

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

“ประกันสังคม” เป็นเรื่องที่พูดกันครั้งแรกในประเทศไทยประมาณปี พ.ศ. 2496 คู่กับคำว่า “สังคมสงเคราะห์” ในสมัยของจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี “ประกันสังคม” หมายถึง โครงการที่รัฐบาลได้จัดขึ้น มีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างความมั่นคงและหลักประกันให้แก่ประชาชน และได้ตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2495 ออกใช้บังคับเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2497 แต่ก็ได้มีเสียงคัดค้านจากประชาชนและสื่อมวลชนต่าง ๆ จนทำให้ต้องระงับการบังคับใช้กฎหมายโดยไม่มีกำหนด หลังจากนั้น รัฐบาลในสมัยต่อมาได้มีการทบทวนร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมอยู่เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2515 ได้นำระบบกองทุนเงินทดแทนมาใช้ตามประกาศคณะปฏิวัติที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 กำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนในกรมแรงงานเพื่อเป็นทุนสำหรับจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในการคุ้มครองการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายด้วยโรคที่เกิดจากการทำงานพร้อมทั้งจัดตั้งสำนักงานกองทุนเงินทดแทนขึ้นในปี 2517 โดยเริ่มจากสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑลก่อน

ต่อมาในปี พ.ศ.2533 ในสมัยของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรีได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมต่อสภาผู้แทนราษฎร แต่ก็ได้มีการยุบสภาเสียก่อน จนกระทั่งในปี พ.ศ.2532 ในสมัยของพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎรใหม่ และแต่งตั้งคณะกรรมการวิสามัญขึ้นเพื่อพิจารณา ในที่สุดที่สภาผู้แทนราษฎรได้มีมติรับรองเป็นเอกฉันท์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2533 และมีการประกาศใช้เป็นกฎหมายในราชกิจจานุเบกษา โดยมีหลักการของการประกันสังคม คือ สร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่น โดยจัดตั้งกองทุนประกันสังคม เพื่อให้การสงเคราะห์แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่น ซึ่งประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งกรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และสำหรับกรณีว่างงาน ซึ่งให้หลักประกันเฉพาะลูกจ้าง

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2533 ในปีแรกใช้บังคับแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ต่อมาในวันที่ 2 กันยายน 2536 ได้ขยายการใช้บังคับกับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป และเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2545 ได้ขยายการใช้บังคับกับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป

สำหรับการจัดเก็บเงินสมทบได้เริ่มให้มีการจัดเก็บเงินสมทบตั้งแต่เดือนมกราคม 2534 เป็นต้นมา ผู้มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมประกอบด้วย 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล สำหรับอัตราเงินสมทบสำหรับกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน รวมถึงกรณีคลอดบุตร ให้ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาลจ่ายเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง สำหรับกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ ลูกจ้างและนายจ้างจ่ายร้อยละ 3 ของค่าจ้าง โดยรัฐบาลจ่ายร้อยละ 1 ของค่าจ้าง ส่วนกรณีว่างงาน ลูกจ้าง นายจ้างจ่ายเท่ากัน ในอัตราร้อยละ 0.5 รัฐบาลจ่ายในอัตราร้อยละ 0.25 รวมเป็นเงินสมทบร้อยละ 5 สำหรับฝ่ายลูกจ้าง นายจ้าง และร้อยละ 2.75 สำหรับฝ่ายรัฐบาลที่จะต้องส่งเข้ากองทุนประกันสังคม

การให้ความคุ้มครองกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือการประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ดำเนินการโดยหลักปรัชญา การเฉลี่ยความเสี่ยง (Risk Polling) ระหว่างบุคคลต่าง ๆ ในชุมชนเดียวกัน ความเสี่ยงหรือความไม่แน่นอน (Uncertainty) ในทางสุขภาพมี 3 ประการ คือ ความไม่แน่นอนว่าจะเกิดโรค/การบาดเจ็บหรือความไม่แน่นอนว่า เมื่อเจ็บป่วยแล้วจะมีอาการหนักหรือไม่ และประการที่สาม ความไม่แน่นอนว่าจะสิ้นเปลืองค่ารักษาสูงหรือไม่ การเฉลี่ยความเสี่ยงเป็นการเปลี่ยนความไม่แน่นอนให้เป็นความแน่นอน คือ รู้แน่นอนว่า จะมีการใช้บริการ โดยรวมเท่าไร ผู้มีความเสี่ยงสูงจะใช้บริการมากกว่าผู้มีความเสี่ยงต่ำกว่า การประกันสุขภาพจึงเป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้ที่มีความเสี่ยงสูงกับความเสี่ยงต่ำ

การจัดบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตนตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 บัญญัติให้ผู้ประกันตนต้องรับบริการจากสถานพยาบาลที่มีรายชื่อและที่อยู่ในเขตท้องที่ที่เลขบริการกำหนด และประกาศในราชกิจจานุเบกษา ถ้าไปรับบริการจากสถานบริการอื่นที่มีได้กำหนดไว้ก็ให้มีสิทธิได้รับเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ที่ต้องจ่ายให้แก่สถานพยาบาลอื่นนั้นตามจำนวนที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด โดย

คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มีอำนาจหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน และเสนอต่อคณะกรรมการประกันสังคมให้ใช้ระบบเหมาจ่าย โดยจะจ่ายเงินตอบแทนค่าบริการทางการแพทย์ให้สถานพยาบาลในโครงการประกันสังคม ในอัตรา 700 บาท ต่อผู้ประกันตน ซึ่งมีสิทธิหนึ่งคนต่อหนึ่งปี ดังนั้น สำนักงานประกันสังคมจึงได้เสนอแนวทางการบริการทางการแพทย์ต่อกระทรวงมหาดไทย เพื่อขอรับความเห็นชอบในหลักการจากคณะรัฐมนตรี ซึ่งคณะรัฐมนตรีในการประชุมครั้งที่ 18/2534 เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2534 เห็นชอบในหลักการให้สถานพยาบาลของส่วนราชการให้ความร่วมมือในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ตามโครงการประกันสังคม นอกจากจะได้รับความร่วมมือจากสถานพยาบาลของรัฐบาลในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนแล้ว คณะกรรมการการแพทย์ยังได้กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน เพื่อใช้เป็นเกณฑ์พิจารณาประกาศเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม ซึ่งคณะกรรมการการประกันสังคมให้ความเห็นชอบแล้ว และสำนักงานประกันสังคมได้ออกประกาศรับสมัครสถานพยาบาลของเอกชนที่จะเข้าเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน โดยกำหนดคุณสมบัติของสถานพยาบาลที่จะสมัครจะต้องได้มาตรฐานสถานพยาบาลตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด สำหรับสถานพยาบาลที่ผ่านการตรวจรับรอง และได้รับการพิจารณาให้เข้าร่วมกับสถานพยาบาลประกันสังคม จึงจะได้ทำสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์กับสำนักงานประกันสังคมต่อไป

สถานพยาบาลเหล่านี้ทำหน้าที่เป็นสถานพยาบาลหลัก (Main Contractor) และอาจจะมีสถานพยาบาลระดับรอง (Sub Contractor) ที่ตกลงเพื่อรับช่วงการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนอันจะเป็นประโยชน์และเป็นการอำนวยความสะดวกในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน นอกจากสถานพยาบาลในระดับรองแล้ว สถานพยาบาลหลักจะต้องมีสถานพยาบาลในระดับสูง (Supra Contractor) อย่างน้อย 1 แห่ง ที่มีข้อตกลงในการส่งต่อเพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่เกินขีดความสามารถที่สถานพยาบาลหลักจะให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนได้

ด้วยระบบเหมาจ่าย สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลได้จะต้องทราบว่าสถานพยาบาลนั้น ๆ มีผู้ประสงค์จะขอใช้บริการเท่าใดในแต่ละเดือน ดังนั้น

จึงจำเป็นต้องจัดสถานพยาบาลให้แก่ผู้ประกันตน และสถานพยาบาลต้องจัดให้มีบริการตรวจรักษาโรคทุกโรคยกเว้นโรคที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดไว้

คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ในการประชุมเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2536 ได้นำประเด็นทันตกรรม ซึ่งเป็นโรคและบริการที่ยกเว้นมาอภิปรายและได้ข้อสรุปว่า สำนักงานประกันสังคมควรให้ความคุ้มครองด้านทันตกรรม เนื่องจากเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของสุขภาพ โดยให้ความคุ้มครอง 3 กรณี คือ การถอนฟัน อุดฟัน และ ขูดหินปูน ต่อมา คณะกรรมการการแพทย์ในการประชุมครั้งที่ 15/2539 เมื่อวันที่ 6 กันยายน 2539 จึงได้มีมติที่ประชุมให้ เสนอต่อสำนักงานประกันสังคมเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม แก่ผู้ประกันตนเฉพาะ 3 ประเภท ได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน โดยให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเบิกเงินค่าบริการ ได้ครั้งละไม่เกิน 200 บาท ไม่เกิน 400 บาทต่อปี และคณะกรรมการประกันสังคมได้ให้ความเห็นชอบแล้ว

สำนักงานประกันสังคม จึงเริ่มจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม ตั้งแต่วันที่ 24 มกราคม 2540 ให้แก่ผู้ประกันตนสำหรับการถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน 200 บาท ต่อครั้ง และไม่เกิน 400 บาทต่อปี ตามประกาศสำนักงานประกันสังคมเรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 10 มกราคม 2540

ในการรับบริการทันตกรรมของผู้ประกันตนได้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. ผู้ประกันตนมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์สามารถไปรับบริการถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน จากสถานพยาบาลของรัฐและสถานพยาบาลของเอกชนได้ทุกแห่ง
2. ผู้ประกันตนที่ใช้สิทธิรับประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรมหรือผู้ที่รับมอบอำนาจสามารถยื่นแบบคำขอรับประโยชน์ทดแทนได้ที่สำนักงานประกันสังคม เขตพื้นที่/จังหวัด/สาขา ในท้องที่ที่ผู้ประกันตนส่งเงินสมทบหรือประจำทำงาน

จากการดำเนินการให้ความคุ้มครองกรณีทันตกรรมสำหรับการถอนฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูน โดยใช้ระบบการจ่ายตามรายการ (Fee for Service) ซึ่งกำหนดเพดานในการเบิกจ่ายแต่ละครั้ง กล่าวคือ ผู้ประกันตนเบิกค่าบริการทันตกรรมคืน ได้ครั้งละไม่เกิน 200 บาท ปีละไม่เกิน 400 บาท จึงเสมือนต้องจ่ายร่วม (Copay) ค่าบริการส่วนที่เกินเอง ซึ่งเป็นประโยชน์ในการควบคุมอัตราการใช้บริการทันตกรรมของผู้ประกันตน แต่เนื่องจากระบบ

Fee for Service ผู้ประกันตนจะต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อนแล้วเบิกคืนภายหลัง และด้วยข้อจำกัดของจำนวนครั้งในการเบิกวงเงินที่เบิกได้ ทำให้ผู้ประกันตนส่วนหนึ่งไม่มาใช้สิทธิในการเบิกค่าทันตกรรมจากสำนักงานประกันสังคม เนื่องจากไม่คุ้มค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลาที่เสียไปในการขอเบิก แต่ก็มีผู้ประกันตนบางกลุ่มที่ใช้สิทธิเบิกค่าทันตกรรมไม่ถูกต้องหรือหาประโยชน์จากระบบ อาทิเช่น ผู้ประกันตนและสถานพยาบาลทันตกรรมได้เปลี่ยนแปลงรายการที่ไม่สามารถเบิกได้ เปลี่ยนจากการให้บริการรักษา 1 ครั้ง เป็น 2 ครั้ง เพื่อให้เบิกได้เต็มวงเงิน 400 บาทต่อปี การให้บุคคลอื่นมาใช้สิทธิโดยให้ออกใบเสร็จรับเงินค่าบริการทันตกรรมเป็นชื่อผู้ประกันตน หรือแม้กระทั่งการนำใบเสร็จมาเบิกค่าบริการทันตกรรมโดยไม่มีบริการจริง ซึ่งปัญหาที่กล่าวมานี้เป็นปัญหาในเชิงบริหารจัดการ ซึ่งระบบการเบิกจ่ายไม่สามารถตรวจสอบการเบิกค่าทันตกรรมได้อย่างละเอียด เนื่องจากผู้ประกันตนที่มาเบิกค่าทันตกรรมมีจำนวนมากประมาณร้อยละ 80 ของการจ่ายประโยชน์ทดแทนทั้งหมดโดยเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมจะต้องให้บริการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรมให้เสร็จภายใน 30 นาที นอกจากนี้ อัตราค่าบริการทันตกรรมที่ตีประกาศเข้ามาเป็นเวลา 9 ปีแล้วนับตั้งแต่ปี 2540 ซึ่งเป็นอัตราค่าบริการที่ต่ำกว่าค่าบริการจริงอยู่มาก จึงได้มีข้อเรียกร้องจากฝ่ายลูกจ้างให้สำนักงานประกันสังคมพิจารณาอัตราค่าบริการทันตกรรมให้เหมาะสม นอกจากนี้ มีผู้ประกันตนบางส่วนไม่สามารถไปรับบริการทันตกรรมโดยการสำรองจ่ายเงินไปก่อน เนื่องจากผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมร้อยละ 60 มีรายได้น้อยกว่าเดือนละ 7,000 บาท ประการสุดท้ายเมื่อเปรียบเทียบความคุ้มครองกรณีทันตกรรมระหว่างสิทธิข้าราชการ และสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปรากฏว่าผู้ประกันตนได้รับความคุ้มครองน้อยกว่าสิทธิดังกล่าว ด้วยข้อเท็จจริงที่ปรากฏ คณะกรรมการการแพทย์จึงได้พิจารณาการเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม โดยมีแนวคิดให้ผู้ประกันตนไม่ต้องสำรองจ่าย ไม่ต้องจ่ายส่วนเกิน ไม่ต้องเดินทางมาเบิก ให้ได้รับบริการโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง สิทธิกรณีทันตกรรมไม่น้อยกว่าสิทธิตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อรวบรวมข้อมูลและแนวคิดในการพิจารณาการเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมของกองทุนประกันสังคม
2. เพื่อวิเคราะห์แนวทางการพิจารณา เกณฑ์ และอัตรา การรับบริการของผู้ประกันตน

3. วิธีการศึกษา

การศึกษามีขั้นตอนดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลทุกข้อมูลจากรายงานการประชุมที่พิจารณาการเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมของคณะกรรมการการแพทย์ คณะกรรมการประกันสังคม คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการทันตกรรม และคณะอนุกรรมการพิจารณาสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 25433

2. ศึกษาข้อมูลจากนโยบาย/รายงานการประชุม เอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกาศสำนักงานประกันสังคม และประกาศคณะกรรมการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบสถานการณ์การจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม อันจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินงานจัดบริการทันตกรรมที่เหมาะสม

2. ทราบอัตราค่าบริการเบิกจ่ายค่าบริการทันตกรรม และการรับบริการทันตกรรมของผู้ประกันตน

3. ทราบปัญหาอุปสรรคในการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน

บทที่ 2

แนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาหนังสือ เอกสาร รวมทั้งผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ขอนำเสนอ แนวความคิดดังต่อไปนี้

1. แนวความคิดที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
2. แนวความคิดที่เกี่ยวกับวิธีจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล
3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการประกันสังคม และพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533
4. ระบบบริการทันตกรรม

1. แนวคิดที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

1.1 ระบบบริการสุขภาพ

ศาสตราจารย์นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา (อ้างถึงใน สุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2544) ได้ปรับปรุงฐานะเศรษฐกิจพอเพียงเพื่อแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่รุมเร้าสังคมไทย ด้วยแนวทางสัมมาทิฐิและมัชฌิมาปฏิปทาทางด้านสุขภาพ เป็นความพอเพียงด้านสุขภาพดังต่อไปนี้

- 1) กลยุทธ์เพื่อสุขภาพพอเพียง
 - สร้างค่านิยมสุขภาพพอเพียง หรือมัชฌิมาปฏิปทาทางด้านสุขภาพ
 - สร้างกลไกกลั่นกรองความรู้ด้านสุขภาพ
 - สร้างระบบสุขภาพอันพึงประสงค์
 - สร้างนักวิชาชีพสุขภาพที่ดี
 - มีมาตรการจำเพาะเพื่อจำกัดค่าใช้จ่าย
- 2) ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ มีลักษณะดังนี้
 - ระบบที่มีคุณภาพ สามารถให้ผลสัมฤทธิ์ได้ดีที่สุด
 - ระบบที่ประหยัด
 - ระบบที่พึ่งตนเองได้
 - ระบบที่มีความเสมอภาค
 - ระบบที่มีน้ำใจ มีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

สมชาย สุขศิริเสรีกุล (2539) ได้อธิบายแนวคิดของระบบบริการสุขภาพที่เสมอภาค ซึ่งมีหลักการว่า “ปฏิบัติให้เท่ากันสำหรับผู้ที่มีความจำเป็น (need) เท่ากัน” หลักการนี้สามารถนำไปใช้ได้ในขั้นตอนใดของการผลิตบริการสุขภาพก็ได้ เช่น ปัจจัยการผลิต ขบวนการ หรือ ผลลัพธ์ เป็นต้น

- 1) ค่าใช้จ่ายทางด้านบริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน
- 2) การใช้บริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน
- 3) การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่ากันสำหรับความจำเป็นที่เท่ากัน
- 4) ระดับสุขภาพที่เท่ากัน

การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่ากัน (Equality of access)

การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่ากันมีหลายความหมายด้วยกัน ความหมายหนึ่งที่นิยมคือ ทุกคนควรเผชิญหน้ากับราคาเดียวกันสำหรับบริการสุขภาพประเภทเดียวกัน

ระดับสุขภาพที่เท่ากัน (Equality of health)

ระดับสุขภาพที่เท่ากันคือทุกคนในสังคมมีระดับสุขภาพที่เท่ากัน

ความเสมอภาคของความเท่ากันของตัวเลือก ในบริการสุขภาพ (Equality of choice)

ความเสมอภาคของความเท่ากันของตัวเลือกในบริการสุขภาพกำหนดว่า ถ้าทุกคนในระบบบริการสุขภาพเผชิญกับตัวเลือกที่เท่ากัน การกระจายบริการสุขภาพก็จะเป็นไปอย่างเสมอภาค

การเลือกความหมายของความเสมอภาคในบริการสุขภาพ

การเผชิญกับปัญหาและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นของความเสมอภาคที่ใช้ และความขัดแย้งของความหมายต่าง ๆ ของความเสมอภาค สิ่งที่สำคัญคือ ความเสมอภาคขึ้นอยู่กับการให้คุณค่า (value judgement) ของคนในสังคม ความเสมอภาคที่สอดคล้องกับคุณค่าที่สังคมยึดถืออยู่จึงเป็นความเสมอภาคที่เหมาะสม

2. แนวคิดที่เกี่ยวกับวิธีการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาล

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2544) ได้สรุปรูปแบบของการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาล ทั้งที่เป็นประสบการณ์ในประเทศและต่างประเทศไว้ ดังนี้

1. การจ่ายตามที่เรียกเก็บ (Charge-based reimbursement)

เป็นวิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลแบบย้อนหลัง (Retrospective reimbursement) เพื่ออุดหนุนการให้บริการในการอยู่โรงพยาบาลแต่ละครั้งของผู้ป่วย ตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ซึ่งอาจมีทั้งส่วนที่เป็นต้นทุนและกำไร ไม่มีการกำหนดวงเงินไว้ล่วงหน้า ในบางกรณีอาจมีการจ่ายบนพื้นฐานของต้นทุน (Cost-based reimbursement) ได้ หากมีระบบในการรายงานต้นทุนของโรงพยาบาลที่ดี

2. การจ่ายค่าบริการ (Pre-service reimbursement)

เป็นวิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลที่มีการกำหนดอัตราค่าบริการของบริการแต่ละประเภทของโรงพยาบาลไว้ล่วงหน้า (Prospective reimbursement) ทั้งนี้ ต้องมีรายการของบริการที่แน่นอนและครอบคลุม ซึ่งอาจทำได้ยากสำหรับบริการในการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

3. การจ่ายเป็นรายวัน (Per diem reimbursement)

การจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลเป็นรายวัน เป็นการอุดหนุนการบริการผู้ป่วยใน โดยคิดเป็นอัตราเงินอุดหนุนเฉลี่ยต่อวันนอนของผู้ป่วยใน ซึ่งได้จากต้นทุนต่อหน่วยของบริการต่าง ๆ คูณด้วยจำนวนเฉลี่ยของบริการที่ให้ในแต่ละวัน ซึ่งโดยทั่วไปต้นทุนของการบริการในวันแรก ๆ มักสูงกว่าวันหลัง ๆ ของการอยู่โรงพยาบาล เนื่องจากการตรวจวินิจฉัย ตลอดจนการรักษาส่วนใหญ่มักกระทำในช่วงวันแรก ๆ การจ่ายเป็นรายวันจึงอาจจ่ายได้ดังนี้

- อัตราคงที่เป็นอัตรามาตรฐานเท่ากันหมด (Standard Rate)
- ปรับตามประเภทของ โรงพยาบาลหรือผู้ป่วย (Rate by hospital category or patient category)

- จ่ายมากในวันแรก ๆ ของการอยู่โรงพยาบาล และลดลงในวันหลัง ๆ (Degressive rate) (Aas, 1995)

4. การจ่ายตามรายป่วยที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Per-admission หรือ Per-case reimbursement)

เป็นการจ่ายโรงพยาบาลตามรายการป่วยของผู้ป่วยใน ซึ่งมักกำหนดอัตราเงินอุดหนุนไว้ล่วงหน้า (Prospective reimbursement) ตามการศึกษาต้นทุนทรัพยากรในการวินิจฉัยโรคร่วมกับการดูแลรักษาที่ใช้ วิธีการจ่ายที่เป็นที่นิยมคือ การจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups, DRGs)

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมแต่ละโรค จะมีคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative weight, RW) ของการใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษาโรคนำมาใช้คูณกับค่าอ้างอิงมาตรฐานเพื่อกำหนดจำนวนเงินที่จะจ่าย เช่น DRGs 70 Otitis media, age 0-17 จะมี $RW = 0.5812$ ถ้าค่าอ้างอิงเท่ากับ 4,000 บาท โรงพยาบาลจะได้รับเงินจำนวน 2,324.80 บาท

ปัจจัยที่นำมาใช้ในการกำหนดเงินอุดหนุนโรงพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรค ได้แก่ อายุของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคหลัก การวินิจฉัยโรคเจ็บป่วยร่วม หัตถการในการรักษาโรคและสถานะเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้ อัตราเงินอุดหนุนอาจมีการปรับตามปัจจัยอื่น ๆ ได้อีก เช่น ที่ตั้งของโรงพยาบาล (อยู่นอกเมืองหรือในเมือง ซึ่งจะมีผลต่อต้นทุนการดำเนินการ) การมีการจัดการเรียนการสอนหรือฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้าน (อัตราส่วนแพทย์ประจำบ้านต่อเตียง) จำนวนผู้มีรายได้น้อยที่ดูแลรักษา เป็นต้น (Jacobs 1997)

บางกรณีการจ่ายตามการรับอยู่โรงพยาบาลอาจนำผลการรักษาเข้ามาร่วมพิจารณาด้วย แต่วิธีการดังกล่าวยังอยู่ในขั้นทดลอง ยังไม่มีการนำมาใช้ในวงกว้าง (Kaplan 1994)

5. การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment)

เป็นวิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลโดยเหมาให้เป็นการดูแลต่อคนต่อปี ซึ่งอาจทำได้ 2 วิธี คือ (1) ตามพื้นที่ (Geographic capitation) เช่น ในสหราชอาณาจักร หรือ (2) ตามผู้ใช้บริการที่มาลงทะเบียน (List patient capitation) ซึ่งโรงพยาบาลจะได้เงินตามจำนวนผู้ใช้บริการที่มาลงทะเบียนเลือกโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาตามแบบที่ใช้อยู่กับระบบประกันสังคมของประเทศไทย ทั้งนี้ โรงพยาบาลจะได้เงินอุดหนุนโดยไม่คำนึงว่าแต่ละคนจะใช้บริการมากหรือน้อย โรงพยาบาลจะต้องเผชิญความเสี่ยงดังกล่าวเองภายในกลุ่มของผู้ที่มาลงทะเบียน การพิจารณาความคุ้มทุนจึงต้องพิจารณาในมุมมองของกลุ่ม ไม่ใช่เป็นรายบริการหรือรายบุคคลเหมือนวิธีการจ่ายอื่น ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว

การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว อาจให้ในอัตราคงที่ (Flat rate) เท่ากันสำหรับทุกคน หรือ อาจมีการปรับตามความเสี่ยงของบุคคล (Risk-adjusted capitation) เช่น เพศ อายุ หรือ ความเสี่ยงของกลุ่มคนที่มาใช้บริการในภาพรวมจากอัตราการให้บริการหรือต้นทุนอันเนื่องจากการเจ็บป่วย การเหมาจ่ายรายหัวแก่โรงพยาบาลอาจครอบคลุมทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หรือเฉพาะผู้ป่วยใน

6. การจ่ายงบประมาณรวม (Global budget payment)

การจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาลโดยกำหนดงบประมาณรวม เป็นการกำหนดวงเงินรวมของงบประมาณของระบบที่จะใช้ในการจ่ายอุดหนุนแก่โรงพยาบาลทั้งหมด เพื่อใช้ในการดูแลรักษาประชากรกลุ่มเป้าหมายไว้ แล้วจัดสรรแก่โรงพยาบาลแต่ละแห่งด้วย วิธีการใดวิธีการหนึ่งตามแต่จะตกลงกันได้ ซึ่งอาจพิจารณาจากต้นทุนในอดีต (Historical cost) แล้วมีการปรับยอดวงเงินต่อปี หรือจัดสรรตามภาระงาน เช่น จำนวนการรับผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล โดยอาศัยตัววัดส่วนผสมรายป่วย (Case-mix measure) เช่น DRGs เป็นต้น (Aas 1995) ทั้งนี้ อัตราการจ่ายในแต่ละปีหรือแต่ละช่วงเวลาอาจเปลี่ยนแปลงไปตามจำนวนหน่วย (จำนวนครั้งของบริการ หรือหัวประชากร) ที่นำมาหารงบประมาณรวมทั้งหมด ซึ่งจะทำให้รูปแบบการจ่ายงบประมาณรวมแตกต่างไปจากการจ่ายตามการรับอยู่โรงพยาบาล หรือการเหมาจ่ายรายหัวทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงรูปแบบต่าง ๆ ของการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาล องค์ประกอบที่ใช้ในการคำนวณจำนวนเงิน และพฤติกรรมของโรงพยาบาลที่จะดำเนินการ

วิธีการจ่ายเงินต้นทุนของบริการ	องค์ประกอบของการคำนวณต้นทุนต่อหน่วยบริการ			
	จำนวนบริการ	จำนวนวันนอนของการอยู่โรงพยาบาล	จำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาล	จำนวนประชากรในความดูแล
1. จ่ายตามที่เรียกเก็บ (Charge-based reimbursement)	✓ เพิ่มจำนวน เพื่อเพิ่มรายได้	✓ เพิ่มจำนวน เพื่อเพิ่มรายได้	✓ เพิ่มจำนวน เพื่อเพิ่มรายได้	✓ เพิ่มจำนวน เพื่อเพิ่มรายได้
2. จ่ายค่าบริการ (Pre-service reimbursement)	✓ ต้องควบคุม	เพิ่มจำนวน เพื่อเพิ่มรายได้	เพิ่มจำนวน เพื่อเพิ่มรายได้	เพิ่มจำนวน เพื่อเพิ่มรายได้
3. จ่ายเป็นรายวัน (Per-diem reimbursement)	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	เพิ่มจำนวน เพื่อเพิ่มรายได้	เพิ่มจำนวน เพื่อเพิ่มรายได้
4. จ่ายตามการรับอยู่ ร.พ. (Per-admission reimbursement)	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	เพิ่มจำนวน เพื่อเพิ่มรายได้
5. เหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment)	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม
6. จ่ายงบประมาณ (Global budget)	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม	✓ ต้องควบคุม

ตารางที่ 2 แสดงวิธีการจ่ายเงินอุดหนุนแก่โรงพยาบาล และผลกระทบต่อบริการรักษาพยาบาล

วิธีการจ่ายเงิน	ข้อดีต่อบริบทของบริการ	ข้อพึงระวังต่อบริบทของการบริหาร
จ่ายตามที่เรียกเก็บ (Charge-based Reimbursement)	<ul style="list-style-type: none"> อาจใช้กระตุ้นในการเพิ่มผลผลิต (Productivity) และคุณภาพได้ง่าย หากจัดระบบให้มีการแข่งขันกัน ให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> ไม่มีแรงจูงใจใด ๆ สำหรับโรงพยาบาล ในการจัดบริการให้มีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลมีแนวโน้มจะให้บริการมากเกินไปจนความจำเป็นเพื่อเพิ่มรายได้ ซึ่งอาจมีผลลบต่อคุณภาพ โรงพยาบาลอาจไม่ส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่อื่น จะสะสมเทคโนโลยีราคาแพงของตนเอง ทำให้ไม่มีการวางแผนการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ต้องมีระบบตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมของการเบิกจ่าย ซึ่งใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมาก
จ่ายต่อบริการ (Per-service Reimbursement)	<ul style="list-style-type: none"> การกำหนดอัตราเงินอุดหนุนที่แตกต่างกันไป จะมีอิทธิพลกับส่วนผสมของประเภทของบริการ (Service mix) ของโรงพยาบาลได้ อาจใช้กระตุ้นในการเพิ่มผลผลิต (Productivity และคุณภาพได้ง่าย) 	<ul style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลมีแนวโน้มจะเพิ่มจำนวนครั้งบริการเกินความจำเป็น เพื่อเพิ่มรายได้ มีผลเสียต่อคุณภาพ การกำหนดอัตราค่ากลางที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ อาจมีกระบวนการที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ต้องอาศัยข้อมูลและการศึกษาวิจัยกว้างขวาง มักขาดระบบตรวจสอบทบทวนการเบิกจ่าย หรือต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมากเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
จ่ายเป็นรายวัน (Per-diem Reimbursement)	<ul style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลมีแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน 	<ul style="list-style-type: none"> กระตุ้นให้มีการใช้โรงพยาบาลมากขึ้น มีแรงจูงใจให้โรงพยาบาลเก็บผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลนานเกินจำเป็นซึ่งเปลืองทรัพยากร อาจมีผลลบต่อคุณภาพ มีแรงจูงใจในการลดทอนบริการที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมากเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของการอยู่โรงพยาบาลและคุณภาพบริการที่ให้ในแต่ละวัน

วิธีการจ่ายเงิน	ข้อดีต่อบริบทของบริการ	ข้อพึงระวังต่อบริบทของการบริหาร
<p>จ่ายตามรายป่วยที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Per-admission Reimbursement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการของโรงพยาบาล เพื่อลดต้นทุนและให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็ว ● กระตุ้นให้มีการนำเทคโนโลยีที่คุ้มค่า (Cost-effective) และเหมาะสมมาใช้ ● ทำให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ● อาจใช้กระตุ้นในการเพิ่มผลผลิต (Productivity) ในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่โรงพยาบาลได้กำไร 	<ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลมีแรงจูงใจในการรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อยเข้าโรงพยาบาล และหลีกเลี่ยงรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง ● โรงพยาบาลมีแรงจูงใจในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะไม่พร้อม ● โรงพยาบาลหลีกเลี่ยงรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยในกลุ่มวินิจฉัยโรคที่จ่ายน้อย และโรงพยาบาลขาดทุน ● โรงพยาบาลหลีกเลี่ยงไม่พัฒนาเทคโนโลยีการรักษาพยาบาลที่เพิ่มต้นทุน แม้ว่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ● ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการมากเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมในการรักษาในโรงพยาบาล ● ค่าใช้จ่ายรวมของระบบอาจเพิ่มสูงกว่าคาดการณ์ได้จากจำนวนการรับรักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น
<p>เหมาจ่ายรายหัว (Capitation Payment)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพบริการของโรงพยาบาล เพื่อลดต้นทุนและให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็ว ● อาจกระตุ้นให้ปรับปรุงคุณภาพเพื่อแข่งขันกันให้มีผู้ลงทะเบียนจำนวนมาก ● หากการดำเนินการอย่างถูกต้อง น่าจะกระตุ้นผู้ให้บริการให้จัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อลดต้นทุน ● จำกัดวงเงินงบประมาณได้ ไม่บานปลาย ไม่ต้องใช้งบในการบริหารจัดการมากนัก โดยเฉพาะในส่วนของการจัดการเบิกจ่าย 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงการรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง มีค่าใช้จ่ายสูง ● ควรมีการปรับอัตราตามความเสี่ยง (Risk Adjustment) เช่น เพศ และกลุ่มอายุเพื่อลดผลกระทบจากปัญหาการเลือกรับความเสี่ยง ● มีแรงจูงใจของการให้บริการน้อยกว่าที่ควรจะเป็น เพื่อควบคุมต้นทุน มีผลเสียต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล จึงต้องมีระบบตรวจสอบด้านคุณภาพของการดูแลรักษา ● ถ้าระบบไม่ส่งเสริมให้มีการลงทะเบียนต่อเนื่องในระยะยาว จะไม่ทำให้เกิดการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน ● ต้องสร้างระบบให้มีการส่งข้อมูลให้แก่ผู้ให้บริการ เพื่อติดตามแนวโน้มค่าใช้จ่ายได้

วิธีการจ่ายเงิน	ข้อดีต่อบริบทของบริการ	ข้อที่หวังต่อบริบทของการบริหาร
จ่ายงบประมาณรวม (Global budget Payment)	<ul style="list-style-type: none">• สร้างแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพ และคุณภาพของบริการของโรงพยาบาล เพื่อลดต้นทุนและให้ผู้ป่วยกลับบ้านเร็ว• จำกัดวงเงินงบประมาณไว้ได้ไม่นานปลาย	<ul style="list-style-type: none">• โรงพยาบาลมีแนวโน้ม

สำหรับระบบบริการทันตกรรมในต่างประเทศโดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้วจะมีวิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลแตกต่างกันไป สรุปได้ดังนี้

ประเทศแคนาดา

ส่วนใหญ่ทันตแพทย์จะเป็นผู้ประกอบการอาชีพอิสระในภาคเอกชน บริการของทันตแพทย์จะได้รับการจ่ายค่าตอบแทนตามบริการ (Fee-for-service) ตามอัตราที่กำหนดไว้ล่วงหน้าโดยสมาคมทันตแพทย์ ทันตแพทย์ที่ทำงานในภาครัฐจะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน ทั้งนี้ การดูแลทางทันตกรรมไม่ได้อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของประกันสุขภาพของรัฐ ยกเว้นกรณีต้องได้รับการผ่าตัดโดยการดมยาภายในโรงพยาบาล ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าบริการเอง ซึ่งอาจมีประกันสุขภาพภาคเอกชนออกค่าใช้จ่ายให้

ประเทศสหราชอาณาจักร

ในปี ค.ศ.1990 เป็นต้นมา NHS ทำสัญญากับทันตแพทย์ทั่วไป เพื่อให้การดูแลสุขภาพฟันและช่องปากอย่างต่อเนื่องให้กับประชาชน ค่าตอบแทนที่ทันตแพทย์ได้รับจะเป็นอัตราต่อหัว โดยมีการลงทะเบียนกับทันตแพทย์เป็นระยะเวลา 2 ปี ซึ่งจะครอบคลุมการดูแลด้านการป้องกันต่อเนื่องและรักษาโรคต่าง ๆ และในกรณีฉุกเฉินตามที่กำหนดไว้ สำหรับการรักษาโรคส่วนใหญ่ ผู้รับบริการยังต้องจ่ายค่าบริการตามบริการ (Fee-for-service) เอง และทันตแพทย์ยังคงให้บริการในภาคเอกชนได้ รายได้จากการลงทะเบียนเหมาจ่ายของรัฐ จะมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 20 ของรายได้ทันตแพทย์เท่านั้น

ประเทศเดนมาร์ก

เช่นเดียวกับประเทศแคนาดา ทันตแพทย์ในภาคเอกชนทำงานโดยได้รับค่าตอบแทนตามบริการ ในขณะที่ทันตแพทย์ในภาครัฐเป็นลูกจ้างได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกันแล้วภาครัฐจะได้รับค่าตอบแทนที่ต่ำกว่าภาคเอกชน

ประเทศสหพันธ์รัฐเยอรมนี

ทันตแพทย์ได้รับค่าตอบแทนตามบริการ Sickness fund จะจ่ายค่าใช้จ่ายในการดูแลทั้งหมดแก่คนไข้ แต่คนไข้ต้องออกค่าใช้จ่ายในส่วนของการรักษาเอง

ประเทศออสเตรเลีย

การประกันบริการข้างเคียงให้สิทธิประโยชน์คุ้มครองค่าใช้จ่ายของบริการต่าง ๆ ที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ Medicare ซึ่งอาจได้แก่ บริการทันตกรรมเอกซเรย์และบริการอื่น ๆ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันได้มากระหว่างกองทุนประกันต่าง ๆ ในด้านบริการที่คุ้มครอง และระดับสิทธิประโยชน์ (Willcox, 1991)

ประเทศญี่ปุ่น

ทันตแพทย์ได้ค่าตอบแทนในลักษณะเดียวกับแพทย์ คือ เป็นเงินเดือนในกรณีที่สถานพยาบาลเป็นผู้จ้าง บริการทันตกรรมที่ต้องการวัสดุอุปกรณ์พิเศษจะจ่ายแบบตามบริการ (Fee for service)

3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการประกันสังคม และพระราชบัญญัติประกันสังคม

ในการประชุมที่กรุงมนิลา เมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม - 1 สิงหาคม 2541 องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) (อ้างถึงในณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ 2544) ได้ให้คำจำกัดความการประกันสังคม หมายถึง ความคุ้มครองซึ่งสังคมจัดให้กับสมาชิกในสังคมนั้น ๆ ด้วยการกำหนดมาตรการต่าง ๆ ของรัฐ เพื่อป้องกันผู้ประกันตนให้รอดพ้นจากความทุกข์ยากทางเศรษฐกิจและสังคมอันเนื่องมาจากการขาดรายได้ หรือการมีรายได้ลดลงเพราะความเจ็บป่วย การคลอดบุตร การบาดเจ็บในการทำงาน ทูพผลกระทบ ชราภาพ และมรณภาพ ตลอดจนการจัดให้มีบริการรักษาและให้เงินอุดหนุนแก่ครอบครัวที่มีบุตรด้วย

การประกันสังคมจึงเป็นส่วนหนึ่งของโครงข่ายความปลอดภัยทางสังคม (Social safety nets) หรือการคุ้มครองทางสังคม (Social protection) ซึ่งประกอบด้วย

1. บริการสังคม (Social service) เช่น การศึกษาสาธารณสุข การเคหะการมีงานทำ การคุ้มครองรายได้ การคุ้มครองชีวิตและทรัพย์สิน การบริการข่าวสารข้อมูลเพื่อสวัสดิภาพของประชาชน ดังนั้น การบริการสังคมอาจจำแนกเป็นสามด้านคือ

1.1 บริการพื้นฐาน เช่น การศึกษา การสาธารณสุข

1.2 บริการสิ่งอำนวยความสะดวกและปัจจัยจำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น ที่อยู่อาศัย ไฟฟ้า ประปา ฯลฯ

1.3 บริการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เช่น บริการของตำรวจ ข่าวสารเพื่อสวัสดิภาพของประชาชน บริการของทหารในการรักษาความมั่นคงของประเทศ

2. การสังคมสงเคราะห์ (Social assistance) หรือถ้าเป็นการจัดการโดยรัฐก็มักจะเรียก “การประชาสงเคราะห์” (Public assistance) การสังคมสงเคราะห์โดยรวมหมายถึง การบริการช่วยเหลือประชาชนที่มีปัญหาความเดือดร้อนและอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ให้ความช่วยเหลือมีทั้งภาครัฐและเอกชน หลักการให้ความช่วยเหลือนี้มักจะมีการทดสอบหรือตรวจสอบให้แน่ชัดเสียก่อนว่าผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นผู้เดือดร้อนจริง ๆ เช่น คนที่ต้องประสบภัยไฟไหม้ น้ำท่วม พายุถล่ม เห็นได้ชัดว่าเดือดร้อนจริง เป็นต้น ในประเทศไทย คณะกรรมการส่งเสริมและพัฒนางานสังคมสงเคราะห์แห่งชาติได้ให้ความหมายของการสังคมสงเคราะห์ว่าหมายถึงศาสตร์และศิลป์ในการป้องกัน แก้ไข ฟื้นฟู และพัฒนาบุคคล กลุ่ม ชุมชน ทั้งที่ประสบและไม่ประสบปัญหาความเดือดร้อน ให้สามารถช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ (คณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการสังคมแห่งชาติ, 2534 : 1)

3. ประกันสังคม (Social insurance) หรือ “โครงการความมั่นคงทางสังคม” (Social security schemes) เป็น โครงการที่รัฐเป็นผู้จัดระบบและดำเนินงานเพื่อคุ้มครองป้องกันไม่ให้ประชาชนที่มีรายได้ประจำได้รับความเดือดร้อนในการดำรงชีพ เนื่องจากประสบปัญหาทำให้ไม่สามารถทำงานเลี้ยงชีพได้ตามปกติ โดยผู้มีรายได้ต้องออกเงินสมทบ (Contribution) เข้ากองทุนกลาง และได้รับประโยชน์ทดแทน (Benefits) เมื่อประสบปัญหาในการเลี้ยงชีพ ปัญหา ด้านสุขภาพ การคลอดบุตร ทูพพลภาพ เสียชีวิต ประสบอุบัติเหตุและโรคร้ายจากการทำงาน ชราภาพ ว่างาน และการมีบุตรที่ยังเลี้ยงตนเองไม่ได้

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดย (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และแก้ไขเพิ่มเติมโดย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ทำให้ลูกจ้างแรงงานไทยได้รับความคุ้มครองให้มีหลักประกันในการดำรงชีวิตโดยให้ความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพและให้มีรายได้พื้นฐานเพียงพอที่จะมีคุณภาพชีวิตเหมาะสม ในช่วงเริ่มแรกได้ให้ความคุ้มครองลูกจ้างของนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป ต่อมาได้ขยายความคุ้มครองแก่ลูกจ้างของนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่

10 คนขึ้นไป ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2536 และลูกจ้างของนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ในเดือนเมษายน 2545 ตามลำดับ ซึ่งลูกจ้างที่ได้รับความคุ้มครองจะต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี และไม่เกิน 60 ปี โดยพระราชบัญญัตินี้ไม่ใช้บังคับแก่

ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน และลูกจ้างชั่วคราวรายชั่วโมงของส่วนราชการ ส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และส่วนราชการส่วนท้องถิ่น ยกเว้นลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน

- 1) ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ
- 2) ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศและไปประจำทำงานในต่างประเทศ
- 3) ครูหรือครูใหญ่ของโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน
- 4) นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิตหรือนักศึกษาหรือแพทย์ฝึกหัดซึ่งเป็นลูกจ้าง

ของโรงเรียน มหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาล

- 5) กิจการหรือลูกจ้างอื่นที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา ดังนี้

- (1) ลูกจ้างของสภากาชาดไทย

- (2) ลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ ตามความหมายของคำว่า “รัฐวิสาหกิจ” ในมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติพนักงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ พ.ศ. 2534

- (3) ลูกจ้างของกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปี และไม่มียานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย

- (4) ลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างไว้เพื่อทำงานอันมีลักษณะเป็นครั้งคราว เป็นการจรหรือเป็นไปตามฤดูกาล

- (5) ลูกจ้างของสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

พระราชบัญญัติประกันสังคมกำหนดให้ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาลจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม ซึ่งทำให้ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุน ดังนี้

1. ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย
2. ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร
3. ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ
4. ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย
5. ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร
6. ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ

7. ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน ยกเว้นผู้ประกันตนตามมาตรา 39

ผู้ประกันตนจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีต่าง ๆ ก็ต่อเมื่อได้จ่ายเงินสมทบตามระยะเวลาที่กำหนด สำหรับการรับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือนภายใน 15 เดือน ซึ่งผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน ดังนี้

(1) การบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดจนถึงสิ้นสุดการรักษา โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

(2) เงินทดแทนการขาดรายได้ ร้อยละ 50 ของค่าจ้าง สำหรับการหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาลตามคำสั่งแพทย์ครั้งหนึ่งไม่เกิน 90 วัน และในระยะเวลาหนึ่งปีปฏิทินต้องไม่เกิน 180 วัน เว้นแต่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้รับเงินขาดรายได้เกิน 180 วัน แต่ไม่เกิน 365 วัน

คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มีอำนาจหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ซึ่งมีหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขในการรับบริการ ดังนี้

1. บริการทางการแพทย์

ผู้ประกันตนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน จะได้รับบริการทางการแพทย์โดยชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย

- 1) การตรวจวินิจฉัยโรคและการบำบัดทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา
- 2) บริการการกินอยู่และการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลสำหรับคนไข้ใน
- 3) ยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐาน ไม่ต่ำกว่ามาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ
- 4) การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
- 5) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีการให้สุขศึกษาและภูมิคุ้มกันโรค

ตามโครงการแห่งชาติ

ในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงานด้วยเหตุหรือกลุ่มโรคและบริการดังต่อไปนี้ ไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

- 1) โรคจิต ยกเว้น กรณีเฉียบพลัน ซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและมีระยะเวลาไม่เกิน 15 วัน
- 2) โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

3) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกิน 180 วัน ในหนึ่งปี

4) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ยกเว้น

- กรณีไตวายเฉียบพลัน ที่มีระยะเวลารักษาไม่เกิน 60 วัน ให้มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนด
- กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ให้มีสิทธิได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาอย่างถาวร การปลูกถ่ายไต ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและอัตราที่กำหนด

5) การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

6) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

7) การรักษาภาวะการมีบุตรยาก

8) การตรวจใด ๆ ที่เกินความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น

9) การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้นการตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการปลูกถ่ายไขกระดูก จ่ายตามความเป็นจริง แต่ไม่เกิน 7,000 บาท แก่สถานพยาบาลในความตกลงในการปลูกถ่ายไขกระดูกให้แก่ผู้ประกันตน

10) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น การปลูกถ่ายไขกระดูก การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

11) การเปลี่ยนเพศ

12) การผสมเทียม

13) การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

14) ทันตกรรม ยกเว้น ถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน

15) แว่นตา ยกเว้น การผ่าตัดใส่เลนส์เทียมในลูกตา ให้จ่ายเป็นค่าเลนส์เทียมในอัตราข้างละ 4,000 บาท

2. เกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม และการรับเข้าสถานพยาบาลประกันสังคม

2.1 เกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม

สถานพยาบาลที่มีความประสงค์จะเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมเพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน จะมีมาตรฐานตามประกาศ สำนักงานประกันสังคมที่กำหนด ดังนี้

1. เป็นสถานพยาบาลที่มีขนาดไม่น้อยกว่าหนึ่งร้อยเตียง และมีการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวกในการไปเข้ารับบริการทางการแพทย์
2. เป็นสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานของสถานพยาบาลตามที่กำหนด ได้แก่ มาตรฐานทั่วไป มาตรฐานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก มาตรฐานเวชระเบียน มาตรฐานบริการผู้ป่วยใน มาตรฐานบริการผู้ป่วยหนัก มาตรฐานบริการศัลยกรรมทั่วไป มาตรฐานบริการวิสัญญี มาตรฐานพยาธิวิทยาและชันสูตร มาตรฐานบริการเภสัชกรรม และมาตรฐานบริการรังสีวิทยา
3. เป็นสถานพยาบาลที่มีบริการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา
4. เป็นสถานพยาบาลที่จัดให้มีบริการทางการแพทย์ตั้งแต่สิบสองสาขาหลักขึ้นไป คือ

- 1) อายุรกรรมทั่วไป
- 2) ศัลยกรรมทั่วไป
- 3) สูติ-นรีเวชกรรม
- 4) กุมารเวชกรรม
- 5) ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
- 6) จักษุวิทยา
- 7) โสต นาสิก ทาริงซ์
- 8) รังสีวิทยา
- 9) วิสัญญีวิทยา
- 10) นิตเวชกรรม
- 11) เวชกรรมป้องกัน
- 12) ยูโรวิทยา หรือศจวิทยา

กรณีสถานพยาบาลที่สมัครเข้าเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์ข้างต้น สำนักงานประกันสังคมมีอำนาจพิจารณาตามคำแนะนำของคณะกรรมการการแพทย์

2.2 การรับเข้าสถานพยาบาลประกันสังคม

ในการเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนสถานพยาบาลของเอกชนจะต้องยื่นใบสมัครที่สำนักงานประกันสังคม หรือสำนักงานประกันสังคมจังหวัดในท้องที่ที่สถานพยาบาลตั้งอยู่ตามระยะเวลาที่ประกาศกำหนด โดยที่สถานพยาบาลจะต้องผ่านการตรวจรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาลแล้วได้รับการพิจารณาให้เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน จึงจะได้รับการขึ้นบัญชีสถานพยาบาล และได้ทำสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 กับสำนักงานประกันสังคม

สำหรับสถานพยาบาลของรัฐบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเป็นไปตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2534 จึงไม่ต้องทำสัญญาจ้างฯ กับสำนักงานประกันสังคม ซึ่งสถานพยาบาลทั้งรัฐบาลและเอกชนจะได้รับการประกาศในราชกิจจานุเบกษา กำหนดเขตท้องที่และชื่อสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการทางการแพทย์ต่อไป

สถานพยาบาลอาจจัดทำระบบเครือข่ายเพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาลสามารถทำสัญญาหรือข้อตกลงกับคลินิก โพลีคลินิก หรือโรงพยาบาล เป็นสถานพยาบาลเครือข่ายหรือสถานพยาบาลในระดัปรองเพื่อรับช่วงการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาลจะต้องแจ้งชื่อสถานที่ตั้ง จำนวนเตียง ผู้ป่วย (ถ้ามี) เวลาทำการและจัดส่งสำเนาสัญญาหรือข้อตกลงของสถานพยาบาลเครือข่ายทุกแห่งให้แก่สำนักงานประกันสังคมเพื่อขอความเห็นชอบจากสำนักงานประกันสังคม

เนื่องจากเกณฑ์มาตรฐานสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกำหนดให้สถานพยาบาลมีบริการส่งตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา ดังนั้นสำนักงานประกันสังคมจึงกำหนดให้สถานพยาบาลของเอกชนทุกแห่งแจ้งรายชื่อสถานพยาบาลระดับสูงกว่าที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อ

ขอความเห็นชอบจากสำนักงานประกันสังคม สำหรับคุณสมบัติของสถานพยาบาลใน
ระดับสูงกว่า มีดังนี้

1. เป็นสถานพยาบาลในภาครัฐ

- กรุงเทพฯ ปริมณฑล อย่างน้อยต้องเป็นสถานพยาบาล
เทียบเท่าระดับโรงพยาบาลศูนย์
หรือ โรงเรียนแพทย์
- ส่วนภูมิภาค อย่างน้อยต้องเป็นสถานพยาบาล
เทียบเท่าระดับโรงพยาบาลทั่วไป
หรือ โรงเรียนแพทย์

(1) หากเป็นสถานพยาบาลในภาคเอกชนจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่
เชี่ยวชาญเฉพาะโรค

(2) เป็นสถานพยาบาลในภาครัฐบาล หรือภาคเอกชน ตามข้อ (1) และ
ข้อ (2) ที่มีสถานที่ตั้งในจังหวัดเดียวกัน หรือจังหวัดใกล้เคียงกับสถานพยาบาลคู่สัญญา
กับสำนักงานประกันสังคม กรณีที่ไม่สามารถจัดหาสถานพยาบาลดังกล่าวได้ ให้จัดสถานพยาบาล
ในจังหวัดอื่นได้ ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงความสะดวกของผู้ประกันตนที่จะเข้ารับการรักษา

จำนวนสถานพยาบาลหลักและสถานพยาบาลเครือข่ายที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนสถานพยาบาลหลักและสถานพยาบาลเครือข่าย ปี 2534 – 2548

ปี	สถานพยาบาลหลัก			สถานพยาบาลเครือข่าย		
	รัฐบาล	เอกชน	รวม	รัฐบาล	เอกชน	รวม
2534	119 (86.86)	18 (13.14)	137	- -	- -	- -
2535	118 (81.38)	27 (18.62)	145	838 (92.39)	69 (7.61)	907 -
2536	118 (76.13)	37 (23.87)	155	748 (89.15)	91 (10.85)	839
2537	112 (76.19)	35 (23.81)	147	1,019 (78.75)	275 (21.25)	1,294
2538	126 (66.67)	63 (33.33)	189	1,206 (63.57)	691 (36.43)	1,897
2539	126 (63.64)	72 (36.36)	198	1,210 (42.62)	1,629 (57.38)	2,839
2540	127 (64.47)	70 (35.53)	197	1,340 (46.90)	1,517 (53.10)	2,857
2541	127 (61.95)	78 (38.05)	205	1,263 (55.96)	994 (44.04)	2,257
2542	128 (55.41)	103 (44.59)	231	1,522 (39.88)	2,294 (60.12)	3,816
2543	130 (52.85)	116 (47.15)	246	1,621 (40.38)	2,393 (59.62)	4,014

ตารางที่ 3 (ต่อ) แสดงจำนวนสถานพยาบาลหลักและสถานพยาบาลเครือข่าย ปี 2534 – 2548

ปี	สถานพยาบาลหลัก			สถานพยาบาลเครือข่าย		
	รัฐบาล	เอกชน	รวม	รัฐบาล	เอกชน	รวม
2544	133 (50.76)	129 (49.24)	262	1,742 (36.05)	3,090 (63.95)	4,832
2545	136 (50.75)	132 (49.25)	268	899 (39.96)	1,351 (60.04)	2,250
2546	137 (50.93)	132 (49.07)	269	946 (36.38)	1,654 (63.62)	2,600
2547	144 (51.80)	134 (42.80)	278	931 (36.99)	1,586 (63.01)	2,517
2548	147 (53.65)	127 (46.35)	274	919 (35.01)	1,706 (64.99)	2,625

หมายเหตุ

- ปี 2534 – 2544 นับจำนวนสถานพยาบาลเครือข่ายของสถานพยาบาลหลักแต่ละแห่งซึ่งสถานพยาบาลเครือข่ายบางแห่งอาจเป็นของสถานพยาบาลหลักมากกว่า 1 แห่งก็ได้

- ปี 2545 เป็นต้นมา นับจำนวนสถานพยาบาลเครือข่ายเป็นรายแห่ง กรณีที่สถานพยาบาลเครือข่ายเป็นของสถานพยาบาลหลักมากกว่า 1 แห่ง จะนับเป็น 1 แห่ง

- () = ร้อยละ

2.3 การตรวจประเมินสถานพยาบาลประกันสังคม

สถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนจะได้รับการตรวจประเมินเพื่อให้มีมาตรฐานตามที่กำหนด ดังนี้

1. การตรวจรับรองก่อนการพิจารณารับเข้าเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม
2. การตรวจประเมินประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. การตรวจติดตามกรณีคะแนนประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งกำหนดคะแนนประเมินไว้ร้อยละ 80 หรือมีข้อร้องเรียนรุนแรง

สำหรับการตรวจประเมินสถานพยาบาลประจำปี สำนักงานประกันสังคมได้ดำเนินการโดยการจ้างผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย

- 1) ที่ปรึกษาทางการแพทย์ จำนวน 7 คน
- 2) ที่ปรึกษาทางการแพทย์พยาบาล จำนวน 6 คน
- 3) ที่ปรึกษาทางเภสัชกรรม จำนวน 1 คน

โดยสำนักงานประกันสังคมจะนำผลการประเมินสถานพยาบาลมาใช้พิจารณาคำเนิการดังนี้

1. ผลการประเมินที่ต่ำกว่า 80 % สำนักงานประกันสังคมจะส่งคณะที่ปรึกษาตรวจประเมินซ้ำและหากไม่มีการปรับปรุงให้ได้ตามหลักเกณฑ์ จะไม่รับเข้าเป็นสถานพยาบาลประกันสังคมในปีถัดไป

2. คะแนนผลการตรวจประเมินในมาตรฐานที่มีความสำคัญต่อคุณภาพการให้บริการจะนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการกำหนดศักยภาพการรับผู้ประกันตน เช่น มาตรฐานเวชระเบียน มาตรฐานทั่วไป เป็นต้น

3. การเลือกสถานพยาบาลเพื่อใช้สิทธิ

สำนักงานประกันสังคมได้ดำเนินการให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนจะไปใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์ตามบัญชีรายชื่อสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมประกาศในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งมีหลักเกณฑ์การเลือกสถานพยาบาล ดังนี้

1. เป็นสถานพยาบาลประกันสังคมที่อยู่ในเขตจังหวัดประจำทำงานหรือเขตจังหวัดรอยต่อของจังหวัดที่ประจำทำงาน
2. เป็นสถานพยาบาลประกันสังคมที่อยู่ในเขตจังหวัดที่พักอาศัยหรือเขตจังหวัดรอยต่อของจังหวัดที่พักอาศัย

ในกรณีที่ผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลไว้แล้ว สามารถขอเปลี่ยนสถานพยาบาลตามเงื่อนไข ดังนี้

- 1) เปลี่ยนสถานพยาบาลได้ปีละ 1 ครั้ง ภายในระยะเวลาที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด
- 2) กรณีมีความจำเป็นขอเปลี่ยนสถานพยาบาลระหว่างปี ต้องมีเหตุผลใด

เหตุผลหนึ่ง เช่น ย้ายภูมิลำเนาหรือที่อยู่อาศัย หรือย้ายสถานประกอบการอันไม่สะดวกต่อการ
รับบริการจากสถานพยาบาลเดิม

จำนวนผู้ประกันตนและผู้มีสิทธิที่เลือกสถานพยาบาล ปี 2545 – 2548 จำแนกตาม
สถานพยาบาลของรัฐบาลและสถานพยาบาลของเอกชน ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนผู้ประกันตนและผู้มีสิทธิเฉลี่ยที่เลือกสถานพยาบาล ปี 2534 – 2548

ปี	สถานพยาบาลของรัฐบาล		สถานพยาบาลของเอกชน		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
2534	2.3	83	0.5	17	2.7
2535	1.6	61	1.0	39	2.5
2536	1.5	50	1.5	50	3.0
2537	1.6	45	2.0	55	3.6
2538	1.8	45	2.2	55	4.0
2539	1.8	40	2.7	60	4.5
2540	2.0	42	2.8	58	4.7
2541	2.6	45	3.2	55	5.8
2542	2.1	42	3.0	58	5.1
2543	2.4	42	3.3	58	5.7
2544	2.5	42	3.5	58	5.9
2545	2.7	41	3.9	59	6.7
2546	3.4	41	5	58.6	8.6
2547	3.3	40	4.9	60	8.2
2548	3.5	41.4	4.8	59	8.6

ในการควบคุมกำกับสถานพยาบาลประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมได้มีการ
กำหนดมาตรฐาน ดังนี้

1. มาตรการเชิงรุก โดยมีคณะที่ปรึกษาทางการแพทย์ตรวจประเมินคุณภาพ
สถานพยาบาลหลักทุกแห่งอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจสอบและติดตามคุณภาพ
สถานพยาบาล

2. มาตรการเชิงรับ กรณีที่สถานพยาบาลให้บริการไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์หรือมีข้อร้องเรียน หากผลการพิจารณาพบว่าสถานพยาบาลมีความผิดให้การรักษาไม่เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ สถานพยาบาลต้องจ่ายคืนค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนหรือลดศักยภาพในการรับผู้ประกันตนในปีต่อไป หรือยกเลิกสัญญาจ้าง สำหรับกรณีที่เป็นความผิดด้านจริยธรรมจะส่งให้แพทย์สภาพิจารณา

4. ระบบการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

4.1 ค่าตอบแทนให้สถานพยาบาล

สำนักงานประกันสังคมจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลในระบบประกันสังคม ดังนี้

1) ค่าเหมาจ่ายในอัตรา 1,250 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งแบ่งจ่ายเป็นรายเดือน โดยจ่ายล่วงหน้าให้ 75% ตามจำนวนผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาล จะปรับยอดที่เหลือ 25% ในวันสิ้นเดือนและจ่ายในช่วงต้นเดือน

2) จ่ายเพิ่มจากเหมาจ่าย ดังนี้

2.1) ค่าอัตราการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ซึ่งจ่ายในอัตราไม่เกิน 100 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งสถานพยาบาลจะได้รับค่าบริการทางการแพทย์ในอัตราที่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับอัตราการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจ่ายปีละครั้ง

2.2) ค่าภาระเสี่ยงจ่ายในอัตรา 205 บาทต่อคนต่อปี ให้สถานพยาบาลที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งกำหนดไว้ 25 โรค ได้แก่ โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ และผู้ป่วยหนักที่เข้ารับเป็นผู้ป่วยในทุกรายโดยจ่ายปีละ 2 ครั้ง

2.3) ค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษเฉพาะทางให้แก่สถานพยาบาลที่ยื่นคำขอเบิกซึ่งสถานพยาบาลจะเบิกได้ตามรายการและอัตราที่กำหนด เช่น ค่าผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 100,000 บาทต่อราย รวมถึงค่าอวัยวะเทียม หรืออุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรคตามบัญชีประเภทและอัตราที่กำหนด

2.4) กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่ผู้ประกันตนไม่สามารถเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดให้ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาล ดังนี้

4.2 กรณีประสบอันตรายและเจ็บป่วยฉุกเฉิน

สถานพยาบาลของรัฐ

(1) ผู้ป่วยนอก เท่าที่จ่ายจริง

(2) ผู้ป่วยใน (ภายใน 72 ชั่วโมง)

- ค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น
- ค่าห้อง ค่าอาหาร เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ 700 บาท

สถานพยาบาลของเอกชน

(1) ผู้ป่วยนอก เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท กรณีที่เกิน 1,000 บาทให้จ่ายเพิ่มตามรายการและอัตราที่กำหนด เช่น การให้เลือด เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 500 บาท /ยูนิต
Ultrasound เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาทต่อราย

(2) ผู้ป่วยใน (ภายใน 72 ชั่วโมง)

- ค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ 2,000 บาท
- ค่าห้อง ค่าอาหาร เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ 700 บาท
- ค่าห้อง ค่าอาหาร ในห้อง ICU เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินวันละ 4,500 บาท
- ค่าผ่าตัด น้อยกว่า 1 ชั่วโมง ไม่เกิน 8,000 บาทต่อครั้ง มากกว่า 1 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 2 ชั่วโมง ไม่เกิน 12,000 บาทต่อครั้ง มากกว่า 2 ชั่วโมง ไม่เกิน 16,000 บาทต่อครั้ง
- ค่าฟิ้นคืนชีพรวมค่ายาและอุปกรณ์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 4,000 บาท ต่อครั้ง
- ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและ/หรือเอกซเรย์ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาทต่อราย
- ค่าตรวจวินิจฉัยพิเศษตามรายการและอัตราที่กำหนด 8 รายการ เช่น CT-Scan เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 4,000 บาท หรือ MRI เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 8,000 บาท/ราย

4.3 ค่าบริการทันตกรรม

สำหรับการถอนฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูน เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 400 บาทต่อปี

4.4 การจ่ายยาต้านไวรัสเอดส์แก่ผู้ประกันคนที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี หรือผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยผู้ประกันตนไปรับการรักษาและรับยาจากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ และได้รับยาตามสูตรที่กำหนด สำนักงานประกันจะรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

- กรณีคือยา ด้านไวรัสเอดส์ตามสูตรที่กำหนด เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 5,000 บาท ต่อรายต่อเดือน ผู้ประกันตนเป็นผู้รับผิดชอบส่วนเกิน

- การตรวจ CD4 เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง ปีละไม่เกิน 1,000 บาทต่อราย

- การตรวจ Viral load และ/หรือ drug resistance ตามความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 12,500 บาทต่อรายต่อปี

4.5 การปลูกถ่ายไขกระดูกในผู้ป่วยโรคมะเร็ง

เหมาะจ่ายให้สถานพยาบาลในอัตรา 750,000 บาทต่อราย และค่าตรวจเนื้อเยื่อ 7,000 บาทต่อราย

4.6 การเปลี่ยนอวัยวะกระจกตา

เหมาะจ่ายให้สถานพยาบาล 20,000 บาท และให้ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยในอัตรา 5,000 บาท

4.7 ค่าบำบัดทดแทนไต กรณีไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

จ่ายให้สถานพยาบาลในความตกลง ดังนี้

(1) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ในอัตราครั้งละไม่เกิน 1,500 บาท สัปดาห์ละไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง ในวงเงินไม่เกิน 3,000 บาทต่อสัปดาห์ ผู้ประกันตนรับผิดชอบส่วนเกินจากราคาที่ประกาศ

(2) การล้างช่องท้องด้วยน้ำยาถาวร

ค่าน้ำยาล้างช่องท้องและอุปกรณ์ เท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 15,000 บาท ซึ่งผู้ประกันตนจะต้องเข้ารับบริการไม่น้อยกว่าเดือนละ 1 ครั้ง

(3) การปลูกถ่ายไต

- ก่อนการผ่าตัดทั้งผู้รับและผู้บริจาคไต เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 30,000 บาท

- ระหว่างการผ่าตัด เหมาะจ่ายในอัตรา 230,000 บาทต่อราย

4. ระบบบริการทันตกรรม

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (2547) ศึกษาการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมกองทุนประกันสังคม ได้เสนอทางเลือก ดังนี้

ทางเลือกที่ 1 อาจคงการจ่ายเงินตามจำนวนและประเภทบริการ และขยายวงเงินทันตกรรมตั้งแต่ 500 – 800 บาทต่อคนต่อปี จะมีค่าใช้จ่าย 260 – 416 ล้านบาท ต้นทุนในการบริหารจัดการลดลงบ้างบางส่วน ยังคงข้อเด่นของสำนักงานประกันสังคมที่ผู้ประกันตนสามารถเลือกสถานพยาบาลใดที่สะดวก ส่วนผู้จัดบริการจะเกิดความรู้สึกรังเกียจการเลือกปฏิบัติ น้อย เพราะยังได้รับค่ารักษาปกติ

ทางเลือกที่ 2 เหม่าจ่ายรายหัว โดยผู้ให้บริการจริงได้รับค่าบริการตามจำนวนและประเภทบริการ มีองค์กร/หน่วยงานมารับเหม่าจ่ายรายหัวจากกองทุน และเป็นผู้รับความเสี่ยง โดยมีหน้าที่จัดหาทันตแพทย์ และคลินิกทันตกรรมที่เพียงพอกับจำนวนผู้ประกันตน และต้องจ่ายค่ารักษาทันตกรรมให้คลินิกตามราคาที่ตกลงไว้เบื้องต้น ผู้ประกันตนจะเข้ารับบริการทันตกรรมในคลินิกเครือข่ายของคู่สัญญาหลักที่ลงทะเบียนไว้ กองทุนจะมีค่าใช้จ่าย 528 – 620 ล้านบาท หรือ 71-81 บาท ต่อคน ผู้ประกันตนจะได้สิทธิเพิ่มขึ้น ทั้งประเภท และการไม่จำกัดจำนวนครั้ง และไม่กำหนดเพดานต่อปี เพื่อแลกกับความอิสระ ในการเลือกสถานบริการที่ลดลงจากเดิม ในระยะแรกจะต้องมีการดูแลประเมินผลอย่างใกล้ชิด เนื่องจาก ต้องสร้างความมั่นใจให้ผู้ประกันตนว่าจะได้รับบริการ สร้างความมั่นใจให้โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักว่าจะไม่ประสบปัญหาเรื่องการเงิน โดยกองทุนต้องประเมินอัตราค่าบริการที่เกิดขึ้นจริง โดยมีความยืดหยุ่น ที่จะเพิ่มงบประมาณให้คู่สัญญาที่มีอัตราค่าบริการสูง ขณะเดียวกันควรเตรียมมาตรการส่งเสริม ให้มีการจัดบริการหรือลงโทษ กรณีคู่สัญญาหลักไม่สามารถจัดบริการได้เท่าที่ควรด้วยเช่นกัน

การตัดสินใจของแต่ละทางเลือก จะขึ้นกับการให้ความสำคัญกับประเด็นที่เกี่ยวข้อง ที่ประกอบด้วย ต้นทุนการบริหารจัดการ ความเป็นไปได้ทางการเงิน การเข้าถึงบริการของผู้ประกันตน ความเท่าเทียมกับกลุ่มสวัสดิการอื่น และคุณภาพของบริการ ที่สำคัญการปรับเปลี่ยนต้องเตรียมความพร้อมในการแก้ปัญหา และการบริหารจัดการ ทั้งนี้ อาจจำเป็นต้องมีรูปแบบวิจัยนำร่องในระดับพื้นที่ ก่อนที่จะประกาศใช้ทั่วประเทศ

เพ็ญแข ลากยัง (2547) ศึกษากระบวนการทันตกรรมและมาตรฐานสถานพยาบาลและเครือข่ายบริการในโครงการประกันสังคม พบว่า กรณีถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และการใส่

พื้นที่เยี่ยม ถ้าต้นทุนการให้บริการเท่ากับ 331.64 บาทต่อครั้งบริการ ที่อัตราการใช้บริการร้อยละ 12 ของประชากร และความถี่ที่ 1.48 ครั้งต่อผู้ใช้บริการ อัตราหมาจ่ายเท่ากับ 61.20 บาท ความถี่ที่ 1.5 ครั้งต่อผู้ใช้บริการ อัตราหมาจ่ายเท่ากับ 62 บาท นอกจากนี้ เพ็ญแขยังได้เสนอ รายละเอียดของระบบบริการและมาตรฐานสถานและเครือข่ายบริการซึ่งประกอบด้วย โครงสร้างบริการทันตกรรม การบริการทันตกรรมและระบบข้อมูลและรายงาน โดยมี รายละเอียดดังนี้

ระบบบริการและมาตรฐานสถานพยาบาลและเครือข่ายบริการ.

1. โครงสร้างบริการ

- มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ประกันตน เช่น วัน เวลา เปิดบริการสิทธิประโยชน์ ข้อปฏิบัติและขั้นตอนในการใช้บริการ

- อาคารสถานที่และเครื่องมือของคลินิกทันตกรรมเป็นไปตามมาตรฐาน สถานพยาบาลและได้รับการขึ้นทะเบียน โดยกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข

- คลินิกทันตกรรม 1 ยูนิตต้องมีทันตแพทย์ 1 คนและผู้ช่วยทันตแพทย์ 1 คน

- คลินิกทันตกรรม 1 ยูนิต ดูแลผู้ประกันตน ไม่เกิน 10,000 คน เปิดบริการในช่วงเวลาที่สะดวกต่อผู้ประกันตน ได้แก่ เปิดบริการนอกเวลาราชการ (เช่น เวลา 17.00 -20.00 น.) อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ และเปิดบริการในวันเสาร์หรือวันอาทิตย์อย่างน้อยอีก 1 วัน หรือวันเวลาที่สะดวกต่อผู้ประกันตน

หมายเหตุ ผู้ประกันตนในสถานประกอบการบางแห่ง (เช่น โรงแรม ห้างสรรพสินค้า ซูเปอร์สโตร์) อาจมีวันหยุดไม่แน่นอน การกำหนดเวลาบริการอย่างตายตัวให้สถานพยาบาล ทั้งประเทศถือปฏิบัติอาจก่อให้เกิดความไม่สะดวกในการใช้บริการในบางพื้นที่

- มีเครื่องนึ่งฆ่าเชื้อแบบไอน้ำ (autoclave) ประจำในคลินิกทันตกรรมหรือในโรงพยาบาลซึ่งเป็นที่ตั้งของคลินิกทันตกรรม

- มีระบบบันทึกข้อมูลบริการทันตกรรม ดังนี้

- ผลการตรวจช่องปาก วางแผนบริการ และผู้ตรวจบันทึกเป็นลงในแฟ้ม

ผู้รับบริการ

- การวินิจฉัยและบริการ บันทึกเป็นไฟล์คอมพิวเตอร์

- มีระบบนัดหมายเพื่อใช้บริการและสามารถนัดหมายทางโทรศัพท์ได้

2. การบริการทันตกรรม

- ระยะเวลาตั้งแต่ยื่นบัตรแจ้งความประสงค์รับบริการแก่เจ้าหน้าที่คลินิกทันตกรรม จนถึงเวลาที่ได้รับการบริการ ไม่เกินครึ่งชั่วโมง หากจะเกินกว่าต้องแจ้งให้ผู้ประกันตนทราบ เพื่อให้ผู้ประกันตนตัดสินใจว่าจะรอรับบริการในวันนั้นหรือรับการนัดหมายมาวันหลัง
- ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการในวันนั้นได้ ให้ออกบัตรนัดหมายมาภายหลัง โดย คิวในการขูดหินน้ำลาย อุดฟัน หรือถอนฟัน ไม่เกิน 2 สัปดาห์
- สำหรับผู้ประกันตนที่มีสภาพช่องปากพร้อมสำหรับการใส่ฟันเทียม คิวในการ พิมพ์ปาก (ในกรณีต้องพิมพ์หลายครั้งให้พิจารณาการนัดครั้งแรก) ไม่เกิน 4 สัปดาห์ กรณีที่ สภาพช่องปากยังไม่พร้อม ให้ชี้แจงขั้นตอนและนัดหมายเพื่อรักษา (คิวในการขูดหินน้ำลาย อุดฟัน หรือถอนฟัน ไม่เกิน 2 สัปดาห์) และให้ผู้ประกันตนเซ็นรับรองหลังจากใส่ฟันทำฟัน เทียมแล้ว (ใช้เป็นเอกสารประกอบการเบิกค่าใส่ฟันเทียม) ในการป้องกันผู้ประกันตนทำฟัน เทียมซ้ำซ้อนในสถานพยาบาลอื่น จำเป็นต้องมีระบบข้อมูลของผู้ประกันตนที่สามารถ ตรวจสอบได้ทันที (real time) หรือต้องกำหนดให้ผู้ประกันตนรับบริการ ได้แห่งเดียว (อาจเป็น main หรือ sub contractor)
- มีการอธิบายผลการตรวจช่องปากให้ผู้ประกันตนทราบและวางแผนบริการ ร่วมกับผู้ประกันตน
- การบริการในคลินิกและการป้องกันการติดเชื้อให้ปฏิบัติตาม Clinical Practice Guideline ด้านทันตกรรมที่รับรอง โดยทันตแพทยสภา
- กรณีที่มีการฉายรังสีในช่องปาก ต้องมีการป้องกันอันตรายแก่ผู้ใช้บริการ
- ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพช่องปากหลังรับบริการแก่ ผู้ประกันตนทุกคน
- ให้บริการแก่ผู้ประกันตนอย่างน้อย 12 คน/100 ประชากรและความถี่อย่างน้อย 1.5 ครั้ง/ผู้ใช้บริการ หากให้บริการตั้งแต่ 15 คน/100 ประชากรและความถี่ 15 ครั้งขึ้นไป จะ ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมในวงเงิน 12 บาท/ประชากร
- การจัดบริการฉุกเฉินด้านทันตกรรมซึ่งมักเป็นภาวะอักเสบหรือติดเชื้อในช่อง ปากร่วมกับอาการปวด ต้องได้รับการตรวจและให้การบำบัดเบื้องต้น (ส่วนใหญ่เป็นการจ่ายยา ปฏิชีวนะและยาแก้ปวด) และนัดหมายมารับการรักษาฟันหรือเหงือก หลังหายจากภาวะอักเสบ แล้ว ซึ่ง โดยทั่วไปคือ 1 สัปดาห์

สำหรับ การประสบอุบัติเหตุบริเวณขากรไกรและใบหน้า (เช่น รถจักรยานยนต์ล้ม
พื้นหน้าหัก) จัดอยู่ในบริการการแพทย์แบบฉุกเฉิน ส่วนภาวะการฉีกข้อบริเวณขากรไกร
และใบหน้าอย่างรุนแรงจนมีอาการปวดรุนแรงและขวมบริเวณใบหน้าจะต้องรับการรักษา
แบบผู้ป่วยใน หรือต้องรับบริการศัลยกรรมช่องปาก จัดอยู่ในบริการการแพทย์

- การจัดบริการเชิงรุกที่สำนักงานหรือสถานประกอบการ ทำให้บริการได้
ครอบคลุมมากขึ้น อีกทั้งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกันตน ซึ่งกระทำได้ 2 วิธี คือ
- บริการในรถทันตกรรมเคลื่อนที่ผ่านมาตรฐานของกองการประกอบโรคศิลป์
และให้บริการ โดยทันตแพทย์เท่านั้น บริการที่สามารถกระทำในรถทันตกรรมเคลื่อนที่ ได้แก่
การตรวจแนะนำและวางแผนบริการ (เพื่อคัดกรองผู้ที่จำเป็นต้องรับบริการและนัดหมายมารับ
บริการในสถานพยาบาลและเครือข่าย) ถอนฟัน ขูดหินน้ำลายเพื่อทำความสะอาดทั้งปาก (full-
mouth scaling and polishing)

- จัดตั้งคลินิกทันตกรรม 1 ยูนิต เพื่อให้บริการแก่ผู้ประกันตนใน
สถานประกอบการขนาดใหญ่ (เช่น ในนิคมอุตสาหกรรมซึ่งไม่สะดวกในการเดินทางมารับ
บริการ)

3. ระบบข้อมูลและรายงาน (ระบบเดียวกับบริการการแพทย์)

- ข้อมูลบริการ โดยระบุชื่อสกุลผู้รับบริการ เลขประจำตัวประชาชน
เลขประจำตัวผู้ประกันตน สถานภาพ ที่อยู่ ที่ทำงาน ประวัติการเจ็บป่วย chief complaint
การวินิจฉัย แผนการบริการ ชนิดบริการ ผู้ให้บริการ การนัดหมาย มูลค่าบริการ และอื่น ๆ
ที่เกี่ยวข้อง

- รายงาน รายเดือนหรือรายไตรมาส ประกอบด้วย จำนวนผู้ประกันตนที่ ได้รับ
บริการ คน/ครั้ง และชนิดบริการ

หมายเหตุ การคัดกรองเพื่อค้นหาความผิดปกติและนัดหมายมารักษาในภายหลัง โดยไม่มีการ
บันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปากและการวางแผนการบริการ ไม่นับเป็นการ
บริการทันตกรรม

ควรมีนโยบายให้บันทึกข้อมูลเป็นแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ (electronic file) และใช้
รหัสมาตรฐานเช่น ICD 10TM ซึ่งใช้ในโรงพยาบาลภาครัฐบางส่วนอยู่แล้ว เพราะนอกจากจะ
สะดวกต่อสถานพยาบาลในการประมวลผล (processing) สรุปผลการดำเนินงาน แล้วยังช่วย

ในการตรวจสอบ (auditing) บริการและจัดสรรค่าตอบแทนบริการทั้งระหว่างสำนักงาน
ประกันสังคมกับ main contractor และระหว่าง main contractor กับ sub contractor

การวางแผนให้มีระบบตรวจสอบโดยใช้ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ประหยัดเวลา สะดวก
สามารถทำได้ตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นขณะปัจจุบัน (real time) หรือย้อนหลัง และตรวจสอบ
ได้ทั้งมิติเชิงปริมาณและคุณภาพในระดับหนึ่ง การออกแบบระบบในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่
ตรวจความซ้ำซ้อนและความถูกต้องได้โดยอัตโนมัติจะเกิดประโยชน์ในด้านการตรวจสอบ
คุณภาพบริการและกำกับการค้าเงินงาน อีกทั้งยังสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เช่น
แบบแผนการบริการ ความถี่ และอัตราการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปิยะนารถ จาคิเกตุ ได้เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์ทางทัศนสุขภาพและระบบ
การเงินการคลังของระบบประกันสุขภาพ ดังปรากฏในตารางที่ 5 และตารางที่ 6

ตารางที่ 5 แสดงประโยชน์ทางทัศนสภาพที่ได้รับของบัตรประเภทต่าง ๆ ตามระบบ
ประกันสุขภาพ

←ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า→					
			หลังมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า		
ประเภทของงาน	สปร.*	บัตร สุขภาพ*	ข้าราชการ	ประกันสังคม	ประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า
ถอนฟันกรณีปกติ	/	/	/	/	/
ศัลยศาสตร์ช่องปาก, ฟันคุด	-	/	/	/	/
อุดฟันทุกชนิด	/	/	/	/	/
ขูดหินน้ำลาย, เกลารากฟัน	-	/	/	/	/
รักษาโรคเหงือก, ศัลย์ปริทันต์	-	/	/	-	/
รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม	-	/	/	-	/
รักษาโพรงประสาทฟันแท้	-	/	/	-	-
เคลือบฟลูออไรด์	-	/	-	-	/
เคลือบหลุมร่องฟัน	/	-	-	-	/
ทำฟันปลอมฐานพลาสติก	/	/	-	-	/
ทำฟันปลอมที่ใช้โครงโลหะ	-	-	-	-	-
เดือยฟันและครอบฟัน	-	-	-	-	-
ตกแต่งฟันเพื่อความสวยงาม	-	-	-	-	-
สถานบริการที่ครอบคลุม	รพ.รัฐ	รพ.กระทรวง สาธารณสุข	รพ.รัฐ	รัฐ-เอกชน	ระบบบริการ ปฐมภูมิ
เงื่อนไขการจ่าย	ฟรี	บัตร 500 บาท	จ่ายตาม FFS แล้วมาเบิกคืน ภายหลัง	เบิกได้ไม่เกิน 200 บาท	30 บาท/ครั้ง
เงื่อนไขอื่น ๆ	-	-	-	ปีละ 2 ครั้ง ไม่ เกิน 400 บาท	-

แหล่งข้อมูล : สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานประกันสังคม
/ หมายถึง ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ และ FFS (Fee for service)
หมายถึง จ่ายตามบริการที่เกิดขึ้น ตามอัตราเรียกเก็บของผู้ให้บริการ
* ก็คือผู้มีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแบบไม่เสียค่าธรรมเนียม
ในปัจจุบัน

ตารางที่ 6 แสดงการจัดระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพของปากสำหรับประชากรกลุ่มต่าง ๆ
ปี พ.ศ. 2541

ประชากร	ความ ครอบคลุม (%)*	การ จัดบริการ	การเงินการคลัง	ชนิดบริการ	ค่าตอบแทน ทพ.		บริการ นอกจากนี้
					รัฐ	เอกชน	
เด็ก	47.4	รัฐ	รัฐ (Public Assistant Fund : (Capitation + work load)**	คัดกรอง ป้องกัน รักษา	เงินเดือน		
ผู้ด้อยโอกาส		รัฐ					
ผู้ถือบัตร สุขภาพ	24.2	รัฐ	กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ (Capitation + work load)**	รักษาโรคฟันและ เหงือกและใส่ฟัน ปลอม ฐานอะคริลิก			จ่ายเอง
แรงงาน	6.0	เอกชน/รัฐ	กองทุนประกันสังคม(จ่ายคืน ผู้ประกันตนไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง ไม่เกินปีละ 400 บาท)	รักษา (อุดฟัน อ่อน ฟัน และขูดหิน น้ำลาย)	เงินเดือน	จ่ายเอง โดยตรง แบบFFS	โดยตรงแบบ FFS
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	7.0	รัฐ	รัฐ (จ่ายคืนผู้จัดบริการแบบ FFS)**	รักษาโรคฟันและ เหงือก	เงินเดือน	-	จ่ายเอง โดยตรงแบบ FFS
กลุ่มที่ไม่มี สวัสดิการใด ๆ	16.4	เอกชน/รัฐ	เอกชน (จ่ายผู้จัด บริการ โดยตรง: out of pocket แบบ FFS	ขึ้นกับความ ต้องการของ ผู้รับบริการ	เงินเดือน	จ่ายเอง โดยตรง แบบFFS	

ที่มา : เพ็ญแข ลภยั้ง. การเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศไทย. ว. ทันต.ศธ. 4(2);
2542: 7-33.

หมายเหตุ * เป็นข้อมูลสำหรับการจัดการงบประมาณ จากสำนักงานประกันสุขภาพ โดย
ไม่รวมประชากรในกรุงเทพมหานคร

****** รวมอยู่ในบริการการแพทย์และสาธารณสุข

******* FFS = Fee for service หมายถึง จ่ายตามบริการที่เกิดขึ้น

**ข้อเสนอต่าง ๆ เกี่ยวกับการจัดระบบบริการทันตกรรมตามนโยบายหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า**

1. ให้ทุกกลุ่มได้รับสิทธิที่เหมือนกันเพื่อความเสมอภาคและเท่าเทียมในที่นี้หมายถึง การปรับให้ใช้ชุดสิทธิประโยชน์เพียงชุดเดียว
2. ทั้งนี้อาจจะมีการเพิ่มเติมสิทธิบางประการเข้าไปด้วย เช่น การรักษารากฟัน การทำหัตถการเพื่อการป้องกัน
3. เรื่องคิวในการรับบริการประชาชนได้เสนอแนะการแก้ไขปัญหาเรื่องคิว 3 ลำดับแรกไว้ว่า อาจจะทำให้ได้โดยการจัดระบบให้ดีขึ้น การเพิ่มหมอ และการขยายบริการนอกเวลา และยังมีข้อเสนออื่น ๆ อีก เช่น การรณรงค์การให้บริการ โดยเฉพาะการใส่ฟันปลอม เป็นต้น
4. การจัดทำระบบฐานข้อมูลสำคัญ ๆ เพื่อการบริหารทั้งในภาครัฐและเอกชน
5. แยกสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมออกจากสิทธิประโยชน์โดยรวม โดยมีการกำหนดเงื่อนไขการรับบริการแต่ละรายการที่ชัดเจนร่วมกับมีการร่วมจ่ายของผู้รับบริการ อาจจะทำให้มุมมองต่อระบบทันตกรรมในสายตาของผู้บริหารดีขึ้น
6. การกำหนดบทบาททันตบุคลากรเป็นเรื่องสำคัญที่สุดเพื่อลดความซ้ำซ้อนของงาน ปฏิบัติงานของทันแพทย์และทันตภิบาล การทำงานควรอยู่ในรูปแบบของทีมสุขภาพ โดยมีทันตภิบาลรับบทบาทเด่นด้านการส่งเสริมป้องกัน
7. ทันตแพทย์ก็ควรมีทักษะในหลาย ๆ ด้านนอกเหนือจากด้านทันตแพทยศาสตร์ เช่น ด้านสังคมศาสตร์ ด้านการบริหาร ด้านนิเทศศาสตร์
8. ที่ให้มีการจ่ายร่วมเพื่อลดการใช้บริการที่เกินความจำเป็นและการแยกสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมออกจากสิทธิประโยชน์โดยรวม
9. ควรมีการปรับการบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมตามความจำเป็นกับแต่ละพื้นที่ รวมทั้งพิจารณาเรื่องค่าตอบแทนผู้ให้บริการให้เท่าเทียมและเป็นธรรม มุ่งให้ใช้งบประมาณโดยจัดลำดับความสำคัญสำหรับงาน
10. ควรมีระบบในการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง ด้วยการพัฒนาระบบให้มีฐานข้อมูลที่เพียงพอและถูกต้อง

11. ให้ผู้เกี่ยวข้องในระบบบริการทันตกรรมทั้งองค์กรภาคประชาชนและองค์กรวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการกำหนดและตรวจสอบคุณภาพ โดยให้มีลักษณะเป็นเครือข่าย ของแต่ละพื้นที่ เพื่อหาแนวทางในการกำหนดกฎเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติที่สามารถตรวจสอบได้ชัดเจนและเหมาะสมร่วมกันอย่างไรก็ตาม มาตรฐานนั้นน่าจะเป็นเพียงเกณฑ์ขั้นพื้นฐานเพื่อเปิดโอกาสให้เกิดการพัฒนาเป็นลำดับต่อไปได้ด้วย

บทที่ 3 วิธีการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการค้นคว้าข้อเท็จจริง แนวคิด ความคิดเห็นและข้อเสนอในการประชุมพิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม และการจัดบริการทันตกรรม ซึ่งคณะกรรมการการแพทย์และคณะอนุกรรมการที่ได้รับมอบหมายจะกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับการรับบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการประกันสังคมให้ความเห็นชอบโดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. รวบรวมข้อเท็จจริงข้อมูล แนวคิด ความคิดเห็นและข้อเสนอ จากรายงานการประชุมเกี่ยวกับการพิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม ดังนี้

1.1 รายงานการประชุมคณะกรรมการแพทย์

1.2 รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ ในคณะกรรมการการแพทย์

1.3 รายงานการประชุมคณะกรรมการประกันสังคม

1.4 รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพิจารณาสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในคณะกรรมการประกันสังคม

2. การวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมกองทุนประกันสังคม

2.1 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมกองทุนประกันสังคม

2.2 การกำหนดบริการทันตกรรมที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตน

2.3 การกำหนดวิธีการจ่ายเงินในระบบบริการทันตกรรมกองทุนประกันสังคม

2.4 การกำหนดอัตราค่าบริการทันตกรรมที่จะซื้อบริการ และประมาณ

การปริมาณบริการทันตกรรม

2.5 การกำหนดคุณภาพการบริการทันตกรรมที่พึงประสงค์

บทที่ 4

ผลการศึกษา

บริการทันตกรรม เป็นกลุ่มโรคและบริการที่ยกเว้น ต่อมาสำนักงานประกันสังคมได้เพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม และได้เริ่มจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรมตั้งแต่วันที่ 24 มกราคม 2540 ให้แก่ผู้ประกันตนกรณีการถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 400 บาทต่อปี ซึ่งผู้ประกันตนสามารถไปรับบริการจากสถานทันตกรรมได้ทุกแห่ง ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน โดยผู้ประกันตนต้องสำรองจ่ายไปก่อนและขอเบิกคืนได้ภายหลัง ต่อมา เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2549 สำนักงานประกันสังคมได้ปรับเปลี่ยนระบบบริการทันตกรรมจากเดิมเป็นระบบเหมาจ่ายซึ่งผู้ประกันตนสามารถไปรับบริการทันตกรรมที่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและไม่จำกัดจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการ ซึ่งในแต่ละระบบมีแนวทางการพัฒนาระบบบริการทันตกรรม ดังนี้

1. ระบบบริการทันตกรรมที่ให้ผู้ประกันตนสำรองจ่ายและเบิกตามอัตราที่กำหนด

แนวคิดการพัฒนาระบบบริการทันตกรรม

คณะกรรมการการแพทย์ในการประชุมสัณฐกรจังหวัดเชียงรายเมื่อวันที่ 7 ธันวาคม 2536 ได้เสนอความเห็นควรให้ความคุ้มครองบริการทางการแพทย์ทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนเนื่องจากเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของสุขภาพ โดยให้ความคุ้มครอง 3 กรณี คือการถอนฟัน อุดฟัน และการขูดหินปูน นอกจากนั้นได้ให้ข้อคิดเห็นดังนี้

1. ค่าใช้จ่ายกรณีทันตกรรม ถ้าเป็นระบบ Fee for service จะทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ได้ควรเป็นระบบเหมาจ่าย
2. ระบบ (Capitation) จะทำให้โรงพยาบาลของรัฐรับภาระไม่ไหว โรงพยาบาลเอกชนคิดว่าไม่คุ้มค่า
3. ถ้าไม่มีเครื่องมือบันทึกยอดค่าใช้จ่ายในการบริการทันตกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ จะขาดการควบคุม

ประเด็นการพิจารณา

ในการพิจารณาหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทันตกรรม คณะกรรมการการแพทย์ ได้นำข้อมูลจากทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์มาศึกษาวิเคราะห์เบื้องต้น ดังนี้

1. ข้อมูลบริการทันตกรรมของทันตแพทย์สมาคมฯ

1.1 อัตราการกระจายกำลังบุคลากรและความเพียงพอต่อการรับบริการทันตกรรม พบว่าจำนวนทันตแพทย์ทั่วประเทศที่เป็นผู้ประกอบการประกอบวิชาชีพทันตกรรมมีจำนวนทั้งสิ้น 5,558 คน และมีอัตราการกระจายของทันตแพทย์ ในกรุงเทพมหานคร ประมาณ 2,400 คน ในภูมิภาคประมาณ 3,158 คน

ขณะนี้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตั้งอยู่ในต่างจังหวัด ในเขตอำเภอเมืองหรืออำเภอที่มีความเจริญแล้ว มีทันตแพทย์ประจำตั้งแต่ 3 - 9 คน ส่วนโรงพยาบาลชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตั้งอยู่ในอำเภอชั้นนอก ประมาณ 400 แห่ง มีทันตแพทย์แห่งละ 1 - 2 คน และที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง ก็มีทันตแพทย์อย่างน้อย 1 คน ให้บริการทันตกรรม นอกจากนี้ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพที่อยู่ในภาคต่างๆ ของประเทศไทย ที่ให้บริการทันตกรรมมีทันตแพทย์อยู่แห่งละ 1 - 2 คน โรงพยาบาลเอกชนทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด มีจำนวน 507 แห่ง ก็มีทันตแพทย์ให้บริการทันตกรรม คลินิกทันตกรรมของเอกชนทั่วประเทศมีประมาณ 2,107 แห่ง ประมาณ 1,000 แห่ง อยู่ในกรุงเทพมหานคร และอีกประมาณ 1,107 แห่งอยู่ในต่างจังหวัด จำนวนทันตแพทย์และการกระจายทันตแพทย์ดังกล่าว เชื่อว่าคงเพียงพอต่อผู้ประกันตน

ในด้านจำนวนทันตภิบาลและการกระจายทันตภิบาล ขณะนี้มีการกระจายทันตภิบาลทั้งสิ้น 1,500 คน ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข โดยให้บริการทันตกรรมในขอบเขตที่กำหนดตามกฎหมายโดยอยู่ในความควบคุมของทันตแพทย์ ที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งนั้น

1.2 บทบาทและหน้าที่ตามกฎหมายของทันตแพทย์และทันตภิบาล

ทันตแพทย์

ทันตแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนและรับอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม จากทันตแพทย์สภาตามพระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 มีบทบาทและหน้าที่

ตามกฎหมายดังกล่าว คือ ประกอบวิชาชีพทันตกรรมต่อมนุษย์ โดยกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งต่อไปนี้คือ

(1) การตรวจ การวินิจฉัย การบำบัดหรือการป้องกันโรคฟัน โรคอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับฟัน โรคอวัยวะในช่องปาก โรคขากรรไกร และกระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร

(2) การกระทำทางศัลยกรรม และการกระทำใด ๆ ในการบำบัดบูรณะ และฟื้นฟูสภาพอวัยวะในช่องปาก กระดูกใบหน้าที่เกี่ยวข้องกับขากรรไกร

(3) การทำฟันในช่องปาก ทันตแพทย์ที่ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม สามารถปฏิบัติงานในการให้บริการทันตกรรมทั้งภาครัฐและเอกชน

ทันตภิบาล

ทันตภิบาล เป็นบุคลากรที่กระทรวงสาธารณสุขผลิตขึ้น เพื่อให้บริการทันตกรรมในขอบเขตจำกัด และต้องให้บริการทันตกรรมในสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น ทั้งนี้ อยู่ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ทันตภิบาล มิใช่ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

ทันตภิบาล ให้บริการทันตกรรม ได้ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สภากาชาดไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2538 โดยทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมได้ในขอบเขตดังต่อไปนี้

1. ด้านทันตกรรมป้องกัน ได้แก่

- การใช้สารฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุ
- การใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันโรคฟันผุ
- การขูดหินน้ำลาย (หินปูน) และทำความสะอาดฟัน เพื่อป้องกันโรค

เหงือกอักเสบ

2. ด้านทันตกรรมบำบัดฉุกเฉิน ได้แก่

- บำบัดฉุกเฉินด้วยทันตกรรมเบื้องต้น เพื่อลดความเจ็บปวด เช่น การกรอฟันเพื่อระบายหนอง

- ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาทางทันตกรรม เช่น ภาวะเลือดออกมาก

- คัดแยกโรคและส่งต่อผู้ป่วยด้านทันตกรรม

3. ด้านทันตกรรมบำบัด ได้แก่

- ตรวจวินิจฉัยและคัดแยกโรคภายในช่องปาก

- อุดฟันชนิดไม่ซับซ้อนด้วยวัสดุอุดฟัน

- ถอนฟันที่ขึ้นปกติไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

- รักษาโรคเหงือกอักเสบ โดยการขูดหินน้ำลาย (หินปูน)

การให้บริการทางทันตกรรมดังกล่าวของทันตภิบาล ต้องกระทำในสถานพยาบาลของรัฐ หรือสภาวิชาชีพ และต้องอยู่ในความควบคุมของทันตแพทย์ที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ประกอบวิชาชีพทันตกรรม

1.3 ประเภทของบริการทางด้านทันตกรรมขั้นพื้นฐาน

ประเภทของบริการทางด้านทันตกรรมขั้นพื้นฐาน เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน ควรมีดังนี้

1) การให้บริการทันตกรรมบำบัดฉุกเฉินเร่งด่วน เพื่อลดหรือบรรเทาความเจ็บปวด หรือระงับภาวะเลือดออก หรือระงับมิให้โรคจากฟันและช่องปากแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย

2) การถอนฟัน

3) การอุดฟัน

4) การขูดหินปูน (หินน้ำลาย)

1.4 อัตราเฉลี่ยของบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน

อัตราเฉลี่ยค่าบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน อาจเป็นดังนี้

1) การให้บริการทางด้านทันตกรรมบำบัดฉุกเฉิน เร่งด่วน ครั้งละประมาณ 200 - 300 บาท

2) การถอนฟันซี่ละ ประมาณ 150 - 250 บาท แต่ถ้าเป็นฟันคุด ประมาณ 700 - 900 บาท

3) การอุดฟันด้านละ ประมาณ 250 - 350 บาท ถ้าอุด 2 ด้านในซี่เดียวกัน ประมาณ 300 - 400 บาท

4) การขูดหินปูนทั้งปาก ประมาณ 250 - 350 บาท

1.5 การให้สิทธิประโยชน์ทางด้านทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน

ในกรณีที่สำนักงานประกันสังคม จะให้สิทธิประโยชน์ทางด้านทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนโดยให้สามารถเข้ารับบริการทางทันตกรรม ได้ทุกแห่งนั้น ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ โคร่ขอเสนอ ดังนี้

1) การให้บริการด้านทันตกรรมบำบัดดูแลสุขภาพเรื้อรังไม่ควรกำหนดจำนวนครั้งต่อปีเพราะ โอกาสที่ผู้ประกันตนจะได้รับบริการด้านนี้ คงมีจำนวนไม่มากนัก และการให้บริการนี้เป็นการให้บริการที่จำเป็น

2) การถอนฟัน ไม่ควรกำหนดจำนวนครั้งต่อปี เพราะถ้าไม่มีความจำเป็นที่ต้องถอนฟันแล้ว คงไม่มีผู้ใดต้องการให้ถอนฟันของตน

3) การอุดฟัน ไม่ควรกำหนดเป็นจำนวนครั้งต่อปี หากจะกำหนด ควรกำหนดเป็นจำนวนซี่ โดยให้อุดฟันได้ไม่เกิน 2 ซี่ต่อปี

4) การขูดหินปูน (หินน้ำลาย) ควรกำหนดให้ได้รับการขูดหินน้ำลายทั้งปากไม่เกินปีละ 1 ครั้ง

2. การวิเคราะห์อัตราค่าบริการและประมาณการค่าใช้จ่าย

การกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรม จากข้อเสนอของทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ ได้นำมาใช้เป็นสมมติฐานในการวิเคราะห์ ดังนี้

2.1 อัตราค่าบริการ

- จำนวนผู้รับบริการไม่เพิ่มขึ้นจากอัตราการรับบริการเฉลี่ยของประชากรไทย เนื่องจากเป็นการจ่ายบางส่วน ไม่มีผลในการจูงใจให้เข้ารับบริการโดยไม่จำเป็น

- การกำหนดจำนวนครั้งและอัตราของการรับบริการ ดังนี้

ถอนฟัน ไม่จำกัดจำนวนครั้ง ครั้งละ 150 บาท

อุดฟัน ปีละไม่เกิน 2 ครั้ง ครั้งละ 200 บาท

ขูดหินปูน ปีละไม่เกิน 1 ครั้ง ครั้งละ 200 บาท

2.2 ประมาณการค่าใช้จ่าย

- ผู้ประกันตนเข้ารับบริการจำนวน 1 ล้านครั้ง (20 % ของ 5 ล้านคน)
- ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยครั้งละ 200 บาท
- จำนวนเงินที่จะต้องใช้จ่ายทั้งสิ้น สำหรับการเพิ่มประโยชน์ทดแทนด้านทันตกรรมปีละ ประมาณ 200 ล้านบาท
- ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมที่เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับประโยชน์ทดแทนด้านการแพทย์อื่นๆ คิดเป็น 7% (ข้อมูลปี 2538 เงินเหมาจ่าย+เงินทดแทนการขาดรายได้+อุบัติเหตุฉุกเฉิน+บริการทางการแพทย์พิเศษ = 2,912 ล้านบาท)
- ค่าใช้จ่ายด้านทันตกรรมที่เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับเงินสมทบเฉพาะส่วนบริการทางการแพทย์ คิดเป็น 2.7 % (ข้อมูลปี 2538 เงินสมทบทั้งหมด 12,547 ล้านบาท เงินสมทบเฉพาะบริการทางการแพทย์ 7,360 ล้านบาท)
- ค่าใช้จ่ายรวมบริการทางการแพทย์+ทันตกรรม เปรียบเทียบกับเงินสมทบเฉพาะบริการทางการแพทย์ = 42 %

3. มติคณะกรรมการการแพทย์

คณะกรรมการการแพทย์มีมติที่ประชุม ครั้งที่ 15 / 2539 เมื่อวันศุกร์ที่ 6 กันยายน 2539 ให้เสนอสำนักงานประกันสังคม ดังนี้

- เพิ่มประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนเฉพาะ 3 ประเภท ได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน
- ให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเบิกเงินค่าบริการตามข้อ 1 จากสำนักงานและคณะกรรมการประกันสังคม ได้ครั้งละไม่เกิน 200 บาท ไม่เกิน 400 บาทต่อปี

4. การพิจารณาของคณะกรรมการประกันสังคม

คณะกรรมการประกันสังคมในการประชุมครั้งที่ 13/2539 เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2539 ได้พิจารณามติคณะกรรมการประกันสังคม โดยข้อเสนอและข้อสังเกตดังนี้

- ผู้แทนฝ่ายนายจ้าง (นายสมพงษ์ นครศรี) เสนอว่า เห็นด้วยในหลักการเพิ่มประโยชน์ทดแทนด้านทันตกรรม แต่สำนักงานประกันสังคมควรคำนึงถึงความสะดวกและรวดเร็ว ในการเบิกเงินทดแทนของผู้ประกันตนและความพร้อมในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ด้วย

- ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข (นายสงวน นิตยารัมภ์พงศ์) เสนอว่าเห็นด้วยในหลักการ แต่การจ่ายเงินทดแทนในกรณีนี้อาจมีปัญหาในเรื่องของวงเงินที่จ่ายในระยะยาว ซึ่งในกรณีทันตกรรมก็ถือเป็นเรื่องของการรักษาพยาบาล จึงควรจ่ายค่ารักษาพยาบาลรวมในลักษณะเหมาจ่าย หากจะเพิ่มประโยชน์ทดแทนเป็นรายบุคคลควรที่จะเพิ่มในเรื่องของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของผู้ประกันตน

- ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ แจ้งว่า สำนักงานประกันสังคมได้พิจารณาเรื่องของการเหมาจ่ายแล้ว พบว่ามีปัญหากรณีสถานพยาบาลในโครงการประกันสังคมไม่มีบริการด้านทันตกรรมครบทุกแห่ง ถ้ากำหนดให้มีการบริการด้านทันตกรรมก็จะเป็นการเพิ่มภาระให้กับสถานพยาบาล ดังนั้น การใช้วิธีเบิกจ่ายเป็นรายบุคคลจะสะดวกกว่า และการจ่ายเงินทดแทนกรณีนี้จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายบางส่วนให้แก่ผู้ประกันตน สำหรับในเรื่องความสะดวกและรวดเร็วในการเบิกจ่ายของผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมอาจจะประสานกับสถานพยาบาลหรือคลินิกให้เป็นผู้รวบรวมใบเสร็จมาเบิกเป็นรายเดือน โดยจะหาวิธีการบริหารจัดการที่เหมาะสมต่อไป

- ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข (นายสงวน นิตยารัมภ์พงศ์) ให้ข้อสังเกตว่า ถ้าสำนักงานประกันสังคมใช้วิธีการจ่ายเงินทดแทนเป็นรายบุคคลในระยะแรก ต่อไปอาจมีปัญหาในการเปลี่ยนเป็นระบบเหมาจ่าย จากตัวอย่างของการจ่ายสวัสดิการข้าราชการ ซึ่งใช้วิธีจ่ายตามรายการ ทำให้มีอัตราการจ่ายเพิ่มต่อปีสูงมาก เมื่อกรมบัญชีกลางจะเปลี่ยนมาใช้ระบบเหมาจ่ายก็ประสบปัญหา เนื่องจากข้าราชการส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย นอกจากนี้ในอนาคตเมื่อผู้ประกันตนสามารถเลือกสถานพยาบาลได้ด้วยตนเองอย่างเต็มรูปแบบ และสำนักงานประกันสังคมมีนโยบายที่จะสนับสนุนสถานพยาบาลเครือข่ายให้ครอบคลุมด้านทันตกรรมด้วยแล้ว ก็จะมีสถานพยาบาลเพียงพอที่จะให้บริการ การเพิ่มประโยชน์ทดแทนด้านทันตกรรมควรจะรวมอยู่ในอัตราเหมาจ่าย

- ที่ปรึกษาด้านแรงงาน (นายณรงค์ นิตยาพร) เสนอว่า เห็นด้วยกับข้อเสนอของนายสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และมีความเห็นเพิ่มเติมว่าในระบบประกันสังคมควรจะมีวิธีการเบิกจ่ายประโยชน์ทดแทนที่เป็นแนวทางเดียวกันไม่ควรแยกวิธีการจ่าย เพราะจะทำให้เกิดปัญหาในอนาคต ซึ่งในกรณีของทันตกรรมนี้ก็ควรจะเป็นระบบเหมาจ่ายโดยพิจารณาวงเงินอัตราเหมาจ่ายใหม่ให้เหมาะสม

- ที่ปรึกษาด้านการแพทย์ (พล.อ.ท.กิตติ เข็นสุคใจ) เสนอว่า การเบิกจ่ายเงินทดแทน เป็นรายบุคคลนี้มีทั้งผลดีและผลเสีย และจากประสบการณ์ที่ผ่านมาประเทศสหรัฐอเมริกาใช้ระบบเบิกจ่ายก็ประสบปัญหามากมาย นอกจากนั้นยังมีการตั้งคลินิกเฉพาะโรคเพื่อเบิกเงินจากรัฐด้วย
- ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ ชี้แจงว่า การจ่ายเงินทดแทนกรณีทันตกรรมนี้ไม่ใช่เป็นการเบิกจ่ายตามความจริง โดยไม่มีการควบคุมแบบระบบสวัสดิการของราชการ แต่เป็นการจ่ายโดยมีเงื่อนไขกำหนด และเมื่อเรารู้สภาพการณที่เกิดขึ้นแล้วอาจจะนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์เปลี่ยนระบบเหมาจ่ายต่อไปได้
- ที่ปรึกษาด้านสวัสดิการสังคม (นายสุริชัย หวันแก้ว) เสนอว่า การพิจารณาวิธีการจ่ายเงินทดแทนถือเป็นเรื่องสำคัญ เมื่อมีการปฏิบัติแล้วจะเปลี่ยนกลับคืนได้ยากและอาจนำไปสู่การวิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนไม่ต้องการเห็น ดังนั้น การตัดสินใจจะต้องรอบคอบ ชัดเจน มองเห็นประโยชน์ระยะยาวเพราะมาตรการต่าง ๆ ที่ออกไปสู่สาธารณชนนั้นต้องขึ้นอยู่กับระดับความต้องการที่แท้จริงของประชาชนด้วย จึงเห็นด้วยกับระบบการเหมาจ่าย
- ผู้แทนฝ่ายนายจ้าง (นายสุเทพ คำจันทร์) เสนอว่า ทันตกรรมเป็นโรคที่ไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ ตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม เมื่อนำมาพิจารณาเพิ่มให้แก่ผู้ประกันตนจึงไม่ควรรวมกับระบบเหมาจ่าย และเห็นว่าการกำหนดเงื่อนไขให้เบิกเงินทดแทนได้ ครั้งละไม่เกิน 200 บาท และไม่เกิน 400 บาทต่อปีชัดเจนดีแล้ว แต่สำนักงานประกันสังคมควรพิจารณาวิธีบริหารจัดการที่สะดวกต่อการเบิกเงินของผู้ประกันตนด้วย เพราะผู้ประกันตนจะไม่เสียเวลาหรือต้องลางาน เช่น ให้บริษัทสำรองจ่ายเงินให้ผู้ประกันตนไปก่อน แล้วนำมาเบิกกับสำนักงานประกันสังคมภายหลัง เป็นต้น
- ผู้แทนฝ่ายนายจ้าง (นายสมพงษ์ นครศรี) เสนอว่า เพื่อความสะดวกแก่ผู้ประกันตนในการใช้สิทธิ อาจให้สถานพยาบาลเป็นผู้ควบคุมการใช้สิทธิของผู้ประกันตน และเบิกเงินแทน เช่น ค่าบริการทันตกรรม 350 บาท ให้เรียกเก็บจากผู้ประกันตน 150 บาท แล้วมาเบิกเพิ่มเติมกับสำนักงานประกันสังคมอีก 200 บาท แต่สถานพยาบาลนั้นต้องมีเครือข่ายที่ให้บริการด้านทันตกรรมด้วย
- ผู้แทนฝ่ายลูกจ้าง (นายอัมพร บรรดาศักดิ์) เสนอว่า เพื่อความสะดวกของผู้ประกันตน ไม่จำเป็นต้องเป็นสถานพยาบาลในโครงการ อาจเป็นคลินิกรักษาฟันทั่ว ๆ ไปก็ได้

ได้ เพียงแต่การนำใบเสร็จไปเบิกที่สำนักงานประกันสังคมควรจะได้รับความสะดวกและรวดเร็ว

มติที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบในหลักการตามที่คณะกรรมการการแพทย์เสนอ คือ เพิ่มประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนเฉพาะ 3 ประเภท ได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน โดยให้เบิกจ่ายครั้งละไม่เกิน 200 บาท และไม่เกิน 400 บาท/ปี ส่วนวิธีบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความสะดวกแก่ผู้ประกันตน ให้สำนักงานประกันสังคมศึกษารายละเอียดนำเสนอที่ประชุมคณะกรรมการประกันสังคมพิจารณาต่อไป

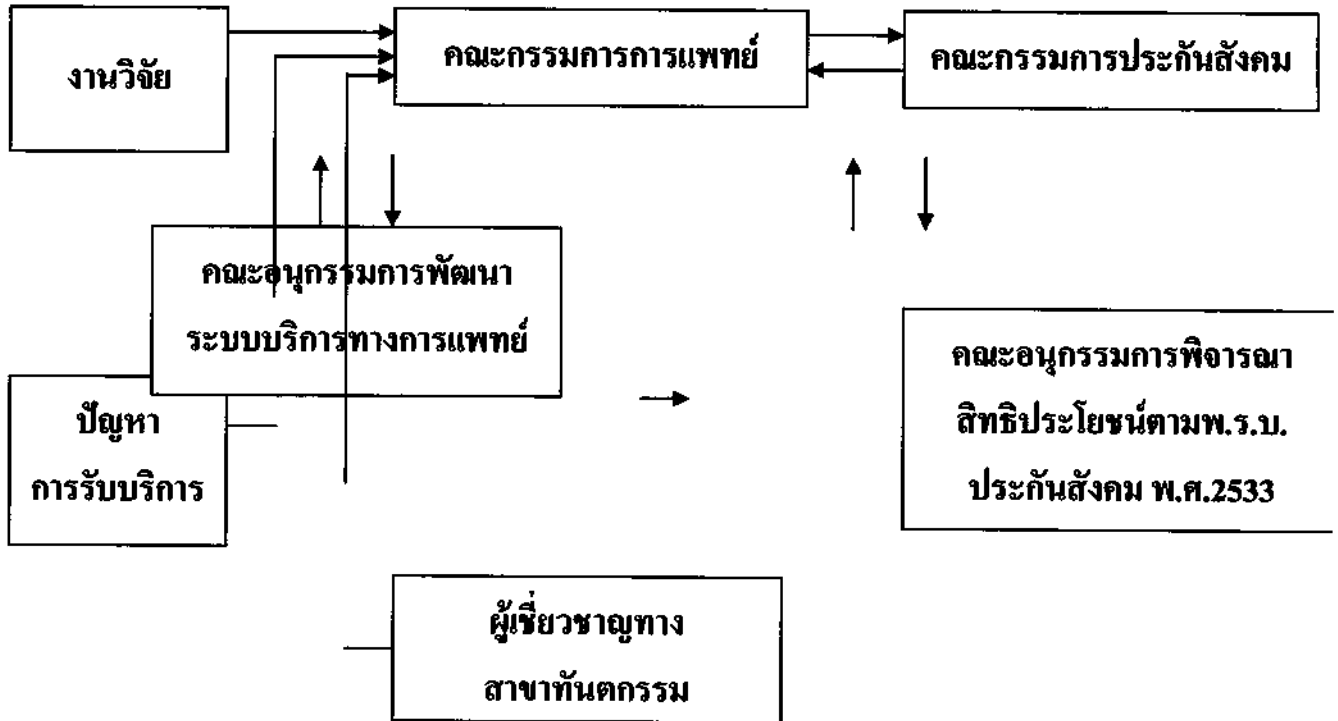
2. ระบบบริการทันตกรรมในระบบเหมาจ่าย

2.1 แนวคิดพัฒนาระบบบริการทันตกรรม

เนื่องจากมีข้อเรียกร้องจากฝ่ายต่าง ๆ ให้สำนักงานประกันสังคมปรับเปลี่ยนสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมให้จ่ายค่าบริการทันตกรรมในอัตราที่เหมาะสม และขยายความคุ้มครองให้สอดคล้องกับความจำเป็นของสุขภาพ ประกอบกับในระบบเดิมผู้ประกันตนต้องสำรองจ่ายค่าบริการทันตกรรมไปก่อนแล้วนำมาเบิกคืนภายหลัง อาจมีผู้ประกันตนบางส่วนไม่สามารถไปรับบริการทันตกรรมโดยสำรองวงเงินไปก่อน เนื่องจากผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมร้อยละ 60 มีรายได้น้อยกว่าเดือนละ 7,000 บาท สำนักงานประกันสังคมจึงได้มีแนวคิดให้ผู้ประกันตนไม่ต้องสำรองจ่ายค่าบริการทันตกรรมกรณีถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน และให้ผู้ประกันตนได้รับบริการทันตกรรมขั้นต่ำต้องไม่น้อยกว่าสิทธิ 30 บาท รวมถึงลดภาระการบริหารจัดการในระบบเดิม สำนักงานประกันสังคมจึงจำเป็นต้องเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม

2.2 ขั้นตอนการพิจารณาการเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม

การพิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมเป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์เพื่อเสนอหลักเกณฑ์และอัตราในการรับบริการทันตกรรมของผู้ประกันตนต่อคณะกรรมการประกันสังคมให้ความเห็นชอบ และในการพิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์ ยังมีคณะกรรมการอีก 2 ชุด คือ คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ และคณะอนุกรรมการพิจารณาสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ซึ่งมีขั้นตอนการพิจารณาดังนี้



โดยคณะกรรมการการแพทย์ และคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผู้ศึกษาและพิจารณากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราในการรับบริการทันตกรรม มีองค์ประกอบดังนี้

(1) องค์ประกอบคณะกรรมการการแพทย์

- ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2 คน
- ผู้แทนโรงพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์ 3 คน
- ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1 คน
- ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม 2 คน
- ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 1 คน
- ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน 2 คน
- ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข 2 คน
- แพทย์อาวุโส 2 คน
- กองประสานการแพทย์ฯ เป็นฝ่ายเลขานุการ

(2) องค์ประกอบคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์

- ผู้แทนโรงพยาบาลระดับโรงเรียนแพทย์ 2 คน

- ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 1 คน
- ผู้แทนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1 คน
- ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน 1 คน
- อาจารย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1 คน
- นักวิชาการอิสระ 1 คน
- แผนงานสารสนเทศ
- ผู้อำนวยการกองแผนงานและสารสนเทศ
- ผู้อำนวยการกองเงินสมทบ
- กองประสานการแพทย์เป็นฝ่ายเลขานุการ

3. ประเด็นการพิจารณา

จากปัญหาที่อัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมที่ผู้ประกันตนมีสิทธิเบิกได้ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 400 บาทต่อปี เป็นอัตราที่น้อยกว่าค่าใช้จ่ายจริงอยู่มาก ทำให้ผู้ประกันตนต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการจำนวนมาก เช่น การขูดหินปูน มีอัตราค่าบริการ 500 บาท แต่ผู้ประกันตนสามารถเบิกได้เพียง 200 บาท จึงเป็นเหตุให้มีการทำเอกสารหลักฐานเป็นเท็จเพื่อให้เบิกได้ตามสิทธิ โดยออกใบเสร็จและใบรับรองแพทย์ 2 ฉบับ ๆ ละ 250 บาท ที่มีวันที่และเวลาออกใบเสร็จต่างกัน ดังนั้น คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ จึงมีมติที่ประชุมครั้งที่ 4/2547 เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม 2547 ให้เสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์ให้มีแนวทางการแก้ไขปัญหาดังนี้

1) การแก้ไขปัญหในระยะสั้น ควรแก้ไขประกาศคณะกรรมการการแพทย์จากเดิม กำหนดให้ผู้ประกันตน เบิกค่าบริการทันตกรรมสำหรับการถอนฟัน อุดฟัน และการขูดหินปูน เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกินสองร้อยบาทต่อครั้งและไม่เกินสี่ร้อยบาทต่อปี เป็นผลให้ผู้ประกันตนมีสิทธิเบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม กรณีการถอนฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูนเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นไม่เกินสี่ร้อยบาทต่อปี

2) การแก้ไขปัญหในระยะยาว ควรศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อพิจารณาวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมในลักษณะเหมาจ่าย (Capitation) หรือจ่าย (Co-payment) เพื่อวางระบบการให้สิทธิประโยชน์ทันตกรรมที่เหมาะสมต่อไป

ซึ่งคณะกรรมการการแพทย์ได้พิจารณาติคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์แล้ว ในการประชุมครั้งที่ 18/2547 เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2547 และมีมติที่ประชุมเห็นควรรอผลการศึกษาของคณะอนุกรรมการในการแก้ไขปัญหาระยะยาวเพื่อวางระบบการให้สิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมที่เหมาะสมต่อไป

3) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ ได้ดำเนินการประชุมเพื่อศึกษาและจัดทำข้อเสนอหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับการรับบริการทันตกรรมในการประชุมครั้งที่ 4/2548 เมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2548 ครั้งที่ 5/2548 เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2548 ครั้งที่ 6/2548 เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2548 ครั้งที่ 7/2548 เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2548 ครั้งที่ 8/2548 เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2548 ครั้งที่ 9/2548 เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2548 และครั้งที่ 10/2548 เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน 2548 ซึ่งได้พิจารณาดังนี้

1. ข้อมูลการใช้บริการทันตกรรมและอัตราค่าบริการ

1.1 การจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม

จากข้อมูลการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรมของสำนักงานประกันสังคมได้นำมาคำนวณการใช้บริการทันตกรรมของผู้ประกันตน พบว่า ปี 2541 เป็นปีที่ 2 ที่สำนักงานประกันสังคมได้เพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมให้แก่ผู้ประกันตน โดยผู้ประกันตนใช้บริการทันตกรรมจำนวน 541,651 ครั้ง เพิ่มขึ้น 1,169,130 ครั้งในปี 2547 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างการใช้บริการทันตกรรมกับผู้ป่วยนอก พบว่าในปี 2541 - ปี 2547 สัดส่วนการใช้บริการดังกล่าวต่างกันไม่มาก มีค่าเฉลี่ยของสัดส่วนบริการทันตกรรมต่อผู้ป่วยนอก คิดเป็น ร้อยละ 5.77 และ ปี 2547 มีอัตราเพิ่มของอัตราการใช้บริการทันตกรรมที่ร้อยละ 7.1 (ตารางที่ 7) สำหรับค่าบริการทันตกรรมพบว่า ปี 2540 ค่าบริการทันตกรรม จำนวน 45.6 ล้านบาท เพิ่มขึ้น 230.72 ล้านบาท ซึ่งมีแนวโน้มการจ่ายค่าทันตกรรมสูงเพิ่มขึ้นโดยในปี 2547 มีอัตราเพิ่มที่ 10.03 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนผู้ประกันตนที่ใช้บริการทันตกรรม

ปี	ผู้ป่วยนอก (ล้านครั้ง)	ทันตกรรม (ครั้ง)	ทันตกรรม/ผู้ป่วย นอก(%)	อัตราเพิ่มบริการทันตกรรม (%)
2540	7.14	236,562	3.31	-
2541	8.13	541,651	6.66	125
2542	11.02	671,090	6.09	33.33
2543	11.54	711,687	6.17	-
2544	14.86	797,554	5.37	8.33
2545	16.92	888,734	5.25	-
2546	19.74	1,048,448	5.31	7.6
2547	21.02	1,169,130	5.56	7.1

ที่มา : กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม พ.ศ.2547

ตารางที่ 8 แสดงค่าบริการทันตกรรม

ปี	จำนวนเงิน (บาท)	ครั้ง	บาท/ผู้ประกันตน	ครั้ง/ผู้ประกันตน
2540	45,606,162	236,562	9.63	0.05
2541	105,935,031	541,651	18.40	0.09
2542	131,670,819	671,090	25.73	0.13
2543	139,910,507	711,687	24.74	0.13
2544	156,870,928	797,554	26.47	0.13
2545	175,458,622	888,734	26.38	0.13
2546	209,691,038	1,048,448	29.45	0.15
2547	230,729,297	1,169,130	28.30	0.14

ที่มา : คำนวณจากข้อมูลกองวิจัยและพัฒนา

1.2 การรับบริการทันตกรรม

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประชากรไทย พ.ศ. 2546 : กรณีการรับบริการทันตกรรม (วารสารวิชาการสาธารณสุข พฤษภาคม - มิถุนายน 2547 : 449 - 459) ใช้วิธีการสัมภาษณ์สมาชิกในครัวเรือนตัวอย่าง โดยพนักงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประชากรในการสำรวจครั้งนี้ ได้แก่ บุคคลผู้อาศัยอยู่ในครัวเรือนทั้งเขตเมืองและเขตชนบททั่วประเทศ ผลการศึกษาพบว่า ประชากรไทยได้รับบริการทันตกรรมทั้งสิ้น 6.51 ล้านคน หรือร้อยละ 10.19 ของประชากรทั้งประเทศ มีค่าเฉลี่ยของการรับบริการที่ 0.16 ครั้ง/คน/ปี สำหรับผู้ประกันตนมีอัตราการใช้บริการทันตกรรม 0.19 ครั้ง/คน/ปี ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการทันตกรรมของผู้ประกันตนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 763.42 บาท/ครั้ง สำหรับสถานพยาบาลเอกชนมี 3 อันดับแรกที่ผู้ประกันตนไปใช้สิทธิ ได้แก่ คลินิกเอกชน (31.62%) โรงพยาบาลเอกชน (27.50%) โรงพยาบาลชุมชน (13.72%) ผู้ประกันตนที่ไม่ใช้สิทธิประกันสังคมในการไปรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายร้อยละ 31.98 และเหตุผลที่ไม่ได้ใช้สิทธิอันเนื่องมาจากไม่ต้องการใช้สิทธิร้อยละ 24.75 และสิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมร้อยละ 7.22 รายละเอียดปรากฏดังตารางที่ 9 ตารางที่ 10 และตารางที่ 11

ตารางที่ 9 แสดงพฤติกรรมและค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของการไปรับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้าย
จำแนกตามการคุ้มครองสุขภาพ

ประเภทการคุ้มครองสุขภาพ	ร้อยละ ที่ได้รับบริการ	เฉลี่ยต่อคนต่อปี (S.D.)	ค่าบริการเฉลี่ยต่อครั้ง (S.D.)
ไม่มีสวัสดิการใด	8.41	0.17 (0.94)	1534.60 (8,513.89)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16.32	0.30 (0.99)	539.35 (2,383.63)
ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน	11.93	0.19 (0.74)	763.42 (3,693.93)
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	9.18	0.14 (0.55)	309.52 (3,693.93)
ประกันสุขภาพเอกชน	17.77	0.38 (1.19)	1,397.55 (3,722.45)
รวม	10.19	0.16 (0.66)	476.46 (2,303.24)

- อาจไม่คุ้มค่าเมื่อเทียบระหว่างค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกได้กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ค่าบริการจัดการของสำนักงานประกันสังคม ค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการเดินทางของผู้ประกันตนเพื่อมายื่นขอรับประโยชน์ทดแทน

- ราคาค่าบริการทันตกรรมจะสูงขึ้น

- ผู้มีรายได้น้อยมีโอกาสได้รับบริการน้อยลง ซึ่งเป็นผลมาจากการปรับราคาของค่าบริการทันตกรรม

- การใช้บริการเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย

● โอกาส

- ต้นทุนในการบริหารจัดการลดลงบ้างบางส่วน เนื่องจากการไม่กำหนดจำนวนเบิกต่อครั้งต่อปี โดยใช้เพดานวงเงินเป็นตัวกำหนด วิธีการนี้ สำนักงานประกันสังคมได้พัฒนาระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์แล้ว สามารถประยุกต์ใช้ได้ทันที

- พิจารณาโดยใช้ความเป็นไปได้ทางการเงิน ขึ้นกับการกำหนดเพดาน ตั้งแต่ 500 บาท ถึง 800 บาทต่อปี จะต้องเตรียมงบประมาณ 377.86 - 604.58 ล้านบาท (เป็นการประมาณค่าสูงสุด ภายใต้ข้อสมมุติ ที่มีการส่งเบิกทุกครั้งที่มีการรับบริการ แต่ถ้าอัตราการเบิกยังคงเดิม จะใช้งบ 206.55 - 416.88 ล้านบาท)

- สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ในระยะเวลาอันสั้น เนื่องจากใช้การบริหารจัดการแบบเดิม

● ข้อจำกัด

- อาจต้องใช้ความรู้ทางการแพทย์ในการวินิจฉัยจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรมว่า บริการอะไรที่เป็นการตรวจรักษาโรคฟัน โรคเหงือก และอวัยวะอื่นในช่องปากที่สามารถเบิกได้ เช่น การจัดฟัน เพื่อแก้ไขระบบการบดเคี้ยวให้มีประสิทธิภาพ อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ ทำให้ระบบบดเคี้ยวผิดปกติเบิกได้หรือไม่ การจัดฟันเพื่อแก้ไขระบบการบดเคี้ยวให้มีประสิทธิภาพเบิกได้หรือไม่

- มีต้นทุนการบริหารจัดการสูง

- อาจมีการใช้บริการทันตกรรมมากขึ้น ซึ่งมีผลกระทบต่อปริมาณงานของสำนักงานประกันสังคม โดยเฉพาะสำนักงานประกันสังคมขนาดใหญ่รับผิดชอบผู้ประกันตนจำนวนมาก

ทางเลือกที่ 2 ใช้วิธีเหมาจ่าย (Capitation) ในการซื้อบริการทันตกรรมจากองค์กรหรือหน่วยงาน ซึ่งมีหน้าที่จัดหาทันตแพทย์และคลินิกทันตกรรมที่เพียงพอกับจำนวนผู้ประกันตนและจะต้องจ่ายค่ารักษาทันตกรรมให้คลินิกตามราคาที่ตกลงไว้เบื้องต้น ส่วนผู้ประกันตนต้องลงทะเบียนกับคู่สัญญาหลักนี้จะเข้ารับบริการทันตกรรมในคลินิกเครือข่ายโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อไป แต่ต้องจ่ายส่วนเกินจากที่คู่สัญญาหลักประกาศ (ซึ่งไม่น้อยกว่าราคาที่ใช้คำนวณเหมาจ่าย)

วิเคราะห์ทางเลือก โดยมีสมมติฐานให้ผู้สัญญาหลัก คือ สถานพยาบาลประกันสังคม โดยวิธีการ SWOT ดังนี้ (สมมติฐานให้ผู้สัญญาหลักคือสถานพยาบาลประกันสังคม)

● จุดแข็ง

- มีการควบคุมค่าใช้จ่ายในการให้บริการทันตกรรม
- มีต้นทุนการจัดบริการต่ำ
- ผู้ประกันตนไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาไปก่อนแล้วเบิกทีหลัง
- ปริมาณงานของสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่/จังหวัด ลดลง
- ผู้ประกันตนจะได้สิทธิเพิ่มขึ้นทั้งประเภทและการไม่จำกัดจำนวน

ครั้งและไม่กำหนดเขตแดนต่อปี

- ส่งเสริมแนวคิดที่สุขภาพช่องปากต้องผสมผสานไปกับระบบบริการสุขภาพอื่นๆ
- คลินิกทันตกรรมยังคงมีบทบาทและเต็มใจเข้าร่วมในระบบบริการทันตกรรมประกันสังคมเพราะยังคงได้รับค่าบริการตามปริมาณงานจากสถานพยาบาลหลัก
- สถานพยาบาลหลักจะใช้งานบริการทันตกรรมเป็นจุดดึงดูดให้

ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาล

- ผู้มีรายได้น้อยมีโอกาสเข้ารับบริการมากขึ้น

● จุดอ่อน

- ผู้ประกันตนจะต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลหลักและสถานพยาบาลเครือข่ายที่เลือกทำให้ความสะดวกในการรับบริการลดลง

- มีผลทำให้ผู้ประกันตนเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลทุกปี

- สถานพยาบาลของรัฐอาจจะเสียเปรียบสถานพยาบาลของเอกชนในการจัดระบบสถานพยาบาลเครือข่ายในการให้บริการทันตกรรมซึ่งมีผลต่อการพิจารณาเลือกสถานพยาบาลของผู้ประกันตน

- การทุจริตในการเบิกจ่ายระหว่างสถานพยาบาลหลักและสถานพยาบาลเครือข่ายมีผลต่อการจัดระบบสถานพยาบาลเครือข่าย

- ขาดระบบสารสนเทศที่ใช้ในการตรวจสอบสิทธิผู้ประกันตน

- ข้อมูลผู้ประกันตนที่มีสิทธิรับบริการ ไม่ถูกต้อง

● โอกาส

- ระบบสถานพยาบาลเครือข่ายต้องมีจำนวนมากเพียงพอกับความต้องการใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์

- กำหนดมาตรการในการควบคุมการให้บริการ การร้องเรียน การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างสถานพยาบาลหลักและสถานพยาบาลเครือข่าย

- ระบบข้อมูลผู้ประกันตนเพื่อใช้ในการตรวจสอบสิทธิต้องทันสมัยเป็นปัจจุบัน และถูกต้อง

- อัตราหมาจ่ายต้องเหมาะสมกับค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลซึ่งขึ้นอยู่กับอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน

● ข้อจำกัด

- สถานพยาบาลของรัฐขาดการบริหารจัดการด้านการจัดระบบสถานพยาบาลเครือข่ายเอกชน

- ค่าบริหารจัดการของสถานพยาบาลหลักอาจมีผลต่อการกำหนดราคาค่าบริการทันตกรรม และส่วนเกินที่ผู้ประกันตนต้องรับผิดชอบ

- การเปลี่ยนระบบการจ่ายค่าบริการทันตกรรมเป็นอีกระบบหนึ่งต้องมีการทดสอบทางเลือกซึ่งมีผลระยะยาวที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ

- อาจมีปัญหาในระยะแรกเมื่อระบบเริ่มดำเนินการ

ทางเลือกที่ 3 ใช้วิธีจ่ายตามจำนวนและประเภทบริการ (Fee for Service)

แบบเดิมที่มีเพดานแต่การบริหารการเบิกจ่ายให้สถานพยาบาลหลักเป็นผู้เบิกค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรมแทนผู้ประกันตน ซึ่งวิธีนี้สำนักงานประกันสังคมจะต้องทำสัญญาหรือข้อตกลงกับสถานพยาบาลหลักให้ จัดระบบสถานพยาบาลเครือข่ายเพื่อให้บริการทันตกรรม

แก่ผู้ประกันตนตามรายการและราคาที่ตกลงกันไว้ซึ่งผู้ประกันตนจะเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลหลักที่เลือกและสถานพยาบาลเครือข่ายโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อปี สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ส่วนเกินจากราคาที่สถานพยาบาลหลักประกาศอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ประกันตน

วิเคราะห์โดยวิธี SWOT ได้ดังนี้

● จุดแข็ง

- ปริมาณงานของสำนักงานประกันสังคมเขต / จังหวัด ลดลง
- ผู้ประกันตนจะได้สิทธิเพิ่มขึ้น ประเภทของการบริการใกล้เคียงกับ

สวัสดิการอื่นๆ โดยกำหนดเพดานต่อปีและไม่เผชิญอุปสรรคจากระบบคิวเหมือนกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนสวัสดิการข้าราชการ / รัฐวิสาหกิจ จำกัดสถานพยาบาลที่ต้องเป็นของรัฐเท่านั้น

- ต้นทุนการบริหารจัดการลดลง
- ผู้ประกันตนไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาไปก่อนแล้วเบิกทีหลัง
- คลินิกทันตกรรมยังคงมีบทบาทและเต็มใจเข้าร่วมในระบบบริการทัน

ตกรรมประกันสังคมเพราะยังคงได้รับค่าบริการตามปริมาณงานจากสถานพยาบาลหลัก

- สถานพยาบาลหลักจะใช้งานบริการทันตกรรมเป็นจุดดึงดูดให้

ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาล

● จุดอ่อน

- อาจไม่แก้ไขปัญหาการทุจริตในการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีทันตกรรม

แพทยกรณีทันตกรรม

- ผู้ประกันตนจะต้องเข้ารับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลหลักและสถานพยาบาลเครือข่ายที่เลือกทำให้ความสะดวกในการรับบริการลดลง
- มีผลทำให้ผู้ประกันตนเลือกหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลทุกปี
- สถานพยาบาลของรัฐอาจจะเสียเปรียบสถานพยาบาลของเอกชนใน

การจัดระบบสถานพยาบาลเครือข่ายในการให้บริการทันตกรรมซึ่งมีผลต่อการพิจารณาเลือกสถานพยาบาลของผู้ประกันตน

- การทุจริตในการเบิกจ่ายระหว่างสถานพยาบาลหลักและ

สถานพยาบาลเครือข่ายมีผลต่อการจัดระบบสถานพยาบาลเครือข่าย

- ขาดระบบสารสนเทศที่ใช้ในการตรวจสอบสิทธิผู้ประกันคน
- ข้อมูลผู้ประกันคนที่มีสิทธิรับบริการ ไม่ถูกต้อง

● โอกาส

- ค้นพบในการบริหารจัดการลดลงบ้างบางส่วน เนื่องจากการไม่กำหนดจำนวนเบิกครั้งต่อปี โดยใช้เพดานวงเงินเป็นตัวกำหนด วิธีการนี้ สำนักงานประกันสังคมได้พัฒนาระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์แล้ว สามารถประยุกต์ใช้ได้ทันที
- พิจารณาโดยใช้ความเป็นไปได้ทางการเงิน ขึ้นกับการกำหนดเพดาน ตั้งแต่ 500 บาท ถึง 800 บาทต่อปี จะต้องเตรียมงบประมาณ 377.86 - 604.58 ล้านบาท (เป็นการประมาณค่าสูงสุด ภายใต้ข้อสมมติ ที่มีการส่งเบิกทุกครั้งที่มีการรับบริการ แต่อัตราการเบิกยังคงเดิมจะใช้งบ 206.55 - 416.88 ล้านบาท)
- ระบบสถานพยาบาลเครือข่ายต้องมีจำนวนมากเพียงพอกับความต้องการใช้สิทธิรับบริการทางการแพทย์
- กำหนดมาตรการในการควบคุมการให้บริการ การร้องเรียน การจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ระหว่างสถานพยาบาลหลักและสถานพยาบาลเครือข่าย
- ระบบข้อมูลผู้ประกันคนเพื่อใช้ในการตรวจสอบสิทธิต้องทันสมัยเป็นปัจจุบัน และถูกต้อง

● ข้อจำกัด

- สถานพยาบาลของรัฐขาดการบริหารจัดการด้านการจัดระบบสถานพยาบาลเครือข่ายของตนเอง
- ค่าบริหารจัดการของสถานพยาบาลหลักอาจมีผลต่อการกำหนดราคาค่าบริการทันตกรรมและส่วนเกินที่ผู้ประกันคนต้องรับผิดชอบ

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคณะอนุกรรมการ

1. บริการทันตกรรมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองการถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหิน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนมและการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่เป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ระบบหลักประกัน

สุขภาพอื่นจะต้องมี ดังนั้น สำนักงานประกันสังคมจึงจำเป็นต้องปรับปรุงสิทธิประโยชน์ให้เท่าเทียมกับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งอาจจะใช้รูปแบบการจ่ายเงินต่างกันแต่ผลลัพธ์สุดท้ายคือประชาชนได้บริการพื้นฐานที่เท่ากัน

2. การขุดหินปูนเป็นการตรวจสุขภาพช่องปากอย่างหนึ่ง ซึ่งอยู่ในส่วนของการสร้างสำหรับกรที่นำจะข้อมูลฟันไปใช้เพื่อการพิสูจน์บุคคลที่อาจจะต้องให้ผู้ประกันตนพิมพ์ฟันทุกคน

3. การให้ความคุ้มครองการตรวจสุขภาพช่องปากเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิสูจน์บุคคลในทางนิติวิทยาศาสตร์ตามที่ทันตแพทยสภาเสนอ เห็นว่า อาจจะต้องมีการดำเนินการพิมพ์ปากให้กับผู้ประกันตนทุกคน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงยุติธรรมมาดำเนินการ ทั้งนี้ ในปัจจุบันบริการทันตกรรมที่ผู้ประกันตนได้รับการครอบคลุมด้านการตรวจฟันอยู่แล้วซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการขุดหินปูน

4. การคำนวณงบประมาณบริการทันตกรรมสามารถใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายบริการทันตกรรมที่มีอยู่ ซึ่งแยกเป็นถอนฟัน อุดฟัน และขุดหินปูน โดยให้นำหน้าที่การตรวจฟันมากที่สุดที่ ร้อยละ 100 ถ้าเป็นไปได้ ซึ่งเป็นส่วนของการสร้าง แต่ในส่วนของการซ่อม ซึ่งประกอบด้วย การถอนฟัน การอุดฟัน อาจจะลดโดยใช้คณิตศาสตร์ประกันภัยมาใช้ในการคำนวณ ทั้งนี้ เมื่อดูแลสุขภาพฟันดีขึ้นแล้ว การถอนฟัน การอุดฟันจะลดลงอย่างไร ซึ่งข้อมูลในลักษณะนี้สามารถนำมาใช้คำนวณงบประมาณทั้งหมดที่ต้องใช้ และวิธีการจ่ายเงิน ให้แก่ผู้ให้บริการ นอกจากนี้ยังเห็นว่าข้อมูลการรับบริการของผู้ประกันตนที่ได้จากการสำรวจร้อยละ 11.93 อาจต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้น เมื่อมีการเพิ่มความคุ้มครองกรณีทันตกรรม อาจทำให้ข้อมูลการรับบริการเพิ่มจากตัวเลขนี้อย่างมากมาย

5. อัตราการรับบริการที่ ร้อยละ 11.23 ผู้วิจัยนำมาใช้คำนวณอัตราค่าบริการทันตกรรมเห็นว่าควรแยกเป็น 2 ส่วน คือการสร้างและการซ่อม ซึ่งการซ่อมจะครอบคลุมการถอนฟันประมาณร้อยละ 8-10 ในส่วนของการสร้างสุขภาพฟัน และการขุดหินปูน ประมาณร้อยละ 50 ขึ้นไป จึงแสดงถึงคุณภาพ และควรมีการกำหนดต้นทุนคงที่ สำหรับค่าใช้จ่ายขั้นต่ำของการขุดหินปูนเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับบริการอย่างน้อยปีละครั้ง ซึ่งจะต้องเบิกได้

6. ค่าเหมาจ่ายรายหัวสำหรับบริการทันตกรรมในอัตราคนละ 71.13 - 80.98 บาทต่อปี ซึ่งผู้วิจัยคำนวณไว้ อาจต่ำกว่าความเป็นจริง แม้แต่การขุดหินปูนยังไม่สามารถให้บริการได้ ซึ่งการขุดหินปูนเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างที่ผู้ประกันตนทุกคนควรจะได้รับ ถึงแม้ว่าจะต้อง

สมมติฐานว่าผู้ประกันคนอาจไม่มารับบริการทุกคน แต่ถ้าผู้ประกันคนใช้บริการกันมาก สถานพยาบาลจะรับไม่ได้ทันที

7. การจัดสถานพยาบาลเครือข่ายทันตกรรมสามารถดำเนินการผ่านทางสถานพยาบาล ประกันสังคม หรือผ่านสมาคมทันตกรรม เช่นเดียวกันกับการให้สิทธิประโยชน์กรณีโรคไต สำหรับสมาคมทันตกรรมควรมี 2 บทบาท คือการให้บริการและการตรวจสอบคุณภาพ บริการ (Audit) เพื่อให้การบริการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

8. นอกจากนี้ การจัดสถานพยาบาลเครือข่ายบริการทันตกรรม อาจดำเนินการ โดยตรงกับคลินิกทันตกรรม โดยไม่ต้องผ่านสมาคมทันตกรรม ซึ่งวิธีนี้ผู้ประกันคนอาจจะต้องเลือก สถานพยาบาล 2 แห่ง สำหรับการรักษาพยาบาลและการบริการทันตกรรม แล้วให้สมาคมทันตกรรมไป Audit คลินิกทุกแห่งทั่วประเทศ ซึ่งการที่สำนักงานประกันสังคมทำสัญญาโดยตรง กับคลินิกเอกชน จะช่วยลดต้นทุนการให้บริการ

9. การทำวิจัยเป็นวิธีการอย่างหนึ่งในการหาคำตอบสำหรับการปรับปรุงหลักเกณฑ์ และอัตราในการให้บริการทันตกรรมว่าผู้ประกันคนมีความเห็นอย่างไร ซึ่งผลการวิจัยจะช่วยให้การตัดสินใจมีน้ำหนักมากขึ้น

10. ระบบเหมาจ่ายเป็นระบบที่ดีสำหรับสำนักงานประกันสังคมและสถานพยาบาล เนื่องจากการบริหารจัดการง่าย อาจไม่ใช่ระบบที่ดีสำหรับผู้ประกันคน ด้วยจุดอ่อนของระบบ เหมาจ่ายเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อมาตรฐานการรักษาและการเข้าถึงบริการ โดยทั่วไปการรักษา โรคฟันก็ไม่แตกต่างกับการรักษาโรคอื่นที่จะต้องมีการนัดหมาย ซึ่งผู้รับบริการไม่สามารถใช้ สิทธิได้ทันที ด้วยการให้ระบบเหมาจ่ายเพื่อให้บริการทันตกรรม จำเป็นต้องกำหนดสถานพยาบาล ในการใช้สิทธิรับบริการทันตกรรม และถึงแม้ว่าจะมีการจัดระบบสถานพยาบาลเครือข่ายทันตกรรมก็ตาม ก็ยังเป็นข้อจำกัดของระบบเหมาจ่ายที่ทำให้ผู้ประกันคนไม่พึงพอใจ ต่อการใช้ บริการ ในขณะที่ในระบบปัจจุบัน ผู้ประกันคนมีความคุ้นเคยและพอใจอยู่แล้ว เนื่องจากไม่มี ข้อจำกัดดังกล่าว โดยที่ผู้ประกันคนสามารถไปรับบริการที่สถานพยาบาลได้ทุกแห่งและเมื่อใด ก็ได้ ถึงแม้ว่าผู้ประกันคนจ่ายเงินเองไปก่อนก็ตาม ซึ่งความพึงพอใจของแต่ละกลุ่ม อาจขึ้นอยู่กับ การที่ไม่ต้องจ่ายค่ารักษาไปก่อน หรือความเป็นอิสระในการเข้ารับบริการ นอกจากนี้ ข้อความที่ส่งผ่านทาง SMS ซึ่งมีการออกอากาศทางรายการ โทรทัศน์ เห็นได้ว่าผู้ประกันคน ต้องการเพิ่มอัตราค่ารักษาทันตกรรมให้มากกว่า 400 บาทต่อปี ซึ่งเห็นว่าผู้ประกันคนอาจ

ไม่ต้องการระบบเหมาจ่าย อย่างไรก็ตาม การที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้สถานพยาบาลหลักจัดระบบสถานพยาบาลเครือข่ายให้ได้ 50 - 60 แห่ง แต่สถานพยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้ ซึ่งสำนักงานประกันสังคมจะต้องมีมาตรการรองรับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างไร

11. ทางเลือกที่สอง ซึ่งใช้วิธีเหมาจ่ายในการจ่ายค่าบริการทันตกรรมให้แก่สถานพยาบาลที่จะมาเป็นคู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคมเพื่อให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน สำนักงานประกันสังคมควรมีสถานพยาบาลคู่สัญญา ดังนี้

- สถานพยาบาลประกันสังคมและให้มีหน้าที่จัดระบบสถานพยาบาลเครือข่ายทันตกรรม

- คลินิกทันตกรรม ซึ่งสำนักงานประกันสังคมจะขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลทันตกรรม เพื่อให้ผู้ประกันตนเลือกสำหรับรับบริการทันตกรรม โดยที่สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าเหมาจ่ายให้แก่คลินิกทันตกรรมโดยตรงไม่ผ่านคนกลาง(Broker)

ในทางเลือกนี้ จำเป็นต้องพิจารณากำหนดสิทธิประโยชน์ที่ให้อย่างชัดเจน การวางระบบตรวจสอบคุณภาพการรักษา รวมทั้ง (Audit) มาตรฐานสถานพยาบาลและมาตรฐานการให้บริการ

12. การเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายค่าบริการทันตกรรมจากการจ่ายตามจำนวนและประเภทบริการ เป็นวิธีเหมาจ่าย จะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ เพื่อให้มีระบบที่ดีมารองรับซึ่งอาจต้องใช้เวลาเพื่อให้ระบบสามารถดำเนินการได้ ดังนั้น เพื่อลดแรงกดดันและบรรเทาปัญหา จึงควรเพิ่มอัตราค่าบริการทางการแพทย์ก่อน เช่น จากอัตรา 400 บาทเป็น 600 บาท

13. การปรับเพิ่มอัตราค่าบริการทันตกรรมโดยจ่ายค่าบริการแบบเดิมได้เสนอคณะกรรมการการแพทย์พิจารณาแล้ว แต่คณะกรรมการฯ ไม่เห็นด้วย เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่ออัตราค่าทันตกรรมของประเทศ

14. ในกรณีที่เพิ่มอัตราค่าบริการทันตกรรมจากเดิมไม่เกิน 400 บาทต่อปี สำหรับการรับบริการ 2 ครั้งเป็น 600 บาท สำหรับการรับบริการ 3 ครั้ง จะเห็นได้ว่าค่าบริการทันตกรรมต่อหน่วยยังเท่าเดิม

15. การกำหนดให้ผู้ประกันตน Co-pay จะต้องกำหนดให้ชัดเจนว่ามีเพดานของบริการแต่ละประเภทซึ่งควรกำหนดค่าให้เบิกเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในแต่ละประเภทของบริการสำหรับการถอนฟันที่ยาก ปรากฏรายการและอัตราค่าบริการทันตกรรมเห็นว่าเนื่องจากไม่กำหนดหลักเกณฑ์ไว้ว่าจะมีปัญหาในการตีความในกรณีถอนฟันที่ยาก

16. การให้สถานพยาบาลในความตกลงเบิกค่าบริการทันตกรรมแทนผู้ประกันตน โดยกำหนดวงเงินไว้ 600 บาท อาจมีปัญหาเกี่ยวกับการใช้สิทธิเกินวงเงินโดยที่สถานพยาบาลไม่ทราบผู้ประกันตนใช้สิทธิ 600 บาทหมดแล้วเนื่องจากผู้ประกันตนอาจใช้สิทธิกับสถานพยาบาลหลายแห่ง

17. ถึงแม้ว่าคลินิกทันตกรรมจะมีระบบคอมพิวเตอร์เพื่อตรวจสอบข้อมูลผู้ประกันตนก็ตาม แต่ถ้าระบบไม่เชื่อมโยงข้อมูลกับสำนักงานประกันสังคมก็อาจประสบปัญหาการใช้สิทธิ เช่น ในวันนี้ผู้ประกันตนไปรับบริการทันตกรรมที่คลินิก สำนักงานประกันสังคมอาจยังไม่บันทึกข้อมูลเข้าระบบ วันถัดไปผู้ประกันตนไปรับบริการทันตกรรมอีกที่คลินิก ข. กรณีนี้คลินิก ข. จะตรวจสอบข้อมูลผู้ประกันตนไม่พบ จึงไม่ทราบว่าผู้ประกันตนใช้สิทธิทันตกรรมเกิน 600 บาทหรือไม่ ถ้าไม่เกินเหลือสิทธิเท่าไร จะต้องจ่าย Co-pay เพิ่มเท่าไร นอกจากนี้คลินิกอาจจะประสบปัญหาให้บริการแก่ผู้ประกันตนที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างเนื่องจากข้อมูลผู้ประกันตนยังไม่ปรากฏข้อเท็จจริงทำให้คลินิกไม่ทราบว่าผู้ประกันตนหมดสิทธิแล้วด้วยข้อเท็จจริงดังกล่าวควรที่จะให้ผู้ประกันตนเบิกค่าบริการทันตกรรมเองเหมือนระบบปัจจุบัน

18. สำนักงานประกันสังคมเคยจัดทำระบบให้สถานพยาบาลทันตกรรมในความตกลงกับสำนักงานประกันสังคมเบิกค่าบริการทันตกรรมแทนผู้ประกันตนได้แต่ได้ยกเลิกระบบไปแล้ว เนื่องจากปัญหาการทุจริต เช่น คลินิกจะเบิกค่าทันตกรรมก่อนแล้วให้บริการภายหลังเนื่องจากคลินิกไม่มั่นใจว่าผู้ประกันตนใช้สิทธิทันตกรรมเกินแล้วเท่าไรและเหลือสิทธิเท่าไร ซึ่งกรณีดังกล่าวไม่ทราบว่าผู้ประกันตนได้กลับไปใช้สิทธิตามที่มอบอำนาจให้กับสถานพยาบาลเบิกแทนหรือไม่ นอกจากนี้ยังปรากฏปัญหาด้านคุณภาพ เช่น รถทันตกรรมเคลื่อนที่ซึ่งให้บริการทันตกรรมไม่ได้มาตรฐาน ใช้เครื่องมือตรวจฟันเขี่ยฟัน 2-3 ทีแล้วมาเบิกเป็นการขูดหินปูน หรือเอายาสีฟันมาลอกขाय

19. การที่จะให้สถานพยาบาลทันตกรรมเบิกค่าบริการทันตกรรมแทนผู้ประกันตนจำเป็นต้องกำหนดสถานพยาบาลฯ ให้ผู้ประกันตนใช้สิทธิกับสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนลงทะเบียน ถ้าให้ผู้ประกันตนไปใช้สิทธิไปรับบริการทันตกรรมได้ทุกแห่งจะควบคุมการใช้สิทธิของผู้ประกันตนมิได้

20. ปัญหาของการใช้สถานพยาบาลในความตกลงเบิกค่าทันตกรรมกรณีให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลทันตกรรมอีกประการหนึ่ง คือ ผู้ประกันตนจะต้องลงทะเบียนเลือกสถานพยาบาล 2 แห่ง เพื่อใช้สิทธิกรณีประสบอันตรายและเจ็บป่วยหนึ่งแห่ง และเพื่อใช้สิทธิ

กรณีทันตกรรมอีกหนึ่งแห่งซึ่งอาจเป็นสถานพยาบาลคนละแห่งทำให้สำนักงานประกันสังคมและผู้ประกันตนมีภาระงานเพิ่มขึ้นและมีผลกระทบต่อการจัดข้อมูล ดังนั้น เพื่อลดภาระงานดังกล่าว เห็นว่าควรให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ เป็นผู้เบิกแทนผู้ประกันตน และให้สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักจัดระบบสถานพยาบาลเครือข่ายทันตกรรมเพื่อประโยชน์ในการเข้าถึงและจูงใจให้ผู้ประกันตนเลือกสถานพยาบาลในการใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยและกรณีทันตกรรมควบคู่กัน

21. สำหรับการให้บริการทันตกรรมคู่สัญญาหลักสามารถจัดการได้โดยออกบัตรทันตกรรมของสถานพยาบาลให้ผู้ประกันตนเพื่อแสดงในการขอใช้สิทธิโดยสถานพยาบาลเครือข่ายที่ให้บริการจะบันทึกข้อมูลการใช้สิทธิไว้บนบัตรฯ ทุกครั้ง กรณีนี้สถานพยาบาลเครือข่ายทันตกรรมก็จะทราบข้อมูลการใช้สิทธิทันตกรรมจากบัตร

22. การให้ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลในความตกลงเบิกค่าทันตกรรมแบบ Fee for Service ที่มีเพดานการจ่ายเงิน 600 บาท อาจมีผลทำให้ผู้ประกันตนใช้สิทธิทันตกรรมทุกคน ซึ่งต้องใช้งบประมาณสูงขึ้นอันมีผลกระทบต่อภาระควบคุมค่าใช้จ่าย ดังนั้น จึงควรที่จะใช้ระบบ Capitation มิฉะนั้น จะทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย สำหรับการให้บริการทันตกรรมโดยให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ เป็นผู้เบิกค่าทันตกรรมแทนผู้ประกันตน สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ จะต้องจัดระบบสถานพยาบาลเครือข่ายรองรับผู้ประกันตนด้วย เห็นว่ามีความเป็นไปได้แต่มีประเด็นที่ควรพิจารณา ดังนี้

- อัตราค่าบริการทันตกรรมที่เหมาะสมสำหรับชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนดซึ่งจะต้องพิจารณาดำเนิน และอัตราค่าการเข้ารับบริการ
- การสร้างระบบสถานพยาบาลเครือข่ายทันตกรรมในแง่ของการควบคุมมาตรฐาน เห็นว่าความเป็นไปได้โดยกำหนดสัดส่วนระหว่างทันตกรรมต่อผู้ประกันตน แต่ในส่วนที่เกี่ยวกับการจัดให้มีสถานพยาบาลเครือข่ายจะได้รับความร่วมมือหรือไม่

23. การจัดระบบสถานพยาบาลเครือข่ายโดยให้สถานพยาบาลหลักเป็นผู้รับผิดชอบเบิกค่าบริการทันตกรรมแบบ Fee for Service ทั้งนี้เพื่อให้สถานพยาบาลหลักบริหารข้อมูลในการควบคุมให้ใช้สิทธิไม่เกิน 600 บาท หรือเพื่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการเห็นว่าอาจดำเนินการได้แต่สำนักงานประกันสังคมอาจไม่ได้รับความร่วมมือจากสถานพยาบาลหลักเนื่องจากความยุ่งยากในระบบการจ่ายเงิน ซึ่งคลินิกทันตกรรมสามารถเบิกได้ตามราคาที่คลินิกฯ ในขณะที่ระบบเหมาจ่ายสถานพยาบาลหลักเป็นผู้กำหนดราคาจะซื้อบริการในราคา

เท่าไรแล้วกำหนดผู้ประกันตนให้เพื่อรับบริการจากคลินิก นอกจากนี้ยังมีจำนวนมาช่วยเหลือ อัตราเสี่ยง

24. การใช้ระบบเหมาจ่ายจำเป็นต้องพิจารณาการใช้บริการด้วย เพื่อประกันการขาดทุน หากมีผู้ประกันตนมาใช้บริการจำนวนมาก ระบบเหมาจ่ายนอกจากบริหารจัดการง่ายแล้วการจัดระบบสถานพยาบาลเครือข่ายทันตกรรมยังสามารถดำเนินการได้ ซึ่งในปัจจุบันจะเห็นว่าคลินิกต่าง ๆ มีการดำเนินการเพื่อให้เข้าสู่ระบบสถานพยาบาลเครือข่าย

25. การใช้ระบบเหมาจ่ายในการให้บริการทันตกรรมมีความเห็นไปได้ในทางปฏิบัติ อาจจะดำเนินการผ่านทั้งสถานพยาบาลหลักหรือคลินิกเครือข่ายโดยตรงก็ได้ ซึ่งจะต้องกำหนดจำนวนผู้ประกันตนให้แก่แต่ละคลินิก เช่น 1 คลินิกต่อผู้ประกันตน 1,000 คน สำหรับการควบคุมและการตรวจสอบคุณภาพอาจให้สมาคมทันตแพทย์ไปดำเนินการได้

26. การพิจารณาระบบเหมาจ่ายมีข้อมูลประกอบการพิจารณาอัตราค่าเหมาจ่ายกรณีทันตกรรมอยู่แล้ว แต่อาจจะต้องเพิ่มการจ่ายเงินสำหรับการใช้บริการด้วย ซึ่งควรจะนำมาพิจารณาในการประชุมครั้งต่อไป

27. หน่วยบริการของระบบ 30 บาทบางแห่งไม่มีแผนกทันตกรรม เมื่อหน่วยบริการรับเงินเหมาจ่ายแล้วจะเหมาตามรายหัตถการให้แก่คลินิกทันตกรรมเช่นเดียวกัน เมื่อสถานพยาบาลหลักรับเหมาจ่ายมาหัวละ 1,000 บาทอาจไปจ้างคลินิกโดยคิดเป็นรายบริการ (Case) ดังนั้น จึงควรพิจารณาประเภทของบริการทันตกรรมที่จะให้ความคุ้มครองให้เหมาะสมอัตราเหมาจ่าย และจะต้องทำให้ผู้ประกันตนเข้าใจสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมที่ได้รับอย่างชัดเจนด้วย

28. ในการจัดระบบสถานพยาบาลทันตกรรมควรพิจารณาสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลัก ดังนี้

- สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักเดิม ซึ่งอาจจะจัดระบบสถานพยาบาลเครือข่ายทันตกรรมด้วย

- คลินิกทันตกรรมซึ่งอาจจะรวมกันหลายคลินิกเพื่อให้ยูนิตใหญ่ขึ้น

29. การกำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานบริการทันตกรรมควรกำหนดสัดส่วนผู้ประกันตนต่อยูนิตต้องกระจายให้ครอบคลุมพื้นที่ไต่บ้าง นอกจากนี้อาจจะกำหนดการจ่ายเงินตามมาตรฐาน กล่าวคือ อัตราการใช้บริการอยู่ในมาตรฐานใดก็จ่ายเงินในอัตราของมาตรฐานนั้น

30. การจัดทำมาตรฐานบริการทันตกรรมครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับ ความสะดวก การเข้ารับบริการเพื่อรองรับปัญหาระบบคิว

คณะอนุกรรมการจึงมีมติที่ประชุมครั้งที่ 6/2548 เมื่อวันที่ 12 กันยายน 2548 ให้ใช้ระบบเหมาจ่าย (Capitation payment) ในการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน โดยใช้อัตราเหมาจ่ายที่เหมาะสม เพิ่มความคุ้มครองบริการทันตกรรม และกำหนดมาตรฐานบริการทันตกรรมเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการกำกับและควบคุมคุณภาพบริการทันตกรรม

1.4 การกำหนดบริการทันตกรรมที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตน

การพิจารณาบริการทันตกรรมที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตน มีการพิจารณาประเภทของบริการ ดังนี้

1. ศึกษาเปรียบเทียบสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมระหว่างสิทธิ

ประกันสังคม สิทธิบัตรทอง และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ

ตารางที่ 12 แสดงสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมระหว่างสิทธิประกันสังคม สิทธิบัตรทอง และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ

ลำดับที่	ประเภทการประกัน		สวัสดิการ ข้าราชการ	30 บาท	ประกันสังคม
	ประเภทบริการ				
1	ถอนฟัน		√	√	√
2	ผ่าฟันคุด		√	√	√
3	อุดฟัน		√	√	√
4	ขูดหินปูน		√	√	√
5	รักษาโรคเหงือก ,ปริทันต์		√	×	×
6	รักษาคอลงรากฟัน		√	×	×
7	ทำฟันปลอมฐานพลาสติก		×	√	×

หมายเหตุ √ หมายถึง ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์
 × หมายถึง ไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์

2. คำปรึกษาของผู้เชี่ยวชาญสาขาทันตกรรม

ผู้เชี่ยวชาญสาขาทันตกรรมได้ให้คำปรึกษาอนุกรรมการในการประชุมครั้งที่ 5/2548 เมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2548 ดังนี้

(2.1) ข้อมูลการบริการทันตกรรมที่ควรพิจารณา มีดังนี้

- จำนวนทันตแพทย์ทั่วประเทศที่ปฏิบัติงานจริง ประมาณ

5,860 คน

- จำนวนวันทำการหนึ่งปี ประมาณ 270 วัน

ตารางที่ 13 แสดงร้อยละของผู้จำเป็นต้องได้รับการรักษาฟันแท้ตามชนิดของบริการ จำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ	ร้อยละของผู้จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการ				
	อุดฟัน 1 ด้าน	อุดฟัน 2 ด้าน	ครอบฟัน	รักษารากฟัน	ถอนฟัน
15	50.2	22.8	0.4	7.5	9.3
35 – 44	46.1	30.2	1.1	7.4	34.2
60 – 74	23.9	17.8	1.3	7.2	56.0

ตารางที่ 14 แสดงร้อยละของผู้ที่มีสถานะปริทันต์โดยคิดจากระดับของโรคสูงสุด ในแต่ละคน ในกลุ่มอายุต่าง ๆ วัดโดยดัชนี CPI (Community Periodontal Index)

อายุ	ร้อยละของผู้มีสถานะปริทันต์		
	ร่องลึกปริทันต์ 4-5 มม.	ร่องลึกปริทันต์ \geq 6 มม.	รวม
15	1.0	0.1	1.1
35 – 44	26.8	10.5	37.3
60 – 74	35.9	25.7	61.6

ตารางที่ 15 ร้อยละของผู้ที่จำเป็นต้องใส่ฟันปลอมประเภทต่าง ๆ จำแนกตามอายุ

อายุ	PD บน	PD ล่าง	PD บนและล่าง	FD บน	FD ล่าง	FD บนและล่าง	PD บน FD ล่าง	FD บน PD ล่าง	รวม
35 - 44	6.9	20.8	18.6	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	47
60 - 74	8.3	12.5	38.8	0.3	0.8	5.3	2.3	2.6	70.9

หมายเหตุ : PD = ฟันปลอมบางส่วนถอดได้

FD = ฟันปลอมทั้งปาก

ตารางที่ 16 แสดงปริมาณการใช้บริการรักษารากฟัน โรคปริทันต์ และฟันปลอม โดยใช้ฐานผู้ประกันตน ปี 2547

อายุ	จำนวน ผู้ประกันตน	การรักษารากฟัน		โรคปริทันต์		ฟันปลอม	
		อัตรารับ บริการ (%)	ผลต. (คน)	อัตรารับ บริการ (%)	ผลต. (คน)	อัตรารับ บริการ (%)	ผลต. (คน)
15 - 34	5,327,116	7.5	399,533	1.1	58,598	-	-
35 - 59	2,653,846	7.4	196,384	37.3	989,886	47	1,247,307
60 +	50,799	7.2	3,657	61.6	31,292	70.9	36,016
รวม	8,031,761		599,574		1,079,774		1,283,323

ดังนั้น คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ จึงมีมติที่ประชุมครั้งที่ 8/2548 เมื่อวันที่ 8/2548 ให้เพิ่มความคุ้มครองทันตกรรมตามที่อยู่สาขาทันตกรรมให้คำปรึกษา โดยการรักษาคลองรากฟัน โรคปริทันต์ และการใส่ฟันเทียมฐานอะคริลิก แต่ในเบื้องต้นให้ความคุ้มครองเฉพาะการใส่ฟันเทียมฐานอะคริลิกก่อน

1.5 อัตราค่าบริการทันตกรรมเหมาจ่าย

เมื่ออนุกรรมการได้พิจารณากำหนดค่าบริการทันตกรรมที่ให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตนได้แล้ว จึงได้พิจารณาอัตราค่าบริการทันตกรรมเหมาจ่าย ดังนี้

1) การคำนวณค่าบริการทันตกรรมเหมาจ่ายโดยใช้ข้อมูลการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทันตกรรมให้แก่ผู้ประกันตน ปี 2547 และต้นทุนการให้บริการทันตกรรม ปี 2547 ของกระทรวงสาธารณสุข

2) ผลการศึกษากระบวนการให้บริการทันตกรรม และมาตรฐานสถานพยาบาลและเครือข่ายบริการในโครงการประกันสังคมของ ดร.เพ็ญแข ลาภยิ่ง กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

1.6 การคำนวณค่าบริการทันตกรรมเหมาจ่าย

1) อัตราการใช้บริการทันตกรรม

จากข้อมูลการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรมจำแนกประเภทตามบริการอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟันตามตารางที่ 17 พบว่า ปี 2545 มีสัดส่วนร้อยละของการบริการอุดฟัน ร้อยละ 41 ขูดหินปูน ร้อยละ 34 และถอนฟัน ร้อยละ 25 ปี 2546 มีสัดส่วนร้อยละของการบริการอุดฟัน ร้อยละ 41 ขูดหินปูน ร้อยละ 34 และถอนฟัน ร้อยละ 26 จะเห็นได้ว่าสัดส่วนร้อยละของการบริการทันตกรรมทั้ง 3 ประเภท เหมือนกันทั้ง 3 ปี จึงได้นำข้อมูลการใช้บริการทันตกรรม ปี 2547 มาคำนวณหาอัตราการใช้บริการทันตกรรมของผู้ประกันตนโดยใช้ผู้ประกันตนจำนวน 8,151,745 เป็นฐานการคำนวณ

ตารางที่ 17 แสดงข้อมูลการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม

ปี	อุดฟัน	ขูดหินปูน	ถอนฟัน	รวม
2545	368,782 (41.50 %)	298,124 (24.88%)	221,124 (24.88%)	888,734
2546	431,852 (41.19%)	356,402 (33.99%)	260,194 (24.82%)	1,048,448

2547	472,068 (40.38%)	397,042 (33.96%)	300,020 (25.66%)	1,169,130
------	---------------------	---------------------	---------------------	-----------

อัตราการให้บริการนอนพื้นของผู้ประกันตน จำนวน 221,124 ราย รคำนวณอัตราการให้บริการนอนพื้นได้ดังนี้

- การนอนพื้นธรรมดา 50% ของบริการนอนพื้นคิดเป็นจำนวน 150,010 ครั้ง คิดเป็นอัตราการให้บริการนอนพื้นของผู้ประกันตน 0.018 ครั้งต่อคนต่อปี
- การนอนพื้นที่ยาก 30% ของบริการนอนพื้น คิดเป็นจำนวน 90,006 ครั้ง คิดเป็นอัตราการให้บริการนอนพื้นที่ยากของผู้ประกันตน 0.011 ครั้งต่อคนต่อปี
- การผ่าพื้นคุก โดยไม่ต้องกรอกระดูกฟัน 20% ของบริการนอนพื้น คิดเป็นจำนวน 60,000 ครั้ง คิดเป็นอัตราการให้บริการผ่าพื้นคุกโดยไม่ต้องกรอกระดูกและฟัน 0.007 ครั้งต่อคนต่อปี

อัตราการให้บริการอุดฟัน จากข้อมูลการให้บริการอุดฟันของผู้ประกันตนจำนวน 472,068 ราย รคำนวณอัตราการให้บริการอุดฟันได้ดังนี้

- การอุดฟันด้านเดียว 50% ของบริการอุดฟัน คิดเป็นจำนวน 236,034 ครั้ง คิดเป็นอัตราการให้บริการอุดฟันด้านเดียว 0.029 ครั้งต่อคนต่อปี
- การอุดฟัน 2 ด้านขึ้นไป 50% ของบริการอุดฟัน คิดเป็นจำนวน 236,034 ครั้ง คิดเป็นอัตราการให้บริการอุดฟัน 2 ด้านขึ้นไป 0.029 ครั้งต่อคนต่อปี

อัตราการให้บริการชูดหินปูน จากข้อมูลการให้บริการชูดหินปูนของผู้ประกันตนจำนวน 397,042 ราย คิดเป็นอัตราการให้บริการชูดหินปูนของผู้ประกันตน 0.049 ครั้งต่อคนต่อปี

อัตราค่าบริการทันตกรรม และต้นทุนการให้บริการทันตกรรม ได้นำข้อมูลจากอัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยพิจารณาเฉพาะปริมาณทันตกรรมที่จะให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตน ซึ่งปรากฏดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 แสดงต้นทุนและราคาค่าบริการทันตกรรม

รายการทันตกรรม	ต้นทุน (บาท)	อัตราบริการ(บาท)
ถอนฟัน	208.61	250
ถอนฟันยาก	428.54	450
ผ่าฟันคุดโดยไม่ต้องกรอกระดูกแลฟัน	423.15	450
อุดฟันด้านเดียว	342.09	350
อุดฟันตั้งแต่ 2 ด้านขึ้นไป	492.26	550
ขูดหินปูน	376.56	400

ที่มา : อัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

อัตราค่าบริการทันตกรรมเหมาจ่าย คำนวณโดยนำข้อมูลการใช้บริการทันตกรรมแต่ละประเภทคูณด้วยต้นทุนของบริการทันตกรรมแต่ละประเภท รวมค่าบริการจัดการให้ร้อยละ 20 จะได้อัตราเหมาจ่าย 65 บาทต่อคนต่อปี และกรณีที่ผู้ประกันตนมีการใช้บริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากเดิม 1,169,130 ครั้ง เป็น 1,402,956 ครั้ง จะได้อัตราเหมาจ่าย 78.03 บาทต่อคนต่อปี ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 แสดงการคำนวณอัตราเหมาจ่าย

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวน การให้บริการ	อัตราการใช้ บริการ (ครั้ง / ปี) (A)	ต้นทุน (บาท) (B)	อัตรา/คน/ปี (บาท) (A*B)	+10%	+15%	+20%
1	ฉอนพื้น	150,010	0.018	208.61	3.84	4.22	4.41	4.61
2	ฉอนพื้นที่ยาก	90,006	0.011	428.54	4.73	5.20	5.44	5.68
3	ผ้าตัดพื้นคลุมโดยไม้ห้องกรอ กระดุกและพื้น	60,004	0.007	423.15	3.11	3.43	3.58	3.74
4	จุดพื้นด้วยวัสดุอมัลคัม							
	4.1 ด้านข้างเดียว	236,034	0.029	342.09	9.91	10.90	11.39	11.89
	4.2 ทั้ง 2 ด้านขึ้นไป	236,034	0.029	492.46	14.26	15.69	16.40	17.11
5	ชุดหินปูน	397,042	0.049	376.56	18.34	20.17	21.09	22.01
				รวม	54.19	59.61	62.32	65.03
				รวม (ค่าบริการจัดการ + ค่าไร่ 20)	65.03	71.53	74.78	78.03

1.7 ผลการศึกษาาระบบบริการทันตกรรมฯ

จากผลการศึกษาของ ดร.เพ็ญแข ลากยัง โดยนำต้นทุนบริการสุขภาพช่องปากของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเท่ากับ 276.37 บาทต่อครั้งบริการ โดยปรับด้านเพิ่มด้วยร้อยละ 12 สำหรับการทดแทนเครื่องมืออุปกรณ์ซึ่งเท่ากับ 317.83 ต่อครั้ง และจากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการปี 2547 ซึ่งกลุ่มผู้ประกันตนมีอัตราการให้บริการเท่ากับ 11.9 คน/100 ประชากร ซึ่งเมื่อปีพิเศษสนิยมให้เป็นร้อยละ 12 ความถี่ 1.63 ครั้ง/ผู้ให้บริการ สำหรับค่าบริการใส่ฟันเทียม ซึ่งโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถเบิกค่าผลิตฟันเทียมเป็นชิ้นงานได้โดยตรงจากกองทุนส่วนกลางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งตั้งงบประมาณไว้ 2.30 บาทต่อคนต่อปี ได้อัตราเหมาจ่าย ดังนี้

- อัตราการให้บริการร้อยละ 12 ความถี่ 1.63 ครั้งต่อผู้ให้บริการ คิดเป็นอัตราเหมาจ่าย 64.47 บาทต่อคนต่อปี

- อัตราการใช้บริการร้อยละ 14 ความถี่ 1.63 ครั้งต่อผู้ใช้บริการ คิดเป็น
อัตราเหมาจ่าย 74.83 บาทต่อคนต่อปี

- อัตราการใช้บริการร้อยละ 15 ความถี่ 1.50 ครั้งต่อผู้ใช้บริการคิดเป็น
อัตราเหมาจ่าย 73.81 บาทต่อคนต่อปี

ดังนั้น คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ จึงมีมติที่ประชุม
ครั้งที่ 7/2548 เมื่อวันที่ 20 กันยายน 2548 ให้เหมาจ่ายให้แก่สถานพยาบาลในอัตรา 65 บาท
ต่อคนต่อปี ในกรณีการถอนฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูน

1.8 ค่าฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ฐานอคริลิก

สำหรับค่าฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ฐานอคริลิก เนื่องจากไม่มีข้อมูล
การใช้บริการของผู้ประกันตน จึงควรจ่ายแบบ Fee for Service โดยกำหนดราคากลาง และให้
ใช้อัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

- ฟันเทียม 1-5 ซี่ ไม่เกิน 1,200 บาทต่อซี่
- ฟันเทียมมากกว่า 5 ซี่ ไม่เกิน 1,400 บาทต่อซี่

1.9 การกำหนดมาตรฐานการให้บริการทันตกรรม

สำนักงานประกันสังคมได้จัดจ้างผู้เชี่ยวชาญสาขาทันตกรรมเป็นที่ปรึกษา
โครงการศึกษา เรื่อง ระบบบริการทันตกรรมและมาตรฐานสถานพยาบาลและเครือข่ายบริการ
ในโครงการประกันสังคม โดยที่ปรึกษาโครงการได้นำเสนอผลการศึกษาคณะอนุกรรมการ
พัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ และคณะกรรมการการแพทย์ ซึ่งมีมติที่ประชุมเห็นชอบให้
กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลในการให้บริการทันตกรรม ดังนี้

ขอบเขตการให้บริการ

1. การให้บริการตามสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย การอุดฟัน ถอนฟัน ฟันอุด ขูด
หินน้ำลาย และการใส่ฟันเทียมถอดได้ฐานอคริลิก

1.1 การอุดฟันหลังเป็นการอุดด้วยเงินหรืออะมัลกัม สำหรับฟันหน้าอุดด้วยคอม
โพสิตชนิดฉายแสง

1.2 การขูดหินน้ำลายแต่ละครั้ง ห่างกันไม่ต่ำกว่า 6 เดือน

1.3 การใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานอคริลิก มีแนวทางการรักษา ดังนี้

- ผู้จะมีสิทธิใส่ฟันเทียมต้องได้รับการตรวจสอบสภาพช่องปากจากทันตแพทย์ว่า มีความจำเป็นอย่างไรอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ คือ มีการสูญเสียฟันที่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างฟันแท้สองซี่ และช่องว่างเพียงพอที่จะใส่ฟัน ประเด็นที่สองมีการสูญเสียฟัน จนทำให้มีปัญหาการบดเคี้ยว ไม่สวยงาม หรือออกเสียงไม่ชัดเจน

- ผู้จะใส่ฟันเทียมที่มีโรคฟันผุหรือเหงือกอักเสบ ต้องรับการรักษาก่อนอยู่ในสภาวะปกติก่อน

- ผู้จะใส่ฟันเทียมที่มีปุ่มกระดูกในตำแหน่งที่ขัดขวางการใส่ฟันเทียม ต้องได้รับการตัดกรรมแต่งกระดูกก่อน

- ในการใส่ฟันเทียมซี่ข้างหน้าตั้งแต่ซี่ซี่ขึ้น ไป ควรขอทันตแพทย์ทดลองใส่ดูแนวการเรียงฟัน ก่อนจะผลิตเป็นชิ้นงานจริงออกมา

- ในครั้งที่มาใส่ฟันเทียม หากไม่มีปัญหาในการทดลองใช้งาน ให้เซ็นรับรองว่า พอใจในฟันเทียมนั้น

- ฟันเทียมมีอายุการใช้งานขั้นต่ำห้าปี การดูแลอย่างถูกต้องจะช่วยให้ใช้งานได้ยาวนานกว่านี้ หากสูญหายหรือต้องการทำฟันเทียมชุดใหม่ก่อนห้าปี ต้องจ่ายค่าบริการเอง เว้นแต่จะมีปัญหาตั้งแต่ใส่ครั้งแรกจนไม่สามารถแก้ไขได้

- กรณีฟันเทียมชำรุด แตกหัก หลวม (ยังใช้งานไม่ถึงห้าปี) ให้นำฟันเทียมมาด้วยตัวเอง ขอรับการซ่อมแซม ณ สถานพยาบาลที่ทำ

- กรณีที่ใช้งานเกินกว่าห้าปี แต่สภาพทั่วไปยังดีอยู่ ให้อยู่ในดุลยพินิจของทันตแพทย์ว่าควรทำใหม่หรือไม่

- ควรพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อตรวจสอบสภาพช่องปากว่า เป็นโรคฟันผุหรือ เหงือกอักเสบอีกหรือไม่ และตรวจดูฟันเทียมว่ายังอยู่ในสภาพดีหรือไม่

- เมื่อมีฟันแท้หรือเหงือกอักเสบหลังจากใส่ฟันเทียมแล้วต้องรีบรักษา หากปล่อยจนต้องถอนฟันเพิ่ม ฟันเทียมนั้นจะใส่ไม่ได้ (หากต้องทำฟันเทียมใหม่ก่อนห้าปี ด้วยเหตุเพราะถอนฟันเพิ่ม ต้องจ่ายค่าบริการเอง)

- สภาพช่องปากที่ไม่จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม คือ 1)กรณีถอนฟันซ้อนเก ที่อยู่นอกแนวการเรียงตัวปกติ 2)กรณีถอนฟันนานจนฟันล้มเข้าหากันและมีช่องว่างไม่พอให้ใส่ฟัน 3) กรณีถอนฟันกรามซี่สุดท้าย (ซี่แปด) และฟันซี่ด้านหน้ายังอยู่ครบ 4) กรณีถอนฟันกรามซี่ที่สอง (ซี่เจ็ด) และฟันซี่อื่นด้านหน้ายังอยู่ครบ

- กรณีสูญเสียฟันล่างบางซี่ การใส่ฟันเทียมฐานอคริลิกไม่ดีเท่าโครงโลหะ เนื่องจาก อคริลิกแข็งแรงน้อยกว่าโลหะจึงต้องมีความหนาพอสมควรเพื่อให้แข็งแรงพอ จึงเกิดความรำคาญมากกว่า และด้วยลักษณะของฟันเทียมฐานอคริลิกเองที่ไม่มีจุดกระจายแรง (rest) ลงที่ตัวฟันหลัก (abutment) และค้ำขาไม่แนบตัวฟันหลักอย่างแท้จริง ทำให้การใช้งานน้อยกว่า แต่ฟันเทียมโครงโลหะไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์

2. การจัดบริการฉุกเฉินด้านทันตกรรมซึ่งมักเป็นภาวะอักเสบหรือติดเชื้อในช่องปาก ร่วมกับอาการปวดต้องได้รับการตรวจและให้การบำบัดเบื้องต้น (ส่วนใหญ่เป็นการจ่ายยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวด) และนัดหมายมารับการรักษาฟันหรือเหงือก หลังหายจากภาวะอักเสบแล้ว ซึ่งโดยทั่วไปคือ 1 สัปดาห์ สำหรับการประสบอุบัติเหตุบริเวณขากรรไกรและใบหน้า (เช่น รถจักรยานยนต์ล้มฟันหน้าหัก) จัดอยู่ในบริการทางการแพทย์แบบฉุกเฉิน ส่วนภาวะการติดเชื้อบริเวณขากรรไกรและใบหน้าอย่างรุนแรงจนมีอาการปวดรุนแรงและบวมบริเวณใบหน้า จนต้องรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือต้องรับบริการศัลยกรรมช่องปาก จัดอยู่ในบริการทางการแพทย์

โครงสร้างบริการ

1. มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ประกันตน เช่น วันเวลาเปิดบริการสิทธิประโยชน์ ข้อปฏิบัติและขั้นตอนในการใช้บริการ
2. อาคารสถานที่และเครื่องมือของคลินิกทันตกรรมเป็นไปตามมาตรฐานสถานพยาบาลและได้รับการขึ้นทะเบียนโดยกองการประกอบโรคศิลปะ กระทรวงสาธารณสุข
3. คลินิกทันตกรรม 1 ยูนิตต้องมีทันตแพทย์ 1 คนและผู้ช่วยทันตแพทย์ 1 คน
4. คลินิกทันตกรรม 1 ยูนิต ดูแลผู้ประกันตน ไม่เกิน 15,000 คน
5. มีการจัดบริการด้านทันตกรรมป้องกัน และการรักษาฟันฟูทางด้านทันตกรรม โดยต้องจัดให้มีบริการแก่ผู้ประกันตนในเวลาราชการอย่างน้อย 28 ชั่วโมง นอกเวลาราชการอย่างน้อย 12 ชั่วโมง รวมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมง และต้องมีวันหยุด 1 วัน
6. มีเครื่องนึ่งฆ่าเชื้อแบบไอน้ำ (Autoclave) ประจำในคลินิกทันตกรรมหรือในโรงพยาบาลซึ่งเป็นที่ตั้งของคลินิกทันตกรรม
7. มีระบบบันทึกข้อมูลบริการทันตกรรม ดังนี้

- ผลการตรวจช่องปาก วางแผนบริการ และผู้ตรวจ บันทึกเป็นลงในแฟ้ม
ผู้รับบริการ

- การวินิจฉัยและบริการ บันทึกเป็นไฟล์คอมพิวเตอร์

8. มีระบบนัดหมายเพื่อใช้บริการและสามารถนัดหมายทางโทรศัพท์ได้

การบริการทันตกรรม

1. ระยะเวลาตั้งแต่ยื่นบัตรแจ้งความประสงค์รับบริการแก่เจ้าหน้าที่คลินิกทันตกรรม จนถึงเวลาที่ได้รับการ ไม่เกินครึ่งชั่วโมง หากจะเกินกว่านี้ต้องแจ้งให้ผู้ประกันตนทราบ เพื่อให้ผู้ประกันตนตัดสินใจว่าจะรอรับบริการในวันนั้นหรือรับการนัดหมายมาวันหลัง

2. ในกรณีที่ไม่สามารถให้บริการในวันนั้นได้ ให้ออกบัตรนัดหมายมาภายหลัง โดยคิว ในการขูดหินน้ำลาย อุดฟัน หรือถอนฟัน ไม่เกิน 2 สัปดาห์

3. สำหรับผู้ประกันตนที่มีสภาพช่องปากพร้อมสำหรับการใส่ฟันเทียม คิวในการพิมพ์ ปาก (ในกรณีต้องพิมพ์หลายครั้งให้พิจารณาการนัดครั้งแรก) ไม่เกิน 4 สัปดาห์ กรณีที่สภาพ ช่องปากยังไม่พร้อม ให้ชี้แจงขั้นตอนและนัดหมายเพื่อรักษา (คิวในการขูดหินน้ำลาย อุดฟัน หรือถอนฟัน ไม่เกิน 2 สัปดาห์) และให้ ผู้ประกันตนเซ็นรับรองหลังจากใส่ฟันเทียมแล้ว (ใช้เป็นเอกสารประกอบการเบิกค่าใส่ฟันเทียม) ในการป้องกันผู้ประกันตนทำฟันเทียมซ้ำซ้อน ในสถานพยาบาลอื่น จำเป็นต้องมีระบบข้อมูลของผู้ประกันตนที่สามารถตรวจสอบได้ทันที (real time) หรือต้องกำหนดให้ผู้ประกันตนรับบริการได้แห่งเดียว (อาจเป็น main หรือ sub contractor)

4. มีการอธิบายผลการตรวจช่องปากให้ผู้ประกันตนทราบและวางแผนบริการร่วมกับ ผู้ประกันตน

5. การบริการในคลินิกและการป้องกันการติดเชื้อให้ปฏิบัติตาม Clinical Practice Guideline ด้านทันตกรรมที่รับรองโดยทันตแพทยสภา

6. กรณีที่มีการฉายรังสีในช่องปาก ต้องมีการป้องกันอันตรายแก่ผู้ใช้บริการ

7. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนและดูแลสุขภาพช่องปากหลังให้บริการแก่ ผู้ประกันตนทุกคน

8. การจัดบริการเชิงรุกที่สำนักงานหรือสถานประกอบการ ทำให้บริการได้ครอบคลุมมากขึ้น อีกทั้งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกันตน ซึ่งกระทำได้ใน 2 วิธี คือ

- บริการในรถทันตกรรมเคลื่อนที่ที่ผ่านมาตรฐานของกองการประกอบโรคศิลปะ และให้บริการโดยทันตแพทย์เท่านั้น บริการที่สามารถกระทำในรถทันตกรรมเคลื่อนที่ได้แก่ การตรวจแนะนำและวางแผนบริการ (เพื่อคัดกรองผู้ที่จำเป็นต้องรับบริการและนัดหมายมารับบริการในสถานพยาบาลและเครือข่าย) ถอนฟัน ชูดหินน้ำลายเพื่อทำความสะอาดทั้งปาก (Full-Mouth Scaling and Polishing)

- จัดตั้งคลินิกทันตกรรม 1 ยูนิต เพื่อให้บริการแก่ผู้ประกันตนในสถานประกอบการขนาดใหญ่ (เช่น ในนิคมอุตสาหกรรมซึ่งไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ)

ระบบข้อมูลและรายงาน (ระบบเดียวกับบริการการแพทย์)

1. ข้อมูลบริการ โดยระบุชื่อสกุลผู้รับบริการ เลขประจำตัวประชาชน เลขประจำตัวผู้ประกันตน สถานภาพ ที่อยู่ ที่ทำงาน ประวัติการเจ็บป่วย Chief Complaint การวินิจฉัย แผนการบริการ ชนิดบริการ ผู้ให้บริการ การนัดหมาย มูลค่าบริการ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. รายงานรายเดือน หรือรายไตรมาส ประกอบด้วย จำนวนผู้ประกันตนที่ได้รับบริการ คน/ครั้ง และชนิดบริการ

หมายเหตุ การคัดกรองเพื่อค้นหาความผิดปกติและนัดหมายมารับรักษาในภายหลัง โดยไม่มีการบันทึกผลการตรวจสุขภาพช่องปากและการวางแผนการบริการ ไม่นับเป็นการบริการทันตกรรม

3. การพิจารณาของคณะกรรมการการแพทย์

คณะกรรมการการแพทย์ในการประชุมครั้งที่ 24/2548 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2548 ได้พิจารณามติคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และมีมติที่ประชุม ดังนี้

1. เห็นชอบให้เพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม ตามหลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการทันตกรรม ดังนี้

1) ให้เพิ่มความคุ้มครองทันตกรรมกรณีการใส่ฟันเทียมบางส่วนถอดได้ ฐานอคริลิก ซึ่งจากเดิมผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเฉพาะการถอนฟัน อุดฟัน และชูดหินปูน

2) ให้ปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์จากให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการแพทย์สำหรับการถอนฟัน การอุดฟัน และการขูดหินปูนแก่ผู้ประกันตนเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 200 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 400 บาทต่อปี เป็นเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลคู่สัญญา ดังนี้

- เหมาจ่ายในอัตรา 65 บาทต่อคนต่อปี และค่าฟันเทียมบางส่วนถอดได้ฐานอคริลิก 1 - 5 ซี่ ซึ้นละ 1,200 บาท มากกว่า 5 ซี่ ซึ้นละ 1,400 บาท ตามเงื่อนไขที่กำหนด
- จ่ายค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากอัตราเหมาจ่าย ในอัตราไม่เกิน 12 บาทต่อคนต่อปี สำหรับสถานพยาบาลที่มีภาระการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนมากกว่าร้อยละ 15 ของจำนวนผู้ประกันตนหรืออัตราการใช้บริการทันตกรรมมากกว่า 0.15 ครั้งต่อคนต่อปี โดยให้จ่ายตามต้นทุนบวกด้วยค่าบริหารจัดการ 20% ที่เกินค่าบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายที่ได้รับจากสำนักงานประกันสังคม ทั้งนี้ จำนวนเงินที่จ่ายเพิ่มให้แก่สถานพยาบาลทั้งหมดจะต้องไม่เกินวงเงินซึ่งคำนวณได้จากผู้ประกันตนโดยเฉลี่ยทั้งหมดคูณด้วยอัตราค่าบริการทางการแพทย์ 12 บาทต่อคนต่อปี โดยจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลปีละ 2 ครั้ง

2. เห็นชอบให้สถานพยาบาลคู่สัญญารับผิดชอบบริการทันตกรรมหรือจัดหาเครือข่ายบริการทันตกรรมให้มีมาตรฐานไม่ต่ำกว่าที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

3. เห็นชอบให้สำนักงานประกันสังคมกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลและเครือข่ายบริการทันตกรรมตามร่างมาตรฐานสถานพยาบาลและเครือข่ายที่ให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน และให้เพิ่มเติมมาตรฐานในส่วนโครงสร้างบริการให้เปิดบริการในเวลาราชการไม่น้อยกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

4. มอบหมายกองประสานการแพทย์ฯ ออกแบบสอบถามสถานพยาบาลคู่สัญญาทุกแห่งเพื่อสำรวจความพร้อมในการให้บริการทันตกรรม และแจ้งผลคณะกรรมการการแพทย์เพื่อรับทราบต่อไป

4. การพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติประกัน -
สังคม พ.ศ. 2533

คณะกรรมการพิจารณาสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมพ.ศ.2533 ในการประชุมครั้งที่ 9/2548 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2548 มีมติเห็นชอบตามที่คณะกรรมการการแพทย์เสนอ โดยมีข้อสังเกตและข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. การเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม จะทำให้กองทุนของประโยชน์ทดแทน 4 กรณี มีความมั่นคงเป็นระยะเวลา 10 ปี หากมีการปรับเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ในอนาคต จำเป็นต้องมีการปรับเพิ่มอัตราเงินสมทบ

2. เห็นควรให้มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูล ประมาณการเพิ่มกรณีเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม โดยมอบศูนย์สารสนเทศนำเสนอคณะกรรมการประชาสัมพันธ์เพื่อพิจารณาต่อไป

3. เห็นควรให้มีการติดตามประเมินผล คุณภาพการให้บริการกรณีทันตกรรมของสถานพยาบาล รวมทั้งให้ผู้ประกันตนที่ใช้บริการ ได้สะท้อนผลการใช้บริการให้สำนักงานประกันสังคมทราบ เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป

4. ให้มีการติดตามผลการดำเนินการปรับเปลี่ยนวิธีการให้บริการกรณีทันตกรรมเป็นระยะ ๆ

5. เมื่อได้ดำเนินงานและมีข้อมูลการให้บริการแล้ว ขอให้มีการทบทวนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบกับต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อการให้บริการจริง

(Cost per utilization)

5. การพิจารณาของคณะกรรมการประกันสังคม

คณะกรรมการประกันสังคม ในการประชุมครั้งที่ 25/2548 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2548 มีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์และอัตราในการเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม ตามมติคณะกรรมการการแพทย์ในการประชุมครั้งที่ 24/2548 เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2548 และมติที่คณะกรรมการสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ในการประชุมครั้งที่ 9/2548 เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2548 โดยนำข้อสังเกตของคณะกรรมการพิจารณาดำเนินการต่อไป ซึ่งในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยกรณีทันตกรรมของสถานพยาบาลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังมีปัญหาในการให้การดูแลได้อย่างไม่ทั่วถึง เนื่องจากต้องรับภาระผู้ป่วยจำนวนมาก หากสำนักงานประกันสังคมเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมตามที่เสนอ จะมีผู้ประกันตนจำนวนมากไปใช้บริการในสถานพยาบาลคู่สัญญาหรือ

สถานพยาบาลเครือข่าย ซึ่งเป็นสถานพยาบาลในคู่สัญญาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด้วยเช่นกัน เกรงว่าจะเป็นการเพิ่มภาระให้แก่สถานพยาบาลและไม่สามารถดูแลผู้ประกันตนได้อย่างเต็มที่ ดังนั้น สำนักงานประกันสังคมควรกำหนดมาตรฐานการให้การรักษารักษาอย่างรัดกุมและมีระบบตรวจสอบที่ดี เพื่อให้สามารถดูแลผู้ประกันตนได้อย่างทั่วถึงและถูกต้องเป็นประโยชน์ต่อผู้ประกันตนอย่างแท้จริง

บทที่ 5

ปัญหาการดำเนินงาน

ปัญหาและอุปสรรคการพัฒนาสิทธิประโยชน์ระบบบริการแพทย์ กรณีทันตกรรม

ตามที่สำนักงานประกันสังคม ได้ดำเนินนโยบายด้านทันตกรรมให้ผู้ประกันตนไม่ต้องสำรองจ่ายกรณีถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน รวมทั้งเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมให้เท่ากับสิทธิประโยชน์ตามโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้สำนักงานประกันสังคมต้องเปลี่ยนระบบบริการทันตกรรม ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ 24 มกราคม 2540 ย่อมมีผลกระทบกับบุคคลหลายฝ่ายซึ่งเป็นเหตุให้มีปัญหาดำเนินงาน ดังนั้น จึงแบ่งปัญหาที่พบออกเป็น 4 ด้าน

1. องค์กรวิชาชีพทางด้านทันตกรรม

องค์กรวิชาชีพทางด้านทันตกรรม ซึ่งประกอบด้วยทันตแพทยสภา ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ และสมาคมทันตแพทย์เอกชนไทย ซึ่งทันตแพทย์ส่วนใหญ่จะเป็นสมาชิกทั้ง 3 องค์กร เนื่องจากทันตแพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนจะเปิดคลินิกเองหรือเป็นทันตแพทย์นอกเวลาประจำคลินิกเอกชนตามแต่กรณี ดังนั้น สมาคมทันตแพทย์เอกชนไทย จึงเข้ามารองรับตรงนี้

จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้ประกันตนร้อยละ 33.22 ไปรับบริการที่คลินิกเอกชน ในการให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนที่ผ่านมาไม่ค่อยเกิดปัญหาขึ้น เนื่องจากคลินิกเอกชนได้รับค่าตอบแทนบริการตามชนิดบริการ (Fee for Service) จากผู้ประกันตนโดยตรง และข้อมูลจากการสำรวจอนามัย และสวัสดิการของประชากรไทย พ.ศ. 2546 พบว่าในปี 2546 ผู้ประกันตนมีค่าใช้จ่ายในการใช้บริการทันตกรรม 763.42 บาท ต่อครั้งบริการ แต่ผู้ประกันตนเบิกคืนได้ครั้งละ 200 บาท ปีละไม่เกิน 400 บาท ดังนั้น ผู้ประกันตนต้องจ่ายร่วมค่าบริการทันตกรรมครั้งละ 563.42 บาท คิดเป็นร้อยละ 281.71 ในปี 2546 สำนักงานประกันสังคมได้จ่ายค่าบริการทันตกรรมจำนวน 1,048,448 ครั้ง คิดเป็นเงิน 209,691,038 บาท โดยผู้ประกันตนไปรับบริการทันตกรรมที่คลินิกเอกชนร้อยละ 31.6

คิดเป็นจำนวน 348,294.42 ครั้ง ค่าบริการครั้งละ 763.42 บาท คลินิกเอกชนจะมีรายได้จากผู้ประกันตนจำนวน 265,894,926.11 บาท ถ้ามีคลินิกเอกชน 2,000 แห่ง แต่ละแห่งจะมีรายได้เฉลี่ย 132,947.46 บาทต่อปี และ 11,078.95 บาทต่อเดือน

การที่สำนักงานประกันสังคมได้เปลี่ยนระบบบริการทันตกรรมให้ผู้ประกันตนไปรับบริการทันตกรรมจากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ย่อมมีผลกระทบต่อรายได้ของคลินิกเอกชน ดังนั้น ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ จึงมีหนังสือแจ้งเวียนสมาชิกให้ปฏิบัติ ดังนี้

1.1 ให้ทุกคลินิกไม่รับเงื่อนไขการส่งต่อที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งจากเดิมคลินิกเอกชนเป็นผู้กำหนดราคารักษาตนเอง และรับค่ารักษาจากผู้ประกันตนโดยตรง เพื่อให้สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ไม่สามารถรับมือกับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นได้ ทำให้สำนักงานประกันสังคมผ่อนปรนเงื่อนไขการจัดบริการทันตกรรมให้คลินิกทันตแพทย์ให้บริการแก่ผู้ประกันตนโดยตรง

1.2 ทันตแพทย์ที่ทำงานให้โรงพยาบาลรัฐ และเอกชนที่รับผู้ประกันตนให้ทันตแพทย์ไม่ต้องไปรักษาผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม หากเห็นว่าเงื่อนไขที่เสนอมานี้ไม่เป็นธรรม เป็นการเอารัดเอาเปรียบมาก

2. สถานพยาบาลประกันสังคม

ถึงแม้ว่าสำนักงานประกันสังคมได้แจ้งให้สถานพยาบาลทราบเบื้องต้นว่า อาจจะมีการเปลี่ยนระบบบริการทันตกรรมเป็นระบบเหมาจ่าย และได้ดำเนินการสำรวจความพร้อมของสถานพยาบาลในการให้บริการทันตกรรม ในระบบเหมาจ่ายในเดือนพฤศจิกายน 2548 แล้วก็ตาม แต่ด้วยความรีบเร่งในการเปลี่ยนแปลงระบบทันตกรรม และมีเวลากระชั้นชิดในการจัดบริการทันตกรรม กล่าวคือ คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 ออกประกาศลงวันที่ 30 ธันวาคม 2548 เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงานกรณีทันตกรรม ให้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีถอนฟัน อุดฟัน ซูดหินปูน และการใส่ฟันเทียมบางส่วนชนิดถอดได้ฐานอคริลิก ในอัตรา 65 บาทต่อคนต่อปีโดยวิธีเหมาจ่าย ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2549 สถานพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับประกาศฉบับดังกล่าวหลังวันที่ 1 มกราคม 2549 ทำให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่รับผิดชอบงานประกันสังคมไม่ทราบหลักเกณฑ์และ

เงื่อนไขของการให้บริการทันตกรรม และมีได้ให้บริการทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน ตั้งแต่ 1 มกราคม 2549

3. มาตรฐานการให้บริการทันตกรรม

เกณฑ์มาตรฐานการให้บริการทันตกรรมที่กำหนดไว้ค่อนข้างจะปฏิบัติได้ยาก สร้างปัญหาขึ้น ทำให้เกิดการเผชิญหน้าระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เพราะความคาดหวังสูง มีผลให้เกิดความเครียดอย่างมากขึ้นกับทันตแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

4. ผู้ประกันตน

เนื่องจากผู้ประกันตนมีความคาดหวังต่อการรับบริการทันตกรรมในระบบเหมาจ่ายค่อนข้างสูง ซึ่งไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาไปก่อน ผู้ประกันตนจึงไปใช้สิทธิรับบริการทันตกรรมเป็นจำนวนมาก ประกอบกับเงื่อนไขในการรับบริการทันตกรรมที่ให้ไปรับบริการ ณ สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ทำให้เกิดความคับคั่งของการรับบริการทันตกรรม และการรอคิวยาวนาน

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

บทสรุป

การศึกษาเรื่องการพัฒนาาระบบทันตกรรมกองทุนประกันสังคมมีวัตถุประสงค์

1. รวบรวมข้อมูลและแนวคิดในการพิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมกองทุนประกันสังคม

2. วิเคราะห์แนวทางการพิจารณาหลักเกณฑ์และอัตราในการรับบริการทันตกรรมของผู้ประกันตน สามารถสรุปผลได้ดังนี้

ระบบบริการทันตกรรมที่มีการจ่ายค่าบริการร่วม

1. การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมที่มีการจ่ายค่าบริการร่วมได้ใช้ข้อมูลและข้อเสนอของทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย มาศึกษาวิเคราะห์ในการกำหนดบริการทันตกรรมบนขั้นพื้นฐาน ซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับอัตราค่าบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน และหลักเกณฑ์ในการรับบริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน พร้อมได้นำข้อมูลดังกล่าวมาประมาณการคำนวณเงินค่าบริการทันตกรรมที่ต้องใช้สำหรับการเพิ่มสิทธิประโยชน์ทันตกรรม

2. การพัฒนาระบบบริการทันตกรรมที่มีการจ่ายค่าบริการร่วม ได้ดำเนินการตามแนวคิดที่ว่าระบบจ่ายร่วมจะไม่มีผลทำให้ผู้ประกันตนไปรับบริการเพิ่มขึ้น จนมีผลกระทบต่อเสถียรภาพของกองทุน และการจ่ายค่าบริการทันตกรรมด้วยวิธีนี้ จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายบางส่วนให้แก่ผู้ประกันตน เนื่องจากบริการทันตกรรมอยู่ในบริการและกลุ่มโรคที่ยกเว้นไม่มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์

3. จากสถิติการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม พบว่าการจ่ายค่าบริการทันตกรรม ในปี พ.ศ.2542 จ่ายในอัตรา 25.73 บาทต่อคน ปี พ.ศ.2543 จ่ายในอัตรา 24.74 บาทต่อคน ปี พ.ศ.2544 จ่ายในอัตรา 26.47 บาทต่อคน ปี พ.ศ.2545 จ่ายในอัตรา 26.38 บาทต่อคน ปี พ.ศ.2546 จ่ายในอัตรา 29.45 บาท และในปี พ.ศ.2547 จ่ายในอัตรา 28.30 บาทต่อคน ซึ่งอัตราค่าบริการทันตกรรมในแต่ละปีไม่แตกต่างกันมากนัก ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้ระบบการจ่ายค่าบริการร่วมในการให้ความคุ้มครองทันตกรรมแก่ผู้ประกันตน แต่หากพิจารณาจำนวนการเบิกค่าบริการทันตกรรม จะเห็นว่าปริมาณเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ประกันตนที่เพิ่ม ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการจัดสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมให้มีประสิทธิภาพ

4. เนื่องจากระบบจ่ายค่าบริการร่วมผู้ประกันตนจะต้องสำรองจ่ายเบิกไปก่อน แล้วเบิกคืนภายหลัง ซึ่งค่าใช้จ่ายต่อครั้งประมาณ 763 บาท ทำให้ผู้ประกันตนประมาณร้อยละ 60 ที่รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 7,000 บาท ไม่สามารถรับบริการทันตกรรมโดยสำรองจ่ายไปก่อนได้ แสดงว่าระบบบริการทันตกรรมที่มีการจ่ายค่าบริการร่วมเป็นระบบที่ยังขาดความเสมอภาค โดยผู้ประกันตนที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพเท่ากัน แต่เข้าถึงบริการได้ไม่เท่ากัน

ระบบบริการทันตกรรมเหมาจ่าย

1. การพัฒนาระบบทันตกรรมเหมาจ่ายเป็นการดำเนินการตามนโยบายที่มีให้ต้องสำรองจ่าย ไม่ต้องทำเรื่องเบิก ไม่ต้องจ่ายร่วม และเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมให้เท่าเทียมกับผู้มีสิทธิบัตรทอง

2. ระบบบริการทันตกรรมเหมาจ่าย เป็นระบบที่มีความเสมอภาคซึ่งความจำเป็นด้านทันตกรรมที่เท่ากันจะจ่ายค่าบริการที่เท่ากัน ความจำเป็นด้านทันตกรรมที่เท่ากันจะใช้บริการที่เท่ากัน นอกจากนี้ยังเป็นระบบที่ประหยัดใช้ทรัพยากรในการจัดการน้อย

ข้อเสนอแนะ

สำนักงานประกันสังคมได้เพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม โดยใช้ระบบเหมาจ่าย เพื่อให้ผู้ประกันตนไม่ต้องสำรองจ่าย ไม่ต้องจ่ายเพิ่ม ไม่ต้องเบิก ได้นำข้อมูลการใช้บริการทันตกรรมทั้งในระบบประกันสังคม ระบบ 30 บาท และสวัสดิการข้าราชการ มาศึกษาวิเคราะห์ เพื่อนำมากำหนดหลักเกณฑ์และอัตราในการรับบริการทันตกรรมของผู้ประกันตน ซึ่งควรให้มีการศึกษารายละเอียดการใช้บริการทางการแพทย์ทันตกรรม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวิเคราะห์อัตราและการวางแผนการให้บริการทันตกรรมที่เหมาะสมต่อไปดังนี้

1. การใช้บริการ

1.1 เปรียบเทียบกับอัตราการให้บริการของผู้ประกันตนกับค่าประมาณการ

1.2 สำนักงานประกันสังคมจังหวัดที่มีอัตราการให้บริการสูง/ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมาก

- มูลเหตุของใจของการใช้/ไม่ใช้บริการ

- ความเหมาะสมของกระบวนการเบิกจ่ายค่ารักษากรณีทันตกรรม

- การรับรู้และความเข้าใจเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ได้รับของผู้ประกันตน

1.3 จำนวนครั้งของการใช้บริการของผู้ประกันตนที่มาใช้บริการ

2. ค่าใช้จ่ายที่แท้จริงในการรักษากรณีทันตกรรม

อย่างไรก็ตาม ในการปรับเปลี่ยนระบบบริการทางการแพทย์ ควรต้องมีการประชาสัมพันธ์อย่างจริงจังในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้ประกันตนได้ทราบสิทธิประโยชน์และขั้นตอนการขอรับบริการที่ชัดเจน และควรให้เวลากับสถานพยาบาลได้เตรียมความพร้อมในการดำเนินงานซึ่งจะทำให้เกิดความพึงพอใจในการรับบริการ

บรรณานุกรม

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ สุภัทลยา คงสวัสดิ์. ระบบกลไกและวิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ.

นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข , 2544 .

ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ . (2544 , พฤษภาคม 14-15) . โครงการความปลอดภัยทางสังคม (Social Safety Net) เพื่อคนจนและคนด้อยโอกาสในสังคม . เอกสารประกอบการประชุมเวทีวิชาการ เรื่อง กระบวนทัศน์ใหม่กับปัญหาความยากจน สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนเพื่อสังคม . Available <http://www.welfareforall.org/ses/reso10.doc>.

นิคม จันทรวีฑูร . การประกันสังคม : 30 ปี แห่งการรอคอย . กรุงเทพฯ : มูลนิธิ โคมลคีเมทอง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ,2528 .

_____ . ประเทศไทยกับกฎหมายประกันสังคม จากปี 2497 ถึงปี 2531 ความฝันหรือความจริง . กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, 2531 .

ประกันสังคม . พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติมโดย (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมโดย (ฉบับที่ 2) แก้ไขเพิ่มเติมโดย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย , 2543 .

ปิยะนารถ จาคีเกตุ : ระบบบริการทันตกรรม : พัฒนาการของระบบบริการ, เอกสารวิชาการ “หลังปัญญา: คู่พัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า , สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มปป. , มปปท .

เพ็ญแข ลากซิ่ง . ระบบบริการทันตกรรมและมาตรฐานสถานพยาบาลและเครือข่ายบริการในโครงการประกันสังคม . รายงานการศึกษา สำนักงานประกัน สังคม , 2548 .

บรรณานุกรม (ต่อ)

รายงานประชุมคณะกรรมการประกันสังคม. ครั้งที่ 13/2539 วันที่ 17 กันยายน 2539 . (อัครสำเนา)
_____ . ครั้งที่ 25/2548 วันที่ 27 ธันวาคม 2548 . (อัครสำเนา)

รายงานการประชุมคณะกรรมการการแพทย์. ครั้งที่ 12/2539 วันที่ 5 กรกฎาคม 2539 . (อัครสำเนา)
_____ . ครั้งที่ 15/2539 วันที่ 6 กันยายน 2539 . (อัครสำเนา)
_____ . ครั้งที่ 18/2547 วันที่ 5 พฤศจิกายน 2547 . (อัครสำเนา)
_____ . ครั้งที่ 24/2548 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2548 . (อัครสำเนา)

รายงานการประชุมคณะกรรมการพิจารณาสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม พ.ศ. 2533 . ครั้งที่ 9/2548 วันที่ 27 ธันวาคม 2548 . (อัครสำเนา)

รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ . ครั้งที่ 4/2547
วันที่ 18 สิงหาคม 2548 . (อัครสำเนา)
_____ . ครั้งที่ 5/2548 วันที่ 24 ธันวาคม 2548 . (อัครสำเนา)
_____ . ครั้งที่ 6/2548 วันที่ 12 กันยายน 2548 . (อัครสำเนา)
_____ . ครั้งที่ 7/2548 วันที่ 20 กันยายน 2548 . (อัครสำเนา)
_____ . ครั้งที่ 8/2548 วันที่ 29 กันยายน 2548 . (อัครสำเนา)
_____ . ครั้งที่ 9/2548 วันที่ 11 พฤศจิกายน 2548 . (อัครสำเนา)
_____ . ครั้งที่ 10/2548 วันที่ 22 พฤศจิกายน 2548 . (อัครสำเนา)

วีระศักดิ์ พุทธาศรี, ชุติมา อรรถสิทธิ์ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร . การปรับปรุงสิทธิ
ประโยชน์กรณีทันตกรรม สำนักงานประกันสังคม . รายงานการวิจัย ,
สำนักงานประกันสังคม , 2547 .

บรรณานุกรม (ต่อ)

สุภสิทธิ์ พรรณารุโนทัย . เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ .

พินิจ โลก : ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ , 2544 .

สมชาย สุขศิริเสรีกุล , คร. , ความเสมอภาคในระบบบริการสุขภาพ . วารสารการวิจัย

ระบบสาธารณสุข 2544 , 4 : 322 -324 .