บทที่ 2

ความเป็นมาและแนวความคิดทางทฤษฎี

2.1 ความเป็นมา

การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ ซึ่งเป็นบุคคลระดับมันสมองและระดับบริหารของการสาธารณสุขภาครัฐบาลเริ่มมีบทบาทมากขึ้นทุกขณะ และรัฐบาลได้ให้ความสำคัญและพยายามแก้ไขเรื่อยมาโดยตลอด แต่ผลที่ออกมายังไม่เป็นที่พอใจนักเพราะยังไม่สามารถหยุดยั้งปัญหาได้ทั้งหมด และเมื่อมีแพทย์ลาออกจากระบบราชการมากขึ้น โดยเฉพาะแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนหลังจากได้ดั้นรนหาดันสังกัดเพื่อศึกษาวิชาเฉพาะทาง ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียแก่ระบบบริการสาธารณสุขของไทยเป็นอย่างมาก แม้ว่าค่าตอบแทนจะไม่ใช่สาเหตุหลักอันเดียวที่ทำให้แพทย์ลาออกจากราชการ แต่ความแตกต่างกันมากระหว่างค่าตอบแทนของภาครัฐบาลและภาคเอกชนเป็นสิ่งที่สมควรพิจารณาเป็นอย่างยิ่ง

เนื่องจากค่าตอบแทนของแพทย์ในระบบราชการ ขึ้นกับบัญชีเงินเดือนและระเบียบต่างๆ ของกระทรวงการคลังซึ่งมีกฎเกณฑ์และขั้นตอนมากต้องใช้เวลาในการดำเนินการนาน จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการปรับค่าตอบแทนของแพทย์แต่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการปรับค่าตอบแทนแพทย์ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาในเรื่องนี้ไปบางส่วน เช่น กระทรวงสาธารณสุขแก้ปัญหาขาดแคลนแพทย์ในชนบทโดยออกระเบียบให้ชดใช้ทุนเพิ่มขึ้น และเพิ่มเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายรายเดือน กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับแพทยสภาในการแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์สาขาจำเป็น เช่น จิตแพทย์ พยาธิแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ฯลฯ โดยกำหนดเป็นสาขาส่งเสริมพิเศษและตกลงกับกระทรวงการคลังให้จ่ายเงินเพิ่มพิเศษแก่แพทย์สาขาเหล่านี้ โดยจ่ายจากเงินบำรุง นอกจากนี้มหาวิทยาลัยหลายแห่งได้ออกระเบียบจ่ายเงินสมนาคุณอาจารย์แพทย์ เพื่อส่งเสริมให้อาจารย์แพทย์ทุ่มเทเวลากับการสอนนิสิตนักศึกษาแพทย์

จากการที่แพทย์กระจายกันปฏิบัติงานในหน่วยงานหลายแห่งของรัฐบาล ทำให้ค่าตอบแทน และผลประโยชน์ที่ควรได้รับไม่เท่าเทียมกัน เช่น แพทย์ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของเทศบาลมักถูกละเลยเพราะมีจำนวนน้อย ทำให้การขอปรับระเบียบต่าง ๆ ล่าช้า เช่น การปรับอัตราค่าอยู่เวรนอกเวลาราชการ ได้รับการปรับจาก 150 บาท เป็น 400 บาท หลังจากที่อัตราเงินเฟ้อเพิ่มขึ้นไปถึง 2.3 เท่า

นอกจากนั้น ยังมีการคิดค่าตอบแทนแพทย์ระบบใหม่ ๆ อีกหลายระบบที่เสนอจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีบัตรรายได้น้อย (กองสาธารณสุขภูมิภาค 2533) การตอบแทนแพทย์ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยในความคุ้มครองของ

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กฎหมายประกันสังคม (กองแผนงานสาธารณสุข 2534) เงินเพิ่มค่าวิชาสำหรับแพทย์ที่ได้วุฒิบัตร/อนุมัติบัตร (กองโรงพยาบาลภูมิภาค 2533) ค่าตอบแทนเพื่อส่งเสริมงานบริการ (กองสาธารณสุขภูมิภาค 2534) ค่าตอบแทนพิเศษแก่บุคลากรในโรงพยาบาล (กองแผนงานสาธารณสุข 2534) ซึ่งครอบคลุมบุคลากรสาขาอื่น ๆ ด้วย หรือ เงินป้องกันสมองไหลในสาขาวิชาชีพขาดแคลนหลายสาขา ของสำนักงาน ก.พ. ฯลฯ ทั้งหมดนี้ เป็นความพยายามเพิ่มเงินเข้าไปในหมวดต่าง ๆ โดยมีสมมติฐานว่าบัญชีเงินเดือนแพทย์ยังเป็นบัญชีเดียวกับข้าราชการทั่วไป

แต่ก็ยังมีปัญหาตามมาเรื่อย ๆ เช่นการให้เงินป้องกันสมองไหลแก่แพทย์ บุคลากรกลุ่มอื่นก็มาเรียกร้องว่าสาขาหรือกลุ่มงานของตนไม่มีความสำคัญหรืออย่างไรจึงไม่ได้รับเงินดังกล่าวบ้าง อีกทั้งประมาณการได้ยากว่าจะต้องให้เท่าใดจึงจะเพียงพอแก่ความต้องการของแพทย์ เกิดความไม่ยุติธรรมสำหรับผู้ที่ทำงานหนักกว่า แต่ได้จำนวนเงินเพิ่มเท่ากับผู้ที่ไม่ต้องทำงานหนักนัก และการเพิ่มดังกล่าวไม่ได้เกิดความจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเท่าที่ควรเพราะถือว่าทำอย่างไรก็ยังคงที่จะได้รับค่าตอบแทนคงที่อยู่แล้ว

ซึ่งผู้ทำการวิจัยคิดว่านอกจากการเพิ่มเงินค่าตอบแทน เพื่อที่จะรักษาแพทย์ให้คงอยู่ในภาครัฐบาลแล้วควรที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงการพิจารณาค่าตอบแทนโดยการสร้างแบบจำลองเพื่อกำหนดการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มให้แก่แพทย์ในภาครัฐบาลให้เป็นแบบแปรผันไปตามปริมาณงาน และไม่แตกต่างกับภาคเอกชนมากนัก เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการกำหนดค่าตอบแทนของแพทย์ในภาครัฐบาลต่อไป

2.2 กรอบแนวคิดทางทฤษฎี

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีประสิทธิภาพผลผลิต (Productive Efficiency Theory) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีค่าจ้างตามผลผลิต (Productivity Theory)(ธงชัย;2532) ค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) (สมคิด,ภิรมย์;2534) และแนวคิดเกี่ยวกับการจ่ายค่าตอบแทนของ Rapoport และคณะ (1982) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีค่าจ้างตามผลผลิต

ทฤษฎีค่าจ้างตามผลผลิตนี้ เป็นทฤษฎีที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าจ้างผลผลิตและการจ้างงานเป็นสำคัญ ในการพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่าจ้างกับผลผลิต

นี้ นักทฤษฎีได้พิจารณาถึงประสิทธิภาพผลผลิตของแรงงาน (Productivity of Labor) เป็นหลัก และใช้ผลผลิตนี้เป็นพื้นฐานสำหรับการจ่ายค่าจ้าง โดยคิดตามค่าของงานที่ทำออกมาได้นั่นเอง ทฤษฎีค่าจ้างตามผลผลิตประกอบด้วย 2 ทฤษฎีย่อย คือ

ก) ทฤษฎีค่าจ้างตามผลผลิตสุดท้าย (Marginal Productivity Theory) ตามแนวความคิดของทฤษฎีนี้ ค่าจ้างที่จ่ายให้พนักงาน จะเท่ากับมูลค่าของผลผลิตส่วนที่เพิ่มเติมขึ้นมาจากผลผลิตรวมตามปกติที่ทำได้ (ทั้งนี้ถือว่าผลผลิตจากปัจจัยอื่นๆ คงที่) มูลค่าผลผลิตที่พนักงานทำได้นั้นจะพิจารณาจากผลตอบแทนที่นายจ้างได้รับมาเนื่องจากผลผลิตของพนักงานที่สูงขึ้น สภาพการจ้างงานจะเป็นดังนี้ คือ การจ้างพนักงานเข้ามาแต่ละคนนั้นจะทำให้ผลผลิตเพิ่มสูงขึ้น จนกระทั่งถึงจุดหนึ่งที่ผลที่ได้จะลดต่ำลง ณ จุดดังกล่าวนี้ผลผลิตต่อพนักงานจะเริ่มลดลง ตามสภาพเช่นนี้นายจ้างจะยังคงสามารถจ้างพนักงานได้เรื่อยๆ ตราบใดที่ค่าจ้างที่จ่ายยังน้อยกว่ารายได้ที่ได้รับจากการขายผลผลิตที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามนายจ้างจะยังคงจ้างเช่นนี้เรื่อยไปจนถึงจุดที่ค่าจ้างที่จ่ายเท่ากับผลผลิตที่ได้พอดี ซึ่งพนักงานที่จ้างนี้จะเป็นคนสุดท้ายและผลผลิตก็จะเป็นผลผลิตสุดท้าย

กล่าวโดยสรุป ค่าจ้างตามทฤษฎีนี้จะเท่ากับมูลค่าผลผลิตที่พนักงานทำได้ และค่าจ้างของพนักงานแต่ละคนจะเป็นเครื่องกำหนดค่าจ้างของพนักงานทั้งหมด เพราะทุกคนต่างทำงานที่เหมือนกัน จึงมีประสิทธิภาพการทำงานเท่ากันด้วย

ข) ทฤษฎีประสิทธิภาพผลผลิต (Productive efficiency Theory) ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่มีการปรับปรุงมาจากทฤษฎีค่าจ้างตามผลผลิตสุดท้าย นั่นคือ การเปิดโอกาสให้พนักงานแต่ละคนแสดงความสามารถเพิ่มหรือลดค่าจ้างของตนเอง ตามประสิทธิภาพผลผลิตที่ตนทำได้ ทฤษฎีนี้มีสมมติฐานว่า เมื่อใดที่พนักงานได้รับโอกาสให้ทำการเพิ่มผลผลิตให้สูงกว่าผลงานมาตรฐานที่กำหนดไว้แล้ว รายได้ของพนักงานก็จะเพิ่มสูงขึ้นด้วย ในทางตรงข้ามหากผลงานที่ทำได้มีระดับต่ำกว่ามาตรฐานแล้ว รายได้ของพนักงานนั้นจะคงระดับเดิม หรือลดต่ำกว่ารายได้เฉลี่ย

สมมติฐานข้างต้นนี้ทำให้ทราบว่า พนักงานจะมุ่งเพิ่มรายได้ค่าจ้างในทุกครั้งที่มีโอกาสซึ่งพนักงานจะหาช่องทางเพิ่มผลผลิตโดยวิธีต่างๆ ทั้งการจัดเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้ได้มาตรฐาน และโดยเหตุที่ค่าจ้างตามทฤษฎีนี้ค่อนข้างจะตรงกับความเป็นจริง จึงนับว่าเป็นทฤษฎีที่มีประโยชน์และเหมาะสมในการนำมาใช้

ซึ่งในที่นี้พนักงานก็คือ แพทย์สูติ-นรีเวชกรรมที่ปฏิบัติงานในภาครัฐบาล รายได้ของพนักงาน คือค่าตอบแทนที่แพทย์ได้รับจากแบบจำลอง และมาตรฐานที่ตั้งไว้ของแพทย์จะ

แบ่งออกเป็นแต่ละงานที่แพทย์สุติ-นรีเวชกรรมทำได้

กล่าวโดยสรุปแล้ว ทฤษฎีค่าจ้างตามผลผลิตนี้มุ่งที่จะให้ค่าจ้างและเงินเดือนมีความสัมพันธ์เป็นไปตามผลผลิตที่ทำได้เป็นสำคัญ

2.2.2 ทฤษฎีค่าเสียโอกาส

สมคิด แก้วสนธิ และ ภิรมย์ กมลรัตนกุล (2534) ได้ให้ความหมายของ ค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) ว่าหมายถึง รายได้สูงที่สุดที่ต้องเสียไป (Revenue forgone) เนื่องจากการเลือกทำสิ่งหนึ่ง ซึ่งการประเมินค่าเสียโอกาสนี้เป็นอีกลักษณะหนึ่งของการประเมินต้นทุนในรูปของค่าใช้จ่ายที่มองไม่เห็น เช่น การเลือกไปทำงานที่ตะวันออกกลาง รายการหนึ่งของต้นทุนในการไปทำงานที่ตะวันออกกลางก็คือ รายได้สูงสุดที่ควรได้ถ้าทำงานอื่นแต่ต้องเสียสละไป(ไม่ได้รับ) เนื่องจากเลือกทำงานที่กำลังทำอยู่ที่ตะวันออกกลาง จึงสละโอกาสที่จะทำงานนั้น

กรณีที่ผู้ป่วยต้องหยุดงานเพื่อไปรับบริการรักษาพยาบาล หรือกรณีที่ผู้ป่วยต้องหยุดงานเนื่องจากการป่วย การกำหนดมูลค่าของเวลาที่หยุดงานวิธีหนึ่งอาจกำหนดโดยวัดรายได้ที่เสียไปเนื่องจากการหยุดงาน ซึ่งมูลค่าของเวลาถือเป็นต้นทุนของการเจ็บป่วยนั้นด้วย หรือกรณีที่แพทย์เปิดคลินิกส่วนตัวรักษาคนไข้ ในทางบัญชีจะไม่มีรายการมูลค่าเวลาของแพทย์มารวมเป็นต้นทุนเพราะไม่ได้จ่าย แต่ในทางเศรษฐศาสตร์หากจะประเมินต้นทุนของกิจการ จะต้องประเมินมูลค่าเวลาของแพทย์มารวมเป็นต้นทุนด้วย เพราะเป็น "ค่าเสียโอกาส" ที่แพทย์ไม่ได้ไปทำงานอื่นหรือพักผ่อน

2.2.3 ทฤษฎีการจ่ายค่าตอบแทน

ปราณี พรรณวิเชียร ได้ให้ความหมายของค่าตอบแทน (Compensation) ไว้ในการบริหารงานบุคคล ว่าหมายถึง การจ่ายเงินให้แก่พนักงานเป็นค่าตอบแทน รวมทั้งสิ่งอื่นๆ ที่ไม่ใช่เงิน และในการกำหนดค่าตอบแทนนั้น แบ่งออกเป็น

(1) การบริหารค่าจ้างและเงินเดือน

ค่าจ้างและเงินเดือน คือ ผลตอบแทนที่องค์การธุรกิจจ่ายให้แก่พนักงานในรูปของเงิน ซึ่งในการกำหนดอัตราค่าจ้างและเงินเดือนให้เหมาะสมนั้นมีปัจจัยสำคัญที่ต้องนำมา

ใช้ในการพิจารณา เช่น สภาพตลาดแรงงาน หากองค์การธุรกิจต้องการแรงงานมาก อัตราค่าแรงก็จะสูง แต่ช่วงเวลาใดที่องค์กรธุรกิจส่วนใหญ่ไม่ต้องการแรงงานมาก อัตราค่าแรงก็จะต่ำ การกำหนดอัตราค่าจ้างนั้นองค์การจะต้องปรับให้สอดคล้องกับค่าครองชีพที่เปลี่ยนแปลงไป และองค์การธุรกิจเองจะต้องสามารถจ่ายได้ตามอัตราที่กำหนด นอกจากนี้การกำหนดอัตราค่าจ้างยังเกี่ยวข้องกับอำนาจการต่อรองระหว่างฝ่ายนายจ้างกับฝ่ายตัวแทนของลูกจ้าง และขึ้นอยู่กับผลงานที่ลูกจ้างทำด้วย

กล่าวโดยสรุปเมื่อเปรียบเทียบการกำหนดค่าจ้างในสภาพตลาดแรงงานของแพทย์ขณะนี้ความต้องการมีมากอัตราค่าจ้างของแพทย์จึงสูง อัตราค่าจ้างของแพทย์ในภาคเอกชนจึงมีการแข่งขันกัน ค่าครองชีพในขณะนี้ก็สูงเพิ่มขึ้น ในขณะที่อัตราเงินเดือนของแพทย์ในภาครัฐบาลปรับตามไม่ค่อยทัน เนื่องจากมีข้อจำกัดในบัญชีเงินเดือนและงบประมาณ หากค่าจ้างต่ำ แพทย์ที่มีความสามารถสูงก็อาจจะไปทำงานในภาคเอกชนมากกว่าที่จะเลือกทำในภาครัฐบาล อำนาจในการต่อรองของแพทย์ก็มีมากพอสมควรเพราะมีการรวมตัวเป็นกลุ่ม เช่น ชมรมแพทย์ชนบท แพทยสภา และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแพทย์เป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีจำนวนไม่มากนักและมีความสำคัญต่อองค์การเป็นอย่างมาก จึงทำให้การต่อรองต่างๆ มีโอกาสเป็นไปได้สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่นพอสมควร และการเพิ่มค่าตอบแทนก็ควรเพิ่มให้เหมาะสมตามลักษณะงานที่ทำ

(2) สิ่งจูงใจที่เป็นตัวเงิน (Financial Incentive)

การกำหนดค่าตอบแทนในการทำงานนั้น นอกจากจะกำหนดในรูปของอัตราค่าจ้างและเงินเดือนแล้ว องค์การธุรกิจยังมีสิ่งจูงใจให้พนักงานทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการให้รางวัลพนักงาน ซึ่งองค์การสามารถให้รางวัลแก่พนักงานหลายรูปแบบ เช่น การจูงใจโดยการนับจากจำนวนงานที่ทำเป็นรายชิ้น โดยเทียบกับเวลาและการประเมินค่างานที่กำหนดเป็นมาตรฐาน การได้รับโบนัสในรูปของเวลาที่ประหยัดได้ การให้เงินเดือนบวกค่าคอมมิชชั่นหรือบวกค่าโบนัส การให้ส่วนแบ่งกำไร หรือสิทธิซื้อหุ้นในราคาพิเศษ เป็นต้น

2.3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาถึงการกำหนดค่าตอบแทน แพทย์สูติ-นรีเวชกรรมในภาครัฐบาลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด จาก 3 ทฤษฎีมาประกอบกัน พร้อมทั้งหาทฤษฎีเสริม แล้วจึงนำมาปรับให้เหมาะสมกับการวิจัยซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ

2.3.1 การจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการ

John Rapoport และคณะ ได้กำหนดรายจ่ายค่าตอบแทนโดยใช้วิธีการคิดแบบ Fee-for-Service ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$R = \Sigma_b (P_b N_b)$$

โดยที่

R = ค่าตอบแทนในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

b = 1,2,3...n ประเภทหรือชนิดของบริการพื้นฐานที่ใช้ในการคำนวน

P_b = อัตราค่าตอบแทนต่อหน่วยของ b

N_b = จำนวนผลงานของ b ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

การจะคำนวณเป็นจำนวนเงินในสูตรนั้น จะต้องกำหนดมาตรฐานของประเภทหรือชนิดของบริการพื้นฐาน และอัตราที่จะจ่ายต่อหน่วย สำหรับหลักในการคิดแสดงให้เห็นในตาราง 2.1

ส่วนการคิดอัตราค่าตอบแทนต่อหน่วยนั้นก็ได้มีผู้คิดค้นไว้หลายวิธี เช่น

UCR = Usual,Customary and Reasonable Charges วิธีนี้เก็บตามบิลที่เรียกเก็บจริง (Bill Charge) ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในการบริหาร จึงได้มีการพัฒนาให้สะดวกขึ้นเป็นแบบกำหนดอัตราที่คงที่ในการจ่ายแต่ละรายการ (Fixed fee Systems)

RVS = Relative Value Schedules . วิธีนี้วัดผลงานออกมาเป็นตัวเลขเปรียบเทียบ เช่น การเฉลี่ยเวลาที่ใช้ในการให้บริการออกมาเป็นระดับคะแนนมาตรฐาน และยังสามารถพิจารณาแยกเป็นหน่วยมาตรฐาน ของบุคลากรทางการแพทย์ต่าง ๆ จาก

คะแนนมาตรฐานของบุคลากรทางการแพทย์ต่าง ๆ จากคะแนนมาตรฐานจะปรับเป็นตัวเงินด้วยอัตรากำหนด (Conversion Factor) ซึ่งจะกำหนดค่าที่แตกต่างกันแปรผันไปตามลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์ หรือตามลักษณะของบุคลากรทางการแพทย์ หรือตามลักษณะของวิชาชีพ หรือ กำหนดตามท้องที่ทางภูมิศาสตร์ (Geographic Location)

ตาราง 2.1 แนวคิดในการกำหนดหน่วยวัดค่าตอบแทน

หลักที่ใช้ในการพิจารณา	คำอธิบาย
1. ด้านการให้บริการ	
ก ตามชิ้นงาน (Piece)	-ตามหน้าที่การงานที่ปฏิบัติ
ข ตามจำนวนรายผู้ป่วย (Case)	-สัดส่วนที่ให้บริการในแต่ละราย
ค ตามจำนวนวันเฉพาะ Routine Service (บริการปกติ)(Day,routine)	-สัดส่วนที่ให้บริการปกติเฉลี่ยต่อวัน
ง ตามจำนวนวันรวม Routine Service (บริการปกติ) กับ medical care (Day,inclusive)	-สัดส่วนที่ให้บริการปกติและพิเศษเฉลี่ยต่อวัน
2. ด้านผู้ป่วย	-ตามจำนวนผู้ป่วยที่ให้บริการ
3. ด้านเวลา	
ก เวลาที่ใช้ในการรักษา	-เวลาจริงที่ใช้ในการรักษา
ข ช่วงเวลาที่รับผิดชอบ	-ช่วงเวลาที่ตกลง เช่น ชม./สัปดาห์

การให้ค่าตอบแทนของการวิจัยนี้ จะเป็นการให้ค่าตอบแทนโดยใช้หลักในการพิจารณาด้านการให้บริการ และให้ค่าตอบแทนแปรผันไปตามชิ้นงานที่ แพทย์สูติ-นรีเวชกรรมทำได้ (ตาราง 2.1) และคิดกำหนดค่าตอบแทนตามตารางที่กำหนดโดยการหาสัดส่วนในการให้ค่าตอบแทนต่อชิ้นงาน (Doctor fee) ของภาคเอกชนเป็นตัวเปรียบเทียบ (ตาราง 2.2) โดยไม่ได้คำนึงถึงต้นทุนในการให้บริการแก่คนไข้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 2.2 แนวคิดในการกำหนดอัตราค่าตอบแทน

หลักที่ใช้ในการพิจารณา	คำอธิบาย
1. คิดตามราคาที่ตั้ง (Charge,Fee)	
ก อัตราเฉพาะแต่ละสถานบริการ	-ราคาที่ตั้งแต่ละสถานบริการตั้งเอง
ข อัตราตามราคาตลาด	-ราคาค่าตอบแทนเฉลี่ยตามราคาตลาด
ค อัตราตามตารางที่กำหนด	-ราคาที่กำหนดโดยรัฐหรือผู้จัดบริการ
ง อัตราตามค่าเปรียบเทียบ (Conversion Factor)	-ราคาที่ตั้งขึ้นสำหรับเปรียบเทียบจ่ายตามกลุ่มที่กำหนด
2. คิดตามต้นทุน	
ก ต้นทุนย้อนหลัง	-กำหนดจากต้นทุนในอดีต
ข ต้นทุนในอนาคต	-กำหนดจากการประมาณการไปข้างหน้า
ค ตามงบประมาณ	-กำหนดตามวงเงินงบประมาณที่ได้รับ
ง คิดแยกตามกลุ่ม	-กำหนดแยกตามกลุ่มหรือพื้นที่
จ ต้นทุนเพิ่ม	-กำหนดจากต้นทุนในอดีตในอดีตบวก % เพิ่มที่ต้องการ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

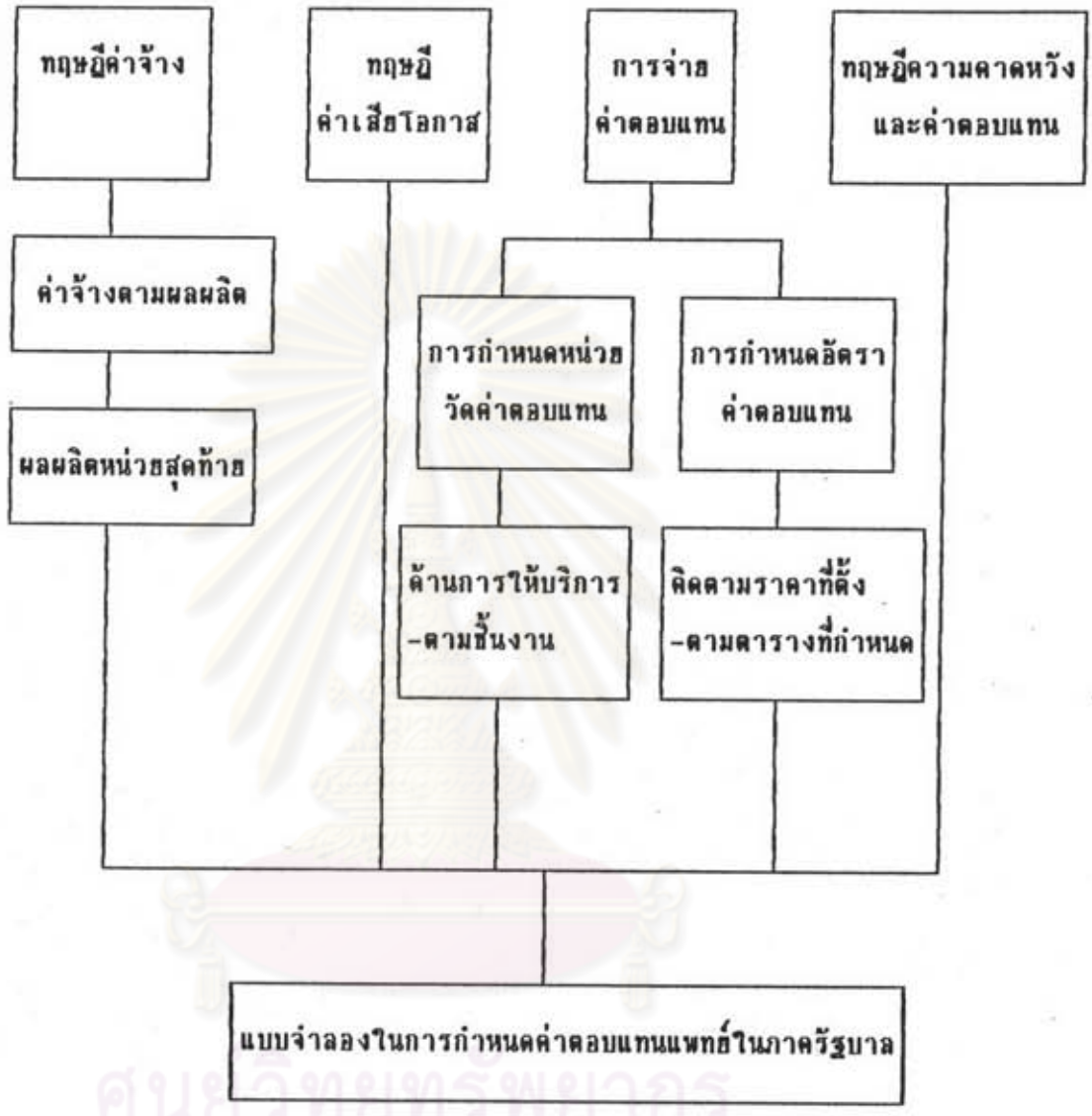
2.3.2 ค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost)

ดังที่ได้กล่าวแล้วใน 2.2.3 ค่าเสียโอกาส คือ รายได้ที่สูงสุดที่ต้องเสียสละไป (Revenue foregone) เนื่องจากการเลือกทำสิ่งหนึ่ง ในกรณีนี้คือ แพทย์สูติ-นรีเวชกรรมที่เลือกที่จะทำงานในภาครัฐบาล เขาก็จะมีต้นทุนในการเลือกที่จะทำงานในภาครัฐบาลก็คือรายได้สูงสุดที่ควรได้ถ้าทำงานอื่นซึ่งก็คือการไปทำงานในภาคเอกชน เนื่องจากเลือกที่จะทำงานในภาครัฐบาลจึงสละโอกาสในการทำงานในภาคเอกชน แพทย์จึงพยายามดิ้นรนที่จะทำรายได้ให้มากที่สุดในภาครัฐบาลโดยอาจจะเปิดคลินิกส่วนตัว หรือไปทำงานในภาคเอกชนนอกเวลาราชการ แต่ถ้าหากแพทย์เปรียบเทียบดูแล้วผลตอบแทนรวมที่ได้ในภาครัฐบาลต่ำกว่าภาคเอกชนมาก หรือต้องใช้เวลาส่วนตัวในการทำงานนอกเวลาราชการมากผลตอบแทนถึงจะคุ้มค่า โอกาสที่แพทย์จะลาออกจากภาครัฐบาลไปยังภาคเอกชนก็มีความเป็นไปได้สูง ดังนั้นค่าตอบแทนที่จะเพิ่มให้แพทย์สูติ-นรีเวชกรรมในภาครัฐบาล เมื่อรวมกับค่าตอบแทนที่ได้รับอยู่เดิมแล้วนั้นควรที่จะใกล้เคียงกับค่าตอบแทนที่แพทย์สูติ-นรีเวชกรรมในภาคเอกชนได้รับ

2.3.3 ทฤษฎีความคาดหวังและค่าตอบแทน

ถ้าจะให้เงินหรือปัจจัยอื่นมีแรงผลักดันพฤติกรรมในการทำงานได้ แพทย์จะต้องมีความต้องการเงินหรือปัจจัยนั้น และเชื่อว่าจะได้มาหากเขาประพฤติในแนวที่กำหนดไว้ หรือทำงานได้จำนวนงานตามที่กำหนดไว้ ดังนั้นผลแท้จริงจากอิทธิพลของเงินที่แพทย์จะได้รับมาจากการประเมินค่าโดยแพทย์ กล่าวคือค่าของเงินต้องตรงความต้องการ และความแน่นอนของความคาดหวังว่าถ้าทำงานได้ตามที่กำหนดไว้แล้ว จะมีผลให้ได้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นมาจริง เพราะฉนั้นเมื่อค่าของเงินค่าตอบแทนมีความหมายต่อแพทย์ และมีความหวังว่าจะได้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นมากพอกับความต้องการ ก็จะมีแรงจูงใจสูง แต่ถ้าหากจำนวนเงินค่าตอบแทนไม่มีผลที่จะสร้างแรงจูงใจให้กับแพทย์ทำงานได้ การเพิ่มค่าตอบแทนอาจจะไม่มีผลกับแพทย์เลยก็ได้

แผนภูมิ 2.1 กรอบแนวคิดทางทฤษฎี



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.4 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โดยทั่วไปแล้ว วิธีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ในด้านการรักษาพยาบาลมีอยู่ 3 วิธีใหญ่ ๆ คือ จ่ายตามระยะเวลาการปฏิบัติงานหรือเงินเดือน จ่ายตามจำนวนผู้ที่ขึ้นทะเบียนรักษา (capitation) จ่ายตามบริการที่ให้ (fee for service) ซึ่งอาจแยกย่อยเป็นการจ่ายตามจำนวนผู้ที่มารับการรักษา (fee for case) หรือเป็นการจ่ายตามรายโรคที่ให้บริการ (fee for diagnosis related groups) ตาราง 2.3 เป็นการสรุปวิธีการจ่ายค่าตอบแทนของประเทศต่าง ๆ

ตาราง 2.3 วิธีการจ่ายค่าตอบแทนในประเทศต่าง ๆ

ประเทศ	แพทย์ทั่วไป	แพทย์เฉพาะทาง
ไซปรัส	เงินเดือน	เงินเดือน
อียิปต์	เงินเดือน	เงินเดือน
ฝรั่งเศส	fee-for-service	fee-for-service
เยอรมันนี(สหพันธรัฐ)	fee-for-service	fee-for-service
อังกฤษ	รายหัว(capitation)	เงินเดือน
กรีซ	เงินเดือน	เงินเดือน
อิสราเอล	เงินเดือน	เงินเดือน
อิตาลี	เงินเดือน	รายหัว,fee-for-service
เนเธอร์แลนด์	เงินเดือน,รายป่วย,ffs	รายหัว
โปแลนด์	เงินเดือน	เงินเดือน
สเปน	รายหัว	รายหัว
สวีเดน	เงินเดือน,fee-for-service	fee-for-service
สวิตเซอร์แลนด์	fee-for-service	fee-for-service
ตุรกี	เงินเดือน	เงินเดือน
สหภาพโซเวียต	เงินเดือน	เงินเดือน

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

019261

ซึ่งแต่ละวิธีการก็มีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไป ซึ่งวิธีการหนึ่งอาจจะใช้แล้วเหมาะกับประเทศหนึ่งแต่ไม่เหมาะเลยกับอีกประเทศหนึ่งเลยก็ได้ ซึ่งพอจะสรุปข้อดีข้อเสียของทั้ง 3 วิธี โดยย่อได้ดังนี้

2.4.1 การจ่ายเป็นเงินเดือน (salary)

การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์เป็นเงินเดือนเป็นวิธีที่ใช้กันมาก ทั้งกับแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งระดับของเงินเดือนจะขึ้นกับความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา ข้อดีของวิธีนี้คือ ไม่ส่งผลกระทบต่อวิธีการรักษา ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน นอกจากนั้นยังเป็นวิธีที่บริหารจัดการง่ายสามารถกำหนดวงเงินงบประมาณได้ล่วงหน้า

ส่วนข้อเสียของวิธีนี้ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยอาจจะไม่ได้รับการเหลียวแล เนื่องจากเงินเดือนไม่ได้เกี่ยวข้องกับผลงานที่ทำไป ทำให้แพทย์ดูแลผู้ป่วยไม่เต็มที่ และวิธีการจ่ายไม่แสดงลักษณะการปฏิบัติงานหรือผลงานของแพทย์แต่ละคน

2.4.2 การจ่ายตามจำนวนผู้ที่ขึ้นทะเบียนรักษา (capitation fee)

การจ่ายต่อจำนวนผู้ขึ้นทะเบียน มักใช้กับแพทย์ทั่วไปที่ให้บริการขั้นปฐมภูมิ ข้อดีคือการรักษาไม่ถูกกำหนดโดยจำนวนกิจกรรมการรักษาที่แพทย์จะให้กับผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อเพิ่มรายได้ของแพทย์ นอกจากนั้นยังจูงใจให้แพทย์พยายามลดต้นทุนของการรักษาพยาบาลโดยรวมให้ต่ำที่สุด อย่างไรก็ตามผู้ป่วยยังคงมีอิทธิพลต่อแพทย์หรือสามารถแสดงความไม่พึงพอใจต่อแพทย์ได้ หากให้โอกาสผู้ป่วยเปลี่ยนแพทย์ที่ตนจะขึ้นทะเบียนรักษา

ข้อเสียของวิธีนี้ คือ แพทย์อาจได้รับผลตอบแทนไม่คุ้มค่า เช่น มีผู้ป่วยโรคซับซ้อนหรือผู้สูงอายุอยู่ในการดูแลรักษามาก ซึ่งทำให้แพทย์ส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเป็นการผลักภาระออก หรืออีกทางหนึ่งแพทย์อาจให้บริการแก่ผู้ป่วยน้อยกว่าที่ควรจะเป็น และวิธีการนี้ไม่แสดงลักษณะการปฏิบัติงานหรือผลงานของแพทย์แต่ละคน

2.4.3 การจ่ายตามบริการที่ให้ (fee-for-service)

ข้อดีคือ ผลตอบแทนที่แพทย์ได้รับสัมพันธ์โดยตรงกับบริการที่ให้ มีกลไกปรับตัวสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคที่ซับซ้อนจะได้รับค่าตอบแทนมากกว่าการดูแลผู้ป่วยที่เบากว่า เป็นรูปแบบที่แพทย์ส่วนใหญ่ชอบ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์อยู่ในเกณฑ์ดีเนื่องจากผู้ป่วยมีอิทธิพลทางเศรษฐกิจต่อแพทย์

หากวิธีการจ่ายปรับตามกลุ่มการวินิจฉัยโรค (DRGs) จะเพิ่มแรงจูงใจให้แพทย์ลดต้นทุนของการรักษาพยาบาลในกลุ่มโรคเดียวกัน เช่น ระวังเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นในระบบนี้จึงมีข้อมูลสำหรับแสดงให้เห็นการปฏิบัติงานของแพทย์แต่ละคนเป็นอย่างดี

ข้อเสียสำคัญคือ แพทย์มีแนวโน้มที่จะให้การรักษาเกินจำเป็น ทำให้รายจ่ายรวมทั้งหมดของระบบสาธารณสุขสูงขึ้น อาจเกิดปัญหาการแยกบริการเป็นบริการย่อยๆ เพื่อเรียกเก็บเงินรายได้เพิ่มขึ้น หรือทำให้แพทย์เปลี่ยนไปให้บริการเฉพาะกิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนมากกว่า นอกจากนั้นยังเกิดความไม่เสมอภาคระหว่างแพทย์สาขาที่มีหัตถการมากกว่าได้รับค่าตอบแทนสูงกว่าแพทย์ที่มีหัตถการน้อยกว่า แต่ใช้ความคิดพิเคราะห์รักษาโรค

ข้อเสียอีกประการของการใช้วิธีจ่ายตามกลุ่มการวินิจฉัยโรค คือในรายป่วยที่โรคไม่ชัดเจน แพทย์มีแนวโน้มที่จะให้การวินิจฉัยโรคที่จัดอยู่ในกลุ่มที่มีค่าตอบแทนสูงกว่า (DRG creep) ดังนั้นการจ่ายตามบริการที่ให้จึงไม่สามารถประมาณค่าใช้จ่ายล่วงหน้าได้

ผู้ทำวิจัยเห็นว่า การจ่ายค่าตอบแทนให้แก่แพทย์ภาครัฐบาล ในประเทศไทยขณะนี้ควรจะเป็นในรูปแบบผสมผสานกัน ระหว่างการจ่ายเป็นเงินเดือน ซึ่งกำลังดำเนินการอยู่ในขณะนี้ ร่วมกับการเพิ่มค่าตอบแทนให้เป็นแบบการจ่ายตามบริการที่ให้ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และลดข้อเสียของการจ่ายแต่ละประเภทลงไป กล่าวคือข้อเสียของการจ่ายเป็นเงินเดือนเพียงอย่างเดียวนั้น แพทย์อาจจะไม่สนใจดูแลผู้ป่วยเต็มที่นัก และการทำงานของแพทย์ก็จะไม่แสดงถึงลักษณะการปฏิบัติงาน หรือผลงาน ว่าแพทย์รายใดมีความขยันขันแข็งหรือตั้งใจทำงานเพียงใด ซึ่งก็จะใช้การจ่ายตามบริการที่ให้มาเสริม และการจ่ายตามบริการที่ให้แต่เพียงอย่างเดียวก็อาจจะเกิดข้อเสีย ซึ่งในแบบจำลองที่สร้างขึ้นนี้ ได้หาทางป้องกันโดยการแบ่งงานแต่ละประเภทออกมาอย่างชัดเจน และมีการกำหนดค่ามาตรฐานต่ำสุด Y_0 และค่ามาตรฐานสูงสุด Y_1 ไว้เพื่อลดข้อเสียของการจ่ายประเภทนี้ และค่าตอบแทนของงานแต่ละชิ้นก็มีราคาไม่สูงนัก เนื่องจากปริมาณงานที่แพทย์ในภาครัฐบาลต้องทำในแต่ละเดือนนั้นมากกว่าภาคเอกชนมาก อีกทั้งผลตอบแทนหลักยังคงเป็นการจ่ายเป็นเงินเดือนอยู่ จึงน่าที่จะเกิดความเหมาะสมที่จะทำการจ่ายค่าตอบแทนในลักษณะนี้