

Original Article

นิพนธ์ต้นฉบับ

การปรับปรุงสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม กองทุนประกันสังคม

วีระศักดิ์ พุทธาศรี

บุติมา อรรถสิทธิ์

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการรับบริการทันตกรรม ความเป็นไปได้ของการขยายสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม ของผู้ประกันคนในกองทุนประกันสังคม ตลอดจนการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดประกันสุขภาพทันตกรรม ร่วมกับการวิเคราะห์พฤติกรรมการรับบริการทันตกรรมจากข้อมูลการสำรวจสถานะอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.๒๕๔๖ การศึกษาค่าใช้จ่ายเพื่อการเบิกจ่ายทันตกรรม จากสำนักงานประกันสังคมตัวอย่าง ๕ เขตพื้นที่ วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นของการเข้ารับบริการทันตกรรม ร่วมกับการสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทันตกรรม ๑๘ คน ในวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๔๗ โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เพื่อเสนอความเป็นไปได้ของการเพิ่มเติมการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานพลาสติก การตรวจฟันและวางแผนการรักษา ในชุดสิทธิประโยชน์ และการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายเป็นเหมาจ่ายรายหัว และการบริหารจัดการ

พ.ศ. ๒๕๔๖ ผู้ประกันคนรับบริการทันตกรรมร้อยละ ๑๑ เฉลี่ย ๐.๑๗ ครั้งต่อคน มีค่าใช้จ่ายจริง ๗๖๒ บาทต่อครั้ง มีการดำเนินเรื่องเบิกจ่ายต่อกองทุนประกันสังคม ๑.๐๔ ล้านครั้ง รวมเป็นเงิน ๒๐๘ ล้านบาท การเบิกจ่ายงานทันตกรรมของกองทุนเป็นร้อยละ ๘๕ ของจำนวนรวมสวัสดิการรักษายาบาลของกองทุนทั้งหมด มีค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนค่าตอบแทนบุคลากรเท่ากับ ๒๓-๓๐ บาทต่อครั้ง หรือ ๓-๗ บาทต่อผู้ประกันคนหนึ่งราย สำหรับข้อเสนอของทางเลือกเพื่อปรับปรุงสิทธิประโยชน์นั้น ทางเลือกแรกอาจให้คงการจ่ายตามจำนวนและประเภทบริการ และขยายเพดานวงเงินทันตกรรม ตั้งแต่ ๕๐๐-๘๐๐ บาทต่อคนต่อปี จะมีค่าใช้จ่าย ๕๐๗-๖๕๑ ล้านบาท ทางเลือกที่สองให้กองทุนเหมาจ่ายงบประมาณรายหัว โดยมีองค์กร/หน่วยงานมารับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจากกองทุน และเป็นผู้รับความเสี่ยงโดยมีหน้าที่จัดหาทันตแพทย์ และคลินิกทันตกรรมที่เพียงพอกับจำนวนผู้ประกันคน และต้องจ่ายค่ารักษาทันตกรรมให้คลินิกตามราคาที่ตกลงไว้เบื้องต้น ผู้ประกันคนจะเข้ารับบริการทันตกรรมในคลินิกเครือข่ายของคู่สัญญาหลักที่ลงทะเบียนไว้ กองทุนฯ จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ ๕๒๘-๖๐๒ ล้านบาท หรือเฉลี่ย ๗๑-๘๑ บาทต่อคน การตัดสินใจของแต่ละทางเลือกจะขึ้นกับการให้ความสำคัญกับประเด็นที่เกี่ยวข้องที่ประกอบด้วย ต้นทุนการบริหารจัดการ, ความเป็นไปได้ทางการเงิน, การเข้าถึงบริการของผู้ประกันคน, ความเท่าเทียมกับกลุ่มสวัสดิการอื่น และคุณภาพของบริการ ที่สำคัญการปรับเปลี่ยนต้องเตรียมความพร้อมในการแก้ปัญหา และการบริหารจัดการ ทั้งนี้ อาจจำเป็นต้องมีรูปแบบวิจัยนำร่องในระดับพื้นที่ก่อนที่จะประกาศใช้ทั่วประเทศ

คำสำคัญ:

สิทธิประโยชน์ทันตกรรม, ประกันสังคม, การรับบริการทันตกรรม, ความเป็นไปได้ทางการเงิน

บทนำ

งานบริการทันตกรรมเป็นสวัสดิการรักษายาบาลที่กำหนดไว้ในสิทธิประโยชน์ของประกันสังคม โดยมีลำดับการพัฒนาแนวคิดรูปแบบของสิทธิประโยชน์ทันตกรรม ดังนี้^(๑)

ใน พ.ศ. ๒๕๓๖ คณะกรรมการการแพทย์ได้ให้ความเห็นว่าการคุ้มครองทันตกรรมมีความจำเป็นและควรเป็นแบบเหมาจ่าย เพราะการจ่ายตามประเภทและจำนวนบริการ (fee for service) ทำให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ แต่จะมีผลต่อการเข้าร่วมของสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน

ใน พ.ศ. ๒๕๓๗ คณะกรรมการฯ ได้กำหนดรายละเอียดสู่การปฏิบัติมากขึ้น กำหนดสิทธิประโยชน์ไว้ที่อุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินปูน ไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อปี พร้อมทั้งกำหนดแบบฟอร์มและแนวทางปฏิบัติ โดยมีข้อสมมติฐานในการวิเคราะห์ว่าเป็นการจ่ายที่ไม่มีผล การจูงใจที่ทำให้ผู้รับบริการเพิ่มจำนวนขึ้นเกินกว่าอัตรา การรับบริการเฉลี่ยของประชากร

ต่อมาได้เริ่มต้นขยายสิทธิประโยชน์ทันตกรรมในวันที่ ๒๔ มกราคม พ.ศ. ๒๕๔๐ ทำให้ผู้ประกันตนได้รับบริการทันตกรรมมากขึ้น คือการขูดหินปูน ร้อยละ ๔๒ การอุดฟัน ร้อยละ ๔๙ และการถอนฟัน ร้อยละ ๓๓^(๒)

คณะกรรมการฯ ได้สรุปปัญหาของการปฏิบัติว่ามีปริมาณงานมาก ใน พ.ศ. ๒๕๔๑ มีข้อสังเกตการทุจริตของการเบิกจ่าย จึงตั้งคณะอนุกรรมการ พิจารณาประโยชน์ทดแทนทันตกรรม (การประชุมครั้งที่ ๘/๒๕๔๑) และนำเสนอผลการทบทวนในการประชุมคณะกรรมการการแพทย์ ครั้งที่ ๑๗/๒๕๔๑ โดยให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมการอุดฟัน ถอนฟัน และการขูดหินปูนทั้งปาก ครั้งละไม่เกิน ๒๐๐ บาท และไม่เกิน ๔๐๐ บาทต่อปี โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง อีกทั้งยังเสนอการทำแบบฟอร์มแผนการตรวจสุขภาพฟัน โดยคาดว่าจะใช้งบประมาณ ๕๐ บาทต่อสองปี แต่ติดเงื่อนไขด้านกฎหมายที่ไม่

สามารถครอบคลุมการตรวจสุขภาพได้ แต่หลักการจัดสวัสดิการสุขภาพของกองทุนฯ เน้นที่ “การซ่อมสุขภาพ” มากกว่า “การสร้างสุขภาพ”

การมีสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมสำหรับผู้ประกันตนนั้นทำให้เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรม โดยจำนวนครั้งของการใช้สิทธิบริการทันตกรรมเพิ่มจาก ๐.๒๔ ล้านครั้งในปี ๒๕๔๐ ที่เริ่มต้นให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเป็น ๐.๔๘ ล้านครั้งในปี ๒๕๔๕ หากคิดเฉลี่ยครั้งต่อคนจะเพิ่มจาก ๐.๐๔ เป็น ๐.๑๓ ครั้งต่อผู้ประกันตน ทั้งนี้พฤติกรรมการขอใช้สิทธิทันตกรรมในแต่ละพื้นที่ไม่แตกต่างกันมากนัก แต่ลักษณะการเข้ารับบริการทันตกรรมของผู้ประกัน สูงสุดในช่วงเดือนสุดท้ายของทุกปี

การสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕^(๓) โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ ๓๓-๓๕ ปี โดยร้อยละ ๔๖ และ ๓๐ มีความจำเป็นในการอุดฟัน ๑ ด้านและ ๒ ด้าน ตามลำดับ ซึ่งรวมกันเฉลี่ย ๑.๖๑ ซีต่อคน การถอนฟันเฉลี่ย ๐.๔ ซีต่อคน สำหรับความจำเป็นในการขูดหินปูนเพื่อรักษาโรคปริทันต์นั้นมีถึงร้อยละ ๙๕ ในด้านใส่ฟันปลอมส่วนใหญ่เป็นการใส่ฟันบางส่วน บน/ล่าง และ -/ล่าง เป็นร้อยละ ๑๙ และ ๒๑ ตามลำดับ โดยทั่วไปตระหนักต่อปัญหาสุขภาพช่องปากของตน คือ ให้ความสำคัญกับการปวด/เสียวฟันมากที่สุดถึงร้อยละ ๔๔ รองลงมาเป็นการรับรู้ว่าตนเองมีปัญหาฟันผุร้อยละ ๔๐ การใส่ฟันที่มาจาก การเคี้ยวอาหารไม่ได้และใส่ฟันปลอมเต็มแล้วเจ็บ มีร้อยละ ๖ และ ๑ ตามลำดับ อาการปวดหรือเสียวฟันเป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องมารับบริการมากที่สุดร้อยละ ๕๑ รองลงมาเป็นการมีฟันผุหรือจุดดำบนฟัน และมีหินปูนเป็นร้อยละ ๒๕ และ ๒๒ ตามลำดับ

อุปสงค์ของการเข้ารับบริการทันตกรรมนอกจากจะขึ้นกับอุบัติการณ์ของโรคแล้ว^(๔) ยังเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา^(๕) รายได้^(๖) เพศและอายุ^(๗) สำหรับภาพรวมพฤติกรรมการรับบริการทันตกรรมของผู้ประกันตนที่ผ่านมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากความสะดวกของการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล หรือคลินิกใด ๆ ก็ได้

*ผู้ประกันตนหนึ่งคนอาจได้รับบริการทันตกรรมมากกว่าหนึ่งรายการ

หลังจากดำเนินการได้ระยะหนึ่งจึงพบปัญหาที่เกิดจากการให้ประโยชน์ทดแทนกรณีทันตกรรม ได้แก่ ปริมาณงานของสำนักงานประกันสังคมเพิ่มขึ้น ปัญหาคุณภาพของสถานพยาบาลบางแห่งที่ให้บริการมากผิดปกติ บางแห่งใช้การออกหน่วยเคลื่อนที่เพื่อต้องการปริมาณ แต่ไม่คำนึงถึงคุณภาพบริการ และมีปัญหาจริยธรรมของการเบิกจ่าย เช่น การเขียนใบเสร็จไม่ตรงกับงานทันตกรรมที่ให้บริการจริง^(๔) ประกอบกับปัจจุบันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เริ่มดำเนินการในปี ๒๕๔๔ มีทั้งสถานพยาบาลรัฐและเอกชนเป็นคู่สัญญาหลักกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้เป็นตัวช่วยของการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล ที่รวมการบริการทันตกรรมเหมาจ่ายรายหัวรวมกับการรักษาพยาบาลทั่วไปด้วย วัตถุประสงค์ของการวิจัยนี้จึงต้องการอธิบายพฤติกรรมการรับบริการทันตกรรมของผู้ประกันตน เสนอความเป็นไปได้ของการเพิ่มเติมการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานพลาสติก การตรวจฟันและวางแผนการรักษาในชุดสิทธิประโยชน์ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจ่ายเป็นเหมาจ่ายรายหัวเพื่อแก้ปัญหาที่พบจากการดำเนินการที่ผ่านมา อีกทั้งเงื่อนไขการบริหารจัดการที่เหมาะสม โดยคาดว่าจะสามารถนำผลการศึกษามาปรับนโยบายของกองทุนประกันสังคมในกรณีทันตกรรม ทั้งรูปแบบของการจ่ายเงินและสิทธิประโยชน์ทันตกรรมที่เหมาะสม ทางเลือกการปฏิรูปชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม ให้มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรมากที่สุด โดยมุ่งหวังให้ผู้ประกันตนได้รับการบริการทันตกรรมที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพช่องปาก^(๕,๖)

วิธีการศึกษา

ขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วย

- ๑) การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดประกันสุขภาพทันตกรรม
- ๒) ศึกษาอัตราการใช้บริการทันตกรรมของผู้ประกันตนใน พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๖ โดยใช้ฐานข้อมูล

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งได้จากการสำรวจตัวอย่างทั่วประเทศ ๒๗,๐๐๐ ครัวเรือน (เป็นผู้ประกันตนประมาณร้อยละ ๙) ครอบคลุมปัจจัยเพศ อายุ รายได้ การไปรับบริการทันตกรรม สถานพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการรับบริการ

๓) วิเคราะห์พฤติกรรมการใช้สิทธิประกันสังคมกรณีทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๔๖ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักงานประกันสังคม ครอบคลุมประเด็นจำนวนการรับบริการ และจำนวนเงินที่ยื่นขอใช้สิทธิ

๔) ศึกษาต้นทุนธุรกรรมการเบิกจ่าย (transaction cost) ของกองทุนประกันสังคม เพื่อการดำเนินการตามสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม จากสำนักงานประกันสังคมเขต/จังหวัด ๙ แห่ง ประกอบด้วยสำนักงานประกันสังคมเขต ๗, เชียงใหม่, เชียงราย, ลำปาง, ขอนแก่น, นครราชสีมา, ชลบุรี, สงขลา และภูเก็ต โดยใช้เงินเดือนและค่าตอบแทนทั้งปีของ พ.ศ. ๒๕๔๖ ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการเบิกจ่ายทันตกรรม และแยกสัดส่วนเวลาปฏิบัติงานอื่นนอกเหนือด้วยจำนวนรายที่ต้องจัดการเบิกจ่ายในรอบปี

๕) สัมภาษณ์หัวหน้าฝ่ายประโยชน์ทดแทนของสำนักงานประกันสังคมทั้ง ๙ แห่ง เรื่องสถานการณ์ข้อจำกัด ตลอดจนปัญหาอุปสรรค โดยใช้วิธีการนัดสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยหนึ่งคน ใช้เวลาประมาณ ๓๐ นาทีต่อสำนักงานประกันสังคมหนึ่งแห่ง

๖) คำนวณค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นของการบริการทันตกรรม เพื่อกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัว เท่ากับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งตามประเภทบริการ คูณจำนวนเฉลี่ยครั้งต่อคนต่อปีตามประเภทบริการ

๗) จัดสนทนากลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการจัดบริการทันตกรรม จำนวน ๑๔ คน โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากกระทรวงสาธารณสุข ทันตแพทยสภา ทันตแพทยสมาคม สมาคมทันตแพทย์เอกชน และผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อเสนอทางเลือกของ

บริการทันตกรรม เพิ่มเติมการใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานพลาสติก การตรวจฟันและวางแผนการรักษาในชุดสิทธิประโยชน์ การเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายเป็นเหมาจ่ายรายหัว และการบริหารจัดการ

ผลการศึกษา

การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ รายงานจำนวนครั้งเฉลี่ยของการรับบริการทันตกรรมทุกประเภทของผู้ประกันตนทั้งหมด เท่ากับ ๐.๑๗ ครั้งต่อคนต่อปี (ชาย ๐.๑๔ หญิง ๐.๒๐ ครั้งต่อคนต่อปี) สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเล็กน้อย (๐.๑๖ ครั้งต่อคนต่อปี) (ตารางที่ ๑) และในการสำรวจได้ประเมินค่าใช้จ่ายของการเข้ารับบริการทันตกรรมครั้งสุดท้ายของผู้ประกันตนเฉลี่ยเท่ากับ ๗๖๒ บาท สถานพยาบาลอดนียมของผู้ประกันตน คือ คลินิกเอกชน (ร้อยละ ๔๔) และโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ ๑๔) อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้รับบริการจำนวนมากที่ไม่ได้ใช้สิทธิเบิกจ่ายจากประกันสังคมในการรับบริการทันตกรรม โดยเป็นความประสงค์ที่ไม่ต้องการใช้เองทั้งที่มีสิทธิ ร้อยละ ๒๕ ส่วนอีกร้อยละ ๗ ให้เหตุผลว่าสิทธิที่กำหนดให้ไม่ครอบคลุม (ทั้งจำนวนครั้งและประเภทบริการ)

ใน พ.ศ. ๒๕๔๖ สำนักงานประกันสังคมดำเนิน

การเบิกจ่ายกรณีทันตกรรมตามสิทธิที่กำหนดให้ทั้งสิ้น ๑.๐๔ ล้านครั้ง เฉลี่ย ๑.๑๔ ครั้งต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน* รวมเป็นเงิน ๒๐๔ ล้านบาท มีการเบิกจ่ายเฉลี่ย ๒๐๐ บาทต่อครั้ง หรือเฉลี่ย ๒๔ บาทต่อผู้ประกันตน ซึ่งสูงกว่าการรับบริการของ พ.ศ. ๒๕๔๕ ที่มีเพียง ๐.๘๙ ล้านครั้ง เฉลี่ย ๑.๑๓ ครั้งต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน รวมเป็นเงิน ๑๗๕ ล้านบาท เมื่อเปรียบเทียบภาระงานของสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมกับสิทธิประโยชน์อื่น พบว่าสิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วยทั้งหมดที่เกิดขึ้นตลอดปี ๒๕๔๖ ที่ต้องทำธุรกรรมเบิกจ่าย (transaction) ทั้งสิ้น ๑.๒๒ ล้านครั้ง จะเป็นภาระงานของทันตกรรมถึงร้อยละ ๔๕.๔ ขณะเดียวกัน จำนวนเงินการเบิกจ่ายต่อครั้งของงานทันตกรรมกลับมีค่าน้อยที่สุดเพียง ๒๐๐ บาทต่อครั้ง (ตารางที่ ๒)

การศึกษาค่าใช้จ่ายในการจัดการเบิกจ่ายทันตกรรม (คิดเฉพาะค่าแรงงาน เพราะถือว่าเป็น ต้นทุนทางตรง-direct cost ซึ่งต้นทุนหลักที่จะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีการปรับระบบการเบิกจ่ายเงินใหม่ส่วนต้นทุนอื่น ๆ ได้แก่ ค่าวัสดุอุปกรณ์ มีค่าน้อยมาก งบลงทุนหรือต้นทุนคงที่

*ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายทันตกรรมเดิมที่มีอยู่ ระบุเป็นจำนวนครั้งของการทำเรื่องเบิกจ่าย

ตารางที่ ๑ จำนวนครั้งเฉลี่ยการรับบริการทันตกรรมทุกประเภทของผู้ประกันตน (หน่วย : ครั้งต่อคน)

ผู้ประกันตน	กลุ่มอายุ			ค่าเฉลี่ยของประเทศ
	รวม	ชาย	หญิง	
๑๕-๒๐ ปี	๐.๐๕	๐.๐๑	๐.๐๘	๐.๑๕
๒๑-๓๐ ปี	๐.๑๖	๐.๑๑	๐.๒๑	๐.๑๕
๓๑-๔๐ ปี	๐.๑๖	๐.๑๓	๐.๑๕	๐.๑๖
๔๑-๕๐ ปี	๐.๒๒	๐.๒๑	๐.๒๓	๐.๑๗
๕๑-๖๐ ปี	๐.๒๗	๐.๒๖	๐.๒๕	๐.๑๘
> ๖๐ ปี	๐.๒๔	๐.๓๒	๐.๑๕	๐.๑๓
รวม	๐.๑๗	๐.๑๔	๐.๒๐	๐.๑๖

ที่มา: การสำรวจสถานะอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ ๒ การเปรียบเทียบภาระงานและค่าเฉลี่ยของสิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วย พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๖

รายการ	พ.ศ. ๒๕๔๕ (รวม ๑.๐๒ ล้านครั้ง)			พ.ศ. ๒๕๔๖ (รวม ๑.๒๒ ล้านครั้ง)		
	ร้อยละ	บาท/ครั้ง	บาท/คน	ร้อยละ	บาท/ครั้ง	บาท/คน
กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน	๓.๘	๑,๕๘๕	๑๑.๒๘	๔.๑	๒,๐๔๔	๑๓.๘๓
กรณีอุบัติเหตุ	๒.๕	๒,๖๘๖	๕.๕๒	๒.๘	๒,๘๕๕	๑๓.๑๐
เงินทดแทนการขาดรายได้	๓.๗	๒,๓๕๖	๑๓.๑๖	๔.๐	๒,๓๓๕	๑๕.๔๕
อุปกรณ์-แพทย์พิเศษ	๑.๘	๖,๒๖๒	๑๗.๐๗	๑.๕	๖,๖๐๕	๒๐.๐๗
ไตวายเรื้อรัง	๑.๘	๗,๔๘๕	๑๕.๗๓	๑.๘	๘,๑๔๓	๒๔.๐๒
ปลูกถ่ายไขกระดูก	๐.๐	๗๓๑,๒๐๕	๒.๓๓	๐.๐	๕๕๗,๐๕๐	๑.๔๒
ทั้งหมดรวม	๘๖.๔	๑๕๗	๒๕.๔๔	๘๕.๔	๒๐๐	๒๘.๐๔

ปรับปรุงจากข้อมูลกองวิชาการ สำนักงานประกันสังคม (กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๗)

ก็จะยังไม่คำนึงถึงเพราะเป็นต้นทุนที่ได้ลงไปแล้ว เช่น อาคารสถานที่ คอมพิวเตอร์) ของกรณีศึกษาทั้ง ๙ แห่ง โดยใช้เงินเดือนและค่าตอบแทนทั้งปี ๒๕๔๖ ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริการเบิกจ่ายทันตกรรม และแยกสัดส่วนเวลาปฏิบัติงานอื่นออก หาดำเนินการรายที่ต้องจัดการเบิกจ่ายในรอบปี ๒๕๔๖ โดยมีข้อสมมติของการคำนวณต้นทุนของการเบิกจ่ายแต่ละประเภทเท่ากัน การเบิกจ่ายทุกรายการใช้ค่าเฉลี่ยต่อครั้งเท่ากัน (ซึ่งในทางปฏิบัติแล้วงานทันตกรรม อาจจะวินิจฉัยง่ายกว่าการเบิกจ่ายประเภทอื่น ๆ บ้าง) และไม่รวมค่าแรงงานสนับสนุนอื่น ๆ เช่น เจ้าหน้าที่การเงิน ผู้บริหารระดับต่าง ๆ ในขั้นตอนการคำนวณจะแปรไปตามรูปแบบการบริหารจัดการของสำนักงานประกันสังคมเขต/พื้นที่นั้น ๆ เช่น บางแห่งอาจจัดบุคคลทำหน้าที่ “one-stop service” ของงานทันตกรรมโดยตรง หรือบางแห่งใช้หลายคนรับผิดชอบหลายเรื่องตามลำดับคิว หากเป็นกรณีหลัง จะใช้ค่าแรงตามสัดส่วนจำนวนครั้งการเบิกจ่ายของทันตกรรมต่อการเบิกจ่ายทั้งหมด

ผลการคำนวณค่าใช้จ่ายที่เป็นเงินเดือนค่าตอบแทนบุคลากรต่อการดำเนินการเบิกทันตกรรมหนึ่งครั้งต่ำสุด ๒๖.๑๙ บาท (เชียงใหม่) สูงสุด ๓๔.๕๕ บาท

(สงขลา) หรือเฉลี่ยต่อผู้ประกันตนหนึ่งคน ต่ำสุด ๒.๔๔ บาท (ชลบุรี) สูงสุด ๖.๙๗ บาท (ภูเก็ต) สัดส่วนค่าใช้จ่ายในการจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายต่อจำนวนวงเงินเบิกจ่ายค่าทันตกรรมคืนให้ผู้ประกันตนแต่ละครั้งอยู่ระหว่างร้อยละ ๑๑.๗ - ๒๐ (ตารางที่ ๓)

การสัมภาษณ์หัวหน้าฝ่ายประโยชน์ทดแทนทั้ง ๙ แห่ง สรุปความเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์และข้อจำกัดในการดำเนินการเพื่อสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมในรูปแบบปัจจุบัน ดังนี้

๑. มีความเห็นตรงกันว่าบริการทันตกรรมไม่ใช่การกระจายความเสี่ยงเหมือนการรักษาพยาบาลทั่วไป ทุกคนมีความจำเป็นในการพบทันตแพทย์ประจำปีอยู่แล้ว อย่างน้อยต้องตรวจฟันประจำปี การทำความสะอาดฟัน หรือซุดหินปูนเพื่อป้องกันโรคปริทันต์ การตัดสินใจเข้ารับบริการขึ้นอยู่กับความตระหนัก ดังนั้นภาระงาน จำนวนครั้งที่ขอเบิกค่าบริการทันตกรรมจะมีค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้สิทธิรักษาพยาบาลอื่น ๆ บางสำนักงานประกันสังคมเขต/จังหวัด มีภาระบริการจ่ายโอนเงินคืนทางธนาคารด้วย

๒. ปัญหาการตีความและการครอบคลุมสิทธิประโยชน์ที่กำหนดเป็นกิจกรรมการอุดฟัน ถอนฟัน

ตารางที่ ๓ ภาระธุรกรรมการเบิกจ่ายสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรม พ.ศ. ๒๕๕๖

สำนักงานประกันสังคม	เงินเดือนค่าตอบแทน		สัดส่วนค่าใช้จ่าย (ร้อยละ)
	ต่อคน	ต่อครั้ง	
ชลบุรี	๒.๘๔	๒๓.๑๑	๑๑.๗
เขต ๗	๔.๗๒	๓๒.๗๘	๑๖.๕
ลำปาง	๔.๕๔	๓๕.๒๔	๑๘.๖
ขอนแก่น	๕.๔๑	๓๔.๘๔	๑๗.๕
สงขลา	๕.๔๗	๓๘.๕๕	๒๐.๐
เชียงใหม่	๕.๕๘	๒๖.๑๕	๑๓.๔
นครราชสีมา	๕.๗๕	๓๖.๕๕	๑๕.๓
เชียงราย	๖.๓๕	๓๐.๖๒	๑๕.๗
ภูเก็ต	๖.๕๗	๓๐.๔๘	๑๕.๓

ชุดหินปูน มีการตีความต่างกันไป เช่น การผ่าฟันคุด เป็นการถอนฟันหรือไม่ การเอกซเรย์ฟันก่อนอุดฟัน รวมอยู่ในการอุดฟันหรือไม่ โดยเฉพาะในการรักษาในระดับโรงพยาบาลที่มีการแยกรายการอย่างละเอียดของการให้บริการทุกรายการ

๓. ข้อสังเกตอุปสรรคและปัญหาเชิงทุจริตจากผู้ให้บริการ เช่น การไม่ได้ให้บริการทันตกรรมจริง การเขียนใบรับรองไม่ตรงกับบริการที่ให้จริง บางครั้งอาจพบความไม่ถูกต้องที่ไม่ใช่เรื่องทุจริตเพียงแต่ต้องการอนุโลมให้ผู้ประกันตนเบิกได้ตามสิทธิที่ควรได้ เช่น การอุดฟันสองซี่ในครั้งเดียวกันโดยแยกใบเสร็จรับเงินเป็นสองวัน ๆ ละหนึ่งซี่ เพื่อป้องกันปัญหาการตีความว่า เบิกได้ครั้งละหนึ่งรายการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการปฏิบัติไม่สอดคล้องกับกฎที่มีโดยไม่ได้เจตนาทุจริต

๔. การตรวจสอบและกำกับดูแล ฝ่ายประโยชน์ทดแทนหรือกองประโยชน์ทดแทน มีหน้าที่ออกแบบวิธีปฏิบัติ และการตรวจสอบกรณีที่สงสัยในความถูกต้องอุปสรรคที่สำคัญคือ ผู้วินิจฉัยไม่รู้ข้อเท็จจริงมากเท่าที่ผู้ประกอบการวิชาชีพ การตรวจสอบบางครั้งไม่ได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ประกอบการวิชาชีพ

การสนทนากลุ่มเพื่อรับฟังความคิดเห็นจากวิชาชีพทันตกรรม ในวันที่ ๓ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๗ ผู้เข้าร่วมประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพภาคเอกชน-ภาครัฐ ทันตแพทย์สมาคม ทันตแพทย์สภา และนักวิชาการจำนวน ๑๔ คน เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ทางการเงินของการขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุม การตรวจฟันประจำปี และการใส่ฟันปลอมฐานพลาสติก ความเป็นไปได้ของการปรับเปลี่ยนระบบการจ่ายจากการกำหนดเพดานเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว โดยมีประเด็นหลักในการสนทนากลุ่มประกอบด้วย การบริหารจัดการและต้นทุน ความเป็นไปได้ทางการเงิน การเข้าถึงบริการ ความรู้สึกเท่าเทียมกับสวัสดิการอื่น และคุณภาพบริการ โดยมีความเห็นสำหรับเป็นทางเลือกในการปรับปรุงสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมสำหรับผู้ประกันตนไว้สองทางเลือก คือ

ทางเลือก ๑ คงสภาพการจ่ายตามจำนวนและประเภทบริการ (fee for service) ตามเดิม ปรับขยายวงเงินเบิกจ่ายต่อปี และมีรูปแบบบริหารจัดการที่มีความยืดหยุ่นของจำนวนครั้งและจำนวนเงินที่เบิกต่อครั้ง สูตรการคำนวณงบประมาณทางเลือกที่หนึ่ง คือ

ตารางที่ ๔ งบประมาณสำหรับการบริการทันตกรรม ในทางเลือกที่หนึ่ง

กลุ่มอายุ	ผู้ประกันตน (ร้อยละ)	อัตราค่าบริการ (ร้อยละ)	อัตราที่กำหนดให้เบิก บาทต่อปี (หน่วย : ล้านบาท)				
			๔๐๐ บาท	๕๐๐ บาท	๖๐๐ บาท	๗๐๐ บาท	๘๐๐ บาท
๑๕-๒๐ ปี	๗.๗๐	๔.๓	๕.๗๘	๑๒.๒๓	๑๔.๖๗	๑๗.๑๒	๑๙.๕๗
๒๑-๓๐ ปี	๔๖.๖๐	๑๑.๑	๑๕๓.๘๒	๑๙๒.๒๗	๒๓๐.๗๓	๒๖๙.๑๙	๓๐๗.๖๔
๓๑-๔๐ ปี	๓๐.๒๕	๑๑.๑	๕๕.๔๕	๑๒๔.๓๖	๑๔๕.๒๔	๑๗๔.๑๒	๑๙๙.๕๕
๔๑-๕๐ ปี	๑๑.๕๒	๑๓.๖	๔๗.๕๓	๕๕.๕๑	๗๑.๘๕	๘๓.๘๘	๙๕.๘๖
๕๑-๖๐ ปี	๓.๑๘	๑๔.๐	๑๓.๒๐	๑๖.๕๑	๑๙.๘๑	๒๓.๑๒	๒๖.๔๑
> ๖๐ ปี	๐.๓๔	๑๓.๘	๑.๔๐	๑.๗๕	๒.๑๐	๒.๔๖	๒.๘๑
ไม่ระบุ	๐.๐๑	๑๑.๒	๐.๐๓	๐.๐๔	๐.๐๕	๐.๐๗	๐.๐๗
รวม	๑๐๐.๐๐	๑๑.๒	๓๒๕.๖๘	๔๐๗.๑๑	๔๘๘.๕๓	๕๘๔.๔๑	๖๕๑.๓๗

$Y = N \times P \times B$ โดยที่

Y-จำนวนงบประมาณกองทุน (ค่าสูงสุด)

N-จำนวนผู้ประกันตน ใน พ.ศ. ๒๕๔๖

P-ร้อยละของการใช้บริการใช้ฐานเฉลี่ยของกลุ่มผู้ประกันตนจากการสำรวจสถานะอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖ ตามกลุ่มอายุ

B-อัตราที่กำหนดเงินเบิกจ่ายต่อคนต่อปี โดยมีทางเลือกตั้งแต่ ๔๐๐ บาท เพิ่มเป็น ๕๐๐, ๖๐๐, ๗๐๐, ๘๐๐ บาท

จากตารางที่ ๔ หากใช้ราคาอัตราค่าใช้จ่ายในการรับบริการเท่ากับที่กำหนดในปัจจุบันไม่เกิน ๔๐๐ บาท ต่อคนต่อปี กองทุนประกันสังคมต้องรับภาระในการจัดเตรียมงบประมาณสูงสุด (อัตราการเบิกจ่ายร้อยละ ๑๐๐ ตามการรับบริการจริง) เป็นเงิน ๓๒๕.๖๘ ล้านบาท ซึ่งสูงกว่าการจ่ายในปัจจุบันของกองทุนฯ ที่ใช้เพียง ๒๐๔ ล้านบาท เท่ากับร้อยละ ๖๔ ของตัวเลขที่คำนวณได้ เนื่องจากข้อเท็จจริงที่ว่าไม่ได้มีการขอเบิกในการรับบริการทุกคนหรือทุกครั้ง ในทำนองเดียวกันหากกองทุนฯ ต้องการปรับเพดานการเบิกจ่ายเพิ่มขึ้นตั้งแต่ ๕๐๐ บาท ถึง ๘๐๐ บาทต่อปี กองทุนฯ จะต้องใช้งบประมาณสูงสุดระหว่าง ๔๐๗.๑๑ - ๖๕๑.๓๗ ล้านบาท

ทางเลือก ๒ ให้กองทุนฯ จ่ายเหมารายหัวแก่คู่สัญญาหลัก (capitation base) ส่วนทันตแพทย์ผู้ให้บริการได้รับค่าบริการตามจำนวนและประเภทบริการ โดยมีโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก/องค์กร/หน่วยงานมารับงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวจากกองทุนฯ และเป็นผู้รับความเสี่ยง โดยมีหน้าที่จัดหาทันตแพทย์และคลินิกทันตกรรมให้เพียงพอกับจำนวนผู้ประกันตน และต้องจ่ายค่ารักษาทันตกรรม ให้คลินิกทันตกรรมในเครือข่ายตามราคาที่ตกลงไว้เบื้องต้น ส่วนผู้ประกันตนต้องลงทะเบียนกับคู่สัญญาหลักนี้ และเข้ารับบริการทันตกรรมในคลินิกเครือข่ายโดยไม่จำกัดจำนวนครั้งต่อปี แต่อาจพิจารณาการร่วมจ่ายส่วนเกินจากราคาที่คู่สัญญาหลักประกาศ (เงื่อนไขในการบริหารจัดการขึ้นกับข้อตกลงหรือแนวคิดให้มีการร่วมจ่ายด้วยหรือไม่) สูตรการคำนวณงบประมาณค่ารักษาทันตกรรมเฉลี่ยคน คือ

$$Y = [R \times (r_1 B_1)] + [P \times B_{\text{ตรวจฟัน}}] \text{ โดยที่}$$

R-จำนวนครั้งเฉลี่ยต่อคนของกลุ่มผู้ประกันตนจากการสำรวจสถานะอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. ๒๕๔๖

P-ร้อยละของบุคคลที่ได้รับการทันตกรรมในรอบปี

r_1 -สัดส่วนของประเภทบริการอุดฟัน ถอนฟัน ชูด

หินปูนและใส่ฟัน โดยใช้สัดส่วนจากการสำรวจทัศน-
 สุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ (สัดส่วนของการมีฟันผุ การ
 ปวดฟัน การมีหินปูน และอื่น ๆ เท่ากับ ๒๑.๑๗ : ๔๓.๑๑
 : ๒๔.๓๓ : ๑๑.๔๔)

B₁-อัตราการจ่ายของกองทุนในการรับบริการ
 (ถือว่าเป็นตารางราคาที่กำหนด) ประกอบด้วย

ข้อเสนอจ่ายอัตรา ก : ประกันสังคมจะจ่ายค่า
 รักษาการอุดฟัน ถอนฟัน หรือขูดหินปูน ครั้งละ ๒๐๐ บาท
 (เท่ากับที่เคยให้เบิกจ่ายต่อครั้งเพียงแต่ไม่จำกัดจำนวน
 ครั้ง) ส่วนสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มให้คือ การใส่ฟันปลอม
 ชั้นละ ๑,๐๐๐ บาท ตรวจสอบสุขภาพฟันและวางแผนการ
 รักษาครั้งละ ๕๐ บาท

ข้อเสนอจ่ายอัตรา ข : ปรับค่าใช้จ่ายอุดฟันทุก
 ประเภท ๒๕๐ บาท การถอนฟัน ๒๕๐ บาท การขูด
 หินปูน ๓๐๐ บาท การใส่ฟันปลอมชั้นละ ๑,๐๐๐ บาท
 ตรวจสอบสุขภาพฟันและวางแผนการรักษาครั้งละ ๕๐ บาท

ถ้าการเข้ารับบริการของกลุ่มผู้ประกันตนคงที่ ทั้ง
 ร้อยละและจำนวนครั้งเฉลี่ยของการรับบริการ โดยใช้
 เงื่อนไขจ่ายอัตรา ก เฉพาะการอุดฟัน ถอนฟัน และ
 ขูดหินปูน กองทุนฯ จะมีค่าใช้จ่าย บริการเฉลี่ย ๓๐.๕๑
 บาทต่อคนต่อปี แต่ถ้าสำนักงานประกันสังคมเพิ่มเป็น
 อัตรา ข ค่าใช้จ่ายเพิ่มเป็น ๔๐.๒๓ บาทต่อคนต่อปี

หากต้องการเพิ่มสิทธิประโยชน์การใส่ฟันด้วยจะต้อง
 เพิ่มอีก ๑๙.๗๙ บาทต่อคนต่อปี การตรวจฟันประจำปี
 พร้อมกับการวางแผนการรักษาเฉลี่ย ๕.๖๒ บาทต่อคน
 ต่อปี (จำนวนการตรวจฟันประจำปี คิดเท่ากับจำนวนผู้
 ประกันตนที่ได้รับบริการทันตกรรมในรอบปีนั้น) (ตารางที่
 ๕)

อย่างไรก็ตามสำหรับการจัดการระบบเหมาจ่าย
 นอกจากงบประมาณเพื่อการรักษาทันตกรรมแล้ว
 กองทุนฯ ต้องเตรียมงบประมาณสำหรับการดำเนินการ
 ด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น จัดพิมพ์แบบตรวจฟันประมาณ ๐.๕๐
 บาทต่อคน ค่าการบริหารจัดการให้สำหรับคู่สัญญาหลัก
 ๓ บาทต่อคน และที่สำคัญต้องมีงบประมาณเพื่อ
 ดำเนินการติดตามตรวจสอบและประเมินผล ประมาณ ๒
 บาทต่อคน

การคำนวณเพื่อประมาณการค่าใช้จ่ายของกองทุน-
 ประกันสังคม ที่รวมงบประมาณการดำเนินงานและ
 ประเมินผล ในอัตราค่าบริการปัจจุบัน (คงที่) จน
 ถึงการเพิ่มขึ้นจนถึงร้อยละ ๑๕ หากกองทุนฯ เลือกจ่าย
 ตามอัตรา ก ต้องใช้งบประมาณต่อหัว ๖๑.๔๒-๖๙.๕๐ บาท
 คิดเป็นภาระการเงินรวมทั้งสิ้นประมาณ ๔๕๖.๕๙-
 ๕๑๔.๙๔ ล้านบาท (ภายใต้ฐานข้อมูลจำนวนผู้ประกันตน
 พ.ศ. ๒๕๕๖) แต่หากกองทุนประกันสังคมเลือกจ่ายอัตรา

ตารางที่ ๕ ค่าใช้จ่ายต่อคนของกองทุนฯ ในทางเลือกที่สอง ด้วยอัตราค่าบริการคงเดิม (หน่วย : บาทต่อคน)

กลุ่มอายุ	กำหนดจ่ายอัตรา ก			กำหนดจ่ายอัตรา ข		
	อุด-ถอน-ขูดหินปูน	ใส่ฟันปลอม	ตรวจฟัน	อุด-ถอน-ขูดหินปูน	ใส่ฟันปลอม	ตรวจฟัน
๑๕-๒๐ ปี	๘.๖๘	๕.๖๓	๒.๑๕	๑๑.๔๔	๕.๖๓	๒.๑๕
๒๑-๓๐ ปี	๒๕.๔๗	๑๕.๑๑	๕.๕๘	๓๘.๘๕	๑๕.๑๑	๕.๕๘
๓๑-๔๐ ปี	๒๕.๓๐	๑๕.๐๐	๕.๕๕	๓๘.๖๓	๑๕.๐๐	๕.๕๕
๔๑-๕๐ ปี	๓๘.๕๗	๒๕.๒๗	๖.๗๕	๕๑.๓๘	๒๕.๒๗	๖.๗๕
๕๑-๖๐ ปี	๔๘.๒๒	๓๑.๒๖	๗.๐๒	๖๓.๕๗	๓๑.๒๖	๗.๐๒
> ๖๐ ปี	๔๒.๗๓	๒๗.๗๑	๖.๕๐	๕๖.๓๔	๒๗.๗๑	๖.๕๐
รวม	๓๐.๕๑	๑๕.๗๕	๕.๖๒	๔๐.๒๓	๑๕.๗๕	๕.๖๒

ตารางที่ ๖ งบประมาณการจัดการสิทธิประโยชน์ทันตกรรมแบบเหมาจ่ายรายหัว ณ อัตราค่าบริการต่าง ๆ (หน่วย : บาทต่อคน)

รายการ	อัตราค่าบริการทันตกรรมผู้ประกันตน							
	จ่ายตามอัตรา ก				จ่ายตามอัตรา ข			
	คงที่	+๕%	+๑๐%	+๑๕%	คงที่	+๕%	+๑๐%	+๑๕%
อุด-ถอน-ขูดหินปูน	๓๐.๕๑	๓๒.๐๔	๓๓.๕๗	๓๕.๐๙	๔๐.๒๓	๔๒.๒๔	๔๔.๒๕	๔๖.๒๗
ใส่ฟัน	๑๙.๗๙	๒๐.๗๘	๒๑.๗๖	๒๒.๗๕	๑๙.๗๙	๒๐.๗๘	๒๑.๗๖	๒๒.๗๕
ตรวจฟัน	๕.๖๒	๕.๙๐	๖.๑๘	๖.๔๖	๕.๖๒	๕.๙๐	๖.๑๘	๖.๔๖
๑. รวมเฉพาะรักษา	๕๕.๙๒	๕๘.๗๑	๖๑.๕๑	๖๔.๓๐	๖๕.๖๓	๖๘.๙๒	๗๒.๒๐	๗๕.๔๘
๒. พิมพ์แบบตรวจ	๐.๕๐	๐.๕๐	๐.๕๐	๐.๕๐	๐.๕๐	๐.๕๐	๐.๕๐	๐.๕๐
๓. บริหารจัดการ	๓.๐๐	๓.๐๐	๓.๐๐	๓.๐๐	๓.๐๐	๓.๐๐	๓.๐๐	๓.๐๐
๔. ติดตามประเมินผล	๒.๐๐	๒.๐๐	๒.๐๐	๒.๐๐	๒.๐๐	๒.๐๐	๒.๐๐	๒.๐๐
รวม	๖๑.๔๒	๖๔.๒๑	๖๗.๐๑	๖๙.๘๐	๗๑.๑๓	๗๔.๔๒	๗๗.๗๐	๘๐.๙๘

ข ต้องใช้งบประมาณต่อหัว ๗๑.๑๓-๘๐.๙๘ บาท หรือ ภาระการเงินต่อปีเท่ากับ ๕๒๔.๘๓-๖๐๒.๐๒ ล้านบาท (ตารางที่ ๖)

วิจารณ์และสรุป

ผู้ประกันตนได้รับบริการทันตกรรมจริงทุกประเภท ร้อยละ ๑๑ เฉลี่ย ๐.๑๗ ครั้งต่อคน มีค่าใช้จ่ายจริง ๗๖๒ บาทต่อครั้ง ซึ่งมีการดำเนินเรื่องเบิกจ่ายต่อกองทุนประกันสังคม ๑.๐๔ ล้านครั้ง รวมเป็นเงิน ๒๐๔.๔๖ ล้านบาท อย่างไรก็ตาม จำนวนเงินที่กองทุนประกันสังคมอนุมัติเบิกจ่ายนั้น เป็นการกำหนดเพดานไว้ จึงไม่ได้สะท้อนค่าใช้จ่ายของการเข้ารับบริการทันตกรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ประกันตนที่แท้จริง ภาระธุรกรรมการเบิกจ่ายค่ารักษาทันตกรรมของกองทุนฯ เป็นร้อยละ ๔๕.๔๒ ของจำนวนสวัสดิการรักษายาบาลของกองทุนฯ ทั้งหมดรวมกัน มีค่าเฉลี่ยเบิกครั้งละ ๒๐๐ บาท มีค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนค่าตอบแทนบุคลากรเท่ากับ ๒๓-๓๐ บาทต่อครั้ง คิดเป็น ๓-๗ บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งราย อย่างไรก็ตาม ก็ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายเฉลี่ยแตกต่างกัน อาจไม่ใช่เรื่องการบริหารจัดการบุคลากรเพื่อการบริการเบิกจ่าย

ของแต่ละแห่งเพียงเท่านั้น ความแตกต่างนั้นอาจมาจากฐานเงินเดือนบุคลากรตามระบบที่เป็นราชการ จำนวนผู้ประกันตนในพื้นที่ จำนวนครั้งของการรับบริการ และการส่งเบิกจ่ายของผู้ประกันตนในเขตพื้นที่ ดังนั้น ต้นทุนส่วนนี้จึงไม่อาจตีความเป็น “ประสิทธิภาพ” ของสำนักงานแต่ละเขตพื้นที่นั้น ๆ ได้

การศึกษาการเพิ่มสิทธิประโยชน์กรณีทันตกรรมของประกันสังคม มีจำนวนไม่มากนัก ตัวอย่างเช่น ทรงยศ สงวนพงศ์ ในปี ๒๕๓๙^(๑๑) ได้ศึกษาประมาณค่าบริการทันตกรรม ถ้าหากรวมการใส่ฟันปลอมบางส่วนด้วย ความเหมาะสมของอัตราเงินเบิกจ่ายต่อปีของกรณีทันตกรรม ควรอยู่ระหว่าง ๓๖๗.๖๕ และ ๕๖๗.๔๔ บาท แต่สำหรับข้อเสนอสองแนวทางในการวิจัยนี้ว่าจะยังคงเป็นรูปแบบเดิมหรือเหมาจ่ายรายหัวนั้น นอกเหนือจากการวิเคราะห์ทางการเงินแล้ว ก่อนตัดสินใจ ควรพิจารณาประเด็นสำคัญอื่น ๆ ประกอบด้วย

การเลือกจ่ายในรูปแบบเดิม เงื่อนไขสำคัญคือขยายสิทธิประโยชน์ไม่จำเป็นต้องระบุว่า “เพิ่มการทำฟันปลอม” เนื่องจากการมีปัญหาค่าความ ด้วยการรักษาที่เกี่ยวข้องกัน เช่น การเอกซเรย์ฟันก่อนถอนหรือ

หลังตอนที่มีปัญหา การจ่ายยารักษาฟันและเหงือกที่ไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ ไม่สามารถตีความหมายในสิทธินี้ได้ โดยเฉพาะสถานพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีระบบบัญชีและใบเสร็จแสดงกิจกรรมอย่างละเอียด จะพบปัญหา มากกว่าคลินิกขนาดเล็ก นอกจากนี้ ควรขยายเพดานวงเงินทันตกรรมจากเดิมกำหนด ๔๐๐ บาทต่อคนต่อปี เพราะไม่น่าจะเพียงพอสำหรับความต้องการที่จะขยายให้ครอบคลุมถึงการใส่ฟัน ที่สำคัญควรยกเลิกกำหนดจำนวนครั้งและจำนวนเงินเบิกต่อครั้ง ทั้งนี้เพื่อลดงานธุรกรรมของจำนวนครั้งที่ต้องมาทำเรื่องเบิกจ่าย และเปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนที่มีปัญหาเรื่องการจ่ายร่วมได้รับการรักษาที่มีความจำเป็นมากแต่เกิน ๒๐๐ บาทต่อครั้งได้ ทางเลือกนี้ต้นทุนในการบริหารจัดการอาจลดลงบ้างบางส่วน จากการไม่กำหนดจำนวนครั้งการเบิกต่อปี แต่ใช้เพดานวงเงินเป็นตัวกำหนดแทน อีกทั้งสำนักงานประกันสังคมได้พัฒนาระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ทันที ความเป็นไปได้ทางการเงินขึ้นกับการกำหนดเพดาน ตั้งแต่ ๕๐๐ บาทถึง ๘๐๐ บาทต่อปี จะใช้งบประมาณ ๔๐๗-๖๕๐ ล้านบาท (เป็นการประมาณค่าสูงสุด ภายใต้ข้อสมมติที่มีการส่งเบิกทุกครั้ง แต่ถ้าอัตราการเบิกยังคงเดิม งบประมาณที่ใช้จะลดลงเป็น ๒๖๐-๔๑๖ ล้านบาท) รูปแบบนี้ยังสนับสนุนข้อเด่นของประกันสังคมที่ผู้ประกันตนสามารถเลือกสถานพยาบาลใด ๆ ที่สะดวก โดยหากเลือกสถานพยาบาลที่มีราคาการรักษาสูงกว่าต้องจ่ายราคาส่วนต่างนั้น ๆ และป้องกันมิให้ผู้จัดบริการเกิดการเลือกปฏิบัติ เพราะยังได้รับค่ารักษาตามปกติ ผู้ประกันตนจะได้สิทธิเพิ่มขึ้นใกล้เคียงกับสวัสดิการอื่น ๆ โดยมีการกำหนดเพดานต่อปี แลกกับอิสระภาพในการเลือกสถานบริการทันตกรรม และไม่เผชิญเผชิญกับอุปสรรคจากระบบคิวเหมือนกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นสิทธิประโยชน์ทันตกรรมในทางเลือกที่หนึ่ง ควรเป็นว่า “...ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการตรวจรักษาโรคฟัน โรคเหงือก หรืออวัยวะอื่นในช่องปาก ในสถานพยาบาลทันตกรรม โดยเบิกจากกองทุนประกันสังคมได้ไม่เกิน...

(ระบุจำนวน)... บาทต่อปี.....”

ส่วนทางเลือกที่เป็นแบบเหมาจ่าย จะทำให้ต้นทุนในการบริหารจัดการของกองทุนฯ ลดลงเกือบหมด เนื่องจากไม่ต้องทำหน้าที่เบิกจ่ายต่อครั้งแบบเดิม แต่ต้องเตรียมงบประมาณส่วนหนึ่งเพิ่มเติมให้สำหรับการบริหารจัดการ กำกับ และการตรวจสอบประเมินผลด้วยกองทุนฯ ต้องเตรียมงบประมาณ ๕๒๔-๖๐๒ ล้านบาท หรือเฉลี่ย ๗๑-๘๑ บาทต่อคน (ภายใต้ข้อสมมติ อัตราการรับบริการเท่าเดิมและเพิ่มขึ้นจนถึงร้อยละ ๑๕) อย่างไรก็ตาม การประกาศใช้ในปีแรก ๆ จะต้องมีการดูแลประเมินผลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากต้องสร้างความมั่นใจให้ผู้ประกันตนว่าจะได้รับการที่มีคุณภาพ สร้างความมั่นใจให้โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักว่าจะไม่ประสบปัญหาเรื่องการเงิน โดยกองทุนฯ ต้องประเมินอัตราการรับบริการที่เกิดขึ้นจริง มีความยืดหยุ่นที่จะเพิ่มงบประมาณให้คู่สัญญาที่มีอัตราการรับบริการสูง ขณะเดียวกัน ควรเตรียมมาตรการส่งเสริมให้มีการจัดบริการ หรือมีบทลงโทษกรณีคู่สัญญาหลักไม่สามารถจัดบริการได้เท่าที่ควร เช่น การพิจารณาตัดงบประมาณต่อหัวในปีถัดไป หรือใช้อัตรากำไรให้บริการทันตกรรมเป็นตัวชี้วัด สำหรับการต่อสัญญาในปีถัดไป^(๑๖) ผู้ประกันตนมีอิสระภาพที่จะเลือกลงทะเบียนกับคู่สัญญาหลักที่มีเครือข่ายคลินิกทันตกรรมสะดวก ใกล้บ้าน และมีโอกาสเปลี่ยนคู่สัญญาใหม่ได้ทุกปีหากไม่มีความพึงพอใจกับเครือข่ายเดิม ส่วนการร่วมจ่ายนั้นขึ้นกับราคาการรักษาทันตกรรมจริง (ภายใต้ข้อสมมติของตลาดที่มีการแข่งขันจะเปิดโอกาสให้มีการตกลงหาคลินิกคู่สัญญารองที่อาจไม่ต้องมีการร่วมจ่าย มีความเป็นไปได้) การกำหนดจำนวนทันตแพทย์ต่อผู้ประกันตนเป็นแนวทางที่จะช่วยให้ผู้ประกันตนมีระบบคิวที่มีความเหมาะสมมากขึ้น เช่น กำหนดให้มีทันตแพทย์เต็มเวลา (full-time service) ๑ คน ต่อผู้ประกันตนไม่เกิน ๗-๘ พันคน ผู้ประกันตนจะได้สิทธิเพิ่มขึ้น ทั้งประเภทบริการไม่จำกัดจำนวนครั้ง และไม่กำหนดเพดานต่อปี โดยแลกกับการมีอิสระลดลงจากเดิมในการเลือกสถานบริการ

ทันตกรรม แนวคิดการเปลี่ยนบทบาทของกองทุนประกันสังคมจากการเป็นผู้รับประกันความเสี่ยงเอง (insurer) ที่ต้องคอยเตรียมงบประมาณไว้สำหรับให้ผู้ประกันตนมาเบิกจ่าย กลายเป็นผู้ซื้อความเสี่ยง เพื่อให้เกิดการคุ้มครองผู้ประกันตน สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักจะรับซื้อความเสี่ยงนี้เอง ดังนั้น กองทุนฯ อาจต้องมีค่าใช้จ่ายในการซื้อความเสี่ยงมากกว่ารับความเสี่ยงเองก็ได้ กระนั้นต้องเตรียมมาตรการที่ดีเพื่อให้คู่สัญญาหลักจำเป็นต้องหาคลินิกคู่สัญญารองเพียงพอ กับจำนวนผู้ลงทะเบียน เช่น กำหนด สัดส่วนทันตแพทย์ แก้อั้วทันตกรรม คลินิกทันตกรรมต่อผู้ประกันตน เพื่อป้องกันไม่ให้คู่สัญญาหลักเป็นผู้ให้บริการทันตกรรมเอง เพียงลำพัง ซึ่งจะเกิดปัญหาเหมือนระบบเหมาจ่ายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่พบทั้งปัญหาการจำกัดเวลาให้บริการ และระบบการรอคิวที่ยาว โรงพยาบาลคู่สัญญาเดิมกับกองทุนประกันสังคมเป็นหน่วยงานที่มีความสามารถที่จะเป็นคู่สัญญาหลักสำหรับงานรักษาทันตกรรม เพียงเพิ่มเงินและบวกบริการทันตกรรมเข้าไปในความรับผิดชอบด้วย ข้อดีก็คือ โรงพยาบาลคู่สัญญาหลักนี้จะใช้งานบริการทันตกรรมเป็นจุดดึงดูดให้ผู้ประกันตนมาลงทะเบียน และโรงพยาบาลเดิมเองมีความพร้อมของระบบการตรวจสอบสิทธิของผู้ประกันตนที่มาลงทะเบียนอยู่แล้ว อาจใช้ทางเลือกที่เป็นองค์กรสมาชิกวิชาชีพ เช่น ทันตแพทย์สมาคม ชมรมทันตแพทย์เอกชน ข้อดีคือมีโอกาสที่จะจัดการให้คลินิกทั้งประเทศเป็นเครือข่าย หรือนำระบบนับคะแนน (point system) มาใช้ในการเบิกจ่าย อีกทั้งการตรวจสอบคุณภาพการบริการระหว่างกัน ทำได้ง่ายกว่ากองทุนประกันสังคมกับคลินิกทันตกรรมโดยตรง แต่นั่นหมายถึงว่าจะต้องเตรียมงบลงทุนเพื่อสร้างระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อการตรวจสอบสิทธิที่ถูกต้องของผู้ประกันตน อีกทางเลือกหนึ่งคือการใช้บทบาทขององค์กรระดับท้องถิ่น เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรบริหารส่วนตำบล ที่สามารถจัดการในระดับท้องถิ่นได้ง่ายกว่าในระดับประเทศ แต่ต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ของการประกาศใช้ทั้ง

ประเทศ เพราะแต่ละท้องถิ่นย่อมมีความพร้อมที่ต่างกัน ดังนั้น ประกาศสิทธิประโยชน์ทันตกรรมแบบเหมาจ่ายรายหัว ควรระบุเป็น "...ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับการทันตกรรม จากคลินิกทันตกรรมเครือข่ายของคู่สัญญาหลัก ประกอบด้วย การตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน และใส่ฟันปลอมถอดได้ฐานพลาสติก เป็นอย่างน้อย โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง (ยกเว้นการใส่ฟันปลอม) หากจะต้องให้ผู้ประกันตนร่วมจ่ายบางส่วน คู่สัญญาหลักจักต้องประกาศให้ผู้ประกันตนทราบ พร้อมทั้งแจ้งรายชื่อคลินิกทันตกรรมในเครือข่าย ก่อนการลงทะเบียน เลือกทำสัญญาประจำปี..."

ข้อสนับสนุนสำคัญของ การเหมาจ่ายรายหัวนั้น คือการควบคุมต้นทุนและค่าใช้จ่าย ทดแทน/การรับบริการที่มีราคาแพง ด้วยการบริการที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า และคุ้มค่ากว่าแต่มีคุณภาพเท่าเทียมกับการจ่ายตามรายการ และที่สำคัญคือเน้นจุดแข็งของการบริหารจัดการที่ง่ายกว่า^(๑๓) แต่วิธีการดังกล่าวซึ่งเป็นการส่งผ่านความเสี่ยงของการใช้ทรัพยากรจากผู้จ่ายหรือ หน่วยงานประกันสุขภาพไปยังผู้ให้บริการ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ให้บริการสนใจต่อต้นทุน และเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ แต่ต้องเฝ้าระวังผลกระทบต่อคุณภาพบริการ เช่นกัน^(๑๔) การกำหนดค่าใช้จ่ายเหมาจ่ายรายหัวนี้ จะต้องเป็นไปอย่างเพียงพอและเหมาะสมเพื่อให้เกิดความเป็นธรรม กล่าวคือต้องคำนึงถึงปัจจัยหลักที่สำคัญ คือ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสัมพันธ์กับการใช้บริการ คำนวณได้เป็นค่าเฉลี่ยต่อหัว ซึ่งอาจรวมเป็นค่าเฉลี่ยประชากรทั้งหมด หรือแยกตามกลุ่มความเสี่ยงได้^(๑๕) และพึงระวังการเปลี่ยนแปลงของอุปสงค์ต่อราคา แต่ทั้งนี้ขึ้นกับขนาดของการร่วมจ่ายด้วย^(๑๖) การจ่ายค่าตอบแทนนี้จะมีผลต่อพฤติกรรมของผู้จัดบริการอีกด้วย^(๑๖,๑๗)

อย่างไรก็ดี ไม่ว่าทางเลือกปรับวิธีการจ่ายแบบใด ๆ ของกองทุนประกันสังคม นอกจากจะส่งผลกระทบต่ออัตราการรับบริการทันตกรรมของผู้ประกันตนแล้ว ยังส่งผลกับการเข้าถึงบริการของสวัสดิการอื่น ๆ ด้วย โดยเฉพาะกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ผู้ให้

บริการส่วนใหญ่อยู่ในภาครัฐ การถ่ายเททันตแพทย์จากภาครัฐสู่ภาคเอกชนตามอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นของการจัดบริการทันตกรรม อาจเป็นปัญหากระทบกับระบบสุขภาพโดยรวมได้เช่นกัน และต้องไม่สร้างระบบที่มีแรงจูงใจให้ทันตแพทย์นั้นรักษาเกินความจำเป็น^(๑๔,๑๕) ส่วนการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือกับปัญหานี้ ต้องการการวิจัยและองค์ความรู้ที่จะตอบว่า บุคลากรในระบบมีเพียงพอหรือยัง ระบบการผลิตทันตแพทย์เพิ่มหรือไม่ ควรพิจารณาเพิ่มการผลิตทันตแพทย์เพิ่มหรือไม่ หรือความเหมาะสมที่จะให้บุคลากรข้างเคียงอื่น เช่น ทันตภิบาล (ที่กฎหมายปัจจุบันกำหนดให้สามารถให้บริการในสถานพยาบาลภาครัฐเท่านั้น) เข้ามามีส่วนร่วมจัดการบริการทันตกรรมแก่ผู้ประกันตนในภาคเอกชนหรือไม่ ซึ่งต้องพิจารณาทั้งประเด็นกฎหมาย คุณภาพบริการ ความเท่าเทียม และจริยธรรม ประกอบกันไป เพราะปัญหาสำคัญของ การเข้าถึงบริการทันตกรรมปัจจุบัน คือ คิวยาว รอนาน ราคาแพง^(๑๖) แต่ข้อจำกัดของการศึกษานี้ เน้นความเห็นและความเป็นไปได้ทางการเงิน และการบริหารของส่วนผู้จัดบริการกับกองทุนประกันสังคม เท่านั้น ไม่ได้มีความเห็นใด ๆ จากผู้ประกันตนโดยตรง เช่น การจัดสำรวจความเห็น (poll) ของผู้ประกันตน การจัดสนทนากลุ่มย่อยของผู้ประกันตน และกลุ่มสวัสดิการอื่น ๆ ด้วย

บทเรียนจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังพบว่า ปัจจุบันยังไม่มีระบบบริหารจัดการที่ชัดเจนในการเอื้อให้คลินิกทันตกรรมเอกชนเข้าร่วมจัดบริการและการศึกษาในระยะแรกที่เริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า คลินิกทันตกรรมภาคเอกชนเกือบทั้งหมดไม่สนใจเข้าร่วมให้บริการ^(๑๗) ขณะเดียวกันหน่วยบริการคู่สัญญา (Contracting Unit of Primary Care : CUP) ทั้งภาครัฐและเอกชนส่วนใหญ่ให้บริการทันตกรรมครอบคลุมประชากรได้น้อยกว่าร้อยละ ๑๐^(๑๘) แม้ในบางจังหวัดจะมีความพยายามประเมินและมีมาตรการกำหนดให้หน่วยบริการเพิ่มความครอบคลุมการให้บริการทันตกรรม แต่ยังไม่

มีระบบที่ช่วยสนับสนุนในการทำสัญญาจ้างจัดบริการทันตกรรมที่เป็นธรรมระหว่างหน่วยบริการภาครัฐกับเอกชน หรือ CUP เอกชนกับคลินิกเอกชน^(๑๙) และในแต่ละพื้นที่ก็มีความแตกต่างด้านราคาค่าบริการทันตกรรม^(๒๐) ในอนาคตอาจต้องมีการทบทวนประเด็นการร่วมจ่ายค่าบริการทันตกรรม การเข้าร่วมของคลินิกภาคเอกชนที่มักคำนึงถึงภาพลักษณ์ของคลินิก การทำงานเอกสารที่ยุ่งยาก เสี่ยงต่อการถูกร้องเรียน และค่าตอบแทนที่ไม่คุ้มค่า^(๒๑)

การศึกษาวิจัยนี้ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลบางส่วนจากข้อมูลปฐมภูมิ บางส่วนมาจากข้อมูลทุติยภูมิ เช่น การสำรวจสวัสดิการและอนามัย พ.ศ. ๒๕๔๖ การสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ ความเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ขึ้นกับแหล่งข้อมูล (ยกเว้นข้อมูลจากการสำรวจสวัสดิการและอนามัยที่ผู้วิจัยนำฐานข้อมูลมาวิเคราะห์ใหม่) และข้อจำกัดอีกประการคือ การศึกษานี้เน้นความเห็นและความเป็นไปได้ทางการเงิน และการบริหารของส่วนผู้จัดบริการกับกองทุนประกันสังคม ไม่ได้มีความเห็นใด ๆ จากส่วนผู้ประกันตนโดยตรง

เอกสารอ้างอิง

๑. ประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน (ฉบับที่ ๒). ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๑๔, ตอนที่ ๑๑ ง. ลงวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๐.
๒. ชาญชัย ไห่สงวน. การใช้บริการทันตกรรมของผู้ประกันตนภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม. วารสารทันตกรรม ๒๕๔๔; ๕๑: ๒๖๔-๕.
๓. กองทันตสาธารณสุข. การสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕ พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๔. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๔. Feldstein PJ. Health care economics. New York, NY: John Wiley and Son; 1979.
๕. Fernandez-Mayoralas G, Rodriguez V, Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. Soc Sci Med 2000; 50:17-26.

๖. Manski RJ, Magder LS. Demographic and socioeconomic predictors of dental care utilization. *J Am Dent Assoc* 1998; 129:195-200.
๗. Brown LJ, Lazar V. Dental care utilization: how saturated is the patient market? *J Am Dent Assoc* 1999; 130:573-80.
๘. คณะกรรมการการแพทย์. ประมวลผลงานคณะกรรมการการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม (ชุดที่ ๕) ปี พ.ศ. ๒๕๔๐-๒๕๔๒. นนทบุรี: กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม; ๒๕๔๓.
๙. จิราภรณ์ เกษรสุจริต. การประกันสังคม: ศึกษาวิเคราะห์การเพิ่มประโยชน์ทดแทน. นนทบุรี: สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม; ๒๕๔๑.
๑๐. Tuchinsky TH, Varavikova EA. *The new public health: an introduction for the 21st century*. San Diego: Academic; 2000.
๑๑. ทรงยศ สงวนพงศ์. บริการทันตกรรมภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม. วารสารทันตกรรม กรมการแพทย์ ๒๕๓๕; ๓: ๓๒-๕.
๑๒. สุรเดช วลีอิทธิกุล. การประกันสุขภาพภายใต้ระบบประกันสังคม. ในการประชุมวิชาการ พลังปัญญาสู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า; ๑๕-๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๗; ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
๑๓. เพ็ญศรี ดาวัลย์. แนวทางการปรับปรุงสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ: กรณีนำระบบเหมาจ่ายมาใช้. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; ๒๕๔๔.
๑๔. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบบริการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๑๕. Tuominen R. *Health economics in dentistry*. Malibu, CA: MedEd; 1994.
๑๖. จันทนา อึ้งชูศักดิ์. ต้นทุนและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพช่องปากในสถานีนอนมัย. กรุงเทพมหานคร: โพลทอมาสเตอร์พรีนท์; ๒๕๔๔.
๑๗. แพร จิตตินันท์. การวิเคราะห์ระบบสุขภาพช่องปากของประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมการมองอนาคตระบบสุขภาพช่องปากของคนไทยในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า; ๑๗-๑๘ พฤศจิกายน ๒๕๔๖; ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๖.
๑๘. Feldstein PJ. *Health care economics*. 5th ed. Albany, NY: Delmar Publishing; 1999.
๑๙. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. ทางเลือกระบบบริการเพื่อทันตสุขภาพของคนไทย. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; ๒๕๔๓.
๒๐. อติเรก ศรีวัฒนาวงศา. บริการทันตกรรมร่วมรัฐ-เอกชนในประเทศไทย: การศึกษาความเป็นไปได้. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๒๑. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์. ประเมินผลการจัดบริการทันตสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๒๒. เพ็ญแข ลากยัง. สิทธิประโยชน์ทันตกรรมโครงการประกันสังคมในมุมมองของทันตแพทย์. นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข; ๒๕๔๓.
๒๓. อ่ำพล จินดาวัดนะ, สุรณี พิพัฒน์โรจนกุล. พัฒนาการทางนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ พลังปัญญาสู่การพัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า; ๑๕-๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๔๗; ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๗.

Abstract Dental Care Benefit in Social Security Scheme

Weerasak Putthasri, Chutima Akalephan, Viroj Tangcharoensathien

International Health Policy Program, Thailand

Journal of Health Science 2005; 14:776-89.

The purposes of this study were to investigate pattern of dental utilization among insured persons under the dental social security benefit and analyze the feasibility of alternative payment for dental care benefit. Data sets of the study included Health and Welfare Survey 2003, transaction costs from 9 samples of province/region social security offices, and conclusions drawn from focus group discussion of 18 purposively-selected dental service providers on May 3, 2004.

In 2003, about 11 percent (0.17 visit/person) of the insured workers accessed dental care and paid 762 baht per visit on average. The total of 208 million baht was reimbursed from social security fund. Transaction of fund administration was 23-30 baht per transaction or 3-7 baht per insured person. The focus group discussion set some criteria for payment design and included administration cost, financing feasibility, access to care, add-on dental benefits, equality to other schemes, and quality of care.

Based on the most updated evidence, the first alternative was fee for service with ceiling reimbursement between 500 to 800 baht per year. In that connection, the annual expenditure was estimated to be 407-651 million baht. The second one was capitation based payment for main contractors, according to number of insured beneficiaries and, in turn, sub-contracted dental clinics were paid based on fee for services. Annual expenditure was estimated to be 528-602 million baht or 71-81 baht per capita (based on year 2003 utilization rate and up to 15 percent increase). These two alternatives should be considered based on key components namely administration cost, financing feasibility, access to care, equality to other schemes and quality of care. It might also need further stakeholders discussion particularly, insured person opinions and other health scheme performances. A pilot project may be considered prior to a nation - wide implementation.

Key words: dental benefit, Social Security Scheme, dental utilization, financing feasibility

