

## วิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ

พงศธร พอกเพิ่มดี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

### บทคัดย่อ

วิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในระบบบริการสาธารณสุข เพราะเกี่ยวข้องกับตรงกันผลสัมฤทธิ์และค่าใช้จ่ายของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสาธารณสุข วิธีการสำคัญในการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการมี ๖ วิธี ได้แก่ ๑) ตามงานหรือโครงการ ๒) เหมารวม ๓) รายหัว ๔) รายผู้ป่วย ๕) ตามการให้บริการ และ ๖) เหมารายวัน แต่ละวิธีมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ซึ่งผู้บริหารและผู้วางนโยบายจำเป็นต้องเข้าใจถึงคุณลักษณะและผลกระทบที่เกิดขึ้นของแต่ละวิธี ถ้าหากออกแบบวิธีการจ่ายเงินให้เหมาะสม ย่อมนำไปสู่การเพิ่มพูนประสิทธิภาพ คุณภาพ ความเท่าเทียมและความพึงพอใจของผู้มารับบริการ อย่างไรก็ตามยังไม่มีวิธีที่สมบูรณ์แบบ จำต้องปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์นั้น ๆ อีกทั้งต้องมีวิธีการที่จะควบคุมข้อเสียของวิธีการจ่ายเงินนั้น ๆ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่ดีที่สุดต่อระบบสาธารณสุข

คำสำคัญ: วิธีการจ่ายเงิน

### บทนำ

กว่าทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ไม่เว้นแม้แต่ประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งในทวีปยุโรปและอเมริกา กำลังเผชิญกับวิกฤตของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก การเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและยารักษาโรคใหม่ ๆ ที่ต้องใช้ต้นทุนในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น ขณะเดียวกันในหลาย ๆ ประเทศยังไม่สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนได้อย่างทั่วถึง ทั้งยังประสบปัญหาด้านคุณภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการ ปัญหาเหล่านี้จึงเป็นแรงกดดันให้หลาย ๆ ประเทศทั่วโลกต้อง

เร่งปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของตนเอง เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข พัฒนาคุณภาพของการบริการและสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน ให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเท่าเทียม

วิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ (provider payment mechanism) เป็นเครื่องมือสำคัญที่หลาย ๆ ประเทศทั่วโลกนำมาใช้ในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เพราะวิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการนั้นเกี่ยวข้องกับตรงกันผลสัมฤทธิ์ของการรักษาพยาบาลรวมทั้งเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสาธารณสุข ถ้าหากสามารถออกแบบวิธีการจ่ายเงินให้เหมาะสมย่อมนำไปสู่การเพิ่มประสิทธิภาพ

คุณภาพ ความเท่าเทียมของระบบบริการและความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ทั้งนี้เพราะรูปแบบวิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน ย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมของสถานบริการสาธารณสุขที่แตกต่างกันออกไป ยกตัวอย่างเช่น การใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายให้กับหน่วยบริการ ตามขนาดของโรงพยาบาลและงบประมาณที่เคยได้รับ (historical global budget) จะขาดการกระตุ้นให้เกิดการเพิ่มพูนประสิทธิภาพในการบริหารงาน ขณะที่วิธีการจ่ายเงินแบบตามปริมาณงาน (fee-for-service) อาจเป็นผลดีในแง่ของคุณภาพ แต่จะทำให้ยากต่อการควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ

ดังนั้นวิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงาน นักวิชาการและผู้กำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุข จะต้องเข้าใจและนำไปใช้เพื่อให้เกิดการเพิ่มพูนคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ตลอดจนสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพให้เหมาะสมต่อระบบสาธารณสุขต่อไป

### ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการจ่ายเงิน

วัตถุประสงค์ที่สำคัญในการออกแบบวิธีการจ่ายเงินมาใช้กับหน่วยบริการคือการสร้างแรงจูงใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยบริการ อย่างไรก็ตามก่อนที่จะเข้าสู่รายละเอียดของวิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการนั้น จำเป็นจะต้องทำความเข้าใจถึงทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการจ่ายเงินในเบื้องต้นเสียก่อน

**ประการที่หนึ่ง** ระบบบริการสาธารณสุขมีความเป็นวิชาชีพ (professional) ซึ่งผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญเป็นอย่างสูง ในขณะที่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยมักจะไม่มีความรู้และไม่มีความรู้ที่เพียงพอในการตัดสินใจ จึงไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าควรเลือกรับการตรวจวินิจฉัยหรือรับการรักษาพยาบาลอย่างไร อีกทั้งผู้ป่วยเองก็ไม่มี

ข้อมูลเปรียบเทียบว่าการตรวจวินิจฉัยประเภทนี้ดีกว่าอีกแบบอย่างไร เหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็นหรือไม่ ผลการรักษาด้วยวิธีนี้จะมีผลดีมากกว่าหรือน้อยกว่าวิธีการอื่นอย่างไร ราคาในการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาของหน่วยบริการนี้เมื่อเทียบกับแห่งอื่นเป็นอย่างไร ปัญหาเหล่านี้จึงเป็นที่มาของความไม่เท่าเทียมกันของข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ (asymmetric information) ในระบบบริการสาธารณสุข<sup>(๑)</sup> ด้วยเหตุนี้เอง แพทย์จึงมีบทบาทและมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมากทั้งในแง่การสั่งการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล ซึ่งทำให้ระบบบริการสาธารณสุขต่างจากสินค้าหรือการให้บริการอื่น ๆ ที่ผู้ให้บริการไม่มีความเป็นวิชาชีพ

**ประการที่สอง** เมื่อเกิดความไม่เท่าเทียมกันของข้อมูลข่าวสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้องให้อำนาจการตัดสินใจในการตรวจวินิจฉัยและรักษาพยาบาลกับแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจแทน การมอบอำนาจการตัดสินใจจากผู้หนึ่ง ในกรณีนี้คือผู้ป่วย (agent) ไปให้กับอีกฝ่ายหนึ่ง ในกรณีนี้คือแพทย์ (principle) ก็ จะเกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้อำนาจการตัดสินใจกับตัวแทนที่ตัดสินใจ (agency relationship) เมื่อมีการถ่ายโอนอำนาจในการตัดสินใจให้กับแพทย์แล้ว ผู้ป่วยก็คาดหวังว่าแพทย์จะตัดสินใจแทนตนเองได้อย่างสมบูรณ์ (perfect agency) อีกทั้งวิทยาการทางการแพทย์ตั้งอยู่บนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ที่มีข้อบ่งชี้ในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่ค่อนข้างชัดเจน ฉะนั้นการตัดสินใจของแพทย์ก็น่าจะเป็นการตัดสินใจที่สมบูรณ์ แต่ทว่าในความเป็นจริงแพทย์อาจจะไม่ได้ตัดสินใจโดยยึดผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง ทำให้เกิดการเป็นตัวแทนที่ไม่สมบูรณ์ (imperfect agency) ทั้งนี้อาจจะมีเหตุผลหรือวัตถุประสงค์อื่นที่ทำให้การตัดสินใจในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ไม่ได้อยู่บนผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก เช่น แพทย์บางคนอาจได้รับคำตอบแทนพิเศษจากการส่งตรวจ x-ray computer หรือ CT scan ก็อาจมีแรงจูงใจมากขึ้นในการส่งตรวจวินิจฉัยนั้น ๆ เพิ่มขึ้น แม้ว่าอาจมีข้อบ่งชี้ทาง

การแพทย์ที่ไม่ชัดเจน

ประการที่สาม เมื่อแพทย์ไม่เป็นตัวแทนที่สมบูรณ์ของผู้ป่วย ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นตามมาก็คือ การสร้างอุปสงค์เทียม (supply-induced demand) ซึ่งหมายถึง การที่แพทย์สั่งให้มีการตรวจวินิจฉัย หรือรักษาพยาบาลมากขึ้นโดยไม่จำเป็น อีกนัยหนึ่งหมายถึงว่าถ้าหากแพทย์ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ ก็จะไม่สั่งการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาพยาบาลแบบนั้น ๆ ซึ่งการสร้างอุปสงค์เทียมก็ก่อให้เกิดความไม่มีประสิทธิภาพ และคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยตามมา ในขณะเดียวกัน นอกจากการสร้างอุปสงค์เทียมแล้ว ก็อาจจะเกิดการลดอุปสงค์ (supply-reduced demand) จากการที่แพทย์อาจไม่สั่งตรวจวินิจฉัย ไม่ให้ยาหรือการรักษาที่เพียงพอ เพราะมีเหตุผลอื่น เช่น ต้องการประหยัดทรัพยากรของโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลถึงคุณภาพของการรักษาพยาบาลได้

จากทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ที่กล่าวมา “วิธีการจ่ายเงิน” สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการแก้ปัญหาดังกล่าว เพราะวิธีการจ่ายเงินจะต้องกำหนดรายละเอียดและเงื่อนไขในการให้บริการที่ชัดเจน เช่น การกำหนดราคาต่อหน่วย การกำหนดสิทธิประโยชน์ของผู้รับบริการ ซึ่งนอกจากจะช่วยลดความไม่เท่าเทียมของข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ลงได้แล้ว ยังช่วยลดปัญหาการสร้างอุปสงค์เทียมและการลดอุปสงค์จริง วิธีการจ่ายเงินให้หน่วยบริการที่ดีนั้น ย่อมทำให้หน่วยบริการได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรม และสมเหตุสมผล ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการยิ่งขึ้น

### คุณลักษณะของวิธีการจ่ายเงิน

คุณลักษณะของวิธีการจ่ายเงิน (attribute of provider payment mechanism) ที่สำคัญมี ๓ ประการคือ ๑) หน่วยของการจ่ายเงิน (unit of payment) ๒) เงื่อนไขในการกำหนดอัตราค่าจ่าย (condition when the

payment is set) และ ๓) ความเสี่ยงทางการเงิน (financial risk) คุณลักษณะที่ ๑ และ ๒ มีผลต่อคุณลักษณะที่ ๓<sup>(๓๓)</sup> คุณลักษณะเหล่านี้เป็นสิ่งที่จะต้องพิจารณาและทำความเข้าใจก่อนเลือกใช้วิธีจ่ายเงินแบบต่าง ๆ ในระบบบริการสาธารณสุข

### หน่วยของการจ่ายเงิน

หน่วยของการจ่ายเงินสามารถแบ่งได้เป็น ๑) หน่วยรวม (aggregate unit) โดยมีลักษณะเป็นการจ่ายเงินแบบเหมารวมโดยไม่แยกรายละเอียดของการให้บริการ เช่น การจ่ายแบบเหมารวมรายหัวตามหัวประชากรต่อคนต่อปี ๒) ส่วนหน่วยย่อย (disaggregate unit) มีลักษณะการจ่ายตามหน่วยที่ให้บริการ เช่น ค่ายา ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าให้บริการ ดังนั้นจำเป็นที่จะต้องกำหนดหน่วยของการจ่ายเงินให้ชัดเจน ก่อนที่จะออกแบบรายละเอียดวิธีจ่ายเงินต่อไป

### เงื่อนไขในการกำหนดอัตราค่าจ่าย

ในที่นี้หมายถึง ช่วงเวลาในการคิดค่าใช้จ่ายของการบริการซึ่งแบ่งออกเป็น ๒ แบบ คือ ๑) ก่อนการให้บริการ (prospective) โดยจะมีการกำหนดอัตราค่าจ่ายก่อนให้บริการ เช่น การจ่ายแบบรายหัว ที่คิดอัตราค่าจ่ายล่วงหน้าต่อหัวประชากร ๒) หลังการให้บริการ (retrospective) โดยจะมีการคิดค่าใช้จ่ายหลังให้บริการแล้ว เช่น การจ่ายแบบตามการให้บริการ การกำหนดเงื่อนไขในการกำหนดอัตราค่าจ่ายก่อนการให้บริการ จะส่งผลให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ เพราะจะมีการเปลี่ยนผู้ที่มีความเสี่ยง จากผู้รับบริการ (demand side) ไปยังผู้ให้บริการ (supply side) ส่วนการคิดแบบหลังการให้บริการนั้นจะทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ยาก เพราะหน่วยบริการสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ทุกอย่างตามที่ตนต้องการ

### ความเสี่ยงทางการเงิน

เมื่อสถานการณ์ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลสูงขึ้นกว่าที่ประมาณการหรืองบประมาณที่กำหนดไว้ ก็จะมีความเสี่ยงทางการเงินเกิดขึ้น ซึ่งวิธีการจ่ายเงินแต่ละแบบนั้นมีการกระจายความเสี่ยง

ระหว่างผู้ให้บริการ (provider) และผู้จ่ายเงิน (payer) แตกต่างกันไป เช่น วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว จะก่อให้เกิดความเสี่ยงทางการเงินกับผู้ให้บริการ (supply side) เพราะหน่วยบริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมดหากค่าใช้จ่ายนั้นเกินวงเงินที่กำหนด ในขณะที่วิธีการจ่ายเงินแบบตามการให้บริการ จะก่อให้เกิดความเสี่ยงทางการเงินกับผู้ถือเงินหรือกองทุน (demand side) เพราะหน่วยบริการสามารถเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ทุกอย่างตามที่ตนต้องการ

นอกจากคุณสมบัติทั้ง ๓ ประการที่ได้กล่าวถึงข้างต้นแล้ว การบริหารจัดการ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ควรต้องคำนึงถึงก่อนตัดสินใจเลือกใช้วิธีการจ่ายเงินแบบใดแบบหนึ่ง อีกทั้งต้องพิจารณาให้สอดคล้องกับบริบทของระบบสาธารณสุขนั้น เช่น การใช้วิธีการจ่ายเงินแบบตามรายผู้ป่วย ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related group, DRG) จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศที่ดี และบุคลากรทุกระดับต้องมีความรู้ความเข้าใจ ซึ่งวิธีนี้อาจไม่เหมาะกับประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับวิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวและแบบตามลักษณะงานหรือกิจกรรม เป็นวิธีที่ง่ายต่อการบริหารจัดการ ไม่จำเป็นต้องมีระบบสารสนเทศที่ดี ซึ่งเหมาะกับประเทศกำลังพัฒนา

### ผลกระทบของวิธีการจ่ายเงินต่อหน่วยบริการ

วิธีการจ่ายเงินที่แตกต่างกันจะสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการมีพฤติกรรมที่ต่างกันออกไป ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อกรให้บริการและภาพรวมของระบบสาธารณสุขที่แตกต่างกันออกไป ดังนั้นผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย นอกจากจะต้องเข้าใจถึงรูปแบบและลักษณะของวิธีการจ่ายเงินแล้ว จำเป็นต้องเข้าใจถึงผลกระทบของการจ่ายเงินแต่ละวิธี ซึ่งโดยทั่วไปผลกระทบของวิธีการจ่ายเงินของหน่วยบริการ จะประกอบด้วย ๓ ประการด้วยกันคือ ๑) ประสิทธิภาพ (efficiency) ๒) คุณภาพ (quality) และ ๓) ความเท่าเทียม (equity)<sup>(๒,๔)</sup>

### ประสิทธิภาพ

ประสิทธิภาพในที่นี้ หมายถึง วิธีจ่ายเงินได้สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยสามารถรักษาคุณภาพของการบริการไว้ในระดับที่ยอมรับได้ หรืออีกนัยหนึ่งคือวิธีการจ่ายเงินนั้น ๆ สามารถสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการควบคุมค่าใช้จ่าย ซึ่งเงื่อนไขที่จะทำให้หน่วยบริการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การเพิ่มความเสี่ยงทางการเงินให้กับหน่วยบริการ การเพิ่มความคล่องตัวในการใช้ทรัพยากร การสร้างตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการวัดผลสัมฤทธิ์ของการใช้ทรัพยากร และความหลากหลายของการบริการ ที่จะช่วยลดต้นทุน ทำให้ไม่ต้องผลักภาระไปให้หน่วยบริการอื่น ๆ เป็นต้น

### คุณภาพ

คุณภาพการบริการในที่นี้หมายถึง วิธีจ่ายเงินได้สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพและผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจจากการบริการ ภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรที่มีอยู่ วิธีการจ่ายเงินนี้จะต้องทำให้หน่วยบริการพยายามเลือกใช้การรักษาพยาบาลที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (cost-effective treatment) ใช้เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่มีราคาแพงอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามสิ่งที่ต้องตระหนักก็คือ คุณภาพของการให้บริการมักจะไม่ใช่ทิศทางเดียวกับประสิทธิภาพของหน่วยบริการ เมื่อใดที่เพิ่มประสิทธิภาพก็อาจจะทำให้คุณภาพของการบริการลดลง เช่น วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวจะสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการพยายามประหยัดค่าใช้จ่ายให้อยู่ภายใต้งบประมาณที่ได้รับ ฉะนั้นนอกจากความตระหนักในประเด็นนี้ จำเป็นต้องมีระบบที่จะควบคุมผลข้างเคียงที่จะตามมา เช่น การรับรองคุณภาพของหน่วยบริการ (hospital accreditation) การควบคุมทางด้านจริยธรรมของหน่วยบริการ (provider ethic) และการให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกและเปลี่ยนหน่วยบริการ สิ่งเหล่านี้จะสามารถรักษาระดับคุณภาพของการบริการพร้อม ๆ ไปได้กับการ

เพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยบริการ

ความเท่าเทียม

ความเท่าเทียมในที่นี้หมายถึง วิธีจ่ายเงินที่สร้างแรงจูงใจให้กับหน่วยบริการที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมโดยไม่มีอุปสรรคในการเข้าถึงทั้งในแง่ของความสามารถในการจ่ายเงินและความสามารถในการเข้าถึงหน่วยบริการ อีกทั้งวิธีการจ่ายเงินที่ดีจะต้องสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการ ให้บริการกับผู้ที่ด้อยโอกาสและเข้าถึงบริการได้ยาก เช่น หน่วยบริการที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารควรจะได้รับงบประมาณมากกว่าหน่วยบริการอื่น ๆ ที่อยู่ในเขตปกติ เพื่อให้สามารถบริการผู้ป่วยในเขตทุรกันดารได้ดีขึ้น หรืออัตราเหมาจ่ายรายหัว (capitation rate) สำหรับผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังควรมากกว่าผู้ป่วยปกติ เพื่อให้

ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ถูกละเลยจากหน่วยบริการและได้รับบริการที่ดีขึ้น มิฉะนั้นหน่วยบริการบางแห่งอาจไม่ยอมรับลงทะเบียนเป็นผู้ป่วยเหล่านี้ไว้ในโรงพยาบาลของตน (cream skimming) เพราะค่าหัวที่ได้รับอาจไม่พอเพียงกับค่าใช้จ่ายที่จะมีขึ้น

รูปแบบการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการ

รูปแบบการจ่ายเงินโดยทั่วไปที่นิยมในปัจจุบันทั่วโลก มี ๘ วิธี ได้แก่ ๑) จ่ายตามงานหรือโครงการ (line-item budget) ๒) เหมารวม (global budget) ๓) รายหัว (capitation) ๔) รายผู้ป่วย (case-based) ๕) ตามการให้บริการ (fee-for-service) ๖) เหมจ่ายรายวัน (per diem) ๗) เงินเดือน (salary) และ ๘) โบนัส (bonus)<sup>(๕-๗)</sup> ซึ่งทุกวิธีที่กล่าวมานี้สามารถนำไปปรับใช้กับการ

ตารางที่ ๑ คุณลักษณะของวิธีการจ่ายเงินทั้ง ๖ แบบ

	ตามงานหรือโครงการ (line item budget)	แบบเหมารวม (global budget)	เหมาจ่ายรายหัว (capitation)	ตามรายผู้ป่วย (case-based)	ตามการให้บริการ (fee-for-service)	แบบรายวัน (per diem)
หน่วยการ จ่ายเงิน	ชนิดของค่าใช้จ่าย เช่น เงินเดือน ค่ายา ค่าวัสดุ หรือตามโครงการ	หน่วยบริการ	จำนวนประชากร	การวินิจฉัย เช่น DRG หรือตาม รายผู้ป่วย	รายการที่ให้บริการ เช่น ค่าตรวจวินิจฉัย ค่ายา ค่าผ่าตัด	รายวัน
การกำหนด อัตรา จ่ายเงิน	เป็นได้ทั้งแบบล่วงหน้า หรือย้อนหลัง	ล่วงหน้า	ล่วงหน้า	ล่วงหน้า	ย้อนหลัง	ล่วงหน้า
ความเสี่ยง ทางการเงิน	หน่วยบริการ = ต่ำ กองทุน = ต่ำ	หน่วยบริการ = ปานกลาง กองทุน = ต่ำ	หน่วยบริการ = สูง กองทุน = ต่ำ	หน่วยบริการ = ปานกลาง กองทุน = ปานกลาง	หน่วยบริการ = ต่ำ กองทุน = สูง	หน่วยบริการ = ต่ำ กองทุน = สูง
การบริหาร จัดการ	- ต้องการควบคุม งบ ที่หน่วยบริการมีความ สามารถในการบริหาร จัดการต่ำ - บริหารจัดการง่ายและ ค่าบริหารจัดการต่ำ	- หน่วยบริการต้อง ใช้ความสามารถ ในการบริหาร จัดการสูง - บริหารจัดการง่าย และค่าบริหาร จัดการต่ำ	- ต้องสร้างระบบ ในการลงทะเบียนผู้ป่วย - สะดวกในการ ประมาณการ ค่าใช้จ่าย - ค่าบริหาร จัดการต่ำ	- ต้องสร้างระบบ ข้อมูลข่าวสารใน การคิดค่าบริการ ในการวินิจฉัย หรือจัดกลุ่มโรค - การบริหารจัดการ ค่อนข้างยุ่งยาก และแพง	- ต้องมีระบบใน การเรียกเก็บเงิน จากกองทุน - การบริหาร จัดการค่อนข้าง ยุ่งยากและแพง	- ต้องมีการ ตรวจสอบ จำนวนวัน นอนของผู้ป่วย - บริหารจัดการ ง่ายและค่าบริหาร จัดการต่ำ

จ่ายเงินให้กับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยบริการได้ ยกเว้นเงินเดือนที่นำไปใช้กับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น อย่างไรก็ตามบทปฏิทัศน์นี้ได้กล่าวถึงรายละเอียดเฉพาะวิธีจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการที่นิยมใช้ในปัจจุบัน คือแบบที่ ๑-๖ เท่านั้น (ตารางที่ ๑)

#### แบบจ่ายตามลักษณะงานหรือโครงการ (line-item budget)

เป็นวิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการตามรายกิจกรรมหรือโครงการ เช่น จัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการเพื่อโครงการตรวจหามะเร็งปากมดลูก โครงการรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออกหรืออาจจะระบุให้จ่ายเฉพาะรายการ เช่น ค่าตอบแทน ค่ายา วิธีนี้จะไม่อนุญาตให้หน่วยบริการใช้เงินผิดแผนงาน/โครงการได้ มีผลต่อการควบคุมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีจุดอ่อนในเรื่องการบริหารจัดการ แต่ผลเสียคือจะทำให้หน่วยบริการพยายามใช้เงินจำนวนนี้ให้หมด ส่งผลให้ขาดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการของหน่วยบริการและภาพรวมของทั้งระบบ วิธีการจ่ายเงินแบบนี้มักจะใช้ในระบบสาธารณสุข ที่รวมศูนย์อำนาจจากส่วนกลาง (centrally directed health system) และเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุดในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา ส่วนในประเทศไทยวิธีจ่ายเงินแบบนี้ก็ยังมีและนิยมใช้ในส่วนของการวิชาการต่าง ๆ และบางโครงการในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้พื้นที่ปฏิบัติงานตามโครงการของตนเอง

#### แบบเหมารวม (global budget)

เป็นวิธีการจ่ายเงินให้กับระดับหน่วยบริการล่วงหน้า โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการต้องใช้ในช่วงเวลาที่กำหนด เช่น การจัดสรรงบประมาณรายปีให้กับโรงพยาบาลต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข ช่วงก่อนโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า วิธีนี้มีข้อแตกต่างจากแบบจ่ายตามงานหรือโครงการคือ งบประมาณที่ได้รับจะไม่เกี่ยวข้องกับรายการหรือแผนงาน/

โครงการของหน่วยบริการ แต่จะปิดกั้นให้ผู้บริหารสามารถบริหารจัดการงบประมาณทั้งหมดได้ โดยผู้จ่ายเงินให้ความสนใจกับการประเมินผลงานเป็นหลัก

วิธีการจ่ายเงินแบบนี้ควรที่จะใช้พร้อม ๆ กับการกระจายอำนาจ (decentralization) ซึ่งจะก่อให้เกิดการบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของการบริหารจัดการ หน่วยบริการจะต้องมีข้อมูลค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของตนเองเป็นอย่างดี และกองทุน (payer) จะต้องมีวิธีการที่จะประเมินผลสัมฤทธิ์ (accountable for performance) ของหน่วยบริการที่มีประสิทธิภาพ ผลที่ได้รับโดยตรงของวิธีการจ่ายเงินแบบนี้คือ การควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ อย่างไรก็ตามวิธีนี้ก็สามารถคุมค่าใช้จ่ายได้ดีในระยะสั้น แต่ระยะยาวจำเป็นต้องปรับสูตรการจัดสรร (formula of allocating budgets) ให้สอดคล้องกับความจำเป็นของหน่วยบริการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในระยะยาว

ข้อดีอีกประการหนึ่งของวิธีการจ่ายเงินแบบนี้คือ มีค่าบริหารจัดการต่ำเมื่อเทียบกับวิธีการจ่ายเงินแบบอื่น ๆ แต่หากมีการคิดสูตรการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมกับความต้องการในแต่ละพื้นที่ (risk adjusted) และการประเมินผลงานของแต่ละหน่วยบริการ อาจจะทำให้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามจุดอ่อนที่สำคัญของวิธีนี้คือเรื่องคุณภาพการบริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบที่ดีในการควบคุมคุณภาพ อีกทั้งการบริหารจัดการของหน่วยบริการยังขึ้นอยู่กับความเป็นอิสระของหน่วยบริการในการจัดการกำลังคน ถ้าหากหน่วยบริการไม่สามารถจัดการเรื่องกำลังคนได้ก็จะเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยบริการ วิธีการจ่ายเงินแบบนี้ยังมีประโยชน์ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านจากวิธีการจ่ายเงินแบบตามลักษณะงานหรือโครงการไปเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวหรือแบบรายผู้ป่วย

#### แบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation)

เป็นวิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการล่วงหน้า

ตามหัวประชากร โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายตามสิทธิประโยชน์ (benefit package) ที่ผู้ป่วยจะได้รับ วิธีนี้จะเป็นการผลักภาระความเสี่ยงทางการเงินจากผู้ป่วยหรือกองทุน (demand side) ไปยังหน่วยบริการ (supply side) ซึ่งจะส่งผลให้หน่วยบริการควบคุมค่าใช้จ่ายและให้การรักษายาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้การจัดสรรทรัพยากรมีความเท่าเทียมและเป็นธรรมอีกด้วย นอกจากนี้ยังสะดวกต่อการประมาณการและควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพอีกด้วย

วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวยังกระตุ้นให้หน่วยบริการเน้นความสำคัญการป้องกันโรคเพื่อลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนั้นในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถเลือกและเปลี่ยนหน่วยบริการได้ จะก่อให้เกิดการแข่งขันในด้านคุณภาพของหน่วยบริการได้ (quality and competition) ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์มากขึ้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือการเลือกปฏิบัติต่อความเสี่ยง (risk selection) ซึ่งควรที่จะต้องปรับค่าหัว (adjusted capitation) ให้สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายของกลุ่มอายุหรือเพศของผู้ป่วย มิฉะนั้นหน่วยบริการก็จะเลือกรับลงทะเบียนเฉพาะหนุ่มสาวและผู้ที่มีร่างกายแข็งแรงเท่านั้น

อย่างไรก็ตามผลสัมฤทธิ์ของวิธีจ่ายเงินแบบนี้ยังขึ้นกับปัจจัยอื่น ๆ เช่น สิทธิประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ การควบคุมการลงทะเบียนให้มีการกระจายชนิดและประเภทของผู้ป่วยให้เท่าเทียม และลักษณะของตลาดที่เอื้ออำนวยให้เกิดการแข่งขันระหว่างหน่วยบริการ วิธีการจ่ายเงินแบบนี้ สำนักงานประกันสังคมได้ใช้เพื่อจ่ายให้กับให้กับสถานพยาบาลที่ผู้ประกันตนลงทะเบียนในปัจจุบัน

#### แบบรายผู้ป่วย (case-based)

เป็นวิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการโดยคิดตามรายผู้ป่วยหรือตามการวินิจฉัย เช่น Diagnosis related group ซึ่งวิธีนี้จะกำหนดจำนวนเงินที่จะจ่ายล่วงหน้าต่อการวินิจฉัย หลักการของวิธีการจ่ายเงินแบบนี้คือ การจัดกลุ่มค่าใช้จ่ายปลั๊กย่อยของผู้ป่วยให้

เป็นกลุ่มเดียวกันและจ่ายเงินในอัตราที่เท่าเทียมกัน ผลดีของวิธีการจ่ายเงินแบบนี้คือจะมีแรงจูงใจให้หน่วยบริการควบคุมค่าใช้จ่ายและลดต้นทุนของผู้ป่วยในแต่ละรายลง ส่งผลให้เกิดการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบในภาพรวมได้ อย่างไรก็ตามอาจจะส่งผลกระทบต่อได้ ดังนี้ ๑) หน่วยบริการอาจมีแรงจูงใจให้วินิจฉัยเป็นกลุ่มโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น (DRG creep) เช่น ไส้ติ่งอักเสบ (appendicitis) อาจจะวินิจฉัยเป็นไส้ติ่งแตก (ruptured appendicitis) ๒) หน่วยบริการส่งต่อผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงกว่าจำนวนเงินที่จะได้รับจากกองทุนไปยังหน่วยบริการอื่น (dumping)

การจ่ายเงินแบบนี้ เป็นวิธีจ่ายเงินให้กับผู้ป่วยใน (inpatient care) ในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและยังเป็นวิธีที่นิยมใช้สำหรับโรงพยาบาลในกลุ่มประเทศในยุโรปและในสหรัฐอเมริกา สิ่งที่ต้องตระหนักคือ ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการทั้งในส่วนของกองทุนและหน่วยบริการจะค่อนข้างสูงเพราะจะต้องมีระบบการส่งข้อมูลมาเพื่อคำนวณค่าใช้จ่าย จึงอาจไม่เหมาะกับประเทศกำลังพัฒนาที่ยังขาดโครงสร้างพื้นฐาน กำลังคนและระบบข้อมูลสารสนเทศ

#### ตามการให้บริการ (fee-for-service)

เป็นวิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการโดยคิดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยตามรายการที่ให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยคิดหลังจากการให้บริการ (retrospective) ซึ่งอาจแบ่งได้เป็นแบบที่มีการกำหนดอัตราค่าเงินที่ชัดเจน (fixed fee schedule) หรือการไม่กำหนดอัตราค่าใช้จ่ายที่ชัดเจน โดยเบิกจ่ายตามจริงตามที่ให้บริการ วิธีการจ่ายเงินแบบนี้ใช้กันแพร่หลายทั่วไปทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา และยังใช้ในสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจรวมทั้งในประกันสุขภาพของเอกชนในประเทศไทย

อย่างไรก็ตามวิธีการจ่ายเงินแบบนี้จะทำให้หน่วยบริการเพิ่มการให้บริการและการตรวจวินิจฉัยโดยไม่จำเป็นได้ (supply induce demand) ซึ่งจะทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ยาก ในบางประเทศใช้วิธีการ

ควบคุมโดยการกำหนดคะแนนของการเบิกจ่าย กำหนดเพดานขั้นสูงสุดของการเบิกจ่ายและการกำหนดอัตราส่วนจ่ายของผู้ป่วยซึ่งจะทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้บ้าง แต่ในหลาย ๆ ประเทศพยายามที่จะเปลี่ยนรูปแบบวิธีการจ่ายเงินนี้ไปเป็นแบบอื่นเพราะประสบปัญหาในการควบคุมค่าใช้จ่าย

ในแง่ของคุณภาพการบริการนั้น วิธีนี้จะเพิ่มปริมาณและผลการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยมากขึ้น ผู้ใช้บริการอาจจะรู้สึกว่าได้รับบริการที่ดีเพราะจะได้รับบริการมากขึ้น แต่ในบางครั้งอาจไม่ทำให้การบริการดีขึ้นเสมอไป เพราะบริการที่ผู้ป่วยได้รับรวมทั้งการตรวจวินิจฉัยอาจไม่มีความจำเป็นและอาจทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

ในแง่ของการบริหารจัดการนั้นมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง และมีรายละเอียดและขั้นตอนในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายค่อนข้างยุ่งยาก ต้องเรียกเก็บไปยังกองทุนโดยตรง และยังคงต้องตั้งระบบเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการเรียกเก็บเงินจากหน่วยบริการ ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมอีก

**การจ่ายเงินแบบรายวัน (per diem or daily charge)**

วิธีการนี้เป็นการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการโดยคิดค่าใช้จ่ายเป็นระยะเวลาหรือเวลาที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นค่ารักษาพยาบาลค่าตรวจวินิจฉัยค่ายา หรือค่าห้อง เป็นต้น อัตราค่ารักษาพยาบาลจะคิดที่เท่ากัน ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาด้วยโรคหรือความเจ็บป่วยประเภทใด โดยส่วนใหญ่อัตราค่ารักษาพยาบาลที่ใช้จะมีความแตกต่างกันขึ้นกับระดับของหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์จะมีอัตราที่แพงกว่าโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการจ่ายเงินแบบนี้จะสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการลดค่าใช้จ่ายลง แต่จะพยายามเพิ่มจำนวนวันนอนให้มากขึ้น เพราะโดยทั่วไปรายจ่ายของผู้ป่วยจะมีมากในวันแรก ๆ ของการนอนโรงพยาบาล ซึ่งจะ

ต้องมีหัตถการและการตรวจวินิจฉัยค่อนข้างมาก ในวันหลัง ๆ จะมีค่าใช้จ่ายลดน้อยลง ดังนั้นหน่วยบริการจะพยายามให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลมากขึ้นเพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายในวันแรก ๆ ส่วนค่าบริหารจัดการของวิธีนี้ค่อนข้างต่ำ ไม่จำเป็นต้องมีโครงสร้างพื้นฐานในการเก็บข้อมูล เช่น วิธีจ่ายรายผู้ป่วยหรือรายการจ่ายแบบตามการให้บริการ

### วิจารณ์

วิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการแต่ละวิธีล้วนมีจุดอ่อนและจุดแข็งที่แตกต่างกันไป ไม่มีวิธีใดที่สมบูรณ์แบบ จึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นความไม่เท่าเทียมกันของข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ ความสัมพันธ์ของการถ่ายโอนอำนาจในการตัดสินใจ การเป็นตัวแทนที่สมบูรณ์แบบและไม่สมบูรณ์แบบ การสร้างอุปสงค์เทียมและการลดอุปสงค์จริง อีกทั้งคุณลักษณะและผลกระทบของวิธีจ่ายเงินให้กับสถานบริการก็เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจ ก่อนที่จะออกแบบการจ่ายเงินให้กับสถานบริการ เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้สามารถออกแบบวิธีการจ่ายเงินให้สอดคล้องกับระบบสาธารณสุขและหามาตรการเสริมมารองรับและแก้ไขผลกระทบจากวิธีการจ่ายเงินแบบนี้ ๆ ได้

บาร์นัม และคณะ<sup>(๖)</sup> ได้แนะนำว่าการใช้วิธีจ่ายเงินแบบผสมผสาน (mixed forms of provider payment) เป็นวิธีที่จะแก้ไขจุดอ่อนของวิธีจ่ายเงินแต่ละวิธี เช่น ใช้วิธีจ่ายรายหัวสำหรับการให้บริการระดับปฐมภูมิร่วมกับวิธีการจ่ายแบบตามการบริการสำหรับวัคซีนหรือกิจกรรมส่งเสริมป้องกันโรค นอร์แมนและวีเบอร์<sup>(๗)</sup> ได้แนะนำเช่นกันว่าการใช้วิธีการจ่ายเงินแบบผสมผสานจะสามารถสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันก็จะสามารถทำให้หน่วยบริการที่มีพฤติกรรมบริการให้บริการไม่เหมาะสมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

นอร์แมนและวีเบอร์<sup>(๗)</sup> ได้ยกตัวอย่างเพิ่มเติมของ



ตารางที่ ๒ ผลกระทบต่อหน่วยบริการของวิธีการจ่ายเงินทั้ง ๖ แบบ

	ตามงานหรือโครงการ (line item budget)	เหมารวม (global budget)	เหมาจ่ายรายหัว (capitation)	รายผู้ป่วย (case-based)	ตามการให้บริการ (fee-for-service)	รายวัน (per diem)
ประสิทธิภาพ	ไม่สร้างแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพ เป็นผลให้ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ไม่ดี	- ไม่สร้างแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพ โดยตรง - แต่มีความยืดหยุ่นในการบริหารงบประมาณ อาจเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้น	- สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการเพิ่มประสิทธิภาพ - ใช้ทรัพยากรได้ใกล้เคียงกับความต้องการของผู้ป่วย	- สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการลดรายจ่ายต่อรายผู้ป่วย และการนอนโรงพยาบาล	- ไม่สร้างแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพ - มีปัญหาในการควบคุมค่าใช้จ่าย	- มีความยืดหยุ่นในการบริหารงบประมาณ - หน่วยบริการพยายามจะเพิ่มวันนอนของผู้ป่วย
คุณภาพ	คุณภาพการบริการอาจมีปัญหาได้ถ้าหากงบประมาณต่ำเกินไป	คุณภาพการบริการอาจมีปัญหาได้ถ้าหากงบประมาณต่ำเกินไป	อาจสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการลดคุณภาพการบริการและส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่สูงขึ้น	- มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วย - อาจจะมีปัญหาในเรื่องคุณภาพการบริการได้ถ้าหากค่าตอบแทนต่อกลุ่มโรคต่ำเกินไป	- มีความสัมพันธ์กับจำนวนของการบริการที่ผู้ป่วยได้รับ - แต่หน่วยบริการมีแนวโน้มที่จะให้บริการโดยไม่จำเป็น	- หน่วยบริการจะเพิ่มวันนอนให้ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก - แต่อาจหลีกเลี่ยงการรักษาและการตรวจวินิจฉัยที่มีราคาแพง
ความเท่าเทียม	หากงบประมาณต่ำเกินไปหน่วยบริการอาจพยายามส่งผู้ป่วยที่มีอาการมากไปยังสถานบริการอื่น ๆ	หากงบประมาณต่ำเกินไป หน่วยบริการอาจพยายามส่งผู้ป่วยที่มีอาการมากไปยังสถานบริการอื่น ๆ	- สร้างแรงจูงใจให้รับลงทะเบียนเฉพาะผู้ที่อายุน้อยและสุขภาพแข็งแรง (cream skimming) - ควรต้องมีการปรับอัตราต่อหัวให้เหมาะสม	- สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการรับผู้ป่วยหนักไว้ในโรงพยาบาล	- สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการรักษาผู้ป่วยหรือรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล	- สร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและพยายามเพิ่มวันนอนของผู้ป่วย
วิธีการควบคุม ข้อเสียของวิธี การจ่ายเงิน	ต้องติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานเพื่อกระตุ้นให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ	ต้องติดตามและประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานเพื่อกระตุ้นให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ	ต้องควบคุมคุณภาพของการบริการ	ต้องควบคุมการวินิจฉัยที่มากกว่าความเป็นจริง (DRG creep)	ต้องควบคุมค่าใช้จ่ายโดยการตั้งเพดานของงบประมาณ	ต้องปรับความเหมาะสมของวันนอนและต้องจำกัดรายรับของหน่วยบริการ

การวิธีจ่ายเงินแบบผสมผสาน เช่น ใช้วิธีจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวเป็นวิธีการจ่ายเงินเบื้องต้น ร่วมกับการใช้วิธีการจ่ายเงินแบบตามการให้บริการในกิจกรรมที่สำคัญที่ต้องการสร้างแรงจูงใจ เช่น การให้วัดคลื่นหรือการส่งเสริมสุขภาพและใช้วิธีจ่ายเงินแบบเหมารวมสำหรับยาและเวชภัณฑ์ บาร์นัม และคณะ<sup>(๒)</sup> ยังให้ข้อ-

เสนอแนะเพิ่มเติมอีกว่าในประเทศกำลังพัฒนาหากยังไม่มีโครงสร้างพื้นฐานที่ดี ควรจะใช้วิธีจ่ายเงินที่ง่ายต่อการปฏิบัติ เช่น วิธีจ่ายเงินรายหัว และควรหลีกเลี่ยงวิธีจ่ายเงินที่ยุ่งยากและต้องการระบบรองรับที่ซับซ้อน เช่น วิธีการจ่ายเงินแบบตามรายผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าการออกแบบวิธีจ่ายเงินให้กับหน่วย-

บริการ จำเป็นจะต้องเข้าใจข้อดีข้อเสียของวิธีต่าง ๆ เพื่อที่จะได้ออกแบบให้สอดคล้องบริบทและสถานการณ์นั้น ๆ สิ่งที่สำคัญคือจะต้องมีวิธีการที่จะควบคุมข้อดีของวิธีการจ่ายเงินในแต่ละแบบ เช่น การใช้วิธีจ่ายแบบตามลักษณะงานหรือโครงการจะมีจุดอ่อนอยู่ที่หน่วยบริการขาดความสามารถในการบริหารจัดการ ดังนั้นจำเป็นต้องใช้การควบคุมกำกับและการใช้ดัชนีชี้วัดเพื่อติดตามและวัดผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติ ส่วนวิธีจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวอาจมีปัญหาเรื่องคุณภาพของการบริการ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการควบคุมกำกับและการรับรองคุณภาพของการบริการ ตลอดจนค่าใช้จ่าย และการสร้างอุปสงค์เทียมจากหน่วยบริการ เป็นต้น (ตารางที่ ๒)

เอกสารอ้างอิง

๑. Folland S, Goodman AC, Stano M. The economics of health and health care. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 2001.
๒. Wouters A. Alternative provider payment methods: incentives for improving health care delivery. Bethesda, Maryland: Partnership for Health Reform, Abt Associates; 1998.
๓. Crocco P. Final report: regional forum in provider payment mechanisms. Lima: Pan American Health Organization; 1999.
๔. Langenbrunner CJ, Wiley MM. Hospital payment mechanisms: theory and practice in transitional countries. In: Healy J, editor. Hospitals in a Changing Europe. Buckingham: Open University Press; 2002. p. 150-76.
๕. Wouters A. The cost and efficiency of public and private health care facilities in Ogun State, Nigeria. Health Econ 1993; 2:31-42.
๖. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. Int Health Plan Manag 1995; 10:23-45.
๗. Saltman BR, Figueras J. European health care reform: analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1997.
๘. Normand C, Weber A. Social health insurance: a guidebook for planning. Geneva: World Health Organization International Labour Office; 1994.

**Abstract** **Provider Payment Mechanisms**  
**Pongsadhorn Pokpermddee**  
Surin Public Provincial Health Office  
*Journal of Health Science* 2006; 15:176-85.

Provider payment mechanism is one of the most important issues in health care system. It has directly impact on the performance of health care system. There are 6 provider payments methods commonly used in health care system around the world. They are 1) line-item budgets, 2) global budgets, 3) capitation, 4) case-based payment, 5) fee-for-service and 6) per diem. The attributes and impact of payment mechanisms need to be addressed when the payment mechanisms are defined. If the payment method is designed carefully, health service can be improved, leading to lower costs, higher quality of care, equity and greater patient satisfaction. However, there is no single optimal provider payment mechanism. Each of them is inevitably associated with advantages and disadvantages to health care providers. Some additional specific actions are needed to control the disadvantages of individual payment mechanism.

**Key words:** provider payment mechanisms