

การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์: ประเด็นข้อขัดแย้ง

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์*

ถาวร สกุกพานิชย์*

1. รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์

รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรทางการแพทย์ที่มีการใช้กันทั่วโลก พอสรุปได้เป็นรูปแบบใหญ่ๆดังนี้⁽¹⁾

การจ่ายเป็นเงินเดือน ซึ่งจะขึ้นกับ คุณลักษณะของ ตำแหน่ง ระดับของงาน และระยะเวลาในการทำงาน ทั้งนี้รูปแบบการจ่ายแบบนี้จะไม่ขึ้นกับปริมาณงานที่บุคลากรปฏิบัติ นอกจากนั้นยังอาจมีการจ่ายเพิ่มเติมตามลักษณะพื้นที่ปฏิบัติงานว่ามีความยากลำบากเพียงใด (เช่น เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย) รวมถึงการจ่ายค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (ค่าอยู่เวร)

การจ่ายตามปริมาณบริการที่ปฏิบัติ เช่น การจ่ายตาม อัตราค่าบริการที่กำหนดของแต่ละบริการ (Fee-for-service) หรือการจ่ายตามน้ำหนักของบริการแต่ละชนิด (Point value) หรือตามน้ำหนักสัมพัทธ์ของบริการนั้นๆ (Case-mix, relative value)

การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น ทะเบียนกับแพทย์ เช่น กรณีของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปของสหรัฐอเมริกา หรือในรูปแบบการจัดบริการแบบ Health Maintenance Organization (HMO) ใน ระบบประกันสุขภาพ เช่น Medicare ของสหรัฐอเมริกา

นอกจากนั้นในระยะหลังยังมีการพัฒนานวัตกรรมการจ่ายแบบใหม่ที่รู้จักกันในนาม Pay-for- Performance เช่น

ในสหราชอาณาจักร และในสหรัฐอเมริกา โดยเป็นการจ่ายเพิ่มเติมตามการบรรลุผลลัพธ์หรือเป้าหมายที่กำหนด เช่น บรรลุเป้าหมายเชิงคุณภาพบริการ (บริการสุขภาพเด็ก อามันย์ มารดา วางแผนครอบครัว บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ฯลฯ) บรรลุผลด้านความพึงพอใจของผู้ป่วย รวมถึงปริมาณงานที่บุคลากรแต่ละท่านให้บริการ โดยต้องมีการจัดเก็บข้อมูลปริมาณงานนั้นๆ

ทั้งนี้รูปแบบการจ่ายแต่ละวิธีล้วนแต่มีที่ใช้และมีจุดเด่น-จุดด้อยที่แตกต่างกันในการตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของระบบสุขภาพและการซื้อบริการสุขภาพ ขณะเดียวกันประเทศต่างๆมักมีรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์มากกว่าหนึ่งวิธีด้วยวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน ขณะเดียวกันก็มักมีการผสมผสานรูปแบบการจ่ายเพื่อลดจุดด้อยของรูปแบบวิธีหนึ่งด้วยจุดเด่นของรูปแบบการจ่ายอีกริธีหนึ่ง^(2,3) การจ่ายในลักษณะเงินเดือนนั้นเป็นการสร้างความมั่นคงด้านรายได้แก่ผู้ปฏิบัติงานแต่อาจจะไม่สร้างแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้นเพราะไม่สัมพันธ์กับรายได้ที่จะได้รับ ทั้งนี้พบว่าพฤติกรรม การให้บริการของแพทย์ที่จ่ายค่าตอบแทนเป็นเงินเดือนต่างจากที่จ่ายตามปริมาณบริการ คือ มีจำนวนหัตถการต่อผู้ป่วยต่ำกว่า จำนวนผู้ป่วยต่อแพทย์ต่ำกว่า ระยะเวลาในการให้คำปรึกษานานกว่า แต่ให้บริการด้านการป้องกันมากกว่า⁽⁴⁾ ขณะเดียวกันการจ่ายตามปริมาณงานนั้นแน่นอนว่าสร้างแรงจูงใจ

*สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ต่อผู้ให้บริการมากในการให้บริการ เพราะสัมพันธ์กับปริมาณงานที่ทำ แต่มีข้อเสียในการควบคุมค่าใช้จ่ายเพราะมีแนวโน้มที่จะให้บริการเกินจำเป็นและทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้น⁽²⁾ ส่วนการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวแก่ผู้ให้บริการนั้นเอื้อให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและต่อเนื่อง มีผลดีด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายแต่ก็อาจมีผลเสียด้านการให้บริการน้อยกว่าที่จำเป็น

2. รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขมีรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ที่หลากหลาย พอสรุปได้ดังนี้^(5,6)

1. **ค่าตอบแทนที่เป็นเงินเดือน** หรือเงินค่าตอบแทนประจำที่ได้รับตามตำแหน่งหน้าที่ ได้แก่

- เงินเดือน ซึ่งได้รับตามขั้นเงินเดือนและตำแหน่ง
- เงินประจำตำแหน่ง ซึ่งได้รับเพิ่มเติมตามขั้นของตำแหน่งในระดับสูง

- เงินเพิ่มพิเศษสำหรับการไม่ประกอบเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือไม่ปฏิบัติงานในภาคเอกชน สำหรับกรณีวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร

- เงินเพิ่มพิเศษสำหรับวิชาชีพเฉพาะ (เงิน พตส.) สำหรับกรณีวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ

2. **ค่าตอบแทนที่ให้เพิ่มเติมพิเศษ** สำหรับการปฏิบัติงานตามสาขาวิชาชีพและที่ตั้งของสถานบริการ ค่าตอบแทนประเภทนี้ เป็นค่าตอบแทนเหมาจ่าย ที่จ่ายให้เพื่อจูงใจให้ปฏิบัติงานในระบบราชการ โดยเฉพาะในสถานพยาบาลของรัฐ สำหรับวิชาชีพที่มีความขาดแคลน โดยจ่ายเป็นค่าตอบแทนเหมาจ่ายเพิ่มเติมตามระดับความยากลำบากของพื้นที่ ซึ่งค่าตอบแทนประเภทนี้ ได้แก่ เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย สำหรับ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ที่มีอัตราเฉพาะตามระดับความยากลำบากของพื้นที่ และระยะเวลาในการทำงาน

3. ค่าตอบแทนตามจำนวนบริการที่ให้ หรือเพื่อการปฏิบัติงานนอกเวลาทำการ หรือตามผลการปฏิบัติงาน ค่าตอบแทนประเภทนี้ ได้แก่

- ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานที่เป็นเวรหรือเป็นผลัด
- ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกหน่วยบริการหรือต่างหน่วยบริการรายชั่วโมง

- ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานในที่มืดตัด (รายผู้ป่วย)

- ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานในคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ เป็นรายชั่วโมงสำหรับบุคลากรทั่วไป และเป็นรายผู้ป่วยสำหรับแพทย์และรายหัตถการสำหรับทันตแพทย์

- ค่าตอบแทนแพทย์ที่ปฏิบัติเวรในหรือรอให้คำปรึกษาตามคุณภาพและปริมาณบริการ

- ค่าตอบแทนเพิ่มเติมสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานเวรป่วยและดึก ที่เสมือนเป็นการปฏิบัติงานในเวลาราชการปกติ

- ค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานชั้นสูตรพลีกศพ

- ค่าตอบแทนตามผลงาน (Pay-for-performance)

ซึ่งนำร่องในรพ.จำนวนหนึ่ง

ทั้งนี้ อัตราการจ่ายค่าตอบแทนประเภทต่างๆมีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะตั้งแต่ประกาศฉบับที่ 1 ในปีพ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบันเป็นฉบับที่ 8 และ 9 ในปี พ.ศ. 2556

3. เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแพทย์และทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชน: ประเด็นความขัดแย้ง

ประเด็นที่มีข้อขัดแย้งกันในปัจจุบันเป็นเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายตามรูปแบบการจ่ายประเภทที่ 2 ที่กล่าวมาข้างต้น เนื่องจากวงเงินเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่ได้รับโดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์และทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 8⁽⁷⁾ ลดลงจากที่เคยได้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 4⁽⁸⁾ มาก ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2 ในขณะที่วิชาชีพอื่นไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก

ซึ่งหากพิจารณาจากข้อมูลตารางที่ 1 และ 2 จะเห็นได้ว่า ผู้ได้รับผลกระทบมากที่สุดมีสองกลุ่ม คือ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งในเขตชุมชนเมือง และผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเกินกว่า 20 ปี โดยกลุ่มแรกค่าตอบแทนส่วนนี้ จะลดลงไปมากตามประกาศฉบับใหม่ ส่วนกลุ่มหลังก็จะได้



ตารางที่ 1 เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อเดือนสำหรับแพทย์และทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ตามแนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2551

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

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

ตารางที่ 2 เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อเดือนสำหรับแพทย์และทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ตามแนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2556

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

หมายเหตุ รพช.พื้นที่ชุมชนเมือง 33 แห่ง, พื้นที่ปกติ 590 แห่ง, พื้นที่เฉพาะระดับ 1 จำนวน 66 แห่ง, รพช.พื้นที่เฉพาะระดับ 2 จำนวน 48 แห่ง (รพช.ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และรพช.ที่อยู่ในพื้นที่ภูเขาทุรกันดาร เช่น อุ้มผาง ปางมะฝ้า)

รับการปรับเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายอีกแม้ทำงานเกิน 20 ปี ทั้งนี้กลุ่มที่อยู่โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ปกติระดับ 2.1 และพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลระดับ 1 และ 2 แทบจะไม่ได้รับผลกระทบเลย ยกเว้นผู้ที่อยู่เกิน 20 ปี ส่วนโรงพยาบาลชุมชนพื้นที่ปกติระดับ 2.2 และ 2.3 มีการปรับลดลง 5,000 บาทต่อเดือนสำหรับผู้ปฏิบัติงานเกิน 4 ปีขึ้นไป

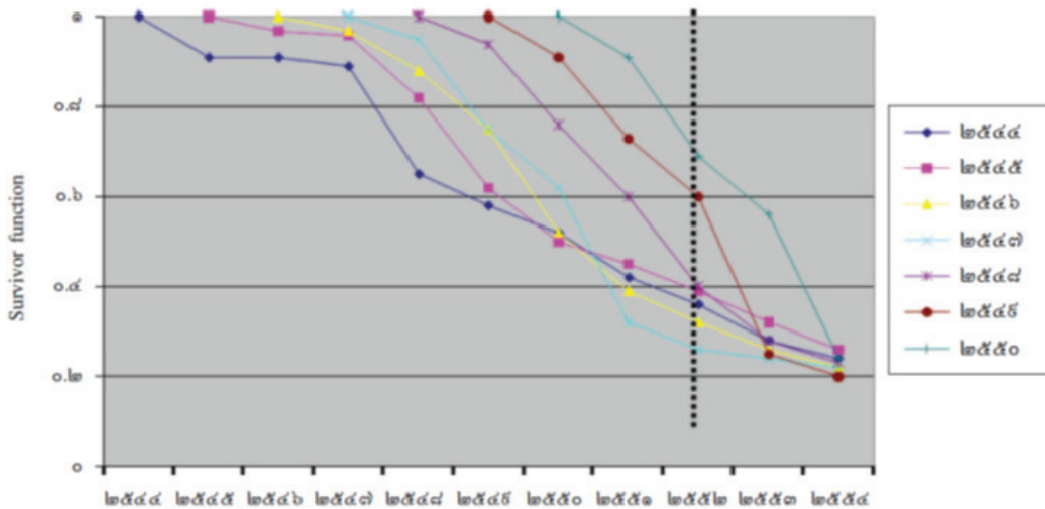
4. ผลกระทบของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 4

คงปฏิเสธไม่ได้ว่าการเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแก่แพทย์และทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนนั้นมีส่วนเพิ่มขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน อย่างไรก็ตามการ

คงอยู่ของแพทย์ในชนบทหรือไม่เป็นประเด็นที่ต้องประเมินรวมถึงผลต่อการเพิ่มผลผลิตภาพในการทำงาน

4.1 ผลของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อการคงอยู่ของแพทย์ในชนบท

มีข้อมูลจากการศึกษาการคงอยู่ของแพทย์ในระบบราชการและในชนบทภายหลังการเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย⁽⁹⁾ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลการดำรงอยู่ในราชการและในชนบทของแพทย์ใช้ทุนที่เริ่มรับราชการปี 2544 - 2550 โดยใช้ survival analysis พบว่า เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายที่เริ่มดำเนินการในปี 2552 ไม่เพิ่มแนวโน้มการคงอยู่ในระบบราชการ และแนวโน้มการคงอยู่ในชนบทของแพทย์ ค่าเฉลี่ยโอกาสการคงอยู่ในระบบราชการของแพทย์ใช้ทุนรุ่น พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา คงอยู่ที่ 3.2



รูปที่ 1 โอกาสคงอยู่ของแพทย์ในชนบทตามปีที่รับราชการ (ที่มา: นงลักษณ์ พะไกองะ และคณะ (2555))

ปี (ดูรูปที่ 1 ประกอบ)

**4.2 ผลของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อการปฏิบัติงานของ
ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน**

สุณี วงศ์คงคาเทพและคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายต่อการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน โดยอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ การสำรวจสถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลชุมชน และการสัมภาษณ์ผู้ตรวจราชการจำนวน 7 เขตจาก 18 เขต ผลการศึกษาพบว่า 1) เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่สามารถเพิ่มการกระจายและชะลออัตราการโยกย้ายจาก รพช.ในพื้นที่ปกติที่มีความเจริญน้อยกว่าไปยัง รพช.ในพื้นที่ปกติที่มีความเจริญมากกว่า 2) ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่ส่งผลกระทบต่อฐานะการเงินของรพช. เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนับสนุนงบกลางปี 2553 จัดสรรให้กลุ่ม รพช. จำนวน 2,750 ล้านบาท 3) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการทันตกรรมต่อกำลังทันตบุคลากร พบว่า ผลการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ใน รพช. ไม่แตกต่างจากก่อนมีเงินดังกล่าว

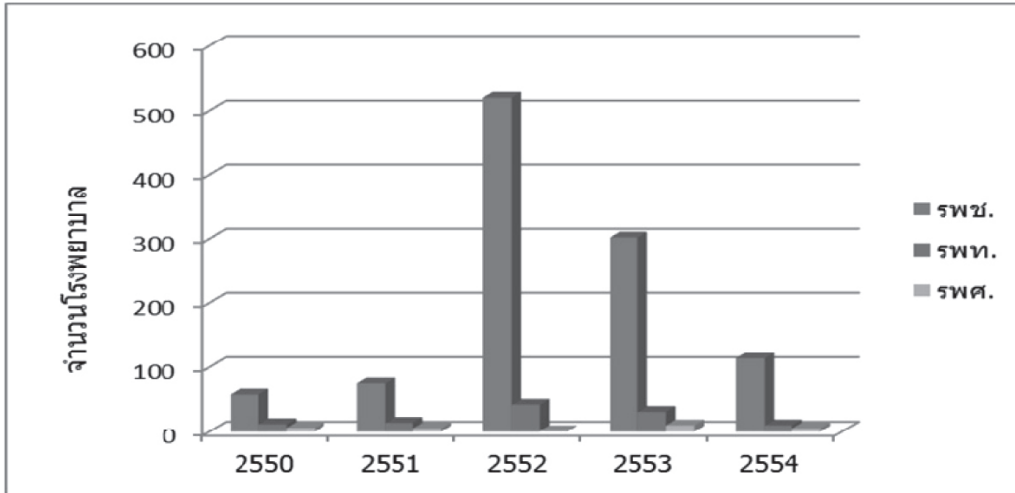
4.3 สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 - 2554⁽¹¹⁾ พบว่า จำนวนโรงพยาบาลขาดทุน (รายรับต่ำ

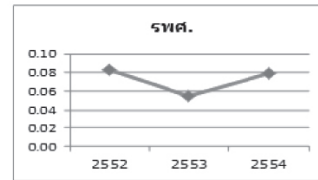
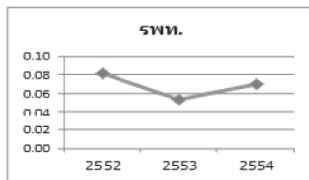
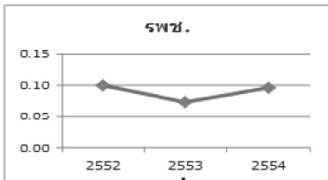
กว่ารายจ่ายโดยยังไม่รวมค่าเสื่อมราคา) เพิ่มขึ้นชัดเจนตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ตัวผลกดันต้นทุนที่สำคัญ คือ ค่าแรง ค่าตอบแทน และ ค่ายา ซึ่งเป็นต้นทุนร้อยละ 30, 16 และ 19 ตามลำดับ ทั้งนี้ค่าตอบแทนมีอัตราเพิ่มประมาณ 40% ในปี 2552 และ 2553 ส่วนเงินเดือนและยามี้อัตราการเพิ่มน้อยกว่า 10% (รูปที่ 2)

5. การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay-for-Performance: P4P) ในต่างประเทศ

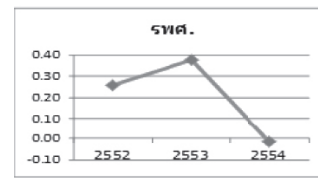
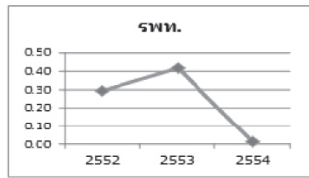
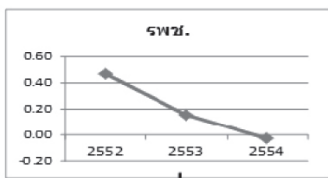
การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (P4P) เป็นนวัตกรรมการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพ⁽¹²⁾ ประเทศที่เริ่มนำรูปแบบการจ่ายดังกล่าวมาใช้คือ ประเทศสหรัฐอเมริกาและต่อมาก็แพร่หลายไปยังประเทศต่างๆ เช่น สหราชอาณาจักร แคนาดา นิวซีแลนด์ ไต้หวัน อิสราเอล และเยอรมนี⁽¹³⁾ ซึ่งรูปแบบการจ่ายนี้ ผู้ให้บริการจะได้รับค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดซึ่งอาจเป็นตัวชี้วัดคุณภาพทางคลินิก การใช้ทรัพยากร หรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่รายงานโดยผู้ป่วย อย่างไรก็ตามรูปแบบการจ่ายดัง



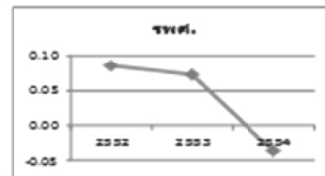
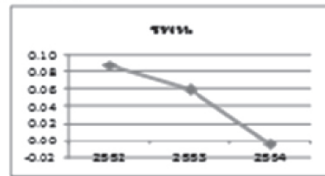
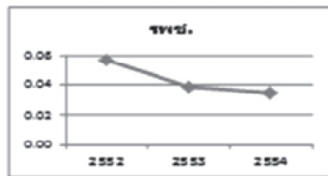
อัตราการเพิ่มเงินเดือน



อัตราการเพิ่มค่าตอบแทน



อัตราการเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านยา



รูปที่ 2 สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลประเภทต่างๆรวมทั้งอัตราการเพิ่มของหมวดรายจ่าย (ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) วิเคราะห์ข้อมูลบัญชีเกณฑ์คงค้างของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

กล่าวอาจมีผลกระทบทางลบโดยไม่ตั้งใจ เช่น ทำให้มีการเลือกให้บริการแก่ผู้ป่วยที่สุขภาพดีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อน (ตัวชี้วัดด้านการใช้ทรัพยากร) หรือมีการเลือกให้บริการเฉพาะบริการที่มีการจ่ายค่าตอบแทนพิเศษนี้ ขณะเดียวกันอาจไปเจือจางแรงจูงใจที่มีใช้ตัวเงินรวมถึงจริยธรรมในการให้บริการของแพทย์ที่ควรต้องยึดผู้ป่วยเป็นหลัก นอกจากนั้นอาจมีการปรับแต่งข้อมูลเพื่อให้ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น⁽¹²⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อดูผลกระทบของการจ่ายตามผลการปฏิบัติงานพบว่า ผลกระทบที่พบไม่ไปในทิศทางเดียวกัน มีทั้งที่ดีขึ้นและแย่ลง ขึ้นกับการออกแบบระบบการจ่ายตามผลการปฏิบัติงานของแต่ละประเทศ รวมถึงบริบทของการนำระบบการจ่ายตามผลการปฏิบัติงานมาใช้ในประเทศนั้นๆ⁽¹⁴⁾ และมีข้อเสนอสำหรับการพัฒนารูปแบบการจ่าย P4P ดังนี้ 1) เลือกและกำหนดเป้าหมายตามตัว

ชี้วัดบนพื้นฐานของปัญหาที่ต้องการการพัฒนา 2) ใช้ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการและผลผลิตหรือผลลัพธ์กลางในการกำหนดเป้าหมาย 3) มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียและให้ความสำคัญกับการสื่อสารเกี่ยวกับโครงการอย่างเข้มข้น 4) ดำเนินการให้เหมือนกันระหว่างผู้จ่ายเงินหรือกองทุน 5) เน้นทั้งด้านการเพิ่มคุณภาพและผลผลิต และ 6) กระจายผลตอบแทนแก่ตัวบุคคลหรือทีมงานมากกว่าให้หน่วยบริการ

ทั้งนี้ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบหลายๆชิ้นสรุปเหมือนกันคือ ยังสรุปผลกระทบที่ชัดเจนของรูปแบบการจ่ายตามผลการปฏิบัติงานไม่ได้เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาที่มีระเบียบวิธีการศึกษาที่เข้มงวดมีจำกัดประกอบกับประเด็นของการศึกษาไม่รอบด้านพอ จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยในเรื่องนี้เพิ่มเติม^(12,14-16)

6. การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (P4P) ของกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายและระเบียบการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานไว้ว่า⁽¹⁷⁾

“เพื่อเป็นการจ่ายเงินค่าตอบแทนให้กับเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมตามภาระงานและปริมาณงานที่เกิดขึ้นจริงที่เกินกว่าปริมาณภาระงานปกติตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน”

โดยมีการกำหนดกรอบวงเงินการดำเนินงานไว้ในแต่ละปี และในปี 2556 กำหนดให้วงเงินที่ใช้ในการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานสำหรับโรงพยาบาลชุมชนให้เท่ากับวงเงินค่าเบี่ยงเบนค่าจ่ายที่ถูกปรับลดลงจากเดิม โดยคิดแยกวงเงินรายวิชาชีพ ส่วนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปกำหนดวงเงินตามระดับของต้นทุนต่อหน่วยบริการและสัดส่วนของค่าแรงต่อรายรับแยกเป็น 9 ระดับ รวมถึงมีการกำหนดค่าคะแนนผลการปฏิบัติงานขั้นต่ำในเวลาราชการ และสัดส่วนค่าตอบแทนรายวิชาชีพ⁽¹⁸⁾ นั้นหมายความว่าจำเป็นต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการปฏิบัติงานของบุคลากรรายบุคคลเพื่อใช้ประกอบในการจ่ายค่าตอบแทน

7. บทสรุป

รูปแบบการจ่ายตามผลการปฏิบัติงานได้มีการนำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพบ้างแล้ว โดยมีการนำร่องของโรงพยาบาลหลายแห่งเป็นระยะเวลาหนึ่ง แต่เนื่องจากการจ่ายเพิ่มเติมจากการจ่ายที่มีอยู่จึงไม่มีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นเนื่องจากบุคลากรทุกคนได้ประโยชน์ นอกจากนั้นก็มีการนำมาใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการจ่ายตามผลการปฏิบัติงานและคุณภาพบริการที่กำหนด ซึ่งแม้จะมีเสียงบ่นเรื่องภาระงานด้านการจัดทำข้อมูลแต่ก็ไม่มีแรงต้านเนื่องจากทำให้สถานบริการได้รับเงินเพิ่มเติม

การนำรูปแบบดังกล่าวมาใช้ของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวข้องกับวงเงินที่ใหญ่กว่าสองกรณีที่กล่าวมา ประกอบกับการปรับลดการจ่ายค่าตอบแทนเบี่ยงเบนค่าจ่ายโดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์และทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนที่ตั้งในเขตชุมชนเมืองและผู้ปฏิบัติงานเกินกว่า 20 ปี ทำให้มีข้อขัดแย้งเกิดขึ้น ทั้งนี้การจ่ายค่าตอบแทนเบี่ยงเบนค่าจ่ายที่ทำอยู่แม้จะสร้างขวัญและกำลังใจแก่แพทย์และทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์ก็ชี้ว่าไม่สามารถลดการลาออกหรือการย้ายไปยังโรงพยาบาลใหญ่ได้

ทั้งนี้รูปแบบการจ่ายตามผลการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุขจะบรรลุเป้าประสงค์ตามเจตนารมณ์ที่กำหนดไว้ในการเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพหรือไม่เพียงใด รวมถึงจะมีผลกระทบทั้งด้านบวกและด้านลบหรือไม่อย่างไร ทั้งในด้านบุคลากร (การกระจาย การดำรงอยู่ และขวัญกำลังใจ) พฤติกรรมของบุคลากรในการให้บริการ ความเป็นธรรมในการใช้บริการของประชาชน รวมถึงการตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน ประเด็นต่างๆเหล่านี้เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีการติดตามประเมินอย่างใกล้ชิดเพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Fujisawa R, Lafortune G. The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries? OECD Health Working Papers No.41. DELSA/HEA/WD/HW(2008) P5



2. WHO. The World Health Report 2000: Health System: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000
3. Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S. (Eds) Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. Washington DC: The World Bank; 2009.
4. Gosden T, Pedersen L, Torgerson D. How should we pay doctors? A systematic review of salary payments and their effect on doctor behavior. *Q J Med* 1999;92:47-55
5. ข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544.
6. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน แนนทำยข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2552.
7. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน แนนทำยข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2556.
8. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน แนนทำยข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2551.
9. นงลักษณ์ พะไถยะ, สัญญา ศรีรัตนะ, กฤษณา ว่องวิญญู, จิราภรณ์ หลาบคำ, และ วรวงศา วรราช การคงอยู่ในชนบทและในราชการของแพทย์ภายหลังการเพิ่มค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานที่ชนบท. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2555;6:228-35.
10. สุณี วงศ์คงคาเทพ, โกเมศ วิชาวุธ, จารุวัฒน์ บุญราชมุหะ และ สุริยา รักเจริญ. ผลลัพธ์ของการปรับเพิ่มค่าเบี่ยงเบนจ่ายต่อการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2555;6:48-59.
11. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (2555) รายงานสถานการณ์การคลังและประสิทธิภาพของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2554
12. Eijkenaara F, Emmertb M, Scheppachb M, Schöffski, O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy* 2013;110:115-30.
13. Eijkenaar F. Pay for performance in health care: an international overview of initiatives. *Med Care Res Rev* 2012;69:251-76.
14. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, et al. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research* 2010; 10:247 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/247>
15. Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. The Cochrane Collaboration. Published in the Cochrane Library by John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
16. Gillam SJ, Siriwardena N, Steel N. Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework- A systematic review. *Ann Fam Med* 2012;10:61-468. doi:10.1370/afm.1377.
17. หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน แนนทำยข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2556
18. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องรายละเอียดการดำเนินการการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน ลงวันที่ 5 เมษายน 2556