

การสังเคราะห์องค์ความรู้การบริหารจัดการการเงิน การคลังในระบบสร้างเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับ คนพิการในประเทศไทย

จutharat Chimruang*

Nithimar Sermsuti-Anuwat†

บทคัดย่อ

องค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากและระบบบริการทางทันตกรรมของคนพิการในประเทศไทยมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนานโยบายระดับชาติเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของคนพิการไทย วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้การบริหารจัดการการเงินการคลังในระบบทันตสาธารณสุขเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับคนพิการในประเทศไทย โดยข้อมูลที่น่ามาสังเคราะห์ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมจากการสืบค้นอย่างเป็นระบบในฐานข้อมูล PubMed และ MEDLINE รวมทั้งการค้นคว้าข้อมูลที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ทั้งในประเทศไทย ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา แคนาดาและออสเตรเลีย คณะผู้วิจัยได้สังเคราะห์ผลการทบทวนวรรณกรรมในแต่ละประเทศแล้วให้ผู้ใช้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการได้วิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับพัฒนาระบบสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและงานบริการทันตกรรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพช่องปากตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิสำหรับคนพิการในประเทศไทย

คำสำคัญ: คนพิการ, สุขภาพช่องปาก, การบริหารจัดการการเงิน

Abstract

Scoping Review and Research Synthesis on the Financial Management of Oral Health Promotion System for the Disabled in Thailand

Jutharat Chimruang*, Nithimar Sermsuti-Anuwat†

*Faculty of Dentistry, Naresuan University, †Institute of Health Promotion for People with Disability

Empirical evidence of oral health care and dental service delivery systems for people with disabilities in Thailand is needed. An important question for the national health policy-makers is how to improve oral health promotion for disabled patients in healthcare priority-setting. The objective of this paper was synthesis of common wisdom regarding financial management of the oral health promotion system for the disabled people in Thailand. This study systematically reviewed the literature in PubMed and MEDLINE databases and the unpublished-literature that reported data in Thailand, Japan, the United States of America, Canada, and the Commonwealth of Australia. The relevance of 82 retrieved articles was reviewed for each country based on its current oral-health insurance systems, cost-benefits, and healthcare financial management. Thirty-seven stakeholders commented on these findings and made suggestions by group panel. This evidence supports the need to develop oral-healthcare policies to support dental care service, especially oral health promotion and prevention, and improvement of equity and quality of the disabled access to dental primary, secondary, and tertiary healthcare delivery systems in Thailand.

Key words: Disabled Persons, Oral Health, Health Care Economics and Organizations

*คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

†สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ

บทนำ

บทความฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง “การสังเคราะห์ความรู้เพื่อการพัฒนากระบวนการและระบบสร้างเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับคนพิการในประเทศไทย” มีเป้าหมายหลักเพื่อทบทวนองค์ความรู้และสังเคราะห์องค์ความรู้สำหรับงานสร้างเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มคนพิการทุกประเภททุกวัย อีกทั้งพัฒนาและผลักดันนโยบายหรือมาตรการที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้นของคนพิการซึ่งประชากรคนพิการในประเทศไทยควรได้รับสิทธิในการดูแลสุขภาพช่องปากตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทัดเทียมกับประชากรกลุ่มอื่นๆ แต่ที่ผ่านมามีวิชาชีพทันตแพทย์และทันตบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังไม่ได้ศึกษาและดำเนินการในเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ การจัดการยังคงเป็นไปในกลุ่มผู้ปฏิบัติจำนวนไม่มากและไม่มีการสนับสนุนเชิงนโยบายระดับชาติ คณะผู้วิจัยจึงเห็นควรที่จะค้นหาและสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เป็นระบบจากผลงานวิจัยและประสบการณ์การปฏิบัติงานทั้งในประเทศและต่างประเทศเพื่อนำมาพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและงานบริการทันตกรรมสำหรับคนพิการในประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่อสังเคราะห์ความรู้การบริหารการเงินการคลังที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและบริการทันตกรรมในประเทศไทยและต่างประเทศ ๔ ประเทศ ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา แคนาดาและออสเตรเลีย คณะผู้วิจัยขอนำเสนอบทความเป็น ๔ ส่วนที่สำคัญคือ ๑) การวิเคราะห์หลักประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของคนพิการไทยกับต่างประเทศ ๒) การวิเคราะห์เปรียบเทียบกลไกการบริหารจัดการการเงินการคลังสำหรับคนพิการในประเทศไทยกับต่างประเทศ ๓) ความเห็นของคนพิการ/ผู้ให้บริการสุขภาพสหวิชาชีพของรัฐและเอกชนและผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้บริหารเชิงนโยบาย ต่อหลักประกันสุขภาพและการบริหารจัดการการเงินสำหรับคนพิการไทย และ ๔) ข้อเสนอรูปแบบกลไกการบริหารจัดการการเงินเพื่อสร้างเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการไทย โดยคณะผู้วิจัยหวังเป็น

อย่างยิ่งว่าผู้ผลักดันนโยบาย นักวิชาการ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนจะนำข้อมูลนี้ไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานและผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยต่อไป

วิธีการสืบค้นข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ(๑) จากฐานข้อมูล MEDLINE และ Pubmed ช่วงปีพ.ศ.๒๕๒๘-๒๕๕๔ ด้วยการสืบค้นตามสารสนเทศทางการแพทย์ (Medical Subject Headings: MeSH) ได้แก่ (“Disabled Persons”[Mesh] OR “Disabled Children”[Mesh] OR “Mentally Disabled Persons”[Mesh] OR “Mental Disorders”[Mesh] OR “Frail Elderly”[Mesh]) AND (“Oral Health”[Mesh] OR “Stomatognathic Diseases”[Mesh] OR “Stomatognathic System”[Mesh] OR “dental care for disabled”[Mesh] OR “special needs dentistry”) AND (“Health Care Economics and Organizations”[Mesh]) ได้บทความวิชาการภาษาอังกฤษจำนวน ๒๐๓ เรื่อง จากนั้นคัดเลือกไว้จำนวน ๘๒ เรื่องซึ่งไม่เป็นบทความวิทยาระบาดของสภาวะสุขภาพช่องปากหรือองค์ความรู้ทางคลินิก ส่วนฐานข้อมูลในประเทศไทยสืบค้นจากสิ่งตีพิมพ์ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์งานวิจัย คณะผู้วิจัยกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้เป็นที่ไปตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ แต่ไม่รวมกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี คนไร้บ้าน คนติดยาเสพติด นักโทษในเรือนจำและผู้สูงอายุในสถานบริบาล

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ (Grey literature) จากข้อมูลเว็บไซต์องค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการทั้งในประเทศไทย ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา แคนาดาและออสเตรเลีย จากนั้นคณะผู้วิจัยได้จัดสรรหน้ากลุ่ม ๒ ครั้ง ประกอบด้วยตัวแทนคนพิการ ผู้ให้บริการสุขภาพสหวิชาชีพของรัฐและเอกชน ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารเชิงนโยบาย จำนวน ๓๗ คน เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์เอกสารวรรณกรรม และรวบรวมความเห็น ข้อเสนอ



และบทวิพากษ์จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในท้ายที่สุดได้เกิดผลลัพธ์จากการสังเคราะห์องค์ความรู้คือ ข้อเสนอรูปแบบกลไกการบริหารจัดการการเงินเพื่อสร้างเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการไทย

หลักประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของคนพิการไทยกับต่างประเทศ

คณะผู้วิจัยขอนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพ ตลอดจนสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของคนพิการในประเทศไทยกับต่างประเทศตามลำดับ จากนั้นนำเสนอผลการวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของหลักประกันสุขภาพช่องปากสำหรับคนพิการไทย ดังนี้

หลักประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของคนพิการในประเทศไทย

คนพิการในประเทศไทยได้รับสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย กฎกระทรวง ระเบียบ และประกาศของกระทรวงต่างๆมากขึ้น ซึ่งครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพของคนพิการ โดยกล่าวเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามกฎหมาย ๔ ฉบับสำคัญ ได้แก่ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการพ.ศ.๒๕๕๐ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๑ และพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพ.ศ.๒๕๕๓ ซึ่งผลักดันให้เกิดชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมที่คนพิการได้รับจากหลักประกันสุขภาพในปัจจุบันภายใต้ ๔ ระบบหลักของภาครัฐ ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ/ลูกจ้าง/พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ และระบบสวัสดิการเฉพาะหน่วยงานหรือองค์กรคนพิการ นอกจากนี้ยังมีระบบประกันสุขภาพภาคเอกชนซึ่งเป็นส่วนน้อยมากในประเทศไทยจึงไม่ได้กล่าวถึงในที่นี้ สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของคนพิการสามารถแบ่งตามระบบหลักประกันสุขภาพได้ ๔ ประเภท คือ

๑. สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้สิทธิคน

พิการสามารถรับบริการสาธารณสุขตามที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์หลัก ได้รับการกรณีมีความจำเป็น ณ หน่วยบริการอื่นของรัฐนอกเหนือจากหน่วยบริการประจำ และได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและอุปกรณ์เครื่องช่วย สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของคนพิการมีอยู่ใน ๒ กองทุน คือ

๑.๑ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ คนพิการที่ขึ้นทะเบียนได้รับสิทธิประโยชน์คุ้มครองทั้งการตรวจวินิจฉัย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการควบคุมโรคในช่องปาก รวมทั้งโครงการพิเศษ ได้แก่ โครงการฟันเทียมพระราชทาน และโครงการยิ้มสวยเสียงใส

๑.๒ กองทุนทันตกรรม คนพิการทุกกลุ่มอายุจะได้รับสิทธิประโยชน์สร้างเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากตามคู่มือบริหารกองทุนทันตกรรม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๔

๒. สิทธิตามระบบประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมให้สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมแก่คนพิการผู้ประกันตนจาก ๒ กองทุน คือ

๒.๑ กองทุนประกันสังคม คนพิการที่เป็นผู้ประกันตนตามสิทธิของระบบประกันสังคมได้รับสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.๒๕๓๓ ผู้ประกันตนมีสิทธิเข้ารับบริการบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลใดก็ได้ในกรณี ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน โดยสำรองเงินจ่ายไปก่อนและนำหลักฐานมาขอเบิกเงินคืนได้ในอัตราไม่เกิน ๓๐๐ บาทต่อครั้ง ปีละไม่เกิน ๖๐๐ บาทและมีสิทธิใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอะคริลิก (พลาสติก) ๑-๕ ชิ้นในวงเงินไม่เกิน ๑,๒๐๐ บาท ตั้งแต่ ๖ ชิ้นขึ้นไปจะเบิกได้ไม่เกิน ๑,๔๐๐ บาท ภายในระยะเวลา ๕ ปี ตั้งแต่วันที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอะคริลิก กรณีใส่รากฟันเทียม ผู้ประกันตนที่ประสบอุบัติเหตุและสูญเสียฟันทั้งปากหรือผู้ประกันตนที่มีอายุตั้งแต่ ๕๓ ปีขึ้นไปและสูญเสียฟันทั้งปาก^(๒)

๒.๒ กองทุนเงินทดแทน สำหรับให้ความคุ้มครองเฉพาะผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพโดยไม่ใช้ผลจากการทำงาน และส่งเงินสมทบไม่น้อยกว่า ๓ เดือนได้รับความคุ้มครองตามสิทธิ

๓. สิทธิตามระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ ลูกจ้างหรือพนักงานของรัฐ และรัฐวิสาหกิจ

๓.๑ ผู้ถือบัตรประจำตัวทหารผ่านศึกนอกประจำการบัตรชั้นที่ ๑ และครอบครัว ประเภทผู้ป่วยนอก องค์การทหารผ่านศึกสงเคราะห์คำรักษาพยาบาลให้แก่ครอบครัวไม่เกิน ๒,๐๐๐ บาทต่อปี ส่วนประเภทผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทหารผ่านศึกจะไม่คิดมูลค่าห้องสามัญ และได้รับส่วนลดค่าห้องพิเศษร้อยละ ๕๐

๓.๒ ผู้ถือบัตรประจำตัวข้าราชการและบุคคลในครอบครัวทหาร ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัดหรือผ่านระบบจ่ายตรง ณ สถานพยาบาลของรัฐที่ทำการรักษาตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ.๒๕๕๓ ได้แก่ ถอนฟัน อุดฟัน การผ่าฟันคุดและการผ่าตัดอื่น ๆ เกี่ยวกับช่องปากและขากรรไกร การรักษาโรคปริทันต์ การรักษารากฟัน การแก้ไขการสบฟันที่ผิดปกติ การเคลือบฟลูออไรด์ทั้งปาก การใส่ฟันปลอม การฟอกสีฟันที่ตายแล้ว การเจ็บป่วยที่เกิดจากกระดูกใบหน้าหัก โรคที่มีความพิการปากแหว่งและหรือเพดานโหว่ โรคเนื้องอกหรือมะเร็งในช่องปาก โรคที่เกิดหลังการฉายรังสีรักษา ค่าฟันเทียมเบิกได้ ๑ รายการทุก ๓ ปี และค่าครอบฟันเบิกได้ ๑ รายการทุก ๕ ปี ยกเว้นกรณีต้องใช้ฟันเดียวร่วมกับครอบฟันสามารถเบิกได้ทั้งสองรายการแต่ต้องเป็นการรักษาในครั้งเดียวกัน ส่วนค่าซ่อมเบ็กได้ครั้งหนึ่งของอัตราและทุกรายการได้รวมค่าวัสดุที่ใช้ในการพิมพ์ปากแล้ว

๔. สิทธิตามระบบสวัสดิการเฉพาะหน่วยงานหรือองค์กรคนพิการ

สถานพยาบาล คณะทันตแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัยของรัฐบาล และองค์กรคนพิการมีหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณช่วยเหลือค่ารักษาทางทันตกรรมสำหรับคนพิการ เช่น สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยให้สวัสดิการแก่คนพิการที่รับจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ครั้งละไม่เกิน ๑,๐๐๐ บาท เป็นต้น

หลักประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของคนพิการในต่างประเทศ

ระบบสุขภาพในต่างประเทศ สามารถแบ่งได้เป็น ๓ รูปแบบ กล่าวคือ ๑) รูปแบบไม่มีระบบหลักประกันสุขภาพจากรัฐ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา สัดส่วนการจ่ายเงินมาจากระบบประกันเอกชนเป็นส่วนใหญ่^(๓-๕) ๒) รูปแบบระบบหลักประกันสุขภาพที่รวมบริการสุขภาพช่องปากไว้ในบริการขั้นพื้นฐาน (core package) เช่นเดียวกับประเทศไทย ได้แก่ ประเทศญี่ปุ่น^(๖-๘) และ ๓) รูปแบบระบบหลักประกันสุขภาพที่ไม่รวมบริการสุขภาพช่องปากไว้ในบริการขั้นพื้นฐาน (core package) ได้แก่ ประเทศแคนาดา^(๙) และประเทศออสเตรเลีย(๑๐-๑๒) ดังแสดงในตารางที่ ๑

วิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของหลักประกันสุขภาพช่องปากสำหรับคนพิการไทย

๑. จุดแข็ง

๑.๑ กองทุนเงินทดแทนเป็นหลักประกันสุขภาพแก่บุคคลที่พิการจากการทำงาน และคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ยังมีสิทธิรับเบี้ยยังชีพคนพิการ ทำให้ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายจำนวนหนึ่งของครอบครัวในการดูแลคนพิการ

๑.๒ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุนทันตกรรมเอื้อให้เกิดการทำงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากของคนพิการทุกคนและสอดคล้องกับความต้องการความจำเป็นของแต่ละบุคคล

๑.๓ การจัดตั้งองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับคนพิการโดยตรง เช่น สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการในระดับชาติและจังหวัด เป็นต้น เป็นจุดเริ่มก่อกระแสการให้บริการสุขภาพช่องปากแก่คนพิการตามหลักประกันสุขภาพมากขึ้น

๑.๔ การกระจายอำนาจและงบประมาณเกี่ยวกับคนพิการสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยให้การจัดสรรรัฐสวัสดิการด้านสุขภาพแก่คนพิการเป็นไปอย่างทั่วถึงและเหมาะสมกับบริบททางสังคม

๒. จุดอ่อน

๒.๑ สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของคนพิการตั้งแต่เริ่มแรกได้



ตารางที่ ๑ แสดงเปรียบเทียบการบริหารการเงินในการดูแลสุขภาพช่องปากคนพิการของประเทศสหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น แคนาดา และออสเตรเลีย

ประเทศ	ประชากร	ผู้จัดบริการ	การเงินการคลัง	บริการทันตกรรม	คำตอบแทน		
					รัฐ	เอกชน	บริการอื่น
สหรัฐอเมริกา	ผู้สูงอายุ คนพิการ คนยากจน ลูกจ้าง	รัฐ	Medicaid	ขึ้นกับมลรัฐ	เงินเดือน	FFS, PPO, HMO	จ่ายเอง โดยตรง แบบ FFS
		รัฐ/เอกชน	ESHI	ขึ้นกับแผน ประกัน			
ญี่ปุ่น	ผู้ว่างงาน เกษียณ อาชีพอิสระ ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	รัฐ	NHI(UC)	ตรวจรักษา	เงินเดือน	FFS, เงินเดือน	จ่ายเองโดย ตรงแบบ FFS
		รัฐ/เอกชน	EHI	ตรวจรักษา			
แคนาดา	ผู้สูงอายุ ทุกคน	รัฐ	ประกัน สุขภาพ Medicare (UC)	ประเมิน บุคคล ตรวจรักษา	จ่ายรายหัว เงินเดือน	FFS	จ่ายเองโดย ตรงแบบ FFS
		รัฐ/เอกชน	Global budget	ตรวจรักษา			
ออสเตรเลีย	ทุกคน อายุ 16 ปีขึ้นไป คนพิการ คนยากจน ผู้อุปถัมภ์	รัฐ	Medicare (UC)	ขึ้นกับมลรัฐ	เงินเดือน	FFS, เงินจูงใจ, เหมาจ่าย	จ่ายเองโดย ตรงแบบ FFS
		เอกชน	ประกัน สุขภาพ	ขึ้นกับแผน ประกัน			

หมายเหตุ: Universal Coverage (UC); Fee-For-Service (FFS); Employer Sponsored Health Insurance (ESHI); Preferred Provider Organization (PPO); Health Maintenance Organization (HMO); National Health Insurance(NHI); Employee Health Insurance (EHI)

รับความสำคัญน้อย ส่วนใหญ่ยังเน้นปลายเหตุ คือ เฉพาะการรักษาฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก

๒.๒ คนพิการมีข้อจำกัดหลายประการในการเข้ามาใช้บริการสุขภาพช่องปากในสถานพยาบาลของรัฐ และยังไม่สามารถใช้สิทธิในคลินิกหรือโรงพยาบาลของเอกชน

๒.๓ การประชาสัมพันธ์หรือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมแก่คนพิการหรือผู้ดูแลยังทำได้ไม่ทั่วถึง

๒.๔ เจตคติที่ไม่เหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อการให้บริการแก่คนพิการ เช่น ไม่ให้

เกียรติคนพิการ หลีกเลี้ยงคนพิการและส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น เป็นต้น

การเปรียบเทียบกลไกการบริหารจัดการการเงินการคลังสำหรับคนพิการในประเทศไทยกับต่างประเทศ

คณะผู้วิจัยขอเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับกลไกการบริหารจัดการการเงินการคลังในระบบทันตสาธารณสุขสำหรับคนพิการของประเทศไทยกับต่างประเทศโดยสังเขป จากนั้นจึงนำเสนอผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับประเทศต่างๆในด้านกลไกการอุดหนุนทางการเงินแก่

สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน ด้านการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการสุขภาพ และด้านการมีส่วนร่วมจ่ายของคณพิการ ดังนี้

การบริหารจัดการการเงินการคลังในประเทศไทย

งบการรักษาทางทันตกรรมรวมอยู่ในงบบริการแบบผู้ป่วยนอก (Outpatient care budget: OP) ซึ่งเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพล่วงหน้าเป็นรายงวดตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิบัตรทอง การจัดสรรงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับการดำเนินงานภาครัฐ (Promotion & Prevention service budget: PP) มีทั้งสำหรับบริการส่วนบุคคล (Personal care) และการดำเนินงานในโรงเรียน (School based) ซึ่งคิดตามจำนวนประชากรทั้งหมดรวมสิทธิข้าราชการและประกันสังคม^(๑๓) งบประมาณแบ่งเป็น ๓ ส่วนได้แก่ ๑) งบประมาณส่งเสริมป้องกันในชุมชนสำหรับบริการประชาชนทุกสิทธิร้อยละ ๕๐ จัดสรรให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลัก บางพื้นที่อาจมีหน่วยบริการสังกัดอื่น ตามจำนวนประชากรและพื้นที่รับผิดชอบ โดยคำนึงถึงศักยภาพการดำเนินงานของหน่วยบริการ อีกร้อยละ ๑๐ จัดสรรให้เป็นโบนัสตามผลลัพธ์ (Outcomes) และความครอบคลุมของการให้บริการของหน่วยงาน (Performance based) ๒) งบบริการส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการสำหรับผู้มีสิทธิบัตรทอง โดยแบ่งเป็นให้หน่วยบริการตามจำนวนผู้มีสิทธิบัตรทองที่ลงทะเบียนร้อยละ ๕๐ และอีกร้อยละ ๑๐ จัดสรรตามผลงานและความครอบคลุมบริการในประชาชนแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และ ๓) งบบริการส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการสำหรับผู้มีสิทธิอื่น จัดสรรให้หน่วยบริการตามปริมาณการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์และราคาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้ให้บริการได้รับค่าตอบแทนจากรัฐแบบเงินเดือน อย่างไรก็ตาม การรับบริการทันตกรรมในภาคเอกชนมาเสริมระบบบริการจากภาครัฐเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการมากขึ้น ผู้รับบริการจ่ายค่าตอบแทนตามบริการ (Fee For Service: FFS) ซึ่งมักสูงกว่าอัตราค่าบริการภาครัฐ ทำให้ประชาชนร่วมออกค่าใช้จ่ายในการรับบริการที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐและประกันสุขภาพเอกชน ดังแสดงในตารางที่ ๒

อย่างไรก็ตามในแง่เศรษฐศาสตร์สุขภาพ ประชาชนคนพิการหรือญาติผู้ดูแลยังต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์จำนวนมาก^(๑๔) นอกจากนี้คณพิการไทยยังมีความแตกต่างของสิทธิประโยชน์แหล่งเงินที่มาของเงินค่าใช้จ่าย เช่น จากนายจ้างซึ่งเป็นภาคเอกชน และงบประมาณของรัฐบาล ซึ่งกำหนดระเบียบและวิธีการจ่ายค่าบริการพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน ดังนั้น จึงก่อให้เกิดความหลากหลายทั้งระเบียบวิธีปฏิบัติ ความแตกต่างและความซ้ำซ้อนของสิทธิประโยชน์ สิทธิประโยชน์จากงบประมาณของรัฐจะระบุไว้เสมอว่าหากมีสิทธิอื่นให้ใช้สิทธินั้นก่อน ทำให้เกิดความสงสัยต่อความรับผิดชอบในการดูแลกลุ่มคณพิการและความไม่เสมอภาคในการได้รับบริการของคณพิการภายใต้หลักประกันสุขภาพประเภทต่างๆในประเทศไทย

การบริหารจัดการการเงินการคลังในต่างประเทศ

คณะผู้วิจัยขอนำเสนอการบริหารจัดการการเงินที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากคณพิการในประเทศต่างๆ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น แคนาดา และออสเตรเลีย โดยมุ่งสนใจรูปแบบการดำเนินงานของระบบทันตสาธารณสุขทั้งรัฐบาลและองค์กรเอกชน ตลอดจนการบริหารจัดการการคลังในแต่ละประเทศ ดังนี้

จากประเทศกรณีศึกษามีแหล่งที่มาของเงินค่าบริการทันตกรรมจาก ๒ แหล่งใหญ่คือ เงินภาษีเก็บจากทุกคนที่มีรายได้ และเงินเบี้ยประกันที่เก็บจากผู้ซื้อประกัน ซึ่งประกอบด้วยรัฐ นายจ้าง และบุคคลทั่วไป มีสัดส่วนแตกต่างกันตามระบบประกันและเงินกองทุน ลักษณะของกองทุนที่บริหารจัดการในลักษณะองค์กรอิสระภายใต้กำกับของรัฐจะมีประสิทธิภาพ^(๑๕)

ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่ทันตบุคลากร ผู้ให้บริการสังกัดรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่นจะได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน ส่วนภาคเอกชนจะมี ๒ วิธีจ่าย คือ แบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) มักใช้ในกรณีรัฐบาลต้องจ่ายทั้งหมดซึ่งควบคุมรายจ่ายได้ดีที่สุด และแบบจ่ายตามบริการมักใช้กรณีรัฐร่วมจ่ายบางส่วน โดยมีอัตราค่าบริการแบบมีเพดานสูงสุด (Capped-fee



ตารางที่ ๒ การเงินการคลังด้านทันตสุขภาพของประเทศไทยในปีพ.ศ.๒๕๕๔

ประชากร	ผู้จัดบริการ	การเงินการคลัง	บริการทันตกรรม	ค่าตอบแทน		
				รัฐ	เอกชน	บริการอื่น
คนพิการที่ขึ้นทะเบียน	รัฐ	-ภาษี (งบประมาณรวม กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ, เหม่าจ่ายรายหัว)	-ป้องกัน (เคลือบฟลูออไรด์ ผนึกหลุมร่องฟัน)	เงินเดือน	-	จ่ายเองโดยตรง แบบ FFS
ผู้มีสิทธิตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC)	รัฐ	-ภาษี (งบประมาณรวมกองทุนทันตกรรม, เหม่าจ่ายรายหัว)	-ฟื้นฟู (ใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่) -ตรวจรักษา (ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ฟันเทียมฐานพลาสติก รักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม)	เงินเดือน	-	ตามสิทธิจ่ายเพิ่มอีก ๓๐ป.ต่อครั้ง จ่ายเองโดยตรง แบบ FFS
แรงงาน/ลูกจ้าง	รัฐ/เอกชน	-เงินสมทบกองทุนประกันสังคม -ภาษี -นายจ้าง	-รักษา (ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน ฟันเทียมฐานพลาสติก ใส่รากฟันเทียมผ่าฟันคุด)	เงินเดือน	FFS	จ่ายเองโดยตรง แบบ FFS
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ*	รัฐ	ภาษี	-รักษา (ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน ผ่าฟันคุด รักษารากฟัน ฟอกสีฟัน ที่ตาย) -ฟื้นฟู (ใส่ฟันเทียม ครอบฟัน) -ป้องกัน (เคลือบฟลูออไรด์)	เงินเดือน	-	
รัฐวิสาหกิจ* ทหารผ่านศึก*	รัฐวิสาหกิจ รัฐ	รายได้ของรัฐวิสาหกิจ -ภาษี -มูลนิธิทหารผ่านศึก	ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วย ขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วย	เงินเดือน เงินเดือน	FFS -	
คนพิการ ผู้เอาประกัน	รัฐ/เอกชน บริษัทประกัน	รายได้ของหน่วยงาน เบี้ยประกันภัย	ขึ้นกับผู้จัดบริการ ขึ้นกับแผนประกันสุขภาพ	เงินเดือน FFS เงินเดือน	FFS FFS	

หมายเหตุ: * ครอบคลุมผู้มีสิทธิและบุคคลในครอบครัว; Universal Coverage (UC) หมายถึง ประกันสุขภาพถ้วนหน้า; Fee-For-Service (FFS) หมายถึง การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทนให้กับผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย

schedule) ส่วนค่าใช้จ่ายจากประชาชนโดยตรง (Out-of-Pocket) จะต้องจ่ายเงินตามที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บและยังไม่มียระบบกำกับควบคุม ดังแสดงในตารางที่ ๓

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับคนพิการที่ได้ขึ้นทะเบียนแต่ละประเทศจะเป็นงานบริการทันตกรรมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของรัฐบาลกลางหรือโครงการของรัฐบาลท้องถิ่นแก่คนพิการ ซึ่งมักเป็นงานทันตกรรมป้องกันรายบุคคลโดยทันตบุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นผู้ให้บริการ ทั้ง ๔ ประเทศมีการบริหารจัดการการเงินดังนี้

แตกต่างกันไปตามนโยบายการคลังและระบบทันตสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับคนพิการแตกต่างกัน^(๑๖-๒๑) ดังแสดงในตารางที่ ๔

วิเคราะห์เปรียบเทียบกลไกการบริหารจัดการการเงินในระบบทันตสาธารณสุขของประเทศไทยกับต่างประเทศ เปรียบเทียบใน ๓ ด้าน ดังนี้

๑. ด้านกลไกการอุดหนุนทางการเงินแก่สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน

ประเทศไทยและสหรัฐอเมริกามีรัฐบาลเป็นผู้จัด

ตารางที่ ๓ แสดงเปรียบเทียบกลไกการเงินการคลังในระบบทันตสาธารณสุขของต่างประเทศ

ระบบการเงินการคลัง		สหรัฐอเมริกา	ญี่ปุ่น	แคนาดา	ออสเตรเลีย
ครอบคลุมทันตกรรม	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	✓	✓	-	-
	ประกันสุขภาพเอกชน	✓	-	✓	✓
แหล่งที่มาของเงินค่า ใช้จ่ายทันตสุขภาพ	เงินภาษีเก็บจากผู้มีรายได้	✓	✓	✓	✓
	เงินเบี้ยประกันสุขภาพบุคคล	✓	✓	✓	✓
กลไกควบคุมการคลัง	เงินจ่ายร่วมของผู้รับบริการ	✓	✓	-	✓
	เงินภาษีสรรพสามิต	-	-	✓	✓
	รัฐกำหนดค่างานบริการ	✓	✓	✓	✓
	ผู้รับบริการร่วมจ่ายกับรัฐ	✓	✓	-	✓
	รัฐออกกฎระเบียบควบคุม	-	✓	✓	-

หมายเหตุ: ✓ หมายถึงมีการดำเนินงานในประเทศนั้นระหว่างปีพ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔

ตารางที่ ๔ แสดงเปรียบเทียบการจัดการเงินเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการในต่างประเทศ

งานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก		สหรัฐอเมริกา	ญี่ปุ่น	แคนาดา	ออสเตรเลีย
กลุ่มเป้าหมาย	คนพิการทุกประเภท	✓	✓	✓	✓
	ทหารผ่านศึก	✓	-	-	✓
	ผู้สูงอายุ	✓	✓	✓	✓
ชุดสิทธิประโยชน์รัฐ	บริการป้องกันโรค	ขึ้นกับมลรัฐ	ตรวจ, ซักฟัน	-	-
	บริการส่งเสริมสุขภาพ		บูรณาการ	-	-
รูปแบบกิจกรรม	รายบุคคล	✓	✓	✓	✓
	ระดับชุมชน	-	-	✓	✓
แหล่งเงินทุน	รัฐบาลกลางและเขตปกครอง	✓	✓	ขึ้นกับมลรัฐ	ขึ้นกับมลรัฐ
	องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร	✓	-	-	✓
	องค์กรเอกชน	-	-	✓	✓
ค่าตอบแทนผู้ให้บริการ*	สถานพยาบาลรัฐบาล	เงินเดือน	FFS, เหมา จ่ายรายหัว	-	เงินเดือน, เงินจูงใจ
	สถานพยาบาลเอกชน	FFS, PPO	FFS, เงินเดือน	FFS	FFS, เงินทุน, เหมากจ่ายรายหัว

หมายเหตุ: ✓ หมายถึงมีการดำเนินงานในประเทศนั้นระหว่างปีพ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔; * หมายถึง วิธีจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการเฉพาะชุดสิทธิประโยชน์ นอกเหนือจากนั้นผู้ป่วยต้องจ่ายเอง (direct out-of pocket); Fee-For-Service (FFS); Preferred Provider Organization (PPO)

บริการหลักและดำเนินกลไกการอุดหนุนทางการเงินแก่สถานพยาบาลภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ความแตกต่างคือ คนพิการไทยสามารถเข้ารับบริการได้เฉพาะสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้น ในขณะที่ คนพิการในสหรัฐอเมริกาสามารถเข้ารับ

บริการในสถานพยาบาลเอกชนได้ด้วยจึงมีความสะดวกและรวดเร็วกว่า ส่วนแคนาดาและออสเตรียมีเอกชนร่วมกับมลรัฐดำเนินการเป็นหลัก โดยไม่มีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ใช้งบประมาณจากเงินภาษีผู้มีรายได้และเบี้ยประกัน



สุขภาพบุคคลมาเป็นคำรักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน มาตรการกลไกควบคุมการคลังที่ใช้เหมือนกันทั้งไทยและต่างประเทศคือ รัฐกำหนดอัตราค่าบริการ แต่ในต่างประเทศจะมีมาตรการอื่นร่วมด้วย เช่น รัฐออกกฎระเบียบควบคุม ผู้รับบริการร่วมจ่ายกับรัฐ เป็นต้น เพื่อให้คนพิการได้รับบริการมากขึ้นภายใต้ค่าใช้จ่ายที่ควบคุมได้

๒. ด้านการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการสุขภาพ

ในประเทศไทยจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการในสถานพยาบาลรัฐบาลด้วยเงินเดือนเป็นหลัก ส่วนประเทศญี่ปุ่นและออสเตรเลียสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการในสถานพยาบาลรัฐบาลด้วยค่าตอบแทนในรูปแบบต่างๆ เช่น การเหมาจ่ายรายหัว เงินจูงใจพิเศษ การจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน เป็นต้น สำหรับผู้ให้บริการในสถานพยาบาลเอกชนในต่างประเทศจะจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทนเป็นหลัก เช่นเดียวกับคนพิการไทยที่มีสิทธิรับบริการในสถานพยาบาลเอกชนได้แก่ สังกัดรัฐวิสาหกิจ กรมธรรม์ประกันสุขภาพรายบุคคล และกองทุนประกันสังคม

๓. ด้านการมีส่วนร่วมจ่ายของคนพิการ

คนพิการไทยยังต้องแบกรับค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมของรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งแตกต่างจากประเทศสหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่นและออสเตรเลีย คนพิการมีส่วนร่วมจ่ายกับรัฐตามอัตราส่วนที่รัฐบาลกำหนด สำหรับคนพิการในแคนาดาไม่ต้องร่วมออกค่าใช้จ่ายทันตกรรมกับรัฐ เนื่องจากรัฐบาลนำเงินภาษีสรรพสามิตและเงินภาษีเก็บจากผู้มีรายได้มาจ่ายแก่ผู้ให้บริการสุขภาพแทนคนพิการ

ความเห็นของคนพิการ/ ผู้ให้บริการสุขภาพสหวิชาชีพของรัฐและเอกชน และผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้บริหารเชิงนโยบาย ต่อหลักประกันสุขภาพและการบริหารจัดการการเงินสำหรับคนพิการไทย

คณะผู้วิจัยได้รวบรวมผลการทบทวนวรรณกรรมและการวิเคราะห์หลักประกันสุขภาพและการบริหารจัดการการเงินการคลังตั้งข้อมูลข้างต้น แล้วนำเสนอแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพคนพิการไทยทุกภาคส่วน จากนั้นจัดให้มี

การสนทนากลุ่มเพื่อรับฟังความเห็นและข้อเสนอต่อการบริหารจัดการการเงินการคลังสำหรับคนพิการไทย พบว่า

๑. ความเห็นจากกลุ่มคนพิการ และผู้ให้บริการสุขภาพสหวิชาชีพของรัฐและเอกชน

คนพิการประสบความยากลำบากในการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพ เนื่องจาก ปัญหาการเดินทางขนส่งคนพิการ ปัญหาค่าใช้จ่ายต่างๆ ทั้งคนพิการและผู้ดูแล ปัญหาการใช้บัตรสิทธิรักษาพยาบาลตามขั้นตอนและโรงพยาบาลที่ระบุเท่านั้น ขาดแคลนอุปกรณ์หรือสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการรัฐ ทำให้คนพิการเข้าถึงบริการได้น้อย ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีความสอดคล้องกับผู้ให้บริการสุขภาพที่พบเช่นกันว่า คนพิการมารับบริการที่โรงพยาบาลน้อยกว่าคนทั่วไป การลงเยี่ยมบ้านแบบสหวิชาชีพช่วยให้ค้นพบคนพิการที่มีปัญหาสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบและให้บริการเชิงรุกได้อย่างเป็นองค์รวม ข้อเสนอจากกลุ่มคนพิการและผู้ให้บริการมีดังนี้

๑.๑ จากกองทุนทันตกรรมที่ให้สิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมป้องกันในทุกกลุ่มอายุ ผู้ให้บริการควรสร้างเสริมสุขภาพช่องปากแก่คนพิการในทุกกลุ่มอายุด้วย โดยสามารถบริหารจัดการการเงินภายใต้กองทุนทันตกรรมในแต่ละช่วงอายุของคนพิการ

๑.๒ ชุดบริการขั้นพื้นฐาน (Core package) สำหรับคนพิการควรมีรายละเอียดที่เหมาะสมตามความจำเป็นของแต่ละประเภทความพิการหรือเพิ่มเติมมากกว่าคนทั่วไป เช่น ครอบคลุมต้นทุนแฝงหรือค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากค่ารักษาพยาบาลมากขึ้น เป็นต้น โดยทันตแพทยสภาและหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขควรเป็นผู้ดำเนินการหลัก

๑.๓ ทันตบุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชนควรได้รับค่าตอบแทนในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับคนพิการเพื่อเป็นแรงจูงใจและเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการมากขึ้น

๑.๔ การบริหารจัดการการเงินในแต่ละจังหวัดควรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ โดยกองทุนทันตกรรมจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุนร่วมกับงบประมาณของพื้นที่ เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการและเบิกจ่ายได้ตามจริง

๑.๕ งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในคนพิการ ควรได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางในการกำกับการจ่ายงบประมาณและการประเมินผลอย่างชัดเจนทั้งการทบทวนสถิติการเบิกจ่ายและทบทวนหลักฐานข้อบ่งชี้ แต่ละพื้นที่สามารถพัฒนาปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทและจำนวนคนพิการในพื้นที่โดยมีหน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกันดำเนินการ

๒. ความเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้บริหารเชิงนโยบาย ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้บริหารเชิงนโยบายเล็งเห็นว่าการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญทั้งในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ อย่างเป็นสหสาขาวิชาชีพ โดยประสานความร่วมมือจากภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งรัฐและเอกชน อาทิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คณะทันตแพทย์ต่างๆ เป็นต้น และมีข้อเสนอในการบริหารจัดการการเงินการคลังสำหรับคนพิการไทย ดังนี้

๒.๑ งานทันตสาธารณสุขควรมีแนวทางจัดการดูแลคนพิการโดยกำเนิดและคนพิการภายหลัง เช่น อุบัติเหตุ อัมพาต เป็นต้น ให้เข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เช่น มีเจ้าหน้าที่ที่ทักษะสหวิชาชีพต่างๆ ให้คนพิการหรือญาติแต่ละราย เป็นต้น

๒.๒ กองทุนทันตกรรมสามารถสนับสนุนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาและฟื้นฟูสุขภาพด้านทันตกรรมอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งการผลิตนวัตกรรมสำหรับคนพิการในทุกช่วงอายุ โดย CUP ขนาดใหญ่ เช่น CUP อำเภอเมืองหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอาจนำเงินที่ได้รับจากกองทุนทันตกรรมร้อยละ ๓๐ มาดำเนินการสนับสนุนสถานบริการเพื่อให้ประชากรคนพิการได้เข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพช่องปากตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๒.๓ ระบบบริการทันตกรรมควรเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการภาคเอกชนมาเข้าร่วมกับภาครัฐเพื่อขยายการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันในคนพิการมากขึ้น โดยมีการจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน (Fee schedule) ให้กับผู้ให้บริการ

ย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย และการร่วมจ่าย (Co-payment) ผู้บริหารกองทุนภาครัฐและผู้ให้บริการภาคเอกชนควรมากำหนดอัตราส่วนกันซึ่งให้เป็นไปตามต้นทุนและกลไกตลาด อาจเป็นอัตราต่ำกว่าตลาดหรือทำสัญญาตกลงชนิดบริการที่ควรได้รับ

๒.๔ งานทันตสาธารณสุขควรมีข้อมูลการขึ้นทะเบียนคนพิการที่มีรายละเอียดระบุประเภทและความรุนแรงของความพิการ รวมทั้งสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมทั้งหมดของแต่ละบุคคล เพื่อให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพให้คนพิการ การควบคุมค่าใช้จ่ายของรัฐในการบริการด้วยการจ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทนมาตรฐาน (Fixed-fee schedule) ร่วมกับกำหนดเพดานวงเงินสูงสุดต่อปีหรือครั้งต่อปี (Capped-fee schedule) เพื่อให้เอกชนได้เข้ามามีบทบาทในระบบบริการและจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการภาคเอกชนตามบริการ (Fee-For-Service) โดยให้รัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้จัดการด้านการเงิน

๒.๕ การให้ความสำคัญกับกลุ่มคนพิการหรือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้จำกัด โดยมีการสนับสนุนงบประมาณเตรียมความพร้อมทันตบุคลากรและสถานพยาบาลในการให้บริการอย่างเบ็ดเสร็จตลอดจนช่วยเหลือค่าใช้จ่ายให้สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลคนพิการ เช่น หักลดการเสียภาษีจ่ายค่าเดินทางพาคนพิการมารับบริการในสถานพยาบาล เป็นต้น

จากการสนทนากลุ่ม คณะผู้วิจัยพบว่า ความเห็นและข้อเสนอบางประเด็นมีความสอดคล้องกันในระหว่าง ๒ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง กล่าวคือ ผู้ให้บริการสามารถทำงานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและปรับปรุงสถานพยาบาลให้เอื้ออำนวยต่อคนพิการทุกประเภทและทุกกลุ่มอายุ ภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนทันตกรรมของรัฐที่มีอยู่แล้ว และควรบูรณาการทำงานอย่างเป็นองค์รวมร่วมกับสหวิชาชีพอื่น นอกจากนี้ กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังเห็นตรงกันว่าควรมีการขยายภาคีเครือข่ายการทำงานสร้างเสริมสุขภาพจากภาครัฐสู่เอกชน อีกทั้งประสานงานระหว่างระดับท้องถิ่นกับระดับชาติให้สอดคล้องกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ



ของคนพิการ ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นเดียวกับ ประชากรกลุ่มอื่น โดยอาศัยกลไกทางการเงินการคลังมาช่วย สนับสนุนให้การดำเนินงานขับเคลื่อนได้มากขึ้น

ข้อเสนอรูปแบบกลไกการบริหารจัดการการเงินการคลัง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพช่องปากคนพิการไทย

ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยเริ่มจากทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับคน พิการในประเทศไทยและกรณีศึกษา ๔ ประเทศ มาวิเคราะห์ ข้อมูลและนำเสนอผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ร่วมระดมความเห็น ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงนำข้อดีของรูปแบบกลไกที่เปรียบเทียบ ในประเทศต่างๆที่กล่าวข้างต้น และข้อเสนอจากผู้มีส่วน เกี่ยวข้อง มาใช้เป็นแนวทางในการเสนอรูปแบบกลไกการ บริหารจัดการการเงินการคลังเพื่อสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ของคนพิการไทยที่ควรจะเป็น ดังต่อไปนี้

๑. คนพิการมีสิทธิตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามกลุ่มอายุอยู่แล้ว การแยกระบุคนพิการเป็นกลุ่มเป้าหมาย เฉพาะมีทั้งข้อดีที่จะช่วยกระตุ้นความสนใจและบิบบให้เกิดการ ทำงานกับกลุ่มเป้าหมายนี้ แต่มีข้อเสียต่อคนพิการที่อาจมอง ว่าเป็นตราประทับทางสังคม (Social stigma) และขัดแย้งกับ หลักการที่ต้องการให้ความพิการเป็นเพียงความหลากหลาย ไม่ใช่ความอนาถาที่รอรับการสงเคราะห์

๒. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือองค์การ บริหารส่วนท้องถิ่นควรจัดสรรงบประมาณแผ่นดิน กองทุน คนพิการหรือกองทุนพื้นพระดับจังหวัด มาสนับสนุนค่าใช้จ่าย จำพวก อุปกรณ์ ยา และวัสดุทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแล สุขภาพช่องปากประจำวันและผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพคนพิการ ที่บ้านด้วย อีกทั้งช่วยเหลือทางการเงินให้สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลคนพิการ เช่น การจ่ายค่าเดินทางพาคนพิการมารับ บริการในสถานพยาบาล เป็นต้น

๓. การดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพช่อง ปากคนพิการในระยะสั้น ๕ ปีแรกอาจจะเป็นโครงการผ่าน กองทุนทันตกรรมได้

๔. ผู้บริหารกองทุนภาครัฐและตัวแทนผู้ให้บริการทั้ง

ภาครัฐและภาคเอกชนควรกำหนดอัตราค่าตอบแทนการ ทำงานกับกลุ่มเป้าหมายคนพิการร่วมกันให้เป็นแรงจูงใจให้ ทำงานที่อาจใช้เวลาและทักษะมากกว่าการดูแลรักษาผู้ป่วย กลุ่มอื่น อาจมีการให้น้ำหนักสำหรับทักษะพิเศษและเวลาการ ให้บริการที่มากขึ้นเข้าในการคำนวณอัตราค่าบริการที่จ่ายให้หรือ คิดค่าบริการเวชปฏิบัติจากการจัดบริการจำเพาะบางอย่าง เช่น การให้การรักษานอกสถานพยาบาล หรือ การให้บริการเยี่ยม บ้านนอกเวลาทำการปกติหากไม่สามารถคิดค่ารักษาแอมแปง ที่เพิ่มขึ้น ควรให้ทันตบุคลากรสามารถขอลดหย่อนภาษีจาก ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ที่เกิดจากการดูแลรักษาคนพิการได้เช่น ค่า บริการล่ามภาษามือ เป็นต้น

๕. สนับสนุนให้ทันตแพทย์ภาคเอกชนทำงานร่วมกับ ภาครัฐเพื่อขยายการเข้าถึงบริการทันตกรรมทั้งการส่งเสริม ป้องกันและการรักษา โดยมีทางเลือกในการจ่ายค่าตอบแทน แก่ผู้ให้บริการภาคเอกชนดังนี้

๕.๑ กำหนดรายการอัตราค่าตอบแทนมาตรฐาน (Standard fee schedule) ของการดูแลรักษาสุขภาพช่อง ปากคนพิการโดยเฉพาะแล้วจ่ายค่าบริการให้ผู้ให้บริการภาค เอกชนแบบตามรายการ (Fee-for-service)แบบการร่วมจ่าย (Co-payment) หรือ จ่ายตามรายการอัตราค่าตอบแทน มาตรฐานของรัฐ (Fixed fee schedule) ร่วมกับกำหนด เพดานวงเงินสูงสุดต่อปีหรือครั้งต่อปี (Capped fee sched- ule)

๕.๒ สมาคมทันตแพทย์เอกชน ทันตแพทย์สภา กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรเจรจาต่อรองหาทางออกให้เป็นไปได้ตามต้นทุนและกลไก ตลาดในขณะที่คงไว้ซึ่งความเป็นธรรมต่อผู้รับบริการ

๖. กองทุนทันตกรรมและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมสนับสนุนงบประมาณเตรียมความพร้อมทันตบุคลากร และการปรับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของสถานพยาบาลใน การให้บริการอย่างเบ็ดเสร็จ

กิตติกรรมประกาศ

การสังเคราะห์องค์ความรู้และข้อเสนอฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง

จาก มัทนา เกษตรระทัต และคณะ (2555) โครงการวิจัยเรื่อง “สังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อการพัฒนากระบวนการและระบบสร้างเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับผู้พิการในประเทศไทย” โดยได้รับการสนับสนุนจากสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ(สสพ.) คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ร่วมให้ความเห็นและข้อเสนออันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการสังเคราะห์องค์ความรู้ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. Centre for Reviews and Dissemination. Systematic Review: CRD's guidance for undertaking reviews in health care. York: University of York; 2009.
๒. เพ็ญแข ลากยั้ง. การประกันสุขภาพช่องปากเด็กประถมศึกษา: การดำเนินงาน การคลัง และการประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข; ๒๕๔๕. หน้า ๒๐-๔.
๓. Waldman HB, Swerdloff M. Health Insurance for children: A new federal initiative and opportunity. J Dent Child 1998;65:136-9.
๔. Stephen T, Jonathan M, Alice M. Parental perceptions of unmet dental need and cost barriers to care for developmentally disabled children. Pediatr Dent 2001;23:321-5.
๕. Shinsho F. New strategy for better geriatric oral health in Japan: 80/20 movement and Healthy Japan 21. Int Dent J 2001;51:200-6.
๖. Nakahara T. The health system of Japan. In: Raffel MW, editor. Health care and reform in industrialized countries. University Park: Pennsylvania State University Press; 1997. p. 105-133.
๗. Okamoto A. Public health of Japan 2001. Commemorative issue for the 129th Annual Meeting of American Public Health Association, Atlanta, Georgia. October 21-25, 2001.
๘. สมชาย สุขศิริเสรีกุล. เศรษฐศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๕๒. ๒๘๒-๕.
๙. Leatt P, Williams AP. Canada. In: Raffel MW, editor. Health care and reform in industrialized countries. University Park: Pennsylvania State University Press; 1997. p. 1-28.
๑๐. Lennox N, Bain C, Rey-Conde T, Purdie D, Bush R, Pandeya N. Effects of a comprehensive health assessment program for Australian adults with intellectual disability: a cluster randomized trial. Intern J Epidemiol 2007;36:139-46.
๑๑. Dixon A, Mossialos E, editors. Health care systems in eight countries: trends and challenges. London: The European Observatory on Health Care Systems; 2002. p. 3-16.
๑๒. Deeble J. Medical services though Medicare. Canberra: National Health Strategy Background Paper No. 2, Australia; 1991.
๑๓. อาทรร วิ้วไพบูลย์, กัญยรัตน์ ปนสูงเนิน, วัชรวิฑูว์ไพบูลย์. โครงการต้นทุนการดูแลอย่างไม่เป็นทางการของผู้พิการจากโรคหลอดเลือดสมองในกรุงเทพมหานครและจังหวัดบุรีรัมย์. รายงานฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพคนพิการในสังคมไทย; ๒๕๕๐.
๑๔. U.S. Department of Health and Human Services. Oral health in America: a report of surgeon general. Washington DC, U.S.: Department of Health and Human Services; 2000.
๑๕. สุณี วงศ์คงคาเทพ, ชาญชัย โห้สงวน, ผุสดี จันทร์บาง. ระบบบริการทันตสุขภาพ ๘ ประเทศ บทเรียนเชิงสังเคราะห์การพัฒนาบริการทันตปฐมภูมิ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๔๖. ๗-๘.
๑๖. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สุกัลยา คงสวัสดิ์. ระบบ กลไก และวิธีการจ่ายค่าบริการสุขภาพเพื่อความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพบริการ. พิมพ์ครั้งที่ ๑. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๔. หน้า ๔๘-๕.
๑๗. Kawamura M, Sasaki T, Imai-Tanaka T, Yamasaki Y, Iwamoto Y. Service-mix in general dental practice in Japan: A survey in a suburban area. Aust Dent J 1998;43:410-6.
๑๘. Sukimoto K, Matsuo G. Comprehensive community dental practice-by the Miyagi Prefecture Dental Association. Dent Japan 1993; 30:157-63.
๑๙. Imai Y. Health care reform in Japan. Economics Department Working Papers No.321. Organization for Economic Co-operation and Development; 2002.
๒๐. Spencer AJ. Narrowing the inequality gap in oral health and dental care in Australia. Final report. Victoria: Australian Health Policy Institute; 2004.
๒๑. Willcox S. A healthy risk? Use of private insurance. Final reports. Canberra: National Health Strategy Background Paper No.4; 1991.