

# รูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคกับผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ

จิตติ วิสัยพรหม\*

วิทธวัช พันธุมงคล\*

วิลักษณ์ แสงศรี\*

ผู้รับผิดชอบบทความ: วิทธวัช พันธุมงคล

## บทคัดย่อ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (กองทุน P&P) โดยมีเป้าหมายเพื่อบริหารงบประมาณสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทั้งนี้ การดำเนินงานด้าน P&P ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันนั้น มีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการงบประมาณเรื่อยมา การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการ P&P ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสีย รวมทั้งผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ในรูปแบบต่างๆ โดยใช้วิธีทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา (narrative review) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากการสืบค้นฐานข้อมูลด้วยวิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีการศึกษาที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าทั้งสิ้น 12 เรื่อง และยังมีการศึกษาอื่นๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาอีกจำนวนหนึ่ง ผลการศึกษาพบว่า มีรูปแบบการจ่ายค่าบริการ P&P 5 รูปแบบ ได้แก่ (1) การจ่ายค่าตอบแทนตามรายบริการ (2) การจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว (3) การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (4) การจ่ายค่าตอบแทนเป็นวงเงินแบบมีเพดานและการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการตามเงินเดือน และ (5) การจ่ายแบบผสมผสาน นอกจากนี้ยังสามารถจำแนกผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ได้เป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ปริมาณและคุณภาพของบริการ ผู้ให้บริการเห็นยวนำความต้องการในการรับบริการ และการเลือกผู้รับบริการ โดยรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P แต่ละรูปแบบนั้นมีความเหมาะสมกับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค อีกทั้งยังมีข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้สำหรับประเทศไทยการใช้รูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P แบบผสมผสานอาจมีความเหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากสามารถนำข้อดีของการจ่ายค่าบริการรูปแบบอื่นๆ มาปรับใช้ได้ รวมทั้งเหมาะสำหรับการให้บริการด้าน P&P ทุกรูปแบบ อย่างไรก็ตาม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของบริการด้าน P&P ที่มีอยู่ด้วย

**คำสำคัญ:** การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, รูปแบบการจ่ายค่าบริการ, ระบบบริการสุขภาพ

## Health Promotion and Diseases Prevention Payment Mechanism and Its Effects

Jitti Wisaiprom, Witthawat Pantumongkol, Wilailak Saengsri

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Ministry of Public Health

Corresponding author: Witthawat Pantumongkol, witthawat.p@hitap.net

## Abstract

National Health Security Office (NHSO) has established health promotion and diseases prevention fund (P&P fund) with the primary intention of appropriately managing the P&P budget. However, P&P

\* โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

management approach has been changed over the years. This study reviews relevant literature, using narrative and systematic review approaches, on P&P payment mechanisms published in both domestic and international journals. Furthermore, this paper analyses strengths and weaknesses of each P&P payment mechanism. A total of 12 studies were identified for inclusion in the systematic review. Moreover, other studies gathered by narrative literature review were also included into the analysis. The results showed that P&P payment mechanisms can be categorized into five groups including fee-schedule, capitation, pay-for-performance (P4P), global budget, and a blended payment method. The plausible outcomes of each payment mechanisms can be divided into three groups: volume and quality of P&P, supplier-induced demand, and risk selection. Each payment mechanism has its own strengths and weaknesses and is appropriate for different types of P&P services. For Thailand, a blended payment method may be the most appropriate mechanism for all P&P services as it naturally combines the potential benefits of each traditional payment mechanism. However, there should definitely be the consideration of the appropriateness of the list of existing P&P services.

*Keywords: health promotion and disease prevention, payment mechanisms, health services system*

## ภูมิหลังและเหตุผล

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (health promotion and disease prevention: P&P) เป็นงานที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขภายใต้หลักการของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งในประเทศไทยนั้น ได้มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคระดับบุคคลภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ครอบคลุมมาตรการและกิจกรรมสำหรับประชาชนไทยทุกคน รวมถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น กลุ่มเด็กแรกเกิดจนถึง 5 ปี กลุ่มหญิงมีครรภ์ และมารดาที่ติดเชื้อ HIV<sup>(1)</sup>

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (กองทุน P&P) โดยมีเป้าหมายในการบริหารงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545<sup>(2)</sup> การดำเนินงานด้าน P&P ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันนั้นมีการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการงบประมาณเรื่อยมา โดยในระยะแรก ช่วงปี พ.ศ. 2547 กองทุน P&P จำแนกงบประมาณออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ (1) กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่บริหารจัดการโดยส่วนกลาง (vertical programs) (2)

บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในหน่วยบริการ (facility-based services) (3) บริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในชุมชน (community-based services) และ (4) บริการอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งแม้ว่าการออกแบบระบบการบริหารจัดการจะมีความยืดหยุ่นและเปิดโอกาสให้พื้นที่สร้างสรรค์กิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่จัดในชุมชน แต่ปัญหาที่พบก็คือ จำนวนโครงการที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยส่งเข้ามาของงบประมาณมีน้อยมาก อาจเป็นเพราะขาดแรงจูงใจในการเขียนโครงการเนื่องจากการเพิ่มงานประจำของตน<sup>(3,4)</sup>

ปี พ.ศ. 2549 สปสช. ได้เข้ามาบริหารจัดการงบประมาณด้าน P&P ทั้งหมด ในขณะที่บทบาทของการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับหน่วยบริการส่วนใหญ่ยังคงเป็นของกระทรวงสาธารณสุข ระยะนี้พบว่าเกิดความไม่ชัดเจนในบทบาทที่เกี่ยวกับงาน P&P ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ในด้านการวางแผนและการบริหารจัดการงาน P&P รวมทั้งระดับชุมชนก็มีความหลากหลายในการดำเนินงาน<sup>(5)</sup> นอกจากนี้ แม้ว่าการบริหารจัดการกองทุนแบบโครงการแนวตั้ง (vertical program) จะสามารถกระตุ้นการทำงานในระดับจังหวัดได้ดี แต่ก็ก็มี

ข้อจำกัดในการบริหารจัดการบางพื้นที่ ที่อาจเกิดความขัดแย้งในระดับบุคคลกับองค์กร<sup>(5)</sup> เช่น คนทำงานเลิกทำงานที่ได้รับค่าตอบแทนจากการจ่ายตรงจากส่วนกลางมากกว่าการทำงานอื่นที่ได้รับมอบหมายจากจังหวัดซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทน ในปี พ.ศ. 2551 สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกันบริหารจัดการงบประมาณด้าน P&P มีการปรับการบริหารจัดการใหม่เพื่อกระตุ้นให้พื้นที่วางแผน ดำเนินงานและติดตามประเมินผลด้วยตนเอง แต่ก็ยังพบว่าการบริหารงบประมาณระดับพื้นที่เป็นเพียงการทำตามนโยบายที่กำหนดเท่านั้น<sup>(6)</sup> ขณะที่ผู้บริหารระดับจังหวัดบางแห่งได้ปรับการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับบริการการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่จัดในชุมชน โดยกำหนดสัดส่วนสำหรับใช้จ่ายเพื่อจัดกิจกรรม P&P ตามตัวชี้วัดที่ส่วนกลางกำหนด และสัดส่วนสำหรับนำไปใช้จ่ายเพื่อการรักษา (เช่น ซึ้อยา)<sup>(7)</sup>

ปีงบประมาณ 2560 สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่ให้โดยตรงแก่ประชาชนไทยทุกคน จำนวน 301.88 บาท ต่อหนึ่งหัวประชากร โดยจำแนกการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็น 5 ประเภท ได้แก่ (1) การสนับสนุนการจัดหายา เวชภัณฑ์ที่มีไซยาและวัสดุต่างๆ ให้แก่สถานพยาบาลเพื่อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำคัญของประเทศ โดยสนับสนุนงบประมาณจำนวน 30 บาทต่อคน (2) การสนับสนุนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยสนับสนุนงบประมาณจำนวน 45 บาทต่อคน (3) การสนับสนุนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ในระดับเขต/จังหวัด เพื่อให้สถานบริการจัดบริการที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาของพื้นที่ในระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยสนับสนุนงบประมาณ

จำนวน 4 บาทต่อคน (4) การสนับสนุนบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน เพื่อให้ประชาชนทุกสิทธิเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุมมากขึ้น โดยสนับสนุนงบประมาณจำนวน 212.88 บาทต่อคน และ (5) การสนับสนุนบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยสนับสนุนงบประมาณจำนวน 10 บาทต่อคน เพื่อบริหารจัดการร่วมกับบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป

การจัดสรรงบประมาณและการใช้รูปแบบการจ่ายค่าชดเชยบริการที่แตกต่างกันทำให้หน่วยบริการในระดับต่างๆ มีโอกาสได้วางแผนและดำเนินงาน P&P ตามสภาพปัญหาที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของงาน P&P ในภาพรวม เนื่องจากรูปแบบของการบริหารจัดการงบประมาณที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทำให้ยากแก่การบริหารจัดการ อีกทั้งหน่วยบริการยังคงนำงบประมาณ P&P เข้าไปรวมกับงบประมาณส่วนอื่น<sup>(8)</sup> นอกจากนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบยังมีข้อสงสัยถึงความเหมาะสมของการบริหารจัดการงบประมาณ P&P ในปัจจุบัน การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการ P&P ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อให้เห็นถึงข้อดีและข้อเสีย รวมทั้งผลลัพธ์ของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ในรูปแบบต่างๆ และแนวทางที่เหมาะสมในการจ่ายค่าบริการ P&P ของประเทศไทย

## ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ที่ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2543-2560 โดยใช้การทบทวนวรรณกรรม 2 รูปแบบ ได้แก่ (1) การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา (narrative review) เกี่ยวกับรูปแบบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P จากเอกสารที่เป็นนโยบาย กฎหมาย รายงานการวิจัย และรายงานโครงการที่เกี่ยวข้อง และ (2) การทบทวน

วรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ดำเนินการในระหว่างวันที่ 15 พฤษภาคมถึง 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 โดยมีผู้ทบทวน 2 คน ทำการทบทวนอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยสืบค้นการศึกษาตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000-2016 จากฐานข้อมูล Pubmed และ Embase และใช้คำในการสืบค้น (keywords) คือ “Provider” OR “Health Care Provider” AND “Health Care Financing” OR “Payment mechanism [Mesh]” OR “Payment system [Mesh]” OR “Preventive Health Services” OR “Health Promotion [Mesh]” AND “Health Care provider behavior” OR “effectiveness”

### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับกลไก/วิธีการ/รูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P
- 2) ผลลัพธ์ของการศึกษาต้องวัดในรูปผลกระทบจากรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P

### เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับกลไก/วิธีการ/รูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P
- 2) ไม่ได้วัดผลลัพธ์ในรูปผลกระทบจากรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P
- 3) ไม่สามารถเข้าถึงการศึกษาระดับเต็มได้

## ผลการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P มีผลการศึกษาดังนี้

### 1. รูปแบบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาเกี่ยวกับรูป

แบบของการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค พบว่าสามารถจำแนกรูปแบบการจ่ายค่าบริการฯ ได้ 5 รูปแบบ ดังนี้

1) การจ่ายค่าตอบแทนตามบริการ (fee-for-service: FFS) คือ การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการตามกิจกรรมที่ให้บริการจริง<sup>(9)</sup> เช่น การให้คำปรึกษา การตรวจรักษาพยาบาล การจ่ายค่าตามชนิดและจำนวนของยาที่สั่งจ่าย โดยอาจกำหนดอัตรากลาง (fee schedule) สำหรับบางรายการบริการ เช่น ค่ายา ค่าตรวจเลือด ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนจะถูกจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย ผู้ให้บริการจะได้รับค่าตอบแทนสำหรับการให้บริการแต่ละรายการ ดังนั้นจึงมีแรงจูงใจที่จะเพิ่มปริมาณบริการเพื่อสร้างรายได้ให้มากที่สุด อย่างไรก็ตาม บุคลากรสาธารณสุขจะต้องเก็บรวบรวมรายละเอียดปริมาณและประเภทของบริการที่เกิดขึ้นและรายงานแก่หน่วยงานต้นสังกัดเป็นระยะ ซึ่งจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการค่อนข้างสูง<sup>(10)</sup>

2) การจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation payment: CAP) คือ การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลในการบริการตามสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรครายบุคคล โดยไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนบริการด้านสุขภาพที่ผู้ขึ้นทะเบียนได้รับ ผู้ให้บริการจะได้รับค่าตอบแทนในอัตราที่คงที่ตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลของตน อัตราการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัวจะถูกกำหนดล่วงหน้าและการจ่ายค่าบริการมักจะเป็นการจ่ายล่วงหน้าเช่นกัน<sup>(11)</sup>

3) การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (pay for performance: P4P) เป็นการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการที่แปรผันตามผลการปฏิบัติงานทั้งด้านปริมาณและด้านคุณภาพโดยยึดหลักความเป็นธรรม<sup>(12)</sup> มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ ลดการให้บริการที่มีราคาสูงโดยไม่จำเป็น และเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการ<sup>(13)</sup> แนวคิดของ

การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานได้ถูกนำไปใช้ในหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร (United Kingdom: UK) ที่ใช้การจ่ายค่าตอบแทนรูปแบบดังกล่าวในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เรียกว่า Quality and Outcome Framework (QOF)<sup>(14)</sup>

**4) การจ่ายค่าตอบแทนเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (global budget: GB)** และจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการตามเงินเดือน เป็นวิธีที่นิยมใช้ในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพให้แก่ผู้ให้บริการ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทุกด้าน โดยผู้ให้บริการเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการงบประมาณ และได้รับค่าตอบแทนตามจำนวนชั่วโมงที่ทำงานจริงโดยไม่คำนึงถึงปริมาณบริการ คุณภาพบริการ หรือจำนวนผู้รับบริการ ส่งผลให้สถานพยาบาลที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรูปแบบนี้มีการควบคุมต้นทุนบริการ และผู้ให้บริการมักไม่มีแรงจูงใจในการดึงดูดผู้ขึ้นทะเบียนรายใหม่หรือให้บริการในปริมาณที่เหมาะสม<sup>(15)</sup>

**5) การจ่ายแบบผสมผสาน (blended payment methods)** อาจหมายถึงการจ่ายค่าตอบแทนหรือค่าบริการสุขภาพหลายรูปแบบให้แก่ผู้ให้บริการปฐมภูมิหลายกลุ่ม หรือ ผู้ให้บริการปฐมภูมิรายเดียวได้รับค่าตอบแทนหลายรูปแบบจากผู้ซื้อบริการหลายกลุ่ม<sup>(16)</sup> การจ่ายค่าตอบแทนแบบผสมผสานมีวัตถุประสงค์เพื่อหลีกเลี่ยงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการที่เกิดจากการจ่ายค่าตอบแทนแบบดั้งเดิมเดียว<sup>(17)</sup> เช่น ปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คุณภาพของบริการที่แตกต่างกันของผู้ให้บริการในหลายพื้นที่ การจ่ายรูปแบบนี้มักถูกใช้ในพื้นที่ที่พบช่องโหว่ของการมีอยู่ของบริการสุขภาพ (service availability) เช่น บริการสุขภาพสำหรับประชากรพื้นเมือง (indigenous population) และบริการสุขภาพบางรายการสำหรับประชากรในพื้นที่ชนบท การจ่ายค่าบริการแบบผสมผสานถูกนำมาใช้ในการให้บริการปฐมภูมิในหลายประเทศ เช่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และแคนาดา<sup>(18)</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนายังพบว่า

การจ่ายค่าบริการด้าน P&P แต่ละรูปแบบมีข้อดีและข้อเสีย โดยสามารถจำแนกได้ดังตารางที่ 1

## 2. ผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบด้วยการสืบค้นฐานข้อมูลในแหล่งข้อมูลทั้งในและต่างประเทศ พบการศึกษาทั้งหมด 1,428 เรื่อง เมื่อพิจารณาจากบทคัดย่อและบทความฉบับเต็มแล้ว พบว่ามีการศึกษาที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าทั้งสิ้น 12 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาของต่างประเทศทั้งหมด ประกอบด้วย อังกฤษ นอร์เวย์ ฝรั่งเศส โปรตุเกส สหรัฐอเมริกา และแคนาดา (เอกสารอ้างอิงหมายเลข 23–31 และ 33–35) การศึกษาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเข้า เนื่องจาก (1) การซ้ำกันระหว่างฐานข้อมูลจำนวน 48 เรื่อง (2) ไม่ได้เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน 62 เรื่อง (3) ไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P จำนวน 1,070 เรื่อง (4) ไม่ได้วัดผลลัพธ์ที่เกิดจากรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P จำนวน 38 เรื่อง (5) ไม่สามารถเข้าถึงการศึกษาฉบับเต็มได้ จำนวน 15 เรื่อง และ (6) ไม่ได้ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 182 เรื่อง (ภาพที่ 1)

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านการคัดเลือกสามารถจำแนกผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ได้เป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย ปริมาณและคุณภาพของบริการ ผู้ให้บริการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการ และการเลือกผู้รับบริการ

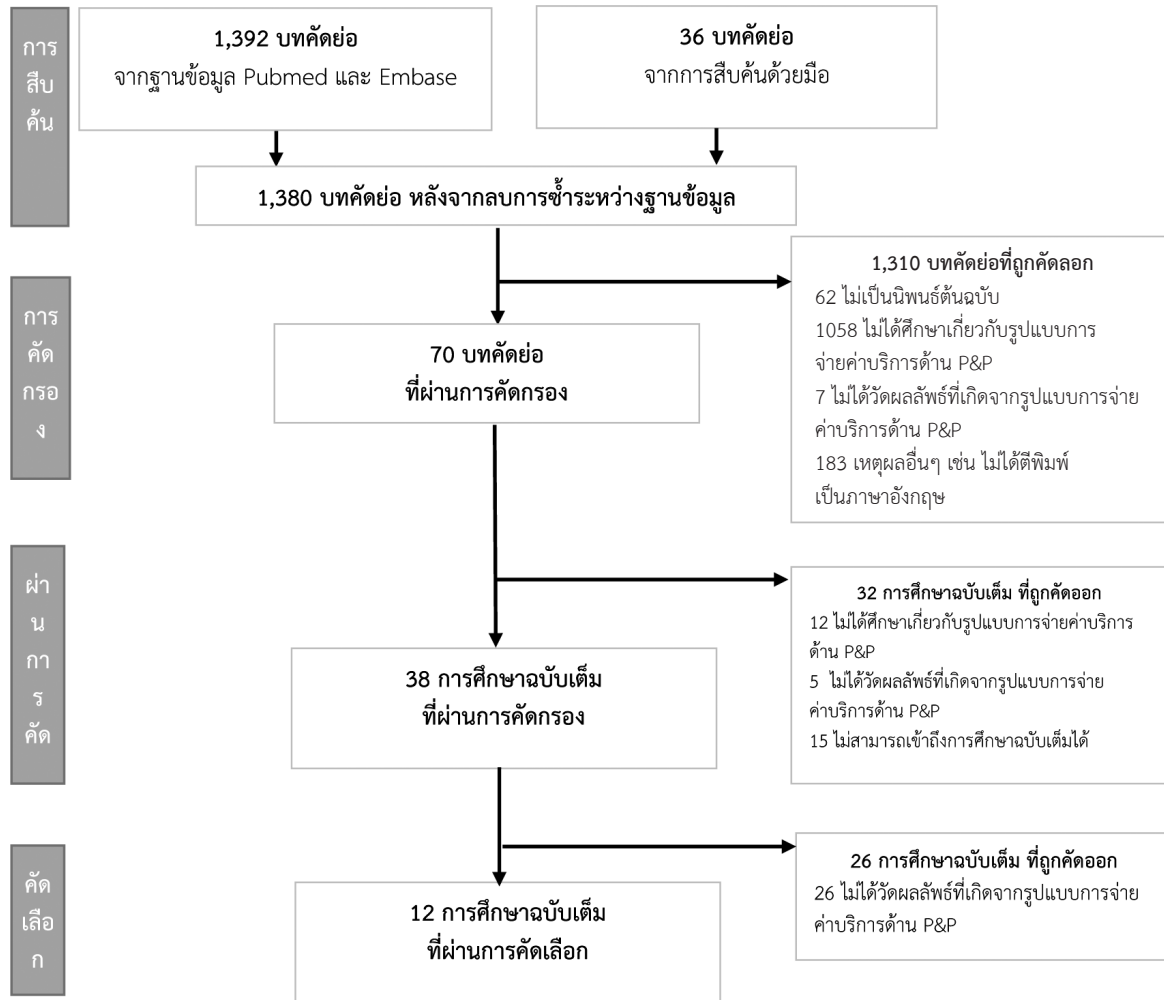
### 1) ปริมาณและคุณภาพของบริการ (volume and quality of service)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการจ่ายค่าบริการที่หลากหลายกับปริมาณบริการและการส่งต่อของการจ่ายค่าบริการแบบ FFS เกี่ยวข้องกับการเพิ่มปริมาณการบริการ โดย Sorensen และ Grytten (2003) พบว่า การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการแบบ FFS ร่วมกับการจัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไป (block grant) ส่งผลให้



ตารางที่ 1 ข้อดีและข้อเสียของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P

รูปแบบการจ่าย	ข้อดี	ข้อเสีย
แบบตามบริการ (FFS)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ดี</li> <li>• ผู้ให้บริการได้รับผลตอบแทนตามผลงานที่ตนทำ</li> <li>• ผู้มีสิทธิ์มักจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ</li> <li>• ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงไม่ถูกกีดกันจากการบริการ</li> <li>• ผู้ที่มีสิทธิ์สามารถเปลี่ยนผู้ให้บริการได้ง่ายกว่าผู้ให้บริการในระบบการเหมาจ่ายรายหัว<sup>(15)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ผู้ให้บริการอาจให้บริการที่ไม่สมเหตุสมผล</li> <li>• อาจเกิดการเหนียวนาให้เกิดการใช้บริการสุขภาพโดยผู้ให้บริการ (supplier-induced demand)</li> <li>• มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดภาวะเงินเฟ้อทางการแพทย์<sup>(15)</sup></li> <li>• ทำให้เกิดภาวะทางด้านการบริหาร<sup>(19)</sup></li> </ul>
แบบเหมาจ่ายรายหัว (CAP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ผู้รับบริการมักจะได้รับบริการดูแลจากผู้ให้บริการคนเดียวเสมอ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการค่อนข้างดี</li> <li>• ผู้รับบริการจะได้รับบริการที่จำเป็นเท่านั้นทำให้เกิดการบริการที่ไม่สมเหตุสมผล</li> <li>• ง่ายต่อการบริหารจัดการ<sup>(19)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงมักจะถูกกีดกันจากการขึ้นทะเบียน</li> <li>• ผู้รับบริการอาจได้รับบริการในปริมาณที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น</li> <li>• คุณภาพของการบริการอาจจะต่ำ<sup>(15)</sup></li> <li>• ยากที่จะเปลี่ยนผู้ให้บริการ</li> </ul>
แบบตามผลการปฏิบัติงาน (P4P)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>• เพิ่มผลผลิตการทำงานของกำลังคน/ผู้ให้บริการ<sup>(16)</sup></li> <li>• สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรตั้งใจและเต็มใจปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามที่องค์กรได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้<sup>(20)</sup></li> <li>• ตอบสนองต่อความต้องการของทั้งผู้จ่ายเงินและผู้ให้บริการที่ต้องการให้บริการที่มีคุณภาพสูง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ผู้ให้บริการอาจเพิกเฉยต่อการให้บริการในสาขาที่ไม่ได้มีการสนับสนุนค่าตอบแทนพิเศษ</li> <li>• ผู้ให้บริการอาจหลีกเลี่ยงการให้บริการแก่ประชากรที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพสูง</li> <li>• ยากต่อการออกแบบโปรแกรมที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการ</li> <li>• อาจมองข้ามแรงจูงใจภายในของผู้ให้บริการ<sup>(21)</sup></li> <li>• อาจไม่สามารถจูงใจให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการทั้งระบบ<sup>(21)</sup></li> </ul>
จ่ายเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (GB)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• มีการควบคุมต้นทุนบริการ</li> <li>• สามารถคาดการณ์ค่าใช้จ่ายล่วงหน้าได้</li> <li>• ต้นทุนสำหรับการบริหารจัดการต่ำ</li> <li>• งบประมาณที่เป็นก้อนเดียวทำให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>(19)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ผู้ให้บริการก็ไม่มีแรงจูงใจในการดึงดูดผู้ขึ้นทะเบียนรายใหม่</li> <li>• ไม่มีแรงจูงใจโดยตรงในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน</li> <li>• ผู้ให้บริการอาจให้บริการในปริมาณที่ต่ำกว่าที่ควร<sup>(19)</sup></li> </ul>
แบบผสมผสาน (Blended payment methods)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• หลีกเลี่ยงแรงจูงใจที่ไม่พึงประสงค์ (adverse incentives)</li> <li>• เพิ่มการให้บริการในสาขาที่มีการให้บริการต่ำกว่าปริมาณที่เหมาะสม</li> <li>• ลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการ</li> <li>• ลดการเลือกเฉพาะผู้รับบริการที่มีสุขภาพดี (cream skimming)<sup>(17)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ยากแก่การผสมผสานรูปแบบการจ่ายค่าบริการแบบต่างๆ ให้ได้สัดส่วนที่เหมาะสม</li> </ul>



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงผลการคัดเลือกวรรณกรรม

มีจำนวนการนัดผู้รับบริการเข้าพบสูงกว่าผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบของเงินเดือน<sup>(22)</sup> การศึกษาของ Devlin และ Sarma (2008) พบว่า การจ่ายค่าบริการแบบ FFS จะช่วยสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ตรวจคนไข้มากขึ้นเมื่อเทียบกับระบบอื่นๆ<sup>(23,24)</sup>

ส่วนการจ่ายค่าบริการแบบ P4P ทำให้ปริมาณบริการเพิ่มมากขึ้น โดยจากการศึกษาของ Hung และ Green (2010) การจ่ายค่าบริการแบบ P4P ทำให้บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แก่ประชาชนได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการจ่ายค่าบริการแบบ P4P อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(25)</sup> เช่นเดียวกับ Hamilton และคณะ (2011) ที่พบว่าการใช้วิธีการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ

(Quality Outcome Framework: QOF) ในประเทศอังกฤษส่งผลให้อัตราการคัดกรองการติ่มเครื่องติ่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น<sup>(26)</sup> และการศึกษาของ Christianson และ Leatherman (2008) ที่พบว่า การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ (physician behavior) โดยทำให้จำนวนของบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น<sup>(27,28)</sup>

ในขณะที่การจ่ายค่าบริการแบบ CAP สัมพันธ์กับการลดลงของจำนวนบริการ โดยการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ทำการเปรียบเทียบบริการป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มที่จ่ายค่าบริการแบบ CAP แบบ for-profit capitated และ not for-profit capitated

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์และรูปแบบของการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละประเทศที่ได้จากทบทวนการศึกษาที่ผ่านการคัดเลือก

ผู้แต่ง/ปีที่ตีพิมพ์	ประเทศ	รูปแบบการจ่ายค่าบริการของประเทศ	รูปแบบการจ่าย/ intervention ที่ใช้ในการศึกษา	ผลลัพธ์	เลขที่เอกสารอ้างอิง
<b>ปริมาณและคุณภาพการให้บริการ (volume and quality of service)</b>					
<b>การจ่ายแบบ FFS</b>					
1. Sorensen and Grytten (2003)	นอร์เวย์	FFS และ CAP	FFS, Block grant	กลุ่มที่ได้รับการจ่ายแบบ FFS มีจำนวนการนัดผู้รับบริการเข้าพบสูงกว่าผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบของเงินเดือน	22
2. Devlin and Sarma (2008)	แคนาดา	FFS, CAP และ P4P	FFS, non FFS, Mixed, Salary	การจ่ายค่าบริการแบบ FFS จะช่วยสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการในการให้บริการมากขึ้นเมื่อเทียบกับระบบอื่นๆ	23
3. Sarma et al. (2010a)	แคนาดา	FFS, CAP และ P4P	FFS, non FFS, Mixed, Salary	บุคลากรที่ได้รับค่าบริการแบบ FFS มีแนวโน้มที่จะมีเวลาในการให้บริการแก่ผู้ป่วย เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับค่าบริการแบบ FFS	24
<b>การจ่ายแบบ CAP</b>					
4. Catalano et al. (2000)	สหรัฐอเมริกา	FFS, CAP, P4P และ Other	FFS, CAP (not-for-profit and for-profit)	กลุ่มที่ได้รับการจ่ายแบบ for-profit capitated area มีการเพิ่มกิจกรรมการป้องกันโรคแบบหัตถิยกรรมและตติยกรรมมากกว่า	29
5. Kantarevic and Kralj (2013)	สหรัฐอเมริกา	FFS, CAP, P4P และ Other	FFS, Blended (CAP, FFS)	ผู้ให้บริการที่ได้รับการจ่ายค่าบริการแบบ mixed capitation จะให้บริการด้านการป้องกันโรคได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS	30
6. Tu et al. (2009)	สหรัฐอเมริกา	FFS, CAP, P4P และ Other	FFS, Salary, CAP	อัตราการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แต่กลุ่มที่จ่ายแบบ CAP จะมีอัตราการรักษาและควบคุมโรคที่ดีกว่า	38
<b>การจ่ายแบบ P4P</b>					
7. Hung และ Green (2010)	สหรัฐอเมริกา	FFS, CAP, P4P และ Other	P4P	การจ่ายค่าบริการแบบ P4P ทำให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แก่ผู้รับบริการได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการจ่ายค่าบริการแบบ P4P อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (odds ratio 27.6, p < 0.01)	25
8. Hamilton และคิม (2011)	อังกฤษ	FFS, CAP, P4P และ Other	P4P (QOF)	การใช้วิธีการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ (QOF) ส่งผลให้อัตราการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น	26
9. Christianson และ Leatherman (2008)	หลายประเทศ	-	P4P	การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ โดยทำให้จำนวนของบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น	27



ตารางที่ 2 (ต่อ) ผลลัพธ์และรูปแบบของการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละประเทศที่ได้จากทบทวนการศึกษาที่ผ่านการคัดเลือก

ผู้แต่ง/ปีที่ตีพิมพ์	ประเทศ	รูปแบบการจ่ายค่าบริการของประเทศ	รูปแบบการจ่าย/ intervention ที่ใช้ในการศึกษา	ผลลัพธ์	เลขที่เอกสารอ้างอิง
<b>ผู้ให้บริการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการ (supplier-induced demand)</b>					
<b>การจ่ายแบบ FFS</b>					
10. Delattre and Dormont (2003)	ฝรั่งเศส	FFS, P4P และ Other	FFS	แพทย์เพิ่มการดูแลผู้รับบริการมากขึ้นเพื่อเหนี่ยวนำความต้องการของผู้รับบริการให้มาใช้บริการและป้องกันการสูญเสียรายได้รวมทั้งเพื่อลดจำนวนของการให้คำปรึกษาลง	31
11. Iversen (2004)	นอร์เวย์	FFS และ CAP	Mixed capitation	กลุ่มผู้ให้บริการที่มีผู้รับบริการน้อยจะมีการให้บริการที่เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มที่มีผู้รับบริการมากทั้งการตรวจและการให้คำปรึกษา	32
<b>การเลือกผู้รับบริการ (patient pre-selection)</b>					
<b>การจ่ายแบบ CAP</b>					
12. Barros (2003)	โปรตุเกส	CAP, P4P และ GB	CAP	ผู้ให้บริการภายใต้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัวอาจมีแรงจูงใจในการคัดเลือกกับผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำหรือหลีกเลี่ยงผู้ที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มีการปรับความเสี่ยง	33

หมายเหตุ: FFS: Fee-for-service การจ่ายค่าตอบแทนตามบริการ  
 CAP: Capitation payment การจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว  
 P4P: Pay for performance การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน  
 QOF: Quality and outcome framework การจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการ  
 GB: Global budget การจ่ายค่าตอบแทนเป็นวงเงินแบบมีเพดาน

กับการจ่ายค่าบริการแบบ FFS พบว่าในกลุ่ม for-profit capitated area มีการเพิ่มกิจกรรมการป้องกันโรคแบบทุติยภูมิและตติยภูมิมากกว่ากลุ่มอื่น<sup>(29)</sup> อีกการศึกษาหนึ่งพบว่า กลุ่มที่ได้รับการจ่ายค่าบริการแบบ mixed capitation จะทำให้บริการด้านการป้องกันโรค เช่น การให้วัคซีนไขหวัดใหญ่ การคัดกรองโรค กระทำได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS<sup>(30)</sup>

## 2) ผู้ให้บริการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการ (supplier-induced demand)

การทบทวนการศึกษาที่ผ่านการคัดเลือกด้านผู้ให้

บริการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการพบว่าบุคลากรสาธารณสุขสามารถเพิ่มปริมาณการใช้บริการของผู้รับบริการได้โดยการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ เพื่อเหนี่ยวนำความต้องการให้มาเข้ารับบริการ ซึ่งจากการศึกษาของ Delattre และ Dormont (2003) ที่วิเคราะห์การเหนี่ยวนำผู้รับบริการในผู้ให้บริการที่ได้รับค่าบริการแบบ FFS และแบบอัตราคงที่ (fixed fee) พบว่า แพทย์เพิ่มการเอาใจใส่ผู้ป่วยมากขึ้นเพื่อต้องการเหนี่ยวนำความต้องการของผู้ป่วยให้มาใช้บริการ และเพื่อเป็นการป้องกันการสูญเสียรายได้ของตน<sup>(31)</sup> รวมทั้งการศึกษาของ Iversen (2004) ซึ่งศึกษา

ผลกระทบของผู้ให้บริการที่มีจำนวนผู้รับบริการน้อย พบว่าในกลุ่มผู้ให้บริการที่รับค่าบริการแบบ FFS และมีจำนวนผู้รับบริการน้อยจะมีอัตราการตรวจเพิ่มขึ้นและมีการให้คำปรึกษามากกว่ากลุ่มที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก เพื่อเหนี่ยวนำผู้รับบริการให้มารับบริการกับตน<sup>(32)</sup>

### 3) การเลือกผู้รับบริการ (patient pre-selection)

การศึกษาของ Barros (2003) ในประเทศโปรตุเกส พบว่า ผู้ให้บริการภายใต้รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP อาจมีแรงจูงใจในการเลือกรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำหรือหลีกเลี่ยงผู้ที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มีการปรับความเสี่ยง (risk-adjustment) อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการยังมีแรงจูงใจในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้รับบริการอยู่ เนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงการให้บริการด้านการรักษาที่มีราคาสูงในอนาคต<sup>(33)</sup> ดังนั้นการจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP จึงสามารถสร้างแรงจูงใจให้เกิดการควบคุมต้นทุนบริการ (cost containment) และเกิดการลดลงของปริมาณบริการสุขภาพที่ให้แก่ผู้รับบริการ (under-provision of services) ได้<sup>(15)</sup>

ผลลัพธ์ของการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งรูปแบบการจ่ายค่าบริการของแต่ละประเทศที่ได้จากทบทวนการศึกษาที่ผ่านการคัดเลือกสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 2

## วิจารณ์

การวิเคราะห์ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาเกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้ให้บริการต่อการจ่ายค่าบริการรูปแบบต่างๆ การวิเคราะห์ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายค่าบริการต่อประเด็นต่างๆ (ปริมาณและคุณภาพบริการ การสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ให้บริการ การเลือกปฏิบัติ การเหนี่ยวนำผู้รับบริการ และการบริหารจัดการ) และการเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการจ่ายค่าบริการแบบต่างๆ ให้แก่ผู้ให้บริการสามารถสรุปและวิจารณ์ได้ดังนี้

1) การจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS อาจทำให้เกิด

บริการด้าน P&P ในปริมาณที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนแบบ FFS มีแนวโน้มที่จะให้บริการสุขภาพด้าน P&P ในปริมาณที่ค่อนข้างมากและอาจมากกว่าความจำเป็น ส่งผลให้ไม่เกิดความพยายามในการควบคุมต้นทุน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการจ่ายแบบ FFS ต่อปริมาณบริการด้าน P&P ยังมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้สรุปได้เพียงว่า การจ่ายค่าบริการแบบ FFS มีผลกระทบที่ไม่ชัดเจนต่อปริมาณบริการด้าน P&P ทั้งนี้ ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนแบบ FFS พบว่า ผู้มีสิทธิมักจะได้รับการที่มีคุณภาพ<sup>(15)</sup> ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการด้าน P&P มากกว่าผู้ให้บริการในระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบอื่น<sup>(23)</sup> และผู้มีสิทธิที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงไม่ถูกกีดกันจากการเข้ารับบริการ<sup>(15)</sup> ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการจ่ายค่าบริการแบบ FFS มีผลกระทบทางบวกกับคุณภาพบริการด้าน P&P ในการสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการ และการเลือกปฏิบัติ นอกจากนี้ การจ่ายค่าบริการแบบ FFS ก่อให้เกิดการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการสุขภาพ โดยผู้ให้บริการซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์และมีข้อมูลในการตัดสินใจจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้รับบริการ การจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS โดยมีการกำหนดราคามาตรฐาน (fee-schedule) เหมาะสมกับการบริการด้าน P&P ที่มีต้นทุนค่าบริการที่ชัดเจนหรือมีรายการกำหนดชัดเจน เช่น การตรวจคัดกรองโรคในประชากร ค่าบริการสำหรับการให้ภูมิคุ้มกันโรค และค่ายาวิตามินและแร่ธาตุต่างๆ

2) การจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบไม่สามารถสรุปได้ว่าการจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP มีผลกระทบในทางบวกหรือทางลบต่อปริมาณบริการ คุณภาพบริการ และการเลือกผู้รับบริการ เนื่องจากการศึกษาที่มีคุณภาพสูงเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายแบบ CAP ต่อคุณภาพและการเลือกผู้รับบริการมีอยู่อย่างจำกัด ทั้งนี้ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาบ่งชี้ว่า การจ่ายแบบ CAP มีผลกระทบทั้งทางบวก

และทางลบต่อปริมาณบริการ กล่าวคือ ผู้รับบริการจะได้รับบริการที่จำเป็นเท่านั้น ทำให้ไม่เกิดการบริการที่ไม่สมเหตุสมผล แต่มีความเป็นไปได้ว่า ผู้รับบริการอาจได้รับบริการในปริมาณต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็น เพราะผู้ให้บริการพยายามป้องกันการสูญเสียรายได้ของตน อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนแบบ CAP จะให้บริการ P&P ได้ครอบคลุมกลุ่มประชากรจำนวนมากกว่าการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS<sup>(30)</sup> นอกจากนี้ การจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP ยังไม่ก่อให้เกิดการเหนี่ยวนำผู้รับบริการให้มารับบริการมากขึ้น เนื่องจากผู้ให้บริการพยายามลดค่าใช้จ่ายและควบคุมต้นทุนการบริการ และยังไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ให้บริการได้ เนื่องจากค่าตอบแทนไม่ได้แปรผันตรงกับผลการปฏิบัติงาน แต่จะขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง การจ่ายค่าตอบแทนรูปแบบนี้เหมาะสำหรับบริการที่ยากต่อการคิดต้นทุนค่าบริการ เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้คำปรึกษาและสร้างเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการจ่ายค่าบริการแบบ CAP ยังเหมาะสมกับกิจกรรมที่เป็นรายโครงการ

**3) การจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P** ผลกระทบของการจ่ายค่าบริการแบบ P4P ในการเพิ่มปริมาณบริการยังมีความไม่สอดคล้องกันอยู่มาก การศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดาพบว่า การจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P ส่งผลให้มีการตรวจคัดกรองโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น เช่น การตรวจคัดกรองอาการซึมเศร้าและมะเร็งลำไส้ใหญ่<sup>(13)</sup> การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่และการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์<sup>(25)</sup> แม้ว่าในบางกรณีอาจทำให้ผู้ให้บริการเพิกเฉยต่อการให้บริการในรายการที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนพิเศษ<sup>(14)</sup> นอกจากนี้ การจ่ายแบบ P4P มีผลกระทบทางบวกต่อการเพิ่มคุณภาพบริการ โดยเฉพาะการใช้ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ (QOF) ซึ่งช่วยสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้แก่ผู้ให้บริการด้วยการให้คะแนนในแต่ละตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ และนำคะแนนไปคำนวณเป็นผลตอบแทนในรูปของตัวเงิน<sup>(14)</sup> อย่างไรก็ตาม การจ่ายค่า

ตอบแทนแบบ P4P อาจก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิโดยปราศจากเหตุผลอันควร<sup>(34)</sup> และมีผลกระทบต่อการบริหารจัดการงบประมาณ โดยปัญหาที่พบบ่อยคือ การเลือกไม่รายงานข้อมูลของผู้รับบริการบางราย เนื่องจากเหตุผลหลายประการ รวมถึงการพิจารณาถึงความเห็น (clinical judgement) ของผู้ให้บริการเอง<sup>(35)</sup> และยังพบว่าหลายพื้นที่ขาดเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถของการปฏิบัติงานที่เพียงพอ ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดค่านิยมของ “คุณภาพบริการ” ที่เป็นที่ยอมรับ<sup>(36)</sup> การจ่ายค่าบริการแบบ P4P เหมาะสำหรับกิจกรรมที่ต้องการเพิ่มการเข้าถึงและต้องการเน้นให้เป็นนโยบายสำคัญในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น การให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ การตรวจคัดกรองปัญหาภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยทำงาน และการควบคุมและป้องกันโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์

**4) การจ่ายค่าตอบแทนแบบ global budget** จากผลการทบทวนวรรณกรรมไม่สามารถสรุปได้ว่าการจ่ายค่าบริการแบบ GB มีผลกระทบในทางบวกหรือทางลบต่อคุณภาพและปริมาณบริการด้าน P&P และการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ GB ต่อคุณภาพบริการและผลลัพธ์สุขภาพของผู้รับบริการมีอยู่อย่างจำกัดมาก ซึ่งมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการจ่ายค่าบริการแบบ GB ก่อให้เกิดการเลือกให้บริการแก่ผู้มีสิทธิโดยปราศจากเหตุผลอันควร<sup>(9)</sup> นอกจากนี้ การจ่ายค่าบริการแบบ GB ไม่ช่วยสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการได้รับค่าตอบแทนจำนวนคงที่ซึ่งแปรผันตรงกับจำนวนผู้มีสิทธิและจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งไม่ขึ้นอยู่กับผลการปฏิบัติงานหรือจำนวนบริการที่ให้<sup>(19)</sup> การจ่ายค่าบริการแบบ GB มีจุดแข็งคือ มีการควบคุมต้นทุนการบริการ (cost containment) ทำให้สามารถคาดการณ์ค่าใช้จ่ายล่วงหน้าและบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการจ่ายค่าบริการแบบ GB จึงเหมาะสำหรับระบบการจัดสรรงบประมาณโดยรวม เช่น การจัดสรรงบประมาณเป็นวงเงินระดับเขต

และระดับจังหวัด

5) การจ่ายค่าตอบแทนแบบผสมผสาน เป็นการดึงเอาข้อดีของแต่ละรูปแบบมาผสมกัน โดยพบว่ามีการใช้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบผสมผสานในประเทศเนเธอร์แลนด์ ซึ่งผู้ให้บริการได้รับค่าตอบแทนแบบ FFS สำหรับการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ผู้ขึ้นทะเบียน และได้รับจัดสรรวัคซีนสำหรับการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ผู้ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของตน นอกจากนี้ยังได้รับค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว (CAP) ตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนเป็นราย 3 เดือนด้วย<sup>(37)</sup> อย่างไรก็ตาม ไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายแบบผสมผสานที่เกิดขึ้นกับคุณภาพบริการและการเหนี่ยวนำผู้รับบริการ ทั้งนี้ การจ่ายค่าบริการแบบผสมผสานเหมาะสำหรับการให้บริการด้าน P&P ทุกรูปแบบ ขึ้นอยู่กับว่าต้องการเพิ่มแรงจูงใจของผู้

ให้บริการในด้านใด

การเปรียบเทียบผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P รวมทั้งข้อดีและข้อเสียของการจ่ายค่าบริการในรูปแบบต่างๆ แสดงในตารางที่ 3 อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ การศึกษาที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบมีการวัดผลกระทบของการจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่แตกต่างกัน อีกทั้งในแต่ละการศึกษาไม่ได้ระบุสัดส่วนของการจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถสรุปผลกระทบที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการได้

### ข้อยุติ

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็น

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P รวมทั้งข้อดีและข้อเสียของการจ่ายค่าบริการรูปแบบต่างๆ

รูปแบบการจ่ายค่าบริการ	ปริมาณบริการ	คุณภาพบริการ	การสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการ	การเลือกปฏิบัติ	การเหนี่ยวนำผู้รับบริการ	การบริหารจัดการ	รูปแบบกิจกรรม/บริการที่เหมาะสม
FFS	+/-	+	+	ไม่มี	เกิดการเหนี่ยวนำ	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>การตรวจคัดกรองโรค</li> <li>ค่าบริการฉีดวัคซีน</li> <li>ค่ายาวิตามิน/แร่ธาตุ</li> </ul>
CAP	+/-	+/-	-	+/-	ไม่เกิดการเหนี่ยวนำ	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>การให้ความรู้ แนะนำ และสร้างเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</li> </ul>
P4P	+	+	+	มี	N/A	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>กิจกรรมที่ต้องการเน้นให้เป็นนโยบายสำคัญ</li> <li>กิจกรรมที่ต้องการเพิ่มการเข้าถึง เช่น การให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่</li> </ul>
GB	+/-	+/-	-	+/-	N/A	+	<ul style="list-style-type: none"> <li>การจัดสรร/กระจายค่าบริการโดยรวม</li> </ul>
ผสมผสาน	+	N/A	+	+	N/A	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>เหมาะสมกับกิจกรรม P&amp;P ทุกรูปแบบขึ้นอยู่กับการผสมผสานระหว่างรูปแบบการจ่ายค่าบริการ</li> </ul>

หมายเหตุ: + หมายถึง ประเด็นดังกล่าวให้ผลกระทบทางบวกแก่รูปแบบการจ่ายค่าบริการนั้นๆ  
 - หมายถึง ประเด็นดังกล่าวให้ผลกระทบทางลบแก่รูปแบบการจ่ายค่าบริการนั้นๆ  
 +/- หมายถึง ประเด็นดังกล่าวอาจให้ผลกระทบทางลบหรือบวกแก่รูปแบบการจ่ายค่าบริการนั้นๆ  
 N/A หมายถึง ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลกระทบต่อรูปแบบการจ่ายค่าบริการของประเด็นนั้นๆ

งานสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข สำหรับประเทศไทยนั้น การใช้รูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P แบบผสมผสานอาจมีความเหมาะสมมากที่สุด เนื่องจากการจ่ายค่าบริการรูปแบบดังกล่าวสามารถนำข้อดีของการจ่ายค่าบริการรูปแบบอื่นๆ มาปรับใช้ได้ รวมทั้งเหมาะสำหรับการให้บริการด้าน P&P ทุกรูปแบบ อย่างไรก็ตาม เื่อนไขที่สำคัญของการจ่ายค่าบริการ P&P แบบผสมผสานคือการเลือกผสมผสานรูปแบบการจ่ายค่าบริการรูปแบบต่างๆ ให้ได้ในสัดส่วนที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันของประเทศไทย และการบูรณาการระบบรายงานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพและมีความถูกต้อง ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องวิเคราะห์ถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของบริการด้าน P&P ที่มีอยู่ ผู้เกี่ยวข้องควรพัฒนารูปแบบการจ่ายค่าบริการไปพร้อมกับการให้บริการด้าน P&P โดยทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง เพื่อศึกษาถึงผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นในพื้นที่นำร่องนั้น นอกจากนี้ อาจจัดสรรงบประมาณออกเป็น 2 ระดับ คือ (1) ระดับประเทศ โดยจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการจัดซื้อจัดจ้างในส่วนกลาง และการดำเนินโครงการที่เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ จากนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบจึงจ่ายค่าดำเนินโครงการในรูปแบบการเหมาจ่ายรายหัว ร่วมกับการจ่ายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพ และ (2) ระดับพื้นที่ โดยจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวผ่านเขตสุขภาพ จากนั้นให้เขตสุขภาพจัดสรรงบประมาณรูปแบบวงเงินแบบมีเพดาน (GB) ให้แก่จังหวัด จากนั้นระดับจังหวัดเป็นผู้จัดสรรงบประมาณในรูปแบบเดียวกันให้แก่อำเภอ และให้ระดับอำเภอจัดสรรงบประมาณลงหน่วยบริการ โดยใช้รูปแบบการจ่ายตามประเภทกิจกรรมในชุดสิทธิประโยชน์ ส่วนงบประมาณระดับท้องถิ่นให้จัดสรรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยตรง โดยใช้รูปแบบการจ่ายรายหัว ทั้งนี้ จะต้องมีความระมัดระวังการควบคุมกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อติดตามประเมินผลและใช้พิจารณาจัดสรรงบประมาณในปีถัดไป

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการพัฒนาข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค” ภายใต้การสนับสนุนโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยคณะผู้วิจัยจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ภายใต้ทุนเมธีวิจัยอาวุโส สกว. เพื่อพัฒนาศักยภาพการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (RTA598000111) อย่างไรก็ตาม หน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนมิได้ให้การรับรองเนื้อหา และอาจมีนโยบายหรือความคิดเห็นที่ไม่สอดคล้องกับความเห็นและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายตามที่ปรากฏในบทความ ทั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทุกท่าน

## References

1. Tangcharoensathien V, Jongudomsuk P, Srithamrongsawat S, Pittayarangsarit S, Sumalee H, Prakongsai P, et al. The Universal Health Care Coverage assessment report for the first decade (2001-2010). Nonthaburi: Health Insurance System Research Office; 2012. (in Thai)
2. National Health Security Office. National Health security manual: fiscal year 2006. Nonthaburi: Srimuang Printing; 2006. (in Thai)
3. Hasuwannakij S, Yanwimutti W, Thirawuthi M. Community participation scheme in community health coverage: a case study of Nam Kaeo Community Health Fund, Chana, Songkhla. Songkhla: Prince of Songkla University; 2006. (in Thai)
4. Leelasithorn S. Provincial survey report: a coverage of health promotion and disease prevention by benefit package under Universal Health Coverage Policy. Nonthaburi: National Health Security Office; 2007. (in Thai)
5. Chunharas S, Damrikarnlert L, Prakongsai P, Putthasri W, Srithamrongsawat S, Pha-amnuayphol P, et al. Alternative scheme for budget management for health promotion and disease prevention under Universal Health Coverage. Bangkok: National Health Security Office; 2006. (in Thai)
6. Leesmidt V, Nipaporn S, Pirunsarn A. A study on budget management for health promotion and disease prevention.



- tion in area-based level. Bangkok: National Health Security Office; 2007. (in Thai)
7. Pitayangsarit S, Limwattananon S, Tantivess S, Kharamanond R, Tangcharoensathien V. Local level responses to budget allocation under the Universal Health Care Coverage policy in Thailand. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2008. (in Thai)
  8. Youngkong S, Tangsathitkulchai S, Pantumongkol W, Pleonbannakit P, Teerawattananon Y, Tantivess S. Evaluation of financial management for health promotion and disease prevention under the Universal Health Coverage: from design to implementation. *Journal of Health Systems Research* 2017;11(1):127-40. (in Thai)
  9. Rudmik L, Wranik D, Rudisill-Michaelsen C. Physician payment methods: a focus on quality and cost control. *Journal of Otolaryngology- Head & Neck Surgery*. 2014;43:34-38.
  10. Chawla M, Windak A, Berman P, Kulis M. Paying the physician: review of different methods. Boston, Massachusetts: Department of Population and International Health/Harvard School of Public Health; 1997.
  11. Lagarde M, Powell-Jackson T, Blaauw D. Managing incentives for health providers and patients in the move towards universal coverage. *Global Symposium on Health Systems Research*. 2010 November 16-19; Montreux, Switzerland.
  12. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Better ways to pay for health care. *OECD health policy studies*. Paris: OECD Publishing; 2016.
  13. Mendelson A, Kondo K, Damberg C, Low A, Motuapuaka M, Freeman M, et al. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care. *Annals of Internal Medicine* 2017;166(5):341-54.
  14. Kamphang R, Tantivess S, Chutipongchaiwat S, Pattanabhesaj J, Butchon R, Malathong N, et al. Developing health care quality indicators and improving the QOF program for the Thai Universal Health Coverage – Part 1. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)/National Health Security Office; 2015. (in Thai)
  15. Peckham S, Gousia K. GP Payment schemes review. London Policy Research Unit in Commissioning and the healthcare system (PRUComm) [internet] 2014 [cited 2017 Jun 12]: [37]. Available from: <https://www.kent.ac.uk/chss/docs/GP-payment-schemes-review-Final.pdf>
  16. Bunyapisankij T, Prakongsai P, Chiangchaisakulthai K, Sawangdee K, Kamonnet A, Leenakul R, et al. Manual for pay for performance: P4P. Ministry of Public Health [internet] 2011 [cited 2017 Jun 12]: [175]. Available from: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/p4p.PDF](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/p4p.PDF). (in Thai)
  17. Productivity Commission. Efficiency in Health, Commission Research Paper. JEL codes I. 2015;10:118.
  18. Oliver-Baxer J. Blended funding models in primary health care. Adelaide: PHCRIS Research Roundup; 2015 [cited 2017 Jun 12]. Available from: <https://dspace2.flinders.edu.au/xmlui/bitstream/handle/2328/36257/RRU%20May%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
  19. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *The International Journal of Health Planning and Management* 1995 Jan;10(1):23-45.
  20. Wang-Aun P. The effective of Pay - for - Performance (P4P): case study general hospital with county health services 6 (Master of Science Program). Human Resource and Organization Development, School of Human Resource Development. Bangkok: National Institute of Development Administration (NIDA); 2015. (in Thai)
  21. Ryan AM, Werner RM. Doubts About Pay-for-Performance in health care. *Harvard Business Review*; 2013 [cited 2017 June 12]. Available from: <https://hbr.org/2013/10/doubts-about-pay-for-performance-in-health-care>.
  22. Sørensen RJ, Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. *Health Policy* 2003;66(1):73-93.
  23. Devlin RA, Sarma S. Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of Health Economics* 2008;27(5):1168-81.
  24. Sarma S, Devlin RA, Belhadji B, Thind A. Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity. *Health Policy* 2010;98(2):203-17.
  25. Hung DY, Green LA. Paying for prevention: associations between pay for performance and cessation counselling in primary care practices. *American Journal of Health Promotion* 2012;26(4):230-4.
  26. Hamilton F, Laverty A, Gluvajic D, Huckvale K, Car J, Majeed A, et al. Effect of financial incentives on delivery of alcohol screening and brief intervention (ASBI) in primary care: longitudinal study. *Journal of Public Health* 2013;36(3):450-9
  27. Christianson J, Leatherman S, Sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: a review of the evidence. London: The Health Foundation



- London; 2008.
28. Peckham S, Wallace A. Pay for performance schemes in primary care: what have we learnt? *Quality in Primary Care* 2010;18(2):111-6.
  29. Catalano R, Libby A, Snowden L, Cuellar AE. The effect of capitated financing on mental health services for children and youth: the Colorado experience. *American Journal of Public Health* 2000;90(12):1861.
  30. Kantarevic J, Kralj B. Link between pay for performance incentives and physician payment mechanisms: evidence from the diabetes management incentive in Ontario. *Health Economics* 2013;22(12):1417-39.
  31. Delattre E, Dormont B. Fixed fees and physician - induced demand: a panel data study on French physicians. *Health Economics* 2003;12(9):741-54.
  32. Iversen T. The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients. *Journal of Health Economics* 2004;23(4):673-94
  33. Barros PP. Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system. *Journal of Health Economics* 2003;22(3):419-43.
  34. McKalip D. Pay for performance and public reporting: risks to patients outweigh benefits. *Take Back the Profession Advisory Group (TBPAG). Journal of American Physicians and Surgeons* 2009;14(4):113-7.
  35. Roland M, Guthrie B. Quality and outcomes framework: what have we learnt? [Internet]. 2016 Aug [cited 2017 June 12]. Available from: <https://www.bmj.com/content/354/bmj.i4060/> doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i4060>.
  36. Wharam JF, Paasche-Orlow MK, Farber NJ, Sinsky C, Rucker L, Rask KJ, et al. High quality care and ethical pay-for-performance: a Society of General Internal Medicine Policy Analysis. *Journal of General Internal Medicine* 2009 Jul;24(7):854-9.
  37. Exter Ad, Hermans H, Dosljak M, Busse R. Health care systems in transition: Netherlands. 2004. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
  38. Tu K, Cauch-Dudek K, Chen Z. Comparison of primary care physician payment models in the management of hypertension. *Canadian Family Physician* 2009;55(7):719-27.