การปรับตัวของโรงพยาบาลในการเข้าร่วมโครงการ
 - 2.1 ระดับการบริหาร
 - 2.1.1 เตรียมรับมือกับระบบราชการ จนถึงที่สุดก็เลือกแก้ปัญหาเอาเอง
 - 2.1.2 การบริหารแบบรวมศูนย์ไว้ที่ผู้บริหาร เพื่อการตัดสินใจที่เป็นไปในทิศทางเดียว
 - 2.1.3 มีทีมวิเคราะห์รายรับรายจ่ายอย่างใกล้ชิด
 - 2.2 ด้านการบริการ
 - 2.2.1 มีการปรับศักยภาพให้บริการของทันตแพทย์ให้ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์
 - 2.2.2 มีการปรับผังเวลาในการให้บริการ
 - 2.2.3 มีการกำกับการทำงานโดยผู้บริหาร เช่น ให้ลดจำนวนการทำฟันปลอมลง ให้บริการแก่ผู้ป่วย 1 คน : 1 อย่าง : 1 ครั้ง ให้กันเวลาสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ถือบัตรทองด้วย
 - 2.2.4 งานเชิงรุกของทันตกรรม เป็นแค่การฝากงานไปกับพยาบาลในการตรวจฟันและให้ความรู้แก่ประชาชนและเด็ก รวมทั้งการส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล
 - 2.2.5 การคิดค่าตอบแทนให้ทันตแพทย์กรณีที่เป็นผู้ถือบัตรทองจะใช้ระบบเดียวกับประกันสังคม คือ มีอัตราค่าตอบแทนที่แน่นอน เช่น ขูดหินปูน 1 ราย จะได้ค่าตอบแทน 200 บาท
3. การจัดระบบเครือข่ายบริการ มี 3 รูปแบบ ได้แก่
 - 3.1 การมี PCU อยู่ในโรงพยาบาล
 - 3.2 การใช้สถานีนอามัยเป็น PCU
 - 3.3 การใช้สถานีนอามัยเป็น sub-contractor แล้วโรงพยาบาลเปิด PCU เอง ส่วนความเป็นไปได้ในการมีคลินิกเอกชนด้านทันตกรรมมาเป็น sub-contractor นั้นต้องเป็นคลินิกที่มีผู้รับบริการยังไม่มาก และต้องมีประชากรให้รับผิดชอบมากพอ เช่น ไม่น้อยกว่า 10,000 คน อีกแนวทางหนึ่งคือให้คลินิกเอกชนรับเฉพาะกรณีส่งต่อผู้ป่วยที่โรงพยาบาลรักษาไม่ได้
4. จากการดำเนินโครงการที่ผ่านมา ผู้รับบริการส่วนใหญ่พึงพอใจกับสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม รวมถึงการบริการของโรงพยาบาล มีส่วนน้อยที่เห็นว่าสิทธิประโยชน์น้อยเกินไปและควิในการนัดแต่ละครั้งนานเกินไป
5. โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่เข้าร่วมโครงการ หากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีความเป็นไปได้สูงที่จะไม่เข้าร่วมโครงการตลอดไป ทั้งนี้เพราะมีกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มเฉพาะเป็นของตนเองอยู่แล้ว

ข้อเสนอแนะต่อโครงการ

1. ต้องปรับวิธีคิดของผู้ที่จะเข้าร่วมโครงการให้เข้าใจตรงตามปรัชญาโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำความเข้าใจหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปรัชญาที่ไม่ใช่การสงเคราะห์คนจน
2. ต้องปรับวิธีคิดของบุคลากรทางสาธารณสุขให้เข้าใจถึงสาระสำคัญที่แตกต่างกัน ระหว่างการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และน่าจะมีการหาข้อสรุปให้ชัดว่ากิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมทันตสุขภาพได้แก่อะไรบ้าง
3. ต้องเข้มงวดกับบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ให้มาก เพราะที่เป็นอยู่บทบาทของ PCU เน้นงานส่งเสริมป้องกันน้อยมาก (ส่วนใหญ่ทำหน้าที่เป็น extended OPD) และที่ทำอยู่ก็ยังไม่เห็นว่าในท้ายที่สุดประชาชนจะพึ่งตนเองได้อย่างไร เพราะความสำเร็จของงานส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนควรจะพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้
4. ควรมีกองทัพพัฒนาศักยภาพของชุมชน ให้ผู้บริโภครวมกลุ่มพลังทางสังคม เพื่อตรวจสอบการทำงานของโรงพยาบาล เพราะภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เงินงบประมาณจะส่งตรงถึงโรงพยาบาล ผู้บริโภคพอที่จะประมาณการเงินงบประมาณด้านสุขภาพที่จะดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ได้ อาจพัฒนาศักยภาพของชุมชนเหมือนกับชุมชนบางแห่งในจังหวัดสงขลา ตราด ที่มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนที่รวมสวัสดิการด้านสุขภาพเข้าไปด้วย²³
5. หากในอนาคตจะเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกสถานพยาบาลได้อย่างอิสระ สถานพยาบาลนั้นควรมีระบบ PCU ที่เข้มแข็งตามเจตนารมณ์ของ PCU มิใช่ PCU ที่เป็น extended OPD โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลในระดับ tertiary care ที่จะเข้าร่วมโครงการด้วย ต้องมีความชัดเจนว่าจะแยกการบริหารทั้งระดับ primary care และ tertiary care อย่างไร มิฉะนั้นแล้วระบบบริการสุขภาพที่ควรมีระบบการส่งต่อจะถูกทำลายลงไปอย่างสิ้นเชิง
6. น่าจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับบริการของประชาชนด้วย เพราะที่ผ่านมาระบบสุขภาพได้ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมการรับบริการที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการเลือกมาพบแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น ทำให้โครงสร้างระบบบริการสุขภาพเสียไป สถานบริการระดับปฐมภูมิก็เสี่ยงที่จะเจอเหตุการณ์ที่ประชาชนไม่เลือกขึ้นทะเบียน
7. อาจจะต้องพิจารณาการแยกชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมออกจากสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพโดยรวมกันอย่างจริงจัง เพราะในภาพของโรงพยาบาลเอกชนนั้น การมีแผนกทันตกรรมอยู่เป็นเสมือนแค่การมีบริการให้ครบวงจรหรือครบตามเงื่อนไขของการเป็น PCU แต่ในเชิงอำนาจการบริหาร การตัดสินใจยังขึ้นอยู่กับผู้บริหารโรงพยาบาล หากแยกชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมออกมา ความชัดเจนของแผนการดูแลทันตสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบก็น่าจะมีมากขึ้น ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงเหตุผลในเรื่องการลงทุนด้านทันตกรรมที่ค่อนข้างสูง การรวมไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพทั่วไปก็มีโอกาสที่โรงพยาบาลจะขาดทุน แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นต้องมีการศึกษาถึงต้นทุนทางทันตกรรม ชนิดของการให้บริการทันตกรรม ฯลฯ เป็นส่วนประกอบการพิจารณาแยกชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม ประการสำคัญคือ การ

แยกสิทธิประโยชน์ทางพันธุกรรมออกมาจะส่งผลต่อการดำเนินงานในลักษณะสุขภาพองค์รวมมากน้อยแค่ไหน มีความเป็นไปได้เพียงใดที่จะทำงานส่งเสริมป้องกันด้านทันตสุขภาพเพียงโดดๆ ให้ประสบผลสำเร็จได้

8. หน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินสถานพยาบาล ต้องทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำเพื่อพัฒนาศักยภาพของสถานพยาบาลด้วย มิใช่ทำหน้าที่ในการจับผิดและประเมินเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้อาจจะแก้ไขเพิ่มเติมเนื้อหาบทบาทหน้าที่ลงไปในสัญญาที่สถานพยาบาลเซ็นรับการเข้าร่วมโครงการ เพราะเนื้อหาในสัญญามันบีบที่ใช้อยู่ ส่วนใหญ่จะพูดถึงบทบาทของสำนักงานประกันสุขภาพในลักษณะ "สั่งให้ทำ" ไม่มีการพูดถึงบทบาทที่จะสนับสนุนส่งเสริมให้สถานพยาบาลได้พัฒนาศักยภาพของตนเองให้สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

9. ต้องควบคุมค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพ โดยเน้นการควบคุมที่ผู้ให้บริการ เพราะจากการศึกษาพบว่า ภาวะแข่งขันระหว่างสถานบริการทำให้เกิดพฤติกรรมการให้บริการที่ไม่เหมาะสม เช่น การลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ การว่าจ้างผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาประจำสถานบริการ หากเป็นเช่นนี้ค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพก็จะไม่เพียงพอ และไม่ได้ช่วยให้สุขภาพของคนส่วนใหญ่ดีขึ้น เป็นการลงทุนเพื่อรักษาโรคมากกว่า

10. ต้องวางระบบฐานข้อมูลให้ชัดเจนกว่าที่เป็นอยู่ อาทิเช่น ฐานข้อมูลสภาวะสุขภาพช่องปากของประชากรในเขตรับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาล ณ ขณะนี้ยังไม่มี หากดำเนินโครงการไปแล้วจะประเมินผลสำเร็จของงานส่งเสริมป้องกันได้อย่างไร ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะสุขภาพช่องปากในเขตพื้นที่นั้นๆ คืออะไรบ้าง ข้อมูลเหล่านี้ต้องมีการรวบรวมไว้อย่างเป็นระบบเพื่อการใช้ประโยชน์ในอนาคต

บรรณานุกรม

1. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.2544. **ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.
2. ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2545. **แนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน** (ฉบับปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม ครั้งที่ 1).
3. **ผังเมืองรวมเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่** ฉบับที่ 431 (พ.ศ. 2542)
4. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. 2543. **ทิศทางการปฏิรูปบริการสุขภาพไทย**. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. นนทบุรี
5. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. 2543. **หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ทางเลือกและความเป็นไปได้**. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. นนทบุรี
6. อารีย์ วัลยะเสวี และคณะ. 2542. (ร่าง) **รูปแบบระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมไทยในสองทศวรรษหน้า**. มูลนิธิโกลดตี้มทอง. กรุงเทพฯ.
7. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. 2544. **ระบบหลักประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี
8. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ (บก.). 2542. **ทางเลือกใหม่ระบบบริการสาธารณสุข**. มูลนิธิโกลดตี้มทอง. กรุงเทพฯ.
9. พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ. 2533. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน. ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ บรรณาธิการ. **ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง**. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
10. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. 2543. **ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.
11. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. 2545. **ปรัชญา “ 30 บาทรักษาทุกโรค ” กับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : ใกล้กันมากขึ้น หรือ ! ยิ่งห่างกันคนละทาง**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.
12. วิโรจน์ ณ ระนอง, อัญชนา ณ ระนอง. 2545. **จากการสงเคราะห์คนจนสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : วิวาทะของสองปรัชญา เบื้องหลัง “ โครงการ 30 บาท ”**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.
13. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. มปป. **บริการใกล้บ้าน-ใกล้ใจ คนไทยเข้ารับแค่ไหน**. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี.

14. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2544. **อะไรเป็นอะไรในกระแสการเปลี่ยนแปลง**. บริษัท 21 เซ็นจูรี จำกัด.
15. เปิดสูตรสู่สุขภาพะ เขา “สุขภาพดี” เป็นตัวตั้ง. **เวทีปฏิรูปเพื่อสุขภาพคนไทย**. ปีที่ 2 ฉบับที่ 22 มกราคม 2545.
16. วิพุธ พูลเจริญ. 2544. **สุขภาพ อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.
17. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. 2542. **อะไรคือเวชปฏิบัติครอบครัว ระบบบริการปฐมภูมิ และบริการด้านแรก**. ใน พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข และ ทศนีย์ สุรกิจโกศล บรรณาธิการ. **เวชปฏิบัติครอบครัว บริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน : แนวคิดและประสบการณ์**. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. นนทบุรี.
18. อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. 2543. **คุณภาพของระบบสุขภาพ**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.
19. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ. 2542. **ปัจจุบันและอนาคตคลินิกเอกชนไทย**. มูลนิธิโกลด คีมทอง. กรุงเทพฯ.
20. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ และสถาบันวิจัยสาธารณสุข. 2543. **ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ ?**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี.
21. คณะกรรมการชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาทางเลือกของรูปแบบระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอในอนาคต. 2542. **ทางเลือกระบบบริการ เพื่อทันตสุขภาพของคนไทย รายงานการศึกษาวิจัย**. สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
22. ศศิธร ไชยประสิทธิ์. 2544. **สุขภาพช่องปาก สุขภาพสังคม**. โรงพิมพ์นันทพันธ์. เชียงใหม่.
23. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ. 2543. **สู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. สุพีเรียพรินต์. กรุงเทพฯ.