

รายงานการศึกษา

เรื่อง

“การทบทวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกา
ในการปฏิรูประบบสุขภาพ”

โดย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สมศักดิ์ ธรรมธิตีวัฒน์

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยจังหวัดเชียงใหม่

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มีนาคม 2543

การศึกษาบทบาทนประสการณของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ

“บทสรุปสำหรับผู้บริหาร”

ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรีที่สูงที่สุดในโลก การใช้กลไกตลาดเป็นเครื่องมือในการจัดระบบสุขภาพ ประกอบกับพื้นฐานด้านความรู้ ความเชื่อ วัฒนธรรมของประชาชนโดยรวม ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสหรัฐอเมริกามีมูลค่าสูงสุดที่สุดในโลก ไม่ว่าจะเป็นตัวเลขมูลค่ารวม สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายได้ประชาชาติ (GDP) และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากร ทั้งนี้ จากรายงานของสำนักงานสำมะโนแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาในปี 1999 พบว่า สหรัฐอเมริกามีรายจ่ายด้านสุขภาพสูงถึง 1.09 ล้านล้านดอลลาร์ คิดเป็นร้อยละ 13.5 ของรายได้ประชาชาติ คิดเป็นมูลค่าต่อหัวประชากรสูงถึง เกือบ 4,000 ดอลลาร์ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสหรัฐอเมริกามีอัตราการเพิ่มขึ้นสูงกว่าการเพิ่มของรายได้ประชาชาติมาโดยตลอด แต่ในด้านกลับนั้น ยังมีประชาชนอีกประมาณร้อยละ 10-15 ของประชากรทั้งประเทศปราศจากการประกันสุขภาพ ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงมากและประชาชนจำนวนไม่น้อยขาดการประกันสุขภาพเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้เกิดความพยายามปฏิรูประบบสุขภาพในระดับชาติในปัจจุบัน โดยมีพื้นฐานทางการเมืองและเศรษฐกิจที่สุกงอมสำหรับการปฏิรูปในระดับนโยบาย ซึ่งเคลื่อนไหวไปท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของระบบที่ปรับตัวย่อย ๆ ภายในอย่างรวดเร็วอยู่แล้ว จากกลไกตลาด

การปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกานั้นในระดับนโยบายนั้นไม่ประสบความสำเร็จ เมื่อพิจารณาจากการนำเสนอกฎหมายต่าง ๆ ทั้งในระดับประเทศและระดับมลรัฐที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ โดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่อย่างเล็กน้อย คือ มีเพียงความพยายามในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ และการขยายฐานความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ จนถึงกรถอนรากถอนโคนระบบเดิม เช่น การทำให้เกิดระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ การมีผู้จ่ายเดียว (Single payer) เป็นต้น ความล้มเหลวของการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบายเกิดจากการถูกต่อต้านโดยกลุ่มผลประโยชน์ เช่น องค์กรวิชาชีพ บริษัทประกันสุขภาพเอกชนและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเกรงว่าจะเสียผลประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง รวมไปถึงการมีแนวคิดที่กระจัดกระจายเกินไป ทำให้แต่ละแนวคิดได้รับการสนับสนุนไม่เพียงพอที่จะผลักดันให้เป็นกฎหมายได้ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงแบบถอนรากถอนโคนยังกระทบต่อความเชื่อพื้นฐานเรื่องเสรีภาพในการเลือกของประชาชน ความไม่นิยมเห็นองค์กรรัฐมีขนาดใหญ่ขึ้นและเข้าไปก้าวก่ายชีวิตส่วนบุคคลของชาวอเมริกัน

แม้ความพยายามปฏิรูประบบสุขภาพในระดับนโยบายจะไม่ประสบความสำเร็จในแง่ที่ไม่สามารถผลักดันให้มีกฎหมายออกมารองรับได้ แต่ได้ส่งผลสะท้อนไป ทำให้ระบบสุขภาพต้องปรับตัวอย่างรุนแรงมากขึ้น จากพื้นฐานของการปรับตัวภายใต้กลไกตลาดซึ่งมีพลวัตรสูงอยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการ ประชาชนผู้รับบริการ และองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ จึงเห็นนวัตกรรมใหม่ ๆ ในระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกาอย่างมากมาย ที่สำคัญ คือ

1. การเกิดระบบการดูแลบริการภายใต้การจัดการ (*Managed care*) และการแข่งขันภายใต้การจัดการ (*Managed Competition*) ซึ่งเป็นความพยายามในการจัดระบบความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และองค์กรประกันสุขภาพให้เป็นระบบที่คอยกระตุ้นอำนาจต่อรองกันในระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องหลักทั้งสาม ทำให้เกิดพัฒนาองค์กรที่ดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นมาก่อนแล้วให้พัฒนาไปสู่รูปแบบที่ต้องการมากขึ้น เช่น การพัฒนา Health Maintenance Organization (HMO) เกิดการพัฒนาระบบเครือข่ายขององค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น มีการพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวขึ้นเพื่อเป็นด่านแรกในการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ *Managed care* มีหลักการดำเนินการที่สำคัญ 4 ประการคือ

ก. มีการคัดเลือกผู้ให้บริการ โดยอาศัยทั้งเหตุผลด้านคุณภาพของการให้บริการ และเงื่อนไขทางการเงิน เช่น การจ่ายค่าตอบแทน ความครอบคลุม ที่ให้ประโยชน์ต่อผู้รับบริการหรือผู้ซื้อประกันสุขภาพ และบุคคลที่ 3 เช่น บริษัทประกันสุขภาพ อย่างเหมาะสม

ข. มีการจัดการเกี่ยวกับการใช้บริการ คือ มีกระบวนการตรวจสอบ กำกับ การใช้และให้บริการของระบบ

ค. การต่อรองด้านการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการ โดยอาศัยการสร้างอำนาจต่อรองในการตลาด อันเกิดจากจำนวนของผู้ซื้อประกันสุขภาพที่รวมกันเป็นจำนวนมาก

ง. มีการจัดการดูแลด้านสุขภาพ โดยวัดจากความพึงพอใจของประชาชน และเริ่มมีการวัดหรือประเมินคุณภาพ โดยอาศัยดัชนีชี้วัดเกี่ยวกับสุขภาพโดยตรง มากขึ้นเรื่อย ๆ

ส่วน *Managed competition* นั้น เป็นการประยุกต์หลักการของการแข่งขันภายใต้กลไกตลาดครอบไปบน *Managed care* โดยอาศัยการรวมกลุ่มของผู้ซื้อประกันสุขภาพที่มีขนาดใหญ่ เช่น นายจ้างในกิจการขนาดใหญ่ กลุ่มพันธมิตรของนายจ้างขนาดใหญ่ กลุ่มพันธมิตรของนายจ้างขนาดกลางและเล็ก องค์กรต่าง ๆ รัฐบาลกลางในฐานะผู้สนับสนุนทางการเงินต่อโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (Medicare) และโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจน (Medicaid) ซึ่งเรียกรวม ๆ ว่า ผู้สนับสนุน (Sponsor) เพื่อสร้างการแข่งขันในลักษณะต่อไปนี้

ก) สร้างระบบการคัดเลือกคู่แข่งกันเพื่อให้บริการสุขภาพ ที่เอื้อให้เกิดประโยชน์แก่องค์กร
กิจการผู้ซื้อประกันสุขภาพ

ข) การสร้างอุปทานต่อการซื้อประกันสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นต่อราคาสูง เพื่อให้บุคคลใน
กิจการ องค์กรเหล่านั้น ใช้วิจารณญาณเลือกซื้อประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ไม่ซื้อประกันสุขภาพที่
มากเกินไปจนเป็นด้านสุขภาพ

ค) มีการจัดการด้านความเสี่ยงทางการเงิน เพื่อให้ระบบอยู่รอดได้ในทางการเงิน

และ ง) เน้นการพัฒนาความสามารถในด้านการจัดการวัดและประเมินคุณภาพของบริการ

2. มีการคิดค้นเครื่องมือทางการเงินใหม่ ๆ ซึ่งเป็นการแสวงหากลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการที่
กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับมากที่สุด เช่น การใช้การวินิจฉัยโรคร่วม
(Diagnosis-related groups—DRGs), การใช้วิธีการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และมีเครื่องมือทางการเงินที่
ทำให้ผู้รับบริการมีวิจารณญาณในการเลือกรับบริการอย่างเหมาะสม เช่น cost-sharing ในลักษณะต่าง ๆ รวม
ถึงการปรับตัวของบริษัทประกันสุขภาพเอกชนเพื่อให้สามารถแข่งขันในตลาดของการประกันสุขภาพ

และ 3. ก่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการข้อมูลข่าวสารเพื่อช่วยในการบริหารจัดการระบบ ช่วยในการตัดสินใจ
เลือกของประชาชนในการประกันสุขภาพ

การปฏิรูปในรูปแบบของสหรัฐอเมริกาซึ่งอาศัยกลไกตลาดนั้น ทำให้เกิดการประสิทธิภาพในการใช้
ทรัพยากรในระบบขึ้น โดยมีหลักฐานว่ารูปแบบของ Managed competition ทำให้อัตราเบี้ยประกันสุขภาพ
อยู่ในระดับคงที่ได้ในหลายปีหลังที่รูปแบบการจัดการแบบ HMO สามารถเข้าไปมีส่วนแบ่งในตลาดประกัน
สุขภาพมากขึ้น ดังนั้น สักคมอเมริกันในภาพรวมได้รับประโยชน์จากการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพนี้
สำหรับการติดตามเพื่อประเมินว่าผลลัพธ์ต่อสถานะสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่นั้น ยังไม่
พบหลักฐานจากการศึกษาวิจัยใด ๆ ว่าสุขภาพของประชาชนเสื่อมทรามลงเมื่อระบบ Managed Care และ
Managed Competition มีบทบาทในระบบสุขภาพอย่างมากเช่นปัจจุบัน ในส่วนความไม่พอใจของประชาชน
ในเรื่องการถูกจำกัดเสรีภาพในการเลือกผู้ให้บริการคงมีอยู่บ้างประปราย

อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนของการปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกาคือ ไม่สามารถเพิ่มความครอบคลุม
ของการประกันสุขภาพไปสู่ประชาชนที่ไม่มีอยู่เดิมได้ ทั้งนี้เป็นเพราะระบบประกันสุขภาพที่มีพื้นฐาน
และผูกพันไปกับการมีงานทำเป็นหลัก ทำให้มีขีดจำกัดการขยายความครอบคลุมไม่สามารถไปถึงประชา
ชนกลุ่มที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพได้ ดังนั้น ปัญหาของการไม่มีประกันสุขภาพ ความไม่เสมอภาค ความ
ไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จะยังคงเป็นปัญหาต่อไปของสหรัฐอเมริกา

การปฏิรูปโดยอาศัยกลไกตลาดของประเทศสหรัฐอเมริกาไม่เคยหยุดนิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ
เกิดขึ้นเสมอ เช่น

- มีความพยายามให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมมากขึ้นจากเดิมที่รัฐมีบทบาทหลักมาโดยตลอด
- การออกกฎหมายรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการต่อรองกับบริษัทประกันสุขภาพและผู้ให้บริการซึ่งผ่านรัฐสภาไปเมื่อเดือนตุลาคม 2542 นี้เอง
- และการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์ในเชิงพันธมิตรสัญญาที่สลับซับซ้อนมากขึ้น

บทเรียนสำหรับประเทศไทย

จากสภาพที่ระบบเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา วัฒนธรรม และระบบสุขภาพของประเทศไทยและสหรัฐอเมริกามีความแตกต่างกันอย่างมาก โดยที่ในประเทศไทย รัฐมีบทบาทในการจัดบริการแก่ประชาชนอย่างสูง และเป็นผู้แบกรับภาระในการจัดหาทรัพยากรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพภาคสาธารณะเกือบทั้งหมด โดยอาศัยงบประมาณของรัฐ ที่ส่วนใหญ่ได้มาจากการจัดเก็บภาษีทั้งทางตรงและทางอ้อม มีการจ่ายร่วมจากเอกชนเป็นส่วนน้อย และมีการบริการสุขภาพในภาคเอกชนที่ครอบคลุมประชากรส่วนน้อย แต่รัฐของสหรัฐอเมริกาจะไม่จําเริญในระดับรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่นในระดับต่าง ๆ มีบทบาทน้อย การจัดบริการสุขภาพอยู่ภายใต้การดูแลของภาคเอกชน และเอกชนมีส่วนร่วมจ่ายโดยตรงเข้าสู่ระบบสูงมาก ถึงแม้จะมีปัญหาร่วมกันคือ ยังมีผู้ที่ไม่มียหลักประกันด้านสุขภาพในทั้งสองประเทศในสัดส่วนสูง ทำให้ประเทศไทยไม่ควรเลียนแบบการปฏิรูประบบสุขภาพที่อาศัยกลไกตลาดเป็นฐาน ซึ่งมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปอย่างมีพลวัตรสูง เช่นที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาได้ แต่ควรวางแผนการปฏิรูประบบสุขภาพโดยรวมทั้งระบบ นำเอาเครื่องมือและกลวิธีใหม่ ๆ ที่พิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพในการสร้างประสิทธิภาพระบบ เช่น การจัดระบบความสัมพันธ์เชิงพันธมิตรสัญญา เครื่องมือทางการเงินที่กระตุ้นให้ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และองค์กรประกันสุขภาพ มีการปรับตัวเพื่อการใช้ทรัพยากรที่สมเหตุสมผลมากขึ้น มาปรับปรุงใช้ในสังคมไทย นอกจากนี้ การเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในฐานะผู้บริโภคของสังคมไทยก็เป็นสิ่งที่ต้องมีขึ้นเพิ่มเติมไปจากปัจจุบันที่รัฐคิดและดำเนินการให้ทั้งหมด ละเลยบทบาทของผู้บริโภคไป ทั้งนี้วัตถุประสงค์อื่น ๆ ของการปฏิรูประบบนอกเหนือจากการเพิ่มประสิทธิภาพระบบ ที่ขาดหายไปจากการปฏิรูปของสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสมอภาค เป็นวัตถุประสงค์สำคัญที่ประเทศไทยจะต้องพยายามทำให้บรรลุ ให้มีสมดุลระหว่างประสิทธิภาพและความเสมอภาค ณ สภาวะที่สังคมไทยในภาพรวมได้รับประโยชน์ในเชิงสวัสดิการสังคมสูงสุด

Executive Summary

“Review of the Experiences of the United States of America in Health System Reform”

The United States of America (USA) is a country that has the highest level capitalist economy development in the world. The use of free market mechanism in dealing with health system, combining with knowledge, belief and cultural background of American people, results in the highest value of health expenditure than any other country. The values of national health expenditure, health expenditure as the percentages of Gross Domestic Product (GDP) and health expenditure per capita are the topmost figures globally. According to the report of the US Census Bureau in 1999, the national health expenditure, the health expenditure as percentages of GDP and the health expenditure per capita were at 1.09×10^{12} US\$, 13.5 and almost 4,000 US\$ respectively. The country health expenditure has increased higher than the growth of GDP in the last few decades. Contrary to those figures, there has been about 10-15 percent of America people without health insurance. The problems of rising of health care cost together with a lot of uninsured people were the important forces behind the attempts to reform the US health care system at the national level recently. The ripeness of the political and economic situation was the favorable condition for the policy reform nationally that moved along with incremental changes in the subsystems due the dynamics of market mechanism.

The US health system reform at the policy level was not successful when considering many unsuccessful legislative attempts both at the federal and state levels. The drafted laws or regulations or initiatives ranged from incremental changes, for example the proposals to try to increase efficiency and expand the insurance coverage, to the radical changes, for instance the proposals to establish the national health system or the single payer initiative, were all failed. The failure of policy changes was due to the oppositions from many interest groups such as the American Medical Associations, the health insurance firms and other parties involved who were afraid of losing their power because of the health system reform. The fragmentation and lack of unity also resulted in dispersed political backups, thus caused the failure of health policy reform. Many people believed that radical changes in health system might interfere with American fundamental belief and value of freedom of choice, small government preference, citizen privacy, and consequently rejected those many proposals.

Even though the endeavor of health policy reform was not accomplished, its debates at the national level brought about the overhaul of the health system. This is due to the fact that the US health care system was very dynamic by virtue of the market mechanism, particularly the health insurance system. Some important innovations in the US health care system as the responses to the health policy reform attempts are as follows:

1. *The instituting of Managed Care and Managed Competition.*

This is the effort to manage the new contractual relationship among health care providers, clients, and health insurance companies. It results in the development of new kinds health care organizations, for example Health Maintenance Organization (HMO). This new organization induces the network formation of concerning parties, supports the family medical practice as a gatekeeper, and has incentive to provide health promotion and disease prevention.

Managed care has 4 important principles as follows:

- a) The selection of providers by considering both quality and economic justification.
- b) The utilization management.
- c) The negotiation on the payment system to providers using the bargaining power.
- d) The quality management.

Managed Competition applies the principles of market competition on top of the managed care concepts. The major player in managed competition system is so-called "Sponsor". The sponsor may be the unification of large-scale health insurance purchasers such as large-scale employers, alliance of large-scale employers, alliance of small- and medium-scale employers, as well as the governments as a purchaser for elderly people in Medicare program and poor people in Medicaid program. The sponsor will establish the competition that has the following characteristics:

- 1) The selection of providers through competitive bidding process.
- 2) The creation of price-elastic health insurance demand.
- 3) The financial risk management.
- 4) The quality management

2. *The innovations in financial instruments to impel the efficiency and quality improvement.*

The innovations are, for instance, the development of Diagnosis-related groups (DRGs), Capitation system, different forms of cost sharing, etc.

3. The rapid development of management information system in the health system.

The US health care reform under the market mechanism resulted in the higher level of efficiency of resources used. The seemingly constant health insurance premium set by health care organizations under the managed competition system was the evidence of increased efficiency. There has been no detrimental health effects to enrollees in managed care health plans observed so far. People may voice their dissatisfaction towards the limitation of choices from time to time.

The weakness of the US health system reform is that it still can not expansion the coverage of health insurance to the needy people. This is because the nature of employer-based health insurance system in the US that limits the health coverage expansion. The problem of numerous uninsured people, thus inequity in access to health, will remain.

Some recent developments in market-based health care reform in the US are as follows:

- The encouragement of the private sector to help the public health in providing health promotion and disease prevention activities.
- The passage of Patient's Right Bill in October 1999.
- More developments of contractual relationship.

Lessons for Thailand

Thailand and USA have divergent economic, political, educational, cultural and health system attributes. In Thailand the government plays major role in providing health care to people and mainly shoulders the financial burden in the public sector through the government budgeting system. The private sector in the USA is, on the opposite, the major health care provider. The roles of federal and state governments are limited to some specific programs, for example, Medicare and Medicaid. Both countries share the same problem of the large number of population having no health coverage, though. Thailand should not follow the market-based health care reform of the USA. The comprehensive plan for health system reform must be implemented instead by using the instruments and mechanism proven effectively to equipped in the reform attempts. The contractual arrangement and appropriate financial instruments should be adapted to fit the Thai situation. The empowerment of people as the health care consumers should be conducted. The equity principle which is the missing part of health system reform in the US

should be emphasized in order to achieve the balance between the efficiency and equity at the level of optimal social welfare for Thai society.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	i
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ii
Executive Summary	vi
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ภาพรวมระบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา	4
- โครงสร้างการจัดองค์กรของระบบสุขภาพ	5
- การผลิตและการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ	9
- แหล่งสนับสนุนทางการเงินเข้าสู่ระบบสุขภาพ	14
- การบริหารจัดการระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา	16
- ระบบบริการสุขภาพ	19
บทที่ 3 ประสพการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา	24
- บทเรียนในประวัติศาสตร์ของการปฏิรูประบบสุขภาพ	24
- เหตุการณ์สำคัญซึ่งนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของ	26
- ลักษณะที่พึงปรารถนาของการปฏิรูประบบสุขภาพใน	28
ประเทศสหรัฐอเมริกา	
- การปฏิรูประบบสุขภาพบนพื้นฐานของกลไกตลาด	29
- Managed Care & Managed Competition	31
- การเปลี่ยนแปลงภายใต้กลไกตลาดอื่น ๆ	38
- ข้อเสนอเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพในระดับชาติ	38
บทที่ 4 บทวิเคราะห์	46
- ความพยายามในการปฏิรูประดับนโยบาย	46
- การเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปภายใต้กลไกตลาด	47
- สิ่งท้าทายของการปฏิรูประบบสุขภาพของ	49
สหรัฐอเมริกา	
- ข้อเสนอแนะต่อการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย	50
อภิธานศัพท์ (Glossary)	55
บรรณานุกรม	57

บทที่ 1

บทนำ

การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นกระแสการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ในทุกระดับการพัฒนาและทุกฐานะทางเศรษฐกิจสังคมทั่วโลก คำว่า “ปฏิรูป” มีความหมายใน การกระทำการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีเป้าหมาย โดยมีรากฐานจากสิ่งที่มีอยู่แล้วเดิม (Berman, 1995) ประเทศจำนวนมากเลือกที่จะทำการปฏิรูปแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่บางประเทศใช้การเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายอย่างซูดรากถอนโค่นระบบสุขภาพเดิม ซึ่งได้รับผลสัมฤทธิ์ในระดับที่ต่างกันไป

ความเคลื่อนไหวที่นำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นผลมาจากความจริงที่ว่า ความก้าวหน้าในความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถแก้ไขปัญหสุขภาพบางประการไปได้ เช่น โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน อย่างไรก็ตาม ความคาดหวังของประชาชนที่มีสูงขึ้นตลอดเวลา ไม่ได้รับการตอบสนอง เนื่องจากค่าใช้จ่ายในทางการแพทย์สูงขึ้นเรื่อย ๆ ทั่วโลก ทำให้ต้องเบียดบังทรัพยากรจากภาคอื่น ๆ ของสังคม ในที่สุด สังคมไม่สามารถสนองความต้องการของประชาชนได้ แม้กระทั่งความจำเป็นด้านสุขภาพพื้นฐานของประชาชนบางกลุ่ม ประเด็นอื่น ๆ ทางการเมือง และสังคม เช่น การปกป้อง แย่งชิงผลประโยชน์ในระบบสุขภาพ แนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรม ความเสมอภาคในทางสุขภาพ ฯลฯ ทำให้ปัญหาภายในระบบสุขภาพสูงขึ้นทุกขณะ และนำไปสู่ความพยายามเปลี่ยนแปลงระบบ

การปฏิรูประบบสุขภาพนั้นไม่ใช่เรื่องใหม่ ในช่วงประมาณสองทศวรรษที่ผ่านมา ได้เกิดการคิดค้นและยอมรับยุทธศาสตร์การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพซึ่งถือได้ว่าเป็นการปฏิรูปเกิดขึ้นหลายครั้งด้วยกัน การสาธารณสุขมูลฐานซึ่งเชื่อว่าจะเป็นยุทธศาสตร์ในการนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพดีทั่วหน้าในปี ค.ศ.2000 เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงทั่วโลก ยุทธศาสตร์ของการทำให้มารดาและบุตรปลอดภัย แนวคิดใหม่ ๆ ของการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ การกระจายอำนาจในระบบสุขภาพ กระแสของ privatization แนวคิดของการประยุกต์ใช้ภาระ โรค (burden of disease) และการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล ที่เสนอไว้ในรายงานการพัฒนาโลกของธนาคารโลกในปี 1993 (World Development Report, 1993) ซึ่งว่าด้วยการลงทุนในสุขภาพ (Investing in Health) เป็นภาพโดยคร่าว ๆ ของกระแสการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพในโลก (Berman and Hammer, 1995)

วัตถุประสงค์ของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศต่าง ๆ อาจจะมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันไป แต่โดยรวมแล้วสามารถสรุปได้สั้น 3 ประการด้วยกัน คือเพื่อ

1. ยกระดับสถานะสุขภาพของประชาชน
2. เสริมสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ และลดความยากจน
3. ยกระดับสวัสดิการของบุคคล

สำหรับแนวคิดและเครื่องมือในการนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้น มีหลากหลายตั้งแต่การปฏิรูปการเงินการคลัง การปฏิรูปการจัดองค์กรในระบบสุขภาพ เช่น ปรับเปลี่ยนบทบาทของภาครัฐและเอกชน ปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ของผู้ให้-ผู้รับบริการ และผู้แบกรับภาระทางการเงิน และแนวทางนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงมีตั้งแต่อาศัยกลไกตลาด การแทรกแซงจากภาครัฐ การออกกฎหมายบังคับ การเคลื่อนไหวประชาม ซึ่งแต่ละประเทศจะมีแนวทางที่แตกต่างกันตามแต่รากฐานของระบบสังคม เศรษฐกิจ การเมือง

สหรัฐอเมริกา เป็นประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมที่มีการพัฒนาไปสูงที่สุดในโลก เป็นระบบที่เกิดทุนกลไกตลาดเสรีและอธิปไตยของผู้บริโภค มีระบบความเชื่อในสังคมที่ยึดมั่นในสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล ต้องการให้รัฐมีบทบาทในการแทรกแซงสังคมและบุคคลให้น้อยที่สุด การศึกษาโดยเฉลี่ยของประชาชนอยู่ในระดับสูง มีความก้าวหน้าด้านการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์สูงที่สุดในโลก ในส่วนของระบบสุขภาพนั้น สหรัฐอเมริกามีการใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นสัดส่วนต่อรายได้ประชาชาติ (Gross domestic product-GDP) สูงที่สุดในโลก ค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงที่สุดในโลก แม้ว่าประชาชนอเมริกันจะมีรายได้ต่อหัวและกำลังซื้อสูงในระดับต้น ๆ ของโลก แต่มีปัญหาของระบบสุขภาพเกิดขึ้น เช่น ประชาชนกลุ่มน้อยบางกลุ่ม (คนยากจน, ผู้ที่มีการศึกษาดำ, กลุ่มชนส่วนน้อย) เข้าถึงบริการได้น้อยกว่าระดับที่จำเป็น ประชาชนส่วนหนึ่งที่แม้มีรายได้ดี ก็อาจจะล้มละลายทางการเงินได้หากเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง เป็นผลมาจากการมีการประกันสุขภาพไม่เพียงพอในกรณีของโรคที่ต้องใช้การรักษาสูง

จากเหตุการณ์ข้างต้น นำไปสู่ความพยายามในการปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา ในคริสต์ศตวรรษที่ 20 นี้มีเหตุการณ์สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความพยายามในการปฏิรูประบบอย่างใหญ่หลวงหลายครั้งโดยภาครัฐ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วประสบความล้มเหลว เนื่องจากไม่ได้รับแรงสนับสนุนเพียงพอในทางการเมือง อย่างไรก็ตาม องค์กรในระบบสุขภาพล้วนได้รับผลสะท้อนจากความพยายามข้างต้น จนต้องปรับตัวให้ตอบสนองกับกระแสสังคมในแต่ละช่วงขณะ ซึ่งกล่าวได้ว่าสิ่งเหล่านี้ก็เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพในแบบของสหรัฐอเมริกาเอง การเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่โกลาหล (chaotic) เนื่องจากอาศัยกลไกตลาดเป็นพื้นฐาน จึงเห็นพลวัตรของการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วในส่วนย่อย ๆ ของระบบ มีนวัตกรรมใหม่ ๆ ทางการเงิน การจัดองค์กร เกิดขึ้น ซึ่งต่อมาได้มีการนำไปประยุกต์ใช้ทั่วโลก เช่น ระบบการวินิจฉัยโรค (Diagnosis-related group—DRG) การจัดองค์กรแบบ Health maintenance organization—HMO การดูแลสุขภาพภายใต้การจัดการ (Managed care) การแข่งขันภายใต้การจัดการ (Managed competition) และเครื่องมือใหม่ ๆ ทางการเงิน เช่น Medical saving account—MSA เป็นตัวอย่างของผลพวงจากการปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

แม้ว่าการปฏิรูประบบสุขภาพแบบสหรัฐอเมริกาจะมีลักษณะเฉพาะตัวที่แตกต่างไปจากสิ่งที่เกิดขึ้นในประเทศอื่นทั่วโลก ทั้งนี้เพราะมีรากฐานทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่เฉพาะ ทำให้การเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิรูปจากสหรัฐอเมริกาเพื่อนำมาเป็นแนวทางสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยโดยตรงทำได้ยาก ภายใต้แนวโน้มการปฏิรูปของไทย ซึ่งภาครัฐเป็นกำลังผลักดันที่สำคัญผ่านกลไกของระบบการบริหาร การงบประมาณของประเทศ แต่สิ่งที่จะได้ชัดเจนน่าจะเป็นเครื่องมือใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในบริบทของสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีศักยภาพที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในสังคมไทยได้ และเครื่องมือหลายชนิดได้ถูกนำมาใช้แล้ว เช่น DRG รูปแบบการจัดความสัมพันธ์แบบ HMO เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อทบทวนประสบการณ์ของการปฏิรูประบบสุขภาพในรูปแบบของประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อเก็บเกี่ยวเอาบทเรียนมาเป็นปัจจัยนำเข้าของแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพของซึ่งกำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน โดยจะถูกนำไปเปรียบเทียบกับการศึกษาประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศอื่นๆภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

วิธีการศึกษา 1) ทบทวนจากเอกสารสิ่งพิมพ์ งานวิจัย ข้อมูลสาธารณสุข จากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ หนังสือ ตำรา วารสารวิชาการ วารสารทั่วไป หนังสือพิมพ์ และสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์

2) การติดต่อกับ Key informants โดยผ่านเครือข่ายนักวิชาการเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ของ University of California at Berkeley.

ข้อจำกัดของการศึกษา เนื่องจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยอเมริกามีจำนวนมาก และโดยส่วนใหญ่แล้วเป็นเอกสารที่มีทั้งข้อเท็จจริงรวมไปกับการคิดเห็นส่วนบุคคลหรือเป็นความเห็นในลักษณะตัวแทนของกลุ่มผลประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นทางการเมือง ทางการเงิน อีกทั้งความหลากหลายของระบบสุขภาพในรัฐต่าง ๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้ยากที่จะสรุปได้ถึงภาพรวมของระบบสุขภาพของทั้งประเทศ ที่จะต้องระลึกไว้เสมอคือ การปฏิรูประบบสุขภาพโดยอาศัยพื้นฐานของกลไกตลาดของสหรัฐอเมริกา ทำให้การเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบย่อยของระบบสุขภาพไม่เคยหยุดนิ่ง แตกต่างไปจากการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศที่มีระบบสุขภาพแห่งชาติ หรือระบบที่รัฐมีบทบาทในระดับอย่างสูง ซึ่งจะเห็นการเปลี่ยนแปลงใหญ่ ๆ เป็นช่วง ๆ ซึ่งผู้เขียนได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มใหม่ ๆ ของระบบสุขภาพของประเทศไทยอเมริกาในตอนท้ายของเอกสารนี้

บทที่ 2

ภาพรวมระบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา

บทนี้จะให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกามีลักษณะที่สำคัญจำเพาะหลายประการ (Roemer, 1991) เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการทำความเข้าใจการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศนี้ในบทต่อ ๆ ไปพอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศอุตสาหกรรมที่มีความมั่งคั่งสูง มีทรัพยากรมากมาย ใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงที่สุดในโลก
 2. ในฐานะที่เป็นประเทศในระบบสหพันธรัฐ (federated nation) สหรัฐอเมริกามีระบบสุขภาพที่มีการกระจายอำนาจสูงมากทั้งในด้านการบริหารและบริการ โดยผ่านรัฐ เมือง และชุมชน
 3. ในฐานะที่เป็นประเทศที่มีกลไกตลาดเป็นระบบทุนนิยมเสรี (laissez-faire) ที่พัฒนาสูงที่สุดในโลก แนวคิดทุนนิยมเสรีจึงแทรกเข้าไปอยู่ในทุกส่วนของระบบสุขภาพ
- ลักษณะทั้ง 3 ประการปรากฏอยู่ในทุกองค์ประกอบย่อยของระบบสุขภาพ ซึ่งแบ่งได้เป็น 5 ส่วน คือ
- ก. การจัดองค์กรในระบบสุขภาพ
 - ข. การผลิตและใช้ทรัพยากร
 - ค. กลไกการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ
 - ง. วิธีการบริหารจัดการ
 - จ. การจัดบริการสุขภาพ

ลักษณะข้างต้นเป็นการพิจารณาในเชิงสัมพัทธ์เทียบกับประเทศอื่น ๆ ในโลก โดยเฉพาะประเทศอุตสาหกรรมที่มีความมั่งคั่งไม่แพ้กัน เป็นระบบสหพันธรัฐและมีระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรีเช่นกัน โดยสหรัฐอเมริกามีลักษณะทั้ง 3 ประการที่เด่นชัด มีพหุลักษณะ (pluralistic) และมีความซับซ้อนมากที่สุดประเทศหนึ่งในโลก

รากฐานของระบบการเมืองแบบสหพันธรัฐนั้น สามารถย้อนหลังไปได้ถึงสงครามปฏิวัติเพื่อปลดแอกจากการปกครองสมบูรณาญาสิทธิราชย์ของอังกฤษ และความมุ่งมั่นที่จะหลีกเลี่ยงจากระบบการเมืองที่มีรัฐบาลกลางซึ่งใหญ่โตและมีอำนาจสูง แม้กระทั่งในรัฐบาลกลางเอง ยังมีการถ่วงดุลกันระหว่างองค์กรต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ด้านบริหาร นิติบัญญัติ และยุติธรรม

ระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมเสรีถือกำเนิดในทวีปยุโรปเมื่อต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 พร้อม ๆ กับการเติบโตของประเทศสหรัฐอเมริกา สหรัฐอเมริกาจึงนำเอาแนวคิดและกลไกของระบบเศรษฐกิจดังกล่าวที่มีพลวัตสูงที่สุดเป็นรากฐานของระบบเศรษฐกิจกระทั่งปัจจุบัน

แม้ว่าระบบสุขภาพจะตกอยู่ภายใต้กลไกของตลาดเสรีเช่นเดียวกับระบบย่อยอื่น ๆ ของเศรษฐกิจ รัฐและผู้นำทางความคิด ผู้นำทางวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้แทรกแซงการดำเนินงานของระบบสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อประชาชนมีความคาดหวังเกี่ยวกับการหายจากโรคและการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้นแล้ว จึงเกิดมีนวัตกรรมต่าง ๆ ในองค์ประกอบย่อยของระบบสุขภาพทั้ง 5 ส่วน มีกิจกรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณและคุณภาพของทรัพยากรด้านสุขภาพ, เพื่อวางแผนและปรับปรุงระบบการบริหารจัดการ, เพื่อปรับเปลี่ยนโครงสร้างของระบบ, เพื่อสร้างความเข้มแข็งของกลไกสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ, และเพื่อปรับปรุงการบริการสุขภาพ

ในปีค.ศ. 1998 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีจำนวนประชากรประมาณ 270 ล้านคน มีรายได้ประชาชาติต่อหัว (gross domestic product [GDP] per capita) ประมาณ 30,000 ดอลลาร์ ที่น่าสนใจคือ มีรายจ่ายด้านสุขภาพสูงที่สุดในโลก กล่าวคือ มีรายจ่ายด้านสุขภาพในปี 1997 สูงถึงกว่า 1.09 ล้านล้านดอลลาร์ เป็นร้อยละ 13.5 ของ GDP คิดเป็นรายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวสูงถึงเกือบ 4,000 ดอลลาร์ มูลค่าของรายจ่ายด้านสุขภาพทั้ง 3 จำนวนเป็นตัวเลขที่สูงที่สุดในโลก นอกจากนี้ สหรัฐอเมริกามีการกระจายรายได้ของประชาชนที่เหลื่อมล้ำมากขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา และในปี 2541 พบว่า ประชากรที่มีรายได้สูงสุดร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดมีสัดส่วนของรายได้ถึงร้อยละ 49.2 ในขณะที่ประชากรกลุ่มที่มีรายได้ต่ำสุดร้อยละ 20 มีสัดส่วนของรายได้เพียงร้อยละ 3.6 การกระจายรายได้อย่างไม่เสมอภาคนี้มีผลอย่างมากต่อระบบสุขภาพของประเทศซึ่งจะได้กล่าวต่อไป (US Census Bureau, 1999)

ก. โครงสร้างการจัดองค์กรของระบบสุขภาพ

มีกลุ่มองค์กรที่ดูแลระบบสุขภาพของประเทศไทยที่แบ่งได้เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ 5 กลุ่ม คือ

1. องค์กรของรัฐที่เป็นหลักในการดำเนินการด้านสุขภาพ
2. องค์กรของรัฐอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการด้านสุขภาพ
3. องค์กรอาสาสมัคร
4. องค์กรเศรษฐกิจที่มีการดำเนินการด้านสุขภาพ
5. ตลาดบริการสุขภาพภาคเอกชน

ซึ่งจะได้กล่าวถึงโดยสังเขปดังต่อไปนี้

องค์กรของรัฐที่เป็นหลักในการดำเนินการด้านสุขภาพ

องค์กรของรัฐบาลกลางที่มีการดำเนินการด้านสุขภาพซึ่งมีฐานะเท่ากับกระทรวงสาธารณสุขในประเทศอื่น ๆ ทั่วโลกนั้น เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรที่ดูแลการสาธารณสุขและบริการสังคม (Department of

Health and Human Services) ซึ่งดูแลกิจกรรมของรัฐที่เกี่ยวกับการประกันสังคมและสวัสดิการสังคมในระดับประเทศ รวมถึงด้านสุขภาพ ภายในองค์กรนี้ มีหน่วยงานย่อยภายในที่ดูแลกิจกรรมของรัฐบาลกลางที่เกี่ยวกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ, บริการด้านสุขภาพ, การวิจัยทางสุขภาพ, การเงินการคลังด้านสุขภาพ, การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา, การวางแผน, และการควบคุมกำกับกิจกรรมที่เป็นบทบาทของรัฐบาลกลางในระบบสุขภาพของประเทศ

องค์กรในรัฐบาลกลางนี้รับผิดชอบในการจัดสรรทรัพยากรทางการเงินและการกระจายอำนาจไปยังหน่วยงานภาครัฐและเอกชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ รัฐธรรมนูญของสหรัฐอเมริกาให้อำนาจแต่ละรัฐมีอิสระในการดูแลรับผิดชอบกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ รวมทั้งด้านสุขภาพ มีกิจกรรมด้านสุขภาพเพียงไม่กี่ชนิดเท่านั้นที่จัดโดยองค์กรนี้โดยตรง เช่น การตรวจสุขภาพผู้อพยพเข้าเมือง การควบคุมกำกับด้านการค้าเวชภัณฑ์ การสอบสวนโรค การรวบรวมสถิติสาธารณสุขระดับชาติ ส่วนใหญ่แล้วกิจกรรมจะกระทำผ่านองค์กรระดับรัฐ ภายใต้การสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาลกลางในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การควบคุมโรคติดต่อ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การป้องกันโรค อนามัยแม่และเด็ก การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ การก่อสร้างสถานบริการสุขภาพ การดูแลสุขภาพของคนจน การวิจัยบริการสุขภาพ เป็นต้น

ในระดับมลรัฐ (state) จะมีองค์กรที่ดูแลด้านสุขภาพในลักษณะที่คล้ายคลึงกันทุกรัฐ ซึ่งบางครั้งองค์กรนี้จะดูแลกิจกรรมด้านสวัสดิการสังคมอื่น ๆ ด้วย อย่างไรก็ตาม การจัดโครงสร้างองค์กรและอำนาจหน้าที่จะแปรผันไปอย่างมาก ซึ่งองค์กรนี้ในแต่ละรัฐจะมีอิสระในการดำเนินการด้านสุขภาพภายใต้การดูแลของผู้ว่าการรัฐ อย่างไรก็ตาม หากองค์กรระดับรัฐจะรับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง จะต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์หรือมาตรฐานที่รัฐบาลกลางกำหนดไว้

ในระดับของท้องถิ่น คือ County และ City (เมือง) ก็มีองค์กรด้านสุขภาพซึ่งมีอิสระอย่างสูงในการดำเนินการ โดยได้รับการมอบอำนาจจากรัฐ และมีอำนาจหน้าที่เพิ่มเติมในเรื่องส่วนใหญ่ด้านสุขภาพ ภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมายท้องถิ่นและทรัพยากรที่มีอยู่

องค์กรของรัฐด้านสุขภาพอื่น ๆ

โครงสร้างของรัฐบาลมลรัฐส่วนใหญ่จะถูกกำหนดโดยพัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของแต่ละรัฐ องค์กรด้านสาธารณสุขเติบโตขึ้นมาจากความต้องการในการป้องกันประชาชนไม่ให้ได้รับอันตรายจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมและโรคติดเชื้อ ซึ่งเป็นอันตรายต่อประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ ความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการประกันสังคม (social insurance) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันความสูญเสียทางเศรษฐกิจแก่ลูกจ้าง คนงานที่มีรายได้ต่ำ ไม่ให้อยู่ในสถานะล้มละลายเนื่องจากการเจ็บป่วย ก็เป็นอีกกระแสสังคมหนึ่งที่มีอยู่ทุกรัฐ ดังนั้น แทบทุกมลรัฐจะมีหน่วยงานที่ดูแลการประกันสังคมแยกออกไปจากด้านสาธารณสุข

โครงการที่เกี่ยวกับการประกันสังคมแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาที่สนับสนุนทรัพยากรทางการเงินเข้าสู่การบริการสุขภาพ ซึ่งบังคับใช้เป็นกฎหมายตั้งแต่ปี ค.ศ.1965 คือ โครงการ Medicare ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และต่อมา มีโครงการ Medicaid ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพในลักษณะสวัสดิการสังคมให้แก่คนยากจน ทั้ง 2 โครงการนี้อยู่ภายใต้การดูแลขององค์การบริหารการเงินการคลังด้านบริการสุขภาพ (Health Care Financing Administration—HCFA)

องค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับกิจกรรมด้านสุขภาพ เช่น องค์การบริหารอาชีวอนามัยและนิรภัย (Occupational Safety and Health Administration) ซึ่งอยู่ในสังกัดกระทรวงแรงงานของรัฐบาลกลาง รับผิดชอบการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของคนงาน หน่วยงานที่สำคัญอีกหนึ่งแห่ง คือ องค์การทหารผ่านศึก (Veterans Administration) เป็นองค์การบริหารอิสระภายใต้รัฐบาลกลางที่ดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทหารผ่านศึก ในส่วนที่เกี่ยวกับสุขภาพนั้น ที่สำคัญเป็นองค์การบริหารโรงพยาบาลของรัฐที่มีเครือข่ายใหญ่ที่สุดของประเทศ คือ โรงพยาบาลทหารผ่านศึกที่มีอยู่กระจายทั่วประเทศ

ในระดับรัฐบาลมลรัฐและท้องถิ่น มีองค์กร หน่วยงานย่อย ๆ มากมายที่รับผิดชอบดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งมีความผันแปรสูงมากในระหว่างรัฐและท้องถิ่น โครงการของรัฐบาลกลาง เช่น Medicare และ Medicaid ในแต่ละรัฐก็มีการดำเนินการที่แตกต่างกันมาก

องค์กรอาสาสมัคร

ดังที่กล่าวไปแล้วว่าระบบสุขภาพของประเทศซึ่งมีพหุลักษณะสูง ภายใต้ความเชื่อแบบทุนนิยมเสรี องค์กรส่วนใหญ่ดำเนินการแบบระบบธุรกิจ มีองค์กรอาสาสมัครด้านสาธารณสุขจำนวนมาก มีองค์กรที่ดำเนินการแสวงหาทุนเพื่อการรณรงค์ดำเนินการกิจกรรมด้านสุขภาพต่าง ๆ ตั้งแต่ การต่อต้านโรคใด ๆ ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ขององค์กรอาสาสมัคร เช่น โรคเมร็ง, วัณโรค, โรคเอดส์, โรคจิต ฯลฯ หรือดำเนินการกิจกรรมด้านสุขภาพอื่น ๆ เช่น การให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ ฯลฯ หรือ การจัดกิจกรรมด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เช่น ในเด็ก, ผู้สูงอายุ, ชนกลุ่มน้อยต่าง ๆ ฯลฯ ซึ่งมีทั้งที่ดำเนินการในระดับประเทศ จนถึงในระดับท้องถิ่น หรือแม้ในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะองค์กรการกุศลทั้งหลาย และองค์กรทางศาสนา

นอกจากนี้ สมาคมวิชาชีพของบุคลากรด้านสุขภาพ ต่าง ๆ เช่น American Medical Association—AMA ซึ่งเป็นองค์กรของแพทย์ที่ไม่อยู่ในภาครัฐ สามารถจัดเป็นองค์กรอาสาสมัครด้านสุขภาพได้เช่นกัน มีบทบาทสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา องค์กรนี้มีรายได้จากค่าสมาชิก แทนที่จะมาจากการรับบริจาคเหมือนกับองค์กรอาสาสมัครที่กล่าวไว้ข้างต้น กิจกรรมของ AMA นั้นส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การพิทักษ์ผลประโยชน์ ยกระดับสถานะของสมาชิกองค์กร เช่น การจัดการศึกษาแพทยศาสตร์ ต่อเนื่องให้กับแพทย์ และกิจกรรมที่ยกระดับฐานะของวิชาชีพ ในประวัติศาสตร์ของสหรัฐอเมริกา องค์กร

ลักษณะนี้มีบทบาทสำคัญในการผลักดันหรือต่อต้านกฎหมายที่จะมีผลคุกคามต่อวิชาชีพโดยรวม เช่น ความเป็นอิสระของวิชาชีพ หรือผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็น แพทยสมาคม—AMA, ทันตแพทย์สมาคม—American Dental Association ซึ่งปกป้องดูแลผลประโยชน์ของทันตแพทย์, หรือ เกษษกรสมาคม—American Pharmaceutical Association ซึ่งปกป้องดูแลผลประโยชน์ของเภสัชกร รวมไปถึงบริษัทยาทั้งหลาย

องค์กรเศรษฐกิจที่มีการดำเนินการด้านสุขภาพ

ในประเทศสหรัฐอเมริกา บริษัท โรงงาน ที่มีการจัดบริการสุขภาพภายในแก่คนงานมีจำนวนไม่มากนัก คือ จะมีเฉพาะโรงงานที่มีจำนวนคนงานตั้งแต่ 500 คนขึ้นไป ในอุตสาหกรรมบริการ (services industry) มักมีแค่บริการปฐมพยาบาล โดยทำโดยพยาบาล หรือมีแค่ยาและเวชภัณฑ์สำหรับปฐมพยาบาล โรงงานขนาดใหญ่มักจะตรวจสอบสุขภาพก่อนเข้าทำงานและตรวจสอบสุขภาพเป็นระยะ ๆ เมื่อเข้าทำงานแล้ว การตรวจรักษาโรคที่เกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน การให้สุขศึกษาหรือส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทำโดยแพทย์, พยาบาล หรือนุเคราะห์อื่น ๆ

โรงงานขนาดใหญ่ หรือโรงงานที่มีความเสี่ยงของการเกิดปัญหาสุขภาพจากการทำงานสูง เช่น เหมืองแร่ โรงเลื่อย จะต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปกป้องสุขภาพของคนงาน อย่างไรก็ตาม พบว่าการบังคับใช้กฎหมายเหล่านี้เป็นไปอย่างไม่เข้มแข็ง

ตลาดบริการสุขภาพภาคเอกชน

แม้ว่าภาคเอกชนจะได้รับการกล่าวถึงท้ายสุด แต่สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งชมชอบในกลไกตลาดเสรีอย่างสูงที่สุดในโลก ภาคเอกชนเป็นภาคที่สำคัญที่สุด

ตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา ผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ของสหรัฐอเมริกาอยู่ในภาคเอกชน แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ไปอย่างมากมา ภายใต้พลวัตรของกลไกตลาดเอง หรือภายใต้การผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพทางการเมืองและสังคมอื่น ๆ ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป พบว่า ภาคเอกชนเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน บริการทันตกรรม บริการเภสัชกรรม เวชกรรมฟื้นฟู ฯลฯ เป็นส่วนใหญ่ บริการป้องกันโรคส่วนบุคคล เช่น การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค มักจะได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากรัฐ โดยที่ภาคเอกชนมีสัดส่วนในการจัดบริการด้านนี้พอสมควร ที่น่าสังเกตคือ ผู้ให้บริการในภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญในบริการสุขภาพที่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินแบบรวมหมู่ (collective financing) คือ การประกันสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นในภาครัฐหรือเอกชน หรือ

แม้แต่โครงการที่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากงบประมาณรัฐซึ่งมาจากการเก็บภาษีอากร เช่น Medicaid

ในทศวรรษที่ผ่านมา แพทย์ในภาคเอกชนมีแนวโน้มที่จะรวมกลุ่มกันในรูปแบบต่าง ๆ ภายใต้การเปลี่ยนแปลงลักษณะความสัมพันธ์ของการจัดบริการในรูปลักษณะใหม่ เป็นผลมาจากเงื่อนไขทางเทคนิคทางเศรษฐกิจ และทางวิชาชีพ ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไป ทำให้จำนวนแพทย์ที่ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอิสระ (solo practitioner) มีน้อยลง ๆ เรื่อย ๆ

ในอีกด้านหนึ่ง สถานบริการสุขภาพภาครัฐหรือที่ไม่แสวงหากำไร เป็นกลุ่มหลักในการให้บริการผู้ป่วยใน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลัน ซึ่งรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้น ๆ อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยในส่วนใหญ่ ทั้งในด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ยังดำเนินไปในโรงพยาบาลและโดยผู้ให้บริการภาคเอกชน

ข. การผลิตและใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ

ระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกามีอุปทานของทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างเหลือเฟือในทุกด้าน คือ สถานบริการสุขภาพ ทรัพยากรบุคคล รวมถึงบริการอื่น ๆ เช่น ด้านเภสัชกรรม หรือ การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

สถานบริการสุขภาพ

ภายใต้ระบบสุขภาพเชิงธุรกิจเช่นสหรัฐอเมริกา พบว่า ในปี 1997 ทั่วประเทศมีจำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยในโดยเฉลี่ยประมาณ 3.8 เตียงต่อประชากร 1,000 คน ร้อยละ 88 ของจำนวนเตียงทั้งหมดอยู่ในโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรและโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐซึ่งรับผู้ป่วยในระยะสั้น ๆ (Kramarow, 1999) ซึ่งจะแตกต่างกับประเทศที่มีระบบสุขภาพภายใต้แนวคิดรัฐสวัสดิการ เช่น ประเทศในยุโรปตะวันตก ซึ่งมีจำนวนเตียงต่อประชากรในสัดส่วนมากกว่านี้

จำนวนเตียงสำหรับผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ จาก 1.465 ล้านเตียงในปี 1975 เหลือเพียง 1.035 ล้านเตียงในปี 1997 อัตราการครองเตียงก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกันคือเหลือเพียงร้อยละ 65 ในปี 1997 จากที่เป็นร้อยละ 77 ในปี 1975

ประเด็นที่จะเน้นในที่นี้คือ สภาพความเป็นเจ้าของหรือการสนับสนุนโรงพยาบาล ซึ่งสะท้อนลักษณะของการจัดองค์กรที่สำคัญมาก ในบรรดาโรงพยาบาลทั่วประเทศกว่า 6,000 แห่งนั้น โดยทั่วไป โรงพยาบาลของรัฐจะให้บริการแก่ผู้ป่วยยากจนตามแต่ความจำเป็นของผู้ป่วย โดยมักจะไม่ได้เก็บค่าบริการ ในขณะที่ โรงพยาบาลเอกชนจะเรียกเก็บค่าบริการ ในปี 1997 มีเพียงร้อยละ 30 ของจำนวนเตียงในโรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นของรัฐ ทั้งนี้ยกเว้น เตียงในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ภายใต้การดูแลของรัฐ

ในขณะที่ส่วนใหญ่ของเตียงทั้งหมด คือ ร้อยละ 70 อยู่ในภาคเอกชน ซึ่งแยกเป็นร้อยละ 57 อยู่ภายใต้โรงพยาบาลที่ดำเนินงานแบบไม่แสวงหากำไร โดยองค์กรศาสนาหรือองค์กรการกุศลต่าง ๆ อีกร้อยละ 13 เป็นโรงพยาบาลที่แสวงหากำไร อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา สัดส่วนของโรงพยาบาลเอกชนที่แสวงหากำไรมีสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากเพียงร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 13 ในปี 1997 กระแสของการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบธุรกิจที่แสวงหากำไรก่อให้เกิดความวิตกกังวล และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ตามมา

แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปมักเป็นที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยยากจน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แผนกฉุกเฉิน ซึ่งแตกต่างจากประเทศส่วนใหญ่ทั่วโลก ผู้ป่วยที่รับบริการแบบไป-กลับ (ambulatory care) เกือบทั้งหมดจะไปใช้บริการกับศูนย์การแพทย์หรือคลินิก ส่วนผู้ป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่ต้องการการดูแลรักษาในระยะยาว ซึ่งมักจะเป็นผู้สูงอายุ จะไปใช้บริการในสถานบริบาลพยาบาล (nursing home)

ตั้งแต่ทศวรรษ 1930 จำนวนสถานบริบาลพยาบาลที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะยาว ผู้ป่วยเรื้อรัง มีการขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็วในสหรัฐอเมริกา จนในปี ค.ศ.1997 มีจำนวนถึงกว่า 16,000 แห่ง จำนวนเตียงรวมทั้งหมดกว่า 1.7 ล้านเตียง ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าจำนวนเตียงในโรงพยาบาลเสียอีก จำนวนเตียงเฉลี่ยในสถานบริบาลแต่ละแห่งประมาณ 100 เตียง มีอัตราการครองเตียงสูงถึงกว่าร้อยละ 80 เมื่อคิดสัดส่วนต่อประชากรสูงอายุ ที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบว่า มีจำนวนเตียงเป็นอัตราสูงถึงกว่า 85 เตียงต่อประชากรสูงอายุ 1,000 คน

สถานบริบาลพยาบาลส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 81 อยู่ในภาคเอกชน และดำเนินการเพื่อหาผลกำไร มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่มีรัฐบาลเป็นเจ้าของ และเพียงร้อยละ 15 ที่มีองค์กรศาสนาและองค์กรการกุศลเป็นเจ้าของ แม้ว่าส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยเอกชนเพื่อแสวงหากำไร แหล่งของการเงินสนับสนุนบริการด้านนี้ส่วนใหญ่กลับมาจากภาคสาธารณะ ถึงประมาณร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายด้านนี้ทั้งหมด และเป็นที่คาดการณ์ว่าสัดส่วนของประชากรสูงอายุในสหรัฐอเมริกามีสูงขึ้นเรื่อย ๆ ใน 4-5 ทศวรรษข้างหน้า ความต้องการและจำนวนของสถานบริบาลพยาบาลจะมีสูงขึ้นเรื่อย ๆ ปัญหาที่สำคัญของบริการนี้ก็คือ ความไม่เชื่อมั่นในคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยสถานบริบาลภาคเอกชน ทำให้มีแรงผลักดันจากสาธารณชนให้เพิ่มการสนับสนุนทางการเงินภาคสาธารณะ และ/หรือ เพิ่มการบังคับใช้กฎระเบียบอย่างเข้มงวดขึ้น ในขณะเดียวกัน ก็มีความพยายามในการเพื่อความเข้มแข็งของกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วย

ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ

โรงเรียนแพทย์ในสหรัฐอเมริกานอกจากจะมีบทบาทในการผลิตแพทย์แล้ว ยังมีบทบาทในการผลักดันนโยบายด้านสุขภาพด้วย ซึ่งมีจำนวนโรงเรียนแพทย์ทั่วประเทศกว่า 125 แห่ง ทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชน อย่างไรก็ตาม โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งจะได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐในสัดส่วนที่สูง

นักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่จะต้องจ่ายค่าเล่าเรียนในอัตราที่สูงมาก โดยโรงเรียนแพทย์เอกชนเก็บค่าเล่าเรียนแพงกว่าของรัฐ มีเพียงส่วนน้อยที่ได้รับทุนการศึกษา ได้รับเงินกู้ยืม หรือได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากรัฐ บนเงื่อนไขที่เมื่อนักศึกษาแพทย์คนนั้น ๆ สำเร็จการศึกษา จะต้องไปทำงานในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเขตชนบท จำนวนปีที่จะต้องไปทำงานชดเชยรัฐบาลขึ้นกับจำนวนของปีที่ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากรัฐ

ประเด็นที่ถกเถียงกันมาตลอด คือ จำนวนของแพทย์ที่มีอยู่ในประเทศ จะมีสัดส่วนเพียงพอ กับความจำเป็นและเหมาะสมสำหรับสหรัฐอเมริกาหรือไม่ หลักฐานในอดีตพบว่า เมื่อเศรษฐกิจของประเทศถดถอย ดังเช่น ในช่วงเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลก (The Great Depression) ระหว่าง ค.ศ. 1929-1939 มีความเห็นร่วมกันว่า จำนวนแพทย์มีเกินความต้องการ เมื่อสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น กลไกเกี่ยวกับการประกันสังคมพัฒนาขึ้น ทำให้การเข้าถึงบริการมีสูงขึ้น จะสังเกตเห็นความขาดแคลนจำนวนแพทย์ ภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง มีความขาดแคลนแพทย์อย่างสูง จนรัฐบาลกลางและระดับมลรัฐต้องให้การสนับสนุนทางการเงินเพื่อเพื่อขีดความสามารถในการผลิตแพทย์ของโรงเรียนแพทย์ อัตราส่วนของแพทย์ต่อประชากรในสหรัฐอเมริกามีค่าสูงขึ้นเรื่อย ๆ มากกว่า 2 ทศวรรษแล้ว ตัวเลขล่าสุด พบว่า ในปี 1997 สหรัฐอเมริกามีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 353 คน พยาบาล 1 คนต่อประชากร 124 คน

อีกประเด็นหนึ่งที่ถกเถียงกันมาก คือ ประเด็นที่ว่าแพทย์ในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพมีส่วนในการกระตุ้นให้เกิดอุปสงค์ทางการแพทย์ (Physician or Supplier Induced Demand) ในประชาชนหรือไม่ มากน้อยแค่ไหน มีการศึกษาจำนวนมากที่อุทิศให้กับการประเมินตรวจสอบประเด็นปัญหานี้ ส่วนใหญ่จะให้ข้อสรุปว่า ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นจริง (Shain & Romer, 1959; Roemer 1961; Fuch, 1978; Rossiter, 1983; และ Wilensky 1984 อ้างใน Folland, Goodman, and Stano, 1993) อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้ความเห็นว่า ปัญหานี้ผูกพันไปกับความล้มเหลวของตลาดในเรื่องบริการสุขภาพ และปรากฏการณ์ที่เรียกว่า “Small area variation” ซึ่งพบว่า แพทย์ในต่างพื้นที่มีพฤติกรรมในการให้บริการแตกต่างกันสูงมาก และอธิบายไม่ได้ด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม กลไกการจ่ายเงินค่าตอบแทนแก่แพทย์ จึงสรุปว่า แพทย์มีแนวโน้มที่จะให้บริการแตกต่างกันในผู้ป่วยต่างคนที่มีการเจ็บป่วยคล้ายคลึงกันอยู่สูงอยู่แล้ว ดังนั้น Pauly จึงสรุปเชิงตัดบทว่า จากความซับซ้อนของประเด็นนี้ ซึ่งมีปัญหาที่ไม่อาจมีข้อมูลที่สมบูรณ์ในการประเมินตรวจสอบปรากฏการณ์นี้ ประเด็นปัญหานี้จึงไม่มีโอกาสที่หาข้อยุติซึ่งเป็นยอมรับกันทั่วไปได้

นอกจากวิชาชีพแพทย์แล้ว บุคลากรด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่สำคัญ เช่น พยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีจำนวนมากที่สุด ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาล โรงงานอุตสาหกรรม โรงเรียน หน่วยสุขภาพ คลินิกเอกชน สถานบริบาลพยาบาล อัตราส่วนของจำนวนเภสัชกรและทันตแพทย์ต่อประชากรในสหรัฐอเมริกา มีค่าต่ำเมื่อเทียบกับแพทย์และพยาบาล คือ มีค่าประมาณ 1 คนต่อประชากร 1450 และ 1680 คนตามลำดับ

สินค้า/ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ

ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่สำคัญที่สุดในสหรัฐอเมริกา คือ ยาและเวชภัณฑ์ ซึ่งผลิตโดยบริษัทยาและเวชภัณฑ์ที่โดยทั่วไปมักมีขนาดใหญ่ แล้วกระจายการจำหน่ายไปผ่านเครือข่ายร้านขายยาและโรงพยาบาล มีบริษัทยาและเวชภัณฑ์หลายร้อยแห่งทั่วประเทศ ยาที่ได้รับการค้นพบหรือพัฒนาใหม่จะได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิบัตร ซึ่งโดยทั่วไปมีอายุคุ้มครองถึง 17 ปี ยาใหม่จึงขายภายใต้ชื่อการค้า (brand name) ที่ตั้งขึ้นใหม่เฉพาะของบริษัทที่ได้รับสิทธิบัตรนั้นในราคาสูงมาก จนกระทั่งหลังจากที่สิทธิบัตรหมดอายุลง บริษัทยาอื่น ๆ จึงสามารถผลิตยานั้นขายในชื่อสามัญ (generic name) ได้

เมื่อมีบริษัทยาจำนวนมากแข่งขันในการผลิตยา จึงมีการโฆษณาและแข่งขันทางการค้าอย่างรุนแรง เพื่อให้สามารถจูงใจให้แพทย์และประชาชนมาใช้ยาที่บริษัทเป็นผู้ผลิต จึงพบเห็น ยาจำนวนมากที่มีตัวยาเดียวกัน แตกกันแต่ลักษณะเม็ดยา สี และบรรจุภัณฑ์ ออกขายแข่งขันกันในห้องตลาด ประมาณว่า ต้นทุนของยาโดยทั่วไปประมาณร้อยละ 25 เป็นค่าใช้จ่ายในการโฆษณา และส่งเสริมการขายอื่น ๆ นอกเหนือจากนี้ ผู้บริโภคยังต้องจ่ายค่ายาสูงขึ้นจากค่าใช้จ่ายหรือกำไรที่บวกเข้าไปโดยเภสัชกรหรือผู้ขายส่ง แม้ว่าธรรมชาติของการพัฒนายาใหม่ซึ่งได้รับการปกป้องโดยสิทธิบัตรจะทำให้ยามีราคาสูงได้ แต่ในประวัติศาสตร์ของสหรัฐอเมริกา มีหลายครั้งที่บริษัทยาดึงดูดกลืนโทษจากการตั้งราคาสูงเกินกว่าระดับที่เหมาะสม ซึ่งเป็นการละเมิดกฎหมายว่าด้วยการป้องกันการผูกขาด (Antitrust laws)

กฎหมายของสหรัฐอเมริการะบุไว้ชัดเจนว่า ยาชนิด ประเภทใดที่จะซื้อได้ด้วยใบสั่งยาจากแพทย์เท่านั้น (prescription drugs) หรือยาชนิดใดสามารถวางขายให้ผู้ซื้อได้โดยตรง (over-the-counter drugs) พบว่า ในปัจจุบัน ค่าใช้จ่ายด้านยาส่วนใหญ่ใช้ไปกับยาที่ต้องมีใบสั่งยา ผลประโยชน์มหาศาลที่ได้จากอุตสาหกรรมยา ทำให้บริษัทยาใหญ่ ๆ ในสหรัฐอเมริกาแข่งขันกันค้นคว้ายาใหม่ วัคซีนใหม่ ซึ่งมีประสิทธิผลในการรักษาและการป้องกันโรคสูงขึ้น เพื่อผลกำไรของบริษัทเหล่านั้น สิ่งนี้เป็นผลในด้านดีของระบบยาภายใต้ระบบทุนนิยมเสรี

ในทางตรงกันข้าม จุดด้อยของระบบยาลักษณะนี้ นอกจาก ค่าโฆษณา ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมการขายที่สูงมาแล้ว ยังพบว่า มีบริษัทยาต่าง ๆ ผลิตยาคู่เดียวกันซ้ำ ๆ ภายใต้ชื่อการค้าต่างกัน มีชื่อยาจำนวนมากที่ขายโดยบริษัทและวางขายในตลาด ทำให้แพทย์ผู้สั่งการรักษาไม่สามารถจำชื่อการค้าจำนวนมากได้ การสั่งยาจึงมักสั่งโดยอาศัยชื่อการค้าที่ตนเองคุ้นเคย มีประสิทธิภาพในการใช้ หรือได้รับแรงจูงใจจากการส่งเสริมการขาย แพทย์แต่ละคนจะมีความชอบในชื่อการค้าที่แตกต่างกัน ทำให้บริษัท/ร้านขายยาต้องมีการสำรองยาจำนวนมากไว้ในคลัง เกิดต้นทุนอย่างสูงในการดำเนินการดังกล่าว ดังนั้นเพื่อเป็นการแก้ปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพจำนวนมากจึงจัดทำบัญชียาโรงพยาบาล โดยกำหนดให้มียาที่จำ

เป็นต้องใช้ในโรงพยาบาลในจำนวนที่เพียงพอกับการให้บริการ ไม่มากเกินไป เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในคลังเวชภัณฑ์

จากการที่บริษัทผู้ผลิตยามีเสรีภาพอย่างสูงในการผลิตยา และในอดีต สามารถโฆษณาอย่างเสรีพรพคุณมากกว่าความเป็นจริงได้ ทำให้มีผลกระทบต่อประชาชนผู้ใช้ในทางลบ ซึ่งอาจได้รับผลข้างเคียงจากยาที่ร้ายแรง ดังนั้น รัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกาจึงได้ออกกฎหมายและระเบียบเพื่อควบคุมอาหารและยาจำนวนมาก ซึ่งบางครั้งผลจากการบังคับใช้กฎหมายนั้นส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงต่อระบบสุขภาพมากกว่าที่เกิดขึ้นในประเทศที่ไม่ได้เป็นสังคมที่ยึดมั่นในเสรีภาพส่วนบุคคล และเชื่อมั่นในกลไกตลาดเสรีเช่นสหรัฐอเมริกา เสียอีก

ผลที่ตามมาอีกประการหนึ่งของสังคมทุนนิยมคือ มีจำนวนร้านขายยามากมาย คิดเป็นอัตราส่วนถึง 1 ร้านต่อประชากร 4,000 กว่าคน ซึ่งเป็นอัตราส่วนที่มากกว่าความจำเป็นด้านสุขภาพเสียอีก ดังนั้น เพื่อให้สามารถยู่รอดได้ในทางเศรษฐกิจ ร้านขายยาในสหรัฐอเมริกาจึงมักจะจำหน่ายสินค้าหรือผลิตภัณฑ์อื่นที่มีใช้ไปด้วย โดยเฉพาะสินค้าอุปโภค บริโภคในชีวิตประจำวัน แต่ผลลบที่ตามมาคือ ทำให้การให้คำปรึกษาสุขภาพด้านยา ลดน้อยลงหรือขาดคุณภาพ

ข้อมูลข่าวสารและการพัฒนาองค์ความรู้และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ

ประเทศที่มีระดับของการพัฒนาด้านการศึกษาและ เทคโนโลยีด้านสารสนเทศอย่างสูงเช่นสหรัฐอเมริกา องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพไม่ว่าจะเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย บริการสุขภาพ ฯลฯ ได้รับการเผยแพร่อย่างกว้างขวางในทุก ๆ ที่ ทุก ๆ สื่อ ไม่ว่าจะเป็นหนังสือ วารสาร จดหมายข่าว การประชุม และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นสื่อที่มีพลวัตมากที่สุดในปัจจุบัน

การวิจัยด้านชีวการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาเป็นไปอย่างกว้างขวางเพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพ โดยแรงจูงใจจากกลไกตลาดเสรี ในช่วงต้นคริสต์ทศวรรษที่ 20 ซึ่งกำลังจะสิ้นสุดลงองค์กรการกุศล เช่น มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ เป็นองค์กรที่ให้ทุนสนับสนุนการทำวิจัยและพัฒนาทางการแพทย์แก่หน่วยงานต่าง ๆ เช่น มหาวิทยาลัย ที่สำคัญที่สุด ในขณะที่รัฐบาลกลางและมลรัฐมีส่วนสนับสนุนเพียงเล็กน้อย

ภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง รัฐบาลกลางได้เพิ่มความสำคัญและให้เงินสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ มากขึ้น มีการก่อตั้งสถาบันการวิจัยระดับชาติที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการวิจัยในปัญหาสุขภาพที่ได้รับการกำหนดว่าเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เช่น สถาบันวิจัยมะเร็งแห่งชาติ เป็นต้น รัฐบาลกลางใช้กลไกของการให้ทุนเพื่อจูงใจให้นักวิจัยมาทำการวิจัยที่เป็นปัญหาของประเทศ ซึ่งเมื่ออยู่ในบริบทของเศรษฐกิจ การเมือง สังคมของสหรัฐอเมริกา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพบว่า เงินทุนวิจัยจากรัฐบาลกลางส่วนใหญ่จะตกอยู่กับการวิจัยพื้นฐานทางการแพทย์ การวิจัยทางคลินิก โดยรวมแล้ว คือ การวิจัยเพื่อไปนำสู่การรักษาโรคนั่นเอง มี

เงินทุนวิจัยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มุ่งไปแสวงหาคำตอบอื่น ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค เนื่องการวิจัยด้านการรักษาโรคตอบสนองความต้องการของประชาชนทั่วไป และนำเสนอความต้องการเหล่านั้นผ่านกลไกทางการเมืองในระดับประเทศ และรัฐ

เป็นการยากที่จะบอกว่าเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าไปอย่างไม่หยุดยั้งนั้น เมื่อเกิดขึ้นมาแล้วได้รับการยอมรับใช้อย่างแพร่หลายทั่วไป เป็นอุปทานที่ตอบสนองอุปสงค์ของประชาชน หรืออุปทานที่เกิดขึ้นใหม่เหล่านี้มีส่วนกระตุ้นให้เกิดอุปสงค์เป็นผลตามมา อย่างไรก็ตาม แรงจูงใจของการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี ผลิตภัณฑ์ใหม่ทางชีวการแพทย์ของสหรัฐอเมริกาจากผลตอบแทนอย่างมหาศาลในทางธุรกิจ ดังนั้น จึงเห็นเทคโนโลยีทางชีวการแพทย์ใหม่ ๆ ที่แม้จะตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ แต่เป็นเทคโนโลยีที่แพง สร้างมูลค่าเพิ่มให้บริษัท องค์กรผู้วิจัยและพัฒนาได้อย่างมหาศาล

นอกเหนือจากการวิจัยชีวการแพทย์ที่รัฐบาลกลางให้การสนับสนุนงบประมาณอย่างมหาศาลแล้ว บริษัทฯ และเวชภัณฑ์ลงทุนในการวิจัยและพัฒนาฯ และเวชภัณฑ์ใหม่อย่างมากเช่นกัน ทั้งการวิจัยและพัฒนาในห้องปฏิบัติการของตนเอง และให้ทุนวิจัยทางคลินิกแก่มหาวิทยาลัยเพื่อทดสอบยาใหม่เหล่านั้น สำหรับการวิจัยด้านสังคมศาสตร์การแพทย์นั้น รัฐบาลกลางมีแนวโน้มที่จะให้ทุนสนับสนุนแก่องค์กรในทั้งเอกชนและรัฐที่ไม่ใช่สถาบันการศึกษา ซึ่งสนใจศึกษาด้านการบริหารจัดการบริการสุขภาพและประเด็นทางสังคมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลล่าสุดในปี 1995 พบว่า สหรัฐอเมริกาลงทุนในด้านการวิจัยและพัฒนาทางด้านสุขภาพสูงถึง 35,816 ล้านดอลลาร์ ซึ่งคิดเป็น 12 เท่าของมูลค่าการลงทุนด้านนี้ในปี 1970 ในจำนวนนี้มาจากภาคเอกชน โดยเฉพาะอุตสาหกรรมยาและเวชภัณฑ์ถึงร้อยละ 52 รองลงไปมาจาก รัฐบาลกลางร้อยละ 37 รัฐบาลท้องถิ่น 7 และภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ร้อยละ 4 (Kramarow, 1999)

ก. แหล่งสนับสนุนทางการเงินเข้าสู่ระบบสุขภาพ

ดังที่กล่าวไปแล้วว่า รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาในปี 1997 คิดเป็นมูลค่าสูงถึง 1.09 ล้านล้านดอลลาร์ รายจ่ายด้านสุขภาพนี้เปลี่ยนแปลงเพิ่มทุก ๆ ปี โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นเฉลี่ยในอัตราประมาณร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีก่อนมาตลอด แล้วค่อย ๆ ลดลงเป็นอัตราเพิ่มเพียงประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ในช่วง 5 ปีหลังนี้เอง อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของสหรัฐอเมริกาในช่วงเดียวกัน พบว่า อัตราการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศมาโดยตลอด ที่น่าสนใจอย่างยิ่งคือ อัตราการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายด้านสุขภาพนั้น เพียงครั้งเดียวที่เป็นผลมาจากปัจจัยทางเศรษฐกิจโดยทั่วไป ที่เหลือเป็นผลพวงมาจากการเพิ่มขึ้นของราคาของบริการด้านสุขภาพ และลักษณะของบริการสุขภาพเอง รายจ่ายส่วนใหญ่ใช้ไปเป็นรายจ่ายประจำ (recurrent expenditure) ส่วนน้อย

ใช้ไปเพื่อการลงทุน (capital expenditure) มีผู้ประมาณการว่า รายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา จะมีมูลค่าสูงถึง 2.2 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกานในปี 2008 ซึ่งคิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 6.5 ต่อปี เมื่อเทียบกับปี 1997 หรือคิดเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 16.2 ของรายได้ประชาชาติ (GDP) (Smith et al, 1998)

เมื่อแยกแยะในรายละเอียดพบว่า ส่วนใหญ่แล้ว คือ ประมาณร้อยละ 90 ใช้จ่ายไปในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ที่เหลือใช้ในเรื่อง การบริหารจัดการโครงการด้านสุขภาพและการประกันสุขภาพ, กิจกรรมด้านสาธารณสุข, การวิจัยและพัฒนา และการก่อสร้าง แหล่งการเงินด้านสุขภาพมูลค่ามหาศาลนี้มาจากภาคเอกชน ร้อยละ 53.6 และภาคสาธารณะ 46.4 เปลี่ยนแปลงจากตัวเลขเดิมของเมื่อประมาณ 4 ทศวรรษก่อน ซึ่งแหล่งการเงินภาคเอกชนมีสัดส่วนสูงร้อยละ 75 โดยมีสัดส่วนของแหล่งการเงินภาคสาธารณะสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนกระทั่งค่อนข้างคงที่ในทศวรรษ 1990 โดยมีสัดส่วนของแหล่งการเงินทั้งหมดดังต่อไปนี้

<u>แหล่งการเงิน</u>	<u>ร้อยละ</u>
รายจ่ายจากบุคคลและครัวเรือน (out-of-pocket)	19.4
การประกันสุขภาพภาคเอกชน	32.3
แหล่งการเงินภาคเอกชนอื่น ๆ	3.7
รวมภาคเอกชน	55.4
รัฐบาลกลาง	34.8
รัฐบาลท้องถิ่น	9.8
รวมภาคสาธารณะ	44.6

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอุตสาหกรรมที่ร่ำรวยอื่น ๆ แล้ว ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศเดียวที่แหล่งการเงินเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่มาจากภาคเอกชน อย่างไรก็ตาม แนวโน้มที่เห็นได้ชัดเจนคือ การใช้จ่ายโดยตรงจากบุคคลและครัวเรือน มีสัดส่วนน้อยลง ๆ เรื่อย ๆ โดยปัจจุบันส่วนใหญ่ของรายจ่ายจากภาคเอกชนจะกระทำผ่านกลไกการเงินรวมหมู่ (collective finance mechanism) คือ การประกันสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ นั้นเอง

ง. การบริหารจัดการระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

ลักษณะของการบริหารจัดการระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกาสะท้อนถึงแนวคิดพื้นฐานทางสังคม เศรษฐกิจที่ให้อิสระแก่ท้องถิ่น (คือประชาชนและองค์กรท้องถิ่น) ในการรับผิดชอบระบบสุขภาพ และภาคเอกชนเป็นผู้สนับสนุนทางการเงินเข้าสู่ระบบสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ บทบาทของรัฐบาลไม่ว่าจะในระดับ รัฐบาลกลางหรือของท้องถิ่นจะมีน้อย ในประวัติศาสตร์ของสหรัฐอเมริกา การวางแผนใด ๆ จากส่วนกลาง จะถูกตราหน้าว่าเป็นการดำเนินการในลักษณะของเผด็จการคอมมิวนิสต์ ดังนั้น กฎหมายว่าด้วยสุขภาพในระดับชาติใด ๆ จึงไม่เคยมีมาก่อน จนกระทั่งภายหลังสงครามโลก ในปี 1946 มีการออกกฎหมายระดับชาติ ว่าด้วยการสำรวจและก่อสร้างโรงพยาบาล หรือที่รู้จักกันทั่วไปว่ากฎหมายฮิลล์-เบอร์ตัน (Hill-Burton Act) ตามชื่อของวุฒิสมาชิก 2 คนที่ผลักดันกฎหมายนี้ ซึ่งกำหนดให้การสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลกลางที่ให้แก่ท้องถิ่นเพื่อการก่อสร้างโรงพยาบาลจะต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในแผนแม่บทของรัฐนั้น ๆ ซึ่งเงื่อนไขที่สำคัญนั้นเพื่อทำให้เกิดการกระจายการสร้างโรงพยาบาลไปในภูมิภาคต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ภายหลังจากนั้นอีก 20 ปี จึงเริ่มมีกระบวนการวางแผนสุขภาพที่ก้าวล่วงไปกว่าการวางแผนเฉพาะการใช้ทรัพยากรและการจัดบริการ เมื่อรัฐบาลกลางให้งบประมาณสนับสนุนให้เกิดองค์กรระดับท้องถิ่นที่รับผิดชอบในการวางแผนสุขภาพอย่างผสมผสาน องค์กรดังกล่าวส่วนใหญ่ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐ และมีส่วนน้อยที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับหน่วยงานสุขภาพภาครัฐในระดับท้องถิ่น

กฎหมายว่าด้วยการวางแผนสุขภาพแบบผสมผสานในระดับชาติซึ่งบังคับใช้ในปี 1967 เป็นผลพวงจากการโครงการประกันสังคมระดับชาติสำหรับผู้สูงอายุ (Medicare) และ โครงการบริการสาธารณสุขแก่คนยากจน (Medicaid) ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการผ่านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ปี 1965 เป็นต้นมา ทั้งสองโครงการเป็นโครงการภาคสาธารณะที่ใช้จ่ายเงินภาคสาธารณะอย่างมหาศาล ทำให้ประชาชนอเมริกันสนใจว่า การใช้จ่ายเงินดังกล่าวเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพแค่ไหน

หากพิจารณาว่า การจัดสรรทรัพยากรในรูปแบบที่กำหนดไว้อย่างเป็นระบบ (โดยไม่ปล่อยให้กลไกตลาดนำพาไป) ไม่ว่าจะเกิดในภาครัฐหรือไม่ เรียกได้ว่าเป็นการวางแผนนั่นเอง จะเห็นว่าสหรัฐอเมริกามีสิ่งที่เรียกว่าการวางแผนสุขภาพมานาน แต่เป็นไปอย่างอ่อน กล่าวคือ เป็นการกำหนดกฎเกณฑ์ต่อการจัดบริการสุขภาพเฉพาะเรื่อง เช่น การสร้างโรงพยาบาล ภายใต้การตัดสินใจของท้องถิ่น รัฐบาลกลางมักจะออกแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพออกมา มากกว่าจะเป็นการออกกฎหมายบังคับใช้หรือกำหนดมาตรฐานโดยภาครัฐ

เห็นได้ว่า การบริหารระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกามีลักษณะของการกระจายอำนาจ (decentralization) และเป็นไปโดยสมัครใจ (voluntarism) มากกว่าการวางแผนจากส่วนกลาง หรือการออกกฎหมายมาบังคับ โครงการด้านสุขภาพใดที่ได้รับเงินงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลกลางจะกระทำภาย

ได้การตัดสินใจของท้องถิ่น บ่อยครั้งที่ดำเนินการโดยองค์กรท้องถิ่นที่ไม่ได้อยู่ในภาครัฐ แทบทุกโครงการจะอยู่ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการระดับท้องถิ่น ซึ่งกฎหมายมักจะกำหนดให้คณะกรรมการส่วนใหญ่มาจาก "ประชาชนในฐานะผู้บริโภค" มากกว่า "ผู้ให้บริการ"

ในส่วนของรูปแบบการบริหารจัดการนั้นมีลักษณะของการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม (participatory) มากกว่าการสั่งการ (autocratic) ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของการบริหารจัดการทั้งในภาครัฐและเอกชนในสหรัฐอเมริกา เป็นผลมากรากฐานความเชื่อที่ต่อต้านความคิดการปกครองแบบราชการ (bureaucracy) แต่ให้คุณค่ากับการปฏิบัติ (pragmatism) และวิถีชีวิตที่ไม่ต้องมีพิธีรีตอง (informality) เมื่อย้อนกลับมาพิจารณาเฉพาะการบริหารจัดการด้านสุขภาพ รูปแบบของการบริหารจัดการดังกล่าวแสดงออกมาในลักษณะของการมอบอำนาจจากระดับสูงสู่ระดับล่าง ควบคู่ไปกับการตรวจสอบผ่านระบบรายงานจากระดับล่างขึ้นไประดับสูง ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพซึ่งพัฒนาไปอย่างสูงนั้น กล่าวได้ว่าเป็นผลพวงจากการที่มีการนำเอาสารสนเทศด้านสุขภาพมาใช้ในการบริหารจัดการโดยเฉพาะอย่างยิ่งทางการเงินอย่างจริงจัง

การออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ในระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา เป็นสิ่งที่มีการพัฒนาไปอย่างสูง แม้บางครั้งมีลักษณะที่ขัดแย้งกันในตัวเอง (paradoxical) บ้าง ทั้งนี้เป็นผลจากรูปแบบ การจัดการระบบที่ไม่เคร่งครัดนัก ทำให้มีปัญหาในด้านการบริหารจัดการหรือการฉวยโอกาสใช้ช่องโหว่ในด้านการจัดการไปในทางที่ไม่ถูกต้อง ทำให้มีการออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต และบ่อยครั้งที่การบังคับใช้กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ มีความรุนแรงกว่าปัญหาด้านต่อเสียอีก ดังเช่น กรณีของบริษัทยา ซึ่งก่อนหน้าคริสต์ทศวรรษ 20 ไม่อยู่ภายใต้การควบคุมใด ๆ มักจะโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณของยาเกินจริงเสมอ มีการนำยาตัวใหม่มาขายในท้องตลาด โดยไม่มีการศึกษาวิจัยอย่างถูกต้องก่อน ก่อให้เกิดผลร้ายต่อผู้ป่วยที่ใช้ยา ดังนั้น เพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว ในปี 1906 มีการออกกฎหมายว่าด้วยการควบคุมยาเป็นครั้งแรก และมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับยุคสมัยขึ้นมามาก

ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยวิชาชีพแพทย์ซึ่งมีแนวโน้มไปสู่ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางมากขึ้น ๆ เรื่อย ๆ นั้น การออกระเบียบ ข้อบังคับของความเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญนั้นมาจากการริเริ่มที่ภาครัฐไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วยเลย โดยเริ่มต้นการมีการรับรองแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุวิทยาก่อน แล้วจึงมีในด้านอื่น ๆ ตามมา ปัจจุบัน แพทยสมาคมของสหรัฐอเมริกาซึ่งไม่ได้เป็นองค์กรของรัฐ มีการรับรองแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในแขนงต่าง ๆ ถึงกว่า 50 แขนงด้วยกัน โดยภาครัฐให้การยอมรับเป็นอย่างดี ลักษณะเช่นนี้พบได้ในวิชาชีพอื่น ๆ เช่นกัน

องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพก็มีการพัฒนากฎข้อบังคับที่รัฐไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย แต่กฎข้อบังคับที่เกิดขึ้นนั้นมีอำนาจควบคุมพฤติกรรมของบุคคลอย่างสูง บ่อยครั้งที่ภาคเอกชนดำเนินการ

ออกกฎข้อบังคับขึ้นมาเพราะไม่ต้องการให้รัฐเป็นผู้ออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องมาบังคับ ยุทธศาสตร์เช่นนี้บางครั้งก็ถูกนำมาใช้เป็นประโยชน์เฉพาะกลุ่ม ดังเช่นการกล่าวอ้างถึงจริยธรรมวิชาชีพเมื่อต้องการกีดกันนวัตกรรมในการจัดบริการสุขภาพที่ทำให้กลุ่มวิชาชีพนั้น ๆ เสียประโยชน์

ระบบยุติธรรมในสหรัฐอเมริกาที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเชิงการควบคุมกำกับระบบสุขภาพ โดยที่เมื่อผู้ป่วยเชื่อว่าแพทย์ผู้รักษาหรือโรงพยาบาลได้ทำให้ตนได้รับอันตราย ผู้ป่วยหรือญาติจะนำคดีขึ้นฟ้องศาล แต่เนื่องจากผลการตัดสินพิจารณาตัดสินของศาลนั้นคาดการณ์ได้ยากมาก ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากความซับซ้อนในคดีความเอง กับระบบยุติธรรมที่ใช้ลูกขุนเป็นผู้ตัดสิน รวมไปถึงความสามารถของทนายในการว่าความ ทำให้คดีส่วนใหญ่สามารถบรรลุข้อตกลงกันได้นอกศาล ไม่ว่าคดีนั้นจะบรรลุข้อตกลงนอกศาลหรือถูกพิจารณาในศาล ค่าใช้จ่ายในการพิจารณาคดีสูงมาทั้งโจทก์และจำเลย ทำให้แพทย์เกือบทุกคนในสหรัฐอเมริกาต้องมีการประกันความสูญเสียทางการเงินจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (malpractice insurance) ซึ่งมีอัตราเบี้ยประกันแพงมาก และมีแต่จะแพงขึ้นทุกขณะ ไม่ว่าคดีความที่ฟ้องร้องจะมีมูลสักเพียงใด สิ่งเหล่านี้ทำให้แพทย์ ผู้ให้บริการ โรงพยาบาลตอบสนองในทิศทางที่จะต้องจัดบริการสุขภาพด้วยความระมัดระวังยิ่งขึ้น เสมือนเป็นการกระตุ้นให้เกิดการควบคุมตนเองได้ในระดับหนึ่งซึ่งเข้ากันได้ดีกับลักษณะของระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี คดีความเหล่านี้ก่อให้เกิดภาระทางการเงินต่อระบบสุขภาพอย่างมหาศาลทีเดียว

กฎหมายมีบทบาทต่อระบบสุขภาพไม่น้อย ทั้งนี้เนื่องจาก กลไกของตลาดเสรีในระบบสุขภาพได้ลงรากปักฐานอย่างมั่นคง ดังนั้นการจะแทรกแซงกลไกตลาดจึงต้องอาศัยกฎหมายเป็นเครื่องมือ ไม่ว่าจะเป็นในระดับประเทศ รัฐ ท้องถิ่น ดังที่กล่าวไว้ก่อนหน้านี้แล้ว เกี่ยวกับการออกกฎหมายว่าด้วยการสร้างโรงพยาบาล การให้งบประมาณอุดหนุนแพทยศาสตรศึกษา การป้องกันโรค การรักษาผู้ป่วยจิตเวช ในกรณีของการประกันสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและคนยากจนก็เป็นผลมาจากการแก้ไขกฎหมายการประกันสังคม ในแต่ละปี การจัดสรรงบประมาณจากรัฐสู่ระบบสุขภาพต้องผ่านการพิจารณาจากสภานิติบัญญัติเป็นกฎหมายงบประมาณ ก่อนที่จะสามารถใช้งบประมาณได้ในทุกระดับของการบริหารจัดการโดยรัฐ กรณีอื่น ๆ ที่กฎหมายเข้ามามีบทบาทต่อระบบสุขภาพ เช่น การควบคุมใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การควบคุมมาตรฐานของการผลิตและจำหน่ายยา การปกป้องสิ่งแวดล้อม กล่าวได้ว่า การอภิปรายถกเถียงในสาธารณะ ในทางการเมือง ในรัฐสภา เป็นการให้การศึกษาแก่ประชาชนในประเด็นต่าง ๆ ด้านสุขภาพเป็นอย่างดี ในหลายๆ ครั้งที่ คำตัดสินของศาลมีส่วนกำหนดการจัดบริการสุขภาพ เช่น กรณีของสิทธิมนุษยชนในการเข้ารับบริการสุขภาพโดยไม่แบ่งแยกเชื้อชาติ กรณีของการยอมรับว่าการทำแท้งชอบด้วยกฎหมายหรือไม่

จ. ระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกาเป็นผลพวงตามมาที่เราได้เห็นได้จากระบบสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ซึ่งสะท้อนออกมาในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ในที่นี้ จะสรุปรูปแบบของระบบ บริการสุขภาพไว้โดยสังเขป โดยจะต้องระลึกไว้เสมอว่า ระบบบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกามีพลวัต รวดเร็ว เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วตลอดเวลา

บริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ

บริการในระดับนี้จัดโดยแพทย์และบุคลากรในภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในช่วงหลัง พบว่า สัดส่วนของแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ (solo practice) มีน้อยลง ๆ โดยส่วนใหญ่มัก จะรวมตัวกันเป็นกลุ่ม ๆ โดยมีการแบ่งรายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดร่วมกัน ในตอนต่อไปที่ว่าด้วยการปฏิรูป ระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา จะเห็นว่ากลุ่มเวชปฏิบัติต่าง ๆ ก็ไม่ได้อยู่เป็นกลุ่มอิสระ แต่จะถูกกลไกของ การประกันสุขภาพบีบให้ต้องอยู่ร่วมกับกลุ่มอื่น ๆ เป็นเครือข่าย (network) ที่มีขนาดและความครอบคลุมที่ เหมาะสม เพื่อแข่งขันกันดึงดูดผู้ซื้อประกันสุขภาพให้เลือกเอาประกันกับบริษัทหรือเครือข่ายที่ตนสังกัด

เมื่อประชาชนไปรับบริการ ถึงแม้ว่าจะมีประกันสุขภาพอยู่ แต่มักจะต้องมีการจ่ายร่วมในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง หรือต้องจ่ายเองทั้งหมด หากไปรับบริการใดที่ไม่ได้อยู่ภายใต้ความครอบคลุมของแผน ประกันสุขภาพที่ตนเองซื้อหรือมีสิทธิ ในยุคปัจจุบันที่การประกันสุขภาพขยายตัวออกไปอย่างมาก บริการสุขภาพในระดับนี้ มีความสำคัญมากขึ้น อันเนื่องมาจากแรงกดดัน ความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่าย ด้านสุขภาพ (cost containment) ทำให้แผนประกันสุขภาพ (Health plan) ส่วนใหญ่กำหนดให้ผู้ป่วยไปรับ บริการขั้นปฐมภูมิกับกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือเวชปฏิบัติครอบครัวที่อยู่ในเครือข่าย ดังที่รู้จักกันว่า เป็น นายทวาร (gatekeeper) ของการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจะได้นำถึงรายละเอียดต่อไป เมื่อการ ปฏิรูปที่ว่าด้วยการดูแลภายใต้การจัดการ (managed care) และภายใต้การแข่งขัน (managed competition)

สำหรับคนยากจน ยังมีคลินิกที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อให้บริการสุขภาพแก่พวกเขา ซึ่งเป็นร้อยละ 15-20 ของประชากรทั้งประเทศ สำหรับคนที่ไม่มียุติประกันสุขภาพ ซึ่งไม่อยู่ในข่ายได้รับการประกันสังคม (Medicaid) มักจะต้องเข้ารับบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล หรือบ่อยครั้งที่ ต้องไปที่ห้องฉุกเฉิน เนื่องจากโรคที่ป่วยดำเนินไปมาก จนผู้ป่วยมีอาการหนัก

บริการสุขภาพขั้นทุติยภูมิและตติยภูมิ

บริการสุขภาพในระดับที่สูงกว่าปฐมภูมินี้ได้รับการพัฒนาก้าวหน้าในทางเทคโนโลยีที่สุดในโลก

ซึ่งไม่ขอก้าวถึงรายละเอียดในเอกสารนี้ แต่จะขอเน้นกล่าวถึงแนวคิดของการรับบริการแบบเป็นระดับขั้น กล่าวคือ ผู้ป่วยจะต้องไปพบแพทย์ในบริการขั้นปฐมภูมิ ก่อนที่จะไปรับบริการในระดับที่สูงขึ้นไปนั้น เป็นแนวคิดที่ระบบบริการสุขภาพภาครัฐในสหรัฐอเมริกาดำเนินการมานาน ก่อนที่ระบบการดูแลภายใต้การจัด การจะมีบทบาทสำคัญดังเช่นปัจจุบัน โดยปฏิบัติในบริการของทหารผ่านศึก และบริการของประชากรกลุ่ม พิเศษ เช่น ชนกลุ่มน้อยเผ่าอินเดียน เพิ่งจะไม่ถึง 15 ปีมานี้เองที่ องค์การบำรุงรักษาสุขภาพ (Health maintenance organization—HMO) นำเอาแนวคิดเหล่านี้ไปปฏิบัติ และเป็นรูปแบบหลักของระบบบริการ สุขภาพในปัจจุบัน

ปัญหาของระบบบริการสุขภาพปัจจุบัน

ขอสรุปภาพรวมปัญหาของระบบบริการสุขภาพดังต่อไปนี้

ลักษณะของระบบบริการสุขภาพที่เป็นธุรกิจ (entrepreneurial) และทำอะไรก็ได้ (permissive) ก่อให้เกิดปัญหาหลายประการ ที่สำคัญคือ

- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นเรื่อย ๆ ประเด็นนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบ บริการสุขภาพในยุคปัจจุบัน ปัญหานี้เกิดขึ้นมาจาก 1) การที่กลไกตลาดเสรีในระบบบริการสุขภาพทำงาน ในลักษณะที่ควบคุมตัวเองไม่ได้ ราคาของบริการสุขภาพจะเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าดัชนีผู้บริโภคตลอด เวลา กลไกของการจ่ายเงินค่าตอบแทนผู้ให้บริการก็มีส่วนทำให้เกิดปัญหานี้มากขึ้น ดังเช่น ในยุคแรกของ Medicare แพทย์ได้รับค่าตอบแทนตามรายบริการ (fee-for-service) ที่ให้สำหรับผู้สูงอายุคนนั้น ๆ ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงของ Medicare ไปรับเอาแนวคิด managed care มาใช้ 2) เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยใน ซึ่งได้รับการวิจัยและพัฒนาตามแรงจูงใจจากกลไกตลาดเสรี แม้ว่าจะตอบ สอนองกับความต้องการได้ดี แต่มีราคาแพงมาก มีส่วนหนุนเสริมให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น 3) ค่าใช้จ่าย ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพสูง เนื่องจากระบบบริการสุขภาพที่ผูกพันอยู่กับการประกันสุขภาพ เอกชน มีภาระมีการจัดการกับตลาดของระบบบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพ 4) การที่ประชาชน ได้รับบริการที่ไม่จำเป็น ซึ่งมีหลักฐานรองรับจากการศึกษาวิจัยของ Wennberg ที่พบความแตกต่างใน เวชปฏิบัติของแพทย์ในระดับสูง ทำให้มีผลลัพธ์ของบริการที่แตกต่างกันสูงไปด้วย และจากการศึกษาของ Chassin และคณะซึ่งพบว่า มีการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง หัตถการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นหรือไม่เหมาะสมมากกว่า 1 ใน 3 ของการรักษาทั้งหมด และพบว่าการรักษาที่ไม่จำเป็นส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ให้บริการสั่ง การรักษาที่เกินความเหมาะสมเพื่อป้องกันตนเองจากการถูกฟ้องร้องในทางคดีความ (Defensive medicine) (อ้างใน Lee, P.R., Soffel, D., and Luft, H.S, 1992) 5) ความซับซ้อนของการเจ็บป่วยมีสูงขึ้น ซึ่งมีแนวโน้ม ที่จะต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคเอดส์ มะเร็ง อุบัติเหตุ เป็นต้น 6) อุปทานของบริการสุขภาพ มีมากเกินไป

ดังจะเห็นจากอัตราการครองเตียงซึ่งต่ำที่สุดในประเทศกลุ่ม OECD และยังมีการกระจายของทรัพยากรบุคคลและอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสมอีกด้วย

ผลจากการที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น ทำให้คนยากจนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ยากลำบากขึ้น เนื่องจากรัฐถูกตัดงบประมาณที่ใช้ในโครงการ Medicaid ทั้งในระดับประเทศและรัฐ เมื่อโครงการ Medicare กำหนดให้ต้องมีการจ่ายร่วม (co-payment) ตามระบบ Managed care ทำให้ผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระทางการเงินสูงขึ้น สภาพทางการเมืองในทศวรรษ 1980 ภายใต้การบริหารของรัฐบาลเรแกน นำไปสู่การตัดทอนรายจ่ายภาครัฐสำหรับบริการทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาหรือบริการสุขภาพ โดยให้ประชาชนรับผิดชอบการเงินค่าบริการเหล่านั้นมากขึ้น

โรงพยาบาลจำนวนมากซึ่งเดิมเป็นโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหาผลกำไร ถูกซื้อกิจการ ไปโดยเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือแม้ว่า จะยังเป็นโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรหรือของรัฐ ก็เปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดการไปสู่ลักษณะธุรกิจมากขึ้น หรือมีการว่าจ้างภาคเอกชนมาเป็นผู้บริหารจัดการแทนรัฐ ด้วยความคาดหวังว่าสิ่งเหล่านี้จะเพิ่มประสิทธิภาพและผลิตภาพมากขึ้น ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ให้ข้อสรุปที่ไม่ชัดเจนว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นดังที่คาดหวังไว้จริง การเปลี่ยนแปลงเจ้าของกิจการดังที่กล่าวมาข้างต้น เกิดขึ้นกับส่วนอื่น ๆ ของบริการสุขภาพ เช่น สถานพยาบาล (nursing home) เช่นกัน

บริการสุขภาพในลักษณะอื่น ๆ ถูกคิดค้นขึ้นเพื่อเป็นธุรกิจหากำไร เช่น บริการทันตกรรม, หน่วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เคลื่อนที่, บริการทดสอบหัวใจและปอด, คลินิกลดน้ำหนัก, คลินิกคัดสุรา เป็นต้น บริการที่จะเน้นให้เห็นเป็นพิเศษ คือ บริการฟอกเลือด (hemodialysis) สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (end-stage renal disease) ซึ่งครอบคลุมโดยโครงการ Medicare เป็นธุรกิจบริการสุขภาพที่ได้รับความสนใจจากภาคเอกชนสูงมาก

ความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่ายนั้นส่วนใหญ่มุ่งไปที่ภาคอุปทานหรือผู้ให้บริการ โดยการสร้างกลไกให้เกิดการแข่งขันด้านราคาในระหว่างผู้ให้บริการ องค์กรที่เรียกว่า Preferred provider organization (PPO) เป็นการรวมตัวกันของผู้ให้บริการเพื่อให้บริการแก่ผู้ประกันสุขภาพ โดยกำหนดเงื่อนไขการจัดบริการที่เป็นที่ยอมรับกันทุกฝ่ายในอัตราค่าบริการที่ต่ำมาก รูปแบบ HMO ทำให้อัตราการรักษาในลักษณะผู้ป่วยในซึ่งมีค่าใช้จ่ายมีลดลง

- ความไม่พึงพอใจของประชาชนต่อระบบบริการสุขภาพมีค่อนข้างสูง ซึ่งมาจากเหตุผลต่าง ๆ กัน เช่น การถูกจำกัดทางเลือกของการรับบริการ ซึ่งขัดต่อแนวคิดพื้นฐานของชาวอเมริกันที่ยึดมั่นในการมีเสรีภาพของทางเลือก (freedom of choices) (Reinhardt, 1999; Davis, 1999) ซึ่งปัญหานี้เป็นผลพวงจากความพยายามจำกัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จากแนวทาง Managed Care และ Managed Competition จึงเป็นสิ่งที่ขัด

แย่งกันตลอดเวลา และประชาชนจำนวนมากเชื่อว่า แนวทางทั้งสองทำให้ประชาชนโดยทั่วไปมีโอกาสเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพน้อยลง

- มีประชาชนอเมริกันจำนวนประมาณ 30-40 ล้านคนซึ่งไม่มีประกันด้านสุขภาพ ปัญหานี้เริ่มเกิดมาตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 ทั้งนี้เนื่องจาก

ก) การเติบโตของอาชีพในภาคบริการซึ่งมักจะมีการเปลี่ยนงานค่อนข้างสูง มีแนวโน้มที่ลูกจ้างจะไม่มีการประกันสุขภาพ

ข) การเติบโตของสถานประกอบการขนาดเล็ก

ค) แนวโน้มที่นายจ้างต้องการให้ลูกจ้างมีส่วนร่วมในการจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการประกันสุขภาพให้สมาชิกในครอบครัว

ง) มีครอบครัวที่มีผู้ปกครองเพียงคนเดียว (single-parent family) เพิ่มขึ้นจำนวนมากซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีการประกันสุขภาพน้อยกว่าครอบครัวที่มีผู้ปกครองสองคน จ) ประชากรในช่วงอายุ 17-45 ปี มีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะประกันตนเองแทนที่จะซื้อประกันสุขภาพ (Davis, 1990)

- ปัญหาของความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะคนยากจน ชนกลุ่มน้อย และเด็ก ๆ ซึ่งปัญหาอยู่ที่คนเหล่านี้ขาดการประกันสุขภาพ เนื่องจากการทำงานในสถานประกอบการขนาดเล็ก หากซื้อประกันสุขภาพต้องจ่ายแพงกว่าเนื่องจากขาดอำนาจต่อรองในเรื่องราคา และการว่างงาน ทำให้คนเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงบริการระดับปฐมภูมิได้โดยง่าย เนื่องจากบริการส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชนที่อยู่ภายใต้ระบบการประกันสุขภาพเอกชนที่มีขอบเขตของตนเอง และไม่มีข้อบังคับให้ต้องรับบริการแบบให้เปล่าแก่ผู้ยากจน ดังนั้น คนเหล่านี้จะเข้าสู่สถานบริการสุขภาพโดยผ่านห้องฉุกเฉิน (emergency room) เมื่อป่วยมีอาการมากแล้ว ประเด็นนี้เป็นข้อถกเถียงในระดับชาติ สำหรับผู้ที่มีแนวคิดด้านการช่วยเหลือเกื้อกูลในสังคม (Egalitarian) กับผู้ที่เชื่อมั่นในกลไกตลาด ซึ่งกลุ่มหลังเป็นกระแสหลักของสังคมอเมริกัน อย่างไรก็ตาม Donna Shalala ซึ่งเป็นรัฐมนตรีด้านการสาธารณสุขและบริการสังคม (Secretary of health and human services) ตั้งแต่ปี 1993 จนถึงปัจจุบัน กล่าวว่า ปัญหาของประชาชนอเมริกันในเรื่องการเข้าถึงบริการ ซึ่งรองรับด้วยการมีประกันสุขภาพซึ่งแยกส่วนทรัพยากรกันอย่างสิ้นเชิงนั้น ไม่ได้อยู่ที่ว่า ประชาชนอเมริกันเมินเฉยกับการเข้าถึงบริการสุขภาพหรือการมีหลักประกันด้านสุขภาพของคนอื่น ๆ ในสังคม แต่อยู่ที่ ทางเลือกในการเข้าถึงบริการสุขภาพของตัวเองมากกว่า กล่าวคือ ประชาชนอเมริกันเกรงว่าจะสูญเสียสิทธิภาพในการเลือกรับบริการสุขภาพไปหากมีการประกันสุขภาพในระดับชาติขึ้น (Reinhardt, 1999)

- ปัญหาเฉพาะของบางระบบเช่น ปัญหาการฉ้อฉลในการจัดบริการในโครงการ Medicare ซึ่งทำให้ทรัพยากรทางการเงินถูกกลืนหายไปใช้อย่างไม่เป็นธรรมต่อผู้สูงอายุ กล่าวคือ มีการทุจริตในการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้ให้บริการไปยังหน่วยงานรัฐ มีปัญหาด้อยประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบ

(Reinhardt, 1999) ทำให้รัฐบาลสหรัฐอเมริกาต้องเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการป้องกัน ตรวจสอบ การทุจริตในระบบ นอกจากนี้ รัฐบาลสหรัฐอเมริกาถูกกดดันให้ต้องทำงบประมาณแผ่นดินให้สมดุลอัน เป็นผลมาจากการที่รัฐสภาผ่านกฎหมาย Balance Budget Act (BBA) ในปี 1997 จึงต้องพยายามลดรายจ่าย ในโครงการ Medicare ซึ่งในระยะสั้น สร้างความไม่พอใจให้กับประชาชนผู้สูงอายุชาวอเมริกันอย่างสูง (Smith, 1999)

บทที่ 3

ประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

ในส่วนนี้จะได้กล่าวถึงประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่บทเรียนในประวัติศาสตร์ เรื่อยมาจนถึงการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันซึ่งจะเป็นสาระสำคัญของรายงานนี้

บทเรียนในประวัติศาสตร์ของการปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

ในสหรัฐอเมริกา แนวคิดของการปฏิรูประบบสุขภาพจะมุ่งเน้นที่การปฏิรูประบบการเงินการคลัง อันสะท้อนระบบความคิดของสังคมอเมริกันได้ดี โดยที่ระบบการเมืองมีส่วนสำคัญในการผลักดันให้ไปสู่ความสำเร็จ(หรือล้มเหลว)

มีอยู่ 4 ช่วงในประวัติศาสตร์การเมืองของสหรัฐอเมริกาในคริสต์ศตวรรษที่ 20 ที่เห็นความพยายามในการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การสนับสนุนของสาธารณะและผู้นำทางการเมืองอย่างชัดเจนก่อนหน้านี้ กระแสการปฏิรูปครั้งปัจจุบัน (Feldstein, 1993; Folland, Goodman, and Stano, 1993; Fuchs, 1986; Marmor and Dunham, 1985; Nelson, 1994; Starr, 1993)

ยุคเริ่มต้นของความก้าวหน้าทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี (The Great Society)

ในช่วงก่อนสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง นักปฏิรูปเชื่อว่า การขยายการประกันสุขภาพ ทั้งทางการเงิน และการบริหาร โดยผ่านการประกันสังคม เป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การปรับปรุงสถานะสุขภาพของประชาชน บริการสุขภาพ และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ แต่สิ่งที่เกิดขึ้นนี้เป็นเพียงความเห็นพ้องต้องกันของชนชั้นสูงในสังคม (elite) ประกอบกับในช่วงนั้น แพทยสมาคม (AMA) ของสหรัฐอเมริกายังอ่อนแอ จึงทำให้ประเด็นของการปฏิรูปถูกนำเสนอขึ้นมาในระดับชาติ อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้ไม่ได้รับการนิยมนำไปสนับสนุนจากประชาชนส่วนใหญ่เลยว่า สหรัฐอเมริกาต้องการการเปลี่ยนแปลงจริงๆ และต่อมาเมื่อ AMA ออกมาเคลื่อนไหวคัดค้านแนวคิดการปฏิรูป ดังนั้น สำหรับบริบทของสหรัฐอเมริกา ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพ เป็นเงื่อนไขที่จะต้อง มี แต่ไม่เพียงพอสำหรับการผลักดันการเปลี่ยนแปลงจริงๆ

การประกันสุขภาพโดยบังคับหลังยุคเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลก (The Great Depression)

ความทุกข์ทรมานอันเกิดจากเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลกในทศวรรษ 1920 ก่อให้เป็นช่วงจังหวะที่เหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายภายในประเทศสหรัฐอเมริกา ประธานาธิบดีรูสเวลต์ได้รวบรวมนักวิชาการผู้เชี่ยวชาญเพื่อดำเนินการปฏิรูประบบสวัสดิการ แก้ปัญหาการว่างงาน ความล้มเหลวของเกษตรกรรม การล้มละลายของระบบธนาคารและการเงิน รวมไปถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจโดยรวม

ในปี 1935 คณะกรรมการเพื่อความมั่นคงเศรษฐกิจที่ได้รับการแต่งตั้งโดยประธานาธิบดี รูสเวลต์มีการเสนอให้มีการประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกคน คณะกรรมการพิเศษของคณะรัฐมนตรีถูกจัดตั้งขึ้นมาเพื่อพิจารณาข้อเสนอ ซึ่งต้องใช้เวลาราว 1 ปีในการทบทวนสถานการณ์ของสวัสดิการสังคม การมีงานทำ สุขภาพของเด็ก และความยากจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีข้อเสนอต่อการปรับปรุงสวัสดิการสังคม การมีงานทำ ซึ่งเป็นประเด็นทางสังคมที่สำคัญในขณะนั้น และการปรับปรุงสวัสดิการหลังเกษียณ ซึ่งแม้ว่าจะไม่ได้รับความสนใจมากในขณะนั้น แต่ในอีกหลายสิบปีต่อมา เป็นประเด็นทางสังคมที่สำคัญและได้รับการปรับปรุงมาเสมอ ส่วนเรื่องของการประกันสุขภาพเชิงบังคับนั้น ประธานาธิบดีรูสเวลต์ลังเล ไม่เชื่อมั่นว่าจะได้รับการสนับสนุน รวมทั้งเกรงว่าจะได้รับการต่อต้านจากแพทยสมาคมของสหรัฐอเมริกาซึ่งพัฒนาและมีอิทธิพลอย่างสูง และพันธมิตรของแพทยสมาคมต่าง ๆ จนอาจทำให้เกิดผลเสียต่อการปฏิรูปสวัสดิการสังคมโดยรวม จึงไม่ได้เสนอแผนการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ปลอมให้กระบวนการปฏิรูปเกิดขึ้นเพียงเฉพาะในรัฐสภา ซึ่งไม่ได้รับความสนับสนุนมากนัก

ช่วงการประกันสุขภาพแห่งชาติจนถึงยุค Medicare

ในยุคการบริหารโดยประธานาธิบดีแฮร์รี ทรูแมน ก็มีประสบการณ์ในการปฏิรูประบบสุขภาพที่นำข้อเท็จจริงต่างกัน ประธานาธิบดีทรูแมนชนะการเลือกตั้งในปี 1948 โดยมีนโยบายการประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นจุดขายที่สำคัญ แต่ประสบกับการวิจารณ์ ต่อต้าน ทั้งในช่วงก่อนและหลังการเลือกตั้ง ซึ่งเชื่อมโยงการประกันสุขภาพแห่งชาติว่าเป็นแนวคิดสังคมนิยม แนวคิดคอมมิวนิสต์ และเชื่อมโยงกับประเทศสหภาพโซเวียต ในยุคที่สงครามเย็นเพิ่งเริ่มต้นขึ้นหลังสงครามโลก ประชาชนและรัฐบาลอเมริกันหวาดกลัวการขยายตัวของลัทธิคอมมิวนิสต์ จึงเกิดการแข่งขันกันพัฒนาและสะสมอาวุธ โดยเฉพาะอาวุธนิวเคลียร์ การทำสงครามความเชื่อทางลัทธิการเมืองและเศรษฐกิจทั่วโลก ช่วงชิงการเป็นผู้นำของโลกในทุก ๆ ด้าน

ภายหลังจากแผนการประกันสุขภาพแห่งชาติประสบความพ่ายแพ้ในรัฐสภาหลายปีติดต่อกัน ประธานาธิบดีทรูแมนต้องลดเป้าประสงค์ลงเป็นเพียงแผนการประกันสุขภาพแก่ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์จากการประกันสังคม ซึ่งต่อมาคือโครงการ Medicare ในปี 1965 ในการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในยุคสมัยของประธานาธิบดีทรูแมน พบว่า ประชาชนให้การสนับสนุนการประกันสุขภาพจัดโดยภาครัฐเสมอมา แต่การสนับสนุนเป็นไปอย่างผิวเผิน ประชาชนไม่มีความรู้ ข้อมูลเพียงพอ ดังนั้น เมื่อแผนการประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่จัดโดยรัฐ ถูกตราหน้าว่าเป็น "การแพทย์แบบสังคมนิยม" (Socialized medicine) ทำให้การสนับสนุนลดลงอย่างมาก หรือไม่มีนักการเมืองคนใดกล้าแสดงว่าสนับสนุนแผนการดังกล่าว

การต่อสู้เพื่อให้เกิดการแก้ไขกฎหมายประกันสังคมเพื่อให้เกิดโครงการ Medicare สะท้อนถึงเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพ แม้ว่าจะเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงเพียงบางส่วน ประสบความ

สำเร็จ กล่าวคือ ก่อนปี 1965 พรรครีพับลิกันซึ่งยืนยันแนวคิดอนุรักษนิยมมาโดยตลอด ครองเสียงข้างมากในรัฐสภา แต่การชนะการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนและวุฒิสมาชิกในปี 1964 ของพรรคเดโมแครต ได้กวาดล้างเอาฐานทางการเมืองในรัฐบาลของกลุ่มอนุรักษนิยมไปจนหมด กระแสความนิยมอย่างสูงของประชาชนอเมริกันต่อประธานาธิบดีเคนเนดีเป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งที่หนุนเสริมความสำเร็จ นอกจากนี้ ความสมดุลในทางอุดมการณ์ของสมาชิกรัฐสภาอเมริกันซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดการถ่วงดุลทางอำนาจนิติบัญญัติและบริหารของสังคมการเมืองอเมริกัน ก็มีสูง กล่าวคือ แนวคิดส่วนใหญ่ของสมาชิกรัฐสภาอเมริกัน ไม่ว่าจะเป็นตัวแทนจากพรรคเดโมแครตหรือพรรครีพับลิกัน มีลักษณะเสรีนิยมน้อยกว่าฝ่ายบริหารคือประธานาธิบดีเคนเนดี และเงื่อนไขที่เพียงพอสำหรับทำให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพในทางการเมืองเกิดขึ้นได้จริง คือ การที่พรรคเดโมแครตมีเสียงข้างมากสภาผู้แทนสูงมากจนเป็น 2 เท่าของฝ่ายค้าน ซึ่งเห็นความแตกต่างที่มากเพียงพอสำหรับทำให้โครงการที่ไม่ค่อยได้รับความนิยมมากนักในรัฐสภาสามารถผ่านออกเป็นกฎหมายได้

ยุคประธานาธิบดีนิกสัน

ในช่วงปี 1970 ประเด็นทางการเมืองระดับชาติว่าด้วยสุขภาพได้ย้ายจากโครงการ Medicare มาเป็นการประกันสุขภาพแห่งชาติอีกครั้ง ในช่วง 5 ปีแรกของทศวรรษ 1970 มีการแข่งขันนำเสนอกฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ มากมาย เช่น ร่างกฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพที่ทำให้ล้มละลายทางการเงิน (Catastrophic proposal), ร่างกฎหมายว่าด้วยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับรูปแบบระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศแคนาดาอย่างมาก แม้กระทั่งรัฐบาลนิกสันเองก็เสนอแผนการว่าด้วยการบังคับให้มีการประกันสุขภาพแก่ชาวอเมริกันที่มีงานทำทุกคน

บทเรียนจากช่วงนี้จะสามารถอธิบายความล้มเหลวของการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันที่น่าเสนอในลักษณะรวมศูนย์ได้ดี กล่าวคือ การปฏิรูปในยุคนั้นล้มเหลวเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงแผนการและข้อเสนอตลอดเวลา และกลุ่มการเมืองในสภาก็เปลี่ยนหน้าเป็นพันธมิตรเพื่อจะคัดค้านให้แผนการที่ปรับเปลี่ยนให้ตกไปทุกครั้ง

เหตุการณ์สำคัญซึ่งนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกาในทศวรรษปัจจุบัน

ก่อนหน้านั้น ชาวอเมริกันจะได้รับฟังข้อมูลว่าระบบสุขภาพของประเทศอยู่ในสภาวะวิกฤตมาไม่น้อยกว่า 20 ปี การหยั่งเสียงหลายครั้งพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับคำกล่าวนี้นมาเป็นเวลายาวนานแล้ว ก่อนที่ประเด็นเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพจะถูกนำมาสูงขึ้นในการหาเสียงว่าแต่ละกลุ่มการเมือง

กลุ่มผลประโยชน์มีแผนการปฏิรูปอย่างไร และดังที่กล่าวไปแล้วว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีอัตราเพื่อสูงกว่าการเพิ่มขึ้นของดัชนีผู้บริโภคอย่างมากในระหว่างทศวรรษที่ 1980 ภายใต้การบริหารของประธานาธิบดีเรแกน ต่อเนื่องมาจนถึงต้นทศวรรษที่ 1990 ทำให้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดให้ประชาชนทุกคนมีประกันสุขภาพ (universal health insurance) เป็นเรื่องที่แทบเป็นไม่ได้

แต่การเปลี่ยนแปลงที่ประชาชน นักวิชาการ นักวิชาชีพด้านสาธารณสุข ได้เห็นประจักษ์การเพิ่มขึ้นของรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว จึงเกิดกระแสของความพยายามในการควบคุมรายจ่ายให้อยู่ในระดับต่ำลง ซึ่งพลวัตรของกลไกตลาดเสรีซึ่งครอบงำระบบสุขภาพอยู่มีการตอบสนองต่อความพยายามนี้ในระดับหนึ่ง แต่สิ่งที่เรียกว่า "การปฏิรูประบบสุขภาพ" ไม่ได้รับความสนใจจากสาธารณชนในระดับที่เป็นความเคลื่อนไหวอย่างกว้างขวางในระดับประเทศแต่อย่างใด จนกระทั่งช่วงท้ายของการบริหารประเทศของประธานาธิบดีจอร์จ บุช แห่งพรรครีพับลิกัน ซึ่งมีเหตุการณ์เกิดขึ้นหลายประการ ที่สำคัญคือ

1. สภาวะเศรษฐกิจถดถอยซึ่งเริ่มต้นมาตั้งแต่ปลายทศวรรษ 1980 และต่อเนื่องมาจนถึงต้นทศวรรษ 1990 ก่อให้เกิดกระแสความตื่นตัวทางการเมืองในประชาชนกลุ่มที่มีประกันสุขภาพไม่เพียงพอให้ร่วมกับกลุ่มคนยากจนเพื่อลงคะแนนเสียงในการเลือกตั้งและผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพโดยวิธีการต่าง ๆ

2. โศกนาฏกรรมอันเป็นผลมาจากการสูญเสียชีวิตที่เกิดจากการระบาดของโรคเอดส์ ทำให้ประชาชนกลุ่มที่มีความรู้สูงและมีความมั่นคงทางการเงินสูง แต่ต้องกลายเป็นผู้ยากไร้เมื่อต้องป่วยและรับการรักษาโรคเอดส์ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก อันเป็นผลมาจากการที่ประกันสุขภาพที่มีอยู่นั้น ไม่ครอบคลุมการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง (catastrophic illness) เช่นกรณีของโรคเอดส์

3. การล่มสลายของระบอบการปกครองในสหภาพโซเวียตรัสเซียและประเทศยุโรปตะวันออก ทำให้สงครามเย็นระหว่างสหรัฐอเมริกากับประเทศกลุ่มดังกล่าวสิ้นสุดลง ความจำเป็นที่จะต้องเตรียมพร้อมด้านการป้องกันประเทศซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงมีน้อยลง จึงมีทรัพยากรที่สามารถจัดสรรไปสู่ภาคอื่น ๆ ของสังคมได้

4. การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในระดับชาติของสหรัฐอเมริกา ประธานาธิบดีบุชจำเป็นต้องก้าวตามกระแสการเมืองที่เรียกร้องการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งเห็นได้จากการที่ผู้สมัครเลือกตั้งซ่อมตำแหน่งวุฒิสมาชิกของพรรคเดโมแครตซึ่งเป็นผู้สนับสนุนอย่างแข็งขันต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้รับการเลือกตั้งด้วยคะแนนท่วมท้นในเขตที่พรรคเดโมแครตเป็นฝ่ายพ่ายแพ้มาโดยตลอด ในปี 1991 และในการปราศรัยหาเสียงเลือกตั้งประธานาธิบดีในปี 1992 นั้น ประเด็นเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญที่ถูกนำมาใช้ในการหาเสียง เพื่อตอบสนองต่อความสนใจของประชาชนผู้มีออกเสียงทั่วไป

นอกจากนี้ ความวิตกกังวลในระบบบริการสุขภาพที่เกิดการที่ โรงพยาบาลจำนวนมากประสบการขาดทุน, ลูกจ้าง คนงานในภาคเอกชนจำยอมต้องอยู่ในสภาวะการจ้างงานที่นายจ้างมีอำนาจต่อรองสูงกว่า ทั้งนี้เนื่องจากเกรงว่าหากต้องตกงาน ประกันสุขภาพที่เคยมีอยู่จะหมดสิ้นไป, เกิดกรณีทุจริตที่เกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าบริการสุขภาพโดยโรงพยาบาล แพทย์ หรือห้องปฏิบัติการ, กรณีที่ผู้ที่ไม่มียประกันสุขภาพบางคนต้องล้มละลายทางการเงินเนื่องจากการเจ็บป่วย ซึ่งเล่าต่อกันเป็นเรื่องสะเทือนใจ สาธารณชน เห็นเหตุการณ์สำคัญของระบบสุขภาพสหรัฐอเมริกาในต้นทศวรรษ 1990

จนกระทั่งในการแข่งขันเลือกตั้งชิงตำแหน่งประธานาธิบดีในปี 1992 ผู้สมัครรับเลือกตั้งจากพรรคเดโมแครต คือ คลินตัน ได้ชูธงประเด็นของการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นหัวข้อหาเสียงที่สำคัญที่สุด คู่แข่งขันจากพรรครีพับลิกันคือประธานาธิบดีบุชต้องแข่งขันกันหาแนวทางในการปฏิรูประบบสุขภาพที่หวังว่าจะดึงดูดคะแนนเสียงได้ดีกว่าคู่แข่ง อย่างไรก็ตาม เนื้อหาของแนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งหมดที่นำเสนอแทบจะเรียกได้ว่าไม่มีอะไรเป็นของใหม่เลย ไม่ว่าจะเป็นลักษณะปัญหาและแนวทางแก้ไข ถึงแม้จะมีความพยายามในการหาเสียงถึง "การปฏิรูปอย่างครบวงจร" (comprehensive reform) แทนที่จะแก้ไขทีละปมปัญหาเช่นอดีต ดังเช่น การประกันสุขภาพแก่ประชาชนทั่วทุกคน, การกำหนดค่าตอบแทนของแพทย์เป็นอัตราตายตัว, การจัดสรรงบประมาณเป็นก้อนแก่ผู้ให้บริการ (global budget), การสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันระหว่างแผนการประกันสุขภาพต่าง ๆ, การสนับสนุนการประกันสุขภาพจากการมีงานทำ (employment-based insurance), จนถึง ระบบที่มีผู้จ่ายเงินเพียงหนึ่งเดียว (single payer) ประเด็นเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการถกเถียงกันในการแข่งขันรับเลือกตั้งเป็นประธานาธิบดีในทศวรรษ 1970 ซึ่งได้เห็นการออกกฎหมายว่าด้วยโครงการ Medicare ในปี 1965 โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อเสนอของประธานาธิบดีว่าด้วยการประกันสุขภาพจากการมีงานทำนั้นเป็นหลักการสำคัญของแผนการประกันสุขภาพผสมผสานของประธานาธิบดีนิกสันซึ่งเสนอในปี 1974

ลักษณะที่พึงปรารถนาของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา

แม้ว่าความเห็นของประชาชนสหรัฐอเมริกา และกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ มีความเห็นหลากหลายมาก แต่พบว่ากลุ่มต่าง ๆ มีความคาดหวังต่อลักษณะที่พึงปรารถนาของการปฏิรูประบบสุขภาพร่วมกันในประเด็นหลัก ๆ ดังนี้ (Marmor, 1994; Lundberg, 1992)

1. จะต้องให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้
2. จะต้องควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้อย่างแท้จริง
3. กระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพของบริการอย่างต่อเนื่อง
4. เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบ และการบริหารจัดการทางการเงิน

5. ประชาชนมีเสรีภาพในการแสวงหาทางเลือกรับบริการสุขภาพในระดับหนึ่ง

6. ส่งเสริมบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิ

7. ส่งเสริมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ส่วนประเด็นอื่น ๆ ที่มีความขัดแย้งกันมักจะเป็นประเด็นที่จะต้องมีผู้เสียประโยชน์ เช่น การจำกัดความรับผิดชอบทางการเงินของแพทย์ ซึ่งขัดกับความต้องการของประชาชนผู้รับบริการที่ต้องการให้แพทย์แสดงความรับผิดชอบมากขึ้น และต้องการเห็นระบบบริการสุขภาพมีความโปร่งใส ตรวจสอบได้มากขึ้น ประเด็นอื่น ๆ เช่นการรักษาความเป็นอิสระของกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะมีผู้ละเมิดและถูกละเมิดสิทธิ เป็นต้น

การปฏิรูประบบสุขภาพบนพื้นฐานของกลไกตลาด

ระบบการเงินการคลังและบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกามีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จากรูปแบบของการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการตามรายการรักษา (fee-for-service) และการประกันสุขภาพแบบเดิมที่รับผิดชอบความสูญเสียทางการเงินแก่ผู้เอาประกันตามลักษณะความเสียหาย(อันเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย)ที่เกิดขึ้นจริง ที่เรียกกันว่า indemnity insurance ซึ่งผู้เอาประกันสามารถเลือกผู้ให้บริการได้อย่างเสรี ระบบบริการสุขภาพเป็นไปในแบบแยกส่วนและขาดการตรวจสอบ ไปสู่ระบบบริการสุขภาพแบบผสมผสาน มีการแข่งขันกันในระหว่างผู้ให้บริการ มีระบบการตรวจสอบคะแนนกันทั้งภายในระบบและจากนอกระบบ อันเป็นที่รู้จักกันในนามของ Managed care การเปลี่ยนแปลงครั้งนี้ไม่ได้เกิดขึ้นหรือถูกผลักดันในลักษณะของนโยบายสาธารณะ ซึ่งจะได้กล่าวต่อไปว่าการผลักดันการปฏิรูปในระดับชาติ ผ่านกลไกทางการเมืองกลับกลายเป็นสิ่งที่เป็นการปกป้องสถานะเดิมของระบบมากกว่า (Status quo) แต่เกิดจากการแรงขับเคลื่อนจากผู้บริโภค การแสวงหาทางเลือกของนายจ้าง และกลไกตลาดในภาคเอกชน

ในความเป็นจริงแล้ว การปฏิรูปโครงการ Medicare, Medicaid, และ การจัดบริการสุขภาพเพื่อทหารผ่านศึก ซึ่งเป็นโครงการที่ดูแลโดยรัฐบาลกลาง เกิดขึ้นอย่างจริงจังหลังจากการเปลี่ยนแปลงในภาคเอกชน ดังจะเห็นได้จากข้อมูลที่ว่า ในปี 1994 มีเพียงร้อยละ 7 และ 8 ของผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการ Medicare และ Medicaid ตามลำดับเท่านั้นที่เลือกรับบริการกับ HMO ซึ่งต่างจากส่วนใหญ่ของประเทศที่หันมาเลือกเอาประกันตนกับรูปแบบ HMO มาแล้วเป็นเวลานาน เห็นได้จาก ในปี 1980 มีประชาชนอเมริกันเพียง 9 ล้านคนที่เลือก HMO แต่ 16 ปีให้หลังพบว่า เมื่อถึงสิ้นปี 1996 มีประชาชนกว่า 65 ล้านที่เอาประกันกับ HMO และมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยในช่วงหลังถึงร้อยละ 12 ต่อปี ส่วนผู้เอาประกันตนกับแผนประกันสุขภาพของ PPO ซึ่งเกิดขึ้นภายหลังปี 1980 มีจำนวนในปัจจุบันกว่า 90 ล้านคน (Igenhart, 1992, 1993)

ทำไมระบบบริการสุขภาพแบบเดิมหักทางให้ Managed care

ระบบบริการสุขภาพแบบเดิมเป็นผลผลิตจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อแสวงหาประโยชน์สูงสุดของกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็น ประชาชนผู้รับบริการ บุคลากรวิชาชีพผู้ให้บริการ รวมถึงผู้รับประกันสุขภาพ โดยอาศัยกลไกตลาด ซึ่งไม่อยู่ภายใต้การกำหนดของรัฐในเชิงนโยบายสาธารณะใด ๆ เพื่อไปสู่เป้าหมายร่วมกันของระบบ ผลลัพธ์ของระบบบริการสุขภาพลักษณะนี้เป็นตัวอย่างที่ดีของความล้มเหลวของกลไกตลาดในด้านบริการสุขภาพ (Enthoven, 1997) ดังจะได้กล่าวถึงโดยสังเขปดังต่อไปนี้

1. ความล้มเหลวของตลาดโดยธรรมชาติ (Natural market failure)

ดังที่ Kenneth Arrow นักเศรษฐศาสตร์คนสำคัญ ได้เขียนไว้ในงานชิ้นสำคัญเมื่อ ปี 1963 (Arrow, 1963)ว่า อุบัติการณ์ของการเจ็บป่วยและสัมฤทธิ์ผลของการรักษาพยาบาลเป็นสิ่งที่มีความไม่แน่นอนสูงมาก ทำให้ประชาชนที่ต้องการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง (risk-averse) เกิดความประสงค์ที่จะซื้อประกันเพื่อป้องกันความสูญเสียทางการเงินจากการเจ็บป่วยที่อาจจะสูงมากอย่างคาดไม่ถึง แต่ปัญหาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ของการประกันใด ๆ ที่สำคัญคือ moral hazard และ adverse selection เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมากภายใต้ระบบบริการสุขภาพแบบเดิม

นอกจากการสนิม ความนิยมชมชอบในผู้ให้บริการ สถานบริการใดโดยเฉพาะ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพสูงขึ้นทบถมไปบนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยตรง

2. ความล้มเหลวของตลาดอันเกิดจากการแพทย์เป็นผู้กระทำ

นอกจากเกิดจากอิสระเสรีในการเลือกผู้ให้บริการโดยผู้รับบริการดังที่กล่าวในตอนท้ายของย่อหน้าก่อน ยังเกิดจากการเลือกรูปแบบวิธีการรักษาพยาบาลที่ไม่มีขีดจำกัดโดยแพทย์ กลไกการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ในรูปแบบ fee-for-service ความสัมพันธ์ในลักษณะที่แพทย์เป็นผู้วินิจฉัยโรค คัดสินใจแทนผู้ป่วย (Principal-agent relationship) และความไม่ประหยัดเนื่องจากขนาด (diseconomies of scale) เนื่องจากการประกอบวิชาชีพอิสระ (solo practice)

3. ความล้มเหลวของตลาดอื่น ๆ

อันเกิดปัจจัยอื่น ๆ ที่มนุษย์สร้างขึ้น เช่น พฤติกรรมของนายจ้างและลูกจ้างที่เคยชินกับระบบบริการสุขภาพแบบเดิมซึ่งตนเองได้ประโยชน์ในการรักษาพยาบาล HMO จะต้องต่อสู้อย่างหนักเพื่อให้สามารถแข่งขันให้นายจ้างและลูกจ้างสามารถเลือกแผนแบบ HMO ได้

รัฐเองก็มีส่วนทำให้เกิด market failure ด้วยการอุดหนุนทางภาษีแก่การประกันสุขภาพของนายจ้างเอกชน ทำให้ทั้งนายจ้างและลูกจ้างมีแรงจูงใจที่จะเลือกแบบแผนการประกันสุขภาพในลักษณะที่ยังมากยิ่งขึ้น เพราะประโยชน์โดยรวมจะเกิดขึ้น โดยเฉพาะกับลูกจ้างมากกว่า

ผลลัพธ์ที่ตามมาจากความล้มเหลวของตลาดบริการสุขภาพ

กล่าวโดยสั้น ๆ ผลลัพธ์ในทางลบจากความล้มเหลวของตลาดบริการสุขภาพ ทำให้เกิดความด้อยประสิทธิภาพในระบบ มีการใช้ทรัพยากรในทุก ๆ ส่วนเกินกว่าระดับที่มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ไร้การกำกับตรวจสอบในตัวเอง ผู้ให้บริการแข่งขันกันในด้านเทคโนโลยีราคาแพงเพื่อดึงดูดผู้เอาประกันสุขภาพ การแข่งขันในด้านราคาเกิดขึ้นน้อยมากในตลาดบริการสุขภาพซึ่งต่างไปจากสินค้าหรือบริการอื่น ๆ นอกจากนี้ ปรากฏการณ์ที่แพทย์กระตุ้นให้เกิดการรักษาที่ไม่จำเป็น (physician-induced demand) จะมีบทบาทในการทำให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างไม่สมเหตุสมผลมากขึ้น เมื่อพิจารณาอีก ๆ แล้ว ผู้ให้บริการไม่ต้องการรับผิดชอบมาจากคุณภาพของบริการ เนื่องจากการขาดตรวจสอบ อันเป็นผลจากธรรมชาติของการรักษาพยาบาลที่มีความไม่สมดุลของข้อมูลข่าวสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และทางเลือกในการรักษาพยาบาลที่มีหลากหลายอยู่แล้ว นอกจากนี้ ยังทำให้เกิดจำนวนโรงพยาบาลและเตียงมากเกินกว่าจำเป็น มีจำนวนแพทย์เฉพาะทาง และสถานบริการสุขภาพเฉพาะทางมากเกินความจำเป็น ทำให้ไม่เกิดการประหยัดเนื่องจากขนาด และทรัพยากรที่ลงทุนไปอย่างไม่คุ้มค่า

ดังนั้น เมื่อกลไกของตลาดเสรีในบริการสุขภาพทำงานได้ไม่ดี ความเปลี่ยนแปลงในรูปแบบต่าง ๆ จึงเกิดขึ้น ซึ่งจะรายงานนี้จะเสนอเฉพาะนวัตกรรมสำคัญ ๆ ที่ยังคงมีบทบาทในการปรับเปลี่ยนโฉมหน้าของระบบบริการสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกาจนถึงปัจจุบัน

Managed Care and Managed Competition

รูปแบบทั้งสองนี้เป็นยุทธศาสตร์ในการกำหนดรูปแบบของบริการด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. สร้างองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพที่มีความสามารถในการแสวงหาทรัพยากรได้อย่างเพียงพอและเหมาะสม ใช้ทรัพยากรอย่างสมเหตุสมผล เพื่อจัดบริการสุขภาพให้แก่ผู้เอาประกัน โดยมีกระบวนการบริหารจัดการที่มีหลักประกันว่าผลลัพธ์ของบริการจะเป็นไปอย่างดี มีการประเมินผลงานเป็นระยะ (ทั้งในด้านผลลัพธ์ต่อสุขภาพ, ความพึงพอใจ, และการประหยัดต้นทุน) และมีการพัฒนาปรับปรุงระบบตลอดเวลา

2. การพัฒนาเพื่อกำหนดแรงจูงใจให้ทุกส่วนในระบบพัฒนาคุณภาพและประหยัดต้นทุน

3. ใช้อำนาจในการตลาดในการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพแบบเดิมที่แยกส่วน กระจาย ไม่มีการตรวจสอบ ไปสู่ระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Enthoven 1988 and 1993)

หลักการที่สำคัญของ Managed care

Managed care มีหลักการดำเนินการที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1. การเลือกผู้ให้บริการมาเป็นผู้ให้บริการ

ซึ่งผู้รับประกันในรูปแบบ managed care จะเลือกผู้ให้บริการโดยอาศัยเหตุผลทั้งในด้านคุณภาพและเศรษฐกิจ แม้ว่าบ่อยครั้งที่ คุณภาพและเศรษฐกิจมักไม่ไปด้วยกัน

2. การจัดการเกี่ยวกับการใช้บริการ (Utilization management)

องค์กรที่จัดบริการโดยอาศัยหลักการ managed care จำนวนมากจะจัดบริการโดยมี แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือครอบครัวเป็นผู้บริการในระดับปฐมภูมิ ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นนายทวารควบคุม (gatekeeper) การรับบริการของผู้ป่วยที่อาจจะถูกส่งต่อไปรับการรักษาในระดับที่สูงขึ้นไป สิ่งนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่สุดประการหนึ่งของ managed care ส่วนวิธีการอื่นๆ เช่น การกำหนดจำนวนวันนอนผู้ป่วยใน, การกำหนดให้มี preauthorization ก่อนการเข้านอนเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล, มีการจ้างบุคลากรวิชาชีพ เช่น พยาบาล เป็นผู้คอยตรวจสอบเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยใน ที่เรียกว่า concurrent review, การกำหนด medical practice guideline เพื่อลดความแตกต่างในการให้บริการ เพื่อการง่ายต่อการจัดการและทำให้มีต้นทุนต่ำอีกด้วย

3. การต่อรองด้านการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการ

เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบระบบบริการสุขภาพเดิมแล้ว องค์กร managed care สามารถซื้อบริการจากผู้ให้บริการได้ในราคาที่ถูกลงถึงร้อยละ 20-40 โดยอาศัยจำนวนผู้ซื้อประกันจำนวนมากเป็นแรงดึงดูดและสร้างอำนาจต่อรอง กลไกการจ่ายตอบแทนที่มีการพัฒนาไปเช่น การกำหนดค่าตอบแทนในลักษณะแบบเหมาเฉลี่ยต่อการรักษาผู้ป่วยต่อหนึ่งวัน โดยไม่แยกแยะ โรคของผู้ป่วย เป็นต้น

4. การจัดการด้านคุณภาพ

องค์กร managed care จะสำรวจความพึงพอใจของประชาชนเป็นระยะ ๆ และให้รางวัลในรูปของโบนัสแก่ผู้ให้บริการที่ได้คะแนนความพึงพอใจสูง หรืออาจจะไม่เลือกผู้ให้บริการคนใด กลุ่มใดเป็นคู่สัญญาต่อไป หากได้ความพึงพอใจต่ำ แนวโน้มในอนาคตจะมีการวัดเพื่อประเมินผลลัพธ์ต่อสุขภาพโดยตรง หรือผลงานด้านบริการสุขภาพ แล้วนำเสนอเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจต่อชุมชน

องค์กรด้านสุขภาพที่ดำเนินตามหลักการ managed care & managed competition

ภายใต้หลักการของการดูแลภายใต้การจัดการ (managed care) และการแข่งขันภายใต้การจัดการ (managed competition) ได้เกิดองค์กรที่มีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพต่าง ๆ มากมาย ที่สำคัญคือ

Health Maintenance Organization—HMO

HMO ไม่ใช่เป็นรูปแบบใหม่ของการจัดองค์กรสุขภาพในสหรัฐอเมริกา องค์กรชื่อ Kaiser-Permanente อันเป็น HMO ซึ่งเป็นที่รู้จักกันมากที่สุดในสหรัฐอเมริกา ก่อตั้งครั้งแรกในรัฐแคลิฟอร์เนีย ตั้งแต่ปี ค.ศ.1942 แต่ความนิยมของประชาชนในการเลือกประกันสุขภาพกับ HMO อย่างกว้างขวางทั่วประเทศเพิ่งจะมีมาเพียง 10 ปีหลังนี้เอง

ชนิดและรูปแบบของ HMO

HMO เป็นองค์กรที่จัดบริการสุขภาพแก่ผู้ที่เอาประกันสุขภาพตามข้อตกลงเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาสุขภาพในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ โดยได้รับเงินเบี้ยประกันจากผู้เอาประกันสุขภาพเป็นการล่วงหน้า (prepaid) ผู้เอาประกันตนจะได้รับบริการจากกลุ่มผู้ให้บริการและสถานบริการสุขภาพจำกัดตามที่กำหนดไว้ จึงกล่าวได้ว่า HMO มีสองบทบาทในตัวเอง คือ

- 1) บทบาทในฐานะผู้รับประกันสุขภาพ และ
- 2) บทบาทในฐานะผู้จัดบริการสุขภาพ ซึ่งบทบาทที่ 2 นั้นจะกระทำเองหรือมีสัญญาข้อตกลงกับกลุ่มผู้ให้บริการภายนอกองค์กรให้เป็นผู้จัดบริการ

แม้ว่า HMO จะมีความแตกต่างในโครงสร้างองค์กรและการจ่ายค่าตอบแทนให้ผู้ให้บริการ แต่พอจะสรุปเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

1. *Staff model HMO* HMO จะจ้างแพทย์และบุคลากรวิชาชีพเป็นลูกจ้างเพื่อทำงานในสถานบริการสุขภาพที่ HMO เป็นเจ้าของ โดยรับค่าตอบแทนหลักเป็นเงินเดือน

2. *Group model HMO* HMO รูปแบบนี้มีบทบาทหลักในฐานะผู้รับประกันสุขภาพ โดยจะทำสัญญาให้กลุ่มผู้ให้บริการเป็นผู้จัดบริการให้แทน ซึ่งส่วนใหญ่จะให้ค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการในลักษณะเหมาจ่าย

3. *Network model HMO* HMO รูปแบบนี้คล้ายกับรูปแบบที่ 2 ต่างกันตรงที่ HMO จะทำสัญญากับเครือข่ายที่ประกอบด้วยกลุ่มผู้ให้บริการจำนวนหนึ่งเป็นผู้จัดบริการ

สมาคมของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอิสระ (Independent practice association—IPA) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ เพียงคนเดียวหรือเป็นกลุ่มเล็ก อาจจะเข้ามาเป็นคู่สัญญาเพื่อให้บริการแก่สมาชิกผู้เอาประกันสุขภาพกับ HMO

รูปแบบที่ 2 และ 3 นั้น อาจจะเป็นการทำสัญญากับสถานบริการ และผู้ให้บริการ แยกกันหรือไปด้วยกัน โดย HMO จะให้ค่าตอบแทนได้หลายรูปแบบ เช่น fee-for-service ร่วมกับการมีโบนัสจากกำไรที่แบ่งปันกัน, การเหมาจ่ายรายหัว เป็นต้น

4. รูปแบบใหม่ของ HMO ซึ่งเพื่อเกิดขึ้นไม่นานมานี้ เป็นรูปแบบขององค์กรที่โรงพยาบาลร่วมกับผู้ให้บริการรวมตัวกันเป็น HMO เอง (Physician-hospital organization) ทั้งนี้ เพราะทั้งสองฝ่ายต้องการคัดคนกลางคือ HMO ในรูปแบบอื่น ที่ทำตัวเป็น third party ซึ่งนอกจากมีค่าใช้จ่ายในการจัดการแล้ว ยังแบ่งส่วนกำไรไปจากโรงพยาบาลและผู้ให้บริการอีก รูปแบบของ HMO ลักษณะนี้เป็นความพยายามขององค์กรผู้ให้บริการสุขภาพที่ต้องการกำหนดชะตากรรมทิศทางของตนเอง และแสดงให้เห็นว่า managed care สามารถมีได้โดยไม่ต้องมีองค์กรประกันสุขภาพด้วยซ้ำ

การที่ HMO มีสองบทบาทในองค์กรเดียวกันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการสร้างแรงจูงใจในการให้บริการพอสมควร และเป็นที่ยอมรับกันว่าภายใต้การแข่งขันเพื่อหาสมาชิกผู้เอาประกันตน HMO จะมีบทบาทในการควบคุมปริมาณการใช้บริการสุขภาพและค่าใช้จ่ายได้ และเนื่องจากการที่ HMO ได้รับการจ่ายเบี้ยประกันในอัตราที่คงที่ต่อสมาชิกแต่ละคน HMO จึงมีแรงจูงใจทางการเงินในการลดค่าใช้จ่ายขององค์กรลง บริษัทประกันสุขภาพเอกชนเองก็ขายขอบเขตด้วยการจัดตั้ง HMO ของตนเองและขายประกันสุขภาพในรูปแบบของ HMO ควบคู่ไปกับการประกันสุขภาพแบบดั้งเดิม (traditional health insurance) ซึ่งนับวันแต่ละหัวตลงทุกขณะ ทั้งนี้เนื่องจากเบี้ยประกันของการประกันสุขภาพแบบเดิมแพงกว่ามาก

ในด้านของผู้บริโภคนั้น อาจจะได้รับประโยชน์จาก HMO ด้วยเหตุผลดังนี้ คือ เมื่อสมาชิก HMO เลือกว่าจะไปรับบริการกับกลุ่มหรือเครือข่ายผู้ให้บริการใด สมาชิกคนนั้น ๆ ไม่มีความจำเป็นจะต้องแสวงหาข้อมูลว่าจะเลือกผู้ให้บริการคนใดดีเมื่อตนเจ็บป่วย กิจกรรมการประกันคุณภาพบริการก็สามารถทำได้ง่ายขึ้นเมื่อองค์กรมีขนาดใหญ่ขึ้น แทนที่จะเป็นผู้ให้บริการอิสระหรือเป็นกลุ่มเวชปฏิบัติเล็ก ๆ อย่างไรก็ตาม การที่ผู้รับบริการถูกจำกัดทางเลือกว่าจะสามารถไปรับบริการได้เฉพาะในกลุ่มหรือเครือข่ายผู้ให้บริการที่ทำสัญญาไว้กับ HMO ซึ่งขัดกับความคิดพื้นฐานของประชาชนอเมริกันในเรื่องของการมีเสรีภาพในการเลือก

ในแง่ของธุรกิจนั้น HMO มีทั้งที่แสวงหากำไร (for-profit) และไม่แสวงหากำไร (not-for-profit) แต่รูปแบบแรกเป็นรูปแบบที่เป็นหลักและมีจำนวนมากกว่ารูปแบบที่สองอย่างมาก

ในทางทฤษฎีนั้น HMO อาจจะมีข้อดี ดังนี้

ข้อดี	ข้อพิจารณา
1. HMO มีแรงจูงใจในการพัฒนาประสิทธิภาพของสถานบริการ ด้วยการลดค่าใช้จ่ายลง	1. ในทางปฏิบัติ เป็นเรื่องยากที่จะประเมินประสิทธิภาพของสถานบริการ ไม่ว่าจะเป็นในการใช้ทรัพยากร หรือคุณภาพบริการ
2. ลดบริการผู้ป่วยในที่ไม่จำเป็นลง ทั้งนี้เพราะค่าใช้จ่ายผู้ป่วยสูงกว่าผู้ป่วยนอกมาก	2. ผู้ให้บริการตอบสนองด้วยการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาเป็นแบบผู้ป่วยนอกซึ่งไม่ถูกควบคุมด้วย HMO มากขึ้น
3. มีศักยภาพในการลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น	3. จะต้องแน่วแน่มของการให้บริการในระดับที่น้อยกว่าความจำเป็น
4. สามารถเพิ่มผลิตภาพของผู้ให้บริการ ด้วยการใช้บุคลากรอื่น ๆ สนับสนุนการให้บริการมากขึ้น	4. จะต้องระมัดระวังเรื่องคุณภาพบริการ
5. มีแรงจูงใจในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ	5. เป็นประโยชน์ต่อทั้งประชาชนและ HMO
6. สนับสนุนการใช้จ่ายในข้อสามัญ	6. เช่นเดียวกับข้อ 5.

HMO เป็นองค์กรให้บริการสุขภาพภาคเอกชนที่มีพลวัตรของการเปลี่ยนแปลงสูงสุด ทั้งที่เป็นผลมาจากกลไกตลาด และทั้งที่เป็นผลจากการแทรกแซงภาครัฐ กล่าวได้ว่า HMO เป็นรูปแบบของ Managed care ที่ก้าวหน้าไปอย่างมาก

Preferred Provider Organization (PPO)

ยังมีรูปแบบองค์กรที่ให้บริการสุขภาพในลักษณะใกล้เคียงกับ HMO คือ PPO ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดบริการในลักษณะที่อาศัยหลักการของ Managed care ที่อ่อนกว่ารูปแบบ HMO คือ เป็นความพยายามที่ Third party payer จะสามารถควบคุมการให้บริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ วิธีการที่ใช้มีตั้งแต่การควบคุมกำกับระบบบริการสุขภาพแบบดั้งเดิมที่ตอบแทนแพทย์ด้วยรูปแบบ fee-for-service โดยอาศัยกระบวนการ เช่น การทบทวนการใช้(และให้)บริการ (utilization review) และการตรวจสอบก่อนรับเป็นผู้ป่วยใน (pre-admission certification) เป็นต้น

โดยสรุปแล้ว PPO เป็นรูปแบบการให้บริการสุขภาพแก่สมาชิกผู้เอาประกันภายใต้ข้อตกลงเรื่องของการครอบคลุมของบริการและการจำกัดจำนวนผู้ให้บริการ ซึ่งคล้ายคลึงกับ HMO แต่รูปแบบ PPO จะมีบุคคลที่สาม (third party payer) เป็นผู้จัดการด้านการเงินแทนผู้เอาประกัน ทั้งนี้ PPO มีจุดเด่นตรงที่มักจะมีการประกันร่วมจ่าย (co-insurance) และค่าใช้จ่ายที่ต้องผู้เอาประกันต้องเสียเองก่อนแรก (deductibles) อยู่ในระดับต่ำ และมีความครอบคลุมของบริการมากกว่า HMO และที่สำคัญ มักมีอัตราเบี้ยประกันต่ำกว่า

Managed Competition

ส่วนเสริมของ managed care ซึ่งเป็นการแข่งขันภายใต้การจัดการ หรือ *Managed Competition* นี้ เป็นนวัตกรรมของระบบสุขภาพที่สร้างบทบาทหรือกลไกที่สามารถมีอิทธิพลต่อตลาดบริการสุขภาพ โดยอาศัยการรวมกลุ่มของผู้ซื้อประกันสุขภาพที่มีขนาดใหญ่ ๆ ซึ่งอาจเรียกรวม ๆ ว่า Sponsor เช่น นายจ้างในกิจการขนาดใหญ่ กลุ่มพันธมิตรของนายจ้างขนาดใหญ่ กลุ่มพันธมิตรของนายจ้างขนาดกลางและเล็ก รัฐบาลกลาง(โดยผ่านรัฐบาลท้องถิ่น)ในฐานะผู้สนับสนุนทางการเงินต่อโครงการ Medicare และ Medicaid และในฐานะนายจ้างของข้าราชการ ลูกจ้างรัฐ หรือแม้กระทั่งกลุ่มพันธมิตรของลูกจ้างเอง

ผู้สนับสนุนทางการเงินใน managed competition นี้จะมีบทบาทหลายประการต่อไปนี้ (Enthoven 1986, 1997)

1. เป็นผู้เลือกคู่แข่ง

คือตัดสินใจว่าจะให้องค์กร managed care ใด หรือองค์กรจัดบริการสุขภาพใด ที่จะได้รับอนุญาตให้เป็นตัวเลือกเพื่อจัดบริการแก่กลุ่มประชากรที่เป็น sponsor เกณฑ์ในการคัดเลือกได้แก่ คุณภาพของบริการ, สถานะและเสถียรภาพทางการเงิน, ความสามารถในการจัดการ, และความเต็มใจที่จะให้บริการภายใต้เงื่อนไขและเป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน

2. สร้างอุปสงค์ที่มีความยืดหยุ่นต่อราคา (price-elastic demand) สูง

ในการกระทำนี้ sponsor จะเปิดโอกาสให้ประชากรสามารถเลือกลงทะเบียนเป็นสมาชิกกับแผนการประกันสุขภาพใดได้ ส่วนใหญ่ปีละครั้ง เพื่อให้ประชากรสามารถมีโอกาสเลือกกระหว่างแผนการประกันสุขภาพต่าง ๆ สามารถศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับราคาและผลงาน เพื่อการเลือกเปลี่ยนไปเป็นสมาชิกแผนการประกันสุขภาพอื่น ๆ ได้หากต้องการ โดยที่ sponsor จะต้องกำหนดมาตรฐานความครอบคลุมของบริการที่จะระบุไว้ในสัญญา ประสิทธิภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การกระทำในลักษณะนี้เป็นไปด้วยดี และในหลักการแล้ว การเปิดโอกาสให้เลือกใหม่ได้ช่วงเวลาที่ห่างกว่านี้น่าจะเป็นไปได้เช่นกัน

ในทางเศรษฐศาสตร์แล้ว เมื่อมีตัวเลือกในลักษณะที่สามารถทดแทนกันได้ (substitute) ในระดับหนึ่ง สามารถทำให้อุปสงค์มีความยืดหยุ่นสูง ทำให้องค์กรจัดบริการสุขภาพต้องแข่งขันกันสูงเพื่อดึงดูดจำนวนสมาชิก เป็นการสร้างทางเลือกให้ประชาชนมากขึ้น

สมาชิกผู้ซื้อประกันจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อเบี้ยประกันที่สูงขึ้นเอง เพื่อควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนาจากภาคอุปสงค์ กล่าวคือ ไม่ซื้อประกันสุขภาพเกินความจำเป็น เพราะต้องจ่ายเบี้ยประกันส่วนเพิ่มเอง

ในทางทฤษฎีแล้ว หากต้องการให้เกิดอุปสงค์ที่มีความยืดหยุ่นและให้ประชาชนสามารถมีโอกาสซื้อประกันสุขภาพได้ จะต้องกำหนดให้ประชาชนไม่ต้องรอคอยหรือถูกกีดกันไม่ให้ซื้อประกันสุขภาพจากเหตุผลทางด้านสุขภาพ (เช่น มีโรคหรือปัญหาสุขภาพอยู่เดิม) ได้

3. จัดการเกี่ยวกับการคัดเลือกความเสี่ยง

ซึ่งทำได้โดยให้การซื้อหรือสมัครเข้าแผนการประกันสุขภาพใดจะต้องกระทำการคัดกรองของคนกลาง (independent clearinghouse) ไม่ปล่อยให้สมาชิกซื้อกับองค์กรประกันสุขภาพได้โดยตรง ทั้งนี้ เพื่อลดโอกาสในการคัดเลือกความเสี่ยงโดยทั้งสองฝ่าย, การเรียกเก็บเบี้ยประกันตามความเสี่ยง ซึ่งมีความยุ่งยากในทางปฏิบัติ ยังต้องรอการศึกษาที่ชัดเจน (Weiner et al, 1996; Ellis et al, 1996) ประสบการณ์จากรัฐแคลิฟอร์เนีย ที่องค์กร *Health Insurance Plan of California (HIPC)* ซึ่งเป็นกลุ่มพันธมิตรของนายจ้างขนาดเล็กได้นำระบบ risk adjustment มาใช้ โดยขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ภูมิฐานะ และประวัติการเจ็บป่วยในอดีตจากสถานบริการสุขภาพ (Health Insurance Plan of California, 1995) อย่างไรก็ตาม มีผู้เลือกแผนการประกันสุขภาพนี้น้อยมาก จึงไม่สามารถเห็นผลในด้านแรงจูงใจต่อพฤติกรรมของสมาชิกได้ หากจะเห็นผลกระทบบ้างที่ชัดเจน สมาชิกส่วนใหญ่จะต้องเลือกแผนการประกันสุขภาพที่มีการนำเอาการปรับเบี้ยประกันตามความเสี่ยง ถึงกระนั้น ประสบการณ์ของ HIPC ได้แสดงให้เห็นว่าปัญหาความยุ่งยากของการปรับเบี้ยประกันความเสี่ยงอยู่ในวิสัยที่จัดการได้

4. การวัดและประเมินคุณภาพ

ดังเช่นกรณีของ managed care ที่ได้กล่าวไปแล้ว

ผลลัพธ์ของ Managed Care และ Managed Competition

ในระหว่างที่ผ่านมา ดูเหมือน Managed care และ Managed Competition สามารถควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง เห็นได้จากการที่อัตราเบี้ยประกันที่กำหนดโดย HMO อยู่ในระดับคงที่ในปี 1997

การเปลี่ยนแปลงที่เห็นชัดที่สุด และเกิดอย่างรวดเร็วที่สุด เกิดในบริการทางการแพทย์ เห็นได้ชัดว่าจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ และมีการเลือกใช้วิธีการรักษาอื่น ๆ แทนวิธีการรับไว้เป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลในบางรัฐ บางพื้นที่ถึงกับต้องปิดตัวลง แพทย์เฉพาะทางมีผู้ป่วยน้อยลง มีการนำเอาบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ มาทดแทนบุคลากรที่ค่าใช้จ่ายสูงกว่า เช่น พยาบาลเวชปฏิบัติ ทดแทนแพทย์ในบางกรณี

สำหรับผลเสียนั้น พบว่า หากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายไม่เข้าใจถึงแนวคิดทั้งสองอย่างถ่องแท้ การดำเนินการเฉพาะบางเรื่อง ไม่ดำเนินการในบางเรื่อง กลับทำให้เกิดความสับสน เช่น การที่ sponsor ไม่ทำให้สมาชิกรู้สึกอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลงของกลไกราคา การแข่งขันจะเกิดขึ้นได้ยาก ในระยะยาวแล้ว แนว

โน้มน้าวที่หลีกเลี่ยงการให้บริการแก่กลุ่มที่จำเป็นต้องรับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องระยะยาว เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหลาย จะเป็นปัญหาสำคัญของระบบ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนประกันตามความเสี่ยงจึงจะต้องนำมาใช้อย่างจริงจัง นอกจากนี้ ปัญหาจากการที่คนอเมริกันเปลี่ยนงานบ่อยมาก ทำให้หลักประกันสุขภาพจะสะดุดลงเมื่อมีการย้ายงาน หรือ HMO ไม่จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยคืน โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคตอีกหลายปีข้างหน้า เพราะกว่าที่จะเกิดผลกระทบทางสุขภาพขึ้น ผู้ป่วยคนนั้นก็เปลี่ยนไปเลือก HMO นอกจากนี้ การแข่งขันด้วยกลไกราคา อาจทำให้สมาชิกเปลี่ยนแผนการประกันสุขภาพตลอดเวลา สิ่งนี้กระทบต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

การเปลี่ยนแปลงภายใต้กลไกตลาดอื่น ๆ

นอกเหนือการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่ริเริ่มภายในระบบสุขภาพเองดังที่กล่าวมาแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลจากกลไกตลาดอื่น ๆ เช่น การขยายบทบาทขององค์กรจัดบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล ที่มีทั้งลักษณะของ horizontal integration กล่าวคือ โรงพยาบาลขยายเครือข่ายออกไปในแนวระดับ เช่น การรวมตัวของโรงพยาบาลหลายแห่งเป็นเครือข่ายภายใต้การจัดการเดียวกัน หรือการขยายเครือข่ายไปสู่หน่วยบริการเฉพาะ เช่น หน่วยบริการไตเทียม หรือ ไปสู่สถานพยาบาลคนชราหรือผู้ป่วยเรื้อรังในระยะยาว (long-term care) และลักษณะของ vertical integration ซึ่งเป็นการขยายเครือข่ายออกไปในแนวตั้ง เช่น โรงพยาบาลเป็นผู้ผลิตบุคลากรบางจำพวกเอง เป็นผู้ผลิตยา เวชภัณฑ์ และวัสดุการแพทย์เอง เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิด economy of scale และ economy of scope

เทคนิคในทางธุรกิจอื่น ๆ ที่ช่วยลดต้นทุนในการจัดบริการ ดังคำสวดยุทธศาสตร์ต่าง ๆ เช่น contract-out, out-sourcing, รวมถึง Merger and Acquisition และอื่น ๆ ก็มีอิทธิพลต่อการจัดบริการสุขภาพไม่น้อย

มีข้อเท็จจริงที่สำคัญที่พบว่า ภาครัฐไม่จำเป็นต้องด้อยประสิทธิภาพเสมอไป กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการโครงการ Medicare ซึ่งดำเนินการโดยองค์การบริหารการเงินเพื่อสุขภาพนั้น มีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการเพียงร้อยละ 3 ของทรัพยากรทั้งหมดในโครงการ หรืออีกนัยหนึ่ง ประมาณร้อยละ 97 ของทรัพยากรทางการเงินถูกนำไปใช้ในบริการสุขภาพ ซึ่งนับเป็นตัวเลขในเชิงประสิทธิภาพที่ดีมากเมื่อเทียบกับระบบบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่ดำเนินการส่วนใหญ่ในภาคเอกชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการจัดการสูงถึงร้อยละ 12 โดยเฉพาะ (Reinhardt, 1999)

ข้อเสนอเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพในระดับชาติของสหรัฐอเมริกา

ในทางการเมืองระดับประเทศนั้น ทั้งกลุ่มเสรีนิยม (นำโดย พรรคเดโมแครต ซึ่งเป็นฝ่ายบริหารระดับประเทศในปัจจุบัน) และกลุ่มอนุรักษนิยม (นำโดย พรรครีพับลิกัน ซึ่งกุมเสียงข้างมากทั้งในสภาผู้แทนและ

วุฒิสภา) พยายามเสนอแผนการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น ในขณะที่ยังมีประชาชนจำนวนมากไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีการผ่านกฎหมายสำคัญใด ๆ ที่มีผลอย่างชัดเจนในการลดทอนปัญหาข้างต้น

ในบรรดาเค้าโครงกฎหมายต่าง ๆ ที่ได้รับการเสนอเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพนั้นสามารถรวบรวมเป็น 5 กลุ่มหลัก ซึ่งได้รับความสนใจจากสื่อมวลชน ได้รับความนิยมนอกจากประชาชนและกลุ่มประโยชน์ต่าง ๆ บางเค้าโครงได้รับการเสนอให้ดำเนินการในระดับประเทศ แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนเพียงพอที่จะผลักดันให้เกิดผลสำเร็จได้ บางเค้าโครงไม่สามารถดำเนินการได้เพราะไม่ได้รับการสนับสนุนน้อยหรือไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เนื่องจากความเชื่องช้าของระบบราชการ ดังต่อไปนี้

1. แผนการให้มีผู้จ่ายเดียว (Single-payer Plan)

แผนการนี้ได้รับการนำเสนอเข้าสู่สภาของสหรัฐอเมริกาเป็นร่างกฎหมายฉบับ 1200 (House Bill 1200) ในเดือนมีนาคม 1995

แผนการจ่ายผู้จ่ายเดียวนี้ซึ่งประเทศแคนาดามีประสบการณ์ในการใช้มาตั้งแต่ทศวรรษ 1950 จะลบสิ่งรบกวนประกันสุขภาพภาคเอกชนไปโดยสิ้นเชิง และจะมอบให้รัฐบาลท้องถิ่น(ระดับรัฐ) รัฐบาลกลาง, หรือองค์กรอิสระ เป็นตัวกลางในการจัดการด้านการเงินของระบบบริการสุขภาพ ประชาชนสหรัฐอเมริกา รวมถึงผู้ที่เข้าประเทศอย่างถูกกฎหมายทุกคน จะได้รับหลักประกันด้านสุขภาพ โดยไม่ขึ้นกับรายได้ของบุคคลหรือครอบครัว การประกันสุขภาพที่กระทำโดยรัฐเดิม เช่น Medicaid, Medicare, สวัสดิการด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้กับข้าราชการรัฐบาลกลางและทหาร จะถูกยกเลิกไปเช่นเดียวกับประกันสุขภาพภาคเอกชน

ทรัพยากรทางการเงินที่ใช้ในแผนการนี้จะมาจากภาษีเพื่อสุขภาพ (health care excise tax) ในลักษณะเช่นเดียวกับการเสียภาษีเงินได้ โดยทั้งนายจ้างและลูกจ้างจะเป็นผู้จ่าย ตัวเลขที่เสนอไว้ในร่างกฎหมายคือ นายจ้างเสียภาษีในอัตรา 8.7% ของรายได้ต่อปี ในขณะที่ลูกจ้างจะเสีย 2.2% จากเงินเดือน สำหรับผู้ว่างงาน คนพิการ ผู้สูงอายุ จะจ่ายตามความสามารถในการจ่าย (ability to pay) โดยรัฐบาลกลางและรัฐบาลประจำรัฐจะเป็นผู้อุดหนุนในส่วนที่ขาด บุคลากรผู้ให้บริการภายใต้แผนการนี้จะได้รับค่าตอบแทนในลักษณะ fee-for-service ในขณะที่องค์กรที่ให้บริการ (เช่น โรงพยาบาล, nursing home ฯลฯ) จะได้รับค่าตอบแทนเป็นงบประมาณล่วงหน้ารายปี (annual prospective budget)

แผนการนี้กำหนดให้บุคคลและครอบครัวมีหลักประกันด้านสุขภาพผสมผสานครอบคลุมถึง บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดูแลสุขภาพระยะยาว (long-term care) บริการสุขภาพสำหรับปัญหาสุขภาพเฉียบพลันและเรื้อรัง บริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับชุมชน (community-based primary health services) บริการในโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและนอก การจ่ายยา และอุปกรณ์การแพทย์ที่มีอายุใช้งานยืนยาว

ข้อวิจารณ์

แผนการผู้จ่ายเดี่ยวนี้อาจมีความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึงวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ คือ การให้หลักประกันด้านสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกคน (universal care) และการควบคุมค่าใช้จ่าย ทั้งนี้เพราะระบบนี้จะเลิกการประกันสุขภาพเอกชนซึ่งมีส่วนสำคัญในการทำให้ค่าใช้จ่ายทางด้านการสุขภาพสูงขึ้น อันเป็นผลมาจากค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการ และยังทำให้จำกัดโอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชนอีกด้วย แผนการนี้ต่างไปจากข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอื่นตรงที่ ระบบผู้จ่ายเดียวไม่ได้ขึ้นกับสถานะการทำงานของบุคคล จึงเป็นการประกันว่าประชาชนอเมริกันทุกคนจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพ โดยไม่เลือกว่าจะมีงานทำหรือไม่ มีการคาดการณ์ว่าระบบผู้จ่ายเดี่ยวนี้อาจสามารถลดค่าใช้จ่าย (ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นด้านบริหารจัดการ) ได้ถึง 67,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตาม ระบบผู้จ่ายเดี่ยวนี้อาจมีจุดอ่อนที่อาจเกิดขึ้นคือ ระบบนี้อาจควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี แต่อาจไม่ดีพอที่จะจัดการกับปัญหาของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้สุขภาพของประชาชนอเมริกันเสื่อมทรามลงได้ ระบบนี้ผลกระทบด้านการเงินไปอยู่บนภาคธุรกิจเอกชน จึงอาจบั่นทอนความสามารถในการแข่งขันทางธุรกิจของภาคเอกชนได้ นอกจากนี้ระบบนี้ยังอาจสร้างปัญหาจากโครงสร้างคล้ายระบบราชการซึ่งรวมศูนย์การบริหาร การตัดสินใจ ไว้ที่องค์กรเดียวกันกับที่ดูแลเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพนี้ด้วย

ในระดับของรัฐบาลนั้น รัฐบาลแคลิฟอร์เนียมีความพยายามในการเสนอกฎหมายว่าด้วยผู้จ่ายเดี่ยวนี้ออกสู่รัฐบาล แต่ได้รับคัดค้าน จนตกไปตั้งแต่ระดับการออกเสียงประชามติก่อนที่จะเข้าสู่สภาของรัฐ

โดยสรุป ข้อเสนอทั้งในระดับชาติและมลรัฐ ไม่ได้รับการสนับสนุน และตกไปในที่สุด

2. การแข่งขันภายใต้การจัดการ (Managed Competition)

การแข่งขันภายใต้การจัดการนี้ เป็นข้อเสนอของประธานาธิบดีคลินตันในรูปแบบของร่างพระราชบัญญัติหลักประกันด้านสุขภาพ ปี 1993 (The Health Security Act 1993) แผนการนี้รับประกันว่าประชาชนอเมริกันทุกคนจะมีสิทธิ (right) ในการได้รับการดูแลด้านสุขภาพแบบผสมผสาน (comprehensive benefits package of health care services) โดยไม่ขึ้นกับสภาพการเจ็บป่วยของบุคคล (preexisting conditions) และสถานะทางการเงิน แผนการนี้กำหนดให้พลเมืองมีสิทธิที่จะเลือกหลักประกันสุขภาพในรูปแบบใดแบบหนึ่งจาก 3 รูปแบบดังต่อไปนี้

1. fee-for-service
2. Health maintenance organization (HMO)
3. Preferred provider organization (PPO)

แผนการนี้จะมีทรัพยากรทางการเงินจากการร่วมจ่าย (cost sharing) ของนายจ้างและลูกจ้าง ในกรณีปกติ นายจ้างจะต้องใช้จ่ายประมาณ 80% ของค่าใช้จ่าย ในขณะที่ลูกจ้างแต่ละบุคคลจะจ่ายที่เหลือ 20% ตามแต่ความสามารถในการจ่าย ถ้าหากไม่สามารถจ่ายส่วนที่เหลือ 20% ได้ กองทุนสุขภาพที่มีลักษณะคล้าย Medicaid หรือ Medicare จะเป็นผู้รับภาระในการจ่ายเงินแทน

แผนการนี้จะให้หลักประกันสุขภาพต่อไปนี้แก่บุคคล ได้แก่ บริการสุขภาพในโรงพยาบาล บริการป้องกันโรคและบริการสุขภาพปฐมภูมิ บริการสุขภาพที่บ้าน ยารักษาโรค บริการทันตกรรม บ้านพักผู้ป่วย (Hospice) บริการสุขภาพจิตและบำบัดยาเสพติด

ข้อวิจารณ์

แผนการแข่งขันภายใต้การจัดการซึ่งเสนอโดยประธานาธิบดีคลินตันนั้น รับประกันว่าคนอเมริกันทุกคนจะมีสิทธิประโยชน์ในด้านบริการสุขภาพ โดยยังคงรักษาคุณภาพและควบคุมรายจ่ายได้ แผนการนี้มีข้อดีคือ การแข่งขันภายใต้การจัดการนั้นเป็นระบบบริการที่มีอยู่แล้ว ธุรกิจภาคเอกชนซึ่งอาจจะเป็นผู้บริหารจัดการระบบบริการสุขภาพเพื่อชาวอเมริกันนั้นนั้นมีรากฐานทางธุรกิจในประเทศสหรัฐอเมริกามาแล้วเป็นเวลาหลายปี ดังนั้น รูปแบบนี้จึงมีโอกาที่ทำให้ช่วงรอยต่อของการเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างราบรื่น ตรงกันข้ามกับระบบผู้จ่ายเดียว ซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพของสหรัฐอเมริกาอย่างถอนรากถอนโคน นอกจากนี้ ระบบบริการสุขภาพที่ใช้การแข่งขันภายใต้การจัดการนั้นจะช่วยลดความล่าช้าของระบบราชการ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแผนการนี้จะประกันว่าคนอเมริกันทุกคนจะมีสิทธิประโยชน์ด้านบริการสุขภาพ แต่ไม่ประกันว่าทุกคนจะมีโอกาสเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม คนอเมริกันที่อาศัยอยู่ในชนบทและแหล่งเสื่อมโทรมในเขตเมืองจะมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่า เนื่องจาก จำนวนผู้ให้บริการในบริเวณเหล่านั้นมีจำนวนจำกัดและโอกาสที่จะดึงดูดให้มีผู้ให้บริการเพิ่มเติมมีน้อย ตัวอย่างเช่น ผู้รับประกันสุขภาพและผู้ให้บริการจะลังเลที่จะเข้าไปเปิดสถานบริการสุขภาพในบริเวณที่ประชาชนยากจน เป็นต้น ดังนั้น เมื่อกลไกการแข่งขันจะไม่เกิดขึ้น โอกาสที่จะเห็นผู้รับประกันสุขภาพแข่งขันกันในด้านราคา(เบี้ยประกัน)ที่จะทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลงจะไม่เกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ข้อเสนอนี้จะล้มเหลวก่อนที่จะออกมาเป็นกฎหมายเช่นเดียวกับข้อเสนอแรกเกี่ยวกับ Single payer แต่ระบบบริการสุขภาพและประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยอาศัยหลักการของ managed care และ competition ได้รับความยอมรับมากขึ้นเรื่อย ๆ จนปัจจุบัน กว่าครึ่งของประชาชนอเมริกันที่มีประกันสุขภาพเลือกจะซื้อประกันในรูปแบบ HMO หรือ PPO (Gold, 1999)

3. บัญชีออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ (Medical saving accounts—MSA)

ข้อเสนอเกี่ยวกับ MSA นี้ถูกริเริ่มโดยการกำหนดในส่วนหนึ่งของร่างกฎหมายในปี 1992 ซึ่งนำเสนอโดยวุฒิสมาชิกของทั้งสองฝ่าย (เดโมแครตและรีพับลิกัน) เข้าสู่วุฒิสภาของสหรัฐอเมริกา และถูกนำเสนอเข้าสู่สภาของเกรสส์อีกครั้งในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของร่างพระราชบัญญัติเพื่อการทำงานประมาณให้สมดุล คส.1995 (Balance Budget Act of 1995) วัตถุประสงค์สำคัญของข้อเสนอนี้คือเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ และเพื่อสร้างให้บุคคลมีความรับผิดชอบมากขึ้นในการใช้บริการสุขภาพ

MSA เป็นกองทุนพิเศษซึ่งเกิดจากเงินสมทบของบุคคล(ในฐานะลูกจ้าง)และนายจ้างเพื่ออุดหนุนค่าใช้จ่ายจากกระเป๋า (out-of-pocket expenses) สำหรับบริการสุขภาพในปัจจุบันและอนาคต แผนการนี้ไม่ไปรบกวนระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นของภาครัฐหรือเอกชน โดยที่ลูกจ้างและนายจ้างที่สมทบเงินเข้ากองทุนจะได้รับการยกเว้นภาษีเพื่อเป็นแรงจูงใจในการเข้าร่วมกองทุน เงินค่าใช้จ่ายส่วนแรกที่ต้องออกเอง (Deductibles) ในวงเงิน 2,500 และ 5,000 ดอลลาร์สำหรับบุคคลและครอบครัวตามลำดับจะได้รับการอุดหนุนให้โดยสมทบเข้า MSA เพื่อสร้างแรงจูงใจเพิ่มขึ้นในการจัดการ account และการใช้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าหากบุคคลใดไม่ได้ใช้ MSA ไปจนหมดในปีใด ๆ จะสามารถโอนเงินที่เหลือในบัญชีไปใน MSA ของปีต่อไปได้

ข้อวิจารณ์

MSA พยายามทำให้บุคคลมีความรับผิดชอบสูงขึ้นในการใช้บริการสุขภาพ ทั้งในทางการเงินและในการใช้บริการสุขภาพเอง บุคคลจะเป็นผู้ควบคุมว่าจะใช้จ่ายและบริโภคบริการสุขภาพเท่าใด ซึ่งในที่สุดจะลดการใช้บริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นลง นอกจากนี้ แผนการ MSA ไม่ได้จำกัดชนิดของบริการสุขภาพที่บุคคลหรือครอบครัวจะได้รับการประกันอันเป็นผลจากข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและอุปทานของบริการที่มีอยู่ในระบบบริการสุขภาพ MSA ไม่ได้พยายามจะปรับโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพปัจจุบันที่เป็นตัวสร้างปัญหาให้รายจ่ายเพื่อสุขภาพสูงขึ้นอย่างไม่สิ้นสุด ปัญหาของ MSA คือ MSA ไม่ได้ให้ความสำคัญกับการทำให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพและไม่สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาคอุปทานได้ ในทางตรงกันข้าม บุคคลและครอบครัวอาจจะใช้บริการสุขภาพน้อยเกินกว่าความจำเป็นก็ได้ เพราะเกรงจะทำให้เงินสะสมใน MSA ลดลง ถ้าหากกรณีดังกล่าวเกิดขึ้นจริง บุคคลและครอบครัวเสี่ยงที่จะทำให้สุขภาพของตนเองและครอบครัวเสื่อมทรามลงเนื่องจากปล่อยให้การเจ็บป่วยเกิดขึ้นโดยไม่ได้รับการรักษา

อย่างไรก็ตาม แนวคิดของ MSA ได้รับการทดลองนำไปใช้ในบางรัฐของสหรัฐอเมริกา รวมทั้งใช้ควบคู่กันไปกับการประกันในกรณีที่เจ็บป่วยจนเกิดภาวะล้มละลายทางการเงิน (Catastrophic illness insurance) (LeClair and Bentivegna, 1999)

4. Employer-based Play or Pay

แผนการนี้ถูกนำเสนอเข้าสู่วุฒิสภาเป็นร่างกฎหมายลำดับที่ 935 ในปี 1989 เพื่อพยายามจะทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนโดยทั่วไป โดยบังคับให้นายจ้างจะต้องสนับสนุนทางการเงินในการใช้จ่ายด้านสุขภาพแก่ลูกจ้าง นายจ้างมีทางเลือกที่จะซื้อประกันสุขภาพให้กับลูกจ้างหรือจ่ายเงินสมทบเข้าการประกันสุขภาพ ดังนั้น แผนการนี้จึงกำหนดให้การประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้เอาประกันเท่ากัน (identical benefits) ระบบประกันสุขภาพ Medicaid และ Medicare ยังคงเดิมภายใต้แผนการนี้

การเงินของแผนการนี้จะมาจากภาษีรายได้ (payroll tax) ซึ่งจ่ายโดยทั้งนายจ้างและลูกจ้าง ลูกจ้างจะต้องรับผิดชอบทางการเงินอื่น ๆ เช่น การจ่ายร่วม (copayment), การจ่ายส่วนแรกเอง (deductibles), ค่าเบี้ยประกัน (premium) ทั้งนี้ลูกจ้างมีทางเลือกที่จะซื้อประกันสุขภาพเพิ่มเติมโดยซื้อผ่านนายจ้างหรือซื้อด้วยตนเอง

ข้อวิจารณ์

ระบบนี้เป็นการเปิดโอกาสให้ระบบบริการสุขภาพและการเงินเพื่อสุขภาพสามารถขยายตัวออกไปได้โดยไม่ห่างไกลจากความเป็นจริงนั้น ทั้งนี้เพราะการประกันสุขภาพเอกชนส่วนใหญ่ในประเทศสหรัฐอเมริกากระทำการจ้างงานอยู่แล้ว ทำให้แผนการนี้รบกวนระบบเดิมน้อยกว่าแผนการอื่น เช่น ระบบผู้จ่ายเดี่ยว แต่ก็ยังมีการเปลี่ยนแปลงพอสมควร ดังที่มีหลักฐานชัดเจนว่า คนอเมริกันที่ไม่มีประกันสุขภาพนั้นเป็นผู้ที่มีงานทำ ดังนั้น แผนการนี้จะสามารถลดจำนวนผู้ที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพได้มาก อย่างไรก็ตาม ข้อเสียที่เห็นได้ชัด คือ ระบบนี้จะสร้างแรงกดดันในทางเศรษฐกิจแก่ธุรกิจที่มีขนาดเล็กได้เนื่องจากนายจ้างถูกบังคับให้ต้องจ่ายเงิน นอกจากนี้ ระบบนี้ไม่ได้เปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพเดิมแม้แต่น้อย เพียงแค่นำเสนอแนวทางใหม่สำหรับการเงินเท่านั้น แต่ไม่ได้คำนึงถึงประเด็นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ, การใช้บริการ และคุณภาพของบริการเลย

โดยสรุป ข้อเสนอแนะนี้ไม่ถูกผลักดันจนเป็นได้รับการปฏิบัติที่เป็นจริง

5. Medicaid Managed Care (Section 115 Waiver)

ข้อเสนอแนะนี้จะอนุญาตให้แต่ละรัฐสามารถพัฒนาระบบ managed care เพื่อขยายความครอบคลุมแก่กลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ และคนพิการ ซึ่งไม่อยู่ภายใต้ความครอบคลุมของระบบ Medicaid เดิม โดยที่รัฐสามารถทำสัญญาประกันกับระบบประกันสุขภาพเอกชนดังต่อไปนี้ได้

- 1) Fee-for-service primary care case management arrangement (PCCM)
- 2) Limited-risk prepaid health plan (PHPs)
- 3) Full-risk plans (HMO)

เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้เอาประกัน ผู้เอาประกันในระบบ Medicaid มีเสรีที่จะเลือกรูปแบบประกันสุขภาพใดก็ได้ที่เหมาะสมกับความต้องการของบุคคลและครอบครัวนั้น สิทธิประโยชน์ด้านรักษาพยาบาลภายใต้ระบบนี้จะถูกกำหนดไว้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ขั้นต่ำที่แต่ละรัฐจะกำหนดไว้ นอกจากนี้ รัฐมีอำนาจภายใต้กฎหมายที่จะกำหนดคุณสมบัติ (eligibility) ของผู้ที่สามารถเอาประกันได้ เช่น สามารถให้ผู้ที่มีรายได้ระดับสูงสุดถึงสองเท่าของระดับเส้นแบ่งความยากจน (poverty line) ที่กำหนดไว้สามารถเอาประกันภายใต้ระบบนี้ ซึ่งเดิมไม่สามารถทำได้ภายใต้ระบบ Medicaid เดิมที่กำหนดไว้ว่าจะต้องไม่เกินกว่าระดับความยากจนนั้น

รัฐและรัฐบาลกลางจะสนับสนุนทางการเงินแก่ระบบโดยผ่านกลไกการจ่ายร่วมที่เหมาะสมโดยกำหนดตามจำนวนของผู้เอาประกันและขีดความสามารถทางการเงินของรัฐนั้น ๆ

ข้อวิจารณ์

แผนการนี้มุ่งจะขยายความครอบคลุมของบริการสุขภาพให้คนอเมริกันมากขึ้น มากกว่าจะคิดเพียงแค่การจัดโครงสร้างทางการเงินของระบบบริการสุขภาพใหม่ โดยรัฐสามารถขยายความครอบคลุมของหลักประกันด้านสุขภาพแก่ผู้ที่ไม่ได้กำลังซื้อประกันสุขภาพได้ บริการสุขภาพภายใต้ระบบนี้จะเน้นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งมีความหวังที่จะลดการใช้จ่ายทางการเงินด้านสุขภาพไปได้ ระบบนี้รับเอาแนวคิดของการแข่งขันภายใต้การจัดการมาเพื่อลดรายจ่ายด้านสุขภาพลง โดยให้ประกันสุขภาพเอกชนแข่งขันเพื่อให้ได้รับสัญญาและให้มีสมาชิกเอาประกันมาก ๆ นอกจากนี้ รัฐมีอิสระที่จะกำหนดโครงสร้างของระบบ Medicaid ให้เหมาะสมกับลักษณะประชากรของรัฐนั้น ๆ โดยไม่ต้องผูกพันกับมาตรฐานใด ๆ ที่มีอยู่เดิมในระดับชาติ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าแผนการนี้จะสามารถเพิ่มความครอบคลุมแก่บุคคลที่เดิมไม่มีประกันสุขภาพ แต่ในหลายรัฐไม่พบว่าทำให้เกิดหลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชากรทั้งหมดได้ ระบบนี้จะไม่สามารถลดค่าใช้จ่ายได้คืบค่น เนื่องจากความสามารถในการลดค่าใช้จ่ายโดย managed care ไม่คืบค่น นอกจากนี้ แม้ว่าความครอบคลุมจะสูงขึ้น แต่โอกาสในการเข้าถึงบริการและคุณภาพของบริการยังจะเป็นปัญหาอยู่ ผู้ที่มีประกันสุขภาพภายใต้ระบบ Medicaid จะถูกตราหน้า (stigmatized) ว่าเป็นคนจน ทำให้ผู้ให้บริการไม่เต็มใจที่จะให้บริการสุขภาพ

ข้อเสนอนี้ไม่ได้การสนับสนุนให้เป็นจริง อย่างไรก็ตาม โครงการ Medicaid ก็มีแนวโน้มที่ยอมรับเอาหลักการของ Managed care and Managed competition มาใช้มากขึ้นเรื่อย ๆ เช่นเดียวกับแนวโน้มทั่วไปของระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

ตาราง เปรียบเทียบแนวคิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	Single payer	Manage competition		Insurance Reform
		In general	Health Security Act	
ความครอบคลุมในประชากร	ทุกคน	บางส่วน	ทุกคน โดยบังคับให้มีประกันจากการทำงาน	บางส่วน
ความครอบคลุมของบริการ	การป้องกันโรค, ผู้ป่วยใน, การรักษาพยาบาล, ยาและเวชภัณฑ์, การดูแลในระยะยาว	การป้องกันโรค, ผู้ป่วยในโรงพยาบาล, การรักษาพยาบาล, ยาและเวชภัณฑ์	การป้องกันโรค, ผู้ป่วยในโรงพยาบาล, การรักษาพยาบาล, ยาและเวชภัณฑ์	การป้องกันโรค, ผู้ป่วยในโรงพยาบาล, การรักษาพยาบาล, ยาและเวชภัณฑ์
การจ่ายร่วม	ไม่มี co-payments และ deductibles	มีทางเลือกได้ตามแต่ชุดของบริการที่ครอบคลุม	Fee-for-service หรือ co-payments and deductibles ในลักษณะ HMO plan	ไม่มีข้อจำกัดในการกำหนดรูปแบบและขนาดของการจ่ายร่วม
การดูแลให้บริการ benefit package มาตรฐาน	โดยองค์กรของรัฐบาลกลาง หรือคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นใหม่	โดยองค์กรของรัฐบาลกลาง หรือคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นใหม่	คณะกรรมการระดับชาติ	รัฐบาลกลางหรือของรัฐสำหรับชุดบริการมาตรฐานเท่านั้น
การวิจัยผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ	ขยายตัวขึ้น	ขยายตัวขึ้น	ขยายตัวขึ้น	ขยายตัวขึ้น
โครงสร้างของระบบ	Single payer	การรวมกลุ่มเพื่อซื้อบริการ โดยเฉพาะบริษัทที่มีขนาดเล็ก	กลุ่มพันธมิตรด้านสุขภาพ ยกเว้นผู้ที่รับประโยชน์จาก Medicare และ บริษัทที่มีขนาดใหญ่เกินกว่า 5000 คน	บริษัทขนาดเล็กและผู้ซื้อประกันส่วนบุคคลสามารถรวมได้
การควบคุมค่าใช้จ่าย	งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลกลางซึ่งเพิ่มขึ้นตาม GDP	ไม่มีการกำหนดงบประมาณ แต่กำหนดเพดานของการลดหย่อนภาษี	การควบคุมอัตรารับประกันโดยคณะกรรมการระดับชาติ เพิ่มขึ้นตาม GDP	ไม่มีการกำหนดงบประมาณ แต่กำหนดเพดานของการลดหย่อนภาษี
กลไกการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการ	Global budget . ให้โรงพยาบาล, fee schedule สำหรับแพทย์, เหมาจ่ายแก่ HMO	ไม่ระบุชัดเจน	ไม่ระบุชัดเจน	ไม่ระบุชัดเจน
บริการระดับปฐมภูมิ	เพิ่มจำนวนแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว&ทั่วไป ปรับค่าตอบแทนให้สูงใจกว่าแพทย์อื่น	ไม่ระบุชัดเจน	เพิ่มจำนวนแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว&ทั่วไป ปรับค่าตอบแทนให้สูงใจกว่าแพทย์อื่น	ไม่มีการแทรกแซง

บทที่ 4

บทวิเคราะห์

ในการเก็บเกี่ยวบทเรียนจากสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น ขอแบ่งออกเป็นบทเรียนจากการเปลี่ยนแปลง 2 กลุ่มที่สำคัญดังนี้

1. ความพยายามในการเปลี่ยนแปลงโดยใช้กฎหมายในระดับชาติ ซึ่งเป็นความพยายามปฏิรูปในระดับนโยบาย
2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายใต้กลไกของการตลาดเสรี ซึ่งเป็นความพยายามปฏิรูประดับของระบบบริการ ระดับองค์กร และระดับปัจเจกบุคคล

ความพยายามในการปฏิรูปโดยใช้กฎหมายในระดับชาติและรัฐ (ระดับนโยบาย)

ความพยายามในการเปลี่ยนแปลงแบบรวดเร็ว ถอนรากถอนโคนระบบสุขภาพที่ยังรากลึกมาเป็นเวลานานภายใต้ความเชื่อในระบบตลาดเสรี ความเทิดทูนเสรีภาพส่วนบุคคล ประสบความสำเร็จมาตลอด ด้วยเหตุผลต่าง ๆ ภายใต้ความเชื่อข้างต้น หรือปัจจัยทางสังคมในช่วงนั้น ๆ เช่น กรณีของสงครามเย็น เป็นต้น แม้จะกล่าวได้ว่า ประชาชนอเมริกันโดยรวมไม่พอใจกับระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ เพราะใช้จ่ายสูงเกินไป แต่ยังมีบางกลุ่มประชากรที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ความไม่พอใจในระบบเป็นเพียงเงื่อนไขที่จำเป็น (necessary condition) ในการทำให้กระแสปฏิรูประบบสุขภาพได้รับความสนใจในระดับชาติได้ แต่ไม่เป็นเงื่อนไขที่เพียงพอ (sufficient condition) ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงจริง ๆ ได้ เห็นได้ว่า แทนที่ประชาชนอเมริกันจะเลือกวิธีการดังกล่าว กลับเลือกวิธีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปแทน ซึ่งจะเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมความครอบคลุมหลักประกันด้านสุขภาพในกฎหมายประกันสังคม ในโครงการ Medicare และ Medicaid

แม้ว่าประเด็นการถกเถียงเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพจะได้รับความสนใจในระดับชาติได้หลายวาระ แต่เมื่อพิจารณาถึงที่สุดแล้ว เป็นเพียงประเด็นเพื่อการหาคะแนนนิยมทางการเมือง โดยอาศัยความสนใจของประชาชนในช่วงนั้น ๆ มากกว่า แต่ไม่ได้รับการผลักดันอย่างจริงจัง เมื่อพิจารณาเห็นแล้วว่า จะทำให้สูญเสียความนิยมทางการเมืองไป ดังเช่น แผนการของประธานาธิบดีคลินตัน ซึ่งเป็นประเด็นหนึ่งที่ทำให้คลินตันชนะการเลือกตั้งเป็นประธานาธิบดีในปี 1992 และมอบหมายให้ภรรยา คือ นางฮิลลารี คลินตัน เป็นผู้นำในการปฏิรูปนี้ทั้งในและนอกระบบรัฐสภา มีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง การทำประชาพิจารณ์ การหยังเสียงนับครั้งไม่ถ้วน มีการชี้แจงทำความเข้าใจกับกรรมการในรัฐสภาหลายครั้ง กลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ มีการเคลื่อนไหวทั้งที่เป็นการสนับสนุน ซึ่งได้แก่ กลุ่มประชาชนที่มีแนวคิดในด้านการสนับสนุนสิทธิมนุษยชน

กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น ส่วนกลุ่มที่ต่อต้าน ได้แก่ กลุ่มที่เกรงว่าจะเสียผลประโยชน์ หรืออำนาจต่อรอง ภายใต้ระบบบริการสุขภาพที่จะถูกเปลี่ยนแปลงไป เช่น องค์กรวิชาชีพต่าง ๆ เช่น AMA, บริษัทฯ และบริษัท ประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น แม้จะมีการเสนอทางเลือกอื่น ๆ อย่างมากมาย แต่ในที่สุด ความพยายามก็เป็น หมดไปก่อนที่จะได้มีการนำเอาร่างกฎหมายที่เสนอโดยรัฐบาลของประธานาธิบดีคลินตันเข้ารับการพิจารณา ในรัฐสภาเสียอีก เหตุผลที่สำคัญประการหนึ่งคือ แผนการคลินตัน และข้อเสนออื่น ๆ ล้วนแล้วแต่กำหนดให้ รัฐมีบทบาทอย่างสูงในระบบสุขภาพ ซึ่งขัดแย้งกับความคิดพื้นฐานของประชาชนอเมริกันที่ต้องการให้รัฐ บาลเข้าไปแทรกแซง มีบทบาทในการใช้ชีวิตของประชาชนให้น้อยที่สุด (against big government) และกลุ่ม ผลประโยชน์ที่ต่อต้านการปฏิรูปในระดับนโยบายนี้ คือ องค์กรวิชาชีพ บริษัทประกันสุขภาพ สามารถรวมตัว ได้อย่างเหนียวแน่น มีอำนาจในการต่อรองสูงในทุกระดับ ตั้งแต่ในรัฐสภาจนถึงระดับท้องถิ่น และมีอำนาจใน การสร้างความเห็นชอบผ่านกลไกการประชาสัมพันธ์เนื่องจากมีอำนาจในทางการเงินสูง

ประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งของความล้มเหลวของความพยายามในการเสนอกฎหมายเพื่อการ ปฏิรูปในระดับชาติคือ การที่มีร่างกฎหมายหรือข้อเสนอต่าง ๆ มากมาย ทำให้ความเห็นของประชาชนกระจัด กระจาย สิ่งนี้เป็นยุทธวิธีหนึ่งที่ผู้คัดค้านการปฏิรูประบบสุขภาพนำมาใช้เพื่อการล้มเลิกการปฏิรูปในทาง กฎหมาย (Terris, 1999)

การเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปภายใต้ได้กลไกตลาดเสรี (ระดับระบบ องค์กร และปัจเจกบุคคล)

ความพยายามเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพในลักษณะนี้เกิดขึ้นเองภายใต้กลไกตลาดเสรี หรือเป็นการ ปรับตอบสนองต่อแรงกดดันจากกระแสการเมือง สังคมภายนอกระบบสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบนี้ จะมีลักษณะคล้ายการแก้ไขปัญหาลูกโซ่ ซึ่งบางครั้งกลับสร้างปัญหาเพิ่มขึ้นเป็นผลตามมา หรือบางครั้ง ขัดแย้ง (paradoxical) กับแนวความคิดพื้นฐานของประชาชนอเมริกัน

ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในลักษณะนี้ เริ่มต้นจากการแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพสูงมาก โดยมุ่ง เน้นไปที่ภาคอุปทานของระบบ

ก. ดังเป็นที่ยอมรับกันว่า การตอบแทนทางการเงินแก่ผู้ให้บริการคือแพทย์ในลักษณะ fee-for-service ทำให้เกิดแรงจูงใจให้แพทย์สั่งการรักษามากขึ้น สั่งการวินิจฉัยโรค หรือกระทำการอื่น ๆ ที่ทำให้แพทย์ได้รับ ค่าตอบแทนมากขึ้น ทำให้ผลประโยชน์ตกอยู่กับผู้ให้บริการเพียงฝ่ายเดียว ในขณะที่ประชาชน บริษัทประกัน สุขภาพเอกชน และรัฐ ในฐานะผู้ซื้อบริการผ่านโครงการ Medicare และ Medicaid เสียประโยชน์ ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกรณีนี้สะท้อนออกมาให้รูปของ HMO, Managed care และ Managed Competition ดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ซึ่งแพทย์ได้รับค่าตอบแทนในระบบเหมาจ่ายรายหัว, การกำหนดค่าตอบแทน

แทนแพทย์ในอัตราตายตัว, การจ่ายในรูปแบบ global budget, มี utilization review, และมี pre-admission certification ฯลฯ

ข. จากการที่ค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยในมีมูลค่าสูงมาก ดังนั้น จึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญในการลดรายจ่ายในกรณีของ Medicare ผลจากข้อ ก. ร่วมกับการที่พบว่ามีความผันแปรในการเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยในสูงมาก จึงมีการสร้างเครื่องมือในการควบคุมพฤติกรรมของการแพทย์ คือ การกำหนดราคาเฉลี่ยตามการวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ทำให้แพทย์เปลี่ยนการให้บริการจากที่เคยทำในลักษณะผู้ป่วยใน เป็นการรักษาในลักษณะผู้ป่วยนอก เพื่อหลีกเลี่ยงการควบคุมดังกล่าว ดังจะเห็นได้จากนวัตกรรมทางเทคโนโลยีที่ตอบสนองต่อความต้องการในลักษณะนี้ เช่น การผ่าตัดโดยใช้กล้องส่อง (laparoscopic & microscopic surgery) การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) เป็นต้น

การตัดสินใจว่าจะจัดบริการสุขภาพใดจึงจะเหมาะสมนั้น มีการนำเอาแนวคิดของการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ เช่น การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis) มาเป็นเครื่องมือประกอบการตัดสินใจจัดบริการที่มีประสิทธิภาพในเชิงการจัดสรร (allocative efficiency) มากขึ้น

องค์กรที่จัดบริการสุขภาพคำนึงถึงคุณภาพในการจัดบริการมากขึ้น คือ คำนึงถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพมากขึ้น

ค) นวัตกรรมที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ เช่น การแข่งขันในด้านการกำหนดอัตราเบี้ยประกันซึ่งเป็นแนวทางสำคัญของ HMO และ Managed competition แต่การที่จะกำหนดเบี้ยประกันในอัตราต่ำได้นั้น ผู้บริโภคต้องสูญเสียโอกาสในการเลือกแพทย์ผู้รักษาที่ต้องการไป เพราะการจำกัดกลุ่มหรือเครือข่ายผู้ให้บริการ ทำให้ HMO และบริษัทประกันสุขภาพเอกชน สามารถมีต้นทุนต่ำทั้งเนื่องจากการใช้จ่ายในการบริหารจัดการที่ลดลง และมีการแข่งขันกันด้านราคาเพื่อเป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพ

- การควบคุมค่าใช้จ่ายในด้านของอุปสงค์ค่อย ๆ มีบทบาทเพิ่มขึ้น เช่น การจ่ายร่วมในลักษณะต่างๆ และณ ระดับการจ่ายร่วมต่างๆ เป็นผลจากข้อค้นพบในการทดลองทางสังคมที่ใหญ่ที่สุดในประวัติศาสตร์ของสหรัฐอเมริกา คือ การทดลองเรื่องการประกันสุขภาพ ซึ่งผู้ดำเนินการหลักคือ Rand corporation อันเป็นองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร และมีผลงานในการศึกษาวิจัยในหัวข้อต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง ร่วมกับนักวิชาการในองค์กรต่าง ๆ

ง) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และผู้รับประกัน ในลักษณะของความสัมพันธ์เชิงสัญญา (contractual relationship) มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากกรณีของ Managed Competition

จ) ผู้บริโภคต้องปรับตัวด้วยการแสวงหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ health plans ต่าง ๆ ที่เข้ามาแข่งขันในตลาด ว่ามีอัตราเบี้ยประกันอย่างไร สิทธิประโยชน์ด้านบริการเป็นอย่างไร มีคุณภาพของบริการเป็นอย่างไร เพื่อการตัดสินใจเลือกซื้อประกันสุขภาพให้เหมาะสม

ข) เครื่องมือใหม่ ๆ ทางการเงิน เช่น MSA แม้ว่าจะไม่ได้รับการนำไปใช้ในระดับประเทศ แต่ได้ถูกนำมาทดลองในระดับรัฐและท้องถิ่นหลายแห่ง ซึ่งมีผลสำเร็จต่าง ๆ กันออกไป

สิ่งที่ขาดหายไปของการปฏิรูประบบสุขภาพประเทศสหรัฐอเมริกา

หากจะสรุปในภาพรวมถึงแรงผลักดันให้ประเทศสหรัฐอเมริกาต้องเกิดการปฏิรูประบบสุขภาพว่ามีอยู่ 2 ประการที่สำคัญ คือ ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพที่สูงขึ้น และการที่ยังมีประชาชนจำนวนมากยังไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ จะพบว่า การปฏิรูปที่เกิดขึ้นส่งผลที่ชัดเจนต่อการใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นหลัก มีนวัตกรรมเกิดขึ้นมากมายเพื่อตอบสนองต่อความพยายามในการจำกัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพดังที่กล่าวไปแล้ว แต่ประเด็นของความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (Equity) ซึ่งสะท้อนออกมาในด้านการขาดหลักประกันด้านสุขภาพ ยังไม่ได้รับการแก้ไขเท่าที่ควร ความพยายามที่จะสร้างให้เกิดระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทั่วทุกกลุ่ม ถูกต่อต้านมาตลอดทั้งในระดับรัฐและระดับประเทศ ซึ่งท้ายที่สุด การอาศัยกลไกตลาดเป็นพลังขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงจะไม่สามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหาการไม่มีประกันสุขภาพและความไม่เสมอภาคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพได้

แนวโน้มใหม่ ๆ ของการปฏิรูประบบสุขภาพประเทศสหรัฐอเมริกา

มีความเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงหลังที่ถือได้ว่าเป็นการปฏิรูประบบแบบของสหรัฐอเมริกา เช่น - มีความพยายามให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านการป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ซึ่งภาครัฐมีบทบาทที่สำคัญมาตลอดประวัติศาสตร์การจัดบริการสุขภาพในสหรัฐอเมริกา สิ่งนี้สอดคล้องกับความพยายามในการลดต้นทุนด้านการรักษาโรคในระยะยาวของ Managed care อยู่แล้ว

- มีการออกกฎหมายรับรองสิทธิของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ซึ่งเพิ่งผ่านรัฐสภาสหรัฐอเมริกาเมื่อตุลาคม 1999 นี้เอง สาระสำคัญของกฎหมายนี้คือ ยกเลิกการห้ามการฟ้องร้องบริษัทประกันสุขภาพในระดับประเทศ ให้ผู้ป่วยสามารถฟ้องร้องในศาลประจำรัฐได้ถ้าหากถูกปฏิเสธหรือหน่วงเหนี่ยวสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพโดยบริษัทประกันสุขภาพ, ให้ผู้ป่วยสามารถยื่นข้อร้องเรียนต่อกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายประกันสุขภาพที่รับประกันผู้ป่วยนั้นได้, บังคับให้บริษัทประกันสุขภาพรับผิดชอบทางการเงินต่อ

การบริการ โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเมื่อมีความจำเป็น และการรักษาพยาบาลปกติที่มีการทดลองทางคลินิกควบคุมไปด้วย (CNN, 1999)

- มีความพยายามที่จะสร้างระบบให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (family physician) หรือแพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิ (primary care physician) สามารถเป็นทั้งผู้ดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และมีอำนาจตัดสินใจ (authorize) ในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อเนื่องกับแพทย์เฉพาะทางต่อไป ซึ่งต่างจากการที่เป็นแพทย์ที่คอยดูแลการเข้าสู่ระบบบริการ (gate-keeper) แบบเดิม (Van de Ven, 1996)

ข้อเสนอแนะต่อการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยซึ่งมีลักษณะพื้นฐานของเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ที่แตกต่างจากของประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นอันมาก กล่าวเฉพาะในระบบบริการสุขภาพ (Wibulpolprasert et al, 2000) มีลักษณะคร่าว ๆ ดังนี้

ก. ภาครัฐของไทยมีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนไทยอย่างสูง ไม่ว่าจะเป็นในด้านของบุคลากร เช่น แพทย์ ซึ่งอยู่ในภาครัฐประมาณร้อยละ 80 ที่เหลือเพียงร้อยละ 20 ทำงานเต็มเวลาในภาคเอกชน ในด้านสถานบริการพบว่า จำนวนสถานบริการและจำนวนเตียงส่วนใหญ่ก็อยู่ในภาครัฐ ปัญหาอยู่ที่การกระจายบุคลากรซึ่งเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง และในช่วงที่เศรษฐกิจเติบโตก่อนภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540 พบว่า บุคลากรสาธารณสุขในภาครัฐมีการลาออกเพื่อไปทำงานในภาคเอกชนจำนวนมาก จำนวนสถานบริการในภาคเอกชนซึ่งส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองใหญ่ ๆ ก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม ภาครัฐยังมีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพให้กับชาวชนบทไทยอย่างสูงอยู่เช่นเดิม หรืออีกนัยหนึ่ง กลไกตลาดเสรียังมีบทบาทในระบบบริการสุขภาพไทยไม่มากนัก แต่กระแสนักพัฒนาเศรษฐกิจที่มุ่งไปในทิศทางเดียวกับกระแสหลักของทุนนิยม ทำให้แนวโน้มของระบบบริการสุขภาพในภาคเอกชน มีลักษณะที่มุ่งแข่งขันในเชิงการตลาดเข้มข้นขึ้น บริษัทเอกชนที่มีเครือข่ายของโรงพยาบาล บริษัทประกันสุขภาพ เช่น บริษัท Apex Healthcare ได้นำเอารูปแบบใหม่ขององค์กรด้านสุขภาพ เช่น HMO มาลองทำธุรกิจในประเทศไทย แม้ว่าจะไม่ประสบความสำเร็จมากนักเนื่องจากประจวบเหมาะกับความวิกฤตเศรษฐกิจพอดี แต่ภาคเอกชนซึ่งมีฐานของผู้ใช้บริการในขนาดพอสมควร และมีกำลังซื้อสูง ได้หยั่งรากของธุรกิจแล้วอย่างมั่นคง และจะมีบทบาทอย่างสำคัญในการแข่งขันทั้งทางตรงและทางอ้อมกับภาคสาธารณะ

ข. รัฐเป็นผู้แบกรับภาระในการจัดหาทรัพยากรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในภาคสาธารณะผ่านการประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ เกือบทั้งหมด โดยทรัพยากรส่วนใหญ่มาจากการเก็บภาษีทั่วไป เพื่อจัดบริการให้คนยากจน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็ก และผู้ด้อยโอกาสอื่น ๆ รวมทั้งรับสนับสนุนทางการเงินในการจัด

สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ การอุดหนุนทางการเงินแก่โครงการบัตรประกันสุขภาพ การประกันสังคม ภาคเอกชนยังมีบทบาทในการจัดระบบบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการประกันสุขภาพเอกชนน้อย

อย่างไรก็ดี ประเทศไทยก็เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลกที่ต้องประสบกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปีค.ศ. 1998 ประเทศไทยจ่ายด้านสุขภาพกว่า 280,000 ล้านบาท สูงเป็น 11 เท่าของเมื่อปีค.ศ. 1980 โดยมีอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงอัตราการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศในช่วงเวลาเดียวกัน แต่ในอีกด้านหนึ่งนั้น ประชาชนไทยประมาณร้อยละ 20 ยังไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพใด ๆ และเมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้ว ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่ยังจ่ายโดยครัวเรือน คิดเป็นประมาณร้อยละ 65 ส่วนที่รัฐบาลมารับภาระไปคิดเป็นเพียงร้อยละ 35 เท่านั้น ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพในมิติต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น การเข้าถึงบริการ, การเงิน, และสถานะสุขภาพ

ด้วยบริบทของสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และระบบสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างประเทศไทยและประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างสูง จึงมีข้อเสนอแนะต่อการปฏิรูประบบสุขภาพไทยโดยอาศัยบทเรียนจากประเทศสหรัฐอเมริกาในเชิงนามธรรม การทำให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมนั้นจะต้องอาศัยองค์การทุกส่วนที่เกี่ยวข้องมาร่วมกำหนด ดังนี้

1. แม้สหรัฐอเมริกาประสบความล้มเหลวในการปฏิรูประดับชาติเนื่องจากพื้นฐานของสังคมที่เกื้อหนุนสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล ภาครัฐจะมีบทบาทสำคัญในการแทรกแซงระบบสุขภาพภายใต้กลไกตลาดเสรีได้ก็ต่อเมื่อมีกฎหมายรองรับ ทำให้รัฐไม่มีบทบาทสำคัญในการปฏิรูป แต่ความเคลื่อนไหวในระดับประเทศทำให้เกิดการปรับตัวของตลาดของระบบสุขภาพอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง ในลักษณะที่แก้ปัญหาทีละปม ซึ่งบางครั้งปมเงื่อนไขที่เกิดขึ้นใหม่ กลับทำให้ปัญหาซับซ้อนยิ่งขึ้น แต่สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีกลไกตลาดเสรีที่ปรับตัวได้เร็ว สภาพการณ์จะเปลี่ยนแปลงไปทุกขณะ การปฏิรูปโดยอาศัยกลไกตลาดจึงเหมาะสมสำหรับประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีระบบตลาดเสรีพัฒนาไปมากกว่าประเทศไทยอย่างเทียบกันไม่ได้

ในประเทศไทย ซึ่งมีทรัพยากรน้อยกว่ามาก ไม่สามารถแบกรับความพุ่มเฟิยในการใช้ทรัพยากรแบบลองผิดลองผิดภายใต้กลไกตลาดได้ หากกลไกตลาดจะมีบทบาทในสังคมไทยบ้าง น่าจะเป็นการอาศัยแนวคิดของการแข่งขันภายใต้การจัดการ (Managed competition) ให้ทั้งภาครัฐและเอกชน มีการปรับตัวกันเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนด้านสุขภาพ และปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบ ไม่ว่าจะเป็นการใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ประชาชนเองจะมีต้องมีบทบาทในการแสวงหาข้อมูลข่าวสารมากขึ้น ที่จะตัดสินใจเลือกรับบริการสุขภาพอย่างไรจึงจะมีประสิทธิภาพ การจัดการด้านอุปสงค์ซึ่งยังมีอยู่น้อยในระบบสุขภาพไทย จะต้องมีเครื่องมือใหม่ ๆ ในด้านการเงิน โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับ cost sharing ซึ่งปัจจุบันมีอยู่แล้วปรียบในกรณีของสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ (เช่น cost sharing ในยานอกบัญชียาหลัก, การรักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่าจำนวนวันที่กำหนด เป็นต้น) กรณีของการประกันสังคม รวมทั้งที่

กำหนดไว้แล้วในการใช้สิทธิบัตรสปร. บัตรสุขภาพ ในกรณีของการลดขั้นตอนไปรับการรักษาในสถานบริการระดับต่าง ๆ โดยไม่ผ่านระบบส่งต่อ แต่ยังไม่มีการบังคับใช้อย่างเคร่งครัดนัก

การออกกฎหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับนโยบาย และการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้เกิดผลสะท้อนในระดับกว้าง ซึ่งล้มเหลวในประเทศสหรัฐอเมริกา มีความเป็นไปได้ในสังคมไทยสูงมาก อย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษาเห็นว่าการอาศัยภาครัฐเป็นกำลังสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมาย นโยบายระดับชาติได้อย่างรวดเร็ว ไม่สามารถหวังผลยั่งยืนได้อย่างถาวร แนวคิดของ"คุณพ่อรู้ดี" (Paternalistic) ที่ภาครัฐ นักวิชาการ ผู้รู้ คิดและ/หรือทำให้ประชาชนเองนั้น ทำให้ประชาชนทั่วไปอ่อนแอในทางความคิด และบ่อยครั้งที่ขัดแย้งกับพื้นฐานความเชื่อ วัฒนธรรมของประชาชน จุดนี้เป็นสิ่งที่อาจเรียนรู้จากประสบการณ์การเคลื่อนไหวทางสังคมด้านสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งจะพบว่า หากขาดการเคลื่อนไหวส่วนอื่น ๆ ทางสังคมที่จะต้องมิไปพร้อม ๆ กัน คือ การปฏิรูปการศึกษา การปฏิรูปการเมือง การให้ประชาชนมีส่วนร่วมการเคลื่อนไหวประชาคมในทุกกระดับ ความพยายามปฏิรูประบบสุขภาพโดยโดดเดี่ยวจากระบบอื่น ๆ ของสังคมไม่อาจรับประกันสัมฤทธิ์ผลในระยะยาวได้ ข้อสังเกตอีกประการหนึ่ง คือ ภาครัฐในประเทศไทยมีบทบาทในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการ และการจัดบริการอย่างสูง รวมทั้งมีการวางแผนสาธารณสุขแบบรวมศูนย์มานาน และประชาชนยังมีระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพน้อยกว่าผู้ให้บริการมาก ดังนั้น ทิศทางการปฏิรูปที่กระทำกันอยู่โดยมีภาครัฐเป็นกองหน้านั้น เป็นทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับสังคมไทย การวางแผนจากส่วนกลางที่ทำมาตลอดและเริ่มมีการกระจายอำนาจ กระจายการตัดสินใจออกไปบ้างแล้ว จะต้องเน้นการกระจายอำนาจมากขึ้น การปฏิรูประบบราชการเพื่อแก้ไขปัญหของความด้อยประสิทธิภาพในระบบราชการที่ครอบงำระบบบริการภาครัฐที่มีการริเริ่มดำเนินการบ้างแล้ว จะต้องดำเนินการต่อไปให้มากขึ้น มิใช่เพียงในรูปแบบ แต่เนื้อหาสาระของการบริหารจัดการ วัฒนธรรมองค์กรจะต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในระบบได้จริง สิ่งนี้ไม่เคยเกิดขึ้นในสังคมอเมริกัน เพราะในสหรัฐอเมริกา รัฐบาลมีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพโดยตรงน้อยมาก สิ่งที่เราเรียกว่า privatization จึงไม่มี เพราะไม่มี bureaucratization ตั้งแต่แรกแล้ว นอกจากนี้ บทเรียนจากสหรัฐอเมริกาที่มีกลุ่มผลประโยชน์มากมายที่มีความต้องการเฉพาะกลุ่ม ใช้อยุทธวิธีในการนำเสนอกฎหมาย หรือข้อเสนอแนะหลากหลาย ทำให้ความคิดเห็นของประชาชนกระจายกันออกไป จึงพึงระมัดระวังความไม่ชัดเจน หรือวัตถุประสงค์ของการนำเสนอกฎหมายเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีมากเกินไป จนกระทั่งสังคมไทยสับสน ทำให้ขาดความสนใจจากประชาชน นักการเมือง โดยทั่วไป

2. การออกแบบระบบสุขภาพที่เหมาะสมนั้น ต้องกระทำในทุก ๆ ด้านเท่าที่ทำได้ไปพร้อม ๆ กัน ไม่ใช่เกิดขึ้นทีละส่วน (piecemeal) ตามกลไกตลาดเช่นในสหรัฐอเมริกา ทั้งในด้านกลไกทางการเงิน การจัดการองค์กร การสร้างอำนาจ (ความรู้ การเงิน) ให้ประชาชน ความพยายามนำเอาเครื่องมือมาใช้ทีละครั้งทีละอย่าง ดัง

เช่น DRG, capitation, HMO model, managed care, managed competition อาจก่อให้เกิดผลเสีย เนื่องจากไม่มีเครื่องมือหรือวิธีการใดที่ดีสมบูรณ์แบบ ทุกอย่างมีจุดอ่อนในตัวเอง การใช้ที่ละเครื่องมือ ทำให้เกิดการตอบสนองจากทุกส่วนที่เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ และอาจเกิดปมปัญหาใหม่ให้ตามแก้ไข เปรียบเสมือนความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่าย โดยเครื่องมือเดียว จะทำให้ค่าใช้จ่ายไปเพิ่มขึ้นที่ส่วนอื่นของระบบ ดังเช่น กรณีที่โครงการ Medicare ริเริ่มการใช้ DRG เพื่อควบคุมรายจ่ายของคนไข้ใน เกิดปัญหาของ DRG creep และผู้ให้บริการหันไปใช้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกซึ่งไม่ถูกควบคุม

ประเทศไทยก็เช่นเดียวกันกับประเทศสหรัฐอเมริกาที่กลไกของการจ่ายร่วม ไม่ใช่ทางเลือกที่รัฐพึงปรารถนา เพราะมีแต่จะทำให้คะแนนนิยมทางการเมืองของรัฐบาลลดลง อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในการประกันสุขภาพประการหนึ่ง คือ moral hazard เกิดขึ้นกับสังคมไทยเช่นกัน ดังนั้น การจ่ายร่วม (cost sharing) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหานี้ ซึ่งได้กล่าวไปบ้างแล้วในข้อ 1. จะต้องถูกผนวกเข้ามาในการปฏิรูประบบสุขภาพไทยด้วย ซึ่งจะต้องมีการศึกษาวิจัยที่เหมาะสม ที่อาจจะจำเป็นต้องมีการทดลองทางสังคม เพื่อผลระดับของ cost-sharing ที่เหมาะสมสำหรับคนไทย

3. การปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกานั้นอาศัยกลไกตลาด ดังนั้นจึงตอบสนองต่อการแก้ปัญหาที่สำคัญเพียง 1 ใน 2 คือ การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่เรื่องการที่ประชาชนขาดการประกันสุขภาพ และขาดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ เป็นประเด็นที่ถูกมองข้ามไป เนื่องจากในระบบทุนนิยมเช่นของสหรัฐอเมริกา ประเด็นของประสิทธิภาพและความเสมอภาคเป็นสิ่งที่กลไกตลาด(ที่ไม่สมบูรณ์)ของบริการสุขภาพไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมายที่สูงสุดของทั้งสองได้พร้อมกัน (trade-offs) และกลไกตลาดมุ่งไปในทิศทางที่เน้นประสิทธิภาพเป็นหลัก

สำหรับประเทศไทยนั้นจะต้องเลือกระบบสุขภาพที่มีสมดุลระหว่างทั้งสองประเด็นนี้อย่างเหมาะสม ดังนั้นทิศทางของความพยายามในการปฏิรูประบบสุขภาพไทยที่เน้นสมดุลระหว่างทั้งสองประเด็น และยังคำนึงถึงคุณภาพของบริการ และการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในทางสังคมด้วย จึงเป็นทิศทางที่เหมาะสม ขาดเพียงรูปธรรมที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการมีส่วนร่วมในทางสังคม อย่างไรก็ตาม ทิศทางของการพัฒนาเศรษฐกิจทุนนิยมของประเทศ ซึ่งแม้จะอ่อนล้าในปัจจุบัน แต่ด้วยการเปิดรับความรู้ เทคโนโลยี บริการ วัฒนธรรม จากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกา ระบบบริการสุขภาพก็ไม่อาจหลีกเลี่ยงจากการะแสการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ ดังนั้น ภาครัฐจะต้องมีบทบาทในการแทรกแซงกลไกตลาดของการบริการสุขภาพและการประกันสุขภาพภาคเอกชนอย่างเหมาะสม โดยมุ่งเน้นการแทรกแซงในกรณีที่เกิดตลาดล้มเหลว เพื่อประโยชน์ของสังคมไทยโดยรวม

4. การเปลี่ยนสลับทิศทางของแรงจูงใจ เช่น กรณีของ MSA สมควรได้รับการศึกษาวิจัยถึงความเป็นไปได้ในสังคมไทยว่า การเปลี่ยนให้ประชาชนเป็นเสมือนเจ้าของเงินเอง ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงใน

ระบบสุขภาพที่มีอยู่เดิม เช่น บัตรสุขภาพ ซึ่งรัฐให้การอุดหนุนบัตรละ 1000 บาทมาตลอดช่วงเวลาหลัง หากเปลี่ยนให้เงิน 1000 บาทเป็นบัญชีออมทรัพย์เพื่อสุขภาพของผู้ซื้อบัตรสุขภาพ จะเกิดผลอย่างไร สามารถนำเอา MSA มาเพื่อขยายโอกาสในการมีหลักประกันสุขภาพในกลุ่มประชากรที่ทำงานอยู่ใน non-formal sector ได้อย่างไร ทั้งนี้เพราะ โอกาสในการขยายให้ความครอบคลุมของหลักประกันด้านสุขภาพภายใต้การประกันสังคมในประเทศไทยเป็นไปได้ยาก เนื่องจากภาคเศรษฐกิจที่เป็นทางการของไทยมีขนาดเล็ก และอัตราการขยายตัวไม่สูงนัก ตั้งแต่ก่อนวิกฤตการณ์เศรษฐกิจในปลายปี 2540 เสียอีก

5. การสร้างอำนาจ ความรู้ (empower) ให้กับประชาชนเป็นสิ่งที่จะประกันความยั่งยืนของระบบในระยะยาว อย่างไรก็ดี สิ่งนี้ขึ้นกับเงื่อนไขจำนวนมากนอกระบบการศึกษา เช่น การศึกษา, วัฒนธรรม จึงเป็นการยากที่จะทำได้ดีและเห็นผลในระยะสั้น

บทส่งท้าย

ประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นแม้ว่าจะมีจุดตั้งต้นจากประเด็นของความพยายามในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และการขยายความครอบคลุมของหลักประกันด้านสุขภาพ แต่ประเทศสหรัฐอเมริกามีทิศทางของการเปลี่ยนแปลงที่พึงพากลไกตลาดมากกว่าประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก ผลลัพธ์ที่ตามมาทำให้สามารถบรรลุถึงการแก้ปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระดับหนึ่ง ส่วนด้านหลักประกันด้านสุขภาพนั้นหากจะมีการเปลี่ยนแปลงใดบ้าง เป็นผลพลอยได้จากการกลไกตลาด ร่วมกับการผลักดันทางการเมือง ความเคลื่อนไหวอื่น ๆ ทางสังคม มากกว่า

แนวโน้มของการปฏิรูประบบสุขภาพในสหรัฐอเมริกาคงไม่มุ่งไปสู่การมีหลักประกันด้านสุขภาพอย่างทั่วถึงในประชาชนทุกกลุ่ม (universal health insurance) แต่จะยังมุ่งหน้าไปสู่การใช้กลไกตลาดเช่นเดิม ซึ่งบทเรียนจากการใช้กลไกตลาดในบางประเด็น เช่น การแข่งขันของ health plans ต่าง ๆ ในระบบ Managed competition ซึ่งประเทศจำนวนมากนำกลไกการแข่งขันไปประยุกต์ใช้ในระบบ อย่างไรก็ตาม การปฏิรูปในสหรัฐอเมริกามีจุดร่วมกับทิศทางการปฏิรูปของประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก เช่น การจัดระบบความสัมพันธ์เชิงสัญญา (contractual agreement) และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือปฐมภูมิ ซึ่งแนวโน้มลักษณะนี้คงจะพัฒนาต่อไปในอนาคต

หากประเทศไทยจะเรียนรู้ประสบการณ์จากสหรัฐอเมริกามาใช้บ้าง จะต้องนำมาใช้ด้วยความระมัดระวัง นำเอาเครื่องมือหรือกลไกตลาดมาประยุกต์ใช้ในลักษณะที่เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปผสมผสาน มิใช่ปล่อยให้แรงขับเคลื่อนของตลาดดำเนินไปทีละส่วน โดยให้ความสำคัญกับการเพิ่มประสิทธิภาพ(และคุณภาพ)ของระบบ ควบคู่ไปกับการสร้างความเป็นธรรม ความเสมอภาคของประชาชนไทยในด้านสุขภาพด้วย

อภิธานศัพท์ (Glossary)

Diagnosis-Related Groups (DRGS)

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เป็นการจัดกลุ่มโรคซึ่งริเริ่มขึ้นภายใต้ระบบการจ่ายค่าตอบแทนในอัตราที่กำหนดไว้ล่วงหน้า (Prospective Payment system) ของโครงการ Medicare (ดูความหมายในอภิธานศัพท์นี้ข้างท้าย) เป็นหนึ่งในนวัตกรรมทางด้านการบริหารจัดการด้านการเงินที่ถือกำเนิดภายใต้โครงการ Medicare ต่อมา ได้รับการยอมรับไปใช้กันทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย

Economies of Scale

การประหยัดต่อขนาด เป็นสถานการณ์ที่ต้นทุนในการผลิต (ในที่นี้เพื่อการจัดบริการสุขภาพ) ในระยะยาวมีค่าเฉลี่ยลดลงเมื่อจัดบริการให้ผู้รับบริการจำนวนมากขึ้น

Elasticity

ความยืดหยุ่น เป็นค่าที่เปรียบเทียบอัตราการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามในทางเศรษฐศาสตร์ เช่น ปริมาณอุปสงค์ (quantity demanded) กับอัตราการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรอิสระ เช่น ราคา เช่น การเปลี่ยนแปลงเป็นร้อยละของปริมาณอุปสงค์เมื่อราคาเพิ่มขึ้นหรือลดลงร้อยละหนึ่ง ความยืดหยุ่นไม่มีหน่วย (unitless)

Gross National Product (GNP) & Gross Domestic Product (GDP)

ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GNP) เป็นมูลค่าปัจจุบันของสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายที่ผลิตได้ภายในประเทศในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น หนึ่งปี **ผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)** เป็นการวัดมูลค่าที่ใกล้เคียงกัน แต่จะคิดเฉพาะมูลค่าของสินค้าและบริการขั้นสุดท้ายที่เกี่ยวข้องใช้ปัจจัยการผลิตภายในประเทศ บ่อยครั้งที่ถูกใช้ในความหมายเดียวกัน โดยใช้คำว่า “รายได้ประชาชาติ” แต่ทั้งสองคำมีความหมายแตกต่างกันข้างต้น

Health Care Financing Administration (HCFA)

เป็นองค์กรภายใต้ Department of Health and Human Services ของรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกา รับผิดชอบดูแลการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังและคุณภาพของการจัดบริการสุขภาพในโครงการ Medicare และ Medicaid

Health Maintenance Organization (HMO)

เป็นองค์กรที่มีบทบาทหน้าที่เป็นผู้รับประกันสุขภาพและจัดให้มีบริการสุขภาพในตัวเอง โดยรับประกันภายใต้แผนการประกันสุขภาพที่กำหนดจากผู้ซื้อประกันล่วงหน้า แล้วจะต้องมีหน้าที่จัดบริการให้ผู้ซื้อประกันให้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ตามแผนการประกันสุขภาพนั้น ๆ ในระยะเวลาที่กำหนด เช่น 1 ปี

Medicaid

เป็นโครงการประกันสุขภาพให้แก่ผู้มีรายได้น้อยโดยมลรัฐ รัฐบาลกลางจะกำหนดรายละเอียดของมาตรฐานขั้นต่ำที่เกี่ยวข้องกับโครงการนี้ และให้งบประมาณสนับสนุนในลักษณะจับคู่ (matching grant) กับงบประมาณของแต่ละมลรัฐ บังคับใช้ภายใต้กฎหมาย ตามหลัง Medicare เล็กน้อย

Medicare

เป็นโครงการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มประชากรเฉพาะบางกลุ่มที่ดูแลโดยรัฐบาลกลาง ดำเนินการภายใต้กฎหมาย Medicare ซึ่งบังคับใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1965

Managed Care

การจัดการบริการภายใต้การจัดการ เป็นการดำเนินการจัดการระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบบริการ โดยผู้เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพ เช่น ผู้ซื้อประกันสุขภาพ หรือ บริษัทประกันสุขภาพ

Managed Competition

การแข่งขันในการจัดบริการภายใต้การจัดการ เป็นการจัดการระบบบริการสุขภาพที่เพิ่มเติมจากหลักการของ Managed care ด้วยการทำให้เกิดการแข่งขันระหว่างองค์กรรับประกันสุขภาพ การสร้างให้เกิดกลไกด้านราคาที่ควบคุมพฤติกรรมของผู้เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม เป็นการนำเอากลไกตลาดที่หากจัดการให้เหมาะสมจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพได้ดี

Preferred Provider Organization (PPO)

เป็นการตกลงเชิงพันธะสัญญาว่าผู้ซื้อประกันสุขภาพ จะได้รับประกันสุขภาพตามเงื่อนไขของแผนการประกันสุขภาพ หากไปรับบริการกับองค์กรหรือเครือข่ายผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นคู่สัญญา โดยมีเงื่อนไขสูงใจ เช่น ไม่ต้องมีการจ่ายร่วมหากไปรับบริการกับผู้ให้บริการคู่สัญญา แต่จะถูกลงโทษ(ทางการเงิน) ถ้าหากไปรับบริการกับผู้ให้บริการที่ไม่ใช่คู่สัญญา เช่น ต้องจ่ายเอง โดย PPO ไม่จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ หรือจ่ายให้แต่เพียงส่วนน้อย

References

- Aaron, H.J. 1991. *Serious and Unstable Condition: Financing America's Health Care*. Washington, D.C.: The Brookings Institution.
- Arrow, K.J. 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 53:941-73.
- Berman, P.A. 1995. Health Sector Reforms: Making Health Development Sustainable. *Health Sector Reform in Developing Countries*. Cambridge: Harvard University Press.
- Berman, P.A. and Hammer, J.S. 1995. Ends and Means in Public Health Policy in Developing Countries. *Health Sector Reform in Developing Countries*, Cambridge: Harvard University Press.
- Blendon, R., and Donelan, K. 1990. The Public and the Emerging Debate over National Health Insurance. *New England Journal of Medicine* 323 (3): 208-12.
- CNN. 1999. <http://cnn.com/allpolitics/stories/1999/10/07/plan.comparison>. Searched on November 11, 1999.
- Davis, K. 1990. Availability of Medical Care and Its Financing. *The Nation's Health*. 4th ed. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Davis, K. 1999. International Health Policy: Common Problems, Alternative Strategies. *Health Affairs* (May/June 1999) 147-160.
- Ellis, R.P., et al. 1994. Diagnosis-Based Risk Adjustments for Medicare Capitation Payments. *Health Care Financing Review* 17(3):101-28.
- Enthoven, A.C. 1988. Theory and Practice of Managed Competition. *Health Care Finance*. Amsterdam: North-Holland. DeVries Lecture Vol.9.
- Enthoven, A.C. 1994. Why Not the Clinton Health Plan?. *Inquiry*, 31(2):129-135.
- Enthoven A.C. 1993. History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs* 12(Supplement):24-48.
- Enthoven, A.C., and Kronick, R. 1989. Universal Health Insurance Through Incentives Reform. *Journal of American Medical Association* 265(19): 2532-2536.
- Enthoven, A.C. 1997. Market-Based Reform of U.S. Health Care Financing and Delivery: Managed Care and Managed Competition. *Innovations in Health Care Financing*. Washington D.C.:World Bank.
- Feder, J., Holohan, J. and Marmor, T.R. 1980. *National Health Insurance: Conflicting Goals and Policy Choices*. Washington D.C.: Urban Institute Press.
- Feldstein, P.J. 1993. *Health Care Economics*. New York: Delmar Publishers Inc.

- Folland, S., Goodman, A.C., and Stano M. 1993. *The Economics of Health & Health Care*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Fox, D.M., and D.C. Schaffer. 1989. Health Policy and ERISA: Interest Groups and Semipreemption. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 14, no.2 (Summer): 239-60.
- Fuchs, V.R. 1986. *The Health Economy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gold, M. 1999. The Changing US Health Care System: Challenge for Responsible Public Policy. *The Milbank Quarterly* 77, no.1: 1-22.
- Health Insurance Plan of California. 1995. *Methods for Calculating and Applying Risk Assessment and Risk Adjustment Measures: Results of Simulation No.2, Revised*. Sacramento: Health Insurance Plan Of California.
- Iglehart, J.K. 1992. The American Health Care System: Managed Care. *New England Journal of Medicine* 327(10): 742-747.
- Iglehart, J.K. 1993. Managed Competition. *New England Journal of Medicine* 328(16): 1208-1212.
- Kramarow, E., et al. 1999. *Health, United States, 1999*. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
- Lee, P.R., Soffel, D., and Luft H.R. 1992. Costs and Coverage: Pressure toward Health Care Reform. *The Western Journal of Medicine* Volume 157(5): 576-583.
- Levit, K.R., H.C. Lazenby, C.A. Cowan, and S.W. Letsch. 1991. National Health Expenditures 1990. *Health Care Financing Review* 13, no.1 (Spring): 29-54.
- Lundberg, G.D. 1992. National Health Care Reform: The Aura of Inevitability Intensifies. *Journal of American Medical Association* 267(18): 2521-2524.
- Marmor, T.R. 1973. *The Politics of Medicare*. Chicago: Adine.
- Marmor, T.R. 1994. *Understanding Health Care Reform*. New Haven: Yale University Press.
- Marmor, T.R., and Dunhan, Andrew. 1985. The Politics of Health Policy Reform: Origins, Alternatives, and a Possible Prescription. *Health Care: How to Improve it and Pay for It*. Washington, D.C.: Center for National Policy, 1985.
- Mechanic, D. 1994. Managed Care: Rhetoric and Realities. *Inquiry* 31(2): 124-128.
- Nelson, G.D. 1994. Perspective on Innovation and Reform. *Health Affairs*, 13 (Summer): 82-97.
- OECD. 1994. *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*. Paris.

- Pepper Commission. 1990. *A Call for Action: Final Report of the U.S. Bipartisan Commission on Comprehensive Health Care*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Reinhardt, U. 1999. Viewing the U.S. Health System From Within: Candid Talk From HHS. *Health Affairs* (May/June 1999) 161-175.
- Roemer, M.I. 1991. *National Health Systems of the World, Volume One: The Countries*. Oxford: Oxford University Press.
- Smith, S., et al. 1999. The Next Ten Years of Health Spending: What Does the Future Hold? *Health Affairs* (September/October 1999):128-140.
- Smith, S., et al. 1999. The Next Decade of Health Spending: A New Outlook. *Health Affairs* (July/August 1999): 165-171.
- Starr, P. 1982. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- Starr, P. 1993. *Logic of Health Care Reform*. Nashville, Tennessee: Whittle Publications.
- Starr, P. 1994. Why the Clinton Plan Is Not the Enthoven Plan. *Inquiry* 31(2): 136-140.
- Stevens, R. 1989. *In Sickness and in Wealth: American Hospitals in the Twentieth Century*. New York: Basic Books.
- Terris, M. 1999. National Health Insurance in the United States: A Drama in Too Many Acts. *Journal of Public Health Policy* 19(1999): 21-30.
- U.S. Census Bureau. 1999. *Current Population Reports*. Washington D.C.: U.S. Census Bureau.
- Van de Ven, W.P.M.M. 1996. Market-oriented Health Care Reform: Trends and Future Options. *Social Science Medicine* Volume 43(5): 655-666.
- Wibulpolprasert, S. (editor) 2000. *Thailand Health Profile 1997-1998*. Bangkok: Printing Press, Express Transportation Organization.
- World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.

คำชี้แจงเกี่ยวกับความเห็น ข้อเสนอแนะของผู้วิจารณ์

รายงาน "การศึกษาบทบาทของประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ"

จากการที่ผู้ศึกษาได้เสนอรายงานฉบับแก้ไขให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเมื่อ มกราคม พ.ศ. 2543 ผู้วิจารณ์รายงานได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น ข้อวิจารณ์ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ต่อการทำรายงานให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้ศึกษาขอชี้แจงดังนี้

1. ในบทสรุปสำหรับผู้บริหาร ได้เพิ่มเติมเนื้อหาว่าด้วย แนวคิดพื้นฐานของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเน้นที่ freedom of choice ในวิถีชีวิต ซึ่งตรงกันข้าม กับแนวคิด solidarity ของประเทศส่วนใหญ่ในยุโรป และชี้ให้เห็นว่า ความแตกต่างนี้นำไปสู่ผลลัพธ์ของระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างไร

นอกจากนี้ ได้เพิ่มเติมตัวเลข ข้อมูลล่าสุดจาก Web sites ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ความครอบคลุมของ managed care & managed competition รวมไปถึงขยายความการแบ่งบทบาทในระบบบริการสุขภาพของรัฐบาลกลาง รัฐบาลมลรัฐ และชุมชน

2. ในส่วนที่ว่าด้วยโครงสร้างการจัดองค์กรของระบบสุขภาพ ได้เพิ่มเติมให้เห็นผลัดของการเปลี่ยนแปลงในเชิงประวัติศาสตร์ตามแต่ละช่วงเวลา (chronological) และขยายความส่วนอื่นๆ นอกจากนี้ในรายงานเดิมเน้นหนักด้านการประกันสุขภาพ ตามข้อเสนอของผู้วิจารณ์

ความเห็นต่อคำถามผู้วิจารณ์ที่ว่า "Does supply generate its own demand?" ประเด็นนี้ยังคงมีข้อถกเถียงกันมาก หากย้อนหลังไปถึงคำถามที่มีมาเป็นเวลานานว่า "Do physicians induce demand?" มีงานวิจัยทั้งที่ใช้การวิเคราะห์เชิงระบาดวิทยาและชีวสถิติกับการวิเคราะห์ด้วยเศรษฐมิติ เพื่อค้นหาตรวจสอบประเด็นนี้ในเชิงประจักษ์ แม้ว่าจะงานส่วนใหญ่จะสรุปว่ามี evidence ที่เชื่อได้ว่าแพทย์กระตุ้นให้เกิดอุปทานเพิ่มขึ้นจริง แต่ก็มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่คัดค้านข้อสรุปดังกล่าว หากกล่าวถึงคำถามที่ซับซ้อนไปกว่านั้นว่า อุปทานของเทคโนโลยีสมัยใหม่ทางการแพทย์ทำให้เกิดอุปสงค์หรือไม่ จะต้องพิจารณาถึงปัจจัยที่สำคัญคือตัวแพทย์ผู้ให้บริการ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในฐานะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกใช้บริการแทนผู้ป่วย (Agency relationship) ด้วย อย่างไรก็ตาม ได้พยายามนำเสนอประเด็นนี้ไว้ในลักษณะที่ไม่เป็นข้อสรุปตายตัว แต่กล่าวถึงข้อควรระวังในการสรุปไว้ด้วย

ประเด็นที่ว่า ยังมีคนส่วนหนึ่งที่เข้าไม่ถึงบริการนั้น มีหลักฐานที่เชื่อได้ว่า คนส่วนหนึ่งเลือกที่จะ self-insured ทั้งที่อาจมีกำลังซื้อประกันสุขภาพได้ ส่วนกรณีของคนยากจนนั้น เป็นปัญหาของ marginal groups ในทุกสังคม ทำให้คนยากจนไม่สามารถไปใช้บริการในระบบปกติได้ หากป่วยมาก จะลงเอยที่การเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ศึกษาได้เพิ่มเติมเนื้อหาในไปแล้ว

3. ในส่วนที่ว่าด้วย market-based reform ได้ปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้วิจารณ์เพิ่มเติมเนื้อหาให้กระจ่างว่า managed care operates อย่างไรในส่วนของ providers เพื่อให้ผู้อ่านทั่วไปเข้าใจ รวมทั้ง preferred provider organization (PPO) ด้วย

สำหรับคำที่เกี่ยวข้องซึ่งผู้อ่านทั่วไปอาจไม่คุ้นเคย ผู้ศึกษาได้รวบรวมเป็น glossary ของคำสำคัญ ๆ ที่ถูกกล่าวถึงในรายงานฉบับนี้ไว้ในตอนท้าย

คำถามต่อเนื้อหาในหน้า 33 ที่ว่า "ผู้ซื้อประกันเป็นฝ่ายอุปสงค์ไม่ใช่หรือ จะไปควบคุมพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์จากภาคอุปสงค์ไปทำไม?" ขอชี้แจงดังนี้ ความหมายในย่อหน้ารองสุดท้ายนี้ หมายความว่า "ระบบของ managed competition กำหนดให้ผู้ซื้อประกันสุขภาพจะต้องรับผิดชอบเบี้ยประกันสุขภาพในส่วนเพิ่มเติมขึ้นเพื่อครอบคลุมบริการสุขภาพเพิ่มเติมจากความครอบคลุมพื้นฐานหรือเพื่อเพิ่มเพดานค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลจากเดิม ดังนั้น ระบบเป็นตัวควบคุมอุปสงค์ มิใช่ผู้ซื้อประกันสุขภาพควบคุมตัวเอง" อย่างไรก็ตาม ผู้ศึกษาได้เรียบเรียงถ้อยคำใหม่และขยายความเพื่อให้ชัดเจนขึ้นแล้ว

คำถามต่อเนื้อหาในหน้า 33 ย่อหน้าสุดท้ายที่ว่า "ความยืดหยุ่นของอุปทาน" ในที่นี้หมายถึงอะไร ความหมายคือ ผู้ศึกษาต้องขอภัยในความผิดพลาดของการพิมพ์และไม่ได้ตรวจทานให้ถูกต้องเสียก่อน จริง ๆ แล้วคำว่า "อุปทาน" ต้องเป็น "อุปสงค์" และความยืดหยุ่นของอุปทานในที่นี้หมายถึง ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา (price elasticity of demand) และในรายงานนี้ ต้องการสื่อความหมายว่า managed competition ทำให้เกิด อุปสงค์ที่ elastic (คือ ยืดหยุ่นสูง) ถ้า price of health insurance หรือ premium เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย จะทำให้อุปสงค์ต่อ health insurance ลดลงมากกว่า by definition ของ elasticity

4. ได้ปรับปรุงในส่วนของข้อเสนอเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพในระดับชาติของ ประเทศสหรัฐอเมริกา ตามข้อเสนอในย่อหน้าแรก ส่วนในย่อหน้าที่สองนั้น ได้เพิ่มเติมข้อมูลเฉพาะข้อเสนอที่นำไปสู่การปฏิบัติจริง บางข้อเสนอไม่ได้นำไปสู่การปฏิบัติ จึงไม่มีข้อมูล

5. ได้เพิ่มเติมการวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพของไทยในปัจจุบัน โดยคร่าว ๆ ไว้แล้วทำตารางเปรียบเทียบกับสหรัฐอเมริกา และสรุปใหม่

6. สำหรับข้อเสนอแนะอื่น ๆ นั้น นอกจากที่ว่าด้วย glossary ซึ่งผู้ศึกษาได้ทำเพิ่มเติมแล้ว ได้ปรับปรุงแก้ไขความซ้ำซ้อนของเนื้อหา ปรับปรุงการจัด heading level แล้ว และได้เพิ่มเติมสารบัญในรายงานฉบับนี้

น.พ.สมศักดิ์ ธรรมธิตวิวัฒน์

20 มีนาคม 2543