

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับ

Catastrophic Illness and
Catastrophic Insurance Development
in Thailand

โดย

สุคนธา คงศีล ♦

กันยายน 2540

W
255
ส241ข
2540
ฉ2

♦ อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
บริหารจัดการโดย สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับ

Catastrophic Illness and
Catastrophic Insurance Development
in Thailand



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โดย

สุคนธา คงศีล ♦

กันยายน 2540

เลขหมู่	
เลขทะเบียน	HS0282 ๑2
วันที่	15 เดือน ต.ค. ปี ๔1

♦ อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
บริหารจัดการโดย สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

W
255
ศ241ข
2540
๑2

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับ Catastrophic Illness and Catastrophic Insurance Development in Thailand *

สุคนธา คงศีล *

จากการพูดคุยกับญาติผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมประสาท เธอเล่าว่า "สามีดิฉันเป็นไปรษณีย์ ประสบอุบัติเหตุ เมื่อสามเดือนก่อน หน้ามหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ อาการสาหัสมาก ไม่รู้สติเลย แท็กซี่ที่พบเห็นเหตุการณ์ได้กรุณานำส่งโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่ง ปรากฏว่าเตียงเต็ม เมื่อโรงพยาบาลของรัฐให้ในสิ่งที่เราต้องการไม่ได้ แพทย์ทำอะไรก็ต้องยอม เพราะไม่มีทางเลือกอื่น จึงต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนก่อน เมื่อพ้นขีดอันตราย ก็พยายามติดต่อโรงพยาบาลของรัฐเพื่อจะได้พาไปรักษาต่อ และสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวน แต่ไม่มีเส้นสายในโรงพยาบาลนั้น ๆ จนกระทั่งเมื่อสัปดาห์ก่อน ภรรยาเพื่อนเป็นพยาบาลอยู่ที่นี้ เขาช่วยจัดการเป็นธุระให้ จึงได้มาอยู่ที่นี้ การป่วยของสามีครั้งนี้ ทำให้เราเกือบหมดตัว "

กับญาติผู้ป่วยอีกราย หน้าห้องผ่าตัด โรงพยาบาลเดียวกัน ผู้หญิงวัยกลางคน เล่าให้ฟังว่า " พ่อของฉันเป็นลมล้มลงในห้องน้ำเมื่อเช้านี้ หมอบอกว่ามีเลือดออกในสมอง ต้องผ่าตัดเอาเลือดออกด่วน ไม่งั้นจะเป็นอัมพาต ฉันยังไม่รู้เลยว่า จะเอาดังค์ที่ไหนมาจ่ายให้ค่าหมอ ค่ายา ที่แย่ไปกว่านั้นก็คือ หลังผ่าตัดพ่อฉันจะต้องพักในห้องผู้ป่วยหนัก เพราะหายใจเองยังไม่ได้ แต่ไม่มีเตียงว่างเลย มีคนงานคนหนึ่งบอกฉันว่า เตียงในห้องนั้นมีญาติพยาบาลคนหนึ่งนอนมาปีครึ่งแล้ว อาการไม่ดีขึ้นเลย... ถ้าเป็นฉัน ถ้าพ่อต้องนอนเป็นปี ค่าหมอค่ายากี่แพงแบบนี้ ฉันจะทำอย่างไรดี อาชีพหาเช้ากินค่ำแบบเรา..."

1. ความนำ

ในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของคนไทย มีหน่วยงานรับผิดชอบเป็นจำนวนมากและหลากหลายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรุงเทพมหานคร รัฐวิสาหกิจและโรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้สิ่งที่ต้องพิจารณาประกอบเพื่อพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต ขั้นตอนที่สำคัญของการบริหารระบบการเงินการคลังสาธารณสุขคือ การจัดสรรทรัพยากรหรือการจำแนกแจกจ่ายสินค้าบริการสาธารณสุขอย่างไร จึงจะทำให้ทรัพยากรที่มีจำกัด เกิดประโยชน์สูงสุดต่อภาวะการกินดีอยู่ดี หรือสภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี ทั้งนี้เพื่อให้

* ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และบริหารจัดการโดย สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

* อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ทุกคนมีโอกาสได้รับบริการสาธารณสุขที่เสมอภาค อย่างน้อยในระดับที่ใกล้เคียงกันทั้งในพื้นที่ชนบทและในเขตเมือง ในขณะเดียวกันก็ต้องคำนึงถึงบริการที่ครอบคลุมพื้นที่กว้างขวางขึ้น และเป็นไปตามหลักการประหยัดต่อขนาด (Economy of Scale) รวมถึงการจัดให้มีบริการที่ถือว่ามีประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจสูงที่สุด กล่าวคือ ต้นทุนต่อหน่วยรวมต่ำที่สุดทั้งหน่วยงานสาธารณสุขและผู้บริหาร โดยยังมีคุณภาพบริการเท่าเดิม รวมทั้งต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพของบริการการแพทย์และการเงินสาธารณสุข (ประสิทธิภาพของการจัดบริการ, ประสิทธิภาพในการกำหนดราคา, ประสิทธิภาพในการเบิกจ่ายและการรักษารักษาพยาบาล และประสิทธิภาพบริการของภาคเอกชน)

เศรษฐศาสตร์ คือ ศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับทางเลือกในการใช้ทรัพยากรการผลิตอันมีอยู่อย่างจำกัด สำหรับการผลิตสินค้าและบริการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตำราเล่มแรกของโลกมีขึ้นใน ค.ศ. 1776 ชื่อว่า *An Inquiry into the Nature and Causes of Wealth of the Nation* โดยนักเศรษฐศาสตร์ชาวอังกฤษชื่อว่า Adam Smith ซึ่งแต่เดิมในสมัย Aristotle เศรษฐศาสตร์เป็นวิทยาศาสตร์การเลือกผสมผสานกับศีลธรรมในยุคกลาง จนมาถึงสมัยยุคของ John Maynard Keynes ได้มีการปรับปรุงให้ทันสมัยมากขึ้น วิชาการทางด้านเศรษฐศาสตร์ได้พัฒนาต่อไป จนแตกออกไปหลายสาขา เช่น เศรษฐศาสตร์การเงินและการธนาคาร เศรษฐศาสตร์การอุตสาหกรรม เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และเศรษฐศาสตร์การประกัน เป็นต้น

สำหรับเศรษฐศาสตร์ว่าด้วยการประกัน ได้มีการประยุกต์หลักการทางคณิตศาสตร์และสถิติ โดย Kenneth Arrow ได้พัฒนาทฤษฎีความเสี่ยง (Risk Theory) ในการวิเคราะห์เชิงพลวัต (Dynamic analysis) ควบคู่กับการพัฒนาทางด้านคอมพิวเตอร์ในปัจจุบัน จึงทำให้การวิเคราะห์สามารถกระทำได้กว้างขวางมากขึ้น

“การประกันสุขภาพ” เป็นกลไกทางด้านการบริหารจัดการการเงิน เพื่อที่จะกระจายค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับค่าบริการเพื่อสุขภาพของบุคคล ให้นุคคลอื่น หรือองค์กรอื่นมีส่วนร่วมเสี่ยงรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายนั้น ๆ ด้วย โดยเป็นกลวิธีหนึ่งในการจัดหรือลดอุปสรรคทางการเงินที่ต้องจ่ายเพื่อสุขภาพ

หลักการของการประกันสุขภาพ คือ การเฉลี่ยความเสี่ยงสำหรับคนกลุ่มมากเพื่อให้ผู้เอาประกันหรือสมาชิกในครัวเรือนที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย โดยที่ค่ารักษาพยาบาลไม่ใช่ว่าแพงขวางกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขสัญญาในการประกันสุขภาพนั้น ๆ ระบบประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลในประเทศไทย สามารถจำแนกออกเป็น สามกลุ่ม คือ สวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ การประกันสุขภาพเชิงบังคับ และการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

จากตัวอย่างในบทสนทนาข้างต้น เป็นเหตุการณ์แสดงปัญหาเกี่ยวกับ เศรษฐกิจการคลัง สาธารณสุขที่เรียกว่า “ภาวะการเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลแพงมาก” หรือ “การเจ็บป่วยจนถึงกับต้องล้มละลาย” (Catastrophic Illnesses - CI) เนื่องจากเป็นภาระทางการเงินที่ครัวเรือนจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง จนกระทั่งต้องขายปัจจัยการผลิตเช่น ไร่นา วัวควาย หรือเป็นหนี้สินโดยกู้ยืมจากแหล่งนอกระบบ หรือ เครือข่ายครอบครัว โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลเอกชน หลังจากรักษาได้ระยะหนึ่งแล้ว ญาติผู้ป่วยมักจะขอมารักษาต่อยังโรงพยาบาลของรัฐบาล เป็นการสร้างปัญหาในการส่งต่อ ระหว่างโรงพยาบาลผู้ส่ง และโรงพยาบาลผู้รับอยู่

เสมอ เป็นผลเสียต่อผู้ป่วยไม่น้อย นอกจากนี้หากไม่สามารถจ่ายเงินได้ในโรงพยาบาลของรัฐ ก็จะเป็นภาระทางการเงินของโรงพยาบาลภาครัฐ จะต้องอาศัยการชดเชยจากรายได้อื่น เช่น สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ หรือรายได้เงินบำรุง กล่าวคือปัญหาค่ารักษายาบาลของการเจ็บป่วยที่มีค่ารักษายาบาลแพงมากในขณะนี้คือ การสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยประเภท ข (คือไม่สามารถจ่ายเต็มได้ และไม่มียัตรสงเคราะห์) หรือผ่านระบบกลั่นกรองจากนักสังคมสงเคราะห์ หรือการหยิบยืมจากเครือข่ายทางสังคมของผู้ป่วย หรือการขายทรัพย์สิน ควบ ยว และที่ดิน รวมทั้งปัจจัยการผลิตอื่นๆ ค่ารักษายาบาลกรณีเหล่านี้ เป็นปัจจัยคุกคามความมั่นคงทางการเงินของครัวเรือนอยู่ไม่น้อย (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2540)

อาจจะกล่าวได้ว่า ปัญหาและสถานการณ์เช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพและความมั่นคงทางเศรษฐกิจของประเทศ นอกจากนั้นหากพิจารณาจากสถานการณ์และแนวโน้มสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ในส่วนของระบบบริการสาธารณสุข (ในภาคผนวก) พบว่า โครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะประชากรสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาของโรคที่ป้องกันได้ (Communicable Diseases) โรคไม่ติดต่อ (Non Communicable Diseases) ซึ่งมีเหตุจากพฤติกรรมกับความยากจน โดยสามารถสะท้อนให้เห็นสภาพการเจ็บป่วย จำนวนวันป่วยที่นาน ภาวะการพิการ และทุพพลภาพ รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่สูงและแพงมากในการรักษายาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพในอนาคต

2. วัตถุประสงค์ของบทความ

ด้วยความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาข้างต้น ข้อเสนอแนะทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเสมอภาคสำหรับประเทศไทยในอนาคต จะได้จากประเด็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา โดยอาศัยฐานข้อมูลจากแหล่งทุติยภูมิที่เชื่อถือได้ และผลการศึกษาวิจัยในอดีตในประเทศและต่างประเทศ โดยการ

- 2.1 ทบทวนวรรณกรรม คำจำกัดความและการดำเนินการเกี่ยวกับค่ารักษายาบาลกรณี Catastrophic Insurance (CI) ในต่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบางประเทศใน ยุโรป, เอเชีย และออสเตรเลีย
- 2.2 ให้คำนิยามระดับปฏิบัติการ (Operational definition) ของ CI ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย รวมทั้ง (Final) List of CI สำหรับประเทศไทย

3. กระบวนการวิเคราะห์และการนำเสนอ

ด้วยเหตุที่เอกสารที่ค้นคว้ามี่จำนวนมาก และมีความหลากหลาย ซึ่งจะมีผลให้สามารถวิเคราะห์ได้ละเอียดในระดับหนึ่งเท่านั้น โดยเฉพาะเหตุผลที่แท้จริงและความเป็นมาของนโยบายในแต่ละประเทศ ระบบบริการสาธารณสุขของแต่ละประเทศก็มีความสำคัญไม่น้อยที่จะต้องทบทวน ดังนั้นในการนำเสนอจึงประกอบไปด้วย สามส่วนใหญ่ ๆ คือ

- 3.1 ระบบประกันสุขภาพของประเทศต่าง ๆ เกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของเหตุการณ์และการตัดสินใจเชิงนโยบายบางประการ ที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพและความเสมอภาคของระบบบริการสาธารณสุข (Roemer MI., ใน National Health Systems of the World)
- 3.2 นำเสนอบทบทวนวรรณกรรม กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ (legal framework) และผลการดำเนินงาน catastrophic insurance (ถ้ามี) อุปสรรค ปัญหา และ implication ทางการเงินของ CI แหล่งที่มาของการคลังสำหรับ CI. (บทบทวนจากวารสารทางวิชาการทั้งในและต่างประเทศ โดยการค้นหาจาก CD-ROM, Internet : www)
- 3.3 อนุมาณ และปรับใช้คำจำกัดความของต่างประเทศ ให้เหมาะสมกับประเทศไทย โดยใช้หลักการเช่น ขอความเห็นของผู้สันทัดกรณีในแต่ละสาขา (medical specialty) หรือ consensus agreement หรือการระดมสมองของกลุ่ม (นำข้อเสนอที่ได้จากการบทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์เชิงพรรณนา ในการประชุมซึ่งจัดโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในโอกาสต่อไป)

ระบบประกันสุขภาพของประเทศต่าง ๆ

ระบบประกันสุขภาพของประเทศต่าง ๆ มีขึ้นเนื่องจากชีวิตคนเราต้องมีการเสี่ยงภัยต่าง ๆ มากมาย การเสี่ยงภัยนั้นอาจเกิดขึ้นในลักษณะของการเจ็บป่วย พิกการ ทูพพลภาพ ว่างงาน ตาย อันมีผลทำให้ขาดรายได้และครอบครัวต้องประสบกับความเดือดร้อน หากจะใช้วิธีการออมเงิน ก็ส่งผลให้คนที่มียาได้น้อยไม่สามารถปฏิบัติได้ จึงเกิดการช่วยเหลือจากรัฐให้แก่ประชาชนผู้เดือดร้อน เรียกว่าการสงเคราะห์ ซึ่งเป็นการบรรเทาความเดือดร้อนระดับหนึ่ง แต่ก็มีข้อเสียคือ ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการใช้จ่าย และรัฐเองก็ไม่สามารถเก็บภาษีเพื่อนำมาให้แก่ผู้ประสบภัยได้ แต่อย่างน้อยเพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจระดับหนึ่ง หากเขาเจ็บป่วยประสบภาวะการสูญเสียรายได้ การมีรายจ่ายพิเศษเพิ่มขึ้นเป็นค่ารักษาพยาบาล หรือการไม่มีรายได้อันจะมีผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของเขา ซึ่งการสงเคราะห์ควรจะทำเมื่อประชาชนไม่สามารถจะจ่ายเบี้ยประกันได้ และหากจะทำให้มีระบบประกันเกิดขึ้นจริงจำเป็นต้องพิจารณาความพร้อมของโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ความสามารถในการจ่ายเบี้ยประกัน เป็นต้น

การที่จะเข้าใจระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยได้ดียิ่งขึ้น คงต้องอาศัยการเรียนรู้ประสบการณ์จากต่างประเทศ เพื่อให้เกิดแนวคิดที่แปลกใหม่ เพราะมีแบบอย่างและวิธีการของแต่ละประเทศที่ใช้อยู่ กอปรกับรายละเอียดความล้มเหลวและความสำเร็จต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วย

ในยุคกลางเริ่มมีการบริจาค (Charity) เพื่อเป็นทุนสำหรับใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้สูงอายุในกลุ่มของตน ด้านสุขภาพอนามัย และมักจะเกี่ยวข้องกับองค์กรทางศาสนาและนับว่าเป็นองค์กรหลักในด้านบริการทางการแพทย์สาธารณสุข รับผิดชอบโรงพยาบาล คลินิก และสถานบริการทางด้านสุขภาพอนามัยต่าง ๆ

จนกระทั่งในปลายศตวรรษที่ 19 ได้มีการนำระบบประกันสุขภาพสมัยใหม่เข้ามาใช้ในประเทศเยอรมัน เป็นการให้บริการสุขภาพฟรีสำหรับคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม โดย Chancellor Otto von Bismarek ต่อมาในปี ค.ศ. 1911 แนวคิดแบบเดียวกันนี้นำไปใช้ในเหมืองของประเทศอังกฤษ จนถึงปี 1932 Henry Kaiser ก็เริ่มกำหนดแผนการดำเนินงานทางด้านประกันสังคมขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งปัจจุบันคือ ศูนย์การแพทย์ชื่อ Kaiser Permanente

ประเทศสหรัฐอเมริกามีความเป็นอิสระค่อนข้างมากในการรับและการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ ๆ ทำให้ค่ารักษาพยาบาลสูงมาก ทั้งนี้เนื่องจากทั้งผู้บริหารและแพทย์ในสหรัฐอเมริกามีความนิยมที่จะรับเทคโนโลยีใหม่ ๆ จนบางครั้งได้นำนวัตกรรมและวิธีการรักษาด้วยเครื่องมือแพทย์ใหม่ ๆ มาทำการรักษาหรือใช้ก่อนที่จะได้วิเคราะห์ถึงความคุ้มค่า หรือผลได้-ต้นทุนก่อน สหรัฐอเมริกามีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพียงร้อยละ 20 นอกนั้นเป็นแพทย์เฉพาะทางทั้งสิ้น ดังนั้นเมื่อสำรวจความพึงพอใจในระบบบริการสาธารณสุขของอเมริกาจึงพบว่าชาวอเมริกันเพียงร้อยละ 20 ที่บอกว่าพึงพอใจกับระบบบริการสาธารณสุขในประเทศของตน ทำให้จำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบในประเทศสหรัฐอเมริกา

ในปี ค.ศ. 1947 ได้มีการแนะนำโครงการประกันสังคมเพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สำหรับประชาชนทุกคนในจังหวัดหนึ่งของประเทศแคนาดาเป็นแห่งแรกที่จังหวัดชื่อ

Saskatchewan หลังจากนั้นประมาณ 14 ปี โครงการประกันสังคมดังกล่าวก็กระจายไปทั่วประเทศแคนาดา และรูปแบบการให้บริการได้ขยายขอบเขตการให้บริการไปถึงการให้บริการการแพทย์ ตามพระราชบัญญัติ บริการการแพทย์ จนมีผลบังคับใช้กันทั่วประเทศในภายหลัง ระบบในประเทศแคนาดา เป็นแบบ Universal and Comprehensive ซึ่งเป็นโครงการประกันสุขภาพที่ได้รับเงินสนับสนุนจากประชาชนหรือสาธารณชน และประชาชนร้อยละ 86 พอใจกับระบบนี้มาก ด้วยเหตุที่เขาไม่ต้องห่วงเรื่องการสูญเสียผลประโยชน์เมื่อเกิดการเจ็บป่วย รวมไปถึงเรื่องความครอบคลุมว่าจะไม่ถูกจำกัดลง และเมื่อเขาต้องเปลี่ยนงานใหม่ก็ไม่ต้องห่วงว่า จะต้องร่นวากับค่าประกันสุขภาพในอัตราใหม่ด้วย ชาวแคนาดาเคยได้รับความคุ้มครองแบบ Universal มีหลักประกันทางเศรษฐกิจ และไว้วางใจในระบบต่าง ๆ ของประเทศ แต่ระบบนี้จะมีข้อจำกัดสำหรับ universal access ก็คือ ผู้ป่วยไม่มีอิสระที่จะเลือกบริการที่ทันสมัยหรือนวัตกรรมใหม่ ๆ เนื่องจากว่าค่าใช้จ่ายของประเทศสำหรับการสาธารณสุขจะถูกกำหนดเป็นอัตราร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ จึงมีผลให้การขยายบริการและการนำนวัตกรรม เทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ค่อนข้างยุ่งยากและต้องผ่านการพิจารณาถึงต้นทุน และผลตอบแทนเสียก่อน

บุคลากรทางการแพทย์ของประเทศแคนาดา โดยเฉพาะแพทย์ในปัจจุบัน ร้อยละ 50 ของแพทย์ชาวแคนาดาเป็นแพทย์ทั่วไปด้านอายุรกรรม กุมารแพทย์ สูตินรีเวช และศัลยกรรมทั่วไป ส่วนแพทย์เฉพาะทางนั้นมีจำนวนน้อย เนื่องจากการจำกัดการสนับสนุนทางการเงินในการศึกษาแพทย์เฉพาะทาง นอกจากนี้ แพทย์ในประเทศนี้ได้รับค่าตอบแทนบนพื้นฐานของค่าธรรมเนียมสำหรับบริการ (Fee for service basis)

ในประเทศอังกฤษ ก่อนปี ค.ศ. 1948 มีโรงพยาบาลเอกชนและแพทย์เอกชนจำนวนมาก แต่ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดให้มีระบบสาธารณสุขแห่งชาติ เรียกว่า National Health Services : NHS) ซึ่งประยุกต์มาจากภาคธุรกิจเอกชนเดิม ชาวอังกฤษทุกคนต้องจ่ายเงินค่าภาษี เพื่อบริการสุขภาพที่จะได้รับ ผู้บริหารในแต่ละเขตของประเทศอังกฤษซึ่งงบประมาณในการดำเนินการโดยพิจารณาจากจำนวนประชากรและจัดบริการให้ตามความเหมาะสม ซึ่งชาวอังกฤษทุกคนได้รับบริการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพสาธารณะ มีประชากรเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นซึ่งมีประกันสุขภาพกับเอกชน เพื่อการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่ของรัฐและต้องการแพทย์เฉพาะทาง และส่วนใหญ่ประชาชนที่มีประกันสุขภาพกับเอกชนจะได้รับบริการครอบคลุมของหน่วยงานที่ตนสังกัดอยู่

National Health Services นี้ เป็นระบบสาธารณสุขแบบผสม (Pluralistic Health System) เป็นระบบการควบคุมอย่างเข้มงวดจากองค์กรสาธารณสุขขนาดใหญ่เพียงองค์กรเดียวที่ใหญ่ที่สุดในสหภาพยุโรป มีการดำเนินงานผ่านเครือข่ายของโครงสร้างการกระจายอำนาจในระดับภาคและระดับอำเภอ โดยมีส่วนแบ่งการตลาดให้แพทย์เอกชนเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ระบบสาธารณสุขแห่งชาตินี้ครอบคลุมทุกคน และได้ยึดถือเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งประเทศ ทำให้มีการควบคุมอย่างเข้มงวดโดยตัวแทนจากรัฐ

แพทย์ในระบบบริการ NHS ของประเทศอังกฤษมี 2 กลุ่มคือกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิ ซึ่งเป็นแพทย์ประจำอยู่ในชุมชน และแพทย์เฉพาะทางที่ส่วนใหญ่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลหรือเป็นที่ปรึกษาซึ่ง

จะให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ส่งต่อจากแพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิและขึ้นตรงกับผู้บริหารระดับ Region ซึ่งแพทย์ทั้งสองกลุ่มที่กล่าวมานี้ ได้รับเงินเดือน หรือ ค่าตอบแทนประจำในอัตราที่ใกล้เคียงกับแพทย์ในระบบทหารผ่านศึกในอเมริกา (Veterans Administration) กล่าวคือ แพทย์ชาวอังกฤษได้รับเงินเดือนสูงสุดประมาณ 65,000 เหรียญสหรัฐต่อปี แต่สำหรับแพทย์ที่เป็นที่ปรึกษาของโรงพยาบาลเอกชนจะได้รับค่าตอบแทนเฉพาะจากการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มาใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น

ประชาชนชาวอังกฤษมีความพึงพอใจกับระบบสาธารณสุขของตน เพียงร้อยละ 50 เนื่องจากในยามเจ็บป่วยจะต้องรอเข้ารับการรักษาเป็นสัปดาห์ ซึ่งมีสถิติว่า ในช่วงฤดูร้อนของปี 1989 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยศัลยกรรมต้องเข้าคิวรอถึง 20 สัปดาห์ ผู้ป่วยนิเวศต้องรอรับบริการ 25 สัปดาห์ และผู้ป่วยที่ต้องการรักษากับจักษุแพทย์ต้องรอถึง 104 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยมีความจำเป็นเร่งด่วนจริง ๆ ในช่วงระหว่างเข้าคิวรอรับบริการนั้น ก็สามารถไปพบแพทย์ได้ทันที

ประเทศออสเตรเลียเป็นประเทศที่สามารถลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ(Health Expenditure) อยู่ได้ในระดับที่ร้อยละ 8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ หลังจากการนำระบบ Universal Coverage ไปใช้ในปี 1984 สำหรับประชากรในขณะนั้น 17,000,000 คน โดยระบบนี้ จะได้รับงบประมาณสนับสนุนจากการหักเงินเดือนเป็นภาษีการรักษาพยาบาล (Medicare) ซึ่งระบบนี้เป็นระบบประกันสุขภาพที่ทุกคนสามารถเบิกจ่ายได้ร้อยละ 100 หากใช้บริการการรักษาพยาบาลของแพทย์ในสังกัดและในโรงพยาบาลของรัฐ แต่จะไม่มี การจ่ายเงินชดเชยให้หากไปใช้บริการที่สถานพยาบาลเอกชน ซึ่งปัจจุบันมีโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 25 ของโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศออสเตรเลียจำนวน 720 โรงพยาบาล

โรงพยาบาลเอกชนในประเทศออสเตรเลีย ก็เหมือนโรงพยาบาลเอกชนทั่วโลก เนื่องจากมี ภาระงานและจำนวนผู้มารับบริการไม่มากเท่ากับโรงพยาบาลของรัฐ ประชาชนจึงนิยมไปรับบริการเนื่องจากไม่ต้องรอตามคิว และนอกจากนั้นสถานที่ยังทันสมัยสวยงามน่าพักอาศัย ประชาชนสามารถจ่ายค่าประกันเพิ่มเติมเพื่อรับบริการในสถานพยาบาลเอกชน โดยที่สถานพยาบาลเหล่านี้ได้รับใบอนุญาตจากรัฐแต่เป็นอิสระจากการควบคุมกำกับของรัฐ ไม่ต้องให้บริการแบบครอบคลุม (Universal coverage) และไม่รับผู้ป่วย สาธารณะ แต่หากมีกรณีฉุกเฉินจำเป็นและเร่งด่วนต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยก็จะได้รับการดูแล เฉพาะเพื่อให้พ้นขีดอันตรายแล้วส่งต่อไปยังโรงพยาบาลของรัฐที่ใกล้ที่สุด นอกจากนั้นโรงพยาบาลเอกชนมี หน้าที่หลักในการให้บริการศัลยกรรมพิเศษเฉพาะทางด้วย

ประเทศเยอรมันจำกัดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ (Health Expenditure) ไว้ที่ร้อยละ 8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ แต่ประชาชนก็พึงพอใจในระบบของตนมาก รองจากประเทศแคนาดา เนื่องจากระบบในประเทศเยอรมนีไม่ใช่ระบบที่มีผู้จ่ายฝ่ายเดียวเหมือนกับประเทศแคนาดา แต่เป็นระบบที่เรียกว่า กึ่งสาธารณะและกึ่งเอกชน เพราะเป็นระบบที่นายจ้างและลูกจ้างต้องจ่ายเงินสนับสนุนเพื่อเป็นค่าบริการสุขภาพ ภายใต้กำหนดอัตราค่าบริการสูงสุดของรัฐ แต่ประชาชนเยอรมันอยู่ภายใต้ Public Insurance ถึงร้อยละ 90 ซึ่งจัดบริการที่ให้ประโยชน์เหมือน ๆ กัน สำหรับผู้ว่างงาน คนพิการ และผู้สูงอายุ จะได้รับการดูแลจากประกัน สังคม ลูกจ้างและนายจ้างจะร่วมรับผิดชอบในการจ่ายค่าธรรมเนียมในจำนวนที่เท่า ๆ กัน (ประมาณร้อยละ 12-13 ของรายได้ทั้งหมด) ให้กับสมาคมกองทุนการเจ็บป่วย ซึ่งควบคุมโดยรัฐบาล (Sickness Fund

Association) แพทย์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจะไม่ติดตามผู้ป่วยเข้าไปในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยจะย้ายจะถูกย้ายไปโรงพยาบาลที่แพทย์ผู้นั้นสังกัดอยู่ เพราะความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลกับ แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่จบใหม่ซึ่งใช้ชีวิตการทำงานช่วงแรกภายใต้คำแนะนำ ดูแลและควบคุมกำกับจากหัวหน้าหน่วยคลินิกต่าง ๆ หลังจากใช้เวลาในการเรียนรู้จนกระทั่งหนึ่งแล้ว แพทย์เหล่านี้จะได้รับการย้ายไปอยู่แผนกบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งจะเป็นมีความเป็นอิสระและได้รับคำตอบแทนมากขึ้น

บริการสุขภาพในประเทศเยอรมนีมีลักษณะการบริโภคบริการเกินความจำเป็น แพทย์จะไม่นิยมทำการผ่าตัดในแผนกผู้ป่วยนอก เพราะรายรับจะถูกจัดสรรให้กับแพทย์ในชุมชน ดังนั้นผู้ป่วยต้องรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในก่อน เฉลี่ยแล้วผู้ป่วยจะนอนโรงพยาบาลนานประมาณ 12.3 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งใช้เวลาเพียง 7 วัน ที่เป็นเช่นนั้นเนื่องจากผู้ป่วยชาวเยอรมันจะรับผิดชอบเพียงค่ารักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานเท่านั้น (ร้อยละ 5 ของค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด) ทำให้ผู้ป่วย Over Consumption บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ประเทศญี่ปุ่นมีระบบประกันสุขภาพเรียกว่า Universal Health Insurance ระบบนี้เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961 เป็นระบบที่ถูกควบคุมโดยแพทย์ ซึ่งชาวญี่ปุ่นถือว่าเป็นวิชาชีพที่ได้รับการยอมรับอย่างสูงในสังคม แพทย์เท่านั้นที่จะดำรงตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลได้ ยิ่งกว่านั้นโรงพยาบาลในญี่ปุ่นส่วนใหญ่มีเจ้าของเป็นแพทย์ด้วย เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขอยู่ภายใต้การควบคุมโดยกลุ่มวิชาชีพเดียว ทำให้ประสบปัญหาในการควบคุมค่าบริการ และค่าบริการก็ยิ่งสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีโรงพยาบาลจำนวนมาก แต่บริการที่จำกัดสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง

Universal Health Insurance ครอบคลุมประชากร สาม กลุ่มคือ ลูกจ้าง ผู้ยึดอาชีพส่วนตัวและผู้ว่างงาน และผู้สูงอายุ โดยที่ลูกจ้างและนายจ้างต้องแบ่งความรับผิดชอบในการจ่ายค่าธรรมเนียมสำหรับการประกันสุขภาพ สำหรับบริษัทใหญ่ ๆ มักจะมีสมาคมประกันสุขภาพที่ไม่คำกำไรของตนเอง ซึ่งครอบคลุมลูกจ้างทั้งหมด ส่วนบริษัทเล็ก ๆ จะใช้บริการของรัฐ เพื่อให้ครอบคลุมผู้ยึดอาชีพส่วนตัวและผู้ว่างงาน ทุมนั้นแต่ละทุมนั้นจะจัดเก็บภาษีเงินได้จากครอบครัวเพื่อใช้สำหรับการให้บริการสาธารณสุข สุดท้ายคือบริการผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับเงินชดเชยจากรัฐและสมาคมประกันสุขภาพด้วย¹

ประเทศสิงคโปร์² มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 3.1 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) โดยรัฐบาลได้ให้เงินอุดหนุนสำหรับบริการสุขภาพอยู่ที่ร้อยละ 0.7 ของ GDP แต่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและอุปสงค์ต่อบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นมากในขณะเศรษฐกิจกลับถึงจุดอิ่มตัวและเติบโตช้ากว่า

ในระยะยาวนั้น เป็นไปได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและเงินงบประมาณด้านนี้จะต้องเพิ่มขึ้นอย่างแน่นอน ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์จะเป็นสัดส่วนสำคัญของค่าใช้จ่ายในครัวเรือน อย่างไรก็ตาม ทรัพยากรต่าง ๆ ที่จะต้องนำมาใช้จ่ายด้านสุขภาพยังมีจำกัด ฉะนั้น ประเทศสิงคโปร์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกำหนด

¹ ทองหล่อ เดชไทย, 2539 เอกสารประกอบการเรียนการสอนเรื่อง รูปแบบการบริการสาธารณสุขนานาชาติ, เอกสารโรเนียว

² สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539 การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพในสิงคโปร์ เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเรื่อง “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาแบบ ”

หลักการและนโยบายเพื่อเป็นแนวทางในการบริหารระบบบริการสุขภาพและควบคุมค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพควบคู่กัน

รัฐบาลประเทศสิงคโปร์ได้จัดตั้งคณะกรรมการระดับรัฐมนตรีเพื่อทบทวนบทบาทของรัฐบาล ในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข พร้อมทั้งเสนอแนวทางการปรับปรุงบริการสุขภาพในระยะยาว โดยจะต้องจัดการระบบบริการสุขภาพในเรื่องต่อไปนี้คือ การกำหนดชุดบริการทางการแพทย์พื้นฐาน (Basic Medical Care Package) ซึ่งจะจัดให้ชาวสิงคโปร์ทุกคน จำนวนแพทย์และโรงพยาบาล (Overall Supply of Medical Services) ประเด็นที่สำคัญในการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ได้รับรู้ให้การอุดหนุนระบบการจ่ายเงินสำหรับบริการสุขภาพ (Financing of Health Care) การคิดค่าบริการของผู้ป่วยที่ใช้ Medisave ในโรงพยาบาลเอกชน การวิจัยและการพัฒนาการแพทย์ (Medical R&D) การศึกษาและอบรมด้านการแพทย์

ในเรื่องการกำหนดกลุ่มบริการพื้นฐานทางการแพทย์ที่ดี (Good Basic Medical Package) มีความจำเป็นต้องจัดสรรทรัพยากรไปในกลุ่มบริการที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพที่สุด (Cost-effective services) ชุดบริการพื้นฐานที่จะได้รับนี้จะสะท้อนถึงเวชปฏิบัติที่ดีและทันสมัย ประกอบด้วยบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น ได้ผลคุ้มค่า ชุดบริการพื้นฐานนี้จะให้บริการโดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมมาอย่างดี โดยใช้เครื่องมือและสถานที่ได้อย่างเหมาะสม ชุดบริการพื้นฐานนี้จะไม่รวมบริการตกแต่งเสริมสวยยาที่อยู่ในระหว่างการทดลอง เทคนิคซึ่งยังไม่มีผลการพิสูจน์ในเรื่องประสิทธิภาพ หรือการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงและเครื่องมือต่าง ๆ เพียงเพื่อประคับประคองผู้ป่วยหนักให้มีชีวิตอยู่โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพของการมีชีวิตและโอกาสที่จะพ้นจากความเจ็บป่วยนั้น

สำหรับในเรื่องการคลัง (Financing) สิงคโปร์ถือว่า การจ่ายเงินเพื่อบริการสาธารณสุขนั้น เป็นความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคล สมทบด้วยเงินอุดหนุนจากรัฐเพื่อคงไว้ซึ่งบริการพื้นฐานราคาประหยัด หลีกเลี่ยงการให้บริการฟรีซึ่งทำให้เกิดความต้องการไม่มีที่สิ้นสุด ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินบางส่วนเพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลของเขาและจะต้องจ่ายมากขึ้นหากว่าเขาต้องการบริการเกินกว่ารายการที่จำเป็น

เมื่อค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้นจึงจำเป็นต้องเพิ่มอัตราการเก็บ Medisave ให้มากขึ้นด้วย ขณะเดียวกันก็ไม่ควรให้ค่าใช้จ่ายทางด้าน Medisave เกินกว่าร้อยละ 10

นอกจากนั้นจะต้องค้นหาแนวทางที่จะใช้การประกันสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะการขยายและปรับปรุง Medishield แต่ทั้งนี้จะต้องพยายามป้องกันการประกันสุขภาพที่ไร้ขอบเขตเช่นที่ปฏิบัติอยู่ในสหรัฐอเมริกาซึ่งนำไปสู่การบริการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นและเบี้ยประกันสูงลิ่ว ในส่วนของการขยาย Medishield ต้องดำเนินการ 2 แนวทาง คือ การปรับปรุงสวัสดิการพื้นฐานของ Medishield Package ซึ่งรวมถึงทอผู้ป่วย ทางที่สองคือจัดทำ Medishield II เป็นกลุ่มการคุ้มครองประเภทที่สองซึ่งเป็นไปตามความสมัครใจของผู้เอาประกันที่ต้องการการจ่ายคืนรายวันสูงขึ้น เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ในโรงพยาบาลในทอผู้ป่วยพิเศษ นอกจากนั้นเพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการประกันสุขภาพมากขึ้น จะมีการยินยอมให้ผู้เอาประกันใช้ Medisave เพื่อไปซื้อประกันสุขภาพอื่น ๆ จากเอกชนที่ได้รับการรับรองและสอดคล้องกับ Medishield I และ Medishield II โดยจ่ายบางส่วนเมื่อเข้ารับบริการ

ในระยะยาวนั้น เมื่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น นายจ้างควรจะเปลี่ยนประเภทประกันไปเป็นแบบที่ให้ผลตอบแทนสูงกว่าและไม่กระตุ้นให้เกิดการใช้บริการมากเกินไป นายจ้างควรจะสร้างระบบสวัสดิการทางการแพทย์ด้วย Medisave แก่พนักงานของตนแทนสวัสดิการรูปแบบเดิมได้นอกเหนือจากส่วนที่กำหนดให้จ่ายตามกฎหมาย เงินส่วนนี้ควรได้รับการยกเว้นภาษีได้สูงสุดที่จำนวนไม่เกินร้อยละ 2 ของเงินเดือน

การประกันสุขภาพกับ Catastrophic Illness

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นของต่างประเทศ โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา ยุโรปบางประเทศ ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และสิงคโปร์ ทำให้ทราบวิวัฒนาการของแนวความคิดด้านการประกันสุขภาพ และนำไปสู่การประกันสุขภาพที่มีราคาแพง หรือที่ผู้ป่วยและครอบครัวอาจเกิดภาวะการเจ็บป่วยจนถึงขั้นล้มละลายไปได้

ในประเทศต่าง ๆ เริ่มมีการประกันสุขภาพ หลังจากที่ได้ดำเนินการประกันชีวิต (Life Insurance) ไปในระยหนึ่ง โดยให้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไปในเรื่องคุณค่าของการประกันชีวิต ตลอดจนเห็นคุณประโยชน์ที่จะได้รับการประกันชีวิตนั้น กล่าวคือ การประกันชีวิตก็จะหมายถึงการรับประกันค่าทางเศรษฐกิจแห่งชีวิตของมนุษย์ (Economic Value of Human Life) หรือการประกันชีวิตก็คือการประกันความสามารถในการหารายได้ของมนุษย์นั่นเอง หรือเป็นวิธีการกระจายความเสี่ยง ความเสียหาย อันเนื่องจากการมรณกรรมของสมาชิกคนหนึ่งไปยังสมาชิกคนอื่น ๆ ในกลุ่ม สำหรับการประกันภัย ในความหมายทั่วไปจะหมายความถึง วิธีการชดเชยความสูญเสียอันเนื่องมาจากภัย (Peril) หรือเหตุแห่งการสูญเสีย ซึ่งเป็นสิ่งที่มนุษย์ต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลา

การประกันสุขภาพ (Health Insurance) หมายถึง การเฉลี่ยความเสียหายทางการเงินในกลุ่มคนจำนวนมาก โดยต่างจากคนต่างแบ่งรายได้ของตนเองไว้ และเมื่อใดที่ตนเองประสบภัย ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือเหตุใดเหตุหนึ่งที่จะทำให้รายได้ของบุคคลนั้นยุติลง จะได้รับเงินช่วยเหลือ

ภาวะการเจ็บป่วยที่มีราคาแพง จนถึงกับทำให้เกิดภาวะการล้มละลายของครัวเรือน เป็น Hazard อย่างหนึ่ง เพราะเป็นสภาวะการณ์ทางร่างกายที่นำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการหาเลี้ยงชีพ เช่น การประสบอุบัติเหตุ* การเจ็บป่วยชนิดรุนแรง เช่น Spinal Cord Injury, Trauma ต่าง ๆ การเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งการย่างเข้าสู่วัยชรา สภาวะการณ์เหล่านี้ ถ้าเกิดขึ้นกับบุคคลใด หรือครอบครัวใดแล้ว จะทำให้บุคคลนั้นหรือบุคคลนั้นได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านรายได้ ทรัพย์สิน

หลักการประกันภัย^๑ โดยทั่วไป จะยึดถือการรวมตัวของบุคคลเข้ามาเป็นกลุ่มสมาชิก ดดยที่สมาชิกนั้นมีโอกาสที่จะประสบกับอันตรายจากภัย ความเสี่ยง อุบัติเหตุ และโรคร้ายไข้เจ็บด้วยกันทั้งนั้น บุคคลเหล่านี้มีอาจทราบได้ว่าจะเกิดภัยนั้นแก่ตนเมื่อใด กลุ่มบุคคลเหล่านี้จะช่วยกันป้องกัน โดยใช้หลักการเฉลี่ยความเสียหายออกไป โดยสมาชิกต่างคนต่างสัญญาว่าจะเสียสละ หรือแบ่งภาระความสูญเสียซึ่งกันและกัน เป็นการสร้างความหวังว่า หากเมื่อใดก็ตามที่ตนประสบภัย ก็จะได้รับความช่วยเหลือเช่นกัน โดยหลักการ

* เมื่อได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ภาวะสุขภาพทำให้เกิดการว่างงาน ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ สิ่งเหล่านี้ย่อมทำให้เกิดความเดือดร้อนต่อตนเองและบุคคลที่รับผิดชอบ การประกันเป็นการสร้างกองทุนไว้ใช้จ่ายเมื่อยามฉุกเฉินในด้านการเงิน

^๑ การประกันภัย มิได้หมายความว่าความถึงการป้องกันมิให้เกิดภัย แต่หมายความว่า การทำให้เกิดหลักประกันแน่นอนว่าถ้าบุคคลใดบุคคลหนึ่งประสบภัย บุคคลนั้นจะได้รับการชดเชยความสูญเสียทางการเงินอย่างแน่นอน ซึ่งอาจจะแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ การประกันชีวิต (Life Insurance) และ การประกันวินาศภัย (Non-Life Insurance)

ประกันจะประกอบไปด้วย หลักแห่งความน่าจะเป็น (Theory of Probability) กฎแห่งจำนวนมาก (Law of Large Numbers) กฎของการเฉลี่ย (Law of Average) และตารางมรณะ (Mortality Table)

เนื่องจากหลังการของการประกันสุขภาพ คือ การเฉลี่ยความเสี่ยงสำหรับคนกลุ่มมากเพื่อให้ผู้เอาประกันหรือสมาชิกในครัวเรือนที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย โดยค่ารักษาพยาบาลไม่ใช่กำแพงขวางกั้นไม่ให้เข้าถึงบริการยามเมื่อจำเป็น ณ จุดรับบริการนั้นผู้เอาประกันอาจจะจ่ายสมทบค่ารักษาพยาบาลบางส่วน (Cost Sharing) ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขและสัญญาในการประกันสุขภาพนั้น ๆ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, 2534)

แต่หลักการประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน (Private health insurance) มักตรงข้ามกับหลักการประกันสุขภาพของรัฐสวัสดิการ (Public health Insurance) ตั้งแต่การ Identify กลุ่มเป้าหมายหรือผู้เอาประกัน กล่าวคือ เอกชนจะพยายามเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เป็น Low risk group แล้วพยายามชี้แนะให้ตระหนักว่าเป็น risk group เนื่องจากอัตราค่าธรรมเนียม/เบี้ยประกันจะขึ้นกับสถานะสุขภาพของผู้นั้น รวมทั้ง Maximized profit ด้วย ดังนั้นศักยภาพในการขยายการครอบคลุมจึงค่อนข้างต่ำ ในขณะที่ความพยายามของรัฐ เพื่อที่จะให้ทุกคนในสังคมมีหลักประกันทางด้านสุขภาพ และเฉลี่ยความเสี่ยง โดยรัฐจะช่วยในการจ่ายชดเชยให้ (Subsidized) บางส่วน เพื่อที่จะ Maximized social welfare ซึ่งที่ผ่านมามักจะกระทบ Political will อย่างมาก จึงต้องมีการพิจารณาอย่างรอบคอบและเป็นระบบที่เหมาะสมในการเริ่มต้นมาตรการการแก้ปัญหาของภาวะการเจ็บป่วยที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงมาก จนอาจจะทำให้ล้มละลายได้ (Catastrophic Illness)

บทเรียนการจัดการกับ Catastrophic illness expense

United State of America (USA) :

ปี พ.ศ. 2337 ประเทศสหรัฐอเมริกา มีบริษัทประกันชีวิตแห่งแรก คือ บริษัทประกันภัยแห่งอเมริกาเหนือ จำกัด (The Insurance Company of North America) หลังจากที่ได้มีการจัดตั้งองค์การในรูปของสมาคม เพื่อประโยชน์ร่วมกันของพระนิกายเพรสบิเทรียน มินิสเตอร์ฟันด์ (The Presbyterian Minister's Fund) เพื่อช่วยเหลือความทุกข์ยากแก่แม่ม่ายและเด็กของผู้สอนศาสนาเท่านั้น ในปี พ.ศ. 2302

ในปี 2355 ได้มีการนำกรรมธรรม์ประกันชีวิตฉบับสมบูรณ์ออกมาใช้ ซึ่งไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ต่อมาได้เกิดระบบสหกรณ์ประกันชีวิตขึ้น โดยบริษัทแรกที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีคือ The Girard Life Insurance and Trust Company of Philadelphia โดยผู้ถือกรรมธรรม์ทุกคนจะได้รับเงินปันผลเสมือนผู้ถือหุ้นของบริษัท

ในเดือนกันยายน 1993 (พ.ศ. 2536) ประธานาธิบดีคลินตัน⁸ ได้กล่าวปราศรัยต่อที่ประชุมร่วมของรัฐบาล เกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ประเด็นหลักที่สำคัญในครั้งนั้น เป็นเรื่องการประกันสุขภาพ (Health Security) ซึ่งกำลังเป็นปัญหาในเรื่องความไม่มั่นใจ ขาดหลักประกันทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ราคาบริการที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับคุณภาพบริการ ระบบบริการยุ่งยากซับซ้อน และขาดคุณธรรม

หลักการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย หลักการ 6 ประการ คือ หลักประกัน (SECURITY) ความง่าย (SIMPLICITY) การประหยัด (SAVINGS) คุณภาพ (QUALITY) โอกาสเลือก (CHOICE) และความรับผิดชอบ (RESPONSIBILITY)

หลักการที่ 1 คือ หลักประกัน หมายความว่า บุคคลใดก็ตามที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากการประกันสุขภาพในเวลานี้ จะได้รับการคุ้มครอง ส่วนบุคคลผู้ที่ได้รับการคุ้มครองทางด้านสุขภาพอยู่แล้ว จะไม่ถูกล้มเลิก ทั้งนี้ภายใต้แผนเร่งรัดให้มีหลักประกันนี้ จะให้ประชาชนอเมริกันทุกคนถือบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งจะคุ้มครองสิทธิประโยชน์จนกระทั่งเสียชีวิต และไม่มีผู้ใดสามารถล้มเลิกสิทธิประโยชน์นี้ได้ นั่นคือด้วย "บัตรประกันสุขภาพ" นี้ แม้ว่าจะตกงาน หรือกำลังเปลี่ยนงาน หรือออกจากงานเพื่อมีกิจการของตนเอง รวมไปถึงผู้ที่เกษียณอายุ หรือแม้แต่บุคคลในครอบครัวล้มป่วย มีโรคร้ายประจำตัว ก็ยังจะได้รับสิทธิประโยชน์ และได้รับการคุ้มครอง และถ้าหากบริษัทประกันพยายามจะล้มเลิกสัญญาประกันไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด การกระทำเช่นนี้จะขัดต่อกฎหมาย ไม่สามารถจะกระทำได้

"บัตรประกันสุขภาพ" นี้ จะให้สิทธิประโยชน์ ครอบคลุมทั้งค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ค่าแพทย์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจกรณีฉุกเฉิน ค่าบริการตรวจวินิจฉัย เช่น การตรวจหามะเร็ง ปากมดลูก มะเร็งเต้านม การตรวจหาระดับไขมันในเส้นเลือด รวมทั้งการรักษาเย็บแผล และการป่วยทางจิตด้วย นอกจากนี้ "โครงการบัตรประกันสุขภาพ" นี้ จะให้บริการด้านการป้องกันด้วยเป็นครั้งแรก ครอบคลุมทั้งการตรวจร่างกายประจำปีเป็นระยะ ๆ กับการตรวจสุขภาพเด็กดี สำหรับกรณีผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหามากในอเมริกาขณะนี้ เนื่องจากมีจำนวนมาก และรัฐจำเป็นต้องให้สวัสดิการไม่คิดมูลค่า ก็จะรวมอยู่ในแผนหลักประกัน และ "บัตรประกันสุขภาพ" นี้ เช่นกัน โดยจะให้ในลักษณะโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านโรงพยาบาล (MEDICARE⁹ PROGRAMME) ซึ่งจะช่วยเหลือในเรื่องค่ายาเพิ่มเติมด้วย *

⁸ จากบทความใน Health Security : The President Report to the American People โดย White House Domestic Policy Council

⁹ Medicare เป็นแผนการประกันสุขภาพของคนที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งรัฐบาลจะจ่ายค่าเข้าอยู่โรงพยาบาล ค่าตรวจรักษา และบริการอื่น ๆ ให้แต่ผู้เอาประกันเองจะต้องออกเงินเองบ้าง

* ค่าใช้จ่ายจะต้องสูงขึ้นอย่างแน่นอนในระยะแรก แต่ยังมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่สามารถจ่ายเองได้ ไม่จำเป็นต้องเข้าโครงการสงเคราะห์ด้านการรักษาพยาบาล (MEDICAID)

หลักการที่ 2 คือ SIMPLICITY หมายความว่าระบบบริการสาธารณสุขจะต้องง่ายสำหรับผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ไม่มุ่งประเด็นที่การออกแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเลย ซึ่งทำให้เสียเวลาไปมาก เนื่องจากในปัจจุบัน ประเทศสหรัฐอเมริกา มีบริษัทประกันมากกว่า 1,500 แห่ง มีแบบฟอร์มที่ต่างกันนับร้อย จะเห็นได้ว่าธุรกิจบริการรักษาพยาบาลเต็มไปด้วยงานหนังสือ (PAPER WORK) ผู้บริหารของโรงพยาบาลเพิ่มจำนวนขึ้นในอัตรา 4 เท่าตัวของการเพิ่มจำนวนแพทย์

ในระบบบริการสาธารณสุขแบบใหม่ จะมีแบบฟอร์มมาตรฐานของระบบประกันสุขภาพเพียงแบบเดียว ไม่มีแบบฟอร์มปลีกย่อยอื่น และประชาชนสามารถเข้าใจได้ง่าย ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการแก้ไขกฎระเบียบต่าง ๆ ของรัฐให้ง่ายขึ้นพร้อมกันไปด้วย

หลักการที่ 3 คือ SAVINGS หมายความว่าถึงแม้การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขครั้งนี้ ต้องทำให้เกิดการประหยัด เนื่องจากสหรัฐอเมริกาใช้เงินถึงร้อยละ 14 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ เพื่อการดูแลสุขภาพ (National Health Expenditure) ประเทศแคนาดาใช้ร้อยละ 10 ส่วนใหญ่ประเทศต่าง ๆ ไม่เกินร้อยละ 9

จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เพิ่มสูงขึ้นนี้ ส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่ต่อระบบบริการสาธารณสุข และระบบบริการอื่น ๆ ของประเทศ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพของธุรกิจขนาดเล็ก สูงกว่า ของธุรกิจขนาดใหญ่ถึงร้อยละ 35 ในขณะที่งบประมาณสำหรับโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยด้านการรักษาพยาบาล (MEDICAID) เพิ่มได้ระหว่าง 16-11% และงบประมาณโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มระหว่าง 11-9% และประมาณการเงินเพื่อของประเทศจะมีเพียง 4% หรือต่ำกว่า

หนทางที่สามารถช่วยให้เกิดการประหยัดได้ มีสามประเด็นคือ ประเด็นแรกราคาและคุณภาพ (PRICE AND QUALITY) เพื่อให้เกิดกลไกทางตลาดที่เหมาะสม กลไกตลาดทำให้เกิดการแข่งขัน โดยการผสมผสานกลไกการตลาดและนโยบายภาครัฐ ที่สนับสนุนให้เกิดการแข่งขันที่เป็นธรรม และรวมทั้งการจำกัดอัตราการเพิ่มของราคา ประเด็นที่สอง ถ้าการคุ้มครองมิได้ครอบคลุมประชาชนทุกคน จะไม่สามารถแก้ปัญหาค่าบริการสาธารณสุขที่แพงได้ เพราะไม่มีหลักประกันสุขภาพจึงต้องเสียค่าใช้จ่ายที่แพง หรือไปรับบริการเมื่อสายเกินไปหรือเมื่อเป็นมากแล้ว ค่ารักษาพยาบาลที่แพงมาก จึงไม่มีผู้รับผิดชอบ ในขณะเดียวกันหากมีประกันสุขภาพ ก็ทำให้ต้องจ่ายเบี้ยประกันที่แพงขึ้น ในที่สุดก็เกิดปัญหาการจ่ายแทน (Cost Shifting) ประเด็นที่สาม ทำให้ระบบง่าย สะดวกขึ้น ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นต่าง ๆ ลดงานเอกสาร งานหนังสือลง

หลักการปฏิรูปข้อที่ 4 คือ โอกาสเลือก (CHOICE) ประชาชนควรมีสิทธิที่จะเลือกแผนประกันสุขภาพ (Health Care Plan) ที่มีคุณภาพสูง ด้วยตนเอง หรือเข้าร่วมในเครือข่ายของแพทย์และโรง

พยาบาล หรือเข้ารับบริการกับองค์กรรักษาสุขภาพ และหากไม่พอใจแผนประกันสุขภาพที่ได้รับ ประชาชนสามารถที่จะเลือกแผนใหม่ โดยที่มีโอกาสเลือก

หลักการข้อที่ 5 คือคุณภาพ (QUALITY) การปฏิรูประบบสาธารณสุขต้องสามารถนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล การที่ราคาของบริการรักษาพยาบาลแพง ไม่ได้หมายความว่าความถึงจะได้รับการบริการคุณภาพดีเสมอไป แผนการปฏิรูปจะให้หลักประกันแก่คนอเมริกันว่า รัฐจะพยายามกระจายข้อมูลที่ดีออกไปให้ทั่วถึง เพื่อให้มีการเชื่อมโยงบริการคุณภาพกับสูงเข้ากับแพทย์ในชนบททั่วโลก มีแผนการรักษาต่อเนื่อง และครอบคลุมทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ ต้องมีการเร่งรัดการป้องกันและรักษาโรคต่าง ๆ เช่น โรคเอดส์ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังต่าง ๆ

หลักการข้อที่ 6 คือ ความรับผิดชอบ กล่าวคือ ทุกคนควรมีความรับผิดชอบร่วมกันในการแก้ปัญหาในระบบบริการสาธารณสุข ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และบริษัทประกัน ทั้งนี้ความรับผิดชอบยังหมายความว่า ความถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างที่ทำให้ค่าบริการสาธารณสุขแพง

เมื่อต้นปี 1996 องค์กรชื่อว่า RAND Cooperation, Santa Monica สหรัฐอเมริกา ได้ทำการวิเคราะห์โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ ในการประเมินค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของคนหนุ่มสาว (nonelderly) เพื่อศึกษาว่าการออกกฎหมายให้มีบัญชีเงินออมเพื่อการรักษาพยาบาล (Medical saving account : MSA) โดยมีการวางแผนทั้งด้านการจ่ายภาษีบัญชี MSA พบว่ามีผลกระทบต่อค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Catastrophic illness) น้อยมาก แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นกับการจำกัดขนาดและความรุนแรง Catastrophic illness ด้วย และ MSA ได้รับการยอมรับจากคนอเมริกันที่ป่วยและคนที่มีสุขภาพดี หลังจากนั้นมีการศึกษาต่อว่า MSA มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพอย่างไร โดยการคาดประมาณว่าหากคนหนุ่มสาวเหล่านี้เปลี่ยนมาใช้ Catastrophic insurance ร่วมกับ MSA แล้วจะสามารถประหยัดค่ารักษาพยาบาลไปได้ ร้อยละ 2 - 8 เนื่องจากการซื้อประกันสุขภาพทั้งสอง ทำให้เขาดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น และได้รับการยกเว้นภาษี และมีเงินออมเพิ่มขึ้นอีกด้วย หากไม่เจ็บป่วย จึงมีข้อเสนอเชิงนโยบายว่า แทนที่จะให้อเมริกันชนคนหนุ่มสาวมีระบบประกันแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Insurance) น่าจะให้เลือกใช้ Catastrophic insurance ร่วมกับ MSA ไม่เพียงเท่านั้น MSA : Medisave ยังได้รับการสนับสนุนจาก Grimaldi PL (May 1996) ว่า ควรจะขยายทางเลือกอื่นของการซื้อ Medicare โดยให้ชื่อ Medisave แทน

* HMO = Health Maintenance Organization เป็นองค์กรธุรกิจที่ตั้งขึ้น มีหน้าที่รับประกันสุขภาพ และจัดบริการรักษาพยาบาลด้วย โดยมีเครือข่ายการให้บริการรูปแบบต่าง ๆ กัน รูปแบบการบริหารเงินนี้ทั้งประเภทมีการแบ่งปันผลกำไรให้แก่ผู้ถือหุ้น และไม่มีการแบ่งปันผลกำไร แต่นำผลกำไรนั้นไปลงทุนเพิ่มเติมแทน ขณะนี้มี HMO อยู่ประมาณเกือบ 600 แห่งใหญ่ ๆ

การศึกษาการวางแผนทางด้านสุขภาพแบบลูกผสม (Hybridizing) ของรัฐฮาวาย รัฐออริกอน และสิงคโปร์เพื่อหาชุดบริการทางสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน ซึ่งจำเป็นต้องจำกัด และแยกแยะเป็นระบบ และดำเนินการภายใต้การศึกษาวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้พร้อมระดมความคิดเห็นในเรื่องการจัดลำดับความสำคัญของขั้นตอนการดำเนินการก่อนหลังเพื่อให้เกิดความเสมอภาคและความครอบคลุมสำหรับสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย/ยากจน (Medicaid) โดยพยายามลดช่องว่างของความไม่เสมอภาคลง (ยกตัวอย่างของสิงคโปร์จะมีหลายโครงการและหลายทางเลือก แต่ไม่มีนโยบายของการให้บริการฟรี) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโดยรัฐเข้าไปช่วยโดยใช้มาตรการทางการคลังสาธารณสุข อาจเกิดความไม่พอใจสำหรับผู้เสียผลประโยชน์ รวมไปถึงว่าหากมีการจ่ายโดยรัฐ หรือบุคคลที่สาม ต้องมีการควบคุมให้การจ่ายนั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ฮาวายเอียนเป็นกลุ่มใกล้เคียงความยากจนมากกว่าอเมริกันชนในรัฐออริกอน หากการประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง อาจจะไม่เพียงพอสำหรับภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องสูญเสียเงินจำนวนมาก ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่าหากต้องการให้เกิด Universal coverage จริง คงต้องศึกษาความแตกต่างในเรื่องของ cost containment รวมไปถึงการจ่ายของแต่ละบุคคล ขึ้นกับเงินเดือนซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจ่าย ไม่ว่าจะเป็นการจ่ายลักษณะการจ่ายร่วม (Co-payment) หรือซื้อบริการเพิ่มเมื่อถึงคราวจำเป็น หรือการจ่ายส่วนต่างบนหรือล่าง เป็นต้น

กรณีศึกษาผู้ป่วย Spinal cord injury (SCI) จำนวน 174 คน ช่วงระหว่างปี 1985-1990 และการพักฟื้น ตลอดจนผลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย เปรียบเทียบผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการมีประกันสุขภาพ 3 ลักษณะของผู้จ่าย คือ Catastrophic payors คือ Medicaid และประกันสุขภาพบริษัทเอกชน (1994 โดย the American Congress of Rehabilitation Medicine and the American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation)

SCI มีต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาตลอดชีวิต (Lifetime costs) อยู่ในช่วง \$ 210,400 ถึง \$ 751,900 แต่ทว่าการเจ็บป่วยของ SCI ไม่มีใครคาดเดา ไม่สามารถตรวจสุขภาพล่วงหน้าเหมือนการวินิจฉัยโรคอื่น ๆ ได้ เมื่อเกิดขึ้นผู้ป่วยอาจจะหายเป็นปกติ หรืออาจจะต้องนั่งรถเข็นตลอดชีวิตเดินไม่ได้ หลังจากที่ได้ผ่านการทำการกายภาพบำบัดแล้วเพื่อดูแลตนเองหรือช่วยตัวเองได้ รวมความแล้วบริการที่ผู้ป่วย SCI ได้รับคือการพักรักษาตัวหรือพักฟื้นที่บ้านหลังจากพ้นขีดอันตรายแล้ว การเดินทาง-ขนส่ง-เคลื่อนย้าย การดูแลช่วยเหลือตัวเอง และอุปกรณ์ช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวัน นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต/สูญเสียความมั่นใจ ต้องยอมรับสภาพพิการ ต้องต่อสู้ และมีกำลังใจที่จะทำการกายภาพบำบัด

ผลการศึกษาประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการมีประกันสุขภาพทั้ง 3 แหล่ง คือความสบายใจที่ได้รับการช่วยเหลือและตอบแทนผลประโยชน์ ให้ความสะดวกสบาย ไม่เศร้าโศก พบว่าประกันสุขภาพบริษัทเอกชน ให้การช่วยเหลือและตอบแทนผลประโยชน์ดีที่สุด Medicaid แย่มากที่สุด

The Netherlands

ในปี 1988 รัฐบาลประเทศเนเธอร์แลนด์ได้เสนอโครงการ National Health Insurance บนพื้นฐานของการแข่งขันปกติ ชุดผลประโยชน์ที่ได้รับจะครอบคลุมทั้งที่ใช่/ไม่ใช่ Catastrophic risks (ยกตัวอย่างค่าบริการโรงพยาบาล ค่าตอบแทนแพทย์ และค่ายา) แต่ถ้าเป็น Catastrophic จะเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายในรูปแบบต่าง ๆ ในการดูแลระยะยาว

อย่างไรก็ตาม ก็มีผู้คัดค้านในกรณีของ Catastrophic ว่าไม่ควรนำมาไว้รวมกับ National Health Insurance อยู่สองเรื่อง อย่างน้อยที่สุดในช่วงที่ดำเนินการปฏิรูป คือ เรื่องแรกโอกาสที่จะจัดการระบบของจ่ายจากการปรับค่าความเสี่ยงให้ผู้เอาประกันควรตัดสิ่งที่กระตุ้นออกเหมือนกับปาตฟองคริม ที่ลอยบนพื้นผิว กระทำได้ง่ายกว่า อย่างน้อยในช่วง 5 ปีข้างหน้า แล้วมาห่มเทกกลุ่ม Non Catastrophic Risks. เรื่องที่สองถึงแม้ว่าสามารถจัดการระบบการจ่ายได้ ปัญหาที่ตามมาคือคุณภาพของสิ่งที่จะตัดออกไป รัฐบาลสามารถลดคุณภาพบริการส่วนเกินที่แพงนั้นได้หรือ อาจจะถูกตำหนิจากสังคมโดยรวม เพราะฉะนั้น จึงสรุปว่าควรแยก Catastrophic และ Non Catastrophic ออกจากกัน เพราะทำให้เกิดการสับสนในเรื่องการดูแล เพราะถ้าจะดูแล จะจ่ายเท่าไรจึงเหมาะสม หากจ่ายเท่าที่จ่ายได้ ก็จะมีปัญหาตามมาคือคุณภาพของบริการ แต่หากว่ามีการกำหนดขอบเขตโดยแยกออกจากกันแล้วจะสามารถบริหารจัดการได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้ บริการที่จัดให้ควรอยู่ภายใต้การศึกษาต้นทุน-ประสิทธิผลแต่ละทางเลือกบริการของทั้ง Catastrophic และ Non Catastrophic illness

Australia :

ประเทศออสเตรเลีย เริ่มมีนโยบายขยายหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนตั้งแต่ปี 2527 ให้ชื่อโครงการว่า MEDICARE โดยรัฐบาลกำหนดให้ประชาชนทุกคนที่มีรายได้ต้องจ่ายภาษีเพื่อสุขภาพคนละ 1.4% ของเงินได้ต่อปี ส่วนรัฐบาลกลางมีหน้าที่จัดสรรภาษีนี้ให้แก่รัฐบาลประจำมลรัฐในสัดส่วนครึ่งหนึ่งของงบประมาณด้านสาธารณสุขของมลรัฐนั้น ๆ

คณะกรรมการจัดการบริการสาธารณสุขของมหาวิทยาลัย New South Wales (1995) ได้ทำการศึกษาภาวะการได้รับบาดเจ็บที่ตาและลูกอ้นตะของนักฟุตบอล (Rugby : American football) ในเหตุการณ์ที่ร้ายกาจ โดยการศึกษาย้อนหลังจากเงินที่เรียกร้องให้จ่ายเงินทดแทนของโครงการประกันอันตรายจากการแข่งขันกีฬาตั้งแต่ปี 1978-1994 พบว่ามีนักกีฬาฟุตบอลประมาณ 100,000 รายได้สหพันธ์กีฬา ที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกโครงการนี้ แต่ความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการสูญเสียอวัยวะไปไม่คุ้มเท่ากับค่าทดแทนที่ได้รับกับโครงการประกันดังกล่าว สมควรมีการพิจารณาบทวนมาตรการการประกันที่เหมาะสม

Singapore :

ส่วนประกอบพื้นฐานในโครงสร้างทางการเงิน * (Financial Structure) ของ Medical Savings Accounts (MSAs) ประกอบด้วย MSA fund (Medisave) และ ส่วนสนับสนุนการดำเนินงาน : Backup insurance (Medishield) ซึ่งผลสะท้อนของ MSAs ที่มีต่อเป้าหมายของนโยบายด้านสุขภาพอนามัยในการปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพในสิงคโปร์สามประเด็นที่สำคัญคือ Resource Mobilization, Efficiency, Equity ในประเทศสิงคโปร์การให้บริการสุขภาพอนามัยจะเป็นแบบระบบผสม ภาครัฐจะดำเนินการโดยรัฐบาลส่วนภาคเอกชนจะดำเนินการโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน สำหรับบริการระดับต้น (Primary health care provision) ระบบบริการจะจัดโดยแพทย์คลินิกเอกชน (ร้อยละ 80) และผู้ป่วยนอกโพลีคลินิกของรัฐ (government outpatient polyclinic) (เพียงร้อยละ 20) และสำหรับบริการระดับ secondary และ tertiary หรือบริการเฉพาะทาง โดยโรงพยาบาลรัฐ (ร้อยละ 80) และเอกชน (ร้อยละ 20)

ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกใช้บริการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วย และสามารถเดินเข้าไปรับคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยได้ทุกคลินิกเอกชนหรือโพลีคลินิกของรัฐ สำหรับบริการฉุกเฉินผู้ป่วยสามารถรับบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลของรัฐ (Accident & Emergency Department)

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐในประเทศสิงคโปร์ดำเนินการโดย 3 กระทรวงหลักคือ กระทรวงสาธารณสุข : Ministry of Health (MOH) กระทรวงสิ่งแวดล้อม : Ministry of Environment (MOE) และกระทรวงแรงงาน : Ministry of Labour (MOL) โดยบริการที่ให้ประกอบด้วย Primary Health Services, Hospital Services ^๑ (โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลทุติยภูมิ, โรงพยาบาลตติยภูมิ) และ Support Services

ในเรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษายาบาล ไม่ได้เป็นกระบวนการควบคุมระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ รวมทั้งไม่เป็นการเปิดตลาดเสรีที่ผู้ให้บริการมีความเป็นอิสระในการจัดการและกำหนดราคาบริการอย่างเต็มที่ แต่เป็นระบบผสมซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลที่ได้รับเงินอุดหนุนจากภาครัฐ อยู่ภายใต้การควบคุมในเรื่องราคาและการดำเนินงาน ผู้ป่วยในภาคเอกชนซึ่งจ่ายด้วย Medisave อยู่ภายใต้การควบคุมเพดานส่วนที่เกิน Medisave จ่ายให้ ส่วนผู้ป่วยเอกชนอื่น ๆ ซึ่งจ่ายด้วยเงินตนเอง จะถูกควบคุมน้อยมาก

* Finance คำนี้มีความหมาย 3 อย่าง คือ (1) วิชาการเงิน ซึ่งรวมทฤษฎีและปฏิบัติการเงิน เศรษฐ การธนาคาร และเครดิตสถานต่าง ๆ (2) การจัดหาเงินเพื่อตั้ง ปรับปรุง ขยายที่ประกอบการโดยการขายหุ้น หุ้นกู้ หรือออกตั๋วสัญญาใช้เงิน หรืออย่างอื่น (3) เดิมทีเดียว คำนี้ใช้เกี่ยวกับการหา การใช้จ่าย และการควบคุมรายได้ของภาครัฐบาล ซึ่งปัจจุบันนี้เรียกว่า Public Finance วิชาการคลัง

^๑ รัฐบาลสิงคโปร์จะควบคุมจำนวนของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญ จำนวนเตียงในโรงพยาบาล รวมทั้งจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยหนัก (Intensive Care Unit) จำนวนโรงพยาบาลที่สร้างภายใต้การอุดหนุนของรัฐ และสัดส่วนโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลภายใต้การอุดหนุนของรัฐ โรงพยาบาลที่รัฐให้การอุดหนุนต้องมีมาตรฐานบริการที่ดี และต้องมีราคาทั้งรัฐและประชาชนจ่ายได้ และควรเน้นการบริการทางการแพทย์พื้นฐานมากกว่าเทคโนโลยีระดับสูงราคาแพง

เนื่องจาก Demand for Health Care/Services ไม่มีที่สิ้นสุด และตลาดบริการสุขภาพนั้น เป็นตลาดที่ไม่สมบูรณ์ รัฐจึงต้องเข้ามามีบทบาทป้องกันไม่ให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีสัดส่วนที่ไม่เหมาะสมกับ ทรัพยากรของประเทศหรือของแต่ละครัวเรือน โดยที่สิงคโปร์มีหน่วยงานสำหรับควบคุมปัจจัยทางด้านอุปทาน ทั้งกำลังคน งบประมาณ แผนการดำเนินงานต่าง ๆ และปัจจัยทางด้านอุปสงค์เช่นการออมเงินแบบบังคับเรียกว่า Central Provident Fund : CPF

โครงการ MediShield ของสิงคโปร์ เป็นแผนการป้องกันค่าใช้จ่ายของการป่วยหนัก : Your Protection against the cost of major illness หลังจากที่ได้เริ่มแนะนำให้ประชาชนชาวสิงคโปร์ใช้ โครงการ Medisave ซึ่งเป็นระบบ Collective savings ^x (สะสม, เงินออม) มาระยะเวลาหนึ่งเพื่อใช้จ่าย เป็นค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวของช่วงชีวิต ในขณะที่ Medisave ดูแลค่าบริการพื้นฐานของโรงพยาบาล และสามารถเพิ่มสูงขึ้นเมื่อต้องการที่จะรักษาโรครุนแรง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ 2533 (1990)เกิด โครงการใหม่เรียกว่า MediShield ถูกนำมาใช้สำหรับสมาชิก Central Provident Fund : CPF ที่ประสบ ปัญหาค่าใช้จ่ายที่มีราคาแพงจากการป่วยหนัก

MediShield เป็นแผนการประกันค่ารักษาพยาบาลสำหรับสมาชิก CPF และครอบครัว (หรือผู้ที่อยู่ในความดูแล) ราคาไม่แพง โดยจะต้องซื้อคู่กับ Medisave ซึ่ง MediShield จะช่วยดูแลค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นในการรักษาโรครุนแรง ผู้ที่ต้องการเลือกบริการ MediShield จะ claim ได้สูงถึง S\$20,000 ต่อปี และ S\$70,000 สำหรับช่วงระยะเวลาของการดำรงชีวิต ค่า premiums จะอยู่ระหว่าง S\$12 - S\$132 ต่อปี ขึ้นอยู่กับอายุของผู้เอาประกัน

Age Next Birthday	Premium Per Year
Up to 30	S\$ 12
31-40	S\$ 18
41-50	S\$ 36
51-60	S\$ 60
60-65	S\$ 96
66-70	S\$ 132

^x Savings หมายถึง เงินออม จำนวนรายได้ที่ไม่ได้ใช้ไปในการซื้อสินค้าสำหรับผู้บริโภคและบริการในระยะเวลาหนึ่ง ตามทฤษฎีการเงินปัจจุบัน ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนเงินออมและจำนวนเงินลงทุน ในประเทศชาติหนึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดความรุ่งเรืองหรือตกต่ำทางเศรษฐกิจ ปัจจัยที่ทำให้จำนวนเงินออมเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาหนึ่งอยู่ที่ระดับของรายได้ รายได้ในอนาคต อัตราดอกเบี้ย และ ความอยากบริโภค กล่าวคือ ความอยากบริโภควันนี้มากกว่าที่จะรอบริโภควันหน้าหรือตรงกันข้าม

MediShield จะดูแลค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวที่โรงพยาบาลรวมทั้ง หอรับผู้ป่วยหนัก การผ่าตัดทางศัลยกรรม การล้างไต การรักษามะเร็งโดยการผ่าตัด หรือการฉายรังสี หรือการใช้เคมีบำบัด แต่ MediShield ไม่รวมค่าใช้จ่ายที่นอกเหนือจากการรักษาที่เกิดขึ้นก่อนที่จะขอรับบริการ เรื่องการคลอดบุตรรวมทั้งการผ่าท้องคลอด โรคจิต โรคเอดส์ การผ่าตัดศัลยกรรมตกแต่ง ยาเสพติด พิษสุราเรื้อรัง และการรักษาพยาบาลในต่างประเทศ

นอกจาก MediShield แล้ว ระบบในประเทศสิงคโปร์ (CPF members อายุต่ำกว่า 70 ปี) ยังมีโครงการ MediShield Plus โดยที่ Medisave จะช่วยให้ทุกคนมีเงินออม สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายของบุคคลและผู้ที่อยู่ในความดูแลเมื่อเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล MediShield ช่วยเพิ่มหลักประกันเมื่อการเจ็บป่วยนั้น ๆ เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง มีค่ารักษาพยาบาลที่แพง ส่วน MediShield Plus จะครอบคลุมให้การดูแลโดยจ่ายมากกว่าโครงการ MediShield ทั่วไป เช่น MediShield จะจ่ายสูงสุด S\$120 ต่อวันสำหรับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญ (Class C, B2 wards) แต่ถ้าเป็น MediShield Plus จะจ่ายได้มากที่สุดที่ S\$500 ต่อวันภายใต้แผนการรักษา A และจ่ายได้สูงสุดที่ S\$ 300 ต่อวันภายใต้แผนการรักษา B แต่ค่า premiums ของ MediShield Plus จะสูงกว่า และ โดยทั่วไปมีบริการสำหรับผู้ป่วยพิเศษ Class A หรือ B1 wards

การจ่าย MediShield และ Medishield Plus ต้องจ่ายควบคู่กับ Medisave เสมอ จึงถือเสมือนว่า MediShield เป็น Backup insurance นั้นเอง

Age Next Birthday	MediShield	MediShield Plus Plan B	MediShield Plus Plan A
Up to 30	S\$ 12	S\$ 36	S\$ 60
31-40	S\$ 18	S\$ 54	S\$ 90
41-50	S\$ 36	S\$108	S\$180
51-60	S\$ 60	S\$180	S\$300
60-65	S\$ 96	S\$288	S\$480
66-70	S\$132	S\$396	S\$660



กรณีศึกษาที่เชิงพรรณนา

Cost-Effectiveness Issued :

Catastrophic Insurance ควรพิจารณาใช้หลักเกณฑ์หลักโดยเครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ ที่เรียกว่า Cost-Effectiveness หรือต้นทุน-ประสิทธิผล หากการรักษาที่เป็นอยู่ในประเทศไทยขณะนี้ส่งผลให้เกิด Long term recovery with a high quality of life คือการหายป่วยในระยะยาวร่วมกับการมีคุณภาพชีวิตที่สูงแล้ว การรักษาและหนทางหรือแนวทางที่จะพัฒนาระบบการคลังก็น่าจะมีประโยชน์ ยกตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกา การรักษา Pediatric Leukemia ซึ่งเป็นมะเร็งชนิดหนึ่งที่มีความก้าวหน้าอย่างเห็นได้ชัด (Acute lymphopathic leukemia) การรักษามะเร็งเต้านมให้ผลสำเร็จอย่างดีและเมื่อพิจารณาการผ่าตัดต่อเส้นเลือดซึ่งให้ผลสำเร็จระดับกลางสำหรับผู้ที่มิเส้นเลือดอุดตันและมีอาการเจ็บหน้าอกอย่างแรง แต่ยังมีหัวใจที่ทำงานได้อย่างดี สิ่งเหล่านี้ดูเหมือนว่าขึ้นอยู่กับชนิดและวิธีการรักษา ความยากง่าย ที่สามารถเล็งผลเลิศว่าเมื่อลงทุนไปแล้วจะเกิดผลดีต่อชีวิตและสุขภาพอย่างแท้จริง สำหรับการรักษามีราคาแพง เช่น มะเร็งตับ หรือมะเร็งตับอ่อน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก เทียบกับผลความสำเร็จที่ค่อนข้างต่ำ หรือไม่เกิดผลดีในการรักษาต่อไปเลย

ในเรื่องเกี่ยวกับต้นทุนประสิทธิผลนี้ ในหนังสือของ Jamison DT et al. เรื่อง Disease control priorities for developing countries., Washington, DC: Oxford Press and the World Bank, 1993. เป็นหนังสือที่มีตัวอย่างในเรื่องการคำนวณหาประสิทธิผล-ประสิทธิภาพของการรักษาในแต่ละวิธี ว่าคุ้มค่าที่จะลงทุนจ่ายแพงกว่าหรือไม่ หรือหากจ่ายแพงกว่า แล้วเกิดผลดีคือ คุณภาพชีวิตในระยะยาวดีกว่า และสามารถจ่ายได้ ก็น่าที่จะจ่าย

ปัจจัยอื่น ๆ ที่จะเกี่ยวข้องเช่น แหล่งทุนสำหรับ catastrophic insurance หากมาจากผู้ป่วยและครอบครัวก็อาจจะเป็นที่ยอมรับได้ แต่หากต้องมาจากรัฐบาล ก็จำเป็นที่จะต้องพิจารณารายละเอียดให้เหมาะสม (needs careful attention).

ส่วนสุดท้ายที่สำคัญและสัมพันธ์กับ catastrophic insurance คือ cost of services ซึ่งนอกเหนือจากการประกันและค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องจ่าย ประกันจะชดเชยอย่างไร ในส่วนไหน เท่าใด และจะมีข้อตกลงอย่างไรเป็นสิ่งที่สำคัญมากเช่นกัน

คำจำกัดความของ catastrophic Insurance :

เมื่อจะต้องให้นิยามของคำว่า CATASTROPHE ในความหมายที่เป็น “เศรษฐศาสตร์” ไม่นิยามตามชนิดของบริการ (Type of Care) ที่มีผู้กล่าวไว้มากมายในการศึกษาของประเทศต่าง ๆ แต่จะนิยามในเชิงของความเสี่ยงทางการเงินการคลังเมื่อมีการเจ็บป่วยและต้องการการดูแล (financial risk the type of care exposes to the patient) ซึ่งต้องไม่ลืมว่า จุดสำคัญทั้งหมดของการประกันคือการ pool financial risks--

designing insurance arrangements. (การประกันสุขภาพ (Health Insurance) หมายถึง การเฉลี่ยความเสียหายทางการเงินในกลุ่มคนจำนวนมาก โดยต่างจากคนต่างแบ่งรายได้ของตนเองไว้ และเมื่อใดที่ตนเองประสบภัย ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือเหตุใดเหตุหนึ่งที่จะทำให้รายได้ของบุคคลนั้นยุติลง จะได้รับเงินช่วยเหลือ)

ก่อนอื่นขออ้างอิงถึง บทความของ Joseph Stiglitz เรื่อง "Economics of the Public Sector" on "Covering Catastrophic Medical Expenses" ที่กล่าวถึง "จำนวนของครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากภาวะการเจ็บป่วยที่มีราคาแพง การจ่ายโดยผู้ป่วยและครอบครัวขึ้นอยู่กับ ค่าจำกัดความของ ภาวะการเจ็บป่วยที่มีราคาแพง หมายถึงเท่าไรถึงเรียกว่า "แพง" และใครเป็นคนบอกว่า "แพง" หรือเป็นอาจ เป็นเพียงสัญชาตญาณ (intuitive sense) กล่าวคือค่ารักษาพยาบาล (Medical costs) ที่ครัวเรือนต้องแบกรับ การจ่ายในอัตราที่สูงกว่าค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันทั้งปัจจุบันและอนาคต หรือเกินกว่าที่ครัวเรือนจะรับภาระได้ ยกตัวอย่างเป็นตัวเลขเช่น ค่าใช้จ่ายคงที่ที่เป็น out-of-pocket expenses จำนวน \$2,000 (1987 dollars) บวกกับ 10% ของรายได้ของครัวเรือน ซึ่งหากใช้ค่าจำกัดความแบบนี้ Department of Health and Human Services ได้คาดประมาณว่า ประมาณ 2.4% ของครัวเรือนอเมริกันที่มีหัวหน้าครัวเรือนอายุน้อยกว่า 65 ปี ที่ จะเกิด catastrophic medical expenses ในแต่ละปี ในขณะที่ครัวเรือนที่มีหัวหน้าครัวเรือนอายุมากกว่า 65 ปี จะมี catastrophic medical expenses ในแต่ละปีถึง 7% "

ประการที่สอง หากพิจารณาการคำนวณ catastrophic expenses/medical costs ในประเทศสิงคโปร์ ^๕ บนพื้นฐานระบบ/โครงการ Medishield ซึ่งได้รับการออกแบบในการสนับสนุนระบบ/โครงการ Medisave เพื่อให้หลักประกันสุขภาพต่อภาวะการเจ็บป่วยที่มีราคาแพง หรือ catastrophic expenses

เพื่อการเข้าใจเบื้องต้นในเรื่องระบบการดูแลสุขภาพในประเทศสิงคโปร์ว่าบริหารจัดการอย่างไรรัน ขอดังข้อสังเกตว่าประเทศสิงคโปร์มี pricing policy ซึ่งแบ่งแยกออกตามระดับการใช้บริการในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาล ดังนี้ CLASS C : เป็นกลุ่มคุณภาพต่ำสุดแต่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐสูงสุดและมีราคาถูกที่สุดเทียบได้กับหอผู้ป่วยสามัญทั่วไป (the worst quality but has the highest subsidy and the lowest price) สำหรับผู้ที่มีฐานะยากจนนั่นเอง แต่ CLASS A : เป็นกลุ่มคุณภาพดีที่สุดแต่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐน้อยที่สุดเทียบได้กับหอผู้ป่วยพิเศษ (the best quality but has the lowest subsidy) สำหรับผู้ที่มีฐานะร่ำรวย ส่วน CLASS B : สำหรับผู้ที่มีฐานะระดับปานกลาง

หากพิจารณาโครงสร้างของราคา จะเห็นว่า ระบบ Medishield จะช่วยการใช้จ่ายสำหรับ catastrophic expenses ซึ่งจริง ๆ แล้วมีความแตกต่างในแผนการที่หลากหลายตามกลุ่มเป้าหมาย (Plan A หรือ Plan B) ที่จะเลือกซื้อ ขีดจำกัด ขยได้ 'ที่ลด' ด้ โนยที่ Basic Medishield จะครอบคลุม '๓ ๑' ใช้จ่ายที่อยู่เหนือจากข้อสัญญาในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ ซึ่งกำหนดไว้ว่าบริษัทประกันจะยอมชำระค่าเสีย

^๕ Len M. Nichois, Phua Kai Hong, Nicholus Prescott, 1997, **Medical Savings Accounts For Developing Countries** in Innovations in Health Care Financing, Proceeding of a World Bank Conference, March 10-17, 1997.

หายที่เกินจำนวนอย่างต่ำจำนวนหนึ่ง (deductible) คือเกิน 500 เหรียญสิงคโปร์ใน Class C, และเกิน 1,000 เหรียญสิงคโปร์ใน Class B2 สำหรับ Medishield บวก Plan A จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิน 2,500 เหรียญสิงคโปร์ และ Medishield บวก Plan B จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิน 4,000 เหรียญสิงคโปร์

หากสมมติว่า จำนวนเงินค่าใช้จ่ายที่อยู่เหนือจากข้อสัญญาในกรมธรรม์ประกันสุขภาพ ซึ่งบริษัทประกันจะยอมชำระค่าเสียหายที่เกินจำนวนอย่างต่ำจำนวนหนึ่ง (deductible) เป็นจุดเริ่มต้นของcatastrophic สำหรับผู้ป่วยที่จะใช้เตียงผู้ป่วยระดับต่าง ๆ กัน จะทำให้การกระจายของเตียงผู้ป่วยในระดับต่าง ๆ เพิ่มขึ้นตามรายได้ของผู้ป่วย หรือ ค่าใช้จ่ายต่อราย (per capita expenditure) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Class	Used by Quintile	Per capita expenditure of Quintile	Deductible	as % of expenditure
C	Lowest 20%	\$3,430	\$500	14
B2	Second quintile	\$4,728	\$1,000	21
B1	Fourth quintile	\$8,224	\$2,500	30
A	Richest 20%	\$17,700	\$4,000	23

หรืออาจจะกล่าวได้ว่า โดยเฉลี่ยแล้วในประเทศสิงคโปร์กำหนด deductible amount ซึ่งหมายความว่าจุดเริ่มต้นของ catastrophic ที่ประมาณ ร้อยละ 20 ของ รายจ่ายต่อรายต่อปี (20% of per capita annual expenditure).

สรุปก็คือ จากตัวอย่าง 2 ประเทศที่ทบทวนมาคือประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศสิงคโปร์ พบว่า ค่าจำกัดความของ catastrophic ต่างกันที่ในประเทศสหรัฐอเมริกาใช้อัตรา ร้อยละ 10 ของ รายได้ (average income) ในขณะที่ประเทศสิงคโปร์ใช้ 20% ของรายจ่าย (expenditure) แต่เนื่องจาก income เป็นตัวที่บอกอะไรมากกว่า expenditure (typically exceeds) ดังนั้นสัดส่วนที่นำมาใช้ย่อมอยู่ในวิสัยที่ยอมรับได้

สำหรับประเทศไทย การประยุกต์ใช้หลักการต่าง ๆ เกี่ยวกับ catastrophic concept คงต้องดูที่สัดส่วนผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายที่มากกว่าจุดเริ่มต้นในการคำนวณของประเทศสิงคโปร์ที่ 20% of per capita expenditure ก่อนเป็นอันดับแรก.

ระบบบริการสาธารณสุขกับ Catastrophic Illness Insurance :

ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขในประเทศไทย กับภาวะความเจ็บป่วยจนล้มละลายนั้น มีประเด็นปัญหาที่สำคัญคือ “การเข้าถึงบริการ” หรือ “โอกาสที่จะเข้ารับบริการเมื่อเจ็บป่วย” โดยเฉพาะในกลุ่มประชาชนที่ยากจน เมื่อเจ็บป่วย ก็มีความต้องการที่จะเข้ารับบริการการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐ แต่ไม่สามารถทำได้เสมอไป เนื่องจาก

- ก) เติงไม่ว่าง เนื่องจากเติงเต็มจากการถูกครอบครองของผู้ป่วยรายอื่น ๆ จึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนไปก่อน ทั้งที่ทราบดีว่าค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลเอกชนสูงมากเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลของรัฐ เข้าทำนองที่ว่า ใช้เงินก้อนสุดท้ายที่มีให้หมดไปก่อน และหากมีโอกาสย้ายไปรับการรักษาในสถานบริการของรัฐได้วันใดวันหนึ่งที่พอมีเงินเหลืออยู่ เขาก็สามารถจ่ายได้บ้าง แต่ไม่นาน เงินทอง ทรัพย์สินก็จะหมดไป แต่ถ้าไม่สามารถย้ายไปโรงพยาบาลของรัฐได้ เขาและครอบครัวก็ต้องหมดตัวหรือล้มละลายด้วยความจำเป็น
- ข) ผู้บริโภคบางรายขาดความเชื่อมั่นในบริการของรัฐ แต่เมื่อรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน จนถึงภาวะหนึ่ง การใช้จ่ายเงินไปนาน ๆ ในการรักษาพยาบาล เงินที่เคยมีก็เริ่มมีจำกัด แล้วก็หมดไป นำไปสู่ภาวะการล้มละลาย

ทางเลือกและแนวโน้มในการแก้ปัญหาดังกล่าว อาจจะกระทำได้โดย

- การปรับปรุงการให้บริการในโรงพยาบาล ที่มีค่ารักษาพยาบาล ในด้านปริมาณและคุณภาพ กล่าวคือในเรื่องปริมาณหากทำได้ ควรปรับปรุงให้สามารถรับจำนวนผู้ป่วยให้มากขึ้น สำหรับการปรับปรุงคุณภาพบริการทำได้โดย อาจต้องแยกผู้ป่วยในแต่ละแผนก/โรค ออกเป็นเตียงที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด (ดูแลเป็นพิเศษ) กับที่เป็นโรคเรื้อรัง (ดูแลตามปกติ และ ดูแลไม่ต้องพิเศษ) เช่นผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลเพื่อทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองแต่ยังให้อาหารทางสายยาง เป็นการดึงเตียงให้ว่างสำหรับผู้ป่วย Acute Phase พร้อมกับวางแผนจัดอัตราค่าจ้างที่เหมาะสมต่อไป
- ควบคุมราคา (Service Charge/prices) ของโรงพยาบาลเอกชน เพื่อผู้ป่วยจะได้รับบริการที่สมเหตุสมผล รวมไปถึงการควบคุมคุณภาพบริการด้วย

หากจะนำระบบการประกันแบบประเทศสิงคโปร์มาใช้ในกรณีการเจ็บป่วยที่มีราคาแพงในประเทศไทย อาจจะต้องเตรียมความพร้อมในหลาย ๆ เรื่อง หลายฝ่ายกำลังพยายามที่จะแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยการนำแนวคิดของการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขมาใช้ และต้องอาศัยองค์ความรู้ของศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมพิจารณาในการวางแผนกลยุทธ์ และนโยบาย เพื่อเป้าหมายสูงสุด คือ ประชาชนมีสุขภาพดี

ระบบสาธารณสุขไทย เป็นระบบเศรษฐกิจส่วนหนึ่ง ผู้ให้บริการมีทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพมีความรู้และข้อมูลข่าวสารกับบริการที่ต้องการไม่ดีพอ โดยสามารถแบ่งประชาชนผู้รับบริการออกเป็น 3 กลุ่ม^{*} ด้วยกันคือ กลุ่มแรก เป็นประชาชนที่มีรายได้น้อย (หรือยากจน) กลุ่มนี้ได้รับบริการของรัฐผ่านทางสถานอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ หรือสถานบริการอื่น ๆ ของรัฐ กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มของคนชั้นกลางได้แก่กลุ่มที่มีประกัน เช่น ประกันสุขภาพ ประกันสังคม กองทุนเงินทดแทนแรงงาน เป็นต้น ประชาชนกลุ่มนี้สามารถเลือกบริการได้จากทั้งภาครัฐและเอกชน กลุ่มที่สามเป็นคนร่ำรวย อาจมีประกันสุขภาพเอกชน หรือสามารถจ่ายเงินส่วนตัวเพื่อขอรับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน หรือ โรงพยาบาลของรัฐที่มีประสิทธิภาพสูงหรือคุณภาพสูงได้

มีเอกสารหลายเล่มที่กล่าวถึง หลักประกันสุขภาพของคนไทย กล่าวคือ ประชาชนประมาณร้อยละ 30 ยังไม่อยู่ใน Health Insurance Scheme ใด ๆ ฉะนั้นเมื่อเจ็บป่วยก็จะใช้ค่าใช้จ่ายของครัวเรือน (Out of Pocket expenditure) สำหรับผู้ที่มีหลักประกันทางสุขภาพก็ยังประสบปัญหาในเรื่องความแตกต่างในเรื่องสิทธิประโยชน์ ปัญหาความไม่เสมอภาค และการขาดประสิทธิภาพของระบบบริการ ซึ่งทุกวันนี้คนที่จ่ายต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเมื่อคนที่ “ไม่ต้องจ่าย” งบประมาณของรัฐที่นำมาใช้ในเรื่องดังกล่าวแม้ว่าจะเพิ่มปริมาณมากขึ้นก็ไม่สามารถนำมาแก้ไขปัญหาลำนี้ได้ รัฐบาลสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพได้จากการจัดระบบที่มีการแข่งขันมากขึ้น และมีการตัดสินใจที่ดีขึ้น นำระบบการคลังสาธารณสุขมาประยุกต์ใช้อย่างถูกหลักวิชาการ รายรับ/รายจ่ายที่สมดุลกัน ยกตัวอย่างเช่น การขึ้นภาษีบุหรี่ เพื่อให้รัฐสามารถมีงบประมาณเพียงพอในการสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่

สำหรับกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ เป็น Scheme หนึ่งของการมีหลักประกันสุขภาพ และมีค่าใช้จ่ายสูงมากในกลุ่มนี้ เนื่องจากเป็นสวัสดิการที่ให้กับข้าราชการและครอบครัว การใช้สิทธิในบางครั้งก็ฟุ่มเฟือย เบิกค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลแบบไม่คิดว่าต้องประหยัดเพียงต้องการใช้สิทธิที่มีให้เต็มที่ ส่วนข้าราชการที่เป็นคนโสดจะใช้สิทธิได้ระดับหนึ่งไม่เท่ากับข้าราชการที่สมรสและมีบุตรเนื่องจากมีจำนวนบุคคลที่รับผิดชอบในครอบครัวมากกว่า ทั้งนี้ในกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับข้าราชการและรัฐวิสาหกิจนั้น ได้มีการศึกษาวิจัยเพื่อนำไปสู่การปฏิรูปอยู่แล้ว

^{*} วัฒนา ส จันเจริญ, เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์, สุคนธา คงศิลป์ และคณะ ร่างแผนการวิจัยสุขภาพ สาขาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : ปัจจุบันและอนาคต , 2540

โดยสรุปเนื่องจากประเทศไทยมีระบบการคลังสาธารณสุข (Health Care Financing) หลากหลาย วัตถุประสงค์เพื่อให้ความคุ้มครองต่อประชาชนมากที่สุด แต่ความหลากหลายอาจก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกัน ขาดประสิทธิภาพ และเกิดความซ้ำซ้อนในการได้รับประโยชน์ จึงควรมีการศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการรวบรวมระบบการคลังสาธารณสุขที่ใกล้เคียงกันเข้าไว้ด้วยกัน ศึกษาถึงความต้องการต่อบริการขั้นพื้นฐาน ค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น เพื่อนำมาประกอบในการจัดให้มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมไปถึงนโยบายการจ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพจากระบบประกันสุขภาพแบบต่าง ๆ ควรจะจ่ายในรูปใด เพราะในแต่ละวิธีจะมีผลกระทบต่อความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ คุณภาพ และการเข้าถึงบริการทั้งสิ้น

เอกสารอ้างอิง

-เครือข่ายการให้บริการการแพทย์ประกันสังคม เอกสารประกอบการประชุมระดมสมอง กองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม 26 มกราคม 2537
- ทองหล่อ เดชไทย, เอกสารประกอบการเรียนการสอนเรื่อง รูปแบบการบริการสาธารณสุขนานาชาติ, เอกสารโรเนียว, 2539.
- ภิรมย์ กมลรัตนกุล และคณะ สถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก แก่ผู้ประกันตน จังหวัดสมุทรปราการ รายงานวิจัย สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 31 ธันวาคม 2536.
- วันรักษ์ มิ่งมณีนาคิน บรรณาธิการ เศรษฐศาสตร์ไม่ยากอย่างที่คิด สำนักพิมพ์ผู้จัดการ กันยายน 2538.
- วัฒนา ส จันเจริญ, เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์, สุคนธา คงศิลป์ และคณะ ร่างแผนการวิจัยสุขภาพ สาขา เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข : ปัจจุบันและอนาคต , 2540.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ทุกข์ สมุทัยในระบบบริการสาธารณสุขและหลักประกันสุขภาพของคนไทย เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเรื่อง "ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่ การพัฒนาระบบ", 2539.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในจังหวัด สมุทรปราการ รายงานวิจัย สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 31 ธันวาคม 2536
-แผนองค์ความรู้เกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์ และการเงินการคลังสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กันยายน 2539.
- สงวน นิตยารัมภ์พงษ์ บรรณาธิการ การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย การประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การคลังสาธารณสุขในประเทศไทย 11-13 พฤศจิกายน 2536 เพชรบุรี
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, การปฏิรูประบบการดูแลสุขภาพในสิงคโปร์ เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเรื่อง "ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่ การพัฒนาระบบ", 2539.

- Berman, P. **The Role of Private Sector in Health Financing and Provision**, Harvard University.
- Bobadilla, J.L. and others, **Design, content and financing of essential national package of health service**, World Health Organization, 1994.
- Carson, KD., Carson, PP., and William, RC. **Management of Health Care Organization**. Cincinnati, Ohio : South-Western College Publishing, 1995.
-**Health Security**, The President's Report to the American People, The White House Domestic Policy Council, 1993 Sept.
- Grimaldi, PL., **Is a medical savings account in your life ?** Nursing Management. 27(5) : 14-16, 1996 May.
- Keeler, EB., Malkin, JD., Goldman, DP., Buchanan, JL., **Can Medical Savings Accounts for the nonelderly reduce health care cost ?**, JAMA, 275(21) : 1666-71, 1996 Jun 5.
- Lawson, JS., Rotem., T., Wilson., SF., **Catastrophic Injuries to the eyes and testicles in footballers**, Medical Journal of Australia. 163(5):242-4, 1995 Sept 4.
- Len M. Nicholas, Phua Kai Hong, Nicholas Prescott, **Medical Savings Accounts For Developing Countries** in Innovations in Health Care Financing, Proceeding of a World Bank Conference, March 10-17, 1997.
- McPake, B., **User Charges for Health Services in Developing Countries : A review of Economic Literature**, Soc. Sci. Med. Vol 36., No.11 pp 1397-1405, 1993.
- Mooney Gavin, **Key Issue in Health Economics**, Harvester Wheatsheaf, 1994.
- Sauntharajah, Y., Tan., SY., **Hybridizing the health care plans of Hawaii, Oregon, and Singapore**, Hawaii Medical Journal, 54(4):464-7, 1995 Apr.
- Short, PF., Bantlin., JS., **New Estimates of Underinsured younger than 65 years**. JAMA 274(16):1302-6, 1995 Oct 25.
- Supachutikul, A., **Health Insurance in Thailand**. Health System Research Institute, Ministry of Public Health, Bangkok, 1995.
- Van de Ven WP., Schut., FT., **Should Catastrophic risks be included in a regulated competitive health insurance market ?** Soc. Sci. Med. 39(10):1459-72, 1994 Nov.
- World Health Organization, **Evaluation of Recent Changes in Financing of Health Care**, Report of World Health Organization Study Group, Geneva, 1993.

ภาคผนวก

สถานการณ์และแนวโน้มสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ในส่วนของระบบบริการสาธารณสุข^๑

1. สถานบริการสาธารณสุข

สำหรับสถานการณ์ด้านสถานบริการที่ดำเนินการโดยภาครัฐนั้น ประกอบด้วยสถานบริการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงทบวงกรมอื่น ครอบคลุมครบทุกจังหวัดทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง และโรงพยาบาลของหน่วยงานอื่น ในระดับอำเภอยังมีโรงพยาบาลชุมชน 708 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 91.6 ของอำเภอทั่วประเทศ และมีศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครและเทศบาลรวม 278 แห่ง ส่วนในระดับตำบลมีสถานอนามัย 9,239 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.4 ของตำบลทั้งหมดในส่วนภูมิภาค และในระดับหมู่บ้านได้จัดให้มีสถานบริการสาธารณสุขชุมชนในหมู่บ้านที่ชายแดนและห่างไกล จำนวน 521 แห่ง นอกจากนี้ยังมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนกระจายอยู่ในชนบทจำนวน 61,432 แห่ง และในเขตเมืองอีกจำนวน 808 แห่ง

มีการกระจายของส่วนสถานบริการเอกชนและร้านขายยาอยู่ทั่วไปทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค แม้ว่ารัฐจะเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเสรี แต่ก็พบว่าเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกรุงเทพมหานครและภูมิภาคต่าง ๆ สถานพยาบาลของภาคเอกชนยังคงกระจุกตัวอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร/ปริมณฑล และเขตเมืองใหญ่ (กองการประกอบโรคศิลปะ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2539)

^๑ คัดลอกจาก แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) โดยคณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข พ.ศ. 2539

ตารางที่ 1 สถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ธันวาคม 2538

ระดับการปกครอง	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวน
กรุงเทพมหานคร	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	5
	โรงพยาบาลทั่วไป (เฉพาะที่มีเตียง)	29
	กระทรวงสาธารณสุข	5
	กระทรวงมหาดไทย (ไม่รวม กทม.)	5
	กรุงเทพมหานคร	7
	กระทรวงคมนาคม	1
	กระทรวงกลาโหม	6
	รัฐวิสาหกิจ	5
	โรงพยาบาลเฉพาะโรค และสถาบันเฉพาะโรค	24
	ศูนย์บริการสาธารณสุข/ศูนย์สาขา กทม.	61/85
	โรงพยาบาลเอกชน (มีเตียงรับผู้ป่วย)	140**
	สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)	4,062
	ร้านขายยา	4,319
	ร้านขายยา	4,319
ภาค 4 ภาค (และสาขาท่าง ๆ)	โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์	5
	โรงพยาบาลศูนย์	17
	โรงพยาบาลเฉพาะทาง	25
	โรงพยาบาลอนามัยแม่และเด็ก	8
	โรงพยาบาลจิตเวช	8
	โรงพยาบาลประสาท	2
	โรงพยาบาลโรคเรื้อรัง	1
	โรงพยาบาลโรคติดต่อ	1
	โรงพยาบาลโรคหรงอก	1
	สถาบันมะเร็ง	1
75 จังหวัด	โรงพยาบาลทั่วไป (สังกัดกระทรวงสาธารณสุข)	75
	โรงพยาบาลค่ายและโรงพยาบาลประจำหน่วยรบ (สังกัดกระทรวงกลาโหม)	51
	โรงพยาบาลเอกชน (มีเตียงรับผู้ป่วย)	290**
	สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก)	8122
	ร้านขายยา	13,834**
	ร้านขายยา	13,834**
729 อำเภอ	โรงพยาบาลชุมชน	708**
81 กิ่งอำเภอ	โรงพยาบาลสาขา	4
7195 ตำบล	ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล	132
	สถานีอนามัย	9,239**
	สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	521*
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ชนบท)	61,432
	ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (เมือง)	808

* เฉพาะที่เปิดดำเนินการ, ** ข้อมูล 2539

ที่มา : (1). ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2538, (2). กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2539, (3). กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2539, (4). กองการประกอบโรคศิลปะ, 2539, (5). สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2539

เมื่อพิจารณาอัตราส่วนระหว่างประชากรต่อเตียงผู้ป่วย ก็พบว่าอัตราเตียงต่อประชากรในภูมิภาค มีอัตราสูงเป็น 3 เท่าของกรุงเทพมหานคร กล่าวคือ กรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนเตียง : ประชากร 1:219 ส่วนจังหวัดอื่นๆ มีอัตราส่วน 1:637 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2537)

2. ทรัพยากรสาธารณสุข

2.1 บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จากสภาวะของกำลังคนด้านสาธารณสุข ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยหลักของการพัฒนาทั้งในด้านการพัฒนาคุณภาพและการกระจายในทุกพื้นที่นั้น พบว่ายังเป็นปัญหาอยู่ในทุกพื้นที่ แม้ว่าในอดีตที่ผ่านมาจะได้ใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ที่จะเพิ่มปริมาณการผลิตให้เพียงพอ กับปริมาณความต้องการ ประกอบกับมีภาวะการไหลออกของบุคลากรสาธารณสุขจากภาครัฐไปภาคเอกชนในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา ยิ่งทำให้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในภาครัฐรุนแรงยิ่งขึ้น เช่น การขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุขมีพยาบาลวิชาชีพบรรจุอยู่เพียง 25,767 คน จากอัตราความต้องการตามกรอบอัตรากำลังทั้งสิ้น 53,371 ตำแหน่ง หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 48.3 รวมทั้งหน่วยงานของภาครัฐอื่นๆ เช่น สถานบริการของทบวงมหาวิทยาลัย ก็ยังพบว่ามีอัตราของพยาบาลต่ำกว่ากรอบอัตรากำลังถึงร้อยละ 40 แม้แต่ในภาคเอกชนความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพก็รุนแรงใกล้เคียงหรือยิ่งกว่าการขาดแคลนแพทย์ ซึ่งสะท้อนจากอัตราการเข้าออกของพยาบาล อัตราค่าจ้างพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ โรงพยาบาลเอกชนตั้งเงินเดือนไว้ถึง 14,000 บาท (ไม่นับรวมค่าตอบแทนพิเศษอื่นๆ) ซึ่งสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพพบใหม่ในภาครัฐถึง 2.5 เท่า (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2538) นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาถึงอัตราส่วนของพยาบาลต่อประชากรเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ อัตราส่วนพยาบาลต่อประชากรดีกว่าประเทศไทยมาก แม้แต่ประเทศมาเลเซียซึ่งเป็นประเทศในกลุ่มอาเซียน มีพยาบาล 1 คน ต่อประชากร 470 คน หรือญี่ปุ่น พยาบาล 1 คน ต่อประชากร 156 คน ในขณะที่ประเทศไทยมีอัตราส่วนพยาบาล 1 คน ต่อประชากร 1,150 คน (World Development Report, 2536)

สถานการณ์ด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรของภูมิภาคยังมีความแตกต่างอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับกรุงเทพมหานคร โดยมีอัตราส่วนแพทย์ 1 คนต่อประชากร 940 คน ในขณะที่ภาคอื่นมีอัตราแพทย์ 1 คนต่อประชากร 5,000 คนขึ้นไป โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนสูงถึง 1:10,885 คน เช่นเดียวกับทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ซึ่งมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกัน

ตารางที่ 2 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 2537

ภาค	แพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาลวิชาชีพ	
	จำนวน	อัตราส่วน	จำนวน	อัตราส่วน	จำนวน	อัตราส่วน	จำนวน	อัตราส่วน
กรุงเทพมหานคร	5,936	1:940	1,358	1:4,561	2,405	1:2,320	15,663	1:356
จังหวัดอื่น ๆ	8,162	1:6,510	1,626	1:30,174	3,170	1:16,763	35,395	1:1501
ภาคเหนือ	1,948	1:6,090	336	1:35,308	538	1:23,976	8,704	1:903
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,883	1:10,885	464	1:51,843	538	1:41,646	8,116	1:1,386
ภาคกลาง (ไม่รวม กทม).	3,047	1:5,278	540	1:25,074	1,671	1:21,445	12,563	1:704
ภาคใต้	1,284	1:5,875	286	1:26,376	423	1:17,833	5,917	1:1,275
ทั่วประเทศ	14,098	1:4165	2,984	1:19,677	5,575	1:10,532	51,058	1:1,150

ที่มา: ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2538

หมายเหตุ ได้จากการสำรวจตามแบบฟอร์ม รง.6/1 และ รง.6/2 และเป็นบุคลากรที่ยังประกอบวิชาชีพนั้น ๆ อยู่

นอกจากนี้ยังมีบุคลากรในสายงานอื่น ๆ และอาสาสมัคร ที่มีบทบาทในการร่วมดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์โภชนาการเด็ก/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.2 เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นที่น่าสังเกตว่าการกระจายเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธาณสุขมีการกระจุกตัวอยู่ในเมืองใหญ่ อาทิ การกระจายเครื่องมือทางการแพทย์ในสถานบริการต่างๆ กรุงเทพมหานครนับเป็นแหล่งที่มีเครื่องมือแพทย์มากที่สุด นอกจากนี้ค่านิยมในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ราคาแพง ได้มีการประเมินความคุ้มค่าในการใช้เทคโนโลยีดังกล่าว เมื่อเปรียบเทียบกับทรัพยากรที่ต้องใช้ไปและความปลอดภัยในการใช้เทคโนโลยี ยังนับเป็นปัญหาทางการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างไม่เหมาะสมอีกด้วย

ตารางที่ 3 อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย

อุปกรณ์การแพทย์ ที่สำคัญ	กรุงเทพมหานคร (จำนวนเครื่อง/ร้อยละ)	ภูมิภาค (จำนวนเครื่อง/ร้อยละ)	รวม		หมายเหตุ
			รัฐ	เอกชน	
1. เครื่องเอ็กซเรย์ คอมพิวเตอร์	88 (42.9)	117 (57.1)	59	146	
2. เครื่องสนามแม่ เหล็กไฟฟ้า	15	5	8	12	
3. เครื่องสลายนิว	14	23	19	18	
4. เครื่องเลเซอร์	75	27	36	66	ข้อมูล missing 12 เครื่อง
5. เครื่องอัลตรา ซาวด์	197	317	259	309	ข้อมูล missing 26 เครื่อง

ที่มา: วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2537

2.3 งบประมาณและการคลังสาธารณสุข

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมางบประมาณทางด้านสาธารณสุข ของประเทศไทยจะมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังไม่สูงนัก กล่าวคือ ในปี 2535-2539 ได้รับร้อยละ 5.4, 5.8, 6.3, 6.5 และ 6.7 ของงบประมาณของประเทศ ตามลำดับ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2539)

ข้อมูลจากบัญชีรายจ่ายสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2521-2535 พบว่าสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP สูงขึ้นจากร้อยละ 3.40 เป็นร้อยละ 5.9 ในขณะที่ค่าใช้จ่ายจริงด้านสาธารณสุขของคนไทยเฉลี่ยต่อคนต่อปี ได้เพิ่มขึ้นจาก 853 บาท ในปี 2521 เป็น 2,689 บาท ในปี 2535 ค่าใช้จ่ายนี้เป็นค่าใช้จ่ายด้านภาระของครัวเรือนถึงร้อยละ 73.68 ของค่าใช้จ่ายสาธารณสุขของทั้งประเทศ ซึ่งส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายเหล่านี้เป็นค่ารักษาพยาบาลสูงถึงร้อยละ 57.7

เมื่อพิจารณาแหล่งค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศพบว่ามาจาก 3 แหล่งใหญ่ คือ

(1) แหล่งเงินจากภาครัฐ ค่าใช้จ่ายสาธารณสุขภาครัฐส่วนใหญ่มาจากงบประมาณในส่วนของการคลัง สาธารณสุข โดยมีสัดส่วนร้อยละ 16.78 (ปี 2535) ของค่าใช้จ่าย สาธารณสุขทั้งประเทศ และเพิ่มมากขึ้นเป็น 2 เท่าของมูลค่าแท้จริงภายในระยะเวลา 4 ปี รองลงมาเป็นงบประมาณจากกระทรวงอื่น ๆ ร้อยละ 3.26 งบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ร้อยละ 3.49 น้อยสุดคือรัฐวิสาหกิจร้อยละ 0.44

(2) แหล่งเงินจากภาคเอกชน แม้จะมีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพมากขึ้น ทั้งกองทุนทดแทนแรงงาน การประกันสังคม การประกันภัยของภาคเอกชน แล้วก็ตาม แต่ก็ยังเป็นสัดส่วนที่น้อยอยู่ โดยสัดส่วนของกองทุนทดแทนแรงงานไม่แตกต่างไปจากเดิมมากนัก คือประมาณร้อยละ 0.4-0.5 มาโดยตลอด ในขณะที่ค่าใช้จ่ายของการประกันสังคมเพิ่มมากขึ้นถึง 2 เท่าในช่วงระยะเวลา 2 ปีนับแต่เริ่มโครงการ คือเพิ่มจากร้อยละ 0.71 ในปี 2533 เป็น 1.23 ในปี 2535 สำหรับการประกันภัยของเอกชนยังคงมีบทบาทน้อยและมีสัดส่วนลดลงเรื่อย ๆ เหลือเพียงร้อยละ 0.38 ในปี 2535 ในขณะที่สัดส่วนค่าใช้จ่ายสาธารณสุขของครัวเรือนยังเป็นสัดส่วนที่สูงมาก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ

(3) แหล่งเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศ พบว่าทั้งมูลค่าที่แท้จริงและสัดส่วนเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศมีแนวโน้มลดลง โดยลดจากร้อยละ 1.44 ในปี 2523 เหลือร้อยละ 0.24 ในปี 2535 (กรมวิเทศสหการ, 2536) สำหรับเงินช่วยเหลือต่างประเทศด้านสาธารณสุขก็มีแนวโน้มที่ลดลงเช่นกัน กล่าวคือจากร้อยละ 0.98 ในปี 2521 เหลือร้อยละ 0.73 ในปี 2535

3. ระบบบริการสาธารณสุข

3.1 ปัญหาการบริการสาธารณสุขที่สำคัญ

ก. ปัญหาความเป็นธรรมในด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

1.1 การกระจายทรัพยากร

อัตราส่วนเตียงโรงพยาบาลต่อประชากรและอัตราส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากร ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างกรุงเทพมหานครและภูมิภาค เป็นเครื่องชี้ให้เห็นความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายทรัพยากรอย่างชัดเจน เช่น กรุงเทพมหานครมีอัตราส่วนเตียงต่อประชากรประมาณ 1:219 และมีแพทย์ 1 คน ต่อประชากรประมาณ 940 คน ในขณะที่ค่าเฉลี่ยของประเทศมีเตียง 1 เตียง ต่อประชากรประมาณ 540 คน และแพทย์ 1 คน ต่อประชากรประมาณ 4,165 คน และในภาคที่มีทรัพยากรด้านสาธารณสุขน้อยที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีเตียง 1 เตียงต่อประชากรมากกว่า 1,012 คน และแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 10,885 คน

ถึงแม้ว่าในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมาได้มีการเพิ่มจำนวนแพทย์ในส่วนภูมิภาคจนอัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ลดลงถึงเท่าตัว แต่ความเหลื่อมล้ำระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคอื่น ๆ และระหว่างภูมิภาคกับกรุงเทพมหานครก็ยังคงมีอยู่

1.2 โอกาสในการเข้าถึงบริการ

หลักประกันด้านสุขภาพของประชาชนไทยมิได้มีเพียงการประกันสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมีระบบสวัสดิการต่าง ๆ อีกจำนวนหนึ่ง พบว่ามีประชากรอีกประมาณร้อยละ 35 ที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองอย่างเป็นทางการ

ข. ปัญหาประสิทธิภาพของระบบบริการ

ระบบบริการสาธารณสุขได้จัดมีไว้ในทุกระดับตั้งแต่ระดับชุมชน/หมู่บ้าน อันได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนที่กระจายอยู่ทั่วไปเกือบครบทุกหมู่บ้านทั้งในเขตเมืองและชนบท ซึ่งจะเชื่อมต่อกับสถานบริการขั้นพื้นฐาน (Primary Care) คือสถานอนามัย และศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลต่าง ๆ ที่เน้นการให้บริการลักษณะผสมผสาน ส่วนในระดับบริการแบบทุติยภูมิ และตติยภูมิ มีองค์กรภาครัฐต่าง ๆ รวมทั้งภาคเอกชนร่วมให้บริการ อย่างไรก็ตามระบบบริการสาธารณสุขยังขาดระบบการส่งต่อผู้ป่วยและการร่วมใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพสูงสุด

อัตราการครองเตียงในส่วนภูมิภาคโดยเฉลี่ยร้อยละ 93.4 หรือในบางจังหวัดอัตราการครองเตียงเกินกว่าร้อยละ 100 ในขณะที่กรุงเทพมหานคร มีอัตราการครองเตียงเพียงร้อยละ 51.2 เท่านั้น ยิ่งกว่านั้นในสถานพยาบาลเอกชนยังพบว่าอัตราการครองเตียงต่ำกว่าร้อยละ 40 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2537)

การใช้กลไกทางการเงินการคลังเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาทางด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และให้โอกาสประชาชนเข้าถึงระบบบริการยังไม่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน

การให้บริการสาธารณสุขมุ่งให้ทางเลือกแก่ประชาชน กล่าวคือ มีทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพ เช่น การแพทย์แผนไทย มีการนำแพทย์แผนไทยผสมผสานในโรงพยาบาลชุมชน 42 แห่ง ใน 30 จังหวัด และจัดบริการยาสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน 65 แห่ง

การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขยังประสบปัญหาของการใช้และซ่อมบำรุง รวมทั้งการประเมินการคุ้มค่าของการใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ปัญหาในการซื้อยากินเองของประชาชน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการใช้ยาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาไม่ถูกต้อง ไม่ถูกต้องกับอาการ รับประทานยาไม่ครบขนาด หรือผิดชนิด หรือผิดข้อบ่งใช้ ตลอดจนไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอ

ค. ปัญหาคุณภาพของระบบบริการและคุณภาพมาตรฐานของการให้บริการ

รัฐและเอกชนมีปัญหาในด้านมาตรฐานการรักษาพยาบาลและคุณภาพของการบริการที่แตกต่างกัน ไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ขาดระบบการกำกับและตรวจสอบคุณภาพ ไม่มีการกำหนดมาตรฐานการรับรองคุณภาพของการให้บริการ และแม้แต่ พระราชบัญญัติสถานพยาบาลที่ใช้อยู่ในปัจจุบันก็ไม่ทันสมัย รวมทั้งลักษณะของการให้บริการแบบองค์รวมและการดูแลผู้ป่วยในยามฉุกเฉินยังอยู่ในสภาพที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงเรื่องของปัญหา ราคา ค่ารักษาพยาบาล ทักษะของบุคลากร และจริยธรรม

3.2 การสาธารณสุขมูลฐาน การดำเนินการให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเริ่มด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุข และกลุ่ม ชมรม องค์กรชุมชน ได้ผลดีตามลำดับ โดยพบว่าในชนบทมีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 610,321 คน ครอบคลุม 61,282 หมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง จำนวน 14,283 คน มีศูนย์สาธารณสุขชุมชนในเขตชนบท จำนวน 61,432 แห่ง และเขตเมือง จำนวน 808 แห่ง และหอกระจายข่าวสารตามหมู่บ้านอีก 51,737 แห่ง (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2538) อย่างไรก็ตามการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานยังพบว่าจำเป็นต้องแก้ไขในด้านประสิทธิภาพของการดำเนินงานของอาสาสมัคร หรือรูปแบบของการดำเนินงานที่ขาดความยืดหยุ่นให้เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นและสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา สำหรับการดำเนินงานโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า พบว่าพื้นที่ที่บรรลุโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้า แยกเป็น หมู่บ้าน 39,007 แห่ง สามารถบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าร้อยละ 59.9 และชุมชนเขตเทศบาล 394 แห่ง สามารถบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าร้อยละ 24.1 (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539)

3.3 การบริหารการสาธารณสุข โครงสร้างปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่มีความเชื่อมโยงในสายการบริหารและสายวิชาการ ซึ่งสะท้อนให้เห็นความเป็นเอกภาพในการบริหารงานส่วนภูมิภาคทั้งระบบให้เป็นแนวทางเดียวกัน แต่พบว่ายังขาดการประสานความเชื่อมโยงการบริหารและการพัฒนาสาธารณสุข ระหว่างหน่วยงานของรัฐด้วยกันและภาคเอกชนเพื่อก่อให้เกิดเป็นระบบสาธารณสุขแห่งชาติอย่างแท้จริง

ในการพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมาราชการบริหารส่วนกลางยังใช้อำนาจอย่างมากในการตัดสินใจให้การสนับสนุนการแก้ไขปัญหาของส่วนภูมิภาค การบริหารราชการลักษณะดังกล่าวอาจไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละท้องถิ่นและเป็นกระแสที่สวนทางกับแนวทางการกระจายอำนาจเพราะปัจจุบันประชาชนและองค์กรท้องถิ่นเริ่มมีความเข้มแข็งขึ้นเป็นลำดับ

สภาพการวางแผนเพื่อพัฒนานโยบายและกลวิธี รวมทั้งการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชน ยังคงเป็นบทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว ยังขาดการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีการบริหารพัฒนาสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน หรือแม้แต่นโยบายรัฐบาลด้านสาธารณสุขก็ตาม ยังพบว่าขาดความเป็นเอกภาพในการพัฒนาที่เป็นทิศทางเดียวกันอย่างเห็นได้ชัด เช่น กรณีนโยบายการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าสำหรับผู้ด้อยโอกาส บางหน่วยงานก็สนองตอบนโยบายของรัฐบาล แต่บางหน่วยงานก็ไม่ได้รับเอานโยบายนี้เป็นนโยบายที่หน่วยงานต้องปฏิบัติด้วย ประกอบกับในปัจจุบันสภาพปัญหาสาธารณสุขต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นล้วนแต่เป็นปัญหาที่สลับซับซ้อน ต้องการการประสานความร่วมมือหรือให้ทุกหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามาร่วมผนึกกำลังในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข เช่น ปัญหาโรคเอดส์ อุบัติเหตุ ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม และปัญหาสุขภาพจิต การพัฒนานโยบายและแผนสาธารณสุข ควรมีลักษณะเป็นแผนระดับชาติที่ทุกหน่วยงานต้องร่วมมือกัน ทั้งการวางแผนและร่วมดำเนินการตามแผน

การควบคุมกำกับกับการดำเนินงานและประเมินผล เท่าที่ดำเนินงานมาเป็นไปในลักษณะเชิงปริมาณมากกว่าคุณภาพ เป็นการวัดการดำเนินงานในรูปของกระบวนการทำงานมากกว่าที่จะเป็นผลลัพธ์ของการทำงานอย่างแท้จริง

ระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข พบว่า ความเที่ยงตรง ทันสมัย ของข้อมูลยังมีอยู่ในระดับที่จำกัด โดยเฉพาะข้อมูลที่ถูกต้องตรงกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ รวมทั้งข้อมูลของภาคเอกชนที่ยังไม่มีกลไกการประสานและการรวบรวมอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตามได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขแนวใหม่ โดยลดระบบรายงานที่ไม่จำเป็นลงและจัดให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลด้วยระบบเครือข่ายส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข

การประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชนเห็นได้ชัดเจนขึ้น จากนโยบายการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมภาครัฐและเอกชนสาธารณสุข ที่มีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมบทบาทให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2535 และได้ดำเนินการต่อเนื่องมาโดยตลอด โดยในปีงบประมาณ 2538 ได้จัดสรรงบประมาณจำนวน 49.2 ล้านบาท ให้กับองค์กรเอกชน รวม 103 องค์กร ในโครงการจำนวน 287 โครงการ ใน 10 แผนงาน โดยดำเนินการในด้านการป้องกันควบคุมโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสิ่งแวดล้อม การสาธารณสุขมูลฐาน การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เป็นต้น แต่การประสานงานระหว่างรัฐและเอกชนยังขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

สถานการณ์ด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ตลอดจนด้านระบบสาธารณสุขดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน และแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่

1. โรคไม่ติดต่อเป็นภาวะนำของปัญหาสุขภาพอนามัย

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทยอันเป็นผลมาจากพฤติกรรมและโรคที่เกิดจากวิถีการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ยังคงเป็นสาเหตุการป่วยและตายที่สำคัญ ทั้งนี้การขยายตัวทางอุตสาหกรรมและบริการ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม การเติบโตของชุมชนเมือง การขยายตัวของระบบสาธารณสุขูปโภค และการคมนาคมขนส่ง เป็นปัจจัยที่เกื้อหนุนให้ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้นในอนาคต

สภาพการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุประชากร ทำให้ภาวะโรคที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นโรคที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างมากทั้งในแง่รัฐ

สวัสดิการ และการดูแลสุขภาพตนเอง แม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชาชนจะยืนยาว ขึ้น แต่การที่รัฐยังไม่สามารถให้หลักประกันสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง จะส่งผลต่อปัญหาคุณภาพชีวิตและสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยรวมได้

นอกจากนี้ลักษณะแนวโน้มทางระบาดวิทยาได้บ่งบอกถึงลักษณะสำคัญหลายประการ คือ

- ก. ในขณะที่โรคต่างๆ ซึ่งเป็นปัญหาในอดีต เช่น โรคที่เกิดจากอุบัติเหตุ โรคเมเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดยังต้องการการดูแลอยู่ โรคติดต่อชนิดใหม่ก็ทวีความรุนแรงขึ้น เช่น โรคเอดส์
- ข. โรคที่เคยควบคุมได้แล้วกลับรุนแรงขึ้น เช่น วัณโรค จะควบคุมยากขึ้นเนื่องจากภาวะของโรคเอดส์ โรคเท้าช้างที่เคยลดอุบัติการณ์ลงจะกลับมาเป็นปัญหาใหม่โดยกลุ่มผู้ใช้แรงงานข้ามชาติ
- ค. ความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชากรในการเกิดโรคทวีความรุนแรงขึ้น เช่นชนบทเป็นโรคติดต่อและโรคขาดสารอาหาร ส่วนในเมืองเป็นปัญหาอุบัติเหตุและอาชืวนามัย

2. การพัฒนาสาธารณสุขที่จัดให้แก่ประชาชนจะต้องสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปและเพิ่มความเข้มข้นขึ้นทั้งในเชิงคุณภาพและประสิทธิภาพ กล่าวคือ

2.1 ระบบบริการสาธารณสุขรูปแบบ ความเป็นธรรมและคุณภาพบริการที่ให้แก่ประชาชน

2.1.1 การให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน อันได้แก่ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ จะยังคงเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะในภาครัฐ อย่างไรก็ตามการลงทุนด้านสุขภาพนั้น การรักษาพยาบาลจะให้ผลตอบแทนน้อยกว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และแนวโน้มของปัญหาการเจ็บป่วยของประชาชนในอนาคตนั้นจะมีลักษณะของโรคไม่ติดต่อทั้งทางกายและจิตโรคที่เกิดจากพันธุกรรม พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และมลภาวะ ตลอดจนโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ ภาวะทันตสุขภาพ และภาวะโภชนาการ ซึ่งล้วนเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ผ่านประชาชนทุกคนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรม ตลอดจนพฤติกรรมอนามัยและการแสวงหาบริการที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ดังนั้น งานส่งเสริมสุขภาพอนามัยและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของประชาชน จึงเป็นงานที่มีลำดับความสำคัญมากยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันการควบคุมและป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น เอดส์ อหิวาต์ วัวบ้า ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก ยังคงดำเนินอยู่และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับประชากรบางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ใช้แรงงานไทยและต่างชาติที่มีการโยกย้ายถิ่นที่อยู่ตลอดเวลา หรือมีที่อยู่ตามแนวเขตแดน และกลุ่มคนเร่ร่อนจรจัด เป็นกลุ่มที่การบริการต้องเข้าถึง

2.1.2 ปัญหาในเรื่องความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ คุณภาพของการบริการและประสิทธิภาพของการให้บริการ หากประชาชนยังมีความแตกต่างในเรื่องรายได้ และรัฐเองต้องแบกรับค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขเป็นจำนวนมาก ประกอบกับมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ปัญหาดังกล่าวจะทวีความรุนแรงขึ้น รัฐจึงต้องเร่งดำเนินการพัฒนาในเรื่องของคุณภาพบริการและมาตรฐานการรักษาพยาบาล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นและการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับท้องถิ่น ตลอดจนขยายหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึง รวมทั้งใช้มาตรการปรับระบบการเงินการคลังในลักษณะกองทุนสุขภาพ เพื่อให้เกิดความเสมอภาคของบริการในทุกกลุ่มเป้าหมาย

2.2 ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองสุขภาพ

การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเรื่องที่รัฐต้องให้ความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการจัดบริการด้านอื่นๆ เพราะการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจจะส่งผลให้กำลังซื้อของประชาชนมีมากขึ้น มีปัญหาการบริโภคยาเกินจำเป็น การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีราคาแพงโดยไม่จำเป็น การบริโภคสินค้าไม่มาตรฐานจะมีมากขึ้น รัฐจึงต้องปกป้องผลประโยชน์ของประชาชนและเผยแพร่ปลูกฝังความรู้ ให้ประชาชน

สามารถเลือกซื้อ เลือกใช้สินค้าหรือผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ รวมทั้งการบริโภค อาหาร ยา เครื่องสำอาง รุ้จักโทษภัยและหลีกเลี่ยงวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและสารเสพติดต่าง ๆ ที่จะอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งต้องมีการปรับปรุงโครงสร้างและระบบการควบคุมกำกับให้มีประสิทธิภาพ ตลอดจนมาตรการที่เคร่งครัดในการบังคับใช้กฎหมาย

2.3 พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การพึ่งตนเองและการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรท้องถิ่น
ถือเป็นเครื่องมือสำคัญของการพัฒนาสุขภาพดีด้วยหน้า

พฤติกรรมอนามัยของประชาชนที่ไม่เหมาะสมยังคงปรากฏอยู่ สาเหตุมาจากความคิด ความเชื่อ ค่านิยม วิธีการดำรงชีวิต และปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ รวมทั้งการหลั่งไหลของวัฒนธรรมตะวันตก ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ เช่น การใช้ยาเสพติด การบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม กลับมีประชาชนบางกลุ่มที่ยังคงนิยมความเรียบง่ายของวิถีชีวิตแบบไทย ๆ ให้ความสำคัญกับธรรมชาติและผลผลิตทางธรรมชาติและให้ความสนใจกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัยมากยิ่งขึ้น รัฐพึงส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองอย่างถูกต้อง และแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องมิให้ทวีความรุนแรงขึ้น

การพึ่งตนเองของประชาชน การพัฒนางานสาธารณสุขสามารถครอบคลุมพื้นที่ได้ในระดับหนึ่ง จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขแม้จะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด แต่รูปแบบของการสาธารณสุขมูลฐานในพื้นที่ชนบทและเขตเมืองซึ่งใช้รูปแบบเดียวกัน เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะมีผลต่อความสำเร็จมากหรือน้อยของการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน และควรหาทางออกสำหรับกิจกรรมบางกิจกรรมที่ประสบความสำเร็จอย่างมาก เช่น การวางแผนครอบครัว หรือการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค จนพบว่าในบางพื้นที่ไม่มีปัญหาแล้ว นอกจากนี้ระบบการดูแลสุขภาพตนเองในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การแพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพร การนวดไทย ที่ยังคงใช้อยู่ในหมู่ประชาชน ควรมีการพัฒนาให้ได้มาตรฐานเป็นระบบและเผยแพร่จนเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของประชาชน ยังคงเป็นทางออกที่สำคัญทางหนึ่งในการช่วยแบ่งเบาภาระด้านการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ

2.4 พัฒนาผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขให้มีคุณภาพ
และสามารถแข่งขันกับต่างประเทศได้

ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่นำเข้าจากต่างประเทศมีราคาแพง ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายจำนวนมาก รวมทั้งก่อให้เกิดค่านิยมและพฤติกรรมในการใช้เทคโนโลยีอย่างขาดความเหมาะสมและเกินจำเป็น ขาดระบบตรวจสอบประเมินคุณค่าและกำหนดหลักเกณฑ์ให้เหมาะสมเพื่อให้ได้ประโยชน์คุ้มค่ามากที่สุด รัฐควรจัดให้มีกลไกในการพัฒนาการพึ่งตนเองด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข พัฒนาอุตสาหกรรมยาภายในประเทศให้เพียงพอต่อการใช้ และพัฒนาคุณภาพของเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งตรวจสอบและประเมินคุณค่าการใช้ด้วย

ในด้านการส่งออกผลิตภัณฑ์สุขภาพออกไปจำหน่ายในตลาดโลกจะต้องมีการแข่งขันอย่างมาก นอกจากนี้ยังเกิดการรวมกลุ่มการค้าภูมิภาค ได้แก่ กลุ่มประเทศยุโรป และ NAFTA และองค์การค้าโลก(WTO) ได้ส่งผลให้การแข่งขันในเวทีตลาดโลกของประเทศไทยมีความยากยิ่งขึ้น การใช้ยุทธการทางด้านราคาและข้อได้เปรียบทางด้านแรงงานของประเทศไทยก็หมดไป เครื่องมือการกีดกันทางการค้าจะอาศัยข้อมูลทางด้านคุณภาพวิชาการ และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมเป็นเครื่องตัดสินมากขึ้น ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในภาครัฐจำเป็นต้องเร่งและดำเนินการอย่างจริงจังในการสนับสนุน ส่งเสริมศักยภาพของภาคเอกชนเพื่อให้สามารถอยู่ได้ในเวทีตลาดโลกต่อไป รวมทั้งการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีคุณภาพแข่งขันกับต่างประเทศได้ ยังเป็นภาระที่รัฐจะต้องเร่งดำเนินการเพื่อให้ทันกับกระแสความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป

2.5 การบริหารการสาธารณสุขและการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

สภาพเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งสภาพปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป อาจส่งผลให้เกิดทางเลือกของการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการในภาครัฐ 3 รูปแบบ ดังนี้

1) การปรับเปลี่ยนภาระหน้าที่ไปให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการให้บริการทั้งหมด หรือบางส่วน โดย รัฐสนับสนุนงบประมาณให้เอกชนดำเนินการและควบคุมคุณภาพ

2) กระจายอำนาจแก่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล หรือราชการบริหารส่วนภูมิภาค ทั้งในเรื่องของการวางแผน การจัดสรรทรัพยากร การบริหารงานบุคคล การควบคุมกำกับและประเมินผล และการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร รัฐเป็นเพียงผู้สนับสนุนด้านวิชาการ

3) ใช้กลไกการตลาดหรือสร้างระบบการแข่งขันให้เกิดขึ้น เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพ ของการบริการ และควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน

นอกจากนี้รัฐคงต้องมีนโยบายที่ชัดเจน ในการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างจริงจัง เพราะค่าใช้จ่ายสาธารณสุขที่ใช้ไปในด้านการรักษาพยาบาลจะมีผลกระทบต่อภาระด้านการเงินของประเทศ

ข้อจำกัดในเรื่องการกระจายกำลังคนและเทคโนโลยีและการสูญเสียกำลังคนในภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนที่ประสบอยู่ ล้วนเป็นอุปสรรคของการพัฒนาสาธารณสุขและทำให้ปัญหาการเข้าถึงบริการและคุณภาพของบริการยุ่งยากมากขึ้น แต่การแก้ปัญหาโดยการจัดระบบการเงินการคลังให้ประชาชนเข้าถึงบริการเบื้องต้นได้อย่างทั่วถึง ด้วยการดึงภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม หรือการเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ โดยใช้มาตรการควบคุมและจูงใจที่เหมาะสมในเรื่องราคาค่าตอบแทนและมาตรฐานการให้บริการ จะช่วยให้การดำเนินการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

แม้ความครอบคลุมของสถานบริการภาครัฐและเอกชนจะเป็นปัญหาน้อยลง แต่ปัญหาในเชิงคุณภาพของบริการ การกระจุกตัวของสถานบริการสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร/ปริมณฑล และเขตเมืองใหญ่อื่นๆ ส่งผลให้ปัญหาความเป็นธรรมในด้านบริการทางการแพทย์ยังคงปรากฏอยู่อย่างต่อเนื่อง