

# ผลลัพธ์ของการปรับเพิ่มค่าเบี่ยงเหลียงหมาจ่ายต่อการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

สุณี วงศ์คงคาเทพ\*

โกเมศ วิชชาวุธ†

จารุวัฒน์ บุษราคัมรุหะ‡

สุริยา รักเจริญ§

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการปรับเพิ่มค่าเบี่ยงเหลียงหมาจ่ายต่อ ๑)การเพิ่ม การกระจายและคงอยู่ของทันตแพทย์ใน โรงพยาบาลชุมชน(รพช.) ๒)ฐานะทางการเงินของรพช.และ ๓)การเพิ่มผลผลิตในการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในรพช. การเก็บข้อมูลแบ่งได้ ๔ กลุ่ม กลุ่มที่ ๑ วิเคราะห์ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ การกระจายทันตแพทย์ ๒๕๔๘-๒๕๕๒ และการประมาณการงบประมาณค่าเบี่ยงเหลียงหมาจ่ายสำหรับทันตแพทย์ในรพช.ปี ๒๕๕๒ จากฐานข้อมูลทันตบุคลากรของสำนักทันตสาธารณสุข การโยกย้ายทันตแพทย์จากข้อมูลโยกย้ายและลาออกของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(รอบเดือนเมษายน)ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๓ กลุ่มที่ ๒ ผลงานการบริการทันตกรรมของรพช.จากฐานข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพปี ๒๕๕๑ เปรียบเทียบกับ ๒๕๕๓ กลุ่มที่ ๓ สํารวจสถานการณ์การเงินของรพช.ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๓ จำนวน ๗๒๕ แห่ง โดยใช้แบบสอบถาม และกลุ่มที่ ๔ ความเห็นของผู้ตรวจราชการกระทรวง ๗ เขตจาก ๑๘ เขต

ผลการศึกษาพบว่า ๑)ค่าเบี่ยงเหลียงหมาจ่าย ไม่สามารถเพิ่มการกระจายและชะลออัตราการโยกย้าย การโยกย้ายที่ปรากฏเป็นการย้ายจากรพช.ในพื้นที่ปกติมีความเจริญน้อยกว่าสู่รพช. ในพื้นที่ปกติที่มีความเจริญมากกว่า ๒)ค่าเบี่ยงเหลียงหมาจ่าย ยังไม่ส่งผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของรพช. เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนงบกลางในปี ๒๕๕๓ จัดสรรให้กลุ่มรพช.ในวงเงิน ๒,๗๕๐ ล้านบาท ๓)เมื่อวิเคราะห์ผลงานบริการทันตกรรมต่อกำลังทันตบุคลากร พบว่า ผลงานบริการส่งเสริมป้องกันเฉลี่ย/ทันตภิบาลปี ๒๕๕๓ เท่ากับ ๗๐๗ ครั้ง/คน เพิ่มสูงกว่าปี ๒๕๕๑ ส่วนผลงานบริการทันตกรรมพื้นฐานเฉลี่ย/ทันตบุคลากรและผลงานบริการทันตกรรมเฉพาะทางเฉลี่ย/ทันตแพทย์ ปี ๒๕๕๓ มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับปี ๒๕๕๑ คือ ผลผลิตในการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในรพช.ไม่มีความแตกต่าง

**คำสำคัญ:** การเพิ่มค่าตอบแทน ทันตแพทย์ ภาระงาน โรงพยาบาลชุมชน

**Abstract** Effects of increasing hardship allowance on dentists' performance in community hospitals Sunee Wongkongkathep\*, Komet Wichawut†, Jaruwat Busarakamruha‡, Suriya Rakcharoen§

\*Bureau of Dental Public Health, Department of Health

†Bureau of Health Administration, The Permanent Secretary office of Ministry of Public Health

‡Faktha Hospital, Uttaradit Province

The study is aimed at evaluating the recent effects of increasing hardship allowance paid for dentists who are particularly working in community hospitals. The focused effects were 1) distribution and retention of dentists; 2) hospital financial status; and 3) performance and productivity of dental workforce.

\*สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

†สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

‡โรงพยาบาลพากท่า อ.พากท่า จ.อุตรดิตถ์

Overview data was collected from many secondary sources such as dentist personnel database and payment during 2005-2009; dentist mobilization from personnel management database (2008-2010); and dental service outcome database in 2008 compared to 2010. Primary data included surveying hospital finance during 2008-2010 using self-reported questionnaire to 725 hospitals and then interviewing a group of 7 senior inspectors in the Ministry of Public Health. The result was revealed that financial measure was likely to have no impact on distribution pattern or retention of dentist workforce as the mobility found was mainly from remote areas to rural areas with better social amenity. Regarding community hospital financial status, paying hardship allowance showed no effect because a budget of 2,750 million baths was subsidized by the government in 2010. Lastly, comparing performance outcome between 2008 and 2010, it was found that oral health promotion activities by dental hygienists in 2010 was pushed up to 707 cases/personnel per annual, while basic dental service performed by the dentist showed no difference in their productivity.

**Key words:** hardship area payment, financial incentive, oral health services, dentist, district hospital.

## ภูมิหลังและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุขมีทันตแพทย์ในปี ๒๕๕๓ รวม ๓,๕๐๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓ ของทันตแพทย์ทั้งหมด กระจายในรพช.ประมาณ ๒,๑๐๙ คน (ร้อยละ ๖๐.๒) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้ในรพช.ทุกระดับมีทันตแพทย์อย่างน้อย ๑ / ๑๐,๐๐๐ ประชากร แต่จนถึงปัจจุบันสามารถบรรจุทันตแพทย์ในรพช.เพียงร้อยละ ๖๐ ของที่กำหนดเท่านั้น มาตรการแก้ไขปัญหาคาดแคลนและการกระจายของทันตแพทย์ที่ผ่านมาประกอบด้วย ๓ ด้าน คือ ๑) มาตรการเพิ่มการผลิตทันตแพทย์ คณะกรรมการผู้บริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย<sup>(๑)</sup> ได้รายงานแก้ปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ในชนบท โดยการเปิดคณะทันตแพทยศาสตร์ขึ้นใหม่ใน ๓ ภูมิภาคคือมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในปีพ.ศ.๒๕๑๗ มหาวิทยาลัยขอนแก่นในปีพ.ศ.๒๕๑๙ และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ในปีพ.ศ.๒๕๒๑ ๒) มาตรการการทาสัญญาขาดใช้ทุนภาครัฐ ประเทศไทยได้ดำเนินโครงการทันตแพทย์สัญญาตั้งแต่ปี ๒๕๒๖ เพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลน<sup>(๒)</sup> ๓) มาตรการแรงจูงใจโดยใช้ค่าตอบแทน ด้วยเหตุปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ท่างไกลความเจริญ ความแตกต่างด้านเงินเดือน ค่าตอบแทนที่แตกต่างจากอัตราของภาคเอกชนเป็นเหตุให้ทันตแพทย์ส่วนหนึ่งขอย้ายหรือลาออกจากรพช. แต่อัตราการเพิ่มของทันตแพทย์ในรพช.ค่อนข้าง

ช้าคงที่เนื่องจากอัตราจัดสรรและอัตราย้ายและลาออกใกล้เคียงกัน และส่งผลกระทบต่อประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการ และมีช่องว่างระหว่างบริการที่อยู่ในเขตเมืองกับชนบท ดังนั้นจึงมีการจ่ายค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงเหมาจ่ายให้กับแพทย์ทันตแพทย์ เภสัชกร ในรพช.เพื่อการป้องกันภาวะสมองไหลจากระบบราชการและแก้ปัญหาการกระจายของบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ชนบททุรกันดารที่ขาดแคลนอย่างต่อเนื่องในอัตรา ๑,๙๐๐ - ๒,๒๐๐ บาท เป็นอัตราคงที่และใช้มากกว่า ๓๐ ปี ต่อมาปี ๒๕๔๘ มีการรับเพิ่มอัตราเบี่ยเลี้ยงเหมาจ่าย ส่งผลให้ทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในรพช.ที่เป็นพื้นที่ขาดแคลนระดับ ๑ และ ๒ ได้รับค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงเหมาจ่าย ๑๐,๐๐๐ บาท และ ๒๐,๐๐๐ บาทต่อเดือนตามลำดับ<sup>(๓)</sup>

ปี ๒๕๕๒ กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ปัญหาอีกด้วยการปรับอัตราค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงเหมาจ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ ๒๐ ให้กับทุกวิชาชีพและทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยมีหลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าเบี่ยเลี้ยงเหมาจ่าย<sup>(๔)</sup> จำแนกตามปัจจัยต่างๆ คือ ระดับการให้บริการของรพช.(แบ่ง ๓ ระดับ) สภาพพื้นที่ตั้งของรพช.(แบ่ง ๓ ระดับ) และระยะเวลาการปฏิบัติงานในรพช.(แบ่ง ๔ ระดับ) ทำให้ทันตแพทย์ได้รับค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงเหมาจ่ายในอัตราใหม่ระหว่าง ๑๐,๐๐๐-๖๐,๐๐๐ บาท/เดือน อย่างไรก็ตาม คาดว่าการปรับค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยง



เหมาจ่ายสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในรพช.นั้น จะเป็นหมวดรายจ่ายที่สร้าง ภาระทางการเงินการคลังให้กับงบประมาณเงินบำรุงของ รพช.ต่างๆเป็นอย่างมาก

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของ การปรับเพิ่มค่าเบี้ยเหมาจ่ายต่อ ๑)การเพิ่ม การกระจาย และ คงอยู่ของทันตแพทย์ในรพช. ๒)ฐานะทางการเงินของรพช. และ ๓)การเพิ่มผลผลิตในการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในรพช.

### ระเบียบวิธีการศึกษา

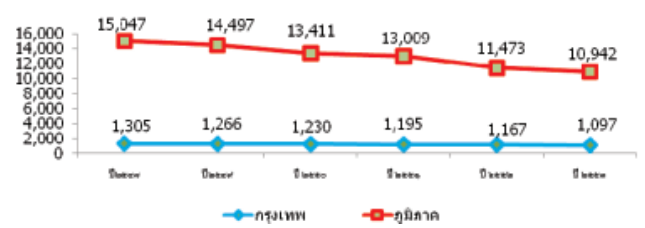
วิธีเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้แบ่งได้ ๔ กลุ่ม คือ กลุ่ม ที่ ๑ การกระจายและคงอยู่ของทันตแพทย์ในรพช. โดย วิเคราะห์จากข้อมูลทันตแพทย์ของสำนักทันตสาธารณสุขปี ๒๕๔๘-๒๕๕๒ และ ข้อมูลการโยกย้ายและลาออกของ ทันตแพทย์กระทรวงสาธารณสุขปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๓ จาก ข้อมูลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(รอบเดือน เมษายน) กลุ่มที่ ๒ ผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของรพช. โดยประมาณการงบประมาณที่ต้องจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่ จ่ายสำหรับทันตแพทย์รพช.ปี ๒๕๕๒ จากข้อมูลของสำนัก ทันตสาธารณสุข ปี ๒๕๕๒ และ การสำรวจสถานการณ์การ เงินของรพช.ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๓ จำนวน ๗๒๕ แห่ง โดยใช้ แบบสอบถาม กลุ่มที่ ๓ ผลการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ ในรพช. โดยวิเคราะห์ผลงานการให้บริการทันตกรรมของ รพช.จากฐานข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๓ กลุ่มที่ ๔ การสัมภาษณ์ความเห็นของผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ๗ เขตจาก ๑๘ เขต

### ผลการศึกษา

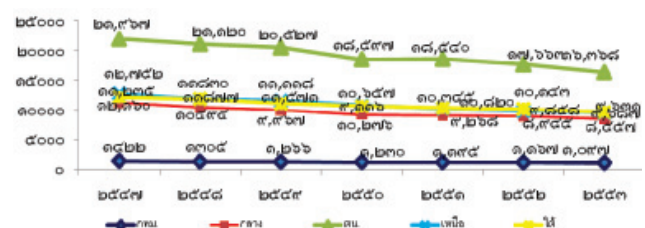
#### การกระจายทันตแพทย์ปี ๒๕๔๘-๒๕๕๒

เมื่อวิเคราะห์การกระจายทันตแพทย์จากสัดส่วน ทันตแพทย์ต่อประชากรในภาพรวม พบสัดส่วนทันตแพทย์ ต่อประชากรในส่วนภูมิภาคดีขึ้นเป็นลำดับ จากสัดส่วน ๑: ๑๕,๐๔๗ ในปี ๒๕๔๘ เป็น ๑: ๑๑,๔๗๓ ในปี ๒๕๕๒ แต่มี ความแตกต่างระหว่างกรุงเทพมหานครและในส่วนภูมิภาค

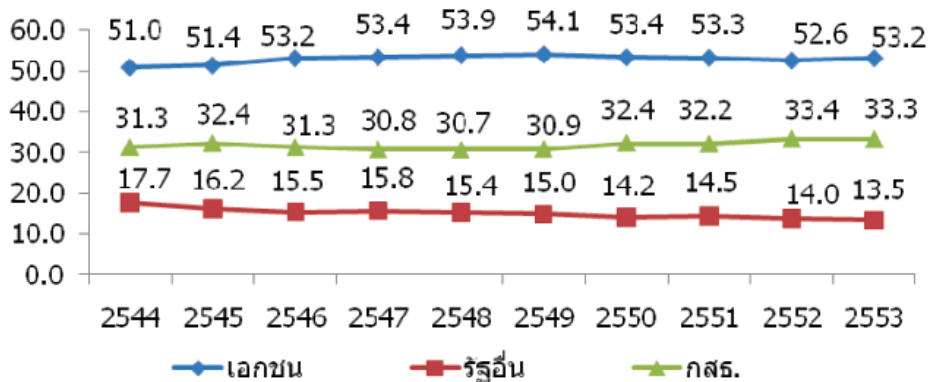
ประมาณ ๑๐ เท่า (รูปที่ ๑) เมื่อจำแนกการกระจายตามภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการกระจายที่ต่ำกว่าและ แตกต่างกับอีก ๓ ภาคอย่างชัดเจนเกือบ ๒ เท่า (รูปที่ ๒) การกระจายในภาครัฐและเอกชน พบว่ามีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ ทันตแพทย์กว่าร้อยละ ๕๐ ทำงานในภาคเอกชน และ ประมาณหนึ่งในสามปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุข โดยมี สัดส่วนการกระจายดีขึ้นจากร้อยละ ๓๐.๗ ในปี ๒๕๔๘ เป็น ร้อยละ ๓๓.๔ ในปี ๒๕๕๒ (รูปที่ ๓) และการกระจายของ ทันตแพทย์ในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า สัดส่วนทันตแพทย์ในรพช.ค่อยๆดีขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ ๑๗.๓ ในปี ๒๕๔๘ เป็นร้อยละ ๑๙.๕ ในปี ๒๕๕๒ (รูปที่ ๔) แสดงให้เห็นว่าแม้มีโครงการผลิตทันตแพทย์คู่สัญญามาตั้งแต่ปี ๒๕๒๖ และเริ่มมีทันตแพทย์คู่สัญญามาปฏิบัติงานรุ่นแรกตั้ง แต่ปี ๒๕๓๒ โดยจำนวนทันตแพทย์คู่สัญญาที่ผลิตจบมา ปฏิบัติงานตั้งแต่ปี ๒๕๓๒-๒๕๕๒ ในช่วง ๒๐ ปีมีประมาณ ๗,๐๖๐ คน แต่มีทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในรพช.ปี ๒๕๕๒ เพียง ๑,๘๕๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๓ ของทันตแพทย์รพช.ที่ได้ รับการจัดสรร



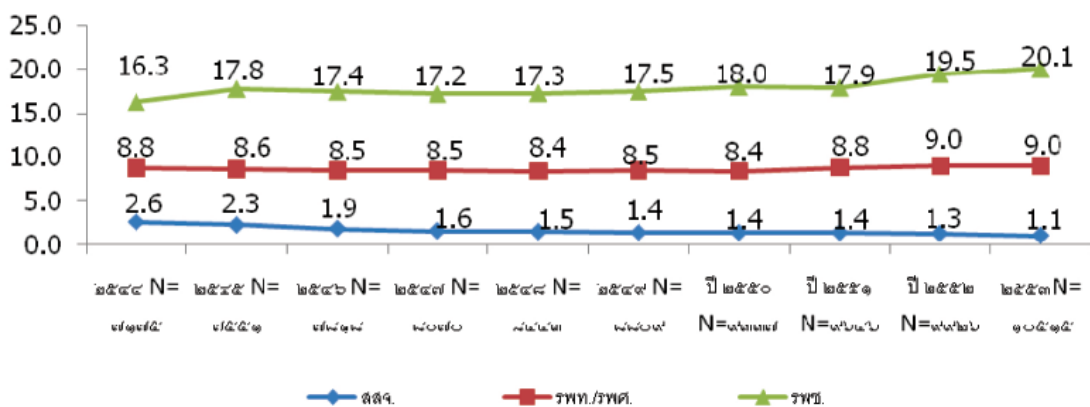
รูปที่ ๑ สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรปี ๒๕๔๘-๒๕๕๒ จำแนกตามกรุงเทพและส่วนภูมิภาค



รูปที่ ๒ สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากรปี ๒๕๔๘-๒๕๕๒ จำแนกตามภาค



รูปที่ ๓ ร้อยละทันตแพทย์ปี ๒๕๔๔-๒๕๕๒ จำแนกตามหน่วยงาน



รูปที่ ๔ ร้อยละทันตแพทย์ปี ๒๕๔๔-๒๕๕๒ จำแนกตามหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข

**การโยกย้ายทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

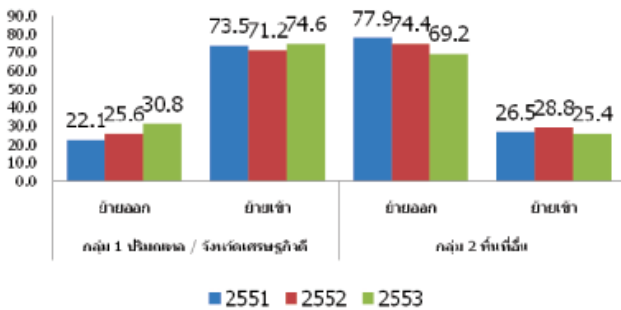
จากข้อมูลการขอโยกย้ายของทันตแพทย์ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๓ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รอบเดือน เมษายน) พบว่าจำนวนทันตแพทย์ขอย้ายเข้า-ออก ในปี ๒๕๕๑ มีจำนวน ๑๓๖ คน ในปี ๒๕๕๒ มีจำนวน ๑๒๕ คน และในปี ๒๕๕๓ มีจำนวน ๑๓๐ คน และเมื่อจำแนกการโยกย้ายตามพื้นที่ที่แบ่งด้วยเกณฑ์ความเจริญของจังหวัดโดยใช้ผลิตภัณฑ์จังหวัด (GPP : Gross Provincial Products) เป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มที่ ๑ ปริมาณผล/จังหวัดเศรษฐกิจดี รวม ๒๘ จังหวัด และ กลุ่ม ๒ พื้นที่อื่นที่เจริญน้อยกว่ารวม ๔๗ จังหวัด พบว่าการโยกย้ายสองในสามของทันตแพทย์ในพื้นที่กลุ่มที่ ๑ ทั้ง ๓ ปีนั้น ส่วนใหญ่เป็นการย้ายเข้า ในทางตรงข้ามการโยกย้ายสองในสามของทันตแพทย์ในพื้นที่อื่นทั้ง ๓ ปี ส่วนใหญ่

เป็นการย้ายออก และเมื่อพิจารณารายละเอียดในหน่วยงานที่มีการโยกย้าย พบว่ากว่าครึ่งของการโยกย้ายในกลุ่มที่ ๒ ส่วนใหญ่เป็นการย้ายออกสู่พื้นที่กลุ่มที่ ๑ ที่เจริญกว่า และลดลงจากร้อยละ ๕๒.๒ ในปี ๒๕๕๑ เป็นร้อยละ ๓๙.๒ ในปี ๒๕๕๓ ในทางตรงกันข้ามการโยกย้ายในกลุ่มที่ ๑ เป็นการย้ายเข้าพื้นที่ปกติ และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔๔.๙ ในปี ๒๕๕๑ เป็นร้อยละ ๔๙.๒ ในปี ๒๕๕๓ ขณะที่การโยกย้ายของทันตแพทย์รพช.ในพื้นที่ทุรกันดารมีการย้ายออกเพิ่มจากร้อยละ ๗.๒ ในปี ๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๑๕.๔ ในปี ๒๕๕๓ ด้วยเช่นกัน (รูปที่ ๕-๖) แสดงให้เห็นว่าแม้เพิ่มค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแล้วทันตแพทย์จากรพช.พื้นที่อื่นๆและรพศ./รพท.ในกลุ่มพื้นที่ที่มีความเจริญน้อยกว่าก็ยังโยกย้ายเข้าสู่ รพช.พื้นที่ปกติและรพศ./รพท.ในพื้นที่ที่มีความเจริญกว่า

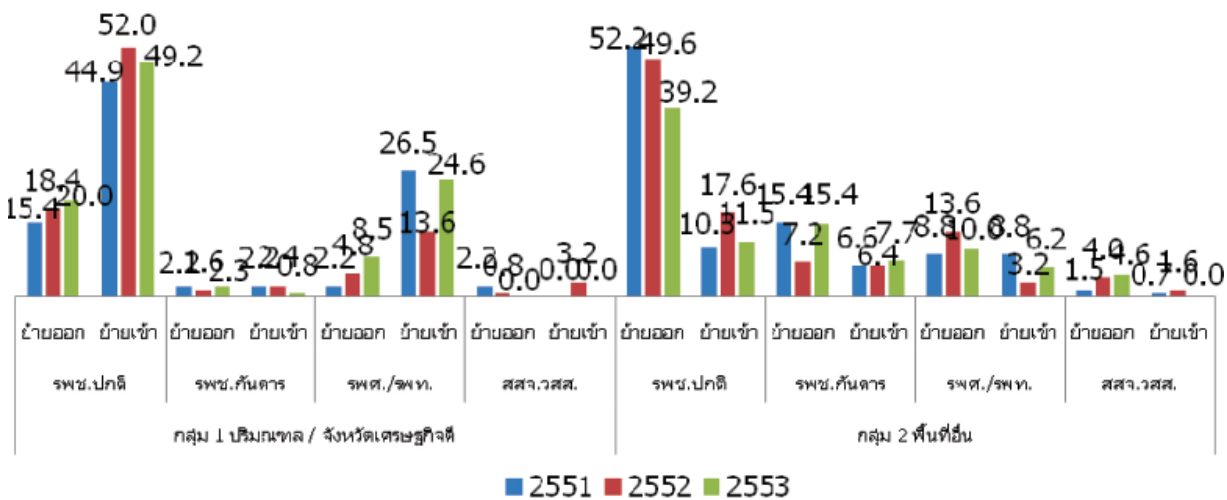


### การลาออกของทันตแพทย์

จากข้อมูลการจัดสรรและการลาออกของทันตแพทย์ปี ๒๕๔๒- ๒๕๕๒ ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ได้รับการจัดสรรทันตแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากจำนวน ๓๑๙ คน ในปี ๒๕๔๒ เป็นจำนวน ๔๐๒ คน ในปี ๒๕๔๙ แต่กลับลดลงเหลือ ๓๒๕ คน ในปี ๒๕๕๑ ขณะที่การลาออกของทันตแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ๗๔ คน ในปี ๒๕๔๒ เป็นจำนวน ๑๙๑ คนในปี ๒๕๕๑ และลดลงเหลือ ๙๘ คนในปี ๒๕๕๒ เมื่อเทียบจำนวนลาออกและจำนวนจัดสรรในแต่ละปี



รูปที่ ๕ การโยกย้ายของทันตแพทย์ในหน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปี ๒๕๕๑- ๒๕๕๓ จำแนกตามพื้นที่



รูปที่ ๖ การโยกย้ายของทันตแพทย์ในหน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขปี ๒๕๕๑- ๒๕๕๓ จำแนกตามพื้นที่และหน่วยงาน

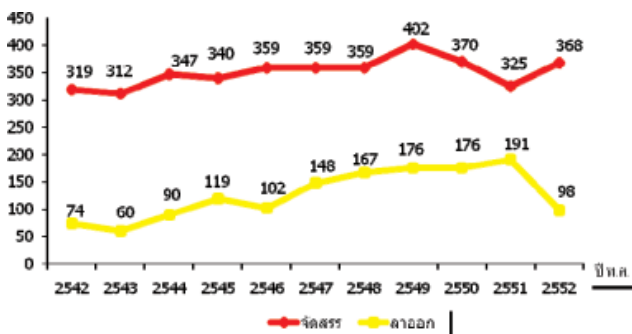
พบว่าสัดส่วนลาออก/จำนวนจัดสรรเป็นร้อยละ ๒๓.๒ ในปี ๒๕๕๒ และค่อยๆเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๕๘.๘ ในปี ๒๕๕๑ แต่กลับลดลงเป็นร้อยละ ๒๖.๖ ในปี ๒๕๕๒ ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนที่แสดงสัญญาณว่าการคงอยู่ของทันตแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเริ่มดีขึ้น (รูปที่ ๗) จะเห็นว่าปี ๒๕๕๒ เป็นปีที่เริ่มใช้อัตราเบี่ยงเลียงهماจ่ายอัตราใหม่ครบ ๑ ปี

### การประมาณการงบประมาณที่ต้องจ่ายค่าเบี่ยงเลียงهماจ่ายให้ทันตแพทย์รพช.ปี ๒๕๕๒

ที่ผ่านมา ค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงهماจ่ายเป็นรายจ่ายงบประมาณในหมวดเงินอุดหนุนซึ่งจ่ายให้รพช.ตามจำนวนแพทย์ทันตแพทย์และเภสัชกรของรพช.แต่ละแห่ง ภายหลังจากปรับค่าเบี่ยงเลียงهماจ่ายในอัตราใหม่ในปี ๒๕๕๒ รัฐบาลได้กำหนดเพดานรายจ่ายงบประมาณในหมวดเงินอุดหนุนเป็นวงเงิน ๒,๗๕๐ ล้านบาท ทั้งนี้ ในกรณีที่งบประมาณไม่พอกำหนดให้ใช้งบประมาณเงินบำรุงเพิ่มเติม

เมื่อวิเคราะห์การกระจายของทันตแพทย์รพช.จากฐานของสำนักทันตสาธารณสุขปี ๒๕๕๒ ซึ่งมีจำนวน ๑,๘๕๙ คนพบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ ๘๐) ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ปกติ ส่วนในพื้นที่ขาดแคลนระดับ ๑ และระดับ ๒ พบร้อยละ ๑๒.๔ และ ร้อยละ ๗.๐ ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามอายุการทำงาน

ในรพช. พบว่าทันตแพทย์ใน รพช. ส่วนใหญ่มีอายุทำงานในช่วง ๔-๑๐ ปีร้อยละ ๔๕.๒ รองลงมาคือมีอายุการทำงาน ๑-๓ ปี ร้อยละ ๓๓.๐ และทำงานในรพช.มากกว่า ๒๐ ปีร้อยละ ๒.๗ เมื่อคำนวณจำนวนงบประมาณตามจำนวนทันตแพทย์ตามเกณฑ์ระดับหน่วยบริการ พื้นที่ ระยะเวลาปฏิบัติงานใน รพช. ด้วยอัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ๑๐,๐๐๐-๖๐,๐๐๐ บาทต่อเดือน พบว่าทันตแพทย์รพช. ร้อยละ ๓๐.๗ ได้รับอัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายเท่ากับ ๓๐,๐๐๐ บาท/เดือน รองลงมาได้รับอัตรา ๑๐,๐๐๐ บาท เท่ากับร้อยละ ๒๖.๗ และอัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐,๐๐๐ บาทเท่ากับร้อยละ ๗.๓ โดยประมาณการงบประมาณที่จ่ายเป็นค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย



รูปที่ ๗ จำนวนทันตแพทย์ที่กระทรวงสาธารณสุข ได้รับจัดสรรและลาออก พ.ศ.๒๕๔๒-๒๕๕๒

สำหรับทันตแพทย์รพช.ปี ๒๕๕๒ เท่ากับ ๔๙.๙๘ ล้านบาท/เดือน หรือปีละ ๕๙๙.๘๒ ล้านบาท (ตารางที่ ๑)

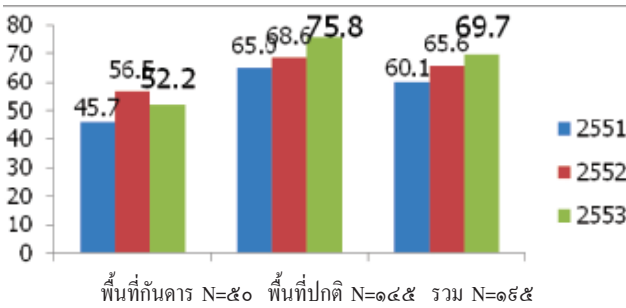
**สถานการณ์การเงินของรพช.ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๓**

จากการสำรวจสถานการณ์การเงินของรพช.ปี ๒๕๕๑-๒๕๕๓ โดยใช้แบบสอบถามส่งสำรวจในรพช.จำนวน ๗๒๕ แห่ง ได้รับแบบสอบถามที่ตอบกลับและเป็นข้อมูลที่สมบูรณ์จำนวน ๑๙๕ ฉบับคิดเป็นร้อยละ ๒๖.๙ ของที่ส่งออกไป ข้อมูลสถานการณ์การเงินของรพช.ประกอบด้วยข้อมูลรายรับรวมทั้งปี รายจ่ายรวมทั้งปี เงินบำรุงคงเหลือ ณ ๓๐ กันยายน รายจ่ายด้านบุคลากรรวมทั้งปี(รวมเงินเดือน) และค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายรวมทั้งปี

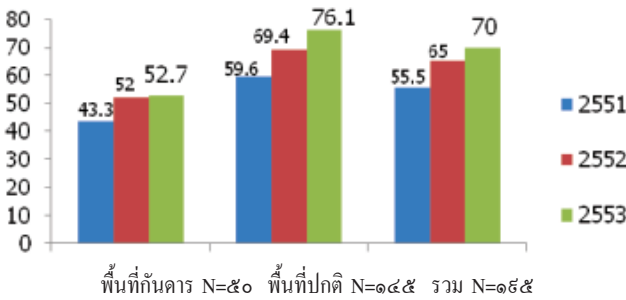
ค่าเฉลี่ยงบประมาณที่ รพช. ได้รับเมื่อจำแนกตามพื้นที่ พบว่ารายรับเฉลี่ยของกลุ่มรพช.ในพื้นที่ปกติเท่ากับ ๖๕-๗๕.๘ ล้านบาท สูงกว่ารายรับเฉลี่ยของกลุ่มรพช.ในพื้นที่กึ่งดงที่มีรายรับเฉลี่ยเท่ากับ ๔๕.๗-๕๖.๕ ล้านบาท อย่างชัดเจน ขณะที่รายจ่ายเฉลี่ยของรพช.ในพื้นที่ปกติเท่ากับ ๕๙.๘-๗๖.๑ ล้านบาท สูงกว่ากลุ่มพื้นที่กึ่งดงเช่นกัน คือเท่ากับ ๔๓.๓-๕๒.๗ ล้านบาท โดยมีทิศทางเพิ่มสูงขึ้นทั้งรายรับเฉลี่ยและรายจ่ายเฉลี่ยทั้ง ๒ พื้นที่ (รูปที่ ๘-๙) ส่วนภาพรวมเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ย ณ ๓๐ กันยายนของรพช.เท่ากับ ๒๑.๑ ล้านบาทในปี ๒๕๕๑ ลดลงเหลือ ๑๘.๓ ล้านบาทในปี ๒๕๕๓ โดยรพช.ใน

ตารางที่ ๑ การประมาณการงบประมาณที่ต้องจ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายให้ทันตแพทย์รพช.ต่อเดือน

ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย (บาท)	จำนวน	ร้อยละ	จำนวนเงิน
๑๐,๐๐๐	๔๕๖	๒๖.๓	๔,๕๖๐,๐๐๐
๒๐,๐๐๐	๘๔	๔.๕	๑,๖๘๐,๐๐๐
๒๕,๐๐๐	๒๔๓	๑๓.๑	๖,๐๗๕,๐๐๐
๓๐,๐๐๐	๕๖๐	๓๐.๓	๑๖,๘๐๐,๐๐๐
๓๕,๐๐๐	๑๐	๐.๕	๓๕๐,๐๐๐
๔๐,๐๐๐	๓๐๗	๑๖.๕	๑๒,๒๘๐,๐๐๐
๔๕,๐๐๐	๑๔	๐.๗	๖๓๐,๐๐๐
๕๐,๐๐๐	๑๑๕	๖.๔	๕,๗๕๐,๐๐๐
๖๐,๐๐๐	๑๖	๐.๘	๙๖๐,๐๐๐
<b>รวม</b>	<b>๑,๗๕๕</b>	<b>๑๐๐.๐</b>	<b>๔๕,๕๘๕,๐๐๐</b>

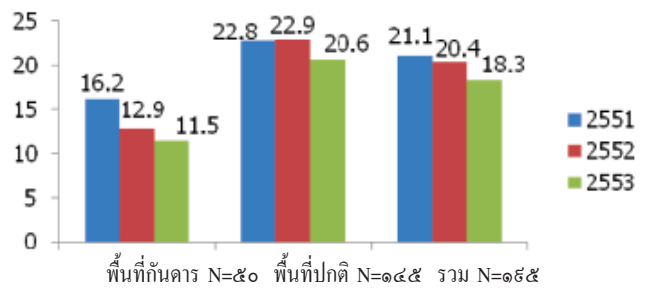


รูปที่ ๘ ค่าเฉลี่ยรายรับ/รพช. จำแนกตามพื้นที่ (ล้านบาท)

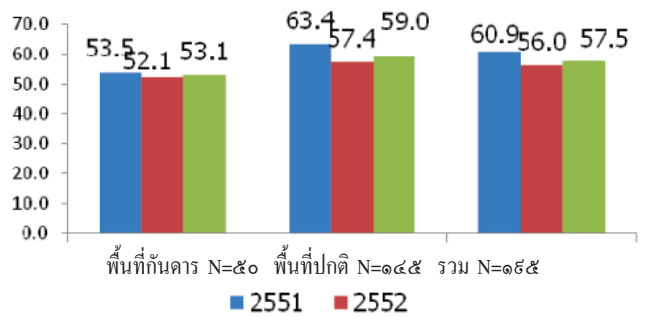


รูปที่ ๙ ค่าเฉลี่ยรายจ่าย/รพช. จำแนกตามพื้นที่ (ล้านบาท)

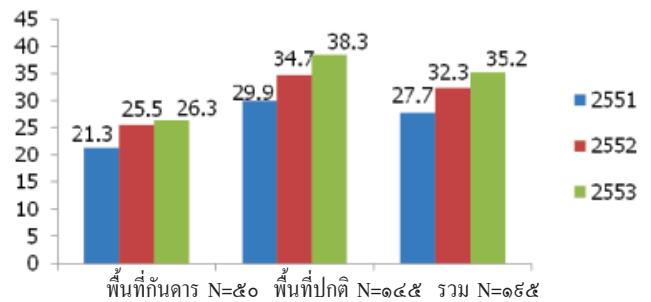
พื้นที่ปกติมีเงินบำรุงคงเหลือเฉลี่ย ๒๐.๖-๒๒.๙ ล้านบาท สูงกว่ารพช.ในพื้นที่ก้นดง (มีเฉลี่ย ๑๑.๕-๑๖.๒ ล้านบาท) ซึ่งมีความแตกต่างกัน ๑.๔-๑.๘ เท่า (รูปที่ ๑๐) ในส่วนของรายจ่ายด้านบุคลากรรวมเงินเดือนของรพช. พบว่าค่าเฉลี่ยรายจ่ายด้านบุคลากร (รวมเงินเดือน) คิดเป็นร้อยละ ๕๖-๖๐ ของรายจ่ายทั้งหมด กลุ่มพื้นที่ปกติมีค่าเฉลี่ยร้อยละรายจ่ายด้านบุคลากรต่อรายจ่ายรวมสูงกว่าของรพช.ในพื้นที่ก้นดง (รูปที่ ๑๑-๑๒) เมื่อจำแนกค่าเฉลี่ยเบี่ยงเลียงเหมาจ่ายต่อรพช.ตามพื้นที่ พบว่าค่าเฉลี่ยเบี่ยงเลียงเหมาจ่ายของรพช.ในพื้นที่ก้นดงเท่ากับ ๑.๕-๓.๖ ล้านบาท สูงกว่าค่าเฉลี่ยเบี่ยงเลียงเหมาจ่ายของพื้นที่ปกติซึ่งเท่ากับจำนวน ๐.๔-๓.๒ ล้านบาทอย่างชัดเจน (รูปที่ ๑๓) เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเลียงเหมาจ่ายต่อรายจ่ายด้านบุคลากรและค่าเบี่ยงเลียงเหมาจ่ายต่อรายจ่ายรวม จำแนกตามพื้นที่ พบว่าร้อยละเฉลี่ยค่าเบี่ยงเลียงเหมาจ่ายต่อรายจ่ายด้านบุคลากรและค่าเบี่ยงเลียงเหมาจ่ายต่อรายจ่ายรวมของรพช.ในพื้นที่ก้นดงกลับสูงกว่าในพื้นที่ปกติอย่างชัดเจน



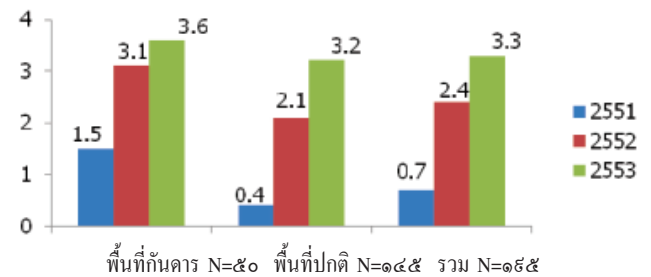
รูปที่ ๑๐ ค่าเฉลี่ยเงินบำรุงคงเหลือ ณ ๓๐ กันยายน (ล้านบาท) จำแนกตามพื้นที่



รูปที่ ๑๑ ค่าเฉลี่ยร้อยละรายจ่ายด้านบุคลากร/รายจ่ายรวม จำแนกตามพื้นที่

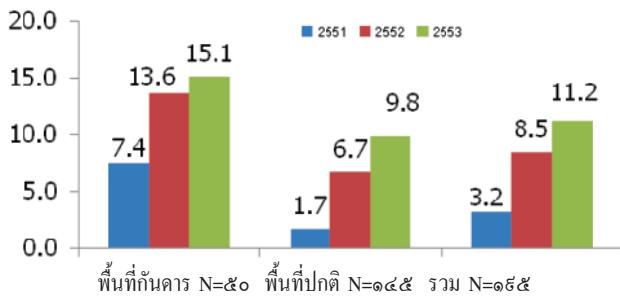


รูปที่ ๑๒ ค่าเฉลี่ยรายจ่ายด้านบุคลากรรวมเงินเดือน/รพช. (ล้านบาท) จำแนกตามพื้นที่

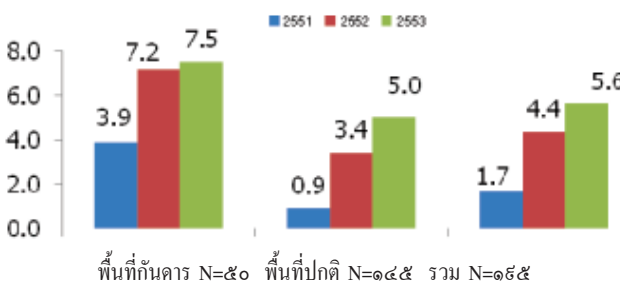


รูปที่ ๑๓ ค่าเฉลี่ยค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงเหมาจ่าย/รพช. (ล้านบาท) จำแนกตามพื้นที่

(รูปที่ ๑๔-๑๕) แสดงให้เห็นว่ารพช.ในพื้นที่กั้นดาร์มีสถานการณ์เงินบำรุงคงเหลือต่ำกว่า แต่มีภาระค่าเบี่ยงเหลียงเหมาะสมกว่ารพช.ในพื้นที่ปกติ ดังนั้นถ้ารัฐบาลให้งบประมาณหมวดเงินอุดหนุนไม่เพียงพอและจำเป็นต้องใช้เงิน



รูปที่ ๑๔ ร้อยละเฉลี่ยของค่าเบี่ยงเหลียงเหมาะสม/รายจ่ายด้านบุคลากรจำแนกตามพื้นที่



รูปที่ ๑๕ ค่าเฉลี่ยร้อยละค่าเบี่ยงเหลียงเหมาะสม/รายจ่ายรวมจำแนกตามพื้นที่

บำรุงของรพช.สมทบ กลุ่มรพช.ในพื้นที่กั้นดาร์มีโอกาสเผชิญภาวะวิกฤตทางการเงินก่อนรพช.ในพื้นที่ปกติอย่างชัดเจน

**ผลงานบริการทันตแพทยรพช.เปรียบเทียบปี ๒๕๕๑ กับ ๒๕๕๓**

เมื่อวิเคราะห์ผลงานบริการทันตกรรมของรพช.จากข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเปรียบเทียบปี ๒๕๕๑ (ช่วงก่อนใช้อัตราเบี่ยงเหลียงเหมาะสมอัตราใหม่) กับปี ๒๕๕๓ (ช่วงที่ใช้อัตราเบี่ยงเหลียงเหมาะสมอัตราใหม่มา ๑ ปี) มีจำนวนรพช.ที่ส่งรายงานผลงานบริการทันตกรรมจำนวน ๕๘๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๑ ของรพช.ทั้งหมด ผลงานบริการทันตกรรมแบ่งเป็น ๓ กลุ่มคือ ๑)บริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมบริการเคลือบหลุมร่องฟัน การให้ฟลูออไรด์เสริม การทำความสะอาดช่องปากและการให้ความรู้ทันตสุขศึกษา ๒)บริการทันตกรรมพื้นฐานประกอบด้วยกิจกรรมบริการถอนฟัน อุดฟันและขูดหินปูนทั้งปาก และ ๓)บริการทันตกรรมเฉพาะทางประกอบด้วยกิจกรรมบริการคัลยกรรมช่องปาก ทันตกรรมหัตถการ รักษาคลองรากฟัน รักษาปริทันต์ ทันตกรรมสำหรับเด็ก ทันตกรรมประดิษฐ์ และทันตกรรมจัดฟัน ผลการวิเคราะห์พบว่าผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อรพช.ปี ๒๕๕๓ เท่ากับจำนวน ๑๐,๖๖๓ ครั้ง/รพช. สูงกว่าปี ๒๕๕๑ ที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๘,๔๙๒ ครั้ง/รพช.เป็นจำนวนเท่ากับ ๒,๑๗๒ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ที่เพิ่มขึ้น

ตารางที่ ๒ จำนวนผลงานบริการเฉลี่ยของรพช.เปรียบเทียบปี ๒๕๕๑ และ ๒๕๕๓

ผลงานบริการ	จำนวนรพช. N=๕๘๗		
	๒๕๕๑	๒๕๕๓	ผลต่าง
ผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ย (ครั้ง)	๘,๔๙๒	๑๐,๖๖๓	๒,๑๗๒
ผลงานส่งเสริมป้องกันเฉลี่ย (ครั้ง)	๑,๕๕๒	๓,๒๗๓	๑,๗๒๑
ผลงานทันตกรรมพื้นฐานเฉลี่ย (ครั้ง)	๕,๗๘๑	๖,๓๕๖	๖๑๕
ผลงานทันตกรรมเฉพาะทางเฉลี่ย (ครั้ง)	๑๕๕	๕๕๕	๒๗๖
ร้อยละผลงานส่งเสริมป้องกัน	๒๐.๐	๒๘.๐	๘.๐
ร้อยละผลงานบริการทันตกรรมพื้นฐาน	๖๗.๐	๖๒.๖	-๔.๔
ร้อยละผลงานบริการทันตกรรมเฉพาะทาง	๕.๐	๙.๔	๐.๔





เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มประเภทบริการ ๓ กลุ่ม พบว่า สัดส่วนผลงานบริการทันตกรรมของรพช.ปี ๒๕๕๑ เป็น บริการทันตกรรมพื้นฐานร้อยละ ๗๑ บริการส่งเสริมป้องกัน ร้อยละ ๒๐ และส่วนบริการทันตกรรมเฉพาะทางเพียงร้อยละ ๙ เมื่อเปรียบเทียบผลงานปี ๒๕๕๑ กับ ปี ๒๕๕๓ จะเห็นว่า ผลงานบริการส่งเสริมป้องกันเพิ่มขึ้นร้อยละ ๘.๑ ขณะที่ บริการทันตกรรมพื้นฐานลดลงร้อยละ ๘.๔ ส่วนบริการทันตกรรมเฉพาะทางไม่มีความแตกต่าง (ตารางที่ ๒)

การจำแนกผลงานบริการตามพื้นที่ คือกลุ่มรพช.ในพื้นที่ปกติจำนวน ๔๔๖ แห่ง และในอำเภอกันดาร ๑๔๑ แห่ง พบว่ารพช.ทั้งในพื้นที่ปกติและพื้นที่กันดารมีผลงานบริการทันตกรรมพื้นฐานเฉลี่ยและงานบริการเฉพาะทางเฉลี่ยลดลง ร้อยละ ๘-๙ ขณะที่ผลงานส่งเสริมป้องกันเพิ่มสูงขึ้น โดยผลงานส่งเสริมป้องกันในพื้นที่กันดารมีส่วนเพิ่มร้อยละ ๙.๓ สูงกว่าพื้นที่ปกติร้อยละ ๗.๗ (ตารางที่ ๓)

**ผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ยต่อทันตบุคลากรของรพช.**

เมื่อเปรียบเทียบกำลังทันตบุคลากรของรพช.พบว่าจำนวนทันตบุคลากรเฉลี่ยปี ๒๕๕๓ เท่ากับ ๗.๔ ซึ่งสูงกว่าปี ๒๕๕๑ เล็กน้อย มีทันตแพทย์เฉลี่ยเท่ากับ ๔.๖ และทันตภิบาลเฉลี่ยเท่ากับ ๒.๘ เมื่อจำแนกจำนวนทันตบุคลากรเฉลี่ยตามระดับหน่วยบริการและพื้นที่ พบว่าหน่วยบริการทุติยภูมิระดับ

สูงในพื้นที่ปกติมีจำนวนทันตบุคลากรเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ ๑๓.๘ คน เป็นทันตแพทย์ ๘.๘ คน ทันตภิบาล ๕ คน สูงกว่าทันตบุคลากรเฉลี่ยในหน่วยบริการทุติยภูมิระดับต้นในพื้นที่กันดาร ๒.๔ เท่า (ตารางที่ ๔)

ตามบทบาทการให้บริการของทันตบุคลากรในรพช. คือทันตภิบาลมีบทบาทหลักในการให้บริการส่งเสริมป้องกัน ส่วนทันตแพทย์มีบทบาทให้บริการทันตกรรมเฉพาะทาง โดยมีบริการทันตกรรมพื้นฐานที่ทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลเป็นผู้ให้บริการ เมื่อวิเคราะห์ผลงานบริการทันตกรรมต่อทันตบุคลากรเทียบปี ๒๕๕๓ กับ ๒๕๕๑ พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๒ มีผลงานบริการส่งเสริมป้องกันเฉลี่ยต่อทันตภิบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๕.๔ และผลงานบริการเฉพาะทางเฉลี่ยต่อทันตแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ การจำแนกผลงานบริการตามระดับหน่วยบริการและพื้นที่ พบว่าหน่วยบริการทุติยภูมิระดับต้นในพื้นที่กันดารมีอัตราเพิ่มของผลงานส่งเสริมป้องกันเฉลี่ยต่อทันตภิบาลสูงสุด คือเพิ่มร้อยละ ๗๗.๗ ขณะที่หน่วยบริการทุติยภูมิระดับสูงในพื้นที่ปกติมีอัตราเพิ่มของผลงานบริการทันตกรรมพื้นฐานต่อทันตบุคลากรสูงสุดคือร้อยละ ๑๘.๖ และหน่วยบริการทุติยภูมิระดับกลางในพื้นที่กันดารมีอัตราเพิ่มของผลงานบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อทันตแพทย์สูงสุดคือร้อยละ ๘๕.๘ (ตารางที่ ๕)

**ตารางที่ ๓** จำนวนผลงานบริการเฉลี่ยของรพช.เปรียบเทียบปี ๒๕๕๑ และ ๒๕๕๓ จำแนกตามพื้นที่

ผลงานบริการ	พื้นที่กันดาร N=๑๔๑			พื้นที่ปกติ N=๔๔๖			ส่วนต่างระหว่างพื้นที่	รวม N=๕๘๗		
	๒๕๕๑	๒๕๕๓	ผลต่าง	๒๕๕๑	๒๕๕๓	ผลต่าง		๒๕๕๑	๒๕๕๓	ผลต่าง
ผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ย (ครั้ง)	๖,๐๐๒	๗,๖๘๘	๑,๖๘๖	๕,๒๗๕	๑๑,๖๐๔	๒,๓๒๕	๖๓๕	๘,๔๕๒	๑๐,๖๖๓	๒,๑๑๑
ผลงานส่งเสริมป้องกันเฉลี่ย (ครั้ง)	๑,๒๗๘	๒,๓๖๔	๑,๐๘๖	๒,๑๖๕	๓,๕๖๐	๑,๓๙๕	๓๐๘	๑,๕๕๒	๓,๒๗๓	๑,๗๒๑
ผลงานทันตกรรมพื้นฐานเฉลี่ย (ครั้ง)	๔,๑๓๕	๔,๕๖๑	๔๒๖	๖,๓๐๐	๖,๕๗๖	๒๗๖	๒๕๕	๕,๗๘๗	๖,๓๕๖	๖๑๕
ผลงานทันตกรรมเฉพาะทางเฉลี่ย (ครั้ง)	๕๘๕	๗๖๓	๑๗๘	๘๑๔	๑๐๖๕	๒๕๑	๗๖	๑,๓๕๕	๑,๕๘๕	๒๓๐
ร้อยละผลงานส่งเสริมป้องกัน	๑๕.๖	๒๘.๕	๑๒.๙	๒๐.๑	๒๖.๗	๖.๖	-๑.๖	๒๐.๐	๒๘.๐	๘.๐
ร้อยละผลงานบริการทันตกรรมพื้นฐาน	๗๐.๘	๖๑.๖	-๙.๒	๗๑.๑	๖๒.๕	-๘.๖	๑.๐	๖๑.๐	๖๒.๖	-๑.๖
ร้อยละผลงานบริการทันตกรรมเฉพาะทาง	๕.๖	๙.๕	๓.๙	๘.๘	๙.๘	๑.๐	๐.๖	๙.๐	๙.๔	๐.๔

ตารางที่ ๔ ผลงานบริการเฉลี่ยของรพช. จำแนกตามระดับหน่วยบริการและพื้นที่เปรียบเทียบปี ๒๕๕๑ และ ๒๕๕๓

ผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ย (ครั้ง)	ทุติยภูมิระดับต้น				ทุติยภูมิระดับกลาง				ทุติยภูมิระดับสูง				รวม	
	กันดาร		พื้นที่ปกติ		กันดาร		พื้นที่ปกติ		พื้นที่ปกติ					
	N=๑๒๖		N=๓๒๘		N=๑๕		N=๑๐๑		N=๑๓		N=๕๘๗			
	๒๕๕๑	๒๕๕๓	๒๕๕๑	๒๕๕๓	๒๕๕๑	๒๕๕๓	๒๕๕๑	๒๕๕๓	๒๕๕๑	๒๕๕๓	๒๕๕๑	๒๕๕๓	๒๕๕๑	๒๕๕๓
ค่าเฉลี่ยจำนวนทันตแพทย์	๑.๗	๒.๐	๒.๐	๒.๔	๓.๒	๓.๔	๓.๕	๔.๔	๔.๖	๕.๐	๒.๓	๒.๘		
ค่าเฉลี่ยจำนวนทันตภิบาล	๓.๖	๓.๘	๔.๐	๔.๔	๔.๔	๔.๕	๕.๓	๕.๗	๘.๑	๘.๘	๔.๓	๔.๖		
ค่าเฉลี่ยจำนวนทันตบุคลากร	๕.๓	๕.๘	๖.๐	๖.๘	๗.๖	๘.๓	๙.๑	๑๐.๑	๑๒.๘	๑๓.๘	๖.๖	๗.๔		
ผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ย	๑,๒๖๒	๒,๓๔๖	๑,๖๖๒	๒,๘๗๗	๑,๔๑๐	๒,๕๒๐	๓,๓๖๕	๕,๓๓๕	๔,๗๔๒	๖,๑๘๐	๑,๕๕๒	๓,๒๗๓		
ผลงานส่งเสริมป้องกันเฉลี่ย ร้อยละ	๓,๘๕๗	๔,๒๒๘	๕,๑๔๐	๕,๕๕๓	๖,๕๑๐	๗,๓๕๒	๙,๓๑๒	๑๐,๔๔๑	๑๐,๗๘๒	๑๓,๘๘๘	๕,๗๘๘	๖,๓๕๖		
ผลงานทันตกรรมพื้นฐานเฉลี่ย ร้อยละ	๕๕๕	๖๕๘	๖๕๗	๘๔๐	๘๓๓	๑,๖๔๒	๑,๓๐๓	๑,๗๕๐	๕๕๐	๑,๑๕๘	๗๕๕	๙๕๕		
ผลงานทันตกรรมเฉพาะทางเฉลี่ย ร้อยละ	๗๐.๒	๖๑.๓	๗๑.๓	๖๒.๗	๗๕.๔	๖๔.๖	๗๐.๐	๖๒.๕	๗๓.๓	๖๖.๗	๗๑.๐	๖๒.๖		
ผลงานทันตกรรมเฉพาะทางเฉลี่ย ร้อยละ	๕.๖๗๔	๗.๒๓๒	๗.๔๕๕	๙.๒๖๕	๘.๗๕๓	๑๑.๕๑๔	๑๓.๕๗๕	๑๗.๕๖๖	๑๖.๔๗๔	๒๑.๒๒๕	๘.๔๕๒	๑๐.๖๖๓		

ตารางที่ ๕ ผลงานบริการเฉลี่ย/บุคลากร จำแนกตามระดับหน่วยบริการและพื้นที่เปรียบเทียบปี ๒๕๕๑ และ ๒๕๕๓

ผลงานบริการ/บุคลากร	ทุติยภูมิระดับต้น			ทุติยภูมิระดับกลาง			ทุติยภูมิระดับสูง			รวม								
	กันดาร N=๑๒๖		พื้นที่ปกติ N=๓๒๘	กันดาร N=๑๕		พื้นที่ปกติ N=๑๐๑	พื้นที่ปกติ N=๑๓											
	๒๕๕๑	๒๕๕๓	%	๒๕๕๑	๒๕๕๓	%	๒๕๕๑	๒๕๕๓	%	๒๕๕๑	๒๕๕๓	%						
	ผลต่าง		ผลต่าง	ผลต่าง		ผลต่าง	ผลต่าง		ผลต่าง	ผลต่าง		ผลต่าง						
ส่งเสริมป้องกันเฉลี่ย /ทันตภิบาล	๓๔๕	๖๒๐	77.7	๔๑๑	๖๕๕	59.4	๓๒๐	๕๑๑	59.7	๖๓๕	๙๓๕	47.2	๕๕๔	๗๐๐	19.9	๔๕๕	๗๐๗	55.4
ผลงานบริการทันตกรรมพื้นฐานเฉลี่ย /ทันตบุคลากร	๗๒๑	๗๓๐	1.2	๘๕๘	๘๓๓	-5.2	๘๕๗	๘๘๒	2.9	๑,๐๑๘	๑,๐๓๔	1.6	๘๕๕	๑,๐๐๒	18.6	๘๗๑	๘๖๓	-0.9
ผลงานบริการเฉพาะทางเฉลี่ย /ทันตแพทย์	๓๒๑	๓๒๘	2.2	๓๓๗	๓๔๔	2.1	๒๖๐	๔๘๓	85.8	๓๓๘	๔๐๗	20.4	๒๐๔	๒๔๐	17.6	๓๒๔	๓๕๗	10.2
ผลงานบริการทันตกรรมเฉลี่ย/ทันตบุคลากร	๑,๐๖๑	๑,๒๔๘	17.6	๑,๒๔๕	๑,๓๕๗	9.0	๑,๑๕๒	๑,๓๘๒	20.0	๑,๕๒๘	๑,๗๓๕	13.8	๑,๒๕๑	๑,๕๓๕	18.9	๑,๒๘๐	๑,๔๓๕	12.4

ความเห็นของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ๗ เขต เพื่อให้เห็นภาพรวมสถานการณ์ผลกระทบจากอัตราเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายใหม่ในระดับเขต ที่ทีมงานวิจัยได้สุ่มสัมภาษณ์ความเห็นของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขร้อยละ ๓๐

ของผู้ตรวจราชการทั้งหมด คือ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ๗ เขตจาก ๑๘ เขต สรุปความเห็นได้ดังนี้ การกระจายและคงอยู่ของทันตแพทย์ การโยกย้ายหรือลาออกของทันตแพทย์ถือว่าเป็นวิถีปกติ



ที่มีทันตแพทย์หมุนเวียนใช้ทุน เพื่อหาทุนเรียนต่อ และ กระทรวงสาธารณสุขต้องจัดสรรเพิ่มเติมเข้าสู่ระบบใหม่ มีผู้ตรวจราชการ ๓ ใน ๗ ท่านที่เห็นว่าค่าตอบแทนเบี่ยเหมาะสมช่วยลดการโยกย้ายของทันตแพทย์ในบางพื้นที่ และทำให้อยู่ได้นานระยะหนึ่งประมาณ ๒ - ๔ ปี ส่วนการลาศึกษาต่อนั้นมีแนวโน้มลาศึกษาต่อมากขึ้น ซึ่งผลในส่วนระยะยาวยังสรุปไม่ได้ ส่วนค่าตอบแทนเบี่ยเหมาะสมช่วยเพิ่มการกระจายและคงอยู่ของทันตแพทย์ในรพช.ห่างไกล เป็นเรื่องให้เห็นผลไม่ชัดเจน พิสูจน์ยาก ไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบก่อน-หลัง

**ผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของรพช.**

การที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนงบกลางเป็นค่าเบี่ยเลี้ยงหม่าจ่ายปี ๒๕๕๓ ในวงเงิน ๒,๗๕๐ ล้านบาท ทำให้งบหม่าจ่ายนี้ไม่เป็นภาระทางการเงินกับรพช.มากนัก ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขปัญหภายในจังหวัด ด้วยการเกลี่ยงบประมาณให้จังหวัดหรือ CUP ที่ได้จัดสรรงบประมาณน้อย ทั้งในรูปของงบประมาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งบประมาณค่าเสื่อมราคา หรืองบลงทุน

**การกระตุ้นผลการปฏิบัติงานของทันตแพทย์รพช.**

ผลการปฏิบัติงานของทันตแพทย์รพช.ส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลง ทุกคนต่างเห็นว่าค่าตอบแทนให้เพื่อชดเชยที่ตัวเองถูกจ้างด้วยอัตราค่าจ้างที่ต่ำ สมควรที่จะได้เงินเพิ่ม ไม่ได้ผูกโยงกับการเพิ่มผลลัพท์การทำงาน

**สรุปผลการศึกษา**

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การเพิ่มอัตราค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงหม่าจ่าย ๑)ไม่สามารถชะลออัตราการโยกย้าย นั่นคือ ยังพบการโยกย้ายจากรพช.ในพื้นที่ปกติที่มีความเจริญน้อยกว่า เข้าสู่รพช.ในพื้นที่ปกติที่มีความเจริญมากกว่า ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของดวงใจ เล็กสมบูรณ์(๕) ที่สรุปว่าแม้มีการจัดสรรทันตแพทย์ให้พื้นที่ขาดแคลน ภายหลังมักเกิดการย้ายโยกย้ายจากโรงพยาบาลเขตชนบทหรือโรงพยาบาลห่างไกลความเจริญไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่กว่าหรือตั้งอยู่ในพื้นที่ที่มีความเจริญมากกว่า ดังนั้นแรงจูงใจด้านค่าตอบแทนจึงมีความสำคัญต่อ

ทันตแพทย์จบใหม่ให้เข้าทำงานในพื้นที่ชนบทได้ระยะหนึ่ง ๒)ค่าเบี่ยเลี้ยงหม่าจ่ายยังไม่ส่งผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของรพช. เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนงบกลางในปี ๒๕๕๓ ในวงเงิน ๒,๗๕๐ ล้านบาท เพื่อจ่ายสนับสนุนให้กลุ่มรพช. ทำให้งบหม่าจ่ายนี้ไม่เป็นภาระแก่รพช.มากนัก แต่ถ้างบประมาหม่าจ่ายนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล คาดการณ์ว่ารพช.ส่วนใหญ่อาจมีปัญหามากขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะรพช.ในเขตห่างไกล/ก้นดาร์หรือมีประชากรในการดูแลน้อย/ได้งบประมาณในการจัดบริการรายหัวต่ำ ๓) ข้อมูลที่วิเคราะห์เป็นการแสดงผลผลิตในการปฏิบัติงานของรพช. ซึ่งมีผู้ให้บริการทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาล พบว่าผลงานบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในภาพรวมเพิ่มขึ้นร้อยละ ๘ ขณะที่บริการทันตกรรมพื้นฐานลดลงร้อยละ ๘ ส่วนบริการทันตกรรมเฉพาะทางไม่มีความแตกต่าง แม้การศึกษานี้พยายามวิเคราะห์เชื่อมโยงกับจำนวนทันตบุคลากร เพื่อให้เห็นผลผลิตในการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ แต่ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลในการตีความ เนื่องจากผลงานบริการทันตกรรมพื้นฐานในสัดส่วนกว่าร้อยละ ๗๐ เป็นผลงานของทันตบุคลากรทั้ง ๒ กลุ่มช่วยกันให้บริการ จึงเป็นการยากที่จะระบุว่า ค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงหม่าจ่ายกระตุ้นหรือไม่กระตุ้นผลผลิตในการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ โดยทันตแพทย์รพช.ส่วนใหญ่เห็นว่าเป็นการชดเชยที่ต้องทำงานในชนบท ไม่ได้ผูกโยงกับการเพิ่มผลลัพท์การทำงาน

**ข้อเสนอแนะ**

ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาในระยะยาว มีการเสนอให้ ๑)ทบทวนพื้นที่ที่ควรระบุเป็นพื้นที่ขาดแคลนซึ่งควรได้รับเบี่ยเลี้ยงหม่าจ่าย ๒)ปรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ทันตแพทย์และเภสัชกรในรพช.เป็น ๒ ระบบคือ การจ่ายค่าตอบแทนเบี่ยเลี้ยงหม่าจ่ายเพื่อจูงใจกระตุ้นให้ทำงานในชนบทห่างไกลแต่ลดอัตราการจ่ายลงให้เหมาะสมและไม่เป็นภาระกับหน่วยบริการ และระบบการจ่ายค่าตอบแทนตาม Work Point คิดตามภาระงานที่ปฏิบัติจริงทั้งในและนอกเวลาราชการ คำนึงถึงฐานะทางการเงินของระบบบริการ โดยกำหนดเพดาน

ขั้นต่ำและขั้นสูงตามสถานะทางการเงินของแต่ละแห่ง

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยความร่วมมืออย่างดียิ่งจากท่านผู้  
ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ๗ เขต จากสำนักทันต  
สาธารณสุขที่อนุเคราะห์ฐานข้อมูลทันตบุคลากร ๒๕๔๘-๒๕๕๒  
และจากสำนักบริหารการสาธารณสุขที่อนุเคราะห์ฐานข้อมูล  
ผลงานบริการทันตกรรมของรพช. และข้อมูลโยกย้ายและลา  
ออกของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(รอบเดือนเมษายน)  
ปี ๒๕๕๑ - ๒๕๕๓ และจากสำนักงานวิจัยและพัฒนากำลัง  
คนด้านสุขภาพที่สนับสนุนทุนวิจัยในการศึกษาครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

๑. Ministry of University Affairs. Report of Public Institutions for high-level education Academic year 2001. Bureau of Policy and Plan, Ministry of University Affairs; 2002. (In Thai)
๒. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ สร.๐๒๐๒/๖๗๓๑ ลงวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๒๕. เรื่องการแก้ไขปัญหาขาดแคลนทันตแพทย์ปฏิบัติงานในชนบท.
๓. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. หนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ที่ นร ๐๕๐๔/ ว(ล) ๕๕๗๖ วันที่ ๑๒ พฤษภาคม ๒๕๔๘ เรื่องการปรับค่าตอบแทนสำหรับกำลังคนด้านสาธารณสุข.
๔. กระทรวงสาธารณสุข. หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑. ๐๔๒.๑/ ว ๕๕๔ วันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๕๑ เรื่องหลักเกณฑ์การจ่ายเงินค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย.
๕. Lexomboon D. Recruitment and retention of human resources for health in rural areas: a case study of dentists in Thailand. Ph.D. Thesis, University of Liverpool.