

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนาข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการ
ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนาข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการ ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค



กรกฎาคม 2560

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เสนอ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำนำ

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในประเทศ ดังนั้นเพื่อให้กิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบรรลุผล ประเทศไทยจึงได้จัดทำชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งครอบคลุมมาตรการ/กิจกรรมสำหรับประชาชนไทยทุกคน และเพื่อให้การจัดสรรงบประมาณเป็นไปอย่างเหมาะสม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคขึ้น โดยมีเป้าหมายในการบริหารงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอผลทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ปรากฏอยู่ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของรูปแบบการจ่ายค่าบริการประเภทต่าง ๆ และการวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการจ่ายค่าบริการที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม นอกจากนี้ยังได้นำเสนอการจัดทำข้อเสนอในการพัฒนารูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นข้อเสนอให้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจพัฒนาและเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับนโยบายสืบไป

คณะผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อกระบวนการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและก่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ส่งผลต่อการสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชนในประเทศต่อไป

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

กรกฎาคม 2560

กิตติกรรมประกาศ

โครงการพัฒนาข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและการสนับสนุนจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง อันได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งเป็นแหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทั้งนักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงาน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ข้อมูล ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะตลอด กระบวนการศึกษาและจัดทำโครงการในครั้งนี้

ทั้งนี้ คณะผู้ศึกษาขอพระคุณทุกท่านสำหรับความร่วมมือและความอนุเคราะห์ในการจัดทำโครงการฯ ให้บรรลุผลสำเร็จ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการจ่าย ค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทยสืบไป

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

กรกฎาคม 2560

บทสรุปผู้บริหาร

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่สำคัญของการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข ภายใต้หลักการของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปัจจุบันประเทศไทยมีชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลซึ่งถูกกำหนดขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Health Promotion and Disease Prevention; P&P) P&P เป็นไปอย่างเหมาะสม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีเป้าหมายในการบริหารงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จนถึงปัจจุบันการบริหารงบประมาณ P&P มีการปรับเปลี่ยนเรื่อยมา ซึ่งในปีงบประมาณ 2560 การบริหารจัดการงบประมาณ P&P ยังคงยึดหลักการของการจัดสรรงบประมาณไปสู่ระดับพื้นที่ โดยแบ่งออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่บริหารจัดการในระดับประเทศ (NPP & Central Procurement) การส่งเสริมบริการสุขภาพป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ (area-based services) บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในชุมชน (community-based services) และบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในหน่วยบริการ (basic services) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังพบปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของงาน P&P ในภาพรวม

การพัฒนาข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และเพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนารูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา และการทบทวนวรรณกรรมจากองค์กร ในการสืบค้นวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผลของการสืบค้นพบวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 12 การศึกษา และทบทวนรูปแบบการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย สหราชอาณาจักร และประเทศเนเธอร์แลนด์

การวิเคราะห์ผลการทบทวนวรรณกรรมแบ่งออกเป็น การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาเกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้ให้บริการภายใต้การจ่ายค่าบริการรูปแบบต่างๆ ร่วมกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลลัพธ์หรือผลกระทบของการจ่ายค่าบริการต่อปริมาณบริการ คุณภาพบริการ การสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ให้บริการ การเลือกปฏิบัติ การเหนี่ยวนำผู้รับบริการ และการบริหารจัดการ ซึ่งรวมถึงการบริหารจัดการเอกสารและงบประมาณ และเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการจ่ายค่าบริการหรือค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการและ/หรือสถานพยาบาล โดยสามารถสรุปผลการวิเคราะห์และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. จุดแข็งและจุดอ่อนของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ Fee-for-service (FFS) และข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสม

การจ่ายค่าบริการแบบ FFS อาจทำให้เกิดบริการด้าน P&P ในปริมาณที่ไม่เหมาะสม กล่าวคือ ผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนแบบ FFS มีแนวโน้มที่จะให้บริการสุขภาพด้าน P&P ในปริมาณที่ค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม การจ่ายค่าบริการแบบ FFS มีผลกระทบที่ไม่ชัดเจนต่อปริมาณบริการด้าน P&P และการจ่ายค่าบริการแบบ FFS มีผลกระทบทางบวกกับคุณภาพบริการด้าน P&P การสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการ และการเลือกปฏิบัติ นอกจากนี้ การจ่ายค่าบริการแบบ FFS ก่อให้เกิดการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการสุขภาพ (supplier-induced demand) และยังทำให้ยากที่จะบริหารจัดการโดยเฉพาะในประเทศที่มีระบบข้อมูลสุขภาพไม่ดี จากการศึกษาวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS พบว่าการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS โดยมีการกำหนดราคารามาตรฐาน (fee-schedule) เหมาะสมกับการบริการด้าน P&P ที่มีต้นทุนค่าบริการ (unit cost) ที่ชัดเจนหรือมีรายการบริการกำหนดชัดเจน ซึ่งทำให้ง่ายต่อการเบิกจ่ายค่าบริการทั้งสำหรับสถานพยาบาลและผู้ซื้อบริการ

2. จุดแข็งและจุดอ่อนของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ Capitation (CAP) และข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสม

การจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP มีผลกระทบในทางบวกหรือทางลบต่อปริมาณบริการ คุณภาพบริการ และการเลือกผู้รับบริการได้ โดยผู้รับบริการจะได้รับบริการที่จำเป็นเท่านั้นทำให้ไม่เกิดการบริการที่ไม่สมเหตุผล อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการอาจได้รับบริการในปริมาณที่ต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็นเพราะผู้ให้บริการพยายามที่จะป้องกันการสูญเสียรายได้ของตน นอกจากนี้การจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP ไม่ก่อให้เกิดการเหนี่ยวนำผู้รับบริการให้มารับบริการมากขึ้นเนื่องจากผู้ให้บริการพยายามที่จะลดค่าใช้จ่ายและควบคุมต้นทุนบริการโดยการลดจำนวนครั้งของการให้บริการลง การจ่ายค่าบริการแบบ CAP ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ให้บริการได้เนื่องจากค่าตอบแทนไม่ได้แปรผันตรงกับผลการปฏิบัติงาน การจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP เหมาะสำหรับการบริการที่ยากต่อการคิดต้นทุนค่าบริการ เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การให้คำปรึกษา และสร้างเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งนี้ยังเหมาะสมกับกิจกรรมที่เป็นรายโครงการ (project-based) เช่น โครงการประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรค และโครงการประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีสิทธิเข้ารับภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น

3. จุดแข็งและจุดอ่อนของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ Pay-for-performance (P4P) และข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสม

การจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P ส่งผลให้มีการตรวจคัดกรองโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น แม้ว่าในบางกรณีอาจทำให้ผู้ให้บริการเพิกเฉยต่อการให้บริการในรายการที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนพิเศษ นอกจากนี้ ยังพบว่าการจ่ายแบบ P4P มีผลกระทบทางบวกในการเพิ่มคุณภาพบริการ ซึ่งคุณภาพของบริการด้าน P&P ที่เพิ่มขึ้นอาจไม่ได้เป็นผลมาจากการจ่ายแบบ P4P เพียงอย่างเดียวแต่อาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ นอกจากนี้ การจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P โดยเฉพาะการใช้ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ (QOF) ยังช่วยสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้แก่ผู้ให้บริการ แต่ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P อาจก่อให้เกิดการเลือกที่จะให้บริการหรือไม่ให้บริการแก่

ผู้มีสิทธิโดยปราศจากเหตุผลอันควร และมีผลกระทบในทางลบต่อการบริหารจัดการงบประมาณ การจ่ายค่าบริการแบบ P4P เหมาะสำหรับกิจกรรมที่ต้องการเพิ่มการเข้าถึงและต้องการเน้นให้เป็นนโยบายสำคัญในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งการกำหนดนโยบายดังกล่าวต้องคำนึงถึงภาระโรค (burden of disease) จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพ ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ความแตกต่างในการปฏิบัติระหว่างกลุ่มผู้รับบริการที่มีเศรษฐกิจต่ำและสูง และบริบทของพื้นที่ที่ต้องการใช้นโยบายดังกล่าวร่วมด้วย

4. จุดแข็งและจุดอ่อนของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ Global Budget (GB) และข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสม

การทบทวนวรรณกรรมไม่สามารถสรุปได้ว่าการจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาลในรูปแบบของ GB มีผลกระทบในทางบวกหรือทางลบต่อคุณภาพและปริมาณบริการด้าน P&P และการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ GB ต่อคุณภาพบริการและผลลัพธ์สุขภาพของผู้รับบริการมีอยู่อย่างจำกัดมาก อย่างไรก็ตามพบว่า การจ่ายค่าบริการแบบ GB ก่อให้เกิดการเลือกที่จะให้บริการหรือไม่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิโดยปราศจากเหตุผลอันควร นอกจากนี้การจ่ายค่าบริการแบบ GB ไม่ช่วยสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการ สำหรับจุดแข็งของการจ่ายค่าบริการแบบ GB คือ การควบคุมต้นทุนการบริการ (cost containment) สามารถคาดการณ์ค่าใช้จ่ายล่วงหน้าได้ และสามารถบริหารจัดการงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากเป็นงบประมาณก้อนเดียว การจ่ายค่าบริการแบบ GB เหมาะสมที่จะเป็นระบบการจัดสรรงบประมาณโดยรวม เช่น การจัดสรรงบประมาณเป็นวงเงินระดับเขตและระดับจังหวัด เป็นต้น

5. จุดแข็งและจุดอ่อนของการจ่ายค่าตอบแทนแบบผสมผสานและข้อเสนอบริการที่เหมาะสมสำหรับการจ่ายแบบผสมผสาน

การจ่ายค่าตอบแทนแบบผสมผสานมีหลักการที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (adverse incentives) ของผู้ให้บริการที่เกิดจากการจ่ายค่าตอบแทนแบบดั้งเดิมเดี่ยวๆ เช่น ปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คุณภาพของบริการที่แตกต่างกันของผู้ให้บริการในหลายพื้นที่ และการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพ เป็นต้น การผสมระหว่างรูปแบบการจ่ายเป็นการดึงเอาข้อดีของแต่ละรูปแบบมาผสมกัน จุดอ่อนของการจ่ายค่าบริการแบบผสมผสานคือเป็นการยากที่จะผสมผสานระหว่างรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบต่างๆ ให้ได้ในสัดส่วนที่เหมาะสมสำหรับบริบทของพื้นที่และประเทศ และเป็นการยากในการบูรณาการระบบรายงานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพและมีความถูกต้อง การจ่ายค่าบริการแบบผสมผสานเหมาะสำหรับการให้บริการด้าน P&P ทุกรูปแบบขึ้นอยู่กับว่าต้องการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ให้บริการในด้านใดและใช้รูปแบบใด ในส่วนของข้อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการ ผู้ศึกษามีข้อเสนอให้ สปสช. ในฐานะผู้บริหารจัดการงบประมาณ P&P จัดสรรงบประมาณออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่

ระดับประเทศ สปสช. จัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการจัดซื้อจัดจ้างในส่วนกลาง เช่น การจัดซื้อวัคซีนเพื่อจัดส่งให้แก่หน่วยบริการในพื้นที่ และดำเนินโครงการที่เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ โดยควรพิจารณาจากภาระโรค และจำนวนประชากรที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพเป็นหลัก และจ่ายค่าบริการในการดำเนินโครงการเป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัวรวมกับการจ่ายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพ

ระดับพื้นที่ สปสช. จัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวโดยเขตสุขภาพ (RHB) เป็นผู้บริหารจัดการ ลักษณะ virtual account จากนั้นจัดสรรงบประมาณแบบวงเงินแบบมีเพดาน (global budget) ลักษณะเหมาจ่ายรายหัวโดยปรับตามโครงสร้างอายุและผลงานบริการของแต่ละจังหวัด โดยมีคณะกรรมการควบคุมกำกับและประเมินผลระดับเขตทำหน้าที่ติดตามและประเมินผล ในระดับจังหวัด คณะกรรมการสุขภาพจังหวัดเป็นผู้จัดสรรงบประมาณในรูปแบบวงเงินแบบมีเพดาน (global budget) ลักษณะเหมาจ่ายรายหัวโดยปรับตามโครงสร้างอายุและผลงานบริการของแต่ละอำเภอ โดยมีคณะกรรมการควบคุมกำกับและประเมินผลระดับจังหวัดทำหน้าที่ติดตามและประเมินผล จากนั้นให้คณะกรรมการสุขภาพอำเภอจัดสรรงบประมาณลงหน่วยบริการโดยมีรูปแบบการจ่ายตามประเภทกิจกรรมในชุดสิทธิประโยชน์ ส่วนงบประมาณที่จัดสรรในระดับท้องถิ่นให้จัดสรรโดยตรงให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แบบเหมาจ่ายรายหัวร่วมกับการสมทบเงินอุดหนุนจาก อปท.

ทั้งนี้หน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องส่งข้อมูลผลงานบริการ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นหรือหน่วยบริการของตนกลับมายังคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ จากนั้นคณะกรรมการสุขภาพอำเภอต้องส่งข้อมูลเหล่านั้นให้แก่คณะกรรมการสุขภาพจังหวัด เพื่อเป็นการติดตามประเมินผลและใช้เป็นข้อมูลสำหรับพิจารณาจัดสรรงบประมาณในปีถัดไป

Executive Summary

Under the Thai universal health coverage system, health promotion and disease prevention (P&P) is one of the key measures used to tackle public health problems. In 2002, Parliament passed the National Health Security Act, B.E. 2545 (2002), which aims to ensure appropriate financial and resource allocation for P&P activities as well as to assure that essential health services are available for the population. As mandated by the Act, the Thai population has been granted a comprehensive benefit package, comprising various lists of health promotion and disease prevention items that have been continuously updated and amended since its inception. The Health Promotion and Disease Prevention Fund was subsequently established under the National Health Security Office (NHSO) with the primary intention of appropriately managing the P&P budget.

Since 2002, the P&P budget management system has continuously been developed over time. In 2017, the budget management system remains based on the concept of decentralized allocation. Currently, the P&P budget has been divided into four categories according to each fund's specific purposes, namely: 1) the National Priority Program (NPP) and Central Procurement; 2) P&P Area-based Services (PPA); 3) P&P Community-based Services (PPC); and 4) P&P Basic-based Services (PPB). Despite these developments, problems related to managing and regulating the P&P budget at the area level remain unsolved, which then affects P&P service performance at the national level.

This study aims to conduct a literature review regarding the payment mechanism for individual providers and facilities as remuneration for P&P delivery services, as well as to develop recommendations for P&P services payment mechanisms in Thailand. This study is based on a qualitative approach using systematic, narrative, and institutional reviews. Ultimately, 12 articles were included in this study. Moreover, grey literature regarding payment methods in the United Kingdom, the Netherlands, and Thailand were also obtained by hand searching.

Data analysis have been divided into two groups. Data obtained from the narrative literature review was independently analyzed with the aim of understanding the relationship between payment remuneration and provider incentives. Meanwhile, data gathered by the systematic literature review was analyzed with the intention of investigating the outcomes and impacts created by each payment system. The plausible effects including volume and quality of provided P&P services, providers' behaviour and motivation, risk selection, supplier-induced demand, and

administrative burden. Each individual payment method and its potential effects was compared side by side, and presented as follows:

1) Potential benefits and pitfalls of a fee-for-service (FFS) system, and recommendations on appropriate services

Implementing FFS payment schemes may result in the volume of provided P&P services being inappropriate. Providers under an FFS system were likely to provide a large quantity of services which were more than necessary. However, the FFS payment system had no clear effect on service use (volume provided). Unsurprisingly, the FFS remuneration scheme had positive effects on the quality of provided services, providers' motivation, and risk selection. In addition, the FFS payment system resulted in a high rate of supplier-induced demand. However, it might have led to substantial administrative burden, particularly in settings where health information systems were yet to be fully developed. This study proposed that a FFS payment scheme with a fee-schedule should be applied only for P&P services with explicit predefined unit cost as this will help to simplify the reimbursement process for both providers and purchasers.

2) Potential benefits and pitfalls of a capitation (CAP) system, and recommendations on appropriate services

The CAP payment scheme indicated either positive or negative associations with the volume of services provided, quality of services, and risk selection. Registered population were likely to receive a small quantity of services, and sometimes less than the medically-necessary requirements (under-servicing). This was because providers attempted to prevent revenue loss. The CAP system did not lead to supplier-induced demand since providers tried to reduce all possible expenses and control costs by decreasing the number of services provided. Moreover, the CAP payment system was incapable of creating intrinsic motivations for health providers as it did not link the remuneration amount to work performance. Therefore, this study recommended that the CAP payment system would be suitable for services without predefined unit cost such as health education and promotion, and behaviour-change strategy. It should also be applicable for project-based activities such as projects for promoting public access to health screening and vaccinations.

3) Potential benefits and pitfalls of a pay-for-performance (P4P) system, and recommendations on appropriate services

P4P payment systems led to an increase in health screening rates, and behaviour changes. On the other hand, in some cases, providers under a P4P payment scheme may have ignored services that were not additionally compensated. Furthermore, several studies have illustrated that a P4P payment system had a positive effect on quality of services provided. Nonetheless, the improvement in quality of services might not have been influenced by the P4P payment system alone as other factors may have also played a role. Moreover, a P4P payment system, particularly in the form of a Quality Outcome Framework (QOF), encouraged providers' motivation. A P4P payment scheme, however, might result in irrational services provision to certain population groups. A positive association between a P4P payment system and administrative burden was also reported. This study suggested that a P4P remuneration system should be applied for underutilized health services, and health policies which governments designate as high-priority at that certain point of time. In order to set priority for health policies, the government needs to take several factors into account including burden of disease, number of people affected by specific diseases/illnesses, severity of the health problem, variations of treatments received by high and low socioeconomic status groups, and the contexts of areas that need to implement such policies.

4) Potential benefits and pitfalls of a global budget (GB) system, and recommendations on appropriate service

The results gathered from the literature review was unable to draw a conclusion about whether a GB payment system has either positive or negative impacts on the quality and volume of services provided, and risk selection or not. This is due to the limited number of studies examining the relationship between a GB payment scheme and the aforementioned consequences. Despite this problem, other studies have indicated that a GB payment system results in irrational decisions to provide services to certain groups of the population. Moreover, it does not encourage providers' motivation. However, a GB payment system allows for cost containment, budget predictability, and efficient use of the budget. Thus, a GB payment scheme should be used to allocate the annual budget at the national, regional, and provincial levels.

5) Potential benefits and pitfalls of a blended payment method, and recommendations on appropriate services

In principle, a blended payment system was formed in order to avoid providers' adverse incentives and behaviour created by a single-based payment approach. Adverse incentives and behaviour often led to health inequity, for instance, problems concerning access to health services, variations of quality of care across areas, and an increase in expenditure for health services delivery. This hybrid payment method means to combine the potential benefits of each individual traditional payment system into one. However, a common shortcoming of the blended payment method is that it is hard to incorporate all possible payment approaches in the right proportion to maximize benefits and minimize weaknesses. Furthermore, it is difficult to develop an effective, reliable, and precise information/output reporting system as the health information system used in blended payment models tend to be more complicated than other models. This study suggested that a blended payment system is applicable and appropriate for all P&P services, depending on what type of providers' incentives need to be improved.

Policy Recommendations

The NHSO – as the P&P budget management body – should allocate the budget at two levels as follows:

- 1) **National level:** The NHSO should allocate budget in the form of a capitation payment for central procurement including vaccination purchasing and delivery. Moreover, a proportion of capitations and P4P should be allocated to the National Priority Program (NPP) to implement prioritized health policies, which are set by taking into consideration the burden of disease and number of population affected by the particular health problem.
- 2) **Regional level:** The NHSO should allocate budget in the form of per capita to the Regional Health Board (RHB), a regional-based committee committed to preserving and strengthening health care for people in the region as well as distributing budget at the provincial level. The budget dispensed by the RHB should be allocated to the Provincial Health Board (PHB) in the form of a global budget with capitation, adjusted by age and performance in the previous year. We recommended that there should be a Monitoring and Evaluation Health Board (M&E HB) at the provincial level. It would be responsible for monitoring all areas of the public health sector's activity, and evaluating it to determine

the impact, quality, and effectiveness of its work. The PHB should then allocate the P&P budget in the form of a global budget with capitation, adjusted by age and work performance in the previous year at the district level. The M&E HB should also be established at this level to monitor and evaluate whether public health sector is achieving its aims and objectives, showing progress towards its mission and purpose, complying with laws and regulations, and working within its policy framework. Subsequently, the District Health Board (DHB) should allocate the P&P budget to health facilities at the district and sub-district levels. The payment system used in P&P budget allocation at this level should comply with the recommendations earlier for appropriate services. Furthermore, the NHSO shall allocate the P&P budget directly to the local authority as capitation together with matching funds by local authorities.

- 3) Both health facilities and local authorities are required to report performance/outputs including context-specific health determinants within which the health system operates (socio-economic, environmental behavioral, genetic factors), availability, accessibility, and quality of services as well as health outcomes (mortality, morbidity, disease outbreaks, health status) to the RHB through the PHB and DHB to use as fundamental information for calculating the P&P budget the following year.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ.....	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทสรุปผู้บริหาร	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
บทที่ 2 วิธีการศึกษา	4
2.1 การทบทวนวรรณกรรม	4
2.2 การนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นแก่คณะทำงานฯ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	6
2.3 การจัดทำข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	6
บทที่ 3 ผลการทบทวนวรรณกรรม.....	7
3.1 รูปแบบของการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค.....	7
3.2 ผลลัพธ์ของการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	13
3.3 การจ่ายค่าบริการด้าน P&P ในต่างประเทศ	15
3.4 การทบทวนการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ในประเทศไทย.....	33
บทที่ 4 บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	44
4.1 ข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการ.....	44
4.2 ข้อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการ	50
4.3 ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ.....	53
ภาคผนวก	57

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการจ่ายค่าบริการแต่ละรูปแบบ	11
ตารางที่ 2	รูปแบบการจ่ายค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการในต่างประเทศ.....	15
ตารางที่ 3	เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการจ่ายค่าบริการรูปแบบต่างๆ ต่อประเด็นบริการด้าน P&P	45

สารบัญรูป

รูปที่ 1	แผนภาพแสดงผลการคัดเลือกวรรณกรรม	5
รูปที่ 2	ระบบการดูแลสุขภาพในประเทศอังกฤษโดยภาพรวม.....	17
รูปที่ 3	การหมุนเวียนของเงินทุนในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศไทย.....	24
รูปที่ 4	งบประมาณ P&P ต่อหัวประชากรและสัดส่วนของงบประมาณ P&P ต่องบประมาณ UC ทั้งหมด.....	35
รูปที่ 5	การบริหารจัดการงบประมาณ P&P ปีงบประมาณ 2550-2560	37
รูปที่ 6	กรอบการบริหารจัดการงบประมาณ P&P.....	38
รูปที่ 7	โครงสร้างการบริหารจัดการแต่ละระดับ	52
รูปที่ 8	ข้อเสนอการบริหารจัดการงบประมาณ P&P.....	53

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดตั้งหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีการเริ่มบังคับใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2545 ซึ่งครอบคลุมการรักษา สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (1) ทั้งนี้ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่สำคัญของการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขภายใต้หลักการของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage; UC) โดยนิยามของการสร้างเสริมสุขภาพจากองค์การอนามัยโลก คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถนะประชาชน ให้มีความสามารถในการควบคุมดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (2) รวมถึงการป้องกันโรค ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ช่วยพัฒนาสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชนเช่นกัน

ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลได้ถูกกำหนดขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ครอบคลุมมาตรการ/กิจกรรมสำหรับประชาชนไทยทุกคนตามกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มวัย และประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น กลุ่มเด็กแรกเกิดจนถึง 5 ปี กลุ่มหญิงมีครรภ์ และมารดาที่ติดเชื้อไวรัส HIV/AIDS เป็นต้น (1) และเพื่อให้การจัดสรรงบประมาณ P&P เป็นไปอย่างเหมาะสม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (กองทุน P&P) โดยมีเป้าหมายในการบริหารงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ “เพื่อให้ประชาชนไทยทุกคนในทุกพื้นที่และภูมิภาค ไม่ว่าจะมีการประกันสุขภาพระบบใดสามารถเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน มีการกระจายงบประมาณลงสู่พื้นที่อย่างเป็นธรรม และกระตุ้นให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่เหมาะสมในการให้บริการกับประชาชนมากขึ้นโดยการจ่ายเงินตามผลงานและความครอบคลุมของการให้บริการ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการให้บริการได้อย่างแท้จริงและสามารถผลักดันให้มีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ” (3)

การบริหารงบประมาณ P&P มีการปรับเรื่อยมา โดยแต่เดิมนั้นงบประมาณ P&P ถูกรวมอยู่ในก้อนเดียวกับงบประมาณรายหัวด้านการรักษาพยาบาลที่จัดสรรให้หน่วยบริการ ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 ภายใต้กองทุน P&P ได้แบ่งงบประมาณ P&P ออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ 1) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่บริหารจัดการโดยส่วนกลาง (vertical programs) 2) บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในหน่วยบริการ (facility-based services) 3) บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในชุมชน (community-based services) และ 4) บริการอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ แม้ว่าการออกแบบระบบการบริหารจัดการที่มีความยืดหยุ่น และให้โอกาสพื้นที่จัดงาน/กิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเองมากขึ้นในรูปแบบของ P&P community-based services แต่ยังคงพบว่าการส่งโครงการด้าน P&P จากโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มาของบฯ น้อยมาก สถานพยาบาลบางแห่งขาดแรงจูงใจในการเขียนโครงการเพื่อเพิ่มงานประจำของตน (4, 5)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 สปสช. ได้เข้ามาบริหารจัดการงบประมาณ P&P (7) ในระยะนี้การบริหารจัดการกองทุนมีการปรับเปลี่ยนโดยให้ดำเนินการแบบโครงการแนวดิ่ง (vertical program) ร่วมกับการจัดบริการพื้นฐานที่ สปสช. กำหนด ซึ่งการบริหารจัดการแบบ vertical program ที่ สปสช. จัดสรรงบประมาณให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ดำเนินงานและประสานงานกับจังหวัดโดยตรงนั้นสามารถกระตุ้นการทำงานและบริหารจัดการในจังหวัดได้ดี เนื่องจากได้รับการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดจากส่วนกลาง ทำให้เกิดความเป็นเอกภาพในการกำกับประเมิน ติดตามและรายงานผล และส่งผลให้การดำเนินงานในพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกับความต้องการระดับชาติ อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในการบริหารจัดการในบางพื้นที่ ซึ่งอาจทำให้เกิดความขัดแย้งระดับบุคคลและองค์กร (7) เช่น คนงานเลือกทำงานที่ได้รับค่าตอบแทนจากการจ่ายตรง (P&P) จากส่วนกลางมากกว่าการทำงานที่ได้รับมอบหมายงานอื่นๆ ในจังหวัดซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทน เป็นต้น นอกจากนี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบให้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลขึ้นในปีเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้มีส่วนร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการระบบ P&P ในระดับท้องถิ่น

ถัดมาในปี พ.ศ. 2551 ได้มีความร่วมมือระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขในการบริหารจัดการงบประมาณ P&P และได้ปรับการบริหารจัดการแบบใหม่เพื่อกระตุ้นให้พื้นที่วางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผลด้วยตนเอง โดยแบ่งออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ 1) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (vertical program) 2) บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในชุมชน (community-based services; PPC) 3) บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการอย่างเด่นชัด (expressed demand services; PPE) และ 4) บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ (area-based services; PPA) ซึ่งพบว่าการบริหารงบประมาณในระดับพื้นที่เป็นเพียงการทำตามนโยบายที่กำหนดเท่านั้น (6) นอกจากนี้ผู้บริหารระดับจังหวัดบางแห่งได้ปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการงบประมาณ PPC โดยกำหนดสัดส่วนสำหรับใช้จ่ายเพื่อจัดกิจกรรม P&P ตามตัวชี้วัดที่ส่วนกลางต้องการ และสัดส่วนสำหรับนำไปใช้จ่ายเพื่อการรักษา (เช่น ซึ้อยา) (8)

ตั้งแต่ พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบัน ได้มีการปรับรายละเอียดของรูปแบบการบริหารจัดการกองทุน P&P มาโดยตลอดซึ่งในปีงบประมาณ 2560 การบริหารจัดการงบประมาณ P&P ยังคงยึดหลักการของการจัดสรรงบประมาณไปสู่ระดับพื้นที่ โดยแบ่งออกเป็น 4 หมวด ดังนี้

1. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (National Priority Program; NPP & Central Procurement; CP) เป็น vertical program ซึ่ง สปสช.จ่ายค่าชดเชยให้สถานบริการ/หน่วยบริการเป็นรายกิจกรรม/บริการ
2. กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ (PPA) และงบประมาณสำหรับจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ โดยมีการจัดสรรงบประมาณแบบ Global Budget ในระดับเขต และจ่ายแบบ project-based ในระดับพื้นที่

3. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในชุมชน (PPC) เป็นลักษณะกองทุนร่วม (matching fund) ระหว่าง อปท. กับ สปสช. และมีรูปแบบการจ่ายแบบ project-based
4. บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในหน่วยบริการ (basic services) ใช้รูปแบบการเหมาจ่ายรายหัวโดยคำนวณจากจำนวนประชากรปรับตามโครงสร้างอายุและผลงานบริการ

การจัดสรรงบประมาณและการใช้รูปแบบการจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกันจะทำให้หน่วยบริการในระดับต่างๆ มีโอกาสได้คิด วางแผน และดำเนินงานด้าน P&P ตามสภาพปัญหาในพื้นที่ของตน อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังพบปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่หลายประการ เช่น การบริหารจัดการงบประมาณมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบมีข้อสงสัยถึงความเหมาะสมของการบริหารจัดการงบประมาณ P&P และหน่วยบริการยังคงนำงบประมาณ P&P เข้าไปรวมกับงบประมาณส่วนอื่นของหน่วยบริการ โดยไม่ได้ใช้เพื่องาน P&P เพียงอย่างเดียว (9) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของงานด้าน P&P ในภาพรวม

คณะทำงานจัดทำกลไกและแนวทางในการจัดทำคำขอและการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค¹ จึงเห็นสมควรให้มีการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบวิธีการจ่ายค่าบริการ P&P ในต่างประเทศ เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนารูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนารูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

¹ คณะทำงานจัดทำกลไกและแนวทางในการจัดทำคำขอและการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถูกแต่งตั้งภายใต้คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ 47/2560

บทที่ 2 วิธีการศึกษา

2.1 การทบทวนวรรณกรรม

2.1.1 การทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา (Narrative review)

เกี่ยวกับรูปแบบของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P จากเอกสาร หลักฐานเชิงประจักษ์ เอกสารที่เป็นนโยบาย กฎหมาย รายงานการวิจัย และรายงานโครงการที่เกี่ยวข้อง

2.2 การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review)

ผลลัพธ์ของการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบทั้งในและต่างประเทศ โดยทำการสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล Pubmed และ Embase โดยผู้ทบทวน 2 คน ทำการทบทวนอย่างอิสระภายในวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 และใช้คำในการสืบค้นคือ

P: Provider, Health Care Provider

I: Health Care Financing, Payment mechanism [Mesh], Payment system [Mesh], Preventive Health Services, Health Promotion [Mesh]

C: -

O: Health Care provider behavior, effectiveness

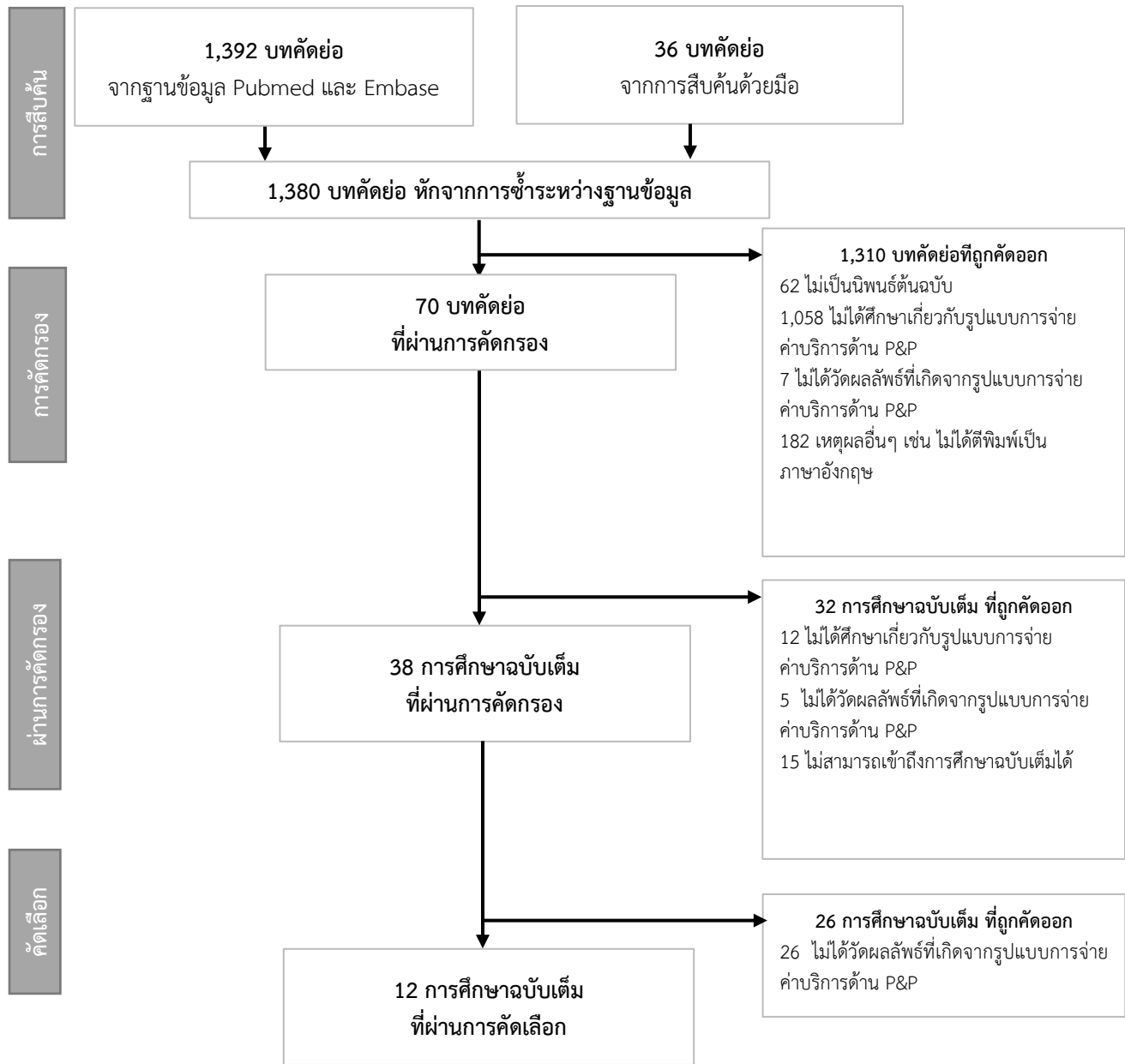
เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

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

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

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

จากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้ฐานข้อมูล Pubmed และ Embase ร่วมกับการสืบค้นด้วยมือ (Hand searching) โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นข้างต้น พบจำนวนวรรณกรรมทั้งหมด 1,350 เรื่อง 48 เรื่องถูกคัดออกจากการซ้ำกันระหว่างฐานข้อมูล และ 1,310 เรื่องถูกคัดออกจากการคัดกรองบทคัดย่อ จากนั้นมีวรรณกรรมจำนวน 38 เรื่องเพื่อมาอ่านฉบับเต็มและคัดเลือกวรรณกรรมตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก เหลือวรรณกรรมที่ผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น 12 เรื่อง ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แผนภาพแสดงผลการคัดเลือกวรรณกรรม

2.1.3 การทบทวนวรรณกรรมจากองค์กร (Institutional review)

ในขั้นตอนนี้ ผู้ศึกษาจะพิจารณาหน่วยงานที่รับผิดชอบการบริหารงบประมาณ P&P สำหรับประชาชนใน 2 ประเทศ คือ สหราชอาณาจักร และเนเธอร์แลนด์ โดยสืบค้นข้อมูลที่ต้องการเบื้องต้นจากเว็บไซต์ของหน่วยงาน ร่วมกับการส่งแบบสอบถามทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) ที่ทำงานในหน่วยงานของแต่ละประเทศ ทั้งนี้ ข้อมูลที่ต้องการแบ่งออกเป็น

- ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระบบสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศ
- การบริหารจัดการงบประมาณ P&P
- กลไกการจ่ายค่าบริการ P&P

2.2 การนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นแก่คณะทำงานฯ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อรับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง และข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการ P&P สำหรับประเทศไทย

2.3 การจัดทำข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

บทที่ 3

ผลการทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในส่วนนี้เป็นแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เป็นกรอบในการวิเคราะห์แรงจูงใจด้านดีและด้านไม่ดีของการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ให้บริการ (individual provider) และ/หรือสถานบริการ (facility) รวมทั้งด้านประสิทธิภาพและความเป็นธรรมของการให้บริการ โดยกรอบแนวคิดนี้จะถูกใช้ในการวิเคราะห์รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับการให้บริการสุขภาพด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค ร่วมกับผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในส่วนถัดไป

3.1 รูปแบบของการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแก่ผู้ให้บริการสำหรับการบริการทางการแพทย์ปฐมภูมิมีความหลากหลายมาก ทั้งนี้ รูปแบบการเบิกจ่ายที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย มีดังต่อไปนี้

3.1.1 การจ่ายค่าตอบแทนตามบริการ (Fee-for-service; FFS)

การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการตามรายการกิจกรรมที่ให้บริการจริง (10) เช่น การให้คำปรึกษา การตรวจรักษาพยาบาล การจ่ายค่ายาตามชนิดและจำนวนของยาที่สั่งจ่าย ซึ่งอาจมีการกำหนดอัตรากลาง (fee schedule) สำหรับบางรายการบริการ เช่น ค่ายา ค่าตรวจเลือด ค่าตรวจปัสสาวะ ค่าแพทย์เยี่ยมไข้ ค่าทำแผล เป็นต้น โดยค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนจะถูกจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการย้อนหลังเมื่อมีการขอเบิกจ่าย ผู้ให้บริการได้รับค่าตอบแทนสำหรับการให้บริการแต่ละรายการ ดังนั้นจึงมีแรงจูงใจที่จะเพิ่มปริมาณบริการและการให้คำปรึกษาเพื่อที่จะสร้างรายได้ให้มากที่สุด หากไม่มีระบบตรวจสอบที่ดีอาจพบว่าผู้ให้บริการภายใต้การจ่ายค่าตอบแทนแบบ fee-for-service ให้บริการเกินความจำเป็น (over-servicing) (11) อีกทั้งยังมีแรงจูงใจที่จะเพิ่มจำนวนนัดหมายให้ผู้ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการโดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มีเพดาน (ceiling) ของการเบิกจ่าย (12) ซึ่งก่อให้เกิดสถานการณ์ที่เรียกว่า “ผู้ให้บริการเหนียวนำความต้องการในการรับบริการ” หรือ supplier-induced demand หากผู้รับบริการที่ไม่มีความรู้ทางการแพทย์อาจไม่สามารถต่อต้านการเหนียวนำของผู้ให้บริการได้หรือในกรณีที่ผู้รับบริการมีความรู้ทางการแพทย์แต่อาจขาดแรงจูงใจที่จะต่อต้านการเหนียวนำความต้องการนี้เนื่องจากบริการนั้นครอบคลุมโดยประกันสุขภาพ (หรือที่เรียกว่า moral hazard) ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นได้บ่อยในระบบการจ่ายค่าตอบแทนและเงินอุดหนุนแบบ fee-for-service (11)

ภายใต้การจ่ายค่าตอบแทนตามรายการบริการ บุคลากรสาธารณสุขจะต้องรวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับปริมาณและประเภทของบริการที่ให้ และต้องรายงานแก่หน่วยงานต้นสังกัดเป็นระยะๆ กล่าวคือ ใบเสร็จรับเงินและบัญชีแสดงรายการแต่ละใบจะถูกกลั่นกรองในชั้นตอนนี้ ดังนั้นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ (administrative costs) จะค่อนข้างสูงทั้งสำหรับสถานพยาบาลและรัฐบาล นอกจากนี้ยังสังเกตได้ว่าค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของรัฐบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศที่จ่ายค่าตอบแทนแบบรายการเป็นหลัก ซึ่งรัฐบาล

สามารถออกมาตราการเพื่อลดผลกระทบอันไม่พึงประสงค์ในขณะที่ยังคงสนับสนุนให้เกิดผลกระทบทางบวกดังต่อไปนี้ (13)

- (ก) ภาครัฐอาจเพิ่มการควบคุมการใช้บริการด้านการรักษาสุขภาพ (health care utilization) แต่การควบคุมดังกล่าวอาจมีค่าใช้จ่ายในการติดตาม (monitoring) การดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขค่อนข้างสูง
- (ข) ภาครัฐสามารถใช้วิธีการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ (cost-sharing) ซึ่งเรียกร้องให้ผู้รับบริการจ่ายค่าให้บริการจำนวนหนึ่ง ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วค่าบริการร่วมจ่ายจะถูกกำหนดเป็นร้อยละของค่าบริการทั้งหมด
- (ค) ภาครัฐอาจใช้วิธีการตั้งเพดานจำกัดวงเงินสำหรับการเบิกจ่าย (reimbursement) และระบุเพดานสูงสุดสำหรับรายบริการที่รัฐบาลจะสนับสนุน

3.1.2 การจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation payment; CAP)

การจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัวเป็นการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิสำหรับการบริการตามสิทธิประโยชน์ฯ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล โดยไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนบริการด้านสุขภาพที่ผู้ขึ้นทะเบียนได้รับ ผู้ให้บริการจะได้รับค่าตอบแทนในอัตราที่คงที่ตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลของตน บุคลากรสาธารณสุขรับผิดชอบการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ อัตราการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัวจะถูกกำหนดล่วงหน้าและการจ่ายค่าบริการมักจะเป็นการจ่ายล่วงหน้าเช่นกัน (11)

ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัวสร้างแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการลดต้นทุนสำหรับการให้บริการซึ่งเป็นการเพิ่มความแตกต่างระหว่างรายได้และรายจ่ายในแต่ละปี และอาจนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรมในการให้บริการใหม่ๆ ที่มีราคาถูกลง การเลือกใช้การรักษาแบบอื่นๆ ที่มีราคาไม่สูงและการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเป็นการสนับสนุนให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ (11, 13) นอกจากนี้การจ่ายค่าตอบแทนแบบ capitation ถือเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยลดสถานการณ์ที่เรียกว่าผู้ให้บริการเหนียวนำความต้องการในการรับบริการ แต่ในขณะเดียวกันการจ่ายค่าตอบแทนแบบ capitation อาจทำให้ผู้ให้บริการพยายามเพิ่มจำนวนผู้ขึ้นทะเบียน คัดเลือกเฉพาะผู้ขึ้นทะเบียนที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพต่ำเพื่อเป็นการลดค่าใช้จ่าย (risk selection) ส่งต่อผู้รับบริการที่ต้องใช้บริการที่มีราคาสูงไปยังผู้ให้บริการรายอื่น หรือแม้กระทั่งให้บริการในปริมาณและคุณภาพที่จำกัด (11) ทั้งนี้ขนาดของแรงจูงใจสำหรับการควบคุมต้นทุนการให้บริการ (cost control) การคัดเลือกความเสี่ยง (risk selection) และคุณภาพของการบริการที่เกิดจากการจ่ายค่าตอบแทนแบบ capitation ขึ้นอยู่กับ 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) ชุดสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมโดยการจ่ายแบบ capitation 2) กฎข้อบังคับและแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการการคัดเลือกความเสี่ยงและ 3) บริบทของตลาด (market context) โดยเฉพาะในกรณีที่มีการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการและมีการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการเปลี่ยนผู้ให้บริการได้บ่อยขึ้น (14)

การจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัวให้แก่ผู้ให้บริการอาจนำไปสู่การให้บริการที่คุ้มทุน และมีคุณภาพสูง ในขณะเดียวกันบุคลากรสาธารณสุขอาจมีแรงจูงใจในการให้บริการที่อาจเกิดผลกระทบทางลบต่อ

ระบบการบริการและผู้รับบริการได้ รัฐบาล/ผู้ซื้อบริการ อาจใช้มาตรการต่างๆ เพื่อลดผลกระทบทางลบและเพิ่มผลกระทบทางบวกของการให้บริการได้ (13) ดังต่อไปนี้

- (ก) รัฐบาลอาจบังคับให้มีการลงทะเบียนแบบเปิด (open enrollment) เช่น การให้ลงทะเบียนข้ามเขตภูมิศาสตร์ ซึ่งเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ให้บริการ/สถานพยาบาล เลือกเฉพาะผู้ขึ้นทะเบียนที่มีสุขภาพแข็งแรงเข้าสู่กองทุน ในขณะที่เดียวกัน ก็เป็นการลดความเสี่ยงของสถานพยาบาลเอง เนื่องจากการกระจายตัวของฐานข้อมูลที่ใช้ในการคัดเลือกผู้ขึ้นทะเบียนอาจช่วยลดโอกาสที่ผู้ขึ้นทะเบียนที่มีสุขภาพไม่แข็งแรงจะเป็นประชากรส่วนใหญ่ของกองทุน (pool)
- (ข) รัฐบาลอาจเปิดให้มีการแข่งขันระหว่างสถานพยาบาล หากผู้ขึ้นทะเบียนมีสิทธิเลือกผู้ให้บริการ ปัญหาเรื่องการให้บริการในปริมาณไม่เหมาะสม หรือคุณภาพต่ำอาจหมดไป
- (ค) รัฐบาลกำหนดให้มีระบบควบคุมคุณภาพและติดตามเพื่อเป็นการลดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์

3.1.3 การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance; P4P)

การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานเป็นการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการที่แปรผันตามผลการปฏิบัติงาน (performance) ทั้งด้านปริมาณและด้านคุณภาพโดยยึดหลักความเป็นธรรม กล่าวคือ เป็นการจ่ายค่าตอบแทนที่สูงกว่าสำหรับผู้ให้บริการที่ทำผลงานได้มากกว่าและ/หรือคุณภาพดีกว่า (15) ในทางกลับกันก็จ่ายค่าตอบแทนที่น้อยกว่าให้แก่ผู้ให้บริการที่ทำผลงานได้ต่ำกว่าเป้าหมายและ/หรือมีคุณภาพต่ำกว่าที่กำหนดไว้ (16) การจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P มีวัตถุประสงค์หลักคือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของการบริการ (15) และลดการให้บริการที่มีราคาสูงโดยไม่จำเป็นและเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของผู้รับบริการ (17) แนวคิดของการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานได้ถูกนำไปใช้ในหลายประเทศ เช่น สหราชอาณาจักร (United Kingdom, UK) ที่ใช้การจ่ายค่าตอบแทนรูปแบบดังกล่าวในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่เรียกว่า Quality and Outcome Framework (QOF) โดยมีหลักการที่จะสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ให้บริการด้วยการให้คะแนนตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพที่กำหนดไว้ และนำคะแนนไปใช้ในการคำนวณผลตอบแทนในรูปแบบของตัวเงิน (18)

3.1.4 การจ่ายค่าตอบแทนเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (Global Budget; GB) และจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการตามเงินเดือน

การจ่ายเป็นเงินงบประมาณเป็นวิธีที่นิยมใช้ในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพให้แก่ผู้ให้บริการ โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายทุกด้าน ผู้ให้บริการรับผิดชอบการบริหารจัดการงบประมาณในรายละเอียด โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ให้บริการจะได้รับค่าตอบแทนตามจำนวนชั่วโมงที่ทำงานจริงโดยไม่คำนึงถึงปริมาณบริการ คุณภาพของบริการ หรือจำนวนผู้รับบริการ ส่งผลให้สถานพยาบาลที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณรูปแบบนี้มีการควบคุมต้นทุนบริการ ในขณะที่เดียวกันผู้ให้บริการก็ไม่มีแรงจูงใจในการดึงดูดผู้ขึ้นทะเบียนรายใหม่หรือให้บริการในปริมาณที่เหมาะสมซึ่งก่อให้เกิดการเพิ่มการส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิมากขึ้น รวมถึงคุณภาพของการให้บริการยังลดลงอีกด้วย (19)

3.1.5 การจ่ายแบบผสมผสาน (Blended payment methods)

การจ่ายแบบผสมผสานอาจหมายถึงการจ่ายค่าตอบแทน และ/หรือค่าบริการสุขภาพหลายรูปแบบให้แก่ผู้ให้บริการปฐมภูมิหลายกลุ่ม หรือผู้ให้บริการปฐมภูมิรายเดียวได้รับค่าตอบแทนหลายรูปแบบจากผู้ซื้อบริการหลายกลุ่ม (12) การจ่ายค่าตอบแทนแบบผสมผสานมีหลักการที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (adverse incentives) ของผู้ให้บริการที่เกิดจากการจ่ายค่าตอบแทนแบบดั้งเดิมต่างๆ (20) เช่น ปัญหาในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ คุณภาพของบริการที่แตกต่างกันของผู้ให้บริการในหลายพื้นที่ และการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการให้บริการด้านสุขภาพ เป็นต้น การจ่ายค่าตอบแทนแบบผสมผสานมักจะถูกใช้ในพื้นที่ที่พบช่องโหว่ของการมีอยู่ของบริการสุขภาพ (service availability) เช่น บริการสุขภาพสำหรับประชากรพื้นเมือง (indigenous population) และบริการสุขภาพบางรายการสำหรับประชากรในพื้นที่ชนบท (21)

การจ่ายค่าบริการแบบผสมผสานถูกนำมาใช้ในการให้บริการปฐมภูมิในหลายประเทศ เช่น ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และแคนาดา โดยในปี พ.ศ. 2553 ประเทศนิวซีแลนด์เริ่มมีการจ่ายค่าตอบแทนแบบผสมผสานให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในการให้บริการปฐมภูมิมากขึ้นซึ่งประกอบด้วย (ก) การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียน (ข) การจ่ายร่วมจากผู้รับบริการ (patient copayment) และ (ค) การจ่ายตามรายบริการ (FFS) สำหรับบางรายการกิจกรรม เช่น การดูแลแบบองค์รวม (comprehensive care) สำหรับผู้รับบริการที่เป็นโรคเบาหวาน การดูแลผู้รับบริการที่มีโรคเรื้อรัง และการให้ภูมิคุ้มกันโรค เช่นเดียวกันกับการให้บริการด้านสุขภาพครอบครัว (family health) ในประเทศแคนาดาที่จ่ายค่าบริการสำหรับการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ผู้ขึ้นทะเบียนโดยมีการปรับความเสี่ยง (risk-adjustment) ตามอายุและเพศ ร่วมกับการจ่ายแบบ FFS สำหรับบางกิจกรรม นอกจากนี้ผู้ให้บริการยังได้รับค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัวตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนเป็นรายเดือนอีกด้วย (21)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของการจ่ายค่าบริการแต่ละรูปแบบ

รูปแบบการจ่ายค่าบริการ	ข้อดี	ข้อเสีย
รายกิจกรรม (FFS)	<ul style="list-style-type: none"> • ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ดี • ผู้ให้บริการได้รับผลตอบแทนตามผลงานที่ตนทำ • ผู้มีสิทธิมีก็จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ • ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงไม่ถูกกีดกันจากการบริการ • ผู้ที่มีสิทธิสามารถเปลี่ยนผู้ให้บริการได้ง่ายกว่าผู้ให้บริการในระบบการเหมาจ่ายรายหัว (19) 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้บริการอาจให้บริการที่ไม่สมเหตุสมผล • อาจเกิดการเหนี่ยวนำให้เกิดการใช้บริการสุขภาพโดยผู้ให้บริการ (supplier-induced demand) • มีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดภาวะเงินเฟ้อทางการแพทย์ (19) • ทำให้เกิดภาระทางด้านการบริหาร (administrative burden) (14)
เหมาจ่ายรายหัว (CAP)	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้รับบริการมักจะได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการคนเดียวเสมอ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการค่อนข้างดี • ผู้รับบริการจะได้รับบริการที่จำเป็นเท่านั้นทำให้เกิดการบริการที่ไม่สมเหตุสมผล • ง่ายต่อการบริหารจัดการ (14) 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้รับบริการที่มีความเสี่ยงสูงมักจะถูกกีดกันจากการขึ้นทะเบียน • ผู้รับบริการอาจได้รับบริการในปริมาณที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น • คุณภาพของการบริการอาจจะต่ำ (19) • ยากที่จะเปลี่ยนผู้ให้บริการ
ตามผลการปฏิบัติงาน (P4P)	<ul style="list-style-type: none"> • สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มผลผลิตการทำงานของกำลังคน/ผู้ให้บริการ (15) • สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรตั้งใจและเต็มใจปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามที่องค์กรได้ตั้งเป้าหมายไว้ (22) • ตอบสนองต่อความต้องการของทั้งผู้จ่ายเงินและผู้ให้บริการที่ต้องการให้บริการที่มีคุณภาพสูง 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้บริการอาจเพิกเฉยต่อการให้บริการในสาขาที่ไม่ได้มีการสนับสนุนค่าตอบแทนพิเศษ • ผู้ให้บริการอาจหลีกเลี่ยงการให้บริการแก่ประชากรที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพสูง • ยากต่อการออกแบบโปรแกรมที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้ให้บริการ • อาจมองข้ามแรงจูงใจภายในของผู้ให้บริการ (16) • อาจไม่สามารถจูงใจให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการทั้งระบบ (16)

รูปแบบการจ่ายค่าบริการ	ข้อดี	ข้อเสีย
จ่ายเป็นวงเงินแบบมีเพดาน (GB)	<ul style="list-style-type: none"> • มีการควบคุมต้นทุนบริการ • สามารถคาดการณ์ค่าใช้จ่ายล่วงหน้าได้ • ต้นทุนสำหรับการบริหารจัดการต่ำ • งบประมาณที่เป็นก้อนเดียวทำให้สามารถบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (14) 	<ul style="list-style-type: none"> • ผู้ให้บริการก็ไม่มีแรงจูงใจในการดึงดูดผู้ขึ้นทะเบียนรายใหม่ • ไม่มีแรงจูงใจโดยตรงในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน • ผู้ให้บริการอาจให้บริการในปริมาณที่ต่ำกว่าที่ควร (14)
การจ่ายแบบผสมผสาน (blended payment methods)	<ul style="list-style-type: none"> • หลีกเลี่ยงแรงจูงใจที่ไม่พึงประสงค์ (adverse incentives) • เพิ่มการให้บริการในสาขาที่มีการให้บริการต่ำกว่าปริมาณที่เหมาะสม • ลดค่าใช้จ่ายในการให้บริการ • ลดการเลือกเฉพาะผู้รับบริการที่มีสุขภาพดี (cream skimming) (20) 	<ul style="list-style-type: none"> • ยากแก่การผสมผสานระหว่างรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบต่าง ๆ ให้ได้ในสัดส่วนที่เหมาะสม

3.2 ผลลัพธ์ของการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์/ผลกระทบของการจ่ายค่าบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล PubMed และ Embase ร่วมกับการสืบค้นด้วยมือ พบว่ามี การศึกษาที่ผ่านการคัดเลือกจำนวน 12 เรื่อง ดังแสดงในภาคผนวก ก โดยสามารถจำแนกผลลัพธ์/ผลกระทบ ออกเป็น 3 ส่วน คือ ปริมาณและคุณภาพของบริการ ผู้ให้บริการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการ และ การเลือกผู้รับบริการ

3.2.1 ปริมาณและคุณภาพของบริการ

ผลลัพธ์/ผลกระทบของการจ่ายค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับปริมาณในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) และการส่งต่อภายใต้บริการปฐมภูมิมีค่อนข้างจำกัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบการจ่ายค่าบริการที่หลากหลายกับปริมาณ บริการและการส่งต่อ เช่น การจ่ายแบบ FFS เกี่ยวข้องกับการเพิ่มปริมาณบริการ ขณะที่การจ่ายแบบเหมา จ่ายรายหัวและ/หรือแบบเงินเดือนเกี่ยวข้องกับการลดลงของจำนวนบริการ ดังนี้

1) การจ่ายแบบ FFS

การศึกษาของ Sorensen และ Grytten (2003) ในประเทศนอร์เวย์ช่วงก่อนปี ค.ศ. 2001 โดยการ จ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ให้บริการแบบตามรายบริการ (FFS) ร่วมกับการจัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไป (block grant) ส่งผลให้มีจำนวนการนัดผู้รับบริการเข้าพบสูงกว่าผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบของ เงินเดือน (23) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Devlin และ Sarma (2008) ในประเทศแคนาดา พบว่าการจ่าย ค่าบริการแบบ FFS จะช่วยสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ตรวจคนไข้มากขึ้นเมื่อเทียบกับระบบอื่นๆ (24) รวมทั้ง การศึกษาของ Sarma และคณะ (2010) ในประเทศแคนาดา พบว่าบุคลากรที่ไม่รับค่าบริการแบบ FFS จะมี เวลาในการให้บริการแก่ผู้ป่วย เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ มากกว่ากลุ่มที่ได้รับค่าบริการแบบ FFS (25)

2) การจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation, CAP)

การศึกษาของ Catalano และคณะ (2000) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ทำการเปรียบเทียบบริการ ป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มที่จ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวแบบหวังผลประโยชน์และไม่หวัง ผลประโยชน์ (for-profit capitated และ not for-profit capitated) และจ่ายค่าบริการแบบ FFS ซึ่งผล การศึกษาพบว่าในกลุ่ม for-profit capitated area มีการเพิ่มกิจกรรมการป้องกันโรคแบบทุติยภูมิและตติย ภูมิมากกว่ากลุ่มอื่น (26) และการศึกษาของ Kantarevic และ Kralj (2013) ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า กลุ่มที่ได้รับการจ่ายค่าบริการแบบ mixed capitation จะให้บริการด้านการป้องกันโรค เช่น การให้วัคซีน ใช้หวัดใหญ่ การคัดกรองโรคได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS (27)

อย่างไรก็ตาม Tu และคณะ (2009) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบแบบจำลองของการจ่ายค่าบริการ แบบ salary, CAP และ FFS ในการจัดการโรคความดันโลหิตสูง โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลภาคตัดขวางของ แพทย์ในเมือง Ontario ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2004 – กันยายน ค.ศ. 2005 ซึ่งผลการศึกษาพบว่าใน แต่ละแบบจำลองมีอัตราการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มที่จ่ายแบบ CAP จะมีอัตรา การรักษาและควบคุมโรคที่ดีกว่า (28)

3) การจ่ายแบบ P4P

การศึกษาของ Hung และ Green (2010) พบว่าการจ่ายค่าบริการตามผลงานบริการ (P4P) ทำให้บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แก่ประชาชนได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการจ่ายค่าบริการแบบ P4P อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (odds ratio 27.6, $p < 0.01$) (29) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Hamilton และคณะ (2011) ที่พบว่าการใช้วิธีการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ (QOF) ในประเทศอังกฤษส่งผลให้อัตราการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น (30) นอกจากนี้ ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Christianson และ Leatherman (2008) พบว่า การจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการโดยทำให้จำนวนของบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น (31, 32)

3.2.2 ผู้ให้บริการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการ (Supplier-induced demand)

1) การจ่ายแบบ FFS

บุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถเพิ่มปริมาณการใช้บริการโดยการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเพื่อเหนี่ยวนำความต้องการให้มาเข้ารับบริการ โดยจากการศึกษาของ Delattre และ Dormont (2003) ในประเทศฝรั่งเศสซึ่งวิเคราะห์การเหนี่ยวนำผู้รับบริการในผู้ให้บริการที่ได้รับค่าบริการแบบ FFS และแบบอัตราคงที่ (fixed fee) ผลการศึกษาพบว่าแพทย์เพิ่มการเอาใจใส่ผู้รับบริการมากขึ้นเพราะต้องการเหนี่ยวนำความต้องการของผู้รับบริการให้มาใช้บริการ และเป็นการป้องกันการสูญเสียรายได้ของแพทย์อีกด้วย (33) และการศึกษาของ Iversen (2004) ในประเทศนอร์เวย์ ได้ศึกษาผลกระทบจากการที่ผู้ให้บริการมีจำนวนผู้รับบริการน้อย โดยพบว่าในกลุ่มผู้ให้บริการที่รับค่าบริการแบบ FFS และมีผู้รับบริการน้อยจะมีอัตราของการตรวจเพิ่มขึ้นและมีการให้คำปรึกษาที่มากกว่ากลุ่มที่มีผู้รับบริการมาก เพื่อเหนี่ยวนำผู้รับบริการให้มารับบริการกับตน (34)

3.2.3 การเลือกผู้รับบริการ (Patient pre-selection)

1) การจ่ายแบบ CAP

การจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP สร้างแรงจูงใจให้เกิดการควบคุมต้นทุนบริการ (cost-containment) และเกิดการลดปริมาณบริการด้านสุขภาพที่ให้แก่ผู้รับบริการลง (under-provision of services) (19) ซึ่งการศึกษาของ Barros (2003) พบว่า ผู้ให้บริการภายใต้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP อาจมีแรงจูงใจในการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำหรือหลีกเลี่ยงผู้ที่มีความเสี่ยงสูง (ที่เรียกว่า cream skimming) โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มี การปรับความเสี่ยง (risk-adjustment) อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการยังมีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับผู้รับบริการเพื่อให้มีสุขภาพดี เนื่องจากผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลต้องการหลีกเลี่ยงการให้บริการด้านการรักษาที่มีราคาสูงในอนาคต (35)

3.3 การจ่ายค่าบริการด้าน P&P ในต่างประเทศ

หลายประเทศมีการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ในรูปแบบผสมผสานระหว่างแบบ CAP และ FFS ทั้งนี้ การจ่ายค่าบริการด้าน P&P นั้นยังต้องคำนึงถึงบริบทของพื้นที่/ประเทศ เพื่อการบริหารจัดการที่เหมาะสม

3.3.1 รูปแบบการจ่ายค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการในต่างประเทศ

ประเทศสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Co-operation and Development; OECD) ส่วนใหญ่มีกลไกในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ ในรูปแบบผสมระหว่างแบบ CAP และ FFS และมีเพียง 9 จาก 34 ประเทศที่ใช้การจ่ายค่าบริการในรูปแบบ เดียว โดย 6 จาก 9 ประเทศข้างต้นใช้รูปแบบการจ่ายค่าบริการแบบ FFS ซึ่งหากพิจารณาจากระบบสุขภาพของ ทั้ง 6 ประเทศจะพบว่าประเทศเหล่านี้ส่วนใหญ่ใช้ระบบการประกันสุขภาพ (Health Insurance System) ซึ่ง ทำให้ง่ายต่อการบริหารจัดการและการเบิกจ่ายค่าบริการ (reimbursement) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 รูปแบบการจ่ายค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการในต่างประเทศ

รูปแบบการจ่ายค่าบริการให้แก่ผู้ให้บริการ			
ประเทศ	บริการปฐมภูมิ	ประเทศ	บริการปฐมภูมิ
ออสเตรเลีย	FFS/P4P	ญี่ปุ่น	FFS
ออสเตรีย	FFS	สาธารณรัฐเกาหลี	FFS/P4P
เบลเยียม	CAP/FFS	ลักเซมเบิร์ก	FFS
แคนาดา	CAP/FFS/P4P	เม็กซิโก	CAP/Global Budget
ชิลี	CAP/FFS	เนเธอร์แลนด์	CAP/FFS/P4P/Global Budget
สาธารณรัฐเช็ก	CAP/FFS/P4P	นิวซีแลนด์	CAP/FFS/P4P
เดนมาร์ก	CAP/FFS	นอร์เวย์	CAP/FFS
เอสโตเนีย	CAP/FFS/P4P/Global Budget	โปแลนด์	CAP
ฟินแลนด์	Global Budget	โปรตุเกส	CAP/P4P/Global Budget
ฝรั่งเศส	FFS/P4P/Other	สโลวาเกีย	CAP/FFS
เยอรมนี	FFS	สโลเวเนีย	CAP/FFS
กรีซ	FFS	สเปน	CAP/P4P
ฮังการี	CAP/P4P/Global Budget	สวีเดน	CAP/FFS/P4P
ไอซ์แลนด์	Global Budget	สวิตเซอร์แลนด์	CAP/FFS
ไอร์แลนด์	CAP/FFS	ตุรกี	CAP/P4P
อิสราเอล	CAP/Global Budget	สหราชอาณาจักร	CAP/FFS/P4P/Other
อิตาลี	CAP	สหรัฐอเมริกา	CAP/FFS/P4P/Other

แหล่งที่มา: OECD. Better Ways to Pay for Health Care. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. 2016.

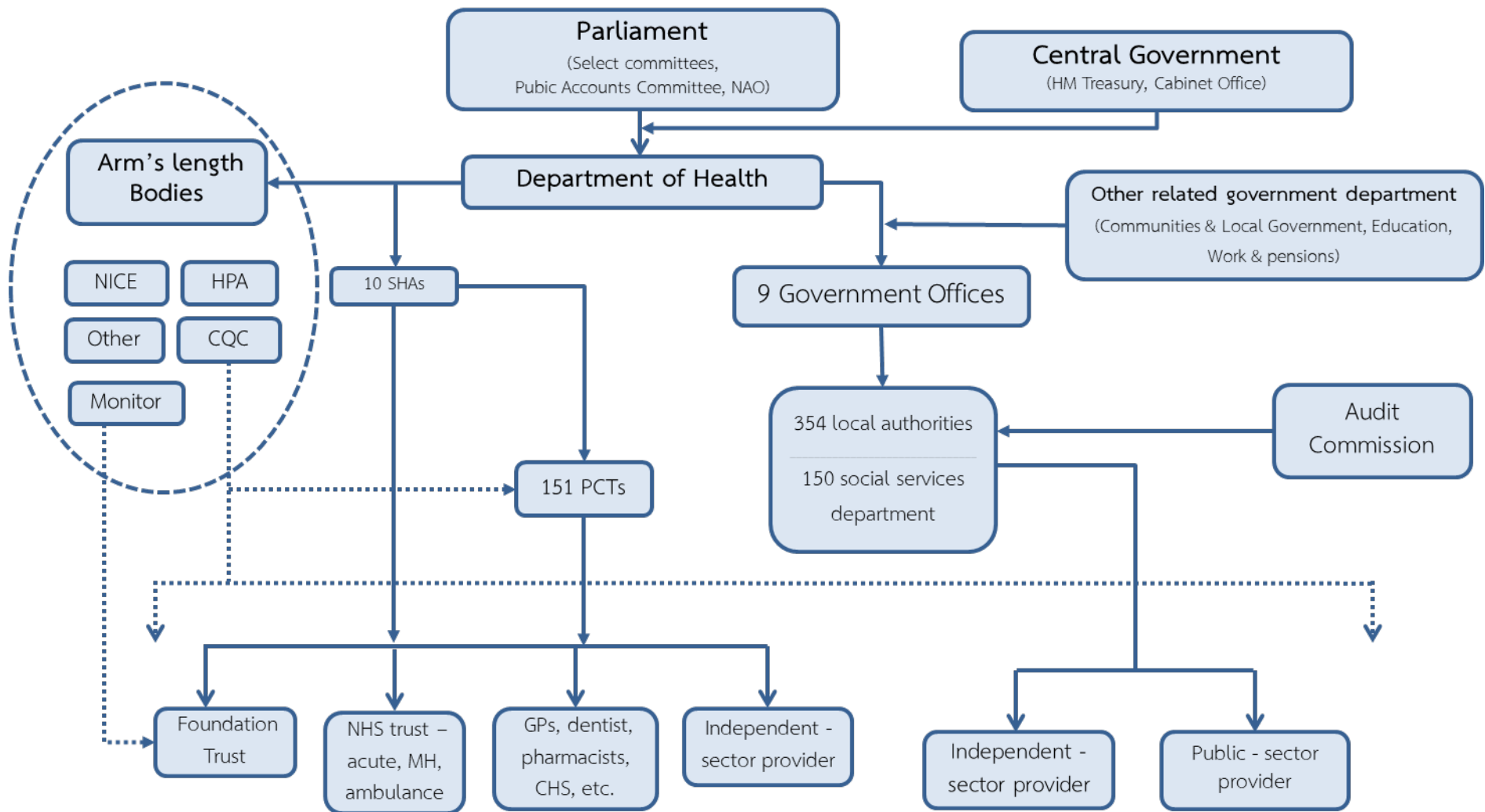
3.3.2 การทบทวนการจ่ายค่าบริการ P&P ในสหราชอาณาจักร

1) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับบริการสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศอังกฤษ

ระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรเป็นความรับผิดชอบของ Department of Health ซึ่งได้รับอำนาจจากรัฐสภาและรัฐบาลกลาง โดยรัฐบาลทำหน้าที่จัดเก็บภาษีทั่วไปและเงินสมทบจากการประกันภัยแห่งชาติ (National Insurance Contribution; NIC) และกระทรวงการคลังเป็นผู้จัดสรรงบประมาณสำหรับการบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน ทั้งนี้ หน่วยงานภาคเอกชนยังมีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพในรูปแบบของประกันสุขภาพส่วนบุคคลอีกด้วย (36)

นอกจากนี้ Department of Health ยังมีความรับผิดชอบในการจัดบริการทางสังคม (Social Care) ให้แก่ประชาชน โดยมอบอำนาจให้แก่รัฐบาลท้องถิ่นทั้ง 354 แห่งทั่วประเทศให้เป็นผู้จัดบริการที่เหมาะสมและจำเป็นในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดหาบริการสุขภาพคือ The National Health Services (NHS) ซึ่งก่อตั้งในปี ค.ศ. 1948 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดบริการการป้องกันโรค การดูแลขั้นปฐมภูมิ และบริการตรวจรักษาในโรงพยาบาล ซึ่ง NHS จะดำเนินงานผ่าน Primary Care Trust (PCT) ที่มีหน้าที่ทั้งจัดบริการสุขภาพด้วยตนเองและจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในระดับท้องถิ่นเพื่อจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชน ทั้งนี้ PCT เป็นหน่วยงานที่อยู่ในกำกับของ Strategic Health Authority (SHA) ซึ่งทำหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินงานและพัฒนาแผนงานการแก้ไขปรับปรุงบริการสุขภาพ

หน่วยงานที่มีหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินงานด้านบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรคือ หน่วยงานอิสระ (arm's-length) ที่ถูกตั้งขึ้นโดย Department of Health เช่น Care Quality Commission (CQC), Health Protection Agency (HPA), National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) รวมทั้งคณะกรรมการการตรวจบัญชี (Audit Committee) โดยภาพรวมของระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรสามารถสรุปได้ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 ระบบการดูแลสุขภาพในประเทศอังกฤษโดยภาพรวม

หน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรมีดังนี้

Department of Health

เป็นหน่วยงานของรัฐซึ่งมีบทบาทหน้าที่หลัก คือ การสนับสนุนรัฐบาลในการแก้ไขและสร้างเสริมสุขภาพของประชากร และจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ทั้งด้านของนโยบายสาธารณสุข คุณภาพของการรักษาพยาบาล การแก้ไขและป้องกันโรค นอกจากนี้ยังรับผิดชอบเรื่องการออกกฎหมาย รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายและข้อบังคับต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพด้วย (36)

Local Government

สหราชอาณาจักรมี Local Government ทั้งหมด 354 แห่ง ซึ่งมีหน้าที่ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการบริการสุขภาพในระดับท้องถิ่น รวมทั้งมีบทบาทสำคัญในการจัดหาบริการทางสังคมและการศึกษา (Social Care and Education)

National Health Service (NHS)

องค์กร NHS มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินการเพื่อจัดบริการด้านการป้องกันโรค การดูแลขั้นปฐมภูมิ และบริการในโรงพยาบาล โดยดำเนินงานผ่าน PCT ซึ่ง PCT จะดำเนินงานบริการสุขภาพให้แก่ประชากรที่อยู่ในพื้นที่ที่ถูกกำหนดด้วยลักษณะทางภูมิศาสตร์ (geographical area) การจัดบริการขั้นปฐมภูมิถูกจัดตามขอบเขตของหน่วยงานแต่ละแห่ง เช่น การปฏิบัติงานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ศูนย์ NHS walk-in ทันตแพทย์ จักษุแพทย์ และเภสัชกร ส่วนการดูแลระดับทุติยภูมินั้นจัดบริการโดยแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน Ambulance Trusts; NHS Trusts; Mental health Trusts และ Care Trusts

NHS มีหน่วยงานในสังกัดดังนี้

Strategic health authority (SHA)

SHA จัดตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2002 เพื่อบริหารจัดการ NHS มีทั้งหมด 10 แห่ง ซึ่งประจำอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ของสหราชอาณาจักร โดยทำหน้าที่เป็นตัวกลางสำคัญในการเชื่อมโยงการปฏิบัติงานระหว่างรัฐมนตรี Department of Health และ NHS รวมทั้งรับผิดชอบด้านการพัฒนายุทธศาสตร์ในการแก้ไขและปรับปรุงบริการด้านสุขภาพของหน่วยงาน PCT ที่สังกัดอยู่ในภูมิภาคของตนเอง

Primary care trust (PCT)

PCT คือ หน่วยบริการสุขภาพที่อยู่ในการดูแลของ NHS ซึ่งมีทั้งหมด 151 แห่งทั่วสหราชอาณาจักร มีความรับผิดชอบในการดำเนินงานบริการสุขภาพให้แก่ประชากรในท้องถิ่น ซึ่ง PCT จะปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานภาคเอกชนที่ดูแลด้านสุขภาพและเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เพื่อจัดการความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ การกำหนดลำดับความสำคัญของบริการสุขภาพทำโดยการปรึกษาหารือร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เป็นหุ้นส่วน รูปแบบการดำเนินการของ PCT คือ การจัดบริการบางอย่างด้วยตนเอง และการมอบหมายให้ภาคเอกชน

จัดบริการโดยมีการทำสัญญาร่วมกัน นอกจากนี้ PCT ยังมีอำนาจในการกำหนดขอบข่ายของแผนงานและการจัดบริการ ซึ่งยังคงอยู่ภายใต้ขอบเขตการปฏิบัติงานของ Department of Health

PCT ได้รับงบประมาณร้อยละ 80 ของงบประมาณ NHS ทั้งหมด ซึ่งเป็นงบประมาณที่ไม่ได้ถูกจัดสรรไว้สำหรับบริการที่มีจุดประสงค์โดยเฉพาะ และได้รับคำแนะนำด้านการบริหารจัดการงบประมาณจาก NICE โดยเป็นไปตามข้อตกลงทางกฎหมาย นอกจากนี้ ยังมีหน่วยงานที่เป็นคู่สัญญาทางธุรกิจที่รับผิดชอบในการกำหนดติดตามมาตรฐานและข้อบังคับของระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย

1) *Care Quality Commission (CQC)*

ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2009 เพื่อปฏิบัติงานในบทบาทของ Healthcare Commission; Commission for Social Care Inspection และ The Mental Health Act Commission โดย CQC มีหน้าที่ในการส่งเสริมการปรับปรุงคุณภาพของ NHS และหน่วยงานภาคเอกชนที่จัดบริการ

2) *Monitor (The Independent Regulator of NHS Foundation Trusts)*

Monitor ถูกตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2004 เป็นหน่วยงานสำคัญที่เพิ่มเข้ามาในกระบวนการตรวจสอบการดำเนินงานด้านการบริการสุขภาพ และมีอำนาจควบคุมดูแล Foundation Trusts (FT) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความมั่นใจเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางการเงินและการบริหารจัดการที่ดี

3) *Health Protection Agency (HPA)*

HPA ถูกตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2005 เป็นหน่วยงานอิสระที่สำคัญในการจัดการป้องกันทางสาธารณสุข บทบาทหลักของ HPA ได้แก่ การลดอันตรายต่อสาธารณสุขจากโรคติดเชื้อ สารเคมีและรังสี การทำให้เกิดความมั่นใจในการเตรียมความพร้อมในกรณีฉุกเฉินระดับชาติ การปกป้องสุขภาพในท้องถิ่นของประเทศอังกฤษ นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการสนับสนุนหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีความรับผิดชอบทางด้านป้องกันสุขภาพและให้คำแนะนำหน่วยงานรัฐด้วย

4) *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*

NICE ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1999 เป็นหน่วยงานที่ปฏิบัติงานร่วมกับ NHS มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดการความรู้และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการตรวจรักษาโรค

การบริหารจัดการงบประมาณในการบริการขั้นปฐมภูมิ

ระบบบริการสุขภาพในอังกฤษได้รับงบประมาณจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ ภาษีทั่วไป เงินสมทบจากการประกันภัยแห่งชาติ (National insurance contribution; NIC) และภาษีท้องถิ่น รวมทั้งจากแหล่งทุนส่วนบุคคล เช่น การประกันส่วนบุคคล ค่าบริการของ NHS และการจ่ายโดยตรงสำหรับการดูแลส่วนบุคคล

การจัดการเงินทุนของ Department of Health มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดสรรการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่เท่าเทียมกันในประชาชน โดยใช้วิธีการ weight capitation ซึ่งเป็นการประมาณการความต้องการบริการของประชากร ทั้งนี้ งบประมาณจะถูกคำนวณโดยคำนึงถึงความแตกต่างทางด้านพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ และปัจจัยต่าง ๆ

เช่น โครงสร้างอายุ ต้นทุนปัจจัยในท้องถิ่น อัตราการตาย การวัดสถานะทางสุขภาพ ปัจจัยทางสังคม และความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ซึ่งวิธีการจัดสรรนี้ถูกนำมาใช้ในการบริการต่าง ๆ ที่ดำเนินการโดย PCT รวมทั้งโรงพยาบาลและบริการของชุมชน บริการสุขภาพจิต บริการการช่วยเหลือมารดา บริการของแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป และบริการการจ่ายยา (36)

งบประมาณร้อยละ 80 ของ NHS ถูกจัดสรรให้กับ PCT โดยจะปรับตามเพศ ขนาดของประชากร การกระจายของอายุ และลักษณะของพื้นที่ รวมทั้งตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ โดยงบประมาณไม่ได้ถูกจัดสรรไปเพื่อบริการที่มีวัตถุประสงค์ที่เฉพาะเจาะจง แต่ PCT จะเป็นผู้จัดสรรเงินงบประมาณด้วยตนเองทั้งในการจัดบริการสุขภาพและการว่าจ้างหน่วยบริการภาคเอกชน

การจัดสรรงบประมาณของ NHS ในการดูแลขั้นปฐมภูมิมีหลายด้าน ด้านแรกถูกจัดสรรไว้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสัญญาการว่าจ้างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งแบ่งสัญญาได้ 2 ประเภท คือ สัญญาการบริการทางการแพทย์ทั่วไป (General Medical Service; GMS) และสัญญาการบริการทางการแพทย์ส่วนบุคคล (Primary Medical Service; PMS) นอกจากนี้งบประมาณการดูแลขั้นปฐมภูมิของ NHS ยังถูกจัดสรรให้แก่ระบบบริการสุขภาพของชุมชน การจัดบริการโดยตรงของ NHS ศูนย์ NHS walk-in ทันตแพทย์ จักษุแพทย์ และยา

2) กลไกการจ่ายค่าบริการในบริการขั้นปฐมภูมิ

กลไกการจ่ายค่าบริการสุขภาพในบริการขั้นปฐมภูมิของสหราชอาณาจักรสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ การจ่ายสำหรับการบริการสุขภาพ และการจ่ายสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- *การจ่ายสำหรับบริการสุขภาพ*

ในสหราชอาณาจักร NHS มีหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการจัดบริการต่าง ๆ ในบริการขั้นปฐมภูมิ ได้แก่ การจัดบริการที่จำเป็นและบริการเสริมอื่น ๆ การดำเนินงานเกี่ยวกับ enhance services ในระดับชาติ การจัดบริการคุมกำเนิด การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต การแทรกแซงด้านสาธารณสุข เช่น การควบคุมยาสูบ และการใช้แอลกอฮอล์ในทางที่ผิด และบริการสร้างภูมิคุ้มกันโรค (19) สำหรับการจ่ายค่าบริการสุขภาพให้แก่สถานบริการใช้วิธีที่เรียกว่า Paying by Result (PbR) ซึ่งเป็นรูปแบบการจ่ายค่าบริการที่เป็นไปตามกิจกรรมที่ดำเนินการ โดยที่ PCT จะจ่ายค่าบริการให้แก่ NHS trusts ซึ่งค่าบริการในส่วนนี้จะถูกนำไปจ่ายเป็นเงินเดือนของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ

- *การจ่ายสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*

หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการจ่ายสำหรับบุคลากรสาธารณสุข คือ NHS Employers ซึ่งตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2004 โดยได้รับอำนาจจาก Department of Health ในการจัดการเรื่องค่าตอบแทนและเงื่อนไขการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข (36) โดยการจ่ายสำหรับบุคลากรสาธารณสุขสามารถจำแนกได้ 5 ด้าน ได้แก่ สัญญาของแพทย์เฉพาะทางของ NHS สัญญาของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล ผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ของ NHS งานทันตกรรมของ NHS และเภสัชกร

สัญญาแพทย์เฉพาะทางของ NHS

แพทย์เฉพาะทางที่เป็นลูกจ้างของ NHS ได้รับสิทธิในการปฏิบัติงานในภาคเอกชนได้ บทบาทในการเจรจาต่อรองและตัดสินใจเกี่ยวกับสัญญาแพทย์เฉพาะทางเป็นของ Central Consultants คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญของ BMA และ NHS Confederation ส่วนค่าตอบแทนสำหรับแพทย์เฉพาะทางขึ้นอยู่กับมติของรัฐบาล ซึ่งจะพิจารณาจากคำแนะนำของหน่วยงานข้างต้น

ในอดีต Department of health ใช้รูปแบบการเบิกจ่ายแบบ FFS สำหรับจ่ายค่าบริการให้แก่แพทย์เฉพาะทาง และได้มีการใช้การเบิกจ่ายแบบ FFS ในแผนงานนำร่องต่าง ๆ แต่ผลของการใช้การจ่ายรูปแบบนี้ไม่ก่อให้เกิดกิจกรรมที่ได้ผลประโยชน์สำคัญ การใช้รูปแบบการเบิกจ่ายแบบ FFS จึงถูกยกเลิกไป (36) ในปัจจุบันการจ่ายค่าบริการของแพทย์เฉพาะทางจึงใช้รูปแบบการจ่ายเป็นเงินเดือนจากหน่วยงานหรือโรงพยาบาลที่ตนเองสังกัดอยู่

สัญญาของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีบทบาทในการบริหารจัดการและดูแลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบ และทำหน้าที่เป็น Gate Keeper ในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในกรณีที่เป็นจำเป็น โดยที่ PCT จะจ่ายค่าบริการต่าง ๆ ให้แก่บริการทางการแพทย์ทั่วไป ซึ่งการจ่ายค่าบริการที่สำคัญ ได้แก่ การจ่ายเงินให้แก่บริการที่จำเป็น หรือ global sum การจ่ายค่าบริการในบริการ Enhanced Services การจ่ายค่าบริการในการดูแลนอกเวลา และการจ่ายค่าบริการสำหรับ QOF

- การจ่ายเงินให้แก่บริการที่จำเป็น (Global sum) คือ การใช้วิธีการ Carr-Hill ในการจ่ายเงินสำหรับการบริการที่จำเป็นและการจัดสรรการปฏิบัติงาน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเชื่อมโยงเงินทุนในการปฏิบัติงานไปสู่ความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงเพศและการกระจายทางอายุของผู้ป่วย ความต้องการที่สัมพันธ์กับความเจ็บป่วยและอัตราการตายของประชากร จำนวนของผู้ป่วยในสถานพยาบาลหรือการดูแลที่บ้านที่สะท้อนถึงค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม และต้นทุนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของบริการในพื้นที่ชนบทและพื้นที่เขตเมือง ข้อกำหนดหลักของการบริการที่จำเป็นไม่ได้ระบุไว้อย่างเฉพาะเจาะจงแต่การปฏิบัติงานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปถูกคาดหวังให้ครอบคลุมการจัดการผู้ป่วยซึ่งป่วยหรือเชื่อว่าตนเองป่วย รวมทั้งบริหารจัดการโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตด้วย

- การจ่ายค่าบริการในบริการ Enhanced services คือ บริการที่นอกเหนือบริการที่จำเป็นและเป็นบริการที่อาจต้องใช้ทักษะของแพทย์เฉพาะทาง และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถตกลงจัดบริการร่วมกับ PCT ได้ โดยที่ PCT จะได้รับค่าบริการขั้นพื้นฐาน (spending floor) สำหรับการจัดการบริการ enhanced services ให้แก่หน่วยงานที่จัดบริการสุขภาพ สามารถแบ่งบริการ enhanced services ได้ 3 แบบ (19) ดังนี้

- Directed Enhanced Services คือ บริการที่ PCT ทุกแห่งต้องดำเนินการให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมด เช่น การสร้างภูมิคุ้มกันในเด็ก และการพัฒนาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย บริการนี้ถูกควบคุมโดยข้อกำหนดระดับชาติและเกณฑ์มาตรฐานด้านราคา

- National Enhanced Services คือ บริการที่เหมาะสมกับท้องถิ่นแต่ละแห่ง ซึ่ง PCT สามารถเลือกดำเนินการได้เอง เช่น การดูแลคนไร้บ้าน การดูแลพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยถูกควบคุมโดยข้อกำหนดระดับชาติและเกณฑ์มาตรฐานด้านราคา
- Local Enhanced Services คือ บริการที่ถูกพัฒนาและออกแบบในระดับท้องถิ่นเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นนั้น

- การจ่ายค่าบริการในการดูแลนอกเวลา แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถจัดสรรการดูแลนอกเวลาได้ภายใต้ข้อตกลงที่แตกต่างกันไป ซึ่งถ้าหากแพทย์ไม่ปฏิบัติงานด้านการดูแลนอกเวลาจะสูญเสียรายได้เฉลี่ยประมาณ 6,000 ปอนด์ต่อคน โดยในปี ค.ศ. 2004 มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลนอกเวลา

- การจ่ายค่าบริการสำหรับ QOF คือ ระบบการบริหารจัดการการปฏิบัติงานและการจ่ายเงินของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปใน NHS ซึ่ง QOF ใช้รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน P4P ตัวชี้วัดของ QOF ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านมาตรฐานทางคลินิก ตัวชี้วัดด้านมาตรฐานหน่วยงานที่ให้บริการ ตัวชี้วัดด้านประสบการณ์ของผู้ป่วย และตัวชี้วัดด้านบริการเสริม

ผู้ให้บริการในสหราชอาณาจักรประมาณร้อยละ 30-40 ได้รับเงินทุนผ่านสัญญา Personal medical services (PMS) ซึ่งสัญญานี้จัดสรรการจ่ายค่าบริการทั้งในรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP และการจ่ายสำหรับบริการเพิ่มเติม นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในสัญญา PMS ยังมีสิทธิในการเลือกรับค่าตอบแทนแบบ QOF ด้วย (19)

พยาบาล ผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ใน NHS

เงินเดือนของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน NHS ถูกเจรจาต่อรองอยู่บนพื้นฐานของโครงสร้างค่าตอบแทน โดยการจัดการจะอยู่ภายใต้ข้อกำหนดและเงื่อนไขหลักที่เกี่ยวข้องกับชั่วโมงการทำงาน การทำงานนอกเวลา การทำงานเป็นกะ และการลาพักผ่อนประจำปี รวมทั้งระบบความก้าวหน้าในอาชีพและค่าตอบแทนที่เป็นทางการ บุคลากรกลุ่มนี้ ได้แก่ ลูกจ้างที่ปฏิบัติงานใน NHS hospital trusts และลูกจ้างที่ปฏิบัติงานใน PCT ได้แก่ พยาบาลชุมชน ผดุงครรภ์ คนเยี่ยมบ้าน (health visitors) และนักบำบัดต่าง ๆ ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดใน NHS กลไกการจ่ายค่าตอบแทนของ NHS เป็นกลไกที่จ่ายเพิ่มเติมจากตลาดแรงงานในภูมิภาคซึ่งการสรรหาบุคลากรนั้นทำได้ยาก ซึ่งการจ่ายเงินถูกใช้ไปกับเจ้าหน้าที่ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในสังกัดของ Pay Review Body for Nursing และ Other Health Profession และกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่ NHS เป็นผู้ว่าจ้างโดยตรง (36)

งานทันตกรรมของ NHS

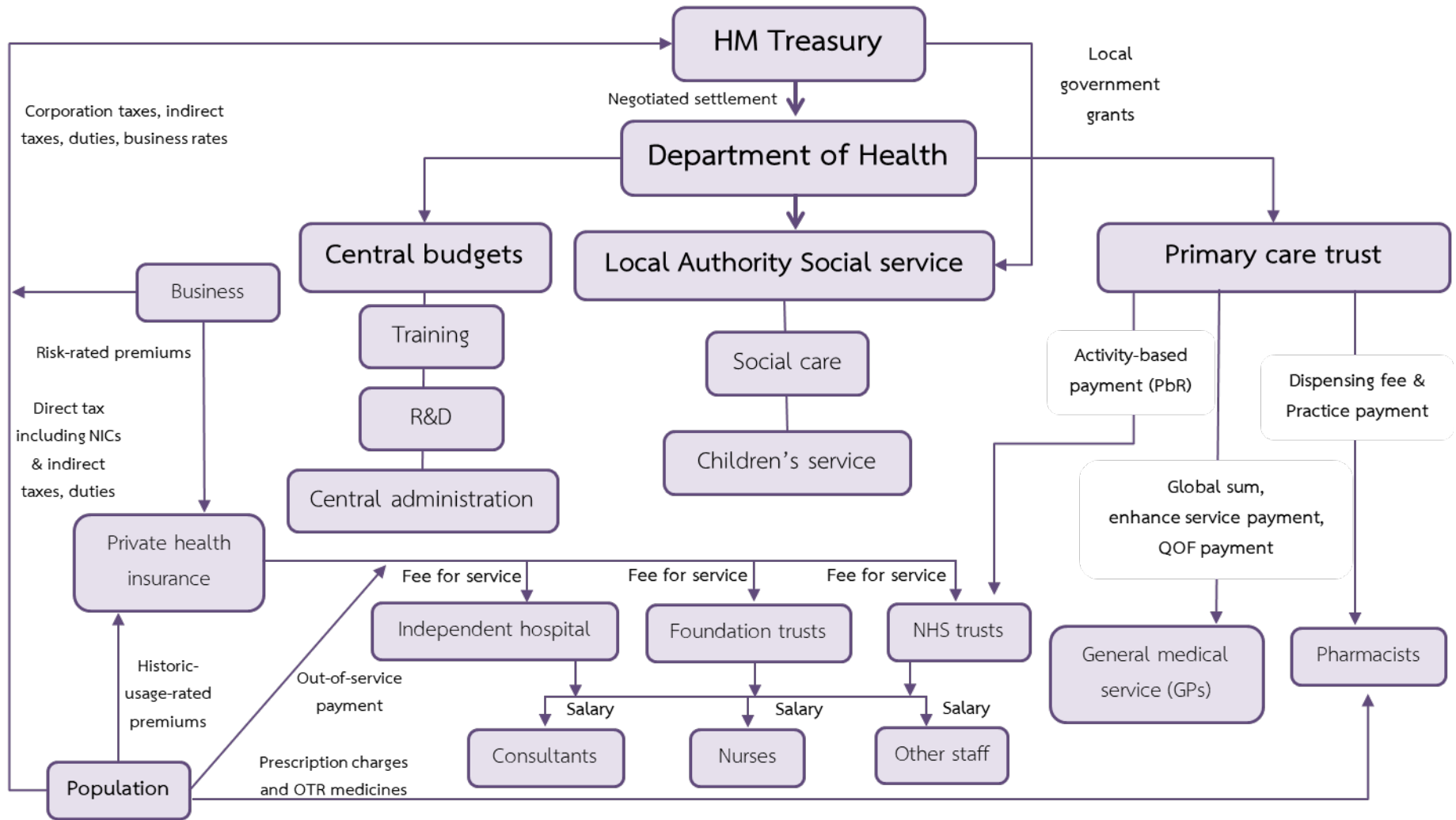
การบริการด้านทันตกรรมในการดูแลขั้นปฐมภูมิกำหนดขึ้นในระหว่างปี ค.ศ. 2009-2010 โดยส่วนมากผู้ปฏิบัติงานด้านทันตกรรมจะปฏิบัติงานภายใต้สัญญาการบริการด้านทันตกรรมทั่วไป ซึ่งการจ่ายเงินให้แก่ทันตแพทย์ไม่ได้จ่ายในรูปแบบการเบิกจ่ายแบบ FFS แต่จ่ายตามจำนวนหน่วยของกิจกรรมทางการแพทย์ทั้งหมด

เภสัชกร

งบประมาณสำหรับงานเภสัชกรรมชุมชนแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกถูกนำมาใช้ในการรักษาผลประโยชน์ของยา เช่น กรณีการรักษาผลประโยชน์ที่เกิดจากความแตกต่างของค่ายาที่จ่ายไปกับราคาที่ได้รับการชำระคืนจาก

Department of Health และงบประมาณอีกส่วนถูกนำมาใช้เป็นค่าธรรมเนียมและค่าใช้จ่ายในงานเภสัชกรรมทั้งใน Global Sum และหน่วยงาน PCT ในท้องถิ่น โดยที่ PCT จะจ่ายค่าตอบแทนให้แก่เภสัชกรที่ชุมชนตามการปฏิบัติงาน และตามค่าธรรมเนียมของการจ่ายยา

โดยสรุป ระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรได้รับงบประมาณจากการจัดเก็บภาษีทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งการสมทบจากประกันสังคมและการประกันภัยแห่งชาติผ่านการจัดสรรจากกระทรวงการคลัง Department of Health มีทำหน้าที่แบ่งงบประมาณเป็น 3 ส่วน ส่วนที่หนึ่งเป็นงบประมาณกลาง (central budgets) ซึ่งถูกจัดสรรเพื่อการอบรม การวิจัยและพัฒนา และการบริหารจัดการในส่วนกลาง ส่วนที่สองจัดสรรให้แก่หน่วยงานบริการสังคมในท้องถิ่น (Local Authority Social Service) ซึ่งใช้งบประมาณไปเพื่อการดูแลทางสังคมและบริการสำหรับเด็ก และส่วนสุดท้ายถูกจัดสรรให้แก่ PCT ซึ่งมีหน้าที่ในการจัดบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิให้แก่ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบ การจ่ายค่าบริการของ PCT ถูกจ่ายไปในการบริการขั้นปฐมภูมิผ่านการปฏิบัติงานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เฉพาะทาง การทันตกรรม และเภสัชกรชุมชน โดยเป็นการจ่ายค่าบริการตามการปฏิบัติงาน นอกจากนี้งบประมาณยังถูกนำมาใช้เพื่อเป็นค่าตอบแทนของพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน NHS โดยระบบการหมุนเวียนของเงินทุนในระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักรสามารถสรุปได้ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 การหมุนเวียนของเงินทุนในระบบการดูแลสุขภาพของประเทศอังกฤษ

3.3.3 การทบทวนการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ในประเทศเนเธอร์แลนด์

1) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับบริการสุขภาพ และระบบประกันสุขภาพภาครัฐของประเทศเนเธอร์แลนด์

ระบบประกันสุขภาพในประเทศเนเธอร์แลนด์ได้รับอิทธิพลมาจากการประกันสุขภาพแบบบิสมาร์ค (Bismarck) โดยผู้ที่มีบทบาทในระบบสุขภาพของประเทศ ได้แก่ กองทุนการเจ็บป่วยที่ไม่แสวงหาผลกำไร (not-for-profit sickness funds) ผู้ให้บริการที่ไม่แสวงหาผลกำไร ส่วนรัฐบาลมีบทบาทเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (37) ในปี ค.ศ. 1941 รัฐบาลได้ประกาศและบังคับใช้พระราชกฤษฎีกาการประกันภัยภาคบังคับผ่าน sickness funds สำหรับลูกจ้างที่มีรายได้น้อยกว่าเงินเดือนเริ่มต้นของรายได้ที่รัฐกำหนดไว้ โดย sickness funds นี้ทำให้เกิดการตรวจสอบสถานการณ์และควบคุมความสัมพันธ์ของการสมทบของลูกจ้าง และการสมทบกองทุนนั้นเกิดจากทั้งลูกจ้างและนายจ้างในสัดส่วนที่เท่าเทียมกัน ในปี ค.ศ. 1966 เนเธอร์แลนด์ได้นำ Compulsory Health Insurance Act—ZFW มาใช้ โดยกฎหมายฉบับนี้ยังคงใช้โครงสร้างของตลาดประกันสุขภาพทั้งสามตลาด (three-market structure) ซึ่งปรากฏอยู่ในพระราชกฤษฎีกาปี ค.ศ. 1941 ต่อไป ตลาดประกันสุขภาพทั้งสามประกอบด้วย Compulsory Social Scheme; Voluntary Social Scheme และ Private Health Insurance ต่อมาในปี ค.ศ. 1987 เนเธอร์แลนด์นำแผน Dekker หรือ willingness to change มาใช้ในประเทศ ซึ่งเป็นแผนที่ตั้งอยู่บนฐานของการแข่งขันของตลาด และแสดงให้เห็นถึงการตระหนักถึงความต้องการแผนประกันสุขภาพสำหรับประชาชนในประเทศ

ภายหลังจากที่เนเธอร์แลนด์ได้ใช้กฎหมายเกี่ยวกับการบริการสุขภาพหลายฉบับ ในปี ค.ศ. 2006 Health Insurance Act (Zorgverzekeringswet; ZVW) ถูกนำมาใช้กับระบบบริการสุขภาพภายในประเทศ กฎหมายฉบับนี้ได้ยกเลิกความแตกต่างระหว่างกองทุนการเจ็บป่วยภาคบังคับและการประกันสุขภาพส่วนบุคคล และเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทของรัฐบาลในการดำเนินการทางสุขภาพ

ในส่วนของบริการสุขภาพ การให้วัคซีนและการคัดกรองโรคเป็นภารกิจทางสาธารณสุขของรัฐบาล ในปี ค.ศ. 1957 ได้มีการจัดตั้งโครงการวัคซีนแห่งชาติ (Rijksvaccinatieprogramma) ขึ้น และในปี ค.ศ. 1980 ได้ดำเนินโครงการคัดกรองโรคมะเร็งขึ้น ในส่วนของการตรวจสอบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานทางสาธารณสุข โดยเน้นการตรวจสอบ 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลสุขภาพ การดูแลด้านเวชภัณฑ์ยา การดูแลด้านสุขภาพจิต และการดูแลด้านสัตววิทยา ในระยะต่อมาการดูแลสามอย่างแรกถูกรวมเข้าไว้ด้วยกันในหน่วยงาน Health Care Inspectorate (Inspectie Gezondheidszorg, IGZ) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระที่มีบทบาทในการให้คำปรึกษาแก่ Ministry of Health Welfare and Sport

การบริการขั้นปฐมภูมิมีผู้รับผิดชอบหลักคือแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป โดยทำหน้าที่ที่สำคัญในการเป็น gatekeeper คัดกรองผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องถูกส่งต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งประสิทธิภาพของการบริการขั้นปฐมภูมิถูกให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดตั้ง The 1983 White Paper on Primary Care (Nota Eerstelijnszorg) เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพในระบบการดูแลสุขภาพผ่านการจัดบริการที่สอดคล้องกันของบริการขั้นปฐมภูมิ (37)

ภาคส่วนที่มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์ มีดังนี้

รัฐบาล

รัฐบาลโดย Ministry of Health, Welfare and Sport มีบทบาททางด้านการจัดทำนโยบายและการกำหนดงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้งพัฒนานโยบายสุขภาพและทำให้นโยบายบรรลุผล นอกจากนี้ รัฐบาลยังมีบทบาทในการกำหนดระเบียบวาระของนโยบายสุขภาพ และมีอำนาจหลักในการกำหนดต้นทุนบริการทางด้านสุขภาพ การจัดสรรตลาด การจัดการข้อมูลและการคืนข้อมูลย้อนกลับซึ่งรัฐบาลบรรลุผลสำเร็จเกี่ยวกับระบบข้อมูลนี้ (37)

เทศบาล

ในปี ค.ศ. 1980 ประเทศเนเธอร์แลนด์ได้บังคับใช้กฎหมายที่ทำให้เกิดการบริการสุขภาพในเทศบาล และเทศบาลเริ่มมีหน้าที่รับผิดชอบบริหารจัดการและให้เงินทุนด้านบริการสุขภาพ โดยเทศบาลต่าง ๆ มีบทบาทจัดบริการสุขภาพในฐานะที่เป็น municipal health service (GGD) (37) ซึ่งรัฐบาลกลางจะเป็นผู้กำหนดเป้าหมายหลักในการป้องกันโรคและกำหนดให้เทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว GGD จึงมีฐานะเป็นผู้ดูแลสุขภาพของประชากรที่อยู่ในระดับท้องถิ่น โดยรับผิดชอบบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคดังต่อไปนี้

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของประชากร
2. การสนับสนุนโครงการการป้องกันโรค เช่น การให้วัคซีนไขหวัดใหญ่สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยง และการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. การเสริมสร้าง medical environmentology
4. การดูแลสุขภาพของเยาวชน และการควบคุมโรคติดเชื้อ

ต่อมาในปี ค.ศ. 2007 เกิด Social Support Act ที่บังคับให้เทศบาลเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการทางสังคมต่าง ๆ เช่น การจัดลำดับบริการบ้านพักให้กับพลเมืองที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ในปัจจุบันประเทศเนเธอร์แลนด์มีเทศบาลที่มีบริการสุขภาพทั้งหมด 25 แห่ง

บริษัทประกัน (Health insurers)

ในประเทศเนเธอร์แลนด์ บริษัทประกันมีความรับผิดชอบในการจัดซื้อและการจ่ายเงินชดเชยให้ทุกบริการการรักษาสุขภาพที่ครอบคลุมอยู่ในประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานของพลเมือง ซึ่งตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 บริษัทประกันทุกแห่งปฏิบัติงานอยู่ภายใต้กฎหมายเอกชนและได้รับอนุญาตให้ทำผลประโยชน์และจ่ายเงินปันผลให้กับผู้ถือหุ้น อย่างไรก็ตามตลาดของการประกันสุขภาพในประเทศเนเธอร์แลนด์ถูกควบคุมโดยการปฏิบัติงานของบริษัทประกันที่ทั้งแสวงหาผลกำไรและไม่แสวงหาผลกำไร 4 หน่วยงาน ได้แก่ Achmea UVIT CZ และ Menzis

ภาคส่วนผู้ใช้บริการ (ภาคประชาชน)

ในประเทศเนเธอร์แลนด์เกิดการเคลื่อนไหวของภาคประชาชนที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบบริการสุขภาพของประเทศมาโดยตลอด ซึ่งในทศวรรษที่ 1980-1990 เกิดการเคลื่อนไหวด้านสิทธิของผู้ป่วย โดยหลังจากปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา ประชาชนที่เจ็บป่วยในเนเธอร์แลนด์มีฐานะเป็นลูกค้าในระบบบริการสุขภาพ และปัจจุบันประชาชนให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและทางเลือกของผู้ป่วย โดยทางเลือกของผู้ป่วยครอบคลุม

เนื้อหา เช่น ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกกรมธรรม์ประกันสุขภาพของตนเอง บริษัทประกันสุขภาพต้องยอมรับบุคคลที่สมัครเป็นผู้ประกันตนในการประกันชั้นพื้นฐานและไม่ได้รับอนุญาตให้เก็บค่าธรรมเนียมที่ต่างกันบนพื้นฐานของอายุหรือสถานะทางสุขภาพของผู้สมัครประกัน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนบริษัทประกันสุขภาพได้ทุกวันที่ 1 มกราคมของทุกปี ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนต่างของค่าบริการด้วยตนเองในกรณีที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนั้นสูงกว่าที่ตกลงกันไว้กับบริษัทประกัน

นอกจากนี้ ในด้านของข้อมูลที่เป็นสำหรับผู้ป่วย หน่วยงาน National Institute for Public Health and Environment (RIVM) ซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐบาล มีหน้าที่ในการเผยแพร่เว็บไซต์ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลความแตกต่างระหว่างผู้จัดบริการสุขภาพและและบริษัทประกันต่าง ๆ เช่น ราคา waiting list และคุณภาพของการบริการ (37)

2) การจัดการการแข่งขันและกลไกในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ

ประเทศเนเธอร์แลนด์มีกฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับ ได้แก่ Health Insurance Act (Zvw) ฉบับปี ค.ศ. 2006 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาการเจ็บป่วย และ Health Care Market Regulation Act (Wmg) ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว กฎหมายทั้งสองฉบับใช้จัดการกับการแข่งขันระหว่างผู้ดำเนินการทางสุขภาพที่ประกอบด้วยผู้ป่วย บริษัทประกัน และผู้จัดบริการสุขภาพ รวมทั้งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทของรัฐบาลจากการควบคุมปริมาณและราคาโดยตรงไปสู่การกำหนดเกณฑ์และการตรวจสอบการทำหน้าที่ที่เหมาะสมของทั้งสามตลาด (37) ได้แก่

1. Health Insurance Market คือ ตลาดที่บริษัทประกันสุขภาพเป็นผู้เสนอประกันสุขภาพชั้นพื้นฐานให้แก่พลเมืองซึ่งต้องประกันตนเอง
 2. Health Care Provision Market คือ ตลาดที่บริษัทประกันสามารถเจรจาต่อรองทางด้านราคาปริมาณ และคุณภาพของบริการกับผู้จัดบริการสุขภาพได้
 3. Health Care Purchasing Market คือ ตลาดที่ผู้จัดบริการสุขภาพเป็นผู้เสนอบริการให้แก่ผู้ป่วย
- ความสำคัญในการทำหน้าที่ของระบบการแข่งขันนี้คือ การมีตัวเลือกให้แก่ผู้ดำเนินการทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะมีอิสระในการเลือกประกันสุขภาพและผู้ให้บริการได้เอง นอกจากนี้ หากผู้รับบริการมีข้อมูลที่เหมาะสมและเชื่อถือได้เกี่ยวกับบริษัทประกันและผู้ให้บริการ พวกเขาจะสามารถตัดสินใจเลือกบริษัทประกันและผู้ให้บริการได้อย่างเหมาะสม ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับรายงานที่เชื่อถือได้เกี่ยวกับบริษัทประกันและผู้ให้บริการ ดังนั้นความมีอิสระในการเลือกคือสิ่งสำคัญในระบบนี้ รัฐบาลจึงมีบทบาทในการจัดทำข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับ waiting list คุณภาพ และราคาของการดูแลผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

สำหรับบทบาทของบริษัทประกันนั้นจะถูกบังคับให้จัดบริการทั้งหมดที่มีอยู่ในชุดประกันสุขภาพชั้นพื้นฐาน ซึ่งสิทธิประโยชน์ของชุดประกันสุขภาพชั้นพื้นฐานนั้นถูกกำหนดไว้แล้วแต่บริษัทประกันก็สามารถแข่งขันกันได้ในด้านของราคาของกรมธรรม์และคุณภาพของบริการที่เสนอให้แก่ผู้ป่วย โดยบริษัทประกันอาจเสนอการประกันสุขภาพภาคสมัครใจประกอบกันไปด้วย รวมทั้งมีอิสระในการกำหนดสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพภาคสมัครใจซึ่งสอดคล้องกับชุดประกันสุขภาพชั้นพื้นฐานได้ด้วย ในส่วนของผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ให้บริการและบริษัทประกันอาจทำสัญญาที่เป็นอิสระต่อกันหรือไม่มีสัญญาต่อกันก็ได้ แต่ก็ถูกคาดหวังให้ทำการตัดสินใจบนพื้นฐาน

ของคุณภาพและต้นทุนในบริการที่เสนอมาร การแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันจะเน้นที่การเสนอบริการที่มีคุณภาพดี และการเสนอข้อตกลงในบริการที่น่าสนใจให้แก่บริษัทประกัน

ระบบการดูแลสุขภาพของเนเธอร์แลนด์มีโครงสร้างหลายระดับ ด้านสาธารณสุขจัดการโดยบริการของอาชีวเวชศาสตร์ สถาบันที่ดูแลสุขภาพของเยาวชน และบริการสุขภาพของเทศบาล (GGD) ด้านการดูแลขั้นปฐมภูมิประกอบด้วยบริการการรักษาส่วนบุคคลและบริการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งถูกกำหนดขอบเขตไว้กว้างๆ ลักษณะเด่นของระบบประกันสุขภาพของเนเธอร์แลนด์คือ บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปซึ่งทำหน้าที่ตรวจคัดกรองโรคและส่งต่อผู้ป่วยไปยังบริการขั้นทุติยภูมิในกรณีที่เป็น และผดุงครรภ์ในหน่วยบริการขั้นปฐมภูมิรับผิดชอบในการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อน (37) ระบบสุขภาพขับเคลื่อนอยู่ภายใต้กฎหมาย Health Insurance Act (Zvw) และ Health Care Market Regulation Act (Wmg) ซึ่งทำหน้าที่ในการควบคุม บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพของประเทศ โดยให้ความสำคัญกับผู้ดำเนินการทางสุขภาพทั้งสามฝ่าย ได้แก่ บริษัทประกัน ผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของผู้รับบริการที่มีความสำคัญและเข้ามามีบทบาทในการเลือกและมีส่วนร่วมในประกันสุขภาพของตนเอง

3) การบริหารจัดการงบประมาณ

ระบบบริการสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์มีแผนงานทางการเงิน 2 แผน ได้แก่ แผนเพื่อการดูแลรักษาทางการแพทย์ซึ่งเป็นไปตามกฎหมาย Health Insurance Act (Zvw) และแผนในการดูแลในระยะยาว (Long-term Care) ที่เป็นไปตามกฎหมาย Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) แหล่งที่มาของเงินทุนในการบริการสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์ได้จากการสบทบภาคบังคับและค่าเบี้ยประกันประมาณร้อยละ 72 โดยแยกที่มาได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ งบประมาณที่ได้จากบริการสุขภาพตามกฎหมาย Health Insurance Act (Zvw) และงบประมาณที่ได้จากบริการสุขภาพตามกฎหมาย Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) นอกจากนี้ แหล่งที่มาของงบประมาณยังได้จากการสนับสนุนของรัฐบาล รวมทั้งการจ่ายค่าบริการสุขภาพในภาคบุคคลด้วย

Ministry of Health, Welfare and Sport เป็นผู้ตัดสินใจสูงสุดในด้านงบประมาณผ่านหน่วยงาน Health Care Budget (Budgetair Kader Zorg, BKZ) ซึ่งเป็นผู้ชี้แนะการจัดสรรการใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยรัฐบาลมีอำนาจในการตัดสินใจด้านงบประมาณสำหรับทั้งการกระจายอำนาจให้แก่เทศบาล และการดูแลสถานพยาบาลต่าง ๆ รวมทั้ง รัฐบาลยังเป็นผู้รับผิดชอบต่อผู้ให้บริการสุขภาพและบริษัทประกันในกรณีที่มีการจ่ายค่าบริการที่มากเกินไปความรับผิดชอบของบริษัท ซึ่งรัฐบาลสามารถทำได้โดยการลดภาษี หรือการจ่ายเงินส่วนต่างคืนแก่บริษัทประกันหรือผู้ให้บริการ

พลเมืองของประเทศเนเธอร์แลนด์ที่อายุ 18 ปีขึ้นไปจะถูกกฎหมายบังคับให้ซื้อแผนประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานจากบริษัทประกัน โดยพลเมืองจะจ่ายค่าธรรมเนียม community-rated ประมาณร้อยละ 50 ให้แก่บริษัทประกันที่ตนเองเลือกโดยตรง และจ่ายค่าธรรมเนียม income-related เพิ่มเติมอีกร้อยละ 50 ให้แก่กองทุน Health Insurance ซึ่งเป็นกองทุนกลางของบริษัทประกันที่ทำหน้าที่กระจายงบประมาณในหมู่บริษัทประกันด้วยกันเองอีกครั้ง การประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นการบังคับใช้ในพลเมืองเนเธอร์แลนด์ที่ทำงานและจ่ายภาษีเงินได้ให้กับประเทศทุกคน รวมทั้งผู้ที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศด้วย (37) โดยชุดประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

- บริการทางการแพทย์จากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โรงพยาบาล และผดุงครรภ์
- บริการจากโรงพยาบาล สถานพยาบาล
- บริการด้านทันตกรรมสำหรับเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี
- บริการเกี่ยวกับโรคเอดส์
- บริการด้านยา
- บริการมารดา
- การขนส่งผู้ป่วยโดยรถฉุกเฉินหรือรถแท็กซี่
- บริการด้านอื่น ๆ ในทางการแพทย์ เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด เป็นต้น
- โครงการเลิกบุหรี่
- การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ
- การดูแลบุคคลไร้ความสามารถ
- การดูแลด้านสุขภาพจิต

การจ่ายเงินในบริการสุขภาพจากประกันสุขภาพนี้ ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินจำนวน 385 ยูโรแรกด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการจ่ายนอกเหนือจากการบริการให้คำปรึกษาของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป การดูแลมารดา การดูแลใน Home nursing Care (37) และการดูแลเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี บริการที่การประกันชั้นพื้นฐานไม่ครอบคลุม ได้แก่ แวนตา และบริการด้านทันตกรรม และผู้จัดบริการสุขภาพต้องเป็นผู้ประกอบการอิสระที่ไม่แสวงหาผลกำไรใด ๆ

ในส่วนของเด็กที่อายุต่ำกว่า 18 ปี รัฐบาลจะเป็นผู้สมทบเบี้ยประกันให้แก่เด็กกลุ่มนี้ ซึ่งจะได้รับบริการประกันสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมใด ๆ แต่ประกันของเด็กต้องถูกรวมไว้ให้อยู่ในแผนการประกันสุขภาพของครอบครัว ซึ่งบริษัทประกันส่วนใหญ่มักเสนอประกันสุขภาพตามความสมัครใจของเด็กร่วมกับกรมธรรม์สุขภาพตามความสมัครใจของครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน นอกจากนี้งบประมาณสำหรับการดูแลสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลถูกนำไปใช้ในด้านอื่น ๆ ด้วย ได้แก่ การจ่ายค่าสินไหมทดแทน การพัฒนาระบบการเงินในโรงพยาบาล การสมทบในกองทุนเทศบาลตามกฎหมายการสนับสนุนทางสังคมและกฎหมายเยาวชน รวมทั้งการเสริมสร้างสุขภาพให้แก่ประชาชน และเป็นต้นทุนของการอบรมสำหรับแพทย์และทันตแพทย์

4) กลไกการจ่ายค่าบริการในบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- *การจ่ายสำหรับบริการสุขภาพ*

การจ่ายสำหรับบริการสุขภาพในประเทศเนเธอร์แลนด์นั้นเป็นการจ่ายภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการของประเทศ โดยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้นสามฉบับ ได้แก่ Health Insurance Act (Zvw) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาล Long-term Care Act (Wlz) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว และ Social Support Act ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

สำหรับการดูแลในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 โรงพยาบาลของเนเธอร์แลนด์จ่ายค่าบริการผ่านระบบ Diagnosis Treatment Combinations (DBC) ซึ่งระบบ DBC จัดสรรไว้สำหรับทั้งการรักษาและการวินิจฉัย และเป็นระบบที่มีความยืดหยุ่นในกรณีผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยที่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทางมากกว่าหนึ่งสาขา หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่มากกว่าหนึ่งอย่าง ระบบ DBC บังคับให้โรงพยาบาลต้องจัดสรรการดูแล

งบประมาณในภาพรวมทั้งหมดของการรักษาเริ่มตั้งแต่การรักษาในระยะเริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดกระบวนการติดตามผู้ป่วย รวมทั้งครอบคลุมงบประมาณของบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง บริการในสถานพยาบาล การใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์และกระบวนการวินิจฉัย นอกจากนี้ งบประมาณของ DBC ยังครอบคลุมค่าใช้จ่ายทางตรง และค่าใช้จ่ายทางอ้อมในบริการสุขภาพ เช่น การให้การศึกษ การวิจัย และบริการฉุกเฉินด้วย

ในส่วนของค่าใช้จ่ายเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพและป้องกันโรคนั้นอยู่ในความรับผิดชอบของเทศบาล ซึ่งภารกิจนี้ถูกกำหนดไว้ใน Wet publieke gezondheid, Wpg โดยมีภารกิจที่เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ ได้แก่ มาตรการการป้องกันสุขภาพของเยาวชน อนามัยสิ่งแวดล้อม ค่าแนะนำทางสังคมและการแพทย์ การตรวจสุขภาพตามกำหนด สาธารณสุขสำหรับผู้ลี้ภัย การคัดกรองการป้องกันโรค ระบาดวิทยา การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การให้ภูมิคุ้มกันโรค และการป้องกันด้านสุขภาพจิตชุมชน โดยรัฐบาลจะมอบหมายให้เทศบาลเป็นผู้จัดบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและทำให้โครงการต่าง ๆ บรรลุผล และรัฐบาลจะจัดสรรงบประมาณบางส่วนให้แก่กองทุนเทศบาล (municipality fund) โดยจัดสรรตามตัวชี้วัดที่แน่นอน เช่น จำนวนประชากร ขนาดทางกายภาพของเทศบาล และจำนวนของประชาชนที่มีสิทธิในการประกันสังคม (37) ซึ่งงบประมาณนี้ครอบคลุมงบประมาณประมาณร้อยละ 90 ของค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของเทศบาล

- การจ่ายค่าบริการให้แก่บุคลากรทางสุขภาพ

การจ่ายให้แก่บุคลากรทางสุขภาพในประเทศเนเธอร์แลนด์สามารถแบ่งได้ 3 ด้าน ได้แก่ การจ่ายให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป การจ่ายให้แก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และการจ่ายให้แก่เภสัชกร ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศเนเธอร์แลนด์เป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีความสำคัญในบริการขั้นปฐมภูมิ บทบาทที่โดดเด่นของแพทย์คือการตรวจคัดกรองโรคสำหรับผู้รับบริการและตัดสินใจส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการขั้นทุติยภูมิ ระบบการจ่ายค่าบริการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในปัจจุบันกระตุ้นให้เกิดการดูแลแบบบูรณาการและการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพทั้งหลาย ระบบการจ่ายค่าบริการให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปแบ่งเป็น 3 ส่วน (37) ได้แก่

1. การดูแลขั้นพื้นฐานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จะได้รับค่าตอบแทนจาก 3 ส่วน ได้แก่ แบบ CAP ตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียน ค่าตอบแทนสำหรับผู้ให้คำปรึกษาและคนเยี่ยมบ้าน และค่าธรรมเนียมสำหรับพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพจิต โดยที่ Dutch Healthcare Authority เป็นผู้กำหนดค่าธรรมเนียม
2. การดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care) การดูแลแบบบูรณาการมีไว้เพื่อจัดการกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหอบหืด และกลุ่มผู้มีความเสี่ยงสูงในโรคหัวใจและหลอดเลือด ในปี ค.ศ. 2010 ได้นำเอาระบบการจ่ายค่าบริการรูปแบบ bundled payment มาใช้ในการจ่ายค่าบริการสำหรับการดูแลด้านนี้ โดยการจ่ายค่าบริการแบบ bundled payment นี้ถือเป็นการพัฒนามาตรฐานบริการสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 4 กลุ่มข้างต้น ซึ่ง care group ที่ประกอบไปด้วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ตั้งแต่ 4 - 150 คน ทำหน้าที่จัดหาและให้บริการที่

จำเป็นสำหรับการดูแลรักษาโรคเรื้อรังเหล่านั้น แพทย์ใน care group มีหน้าที่ประสานงานการให้บริการร่วมกัน รวมทั้งการจ่ายค่าชดเชยให้แก่ผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งประมาณร้อยละ 80 ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปของเนเธอร์แลนด์เข้าร่วมใน care group ลักษณะนี้ กลุ่ม care group จะต่อรองค่าธรรมเนียมกับบริษัทประกันสำหรับการให้บริการแก่ผู้ป่วย 1 ราย ดังนั้นการทำสัญญากับบริษัทประกันจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการจ่ายค่าบริการแบบ bundled payment และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะได้รับค่าธรรมเนียมรายหัวอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การจ่ายค่าบริการในการดูแลแบบบูรณาการยังรวมไปถึงค่าใช้จ่ายสำหรับการปฏิบัติงานของพยาบาล และค่าบริการสำหรับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอีกด้วย ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

3. การใช้งบประมาณในการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (P4P) และงานด้านนวัตกรรม ประเทศเนเธอร์แลนด์จ่ายค่าบริการในรูปแบบ P4P สำหรับบริการต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงบริการประสิทธิภาพของการส่งจ่ายยาและการส่งต่อผู้ป่วยไปยังการดูแลขั้นทุติยภูมิ ซึ่งการจ่ายในส่วนนี้ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต้องทำสัญญากับบริษัทประกันด้วย การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน จะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานที่เหมาะสมของแพทย์ซึ่งทำหน้าที่เป็น gatekeeper

ระบบการจ่ายค่าบริการให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปใช้รูปแบบการจ่ายแบบผสมผสาน ทั้งการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS สำหรับบริการป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน การคัดกรองโรค เป็นต้น การจ่ายแบบ CAP การจ่ายค่าธรรมเนียมในการให้คำปรึกษา การจ่ายตามรายชั่วโมงในบริการการดูแลนอกเวลา การจ่ายแบบ bundled payments ในการดูแลแบบบูรณาการ และการจ่ายแบบ P4P สำหรับบางบริการ อย่างไรก็ตาม บริการปฐมภูมิอื่นๆ เช่น บริการทันตกรรม กายภาพบำบัด จะใช้รูปแบบการจ่ายค่าบริการแบบ FFS

ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทาง

แพทย์เฉพาะทางหมายถึงทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอิสระที่ทำงานในความสัมพันธ์แบบหุ้นส่วนในโรงพยาบาล (ร้อยละ 60) และผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับเงินเดือนจากโรงพยาบาลโดยตรง ซึ่งในระหว่างปี ค.ศ. 2008-2015 แพทย์กลุ่มแรกได้รับค่าบริการผ่านระบบ Diagnosis Treatment Combinations (DBC) และแพทย์กลุ่มหลังได้รับค่าบริการในรูปแบบค่าธรรมเนียมรายชั่วโมงที่ได้กำหนดขึ้นโดย Dutch Healthcare Authority (NZA)

เภสัชกร

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2012 มีการเปลี่ยนแปลงกลไกการจ่ายเงินของเภสัชกรในเนเธอร์แลนด์ ส่วนแรกคือมีการแยกจ่ายระหว่างจ่ายยาและบริการอื่นๆ ที่ให้บริการโดยเภสัชกร เช่น การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยา การตรวจสอบความเหมาะสมของการสั่งจ่ายยาจากแพทย์ และส่วนที่สองเป็นการเจรจาต่อรองราคาของการบริการ โดยในการบริการขั้นปฐมภูมินั้นต้องมีการเจรจาระหว่างบริษัทประกันและเภสัชกรในด้านปริมาณ และราคาบนพื้นฐานของบริการด้านเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

โดยสรุป การจ่ายค่าบริการในระบบสุขภาพของประเทศเนเธอร์แลนด์สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การจ่ายสำหรับบริการสุขภาพที่อยู่ภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและสวัสดิการของประเทศทั้งสามฉบับ

และการจ่ายให้แก่ผู้ปฏิบัติงานซึ่งได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เภสัชกร รวมทั้งพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานต่าง ๆ กลไกการจ่ายค่าบริการในระบบสุขภาพมีหลายรูปแบบ ทั้งการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS การจ่ายค่าธรรมเนียมแบบ CAP การจ่ายค่าบริการตามรายชั่วโมง การจ่ายแบบ bundled payments การจ่ายค่าบริการแบบ P4P และการจ่ายค่าบริการผ่านระบบ Diagnosis Treatment Combinations (DBC) สำหรับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นความรับผิดชอบของเทศบาลซึ่งได้รับงบประมาณจากรัฐบาลกลางสำหรับการจัดบริการให้แก่ประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ และการจ่ายค่าบริการให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการขั้นปฐมภูมิ

3.4 การทบทวนการจ่ายค่าบริการด้าน P&P ในประเทศไทย

3.4.1 การบริหารจัดการงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับงบประมาณเป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขโดยจำแนกออกเป็นรายการต่างๆ คือ 1) รายการบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ป่วยในทั่วไป ผู้ป่วยนอกทั่วไป สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ แพทย์แผนไทย บริการกรณีเฉพาะ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน เงินช่วยเหลือผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และบริการจ่ายตามคุณภาพ ผลงานบริการที่เพิ่มขึ้น 2) รายการบริการที่จำแนกเป็นกองทุนเฉพาะ ได้แก่ กองทุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง การควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง 3) ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่เสี่ยงภัย 4) ค่าบริการสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง² ซึ่งบริหารจัดการโดย สปสช. และยึดหลักการดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนฯ ภายใต้ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545³

แนวคิดในการบริหารจัดการกองทุนในแต่ละปียังมีความแตกต่างกันแต่ยังคงอยู่ภายใต้วัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและให้บริการที่มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและมีคุณภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน⁴ โดยในปีงบประมาณ 2560⁵ ได้กำหนดแนวคิดหลัก ดังนี้

- 1.1 การสร้างความเป็นธรรมต่อประชาชนและผู้ป่วยที่จะได้รับบริการสาธารณสุข
- 1.2 การเพิ่มประสิทธิผลและคุณภาพผลงานบริการสาธารณสุข
- 1.3 การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมดำเนินงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการบริการ

สาธารณสุข

- 1.4 การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเงินกองทุน โดย

- 1.4.1 ให้มีการบริหารเป็นวงเงินแบบมีเพดานระดับเขตตามเขตความรับผิดชอบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต (Global budget ระดับเขต) ภายใต้ความเห็นชอบของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.) เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงการพัฒนาบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม

- 1.4.2 แนวทางการจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุน มีการจ่ายเป็นเงินสำหรับการบริการสาธารณสุขและการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุข และจ่ายเป็นยาหรือเวชภัณฑ์/อุปกรณ์และอวัยวะเทียมในการบำบัดโรคที่จัดหาจากองค์การเภสัชกรรมตามความเห็นชอบของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (จัดหาจากองค์การเภสัชกรรมฯ) ทั้งนี้ การจ่ายเป็นเงินจะจ่ายแบบเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดจ่ายตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ และจ่ายตามโครงการที่กำหนดวัตถุประสงค์

² คู่มือบริหารจัดการกองทุน สปสช. พ.ศ. 2550-2560

³ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

⁴ คู่มือบริหารจัดการกองทุน สปสช. พ.ศ. 2550-2560

⁵ คู่มือบริหารจัดการกองทุน สปสช. พ.ศ. 2560

เฉพาะโดยมอบให้ สปสช.กำหนดการกำกับ การตรวจสอบและประเมินผลเงินที่ได้รับจากกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของหน่วยตรวจสอบด้วย

1.4.3 การจ่ายค่าใช้จ่ายเงินกองทุนตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภาย หลังการให้บริการ ให้เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาวินัยการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และตามข้อมูลที่ส่งมาในปีงบประมาณ

1.4.4 การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นโครงการเฉพาะหรือโครงการพิเศษอาจให้สถานบริการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมให้บริการได้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ สปสช.กำหนดโดยให้ทำสัญญาหรือข้อตกลงดำเนินงานและผลผลิตหรือผลลัพธ์ที่จะส่งมอบกับ สปสช.

1.4.5 ให้มีมาตรการกำกับและเร่งรัดการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกระดับรวมทั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่และกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพพระระดับจังหวัด

1.4.6 ในระหว่างปีงบประมาณ หากเงินที่กำหนดในรายการและประเภทบริการใดไม่เพียงพอเนื่องจากผลงานบริการมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับงบประมาณหรือกรณีจำเป็นอื่นให้ สปสช. ใช้เงินกองทุนจากรายการและประเภทบริการอื่นจ่ายไปก่อน และในช่วงปลายปีงบประมาณ หากจ่ายหรือประมาณการจ่ายตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในหมวด 2 ถึงหมวด 7 เสร็จสิ้นตามเป้าหมายของปีงบประมาณ 2560 แล้ว ให้ สปสช. จ่ายเงินที่อาจเหลือในภาพรวมทุกรายการและประเภทบริการคืนเข้ารายการและประเภทบริการอื่นที่ยังจ่ายในระหว่างปีงบประมาณก่อนและหากไม่เพียงพอให้ของงบประมาณทดแทนในปีถัดไป หากมีเงินเหลือจึงจ่ายตามผลงานการให้บริการหรือตามจำนวนประชากรให้หน่วยบริการ หรือจ่ายเป็นค่ายาหรือเวชภัณฑ์ที่จัดหาจากองค์การเภสัชกรรมฯ

3.4.2 สิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) เป็นสิทธิประโยชน์เดียวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดให้กับประชาชนไทยทุกสิทธิ เป็นบริการสาธารณสุขที่ให้โดยตรงแก่บุคคลครอบครัวหรือกลุ่มบุคคลโดยมีวัตถุประสงค์เชิงผลลัพธ์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ อัตราป่วย/อัตรารายที่เป็นภาระโรคของประเทศและส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก บรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ชุดสิทธิประโยชน์ของบริการ P&P ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545-2560⁶ มีขอบเขตในการให้บริการประกอบด้วย 1) การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพและศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การสร้างเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษา แนะนำ การให้ความรู้ และการสาธิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การให้ยา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยไม่รวมถึงการเฝ้าระวังโรคและบริการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อน หรือการชะลอความรุนแรงของการป่วยซึ่งรวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล

บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ในปีงบประมาณ 2545-2558 จำแนกออกเป็น 10 กลุ่ม มีจำนวนกิจกรรมบริการมากกว่า 100 กิจกรรมซึ่งในบางรายการกิจกรรมมีความซ้ำซ้อนกันในแต่ละกลุ่มอายุ ซึ่งภายในปีงบประมาณ 2559 สปสช. ได้ดำเนินการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ด้าน P&P และในปีงบประมาณ 2560 ได้ประกาศชุดสิทธิ

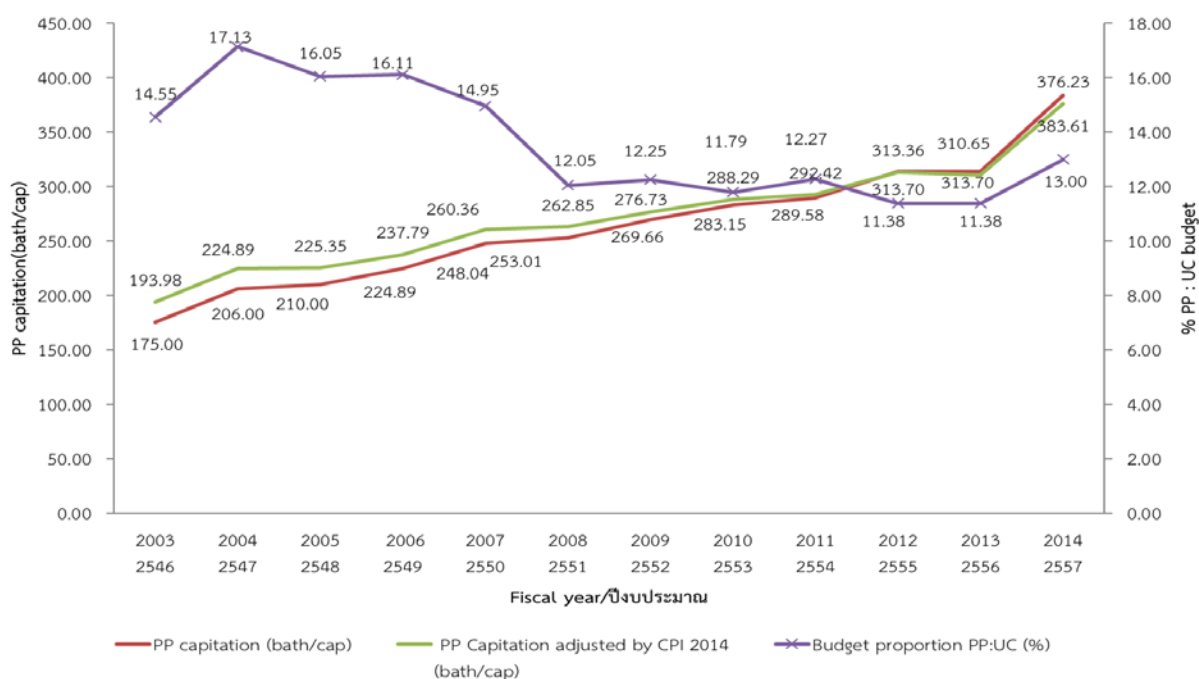
⁶ ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ประโยชน์โดยมีกิจกรรมบริการแยกตามกลุ่มวัยเป็น 5 กลุ่ม จำนวน 82 รายการและสามารถจัดเป็น 4 กลุ่มกิจกรรม คือ 1) การตรวจวัดร่างกาย/คัดกรอง/ประเมิน/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2) การให้คำปรึกษาแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสาธิต 3) การให้วัคซีน ยา การทำหัตถการ และ 4) การเยี่ยมบ้าน

แม้ว่า สปสช. ได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้าน P&P เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน สปสช. ยังมีความจำเป็นต้องเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละกลุ่มวัยตามประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ซึ่งประชาชนไทยทุกสิทธิ ได้แก่ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้มีสิทธิประกันสังคม ผู้มีสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสิทธิอื่นๆ มีสิทธิเข้าถึงบริการ P&P โดย สปสช. กำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึงบริการของประชาชนแต่ละกลุ่มวัย เพื่อใช้ในการติดตามประเมิน สปสช.เขต ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มการเข้าถึงบริการด้าน P&P ของประชาชนไทยให้มากขึ้น

3.4.3 การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในช่วงแรกของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช. มีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับงาน P&P คือการก่อตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (กองทุน P&P) เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณ P&P เป็นไปอย่างเหมาะสมและได้ประโยชน์สูงสุด ซึ่งงบประมาณ P&P ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยการกำกับดูแลของ สปสช. มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปี พ.ศ. 2546 - 2560 แต่หากพิจารณาถึงสัดส่วนของงบประมาณ P&P ต่องบประมาณ UC ทั้งหมดแล้วกลับมีแนวโน้มคงที่ ดังรูปที่ 4



(ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักดัชนีเศรษฐกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. รายงานดัชนีราคาผู้บริโภคทั่วไปของประเทศไทยปี พ.ศ. 2546-2560 ปีฐาน พ.ศ. 2554 หมวดการตรวจรักษาและบริการส่วนบุคคล)

รูปที่ 4 งบประมาณ P&P ต่อหัวประชากรและสัดส่วนของงบประมาณ P&P ต่องบประมาณ UC ทั้งหมด

การบริหารงบประมาณ P&P นั้นมีการปรับเรื่อยมา โดยแต่เดิมนั้น งบประมาณ P&P ถูกรวมอยู่ในก้อนเดียวกับงบประมาณรายหัวด้านการรักษาพยาบาลที่จัดสรรให้หน่วยบริการ ต่อมาในปีงบประมาณ 2547 ภายใต้กองทุน P&P ได้แบ่งงบประมาณ P&P ออกเป็น 4 หมวดด้วยกัน คือ 1) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่บริหารจัดการโดยส่วนกลาง (vertical programs) 2) บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในหน่วยบริการ (facility-based services) 3) บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในชุมชน (community-based services) และ 4) บริการอื่นๆ ตามชุดสิทธิประโยชน์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 สปสช. ได้เข้ามาบริหารจัดการงบประมาณ P&P ทั้งหมด ในขณะที่งบประมาณสำหรับหน่วยบริการส่วนใหญ่ยังผ่านกระทรวงสาธารณสุขบริหารจัดการ ในระยะนี้การบริหารจัดการกองทุนมีการปรับโดยให้ดำเนินการแบบโครงการแนวตั้ง (vertical program) ร่วมกับการจัดบริการพื้นฐานที่ สปสช. กำหนด ซึ่งการบริหารจัดการ vertical program โดย สปสช. จัดสรรงบประมาณให้กับกระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานและประสานกับจังหวัดโดยตรงนั้นเพื่อกระตุ้นการทำงานและบริหารจัดการในจังหวัด นอกจากนี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบให้จัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลขึ้นในปี เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการระบบ P&P ในระดับท้องถิ่น

ถัดมาในปีงบประมาณ 2551 ได้มีความร่วมมือระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ในการบริหารจัดการงบประมาณ P&P และได้ปรับการบริหารจัดการแบบใหม่เพื่อกระตุ้นให้พื้นที่วางแผน ดำเนินงาน และติดตามประเมินผลด้วยตนเอง โดยแบ่งออกเป็น 4 หมวด ได้แก่ 1) กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (vertical program) 2) บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่จัดในชุมชน (community-based services) 3) บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการอย่างเด่นชัด (expressed demand services) และ 4) บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคสำหรับพื้นที่ (area-based services) จนกระทั่งในปีงบประมาณ 2557 ได้มีการยกเลิก สปสช. สาขาจังหวัด ทำให้ในปีงบประมาณ 2558 จนถึงปัจจุบัน งบประมาณ P&P ทุกส่วนถูกบริหารจัดการโดย สปสช. ดังรูปที่ 5

ปีงบประมาณ									
2550	2552	2553-54	2555-56	2557	2558-59	2560			
CAP	CAP	CAP	CAP	CAP	CAP	CAP			
VP	NPP&CP	NPP&CP	NPP&CP	NPP&CP	NPP&CP	NPP&CP			
PPC	PPA	PPA	PPA	PPA	PPC	PPA			
	PPC	PPC	PPC	PPC		QOF			
PPF	PPE	PPE	CAP	PPE	CAP	PPB	CAP	PPB + (PPA+PPD+QOF) จัดสรรแบบ GB ระดับเขตจ่ายแบบ CAP ปรับตาม ผลงานและ โครงสร้าง	PPB จัดสรรแบบ GB ระดับเขตจ่าย แบบ CAP ปรับ ตามผลงานและ โครงสร้าง
Performance based payment			Itemized		ปี 56 Quality Performance		Quality Performance		
					PP Dental		PPD		

รูปที่ 5 การบริหารจัดการงบประมาณ P&P ปีงบประมาณ 2550-2560

คำอธิบาย: CAP; Capitation

VP; Vertical Program

NPP&CP; National Priority Program and Central Procurement

PPA; P&P Area-Based Services

PPB; P&P Basic Service

PPC; P&P Community-Based Service

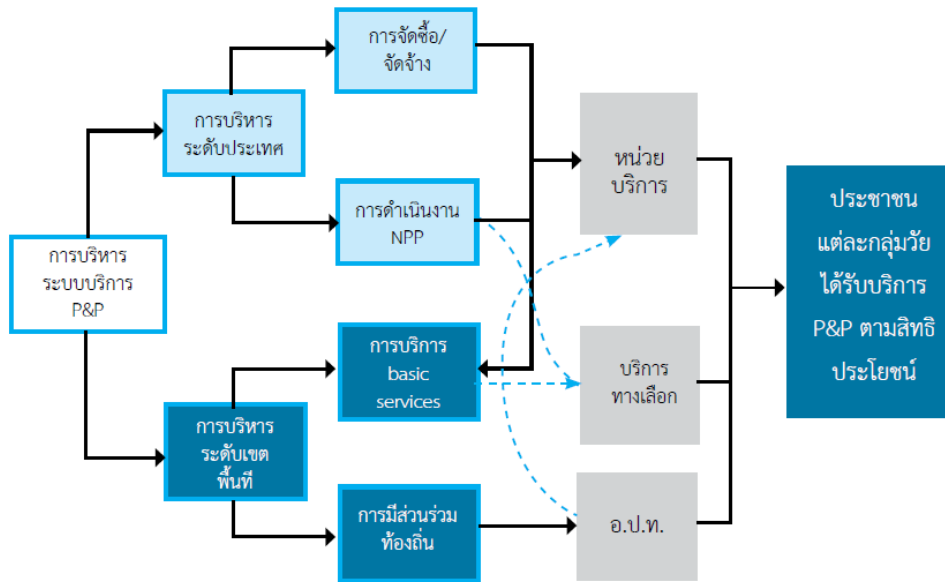
PPD; P&P Development

PPE; P&P Expressed Demand Service

PPF; P&P Facility-Based Service

QOF; Quality Outcome Framework

ทั้งนี้ สปสช. ได้กำหนดแนวทางการบริหารบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็น 2 ระดับ คือ ระดับประเทศและระดับเขตพื้นที่เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยคำนึงถึงความสอดคล้องด้าน Health Need ของประชาชนในพื้นที่ การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการดำเนินงานรวมถึงประสิทธิผลและคุณภาพของการบริการ ดังรูปที่ 6



รูปที่ 6 กรอบการบริหารจัดการงบประมาณ P&P

ในปีงบประมาณ 2560 สปสช. ได้รับจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายการจัดบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ให้โดยตรงแก่บุคคลสำหรับประชาชนไทยทุกคนภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 (ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) จำนวน 405.29 บาทต่อผู้มีสิทธิ 48.8029 ล้านบาท หรือเท่ากับ 301.88 บาทต่อประชาชนไทยทุกคน (จำนวน 65.5210 ล้านคน) สปสช. แบ่งการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นประเภทบริการย่อย 5 รายการ ได้แก่

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ

การจัดการปัญหาสาธารณสุขหรือภาระโรคที่สำคัญของประเทศให้บรรลุผลสำเร็จและเกิดผลกระทบอย่างชัดเจนนั้น มีความจำเป็นต้องดำเนินการและชี้นำภาพรวมในระดับประเทศ นอกจากนี้การให้บริการสาธารณสุขตามสิทธิประโยชน์ใหม่ยังจำเป็นต้องมีการนำร่องและบริหารจัดการในระดับประเทศเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของระบบก่อนที่จะขยายไปทั่วประเทศ รวมถึงการจัดหาพัสดุ อาทิ การจัดซื้อเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา หากดำเนินการจัดซื้อ/จัดจ้างรวมระดับประเทศย่อมทำให้ได้ราคาต่อหน่วยที่ประหยัดและช่วยประกันการเข้าถึงเวชภัณฑ์/วัสดุของผู้รับบริการ

1) วัตถุประสงค์

- 1.1) เพื่อจัดหา กระจายเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และวัสดุให้แก่หน่วยบริการ/สถานบริการ

1.2) เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำคัญต่อการป้องกันหรือลดทอนปัญหาสาธารณสุขหรือภาวะโรคที่สำคัญของประเทศ

2) แนวทางการบริหารค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายจำนวน 30 บาทต่อคน สปสช.บริหารเป็น 2 ส่วน คือ

2.1) ค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดซื้อ/จัดจ้างรวมระดับประเทศ ได้แก่

2.1.1) ค่าวัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศ (EPI Program) จ่ายเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ที่จัดหาจากองค์การเภสัชกรรมฯ ทั้งนี้ ครอบคลุมกิจกรรมการจัดซื้อ การบริหาร การขนส่ง/การเบิกจ่ายและการกระจายวัคซีนให้แก่หน่วยบริการทั่วประเทศผ่านระบบ VMI โดยให้หน่วยบริการ/สถานบริการเบิกเป็นวัคซีนตามจำนวนที่มีการให้บริการ

2.1.2) ค่าวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล จ่ายเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ที่จัดหาจากองค์การเภสัชกรรมฯ ทั้งนี้ ครอบคลุมกิจกรรมการจัดซื้อ การบริหาร การขนส่ง/การเบิกจ่ายและการกระจายวัคซีนให้แก่หน่วยบริการทั่วประเทศผ่านระบบ VMI โดยให้หน่วยบริการ/สถานบริการเบิกเป็นวัคซีนตามจำนวนที่ตกลงให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกกลุ่มอายุ (โรคหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด) ผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี หญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 4 เดือน เด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี

2.1.3) ค่าสมุดบันทึกสุขภาพ/คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กและเวชภัณฑ์/วัสดุทางการแพทย์ตามความจำเป็น โดยจ่ายให้หน่วยบริการที่กรมอนามัยหรือกรมสุขภาพจิตมอบหมายให้ดำเนินการจัดพิมพ์/จัดหาเพื่อจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ หรือจ่ายเป็นค่ายาและเวชภัณฑ์ให้หน่วยบริการตามจำนวนที่มีการให้บริการ

2.2) ค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นนโยบายหรือปัญหาสำคัญระดับประเทศหรือเป็นบริการใหม่ที่ต้องมีการจัดระบบบริการภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ แผนงานดำเนินการ ได้แก่

2.2.1) การป้องกันและควบคุมความผิดปกติแต่กำเนิด

(1) การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย

(2) การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมนในเด็กแรกเกิด

(3) การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์

2.2.2) บริการตรวจยืนยันและแก้ไขพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน

2.2.3) การป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

2.2.4) บริการตรวจยืนยันปัญหาสายตาและค่าแว่นตาสำหรับเด็ก

2.2.5) ประเด็นบริการอื่นๆ ที่ผ่านการเห็นชอบร่วมกัน ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สสส. ผู้มีส่วนได้เสียอื่น และ สปสช. โดยต้องคำนึงถึงความพร้อมของการจัดบริการ และผ่านหลักเกณฑ์/เงื่อนไขในการคัดเลือกบริการที่จะดำเนินการ

3) แนวทางการสนับสนุน

3.1) สปสช. จัดหาและกระจายวัคซีน สมุดบันทึกสุขภาพ เวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ ให้หน่วยบริการ/สถานบริการทั่วประเทศตามจำนวนที่มีการให้บริการ โดยวัคซีนพื้นฐานและวัคซีนไขหวัดใหญ่จัดส่งผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม สมุดบันทึกสุขภาพ เวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ดำเนินการจัดส่งโดยหน่วยบริการหรือหน่วยงานรัฐที่ได้รับมอบหมาย

3.2) สปสช. จ่ายเป็นค่าบริการชดเชยหรือเพิ่มเติมให้หน่วยบริการ/สถานบริการที่ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยยึดผลงานตามวันที่หน่วยบริการ/สถานบริการส่งข้อมูล (sent date) และตามหลักเกณฑ์และอัตราที่ สปสช. กำหนด หรือ สปสช. สนับสนุน/จ้างเหมาหน่วยบริการ/สถานบริการเพื่อให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแผนงานโครงการ

2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชนจำนวน 45 บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยจ่ายให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน รายละเอียดการบริหารจัดการเป็นไปตามข้อ 5 กรณีที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมถึงกรุงเทพมหานครไม่พร้อมเข้าร่วมดำเนินงานทำให้มีค่าใช้จ่ายเหลืออยู่ สปสช. จะจัดสรรค่าใช้จ่ายที่เหลือนี้เป็นค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐานจ่ายให้หน่วยบริการ

1) วัตถุประสงค์

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินงานในชุมชน เป็นการสนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นหน่วยรับผิดชอบบริหารจัดการและดำเนินงานให้ประชาชนในพื้นที่เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเป็นไปตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตามเจตนารมณ์แห่ง พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 18 (8) และ (9) และมาตรา 47

2) กรอบการบริหารค่าใช้จ่าย

เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับดำเนินการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 45 บาทต่อคน โดยจัดสรรให้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมดำเนินงาน หากมีเงินเหลือให้ปรับเกลี่ยเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน กรณีพื้นที่ สปสช. เขต 13 กรุงเทพมหานคร หากยังไม่มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น ให้ สปสช. จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

3) แนวทางการสนับสนุน/กรอบการดำเนินงาน

สปสช. จัดสรรค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน เพื่อให้ สปสช. เขตบริหารจัดการ ดังนี้

3.1) แนวทางการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 และเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2559 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 รวมถึงประกาศคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายได้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การจัดบริการสาธารณสุขของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 โดยเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่าย ตามแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมที่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อนุมัติ

3.2) แผนการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ปีงบประมาณ 2560 โดยมี สปสช.เขต 1-12 เป็นผู้รับผิดชอบประสานงานกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

3.3) หลักเกณฑ์การเข้าร่วมจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

3.3.1) มีความประสงค์เข้าร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

3.3.2) มีการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่มาก่อนแล้ว และมีการจัดทำแผนและดำเนินการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการมีส่วนร่วมของภาคต่างๆ ในพื้นที่

3.3.3) มีความพร้อมในการอุดหนุนเงินหรืองบประมาณตามอัตราส่วนที่กำหนด

3.4) หลักเกณฑ์การสมทบเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมทบเงินเข้ากองทุนไม่น้อยกว่าอัตราร้อยละของเงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

3.4.1) องค์กรบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

3.4.2) องค์กรบริหารส่วนตำบลขนาดกลาง สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 40

3.4.3) องค์กรบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่ หรือเทศบาลตำบล สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

3.4.4) เทศบาลเมือง หรือเทศบาลนคร หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

3.5) การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

3.5.1) การบันทึกข้อมูลพื้นฐาน รายงานกิจกรรม รายงานด้านการเงินรายงานการประเมินตนเองผ่านระบบโปรแกรมออนไลน์ทางเว็บไซต์ <http://tobt.nhso.go.th/obt> ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

3.5.2) สปสช.ส่วนกลาง/สปสช.เขต กำกับ ติดตาม และลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม

3.5.3) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด ระดับเขต

3. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด จำนวน 4 บาทต่อคน สปสช.เขตบริหารเงิน Global budget ระดับเขต โดยจ่ายเป็นค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัดตามความจำเป็นสุขภาพ

ภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการฯ แนวทางและหลักเกณฑ์การจ่ายให้ผ่านความเห็นชอบจาก อปสข. สปสช.เขต สนับสนุน/จ้างเหมาหน่วยบริการ/สถานบริการหรือหน่วยงานต้นสังกัดจัดให้มีบริการตามแผนงานโครงการที่ เห็นชอบ โดยจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ

4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน

บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน เป็นค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคตามสิทธิประโยชน์ แก่ประชาชนไทยทุกสิทธิทั้งในและนอกหน่วยบริการ โดยจ่ายค่าใช้จ่ายให้หน่วย บริการ/สถานบริการ เพื่อให้ประชาชนเข้ารับบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ณ หน่วยบริการทุกแห่งซึ่งตั้งอยู่ภายใน จังหวัดที่อาศัยหรือลงทะเบียนไว้ ทั้งนี้ ต้องเป็นหน่วยบริการประจำและเครือข่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ หรืออาจกำหนดให้ประชาชนรับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายที่หน่วยบริการทุกแห่งภายในเขต โดย สปสช. เขตปรึกษาหารือกับหน่วยบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ อปสข.ให้ความเห็นชอบ (ยกเว้นกรณีฝากครรภ์ตาม นโยบาย “ฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ” สามารถไปใช้บริการได้ที่หน่วยบริการทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)

1) วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยบริการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งเชิงรับและเชิงรุกเพื่อให้ประชาชนทุก สิทธิเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุมมากขึ้น

2) กรอบการบริหารค่าใช้จ่าย

2.1) ค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน จำนวน 212.88 บาทต่อคน เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ประเภทและขอบเขตบริการ ประชาชนไทยทุก คนที่ใช้บริการที่หน่วยบริการสถานบริการหรือในชุมชนบริหารจัดการเป็นวงเงินระดับประเทศโดยเหมาจ่ายต่อคน ดังนี้

- ร้อยละ 60 ของวงเงิน ให้ปรับอัตราตามโครงสร้างกลุ่มอายุระดับจังหวัดและให้อัตราแต่ละ จังหวัดต่างจากค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 10 (ค่าเฉลี่ยประเทศ $\pm 10\%$)

- ร้อยละ 40 ของวงเงิน ให้จ่ายตามจำนวนผลงานบริการ เป็นรายหน่วยบริการประจำหรือสถาน บริการ โดยเป็นข้อมูลผลงานบริการตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559

2.2) จำนวนผู้มีสิทธิ กรณีหน่วยบริการสังกัด สป.สธ. ให้ใช้จำนวนผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียน ณ วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2559 เป็นตัวแทนในการจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งปี และกรณีหน่วยบริการสังกัดอื่นให้เป็นไปตามจำนวน ผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนในปีงบประมาณ 2560 สำหรับประชากรไทยอื่น (สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการค่า รักษาพยาบาลของข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) ให้ สปสช.เขต ดำเนินการปรับเกลี่ยให้ หน่วยบริการหรือสถานบริการ โดยต้องผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

2.3) การบริหารจัดการ ค่าใช้จ่ายบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน และการ ปรับลดค่าแรงสำหรับหน่วยบริการภาครัฐเป็นไปตามการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวสำหรับหน่วยบริการภาครัฐนอก สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยบริการเอกชน

2.4) สปสช.เขต 13 กรุงเทพมหานคร การจ่ายค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการ พื้นฐาน อาจจ่ายตามรายการบริการได้ โดยผ่านความเห็นชอบจาก อปสข.

5. บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

บริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ จำนวน 10 บาทต่อคน บริหารจัดการรวมกับบริการที่จ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป รายละเอียดการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายเป็นไปตามการบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวและการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ

6. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

6.1 ระดับประเทศ เพื่อเสนอต่อคณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดย สปสช. ดำเนินการ

1) การกำกับติดตามผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่กำหนด โดยใช้ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกและสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรครายบุคคล (43 แฟ้ม) ข้อมูลบริการผู้ป่วยในรายบุคคล ข้อมูลการลงทะเบียนสิทธิ การสำรวจวิจัย การตรวจเยี่ยมและนิเทศก์งาน เป็นต้น

2) การกำกับติดตามผลบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด โดยใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายที่ สปสช.เขตจ่ายให้หน่วยบริการ/สถานบริการ

3) การประเมินผล โดยการสำรวจระดับ population-based เพื่อประเมินการเข้าถึงบริการ การสำรวจระดับ provider-based เพื่อประเมินคุณภาพบริการ และการประเมินผลเฉพาะเรื่อง/ประเด็น

6.2 ระดับพื้นที่ เพื่อเสนอต่อ อปสช. โดย สปสช.เขต ดำเนินการ

1) การกำกับติดตามผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่กำหนด

1.1) รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด/เป้าหมายที่กำหนดร่วมกันในพื้นที่จากแหล่งข้อมูลที่กำหนดร่วมกัน เช่น ข้อมูลบริการผู้ป่วยนอกและสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรครายบุคคล (43 แฟ้ม) จากหน่วยบริการ/สสจ. รายงานข้อมูลผลการปฏิบัติงานตามแผนงาน/แผนปฏิบัติการ เป็นต้น

1.2) ติดตามให้หน่วยบริการ สถานบริการ ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณต้องรายงานผลผลิต/ผลลัพธ์การดำเนินงานตามที่ตกลง และส่งรายงานผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดแผนงานหรือปีงบประมาณ รวมทั้งให้มีการรายงานความก้าวหน้าและสรุปผลการดำเนินงานต่อที่ประชุม อปสช.ตามระยะเวลาที่กำหนด

2) การประเมินผล โดยการสำรวจระดับ population-based หรือ provider-based ตามระบบของ สปสช. และอาจมีการสำรวจเฉพาะเรื่องโดยไม่ซ้ำซ้อนกับระดับประเทศ

บทที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาสามารถสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสมกับกิจกรรมภายใต้ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข ฉบับที่ 10 (ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) รวมถึงการบริหารจัดการงบประมาณภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ดังต่อไปนี้

4.1 ข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการ

การวิเคราะห์ผลการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาเกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้ให้บริการภายใต้การจ่ายค่าบริการรูปแบบต่างๆ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลลัพธ์และ/หรือผลกระทบของการจ่ายค่าบริการต่อปริมาณบริการ คุณภาพบริการ การสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ให้บริการ การเลือกปฏิบัติ การเหนี่ยวนำผู้รับบริการ และการบริหารจัดการ ซึ่งรวมถึงการบริหารจัดการเอกสารและงบประมาณ ถูกนำมาใช้ในการเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการจ่ายค่าบริการหรือค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการและ/หรือสถานพยาบาลดังแสดงในตารางที่ 3

4.1.1 จุดแข็งและจุดอ่อนของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS และข้อเสนอบริการที่เหมาะสมสำหรับการจ่ายแบบ FFS

จากตารางที่ 3 จะเห็นได้ว่าการจ่ายค่าบริการแบบ FFS อาจทำให้เกิดบริการด้าน P&P ในปริมาณที่ไม่เหมาะสม กล่าวคือ ผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนแบบ FFS มีแนวโน้มที่จะให้บริการสุขภาพด้าน P&P ในปริมาณที่ค่อนข้างมากและในบางครั้งอาจมากกว่าความจำเป็น ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความพยายามในการควบคุมต้นทุน ทั้งนี้ การให้บริการด้าน P&P ในปริมาณที่ค่อนข้างมากนี้อาจเป็นผลดีแก่ผู้เข้ารับบริการและประชากรโดยรวมในบางกรณี เช่น การตรวจคัดกรองโรคติดต่อในประชากรที่มีความเสี่ยงสูง อีกทั้งผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบ/ผลลัพธ์ของการจ่ายแบบ FFS ต่อปริมาณบริการด้าน P&P ยังมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้สรุปได้ว่าการจ่ายค่าบริการแบบ FFS มีผลกระทบที่ไม่ชัดเจนต่อปริมาณบริการด้าน P&P ทั้งนี้ ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแรงจูงใจของผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนแบบ FFS ในทางทฤษฎี พบว่าผู้มีสิทธิมีมักจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ (38) ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการด้าน P&P มากกว่าผู้ให้บริการในระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบอื่น (24) และผู้มีสิทธิที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงไม่ถูกกีดกันจากการเข้ารับบริการ (38) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการจ่ายค่าบริการแบบ FFS มีผลกระทบทางบวกกับคุณภาพบริการด้าน P&P การสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการ และการเลือกปฏิบัติ ซึ่งข้อสรุปนี้ได้มาจากผลการทบทวนวรรณกรรมในทางทฤษฎีเป็นส่วนใหญ่ มีเพียง 1 การศึกษาเท่านั้นที่แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการด้าน P&P มากกว่าผู้ให้บริการในระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบอื่น (24)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของการจ่ายค่าบริการรูปแบบต่างๆ ต่อประเด็นบริการด้าน P&P

รูปแบบการจ่ายค่าบริการ	ปริมาณบริการ	คุณภาพบริการ	การสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการ	การเลือกปฏิบัติ	การเหนี่ยวนำผู้รับบริการ	การบริหารจัดการ	รูปแบบกิจกรรม/บริการที่เหมาะสม
FFS	+/-	+	+	ไม่มีการเลือกปฏิบัติ	เกิดการเหนี่ยวนำ	-	<ul style="list-style-type: none"> การตรวจคัดกรองโรค ค่าบริการฉีดวัคซีน ค่ายา วิตามินเสริม แร่ธาตุ
CAP	+/-	+/-	-	+/-	ไม่เกิดการเหนี่ยวนำ	+	<ul style="list-style-type: none"> การให้ความรู้ แนะนำ และสร้างเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
P4P	+	+	+	มีการเลือกปฏิบัติ	N/A	-	<ul style="list-style-type: none"> กิจกรรมที่ต้องการเน้นให้เป็นนโยบายสำคัญ กิจกรรมที่ต้องการเพิ่มการเข้าถึง เช่น การให้คำปรึกษาในเลิกบุหรี่
GB ⁷	+/-	+/-	-	+/-	N/A	+	<ul style="list-style-type: none"> การจัดสรร/กระจายค่าบริการโดยรวม
ผสมผสาน	+	N/A	+	+	N/A	-	<ul style="list-style-type: none"> เหมาะสมกับกิจกรรม P&P ทุกรูปแบบขึ้นอยู่กับผสมผสานระหว่างรูปแบบการจ่ายค่าบริการ

⁷ เป็นรูปแบบของการจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาล

สีเหลือง หมายถึง รูปแบบการจ่ายค่าบริการมีผลกระทบที่ไม่ชัดเจนต่อประเด็นนั้นๆ

สีเขียว หมายถึง รูปแบบการจ่ายค่าบริการมีผลกระทบในทางบวก/ทางที่ดีต่อประเด็นนั้นๆ

สีแดง หมายถึง รูปแบบการจ่ายค่าบริการมีผลกระทบในทางลบ/ทางที่ไม่ดีต่อประเด็นนั้นๆ

นอกจากนี้ การจ่ายค่าบริการแบบ FFS ก่อให้เกิดการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการสุขภาพ (supplier-induced demand) โดยผู้ให้บริการซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์และมีข้อมูลในการตัดสินใจมากกว่า ผู้รับบริการเป็นผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการของผู้รับบริการ ซึ่งสถานการณ์นี้เกิดจากการมีข้อมูลที่ไม่สมมาตรกันหรือที่เรียกว่า asymmetric information (39) การจ่ายค่าบริการแบบ FFS ยังทำให้ยากที่จะบริหารจัดการโดยเฉพาะในประเทศที่มีระบบข้อมูลสุขภาพไม่ดี จากการวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS พบว่าการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS โดยมีการกำหนดราคามาตรฐาน (fee-schedule) เหมาะสมกับการบริการด้าน P&P ที่มีต้นทุนค่าบริการ (unit cost) ที่ชัดเจนหรือมีรายบริการกำหนดชัดเจน เช่น การตรวจคัดกรองโรคในประชากร (mass screening) ค่าบริการสำหรับการให้ภูมิคุ้มกันโรค และค่ายา วิตามินเสริม และแร่ธาตุต่างๆ ซึ่งทำให้ง่ายต่อการเบิกจ่ายค่าบริการทั้งสำหรับสถานพยาบาลและผู้ซื้อบริการ

4.1.2 จุดแข็งและจุดอ่อนของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP และข้อเสนอบริการที่เหมาะสมสำหรับการจ่ายแบบ CAP

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่สามารถสรุปได้ว่าการจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP มีผลกระทบในทางบวกหรือทางลบต่อปริมาณบริการ คุณภาพบริการ และการเลือกผู้รับบริการได้ เนื่องจากการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายแบบ CAP ต่อคุณภาพและการเลือกผู้รับบริการมีอยู่อย่างจำกัด อีกทั้งผลการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนายังบ่งชี้ว่าการจ่ายแบบ CAP มีผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบต่อปริมาณบริการ กล่าวคือ ผู้รับบริการจะได้รับบริการที่จำเป็นเท่าที่จำเป็นทำให้เกิดการบริการที่ไม่สมเหตุสมผล อย่างไรก็ตาม ผู้รับบริการอาจได้รับบริการในปริมาณที่ต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็นเพราะผู้ให้บริการพยายามที่จะป้องกันการสูญเสียรายได้ของตน ทั้งนี้มีเพียง 1 การศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนแบบ CAP จะให้บริการด้าน P&P ได้ครอบคลุมกลุ่มประชากรจำนวนมากว่าการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS (27) นอกจากนี้การจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP ไม่ก่อให้เกิดการเหนี่ยวนำผู้รับบริการให้มารับบริการมากขึ้นเนื่องจากผู้ให้บริการพยายามที่จะลดค่าใช้จ่ายและควบคุมต้นทุนบริการโดยการลดจำนวนครั้งของการให้บริการลง และพยายามรณรงค์ ส่งเสริมให้ผู้มีสิทธิมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงเพื่อลดการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาล อย่างไรก็ตามการจ่ายค่าบริการแบบ CAP ไม่สามารถสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ให้บริการได้เนื่องจากค่าตอบแทนไม่ได้แปรผันตรงกับผลการปฏิบัติงาน แต่จะขึ้นอยู่กับจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งซึ่งทำให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ

การจ่ายค่าตอบแทนแบบ CAP เหมาะสมสำหรับบริการที่ยากต่อการคิดต้นทุนค่าบริการ เช่น การให้ความรู้ คำแนะนำด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health education) การให้คำปรึกษาและสร้างเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (counselling) เป็นต้น ทั้งนี้การจ่ายค่าบริการแบบ CAP ยังเหมาะสมกับกิจกรรมที่เป็นรายโครงการ (project-based) เช่น โครงการประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองโรค และโครงการประชาสัมพันธ์ให้ผู้มีสิทธิเข้ารับภูมิคุ้มกันโรค

4.1.3 จุดแข็งและจุดอ่อนของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P และข้อเสนอบริการที่เหมาะสมสำหรับการจ่ายแบบ P4P

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนาพบว่าผลกระทบของการจ่ายค่าบริการแบบ P4P ในการเพิ่มปริมาณบริการยังมีความไม่สอดคล้องกันอยู่มาก ตัวอย่างการศึกษาจากประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดาพบว่า การจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P ส่งผลให้มีการตรวจคัดกรองโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพิ่มขึ้น เช่น การตรวจคัดกรองอาการซึมเศร้าและมะเร็งลำไส้ใหญ่ (40) การให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่ และการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (29) แม้ว่าในบางกรณีอาจทำให้ผู้ให้บริการเพิกเฉยต่อการให้บริการในรายการที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนพิเศษ (41) และจากการศึกษายังพบว่า การจ่ายแบบ P4P มีผลกระทบทางบวกในการเพิ่มคุณภาพบริการอีกด้วย อย่างไรก็ตาม คุณภาพของบริการด้าน P&P ที่เพิ่มขึ้นอาจไม่ได้เป็นผลมาจากการจ่ายแบบ P4P เพียงอย่างเดียวแต่อาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยอื่นๆ เช่น การมีอยู่ของโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้ดำเนินการก่อนที่จะมีการใช้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P และการประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปีของสถานพยาบาลซึ่งสร้างแรงกดดันให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น (42) ทั้งนี้การจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P โดยเฉพาะการใช้ตัวชี้วัดคุณภาพบริการ (QOF) ยังช่วยสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้แก่ผู้ให้บริการด้วยการให้คะแนนสำหรับแต่ละตัวชี้วัดคุณภาพที่กำหนดไว้ และนำคะแนนไปใช้ในการคำนวณผลตอบแทนในรูปของตัวเงิน (41) ซึ่งจะทำให้ผู้ให้บริการตั้งใจและเต็มใจปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่สถานพยาบาลกำหนดไว้ (15) อย่างไรก็ตาม การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานด้วยการให้ค่าตอบแทนที่มากกว่าสำหรับผลการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพดีกว่าอาจเป็นการมองข้ามแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) ของผู้ให้บริการได้

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P อาจก่อให้เกิดการเลือกที่จะให้บริการหรือไม่ให้บริการแก่ผู้มีสิทธิโดยปราศจากเหตุผลอันควร (43) และการจ่ายค่าบริการแบบ P4P มีผลกระทบในทางลบต่อการบริหารจัดการงบประมาณ ตัวอย่างของปัญหาที่พบบ่อยในการบริหารจัดการและการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ/สถานพยาบาลคือ การ “เล่นเกม” ของผู้ให้บริการด้วยการเลือกไม่รายงานข้อมูลของผู้รับบริการบางรายเนื่องจากเหตุผลหลายประการซึ่งรวมถึงการพิจารณาถึงความเห็น (clinical judgement) ของผู้ให้บริการเอง (42) อีกทั้งยังพบว่าหลายพื้นที่ที่มีการใช้การจ่ายแบบ P4P ยังขาดเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถของการปฏิบัติงานที่เพียงพอ (inadequate measures of quality) ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดคำนิยามของ “คุณภาพ” บริการที่เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง (44) ทั้งนี้ผู้ทำการศึกษาไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายค่าบริการแบบ P4P ในการเพิ่มหรือลดการเหนี่ยวนำผู้รับบริการ

การจ่ายค่าบริการแบบ P4P เหมาะสำหรับกิจกรรมที่ต้องการเพิ่มการเข้าถึงและต้องการเน้นให้เป็นนโยบายสำคัญในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น การให้คำปรึกษาในการเลิกบุหรี่ การตรวจคัดกรองปัญหาภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยทำงาน การคัดกรองพัฒนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี เป็นต้น ซึ่งการกำหนดนโยบายดังกล่าวต้องคำนึงถึงภาระโรค (burden of disease) จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพ ความรุนแรงของปัญหา

สุขภาพ ความแตกต่างในการปฏิบัติระหว่างกลุ่มผู้รับบริการที่มีเศรษฐานะต่ำและสูง และบริบทของพื้นที่ที่ต้องการ
ใช้นโยบายดังกล่าวร่วมด้วย

4.1.4 จุดแข็งและจุดอ่อนของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ Global Budget และข้อเสนอบริการที่เหมาะสม สำหรับการจ่ายแบบ Global Budget

จากผลการทบทวนวรรณกรรมไม่สามารถสรุปได้ว่าการจ่ายค่าบริการให้แก่สถานพยาบาลในรูปแบบของ
GB มีผลกระทบในทางบวกหรือทางลบต่อคุณภาพและปริมาณบริการด้าน P&P และการเลือกปฏิบัติ เนื่องจาก
การศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายค่าตอบแทนแบบ GB ต่อคุณภาพบริการและผลลัพธ์สุขภาพของ
ผู้รับบริการมีอยู่อย่างจำกัดมาก นอกจากนี้ การจ่ายค่าบริการแบบ GB ไม่ช่วยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการเนื่องจากผู้
ให้บริการได้รับค่าตอบแทนจำนวนคงที่ซึ่งแปรผันตรงกับจำนวนผู้มีสิทธิและจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ และไม่
ขึ้นอยู่กับผลการปฏิบัติงานหรือจำนวนบริการที่ให้ (14) การจ่ายค่าบริการแบบ GB มีจุดแข็งที่สังเกตได้ชัดคือมีการ
ควบคุมต้นทุนการบริการ (cost containment) สามารถคาดการณ์ค่าใช้จ่ายล่วงหน้าได้ และสามารถบริหารจัดการ
จัดการงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากเป็นงบประมาณก้อนเดียว อย่างไรก็ตาม ผู้ทำการศึกษาไม่พบ
ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายค่าบริการรูปแบบ GB ในประเด็นการเหนี่ยวนำผู้รับบริการ การจ่ายค่าบริการ
แบบ GB เหมาะสมที่จะเป็นระบบการจัดสรรงบประมาณโดยรวม เช่น การจัดสรรงบประมาณเป็นวงเงินระดับเขต
และระดับจังหวัด เป็นต้น

4.1.5 จุดแข็งและจุดอ่อนของการจ่ายค่าตอบแทนแบบผสมผสานและข้อเสนอบริการที่เหมาะสมสำหรับการ จ่ายแบบผสมผสาน

การจ่ายค่าตอบแทนแบบผสมผสานมีหลักการที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (adverse
incentives) ของผู้ให้บริการที่เกิดจากการจ่ายค่าตอบแทนแบบดั้งเดิมต่างๆ (20) เช่น ปัญหาในการเข้าถึงบริการ
ด้านสุขภาพ คุณภาพของบริการที่แตกต่างกันของผู้ให้บริการในหลายพื้นที่ และการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการ
ให้บริการด้านสุขภาพ เป็นต้น การผสมระหว่างรูปแบบการจ่ายเป็นการดึงเอาข้อดีของแต่ละรูปแบบมาผสมกัน
เช่น หากต้องการลดปริมาณบริการที่มากเกินไปจนจำเป็นสำหรับการให้บริการในกิจกรรมหนึ่ง ผู้ซื้อบริการอาจ
เลือกผสมผสานระหว่างการจ่ายค่าบริการแบบ FFS และ CAP หรือหากต้องการเพิ่มคุณภาพการบริการและ/หรือ
เพิ่มการเข้าถึงบริการที่สำคัญในขณะเดียวกันก็อยากที่จะควบคุมต้นทุนบริการ ผู้ซื้อบริการอาจพิจารณาเลือกผสม
ระหว่างการจ่ายค่าบริการแบบ P4P และ CAP เป็นต้น ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างการใช้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนผู้
ให้บริการแบบผสมผสานในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่ผู้ให้บริการด้าน P&P และปฐมภูมิได้รับค่าตอบแทนสำหรับการ
ให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ผู้ขึ้นทะเบียนแบบ FFS และได้รับจัดสรรวัคซีนสำหรับการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ผู้
ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบของตน นอกจากนี้ยังได้รับค่าตอบแทนแบบ CAP ตามจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนเป็นราย 3
เดือนอีกด้วย (37) อย่างไรก็ตาม ผู้ทำการศึกษาไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของการจ่ายแบบผสมผสานที่เกิด
ขึ้นกับคุณภาพบริการและการเหนี่ยวนำผู้รับบริการ แต่พบว่าจุดอ่อนของการจ่ายค่าบริการแบบผสมผสานคือเป็น
การยากที่จะผสมผสานระหว่างรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบต่างๆ ให้ได้ในสัดส่วนที่เหมาะสมสำหรับบริบท

ของพื้นที่และประเทศ และการบูรณาการระบบรายงานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพและมีความถูกต้อง การจ่ายค่าบริการแบบผสมผสานเหมาะสำหรับการให้บริการด้าน P&P ทุกรูปแบบขึ้นอยู่กับว่าต้องการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ให้บริการในด้านใดและใช้รูปแบบใด

4.1.6 ข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการตามประเภทบริการในชุดสิทธิประโยชน์

ตารางที่ 4 แสดงรูปแบบการจ่ายค่าบริการตามประเภทบริการในชุดสิทธิประโยชน์ โดยแบ่งออกเป็น การตรวจคัดกรอง ซึ่งมีรูปแบบการจ่ายค่าบริการในปัจจุบันคือ แบบ CAP และแบบ FFS ในบางรายการ เช่น การตรวจคัดกรองภาวะพร่องไทโรอิด (TSH) ธาลัสซีเมีย และกลุ่มอาการดาวน์ รวมทั้งการจ่ายแบบ QOF ในบางรายการ เช่น การฝากครรภ์คุณภาพ บริการสร้างเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำปรึกษา แนะนำ ฯลฯ มีรูปแบบการจ่ายค่าบริการเป็นแบบ CAP ส่วนบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การให้ยา และการทำหัตถการมีการใช้รูปแบบการจ่ายแบบ CAP และสำหรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จ่ายเป็นวัคซีนโดยมีการจัดซื้อจัดจ้างในส่วนกลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจึงมีข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการสำหรับการตรวจคัดกรองควรจ่ายค่าบริการแบบ FFS โดยมี fee schedule ร่วมกับการจ่ายแบบ CAP สำหรับกิจกรรมที่เน้นการเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง เช่น การประชาสัมพันธ์โครงการ รวมทั้งการจ่ายแบบ QOF ในกิจกรรมบางรายการที่ต้องการเน้นให้เป็นนโยบายสำคัญ สำหรับบริการสร้างเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำปรึกษา แนะนำ ฯลฯ ควรใช้รูปแบบการจ่ายค่าบริการแบบ CAP ร่วมกับการจ่ายแบบ QOF เพิ่มในบางรายการที่ต้องการเพิ่มการเข้าถึงและพัฒนาคุณภาพ เช่น การให้คำปรึกษา และบริการการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การให้ยา และการทำหัตถการ ควรใช้การจ่ายแบบ CAP สำหรับบริการที่ต้องการเพิ่มการเข้าถึง เช่น การประชาสัมพันธ์โครงการให้ประชาชนมารับบริการวัคซีน ส่วนบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคควรใช้วิธีการจ่ายเป็นวัคซีน และควรเพิ่มการจ่ายแบบ FFS สำหรับยา วิตามินเสริม แร่ธาตุ

ตารางที่ 4 รูปแบบการจ่ายค่าบริการตามประเภทบริการในชุดสิทธิประโยชน์

ประเภทบริการ	การจ่ายค่าบริการในปัจจุบัน	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
การตรวจคัดกรอง	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายแบบ CAP จ่ายแบบ FFS โดยมี fee schedule ในบางรายการ (ตรวจ TSH, Thalassemia, Down syndrome) จ่ายแบบ QOF บางรายการ เช่น ANC 	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายแบบ CAP สำหรับการเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง เช่น การประชาสัมพันธ์โครงการ จ่ายแบบ FFS โดยมี fee schedule จ่ายแบบ QOF ในบางรายการที่ต้องการเน้นเป็นนโยบายสำคัญ
การสร้างเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายแบบ CAP 	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายแบบ CAP

ประเภทบริการ	การจ่ายค่าบริการในปัจจุบัน	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
คำปรึกษา แนะนำ ฯลฯ		<ul style="list-style-type: none"> จ่ายแบบ QOF เพิ่มในบางรายการที่ ต้องการเพิ่มการเข้าถึงและพัฒนา คุณภาพ เช่น การให้คำปรึกษา
การสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรค การใช้ ยา และการทำ หัตถการ	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายแบบ CAP การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จ่ายเป็น วัคซีน จ่ายแบบ FFS โดยมี fee schedule (ยาฝังคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ยา Medabon) 	<ul style="list-style-type: none"> จ่ายแบบ CAP สำหรับการเพิ่มการเข้าถึง เช่น การประชาสัมพันธ์โครงการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จ่ายเป็น วัคซีน เพิ่มการจ่ายแบบ FFS สำหรับยา วิตามินเสริม แร่ธาตุ

4.2 ข้อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบสุขภาพของต่างประเทศพบว่าหลายประเทศได้ใช้นโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยมีวัตถุประสงค์หลักคือเพื่อแก้ปัญหาความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ และเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ในสหราชอาณาจักรได้ใช้นโยบายเขตสุขภาพเพื่อกระจายอำนาจการบริหารทั้งด้านงบประมาณและการบริหารจัดการลงสู่พื้นที่ (45) เช่นเดียวกับประเทศฟินแลนด์ที่กำหนดให้เทศบาลเป็นผู้กำกับดูแลการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการปฐมภูมิ บริการเฉพาะทาง (specialized care) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) การดูแลระยะยาว (long-term care) สวัสดิการสังคม (social services) และบริการทันตกรรม โดยเทศบาลสามารถกำหนดขอบเขตการให้บริการได้นอกจากนี้ยังรับผิดชอบการจัดหางบประมาณสำหรับการให้บริการสุขภาพโดยการจัดเก็บภาษีจากผู้อยู่อาศัยในเขตเทศบาล (Municipal taxes) ร่วมกับเงินอุดหนุนจากรัฐบาล (state subsidy) และการจ่ายค่าธรรมเนียมในการใช้บริการ (user fee) ซึ่งการศึกษาของ Teperi และคณะ (2009) พบว่าระบบบริหารจัดการสุขภาพแบบ municipal health system นี้ก่อให้เกิดการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเป็นผลมาจากการพยายามหลีกเลี่ยงค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพระยะยาว (45) ในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่กำหนดให้เทศบาล (GGD) ทำหน้าที่ควบคุมดูแลการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับประชาชน โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก Ministry of Health, Welfare and Sport (37) หรือแม้กระทั่งประเทศในแถบเอเชียตะวันออก เช่น ไต้หวันก็มีการใช้นโยบายเขตสุขภาพ (regional health) ควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพโดยการจัดเขตบริการสุขภาพออกเป็น 17 เขต โดยเน้นการผลิตบุคลากรเพื่อทำงานภายในเขตนั้นเท่านั้นซึ่งทำให้เกิดการกระจายทรัพยากรที่ทั่วถึง (46) ประเทศไทยก็ได้มีการใช้นโยบายเขตสุขภาพในปี พ.ศ. 2551 โดยมีจุดประสงค์หลัก ดังนี้

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการ (access) ที่มีคุณภาพ (quality)
2. สร้างความเท่าเทียม (equity) ในการจัดสรรทรัพยากรทางด้านสุขภาพ
3. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (efficiency)
4. สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (social accountability)

ในแต่ละเขตสุขภาพจะมีคณะกรรมการเขตสุขภาพ (Regional Health Board; RHB) ซึ่งประกอบด้วยหลายภาคส่วน ได้แก่ ผู้ซื้อบริการทั้ง 3 กองทุน ผู้ให้บริการทั้งในภาครัฐและเอกชน ผู้ควบคุมกำกับและประเมินผล และภาคประชาชนทำหน้าที่กำกับทิศทางการดำเนินงานของเขตสุขภาพ อีกทั้งยังมีคณะกรรมการควบคุมกำกับและประเมินผล (regional regulator and evaluator health board) รับผิดชอบการกำกับติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนในระดับเขต แต่ละเขตสุขภาพจะครอบคลุม 4-8 จังหวัดและในแต่ละจังหวัดจะมีคณะกรรมการสุขภาพจังหวัด (Provincial Health Board; PHB) ส่วนระดับอำเภอจะมีคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ (District Health Board; DHB) ดังแสดงในรูปที่ 7 เมื่อพิจารณาโครงสร้างการบริหารที่มีอยู่เดิมจะเห็นได้ว่าผู้รับผิดชอบสามารถจัดสรรงบประมาณสำหรับการบริการ P&P ตามโครงสร้างองค์กรที่มีอยู่โดยผู้ทำการศึกษาไม่ขอเสนอ ดังนี้

สปสช. ในฐานะผู้บริหารจัดการงบประมาณ P&P ควรจัดสรรงบประมาณออกเป็น 2 ระดับคือระดับประเทศและระดับพื้นที่ ดังแสดงในรูปที่ 2

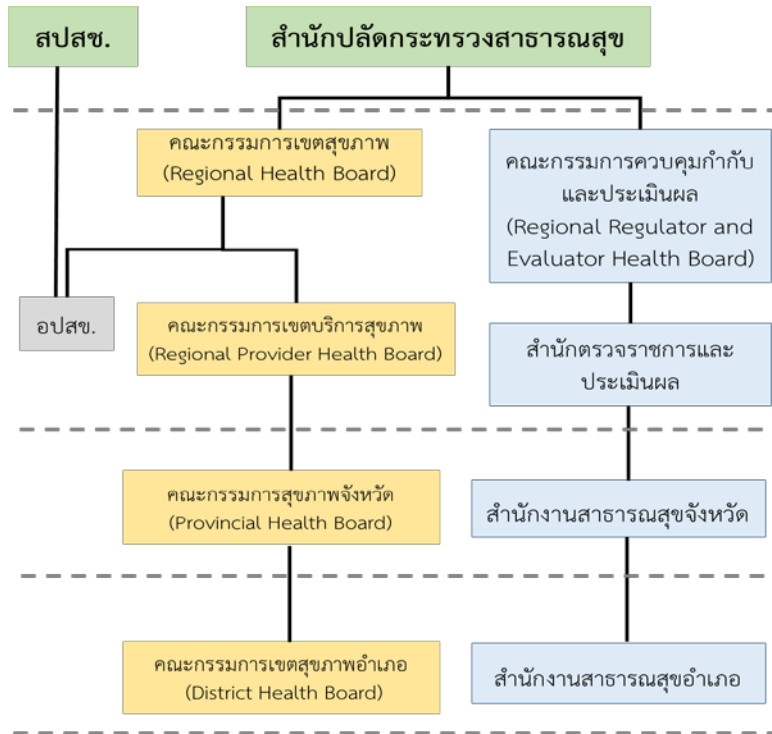
● ระดับประเทศ

สปสช. จัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการจัดซื้อจัดจ้างในส่วนกลาง (Central Procurement) เช่น การจัดซื้อวัคซีนเพื่อจัดส่งให้แก่หน่วยบริการในพื้นที่ และดำเนินโครงการที่เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ (National Priority Program) โดยควรพิจารณาจากภาระโรค (burden of disease) จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพ ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ความแตกต่างในการปฏิบัติระหว่างกลุ่มผู้รับบริการที่มีเศรษฐกิจต่ำและสูง และบริบทของพื้นที่ที่ต้องการใช้นโยบายเป็นหลัก จากนั้นจ่ายค่าบริการในการดำเนินโครงการเป็นลักษณะเหมาจ่ายรายหัวร่วมกับการจ่ายตามเกณฑ์ตัวชี้วัดคุณภาพ

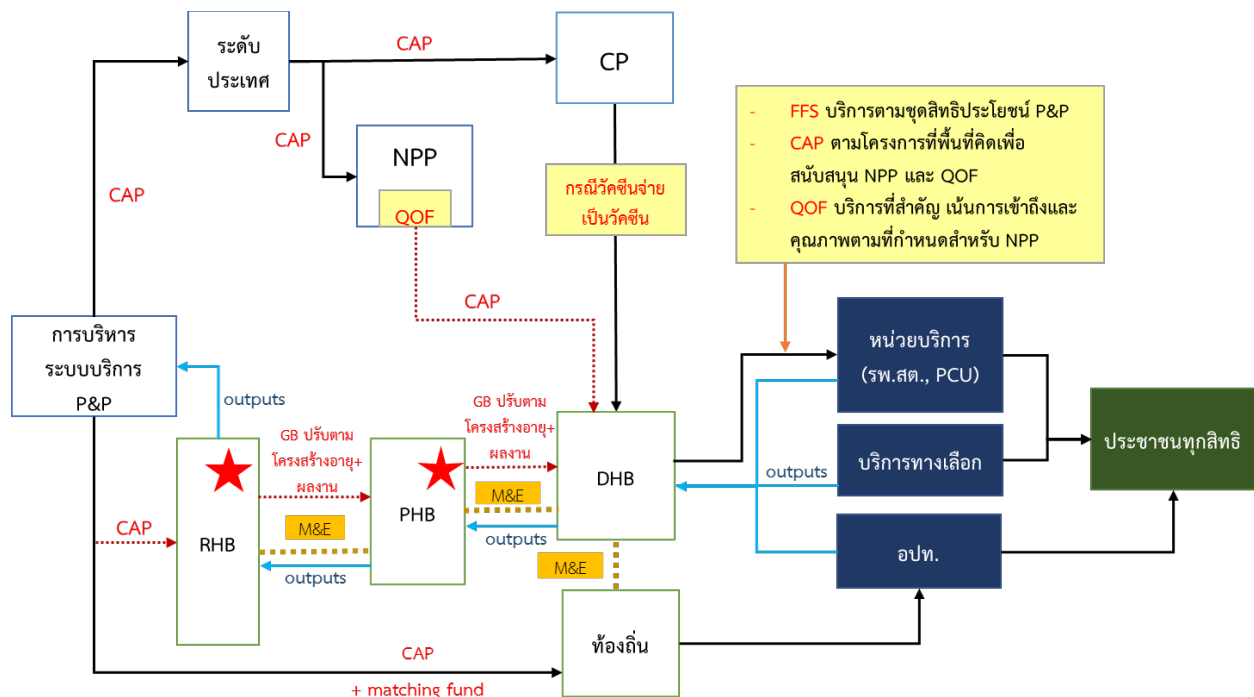
● ระดับพื้นที่

สปสช. จัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวผ่านเขตสุขภาพ (RHB) ซึ่งเป็นผู้บริหารจัดการงบประมาณในลักษณะบัญชีเสมือนจริง (virtual account) จากนั้นจัดสรรงบประมาณแบบวงเงินแบบมีเพดาน (global budget) ลักษณะเหมาจ่ายรายหัวโดยปรับตามโครงสร้างอายุและผลงานบริการของแต่ละจังหวัด โดยมีคณะกรรมการควบคุมกำกับและประเมินผลระดับเขตทำหน้าที่ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของจังหวัด จากนั้นให้คณะกรรมการสุขภาพจังหวัดเป็นผู้จัดสรรงบประมาณในรูปแบบวงเงินแบบมีเพดาน (global budget) ลักษณะเหมาจ่ายรายหัวโดยปรับตามโครงสร้างอายุและผลงานบริการของแต่ละอำเภอ โดยมีคณะกรรมการควบคุมกำกับและประเมินผลระดับจังหวัดทำหน้าที่ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของแต่ละอำเภอ โดยให้คณะกรรมการสุขภาพอำเภอจัดสรรงบประมาณลงหน่วยบริการมีรูปแบบการจ่ายตามประเภทกิจกรรมในชุดสิทธิประโยชน์ ส่วนงบประมาณที่จัดสรรในระดับท้องถิ่นให้จัดสรรโดยตรงให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) แบบเหมาจ่ายรายหัวร่วมกับการสมทบเงินอุดหนุนจาก อปท.

ทั้งนี้ หน่วยบริการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องส่งข้อมูลผลงานบริการ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพในท้องถิ่นหรือหน่วยบริการของตน (output) กลับมายังคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ จากนั้นคณะกรรมการสุขภาพอำเภอต้องส่งผลงานให้แก่คณะกรรมการสุขภาพจังหวัด เพื่อเป็นการติดตามประเมินผลและใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสู่สำหรับใช้พิจารณาจัดสรรงบประมาณในปีถัดไป



รูปที่ 7 โครงสร้างการบริหารจัดการแต่ละระดับ



รูปที่ 8 ข้อเสนอการบริหารจัดการงบประมาณ P&P

4.3 ข้อเสนอแนะในทางปฏิบัติ

การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการนำเสนอผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อพัฒนารูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมกับประเทศไทย อย่างไรก็ตามหากจะนำข้อเสนอดังกล่าวไปใช้ในทางปฏิบัติ ผู้ทำการศึกษาได้มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

- 4.3.1 ควรมีการทดลองนำร่องการใช้รูปแบบวิธีการจ่ายและการบริหารจัดการเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย
- 4.3.2 ควรมีการคิดต้นทุนค่าบริการ (unit cost) ให้ตรงกับปัจจุบันสำหรับบริการที่มีการจ่ายแบบ FFS โดยใช้ fee schedule
- 4.3.3 ควรมีการพัฒนากระบวนการเบิกจ่ายที่ไม่ซับซ้อนเพื่อให้ง่ายต่อผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). รายงานการประเมินระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษแรก (2544-2553). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2555.
2. Organization WH. Ottawa charter for health promotion. 1986.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549. น. คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2549. นนทบุรี. 2549.
4. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ และคณะ. โครงการศึกษาตัวแบบการมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพระดับชุมชน กรณีศึกษากองทุนสุขภาพชุมชนตำบลน้ำขาว อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา. 2549.
5. สมเกียรติ ลีละศิธร และคณะ. รายงานการสำรวจระดับจังหวัด: ความครอบคลุมการรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้นโยบาย UC. 2550.
6. วินัย ลีสมิทธี และคณะ. การศึกษานโยบายบริหารจัดการงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่. 2551.
7. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. รูปแบบทางเลือกการบริหารจัดการงบประมาณเพื่องานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. 2550.
8. Pitayarangsarit S ea. Local level responses to budget allocation under the Universal Health Care Coverage policy in Thailand. 2008.
9. ศิตาพร ยังกง, สุธีนุช ตั้งสถิตย์กุลชัย, วิทวัช พันธุมงคล, เพ็ญร เพ็ญบรรณกิจ, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. การ ประเมิน การ ดำเนิน งาน ที่ เกี่ยวข้อง กับ กองทุน สร้าง เสริม สุขภาพ และ ป้องกัน โรค ภายใต้ ระบบ หลักประกัน สุขภาพ ถ้วน หน้า. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2017;11(1):127-40.
10. 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.
11. Lagarde M, Powell-Jackson T, Blaauw D. Managing incentives for health providers and patients in the move towards universal coverage Montreux World Health Organization (WHO); 2010.
12. OECD. Better Ways to Pay for Health Care. OECD Health Policy Studies Paris OECD Publishing, 2016.
13. Chawla M, Windak A, Berman P, Kulis M. Paying the Physician: Review of Different Methods Massachusetts Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health ,1997.
14. Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and Provider Payment Methods 1995.
15. ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, และคณะ. คู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance: P4P). กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
16. Ryan.M A, Werner.M R. Doubts About Pay-for-Performance in Health Care: Harvard Business Review 2013 [updated 9 ตุลาคม 2556; cited 2016 12 มิถุนายน]. Available from: <https://hbr.org/2013/10/doubts-about-pay-for-performance-in-health-care>.

17. 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.
18. รุ่งนภา คำผางและคณะ . โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP), 2558.
19. Peckham. S. G, K. . GP Payment schemes review London Policy Research Unit in Commissioning and the Healthcare System (PRUComm), 2014.
20. Australian Government Productivity Commission. Efficiency in Health: Productivity Commission Research Paper. Canberra Australian Government, 2015.
21. Oliver-Baxer J. Blended funding models in primary health care Adelaide: PHCRIS Research Roundup; 2015.
22. พรรณวิภา ห่วงอ่อน. การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (P4P) ของบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสิทธิผล กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในเขตบริการสุขภาพที่ 6 กรุงเทพมหานคร คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์
23. Sørensen RJ, Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. *Health Policy*. 2003;66(1):73-93.
24. Devlin RA, Sarma S. Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of Health Economics*. 2008;27(5):1168-81.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. Hung DY, Green LA. Paying for prevention: associations between pay for performance and cessation counseling in primary care practices. *American Journal of Health Promotion*. 2012;26(4):230-4.
30. 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.

31. Christianson J, Leatherman, S., Sutherland, K. Financial Incentives, Healthcare Providers and Quality Improvements: a review of the evidence London: The Health Foundation 2008.
32. Peckham S, Wallace A. Pay for performance schemes in primary care: what have we learnt? Quality in primary care. 2010;18(2):111-6. PubMed PMID: 20529472. Epub 2010/06/10. eng.
33. Delattre E, Dormont B. Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians. Health Economics. 2003;12(9):741-54.
34. 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.
35. Barros PP. Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system. Journal of Health Economics. 2003;22(3):419-43.
36. Boyle. S. United Kingdom (England) Health system review; Health Systems in Transition. 2011.
37. Exter Ad, Hermans H, Dosljak M, Busse R, Ginneken Ev, Schreyoegg J, et al. Health care systems in transition: Netherlands. 2004.
38. Peckham. S., Gousia K. GP Payment schemes review London Policy Research Unit in Commissioning and the Healthcare System (PRUComm), 2014.
39. Johnson E. Physician-Induced Demand Encyclopedia of Health Economics. 2014;3:77-82.
40. Mendelson A., Kondo K., Damberg C., Low A., Motúapuaka M., Freeman M., et al. The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. Ann Intern Med. 2017;166:341-53.
41. รุ่งนภา คำผาง, และคณะ. โครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1. นนทบุรี โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP), 2558.
42. Roland M., Guthrie B. Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? BMJ. 2016;354.
43. McKalip D. Pay for Performance and Public Reporting: Risks to Patients Outweigh Benefits. Take Back the Profession Advisory Group (TBPAG).
44. 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. PubMed PMID: 19294471.
45. Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, Baron JF. The Finnish health care system: a value-based perspective. Sitra reports. 2009;82.
46. กระทรวงสาธารณสุข. (ร่าง) นโยบายเขตสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรับฟังความคิดเห็น 4 ภาค. นนทบุรี 2557.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตารางแสดงผลการสกัดข้อมูลจากการศึกษาที่ถูกคัดเลือก

ชื่อการศึกษา	ชื่อผู้แต่ง	ประเทศ	วิธีการศึกษา	รูปแบบการจ่าย / intervention	ผลลัพธ์
ปริมาณ) คุณภาพบริการ/Volume and Quality of service)					
การจ่ายแบบ FFS					
Service production and contract choice in primary physician services	Sorensen and Grytten (2003)	นอร์เวย์	Cross section survey, Regression analysis, Instrumental variables	FFS, Block grant	กลุ่มที่ได้รับการจ่ายแบบ FFS มีจำนวนการนัดผู้รับบริการเข้าพบสูงกว่าผู้ให้บริการที่ได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบของเงินเดือน
Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians	Devlin and Sarma (2008)	แคนาดา	Cross section survey, Regression analysis, Instrumental variables	FFS, non FFS, Mixed, Salary	การจ่ายค่าบริการแบบ FFS จะช่วยสร้างแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการในการให้บริการมากขึ้นเมื่อเทียบกับระบบอื่นๆ
Does the way physicians are paid influence the way they practice? The case of Canadian family physicians' work activity.	Sarma et al. (2010a)	แคนาดา	Cross section survey, Regression analysis, Instrumental variables	FFS, non FFS, Mixed, Salary	บุคลากรที่ได้รับค่าบริการแบบ FFS มีแนวโน้มที่จะมีเวลาในการให้บริการแก่ผู้ป่วย เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับค่าบริการแบบ FFS
การจ่ายแบบ CAP					
The effect of capitated financing on mental health services for children and youth: the Colorado experience.	Catalano et al. (2000)	สหรัฐอเมริกา	Interrupted time series	FFS, Capitation (not-for-profit and for-profit)	กลุ่มที่ได้รับการจ่ายแบบ for-profit capitated area มีการเพิ่มกิจกรรมการป้องกันโรคแบบทุติยภูมิและตติยภูมิมากกว่า
Link between pay for performance incentives and physician payment mechanisms: evidence from the diabetes management incentive in Ontario.	Kantarevic and Kralj (2013)	สหรัฐอเมริกา	FFS, Blended (capitation, FFS)	FFS, Blended (capitation, FFS)	ผู้ให้บริการที่ได้รับการจ่ายค่าบริการแบบ mixed capitation จะให้บริการด้านการป้องกันโรคได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการจ่ายค่าตอบแทนแบบ FFS
Comparison of primary care physician payment models in the management of hypertension.	Tu et al. (2009)	สหรัฐอเมริกา	Cross sectional chart abstraction study, Logistic regression	FFS, Salary, Capitation	อัตราการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงของแต่ละกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน แต่กลุ่มที่จ่ายแบบ CAP จะมีอัตราการรักษาและควบคุมโรคที่ดีกว่า

ชื่อการศึกษา	ชื่อผู้แต่ง	ประเทศ	วิธีการศึกษา	รูปแบบการจ่าย / intervention	ผลลัพธ์
การจ่ายแบบ P4P					
Paying for Prevention: Associations Between Pay for Performance and Cessation Counseling in Primary Care Practices	Hung และ Green (2010)	สหรัฐอเมริกา	Observational, Cross-sectional analysis	Pay for performance (P4P)	การจ่ายค่าบริการแบบ P4P ทำให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แก่ผู้รับบริการได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการจ่ายค่าบริการแบบ P4P อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)odds ratio 27.6, p < 0.01)
Effect of financial incentives on delivery of alcohol screening and brief intervention (ASBI) in primary care: longitudinal study	Hamilton และคณะ (2011)	อังกฤษ	Retrospective longitudinal study	Quality Outcome Framework (P4P)	การใช้วิธีการจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพ (QOF) ส่งผลให้อัตราการคัดกรองการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น
Financial incentives, healthcare providers and quality improvements	Christianson และ Leatherman (2008)	หลายประเทศ	Systematic review	Pay for performance (P4P)	การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานมีผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ)physician behavior) โดยทำให้จำนวนของบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น
ผู้ให้บริการเหนี่ยวนำความต้องการในการรับบริการ)Supplier -induced demand (
การจ่ายแบบ FFS					
Fixed fees and physician-induced demand: a panel data study on French physicians	Delattre and Dormont (2003)	ฝรั่งเศส	Panel data analysis	FFS	There was evidence of induced demand. General practitioners were found to respond to a rise in the density of physicians in the area by increasing the intensity of care delivered per encounter in order to compensate for the decrease in the number of consultations
The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients	Iversen (2004)	นอร์เวย์	Regression analysis, Probit model, Random effects with selection correction model	Mixed capitation (per capita payment and FFS)	Physicians with a shortage of patients were found to provide more services per patient even five years after the change.
การเลือกผู้รับบริการ)Patient pre-selection)					
การจ่ายแบบ CAP					

ชื่อการศึกษา	ชื่อผู้แต่ง	ประเทศ	วิธีการศึกษา	รูปแบบการจ่าย / intervention	ผลลัพธ์
Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system	Barros (2003)	โปรตุเกส	Model simulation	CAP	ผู้ให้บริการภายใต้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายรายหัว อาจมีแรงจูงใจในการคัดเลือกรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำหรือหลีกเลี่ยงผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ที่เรียกว่า)cream skimming) โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มีการปรับความเสี่ยง)risk-adjustment)

ภาคผนวก ข

รายงานการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
โครงการพัฒนาข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
วันพฤหัสบดีที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2560
ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--------------------------------|--|
| 1. ญ.เนตรนภิส สุขนวนิช | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 2. นพ.จักรกฤษณ์ สุรการ | โรงพยาบาลตาพระยา |
| 3. นพ.คิมหันต์ ยงรัตนกิจ | สำนักเขตสุขภาพที่ 7 |
| 4. นพ.จักรกริช โง้วศิริ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 5. นพ.พรเทพ โชคชัยสุวัฒน์ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 6. ดร.สิรินาฏ นิภาพร | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 7. นางสาวจารวี รัตนยศ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 8. นางสาวปณิตดา จันทร์ฟ่อง | สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย |
| 9. ดร.ญ.ศิตาพร ยังกง | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. นายวิฑริช พันธ์มงคล | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 11. นางสาววิไลลักษณ์ แสงศรี | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 12. นางสาวจิตติ วิสัยพรม | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 13. นศ.ภ.สรลพร ปลั่งเนียม | นักศึกษาฝึกงาน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 14. นศ.ภ.ภูสุดา ยุวเลิศวานิช | นักศึกษาฝึกงาน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 15. นศ.ภ.ณัฐภูมิ จันทร์เสมอ | นักศึกษาฝึกงาน มหาวิทยาลัยศิลปากร |
| 16. นศ.ภ.ภร็ทราวรรณ ศฤงคารศิริ | นักศึกษาฝึกงาน มหาวิทยาลัยศิลปากร |

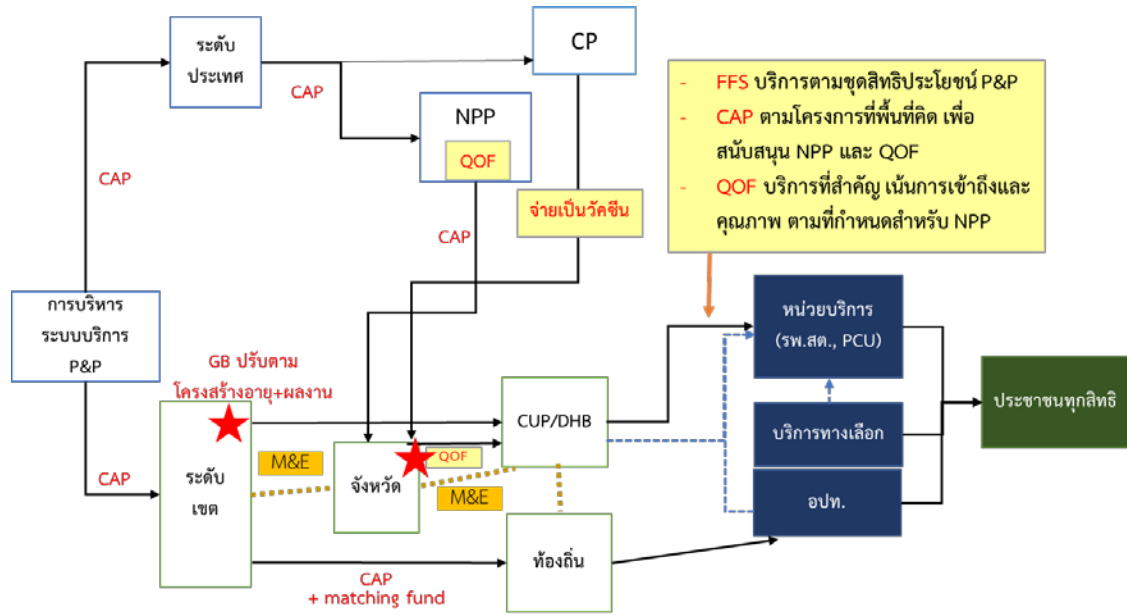
เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

ญ.เนตรนภิส สุขนวนิช ประธานในที่ประชุมเปิดการประชุมและแจ้งวัตถุประสงค์ของการประชุม จากนั้น นายวิฑริช พันธ์มงคล ผู้นำคณะศึกษาโครงการนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ให้ทุนแก่โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เพื่อดำเนินการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และเพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนารูปแบบการจ่ายค่าบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การประชุมนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญต่อรายงานผลการศึกษาเบื้องต้นจากการทบทวนวรรณกรรม

ที่ประชุมได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติม และให้ข้อเสนอแนะ สรุปได้ดังนี้

- 1) งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถูกส่งไปที่หน่วยบริการโดยตรง ซึ่งเป็นไปตามกฎหมายและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องอยู่แล้ว การเปลี่ยนแปลงการอบการบริหารจัดการจึงอาจเกิดขึ้นได้ยาก
- 2) ปัจจุบันมีความพยายามนำบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเข้าไปอยู่ในความรับผิดชอบของระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System; DHS) โดยใช้กลไก 5x5 และ 7x7 ของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ทำให้หน่วยงานระดับเขตจัดการกับประเด็นปัญหาและสถานการณ์ที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตามความเหมาะสม ดังนั้น หากมีโครงการที่ต่อยอดจากการทบทวนวรรณกรรมและจัดทำข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการด้าน P&P จึงจำเป็นต้องมีการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) ซึ่งมีประมาณ 200 แห่งทั่วประเทศ เนื่องจากกิจกรรม P&P เป็นการทำงานในพื้นที่ซึ่งเป็นนโยบายของท้องถิ่น ดังนั้นการออกแบบรูปแบบการจ่ายค่าบริการจึงต้องรับฟังความคิดเห็นของคนทำงานในระดับพื้นที่ อันได้แก่ ตัวแทนจังหวัดและผู้ที่ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพชุมชนด้วย อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพชุมชนนี้ยังไม่มีภาระดำเนินงานอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมนัก
- 3) กลไกการดำเนินงาน 5x5 และ 7x7 ของ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขในด้านการส่งงบประมาณไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และให้ อปท. ร่วมสมทบงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อจัดกิจกรรมทางสาธารณสุขไม่ประสบผลสำเร็จนัก เนื่องจาก อปท. เกรงว่าการดำเนินงานโครงการหนึ่ง ๆ อาจขัดต่อระเบียบและข้อบังคับการใช้จ่ายงบประมาณขององค์กรภาครัฐจึงไม่เกิดการใช้งบประมาณที่มีอยู่
- 4) การบริหารจัดการงบประมาณ P&P ต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างการรักษาโรคกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพราะการรักษาโรคนั้นเป็นความต้องการของประชาชนที่ต้องได้รับการตอบสนองที่ชัดเจน แต่กิจกรรม P&P เป็นความจำเป็นทางสุขภาพ (health need) ที่ไม่ปรากฏความต้องการ (demand) ที่ชัดเจน ดังนั้นบริการ P&P จึงเป็นบริการที่หน่วยงานจะต้องจัดสรรให้แก่ประชาชนในเชิงรุก และต้องคำนึงว่าการจัดบริการ P&P เป็นการจัดการกับสิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ซึ่งมีหน่วยงานหรือภาคส่วนอื่นๆ มาเกี่ยวข้องไม่เพียงแต่หน่วยงานทางสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้น การบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็น
- 5) ในอนาคตรูปแบบของการจัดสรรงบประมาณอาจมีการเปลี่ยนแปลงโดยมีช่องทางให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดำเนินการด้านสุขภาพมากขึ้น ระบบสุขภาพอำเภอจึงต้องเป็นกลไกในการปฏิบัติงาน และส่วนกลางควรลดบทบาทการเข้าไปแทรกแซงการทำงานในระดับพื้นที่ให้น้อยลง และมอบอำนาจการปฏิบัติงานและการตัดสินใจให้แก่หน่วยงานระดับท้องถิ่นให้มากยิ่งขึ้น
- 6) ควรสร้างกระบวนการทำให้ข้อมูลย้อนกลับจากพื้นที่เข้าสู่ส่วนกลาง เพราะสถานการณ์ปัจจุบัน สปสช. ส่งงบประมาณลงไปยังระดับพื้นที่ แต่การรายงานข้อมูลที่แสดงรายละเอียดการใช้จ่ายเงินสำหรับดำเนินกิจกรรมหรือการดำเนินงานต่าง ๆ เข้าสู่ส่วนกลางยังไม่ปรากฏชัดเจน จึงควรสร้างระบบหรือกระบวนการในการรายงานข้อมูลย้อนกลับ เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้ทำให้ส่วนกลางทราบถึงบริบทและสถานการณ์ของพื้นที่และส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการจัดสรรงบประมาณให้มีความเหมาะสม

- 7) ข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผู้ศึกษาเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังรูปที่ 2 และขอให้ที่ประชุมร่วมกันเสนอความเห็นต่อรูปแบบดังกล่าว



รูปที่ 2 ข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- 8) ขอให้คณะผู้ทำการศึกษาแก้ไขข้อความ “ระดับเขต” เป็น “regional health board (RHB)” “ระดับจังหวัด” เป็น “provincial health board (PHB)” และ “CUP/DHB” เป็น “district health board (DHB)” เนื่องจาก

นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบที่ 3 ไว้ดังนี้

- 1) ควรอธิบายระบบการส่งต่องบประมาณรวมทั้งอธิบายเส้นหรือลูกศรที่ใช้ในแบบจำลองให้ชัดเจน
- 2) ควรเพิ่มกระบวนการการรายงานข้อมูลระดับพื้นที่ย้อนกลับไปในส่วนกลางด้วย เพราะจะทำให้เห็นถึงสภาพปัญหาและสถานการณ์ในระดับพื้นที่
- 3) ในกรอบที่อธิบายรูปแบบการจ่ายค่าบริการ (กรอบสี่เหลี่ยม) ทั้งหมดควรย้ายมาไว้ที่ระดับของ PHS และการจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัว (CAP) อาจต้องมี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับอำเภอในกรณีที่มีการจ่ายไปในระดับอำเภอจริงๆ และต้องปฏิบัติงานตามนโยบายระดับประเทศ รวมทั้งจัดหาบริการให้สอดคล้องกับความต้องการในระดับจังหวัดหรือพื้นที่ด้วย
- 4) ควรเพิ่มการรายงานข้อมูลของพื้นที่ย้อนกลับไปในส่วนกลางด้วย เพราะจะทำให้เห็นถึงสภาพปัญหาและสถานการณ์ในระดับพื้นที่

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นแผนงานระดับชาติ (National priority program; NPP)

ที่ประชุมได้พิจารณาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นแผนงานระดับชาติ (National Priority Program; NPP) ซึ่งปรากฏอยู่ในแบบจำลองที่นำเสนอ โดยได้ให้ความเห็นไว้ดังต่อไปนี้

- 1) นโยบายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นแผนงานระดับชาติ เป็นประเด็นที่ยังมีความสำคัญอยู่เสมอ เพราะข้อมูลที่มีความสำคัญ เช่น อัตราการตาย สาเหตุการเสียชีวิตของประชากร ยังต้องถูกรายงานไปยังส่วนกลางอยู่เป็นประจำ ดังนั้นนโยบาย NPP จึงต้องถูกคิดจากส่วนกลางที่มีข้อมูลภาพรวมระดับประเทศ
- 2) งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นแผนงานระดับชาติควรทำเฉพาะบางเรื่องที่สำคัญและจำเป็นต่อประเทศในขณะนั้น แต่ในบริการระดับพื้นที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานส่วนกลางควรสร้างเครื่องมือเพื่อให้หน่วยงานท้องถิ่นนำไปใช้ดำเนินการและบริหารจัดการด้วยตนเอง เพราะท้องถิ่นต้องการจัดสรรบริการด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในพื้นที่อยู่แล้ว แต่ยังขาดความรู้และวิธีการซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะทำให้การดำเนินการด้านสุขภาพบรรลุผล
- 3) การจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่
 - 1) ระดับประเทศ ซึ่งเป็นไปตามการจำแนกของกรมอนามัยที่จำแนกสถานการณ์ปัญหาตามกลุ่มวัยทั้ง 5 กลุ่ม
 - 2) ระดับพื้นที่ ซึ่งมีสถานการณ์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละแห่ง

ดังนั้นคณะผู้ศึกษาอาจต้องทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแผนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคซึ่งแบ่งตาม 5 กลุ่มวัยของกรมอนามัยเพิ่มเติม เพื่อนำมาเปรียบเทียบความสอดคล้องกันกับชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช.

ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ที่ประชุมได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดทำข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกัน โดยได้ให้ความเห็นไว้ดังต่อไปนี้

- 1) ในการจัดทำข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคขอให้ทำโดยคำนึงถึงหลักคิดและหลักการ และต้องให้ความสำคัญกับบริการซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่เป็นหลัก รองลงมาคือให้ความสำคัญกับประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับจากบริการนั้นๆ ทั้งนี้บริการเกือบทุกอย่างไม่สามารถจบได้ในการดำเนินการเพียงระดับเดียว ดังนั้นการออกแบบรูปแบบการจ่ายค่าบริการต้องสอดคล้องกับบริการที่ต่อเนื่องกัน สำหรับบริการที่จำเป็นต้องดำเนินการในหลายระดับอาจต้องจ่ายค่าบริการเป็น รายบริการ โดยคณะผู้ศึกษาต้องอธิบายให้เห็นถึงบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานหรือกลไกที่มีอยู่ในระบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และเสนอแนวทางโดยใช้กลไกเหล่านั้นดำเนินการไปก่อน นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาถึงบทบาทหน้าที่และการดำเนินงานของหน่วยงานหรือกลไกใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตด้วย ซึ่งในการออกแบบรูปแบบการจ่ายค่าบริการต้องคิดจากบริการที่เกิดขึ้นจริงซึ่งอาจมีการบริการหลายระดับ ดังนั้นจึงต้องทำให้เห็นรูปธรรมของการจ่ายค่าบริการที่ชัดเจนครบทุกระดับการบริการ นอกจากนี้สำหรับข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการแบบใหม่อาจต้องมีโครงการนำร่องเพื่อทดลองใช้รูปแบบ

การจ่ายค่าบริการในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการต้องมีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ และคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ

- 2) การออกแบบรูปแบบการจ่ายค่าบริการนั้นต้องทำให้กรอบการทำงานหลุดออกจากการบริหารจากส่วนกลางให้ได้มากที่สุด เนื่องจากในอนาคตการดำเนินงานด้านสุขภาพจะถูกระบายอำนาจจากส่วนกลางลงไปยังระดับท้องถิ่น รูปแบบการจัดสรรงบประมาณของประเทศไทยเป็นการจัดสรรที่ส่งงบประมาณลงพื้นที่เป็นก้อนใหญ่ ซึ่งมีความแตกต่างกับต่างประเทศที่แบ่งแยกงบประมาณเอาไว้อย่างชัดเจน ดังนั้นการออกแบบรูปแบบการจ่ายค่าบริการต้องมีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยด้วย
- 3) คณะผู้ศึกษาควรเขียนคำจำกัดความของคำต่างๆ ในข้อเสนอรูปแบบการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยอธิบายให้กว้างแต่ต้องระบุรายละเอียดไว้ให้ชัดเจนเพื่อเปิดโอกาสให้ระดับท้องถิ่นเข้ามาดำเนินงาน และทำให้การดำเนินงานระดับท้องถิ่นมีความชัดเจน
- 4) การจัดทำรายงานต้องคำนึงถึงหลักการ โดยการออกแบบรูปแบบการจ่ายค่าบริการจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องไม่ใช่แค่หน่วยงานทางสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้เพื่อรองรับการกระจายอำนาจที่กำลังจะเกิดขึ้นในรูปแบบของระบบสุขภาพระดับอำเภอซึ่งเป็นการบูรณาการหน่วยงานทุกภาคส่วน อย่างไรก็ตามในท้ายที่สุดจะต้องเชื่อมโยงกับการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับปัจเจกบุคคลด้วย จากนั้นจึงออกแบบรูปแบบการจ่ายค่าบริการแบบใดที่เหมาะสมกับบริการในแต่ละประเภท

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ที่ประชุมได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไว้ โดยสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

- 1) การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจำเป็นต้องสร้าง business model ขึ้นมาเพื่อให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้จัดบริการ เพราะบริการชนิดนี้จำเป็นต้องสร้างกลไกในการเหนี่ยวนำผู้ให้บริการมาจัดบริการเพื่อประชาชนจริง ๆ และต้องมีการตรวจสอบการดำเนินงานของหน่วยบริการด้วย หน่วยงานที่มีบทบาทในการตรวจสอบอาจเป็นระดับท้องถิ่นหรือจังหวัด ซึ่งไม่ควรเป็นผู้ที่จัดบริการเองแต่เป็นเพียงผู้จัดหาบริการให้แก่ประชาชน สำหรับด้านงบประมาณ ควรมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแยกจากงบประมาณผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก เพราะว่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นบริการที่จำเป็นต้องจัดสรรให้แก่ประชาชนอยู่แล้วจึงไม่ควรถูกนำไปคิดคำนวณรวมกับการงบประมาณด้านอื่นซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องกำไรและขาดทุนของหน่วยบริการ นอกจากนี้ต้องออกแบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้การดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น
- 2) หลักการสำคัญในการดำเนินบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคคือ การทำให้เห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความสำคัญและมีประโยชน์ และทำให้ผู้บริหารของหน่วยบริการเห็นความสำคัญของบริการด้านนี้ อีกทั้งปัจจุบันงบประมาณการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังไม่รองรับเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ตู้เย็นสำหรับแช่วัคซีน ซึ่งเป็นสิ่งที่อำนวยความสะดวกให้แก่การบริการ ดังนั้นการใช้จ่ายงบประมาณของ

บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรรู้ได้ทั้งในด้านการจัดบริการ และด้านโครงสร้างพื้นฐานของบริการ
เหล่านั้นด้วย

ปิดการประชุม เวลา 16.00 น.

จิตติ วิสัยพรหม
ผู้บันทึกรายงานการประชุม

วิฑูรย์ พันธมงคล
ผู้ตรวจรายงานการประชุม

ภาคผนวก ค

ตารางสรุปความสอดคล้องการบริการ P&P ของ สปสช. และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มวัย	สปสช.	ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข
เด็กเล็ก 0-5 ปี	บริการวัคซีนป้องกันวัณโรค)BCG(อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
	บริการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
	บริการตรวจสุขภาพช่องปากและการทาฟลูออไรด์วานิช	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12-0ปีฟันดีไม่มีผุ)cavity free)
เด็กโตและวัยรุ่น 6-24 ปี	บริการวัคซีนป้องกันวัณโรค)BCG(อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
	บริการคัดกรองสุขภาพช่องปากในวัยเรียน	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ) ปีฟันดีไม่มีผุ 12-0cavity free)
	บริการเคลือบฟลูออไรด์	
	บริการเคลือบหลุมร่องฟัน	
	บริการประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ	ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน
	บริการคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด	ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ปริมาณการบริโภคต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์) (ต่อคนต่อปี
บริการให้คำปรึกษาและคัดกรองการติดเชื้อเอชวี	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	
ผู้ใหญ่	บริการคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด	ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป
	บริการคัดกรองเบาหวาน	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
	บริการให้คำปรึกษาและคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั่วไป	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว)Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
	บริการคัดกรองเบาหวาน	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
	บริการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุ	ร้อยละของ Healthy Ageing
	บริการให้คำปรึกษาและคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก
	บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก