

# ผลของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อการคงอยู่และผลงานการให้บริการของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเปรียบเทียบกับปี 2552 กับ ปี 2556

จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหา\*

สุนี วงศ์คงคาเทพ†

## บทคัดย่อ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนและการกระจายทันตแพทย์ โดยการจ่ายค่าตอบแทนในรูปแบบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายตามระดับความยากลำบากของพื้นที่และระยะเวลาในการทำงาน การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อการคงอยู่และผลงานการให้บริการของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เปรียบเทียบกับปี 2552 กับปี 2556 วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจาก 2 แหล่ง คือ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจากฐานข้อมูลทันตบุคลากรของสำนักทันตสาธารณสุขปี 2552 และ 2556 เพื่อวิเคราะห์การประมาณการงบประมาณที่ต้องจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายและการคงอยู่ของทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนปี 2552 เปรียบเทียบกับปี 2556 2) วิเคราะห์ผลงานการให้บริการทันตกรรมของโรงพยาบาลชุมชนเปรียบเทียบกับปี 2552 กับปี 2556 จากฐานข้อมูลของสำนักบริหารการสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า 1) จำนวนทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนปี 2556 เท่ากับ 2,638 คน สูงกว่าจำนวนทันตแพทย์ในปี 2552 ที่มี 1,859 คน คือเพิ่มขึ้นร้อยละ 41.9 2) ประมาณการงบประมาณค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายปี 2556 จ่ายเพิ่มขึ้น 168.6 ล้านบาท จาก 599.8 ล้านบาทในปี 2552 เป็น 768.4 ล้านบาทในปี 2556 3) ร้อยละ 52.7 ของทันตแพทย์ รพช. ทั้งหมดที่ปฏิบัติงาน 1-3 ปี เมื่อปี 2552 ได้ออกจากระบบ รพช. เมื่อปี 2556 และ 4) ผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ยรวมทุกประเภทต่อทันตบุคลากรปี 2556 เท่ากับ 1,565 รายต่อคน สูงกว่าปี 2552 เพียงร้อยละ 12.3 และมีร้อยละ 25.6 ของหน่วยบริการที่มีผลงานบริการทันตกรรมสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน 1,840 ราย/คน/ปี แสดงให้เห็นว่าการจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่มีผลต่อการคงอยู่ของทันตแพทย์ รพช. ที่ปฏิบัติงาน 1-3 ปี และไม่มีผลในการสนับสนุนให้โรงพยาบาลชุมชนมีปริมาณผลงานบริการทันตกรรมได้ตามมาตรฐาน

**คำสำคัญ:** เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย, การคงอยู่ของทันตแพทย์, ผลงานการบริการสุขภาพช่องปาก

**Abstract** Effect of Hardship Allowance on Retention of Dentists and Their Performance in Community Hospitals, a Comparison between 2009 and 2013

Jaruwat Busarakamruha\*, Sunee Wongkongkathep†

\*Bureau of Health Administration, Office of Permanent Secretary, MOPH, †Bureau of Dental Public Health, Department of Health, MOPH

Ministry of Public Health had put many efforts to solve shortage and manage distribution of dentists in community hospitals by initiating special allowances based on geographical locations, hardship conditions and working hours. This study aimed to evaluate the effect of additional hardship allowance for dentists who were working in community hospitals. The study used secondary data from two sources

\*สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

†สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

and compared between 2009 and 2013. The first data source was dentists in community hospitals from the Bureau of Dental Health database between 2009 and 2013 that were used for estimating the budget for the hardship allowance. The second dataset was derived from performance and productivity of dental workforce from Department of Health Service Support between 2009 and 2013.

The results revealed that the number of dentists in community hospitals was 2,638 in 2013, compared to 1,859 in 2009, or a 41.9% increase. Additionally, the budget of hardship allowance increased 28.1%, or by 168.6 million Baht; from 599.82 million Baht in 2009 to 768.4 million Baht in 2013. However, 52.7% of dentists who started working in community hospitals in 2009 for 1-3 years, had left community hospital in 2013. Lastly, the productivity of dental health service in 2013 appeared a little higher than 2009 on average, 1,565 cases per dentist in 2013, a 12.3% increase from 2009. Nevertheless, only 25.6% of total hospitals were able to achieve high performance standard of 1,840 cases per dentist per year. In conclusion, the data suggested that the hardship allowance appeared to be unable to retain dentists who had 1-3 years of experience to continue working in the community hospitals with little effect on productivity as a few hospitals reached the standard level of quantity performance.

**Keywords:** hardship allowance, retention of dentist, oral health performance.

## ภูมิหลังและเหตุผล

**ร**ูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่ใช้กันทั่วโลก<sup>(1)</sup> นั้น พอสรุปได้เป็นรูปแบบใหญ่ๆ ดังนี้

- 1) การจ่ายเป็นเงินเดือน ซึ่งจะขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของตำแหน่ง ระดับของงานและระยะเวลาในการทำงาน รูปแบบการจ่ายแบบนี้จะไม่ขึ้นกับปริมาณงานที่บุคลากรปฏิบัติ อีกทั้งยังอาจมีการจ่ายเพิ่มเติมตามลักษณะพื้นที่ปฏิบัติงาน เช่น ความทุรกันดาร การเสี่ยงภัย โดยอาจจ่ายเป็นเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย รูปแบบนี้ยังรวมถึงการจ่ายค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการด้วย
- 2) การจ่ายตามปริมาณบริการที่ปฏิบัติ เช่น การจ่ายตามอัตราค่าบริการที่กำหนดของแต่ละบริการ (fee-for-service) หรือการจ่ายตามน้ำหนักของบริการแต่ละชนิด (point value) หรือ ตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของบริการนั้นๆ (case-mix, relative value) และ
- 3) การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนกับแพทย์ เช่น กรณีของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปของสหราชอาณาจักร หรือในรูปแบบการจัดบริการแบบ health maintenance organization (HMO) ในระบบประกันสุขภาพ เช่น Medicare ของสหรัฐอเมริกา

กระทรวงสาธารณสุขไทยมีรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ที่หลากหลาย<sup>(2-3)</sup> พอสรุปได้ดังนี้ 1) ค่าตอบแทนที่เป็นเงินเดือน หรือเงินค่าตอบแทนประจำที่ได้รับ

ตามตำแหน่งหน้าที่ ได้แก่ เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง เงินพิเศษสำหรับการไม่ประกอบเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือไม่ปฏิบัติงานในภาคเอกชน สำหรับกรณีวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (เงิน พตส.) สำหรับกรณีวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพ 2) ค่าตอบแทนที่ให้เพิ่มเติมพิเศษ 3) ค่าตอบแทนตามจำนวนบริการที่ให้ หรือเพื่อการปฏิบัติงานนอกเวลาทำการ หรือตามผลการปฏิบัติงาน และ 4) ค่าตอบแทนเหมาจ่ายที่จ่ายให้เพื่อจูงใจให้ปฏิบัติงานในระบบราชการ ในสถานพยาบาลของรัฐที่มีความขาดแคลน โดยจ่ายเป็นค่าตอบแทนเหมาจ่ายสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรและพยาบาล ที่มีอัตราเฉพาะตามระดับความยากลำบากของพื้นที่และระยะเวลาในการทำงาน ทั้งนี้ อัตราการจ่ายค่าตอบแทนประเภทต่างๆ นั้น มีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะตั้งแต่ประกาศฉบับที่ 1 ในปี 2544 จนถึงปี 2556 เป็นฉบับที่ 8

สำหรับมาตรการในการแก้ไขปัญหาการกระจายทันตแพทย์ไทยในอดีตเท่าที่ผ่านมาประกอบด้วย 3 มาตรการคือ 1) มาตรการเพิ่มการผลิตทันตแพทย์<sup>(4)</sup> ปัจจุบันมีคณะทันตแพทยศาสตร์ภาครัฐจำนวน 11 คณะ และ ภาคเอกชน 3 คณะ 2) มาตรการเชิงบังคับ ด้วยโครงการทันตแพทย์คู่สัญญาตั้งแต่ปี

2526 เพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลน ส่งผลให้มีทันตแพทย์คู่สัญญาปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2532 จนถึงปัจจุบัน และ 3) มาตรการแรงจูงใจด้วยค่าตอบแทน โดยมี การปรับอัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับแพทย์และทันตแพทย์ ในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 4 และ 8 ดังแสดงในตารางที่ 1-2 การศึกษารังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อการคงอยู่ และผลงานการให้บริการของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เปรียบเทียบปี 2552 กับ ปี 2556

### ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจาก 2 แหล่ง คือ 1) ข้อมูลทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนปี 2552 และ 2556 จากฐาน

ข้อมูลทันตบุคลากรของสำนักทันตสาธารณสุข ซึ่งเป็นการสำรวจจำนวนทันตบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุขประจำปี ดำเนินการตั้งแต่ปี 2548 ใช้ข้อมูลนี้ในการวิเคราะห์ประมาณการงบประมาณที่ต้องจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย และการคงอยู่ของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนในปี 2552 2) ข้อมูลผลงานการให้บริการทันตกรรมของโรงพยาบาลชุมชนเปรียบเทียบปี 2552 และ ปี 2556 จากฐานข้อมูลของสำนักบริหารการสาธารณสุข ซึ่งเป็นแหล่งรับข้อมูลจากโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ส่งข้อมูลผลงานการให้บริการสุขภาพช่องปากประจำปี ตั้งแต่ปี 2548-2556 หลังจากนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และ health data center ข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องที่สามารถตอบ

**ตารางที่ 1** เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อเดือนสำหรับแพทย์และทันตแพทย์ใน รพช. ตามแนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2551

ระยะเวลาปฏิบัติงาน	ระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ ระดับต้น (2.1)			ระดับทุติยภูมิ ระดับกลาง (2.2)			ระดับทุติยภูมิ ระดับสูง (2.3)
	ปกติ	ระดับ 1	ระดับ 2	ปกติ	ระดับ 1	ระดับ 2	ปกติ
ปีที่ 1-3	10,000	20,000	30,000	10,000	20,000	30,000	10,000
ปีที่ 4-10	30,000	40,000	50,000	25,000	35,000	45,000	20,000
ปีที่ 11-20	40,000	50,000	60,000	30,000	40,000	50,000	25,000
ปีที่ 21 ขึ้นไป	50,000	60,000	70,000	40,000	50,000	60,000	30,000

หมายเหตุ ปกติ: พื้นที่ปกติ, ระดับ 1: พื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากรระดับ 1, ระดับ 2: พื้นที่ทุรกันดารและขาดแคลนบุคลากรระดับ 2

**ตารางที่ 2** เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อเดือนสำหรับแพทย์และทันตแพทย์ใน รพช. ตามแนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2556

ระยะเวลาปฏิบัติงาน	พื้นที่ชุมชนเมือง	พื้นที่ปกติ ระดับ 2.3	พื้นที่ปกติ ระดับ 2.2	พื้นที่ปกติ ระดับ 2.1	พื้นที่เฉพาะ ระดับ 1	พื้นที่เฉพาะ ระดับ 2
ปีที่ 1-3	10,000	10,000	10,000	10,000	20,000	30,000
ปีที่ 4-10	12,000	15,000	20,000	30,000	40,000	50,000
ปีที่ 11 ขึ้นไป	15,000	20,000	25,000	40,000	50,000	60,000

หมายเหตุ รพช.พื้นที่ชุมชนเมือง 33 แห่ง, พื้นที่ปกติ 590 แห่ง, พื้นที่เฉพาะระดับ 1 จำนวน 66 แห่ง, รพช.พื้นที่เฉพาะระดับ 2 จำนวน 48 แห่ง (รพช.ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และ รพช.ที่อยู่ในพื้นที่ภูเขาทุรกันดาร เช่น อุ่มผาง ปางมะผ้า)

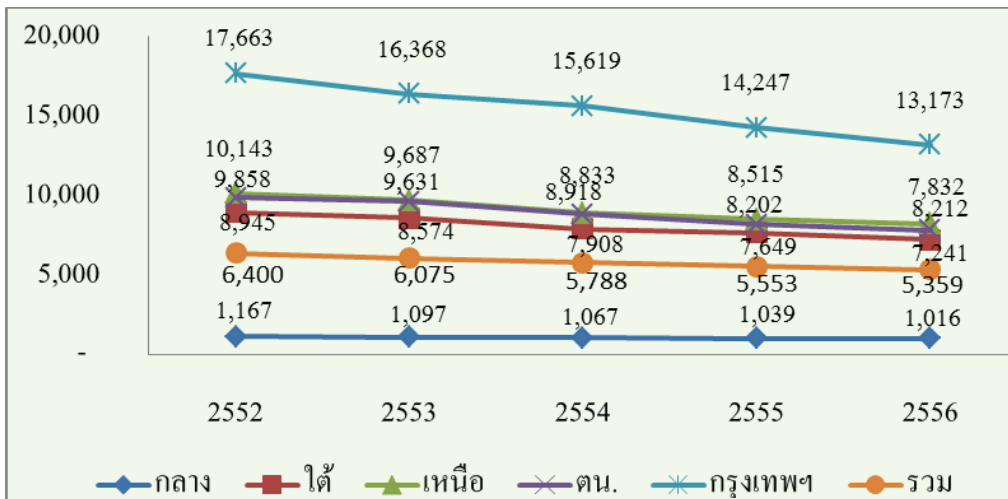
วัตถุประสงค์ในเรื่องการคงอยู่และผลงานการให้บริการของ  
ทันตแพทย์ได้

### ผลการศึกษา

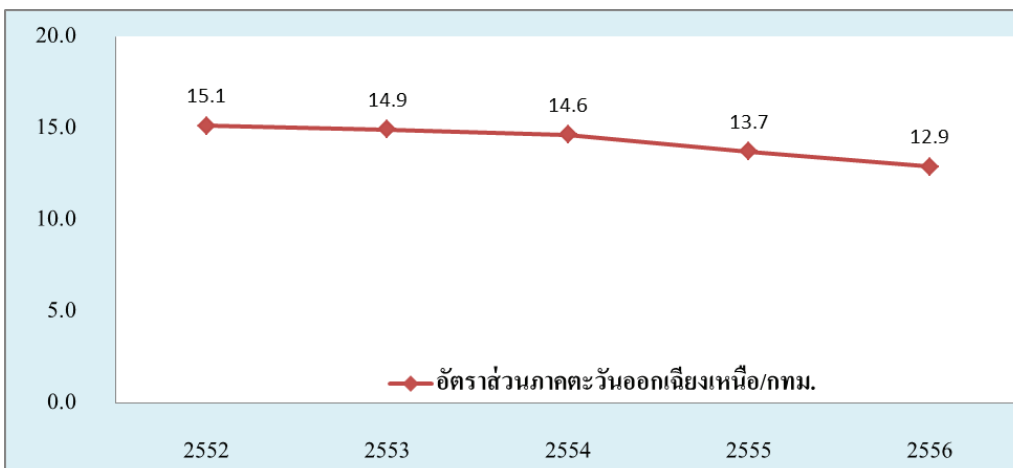
#### การกระจายทันตแพทย์ปี 2552 - ปี 2556

เมื่อวิเคราะห์การกระจายทันตแพทย์จากอัตราส่วน  
ทันตแพทย์ต่อประชากรในปี 2552 - ปี 2556 พบอัตราส่วน  
ทันตแพทย์ต่อประชากรลดลงเป็นลำดับ จากอัตราส่วน  
1 : 6,400 ในปี 2552 เป็น 1 : 5,359 ในปี 2556 (รูปที่ 1)

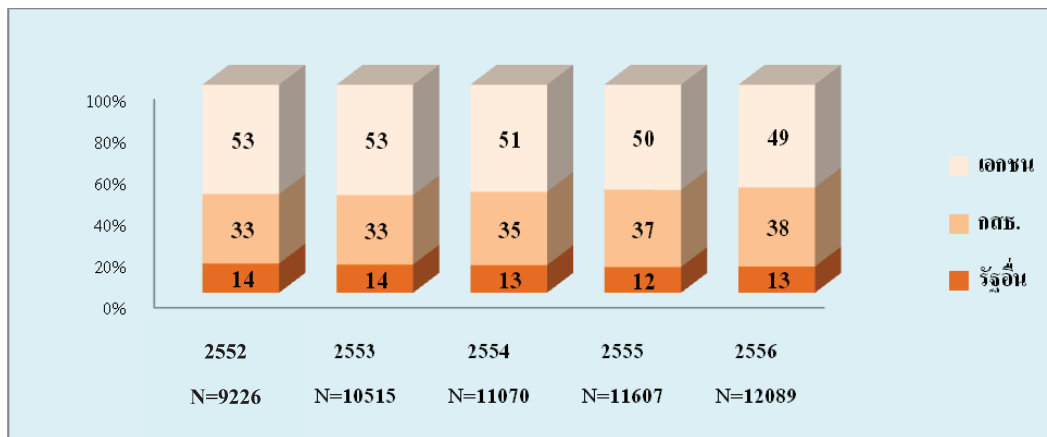
มีความแตกต่างระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับ  
กรุงเทพมหานครเท่ากับ 15.1 เท่าในปี 2552 ลดเป็น 12.9 เท่า  
ในปี 2556 (รูปที่ 2) ที่ปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขมี  
สัดส่วนประมาณหนึ่งในสาม โดยมีสัดส่วนดีขึ้นจากร้อยละ 33  
ในปี 2552 เป็นร้อยละ 38 ในปี 2556 และทำงานในภาค  
เอกชนกว่าร้อยละ 50 (รูปที่ 3) ส่วนการกระจายของ  
ทันตแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขนั้น พบว่าทันตแพทย์กว่า  
ร้อยละ 60 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งในภาพรวมมี  
สัดส่วนดีขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 19.5 ของทันตแพทย์ทั้งหมด  
ในปี 2552 เป็นร้อยละ 23.7 ในปี 2556 (รูปที่ 4)



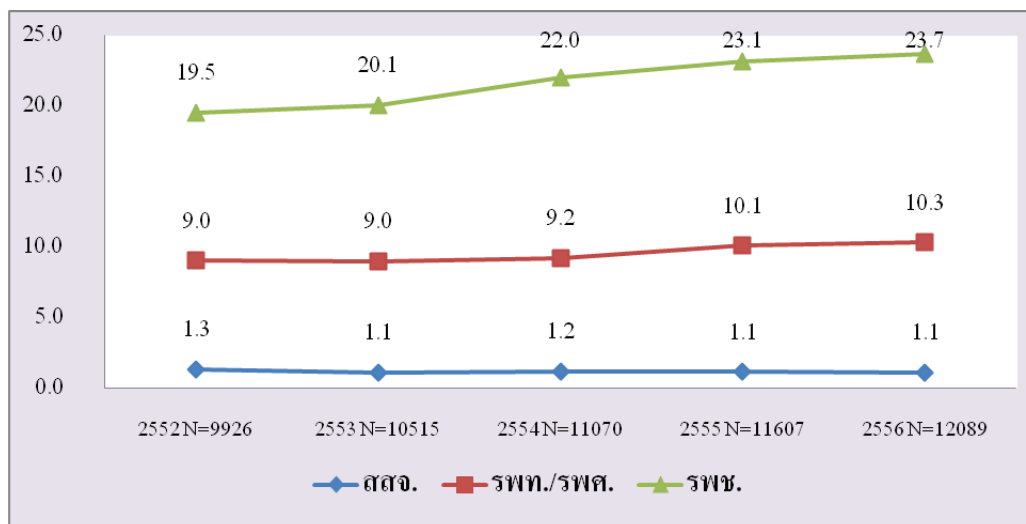
รูปที่ 1 อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรปี 2552-2556 จำแนกตามกรุงเทพและส่วนภูมิภาค



รูปที่ 2 อัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร เปรียบเทียบระหว่างกรุงเทพมหานครกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2552-2556



รูปที่ 3 สัดส่วนทันตแพทย์ทั้งประเทศ ปี 2552-2556 จำแนกตามสังกัด



รูปที่ 4 ร้อยละทันตแพทย์จำแนกตามหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุขปี 2552-2556

**การลาออกของทันตแพทย์**

จากข้อมูลการจัดสรรและการลาออกของทันตแพทย์ปี 2550-2557 ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนที่ได้รับจัดสรรทันตแพทย์เพิ่มขึ้นเป็นลำดับจาก 370 คนในปี 2550 เป็นจำนวน 571 คน ในปี 2557 คือเพิ่มขึ้น 1.5 เท่า ขณะที่การลาออกของทันตแพทย์มีแนวโน้มลดลงในช่วงเริ่มต้นของการใช้อัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายฉบับที่ 4 คือมีการลาออกจำนวน 199 คนในปี 2551 ลดลงเป็นจำนวน 105 คนในปี 2552 และจากนั้นค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็น 284 คนในปี 2554 แสดงว่าอัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายฉบับที่ 4 ช่วยหยุดการลาออกได้ในปีแรกที่เริ่ม

ใช้อัตราใหม่เท่านั้น เมื่อเทียบจำนวนลาออกและจำนวนจัดสรรในแต่ละปี พบว่า ทันตแพทย์ลาออกร้อยละ 61.2 ของจำนวนที่ได้จัดสรรในปี 2551 และลดลงเป็นร้อยละ 28.5 ในปี 2552 จากนั้นร้อยละการลาออกได้เพิ่มขึ้นตามลำดับเป็นร้อยละ 49.7 ในปี 2557 และเมื่อเทียบจำนวนลาออกในปี 2552 ซึ่งเท่ากับ 105 คน กับปี 2556 ซึ่งเท่ากับ 219 คน คิดเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้น 2.1 เท่า โดยสรุปจำนวนการลาออกของทันตแพทย์เพิ่มขึ้นทุกปี แต่ด้วยเหตุที่มีการผลิตทันตแพทย์เพิ่มเติมเข้าในระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2553 (คือกระทรวงสาธารณสุขได้รับการจัดสรรกว่าปีละ 550 คน)

**ตารางที่ 3** ร้อยละทันตแพทย์ลาออกเทียบจำนวนที่ได้จัดสรรของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2550-2557

ปี พ.ศ.	ทันตแพทย์ที่จัดสรรให้ กระทรวงสาธารณสุข	จำนวนทันตแพทย์ ลาออก	ร้อยละของทันตแพทย์ลาออกเทียบ จำนวนที่ได้จัดสรร
2550	370	200	54.1
2551	325	199	61.2
2552	368	105	28.5
2553	544	142	26.1
2554	532	183	34.4
2555	571	201	35.2
2556	587	219	37.3
2557	571	284	49.7

**ตารางที่ 4** จำนวนทันตแพทย์ปี 2552 จำแนกตามพื้นที่และเวลาทำงานใน รพช.

เวลาทำงาน ใน รพช.	พื้นที่ ปกติ 2.1	พื้นที่ ปกติ 2.2	พื้นที่ ปกติ 2.3	พื้นที่ ขาดแคลนระดับ 1	พื้นที่ ขาดแคลนระดับ 2	รวม	ร้อยละ
1-3 ปี	357	119	20	89	28	613	33.0
4-10 ปี	370	220	56	114	80	840	45.2
11-20 ปี	179	104	23	28	22	356	19.2
>20 ปี	20	23	7	0	0	50	2.7
รวม	926	466	106	231	130	1,859	100.0
ร้อยละ	49.8	25.1	5.7	12.4	7.0	100.0	

ทำให้จำนวนทันตแพทย์สะสมในระบบเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ แม้จะมีส่วนที่ลาออกเพิ่มขึ้นก็ตาม (ตารางที่ 3)

### การประมาณการงบประมาณค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายปี 2552 และ ปี 2556

ปี 2552 มีทันตแพทย์ใน รพช. 1,859 คน เมื่อจำแนกตามพื้นที่ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ปกติ คือมีจำนวน 1,498 คน คิดเป็นร้อยละ 80.6 ที่เหลือปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดแคลนระดับ 1 และ ระดับ 2 รวมร้อยละ 19.4 เมื่อจำแนกตามระยะเวลาการทำงานใน รพช. พบว่า ส่วนใหญ่ทำงานมาแล้ว 4-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.2 รองลงมาคือ 1-3 ปี

คิดเป็นร้อยละ 33 (ตารางที่ 4) เมื่อประมาณการจำนวนเงินงบประมาณเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่ใช้ พบว่า ทันตแพทย์ รพช. ส่วนใหญ่คือร้อยละ 30.7 ได้รับในอัตรา 30,000 บาท/เดือน ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายปี 2552 เท่ากับ 49.98 ล้านบาท/เดือน หรือปีละ 599.82 ล้านบาท (ตารางที่ 5)

ส่วนปี 2556 มีทันตแพทย์ใน รพช. 2,638 คน เมื่อจำแนกตามพื้นที่ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ปกติ คือมีจำนวน 2,092 คน และพื้นที่ชุมชนเมือง 257 คน รวมคิดเป็นร้อยละ 89 ที่เหลือปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดแคลนระดับ 1 และ ระดับ 2 รวมร้อยละ 10.9 เมื่อจำแนกตามระยะเวลาในการทำงานใน รพช. พบว่า ส่วนใหญ่ทำงานมาแล้ว 4-10 ปี

คิดเป็นร้อยละ 37.8 รองลงมาคือ 1-3 ปี ร้อยละ 34.2 (ตารางที่ 6) เมื่อประมาณการจำนวนเงินงบประมาณเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่ใช้ พบว่า ทันตแพทย์ รพช. ส่วนใหญ่ร้อยละ 29.7 ได้รับในอัตรา 10,000 บาท/เดือน รองลงมาคืออัตรา 30,000 บาท/เดือนคือร้อยละ 24.8 เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่ใช้เท่ากับ 64.03 ล้านบาท/เดือน หรือปีละ 768.4 ล้านบาท (ตารางที่ 7)

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนทันตแพทย์ รพช. ปี 2556 กับปี 2552 จะพบว่าจำนวนเพิ่มขึ้นร้อยละ 41.9 (2,638 เทียบกับ 1,859) แต่เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่ต้องใช้เพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 28.1

**ตารางที่ 5** ประมาณการงบประมาณค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย (ฉบับที่ 4) ของทันตแพทย์ รพช. ปี 2552

ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย (บาท/เดือน)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนเงิน (บาท/เดือน)
10,000	496	26.7	4,960,000
20,000	84	4.5	1,680,000
25,000	243	13.1	6,075,000
30,000	570	30.7	17,100,000
35,000	10	0.5	350,000
40,000	307	16.5	12,280,000
45,000	14	0.8	630,000
50,000	119	6.4	5,950,000
60,000	16	0.9	960,000
<b>รวม</b>	<b>1,859</b>	<b>100.0</b>	<b>49,985,000</b>

เท่านั้น ทั้งนี้ เนื่องจากมีการปรับลดอัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายลงในบางกลุ่มดังรายละเอียดในตารางที่ 1-2

### สถานการณ์การคงอยู่ของทันตแพทย์ รพช. รุ่นปี 2552 ในปี 2556

จากการติดตามการคงอยู่ของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน รพช. ปี 2552 ที่ยังคงปฏิบัติงานในปี 2556 โดยจำแนกตามลักษณะสถานการณ์การคงอยู่และการโยกย้ายของทันตแพทย์ ในปี 2556 เป็น 6 กลุ่มคือ 1) ออกจากระบบ รพช. 2) คงอยู่ใน รพช. ที่เดิม 3) ย้ายไป รพช. ภายในจังหวัด 4) ย้ายไป รพช. ในจังหวัดที่มีระดับความเจริญใกล้เคียงกัน 5) ย้ายไป รพช. ในจังหวัดที่มีความเจริญมากกว่า และ 6) ย้ายไป รพช. ในจังหวัดที่เป็นจังหวัดปริมนทล พบว่า ทันตแพทย์ปี 2552 ที่คงอยู่ปฏิบัติงานใน รพช. เดิมปี 2556 มีร้อยละ 42.7 ย้าย ออกจากระบบ รพช. ร้อยละ 40.1 ย้ายในจังหวัดร้อยละ 8.0 และ ย้ายข้ามจังหวัดร้อยละ 9.1 เมื่อวิเคราะห์การคงอยู่ใน รพช. ตามระยะเวลาที่ปฏิบัติงานโดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ >20 ปี 11-20 ปี 4-10 ปี และ 1-3 ปี พบว่า ทันตแพทย์ รพช. ที่ทำงาน >20 ปี และ 11-20 ปี มีสัดส่วนที่ยังคงปฏิบัติงานใน รพช. ที่ เดิมในปี 2556 สูงถึงร้อยละ 71.9-76.0 ขณะที่กลุ่มที่ทำงาน 4-10 ปีมีการคงอยู่ใน รพช. น้อยกว่าคือ ร้อยละ 42.1 และ ออกจากระบบ รพช. ร้อยละ 39.8 ส่วนกลุ่มที่ทำงาน 1-3 ปีนั้น ส่วนใหญ่ออกจากระบบ รพช. ในสัดส่วนสูงสุดถึงร้อยละ 52.7 โดยมีสัดส่วนคงอยู่ใน รพช. เดิมเพียงร้อยละ 23.8 จะเห็นว่า

**ตารางที่ 6** จำนวนทันตแพทย์ปี 2556 จำแนกตามพื้นที่ และเวลาทำงานใน รพช.

เวลาทำงาน ใน รพช.	พื้นที่ชุมชน เมือง	พื้นที่ ปกติ 2.1	พื้นที่ ปกติ 2.2	พื้นที่ ปกติ 2.3	พื้นที่เฉพาะ ระดับ 1	พื้นที่เฉพาะ ระดับ 2	รวม	ร้อยละ
1-3 ปี	56	534	177	16	75	43	901	34.2
4-10 ปี	102	612	175	5	56	48	998	37.8
>10 ปี	99	409	159	5	33	34	739	28.0
<b>รวม</b>	<b>257</b>	<b>1,555</b>	<b>511</b>	<b>26</b>	<b>164</b>	<b>125</b>	<b>2,638</b>	<b>100.0</b>
<b>ร้อยละ</b>	<b>9.7</b>	<b>58.9</b>	<b>19.4</b>	<b>1.0</b>	<b>6.2</b>	<b>4.7</b>	<b>100.0</b>	



ทันตแพทย์ รพช. ที่ทำงานมาเป็นเวลา 1-3 ปี มีสัดส่วนการคงอยู่ต่ำสุด แสดงว่าเบี่ยงเหลียงเหมาะสมมีผลต่อการคงอยู่ของทันตแพทย์กลุ่มนี้ในอัตราค่อนข้างต่ำ (ตารางที่ 8)

**ผลงานบริการทันตกรรมของทันตแพทย์ รพช. เปรียบเทียบปี 2552 กับ 2556**

เมื่อวิเคราะห์ผลงานบริการทันตกรรมของ รพช. จากข้อมูล

**ตารางที่ 7** ประมาณการงบประมาณค่าเบี่ยงเหลียงเหมาะสมจ่าย (ฉบับที่ 8) ของทันตแพทย์ รพช. ปี 2556

ค่าเบี่ยงเหลียงเหมาะสมจ่าย (บาท/เดือน)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนเงิน (บาท/เดือน)
10,000	783	29.7	7,830,000
12,000	102	3.9	1,224,000
15,000	104	3.9	1,560,000
20,000	255	9.7	5,100,000
25,000	159	6.0	3,975,000
30,000	655	24.8	19,650,000
40,000	465	17.6	18,600,000
50,000	81	3.1	4,050,000
60,000	34	1.3	2,040,000
<b>รวม</b>	<b>2,638</b>	<b>100.0</b>	<b>64,029,000</b>

ของสำนักบริหารการสาธารณสุข เปรียบเทียบปี 2552 (ใช้อัตราเบี่ยงเหลียงเหมาะสมจ่ายฉบับที่ 4) กับปี 2556 (ใช้อัตราเบี่ยงเหลียงเหมาะสมจ่ายฉบับที่ 8) มีจำนวน รพช. ที่ส่งรายงานผลงานบริการทันตกรรมสมบูรณ์ครบถ้วนทั้ง 2 ปี เท่ากับ 441 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.4 ของ รพช. ทั้งหมด ผลงานบริการทันตกรรมแบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ 1) บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมบริการเคลือบหลุมร่องฟัน การให้ฟลูออไรด์เสริม การทำความสะอาดช่องปากและการให้ความรู้ทันตสุขศึกษา 2) บริการทันตกรรมพื้นฐาน ประกอบด้วยกิจกรรมบริการถอนฟัน อุดฟันและขูดหินน้ำลายทั้งปาก และ 3) บริการทันตกรรมเฉพาะทางประกอบด้วยกิจกรรมบริการศัลยกรรมช่องปาก ทันตกรรมหัตถการ รักษาคลองรากฟัน รักษาปริทันต์ ทันตกรรมสำหรับเด็ก ทันตกรรมประดิษฐ์และทันตกรรมจัดฟัน

ผลการวิเคราะห์พบว่า ผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อ รพช. ปี 2556 เท่ากับ 16,330 ครั้ง สูงกว่าปี 2552 ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11,690 ครั้ง/รพช. คือเพิ่มขึ้นเท่ากับ 4,640 ครั้ง/รพช. คิดเป็นร้อยละ 39.7 ที่เพิ่มขึ้น เป็นผลงานบริการส่งเสริมป้องกันเพิ่มขึ้นร้อยละ 66.8 ขณะที่บริการทันตกรรมพื้นฐานเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.3 ส่วนผลงานบริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้นร้อยละ 64.6 (ตารางที่ 9)

**ตารางที่ 8** ร้อยละกลุ่มทันตแพทย์ปฏิบัติงานในปี 2552 ที่ยังคงปฏิบัติงานใน รพช. ปี 2556 จำแนกตามลักษณะการโยกย้ายและปีที่เริ่มปฏิบัติงาน

การโยกย้าย	ทำงาน	ทำงาน	ทำงาน	ทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
	>20 ปี	11-20 ปี	4-10 ปี	1-3 ปี		
ออกจากระบบ รพช.	18.0	22.2	39.8	52.7	745	40.1
คงอยู่ใน รพช. ที่เดิม	76.0	71.9	42.1	23.8	794	42.7
ย้ายไป รพช. ภายในจังหวัด	4.0	3.1	10.2	8.2	149	8.0
ย้ายไป รพช. ในจังหวัดที่มีระดับความเจริญใกล้เคียงกัน	0.0	1.1	3.0	5.4	62	3.3
ย้ายไป รพช. ในจังหวัดที่มีความเจริญมากกว่า	0.0	0.8	3.2	8.8	84	4.5
ย้ายไป รพช. ในจังหวัดที่เป็นจังหวัดปริมณฑล	2.0	0.8	1.7	1.1	25	1.3
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0		100.0
จำนวน	50	356	840	613	1,859	



### ผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อทันตบุคลากรของ รพช. เปรียบเทียบปี 2552 และปี 2556

ผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อทันตบุคลากรปี 2556 เท่ากับ 1,565 รายต่อคน เปรียบเทียบกับปี 2552 เท่ากับ 1,394 รายต่อคน มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 12.3 เมื่อจำแนกผลงานเฉลี่ยต่อผู้ให้บริการทันตกรรมแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ ผลงาน  $\leq 1,150$  ราย/คน/ปี หรือ จำนวนคนไข้เฉลี่ย  $< 5$  คน/วัน ผลงาน 1,151-1840 ราย/คน/ปี หรือจำนวนคนไข้เฉลี่ย 5-8 คน/วัน ผลงาน 1,841-2,300 ราย/คน/ปี หรือ จำนวนคนไข้เฉลี่ย 8-10 คน/วัน ผลงาน 2,301-2,760 ราย/คน/ปี หรือ จำนวนคนไข้เฉลี่ย 10-12 คน/วัน และ ผลงาน  $> 2,760$  ครั้ง/คน/ปี หรือ จำนวนคนไข้เฉลี่ย  $> 12$  คน/วัน พบว่า ส่วนใหญ่ของผลงานเฉลี่ยของโรงพยาบาลในปี 2556 เป็นกลุ่มผลงาน  $\leq 1,150$  ราย/คน/ปี หรือ จำนวนคนไข้เฉลี่ย  $< 5$  คน/วัน ซึ่งเท่ากับร้อยละ 43.1 เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานการจัดบริการในระบบบริการสุขภาพช่องปากของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กำหนดว่า ผู้ให้บริการควรมีผลงานบริการไม่น้อยกว่า 1,840 ราย/คน/ปี

พบว่า มีหน่วยบริการที่มีผลงานเกินเกณฑ์มาตรฐานในปี 2556 เท่ากับ 113 แห่ง (ร้อยละ 25.6) สูงกว่าสัดส่วนในปี 2552 ที่มีหน่วยบริการที่มีผลงานเกินเกณฑ์เท่ากับ 86 แห่ง (ร้อยละ 19.5) แสดงให้เห็นว่าทันตแพทย์ที่เพิ่มขึ้น 779 คนหรือร้อยละ 41.9 มีส่วนช่วยให้หน่วยบริการมีผลงานบริการได้เกินเกณฑ์มาตรฐานเชิงปริมาณเพิ่มขึ้นเล็กน้อย (ตารางที่ 10)

### อัตราใช้บริการทันตกรรมของ รพช. เปรียบเทียบปี 2552 และ 2556

เมื่อจำแนกอัตราการใช้บริการทันตกรรมตามประเภทบริการเป็น 4 กลุ่ม คือ อัตราการใช้บริการทันตกรรมทุกประเภท อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก อัตราการใช้บริการทันตกรรมพื้นฐาน และ อัตราการใช้บริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อ 1,000 ประชากร เปรียบเทียบปี 2552 กับ 2556 พบว่า อัตราการใช้บริการทันตกรรมทุกประเภทเพิ่มขึ้นจาก 219 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี 2552 เป็น 300 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี 2556 คือเพิ่มขึ้นร้อยละ 37 อัตราการใช้

ตารางที่ 9 จำนวนผลงานบริการเฉลี่ยของ รพช. เปรียบเทียบปี 2552 และ 2556

ผลงานบริการ (N=441 แห่ง)	ปี 2552	ร้อยละ	ปี 2556	ร้อยละ	ผลต่าง	ร้อยละเพิ่ม
ผลงานส่งเสริมป้องกันเฉลี่ย (ครั้ง)	4,949	42.3	8,257	50.6	3,308	66.8
ผลงานทันตกรรมพื้นฐานเฉลี่ย (ครั้ง)	5,893	50.4	6,677	40.9	784	13.3
ผลงานทันตกรรมเฉพาะทางเฉลี่ย (ครั้ง)	848	7.3	1,396	8.5	548	64.6
ผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ย (ครั้ง)	11,690	100	16,330	100	4,640	39.7

ตารางที่ 10 จำนวนผลงานบริการเฉลี่ยต่อบุคลากรของ รพช. เปรียบเทียบปี 2552 และ 2556

จำนวนหน่วยบริการจำแนกตามผลงานเฉลี่ยต่อผู้ให้บริการทันตกรรม	ปี 2552		ปี 2556	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผลงานเฉลี่ย $\leq 1150$ ราย/คน/ปี หรือ จำนวนคนไข้เฉลี่ย $< 5$ คน/วัน	177	40.1	190	43.1
ผลงานเฉลี่ย 1,151-1840 ราย/คน/ปี หรือ จำนวนคนไข้เฉลี่ย 5-8 คน/วัน	178	40.4	138	31.3
ผลงานเฉลี่ย 1,841-2,300 ราย/คน/ปี หรือ จำนวนคนไข้เฉลี่ย 8-10 คน/วัน	43	9.8	48	10.9
ผลงานเฉลี่ย 2,301-2,760 ราย/คน/ปี หรือ จำนวนคนไข้เฉลี่ย 10-12 คน/วัน	24	5.4	23	5.2
ผลงานเฉลี่ย $> 2760$ ครั้ง/คน/ปี หรือ จำนวนคนไข้เฉลี่ย $> 12$ คน/วัน	19	4.3	42	9.5
<b>รวม</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>	<b>441</b>	<b>100.0</b>



ตารางที่ 11 อัตราใช้บริการทันตกรรมเปรียบเทียบปี 2552 และ 2556 (หน่วย : ครั้งต่อ 1000 ประชากร)

ผลงานบริการ	2552	2556	ผลต่าง	ร้อยละ
อัตราใช้บริการทันตกรรมทุกประเภท	219	300	81	37.0
อัตราใช้บริการส่งเสริมป้องกัน	87	148	61	70.1
อัตราใช้บริการทันตกรรมพื้นฐาน	115	124	9	7.8
อัตราใช้บริการทันตกรรมเฉพาะทาง	18	28	10	55.6
อัตราการให้บริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็ก 0-2 ปี	140	363	223	159.3
อัตราการให้บริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็ก 3-5 ปี	607	1,274	667	109.9
อัตราการให้บริการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็ก 6-14 ปี	429	647	218	50.8

บริการส่งเสริมฯ ป้องกันฯ เพิ่มขึ้นจาก 87 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี 2552 เป็น 148 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี 2556 คือเพิ่มขึ้นร้อยละ 70.1 ขณะที่อัตราการให้บริการทันตกรรมพื้นฐานเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจาก 115 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี 2552 เป็น 124 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี 2556 คือเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.8 และอัตราการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางเพิ่มขึ้นจาก 18 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี 2552 เป็น 28 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี 2556 จะเห็นว่าผลงานที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนคืออัตราการให้บริการส่งเสริมฯ ป้องกันฯ (ตารางที่ 11)

### อัตราผู้ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากในกลุ่มเด็ก

การวิเคราะห์อัตราการให้บริการสุขภาพช่องปากเฉพาะในกลุ่มเด็กจำแนกตามกลุ่มอายุ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอายุ 0-2 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายที่รับบริการในคลินิกเด็กดี 2) กลุ่มอายุ 3-5 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและนักเรียนอนุบาล และ 3) กลุ่มอายุ 6-14 ปี เป็นกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในโรงเรียนประถมศึกษา พบว่า อัตราการให้บริการส่งเสริมฯ ป้องกันฯ ในกลุ่มอายุ 0-2 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 159.3 คือเพิ่มจาก 140 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี 2552 เป็น 363 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี 2556 ส่วนกลุ่มอายุ 3-5 ปีพบอัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 109.9 คือเพิ่มจาก 607 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี 2552 เป็น 1,274 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี

2556 และ อัตราการให้บริการในกลุ่มอายุ 6-14 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 50.8 คือเพิ่มจาก 429 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี 2552 เป็น 647 ครั้งต่อ 1,000 ประชากรในปี 2556 จะเห็นว่าอัตราเข้าถึงบริการส่งเสริมฯ ป้องกันฯ ในกลุ่มเด็กทั้ง 3 กลุ่มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (ตารางที่ 11)

### วิจารณ์

การปรับอัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับแพทย์และทันตแพทย์ใน รพช. ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 4(5) และ 8(6) นั้น มีสาระสำคัญคือ 1) ปรับลดระยะเวลาปฏิบัติงาน 4 ระยะเวลาเหลือ 3 ระยะเวลา โดยยุบกลุ่มที่ทำงานมาแล้ว 20 ปีขึ้นไปมารวมอยู่ในกลุ่มที่ทำงานมาแล้วตั้งแต่ 11 ปีขึ้นไป ทำให้สองกลุ่มเดิมนี้ได้รับเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเท่ากัน 2) ปรับพื้นที่กลุ่มปกติในอำเภอที่มีความเจริญมากเป็นพื้นที่ชุมชนเมืองรวม 33 อำเภอ ซึ่งได้รับเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายลดลงเป็น 10,000-15,000 บาท และ 3) ปรับพื้นที่เฉพาะระดับ 1 และ 2 รวมคงเหลือ 81 แห่งซึ่งได้รับเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในอัตราเดิมพบว่า ผู้ได้รับผลกระทบจากอัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายฉบับที่ 8 คือ ผู้ปฏิบัติงานใน รพช. ที่ตั้งในเขตชุมชนเมือง และ ผู้ปฏิบัติงานใน รพช. เกินกว่า 20 ปี โดยกลุ่มแรกค่าตอบแทนส่วนนี้จะลดลงมาก ตามประกาศฉบับที่ 8 ส่วนกลุ่มหลังจะไม่ได้รับการปรับเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายอีก แม้ทำงานเกิน 20 ปี การศึกษานี้พบว่า ทันตแพทย์ใน รพช. ปี 2556 จำนวน 2,638 คน ซึ่งเพิ่มสูงกว่าปี 2552 ร้อยละ 41.9 นั้น ต้องใช้เบี้ยเลี้ยงเหมา

จ่ายประมาณ 768.4 ล้านบาท ซึ่งสูงกว่าปี 2552 ร้อยละ 28.1 ขณะเดียวกันมีการศึกษาสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี 2550-2554<sup>(7)</sup> พบว่า จำนวนโรงพยาบาลที่ประสบกับภาวะขาดทุนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 โดยเฉพาะ รพช. และโรงพยาบาลทั่วไป ตัวผลกดันต้นทุนที่สำคัญ คือ ค่าตอบแทนและค่ายา โดยค่าตอบแทนมีอัตราเพิ่มประมาณ 40% ในปี 2552 และ 2553 ส่วนเงินเดือนและยามี้อัตรการเพิ่มน้อยกว่า คือเท่ากับร้อยละ 10 ขณะที่ศูนย์ วงศ์คงคาเทพและคณะ<sup>(8)</sup> ศึกษาผลของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ใน รพช. พบว่า ปี 2552 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายจำนวน 2,750 ล้านบาท และได้จัดสรรงบประมาณเพื่อการนี้ส่วนหนึ่งให้ รพช. โดยจำนวนเงินงบประมาณในขณะนั้นสอดคล้องกับจำนวนบุคลากรที่ได้รับเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ทำให้ไม่ส่งผลกระทบต่อฐานะการเงินของ รพช. ในปี 2552 มากนัก หลังจากนั้น คือตั้งแต่ปี 2553 เป็นต้นมา จำนวนบุคลากรที่ได้รับเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายทวีจำนวนมากขึ้น แต่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณเพื่อจ่ายเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายค่อนข้างคงที่คือประมาณ 3,000 ล้านบาท ทำให้เกิดความไม่เพียงพอ จนหน่วยบริการส่วนใหญ่ต้องใช้งบนำร่องของหน่วยบริการจ่ายเพิ่มเติมสมทบและส่งผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของโรงพยาบาลในเวลาต่อมา

### ผลของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อการคงอยู่ของทันตแพทย์

ทันตแพทย์ รพช. ที่ทำงาน >20 ปี และ 11-20 ปี มีสัดส่วนคงอยู่ปฏิบัติงานใน รพช. สูงถึงร้อยละ 77-82 ขณะที่กลุ่มที่ทำงาน 4-10 ปีมีการคงอยู่ในสัดส่วนน้อยกว่า คือเท่ากับร้อยละ 60.2 ส่วนกลุ่มที่ทำงาน 1-3 ปีนั้น ส่วนใหญ่ออกจากระบบ รพช. ในสัดส่วนสูงสุด คือร้อยละ 52.7 แสดงให้เห็นว่าการจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายมีผลต่อการคงอยู่ของกลุ่มนี้ในอัตราต่ำ ผลการศึกษาชี้ว่า แม้มีการเพิ่มค่าตอบแทนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 8 แต่ก็ไม่สามารถเพิ่มแนวโน้มการคงอยู่ของทันตแพทย์ รพช. ที่มีอายุราชการ 1-3 ปีได้

โดยกลุ่มนี้ได้ออกจากระบบไปมากกว่าครึ่ง ทั้งนี้ เนื่องจากทันตแพทย์ขาดใช้ทุนครบแล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ พะโกยะ และคณะ<sup>(9)</sup> ที่ระบุว่า การเพิ่มค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่ส่งผลต่อการคงอยู่ในชนบทของแพทย์ในทุกกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ที่เพิ่งจะเสร็จสิ้นการใช้ทุน 3 ปี

### ผลของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อผลผลิตในการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ รพช. ปี 2556

ปี 2556 มีผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อ รพช. เพิ่มขึ้นสูงกว่าค่าเฉลี่ยปี 2552 คิดเป็นร้อยละ 39.7 เป็นผลงานบริการส่งเสริมฯ ป้องกันฯ เพิ่มขึ้นชัดเจนร้อยละ 66.8 ซึ่งผู้ให้บริการหลักคือทันตภิบาลเป็นส่วนใหญ่ โดยเป็นอัตราบริการส่งเสริมฯ ป้องกันฯ ที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 0-2 ปี คือเพิ่มขึ้นร้อยละ 159.3 กลุ่มอายุ 3-5 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 109.9 และกลุ่มอายุ 6-14 ปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 50.8 ส่วนบริการทันตกรรมพื้นฐานเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 13.3 ผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ยรวมทุกประเภทต่อทันตบุคลากรปี 2556 เท่ากับ 1,565 รายต่อคน สูงกว่าปี 2552 เพียงร้อยละ 12.3 และมีเพียงร้อยละ 25.6 ของหน่วยบริการที่มีผลงานบริการสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (1,840 ราย/คน/ปี) แสดงให้เห็นว่าค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสามารถกระตุ้นให้เกิดผลงานในส่วนบริการ ทางการแพทย์ทันตกรรมพื้นฐานและงานบริการเฉพาะทางซึ่งเป็นบทบาททันตแพทย์ได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น เนื่องจากหลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่ได้ผูกกับผลงานนั่นเอง

### ข้อยุติ

การเพิ่มการผลิตทันตแพทย์ที่มีระบบและเงื่อนไขสัญญาใช้ทุนเป็นการเพิ่มคนเข้าสู่ระบบ รพช. โดยมีแรงจูงใจด้วยมาตรการการเงินในรูปแบบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย เมื่อจำนวนคนสะสมเพิ่มขึ้นทุกปี ส่งผลให้ต้องใช้งบประมาณมากขึ้นเป็นลำดับพบว่าค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่มีผลต่อการคงอยู่ของกลุ่มทันตแพทย์ รพช. ที่ปฏิบัติงาน 1-3 ปี หรือไม่มีผลสนับสนุนให้ผลงานบริการทันตกรรมของทันตแพทย์ได้เกินเกณฑ์มาตรฐาน ดังนั้น การพัฒนามาตรการที่จะจูงใจให้ทันตแพทย์



คงอยู่ปฏิบัติงานใน รพช. ควรครอบคลุมทั้งมาตรการที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน เช่น การมีโอกาสย้ายไปทำงานในโรงพยาบาลใกล้ภูมิลำเนา การมีโอกาสในการศึกษาขั้นตติยการเฉพาะทางต่อเนื่อง (โดยให้ผู้ที่ปฏิบัติงานนานกว่ามีโอกาสเรียนต่อก่อน) การมีระบบความก้าวหน้า (คือมีตำแหน่งทันตแพทย์เชี่ยวชาญมารองรับหลังจบการศึกษาต่อเนื่อง) การพัฒนาระบบบริการในชนบทให้มีความทันสมัยและมีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่น่าอยู่ รวมทั้งมีมาตรการกระตุ้นผลการปฏิบัติงานให้เพิ่มขึ้นเพื่อที่ประชาชนจะได้รับประโยชน์จากการกระจายทันตแพทย์สู่ชนบท แม้จะต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นก็ตาม

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักทันตสาธารณสุขที่อนุเคราะห์ฐานข้อมูลทันตบุคลากร 2552 และ 2556 และสำนักบริหารการสาธารณสุขที่อนุเคราะห์ฐานข้อมูลผลงานบริการทันตกรรมของ รพช. ปี 2552 และปี 2556 และข้อมูลการจัดสรรและการลาออกของทันตแพทย์ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 - 2557

### เอกสารอ้างอิง

1. Fujisawa R, Lafortune G. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors

influencing variations across countries? OECD Health Working Papers No.41. DELSA/HEA/WD/HW (2008).

2. Regulation of the Ministry of Public Health on staff allowance working in health service providers under jurisdiction of the Ministry of Public Health, 2001. (In Thai)

3. Criteria, method and condition of staff allowance payment : annex of regulation of the Ministry of Public Health on staff allowance working in health service providers under jurisdiction of the Ministry of Public Health (Issue 5), 2009. (In Thai)

4. Ministry of University Affairs (2002) Report of public institutions for high-level education academic year 2001. Bureau of Policy and Plan, Ministry of University Affairs. (In Thai)

5. Criteria, method and condition of staff allowance payment : annex of regulation of the Ministry of Public Health on staff allowance working in health service providers under jurisdiction of the Ministry of Public Health (Issue 8), 2013. (In Thai)

6. Criteria, method and condition of staff allowance payment : annex of regulation of the Ministry of Public Health on staff allowance working in health service providers under jurisdiction of the Ministry of Public Health (Issue 4), 2008. (In Thai)

7. Office of Thai Health Insurance Research for Development (2012). 2011 report on financial and efficiency situation of health facilities under jurisdiction of the Ministry of Public Health. (In Thai)

8. Wongkongkathep S, Wichawut K, Busarakamruha J, Rakcharoen S. Effect of increasing hardship allowance on dentists' performance in community hospitals. Journal of Health Systems Research 2012;6:48-59.

9. Pagaiya N, Sriratana S, Wongwinyou K, Lapkom C, Worarat W. Impacts of financial measures on retention of doctors in rural and public health facilities. Journal of Health Systems Research 2012;6:228-35.