

ระบบหลักประกันสุขภาพ: ประสบการณ์ จาก 10 ประเทศ

ประมวลและกลั่นกรองประสบการณ์จากนานาชาติ
เป็นบทเรียนต่อการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย

ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์



WA
540
ศ 9387
2543
ค1



จัดพิมพ์โดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ระบบหลักประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สนับสนุนโดย



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ระบบหลักประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

โดย : ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พิมพ์ครั้งที่ 1 : เมษายน พ.ศ. 2544 - 2,000 เล่ม

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์

ระบบหลักประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544

160 หน้า

1. สาธารณสุข. 2. บริการทางการแพทย์. 3. สุขภาพ. I. ชื่อเรื่อง

362.1

ISBN 974-294-108-4

140.-

จัดพิมพ์โดย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 951-1286-93 โทรสาร 951-1295

www.hsri.or.th

E-mail address : hsri@hsrint.hsri.or.th

คำนำ

การนำเสนอระบบใหม่ในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความรู้ทางวิชาการที่มาจากองค์ความรู้และข้อมูลที่มีอยู่มาปรับเข้ากับเงื่อนไขของสังคมไทย การปฏิรูปที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ซึ่งส่วนมากมุ่งเน้นการขยายหรือสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ประชาชน จึงเป็นฐานความรู้ที่มีคุณค่าสำหรับประเทศไทยที่กำลังอยู่ในช่วงการปฏิรูประบบสุขภาพเช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของแต่ละประเทศมีกลวิธีในการปรับเปลี่ยนที่แตกต่างกัน นำไปสู่รูปแบบผลลัพธ์ที่หลากหลายตามข้อจำกัดและบริบทที่ต่างกัน ความเข้าใจในประสบการณ์ของรูปแบบและกระบวนการหรือขั้นตอนของการปฏิรูปนั้น น่าจะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการกำหนดโครงสร้าง แนวทาง กลไก และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่เป็นจริง

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ตระหนักว่าการประมวลผลและกลั่นกรองบทเรียนจากนานาชาติเพื่อนำมาเป็นบทเรียนของประเทศไทยจะมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย การใช้บทเรียนการปฏิรูปของนานาชาตินั้นจำเป็นจะต้องมีการทบทวนสังเคราะห์อย่างเป็นระบบและครอบคลุม การเรียนรู้นี้ควรผลิตองค์ความรู้ที่แสดงให้เห็นถึงภาพรวมและผลลัพธ์ของการปฏิรูป ตลอดจนแนวคิดในเชิงยุทธศาสตร์ และกลไกการดำเนินการ อันอาจเป็นทางเลือกหรือตัวอย่างสำหรับการวางแผนการปรับเปลี่ยนระบบในการปฏิรูปสุขภาพของไทย

จึงได้จัดพิมพ์งานวิจัยและเอกสารวิชาการที่ได้จากการศึกษาประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ที่น่าสนใจ 10 ประการ เพื่อให้ผู้อ่านได้มีโอกาสนำไปประยุกต์ใช้สำหรับประเมินสภาพในประเทศไทยที่กำลังอยู่ในช่วงจังหวะก้าวสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

งานชิ้นนี้สำเร็จลงได้จากความร่วมมือร่วมใจของบุคคลหลายท่าน ผู้เขียนใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อ นพ.วิพุธ พูลเจริญ รศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยวงศ์ไพศาล ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ นพ.ดร.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ที่กรุณาอ่านและให้คำแนะนำต่องานชิ้นนี้

บุคคลสำคัญซึ่งชาติมิได้คือนักวิชาการผู้ทบทวนประสบการณ์ปฏิรูปของแต่ละประเทศ ได้แก่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร ผศ.ภก.ดร.อาทร รวีไพบูลย์ นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ผศ.นพ.สมศักดิ์ ธรรมธิตวัฒน์ ผศ.นพ.ธีรเกียรติ์ เจริญเศรษฐศิลป์ ทพ.จเร วิชาไทย อ.ภก.วิจิต เปาณิล ทุก ๆ ท่านได้รวบรวมข้อมูลและให้ข้อวิเคราะห์ที่มีคุณค่ายิ่งในรายงานการปฏิรูประบบสุขภาพของแต่ละประเทศ รายงานของแต่ละประเทศเหล่านี้เป็นแหล่งข้อมูลหลักที่ใช้ในงานสังเคราะห์ชิ้นนี้ ผู้เขียนใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง และโดยเฉพาะอย่างยิ่งรู้สึกขอบคุณและประทับใจมากที่ทุกท่านได้กรุณาช่วยค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแต่ละประเทศเพื่อประโยชน์ในการสังเคราะห์ด้วย

นอกจากนี้ ยังมีอีกหลายท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ผู้เขียนขอขอบคุณ Dr.Bong Min Yang และ Dr.Lim Meng-Kin ที่กรุณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบในเกาหลีใต้ และในสิงคโปร์ ตามลำดับ ขอขอบคุณ นพ.ดร.สุภกร บัวสาย ที่กรุณามอบหนังสือซึ่งใช้เป็นข้อมูลในการเขียน คุณเพ็ญศรี สงวนสิงห์ ผู้ซึ่งรับภาระหนักในการจัดการโครงการและประสานงานในทุก ๆ เรื่อง งามญ.ศิริตรี สุทธิจิตต์ คุณธรรณญา คำพรมา และคุณเรียน เงินลุน ที่ได้ช่วยเหลือในการทำภาพประกอบและการติดต่อประสานงาน

ความร่วมมือร่วมใจในการผลิตงานชิ้นนี้เกิดขึ้นด้วยการสนับสนุนในทุก ๆ ด้านของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันซึ่งเป็นตัวจักรสำคัญในการพัฒนาวิชาการเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขของไทย ใคร่ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

บทคัดย่อ

การเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพของไทย นอกจากจะเกิดขึ้นท่ามกลางกระแสของการปฏิรูปด้านต่าง ๆ ในสังคมไทยแล้ว ยังเกิดขึ้นท่ามกลางกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพของนานาประเทศในโลก ในช่วงกว่าหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา กระแสการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา ในยุโรป ในเอเชีย และในลาตินอเมริกา ประสบการณ์ของการปฏิรูปในต่างประเทศสามารถใช้เป็นบทเรียนเพื่อศึกษาจุดอ่อนจุดแข็งและรูปแบบและวิธีการต่าง ๆ ที่ได้มีการนำไปใช้ปฏิบัติจริงมาแล้ว ทั้งในแง่องค์ประกอบของโครงสร้างระบบสุขภาพ และในแง่ของกระบวนการการปฏิรูป

งานชิ้นนี้เป็นการสังเคราะห์บทเรียนการปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศจำนวน 10 ประเทศ คือ ประเทศเยอรมนี อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ จีน ไต้หวัน สิงคโปร์ มาเลเซีย และสหรัฐอเมริกา โดยที่แหล่งข้อมูลหลักที่ใช้ในการสังเคราะห์มาจากรายงานการปฏิรูประบบสุขภาพของแต่ละประเทศต่างโครงการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จากเอกสารทางวิชาการอื่น ๆ รวมทั้งการสัมภาษณ์นักวิชาการจากบางประเทศ ประกอบด้วย

กรอบของการวิเคราะห์เปรียบเทียบลักษณะของระบบสุขภาพพิจารณาในแง่

1. โครงสร้างในภาพรวม
2. สิทธิประโยชน์ ทางเลือก และภาระของประชาชน/ผู้ใช้บริการ
3. ลักษณะของผู้ให้บริการ วิธีการจ่ายค่าบริการ
4. ลักษณะขององค์กรประกัน แหล่งเงิน จำนวนและบทบาทของกองทุน
5. ผลลัพธ์ขั้นกลางของระบบ

ส่วนการวิเคราะห์กระบวนการปฏิรูปพิจารณาในกระบวนการนโยบายขั้นตอนต่าง ๆ คือ

1. การสร้างประเด็นนโยบาย
2. การกำหนดสาระของนโยบาย
3. การอนุมัตินโยบาย
4. การนำนโยบายไปปฏิบัติ

ประสบการณ์ของ 10 ประเทศที่ศึกษาชี้ว่า ประเทศที่สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ล้วนใช้ระบบประกันที่เป็นแบบภาคบังคับ กองทุนประกันสุขภาพที่เป็นกองทุนเดียวมักมีปัญหาการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ แต่การมีกองทุนจำนวนมากมีปัญหาในเรื่องของการแข่งขันระหว่างกองทุน ซึ่งส่งผลให้เกิดการกีดกันผู้ที่ป่วยและผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนและความด้อยประสิทธิภาพการบริหารจัดการ การกำหนดกฎเกณฑ์มีความจำเป็นในการสร้างความเท่าเทียม ประกันคุณภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบประกันกองทุนควรทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการที่ชาญฉลาด ทำการคัดเลือก เปรียบเทียบ ตรวจสอบคุณภาพของผู้ให้บริการ ระบบต้องมีมาตรการการจ่ายค่าบริการที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้

และในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมบริการทางด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลในการพัฒนาสุขภาพและประสิทธิภาพของระบบในระยะยาว

การปฏิรูปที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ ในช่วงประมาณหนึ่งศตวรรษที่ผ่านมา มุ่งเน้นวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการด้วยกันคือ การขยายหลักประกันสุขภาพและ/หรือสร้างหลักประกันถ้วนหน้า และการควบคุมค่าใช้จ่าย ประเทศส่วนใหญ่ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการปฏิรูป ในขณะที่บางประเทศใช้แผนแห่งชาติ ประสบการณ์ชี้ว่า การผ่านกฎหมายประกันสุขภาพไม่ได้เป็นหลักประกันของการมีหลักประกันสุขภาพ การผลักดันในขั้นตอนการนำไปปฏิบัติมีความสำคัญต่อการบรรลุผล ปัจจัยเชิงกระบวนการหลายประการมีส่วนในการเสริมความสำเร็จของการปฏิรูป เช่น การออกแบบระบบที่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม การจัดการกับปัญหาเชิงระบบแทนที่จะแก้ปัญหาเฉพาะส่วน สภาวะทางเศรษฐกิจ อำนาจทางการเมืองของกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม การสร้างความพร้อมทางการเมือง การเตรียมความพร้อมทางเทคนิคเพื่อให้สามารถนำระบบใหม่ไปปฏิบัติอย่างได้ผล ตลอดจนการสื่อสารทางนโยบายกับผู้ปฏิบัติ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การดำเนินการปฏิรูปแบบออกแบบระบบใหม่ควรตั้งอยู่บนฐานขององค์ความรู้และข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่ การศึกษาประสบการณ์ของต่างประเทศเป็นแนวทางหนึ่งในการเรียนรู้จุดอ่อนจุดแข็งของรูปแบบและวิธีการต่าง ๆ ที่ได้มีการนำไปใช้ปฏิบัติจริงมาแล้ว ไม่ว่าจะเป็นตัวอย่างของการปฏิรูปที่ประสบผลสำเร็จหรือตัวอย่างการปฏิรูปที่ล้มเหลว ซึ่งจะเป็นประโยชน์ที่จะช่วยให้สามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงการดำเนินการที่ไม่ได้ผลซ้ำรอยอีก

งานชิ้นนี้เป็นการสังเคราะห์บทเรียนการปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศจำนวน 10 ประเทศ คือ ประเทศเยอรมนี อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ จีน ไต้หวัน สิงคโปร์ มาเลเซีย และสหรัฐอเมริกา โดยพิจารณาใน 2 ด้านด้วยกันคือในด้านลักษณะและองค์ประกอบของระบบสุขภาพ และในด้านขั้นตอนและกระบวนการการปฏิรูป

แหล่งข้อมูลหลักที่ใช้ในงานสังเคราะห์ชิ้นนี้มาจากรายงานประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของแต่ละประเทศต่างโครงการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จากเอกสารทางวิชาการอื่น ๆ รวมทั้งการสัมภาษณ์นักวิชาการจากบางประเทศประกอบด้วย การเปรียบเทียบลักษณะของระบบสุขภาพวิเคราะห์ในแง่ โครงสร้างในภาพรวม ลักษณะองค์ประกอบของโครงสร้างในส่วนผู้เกี่ยวข้องหลักทั้ง 3 คือ ประชาชน/ผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และองค์กรประกัน และผลลัพธ์ขั้นกลางของระบบ ส่วนการวิเคราะห์กระบวนการปฏิรูปพิจารณาในกระบวนการนโยบายขั้นตอนต่าง ๆ คือ การสร้างประเด็นนโยบาย การกำหนดสาระของนโยบาย การอนุมัตินโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ

จากประสบการณ์ปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศต่าง ๆ เหล่านี้ มีบทเรียนที่น่าสนใจสำหรับการปฏิรูปของไทยหลายประการ สามารถประมวลผลเป็น 2 ด้าน คือ บทเรียนทางด้านกระบวนการปฏิรูป และทางด้านโครงสร้างของระบบ

1. บทเรียนทางด้านกระบวนการปฏิรูป

1.1 การปฏิรูปเฉพาะส่วนกับการปฏิรูปทั้งระบบ

การแก้ไข้ปัญหาในระบบสุขภาพที่ทำแบบแยกส่วน มุ่งแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเพียงส่วนใดส่วนหนึ่ง แทนที่จะดำเนินการแก้ไข้ในองค์ประกอบหลาย ๆ ส่วนซึ่งสัมพันธ์กัน อาจจะเป็นเหตุให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ในด้านอื่น ๆ และสร้างปัญหาใหม่ตามมา

1.2 ค่านิยมของสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

โครงสร้างของระบบสุขภาพใหม่ที่นำเสนอในการปฏิรูป จะได้รับการยอมรับจากประชาชน หากมีความสอดคล้องกับค่านิยมของสังคม

1.3 สภาวะทางเศรษฐกิจกับมาตรการปฏิรูป

เงื่อนไขทางเศรษฐกิจมีผลต่อโอกาสแห่งความสำเร็จในการบังคับใช้มาตรการแต่ละอย่างไม่เท่ากัน การขยายหลักประกันสุขภาพและขยายสิทธิประโยชน์มักดำเนินการได้สำเร็จในช่วงที่เศรษฐกิจขยายตัว ในขณะที่ช่วงที่เศรษฐกิจหดตัวมักเป็นช่วงที่มีความจำเป็นและมีความเป็นไปได้มากในการควบคุมค่าใช้จ่าย

1.4 ภูมิหลักและพัฒนากิจการของสังคมกับกระบวนการปฏิรูป

การปฏิรูประบบสุขภาพในแต่ละประเทศมีวิวัฒนาการที่แตกต่างกันไป และใช้ช่วงระยะเวลาต่างกันมากในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า **การปฏิรูปที่ได้สำเร็จมักมาจากความพยายามอย่างต่อเนื่อง การกำหนดจังหวะก้าวที่ดี การใช้ประโยชน์จากโอกาสทางการเมืองที่เปิดให้ ประกอบกับการออกแบบระบบที่เหมาะสม**

1.5 การใช้กฎหมายและแผนเป็นเครื่องมือของการปฏิรูป

ประเทศส่วนใหญ่ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการสร้างหลักประกันสุขภาพ และในการควบคุมค่าใช้จ่าย บางประเทศใช้แผนแห่งชาติเป็นเครื่องมือในการปฏิรูป

1.6 การมีกฎหมายไม่ได้เป็นหลักประกันของการมีหลักประกันสุขภาพ

การผ่านกฎหมายที่ให้สิทธิแก่ประชากรในเรื่องหลักประกันสุขภาพ ไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ เนื่องจากอาจมีกระแสต่อต้านที่ทำให้ไม่สามารถนำกฎหมายไปปฏิบัติให้เป็นจริงได้

1.7 อำนาจของกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมกำหนดสาระและความสำเร็จของการปฏิรูป

อำนาจของกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมมีส่วนสำคัญในการกำหนดสาระและในการตัดสินความสำเร็จของการปฏิรูป เนื่องจากกระบวนการปฏิรูปเป็นกระบวนการทางการเมือง การระดมพลังทางสังคมในการสนับสนุนการปฏิรูปจึงมีความจำเป็น

1.8 การเตรียมความพร้อมทางการเมือง

การเคลื่อนไหวเพื่อสร้างความเข้าใจ การยอมรับและความร่วมมือจากกลุ่มต่าง ๆ เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การปฏิรูปทำได้สำเร็จ การมีส่วนร่วมจากผู้ที่ได้รับผลกระทบคือประชาชน ผู้ให้บริการ ภาครัฐ รวมทั้งกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมที่เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการนโยบายของการปฏิรูป มีประโยชน์ในการกำหนดระบบใหม่ที่เหมาะสม และเป็นการสร้างความพร้อมทางการเมืองให้กับการปฏิรูปด้วย

1.9 การเตรียมความพร้อมทางเทคนิค

การก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริงตามวัตถุประสงค์ของการปฏิรูปต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ โดยเฉพาะความพร้อมของระบบที่มีอยู่ในการดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปตามระบบใหม่ที่ต้องการด้วย เช่น การกระจายแหล่งบริการสุขภาพไปยังท้องถิ่นที่ห่างไกล การสร้างส่งเครือข่ายบริการและเครือข่ายข้อมูล และการผลิตบุคลากรสำหรับให้บริการปฐมภูมิอย่างเพียงพอ

1.10 การสื่อสารนโยบายกับผู้ปฏิบัติและระบบการติดตามมีผลต่อความสำเร็จของการปฏิรูป

ผู้ปฏิบัติงานจริงในส่วนต่าง ๆ เป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการปฏิรูป หากผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจหรือไม่เห็นด้วยกับการเปลี่ยนแปลง ย่อมเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการที่ตามมาหลังจากที่กฎหมายหรือแผนงานได้รับการอนุมัติ

2. บทเรียนทางด้านโครงสร้างของระบบ

2.1 แหล่งที่มาของงบประมาณสุขภาพ

ประเด็นสำคัญทางด้านการคลังของระบบสุขภาพก็คือการคำนึงถึงความชอบธรรม การกระจายภาระทางการเงิน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในสังคม และประสิทธิภาพในการบริหารการคลัง ภาษีบุหรณ์และภาษีสรรพสามิตจะได้รับการพิจารณาให้เป็นแหล่งงบประมาณส่วนหนึ่งด้วย

2.2 การสร้างหลักประกันสุขภาพในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

การจัดระบบหลักประกันแก่ประชากรที่อยู่ในภาคการจ้างงานทางการเป็นสิ่งที่ไม่ทำได้ง่ายกว่าภาคที่ไม่เป็นทางการ แต่สำหรับประเทศไทยมีประชากรส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ เช่น เกษตรกร การจัดการด้านการคลังในรูปแบบกองทุนที่มีฐานอยู่ที่ท้องถิ่นเป็นรูปแบบที่น่าจะพิจารณา

2.3 จำนวนกองทุนประกันสุขภาพ

กองทุนเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการระบบสุขภาพ การมีเพียงกองทุนจำนวนน้อยมีข้อดีในแง่ของความเรียบง่ายไม่ซับซ้อนในการจัดการ การมีกองทุนย่อย ๆ จำนวนมากมีข้อดีในแง่ที่แต่ละกองทุนสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้โดยตรง แต่ก็มีข้อเสียในแง่การกีดกันบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในระบบรวมทั้งปัญหาการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน และการจัดการในเรื่องการจ่ายค่าตอบแทน

2.4 บทบาทของกองทุนประกันสุขภาพ

กองทุนควรทำหน้าที่ในการเป็น**ผู้ซื้อบริการที่ชาญฉลาด (purdent purchaser)** ทำการคัดเลือก เปรียบเทียบราคา ตลอดจนกำกับตรวจสอบคุณภาพของผู้ให้บริการแทนที่จะทำหน้าที่เพียงเป็นหน่วยที่รวบรวมเงินและผ่านเงินไปยังผู้ให้บริการเท่านั้น

2.5 การให้กลุ่มผู้ให้บริการรับผิดชอบการกระจายค่าตอบแทน

ระบบที่องค์กรวิชาชีพเป็นตัวแทนของผู้ให้บริการในการเจรจาเพื่อกำหนดอัตราค่าตอบแทนบริการ และเป็นผู้จ่ายค่าตอบแทนให้แก่สมาชิก ช่วยให้การบริหารจัดการเรื่องการจ่ายค่าบริการของกองทุนสะดวกขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ให้กลุ่มวิชาชีพทำหน้าที่ตรวจสอบและคานอำนาจในหมู่สมาชิกนั่นเอง

2.6 มาตรการจ่ายค่าบริการสุขภาพ

การจ่ายค่าบริการสุขภาพมีหลายวิธี แต่ละวิธีต่างก็มีจุดอ่อนจุดแข็งในตัวระบบสุขภาพจำเป็นต้องกำหนดมาตรการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสม โดยมีนโยบายเป็นตัวนำ

เพื่อส่งเสริมบริการบางด้านและลดบริการที่ไม่จำเป็น และต้องมีกลไกกำกับตรวจสอบ ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างคุณภาพและค่าใช้จ่าย

2.7 มาตรการด้านผู้ใช้บริการ

มาตรการที่ให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายต้องออกแบบให้เกิดความสมดุลระหว่างการลดอัตราการใช้บริการเพิ่มภาระให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

2.8 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างข้อกำหนดการส่งต่อควรพิจารณา รวมไปถึงความสะดวกในการใช้บริการ

2.9 บทบาทของรัฐบาล

รัฐบาลจำเป็นต้องมีบทบาทในระบบสุขภาพ โดยที่ขอบข่ายของบทบาทหน้าที่ของรัฐบาลมีความแตกต่างกันไปตามสภาพของแต่ละประเทศ อย่างน้อยต้องมีบทบาทในการกำหนดกฎเกณฑ์ กำกับดูแล อาจเป็นผู้จัดการด้านการคลัง รวมถึงจัดการด้านบริการที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงที่ ตลอดจนระบบมีประสิทธิภาพ

2.10 การใช้อำนาจทางงบประมาณเป็นเครื่องมือในการดำเนินนโยบาย

งบประมาณสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการทำให้ผู้ปฏิบัติดำเนินการตามนโยบายที่ต้องการ โดยการกำหนดเงื่อนไขให้การดำเนินการตามนโยบายผูกติดกับการจัดสรรงบประมาณ

สารบัญ

ระบบหลักประกันสุขภาพ: ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ

คำนำ

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สารบัญ

1. การปฏิรูประบบสุขภาพ

- ความหมาย ความสำคัญ และความคาดหวัง
- ความเคลื่อนไหวปฏิรูปในกระแสนานาชาติ
- การสรุปบทเรียนจากประสพการณ์ต่างประเทศ

2. การสังเคราะห์ประสพการณ์ต่างประเทศ

- วัตถุประสงค์และขอบเขตการศึกษา
- วิธีการศึกษา
- แหล่งและลักษณะข้อมูล
- ข้อจำกัดของการศึกษา
 1. ข้อจำกัดของข้อมูล
 2. ข้อจำกัดของการเปรียบเทียบ
- กรอบการสังเคราะห์
- กรอบการประมวลภาพรวมและองค์ประกอบของระบบสุขภาพ
- กรอบการเปรียบเทียบลักษณะของระบบสุขภาพ
- กรอบการประมวลกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ
- กรอบการวิเคราะห์กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

3. ระบบสุขภาพและสาระสำคัญของการปฏิรูป

- ประเทศเยอรมนี
- ประเทศอังกฤษ

- ประเทศออสเตรเลีย
- ประเทศนิวซีแลนด์
- ประเทศญี่ปุ่น
- ประเทศเกาหลีใต้
- ประเทศสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน)
- ประเทศสิงคโปร์
- ประเทศมาเลเซีย
- ประเทศสหรัฐอเมริกา

4. ระบบสุขภาพเปรียบเทียบ

- ภาพรวมของระบบ
- สิทธิประโยชน์ ทางเลือก และการระดมของประชาชน
- ผู้ให้บริการ
- องค์การผู้ให้ประกันสุขภาพหลัก
- ผลลัพธ์ขั้นกลางของระบบสุขภาพ

5. ประสบการณ์ปฏิรูประบบสุขภาพ

- วิวัฒนาการของการปฏิรูป: จากการขยายความครอบคลุมสู่การควบคุมค่าใช้จ่าย
 1. การปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ
 2. การปฏิรูปเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย
- กระบวนการการปฏิรูป: จากประเด็นปัญหาสู่ขั้นตอนนโยบาย
 1. การสร้างประเด็นนโยบาย
 2. การกำหนดสาระของนโยบาย
 3. การอนุมัตินโยบาย
 4. การนำนโยบายไปปฏิบัติ

6. บทเรียนจากประสบการณ์ต่างประเทศ

- บทเรียนทางด้านกระบวนการปฏิรูป
- บทเรียนทางด้านโครงสร้างของระบบ
- สรุป



บทที่ 1

การปฏิรูประบบสุขภาพ

1. ความหมาย ความสำคัญ และความคาดหวัง

การเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพของไทย กำเนิดขึ้นท่ามกลางกระแสของการปฏิรูปด้านต่างๆ ในสังคมไทยที่เกิดขึ้นแล้ว ดังเช่น การปฏิรูปการเมือง การปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูปการศึกษา ด้วยความคาดหวังว่าจะได้เห็นระบบสุขภาพของไทยเปลี่ยนแปลงจากสภาพปัจจุบัน ซึ่งประชาชนส่วนหนึ่งมีหลักประกันสุขภาพในขณะที่อีกส่วนหนึ่งไม่มี ซึ่งการใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐต้องใช้เวลารอคอยอันยาวนาน โดยเฉพาะในรพ.ของรัฐที่แออัด ส่วนบริการในสถานพยาบาลของเอกชนมีราคาแพง ซึ่งรายคาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องรับภาระเองเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งคุณภาพของบริการในสถานพยาบาลหลายแห่งมีปัญหา ซึ่งเป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรจำนวนมากไปกับการรักษาพยาบาลอันเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ มาเป็นระบบใหม่ที่ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกันโดยทั่วหน้า โดยไม่ขึ้นกับสถานะทางเศรษฐกิจหรือทางสังคม มาเป็นระบบที่ผู้ป่วยจะได้รับบริการที่สะดวก มีคุณภาพ และได้รับการดูแลที่เอาใจใส่ตั้งญาติมิตร มาเป็นระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในการจัดบริการที่มีประสิทธิผล เน้นการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพและการให้ทางเลือกแก่ผู้ใช้บริการ

การจะปรับเปลี่ยนระบบปัจจุบันให้เป็นระบบที่มีคุณลักษณะตามที่คาดหวังไว้ มีความจำเป็นต้องจัดระเบียบความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบเสียใหม่ เนื่องจากในระบบปัจจุบันการสร้างหลักประกันสุขภาพเป็นไปในลักษณะที่มุ่งไปที่การกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพียงเฉพาะกลุ่ม สิทธิในหลักประกันแต่ละอย่าง ขึ้นกับฐานะทางเศรษฐกิจ ขึ้นกับสถานะทางการจ้างงาน หรือขึ้นกับอายุ เป็นต้น ระบบประกันในแต่ละระบบที่มีอยู่ ก็ได้เท่าเทียมกันในส่วนของสิทธิประโยชน์ที่ให้กับผู้มีสิทธิและบริการที่ได้รับ ทั้งยังมีเงื่อนไขต่อผู้ให้บริการที่แตกต่างกันมาก ในขณะที่มีระบบประกันหลากหลายแบบ และบางส่วนก็ซ้ำซ้อนกัน แต่ระบบทั้งหลายเหล่านี้ เมื่อนำมาเชื่อมต่อกัน ก็ยังมีช่องโหว่ในการครอบคลุม กล่าวคือมีประชากรอีกส่วนหนึ่งที่ไม่มีสิทธิ

2 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

หรือความสามารถในการเข้าสู่ระบบประกันที่มีอยู่ทั้งหลายเหล่านี้ นอกจากนี้ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริง มิได้เป็นไปตามลำดับขั้นดังลักษณะที่ระบุในแผนพัฒนาสาธารณสุข ก่อให้เกิดปัญหาด้วยประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร ความสัมพันธ์ระหว่างระบบประกันแต่ละระบบ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ระหว่างผู้ประกันและผู้ให้บริการ ตลอดจนระหว่างผู้ป่วยและผู้ประกัน มีความจำเป็นต้องได้รับการออกแบบเสียใหม่ ให้เอื้อต่อคุณลักษณะที่คาดหวังดังกล่าวข้างต้น

การปฏิรูปเป็นการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของระบบ เป็นการเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ทั้งระบบ ที่มุ่งหมายในการสร้างระบบใหม่ซึ่งมีคุณลักษณะตามที่ต้องการ โดยที่การปรับปรุงระบบที่มีอยู่เดิมเพียงเฉพาะด้านหรือเฉพาะส่วนนั้น ไม่เพียงพอที่จะนำมาซึ่งคุณลักษณะดังกล่าวได้

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์เหล่านี้ มีผลถึงการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของระบบและการจัดสรรทรัพยากรใหม่ จึงย่อมหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงส่วนได้ส่วนเสียของผู้เกี่ยวข้องภายในระบบ เมื่อผลประโยชน์ถูกกระทบ จึงอาจมีการดำเนินการเคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อสนับสนุนหรือคัดค้านการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น นอกจากนี้ การดำเนินการเปลี่ยนแปลง ต้องดำเนินการผ่านโครงสร้างทางการเมืองเพื่อให้มีผลบังคับใช้ กระบวนการปฏิรูปจึงเป็นกระบวนการทางการเมือง

2. ความเคลื่อนไหวปฏิรูปสุขภาพในกระแสประชาชาติ

การเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพของไทย นอกจากจะเกิดขึ้นท่ามกลางกระแสของการปฏิรูปด้านต่างๆ ในสังคมไทยแล้ว ยังเกิดขึ้นท่ามกลางกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพของนานาประเทศในโลก ในช่วงกว่าหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา กระแสการเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา ในยุโรป ในลาตินอเมริกา และในเอเชีย ประเทศต่างๆ แต่ละประเทศมีวัตถุประสงค์ในการปฏิรูประบบสุขภาพที่แตกต่างกัน หลายๆ ประเทศมุ่งเน้นที่การควบคุมค่าใช้จ่าย อีกหลายประเทศมุ่งไปที่การสร้างหลักประกันถ้วนหน้า ในขณะที่บางประเทศใช้ความพยายามที่จะให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งสองด้านนี้พร้อมๆ กัน

ในโลกยุคปัจจุบันที่กระแสแห่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ณ ที่ใดที่หนึ่งของโลก มีโอกาสที่จะแพร่ออกไปยังที่อื่นๆ ได้อย่างรวดเร็ว กระแสแห่งการปฏิรูปสุขภาพในประเทศหนึ่งก็สามารถที่จะจุดชนวนแห่งการเคลื่อนไหวเพื่อแก้ไขปัญหาของระบบที่สะสมมานานในประเทศอื่นๆ จนเกิดเป็นกระแสปฏิรูปที่แพร่ออกไปในหลายประเทศในระยะเวลาใกล้เคียงกัน

ปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนในการเสริมการแพร่ขยายของการปฏิรูปและการใช้ระบบที่มีลักษณะบางประการคล้ายคลึงกันในประเทศต่างๆ คือการเกิดขึ้นของแนวคิดหรือนวัตกรรมทางบริหารหลายอย่างในช่วงที่ผ่านมา ซึ่งมีส่วนอย่างสำคัญในการเปิดทางเลือกรูปแบบของระบบ เช่น การจัดองค์กรและการบริหารเครือข่ายแบบ managed care การใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic-Related Group, DRG) และ Resource-Based Relative

Value Scheme (RBRVS) ในการคำนวณอัตราค่าบริการ การแพร่กระจายของนวัตกรรมเหล่านี้ที่ใช้ในประเทศหนึ่ง ได้รับการนำไปทดลองใช้ในประเทศหนึ่ง และส่งผลให้เป็นกระแสแห่งการเปลี่ยนแปลงที่รับรู้และเรียนรู้ร่วมกันในระหว่างประเทศ

3. การสรุปบทเรียนจากประสบการณ์ต่างประเทศ

การปฏิรูประบบสุขภาพไม่เพียงมีความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ยังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรของประเทศด้วย การสร้างรูปแบบระบบใหม่ในการปฏิรูปจึงต้องมีการพิจารณาถึงข้อดีและข้อจำกัดของทางเลือกต่างๆ นอกจากการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของระบบปัจจุบันของประเทศไทยแล้ว อีกวิธีการหนึ่งที่มีประโยชน์และได้รับการนำไปใช้ในหลายๆ ประเทศในการปฏิรูปด้านต่างๆ แล้วก็คือ การศึกษาจากประสบการณ์ต่างประเทศ การสรุปบทเรียนจากต่างประเทศมีข้อดีในแง่ที่สามารถประเมินมาตรการต่างๆ ที่ได้รับนำมาใช้จริงมาแล้ว นอกจากนี้ การเรียนรู้จากประสบการณ์ต่างประเทศในแง่ของวิธีการและขั้นตอนในการผลักดันการปฏิรูป จะมีประโยชน์ต่อการกำหนดรูปแบบวิธีการและจังหวะก้าวของการปฏิรูปให้มีความเหมาะสมด้วย

สาระและวิธีการปฏิรูปที่ใช้ในประเทศหนึ่ง สามารถจะนำไปใช้ในประเทศหนึ่งได้หรือไม่ คำตอบสำหรับคำถามนี้คงไม่ใช่คำตอบสั้นๆ เพียงคำว่า “ได้” หรือ “ไม่ได้” เท่านั้น การปฏิรูปในแต่ละประเทศจะมีเนื้อหา วิธีการ และกระบวนการบางส่วนที่เหมือนหรือคล้ายกัน แต่การปฏิรูปเกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมหรือบริบททางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองที่แตกต่างกัน ประสบการณ์ต่างประเทศไม่ว่าจะในด้านใดก็ตาม จะเป็นประโยชน์ก็ต่อเมื่อการเรียนรู้ประสบการณ์เหล่านั้นมาจากการทำความเข้าใจโดยการวิเคราะห์สาระ รูปแบบและวิธีการของการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนถึงปัจจัยในบริบทที่แตกต่างของแต่ละประเทศ และสังเคราะห์บทเรียนในลักษณะที่เป็นบทเรียนทั่วไป (generic lessons) จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น แล้วนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพสังคมอีกสังคมหนึ่งเท่านั้น ไม่ควรเป็นการลอกเลียนรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งมาใช้

การเปรียบเทียบระหว่างประเทศมีประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้จุดอ่อนจุดแข็งของรูปแบบและวิธีการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นตัวอย่างของการปฏิรูปที่ประสบผลสำเร็จหรือตัวอย่างการปฏิรูปที่ล้มเหลว ล้วนเป็นบทเรียนที่มีค่า ซึ่งจะเป็นประโยชน์ที่จะช่วยให้สามารถเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสม และหลีกเลี่ยงการดำเนินการที่ไม่ได้ผลซ้ำรอยอีก ดังที่ Heidenheimer, Heclo และ Adams¹ ชี้ว่า การศึกษาสิ่งที่เกิดขึ้นในประเทศหนึ่งโดยเปรียบเทียบกับของอีกประเทศหนึ่ง ช่วยให้สามารถเกิดมุมมองและทำความเข้าใจสถานการณ์ในประเทศของเราเอง รวมถึงทางเลือกและข้อจำกัดต่างๆ ที่อาจจะเกิดตามมาได้ดีขึ้น การเปรียบเทียบนโยบายระหว่างประเทศมีเหตุผลหลัก 3 ประการคือ

1. เพื่อหาแนวทางในการกำหนดนโยบายที่ดี เนื่องจากประเทศต่างๆ อาจจะใช้นโยบาย

¹ Heidenheimer, Heclo และ Adams (1990)

4 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ที่แตกต่างกันสำหรับปัญหาอย่างเดียวกัน สภาพดังกล่าวจึงเป็นเสมือนหนึ่งการทดลองแบบธรรมชาติ (natural experiment) ฉะนั้น การวิเคราะห์เปรียบเทียบจะช่วยให้เห็นถึงบทเรียนทั้งด้านบวกและด้านลบของแนวนโยบายและระบบต่าง ๆ

2. การเปรียบเทียบช่วยให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการที่ประเทศต่าง ๆ ใช้ในการแก้ปัญหาเฉพาะของตน

3. โลกยุคโลกาภิวัตน์ในปัจจุบัน นโยบายของประเทศหนึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประเทศอื่น ๆ ในขณะเดียวกัน แนวคิดและนโยบายที่เกิดขึ้นในประเทศหนึ่งสามารถแพร่กระจายไปยังประเทศอื่น ๆ ได้อย่างรวดเร็ว ความเข้าใจในระบบของประเทศต่าง ๆ มีส่วนช่วยให้มีการเตรียมความพร้อม ตลอดจนเข้าใจจุดอ่อนจุดแข็งของนโยบายที่ประเทศอื่น ๆ ใช้

งานสังเคราะห์ชิ้นนี้เป็นหนึ่งในความพยายามของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในการที่จะสร้างความเข้าใจต่อการปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศ เพื่อถ่วงถ่วงและสังเคราะห์บทเรียนจากนานาชาติ นำประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์มาประยุกต์ใช้เพื่อสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย เป็นความพยายามของการสร้างนโยบายและออกแบบระบบที่ตั้งอยู่บนฐานของความรู้ทางวิชาการที่มาจากข้อมูลและองค์ความรู้ที่มีอยู่ในนานาชาติ การเปรียบเทียบประสบการณ์ของประเทศต่าง ๆ จำนวน 10 ประเทศในที่นี่ ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ใน 2 ด้านด้วยกันคือ ในด้านลักษณะและองค์ประกอบของระบบสุขภาพ และในด้านขั้นตอนและกระบวนการการปฏิรูป ซึ่งการเปรียบเทียบในประการหลังนี้นับเป็นด้านที่ยังขาดอยู่ในการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศของงานต่าง ๆ ที่ผ่านมา ความเข้าใจในประสบการณ์ส่วนของกระบวนการปฏิรูปและในส่วนของคุณลักษณะของระบบต่าง ๆ น่าจะเป็นประโยชน์สำหรับการกำหนดแนวทาง กลไกขั้นตอน และสาระของการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมและเป็นจริง



บทที่ 2

การสังเคราะห์ ประสบการณ์ต่างประเทศ

1. วัตถุประสงค์และขอบเขตการศึกษา

เพื่อประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของต่างประเทศสำหรับเป็นแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย

ประเทศที่ทำการศึกษาในที่นี้มีจำนวน 10 ประเทศ เป็นประเทศในเอเชีย 5 ประเทศ คือ มาเลเซีย (Malaysia) สิงคโปร์ (Singapore) ไต้หวัน (Republic of China/taiwan) เกาหลีใต้ (Republic of Korea) ญี่ปุ่น (Japan) เป็นประเทศในยุโรปจำนวน 2 ประเทศ คือ อังกฤษ (United Kingdom) เยอรมนี (Germany) และอีก 3 ประเทศคือ สหรัฐอเมริกา (United States) ออสเตรเลีย (Australia) และ นิวซีแลนด์ (New Zealand)

งานชิ้นนี้เน้นการสังเคราะห์เพื่อสรุปบทเรียนจากนานาชาติในประเด็นหลักดังต่อไปนี้คือ สาระหลักของการปฏิรูป บริบท ยุทธศาสตร์ และขั้นตอนของการปฏิรูป ตลอดจนเครื่องมือที่ประเทศต่างๆ เหล่านี้นำมาใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ

ถึงแม้เนื้อหาของคำว่า “ระบบสุขภาพ” อาจมีขอบเขตที่แตกต่างกันตามมุมมองของผู้นิยาม แต่โดยที่การเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพที่ผ่านมาในประเทศส่วนใหญ่ที่ศึกษานี้ มุ่งเน้นไปที่การสร้างหลักประกันสุขภาพและการควบคุมค่าใช้จ่ายดังที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 1 เนื้อหาสาระของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ประมวลและวิเคราะห์ที่ครอบคลุมในการศึกษานี้ จะมีขอบเขตตามการปฏิรูปที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละประเทศ

2. วิธีการศึกษา

ประมวล วิเคราะห์และสังเคราะห์จากเอกสารการทบทวนการปฏิรูประบบสุขภาพของแต่ละประเทศ ซึ่งเป็นผลงานการศึกษาของนักวิชาการตาม “โครงการศึกษาวิจัยทบทวนประสบการณ์

2 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

การปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศ” ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขประกอบ กับเอกสารทางวิชาการและข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ

3. แหล่งและลักษณะข้อมูล

แหล่งข้อมูลหลักที่ใช้ในงานสังเคราะห์ชิ้นนี้มาจากรายงานประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของแต่ละประเทศตามโครงการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขดังกล่าวข้างต้น ในการรวบรวมข้อมูลสำหรับรายงานของแต่ละประเทศนั้น นักวิชาการผู้ศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพของแต่ละประเทศ ใช้วิธีเก็บข้อมูล 2 วิธีคือ

1. ทบทวนเอกสารสิ่งพิมพ์ งานวิจัย ข้อมูล สถิติจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ หนังสือ ตำรา วารสารวิชาการ วารสารทั่วไป เอกสารทางการของรัฐบาลหนังสือพิมพ์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์
2. สัมภาษณ์/พูดคุยกับผู้รู้ในประเทศไทย ผู้รู้ในประเทศที่ศึกษา โดยการติดต่อผ่านสื่อทางไกล หรือโดยการเดินทางไปเพื่อรวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องในประเทศที่ศึกษา

นอกจากนี้ ในการสังเคราะห์ยังได้ใช้เอกสารทางวิชาการ ได้แก่หนังสือและบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการอื่นๆ รวมทั้งการสัมภาษณ์นักวิชาการจากบางประเทศประกอบด้วย

4. ข้อจำกัดของการศึกษา

4.1 ข้อจำกัดของข้อมูล

- ข้อมูลจากเอกสารสิ่งพิมพ์ที่พรรณนาโครงสร้างของระบบ ถึงแม้ว่าจะให้ภาพรวมของระบบและองค์ประกอบต่างๆ แต่มีข้อจำกัดในการสะท้อนกิจกรรมที่ปฏิบัติจริงซึ่งเป็นพลวัตรและข้อมูลเชิงคุณภาพ ในทำนองเดียวกัน ข้อมูลจากเอกสารเกี่ยวกับแผนงานของรัฐ เป็นสิ่งที่ชี้เจตจำนงของรัฐ แต่อาจไม่ได้ระบุว่าได้ดำเนินการอะไรไปแล้วและบรรลุผลเพียงใด อะไรที่ยังไม่ได้ทำยังคงเป็นเพียงแผนหรือแนวทางที่ต้องการทำ
- รายงานของแต่ละประเทศที่ใช้เป็นเอกสารหลักสำหรับการสังเคราะห์ เขียนด้วยแนวการเขียนที่หลากหลายแบบ มีจุดเน้นและให้รายละเอียดในด้านที่แตกต่างกัน รายงานของบางประเทศพรรณนากระบวนการปฏิรูปโดยมีรายละเอียดผู้ที่เกี่ยวข้องและปัจจัยในสิ่งแวดล้อม แต่ขาดรายละเอียดโครงสร้างของระบบสุขภาพ ในทางกลับกัน รายงานของบางประเทศพรรณนา ลักษณะโครงสร้างของระบบสุขภาพอย่างละเอียด แต่ให้ข้อมูลกระบวนการปฏิรูปไม่ละเอียดนัก

4.2 ข้อจำกัดของการเปรียบเทียบ

- โครงสร้างและองค์การต่างๆ ของระบบในแต่ละประเทศ แม้จะมีการเรียกชื่อที่คล้ายกัน แต่อาจมีบทบาทหน้าที่บางอย่างที่ต่างกัน ในทางตรงข้าม โครงสร้างและองค์การที่เรียกชื่อต่างกัน อาจทำหน้าที่อย่างเดียวกัน ศัพท์ต่างๆ อาจไม่สามารถเทียบเคียงกัน

ได้อย่างสมบูรณ์²

- ระบบสังคมมีความซับซ้อน สิ่งที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพเป็นผลมาจากทั้งปัจจัยภายในระบบและปัจจัยจากบริบทของระบบ นอกจากนี้ วิวัฒนาการทางประวัติศาสตร์ก็มีความสำคัญต่อลักษณะระบบในปัจจุบัน ปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ นำไปสู่สิ่งที่เรียกว่า ลักษณะเฉพาะของระบบ (system uniqueness)
- จากความซับซ้อนของระบบ ทำให้ยากที่จะแยกปัจจัยต่างๆออกจากกันเพื่อระบุความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผล (causal relationship) ที่พิสูจน์ได้ชัดเจนสำหรับเป็นข้อสรุปซึ่งนำไป ใช้ในอีกสังคมหนึ่ง

5. กรอบการสังเคราะห์

ข้อมูลเกี่ยวกับระบบของแต่ละประเทศที่ศึกษาประกอบด้วยข้อมูล 2 ด้านคือ

1. ลักษณะของระบบสุขภาพ
2. กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ จะใช้กรอบแนวคิดต่อด้านต่าง ๆ ดังนี้

5.1 กรอบการประมวลภาพรวมและองค์ประกอบของระบบสุขภาพ

การประมวลข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบในส่วนลักษณะของระบบ โดยพิจารณาองค์ประกอบย่อยเป็นด้านๆ ดังต่อไปนี้

1. ภาพรวมของระบบ (System overview) : ประชากรมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ (universal or non - universal coverage) เป็นระบบบังคับหรือสมัครใจ (compulsory or voluntary) เป็นกองทุนใหญ่กองทุนเดียว (single payer) หรือหลายกองทุน (multiple payers) มีการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน (basic package) หรือไม่ และอื่นๆ
2. การคลังของระบบ (Financing)
 - 2.1. แหล่งที่มาของงบประมาณ (Sources of finance) : แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายจากภาษี การหักจากเงินเดือนลูกจ้าง สมทบด้วยนายจ้าง หรือจากกระเป๋าผู้ป่วย
 - 2.2. บทบาทรัฐ - เอกชนทางด้านการคลัง (Public - private mix) สัดส่วนค่าใช้จ่ายจากภาครัฐและเอกชนในการจ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพ เช่น ประกันสุขภาพ เอกชนธุรกิจเอกชน บุคคล
 - 2.3. ภาระทางการเงินของประชาชน/ผู้ป่วย (Individuals' contribution) : บุคคลต้องรับภาระทางการเงินในฐานะประชาชน ผู้ซื้อประกัน และผู้ป่วย อย่างไร
 - 2.4. มาตรการจ่ายค่าบริการ (Provider payment)
 - 2.4.1. ผู้ให้บริการปฐมภูมิ (Primary care providers) : วิธีการจ่ายค่าบริการแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP)/แพทย์ประจำครอบครัว (family practice)

² Heady (1984).

4 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

physicians) ค่ายา ค่าบริการ ทันตกรรม และอื่นๆ โดยภาครัฐ ประกันเอกชน และบุคคล

2.4.2. ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ (Secondary/ tertiary care providers) :
วิธีการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอก/ใน ในโรงพยาบาล วิธีการจ่ายค่าบริการแพทย์เฉพาะทางทั้งใน และนอกโรงพยาบาล วิธีการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ในโรงพยาบาล โดยภาครัฐ ประกันเอกชน และบุคคล

3. ระบบบริการ (Delivery)

3.1. ทางเลือกใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ (Channel of entry/gatekeeper/referral) : มีการกำหนดว่าผู้ป่วยต้องเลือกใช้บริการจากแหล่งใดก่อนหรือไม่ ระบบการส่งต่อเป็นอย่างไร

3.2. บทบาทรัฐ - เอกชนในการให้บริการ (Public - private mix) : รัฐและเอกชน ทั้งประเภทแสวงกำไรและการกุศล มีบทบาทอย่างไรในการจัดบริการด้านต่างๆ ทั้งการรักษาป้องกันส่งเสริมสุขภาพ ล้วนส่วนความเป็นเจ้าของสถานบริการระหว่างรัฐกับเอกชน

โดยที่ข้อมูลที่น่าสนใจในรายงานชุดนี้ตามหัวข้อข้างต้นจะใช้ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ประกอบหลักของตัวระบบสุขภาพในขณะนี้ คือระบบหลังการปฏิรูป เพื่อสามารถนำไปใช้เปรียบเทียบกับสถานะปัจจุบันของประเทศต่างๆ

5.2 กรอบการเปรียบเทียบลักษณะของระบบสุขภาพ

ในการเปรียบเทียบลักษณะของระบบต่างๆ จะวิเคราะห์ในแง่

1. โครงสร้างในภาพรวม
2. ลักษณะองค์ประกอบของโครงสร้างในส่วนผู้เกี่ยวข้องหลักทั้ง 3 คือ ประชาชน/ผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ และองค์กรประกัน
3. มาตรการเชิงระบบและผลลัพธ์ขั้นกลางของระบบ (intermediate system outcomes) ในแง่ความครอบคลุม ความเท่าเทียม ความพึงพอใจ ค่าใช้จ่ายสุขภาพ และค่าใช้จ่ายบริหาร

5.3 กรอบการประมวลกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

ในส่วนของกระบวนการปฏิรูปของแต่ละประเทศ จะพิจารณาหัวข้อต่างๆ 7 ด้านด้วยกัน ดังนี้

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป (Overview of health system before reform)
2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป (Major problems leading to reform)
3. สารสำคัญและมาตรการหลัก (Reform contents and key measures) : หลักการ เนื้อหา/องค์ประกอบด้านต่างๆ ของการปฏิรูป มาตรการเช่น แผน กฎหมาย
4. กระบวนการปฏิรูป (Reform process) : เหตุการณ์/กิจกรรม ที่นำไปสู่จุดเริ่มต้น

ของการปฏิรูปและระหว่างกระบวนการปฏิรูป ปฏิกริยาของสังคมต่อการปฏิรูป

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม (Political, economic, and social contexts of reform) : ลักษณะจำเพาะของพรรคการเมือง ผู้นำทางการเมือง สภาวะเศรษฐกิจ) ปรัชญาความเชื่อพื้นฐานต่อสุขภาพและการบริการสุขภาพ
6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป (Actors and their roles toward reform): บุคคล องค์กร ที่เป็นตัวจักรสำคัญ (prime movers) หรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการปฏิรูป บุคคล/กลุ่มเหล่านี้มีทำอย่างไร อำนาจมากน้อยเพียงใด และมีบทบาทในการผลักดัน สนับสนุน หรือต่อต้านการปฏิรูปอย่างไร
7. ผลของการปฏิรูป (Changes brought about by reform): ผลการปฏิรูปในแง่ของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านความครอบคลุม ค่าใช้จ่าย และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ตลอดจนประเด็นจำเพาะที่ระบุเป็นเป้าหมายของการปฏิรูปครั้งนั้นๆ

ผลของการปฏิรูปในแต่ละครั้งหรือของแต่ละประเทศเป็นปัจจัยสำคัญที่สะท้อนความสำเร็จหรือล้มเหลวของการปฏิรูป อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับ “ผล” ของการปฏิรูปในเชิงผลลัพธ์สุดท้ายต่อสุขภาพของประชากร (health outcomes) มักจะหาได้ยาก ในที่นี้จึงพิจารณาผลขั้นกลางของการปฏิรูป (intermediate outcomes) ในแง่ของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการปฏิรูปในมิติทางด้านความครอบคลุม/ความเท่าเทียม (coverage/equity) ค่าใช้จ่าย/ประสิทธิภาพ (cost/efficiency) และคุณภาพความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นหลัก (quality/patient satisfaction) โดยจะให้ความสำคัญต่อข้อมูลเชิงประจักษ์ (empirical evidence) โดยเฉพาะในแง่ผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้ซื้อบริการ สถานะสุขภาพ และค่าใช้จ่าย มากกว่าข้อมูลเชิงพรรณนาที่เป็นความคิดเห็น

5.4 กรอบการวิเคราะห์กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

สำหรับกระบวนการปฏิรูป จะวิเคราะห์โดยใช้กรอบกระบวนการนโยบาย (policy process) ซึ่งเป็นกรอบเชิงพรรณนา (descriptive) ขั้นตอนต่างๆ อันนำไปสู่การสร้างนโยบายใหม่หรือเปลี่ยนแปลงนโยบายที่มีอยู่ ไม่ว่าจะเป็นนโยบายในรูปของกฎหมาย แผนงานหรือโครงการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ ขั้นตอนหลักของกระบวนการนโยบายประกอบด้วย³ (ภาพที่ 2.1)

- การสร้างประเด็นนโยบาย (Agenda Setting) :

ในสังคมแต่ละสังคม มีปัญหาต่างๆ มากมาย บางปัญหาก็เป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจจากสาธารณะ กลายเป็นประเด็นอภิปรายในหมู่คนจำนวนมากในสังคม และในสื่อมวลชนต่างๆ และเป็นประเด็นที่คนในสังคมโดยทั่วไปรวมทั้งรัฐบาล เห็นร่วมกันว่าจะต้องมีการดำเนินการกับปัญหานั้นๆ ในขณะเดียวกัน ก็ยังมีปัญหาอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ได้เป็นที่สนใจของสื่อมวลชนและ

6 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

สาธารณชน และไม่ได้เป็นที่สนใจของรัฐบาล ปัญหาเหล่านี้จึงไม่ได้เป็นประเด็นที่คนในสังคมส่วนใหญ่เห็นว่าควรต้องมีมาตรการแก้ไข ประเด็นปัญหาที่ได้รับความสนใจถึงขั้นที่มีการอภิปรายว่าจะกำหนดนโยบายเพื่อมาแก้ปัญหอย่างไร จัดเป็นประเด็นนโยบาย (policy agenda) ปัญหาเหล่านี้ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นนโยบายได้อาจเนื่องจากมีความรุนแรงมาก หรือมีขอบเขตผลกระทบที่กว้างขวาง หรือเกิดจากการผลักดันของบุคคลบางกลุ่มบางคน นโยบายใด ๆ ก็ตามจะเกิดขึ้นและได้รับการอนุมัตินำไปปฏิบัติได้ก็เมื่อมีประเด็นนโยบายก่อน ขั้นตอนการสร้างประเด็นนโยบายจึงเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการนโยบาย

- การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation) :

ในขั้นตอนการกำหนดนโยบาย รายละเอียดของแนวทางการแก้ไขปัญหาก็จะถูกกำหนดขึ้น เพื่อนำไปสู่การพิจารณาของผู้มีอำนาจตัดสินใจนโยบาย ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนซึ่งกลุ่มต่างๆ ในสังคมที่เกี่ยวข้องหรือมีส่วนได้ส่วนเสียกับนโยบายนั้นๆ ต้องการมีส่วนร่วมเพื่อให้รายละเอียดของนโยบายเป็นประโยชน์กับกลุ่มของตนมากที่สุด

- การอนุมัตินโยบาย (Policy Adoption) :

การอนุมัตินโยบายดำเนินการโดยองค์กรทางการเมืองที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามระเบียบในการพิจารณาอนุมัติหรือไม่อนุมัตินโยบายหนึ่งๆ เช่น รัฐมนตรี คณะรัฐมนตรี รัฐสภา เป็นต้น

- การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation) :

หลังจากที่นโยบายผ่านการอนุมัติแล้ว (รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณ) จะไปสู่ขั้นตอนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ขั้นตอนนี้โดยทั่วไปเกี่ยวข้องกับการดำเนินการทางเทคนิคที่จะให้เกิดการบรรลุผลของนโยบายตามวัตถุประสงค์และรายละเอียดอื่นๆ ที่กำหนดไว้ แต่ทว่าบ่อยครั้งที่กลุ่มผลประโยชน์ซึ่งมีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบาย พยายามที่จะมีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อให้เป็นไปในทางที่เกิดประโยชน์กับตนมากที่สุด หรือให้ตนสูญเสียประโยชน์น้อยที่สุด

- การประเมินผลนโยบาย (Policy Evaluation) :

โดยหลักการแล้ว นโยบายที่นำไปปฏิบัติแล้วควรได้รับการประเมินว่าบรรลุผลหรือไม่เพียงใด เพื่อนำผลการประเมินไปพิจารณาว่าจะต้องมีการปรับเปลี่ยนนโยบายหรือไม่อย่างไร คือกลับไปสู่ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย การประเมินผลนโยบายจึงจัดเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการ นโยบาย แต่ในทางปฏิบัติ มีนโยบายเพียงจำนวนไม่มากนักที่ได้รับการประเมินอย่างเป็นระบบ หมายความว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านขั้นตอนการประเมินนโยบาย

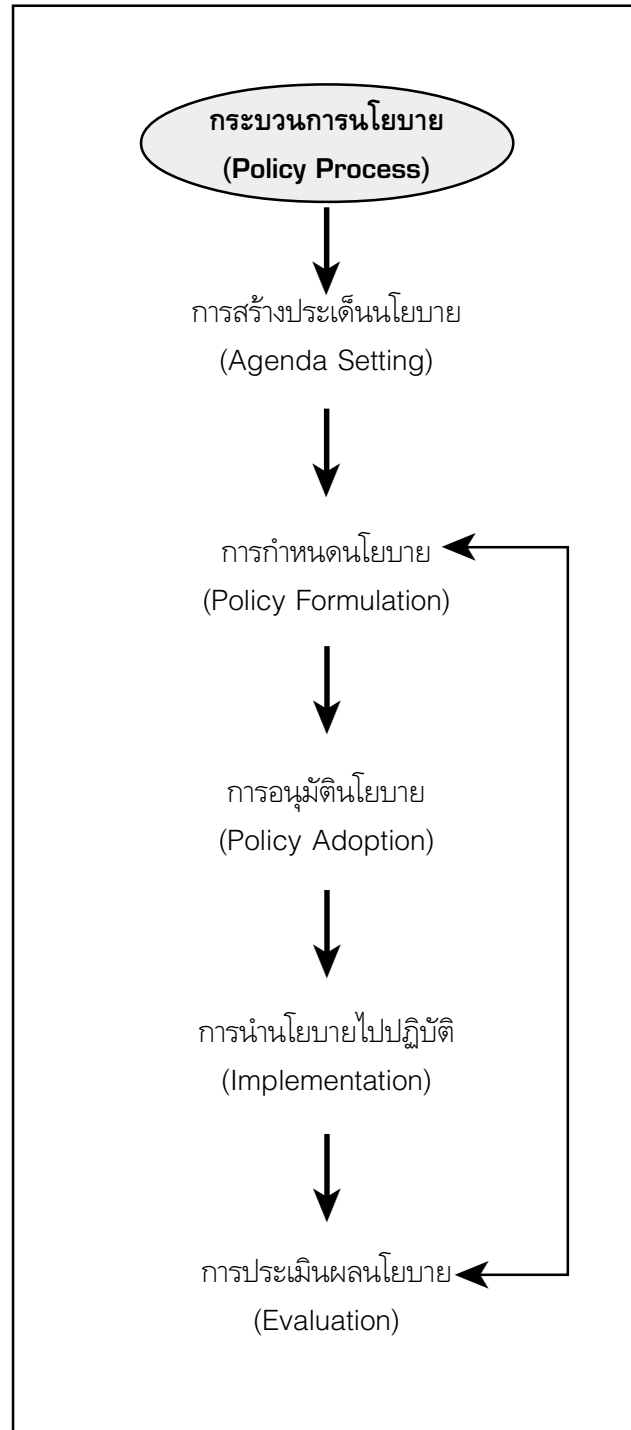
ในทางปฏิบัติ นโยบายจำนวนหนึ่งไม่ได้ผ่านขั้นตอนดังกล่าวข้างต้นในแบบของกระบวนการเชิงเส้นตรงจากขั้นหนึ่งไปสู่อีกขั้นหนึ่งในทิศทางเดียว แต่อาจมีการเคลื่อนจากขั้นตอนหนึ่งกลับไปสู่ขั้นตอนเดิม หรืออาจขาดบางขั้นตอนไป เช่น นโยบายบางนโยบายอาจไม่ได้รับการประเมินผล แต่กรอบการวิเคราะห์เชิงขั้นตอนจะช่วยให้เห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละช่วงของ

³ รายละเอียดและตัวอย่างในการวิเคราะห์นโยบายด้านต่างๆ ดูได้จาก Anderson (1984), Jones (1984)

กระบวนการได้ชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตาม กรอบกระบวนการนโยบายนี้ไม่ได้ใช้วิเคราะห์ว่าเนื้อหาสาระของนโยบายเหมาะสมหรือไม่ ดีหรือไม่ สามารถแก้ปัญหาตามวัตถุประสงค์ได้หรือไม่

ในการพิจารณากระบวนการนโยบาย (policy process) จะครอบคลุมในส่วนของผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย (policy actors) และปัจจัยในบริบท (context) ประกอบด้วย

8 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ





บทที่ 3

ระบบสุขภาพ และสำรสำคัญ ของการปฏิรูป

ในบทนี้จะทำการประมวลาพรวมโดยสรุปของการปฏิรูประบบสุขภาพใน 10 ประเทศ โดยนำเสนอภาพใน 2 ด้านด้วยกัน คือ 1) ระบบสุขภาพในปัจจุบัน และ 2) การปฏิรูประบบสุขภาพ ตามกรอบการประมวลาพดังที่ได้เสนอในบทที่ 2 เนื่องจากแหล่งข้อมูลหลักเกี่ยวกับตัวระบบสุขภาพและกระบวนการปฏิรูปที่นำเสนอในบทนี้มาจากรายงานการปฏิรูประบบสุขภาพของแต่ละประเทศ¹ การอ้างอิงแหล่งข้อมูลจึงระบุเฉพาะในกรณีที่ข้อมูลในส่วนนั้นๆ มาจากแหล่งอื่นนอกเหนือจากรายงานดังกล่าวเท่านั้น

ในส่วนของกระบวนการปฏิรูปนั้น สำหรับประเทศที่มีการปฏิรูปมากกว่า 1 ครั้ง และสามารถแยกช่วงเวลาของการปฏิรูปในแต่ละครั้งได้ชัดเจน จะแยกประมวลาพและวิเคราะห์การปฏิรูปครั้งสำคัญๆ แต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดความชัดเจนในกระบวนการที่เกิดขึ้นในการปฏิรูปแต่ละครั้งสำหรับประเทศที่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ค่อนข้างต่อเนื่อง จะพิจารณาการปฏิรูปทั้งหมดภายใต้หัวข้อเดียวกัน อนึ่ง ในการลำดับเหตุการณ์เกี่ยวกับการปฏิรูปที่เกิดขึ้น จะใช้ปีค.ศ.ในการลำดับ

เยอรมันนี

ระบบสุขภาพในปัจจุบัน

1. ภาพรวมของระบบ

มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบบังคับ กฎหมายกำหนดให้คนทำงานที่มีรายได้ไม่เกินระดับที่กำหนดต้องเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย (sickness funds) และจ่ายเข้ากองทุนตามสัดส่วนของรายได้ต่อเดือน ประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กฎหมายกำหนดสามารถเลือกไปประกันกับเอกชนได้ ข้าราชการไม่ถูกบังคับให้เป็นสมาชิก สามารถเลือกที่จะสมัครเป็นสมาชิกกองทุนหรือซื้อประกันเอกชน ผู้ที่ตัดสินใจซื้อประกันเอกชนแล้ว จะไม่สามารถย้ายเข้า

1 อ้างอิงรายงานของแต่ละประเทศตาม 10 รายการแรกในบรรณานุกรม

2 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

เป็นสมาชิกกองทุนการเจ็บป่วยในภายหลัง ซึ่งข้อกำหนดนี้เป็นมาตรการป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงกับกองทุนการเจ็บป่วยในการต้องรับคนที่ถูกปฏิเสธจากประกันเอกชน ในปี 1994 ร้อยละ 89 ของประชากรประกันภายใต้กองทุน

กองทุนการเจ็บป่วยจัดตั้งขึ้นโดยภาคเอกชนในลักษณะองค์กรอิสระที่ไม่แสวงกำไร ภายใต้การกำกับของรัฐ อาจรวมตัวกันในลักษณะกลุ่มวิชาชีพ ลักษณะของอาชีพ หรือตามภูมิลาเนา ในปี 1993 มีกองทุนทั้งหมดจำนวน 960 กองทุน แบ่งเป็นประเภทต่างๆ คือ กองทุนท้องถิ่น กองทุนบริษัท กองทุนช่างฝีมือ กองทุนทดแทน และกองทุนอื่นๆ เนื่องจากหลักการของระบบประกันสุขภาพเยอรมันเป็นระบบพึ่งตนเองเป็นหลัก รายได้กองทุนมาจากเบี้ยประกันที่จ่าย โดยนายจ้างและลูกจ้างเท่านั้น ไม่ได้มีการอุดหนุนจากรัฐ กองทุนเหล่านี้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับสมาชิก และกำหนดอัตราเบี้ยประกันเองได้ แต่ต้องอยู่ในเขตแดนที่กฎหมายกำหนดกองทุนทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการโดยทำความตกลงกับผู้ให้บริการต่างๆ

ประเทศเยอรมันปกครองระบบสหพันธรัฐ นโยบายและกฎหมายด้านสาธารณสุขจะถูกกำหนดโดยรัฐบาลกลางร่วมกับรัฐบาลของมลรัฐ บทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลกลางคือ การออกกฎหมายต่างๆ เพื่อควบคุมกำกับระบบบริการสาธารณสุข รัฐบาลของมลรัฐมีบทบาทในการบังคับใช้กฎหมายต่างๆ ที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง และออกกฎหมายลูกของมลรัฐตนเองเพื่อบังคับใช้ ควบคุมกำกับการดำเนินงานขององค์กรอิสระที่ได้รับการรับรองตามกฎหมาย ดำเนินกิจการโรงพยาบาลของมลรัฐ จัดทำแผนควบคุมและพัฒนาโรงพยาบาลในด้านศักยภาพทั้งของรัฐและเอกชน ควบคุมกำกับมาตรฐานด้านการศึกษาทางการแพทย์ และรวมไปถึงการควบคุมการผลิตแพทย์ รัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขต่างๆ เช่นการควบคุมป้องกันโรค บริหารจัดการโรงพยาบาลของท้องถิ่นเอง ให้งบประมาณด้านการลงทุนแก่โรงพยาบาล บริหารและสนับสนุนด้านงบประมาณแก่บ้านพักคนชราของรัฐ

2. การคลังของระบบ

2.1. แหล่งที่มาของงบประมาณ

เอกชนเป็นผู้รับภาระการจ่ายค่าบริการต่าง ๆ ผ่านกองทุนและประกันสุขภาพเอกชน รัฐสนับสนุนด้านการลงทุนจากภาษี

2.2. บทบาทรัฐ-เอกชนทางการคลัง

งบประมาณที่ใช้สำหรับให้บริการและลงทุนทางด้านสุขภาพมีแหล่งจากส่วนต่าง ๆ ในสัดส่วนดังนี้

แหล่งเงิน	ร้อยละ (สถิติปี 1994)
กองทุนการเจ็บป่วย (โดยเก็บเงินจากสมาชิก)	47.9
นายจ้าง	14.7

งบประมาณของรัฐ (สหพันธ์, มลรัฐ, ท้องถิ่น)	13.4
ครัวเรือนของประชาชน (ส่วนจ่ายร่วม)	7.7
กองทุนการประกันการเกษียณงาน (ฟื้นฟูสุขภาพ)	7.7
บริษัทประกันเอกชน	5.3
กองทุนประกันอุบัติเหตุ	3.3
รวม	100

2.3. ภาระทางการเงินของประชาชน/ผู้ป่วย

ประชาชนจ่ายค่าเบี้ยประกันเข้ากองทุนการเจ็บป่วยหรือซื้อประกันเอกชน

อัตราการจ่ายเข้ากองทุนสำหรับสมาชิกภายใต้การประกันสุขภาพภาคบังคับจะแตกต่างกันในแต่ละกองทุน แต่ต้องไม่ต่ำหรือเกินกว่าอัตราที่กฎหมายกำหนด คือร้อยละ 8.5 - 16.5 สำหรับลูกจ้างที่ทำงานในโรงงานหรือบริษัท เบี้ยประกันจะออกโดยนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละครึ่ง ส่วนผู้ประกอบการอิสระต้องจ่ายเองทั้งหมด ผู้ที่ว่างงานได้รับความคุ้มครองโดย Federal Labor Administration เป็นผู้จ่าย 2/3 ของเบี้ยประกัน และอีก 1/3 จ่ายโดยหน่วยงานสวัสดิการท้องถิ่น สำหรับของผู้เกษียณแล้วเบี้ยประกันจะจ่ายโดยกองทุนเกษียณ (pension fund)

2.4. มาตรการจ่ายค่าบริการ

2.4.1. ผู้ให้บริการปฐมภูมิ

สำหรับบริการผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) สมาคมกองทุนการเจ็บป่วย (Association of sickness funds) เจรจาต่อรองกับสมาคมแพทย์ที่เป็นสมาชิกกองทุน (Association of sickness fund physicians) ทุกปีเพื่อกำหนดวงเงินสำหรับจ่ายให้บริการผู้ป่วยนอก และสมาคมแพทย์จะทำหน้าที่จ่ายให้แก่แพทย์สมาชิกที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนแบบ Point system ตามปริมาณบริการและอัตราค่าบริการที่กำหนดภายใต้งบประมาณยอดรวมที่ได้รับ

ค่าตอบแทนบริการทันตกรรมก็ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน โดยคู่เจรจา คือสมาคมของทันตแพทย์ที่เป็นสมาชิกกองทุน

ค่ายา จ่ายตามรายการในราคาที่กำหนด โดยผู้ป่วยต้องจ่ายไปก่อนแล้วมาเบิกคืนที่หลัง

กายภาพบำบัด จ่ายให้ตามอัตราที่กำหนด การฟื้นฟูสุขภาพ จ่ายให้คลินิกเป็นอัตรารายวัน การพยาบาลโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยร่วมจ่ายด้วย

2.4.2. ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

การจ่ายให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital care) กองทุนการเจ็บป่วยจ่าย ค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลใน 3 ลักษณะคือ อัตราคงที่ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (flat fees per diagnosis - related group) อัตรายอดรวม (global fees) สำหรับบริการที่มีการกำหนด

4 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ราคา และการจ่ายแบบรายวัน (per diem rate) สำหรับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล
แพทย์ในโรงพยาบาลเป็นลูกจ้างของโรงพยาบาล และได้รับเงินเดือนเป็นค่าตอบแทน

3. ระบบบริการ

3.1 ทางเลือกใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ

ประชาชนที่เป็นสมาชิกกองทุนการเจ็บป่วยมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนกับแพทย์ และทันตแพทย์ที่จะใช้บริการ โดยแต่ละไตรมาสจะได้รับใบรับรองสิทธิและต้องไปยื่นต่อแพทย์/ทันตแพทย์ที่ตนเลือกที่จะขึ้นทะเบียน และต้องใช้บริการกับคนที่ตนเลือก แต่ในบางกองทุนก็อาจให้มีการเปลี่ยนแพทย์ได้ในระหว่างไตรมาส แพทย์ที่รับผิดชอบอาจจะส่งต่อไปรับบริการกับแพทย์ท่านอื่นหรือแพทย์เฉพาะทางได้ นอกเวลาราชการสามารถใช้บริการได้ที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลได้โดยตรง ต้องผ่านระบบการส่งต่อจากแพทย์ที่ตนขึ้นทะเบียน

3.2 บทบาทรัฐ-เอกชนในการให้บริการ

บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมดจัดโดยแพทย์เอกชนที่ทำงานในคลินิกของตนเองหรือเปิดคลินิกร่วมกัน แพทย์/ทันตแพทย์ที่ให้บริการกับผู้ประกันตนได้จะต้องได้รับใบอนุญาตและเป็นแพทย์สมาชิกของกองทุนฯ

ในปี 1995 มีจำนวนแพทย์ในเยอรมนีทั้งหมด 3.3 แสนคน ในจำนวนนี้ประมาณ 1/3 เป็นแพทย์ที่ทำงานให้บริการผู้ป่วยนอก ซึ่งในกลุ่มนี้กว่าร้อยละ 98 เป็นแพทย์สมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย มีไม่ถึงร้อยละ 2 ที่ให้บริการอิสระ แพทย์ประมาณ 1/3 ทำงานในโรงพยาบาลที่เหลืออีก 1/3 ทำงานบริหารและอื่น ๆ รวมทั้งแพทย์ที่ไม่ได้ทำเวชปฏิบัติหรือตงงาน ซึ่งมีอยู่ร้อยละ 18 ทั้งนี้เนื่องจากการจะให้บริการกับประชาชนภายใต้ระบบประกันนั้นต้องเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วยก่อนถึงจะสามารถให้บริการได้ ในพื้นที่ที่มีแพทย์เกินแล้วกองทุนก็อาจไม่รับแพทย์เพิ่ม ทำให้มีบางส่วนตงงาน

เตียงในโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 59 ดำเนินการโดยรัฐ ร้อยละ 36 เป็นของเอกชนแบบไม่แสวงกำไร และมีประมาณร้อยละ 5 อยู่ในโรงพยาบาลเอกชนแบบแสวงกำไร

ร้านยาดำเนินการโดยเภสัชกร จะทำหน้าที่จ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยตามใบสั่งแพทย์ แพทย์ในคลินิกไม่สามารถจำหน่ายยาให้ผู้ป่วยได้

การปฏิรูป

การปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

ประชาชนไม่มีหลักประกันสุขภาพ มีการขยายของภาคแรงงานในอุตสาหกรรม สภาพการทำงานและความเป็นอยู่ไม่ดี สุขภาพของกลุ่มแรงงานแย่ทำให้ผลผลิตต่ำ มีการเคลื่อนไหวของ

กลุ่มแรงงานเพื่อผลักดันให้มีการจัดระบบบริการสุขภาพให้กับแรงงาน

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

สุขภาพของแรงงานไม่ดีและมีผลเสียในการทำงานต่ำ

3. สาเหตุสำคัญและมาตรการหลัก

สร้างหลักประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับคนส่วนใหญ่ในสังคม โดยเริ่มจากกลุ่มผู้ใช้แรงงาน แล้วขยายจนครอบคลุมเกือบทั้งหมด บริหารจัดการแบบกองทุนหลายกองทุน เปิดโอกาสให้ผู้มีรายได้สูงเลือกใช้ประกันเอกชนได้

ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือหลัก

4. กระบวนการปฏิรูป

ปี 1883 ออกกฎหมายการประกันสุขภาพ

สองปีหลังจากนั้น ประชาชนเฉพาะที่เป็นผู้ใช้แรงงานระดับล่างเพียงร้อยละ 26 ที่มีหลักประกัน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด

ปี 1901 ขยายประกันสุขภาพครอบคลุมลูกจ้างในระบบธุรกิจและคมนาคม

ปี 1911 ขยายประกันสุขภาพครอบคลุมแรงงานในภาคเกษตรกรรมและป่าไม้ และข้าราชการท้องถิ่น

ปี 1914 ขยายประกันสุขภาพครอบคลุมข้าราชการทั้งหมด

ปี 1918 ขยายประกันสุขภาพครอบคลุมกลุ่มผู้ว่างงาน และกลุ่มประมง

ปี 1927-30 ขยายประกันสุขภาพครอบคลุมบุคคลในครอบครัวทั้งหมด

ปี 1933 Hitler ปกครองเยอรมนี รัฐเข้าไปมีบทบาทควบคุมงานด้านต่างๆ รวมทั้งระบบประกันสุขภาพด้วย มีการขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มต่างๆเพิ่มขึ้นอีก

หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (ปี 1945) ประเทศถูกแยกปกครอง 2 ระบบ เยอรมนีตะวันออกใช้ระบบคอมมิวนิสต์ รัฐเข้าควบคุมการดำเนินกิจการด้านต่างๆ เยอรมนีตะวันตกใช้ระบบทุนนิยม มีการกระจายอำนาจให้กองทุนเหมือนในช่วงก่อนที่รัฐบาลนาซีเข้าปกครอง

ปี 1941 ขยายประกันสุขภาพครอบคลุมผู้สูงอายุ

อนุญาตให้บุคคลที่มีรายได้มากกว่าเพดานที่กำหนดสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้แบบสมัครใจ

ปี 1966 ขยายประกันสุขภาพครอบคลุมลูกจ้างปศุสัตว์และพนักงานขาย

ปี 1970 กำหนดเพดานรายได้สำหรับประกันภาคบังคับ และเริ่มครอบคลุมการตรวจสุขภาพเพื่อป้องกันโรค

ปี 1972 ขยายประกันสุขภาพครอบคลุมเกษตรกรอิสระและครอบครัว

6 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ออกกฎหมายและข้อบังคับให้รัฐบาลกลางและรัฐบาลของมลรัฐต้องร่วมรับผิดชอบด้านการลงทุนให้แก่โรงพยาบาล

ปี 1975 ขยายประกันสุขภาพครอบคลุมนักเรียนและผู้พิการ

กองทุนประกันสุขภาพต่างๆ มีการบริหารจัดการแยกกันของแต่ละกองทุน และประชาชนต้องเข้าเป็นสมาชิกของกองทุนต่างๆ แบบบังคับตามลักษณะของสังคมและอาชีพเป็นหลัก

ปี 1977 อนุญาตให้ประชาชนสามารถเลือกสมัครเข้าเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วยได้โดยไม่ถูกจำกัด

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

ช่วงแรกเป็นระยะการพัฒนาและการขยายตัว (1883 - 1933) โดยแรงผลักดันในการเปลี่ยนแปลงก็คือ นโยบายด้านการเมือง การปกครอง ภาวะเศรษฐกิจที่อำนวยความสะดวกของการขยายตัวของระบบประกันสังคม ในระยะที่สองคือช่วงรัฐบาลนาซี (1933 - 1945) มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการโดยรัฐบาลเข้าไปควบคุมกำกับและลดบทบาทภาคประชาชน ประกอบกับการขยายสิทธิประโยชน์และความครอบคลุม แรงผลักดันหลักในช่วงนี้เป็นปัจจัยการเมือง ระยะที่สามคือช่วงของการฟื้นฟูระบบประกันสุขภาพ (1945 - 1977) ต้องมีการฟื้นฟูประเทศและระบบเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันกลุ่มองค์กรต่างๆ ก็เริ่มต่อต้านการครอบงำของภาครัฐ จึงต้องมีการปรับโครงสร้างความสัมพันธ์ขององค์กรต่างๆ ในระบบประกันสุขภาพ แรงผลักดันของการปฏิรูปมาจากความจำเป็นหลังภาวะสงคราม การเคลื่อนไหวของกลุ่มอำนาจและกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

การตรากฎหมายประกันสุขภาพเกิดจากการเคลื่อนไหวของกลุ่มแรงงานเป็นหลัก โดยกฎหมายประกันสุขภาพฉบับแรกในปี 1883 ให้อำนาจกับกองทุนการเจ็บป่วยเลือกทำสัญญากับแพทย์แต่ละบุคคล ทำให้กลุ่มวิชาชีพแพทย์ไม่พอใจ ด้วยเหตุผลว่าถูกจำกัดการเข้ามาให้บริการเนื่องจากกองทุนจะเป็นผู้กำหนดรับแพทย์เอง จึงมีการประท้วงหยุดงานหลายครั้ง จนในที่สุดในปี 1913 ก็มีการตกลงกันได้ระหว่างกองทุนและกลุ่มวิชาชีพว่าจะมีการต่อรองกันในลักษณะรวมกลุ่มในการกระจายใบอนุญาตให้แพทย์เข้ามาให้บริการตามสัดส่วนจำนวนผู้ประกันตนในแต่ละพื้นที่ และรายได้ของแพทย์ก็จะเป็นการเจรจาต่อรองกันระหว่างกองทุนการเจ็บป่วยกับสมาคมแพทย์ในภาพรวม ซึ่งข้อตกลงนี้ก็ได้มีการกำหนดใน National Insurance Code และวิธีการนี้ก็ได้รับการใช้มาจนถึงปัจจุบัน โดยมีการเจรจาต่อรองปรับปรุงหลายครั้งด้วยกัน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กรครั้งใหญ่เกิดในสมัยรัฐบาลนาซี ฮิตเลอร์ได้ยกเลิกการกระจายอำนาจให้องค์กรต่างๆ ดำเนินการมาเป็นในลักษณะการควบคุมโดยรัฐ แต่หลังจากการล่มสลายของรัฐบาลนาซี มีกระแสต่อต้านอำนาจรัฐ ทำให้ต้องมีการกระจายอำนาจและบทบาทไปให้องค์กร

การต่างๆดำเนินการต่อเหมือนก่อนหน้านี้

7. ผลของการปฏิรูป

- ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- อัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้น สูงกว่าอัตราการเพิ่มของรายได้ ในช่วงปี 1970 - 1977 พบว่ารายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นปีละ 14.4% ในขณะที่อัตราการเพิ่มของ GDP เฉลี่ยปีละ 8.5%

สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP

ปี 1970 คิดเป็นร้อยละ 5.35

ปี 1980 คิดเป็นร้อยละ 7.94

ปี 1990 คิดเป็นร้อยละ 8.15

- กองทุนต่างๆแข่งขันกันทำให้มีการผลกระทบในการรับคนบางกลุ่มไปให้กองทุนประเภทอื่น และเกิดพฤติกรรม cream skinning

การปฏิรูปเพื่อลดค่าใช้จ่าย

หลังจากประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชากรในช่วงต้นของทศวรรษ 1970s ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เยอรมนีใช้เวลา 3 ทศวรรษต่อมาในการพยายามควบคุมค่าใช้จ่าย มีการออกกฎหมายหลายฉบับซึ่งกำหนดมาตรการด้านต่างๆ รวมทั้งการปรับโครงสร้างของระบบในช่วงระหว่างกลางทศวรรษ 1970s-1990s

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

มีประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้กองทุนจำนวนมากและประกันเอกชน ผู้ให้บริการในภาคเอกชน

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายสุขภาพในอัตราสูง

3. สาเหตุสำคัญและมาตรการหลัก

การปฏิรูปทำโดยต่อเนื่องตลอดระยะเวลาหลายสิบปี ใช้มาตรการที่หลากหลายซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. ใช้หลักการรายรับกำหนดรายจ่าย
2. เพิ่มอัตราการจ่ายเข้ากองทุนของผู้เกษียณให้เท่ากับอัตราคนทำงาน
3. มาตรการด้านอุปทาน:

8 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

- 3.1. ปรับวิธีการจ่ายค่าบริการและราคา : ใช้วิธีจ่ายเงินล่วงหน้าให้สมาคมแพทย์ (prospective global budget) และใช้จ่ายแบบต่อครั้ง (cost-per-case payment) สำหรับโรงพยาบาล กำหนดราคาอ้างอิงสำหรับยาและอุปกรณ์การแพทย์
- 3.2. ควบคุมบริการ: เช่น ตรวจสอบความเหมาะสมของบริการที่ให้ (utilization review) ให้เภสัชกรสามารถจ่ายยาชื่อสามัญเดียวกันแทน (generic dispensing)
- 3.3. ควบคุม capacity : เช่น ลดจำนวนเตียงโรงพยาบาล ปิดรับแพทย์ใหม่ในพื้นที่ที่มีอัตราเกิน
4. มาตรการด้านอุปสงค์ :
 - 4.1. เพิ่มส่วนที่ผู้ป่วยร่วมจ่าย
 - 4.2. จำกัดสิทธิประโยชน์ เช่น ประกาศบัญชีรายการยาที่ปฏิเสธการจ่าย (negative list) กำหนดช่วงห่างของการเบิกค่าแว่นตาไม่ต่ำกว่า 3 ปีในขณะเดียวกันก็มีการขยายสิทธิประโยชน์บริการด้านป้องกันโรค
5. ปฏิรูปการแข่งขันระหว่างกองทุน เพื่อแก้ปัญหา 1) การที่กองทุนต่างๆ โดยเฉพาะกองทุนทดแทนจำกัดการรับสมาชิกเฉพาะที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ทำให้กองทุนท้องถิ่นต้องรับภาระในการรับคนที่กองทุนประเภทอื่นไม่รับ 2) cream skimming
 - 5.1. ลดการได้เปรียบเสียเปรียบของกองทุนโดยให้มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน (risk structure equalization scheme) โดยกฎหมายบังคับให้กองทุนที่มีความเสี่ยงต่ำและรายได้สูงสนับสนุนด้านการเงินให้แก่กองทุนที่มีสมาชิกที่มีความเสี่ยงสูงและรายได้ต่ำ
 - 5.2. บังคับให้กองทุนต้องรับคนทุกประเภทเป็นสมาชิก เลือกรับเฉพาะกลุ่มไม่ได้
6. ปฏิรูปบริการผู้ป่วยนอก
 - 6.1. กำหนดให้อัตราเพิ่มต่อปีของรายจ่ายส่วนนี้ต้องไม่เกินอัตราการเพิ่มของรายได้ประชาชน
 - 6.2. สนับสนุนคลินิกที่มีประสิทธิภาพสูง บริการด้านการป้องกันโรค และบริการในเยอรมนีตะวันออก
 - 6.3. ควบคุมรายจ่ายโดยการคำนวณหาอัตราการจ่ายตามน้ำหนักบริการสำหรับแต่ละปี เพื่อปรับอัตราการจ่ายต่อน้ำหนัก
 - 6.4. ควบคุมจำนวนแพทย์
7. ปฏิรูปโรงพยาบาล
 - 7.1. ยกเลิกการแยกบริการผู้ป่วยนอกกับผู้ป่วยใน ให้มีการประสานบริการมากขึ้นเพื่อลดการซ้ำซ้อน
 - 7.2. ปี 1996 เปลี่ยนวิธีจ่ายเงินโรงพยาบาลจากการจ่ายเป็นก้อนรวมมาเป็นการจ่ายแบบล่วงหน้าต่อครั้ง (prospective case-based payment) และงบประมาณ

สำหรับแผนก (department budget)

8. ปฏิรูปด้านยา

- 8.1. ลดอัตราจ่ายสำหรับยาที่ยังไม่กำหนดราคาอ้างอิงและยาที่ไม่ใช่ใบสั่งยา
- 8.2. กำหนดให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ายา
- 8.3. กำหนดเพดานค่าใช้จ่ายสำหรับยาทั้งระบบ หากเกิน บริษัทยาต้องจ่ายคืนให้แก่กองทุน

4. กระบวนการปฏิรูป

ปี 1974 รัฐบาลกลางออกข้อบังคับกำหนดอัตราค่าบริการของโรงพยาบาล

ปี 1975 มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายแบบสมัครใจสำหรับแพทย์ โดยมีการกำหนดรายการค่าบริการ

ปี 1977 รัฐบาลกลางออกพระราชบัญญัติการควบคุมค่าใช้จ่าย

ปี 1981 ออกพระราชบัญญัติควบคุมค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลร่วมกับมีการกระจายอำนาจการกำหนดอัตราค่าบริการ

ปี 1982 กำหนดให้ร่วมจ่ายจากประชาชนในการใช้บริการเป็นครั้งแรก

ปี 1983 แก้ไขพระราชบัญญัติงบประมาณและขยายส่วนร่วมจ่าย

ปี 1984 แก้ไขพระราชบัญญัติงบประมาณอีกครั้งร่วมกับขยายเพดานส่วนร่วมจ่าย

ปี 1985 รัฐบาลมลรัฐเริ่มรับผิดชอบการสนับสนุนด้านการลงทุนให้แก่โรงพยาบาลเพียงฝ่ายเดียว

ปี 1986 รัฐบาลกลางออกข้อกำหนดอัตราค่าบริการของโรงพยาบาลและเริ่มใช้งบประมาณแบบลวงหน้า

ปี 1986 พระราชบัญญัติกำหนดให้ต้องมีการวางแผนอัตราค่าล้างแพทย์สำหรับกองทุนการเจ็บป่วย

ปี 1988 พระราชบัญญัติการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ขยายความครอบคลุมบริการด้านการตรวจร่างกายเพื่อป้องกันโรค บริการที่บ้าน และมีการกำหนดราคาอ้างอิงสำหรับยา

ปี 1993 พระราชบัญญัติการปฏิรูปโครงสร้างบริการสุขภาพ (Health Care Reform Act) เป็นการปฏิรูปครั้งใหญ่ซึ่งมีองค์ประกอบหลายองค์ประกอบคือ ปฏิรูปการแข่งขันระหว่างกองทุน ปฏิรูปบริการผู้ป่วยนอก ปฏิรูปโรงพยาบาล ปฏิรูปด้านยา เริ่มบังคับใช้มกราคม 1996

ปี 1994 แก้ไขข้อบังคับการคิดอัตราค่าบริการของโรงพยาบาล

ปี 1995 เริ่มนำระบบการประกันภาคบังคับสำหรับบริการพยาบาล และมีการแก้ไขข้อบังคับการคิดอัตราค่าบริการของโรงพยาบาล

ปี 1996 แก้ไขข้อบังคับการคิดอัตราค่าบริการของโรงพยาบาลเพิ่มเติม

ปี 1996 ออกกฎหมายกำหนดให้มีการคงระดับค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลให้อยู่คงที่ในปี

10 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

สรุปมาตรการของการปฏิรูประบบสุขภาพของเยอรมนีในการควบคุมค่าใช้จ่าย

	บริการผู้ป่วยนอก				บริการผู้ป่วยใน				บริการยา				บริการทันตกรรม			
	Q	P	V	I	Q	P	V	I	Q	P	V	I	Q	P	V	I
1977 HC Cost Containment Act		S	S	S								D			D	D
1981,82 Supplementary HCCCA							S			D	D		S	D	D	
1981,82 Hospital Cost- Containment Act					S		S	S								
1983,84 Amended Budget Act							d	D				D				
1985,86 Hospital Financing Act					S	S	S	S								
1986 Need Planning Law	S				S											
1989 Health Care Reform Act	S				S	S	D	D		S	Ds	D				
1993 Health Care Reform Act	S	S	S	S	S	S	S	S		S	S	S				

Q = ปริมาณของปัจจัยการผลิต, P = ราคาของปัจจัยการผลิต, V = จำนวนครั้งบริการ, I = ความเข้มของบริการ, S = ใช้จ่ายด้านกาอุปทาน, D = ใช้จ่ายด้านอุปสงค์

1996 และมีการออกพระราชบัญญัติให้ลดอัตราจ่ายเข้ากองทุนเริ่มในปี 1997

เริ่มกำหนดพระราชบัญญัติการปรับโครงสร้างการประกันภาคบังคับให้มีการเพิ่มอัตราส่วนร่วมจ่ายสำหรับกองทุนที่มีความจำเป็นต้องเพิ่มอัตราส่วนร่วมจ่าย

ปี 1997 แก้ไขพระราชบัญญัติการปรับโครงสร้างการประกันภาคบังคับครั้งที่สอง โดยยกเลิกงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิและยา การกำหนดเป้าหมายสำหรับบริการปฐมภูมิให้มาจากการต่อรองระหว่าง 2 องค์การคือสมาคมกองทุนการเจ็บป่วยและสมาคมแพทย์

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

เป็นช่วงที่เกิดภาวะเศรษฐกิจถดถอย มีการว่างงานเกิดขึ้นมากมีแรงกดดันต่อระบบการคลังสาธารณะสูงขึ้นเนื่องจากความสามารถในการจ่ายของประชาชนโดยรวมลดลง ในขณะที่รายจ่ายด้านสุขภาพยังคงเพิ่มสูงขึ้น

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพทุกกลุ่มมีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิรูป เนื่องจากกองทุนการเจ็บป่วยต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่าย แรงต้านจากนายจ้าง และลูกจ้างในเรื่องการเพิ่มเบี้ยประกัน สมาคมแพทย์ สมาคมโรงพยาบาล ฯลฯ ที่พยายามปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง และรัฐบาลมีบทบาทในการดำเนินการออกกฎหมายต่าง ๆ

7. ผลของการปฏิรูป 1993

- อัตราการเพิ่มของราคาบริการผู้ป่วยนอกระหว่างปี 1977 - 1991 ลดลง (เท่ากับ 1.3% ต่อปี ในขณะที่อัตราการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพรวมในช่วงเดียวกันเท่ากับ 5.9% ต่อปี)
- อัตราการเพิ่มของรายจ่ายทันตกรรมลดลง
- อัตราการเพิ่มของรายจ่ายค่ายาลดลงประมาณครึ่งหนึ่งของช่วงก่อนหน้าปฏิรูปการสั่งใช้ยาตามชื่อสามัญเพิ่มขึ้น
- มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายโรงพยาบาลไม่ประสบผล
- ยังไม่มีข้อมูลมาตรการปฏิรูปการแข่งขันกองทุน

อังกฤษ

ระบบสุขภาพในปัจจุบัน

1. ภาพรวมของระบบ

ประเทศอังกฤษสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชากรตั้งแต่ปีค.ศ. 1948 รัฐบาลเป็นผู้จ่ายและจัดบริการ โดยมีการบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service, NHS) เป็นองค์กรหลักในการจัดการ ประกันสุขภาพและบริการโดยภาคเอกชนเป็นเพียงส่วนน้อยและเสริมระบบซึ่งจัดโดยรัฐ

2. การคลังของระบบ

2.1. แหล่งที่มาของงบประมาณ

แหล่งรายได้สำหรับบริการทางด้านสุขภาพที่จัดโดย NHS มาจากภาษีทั่วไป จากค่ายาและรายได้อื่นอีกเล็กน้อย งบประมาณมีการจัดสรรเป็นรายปี

ส่วนของบริการภาคเอกชนมาจากประกันเอกชน

2.2. บทบาทรัฐ-เอกชนทางการคลัง

รัฐมีบทบาทหลัก เอกชนเป็นบทบาทเสริมส่วนน้อยเท่านั้น

2.3. ภาระทางการเงินของประชาชน/ผู้ป่วย

ประชาชนสนับสนุนทางการเงินโดยผ่านทางภาษีทั่วไป

การใช้บริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่ง (ยกเว้นเด็ก คนชรา และผู้ป่วยบางกลุ่ม) ยาที่ซื้อเองโดยไม่มีใบสั่งยาและแว่นตาไม่ได้ครอบคลุม

การซื้อประกันเอกชนต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง

2.4. มาตรการจ่ายค่าบริการ

2.4.1. ผู้ให้บริการปฐมภูมิ

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioner, GP) มีรายได้จากการบริการ 3 ส่วน

12 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

คือ 1) การจ่ายต่อหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับ GP นั้นๆ (capitation) 2) fees จากบริการพิเศษบางอย่าง เช่นเยี่ยมไข้นอกเวลาหรือ immunization 3) practice allowances จากการจัดบริการจำเพาะบางอย่าง เช่นบริการสำหรับผู้สูงอายุ รายได้จากบริการของ GP เพิ่มหรือลดตามจำนวนผู้ป่วยเป็นหลัก

การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ขึ้นกับการเสนอขององค์กรอิสระคือ Doctors' and Dentists' Review Body

เภสัชกรได้รับการจ่ายค่ายาแบบ cost plus และได้รับค่าตอบแทนการจ่ายยา (dispensing fees) ในสัดส่วนที่ลดลงตามจำนวนใบสั่งยาที่แต่ละคนให้บริการ โดยค่าจ่ายยานี้ได้รับการจัดสรรเป็นก้อนรวมทั้งหมดเป็นรายปี จากการเจรจาระหว่างองค์กรเภสัชกรกับกระทรวงสาธารณสุข⁴

2.4.2. ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ (Secondary/Tertiary Care Providers)

โรงพยาบาลได้รับงบประมาณตามข้อตกลงกับ District Health Authority ในด้านบริการและจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการ⁵

แพทย์ในโรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบเงินเดือน

3. ระบบบริการ

3.1. ทางเลือกใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ

ชาวอังกฤษเมื่อเจ็บป่วยอาจไปพบแพทย์เพื่อตรวจ หรือพบเภสัชกรเพื่อซื้อยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยา หรือไปยังแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลก็ได้

ประชาชนส่วนใหญ่ขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ที่ขึ้นทะเบียนกับ NHS แต่ละคนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับ GP ที่ตนเองต้องการ หรือเปลี่ยน GP ก็ได้ อย่างไรก็ตาม ทางเลือกอาจมีไม่มากนักโดยเฉพาะในชนบท

GP ทำหน้าที่ gatekeeper ของระบบ เป็นผู้ตัดสินใจหลักในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและโรงพยาบาล หลังจากการตรวจรักษา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจส่งต่อผู้ป่วยเข้าพักในโรงพยาบาล ส่งกลับไปให้ GP หรือส่งต่อไปยังหน่วยบริการในชุมชนอื่น ๆ เช่น nursing home⁶

3.2. บทบาทรัฐ-เอกชนในการให้บริการ

การบริการระดับปฐมภูมิในคลินิกและร้านยาจัดโดยภาคเอกชน โดยที่ผู้ให้บริการในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องขึ้นทะเบียนกับ NHS

โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของรัฐ

การปฏิรูป

ความพยายามที่เป็นรูปธรรมในการสร้างหลักประกันสุขภาพในอังกฤษเกิดขึ้นตั้งแต่ช่วง

⁴ OECD (1992)

⁵ OECD (1992)

ต้นศตวรรษที่ 20 โดยในยุคนั้นเป็นการมุ่งเข้าไปที่กลุ่มผู้ใช้แรงงานก่อน เช่นเดียวกับประเทศอุตสาหกรรมอื่นๆ อีกหลายประเทศ หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จึงเกิดการปฏิรูปครั้งใหญ่ที่ทำให้อังกฤษประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ระบบที่รัฐเป็นทั้งผู้จ่ายและผู้จัดบริการส่วนหนึ่ง ระบบอังกฤษเป็นระบบที่มีเอกลักษณ์จำเพาะจนถือได้ว่าเป็นตัวแบบหลักของระบบสุขภาพที่มีในโลกตัวแบบหนึ่ง

หลังจากนั้นก็มีการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นหลายครั้ง แต่ละครั้งมีเป้าหมายหลักที่ แตกต่างกันในที่นี้จะประมวลการปฏิรูปที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ 3 ครั้งด้วยกันคือ 1) การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 1948, 2) การปรับระบบบริหาร NHS ในปี 1974-1976, และ 3) การแยกผู้ซื้อกับผู้ให้บริการในปี 1989

การปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีค.ศ. 1946-1948

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

ระบบบริการทางด้านสุขภาพจัดโดยเอกชนทั้งแบบที่หวังกำไรและการกุศล รัฐมีบทบาทเสริมเท่านั้น

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

คนจนมีอุปสรรคในการเข้าถึง และมีปัญหาคุณภาพบริการ

3. สาระสำคัญและมาตรการหลัก

ประชากรอังกฤษทั้งหมดมีหลักประกันสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย มีสิทธิใช้บริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ออกพระราชบัญญัติ National Health Service Act และก่อตั้ง National Health Service เป็นองค์กรหลักในการบริหารงานด้านสุขภาพ

4. กระบวนการปฏิรูป

ปี 1911 รัฐบาล Lloyd George พรรค Liberal ออกพระราชบัญญัติ National Insurance Act ถึงแม้ว่ากฎหมายฉบับนี้จะใช้ชื่อซึ่งดูเสมือนเป็นการสร้างระบบประกันที่ครอบคลุมทั้งประเทศ แต่จุดมุ่งหมายเป็นการสร้างหลักประกันสำหรับผู้ใช้งานเท่านั้น ทั้งยังไม่ได้รวมถึงครอบครัวของผู้ใช้งานด้วย ระบบที่เกิดขึ้นจากกฎหมายฉบับนี้คือ การมีสวัสดิการให้กับผู้ใช้งานและคนยากจนที่ให้โดยรัฐ ส่วนผู้สมารถที่จะจ่ายได้ก็ใช้บริการในระบบเอกชน

ระยะต่อมา รัฐเพิ่มบทบาทด้านสุขภาพโดยการสนับสนุนทางการเงินแก่โรงพยาบาลที่ให้บริการเพื่อการกุศล

ปี 1942 Beveridge Report เสนอให้มีระบบสุขภาพที่ให้หลักประกันแก่ประชากรทั้งหมด โดยให้รัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบการจัดบริการโรงพยาบาล

หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการเตรียมการอย่างจริงจังท่ามกลางการคัดค้านของผู้ให้บริการ

14 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

แพทยสมาคม (British Medical Association) และราชวิทยาลัยแพทย์ต่าง ๆ คัดค้านการเข้าสังกัดภายใต้รัฐบาลท้องถิ่นด้วยเหตุผลในเรื่องความเป็นอิสระทางวิชาชีพและค่าตอบแทน การเจรจาโดยรัฐมนตรีสาธารณสุขคือ Aneurin Bevan ยอมตกลงตามข้อเรียกร้องของกลุ่มแพทย์ในเรื่องอิสระทางวิชาชีพและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจงบประมาณ โดยให้มีคณะกรรมการบริหารประจำภาค (Regional Board) ทำหน้าที่บริหารโรงพยาบาลและขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีสาธารณสุข กลุ่มแพทย์จึงยอมรับกฎหมาย National Health Service ในที่สุด

ปี 1946 ผ่านกฎหมาย National Health Service

ปี 1948 ก่อตั้ง National Health Service (NHS) ขึ้นเป็นหน่วยงานบริหารงานด้านสุขภาพ

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

การสิ้นสุดของสงครามโลกครั้งที่ 2 อังกฤษได้รับความเสียหายอย่างมากจากสงคราม ต้องมีการปฏิสังขรณ์และปรับปรุงในด้านต่าง ๆ ในขณะเดียวกัน ช่วงสงครามเป็นช่วงที่กลุ่มต่าง ๆ ในสังคมร่วมแรงร่วมใจกันในกิจกรรมทุกด้านของสังคม ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันทางสังคมในระดับสูงยังคงดำรงอยู่ในช่วงหลังสงคราม

พรรคแรงงานเข้าเป็นรัฐบาล

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทต่อการปฏิรูป

Sir William Beveridge ผลักดันทางด้านแนวคิดในการสร้างหลักประกันทั่วหน้า

Aneurin Bevan รัฐมนตรีสาธารณสุขมีบทบาทในการเจรจากับกลุ่มผู้ให้บริการ ประนีประนอมและสร้างการยอมรับการเปลี่ยนแปลง

ผู้ให้บริการโดยเฉพาะองค์กรวิชาชีพแพทย์ เรียกร้องความเป็นอิสระทางวิชาชีพและค่าตอบแทน

7. ผลของการปฏิรูป

ระบบ NHS ให้หลักประกันทางด้านสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งหมด รัฐจัดให้บริการสุขภาพฟรี

การปรับระบบบริหาร NHS ในปี 1974-1976

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

เป็นระบบ NHS ซึ่งมีโครงสร้างและการบริหารเช่นเดียวกับในระยะก่อตั้งเมื่อหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 การบริหารงานเป็นไปอย่างไร้ทิศทางที่ชัดเจน แม้จะได้มีการปรับให้เริ่มมีการวางแผนกลยุทธ์ เป็นแผนโรงพยาบาล (Hospital Plan) ในปี 1962 แต่ก็ไม่มีกลไกในการดำเนินตามแผน

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

- ภาพของ NHS ในฐานะองค์กรที่ไร้ทิศทางและไร้ประสิทธิภาพในการบริหาร

- ความจำกัดในการให้บริการ ระบบ waitlist ที่ทำให้ผู้ใช้บริการต้องคอยนาน

3. สำคัญและมาตรการหลัก

เป้าหมายหลักคือการปรับระบบบริหารให้มีประสิทธิภาพ และลดความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรงบประมาณ

4. กระบวนการปฏิรูป

ปี 1974 รัฐบาลออกกฎหมายโอนโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพในชุมชนออกจากรัฐบาลท้องถิ่นมาสังกัด NHS โดยการรวม District management teams และ Family Practitioner Committees มาอยู่ภายใต้การดูแลของ Area Health Authority พร้อมจัดตั้ง Regional Health Authority (RHA) กำกับ Area Health Authority อีกชั้นหนึ่ง

ปี 1976 มีการปรับระบบงบประมาณของ NHS จากการให้หน่วยงานเสนอและพิจารณาจากตัวเลขปีก่อนๆ มาใช้สูตร Resource Allocation Working Party (RAWP) ในการกระจายงบประมาณให้แก่โรงพยาบาล โดยการคำนึงถึงอายุ เพศ จำนวนประชากรและความยากจนของท้องถิ่น

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

ตั้งแต่ทศวรรษที่ 1950s NHS มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดความไม่สมดุลกับการให้บริการ ผู้ใช้บริการต้องคอยนาน เกิดความไม่พอใจ

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

รัฐบาลเป็นตัวหลักในการเปลี่ยนแปลง

7. ผลของการปฏิรูป

- งบประมาณถูกกระจายไปยังโรงพยาบาลต่างจังหวัดมากขึ้น การวางแผนเป็นระบบมากขึ้น

- ยังไม่สามารถแก้ปัญหาของ waitlist

- ปัญหาการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยที่แผนซึ่งกำหนดจาก Area Health Authority District ไม่ได้ได้รับความร่วมมือจาก Management Teams และ Family Practitioner Committees ในขณะเดียวกันก็มีความขัดแย้งระหว่าง Area Health Authority กับ Regional Health Authority

ต่อมาในปี 1982 จึงยกเลิก Area Health Authority และมีการจัดตั้ง District Health Authority ขึ้นแทน กระจายอำนาจให้ผู้จัดการโรงพยาบาลมากขึ้น

การแยกผู้ซื้อกับผู้ให้บริการในปี 1989

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

ระบบ NHS

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

16 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

- ความไม่พอใจของผู้ใช้บริการ เห็นว่าบริการไม่เพียงพอและไม่มีคุณภาพ : รอบริการนาน จำนวนวันเฉลี่ยในโรงพยาบาลลดลง การปิดโรงพยาบาล ปิดห้องผู้ป่วย
- ความไม่พอใจของผู้ให้บริการ : GP ไม่พอใจสถานะของตนเมื่อเทียบกับแพทย์ในโรงพยาบาล พนักงานของ NHS ไม่พอใจการปฏิรูปในปี 1974 พยาบาลนัดหยุดงานในช่วงนั้น ต่อมาในปี 1978 พนักงาน NHS นัดหยุดงาน ซึ่งนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของ NHS
- รัฐให้งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอ
- ความไม่เสมอภาคของการให้บริการ : แพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระจุกตัวในเมืองใหญ่ ความแตกต่างระหว่างสถานะสุขภาพของคนจนกับคนรวย
- ปัญหาในระบบบริหาร : การบริหารใช้ระบบ consensus ทำให้เกิดความล่าช้า

3. สำคัญและมาตรการหลัก

เป้าหมายของการปฏิรูป ไม่ใช่การเพิ่มงบประมาณ แต่ต้องการให้เพิ่มผลิตภาพ (productivity)

คงไว้ซึ่งหลักประกันสำหรับประชาชนทุกคน และการใช้ภาษีทั่วไปในการสนับสนุนแยกองค์กรและบทบาทระหว่างผู้ซื้อกับผู้ขายบริการ ซึ่งผูกพันกันโดยสัญญา (contract) เป็นการสร้างระบบตลาดภายใน

กระจายอำนาจ ให้อิสระแก่หน่วยงานผู้ให้บริการและ health authority ในการบริหารงาน GP เป็นผู้ให้บริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ กลุ่มของ GP สามารถเลือกที่จะรวมกันเป็น GP Fundholder จะได้รับการจัดสรรเงินจำนวนหนึ่งให้อยู่ในอำนาจเพื่อตัดสินใจซื้อบริการโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยของตน

โรงพยาบาลที่มีการบริหารที่ดีได้รับอนุญาตให้เป็นโรงพยาบาลอิสระในรูป trust ภายใต้การกำกับของ NHS ในช่วงแรกจะได้รับจัดสรรงบประมาณเป็นก้อน ต่อมาให้แข่งขันกันเองในการทำสัญญากับผู้ซื้อเพื่อให้บริการทางการแพทย์ รายได้ของโรงพยาบาลขึ้นกับการเจรจากับผู้ซื้อตามต้นทุนและปริมาณต่อ case โรงพยาบาลมีสิทธิหารายได้จากบริการที่ให้กับเอกชนได้

District Health Authority ได้รับการจัดสรรงบประมาณแบบ global budget ตามจำนวนประชากรที่ดูแล ตามสูตรค่าใช้จ่ายต่อหัวประชากรแบบถ่วงน้ำหนัก เป็นผู้ซื้อบริการ

มีการกำหนดมาตรฐานบริการสำหรับ GP โรงพยาบาล และ มาตรฐานการดำเนินงานของผู้ซื้อ

กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งองค์กรอิสระ Audit Commission เพื่อตรวจสอบความคุ้มค่าของบริการที่ได้รับกับงบประมาณที่ใช้ไป⁷

4. กระบวนการปฏิรูป

ในช่วงแรกเมื่อรัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมของนายกรัฐมนตรี Margaret Thatcher เข้าบริหารประเทศในปี 1979 นายกรัฐมนตรี Thatcher ประกาศนโยบายเพียงปรับปรุง NHS ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้นใน White Paper : Patient First โดยแสดงความจำนง

⁷ OECD (1992)

ไม่ต้องการการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรง แนวทางดังกล่าวนำไปสู่การปรับโครงสร้าง NHS เพียงเล็กน้อยในปี 1982 แต่ทว่า ความไม่พอใจต่อระบบบริการสุขภาพในช่วงปลายทศวรรษ 1970s ต่อ 1980s ทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ มีการรายงานเรื่องความไม่พอใจและปัญหา NHS ในสื่อมวลชนอย่างมาก

ปี 1983 Sir Roy Griffiths ได้รับมอบหมายให้ตรวจสอบการบริหารงานของ NHS และเสนอให้ปรับโครงสร้างการบริหารโดยให้มีทั้งคณะกรรมการกำกับและคณะกรรมการบริหาร รวมทั้งผู้จัดการที่เป็นนักบริหาร

ปี 1984 NHS พยายามลดค่าใช้จ่ายโดยการประกาศบัญชีรายการยาแบบจำกัด (limited list) ที่ NHS จะจ่ายให้ เป็นการตัดรายการยาจำนวนมากออกจากการครอบคลุมของ NHS⁸

ปี 1987 รัฐบาลตีพิมพ์ Promoting Better Health เรียกร้องให้ GP ให้ความสนใจต่อความต้องการของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น และให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยให้มากขึ้น

ธันวาคม 1987 ประธานราชวิทยาลัยแพทย์ 3 แห่งร่วมกันแสดงความห่วงใยฐานะทางการเงินของ NHS และเสนอให้มีการปฏิรูป

มกราคม 1988 นายกรัฐมนตรี Thatcher ประกาศบทพจนการทำงานของ NHS ให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่

ปี 1988 รัฐบาลเปิดให้ประชาชนแสดงความเห็น มีการจัดประชาพิจารณ์จำนวนมาก Kenneth Clark รัฐมนตรีสาธารณสุขตัดสินใจนำเอาแนวคิดตลาดภายในมาใช้

ปี 1989 ได้มีการประกาศนโยบายที่เป็นรูปธรรมใน White Paper : Working for Patients

ปี 1990 ออกพระราชบัญญัติ National Health Service and Community Care Act การปฏิรูปครั้งนี้ดำเนินการอย่างรวดเร็วมาก NHS ทำสัญญาใหม่กับ GP ทันทีในปี 1990

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในช่วงนั้นทำให้โอกาสการเพิ่มงบประมาณมีน้อย

รัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมเข้าบริหารประเทศ ภายใต้การนำของ Thatcher ซึ่งยึดมั่นในแนวคิดตัดค่าใช้จ่ายภาครัฐและลดบทบาทของรัฐลง รวมทั้งถ่ายโอนภาระของรัฐไปยังเอกชน โดยการขายกิจการวิสาหกิจต่าง ๆ ของรัฐ (privatization)

การมีเครื่องมือใหม่ในการบริหารระบบคือ แนวคิดของ Alain Enthoven เกี่ยวกับการแยกผู้ซื้อกับผู้ขายบริการออกจากกัน

การเรียกร้องให้ปฏิรูประบบสุขภาพกำลังเป็นกระแสหลักในประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะสหรัฐอเมริกา

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

นักการเมือง เช่น Thatcher, Clark ซึ่งมีแนวคิดทางการเมืองที่ลดบทบาทรัฐและเพิ่มบทบาทเอกชน

⁸ OECD (1992)

18 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ผู้ใช้บริการจำนวนมากแสดงความไม่พอใจผ่านสื่อมวลชน นักวิชาการซึ่งนำเสนอแนวคิดในการบริหารจัดการระบบ เช่น การนำเสนอระบบตลาดภายใน

7. ผลของการปฏิรูป

ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับผลของการปฏิรูปครั้งนี้ซึ่งประมวลโดย OECD 1992 ส่วนใหญ่เป็นผลในเชิงบวก

- GP ให้บริการต่างๆ ที่มีความหลากหลายมากขึ้นกว่าเดิม โดยเฉพาะบริการที่ระบุในสัญญาว่าเป็น performance-related เช่น การฉีดวัคซีนและภูมิคุ้มกันแก่เด็ก คลินิกส่งเสริมสุขภาพ และการผ่าตัดเล็ก การเพิ่มขึ้นของกิจกรรมเหล่านี้นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ารายได้เป้าหมายโดยเฉลี่ยของ GP ถึงร้อยละ 15 ในปี 1990/1991

- การสำรวจความเห็นผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วย 3 ใน 10 สังเกตเห็นการพัฒนาที่ดีขึ้นของบริการจาก GP ตั้งแต่เปลี่ยนระบบใหม่

- GP Fundholder มีอิทธิพลต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและโรงพยาบาลมากกว่า GP ที่ไม่ใช่ Fundholder มีสัญญาณชี้ว่าผู้ป่วยที่ส่งต่อจากสองกลุ่มนี้อาจได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างกัน

- DHA เริ่มปรับบทบาทของตนไปสู่การให้ความสนใจต่อประชากรในความดูแลมากขึ้น มีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานการทำงาน และสำรวจความชอบในเรื่องการส่งต่อของผู้ให้บริการและผู้ป่วย

ในระยะต่อมาพบว่า

- waitlist ยังคงเดิม
- GP มีพฤติกรรมที่พยายามเลือกรับขึ้นทะเบียนเฉพาะผู้ที่มีสุขภาพดี กีดกันผู้สูงอายุและผู้ที่มีสุขภาพไม่ดี (skimming) และจำกัดบริการที่ให้ (skimping)
- Health authorities บางแห่งมีพฤติกรรมงดจ่ายค่ารักษาบางอย่าง

ในปี 1997 รัฐบาลพรรคแรงงานเข้าบริหารประเทศ มีการปรับระบบอีกครั้งภายใต้ต้นนโยบาย The New NHS: Modern, Dependable รูปธรรมหลักของการเปลี่ยนแปลงคือ

- ยกเลิก GP Fundholder ตั้งแต่ เมษายน 1999 เนื่องจากก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการให้บริการ และให้เปลี่ยนเป็น Primary Care Group โดยให้ GP, health authority และประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกบริการและให้บริการ

- Health authority มีบทบาทเพิ่มขึ้นในด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนตรวจสอบคุณภาพบริการที่ซื้อ

ออสเตรเลีย ระบบสุขภาพในปัจจุบัน

1. ภาพรวมของระบบ

มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ Medicare โดยประชากรได้รับการคุ้มครองในสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุใน Medical Benefits Scheme (MBS) และ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS)

โครงสร้างของระบบมีการแยกแยะระหว่างผู้ซื้อกับผู้ให้บริการ และมีความผูกพันโดยสัญญา (Contractual Model) การบริหารจัดการเป็นระบบกองทุนเดียวคือ Medicare ซึ่งบริหารโดย Health Insurance Commission

Medicare ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ โดยจ่ายค่าบริการพื้นฐานแก่ผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการภาครัฐหรือเอกชน ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชนสำหรับบริการอื่นๆ นอกกรวยการ ก็สามารถเลือกใช้บริการสุขภาพที่ให้ได้จากรัฐหรือเอกชนได้เช่นกัน

เนื่องจากมีระบบการเมืองเป็นแบบสหพันธรัฐ จึงมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลของมลรัฐและเขตปกครอง (State/Territory) ต่างๆ โดยที่รัฐบาลกลางดูแลทางด้านนโยบายรวม สิทธิประโยชน์ของประชาชนทางด้านยาและบริการแพทย์นอกโรงพยาบาล nursing รวมทั้งดูแลโรงพยาบาลรัฐและโครงการการส่งเสริมสุขภาพบางส่วน ในขณะที่รัฐบาลของมลรัฐรับผิดชอบบริการสุขภาพในชุมชน โรงพยาบาลรัฐและโครงการต่างๆ

2. การคลังของระบบ

2.1. แหล่งที่มาของงบประมาณ

ภาษีทั่วไปที่จัดเก็บโดยรัฐบาลกลาง

เงินที่จัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพถูกแบ่งเป็น 2 ก้อน

1. รัฐบาลกลางจัดสรรให้กับรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองต่าง ๆ เป็น financial assistant grants (FAG) ขนาดของ FAG คำนวณจากปัจจัยเช่น โครงสร้างประชากรและอัตราการมีประกันสุขภาพเอกชน แล้วจัดทำเป็นข้อตกลงระหว่างรัฐบาลกลางกับมลรัฐ คือ Health Care Agreements ซึ่งมีระยะเวลา 5 ปี

2. รัฐบาลกลางจัดสรรให้โดยตรงแก่ผู้ให้บริการ เป็นค่าตอบแทนการให้บริการตามสิทธิประโยชน์ในโครงการ Medicare

2.2. บทบาทรัฐ-เอกชนทางด้านการคลัง

รัฐเป็นหลัก มีเอกชนเพียงส่วนน้อยและบทบาทเสริมเท่านั้น

สัดส่วนการค่าใช้จ่ายสุขภาพ: ร้อยละ 45.5 จากรัฐบาลกลาง ร้อยละ 23.2 จากรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครอง ร้อยละ 31.3 จากประกันเอกชนและผู้ป่วยจ่ายเอง

2.3. ภาระทางการเงินของประชาชน/ ผู้ป่วย

20 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

การใช้บริการตามสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ผู้ป่วยต้องจ่ายร่วมร้อยละ 15 ของ schedule fee สำหรับบริการที่คลินิก และร้อยละ 25 สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล

ในกรณีที่ได้รับบริการที่คลินิกของ GP คู่สัญญากับ Medicare ซึ่งได้รับเงินจาก Medicare แบบเป็นก้อนและยอมรับอัตราการจ่ายร้อยละ 85 จาก Medicare ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายร่วม

ในกรณีที่ได้รับบริการที่คลินิกของ GP ที่เรียกเก็บอัตราเกิน schedule fee ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนที่เกินนั้นเอง โดยมีระเบียบกำหนดเพดานต่อครั้ง

บริการนอกเหนือจาก Medicare Benefits Scheme ผู้ป่วยต้องรับภาระเองทั้งหมด หรืออาจซื้อประกันเอกชนคุ้มครอง

สำหรับบริการผู้ป่วยในภายใต้ Medicare Benefits Scheme ไม่ต้องจ่ายค่าบริการใดๆ รวมทั้งค่ายา

บริการทันตกรรมต้องจ่ายร่วมในอัตราร้อยละ 15 เช่นกัน

ภาระค่ายาเป็นแบบที่มีการจ่ายร่วมและการรองรับด้วย safety net กล่าวคือ สำหรับผู้ป่วยทั่วไป ยาตามใบสั่งต้องจ่ายร่วมในอัตราคงที่ต่อรายการ โดยอัตรานี้จะลดลงเมื่อมูลค่าจ่ายรวมรวมถึงระดับ AU\$ 612 ต่อปี สำหรับผู้มีบัตรสงเคราะห์ จ่ายร่วมในอัตราต่ำกว่า และไม่ต้องจ่าย เมื่อถึงเพดาน AU\$ 166.4 ยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยาหาซื้อได้จากร้านยาและต้องจ่ายเอง⁹

2.4. มาตรการจ่ายค่าบริการ

2.4.1. ผู้ให้บริการปฐมภูมิ

สำหรับบริการคลินิก Medicare จ่ายร้อยละ 85 ของ schedule fee (ที่เหลือจ่ายโดยผู้ป่วย)

ค่ายาตาม PBS รัฐจ่ายจาก Medicare โดยไม่มีการกำหนดจำนวนสูงสุดของงบประมาณสำหรับค่ายา

2.4.2. ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

Medicare จ่ายบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลในอัตราร้อยละ 75 ของ schedule fee (ที่เหลือจ่ายโดยผู้ป่วย)

โรงพยาบาลได้รับการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในตาม MBS จาก Medicare ตาม schedule fee ยกเว้นในบางรัฐซึ่งใช้ระบบ DRG-based funding จะได้รับการจ่ายตามอัตรา DRG

โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการผู้ป่วยในสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ได้รับการจ่ายค่าบริการจาก Medicare ด้วย

3. ระบบบริการ

3.1. ทางเลือกใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ

ผู้ป่วยต้องพบแพทย์ GP ก่อน หากต้องการบริการโรงพยาบาลต้องได้รับการส่งต่อจาก

⁹ Commonwealth Department of Health and Aged Care (1999)

GP จึงจะได้รับการครอบคลุมโดย Medicare

3.2. บทบาทรัฐ-เอกชนในการให้บริการ

GP ส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน บริการในคลินิก โดยขึ้นทะเบียนกับ Medicare และสามารถเป็นคู่สัญญากับโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนก็ได้

GP ส่วนน้อย โดยเฉพาะที่อยู่ในเขตห่างไกล เป็นลูกจ้างรัฐ

แพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลและเป็นลูกจ้างรัฐ

โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของรัฐ บางส่วนบริการเพื่อการกุศล โดยได้รับการจัดสรรจากรัฐบาล ส่วนน้อยเป็นโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนสามารถเป็นคู่สัญญากับ Medicare ในการให้บริการพื้นฐานได้ นอกจากนี้ โรงพยาบาลเอกชนมีรายได้จากประกันสุขภาพเอกชนและค่ารักษาที่เรียกเก็บจากผู้ใช้บริการโดยตรง

ร้านยาส่วนใหญ่เป็นของเอกชน

การปฏิรูป

การปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

หลังได้รับเอกราช คนจนพึ่งกองทุนประกันสุขภาพที่ไม่หวังกำไร กองทุนเหล่านี้อาศัยเงินสนับสนุนจากรัฐและเงินบริจาคและจ่ายแพทย์แบบต่อหัวเป็นส่วนใหญ่

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

การเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย

3. สาเหตุสำคัญและมาตรการหลัก

การสร้างหลักประกันใช้กฎหมายในระดับพระราชบัญญัติเป็นเครื่องมือสำคัญ โดยในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ปีค.ศ. 1938-1983 มีการออกกฎหมายที่มุ่งหมายในการสร้างหลักประกันสุขภาพหลายฉบับดังนี้

- National Health and Pensions Act : หลักประกันสุขภาพผู้ใช้แรงงาน
- National Health Service Act : หลักประกันสุขภาพผู้ใช้แรงงาน
- Medibank : หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- Medicare : หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

4. กรอบการปฏิรูป

รัฐธรรมนูญของออสเตรเลีย (Commonwealth of Australian Constitution Act)

22 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ซึ่งประกาศใช้ในปีค.ศ. 1900 เมื่อออสเตรเลียประกาศเป็นเอกราช กำหนดให้รัฐบาลมีหน้าที่ดูแลให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพและเข้าถึงบริการได้

ปี 1910 George Knibbs ซึ่งเป็นที่ปรึกษาให้กับพรรค Labour ซึ่งจัดตั้งรัฐบาลกลางในขณะนั้น เสนอระบบประกันสุขภาพแบบรัฐสวัสดิการที่สนับสนุนด้วยภาษีในรูปแบบ Nationalized Health Care Program มีการทำโครงการทดลองที่รัฐ New South Wales กลุ่มแพทย์ไม่พอใจโครงการนี้

ปี 1914-1918 เป็นช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 แพทย์ออสเตรเลียเข้าร่วมสงครามด้วย

ปี 1918 กลุ่มแพทย์ประท้วง Nationalized Health Care Program ยื่นข้อเสนอต่อรัฐบาลว่าจะไม่ให้บริการแก่สมาชิก Nationalized Health Care Program

รัฐบาลผสมหลังสงครามโลกครั้งที่ 1 ไม่ต้องการ Nationalized Health Care Program ขณะนั้นเป็นช่วงระยะเวลาที่เศรษฐกิจขยายตัว และบริการสุขภาพภาคเอกชนขยายตัว

ช่วงทศวรรษ 1930s เศรษฐกิจตกต่ำ ปี 1931 รัฐบาลกลางลดค่าใช้จ่ายรัฐ

ปี 1938 รัฐบาลพรรคแรงงานเสนอ National Health and Pensions Act และผ่านสภาพระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดเก็บภาษีจากนายจ้างและลูกจ้างร้อยละ 2 ของรายได้เข้ากองทุนประกันสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงประชากรในกลุ่มอื่นๆ

กฎหมายฉบับนี้ได้รับการคัดค้านจากหลายฝ่าย กลุ่มแพทย์คัดค้านด้วยเหตุผลว่าถูกจำกัดอำนาจการกำหนดค่าบริการ กลุ่มผู้ใช้แรงงานและนายจ้างคัดค้านด้วยเหตุผลว่าต้องถูกเก็บภาษีเพิ่มในภาวะเศรษฐกิจถดถอย กองทุนสุขภาพการกุศลคัดค้านด้วยเหตุผลว่าจะทำให้เงินในกองทุนประกันสุขภาพผู้ยากจนลดลง แพทย์ทั่วประเทศ โดยการสนับสนุนของ Australian Medical Association ประท้วงงดให้บริการแก่สมาชิกกองทุน Health and Pensions ทำให้นโยบายนี้ไม่สามารถดำเนินการในทางปฏิบัติ

ปี 1941 รัฐบาลพรรคแรงงานภายใต้นายกรัฐมนตรี John Curtin รื้อฟื้นระบบประกันสุขภาพขึ้นอีกครั้ง เพื่อเป็นสวัสดิการสาธารณะในช่วงนั้นซึ่งเศรษฐกิจตกต่ำ รัฐสภาผ่านกฎหมาย National Health Service Act

เช่นเดียวกัน กลุ่มนายจ้างและลูกจ้างคัดค้านที่ต้องจ่ายภาษีเพิ่ม รัฐบาลของมลรัฐและเขตปกครองที่มาจากคนละพรรคกับรัฐบาลกลางปฏิเสธที่จะดำเนินการตามนโยบาย

ปี 1944 รัฐบาลกลางจึงจัดให้มีการลงประชามติต่อพระราชบัญญัตินี้ ผลก็คือคะแนนเสียงไม่เห็นด้วยมีมากกว่า นโยบายนี้จึงเลื่อนการบังคับใช้ออกไปอย่างไม่มีกำหนด

ปี 1949 รัฐบาลผสมระหว่างพรรค Liberal กับ Country จัดตั้งรัฐบาลกลาง ใช้นโยบายให้มี Comprehensive National Health Insurance Plan ที่ให้สมาชิกในสังคมรับผิดชอบด้านสุขภาพของตนในระดับหนึ่ง ส่วนรัฐทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ยากจน โดยให้บริการฟรีเฉพาะผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ รัฐจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพ แต่จ่ายแพทย์ไม่เกินร้อยละ 90 ของ schedule fee แต่เนื่องจากแพทย์มีอิสระในการเรียกเก็บค่าบริการ จึงทำให้ผู้ป่วยที่ใช้ประกันจากกองทุน

ต้องจ่ายเองในอัตราสูง เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการ

ปี 1968 แนวคิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกหยิบยกขึ้นเป็นประเด็นนโยบายอีกครั้งจากการเสนอของนักเศรษฐศาสตร์สองคนคือ Scotton และ Deeble ที่เสนอทั้งต่อฝ่ายรัฐบาล (ซึ่งมาจากพรรค Liberal ผสมกับพรรค Country) และฝ่ายค้านซึ่งเป็นพรรคแรงงาน การตอบสนองจากรัฐบาลคือ วิจารณ์ว่าระบบที่เสนอซับซ้อนเกินไป ส่วนพรรคฝ่ายค้านเห็นด้วยและนำไปเป็นนโยบายพรรค

ปี 1972 พรรคแรงงานได้รับเลือกตั้งและเป็นรัฐบาล สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากการสนับสนุนนโยบายประกันสุขภาพ

Health Insurance Planning Commission ซึ่งตั้งโดยรัฐบาลเสนอรายงานแผนแม่บทการปฏิรูปคือ Green Paper สำคัญคือ ให้จัดระบบประกันสุขภาพระดับชาติ Medibank เป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจ่ายด้วยภาษี ระบบ Medibank ถูกต่อต้านอย่างมากจากแพทยสมาคม

ปี 1973 พรรคฝ่ายค้านได้เสียงข้างมากในการเลือกตั้งสมาชิกสภาสูง ทำให้กฎหมายรองรับ Medibank ไม่ผ่านสภา แม้ว่ารัฐบาลจะเสนอร่างกฎหมายอีกครั้งในปีต่อมา แต่ก็ต้องตกไป จึงมีการยุบสภา

การประกันสุขภาพเป็นประเด็นในการหาเสียงเลือกตั้งในปี 1974 โดยพรรค Liberal-Country ชูนโยบายประกันแบบสมัครใจและรัฐจัดสวัสดิการให้คนจน ในขณะที่พรรค Labor ใช้นโยบายประกันภาคบังคับ การเลือกตั้งครั้งนี้พรรค Labor ได้รับชัยชนะและจัดตั้งรัฐบาล

ปี 1975 กฎหมายรองรับระบบ Medibank ผ่านสภา

ในการดำเนินการ รัฐบาลกลางพบอุปสรรคแบบเดิมคือ มลรัฐและเขตปกครองที่รัฐบาลมาจากพรรค Liberal-Country ไม่เห็นด้วยและไม่ร่วมมือ และการต่อต้านโดยกลุ่มผู้ให้บริการ รัฐบาลกลางใช้มาตรการงดการสนับสนุนทางการเงินแก่โรงพยาบาลรัฐเป็นเงื่อนไขในการทำให้รัฐบาลรัฐและเขตปกครองยอมร่วมมือ

ความขัดแย้งทำให้พรรค Liberal-Country ซึ่งกุมเสียงข้างมากในสภาสูงจะไม่ผ่านกฎหมายใด ๆ เป็นเหตุให้ผู้สำเร็จราชการสั่งให้นายกรัฐมนตรีจากพรรค Labor ออกจากตำแหน่งและให้พรรค Liberal-Country จัดตั้งรัฐบาล อย่างไรก็ตาม รัฐบาลใหม่ก็ได้ยกเลิก Medibank เพียงให้เพิ่มบทบาทประกันเอกชนเสริมในส่วนบริการที่ไม่ครอบคลุม และให้ลดหย่อนภาษีได้

ผลจากนโยบายดังกล่าวทำให้มีประชากรถึงร้อยละ 58 มีประกันสุขภาพเอกชนในปี 1977 กองทุน Medibank มีงบประมาณไม่เพียงพอ ในขณะที่ต้นทุนสูงขึ้น เป็นผลให้คุณภาพบริการและการเข้าถึงลดลง ประชาชนที่มีรายได้ปานกลางและรายได้น้อยซึ่งต้องพึ่ง Medibank เป็นหลักเกิดความไม่พอใจ นอกจากนี้ การขยายตัวของประกันสุขภาพเอกชนทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้น

24 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ปี 1983 พรรค Labor จัดตั้งรัฐบาล ปฏิรูปใหม่โดยผ่านกฎหมาย Health Legislation Amendment ในปีเดียวกัน เปลี่ยนชื่อระบบประกันใหม่เป็น Medicare

แพทยสมาคมคัดค้านระบบใหม่นี้เช่นเคย รัฐบาลยอมปรับข้อกำหนดของ Medicare บางประการให้แพทย์สามารถเก็บค่าบริการเกินอัตรา schedule fee ได้ โดยให้ประกันเอกชนครอบคลุมส่วนต่างนี้ได้

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

ระบบการเมืองของออสเตรเลียใช้รัฐธรรมนูญแบบอังกฤษ (เช่นเดียวกับไทย) ออสเตรเลีย ตกอยู่ในสภาวะความไม่มีเสถียรภาพทางการเมืองเป็นระยะเวลายาวนาน พรรคการเมืองมีความแตกต่างทางความคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพค่อนข้างมาก

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

พรรคการเมืองใหญ่ซึ่งผลัดเปลี่ยนกันเข้ามาจัดตั้งรัฐบาลมีแนวอุดมการณ์ทางการเมืองที่แตกต่างกัน ความขัดแย้งทางการเมืองส่งผลให้การสร้างหลักประกันสุขภาพถูกเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาเป็นเวลานาน

กลุ่มแพทย์คัดค้านกฎหมายหลายฉบับที่มีผลในการสร้างหลักประกันสุขภาพ ในบางกรณีมีการประท้วงและงดให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มแพทย์ต่อรองกับรัฐในเรื่องของข้อกำหนดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ในการให้บริการ

ท่าทีของกลุ่มแรงงานและกลุ่มนายจ้าง ขึ้นกับภาระที่ต้องรับในเรื่องประกันสุขภาพ โดยที่สภาวะทางเศรษฐกิจในแต่ละช่วงมีผลต่อจุดยืนของสองกลุ่มนี้เป็นอย่างมาก

7. ผลของการปฏิรูป

มีหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทั้งหมด

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

การปฏิรูปเพื่อลดค่าใช้จ่าย

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

ระบบประกันสุขภาพทั่วหน้า ภายใต้กองทุนเดียวคือ Medicare ซึ่งจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการตาม fee schedule

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่ายสุขภาพ รัฐบาลกลางลดเงิน Medicare ที่จัดสรรให้แก่รัฐบาลมลรัฐ/เขตปกครอง เป็นเหตุให้โรงพยาบาลรัฐขยายคิวรอบริการผู้ป่วยใน ลดจำนวนวันนอนลง ผลคือการลดลงของการเข้าถึงและคุณภาพบริการ

3. สำคัญและมาตรการหลัก

ปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินค่าบริการให้กับโรงพยาบาลจาก retrospective reimbursement แบบ fee-for-service มาเป็น prospective casemix-based funding

4. กระบวนการปฏิรูป

ช่วงต้นทศวรรษ 1980s George Palmer และ Stephen Duckette เผยแพร่แนวคิด casemix-based funding ในออสเตรเลีย มีการจัดประชุมทางวิชาการโดยรัฐบาลกลางในปี 1984

ปี 1985 รัฐ Victoria แสดงความต้องการปฏิรูปการจัดสรรเงิน Medicare ในระบบ casemix-based funding จากการผลักดันของ Duckette ซึ่งเป็นหัวหน้าวิจัยของ Victorian Health Department

ปี 1987 รัฐบาลกลางเชิญ Fetter และ Hindle ผู้เชี่ยวชาญจากสหรัฐอเมริกามาศึกษา การใช้ DRG ในการจัดสรรงบประมาณในออสเตรเลีย

ช่วงกลางทศวรรษ 1980s -1990s มีการวิจัย ประชุม เสนอผลงาน และทำจุลสารเกี่ยวกับ DRG และ casemix-based funding จำนวนมาก รวมทั้งมีการจัด Casemix Conference ทุกปีโดยเวียนไปในรัฐต่าง ๆ

ปี 1991 Australian Health Ministers' Advisory Council Body เสนอแผน Casemix Development Program และ Health Ministers' Council จัดตั้งคณะกรรมการ 2 คณะ

1. Casemix Implementation Project Board ประกอบด้วยนักวิชาการ ตัวแทนภาคเอกชนและแพทย์สมาคมทำหน้าที่กำกับทิศทางและให้คำแนะนำรัฐบาลกลาง

2. Casemix Clinical Committee ประกอบด้วยตัวแทนวิชาชีพทางคลินิกและพยาบาล ทำหน้าที่พัฒนาการใช้ข้อมูลทางคลินิก

ปี 1993 รัฐ Victoria เริ่มใช้ Casemix-based funding โดยระบุเป็นข้อกำหนดใน Medicare Agreement ระยะ 3 (ปี 1993-1998) ที่ทำกับรัฐบาลกลาง ส่วนรัฐ Queensland และ South Australia เริ่มใช้ casemix ในการบริหารจัดการ

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

ปัจจัย 3 ประการในสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมของออสเตรเลียสูงขึ้นอย่างรวดเร็วคือ

1. การที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น
2. การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพงมากขึ้น
3. ภาวะเศรษฐกิจที่ชลอตัวประกอบกับอัตราเงินเฟ้อที่เพิ่มขึ้น เป็นเหตุให้รายได้ของประชาชนลดลง และมีสัดส่วนของประชากรที่ต้องพึ่ง Medicare เพิ่มขึ้น

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

รัฐบาลกลางพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายของ Medicare โดยการตัดงบประมาณที่ให้แก่มูลรัฐ

26 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

รัฐบาลมลรัฐจึงมีความจำเป็นต้องหามาตรการควบคุมค่าใช้จ่าย รัฐมนตรีสาธารณสุขรัฐ Victoria ประกาศจุดยืนชัดเจนในการดำเนินการใช้ casemix-based funding โดยไม่สนใจการประท้วงจากกลุ่มโรงพยาบาล

นักวิชาการและข้าราชการระดับสูงมีส่วนร่วมในการคิดค้นมาตรการและกำหนดรายละเอียดต่างๆ ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อลดค่าใช้จ่าย

กลุ่มโรงพยาบาลซึ่งเข้าร่วมในการพัฒนาข้อมูล DRG ตั้งแต่ต้น มีความเข้าใจในระบบใหม่ ถึงแม้จะไม่ได้สนับสนุน แต่ก็ไม่ได้ต่อต้านในทางปฏิบัติ

7. ผลของการปฏิรูป

การประเมินในรัฐ Victoria หลังจากการใช้ระบบใหม่ไม่กี่เดือน พบว่าผู้บริหารโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพของบริการมากขึ้น คิวเพื่อรอรับบริการผู้ป่วยในลดลง

ไม่มีข้อมูลการประเมินผลหลังจากที่ใช้ระบบ casemix-based funding นานกว่านั้น

นิวซีแลนด์

ระบบสุขภาพในปัจจุบัน

1. ภาพรวมของระบบ

นิวซีแลนด์มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ระบบบริการสุขภาพโดยภาพรวมยังถือว่าเป็นระบบบริการสุขภาพของรัฐ และบริหารโดยองค์กรเดียว คือ Health Funding Authority (HFA) ภายใต้กระทรวงสุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการรายเดียว (Single payer) โดย HFA จะทำสัญญาซื้อกับผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รัฐมีบทบาทหลักในการดูแลด้านสุขภาพ ทั้งนี้มีการกำหนดสิทธิประโยชน์ในการได้รับบริการต่างๆ สำหรับประชากรไว้อย่างชัดเจน

บริการสุขภาพต่างๆ ที่ HFA จัดซื้อให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมด้านต่างๆ ดังนี้

1. บริการสาธารณสุข
2. บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมถึง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป บริการ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน การวางแผนครอบครัว การให้วัคซีน การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรักษาโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลเด็กและผู้ป่วย
3. บริการวินิจฉัยเบื้องต้น การจ่ายยา รวมทั้งบริการสนับสนุนอื่นๆ ซึ่งสามารถมีได้จากการส่งต่อของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
4. บริการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอด
5. บริการทันตกรรม เป็นบริการการป้องกัน การให้สุขศึกษา รวมทั้งการอุดฟัน ให้บริการแก่เด็กในโรงเรียนและผู้ใหญ่โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
6. บริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ และบริการผ่าตัด

7. บริการด้านจิตเวช
8. บริการสำหรับผู้พิการ

2. การคลังของระบบ

2.1. แหล่งที่มาของงบประมาณ

แหล่งหลักของค่าใช้จ่ายสุขภาพคือรัฐบาล โดยใช้ภาษีทั่วไปในการสนับสนุนที่เหลื่อมมาจากเงินที่บุคคลจ่ายเองและส่วนของประกันสุขภาพเอกชน

2.2. บทบาทรัฐ-เอกชนทางด้านการคลัง

รัฐรับภาระจ่ายสุขภาพร้อยละ 77.3 ประชาชนจ่ายเองร้อยละ 15.6 และประกันสุขภาพเอกชนเป็นส่วนเสริม คิดเป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ 6.8 (แต่ครอบคลุมประชากรถึงร้อยละ 37)

2.3. ภาระทางการเงินของประชาชน/ ผู้ป่วย

ผู้ป่วยใช้บริการฟรีในส่วนของการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การดูแลหึงมีครรภ์ และการคลอด บริการทันตกรรมป้องกัน จิตเวช บำบัดยาเสพติด และบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการของ GP เอง ตามระดับรายได้ของผู้ป่วย หากมีส่วนต่างของค่าบริการที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บกับค่าบริการที่จ่ายตามระดับรายได้ ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนนี้คือ รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายแทน นอกจากนี้ รัฐอุดหนุนให้กับผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่นรายได้น้อยและเด็ก เป็นอัตราต่อครั้ง

ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ายาตามจำนวนรายการยา โดยมีเพดานค่าใช้จ่ายต่อปี รัฐรับผิดชอบเมื่อผู้ป่วยจ่ายถึงเพดาน อัตราการจ่ายค่ายาต่อรายการเพิ่มขึ้นสำหรับผู้ที่มีรายได้สูง

บริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ และบริการผ่าตัด (secondary and tertiary medical and surgical services) ในโรงพยาบาล เป็นบริการให้ฟรีไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย การดูแลผู้ป่วยนอกที่ส่งต่อมาจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ก็ไม่เสียค่าใช้จ่ายเช่นเดียวกัน ยกเว้นการบริการที่ไม่ต้องนอนค้าง (day patients) จะต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยมีขีดจำกัด

2.4. มาตรการจ่ายค่าบริการ

2.4.1. ผู้ให้บริการปฐมภูมิ

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้รับเงินในระบบ fee for service ในอัตรา 30-40 เหรียญต่อครั้ง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีรายได้น้อย รัฐจะเป็นผู้จ่ายเงินค่าตรวจให้

2.4.2. ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

โรงพยาบาลรัฐจัดอยู่ภายใต้ Ministry of Crown's Health Enterprise (CHE) ซึ่งทำข้อตกลงกับ HFA โดย HFA จ่ายเงินให้กับ CHE ในแบบต่อหัว (Capitation) ตามจำนวนประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบของแต่ละ CHE

ระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทนแพทย์จำแนกเป็น 2 กลุ่มย่อยดังนี้

28 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

- แพทย์ที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในโรงพยาบาลของรัฐ ได้รับเงินเดือนเฉลี่ย 95,000 เหรียญ หรือ 1.3 ล้านบาทต่อปี แพทย์ส่วนใหญ่มักจะทำงานทั้งในภาครัฐและเอกชนซึ่งจะได้รับเงินจากรัฐลดลงตามส่วน อัตราเงินเดือนขึ้นกับระดับประสบการณ์ของแพทย์
- แพทย์ที่ปฏิบัติงานในภาคเอกชนจะได้รับค่าตอบแทนในระบบ fee for service ซึ่งแตกต่างกันไปตามสาขาความเชี่ยวชาญ

3. ระบบบริการ

รัฐกำหนดรัศมีของระยะเวลาการเดินทางเพื่อไปยังสถานบริการปฐมภูมิ เช่น ไม่เกิน 30 นาที มีระบบการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลผู้ป่วย

3.1. ทางเลือกใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ

ประชาชนมีอิสระในการเลือกสถานบริการปฐมภูมิได้ทั้งที่ HFA ในเขตพื้นที่ของตนได้ จัดซื้อบริการสุขภาพไว้ให้ บริการในโรงพยาบาล ใช้ระบบส่งต่อจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

มีการกำหนด core health services ซึ่งเป็นบริการที่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบ ผู้ป่วยมีสิทธิในการเลือกใช้บริการนอกเหนือจาก core health services แต่ต้องจ่ายค่าบริการเอง

3.2. บทบาทรัฐ-เอกชนในการให้บริการ

บริการปฐมภูมิจัดโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งปฏิบัติงานอิสระ เป็นภาคเอกชนเกือบทั้งหมด ส่วนโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของรัฐ¹⁰

การปฏิรูป

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

เดิมประเทศนิวซีแลนด์แบ่งเขตระบบบริการสุขภาพเป็น 14 เขต โดยมี Area Health Board เป็นผู้ตัดสินใจว่าจะใช้จ่ายเงินงบประมาณอย่างไร กล่าวคือทำหน้าที่เป็นทั้งผู้จ่ายเงิน (Funder) และผู้ให้บริการ (Provider) โดยรัฐบาลจะคัดเลือกคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจากท้องถิ่น (Locally Elected Hospital Board) ขึ้นมาเพื่อจัดบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแก่ประชาชนในท้องถิ่น ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการของโรงพยาบาลนั้นจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสุขภาพ โดยที่ผู้ป่วยในจะได้รับการบริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

ส่วนการรักษาในระดับ Primary Care มีแพทย์เวชปฏิบัติจะมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) เป็นผู้ให้บริการ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่าบริการเอง

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

- ค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายนี้ประมาณร้อยละ 80 เป็นภาระภาครัฐ ในขณะที่รัฐจำเป็นต้องตัดลดงบประมาณ
- ความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการสุขภาพ ประชาชนต้องใช้เวลาในการรอคิวรับบริการนาน

¹⁰ Bloom (2000)

และไม่ประทับใจในบริการที่ได้รับ การแบ่งแยกระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพออกเป็นหลายส่วน ทำให้เกิดปัญหาการโยนความรับผิดชอบไปให้แก่อันและกันของกองทุนต่างๆ เช่น ไม่จ่ายยาเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแต่ให้ผู้ป่วยไปรับยาจากแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (GP) ที่อยู่ในชุมชน เนื่องจากบที่จ่ายสำหรับโรงพยาบาลกับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวมาจากกองทุนคนละส่วนกัน เป็นต้น

- มีปัญหาการเข้าถึงบริการของประชาชนโดยเฉพาะประชาชนผู้มีรายได้น้อย ผู้มีรายได้น้อยไม่ได้รับบริการจากสถานบริการสุขภาพตามสมควรจะได้รับ ปัญหาความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึง

3. สำคัญและมาตรการหลัก

รัฐบาลได้กำหนดหลักการทั้งในการปรับเปลี่ยนการบริหารจัดการในกิจการของรัฐบาลหลายอย่าง รวมทั้งในด้านการศึกษาและบริการสุขภาพ โดยหลักการดังกล่าว ได้แก่

- การแยกหน่วยนโยบายออกจากฝ่ายปฏิบัติ (Separation between policy and operation) เพื่อไม่ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีอำนาจในการกำหนดนโยบาย

- การแยกผู้จัดสรรงบประมาณ ผู้ซื้อบริการและผู้ขายบริการออกจากกันให้ชัดเจน (Separation of funding, purchasing and provision of services) เพื่อให้มีการบริหารความรับผิดชอบตามสัญญาและกำกับตรวจสอบได้ แทนที่จะปล่อยให้ทุกอย่างอยู่ภายใต้องค์กรเดียวกัน

- ยกเลิกการผูกขาด และกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ (Competition between service providers) โดยคาดหวังว่าการแข่งขันจะทำให้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

- การจัดสรรความรับผิดชอบใหม่ในหน่วยงานของรัฐบาล (Reallocation of Responsibilities between Government Departments) จุดประสงค์หลักเพื่อให้งานต่างๆ ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การปฏิรูปในครั้งนี้ Area Health Board (AHB) ทั้ง 14 แห่ง ซึ่งทำหน้าที่เป็นทั้งผู้จ่ายเงิน (Funder) และผู้ให้บริการ (Provider) ได้เปลี่ยนมาเป็น Regional Health Authority (RHA) สำหรับแต่ละเขต เขตละ 1 แห่ง รวม 4 แห่ง แต่ละ Regional Health Authority เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นใหม่ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ ภายหลังได้มีการรวมทั้ง 4 RHA เป็น Health Funding Authority (HFA) เพียงแห่งเดียวทำหน้าที่เป็นผู้จัดซื้อบริการแทน RHA ทั้ง 4 แห่งทั่วประเทศ สำหรับด้านผู้ให้บริการได้มีการปรับโรงพยาบาลซึ่งเดิมเป็น Crown-owned companies 40 แห่ง ไปเป็น Crown's Health Enterprises (CHE) ทั้งหมด 23 แห่งเป็นผู้ขายบริการ CHE จะเป็นผู้จัดบริการพิเศษที่เฉพาะเจาะจง มีรัฐบาลกลางและตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ตัดสินใจในทุกๆ เรื่องรวมทั้งเรื่องนโยบายราคา

CHE มีอำนาจในการบริหารที่เป็นอิสระ มีรัฐบาลเป็นเจ้าของ ขึ้นกับ Ministry of Crown's Health Enterprise แยกต่างหากจากกระทรวงสุขภาพ CHEs แข่งขันกันเองและแข่งกับภาค

30 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

เอกชนในการขายบริการ งานบริการของ CHE ถูกตรวจสอบโดย RHA ส่วนการเงินและธุรกิจของ CHE ถูกตรวจสอบโดย Crown Company Monitoring and Advisory Unit (CCMAU) จัดตั้ง Public Health Commission เพื่อดูแลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เป็นการจัดตงค์กรเพื่อบงกันการทุมทรัพยากรไปกับการรักษา กำหนด core health services

4. กระบวนการปฏิรูป

ปี 1980 กระจายอำนาจการบริหารโรงพยาบาลไปยังคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลที่ได้รับเลือกจากท้องถิ่น

ปี 1983 ออกกฎหมายจัดตั้ง Area Health Board (AHB) เพื่อทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณไปให้โรงพยาบาลแทนกระทรวงสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพบริการ โดยรัฐบาลยังคงเป็นผู้ให้งบประมาณ (funder) คณะกรรมการของ AHB ส่วนใหญ่มาจากการเลือกตั้งของประชาชน และส่วนน้อยแต่งตั้งโดยรัฐมนตรีสุขภาพ

ต่อมาพบว่า AHB มีความลำเอียงในการจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลที่ตนเองเป็นผู้ให้บริการ และการหาประโยชน์ส่วนตัว นอกจากนี้ นักการเมืองท้องถิ่นบางคนยังพยายามจะคงการผ่าตัดบางอย่างที่ไม่ได้มาตรฐานไว้ในโรงพยาบาลขนาดเล็กในเขตของตน

ปี 1991 รัฐบาลชุดใหม่เข้าบริหารประเทศ ใช้แนวนโยบายเน้นการแข่งขันระหว่างสถานบริการภาครัฐและเอกชน ให้ผู้ใช้บริการมีทางเลือก เน้นบริการส่งเสริมและป้องกัน และบริการผู้ทุพพลภาพ

ให้ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการแบบต่างๆ ตามระบบ Alternative health care plan

จัดทำชุดบริการพื้นฐาน (core services)

แปรรูปโรงพยาบาลรัฐเป็นโรงพยาบาลอิสระในรูปบริษัท (Crown-owned companies) ต่อมาได้มีการเปลี่ยนชื่อเป็น State-owned Enterprise (SOE)

ปี 1992-93 รัฐบาลจ้างผู้เชี่ยวชาญศึกษาการปรับโครงสร้างธุรกิจของโรงพยาบาล

ปี 1993 แยกผู้ซื้อและผู้ขายบริการออกจากกัน โดยกำหนดรายละเอียดบริการและการคลังในสัญญา

ยกเลิก Alternative health care plan

ยกเลิก AHB และจัดตั้ง Regional Health Authority (RHA) ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ และเปลี่ยน Crown-owned companies ไปเป็น Crown's Health Enterprises (CHE) เป็นผู้ขายบริการ

ปี 1996 รัฐบาลใหม่รวม RHA ทั้ง 4 แห่งเข้าเป็นองค์กรเดียวคือ Health Funding Authority (HFA) ทำหน้าที่ซื้อบริการทั้งประเทศ

HFA กำหนดมาตรฐานราคา บริการ และใช้ดัชนี QUALY เป็นเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญและจัดสรรงบประมาณ HFA จัดซื้อบริการแบบผสมผสาน (integrated care) ไม่ใช่เน้นการรักษาพยาบาลอย่างเดียว และเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินสำหรับบริการจาก fee-for-service มาเป็นแบบรายหัวตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

ในช่วงทศวรรษ 1970s ต่อ 1980s เศรษฐกิจนิวซีแลนด์ตกต่ำ การว่างงานเพิ่มขึ้น อัตราเงินเฟ้อสูง (ร้อยละ 10 ในปี 1980 และ ร้อยละ 15 ในปี 1982) รัฐบาลต้องพึ่งเงินกู้และตัดลดงบประมาณ

ทศวรรษ 1980s เป็นช่วงเวลาที่มีการปฏิรูปเศรษฐกิจและระบบบริหารของรัฐบาลอย่างขนานใหญ่ โดยใช้การกระจายอำนาจเป็นแนวทางหลัก

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

ในปี 1991 พรรคแรงงานได้รับชัยชนะในการเลือกตั้งเข้ามาจัดตั้งรัฐบาลใหม่ รัฐบาลชุดนี้เป็นตัวจักรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการปฏิรูปหลายๆ ด้าน เริ่มจากการปฏิรูปด้านการเงินการคลัง และการปฏิรูปการบริหารรัฐบาลโดยการดำเนินนโยบายเศรษฐกิจเสรี รวมทั้งการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของรัฐบาล สำหรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ รัฐบาลได้กำหนดให้กระทรวงสุขภาพเป็นองค์กรหลักในการดูแลด้านนโยบาย รวมทั้งแนะแนวทางต่างๆ สำหรับหน่วยงาน และองค์กรบริการสุขภาพ

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในระยะแรก พบว่าผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล มีความกังวลเนื่องจากไม่มั่นใจในความเสี่ยงที่ตนเองจะต้องประสบ เมื่อเทียบกับการมีโอกาสในการได้รับค่าตอบแทนที่ดีขึ้น และนักการเมืองบางคนไม่ต้องการให้มีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เนื่องจากสูญเสียผลประโยชน์ จึงได้มีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางด้านประชาชนยังไม่ค่อยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิรูปนัก เนื่องจากเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อน อย่างไรก็ตามในระยะต่อมาความกังวลก็น้อยลงไป

7. ผลของการปฏิรูป

7.1 ผลการดำเนินงาน

7.1.1 โครงสร้างตลาดและระบบการจัดซื้อ

- โครงสร้างตลาดและพฤติกรรมของผู้ให้บริการ: CHE ทั้งหมด 23 แห่งได้เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้เกิดการแข่งขันทางตลาดระหว่างแต่ละ CHE โดยความคาดหวังว่าจะนำมาซึ่งบริการที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพมากขึ้น แต่เท่าที่ปรากฏการแข่งขันระหว่าง CHE มีไม่มาก เพราะแต่ละ CHE ต่าง

32 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ก็เป็นรัฐวิสาหกิจที่ขึ้นอยู่กับ Ministry of Crown Health Enterprise ซึ่งแม้ว่าคณะกรรมการ CHE ค่อนข้างมีอิสระในการดำเนินการเรื่องภายในองค์กรได้เอง แต่ก็มีหลายประเด็นที่รัฐเป็นผู้ตัดสินใจ เช่น การตัดระดับรายได้ การพิจารณาแผนการลงทุนและการพัฒนาการบริการ เป็นต้น

- การจัดระบบการซื้อ: การทำสัญญาระหว่าง RHA และ CHE บางครั้งตกลงกันไม่ได้ เนื่องจากฝ่ายหนึ่งต้องการลดราคาให้ต่ำลงแต่ให้คงบริการให้เหมือนเดิม และอีกฝ่ายหนึ่งต้องการกำไรสูง ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างผู้ซื้อบริการกับผู้ให้บริการและเกิดความไม่ลงตัวของข้อตกลงราคาซื้อขาย ในบางกรณี CCMAU เป็นผู้ช่วยในการตกลงราคาและบริการ เป็นระบบไตรภาคี แต่ในบางสถานการณ์ที่ไตรภาคีไม่สามารถแก้ไขได้ก็จะถูกแทรกแซงโดยรัฐบาล

7.1.2 สถานะทางการเงินในระหว่างการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ระบบการบริหารการเงินและสถานะการเงินภายหลังการปฏิรูประบบบริการสุขภาพยังไม่ค่อยดีนัก เนื่องจากภาระหนี้สินที่ CHE ได้รับสืบทอดมาจาก AHB ตั้งแต่เริ่มต้นยังคงอยู่ และผลประโยชน์ของ CHE ขาดทุนอย่างต่อเนื่อง และขาดทุนในขนาดสูงกว่าประมาณการของทั้งรัฐบาลและ CHE เอง

ในปี ค.ศ. 1992/1993 AHB ขาดทุน 60.1 ล้านดอลลาร์ (2.3% ของต้นทุน) แต่ปรากฏว่า ปีแรกในการดำเนินงานของ CHE ขาดทุนมากถึง 189.4 ล้านดอลลาร์ (7.1% ของต้นทุน) ซึ่งในระยะแรกของการปฏิรูป CHE เป็นผู้รับผิดชอบหนี้สินทั้งหมดที่ได้รับสืบทอดมาจาก AHB แต่ภายหลังรับผิดชอบไม่ไหวจึงได้โอนให้รัฐบาลรับผิดชอบแทน ในปี ค.ศ. 1993 หนี้สินทั้งหมดของ CHE ที่มีรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบมีมูลค่าถึง 289.7 ล้านดอลลาร์ และลดลงเหลือ 280.1 ล้านดอลลาร์ ในเดือน กรกฎาคม ปี ค.ศ. 1997

7.1.3 นโยบายและการดำเนินงาน

ผลจากการวิจัยโดยการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบในด้านนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานและคณะทำงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางขั้นตอนของการปฏิรูป ทำให้นโยบายไม่ได้ถูกแปลงไปสู่ในทางปฏิบัติเท่าที่ควร นอกจากนี้ ยังพบว่า ไม่มีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งที่ได้รับผิดชอบควบคุมทิศทางการปฏิบัติงานทั้งหมดในภาพรวม แต่ละ RHA ต่างคนต่างทำงาน ขาดการประสานงานที่ดี สัญญาที่ทำกับ CHE มีความแตกต่างกัน ทำให้ CHE เกิดความสับสนในการให้บริการ ทำให้เกิดมีการปฏิรูปเพื่อเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพของประเทศนิวซีแลนด์ขึ้นอีกครั้งหนึ่งหลังปี 1996

7.2 ผลลัพธ์ของการปฏิรูป

7.2.1 ประสิทธิภาพทางด้านเทคนิค (Technical Efficiency)

เนื่องจากข้อมูลของบริการสุขภาพและต้นทุนมีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ชี้ถึงความแตกต่างของประสิทธิภาพทางด้านนี้ในระหว่างที่ใช้ระบบ AHB กับ CHE ได้ยาก แต่ก็มีข้อมูลที่

ทำให้เห็นถึงแนวโน้มของ CHE ซึ่งยังคงขาดทุนอยู่เรื่อยๆ ในช่วงปี 1993/1994 ถึง 1996/1997 ต้นทุนของ CHE ทั้งหมดเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอเฉลี่ย ร้อยละ 5.5 ต่อปี และยังคงขาดทุนทุกปี ส่วนรายรับเพิ่มขึ้นเล็กน้อยอย่างช้าๆ

เท่าที่มีข้อมูลอยู่พบว่าระบบที่ใช้ CHE มีการเพิ่มของการจำหน่ายคนไข้ (discharge) สูงถึงร้อยละ 12.6 ในช่วงปี 1994/1995 และ 1996/1997 หรือมีค่าเฉลี่ยของการจำหน่ายคนไข้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.0 ต่อปี ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 ในช่วงปี 1994/1995 และ 1995/1996 แต่ในปี 1996/1997 ก็ลดลงไปในระดับเดิมของปี 1994/1995

จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย (Average length of stay) ภายใต้ระบบ AHB ในช่วงปี 1989/1990 ถึงปี 1992/1993 ลดลงร้อยละ 18 ในขณะที่จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยภายใต้ระบบ CHE ระหว่าง 1993/1994 และ 1996/1997 ลดลงร้อยละ 13 และมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ สำหรับจำนวนวันของการผ่าตัดภายใต้ระบบ AHB ระหว่าง 1989/1990 และ 1992/1993 เพิ่มขึ้นร้อยละ 61 ในขณะที่จำนวนของการผ่าตัดภายใต้ระบบ CHE ระหว่างปี 1993/1994 และ 1996/1997 เพิ่มขึ้นร้อยละ 17 โดยสรุปแล้วอาจกล่าวได้ว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ยุค AHB จนถึง CHE ส่วนจำนวนผู้ป่วยนอกมีอัตราทั้งเพิ่มขึ้นและลดลง

อย่างไรก็ตามจากการวิจัยในการสัมภาษณ์โดยรวม พบว่าผู้บริหารทั้งของ RHA และ CHE ต่างก็บอกว่า ระบบการบริหารจัดการแบบใหม่ได้ผลที่มากกว่าระบบเดิม รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานโดยส่วนใหญ่เข้าใจทั้งในเรื่องของการบริการและการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่าในระบบเดิม นอกจากนี้ระบบข้อมูลข่าวสารในภาพรวมสำหรับการจัดการก็ดูจะดีขึ้น

7.2.2 ประสิทธิภาพการจัดสรรงบประมาณ (Allocative Efficiency)

ไม่มีผลวิเคราะห์ให้เห็นอย่างชัดเจน

7.2.3 ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก (Clinical Outcomes)

ขณะนี้ยังไม่มี การประเมินความสัมพันธ์ของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ว่าให้ผลกระทบต่อด้านคลินิกบริการและสถานะสุขภาพในทางดีขึ้นหรือไม่

7.2.4 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Consumer Satisfaction)

ในปี 1998 อันเป็นช่วงที่เพิ่งเปลี่ยนจาก RHA เป็น HFA International Health Policy Survey ได้สำรวจความคิดเห็นทางโทรศัพท์ของประชาชนนิวซีแลนด์จำนวน 1,000 ราย ได้ผลสรุปดังนี้

- ร้อยละ 57 เห็นว่าบริการหลายอย่างดีขึ้นแล้วแต่ก็ยังต้องการปรับปรุงให้ดีขึ้น
- ร้อยละ 32 เห็นว่าระบบมีหลายอย่างที่ผิดพลาดมากและควรปฏิรูปขึ้นมาใหม่ทั้งหมด
- ร้อยละ 28 ของผู้รับบริการกล่าวว่าพวกเขายังไม่ได้รับบริการเนื่องจากปัญหาทางการเงิน

การเงิน

- ร้อยละ 18 กล่าวว่าเมื่อเขาต้องการบริการด้านสุขภาพก็ต้องใช้เวลาอนานและยาก

34 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

มากกว่าที่จะได้รับการบริการ

- ร้อยละ 38 - 50 มีความกังวลว่าพวกเขาจะไม่ได้รับการในกลุ่มบริการเฉพาะบางอย่าง
- สำหรับระยะเวลาในการรับบริการโดยเฉพาะบริการคัดกรอง ยังเป็นประเด็นที่ผู้รับบริการมีความต้องการให้เปลี่ยนแปลงมากที่สุด

7.2.5 ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ (Equity of access)

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพทำให้มีความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น

ญี่ปุ่น

ระบบสุขภาพในปัจจุบัน

1. ภาพรวมของระบบ

มีระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ เป็นระบบที่ผูกติดกับระบบความมั่นคงทางสังคม ระบบประกันสุขภาพมีสองประเภทหลัก ประเภทแรกคือ ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง (Employee-based) ซึ่งประกอบด้วย 2 ประเภทย่อยคือ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาล (Government-managed Health Insurance) และ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชนแบบไม่แสวงกำไร (Society-managed Health Insurance) และประเภทที่ 2 คือ ระบบประกันสุขภาพในชุมชน (Community-based Insurance) หรือเรียกว่า ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance, NHI) สำหรับประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระ ทั้งสามกลุ่มครอบคลุมประชากรใกล้เคียงกันประมาณอย่างละหนึ่งในสาม

เมื่อคนทำงานเกษียณก็จะออกจากระบบประกันสุขภาพแบบ Employee-based insurance และย้ายมาสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นกับกองทุน retired person insurance ถ้าอายุเกิน 70 ปี ก็ย้ายไปเข้ากองทุน Health services for the elderly ทั้งสองกองทุนจัดอยู่ในระบบ ประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบันสัดส่วนจำนวนผู้ประกันตนที่เป็นผู้สูงอายุในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสูงมาก

การประกันสุขภาพบริหารโดยกองทุนต่างๆจำนวนมาก ซึ่งครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน โดยสรุปดังตารางข้างซึ่งเป็นข้อมูลปีค.ศ.1998

กองทุนต่างๆ ไม่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกัน กองทุนซึ่งมีสมาชิกที่มีอำนาจจ่ายมากก็สามารถให้สิทธิประโยชน์มากหรือลดอัตราเบี้ยประกันของตนลง

ผู้ให้ประกันไม่ได้มีการทำสัญญาการซื้อขายบริการสุขภาพกับสถานพยาบาลโดยตรง แต่รัฐบาลจังหวัด (Prefecture government) เป็นผู้กำหนดว่าสถานพยาบาลใดจะเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการกับผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาลเหล่านี้มีหน้าที่ในการให้บริการตามการควบคุมของรัฐบาล ค่าบริการจะจ่ายโดยองค์กรประกัน (กองทุน) ผ่านมายังองค์กรที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบ ประมวลผลการเรียกเก็บก่อนที่จะทำการจ่ายเงินให้ต่อไป เนื่องจากมีหน่วยงานที่

ระบบประกัน	ผู้ประกันตน	ผู้ให้ประกัน	รัฐสนับสนุน
Government managed	ลูกจ้างบริษัทขนาดเล็กและกลาง	National government	13% ของค่าใช้จ่าย
Society managed	ลูกจ้างบริษัทขนาดใหญ่	1,814 Health Insurance Society	Y6.7 billion (คงที่)
Seamen's insurance	ลูกจ้างประมง	National government	Y3.0 billion
Mutual aid	ลูกจ้างรัฐบาลกลาง	27 Mutual Aid Associations	
Mutual aid	ลูกจ้างรัฐบาลท้องถิ่น	54 Mutual Aid Associations	
Mutual aid	ครูและลูกจ้างโรงเรียนเอกชน	1 Mutual Aid Association	
Agricultural and self employed	เกษตรกร และผู้ประกอบอาชีพอิสระ	-3,249 municipalities, -166 National Health Insurance Association (NHI)	50% of costs 32-52% of costs
Retirees from employees' insurance	ผู้เกษียณ	3249 municipalities (NHI)	
Health services for the elderly	ผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี และผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ที่นอนกับเตียง	Municipalities (NHI)	16.4% of costs

เป็นผู้ให้การประกันจำนวนมาก ในขณะที่เดียวกันก็มีจำนวนสถานพยาบาลจำนวนมากถึงเกือบสองแสนแห่ง ในขณะที่ประชาชนมีอิสระในการไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ ดังนั้นจึงมีการจัดตั้งองค์กรใหม่ขึ้นเพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบและคำนวณใบเรียกเก็บเงินในลักษณะของ Clearing house ซึ่งมีสองหน่วยงานคือ Social Insurance Medical Fee Payment Fund ดูแลและให้บริการกับ Workplace-based Insurance และ Federation of National Health Insurance Association ซึ่งให้บริการกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

สิทธิประโยชน์มีทั้งประเภทบังคับที่กำหนดตามกฎหมาย และสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่กองทุนแต่ละแห่งเพิ่มให้กับผู้ประกัน ประเภทของสิทธิประโยชน์ที่กำหนดตามกฎหมายมีเช่น บริการทางการแพทย์ ค่ายาตามใบสั่งยา เงินชดเชยสำหรับการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ การคลอด การดูแลบุตร รวมทั้งค่าเดินทางด้วย ไม่ครอบคลุมค่าห้องพิเศษ ค่าพยาบาลเฝ้าไข้ และค่าวัสดุทันตกรรม การคุ้มครองรวมไปถึงครอบครัวของผู้มีสิทธิด้วย

2. การคลังของระบบ

2.1. แหล่งที่มาของงบประมาณ

36 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

จากลูกจ้าง นายจ้าง สบทบเข้ากองทุน และงบประมาณรัฐ

2.2. บทบาทรัฐ-เอกชนทางการคลัง

สัดส่วนแหล่งที่มาของรายจ่ายด้านสุขภาพปี 1997

แหล่งเงิน	ร้อยละ
Insurance contributions	54.0
Public funds	32.2
National government	24.4
Local government	7.8
Patients' co-payment	3.8
รวม	100

2.3. ภาระทางการเงินของประชาชน/ ผู้ป่วย

ผู้ที่มีเงินเดือนประจำทั้งภาครัฐและเอกชนถูกหักเบี้ยประกันจากเงินเดือนเป็นรายเดือน โดยลูกจ้างและนายจ้างจ่ายคนละครึ่ง อัตราเบี้ยประกันคำนวณตามรายได้ ทั้งนี้มีการแบ่งเงินเดือนเป็นช่วงเรียกว่า รายได้มาตรฐาน (Standard remuneration) เป็น 40 ช่วง โดยอัตราเบี้ยประกันจะเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้น ไม่มีการกำหนดเพดานของเบี้ยประกันที่จะต้องจ่าย อัตราเบี้ยประกันจะแตกต่างกันตามแต่ละกองทุน แต่มีกฎหมายควบคุมระดับของเบี้ยประกัน

สำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระ อยู่ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งดำเนินการโดยรัฐบาลท้องถิ่น (Municipality government) ในการบริหารการเก็บเบี้ยประกันดำเนินการได้สองรูปแบบคือ เก็บเป็นเบี้ยประกันหรือเก็บเป็นภาษีประกันสุขภาพ โดยมีเพดาน

เมื่อใช้บริการ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายประมาณร้อยละ 20

2.4. มาตรการจ่ายค่าบริการ

2.4.1. ผู้ให้บริการปฐมภูมิ

ค่าบริการจ่ายแบบ Fee-for-service ซึ่งแบ่งเป็นสองส่วนคือ ค่าบริการทางการแพทย์ และค่ายาและวัสดุ โดยที่ค่าบริการทางการแพทย์ถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการ ในลักษณะสูตรคะแนนของบริการแต่ละประเภทและค่าบริการต่อหน่วย

ค่ายานี้มีการปรับให้สอดคล้องกับราคาตลาด และกำหนดโดยใช้ราคาเฉลี่ยบวกอีกร้อยละ 5

2.4.2. ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

การจ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลนั้นเป็นการจ่ายแบบตามรายการ (Fee-for-service) โดยมีการกำหนดเป็น fee schedule มีการแยกประเภทเตียงที่เป็น acute care และ long term care เพื่อให้มีความชัดเจนของประเภทผู้ป่วย แยกการจ่ายยาออกจากสถานพยาบาล การคำนวณค่าบริการทางการแพทย์นั้นพิจารณาจากทักษะและประเภทบริการ (เช่น ทักษะในการ

ให้บริการ ผ่าตัด เทคโนโลยีและทักษะ จำนวนบุคลากร) และราคาของยาและค่าวัสดุการแพทย์ มีการให้น้ำหนักสำหรับทักษะของแพทย์ในการคำนวณอัตราค่าบริการที่จ่ายให้ เพื่อให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ ในปี 1997 ได้มีการทบทวนเพื่อหามาตรการที่จะลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลง ซึ่งในขณะนี้กำลังพิจารณานำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) มาใช้

3. ระบบบริการ

ประเภทของสถานพยาบาลด้านบริการทางการแพทย์จำแนกเป็น 3 ประเภทหลัก คือ โรงพยาบาล (Hospital) คลินิก (clinic) และ คลินิกผดุงครรภ์ (maternity clinic) การแบ่งประเภทนี้ขึ้นกับจำนวนเตียงเป็นหลัก โดยโรงพยาบาลจะต้องมีเตียงตั้งแต่ 20 เตียงขึ้นไป ส่วนคลินิกนั้นจะมีเตียงได้ไม่เกิน 20 เตียง (ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เป็นเตียงสำหรับการสังเกตอาการและในกรณีฉุกเฉิน ปกติจะให้นอนได้ไม่เกิน 48 ชม.) สำหรับ คลินิกผดุงครรภ์นั้นมีเตียงได้น้อยกว่า 10 เตียง และให้บริการโดยผดุงครรภ์ โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่พัฒนามาจากคลินิกซึ่งทำให้มีโรงพยาบาลขนาดเล็กจำนวนมาก ซึ่งมักมีปัญหาว่ามีอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกไม่พร้อม ทำให้อาจมีปัญหาด้านคุณภาพของบริการ ศูนย์บริการสาธารณสุข (Health Centers) เป็นสถานบริการของรัฐภายใต้การจัดการของจังหวัดและเมืองที่คณะรัฐมนตรีกำหนดให้ต้องมี และเทศบาลในท้องถิ่นต่างๆ

จำนวนแพทย์และทันตแพทย์ในภาพรวมมีมากเกินไปต้องการ ในขณะเดียวกันก็ยังมีปัญหาการกระจายด้วย กล่าวคือยังคงมีพื้นที่ห่างไกลบางแห่งที่ยังขาดแคลนแพทย์ ส่วนบุคลากรด้านพยาบาลกลับขาดแคลน

การให้บริการของสถานพยาบาลแต่ละประเภทมีความซ้ำซ้อนกัน เนื่องจากประชาชนมีเสรีที่จะไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ ทำให้มีการแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลในขณะที่คลินิกมีการใช้บริการน้อย

3.1. ทางเลือกใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ

ประชาชนสามารถเลือกไปใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ตนพอใจได้อย่างอิสระ

3.2. บทบาทรัฐ-เอกชนในการให้บริการ

สถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชน หรือต้องพึ่งตนเอง สถานพยาบาลของรัฐเองแม้จะจ่ายค่าตอบแทนแพทย์เป็นเงินเดือน แต่งบประมาณทั้งหมดที่จะได้รับก็ขึ้นกับรายได้ของตนในปีที่ผ่านมา ดังนั้นจึงเท่ากับสถานพยาบาลต้องพึ่งตนเองเป็นหลัก

การปฏิรูป

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

สภาพก่อนการปฏิรูป ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการของตนเอง สถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชน ในช่วงที่ประเทศพัฒนาไปสู่ระบบอุตสาหกรรม โรงงานต่างๆ ดำเนินการจัด

38 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

บริการให้กับลูกจ้างของตนเอง

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

การกำเนิดของกฎหมายประกันสุขภาพเกิดจากการเคลื่อนไหวของกลุ่มแรงงาน และตระหนักว่าแรงงานเป็นทรัพยากรการผลิตที่สำคัญ โดยเฉพาะในช่วงที่ประเทศเข้าสู่สงคราม รัฐบาลก็ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของแรงงานที่ต้องเพิ่มกำลังผลิตเพื่อสนับสนุนกองทัพในการเข้าสู่ศึกสงคราม หลังจากแพ้สงคราม ประชาชนประสบกับความทุกข์ยากจึงยังมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาระบบความมั่นคงด้านสังคมเพิ่มขึ้น

3. สาเหตุสำคัญและมาตรการหลัก

มาตรการหลักที่ใช้คือการออกกฎหมาย ระบบสุขภาพของญี่ปุ่นนั้นถูกกำหนดโดยกฎหมายแทบทั้งสิ้น โดยในช่วงแรกนั้นให้ความสำคัญคุ้มครองกับกลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมใหญ่เป็นหลัก และต่อมาก็ขยายไปยังกลุ่มแรงงานขนาดเล็กลง จนครอบคลุมประชาชนทุกคนในที่สุด สำหรับในช่วงหลังของการปฏิรูปนั้นเป็นการแสวงหามาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายและผลกระทบจากการมีสัดส่วนผู้สูงอายุมาก และจำนวนเด็กน้อยลง แนวโน้มดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อความมั่นคงด้านเศรษฐกิจของประเทศในระยะยาว จึงได้มีการพัฒนาระบบบริการและระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ บริการโรคเรื้อรัง แผนการส่งเสริมการเพิ่มจำนวนเด็ก

4. กระบวนการปฏิรูป

ปี 1905 บริการสุขภาพจัดให้โดยโรงงานในลักษณะสวัสดิการ

ปี 1922 ออกกฎหมาย Health Insurance Law ซึ่งบังคับใช้เต็มที่ในปี 1927 สำหรับโรงงาน กิจการเหมืองแร่ คมนาคม ที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป ไม่บังคับคนที่มียอดเงินเดือนสูงกว่าระดับที่กำหนด

ปี 1934 ขยายหลักประกันไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป

ปี 1937 Health Center Law

ปี 1938 ก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ และ National Health Insurance Law

ปี 1939 Employee Health Insurance Law (ขยายไปยังกลุ่มลูกจ้างบริษัทที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน), Seamen's Insurance Law

ปี 1941 Workers Pension Insurance Law

ปี 1942 ประสาน employees' Health Insurance schemes ทั้งหมด เริ่มให้มีส่วนร่วมจ่าย และขยายความครอบคลุมไปยังครอบครัวผู้ประกัน และเริ่มก่อตั้งสมาคมประกันสุขภาพแห่งชาติ

- ปี 1945 สิ้นสุดสงครามและเริ่มนำระบบความมั่นคงด้านสังคมมาใช้
- ปี 1947 บังคับใช้กฎหมายประกันสุขภาพการเจ็บป่วยในการทำงาน
- ปี 1948 ตั้ง Social Insurance Medical Fee Payment Fund โดยให้รัฐบาลท้องถิ่น (เทศบาล) เป็นผู้ดำเนินการ
- ปี 1953 บังคับใช้ Day Laborers' Health Insurance Law, และบังคับใช้กฎหมายสวัสดิการสำหรับครูโรงเรียนเอกชนและลูกจ้างอื่นๆ
- ปี 1954 รัฐบาลให้เงินสนับสนุนแก่ Government-Managed Health Insurance เป็นครั้งแรกจำนวน 1 billion yens
- ปี 1958 ปรับปรุงกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับบริการสุขภาพร้อยละ 50 กล่าวคือประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายในการไปใช้บริการครึ่งหนึ่ง
- ปี 1961 ขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน
- ปี 1966 ปรับปรุงกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติอีกครั้งโดยเพิ่มสิทธิประโยชน์จากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 70
- ปี 1973 เริ่มให้บริการฟรีแก่ผู้สูงอายุ
- ปี 1980 เพิ่มสิทธิประโยชน์ให้กับสมาชิกครัวเรือน และกำหนดเพดานอัตราค่าเบี้ยประกัน
- ปี 1983 เริ่มมีกฎหมายสำหรับการจัดบริการให้ผู้สูงอายุและกำหนดให้ต้องมีส่วนร่วมจ่าย
- ปี 1984- 95 มีการแก้ไขกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติหลายครั้ง โดยปรับทั้งในเรื่องของ บริการที่ให้และการสนับสนุนจากรัฐ
- ปี 1997-98 แก้ไขกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มส่วนร่วมจ่าย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันสำหรับ government-managed insurance ทบทวนอัตราการสนับสนุนของรัฐ และจัดตั้งสภาการประกันสุขภาพและ สวัสดิการขึ้น
- ปี 1997 เพิ่มส่วนร่วมจ่ายของประชาชนจากร้อยละ 10 เพิ่มเป็นร้อยละ 20
- เริ่มมีแผนการจัดบริการแบบระยะยาว (Long term care)

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

- ปี 1945 - 54 สงครามโลกสิ้นสุด มีความจำเป็นเร่งด่วนในการให้ความช่วยเหลือประชาชน และขยายโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการจัดบริการ พัฒนาด้านโภชนาการ การควบคุมโรค
- ปี 1955 - 64 เศรษฐกิจขยายตัว เริ่มปรับแนวคิดจากการให้การช่วยเหลือของรัฐเป็นระบบความมั่นคงด้านสังคมแทน เริ่มมีกฎหมายประกันสุขภาพและกฎหมายประกันบำนาญแห่งชาติขึ้น
- ปี 1965 - 74 เศรษฐกิจเติบโตมาก ทำให้ระบบความมั่นคงด้านสังคมมีการพัฒนาไปเป็นอย่างมาก มีการพัฒนาสิทธิประโยชน์ การพัฒนาระบบสาธารณสุข พัฒนาด้านสภาพความเป็นอยู่ สภาพการทำงาน
- ปี 1975 - 89 เศรษฐกิจชะลอตัว ต้องมีการทบทวนระบบความมั่นคงด้านสังคมทั้งในด้าน

40 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

บริการสุขภาพและสวัสดิการความเป็นอยู่อื่นๆ มีการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด การมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนในการไปใช้บริการ และปรับเปลี่ยนอายุที่จะได้รับบำนาญและปรับบริการสำหรับผู้สูงอายุ

ปี 1990- เริ่มปฏิรูประบบโครงสร้างสำหรับความมั่นคงด้านสังคมเพื่อรองรับยุคของการมีผู้สูงอายุมากและมีเด็กน้อย

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในการปฏิรูปของญี่ปุ่นคือรัฐบาล โดยการผลักดันของกลุ่มแรงงานและ ภาคธุรกิจ ตลอดจนกลุ่มวิชาชีพต่างๆ การที่ประเทศญี่ปุ่นยังคงจ่ายเงินตามปริมาณบริการแสดงถึงอำนาจต่อรองและบทบาทของกลุ่มวิชาชีพแพทย์ยังคงมีบทบาทสูง

7. ผลของการปฏิรูป

รายจ่ายสำหรับบริการผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในปีแรกที่ทำให้บริการฟรีพบว่าเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 55

ในปี 1997 มีการทบทวนและมาตรการที่ควบคุมค่าใช้จ่ายโดยเพิ่มส่วนร่วมจ่ายของประชาชนจากร้อยละ 10 เพิ่มเป็นร้อยละ 20 ซึ่งจากมาตรการดังกล่าวพบว่าทำให้อัตราการใช้บริการลดลงและค่าใช้จ่ายลดลงเล็กน้อย

ภาระค่าใช้จ่ายของบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นมีผลให้สถานะด้านการเงินของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ อยู่ในภาวะที่ติดลบมาตลอด และต้องอาศัยการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHI) มีภาระค่าใช้จ่ายในด้านการเงินที่ติดลบมากที่สุดเนื่องจากมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

เกาหลีใต้

ระบบสุขภาพในปัจจุบัน

1. ภาพรวมของระบบ

มีระบบประกันสุขภาพทั่วหน้าภาคบังคับ ชุดสิทธิประโยชน์มีลักษณะจำกัด เบี้ยประกันกำหนดในอัตราต่ำ บริการที่ครอบคลุมโดยชุดสิทธิประโยชน์ เช่น บริการผู้ป่วยนอก บริการในโรงพยาบาล บริการอนามัยแม่และเด็ก ค่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และยา (ทั้งที่มีใบสั่งยาและไม่มีใบสั่งยา) และการแพทย์แผนตะวันออก

ระบบประกันสุขภาพบริหารโดยกองทุนจำนวนมาก ซึ่งดูแลกลุ่มประชากรเป้าหมายแตกต่างกันคือ

1. กลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรม (ร้อยละ 36.7 ของประชากร) อยู่ภายใต้การจัด

บริการของ Employee Health Insurance Societies 145 แห่ง

2. กลุ่มพนักงานของรัฐและครู (ร้อยละ 10.5 ของประชากร) อยู่ภายใต้การดำเนินงานของ Korea Medical Insurance Corporation

3. กลุ่มบุคคลที่ไม่มีรายได้ประจำ (ร้อยละ 49 ของประชากร) อยู่ภายใต้การดูแลของ Rural and Urban Health Insurance Societies กองทุนต่างๆ มีการกระจายความเสี่ยงหรือประกันชั้นที่สอง (Reinsurance mechanism)

ในปี 1998 ได้มีการรวมกองทุนประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำเข้าเป็นกองทุนเดียวกัน และรวมเข้ากับประกันสุขภาพของกลุ่มข้าราชการและครูโรงเรียนเอกชน เป็น National Health Insurance Corporation โดยทั้งหมดอยู่ภายใต้การดูแลของ National Federation of Medical Insurance เหลือกองทุนจำนวน 141 กองทุน เป็นของบริษัทเอกชน 140 แห่ง และอีก 1 แห่งคือ National Health Insurance Corporation รัฐบาลเกาหลีกำหนดให้ทำการรวมกองทุนประกันสุขภาพอีกครั้งให้เหลือเพียงกองทุนเดียวในเดือนกรกฎาคม ค.ศ.2000¹¹

ประชาชนไม่ได้มีสิทธิเลือกกองทุน ไม่มีการแข่งขันระหว่างกองทุน ขณะเดียวกันกองทุนเหล่านี้ก็ไม่มีสิทธิเลือกทำสัญญากับผู้ให้บริการเอง เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ของ National Federation of Health Insurance ดังนั้นกองทุนเหล่านี้จึงทำหน้าที่เพียงแค่เป็นตัวกลางที่פקเงินก่อนที่จะจ่ายให้กับผู้ให้บริการและสถานพยาบาลเท่านั้น

นอกจากนี้ยังมีประชาชนอีกประมาณร้อยละ 3.6 ที่มีฐานะยากจนอยู่ภายใต้การดูแลของ Medical Aid Program ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล

2. การคลังของระบบ

2.1. แหล่งที่มาของงบประมาณ

บุคคลจ่ายเบี้ยประกันและร่วมจ่ายค่าบริการ

นายจ้างสมทบค่าเบี้ยประกัน

รัฐใช้เงินภาษีสนับสนุนกองทุนและจ่ายในโครงการช่วยเหลือผู้ยากจน

2.2. บทบาทรัฐ-เอกชนทางด้านการคลัง

ในปี 1996 แหล่งเงินระบบมาจากการจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือนเองถึงร้อยละ 55.1 เบี้ยประกันในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับร้อยละ 29.3 และการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐร้อยละ 15

2.3. การระดมเงินของประชาชน/ ผู้ป่วย

เบี้ยประกัน จ่ายตามสัดส่วนของเงินเดือน ร้อยละ 3.24 สำหรับลูกจ้างในบริษัทเอกชน และร้อยละ 3.8 สำหรับกลุ่มข้าราชการและครู ทั้งนี้โดยนายจ้างและลูกจ้างต้องจ่ายคนละครึ่ง (นายจ้าง ครึ่ง ร้อยละ 30) สำหรับในกลุ่มประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำคำนวณอัตราเบี้ยประกันจากรายได้ ทรัพย์สินและขนาดของครัวเรือน โดยรัฐบาลช่วยสนับสนุนสมทบงบ

¹¹ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr. Bong-Min Yang อาจารย์ประจำ Seoul National University เมื่อ 1 มิถุนายน ค.ศ.2000 ที่กรุงเทพฯ

42 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ประมาณประมาณร้อยละ 30 ของรายจ่ายทั้งหมด

ผู้ป่วยในต้องมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 20 ของค่าบริการ ผู้ป่วยนอกมีส่วนร่วมจ่ายตามประเภทบริการ ระดับของโรงพยาบาลและขนาดของค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ร้อยละ 30-55 นอกจากนี้ยังต้องจ่ายค่าธรรมเนียมการส่งยาของแพทย์และมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่ายาด้วย และหากเป็นรายการที่ไม่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ ประชาชนก็ต้องจ่ายเอง

2.4. มาตรการจ่ายค่าบริการ

2.4.1. ผู้ให้บริการปฐมภูมิ

fee-for-service ตามรายการบัญชีราคาบริการต่างๆที่กำหนดโดยรัฐบาล

2.4.2. ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

fee-for-service ตามรายการบัญชีราคาบริการต่างๆที่กำหนดโดยรัฐบาล

3. ระบบบริการ

3.1. ทางเลือกใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ

ระบบประกันสุขภาพกำหนดให้ประชาชนต้องไปใช้บริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ (อาจเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือโรงพยาบาลขนาดเล็ก) ก่อน และหากได้รับการส่งต่อจึงสามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่ได้ อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติยังคงไม่สามารถดำเนินการบังคับได้ แต่ดำเนินการโดยการกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่แตกต่างกันของสถานพยาบาลระดับต่างๆ

แพทย์ที่ทำงานในคลินิกส่วนใหญ่เป็นแพทย์เฉพาะทาง ด้วยเหตุที่เกาหลีใช้วิธีการจ่ายเงินตามปริมาณบริการ ทำให้เกิดการแข่งขันกันในการให้บริการเนื่องจากการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจะเป็นการลดรายได้ของตนไป ส่วนบริการภายในโรงพยาบาลก็จะเป็นระบบเบ็ดเสร็จ กล่าวคือมีพนักงานและบุคลากรของตนเองในการให้บริการ เมื่อผู้ป่วยเข้ามาแล้วก็จะให้บริการด้านต่างๆ แบบเบ็ดเสร็จทุกอย่าง จากเหตุดังกล่าวทำให้ระบบการส่งต่อและการประสานบริการระหว่างคลินิกและโรงพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร และทำให้บริการที่สถานพยาบาลในแต่ละระดับก็มีความซ้ำซ้อนกัน มีผู้ป่วยไปแออัดกันที่โรงพยาบาลใหญ่เนื่องจากเข้าใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพดีกว่าและละเลยการใช้บริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิ

3.2. บทบาทรัฐ-เอกชนในการให้บริการ

โรงพยาบาลและคลินิกร้อยละ 91 แพทย์ร้อยละ 88.8 และเตียงร้อยละ 91 เป็นของเอกชน โดยส่วนใหญ่เป็นเอกชนแบบแสวงกำไร รองลงมาเป็นของเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ส่วนภาครัฐนั้นมีบทบาทน้อย

ทรัพยากรกระจุกตัวในเขตเมือง

การปฏิรูป

เกาหลีสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนได้อย่างทั่วหน้าภายในระยะ เวลา

12 ปี โดยในช่วงแรกเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการขนาดใหญ่ และกลุ่มข้าราชการ ครูโรงเรียนเอกชน และค่อยๆ ขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการขนาดเล็ก จนถึงประชาชนทั้งหมดในที่สุด สำหรับในช่วงหลัง คือตั้งแต่ปี 1994 เป็นต้นมาเป็นการปฏิรูปเพื่อมุ่งขยายสิทธิประโยชน์และลดส่วนร่วมจ่ายของประชาชน รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารกองทุนโดยการรวมกองทุน การพยายามแยกบทบาทของการสั่งยาและการจ่ายยา การนำวิธีการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

ระบบบริการสุขภาพของเกาหลีก็เป็นลักษณะเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ในเอเชีย โดยส่วนใหญ่คือเป็นระบบแบบเสรี ประชาชนต้องจ่ายค่าบริการเมื่อไปใช้บริการเอง และส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลของเอกชน

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

ระบบประกันสุขภาพของเกาหลีเริ่มตั้งแต่ปี 1963 ที่เริ่มมีกฎหมายอนุญาตให้มีแผนการประกันแบบสมัครใจสำหรับลูกจ้าง แต่ไม่ประสบความสำเร็จทั้งในแง่ของคนที่เข้าร่วมและความอยู่รอดด้านการเงิน จนมาถึงปี 1976 ที่รัฐบาลออกกฎหมายประกันสุขภาพภาคบังคับ โดย ในช่วงแรกมีการถกเถียงกันว่าใครควรได้รับเป็นกลุ่มแรก ซึ่งก็ได้มีการยอมรับกันว่าประชาชนกลุ่มเกษตรกรที่ยากจนและผู้ประกอบอาชีพอิสระเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพมาก แต่สืบเนื่องจากปัญหาด้านการบริหารจัดการ ความเป็นไปได้ในด้านการเงิน และจำกัดของทรัพยากรสาธารณสุขในเขตชนบท ทำให้ต้องเริ่มโครงการในกลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดใหญ่ ก่อน และค่อยๆ ขยายไปยังกลุ่มต่างๆ

ปัญหาหลักที่ต้องมีการปฏิรูปในปี 1994 คือ การมีสัดส่วนร่วมจ่ายจากครัวเรือนที่สูง มีการแข่งขันการให้บริการของสถานพยาบาลแต่ละระดับและให้บริการที่เกินจำเป็น การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขที่ไม่เหมาะสมระหว่างเขตเมืองและชนบท กองทุนขาดความมั่นคงด้านการเงิน และมีความแตกต่างของฐานะด้านการเงินของแต่ละกองทุน

3. สาเหตุสำคัญและมาตรการหลัก

ในระยะแรก เป็นการขยายความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนเป็นหลักโดยอาศัยมาตรการทางกฎหมาย การขยายความครอบคลุมนี้ เริ่มจากประกันแบบสมัครใจ แล้วประกันแบบบังคับกลุ่มประชากรเป้าหมายจำนวนน้อย การให้สิทธิประโยชน์ต่ำ และร่วมจ่ายมาก ไปสู่การเพิ่มจำนวนประชากรและขยายสิทธิประโยชน์และลดการร่วมจ่ายเป็นขั้นๆ

ต่อมา มีการเน้นส่งเสริมสุขภาพ และปรับระบบบริหารกองทุน โดยมีการรวมกองทุน การปรับวิธีการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาล และการแยกบทบาทระหว่างการสั่งยาและการจ่ายยา

4. กระบวนการปฏิรูป

- ปี 1963 มีกฎหมายประกันสุขภาพ
- ปี 1963-77 ประกันสุขภาพแบบสมัครใจ
- ปี 1977 ประกันสุขภาพภาคบังคับเริ่มใช้กับสถานประกอบการเอกชนที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 500 คนขึ้นไป และข้าราชการและครูโรงเรียนเอกชน โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับคนจน
- ปี 1979-88 ขยายความครอบคลุมประกันสุขภาพภาคบังคับสู่กลุ่มเป้าหมายที่กว้างขึ้นเรื่อย ๆ
- ปี 1987 ขยายความครอบคลุมบริการแพทย์แผนตะวันออก
- ปี 1989 ประกันสุขภาพภาคบังคับกับประชาชนทุกคน
- ปี 1994 ขยายสิทธิประโยชน์ ลดส่วนร่วมจ่าย ขยายระยะเวลาคุ้มครอง ขึ้นเบี้ยประกัน กระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน
- ปี 1995 ประกาศใช้ พระราชบัญญัติส่งเสริมสุขภาพ
- ปี 1996 นำวิธีให้ผู้ป่วยจ่ายส่วนแรกมาใช้ (deductible) กระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน
- ปี 1997 ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพ ทดลองนำรูปแบบการจ่ายเงินตาม DRGs มาใช้
- ปี 1998 รวมกองทุนกลุ่มประชาชนไม่มีรายได้ประจำและกองทุนสำหรับกลุ่มข้าราชการ และครูเข้าด้วยกัน อยู่ภายใต้ Korea Health Insurance Corporation มีการปรับวิธีการคิด คำนวณเบี้ยประกันใหม่
- ขยายการทดลองนำรูปแบบการจ่ายเงินตาม DRGs
- ปี 1999 ผ่านกฎหมายแยกอำนาจการสั่งยาและการจ่ายยาออกจากกันในเดือนพฤศจิกายน กำหนดมีผลบังคับใช้ 1 กรกฎาคม 2000
- ปี 2000 เดือนมิถุนายน แพทย์จำนวนมากถึงร้อยละ 90 ของแพทย์คลินิกนัดหยุดงาน ประท้วงการแยกอำนาจการสั่งยาและการจ่ายยาออกจากกัน¹²
- กำหนดรวมกองทุนสุขภาพต่างๆเป็นกองทุนเดียวกันในเดือนกรกฎาคม¹³

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

การขยายตัวอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ ทำให้มาตรฐานการดำรงชีพดีขึ้น ความคาดหวังของประชาชนเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันความสามารถในการจ่ายก็เพิ่มขึ้น ความสำเร็จของการขยายความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพมีส่วนสัมพันธ์กับการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจ

¹² CNN.com (2000)

¹³ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr. Bong-Min Yang อาจารย์ประจำ Seoul National University เมื่อ 1 มิถุนายน ค.ศ. 2000 ที่กรุงเทพฯ

อย่างต่อเนื่อง ในช่วงที่ประเทศประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปลายปี 1998 ก็เป็นแรงผลักดันให้เห็นถึงความจำเป็นของการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ปัจจัยด้านการเมือง การสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนเกิดจากการที่รัฐบาลทหารต้องการสร้างความชอบธรรมในการปกครองประเทศ การรวมระบบประกันสุขภาพของกลุ่มข้าราชการและกลุ่มประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระเกิดขึ้นในช่วงที่มีรัฐบาลใหม่ที่กำลังได้รับความนิยม

ในปี 1996 เกิดความจำเป็นในการปฏิรูปอีกครั้งที่เกิดจากแรงกดดันภายในระบบเป็นหลัก โดยเป็นการปฏิรูปเพื่อลดความขัดแย้งระหว่างกลุ่มต่างๆ (ระหว่างกลุ่มแพทย์ในสถานบริการระดับต่างๆ ระหว่างกองทุน และระหว่างกลุ่มแพทย์และเภสัชกร) และปรับระบบบริการให้เหมาะสม

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

รัฐบาลทหารมีบทบาทในการเร่งการปฏิรูปในช่วงแรก ส่วนการขยายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนในช่วงหลังนั้น นอกจากภาครัฐแล้วกลุ่มองค์กรต่างๆก็มีส่วนร่วมในการผลักดันการปฏิรูป เช่น องค์กรประกันสุขภาพ องค์กรวิชาชีพแพทย์ กลุ่มเภสัชกร

7. ผลของการปฏิรูป

สามารถให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน แต่รายจ่ายของครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการค่อนข้างสูง

รายจ่ายสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นเร็วกว่าการเพิ่มของรายได้ประชาชาติ

กองทุนขาดความมั่นคงด้านการเงิน ในปี 1997 มีกองทุนถึงครึ่งหนึ่งประสบกับปัญหาขายจ่ายมากกว่ารายรับ

การปฏิรูปในระยะที่สองและระยะที่สามนั้นยังไม่เห็นผลสำเร็จที่ชัดเจน

ไต้หวัน

ระบบสุขภาพในปัจจุบัน

1. ภาพรวมของระบบ

ใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบบังคับ ครอบคลุมประชากรทุกคน มีผู้ซื้อรายเดียว ค่าบริหารจัดการโครงการถูกจำกัดไว้ไม่ให้สูงกว่าร้อยละ 3.5 ของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ

สิทธิที่ผู้ประกันตนได้รับการรักษาพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ค่ายาตามใบสั่งแพทย์และยา OTC ที่จำเป็นบางส่วน การทำฟัน (ยกเว้น orthodontics และ prosthodontics) การรักษากับแพทย์จีน การป้องกันโรค บริการเพื่อคัดกรองโรค ได้แก่ การตรวจ pap smear และการตรวจร่างกาย ให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรค

เรื่องร้องที่พบบ่อย การดูแลก่อนคลอด การติดตามดูแลเด็กหลังคลอด และการดูแลรักษาที่บ้าน (home care services)

2. การคลังของระบบ

2.1. แหล่งที่มาของงบประมาณ

แหล่งที่มาของเงินจากการหักจากเงินเดือนของผู้ที่มีรายได้รายเดือน สมทบด้วยส่วน ของ นายจ้าง และสมทบโดยรัฐจากภาษีทั่วไปและรายได้อื่นๆ ของรัฐ เช่น จากการนำเงินไปลงทุน เงินรายได้จากสลากรัฐบาล (social welfare lottery) และจากภาษีบุหรี่และไวน์ เงินทั้งหมด รวมเข้าเป็นกองทุนเดียว

นอกจากนี้มาจากการร่วมจ่ายค่าบริการของผู้ป่วย

2.2. บทบาทรัฐ-เอกชนทางด้านการคลัง

ในปี 1998 ส่วนแบ่งภาระการคลังจากภาคเอกชนโดยการหักจากเงินเดือนและสมทบเข้า กองทุนร้อยละ 72.14 และรัฐให้การสนับสนุนร้อยละ 27.86

2.3. ภาระทางการเงินของประชาชน/ ผู้ป่วย

อัตราการจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพได้ถูกกำหนดตั้งแต่กลางปี 1994 โดยแบ่งอัตราการ จ่าย ค่าเบี้ยประกันออกเป็น 6 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มรัฐจะให้เงินสมทบในอัตราที่แตกต่างกัน เช่น สำหรับกลุ่มผู้ยากจนและกลุ่มทหารผ่านศึกรัฐจะให้ทั้งหมด กลุ่มครูโรงเรียนเอกชนจ่าย ร้อยละ 40 ของค่าเบี้ยประกัน นายจ้าง (เจ้าของโรงเรียนเอกชน) จ่ายร้อยละ 30 รัฐจะจ่าย สมทบ อีกร้อยละ 30 ในขณะที่กลุ่มของผู้ที่มีกิจการของตนเองและกลุ่มของนักศึกษาต้อง จ่ายเองทั้งหมด รัฐไม่จ่ายเงินสมทบเลย เงินที่เก็บจากแต่ละกลุ่มรวมเข้าเป็นกองทุนเดียว

ค่าเบี้ยประกันเฉลี่ยอยู่ที่ NT\$ 24,310 ต่อปี (NT\$32.22 = US\$1)

ผู้ป่วยนอกต้องจ่ายค่าลงทะเบียนผู้ป่วย (registration fee) ครั้งละประมาณ US\$1.5-3.0 และจ่ายค่าบริการในอัตราคงที่ ซึ่งปี 1997 จะอยู่ที่ US\$1.80 เมื่อรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิก ในพื้นที่ และต้องจ่ายเพิ่ม US\$3.60 เมื่อรักษาที่โรงพยาบาลของศูนย์เขต หรือจ่ายเพิ่ม US\$5.50 เมื่อเข้ารับการรักษาในศูนย์การแพทย์ โดยไม่ได้รับการรักษาตามระบบการส่งต่อผู้ป่วย ดังนั้นการ ไปพบแพทย์แต่ละครั้งผู้ป่วยต้องจ่ายเงินตนเองประมาณ US\$3.3-8.5

ผู้ป่วยในต้องจ่ายร่วมร้อยละ 10-30 ของค่ารักษาพยาบาล ขึ้นกับระยะเวลาที่นอนรักษา ตัวในโรงพยาบาลและโรคที่เป็น หากพักในโรงพยาบาลนาน ต้องจ่ายร่วมในอัตราสูง แต่ทั้งนี้ได้ กำหนด เพดานสูงสุดไว้ว่าผู้ป่วยจะจ่ายไม่เกิน US\$606 ต่อครั้งที่นอนโรงพยาบาล และไม่เกิน US\$1,030 ต่อปี ส่วนที่เกินกองทุนประกันสุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบ สำหรับผู้ป่วยในกรณี ที่มาคลอดบุตร การรักษาเพื่อป้องกันโรค การป่วยจากโรคที่ต้องเสียค่ารักษาสูง (catastrophic diseases) รวมทั้งคนจน ทหารผ่านศึกและครอบครัว และผู้ที่อาศัยบริเวณภูเขาสูงและบนเกาะ ไม่ต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

2.4. มาตรการจ่ายค่าบริการ

2.4.1. ผู้ให้บริการปฐมภูมิ

Fee-for-service

2.4.2. ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

Fee-for-service ต่อมาได้นำเอาระบบการจ่ายเงินให้กับสถานบริการหลายๆ วิธีมาใช้ร่วมกัน (multiple payment systems) ทั้งแบบ case payment (DRG) สำหรับบางโรค global budget สำหรับการดูแลรักษาโรคพื้น และแบบ capitation สำหรับผู้ที่อาศัยในเกาะ เพื่อเพิ่มความคล่องตัวในการทำงานของแพทย์และลดปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย

3. ระบบบริการ

3.1. ทางเลือกใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ

ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการตามลำดับขั้นของสถานบริการ หากไม่เข้าตามลำดับต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นกว่าปกติ

3.2. บทบาทรัฐ-เอกชนในการให้บริการ

ในเดือนธันวาคม ปี 1998 สัดส่วนของผู้ให้บริการ เป็นของรัฐร้อยละ 3.28 โดยแบ่งเป็น โรงพยาบาล 98 แห่ง และคลินิกของรัฐ 431 แห่ง ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 96.72 เป็นสถานบริการของเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ โดยเป็นโรงพยาบาลเอกชน 630 แห่ง และคลินิกเอกชน 14,963 แห่ง ซึ่งหากแบ่งตามระดับของสถานบริการ จะเป็นศูนย์การแพทย์ (medical center) 17 แห่ง (0.11%) โรงพยาบาลศูนย์ (regional hospital) 61 แห่ง (0.38%) โรงพยาบาลจังหวัด (district hospital) 511 แห่ง (3.17%) และคลินิก 15,533 แห่ง 96.34%) ในจำนวนนี้เป็นโรงพยาบาลของแพทย์ตะวันตก 645 แห่ง (จาก 661 แห่งทั่วประเทศ, ร้อยละ 97.58) เป็นคลินิกของแพทย์ตะวันตก 8,483 แห่ง (จาก 9,201 แห่งทั่วประเทศ, ร้อยละ 92.20) โรงพยาบาลของแพทย์จีน 73 แห่ง (จาก 78 แห่งทั่วประเทศ, ร้อยละ 93.59) คลินิกของแพทย์จีน 1,878 แห่ง (จาก 2,145 แห่งทั่วประเทศ, ร้อยละ 87.55) และเป็นคลินิกทันตกรรม 5,043 แห่ง (จาก 5,124 แห่ง ทั่วประเทศ, ร้อยละ 98.02)

การปฏิรูป

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

ในปี 1992 ก่อนการบังคับใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการประกันหลัก 3 ระบบ คือ ประกันสุขภาพแรงงาน ข้าราชการ และเกษตรกร ครอบคลุมร้อยละ 53.6 ของประชากร ประชากรส่วนที่เหลือในกลุ่มผู้มีรายได้สูงอาจซื้อประกันจากบริษัทเอกชน หรือรับผิดชอบตนเองเมื่อเจ็บป่วย ส่วนประชาชนส่วนใหญ่ที่ยากจน และผู้ที่อยู่ในถิ่นทุรกันดาร ต้องรับผิดชอบ

ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเองเมื่อเจ็บป่วย โดยภาคบริการชั้นปฐมภูมิส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

ความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ซึ่งเกิดจากสาเหตุหลัก

2 ประการคือ

1. การไม่สามารถเข้าถึงบริการ ทั้งประเด็น affordability และการขาดแคลนบุคลากรและสถานพยาบาลในท้องถิ่นห่างไกล และ
2. ปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่ายสุขภาพ

3. สาเหตุสำคัญและมาตรการหลัก

การปฏิรูปแห่งชาติที่อาศัยยุทธศาสตร์ 4 ด้านคือ

- 1) สร้างเครือข่ายบริการทางการแพทย์
- 2) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 3) สร้างเครือข่ายฐานข้อมูลสถานบริการ
- 4) เพิ่มการผลิตแพทย์ประจำครอบครัว (family physicians)

4. กระบวนการปฏิรูป

1. สร้างเครือข่ายบริการทางการแพทย์ (Medical Care Network)

ปี 1985 กระทรวงสาธารณสุขเสนอโครงการ 15 ปี เพื่อจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ใหม่ให้มีความสมดุลขึ้น โดยแบ่งเขตบริการทางการแพทย์ (medical region) ตามพื้นที่แต่ละเขต ทำหน้าที่สร้างบุคลากรทางการแพทย์ จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือ และสร้างระบบเครือข่ายการให้บริการและส่งต่อสำหรับเขตของตนขึ้นใช้ แต่ละเขตจะประกอบด้วยสถานบริการ 4 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์เขตหรือโรงพยาบาลจังหวัดในเขตย่อย แพทย์เอกชน ศูนย์ประสานงานบริการ (group practice centers) และสถานีบริการสุขภาพ (health station)

มีการจัดสรรทรัพยากร บุคลากร และสร้างสถานพยาบาลเพิ่มในเขตพื้นที่ห่างไกล กระจายอำนาจให้ท้องถิ่นดูแลเบ็ดเสร็จในพื้นที่ ใช้มาตรการงบประมาณเป็นเครื่องมือในการจูงใจให้มีการกระจายบุคลากร

ก่อนหน้านี้ คือในปี 1975 มีการก่อตั้งวิทยาลัยแพทย์แห่งชาติยางหมิง เพื่อผลิตแพทย์ใช้ทุนในชนบทเป็นระยะเวลา 6 ปี ต่อมาในปี 1981 วิทยาลัยแพทย์อื่นๆ เข้าร่วมโครงการใช้ทุนด้วย

2. การประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Program)

ปี 1949 รัฐบาลพรรคก๊กมินตั๋งย้ายจากแผ่นดินใหญ่มาอยู่ที่ไต้หวัน

ปี 1950 ประกันสุขภาพแรงงาน : ลูกจ้างธุรกิจจ่ายร้อยละ 7 ของค่าจ้าง คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20 ของเงินเข้ากองทุน และนายจ้างสหภาพอีกร้อยละ 80 (ในปี 1992 ครอบคลุมร้อยละ

37.2 ของประชากร) ระบบนี้บริหารโดยสภากิจการแรงงาน

ปี 1958 ประกันสุขภาพข้าราชการ: ข้าราชการจ่ายร้อยละ 9 ของเงินเดือน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 35 ของเงินเข้ากองทุน และรัฐบาลสมทบอีกร้อยละ 65 ระบบนี้บริหารโดยสถาบันการเงินกลางของรัฐบาล และอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงบุคลากร

ปี 1965 ขยายประกันสุขภาพข้าราชการไปยังข้าราชการบำนาญ

ปี 1980 ขยายประกันสุขภาพข้าราชการไปยังครูและลูกจ้างโรงเรียนเอกชน

ปี 1982 ขยายประกันสุขภาพข้าราชการไปยังครอบครัวข้าราชการ

ปี 1985 ขยายประกันสุขภาพข้าราชการไปยังครูและลูกจ้างโรงเรียนเอกชนที่เกี่ยวข้องแล้ว และคู่สมรส

ระบบประกันเหล่านี้มีสิทธิประโยชน์พื้นฐานในการรับบริการสุขภาพ และวิธีการจ่ายผู้ให้บริการเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมาก ต่างกันที่กลุ่มคนที่ได้รับการคุ้มครองเท่านั้น

ปี 1987 รัฐบาลมีมติให้มีการประกันสุขภาพแห่งชาติ

วางแผนว่าในระยะแรก ให้มีการขยายประกันสุขภาพ 2 ระบบหลักที่มีอยู่ก่อนหน้านี้ออกไปครอบคลุมครอบครัวของผู้ประกันตนมากขึ้น และสร้างหลักประกันให้กลุ่มเกษตรกร ต่อมาให้รวมเป็นระบบเดียวกันพร้อมขยายความครอบคลุมทั่วหน้า

มีการเตรียมการเพื่อรับรองมาตรฐานของโรงพยาบาลในแต่ละเขต (hospital accreditation) และจัดกลุ่มสถานพยาบาลว่ามีศักยภาพในระดับต้น กลางหรือสูง

มีการตั้งเป้าหมายด้านบริการในแง่ capacity คือ จำนวนโรงพยาบาล จำนวนเตียงที่รับผู้ป่วย จำนวนแพทย์ ต่อประชากร

ปี 1988 ประกันสุขภาพเกษตรกรและครอบครัว ผู้ประกันตนจ่ายร้อยละ 30 ของเบี้ยประกัน และรัฐสมทบอีกร้อยละ 70 เป็นภาระแบ่งกันระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลมณฑลและรัฐบาลเมือง (ในปี 1992 ครอบคลุมร้อยละ 8.2 ของประชากร) ระบบนี้บริหารโดยกระทรวงกิจการภายในและรัฐบาลท้องถิ่น

ปี 1990 ขยายประกันสุขภาพข้าราชการไปยังครอบครัวครูและลูกจ้างโรงเรียนเอกชน

ปี 1990 สภานิติบัญญัติมีมติตั้งกระทรวงสวัสดิการสังคมและสุขภาพขึ้น เพื่อบริหารโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปี 1994 ออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Act)

ปี 1995 ออกแนวทางปฏิบัติสำหรับพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ (Implementing the Regulations of the National Health Insurance Act)

เมื่อระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเริ่มบังคับใช้ ได้มีการรวมเอาระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมทั้งหมดเข้ามาอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมๆ กับทยอยขยายความครอบคลุมไปยังประชากรซึ่งไม่เคยอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพมาก่อนรวม

50 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

เข้าใจด้วย

โดยทั่วไป สิทธิประโยชน์ของประกันแห่งชาติมีมากกว่าระบบประกันสุขภาพแบบเดิมที่มีอยู่ จึงไม่มีปัญหาตอนรวมกันเข้า สิทธิประโยชน์บางด้านที่การประกันสุขภาพแบบเดิมมีมากกว่า เช่น เงินทดแทนเมื่อผู้เอาประกันเสียชีวิต ผู้ที่เอาประกันแบบเดิมแต่ละวิธีก็ยังคงได้รับสิทธินั้นๆ อยู่ ระบบประกันบางอย่างยังคงอยู่ต่อไป เพียงแต่หลักประกันด้านสุขภาพอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปี 1997 รัฐบาลแถลงนโยบาย Health Care Development beyond 2000 เป็นแผน 10 ปี กำหนดเป้าหมายหลักคือ ขยายประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่อง ควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เกินร้อยละ 10 ต่อปี กระจายบริการคุณภาพให้ทั่วถึง สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคติดต่อ ความปลอดภัยในอาหารและยา

ปี 1999 ประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมร้อยละ 96.06 ของประชากรทั้งหมดโดยที่กลุ่มประชากรที่ยังไม่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบสุขภาพแห่งชาติ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล คนในหมู่เกาะต่างๆ และกลุ่มคนพื้นเมือง นอกจากนี้ แรงงานต่างชาติซึ่งมีสิทธิเข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจำนวนหนึ่ง ก็ไม่ได้เข้าร่วม

3. สร้างเครือข่ายฐานข้อมูลสถานบริการ

ปี 1988 กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้ Institute for Information Industry จัดทำระบบเครือข่ายฐานข้อมูลเพื่อให้สถานบริการในพื้นที่ โดยลงทุนกว่า 123 ล้านบาทหรือสหรัฐ เพื่อทำให้สถานบริการต่างๆ ทุกพื้นที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยและการใช้บริการได้

ปี 1991-1993 ทดลองระบบในเขตชินซู

ปี 1993 ขยายออกไปยังพื้นที่อื่นๆ

4. เพิ่มผลิตแพทย์ประจำครอบครัว

ปี 1983 มีการก่อตั้งภาควิชาแพทย์ประจำครอบครัวขึ้นเป็นครั้งแรกในไต้หวัน ที่วิทยาลัยแพทย์เกาสง

ปี 1986 เปิดสอนแพทย์ประจำครอบครัวในวิทยาลัยแพทย์แห่งอื่น

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

วัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของคนจีน นิยมการพบแพทย์และรับประทานยาพบว่าชาวไต้หวันพบแพทย์ปีละ 15 ครั้ง (สถิติปี 1992)

เศรษฐกิจเติบโตอย่างรวดเร็ว

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

บทบาทในการผลักดันการปฏิรูปส่วนใหญ่เป็นของภาครัฐและนักวิชาการในสถานศึกษา (เนื่องจากข้อมูลที่ใช้เป็นข้อมูลที่มาจากการขอของรัฐบาลหรือเอกสารทางวิชาการแทบทั้งหมด อาจทำให้ไม่เห็นบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนหรือองค์กรภาคเอกชนอื่นๆ)

7. ผลของการปฏิรูป

แก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้

ภาระในการพบแพทย์ต่อครั้งของผู้ป่วยซึ่งไม่มีประกันในอดีต ลดลงจากอัตราเฉลี่ย US\$15.8 เป็น US\$4.9 ในขณะที่ผู้ป่วยซึ่งมีประกันในอดีตต้องร่วมจ่ายเพิ่มขึ้นในระบบใหม่

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและในของผู้ซึ่งไม่มีประกันในอดีต เพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า มาอยู่ที่ระดับใกล้เคียงกับผู้ที่มีประกันในอดีต

อัตราการใช้บริการร้านยาในกลุ่มผู้ได้รับการคุ้มครองใหม่ลดลง ในขณะที่อัตราในกลุ่มผู้ที่มีประกันอยู่เดิมไม่เปลี่ยนแปลง การแยก prescribing กับ dispensing ออกจากกันยังไม่สามารถดำเนินการได้จริง

ความพึงพอใจต่อระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของประชาชน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33 ในปีแรกที่เริ่มดำเนินการ มาเป็นร้อยละ 75.8 ในปี 1998

ค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นในปีแรกหลังประกันสุขภาพแห่งชาติ

ที่ผ่านมา กองทุนประกันสุขภาพมีรายรับและรายจ่ายอยู่ในลักษณะสมดุลกัน ค่าใช้จ่ายในการบริหารโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติที่กฎหมายกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 3.5 ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ ข้อมูลในปี 1996 พบว่าค่าใช้จ่ายส่วนนี้เท่ากับร้อยละ 2.2 เท่านั้น

สิงคโปร์

ระบบสุขภาพในปัจจุบัน

1. ภาพรวมของระบบ

สิงคโปร์มีระบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคบังคับ

มีระบบการคลังที่เป็นเงินออมสำหรับบุคคลและครอบครัว เสริมด้วย safety net สำหรับค่าใช้จ่ายบุคคลที่สูง และสำหรับผู้ยากไร้ในสังคม ผ่านระบบกองทุนที่มีวัตถุประสงค์ต่างกันแต่เสริมกัน 3 กองทุนคือ Medisave, Medishield และ Medifund กองทุนเหล่านี้บริหารโดยรัฐบาล ลักษณะพิเศษคือ กองทุน Medisave เป็นกองทุนที่บริหารรวม แต่เป็นบัญชีบุคคลซึ่งใช้สำหรับจ่ายบริการสุขภาพของบุคคลและครอบครัว

มีระบบประกันสุขภาพของเอกชน แต่เป็นเพียงส่วนน้อย

ประชาชนรับผิดชอบภาระบริการผู้ป่วยนอกเอง และร่วมจ่ายบริการผู้ป่วยใน

มีการกำหนดชุดบริการพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนจะได้รับจากการครอบคลุมของกองทุน นอกจากนี้ รัฐบาลเป็นผู้จัดการบริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพจำนวนมากให้เป็นบริการฟรี

2. การคลังของระบบ

2.1. แหล่งที่มาของงบประมาณ

เงินหักจากรายได้บุคคล และเงินสทบจากนายจ้าง สำหรับ Medisave และ Medishield

52 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ภาษีสำหรับ Medifund

2.2. บทบาทรัฐ-เอกชนทางการคลัง

รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสุขภาพประมาณร้อยละ 25 จากภาษี

บุคคลและธุรกิจจ่ายเข้ากองทุน นอกจากนี้ บุคคลจ่ายเองทั้งหมดหรือร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ ประกันสุขภาพเอกชนมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 2 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพ

2.3. ภาระทางการเงินของประชาชน/ ผู้ป่วย

ประชาชนแต่ละคนถูกหักประมาณร้อยละ 6-8 ของเงินเดือน เข้าบัญชี Medisave (อัตราเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยมีการกำหนดมูลค่าพื้นและเพดาน)

การใช้บริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยรับผิดชอบค่าบริการเอง โดยถ้าใช้โพลีคลินิกของรัฐ จ่าย S\$7 (S\$3.5 สำหรับผู้สูงอายุและเด็ก) ถ้าใช้คลินิกเอกชน จ่ายค่าบริการสูงกว่า (ประมาณ S\$15-25)

บริการโรงพยาบาลมีการกำหนดเพดานค่าบริการที่เบิกได้ ผู้ป่วยที่ใช้บริการพื้นฐานตามที่กำหนดไม่ต้องจ่ายร่วม แต่ถ้าเลือกบริการโรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลรัฐที่เป็นหอผู้ป่วย ระดับพิเศษต้องร่วมจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในส่วนที่เกินด้วย

2.4. มาตรการจ่ายค่าบริการ

2.4.1. ผู้ให้บริการปฐมภูมิ

fee-for-service

2.4.2. ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

fee-for-service

รัฐกำหนดอัตราค่าบริการ ซึ่งต่างกันในแต่ละระดับ และอุดหนุนกรณีรายรับโรงพยาบาลต่ำกว่าที่ตั้งไว้ โดยการชดเชยตามรายการ (subvention piece rate) และอุดหนุนให้ถึงเพดาน (revenue cap)

3. ระบบบริการ

3.1. ทางเลือกใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ

ประชาชนมีอิสระในการเลือกใช้บริการได้ทั้งในภาครัฐและเอกชน ไม่มี gatekeeper

3.2. บทบาทรัฐ-เอกชนในการให้บริการ

ผู้ให้บริการมีทั้งภาครัฐและเอกชน โดยบริการปฐมภูมิเป็นภาคเอกชนร้อยละ 82 ซึ่งประกอบด้วยคลินิกจำนวน 800 แห่งที่ให้บริการโดยแพทย์ GP 1218 ราย ในขณะที่รัฐบาลจัดบริการโดยโพลีคลินิก 16 แห่ง ซึ่งให้บริการหลากหลาย ทั้งการรักษาพยาบาล (รวมทั้งยา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วย) บริการทันตกรรม บริการสุขภาพจิต การคัดกรองโรค การให้ภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว การส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น¹⁴

มีโรงพยาบาลของรัฐ 10 แห่งและของเอกชน 12 แห่ง แต่จำนวนเตียงส่วนใหญ่เป็นของโรงพยาบาลรัฐ (ประมาณร้อยละ 80)

¹⁴ Lim (1998)

มีแพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะแพทย์จีน ซึ่งได้รับความนิยมมากพอควร (ร้อยละ 12 ของจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดใช้แผนจีน)

รัฐมีบทบาทอย่างมากในงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการให้สุขศึกษา นอกเหนือไปจากการรักษาพยาบาล

การปฏิรูป

การปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

สิงคโปร์ก่อนได้รับเอกราชมีลักษณะทางสังคมเช่นเดียวกับประเทศโลกที่ 3 ทั่วไป ที่มีปัญหาในเรื่องของสุขอนามัย สิ่งแวดล้อม โรคติดต่อ ประชาชนไม่มีหลักประกันในเรื่องการรับบริการด้านสุขภาพ การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วในระยะต่อมาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้สิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพพัฒนาขึ้นด้วย ความต้องการของประชาชนมีสูงขึ้น และค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในอัตราสูง

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ความต้องการที่ซับซ้อนขึ้นของประชาชน และความพยายามที่ลดการผูกติดการค่าใช้จ่ายสุขภาพกับระบบภาษี

3. สาเหตุสำคัญและมาตรการหลัก

ใช้หลักการบุคคลรับผิดชอบ รัฐเสริม Asian value และอิสระในการรับบริการ

การปฏิรูปใช้แผนแห่งชาติเป็นเครื่องมือในการจัดตั้งกองทุนต่างๆ

ระบบประกันที่เสริมกัน 3 ระบบคือ Medisave, Medishield, Medifund

Medisave เป็นกองทุนที่ใช้ระบบบัญชีเงินออมส่วนบุคคลไม่ใช่ระบบประกันสุขภาพ (insurance) บัญชีนี้มาจากการหักส่วนหนึ่งของเงินเดือนลูกจ้าง สมทบจากนายจ้าง สำหรับใช้จ่ายค่าบริการผู้ป่วยในของเจ้าของบัญชีและสมาชิกครอบครัวจนถึงระดับหนึ่ง การเข้าร่วมกองทุนนี้เป็นภาคบังคับ

Medishield เป็นกองทุนที่ใช้จ่ายค่าบริการที่สูงเกินเพดานที่ Medisave ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มีราคาแพง Medishield เป็นระบบประกันที่มีการรวมความเสี่ยง (pooled risk) และเป็นแบบเข้าร่วมโดยสมัครใจ¹⁵ ผู้ที่ต้องการเข้าร่วม Medishield อาจจ่ายเงินเข้ากองทุนมาโดยการหักจาก Medisave หรือจ่ายเงินต่างหาก

Medifund เป็นกองทุนที่มาจากงบประมาณรัฐ ใช้ดอกผลสำหรับจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลของผู้ยากจน

4. กระบวนการปฏิรูป

- ปี 1955 จัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Central Provident Fund)
- ปี 1964 แยกแผนกผู้ป่วยนอกออกจากโรงพยาบาล กระจายบริการผู้ป่วยนอกสู่ชุมชน
- ปี 1965 ลิงคโปร์เป็นเอกราช
- ปี 1970 เริ่มมีแนวความคิดการออมทรัพย์เพื่อสุขภาพร่วมกับ Central Provident Fund
- ปี 1981 รัฐมนตรีสาธารณสุขคนใหม่ประกาศนโยบายในการปรับระบบการเงินการคลังใหม่ เริ่มกระบวนการอภิปรายร่วมกับวิชาชีพและนักวิชาการ การวิจัยและรวบรวมข้อมูล การทบทวนบทเรียนต่างประเทศ และหารือนักการเมือง
- ปี 1982 รัฐมนตรีสาธารณสุขเสนอระบบ Medisave และปรัชญา เพื่อประชากรพิจารณา
- ปี 1983 ร่างแผนสุขภาพแห่งชาติ ที่บรรจุเนื้อหาในระบบ Medisave เผยแพร่กับประชาชน คณะรัฐมนตรีอนุมัติแผน
- ปี 1984 เริ่มใช้ Medisave
- ทศวรรษ 1980s ขยายมาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้วัคซีนแก่เด็กทุกคน อามัยแม่และเด็ก บริการตรวจคัดกรองโรค ให้ความรู้สุขภาพ รณรงค์ด้านบุหรี่ยาสูบ ส่งเสริมการออกกำลังกาย และพฤติกรรมบริโภคที่ดี
- ปี 1990 จัดให้มีระบบ Medishield
- ปี 1991 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการทบทวนนโยบายสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเสนอปรับระบบการส่งเสริมสุขภาพ และการบริการทางการแพทย์ที่เน้น 5 ด้านคือ สุขภาพผู้สูงอายุ โรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ สุขภาพเด็ก สุขภาพจิต และสุขภาพศึกษา
- ปี 1993 จัดให้มีระบบ Medifund

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

- ประเทศเล็ก ประชาชนโดยทั่วไปมีฐานะทางเศรษฐกิจดี การศึกษาดี
- ระบบการเมืองมีเสถียรภาพมาก รัฐบาลพรรคเดียวกันมีความต่อเนื่องในการบริหารประเทศ ตั้งแต่ปกครองตนเองเมื่อค.ศ. 1959 ก่อนได้รับเอกราช พรรคฝ่ายค้านไม่มีผลที่มีนัยสำคัญทางการเมือง ผู้นำทางการเมืองมีวิสัยทัศน์

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

- รัฐบาลนำทางด้านความคิดและดำเนินการ
- ประชาชน กลุ่มวิชาชีพ นักวิชาการ สื่อมวลชน มีส่วนร่วมในการให้ความเห็นและกำหนดรายละเอียด

¹⁵ Lim (1998)

7. ผลของการปฏิรูป

ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ

อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประมาณร้อยละ 12 ต่อปี ปัจจัยหนึ่งมาจากการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรสูงอายุ ขณะนี้มีสัญญาณชี้ว่า Medisave อาจจะไม่เพียงพอที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคล รัฐบาลกำลังดำริที่จะจัดทำระบบสำหรับผู้สูงอายุ (elder care)¹⁶

อัตราการสูบบุหรี่ลดลง

พฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายและบริโภคยังเป็นปัญหาอยู่

การปฏิรูประบบบริหารโรงพยาบาล

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

ระบบกองทุน ซึ่งก่อนปฏิรูปโรงพยาบาลมีเพียงกองทุน Medisave จ่ายค่าบริการแบบ fee-for-service

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น รัฐบาลต้องการให้โรงพยาบาลมีวินัยทางการเงิน ปรับปรุงประสิทธิภาพและคุณภาพ

3. สารสำคัญและมาตรการหลัก

ปรับโรงพยาบาลในระบบราชการไปเป็นโรงพยาบาลอิสระในกำกับของรัฐ บริหารภายใต้บริษัท Health Corporation of Singapore ซึ่งรัฐบาลเป็นเจ้าของ

โรงพยาบาลมีอิสระในการบริหารบริการ การเงิน บุคคล และอื่นๆ ขึ้นต่อคณะกรรมการบริหารซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบผลการดำเนินการของโรงพยาบาล

4. กระบวนการปฏิรูป

ระยะแรกใช้คำว่า privatization ต่อมาเปลี่ยนเป็น restructuring

ปี 1984 กระทรวงสาธารณสุขประกาศแผนปรับโครงสร้างโรงพยาบาลรัฐ ให้อิสระในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น

ปี 1985 เริ่มทดลองปรับโครงสร้างบริหารโรงพยาบาลรัฐแห่งแรก ที่โรงพยาบาลใหม่ที่ Kent Ridge ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งชาติสิงคโปร์

ปี 1987 จัดตั้งบริษัทที่รัฐเป็นเจ้าของคือ Health Corporation of Singapore เพื่อทำหน้าที่บริหารโรงพยาบาลรัฐในระบบใหม่

ปี 1988-1998 ขยายการปรับโครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลรัฐ และสถาบันทางการแพทย์อื่นๆ ขณะนี้ยังมีโรงพยาบาลรัฐอีก 2 แห่งที่ยังไม่ได้แปรรูป กำหนดจะให้มีการแปรรูป

¹⁶ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr.Lim Mwnng-Kin อาจารย์ประจำ Seoul National University เมื่อ 1 มิถุนายน ค.ศ.2000 ที่กรุงเทพฯ

56 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

เสร็จสิ้นในปี 2002¹⁷

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

เช่นเดียวกับที่ได้กล่าวมาแล้ว

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

เช่นเดียวกับที่ได้กล่าวมาแล้ว

7. ผลของการปฏิรูป

สมองไหล : แพทย์จากโรงพยาบาลรัฐย้ายออกไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลในกำกับ เนื่องจากค่าตอบแทนสูงกว่า

อัตราการรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล การใช้เทคโนโลยีระดับสูง จำนวนบุคลากรต่อเตียง จำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วยใน จำนวนผู้ป่วยที่รอเข้ารับบริการผู้ป่วยใน อยู่ในระดับที่ถือว่าปกติในเกณฑ์ดี เมื่อเทียบระหว่างประเทศ

โรงพยาบาลมีการชักจูงให้ใช้บริการมากขึ้น

ยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนในด้านการลดความซ้ำซ้อนในการใช้ทรัพยากร ความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ

มาเลเซีย ระบบสุขภาพในปัจจุบัน

1. ภาพรวมของระบบ

เป็นระบบสาธารณสุขที่มีหลายรูปแบบผสมผสานกัน หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นแบบพหุลักษณะ (Pluralistic health care system) ระบบการประกันมีหลายระบบ โดยมีระบบหลักดังนี้

- Employees Provident Fund (EPF) จัดตั้งโดย Employees Provident Fund Act 1951 เพื่อสร้างหลักประกันด้านการเงินเมื่อเกษียณจากการทำงานรวมทั้งยามเจ็บป่วยและยามเดือดร้อนเรื่องที่อยู่อาศัย ผ่านกลไกการบังคับออม (Compulsory savings scheme) และร่วมสมทบโดยนายจ้าง ในจำนวน 10% และ 12% ของเงินเดือนตามลำดับ บริหารกองทุนโดยหน่วยงานอิสระในกำกับของกระทรวงการคลัง
- Social Security Organization (SOC SO) ดำเนินการภายใต้ Employees Social Security Act 1969 สำหรับลูกจ้างหรือแรงงานที่มีรายได้ต่ำ (ไม่เกิน 2,000 ริงกิตต่อเดือน) เป็นการประกันสังคมแบบบังคับ เงินค่าสมาชิกได้จากทั้งลูกจ้างและนายจ้าง ให้ผลประโยชน์แก่ลูกจ้างในกรณีเกิดอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วยหรือพิการ

¹⁷ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr.Lim Mwing-Kin

อันเนื่องมาจากการทำงาน

- ประกันสุขภาพเอกชน ซึ่งมีหลายรูปแบบ

ผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ สามารถใช้บริการที่รัฐจัดให้โดยไม่เสียค่าบริการ

การจัดบริการรักษาพยาบาลดำเนินการโดยทั้งภาครัฐและเอกชนในทุกระดับ แต่ภาครัฐเป็นตัวหลักในการให้บริการทางสาธารณสุขและการป้องกันโรค โรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นๆ ให้บริการแบบ comprehensive ที่ประชาชนโดยทั่วไปไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือถ้าต้องเสียก็จ่ายในราคาที่ต่ำมากเพราะรัฐให้การสนับสนุนค่าใช้จ่าย

2. การคลังของระบบ

2.1. แหล่งที่มาของงบประมาณ

มีแหล่งที่มาของการเงินจาก 4 แหล่งคือ direct taxation, social insurance, private health insurance และ out-of-pocket payments

แหล่งที่มาของรายได้โรงพยาบาลรัฐมาจากเงินงบประมาณที่ได้จากการเก็บภาษีทั่วไป (General tax) โดยรัฐบาลกลาง แล้วจัดสรรไปให้โรงพยาบาลแบบ global budget อีกส่วนหนึ่งได้จากเงินที่ผู้ป่วยจ่าย

2.2. บทบาทรัฐ-เอกชนทางด้านการคลัง

สำหรับปี 1996 รัฐรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณร้อยละ 42.8 ที่เหลือภาคเอกชนเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายที่ประชาชนออกเอง (out-of-pocket) มีมูลค่า 1,518 ล้านเหรียญสหรัฐ หรือคิดเป็นร้อยละ 1.53 ของ GDP คิดเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัว เท่ากับ 71.55 เหรียญสหรัฐ ในจำนวนนี้ร้อยละ 61.57 จ่ายสู่ภาคเอกชน

2.3. ภาระทางการเงินของประชาชน/ ผู้ป่วย

ผู้ที่ใช้บริการการรักษาระดับปฐมภูมิจากสถานบริการของรัฐที่คลินิกชนบท (Rural Clinic) (ระดับหมู่บ้าน มีพยาบาลประจำ) และ คลินิกสุขภาพ (Health Clinic) (ระดับตำบล และชุมชนในเขตเมือง มีแพทย์ประจำ) จะได้รับการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับการรักษาในระดับที่สูงขึ้นคือตั้งแต่โรงพยาบาลอำเภอขึ้นไป จะเสียค่าลงทะเบียนครั้งละ 1 ริงกิต สำหรับคนใช้นอก และ 5 ริงกิต สำหรับคนไข้ที่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ต้องเสียค่ายาและค่ารักษาอื่นๆ อีก ตามระเบียบ Fee Order and Government Ordinance สำหรับผู้ที่ด้อยโอกาสเช่น ยากจน คนชรา ผู้พิการจะได้รับการยกเว้นค่าลงทะเบียนดังกล่าว

การไปใช้บริการจากสถานบริการเอกชน (คลินิก และโรงพยาบาล) ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่เนื่องจากปัญหาความแออัดของผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในโรงพยาบาลรัฐ ผู้ป่วยจำนวนมากจึงหันไปใช้บริการภาคเอกชน

2.4. มาตรการจ่ายค่าบริการ

2.4.1. ผู้ให้บริการปฐมภูมิ

58 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

Fee-for-service

แพทย์และบุคลากรในคลินิกของรัฐรับเงินเดือน

2.4.2. ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

Fee-for-service

ในกรณีของรัฐ สถานบริการของรัฐรับงบประมาณแบบ Global budget และแพทย์ผู้ให้บริการรับค่าตอบแทนแบบเงินเดือน

3. ระบบบริการ

3.1. ทางเลือกใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ

ถึงแม้ว่าโดยหลักการ ผู้ป่วยต้องขอรับบริการตามขั้นตอนของระบบการส่งต่อ แต่โดยทางปฏิบัติแล้ว ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลใดก็ได้ ทั้งรัฐและเอกชน โดยที่ไม่ถูกปฏิเสธ นอกจากนี้ ผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะใช้บริการภาครัฐแบบคนไข้เอกชน เพื่อไม่ต้องรอตามลำดับของ waiting list แต่ต้องจ่ายเงินเอง

3.2. บทบาทรัฐ-เอกชนในการให้บริการ

ทั้งภาครัฐและเอกชนจัดบริการสุขภาพในทุกระดับ โดยที่มีจำนวนสถานบริการปฐมภูมิภาคเอกชนในสัดส่วนที่มากกว่า ส่วนภาครัฐให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิในสัดส่วนที่สูงกว่าเอกชนมาก จากข้อมูลปี 1997 จำนวนสถานบริการของรัฐ ประกอบด้วยคลินิกสุขภาพ (Health Clinic) จำนวน 772 แห่ง คลินิกชนบท (Rural Clinic) จำนวน 1,989 แห่ง และโรงพยาบาล 123 แห่ง มีจำนวนเตียง 35,981 เตียง ส่วนภาคเอกชนมีคลินิกเวชปฏิบัติทั่วไปประมาณ 5,000 แห่งทั่วประเทศ และโรงพยาบาล 219 แห่ง ซึ่งมีเตียงจำนวน 8,963 เตียง

การปฏิรูป

การแปรรูปโรงพยาบาลรัฐ

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

รัฐเป็นเจ้าของโรงพยาบาลจำนวนมาก และต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการลงทุนและดำเนินการของโรงพยาบาลเหล่านี้ ในขณะที่บริการโรงพยาบาลรัฐเป็นที่ต้องการของผู้ป่วยจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย ทำให้เกิดความแออัดของผู้ป่วย แต่บริการต่างๆ ถูกมองว่ายังไม่มีประสิทธิภาพที่ดี

จาก Privatization Policy ซึ่งประกาศใช้ ในปี 1983 รัฐบาลต้องการที่จะลดบทบาทของรัฐบาลในระบบเศรษฐกิจ โดยลดระดับและขอบเขตของการใช้จ่ายเงินของรัฐ (public spending) ปลดปล่อยกลไกการตลาดเป็นตัวควบคุมกิจกรรมทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้รัฐบาลยังมุ่งหวังให้การแปรรูปนี้เป็นขบวนการที่จะพัฒนาความเข้มแข็งให้กับภาคธุรกิจเอกชน อันจะนำไปสู่การบรรลุ Vision 2020 ซึ่งกำหนดให้ภาคธุรกิจเอกชนเป็นจักรกลสำคัญในการสร้าง

ความเติบโตทางเศรษฐกิจ

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

ภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐสูงขึ้น ต้องทำงบประมาณขาดดุล

สมองไหลสู่ภาคเอกชน : บุคลากรทางแพทย์ย้ายไปภาคเอกชนเนื่องจากค่าตอบแทนที่สูงกว่า

3. สาเหตุสำคัญและมาตรการหลัก

เริ่มด้วยการว่าจ้างเอกชนทำกิจการที่ไม่เกี่ยวกับบริการรักษาพยาบาล (contract out) ต่อมา แปรรูปโรงพยาบาลรัฐเป็นโรงพยาบาลในกำกับ เป็นรูปวิสาหกิจ (corporatize) มาตรการหลักของการแปรรูปโรงพยาบาลมีดังนี้

- เปลี่ยนสถานะของโรงพยาบาลและสถาบันบริการสุขภาพเป็นรูปบริษัทที่รัฐเป็นเจ้าของ
- บริษัทมีอำนาจในการบริหารจัดการต่างๆ ทั้งการให้บริการ บุคคล จัดซื้อจัดหา
- มีคณะกรรมการบริหารทำหน้าที่ติดตามตรวจสอบการดำเนินงานของบริษัท
- แหล่งรายได้มาจาก 1) ผู้ป่วยที่จ่ายเอง และธุรกิจเอกชนที่จ่ายให้ลูกค้า 2) รัฐจ่ายให้ผู้ป่วยที่เป็นข้าราชการและผู้ยากจน
- บุคลากรได้รับเงินเดือนในอัตราที่เพิ่มขึ้นจากเดิม (ในช่วงที่โรงพยาบาลเป็นของรัฐ) และมีรายได้เพิ่มเติมจากการเก็บ professional fees นอกจากนี้ยังได้โอกาสในการรับการฝึกอบรมมากขึ้น

4. กระบวนการปฏิรูป

ปี 1981-1985 แผนพัฒนาระยะที่ 4 กำหนดให้ค้ำประกันบริการของโรงพยาบาลที่สามารถว่าจ้างเอกชนทำได้

ปี 1983 รัฐบาลกำหนดนโยบาย Malaysian incorporated ให้มีการประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างรัฐกับเอกชน

ปี 1985 ให้เอกชนเช่าโรงพยาบาลของรัฐ 1 แห่ง และจ้างเอกชนดำเนินการเรื่อง อาหาร ซักรีด และการบำรุงรักษาในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง

ปี 1986-1990 แผนพัฒนาระยะที่ 5 กำหนดให้แพทย์จากภาคเอกชนสามารถใช้เครื่องมือของโรงพยาบาลของรัฐ ให้ทำการศึกษาความเป็นไปได้ของ Health Maintenance Organization และการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Security Fund)

ปี 1991-1995 แผนพัฒนาระยะที่ 6 กำหนดนโยบาย สนับสนุนการจัดตั้งสถานบริการทางการแพทย์เอกชนเพื่อให้เป็นทางเลือกสำหรับผู้มีฐานะพอที่จะจ่ายได้

ปี 1992 Corporatization of National Health Institute (IJN)

60 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

- ปี 1994 Privatization of Government Medical Store
- ปี 1996-2000 แผนพัฒนาระยะที่ 7 กำหนดนโยบาย privatize กิจกรรมที่ไม่ใช่การรักษาในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง
- ปี 1997 Privatization (contract out) ในโรงพยาบาลรัฐ 71 แห่ง
- ปี 1998 รัฐบาลออกกฎหมาย Private Healthcare Facilities and Services Act 1998
- ปี 1999 เกิดกระแสคัดค้านการแปรรูปอย่างกว้างขวาง จากสมาคมวิชาชีพและองค์กรทางสาธารณสุขคือ Malaysian Medical Association, Malaysian Nurses' Union, Estates Hospital Assistants Association of Malaysia จากองค์กรอื่นๆ เช่น Malaysian Trade Union Congress จากแนวร่วมองค์กรต่างๆ ที่รวมตัวเป็น Citizens' Health Initiative และจากผู้ใช้บริการรายบุคคล การต่อต้านดำเนินผ่านสื่อมวลชนรูปแบบต่างๆ
- ปี 1999 รัฐบาลประกาศยุติแผนการ Privatization ในโรงพยาบาลที่เหลืออยู่ เนื่องจากกระแสต่อต้านสูงมาก
- ปี 1999-2000 มีการนำเสนอแนวคิดปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ โดยเฉพาะทางด้านการคลัง

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

ในช่วงระยะเวลาที่มีการปฏิรูป มาเลเซียมีการเมืองมีเสถียรภาพ ภายใต้การบริหารงานของรัฐบาลที่มาจากพรรคเดียวกันตั้งแต่ประกาศเอกราชเมื่อปี 1957 และมีนายกรัฐมนตรีคนเดียวกันมาตั้งแต่ต้นทศวรรษ 1980s

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

ในการแปรรูปโดยทั่วไปมีแรงต้านจากสองส่วนคือ ผู้ปฏิบัติงาน และผู้บริโภค เนื่องจากกิจการเอกชนมีเพียงผลประโยชน์เป็นแรงจูงใจ จึงมีการหวั่นเกรงกันว่าจะมีผลกระทบต่อความมั่นคงและผลประโยชน์ของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อเป็นการลดแรงต้านอันเนื่องมาจากความกังวลเหล่านี้ รัฐบาลได้กำหนดนโยบายในการปกป้องผู้ปฏิบัติงาน 2 ประการคือ ห้ามไม่ให้มีการลดเงินรายได้ของผู้ปฏิบัติงานในช่วง 5 ปีแรกของการแปรรูป และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่จะถูกแปรรูปจะต้องได้รับเงื่อนไขการทำงาน (terms of service) ไม่ด้อยไปกว่าที่ได้จากรัฐ อีกประการหนึ่งคือการให้โอกาสในการเลือก ผู้ที่ไม่ต้องการทำงานต่อไปกับหน่วยงานที่ถูกแปรรูปจะได้รับผลตอบแทนจากการเกษียณ สำหรับผู้ที่ต้องการทำงานต่อไปกับหน่วยงานที่ถูกแปรรูปจะได้รับโอกาสในการเลือกที่จะขอรับผลตอบแทนคล้ายคลึงกับที่เคยได้รับจากรัฐ หรือจะเลือกในลักษณะธุรกิจก็ได้

ส่วนแพทย์สมาคมแห่งมาเลเซียไม่เห็นด้วยและต่อต้านการแปรรูปในช่วงแรก แต่ต่อมาก็ได้แสดงจุดยืนว่าจะสนับสนุนการแปรรูปสถานพยาบาลในรูปแบบ corporatisation ภายใต้

เงื่อนไขที่สมาคมเสนอเท่านั้น ข้อเสนอหลักประกอบด้วย การที่โรงพยาบาลต้องไม่หวังกำไร มีรัฐบาลเป็นเจ้าของ การแปรรูปจะต้องเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปโครงสร้างการบริการสุขภาพในระดับต้น ขั้นตอนการแปรรูปจะต้องมีการหารือวิชาชีพแพทย์ และสาธารณะ และก่อนมีการแปรรูปจะต้องให้มีระบบการคลังที่มีผู้จ่ายรายเดียวที่สามารถตรวจสอบได้โดยรัฐบาลและประชาชน

7. ผลของการปฏิรูป

ไม่พบการประเมินผลกระทบอย่างเป็นระบบ

สหรัฐอเมริกา

ระบบสุขภาพในปัจจุบัน

1. ภาพรวมของระบบ

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงที่สุดในโลก ทั้งในแง่ค่าใช้จ่ายรวม ต่อหัว และคิดเป็นร้อยละของ GDP

ระบบสุขภาพตั้งอยู่บนการประกันสุขภาพเป็นหลัก โดยมีระบบการประกันที่มีรูปแบบหลากหลายมาก ประชากรส่วนใหญ่ใช้ประกันเอกชน ผู้มีรายได้จากเงินเดือนมักใช้ประกันแบบกลุ่มที่ผูกอยู่กับการจ้างงาน รัฐบาลให้หลักประกันสุขภาพแก่บุคคลบางกลุ่มในสังคมโดยผ่านโครงการหลัก 2 โครงการคือ

1. Medicare ครอบคลุมผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป กับกลุ่มผู้ป่วย โรคไตบางประเภท โครงการนี้บริหารโดย Health Care Financing Administration (HCFA) ภายใต้รัฐบาลสหพันธ์ (Federal Government คือ รัฐบาลกลาง)

2. Medicaid ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเดียวบางส่วนซึ่งเข้าเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการโดยรัฐบาลมลรัฐ ภายใต้การสนับสนุนทางการเงินเป็นก้อนรวมจากรัฐบาลกลาง ส่วนประกันเอกชนมีทั้งประเภทที่แสงกำไรและไม่แสงกำไร องค์กรส่วนใหญ่ซื้อประกันแบบกลุ่ม ธุรกิจบางแห่งใช้วิธีการประกันตัวเอง (self insured) คือจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้พนักงานเองโดยไม่ซื้อประกันสุขภาพ

แต่เดิมนั้นบริษัทประกันสุขภาพส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้จ่ายค่าบริการโดยไม่มีสัญญาผูกพันกับผู้ให้บริการ แต่ในทศวรรษที่ผ่านมา มีการประกันในระบบ managed care เพิ่มขึ้นมาก ซึ่ง managed care เป็นระบบที่องค์กรหรือบริษัทหนึ่งอาจเป็นทั้งผู้ประกันและผู้ให้บริการ หรือเป็นผู้ประกันและซื้อบริการจากผู้ให้บริการโดยมีสัญญาผูกพัน ลักษณะการจัดระบบมีรูปแบบหลากหลายมาก

ประชากรจำนวนถึงกว่า 30 ล้านคนไม่มีหลักประกันสุขภาพ

2. การคลังของระบบ

2.1. แหล่งที่มาของงบประมาณ

ค่าเบี้ยประกันภาคเอกชนจ่ายโดยบุคคลและธุรกิจ
 กองทุน Medicare มาจากการหักเงินรายได้ของผู้อยู่ในวัยทำงาน
 กองทุน Medicaid มาจากเงินภาษี โดยส่วนหนึ่งจากรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งจาก
 ภาษีที่เก็บโดยรัฐบาลในแต่ละมลรัฐ

2.2. บทบาทรัฐ-เอกชนทางด้านการคลัง

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมาจากภาคเอกชน ร้อยละ 53.6 และภาคสาธารณะ 46.4 ลัดส่วนของ
 ของแหล่งการเงินค่อนข้างคงที่ในทศวรรษ 1990 โดยมีสัดส่วนดังนี้

รายจ่ายจากบุคคล (out-of-pocket)	ร้อยละ	19.4
การประกันสุขภาพภาคเอกชน	ร้อยละ	32.3
แหล่งการเงินภาคเอกชนอื่น ๆ	ร้อยละ	3.7
รวมภาคเอกชน		55.4
รัฐบาลกลาง	ร้อยละ	34.8
รัฐบาลท้องถิ่น	ร้อยละ	9.8
รวมภาคสาธารณะ		44.6

2.3. ภาระทางการเงินของประชาชน/ ผู้ป่วย

ผู้ที่ซื้อประกันเอกชนรับผิดชอบการจ่ายเบี้ยประกันเอง ลูกจ้างอาจมีนายจ้างจ่ายให้หรือ
 จ่ายสมทบ

ผู้ป่วยอาจต้องจ่ายร่วมเมื่อใช้บริการ ทั้งนี้ขึ้นกับสัญญาที่ทำกับบริษัทประกันแต่ละราย
 ไม่มีบรรทัดฐานที่แน่นอน

คนในวัยทำงานจ่ายเงินสะสมเข้ากองทุน Medicare จากรายได้ของตน

2.4. มาตรการจ่ายค่าบริการ

2.4.1. ผู้ให้บริการปฐมภูมิ

มีรูปแบบหลากหลาย การประกันทั่วไปแบบ indemnity insurance มักเป็นแบบ
 ผู้ป่วยจ่ายก่อนแบบ fee-for-service แล้วจึงเบิกคืนจากประกันภายหลัง (retrospective reim-
 bursement) กรณี managed care เป็นแบบ capitation หรือ fee-for-service ที่มีการตกลง
 อัตราเงินล่วงหน้า (negotiated fee schedule)

แพทย์ซึ่งเป็นลูกจ้างของ Health Maintenance Organization (HMO) ได้รับ
 ค่าตอบแทนในรูปแบบเงินเดือน

Medicare จ่ายแบบ fee schedule ในระบบ resource-based relative
 value scheme (RBRVS) และ Medicaid ก็จ่ายแบบ fee schedule

Medicaid ในแต่ละรัฐมีวิธีการจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกัน บางส่วนเป็นระบบ

capitation ภายใต้การซื้อบริการแบบ managed care

2.4.2. ผู้ให้บริการทุติยภูมิ/ตติยภูมิ

ประกันเอกชนจ่ายแบบ fee-for-service บางรายมีการเจรจาตกลงอัตราเป็น fee schedule กับผู้ให้บริการ

Medicare และ Medicaid ในรัฐส่วนใหญ่จ่ายโรงพยาบาลโดยใช้ระบบ diagnostic-related group (DRG) มาตรการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการของ Medicaid แตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ เนื่องจากรัฐบาลระดับมลรัฐเป็นผู้บริหารโครงการ

3. ระบบบริการ

3.1. ทางเลือกใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ และการส่งต่อ

สำหรับการประกันทั่วไปแบบ indemnity insurance ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพจากผู้ให้บริการได้โดยอิสระ แต่ส่วนใหญ่จะมีแพทย์ประจำครอบครัว

ผู้ที่ซื้อประกันกับ HMO ต้องพบแพทย์ GP ซึ่งทำหน้าที่เป็น gatekeeper ก่อน ผู้ที่ซื้อประกันกับ managed care แบบอื่น ๆ มีทางเลือกมากขึ้น เช่น ในระบบ Preferred-Provider Organization (PPO) สามารถเลือกผู้ให้บริการตามรายชื่อที่บริษัทประกันให้มา

3.2. บทบาทรัฐ-เอกชนในการให้บริการ

บริการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่จัดโดยภาคเอกชน ร้อยละ 81 ของสถานพยาบาลอยู่ในภาคเอกชน และดำเนินการเพื่อหาผลกำไร มีเพียงร้อยละ 4 เท่านั้นที่มีรัฐบาลเป็นเจ้าของ และเพียงร้อยละ 15 ที่มีองค์กรศาสนาและองค์กรการกุศลเป็นเจ้าของ ผู้ให้บริการปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเดี่ยวๆ (solo practice) แต่ในระยะหลัง มีการรวมเป็นกลุ่มกันมาก

แนวคิดปฏิรูป	แนวคิดพื้นฐานของคนอเมริกันส่วนใหญ่
รวมศูนย์ทางการเงิน (single payer) หรือ national health insurance	ความเชื่อเรื่องเสรีภาพในการเลือก (freedom of choice) เจตคติที่ต่อต้านการที่รัฐจะมีขนาดใหญ่โต และก้าวก่ายสิทธิในการดำเนินชีวิตของประชาชน
ใช้มาตรการที่ควบคุมโดยรัฐ (regulation)	ใช้กลไกการแข่งขันในตลาด (market competition) ร่วมกับแนวโน้มของระบบเศรษฐกิจทุนนิยม ที่ผลักดันไปสู่ privatization deregulation เป็นต้น
สุขภาพเป็นสิทธิของประชากร (health as citizen's right)	สุขภาพเป็นความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคล (health is individual responsibility)

64 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ขึ้น โรงพยาบาลมีทั้งของเอกชนที่แสวงกำไรและไม่แสวงกำไร โรงพยาบาลรัฐมีเพียงส่วนน้อย ซึ่งให้บริการทหารผ่านศึกและชนพื้นเมือง (Native Americans หรืออินเดียนแดง)

ในปี 1997 มีจำนวนเตียงในโรงพยาบาลทั่วไปประมาณร้อยละ 30 ที่เป็นของรัฐ ในขณะที่เตียงส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 70 อยู่ในภาคเอกชน ซึ่งแยกเป็นร้อยละ 57 อยู่ภายใต้โรงพยาบาลที่ดำเนินงานแบบไม่แสวงกำไร อีกร้อยละ 13 เป็นโรงพยาบาลที่แสวงหากำไร

บริการทางด้านการป้องกันโรค โดยเฉพาะสำหรับเด็ก เช่นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล

การปฏิรูป

ความพยายามในการปรับโครงสร้างระบบสุขภาพของสหรัฐมีมาตั้งแต่ยุคเศรษฐกิจ ตกต่ำในช่วงทศวรรษ 1930s แต่ที่มีการเคลื่อนไหวทางการเมืองและในประชาชนกลุ่มต่างๆ อย่างมากและเสนอเป็นกฎหมายที่สำคัญมี 2 ช่วง คือในช่วงกลางทศวรรษ 1960s เป็นการขยายขอบข่ายความครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย ซึ่งประสบความสำเร็จ และอีกครั้งหนึ่งในช่วงต้นของทศวรรษ 1990s เป็นความพยายามสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพร้อมกับการควบคุมค่าใช้จ่าย แต่ล้มเหลวเนื่องจาก

ไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอในรัฐสภา

โดยรวมแล้ว ความพยายามในการปฏิรูปแต่ละครั้งจะเป็นการต่อสู้ของแนวคิดที่ตรงกันข้ามกันคือ แนวคิดปฏิรูปกับแนวคิดพื้นฐานของคนอเมริกันส่วนใหญ่ โดยสรุปได้ดังนี้

การปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันเฉพาะกลุ่มในปี 1965

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

มีประกันสุขภาพของเอกชนอย่างเดียว ทั้งที่แสวงกำไรและไม่แสวงกำไร การประกันส่วนใหญ่ผูกติดกับการจ้างงาน รัฐให้สวัสดิการแก่คนบางกลุ่มเท่านั้น เช่น ทหาร

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

ประชาชนบางกลุ่มไม่มีหลักประกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเกษียณแล้วและผู้ที่ไม่มืงานทำ

3. สาเหตุสำคัญและมาตรการหลัก

รัฐบาลสร้างหลักประกันเพิ่มเติมสำหรับกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่มโดยจัดตั้ง 2 โครงการคือ Medicare และ Medicaid

โครงการ Medicare ครอบคลุมบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ขึ้นไป และต่อมาขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มผู้ป่วยโรคไตระยะท้าย ส่วนโครงการ Medicaid ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวยากจนที่มีผู้ปกครองคนเดียวและรายได้น้อยบางส่วน เกณฑ์ของ Medicaid มี

การเปลี่ยนแปลงเป็นระยะตามสถานะทางการเงินของโครงการและปัจจัยทางการเมือง

4. กระบวนการปฏิรูป

ปี 1935 คณะกรรมการเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่ได้รับการแต่งตั้งโดยประธานาธิบดี Roosevelt จากพรรค Democrat เสนอให้มีการประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนทุกคน มีการพิจารณาข้อเสนอโดยคณะกรรมการพิเศษ แต่เนื่องจากประธานาธิบดีไม่เชื่อมั่นว่าจะได้รับการสนับสนุน รวมทั้งเกรงว่าจะได้รับการต่อต้านจากแพทย์สมาคมของสหรัฐอเมริกา ซึ่งในช่วงนั้นได้มีการพัฒนาองค์กรจนมีอิทธิพลอย่างมาก จึงไม่ได้เสนอแผนการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นทางการ

ปี 1948 ประธานาธิบดี Truman ชนะการเลือกตั้ง โดยมีนโยบายการประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นจุดขายที่สำคัญ แต่ประสบกับการวิจารณ์ต่อต้าน ทั้งในช่วงก่อนและหลังการเลือกตั้ง โดยถูกมองว่าเป็นแนวคิดสังคมนิยม แผนการประกันสุขภาพแห่งชาติประสบความพ่ายแพ้ในรัฐสภาหลายปีติดต่อกัน จนประธานาธิบดี Truman ต้องลดเป้าลงเป็นเพียงแผนการประกันสุขภาพแก่ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์จากการประกันสังคม

ปี 1964 พรรค Democrat ได้เสียงข้างมากในการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนและวุฒิสภา

ประธานาธิบดี Johnson จากพรรค Democrat เช่นกัน ประกาศวิสัยทัศน์สังคมที่ยิ่งใหญ่ (Great Society) ให้มีการปฏิรูปทางการศึกษา สาธารณสุข และพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

ปี 1965 กฎหมาย Medicare และ Medicaid ผ่านรัฐสภาและเริ่มใช้

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

ช่วงกลางทศวรรษที่ 1960s เป็นช่วงเวลาที่เศรษฐกิจไม่มีปัญหา

ประธานาธิบดี Johnson เข้ารับตำแหน่งหลังจากที่ประธานาธิบดี Kennedy ถูกลอบสังหารเมื่อพฤศจิกายน 1963 เนื่องจากความนิยมในตัว Kennedy ประชาชนจึงให้การสนับสนุน Johnson มาก ทำให้รัฐสภาไม่ล้มกฎหมายใหม่ที่เสนอเข้าไป

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

ประธานาธิบดี Johnson เป็นนักเจรจาทางการเมืองที่มีความสามารถสูง และยอมประนีประนอมหรือแลกเปลี่ยนประโยชน์ด้านหนึ่งกับด้านอื่นเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

แพทย์สมาคมคัดค้านในช่วงแรก ต่อมาร่างกฎหมายได้มีการปรับแก้จนไม่กระทบผลประโยชน์ของแพทย์

7. ผลของการปฏิรูป

กลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อยมีหลักประกันสุขภาพมากขึ้น

การปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและควบคุมค่าใช้จ่ายในทศวรรษที่ 1990s

1. ภาพรวมระบบสุขภาพก่อนการปฏิรูป

ระบบที่มีความหลากหลายทั้งในแง่การประกันและการให้บริการ

2. ปัญหาซึ่งนำไปสู่การปฏิรูป

ค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงมากจนเกินร้อยละ 10 ของ GDP

มีประชากรจำนวนมากไม่มีหลักประกันสุขภาพ มีปัญหาในการเข้าถึงบริการ เมื่อเจ็บป่วยต้องใช้บริการในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลซึ่งตามกฎหมายไม่สามารถปฏิเสธคนไข้ได้ แต่อาจไม่ได้รับบริการที่ดี

เนื่องจากประกันสุขภาพที่ธุรกิจจำนวนมากจัดซื้อให้ลูกจ้างของตน โดยออกค่าเบี้ยประกันให้บางส่วนหรือทั้งหมด มีราคาสูงขึ้น ธุรกิจจึงรับภาระหนักในด้านค่าใช้จ่าย ประกอบกับช่วงทศวรรษ 1980s เศรษฐกิจตกต่ำ การประกันสุขภาพจึงเป็นต้นทุนที่สร้างปัญหาให้กับภาคธุรกิจ ความไม่พอใจของประชาชนทั่วไปต่อระบบสุขภาพ

3. สาเหตุสำคัญและมาตรการหลัก

สร้างหลักประกันถ้วนหน้าให้ประชาชนทุกคน แต่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิในการเลือกผู้ให้บริการระดับหนึ่ง

รวมผู้ให้ประกัน (3rd party) ต่างๆเข้าเป็นผู้ซื้อใหญ่รายเดียวสำหรับแต่ละรัฐ ซึ่งเรียก Health Insurance Purchasing Cooperative (HIPC) ดังตัวอย่างในรัฐแคลิฟอร์เนีย

การบังคับให้นายจ้างต้องซื้อประกันสุขภาพให้ลูกจ้าง(และครอบครัวของลูกจ้าง) ที่เรียกว่า play option หรือ สมัครเข้าอยู่ภายใต้การประกันสุขภาพภาคสาธารณะ โดยนายจ้างเป็นผู้จ่ายสมทบในรูปของภาษีที่เพิ่มขึ้น ที่เรียก pay option ข้อเสนอซึ่งถูกเรียกว่า play-or-pay โดยเป็น employer mandate

ใช้ระบบ managed competition

4. กระบวนการปฏิรูป

ปี 1993 ประธานาธิบดี Clinton ชนะการเลือกตั้ง ส่วนหนึ่งจากแนวนโยบายในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ

ปี 1993 ประธานาธิบดี Clinton แต่งตั้งภริยา คือ Hillary Clinton เป็นหัวหน้าทีมในการ

ร่างข้อเสนอระบบสุขภาพใหม่

ปี 1992-1994 มีการระดมความคิดเห็นวิชาการอย่างกว้างขวาง

ปี 1994 เสนอเข้าสู่สภา

ไม่ผ่านสภาตั้งแต่ระดับของกรรมาธิการ โดยที่ยังไม่ได้ถูกเสนอเข้าสู่การพิจารณาของทั้งสองสภา (สภาผู้แทนฯและวุฒิสภา) ทั้งนี้เพราะว่า Clinton พิจารณาแล้ว ไม่สามารถเอาชนะคะแนนเสียงในกรรมาธิการได้แน่ แต่ก็ไม่ได้ถอนร่างกฎหมายอย่างเป็นทางการ เพียงแต่ไม่ได้เสนอหรือดำเนินการใดๆ ต่อ

ในช่วงปลายทศวรรษ 1980s ต่อ 1990s มีการเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูป รูปแบบของระบบ และการจัดองค์กรทางด้านประกันและให้บริการสุขภาพ โดยนักวิชาการรวมทั้งนักการเมืองบางคน แนวคิดที่เด่นและได้รับการนำไปใช้อย่างแพร่หลายคือแนวคิดเกี่ยวกับ managed care ที่เสนอโดย Alain Enthoven และกลุ่ม Jackson Hole ต่อมาได้มีผู้ขายระบบประกันแบบ managed care เพิ่มมากขึ้น ธุรกิจต่างๆ หันมาซื้อประกันในระบบ managed care ให้กับลูกจ้างมากขึ้น ภาครัฐบางส่วน เช่น Medicaid ในบางรัฐก็เช่นเดียวกัน

5. บริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

เศรษฐกิจตกต่ำในยุคของประธานาธิบดี George Bush คนตกงานมาก ทำให้สูญเสียหลักประกันสุขภาพที่ผูกติดกับการจ้างงาน ส่วนผู้ที่ยังมีงานทำก็ไม่มั่นใจในอนาคตของตนเองว่า จะตกงานเมื่อใด มีผู้ไม่มีประกันสุขภาพเป็นจำนวนมากถึงกว่า 30 ล้านคน ประกอบกับในช่วงครึ่งหลังของทศวรรษ 1980s ปัญหาการใช้จ่ายภาครัฐโดยเฉพาะรัฐบาลสหพันธ์สูงขึ้นมาก จนทำให้งบประมาณติดลบอย่างมหาศาล ส่วนหนึ่งเป็นเพราะรัฐต้องสมทบเงินและดูแล Medicare fund ซึ่งมีภาระทางการเงินสูงมากเนื่องจากมีผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนมากขึ้น ความพยายามที่จะทำงบประมาณแบบสมดุล ทำให้ต้องตัดงบประมาณในทุกเรื่องรวมไปถึงงบประมาณรายจ่ายด้านสุขภาพด้วย จึงเกิดแรงผลักดันให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ แต่ต่อมาในช่วงทศวรรษ 1990s เศรษฐกิจของประเทศอยู่ในภาวะที่มีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง ทำให้รัฐบาลจัดเก็บภาษีได้มากขึ้น ประชาชนโดยรวมมีกำลังซื้อสูงขึ้น แรงกดดันที่จะปฏิรูปจึงลดลง

6. ผู้ที่เกี่ยวข้องและบทบาทในการปฏิรูป

ประธานาธิบดีและ Hilary Clinton เป็นแรงผลักดันสนับสนุนการปฏิรูปที่สำคัญ

วุฒิสมาชิกพรรค Republican ต่อต้านการปฏิรูป

แพทยสมาคมของสหรัฐซึ่งมีอำนาจทางการเมืองอย่างมาก เป็นกำลังสำคัญในการต่อต้านการปฏิรูป และมีการนำเสนอแนวทางปฏิรูปที่กลุ่มแพทย์ต้องการด้วย

ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพอื่น ๆ และบริษัทประกันสุขภาพคัดค้านการปฏิรูป เนื่องจากเกรงการสูญเสียประโยชน์หากเปลี่ยนแปลงระบบ

7. ผลของการปฏิรูป

ถึงแม้ว่าการปฏิรูปที่ประธานาธิบดี Clinton เสนอจะไม่ประสบผลสำเร็จ แต่การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นโดยภาคธุรกิจเอง ทั้งในด้านของประกันและผู้ให้บริการ รูปแบบองค์กรแบบ managed care แพร่หลายขึ้นมาก และมีการพัฒนารูปแบบใหม่ๆ จำนวนมาก

รายจ่ายด้านสุขภาพของสหรัฐอเมริกาในปี 1997 คิดเป็นมูลค่าสูงถึง 1.09 ล้านล้านดอลลาร์ รายจ่ายด้านสุขภาพนี้เปลี่ยนแปลงเพิ่มทุก ๆ ปี ในช่วง 5 ปีหลัง อัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 5 ต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่ลดลงจากอัตราเพิ่มประมาณร้อยละ 10 ต่อปีในช่วงก่อนหน้านี้

ประเด็นที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ รูปแบบของการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา ซึ่งอาศัยกลไกตลาด ใช้เงื่อนไขในเชิงพันธสัญญา (contractual relationship เป็นเครื่องมือกำกับระบบ ก่อให้เกิดธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นมาก ในกลุ่มของธุรกิจประกันสุขภาพ HMO ทำให้สัดส่วนของประชากรที่ทำงานในภาคเศรษฐกิจนี้มีสัดส่วนสูงมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่น ๆ โดยทั่วไป เฉพาะบุคลากรสายวิชาชีพนั้น (แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร และอื่น ๆ) เป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 8.8 ของประชากรที่เป็นพลเรือนทั้งหมดของสหรัฐอเมริกาในปี 1998



บทที่ 4

ระบบสุขภาพ เปรียบเทียบ

ระบบสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศต่างๆ มีความแตกต่างหลากหลายแบบ ดังลักษณะหลักของระบบทั้ง 10 ประเทศที่ได้ประมวลสรุปไว้แล้วในบทที่ 3 ในการที่จะเปรียบเทียบจุดเหมือนจุดต่างของระบบทั้ง 10 นี้ จะใช้กรอบการวิเคราะห์ที่ได้กล่าวไว้แล้วในบทที่ 2 ในบทนี้จะสรุปลักษณะเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพประเทศต่างๆ โดยแบ่งเป็น 4 ด้านด้วยกันตามกรอบการวิเคราะห์เปรียบเทียบ คือ ภาพรวมของระบบ กับผู้ที่เกี่ยวข้องหลัก (main actors) ของระบบ 3 กลุ่มอันได้แก่ ประชาชน/ผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และองค์กรผู้ให้ประกันสุขภาพ ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ภาพรวมของระบบ : พิจารณาในประเด็น ครอบคลุมของหลักประกัน ระดับของการบังคับการเข้าเป็นสมาชิกของระบบประกัน ลักษณะหลักของการสร้างหลักประกัน ส่วนแบ่งภาระการคลัง และบทบาทของรัฐบาล
2. ประชาชน/ผู้ป่วย : มีสิทธิอะไรบ้าง และมีภาระอะไรบ้าง ในแง่สิทธิประโยชน์ในบริการที่จะได้รับ การเลือกระบบประกัน การเลือกผู้ให้บริการ ภาระในฐานะประชาชนหรือผู้ซื้อประกัน และในฐานะผู้ป่วยเมื่อไปใช้บริการ
3. ผู้ให้บริการ : ใครเป็นเจ้าของ รัฐหรือเอกชน วิธีการจ่ายค่าบริการ นอกจากนี้ ยังพิจารณาว่า ใครเป็นผู้ทำหน้าที่ให้บริการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟู
4. องค์กรหลักในการให้ประกันสุขภาพ: ชื่อองค์กร ใครเป็นเจ้าของ รัฐหรือเอกชน จำนวนกองทุน บทบาทขององค์กร และลักษณะพิเศษที่มีความจำเพาะของระบบนั้น

การออกแบบกรอบการวิเคราะห์โดยมุ่งประเด็นการพิจารณาไปที่ผู้เกี่ยวข้องหลักของระบบดังที่เสนอนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะสามารถแจกแจงปัจจัยที่สัมพันธ์กับผู้เกี่ยวข้องหลักของระบบแต่ละกลุ่ม รวมถึงการได้ประโยชน์/การเสียประโยชน์ และอำนาจของกลุ่ม ด้วยเหตุที่

2 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ในการปฏิรูปทุกครั้ง เกี่ยวข้องกับการไปจัดความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างใหม่ ซึ่งต้องกระทบต่อผู้เกี่ยวข้อง หลักของระบบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผลของการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อแต่ละกลุ่มย่อมมีส่วนอย่างสำคัญที่ส่งผลให้การที่แต่ละกลุ่มเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อการเปลี่ยนแปลง ตัวอย่างเช่น การวิเคราะห์ส่วนที่เกี่ยวข้องกับประชาชน/ผู้ป่วยในประเด็นสิทธิประโยชน์ที่ได้ ทางเลือกที่เปิดให้กับภาระที่ต้องแบกรับในระบบสุขภาพ จะช่วยให้สามารถชี้ผลกระทบของการปฏิรูปต่อส่วนได้ส่วนเสียของบุคคลในฐานะที่เป็นประชาชนและในฐานะที่เป็นผู้ป่วยได้ชัดเจน การวิเคราะห์โดยระบุความเป็นเจ้าของของผู้ให้บริการและองค์กรผู้ให้ประกัน (ownership) ย่อมช่วยให้เห็นถึงอำนาจที่รัฐมีต่อผู้ให้บริการและความยากง่ายในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในส่วนของการให้บริการและการกำหนดระบบค่าตอบแทน เป็นต้น

1. ภาพรวมของระบบ

ตารางที่ 4.1 ประมวลลักษณะหลักซึ่งสะท้อนภาพรวมของระบบสุขภาพในแต่ละประเทศ

ความครอบคลุม (Coverage) ในที่นี้หมายถึงความครอบคลุมของหลักประกันทางด้านสุขภาพ โดยพิจารณาว่าในแต่ละประเทศมีระบบประกันสุขภาพที่เป็นแบบถ้วนหน้า (universal coverage) หรือไม่ สำหรับใน 10 ประเทศที่ทำการศึกษานี้ ทุกประเทศยกเว้นมาเลเซียและสหรัฐอเมริกา มีระบบประกันสุขภาพสำหรับประชากรโดยถ้วนหน้า และที่น่าสังเกตคือ กล่าวโดยทั่วไปประเทศที่สามารถสร้างหลักประกันถ้วนหน้าได้ ใช้ระบบประกันที่เป็นภาคบังคับ (compulsory insurance) ในขณะที่ประเทศที่ไม่ได้มีหลักประกันถ้วนหน้า ใช้ระบบประกันแบบสมัครใจ (voluntary insurance) การสรุปว่าเป็นระบบประกันมีลักษณะแบบสมัครใจในที่นี้ เป็นการพิจารณาโดยภาพรวม เนื่องจากอาจมีระบบประกันบางระบบในประเทศดังกล่าวที่เป็นภาคบังคับ แต่เป็นการบังคับประชากรเฉพาะกลุ่มซึ่งไม่ใช่ส่วนใหญ่ เช่นระบบประกันลูกจ้างแรงงานในมาเลเซีย

จำนวนระบบประกัน ในแต่ละประเทศในตารางที่ 4.1 แสดงถึงความหลากหลายของระบบในแต่ละประเทศ ประเทศที่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้ามักมีระบบประกันจำนวนน้อยๆ ในอังกฤษและประเทศเครือจักรภพอดีตอาณานิคมของอังกฤษ 2 ประเทศที่ศึกษา คือออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ใช้ระบบที่คล้ายกันคือ มีระบบประกันหลัก 1 ระบบที่ครอบคลุมประชากรทุกคน ในขณะที่เดียวกันก็เปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิที่จะซื้อประกันเอกชนเสริม เพื่อความครอบคลุม ในบริการบางด้านที่ระบบหลักมิได้จัดให้ ระบบของประเทศทั้ง 3 นี้เป็นแบบที่สิทธิในการมีหลักประกันขึ้นกับความเป็นประชากร (population-based) ไม่เกี่ยวกับการจ้างงาน

เยอรมนีมีระบบประกัน 2 ระบบเป็นแบบคู่ขนาน กล่าวคือ มีระบบหลักคือ sickness funds ที่เป็นภาคบังคับสำหรับประชากรส่วนใหญ่และผูกติดกับการจ้างงาน แต่ยกเว้นให้ประชากรบางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้สูง เลือกที่จะเข้าระบบหลักหรือจะซื้อประกันเอกชนเอง โดยที่หากเลือกที่จะไม่เข้าระบบหลัก จะไม่สามารถกลับเข้าสู่ระบบหลักในภายหลัง ทั้งนี้เป็นการป้องกันไม่ให้ระบบหลักต้องรับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากการที่มีผู้ซื้อประกันเอกชนในช่วงที่

ไม่ป่วยหรือตอนอายุน้อย แล้วเปลี่ยนเข้าสู่ sickness funds เมื่อป่วยหรือสูงอายุ

ไต้หวันมีระบบประกันสุขภาพที่ผูกกับการจ้างงานเช่นกัน คืออัตราและวิธีการเก็บเบี้ยประกันขึ้นกับอาชีพและการจ้างงาน และเป็นระบบเดียว แต่เปิดโอกาสให้มีประกันเสริมกับระบบหลักได้ ส่วนญี่ปุ่นและเกาหลีใต้มีระบบประกันที่คล้ายคลึงกัน คือเป็นระบบที่สิทธิการเข้าร่วมมีทั้งส่วนที่เป็นการจ้างงานและส่วนที่ขึ้นอยู่กับความเป็นสมาชิกของชุมชน นอกจากนี้ของเกาหลียังมีหลักประกันส่วนหนึ่งที่เป็นความช่วยเหลือโดยรัฐบาล

สิงคโปร์สร้างหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าโดยผ่านกองทุน 3 กอง ที่มีลักษณะแตกต่างกัน ระบบ Medisave เป็นบัญชีการออมที่หักจากเงินเดือนแบบบังคับโดยผ่านระบบการจ้างงาน ส่วน Medishield เป็นระบบประกันที่เสริมในกรณีที่ระบบแรกไม่เพียงพอ และประชาชนมีสิทธิเลือกในการเข้าร่วม สำหรับกลุ่มคนที่ยากจนและไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกัน 2 แบบดังกล่าวได้ รัฐบาลจัดระบบ Medifund ให้โดยเฉพาะ เป็นแบบสวัสดิการสังคม

ระบบหลักประกันสุขภาพของญี่ปุ่น สิงคโปร์มีลักษณะพิเศษประการหนึ่งคือ เป็นระบบที่ผูกติดกับระบบหลักประกันหรือสวัสดิการสังคมด้านอื่นๆ ด้วย เช่นในสิงคโปร์ Medisave เป็นส่วนที่ต่อยอดจากกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Central Provident Fund) ซึ่งเป็นการออมสำหรับการใช้จ่ายในด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากด้านสุขภาพด้วย

ประเทศมาเลเซียไม่มีหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าสำหรับประชากร แต่เป็นแบบที่มีประกันหลายระบบอยู่ร่วมกัน ในขณะที่มีประชากรจำนวนมากไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันด้วยระบบประกันขนาดใหญ่ในประเทศครอบคลุมผู้ใช้แรงงานเป็นหลัก สำหรับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพหากใช้บริการด้านสุขภาพก็ต้องจ่ายเอง โดยในภาคเอกชนราคาค่าบริการจะสูงกว่าภาครัฐ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ก็ใช้บริการภาครัฐซึ่งสามารถยกเว้นค่าใช้จ่ายได้ นั่นหมายถึงการที่รัฐจัดบริการเป็นระบบที่ช่วยเหลือแก่ผู้ด้อยโอกาส ซึ่งระบบในลักษณะนี้เป็นแบบที่ Milton Terris เรียกว่า ระบบช่วยเหลือโดยรัฐ (Public Assistance System)¹⁸ เป็นระบบที่มีลักษณะทำนองเดียวกับของประเทศไทยประเทศมาเลเซียไม่มีหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าสำหรับประชากร แต่เป็นแบบที่มีประกันหลายระบบอยู่ร่วมกัน ในขณะที่มีประชากรจำนวนมากไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันด้วย ระบบประกันขนาดใหญ่ในประเทศครอบคลุมผู้ใช้แรงงานเป็นหลัก สำหรับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพหากใช้บริการด้านสุขภาพก็ต้องจ่ายเอง โดยในภาคเอกชนราคาค่าบริการจะสูงกว่าภาครัฐ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ก็ใช้บริการภาครัฐซึ่งสามารถยกเว้นค่าใช้จ่ายได้ นั่นหมายถึงการที่รัฐจัดบริการเป็นระบบที่ช่วยเหลือแก่ผู้ด้อยโอกาส ซึ่งระบบในลักษณะนี้เป็นแบบที่ Milton Terris เรียกว่า ระบบช่วยเหลือโดยรัฐ (Public Assistance System)¹⁸ เป็นระบบที่มีลักษณะทำนอง เดียวกับของประเทศไทย

ถึงแม้ว่าระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกาจะเป็นระบบที่สร้างบนฐานของการประกันสุขภาพ แต่ก็ยังไม่สามารถจัดให้มีประกันสุขภาพทั่วหน้า ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในขณะนี้ มีทั้งแบบที่จัดโดยรัฐและโดยเอกชน มีจำนวนมากและมีรูปแบบที่หลากหลายมาก และส่วนใหญ่ผูกติด

¹⁸ Terris (1978)

4 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

กับการทำงาน

แม้ว่าถึงที่สุดแล้วการกระจายสุขภาพต้องตกเป็นของประชากร แต่การพิจารณา**ส่วนแบ่งภาระทางการเงิน**ของระบบจะมีประโยชน์ในแง่เป็นดัชนีที่ชี้ภาระที่กลุ่มต่างๆ ในสังคมมีต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยตรง และยังเป็นตัวที่สะท้อนถึงอำนาจต่อรองของแต่ละกลุ่มในระบบได้ด้วย หากระบบมีการบริหารจัดการที่ดี กลุ่มที่รับภาระส่วนแบ่งสูงจะสามารถสร้างอำนาจต่อรองได้สูง เมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของส่วนแบ่งทางการเงิน พบว่า อังกฤษ ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ มีสัดส่วนของรัฐบาลสูงกว่าประเทศอื่นๆ ที่เหลือ และสูงกว่ากึ่งหนึ่งของภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศ ตัวเลขที่สูงนี้เป็นผลมาจากลักษณะของระบบที่มีระบบประกันสุขภาพระบบเดียว ซึ่งการคลังสุขภาพบริหารจัดการโดยรัฐจากเงินภาษีทั่วไป สำหรับประเทศที่ใช้การประกันแบบกองทุนที่ผูกติดกับการจ้างงาน มีสัดส่วนภาระของรัฐน้อยกว่า และมีส่วนที่เป็นภาระของนายจ้างกับลูกจ้างในสัดส่วนที่มีนัยสำคัญ

ตัวเลขสัดส่วนภาระการคลังเหล่านี้ชี้ประเด็นที่น่าสังเกตอีกอย่างน้อย 2 ประการคือ เกาหลีใต้มีสัดส่วนจากการจ่ายของบุคคลสูงถึงร้อยละ 55 ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ระบบประกันที่ใช้อยู่มีขอบข่ายของความครอบคลุมที่ค่อนข้างจำกัด ผู้ป่วยจะต้องจ่ายร่วมในการรับบริการในสัดส่วนที่สูง ประเด็นที่น่าสังเกตอีกประการหนึ่งก็คือ มาเลเซียและสหรัฐอเมริกาซึ่งประชากรไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ภาระทางการเงินภาครัฐสูงถึงกว่าร้อยละ 40 ด้วยสัดส่วนที่สูงขนาดนี้ หากรัฐจะปรับบทบาทจากการเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายในเชิงรับ (reactive) มาเป็นผู้จัดระบบสร้างหลักประกันสุขภาพของทั้งประเทศในเชิงรุก (proactive) จะมีอำนาจต่อรองในระบบที่สูงทีเดียว เนื่องจากมีอำนาจการจ่ายในสัดส่วนที่สูง

ในแต่ละประเทศในกลุ่มที่ศึกษา รัฐบาลวางบทบาทต่อระบบสุขภาพในแบบที่แตกต่างกัน ประเทศส่วนใหญ่ โดยเฉพาะประเทศตะวันตก บทบาทหลักของการให้บริการเป็นของเอกชน ส่วนรัฐบาลทำหน้าที่ในการกำหนดกฎข้อบังคับต่างๆ สำหรับระบบ ในบางประเทศเช่น ประเทศในเครือจักรภพซึ่งใช้ระบบประกันแบบ population - based รัฐก็เป็นผู้บริหารกองทุนด้วย ส่วนในมาเลเซีย รัฐบาลทำหน้าที่หลักในการให้บริการ

2. สิทธิประโยชน์ ทางเลือก และภาระของประชาชน

ข้อมูลเกี่ยวกับ**สิทธิประโยชน์**ที่แสดงในตารางที่ 4.2 เป็นสิทธิประโยชน์หลักที่ระบบประกันหลักของประเทศนั้นๆ ให้กับสมาชิกของระบบเท่านั้น ไม่รวมถึงสิทธิในรายละเอียดหรือของระบบประกันอื่นๆ ที่มีอยู่ทั้งหมด ระบบหลักในประเทศกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ให้สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมกว้าง (comprehensive) แก่สมาชิก โดยส่วนใหญ่ครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และยา มีเพียงประเทศเดียวที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอกเลย คือสิงคโปร์ สำหรับประเทศอื่นในเอเชีย รัฐบาลให้สิทธิประโยชน์บาง

ประการที่มีเอกลักษณ์แตกต่างจากประเทศในทวีปอื่น กล่าวคือประกันสุขภาพแห่งชาติของจีนได้หัวหน้าและของเกาหลีใต้ครอบคลุมการแพทย์แผนตะวันออกด้วย ซึ่งถือเป็นการเปิดทางเลือกให้กับผู้มีสิทธิเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็เป็นการส่งเสริมการแพทย์ที่พัฒนาจากภูมิปัญญาของชาติและน่าจะมีผลทางด้านเศรษฐกิจในระยะยาว สิทธิประโยชน์ที่มีลักษณะพิเศษอีกอย่างหนึ่งพบในญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ คือการครอบคลุมค่าเดินทางและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ส่วนในสหรัฐอเมริกาและมาเลเซีย เนื่องจากมีระบบที่มีความหลากหลายมาก สิทธิประโยชน์ของประกันแต่ละแบบก็มีความแตกต่างกันไป จึงเป็นการยากที่จะประมวลรวบยอดไว้ในที่นี้

อีกประเด็นหนึ่งซึ่งเกี่ยวข้องกับสิทธิของประชาชน/ผู้ป่วย คือ**สิทธิในการเลือกระบบประกัน** สำหรับประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าในเกือบทุกประเทศ ประชาชนไม่มีสิทธิในการเลือกระบบประกัน ยกเว้นของเยอรมนี เฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้สูงและข้าราชการไม่ถูกบังคับให้ประกันภายใต้ระบบ sickness funds เท่านั้นที่มีสิทธิเลือกที่จะเข้าเป็นสมาชิกของ sickness funds หรือจะซื้อประกันเอกชนเอง ดังที่ได้กล่าวถึงข้างต้น ส่วนใน 2 ประเทศที่ไม่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนส่วนใหญ่มีสิทธิที่จะเลือกเข้าระบบประกันหรือไม่ก็ได้ หรือจะเลือกระบบใดก็ได้ สิทธิในการเลือกระบบประกันดังกล่าวนี้ ขึ้นกับสภาพของการบังคับในระบบประกันดังที่ได้แสดงไว้ในตาราง 4.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นจริงได้นั้น มีความจำเป็นต้องกำหนดสภาพบังคับในส่วนของการเลือกประกันหรือไม่ประกัน มิฉะนั้นก็ยากที่จะสร้างหลักประกันถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นได้

สิทธิสำคัญอีกประการหนึ่งคือ**สิทธิในการเลือกผู้ให้บริการ** ในเยอรมนี อังกฤษ ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ ผู้มีสิทธิเมื่อเจ็บป่วยต้องพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก่อน หากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเห็นว่าควรส่งต่อ จะเป็นผู้ทำการส่งต่อให้กับแพทย์เฉพาะทางหรือโรงพยาบาลเอง ผู้ป่วยไม่มีสิทธิเข้าสู่สถานพยาบาลในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิได้เองโดยไม่มีการส่งต่อ (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน) ทั้งนี้ เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นหน้าด่านในการพิจารณาความเหมาะสมของ บริการที่ควรได้รับ (gatekeeper) ซึ่งจะมีผลต่อการใช้ทรัพยากรในระบบ ส่วนประเทศในเอเชีย นั้น ส่วนใหญ่จะไม่มีข้อจำกัดนี้ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และมาเลเซีย ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกใช้บริการจากแหล่งใดก็ได้ ไม่มีข้อกำหนดในเรื่อง gatekeeper สำหรับในเกาหลีใต้จะมีข้อกำหนดให้พบแพทย์ ทั่วไปหรือแผนกผู้ป่วยนอกก่อน แต่ในทางปฏิบัติไม่มีความเข้มงวดมากนัก ส่วนของไต้หวันให้สิทธิในการเลือกพบแพทย์ระดับใดก็ได้ เพียงแต่อัตราการจ่ายร่วมในการพบแพทย์ระดับเฉพาะทางก่อนโดยข้ามระบบส่งต่อจะสูงกว่าการไปตามขั้นตอนการส่งต่อ

ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับประชาชนหรือผู้ป่วย นอกจากในเรื่องของสิทธิแล้ว ยังมีประเด็นในเรื่องการที่คนกลุ่มนี้จะต้องรับในระบบประกัน **ภาระที่ผูกพันในฐานะของประชาชนหรือในฐานะของผู้ซื้อประกัน** แตกต่างกันในแต่ละประเทศ ขึ้นกับระบบประกันที่ใช้ในประเทศนั้นๆ ในทำนองเดียวกันกับข้อเปรียบเทียบในมิติอื่นๆ ของระบบประกัน ระบบของอังกฤษ ออสเตรเลีย และนิว

6 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ซีแลนด์ ซึ่งเป็นระบบเดียว population-based และจัดการโดยรัฐ ใช้ภาษีในการจ่ายค่าบริการสุขภาพ ฉะนั้น ภาระที่ประชาชนใน 3 ประเทศนี้มีต่อระบบประกันคือภาระทางภาษีนั่นเอง นอกจากนี้ เนื่องจากระบบประกันเป็นลักษณะ 1 ระบบหลักบวกระบบเสริม ผู้ที่ซื้อประกันเสริมต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันที่ตนซื้อ ส่วนระบบประกันที่ผูกติดกับการจ้างงาน ภาระที่ผูกพันสำหรับการเป็นสมาชิกระบบประกันคือการจ่ายเงินเข้ากองทุนในฐานะลูกจ้างหรือนายจ้าง ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีหักจากเงินเดือนในอัตราที่กำหนด วิธีการคำนวณอัตราค่าเบี้ยประกันส่วนใหญ่คำนวณจากเงินเดือนหรือรายได้ ของเกาหลีมีการใช้ทรัพย์สิน และขนาดของครอบครัวในสูตรการคำนวณด้วย ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยในระบบประกันที่มีรัฐให้ความช่วยเหลือ จะไม่มีภาระในการจ่ายในส่วนนี้

นอกจากการรับภาระในส่วนของเบี้ยประกันหรือภาษีแล้ว ระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ยังมีข้อกำหนดในเรื่องของการจ่ายร่วมเพื่อลดอัตราการใช้บริการเกินจำเป็นที่เกิดจากการประกัน (moral hazard) อีกด้วย¹⁹ ภาระของประชาชนหรือผู้มีสิทธิในฐานะผู้ป่วยมีแตกต่างกันในแต่ละระบบ ซึ่งมีทั้งแบบที่เป็นการจ่ายอัตราคงที่ต่อครั้งของการพบแพทย์ หรือการจ่ายเป็นร้อยละของค่าบริการ หรือกำหนดอัตราตามจำนวนวันนอนในกรณีผู้ป่วยใน บางระบบมีการกำหนดเพดานสำหรับการจ่ายร่วมเพื่อมิให้ผู้ป่วยรับภาระค่าใช้จ่ายมากเกินไป

3. ผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ในทุกประเทศในกลุ่มนี้เป็นของภาคเอกชน โดยที่คลินิกและร้านยาส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดมีเอกชนเป็นเจ้าของ ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติวิชาชีพเดี่ยวๆ (solo practice) ในชุมชน หรืออาจมีการรวมกลุ่มกันปฏิบัติวิชาชีพในสถานบริการเดียวกันที่น่าสนใจคือ ถึงแม้ในสิงคโปร์จะมีสัดส่วนของผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิเป็นภาคเอกชนเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) แต่นับว่าเป็นประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีผู้ให้บริการระดับต้นเป็นของภาครัฐในสัดส่วนที่สูงที่สุดในประเทศกลุ่มนี้ เนื่องจากหลักประกันสุขภาพ ของสิงคโปร์ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยนอก สถานบริการระดับต้นภาครัฐในสิงคโปร์น่าจะมีบทบาทสำคัญในการเป็นทางเลือกให้กับผู้ป่วยที่ให้บริการในราคาที่ต่ำกว่าภาคเอกชน

รัฐบาลในประเทศเหล่านี้มีบทบาทในการให้บริการ **โรงพยาบาล**มากกว่าในส่วนบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล/เตียงส่วนใหญ่ในเยอรมนี อังกฤษ ออสเตรเลีย สิงคโปร์และมาเลเซียเป็นของภาครัฐ ในนิวซีแลนด์ โรงพยาบาลทั้งหมดมีรัฐบาลเป็นเจ้าของ แต่บริหารแบบองค์กรอิสระ ส่วนในญี่ปุ่น เกาหลีใต้และสหรัฐอเมริกา โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของภาคเอกชน โรงพยาบาลที่เป็นภาคเอกชนเหล่านี้มีทั้งประเภทที่แสวงกำไรและประเภทที่ไม่แสวงกำไร

ระบบประกันหลักในเยอรมนี อังกฤษ ออสเตรเลีย และไต้หวัน ผู้ให้บริการต้องขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกกองทุนจึงมีสิทธิให้บริการผู้ป่วยได้

¹⁹ ดูประมวลงานวิจัยเกี่ยวกับผลของมาตรการ จ่ายร่วมต่อพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วยให้ Ratanawijitrasin (1993)

วิธีการจ่ายค่าบริการปฐมภูมิในทุกประเทศในกลุ่มนี้ยกเว้นอังกฤษ ใช้ระบบการจ่ายต่อรายการ (fee-for-service) โดยที่ในหลายประเทศมีการกำหนดอัตราค่าจ่ายตาม fee schedule ส่วนอังกฤษใช้ระบบการจ่ายต่อหัว (capitation) สำหรับระบบประกันภายใต้ NHS และการจ่ายแบบตามรายการสำหรับระบบเสริม

วิธีการจ่ายค่าบริการโรงพยาบาลมีหลายวิธีมากกว่าบริการปฐมภูมิ คือตั้งแต่แบบจ่ายต่อรายการ ต่อวัน ต่อครั้งของการเจ็บป่วย ต่อหัว และงบประมาณต่อปี บางประเทศใช้หลายวิธีผสมผสานกันก็มี แพทย์ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน

องค์กรตัวแทนผู้ให้บริการที่เป็นองค์กรหลักในประเทศเหล่านี้ มีสมาคมแพทย์และสมาคมโรงพยาบาล กลุ่มเหล่านี้ในหลายประเทศมีบทบาทอย่างมากในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งจะได้อภิปรายในบทต่อไป

บริการในด้านของ**การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟู**เป็นบริการด้านที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าการรักษาพยาบาล ในกลุ่มประเทศที่ทำการศึกษานี้ มีเพียงอังกฤษและนิวซีแลนด์ที่จัดให้บริการเหล่านี้รวมอยู่ในสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันเป็นหลัก ประเทศส่วนใหญ่จัดบริการกลุ่มนี้เป็นประเภทของบริการสาธารณสุข (public health services) ซึ่งรัฐบาลเป็นผู้จัดบริการเอง สำหรับประเทศออสเตรเลียและมาเลเซียซึ่งปกครองระบอบสหพันธรัฐจะมีการแบ่งบทบาทระหว่างรัฐบาลกลาง มลรัฐและท้องถิ่น

4. องค์กรผู้ให้ประกันสุขภาพหลัก

ในหัวข้อนี้จะพิจารณาเฉพาะองค์กรผู้ให้ประกันสำหรับระบบสุขภาพหลักในแต่ละประเทศโดยไม่ครอบคลุมผู้ให้ประกันรายอื่นๆ ซึ่งอาจมีจำนวนมากและมีวิธีการจัดองค์กรที่แตกต่างกันไป

จำนวนกองทุนประกันสุขภาพสะท้อนภาพของวิธีการบริหารจัดการระบบประกันในแต่ละประเทศ ประเทศที่มีกองทุนเดียว เช่นอังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ไต้หวัน มีวิธีการบริหารกองทุนระบบเดียว ระบบเช่นนี้ ทำให้สามารถมีฐานของสมาชิกขนาดใหญ่ สามารถรวมความเสี่ยง (pool risk) ตามหลักของการประกันได้ดี และยังมีข้อดีในแง่ที่มีอำนาจต่อรองกับผู้ให้บริการได้มากกว่า เนื่องจากมีฐานของสมาชิกใหญ่กว่า จากข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 4.1 ประเทศเหล่านี้ก็เป็นประเทศที่มีระบบประกันระบบเดียวด้วยเช่นกัน เยอรมนี ญี่ปุ่น และเกาหลีใต้ มีกองทุนจำนวนมาก²⁰ แต่ละกองทุนอาจมีระบบการจัดการที่แตกต่างกันไป ความเสี่ยงทางการเงินของกองทุนก็มีแตกต่างกันไป กองทุนในเยอรมนีและเกาหลีใต้มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกัน แต่ในญี่ปุ่นไม่เป็นเช่นนั้น จึงมักพบว่ากองทุนที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุอยู่มาก ประสบปัญหาทางการเงิน และการที่มีกองทุนจำนวนมาก ทำให้ต้องมีหน่วยงานพิเศษขึ้นมาทำหน้าที่เป็น clearing house สำหรับการเบิกจ่ายเงินด้วย นอกจากนี้ กองทุนต่างๆ ในญี่ปุ่นยังให้สิทธิประโยชน์แก่สมาชิกแตกต่างกันด้วย ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมระหว่างกองทุน

²⁰ รัฐบาลเกาหลีกำหนดให้มีการรวมกองทุนทั้งหมดเข้าเป็นกองทุนเดียวกันในเดือนกรกฎาคม 2000

8 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

เจ้าของกองทุนประกันสุขภาพในประเทศที่มีหลักประกันถ้วนหน้าแล้ว มักเป็นรัฐบาลหรือเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ซึ่งความเป็นเจ้าของในลักษณะนี้น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งช่วยให้การบริหารค่าเบี้ยประกันเกิดความเป็นธรรมต่อผู้มีสิทธิ

แหล่งรายได้ของกองทุนขึ้นกับลักษณะของระบบประกันที่ใช้ ประเทศที่ใช้แบบ population-based ทั้ง 3 มีแหล่งรายได้จากภาษีทั่วไปที่จัดสรรสำหรับระบบสุขภาพ ส่วนในประเทศที่ใช้ระบบ employment-based กองทุนมีรายได้จากลูกจ้าง นายจ้าง และการสมทบโดยรัฐ รวมทั้งค่าเบี้ยประกันของกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ ที่น่าสนใจคือ ในไต้หวันมีวิธีการหารายได้เข้ากองทุนสุขภาพเพิ่มเติมที่พิเศษต่างจากประเทศอื่น โดยนำเอาภาษีจากบุหรี่ยาสูบและเหล้า ซึ่งเป็นสินค้าที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพเข้ามาเป็นรายได้กองทุนด้วย นอกจากนี้ ยังมีการออกสลากเพื่อหารายได้เพิ่มเติมอีกด้วย

บทบาทหน้าที่ของกองทุนมักเป็นสิ่งที่ระบุในกฎหมายหรือแผนแห่งชาติ บทบาทเหล่านี้แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ในเกาหลีใต้ กองทุนมีบทบาทที่จำกัดเป็นเพียงองค์กรที่รวบรวมค่าเบี้ยประกันและเงินที่หักเข้าหรือสมทบเข้ากองทุน และการจ่ายเงินค่าบริการเท่านั้น ของญี่ปุ่น ซึ่งมีกองทุนจำนวนมาก แต่ละกองทุนมีการแข่งขันกันในการให้สิทธิประโยชน์พิเศษแก่สมาชิก แต่ก็มิได้มีบทบาทในฐานะผู้ซื้อบริการสุขภาพที่แท้จริง กองทุนในเยอรมนี อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ คือมีบทบาทในการต่อรองอัตราการจ่ายค่าบริการกับผู้ให้บริการด้วย ส่วนของไต้หวันและสิงคโปร์ กองทุนกำหนดอัตราการจ่ายค่าตอบแทนบริการรวมถึงการกำหนดอัตราการจ่ายร่วมของผู้ใช้บริการด้วย

5. ผลลัพธ์ขั้นกลางของระบบสุขภาพ

ระดับของความครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพซึ่งคิดเป็นร้อยละของประชากรที่ได้รับการคุ้มครอง เป็นไปตามระบบประกันของแต่ละประเทศคือ สำหรับประเทศที่มีระบบประกันถ้วนหน้าจะมีอัตราครอบคลุมทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมด ทั้งนี้ ประเทศที่ยังไม่สามารถประสบผลสำเร็จในอัตราร้อยละ 100 เช่น ไต้หวัน เนื่องจากระบบยังไม่ถึงประชากรบางกลุ่มที่อยู่ห่างไกล

ในด้านความเท่าเทียมของระบบ สำหรับประเทศที่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้ว่าทุกคนจะมีสิทธิที่เท่าเทียมกันตามข้อกำหนดหรือกฎหมาย แต่โดยทั่วไปกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ชนกลุ่มน้อยผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทที่ห่างไกล ก็ยังมีความด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการอยู่ และในบางประเทศได้มีการจัดบริการให้เป็นพิเศษสำหรับคนเหล่านี้ ที่น่าสังเกตคือ ในเยอรมนีซึ่งมีกองทุนประกันสุขภาพจำนวนมากถึงเกือบหนึ่งพันกองทุน มีปรากฏการณ์ที่กองทุนพยายามหาสมาชิกจากกลุ่มผู้มีสุขภาพดีเพื่อลดความเสี่ยงของตน (cream skinning) ด้วย ปรากฏการณ์นี้สะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบที่มีกองทุนจำนวนมาก

ข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในระบบสุขภาพที่เป็นเชิงปริมาณมีไม่มากนัก แต่โดยทั่วไป

กล่าวได้ว่า ระดับความพึงพอใจของประชาชนของประเทศส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้อยู่ในเกณฑ์ดี แต่ผู้ให้บริการในประเทศในเครือจักรภพ มีปัญหาเรื่องการรอนาน ส่วนของเกาหลีใต้มีปัญห้อัตราการร่วมจ่ายที่สูง สำหรับไต้หวัน มีข้อมูลจากการศึกษาในปี 1995 ซึ่งเป็นปีแรกที่เริ่มใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แสดงอัตราความพึงพอใจในระบบเพียงร้อยละ 33 แต่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 76 ในปี 1998 ถ้าหากการสำรวจทั้ง 2 ครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีสำรวจอย่างเดียวกันสามารถเทียบกันได้จริง ก็แสดงว่าระบบประกันสุขภาพแห่งชาติประสบความสำเร็จในการสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนอย่างมากทีเดียว

ตัวเลขค่าใช้จ่ายที่แสดงในตารางที่ 4.5 และ 4.6 เป็นค่าใช้จ่ายของทั้งประเทศรวมระบบประกันทุกระบบและส่วนที่ไม่อยู่ภายใต้ระบบประกันในประเทศนั้นๆ ด้วย ตัวเลขค่าใช้จ่ายต่อหัวเป็น US\$ ปรับด้วย purchasing power parity สามารถเปรียบเทียบกันได้²¹ สำหรับภาพที่ 4.1 และ 4.2 แสดงค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวในปี 1997 และค่าใช้จ่ายสุขภาพปี 1997 คิดเป็นร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) ตามลำดับของประเทศในกลุ่มนี้เทียบกับประเทศไทย โดยเป็นข้อมูลจากธนาคารโลก เนื่องจากไม่มีข้อมูลของไต้หวันจึงไม่ได้แสดง

ตารางที่ 4.6 แสดงปัจจัยที่เป็นมาตรการซึ่งระบบสุขภาพสามารถควบคุมได้และมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพคือ สิทธิประโยชน์ ส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย และวิธีการจ่ายค่าบริการเทียบกับค่าใช้จ่ายต่อหัวในปี 1997 และเฉลี่ยปี 1990-1997 เนื่องจากข้อมูลใน 2 ช่องนี้มาจากคนละแหล่งกัน การเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลปี 1997 กับค่าเฉลี่ย 8 ปี อาจไม่สมบูรณ์นัก แต่อย่างไรก็ตาม ตัวเลขทั้ง 2 ช่วยให้เห็นภาพการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายต่อหัวได้บ้าง

สหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงที่สุดในกลุ่ม (และสูงที่สุดในโลก) ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายต่อหัว ร้อยละของ GDP หรือค่าใช้จ่ายรวม ในขณะที่มีประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพเพียงร้อยละ 86-89 เท่านั้น

ประเทศมาเลเซียและประเทศไทย ซึ่งมีระบบสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน มีค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ต่ำกว่าประเทศอื่นๆ ในกลุ่ม เกาหลีใต้มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยระหว่างปี 1990-1997 ในระดับถดถอยมา เกาหลีใต้เริ่มมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 1989 และต่อมาในปี 1994 ก็มีการให้สิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายสุขภาพจึงเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (จาก 9,254.6 billion won ในปี 1990 เป็น 19,153.1 billion won ในปี 1995 และ 22,954.9 billion won ในปี 1996)²²

สำหรับกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วที่มีหลักประกันครอบคลุมประชากรทุกคน อังกฤษและนิวซีแลนด์เป็นประเทศที่มีค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวต่ำ ในขณะที่เยอรมนีและออสเตรเลียมียาใช้จ่ายสูงกว่า เมื่อพิจารณามาตรการของระบบตามที่สรุปในตาราง 4.6 พบว่า สิทธิประโยชน์ที่ให้แก่ประชาชนในประเทศเหล่านี้มีความใกล้เคียงกัน แต่ค่าใช้จ่ายแตกต่างกันมาก เยอรมนีมีค่าใช้จ่ายต่อหัวสูงสุด ส่วนประเทศเครือจักรภพซึ่งใช้ระบบภาษีนั้น ออสเตรเลียมียาใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวสูงกว่าอีก 2 ประเทศคืออังกฤษและนิวซีแลนด์ โดยที่ผู้ป่วยในออสเตรเลียมียาใช้ร่วมจ่ายที่สูงกว่า แต่การจ่ายค่าบริการทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเป็นแบบ fee schedule

²¹ World Health 2000

²² สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี (พ.ศ.2543).

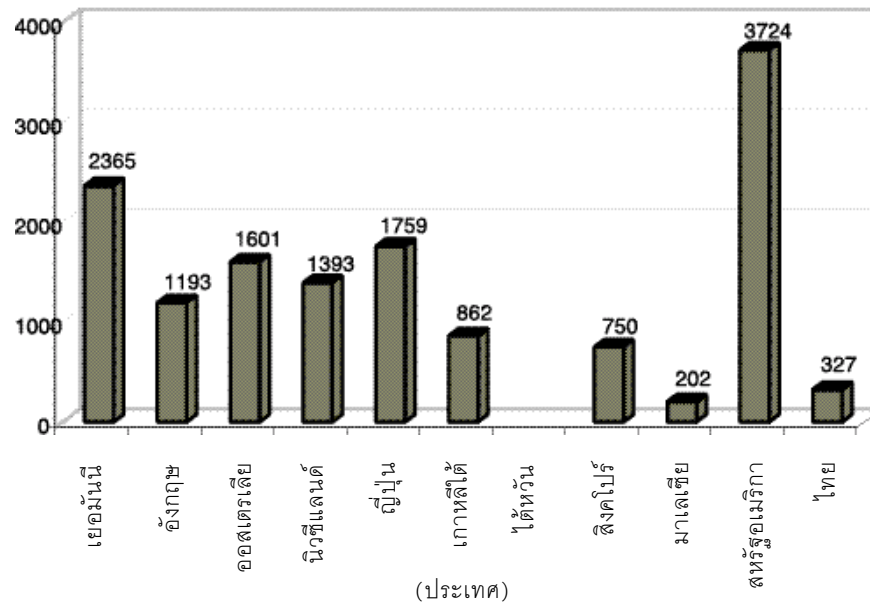
10 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

และยังอนุญาตให้แพทย์เก็บค่าบริการสูงกว่าอัตราที่กำหนดได้อีกด้วย ส่วนอังกฤษใช้ระบบ capitation สำหรับบริการผู้ป่วยนอกและงบประมาณต่อปีสำหรับโรงพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี นิวซีแลนด์นั้นใช้ระบบจ่ายตามรายการสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และ capitation สำหรับผู้ป่วยใน ส่วนประเทศในเอเชียที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทุกประเทศ ยกเว้นญี่ปุ่น มีค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวต่ำกว่าประเทศในยุโรป โดยที่ทุกประเทศใช้มาตรการจ่ายค่าบริการแบบตามรายการ (ยกเว้นบริการส่วนน้อยในไต้หวัน)

ตัวเลขค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมต่อหัวเป็นผลของปัจจัยต่างๆทั้งในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของตัวระบบสุขภาพเอง ซึ่งรวมถึงสิทธิประโยชน์ที่ให้และมาตรการจ่ายค่าบริการที่ใช้ และส่วนที่เป็นปัจจัยนอกตัวระบบเอง เช่นโครงสร้างอายุของประชากร เป็นต้น เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลรวม (aggregate data) จึงมีความจำกัดในการใช้แปรผลในเชิงสาเหตุและผล (causal relationship) ว่าการจัดโครงสร้างโดยรวมของแต่ละประเทศส่งผลอย่างไรต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยตรง²³

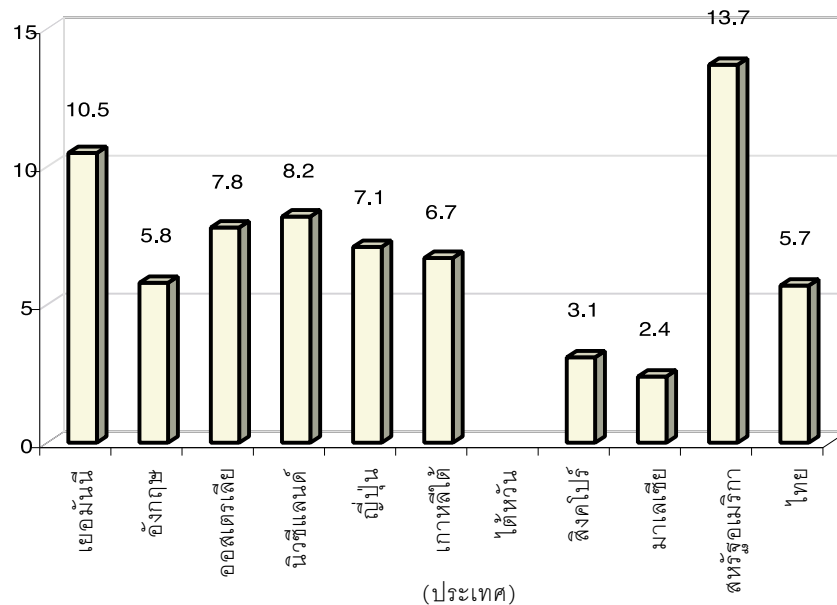
²³ Ratanawijitrasin (1993)

ภาพที่ 4.1 ค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวปี 1997 ของต่างประเทศเทียบกับประเทศไทย



แหล่งข้อมูล: World Health Report 2000

ภาพที่ 4.2 ค่าใช้จ่ายสุขภาพปี 1997 คิดเป็นร้อยละของ GDP ของต่างประเทศเทียบกับประเทศไทย



แหล่งข้อมูล: World Health Report 2000

ตารางที่ 4.1 ภาพรวมของระบบสุขภาพประเทศต่างๆ

ประเทศ	ความครอบคลุม	การบังคับ	จำนวนระบบประกัน	ลักษณะหลักของระบบ	ส่วนแบ่งการคลัง	บทบาทรัฐ
เยอรมนี	ทั่วหน้า	บังคับ	2 (คู่ขนาน) 89%ประชากรใน sickness funds	Employment-based	%กองทุน 47.9, นายจ้าง 14.7, รัฐ 13.4, จ่ายร่วม 7.7 ประกัน เอกชน 5.3 + อื่นๆ (ปี 1994)	รัฐบาลกลาง: กำหนดกฎกำกับ. มลรัฐ ท้องถิ่น: บริหารพ. ป้องกันโรค
อังกฤษ	ทั่วหน้า	บังคับ	1+ (เสริม) 11% ประชากรมี ประกันเอกชน	Population-based	%NHS 88, OTC drugs 8.4, ประกันเอกชน 3.6 (ปี 1989)	กำหนดกฎ บริหารกองทุน จัดบริการ
ออสเตรเลีย	ทั่วหน้า	บังคับ	1+ (เสริม)	Population-based	% รัฐกลาง 45.5 มลรัฐ 23.2, บุคคล+ประกันเอกชน 31.3	กำหนดกฎ บริหารกองทุน บริหารพ. ส่งเสริม ป้องกัน
นิวซีแลนด์	ทั่วหน้า	บังคับ	1+ (เสริม) 37% ประชากรมี ประกันเอกชน	Population-based	% รัฐ 77.3, บุคคล 15.6 ประกันเอกชน 6.8	กำหนดกฎ บริหารกองทุน ส่งเสริม ป้องกัน
ญี่ปุ่น	ทั่วหน้า	บังคับ	3: Gov-managed, Society-managed, NIH ครอบคลุมประ- ชากรอย่างละ 1 ใน 3	Employment-based, Community-based	% รัฐ 32.2 เบี้ยประกัน 54 จ่ายร่วม 13.8 (ปี 1997)	กำหนดกฎ อัตราค่าบริการ
เกาหลีใต้	ทั่วหน้า	บังคับ	3: Employee's health insur society, NHI Corp, Medical aid	Employment-based, Community-based, Gov aid	% บุคคล 55.1 เบี้ยประกัน 29.3 รัฐ 15 (ปี 1996)	กำหนดกฎ อัตราค่าบริการ

ประเทศ	ความครอบคลุม	การบังคับ	จำนวนระบบประกัน	ลักษณะหลักของระบบ	ส่วนแบ่งภาระการคลัง	บทบาทรัฐ
ไต้หวัน	ทั่วหน้า	บังคับ	1+ (เสริม)	Employment-based	% รัฐ 27.86 ลูกจ้าง+นายจ้าง 72.14 (ปี 1998)	บริหารกองทุน จัดบริการ
สิงคโปร์	ทั่วหน้า	บังคับ	3: Medisave, Medishield, Medifund	Employment-based, Gov aid	% รัฐ 25 ประกันเอกชน 2 ที่ เหลือกองทุนและร่วมจ่าย	บริหารกองทุน จัดบริการ ส่งเสริม ป้องกัน สุขศึกษา
มาเลเซีย	ไม่ทั่วหน้า รัฐจัดบริการ ที่เปิดให้ทุกคน	สมัครใจ	2+ n: EPF, SOCSO, ประกันเอกชน	ส่วนใหญ่ Emp- loyment-based	% รัฐ 42.8 (ปี 1996)	จัดบริการ
สหรัฐอเมริกา	ไม่ทั่วหน้า	สมัครใจ	2+ n: Medicare, Medicaid, ประกัน เอกชนหลายแบบ	หลากหลาย, ส่วนใหญ่ Employment-based	% เอกชน 55.4 รัฐ 44.6	รัฐกลางบริหาร Medicare จัดบริการทหารผ่านศึก ชนพื้นเมืองมลรัฐบริหาร Medicaid

หมายเหตุ : รพ. แทนโรงพยาบาล สช. แทนสมาชิก GP แทน general practitioner, OP แทน out-patient, IP แทน in-patient, OTC แทน over-the-counter, FFS แทน fee-for-service, DRG แทน diagnostic-related group, gov แทน government

ตารางที่ 4.2 สิทธิประโยชน์ ทางเลือกและการะของประชาชน

ประเทศ	สิทธิประโยชน์ ¹	สิทธิเลือกระบบประกัน	สิทธิเลือกผู้ให้บริการ	ภาระประชาชน/ผู้ซื้อประกัน	ภาระผู้ป่วย (ตามสิทธิ)
เยอรมนี	OP, IP, ยา ภายภาพ ฟื้นฟู	ลูกจ้างทั่วไป ไม่มี, ผู้มีรายได้สูง ข้าราชการ เลือกประกันกองทุน หรือเอกชนได้	เลือก GP ได้ GP ส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง และรพ.	ลูกจ้าง 8.5-16.5% เงินเดือน (ต่างกันตามระดับเงินเดือน) ว่างงาน/เกษียณ: ฟรี เบี้ยประกันเอกชน ถ้ามี	OP ฟรี, IP ร่วมจ่ายตามจำนวนวันนอน ร่วมจ่ายบางรายการ ยาฟรี (เบิกคีน)
อังกฤษ	OP, IP, ยา ป้องกัน ฟื้นฟู	ไม่มี	เลือก GP ได้ GP ส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง และรพ.	ภาษี (+เบี้ยประกันเอกชน ถ้ามี)	OP,IP: ฟรี ยา: ร่วมจ่าย (ยกเว้นคนบางกลุ่ม)
ออสเตรเลีย	OP, IP, ยา ตาม Medical + Pharmaceutical Benefits Schemes	ไม่มี	เลือก GP ได้ GP ส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง และรพ.	ภาษี (+เบี้ยประกันเอกชน ถ้ามี)	GP ร่วม 15%+ส่วนเกินถึงเพดาน, OP รพ.ร่วม 25%, ฟันร่วม 15%, IP ฟรี, ยาร่วมจ่ายต่อรายการถึงเพดาน/ปี
นิวซีแลนด์	OP, IP ยา ป้องกัน ส่งเสริม	ไม่มี	อิสระในการไปใช้สถาน พยาบาลที่ตนเองชอบ แต่มีผ่าน GP ก่อน	ภาษี (+เบี้ยประกันเอกชน ถ้ามี)	GP ตามรายได้, OP รพ.ฟรี, IP จ่ายถึงเพดาน/ปี, ยาร่วมจ่าย ต่อรายการถึงเพดาน/ปี
ญี่ปุ่น	OP, IP ยาในใบสั่ง แม่และเด็ก เดินทาง (บางกองทุนเพิ่มสิทธิ)	ไม่มี	อิสระในการเลือกสถาน พยาบาลตามที่กำหนด (“ 2 แสนแห่ง)	ลูกจ้างจ่ายเบี้ยประกันตามช่วง รายได้ (อัตราขึ้นกับกองทุน) อาชีพอิสระจ่ายเบี้ยประกัน หรือภาษี	ร่วมจ่าย 20%

ประเทศ	สิทธิประโยชน์ ¹	สิทธิเลือกระบบประกัน	สิทธิเลือกผู้ให้บริการ	ภาระประชาชน/ผู้ซื้อประกัน	ภาระผู้ป่วย (ตามสิทธิ)
เกาหลีใต้	OP, IP ยาใน+นอก ใบสั่ง แม่และเด็ก แพทย์แผนตะวันออก เคลื่อนย้ายผู้ป่วย (คลุม กว้างแต่จ่ายร่วมสูง)	ไม่มี	เลือกแพทย์หรือ OP รพ. ส่งต่อ IP	ลูกจ้าง ข้าราชการ 3-4% เงินเดือนอาชีพอิสระคิด จากรายได้+ทรัพย์สิน+ขนาด ครอบครัว	OP ร่วมจ่าย 30 - 35%, IP ร่วม 20%, ยาร่วมจ่าย, prescribing fees
ไต้หวัน	OP, IP ยาใน+นอกใบสั่ง ฟัน แม่และเด็ก แพทย์จีน ดูแลก่อน+หลังคลอด คัด กรอง กายภาพบำบัด	ไม่มี	อิสระในการเลือก แต่ถ้า ไม่ใช่ระบบส่งต่อต้องจ่าย เพิ่ม	เบี้ยประกันหักจากเงินเดือน ลูกจ้าง จ่าย 30 - 40% ของ อัตรานายจ้าง รัฐ สมทบ อาชีพ อิสระ 100% รายได้ น้อย ทหารผ่านศึกฟรี	OP จ่ายต่อครั้ง ≈ 3-5 US\$, IP ร่วม 10 - 30% ถึงเพดาน/ปี
สิงคโปร์	IP ป้องกัน ส่งเสริม	ไม่มี สำหรับ medisave มีสำหรับส่วนอื่น	อิสระในการเลือก	ผู้มีรายได้ 6-8% เงินเดือน (มีฟัน/เพดาน) รายได้น้อยฟรี	OP100% (ของรัฐจ่ายต่อครั้ง เอกชนต่อรายการ) IP ร่วมจ่าย
มาเลเซีย	หลากหลายแบบขึ้นกับ ประกันที่ใช้	มี	อิสระในการเลือก	เบี้ยประกัน หรือสทบ เข้ากองทุน	บริการเอกชน: จ่ายค่าบริการ. บริการโดยรัฐ: ประถมภูมิฟรี จ่าย ค่าลงทะเบียนรพ.รัฐ, ผู้มีรายได้น้อย ฟรี
สหรัฐอเมริกา	หลากหลายแบบขึ้น กับประกันที่ใช้	มี	ขึ้นกับประกันที่ใช้	เบี้ยประกัน รายได้น้อย ฟรี	หลากหลายแบบ มีร่วมจ่ายขึ้นกับประกัน Medicaid ร่วมจ่าย

¹ สิทธิประโยชน์ในระบบประกันหลัก

ตารางที่ 4.3 ผู้ให้บริการ

ประเทศ	เจ้าของ	วิธีจ่ายค่าบริการปฐมภูมิ	วิธีจ่ายค่าบริการทุติยภูมิ	องค์กรตัวแทนผู้ให้บริการ	ส่งเสริม/ป้องกัน/ฟื้นฟู
เยอรมนี	คลินิก: เอกชน-สช.กองทุน ร้านยา: เอกชน รพ. : %เตียง รัฐ 59 เอกชน ไม่ทำ กำไร 36 เอกชนทำกำไร 5	Fee-schedule ตาม point system	รพ.: DRG, per diem, global budget แพทย์ในรพ.: เงินเดือน	Asso of Sickness Fund Physicians/Dentists ต่อรอง จ่ายค่าบริการให้สช.	ป้องกัน: รัฐบาลท้องถิ่น
อังกฤษ	คลินิก: เอกชน-สช.กองทุน ร้านยา: เอกชน-สช.กองทุน รพ. : %เตียง เอกชน 8 ที่เหลือรัฐ-สช.กองทุน	แพทย์: capitation ยา: cost-plus, dispensing fee ป้องกัน: FFS เอกชน: FFS	รพ.: งบรายปี แพทย์ในรพ.: เงินเดือน เอกชน: FFS	Doctors'/Dentists Review Body, primary care group (แทน GP fund holder)	ป้องกัน: GP
ออสเตรเลีย	คลินิก: เอกชน-สช.กองทุน (GP ส่วนน้อยลูกจ้างรัฐ) ร้านยา: เอกชน รพ. : ส่วน ใหญ่รัฐ ส่วนน้อยเอกชน ทำกำไร	แพทย์: 85% schedule fee ยา: จ่ายส่วนต่างจาก ร่วมจ่าย	OP รพ. 75% schedule fee IP 100% schedule fee บางรัฐใช้ DRG แพทย์ในรพ.: เงินเดือน	Australian Medical Association	รัฐบาลกลางร่วมมลรัฐร่วมท้องถิ่น กำลังทดลองระบบซื้อบริการ จาก GP
นิวซีแลนด์	คลินิก: เอกชน รพ. : รัฐ (อิสระ)	FFS	รพ.: capitation แพทย์ในรพ.รัฐ: เงินเดือน รพ.เอกชน: FFS	มักจะรวมตัวเป็นเครือข่าย การบริการมีโรงพยาบาล CHE เป็นศูนย์กลาง	รวมอยู่ในบริการของเครือข่าย
ญี่ปุ่น	คลินิก รพ.: เอกชน ศูนย์สาธารณสุข: รัฐ	Fee-schedule	Fee-schedule แพทย์ในรพ.: เงินเดือน	อิสระ ไม่มีองค์กรตัวแทน ชัดเจนในระบบประกัน	Health centers โดยรัฐบาล Prefecture

ประเทศ	เจ้าของ	วิธีจ่ายค่าบริการปฐมภูมิ	วิธีจ่ายค่าบริการทุติยภูมิ	องค์กรตัวแทนผู้ให้บริการ	ส่งเสริม/ป้องกัน/ฟื้นฟู
เกาหลีใต้ ไต้หวัน	แพทย์ 88.8% เอกชน คลินิก รพ. 91% เอกชน	Fee-schedule	Fee-schedule	สุขภาพ Korea Medical Association	และเทศบาล รัฐจัดบริการ
	คลินิก: เอกชน-สช.กองทุน ร้านยา: เอกชน รพ. : รัฐ+เอกชน-สช.กองทุน	FFS	FFS, DRG ในบางโรค Capitation สำหรับ เกาะที่ห่างไกล		รัฐจัดบริการ
สิงคโปร์	คลินิก: เอกชน 80% ร้านยา: เอกชน รพ. : %เตียง รัฐ 80	FFS	Fee-schedule และ อุดหนุนให้ถึงขั้นต่ำ	รัฐจัดบริการ	
มาเลเซีย	คลินิก: ส่วนใหญ่เอกชน, ศูนย์สาธารณสุข: รัฐ, รพ.: ส่วนใหญ่รัฐ	FFS แพทย์ในคลินิกรัฐ: เงินเดือน	FFS FFS แพทย์ในรพ.รัฐ: เงินเดือน	Malaysian Medical Association	รัฐจัดบริการ
สหรัฐอเมริกา	ส่วนใหญ่เอกชนหากำไร บางส่วนเอกชนไม่หากำไร รัฐส่วนน้อย	หลากหลายแบบ: FFS แบบอิสระและFee-	หลากหลายแบบ: FFS แบบอิสระและFee- schedule, DRG, capitation	American Medical Asso, American Hospital Asso,	ขึ้นกับระบบประกันที่ใช้ ส่วน ใหญ่ครอบคลุมใน managed care รัฐจัดให้ชนกลุ่มน้อย

ตารางที่ 4.4 องค์กรผู้ให้ประกันสุขภาพหลัก (Major Insurer Organizations)

ประเทศ	องค์กร	จำนวนกองทุน	เจ้าของ	แหล่งเงิน	บทบาท	ลักษณะพิเศษ
เยอรมนี	Sickness fund	960 (ปี 1993) แบ่งตามพื้นที่/ อาชีพ	เอกชนไม่ทำกำไร	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐ สมาชิกอาชีพอิสระ	กำหนดสิทธิประโยชน์ เบี้ยประกัน ต่อรองราคา ทำสัญญา เก็บเงิน ผ่าน เงินให้องค์กรผู้ให้บริการเป็นยอดรวม	มีการกระจายความเสี่ยง ระหว่างกองทุน (Structural equalization fund)
อังกฤษ	National Health Service (NHS)	1	รัฐ	รัฐ (ภาษีทั่วไป) 79%	ต่อรองราคา ทำสัญญา จ่ายค่าบริการ ต่อรอง+จ่ายบให้รพ.	
ออสเตรเลีย	Medicare: Health Insurance Commission	1	รัฐ	รัฐ (ภาษีทั่วไป)	กำหนดสิทธิประโยชน์ ต่อรองราคา ทำสัญญา จ่ายค่าบริการ จัดสรรให้มลรัฐ	มลรัฐทำสัญญาการให้บริการ และบกับรัฐบาลกลาง กำหนด 5 ปี
นิวซีแลนด์	Health Funding Authority (HFA)	1	รัฐ	รัฐ (ภาษีทั่วไป)	ผู้จัดซื้อบริการ (รักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู) จาก CHE เพื่อให้ บริการ แก่ประชาชนในเขตที่รับผิดชอบ	
ญี่ปุ่น	รัฐบาล เทศบาล, NHI, Health Insur Society, Mutual Aid Asso	5,310 (1998) แบ่งตามพื้นที่/ อาชีพ/อายุ	รัฐบาล เทศบาล เอกชนไม่ทำกำไร	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐ สมาชิกอาชีพอิสระ	กำหนดสิทธิประโยชน์ เบี้ยประกัน เก็บเงิน ผ่านเงิน จ่ายเงิน	มีองค์กรที่ทำหน้าที่ ตรวจสอบและจ่ายเงิน (Clearing house)
เกาหลีใต้	Employees' Health Insurance societies, NHI Corp, Medical Aid Program	141 (ปี 1999) แบ่งตามพื้นที่/ อาชีพ/รายได้	รัฐ เอกชนไม่ทำกำไร	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐ สมาชิกอาชีพอิสระ	เก็บเงิน จ่ายเงิน (การทำสัญญาเป็นหน้าที่ National Federation of Medical Insurance ไม่ใช่ของกองทุน)	มีการกระจายความเสี่ยง ระหว่างกองทุน

ประเทศ	องค์กร	จำนวนกองทุน	เจ้าของ	แหล่งเงิน	บทบาท	ลักษณะพิเศษ
ไต้หวัน	Bureau of National Health Insurance	1	รัฐ	ลูกจ้าง/อาชีพอิสระ นายจ้าง รัฐ ภาษีบุหรี่ เหล้า สลาก	กำหนดสิทธิประโยชน์ เบี้ยประกัน อัตราจ่ายร่วม เก็บเงิน จ่ายค่าบริการ	
สิงคโปร์	Central Provident Fund บริหาร Medi- save กับMedishield. กระทรวงสุขภาพบริหาร Medifund	3	รัฐ	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐ	กำหนดสิทธิประโยชน์ เบี้ยประกัน อัตราค่าบริการ อัตราอุดหนุน อัตราจ่ายร่วม จ่ายค่าบริการ	3 กองทุนเป็นระบบเสริม กัน Medisave เป็นบัญชี บุคคล จ่ายให้ครอบครัวได้
มาเลเซีย	EPF, SOSCO และ ประกันเอกชน	2+n	รัฐ + เอกชน	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐ บุคคล	EPF, SOSCO จ่ายค่าบริการ	รัฐให้บริการฟรีผู้มีรายได้น้อย
สหรัฐอเมริกา	Medicare: HCFA, Medicaid: กระทรวง สาธารณสุขของมลรัฐ, องค์กรประกันเอกชน ต่างๆ	จำนวนมาก	เอกชน + รัฐ	ลูกจ้าง นายจ้าง รัฐ บุคคล	HCFA: เก็บรวบรวมเบี้ยประกัน กำหนดอัตราค่าบริการ จ่ายค่าบริการ ประกันเอกชน: กำหนดเบี้ยประกัน สิทธิประโยชน์ จ่ายค่าบริการ	มีนวัตกรรมจำนวนมาก ทางด้านบริหารระบบประกัน

ตารางที่ 4.5 ผลลัพธ์ชั้นกลางของระบบสุขภาพ (Intermediate System Outcomes)

ประเทศ	ความครอบคลุม (% Coverage)	ความเท่าเทียม (Equity)	ความพึงพอใจ (Satisfaction)	ค่าใช้จ่าย/หัว ² (US\$) (Expenditure/Cap)	ค่าใช้จ่าย ² % GDP (Expenditure as %GDP)	ค่าใช้จ่ายบริหาร (Administrative Costs)
เยอรมนี	→100	พบ cream skimming ในบางกองทุน ยึดหลัก social solidarity	ดี	2365	10.5	6% (1995)
อังกฤษ	100	กลุ่มรายได้น้อย เข้าถึง/ใช้ต่ำกว่า	โดยทั่วไปพอใจ แต่ไม่พอใจที่ต้องรอนาน	1193	5.8	ต่ำ
ออสเตรเลีย	100	ชนเผ่าพื้นเมืองและที่ห่างไกล เข้าถึงต่ำกว่า ทรัพยากรกระจุกในตัวเมือง	พอใจ Medicare 88% แต่ไม่พอใจรอผ่าตัดนาน (ปี 1997)	1601	7.8	-
นิวซีแลนด์	100	ผู้มีรายได้น้อย ชนกลุ่มน้อย ได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากรัฐบาล	ส่วนใหญ่ยังเห็นว่าต้องปรับปรุง	1393	8.2	-
ญี่ปุ่น	→100	ไม่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน รัฐต้องเข้าทำหน้าที่สนับสนุน มีปัญหาการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข	ดี	1759	7.1	สูง (ไม่มีตัวเลขชัดเจน แต่ค่าตอบแทนให้ clearing house 10% ของมูลค่า claims)
เกาหลีใต้	→100	ประชาชนมีการร่วมจ่ายมาก (55%) และมีปัญหาการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข	ไม่ดี ประชาชนมีการร่วมจ่ายมาก	862	6.7	สูง (ไม่มีตัวเลขแสดงชัดเจน)

ประเทศ	ความครอบคลุม (% Coverage)	ความเท่าเทียม (Equity)	ความพึงพอใจ (Satisfaction)	ค่าใช้จ่าย/หัว ² (US\$) (Expenditure/Cap)	ค่าใช้จ่าย ² % GDP (Expenditure as %GDP)	ค่าใช้จ่ายบริหาร (Administrative Costs)
ไต้หวัน	96 (ปี 1999)	ผู้อยู่พื้นที่ห่างไกล เกาะ เข้าถึงยากกว่า แต่ดีขึ้น	พอใจเพิ่มจาก 33% (ปี1995) เป็น 75.8% (ปี1998)	- (ปี 1995)	- (ปี 1995)	≤3.5 ตามกฎหมาย ใช้จริง 2.2% (ปี 1996)
สิงคโปร์	> 100	ดี	ดี	750	3.1	
มาเลเซีย		ผู้มีความสามารถจ่าย เลือก บริการได้ทั้งรัฐและเอกชน ผู้มีรายได้น้อยพึ่งพ.รัฐ มีปัญหาการเข้าถึง	พอควร. กังวลต่อค่าใช้จ่าย เมื่อรพ.แปรรูป	202 (ปี 1990-97)	2.4 (ปี 1996)	
สหรัฐอเมริกา	86-89	ผู้มีรายได้น้อย ชนกลุ่มน้อย ห่างไกล เข้าถึงต่ำกว่า คุณภาพบริการด้อย	โดยทั่วไป พอใจ คุณภาพ บางส่วน ไม่พอใจ HMO	3724	13.7	สูงมาก

² ค่าใช้จ่ายของทั้งประเทศรวมทุกระบบ ปรับด้วย PPP ข้อมูลปี 1997 (นอกจากระบุเป็นอย่างอื่น)

แหล่งข้อมูลค่าใช้จ่าย : World Health Report 2000 (ยกเว้นของไต้หวัน จากรายงาน “การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศไต้หวัน”)

ตารางที่ 4.6 สิทธิประโยชน์ มาตรการหลักด้านอุปสงค์และอุปทานและค่าใช้จ่าย

ประเทศ	สิทธิประโยชน์	ผู้เกี่ยวข้องร่วมจ่าย	วิธีจ่ายค่าบริการปฐมภูมิ	วิธีจ่ายค่าบริการทุติยภูมิ	ค่าใช้จ่าย/หัว ¹ 1997	ค่าใช้จ่าย/หัว ² 1990-1997
เยอรมนี	OP, IP, ยา ภายภาพ ฟื้นฟู	OP ฟรี, IP ร่วมจ่ายตามจำนวน วันร่วมจ่ายบางรายการ ยาฟรี (เบิกคีน)	Fee-schedule ตาม point system	รพ.: DRG, per diem, global budget แพทย์ ในรพ.: เงินเดือน	2365	2235
อังกฤษ	OP, IP, ยา ป้องกัน ฟื้นฟู	OP,IP: ฟรี ยา: ร่วมจ่าย (ยกเว้นคนบางกลุ่ม)	แพทย์: capitation ยา: cost-plus, dispensing fee. ป้องกัน: FFS. เอกชน: FFS	รพ.: งบรายปี แพทย์ในรพ.: เงินเดือน เอกชน: FFS	1193	1386
ออสเตรเลีย	OP, IP, ยา ตาม Medical + Phar- maceutical Benefits Schemes	GP ร่วม 15%+ส่วนเกินถึง เพดาน, OP รพ.ร่วม 25%, ฟื้นฟูร่วม 15%, IP ฟรี, ยาร่วมจ่ายต่อรายการถึง เพดาน/ปี	แพทย์: 85% scheduled fee ยา: จ่ายส่วนต่างจากร่วมจ่าย	OP รพ. 75% scheduled fee IP 100% scheduled fee บางรัฐใช้ DRG แพทย์ในรพ.: เงินเดือน	1601	1786
นิวซีแลนด์	OP, IP ยา ป้องกัน ส่งเสริม	GP ตามรายได้, OP รพ.ฟรี, IP จ่ายถึงเพดาน/ปี, ยาร่วม จ่ายต่อรายการถึงเพดาน/ปี	FFS	รพ.: capitation แพทย์ในรพ.รัฐ: เงินเดือน รพ.เอกชน: FFS	1393	1309
ญี่ปุ่น	OP, IP ยาในใบสั่ง แม่และเด็ก เดินทาง	ร่วมจ่าย 20%	Fee-schedule	Fee-schedule แพทย์ในรพ.: เงินเดือน	1759	1670
เกาหลีใต้	OP, IP ยาใน+นอก	OP ร่วมจ่าย 30-35%, IP ร่วม	Fee-schedule	Fee-schedule	862	522

ประเทศ	สิทธิประโยชน์	ผู้จ่ายร่วมจ่าย	วิธีจ่ายค่าบริการปฐมภูมิ	วิธีจ่ายค่าบริการทุติยภูมิ	ค่าใช้จ่าย/หัว ¹ 1997	ค่าใช้จ่าย/หัว ² 1990-1997
	ใบสั่ง แม่และเด็ก แพทย์แผนตะวันออก เคลื่อนย้ายผู้ป่วย (คลุมกว้างแต่จ่าย ร่วมสูง)	20%, ยาร่วมจ่าย, prescribing fees				
ไต้หวัน	OP, IP ยาใน+นอกใบ สั่ง ฟัน แม่และเด็ก แพทย์จีน คัดกรอง กายภาพบำบัด	OP จ่ายต่อครั้ง ³ 3-5US\$, IP ร่วม 10-30%ถึงเพดาน/ปี	FFS	FFS, DRG ในบางโรค Capitation สำหรับเกาะที่ห่างไกล	- (ปี 1995)	-
สิงคโปร์	IP ป้องกัน ส่งเสริม	OP 100% (ของรัฐจ่ายต่อครั้ง เอกชนต่อรายการ) IP ร่วมจ่าย	FFS	Fee-schedule และ อุดหนุนให้ถึงขั้นต่ำ	750	829
มาเลเซีย	หลากหลายแบบขึ้น กับประกันที่ใช้	บริการเอกชน: จ่ายค่าบริการ. บริการโดยรัฐ: ปฐมภูมิฟรี จ่ายค่าลงทะเบียนรพ.รัฐ. ผู้มีรายได้น้อย ฟรี	FFS แพทย์ในคลินิกของรัฐ: เงินเดือน	FFS แพทย์ในรพ.รัฐ: เงินเดือน	202	317
สหรัฐอเมริกา	หลากหลายแบบขึ้น กับประกันที่ใช้	หลากหลายแบบ มีร่วมจ่ายขึ้น กับประกัน Medicaid ร่วมจ่าย	หลากหลายแบบ: FFS แบบ อิสระและFee-schedule, capitation	หลากหลายแบบ: FFS แบบอิสระ และFee-schedule, DRG, capitation	3724	3951

¹ ข้อมูลจาก World Health Report 2000

² ข้อมูลจาก World Bank 1999



บทที่ 5

ประสบการณ์ ปฏิรูประบบสุขภาพ: จุดร่วมและจุดต่าง

1. วิวัฒนาการของการปฏิรูป: จากการขยายความครอบคลุมสู่การควบคุม ค่าใช้จ่าย

ประเทศทั้ง 10 ที่ศึกษาในที่นี้ มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน ประเทศส่วนใหญ่มีความพยายามปรับเปลี่ยนโครงสร้างระบบสุขภาพของตนหลายครั้ง การปฏิรูปในแต่ละครั้งอาจมีความมุ่งหมายและวิธีการที่แตกต่างกัน บางครั้งก็ประสบผลสำเร็จ หมายถึงสามารถนำนโยบายใหม่มาปฏิบัติได้โดยผ่านกฎหมายหรือแผนงานระดับชาติ แต่บางครั้งก็ไม่ประสบผลสำเร็จ

ภาพที่ 5.1 แสดงวิวัฒนาการของการปฏิรูประบบสุขภาพของทั้ง 10 ประเทศตามมิติของเวลา โดยมีช่วงระยะเปรียบเทียบเป็นเวลา 120 ปี ประเทศส่วนใหญ่ (ยกเว้น ไต้หวัน มาเลเซีย) มีกระบวนการปฏิรูปที่แบ่งได้เป็น 2 ช่วง ช่วงแรกเป็นความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชากร และช่วงหลัง ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ทศวรรษที่ 1970s เป็นต้นมา กระแสหลักเป็นความพยายามในการปรับระบบบริหาร ซึ่งมุ่งที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายสุขภาพเป็นหลัก ในบางประเทศ เช่น ญี่ปุ่น และเกาหลี มีการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพที่มีทิศทางจำเพาะอีกช่วงหนึ่ง เป็นช่วงสั้นๆที่สามารถแยกให้เห็นได้ชัดเจน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นช่วงที่อยู่ระหว่างการปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันกับการปฏิรูปเพื่อลดค่าใช้จ่าย คือการขยายสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพให้กับผู้มีประกัน

ส่วนไต้หวันนั้น เพิ่งประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าเมื่อปี ค.ศ. 1995 และจนถึงขณะนี้ยังไม่พบแรงผลักดันทางการเมืองที่พยายามจะลดค่าใช้จ่าย จึงปรากฏเป็นการปฏิรูปเพียงช่วงเดียว สำหรับประเทศมาเลเซีย การดำเนินการปฏิรูปที่ผ่านมา เป็นความพยายามเพื่อนำโรงพยาบาลออกนอกระบบราชการ ให้เป็นโรงพยาบาลอิสระในรูปบริษัท (corporatization) เท่านั้น มิได้เป็นการปรับเปลี่ยนที่เกี่ยวกับการสร้างหรือขยายหลักประกัน

2 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

สุขภาพให้กับประชาชนแต่ประการใด และถึงแม้ว่าจะได้มีการริเริ่มอภิปรายในประเด็นปฏิรูประบบสุขภาพโดยมองภาพรวมทั้งระบบในระยะใกล้ๆ นี้ ความพยายามดังกล่าวยังคงเป็นเพียงการขยายแนวคิดเท่านั้น

สำหรับกระบวนการปฏิรูปเพื่อลดค่าใช้จ่าย หลายๆ ประเทศมีการดำเนินอย่างต่อเนื่องในช่วงประมาณสองทศวรรษที่ผ่านมา และการดำเนินการนี้ในบางประเทศยังเป็นกระบวนการที่ไม่สิ้นสุด และผลของมาตรการต่างๆ ยังอาจไม่ได้รับการประเมินหรือยังไม่ปรากฏชัดเจน

โดยรวมแล้ว กระบวนการปฏิรูปของประเทศต่างๆ ที่ศึกษาเริ่มจากการขยายตัวทั้งในด้านการครอบคลุมประชากรและสิทธิประโยชน์ในระยะแรก (expansion) และตามด้วยการปฏิรูปเพื่อลดค่าใช้จ่าย ซึ่งรวมถึงการจำกัดสิทธิประโยชน์และมาตรการทางด้านการคลังและการป้องกันอื่นๆ (contraction)

1.1 การปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพ

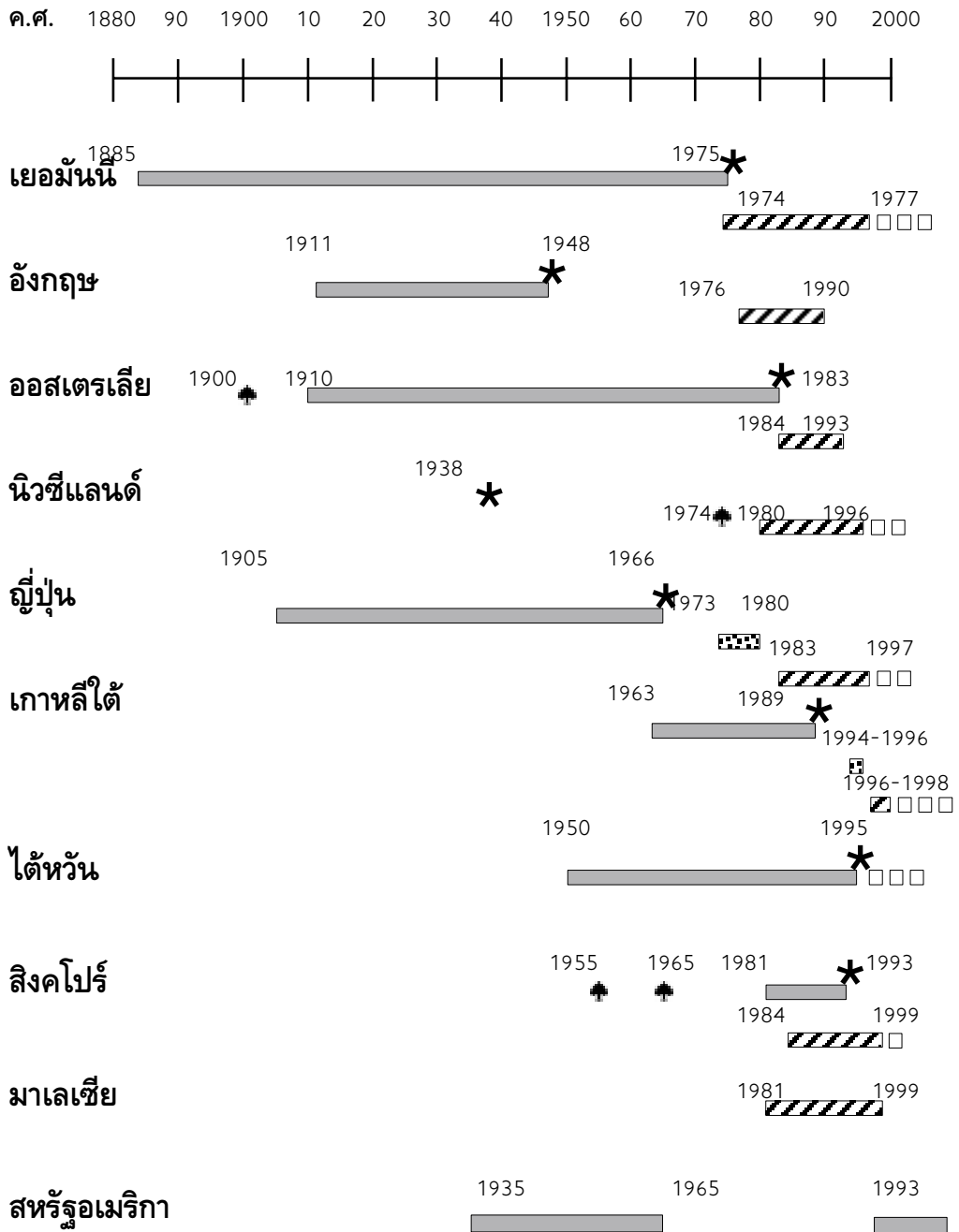
ในความพยายามที่จะสร้างหลักประกันสุขภาพ แต่ละประเทศใช้ระยะเวลาแตกต่างกัน เยาวชนนี้ต้องใช้ความพยายามยาวนานถึงกว่าร้อยปีจึงครอบคลุมประชากรทั้งหมด สำหรับออสเตรเลียถึงแม้มีกฎหมายที่เสนอเข้าสู่รัฐสภาหลายฉบับ แต่ก็ล้มเหลวหลายครั้งเนื่องจากความขัดแย้งทางการเมือง ต้องใช้เวลาถึงเจ็ดสิบกว่าปีจึงได้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังในปัจจุบัน ญี่ปุ่นก็ใช้เวลาหลายสิบปีเช่นกันในการขยายความครอบคลุมประชากร ส่วนประเทศสิงคโปร์ซึ่งเป็นประเทศเล็กและมีเอกลักษณ์เฉพาะในระบบการเมือง ใช้ระยะเวลาน้อยกว่ามากเมื่อเปรียบเทียบกับ ในขณะที่หลายประเทศประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชากรโดยทั่วหน้า แต่ประเทศสหรัฐอเมริกากลับไม่สามารถขยายประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมด แม้จะมีความพยายามมาเป็นระยะตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1930s ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจตกต่ำ

ประเทศส่วนใหญ่มีขั้นตอนในการสร้างหลักประกันสุขภาพโดยการครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นกลุ่มๆ แล้วค่อยๆ ขยายไปยังกลุ่มอื่น จนถึงจุดๆ หนึ่งจึงใช้ระบบหลักประกันถ้วนหน้า กลุ่มเป้าหมายกลุ่มแรกที่ได้รับหลักประกันก่อนในประเทศส่วนใหญ่คือผู้ใช้แรงงานภาคอุตสาหกรรม แล้วจึงเปิดความครอบคลุมไปสู่กลุ่มผู้มีรายได้น้อย และค่อยๆ ขยายไปยังกลุ่มอื่นๆ ภาพที่ 5.2 แสดงขั้นตอนทั่วไปของการขยายความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มต่างๆ ในสังคม ประเทศแต่ละประเทศอาจมีรูปแบบขั้นตอนในการขยายความครอบคลุมแตกต่างกันไปบ้าง

1.2 การปฏิรูปเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย

ในระยะใกล้ๆ นี้ กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศส่วนใหญ่มุ่งที่จะควบคุมค่าใช้จ่าย สุขภาพ ในบางประเทศประเด็นการปฏิรูประบบเป็นปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายอย่างชัดเจน แต่ในบางประเทศเช่นอังกฤษ ปัญหาสะท้อนออกมาในรูปของความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ 3

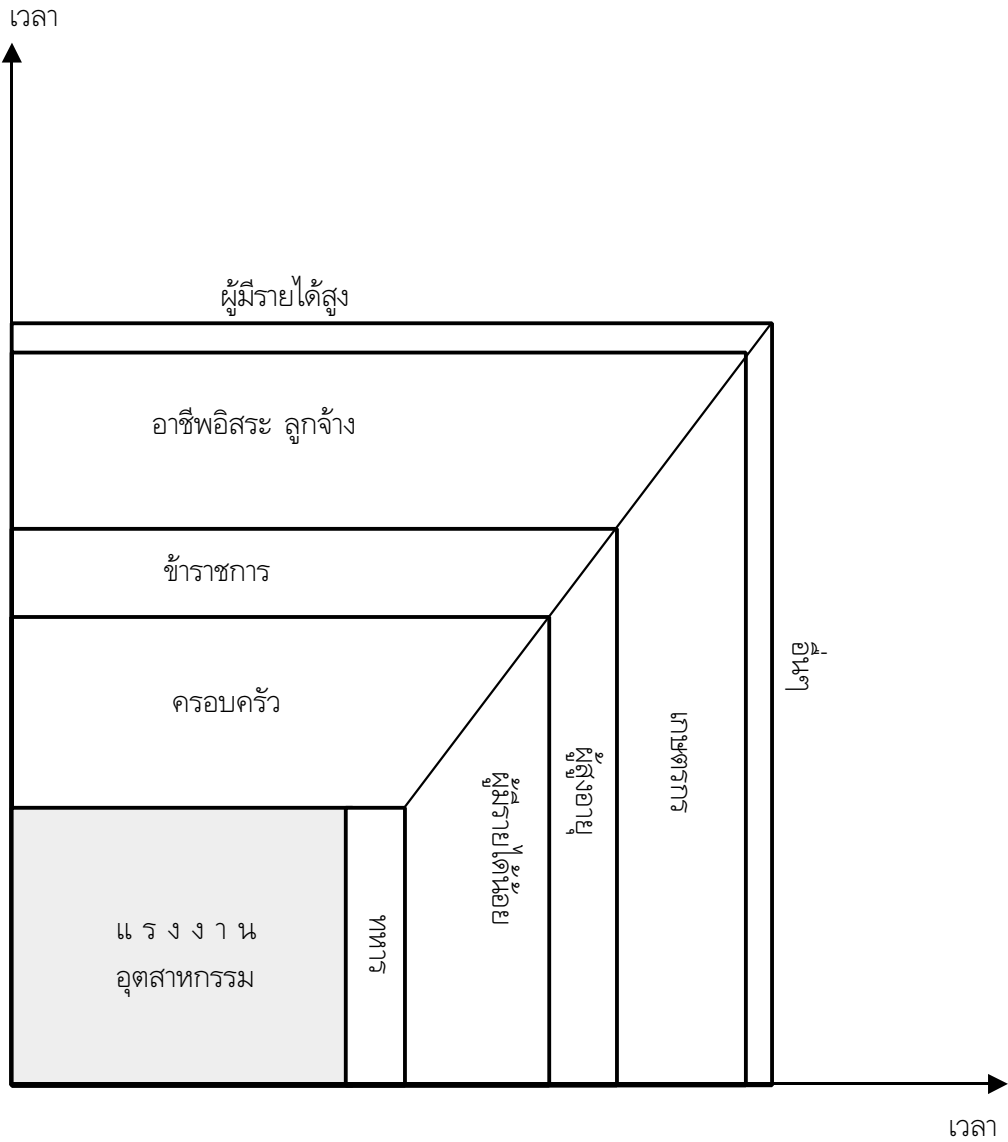


หมายเหตุ

- สร้างหลักประกัน
- ขยายสิทธิประโยชน์
- ควบคุมค่าใช้จ่าย/ปรับระบบบริหาร

- ปีที่มีหลักประกันทั่วหน้า
- เหตุการณ์สำคัญ
- กำลังดำเนินการ

4 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ



และการบริการ อย่างไรก็ตาม ถึงที่สุดแล้ว สาเหตุหลักก็มาจากการที่รัฐควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบทำให้อุปทานไม่สามารถสนองตอบต่ออุปสงค์ได้อย่างเพียงพอ นอกจากนี้ กรณีของประเทศมาเลเซียเป็นกรณีพิเศษ เนื่องจากการปฏิรูปที่มุ่งแปรรูปโรงพยาบาลรัฐไปสู่โรงพยาบาลอิสระนั้น (ทำนองเดียวกันกับสิงคโปร์) เป็นไปเพื่อลดค่าใช้จ่ายของรัฐ มิได้มีจุดมุ่งหมายในการลดค่าใช้จ่ายทั้งหมดของระบบสุขภาพของประเทศ

2. กระบวนการปฏิรูป : จากประเด็นปัญหาสู่ขั้นตอนนโยบาย

ในหัวข้อนี้จะใช้กรอบของกระบวนการนโยบายในการวิเคราะห์ โดยชี้ปัจจัยต่างๆ ทั้งที่เป็นจุดร่วมและจุดต่างของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศต่างๆตามขั้นตอนของกระบวนการนโยบายแต่ละขั้นตอนคือ การสร้างประเด็นนโยบาย การกำหนดสาระนโยบาย การอนุมัตินโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.1 การสร้างประเด็นนโยบาย

2.1.1 การผลักดันโดยกลุ่มพลังทางสังคม : แรงงานภาคอุตสาหกรรมเป็นกลุ่มเป้าหมายแรก

ทุกประเทศที่ทำการศึกษาเป็นประเทศที่มีการพัฒนาอุตสาหกรรมแล้วทั้งสิ้น แต่มีระดับของการพัฒนาทางอุตสาหกรรมที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในเอเชีย ญี่ปุ่นเป็นผู้นำในการพัฒนาประเทศไปสู่ความทันสมัยอย่างรวดเร็วในช่วงก่อนและหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ส่วนเกาหลีใต้ สาธารณรัฐจีนที่ไต้หวัน จัดเป็นประเทศพัฒนาอุตสาหกรรมใหม่ (Newly Industrialized Countries, NICS) รุ่นที่ 1 และมาเลเซีย จัดเป็น NICS รุ่นที่ 2

เป็นที่น่าสังเกตว่าวิวัฒนาการทางประวัติศาสตร์ของระบบสุขภาพที่ประเทศส่วนใหญ่มีร่วมกันคือ การที่กลุ่มแรงงานภาคอุตสาหกรรมเป็นประชากรกลุ่มแรกที่ได้รับหลักประกันด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นโดยแบบสมัครใจหรือแบบบังคับก็ตาม เหตุการณ์ดังกล่าวนี้พบในเยอรมนี อังกฤษ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ไต้หวัน เกาหลีใต้ และออสเตรเลีย โดยที่ในหลายๆ ประเทศ เช่น เยอรมนี ญี่ปุ่น ผู้ใช้แรงงานอุตสาหกรรมเป็นกลุ่มที่เข้าสู่ระบบของประกันสุขภาพภาคบังคับก่อนประชากรกลุ่มอื่นๆ หรือก่อนที่ประเทศนั้นๆจะมีหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าเป็นเวลานานหลายทศวรรษทีเดียว

สาเหตุหลักที่ผลักดันให้กลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมกลายเป็นประชากรเป้าหมายกลุ่มแรกของความพยายามของรัฐในการสร้างความครอบคลุมด้านประกันสุขภาพ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาอุตสาหกรรม อันเป็นผลพวงที่มาจากประวัติอุตสาหกรรมซึ่งเริ่มขึ้นในยุโรปในศตวรรษที่ 19 และขยายตัวเฟื่องฟูมากขึ้นในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างการผลิตของสังคม จากสภาพที่มีเกษตรกรรมเป็นหลักไปเป็นการมีอุตสาหกรรมเป็นตัวนำ จากหมู่บ้านหรือตำบลเล็กๆในแบบชนบทไปสู่การรวมกลุ่ม

6 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

เป็นชุมชนในเมือง การพัฒนาอุตสาหกรรมมีส่วนสำคัญยิ่งในการเปลี่ยนวิถีชีวิตของคนในสังคม และการพัฒนาเศรษฐกิจของชาติ การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจนี้ ทำให้เกิดกลุ่มคนงานที่รวมตัวกันในตัวเมือง ในสิ่งแวดล้อมที่แออัด สุขภาพอนามัยไม่ดี อีกทั้งส่วนใหญ่มีฐานะที่ยากจน เมื่อเจ็บป่วยจึงมีโอกาสเข้าถึงบริการได้น้อย นอกจากนี้ การมาอยู่ในตัวเมือง ทำให้คนเหล่านี้ถูกแยกออกจากโครงสร้างสนับสนุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมในสังคมเกษตรกรรมในหมู่บ้าน การรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านต่างๆ มักจะเกิดตามมาโดยปริยาย และพัฒนามาเป็นสหภาพแรงงานซึ่งมีอำนาจต่อรองเพื่อสวัสดิการของตนในระยะต่อมา

สภาพปัญหาของผู้ใช้แรงงานในเมือง มักเป็นสิ่งที่ปรากฏชัดต่อสายตาของสังคมเมือง ความยากจนข้นแค้นของคนงานเป็นปัญหาสังคมที่องค์กรการกุศลต่างๆ และรัฐบาลถือเป็นเป้าหมายในการช่วยเหลือ กลุ่มคนงานจึงมักจะมีแนวร่วมจากกลุ่มอื่นๆ ในสังคม ตัวอย่างเช่น อังกฤษในศตวรรษที่ 19 มีองค์กรการกุศลทำหน้าที่จัดหาบริการให้กลุ่มคนงานและคนยากจน รัฐบาลก็ได้มีการออกกฎหมายเช่น New Poor Law และ Metropolitan Poor Act เพื่อจัดบริการทางสุขภาพและให้ความช่วยเหลือในด้านอื่นๆ แก่คนงาน

กล่าวได้ว่า สภาพทางสังคมของอาชีพส่งผลให้กลุ่มผู้ใช้แรงงานภาคอุตสาหกรรมรวมตัวกันเป็นกลุ่มผลประโยชน์ซึ่งมีอำนาจต่อรองกับนายจ้างและตามมาด้วยอำนาจทางการเมือง สวัสดิการทางสุขภาพและประเด็นปัญหาอื่นๆ ที่เรียกร้องโดยกลุ่มผลประโยชน์ที่มีความเข้มแข็ง สามารถได้รับการผลักดันให้เป็นประเด็นนโยบายได้ง่ายกว่าการเรียกร้องจากปัจเจกบุคคล หรือกลุ่มที่ด้อยอำนาจทางการเมืองกว่า นอกจากนี้ เนื่องจากฐานะที่ยากจน คนงานมักได้รับความเห็นใจจากคนทั่วไปและสามารถสร้างแนวร่วมกับกลุ่มการกุศลในสังคม

รูปแบบการสร้างประเด็นนโยบายจากการรวมกลุ่มที่มีผลประโยชน์ร่วมกันในสังคมและผลักดันไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระบบในลักษณะนี้ เป็นรูปแบบการสร้างประเด็นนโยบายดังที่ Cobb, Ross, and Ross เรียกว่าตัวแบบการริเริ่มจากภายนอก (outside initiative model) คือเริ่มจากการรวมกลุ่มผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนในลักษณะเดียวกัน เรียกร้องให้มีการแก้ไขขยายการสร้าง ความเข้าใจและความเห็นใจไปสู่กลุ่มอื่นๆ ในสังคม จนกลายเป็นพลังที่สามารถสร้างแรงกดดันให้เกิดเป็นประเด็นที่ผู้ตัดสินใจนโยบายต้องพิจารณา²⁴

2.1.2 การสร้างประเด็นนโยบายภายใต้การนำของรัฐบาล

ในสิงคโปร์ สาธารณรัฐจีน-ไต้หวัน และสาธารณรัฐเกาหลี การเคลื่อนไหวทางการเมืองซึ่งนำไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีจุดเริ่มต้นภายในรัฐบาล แล้วจึงตามด้วยกระบวนการระดมพลังทางสังคมและประชาพิจารณ์ เพื่อนำไปสู่การประกาศใช้นโยบาย ซึ่งกระบวนการนี้เป็นกระบวนการที่กำกับโดยรัฐ

รูปแบบเช่นนี้อธิบายได้โดยตัวแบบการระดมกำลัง (mobilization model) กล่าวคือเป็นกระบวนการสร้างประเด็นนโยบายในสถานการณ์ที่ผู้ริเริ่มคือรัฐบาล หรือผู้นำทางการเมือง หรือผู้นำในสังคมที่สามารถเข้าถึงบุคคลที่มีอำนาจในการตัดสินใจทางการเมืองได้ง่าย

24 Cobb, Ross, and Ross (1976).

แล้วจึงดำเนินการสร้างกระแสและแรงสนับสนุนจากสาธารณะ เพื่อให้เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือในการนำไปปฏิบัติ ในสถานการณ์เช่นนี้ การสร้างประเด็นนโยบายเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในทันที การประกาศนโยบายไม่ว่าจะในรูปของกฎหมาย แผนงานหรือโครงการใหม่ที่ต้องการ เกิดตามมาในช่วงระยะเวลาอันสั้นเมื่อเทียบกับแบบการริเริ่มจากภายนอก รูปแบบวิธีการนี้มักพบในสังคมที่มีรัฐบาลหรือผู้นำที่เข้มแข็ง²⁵

กระบวนการสร้างประเด็นนโยบายเพื่อนำไปสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสิงคโปร์ เริ่มดำเนินการในปี 1981 เมื่อรัฐมนตรีสาธารณสุขคนใหม่ประกาศนโยบายที่จะปรับระบบบริหารการเงินการคลังสุขภาพใหม่ และจัดให้มีการอภิปรายร่วมกับกลุ่มวิชาชีพและนักวิชาการ แล้วนำไปสู่พิจารณาพิจารณา จนกำหนดเป็นแผนสุขภาพแห่งชาติใน 2 ปีต่อมา

ในไต้หวันนั้น การประกันสุขภาพของกลุ่มต่างๆ มีอยู่แล้วตั้งแต่ยุคแรกเมื่อรัฐบาลพรรคก๊กมินตั๋งถอยจากแผ่นดินใหญ่มาไต้หวัน แต่เป็นไปในลักษณะที่มีหลายระบบ กระบวนการที่นำไปสู่ประกันสุขภาพแห่งชาติมาจากมติของรัฐบาลและกำหนดเป็นแผนการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ รวมถึงการขยายขอบข่ายการครอบคลุมของประกันสุขภาพที่มีอยู่แล้วออกไปยังกลุ่มประชากรที่ยังไม่มีประกัน จนในที่สุดดำเนินการรวมเป็นระบบเดียวกันในปี 1994

เกาหลีใต้สร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยการริเริ่มโดยรัฐบาลเช่นเดียวกัน โดยการปรับระบบสุขภาพแบบสมัครใจเป็นภาคบังคับสำหรับลูกจ้าง ตามด้วยการขยายความครอบคลุมไปสู่ประชากรต่างๆ ขยายสิทธิประโยชน์ และปรับเปลี่ยนเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้าในที่สุด

ทั้ง 3 ประเทศนี้มีจุดร่วมกันเด่นชัดในแง่ที่มีรัฐบาลที่มีเสถียรภาพมากและมี รูปแบบการปกครองประเทศแบบ paternalistic พรรค People Action Party ของสิงคโปร์เป็นรัฐบาลตั้งแต่ที่สิงคโปร์ยังไม่ได้เป็นเอกราช เมื่อได้รับเอกราชในปี 1965 ก็สามารถครองเสียงข้างมากในรัฐสภาและจัดตั้งรัฐบาลต่อเนื่องกันมาจนถึงปัจจุบัน อดีตนายกรัฐมนตรีลีควงยู เป็นนายกรัฐมนตรีนานหลายสิบปี รัฐบาลเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านต่างๆ ที่จัดระเบียบชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในแทบทุกด้าน แม้แต่ในหลายๆ เรื่องที่ค่อนข้างเป็นเรื่องส่วนบุคคล รัฐบาลสิงคโปร์ก็ออกกฎหมายบังคับ ส่วนรัฐบาลพรรคก๊กมินตั๋งที่ไต้หวันก็เป็นรัฐบาลต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน ตั้งแต่อพยพมาที่ไต้หวันในปี 1949 จนถึงปี 2000 รวมเวลากว่า 50 ปี ส่วนของเกาหลีใต้นั้น การปฏิรูปสุขภาพถ้วนหน้าเกิดในยุครัฐบาลทหาร ซึ่งการดำเนินนโยบายนี้มีสาเหตุทางด้านความมั่นคงของรัฐบาล เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของประชาชน ประกอบกับต้องการให้มีทรัพยากรมนุษย์ที่มีสุขภาพดีเพื่อพัฒนาเศรษฐกิจ

ระบอบการเมืองในลักษณะนี้ เอื้อต่อการกำหนดนโยบายในแบบที่กลุ่มชนชั้นนำ (elite) เป็นผู้คิด ผู้กำกับ อนุมัติ และดำเนินการ²⁶ ประกันสุขภาพจึงเป็นประเด็นนโยบายซึ่งรัฐบาลเป็นผู้นำเสนอ สร้างการยอมรับจากประชาชน และประกาศใช้

2.1.3. หลากหลายวิธีในการสร้างประเด็นนโยบายควบคุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ

การปฏิรูปเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายสุขภาพในประเทศต่างๆ ใช้วิธีการสร้างประเด็น

²⁵ Cobb, Ross, and Ross (1976).

²⁶ ดูรายละเอียดตัวแบบชนชั้นนำใน Dye. Anderson.

8 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

นโยบายหลายวิธี ซึ่งสามารถแยกวิเคราะห์ได้ด้วยตัวแบบการสร้างประเด็นนโยบายที่แตกต่างกัน ทั้ง 3 แบบคือ inside-access, mobilization และ outside-initiative

ในประเทศส่วนใหญ่ที่ศึกษา การปฏิรูปเพื่อลดค่าใช้จ่ายสุขภาพมีรัฐบาลเป็นตัวหลักในการริเริ่มและดำเนินการ จากข้อมูลการปฏิรูปของแต่ละประเทศ พบว่า มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายทั้งทางด้านผู้ให้บริการและผู้ให้บริการในประเทศเช่น ญี่ปุ่น มาเลเซีย เยอรมนี นิวซีแลนด์ เป็นรูปแบบที่กระบวนการตั้งแต่การสร้างประเด็นนโยบาย การนำเสนอมาตรการไปจนถึงการบังคับใช้ค่อนข้างจำกัดอยู่ภายในขอบเขตบทบาทของรัฐบาล โดยที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการสาธารณะ รูปแบบดังกล่าวเป็นลักษณะของตัวแบบการเข้าถึงภายในภาครัฐ (inside-access model) เนื่องจากกระบวนการนโยบายทั้งหมดดำเนินการเป็นการภายใน จึงใช้ระยะเวลาค่อนข้างสั้นเมื่อเทียบกับการสร้างประเด็นนโยบายโดยวิธีอื่น วิธีการดังกล่าวนี้ เป็นวิธีการที่เหมาะสมเฉพาะในกรณีที่ผลกระทบของนโยบายจำกัดอยู่ในกลุ่มบุคคลในวงแคบ และภาครัฐมีกลไกและอำนาจการต่อรองที่เข้มแข็งเพียงพอ เช่นในระบบประกันสุขภาพที่มีกองทุนเดียวหรือจำนวนน้อย และรัฐมีอำนาจกำหนดมาตรการจ่ายค่าบริการ

ในทางตรงข้าม วิธีการดังกล่าวอาจสร้างปัญหาหากใช้กับนโยบายที่มีผลกระทบในวงกว้าง และรัฐมีอำนาจต่อรองในระบบไม่สูงนัก นโยบายการแปรรูปโรงพยาบาลในมาเลเซียเป็น ตัวอย่างที่ชัดเจนของการสร้างประเด็นนโยบายแบบนี้ คือใช้วิธีการกำหนดในแผนพัฒนาแห่งชาติ ซึ่งการรับรู้ในรายละเอียดของแผนค่อนข้างจำกัดอยู่ในวงของข้าราชการผู้เกี่ยวข้อง แต่เนื่องจากนโยบายนี้มีผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง จึงเกิดกระแสคัดค้านอย่างกว้างขวางจากกลุ่มต่างๆ ในสังคม จนในที่สุด รัฐบาลต้องประกาศยุติแผนการแปรรูปโรงพยาบาลที่เหลืออยู่ในปี 1999

กระบวนการที่เกิดขึ้นที่ออสเตรเลียแตกต่างจากรูปแบบข้างต้น กล่าวคือ ในการปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายค่าตอบแทนบริการโรงพยาบาล มีความพยายามในการขยายการรับรู้และการมีส่วนร่วม โดยการอภิปรายในหมู่นักวิชาการและวิชาชีพ การเผยแพร่แนวคิดด้วยวิธีต่างๆ ต่อการนำระบบ casemix-based funding มาใช้ และปัจจัยที่สำคัญคือ กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นด้วยการผลักดันของข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขของรัฐ Victoria จนในที่สุดรัฐ Victoria เป็นมลรัฐแห่งแรกที่น่าระบบนี้ไปใช้ รูปแบบการสร้างประเด็นและผลักดันนโยบายเช่นนี้เป็นลักษณะของ mobilization model ซึ่งคล้ายคลึงกับความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพที่เกิดในสิงคโปร์ และได้หวนดังได้กล่าวแล้วในหัวข้อข้างต้น

ส่วนของประเทศอังกฤษ ปัญหาที่เป็นภาพปรากฏและรับรู้ในสังคม เป็นปัญหาความไม่พึงพอใจในบริการมากกว่าเป็นภาพของการเพิ่มสูงขึ้นของค่าใช้จ่าย เนื่องจากค่าใช้จ่ายถูกควบคุมโดยกระบวนการจัดสรรงบประมาณในแต่ละปี การที่ผู้ใช้บริการจำนวนมากไม่พอใจต่อระบบและแสดงความไม่พอใจสู่สาธารณะ ประเด็นนโยบายจึงเกิดขึ้นในภาคสาธารณะผ่านสื่อมวลชนก่อน เป็นวิธีการแบบ outside-initiative แล้วรัฐบาลนำมาดำเนินการจนไปสู่การเปลี่ยนแปลงในทางโครงสร้างของระบบ

2.1.4. อุดมการณ์ทางการเมือง

แนวคิดและความเชื่อทางการเมืองที่ชัดเจนและเป็นที่ยึดถือในระดับที่เป็นอุดมคติ หรืออุดมการณ์ทางการเมือง (ideology) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการนำเอาข้อเรียกร้อง ทางสังคมเข้าสู่ประเด็นทางนโยบายอย่างเป็นทางการ หรือการสร้างประเด็นทางนโยบายขึ้นใหม่

ในกลุ่มประเทศที่ศึกษาี้ เยอรมนีซึ่งถือเป็นประเทศผู้บุกเบิกในความพยายาม สร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชากร นายกรัฐมนตรี Otto von Bismarck ซึ่งเป็นผู้นำ ปรัสเซีย (Prussia) ในการรวมชาติเยอรมนี มีความต้องการที่จะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ซึ่งเป็น ปัจจัยนำเข้าของภาคการผลิตให้มีสุขภาพแข็งแรง เป็นการเพิ่มผลิตภาพให้กับระบบเศรษฐกิจ เพื่อการสร้างชาติเยอรมนีที่เข้มแข็ง (nation building) จึงเป็นผู้ให้การสนับสนุนหลักประกัน สุขภาพคนงาน ด้วยเหตุผลเบื้องหลังคือผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและการสร้างชาตินั่นเอง

การก่อตั้ง sickness funds ในเยอรมนี นอกจากจะได้รับการสนับสนุนจากสหภาพ แรงงานแล้ว ยังได้รับการสนับสนุนทางการเมืองโดยเฉพาะจากพรรค Social Democrat ให้มี บทบาทในการทำสัญญากับผู้ให้บริการทั้งแพทย์และโรงพยาบาลในฐานะตัวแทนของสมาชิกจน กลายเป็นตัวอย่างของสถาบันผู้จ่าย (third-party payer) สำหรับประเทศอื่น²⁷

ในอังกฤษ กฎหมายประกันสุขภาพทั่วหน้าประกาศใช้ในยุคของรัฐบาลพรรค แรงงาน ซึ่งมีแนวคิดทางการเมืองที่เห็นด้วยการขยายบทบาทของรัฐบาล สนับสนุนการช่วยเหลือ คนงานและผู้ด้อยโอกาสในสังคม

ในออสเตรเลีย รัฐบาลพรรคแรงงานเช่นเดียวกันเป็นผู้เสนอกฎหมาย National Health and Pensions Act เพื่อจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพคนงานตั้งแต่ปี 1938 และต่อมา พรรคแรงงานเช่นกันที่เป็นผู้เสนอ National Health Service Act ในปี 1941 เพื่อสร้างสวัสดิการ สาธารณะในช่วงเศรษฐกิจตกต่ำ ต่อมาก็เสนอระบบ Medibank ในปี 1975 เพื่อประกันสุขภาพ ทั่วหน้า ซึ่งถึงแม้จะได้รับความล้มเหลวครั้งแล้วครั้งเล่า ก็ยังคงพยายามต่อไปในแต่ละครั้งที่ มีโอกาสเป็นผู้จัดตั้งรัฐบาล จนในปี 1983 ก็สามารถผ่านกฎหมายระบบ Medicare ซึ่งนำไปสู่การ สร้างหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าได้ในที่สุด

ในสหรัฐอเมริกา ความพยายามที่จะสร้างหลักประกันทางสังคมและหลักประกัน สุขภาพให้กับกลุ่มผู้ด้อยโอกาส หรือให้กับประชากรทั้งหมด มักเกิดในยุคสมัยของรัฐบาลพรรค Democrat ระบบความมั่นคงทางสังคม (Social Security) เกิดขึ้นเมื่อปี 1935 ในสมัย ประธานาธิบดี Roosevelt ในครั้งนั้นได้มีความพยายามที่จะผนวกประกันสุขภาพเข้าเป็นส่วน หนึ่งของความมั่นคงทางสังคมด้วย แต่ในที่สุดก็มิได้ดำเนินการ ด้วยเหตุที่มีโอกาสผ่านเป็น กฎหมายต่ำ ความพยายามในเรื่องนโยบายประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นอีกครั้งในยุค ประธานาธิบดี Truman เมื่อปี 1948 แต่ไม่ผ่านรัฐสภา จนในสมัยประธานาธิบดี Johnson ซึ่งชูประเด็นนโยบาย “สังคมที่ยิ่งใหญ่” (Great Society) สามารถผ่านกฎหมายสำคัญคือ Social Security Amendments ก่อตั้งโครงการ Medicare เพื่อเป็นหลักประกันสุขภาพ

²⁷ Heidenheimer, Heclo, and Adams (1990)

10 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ของผู้สูงอายุ และโครงการ Medicaid เพื่อประกันสุขภาพให้กับผู้มีรายได้น้อยได้สำเร็จ และในช่วงต้นทศวรรษ 1990s รัฐบาลของประธานาธิบดี Clinton ก็มีความพยายามอย่างจริงจังในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับชาวอเมริกัน แต่ไม่ประสบผลสำเร็จเช่นกัน ความพยายามทั้งหลายครั้งนี้ เกิดภายใต้การนำของประธานาธิบดีพรรค Democrat ทั้งสิ้น

2.2 การกำหนดสาระของนโยบาย

2.2.1. กลุ่มผลประโยชน์

นโยบายสาธารณะ (public policy) เป็นเรื่องของการจัดสรรผลประโยชน์ในสังคม²⁸ สาระของนโยบายหนึ่งๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมที่มีลักษณะพหุนิยม (pluralistic society) มักถูกกำหนดจากการต่อรองทางการเมืองของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ

จากประสบการณ์การปฏิรูปสุขภาพของประเทศต่างๆ ที่ศึกษาได้ พบว่า กลุ่มผลประโยชน์หลักที่มักมีส่วนในกระบวนการปฏิรูปแต่ละครั้งคือ กลุ่มสหภาพแรงงานและกลุ่มของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะแพทย์ ในหลายๆ ประเทศเช่น เยอรมนี ออสเตรเลีย อังกฤษ สหรัฐอเมริกา องค์กรของแพทย์เป็นกลุ่มพลังทางการเมืองที่สำคัญในการต่อต้านการปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความสำเร็จในการปฏิรูปส่วนใหญ่ เกิดขึ้นเมื่อการเจรจากับกลุ่มแพทย์สามารถบรรลุข้อตกลงที่ประนีประนอมอย่างน้อยในระดับหนึ่ง และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มแพทย์เท่านั้น

เมื่อกฎหมายประกันสุขภาพฉบับแรกของเยอรมนีในปี 1883 ซึ่งให้อำนาจกับกองทุนการเจ็บป่วยเลือกทำสัญญากับแพทย์แต่ละบุคคลบังคับใช้ กลุ่มวิชาชีพแพทย์ไม่พอใจ ด้วยเหตุผลที่ว่าถูกจำกัดสิทธิการให้บริการเนื่องจากกองทุนจะเป็นผู้กำหนดรับแพทย์เอง จึงมีการประท้วงหยุดงานหลายครั้ง จนในที่สุดในปี 1913 ก็มีการตกลงกันได้ระหว่างกองทุนและกลุ่มวิชาชีพว่าจะมีการต่อรองกันในลักษณะรวมกลุ่มในการกระจายใบอนุญาตให้แพทย์เข้ามาให้บริการตามสัดส่วนจำนวนผู้ประกันตนในแต่ละพื้นที่ และรายได้ของแพทย์ก็จะกำหนดจากการเจรจาต่อรองกันระหว่างกองทุนการเจ็บป่วยกับสมาคมแพทย์ในภาพรวม ซึ่งข้อตกลงนี้ถูกกำหนดใน National Insurance Code และวิธีการนี้ก็ได้รับการใช้มาจนถึงปัจจุบัน โดยได้มีการเจรจาต่อรองปรับปรุงหลายครั้งด้วยกัน

ในสหรัฐอเมริกา แพทย์สมาคมอเมริกัน (American Medical Association, AMA) เป็นกลุ่มผลประโยชน์ที่มีการจัดตั้งเข้มแข็ง มีส่วนในการกำหนดนโยบายทางด้านสุขภาพแทบจะทุกเรื่อง AMA ก่อตั้งขึ้นเมื่อปีค.ศ. 1847 เริ่มแสดงบทบาทในฐานะกลุ่มการเมืองที่ทรงพลังในระดับชาติตั้งแต่ปี 1903 หลังจากที่ได้ดำเนินการให้มีการควบคุมคุณภาพและลดจำนวนโรงเรียนแพทย์และอัตราการผลิตแพทย์ ก่อนทศวรรษ 1940s AMA ทำการต่อต้านการเกิดของผู้ให้ประกัน (third-party payer) ไม่ว่าจะเป็นองค์กรผู้ให้ประกันภาครัฐหรือองค์กรเอกชนที่ไม่ทำกำไร โดยการไม่อนุญาตให้สมาชิกของ AMA ให้บริการผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ระบบประกันแบบ

²⁸ Schattschneider (1960)

จ่ายก่อน (prepaid insurance plans) แพทย์คนใดที่ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าใช้โรงพยาบาลซึ่งมีแพทย์เป็นสมาชิกของ AMA²⁹ แม้ในช่วงเวลาที่ผู้นำทางการเมืองชูเรื่องประกันสุขภาพเป็นประเด็นทางการเมือง ดังเช่นในสมัยของประธานาธิบดี Truman เมื่อปี 1948 AMA และกลุ่มธุรกิจประกันสุขภาพก็สามารถลดการสนับสนุนของสมาชิกรัฐสภาพรรค Democrat ต่อแนวนโยบายของประธานาธิบดีจากพรรคเดียวกันได้ โดยวิธีการให้เงินสนับสนุนการเลือกตั้งแก่สมาชิกรัฐสภาเหล่านั้น จนประสบความสำเร็จในการคว่ำนโยบายดังกล่าว³⁰

ในประเทศอังกฤษ จุดที่น่าสนใจในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอังกฤษก็คือ ระยะเวลาของกระบวนการตั้งแต่การริเริ่มแนวคิดที่จะขยายขอบข่ายการสร้างหลักประกันให้กว้างกว่าภาคแรงงานและผู้ยากไร้ให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมด จนถึงจุดที่สามารถออกกฎหมายและดำเนินการได้จริงนั้น ใช้เวลาที่สั้นมาก ประเด็นนโยบายถูกทำให้ชัดเจนโดยเอกสาร Beveridge Report และเช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ จำนวนมาก แรงกดดันสำคัญมาจากกลุ่มแพทย์ แต่ทว่า การเจรจาระหว่างรัฐกับองค์กรวิชาชีพแพทย์ก็สามารถบรรลุข้อตกลงกันได้ เหตุการณ์นี้ได้รับการวิเคราะห์ว่า สาเหตุหลักมาจากการที่แพทย์สมาคมของอังกฤษ (British Medical Association, BMA) ไม่ได้มีพลังทางการเมืองที่เข้มแข็งในระดับเดียวกันกับแพทย์สมาคมของสหรัฐอเมริกา (AMA) เนื่องจากมีการแบ่งแยกผลประโยชน์ระหว่างกลุ่มของ GP ฝ่ายหนึ่งกับกลุ่มของแพทย์เฉพาะทางและแพทย์ประจำโรงพยาบาลอีกฝ่ายหนึ่ง ความสำเร็จของประเทศในแถบยุโรปในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชากรของตน ส่วนหนึ่งมาจากพลังการต่อรองที่ต่ำกว่าของแพทย์สมาคมในประเทศเหล่านี้ ความไม่เข้มแข็งภายในกลุ่มแพทย์ของอังกฤษ เมื่อเปรียบเทียบกับความเข้มแข็งของกลุ่มผลประโยชน์อื่นๆ ซึ่งสามารถรวมตัวกันได้ดีกว่าและมีอำนาจต่อรองทางการเมืองมากกว่า จึงเกิดความแตกต่างของผลทางการเมือง ตัวอย่างเช่น องค์กร British Friendly Societies ซึ่งมีบทบาทในการจัดบริการทางด้านสุขภาพตั้งแต่ศตวรรษที่ 19 สามารถรวมกลุ่มผู้ใช้แรงงานถึง 3 ล้านคนและสามารถต่อรองกับแพทย์เพื่อจัดบริการให้กับสมาชิกของตน³¹

ถึงแม้ว่า BMA จะมีได้อำนาจการต่อรองทางการเมืองเข้มแข็งดังเช่น AMA แต่ก็มีข้อว่า BMA จะไม่มีบทบาทและอิทธิพลทางการเมืองแต่อย่างใด กระบวนการซึ่งนำไปสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอังกฤษดำเนินไปท่ามกลางการคัดค้านของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะ BMA และราชวิทยาลัยแพทย์ต่างๆ ประเด็นหลักที่คัดค้านคือ เรื่องความเป็นอิสระทางวิชาชีพและค่าตอบแทน ซึ่งหลังจากที่ได้มีการเจรจาต่อรองกัน จนรัฐมนตรีสาธารณสุขคือ Aneurin Bevan ยอมตกลงตามข้อเรียกร้องของกลุ่มแพทย์ในเรื่องอิสระทางวิชาชีพและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจงบประมาณแล้ว กฎหมาย National Health Service จึงได้รับการยอมรับและประกาศ เมื่อปี ค.ศ. 1946 ตามด้วยการก่อตั้ง National Health Service (NHS) มาบริหารงานในอีก 2 ปี ต่อมา แพทย์ออสเตรเลียซึ่งนำโดย Australian Medical Association ก็มีส่วนอย่าง

²⁹ Heidenheimer, Heclo, and Adams (1990)

³⁰ Heidenheimer, Heclo, Adams (1975)

³¹ Heidenheimer, Heclo, and Adams (1990)

12 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

สำคัญในการต่อต้านความพยายามสร้างประกันสุขภาพถ้วนหน้า แพทย์คัดค้าน National Health Care Program ที่เสนอในปี 1910 คัดค้าน National Health and Pensions Act ในปี 1938 คัดค้าน National Health Service Act ในปี 1941 คัดค้านกฎหมายระบบ Medibank ในปี 1975 และคัดค้านกฎหมายระบบ Medicare ในปี 1983 การที่ระบบประกันที่ใช้อยู่ในปัจจุบันคือ Medicare สามารถบังคับใช้ได้ ก็เนื่องจากรัฐบาลยอมปรับข้อกำหนดบางประการของ Medicare ให้แพทย์สามารถเก็บค่าบริการเกินอัตราที่กำหนดใน fee schedule ได้

2.2.2. อุดมการณ์ทางการเมือง

เช่นเดียวกับในขั้นตอนของการสร้างประเด็นนโยบาย อุดมการณ์ทางการเมือง (political ideology) มีส่วนในการกำหนดสาระของนโยบาย พรรคการเมืองที่ใช้แนวทางขยายบทบาทรัฐและช่วยเหลือกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในสังคมเช่นพรรคแรงงานในอังกฤษ และออสเตรเลีย พรรค Democrat ในสหรัฐอเมริกา มีแนวโน้มที่จะเลือกนโยบายที่จัดโครงการภาครัฐซึ่งกระจายทรัพยากรจากกลุ่มที่มากด้วยโอกาสไปยังกลุ่มที่ด้อยโอกาส ในทางตรงข้าม พรรคการเมืองที่นิยมแนวทางส่งเสริมภาคเอกชน เช่น พรรคอนุรักษนิยมในอังกฤษ พรรคเสรีนิยมในออสเตรเลีย พรรค Republican ในสหรัฐอเมริกา มักเลือกทางเลือกที่จะให้เอกชนดำเนินการในกิจกรรมต่างๆ ของสังคม

ในสหรัฐอเมริกา ประเด็นนโยบายที่ทำให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพนอกจากจะเกิดขึ้นในยุคสมัยของประธานาธิบดี Roosevelt, Truman, Johnson และ Clinton ซึ่งสังกัด พรรค Democrat และนำไปสู่ความพยายามในการสร้างระบบประกันถ้วนหน้า หรือระบบประกันสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อยดังที่ได้อภิปรายข้างต้นแล้ว ประเด็นนโยบายที่ทำให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพก็เกิดในช่วงทศวรรษ 1970s ในยุคประธานาธิบดี Nixon ซึ่งมาจากพรรค Republican เช่นกัน การตอบสนองของรัฐบาลต่อเสียงเรียกร้องให้มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและควบคุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงนั้น ก็คือแนวนโยบายและกฎหมายที่ทำให้การสนับสนุนระบบ health maintenance organization (HMO) และให้เอกชนดำเนินการตามกลไกตลาด

สำหรับนโยบายทางด้านการปรับโครงสร้างการบริหารก็สะท้อนปัจจัยทางอุดมการณ์การเมืองเช่นเดียวกัน ข้อเรียกร้องการปฏิรูป NHS ในช่วงหลังของทศวรรษ 1970s ต่อ 1980s ประจวบกับการจัดตั้งรัฐบาลใหม่ของพรรคอนุรักษนิยมภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรี Thatcher ซึ่งมีแนวคิดเชิงอุดมการณ์ในการลดบทบาทรัฐและส่งเสริมบทบาทเอกชน ทางเลือกนโยบายที่รัฐบาลนี้ตัดสินใจใช้เป็นมาตรการปฏิรูปก็คือ ตัวแบบตลาดภายในนั่นเอง

2.2.3. ปรัชญาคุณค่าของสังคม

คุณค่า (value) ที่คนส่วนใหญ่ในสังคมยึดถือ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจในทางเลือกนโยบาย สังคมแต่ละสังคมมีกระบวนการที่ใช้สื่อสารและสืบทอดคุณค่าหลักแก่สมาชิกในสังคม (social indoctrination) กระบวนการดังกล่าวนี้มีผลต่อนโยบายดังที่ Linblom ตั้งข้อสังเกตไว้ว่า การเรียนรู้ทางสังคมอาจมีส่วนในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้คำถามหรือประเด็น

บางอย่างไม่ถูกหยิบยกขึ้นมาในการพิจารณาทางนโยบาย หรือในการอภิปรายสาธารณะ โดยเฉพาะคำถามที่อาจท้าทายต่อความเชื่อพื้นฐานของระบบเศรษฐกิจและการเมืองของสังคมนั้น³²

สังคมเยอรมันมีความเชื่อในคุณค่าของความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในสังคม (solidarity) การสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งคนกลุ่มหนึ่งในสังคมอาจต้องรับภาระของคนกลุ่มอื่นด้วย จึงมีโอกาที่จะเกิดได้มากกว่าสังคมอเมริกันซึ่งคนจำนวนมากเชื่อว่าภาระเกี่ยวกับสุขภาพเป็นภาระของปัจเจกบุคคล คนอังกฤษโดยทั่วไปยอมรับบทบาทของรัฐมากกว่าคนอเมริกัน แม้แต่แพทย์อังกฤษโดยทั่วไปก็ยังสนับสนุนการที่รัฐเข้ามามีบทบาทในการแก้ปัญหาระบบสุขภาพ บทบาทของรัฐนี้ไม่ได้ถูกท้าทายแม้ในช่วงการปฏิรูป NHS ในสมัยรัฐบาลของพรรคอนุรักษนิยมที่นำโดย Margaret Thatcher ซึ่งเป็นผู้ผลักดันมาตรการ privatization ของกิจการรัฐจำนวนมาก

2.2.4. ตัวแบบระบบหรือคำตอบทางนโยบาย

หลังจากที่ผ่านขั้นตอนการสร้างประเด็นนโยบายแล้ว กระบวนการนโยบายจะดำเนินต่อไปได้เมื่อมีตัวแบบที่เป็นทางเลือกของนโยบายที่ชัดเจน เป็นระบบ มีความสมบูรณ์และชัดเจนเพียงพอในการตอบปัญหาหรือข้อเรียกร้องทางนโยบายได้ เพื่อเป็นจุด focus ของการอภิปรายของกลุ่มต่างๆ ในสังคม และเป็นต้นร่างของเอกสารนโยบายทางการที่เสนอต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจในขั้นตอนการอนุมัตินโยบาย

ในอังกฤษ แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รับการนำเสนออย่างเป็นระบบโดย Sir William Beveridge ใน Beveridge Report เมื่อปีค.ศ. 1942 ก่อนที่สงครามโลกครั้งที่ 2 จะยุติ และเป็นต้นแบบในการสร้างระบบสุขภาพเมื่อสิ้นสุดสงคราม

ในกระบวนการอันยาวนานที่ออสตรเลียพยายามสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีตัวแบบนโยบายที่ได้รับการเสนอจำนวนหนึ่ง ในระยะแรกๆ มีการเสนอ Nationalized Health Care Program ซึ่งเป็นตัวแบบในลักษณะรัฐสวัสดิการที่สนับสนุนด้วยภาษีซึ่งเสนอโดย George Knibbs ในปี 1910 ต่อมาเมื่อแนวคิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เสนอโดยนักเศรษฐศาสตร์ 2 คน คือ Scotton และ Deeble ในปี 1968 และการเสนอระบบ Medibank ใน Green Paper โดย Health Insurance Commission ซึ่งแต่งตั้งโดยรัฐบาลพรรคแรงงานในปี 1972

สำหรับสิงคโปร์ และไต้หวัน ตัวแบบการปฏิรูปสุขภาพถูกนำเสนอในรูปของแผนสุขภาพแห่งชาติโดยรัฐบาล ซึ่งใช้เป็นเอกสารสำหรับการอภิปรายนโยบายในสังคมและแม่แบบในการดำเนินการของรัฐ

แต่ทว่าการมีตัวแบบที่พร้อมก็มีได้เป็นหลักประกันที่นำไปสู่ความสำเร็จในการอนุมัตินโยบายแต่อย่างใด ตัวอย่างที่เด่นชัดได้แก่แผนการปฏิรูประบบสุขภาพของประธานาธิบดี Clinton ซึ่งมีรายละเอียดในทุกๆ ด้าน แต่ก็ประสบกับความล้มเหลว ไม่สามารถได้คะแนนเสียงสนับสนุนอย่างเพียงพอในรัฐสภา

ตัวแบบระบบก็มีความสำคัญสำหรับนโยบายทางด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายเช่น

³² Lindblom (1980)

14 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

เดียวกัน มาตรการจ่ายค่าตอบแทนบริการผู้ป่วยในแบบ DRG ได้รับการนำมาใช้เป็นทางเลือกสำคัญในออสเตรเลีย โดยความพยายามของ Stephen Duckette หัวหน้าวิจัยของ Victoria Health Department ตัวแบบการบริหารแบบตลาดภายในที่เสนอโดย Alain Enthoven เป็นต้นแบบของนโยบายซึ่งอังกฤษและนิวซีแลนด์นำไปใช้ แม้รายละเอียดหลายๆ อย่างถูกปรับไปใช้ในแบบที่แตกต่างกัน

2.3 การอนุมัตินโยบาย

2.3.1. การต่อสู้ทางการเมือง

แม้ว่าสาระของตัวนโยบายหรือระบบใหม่ที่มีการปฏิรูปต้องการทำให้เกิดขึ้นจะได้รับการกำหนดแล้วก็ตาม ขั้นตอนการอนุมัตินโยบายยังเป็นตัวแปรสำคัญอันหนึ่งต่อความสำเร็จในการปฏิรูป การต่อสู้ทางการเมืองทางรัฐสภาที่เกิดขึ้นกับรัฐสภาหลายสมัยในออสเตรเลียสะท้อนอิทธิพลของความขัดแย้งทางการเมืองต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของการปฏิรูปในขั้นตอนอนุมัตินโยบายได้เป็นอย่างดี

2.3.2. โอกาสทางการเมือง

นอกเหนือจากปัจจัยอำนาจของกลุ่มผลประโยชน์และการต่อสู้ทางการเมือง ปัจจัยหนึ่งที่น่าจะส่งผลด้านบวกในการเร่งกระบวนการปฏิรูปก็คือเงื่อนไขทางด้านช่วงจังหวะทางประวัติศาสตร์ การเปลี่ยนแปลงใหญ่ๆ มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จในช่วงจังหวะวิกฤต และการเปลี่ยนแปลงในรัฐบาลได้มากกว่าในช่วงเวลาปกติ ช่วงจังหวะดังกล่าวนี้จึงเป็นเสมือนหน้าต่างแห่งโอกาส (windows of opportunity) สำหรับการผลักดันนโยบายใหม่ๆ³³

กรณีการสร้างหลักประกันสุขภาพในอังกฤษเป็นตัวอย่างหนึ่งของจังหวะโอกาสทางการเมือง ช่วงเวลาที่มีการปฏิรูปเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมเป็นช่วงหลังสิ้นสุดสงครามโลกครั้งที่ 2 ใหม่ๆ ในระหว่างสงคราม อังกฤษถูกโจมตีอย่างหนักจากนาซีเยอรมัน หลังสงครามยุติ โครงสร้างทางกายภาพและโครงสร้างทางสังคมจำเป็นต้องได้รับการปฏิสังขรณ์และปฏิรูปอย่างขนานใหญ่ การปรับโครงสร้างระบบจึงเกิดขึ้นได้ง่ายในช่วงจังหวะเช่นนี้ นอกจากนี้ ช่วงสงคราม เป็นช่วงที่กลุ่มต่างๆ ในสังคมร่วมแรงร่วมใจกันในกิจกรรมต่างๆ ความร่วมมือดังกล่าวจึงน่าจะยังคงอยู่หลังสงครามสิ้นสุดใหม่ๆ ภายใต้การนำของรัฐบาลพรรคแรงงานที่เข้ามาบริหารประเทศในระบอบนั้น

2.3.3. ภาวะทางเศรษฐกิจ

ภาวะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยบริบทที่สำคัญยิ่งต่อการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพของประเทศต่างๆ หลายๆ ประเทศ การขยายความครอบคลุมหลักประกันสู่ประชากรกลุ่มต่างๆ จนถึงประชากรทั้งหมด ขยายสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันได้รับมักเกิดในช่วงเวลาที่เศรษฐกิจของประเทศขยายตัว ส่วนการลดสิทธิประโยชน์และการออกมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายต่างๆ มักเกิดในช่วงเวลาที่เศรษฐกิจหดตัว ประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงในระบบของญี่ปุ่น เกาหลี เยอรมนี ออสเตรเลีย สะท้อนวงจรเศรษฐกิจอย่างชัดเจน

³³ ดูตัวอย่างของประเทศอื่นๆ ได้จาก Walt (1994) และ Reich (1995)

2.3.4. เครื่องมือนโยบาย

เนื้อหาของการปฏิรูปจะมีผลบังคับใช้ก็ต่อเมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจตัดสินใจนโยบาย ประเทศต่างๆ เลือกใช้เครื่องมือหรือรูปแบบของเอกสารนโยบายที่มีผลบังคับให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบแตกต่างกัน ประเทศส่วนใหญ่ เช่น เยอรมนี อังกฤษ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น เกาหลี และไต้หวัน เลือกใช้การออกกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติ (Act) เป็นเครื่องมือในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และในการสร้างโครงสร้างใหม่ของระบบเพื่อรองรับหลักประกัน ตลอดจนในการออกมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายต่างๆ ส่วนสิงคโปร์และมาเลเซียเลือกใช้แผนแห่งชาติเป็นเครื่องมือในการปฏิรูป

ผลที่ตามมาจากการเลือกรูปแบบของนโยบายนี้ คือระดับของการตัดสินใจนโยบายที่แตกต่างกัน โดยทั่วไป การออกเป็นกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติต้องได้รับอนุมัติจากรัฐสภา นั่นหมายความว่า หากฝ่ายเสนอกฎหมายไม่ได้มีเสียงข้างมากในรัฐสภา ก็เป็นช่องทางของการต่อสู้ทางการเมืองในระบบสภา และมีผลต่อโอกาสการผ่านกฎหมายนั้น ในทางตรงข้าม การใช้แผนเป็นรูปแบบของนโยบาย ขั้นตอนการอนุมัติมักจะอยู่ที่คณะรัฐมนตรี ซึ่งส่วนใหญ่มีความเห็นพ้องกันในแนวทางนโยบาย โอกาสของการอนุมัตินโยบายเช่นนี้จึงสูงกว่า แต่สำหรับสิงคโปร์ซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศที่ใช้แผนแห่งชาติเป็นเครื่องมือในการปฏิรูปสุขภาพ มีข้อแตกต่างจากประเทศอื่นโดยทั่วไปคือ แผนแห่งชาติซึ่งบรรจุข้อกำหนดเกี่ยวกับการจัดตั้งกองทุนต่างๆที่เสนอโดยคณะรัฐมนตรี เป็นแผนที่ได้รับการอนุมัติจากรัฐสภาด้วย (ในรูปของแผน ไม่ใช่ในรูปกฎหมาย)³⁴

2.4 การนำนโยบายไปปฏิบัติ

2.4.1. การต่อสู้ทางนโยบายหลังการประกาศใช้

ความพยายามของกลุ่มการเมืองและกลุ่มผลประโยชน์ในการผลักดันหรือต่อต้านนโยบายมิได้ยุติลงเมื่อนโยบายนั้นๆ ได้รับการประกาศใช้ ในทางตรงข้าม กลุ่มต่างๆโดยเฉพาะกลุ่มที่สูญเสียประโยชน์จากระบบใหม่ มักทำการต่อต้านในรูปแบบที่ต่างๆ กัน

กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพซึ่งใช้เวลาอันยาวนานในออสเตรเลีย มีตัวอย่างการต่อสู้ทางการเมืองในขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ชัดเจน เมื่อรัฐสภาออสเตรเลียผ่านกฎหมาย National Health and Pensions Act สำหรับให้ประกันสุขภาพคนงานเมื่อปี 1938 กลุ่มแพทย์ซึ่งต่อต้านนโยบายนี้ตั้งแต่นั้นก็ยังคงทำการประท้วงต่อ โดยที่แพทย์ทั้งหมด ภายใต้การนำของ Australian Medical Association ปฏิเสธการให้บริการแก่สมาชิกกองทุน Health and Pensions จนนโยบายนี้ไม่สามารถดำเนินการได้ ต่อมาในปี 1975 เมื่อกฎหมายโครงการ Medibank ผ่านสภา รัฐบาลกลางที่มาจากพรรคแรงงานพบอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เนื่องจากมลรัฐและเขตปกครองที่มีรัฐบาลจากพรรค Liberal และพรรค Country ไม่ให้ความร่วมมือกับรัฐบาลกลางในการดำเนินการตามระบบใหม่

³⁴ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr.Lim Meng-Kin อาจารย์ประจำ National University of Singapore เมื่อ 1 มิถุนายน ค.ศ. 2000 ที่กรุงเทพฯ

2.4.2. เครื่องมือในการกำกับผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นกับการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ ในระบบที่มีการกระจายอำนาจไปสู่หน่วยงานระดับล่างลงไป ต้องทำภายใต้ระบบที่มีเครื่องมือให้สามารถกำกับการดำเนินนโยบายหลักจากส่วนกลางอย่างได้ผล เช่นการคงอำนาจในการจัดสรรงบประมาณอย่างมีเงื่อนไข (แต่ให้อำนาจในการตัดสินใจรายละเอียดและอนุมัติรายการงบประมาณให้กับท้องถิ่น) กรณีการปฏิรูปในออสเตรเลียเมื่อรัฐบาลกลางต้องเผชิญหน้ากับรัฐบาลของมลรัฐและเขตปกครองที่มีรัฐบาลจากพรรค Liberal และพรรค Country ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการโครงการ Medibank ดังกล่าวข้างต้นนั้น รัฐบาลกลางสามารถแก้ปัญหาได้สำเร็จโดยการใช้ความร่วมมือเป็นเงื่อนไขในการสนับสนุนงบประมาณแก่โรงพยาบาลภายใต้การดูแลของมลรัฐและเขตปกครอง

2.4.3. การเตรียมนโยบายหลายด้านเพื่อรองรับการปฏิบัติ

วิธีการที่รัฐบาลสาธารณรัฐจีนใช้ในการเตรียมการสำหรับรองรับการประกันสุขภาพทั่วหน้าเป็นวิธีที่น่าสนใจ คือ ก่อนที่จะมีการออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 1994 รัฐบาลวางแผนปรับโครงสร้างระบบสุขภาพตามยุทธศาสตร์ 4 ด้านคือ

1. สร้างเครือข่ายบริการทางแพทย์ ขยายบริการไปยังท้องถิ่นห่างไกล
2. ประกันสุขภาพทั่วหน้า โดยขยายหลักประกันไปยังประชากรกลุ่มต่างๆ ที่ยังไม่มีประกัน ก่อนที่จะรวมระบบประกันทั้งหมดเข้าด้วยกัน
3. สร้างเครือข่ายข้อมูลสถานบริการ
4. เพิ่มการผลิตแพทย์ประจำครอบครัว การเตรียมมาตรการหลายๆ ด้านในลักษณะนี้ น่าจะมีส่วนสำคัญในการช่วยให้การนำนโยบายไปปฏิบัติสามารถดำเนินการไปได้ตามวัตถุประสงค์นโยบาย

2.4.4. การทดลองนโยบาย

เนื่องจากการปฏิรูปเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบในหลายๆ ส่วนพร้อมๆ กัน จึงมักเกิดคำถามว่า เมื่อทำการปรับเปลี่ยนแล้ว จะสามารถบรรลุผลตามวัตถุประสงค์หรือไม่ วิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการหาคำตอบต่อคำถามนี้ก็คือ การทำโครงการทดลองนโยบายในขอบเขตจำกัดก่อน (pilot project) แล้วทำการประเมินผล ตลอดจนประเมินปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการนำไปปฏิบัติก่อนที่จะขยายการใช้ออกไปทั่วประเทศ วิธีการนี้ได้รับการนำไปใช้ในออสเตรเลีย เช่น การทดลอง Nationalized Health Care Program ในรัฐ New South Wales ในช่วงปี 1910 และการทดลองใช้ casemix-based funding ในรัฐ Victoria สำหรับสัญญาระหว่างรัฐบาลกลางกับมลรัฐในช่วง 1993-1998



บทที่ 6

บทเรียน

จากประสบการณ์

ต่างประเทศ

ประสบการณ์การปฏิรูปของประเทศต่างๆ ทั้ง 10 ในช่วงระยะเวลากว่าร้อยปีที่ผ่านมา ได้ให้ตัวอย่างของเหตุการณ์ทางสังคม ปรัชญาการดำเนินการเมือง และมาตรการทางนโยบาย หลากหลาย ประการที่มีค่ายิ่ง เนื้อหาในบทนี้เป็นการดึงเอาตัวอย่างต่างๆ เหล่านั้น มาประมวลสรุป เป็นบทเรียน ใน 2 ด้านที่น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิรูประบบสุขภาพของไทย คือ บทเรียน ทางด้านกระบวนการปฏิรูป และบทเรียนทางด้านโครงสร้างของระบบ

1. บทเรียนทางด้านกระบวนการปฏิรูป

1.1 การปฏิรูปเฉพาะส่วนกับการปฏิรูปทั้งระบบ

การแก้ไขปัญหาในระบบสุขภาพที่ทำแบบแยกส่วน ที่การดำเนินการแต่ละครั้งมุ่งที่จะแก้ ปัญหาเฉพาะหน้าเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งหรือด้านใดด้านหนึ่ง (piecemeal approach) แทนที่จะ ดำเนินการแก้ไขในองค์ประกอบหลายๆ ส่วนซึ่งสัมพันธ์กัน (comprehensive approach) อาจจะเป็นเหตุให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ในด้านอื่นๆ และสร้างปัญหาใหม่ตามมา

ในประเทศมาเลเซีย การปรับโครงสร้างของโรงพยาบาลรัฐให้เป็นโรงพยาบาลอิสระใน กำกับของรัฐ (corporatization) โดยไม่ได้พัฒนาเปลี่ยนแปลงส่วนอื่นๆ ของระบบสุขภาพ เป็นการปฏิรูปที่มีจุดมุ่งหมายหลักเพียงเพื่อลดภาระทางด้านงบประมาณของรัฐ การเปลี่ยนแปลง ดังกล่าว มีแนวโน้มที่จะส่งผลให้ค่าบริการโรงพยาบาลปรับตัวเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะกลายเป็นภาระ หนักแก่ผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่ต้องพึ่งโรงพยาบาลรัฐอยู่แล้ว การปฏิรูป เพียงเฉพาะส่วนเดียวเช่นนี้ มีโอกาสที่จะก่อให้เกิดปัญหาตามมาซึ่งจะต้องแก้ไขต่อไปในอนาคต³⁵

ในสหรัฐอเมริกาในช่วงระยะเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้มีความพยายามทั้งโดยรัฐบาล และเอกชนที่จะนำเอาเครื่องมือการบริหารต่างๆ มาใช้เพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย ทั้งในเรื่องของการ

³⁵ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในอาทร (พ.ศ.2543).

2 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ควบคุมเทคโนโลยีเช่น การให้โรงพยาบาลต้องได้รับ Certificate of Need จึงจะสามารถติดตั้งเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาสูงได้ ทั้งในเรื่องวิธีการจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการเช่น การใช้วิธี usual, customary, and reasonable (UCR) reimbursement rate, diagnostic-related group (DRG), prospective payment method, resource-based relative value scheme (RBRVS) ทั้งในเรื่องของการจัดองค์กรเช่น HMO model และ managed care รูปแบบอื่นๆ แต่ก็มักพบว่าเครื่องมือเหล่านี้ได้ผลเพียงในระยะแรกเท่านั้น และพฤติกรรมของการตอบสนองของผู้ถูกควบคุมกลับทำให้มาตรการต่างๆ เหล่านี้ไม่ได้ผล เช่น การที่แพทย์คิดอัตราค่าบริการเพิ่มขึ้นทุกๆ ปีเพื่อให้อัตราค่าจ่ายโดย UCR สูงขึ้นในปีต่อไป การที่แพทย์สั่งการตรวจ ส่งการรักษาและสั่งยาในจำนวนมากรายการขึ้นหรือในประเภทที่ใช้เทคโนโลยีในระดับที่สูงขึ้นซึ่งราคาก็สูงขึ้นด้วย เมื่อถูกควบคุมในด้านการกำหนดราคาต่อรายการ การที่โรงพยาบาลรายงานโรคในกลุ่มที่มีความซับซ้อนมากขึ้น (DRG creep or DRG jump) เมื่อ Medicare ใช้ระบบการจ่ายแบบ DRG และการที่ผู้ให้บริการในระบบ HMO และ managed care หลายๆ แห่งจำกัดบริการที่ให้แก่สมาชิก จนเป็นเหตุให้เกิดความกังวลในเรื่องคุณภาพของบริการสุขภาพ เป็นต้น³⁶

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ เป็นผลมาจากการตอบสนองขององค์ประกอบภายในระบบต่อแรงกดดันที่เกิดขึ้น (system compensatory reactions) เปรียบเสมือนการใช้แรงกดลงไปยังด้านหนึ่งของลูกโป่ง จะส่งผลให้อีกด้านหนึ่งโป่งออก (balloon effect) ทั้งนี้ เนื่องจากว่ามาตรการแต่ละอันที่นำไปใช้กับระบบนั้น เป็นมาตรการที่มีข้อจำกัดในตัวเอง การใช้มาตรการเพียงมาตรการใดมาตรการหนึ่ง และใช้ทีละครั้ง เป็นการเปิดโอกาสให้องค์ประกอบของระบบเกิดการตอบสนองในส่วนอื่นและนำมาซึ่งผลที่ไม่พึงประสงค์ ยิ่งนานวันเข้ายิ่งทำให้เกิดปัญหาสะสมซึ่งยากแก่การแก้ไขยิ่งขึ้น การปฏิรูปเฉพาะบางส่วนจึงมักไม่ได้ผลและอาจนำมาซึ่งปัญหาที่แก้ไขยากมากขึ้นในอนาคต³⁷

1.2 ค่านิยมของสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

โครงสร้างของระบบสุขภาพใหม่ที่น่าเสนอในการปฏิรูป จะได้รับการยอมรับจากประชาชนหากมีความสอดคล้องกับค่านิยมของสังคม ในทางตรงกันข้ามหากโครงสร้างที่ได้รับการนำเสนอไม่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม โอกาสที่การปฏิรูปจะสำเร็จก็จะลดลง

ค่านิยมสำคัญหรือปรัชญาหลักในสังคมของชาวเยอรมัน 3 ประการคือการให้ความสำคัญต่อความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม (solidarity) การกระจายอำนาจการบริหารงานของสังคมระหว่างส่วนของการบริหารระดับต่างๆ และระหว่างรัฐกับเอกชน (subsidiarity) และการมีองค์กรร่วมที่เป็นตัวแทนของกลุ่ม (corporatism) ได้รับ การนำไปเป็นปรัชญาในการออกแบบโครงสร้างระบบสุขภาพของเยอรมนี ที่ใช้ระบบกองทุนซึ่งมีอำนาจในการบริหารจัดการในด้านต่างๆ ของการประกันสุขภาพอย่างกว้างขวาง การสมทบทางการเงินระหว่างลูกจ้าง นายจ้างและรัฐ การทำความเข้าใจในเรื่องค่าตอบแทนบริการระหว่างกองทุนกับองค์กรวิชาชีพ

³⁶ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในสมศักดิ์ (พ.ศ.2543) และ Ratanawijitrasin (1993).

³⁷ Ratanawijitrasin (1993).

ของผู้ให้บริการต่างๆ และให้องค์กรวิชาชีพเหล่านั้นดำเนินการในการจ่ายค่าตอบแทนให้กับสมาชิกเอง ตลอดจนการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนเพื่อไม่ให้กองทุนใดกองทุนหนึ่งเกิดปัญหาความเสี่ยงในการการประกันสูงมากเกินไป มีส่วนอย่างสำคัญที่ทำให้เยอรมนีเป็นประเทศแรกที่ประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเป็นระบบประกันที่ดำเนินการติดต่อกันมาเป็นระยะเวลานานและได้รับการยอมรับจากประชาชน³⁸

ในเอเชีย ประเทศเช่นญี่ปุ่น สิงคโปร์ และไต้หวัน สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สำเร็จ โดยที่ระบบสุขภาพใหม่ยังคงเปิดโอกาสให้สมาชิกในระบบประกันเมื่อสระในการเลือกผู้ให้บริการที่ตนพึงพอใจเมื่อไปใช้บริการ ยิ่งกว่านั้น ระบบบัญชีออมทรัพย์สำหรับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของสิงคโปร์ ยังเปิดโอกาสที่ให้อาสาสมัครเงินในบัญชีของตนเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัวได้ด้วย เป็นการนำเอาค่านิยมทางด้านการออมและความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นภายในครอบครัวของคนเอเชีย โดยเฉพาะคนจีน มาออกแบบระบบสุขภาพ³⁹

ในทางตรงข้าม โครงสร้างระบบใหม่ที่ได้รับการนำเสนอในการปฏิรูประบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา มีลักษณะของระบบหลายๆ ประการที่ไม่สอดคล้องกับค่านิยมพื้นฐานของสังคมอเมริกัน ตัวอย่างเช่น การเสนอให้มีระบบประกันสุขภาพระบบเดียวทั้งประเทศหรือในแต่ละมลรัฐและการรวมศูนย์บริหารการเงินเป็นผู้ซื้อเดียว (single payer) ไม่สอดคล้องกับแนวคิดพื้นฐานของคนอเมริกันส่วนใหญ่ในเรื่องเสรีภาพในการเลือก (freedom of choice) ไม่สอดคล้องเจตคติที่ต่อต้านการที่รัฐจะมีขนาดใหญ่โตและเข้าไปก้าวก่ายสิทธิในการดำเนินชีวิตของประชาชน และไม่สอดคล้องกับความเชื่อในการใช้กลไกการแข่งขันในตลาด (market competition) แทนที่จะเป็นระบบที่รัฐเข้ามาควบคุม (regulation) เป็นต้น นอกจากนี้ การที่แม้จะมีชาวอเมริกันกว่าสามสิบล้านคนที่ยังขาดหลักประกันสุขภาพ แต่การปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันทั่วหน้าก็ไม่สามารถประสบผลสำเร็จ ส่วนหนึ่งมาจากความเชื่อที่ว่า สุขภาพเป็นความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคล (Health is individual responsibility.) แทนที่จะถือว่าสุขภาพเป็นสิทธิของประชากร (Health is citizen's right.) ดังเช่นในประเทศส่วนใหญ่ในยุโรป⁴⁰

1.3 สภาวะทางเศรษฐกิจกับมาตรการปฏิรูป

ประสบการณ์ในหลายๆ ประเทศแสดงให้เห็นว่า การขยายหลักประกันสุขภาพและการขยายสิทธิประโยชน์มักดำเนินการได้สำเร็จในช่วงที่เศรษฐกิจขยายตัว ในขณะที่ช่วงที่เศรษฐกิจหดตัวมักเป็นช่วงที่มีความจำเป็น และมีความเป็นไปได้มากในการควบคุมค่าใช้จ่าย ฉะนั้น ในการเสนอมาตรการปฏิรูประบบสุขภาพ เงื่อนไขทางเศรษฐกิจมีผลต่อโอกาสแห่งความสำเร็จในการบังคับใช้มาตรการแต่ละอย่างไม่เท่ากัน

1.4 ภูมิหลังและการพัฒนาการของสังคมกับกระบวนการปฏิรูป

การปฏิรูประบบสุขภาพในแต่ละประเทศมีวิวัฒนาการที่แตกต่างกันไป และใช้ช่วงระยะเวลา

⁴⁰ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในสมศักดิ์ (พ.ศ.2543).

4 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ต่างกันมากในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศเยอรมนีใช้เวลาราวหนึ่งร้อยปีตั้งแต่การมีกฎหมายประกันสุขภาพฉบับแรกจนถึงการสร้างหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทุกคน ส่วนสิงคโปร์ใช้เวลาเพียง 3 ปีตั้งแต่เริ่มวางแผนจนถึงการบังคับใช้ระบบบัญชีออมทรัพย์สุขภาพสำหรับประชากร และใช้เวลาประมาณ 10 ปีก็ประสบความสำเร็จในการจัดตั้งกองทุน 3 กองทุนเพื่อหลักประกันสุขภาพโดยถ้วนหน้า ในสหรัฐอเมริกา แม้จะมีความพยายามปฏิรูประบบสุขภาพหลายครั้งหลายหนในหลายยุคหลายสมัยตั้งแต่ทศวรรษที่ 1930s เป็นต้นมา แต่ก็ยังไม่สามารถประสบความสำเร็จไม่ว่าจะในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือการควบคุมค่าใช้จ่าย

ความสำเร็จของการปฏิรูปใดๆก็ตามขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ของทั้งปัจจัยภายในระบบที่ต้องการปฏิรูปเองกับปัจจัยต่างๆ ในสิ่งแวดล้อม ความพยายามในการปฏิรูปแต่ละครั้งอาจจะประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว แต่การใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่อง กำหนดจังหวะก้าวที่ดี ใช้ประโยชน์จากโอกาสทางการเมืองที่เปิดให้ ประกอบกับการออกแบบระบบที่เหมาะสมจะสามารถนำไปสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปในที่สุด

1.5 การใช้กฎหมายและแผนเป็นเครื่องมือของการปฏิรูป

ประเทศส่วนใหญ่ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการสร้างหลักประกันสุขภาพ และในการควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพด้วย ตัวอย่างเช่น ในประวัติศาสตร์แห่งการปฏิรูประบบสุขภาพในเยอรมนีและญี่ปุ่น มาตรการต่างๆ ที่ใช้ ไม่ว่าจะเป็นในด้านการขยายขอบข่ายความครอบคลุมของระบบประกันไปสู่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ การเพิ่มสิทธิประโยชน์ของการประกัน ตลอดจนการจำกัดสิทธิประโยชน์ การกำหนดให้มีการจ่ายร่วมเมื่อใช้บริการ และการปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายค่าตอบแทนบริการ ล้วนได้รับการออกเป็นกฎหมายจำนวนมากมายหลายฉบับ

มีเพียงประเทศจำนวนน้อยเท่านั้นที่ใช้แผนเป็นเครื่องมือของการปฏิรูป สิงคโปร์ใช้แผนแห่งชาติซึ่งเสนอโดยคณะรัฐมนตรีและผ่านการอนุมัติจากสภานิติบัญญัติในการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ มาเลเซียใช้แผนพัฒนาประเทศระยะ 5 ปีเป็นเครื่องมือในการปรับโครงสร้างโรงพยาบาลของรัฐ ส่วนไต้หวันใช้ระบบที่เริ่มด้วยการประกาศแผนประกันสุขภาพแห่งชาติในการขยายขอบข่ายการประกันไปยังกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่มีหลักประกันเป็นขั้นๆ และแผนอื่นๆในการสร้างความพร้อมของโครงสร้างระบบบริการ ตามด้วยการออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁴¹

1.6 การมีกฎหมายไม่ได้เป็นหลักประกันของการมีหลักประกันสุขภาพ

ถึงแม้ว่าจะมีกฎหมายที่ให้สิทธิแก่ประชากรในเรื่องหลักประกันสุขภาพ ก็มิได้เป็นหลักประกันว่าจะสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในออสเตรเลียเป็นตัวอย่างที่ดีในประเด็นนี้ รัฐธรรมนูญของออสเตรเลียซึ่งประกาศใช้ตั้งแต่ที่ประเทศเป็นเอกราชจากอังกฤษ มีข้อกำหนดในเรื่องของหลักประกันสุขภาพของประชากร แต่รัฐบาลออสเตรเลียใช้

⁴¹ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในวิชิต (พ.ศ. 2543).

เวลาอีกกว่า 70 ปีจึงจะสามารถบังคับใช้กฎหมายที่ให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชากรโดยทั่วหน้าได้อย่างแท้จริง ตลอดระยะเวลาเจ็ดทศวรรษที่ผ่านมา นั้น รัฐบาลหลายยุคหลายสมัย โดยเฉพาะรัฐบาลกลางที่นำโดยพรรคแรงงานได้ร่างกฎหมายประกันสุขภาพหลายฉบับเข้าสู่สภา บางฉบับก็ไม่ผ่าน บางฉบับถึงแม้ว่าผ่านออกเป็นกฎหมายแล้ว แต่ก็ต้องเลื่อนออกไปหรือล้มเลิกไปโดยปริยาย เนื่องจากการต่อต้านจากกลุ่มผลประโยชน์ที่มีพลังทางการเมืองสูง หรือจากการไม่ยอมรับของประชาชนโดยทั่วไป⁴²

ความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพทั่วหน้า จึงอาจจะมีได้สิ้นสุดลงเพียงการผ่านกฎหมายเท่านั้น แต่อาจมีความจำเป็นต้องผลักดันในขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติต่อไปด้วย เพื่อให้เกิดหลักประกันทั่วหน้าอย่างแท้จริง

1.7 อำนาจของกลุ่มต่างๆ ในสังคมกำหนดสาระและความสำเร็จของการปฏิรูป

อำนาจของกลุ่มต่างๆ ในสังคมมีส่วนอย่างสำคัญในการกำหนดสาระของระบบใหม่ที่จะเกิดขึ้น และในการตัดสินความสำเร็จของการปฏิรูป ประวัติศาสตร์การปฏิรูปในยุโรป เช่นในประเทศอังกฤษ และเยอรมนี⁴³ ซึ่งกลุ่มแรงงาน และองค์กรอื่นๆ มีความเข้มแข็งทางการเมืองสูง ในขณะที่กลุ่มวิชาชีพของผู้ให้บริการมีความเข้มแข็งทางการเมืองที่ไม่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับกัน ส่งผลให้การสร้างหลักประกันสุขภาพทั่วหน้า และการปรับเปลี่ยนมาตรการทางด้านค่าตอบแทนเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย สามารถผ่านเป็นกฎหมายมีผลบังคับใช้ได้ง่ายกว่าในสหรัฐอเมริกา ซึ่งกลุ่มวิชาชีพผู้ให้บริการ โดยเฉพาะแพทยสมาคมมีอิทธิพลทางการเมืองที่สูงยิ่ง ในออสเตรเลียก็เช่นเดียวกัน กลุ่มวิชาชีพแพทย์มีส่วนลดความสำเร็จของการสร้างหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าให้กับประชานิยมพรรคแรงงาน และในท้ายที่สุด การปฏิรูปประสบความสำเร็จก็เมื่อได้มีการประนีประนอมข้อกำหนดบางประการกับกลุ่มวิชาชีพดังกล่าวแล้วเท่านั้น ในระยะหลัง ออสเตรเลียปรากฏมีกลุ่มของผู้บริโภคที่เข้มแข็งเพิ่มขึ้นตามลำดับ กลุ่มเหล่านี้มีส่วนในการให้ความเห็นต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของระบบสุขภาพมากขึ้น

ประเทศในเอเชียเช่น สิงคโปร์ ไต้หวัน เกาหลี และญี่ปุ่น มีภาครัฐที่เข้มแข็งกว่า และมีรัฐบาลที่บริหารงานโดยพรรคการเมืองพรรคเดียวกันหรือเป็นรัฐบาลทหารต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลานาน กลุ่มในสังคมที่เข้มแข็งที่สุดก็คือภาครัฐ ซึ่งในที่นี้หมายถึงรวมถึงคณะรัฐมนตรี รัฐสภา และระบบราชการด้วย การปฏิรูปที่มีรัฐเป็นตัวจักรในการผลักดันจึงประสบความสำเร็จได้ง่ายกว่าส่วนในประเทศไทย รัฐก็มีบทบาทสูงในทุกๆ ด้านของระบบสุขภาพ จึงเป็นกลุ่มที่มีอำนาจทางการเมืองค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ในสังคมในการปฏิรูปสุขภาพ การส่งเสริมกลุ่มพลังของผู้บริโภคน่าจะเป็นประโยชน์ในการระดมพลังทางสังคมที่หลากหลายมากขึ้น

1.8 การเตรียมความพร้อมทางการเมือง

เนื้อหาสาระของการปฏิรูประบบสุขภาพมักมีลักษณะที่เป็นเชิงเทคนิคค่อนข้างมาก แต่ผล

⁴² ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในเจอร์ (พ.ศ.2542).

⁴³ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในธีรเกียรติ (พ.ศ.2543) และสัมฤทธิ์ (พ.ศ.2543).

6 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

ของการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพกระทบต่อสังคมในวงกว้าง ต่อสุขภาพ ต่อชีวิต และต่อความเป็นอยู่ของประชาชน โดยเฉพาะในการปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ความพยายามในการปฏิรูปใดๆ จึงควรจะเป็นการดำเนินการที่มีส่วนร่วมจากผู้ที่ได้รับผลกระทบ คือประชาชน ผู้ให้บริการ ภาครัฐ รวมทั้งกลุ่มต่างๆ ในสังคมที่เกี่ยวข้องด้วย การมีส่วนร่วมโดยกลุ่มต่างๆ ในตลอดกระบวนการนโยบายของการปฏิรูป นอกจากจะมีประโยชน์จากการระดมความคิดที่หลากหลายและรอบคอบในการกำหนดรายละเอียดของระบบใหม่แล้ว ยังเป็นการสร้างความพร้อมทางการเมืองให้กับการปฏิรูปด้วย เพราะเป็นวิธีการให้ได้มาซึ่งระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม และการมีส่วนร่วมก็เป็นการเพิ่มโอกาสที่การปฏิรูปจะได้รับการยอมรับจากประชาชนและกลุ่มต่างๆ ในสังคม รวมทั้งระบบการเมืองด้วยวิธีการใช้ในสิงคโปร์และออสเตรเลียชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จอันเกิดจากการเตรียมความพร้อมทางการเมืองที่ดี

เมื่อรัฐบาลสิงคโปร์ต้องการผลักดันการปฏิรูปเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพโดยการเสนอระบบกองทุน Medisave กระทรวงสุขภาพดำเนินการระดมความคิดและสร้างความเห็นร่วมในสังคมในวงกว้างก่อน โดยการเปิดอภิปรายร่วมหลายๆ ครั้งกับแพทย์ มหาวิทยาลัยกับผู้แทนสหพันธ์แรงงาน สมาคมวิชาชีพ การนำเสนอโครงการ Medisave ในเอกสารแผนสุขภาพแห่งชาติสู่สาธารณะ และระดมความเห็นของประชาชนผ่านสื่อต่างๆ และการอภิปรายในชุมชนกระบวนการนโยบายดังกล่าวใช้เวลาเพียง 3 ปีตั้งแต่การคิดโครงการสู่การอนุมัติแผนเพื่อนำไปปฏิบัติ

กระบวนการสู่การนำเอามาตรการจ่ายค่าตอบแทนบริการแบบ casemix-based funding ที่ใช้ DRG ในออสเตรเลีย ก็ผ่านการสร้างการมีส่วนร่วมและระดมความคิดจากผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะโรงพยาบาลและแพทย์อย่างกว้างขวาง โดยใช้รูปแบบวิธีที่หลากหลายมาก ตั้งแต่การจัดอภิปราย จัดอบรม ทำวารสารเพื่อสื่อแนวคิดและรายละเอียดทางเทคนิค รายงานกิจกรรมและความคืบหน้า ตลอดไปจนถึงการทำโครงการทดลอง จนกระทั่งกติกการจ่ายค่าตอบแทนใหม่ซึ่งถือเป็นมาตรการที่ควบคุมผู้ให้บริการได้รับการยอมรับจากผู้ให้บริการและนำไปใช้ในบางรัฐปรากฏการณ์นี้ต้องนับว่าเป็นผลสำเร็จอย่างมากในออสเตรเลีย เนื่องจากการต่อสู้ทางการเมืองที่ค่อนข้างรุนแรงในการปฏิรูประบบสุขภาพในหลายทศวรรษที่ผ่านมา และแรงต่อต้านที่สำคัญอันหนึ่งมาจากกลุ่มผู้ให้บริการ⁴⁴

1.9 การเตรียมความพร้อมทางเทคนิค

ความพยายามในการผลักดันกฎหมายหรือแผนแห่งชาติเพื่อการอนุมัติระบบใหม่จัดเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการปฏิรูป แต่การก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริงตามวัตถุประสงค์ของการปฏิรูปต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ โดยเฉพาะความพร้อมของระบบที่มีอยู่ในการดำเนินการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปตามระบบใหม่ที่ต้องการด้วย ประสบการณ์การดำเนินงานสร้างความพร้อมทางเทคนิคที่ใช้ในไต้หวันเป็นประสบการณ์ที่น่าเรียนรู้เป็นอย่างยิ่ง

ก่อนที่จะมีการออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 1994 รัฐบาลไต้หวัน

⁴⁴ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในสุพัตรา (พ.ศ.2543) และ จเร (พ.ศ.2542).

วางแผนและทำการปรับโครงสร้างระบบสุขภาพตามยุทธศาสตร์ 4 ด้านคือ

1. สร้างเครือข่ายบริการทางแพทย์ ขยายบริการไปยังท้องถิ่นห่างไกล
2. ประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยขยายหลักประกันไปยังประชากรกลุ่มต่างๆ ที่ยังไม่มีประกัน ก่อนที่จะรวมระบบประกันทั้งหมดเข้าด้วยกัน
3. สร้างเครือข่ายข้อมูลสถานบริการ และ
4. เพิ่มการผลิตแพทย์ประจำครอบครัว ทั้งนี้ เป็นการนำมาตรการหลายๆ ด้านพร้อมๆ กัน เพื่อเตรียมความพร้อมของโครงสร้างระบบที่จะเป็นตัวรองรับการดำเนินงานของระบบใหม่ ก่อนที่จะประกาศบังคับใช้ระบบใหม่ตามกฎหมาย⁴⁵

1.10 การสื่อสารนโยบายกับผู้ปฏิบัติและระบบการติดตามการดำเนินงานมีผลต่อความสำเร็จของการปฏิรูป

ถึงที่สุดแล้ว ความสำเร็จของการปฏิรูปอยู่ที่การสามารถนำระบบใหม่ไปดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือเกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ผู้ปฏิบัติงานจริงในส่วนต่างๆ จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการปฏิรูป หากผู้ปฏิบัติไม่เข้าใจหรือไม่เห็นด้วยกับการเปลี่ยนแปลงย่อมเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการที่ตามมาหลังจากที่กฎหมายหรือแผนงานได้รับการอนุมัติ กรณีที่เกิดขึ้นในนิวซีแลนด์เมื่อครั้งการปฏิรูปที่ให้ Regional Health Authority ทำสัญญาซื้อบริการกับ Crown Health Enterprise เนื่องจากในขั้นตอนการกำหนดนโยบายปฏิรูปไม่ได้มีการสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ ประกอบกับการขาดกลไกประสานติดตามการดำเนินงานที่ดี เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาหลายประการทั้งในเรื่องการเจรจาต่อรองเพื่อซื้อบริการและการจัดบริการ และเป็นเหตุให้ต้องการปฏิรูปไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ⁴⁶

2. บทเรียนจากต้นแบบโครงสร้างของระบบ

2.1 แหล่งที่มาของงบประมาณสุขภาพ

ไม่ว่าแหล่งเงินงบประมาณสุขภาพจะเก็บมาจากแหล่งใดหรือด้วยวิธีการใด ถึงที่สุดแล้ว ผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่ายก็คือประชาชนโดยรวม ประเด็นสำคัญในการจัดการองค์ประกอบของระบบในด้านของแหล่งงบประมาณก็คือการคำนึงถึงความชอบธรรม การกระจายภาระทางการคลัง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในสังคม และประสิทธิภาพในการบริหารการคลัง

ประเทศต่างๆ มีวิธีการทางการคลังสุขภาพที่แตกต่างกัน บ้างใช้เงินภาษีทั่วไปเป็นค่าใช้จ่าย บ้างใช้การสมทบโดยลูกจ้าง นายจ้างและรัฐ บ้างใช้การเก็บเบี้ยประกัน แต่ละวิธีก็มีข้อดีและข้อด้อยต่างๆ กัน ที่น่าสนใจเป็นพิเศษคือความหลากหลายของแหล่งงบประมาณที่สนับสนุนระบบสุขภาพแห่งชาติของไต้หวัน กล่าวคือ นอกเหนือจากการเก็บจากลูกจ้าง นายจ้าง

⁴⁵ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในวิชิต (พ.ศ.2543).

⁴⁶ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในสงวน (พ.ศ.2543).

8 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

และสมทบโดยรัฐแล้ว ยังมีแหล่งเพิ่มเติมคือภาษีบุหรี่ ภาษีสุรา และการออกสลากอีกด้วย การนำภาษีบุหรี่และสุรามาเป็นค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเป็นมาตรการที่มีความสมเหตุสมผล เนื่องจากผลิตภัณฑ์เหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายอย่างซึ่งจะกลายเป็นภาระของระบบสุขภาพด้วย จึงเป็นทางเลือกที่น่าสนใจในการเป็นแหล่งเงินเสริมสำหรับการคลังของระบบสุขภาพ และควรมีการกำหนดอัตราภาษีที่เพียงพอต่อความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ทั้ง 2 ประเภทนี้ ทั้งความเสี่ยงโดยตรงและความเสี่ยงโดยอ้อม

2.2 การสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับประชากรในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

การสร้างหลักประกันสุขภาพในหลายๆ ประเทศ เริ่มต้นจากการประกันกลุ่มผู้ใช้แรงงานเป็นลำดับแรก ปรากฏการณ์นี้มีสาเหตุจากปัจจัยหลายประการ นอกเหนือจากปัจจัยเช่น การรวมกลุ่มของผู้ใช้แรงงานเป็นกลุ่มพลังทางการเมือง สภาวะความยากลำบากของผู้ใช้แรงงานและความเห็นใจจากกลุ่มอื่นๆ แล้ว ความง่ายของการบริหารจัดการในด้านการระดมกลุ่มเป้าหมายที่มีสถานที่ทำงานรวมกันอย่างชัดเจน การรวบรวมเงินสำหรับกองทุนเนื่องจากกลุ่มแรงงานอุตสาหกรรมอยู่ในระบบการจ้างงานภาคทางการ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการให้กลุ่มนี้มีโอกาสในเรื่องหลักประกันสุขภาพก่อนกลุ่มอื่นๆ ในสังคม สำหรับประเทศที่มีประชากรอยู่ในการจ้างงานภาคทางการเป็นส่วนใหญ่ และ/หรือมีระบบบำนาญประชากรที่สมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ การจัดระบบหลักประกันแบบที่มีฐานจากการจ้างงาน (employment-based insurance) เป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายกว่า แต่สำหรับประเทศที่มีประชากรส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ เช่นเกษตรกร การบริหารจัดการระบบในแบบ employment-based เป็นไปได้ยาก จำเป็นต้องใช้วิธีอื่นเสริม การจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพในเยอรมนี ญี่ปุ่น เกาหลี มีทั้งที่จัดตามการจ้างงานและตามพื้นที่ด้วย เช่น ระบบกองทุนชุมชนในญี่ปุ่นที่มีฐานอยู่ที่ชุมชน (community-based) มีวิธีการรวบรวมงบประมาณเข้ากองทุน 2 วิธี คือการเก็บเบี้ยประกันหรือการเก็บภาษีท้องถิ่น ซึ่งดำเนินการโดยท้องถิ่นเอง การจัดการทางด้านการคลังในลักษณะนี้เป็นวิธีที่น่าจะได้รับการศึกษาและประเมินโดยละเอียดต่อไป เนื่องจากประเทศไทยมีภาคการเกษตรเป็นภาคใหญ่ การสร้างระบบประกันสุขภาพเพื่อครอบคลุมเกษตรกรทั้งหมดเป็นโจทย์ที่สำคัญข้อหนึ่งของการออกแบบระบบสุขภาพ

2.3 จำนวนกองทุนประกันสุขภาพ

กองทุนเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการระบบสุขภาพ บางประเทศเช่นอังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ไต้หวัน และสิงคโปร์ ใช้ระบบกองทุนจำนวนน้อยๆ คือ ยกเว้นสิงคโปร์ ซึ่งใช้ระบบ 3 กองทุนแล้ว ประเทศอื่นๆ ที่กล่าวข้างต้นนี้มีเพียง 1 กองทุน การมีเพียงกองทุนจำนวนน้อยมีข้อดีในแง่ของความเรียบง่ายไม่ซับซ้อน (simplicity) บริหารจัดการง่าย การกำหนด

กฎเกณฑ์ต่างๆ ทำได้พร้อมกันทีเดียว และมีต้นทุนในการจัดการรวมต่ำกว่า เนื่องจากไม่มีการซ้ำซ้อนกันระหว่างงานที่มีลักษณะเดียวกันเช่นการบริหารโดยหลายๆ กองทุน นอกจากนี้ การมีกองทุนเดียวหรือจำนวนน้อย ทำให้มีฐานสมาชิกมากซึ่งจะส่งผลให้กองทุนมีอำนาจในการเจรจาต่อรองในการซื้อบริการสูงขึ้น

มีหลายประเทศที่ใช้ระบบประกันที่มีกองทุนจำนวนมาก เช่นที่พบในเยอรมนี เกาหลีและญี่ปุ่น โดยที่กองทุนเหล่านี้มีการจัดตั้งโดยแบ่งตามอาชีพ ตามพื้นที่ หรือตามอายุ การมีกองทุนย่อยๆ จำนวนมากมีข้อดีในแง่ที่เกิดการแข่งขันกันระหว่างกองทุน แต่ละกองทุนสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของสมาชิกได้โดยตรงมากกว่า เนื่องจากมีจำนวนสมาชิกที่น้อยลงกว่าประเภทกองทุนเดียวทั่วประเทศ แต่ก็มีข้อเสียในแง่ที่การแข่งขันนี้อาจนำไปในลักษณะที่แต่ละกองทุนพยายามคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายสมาชิกที่มีความเสี่ยงน้อยกว่า กีดกันบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในระบบรวม สำหรับในญี่ปุ่นซึ่งแยกกองทุนของผู้สูงอายุออกมาเป็นระบบต่างหาก ยิ่งเป็นปัญหาในเรื่องความเสี่ยงมากขึ้น ไม่เป็นไปตามหลักการรวมความเสี่ยง (pooled risk) ของระบบประกัน

การมีกองทุนจำนวนมากจำเป็นต้องมีระบบกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนเกิดขึ้น มิฉะนั้น บางกองทุนอาจไม่สามารถที่จะอยู่รอดได้ นอกจากนี้ การมีกองทุนจำนวนมากยังอาจเกิดปัญหาในทางการบริหารจัดการในเรื่องการจ่ายค่าตอบแทน ในญี่ปุ่นซึ่งนอกจากจะมีกองทุนจำนวนหลายพันกองทุนแล้ว ยังมีผู้ให้บริการจำนวนหลายแสนราย ทำให้ต้องมีหน่วยงานต่างหากคือ clearing house มาจัดการในเรื่องจ่ายค่าตอบแทนบริการสุขภาพ

2.4 บทบาทของกองทุนประกันสุขภาพ

บทบาทของกองทุนมีส่วนสำคัญในการบริหารประสิทธิภาพของระบบ กองทุนที่ทำหน้าที่เพียงตัวกลางการรวบรวมเงิน และผ่านเงินโดยเบิกจ่ายไปสู่ผู้ให้บริการเท่านั้น ไม่ได้มีส่วนในการช่วยในการจัดการด้านค่าใช้จ่ายและคุณภาพของบริการสุขภาพดังที่ควรจะเป็น กองทุนควรทำหน้าที่ในการเป็นผู้ซื้อบริการที่ชาญฉลาด (prudent purchaser) ทำการคัดเลือก เจรจาต่อรอง ตลอดจนกำกับตรวจสอบคุณภาพของผู้ให้บริการด้วย

2.5 การให้กลุ่มผู้ให้บริการรับผิดชอบการกระจายค่าตอบแทน

ในเยอรมนี องค์กรวิชาชีพเป็นตัวแทนของผู้ให้บริการในการเจรจาเพื่อกำหนดอัตราค่าตอบแทนบริการ และเป็นผู้จ่ายค่าตอบแทนให้แก่สมาชิก ระบบนี้มีจุดที่น่าสนใจเนื่องจากเป็นระบบที่ช่วยให้การบริหารจัดการเรื่องการจ่ายค่าบริการของกองทุนสะดวกขึ้น เปิดโอกาสให้กลุ่มวิชาชีพมีส่วนร่วมในการร่วมตกลง ในขณะเดียวกันก็ให้กลุ่มวิชาชีพทำหน้าที่ตรวจสอบและคานอำนาจในหมู่สมาชิกตนเอง

10 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

2.6 มาตรการจ่ายค่าบริการสุขภาพ

การจ่ายค่าบริการสุขภาพมีวิธีการที่หลากหลายมาก ตั้งแต่การจ่ายแบบต่อรายการ ต่อครั้ง ต่อหัว ต่อวันนอน เป็นต้น แต่ละวิธีต่างก็มีจุดอ่อนจุดแข็งในตัว ไม่มีวิธีใดที่สมบูรณ์แบบ ประเทศต่างๆ เลือกใช้วิธีการต่างๆ กันในการจ่ายค่าตอบแทนบริการทางการแพทย์ ยา โรงพยาบาล และอื่นๆ ข้อมูลจากการศึกษาระบบและการปฏิรูปสุขภาพในแต่ละประเทศในที่นี้ ยังไม่เพียงพอที่จะเอื้อให้สรุปได้ว่า วิธีการจ่ายค่าบริการสุขภาพระบบใดเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงมหภาค แต่จากการศึกษาอื่นๆ จำนวนไม่น้อยที่ทำในระดับจุลภาค ทำให้ขณะนี้มียอดความรู้ที่ทราบถึงข้อดีข้อเสียของมาตรการจ่ายแต่ละวิธี เช่นการจ่ายต่อรายการ เป็นวิธีที่ให้อิสระต่อทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการได้มาก แต่มักนำไปสู่การให้บริการรายการ และ/หรือให้บริการในรายการที่ราคาสูง เป็นเหตุให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงขึ้น ส่วนการจ่ายต่อหัวเป็นวิธีที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี แต่มีแรงจูงใจให้ผู้บริการจำกัดการให้บริการดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น ระบบสุขภาพจำเป็นต้องกำหนดมาตรการที่เหมาะสม โดยมีนโยบายเป็นตัวนำ เช่นอาจกำหนดให้มีการจ่ายบริการทางด้านการป้องกันโรคแบบต่อรายการ เพื่อส่งเสริมการป้องกันโรค ในขณะที่ใช้มาตรการการจ่ายต่อหัวในบริการรักษาพยาบาล ทั้งนี้จะต้องมีกลไกในระบบที่สามารถกำกับตรวจสอบ ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างคุณภาพและค่าใช้จ่ายของบริการ

2.7 มาตรการด้านผู้ใช้บริการ

การประกันทำให้ค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการ ณ จุดที่ใช้บริการลดต่ำลง มีข้อมูลจำนวนมากที่แสดงว่าผู้ประกันตนใช้บริการมากกว่าผู้ไม่ได้ประกัน เป็นปรากฏการณ์ที่เรียกว่า moral hazard ของการประกัน การกำหนดมาตรการที่ให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการเป็นมาตรการที่ต้องการลดการใช้บริการมากเกินไปดังกล่าวกว่า การสร้างข้อกำหนดเช่นนี้ จำเป็นที่จะต้องออกแบบให้เกิดความสมดุลระหว่างการลดอัตราการใช้บริการกับการเพิ่มภาระให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ในหลายประเทศเช่นออสเตรเลีย มีระบบที่กำหนดอัตราการร่วมจ่ายที่แตกต่างกันระหว่างผู้มีรายได้น้อยกับบุคคลกลุ่มอื่น และมีระบบการกำหนดเพดานการร่วมจ่ายต่อปี เมื่อจ่ายถึงระดับเพดานแล้ว ก็ไม่ต้องร่วมจ่ายอีกในปีนั้น ซึ่งเป็น safety net ให้กับผู้ใช้บริการ เป็นต้น

2.8 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมช่วยให้การจัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบประกันสุขภาพในหลายประเทศเช่น อังกฤษ เยอรมนี ออสเตรเลีย มีข้อกำหนดให้ผู้ใช้บริการต้องพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก่อนจึงสามารถใช้บริการจากแพทย์เฉพาะทางและโรงพยาบาลได้ แต่ในบางระบบเช่นของไต้หวัน ใช้วิธีการกำหนดอัตราการร่วมจ่ายของผู้ป่วยที่แตกต่างกันในแต่ละระดับของการใช้บริการ กล่าวคือ ผู้ที่ใช้บริการแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

ก่อน มีการผ่านระบบส่งต่อ จะเสียค่าร่วมจ่ายในอัตราต่ำ ส่วนผู้ที่ไม่ผ่านระบบส่งต่อ ต้องเสียค่าร่วมจ่ายในอัตราสูง ในขณะเดียวกัน บางระบบก็ให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกผู้ให้บริการระดับใดก็ได้

โดยหลักการแล้ว ระบบควรมีมาตรการในการส่งเสริมการส่งต่อผู้ป่วย การสร้างข้อกำหนดในระบบสุขภาพดังกล่าว น่าจะพิจารณาควบคู่กับความสะดวกในการใช้บริการและค่านิยมในการรักษาความเห็นจากหลายๆ ทางของผู้ป่วยไทย

2.9 บทบาทของรัฐบาล

รัฐบาลในเกือบทุกประเทศทั่วโลกมีบทบาทในระบบสุขภาพของประเทศ (ยกเว้นรัฐบาลในบางประเทศซึ่งเกิดสงคราม เช่นในแอฟริกา) บริการสุขภาพไม่จัดเป็นบริการในข่ายของสินค้าและบริการที่ควรปล่อยให้เป็นการของเอกชนเท่านั้น หรือปล่อยให้ไปตามกลไกของตลาดแต่เพียงอย่างเดียว ในประเทศที่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้ง 8 ประเทศในกลุ่มนี้ รัฐบาลเป็นตัวหลักในการผลักดันให้มีการสร้างหลักประกันถ้วนหน้า แม้แต่ในประเทศซึ่งการริเริ่มกระบวนการมาจากกลุ่มอื่นในสังคม แต่รัฐบาลมีบทบาทหลักในกระบวนการปฏิรูปของทุกประเทศ รัฐบาลเป็นผู้บริหารหลักในการจัดการระบบประกันในอังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ไต้หวัน และสิงคโปร์ รัฐบาลมีส่วนในการบริหารจัดการกองทุนส่วนหนึ่งในญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ นอกจากนี้ ยังพบว่า ในทุกประเทศในกลุ่มนี้ยกเว้นอังกฤษ รัฐบาลมีบทบาทในด้านการจัดบริการป้องกันโรค

ฉะนั้น รัฐบาลจึงต้องมีบทบาทในระบบสุขภาพ โดยที่ขอบข่ายของบทบาทหน้าที่อาจมีความแตกต่างกันไปตามสภาพของแต่ละประเทศ อย่างน้อยต้องมีบทบาทในการกำหนดกฎเกณฑ์กำกับดูแล อาจเป็นผู้จัดการด้านการคลัง รวมถึงจัดการด้านบริการที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึงที่ ตลอดจนระบบมีประสิทธิภาพ

2.10 การใช้อำนาจทางงบประมาณเป็นเครื่องมือในการดำเนินนโยบาย

ระบบจำเป็นจะต้องมีกลไกที่ทำให้มีการดำเนินการตามข้อกำหนดที่เป็นจริง โดยเฉพาะช่วงแรกของการปฏิรูปซึ่งระบบใหม่อาจไม่ได้รับความร่วมมือจากผู้ที่ไม่เห็นด้วย งบประมาณสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการทำให้ผู้ปฏิบัติดำเนินการตามนโยบายที่ต้องการ ดังเช่นวิธีการที่รัฐบาลสหพันธ์ของออสเตรเลียใช้กับรัฐบาลของมลรัฐที่ไม่ให้ความร่วมมือต่อโครงการประกันสุขภาพ โดยที่รัฐบาลสหพันธ์กำหนดเงื่อนไขว่ามลรัฐต้องดำเนินการตามนโยบายจึงจะจัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลในสังกัดของมลรัฐ จนในที่สุดสามารถทำให้โครงการประกันสุขภาพสามารถดำเนินการได้ในมลรัฐต่างๆ

นอกจากนี้ โครงสร้างของระบบควรมีกลไกการติดตามตรวจสอบการดำเนินการของระบบเป็นระยะๆ โดยเฉพาะควรมีระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องการติดตามประเมินระบบด้วย

12 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

3. สรุป

ประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพใน 10 ประเทศที่ทำการศึกษานี้ ได้ให้บทเรียนที่น่าสนใจทั้งในด้านของสาระโครงสร้างระบบและด้านกระบวนการการปฏิรูป

ทางด้านโครงสร้างระบบนั้น ระบบหลักประกันสุขภาพต้องคำนึงถึงความเท่าเทียม คุณภาพและประสิทธิภาพในการกำหนดสิทธิประโยชน์บริการที่จะได้รับและภาระของผู้มีสิทธิ และวิธีการจ่ายค่าบริการ แหล่งที่มาของงบประมาณสุขภาพและอัตราค่าเบี้ยประกันหรือภาษีที่เก็บต้องคำนึงถึงความชอบธรรม การกระจายภาระการคลัง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในสังคม และประสิทธิภาพในการบริหารการคลัง นอกจากงบประมาณจะมาจากการเก็บจากสมาชิกของระบบและการสมทบแล้ว ภาษีจากสินค้าที่ก่อผลเสียต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่และสุรา เป็นแหล่งงบประมาณเสริมที่สมเหตุสมผล กองทุนประกันสุขภาพควรมีกองทุนเดี่ยวหรือมีจำนวนไม่มากนัก เพื่อประโยชน์ในการรวมความเสี่ยงและการบริหารจัดการ กองทุนควรทำหน้าที่ผู้ซื้อบริการที่ชาญฉลาด ทำการคัดเลือก เปรียบเทียบราคา ตรวจสอบคุณภาพของผู้ให้บริการ ไม่ใช่เป็นเพียงตัวกลางในการรวบรวมเงิน และผ่านเงินไปสู่ผู้ให้บริการเท่านั้น ระบบต้องมีมาตรการการจ่ายค่าบริการที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ และในขณะเดียวกันก็ส่งเสริมบริการทางด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะก่อให้เกิดผลในการพัฒนาสุขภาพและประสิทธิภาพของระบบในระยะยาว

ทางด้านกระบวนการปฏิรูปนั้น พบว่า โครงสร้างของระบบสุขภาพใหม่ที่นำเสนอ จะได้รับการยอมรับจากประชาชนหากมีความสอดคล้องกับค่านิยมของสังคม หากโครงสร้างไม่สอดคล้องกับค่านิยมของสังคม โอกาสที่การปฏิรูปจะสำเร็จก็จะลดลง การปฏิรูประบบต้องแก้ไขปัญหาคอขวดประกอบหลายๆ ส่วน หากมุ่งที่จะแก้เฉพาะหน้าเพียงส่วนใดส่วนหนึ่งหรือด้านใดด้านหนึ่ง อาจจะเป็นเหตุให้เกิดผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ในด้านอื่นๆ และสร้างปัญหาใหม่ตามมา ความสำเร็จของการปฏิรูปขึ้นกับการยอมรับและการให้ความร่วมมือของกลุ่มพลังต่างๆ ในสังคม ทั้งผู้บริโภค ผู้ให้บริการ และรัฐบาล ในขณะเดียวกัน การเพียงผ่านกฎหมายปฏิรูปไม่ได้เป็นหลักประกันของความสำเร็จของการปฏิรูป แต่ต้องดำเนินการได้อย่างเป็นจริงในขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติด้วย ฉะนั้น การเตรียมความพร้อมทางการเมืองและการสร้างความพร้อมทางเทคนิค จึงเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ

บรรณานุกรม

- จเร วิชาติไทย. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศออสเตรเลีย. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2542.
- ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2543.
- วิจิต เปาณิล. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศไต้หวัน. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2543.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยที่เน้นผู้ดูแล. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2543.
- สมศักดิ์ ธรรมชิตวัฒน์. การศึกษาบทบาทของประเทศไทยของสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2543.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2543.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่น. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2543.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2543.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยสิงคโปร์. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2543.
- อาทรรักษ์ ไข่มุกด์. การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยมาเลเซีย. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2543.
- Anderson JE. Public Policy-Making. 3rd ed. New York : CBS College Publishing. 1984.
- Bloom AL. Health Reform in Australia and New Zealand. South Melbourne, Australia: Oxford University Press. 2000.
- Cobb R., Ross JK, Ross MH. Agenda building as a comparative political process. The American Political Science Review. 1976. 70: 126-138.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care. The Australian Health Care System: An Outline. <http://www.health.gov.au/haf/pubs/ozhealth/ozsys299.htm>, February 1999. Accessed 7 July 2000.
- Dye TR. Understanding Public Policy. 6th ed. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall. 1987.
- Heady F. Public Administration: A Comparative Perspective. 3rd ed.

14 หมายเหตุ:บรรณานุกรม : 10 บรรณานุกรม

New York: Marcel Dekker. 1984.

Heidenheimer AJ, Heclo H, Adams CT. Comparative Public Policy : The Politics of Social Choice in Europe and America. New York : St. Martin's Press. 1975.

Heidenheimer AJ, Heclo H, Adams CT. Comparative Public Policy : The Politics of Social Choice in America, Europe and Japan. 3rd ed. New York : St. Martin's Press. 1990.

Iglehart Jk. Health Policy Report: Japan's medical care system. (Part One) The New England Journal of Medicine 1988. 319(12): 807-12.

Iglehart Jk. Health Policy Report: Japan's medical care system. (Part Two) The New England Journal of Medicine 1988. 319(17): 1166-72.

Iglehart Jk. Health Policy Report: Germany's Health Care System (First of Two Parts). The New England Journal of Medicine 1991. 324(7): 503-8.

Iglehart Jk. Health Policy Report: Germany's Health Care System (Second of Two Parts). The New England Journal of Medicine 1991. 324(24) : 1750-56.

Jones CO. An Introduction to the Study of Public Policy. 3rd ed. Monterey, CA: Brooks/Cole Publishing. 1984.

Lim Meng-Kin. Health care system in transition II. Singapore, Part 1: An overview of health care systems in Singapore. Journal of Public Health Medicine 1998. 20(1): 16-22.

Lindblom CE. The Policy-Making Process. 2nd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 1980.

Organization for Economic Co-Operation and Development. The Reform of Health Care: A comparative Analysis of Seven OECD Countries. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development. 1992.

Organization for Economic Co-Operation and Development. The Reform of Health Care System: A Review of Seventeen OECD Countries. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development. 1994.

Ratanawijitrasin S. The Dynamics of Health Care Finance: A Feedback View of System Behavior. Doctoral Dissertation, Rockefeller College of Public Affairs and Policy, State University of New York at Albany. 1993.

Reich MR. The politics of health sector reform in developing coun-

tries: three cases of pharmaceutical policy. Health Policy 1995. 32: 47-77.

Schattschneider EE. The Semi-Sovereign People. New York: Holt, Rinehart and Winston. 1960.

Terris, M. The three world systems of medical care: Trends and prospects. American Journal of Public Health 1978. 68(11): 1125-31.

Walt G. Health Policy: An Introduction to Process and Power. London: Zed Books. 1994.

World Bank. Health expenditure, services, and use. In 1999 World Development Indicators. Washington DC: the World Bank. 1999.

World Health Organization. Health Systems: Improving Performance. The World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization. 2000.

Korean prosecutors threaten criminal charges against striking doctors.

<http://www.cnn.com/2000/HEALTH/06/21/skorea.medical.ap/index.html>.
21 June 2000. Accessed 23 June 2000.

16 การปฏิรูประบบสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ

- 1 Heidenheimer, Heclo และ Adams (1990).
- 2 Heady (1984).
- 3 รายละเอียดและตัวอย่างในการวิเคราะห์นโยบายด้านต่างๆได้จาก Anderson (1984), Jones (1984).
- 4 อ้างอิงรายงานของแต่ละประเทศตาม 10 รายการแรกในบรรณานุกรม
- 4 OECD (1992)
- 5 OECD (1992)
- 6 OECD (1992)
- 7 OECD (1992)
- 8 OECD (1992)
- 9 Commonwealth Department of Health and Aged Care (1999)
- 10 Bloom (2000)
- 11 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr. Bong-Min Yang อาจารย์ประจำ Seoul National University เมื่อ 1 มิถุนายน ค.ศ. 2000 ที่กรุงเทพฯ
- 12 CNN.com (2000).
- 13 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr. Bong-Min Yang อาจารย์ประจำ Seoul National University เมื่อ 1 มิถุนายน ค.ศ. 2000 ที่กรุงเทพฯ
- 14 Lim (1998)
- 15 Lim (1998)
- 16 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr. Lim Meng-Kin อาจารย์ประจำ National University of Singapore เมื่อ 1 มิถุนายน ค.ศ. 2000 ที่กรุงเทพฯ
- 17 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Dr. Lim Meng-Kin
- 1 ข้อมูลจาก World Health Report 2000. 2 ข้อมูลจาก World Bank 1999.
- 18 Terris (1978).
- 19 ดูประมวลงานวิจัยเกี่ยวกับผลของมาตรการจ่ายร่วมต่อพฤติกรรมการใช้บริการของผู้ป่วยได้ใน Ratanawijitrasin (1993).
- 20 รัฐบาลเกาหลีกำหนดให้มีการรวมกองทุนทั้งหมดเข้าเป็นกองทุนเดียวในเดือนกรกฎาคม 2000
- 21 World Health Report 2000
- 22 ลัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี (พ.ศ.2543).
- 23 ดูแนวทางในการประเมินระบบสุขภาพได้ใน WHO (2000) และดูประมวลงานวิจัยเกี่ยว