

โครงการวิจัยเรื่อง

การประชาเสวนาหาทางออกในการพัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจ
บุคลากรสาธารณสุข เพื่อความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ

(Public Deliberative Process to Build Consensus in the Development
of Justice Motivation System for the Health Personnels and Health
Care System in Thailand)

ตามที่ได้รับเงินงบประมาณสนับสนุนประจำปีงบประมาณ 2557

คณะผู้วิจัย

ศ.นพ.วันชัย วัฒนศัพท์

รศ.ดร.ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ

รศ.นพ.ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์

พญ.ดร.ศิรินาถ ตงศิริ

ดร.ชนัญญา กาสินพิลา

อาจารย์สุจินันท์ หรลิตธี

วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มกราคม 2557

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	i-vii
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 วัตถุประสงค์	7
1.3 ประโยชน์ที่จะได้รับ	7
1.4 หน่วยงานผู้ใช้ประโยชน์	7
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	8
1.6 ระยะเวลาในการดำเนินงาน	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
2.1 หลักการด้านทรัพยากรบุคคล	9
2.2 การจ่ายเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่าย (Flat Rate)	11
2.3 การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance or P4P)	13
2.4 ทบทวนวรรณกรรมสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนแบบ (Pay for Quality of Outcome or PQO)	17
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	22
3.1 กระบวนการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์	22
3.2 กระบวนการสานเสวนาหาทางออก	22
บทที่ 4 ผลการศึกษา	34
4.1 สรุปผลการศึกษา	35
4.2 สรุปการจัดเวทีการประชาเสวนาหาทางออกใน 4 ภาค	37
4.3 (ร่าง) ภาพอนาคตก่อนการจัดเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการ	51
4.4 (ร่าง) ISSUE BOOK ภายหลังจากการประชุมปฏิบัติการ	64
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย	81
5.1 ข้อเสนอจากงานวิจัย	82
5.2 ข้อเสนอแนะ	83
เอกสารอ้างอิง	84
ภาคผนวก รายชื่อผู้เข้าร่วมสานเสวนา	a-x
ภาคผนวก รูปภาพกิจกรรม	y-qq
ภาคผนวก ประกาศค่าตอบแทน ฉบับที่ 8-9 พ.ศ.2556	rr-fff

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

โครงการประชาเสวนาหาทางออกในการพัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจบุคลากรสาธารณสุข เพื่อความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คงอยู่ในหน่วยงานรัฐ และเพื่อแก้ปัญหาการกระจายของแพทย์นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาระบบค่าตอบแทนมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งค่าตอบแทนแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ค่าตอบแทนที่เป็นเงินเดือน ค่าตอบแทนพิเศษ เป็นค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ที่ให้อัตราที่แตกต่างกันตามความยากลำบากของแต่ละพื้นที่ ความเสี่ยงภัยและความขาดแคลนบุคลากร และค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาและตามปริมาณงาน ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงอัตราค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในทุกๆ พื้นที่ และเพิ่มหลักเกณฑ์การจ่ายตามระดับของโรงพยาบาลและระยะเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรในพื้นที่นั้นด้วย จนมาถึงการเปลี่ยนระบบการจ่ายค่าตอบแทนมาเป็นการจ่ายตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance หรือ P4P) ซึ่งได้นำร่องในโรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 และจากกรณีนโยบายการเปลี่ยนระบบการจ่ายค่าตอบแทนโดยกลุ่ม อาศัยหลักคิดที่ว่าคนทำงานมากต้องได้รับเงินมากตามภาระงาน เพื่อความเป็นธรรมและสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มวิชาชีพต่างๆ ทางสาธารณสุข ขณะที่บุคลากรสาธารณสุขบางส่วนเห็นว่าควรเหมาจ่ายรายหัว ช่วยรักษาบุคลากรสาธารณสุขในชนบทไม่ให้ไหลไปสู่ภาคเอกชน จากนโยบายดังกล่าวจึงนำไปสู่ความเห็นที่แตกต่างกันและเกิดความขัดแย้งอย่างกว้างขวางระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขและเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนทั้งต่อบุคลากรในวงการสาธารณสุข ในขณะเดียวกันนโยบายการจ่ายค่าตอบแทน มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ปฏิบัติงานซึ่งทำงานกับผู้รับบริการโดยตรง นำไปสู่คำถามถึงความเหมาะสมของระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่ส่งเสริมให้บุคลากรได้ทำงานอย่างมีคุณภาพ เพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการหรือไม่

ผู้วิจัยได้พิจารณาเพื่อหาทางออกในประเด็นปัญหาดังกล่าว จากที่ได้เคยใช้กระบวนการ**ประชาเสวนาหาทางออก (Public Deliberation)** ในการแก้ปัญหาเรื่องยากๆ ที่มีความเห็นต่างสามารถหาข้อยุติที่เป็นฉันทามติได้ และเห็นว่าน่าจะสามารถนำกระบวนการดังกล่าวมาใช้แก้ปัญหาต่างๆ เช่น กรณีความเห็นต่างเรื่องการสร้างแรงจูงใจของระบบบริการสาธารณสุขได้ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยในโครงการประชาเสวนาหาทางออกในการพัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจบุคลากรสาธารณสุข เพื่อความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพนี้ จากการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อศึกษาทบทวนทางเลือกของระบบการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อศึกษาวิเคราะห์ทางเลือกและประมวผล เพื่อจัดทำภาพอนาคตของระบบการสร้างแรงจูงใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุข และเพื่อใช้กระบวนการสนทนาหาทางออกอันจะนำไปสู่ข้อยุติในการตัดสินใจด้วยฉันทามติ โดยแบ่งการดำเนินการเป็นสองระยะ ในระยะที่หนึ่งซึ่งเป็นข้อสรุปของรายงานนี้ เริ่มจากการดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐาน ถึงความเห็นต่างของการจ่ายค่าตอบแทนให้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ได้มีการปฏิบัติหลายรูปแบบในพื้นที่ต่างๆ รวบรวมข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากสายวิชาชีพทุกสาขา จากกลุ่มสายสนับสนุน ได้ใช้

กระบวนการสานเสวนา เพื่อให้ได้แนวทางออกเบื้องต้น เพื่อทำเป็นเอกสารประเด็นปัญหาที่เรียกว่า อีซูบุค (Issues Book) ซึ่งมีทั้งข้อมูลพื้นฐานและภาพอนาคตหรือทางออกที่มีทั้งข้อดีและข้อด้อยที่เขียนอย่างเป็นกลาง เพื่อเตรียมนำไปใช้ในการดำเนินการในระยะที่สองคือการประชาสัมพันธ์หาทางออก ได้ข้อสรุปแนวทางออกหรือภาพอนาคต มาเป็นสื่อทางออกพร้อมข้อดีข้อด้อย คือ

ภาพอนาคตที่หนึ่ง การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance or P4P)
P4P เป็นระบบการสร้างแรงจูงใจในรูปแบบของค่าตอบแทนให้ผู้ปฏิบัติตามเป้าหมายการทำงานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัด ซึ่งอาจจะเป็นตัวชี้วัดทางคลินิก การใช้ทรัพยากรหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการปฏิบัติของผู้ให้บริการ ผลการปฏิบัติงานจะเป็นตัวกำหนดว่าจะได้รับค่าตอบแทนมากหรือน้อย ซึ่งโดยหลักการระบบ P4P จะออกแบบมาเพื่อมุ่งหวังให้พัฒนาคุณภาพการให้บริการในขณะที่ควบคุมค่าใช้จ่ายให้เป็นไปอย่างเหมาะสม มีข้อดีหรือจุดแข็งคือ ผู้บริหารใช้แรงจูงใจในการกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองตามนโยบาย รวมถึงการปฏิบัติที่ไม่อยู่ในขอบข่ายงานบริการ และเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามมาตรฐานในแต่ละวิชาชีพ ทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจที่ให้บริการงานเพิ่ม เพราะได้แต้ม ทำให้เกิดระบบการประเมินผลและติดตามผลที่สามารถวัดผลได้ ทำให้เกิดการกระจายภาระงานในหน่วยงานและในองค์กรเป็นไปอย่างเหมาะสม ทำให้ผลการปฏิบัติงานเป็นที่ประจักษ์ และข้อมูลการทำงานทำให้บุคลากรตระหนักถึงภาระงานของตนเอง ทำให้บุคลากรตระหนักและมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานของตนเอง ช่วยให้เกิดการกระจายงานภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และในองค์กรเป็นไปอย่างเหมาะสม เป็นการจูงใจให้รักษามาตรฐานการบริการให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติ (practice guideline) ทำให้เกิดการประเมินผลการปฏิบัติงานและการติดตามผลอย่างเป็นรูปธรรม ส่วนแนวทางการใช้ P4P นี้มี ข้อด้อยหรือข้อจำกัด คือ ตัวชี้วัดส่วนใหญ่ยังเน้นปริมาณและเวลา โดยไม่เน้นคุณภาพของงาน ในทางปฏิบัติยังขาดตัวชี้วัดที่เที่ยงธรรม เป็นธรรม เชื่อถือได้ ครอบคลุมภาระงาน เชื่อถือได้และมีความสำคัญเพียงพอที่จะสะท้อนคุณภาพการให้บริการ ขาดตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล ยังทำให้เกิดความเห็นแก่ตัว ไม่พึงพากัน แ่่งงานกัน และไม่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม นอกจากนี้ในหลายแห่งในทางปฏิบัติยังขาดระบบการเก็บข้อมูล และระบบการตรวจสอบข้อมูลที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ เพื่อลดภาระในการเก็บข้อมูล และการประเมินผล กับทั้งยังมีตัวชี้วัดที่หลากหลายส่วนใหญ่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำงานเป็นทีม เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เป็นผลจากการปฏิบัติงานของหลายฝ่าย หรือแม้แต่หลายหน่วยบริการและความรู้สึกไม่เป็นธรรม ในการกำหนดค่าตอบแทนตามภาระวิชาชีพ ทั้งบางครั้งยังมีการพยายามปรับแต่ง เพื่อให้ข้อมูลถึงเกณฑ์ปริมาณงานที่กำหนด ปัญหาในการปฏิบัติงานพบว่าต้องทำงาน เพื่อตอบสนองตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน เพิ่มภาระการลงข้อมูลการปฏิบัติงาน และภาระด้านการตรวจสอบ เกิดอคติในการทำงาน หรือเลือกปฏิบัติเพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่บรรลุผลได้ง่าย ค่าตอบแทนสูง หรืออาจนำไปสู่ malpractice เพื่อให้เกิดตัวชี้วัดที่พึงประสงค์ เช่น เลือกผู้ป่วยที่ผ่าตัดง่าย เกิดผลแทรกซ้อนน้อย หรือ ทำให้เกิดเงื่อนไขการทำหัตถการซ้ำๆ ให้เกิดการนับภาระงาน เมื่อนำ P4P มาผูกกับแรงจูงใจ มีแนวโน้มจะทำให้ผู้ปฏิบัติคำนึงถึงผลประโยชน์ที่เป็นค่าตอบแทนมากเกินไป บั่นทอนการทำงาน ด้วยหัวใจผู้ให้บริการเมื่อแรงจูงใจเป็นค่าตอบแทนตามปริมาณ

ภาระงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติเน้นที่ปริมาณมากกว่าคุณภาพ (distortion effect) ปัญหาความคิดเห็นที่แตกต่างกันในองค์กร ความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพอันเกิดจากการออกแบบค่าคะแนน ตัวชี้วัดก่อให้เกิดความรู้สึกที่ไม่เป็นธรรม แม้แต่วิชาชีพเดียวกัน แต่ภาระงานแตกต่างกันก็ทำให้เกิดความขัดแย้งได้ความแตกต่างของวิชาชีพมีผลต่อการได้มาซึ่งค่าคะแนน เช่น ในการรักษาพยาบาล แพทย์จะเป็นผู้กำหนดแนวทางการรักษา โดยบุคลากรฝ่ายอื่นให้การสนับสนุน จึงมีโอกาเลือกปฏิบัติได้น้อยกว่า ส่งผลต่อความสามัคคี และการทำงานเป็นทีมในองค์กร อาจบั่นทอนกำลังใจของคนทำงานมากแต่ได้คะแนนน้อย หรือกลุ่มที่ได้คำตอบแทนลดลงเมื่อมีการใช้ P4P ทดแทนระบบการ สร้างแรงจูงใจเดิม แทนการเสริมแรงจูงใจด้วย P4P ปัญหาการบริหารจัดการการรายงานผลการปฏิบัติงานที่ไม่ตรงกับความจริง กระทบต่อความแม่นยำของระบบ ประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานจริง และอาจส่งผลต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรจากความ ไม่เป็นธรรมของการประเมินผลองค์กร บางแห่งมีงบประมาณจำกัด ทำให้ไม่สามารถจ่ายได้ หรือจ่ายได้น้อย ไม่เกิดแรงจูงใจที่จะทำ P4P เพราะงบประมาณมาจากรายได้ของ รพ. นั้นๆ จึงควรมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางมาให้ ระบบการบริหารจัดการมีความแตกต่างกันทั้งในระดับวิชาชีพ หน่วยงานและองค์กร การตรวจสอบผลงานทำได้ยาก และไม่โปร่งใส ขาดระบบการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานจากหน่วยงานภายนอก เพราะในความรู้สึของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกัน ปริมาณงานไม่ได้แตกต่างกันมาก แต่จำนวนเงินที่ออกมามีความแตกต่างกัน การประเมินผลและการตรวจสอบงาน การตรวจสอบค่าคะแนนที่เด่นชัดควรจะต้องสอดคล้องกับคุณภาพงานมากกว่าปริมาณงาน เมื่อมีการใช้ P4P ทดแทนระบบการสร้างแรงจูงใจเดิม อาจบั่นทอนกำลังใจของคนทำงานมาก แต่อาจจะได้คำตอบแทนน้อย

ภาพอนาคตที่ 2 การจ่ายตามคุณภาพของงาน (pay for quality of outcome) การจ่ายตามคุณภาพของงานได้มีการพัฒนาขึ้นภายใต้แนวความคิดที่ว่า การคิดค่าตอบแทนนั้น ไม่ควรใช้หลักเกณฑ์การคิดค่าตอบแทนรายกิจกรรม ชิ้นงาน หรือคิดเฉพาะเวลาในการให้บริการแต่เพียงอย่างเดียว แต่ควรรวมเอาคุณภาพของงานเข้าไปด้วย โดยคุณภาพของงานนั้น อาจจะเป็นผลของการทำงานรายบุคคล หรือเป็นผลการปฏิบัติงานของทีมงานก็ได้ วิธีการคิดค่าตอบแทนตามคุณภาพของงานนั้น อาจนำไปคำนวณร่วมกับการคิดค่าตอบแทนรายกิจกรรม หรือการคิดค่าตอบแทนตามปริมาณงานก็ได้ ก็จะทำให้ได้ภาพของผลของการปฏิบัติงานทั้งปริมาณและคุณภาพของแต่ละหน่วยงาน วิธีการคิดค่าตอบแทนตามคุณภาพของงาน ทำได้หลายวิธี คือ การคิดค่าตอบแทนเป็นผลลัพธ์รายบุคคล และการคิดค่าคะแนนโดยวัดตามตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานกำหนด และวัดตามระยะเวลา **จุดแข็งคือ** กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่สนใจด้านคุณภาพของงานที่ทำการจัดทำเป็นรายบุคคล ทำให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ กรณีทำเป็นภาพรวมองค์กรไม่เกิดภาระในการเก็บข้อมูลของตนเองเพิ่มเติม เพราะเก็บตามตัวชี้วัดของหน่วยงานหรือโรงพยาบาลอยู่แล้ว มีแนวโน้มที่จะเกิดผลลัพธ์ชัดเจน และสอดคล้องกับการดำเนินนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมการทำงานร่วมกัน และส่งเสริมความรักในองค์กร ทำให้มีความชัดเจนในการกำหนดกลยุทธ์ของแต่ละองค์กร ซึ่งเป็นกลไกให้บุคลากรในองค์กรพัฒนางาน ทำให้บุคลากรทำงานเป็นทีมมากขึ้น ลดความขัดแย้งระหว่างบุคคล เป็นที่มาทำให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ส่วน**จุดอ่อน**กรณีใช้การประเมินรายบุคคล คือ เจ้าหน้าที่ต้องเพิ่ม

ภาระงานในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด ต้องมีการกำหนดค่าคะแนนเชิงผลลัพธ์ของงานเพิ่มเติมขึ้นมา ทำให้ต้องใช้เวลาในการกำหนดหลักเกณฑ์และใช้เวลาในการเก็บข้อมูลมากยิ่งขึ้น ส่วนกรณีประเมินรายองค์กร มีข้อด้อยคือ ไม่สะท้อนผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่รายบุคคล เพราะตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นเป็นตัวชี้วัดรวมของหน่วยงานต้องคำนึงถึงการกำหนดตัวชี้วัดในลักษณะของการทำงานเป็นทีมร่วมด้วยเสมอ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม ไม่ได้เป็นแรงกระตุ้นให้บุคลากรบางคนในกลุ่มเข้ามาร่วมในการทำงาน ภาระงานยังอยู่ในกลุ่มคนที่ทำงาน ทำให้องค์กรมุ่งทำกลยุทธ์ที่ได้ผลตอบแทนโดยมองข้ามโครงการ/กิจกรรมที่ได้ผลตอบแทนน้อยกว่า ยังไม่ทราบว่าค่าตอบแทนจะมุ่งไปเฉพาะบุคลากรที่เกี่ยวข้องหรือจะเฉลี่ยไปทั้งองค์กร จำเป็นต้องมีผู้ประเมินและมีเครื่องมือในการสร้างตัวชี้วัดที่เป็นธรรมและเป็นมาตรฐาน

ภาพอนาคตที่ 3 เบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่าย (Flat Rate) ค่าเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่าย เป็นค่าตอบแทนพิเศษเพื่อสนับสนุนการกระจายบุคลากรในพื้นที่กันดารห่างไกล โดยเหมาจ่ายในอัตราที่แตกต่างกันตามจำนวนปีที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน และตามความยากลำบากของแต่ละพื้นที่ ข้อดีของการให้ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย จะเป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน ที่ให้เพิ่มเติมจาก เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง และเงินค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาราชการ โดยกำหนดในอัตราแตกต่างกัน ระหว่างพื้นที่ปกติ กับพื้นที่พิเศษ ซึ่งรวมถึงพื้นที่ “ทุรกันดาร” และพื้นที่เสี่ยงภัยด้วย การคิดเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่มีการคิดภาระงาน ทำให้ไม่เพิ่มภาระงานในการบันทึกข้อมูล **ข้อเสีย** เมื่อเปรียบเทียบอัตราจ่ายค่าตอบแทน ระหว่างพื้นที่และระหว่างวิชาชีพ จะมีความเหลื่อมล้ำกันมาก ทำให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรมกับวิชาชีพต่างๆ ในระบบสาธารณสุข นำไปสู่ความเห็นที่แตกต่างและเกิดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข วิธีการคิดของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่สามารถคำนวณภาระงานหรือปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงได้โดยตรง แพทย์และพยาบาลที่อยู่เวรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและในวันหยุด ไม่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร ทำให้เกิดปัญหาละเลยผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่สามารถตามแพทย์ พยาบาลได้หรือมาปฏิบัติงานล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต เนื่องจากค่าตอบแทนที่จ่ายเป็น อัตราตายตัว (Flat rate) ทั้งไม่กระตุ้นให้บุคลากรทำงานอย่างเต็มศักยภาพ เช่น การผลักระการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สามารถดูแลได้ ไปให้กับโรงพยาบาลที่สูงกว่า ไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกกลุ่ม ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรม ไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ เกณฑ์การแบ่งพื้นที่ที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์ทุรกันดาร จะไม่ได้รับค่าตอบแทนนี้ ไม่มีระบบการตรวจสอบคุณภาพในการทำงาน

ภาพอนาคตที่ 4 ระบบการบริหารเพื่อรับใช้สังคมด้านสาธารณสุข คือ มีระบบจัดการให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นอิสระออกมาจากระบบของคณะกรรมการสำนักงานพลเรือนกลางมาเป็นคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ฝ่ายบุคลากรสาธารณสุข มีการกำหนดอัตราค่าตอบแทน ที่สูงพอที่จะไม่ต้องให้แพทย์ไปทำงานนอกเวลา มีระบบการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งที่สามารถเข้าสู่ตำแหน่งระดับสูงโดยมีการประเมินเป็นระบบบริหาร เพื่อรับใช้สังคมที่แตกต่างจากการประเมินตำแหน่งทางวิชาการของข้าราชการพลเรือนในระดับอุดมศึกษา ที่เน้นความเป็นเลิศทางวิชาการมากกว่าการบริการรับใช้สังคม **จุดแข็ง**ของภาพอนาคตนี้ คือ

ทุกวิชาชีพสามารถขึ้นเป็นผู้บริหารได้เท่ากัน ทำให้การบริหารจัดการง่ายขึ้น คล่องตัวขึ้น เพราะเป็นกลุ่มวิชาชีพเดียวกัน ช่วยลดขั้นตอนการทำงานการติดต่อประสานงานคล่องตัวมากขึ้น สามารถกำหนดหลักเกณฑ์การแต่งตั้ง และการดำรงตำแหน่งในแต่ละสาขาวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม มีการกำกับดูแลโดยหน่วยงานที่เข้าใจบริบทการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข และสามารถปรับเปลี่ยนพระราชบัญญัติให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานสามารถกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรตำแหน่ง การขยายอายุราชการของบุคลากรที่ขาดแคลนการบริหารงบประมาณด้วยตัวเอง การจัดการเรื่องแรงจูงใจชัดเจนขึ้น มีความก้าวหน้าในสายวิชาชีพในบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้กฎระเบียบของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนฝ่ายบุคลากรสาธารณสุขทำให้เราสามารถกำหนดอัตราเงินเดือน และเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม มีระบบการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งที่เหมาะสม มีอำนาจพิจารณาความก้าวหน้าในแต่ละวิชาชีพรวมถึงค่าตอบแทน อัตราเงินเดือน มีผู้กำหนดนโยบายที่ชัดเจน และมีความเข้าใจในระบบงานสาธารณสุขมากขึ้น มีคณะกรรมการกระทรวงสาธารณสุขมาดูแล มีการกำหนดค่าตอบแทนที่เป็นธรรม การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรอยู่ในระบบ และกระจายบุคลากรลงไปในพื้นที่ที่รุดันได้ สามารถตอบสนองความต้องการของบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน การเพิ่มแรงจูงใจในการพัฒนางานและศักยภาพของตนเอง ซึ่งส่งผลไปยังผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ลดการสูญเสียของบุคลากรหรือสมองไหล กระตุ้นให้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถคงอยู่ในองค์กร ทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ จุดอ่อนของภาพอนาคตนี้ มีปัญหาความขัดแย้งจากความเหลื่อมล้ำระหว่างวิชาชีพ ระยะแรกอาจเกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ใน ระยะแรกระเบียบปฏิบัติอาจก่อให้เกิดแรงต้านในการปรับระบบ อาจทำให้เกิดระบบอุปถัมภ์ ถ้ามีระบบการบริหารจัดการที่ไม่เป็นธรรม อาจก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ อำนาจการบริหารจัดการอาจถูกผูกขาดอยู่กับบางวิชาชีพ

ข้อสรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย ข้อสรุป จากงานวิจัยนี้ ทำให้เห็นว่า ความเข้าใจในกระบวนการของ “การประชาเสวนาหาทางออก” ตามที่คาดหวังไว้ว่า การหาทางออกของความขัดแย้งโดยเฉพาะหลัก การแก้ปัญหาที่หวังผลออกมาเป็น ชนะ-ชนะ นั้นยังเป็นเรื่องใหม่ของสังคมไทย จึงต้องใช้เวลา และการนำไปปฏิบัติ รวมถึงต้องให้ความรู้ในระดับที่จะสามารถสื่อสารกันอย่างเข้าใจได้ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลในการดำเนินงานสร้างแรงจูงใจในรูปแบบต่างๆ พบว่าขาดการมีส่วนร่วม และได้เกิดความขัดแย้งทั้งด้านข้อมูล ความขัดแย้งด้านผลประโยชน์ ความขัดแย้งด้านความสัมพันธ์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหานี้ได้มีความขัดแย้งที่ ยากต่อการหาทางออก คือ ความขัดแย้งด้านค่านิยมและความขัดแย้งด้านโครงสร้าง ซึ่งถือเป็นความขัดแย้ง ที่ยากต่อการเจรจา ดังนั้นในกระบวนการการทำงานจึงต้องยึดหลักของการแก้ปัญหาและการป้องกันความ ขัดแย้งที่อาจจะเกิดจากการทำงานวิจัยนี้ คือ มิกติกาของการทำงาน ผู้วิจัยพบว่าเกือบจะทุกฝ่ายของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย มีความเห็นตรงกันว่า การให้แรงจูงใจโดยใช้ระบบ P4P นั้นดี มีประโยชน์ แต่ควรที่จะมีการ ปรับปรุงในรายละเอียด ได้แก่ ปรับค่าคะแนนให้ไม่รู้สึกเหลื่อมล้ำมากนัก ให้มีเครื่องมือ โดยเฉพาะระบบไอที (IT) ช่วยในการลงข้อมูล ให้มีงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางมากกว่าให้โรงพยาบาลหารเอาเองจากเงิน บำรุง ให้อิสระ ในการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมในระดับโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ในรายละเอียดให้มี

การประเมินเชิงคุณภาพประกอบ ให้มีการปรับเปลี่ยนระบบการประเมินเข้าสู่ตำแหน่ง เป็นระบบของ
กระทรวงเองที่ไม่ใช่เอาระบบของมหาวิทยาลัยมาใช้ อาจเรียกว่า การประเมินสู่ตำแหน่ง ผู้ชำนาญการการ
บริการสังคม

อนึ่งเนื่องจากงานวิจัยนี้ยังมิได้ดำเนินการในระยะที่สอง จึงเห็นควรว่า ทาง สวรส น่าจะ
ดำเนินการศึกษาวิจัยต่อไป แม้จะยังไม่มีรัฐบาลที่จะมากำหนดทิศทางการล่วงหน้า และอาจจะเป็นการ
ดีกว่าด้วยซ้ำไปที่จะทำการปฏิรูประบบแรงจูงใจ ที่เอาทุกภาคส่วน ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมาร่วม
กันหาทางออกอย่างสมานฉันท์ต่อไป โดยใช้ ข้อมูลอิลิซบูค (Issues Book) หรือ ข้อมูลพื้นฐานและภาพ
อนาคตทั้งสี่ที่มีข้อดีข้อด้อยเบื้องต้นแล้ว

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

ปัญหาด้านทรัพยากรบุคคลหรือกำลังคนยังเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ซึ่งหากเปรียบเทียบกับประเทศที่มีเศรษฐกิจระดับเดียวกันจะพบว่าประเทศไทย มีสัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรในระดับต่ำเกือบที่สุด (การสาธารณสุขไทย 2548-2550) ซึ่งแม้ว่ารัฐบาลจะมีนโยบายเพิ่มการผลิต โดยเฉพาะนักศึกษาแพทย์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 รวมทั้งการส่งเสริมการผลิตบุคลากรทางสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค โดย เปิดโอกาสให้นักเรียนในเขตชนบทได้มีโอกาสเรียนและกลับไปปฏิบัติงาน ในภูมิลำเนาของตน นอกจากนี้ยังมี มาตรการทั้ง การทำสัญญาขอใช้ทุนการออกแบบแรงจูงใจรูปแบบต่างๆ ทั้ง ค่าตอบแทนความก้าวหน้าทางวิชาชีพ และสวัสดิการต่างๆ ซึ่งแม้ว่าสัดส่วนของบุคลากรสาธารณสุขต่อจำนวนประชากรจะลดลงจากในอดีต แต่ก็ยังมี ความขาดแคลน โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรือ พื้นที่ทุรกันดารจึงมีความพยายามอย่างต่อเนื่องที่จะพัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข

การสร้างแรงจูงใจให้ บุคลากรทางการแพทย์คงอยู่ในหน่วยงานรัฐและเพื่อแก้ปัญหาการกระจายของแพทย์โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาระบบค่าตอบแทนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งค่าตอบแทนแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม หลัก คือ 1. ค่าตอบแทนที่เป็นเงินเดือน 2. ค่าตอบแทนพิเศษ เป็นค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย โดยจะจ่ายในอัตราที่แตกต่างกันตามความยากลำบากของแต่ละพื้นที่ พิจารณาจากความยากลำบากของการคมนาคม ความขาดแคลนสาธารณูปโภค สาธารณูปการหรือปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีพ ความเสี่ยงภัยและความขาดแคลนบุคลากร 3. ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาและตามปริมาณงาน ในปี 2551-2552 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงอัตราค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายในทุกๆ พื้นที่ และเพิ่มหลักเกณฑ์การจ่ายตามระดับของโรงพยาบาลและระยะเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรในพื้นที่นั้น ด้วย ในเดือนตุลาคม 2552 กระทรวงสาธารณสุขได้ขอความร่วมมือกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยพัฒนาข้อเสนอการปรับค่าตอบแทนโดยครอบคลุมเฉพาะค่าตอบแทนในส่วนค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย เพราะเห็นว่าเป็นค่าตอบแทนที่มีผลต่อการกระจายบุคลากรสาธารณสุขไปปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดแคลน โดยเพิ่มหลักการกำหนดอัตราค่าตอบแทนให้แตกต่างตามวิชาชีพและงานที่ได้รับมอบหมายด้วย , (ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทและคณะ ,2555) จนมาถึงการเปลี่ยนระบบการจ่ายค่าตอบแทนมาเป็นการจ่ายตาม ผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance หรือ P4P) ซึ่งได้นำร่อง ที่โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่าง ประเทศ, ม.ป.ป) และจากกรณีนโยบายการเปลี่ยนระบบการจ่ายค่าตอบแทนโดยกลุ่มอาศัย หลักคิดที่ว่าคนทำงานมากต้องได้รับเงินมากตามภาระงานเพื่อความเป็นธรรม และสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในกลุ่ม วิชาชีพต่างๆ ทางสาธารณสุข ขณะที่บุคลากรสาธารณสุขบางส่วนเห็นว่าควรเหมาจ่ายรายหัวจะช่วยรักษามูลค่าบุคลากรสาธารณสุขใน ชนบทไม่ให้ไหลไปสู่ภาคเอกชน หรือ

ส่วนกลางที่ค่าตอบแทนสูงกว่าและโอกาสการใช้ชีวิตดีกว่า นอกจากนี้ยังมีความเห็นต่างในแง่การกำหนดค่าตอบแทนที่แตกต่างกันของวิชาชีพต่างๆ ในระบบสาธารณสุข ซึ่งยังต้องการการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อการตัดสินใจ (วิรุฬ ลิ้มสวาท, 2556) จากนโยบายดังกล่าวจึงนำไปสู่ความเห็นที่แตกต่างและเกิดความขัดแย้งอย่างกว้างขวาง ระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขและเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนทั้งต่อบุคลากรในวงการสาธารณสุขและการรับรู้ของประชาชน ในขณะเดียวกันนโยบายการจ่ายค่าตอบแทน มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งทำงานกับผู้รับบริการโดยตรง นำไปสู่คำถามถึงความเหมาะสมของระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่ส่งเสริมให้บุคลากรได้ทำงานอย่างมีคุณภาพ เพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

ในการตัดสินใจเพื่อกำหนดนโยบายที่มีผลกระทบโดยตรงในวงกว้างเช่นนี้ จำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงหลักฐานเชิงประจักษ์และกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และแม้ว่าในอดีตจะมีการศึกษาผลกระทบทั้งจากระบบการคิดค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายในช่วงปี พ.ศ.2551 และการศึกษาการนำร่องการใช้การคิดค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน หรือ P4P ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะแรก ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 ถึงแม้จะมีการศึกษาพบว่าหลักเกณฑ์ และรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน สามารถนำมาปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล โรงพยาบาลได้ผลผลิตเพิ่มขึ้น สามารถจ่ายค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ ตามผลงานเชิงปริมาณได้เต็มรูปแบบ และความพึงพอใจของประชาชนเพิ่มขึ้น (จิรัชพร จ่างจิตร, เรือนแก้ว คำหลวง, 2549; นิลเนตร วีระสมบัติ และคณะ, 2550) และการลาศึกษาต่อทำให้ โรงพยาบาลชุมชนขาดแคลนแพทย์อีกครั้ง (วารุณี สิทธิรังสรรค์, 2556) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงผลกระทบจากการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานในต่างประเทศ พบว่าผลกระทบเกี่ยวกับทัศนคติในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่มุ่งหวัง ผลตอบแทนที่มากเกินไปทำให้คุณภาพในการรักษาลดลง (Alan Maynard, 2008; Bruin et al., 2011) รวมทั้งยังมีงานวิจัยเกี่ยวกับผลกระทบจากการจ่ายค่าตอบแทนรูปแบบต่างๆ

ในอดีตที่ผ่านมา มีกรณีตัวอย่างของความขัดแย้งที่เกิดจากการกำหนดนโยบายเพื่อประโยชน์ของคนส่วนรวม แต่มีผลกระทบต่อคนในชุมชน เช่น การพัฒนาอุตสาหกรรมในพื้นที่ต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ การเร่งรัดการพัฒนาได้เกิดขึ้นกับประเทศที่พยายามจะเดินตามประเทศญี่ปุ่นเป็น New Industrial Countries (NIC) เช่น ประเทศเกาหลี ได้มีการเร่งรัดพัฒนาในแนวทางที่เรียกว่า “Dynamic” หรือ “เร่งรัดพัฒนา” และจากการพัฒนาอย่างเร่งรีบที่ทำให้เกาหลีหลุดพ้นจากสังคมที่หิวโหยก็จริง แต่ก็ได้กลายเป็นสังคมที่โกรธกริ้ว หรือที่ ศาสตราจารย์ ยี จากมหาวิทยาลัยโซล เรียกว่า From Hungry Society to Angry Society จึงได้มีการประกาศเป็นกฎของประธานาธิบดีให้มีการศึกษาผลกระทบที่อาจจะนำไปสู่ความขัดแย้งที่รุนแรงที่เรียกว่า การประเมินผลกระทบจากความขัดแย้ง หรือ Conflict Impact Assessment (CIA) และคาดว่าจะสามารถสร้างฉันทามติ (Consensus) ให้เกิดขึ้นได้ใหม่และอย่างไร แล้วจึงจะดำเนินการต่อ

ซึ่งได้อาศัยกระบวนการ “สานเสวนาหาทางออก” (deliberation)¹ ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการ ประชาเสวนาหาทางออก (Public Deliberation) ในหลายๆ เวทีที่มีความขัดแย้ง เช่น ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในพื้นที่จังหวัดระยอง โดยเฉพาะชุมชนรอบสถานประกอบการไออาร์พีซี ในปี พ.ศ. 2550 ชาวบ้านกว่าสองหมื่นห้าพันคนได้มาปิดล้อมโรงงาน เพื่อให้หยุดการดำเนินการเตรียมการจะสร้าง โรงไฟฟ้าพลังถ่านหิน จนในที่สุด รัฐก็ต้องยอมหยุดโครงการดังกล่าว แต่ความขัดแย้งก็ยังคงดำรงอยู่ เพราะผลกระทบจากการดำเนินการของโรงงานอุตสาหกรรมอื่นที่อยู่ในเขตประกอบการไออาร์พีซี ในปี พ.ศ. 2551 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเข้าไปในพื้นที่ ทั้งชุมชนรอบสถานประกอบการและโรงงานไออาร์พีซี ได้ชวนผู้เกี่ยวข้อง ทั้งหมด² ได้แก่ แกนนำและชาวบ้านที่มีความขัดแย้ง โรงงานอุตสาหกรรม ส่วนราชการทั้งท้องถิ่นและท้องที่ที่เกี่ยวข้อง มาร่วมกันใช้เวทีและกระบวนการที่เรียกว่า “การประชาเสวนาหาทางออก”(Public Deliberation)³ จนในที่สุดสามารถที่จะนำไปสู่ทางออกของการอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติ⁴

ผู้วิจัยยังได้ทดลองใช้กระบวนการประชาเสวนาหาทางออกในการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านพลังงาน เนื่องจากการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านพลังงานที่ผ่านมา จะเป็นการกำหนดโดย ผู้มีอำนาจหรือคณะกรรมการ ผู้เชี่ยวชาญที่เมื่อกำหนดออกมาก็มักจะถูกต่อต้าน เพราะขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง (Meaningful Public Participation หรือ Genuine Public Participation) กระบวนการประชาเสวนาหาทางออกในเวทีพลังงาน เพื่อ ทดลองการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านพลังงาน โดยการมีส่วนร่วมตัดสินใจได้ทำเต็มรูปแบบ⁵ คือ มีการทำเอกสารข้อมูลพื้นฐานด้านพลังงาน และมีข้อมูลของทางเลือกหรือฉากทัศน์ต่างๆ ในภาพอนาคตที่เป็นทางเลือกสี่ฉากทัศน์ ที่มีทั้งข้อดีและข้อด้อย ของแต่ละทางเลือกที่เขียนอย่างเป็น

¹ วันชัย วัฒนศัพท์ ภิวัตติ บุรีกุล สุจินันท์ หรสิทธิ์ รัชติ แสงมะหะหมัด (2556) คู่มือการกำหนด นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง : ประชาเสวนาหาทางออกสู่ นโยบายสาธารณะด้านพลังงาน วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงเรียนพัฒนาผู้นำและสร้างสันติธรรม รักสกุล ขอนแก่น

² สุจินันท์ หรสิทธิ์ ภัทรวุฒิ วัฒนศัพท์ เนสินี ไชยเอีย ศุภณัฐ เพิ่มพูนวิวัฒน์ อนุชา เกตุเจริญ วันชัย วัฒนศัพท์ (2556) อารยะอุตสาหกรรม ชุมชนกับโรงงานอุตสาหกรรมจะอยู่ด้วยกันได้อย่างไร วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ โรงเรียนพัฒนาผู้นำและสร้างสันติธรรม รักสกุล ขอนแก่น

³ การสานเสวนาหาทางออก หรือ Deliberation เป็นกระบวนการที่ใช้การสานเสวนา หรือ dialogue คือการมาพูดคุยกันโดยการมีกติกา ที่จะฟังกันและกันไม่ชี้หน้าด่ากัน ที่ไม่ใช่การมาเอาแพ้เอาชนะกัน ส่วนการสานเสวนาหาทางออก หรือ deliberation คือ นอกจากมาสานเสวนาแล้วยังพยายามที่จะหาทางออก โดยเฉพาะในเรื่องที่เห็นต่างกัน โดยพยายาม ที่จะหาทางออกที่เป็นฉันทามติ หรือ consensus เป็นมติที่เกิดจากการพิจารณาอย่างรอบคอบร่วมกัน โดยดูผลที่จะเกิดจากการตัดสินใจร่วมกันนั้นๆ ในอนาคต ด้วยความพึงพอใจร่วมกัน ส่วนคำว่า “ประชาเสวนาหาทางออก” คือ การมาสานเสวนาหาทางออกกับประชาชน ที่เรียกว่า Public Deliberation อย่างรอบคอบร่วมกัน โดยดูผลที่จะเกิดจากการตัดสินใจร่วมกันนั้นๆ ในอนาคต ด้วยความพึงพอใจร่วมกัน

⁴ แผ่นภาพเคลื่อนไหว (DVD) ของโครงการประชาเสวนาหาทางออก ในโครงการแก้ปัญหาความขัดแย้งรอบเขตประกอบการไออาร์พีซี

⁵ อ้างแล้ว วันชัย วัฒนศัพท์ และคณะ (2556)

กลาง โดยการมีการตรวจสอบโดยผู้ที่ไม่เห็นต่างว่าเป็นกลาง แล้วจึงมานำเสนอ โดยมีผู้ทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการกลุ่ม ในกลุ่มใหญ่แล้วแบ่งกลุ่มย่อย เพื่อหาฉันทามติว่า ทิศทางควรจะเป็นอย่างไร แล้ว ก็มาเข้ากลุ่มย่อยอีกว่า จะหา คำตอบว่าทำอย่างไร จึงจะนำไปสู่คำตอบนั้นๆ และใครจะเป็นคนทำกระบวนการนี้สามารถกำหนดนโยบายร่วมกันได้โดยไม่ขัดแย้ง⁶

กระบวนการประชาเสวนาหา ทางออก น่าจะสามารถนำมาใช้กับกระบวนการแก้ปัญหาต่างๆ เช่น การ หาทางออกถึงความเห็นต่างของการจ่ายค่าตอบแทนให้กับบุคลากรสาธารณสุข แต่จำเป็นที่จะต้องทำอย่างรอบคอบและโปร่งใส เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในกระบวนการของการดำเนินการ น่าจะสามารถทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมกระบวนการ เพื่อหา ทางออกที่เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายโดยอาศัยข้อมูล หลักฐานเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย ซึ่งหัวใจของกระบวนการ สานเสวนาหาทางออก ไม่ใช่ การหาคำตอบ โดยใช้เสียงส่วนมากตัดสิน แต่ใช้กระบวนการแสวงหาฉันทามติ ด้วยการรับฟังความคิดเห็นของทุกฝ่าย การใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ผ่านการประมวลประกอบความคิดเห็นอย่างรอบด้าน จากผู้ที่มีความเห็น ที่หลากหลาย และเนื่องจากการจ่าย ค่าตอบแทน เป็นเพียงหนึ่งในความต้องการพื้นฐานที่มีส่วนสร้างแรงจูงใจในการทำงาน หาทางออกที่นำไปสู่ข้อยุติ อาจมีมากกว่าคำตอบเพียงแค่ P4P หรือเหมาจ่าย

การวางแผนการวิจัยในครั้งนี้จึงไม่เพียงแต่บทวนระบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรและผลกระทบ ทั้งด้านบวกและด้านลบ แต่หัวใจสำคัญ คือ กระบวนการหาข้อยุติ เพราะที่สุ ดแล้วแนวทางการจ่าย ค่าตอบแทนอาจจะเป็นเพียงส่วนหนึ่งของโจทย์ใหญ่ คือ

1) ปัญหาการกระจายบุคลากรสาธารณสุข ที่ให้บริการในพื้นที่ห่างไกลและไม่ห่างไกลและมีความเสี่ยงสูงอย่างทั่วถึงและยั่งยืน และ

2) หาทางออก ต่อความรู้สึที่ไม่เป็นธรรม ในการให้ค่าตอบแทนของแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และบุคลากรที่ทำห น้าที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงบุคลากรสนับสนุน ทำ อย่างไรที่จะสร้างระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนอยู่ดีมีสุข และผู้ให้บริการมีความสุข ซึ่งต้องอาศัย กระบวนการ “สานเสวนาหาทางออก” (Deliberation)

⁶ เอกสารการประชาเสวนาหาทางออก เรื่องพลังงานและเอกสาร issues book ด้านพลังงาน พร้อมด้วย DVD กระบวนการ กำหนดนโยบายพลังงาน

1.1.1 Operation Definition : คำนิยามการปฏิบัติการ :

1.1.1.1 การประชาเสวนาหาทางออก

ก่อนที่จะนิยามคำว่า การประชาเสวนาหาทางออก หรือ Public Deliberation ที่นำมาใช้ในกระบวนการหาทางออกของการพัฒนาระบบการสร้างความเข้มแข็งใจบุคคลากรสาธารณสุขนั้น ผู้ที่จะทำความเข้าใจกับคำนี้หรือ กระบวนการนี้ จะต้องเข้าใจประวัติศาสตร์ หรือที่มาของคำดังกล่าว กล่าวคือ “กระบวนการที่เกิดขึ้นที่ เรียกว่า การประชาเสวนาหาทางออก ย้อนหลังกลับไปนานมาก จนคนอเมริกันถือ เป็นประวัติศาสตร์ที่ต้องจดจำ ในระหว่างปี ค.ศ.1630 (พ.ศ.2173) ของรัฐแมสซาชูเซตส์ ท่ามกลางทุ่งหญ้าที่ทอดตัวระหว่างอ่าวดอร์เชสเตอร์ ของรัฐ แมสซาชูเซตส์ เป็นพื้นที่ ๆ เหมาะที่สุดสำหรับการเลี้ยงปศุสัตว์ที่จะได้เล็มหญ้าเขียวๆ เหล่านี้ แต่สัตว์ทั้งหลายกลับวิ่งหนีออกไปจากรั้วที่กั้นอยู่ ทำให้เกิดปัญหาสองปัญหา : ปัญหาแรกคือ ทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ บรรดาปศุสัตว์เหล่านี้ไม่ให้หนีหายและ ปัญหาที่สองคือ จะทำการหาทางออกหรือตัดสินใจในเรื่องนี้อย่างไร เมือง ดอร์เชสเตอร์ไม่มีองค์กรปกครองท้องถิ่นที่จะมาดูแลปัญหาดังกล่าว ไม่มีแม้แต่เวทีที่สร้างขึ้นเพื่อพูดคุยกันในปัญหาสาธารณะ มีเพียงโบสถ์ที่เป็นจุดที่คนทั้งหลายมารวมกัน และการไปโบสถ์วันอาทิตย์ก็ไม่ใช่ที่ที่ จะมาพูดคุยกันในเรื่องที่ยืดยาว เช่นเรื่องวัวและแกะ มีบาทหลวง จอห์น มาเวอร์ริค (Reverend John Maverick) และผู้นำ ชุมชนอีกหลายคนได้หันหน้ามาปรึกษากันและจัดหลักการประชาธิปไตยของอเมริกัน เราควรจะนิยาม เห็นมาเวอร์ริคและชาวเมืองพูดกันว่า “เรามีปัญหา เราจำเป็นต้องคุยกัน พบกันวันจันทร์ นะ” เดวิด แมทธิวส์ ได้เล่าไว้ในหนังสือการเมืองภาคพลเมือง⁷ มีข้อเตือนใจที่เป็นคำพูดอันเป็นธาตุแท้ของคนอเมริกันก็คือ “เรามีปัญหา เรามาคุยกันเถอะ” ซึ่งเป็นประโยคที่คนอเมริกันทุกคนเคยได้ยินและเคยพูดไม่น้อยกว่าหนึ่งครั้งหรือหลายครั้งที่ ดียว เหตุการณ์ที่คนอเมริกันผู้ซึ่งทำการสานเสวนาหาทางออก (deliberation) ทุกวันนี้ถือเป็นการหันไปใช้วิธีการปฏิบัติทางการเมืองที่เก่าแก่ที่สุดและพิเศษที่สุด จริง ๆ แล้วอาจจะกล่าวได้โดยไม่มีใครเถียงว่า การประชาเสวนาหาทางออก (public deliberation) เป็นกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญที่ช่วยสร้างสหรัฐอเมริกา เวทีสานเสวนาหาทางออก ซึ่งแต่เดิมอาจจะเคยเรียกว่า การประชุมสภาเมือง เริ่มต้นมาจากร้อยปีก่อนการปฏิวัติและรัฐธรรมนูญ จะเกิดขึ้นเสียอีกการประชุมดังกล่าวปูทางทั้งการปฏิบัติและรัฐธรรมนูญ

ข้อเสนอสนับสนุนการสานเสวนาหาทางออกของประชาชนหรือการประชาเสวนาหาทางออก (Public Deliberation) สรุปง่าย ๆ ว่าสำหรับการเมืองในระบอบประชาธิปไตยนั้น ควรจะดำเนินไปอย่างที่เราควรจะเป็น คือ ประชาชนต้องเป็นผู้กระทำ ไม่ใช่เพียงแค่ไปลงคะแนนเสียงเพื่อเลือกตั้ง ไม่เพียงแต่ไปเข้าใจหรือสนับสนุนผู้สมัครที่ได้รับเลือกตั้งของเรา ไม่เพียงแต่มีความคิดเห็นหรือดำเนินการไปในกิจกรรมที่ดำเนินอยู่นั้น อย่างไรก็ตามก่อนที่จะใครจะสามารถลงมือทำอะไรในฐานะประชาชน อย่างแรกที่สุดคือประชาชน จะต้องตัดสินใจว่าอย่างไร

⁷ เดวิด แมทธิวส์ เขียน วันชัย วัฒนศัพท์ แปลและเรียบเรียง (2552) การเมืองภาคพลเมือง แปลจาก Politics for People, Finding a responsible Public Voices. Kettering Foundation จัดพิมพ์โดย มหาวิทยาลัยขอนแก่น สนับสนุนการพิมพ์โดยมูลนิธิเคเทอริง

การสานเสวนาหาทางออกของประชาชนเป็นชื่อหนึ่งของวิธีการที่เราจะไปต่ ดลใจว่าจะกระทำอย่างไร ในการชั่งน้ำหนักร่วมกันระหว่าง ารต้นทุนและผลได้ของวิธีการต่าง ๆ เพื่อจะแก้ปัญหา ประชาชนต้องตระหนักถึง ความแตกต่างของวิธีการอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนและผลประโยชน์ ที่ ช่วยให้เขาพิจารณาถึงกระบวนการกระทำที่สอดคล้องกับอะไรที่มีคุณค่าต่อ อหุชนของเขาทั้งหมด ด้วยวิธี การดังกล่าวประชาชนจะสามารถนิยามถึงจุดสนใจหรือผลประโยชน์ของสาธารณชนในแต่ละประเด็นที่ละประเด็นได้

การสานเสวนาหาทางออกของประชาชนไม่ใช่แนวทางในการที่จะรักษาโรคทุกโรคที่ทำให้การเมืองเจ็บป่วยหรือเป็นตัวยาทิ่มห้ศรจรรยสำหรับลัทธิเกลียด ดชังสังคมมนุษย์แต่เป็นส่วนสำคัญของการเมืองในระบอบประชาธิปไตย”

1.1.1.2 การสร้างแรงจูงใจ

กระบวนการสร้างแรงจูงใจ ในที่นี้หมายถึงการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้บุคคลปฏิบัติงานด้วย ความพึงพอใจในกระบวนการสร้างแรงจูงใจนั้น มีแนวทางที่ แดเนียล พิงค์ (Daniel Pink) อธิบายไว้ในหนังสือชื่อว่า “Drive, the Surprising Truth about what motivates us”⁸ ซึ่งเขาได้พูดถึงแรงจูงใจให้มนุษย์ทำงานนั้นเริ่มจากสิ่งที่พิงค์ใช้คำว่า Motivation 1 เป็นระบบปฏิบัติการที่เกิดจากสัญชาต ญาณภายในเพื่อความอยู่รอดและสืบสายพันธุ์ ประกอบด้วย “ความหิว”(Hungry) “ความกระหาย”(Thirst) “ความต้องการทางเพศ”(Sex) เหล่านี้ มนุษย์เกิด มากี่มีแรงจูงใจ หรือ Drive มาแต่เกิด มากน้อยแล้วแต่ช่วงอายุ พิงค์พูดถึงช่วงศตวรรษที่ ยี่สิบเอ็ด ว่า ตลอดร้อยปีที่ผ่านมา มนุษย์มีความเชื่อในระบบปฏิบัติการ (Operating System) ที่เรียกว่า Motivation 2 คือการใช้การให้รางวัลและการลงโทษ หรือ Reward and Punishment หรือที่มักจะพูดกันติดปากว่า “carrot and stick” จะเป็นการกระตุ้นจากภายนอก โดยเชื่อว่า เมื่อให้รางวัลมากขึ้นเรื่อยๆ เช่น ให้เงินมากขึ้นจะทำให้มนุษย์ทำงานมีประสิทธิภาพ พมากขึ้น หรือถ้าไม่ทำก็จะขู่ว่าจะลงโทษ แต่ระบบปฏิบัติการนี้ดูจะใช้ไม่ได้ในศตวรรษที่ยี่สิบเอ็ด เพราะการให้เงินรางวัลเรื่อยๆจะเกิดการติด (addiction) และทำให้เกิดผลเสียตามมา ในศตวรรษปัจจุบัน นี้ พิงค์เชื่อว่าการสร้างแรงจูงใจต้องเกิดจากภายใน หรือ Intrinsic พิงค์เชื่อว่าพฤติกรรมแบบ ไอ (Type I หรือ Intrinsic) เกิดจากแรงดลใจจากภายใน ระบบ ปฏิบัติการสำหรับยุคนี้ที่เกิดจากภายในนั้น เป็นทั้ง “ติดมาแต่เกิด”(born) และกัย “สร้างให้เกิดได้”(made) แม้บุคคลทั้ง แบบไอ และแบบเอ็กซ์ (Type I และ Type X หรือ Extrinsic) ต้องการเงิน แต่เมื่อคนแบบไอได้ รับการตอบแทนเป็นค่าจ้างพอแล้ว เงินจะมีบทบาทที่แตกต่างออกไป ความสนใจเขาจะหลุดออกจาก “เงิน” และพิงค์ได้ตรวจสอบงานวิจัย หลายเรื่องรวมทั้งความเห็นของนักเศรษฐศาสตร์ (จาก London School of Economics) ที่ได้รับรางวัลโนเบล สิบเอ็ดคน ได้วิเคราะห์งานวิจัยจากการศึกษา ห้าสิบกว่าการทดลองพบว่า “การให้เงินเป็นแรงจูงใจอาจจะก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นลบต่อการกระทำโดยรวม”

⁸ Daniel H. Pink. (2009) Drive . the Surprising Truth about what motivates us. Riverhead Book, New York.

อย่างไรก็ดี ในการศึกษาที่กำลังนำเสนอนี้ จะทำการรวบรวมหาทางออกของการสร้างแรงจูงใจ ทั้งที่เป็นเงิน และ ระบบแรงจูงใจในรูปแบบอื่นๆ เช่นสภาพของการทำงาน บรรยากาศ โดยเฉพาะสิ่งทีอาจจะเป็นแรงจูงใจภายใน

1.1.1.3 บุคคลากรสาธารณสุข

ในที่นี้จะหมายถึงบุคลากรสายวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ รวมถึงบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ ที่จะมีส่วนร่วมในการพิจารณาให้ความเห็นถึงความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ ความเป็นธรรมจะหมายถึง ความเป็นธรรมที่มองไปข้างหน้าผลประโยชน์ของประชาชน และผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง ทั้งเป็นธรรมต่อบุคลากรที่ต้องปฏิบัติในที่ที่หลายๆคนไม่ต้องการไป ความเป็นธรรมที่เป็นที่ยอมรับออกมาเป็นฉันทามติ ระบบบริการสุขภาพจะมองไปถึงความเป็นธรรมที่ประชาชนจะได้รับบริการที่ยอมรับได้ร่วมกัน

1.2 วัตถุประสงค์

- 1.2.1 เพื่อศึกษาทบทวนทางเลือกของระบบการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข
- 1.2.2 เพื่อศึกษาวิเคราะห์ทางเลือกและประมวผลเพื่อจัดทำภาพอนาคตของระบบการสร้างแรงจูงใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุข
- 1.2.3 เพื่อใช้กระบวนการสานเสวนาหาทางออกอันจะนำไปสู่ข้อยุติในการตัดสินใจด้วยฉันทามติเพื่อออกแบบระบบการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรสาธารณสุข

1.3 ประโยชน์ที่จะได้รับ

- 1.3.1 ข้อยุติในเรื่องระบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- 1.3.2 เป็นข้อมูลสำคัญต่อการตัดสินใจทางนโยบายที่ตรงตามฉันทามติของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- 1.3.3 สามารถต่อยอดเพื่อการตอบโจทย์ด้านอื่นๆ ของปัญหาสาธารณสุข
- 1.3.4 เป็นต้นแบบการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจในนโยบายสำคัญหน่วยงานของรัฐ

1.4 หน่วยงานผู้ใช้ประโยชน์

- 1.4.1 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)
- 1.4.2 กระทรวงสาธารณสุข
- 1.4.3 สาธารณสุขจังหวัด
- 1.4.4 โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุขต่างๆ

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้จะศึกษาแนวทางการหาแรงจูงใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคิดค่าตอบแทน เพื่อหาข้อยุติของระบบการจ่ายค่าตอบแทน รวมไปถึงแนวทางการแก้ปัญหาเพื่อครอบคลุมของการให้บริการสาธารณสุข โดยจะไม่ได้ศึกษาถึงตัวชี้วัดในการคิดค่าตอบแทน หรือ อัตราค่าตอบแทนที่เหมาะสมของบุคลากร

1.6 ระยะเวลาในการดำเนินงาน

ระยะที่ หนึ่ง ของสองระยะ เป็นเวลา 3 เดือน (ระหว่าง ตุลาคม 2556 – ธันวาคม 2556)

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 หลักการด้านทรัพยากรบุคคล

แนวคิดเกี่ยวกับการจูงใจ (อมรรณ รังกุล, 2556)

“Motivation” หมายถึง มาจากรากศัพท์ภาษาละตินว่า “movere” แปลว่า การเคลื่อนไหว นักวิชาการให้ความหมายของคำนี้หลายประการ แต่ในที่นี้การจูงใจคือ กระบวนการตัดสินใจของบุคคลที่จะแสดงออก ซึ่งพฤติกรรมอันมีที่มาจากกระบวนการเรียนรู้จาก ภายในตนเองหรือสภาพแวดล้อมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมตามจริง สภาพแวดล้อมที่ถูกสร้างขึ้นโดยองค์กร บุคคลนี้ นิ่งเห็นแล้วว่าพฤติกรรมดังกล่าวสามารถตอบสนองกับค่านิยมของตนเองหรือสังคมภายนอก การศึกษาเรื่องการจูงใจจึงเป็นการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการภายในของบุคคลและแรงผลักดันจากภายนอกที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ

เรื่องของการจูงใจจึงมีความสำคัญต่อองค์กรในฐานะที่เป็นสิ่ง เร้าที่ทำให้บุคลากรขององค์กรมีผลผลิตของแต่ละบุคคลในรูปของผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การจูงใจจึงสามารถก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากในการปฏิบัติงานในภาพรวมขององค์กรดังสูตรข้างล่างนี้

$$\text{Performance} = \text{Capability} \times \text{Motivation}$$

หรือ

$$\text{Performance} = \text{Ability} \times \text{Motivation} \times \text{Opportunity}$$

จากสูตรดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลคูณของความสามารถของบุคลากรกับแรงจูงใจและอาจรวมไปถึงโอกาสด้วยการสร้างผลงานด้วยการปฏิบัติงานที่ดีจึงต้องอาศัยการสร้างการจูงใจที่มีประสิทธิภาพ

ดังนั้นองค์กรต่างๆจึงสรรหาวิธีการที่จะได้มาซึ่งคำตอบที่ว่าทำอย่างไรจึงจะสามารถจูงใจให้บุคลากรในองค์กรใช้สมรรถนะที่มีอยู่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่มากที่สุด การจัดการสิ่งจูงใจ (Reward Management /Motivation Management) (อมรรณ รังกุล, 2556)

การจัดการสิ่งจูงใจ เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมทั้งสิ่งจูงใจที่เป็นตัวเงิน และสิ่งจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงิน แนวคิดในเรื่องสัญญาทางจิตวิทยา (psychological contract) มีความสำคัญอย่างน้อยเท่าๆ กับความเข้าใจและการบริหารสิ่งจูงใจต่างๆกระบวนการจัดการสิ่งจูงใจต้องตอบสนองต่อภารกิจและเงื่อนไขความต้องการขององค์กร ซึ่งประกอบไปด้วยสาระสำคัญดังนี้

1. การกำหนดสิ่งจูงใจประเภทต่างๆ ต้องมองในเชิงกลยุทธ์และต้องเป็นเชิงกลยุทธ์ที่ตอบรับต่อกลยุทธ์ ขององค์กร

2. สิ่งจูงใจมี 2 ประเภท คือ สิ่งจูงใจที่เป็นตัวเงินและสิ่งจูงใจที่ไม่เป็นตัวเงิน ทั้ง 2 ประเภทมีความสำคัญเท่าๆกันในกระบวนการจัดการสิ่งจูงใจ ซึ่งองค์กรต้องแน่ใจว่าสิ่งจูงใจทั้ง 2 ประเภท ถูกใช้อย่างบูรณาการในกระบวนการจัดการสิ่งจูงใจทั้งกระบวนการ

3. สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่ตัวเงิน เน้นไปที่ความต้องการ (Needs) ของบุคคลในเรื่อง

3.1 การยอมรับ (Recognition)

3.2 ผลสำเร็จ (Achievement)

3.3 ความรับผิดชอบ (Responsibility)

3.4 การเติบโตของบุคลากรเอง (Personnel Growth)

ซึ่งทั้ง 4 เรื่องจะมีผลต่อการเพิ่มแรงจูงใจ การอุทิศตัวให้กับงาน และผลการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น สิ่งจูงใจเหล่านี้สามารถสร้างผลกระทบที่ลึกกว่าและยาวนานกว่าในการจูงใจและอุทิศตัวให้กับงาน เมื่อเทียบกับสิ่งจูงใจที่เป็นตัวเงิน สิ่งจูงใจ ที่ไม่เป็นตัวเงิน อาจได้แก่ การให้รางวัล การประกาศยกย่องการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง การเพิ่มความรับผิดชอบ

4. สิ่งจูงใจที่เป็นตัวเงิน ได้แก่ ค่าตอบแทนที่เป็นตัวเงินในรูปเงินเดือน ค่าจ้าง ซึ่งอาจจำแนกเป็นเงินเดือนค่าจ้างพื้นฐาน (Base pay) และเงินตอบแทนแปรผัน (Variable Pay)

4.1 เงินเดือนค่าจ้างพื้นฐาน ต้องกำหนดโดยคำนึงถึงความเท่าเทียมภายใน (Internal Equity) ซึ่งหมายถึง เงินเดือนค่าจ้างต้องสะท้อนค่าผลงาน และบุคคลที่เทียบเคียงกันได้ภายในองค์กรเดียวกัน และความเท่าเทียมภายนอก (External Equity) ซึ่งหมายถึง ค่าจ้างของงานที่มีคุณค่าของงาน เทียบเคียงกันได้ในตลาดที่อาจได้ข้อมูลจากการทำการสำรวจค่าจ้างในตลาด (Pay Survey/Market Surveys)

4.2 เงินตอบแทนแปรผัน มักเป็นเงินที่ตอบแทนให้กับผลการปฏิบัติงานแต่ละปี กล่าวคือ ปีใดบุคคลนั้นมีผลการปฏิบัติงาน อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ไว้ก็จะได้รับเงินตอบแทนนี้ หากผลการปฏิบัติงาน ไม่ได้ตามที่กำหนดก็ไม่ได้เงินตอบแทน เงินก้อนนี้ไม่นำไปรวมไว้กับเงินเดือนค่าจ้างพื้นฐาน จึงไม่นับไปคำนวณในการคิดเงินเดือนค่าจ้างรายปี และไม่นำไปรวมในเงินที่ จะให้เป็นบำเหน็จหรือบำนาญด้วย เงินรางวัลประจำปีและเงินรางวัล ที่แบ่งจากผลประโยชน์ที่ได้รับเพิ่ม (Gainsharing) ที่จะกล่าวต่อไปจัดเป็นเงินตอบแทนแปรผัน

นอกเหนือจากเงินเดือนค่าจ้างพื้นฐานและเงินตอบแทนแปรผันแล้ว สิ่งจูงใจที่เป็นตัวเงินรวมถึงผลประโยชน์ตอบแทนอื่นๆที่องค์กรอาจจัดให้แก่บุคลากร ซึ่งรวมถึงเงินบำเหน็จ เงินบำนาญ เงินตอบแทนเมื่อเสียชีวิตระหว่างการปฏิบัติงาน เงินตอบแทนยามป่วยไข้ รถยนต์ของบริษัทหรือค่าประกันสุขภาพแบบถาวร ที่จัดเพิ่มเติมให้ นอกเหนือจากที่จัดให้แล้วในรูปเงินสด ประโยชน์ตอบแทนยังรวมถึงสิ่งอื่นที่ไม่ใช่ค่าตอบแทน อาทิ วันหยุดประจำปี การจัดบริการรับฝากเลี้ยงเด็ก และการจัดอาหารกลางวัน เป็นต้น

สาระสำคัญของกระบวนการบริหารจัดการสิ่งจูงใจมีองค์ประกอบและปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบ แสดงให้เห็นดังข้างต้น ซึ่งสรุปได้ว่าหากผู้บริหารจะจูงใจให้คนทำงานควรอาศัยเทคนิคการจูงใจ คือ การบอกเป้าหมายองค์กรให้แน่นอน การยอมรับคนที่มีความสามารถ การให้โอกาสและความมั่นคง และให้เขาทำงาน

มีความสำเร็จ การปรับปรุงงาน มีการกระตุ้นโดยการใช้เงินนอกเหนือไปจากค่าแรงตามปกติ กระตุ้นให้ทำงานเป็นทีม ให้ความยุติธรรมและกระตุ้นให้เขามีอิสระในการทำงาน และความรับผิดชอบ ซึ่งจะทำให้เขาทำงานบรรลุเป้าหมายได้มากกว่า

นอกจากนี้มีแนวคิดของ แดเนียล พิงค์ (Daniel Pink) ที่อธิบายไว้ในหนังสือชื่อว่า “Drive, the Surprising Truth about what motivates us” ซึ่งได้พูดถึงแรงจูงใจให้มนุษย์ทำงานนั้น เริ่มจากสิ่งที่พิงค์ใช้คำว่า Motivation 1 เป็นระบบปฏิบัติการที่เกิดจากสัญชาตญาณภายในเพื่อความอยู่รอด และสืบ สายพันธุ์ ประกอบด้วย “ความหิว”(Hungry) “ความกระหาย”(Thirst) “ความต้องการทางเพศ”(Sex) เหล่านี้ มนุษย์เกิดมาก็มีแรงจูงใจ หรือ Drive มาแต่เกิด มากน้อยแล้วแต่ช่วงอายุ พิงค์พูดถึงช่วงศตวรรษที่ยี่สิบเอ็ดว่า ตลอดร้อยปีที่แล้วมนุษย์มีความเชื่อในระบบปฏิบัติการ (Operating System) ที่เรียกว่า Motivation 2 คือ การใช้การให้รางวัลและการลงโทษ หรือ Reward and Punishment หรือที่มักจะพูดกันติดปากว่า “carrot and stick” จะเป็นการกระตุ้นจากภายนอกโดยเชื่อว่าเมื่อให้รางวัลมากขึ้นเรื่อย ๆ เช่น ให้เงินมากขึ้นจะทำให้มนุษย์ทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น หรือถ้าไม่ทำก็จะขู่ว่าจะลงโทษ แต่ระบบปฏิบัติการนี้จะใช้ได้ไม่ใน ศตวรรษที่ยี่สิบเอ็ด เพราะการให้เงินรางวัลเรื่อยๆจะเกิดการติด (addiction) และทำให้เกิดผลเสียตามมา ในศตวรรษปัจจุบันนี้ พิงค์เชื่อว่าการสร้างแรงจูงใจต้องเกิดจากภายใน หรือ Intrinsic พิงค์เชื่อว่าพฤติกรรม แบบ ไอ (Type I หรือ Intrinsic) เกิดจากแรงคลไจจากภายใน ระบบปฏิบัติการสำหรับยุคนี้ที่เกิดจาก ภายในนั้น เป็นทั้ง “ติดมาแต่เกิด”(born) และก็ยัง “สร้างให้เกิดได้”(made) แม้บุคคลทั้ง แบบไอ และแบบ เอ็กซ์ (Type I และ Type X หรือ Extrinsic) ต้องการเงิน แต่เมื่อคนแบบไอได้รับการตอบแทนเป็นค่าจ้าง พอแล้ว เงินจะมีบทบาทที่แตกต่างออกไป ความสนใจเขาจะหลุดออกจาก “เงิน” และพิงค์ได้ตรวจสอบ งานวิจัย หลายเรื่องรวมทั้งความเห็นของนักเศรษฐศาสตร์ (จาก London School of Economics) ที่ได้รับรางวัลโนเบล สิบเอ็ดคน ได้วิเคราะห์งานวิจัยจากการศึกษา ห้าสิบกว่าการทดลองพบว่า “การให้เงิน เป็นแรงจูงใจอาจจะก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นลบต่อการกระทำโดยรวม”

2.2 การจ่ายเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่าย (Flat Rate)

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบ ค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลใน สังกัดมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพให้ทำงานในชนบทได้ยาวนานที่ สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ป้องกันปัญหาสมองไหล (brain drain) จากภาครัฐสู่เอกชน และเพื่อเพิ่มผลิตภาพ (productivity) ของบุคลากรในการปฏิบัติงาน (ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และคณะ, 2555)

ค่าเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่ายเป็นค่าตอบแทนพิเศษ เพื่อสนับสนุนการกระจายบุคลากรในพื้นที่ก้นดาร์ ห่างไกล โดยเหมาจ่ายในอัตราที่แตกต่างกันตามจำนวนปีที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน และตามความยากลำบาก ของแต่ละพื้นที่ โดยกระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดรายชื่อโรงพยาบาลในพื้นที่ก้นดาร์และห่างไกล โดย พิจารณาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ พิจารณาความยากลำบากของการคมนาคม ความขาดแคลน สาธารณูปโภค ความเสี่ยงภัย และความขาดแคลนบุคลากร และจะมีการทบทวนทุกๆ 2 ปี นอกจากนี้เจ้าหน้าที่

ที่มีสิทธิได้รับค่าเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่ายจะต้องเป็นเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานเป็นการประจำในหน่วยบริการที่กำหนดหรือหน่วยบริการในเครือข่ายของหน่วยบริการนั้น โดยมีวันทำการไม่น้อยกว่า 15 วันทำการในเดือนที่จะเบิกจ่าย (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2556)

ในปี 2551-2552 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่าย โดยเพิ่มอัตราการจ่ายทุกๆ พื้นที่ และจ่ายแตกต่างกันตามระดับโรงพยาบาล และระยะเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรในพื้นที่นั้น ในปี 2552 กระทรวงสาธารณสุขได้ขอความร่วมมือจากสภานิติบัญญัติระบบสาธารณสุขในการพัฒนาข้อเสนอการปรับระบบค่าตอบแทนบุคลากร (ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และคณะ, 2555)

ในต่างประเทศได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดความกดดันเพื่อลดความไม่เป็นธรรม โดยหลักเกณฑ์จะพิจารณาจาก สัดส่วนครัวเรือนที่ไม่มีรถยนต์ สัดส่วนครัวเรือนที่ไม่มี ใต้เป็นเจ้าของบ้าน สัดส่วนของคนตกงาน สัดส่วนของบ้านที่แออัด การมีฐานะทางสังคมต่ำ รายได้ สุขภาพและความพิการ การศึกษาและฝึกอบรม บ้านเรือน และการเข้าถึงบริการ (เช่น ไปรษณีย์ โรงเรียน คลินิกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และร้านอาหาร) (Carstairs V, & Morris R, 1991; Niggebrugge A et al., 2005)

สรุปการจ่ายเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่ายที่นำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ

ข้อดี

1. เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์ (โดยเฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล) ให้คงอยู่ในหน่วยงานของรัฐ โดยมีรายได้ในระดับพอทัดเทียมได้กับภาคเอกชนที่กำลังเติบโตอย่างมาก (พวงชมพู ประเสริฐ, 2556; วิรุฬ ลิ้มสวาท, 2556)
2. ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีการกระจายไปตามพื้นที่ต่างๆ อย่างเหมาะสม ซึ่งการให้ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย จะเป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน ที่ให้เพิ่มเติมจากเงินรายได้ที่มีอยู่เดิม คือ เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง และเงินค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาราชการ โดยกำหนดในอัตราแตกต่างกัน ระหว่างพื้นที่ปกติกับพื้นที่พิเศษ ซึ่งรวมถึงพื้นที่ “ทุรกันดาร” และพื้นที่เสี่ยงภัยด้วย (เช่น สามจังหวัดชายแดนภาคใต้) ดังนั้นเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายนี้ ยังเป็นค่าตอบแทนความยากลำบาก (Hardship allowance) ในการทำงานในพื้นที่พิเศษด้วย เพราะจะได้รับในอัตราที่สูงกว่าพื้นที่ปกติ (พวงชมพู ประเสริฐ, 2556; วิรุฬ ลิ้มสวาท, 2556)
3. การคิดเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่มีการคิดภาระงาน เนื่องจากบริบทของความเป็นโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนามัย ที่มีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร รวมทั้งพยาบาลจำนวนไม่มากนัก ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม ช่วยกันทำงาน เป็นวัฒนธรรมองค์กรที่สำคัญ ไม่ใช่วัฒนธรรมงานแลกเงินหรืองานใครงานมัน (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2556)
4. ไม่เพิ่มภาระงานในการบันทึกข้อมูล

ข้อเสีย

1. เมื่อเปรียบเทียบอัตราจ่ายค่าตอบแทนระหว่างพื้นที่และระหว่างวิชาชีพ จะมีความเหลื่อมล้ำกันมาก ทำให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรมกับวิชาชีพต่างๆ ในระบบสาธารณสุข นำไปสู่ความเห็นที่แตกต่างและเกิดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข (วิรุฬ ลิ้มสวาท, 2556)
2. วิธีการคิดของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่สามารถคำนวณภาระงานหรือปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงได้โดยตรง
3. แพทย์และพยาบาลที่อยู่เวรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและในวันหยุด ไม่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร ทำให้เกิดปัญหาละเลยผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่สามารถตามแพทย์ พยาบาลได้หรือมาปฏิบัติงานล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต เนื่องจากค่าตอบแทนที่จ่ายเป็นอัตราตายตัว (Flat rate) (วิชัย โชควิวัฒน์, 2556)
4. ไม่กระตุ้นให้บุคลากรทำงานอย่างเต็มศักยภาพ เช่น การผลการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สามารถดูแลได้ ไปให้กับโรงพยาบาลที่สูงกว่า
5. ไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกกลุ่ม ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรม ในการจ่ายค่าตอบแทนกับกลุ่มที่ไม่มีชื่อตำแหน่งใน กพ. เช่น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น
6. ไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์
7. ไม่มีการทบทวนพื้นที่ทุรกันดาร (ที่เคยบอกว่าต้องทบทวนทุก 2 ปี)
8. เกณฑ์การแบ่งพื้นที่ที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจากมีผลกระทบกับค่าตอบแทน
9. โรงพยาบาลที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์ทุรกันดาร จะไม่ได้รับค่าตอบแทนนี้
10. ไม่มีระบบการตรวจสอบคุณภาพในการทำงาน

2.3 การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance or P4P)

2.3.1 P4P คืออะไร

P4P หรือ Pay for performance เป็นระบบการสร้างแรงจูงใจในรูปแบบของค่าตอบแทนให้ผู้ปฏิบัติ ตามเป้าหมายการทำงานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดซึ่งอาจจะเป็นตัวชี้วัดทางคลินิก การใช้ทรัพยากร หรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ ผลการปฏิบัติงานจะเป็นตัวกำหนดว่าจะได้รับค่าตอบแทน มากหรือน้อย ซึ่งโดยหลักการระบบ P4P จะออกแบบมาเพื่อมุ่งหวังให้พัฒนาคุณภาพการให้บริการในขณะที่ ควบคุมค่าใช้จ่ายให้เป็นไปอย่างเหมาะสม (Cromwell, 2011)

แม้ว่า P4P จะเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจและมีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก แต่ก็ยังพบว่ามีนิยาม ความเข้าใจหรือการนำไปในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในประเทศไทยยังมีความเหลื่อมซ้อนกันกับการจ่าย ค่าตอบแทน ตามปริมาณภาระงาน หรือ fee-for-service

2.3.2 ประวัติศาสตร์ของ P4P

วิวัฒนาการของระบบสุขภาพในอังกฤษและสหรัฐอเมริกาเกิดควบคู่มากับการพัฒนาระบบสร้างแรงจูงใจสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข โดยในช่วงปี 1970 รัฐบาลสหรัฐอเมริกา มีระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย และผู้พิการ ในขณะที่การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์เป็นการจ่ายตามภาระงาน (fee-for-service; FFS) (Starr, 1982) และเมื่อพลเมืองชาวอเมริกันมีการซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนกันมากขึ้น ในขณะที่เทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้ามากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้รายจ่ายทางการแพทย์กระโดดสูงขึ้นอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน เนื่องจากผู้ให้บริการจะทำการเบิกจ่ายตามค่าใช้จ่ายหรือภาระงานจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งทำให้บุคลากรทางการแพทย์หรือโรงพยาบาล มุ่งเน้นปริมาณการให้บริการ โดยเฉพาะบริการที่ได้ค่าตอบแทนสูงทำให้ไม่สามารถควบคุมเพดานค่าใช้จ่ายได้

ในช่วงปี 1980 จึงมีการออกแบบวิธีคิดค่าใช้จ่ายเหมารวมตามกลุ่มโรคที่วินิจฉัย (Diagnosis Related Group หรือ DRG) และในเวลาต่อมาจึงมีการพัฒนาระบบการเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ของประชากรในเขตบริการ ช่วยลดค่าใช้จ่ายลงได้ลงได้มาก ช่วยกระตุ้นงานส่งเสริมสุขภาพ แต่กระทบคุณภาพการบริการ เพราะต้องบริหารจัดการในวงเงินจำกัด และทำให้เกิดอคติในการเลือกกลุ่มผู้รับบริการที่สุขภาพดี เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (Altman & Wallack, 1996) จึงเป็นที่มาของการออกแบบแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนตามผลปฏิบัติงาน หรือ Pay for Performance (P4P)

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เยอรมัน ออสเตรเลียและสเปน ที่ประกอบด้วยงานวิจัยที่มีคุณภาพเพียงพอต่อการสังเคราะห์จำนวน 47 เรื่อง ในจำนวนนี้มีงานวิจัยเชิงทดลอง (randomized controlled trial) 9 เรื่อง ซึ่งพบว่า ประสิทธิภาพทางคลินิกของ P4P มีความหลากหลาย ตั้งแต่ให้ผลลบไปจนถึงให้ผลบวกมาก (เกินร้อยละ 10) ซึ่งในงานวิจัยที่ปรากฏผลลบ พบว่ามีการพัฒนาคุณภาพน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่ P4P แต่ไม่ได้มีคุณภาพลดลงแต่อย่างใด ซึ่งความหลากหลายของประสิทธิภาพที่ได้ขึ้นอยู่กับวิธีการออกแบบ หรือตัวชี้วัดที่แต่ละแห่งเลือกใช้ ที่น่าสนใจคือ ค่าตอบแทนที่ให้เป็นรางวัลเสริมจากค่าตอบแทนหลัก จะเกิดผลดีมากกว่าการให้ค่าตอบแทนในรูปแบบการแข่งขัน (มีผู้แพ้ ผู้ชนะ ผู้ได้ ผู้เสีย) (Van Herck et al., 2010) นอกจากนี้ยังมีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบอีกชิ้นที่พบว่าทำให้ผลผลิตของบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น (productivity) แต่ยังไม่มีความชัดเจนที่พอจะสรุปว่าช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการได้ (de Bruin, Baan, & Struijs, 2011) อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยเชิงสังเคราะห์ล่าสุดที่ได้ทบทวนงานวิจัยเชิงสังเคราะห์ (systematic review) ที่มีมาตั้งแต่ปี 2000-2011 ก็พบว่ายังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่หนักแน่นพอที่จะสรุปได้ถึงประสิทธิภาพของการจ่ายค่าตอบแทนตามผลปฏิบัติงาน เนื่องจากจำนวนงานวิจัยที่มีคุณภาพยังไม่มากพอที่จะให้คำตอบได้ (Eijkenaar, Emmert, Scheppach, & Schöffski, 2013)

ข้อพิจารณาประการหนึ่งที่สำคัญของการนำผลการทบทวนวรรณกรรมไปใช้ คือ หลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้นเป็นการศึกษาการนำ P4P ไปใช้ในระดับหน่วยบริการ โดยไม่ได้นำมาผูกโยงกับการสร้างแรงจูงใจรายบุคคล นอกจากนี้บริบทที่แตกต่างกันทำให้โจทย์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่างกัน เช่น ความเห็นของแพทย์

อาวุโสอดีตหัวหน้าภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยาของมหาวิทยาลัยเอดินบะระ (University of Edinburgh) กล่าวว่าในประเทศอังกฤษไม่มีความจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้แพทย์อยู่ในชนบท เพราะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป อยากอยู่ในชนบทอยู่แล้วด้วยสิ่งแวดล้อมที่ดีกว่า คุณภาพสังคมดีกว่าในเมือง ในขณะที่ความเป็นอยู่ การศึกษาไม่ด้อยไปกว่าในเมือง

2.3.3 P4P ในเมืองไทย

กระทรวงสาธารณสุขได้นำระบบ P4P มาใช้เป็นการนำร่องในโรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร และโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 ในรูปแบบของค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากการจ่ายค่าตอบแทนอื่นๆ ที่มีอยู่เดิม และขยายในอีกหลายโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ในปีงบประมาณ 2551

รูปแบบของ P4P ที่ใช้นำร่องจะแตกต่างกันตามการออกแบบของแต่ละโรงพยาบาล โดยจะมีการกำหนดค่าคะแนนสำหรับค่าตอบแทนตามตัวชี้วัดซึ่งมีทั้งภาระงาน (ประเภทงาน ปริมาณ และเวลา) ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (การบรรลุเป้าหมายของงานนั้นๆ) และมีทั้งส่วนของค่าตอบแทนรายบุคคล และรายหน่วยงาน

ทั้งนี้จะเป็นการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรด้านสุขภาพตามผลการปฏิบัติงานทั้งงานบริการ งานบริหาร และงานวิชาการ โดยมีหลักพื้นฐาน ได้แก่ (นพ.ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ และ คณะ, 2556)

1. เป็นค่าตอบแทนเพื่อการจูงใจที่เพิ่มเติมนอกเหนือจากค่าตอบแทนพื้นฐานที่จ่ายตามปริมาณภาระงานปกติตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนดไว้ โดยพิจารณาจากปริมาณภาระงานที่มากกว่ามาตรฐานทั้งในด้านผลงาน ภาระงาน คุณภาพงาน หรือความชำนาญในงานที่เพิ่มขึ้น โดยค่าตอบแทนจะแปรตามผลงาน
2. ยึดหลักของความเป็น ธรรมภายใน คือ ผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานเท่ากันจะได้รับค่าตอบแทนเท่ากัน ขณะที่ผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานดีกว่าจะได้รับค่าตอบแทนสูงกว่า จึงต้องมีการวิเคราะห์ผลงาน และประเมินค่างานอย่างโปร่งใส ด้วยหลักเกณฑ์เชิงประจักษ์ ที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ระหว่างงาน ทักษะของกำลังคนทุกคนทุกสาขา เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมภายใน
3. ต้องยอมรับในหลักการที่ว่าการแต่ละงานมีความสำคัญแตกต่างกันจากปัจจัยต่างๆที่กำหนด เช่น ความยากง่าย ความเสี่ยง ความจำเป็นเร่งด่วน หรือปัจจัยอื่นๆตามนโยบาย ซึ่งจะส่งผลถึงค่าของงาน
4. ค่าตอบแทนสามารถกำหนดใช้กับรายบุคคล กลุ่มบุคคล หรือหน่วยงาน ให้ครอบคลุมทั้งงานบริหาร งานบริการและงานวิชาการ ทั้งงานที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรงและงานสนับสนุนอื่นๆ
5. ระบบค่าตอบแทนที่กำหนดจะต้องเป็นที่ยอมรับของทั้งฝ่ายผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ โดยอยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ความสามารถในการจ่าย และเป้าหมายขององค์กร
6. คำนึงถึงความเป็นธรรมภายนอก โดยพิจารณาจากผลการปฏิบัติงาน (performance) ขององค์กร หรือระหว่างองค์กร โดยอาศัยกลไกกลาง

โดยเมื่อวันที่ 9 เมษายน พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้มีหนังสือหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทนแนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติ

งาน ให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 9) พ.ศ. 2556 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายละเอียดการดำเนินการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (ภาคผนวก)

ทั้งนี้ในหนังสือดังกล่าวได้ระบุให้หน่วยบริการจัดทำรายละเอียด วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน โดยคำนึงถึงความจำเป็น ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า ความเสมอภาค ความเป็นธรรม ความโปร่งใส และตรวจสอบได้ ซึ่งจะมีคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนเป็นผู้พิจารณา และอนุมัติ

2.3.4 ตัวอย่างวิธีการคิดค่าคะแนนของ P4P ในประเทศไทย

ในการวัดผลการปฏิบัติงาน ต้องคิดทั้งปริมาณภาระงาน และคุณภาพของงาน ซึ่งมีการกำหนดวิธีคิดค่าคะแนนปฏิบัติงานเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1. การคิดค่าคะแนนตามภาระงาน (Workload) ใช้วิธีการวัดผลการปฏิบัติงานที่แต่ละโรงพยาบาล สามารถเลือกได้ตามบริบทของตนเอง เช่น การกำหนดค่าคะแนนของกิจกรรมการบริการต่างๆ การกำหนดจากเวลาที่ใช้ การใช้ค่าต้นทุนเฉลี่ยของการบริการ (Diagnosis-related group / Relative Weight) เป็นต้น
2. การคิดค่าคะแนนตามคุณภาพงาน (Quality point)
3. การคิดค่าคะแนนสำหรับงานบริหาร

2.3.5 ผลการศึกษานำร่อง (IHPP, n.d.)

จากการศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) เพื่อทบทวนการการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานในประเทศไทยพบว่า

2.3.5.1 ผลด้านบวก

1. การประเมินผลในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปที่ทดลองจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน พบว่าประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมากขึ้น
2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการมีความกระตือรือร้นในการทำงานให้ร่วมมือกับกิจกรรมของโรงพยาบาลมากขึ้น เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน
3. โรงพยาบาลสามารถเพิ่ม productivity มากขึ้น และมีข้อมูลผลงานที่ใกล้เคียงกับการปฏิบัติงานจริง
4. บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานโดยรวมและรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน แบบ P4P แบบ on top แม้ว่าจำนวนเงินที่ได้รับจากการจ่ายค่าตอบแทนดังกล่าวจะไม่มากนัก
5. บุคลากรที่ทำงานหนักและมีความรับผิดชอบสูง มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

2.3.5.2 ผลกระทบด้านลบ

1. ภาระการเก็บข้อมูลการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นรายบุคคล หรือ รายกลุ่ม รวมทั้งภาระในการตรวจสอบความถูกต้อง (verification) ความถูกต้องของข้อมูลผลการปฏิบัติงานที่ได้มีการบันทึกไว้
 2. ระยะยาว อาจมีผลทำให้บุคลากรเลือกปฏิบัติงานที่มีค่าคะแนนหรือน้ำหนักของการปฏิบัติงานสูง โดยอาจหลีกเลี่ยงการให้บริการที่มีค่าคะแนนน้อยหรือไม่มีค่าคะแนนเลย รวมทั้ง
 3. อาจเกิดผลกระทบต่อทัศนคติการปฏิบัติงานของบุคลากรให้คำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทนที่เป็นตัวเงินมากเกินไป
 4. เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในกระทรวงสาธารณสุข โดย ดร.รพีสุภา หวังเจริญรุ่ง ได้นำเสนอในวันที่ 27 พฤษภาคม 2556 ว่า หากมีการจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P กระทรวงสาธารณสุขจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P ร่วมกับค่าครองชีพสำหรับปริญญาตรีให้เทียบเท่ากับ 15,000 บาท และค่าแรงขั้นต่ำของลูกจ้างชั่วคราว 300 บาทต่อวัน เป็นจำนวนเงินประมาณ 10,000 ล้านบาท และจากข้อมูลประมาณการค่าแรงของบุคลากรในโรงพยาบาลนั้น ได้มีการประเมินว่า หากมีการจ่ายค่าตอบแทนแบบ P4P ในโรงพยาบาลชุมชนในปี 2556 จะทำให้มีค่าแรงเพิ่มขึ้นจาก 39.5 ล้านบาท ในปี 2555 เป็น 44.2 ล้านบาท ในปี 2556
- ผลกระทบข้างต้น อ้างอิงจากการใช้ P4P นำร่องในรูปแบบของค่าตอบแทนสมทบ (top up) จากค่าตอบแทนอื่นๆที่ได้รับอยู่เดิม

2.4 ทบทวนวรรณกรรมสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนแบบ Pay for Quality of Outcome (PQO)

ในปี 2008-2009 มีการสำรวจโดย Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) ในประเทศที่สำรวจ 29 ประเทศ พบว่า มีถึง 19 ประเทศที่มีการใช้ระบบ pay-for-performance เพื่อให้เกิดการให้บริการอย่างมีคุณภาพ (quality of care) และแต่ละประเทศก็มีรูปแบบการดำเนินการที่แตกต่างกันออกไป (Jeong 2012)

ในประเทศอังกฤษ มีการดำเนินการจ่ายเพื่อเพิ่มคุณภาพของการบริการภายใต้ Quality and Outcome Framework (QOF) โดยมีส่วนประกอบของแนวคิด QOF ว่าเป็นรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนตามคุณภาพการบริการโดยจะมีการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นหากมีการทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ การจะได้รับค่าตอบแทนนั้นขึ้นกับจำนวนผู้ที่ได้รับการบริการที่ระบุไว้และค่าตอบแทนที่จ่ายให้กับสถานบริการที่ใช้วิธีการเพิ่มเงินเดือนของแพทย์ผู้ให้บริการ หากสถานบริการนั้นสามารถให้บริการที่ได้ตกลงกันไว้ (pre-specified care) ให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือเป็นโรคที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน (long-term conditions) ค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นอาจจะเป็นสัดส่วนถึง 20% ของค่าตอบแทนของแพทย์ (Hanon et al. 2012)

2.4.1 ประวัติความเป็นมาของการจ่ายเงินค่าตอบแทนตาม QOF ของประเทศอังกฤษ

ประชาชนของประเทศอังกฤษจะต้องลงทะเบียนกับหมอครอบครัว (family practitioner) และหมอครอบครัวจะมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่มาลงทะเบียนกับตน จากนั้น หมอครอบครัวจะไปทำสัญญากับรัฐบาล (National Health Services หรือ NHS) ซึ่งจะทำหน้าที่ควบคุมกำกับการทำงานของหมอครอบครัวร่วมกับ British Medical Council ในปี 2004 หมอครอบครัวได้ทำสัญญา (contract) กับรัฐบาลโดยที่รัฐบาลจะเพิ่มค่าตอบแทนให้หมอครอบครัวสำหรับการให้บริการที่เป็นแบบ high quality care หรือที่เรียกว่า Good Practice Allowance ก่อนหน้านี (mid-1980s) มีความพยายามที่จะจ่ายเงินเพิ่มสำหรับ high quality care แต่ยังไม่สำเร็จ แต่มีความพยายามที่จะเริ่มใช้ระบบนี้ในปี 1990 สำหรับจ่ายเป็นค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ที่มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดวัคซีนเป็นสัดส่วนที่มากที่สุด ซึ่งทำให้เกิดผลดี คือ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดวัคซีนเพิ่ม จำนวนขึ้นมาก และมีการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับหมอครอบครัวที่ตั้งคลินิกส่งเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมด้านการป้องกันโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle intervention) ในปี 1990 เป็นปีแห่ง evidence-based medicine (ก่อนหน้านี แพทย์ไม่เชื่อว่า คุณภาพเป็นสิ่งที่ “วัดได้”) ทำให้แพทย์เชื่อว่า การให้บริการทางการแพทย์มีความแตกต่างกันได้ ประกอบกับ ในปี 2000 รัฐบาลอังกฤษตกลงที่จะเพิ่มทุนสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ ทำให้มีการให้ความสนใจว่าคุณภาพของการรักษาพยาบาล จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนงบประมาณหรือไม่ (Roland 2004)

2.4.2 ตัวอย่างตัวชี้วัดที่ใช้ในการคิดค่าคะแนนสำหรับ P4P ของประเทศอังกฤษ แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ clinical indicators (ดังแสดงในตารางที่ 1) และ organizational indicators (ดังแสดงในตารางที่ 2)

Condition	No. of indicators*	Maximal number of points **
Coronary heart disease	15	121
Stroke, TIA	10	31
Hypertension	5	105
Hyperthyroidism	2	8
Diabetes	18	99
Mental disorder	5	41
Chronic obstructive pulmonary disease	8	45
Asthma	7	72
Epilepsy	4	16
Cancer	2	12
Total		550

* แต่ละ indicators มีการให้คะแนนสำหรับแต่ละ specific aspect of clinical care (เช่น วัด BP เป็นต้น)

** มีวิธีคิดโดยใช้ formula ที่คำนวณออกมาจาก ขนาดของคลินิก และ prevalence ของโรค

(Roland 2004)

ตารางที่ 2 Organizational indicators

Categories	No. of points
การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน ตัวอย่าง : บันทึกว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่อย่างน้อย 75% ของผู้ที่อายุระหว่าง 15-75 ปี	5
การสื่อสารกับผู้ป่วย ตัวอย่าง : ได้มีการจัดให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับพนักงานต้อนรับทางโทรศัพท์หรือที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 45 นาทีในวันจันทร์ ถึงวันศุกร์	1.5
การศึกษาและได้รับการฝึกเพิ่มเติม ตัวอย่าง : ได้รับการฝึกเพิ่มเติมทักษะอย่างน้อย 12 เรื่องที่เป็นปัญหาทางการแพทย์ที่สำคัญ เช่น การทบทวนสาเหตุการตายของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรคมะเร็ง และ การรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต	4
การจัดการคลังยา	8
การบริหารจัดการ ตัวอย่าง : มีการสำรองข้อมูลคอมพิวเตอร์เพื่อรักษาข้อมูลของผู้ป่วย	1.5

(Roland 2004)

ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อมีการใช้ระบบการสร้างแรงจูงใจแบบใหม่หรือ the new incentives แบ่งออกเป็นผลดีและผลเสียในตารางที่ 3 (เปรียบเทียบผลดีและผลเสียของการสร้างแรงจูงใจแบบใหม่)

ผลดี	ผลเสีย
1. สภาวะสุขภาพดีขึ้น 2. ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อใช้ในการรักษามีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว 3. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมมีมากขึ้น 4. มีคลินิกที่ดูแลโรคเรื้อรังมากขึ้น 5. มีผู้เชี่ยวชาญทั้งแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางเพิ่มมากขึ้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 6. เพิ่มพูนทักษะสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	- มีการแยกส่วนของการดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีหลายโรค - คุณภาพของการรักษาพยาบาลลดลงในโรคที่ไม่รวมอยู่ในการจ่ายค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจ - เพิ่มค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการ

(Roland 2004)

Gillam และคณะ (2012) ได้กล่าวถึง The UK Quality and Outcomes Framework (QOF) ว่าเป็นระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับการให้บริการแบบปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ และครบถ้วน ระบบการจ่ายค่าตอบแทนนี้ไม่ได้มี แต่การคิดค่าตอบแทนในรูปของตัวเงินแต่เพียงอย่างเดียว แต่เป็นการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (information technology) เพื่อพัฒนาระบบและการทำงาน เป็นทีมเพื่อให้เกิดการให้บริการที่มีคุณภาพและใช้หลักฐานในการตัดสินใจด้านการให้การรักษายาบาล ระบบ P4P schemes ของประเทศอังกฤษ ได้รับการทำวิจัยเพื่อทบทวนผลการดำเนินงานอย่างกว้างขวาง จาก Cochrane review พบว่า ระบบ P4P นี้จะเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แต่ผลกระทบของระบบการ จ่ายเงินแบบนี้กับผลลัพธ์หลังจากได้รับการดูแลที่ระบบปฐมภูมิก็ยังมีไม่เด่นชัดเพียงพอ การคิดค่าตอบแทน แบบ UK QOF นั้นประกอบด้วยตัวชี้วัดหลักๆ 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านการรักษาโรค (Clinical indicators) เช่น การป้องกันการเกิดโรคหัวใจ หรือหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตสูง และอัตราการเกิดอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง การสูบบุหรี่ เป็นต้น
2. ด้านการบริหารจัดการองค์กร (Organizational indicators) เช่น การจัดการฐานข้อมูล การให้ ข้อมูลกับผู้ป่วย การศึกษาและการได้รับการฝึกทักษะ การจัดการคลังยา เป็นต้น
3. ประสบการณ์ของผู้ป่วย (patient experience) เช่น ระยะเวลาการได้พบแพทย์เฉพาะทาง เพื่อ ปรีกษาเรื่องการรักษา การสำรวจความพึงพอใจ เป็นต้น
4. การบริการที่ได้รับเพิ่มเติม (additional services) เช่น การได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก การ ดูแลสุขภาพแม่และเด็กหลังคลอด การคุมกำเนิด เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีรายงานผลกระทบของ QOF ในด้านต่างๆ ประกอบด้วย ประสิทธิภาพ (Effectiveness) โดยเป็นการช่วยสนับสนุนให้เกิดการใช้หลักฐาน (evidence-based) มาใช้ในการตัดสินใจ โดยสนับสนุนให้มีการใช้คอมพิวเตอร์เพิ่มมากขึ้น เพราะต้องมีการกรอกข้อมูลในคอมพิวเตอร์ เพื่อบันทึกข้อมูล ทำให้เป็นการเตือนว่าต้องทำตามแนวทาง (guidelines) ที่กำหนด โดยพบว่า มีการดีขึ้นของผลลัพธ์ของการ รักษาโรคเบาหวานโดยมีการดีขึ้นอย่างมากในช่วงปีแรก แต่อัตราการดีขึ้นลดลงในปีที่ 2

ประสิทธิผลและต้นทุน (Efficiency and cost) แม้จะมีรายงานการวิจัยค่อนข้างน้อย แต่ก็ยังมีหลัก ฐานอยู่บ้างว่า การดำเนินงานตาม UKQOF น่าจะทำให้มีความคุ้มค่า (cost-effectiveness) เพราะมีการเพิ่ม ขึ้นของคุณภาพด้านการรักษาโรคสำหรับผู้ป่วยนอก และทำให้ลดอัตราการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาล

ความเสมอภาค (Equity) มีหลักฐานว่าสามารถลดช่องว่างของการบริการในกลุ่มประชากรที่มี ความ แตกต่างกันได้บ้าง

ประสบการณ์ของผู้ป่วย (Patient experience) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเรื่องการสื่อสาร กับผู้ป่วย การให้บริการของพยาบาล และความพึงพอใจโดยรวม แต่ผู้ป่วยก็รายงานว่า ได้พบแพทย์ที่รักษา

เป็นประจําน้อยลง แต่การเปลี่ยนทีมผู้ดูแลบ่อยๆ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยแพทย์ที่หลากหลายมากขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นผลดีกับผู้ป่วย

การทำงานเป็นทีม (Professional and team working) พบว่ามีความพึงพอใจมากยิ่งขึ้นในการปฏิบัติงานในฐานะแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ บางคนอาจจะต่อต้านหากไม่ได้รับค่าตอบแทนเพื่อสร้างแรงจูงใจ และไม่ชอบวัฒนธรรมการดำเนินงาน เพื่อตอบสนองตัวชี้วัด การให้บริการอาจจะมุ่งเน้นเฉพาะกิจกรรมที่ให้ค่าตอบแทนเท่านั้น อาจจะทำให้การพัฒนาด้านทักษะการดูแลผู้ป่วย และนวัตกรรมต่างๆ ลดน้อยลง

เพื่อตอบคำถามที่นักวิชาการต่างพากันเกรงว่า QOF ทำให้มีผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วย โดยทำให้ผู้ป่วยมีเวลาพบแพทย์น้อยลง ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และมีผลกระทบต่อการรักษาแบบต่อเนื่อง (continuity of care) หรือไม่ Hanon และคณะ (2012) ได้ทำการศึกษาจากมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อ QOF และได้รายงานสิ่งที่ผู้ป่วยคิดเห็น ต่อระบบ QOF ดังนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เชื่อว่าระบบการจ่ายเงินแบบ QOF นี้ จะมีผลกระทบในด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย ความเห็นของผู้ป่วย สามารถสรุปได้ว่าการจ่ายเงินค่าตอบแทน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่ควรทำในงานที่ง่าย ไม่ซับซ้อน มีผู้ป่วยน้อยคนมากที่จะสังเกตเห็นระบบการให้การรักษาที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากมีการจ่ายเงินค่าตอบแทน บ่อยบอกว่าได้เห็นข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเองมากขึ้นจากหน้าจอคอมพิวเตอร์ แต่บางส่วนก็รู้สึกว่าการให้บริการจ้องไปที่คอมพิวเตอร์มากเกินไป และบางกลุ่มรู้สึกกังวลว่าการจ่ายเงินค่าตอบแทน อาจทำให้เกิดการดูแลรักษาที่ไม่ดีในพื้นที่ที่ไม่ได้มีการจ่ายตาม QOF

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (operational research) โดยอาศัยกระบวนการสานเสวนาหาทางออก (deliberation) ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) จากการทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูล ทุติยภูมิ โดยกระบวนการดำเนินงานประกอบด้วย

3.1 กระบวนการรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แก่

3.1.1 การศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทางเลือกในการคิดค่าตอบแทน ทั้งแบบเหมาจ่าย (Flat Rate) การคิดตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance) และ ระบบอื่นๆที่เป็นไปได้

3.1.2 ประมวลผลวิเคราะห์ผลจากแนวทางต่างๆสรุปข้อมูลให้เป็นแนวคิดวิธีการ ผลการดำเนินการ และข้อดีข้อเสีย เพื่อจัดทำร่างเอกสารกำหนดประเด็น (issue book)⁹

3.1.3 การประชุมเชิงปฏิบัติการกับโรงพยาบาลต่างๆ โดยให้ทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยในรูปแบบต่างๆ ได้พิจารณา ข้อมูลจากร่าง issue book และ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ issue book ที่มีความเป็นกลาง และมีเนื้อหาครอบคลุมที่สุด

3.1.4 การจัดเวทีทำความเข้าใจกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถึงกระบวนการสานเสวนาหาทางออก รวมทั้ง ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อเนื้อหาสาระของ issue book (ขั้นตอนนี้ดำเนินการก่อนร่างสุดท้ายของ issue book)

3.2 กระบวนการสานเสวนาหาทางออก ได้แก่

3.2.1 การจัดเวทีทำความเข้าใจกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียถึงกระบวนการสานเสวนาหาทางออก รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อเนื้อหาสาระของ issue book (ขั้นตอนนี้ดำเนินการก่อนร่างสุดท้ายของ issue book ดำเนินการในข้อ 3.1.3 และ 3.1.4 ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

3.2.1.1 วิธีการสานเสวนาหาทางออก

โดยการกำหนดหัวข้อเรื่อง “ระบบการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข

⁹ Issues book คือ เอกสารที่รวบรวมสถานะในปัจจุบันของประเด็นนั้นๆ และมีทางเลือก หรือ ฉากทัศน์มากกว่าสองทางเลือก ในกรณีเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรสาธารณสุข อาจจะมีสามทางเลือก ได้แก่ เหมาจ่าย จ่ายแบบ P4P และ แบบ PQO หรือทางเลือกอื่นๆ ทั้งนี้รวมแรงจูงใจด้านอื่นๆ ซึ่งจะได้จากขั้นตอนการทำความเข้าใจและหาข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ คือ ขั้นตอนที่ 2 ถึง 4

เป็นอย่างไร ?” การสานเสวนาหาทางออก นี้เป็นกระบวนการทำให้ผู้เข้าร่วมประชาเสวนา ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างเต็มที่ และมีประสิทธิภาพ ไม่มีความขัดแย้ง แต่หากพยายามช่วยกันเสนอความคิดเห็นในการไขปัญหา เพื่อหาทางออกอย่างเป็นรูปธรรม และสามารถนำไปขยายผลต่ออย่างได้ ผล (วันชัย วัฒนศัพท์ : สถาบันพระปกเกล้า, 2548)

กระบวนการสานเสวนาหาทางออก ที่สำคัญอาจจะสรุปได้สั้นๆ คือ เริ่มจากการกำหนด โจทย์ของการสานเสวนาให้ถูกต้อง ไม่ใช่โจทย์ที่เป็นคำตอบอยู่แล้ว จากนั้นมีการทำรายงานข้อมูลหาประเด็น ปัญหาจากโจทย์ดังกล่าว อาจจะเรียกว่าเป็นทางเลือกหรือฉกัทัศน์ หรือทางออกที่ร่างขึ้นมามากกว่าสอง ทาง พร้อมข้อดีและข้อด้อย แล้วให้ผู้มาสานเสวนาได้อ่านทำความเข้าใจ ผู้จัดเองก็จัดให้มีการนำเสนอทั้ง ข้อมูลพื้นฐาน และทางเลือกหรือฉกัทัศน์ต่าง ๆ อย่างเป็นกลาง ในการประชาเสวนาก็ต้องมีกฎกติกาพื้นฐาน ซึ่งได้แก่

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนของการประชาเสวนาหาทางออก เราจะต้องมาเปรียบเทียบ กระบวนการสามชนิด คือ การโต้เถียง หรือ ดีเบต (debate) การสานเสวนา หรือ ไดอาลอก (dialogue) และการสานเสวนา หาทางออก หรือ ดีลิเบอเรชัน (deliberation) ดังตารางนี้คือ

ลักษณะของการโต้แย้ง, การสานเสวนาและการสานเสวนาหาทางออก¹⁰

การโต้แย้ง Debate	การสานเสวนา Dialogue	การสานเสวนาหาทางออก Deliberation
- แข่งขัน - โต้แย้ง - สนับสนุนความเป็นเรา - หาเสียงข้างมาก - ชักจูงใจ - พยายามเจาะลึกลงไป - โครงสร้างแน่นตึง - พูดแสดงออก - โดยปกติรวดเร็ว - ทำความชัดเจน - ชนะ / แพ้	- แลกเปลี่ยน - อภิปราย - สร้างสัมพันธ์ - ทำความเข้าใจ - แสวงหาความเข้าใจ - เชื่อมเข้าหากัน - โครงสร้างหลวม ๆ - ฟัง - โดยปกติใช้เวลา - ทำความชัดเจน - ไม่ตัดสินใจ	- ชั่งน้ำหนักดู - เลือก - ตัดสินใจเลือก - แสวงหาจุดทับซ้อน - แสวงหาความเห็นร่วม - ตีกรอบเพื่อตัดสินใจเลือก - โครงสร้างยืดหยุ่น - เรียนรู้ - โดยปกติใช้เวลา - ทำความชัดเจน - หาความเห็นร่วม

¹⁰ วันชัย วัฒนศัพท์ (2555) ความขัดแย้ง หลักการและเครื่องมือ ฉบับปรับปรุง 4th edition โครงการความร่วมมือของ วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงเรียนรักสกุล (RUC school : Reconciliation with Understanding Communication)

โดยสรุป การสานเสวนาหาทางออก คือการมาสานเสวนากัน มาฟังกันอย่างตั้งใจ แล้วพยายามหาทางออกที่เป็นฉันทามติที่ไม่ใช่การ ยกมือโหวต เมื่อมาสานเสวนาหาทางออกกับประชาชนใช้ว่า “การประชาเสวนาหาทางออก” หรือ Public Deliberation

3.2.1.2 กติกาการสานเสวนาหาทางออก

1. มองอดีตเป็นบทเรียน มองไปข้างหน้า มาฝันร่วมกัน
2. ฟังกันอย่างตั้งใจ ไม่ชี้หน้าด่ากัน
3. เห็นต่าง ไม่ต้องเป็นศัตรูกัน
4. การตัดสินใจ ใช้ฉันทามติ ไม่ยกมือ (ถ้าไม่จำเป็น)

3.2.1.3 ขั้นตอนหลักของการประชาเสวนาหาทางออก

การประชาเสวนา เป็นรูปแบบของกระบวนการปรึกษาหารือ พุดคุยกันอย่างสร้างสรรค์โดยเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ด้วยความเสมอภาคและเปิดใจยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ซึ่งมีขั้นตอนหลักของการประชาเสวนา ใน 1 วัน พอสังเขปดังนี้

ขั้นตอนในช่วงเช้า เมื่อผู้ร่วมประชาเสวนาเดินทางมาถึงห้องประชุม หรือห้องจัดกิจกรรม จะได้รับแจกเอกสารซึ่งอธิบายเกี่ยวกับกระบวนการประชาเสวนาและสรุปข้อมูลพื้นฐาน (Background Information) ในหัวข้อที่จะประชาเสวนาซึ่งผู้ร่วมประชาเสวนาที่เข้าร่วมควรมาจากตัวแทนของประชากรในพื้นที่นั้นๆ หรือของประเทศ ซึ่งสามารถให้ข้อคิดเห็นและทัศนคติที่ครอบคลุม **ผู้อำนวยการประชาเสวนาหรือ Facilitator** จะเริ่มต้นด้วยการกล่าวต้อนรับทุกคนและแนะนำตัว เพราะดังที่กล่าวไปแล้วว่า การประชาเสวนาเป็นกระบวนการอย่างไม่เป็นทางการ จึงอาจไม่มีพิธีการเปิด อย่างเช่น การประชุมอื่นๆ โดยทั่วไป ผู้อำนวยการประชาเสวนามักจะอธิบายบทบาทหน้าที่ด้วย เช่น เป็นคนกลางที่来帮助ให้กระบวนการดำเนินไปตามกำหนดการ เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้อำนวยการประชุมยังควรแนะนำผู้ดำเนินรายการร่วมและผู้บันทึกการประชุม บอกรายละเอียดถึงห้องน้ำ ห้องกาแฟ น้ำดื่ม และที่สำคัญที่สุดคือ การร่วมกันกำหนดกติกาพื้นฐานก่อนที่จะมีการประชาเสวนา เพราะกฎกติกาพื้นฐานเป็นเครื่องมือสำคัญในการควบคุมให้การประชาเสวนาดำเนินไปอย่างเรียบร้อย โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชาเสวนา ได้ร่วมกันกำหนดกติกาและเป็นกติกาที่สามารถยอมรับกันได้ทุกคน การอธิบายรายละเอียด ของกระบวนการ **ผู้อำนวยการประชาเสวนาหรือ Facilitator** จะต้องเป็นผู้ที่เข้าใจในกระบวนการและขั้นตอนเป็นอย่างดี เพราะจะเป็นบุคคลสำคัญในการกำกับกระบวนการประชาเสวนาให้ดำเนินไปอย่างสร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพ การแนะนำขั้นตอนรายละเอียดจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชาเสวนามี ความเข้าใจมากขึ้น ไม่สับสน อีกทั้งยังช่วยให้กระบวนการเป็นไปตามกำหนดเวลาที่วางไว้

ขั้นตอนในช่วงบ่าย จะใช้กระบวนการกลุ่มย่อยเหมือนในช่วงเช้า คือให้ผู้ร่วมประชาเสวนากลุ่มย่อยช่วยกันคิดต่อ โดยให้ขยายแนวคิดหรือสิ่งที่ตัวเองต้องการเห็นหรือต้องการให้เป็นไว้ตั้ง แต่ช่วงเช้าว่า จะต้องดำเนินการอย่างไร โดยให้ตอบคำถามต่อไปนี้

การแบ่งกลุ่มย่อย จะเป็นกระบวนการเพื่อให้ช่วยกันค้นหาแนวทางหรือวิธีการที่ทุกคนเห็นเป็นฉันทามติไปสู่เป้าหมายได้อย่างไรใครจะเป็นคนดำเนินการและมีการนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อยต่อที่ประชุมใหญ่อีกครั้ง ซึ่งจะมีผู้อำนวยการประชุมมาช่วยดำเนินการปรึกษาหารือร่วมกัน โดยขอให้ทุกคนช่วยกันระบุประเด็นที่คิดว่ามีความเหมือนและแตกต่างกันและหาฉันทามติร่วมกันโดยผู้อำนวยการประชุมต้องตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อให้มั่นใจว่าสิ่งที่นำเสนอ นั้น เป็นประเด็นที่ทุกคนมีความเห็น ว่าเหมือนกันด้วย ต้องเป็นเสียงข้างมากที่มาจากจำนวนผู้ร่วมสนทนา แต่จะ**ไม่มีการยกมือลงคะแนนเป็นอันขาด** ดังนั้นหัวข้อที่ตั้งไว้ว่า **“การประชาเสวนา : กลไกแห่งความสำเร็จในการจัดการความขัดแย้งจริงไหม ?”** คงจะได้คำตอบกันแล้วว่าการประชาเสวนาหรือสนทนาประชาชน เป็น เครื่องมือที่สำคัญต่อการป้องกันและแก้ไข ปัญหาความขัดแย้งด้วยสันติวิธี เราจึงควรหันหน้ามาใช้กระบวนการประชาเสวนากันดีไหม?

โดยสรุป การประชาเสวนาหาทางออก คือ **“กระบวนการมีส่วนร่วมที่เน้นการฟังอย่างตั้งใจ และการทำความเข้าใจซึ่งกันและกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียใน ทุกฝ่าย”** ซึ่งเป้าหมายของกระบวนการสนทนาหรือ Dialogue ไม่จำเป็นต้องให้ได้ทางออกในการแก้ปัญหาใดๆ ครั้งในทันทีก็ได้ แต่เป็นกระบวนการที่ทำให้ทุกฝ่ายเกิดความรู้สึกหรือมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การสนทนามักเป็นกระบวนการอย่างไม่เป็นทางการและไม่มีโครงสร้างตายตัว ทั้งนี้ เป้าหมายหรือผลสำเร็จของการสนทนา อาจไม่ใช่เพื่อค้นหาข้อยุติและนำไปสู่การตัดสินใจหรือการปฏิบัติใดในทันที แต่เพื่อต้องการทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันอย่าง ถ่องแท้ต่อประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งปัญหาเหล่านั้นมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นทุกวัน โดยจะเน้น การทำความเข้าใจในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจกันกระบวนการสนทนาเป็นเครื่องมือที่ช่วยป้องกันความขัดแย้งและช่วยลดการอคติของคน **“การสนทนา หรือ Dialogue”** เป็นเรื่องเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เป็นวิถีทางในการคิดที่ช่วยสะท้อนหรือตอบสนองความคิดเห็นร่วมกันไม่ ใช้กระบวนการที่คุณทำให้แก่คนอื่น แต่เป็นกระบวนการที่คุณทำร่วมกับคนอื่น

3.2.1.4 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกโดยการเจาะจงใน 4 ภาค ซึ่งในแต่ละภาคประกอบด้วยโรงพยาบาลประจำจังหวัด 1 แห่ง และโรงพยาบาลประจำอำเภอ 1 แห่ง ดังนี้

ภาคกลาง

1. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ขนาด 544 เตียง

ที่ตั้ง : 46/1 หมู่ 4 ตำบลประตูลี้ อำเภอเมืองพระนครศรีอยุธยา พระนครศรีอยุธยา 13000

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 15 คน ดังนี้

- แพทย์	จำนวน	2 คน
- ทันตแพทย์	จำนวน	1 คน
- เภสัชกร	จำนวน	1 คน
- เทคนิคการแพทย์	จำนวน	3 คน
- พยาบาล	จำนวน	5 คน
- กลุ่ม back office	จำนวน	3 คน

2. โรงพยาบาลบางปะหัน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง

ที่ตั้ง : 71/3 ตำบลบางนางร้า อำเภอบางปะหัน พระนครศรีอยุธยา 13220

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 2 คน ดังนี้

- แพทย์	จำนวน	1 คน
- พยาบาล	จำนวน	1 คน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1. โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ประจำจังหวัดขอนแก่น จำนวนเตียง

867 เตียง

ที่ตั้ง: 54 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 30 คน ดังนี้

- แพทย์	จำนวน	1 คน
- ทันตแพทย์	จำนวน	1 คน
- เภสัชกร	จำนวน	4 คน
- เทคนิคการแพทย์	จำนวน	6 คน

- พยาบาล	จำนวน	9 คน
- กลุ่ม back office	จำนวน	9 คน

2. โรงพยาบาลหนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง

ที่ตั้ง: 148 ตำบล หนองกุ้งศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 33 คน ดังนี้

- แพทย์	จำนวน	3 คน
- ทันตแพทย์	จำนวน	1 คน
- เภสัชกร	จำนวน	1 คน
- เทคนิคการแพทย์	จำนวน	2 คน
- พยาบาล	จำนวน	14 คน
- กลุ่ม back office	จำนวน	12 คน

ภาคใต้

1. โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดนครศรีธรรมราช

จำนวนเตียง 1,000 เตียง

ที่ตั้ง 198 ถนนราชดำเนิน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 18 คน ดังนี้

- แพทย์	จำนวน	2 คน
- ทันตแพทย์	จำนวน	1 คน
- เภสัชกร	จำนวน	2 คน
- เทคนิคการแพทย์	จำนวน	1 คน
- พยาบาล	จำนวน	6 คน
- กลุ่ม back office	จำนวน	6 คน

2. โรงพยาบาลสิชล เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง

ที่ตั้ง 189 หมู่ที่ 5 ถนนสุขโยคพัฒนา ตำบลสิชล อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 10 คน ดังนี้

- แพทย์	จำนวน	2 คน
- ทันตแพทย์	จำนวน	1 คน
- เภสัชกร	จำนวน	1 คน
- เทคนิคการแพทย์	จำนวน	- คน
- พยาบาล	จำนวน	1 คน

- กลุ่ม back office จำนวน 5 คน

ภาคเหนือ

1. โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดเชียงใหม่ เปิดให้บริการ 665 เตียง
ที่ตั้ง : อยู่เลขที่ 159 หมู่ที่ 10 ตำบลดอนแก้ว อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่
จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 27 คน ดังนี้

- แพทย์ จำนวน 3 คน
- ทันตแพทย์ จำนวน 4 คน
- เภสัชกร จำนวน 3 คน
- เทคนิคการแพทย์ จำนวน 3 คน
- พยาบาล จำนวน 4 คน
- กลุ่ม back office จำนวน 10 คน

2. โรงพยาบาลป่าซาง เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียง
ที่ตั้ง: 46 หมู่7 ตำบลนครเจดีย์ อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน 51120
จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 11 คน ดังนี้

- แพทย์ จำนวน 2 คน
- ทันตแพทย์ จำนวน 1 คน
- เภสัชกร จำนวน 2 คน
- เทคนิคการแพทย์ จำนวน 2 คน
- พยาบาล จำนวน 2 คน
- กลุ่ม back office จำนวน 2 คน

3.2.1.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลและรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1) ติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ทั้ง 4 ภาค เพื่อการจัดประชุมสานเสวนาหาทางออกและการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อการจัดร่าง issue book ทั้งนี้เพื่อให้ได้คำตอบที่สมบูรณ์และครอบคลุมในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่
- 2) ลงพื้นที่จัดเวทีสานเสวนาหาทางออกและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ทั้ง 4 ภาค ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการการสนทนากลุ่มดังนี้

2.1 เป็นการใช้อยู่ข้อมูลจากหลายแหล่งมาร่วมกัน เพื่ออธิบายเหตุการณ์หรือประเด็นที่ศึกษา ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นคำตอบที่มีความสอดคล้องหรือแตกต่างกัน เช่นมีการค้นหาประเด็นความห่วงกังวลของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่ม และวิเคราะห์หาแนวทางแก้ปัญหาและร่วมกัน โดยการตั้งโจทย์ คือ **“ระบบสร้างแรงจูงใจที่พึงปรารถนาควรเป็นอย่างไร?”** เป็นต้น

2.2 มีการนำข้อมูลของแต่ละกลุ่มซึ่งมาจากแต่ละแหล่ง ซึ่งประกอบด้วยจากผู้นำหรือตัวแทนของแต่ละวิชาชีพ มาตรวจสอบความสอดคล้องและความแตกต่างเพื่อให้เกิดมุมมองที่หลากหลาย และหาข้อสรุปร่วมกันโดยใช้หลักฉันทามติ

➤ **ขั้นตอนการสนทนากลุ่มในเวทีการประชาเสวนาหาทางออก(Public Deliberation)**

1) **ขั้นเตรียมการ**

1.1 เตรียมพื้นที่พบนำของโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางในการดำเนินงาน

1.2 เตรียมทีมงานเพื่อลงพื้นที่

2) **ขั้นดำเนินการตามกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม** โดยการจัดเวที การสนทนาโต้เถียง

3) **ขั้นทำความเข้าใจปัญหาในเวทีการประชุม**

3.1 ประชุมผู้นำ แกนนำ อย่างเป็นทางการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และแนวทางในการดำเนินโครงการฯ

3.2 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มทักษะแนวคิด หลักการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในตามโจทย์ที่กำหนด โดยการแบ่งกลุ่ม 4 กลุ่ม เพื่อระดมสมอง และนำเสนอ เพื่อร่วมกันหาฉันทามติรวม

3.3 หาฉันทามติรวมและร่วมกันหาทางออกที่เป็นไปได้

➤ **ขั้นตอนของการวิจัย**

ขั้นตอนที่ 1 - การตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลให้สอดคล้องกันระหว่างข้อมูลที่รวบรวมจากเอกสารกับข้อมูลที่ได้จากการ ลงพื้นที่สัมภาษณ์และจัดเวทีการประชาเสวนาหาทางออกในแต่ละภาคและในแต่ละกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 - การจัดระเบียบข้อมูลตามวัตถุประสงค์ วิเคราะห์สรุปประเด็นย่อย

ขั้นตอนที่ 3 - นำมาเขียนเรียบเรียง เพื่อหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่ค้นพบในแต่ละขั้นตอนของการศึกษาข้อมูลและจัดร่าง issue book

ขั้นตอนที่ 4 - จัดเวทีการประชาเสวนาหาทางออกรวมทุกภาค โดยเชิญตัวแทนแต่ละกลุ่มเข้ามาร่วมในเวที เพื่อร่วมกันปรับแก้ issue book ฉบับร่างให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยใช้การปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและหาฉันทามติรวมในประเด็นที่ทุกฝ่ายพึงปรารถนา ซึ่งเป็นทางออกที่เป็นไปได้

ขั้นตอนที่ 5 -ปรับแก้ issue book และจัดทำรูปเล่ม เพื่อส่งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกัน
อ่านและร่วมกันวิพากษ์ต่อไป

➤ **รูปแบบเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ใช้ 2**
ลักษณะ คือ

1) ใช้หลักของเคมมิส และ วิลคินสัน (Kemmis and Wilkinson) (1998) ซึ่งมีลักษณะ
เด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

1.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยทำการ
ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างส่วนบุคคล กับส่วนรวม เพื่อสร้างความเข้าใจว่าแต่ละบุคคลถูกสร้างใหม่โดยอาศัย
การปฏิบัติการทางสังคมแบบมีส่วนร่วม เมื่อนำมาประยุกต์กับทางการศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วน
ร่วมอาจเป็นการศึกษาการทำงานเป็นทีมของครู เป็นต้น

1.2 รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาโดยอาศัยการมีส่วนร่วม หมายความว่า แต่ละบุคคล
แต่ละฝ่ายศึกษาตนเอง ระหว่างกระบวนการศึกษานี้ พวกเขาดำเนินการตรวจสอบว่าตนเองมีความเข้าใจ
อย่างไร มีทักษะ ค่านิยม รวมถึงความรู้ของตนเองในปัจจุบันทั้งในแง่ที่ดีและแง่ที่เป็นอุปสรรคนั้นมีอะไรบ้าง

1.3 รูปแบบการวิจัยเป็นการลงมือปฏิบัติและทำงานร่วมกัน ทำงานร่วมกันเพราะว่าการ
ค้นหาความจริงนี้จะสำเร็จได้ด้วยผู้อื่น

1.4 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการปฏิบัติการที่จุดประกายที่สร้างสรรค์
เพื่อให้หลุดออกจากอุปสรรคของความไม่สมเหตุสมผล

1.5 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยแบบไตร่ตรองครุ่นคิด และเน้นใน
เรื่องของการนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงในเชิงปฏิบัติ สิ่งนี้เกิดขึ้นในรูปแบบของการไตร่ตรองอย่างเป็นพลวัต
กับการลงมือกระทำ พร้อมกับทบทวนประเด็นปัญหาที่ตั้งไว้ กับสิ่งที่ได้เรียนรู้และสิ่งที่กระทำสำเร็จจากผล
ของการปฏิบัตินั้น เป็นต้น

2) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของสตรีงเจอร์ (1999)

2.1 วัตถุประสงค์ : เพื่อช่วยให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้เห็นภาพอันนำไปสู่

- ความเข้าใจ เกิดเหตุการณ์อะไรขึ้น และเกิดขึ้นได้อย่างไร
- ความชัดเจน รายละเอียดเหตุการณ์และบริบทที่เกิดขึ้น
- การมองเห็น ความเข้าใจประเด็นปัญหาที่ลึกซึ้งขึ้น

2.2 กระบวนการ ของสตรีงเจอร์ (1999)

- การสัมภาษณ์ บุคคลหลักของแต่ละกลุ่มเป้าหมายที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อการ
ตีความปัญหา (ทำไม อะไร อย่างไร ใคร ที่ไหน เมื่อไร)

- การสังเกต ในสนามวิจัย เหตุการณ์ และ/หรือ กิจกรรมที่สำคัญ เพื่อเป็นการ ทบทวนเกี่ยวกับองค์กร (วิสัยทัศน์ ภารกิจ โครงสร้าง การดำเนินงาน ปัญหา)
- การศึกษา จากเอกสาร การบันทึกต่าง ๆ และ วัตถุที่เกี่ยวข้อง เป็นการเชื่อมโยง ความคิดในประเด็นต่างๆ (ความคิด/อิทธิพล การเชื่อมโยง)

2.3 การบันทึกข้อมูล

- การจดบันทึก เป็นการเขียนบันทึกคำพูด และหรือ การกระทำของบุคคล ใน กระบวนการกลุ่ม เพื่อตีความปัญหา โดยอาศัยตัวแทนที่มาจากทุกกลุ่มของผู้ที่มี ส่วนได้เสีย
- เทปบันทึกเสียง เป็นการบันทึกการสัมภาษณ์บุคคล โดยอาศัยตัวแทนที่มาจากทุก กลุ่มของผู้ที่มีส่วนได้เสีย
- วิดีโอเทป เป็นการบันทึกภาพเหตุการณ์ ความเป็นอยู่ของคน สถานที่ และอื่น ๆ เพื่อการทบทวนข้อมูลและระบุองค์ประกอบสำคัญของเรื่องนั้นๆ
- กล้องถ่ายรูป เป็นการบันทึกภาพถ่ายเหตุการณ์ ความเป็นอยู่ของคน สถานที่ และอื่น ๆ เพื่อการค้นพบข้อมูลและวิเคราะห์ โดยแยกองค์ประกอบต่าง ๆ ให้เป็น ประเภท

2.4 การสื่อสาร เป็นการสื่อสารกิจกรรมงานวิจัยโดยอาศัยการรายงาน ซึ่งมี องค์ประกอบ คือ

- การบันทึกประชุม สำหรับสมาชิกผู้เข้าประชุม
- วารสารหรือเอกสารต่างๆ เพื่อการสื่อสารแนะนำโครงการหรืออื่นๆ สำหรับผู้นำ ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

แผนกิจกรรม

เดือน พ.ศ.	รายละเอียดกิจกรรม
กันยายน 2556	15 กันยายน 2556 : สัมภาษณ์ นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ (ประธานชมรมแพทย์ชนบท)
ตุลาคม 2556	- พบปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขระดับสูง ดังนี้ 15 ตุลาคม 2556 : สัมภาษณ์นายแพทย์สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล ผอ.เภสัชสถานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) 16 ตุลาคม 2556 : สัมภาษณ์นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ ผอ.เภสัชสถานบริหาร การสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - ศึกษาข้อมูลเชิงลึกเรื่องระบบการสร้างความเข้มแข็งทุกระบบที่มีอยู่และที่อาจจะเป็น ข้อเสนอของกลุ่มต่างๆ ทั้งจากเอกสารและสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในวิชาชีพต่างๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ บุคลากรสาธารณสุขอื่น บุคลากรฝ่าย สนับสนุน พบผู้เกี่ยวข้องที่มีบทบาทแสดงความเห็นในฝ่ายต่างๆ โดยการ สัมภาษณ์และจัดเวทีประชาเสวนาหาทางออก ดังนี้ 28 ตุลาคม 2556 : สัมภาษณ์นายแพทย์จากโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 30 ตุลาคม 2556 : สัมภาษณ์นายแพทย์จากโรงพยาบาลมหาสารคาม 31 ตุลาคม 2556 : สัมภาษณ์นายแพทย์จากโรงพยาบาลพิษณุโลก - ลงพื้นที่จัดเวทีประชาเสวนาหาทางออกใน 4 ภาค ดังนี้ ภาคกลาง จัดเวที Deliberation ครั้งที่ 1 กลุ่มเป้าหมาย 17 คน 21 ตุลาคม 2556 : โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 21 ตุลาคม 2556 : โรงพยาบาลชุมชนบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดเวที Deliberation ครั้งที่ 2 กลุ่มเป้าหมาย 60 คน 22 ตุลาคม 2556 : โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 24 ตุลาคม 2556 : โรงพยาบาลชุมชนหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาคใต้ จัดเวที Deliberation ครั้งที่ 3 กลุ่มเป้าหมาย 28 คน 28 ตุลาคม 2556 : โรงพยาบาลชุมชนสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช 29 ตุลาคม 2556 : โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ภาคเหนือ จัดเวที Deliberation ครั้งที่ 4 กลุ่มเป้าหมาย 38 คน 30 ตุลาคม 2556 : โรงพยาบาลนครพิง จังหวัดเชียงใหม่ 31 ตุลาคม 2556 : โรงพยาบาลชุมชนป่าซาง จังหวัดลำพูน

เดือน พ.ศ.	รายละเอียดกิจกรรม
24-25 พฤศจิกายน 2556	- จัดเวทีการประชุมเสวนาหาทางออกรวม 4 ภาค กลุ่มเป้าหมาย 38 คน เพื่อร่วมกันพิจารณาปรับแก้ issue book ฉบับร่าง
ธันวาคม 2556	- ปรับแก้ issue book และจัดทำฉบับสมบูรณ์ 26 ธันวาคม 2556 : ประชุมร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิของสวรส. เพื่อนำเสนอ issue book ฉบับที่แก้ไขแล้วและรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

โครงการ “การประชาสัมพันธ์ทางออกในการพัฒนาระบบการสร้างความเข้มแข็งบุคลากรสาธารณสุข เพื่อความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ” มี **วัตถุประสงค์** คือ 1) เพื่อศึกษาบทบาททางเลือกของระบบการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรสาธารณสุข 2) เพื่อศึกษาวิเคราะห์ทางเลือกและประจักษ์ผลเพื่อจัดทำภาพอนาคตของระบบการสร้างความเข้มแข็งสำหรับบุคลากรสาธารณสุข และ 3) เพื่อใช้กระบวนการสานเสวนาทางออกอันจะนำไปสู่ข้อยุติในการตัดสินใจด้วยฉันทามติ เพื่อออกแบบระบบการสร้างความเข้มแข็งให้บุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมายโดยการเจาะจงกระจายทั้ง 4 ภาค ดังนี้

- **ภาคกลาง** ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและโรงพยาบาลชุมชนบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
 - **ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
 - **ภาคใต้** ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนสิชลและโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช
 - **ภาคเหนือ** ได้แก่ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่และโรงพยาบาลชุมชนป่าซาง จังหวัดลำพูน
- วิธีการและรูปแบบการวิจัย** โครงการ “การประชาสัมพันธ์ทางออกในการพัฒนาระบบการสร้างความเข้มแข็งบุคลากรสาธารณสุข เพื่อความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ” นั้น เป็นโครงการที่มีลักษณะกึ่งวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) คือมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาพร้อมๆ กับการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากปฏิบัติการต่างๆ ที่พัฒนาขึ้น เพื่อนำไปสู่ประสิทธิผลในการจัดการกับปัญหาที่ตีสืบ ในแต่ละพื้นที่ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมที่แท้จริง คือ การร่วมรับข้อมูล การร่วมให้ข้อมูล การร่วมรับผลประโยชน์ การร่วมตัดสินใจโดยใช้หลัก “ฉันทามติ” และการมีส่วนร่วมเป็นคณะทำงานหรือคณะกรรมการในการติดตามประเมินผล

จากการประเมินผลลัพธ์ โดยใช้กระบวนการ “การประชาสัมพันธ์ทางออก” ซึ่งเป็นเวทีที่ทุกฝ่ายเข้ามาฟังกันอย่างตั้งใจ โดยการกำหนดกติกาในเวทีการพูดคุยร่วมกันและหาทางออกร่วมกันอย่าง “ฉันทามติ” พบว่าหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมนี้ มีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนคือ **ทุกฝ่ายรู้จักการฟังกันมากขึ้นและยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างโดยไม่แตกแยก**

4.1 สรุปผลการศึกษา

โครงการ“การประชาสัมพันธ์หาทางออกในการพัฒนาระบบการสร้างความแข็งแกร่งใจบุคลากรสาธารณสุข เพื่อความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ ” ได้ดำเนินการในระยะที่ 1 เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม 2556 ถึง เดือน ธันวาคม 2556 รวมระยะเวลาดำเนินงาน 3 เดือน ซึ่งได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความเห็นต่างในระบบสร้างแรงจูงใจของบุคลากรสาธารณสุข จากทั้งเอกสารการสัมภาษณ์บุคคล และการจัดเวทีเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อนำมาพัฒนาทางเลือกในหลาย ๆ ทางเลือกที่ทุกกลุ่มปรารถนา เป็นการลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยใช้กระบวนการ “การประชาสัมพันธ์หาทางออก ” (Public Deliberation) โดยได้ข้อสรุปจากรูปแบบการดำเนินกิจกรรม ดังต่อไปนี้

❖ การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิระดับสูงของสำนักบริหารการสาธารณสุข.

สรุปการสัมภาษณ์ นพ.ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)วันที่ 16 ตุลาคม 2556 ณ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นพ.ธงชัย : ในอนาคตนี้เราคงให้เขตจัดการเอง เช่น ส่วนกลางจะกำหนดค่าว่ามีกี่ระดับ แต่จะระดับคือที่ไหน จะให้เขตบริหารจัดการเองจะดีกว่า เพราะว่าเข้าใจในบริบทพื้นที่ๆ ที่ชัดเจนมากกว่า ลักษณะเหมือนกับว่ากำลังจะดีกรอบกว้างๆ ให้เขา เช่น ระบุว่าที่ไหนคือระดับไหน แบ่งตามเขต (จังหวัด) มีประชากร 3-5 ล้านคน ตอนนี้กระทรวงสาธารณสุขมี 12 เขต (เขตผู้ตรวจ) คล้ายๆ กับว่าให้ผู้ตรวจเป็นหัวหน้า โดยส่วนกลางมีหลักเกณฑ์ให้ แต่ให้ผู้ตรวจไป field เอง ซึ่งผู้ตรวจ (CEO เขต ตั้งชื่อว่า Service Provider Board) ก็จะมีคณะกรรมการช่วย เช่น โรงพยาบาลขนาดใกล้เคียง มีกัณดาแบ่งเป็นระดับ 1-2-3 อันนี้คือ Flat Rate และอีกอันก็คือ P4P การจ่ายตามผลการปฏิบัติงาน ณ ปัจจุบันผมคิดว่า โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลประจำจังหวัด ทำกันหมดแล้ว แต่ก็มีปัญหามากมาย ข้อดีก็คือ เราสามารถวัดผลงานแต่ละงานว่ามีบุคลากรพอไม่พอ โดยดูจากค่า P4P ถ้าค่า P4P น้อยคือมีบุคลากรเยอะ ก็จะได้เงินน้อย เพราะว่ามันเฉลี่ยไป แต่ถ้าค่า P4P มาก บ่งบอกได้ว่าปริมาณงานเยอะ รายรับก็เยอะตามไปด้วย ถ้ามี activity อะไรเราก็คิดเป็นคะแนน

ศ.นพ. วันชัย :แล้วมีเงื่อนไขไหมว่า หาก activity เยอะแค่ไหนก็ตามแต่ sum จะจำกัดอยู่แค่นี้ (ยอดเงิน)

นพ.ธงชัย :ครับ ยอดเงินมี limit อยู่ แต่ก่อนที่จะรู้ว่าเงินเท่าไร เราดูคะแนนก่อนครับอาจารย์ โดยทุก activity มี 1 คะแนน แล้วเรามาคำนวณว่าใน 1 คน 1 เดือนนั้น ควรจะใช้ Basic Activity (กิจกรรมที่เป็นพื้นฐาน) เท่าไร เช่น เรบอกว่าหมอจะต้องมีแต้ม 2,400 แต้มต่อเดือน ก็แปลว่าถ้าท่านทำไม่ถึง 2,400 แต้ม จะไม่ได้เงิน เพราะว่าได้เงินเดือนอยู่แล้ว เพราะหากจะได้เงิน ค่าตอบแทนมากขึ้นจะต้องแต้มเกิน 2,400 ขึ้นไป เกินเท่าไรก็เอาส่วนเกินมาคิดเป็นเม็ดเงิน เพราะฉะนั้นตรงนี้จะเห็นว่าใครทำงานมากใครทำงานน้อย หากทำแต้มไม่ถึงมาตรฐานแปลว่าทำงาน under คนที่ทำแต้มเกินแสดงว่าทำงาน over กว่ามาตรฐานที่ขีดเส้นไว้ เพราะฉะนั้นตรงนั้นจะได้เงินเพิ่มเข้ามา แล้วแบบนี้จะมีการแย่งคะแนนกันไหม ตอบว่า การตั้งคะแนน

ขั้นต้นนั้นคะแนนอาจจะลดหลั่นกันอยู่บ้าง ดังนั้นเราต้องมาดูข้อเท็จจริง และมีคณะกรรมการคอยกำกับ แล้วมีการ make คะแนนใหม่ ก็มีคณะกรรมการ cross check ตรงนี้มีระบบที่เราเซตไว้แล้ว

ศ.นพ. วันชัย :คณะกรรมการมาจากไหนครับ

นพ.ธงชัย :คณะกรรมการมาจากการแต่งตั้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยกระทรวงกำหนดว่าในโรงพยาบาลควรมีคณะกรรมการอยู่ที่ชุด โดยมีองค์ประกอบเบื้องต้นประมาณนี้ เพื่อเป็นการจัดการระบบให้มันดีขึ้น โดยมีการรวมคะแนน คิดเปอร์เซ็นต์ จากตรงนั้นจึงนำมาคิดเงิน ดังนั้นสิ่งที่เกิดขึ้นก็คือคนที่ได้แต่มาน้อย ทำงานน้อยก็ตื่นตัว ก็จะมาของานทำ แต่ก่อนมีงานเพิ่ม เอาให้เพื่อนเอาให้คนอื่นคนนี้ ก็ยกกันไปเกี่ยวกันมา แต่ตอนนี้ปรากฏ ฎการณ์ที่เกิดขึ้นคือ **บอกหัวหน้า ว่างานนี้ผมขอทำครับผม** อันนี้เกิดขึ้นจริงๆ ที่โรงพยาบาลสุโขทัย โลก หัวหน้างานบอกว่าแต่ก่อนสิ่ง ที่ใครไม่ค่อยมีคนยอมทำ แต่เดี๋ยวนี้แย่งกันทำงาน เพื่อให้ได้แต้มมันเกินเกณฑ์ คือมันมี 2 ส่วน อาจจะได้แค่ต้องการได้เงิน แต่มันศักดิ์ศรี สมมติว่าถ้าคะแนนอาจารย์ออกมาจะอยู่ในกลุ่มเพื่อน เพราะมันเห็นว่าใครได้เท่าไร ในกลุ่มเขารู้กัน เราไม่ได้เงิน เพื่อนได้เงิน 2,000 เราไม่ได้สักบาท อันนี้ถือว่าเป็นผลดี

ศ.นพ. วันชัย :ทำไมแพทย์ชนบทจึงคัดค้าน?

นพ.ธงชัย :จริงๆ ผมเข้าใจว่า **ประเด็นที่ 1** คือ น่าจะยังไม่เข้าใจในกระบวนการและวิธีการอย่างลึกซึ้ง **ประเด็นที่ 2** เรื่องนี้ถูกนำไปโยงกับเงินที่เขาเคยได้รับ เพราะว่ากระทรวงสาธารณสุขเองไม่มีเงินที่จะเติมให้อีกแล้ว จึงต้องนำค่าตอบแทนเดิมมาคิดใหม่ แทนที่จะจ่ายโดย 50,000 บาท หรือ 70,000 บาท ตามปี ก็ขอเอาตรงนั้นมาแปลงจ่ายโดยผลการปฏิบัติงาน ผมคิดว่าตรงนี้เป็นประเด็นใหญ่ (เรื่องนี้ผมคิดว่าถ้าถามลึกๆ คือตรงนี้ครับอาจารย์ คือเรื่อง **ผลประโยชน์**) **ประเด็นที่ 3** มองว่าการให้คะแนนไม่ยุติธรรม คุณจะรู้ได้อย่างไรว่าแต่ละงานมีคะแนนที่แตกต่างกัน ซึ่งตรงนี้กระทรวงไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์แบบ fix มาก โดยบอกว่าให้คิดเป็นคะแนน (Activity Base) ที่นี้สิ่งที่เอาไปคูณกับ แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ชอบออกหน่วยข้างนอก (GP) จึงออกกฎหมายว่าหากตรวจภายใน โรงพยาบาล ได้ 5 แต้ม ไปออกหน่วยตรวจข้างนอกได้ 10 แต้ม จะทำให้แพทย์อยากไปออกหน่วยตรวจข้างนอกมากขึ้น ซึ่งการกำหนดคะแนนไม่ใช่จากส่วนกลาง มาจากในพื้นที่เองซึ่งเราให้สิทธิ์คณะกรรมการของแต่ละโรงพยาบาลกำหนดเอง เรายืดหยุ่นให้มาก และไม่มีเพดานคะแนนด้วย เราแค่กำหนดให้แปลงกิจกรรม (activity) ต่างๆ เป็นคะแนนซึ่งแต่มหนึ่งไม่เกิน 10 บาท

ศ.นพ. วันชัย :ประเด็นในโรงพยาบาลใหญ่ๆ มีการแย่งทำกิจกรรม เพื่อจะได้คะแนน ใช่หรือไม่ครับ

นพ.ธงชัย : สำหรับระดับผู้บริหารมองว่าเป็นสิ่งที่ดีบุคลากรจะขยันมากขึ้น แต่มีอีกประเด็นหนึ่งที่บุคลากรบางคนทำเฉพาะรับเงินเดือนไม่สนใจแต้ม ไม่อยากรับเงินเพิ่ม มองว่าเป็นภาระ ซึ่งก็แล้วแต่เขา แต่ประเด็นนี้ผู้บริหารก็ต้องมองว่ามันกระทบกับงานของคนอื่นไหมด้วย ก็ต้องมาบริหารจัดการภายในโรงพยาบาลเอง

ศ.นพ. วันชัย :ทำไมบางแห่งยังไม่ทำ เช่น โรงพยาบาลชุมชน

นพ.ธงชัย : คือตอนนี้โรงพยาบาลชุมชนทำน้อยครับ เพราะว่าหนึ่งไม่เข้าใจ สองแกนนำบอกว่าอย่าทำ จึงไม่ทำ

ศ.นพ. วันชัย : เพราะประกาศฉบับที่ 4,6,7 ถูกยกเลิก และมาประกาศ 9,10 ซึ่งเขาบอกว่าถ้าเอาอย่างเดิมถึงจะโอเค

นพ.ธงชัย : ซึ่งจริงๆ ในภาพใหญ่ ถ้าเงินลดใหม่ ไม่ลดนะครับอาจารย์ แต่บางคนลดบางคนเพิ่ม สมมติโรงพยาบาลชุมชนนะครับ เดิมได้เม็ดเงิน 500,000 บาท สามารถขอเพิ่มเติมได้อีก 2% ของ labor cost แต่ถ้าต้องการมากกว่า 2% ต้องขออนุมัติจากจังหวัด ซึ่งก็ต้องมาพิจารณาว่าควรเติมให้ไหม หรือมีเม็ดเงินเติมให้ไหม ที่โวยวายกันมาก เพราะไม่แน่ใจว่าเม็ดเงินที่ตัวเองจะได้ลดลงหรือไม่

ศ.นพ. วันชัย : ผ่าหัวใจกับผ่าไส้ติ่งเท่ากันไหม

นพ.ธงชัย : วิธีคิดคือคิดจากเวลาที่ใช้ผ่าตัดครับอาจารย์ ซึ่งบางคนว่าจะเวลาอย่างเดียวไม่ได้ เพราะว่ามันมีความซับซ้อนต่างกันมาก ซึ่งตรงนี้ทางโรงพยาบาลสามารถไปกำหนดเองเพิ่มเติมได้เอง

ศ.นพ. วันชัย : อย่างบางโรงพยาบาลบอกว่าการถอนฟันเป็น 1 กิจกรรม การกัดผ้าก็ อสเป็นอีก 1 กิจกรรม เราจะแก้ปัญหานี้อย่างไร

นพ.ธงชัย : คือถ้าคนที่เจอเรื่องนี้ เขาก็จะทำอย่างนี้ครับ ถ้าว่ามันจำเป็นไหม ซึ่งตรงนี้ โรงพยาบาลกำหนดเองครับ ผมยกตัวอย่างหนึ่งครับ การจ่ายเงินเช็ค 1 ใบควรจะได้ 5 แต้ม แต่ผมมารู้ทีหลังว่าการเงินแต่ละที่มีวิธีการไม่เหมือนกัน บางแห่งก็ครบทุกกระบวนการได้ 5 แต้ม แต่บางแห่งก็เอาตั้งแต่เซ็นชื่อตรวจสอบ ทีละขั้นตอน แต่ละขั้นตอนให้ทีละ 5 คะแนน พอมีคณะกรรมการมีตรวจสอบ (cross check) มาทำไมคะแนนการเงินสูงมาก ซึ่งวิธีการของเรามองว่าใครสูงได้ หรือใครต่ำ ก็จะถูกมองเป็นพิเศษ

ศ.นพ. วันชัย : มันทำให้เพิ่มหรือเสียเวลาในการทำงานไหม

นพ.ธงชัย : ผมมองว่าในระยะเริ่มต้น น่าจะเสียเวลาเพิ่มขึ้นอีกหน่อยหนึ่ง ขึ้นอยู่กับว่าในโรงพยาบาลนั้นมีระบบ IT ดีแล้วหรือยัง ถ้ายังเบื้องต้นอาจจะเก็บเป็น manual ซึ่งเสียเวลานิดหน่อย อาจารย์ครับเวลาเราทำคู่มือการคิดคะแนนในโรงพยาบาลก็จะมีสัก 400 ไอเทม บางคนว่า **เยอะขนาดนี้ใครจะจำได้** ผมถามกลับว่า **วันๆ คุณทำอะไรบ้าง** ถ้าเป็นหมอคนหนึ่งก็ตรวจ OPD กับ ขึ้น ward ฉะนั้นใน 400 ไอเทม นี่คนหนึ่งจะทำกิจกรรมได้ไม่ถึง 10 อย่าง เช่นเวรเปลจะถูกประเมินจากว่า เชนเปลกี่เตียงต่อวัน อย่างที่โรงพยาบาล สู้โกลก เชนเปลลาออกเยอะมากเนื่องจากเงินน้อย ไม่มีแรงจูงใจ จึงมีการปรับ minimums เช่นวันละ 25 เตียงๆ สำหรับเตียงที่ 26 ให้เตียงละ 10 บาท และก็มีการลู่ลู่จ้างประจำ ลู่ลู่จ้างจ้างเหมา ก็จะมีผลกระทบเพราะการคิดต่างกัน

4.2 สรุปการจัดเวทีการประชาเสวนาหาทางออกใน 4 ภาค

ภาคกลาง : ดำเนินการวันที่ 21 ตุลาคม 2556 จำนวน 2 แห่ง คือ

- 1) โรงพยาบาลบางปะหัน เป็นโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
- 2) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

1) โรงพยาบาลบางปะหัน

เป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่ยังไม่ได้จัดทำระบบ P4P มาใช้ในโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล สรุปดังนี้

เมื่อได้ศึกษาการนำระบบ P4P ไปใช้ในโรงพยาบาลหลายแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น พบว่าพอเริ่มจะลงรายละเอียดแล้วไม่ง่ายอย่างที่คิด เริ่มจะเกิดความขัดแย้ง เช่น การปฏิบัติงานของ พยาบาล ICU กับพยาบาลที่อยู่ประจำหอผู้ป่วยก็จะเห็นต่างกันว่า ในระยะเวลาที่เท่าๆ กัน (คนไข้เยอะ กับ คนไข้หนัก) การคิดแต้มจะแตกต่างกัน ซึ่งผู้ดูแลคนไข้หนักจะได้แต้มมากกว่า ทำให้เกิด ปัญหาความขัดแย้งขึ้นในหน่วยงานหรือองค์กร จนเกิดแนวคิดที่ว่า **ลองสลับหน้าที่กันทำงานดูไหม?** เป็นต้น ทำให้**โรงพยาบาลบางปะหันไม่เอา P4P**

2) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยเริ่มนำระบบ P4P มาใช้ในโรงพยาบาลเมื่อเดือนเมษายน 2556

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 15 คน

- แพทย์	จำนวน	2 คน
- ทันตแพทย์	จำนวน	1 คน
- เภสัชกร	จำนวน	1 คน
- เทคนิคการแพทย์	จำนวน	3 คน
- พยาบาล	จำนวน	5 คน
- กลุ่ม back office	จำนวน	3 คน

สรุปผลการดำเนินงาน ณ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา วันที่ 21 ตุลาคม 2556

❖ ขั้นตอนการดำเนินการให้สอดคล้องกับระบบ P4P ในโรงพยาบาล

- 1) รับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขและศึกษาข้อมูลต่างๆ
- 2) ส่งผู้บริหารฝ่ายต่าง ๆ ไปศึกษาดูงานในโรงพยาบาลที่จัดทำระบบ P4P เช่น ที่โรงพยาบาลองครักษ์ จังหวัดนครนายก โรงพยาบาลบาลพลี จังหวัดสมุทรปราการ เป็นต้น
- 3) จัดอบรมบุคลากรในโรงพยาบาลเพื่อสร้างความเข้าใจในระบบ P4P
- 4) ทดลองคิดแต้มในกิจกรรมที่ทำตามคู่มือที่กำหนดและถอดบทเรียนร่วมกันก่อนการดำเนินการจริง
- 5) ปฏิบัติจริงในแต่ละกลุ่มวิชาชีพ ซึ่งมีกระบวนการปฏิบัติที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มวิชาชีพ ดังนี้
 - (1) **แพทย์/ทันตแพทย์** การคิดแต้มในระบบ P4P โดยการจดบันทึกกิจกรรมในแต่ละวันและรวบรวมให้ส่วนกลางบันทึกในโปรแกรมสำเร็จรูป ในการจ่ายเงินค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นตามระบบ P4P จะจ่ายตามค่าคะแนนที่เพิ่มจากเกณฑ์มาตรฐาน

- (2) **เภสัชกร/เทคนิคการแพทย์** การคิดแต้มในระบบ P4P โดยการจดบันทึกกิจกรรมในแต่ละวัน และรวบรวมให้ส่วนกลางบันทึกในโปรแกรมสำเร็จรูป ในการจ่ายเงินค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นตามระบบ P4P จะจ่ายตามค่าคะแนนที่เพิ่มจากเกณฑ์มาตรฐานเช่นเดียวกับแพทย์
- (3) **พยาบาล** การคิดแต้มในระบบ P4P โดยการจดบันทึกกิจกรรมในแต่ละวันและรวบรวมภายในหน่วยงานนั้น ๆ และบันทึกลงตามโปรแกรมที่กำหนด ในการจ่ายเงินค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นตามระบบ P4P ในแต่ละหน่วยหรือแต่ละ Ward จะได้รับเป็นก้อนตามรายหัวของบุคลากร ก่อนการจ่ายจริงจะมีการประชุมเพื่อให้บุคลากรแต่ละคนประเมินตนเอง ว่า ภาระงานจริงเป็นอย่างไร จึงจะมีการจ่ายจริง เพื่อเป็นการป้องกันความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้
- (4) **สายงานสาธารณสุขซึ่งไม่ใช่พยาบาล** การคิดแต้มในระบบ P4P โดยการจดบันทึกกิจกรรมในแต่ละวันและรวบรวมให้ส่วนกลางบันทึกในโปรแกรมสำเร็จรูป ในการจ่ายเงินค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นตามระบบ P4P จะจ่ายตามค่าคะแนนที่เพิ่มจากเกณฑ์มาตรฐานเช่นเดียวกับแพทย์
- (5) **Back office** การคิดแต้มในระบบ P4P โดยการจดบันทึกกิจกรรมในแต่ละวันและรวบรวม โดยให้หัวหน้าหน่วยประเมินภาระงานจริงก่อนแล้วค่อยส่งไปให้ส่วนกลางบันทึก หากแต้มไม่ถึง หัวหน้างานจะต้องมอบหมายงานเพิ่ม ขึ้นหรือช่วยตรวจสอบการจดบันทึกเพราะอาจไม่เข้าใจในเนื้องานนั้น ๆ จึงทำให้แต้มลดลง เป็นต้น

❖ **ข้อดี ข้อเสีย ของระบบ P4P ในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา**

ข้อดี	ข้อเสีย
-ได้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น	-วิธีการคิดคำนวณแต้มไม่ตรงกันเกิดความรู้สึกว่าไม่เป็นธรรมในวิชาชีพเดียวกัน จึงไม่เกิดการกระตุ้นให้บุคลากรอยากทำงาน เช่น ค่าเฉลี่ยค่าตอบแทนของแพทย์ ทันตแพทย์ ลดลงจาก 15,000 บาท เหลือ 10,000 – 12,000 บาท เป็นต้น
-มองเห็นภาระงานที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น	-การคิดแต้มและการบันทึกกิจกรรมสำเร็จรูปก็มีความยุ่งยาก

ข้อดี	ข้อเสีย
-เกิดแรงกระตุ้นให้พัฒนาศักยภาพของตนเอง	-การคิดแต่ในในระบบ P4P ก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับในวิธีการ เพราะเชื่อว่ากิจกรรมของแพทย์ไม่จำเป็นต้องบันทึก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวิชาชีพที่ทำงานดีอยู่แล้ว -การคิดค่าคะแนนของระบบ P4P นั้น ทำให้เกิดความเห็นต่างของบุคลากร หลายคนมีความเห็นว่าเป็นการ ล่าแต้ม เพื่อให้ได้มาซึ่งค่าตอบแทนที่มากขึ้น มากกว่าที่จะพัฒนาผลงานให้ดีขึ้น -ระบบการคิดแต่มีความจุกจิก งานเท่าเดิม เงินลดลง และเงินยังคงได้มา 1 ก้อน หากคนหนึ่งได้เยอะอีกคนหนึ่งก็จะได้น้อย ซึ่งบางคนจะรู้สึกเมื่อตอนเงินออกกว่าจะต้องขยันทำงานมากขึ้น แต่บางคนก็ทิ้งเลยไม่เอา เพราะรู้สึกว่าเป็นธรรม

โดยสรุป การดำเนินการในระบบ P4P นั้น แม้ว่าจะเป็นการเพิ่มค่าตอบแทนให้กับบุคลากรสายงานสาธารณสุขก็ตาม แต่ในความรู้สึกแล้ว ทุกกลุ่มยังมองว่ายังไม่ มีความยุติธรรม ถ้าหากจะสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรอยากทำงาน อย่างมองแต่เรื่องเงินอย่างเดียว ซึ่งยังมีทางเลือกหลายทาง ดังต่อไปนี้

❖ **การสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา**

- เสริมสร้างความภาคภูมิใจในอาชีพ เกียรติยศศักดิ์ศรีของความเป็นข้าราชการ เช่นการให้รางวัลคนดีศรีอยุธยา เป็นต้น
- เพิ่มสวัสดิการ ที่พักอาศัย ค่าล่วงเวลา มีค่าตอบแทนที่เหมาะสม
- มีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่เพียงพอในโรงพยาบาล
- กรอบเงินเดือน ในการขึ้นมาจากสายวิชาชีพต่างๆ อยากให้ปรับตรงนี้ให้ง่ายขึ้น
- มีโครงสร้างสายบังคับบัญชาทั้งแนวนราบและแนวตั้งที่ชัดเจน
- มีระบบการประเมินการทำงานตามคุณภาพไม่ใช่ปริมาณ
- ส่งเสริมให้บุคลากรในโรงพยาบาลมีความรักสามัคคีกัน
- ความมั่นคงในอาชีพ สำหรับลูกจ้างให้มีสิทธิเท่าเทียมกันทุกคน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : ดำเนินการวันที่ 22และ24 ตุลาคม 2556 จำนวน 2 แห่ง คือ

- 1) โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
- 2) โรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

- 1) โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวันที่ 22 ตุลาคม 2556

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 30 คน ดังนี้

- แพทย์	จำนวน	1 คน
- ทันตแพทย์	จำนวน	1 คน
- เกสซ์กร	จำนวน	4 คน
- เทคนิคการแพทย์	จำนวน	6 คน
- พยาบาล	จำนวน	9 คน
- กลุ่ม back office	จำนวน	9 คน

สรุปผลการดำเนินงาน ณ โรงพยาบาล วันที่ 22 ตุลาคม 2556

❖ การดำเนินงานในระบบ P4P ของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วยบุคลากรลูกจ้างชั่วคราวกว่า 60 % (ข้อมูลจากฝ่ายบริหารโรงพยาบาล) ในการดำเนินงานตามระบบ P4P ของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ตั้งแต่เดือนเมษายน 2556 ที่ผ่านมา โรงพยาบาลได้นำเงินบำรุงมาบริหารจัดการ เงินที่จ่ายเดือนหนึ่งประมาณ 7 ล้าน ปีหนึ่ง 84 ล้านบาท ใช้เงินบำรุงล้วนๆ เงินบำรุงทั้งหมดเลย นี่คือปัญหาที่ใหญ่มาก ฝ่ายบริหารได้จัดทำแผนการเงินปี 2557 ติดลบตั้ง 14% รายรับ 2,600 ล้านบาท รายจ่าย 3,000 ล้านบาท แต่ผู้ตรวจราชการมาบอกไม่ได้ ต้อง Balance Sheet คือ งบต้องสมดุลหรือเกินดุลเท่านั้น ฝ่ายบริหารต้องพยายามหักเงินออกไปอีก 400 กว่าล้านบาท ซึ่งเป็นเรื่องที่ใหญ่มาก หลักการ P4P มันดีแน่นอน แต่มันไม่มีเงินมา Support ถ้าจะต้องเอาเงินของตัวเองมาจ่ายเอง ก็เท่ากับกินเงินตัวเอง

สำหรับในขั้นตอนการดำเนินงานในระยะเริ่มต้น คล้ายคลึงกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ข้อดี ข้อเสียของระบบ P4P ของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ข้อดี	ข้อเสีย
- กระตุ้นให้ทำงาน	- แยกงาน เพื่อจะได้คะแนน
- วัดคุณภาพการทำงาน	- เพิ่มภาระงาน
- สร้างแรงจูงใจ	- เกิดความเห็นต่างในบางกลุ่มอาชีพ

สรุป การดำเนินงานตามระบบ P4P ของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น มีข้อดีมากกว่าข้อเสีย มีความพึงพอใจในทุกสาขาวิชาชีพ พ ซึ่งมีความแตกต่างของเงินค่าตอบแทนที่ไม่เหลื่อมล้ำกันมากนัก บุคลากรส่วนใหญ่ยอมรับได้ และที่สำคัญระบบการจ่ายเงินตรงเวลาทุกเดือน เนื่องจากฝ่ายบริหารจัดการได้นำเงินอุดหนุนของโรงพยาบาลมาบริหารจัดการกันเอง จึงไม่เกิดปัญหาในการบริหารจัดการ

2) โรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์ ดำเนินการวันที่ 24 ตุลาคม 2556

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 33 คน ดังนี้

- แพทย์	จำนวน	3 คน
- ทันตแพทย์	จำนวน	1 คน
- เกษัชกร	จำนวน	1 คน
- เทคนิคการแพทย์	จำนวน	2 คน
- พยาบาล	จำนวน	14 คน
- กลุ่ม back office	จำนวน	12 คน

สรุปผลการดำเนินงาน ณ โรงพยาบาลหนองสูง วันที่ 24 ตุลาคม 2556

❖ การดำเนินงานในระบบ P4P ของโรงพยาบาลหนองสูง จังหวัดกาฬสินธุ์

เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายปรับลดพื้นที่กันดารโดยที่ไม่ได้ถามพื้นที่ก่อน คือเคยได้เงินค่าตอบแทนพื้นที่กันดาร แล้วก็ได้ไม่ได้ ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างการดำเนินการยื่น อุทธรณ์ เมื่อถูก ตัดค่าตอบแทนพิเศษที่เคยได้ก็หายไปทันที โดยที่ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน ทางโรงพยาบาลจึงมีความประสงค์ที่จะดึงเงินส่วนที่ถูกตัดทอนลง มากกลับคืนมาโดยการ จัดทำเป็น P4P โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ ต้องการดึงเงินค่าตอบแทนที่ขาดหายไปกลับคืนมา ในส่วนหนึ่ง และสำหรับกลุ่มงานที่ไม่เคยได้เลย พอมาทำ P4P ทุกคนในโรงพยาบาลได้ค่าตอบแทนจากการทำ P4P เพิ่มขึ้น เช่น สายงาน back office เป็นต้น ในขณะที่การปรับลดสัดส่วนเงินดอกเบีย้เหมาะสมจ่ายก็ยังมีอยู่ อย่างเช่น ของแพ ทยถ้าอายุงาน 4 ปี ขึ้นไป จะเหลือ 10,000 จากเคยได้เดือนละ 30,000 บาท พอถูกลดเงินในส่วนนี้ ส่งผลกระทบต่อการสร้างแรงจูงใจให้กับแพทย์ที่จบใหม่ในการเลือกบรรจุลงที่โรงพยาบาล ซึ่งจะเลือกไปที่โรงพยาบาลใหญ่ เช่น โรงพยาบาล ยางตลาด มากกว่าที่จะมองโรงพยาบาลเล็กๆ อย่างหนองสูง เป็นต้น ในส่วนวิชาชีพอื่นก็เหมือนกัน จึงจำเป็นต้องทำ P4P เพื่อที่จะดึงเงินส่วนนี้คืนกลับมา ถึงแม้จะไม่ได้เท่าเดิมก็ตาม

สำหรับการดำเนินงานในระบบ P4P ของโรงพยาบาลหนองสูง ได้นำระบบของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มาใช้และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ข้อดี ข้อเสียของระบบ P4P ของโรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์

ข้อดี	ข้อเสีย
- กระตุ้นให้บุคลากรอยากทำงานเพื่อให้ได้มาซึ่งค่าตอบแทนที่มากขึ้น	- มีความยุ่งยากในการคิดแต้ม คะแนนและการบันทึกในโปรแกรมที่กำหนด
- มองเห็นปริมาณงานชัดเจนขึ้น	- เพิ่มภาระงาน

ภาคใต้: ดำเนินการวันที่ 28 และ 29 ตุลาคม 2556 จำนวน 2 แห่ง คือ

1) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

2) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

1) โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลที่ไม่นำระบบ P4P มาใช้ เพราะเชื่อว่าระบบเดิมที่มีอยู่ก็ได้อยู่แล้ว ดำเนินการวันที่ 28 ตุลาคม 2556 โดยการรับฟังความคิดเห็นจากผู้อำนวยการและพยาบาลวิชาชีพ

โรงพยาบาลสิชล เป็นโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการหาเงินเข้าโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเกือบไม่ต้องพึ่งเงินจากราชการ มีเครื่องมือที่ทันสมัยมาก เกือบทุกเตียงจะมี Infusion Pump ไว้ใช้ในการให้น้ำเกลืออย่างเหมาะสม แม้ในหอผู้ป่วยที่ไม่ใช่หอผู้ป่วยวิกฤต มีระบบการทำงานร่วมกันอย่างดี และมีความสุขในการทำงานเป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยได้พบกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ก็ได้ให้ความคิดเห็นตรงกัน

2) โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช ดำเนินการวันที่ 29 ตุลาคม 2556 จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 18 คน ดังนี้

- แพทย์	จำนวน	2 คน
- ทันตแพทย์	จำนวน	1 คน
- เภสัชกร	จำนวน	2 คน
- เทคนิคการแพทย์	จำนวน	1 คน
- พยาบาล	จำนวน	6 คน
- กลุ่ม back office	จำนวน	6 คน

สรุปผลการดำเนินงาน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช วันที่ 28 ตุลาคม 2556

❖ การดำเนินงานในระบบ P4P ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

ก่อนการดำเนินงานในการนำระบบ P4P มาใช้ในโรงพยาบาล ทีมผู้บริหารประกอบด้วยตัวแทนในทุกสาขาวิชาชีพ ได้เดินทางไปศึกษาดูงานตามโรงพยาบาลต้นแบบต่าง ๆ ภายในประเทศเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปี แล้วนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยการกำหนดแต้มคะแนนตามภาระ

งานจริง ซึ่งไม่จำเป็นต้องมานับภาระงานให้เสียเวลา เช่น คิดตามการมอบหมายงาน และเวียนกันรับผิดชอบงานนั้นๆ สำหรับการคิดแต้มตามภาระงานจะไม่มี การหลอกล้อกันมากนักในแต่ละกลุ่มวิชาชีพ

สำหรับหน่วยงานที่มีปัญหา ทางโรงพยาบาลจะมีทีมผู้บริหารคอยเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำในหลักปฏิบัติ และเมื่อเกิดความไม่เข้าใจจนนำไปสู่ความขัดแย้ง ก็จะมีทีมผู้บริหารนำทีมโดยรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงไปสร้างความเข้าใจและแก้ไขปัญหาดังกล่าว

ประเด็นปัญหา

ปัญหาส่วนใหญ่เกิดในกลุ่ม back office เนื่องจากมีภาระงานที่คาบเกี่ยวกัน และงานในแต่ละชั้นก็มีแต้มคะแนนต่างกัน เช่น แต้มของงานพิมพ์จะน้อยกว่าแต้ม ของการส่งเอกสาร และในกลุ่มงานที่เสี่ยงกับไม่เสี่ยงก็ได้แต้มคะแนนเท่ากัน เป็นต้น

ข้อดี ข้อเสียของระบบ P4P ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

ข้อดี	ข้อเสีย
- กระตุ้นให้บุคลากรอยากทำงานเพื่อให้ได้มาซึ่งค่าตอบแทนที่มากขึ้น	- เพิ่มภาระงาน เช่น การลงค่าคะแนน การประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความเข้าใจในกลุ่มต่างๆ
- มองเห็นปริมาณงานชัดเจนขึ้น	- สิ้นเปลืองงบประมาณในการศึกษาดูงาน
- เกิดเครือข่ายการทำงาน	

สรุป ระบบ P4P ของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเป็นระบบที่ดี หากศึกษาทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ในการนำมาใช้จะต้องปรับให้เข้ากับบริบทของแต่ละโรงพยาบาล จึงจะสามารถใช้ได้ผลและจะต้องมีกระบวนการถอดบทเรียนร่วมกันในทุกสาขาวิชาชีพ เพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนากระบวนการให้เกิดความเหมาะสมและเป็นการป้องกันปัญหาความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

ภาคเหนือ: ดำเนินการวันที่ 30 และ 31 ตุลาคม 2556 จำนวน 2 แห่ง คือ

1) โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

2) โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน

1) โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการวันที่ 30 ตุลาคม 2556

➤ จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 27 คน ดังนี้

- แพทย์	จำนวน	3 คน
- ทันตแพทย์	จำนวน	4 คน
- เภสัชกร	จำนวน	3 คน
- เทคนิคการแพทย์	จำนวน	3 คน
- พยาบาล	จำนวน	4 คน

สรุปผลการดำเนินงาน ณ โรงพยาบาล วันที่ 30 ตุลาคม 2556

❖ การดำเนินงานในระบบ P4P ของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

การดำเนินงานในระบบ P4P ของโรงพยาบาลนครพิงค์ ใช้การคิดแต้มตามภาระงานจริง ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการบันทึกกิจกรรมและการป้อนข้อมูล เนื่องจากบุคลากรมีความรู้เรื่อง IT น้อยมาก ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการได้มาซึ่งค่าตอบแทนในแต่ละสายวิชาชีพ ซึ่งมีช่วง ค่ะแน้นห่างกันมาก ใครบันทึกเก่งก็ จะได้ แต้มมากกว่า ทำให้บุคลากรบางกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่ม back office เกิดความเห็นต่างค่อนข้างชัดเจน

❖ ข้อเสนอแนะเพื่อการประชาสัมพันธ์ทางออกของกลุ่มวิชาชีพ

โจทย์ : “เราจะร่วมกันพัฒนาระบบสร้างแรงจูงใจ ให้กับบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นธรรมได้อย่างไร?”

ข้อเท็จจริงการใช้ระบบ P4P ในโรงพยาบาล	แนวทางพัฒนาระบบ P4P ในโรงพยาบาล
- เรื่องของค่างานไม่เป็นธรรม - ผลงานเป็นภาระไม่มีเวลาศึกษาค้นคว้า - ความเหลื่อมล้ำในการคิดแต้ม ในการทำงานแตกต่างกัน ทำงานไม่สบายใจ เช่น งานมากได้คะแนนน้อย - ความแตกต่างการกำหนดค่าตัวคุณ ความถูกต้องที่กำหนด น่าจะใช้ค่าศูนย์กลางเป็นตัวกำหนด - การคิด P4P ในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลนครพิงค์ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน - การตรวจสอบทาง audit บุคลากรคาดหวังสูง และเป็นภาระงานมากขึ้น - เกิดการแก่งแย่งชิงดี ชิงเด่น เก่งงานกัน ซึ่งไม่ก่อให้เกิดขึ้นในอาชีพการให้บริการ - หาค่าภาระงานนั้นเป็นกลางยากมาก บางอย่างไม่เป็นธรรม ถ้าแต้มคะแนนเกินจะหยุดงานตัวเอง - ลักษณะงานแตกต่างกันหาค่ากลางยาก - คณะกรรมการทำไมหันแต้มคะแนนงาน เหมือนเพิ่มภาระงาน - ปฏิบัติงานไม่ตรงกับตำแหน่งงานให้งานมาก ไม่รับค่าตอบแทน แต้มงานน้อย ทำงานมาก ไม่ยุติธรรม	- น่าจะใช้บริบทของโรงพยาบาลนครพิงค์เป็นการกำหนดตัวคุณ - คุยกันแบ่งงานกันอยู่แล้วควรทำงานด้วยใจ บริการกันด้วยใจ ปรับปรุง Service Mind - คิดมาตรฐานเดียวกันจะดี - ทำแล้วไม่แตกต่างและมีค่าคะแนนที่เหมาะสม - กำหนดตัวคุณของงานมากกว่าความรู้ ที่เหมาะสมกับงาน - มีคณะกรรมการตรวจสอบความชอบธรรม - มีการประชุมทำความเข้าใจกันอย่างสม่ำเสมอ - หัวหน้าต้องมีความรอบคอบในการตรวจสอบค่าคะแนน - มีความเที่ยงตรงในการประเมินค่าคะแนน P4P - ทบทวนคณะกรรมการที่ตรวจสอบค่าคะแนนให้มีความยุติธรรม โปร่งใส - ชี้แจงในกลุ่มวิชาชีพถึงภาระงานและหน้าที่ - มีการปรับค่า Max – Min ให้เหมาะสมหรือเป็นจริง - ให้ค่าตอบแทนตามความสำคัญ ความยากง่ายของงาน

ข้อเท็จจริงการใช้ระบบ P4P ในโรงพยาบาล	แนวทางพัฒนาระบบ P4P ในโรงพยาบาล
- ทำให้ได้ในการคีย์ข้อมูล เสียเวลาคีย์ข้อมูล - คนได้ทำงานไม่ชอบ อยากได้เงิน ทำงานแย่งงานทำ ควรดูผลงานที่ทำ เหมือนไม่เห็นความสำคัญของสายงานสนับสนุน - แบ่งตามความรู้ ลงภาระงานไม่ตรงกับตำแหน่ง ทำงานมาก ภาระงานมากคีย์ได้คะแนนน้อย ต้องคีย์ทุกวัน แต่มาคีย์เอาวันสุดท้าย ฝากกันคีย์ ฝากกันลงคอมพิวเตอร์ไม่พอ - มีการลงคะแนนที่เกินจริง เนื่องจากคิดว่าตัวเองทำงานหนักมากกว่าคนอื่น - ค่าคะแนนที่ไม่เป็นความจริง เนื่องจากการคีย์คะแนนกันเอง - คณะกรรมการตรวจสอบค่าคะแนน มีความไม่ยุติธรรมต่อการตรวจสอบคะแนน (คณะกรรมการมักจะมีคะแนนสูงเกิน 2.5 เท่า) - มีความขัดแย้งของแต้มต่อ ด้านบริบทของพยาบาลปฏิบัติการ - มีการกำหนดค่าคะแนน P4P ว่า Max – Min ไม่ต่างกันมากกว่า 20% ทำให้เกิดความคิดว่าทำงานมากก็ได้รับเงินจำกัด - ปฏิบัติงานเกินค่าตอบแทนที่ได้รับ หรือตามสายงานวิชาชีพ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อใจ จะปฏิบัติงานยากง่ายก็รับค่าตอบแทนเท่ากัน - ค่างานของแต่ละวิชาชีพอาจดูไม่เป็นธรรม - ในการหาค่างาน ผลงานที่ทำในภาระงานไม่ได้เกิดจากการปฏิบัติงานจริง เพียงแต่ทำเพื่อให้ได้ค่าตอบแทนเท่านั้น - เม็ดเงินที่จัดสรรลงมาในแต่ละวิชาชีพมีความแตกต่างกันมาก - ปัญหาเรื่องการขาด ลา มาสาย ของบุคลากร ผู้อื่น	- ประเมินโดยหัวหน้างานและผู้ร่วมงาน - ปรับเปลี่ยนตำแหน่งตามลักษณะงานที่ทำ เพื่อให้เกิดขวัญกำลังใจและแรงจูงใจในการทำงาน - พิจารณาบทบาทงานค่างานให้เหมาะสม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง - หาแนวทางในการเก็บข้อมูลจากการลงข้อมูล ใน การปฏิบัติงานประจำ - แต่ละงานสร้างระบบทำงาน และสะท้อนภาพจริงให้เจ้าหน้าที่ และอยากให้ใช้ระบบการลงเวชระเบียนเลย - น่าจะมีรูปแบบที่ทำเหมาะสมกว่านี้ เช่น ในรูปแบบของฐานเงินเดือนเฉพาะกลุ่ม ข้าราชการกระทรวง สาธารณสุข หรือพนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือแยกออกจากระบบของ กพ. ไปเลย - ดูแนวทางจัดสรรเงินให้เพิ่มหรือน้อยลงโดยเฉพาะระดับที่ไม่เคยได้ระดับ 7 มาก่อน ได้รับมากขึ้นทุกวิชาชีพ ลดเงินของตนเองลงมา เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจ - มีการใช้กฎระเบียบวินัยอย่างเคร่งครัด ซึ่งตรงกับวัฒนธรรมองค์กร - สร้างการเก็บข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถตรวจสอบได้ ทำจริงได้จริง - ควรปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้สอดคล้องกับค่าครอบชีพ - ปรับย้ายตำแหน่ง การบรรจุงาน การคัดเลือกคนให้เหมาะสมกับงาน - ควรหาข้อมูล ทดลองปฏิบัติ ติดตามผล ประเมินผล หาข้อบกพร่อง ปรับปรุงแก้ไขและพัฒนา ในการประเมินผลควรทำ 360 องศา โดยประเมินจากหัวหน้า เพื่อนร่วมงาน ลูกน้อง และผู้รับบริการ - ปัญหาอาจเกิดจากตัวนโยบาย และ /หรือการนำมาปฏิบัติ

ข้อเท็จจริงการใช้ระบบ P4P ในโรงพยาบาล	แนวทางพัฒนาระบบ P4P ในโรงพยาบาล
ต้องปฏิบัติงานแทน - ข้อมูล ภาระงาน แต้มในการเก็บ P4P ยังไม่เป็นมาตรฐานและถูกต้องเป็นที่ยอมรับ - บุคลากรมีความคาดหวังกับระบบ P4P สูงมาก โดยเฉพาะหวังว่าจะเป็นเครื่องมือหนึ่งที่จะช่วยผู้บริหาร ในการบริหารคนและงานภายในองค์กร เพื่อให้เกิดความยุติธรรม และประสิทธิภาพของงานหรือองค์กร แต่จากการปฏิบัติที่ผ่านมา (นอกจากเรื่องเงิน) กลับทำให้ขวัญกำลังใจ และความสุขในการทำงานด้านบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่ลดลง - การทำงานที่ต้องคิดตามค่า P4P ทำให้เจ้าหน้าที่บางกลุ่มทำไป เพราะคิดว่าแค่ทำแต้มให้ผ่านไม่ได้เกิดความเต็มใจทำ - เกิดความเห็นแก่ตัวในการทำงาน เช่น การเลือกทำงานในชั้นที่ได้คะแนนมาก ไม่ช่วยเหลืองานกัน และกัน - เกิดการทุจริตในการลงผลงานเกินความเป็นจริง - เพิ่มภาระงานหัวหน้างาน ที่ต้องตรวจสอบผลงานเจ้าหน้าที่แต่ละคน เพื่อความถูกต้อง - ขัดแย้งในวิชาชีพเดียวกันและระหว่างวิชาชีพ - เวลาดูแลผู้ป่วยลดลง ต้องมาคิดแต้ม - วัดเชิงปริมาณไม่ได้วัดเชิงคุณภาพ - สูญเสียจิตบริการของงานสาธารณสุข - ในเรื่องของตำแหน่งงานไม่ตรงกับการปฏิบัติงาน จึงทำให้มีปัญหาในการคัด P4P เช่น ปัจจุบันตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ แต่ปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี ซึ่งภาระงานมีมากกว่าที่จะนับเป็นคะแนน P4P ตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนไข้ และเจ้าหน้าที่งานบัญชี ค่าตอบแทนมีความแตกต่างกันอย่างแน่นอน	- โรงพยาบาลต้องนำมาวิเคราะห์และแก้ไขที่ละจุดด้วยความระมัดระวัง เพราะเป็นเรื่องละเอียดอ่อนกับความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ต้องมีความชัดเจน ถูกต้อง และยุติธรรมที่สุด ถึงจะเกิดประโยชน์กับโรงพยาบาลอย่างแท้จริง หากทำเพียงครึ่งๆ กลางๆ หวังเพียงให้เจ้าหน้าที่ได้เงิน คิดว่าน่าจะส่งผลเสียต่อโรงพยาบาลมากกว่าผลดี - ส่วนกลางควรพิจารณา กำหนดแนวทางให้ชัดเจน เช่น กำหนดค่ากลางที่ใช้ทั่วประเทศ เพื่อใช้ประโยชน์ในการเทียบเคียงภาระงานระหว่างโรงพยาบาลซึ่งอาจมีผลเสียเรื่องความแตกต่างในบริบทของแต่ละโรงพยาบาล - ให้แต่ละโรงพยาบาล กำหนดค่ากลางตามบริบทของโรงพยาบาลเอง เพื่อความถูกต้องและเหมาะสม แต่จะไม่สามารถนำไปเทียบเคียงกับโรงพยาบาลอื่นได้ - ทีมคณะกรรมการตรวจสอบของโรงพยาบาล ต้องมีการตรวจสอบค่าภาระงาน คะแนนของแต่ละกลุ่มมีการแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้ผู้ปฏิบัติหมดความเชื่อมั่นกับระบบ - หาข้อตกลงที่เหมาะสม และให้มีความเสมอภาคกัน - ลดช่องว่างระหว่างค่าตอบแทนในภาระงานที่เหมือนกัน ค่าตอบแทนไม่ควรต่างกัน - พัฒนาจิตใจ คนสาธารณสุขให้รักการ รักงาน - มอบหมายการทำงานให้เหมาะสมกับแต่ละวิชาชีพ - จ่ายค่าตอบแทนตามผลงานที่ปฏิบัติจริง ถึงแม้จะจ่ายตามวุฒิหรือตามตำแหน่ง ก็ควรจะมีข้อแม้สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่ตรงตำแหน่ง เพื่อเป็นแรงจูงใจกับผู้ปฏิบัติงาน และเป็นขวัญกำลังใจ

❖ การสร้างแรงจูงใจในวิธีการอื่น

- 1) สร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานโดยเน้นที่ผู้นำระดับต่างๆ
- 2) เพิ่มสวัสดิการด้านต่างๆ เพื่อนำมาพัฒนางานในหน่วยงานที่ให้บริการด้านหน้า และเจ้าหน้าที่ที่ไม่เป็นข้าราชการ
- 3) ให้ความก้าวหน้าในแต่ละวิชาชีพให้เท่าเทียมกัน
- 4) ให้แรงจูงใจเป็นลักษณะอื่น เช่น การชื่นชมคนที่ทำความดี มีผลงานไม่เอาเงินเป็นที่ตั้ง
- 5) การพิจารณาความดีความชอบควรมีหลักฐานที่ชัดเจนมากขึ้น
- 6) ให้ความมั่นคงกับบุคลากร คือ ได้บรรจุเป็นพนักงานของรัฐ
- 7) ปรับตำแหน่งให้ตรงกับภาระงาน
- 8) การแข่งขันทำความดีของแต่ละหน่วยงาน และให้รางวัลเป็นกลุ่มงาน

2) โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน ดำเนินการวันที่ 31 ตุลาคม 2556

จำนวนกลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ที่ทางโรงพยาบาลเป็นผู้คัดเลือกให้จำนวน 11 คน ดังนี้

- แพทย์	จำนวน	2 คน
- ทันตแพทย์	จำนวน	1 คน
- เภสัชกร	จำนวน	2 คน
- เทคนิคการแพทย์	จำนวน	2 คน
- พยาบาล	จำนวน	2 คน
- กลุ่ม back office	จำนวน	2 คน

โจทย์ : เราจะร่วมกันพัฒนาระบบสร้างแรงจูงใจ ให้กับบุคลากรสาธารณสุขให้เป็นธรรมได้อย่างไร ?

ข้อเท็จจริงการใช้ระบบ P4P ในโรงพยาบาล	แนวทางพัฒนาระบบ P4P ในโรงพยาบาล
- มีความเหลื่อมล้ำมาก ระหว่างกลุ่มข้าราชการวุฒิต่ำ ได้น้อยลูกจ้าง วุฒิสุงได้มาก - ทำงานด้วยความเป็นพี่ น้อง - เป็นคนส่วนน้อยของโรงพยาบาลได้ค่าคะแนนต่ำ - ภาระงานมากก็ยากได้คำตอบแทนมาก - ยังไม่เข้าใจหลักเกณฑ์ดี - ปิดทองหลังพระ ได้คะแนนต่ำทำงานนานได้น้อย - น้องมาใหม่ได้มากกว่า - ความก้าวหน้าในวิชาชีพน้อย - ไม่ทราบว่าจะได้รับคำตอบแบบเหมาะสมด้วย	- ควรมีการแยกอายุงาน (จำนวนปีที่ทำงาน) ในการคิดค่าคะแนน - สร้างจิตสำนึกในการทำงาน - จบการศึกษาอายุมาก ควรคิดค่าคะแนนมาก - มีการกำหนดภาระงานที่ยากหรือหนักหรือเสี่ยงเพิ่มขึ้น (แต้ม) - ปรับสัดส่วนให้ใกล้เคียงมากขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของตัวแทนวิชาชีพทุกกลุ่ม - ควรตั้งจ่ายตามภาระงาน ไม่ควรจะนำจำนวนเงินของแต่ละตำแหน่งมากำหนด หากอยู่ในงานเดียวกัน

ข้อเท็จจริงการใช้ระบบ P4P ในโรงพยาบาล	แนวทางพัฒนาระบบ P4P ในโรงพยาบาล
และ P4P ด้วยหรือเปล่า โรงพยาบาลอื่นได้ทั้ง 2 อย่าง - วุฒิการศึกษาทำให้เหลื่อมล้ำในการคิดค่าคะแนน - สัดส่วนการแบ่งค่าตอบแทน p4p ไม่เท่าเทียมกันในกลุ่มวิชาชีพ - P4P บอกว่าจ่ายตามภาระงานแต่กับตำแหน่งที่ปฏิบัติในงานประเภทเดียวกัน แต่ตำแหน่งไม่เหมือนกันแม้ทำงานได้ค่างานมากกว่าก็จริง แต่อาจได้เงินน้อยกว่าตำแหน่งต่ำกว่าเต็มของ p4p แต่ละงานทางปฏิบัติและกำหนดกันยากมากที่จะทำให้อยุติธรรม ตรงใจทุกคน โดยเมื่อมาเปรียบเทียบข้ามสายงานแม้จะเป็นสายอาชีพเดียวกันก็ตาม - การกำหนดเต็มค่ากลางของแต่ละภาระงานไม่สอดคล้องเหมาะสม เช่น เวลาในการปฏิบัติของแต่ละภาระงาน ความยากหรือง่ายของภาระงาน ลักษณะของการกำหนดหน่วยนับ บางงานยุ่งยาก หน่วยนับยากต่อการเก็บเต็มคะแนน และความเสี่ยงของแต่ละภาระงานไม่เหมือนกัน - บุคลากรเลือกปฏิบัติงานที่มีค่าตอบแทนสูงและคำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทนที่เป็นตัวเงินมากเกินไป หลีกเลี่ยงการให้บริการที่ไม่มีค่าคะแนนหรือมีแต่น้อย - การกระจายสัดส่วนค่าตอบแทนระหว่างวิชาชีพยังไม่มีความยุติธรรมยังเหลื่อมล้ำกันมาก	ควรได้เท่ากัน - ควรจะยุบรวมค่าตอบแทนให้เป็นก้อนเดียวกัน เสนอให้ใช้บัญชีอัตราเงินเดือนใหม่ของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตามวิชาชีพแต่ละวิชาชีพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช พยาบาล ฯ โดยแยกออกจากบัญชีข้าราชการพลเรือน - ค่าตอบแทนควรกำหนดจากเงินงบประมาณจากส่วนกลางทำให้เกิดเสถียรภาพของทางการเงิน - ควรมีการสร้างมาตรฐานกลางในการกำหนดเครื่องมือในการเก็บภาระงานในระดับประเทศของแต่ละวิชาชีพ จากตัวแทนของแต่ละวิชาชีพทุกภาคส่วน - ลดความเหลื่อมล้ำของค่าตอบแทนแต่ละวิชาชีพให้เหมาะสมตามลักษณะงานและหน้าที่ของความรับผิดชอบ - ควรพัฒนาระบบ IT เพื่อรองรับระบบการเก็บข้อมูล ให้กับบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ - ควรกำหนดกิจกรรมหลักในภาระงานของแต่ละวิชาชีพที่ทำนอก เหนือจากงานประจำ - การกำหนดเต็มควรมีบุคลากรจากหลายโรงพยาบาลที่มีลักษณะงานเดียวกันเข้าร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อจะได้กำหนดเต็มให้สอดคล้องกับภาระงานที่ปฏิบัติให้เหมาะสมทั้งหมดของโรงพยาบาลหรือจำนวนปริมาณงานแต่ละวันหรือความยากง่าย ซึ่งมีความแตกต่างกัน - ชี้แจงแนวทางการปฏิบัติให้ทราบและจัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน

❖ การสร้างแรงจูงใจในวิธีการอื่น

- 1) ปรับเงินเดือนของบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขใหม่
- 2) เพิ่มตำแหน่งระดับสูงให้มากขึ้นเพิ่มเงินประจำตำแหน่งระดับชำนาญการให้มากขึ้นเป็น
- 3) แยกบัญชีเงินเดือนของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ออกจากบัญชีข้าราชการพลเรือน
- 4) เสนอใช้บัญชีเงินเดือนเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งเป็นวิชาชีพ เช่นแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช พยาบาล ฯ
- 5) เงินค่าตอบแทนอื่น บรรจุเข้าเป็นเงินเดือนงบประมาณ (แทนการใช้เงินบำรุง)
- 6) ขยายเขตแดนแต่ละตำแหน่งให้เพิ่มขึ้นและใกล้เคียงกัน
- 7) พัฒนาระบบสร้างแรงจูงใจอื่นๆเพิ่มขึ้น สร้างขวัญและกำลังใจ เช่นความก้าวหน้าและความมั่นคงของแต่ละวิชาชีพ เช่น พยาบาล
- 8) การประเมินความก้าวหน้าโดยใช้ผลงานเชิงประจักษ์ที่นอกเหนือจากการบันทึกผลงานวิชาการ

❖ สรุปความเข้าใจในระบบ P4P จากหลากหลายวิชาชีพ ในเวทีการประชุมเสวนาหาทางออก ดังนี้ คำถาม “คุณเข้าใจความหมายของคำว่า P4P ว่าอย่างไร ? ”

- 1) เป็นการนำระบบมาใช้ไม่ตรงไปตรงมา มีเงินเดือนประจำแล้วได้เงินเพิ่มก็ดีใจ แม้จะเป็นภาระงานระบบราชการต้องดูทิศทาง ระบบขึ้นต่างๆคิดว่าตัวเองทำงานมากกว่าใคร ทำงานมากต้องได้มาก ระบบล่งน่าจะได้มากกว่านี้ ระบบบนน่าจะได้น้อยกว่านี้ เพื่อความสมดุล
- 2) เป็นเงินที่เราสมควรได้รับจริงๆ หรือเปล่า หรือหลบเลี่ยงมาให้เราหรือเปล่า คาดหวังว่าระบบจะทำให้คนทำงานได้ทำงานจริงๆ เงินสร้างความลำบากใจ ภาระเงินเพิ่มขึ้น ค่าตอบแทนไม่คุ้มค่าแนวทางที่ดีก่อน ไม่น่าลองผิดลองถูก
- 3) เป็นเงินที่ได้แปรผัน ไม่มีมาตรฐาน บางเดือนทำงานมากได้เงินน้อย บางเดือนทำงานน้อยได้เงินมาก คีย์คะแนนแล้วก็จะหยุดทำ
- 4) P4P จ่ายเงินตามภาระงานที่ทำ บุคลากรมีวุฒิการศึกษาที่ต่ำ ทำไม่ได้ คีย์ข้อมูลไม่ได้ หัวหน้าทำให้ จึงเป็นภาระงานของหัวหน้า
- 5) เป็นเงินจ่ายตามภาระงาน จริงๆแล้วไม่ใช่ผลกระทบ ได้ค่าตอบแทนน้อย วุฒิสุงค่าตอบแทนน้อย ไม่ทำงาน ลงคีย์ไม่เป็นจริง ทำน้อยลงบันทึกมากกว่าคนที่ทำงานไม่มีเวลาคีย์
- 6) จริงๆ ทำแล้วไม่ลงข้อมูล ทำเหมือนกัน ค่าตอบแทนต่างกัน ไม่ช่วยกันทำงาน เพราะเกิดช่องว่าง
- 7) เป็นระบบทำให้เกิดการแตกความสามัคคี เกิดความเหลื่อมล้ำมาก ไม่มีความสุข
- 8) มีความยุติธรรม พยาบาลมีหลายระดับดี กลุ่มที่ไม่เคยได้ก็จะได้
- 9) เป็นระบบที่ทำให้คนโกหก ได้เงินก็ดีใจ สอนให้คนโกหก ลงบันทึกอย่างไรก็ได้งาน

- 10) เป็นการคิดผลงานแลกเงินทำมากกว่า แต่วุฒิการศึกษาและตำแหน่งต่ำได้น้อย ต้องทำงานด้วยใจ
- 11) เป็นระบบสร้างแรงจูงใจของสาธารณสุข ให้ค่าตอบแทนภาระงานที่ทำ หาหลักฐานแลกเงินตอบแทน

❖ ขั้นตอนการจัดทำภาพอนาคต (scenario) ทั้ง 4

- 1) ศึกษากระบวนการสร้างแรงจูงใจของสายงานสาธารณสุขจากแหล่งต่าง ๆ เช่น งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ
- 2) สัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง
- 3) จัดเวทีการประชาเสวนาหาทางออก
- 4) จัดร่าง issue book หรือ scenario
- 5) นำฉบับร่างมาร่วมกันปรับแก้ในเวทีการประชาเสวนาหาทางออก
- 6) ปรับแก้และจัดทำรูปเล่ม
- 7) นำ issue book หรือ scenario ฉบับที่ปรับแก้แล้ว ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณา

❖ ประโยชน์จากแต่ละ scenario

- 1) สร้างความเข้าใจในระบบการสร้างแรงจูงในรูปแบบต่างๆ เป็นการสร้างทางเลือกให้กับบุคลากรในระบบสาธารณสุข
- 2) เป็นคู่มือที่ใช้ในการประเมินการตัดสินใจ ในการบริหารจัดการ และการกำหนดทิศทางการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- 3) ผู้ให้บริการเป็นสุขส่งผลกับผู้รับบริการก็จะได้รับการบริการที่ดีตามไปด้วย

4.3 (ร่าง) ภาพอนาคตก่อนการจัดเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ระหว่างวันที่ 24-25 ธันวาคม 2556

ภาพอนาคตที่ 1

การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance or P4P)

บุคลากรทางสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุข ต่างๆ รวมไปถึงบุคลากรฝ่ายสนับสนุน เป็นตัวจักรสำคัญของระบบบริการสุขภาพ เป็นส่วนสำคัญที่สุดต่อคุณภาพการให้บริการ การพัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจจึงเป็นหนึ่งในกลไกที่สำคัญ

ในการปฏิรูประบบสุขภาพในหลายๆ ประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร อิตาลี และนิวซีแลนด์ เป็นต้น โดยการออกแบบระบบการจ่ายค่าตอบแทนให้นำไปสู่การปฏิบัติหรือผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

จากประสบการณ์ที่มีการใช้ในต่างประเทศ ของระบบเหมาจ่าย และการจ่ายตามภาระงาน (fee-for-service) ซึ่งแม้ว่าจะจูงใจให้ทำงาน แต่ภาระงานที่เกิดขึ้นนั้นอาจยังไม่ตอบโจทย์ของระบบ สุขภาพเท่าที่ควร ในขณะที่องค์กร หรือภาครัฐต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรจำนวนมาก จึงเกิดแนวคิดของการนำระบบการสร้างแรงจูงใจที่ผูกโยงกับผลการปฏิบัติงานที่พึงประสงค์ หรือ Pay for Performance ที่เรียกชื่อย่อว่า P4P

P4P คืออะไร

P4P เป็นระบบการสร้างแรงจูงใจในรูปแบบของค่าตอบแทน ให้ผู้ปฏิบัติตามเป้าหมายการทำงานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดซึ่งอาจจะเป็นตัวชี้วัดทางคลินิกการใช้ทรัพยากรหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ ผู้ใช้บริการ ผลการปฏิบัติงานจะเป็นตัวกำหนดว่าจะได้รับค่าตอบแทนมากหรือน้อย ซึ่งโดยหลักการระบบ P4P จะออกแบบมา เพื่อมุ่งหวังให้พัฒนาคุณภาพการให้บริการในขณะที่ควบคุมค่าใช้จ่ายให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

แม้ว่า P4P จะเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจและมีการใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลกแต่ก็ยังพบว่ายานิยามหรือการนำไปในทางปฏิบัติ ยังมีความเหลื่อมซ้อนกันกับการจ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณภาระงาน หรือ fee-for-service

แนวทางใหม่ของแรงจูงใจ

วิวัฒนาการของระบบสุขภาพในอังกฤษและสหรัฐอเมริกาก็ควบคู่มากระบบสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเน้นที่การสร้างแรงจูงใจหรือจ่ายค่าตอบแทนในระดับองค์กร จากค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพที่สูงเกินจำเป็นพบว่าส่วนหนึ่งเกี่ยวกับระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน หรือ fee-for-service ซึ่งทำให้บุคลากรทางการแพทย์ หรือโรงพยาบาล มุ่งเน้นปริมาณการให้บริการ โดยเฉพาะบริการที่ได้ค่าตอบแทนสูง ในขณะที่ระบบการเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ของประชากรในเขตบริการ ช่วยลดค่าใช้จ่ายลงได้มาก ช่วยกระตุ้นงานส่งเสริมสุขภาพ แต่กระทบคุณภาพการบริการ เพราะต้องบริหารจัดการในวงเงินจำกัด และทำให้เกิดอคติในการเลือกกลุ่มผู้รับบริการที่สุขภาพดี เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จึงเป็นที่มาของการออกแบบแนวทางการจ่าย ค่าตอบแทนตามผลปฏิบัติงาน หรือ Pay for Performance (P4P)

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เยอรมัน ออสเตรเลียและสเปน¹¹ พบว่าการใช้ P4P ส่วนใหญ่ให้ผลบวก หรืออย่างน้อยก็ไม่มีผลกระทบต่อประสิทธิผลของงานบริการสุขภาพ (ไม่ปรากฏผลลบ) ซึ่งความหลากหลายของ ผลที่ได้ขึ้นอยู่กับกรอบการออกแบบ

¹¹ Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Serv Res. 2010;10:247. doi:10.1186/1472-6963-10-247.

หรือตัวชี้วัดที่ แต่ละแห่งเลือกใช้ ที่น่าสนใจ คือ ค่าตอบแทนที่ให้เป็นรางวัลเสริมจากค่าตอบแทนหลักจะเกิดผลดีมากกว่าการให้ค่าตอบแทนในรูปแบบการแข่งขัน (มีผู้แพ้ ผู้ชนะ ผู้ได้ ผู้เสีย) นอกจากนี้ยังมีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบอีก ชิ้น¹² ที่พบว่าทำให้ผลผลิตภาพของบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น (productivity) แต่ยังไม่มีความหลักฐานที่พอจะสรุปว่า ช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการได้

ข้อจำกัดของข้อมูลจากการทบทวนข้อมูลในต่างประเทศ คือ เป็นการนำ P4P ไปใช้ในระดับหน่วยบริการ โดยไม่ได้นำมาผูกโยงกับการสร้าง แรงจูงใจรายบุคคล นอกจากนี้บริบทที่แตกต่างกันทำให้โจทย์ เพื่อสร้างแรงจูงใจต่างกัน เช่น ในประเทศอังกฤษไม่มีความจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้แพทย์อยู่ในชนบท เพราะแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอยากอยู่ในชนบทอยู่แล้วด้วยสิ่งแวดล้อมที่ดีกว่า คุณภาพสังคมดีกว่าในเมือง ในขณะที่ความเป็นอยู่การศึกษาไม่ด้อยไปกว่าในเมือง

P4P ในเมืองไทย

กระทรวงสาธารณสุขได้นำระบบ P4P มาใช้เป็นการนำร่องในโรงพยาบาลพิจิตร จังหวัดพิจิตร และโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 ในรูปแบบของค่าตอบแทนเพิ่มเติม จากการจ่ายค่าตอบแทนอื่นๆที่มีอยู่เดิม และขยายในอีกหลายโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ในปีงบประมาณ 2551

รูปแบบของ P4P ที่ใช้นำร่องจะแตกต่างกันตามการออกแบบของแต่ละโรงพยาบาล โดยจะมีการกำหนดค่าคะแนนสำหรับค่าตอบแทนตามตัวชี้วัด ซึ่งมีทั้งภาระงาน (ประเภทงาน ปริมาณ และเวลา) ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (การบรรลุเป้าหมายของงานนั้นๆ) และมีทั้งส่วนของค่าตอบแทนรายบุคคล และรายหน่วยงาน

ทั้งนี้จะเป็นการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรด้านสุขภาพตามผลการปฏิบัติงานทั้งงานบริการ งานบริหาร และงานวิชาการ โดยมีหลักพื้นฐาน ได้แก่¹³ เป็นค่าตอบแทนเพื่อการจูงใจที่เพิ่มเติมนอกเหนือจากค่าตอบแทนพื้นฐานที่จ่ายตามปริมาณภาระงานปกติตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนดไว้ โดยพิจารณาจากปริมาณภาระงานที่มากกว่ามาตรฐานทั้งในด้านผลงาน ภาระงาน คุณภาพงาน หรือความชำนาญในงานที่เพิ่มขึ้น โดยค่าตอบแทนจะแปรตามผลงานยึดหลักของความเป็นธรรมภายใน คือ ผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานเท่ากันจะได้รับค่าตอบแทนเท่ากัน ขณะที่ผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานดีกว่าจะได้รับค่าตอบแทนสูงกว่า จึงต้องมีการวิเคราะห์ผลงาน และประเมินค่างานอย่างโปร่งใส ด้วยหลักเกณฑ์เชิงประจักษ์ ที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ระหว่างงาน ทักษะของกำลังคนทุกคน ทุกสาขา เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมภายใน ต้องยอมรับในหลักการที่ว่างานแต่ละงานมีความสำคัญแตกต่างกันจากปัจจัยต่างๆที่กำหนด เช่น ความยากง่าย ความเสี่ยง ความจำเป็นเร่งด่วน หรือปัจจัยอื่นๆตามนโยบาย ซึ่งจะส่งผลถึงค่าของงาน ค่าตอบแทนสามารถกำหนดใช้กับรายบุคคล

¹² De Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2011;11:272. doi:10.1186/1472-6963-11-272.

¹³ คณะทำงานจัดทำคู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน . คู่มือ การจ่าย ค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance : P4P).

กลุ่มบุคคล หรือหน่วยงาน ให้ครอบคลุมทั้งงานบริหาร งานบริการ และงานวิชาการ ทั้งงานที่ให้บริการผู้ป่วย โดยตรงและงานสนับสนุนอื่นๆระบบค่าตอบแทนที่กำหนด จะต้องเป็นที่ยอมรับของทั้งฝ่ายผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ โดยอยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ความสามารถในการจ่าย และเป้าหมายขององค์กรคำนึงถึงความเป็นธรรมภายนอก โดยพิจารณาจากผลการปฏิบัติงาน (performance) ขององค์กรหรือระหว่างองค์กร โดยอาศัยกลไกกลาง

ตัวอย่างวิธีการคิดค่าคะแนนของ P4P ในประเทศไทย

ในการวัดผลการปฏิบัติงานต้องคิดทั้งปริมาณภาระงาน และคุณภาพของงาน ซึ่งมีการกำหนดวิธีคิดค่าคะแนนปฏิบัติงานเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ การคิดค่าคะแนนตามภาระงาน (Workload) ใช้วิธีการวัดผลการปฏิบัติงานที่แต่ละโรงพยาบาลสามารถเลือกได้ตามบริบทของตนเอง เช่น การกำหนดค่าคะแนนของกิจกรรมการบริการต่างๆ การกำหนดจากเวลาที่ใช้ การใช้ค่าต้นทุนเฉลี่ยของกรบริการ (Diagnosis-Related Group / Relative Weight) เป็นต้น การคิดค่าคะแนนตามคุณภาพงาน (Quality Point) การคิดค่าคะแนนสำหรับงานบริหาร

ผลการศึกษาสำรวจ (International Health Policy Program - IHPP)

จากการศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) เพื่อทบทวนการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานในประเทศไทยพบว่า

ผลด้านบวก

1. การประเมินผลในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปที่ทดลองจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน พบว่า ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมากขึ้น
2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการมีความกระตือรือร้นในการทำงาน ให้ความร่วมมือกับกิจกรรมของโรงพยาบาลมากขึ้น เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน
3. โรงพยาบาลสามารถเพิ่ม productivity มากขึ้น และมีข้อมูลผลงานที่ใกล้เคียงกับการปฏิบัติงานจริง
4. บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานโดยรวมและรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน แบบ P4P แบบ on top แม้ว่าจำนวนเงินที่ได้รับจากการจ่ายค่าตอบแทนดังกล่าวจะไม่มากนัก
5. บุคลากรที่ทำงานหนักและมีความรับผิดชอบสูง มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

ผลกระทบด้านลบ

1. ภาระการเก็บข้อมูลการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นรายบุคคล หรือ รายกลุ่ม รวมทั้งภาระในการตรวจสอบความถูกต้อง (verification) ความถูกต้องของข้อมูลผลการปฏิบัติงานที่ได้มีการบันทึกไว้
2. ระยะยาวอาจมีผลทำให้บุคลากรเลือกปฏิบัติงานที่มีค่าคะแนนหรือน้ำหนักของการปฏิบัติงานสูง โดยอาจหลีกเลี่ยงการให้บริการที่มีค่าคะแนนน้อยหรือไม่มีค่าคะแนนเลย รวมทั้ง

3.อาจเกิดผลกระทบต่อทัศนคติการปฏิบัติงานของบุคลากรให้คำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทนที่เป็นตัวเงินมากเกินไป

(ผลกระทบข้างต้น อ้างอิงจากการใช้ P4P นำร่องในรูปแบบของค่าตอบแทนสมทบ (top up) จากค่าตอบแทนอื่นๆ ที่ได้รับอยู่เดิม)

ประเมิน P4P เพื่อเป็นแรงจูงใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุขไทย

จากการประมวลข้อดี ข้อเสียของการนำ P4P มาใช้ในบริบทของระบบบริการสุขภาพไทย

ข้อดี	ข้อจำกัด
ผู้บริหารสามารถใช้แรงจูงใจเพื่อให้เกิดการตอบสนองตามนโยบาย รวมถึงการปฏิบัติที่ไม่อยู่ในขอบข่ายงานบริการ เป็นการจูงใจให้รักษามาตรฐานการบริการให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติ (practice guideline) ทำให้เกิดการประเมินผลการปฏิบัติงานและการติดตามอย่างเป็นระบบ และทำให้ผลการปฏิบัติงานเป็นที่ประจักษ์ ข้อมูลการทำงานทำให้บุคลากรตระหนักถึงภาระงานของตนเอง ช่วยให้เกิดการกระจายงานในหน่วยงานอย่างเหมาะสม การกระจายภาระงานระดับองค์กรเป็นไปอย่างเหมาะสม หน่วยบริการทำงานอย่างเต็มศักยภาพมากขึ้น ด้วยแรงจูงใจเชิงบวก เช่น ภาระงานรักษาพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลทั่วไป	1. ปัญหาของตัวชี้วัด a. ตัวชี้วัดส่วนใหญ่ยังเน้นที่ปริมาณชิ้นงาน และเวลา ขาดตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ b. ในทางปฏิบัติยังขาดตัวชี้วัดที่เที่ยงตรง เชื่อถือได้และมีความสำคัญเพียงพอที่จะสะท้อน คุณภาพการให้บริการ c. ตัวชี้วัดจำนวนมาก เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เป็นผลจากการปฏิบัติงานของหลายฝ่าย หรือแม้แต่หลายหน่วยบริการ 2. ปัญหาในการปฏิบัติงาน a. ต้องทำงานเพื่อสนองตัวชี้วัด ทำให้ขาดความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน b. ภาระการลงข้อมูลการปฏิบัติงาน และภาระด้านการตรวจสอบ c. เกิดอคติในการทำงาน หรือเลือกปฏิบัติเพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่บรรลุผลได้ง่าย ค่าตอบแทนสูง หรืออาจนำไปสู่ malpractice เพื่อให้เกิดตัวชี้วัดที่พึงประสงค์ เช่น เลือกผู้ป่วยที่ผ่าตัดง่าย เกิดผลแทรกซ้อนน้อย หรือ ทำให้เกิดเงื่อนไขการทำหัตถการซ้ำๆให้เกิดการนับภาระงาน

ข้อดี	ข้อจำกัด
	d. เมื่อนำ P4P มาผูกกับแรงจูงใจ มีแนวโน้มจะทำให้ผู้ปฏิบัติคำนึงถึงผลประโยชน์ที่เป็นค่าตอบแทนมากเกินไปจนเกินควร บั่นทอนการทำงานด้วยหัวใจผู้ให้บริการ e. เมื่อแรงจูงใจเป็นค่าตอบแทนตามปริมาณภาระงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติเน้นที่ปริมาณมากกว่าคุณภาพ 3. ปัญหาความขัดแย้งในองค์กร a. ความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพอันเกิดจากการออกแบบค่าคะแนนตัวชี้วัดที่ไม่เป็นธรรม หรือแม้แต่วิชาชีพเดียวกัน แต่ภาระงาน แตกต่างกันก็ทำให้เกิดความขัดแย้งได้ b. ความแตกต่างตามธรรมชาติของวิชาชีพที่มีผลต่อการได้มาซึ่งค่าคะแนน เช่น ในการรักษาพยาบาล แพทย์จะเป็นผู้กำหนดแนวทางการรักษา โดยบุคลากรฝ่ายอื่นให้การสนับสนุน จึงมีโอกาสเลือกปฏิบัติได้น้อยกว่า c. อาจบั่นทอนกำลังใจของคนที่ทำงานมาก แต่ได้คะแนนน้อย หรือกลุ่มที่ได้ค่าตอบแทนลดลง เมื่อมีการใช้ P4P ทดแทนระบบการสร้างแรงจูงใจเดิม แทนการเสริมแรงจูงใจด้วย P4P 4. ปัญหาการบริหารจัดการ a. การรายงานผลการปฏิบัติงานที่ไม่ตรงกับความจริง กระทบต่อความแม่นยำของระบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานจริง b. และอาจส่งผลต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรจากความไม่เป็นธรรมของการประเมินผล

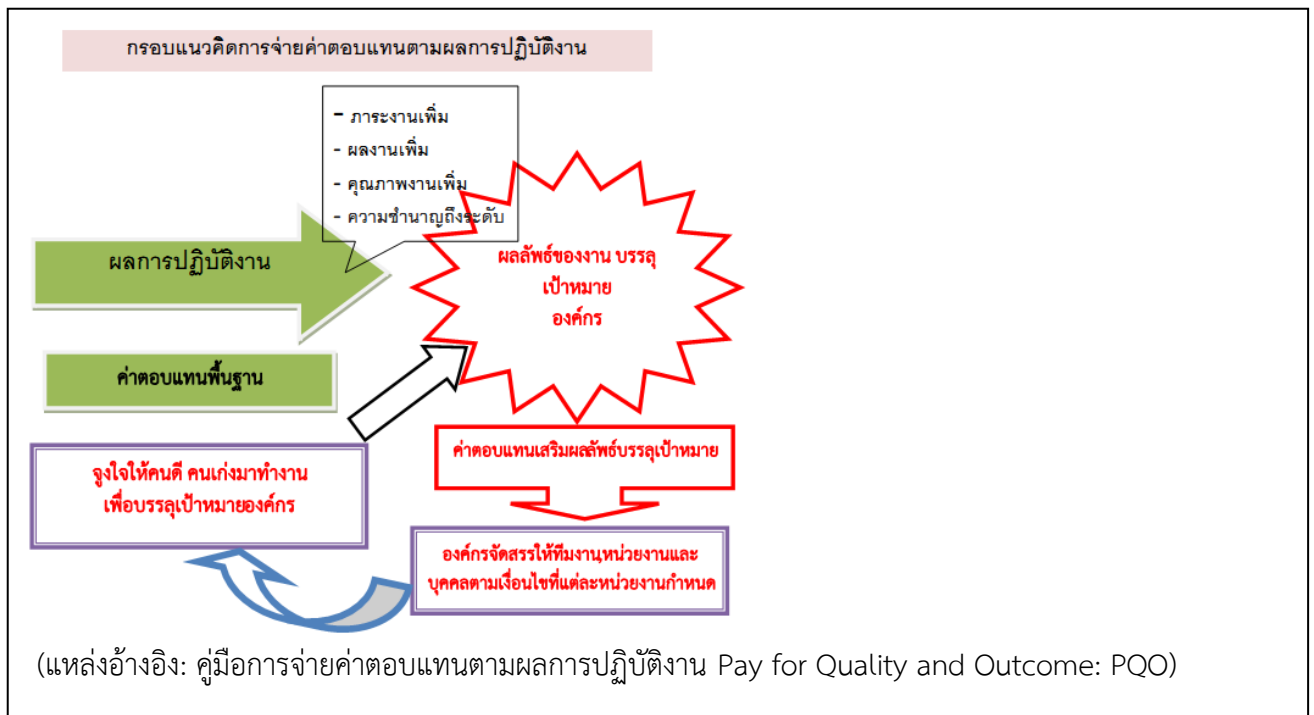
ภาพอนาคตที่ 2

การจ่ายตามคุณภาพของงาน (Pay for Quality of Outcome)

การจ่ายเงินค่าตอบแทนเป็นวิธีหนึ่งในการสร้างแรงจูงใจของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้บริการอย่างมีคุณภาพ ต่อ บสนองความต้องการของผู้ป่วย และการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน วิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนมีหลากหลายรูปแบบ การจ่ายตามคุณภาพของงานก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง

การจ่ายเงินค่าตอบแทนตามคุณภาพของงานมีการใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ในปี 2551-2552 องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนาได้ทำการสำรวจประเทศต่างๆ จำนวน 29 ประเทศ พบว่า มีถึง 19 ประเทศที่มีการจ่ายตามคุณภาพของงาน เพื่อให้เกิดการบริการอย่างมีคุณภาพ และแต่ละประเทศก็มีรูปแบบการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน สำหรับในประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการ “ทดลองจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน” โดยเริ่มนำร่องที่โรงพยาบาลพาน จั งหวัดนครราชสีมา จากนั้นในปี 2551 ได้ขยายพื้นที่เพิ่มเติมไปทำในโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลมหาราชนิกั ร จังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงรย โรงพยาบาลพนมสารคาม และโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นต้น การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน เป็นการจ่ายเพื่อเป็นค่าตอบแทนให้กับโรงพยาบาลที่สามารถปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายอย่างมีคุณภาพ ซึ่งผลของการปฏิบัติงานนี้ ไม่ได้เป็นผลงานของ ฝ่ายการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย แต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังเป็นผลงานของฝ่ายบริหาร และฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาลอีกด้วย (ดังแสดงในภาพที่ 1) โดยตัวชี้วัดนี้ เป็นตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายระดับกระทรวง ระดับจังหวัด ระดับพื้นที่ หรือระดับโรงพยาบาลเอง การจ่าย ค่าตอบ แทนนี้เป็นค่าตอบแทนเพื่อจูงใจให้ทำกิจกรรมที่เพิ่มเติมขึ้นมาจากภาระงานปกติของโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ของงานที่มีคุณภาพ และเป็นค่าตอบแทนที่เพิ่มเติมขึ้นมาจากเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง หรือเงินค่าตอบแทนอื่นๆที่ได้รับตามปกติอยู่แล้ว เช่น วงเงินค่าตอบแทนของโรง พยาบาลแห่งหนึ่งเดือนละ 150,000 บาท กำหนดให้เป็นวงเงินของการจ่ายตามคุณภาพของงาน 20% คิดเป็น 30,000 บาทต่อเดือน และในการจ่ายอาจจ่ายเป็นรายงวด เช่น จ่ายทุก 2-3 เดือน งวดละ 60,000 – 90,000 บาท เป็นต้น

ภาพที่ 1: กรอบแนวคิดในการจ่ายค่าตอบแทน



การจ่ายตามคุณภาพของงานได้มีการพัฒนาขึ้นภายใต้แนวความคิดที่ว่า การคิดค่าตอบแทนนั้น ไม่ควรใช้หลักเกณฑ์การคิดค่าตอบแทนรายกิจกรรม ขึ้นงาน หรือคิดเฉพาะเวลาในการให้บริการแต่เพียงอย่างเดียว แต่ควรรวมเอาคุณภาพของงานเข้าไปด้วย โดยคุณภาพของงานนั้น อาจจะเป็นผลของการทำงานรายบุคคล หรือเป็นผลการปฏิบัติงานของทีมงานก็ได้ วิธีการคิดค่าตอบแทนตามคุณภาพของงานนั้น อาจนำไปคำนวณร่วมกับการคิดค่าตอบแทนรายกิจกรรม หรือการคิดค่าตอบแทนตามปริมาณงานก็ได้ ก็จะทำให้ได้ภาพของผลของการปฏิบัติงานทั้งปริมาณและคุณภาพของแต่ละหน่วยงาน วิธีการคิดค่าตอบแทนตามคุณภาพของงาน ทำได้หลายวิธี ได้แก่

วิธีที่ 1 การคิดค่าคะแนนเป็นรายกิจกรรม

ข้อดี	ปัญหา
1.กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่สนใจด้านคุณภาพของงานที่ทำ	1.เจ้าหน้าที่ต้องเก็บข้อมูลอย่างละเอียด 2.ต้องมีการกำหนดค่าคะแนนเชิงผลลัพธ์ของงานเพิ่มเติมขึ้นมา ทำให้ต้องใช้เวลาในการกำหนดหลักเกณฑ์ และใช้เวลาในการเก็บข้อมูลมากยิ่งขึ้น

วิธีที่ 2 การคิดค่าคะแนนโดยวัดตามตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานกำหนด และวัดตามระยะเวลา โดยตัวชี้วัดอาจเป็นตัวชี้วัดในระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ อาจจะเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงานเอง

ข้อดี	ปัญหา
1.ไม่เกิดการะในการเก็บข้อมูลของตัวเองเพิ่มเติม เพราะเก็บตามตัวชี้วัดของหน่วยงานหรือโรงพยาบาลอยู่แล้ว 2.มีแนวโน้มที่จะเกิดผลลัพธ์ชัดเจน และสอดคล้องกับการดำเนินนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข	1.ไม่สะท้อนผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่รายบุคคล เพราะตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นเป็นตัวชี้วัดรวมของหน่วยงาน 2.ต้องคำนึงถึงการกำหนดตัวชี้วัดในลักษณะของการทำงานเป็นทีมร่วมด้วยเสมอ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม

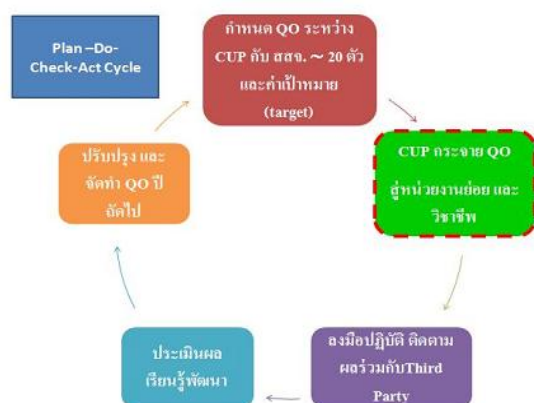
(แหล่งอ้างอิง: คู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance: P4P) โดย คณะทำงานจัดทำคู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน หน้า 21 หัวข้อ 4.2 เรื่อง ระบบการคิดค่าคะแนนผลการปฏิบัติงาน (Work Point System) ตามคุณภาพของงาน (Quality point))

การกำหนดเกณฑ์คุณภาพ ควรมีคุณสมบัติดังนี้

- ✓ เป็นกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ต้องการความสำเร็จในช่วงเวลานั้นๆ เช่น เป็นกิจกรรมที่ได้จากผลการจัดอันดับความเสี่ยงในรอบ 6 เดือน เป็นต้น
- ✓ เป็นกิจกรรมที่มีปัญหาในการดำเนินการไม่ต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมที่ได้จากกา รทบทวนความเสี่ยงปานกลางหรือสูง
- ✓ เป็นกิจกรรมเชิงรุกที่ต้องมีการทบทวนให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ เช่น การออกมาตรการทบทวนความเสี่ยง เป็นต้น
- ✓ เน้นนโยบายขององค์กรและกระตุ้นให้เห็นผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้น เช่น การปฏิบัติตามเกณฑ์การอนุรักษ์พลังงาน เป็นต้น

(Reference: ตัวอย่างการคิดค่าคะแนนตามผลการปฏิบัติงานตามคุณภาพของงาน โรงพยาบาลสูงเนิน)

ภาพที่ 2: ขั้นตอนการดำเนินงานกำหนดตัวชี้วัดตามคุณภาพของงาน



(แหล่งอ้างอิง: คู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน Pay for Quality and Outcome: PQO)

ภาพที่สองแสดงขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย ส่วนกลางกำหนดตัวชี้วัดมาจำนวนหนึ่ง โดยพื้นที่อาจกำหนดตัวชี้วัดเพิ่มเติมขึ้นมาร่วมด้วยก็ได้ จากนั้นให้มีการกำหนดค่าเป้าหมาย (target) ของตัวชี้วัดแต่ละตัวโดยใช้ข้อมูลการให้บริการเดิมที่เคยทำมาเมื่อปีที่แล้ว และกำหนดค่าเป้าหมายบนพื้นฐานของความเป็นไปได้และความท้าทาย จากนั้นผู้บริหารของหน่วยงานร่วมกับคณะทำงานที่ตั้งขึ้นมา เพื่อบริหารจัดการระบบนี้ จะมากำหนดตัวชี้วัดรองเพื่อให้เชื่อมโยงกับตัวชี้วัดหลักที่ปรับมาจากส่วนกลางแล้วลงมือปฏิบัติ หลังจากปฏิบัติแล้ว ควรนำเอาผลการปฏิบัติงานที่ได้มาเป็นข้อมูล ลพื้นฐานในการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายในปีต่อไป ตัวอย่างตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดรอง ได้แสดงไว้ในภาพที่ 3

ภาพที่ 3: ตัวอย่างตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดรอง

ตัวชี้วัดหลัก: คนพิการมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ค่าเป้าหมายคนพิการด้านการเคลื่อนไหวได้รับการครบถ้วน 100%

ตารางคะแนนคุณภาพตัวชี้วัด

อัตราความสำเร็จจากค่าเป้าหมาย	คะแนน
100-80.01%	1.0
75.01-80.00%	0.8
70.01-75%	0.6
60.01-65%	0.4
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60%	0

ตัวชี้วัดรองและหน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงาน/ทีมงาน	ตัวชี้วัดรอง	น้ำหนักต่อตัวชี้วัด
ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS)	ระบบการดูแลด้านสังคม และพัฒนาอาชีพ การเข้าถึงบริการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เสริมพลังกลุ่มคนพิการในการผลักดันนโยบายที่จำเป็นต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
เภสัชกรรม	ระบบบริหารยาที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้ป่วย เช่น อัมพาต หรือผู้สูงอายุ เป็นต้น	
ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	ทำ exit care วางแผนการจำหน่าย นัดหมายที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของคนพิการแต่ละราย	
บริหาร	มาตรฐานอาคาร ทางลาด ห้องน้ำ ที่เอื้ออำนวยต่อการบริการคนพิการ	
กายภาพบำบัด	อัตราการเยี่ยมบ้าน Barthel Index Improvement Rate อัตราการได้รับกายอุปกรณ์	
ทันตกรรม	การวางแผนการดูแลทางการแพทย์และทันตกรรมที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้ป่วย	
สังคมสงเคราะห์	อัตราการมีสิทธิเข้ารับการรักษาและการช่วยเหลือด้านสังคม	

ภาพอนาคตที่ 3

เบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่าย (Flat Rate)

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลในสังกัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อ สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพให้ทำงานในชนบทได้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ป้องกันปัญหาสมองไหล (brain drain) จากภาครัฐสู่เอกชน และเพื่อเพิ่มผลิตภาพ (productivity) ของบุคลากรในการปฏิบัติงาน (ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และคณะ, 2555)

ค่าเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่าย เป็นค่าตอบแทนพิเศษ เพื่อสนับสนุนการกระจายบุคลากรในพื้นที่ก้นดาร์ห่างไกล โดยเหมาจ่ายในอัตราที่แตกต่างกันตาม จำนวนปีที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน และตามความยากลำบากของแต่ละพื้นที่ โดยกระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดรายชื่อโรงพยาบาลในพื้นที่ก้นดาร์และห่างไกล โดยพิจารณาพร้อมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ พิจารณาความยากลำบากของการคมนาคม ความขาดแคลน

สาธารณูปโภค ความเสี่ยงภัย และความขาดแคลนบุคลากร และจะมีการทบทวนทุกๆ 2 ปี นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ที่มีสิทธิได้รับค่าเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่ายจะต้องเป็นเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานเป็นการประจำในหน่วยบริการที่กำหนดหรือหน่วยบริการในเครือข่ายของหน่วยบริการนั้น โดยมีวันทำการไม่น้อยกว่า 15 วันทำการในเดือนที่จะเบิกจ่าย (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2556)

ในปี 2551-2552 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่ายโดยเพิ่มอัตราการจ่ายทุกๆ พื้นที่ และจ่ายแตกต่างกันตามระดับโรงพยาบาล และระยะเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรในพื้นที่นั้น ในปี 2552 กระทรวงสาธารณสุขได้ขอความร่วมมือจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในการพัฒนาข้อเสนอการปรับระบบค่าตอบแทนบุคลากร (ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และคณะ, 2555)

ในต่างประเทศได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดความกดดัน เพื่อลดความไม่เป็นธรรม โดยหลักเกณฑ์จะพิจารณาจากสัดส่วนครัวเรือนที่ไม่มีรถยนต์ สัดส่วนครัวเรือนที่ไม่ได้เป็นเจ้าของบ้าน สัดส่วนของคนตกงาน สัดส่วนของบ้านที่แออัด การมีฐานะทางสังคมต่ำ รายได้ สุขภาพและความพิการ การศึกษาและฝึกอบรม บ้านเรือน และการเข้าถึงบริการ (เช่น ไปรษณีย์ โรงเรียน คลินิกแพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไป และร้านอาหาร) (Carstairs V, & Morris R, 1991; Niggebrugge A et al., 2005)

สรุปการจ่ายเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่ายที่นำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ

ข้อดี	ข้อเสีย
1. เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์ (โดยเฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล) ให้คงอยู่ในหน่วยงานของรัฐ โดยมีรายได้ในระดับพอทัดเทียมได้กับภาคเอกชนที่กำลังเติบโตอย่างมาก (พวงชมพู ประเสริฐ , 2556; วิรุฬ ลิ้มสวาท , 2556) 2. ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีการกระจายไปตามพื้นที่ต่างๆ อย่างเหมาะสม ซึ่งการให้ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย จะเป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน ที่ให้เพิ่มเติมจากเงินรายได้ที่มีอยู่เดิม คือ เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง และเงินค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาราชการ โดยกำหนดในอัตราแตกต่างกัน ระหว่างพื้นที่ปกติ กับพื้นที่พิเศษ ซึ่งรวมถึงพื้นที่ “ทุรกันดาร” และพื้นที่เสี่ยงภัยด้วย (เช่น สามจังหวัดชายแดน	1.เมื่อเปรียบเทียบอัตราจ่ายค่าตอบแทนระหว่างพื้นที่และระหว่างวิชาชีพ จะมีความเหลื่อมล้ำกันมากทำให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรมกับวิชาชีพต่างๆ ในระบบสาธารณสุข นำไปสู่ความเห็นที่แตกต่างและเกิดความขัดแย้งระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข (วิรุฬ ลิ้มสวาท, 2556) 2. วิธีการคิดของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่สามารถคำนวณภาระงานหรือปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงได้โดยตรง 3. แพทย์และพยาบาลที่อยู่เวรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและในวันหยุด ไม่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร ทำให้เกิดปัญหาละเลยผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่สามารถตามแพทย์ พยาบาลได้หรือมาปฏิบัติงานล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต

ข้อดี	ข้อเสีย
ภาคใต้) ดังนั้นเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายนี้ ยังเป็นค่าตอบแทนความยากลำบาก (Hardship allowance) ในการทำงานในพื้นที่พิเศษด้วย เพราะจะได้รับในอัตราที่สูงกว่าพื้นที่ปกติ (พวงชมพู ประเสริฐ, 2556; วิรุฬ ลิ้มสวาท, 2556) 3. การคิดเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่มีการคิดภาระงาน เนื่องจากบริบทของความเป็นโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ที่มีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร รวมทั้งพยาบาลจำนวนไม่มากนัก ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม ช่วยกันทำงาน เป็นวัฒนธรรมองค์กรที่สำคัญ ไม่ใช่ วัฒนธรรมงานแลกเงินหรืองานใครงานมัน (สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2556) 4. ไม่เพิ่มภาระงานในการบันทึกข้อมูล	เนื่องจากค่าตอบแทนที่จ่ายเป็นอัตราตายตัว (Flat Rate) (วิชัย โชควิวัฒน์, 2556) 4. ไม่กระตุ้นให้บุคลากรทำงานอย่างเต็มศักยภาพ เช่น การผลักภาระการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สามารถดูแลได้ ไปให้กับโรงพยาบาลที่สูงกว่า 5. ไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกกลุ่ม ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรม ในการจ่ายค่าตอบแทนกับกลุ่มที่ไม่มีชื่อตำแหน่งใน คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน(กพ.) เช่น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น 6. ไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ 7. ไม่มีการทบทวนพื้นที่ทุรกันดาร (ที่เคยบอกว่าต้องทบทวนทุก 2 ปี 8. เกณฑ์การแบ่งพื้นที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจากมีผลกระทบกับค่าตอบแทน 9. โรงพยาบาลที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์ทุรกันดาร จะไม่ได้รับค่าตอบแทนนี้ 10. ไม่มีระบบการตรวจสอบคุณภาพในการทำงาน

ภาพอนาคตที่ 4

ระบบการบริหารเพื่อรับใช้สังคมด้านสาธารณสุข

ทางเลือกอีกทางหนึ่งหรือภาพอนาคตที่สี่ ที่จะเป็นทางเลือก คือ บุคลากรสาธารณสุขเป็นอิสระ ออกจากระบบของคณะกรรมการสำนักงานพลเรือนกลางมาเป็นคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ฝ่ายบุคลากรสาธารณสุข ดังเช่นที่ฝ่ายตุลาการก็ดี ฝ่ายอัยการก็ดี ฝ่ายครู และฝ่ายบุคลากรอีกหลายประเภทที่มีพระราชบัญญัติของระบบที่เป็นอิสระ ดังเช่นองค์การอัยการได้มี พรบ . บัญญัติให้มีการตรากฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์ให้พนักงานอัยการดำรงตำแหน่งได้จนถึงอายุครบเจ็ดสิบปี มีการปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายอัยการให้สอดคล้องกับบทบัญญัติดังกล่าว ประกอบกับ ได้นำหลักเกณฑ์การแต่งตั้งและการดำรงตำแหน่งอัยการอาวุโสตามกฎหมายว่าด้วยหลักเกณฑ์การแต่งตั้งและการดำรงตำแหน่งอัยการอาวุโส รวมทั้งอัตราเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการอัยการตามกฎหมายว่าด้วยเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งข้าราชการอัยการ มากำหนดรวมไว้ในพระราชบัญญัติฉบับเดียวกัน

น่าสนใจว่าระบบบริการสุขภาพเองที่มีบุคลากรที่ขาดแคลน จำต้องมีระบบให้ทุน และมีทุนผูกพัน ต้องทำงานชดเชยทุน แต่เมื่อจบมาแล้วกลับไม่มีแรงจูงใจเพียงพอที่จะทำให้บรรดาบุคลากรเหล่านี้อยู่ในระบบ และอยู่ในพื้นที่ที่กั้นดารหรือขาดแคลนเพียงพอ ทำให้เกิดการเพิ่มการผลิตแต่ก็ยังมีการกระจุกไม่กระจายเท่าที่ควร การให้แรงจูงใจน่าจะมีระบบที่แยกออกมาจาก กพ. เหมือนกับวิชาชีพอื่นๆหรือไม่ ที่มีการกำหนด อัตราค่าตอบแทน ที่สูง พอที่จะไม่ต้องให้แพทย์ไปทำงานนอกเวลา มีระบบการเลื่อนขั้นสูงพอนเลื่อนตำแหน่งที่สามารถเข้าสู่ตำแหน่งระดับสูงโดยมีการประเมิน เป็นระบบบริหารเพื่อใช้รับใช้สังคมที่แตกต่างจากการประเมินตำแหน่งทางวิชาการ ของข้าราชการพลเรือนในระดับอุดมศึกษา ที่เน้นความเป็นเลิศทางวิชา การมากกว่า การบริการรับใช้สังคม

4.4 (ร่าง) ISSUES BOOK ภายหลังจากการประชุมปฏิบัติการ ระหว่างวันที่ 24-25 พฤศจิกายน 2556 ณ โรงแรมเดอะริช จังหวัดนนทบุรี

ภาพอนาคตที่ 1

การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance or P4P)

บุคลากรทางสาธา รณสุข ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขต่างๆ รวมไปถึงบุคลากรฝ่ายสนับสนุน เป็นตัวจักรสำคัญของระบบบริการสุขภาพ เป็นส่วนสำคัญที่สุดต่อคุณภาพการให้บริการ การพัฒนาระบบการสร้างความแข็งแกร่งจึงเป็นหนึ่งในกลไกหลักสำคัญ ในการปฏิรูประบบสุขภาพในหลายๆ ประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร อิตาลี และนิวซีแลนด์ เป็นต้น โดยการออกแบบระบบการจ่ายค่าตอบแทนให้นำไปสู่การปฏิบัติหรือผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

จากประสบการณ์ที่มีการใช้ในต่างประเทศของระบบเหมาจ่าย และการจ่ายตามภาระงาน (fee-for-service) ซึ่งแม้ว่าจะจูงใจให้ทำงาน แต่ภาระงานที่เกิดขึ้นนั้นอาจยังไม่ตอบโจทย์ของระบบสุขภาพเท่าที่ควร ในขณะที่ องค์กร หรือภาครัฐต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรจำนวนมหาศาล จึงเกิดแนวคิดของการนำระบบ การสร้าง แรงจูงใจที่ผูกโยงกับผลการปฏิบัติงานที่พึงประสงค์ หรือ Pay for Performance ที่เรียกชื่อย่อว่า P4P

P4P คืออะไร

P4P เป็นระบบการสร้างความแข็งแกร่งในรูปแบบของค่าตอบแทนให้ผู้ปฏิบัติตามเป้าหมายการทำงานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัด ซึ่งอาจจะเป็นตัวชี้วัดทางคลินิกการใช้ทรัพยากรหรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ ใช้บริการ ผลการปฏิบัติงานจะเป็นตัวกำหนดว่าจะได้รับค่าตอบแทนมากหรือน้อย ซึ่งโดยหลักการระบบ P4P จะออกแบบมาเพื่อมุ่งหวังให้พัฒนาคุณภาพการให้บริการในขณะที่ควบคุมค่าใช้จ่ายให้ เป็นไปอย่างเหมาะสม

แม้ว่า P4P จะเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจและมีการใช้อย่างแพร่หลายที่ ทั่วโลกแต่ก็ยังพบว่ามีนิยามหรือ การ นำไปในทางปฏิบัติ ยังมีความเหลื่อมซ้อนกันกับการจ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณภาระงาน หรือ fee-for-service

แนวทางใหม่ของแรงจูงใจ

วิวัฒนาการของระบบสุขภาพในอังกฤษและสหรัฐอเมริกาที่ควบคู่มากระบบสร้างแรงจูงใจ ซึ่งเน้นที่ การสร้างแรงจูงใจหรือจ่ายค่าตอบแทนในระดับองค์กร จากค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพที่สูงเกินจำเป็นพบว่า ส่วนหนึ่งเกี่ยวกับระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงาน หรือ fee-for-service ซึ่งทำให้บุคลากรทางการแพทย์ หรือโรงพยาบาล มุ่งเน้นปริมาณการให้บริการ โดยเฉพาะบริการที่ได้ค่าตอบแทนสูง ในขณะที่ระบบ การเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ของประชากรในเขตบริการ ช่วยลดค่าใช้จ่ายลงได้มาก ช่วยกระตุ้นงาน ส่งเสริมสุขภาพ แต่กระทบคุณภาพการบริการเพราะต้องบริหารจัดการในวงเงินจำกัด และทำให้เกิดอคติใน การเลือกกลุ่มผู้รับบริการที่สุขภาพดี เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จึงเป็นที่มาของการออกแบบแนว ทางการจ่ายค่าตอบแทนตามผลปฏิบัติงาน หรือ Pay for Performance (P4P)

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร เยอรมัน ออสเตรเลียและสเปน พบว่าการใช้ P4P ส่วนใหญ่ให้ผลบวก หรืออย่าง น้อยก็ไม่มีผลกระทบต่อ ประสิทธิภาพของงานบริการสุขภาพ (ไม่ปรากฏผลลบ) ซึ่งความหลากหลายของผลที่ได้ขึ้นอยู่กับกรอบแบบ หรือตัวชี้วัดที่ แต่ละแห่งเลือกใช้ ที่น่าสนใจคือ ค่าตอบแทนที่ให้เป็นรางวัลเสริมจากค่าตอบแทนหลัก จะเกิด ผลดีมากกว่าการให้ค่าตอบแทนในรูปแบบการแข่งขัน (มีผู้แพ้ ผู้ชนะ ผู้ได้ ผู้เสีย) นอกจากนี้ยังมีการทบทวน งานวิจัยอย่างเป็นระบบอีกชิ้น ที่พบว่าทำให้ผลผลิตภาพของบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้น (productivity) แต่ยังไม่ มีหลักฐานที่พอจะสรุปว่าช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการได้

ข้อจำกัดของข้อมูลจากการทบทวนข้อมูลในต่างประเทศ คือ เป็นการนำ P4P ไปใช้ในระดับหน่วย บริการ โดยไม่ได้นำมาผูกโยงกับการสร้างแรงจูงใจรายบุคคล นอกจากนี้บริบทที่แตกต่างกันทำให้โจทย์ เพื่อ สร้างแรงจูงใจต่างกัน เช่น ในประเทศอังกฤษไม่มีความจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้แพทย์อยู่ในชนบท เพราะ แพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไปอยากอยู่ในชนบทอยู่แล้วด้วยสิ่งแวดล้อมที่ดีกว่า คุณภาพสังคมดีกว่าในเมือง ในขณะที่ ความเป็นอยู่การศึกษาไม่ด้อยไปกว่าในเมือง

P4P ในเมืองไทย

กระทรวงสาธารณสุขได้นำระบบ P4P มาใช้เป็นการนำร่องในโรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย และ โรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2546 ในรูปแบบของค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากการ จ่ายค่าตอบแทนอื่นๆที่มีอยู่เดิม และขยายในอีกหลายโรงพยาบาลทั้งโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไป ในปีงบประมาณ 2551

รูปแบบของ P4P ที่ใช้นำร่องจะแตกต่างกันตามการออกแบบของแต่ละโรงพยาบาล โดยจะมีการกำหนด ค่าคะแนนสำหรับค่าตอบแทนตามตัวชี้วัดซึ่งมีทั้งภาระงาน (ประเภทงาน ปริมาณ และเวลา) ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (การบรรลุเป้าหมายของงานนั้นๆ) และมีทั้งส่วนของค่าตอบแทนรายบุคคล และรายหน่วยงาน

ทั้งนี้จะเป็นการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรด้านสุขภาพตามผลการปฏิบัติงาน านทั้งงานบริการ งานบริหาร และงานวิชาการ โดยมีหลักพื้นฐาน ได้แก่ เป็นค่าตอบแทนเพื่อการจูงใจที่เพิ่มเติมนอกเหนือจากค่าตอบแทนพื้นฐาน ที่จ่ายตามปริมาณภาระงานปกติตามมาตรฐานที่หน่วยงานกำหนดไว้ โดยพิจารณาจากปริมาณภาระงานที่มากกว่ามาตรฐานทั้งในด้านผลงาน ภาระงาน คุณภาพงาน หรือความชำนาญในงานที่เพิ่มขึ้น โดยค่าตอบแทนจะแปรตามผลงาน ยึดหลักของความเป็นธรรมภายใน คือ ผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานเท่ากันจะได้รับค่าตอบแทนเท่ากัน ขณะที่ผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานดีกว่าจะได้รับค่าตอบแทนสูงกว่า จึงต้องมีการวิเคราะห์ผลงาน และประเมินค่างาน อย่างโปร่งใส ด้วยหลักเกณฑ์เชิงประจักษ์ ที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ในระหว่างงาน ทักษะของกำลังคนทุกคน ทุกสาขา เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมภายใน ต้องยอมรับในหลักการที่ว่างานแต่ละงานมีความสำคัญแตกต่างกันจากปัจจัยต่างๆ ที่กำหนด เช่น ความยากง่าย ความเสี่ยง ความจำเป็นเร่งด่วน หรือปัจจัยอื่นๆตามนโยบาย ซึ่งจะส่งผลถึงค่าของงานค่าตอบแทนสามารถกำหนดใช้กับรายบุคคล กลุ่มบุคคล หรือหน่วยงาน ให้ครอบคลุมทั้งงานบริหารงานบริการและงานวิชาการ ทั้งงานที่ให้บริการผู้ป่วย โดยตรงและงานสนับสนุนอื่นๆระบบค่าตอบแทนที่กำหนด จะต้องเป็นที่ยอมรับของทั้งฝ่ายผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ โดยอยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วม ความสามารถในการจ่ายและเป้าหมายขององค์กรคำนึงถึงความเป็นธรรมภายนอก โดยพิจารณาจากผลการปฏิบัติงาน (performance) ขององค์กรหรือระหว่างองค์กร โดยอาศัยกลไกกลาง

ในปี 2557 คาดการณ์ว่า หากมีการใช้ระบบ P4P ในการคิดค่าตอบแทนบุคลากรในกระทรวงสาธารณสุข จะต้องมีการงบประมาณที่จะต้องจ่ายให้กับบุคลากรเพิ่มขึ้นประมาณ 10,000 ล้านบาท ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับรายรับของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว จะต้องมีการจัดหางบประมาณเพิ่มเติมประมาณ 9,000 ล้านบาท

ตัวอย่างวิธีการคิดค่าคะแนนของ P4P ในประเทศไทย

ในการวัดผลการปฏิบัติงาน ต้องคิดทั้งปริมาณภาระงาน และคุณภาพของงาน ซึ่งมีการกำหนดวิธีคิดค่าคะแนนปฏิบัติงานเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ การคิดค่าคะแนนตามภาระงาน (Workload) ใช้วิธีการวัดผลการปฏิบัติงานที่แต่ละโรงพยาบาลสามารถเลือกได้ตามบริบทของ ตนเอง เช่น การกำหนดค่าคะแนนของกิจกรรมการบริการต่างๆ การกำหนดจากเวลาที่ใช้ การใช้ค่าต้นทุนเฉลี่ยของการบริการ (Diagnosis-related group / Relative Weight) เป็นต้น การคิดค่าคะแนนตามคุณภาพงาน (Quality point) การคิดค่าคะแนนสำหรับงานบริหาร ส่วนค่าคะแนนแต่ละวิชาชีพ ควรมีการปรับน้ำหนักของคะแนนตามวิชาชีพและบทบาท ลดความเหลื่อมล้ำจากตำแหน่งหน้าที่กำหนดค่าคะแนนตามความเชี่ยวชาญ และความยากง่ายของงานบวกประสบการณ์ จัดกลุ่มย่อยในกลุ่มงานตามภาระงานและความยากง่ายของงาน

ผลการศึกษาสำรวจ (International Health Policy Program - IHPP)

จากการศึกษาของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) เพื่อทบทวนการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงานในประเทศไทยพบว่า

ผลด้านบวก

1. การประเมินผลในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปที่ทดลองจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน พบว่าประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับมากขึ้น
2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติการมีความกระตือรือร้นในการทำงาน ให้ความร่วมมือกับกิจกรรมของโรงพยาบาลมากขึ้น เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน
3. โรงพยาบาลสามารถเพิ่ม productivity มากขึ้น และมีข้อมูลผลงานที่ใกล้เคียงกับการปฏิบัติงานจริง
4. บุคลากรมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานโดยรวมและรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน แบบ P4P แบบ on top แม้ว่าจำนวนเงินที่ได้รับจากการจ่ายค่าตอบแทนดังกล่าวจะไม่มากนัก
5. บุคลากรที่ทำงานหนักและมีความรับผิดชอบสูง มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น

ผลกระทบด้านลบ

1. ภาระการเก็บข้อมูลการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นรายบุคคล หรือ รายกลุ่ม รวมทั้งภาระในการตรวจสอบความถูกต้อง (verification) ความถูกต้องของข้อมูลผลการปฏิบัติงานที่ได้มีการบันทึกไว้
2. ระยะยาว อาจมีผลทำให้บุคลากรเลือกปฏิบัติงานที่มีค่าคะแนนหรือน้ำหนักของการปฏิบัติงานสูง โดยอาจหลีกเลี่ยงการให้บริการที่มีค่าคะแนนน้อยหรือไม่มีค่าคะแนนเลย รวมทั้ง
3. อาจเกิดผลกระทบต่อการตัดสินใจการปฏิบัติงานของบุคลากรให้คำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทนที่เป็นตัวเงินมากเกินไป

(ผลกระทบข้างต้น อ้างอิงจากการใช้ P4P นำร่องในรูปแบบของค่าตอบแทนสมทบ (top up) จากค่าตอบแทนอื่นๆ ที่ได้รับอยู่เดิม)

ประเมิน P4P เพื่อเป็นแรงจูงใจสำหรับบุคลากรสาธารณสุขไทย

จากการประมวลข้อดี ข้อเสียของการนำ P4P มาใช้ในบริบทของระบบบริการสุขภาพไทย

จุดแข็ง	จุดอ่อน
1. ผู้บริหารใช้แรงจูงใจในการกระตุ้นให้เกิดการตอบสนองตามนโยบาย รวมถึงการปฏิบัติที่ไม่อยู่ในขอบข่ายงานบริการ และเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามมาตรฐานในแต่ละวิชาชีพ 2. ทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจที่ได้รับการกระตุ้นเพิ่ม เพราะได้แต้ม 3. ทำให้เกิดระบบการประเมินผลและติดตามผลที่สามารถวัดผลได้ 4. ทำให้เกิดการกระจายภาระงานในหน่วยงานและในองค์กรเป็นไปอย่างเหมาะสม 5. ทำให้ผลการปฏิบัติงานเป็นที่ประจักษ์ และข้อมูลการทำงานทำให้บุคลากรตระหนักถึงภาระงานของตนเอง 6. ทำให้บุคลากรตระหนักและมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานของตนเอง 7. ช่วยให้เกิดการกระจายงานภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และในองค์กรเป็นไปอย่างเหมาะสม เช่น ภาระงานรักษาพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลชุมชน กับโรงพยาบาลทั่วไป 8. เป็นการจูงใจให้รักษามาตรฐานการบริการให้เป็นไปตามแนวปฏิบัติ (practice guideline) ทำให้เกิดการประเมินผลการปฏิบัติงานและการติดตามอย่างเป็นรูปธรรม	1. ปัญหาของตัวชี้วัด a. ตัวชี้วัดในการสะท้อนคุณภาพตามบริบทของสถานบริการที่ให้บริการแต่ละแห่ง b. ตัวชี้วัดส่วนใหญ่ยังเน้นปริมาณและเวลา โดยไม่เน้นคุณภาพของงาน c. ในทางปฏิบัติยังขาดตัวชี้วัดที่เที่ยงธรรม เป็นธรรม เชื่อถือได้ <u>ครอบคลุมภาระงาน</u> และมีความสำคัญเพียงพอที่จะสะท้อนคุณภาพการให้บริการ ขาดตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล d. เกิดความเห็นแก่ตัว ไม่พึงพากัน แ่่งงานกัน และไม่ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม e. ในทางปฏิบัติยังขาดระบบการเก็บข้อมูล และระบบการตรวจสอบข้อมูลที่เที่ยงตรง และเชื่อถือได้ เพื่อลดภาระในการเก็บข้อมูล และการประเมินผล f. มีตัวชี้วัดที่หลากหลาย ส่วนใหญ่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำงานเป็นทีม เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เป็นผลจากการปฏิบัติงานของหลายฝ่าย หรือแม้แต่หลายหน่วยบริการและความรู้สึกไม่เป็นธรรม ในการกำหนดค่าตอบแทนตามภาระวิชาชีพ g. มีการพยายามปรับแต่ง เพื่อให้ข้อมูลถึงเกณฑ์ปริมาณงานที่กำหนด 2. ปัญหาในการปฏิบัติงาน a. ต้องทำงานเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ทำให้ขาดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน b. ภาระการลงข้อมูลการปฏิบัติงาน และภาระด้านการตรวจสอบ

จุดแข็ง	จุดอ่อน
	c. เกิดอคติในการทำงาน หรือเลือกปฏิบัติ เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่บรรลุผลได้ง่าย ค่าตอบแทนสูง หรืออาจนำไปสู่ malpractice เพื่อให้เกิดตัวชี้วัดที่พึงประสงค์ เช่น เลือกผู้ป่วยที่ผ่าตัดง่าย เกิดผลแทรกซ้อนน้อย หรือ ทำให้เกิดเงื่อนไขการทำหัตถการซ้ำๆ ให้เกิดการนับภาระงาน d. เมื่อนำ P4P มาผูกกับแรงจูงใจ มีแนวโน้มจะทำให้ผู้ปฏิบัติคำนึงถึงผลประโยชน์ที่เป็นค่าตอบแทนมากเกินไปจน บั่นทอนการทำงานด้วยหัวใจผู้ให้บริการ e. เมื่อแรงจูงใจเป็นค่าตอบแทนตามปริมาณภาระงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติเน้นที่ปริมาณมากกว่าคุณภาพ (distortion effect) 3. ปัญหาความคิดเห็นที่แตกต่างกันในองค์กร a. ความขัดแย้งระหว่างวิชาชีพอันเกิดจากการออกแบบค่าคะแนน ตัวชี้วัดก่อให้เกิดความรู้สึกที่ไม่เป็นธรรม แม้แต่วิชาชีพเดียวกัน แต่ภาระงานแตกต่างกันก็ทำให้เกิดความขัดแย้งได้ b. ความแตกต่างของวิชาชีพมีผลต่อการได้มาซึ่งค่าคะแนน เช่น ในการรักษาพยาบาล แพทย์จะเป็นผู้กำหนดแนวทางการรักษา โดยบุคลากรฝ่ายอื่นให้การสนับสนุน จึงมีโอกาสเลือกปฏิบัติได้น้อยกว่า c. ส่งผลต่อความสามัคคี และการทำงานเป็นทีมในองค์กร d. อาจบั่นทอนกำลังใจของคนทำงานมาก แต่ได้คะแนนน้อย หรือกลุ่มที่ได้ค่าตอบแทน ลดลงเมื่อมีการใช้ P4P ทดแทนระบบการสร้างแรงจูงใจเดิม แทนการเสริมแรงจูงใจด้วย P4P

จุดแข็ง	จุดอ่อน
	4. ปัญหาการบริหารจัดการ a. การรายงานผลการปฏิบัติงานที่ไม่ตรงกับความจริง กระทบต่อความแม่นยำของระบบประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานจริง และอาจส่งผลต่อขวัญกำลังใจของบุคลากรจากความไม่เป็นธรรมชาติของการประเมินผล b. องค์กรบางแห่งมีงบประมาณจำกัด ทำให้ไม่สามารถจ่ายได้ หรือจ่ายได้น้อย ไม่เกิดแรงจูงใจที่จะทำ P4P เพราะงบประมาณมาจากรายได้ของโรงพยาบาลนั้นๆ จึงควรมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางมาให้ c. ระบบการบริหารจัดการมีความแตกต่างกันทั้งในระดับวิชาชีพ หน่วยงาน และองค์กร d. การตรวจสอบผลงานทำได้ยากและไม่โปร่งใส e. ขาดระบบการตรวจสอบผลการปฏิบัติงานจากหน่วยงานภายนอก เพราะในความรู้สึของผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานเดียวกัน ปริมาณงานไม่ได้แตกต่างกันมาก แต่จำนวนเงินที่ออกมา มีความแตกต่างกัน (เพราะหัวหน้าลงงานให้เยอะ) f. การประเมินผลและการตรวจสอบงาน การตรวจสอบค่าคะแนนที่เด่นชัดต้องสอดคล้องกับคุณภาพงานมากกว่าปริมาณงาน g. เมื่อมีการใช้ P4P ทดแทนระบบการสร้างแรงจูงใจเดิม อาจบั่นทอนกำลังใจของคนทำงานมาก แต่ได้ค่าตอบแทนน้อย หรือกลุ่มที่ได้ค่าตอบแทนลดลง

ภาพอนาคตที่ 2

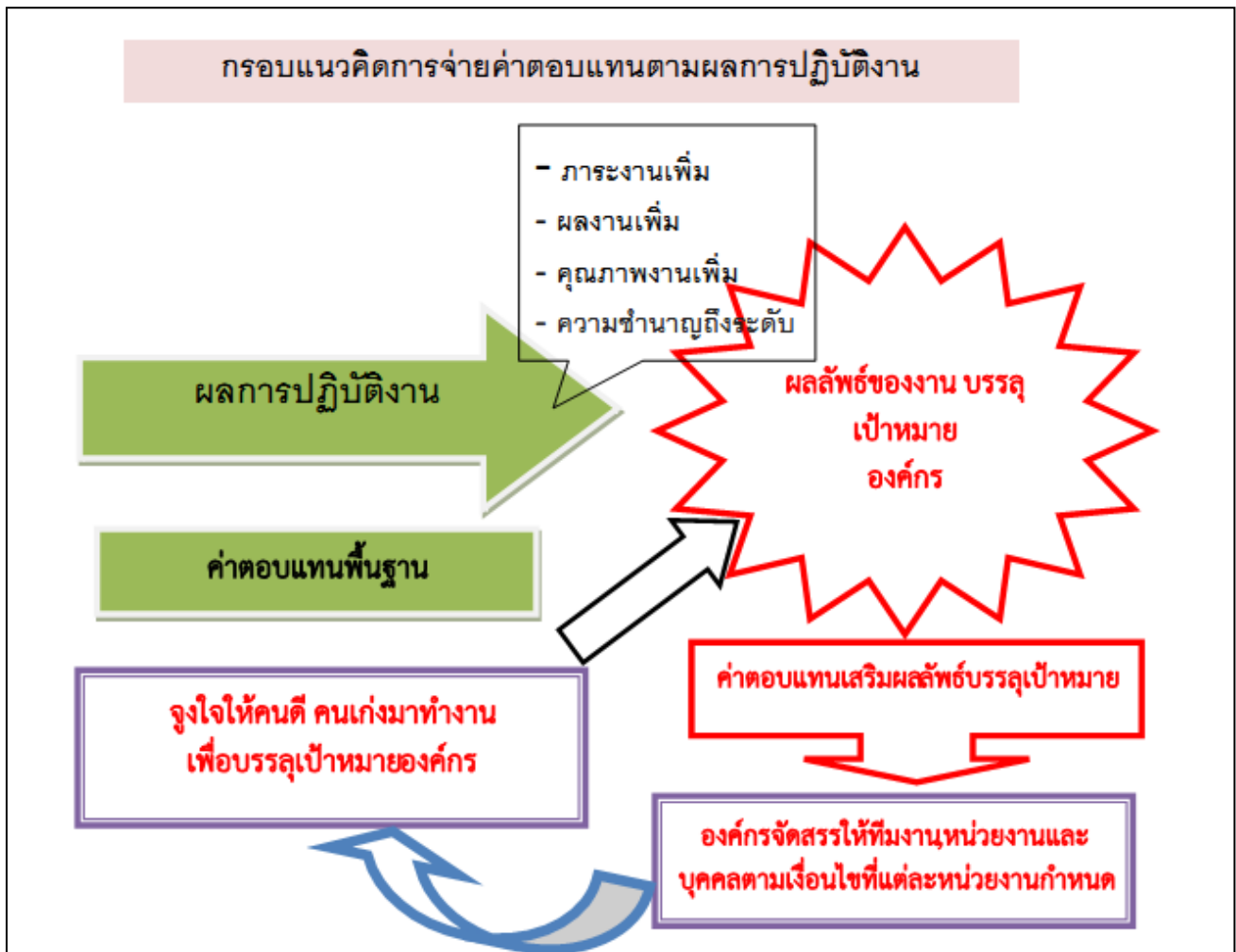
การจ่ายตามคุณภาพของงาน (Pay for Quality of Outcome)

การจ่ายเงินค่าตอบแทนเป็นวิธีหนึ่งในการสร้างแรงจูงใจของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้บริการอย่างมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน วิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนมีหลากหลายรูปแบบ การจ่ายเงินตามคุณภาพของงานก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง

การจ่ายเงินค่าตอบแทนตามคุณภาพของงานมีการใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ในปี 2551-2552 องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนาได้ทำการสำรวจประเทศต่างๆ จำนวน 29 ประเทศ พบว่า มีถึง 19 ประเทศที่มีการจ่ายเงินตามคุณภาพของงานเพื่อให้เกิดการบริการอย่างมีคุณภาพ และแต่ละประเทศก็มีรูปแบบการจ่ายเงินที่แตกต่างกัน สำหรับในประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการ “ทดลองจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน” โดยเริ่มนำร่องที่โรงพยาบาลพาน จังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา จากนั้นในปี 2551 ได้ขยายพื้นที่เพิ่มเติมไปทำในโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลมะการักษ์ จังหวัดกาญจนบุรี โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลพนมสารคาม และโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา เป็นต้น

การจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน เป็นการจ่ายเพื่อเป็น ค่าตอบแทนให้กับโรงพยาบาลที่สามารถปฏิบัติการกิจตามที่ได้รับมอบหมายอย่างมีคุณภาพ ซึ่งผลของการปฏิบัติงานนี้ ไม่ได้เป็นผลงานของฝ่ายการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยแต่เพียงอย่างเดียว แต่ยังเป็นผลงานของฝ่ายบริหาร และฝ่ายวิชาการของโรงพยาบาลอีกด้วย (ดังแสดงในภาพที่ 1) โดยตัวชี้วัดนี้เป็นตัวชี้วัดที่เป็นเป้าหมายระดับกระทรวง ระดับจังหวัด ระดับพื้นที่ หรือระดับโรงพยาบาลเอง การจ่ายค่าตอบแทนนี้เป็นค่าตอบแทนเพื่อจูงใจให้ทำกิจกรรมที่เพิ่มเติมขึ้นมาจากภาระงานปกติของโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ของงานที่มีคุณภาพ และเป็นค่าตอบแทนที่เพิ่มเติมขึ้นมาจากเงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง หรือเงินค่าตอบแทนอื่นๆที่ได้รับตามปกติอยู่แล้ว เช่น เงินค่าตอบแทนของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเดือนละ 150,000 บาท กำหนดให้เป็นวงเงินของการจ่ายตามคุณภาพของงาน 20% คิดเป็น 30,000 บาทต่อเดือน และในการจ่ายอาจจ่ายเป็นรายงวด เช่น จ่ายทุก 3 เดือน หรือจ่ายงวดละ 90,000 บาท เป็นต้น

ภาพที่ 1: กรอบแนวคิดในการจ่ายค่าตอบแทน



(แหล่งอ้างอิง: คู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน Pay for Quality and Outcome: PQO)

การจ่ายตามคุณภาพของงานได้มีการพัฒนาขึ้นภายใต้แนวความคิดที่ว่า การคิดค่าตอบแทนนั้น ไม่ควรใช้หลักเกณฑ์การคิดค่าตอบแทนรายกิจกรรม ชิ้นงาน หรือคิดเฉพาะเวลาในการให้บริการแต่เพียงอย่างเดียว แต่ควรรวมเอาคุณภาพของงานเข้าไปด้วย โดยคุณภาพของงานนั้น อาจจะเป็นผลของการทำงาน รายบุคคล หรือเป็นผลการปฏิบัติงานของทีมงานก็ได้ วิธีการคิดค่าตอบแทนตามคุณภาพของงานนั้น อาจนำไปคำนวณร่วมกับการคิดค่าตอบแทนรายกิจกรรม หรือการคิดค่าตอบแทนตามปริมาณงานก็ได้ ก็จะทำให้ได้ภาพของผลของการปฏิบัติงานทั้งปริมาณและคุณภาพของแต่ละหน่วยงาน วิธีการคิดค่าตอบแทนตามคุณภาพของงาน ทำได้หลายวิธี ได้แก่

วิธีที่ 1 การคิดค่าตอบแทนเป็นผลลัพธ์รายบุคคล

จุดแข็ง	จุดอ่อน
1. กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่สนใจด้านคุณภาพของงานที่ทำ เป็นที่มาทำให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ	1. เจ้าหน้าที่ต้องเพิ่มภาระงานในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด 2. ต้องมีการกำหนดค่าคะแนนเชิงผลลัพธ์ของงานเพิ่มเติมขึ้นมา ทำให้ต้องใช้เวลาในการกำหนดหลักเกณฑ์ และใช้เวลาในการเก็บข้อมูลมากยิ่งขึ้น

วิธีที่ 2 การคิดค่าคะแนนโดยวัดตามตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานกำหนด และวัดตามระยะเวลา โดยตัวชี้วัดอาจเป็นตัวชี้วัดในระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ อาจจะเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงานเอง การคิดค่าคะแนนเป็นผลลัพธ์รายหน่วยงานและองค์กร

จุดแข็ง	จุดอ่อน
1. ไม่เกิดภาระในการเก็บข้อมูลของตัวเองเพิ่มเติม เพราะเก็บตามตัวชี้วัดของหน่วยงานหรือโรงพยาบาลอยู่แล้ว 2. มีแนวโน้มที่จะเกิดผลลัพธ์ชัดเจน และสอดคล้องกับการดำเนินนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 3. ส่งเสริมการทำงานร่วมกัน และส่งเสริมความรักในองค์กร 4. ทำให้มีความชัดเจนในการกำหนดกลยุทธ์ของแต่ละองค์กร ซึ่งเป็นกลไกให้บุคลากรในองค์กรพัฒนา 5. ทำให้บุคลากรทำงานเป็นทีมมากขึ้น ลดความขัดแย้งระหว่างบุคคล 6. เป็นที่มาทำให้ผู้ใช้บริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ	1. ไม่สะท้อนผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่รายบุคคลเพราะตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นเป็นตัวชี้วัดรวมของหน่วยงาน 2. ต้องคำนึงถึงการกำหนดตัวชี้วัดในลักษณะของการทำงานเป็นทีมร่วมด้วยเสมอ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม 3. ไม่ได้เป็นแรงกระตุ้นให้บุคลากรบางคนในกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน ภาระงานยังอยู่ในกลุ่มคนที่ทำงาน 4. ทำให้องค์กรมุ่งทำกลยุทธ์ที่ได้ผลตอบแทนโดยมองข้ามโครงการหรือกิจกรรมที่ได้ผลตอบแทนน้อย 5. ยังไม่ทราบว่าการจ่ายค่าตอบแทนจะมุ่งไปเฉพาะบุคลากรที่เกี่ยวข้องหรือจะเฉลี่ยไปทั้งองค์กร 6. จำเป็นต้องมีผู้ประเมินและมีเครื่องมือในการสร้างตัวชี้วัดที่เป็นธรรมและเป็นมาตรฐาน

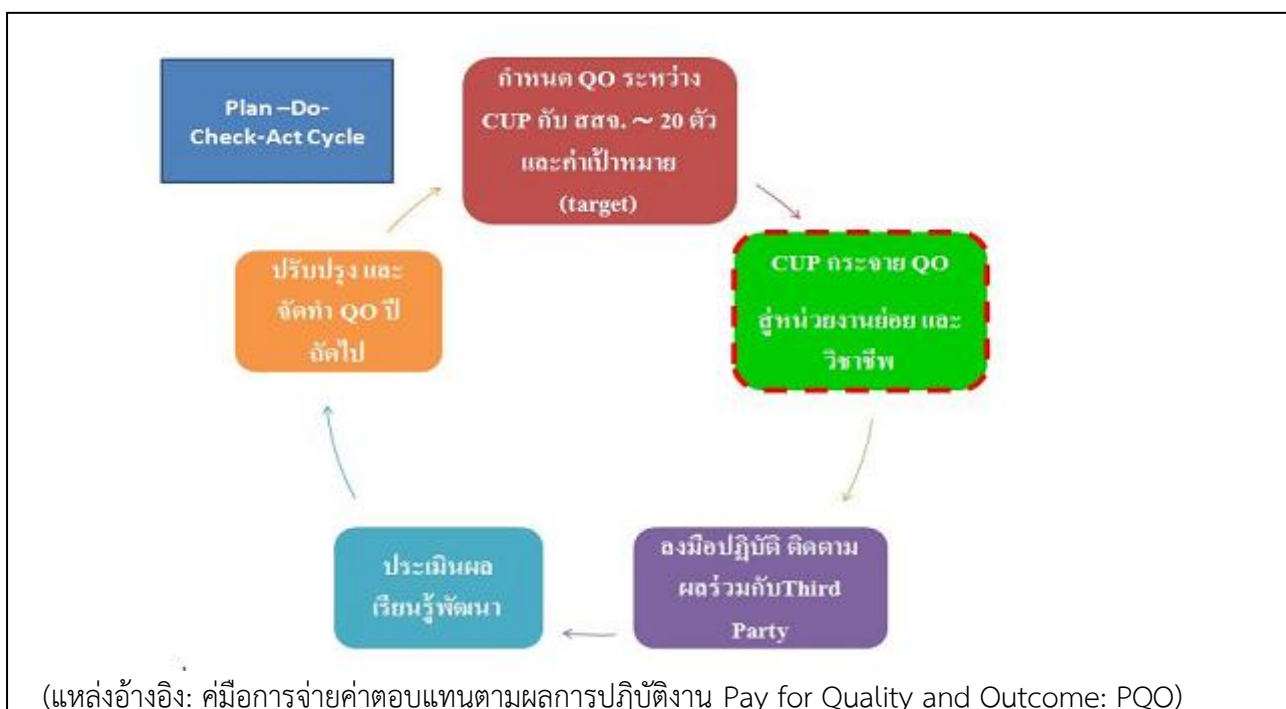
(แหล่งอ้างอิง: คู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance: P4P) โดย คณะทำงานจัดทำคู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน หน้า 21 หัวข้อ 4.2 เรื่อง ระบบการคิดค่า คะแนนผลการปฏิบัติงาน (Work Point System) ตามคุณภาพของงาน (Quality point))

การกำหนดเกณฑ์คุณภาพ ควรมีคุณสมบัติดังนี้

- ✓ เป็นกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่ต้องการความสำเร็จในช่วงเวลานั้นๆ เช่น เป็นกิจกรรมที่ได้จากผลการจัดอันดับความเสี่ยงในรอบ 6 เดือน เป็นต้น
- ✓ เป็นกิจกรรมที่มีปัญหาในการดำเนินการไม่ต่อเนื่อง เช่น กิจกรรมที่ได้จากการทบทวนความเสี่ยงปานกลางหรือสูง
- ✓ เป็นกิจกรรมเชิงรุกที่ต้องมีการทบทวนให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ เช่น การออกมาตรการทบทวนความเสี่ยง เป็นต้น
- ✓ เน้นนโยบายขององค์กรและกระตุ้นให้เห็นผลสัมฤทธิ์ที่ดีขึ้น เช่น การปฏิบัติตามเกณฑ์การอนุรักษ์พลังงาน เป็นต้น

(Reference: ตัวอย่างการคิดค่าคะแนนตามผลการปฏิบัติงานตามคุณภาพของงาน โรงพยาบาลสูงเนิน)

ภาพที่ 2: ขั้นตอนการดำเนินงานกำหนดตัวชี้วัดตามคุณภาพของงาน



ภาพที่สองแสดงขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย ส่วนกลางกำหนดตัวชี้วัดมาจำนวนหนึ่ง โดยพื้นที่อาจกำหนดตัวชี้วัดเพิ่มเติมขึ้นมาร่วมด้วยก็ได้ จากนั้นให้มีการกำหนดค่าเป้าหมาย (target) ของตัวชี้วัดแต่ละตัวโดยใช้ข้อมูลการให้บริการเดิมที่เคยทำมาเมื่อปีที่แล้ว และกำหนดค่าเป้าหมายบนพื้นฐานของความเป็นไปได้และความท้าทาย จากนั้นผู้บริหารของหน่วยงานร่วมกับคณะทำงานที่ตั้งขึ้นมา เพื่อบริหารจัดการระบบนี้ จะมากำหนดตัวชี้วัดรองเพื่อให้เชื่อมโยงกับตัวชี้วัดหลักที่ไปรับมาจากส่วนกลางแล้วลงมือปฏิบัติ

หลังจากปฏิบัติแล้ว ควรนำเอาผลการปฏิบัติงานที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายในปีต่อไป ตัวอย่างตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดรอง ได้แสดงไว้ในภาพที่ 3

ภาพที่ 3: ตัวอย่างตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดรอง

ตัวอย่าง : ตัวชี้วัดหลัก: คนพิการมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ค่าเป้าหมายคนพิการด้านการเคลื่อนไหวได้รับบริการครบถ้วน 100%

ตารางคะแนนคุณภาพตัวชี้วัด

อัตราความสำเร็จจากค่าเป้าหมาย	คะแนน
100-80.01%	1.0
75.01-80.00%	0.8
70.01-75%	0.6
60.01-65%	0.4
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60%	0

ตัวชี้วัดรองและหน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยงาน/ทีมงาน	ตัวชี้วัดรอง	น้ำหนักต่อตัวชี้วัด
ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS)	ระบบการดูแลด้านสังคม และพัฒนาอาชีพ การเข้าถึงบริการโดยคณะกรรมการอาสาสมัครพัฒนาหมู่บ้าน (อสม.) ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เสริมพลังกลุ่มคนพิการในการผลักดันนโยบายที่จำเป็นต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
เภสัชกรรม	ระบบบริหารยาที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้ป่วย เช่น อัมพาต หรือผู้สูงอายุ เป็นต้น	
ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	ทำ exit care วางแผนการจำหน่าย นัดหมายที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของคนพิการแต่ละราย	
บริหาร	มาตรฐานอาคาร ทางลาด ห้องน้ำ ที่เอื้ออำนวยต่อการบริการคนพิการ	
กายภาพบำบัด	อัตราการเยี่ยมบ้าน (Barthel index improvement rate)	

หน่วยงาน/ทีมงาน	ตัวชี้วัดรอง	น้ำหนักต่อตัวชี้วัด
	อัตราการได้รับกายอุปกรณ์	
ทันตกรรม	การวางแผนการดูแลทางการแพทย์และทันตกรรมที่เหมาะสมกับข้อจำกัดของผู้ป่วย	
สังคมสงเคราะห์	อัตราการมีสิทธิเข้ารับการรักษาและการช่วยเหลือด้านสังคม	

ภาพอนาคตที่ 3

เบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่าย (Flat Rate)

กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาระบบค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่สถานพยาบาลในสังกัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพให้ทำงานในชนบทได้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ป้องกันปัญหาสมองไหล (brain drain) จากภาครัฐสู่เอกชน และเพื่อเพิ่มผลิตภาพ (productivity) ของบุคลากรในการปฏิบัติงาน

ค่าเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่าย เป็นค่าตอบแทนพิเศษเพื่อสนับสนุนการกระจายบุคลากรในพื้นที่ก้นดาร์ห่างไกล โดยเหมาจ่ายในอัตราที่แตกต่างกันตามจำนวนปีที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน และตามความยากลำบากของแต่ละพื้นที่ โดยกระทรวงสาธารณสุขจะกำหนดรายชื่อโรงพยาบาลในพื้นที่ก้นดาร์และห่างไกล โดยพิจารณาพร้อมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ พิจารณาความยากลำบากของการคมนาคม ความขาดแคลน สาธารณูปโภค ความเสี่ยงภัย และความขาดแคลนบุคลากร และจะมีการทบทวน ทุกๆ 2 ปี นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ที่มีสิทธิได้รับค่าเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่ายจะต้องเป็นเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานเป็นการประจำในหน่วยบริการที่กำหนดหรือหน่วยบริการในเครือข่ายของหน่วยบริการนั้น โดยมีวันทำการไม่น้อยกว่า 15 วันทำการในเดือนที่จะเบิกจ่าย

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่ายในปี 2551-2552 โดยเพิ่มอัตราการจ่ายทุกๆพื้นที่และจ่ายแตกต่างกันตามระดับโรงพยาบาล และระยะเวลาการปฏิบัติงานของบุคลากรในพื้นที่นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ขอความร่วมมือจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในปี 2552 ในการพัฒนาข้อเสนอการปรับระบบค่าตอบแทนบุคลากร จากการวิจัยพบว่าในปี 2555 ค่าแรงของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ (ซึ่งมีการจ่ายเงินค่าตอบแทนแบบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย) มีจำนวนประมาณ 39.5 ล้านบาท ในขณะที่ค่าแรงในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ อยู่ ที่ 23.6 และ 19.3 ล้านบาท ตามลำดับ และในปี 2546 ค่าแรงของโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มขึ้นเป็น 44.1 ล้านบาท ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ มีค่าแรงเพิ่มขึ้นมาอยู่ที่ 24.4 ล้านบาทและ 21.1 ล้านบาทตามลำดับ

ในต่างประเทศได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดความกดดันเพื่อลดความไม่เป็นธรรม โดยหลักเกณฑ์จะพิจารณาจาก สัดส่วนครัวเรือนที่ไม่มีรถยนต์ สัดส่วนครัวเรือนที่ไม่ได้เป็นเจ้าของบ้านสัดส่วนของคนตกงาน สัดส่วนของบ้านที่แออัด การมีฐานะทางสังคมต่ำ รายได้ สุขภาพและความพิการ การศึกษาและฝึกอบรม บ้านเรือน และการเข้าถึงบริการ (เช่น ไปรษณีย์ โรงเรียน คลินิกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และร้านอาหาร) สรุปการจ่ายเบี้ยเลี้ยงแบบเหมาจ่ายที่นำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพ

จุดแข็ง	จุดอ่อน
1. เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์ (โดยเฉพาะแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล บุคลากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง) ให้คง อยู่ในหน่วยงานของรัฐ โดยมีรายได้ในระดับพอทัดเทียมได้กับภาคเอกชนที่กำลังเติบโตอย่างมาก 2. ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีการกระจายไปตามพื้นที่ต่างๆ อย่างเหมาะสม ซึ่งการให้ค่าเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย จะเป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน ที่ให้เพิ่มเติมจากเงินรายได้ที่มีอยู่เดิม คือ เงินเดือน เงินประจำตำแหน่ง และเงินค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาราชการ โดยกำหนดในอัตราแตกต่างกัน ระหว่างพื้นที่ปกติ กับพื้นที่พิเศษ ซึ่งรวมถึงพื้นที่ “ทุรกันดาร” และพื้นที่เสี่ยงภัยด้วย (เช่น สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นต้น) ดังนั้น เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายนี้ ยังเป็นค่าตอบแทนความยากลำบาก (Hardship allowance) ในการทำงานในพื้นที่พิเศษด้วย เพราะจะได้รับในอัตราที่สูงกว่าพื้นที่ปกติมีการนำประสบการณ์มาคิดค่าตอบแทนรวมถึงอายุการทำงาน 3. การคิดเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่มีการคิดภาระงาน เนื่องจากบริบทของความเป็นโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอมนัย ที่มีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร รวมทั้งพยาบาลจำนวนไม่มากนัก ทำให้เกิดการ ทำงานเป็นทีม ช่วยกันทำงาน เป็นวัฒนธรรมองค์กรที่สำคัญ ไม่ใช่วัฒนธรรมงานแลกเงินหรืองานใครงานมัน	1. เมื่อเปรียบเทียบอัตราจ่ายค่าตอบแทนระหว่างพื้นที่และระหว่างวิชาชีพ จะมีความเหลื่อมล้ำกันมาก ทำให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรมกับวิชาชีพต่างๆ ในระบบสาธารณสุข นำไปสู่ความเห็นที่แตกต่างและอาจนำไปสู่ความเห็นที่แตกต่างระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข 2. วิธีการคิดของเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายไม่สามารถคำนวณภาระงานหรือปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงได้โดยตรง 3. แพทย์และพยาบาลที่อยู่เวรปฏิบัติงานทั้งในและนอกเวลาราชการ ไม่เอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควร ทำให้เกิดปัญหาละเลยผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่สามารถตามแพทย์ พยาบาลได้หรือมาปฏิบัติงานล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิต เนื่องจากค่าตอบแทนที่จ่ายเป็นอัตราตายตัว) Flat Rate ไม่อาจจะวัดประสิทธิภาพที่แท้จริง 4. ไม่กระตุ้นให้บุคลากรทำงานอย่างเต็มศักยภาพ เช่น การผลักภาระการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สามารถดูแลได้ ไปให้กับโรงพยาบาลที่สูงกว่า 5. ไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกกลุ่ม ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรม ในการจ่ายค่าตอบแทนกับกลุ่มที่ไม่มีชื่อตำแหน่งใน กพ. เช่น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เป็นต้น 6. ไม่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ 7. ไม่มีการทบทวนพื้นที่ทุรกันดาร (ที่เคยบอกว่าต้องทบทวนทุก 2 ปี) 8. เกณฑ์การแบ่งพื้นที่ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์

จุดแข็ง	จุดอ่อน
4. ไม่เพิ่มภาระงานในการบันทึกข้อมูล	ปัจจุบัน เนื่องจากมีผลกระทบกับคำตอบแทน 9. โรงพยาบาลที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์ทุรกันดาร จะไม่ได้ รับคำตอบแทนนี้ 10. ไม่มีระบบการตรวจสอบคุณภาพในการทำงาน

ภาพอนาคตที่ 4

ระบบการบริหารเพื่อรับใช้สังคมด้านสาธารณสุข

ทางเลือกอีกทางหนึ่งหรือภาพอนาคตที่สี่ ที่จะเป็นทางเลือก คือ บุคลากรสาธารณสุขเป็นอิสระ ออกจากระบบของคณะกรรมการสำนักงานพลเรือนกลางมาเป็นคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน ฝ่ายบุคลากรสาธารณสุข ดังเช่นที่ฝ่ายตุลาการก็ดี ฝ่ายอัยการก็ดี ฝ่ายครู และฝ่ายบุคลากรอีกหลายประเภทที่มีพระราชบัญญัติของระบบที่เป็นอิสระ ดังเช่น องค์กรอัยการได้มี พรบ. บัญญัติให้มีการตรากฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์ให้พนักงานอัยการดำรงตำแหน่งได้จนถึงอายุครบเจ็ดสิบปี มีการปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการฝ่ายอัยการให้สอดคล้องกับบทบัญญัติดังกล่าว ประกอบกับได้นำหลักเกณฑ์การแต่งตั้งและการดำรงตำแหน่งอัยการอาวุโสตาม กฎหมายว่าด้วยหลักเกณฑ์การแต่งตั้งและการดำรงตำแหน่งอัยการอาวุโส รวมทั้งอัตราเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการอัยการตามกฎหมายว่าด้วยเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่งข้าราชการอัยการ มากำหนดรวมไว้ในพระราชบัญญัติฉบับเดียวกัน

น่าสนใจว่าระบบบริการสุขภาพเองที่ มีบุคลากรที่ขาดแคลน จนต้องมีระบบให้ทุน และมีทุนผูกพัน ต้องทำงานชดใช้ทุน แต่เมื่อจบมาแล้วกลับไม่มีแรงจูงใจที่เพียงพอที่จะทำให้บรรดาบุคลากรเหล่านี้อยู่ในระบบ และอยู่ในพื้นที่ที่ก้นดงหรือขาดแคลนเพียงพอ ทำให้เกิดการเพิ่มการผลิตแต่ก็ยังมีการกระจุกไม่กระจายเท่าที่ควร การให้แรงจูงใจน่าจะมีระบบที่แยกออกมาจาก กพ. เหมือนกับวิชาชีพอื่นๆ หรือไม่ หรือจากมีความจำเป็นจำเพาะและมีความแตกต่างในการปฏิบัติงานรับผิดชอบ โดยเฉพาะเป็นการปฏิบัติงานที่ละเอียดอ่อน และรับผิดชอบสูงต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน อาจจะต้องมีการกำหนด อัตราค่าตอบแทนที่สูงพอที่จะไม่ต้องให้แพทย์ไปทำงานนอกเวลา มีระบบการเลื่อนขั้นเลื่อนตำแหน่งที่สามารถเข้าสู่ตำแหน่งระดับสูง โดยมีการประเมินเป็นระบบบริการเพื่อรับใช้สังคมที่แตกต่างจากการประเมินตำแหน่งทางวิชาการ ของข้าราชการพลเรือนในระดับอุดมศึกษา ที่เน้นความเป็นเลิศทางวิชาการมากกว่าการบริการรับใช้สังคม

จุดแข็ง	จุดอ่อน
1. ทุกวิชาชีพสามารถขึ้นเป็นผู้บริหารได้เท่ากัน 2. ทำให้การบริหารจัดการง่ายขึ้น คล่องตัวขึ้น เพราะเป็นกลุ่มวิชาชีพเดียวกัน ช่วยลดขั้นตอนการทำงานการติดต่อประสานงานคล่องตัวมากขึ้น 3. สามารถกำหนดหลักเกณฑ์การแต่งตั้ง และการดำรงตำแหน่งในแต่ละสาขาวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม 4. มีการกำกับดูแลโดยหน่วยงานที่เข้าใจบริบทการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข และสามารถปรับเปลี่ยนพระราชบัญญัติให้สอดคล้อง 5. สามารถกำหนดหลักเกณฑ์การจัดสรรตำแหน่งการขยายอายุราชการของบุคลากรที่ขาดแคลนการบริหารงบประมาณด้วยตัวเอง 6. การจัดการเรื่องแรงจูงใจชัดเจนขึ้น มีความก้าวหน้าในสายวิชาชีพในบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้กฎระเบียบของคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนฝ่ายบุคลากรสาธารณสุข 7. ทำให้เราสามารถกำหนดอัตราเงินเดือน และเงินประจำตำแหน่งของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม 8. มีระบบการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่งที่เหมาะสม 9. มีอำนาจพิจารณาความก้าวหน้าในแต่ละวิชาชีพ รวมถึงค่าตอบแทน อัตราเงินเดือน 10. มีผู้กำหนดนโยบายที่ชัดเจน และมีความเข้าใจในระบบงาน สธ. มากขึ้น 11. มีคณะกรรมการจากกระทรวงสาธารณสุขมาดูแล 12. มีการกำหนดค่าตอบแทนที่เป็นธรรม 13. การสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรอยู่ในระบบ และกระจายบุคลากรลงไปในพื้นที่ทุรกันดารได้ 14. สามารถตอบสนองความต้องการของบุคลากร	1. มีปัญหาความขัดแย้งจากความเหลื่อมล้ำระหว่างวิชาชีพ 2. ระยะแรกอาจเกิดความเข้าใจที่ไม่ตรงกันในระบบระเบียบปฏิบัติก่อให้เกิดแรงต้านในการปรับระบบ 3. อาจทำให้เกิดระบบอุปถัมภ์ 4. ถ้ามีระบบการบริหารจัดการที่ไม่เป็นธรรม อาจก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ 5. อำนาจการบริหารจัดการอาจถูกผูกขาดอยู่กับบางวิชาชีพ

จุดแข็ง	จุดอ่อน
สาธารณสุขและประชาชน 15.การเพิ่มแรงจูงใจในการพัฒนางานและศักยภาพ ของตนเอง ซึ่งส่งผลไปยังผู้ใช้บริการได้รับบริการ ที่มีคุณภาพ 16. ลดการสูญเสียของบุคลากรหรือสมองไหล 17. กระตุ้นให้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถคงอยู่ ในองค์กร 18. ทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ	

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากการศึกษาข้อมูลทั้งปฐมภูมิ คือจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ทั้งผู้บริหารที่จะต้องจัดการให้การสร้างแรงจูงใจ เป็นไป อย่างยุติธรรมต่อบุคคลากรทุกฝ่าย ขณะเดียวกันไม่เกิดปัญหาความขัดแย้งอย่างรุนแรงระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้รับผลกระทบ โดยตรง และก็ต้องสนองตอบต่อเป้าหมายเชิงนโยบายของกระทรวง ขององค์กร รวมทั้งผลเชิงคุณภาพที่จะตอบสนองต่อการบริการที่ประชาชนผู้รับ บริการคาดหวัง และที่สำคัญอย่างยิ่งหย่อนคือ มีปัจจัยทางการเงินที่จะสามารถนำมาใช้ได้อย่างพอเพียง และดูแลปัจจัยอื่น ๆ ที่จะสร้างขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานที่จะดำรงคงอยู่ในองค์กรที่ต้องการแรงกระตุ้นให้เกิดการทำงานอย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ ข้อมูลที่สำคัญอีกส่วนคือผู้ ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากผลเชิงนโยบายและผลทางปฏิบัติจากการนำนโยบายมาปฏิบัติในรูปแบบต่างๆกันในรอบเวลาที่ต่างกันของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ที่มี การใช้หลักเชิงบริหารในการแก้ปัญหา ในการทำความเข้าใจถอดบทเรียนแล้วนำมาปรับปรุงจนสามารถแก้ปัญหาได้ รวมถึงโรงพยาบาลที่ยัง ไม่ได้ นำนโยบายไปปฏิบัติด้วยเหตุน่าจะมีแนวทางที่ดีกว่า และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่หาทางออกให้องค์กรเดินหน้าไปในการให้บริการ และรอคอยสิ่งที่มีการประชุมตกลงกัน แต่ ยังไม่มีการนำข้อตกลงมาเป็นคำสั่งที่เกี่ยวกับการเยียวยาผลกระทบต่างๆ

ดังนั้น การศึกษาที่ได้ดำเนินไปในระยะที่หนึ่ง (Phase 1) ที่พยายามจะใช้เวลาจำกัดเพื่อให้ได้สิ่งที่จะต้องนำไปใช้ในการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกันกำหนดในกระบวนการตัดสินใจร่วมกันที่เรียกว่า “การประชาเสวนาหาทางออก”(Public Deliberation) ที่จะต้องดำเนินการในระยะที่สอง หรือแม้ ระยะเวลาที่สามต่อไป และเหตุที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งรีบในเวลาเพียงสามเดือนของระยะที่หนึ่งจากเดิมที่วางแผนไว้หกเดือน และวางแผนงานของงานวิจัยนี้ทั้งสองระยะไว้หนึ่งปี ก็เนื่องจากทางผู้บริหาร ระดับสูงของ กระทรวงให้ความสำคัญกับงานวิจัยนี้ และคาดหวังว่าถ้าสามารถทำ งานวิจัยนี้ได้ทัน (ทั้งระยะที่หนึ่งและระยะที่สอง) ภายในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นเงื่อนไขเวลาที่ทางกระทรวงเองถือว่าได้ใช้เวลาในการนำนโยบายไปปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขเอง ที่จำเป็นต้องมีการประเมินเพื่อตัดสินใจเชิงนโยบายว่าจะดำเนินการอย่างไรต่อไป ดังนั้นแม้โดยหลักการของระเบียบวิธีวิจัยที่พยายามใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ที่จะต้องใช้เวลาในการตกลงและความเข้าใจร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลโดยยึดหลัก “ไปช้าๆเพื่อจะไปเร็ว ” หรือ Go Slow to Go Fast ก็ตาม จึงถือเป็นข้อจำกัดที่จะผู้วิจัยต้องใช้กระบวนการสื่อสารและวิเคราะห์อย่างเร่งรีบ แต่ในความเร่งรีบนั้นผู้วิจัยเองก็ได้ใช้เวลาและความรอบคอบในการศึกษาข้อมูลที่ทุติยภูมิและปฐมภูมิ ที่เชื่อว่าสิ่งที่จะเป็นผลผลิตของงานวิจัยในระยะที่หนึ่งคือ “Issues Book” หรือ หนังสือประเด็นปัญหาที่รวบรวมที่มาที่ไปของปัญหา และพยายาม มยกร่าง และหาฉันทามติให้ได้ในภาพของทางออกต่างๆที่มีทั้งข้อดี และข้อจำกัด รวมถึงแนวทางการปรับปรุงทางเลือกหรือทางออก หรือภาพอนาคตที่ สี่ทางอย่างเป็นกลาง ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยนี้จะต้องเข้าใจข้อจำกัดดังกล่าว และเนื่องจากงานวิจัยนี้ได้ใช้กระบวนการทัศน์ใหม่ในการ

แก้ปัญหา จึงจำเป็นที่ผู้อ่านและผู้ศึกษาที่อาจจะนำกระบวนการนี้ไปใช้จะต้องทำความเข้าใจในกระบวนการนี้ ที่เป็นแนวทางที่ผู้วิจัยได้ศึกษาและได้นำไปปฏิบัติในการแก้ปัญหาต่างๆหลายกรณี จนประสบความสำเร็จในประเทศไทย อาทิเช่น การกำหนดนโยบายสาธารณะโดยการมีส่วนร่วมของ ประชาชนด้านการที่จะนำพลังงานชนิดใดมาใช้ผลิตกระแสไฟฟ้า หรือจะมีนโยบายสร้างโรงไฟฟ้าใช้พลังงานชนิดใดบ้าง เป็นสัดส่วนเท่าใด เพื่อให้ประเทศไทยสามารถสร้างโรงไฟฟ้าและ ประชาชนมีฉันทามติในนโยบายนั้นๆร่วมกัน ทั้งไม่เกิดความขัดแย้งและนำไปปฏิบัติได้จริง และอีกหลายๆปัญหาที่คณะผู้วิจัยได้นำกระบวนการประ ชาเสวนาหาทางออก ไปใช้แก้ปัญหาในความขัดแย้งในพื้นที่ประกอบการโรงงานอุตสาหกรรมที่มีการประท้วงปิดโรงงาน จนสามารถนำผู้นำทุกภาคส่วนมานั่ง โต๊ะเจรจากหาทางออกได้ ที่สถานประกอบการโรงงาน ไออาร์พีซีจังหวัดระยอง รวมไปถึงโครงการของกระทรวงพลังงานที่คณะผู้วิจัยได้เข้าไปในพื้นที่เกาะสมุยเพื่อให้ประชาชนสามารถร่วมกันกำหนดอนาคตของเกาะสมุยโดยการ “ประชาเสวนาหาทางออก” เช่นกัน

5.1 ข้อสรุป จากงานวิจัยนี้ อาจแบ่งออกเป็นประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. ความเข้าใจในกระบวนการของ “การประชาเสวนาหาทางออก ” ตามที่คาดหวังไว้ว่า จากกระบวนการหาทางออกของความขัดแย้งโดยเฉพาะหลักการการแก้ปัญหาที่หวังผลออกมาเป็นชนะ-ชนะนั้นยังเป็นเรื่องใหม่ของสังคมไทย จึงต้องใช้เวลาและการนำไปปฏิบัติ รวมถึงต้องให้ความรู้ในระดับที่จะสามารถมาสื่อสารกันอย่างเข้าใจได้ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลในการ ดำเนินงานที่ผ่านมา ได้เกิดความขัดแย้งทั้งด้านข้อมูล ความขัดแย้งด้านผลประโยชน์ ความขัดแย้งด้านความสัมพันธ์ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหานี้ได้มีความขัดแย้งที่ยากต่อการหาทางออก คือความขัดแย้งด้านค่านิยมและความขัดแย้งด้านโครงสร้าง ซึ่งถือเป็นความขัดแย้งที่ยาก ต่อการเจรจา¹⁴ ดังนั้นในกระบวนการการทำงานจึงต้องยึดหลักของการแก้ปัญหาและการป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดจากการทำงานวิจัยนี้ คือ

มิกติกา ของการทำงาน ได้แก่ ก) การมองอดีตเป็นบทเรียน (เพราะอดีตเปลี่ยนไม่ได้ อนาคตเปลี่ยนได้ จึงมองอดีตเป็นบทเรียนเฉยๆ) ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงไม่พยายามชุดอดีตมาดูว่า ใครถูกใครผิด ข) แยกคนออกจากปัญหา ในการแก้ปัญหาความขัดแย้ง ต้องนุ่มนวลในประเด็นของคน แต่เอาจริงเอาจังในประเด็นของปัญหา หรือ Soft On Human But Hard On Problem ความยากลำบากคือ ข้อมูลจำนวนหนึ่งจะผูกติดกับ “คน” และคณะผู้ที่ จะมาทำหน้าที่อ่าน อาจจะขอให้เจาะลึกลงสู่อดีต ดังนั้นหลักของงานวิจัยนี้จะมองหลักการเป็นสำคัญ

2. ความเข้าใจในการหาทางออกเรื่องยากๆ จะมีปัญหาดังแต่การตั้งโจทย์ของประเด็นปัญหา ที่ส่วนใหญ่จะเป็นการเอาคำตอบมาเป็นโจทย์ เช่น จะเลือกตั้งก่อน หรือจะปฏิรูปก่อน หรือเช่น จะยุบโรงเรียนขนาดเล็ก ฝ่ายต่อต้านก็จะไม่ให้ยุบ ดังนั้นความเข้าใจของการร่วมกันเขียนโจทย์ หรือในภาคภาษาอังกฤษ

¹⁴ วันชัย วัฒนศัพท์ (2547,2550,2555) ความขัดแย้ง หลักการและเครื่องมือแก้ปัญหา สถาบันพระปกเกล้า และวิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เรียกว่า “Naming” และ ตามมาคือ “Framing” หรือการตีกรอบปัญหานั้นๆ ทั้งนี้รวมถึงความเข้าใจในคำว่า “จุดยืน”(Position) และ “จุดสนใจ” (Interest) จุดยืนจริงๆก็คือคำตอบ ที่แต่ละฝ่ายมีส่วน จุดสนใจคืออะไรที่อยู่เบื้องหลังจุดยืนที่ทำให้เขาต้องมีจุดยืนหรือคำตอบเช่นนี้ เช่น ที่เขาต้องไปฟ้องเพราะคุณด่วน ตัดสินใจโดยไม่ฟังฉัน

3. กระบวนการที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ นอกจากจะใช้การโต้เถียงหรือ ดีเบต (debate) แล้ว เวลาตัดสินใจเลือกทางเลือกก็นิยมใช้เสียงข้างมาก ความจริงเสียงข้างมากก็ถูกต้อง แต่ควรจะเป็นเสียงข้างมากที่เป็นฉันทามติ (Consensus) มากกว่าการยกมือโหวตเอาแพ้นะกัน

4. กระบวนการมีส่วนร่วมที่จะกำหนดนโยบายสาธารณะนี้ก็ขาดการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เมื่อผู้มีอำนาจตัดสินใจจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ได้รับผลกระทบมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยการมีกรอบในกระบวนการตัดสินใจนั้นๆ

5.2 ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินการต่อไป

จากข้อสรุปของการดำเนินการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยพบว่าเกือบจะทุกฝ่ายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีความเห็นตรงกันว่า การให้แรงจูงใจโดยใช้ระบบ P4P นั้นดี มีประโยชน์ แต่ควรที่จะมีการปรับปรุง ในรายละเอียด เช่น

1. ให้ปรับค่าคะแนนให้ไม่รู้สึกเหลื่อมล้ำมากนัก
2. ให้มีเครื่องมือ โดยเฉพาะ ระบบ ไอที (IT) ช่วยในการลงข้อมูล
3. ให้มีงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางมากกว่าให้ โรงพยาบาลหาเอง จากเงินบำรุง
4. ให้อิสระในการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมในระดับโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล ใน

รายละเอียด

5. ให้มีการประเมินเชิงคุณภาพประกอบ
6. ให้มีการปรับเปลี่ยนระบบการประเมินเข้าสู่ตำแหน่ง เป็นระบบของกระทรวงเอง ที่ไม่ใช่เอา

ระบบของมหาวิทยาลัยมาใช้ อาจเรียกว่า การประเมินสู่ตำแหน่ง ผู้อำนวยการการบริการสังคม เป็นต้น

เมื่อดำเนินการไปแล้วให้ มีการประเมินเหมือนระบบที่ให้ สโรงพยาบาล หรือ HA พิจารณา แต่น่าจะเป็นการร่วมกันประเมินโดยใช้กระบวนการ การประชาสัมพันธ์หาทางออก

อนึ่งเนื่องจากงานวิจัยนี้ยังมิได้ดำเนินการในระยะที่สอง จึงเห็นควรว่า ทาง สวรส. น่าจะดำเนินการศึกษาวิจัยต่อไป แม้จะยังไม่มีรัฐบาลที่จะมากำหนดทิศทางล่วงหน้า อาจจะเป็นการดีกว่าด้วย ข้าไปที่จะทำการปฏิรูประบบแรงจูงใจ ที่เอาทุกภาคส่วน ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมาร่วมกันหาทางออก อย่างสมานฉันท์ต่อไป

และโดยภาพรวมแล้ว หลายฝ่ายมีความเห็นที่จะศึกษารายละเอียดของ ทางเลือกที่ สี่ คือการออกจากระบบคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) จะมีรายละเอียดของทางเลือกอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย , ณิชากร ศิริกนกวิไล , พงษ์พิสุทธิ์ จงอุ ดมสุข, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, & พินิจ ฟ้าอำนาจผล. (2555). ความกัณดารของพื้นที่: หลักเกณฑ์การพิจารณา. วารสารวิจัยระบบ สาธารณสุข, 5(3), 355-362.
2. เดวิด แมทธิวส์ เขียน วันชัย วัฒนศัพท์ แปลและเรียบเรียง (2552) การเมืองภาคพลเมือง แปลจาก Politics for People, Finding a responsible Public Voices. Kettering Foundation จัดพิมพ์ โดย มหาวิทยาลัยขอนแก่น สนับสนุนการพิมพ์โดยมูลนิธิเคเทเธอริง
3. นพ.ทวีเกียรติ บุญไพศาลเจริญ, นพ.ภูษิต ประครองสาย, นพ.ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย, ดร.กฤษดา แสงวดี และ คณะ . (2556). คู่มือ การจ่ายค่า ตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance : P4P).
4. พวงชมพู ประเสริฐ. (2556). ค่าตอบแทนแบบ'P4P'สะท้อนถึงชนบท (ไม่จริง). ค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2556, จาก <http://www.komchadluek.net/detail/20130322/154435/%E0%B8%84%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B9%81%E0%B8%97%E0%B8%99%E0%B9%81%E0%B8%9A%E0%B8%9AP4P.html>
5. วันชัย วัฒนศัพท์ (2555) ความขัดแย้ง หลักการและเครื่องมือ ฉบับปรับปรุง 4th edition โครงการความร่วมมือของวิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงเรียนรักสกุล (RUC school : Reconciliation with Understanding Communication)
6. วันชัย วัฒนศัพท์ : สถาบันพระปกเกล้า, 2548
7. วิชัย โชควิวัฒน. (2556). ฟิฟอร์พี ยาดี (?) ที่ใช้ผิด. สมุทรสาคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
8. วิรุฬ ลัมสวาท. (2556).ใช้ ‘ฟิฟอร์พี’ แทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย... ยาแก้ปัญหากำลังคนที่แรงกว่าที่คิด. ค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2556, จาก http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1365066314
9. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ จังหวัด (2556). แะเรื่องเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย ทำไมแพทย์ชนบทต้องไ้ รัฐมนตรี. ค้นเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2556, จาก <http://prachatai.com/journal/2013/03/45937>
10. อมรรวณ รังกุล. (2556). การบริหารทรัพยากรมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา.
11. คู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน Pay for Quality and Outcome: PQO

12. คู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน (Pay for Performance: P4P) โดย คณะทำงานจัดทำคู่มือการจ่ายค่าตอบแทนตามผลการปฏิบัติงาน หน้า 21 หัวข้อ 4.2 เรื่อง ระบบการคิดค่า คะแนนผลการปฏิบัติงาน (Work Point System) ตามคุณภาพของงาน (Quality point)
13. ตัวอย่างการคิดค่าคะแนนตามผลการปฏิบัติงานตามคุณภาพของงาน โรงพยาบาลสูงเนิน
14. แผ่นภาพเคลื่อนไหว (DVD) ของโครงการประชาสัมพันธ์หาทางออก ในโครงการแก้ปัญหา ความขัดแย้งรอบเขตประกอบการ ไออาร์พีซี
15. เอกสารการประชาสัมพันธ์หาทางออก เรื่องพลังงานและเอกสาร issues book ด้านพลังงาน พร้อมด้วย DVD กระบวนการกำหนดนโยบายพลังงาน
16. Altman, S., & Wallack, S. (1996). Health care spending: can the United States control it? In Strategic choices for a changing health care system (chap.1). Chicago: Health Administration Press.
17. Carstairs V, & Morris R. (1991). Deprivation and health in Scotland. Aberdeen: Aberdeen University Press.
18. Cromwell, J. (2011). Pay for Performance in Health Care: Methods and Approaches.
19. Daniel H. Pink. (2009). Drive . the Surprising Truth about what motivates us. Riverhead Book, New York.
20. De Bruin, S. R., Baan, C. A., & Struijs, J. N. (2011). Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. BMC Health Services Research, 11, 272. doi:10.1186/1472-6963-11-272
21. Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. Health Policy (Amsterdam, Netherlands), 110(2-3), 115–130. doi:10.1016/j.healthpol.2013.01.008
22. Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review. Ann Fam Med. 2012 Sep-Oct;10(5):461-8.
23. Hannon KL, Lester HE, Campbell SM (2012) Patients' views of pay for performance in primary care: a qualitative study. Br J Gen Pract , 62(598):e322-8.
24. IHPP. (n.d.). Pay for Performance. Retrieved January 5, 2014, from http://www.ihpp.thaigov.net/index.php?option=com_content&view=article&id=270.
25. Jeong HS. (2012) Designing an effective pay-for-performance system in the Korean National Health Insurance. J Prev Med Public Health, 45(3):127-36

26. Niggebrugge A, Haynes R, Jones A, Lovett A, & Harvey I. (2005). The index of multiple deprivation 2000 access domain: a useful indicator for public health?. *Social Science & Medicine*, 60: 2743-53.
27. Roland M. (2004) Linking physicians' pay to the quality of care--a major experiment in the United kingdom. *N Engl J Med.*,351(14):1448-54.
28. Starr, P. (1982). *The Social Transformation of American Medicine*. Basic Books.
29. Stringer, E.T. *Action Research*, p.134, copyright © 1999 by Sage Publications. Reprinted by permission of Sage Publications.)
30. Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M. B., & Sermeus, W. (2010). Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Services Research*, 10, 247. doi:10.1186/1472-6963-10-247