

รายงานโครงการวิจัยเรื่อง

การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศไทยได้วัน

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โดย

นายวิจิต เปานิต

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2543

คำนำ

ปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแทบทุกประเทศในโลก ในขณะที่มีประชาชนอีกเป็นจำนวนมากไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น พื้นฐาน พร้อมๆ ไปกับรูปแบบของความเจ็บป่วยในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปสู่โรคเรื้อรัง อุบัติภัย และการรับพิษภัยจากมลภาวะ ทำให้ประเทศต่างๆ ต้องปรับแนวคิดครั้งใหญ่ในการมองและแก้ปัญหาสุขภาพ โดยได้คิดรูปแบบ และเทคนิควิธีการต่างๆ ขึ้นมาใช้อย่างเป็นรูปธรรม ที่รู้จักกันในนาม “การปฏิรูประบบสุขภาพ”

สาธารณรัฐจีนไต้หวัน เป็นประเทศหนึ่งที่น่าเอาแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีการพัฒนาขึ้นมาใช้ในการแก้ปัญหานี้ของประเทศ มีการเตรียมการปฏิรูปอย่างรัดกุมจนนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่สุด คือการนำเอาระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้หลักประกันด้านสุขภาพกับประชาชนทุกคนในประเทศมาใช้เมื่อเดือนมีนาคม 1995 และเนื่องจากประเทศไต้หวันมีลักษณะหลายด้านที่คล้ายคลึงกับประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นระบอบการปกครอง เศรษฐกิจ การเมือง หรือวัฒนธรรม การศึกษากลยุทธ์ เทคนิควิธี รวมทั้งปัญหาข้อจำกัดในการปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวัน น่าจะเป็นบทเรียนที่ดีที่จะนำมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อเตรียมการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ที่เผชิญปัญหาด้านสุขภาพในลักษณะเดียวกับที่ประเทศไต้หวันประสบมาแล้ว และกำลังกำหนดทิศทางในการปฏิรูประบบสุขภาพอยู่

ผู้ศึกษาขอขอบคุณ Information Division, Taipei Economic and Trade Office in Thailand ที่กรุณาเอื้อเฟื้อข้อมูลที่มีประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผ.ศ. ดร. สุพจน์ เด่นดวง คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้ให้คำแนะนำในการศึกษาเรื่องนี้อย่างใกล้ชิดมาโดยตลอด และขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอผิดพลาดใดๆ ที่มีในการศึกษาฉบับนี้ ผู้ศึกษาขออ้อมรับคำแนะนำด้วยความยินดี

นายวิจิต เปานิล

20 มีนาคม 2543

บทคัดย่อ

การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศไทยไต้หวัน

วิจิต เปาณิล

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

มีนาคม 2543

การศึกษานี้ทำขึ้นเพื่อนำเสนอพัฒนาการของระบบสุขภาพของไต้หวัน ทั้งในส่วนปัญหา และวิธีการแก้ไข โดยเฉพาะประเด็นการปฏิรูประบบสุขภาพ เพื่อใช้เป็นบทเรียนประกอบการพัฒนาระบบสุขภาพของไทย โดยศึกษาจากเอกสารเป็นหลักแล้วนำเสนอและวิเคราะห์ตามแนวทางการศึกษาเชิงคุณภาพ ไต้หวันประสบความสำเร็จอย่างสูงในการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม คำนึงทางสุขภาพต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมวัฒนธรรมจากการพัฒนาประเทศ ได้ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพตามมา จนทำให้รัฐบาลต้องปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ โดยดำเนินการ 4 ด้านหลัก คือ 1) ปรับปรุงระบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ เพื่อการประสานการให้บริการครอบคลุมมากขึ้น 2) สร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ โดยรวมระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมเข้าด้วยกันแล้วขยายให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ในเดือนเมษายน 1999 ครอบคลุมประชากรได้ถึงร้อยละ 96.06 บริหารการเงินแบบ fee-for-service ร่วมกับ co-payment 3) โครงการสร้างเครือข่ายฐานข้อมูลให้สถานบริการในพื้นที่แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้ และ 4) โครงการผลิตแพทย์ประจำครอบครัว ที่จะช่วยให้แพทย์ปฏิบัติงานในชุมชนและบริการฉุกเฉินได้ดีขึ้น การดำเนินงานที่ผ่านมาถือว่าประสบความสำเร็จพอสมควร ปัญหาที่เป็นผลต่อเนื่องจากโครงการดังกล่าวคือประชาชนใช้บริการทางสุขภาพเพิ่มขึ้นมาก จนค่าใช้จ่ายรวมสูงกว่าเบี้ยประกันที่เก็บได้ ทำให้ต้องพยายามหามาตรการทางการเงินรวมทั้งออกกฎหมายในการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลให้เข้มงวดมากขึ้น ซึ่งได้กลายเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของกลุ่มคนที่จำเป็นต้องใช้บริการด้วย บทเรียนของไต้หวันเมื่อนำมาใช้กับไทยคงต้องพิจารณาความเหมือนและความต่างของประเทศทั้ง 2 ด้วย โดยเฉพาะฐานะทางเศรษฐกิจและความเข้มแข็งทางการเมืองที่ไทยแตกต่างจากไต้หวันมาก แนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่ไต้หวันดำเนินการต้องใช้งบประมาณสูงมาก ยังคงเน้นที่การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเป็นหลัก และยังคงมีปัญหาด้านพฤติกรรมของประชาชนที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อเนื่องอย่างไม่มีที่สิ้นสุด การปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวันอาจต้องถูกตั้งคำถามว่าจะแก้ปัญหาที่แท้จริงด้านสุขภาพได้เพียงใด ตามแนวทางนี้ธุรกิจยา เทคโนโลยีทางการแพทย์และธุรกิจบริการสุขภาพอาจเป็นผู้ที่ได้รับผลประโยชน์มากกว่าประชาชน การเตรียมการเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย นอกจากใช้บทเรียนจากการปฏิรูปของต่างประเทศแล้ว อาจต้องค้นหาวิธีการอื่นและมุมมองอื่นที่มาจากพื้นฐานของสังคมวัฒนธรรมไทยประกอบด้วย

คำค้น: ไต้หวัน, สุขภาพ, การปฏิรูประบบสาธารณสุข, การปฏิรูประบบสุขภาพ

ABSTRACT

Health System Reform in Taiwan

Wichit Paonil

Faculty of Pharmacy, Mahidol University

March, 2000

This documentary study presents the developing process of health system in Taiwan. Strategies, tools, and other experiences those are applied to solve health problems in Taiwan will be learned. Taiwan has succeeded in economic and industrial developments as well as impressive gains in the health of the general population. However, new health problems accompany with the rapid rising cost of health expenditure and access to care problems are primary factors for formulating policy in health reform in Taiwan. These are: 1) Setting of Medical Care Network: to balance their medical resources, 2) Applying the National Health Insurance (NHI) Project in 1995, 3) Creating Computerized Patients and Health Information Network to improve health service facilities, and 4) Developing Family Practice Training Programs for their health personnel. This universal coverage NHI program creates monopsony buying power and promotes administrative efficiency. Fee-for service and co-payment are used as financial strategies. Although the health system reform is able to distribute providers and facilities to remote areas and gives a chance for the poor to access health services, the cost of health expenditure is still rising. Many payment mechanisms such as capitation, case payment, or global budget and other administrative strategies are proposed by experts to solve this problem. Many differences between Taiwan and Thailand should be concerned when some health reform strategies will be brought to apply in our country. Very contrast to Thailand, the strength of economic sector and government in Taiwan make at least 2 programs, NHI program and medical care network program, possible. Thus, these strategies should be careful if implement in Thai society. Many tools for health system reform from the Western countries, however, may have limitations for solving health problems in oriental developing countries as Thailand.

Key words: Taiwan, Health care reform, Health system reform.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศไต้หวัน จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอวิวัฒนาการโดยสังเขปของระบบสุขภาพของประเทศไต้หวัน เพื่อแสดงให้เห็นถึงการสั่งสมและการเปลี่ยนแปลงของปัญหา รวมทั้งกระบวนการ และเครื่องมือที่ใช้ในการแก้ปัญหาโดยเฉพาะประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวัน เพื่อนำมาปรับใช้เป็นบทเรียนในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย โดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารเป็นหลัก แล้วนำเสนอและวิเคราะห์ข้ออภิปรายตามแนวทางการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

ประเทศไต้หวันหรือสาธารณรัฐจีน มีพื้นที่เป็นหมู่เกาะใหญ่น้อยประมาณ 80 เกาะ อยู่ในมหาสมุทรแปซิฟิก โดยมีเกาะไต้หวันเป็นเกาะที่ใหญ่ที่สุด มีพื้นที่ประมาณ 36,000 ตารางกิโลเมตร มากกว่าครึ่งหนึ่งของเกาะเป็นเทือกเขาสูง มีประชากรประมาณ 22 ล้านคน เกือบทั้งหมดเป็นชาวจีนฮกเกี้ยนและจีนแคะ อาศัยอยู่กันอย่างหนาแน่นบริเวณที่ราบด้านตะวันตกของเกาะ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มคนพื้นเมืองอยู่ประมาณ 4 แสนคน อาศัยบนพื้นที่ภูเขาสูงในตอนกลางและที่ราบแคบๆ ด้านตะวันออกของเกาะ ไต้หวันปกครองด้วยระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทนมีประธานาธิบดีเป็นผู้นำสูงสุด มีพรรคการเมืองใหญ่ 3 พรรค ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาพรรคก๊กมินตั๋ง เป็นพรรคที่ครองเสียงข้างมากและเป็นรัฐบาลที่มีความมั่นคงมากกว่า 50 ปี ก่อนที่นายเฉิน ชูย เปียน จากพรรคประชาธิปไตยก้าวหน้าจะได้รับการเลือกตั้งให้เป็นประธานาธิบดีเมื่อเดือนมีนาคม 2000 ไต้หวันเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จอย่างสูงทางเศรษฐกิจ มีเงินทุนสำรองสูงเป็นอันดับที่ 3 และเป็นประเทศที่ทำการค้าขายใหญ่เป็นอันดับที่ 14 ของโลก สินค้าหลักที่ส่งออกคืออุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ แผงวงจรไฟฟ้า คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์สำหรับคอมพิวเตอร์

ตลอดช่วงเวลา 50 ปี ที่ไต้หวันได้แยกตัวออกจากจีนแผ่นดินใหญ่ ภาวะสุขภาพของพลเมืองได้รับการดูแลอย่างดี จนทำให้ดัชนีทางสุขภาพต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น อายุขัยเฉลี่ย อัตราตาย อัตราตายของทารกแรกเกิด อัตราเพิ่มของประชากร รวมทั้งปริมาณของสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว อย่างไรก็ตามผลจากการพัฒนาประเทศไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ ได้ทำให้วิถีชีวิตของชาวไต้หวันเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพใหม่ๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นปัญหาโรคเรื้อรังที่เกิดกับผู้สูงอายุที่มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น ปัญหาสุขภาพที่เนื่องมาจากมลพิษจากอุตสาหกรรม โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ รวมทั้งปัญหาในกลุ่มวัยรุ่น เช่น การใช้สารเสพติด ปัญหาดังครรภ์ในวัยรุ่น ความเครียด ปัญหาทันตสุขภาพ และสายตาสั้น

นอกเหนือจากปัญหาสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนไปแล้ว การที่ไต้หวันได้ปล่อยให้ระบบสุขภาพของประเทศตกอยู่ภายใต้กลไกทางการตลาดอย่างสมบูรณ์แบบในช่วงแรก ทำให้สถานบริการทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน กระจัดกระจายเฉพาะในเมืองใหญ่ที่ให้ผลตอบแทนการทำงานสูง ส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแพทย์และ

สถานบริการสุขภาพในเขตชนบท โดยเฉพาะพื้นที่เขตภูเขาสูงและเกาะต่างๆ และมีอัตราการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายสุขภาพในอัตราที่สูงกว่าการเพิ่มขึ้นของรายได้ประชาชาติ ผลจากปัญหาเหล่านี้รัฐบาลได้หันได้พยายามหาทางแก้ไขหลายวิธี และได้วางแผนที่จะนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ โดยดำเนินการ 4 ด้านหลัก คือ

1) การปรับปรุงระบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ ซึ่งเริ่มดำเนินการในปี 1985 ทำเป็นโครงการ 15 ปี เพื่อจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ใหม่ให้กระจายในพื้นที่สมรุดขึ้น โดยแบ่งเขตบริการทางการแพทย์ (medical region) ของไต้หวันออกเป็น 17 เขต ตามจำนวนประชากร สภาพทางภูมิศาสตร์ และเส้นทางคมนาคม แต่ละเขตมีหน้าที่ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือ และสร้างระบบเครือข่ายการให้บริการฉุกเฉินสำหรับเขตของตนขึ้นเอง ซึ่งประกอบด้วยสถานบริการ 4 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์เขต หรือโรงพยาบาลจังหวัดในเขตย่อย รวมทั้งสถานบริการระดับรอง เช่น โรงพยาบาลและคลินิกแพทย์เอกชน ศูนย์ประสานงานบริการ (group practice centers) และสถานีบริการสุขภาพ (health station) ไว้ให้บริการประชาชน โครงการนี้ช่วยลดสัดส่วนของจำนวนแพทย์ในเมืองต่อชนบทจาก 3.2 ลงเหลือเพียง 2.5 มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อจูงใจให้ภาคเอกชนตั้งสถานบริการในพื้นที่ชนบท ระหว่างปี 1992-1998 กองทุนนี้ได้ให้การสนับสนุนแก่โรงพยาบาลแล้ว 191 แห่ง และคลินิก 105 แห่ง ช่วยลดจำนวนเขตขาดแคลนบริการทางการแพทย์จาก 37 เขต ให้เหลือเพียง 2 เขต ส่วนเมืองบนภูเขาที่ห่างไกล และขาดแคลนสถานพยาบาล จะติดตั้งเครื่องมือตรวจรักษาที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงไว้ที่สถานีบริการสุขภาพ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยผ่านเครือข่ายระบบการรักษาด้วยการสื่อสารทางไกล โครงการนี้ช่วยลดปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงสถานบริการเนื่องมาจากปัญหาด้านภูมิศาสตร์ลดลงไปได้มาก

2) สร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ (universal coverage) โดยรัฐบาลไต้หวันได้ลงมติอย่างเป็นทางการในปี 1987 ที่จะนำระบบประกันสุขภาพแบบใหม่นี้มาบังคับใช้กับทุกคน โดยออกกฎหมาย *National Health Insurance Law* ขึ้นมา ระบบประกันนี้ให้ความคุ้มครองบริการทางการแพทย์ ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ค่ายาตามใบสั่งแพทย์ รวมทั้งบริการเพื่อการป้องกันโรค ได้แก่ การตรวจ pap smear และการตรวจร่างกายให้กับกลุ่มเสี่ยง การดูแลก่อนและหลังคลอด โดยได้วางแผนดำเนินการไว้อย่างเป็นขั้นตอน ในช่วงแรกรัฐได้พยายามขยายระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิม 13 แบบ ให้ครอบคลุมประชาชนให้มากขึ้น โดยเริ่มที่กลุ่มคนที่มีรายได้น้อย กลุ่มลูกจ้างและเกษตรกร แล้วขยายให้ครอบคลุมถึงสามีหรือภรรยาของผู้ประกันตน รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวที่พิการของผู้ใช้แรงงาน เกษตรกร และข้าราชการ และในวันที่ 1 มีนาคม 1995 จึงประกาศให้มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด จนถึงเดือนเมษายน 1999 มีผู้ประกันตนทั้งสิ้น 20,872,061 คน ครอบคลุมประชากรร้อยละ 96.06 ของประเทศ

อัตราค่าเบี้ยประกันสุขภาพแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มรัฐจะให้เงินสมทบในอัตราที่แตกต่างกัน ตั้งแต่จ่ายให้ทั้งหมดคนในกลุ่มคนจน คนอายุ 60 ปีขึ้นไป คนพิการระดับปานกลางและรุนแรง และทหารผ่านศึก ส่วนกลุ่มของผู้ที่มีกิจการของตนเองและกลุ่มนักวิชาชีพ รัฐไม่จ่ายเงินสมทบเลย โดยมีเบี้ยประกันเฉลี่ยอยู่ที่ 24,310 NT\$ ต่อปี ($32.22 \text{ NT\$} = 1 \text{ US\$}$) การบริหารการเงินจะรวมไว้เป็นระบบที่มีผู้ซื้อรายเดียว แหล่งที่มาของเงินได้จากการหักจากเงินเดือน การเก็บจากนายจ้าง และส่วนที่สมทบจากภาครัฐเป็นหลัก นอกจากนั้นอาจมาจากการร่วมจ่ายค่าบริการของผู้ป่วย จากการนำเงินไปลงทุน และเงินรายได้จากภาษีพิเศษ เช่น ภาษีบุหรี่และไวน์ ค่าบริหารจัดการโครงการได้จำกัดไว้ไม่ให้สูงกว่าร้อยละ 3.5 ของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ ซึ่งการบริหารที่ผ่านมารายรับและรายจ่ายอยู่ในลักษณะสมดุลกัน และค่าใช้จ่ายเริ่มสูงกว่ารายได้มาตั้งแต่ต้นปี 1998

ผู้รับบริการต้องร่วมจ่าย (co-payment) ค่าบริการทุกครั้ง โดยโครงการฯ จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร้อยละ 70-95 ของค่าใช้จ่ายในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ส่วนการรักษาแบบผู้ป่วยนอกผู้ประกันตนจะจ่ายในอัตราคงที่ อัตราที่ประกาศเมื่อ 1 พฤษภาคม 1997 จะอยู่ที่ 1.80 เหรียญสหรัฐ เมื่อรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกในพื้นที่ และต้องจ่ายเพิ่ม 3.60 เหรียญสหรัฐ เมื่อรักษาที่โรงพยาบาลของศูนย์เขต หรือจ่ายเพิ่ม 5.50 เหรียญสหรัฐ เมื่อเข้ารับการรักษาในศูนย์การแพทย์โดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อผู้ป่วย การพบแพทย์แต่ละครั้งผู้ป่วยต้องจ่ายลงทะเบียนผู้ป่วย (registration fee) อีกครั้งละประมาณ 1.5-3.0 เหรียญสหรัฐ ดังนั้นการไปพบแพทย์แต่ละครั้งผู้ป่วยต้องจ่ายเงินตนเองประมาณ 3.3-8.5 เหรียญสหรัฐ แต่กระนั้นยังคงพบว่าชาวไต้หวันนิยมไปพบแพทย์บ่อยโดยเฉลี่ย 10-15 ครั้งต่อปี ในปี 1997 ร้อยละ 96.5 ของโรงพยาบาล และร้อยละ 89.5 ของคลินิกในไต้หวัน ได้เข้าเป็นสถานพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) โครงการสร้างเครือข่ายฐานข้อมูลสถานบริการ เพื่อจัดระบบบริการสุขภาพของสถานบริการระดับต่างๆ ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น และสนับสนุนการทำงานของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะนำมาใช้ด้วย ได้ริเริ่มโครงการขึ้นในปี 1988 โดยจัดทำระบบเครือข่ายฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์เพื่อให้สถานบริการในพื้นที่ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ใช้เงินลงทุนกว่า 123 ล้านดอลลาร์ โครงการนี้จะช่วยให้สถานบริการในพื้นที่ห่างไกล รวมทั้งเกาะต่างๆ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วย ประวัติบุคลากร รวมทั้งข้อมูลวิชาการระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่กับโรงพยาบาลแม่ข่าย นอกจากนี้กระทรวงสุขภาพได้พัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพขึ้นอีก 3 ระบบ คือ ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารสาธารณสุข ระบบข้อมูลบริหารเพื่อกิจการทั่วไป และระบบเครือข่ายข้อมูลสุขภาพแห่งชาติขึ้นด้วย

4) โครงการผลิตแพทย์ประจำครอบครัว (Family Practice) เป็นโครงการที่ดำเนินการในสถาบันการศึกษา ที่เห็นว่าระบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจำเป็นต้องมีแพทย์ประจำครอบครัวให้บริการผู้ป่วยในท้องถิ่น ซึ่งขณะนั้นมีจำนวนน้อยมากจึงทำให้มีโครงการส่งเสริมการผลิตแพทย์กลุ่มนี้ขึ้นอย่างเร่งด่วน ตั้งแต่การจัดเตรียมความพร้อมของ

คณาจารย์ที่จะทำการสอนในสาขานี้ การจัดวางหลักสูตรทั้งในระดับปริญญาตรี หลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง และการฝึกแพทย์ประจำบ้าน โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาแพทย์ให้มีความรู้ทั้งด้านวิทยาศาสตร์และการพัฒนาสังคม ให้คุ้นเคยกับแนวปฏิบัติที่กำหนดในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ การสอนได้ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานในชุมชน และการให้บริการฉุกเฉิน ให้สามารถทำงานกับบุคลากรอื่นๆ ได้เป็นทีม นอกจากนี้ยังต้องประชาสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำครอบครัวให้กับทีมบุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทั่วไปให้ทราบไปพร้อมๆ กันด้วย

การปฏิรูปทั้ง 4 ด้านข้างต้น ได้ส่งผลให้มีการปฏิรูประบบการทำงานภายในกระทรวงสาธารณสุข และการทำงานของกรมการปกครองท้องถิ่นตั้งแต่ระดับมณฑลลงไปพร้อมๆ กันด้วย ในภาพรวมของการปฏิรูปถือว่าโครงการทั้ง 4 ค่อนข้างประสบผลสำเร็จ โดยเฉพาะการกระจายสถานบริการลงไปสู่ประชาชนในพื้นที่ห่างไกล และสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนผ่านระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ปัญหาใหญ่ที่ยังคงต้องพยายามแก้ไขต่อไปคือการควบคุมการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นจนมากกว่ารายรับ โดยรัฐบาลตั้งเป้าหมายไว้อย่างชัดเจนว่าจะควบคุมอัตราการเพิ่มไม่ให้เกินร้อยละ 10 ต่อปี ด้านนักวิชาการได้พยายามเสนอให้ใช้วิธีการจ่ายเงินหลายๆ วิธีร่วมกัน (multiple payment system) เช่น แบบ capitation, case payment และ global budget system มาใช้ควบคุมค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น ร่วมกับออกกฎหมายในการรับบริการในสถานพยาบาลให้มาใช้ในกรณีที่เป็นเท่านั้น

ในส่วนของการนำบทเรียนของไต้หวันมาใช้ในประเทศไทยคงต้องพิจารณาความเหมือนและความต่างของประเทศทั้ง 2 โดยเฉพาะด้านฐานะทางเศรษฐกิจ และความเข้มแข็งทางการเมืองของประเทศไทยที่แตกต่างจากไต้หวันมาก แนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่ไต้หวันดำเนินการต้องใช้งบประมาณสูงมาก และยังคงมีปัญหาด้านพฤติกรรมของประชาชนในการเข้ารับบริการที่เปลี่ยนไปหลังจากมีระบบประกันสุขภาพแบบครอบคลุมทั่วประเทศมาใช้ ทำให้ต้องหากลยุทธมาใช้แก้ปัญหาที่ตามมาจนอาจก่อให้เกิดปัญหาต่อเนื่องอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงเป้าหมายสูงสุดของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ภายใต้ความเชื่อมโยงไปสู่ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรมแล้ว การปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวันยังคงเป็นเพียงความพยายามปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเป็นหลัก สาเหตุปัญหาสุขภาพที่แท้จริงอันเกิดจากสภาพของสังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไปสู่การเป็นประเทศอุตสาหกรรมยังไม่ได้รับการแก้ไข ความพยายามในการปฏิรูประบบสุขภาพตามแนวทางที่ประเทศตะวันตกดั่งที่ไต้หวันได้ดำเนินการมา อาจต้องถูกตั้งคำถามว่าจะแก้ปัญหาที่แท้จริงด้านสุขภาพได้เพียงใด หรือเป็นเพียงรูปแบบของการครอบงำอย่างหนึ่งของประเทศตะวันตก เพื่อตอบสนองธุรกิจและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในประเทศมหาอำนาจเหล่านั้น บทเรียนจากการปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวันที่สำคัญคือทำให้เห็นว่า วิธีการปฏิรูประบบสุขภาพตามแนวทางที่ไต้หวันทำตามแนวทางที่ประเทศตะวันตกได้ทำมาแล้ว ก็ยังไม่ใช่วิธีการแก้ปัญหาด้านบริการสุขภาพที่

ใช้ได้อย่างได้ผล แม้จะมีความพร้อมด้านต่างๆ มากกว่าประเทศไทยก็ตาม ดังนั้นการเตรียมการเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย จึงไม่ควรติดอยู่ที่กรอบการปฏิรูปที่มีรูปแบบสำเร็จรูปอยู่ในต่างประเทศเท่านั้น หลักประกันสุขภาพที่เป็นภูมิปัญญาพื้นบ้าน เช่น หลักประกันด้านสุขภาพที่ให้กับสมาชิกของกลุ่มสัจจะออกทรัพย์ในภาคใต้หลายกลุ่ม อาจเป็นทางออกที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ดีกว่า สำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย

Executive Summary

“Health System Reform in Taiwan” is a documentary study to present the developing process of health system in Taiwan. Data were gathered from many Yearbooks and other printing materials at Taipei Economic and Trade Office in Bangkok, articles in scientific and social scientific journals, abstracts and proceedings from international symposium, and some informal interviews. Strategies, tools, and other experiences those are used in Taiwan will be learned and used as basic information for the health system reform plans in Thailand.

Asia's first constitutional democracy, the Republic of China (ROC), was founded in 1912 and moved to Taiwan after the Chinese mainland fell to communist Chinese forces in 1949. The Taiwan area encompasses Taiwan proper, Penghu, Kinmen, Matsu, and other 80 islets. More than half of 36,000 square kilometers of main island are five longitudinal mountain ranges. The Fukienese and the Hakka are the 2 major groups of Han Chinese in Taiwan representing more than 85 percent of 22 million ROC population. The government of ROC is a representative democracy. The president, vice president, premier of ROC, the governor of Taiwan province, and a little more than half of the ROC legislators are Kuomintang Party members. The ROC economy grew 6.8 percent in 1997, with US\$ 284.8 billion of GDP and US\$ 13,198 per capita income. Mechanical appliances and accessories, electronics and electrical appliances, personal computers and peripherals, and metal products comprised the bulk of Taiwan's exports.

After moving to Taiwan in 1949, impressive gains in the health of the general population have been made. The crude death rate, life expectancy, and the infant mortality rate reflect the longer lives that the people have due to better health care. The number of physicians and other health personnel, hospitals and health facilities are comparable with those of many developed countries. Although many infectious diseases such as bubonic plague, cholera, rabies, pertussis, poliomyelitis were eradicated or are strictly controlled, the rapid growing of economy and industries bring many health problems to Taiwanese. Many chronic diseases including cancer, cerebrovascular diseases, heart diseases, and Diabetes Mellitus become the major health problems in elderly citizen. Traffic and occupational accidents are serious health problems in working people, while amphetamine addiction, teenage pregnancy, and myopia have high incidence in adolescents. Those health problems accompany with the rapid rising cost of health expenditure and access to care problems are primary factors for formulating policy in health reform in Taiwan. There are 4 components of that reform.

1) *Setting of Medical Care Network*: To balance medical resources, the Department of Health (DOH) in 1985 launched a project designated the Establishment of Medical Care Network. This project divides the Taiwan area into 17 medical care regions, each of which serve as the basic unit for developing medical manpower, facilities, and emergency care network. Each region equipped with regional hospital, district hospital (in subregion), as well as primary medical care units (i.e., private practitioners, group practice centers, and health station). The project has a Medical Care Development Fund to encourage the private sector to establish health care institutions lacking sufficient health care facilities. This project subsidized a total of 191 hospitals and 105 clinics and reduced the number of regions lacking sufficient medical facilities from 37 in 1992 to 2 in 1998. The ratio of physicians in the city and that in the country reduced from 3.2 to 2.5 as well. Tele-medicine and hi-tech instruments were set at health stations for serving people in the remote areas.

2) *National Health Insurance (NHI) Project*: In 1987, the government formally voted to create and implement a NHI program. Under the National Health Insurance Law, participation in NHI program is mandatory for all ROC citizen who have resided in Taiwan for more than 4 months. On March 1, 1995, this program incorporates the medical insurance coverage provided by the original 13 public health insurance plans and further extended coverage to citizens who were formerly uninsured, mainly the elderly, children, students, housewives, and the disable. The number of insured in April 1999 are 20,872,061 or 96.06 percent of Taiwan population. The NHI program pays 70-95 percent of the hospitalization fees, and for out patient care, the insured only co-pay a flat rate fee, amounted to US\$ 1.80 at clinic and local hospitals, US\$ 3.60 at regional hospitals, and about US\$ 5.50 at medical centers. The program also pays for home care service, some medical examination in high risk for chronic disease groups, and maternal and child health care. This universal coverage NHI program creates monopsony buying power and promotes administrative efficiency. Six categories of insured status provide differences sharing premium rates among them from 0 to 100 percent. The law specifies a first-year premium rate of 4.25 percent of the monthly wage, which can be raised to no more than 6 percent thereafter.

3) *Information Network for Health Service Project*: In 1988, DOH spent US\$ 123 million to develop a computerize data network to support health service institutions. Under this program, patient history, health personnel history, insured history, and update medical information can be shared between health institutions in each medical region. This program supports the NHI program and tele-medicine program as well. DOH also set 3 more information systems: Health

Administrative Information System, Administration System of General Affairs, and National Health Information Network to improve its administrative efficiency.

4) *Family Practice Training Program*: The success of NHI program and regionalization of medical network depends largely on family practice to provide medical care. The shortage of family practice educators and academic curricula in Taiwan draws attention for development programs. Continuing education programs in family practice help abreast the scientific as well as the social developments in familiarizing new guideline of the NHI program. The allied health education programs are fundamental to build family practice teams to meet community health needs.

Those 4 components of health system reform in Taiwan are able to distribute providers and facilities to remote areas. The NHI program gives a chance for the poor to access health services. The cost of health expenditure, however, is still rising. Many payment mechanism such as capitation, case payment, or global budget are proposed by experts to solve this problem.

Many differences between Taiwan and Thailand should be concerned when some health reform strategies will be brought to apply in our country. Very contrast to Thailand, the strength of economic sector and government in Taiwan make at least 2 programs, NHI program and medical care network program, possible. Thus, these strategies should be careful if implement in Thai society. Many tools for health system reform from the Western countries, however, may have limitations for solving health problems in oriental developing countries as Thailand.

สารบัญ

คำนำ	i
บทคัดย่อ	ii
Abstract	iii
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	iv
Executive Summary	ix
สารบัญ	xii
สารบัญตาราง	xiv
การปฏิรูประบบสุขภาพประเทศไทยได้หวั่น: ความเป็นมาและขอบเขตการศึกษา	1
ความหมายและความสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ	1
วัตถุประสงค์	1
วิธีการศึกษา	2
ขอบเขตของการศึกษา	2
ข้อจำกัดในการศึกษา	3
สารานุกรม (ได้หวั่น) : ประเทศเสรีประชาธิปไตยแห่งแรกของเอเชีย	4
พื้นที่-ประชากร	4
รัฐบาล	5
เศรษฐกิจ	7
การศึกษาและวัฒนธรรม	8
ระบบสุขภาพของได้หวั่น	11
พัฒนาการของระบบสุขภาพได้หวั่น	11
สถานะทางสุขภาพของประชาชน	13
ระบบบริหารสาธารณสุข	17
การปฏิรูประบบสุขภาพของได้หวั่น	19
ปัจจัยที่นำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ	19
ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ - ระบบประกันสุขภาพในอดีต	20
ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	23
การปฏิรูประบบสุขภาพของได้หวั่น	25
การปฏิรูปเครือข่ายบริการทางการแพทย์	25
โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ	28

สารบัญ (ต่อ)

โครงการสร้างเครือข่ายฐานข้อมูลสำหรับสถานบริการ	33
โครงการผลิตแพทย์ประจำครอบครัว (Family Practice)	34
การพัฒนาระบบอื่นๆ เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน	35
ผลที่เกิดจากการปฏิรูประบบสุขภาพ	38
ผลต่อการแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการสุขภาพ	38
ผลต่อการแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายสุขภาพ	39
ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพอื่นๆ	40
แผนการพัฒนาระบบสาธารณสุขในอนาคต	42
ปัญหาของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ยังรอการแก้ไข	43
การปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวัน : บทเรียนสำหรับประเทศไทย	46
ความเหมือนและความต่างของประเทศไทยทั้งสอง	46
การนำวิธีการปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวันมาใช้ในประเทศไทย	48
ข้อจำกัดของการปฏิรูประบบสุขภาพไต้หวัน: บทเรียนสำหรับประเทศไทย	50
การพัฒนาประเทศสู่อุตสาหกรรม: สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาสุขภาพของไต้หวัน	51
ธุรกิจการแพทย์ตะวันตก: ต้นเหตุแห่งความล้มเหลวในการแก้ปัญหสุขภาพ	52
การปฏิรูประบบสุขภาพแบบตะวันตก: วิธีการแก้ปัญหาที่อาจสร้างปัญหาตามมา	53
การพัฒนาการแพทย์จีน: ด้านมืดของความปรารถนาดี	54
บทสรุป: ปฏิรูปวิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพ ทางออกเดียวในการแก้ปัญหสุขภาพที่เป็นอยู่	55
เอกสารอ้างอิง	58
ภาคผนวก 1 National Health Insurance Act	
ภาคผนวก 2 Implementing Regulations of the National Health Insurance Act	

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทางเศรษฐกิจของไต้หวัน	9
ตารางที่ 2 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังคงปฏิบัติงานของไต้หวันในระยะเวลาที่ผ่านมา	12
ตารางที่ 3 ลักษณะทางประชากรของไต้หวัน	14
ตารางที่ 4 การเปลี่ยนแปลงของ age-adjusted death rates ของสาเหตุการตาย	16
ตารางที่ 5 สาเหตุการตายจากโรค 10 อันดับแรก ของชาวไต้หวัน	17
ตารางที่ 6 ระบบประกันสุขภาพแบบต่างๆ ที่มีในไต้หวัน	20
ตารางที่ 7 ระบบบริการผู้ป่วยของไต้หวัน	26
ตารางที่ 8 สถาบันทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ	30
ตารางที่ 9 สัดส่วนการจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ	30

การปฏิรูประบบสุขภาพประเทศไต้หวัน: ความเป็นมาและขอบเขตการศึกษา

ความหมายและความสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้โครงการศึกษานี้หมายถึงการเปลี่ยนแปลงใหญ่ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชาติ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจเกิดขึ้นต่อระบบเศรษฐกิจ การเมือง สังคม รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ ในสถานการณ์ปัจจุบันทุกประเทศในโลกล้วนตระหนักถึงความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่ในประเทศของตน เนื่องจากระบบสุขภาพที่ใช้มาแต่เดิมเริ่มไม่สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นผลมาจากความเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม อย่างรวดเร็วในปัจจุบัน แต่ปัญหาใหญ่ที่แต่ละประเทศเห็นไม่ตรงกันคือกลยุทธ์หลักและแนวทางในการปรับปรุงระบบ ทั้งนี้ David Mechanic (1994, xi) ได้ให้เหตุผลสำคัญของปัญหาในการปฏิรูประบบสุขภาพว่าเป็นเพราะระบบสุขภาพเป็นอู่ข้าวอู่น้ำของกลุ่มอิทธิพลหลายกลุ่ม ที่ไม่ยอมที่จะทิ้งแหล่งผลประโยชน์นี้ไปง่ายๆ ด้วยเหตุนี้การปฏิรูปจะเป็นไปได้อย่างราบรื่นมักจะต้องอาศัยการลงทุนจำนวนมาก และเปิดโอกาสให้กับกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้นจากการปฏิรูป Mechanic ให้ความสำคัญเพิ่มเติมด้วยว่า การปฏิรูประบบสุขภาพในภาวะที่ประเทศมีปัญหาทางเศรษฐกิจจะยิ่งทำให้มีอุปสรรคมากขึ้นในการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ

อย่างไรก็ตามการเรียนรู้การปฏิรูประบบสุขภาพที่ประเทศอื่นได้ทำมาแล้ว ทั้งด้านกลวิธีที่นำมาใช้ ข้อดี และข้อเสียที่เกิดขึ้นมา เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่มีประโยชน์สำหรับการวางแผนเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศที่กำลังจะทำการปฏิรูปอย่างประเทศไทย ซึ่งประสบการณ์ที่ได้จากประเทศที่ปฏิรูปไปก่อนแล้วจะนำไปสู่การกำหนดระบบสุขภาพที่พึงปรารถนาได้ชัดเจนขึ้น และมีขั้นตอนการปรับเปลี่ยนระบบที่รัดกุมกว่า การศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไต้หวันครั้งนี้ ก็เพื่อวัตถุประสงค์ที่จะนำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของบทเรียน ที่นำไปสู่การปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

การศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศไต้หวันฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอวิวัฒนาการ โดยสังเขปของระบบสุขภาพของประเทศไต้หวัน เพื่อแสดงให้เห็นถึงการสั่งสม และ

การเปลี่ยนแปลงของปัญหา กระบวนการและเครื่องมือที่ใช้ในการแก้ปัญหาของรัฐบาลไต้หวัน จนนำภาวะทางสุขภาพที่ดีมาสู่ประชาชนของประเทศ ในระดับที่ไม่ด้อยไปกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งหลาย นอกจากนี้รายงานฉบับนี้ยังมีวัตถุประสงค์จะนำเสนอการวิเคราะห์ประสบการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวัน เพื่อนำมาปรับใช้กับการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยด้วย

วิธีการศึกษา

การศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศไต้หวันนี้ เป็นการนำเสนอข้อมูลศึกษาค้นคว้าจากเอกสารเป็นหลัก เนื่องจากไต้หวันไม่มีสถานกงสุลหรือสถานทูตในประเทศไทย ข้อมูลส่วนหนึ่งจึงได้จากสำนักงานตัวแทนทางการค้าของประเทศไต้หวันในประเทศไทย นอกจากนี้ยังได้ข้อมูลจาก เอกสารประกอบการประชุมเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพที่จัดขึ้น ณ ประเทศไต้หวัน วารสารทางวิชาการทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข และวารสารทางวิชาการด้านสังคมศาสตร์ โดยค้นจากฐานข้อมูลวารสาร Medline ย้อนหลังไป 20 ปี (1980-1999) คัดเลือกบทความเบื้องต้นจากบทคัดย่อ ค้นเอกสารต้นฉบับจากห้องสมุดต่างๆ รวมทั้งเครือข่ายของห้องสมุดในต่างประเทศ นอกจากนี้ยังค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติไต้หวัน ที่เผยแพร่ทางอินเทอร์เน็ต รวมทั้งข้อมูลการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับนักศึกษาไต้หวันในประเทศไทยเท่าที่สามารถเข้าถึงได้ จากนั้นนำข้อมูลมานำเสนอและวิเคราะห์อภิปรายตามแนวทางการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยได้ยกข้อมูลสถิติในเชิงปริมาณประกอบเพื่อสร้างความเข้าใจให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

จากแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาข้างต้น สามารถแบ่งข้อมูลที่ได้ออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ข้อมูลที่เป็นทางการของรัฐบาลไต้หวัน ซึ่งปรากฏในเอกสารข้อมูลสถิติต่างๆ ที่ตัวแทนภาครัฐทำการเผยแพร่ โดยเฉพาะในหนังสือข้อมูลประจำปี (Yearbook) ในปีต่างๆ และข้อมูลที่เผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์ของหน่วยงานรัฐทางอินเทอร์เน็ต กลุ่มที่สองเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจการแพทย์และสายสังคมศาสตร์ ข้อมูลเหล่านี้มักเป็นข้อมูลในเชิงศึกษาเปรียบเทียบและวิพากษ์วิจารณ์ระบบที่เป็นอยู่หรือที่ได้รับการปรับปรุงขึ้นใหม่ ซึ่งได้จากการค้นคว้าวิจัยของนักวิชาการสาขาต่างๆ ทั้งชาวจีนไต้หวันเองและนักวิชาการจากต่างประเทศ ข้อมูลกลุ่มสุดท้ายเป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์พูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับชาวจีนไต้หวันในประเทศไทย เช่น ตัวแทนของรัฐบาลไต้หวันที่เข้ามาในรูปเจ้าหน้าที่ประจำสำนักตัวแทนทางการค้า หรือกลุ่มนักศึกษาชาวไต้หวันในประเทศไทย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำมาใช้ตรวจสอบซึ่งกันและกันเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุด

ขอบเขตของการศึกษา

แม้การศึกษาครั้งนี้เน้นในเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเป็นเอกเทศ แต่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับปัจจัยทาง เศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม เพื่อให้เข้าใจถึงบริบทที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จึงกล่าวถึงข้อมูลทั่วไปของประเทศไทยไว้ในเบื้องต้น ก่อนที่จะกล่าวถึงระบบสุขภาพตั้งแต่อดีต ข้อมูลหรือเหตุการณ์สำคัญที่ผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพขึ้น จากนั้นจึงกล่าวถึงมาตรการและกระบวนการปฏิรูป ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นรวมทั้งยุทธวิธีในการจัดการกับปัญหาที่เผชิญอยู่ และในส่วนสุดท้ายได้นำเสนอบทวิเคราะห์เพื่อนำมาเป็นบทเรียนและประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทยต่อไป เนื่องจากสาธารณสุขจีนได้หันมีเขตการปกครองตนเองอยู่อีก 2 แห่ง คือ เขตซินเจียง และเขตมณฑลทิเบต ซึ่งมีพื้นที่ค่อนข้างเล็กและมีคนอยู่น้อย เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่เขตไต้หวัน ดังนั้นข้อมูลที่น่าสนใจในการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลของเขตไต้หวันเป็นหลัก โดยจะไม่กล่าวถึงระบบสุขภาพในเขตปกครองตนเองทั้งสองแห่งเนื่องจากมีข้อมูลจำกัด

ข้อจำกัดในการศึกษา

แม้จะมีความพยายามรวบรวมและตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดมากในเรื่องเวลา ทำให้ไม่สามารถหาข้อมูลได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะวารสารที่ตีพิมพ์ในประเทศไต้หวันติดตามสืบค้นได้ยาก ข้อจำกัดในเรื่องภาษาที่ข้อมูลจำนวนมากเป็นภาษาจีน ข้อมูลส่วนที่นำมาใช้จึงถูกจำกัดอยู่ที่ข้อมูลภาษาอังกฤษเป็นหลัก นอกจากนี้การศึกษาเชิงคุณภาพจากเอกสารโดยไม่ได้เข้าไปสัมผัสหรือสังเกตสภาพที่แท้จริงในพื้นที่ อาจมีความผิดพลาดที่เกิดจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกันได้ระดับหนึ่ง เช่น เมื่อกล่าวถึงสถานให้บริการระดับต่างๆ เช่น regional hospital, district hospital, health stations ระดับต่างๆ รวมทั้ง health rooms ซึ่งไม่อาจเทียบเคียงกับสถานบริการระดับต่างๆ ที่มีอยู่ในประเทศไทยได้ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดในด้านความเข้าใจข้อมูลเหล่านี้ ผู้ศึกษาพยายามตรวจสอบกับแหล่งข้อมูลบุคคลแล้วในระดับหนึ่ง

ในส่วนของคุณภาพข้อมูลที่นำเสนอโดยเฉพาะในด้านค่าสถิติ และผลสำเร็จในการดำเนินการต่างๆ อิงอยู่กับข้อมูลเอกสารที่เป็นทางการของรัฐบาลไต้หวันเป็นหลัก ซึ่งอาจมีผลให้ข้อมูลที่ปรากฏเป็นภาพในด้านบวกมากกว่าสภาพที่เป็นจริง และทำให้ไม่เห็นภาพของความขัดแย้ง หรือปัญหาในรายละเอียดของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ดำรงอยู่จริง ส่วนข้อมูลจากการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับชาวไต้หวันอาจขึ้นกับความรู้พื้นฐานของผู้ตอบเป็นสำคัญ ส่วนใหญ่จึงใช้เพื่อตรวจสอบความเข้าใจกับระบบหรือวิธีการต่างๆ ในไต้หวันมากกว่าที่จะนำมาใช้เป็นข้อมูลในการอ้างอิง

สาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) : ประเทศเสรีประชาธิปไตยแห่งแรกของเอเชีย

ปัจจุบันรัฐบาลของสาธารณรัฐจีน (Republic of China, ROC) มีเขตพื้นที่ปกครองแบ่งเป็น 3 เขตหลัก คือ เขตไต้หวัน เขตคินเมน และเขตมัตสึ เนื่องจากเขตไต้หวันเป็นเขตที่มีพื้นที่มากที่สุด คือ 36,006 ตารางกิโลเมตร ประกอบด้วยเกาะใหญ่น้อยประมาณ 80 เกาะ คนโดยทั่วไปจึงรู้จักสาธารณรัฐจีน ในนามของประเทศไต้หวัน และเป็นชื่อที่รายงานฉบับนี้จะใช้กล่าวถึงสาธารณรัฐจีนแห่งนี้ต่อไป ส่วนเขตคินเมนและเขตมัตสึ มีพื้นที่รวมกันเพียง 182 ตารางกิโลเมตร มีพื้นที่เป็นเกาะที่อยู่เกือบทัดกับจีนแผ่นดินใหญ่

พื้นที่-ประชากร

ไต้หวันมีพื้นที่เป็นหมู่เกาะตั้งอยู่กึ่งกลางของแนวหมู่เกาะในมหาสมุทรแปซิฟิกตะวันตก ที่ทอดยาวมาตั้งแต่ประเทศญี่ปุ่นทางตอนเหนือไปจนถึงประเทศฟิลิปปินส์ทางตะวันตกเฉียงใต้ บริเวณที่เป็นประเทศไต้หวันอยู่ทางชายฝั่งตะวันออกเฉียงใต้ของจีนแผ่นดินใหญ่ซึ่งกันด้วยช่องแคบไต้หวัน เกาะใหญ่ที่สุดคือเกาะไต้หวันมีพื้นที่ประมาณ 36,000 ตารางกิโลเมตร โดยมีความยาวจากเหนือสุดมาใต้สุดของเกาะเป็นระยะทาง 377 กิโลเมตร และส่วนที่กว้างที่สุดมีระยะทาง 142 กิโลเมตร โดยพื้นที่แล้วมีขนาดเล็กกว่าประเทศเนเธอร์แลนด์เพียงเล็กน้อย (ประเทศเนเธอร์แลนด์มีพื้นที่ประมาณ 41,000 ตารางกิโลเมตร)

มากกว่าครึ่งหนึ่งของพื้นที่เกาะมีสภาพเป็นเทือกเขาสูงที่ทอดในแนวทิศเหนือใต้เป็นระยะทางกว่า 330 กิโลเมตร ในจำนวนนี้มียอดเขากว่า 200 แห่ง ที่สูงกว่าระดับน้ำทะเล 3,000 เมตร ขึ้นไป เทือกเขาซึ่งอยู่เอียงมาทางตะวันออกของเกาะจะค่อยลาดลงเป็นที่ราบค่อนข้างกว้างในทางตะวันตก ในขณะที่ชายฝั่งตะวันออกพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นหน้าผาสูงชันมีที่ราบแคบๆ ริมหาดทราย แม่น้ำบนเกาะไต้หวันเป็นสายสั้นๆ มีน้ำไหลเชี่ยวเหมาะสำหรับใช้เป็นแหล่งผลิตกระแสไฟฟ้า ไม่สามารถใช้เป็นเส้นทางคมนาคมได้ ตำแหน่งที่ตั้งและสภาพพื้นที่ดังกล่าวส่งผลให้สภาพภูมิอากาศของไต้หวันเหมาะสมในการอยู่อาศัย โดยมีสภาพภูมิอากาศแบบกึ่งโซนร้อนทางตอนเหนือของเกาะและเป็นเขตภูมิอากาศแบบโซนร้อนทางตอนใต้ มีอุณหภูมิในเขตพื้นที่ราบประมาณ 16 องศาเซลเซียส ในช่วงฤดูหนาว และระหว่าง 25-28 องศาเซลเซียส ในช่วงฤดูร้อนซึ่งอยู่ในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงกันยายน มีปริมาณน้ำฝนโดยเฉลี่ยตลอดปี 2,515 มิลลิเมตร มีหิมะตกเฉพาะในพื้นที่เขตภูเขาสูง

ประชากร

ภายใต้เขตการปกครองทั้งหมดของไต้หวันมีประชากรเมื่อกลางปี 1998 ประมาณ 21.8 ล้านคน ถือว่าเป็นประเทศหนึ่งที่มีประชากรต่อพื้นที่หนาแน่นมาก โดยมีความหนาแน่นของประชากร 601 คน ต่อพื้นที่ 1 ตารางกิโลเมตร มากกว่าความหนาแน่นของประชากรในประเทศญี่ปุ่นเกือบ 1 เท่าตัว อย่างไรก็ตามความหนาแน่นของประชากรส่วนใหญ่อยู่บริเวณที่ราบชายฝั่งตะวันตกของเกาะ ประชากรของไต้หวันค่อนข้างมีความอันหนึ่งอันเดียวกันทางชาติพันธุ์ เพราะนอกจากกลุ่มคนพื้นเมืองซึ่งมีวัฒนธรรมของตนเอง ที่มีอยู่ประมาณ 390,000 คนแล้ว ที่เหลือจะเป็นชาวจีนฮั่น (Han Chinese) ซึ่งอาศัยอยู่บริเวณที่ราบตลอดแนวด้านตะวันตกของเกาะ แบ่งเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มชาวจีนแคะ (Hakka Chinese) ที่อพยพมาจากมณฑลกว่างตุง และกลุ่มชาวฮกเกี้ยน (Fukienese) ซึ่งมีอยู่มากกว่าชาวจีนแคะประมาณ 3 ต่อ 1 นอกจากนั้นเป็นชาวจีนแผ่นดินใหญ่ที่มาจากมณฑลอื่นๆ พร้อมกับรัฐบาลในปี 1949 อีกไม่เกินร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด อย่างไรก็ตามเมื่อเวลาผ่านไป การแต่งงานข้ามกลุ่มชาติพันธุ์สามารถพบได้ไม่ยากนัก ส่งผลให้ความแตกต่างระหว่างคนแต่ละกลุ่มค่อยๆ เลือนไป

รัฐบาลไต้หวันกำหนดให้ภาษาจีนกลาง (Mandarin) เป็นภาษาราชการ อย่างไรก็ตามในพื้นที่ทางตอนใต้ได้มีการใช้ภาษาฮกเกี้ยน (Fukienese) และภาษาจีนแคะ (Hakka) กันอย่างแพร่หลาย นอกจากนี้ยังมีการพูดภาษาในตระกูลภาษา Proto-Austronesian ในกลุ่มคนพื้นเมืองที่อาศัยกระจัดกระจายในพื้นที่เขตภูเขาตอนกลางของประเทศตั้งแต่ตอนเหนือจนถึงตอนใต้ รวมถึงที่ราบแคบๆ ด้านตะวันออกของเกาะ รัฐบาลไต้หวันได้พยายามยกระดับคุณภาพชีวิตของชาวพื้นเมือง และรัฐธรรมนูญได้เปิดโอกาสให้กลุ่มคนพื้นเมืองเข้ามามีบทบาทในการบริหารงานทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติไว้อย่างชัดเจน

รัฐบาล

รัฐบาลไต้หวัน หรือชื่ออย่างเป็นทางการคือ สาธารณรัฐจีน (Republic of China, ROC) ได้ประกาศตัวอย่างชัดเจนว่า เป็นประเทศเสรีประชาธิปไตยที่ปกครองภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งแรกของเอเชีย โดยถือว่าได้สถาปนาระบอบนี้ขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1912 หลังจากการล่มสลายของราชวงศ์ชิง (Ching Dynasty, 1644-1911) ในพื้นที่ประเทศจีนทั้งหมด ซึ่งขณะนั้นเกาะไต้หวันตกอยู่ภายใต้การปกครองของญี่ปุ่น (ระหว่างปี 1895-1945) แต่ต่อมาพรรคคอมมิวนิสต์จีนได้เข้ายึดครองแผ่นดินใหญ่จีน และปกครองจีนแผ่นดินใหญ่ในระบอบสังคมนิยมคอมมิวนิสต์ ในปี ค.ศ. 1949 รัฐบาลสาธารณรัฐจีนของ ดร. ชุนชัคเซน ที่ปกครองด้วยระบอบประชาธิปไตย จึงได้ย้ายไปตั้งมั่นอยู่บนเกาะไต้หวัน มีอาณาเขตปกครองหลักในหมู่เกาะที่สำคัญ 6 แห่ง คือ ไต้หวัน เปสคาโดร (Pescadore

Islands) คินเมน หรือคีมอย (Kinmen, Quemoy) มัตสึ (Matsu) เกาะกล้วยไม้ (Orchid Island) และเกาะกรีน (Green island) และเกาะเล็กเกาะน้อยอีก 80 เกาะ จึงมักรู้จักกันโดยทั่วไปในนามของเกาะที่ใหญ่ที่สุด คือ เกาะไต้หวัน หรือเกาะฟอร์โมซา ดังนั้นหากจะนับการปกครองประเทศในพื้นที่ที่เป็นของรัฐบาลไต้หวันในปัจจุบัน ที่มีการพัฒนาประเทศด้านต่างๆ อย่างเป็นอิสระของตนเองจึงเริ่มต้นมาได้เพียง 51 ปี การพัฒนาระบบสุขภาพของไต้หวันที่จะกล่าวในบทต่อไปจึงจะเน้นในช่วงที่รัฐบาลไต้หวันปกครองพื้นที่นี้เป็นหลัก

ไต้หวันปกครองด้วยระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทน (representative democracy) มีประธานาธิบดีเป็นผู้นำสูงสุดของประเทศ ซึ่งได้มาจากการเลือกตั้ง (ที่กำหนดตัวรองประธานาธิบดีอย่างชัดเจนก่อนเลือกตั้ง) มีวาระการทำงาน 4 ปี ดูแลรับผิดชอบต่อหน่วยงานสภาแห่งชาติ (Yuan) 5 สาขา คือ สภาบริหาร (Executive Yuan) สภานิติบัญญัติ (Legislative Yuan) สภาตุลาการ (Judicial Yuan) ซึ่งสภาทั้ง 3 นี้ ทำงานเช่นเดียวกับ 3 องค์การบริหารสูงสุดในประเทศประชาธิปไตยอื่นๆ นอกจากนี้ไต้หวันยังมีสภาที่สำคัญสูงสุดที่กำกับดูแลโดยตรงจากประธานาธิบดี อีก 2 สภา ได้แก่ สภาสอบคัดเลือก (Examination Yuan) และสภาควบคุม (Control Yuan) สภาสอบคัดเลือก มีหน้าที่ในการคัดเลือก ว่าจ้าง และบริหารจัดการเกี่ยวกับข้าราชการที่มีอยู่ทั้งหมด ส่วนสภาควบคุม จะเป็นองค์กรตรวจสอบสูงสุดของประเทศ ในการฟ้องร้อง ติดตาม และตรวจสอบ การทำงานของข้าราชการและฝ่ายบริหาร นอกจากนี้ยังมีสมัชชาแห่งชาติ (National Assembly) คอยทำหน้าที่แต่งตั้งถอดถอนประธานาธิบดี ปรับปรุงแก้ไขรัฐธรรมนูญ ดูแลการจัดทำประชามติและอื่นๆ

นอกเหนือจากรัฐบาลกลางแล้ว ไต้หวันยังแบ่งพื้นที่การปกครองบนเกาะเป็นมณฑลอีก 16 มณฑล ในมณฑลเหล่านี้มีรัฐบาลท้องถิ่นอีก 35 เมือง โดยแบ่งตามขนาดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เทศบาลของนครพิเศษ 2 แห่ง คือ นครไทเป (Taipei) และนครเกาสง (Kaohsiung) ซึ่งอยู่ทางตะวันออกเฉียงใต้ของเกาะไต้หวัน เมืองระดับนี้มีประชากรมากกว่า 1.5 ล้านคน ต่อมาเป็นเมืองขนาดใหญ่ หรือมีการบริหารแบบเทศบาลนคร ซึ่งมีอยู่ 5 เมือง โดยจะเป็นเมืองที่มีประชากรมากกว่า 600,000 คน และมีความสำคัญทางเศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม รัฐบาลท้องถิ่นของเมืองเหล่านี้มีบทบาทหน้าที่เทียบเท่ากับรัฐบาลของมณฑล ส่วนเมืองที่มีประชากรมากกว่า 150,000 คน จะได้รับการประกาศให้เป็นเขตเทศบาลเมือง หากมีการพัฒนาด้านการค้าหรืออุตสาหกรรม รวมทั้งมีรายได้เพียงพอในการบริหาร ประชาชนในเมืองแต่ละระดับจะมีการเลือกตั้งผู้บริหารและสมาชิกสภาของเมืองตนเองให้ทำหน้าที่บริหารงานและกำกับการบริหารงานวาระละ 4 ปี นอกจากนี้ในแต่ละเทศบาล นครพิเศษ เทศบาลนคร และเทศบาลเมือง ยังแบ่งการปกครองย่อยออกเป็นอำเภอ (district) และเขต (borough) ซึ่งผู้บริหารได้รับการเลือกตั้งจากประชาชนโดยตรง (popular vote) มีวาระดำรงตำแหน่ง 4 ปี เช่นกัน

หน่วยงานของรัฐบาลเกือบทั้งหมดจะมีผู้แทนที่มาจากการเลือกตั้งคอยดูแลอยู่ด้วย โดยจะมีการเลือกตั้งหมุนเวียนกันตามวาระอย่างสม่ำเสมอ ประชาชนชาวไต้หวันมีสิทธิในการออกเสียงอย่างเสรี และที่ผ่านมามีผู้ไปใช้สิทธิลงคะแนนเสียงแต่ละครั้งเป็นจำนวนมาก แม้ว่าไต้หวันจะมีพรรคการเมืองมากกว่า 80 พรรค แต่มีเพียง 3 พรรคใหญ่เท่านั้น ที่มีบทบาทสำคัญทางการเมือง พรรคการเมืองใหญ่ที่สุด ได้แก่ พรรคก๊กมินตั๋ง (KMT) ซึ่งบางครั้งถูกเรียกว่าพรรคชาตินิยม ซึ่งทำหน้าที่เป็นรัฐบาลมาโดยตลอด 51 ปี ที่ผ่านมา พรรคผู้นำฝ่ายค้านได้แก่พรรคประชาธิปไตยก้าวหน้า (DDP) และพรรคใหม่ (New Party) ซึ่งเป็นพรรคการเมืองหน้าใหม่ที่เพิ่งเริ่มเข้ามามีบทบาททางการเมืองในปี 1993 แต่ในการเลือกตั้งที่ผ่านมาได้รับเสียงค่อนข้างน้อย โดยเมื่อกลางปี 1998 มีที่นั่งในสภาอยู่ประมาณร้อยละ 12 เท่านั้น อย่างไรก็ตามในการเลือกตั้งประธานาธิบดีครั้งล่าสุดของไต้หวันเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2000 ผู้สมัครจากพรรคประชาธิปไตยก้าวหน้า คือนายเฉิน ชู่ เปียน ได้รับการเลือกตั้งจากประชาชนชาวไต้หวันให้ดำรงตำแหน่งประธานาธิบดี ซึ่งอาจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายของประเทศครั้งใหญ่ต่อไป

เศรษฐกิจ

ไต้หวันใช้ระบบเศรษฐกิจแบบตลาดการค้าเสรี และเป็นประเทศที่มีทุนสำรองเงินตราต่างประเทศมากเป็นอันดับ 3 ของโลก รองจากญี่ปุ่น และจีนแผ่นดินใหญ่ ไต้หวันเป็นประเทศผู้ทำการค้ารายใหญ่ที่สุดเป็นอันดับที่ 14 ของโลก มีผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GNP) ในปี 1998 ถึง 261.1 พันล้านเหรียญสหรัฐ คิดเป็นผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อประชากรเท่ากับ 11,982 เหรียญสหรัฐต่อราย ไต้หวันจึงเป็นหนึ่งในประเทศผู้นำทางเศรษฐกิจในภาคพื้นเอเชีย-แปซิฟิก (Government information office, 1999a) ซึ่งเป็นผลที่สืบเนื่องมาจากการที่ประเทศไต้หวันได้พัฒนาปัจจัยพื้นฐานของการพัฒนาไว้อย่างครบถ้วน ทั้งระบบการขนส่งสินค้าทางเรือ การบิน การธนาคาร โทรคมนาคม และสื่อสารมวลชน และสามารถรักษานโยบายที่มีความสามารถเอาไว้ในประเทศได้มีการจัดตั้งศูนย์ดำเนินงานของแต่ละส่วนขึ้นเพื่อความรวดเร็วในการทำงาน ขณะเดียวกันก็ได้ออกกฎหมายใหม่ เพื่อผ่อนปรนข้อบังคับทางการค้ากับจีนแผ่นดินใหญ่โดยตรง รวมทั้งปรับปรุงระบบการดำเนินงานของภาครัฐให้มีความคล่องตัวยิ่งขึ้น

ประเทศที่นำเข้าสินค้าจากไต้หวันสูงสุดได้แก่สหรัฐอเมริกา ฮองกง และกลุ่มสหภาพยุโรป โดยมีสัดส่วนมูลค่าของการส่งออกร้อยละ 24.2, 23.5 และ 15.1 ตามลำดับ เกือบทั้งหมดของสินค้าที่ส่งออก (ร้อยละ 97.9) เป็นสินค้าอุตสาหกรรม โดยเฉพาะสินค้าในกลุ่มอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ IC แผงวงจรไฟฟ้า คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์สำหรับคอมพิวเตอร์ ในขณะที่มีการนำเข้าสินค้าจากญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา และสหภาพยุโรป ในสัดส่วนมูลค่าสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 25.4, 20.3 และ 18.9 ตาม

ลำดับ ในจำนวนนี้เป็นสินค้าเกษตร และวัตถุดิบอุตสาหกรรมถึงร้อยละ 67.4 (Government information office, 1999b)

ในปี 1997 ในขณะที่เศรษฐกิจในย่านเอเชียเริ่มตกอยู่ในภาวะวิกฤติ การค้าของไต้หวันยังคงเพิ่มขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา ร้อยละ 8.58 ด้วยมูลค่าทางการค้า 236.5 พันล้านเหรียญสหรัฐ โดยมีการค้าเกินดุล 7.7 พันล้านเหรียญ และในปี 1998 อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจก็ยังคงเพิ่มขึ้นอีกมากกว่าร้อยละ 4 ประเทศที่เข้ามาลงทุนในประเทศไต้หวันมากที่สุดได้แก่สหรัฐอเมริกา ด้วยมูลค่า 547 ล้านเหรียญ รองมาได้แก่สิงคโปร์ 230 ล้านเหรียญ และฮ่องกง 142 ล้านเหรียญ ในปี 1997 รายละเอียดข้อมูลทางเศรษฐกิจของไต้หวันแสดงในตารางที่ 1

การศึกษาและวัฒนธรรม

ระบบการศึกษาของไต้หวัน ผู้ปกครองสามารถเลือกที่จะนำเด็กไปเข้าเรียนในโรงเรียนอนุบาลของรัฐหรือเอกชนก็ได้ แต่เมื่ออายุครบ 6 ปี จะต้องนำเข้าสู่ระบบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี โดยใน 6 ปีแรก เป็นการศึกษาในระดับประถมศึกษา และ 3 ปีต่อมา เป็นการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น หลังจากนั้นสามารถเลือกได้ว่าจะเข้าสู่ตลาดแรงงาน หรือทำการทดสอบความรู้เพื่อศึกษาต่อในระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือโรงเรียนฝึกอาชีพ อีก 3 ปี หรือศึกษาต่อในวิทยาลัยขึ้นต้น 5 ปี โดยปกตินักเรียนจะนิยมเลือกเรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อเข้าศึกษาในวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัยต่อไป ซึ่งรองรับผู้เรียนได้ประมาณ ร้อยละ 25 ของนักเรียนที่เรียนชั้นมัธยมปลายทั้งหมด มหาวิทยาลัยจะคัดเลือกนักศึกษาเข้าเรียนโดยการสอบวัดความรู้ ผู้ที่สอบไม่ผ่านอาจศึกษาต่ออีก 3 ปี ในวิทยาลัยชั้นสูง หรือกลับเข้าศึกษาในวิทยาลัยขึ้นต้น 5 ปี

สถาบันอุดมศึกษาในระดับวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยในไต้หวันมีทั้งหมด 56 แห่ง โดยทั่วไปใช้เวลาในการเรียน 4 ปี และหากต้องการศึกษาต่อในระดับบัณฑิตศึกษาต้องทำการสอบคัดเลือกอีกครั้งหนึ่ง โดยระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาของแต่ละหลักสูตรจะแตกต่างกันไป นอกจากนี้ยังมีหลักสูตรการศึกษาพิเศษที่จัดขึ้นเฉพาะสำหรับผู้พิการและมีปัญหาทางสมองประเภทต่างๆ ให้มีโอกาสดำเนินการศึกษาด้วย

แม้ในปัจจุบันวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของชาวไต้หวันถูกปรับให้ให้อยู่ในกระแสของคนเมืองที่ต้องทำงานอย่างเร่งรีบภายใต้ระเบียบกฎเกณฑ์ขององค์กร แต่ความเชื่อ พิธีกรรม ที่ปฏิบัติกันมาแต่อดีตยังคงได้รับการถ่ายทอดและนำมาปฏิบัติสืบต่อกันมาจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะประเพณีความเชื่อเกี่ยวกับการเกิด การแต่งงาน และการตาย เทศกาลสำคัญที่ยังคงยึดถือปฏิบัติกันมาและได้รับการส่งเสริมฟื้นฟู หรือประกาศให้เป็นวันหยุดทางราชการ ได้แก่ เทศกาลตรุษจีน เทศกาลโคมไฟ เทศ-

ตารางที่ 1 ข้อมูลทางเศรษฐกิจของไต้หวัน

Labor force (Thousands)	9,546
male	5,780
Female	3,767
Employment (Thousands)	9,289
Agriculture (%)	8.9
Industry (%)	37.9
Services (%)	53.2
Unemployment Rate(%)	2.7
male	2.9
Female	2.3
Economic Growth Rate (%)	
1997	6.58 f
1Q	6.86 r
2Q	6.34 p
3Q	6.59 f
4Q	6.53 f
1998 1Q	6.27 f
2Q	6.49 f
GNP (at current prices. US\$ million)	
1997	290,211 f
Q1	73,109 r
Q2	70,075 p
Q3	72,842 f
Q4	74,185 f
1998 1Q	75,930 f
2Q	73,856 f
Per Capita GNP (US\$)	
1997	13,467 f
Q1	3,402 r
Q2	3,256 p
Q3	3,377 f
Q4	3,432 f
1998 1Q	3,506 f
2Q	3,391 f
Foreign Trade (US\$ million)	
Export	
1997 May	10,148 r
June	9,959 p
July	10,702 p
Import	
1998 May	8,856 r
June	9,637 p
July	10,159 p
Foreign exchange reserve (US\$ billion)	97.7 (June 1999)
Foreign investment (US\$ billion)	20.2 (June 1999)
Radio/Television Stations	104 radio, 5 TV, and 145 cable TV

Note: (f): forecast; (r): revised; (p): preliminary

แหล่งข้อมูล -Government information office, *The Republic of China: A model of stability and prosperity*, 1999.-Government information office, *1999 The Republic of China: Yearbook*, 1999.

กาลแห่งเรือมังกร เทศกาลไหว้พระจันทร์ วันรำลึกวันคล้ายวันเกิดของขงจื้อหรือวันครู วันสักการะ
วิญญาณบรรพบุรุษหรือวันเซ่งเม้ง เป็นต้น

ระบบสุขภาพของไต้หวัน

พัฒนาการของระบบสุขภาพไต้หวัน

ระบบการแพทย์ของตะวันตกได้เริ่มแพร่กระจายออกสู่ประเทศต่างๆ ตั้งแต่ยุคต้นศตวรรษที่ 19 โดยผ่านทางคณะหมอสอนศาสนาและผู้ปกครองอาณานิคม ในช่วงนี้คณะของแพทย์ตะวันตกซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวอเมริกัน แคนาดา และอังกฤษ ได้เข้ามาเผยแพร่คริสต์ศาสนาในประเทศจีน โดยการให้บริการทางการแพทย์แนวใหม่ ซึ่งในขณะนั้นยังไม่อาจกล่าวได้อย่างมั่นใจว่าการแพทย์ตะวันตกที่นำมาเผยแพร่ดังกล่าวเป็นการแพทย์แนววิทยาศาสตร์ มีการก่อสร้างคลินิกและโรงพยาบาลตามหัวเมือง มีการแปลตำราการแพทย์ตะวันตกออกเป็นภาษาจีน รวมทั้งก่อตั้งโรงเรียนแพทย์ตะวันตกขึ้นด้วย ในช่วงทศวรรษที่ 1920 คาดว่ามีแพทย์ที่เป็นหมอสอนศาสนาอยู่ในจีนประมาณ 600 ราย โดยมีโรงพยาบาลของศาสนาอยู่ 326 แห่ง ให้บริการชาวจีนเกือบ 500 ล้านคนในสมัยนั้น ในปี 1911 ซึ่งเป็นยุคสิ้นสุดของราชวงศ์ชิง และจีนกำลังก้าวสู่การปกครองระบอบประชาธิปไตย ได้มีการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ฮาร์วาร์ด (Harvard Medical School of China) ขึ้นในประเทศจีน และปี 1915 ในขณะที่มีโรงเรียนแพทย์ตะวันตกอยู่ 29 แห่ง ได้มีการจัดตั้งชมรมแพทย์ตะวันตกขึ้นในจีนแผ่นดินใหญ่และได้เริ่มมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายทางการแพทย์พร้อมๆ กับการกีดกันการแพทย์แบบดั้งเดิมของจีนออกไป (Lee RPL, 1982)

เนื่องจากเดิมพื้นที่ของไต้หวันและจีนอยู่ภายใต้การปกครองจีนเดียว นอกเหนือจากระบบการแพทย์ของคนพื้นเมืองแล้ว ประวัติศาสตร์การเข้ามาของการแพทย์ตะวันตกของไต้หวันตั้งแต่ช่วงกลางศตวรรษที่ 19 จึงไม่น่าจะแตกต่างไปจากจีนแผ่นดินใหญ่นัก แต่เมื่อไต้หวันตกอยู่ภายใต้การปกครองของญี่ปุ่นระหว่าง ปี 1895-1945 ระบบสุขภาพของไต้หวันได้ถูกพัฒนาภายใต้แนวทางการแพทย์ตะวันตกชัดเจนกว่าในจีนแผ่นดินใหญ่มาก งบประมาณและสิทธิตามกฎหมายถูกรับรองให้แก่แพทย์ตะวันตกเท่านั้น พร้อมไปกับการพยายามกำจัดระบบการแพทย์พื้นบ้านให้หมดไป และเมื่อไต้หวันถูกโอนคืนให้อยู่ภายใต้การปกครองของจีนอีกครั้ง ระบบการแพทย์และเครือข่ายงานสาธารณสุขแบบตะวันตก ได้พัฒนาไปมากและกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตชาวไต้หวันไปแล้ว

ตั้งนั้นเมื่อรัฐบาลประชาธิปไตยของ ดร. ชุนยัตเซน ได้อพยพมายังเกาะไต้หวัน แยกตัวเป็นอิสระจากจีนแผ่นดินใหญ่ที่ปกครองโดยพรรคคอมมิวนิสต์ ระบบการแพทย์ตะวันตกที่มีพื้นฐานอย่างดีในช่วงที่ญี่ปุ่นปกครองก็ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจึงจึงอีกครั้งหนึ่ง แต่ในครั้งนี้รัฐบาล

ไต้หวันได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาการแพทย์พื้นบ้านของจีนไปพร้อมๆ กันด้วย โดยมีองค์กรในการควบคุมดูแลพฤติกรรมและมาตรฐานของแพทย์ สถานบริการ และมีสถาบันถ่ายทอดองค์ความรู้เป็นของตนเอง การใช้บริการขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเป็นผู้เลือก หลากๆ ครั้งมีการใช้การรักษาควบคู่กันไปทั้ง 2 แนวทาง ความสัมพันธ์ของระบบทั้งสองเป็นไปในลักษณะของการแข่งขันกันมากกว่าการให้ความร่วมมือกัน อย่างไรก็ตามระบบการแพทย์ตะวันตกได้เข้ามามีบทบาทและอิทธิพล ต่อระบบบริการสาธารณสุขของไต้หวันสูงกว่าระบบการแพทย์พื้นบ้านจีนอย่างชัดเจน สถานบริการของรัฐมีพื้นที่สำหรับแผนกต่างๆ มากกว่า 10 แผนกของแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ไม่มีพื้นที่สำหรับการตรวจรักษาของการแพทย์จีน (Lee RPL, 1982) และเมื่อไต้หวันพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไปสู่ความเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ด้วยความสำเร็จอย่างสูง ประกอบกับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากรัฐ ทำให้ระบบการแพทย์และเครือข่ายงานทางสาธารณสุขตามแบบตะวันตกพร้อมด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย มีบทบาทอย่างโดดเด่นในการดูแลสุขภาพของชาวไต้หวัน โดยดูได้จากจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วที่แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ยังคงปฏิบัติงานของไต้หวัน ในระยะเวลาที่ผ่านมา

ประเภทของบุคลากร	จำนวนในปี 1985	จำนวนในปี 1991	จำนวนในปี 1997
แพทย์	15,039	21,115	25,858
แพทย์จีน	1,892	2,514	3,308
ทันตแพทย์	3,273	5,983	7,577
เภสัชกร	8,211	10,581	13,326
ผู้ช่วยเภสัชกร	8,089	7,989	7,324
นักเทคนิคการแพทย์	1,982	3,320	5,118
ผู้ช่วยนักเทคนิคการแพทย์	ไม่มีข้อมูล	380	365
พยาบาลวิชาชีพ	24,248	26,553	69,840
ผดุงครรภ์	2,408	1,649	770
นักรังสีเทคนิคและผู้ช่วย	ไม่มีข้อมูล	1,500	3,164
นักกายภาพบำบัด	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	738
นักโภชนาการ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	515
รวม	65,302	96,789	138,420

ข้อมูล - Government information office, *Republic of China 1987: A Reference Book*, p.409.

- Government information office, *1999 The Republic of China: Yearbook*, 1999 p. 249.

- Government information office, *1993 The Republic of China: Yearbook*, 1993 p. 308.

การพัฒนาระบบสุขภาพของไต้หวันในช่วงแรก ตั้งแต่ปี 1950 จนถึงช่วงประมาณ ปี 1980 นโยบายและงบประมาณได้ให้ความสำคัญกับการแพทย์ตะวันตกอย่างมาก โดยเฉพาะการเพิ่มปัจจัยด้านทรัพยากรบุคคล เช่น การเพิ่มปริมาณการผลิตแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ทำให้สัดส่วนของแพทย์แผนปัจจุบันต่อประชากร 10,000 คน เพิ่มขึ้นจาก 4.63 เป็น 5.69, 7.78 และ 10.80 ในปี 1954, 1975, 1985, และ 1992 ตามลำดับ โดยสัดส่วนระหว่างแพทย์ตะวันตกต่อแพทย์จีน เพิ่มขึ้นจาก 2.57 ในปี 1954 เป็น 8.57 เท่า ในปี 1992 (Chi C และคณะ, 1996) ในขณะที่งานด้านบริการรักษาพยาบาลได้ปล่อยให้เป็นบทบาทของระบบตลาด หลังจากปี 1980 เป็นต้นมาจึงมาให้ความสำคัญกับระบบบริการสุขภาพ มีโครงการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการ การกระจายสถานบริการให้มีความครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งพัฒนาระบบสุขภาพที่มีอยู่ให้ประสานสอดคล้องกันยิ่งขึ้น จนก้าวสู่การปฏิรูประบบสุขภาพในที่สุด

สถานะทางสุขภาพของประชาชน

การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศที่ประสบผลสำเร็จอย่างสูง ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศไต้หวันในด้านต่างๆ รวมทั้งด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาย้อนไปเมื่อครั้งแยกตัวออกจากจีนคอมมิวนิสต์ใหม่ๆ ในปี 1951 อายุขัยเฉลี่ยของประชากรชาย เท่ากับ 53.38 ปี และหญิง 56.33 ปี แต่ในปี 1996 อายุขัยเฉลี่ยในผู้ชายเพิ่มขึ้นเป็น 71.87 ปี และ 77.92 ปี ในผู้หญิง อัตราตายหยาบ (crude death rate) ลดลงจาก 18.15 ต่อพัน ในปี 1947 ลงเหลือ 5.6 ต่อพันคน ในปี 1998 อัตราตายของทารกแรกเกิดในปี 1997 เท่ากับ 6.35 ต่อพัน ในขณะที่ปี 1952 อยู่ที่ระดับ 44.71 ต่อการเกิดมีชีพพันคน นอกจากนี้อัตราการเกิดและการเพิ่มของประชากรยังลดลงอย่างชัดเจนด้วย (ตารางที่ 3) การพัฒนาระบบสุขภาพและการพัฒนาประเทศโดยรวมของไต้หวัน ได้ทำให้จำนวนประชากรในแต่ละช่วงอายุเปลี่ยนไป โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ประชากรวัยเด็กมีสัดส่วนลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลทำให้ต้องเตรียมการรองรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในส่วนของโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายสูง

การควบคุมโรคติดเชื้อเป็นงานอีกด้านหนึ่งที่ดำเนินการได้อย่างประสบผลสำเร็จ กาฬโรค ฝีดาษ และอหิวาตกโรค ได้ถูกกำจัดให้หมดไปจากไต้หวันแล้ว ส่วนโรคพิษสุนัขบ้ายังไม่เคยพบเลย ตั้งแต่ปี 1959 เป็นต้นมา และองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ไต้หวันเป็นเขตปลอดจากมาลาเรียมาตั้งแต่ปี 1965 และนับแต่ปี 1995 เป็นต้นมา รัฐบาลได้มีนโยบายให้ภูมิด้านทานโรคเพื่อมุ่งกำจัดโรคโปลิโอ หัด หัดเยอรมัน และบาดทะยักในเด็กเล็กให้หมดไปด้วย

ตารางที่ 3 แสดงลักษณะทางประชากรของไต้หวัน

ลักษณะทางประชากร	1988	1997	1998
ประชากรรวม (พันคน)	19,954	21,743	21,929
อัตราการเพิ่มของประชากรรวม ต่อพันคน	11.6	10.1	8.5
อัตราเกิดหยาบ (crude birth rate/1,000)	17.2	15.1	12.4
อัตราตายหยาบ (crude death rate/1,000)	5.1	5.6	5.6
โครงสร้างอายุ (%)			
0-14 ปี	28.0	22.6	22.0
15-64 ปี	66.3	69.3	69.8
65 ปีขึ้นไป	5.7	8.1	8.2

ที่มา : The Republic of China no Taiwan 1999 "Statistics". Bureau of Statistics DGBAS, Executive Yuan.

ผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม และระบบสาธารณสุขของประเทศ นอกจากจะทำให้จำนวนประชากรวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นแล้ว ยังมีผลกระทบที่สร้างปัญหาให้กับระบบสุขภาพอีกหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเรื่องการสูบบุหรี่ ซึ่งร้อยละ 55 ของชายชาวไต้หวันที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่เป็นประจำ ส่วนผู้หญิงมีเพียงร้อยละ 3.3 ที่สูบบุหรี่ อย่างไรก็ตามบุหรี่น่าจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มะเร็งปอดมีอัตราสูงขึ้นทั้งในเพศหญิงและชาย (แสดงให้เห็นว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่โดยตรงก็ได้รับพิษจากควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่) ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 4 ปัญหามลพิษจากอุตสาหกรรมอันมีผลต่อสถานะแวดล้อม โดยเฉพาะในพื้นที่เขตอุตสาหกรรมและเมืองใหญ่ ไม่ว่าจะเป็น ไทเป เกาสิง คีลุง หรือ ไทหนาน ได้ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่เหล่านั้นมากมาย อาทิ พิษจากโลหะหนักในกระแสดเลือด, gas narcosis, black lung disease, dysbarism, โรคผิวหนัง และบาดแผลจากอุบัติเหตุการทำงาน ในปี 1997 มีการรายงานการเกิดโรคจากการทำงาน 3,005 ราย และได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นจริงถึง 2,801 ราย

การเติบโตของเมืองใหญ่เกิดขึ้นพร้อมๆ กับปัญหาด้านการจราจร โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับอุบัติเหตุ ซึ่งเห็นได้จากจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุในปี 1997 ทั้งหมด 11,297 ราย เป็นอุบัติเหตุที่เนื่องมาจากการจราจรถึง 6,646 ราย หรือร้อยละ 58.83 ของผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทั้งหมด ส่งผลให้อุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการตายหลักของประชากรที่อายุต่ำกว่า 44 ปี ปัญหาสุขภาพที่สำคัญซึ่งไม่เคยพบมาก่อนปัญหานี้คือการใส่สารแอมเฟตามีนในกลุ่มเยาวชนวัยเรียน รวมทั้งปัญหาอื่นๆ ของเด็กในวัยเรียน เช่น ปัญหาด้านทันตอนามัย การตั้งครกก่อนวัยอันควร ปัญหาความเครียด

ปัญหาสาวยาคาตัน ซึ่งปัจจุบันได้กลายเป็นปัญหาที่ทำลายบุคลากรสาธารณสุขของไต้หวันมากขึ้น (Government information office, 1999a; Chen WW and Lee SP, 1990)

ปัญหาทางสาธารณสุขอีกส่วนหนึ่งที่เป็นผลต่อเนื่องมาจากการพัฒนาประเทศไปสู่อุตสาหกรรมใหม่ของไต้หวัน คือปัญหาการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้นจนกลายเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการตายที่สำคัญของชาวไต้หวันในปี 1985 โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับกลุ่มหญิงสูงอายุ (Government information office, 1987; Tsai SP and Wen CP, 1989) นอกจากนี้ความสะอาดและสุขภาพอาหาร โดยเฉพาะสถานที่ขายอาหารที่ยังไม่มีการควบคุม เช่น รถเข็น หรือร้านทำอาหารกล่อง ซึ่งได้กลายมาเป็นแหล่งขายอาหารที่ได้รับความนิยมในปัจจุบันก็เป็นส่วนหนึ่งของต้นเหตุของปัญหาสาธารณสุขในยุคนี้ การเปลี่ยนแปลงประเทศไปสู่ภาคอุตสาหกรรม ได้ส่งผลกระทบต่ออีกด้านหนึ่งให้มีการนำเข้าแรงงานจากต่างประเทศจำนวนมาก ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาในด้านการให้บริการสุขภาพกับคนกลุ่มนี้ตามมา (Government information office, 1999)

Tsai SP และ Wen CP (1989) ได้ศึกษาแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงของอัตราการตายของชาวไต้หวัน ในช่วงปี 1976-1983 ซึ่งพบว่าในช่วงดังกล่าวอัตราการตายโดยรวมลดลงเฉลี่ยร้อยละ 2 ต่อปี ส่วนใหญ่การตายลดลงในวัยหนุ่มสาว สาเหตุการตายที่ลดลงอย่างชัดเจนพบใน strokes, rheumatic heart disease, ill-defined conditions มะเร็งในกระเพาะอาหาร หอบหืด แผลในกระเพาะอาหาร และโรคติดเชื้อ เช่น วัณโรค เป็นต้น ส่วนสาเหตุการตายที่มีแนวโน้มสูงขึ้นได้แก่การฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุจราจร และมะเร็งที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับมลพิษจากสิ่งแวดล้อม เช่น มะเร็งปอด ตับอ่อน ทางเดินหายใจ สมอง และตับ ซึ่งมักพบว่ามีเพิ่มขึ้นในเพศชาย ดังข้อมูลรายละเอียดที่แสดงในตารางที่ 4

การศึกษาเดียวกันนี้ยังได้เปรียบเทียบอัตราการตายของชาวไต้หวันในช่วงเวลาดังกล่าว กับประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกาและญี่ปุ่นด้วย ซึ่งพบว่าเมื่อเปรียบเทียบอัตราตายที่ปรับเป็นค่ามาตรฐาน (Standardized Mortality Ratios, SMRs) ของชาวไต้หวันในปี 1983 กับประชากรผิวขาวของสหรัฐอเมริกา พบว่าอัตราการตายจากทุกสาเหตุใกล้เคียงกันในเพศชาย และสูงกว่าสหรัฐอเมริกาเล็กน้อยในเพศหญิงโดยเฉพาะผู้สูงอายุ (SMRs=1.41) และสูงกว่าอัตราการตายจากทุกสาเหตุเมื่อเปรียบเทียบกับชาวญี่ปุ่น (SMRs ชาย=1.32, หญิง=1.47) เมื่อพิจารณาในรายโรคเปรียบเทียบกับสหรัฐอเมริกาพบว่าชายชาวไต้หวันตายมากกว่าด้วย วัณโรค (SMRs=36.19) หอบหืด (SMRs=12.66) มะเร็งตับ (SMRs=11.06) โรคกระเพาะอาหาร (SMRs=4.04) ส่วนเพศหญิงตายมากกว่าด้วยวัณโรค (SMRs=38.16) หอบหืด (SMRs=8.39) อาการ ill-defined (SMRs=5.42) โรคกระเพาะอาหาร (SMRs=4.29) มะเร็งตับ (SMRs=4.24) เป็นต้น ส่วนสาเหตุการตายของชาวไต้หวันต่ำกว่าชาวสหรัฐฯ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (SMRs ชาย=0.14, หญิง=0.16) มะเร็งเต้านม (SMRs=0.26) มะเร็งปอด (SMRs ชาย=0.42, หญิง=0.64) มะเร็งในสมอง (SMRs ชาย =0.43, หญิง=0.50) เป็นต้น และเมื่อเปรียบเทียบกับชาวญี่ปุ่นพบว่า ชาวไต้หวันตายมากกว่าในโรคมะเร็งปากและหลอดอาหาร

(SMRs ชาย=4.50, หญิง=5.20) วัณโรค (SMRsชาย=4.48, หญิง=5.01) อาการ ill-defined (SMRs ชาย=3.30, หญิง=5.15) เป็นต้น ส่วนโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่น้อยกว่าในไต้หวันเมื่อเทียบกับญี่ปุ่น คือ มะเร็งในตับอ่อน (SMRsชาย=0.44, หญิง=0.39 ในผู้หญิง) มะเร็งกระเพาะอาหาร (SMRs ชาย=0.46, หญิง=0.43) การฆ่าตัวตายในผู้ชาย(SMRs=0.62) ส่วนในผู้หญิงมีอัตราเท่ากัน (SMRs=1.00) (รายละเอียดศึกษาได้ในงานของ Tsai SP และ Wen CP, 1989)

ตารางที่ 4 การเปลี่ยนแปลงของ age-adjusted death rates* ของสาเหตุการตาย

Cause of Death (ICD)	Male				Female			
	<15	15-64	65+	Total	<15	15-64	65+	Total
All causes of death (000-999)	-30.1	-6.4	-11.3	-10.7	-34.6	-13.6	-7.4	-12.9
Tuberculosis (010-018)	--	-55.4	-34.6	-47.8	--	-59.2	-37.9	-51.5
Cancer (140-208)	+8.5	+9.2	+19.8	+12.4	0.0	+2.3	+12.6	+5.8
Nasopharynx/buccal (140-149)	--	+49.1	+64.9	+50.9	--	+13.1	+10.0	+12.1
Oesophagus (150)	--	+10.4	-6.7	+2.3	--	-16.1	+5.2	-2.3
Stomach (151)	--	-17.1	-16.3	-17.1	--	-3.1	-11.0	-6.9
Colorectal (153, 154)	--	-3.1	+28.3	+7.7	--	-11.5	+19.3	+0.7
Liver (155, 156)	+102.0	+17.1	+20.6	+18.6	-20.2	+11.5	+16.3	+12.4
Pancreas (157)	--	+36.5	160.6	+64.1	--	+78.6	+187.5	+111.8
Lung (162, 163)	--	+25.6	+74.6	+42.8	--	+21.2	+52.8	+34.4
Breast (174)	NA	NA	NA	NA	--	+33.0	+0.4	+24.3
Cervix uteri (180)	NA	NA	NA	NA	--	-7.2	+92.5	+8.2
Brain (191, 192)	+31.8	+66.7	+149.6	+66.1	+4.8	+59.4	+87.6	+50.8
All circulatory system (390-459)	-23.4	-7.9	-8.1	-8.1	-40.7	-19.4	-4.4	-9.5
Rheumatic heart disease (393-398)	--	-31.5	-19.9	-28.9	--	-27.2	-22.4	-25.2
Coronary heart disease (410-414)	--	+9.9	-11.9	-2.3	--	-28.5	-19.7	-22.6
Stroke (430-438)	+34.4	-12.5	-11.9	-12.0	+2.0	-19.2	-11.0	-13.6
Asthma (493)	--	-31.4	-34.3	-33.4	--	-33.8	-29.8	-31.4
Peptic ulcer (531-534)	--	-37.2	-37.8	-37.7	--	-36.8	-16.3	-21.6
Liver cirrhosis (570-571)	--	-4.2	-10.1	-6.4	--	-17.6	-5.0	-12.5
Ill-defined (780-799)	-62.6	-67.0	-49.4	-57.2	-57.9	-70.5	-34.4	-42.1
Accidents (E800-E949)	+3.7	+11.9	+48.2	+13.1	+16.2	-31.0	+57.1	+32.4
Motor vehicle (E810-E829)	+15.8	+18.9	+41.6	+20.3	+15.2	+32.3	+55.6	+31.3
Non-motor vehicle (E800-E809,E830-E949)	-12.1	-7.0	+6.6	-7.2	+1.0	-1.3	+1.5	+1.1
Suicide (E950-959)	--	+30.2	+28.7	+29.6	--	+17.8	+15.1	+17.1

* Age-adjusted to the 1976 population using the direct standardization method

--< 10 deaths, rate changes not calculated

ที่มา Tsai SP และ Wen CP (1989) Mortality trends in a rapidly developing economy in Taiwan.

Asia-Pacific Journal of Public Health. Vol. 3 No. 1, p. 45.

ส่วนสาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของชาวไต้หวันในปี 1985, 1990 และ 1997 ได้แสดงไว้ในตารางที่ 5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสาเหตุการตายยังไม่มีเปลี่ยนแปลงไปมากนัก โดยเฉพาะการตายที่มีสาเหตุจากการพัฒนาอุตสาหกรรมและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรม

ตารางที่ 5 สาเหตุการตายจากโรค 10 อันดับแรก ของชาวไต้หวัน

Cause of Death	Mortality per 100,000		
	1985	1990	1997
Malignancies	85.02	95.97	134.10
Cerebrovascular Diseases	76.42	69.11	59.56
Accidents&Adverse effect	58.97	66.66	52.22
Heart Diseases	43.52	58.79	49.71
Diabetes Mellitus	15.31	20.58	34.67
Chronic Liver Diseases & Cirrhosis	16.48	17.60	22.03
Nephritis, Nephrotic syndrome & Nephrosis	11.53	12.35	16.73
Pneumonia	NA	12.93	16.20
Hypertensive Disease	18.08	12.18	12.07
Bronchitis, Emphysema & Asthma	13.98	10.64	10.04
Suicide	11.92	NA	NA

ข้อมูล -Government information office, *Republic of China 1987: A Reference Book*, p.415.

- Government information office, *1993 The Republic of China: Yearbook*, 1993 p. 301.

- Government information office, *1999 The Republic of China: Yearbook*, 1999 p. 261.

ระบบบริหารสาธารณสุข

ระบบบริหารด้านสาธารณสุขของไต้หวันแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ หน่วยงานระดับชาติ หน่วยงานระดับมณฑลหรือเทศบาลนครพิเศษ ระดับจังหวัดหรือนคร และระดับเมือง ในระบบบริหารระดับชาติ กระทรวงสุขภาพ (Department of Health, DOH) ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของสภาบริหาร (Executive Yuan) ถือว่าเป็นองค์กรบริหารสูงสุดด้านสุขภาพอนามัย มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ กำหนดโครงการสาธารณสุขระดับชาติ และทำหน้าที่กำกับดูแลและประสานงานกับรัฐบาลท้องถิ่นเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขในทุกระดับ แบ่งการบริหารภายในออกเป็น 6 กรม (Bureaus) ซึ่งแบ่งกันดูแลงาน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการแพทย์ (medical affairs) การเภสัชกรรม (pharmaceutical affairs) สุขาภิบาลอาหาร (food sanitation) การควบคุมโรคติดต่อ (communicable disease control) ด้านสุขศึกษา (health promotion) และสำนักวางแผนสาธารณสุข (Office of Health Planing) นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานระดับรองอีก 9 หน่วยงาน ได้แก่ หน่วยงานแห่งชาติด้านป้องกันโรค (National Institute of Preventive Medicine) ห้องปฏิบัติการระดับชาติด้านอาหารและยา (National Laboratories of Foods and Drugs) สำนักควบคุมสารเสพติด (Narcotics Bureau) สำนักบริการกักกันโรค (National Quarantine Service) สำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(Bureau of National Health Insurance) คณะกรรมการแห่งชาติเพื่อดูแลการประกันสุขภาพ (National Health Insurance Supervisory Committee) คณะกรรมการแห่งชาติเพื่อรับข้อร้องเรียนเรื่องการประกันสุขภาพ (National Health Insurance Dispute Review Committee) คณะกรรมการกำหนดค่าบริการสุขภาพ (Committee for the Negotiation of Medical Fees) คณะกรรมการการแพทย์และเภสัชกรรมแผนจีน (Chinese Medicine and Pharmacy Committee) และในปี 1996 ได้จัดตั้งสถาบันวิจัยสุขภาพแห่งชาติ (National Health Research Institute) ขึ้นอีกหน่วยงานหนึ่ง

ผู้ดูแลงานด้านสาธารณสุขในระดับมณฑลหรือเทศบาลนครพิเศษได้แก่ สำนักงานสุขภาพมณฑล (Taiwan Provincial Department of Health) ซึ่งทำหน้าที่บริหารและประสานงานเชิงนโยบายกับระดับประเทศ และมีหน้าที่สำคัญในการรับผิดชอบงานบริการสาธารณสุขในแต่ละเมืองหรือมณฑลทั้ง 21 แห่ง รวมทั้งในเทศบาลนครพิเศษนครไทเป และนครเคาซิง ซึ่งทั้ง 2 นครนี้มีหน่วยงานในระดับย่อยลงไปอีก งานในส่วนนี้รวมไปถึงการจัดหาบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ของตน ด้วยการให้ทุนคนในพื้นที่ไปศึกษาในด้านนี้ ในระดับเมืองจะมีสถานบริการสุขภาพ (health station) ทำหน้าที่บริการดูแลด้านสุขภาพ และป้องกันโรคให้กับประชาชนในเขตรับผิดชอบ รวมทั้งเป็นผู้นำเอานโยบายที่กำหนดมาปรับไปสู่ภาคปฏิบัติ ส่วนพื้นที่ห่างไกลในภูเขา หรือเกาะต่างๆ จะมีสถานีอนามัยย่อย (health posts) รับผิดชอบ ตั้งแต่ปี 1983 เป็นต้นมา ได้มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานบริการ (group practice center) ในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน ปรับปรุงภาวะสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์กับประชาชนที่อยู่ในเขตทุรกันดาร

การปฏิรูประบบสุขภาพของไทย

ปัจจัยที่นำสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ

ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาเศรษฐกิจของไทย ที่ก้าวตามกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา มีสูงมาก การเปลี่ยนแปลงในหลายด้าน ได้มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่การปฏิรูประบบสาธารณสุข ปัญหาหลักๆ ได้แก่

- การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางประชากรของประเทศ ทำให้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้น ทำให้มีภาระมากขึ้นในการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มนี้ซึ่งมักป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
- การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชาชน ที่เปลี่ยนจากการทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมมาทำงานในภาคอุตสาหกรรม และงานบริการมากขึ้น ทำให้ต้องมาอาศัยอยู่รวมกันอย่างแออัด ต้องใช้ชีวิตอย่างเร่งรีบแข่งกับเวลา มีโอกาสพักผ่อน ออกกำลังกายน้อยลง เช่นเดียวกับชีวิตของคนเมืองทั่วโลก
- ปัญหามลภาวะ หมอกควัน สารพิษจากอุตสาหกรรม และปัญหาด้านสุขาภิบาลอาหาร สิ่งแวดล้อม ได้มีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตอุตสาหกรรมและเมืองใหญ่
- ปัญหาด้านอุบัติเหตุจากการทำงานและการจราจร ที่เป็นผลต่อเนื่องมาจากการจราจรที่แออัดเร่งรีบมากขึ้น
- ปัญหาสุขภาพจากการเข้ามาของแรงงานต่างชาติจำนวนมาก ทำให้มีปัญหาการจัดบริการสุขภาพให้กับกลุ่มคนเหล่านี้
- ปัญหาการใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มนักเรียน วัยรุ่น เป็นปัญหาด้านสังคมที่เป็นผลพวงมาจากการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว ที่เพิ่งก่อตัวขึ้นมาไม่นาน

ปัญหาเหล่านี้ได้ส่งผลให้ระบบสุขภาพที่ใช้อยู่แต่เดิมเริ่มไม่สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม แม้รัฐบาลได้หันมาดำเนินนโยบายกระจายรายได้ไปยังประชากรส่วนต่างๆ ได้อย่างดีแล้วก็ตาม ปัญหาทางสุขภาพและการบริหารสาธารณสุขก็ยังคงมีมาโดยตลอด การแก้ปัญหาโดยนโยบายหรือโครงการภายใต้กรอบโครงสร้างเดิมที่มีอยู่ ไม่เพียงพอที่จะแก้ปัญหาเหล่านั้นได้ จึงนำไปสู่แผนปฏิรูประบบสาธารณสุขที่เริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี 1985 โดยได้ใช้แนวทางการแก้ปัญหาของประเทศที่พัฒนาแล้วหลายๆ ประเทศ จนส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบประกันสุขภาพครั้งใหญ่ขึ้นในปี 1995

ในส่วนของปัญหาภายในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ Peabody JW และคณะ (1995) ได้สรุปว่ามีปัญหาหลักอยู่ 2 ด้าน ที่นำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวัน คือ ปัญหาของการไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกันของประชาชน และปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ โดยมีประเด็นของการพัฒนาประเทศอย่างรวดเร็วภายใต้ระบบการค้าเสรีเป็นพื้นฐานของปัญหา

ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ - ระบบประกันสุขภาพในอดีต

ปัญหาของการเข้าถึงบริการของชาวไต้หวันประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ ปัญหาของการไม่สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้เพราะมีปัญหาด้านค่าใช้จ่าย กับปัญหาของผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลที่ไม่มีสถานบริการ หรือมีสถานที่แต่ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์คอยให้บริการรักษา

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาก่อนที่จะมีระบบประกันสุขภาพครอบคลุมทั่วประเทศ (Universal National Health Insurance) ขึ้นในปี 1995 รัฐบาลไต้หวันพยายามให้หลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพกับประชาชนกลุ่มต่างๆ ด้วยการทยอยจัดให้มีระบบประกันสุขภาพหลายแบบขึ้นมาตามลำดับ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงระบบประกันสุขภาพแบบต่างๆ ที่มีในไต้หวัน

Type of Insurance	Year Established	Group Covered	Beneficiaries in 1992 No. (%)
Labor Insurance	1950	Employees	7,708,868 (37.2)
Government Employee Insurance	1958	Government employees	1,707,301 (8.2)
	1965	Retired government employees	
	1980	Private school staff	
	1982	Dependent of government employees	
	1985	Retired private school staff	
	1985	Spouses of retired private school staff	
	1990	Dependents of private school staff	
Farmer's Health Insurance	1988	Farmers & members of their households	1,695,167 (8.2)
Total			11,111,326 (53.6)
Total population			20,768,852

ที่มาจาก Peabody JW, Yu JC, Wang YR, et al. (1995). Health system reform in the republic of China: formulating policy in a Market-Based Health System. *JAMA*. 273:10, 778.

โครงการประกันสุขภาพผู้ใช้แรงงาน (Labor Insurance Program) ได้จัดให้มีขึ้นครั้งแรกในปี 1950 ตามระเบียบของระบบประกันสุขภาพโครงการนี้ นายจ้างที่มีคนงาน 5 คนขึ้นไป จะต้องทำประกันสุขภาพให้กับลูกจ้างตั้งแต่อายุ 15-60 ปี การประกันนี้จะมีผลเฉพาะตัวต่อลูกจ้างเท่านั้นไม่มีผลต่อครอบครัวของผู้เอาประกัน ค่าเบี้ยประกันจะอยู่ที่ร้อยละ 7 ของค่าจ้างที่ได้รับ โดยลูกจ้างจะจ่าย ร้อยละ 20 ส่วนนายจ้างจ่ายร้อยละ 80 หากกรายรับจากเบี้ยประกันไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จะได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนประกันสุขภาพผู้ใช้แรงงาน (Labor Insurance Pension Funds) เมื่อแรกก่อตั้งมีสำนักงานประกัน 554 แห่ง ผู้ใช้แรงงานทำประกันทั้งสิ้น 128,625 คน ในขณะที่ปี 1993 มีสำนักงานประกัน 360,000 แห่ง ผู้ใช้แรงงานทำประกันมากกว่า 8.1 ล้านคน มีการจ่ายเงินประกันมากกว่า 3.5 พันล้านเหรียญสหรัฐ มีโรงพยาบาลและคลินิก 11,861 แห่ง คอยให้บริการกับผู้ประกันตน ในจำนวนนี้ 1,156 แห่ง ให้การรักษาด้วยการแพทย์จีน ระบบประกันตามโครงการนี้ดูแลโดยสภากิจการแรงงาน (Council of Labor Affairs)

การประกันสุขภาพข้าราชการ (Government employee insurance) เป็นอีกโครงการหนึ่งที่ถูกผลักดันเพื่อแก้ปัญหาการเข้าหาบริการทางการแพทย์ ได้รับการเสนอเป็นกฎหมายออกมาบังคับใช้ครั้งแรกเมื่อกลางปี 1958 และขยายขอบข่ายครอบคลุมคนมากขึ้นเป็นลำดับดังตารางที่นำเสนอข้างต้น ให้หลักประกันกับข้าราชการและครูโรงเรียนเอกชน ทั้งที่ยังทำงานอยู่และที่ปลดเกษียณแล้วโดยคุ้มครองถึงครอบครัวของคนเหล่านี้ด้วย ในปี 1992 โครงการนี้ครอบคลุมประชากรร้อยละ 8.2 ของได้หัวน เบี้ยประกันร้อยละ 9 ของเงินเดือน โดยผู้ประกันตนจ่ายร้อยละ 35 ที่เหลือรัฐบาลเป็นผู้จ่าย โครงการประกันสุขภาพนี้อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงบุคลากร (Ministry of Personnel) บริหารการเงินโดยสถาบันการเงินกลางของรัฐบาล (Central Trust of China)

กลุ่มของหลักประกันสุขภาพใหญ่อีกกลุ่มหนึ่งที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ 8.2 ของประเทศ คือโครงการประกันสุขภาพเกษตรกร (Farmer's Health Insurance) เริ่มบังคับใช้ในปี 1988 เป็นโครงการที่ให้หลักประกันกับประชาชนในชนบท ได้แก่สมาชิกของกลุ่มเกษตรกรต่างๆ และครอบครัว ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ทำงานอยู่ในภาคการเกษตรไม่ต่ำกว่า 90 วันต่อปี ต่อมาภายหลังได้ยกเลิกข้อจำกัดเรื่องอายุไป โครงการนี้ต้องการจะพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชนบทไปพร้อมกันด้วย ผู้ทำประกันต้องจ่ายเงินสมทบร้อยละ 30 ของเบี้ยประกัน และรัฐจ่ายที่เหลืออีกร้อยละ 70 โดยแบ่งให้รัฐบาลกลางจ่าย ร้อยละ 40 รัฐบาลมณฑลจ่ายร้อยละ 20 และหน่วยงานของรัฐระดับเมืองจ่ายอีกร้อยละ 10 รับผิดชอบโครงการโดยกระทรวงมหาดไทย (Ministry of the Interior) และหน่วยงานรัฐบาลระดับท้องถิ่น

ระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ที่มีในไต้หวัน เช่น ระบบประกันสุขภาพของทหารที่ให้บริการที่โรงพยาบาลของทหารอีกร้อยละ 3 ของประชากร โดยเสียค่าประกันคนที่ต่ำมาก ผู้ที่ขึ้นทะเบียนทหารอยู่ (enlisted men) จะได้รับบริการฟรี ผู้ที่ปลดเกษียณแล้วจะได้รับการตรวจร่างกายประจำปี

ฟรี และได้รับส่วนลดเมื่อมารับบริการทางการแพทย์ร้อยละ 20-30 ของค่าบริการ ทางกองทัพได้ใช้จ่ายเงินสำหรับส่วนนี้ประมาณร้อยละ 1.2 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทัพ นอกจากนี้ยังมีระบบประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ดูแลโดยระบบประกันสุขภาพผู้ใช้แรงงานซึ่งครอบคลุมประชากรอีกประมาณร้อยละ 0.5 ระบบการประกันสุขภาพแบบกลุ่มวิชาชีพ โดยทางกลุ่มจะจ่ายค่าเบี้ยประกันให้ 2 ใน 3 ส่วน ที่เหลือผู้ทำประกันรับผิดชอบ การประกันอุบัติเหตุสำหรับนักเรียนที่รัฐเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย การประกันโดยรัฐบาลท้องถิ่นในแต่ละเมืองหรือมณฑล นอกจากนี้ยังมีผู้ใช้บริการของระบบประกันสุขภาพของเอกชนอีกประมาณ ร้อยละ 9 ของประชากร

ระบบประกันสุขภาพแบบต่างๆ ที่กล่าวมาส่วนใหญ่ให้การคุ้มครองที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยจะครอบคลุมค่าใช้จ่ายเมื่อเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานบริการที่อยู่ในเครือข่าย ได้แก่ ค่ายา ค่าตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ค่าแว่นตา รถเข็น และอื่นๆ สิ่งที่ไม่ได้รับการชดเชยได้แก่ การผ่าตัดเสริมความงาม ค่ายาที่ไม่ใช่แพทย์สั่งจ่าย เป็นต้น นอกจากนี้ยังได้รับเงินชดเชยเมื่อพิการ สูงอายุ หรือเมื่อเสียชีวิตญาติก็จะได้รับเงินชดเชยด้วย

แม้ว่ารัฐบาลไต้หวันจะพยายามจัดระบบประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นแต่ก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนได้ดีเท่าที่ควร เมื่อสิ้นปี 1993 โครงการประกันสุขภาพหลักทั้ง 3 โครงการ รวมทั้งโครงการอื่นๆ ที่มีทั้งหมดรวม 13 โครงการ ให้การคุ้มครองประชาชนได้ทั้งหมด 12.2 ล้านคน หรือประมาณ ร้อยละ 58.3 ของประชาชนทั้งประเทศ โดยรัฐพยายามให้ความช่วยเหลือกับกลุ่มคนที่มีฐานะยากจนก่อน ดังนั้นที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 42 ที่ยังไม่มีประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่อยู่ภายใต้การดูแลของครอบครัวคนชั้นกลาง ซึ่งยังคงเป็นปัญหาที่รัฐต้องบริหารจัดการซึ่งนำไปสู่การปรับระบบประกันสุขภาพครั้งใหญ่ ในปี 1995

ในส่วนของ การขาดแคลนสถานบริการสุขภาพ และบุคลากรสาธารณสุข เป็นปัญหาที่สำคัญมากสำหรับไต้หวัน เนื่องจากสภาพพื้นที่ของประเทศทำให้ความเจริญกระจุกตัวอยู่บริเวณชายฝั่งตะวันตกของเกาะ ส่วนเขตพื้นที่ภูเขาสูงตอนกลางของเกาะ และในเกาะแก่งต่างๆ อีกประมาณ 80 เกาะ ที่มีคนอยู่ค่อนข้างน้อย และมีความเจริญน้อยกว่า ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ไม่ต้องการเข้าไปทำงานในพื้นที่เหล่านี้ เช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกแพทย์ก็ไม่ต้องการไปเปิดให้บริการในพื้นที่เหล่านี้ ก่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขรัฐบาลไต้หวันเองได้พยายามแก้ปัญหานี้ โดยในระหว่างปี 1970-1985 ถือว่าเป็นช่วงที่มีการเร่งผลิตแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขขึ้นเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตามพบว่าแพทย์ที่ผลิตขึ้นได้ส่วนใหญ่มักจะทำงานอยู่ในเมืองหรือพื้นที่ที่มีความเจริญสูงตามความต้องการของตลาด

เพื่อแก้ปัญหการกระจายแพทย์ออกสู่พื้นที่ชนบท ในปี 1975 จึงมีการจัดตั้งวิทยาลัยแพทย์แห่งชาติยางมิงจิ้น (National Yang-Ming Medical College) เพื่อให้มีการให้ทุนการศึกษาแก่นักศึกษาแพทย์และให้มีการทำงานใช้ทุนในพื้นที่ในชนบท และในปี 1981 ก็ได้มีโรงเรียนแพทย์อื่นๆ

เข้าร่วมผลิตแพทย์ในระบบนี้ด้วย ระหว่างการทำงานใช้ทุน 6 ปี จะมีการฝึกอบรมให้กับแพทย์เหล่านี้เพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญด้วย แต่หลังจากครบ 6 ปี แพทย์เหล่านี้สามารถเลือกทำงานได้อย่างอิสระ ซึ่งก็มีแพทย์จำนวนไม่มากนักที่ยังคงทำงานอยู่ในพื้นที่ชนบท มีการศึกษาพบว่าประสบการณ์ของการทำงานในชนบทระหว่างที่ใช้ทุน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดให้แพทย์เหล่านั้นทำงานในชนบทต่อไปและเลือกที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคทั่วไป (general primary care specialty) หรือไม่ (Chie W-C และคณะ, 1997) การไม่สามารถกระจายแพทย์ออกสู่พื้นที่ในชนบทได้อย่างทั่วถึงจึงเป็นปัจจัยสำคัญอันหนึ่ง ที่ทำให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพเกี่ยวกับระบบเครือข่ายทางการแพทย์ขึ้นในไต้หวันในปี 1985

ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

การขยายตัวของระบบประกันสุขภาพผู้ใช้แรงงาน ร่วมกับการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไต้หวันเพิ่มขึ้นอย่างมาก ระหว่างปี 1987 ถึงปี 1992 ตัวเลขค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของชาวไต้หวันเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 14.5 ต่อปี ในขณะที่ GDP เพิ่มขึ้นในอัตราเพียงร้อยละ 10 ต่อปี ส่งผลให้สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/GDP เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.25 ในปี 1987 ไปเป็นร้อยละ 5.3 ในปี 1992 (Peabody JW, et al.: 1995) แม้ในปี 1995 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพยังคงอยู่ที่ร้อยละ 5.23 ของ GDP โดยมีอัตราการเติบโตสูงถึงร้อยละ 13.4 แต่การเติบโตของ GDP มีเพียงร้อยละ 8.09 เท่านั้น ทำให้ปัญหาการเพิ่มขึ้นของตัวเลขค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ได้รับความสนใจมากขึ้น และมีส่วนนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวันด้วย (Yeh C-C, 1997)

สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไต้หวันเป็นการจ่ายโดยรัฐร้อยละ 15.1 จ่ายจากเงินกองทุนประกันสุขภาพแบบต่างๆ ร้อยละ 38.4 ที่เหลืออีกอีกร้อยละ 46.5 เป็นการจ่ายโดยผู้บริโภคเอง ซึ่งสัดส่วนนี้เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าสัดส่วนการจ่ายเงินเองโดยประชาชนของไต้หวันค่อนข้างสูงมาก ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในภาครัฐค่อนข้างต่ำมาก กลุ่มประเทศ OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) รัฐจะจ่ายเงินส่วนนี้ถึงประมาณร้อยละ 75 ในขณะที่สหรัฐอเมริกาที่มีการแข่งขันทางการตลาดสูงมาก มีสัดส่วนการจ่ายจากกองทุนประกันสุขภาพประมาณร้อยละ 42 และประชาชนจ่ายเพิ่มเองเพียงร้อยละ 23 เท่านั้น (Peabody JW, et al.: 1995)

ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการแบบ fee-for-service ที่ไต้หวันใช้อยู่ ทำให้มีการให้บริการที่สูงเกินจำเป็นส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น ปัจจัยทางวัฒนธรรมความเชื่อในการดูแลสุขภาพของชาวไต้หวันผนวกกับแรงจูงใจจากค่าตอบแทนที่ได้รับจากการให้บริการ ส่งผลให้

รูปแบบการรับบริการแบบผู้ป่วยนอกของไต้หวันมีลักษณะที่เฉพาะตัวคือ จะพบแพทย์โดยใช้เวลาเพียงสั้นๆ ได้รับยาจำนวนมาก และมีการนัดติดตามผลบ่อยๆ แพทย์จะปรับรูปแบบการให้บริการที่ได้ค่าตรวจเพิ่ม โดยจะนัดผู้ป่วยใหม่หรือผู้ป่วยเก่าที่มีอาการซับซ้อนให้มาพบเป็นระยะๆ โดยใช้เวลาคูยกับผู้ป่วยครั้งแรกประมาณ 5 นาที จากนั้นจะใช้เวลานั่งลงในการพบครั้งต่อไป ในปี 1992 มีการศึกษาพบว่าโดยเฉลี่ยผู้ประกันตนชาวไต้หวันจะพบแพทย์ปีละ 15 ครั้ง ในขณะที่ผู้ประกันตนชาวอเมริกันพบแพทย์โดยเฉลี่ยเพียงปีละ 6 ครั้งเท่านั้น (Peabody JW, et al., 1995) นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์ที่มีคลินิกของตนเองพยายามเพิ่มรายได้ให้กับตัวเอง โดยการจำหน่ายยาให้กับผู้ป่วยไปพร้อมๆ กันด้วย และมักสร้างความพึงพอใจให้กับคนไข้ด้วยการส่งจ่ายยาหลายๆ ชนิด ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ทั้งของแพทย์และผู้ป่วยได้ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านยาของไต้หวันสูงขึ้นมาก

ค่าใช้จ่ายของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ พบว่า ร้อยละ 39 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วย ในขณะที่อีกร้อยละ 61 เป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในส่วนนี้จ่ายเป็นค่ายาตามใบสั่งแพทย์สูงถึงประมาณ ร้อยละ 31 นอกจากนี้รายได้ของแพทย์ในไต้หวันก็อยู่ในระดับที่สูง โดยสูงกว่าค่าแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมประมาณ 6 เท่า Peabody JW และคณะ (1995) ให้ความเห็นว่าเหตุที่ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นระดับนี้ ยังไม่ส่งผลกระทบต่อระบบการเงินของไต้หวันขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ด้าน คือ 1) พื้นฐานของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของไต้หวันที่ผ่านมาอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ 2) รัฐบาลและประชาชนยังคงมองเห็นเหมือนกันว่าการพัฒนาระบบการแพทย์ให้เข้มแข็งเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อประเทศ และ 3) การเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วในช่วงที่ผ่านมาช่วยให้คนมีความสามารถในการจ่ายด้านสุขภาพได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามในขณะนั้นรัฐบาลก็ได้เริ่มเห็นความจำเป็นที่จะต้องเข้ามาดูแลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างเข้มงวดมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพต่อไป

กล่าวโดยสรุปแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวันประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางประชากรและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่เจริญก้าวหน้าขึ้น ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพใหม่ๆ ขึ้นที่ไม่สามารถควบคุมและแก้ไขได้ด้วยวิธีการที่เคยทำมา ความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้ปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อที่เคยเป็นปัญหาใหญ่ถูกกำจัดและควบคุมได้ แต่ขณะเดียวกันได้ทำให้เกิดปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในอัตราที่สูงกว่าการเพิ่มขึ้นของรายได้ประชาชาติ และผลจากการที่ไต้หวันได้ปล่อยให้ระบบสุขภาพของประเทศตกอยู่ภายใต้กลไกทางการตลาดอย่างสมบูรณ์แบบในช่วงแรก ทำให้สถานบริการทางการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน กระจุกตัวอยู่เฉพาะในเมืองใหญ่ที่ให้ผลตอบแทนการทำงานสูง ส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนแพทย์และสถานบริการสุขภาพในเขตชนบท โดยเฉพาะพื้นที่เขตภูเขาสูงและเกาะต่างๆ ปัญหาเหล่านี้รัฐบาลไต้หวันได้พยายามหาทางแก้ไข โดยนำระบบประกันสุขภาพหลายแบบมาให้หลักประกันด้านสุขภาพกับประชาชนกลุ่ม

ต่างๆ โดยเฉพาะผู้ที่ด้อยโอกาสในสังคม แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้งหมดจึงได้มีการวางแผนที่จะนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศต่อไป

การปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวัน

การปฏิรูประบบสุขภาพในที่นี้หมายถึงการเปลี่ยนแปลงใหญ่ ที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจเกิดขึ้นต่อระบบเศรษฐกิจ การเมือง สังคม รวมทั้งระบบบริการสุขภาพเอง หลังจากที่รัฐบาลเริ่มตระหนักว่า ปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ไม่สามารถแก้ไขได้ตามกรอบภายใต้ระบบที่มีอยู่เดิมได้อีกต่อไป การปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวันดำเนินการอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยเริ่มออกมาตรการต่างๆ เพื่อการปฏิรูปมาตั้งแต่ปี 1985 มาจนถึงการปรับระบบประกันสุขภาพทั้งระบบที่ประกาศใช้ได้อย่างเป็นทางการเมื่อต้นปี 1995

ระบบบริการสุขภาพของไต้หวันในช่วงก่อนการปฏิรูปกล่าวได้ว่า ตกอยู่ภายใต้กลไกทางการตลาดภายใต้กฎของอุปสงค์-อุปทานเป็นหลัก ขาดการวางแผนเพื่อพัฒนาอย่างเป็นระบบจากรัฐ (Peabody JW, et al.: 1995) ผู้ป่วยมีอิสระอย่างเต็มที่ที่จะเลือกรักษากับแพทย์ที่ตนต้องการ ในขณะที่เดียวกันแพทย์ก็มีอิสระในการตั้งสถานบริการในที่ที่ตนเองคิดว่าเหมาะสม ทำให้มีการกระจายของสถานบริการอย่างไม่ทั่วถึง ประชาชนในบางพื้นที่ขาดแคลนบริการทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงนโยบายครั้งใหญ่ที่ถือได้ว่าเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพได้อาศัยกลยุทธ์ 4 ด้าน โดยเริ่มที่ 1) โครงการปฏิรูปเครือข่ายบริการทางการแพทย์ในปี 1985 2) โครงการประกันสุขภาพระดับชาติเพื่อแก้ปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของประชาชน โดยเริ่มตัดสินใจให้มีโครงการนี้เมื่อปี 1997 3) โครงการสร้างเครือข่ายฐานข้อมูลสำหรับสถานบริการ เพื่อสนับสนุนโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 1988 และ 4) มีโครงการปรับปรุงระบบการเรียนการสอนในวิทยาลัยแพทย์โดยผลิตแพทย์ประจำครอบครัว (family medicine) ขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไป ซึ่งจะได้กล่าวถึงรายละเอียดของทั้ง 4 โครงการต่อไป

การปฏิรูปเครือข่ายบริการทางการแพทย์ (Medical Care Network)

เมื่อเดือนกรกฎาคม 1985 กระทรวงสุขภาพของไต้หวันได้เสนอโครงการ 15 ปี เพื่อจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ใหม่ให้มีความสมดุลขึ้น โดยเสนอจัดตั้ง “สถาบันเครือข่ายบริการทางการแพทย์ไต้หวัน (Institution of a Medical Care Network for the Taiwan Area)” ขึ้น โดยแบ่งโครงการออกเป็น 3 ระยะ โครงการนี้ได้แบ่งเขตบริการทางการแพทย์ (medical region) ของไต้หวันออกเป็น 17 เขต ในแต่ละเขตทำหน้าที่เป็นองค์กรพื้นฐานในการสร้างบุคลากรทางการแพทย์ จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือ และสร้างระบบเครือข่ายการให้บริการฉุกเฉินสำหรับเขตของตนขึ้นใช้ เขตบริการทางการแพทย์

แพทย์ทั้ง 17 แห่ง ได้แบ่งออกเป็นพื้นที่ย่อย (medical sub-region) 5 เขต ในนครไทเป และอีก 63 เขตย่อย ในพื้นที่อื่นๆ ของไต้หวันตามจำนวนประชากร สภาพทางภูมิศาสตร์ และเส้นทางคมนาคม แต่ละเขตจะประกอบด้วยสถานบริการ 4 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์เขต หรือโรงพยาบาลจังหวัด ในเขตย่อย รวมทั้งสถานบริการระดับรอง เช่น แพทย์เอกชน ศูนย์ประสานงานบริการ (group practice centers) และสถานบริการสุขภาพ (health station) โดยมีความรับผิดชอบดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ระบบบริการผู้ป่วยของไต้หวัน

Level of Services	Providers	Responsibility
Region	Medical Center or Regional Hospital	At least one regional hospital in a region of 400,000 - 1 million population. Function: Training, research, training and high quality medical care.
District	District Hospital	One for 100,000 population. Function: General care, specialty out-patient, support to primary care.
Township	Private Practitioner Group Practice Center Public Health Department Health Station	One for 2,000 population. First-line medical care.
Community	Public Health Department. Health Room Primary Health Unit	One for 2,000 and less population. Health promotion and home nursing care.

ปรับปรุงจาก: Chen WW, Lee SP, Pigg RM. Jr, et al. (1990). Taiwan, R.O.C.: perspectives in school health. *J Sch Health*. 60:7, 358.

โครงการเครือข่ายบริการทางการแพทย์ ได้ช่วยกระจายทรัพยากรสาธารณสุขไปยังพื้นที่ต่างๆ ได้เหมาะสมมากขึ้น โดยการกำหนดให้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่สำหรับการตั้งหรือการขยายโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ห่างไกล สร้างสถานบริการสุขภาพ (health station) ในท้องที่ห่างไกล พร้อมทั้งที่พักของเจ้าหน้าที่ จัดซื้อรถพยาบาลสำหรับส่งต่อผู้ป่วย ซื้อเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็น รวมทั้งส่งเสริมการศึกษาต่อของบุคลากรในพื้นที่ห่างไกล โครงการนี้ช่วยลดสัดส่วนของจำนวนแพทย์ในเมืองต่อชนบทจาก 3.2 ลงเหลือเพียง 2.5 เนื่องจากได้สนับสนุนให้แพทย์ เกษตรกร และพยาบาลออกไปปฏิบัติงานในท้องที่ชนบทได้มากขึ้น ตามโครงการนี้มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อการพัฒนาบริการทางการแพทย์ (Medical Care Development Fund) เพื่อจูงใจให้ภาคเอกชนไปตั้งสถานบริการในพื้นที่ในชนบทที่ขาดแคลนแหล่งบริการ โดยการให้เงินสนับสนุนและให้เงินกู้ดอกเบี้ยต่ำกับเอกชนที่สนใจ ผลการดำเนินงานระหว่างปีงบประมาณ 1992-1998 กองทุนนี้ได้ให้การ

สนับสนุนแก่โรงพยาบาลไปแล้ว 191 แห่ง และคลินิก 105 แห่ง มาตรการดังกล่าวช่วยลดจำนวนเขตขาดแคลนบริการทางการแพทย์จาก 37 เขต ให้ลดลงเหลือเพียง 2 เขต

กิจกรรมช่วงแรกตามโครงการนี้ในปี 1990 ได้มีการสร้างศูนย์ประสานงานบริการ (group practice centers) เพิ่มขึ้น 117 แห่ง และเมื่อสิ้นปี 1995 มีศูนย์ประสานงานบริการจำนวน 174 แห่ง ได้ถูกจัดตั้งตามแผนระยะแรกของโครงการเครือข่ายบริการทางการแพทย์ โดยศูนย์ประสานงานบริการแต่ละแห่งจะดูแลศูนย์บริการสุขภาพขั้นต้น (primary health care center) 2 แห่ง ซึ่งในขณะนั้นมีศูนย์นี้อยู่ประมาณ 230 แห่งทั่วประเทศ ความสำเร็จของโครงการระยะแรกทำให้ได้รับอนุมัติจากสภามหาวิทยาลัยให้ดำเนินโครงการระยะที่ 2 ต่อ โดยมุ่งเป้าหมายไปที่การให้บริการทางการแพทย์กับประชาชนในพื้นที่ชนบท และตามเกาะต่างๆ โดยการขยายขอบเขตของเครือข่ายงานบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ออกไป เสร็จโครงการเมื่อสิ้นปี 1996 ส่วนโครงการระยะที่ 3 ได้เริ่มขึ้นเมื่อเดือนมกราคม 1997 ซึ่งยังคงมุ่งเป้าหมายไปที่การให้บริการกับประชาชนในพื้นที่ชนบท และเกาะต่างๆ และได้จัดแผนรองรับการให้บริการเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและโรคทางจิตประสาทด้วย ปี 1998 โครงการนี้ได้ขยายขอบข่ายงานไปดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ การให้บริการกับผู้ป่วยโรคจิตประสาท การดูแลการเจ็บป่วยเรื้อรัง พัฒนานวัตกรรม และเพิ่มคุณภาพของงานบริการ โครงการนี้ได้ช่วยให้คนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลได้มีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น

ตามโครงการนี้สถานบริการสุขภาพ (health station) และมุมสุขภาพ (health room) จะมีบทบาทสูงในการให้บริการกับผู้สูงอายุอยู่ในเขตภูเขาสูง หรือในเกาะที่ห่างไกล โดยจะมีบริการตรวจรักษาในลักษณะคนไข้นอก ให้การรักษาเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังให้สุศึกษาเกี่ยวกับอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว รวมทั้งการควบคุมและป้องกันโรค มีการสำรวจพบว่าร้อยละ 70-90 ของการรับบริการจากสถานบริการสุขภาพในชุมชนเป็นการไปเพื่อรับการฉีควัคซีนในเด็กและทารก เมื่อสิ้นปี 1997 มีสถานบริการสุขภาพจำนวน 398 แห่ง และมุมสุขภาพ 496 แห่งทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังมีสถานบริการสุขภาพระดับจังหวัด (district health station) อีก 12 แห่งในนครไทเป และอีก 19 แห่งในเมืองใหญ่ๆ

งานบริการในสถานบริการสุขภาพของไต้หวันโดยเฉลี่ยแล้วจะมีแพทย์อยู่ 2 คน มีพยาบาล และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ในจำนวนนี้ร้อยละ 37 มีเภสัชกร และร้อยละ 15 มีทันตแพทย์ คอยให้บริการอยู่ด้วย ประมาณร้อยละ 60 ของสถานบริการเหล่านี้มีเครื่องเอกซเรย์ ส่วนเครื่องมืออัตโนมัติสำหรับตรวจทางชีวเคมีจะมีอยู่ที่ศูนย์ประสานงานบริการ นอกจากนี้ในเมืองบนภูเขาที่ห่างไกล ที่มีคนอยู่ค่อนข้างหนาแน่น และเมืองที่ยังขาดแคลนสถานพยาบาล จะมีการติดตั้งเครื่องมือตรวจรักษาที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเอาไว้ที่สถานบริการสุขภาพ เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยผ่านเครือข่ายระบบการรักษาด้วยการสื่อสารทางไกล นอกจากนี้ระบบเครือข่ายข้อมูลข่าวสารในสถานบริการสุขภาพที่เริ่ม

ทำมาตั้งแต่ปี 1983 เมื่อสิ้นปี 1997 สถานีบริการสุขภาพ 369 แห่ง สามารถเข้าใช้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและข้อมูลอื่นๆ ร่วมกันผ่านระบบคอมพิวเตอร์ได้

จะเห็นได้ว่ารัฐบาลได้หันกลยุทธการปรับปรุงระบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ เป็นเครื่องมือชิ้นแรกที่น่าสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ เป็นการเตรียมความพร้อมของระบบไว้รองรับการใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ เครื่องมือที่น่าสู่การปฏิรูประบบเครือข่ายทางการแพทย์คือ ระบบการบริหารจัดการภายในกระทรวงสาธารณสุขเองร่วมกับระบบบริหารจัดการปกครองท้องถิ่นตั้งแต่ระดับมณฑลลงไป โดยการกระจายอำนาจให้ดูแลและร่วมรับผิดชอบเรื่องสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเบ็ดเสร็จมากขึ้น ควบคู่ไปกับการใช้เครื่องมือด้านการบริหารจัดการ รัฐได้ใช้งบประมาณเป็นเครื่องมือเสริมในการจูงใจให้บุคลากรและสถานบริการเอกชนไปตั้งอยู่ในพื้นที่ชนบท เปิดโอกาสให้มีการศึกษาต่อเนื่องกับบุคลากรที่ทำงานในชนบท จัดสวัสดิการเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ รวมทั้งจัดหาเครื่องมือทางการแพทย์ที่เอื้อให้เกิดการรักษาทางไกลได้ ซึ่งพบว่ากลยุทธ์และเครื่องมือที่นำมาใช้นี้ประสบผลสำเร็จอย่างน่าพอใจช่วยให้มีบุคลากรการกระจายไปอยู่ในพื้นที่ชนบทได้มากขึ้น ลดปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงสถานบริการของประชาชนในชนบทลงได้

โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Program)

เมื่อปี 1987 รัฐบาลได้หันได้มีการลงมติอย่างเป็นทางการ ที่จะนำระบบประกันสุขภาพแบบใหม่มาใช้กับประชาชนชาวไต้หวัน คือ “การประกันสุขภาพแห่งชาติ” โดยเริ่มการเตรียมความพร้อมด้วยการกำหนดแผนปฏิบัติการแยกไปตามเขตบริการทางการแพทย์ทั้ง 17 เขตที่มีอยู่ มีการเตรียมการเพื่อประเมินมาตรฐานของโรงพยาบาลในแต่ละเขต (hospital accreditation) เพื่อให้การรับรองและจัดกลุ่มว่าจะมีศักยภาพเป็นสถานบริการในระดับต้น ระดับกลาง หรือระดับสูง ต่อมาในเดือนมกราคม ปี 1990 สภานิติบัญญัติ (Legislative Yuan) ได้มีมติก่อตั้งกระทรวงสวัสดิการสังคมและสุขภาพ (Ministry of Social Welfare and Health) ขึ้นมาเพื่อบริหารโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งกำหนดไว้ครั้งแรกว่าจะนำมาใช้ภายในปี 1994

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ประเทศไต้หวันเลือกนำมาใช้ เป็นระบบแบบบังคับ (compulsory health insurance) โดยตรากฎหมาย *National Health Insurance Law* (ภาคผนวก 1) และคู่มือการบังคับใช้กฎหมาย (ภาคผนวก 2) ขึ้นมาบังคับใช้ครอบคลุมประชากรทุกคน (Universal National Health Insurance) โครงการประกันสุขภาพนี้จะแยกระบบการรักษาพยาบาล (medical practice) กับระบบการจ่ายยา (pharmaceutical practice) ออกจากกัน ให้ความคุ้มครองทั้งในด้านบริการทางการแพทย์ ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care services) และค่ายา

ตามใบสั่งแพทย์ และบริการเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ การตรวจ pap smear และการตรวจร่างกาย ให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่พบบ่อย การดูแลก่อนคลอด และการติดตามดูแลเด็กหลังคลอด โดยมีการวางแผนดำเนินการไว้อย่างเป็นขั้นตอน

ในช่วงแรกของแผน ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะพยายามขยายระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมให้ครอบคลุมประชาชนให้มากขึ้น โดยเริ่มที่กลุ่มคนที่มีรายได้น้อย ซึ่งกำหนดว่าจะดำเนินการในเดือนกรกฎาคม 1990 ต่อจากนั้นเดือนกรกฎาคม 1991 ขยายความครอบคลุมไปยังกลุ่มลูกจ้างและเกษตรกรตามระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่แต่เดิมและขยายให้ครอบคลุมถึงสามีหรือภรรยาของผู้ประกันตน รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวที่พิการของผู้ใช้แรงงาน เกษตรกร และข้าราชการด้วย เดือนกรกฎาคม ปี 1992 โครงการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติได้ขยายขอบเขตการคุ้มครองไปยังกลุ่มลูกของข้าราชการ และสมาชิกทุกคนในครอบครัวของผู้ประกันตนประเภทผู้ใช้แรงงานและเกษตรกร และระยะสุดท้ายจะให้ครอบคลุมประชากรชาวไต้หวันทุกคนภายในเดือนธันวาคม 1994 โครงการนี้ตั้งเป้าหมายในด้านบริการไว้ว่าจะต้องมีจำนวนเตียงที่รับผู้ป่วยเฉียบพลันได้ 37 เตียง เตียงดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง 12.5 เตียง และมีแพทย์ 11.6 คน ต่อประชากรทุก 10,000 คน มีโรงพยาบาลระดับจังหวัด 1 แห่ง ต่อประชากร 100,000 คน และโรงพยาบาลระดับศูนย์เขต 1 แห่ง ต่อประชาชน 400,000 คน ภายในปี 1996

อย่างไรก็ตามเมื่อดำเนินการจริง แผนที่วางไว้ได้ถูกปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์มากขึ้น ก่อนเดือนมีนาคม 1995 พบว่าประชากรร้อยละ 59 ของไต้หวันเท่านั้น ที่มีหลักประกันทางสุขภาพกับระบบประกันสุขภาพของรัฐทั้ง 13 แห่ง ในวันที่ 1 มีนาคม 1995 ซึ่งเป็นวันที่ประกาศใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการรวมเอาระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมทั้งหมดเข้ามาอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมๆ กับรัฐได้ขยายการคุ้มครองสุขภาพไปยังประชากรอีก 7.99 ล้านคน ซึ่งไม่เคยอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพมาก่อนรวมเข้าไว้ด้วย คนกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ เด็กเล็ก นักเรียน แม่บ้าน และคนพิการ เมื่อสิ้นปี 1997 มีผู้ได้รับการคุ้มครองตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งสิ้น 20,492,317 คน โดยมีอัตราเพิ่มของผู้เข้าสู่โครงการร้อยละ 2.25 ต่อปี และการประกันสุขภาพตามโครงการนี้เมื่อเดือน เมษายน 1999 มีผู้ประกันตนทั้งสิ้น 20,872,061 คน ครอบคลุมประชากรร้อยละ 96.06 ของประชากรทั้งหมด โดยมีค่าเบี้ยประกันเฉลี่ยอยู่ที่ 24,310 NTS (32.22 NTS = 1 US\$) ต่อปี (www.nhi.gov.tw/chi10-01.htm, 3/9/99)

การประกันตนตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ทำประกันส่วนใหญ่จะได้รับสิทธิประกันใกล้เคียงกับสิทธิที่ผู้ประกันตนได้รับจากระบบประกันที่มีมาก่อน นั่นคือได้รับการรักษาพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ค่ายาตามใบสั่งแพทย์และยา OTC ที่จำเป็นบางส่วน การทำฟัน (ยกเว้น orthodontics และ prosthodontics) การรักษาฟันแท้ การป้องกันโรค และจะได้รับการดูแลเพิ่มขึ้นบางส่วนโดยเฉพาะในส่วนของการ

เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการดูแลรักษาที่บ้าน ดังนั้นจึงให้ประโยชน์กับทุกคนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังประมาณ 344,000 คน หรือผู้ที่ต้องดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ที่เคยแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมากนี้เองในครอบครัว

ภายใต้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ รัฐจะให้การคุ้มครองกับชาวไต้หวันทุกคนที่อยู่ในไต้หวัน ตั้งแต่ 4 เดือนขึ้นไป เว้นแต่ผู้ต้องโทษในเรือนจำและทหารประจำการที่ได้รับบริการทางสุขภาพฟรีจากรัฐอยู่แล้ว ส่วนชาวต่างชาติที่ทำงานในไต้หวันที่มีหนังสือรับรองการพักในไต้หวัน (Alien Resident Certificates) รวมทั้งครอบครัวก็จะได้รับการคุ้มครองตามโครงการนี้ด้วย ขณะเดียวกันคณะกรรมการประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็กำลังตรวจสอบรายชื่อผู้ที่ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เข้าร่วมในโครงการนี้ต่อไป

จำนวนสถานบริการในส่วนที่เป็นโรงพยาบาลที่มีมาตรฐานตามที่กำหนด ที่เข้าร่วมในโครงการนี้มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ส่วนคลินิก ร้านยา และห้องปฏิบัติการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ดังข้อมูลที่แสดงในตารางที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลและคลินิกที่มีทั้งหมดแล้ว ในปี 1997 พบว่าร้อยละ 96.5 ของโรงพยาบาล และร้อยละ 89.5 ของคลินิกในไต้หวัน ได้เข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (Cheng S-H และ Chiang T-L, 1997)

ตารางที่ 8 สถาบันทางการแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ

Mo./Year	Hospital		Clinics			Pharmacy	Medical Laboratories
	Western	Chinese	Western	Chinese	Dental		
Dec 1995	681	102	7,581	1,620	4,615	14,599	140
Dec 1996	619	88	8,094	1,727	4,859	15,429	150
Dec 1997	656	82	8,336	1,818	4,976	15,868	222
Dec 1998	645	73	8,483	1,878	5,043	16,122	236
May 1999	586	66	8,419	1,970	5,161	16,274	244

ปรับปรุงจาก www.nhi.gov.tw/chi10-03.htm, 3/9/99

ภายใต้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ การบริหารการเงินจะถูกรวมเข้ามาไว้เป็นระบบที่มีผู้ซื้อรายเดียว โดยมีแหล่งที่มาของเงินจากการหักภาษีจากเงินเดือน และ general revenue เป็นหลัก นอกจากนั้นเป็นส่วนย่อยๆ ที่มาจาก การร่วมจ่ายค่าบริการของผู้ป่วย จากการนำเงินไปลงทุน และเงินรายได้จากภาษีพิเศษจาก social welfare lottery revenue และจากภาษีบุหรี่และไวน์ ส่วนค่าใช้จ่ายจะให้สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริหารจัดการโครงการ ซึ่งจำกัดไว้ไม่ให้สูงกว่าร้อยละ 3.5 ของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรค และค่าใช้จ่ายสำหรับการสอนและให้ข้อมูล ซึ่งการบริการที่ผ่านมารายรับและรายจ่ายอยู่ในลักษณะสมดุลกัน (Lo JC, 1997)

อัตราการจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพได้ถูกกำหนดตั้งแต่กลางปี 1994 โดยแบ่งอัตราการจ่ายค่าเบี้ยประกันออกเป็น 6 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มรัฐจะให้เงินสมทบในอัตราที่แตกต่างกันตั้งแต่รัฐจ่ายให้ทั้งหมดในกลุ่มผู้ยากจนและกลุ่มทหารผ่านศึก ไปจนถึงกลุ่มของผู้ที่มีกิจการของตนเองและกลุ่มของนักวิชาชีพที่รัฐไม่จ่ายเงินสมทบเลย ในกลุ่มที่รับค่าจ้างจะมีส่วนที่เจ้าของกิจการร่วมรับผิดชอบด้วยในอัตราร้อยละ 60 ส่วนกลุ่มของครูโรงเรียนเอกชนนายจ้างจะสมทบเพียงร้อยละ 30 รายละเอียดของสัดส่วนการจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันแสดงไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 สัดส่วนการจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่ม	ประเภทของสถานภาพ การประกันตน	สัดส่วนการจ่ายเงิน		
		ผู้ทำประกัน	นายจ้าง	รัฐบาล
I	ข้าราชการและลูกจ้างของรัฐ	40	60	0
	ครูโรงเรียนเอกชน	40	30	30
	คนงานที่รับค่าจ้างหรือเงินเดือนจากรัฐหรือ			
	บริษัทเอกชนที่เป็น specific employers	30	60	10
	นายจ้าง ผู้ทำธุรกิจส่วนตัว ผู้ประกอบวิชาชีพ			
	และนักเทคนิค	100	0	0
II	สมาชิกกลุ่มอาชีพที่ไม่มีนายจ้างชัดเจน ทะเลาะ			
	ที่ทำงานในเรือต่างชาติ	60	0	40
III	ชาวนา ชาวประมง สมาชิกระบบชลประทาน	30	0	70
IV	ผู้ที่อยู่ในความดูแลของข้าราชการทหาร	40	0	60
V	หัวหน้าครอบครัวผู้มีรายได้น้อย	0	0	100
VI	ทหารผ่านศึก	0	0	100
	ครอบครัวของทหารผ่านศึกที่เสียชีวิต	30	0	70
	อื่นๆ	60	0	40

ปรับปรุงจาก- The government information office, 1999 *The Republic of China: Yearbook*, 1999, p 254.

ดังนั้นหากชายชาวไต้หวันคนหนึ่งทำงานใช้แรงงานทั่วไป มีรายได้มากกว่า 943 เหรียญสหรัฐต่อเดือน มีภรรยาและลูกอีก 2 คน ที่ต้องดูแลจะเสียค่าเบี้ยประกันเดือนละประมาณ 42 เหรียญสหรัฐ ทั้งนี้รัฐกำหนดว่าในปีแรกจะเก็บค่าเบี้ยประกันไม่เกินร้อยละ 4.25 ของรายได้ หลังจากนั้นเพิ่มขึ้นได้แต่ต้องไม่เกินร้อยละ 6 ของค่าจ้างหรือเงินเดือน สำหรับผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป และคนพิการระดับปานกลางและรุนแรงไม่ต้องชำระค่าเบี้ยประกัน

ในส่วนของการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการระบบประกันสุขภาพที่ใช้อยู่แต่เดิมส่วนใหญ่ใช้วิธีการให้ค่าตอบแทนกับผู้ให้บริการแบบ fee-for-service ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นมาก และประชาชนที่มีประกันสุขภาพไปใช้บริการทางการแพทย์มากเกินไปจนเกินจำเป็นดังที่กล่าวมาแล้ว เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติได้นำรูปแบบการจ่ายเงินแบบ co-payment ที่ผู้รับบริการต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายค่ารักษาในแต่ละครั้งด้วย มาใช้พร้อมๆ กันไป โดยโครงการฯ จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายร้อยละ 70-95 ของค่าใช้จ่ายในฐานะผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ขึ้นกับระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและโรคที่เป็น ถ้าหากเป็นโรคที่มีอาการเฉียบพลัน หากรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 วัน จะต้องร่วมจ่ายร้อยละ 10 ของค่ารักษาพยาบาล หากรักษาตัวอยู่มากกว่า 60 วัน ต้องร่วมจ่ายร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด แต่ทั้งนี้ได้กำหนดเพดานสูงสุดไว้ว่าผู้ป่วยจะจ่ายไม่เกิน 606 เหรียญสหรัฐต่อครั้งที่นอนโรงพยาบาล (ที่ไม่เกิน 30 วันหากเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือไม่เกิน 180 วัน หากเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง) หรือรวมต่อปีจะรับผิดชอบจ่ายไม่เกิน 1,030 เหรียญ ส่วนที่เกินกองทุนประกันสุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบ แต่ทั้งนี้การเป็นผู้ป่วยในกรณีที่มาคลอดบุตร การรักษาเพื่อป้องกันโรค การป่วยจากโรคที่ต้องเสียค่ารักษาสูง (catastrophic diseases) รวมทั้งคนจน ทหารผ่านศึกและครอบครัว และผู้ที่อาศัยบริเวณภูเขาสูงและบนเกาะ ไม่ต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนนี้

ส่วนการรักษาแบบผู้ป่วยนอกผู้ประกันตนจะจ่ายในอัตราคงที่ เช่น อัตราที่ประกาศเมื่อ 1 พฤษภาคม 1997 จะอยู่ที่ 1.80 เหรียญสหรัฐ เมื่อรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกในพื้นที่ และต้องจ่ายเพิ่ม 3.60 เหรียญสหรัฐ เมื่อรักษาที่โรงพยาบาลของศูนย์เขต หรือจ่ายเพิ่ม 5.50 เหรียญสหรัฐ เมื่อเข้ารับการรักษาในศูนย์การแพทย์ โดยไม่ได้รับการรักษาตามระบบการส่งต่อผู้ป่วย นอกจากนี้การพบแพทย์แต่ละครั้งผู้ป่วยต้องจ่ายลงทะเบียนผู้ป่วย (registration fee) อีกครั้งละประมาณ 1.5-3.0 เหรียญสหรัฐ ดังนั้นการไปพบแพทย์แต่ละครั้งผู้ป่วยต้องจ่ายเงินตนเองประมาณ 3.3-8.5 เหรียญสหรัฐ โดยเฉลี่ยอยู่ที่ 4.90 เหรียญสหรัฐ (Cheng S-H และ Chaing T-L, 1997)

ในภาพรวมค่านางบประมาณของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 1997 โครงการฯ มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย โดยมีรายรับ 7.55 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในขณะที่มีรายจ่ายอยู่ที่ 7.38 พันล้านเหรียญสหรัฐ การจัดเก็บค่าเบี้ยประกันทั้งจากประชาชน ผู้ประกอบการและส่วนที่ชดเชยโดยรัฐทำได้เกือบทั้งหมด โดยเฉลี่ยจัดเก็บได้มากกว่าร้อยละ 97 ของยอดที่ต้องจัดเก็บจริง (www.nhi.gov.tw/chi10-02.htm, 3/9/99)

ระบบเศรษฐกิจที่มั่นคงของไต้หวันได้ช่วยให้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินไปอย่างค่อนข้างราบรื่น แต่รัฐบาลก็ยังพยายามหามาตรการต่างๆ เพื่อให้ครอบคลุมประชากรส่วนที่ยังคงไม่เข้าระบบประกันสุขภาพ ในปี 1999 นี้สภากิจการแรงงาน (Council of Labor Affairs) ของรัฐบาลกำลังร่างนโยบายเพื่อสร้างหลักประกันทางสุขภาพให้กับผู้ที่ว่างงานโดยไม่ตั้งใจด้วย

การนำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมาใช้ ถือว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวัน โดยมุ่งหวังที่จะลดข้อจำกัดในด้านการเงินในการให้บริการสุขภาพของประชาชนที่ยากจน โดยรัฐต้องจัดหาเงินจำนวนมากมาชดเชยให้กับกลุ่มคนยากจนเพิ่มขึ้น ซึ่งรัฐบาลไต้หวันสามารถดำเนินการได้อย่างประสบผลสำเร็จ เนื่องจากความมั่นคงของระบบการเมืองและรัฐบาล และฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศที่มีรายได้เพียงพอที่จะนำมาใช้จ่ายเพื่อสนองนโยบายด้านนี้ แม้จะเร็วเกินไปที่จะประเมินความสำเร็จของโครงการปฏิรูประบบประกันสุขภาพที่เพิ่งดำเนินการมาเพียง 4 ปี แต่จากขั้นตอนการทำงานที่เป็นระบบ และความเอื้ออำนวยทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองของไต้หวัน เชื่อได้ว่าโครงการนี้จะเป็นความสำเร็จในการปฏิรูปสุขภาพที่สำคัญของไต้หวันได้

โครงการสร้างเครือข่ายฐานข้อมูลสำหรับสถานบริการ

โครงการสร้างเครือข่ายฐานข้อมูลสถานบริการ เป็นอีกโครงการหนึ่งที่ถือได้ว่าเป็นการทำเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวัน เป็นความพยายามจัดระบบบริการสุขภาพของสถานบริการระดับต่างๆ ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น และเพื่อสนับสนุนการทำงานของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะนำมาใช้ด้วย ในปี 1988 กระทรวงสุขภาพได้มอบหมายให้สถาบันอุตสาหกรรมข้อมูลข่าวสาร (Institute for Information Industry) จัดทำระบบเครือข่ายฐานข้อมูลเพื่อให้สถานบริการในพื้นที่ได้แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน โครงการนี้แบ่งพื้นที่ไต้หวันออกเป็น 6 ส่วน โดยใช้เงินลงทุนกว่า 123 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในแต่ละส่วนจะมีศูนย์กลางของการแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ 1 แห่ง โครงการนี้จะช่วยให้สถานบริการในพื้นที่ห่างไกล รวมทั้งเกาะต่างๆ ของไต้หวัน สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลคนไข้ เกี่ยวกับประวัติการรักษา ประวัติการประกันสุขภาพที่ใช้ ประวัติของบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัย ระหว่างหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่กับโรงพยาบาลแม่ข่าย

โครงการนี้ได้เริ่มทดลองระบบครั้งแรกที่มณฑลซินชู่ (Hsinchu) ระหว่างปี 1991-1993 ผลการใช้งานพบว่าได้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพให้ระบบบริการสุขภาพที่ซินชู่ได้เป็นอย่างดี ดังนั้นหลังจากปี 1993 โครงการนี้จึงได้รับการขยายออกไปยังพื้นที่ทั่วประเทศ ข้อมูลเมื่อเดือนสิงหาคม 1995 ระบุว่าศูนย์แลกเปลี่ยนข้อมูลระดับเขตได้จัดตั้งเพิ่มขึ้นอีก 3 แห่ง คือที่ ไทเป เกาเจิง และไถจง

นอกเหนือจากระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลดังกล่าวแล้ว กระทรวงสุขภาพได้พัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพขึ้นเป็น 3 ระบบ คือ ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารสาธารณสุข (Health Administration Information System, HAIS) ระบบข้อมูลบริหารเพื่อกิจการทั่วไป (Administration System of General Affairs, ASGA) และระบบเครือข่ายข้อมูลสุขภาพแห่งชาติ (National Health Information Network, NHIN) โดยระบบ HAIS จะครอบคลุมการแลกเปลี่ยนข้อ

ผลงานทางด้านการแพทย์ การเกษตรกรรม สุขากิจาอาหาร การควบคุมโรคติดต่อ และการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับระบบ ASGA จะให้ความสำคัญกับการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริหารสาธารณสุข ส่วนระบบ NHIN จะให้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับระบบการแพทย์ของชาติ แสดงคุณสมบัติทางการศึกษาของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด แสดงให้เห็นข้อมูลที่แลกเปลี่ยนกันระหว่างสถาบันบริการทางการแพทย์ระดับต่างๆ กับส่วนบริหาร นอกจากนี้ยังให้บริการคำปรึกษาแก่ประชาชนทั่วไป ระบบเครือข่ายนี้ใช้งานได้อย่างเต็มระบบก่อนสิ้นปี 1997 ช่วยให้นักวิชาการสุขภาพทุกระดับแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการประกันสุขภาพของคนไข้ได้อย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะเมื่อนำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีความซับซ้อนมาใช้ ทำให้ระบบข้อมูลข่าวสารนี้ได้รับความสำคัญมากยิ่งขึ้น

โครงการสร้างเครือข่ายฐานข้อมูลสถานบริการเป็นกลยุทธ์ที่นำมาใช้สนับสนุนโครงการปฏิรูประบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และโครงการปฏิรูปเครือข่ายทางการแพทย์ ทำให้ระบบการประสานงานภายในเครือข่ายแต่ละศูนย์และระหว่างเครือข่ายเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว โดยมีเครื่องมือสำคัญที่ใช้สำหรับการพัฒนาคือ งบประมาณ และองค์ความรู้ทางเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร ซึ่งไต้หวันถือเป็นประเทศผู้นำด้านการผลิตอุปกรณ์คอมพิวเตอร์อยู่แล้ว จึงเอื้อให้โครงการนี้ดำเนินไปได้ด้วยดี ถึงกระนั้นยังคงต้องใช้งบประมาณที่สูงมากในการพัฒนาระบบนี้ขึ้นมาใช้

โครงการผลิตแพทย์ประจำครอบครัว (Family Practice)

ความสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวัน ไม่ว่าการสร้างระบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ หรือนำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมาใช้ เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับการทำงานของแพทย์ประจำครอบครัว ซึ่งเป็นกลุ่มแพทย์ที่มีจำนวนน้อยมากเมื่อเริ่มโครงการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงทำให้มีโครงการส่งเสริมการผลิตแพทย์กลุ่มนี้ขึ้นอย่างเร่งด่วน ตั้งแต่การจัดเตรียมความพร้อมของคณาจารย์ที่จะทำการสอนในสาขานี้ การจัดวางหลักสูตรทั้งในระดับปริญญาตรี หลักสูตรการศึกษาต่อเนื่อง และการฝึกแพทย์ประจำบ้าน นอกจากนี้ยังต้องประชาสัมพันธ์บทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำครอบครัวให้กับบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ และประชาชนทั่วไปให้ทราบไปพร้อมๆ กันด้วย

ภาควิชาแพทย์ประจำครอบครัว (Department of Family Practice) ก่อตั้งขึ้นครั้งแรกในประเทศไต้หวันเมื่อเดือนสิงหาคม 1983 ที่วิทยาลัยแพทย์เกาซิง (Kaohsiung Medical College) และทำการสอนนักศึกษาแพทย์และฝึกอบรมให้กับแพทย์ที่จบไปแล้ว ในปี 1986 จึงมีการเปิดสอนในโรงเรียนแพทย์แห่งอื่นๆ เนื่องจากแพทย์ประจำครอบครัวเป็นสาขาใหม่ในไต้หวันและเกิดขึ้นในช่วงที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่จะนำระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบเครือข่าย

บริการทางการแพทย์มาใช้ ทำให้แนวทางการผลิตแพทย์ประจำครอบครัวมีความชัดเจน โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาแพทย์ให้มีความรู้ทั้งด้านวิทยาศาสตร์และการพัฒนาสังคม ให้มีความคุ้นเคยกับแนวปฏิบัติที่กำหนดในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ การสอนแพทย์ประจำบ้านด้านนี้จะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติงานในชุมชน และการให้บริการที่เคลื่อนย้ายไปตามจุดต่างๆ ตามระบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ ให้ทำงานประสานกับบุคลากรด้านอื่นๆ ได้เป็นทีม (Yen Y-T, 1996)

แม้กลยุทธ์การพัฒนาหลักสูตรและเร่งการผลิตแพทย์ประจำบ้านจะไม่ใช่วิธีการที่ดำเนินการในระดับของรัฐบาล เป็นเพียงการตระหนักถึงความสำคัญและความเกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพของวิทยาลัยแพทย์ ที่ต้องการผลิตบุคลากรที่สอดคล้องกับความต้องการของตลาด โดยใช้เครื่องมือในสถาบันของตนเองในการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนขึ้นใหม่ แต่โครงการนี้ถือว่ามีความสำคัญมากต่อพื้นฐานการสร้างระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็งต่อไป และต้องใช้เวลาในการดำเนินการมากกว่าที่จะสร้างบุคลากรส่วนนี้ขึ้นมาให้เพียงพอกับความต้องการของระบบ อย่างไรก็ตามโครงการนี้ยังถือว่าอยู่ในช่วงเริ่มต้นที่ต้องสร้างความพร้อมให้กับสถาบันการศึกษา ในการเตรียมบุคลากรเพื่อจัดการเรียนการสอนให้เป็นไปตามเป้าหมาย ยังไม่มีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าบุคลากรที่ผ่านการศึกษามาตามหลักสูตรนี้จะสามารถออกไปปฏิบัติงานในชุมชน และสามารถทำงานประสานกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพได้ดีเพียงใด และบุคลากรที่ได้จะมีความสามารถแตกต่างจากแพทย์ที่ผ่านการฝึกฝนในศูนย์ประสานงานบริการ (group practice centers) ที่ทำมาก่อนหน้านี้หรือไม่ นอกจากนี้ยังไม่มีข้อมูลที่แสดงว่ามีการจัดเตรียมโครงสร้างการให้บริการของแพทย์ที่จะมาในสาขาอย่างไร หรือต้องการเพียงแคให้แพทย์ที่ผ่านการศึกษามาตามหลักสูตรนี้ออกไปเปิดคลินิกของตนเองเช่นเดียวกับแพทย์ในอดีต

การพัฒนาระบบอื่นๆ เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน

นอกเหนือจากกลยุทธ์ทั้ง 4 ด้าน ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ต่อระบบสุขภาพของไต้หวันที่กล่าวถึงแล้ว ระบบสาธารณสุขที่ดำเนินการอยู่ตามปกติหลายๆ ด้าน ได้มีการปรับปรุงเพื่อป้องกันและแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของประเทศไปพร้อมๆ กันด้วย

- ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

งานอนามัยแม่และเด็ก ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้การคุ้มครองกับหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอด เพื่อป้องกันและรักษาโรคเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอด ไต้หวันสามารถลดอัตราการตายของมารดาจากการคลอดจาก 75 ต่อแสนราย ในปี 1965 ลงเหลือเพียง 9.41 ต่อแสนในปี 1986 และเหลือ 9.20 ในปี 1997 ร้อยละ 99.92 ของการคลอดได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข แต่ทั้งนี้พบว่าการผ่าตัดทำคลอดสูงถึงร้อยละ 32.67 ของการคลอดทั้งหมด และใน

จำนวนนี้มีเพียง ร้อยละ 20 เท่านั้น ที่พบว่ามีความจำเป็นทางการแพทย์ที่ต้องทำการผ่าตัด เด็กทุกคน จะได้รับการฉีดวัคซีนและการตรวจร่างกายอย่างน้อย 6 ครั้ง ในช่วง 3 ปีแรก เด็กเล็กและเด็กวัยเรียน จะได้รับการดูแลจากครูและผู้ปกครอง ในเรื่องการเจริญเติบโต สุขอนามัยทั่วไป ทันตอนามัย การ ป้องกันอุบัติเหตุ โดยมีสมุดบันทึกสุขภาพของเด็กไว้ให้คอยติดตามภาวะสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ปัญหาความผิดปกติของเด็กที่เป็นผลจากความบกพร่องทางพันธุกรรม เป็นปัญหาที่รัฐให้ความสำคัญอีกปัญหาหนึ่ง โดยได้ออกกฎหมาย Genetic Health Law เพื่อใช้มาตรการทางกฎหมายมา บังคับให้มีการให้คำปรึกษาและตรวจร่างกายหึ่งมีครรภ์ โดยมีสถานบริการ 750 แห่ง ให้บริการ ด้านนี้ ร้อยละ 98.7 ของเด็กที่เกิดในปี 1997 ได้รับการตรวจเบื้องต้นนี้ก่อนคลอด โดยร้อยละ 56.90 ของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจ cytogenetic 23,886 คน เป็นผู้ที่มียุ 34 ปีขึ้นไป

ด้านการวางแผนครอบครัว ปัจจุบันประชาชนได้หวั่นมีครอบครัวขนาดเล็กลง โดยจำนวน เด็กในครอบครัวลดลงจาก 5.75 คนในปี 1960 เหลือ 1.78 คน ในปี 1996 และในช่วงดังกล่าว สัด ส่วนของหญิงอายุระหว่าง 20-34 ปี ที่แต่งงานแล้วลดลงจาก ร้อยละ 67.3 เหลือร้อยละ 54.0 ดังนั้น ตั้งแต่ปี 1990 รัฐบาลได้เปลี่ยนนโยบายด้านการวางแผนครอบครัวมาส่งเสริมบริการด้านอนามัย เจริญพันธุ์ และสนับสนุนให้นำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาช่วยผู้ที่มิบุตรยากให้สามารถมีบุตรได้ มากขึ้น

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ อัตราวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ตั้ง ครรภ์ในได้หวั่นมีสูงถึง 17 ต่อพัน มากกว่าประเทศอื่นๆ ในเอเชีย ร้อยละ 8 ของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เลือก ที่จะทำแท้ง ทำให้ปัญหาหญิงวัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานแต่มีบุตรกลายเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมาก ขึ้นในสังคมได้หวั่นในปัจจุบัน ทำให้หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความสำคัญกับปัญหา นี้ โดยตั้งศูนย์ให้คำปรึกษา และให้ความรู้เรื่องเพศศึกษากับนักเรียน วัยรุ่นในโรงงาน และในชุมชน เพื่อบรรเทาปัญหานี้

ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัญหาใหญ่อีกปัญหาหนึ่ง เนื่องจากสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นดังกล่าวนี้อายุ 65 ปีขึ้นไป จะได้รับการวัดความดันและน้ำตาลในเลือด และมีสมุดบันทึกติดตามภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและครอบครัว ในสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ นอก จากนี้ในหลายเมือง รัฐบาลท้องถิ่นและองค์การสาธารณกุศลได้จัดตั้งศูนย์ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บ ป่วยทั้งที่ตั้งอยู่ในสถานพยาบาลและตั้งขึ้นโดยเฉพาะด้วย

- การควบคุมโรค

นอกเหนือจากการป้องกันการเจ็บป่วยของประชาชนตามปกติแล้ว ปัจจุบันรัฐบาลได้ให้ ความสำคัญในการป้องกันภาวะสาหัสในเยาวชน เนื่องจากได้หวั่นเป็นประเทศที่มีประชากรที่มี สาหัสสูงที่สุดในโลกมากกว่า 10 ปี การสำรวจระหว่างปี 1995-1996 พบว่าเด็กชั้นประถมปีที่ 1 ร้อยละ 12.1 มีสาหัส แต่เมื่อเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (ระดับ 12) จะมีผู้สาหัสถึงร้อยละ 85

ในปี 1986 ได้มีการตั้งศูนย์สุขภาพสายตา (visual health center) และคลินิกพิเศษด้านสายตาขึ้นในโรงพยาบาลหลายแห่ง รวมทั้งมีโครงการตรวจหาและป้องกันอาการนี้ในโรงเรียน เด็กก่อนวัยเรียน และผู้ที่ทำงานบางอาชีพ เพื่อป้องกันและรักษาตั้งแต่ขั้นเริ่มต้น

โครงการป้องกันโรคมะเร็งเป็นอีกโครงการหนึ่งที่รัฐบาลให้ความสำคัญ เนื่องจากมะเร็งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของประชาชนไต้หวัน กระทรวงสาธารณสุขของไต้หวันได้มีโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งโดยมุ่งเป้าหมายไปที่การป้องกันมะเร็งที่เป็นกันมากได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับ มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งในช่องปาก และมะเร็งเต้านม รวมทั้งตั้งศูนย์ศึกษาวิจัยโรคมะเร็งเพื่อพัฒนาวิธีการตรวจรักษามะเร็งให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติได้เปิดโอกาสให้หญิงที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ตรวจหามะเร็งปากมดลูกได้ปีละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ยังให้บริการฟรีในการตรวจหามะเร็งตับแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยด้วยมะเร็งตับ และถ้าพบว่ามีสมาชิกเป็นโรคหรือเป็นพาหะของโรคตับอักเสบ และ cirrhosis จะให้การตรวจซ้ำฟรีทุก 6 ถึง 12 เดือน เพื่อให้การรักษาตั้งแต่เริ่มเป็น

โรคจากการทำงานหรือผลจากสิ่งแวดล้อมจากโรงงานต่อสุขภาพ เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่รัฐให้ความสำคัญในการควบคุม เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมาก เช่น มีปริมาณโลหะหนักในเลือดสูง โรค black lung โรคผิวหนัง และอุบัติเหตุจากการทำงาน ในรอบ 10 ปี ที่ผ่านมามีการจ่ายเงินจากระบบประกันสุขภาพผู้ใช้แรงงานให้กับผู้ที่ได้รับอันตรายจากการทำงานทั้งสิ้น 219 ราย รัฐได้พยายามแก้ไขโดยการตั้งศูนย์อาชีวอนามัยในเมืองอุตสาหกรรม เพื่อให้การวินิจฉัย ตรวจรักษา ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากการทำงาน รวมทั้งให้คำปรึกษาด้านอาชีวอนามัยกับผู้ประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชน

นอกจากนี้ยังมีโครงการอื่นๆ เช่นการรณรงค์เพื่อด้านการสูบบุหรี่ เนื่องจากประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป กว่าร้อยละ 30 สูบบุหรี่ หรือร้อยละ 55 ของผู้ใหญ่ชายสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยอีกหลายชนิด การรณรงค์ด้านการเคี้ยวหมากซึ่งอาจทำให้เป็นมะเร็งในช่องปาก ในปี 1997 มีการประมาณการว่าชาวไต้หวันประมาณ 3 ล้านคนที่เคี้ยวหมาก นอกจากนี้ยังมีการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุจราจร ซึ่งเป็นสาเหตุการตายสูงเป็นอันดับ 3 ของชาวไต้หวัน รวมทั้งการป้องกันโรคติดเชื้อที่ยังคงเป็นปัญหา เช่น enterovirus โปลิโอ เอคส์ ตับอักเสบ วัณโรค ใช้เลือดออก เป็นต้น

กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ที่กล่าวถึงนี้ แม้จะเป็นกิจกรรมตามปกติที่ถือปฏิบัติอยู่ ไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ที่ถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งในการปฏิรูประบบสุขภาพได้ แต่ก็ต้องถือว่ามีส่วนสำคัญในการทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นด้วย และมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบายในการปฏิบัติเป็นระยะๆ เช่นกัน นอกจากนี้การปฏิรูประบบสุขภาพใน 4 ด้านที่กล่าวถึงข้างต้นก็ส่งผลต่อกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ และควบคุมโรคเช่นกัน

ผลที่เกิดจากการปฏิรูประบบสุขภาพ

จากการปฏิรูประบบสุขภาพทั้ง 4 ด้านของประเทศ ได้ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของไต้หวันพอสมควร ในส่วนนี้จะกล่าวถึงผลที่เกิดจากการปฏิรูประบบสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ว่าสามารถแก้ปัญหาหลักที่ถือว่าเป็นจุดผลักดันให้เกิดการปฏิรูปสุขภาพได้มาน้อยเพียงใด นั่นคือปัญหาด้านการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และปัญหาการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายด้านสุขภาพ

ผลต่อการแก้ปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ถือว่าได้รับการแก้ไขได้อย่างประสบผลสำเร็จจากโครงการปฏิรูปเครือข่ายบริการทางการแพทย์ ที่ให้แต่ละเขตการแพทย์ดูแลและแก้ปัญหาบุคลากรและการกระจายของสถานบริการภายในเขตของตน และการที่รัฐให้การสนับสนุนภาคเอกชนด้านการเงินในการเปิดสถานพยาบาลในถิ่นที่ขาดแคลน ซึ่งช่วยลดพื้นที่ขาดแคลนสถานบริการลงได้เกือบทั้งหมด ระบบการให้ทุนการศึกษาแก่แพทย์เพื่อให้ทำงานใช้ทุนหลังสำเร็จการศึกษา และมีศูนย์ประสานงานบริการ (group practice center) ให้แพทย์เหล่านี้ได้ลงไปทำงานในชุมชนได้ ช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทได้อีกส่วนหนึ่งรวมทั้งสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับแพทย์ที่ทำงานในชุมชนด้วย โดย Chie W-C และคณะ (1997) ได้ศึกษาพบว่าประสบการณ์ที่ดีระหว่างการทำงานใช้ทุน มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเลือกสถานที่ทำงานในชนบทหลังหมดจากการใช้ทุนของแพทย์เหล่านี้ นอกจากนี้โครงการสร้างเครือข่ายฐานข้อมูลสำหรับสถานบริการและการนำระบบคอมพิวเตอร์และโทรคมนาคมมาใช้ในการรักษาทางไกล ก็ได้ช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลบนภูเขาและเกาะได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้โครงการสร้างเครือข่ายข้อมูลสำหรับสถานบริการสุขภาพ ยังช่วยให้การบริการสุขภาพดีขึ้นโดยที่ผู้ป่วยไม่ทราบ เพราะการได้รับทราบประวัติการรักษาและการเจ็บป่วยจะช่วยให้แพทย์ให้การรักษามีประสิทธิภาพดีกว่าการที่รักษาโดยไม่ทราบประวัติเก่า

ในส่วนของการปฏิรูประบบสุขภาพที่นำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมาใช้ โดยเก็บเบี้ยประกันตามสัดส่วนรายได้ และช่วยเหลือกลุ่มคนยากจนที่ด้อยโอกาสด้วยการจ่ายค่าเบี้ยประกันให้ทั้งหมด ได้เปิดโอกาสให้ผู้ที่มิรายได้น้อยซึ่งไม่เคยมีประกันสุขภาพมาก่อน ได้เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น เพราะเสียค่าใช้จ่ายในการไปพบแพทย์แต่ละครั้งน้อยลง Cheng S-H และ Chaing T-L (1997) พบว่าในปี 1994 ก่อนที่จะมีการใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ที่มีประกันสุขภาพจะต้องจ่ายเงินตนเองเมื่อไปพบแพทย์ครั้งละประมาณ 2.7 เหรียญสหรัฐ ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพต้องจ่ายเต็มราคาเฉลี่ยประมาณ 15.8 เหรียญสหรัฐ แต่เมื่อมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ การไปพบแพทย์แต่ละครั้งจะต้องร่วมจ่ายประมาณ 4.9 เหรียญสหรัฐ ทำให้ผู้ที่เคยทำประกันอยู่แล้วต้อง

จ่ายเงินตนเองเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 ส่วนผู้ที่ไม่เคยทำประกันมาก่อนจะจ่ายไม่ถึงหนึ่งในสามของที่เคยจ่ายมา และยังพบอีกว่าผู้ที่ไม่เคยอยู่ในระบบประกันสุขภาพมาก่อน เมื่อมีประกันสุขภาพตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไปพบแพทย์ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้นกว่า 2 เท่า โดยขึ้นมากอยู่ที่ระดับใกล้เคียงกับผู้ที่เคยมีประกันมาก่อน ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาด้านการเงินที่ต้องจ่ายลดลง จึงทำให้คนกลุ่มนี้ไปพบแพทย์ได้มากขึ้น เพราะการศึกษาชิ้นนี้พบว่าผู้ที่มิมีฐานะดีมีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนครั้งที่ไปพบแพทย์เพียงเล็กน้อยคือ ร้อยละ 11 ในขณะที่ผู้มีฐานะปานกลางและต่ำไปพบแพทย์มากขึ้น ร้อยละ 47 และ 31 ตามลำดับ

จากการติดตามศึกษาของ Cheng S-H และ Chaing T-L ยังพบอีกว่าระยะเวลาที่ใช้ในการพบแพทย์จากเดิมเฉลี่ย 5.8 นาที ในปี 1994 ได้เพิ่มเป็น 7.7 นาที ในปี 1995 นอกจากนี้จากการที่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติได้เพิ่มค่าตอบแทนให้กับผู้ให้บริการขึ้นต้นจาก 9.40 เหรียญ ไปเป็น 11.50 เหรียญสหรัฐ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อัตราการเพิ่มของแพทย์ในภาคเอกชนสูงขึ้น ซึ่งแต่เดิมระหว่างปี 1990-1994 มีอัตราการเพิ่มร้อยละ 4.4-6.3 ต่อปี มาเป็นเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.0 ในระหว่างปี 1994-1995 อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78) เห็นว่าคุณภาพของบริการที่ได้รับจากผู้ให้บริการ หลังจากการเปลี่ยนมาเป็นระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ส่วนโครงการผลิตแพทย์ประจำครอบครัวเพิ่มขึ้น อาจยังไม่มีมากพอจนส่งผลกระทบต่อให้บริการกับประชาชนในภาพรวม และข้อมูลในเชิงรูปธรรมที่แพทย์เหล่านี้ออกไปปฏิบัติงานยังไม่ปรากฏให้เห็นชัดเจน จึงไม่สามารถประเมินได้ว่าโครงการนี้มีส่วนช่วยแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนได้มากน้อยเพียงใด แต่หากวิทยาลัยแพทย์สามารถผลิตแพทย์ประจำครอบครัวได้ตามปรัชญาที่กำหนดไว้ เชื่อว่าจะช่วยแก้ปัญหาระบบบริการสุขภาพและคุณภาพของบริการได้มาก

ผลต่อการแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ความมุ่งหวังที่สำคัญอย่างหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวันคือ การลดอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลง แต่ความมุ่งหวังนี้จะไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร โดยในปี 1994 ก่อนเริ่มโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของไต้หวันรวม 11.78 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในจำนวนนี้เป็นการจ่ายผ่านระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่แต่เดิม ร้อยละ 40.7 (4.8 พันล้านเหรียญสหรัฐ) ส่วนปี 1995 ซึ่งเริ่มโครงการได้ 10 เดือน พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเท่ากับ 13.6 พันล้านเหรียญสหรัฐ เป็นการจ่ายโดยระบบประกันสุขภาพร้อยละ 54.1 ของทั้งหมด หรือประมาณ 7.23 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในจำนวนนี้โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติได้จ่ายให้กับหน่วยงาน

บริการสุขภาพรวม 6.04 พันล้านเหรียญสหรัฐ เทียบแล้วอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นร้อยละ 13.4 ในขณะที่อัตราเพิ่มของรายได้ประชาชาติในปีเดียวกันเพียงร้อยละ 8.1 (Cheng S-H และ Chaing T-L, 1997)

แม้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติได้เปลี่ยนรูปแบบการจ่ายเงินตอบแทนให้กับผู้ให้บริการจากระบบ fee-for-service อย่างเดียวมาใช้รูปแบบ co-payment ร่วมด้วย เพื่อลดปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจาก moral hazard แล้ว แต่อัตราที่ผู้ประกันตนร่วมจ่ายที่ค่อนข้างต่ำมากอาจทำให้คนมาใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นได้ นอกจากนี้การที่รัฐออกค่าใช้จ่ายสำหรับเบี้ยประกันทั้งหมดให้กับกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้มาก่อน รวมทั้งการขยายขอบเขตรับผิดชอบไปยังโรคเรื้อรังที่ต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น อาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามในส่วนนี้ถือว่าเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ตามความต้องการของรัฐเพราะช่วยให้ผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่มีความจำเป็นจะสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

จากข้อมูลการศึกษาของ Cheng S-H และ Chaing T-L ได้แสดงให้เห็นด้วยว่ากลุ่มคนที่เคยอยู่ในระบบประกันสุขภาพแม้จะต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้นเกือบร้อยละ 80 ก็ยังใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น แม้ว่าจะอยู่ในอัตราที่ต่ำกว่ากลุ่มผู้ที่ไม่เคยมีประกันสุขภาพมาก่อนอยู่มากก็ตาม เขาให้เหตุผลว่าอาจเกิดจากความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นของคนกลุ่มนี้อยู่แล้ว อาจเกิดจากการมีผู้ให้บริการที่สามารถใช้สิทธิได้มากขึ้นทำให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น หรืออาจเกิดจากการร่วมจ่ายที่ต่ำเกินไปดังที่กล่าวถึงข้างต้น

การเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ

การเปลี่ยนแปลงอีกด้านหนึ่งที่เกิดหลังจากนำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมาใช้คือประชาชนที่เพิ่มได้รับสิทธิประกันสุขภาพใช้บริการจากร้านขายยาลดลงจากร้อยละ 19.2 เป็นร้อยละ 14.7 ในขณะที่กลุ่มที่มีประกันสุขภาพอยู่แล้วมีอัตราการใช้ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก คือจากร้อยละ 13.2 ในปี 1994 เป็นร้อยละ 13.6 ในปี 1995 (Cheng S-H และ Chaing T-L, 1997) ทั้งนี้เพราะประชาชนได้รับยาจากแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาลมาแล้ว เนื่องมาจากระบบการรักษาพยาบาลและระบบการจ่ายยาที่โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งใจที่จะให้แยกจากกันอย่างเด็ดขาด ยังไม่สามารถดำเนินการได้จริงในช่วงที่ Cheng S-H และ Chaing ศึกษา นั่นคือแพทย์ในคลินิกและโรงพยาบาล ยังคงสามารถจ่ายยาให้กับผู้ป่วยได้โดยตรง ภายใต้โครงการปฏิรูประบบสุขภาพนี้ ในวันที่ 1 มีนาคม 1997 นครไทเปและนครเกาสง จะเป็น 2 เมืองแรก ที่จะแยกระบบการจ่ายยาและระบบการรักษาพยาบาลออกจากกันอย่างเด็ดขาด โดยแพทย์จะทำการวินิจฉัยโรคและเขียนใบสั่งยาเท่านั้น แล้วผู้ป่วยจึงนำใบสั่งยาไปซื้อยาจากร้านยาที่ได้รับการประเมินว่าเป็นร้านยาที่มีเกณฑ์การจ่ายยาที่ดี

(Good Dispensing Practice, GDP) และจดทะเบียนไว้กับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ จากนั้นก็จะค่อยๆ ขยายไปยังเมืองใหญ่อื่นๆ จนครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศ เมื่อทำได้จะทำให้สัดส่วนการซื้อยาจากร้านเพิ่มสูงขึ้นได้

แม้โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติจะเข้ามามีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพชาวได้หวั่น แต่ระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมก็ยังคงมีการใช้ควบคู่กันไปด้วย ตัวอย่างเช่นระบบประกันสุขภาพผู้ใช้แรงงาน ยังคงเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ใช้แรงงานที่อายุต่ำกว่า 60 ปี ในโรงงานอุตสาหกรรม นักเขียน ผู้ที่ทำงานในองค์กรไม่แสวงหากำไร ข้าราชการและครูที่ไม่ได้รับสิทธิประกันของทางราชการ ชาวประมง ผู้ที่ได้รับการฝึกอาชีพในสถาบันที่รัฐบาลรับรอง และผู้ใช้แรงงานที่อายุต่ำกว่า 15 ปี โดยจ่ายเงินให้กับผู้เอาประกันใน 2 กรณี คือ การจ่ายตามปกติ (ordinary payments) และการจ่ายชดเชยเมื่อได้รับอันตรายจากการทำงาน (compensations for occupational and industrial damage) การจ่ายตามปกติจะจ่ายเงินสดให้กับสตรีหลังคลอดระหว่างดูแลบุตร ให้การช่วยเหลือผู้ที่ไม่มียารักษาตัวในโรงพยาบาล จ่ายชดเชยสำหรับผู้ที่ไม่สามารถทำงานได้ เงินช่วยเหลือเมื่อสูงอายุ และค่าช่วยเหลือในการทำศพให้กับญาติเมื่อผู้ประกันตนเสียชีวิต ในส่วนของเงินจ่ายชดเชยเมื่อได้รับอันตรายจากการทำงาน จะจ่ายให้กับผู้ประกันตนที่ได้รับบาดเจ็บหรือจ่ายให้กับญาติเมื่อเสียชีวิตจากการทำงาน เมื่อนำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมาใช้แล้วในส่วนของการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ระบบประกันสุขภาพแรงงานทำหน้าที่ช่วยลดค่าใช้จ่ายในส่วนที่ผู้เอาประกันต้องจ่ายเองตามระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในเดือนพฤษภาคม 1998 ยังมีผู้ประกันตนตามระบบประกันสุขภาพผู้ใช้แรงงานอยู่ถึง 7,503,384 คน มีหน่วยให้บริการอยู่ถึง 382,946 แห่ง

ในภาพรวมแล้วผลกระทบจากการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้ส่งผลกระทบในทางบวกต่อสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะยากจนและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ช่วยให้คนเหล่านี้สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้มากขึ้น การปฏิรูปได้ช่วยให้การกระจายสถานบริการและบุคลากรสาธารณสุขไปยังพื้นที่ห่างไกลได้มากขึ้น ช่วยให้ประชาชนในพื้นที่ห่างไกลได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพจากระบบรักษาทางไกล แม้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมจะยังไม่สามารถลดลงให้อยู่ในระดับที่ต้องการได้ ทั้งนี้เนื่องจากมีหลายปัจจัยมาเกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของระบบบริหารจัดการที่ต้องหาอัตราการจัดค่าบริการร่วมที่เหมาะสม ในส่วนของพฤติกรรมในการใช้บริการรักษาโรคของแพทย์ รวมทั้งพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของประชาชนที่นิยมไปพบแพทย์บ่อย และเปลี่ยนแพทย์ที่รักษาไปเรื่อยๆ รวมทั้งต้องการได้ยาหลายชนิดในการรักษาการเจ็บป่วย ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยที่แก้ไขได้ยาก แต่รัฐบาลก็มีความตั้งใจที่จะพัฒนาปรับปรุงระบบไปอย่างต่อเนื่อง และตั้งเป้าหมายที่จะควบคุมอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้ได้

แผนการพัฒนาระบบสาธารณสุขในอนาคต

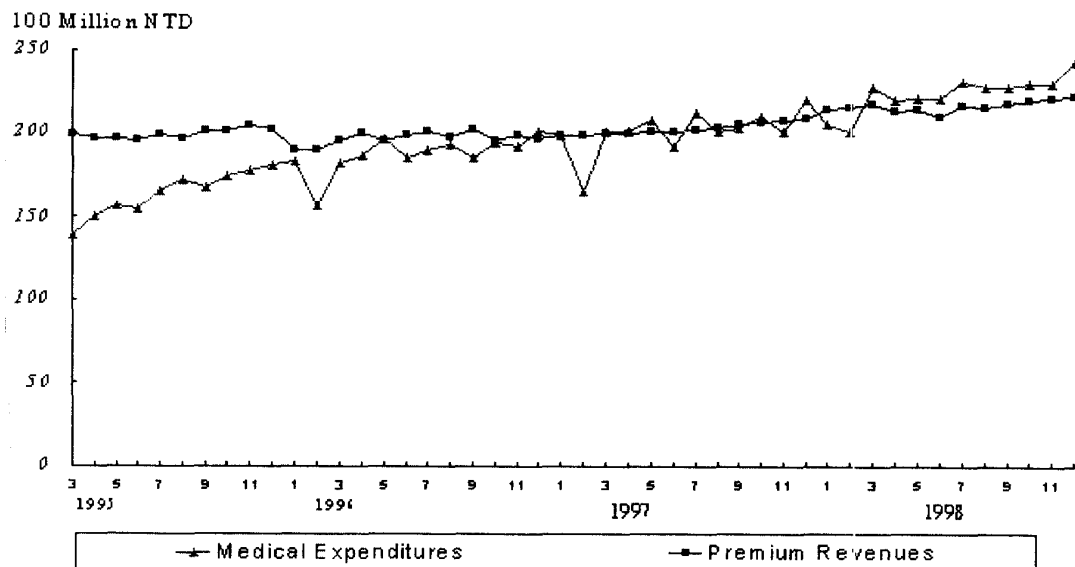
เดือนสิงหาคม 1997 รัฐบาลได้หันได้แถลงนโยบายทางสาธารณสุขในชื่อ *White Paper on Health Care - Health Care Development Beyond 2000* ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผน 10 ปี เพื่อการพัฒนาประเทศ ซึ่งเสนอโดยสภาวางแผนและพัฒนาเศรษฐกิจ (Council of Economic Planning and Development) เอกสารฉบับนี้ซึ่งมีความหนา 350 หน้า (ประกอบด้วย 6 ส่วน 33 บท) ได้แสดงให้เห็นนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาลในทศวรรษหน้า ซึ่งจะต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็ว และปัญหาที่เกิดจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่นำมาใช้ ดังนั้นจึงมีการกำหนดเป้าหมายของโครงการต่างๆ ไว้ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

- ให้มีการพัฒนาระบบประกันสุขภาพแห่งชาติอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อให้ครอบคลุมประชากรร้อยละ 97 ของประเทศ ภายในปี 2006 ขณะเดียวกันต้องพยายามจำกัดค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพให้ขยายไม่เกินร้อยละ 10 ต่อปี และพยายามกระจายบริการที่มีคุณภาพให้กับผู้ประกันให้ทั่วถึง โดยให้ความสำคัญกับการคุ้มครองกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสในสังคมให้มากกว่ากลุ่มอื่น
- ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนโครงการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่อง โรคทางพันธุกรรม สุขภาพช่องปาก สุขภาพผู้สูงอายุ การเพิ่มสมรรถภาพทางกาย แผนการควบคุมโรค มะเร็ง การสูบบุหรี่ และการเกี้ยวหมาก และมาตรการป้องกันอุบัติเหตุ
- เสริมระบบบริการทางการแพทย์ โดยการนำเอาระบบคอมพิวเตอร์มาใช้
- สร้างความเข้มแข็งให้กับมาตรการป้องกันโรคติดต่อ
- ส่งเสริมคุณภาพและดูแลความปลอดภัยด้านอาหารและยา
- จัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะยาว
- พัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ
- ส่งเสริมความร่วมมือกับนานาชาติ โดยการยอมรับเข้าไปมีส่วนร่วมใน องค์การการค้าโลก (WTO)

เป้าหมายของนโยบายด้านสุขภาพข้างต้น จะเห็นว่ารัฐบาลยังคงให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับการพัฒนาระบบประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่เดียวกันก็เตรียมการป้องกันปัญหาที่จะเกิดตามมาโดยเฉพาะปัญหาค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มสูงขึ้นจากโครงการประกันสุขภาพดังกล่าว และไม่ละเลยความสำคัญของนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย

ปัญหาของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ยังรอการแก้ไข

ในส่วนของปัญหาที่ทำนายเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยเฉพาะโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังมีปัญหาอีกหลายส่วนที่ยังรอการแก้ไข Lo JC (1997) ได้เสนอว่าปัญหาส่วนใหญ่จะเกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายจะมีมากกว่ารายได้ของโครงการ จากสถิติแสดงแนวโน้มสถานะทางการเงินของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (Bureau of National Health Insurance) ที่มีสถานะทางการเงินที่ค่อนข้างดี คือสามารถเก็บเบี้ยประกันได้สูงกว่ารายจ่ายมาโดยตลอดตั้งแต่เริ่มโครงการในเดือนมีนาคม 1995 แต่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอัตราที่เร็วกว่าและตั้งแต่ต้นปี 1998 เป็นต้นมา ค่าใช้จ่ายของกองทุนก็มีมากกว่ารายได้ที่เก็บได้ทั้งหมด ดังข้อมูลที่แสดงให้เห็นในภาพที่ 1 นอกจากนี้ในส่วน of ประชาชนก็ต้องการให้โครงการขยายสิทธิการคุ้มครองให้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ต้องการบริการที่เสียค่าใช้จ่ายสูงแต่อยากร่วมจ่ายต่ำ ทำให้เกิดปัญหาความแตกต่างระหว่างค่าใช้จ่ายจริงกับค่าใช้จ่ายที่มีการเรียกเก็บ และจะมีการยกประเด็น contribution rate มาเป็นประเด็นทางการเมืองต่อไป



ภาพที่ 1 แสดงแนวโน้มสถานะทางการเงินของโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ 1995-1998 ที่มา Bureau of National Health Insurance <http://www.nhi.gov.tw/file/sld021.htm>, 14/3/2000

Liu C-H (1997) ได้วิเคราะห์ถึงสภาพปัญหาของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้อยู่ว่า ระบบการเงินที่เป็นอยู่ไม่มีแรงจูงใจให้เกิดการประหยัดเท่าที่ควร ในขณะที่ระบบการรักษาและบริการเบื้องต้นใช้ทรัพยากรค่อนข้างสูงมาก ระบบมีค่าใช้จ่ายที่เป็นค่ายาสูงมากถึง 1 ใน 4 ของค่าใช้จ่าย

จ่ายทางการแพทย์ทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีปัญหาความไม่เท่าเทียมกันของค่าตอบแทนให้กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ รวมทั้งระบบที่เป็นอยู่ได้สร้างความไม่พอใจให้กับโรงพยาบาลระดับกลางอีกด้วย ซึ่งเขาได้เสนอทางออกในการแก้ปัญหาเหล่านี้ว่า ควรจะขยายการนำเอาระบบการจ่ายเงินแบบ case-payment มาใช้ ซึ่งเป็นรูปแบบการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการตามชนิดของโรค โดยไม่ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค อันเป็นรูปแบบที่ผลักดันความเสี่ยงให้ไปอยู่ที่ผู้ให้บริการมากกว่าอยู่ที่ผู้จ่ายเงิน ให้นำ Fee Schedule Items ที่กำหนดไว้มาทบทวนใหม่ นอกจากนี้เขายังได้เสนอให้นำเอาระบบการจ่ายค่าบริการต่อหัว (capitation system) มาทดลองใช้ ให้พิจารณาถึงความแตกต่างของราคาของยาสามัญ (generic drugs) และเครื่องมือแพทย์ รวมทั้งพยายามที่จะปรับระบบงบประมาณเข้าไปสู่ระบบ global budget system ต่อไป

จากข้อมูลที่น่าสนใจในการจัด International Symposium on Health Care and Payment System Reform ที่ประเทศไต้หวัน ระหว่างวันที่ 23-25 มิถุนายน 1997 พบว่านักวิชาการในไต้หวันจำนวนมากกำลังศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการนำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมาใช้ ซึ่งพบว่ามีข้อจำกัดอยู่มาก อย่างไรก็ตามรัฐบาลเองไม่ได้นิ่งนอนใจกับปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับล่าสุด (*White Paper on Health Care - Health Care Development Beyond 2000*) ได้มีการกำหนดไว้ในแผนอย่างชัดเจนว่าจะพยายามจำกัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไม่ให้เพิ่มขึ้นเกินกว่าร้อยละ 10 ต่อปี โดยพยายามนำวิธีการใหม่ๆ มาใช้ในระบบประกันสุขภาพเพื่อควบคุมไม่ให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น การสร้างระบบตรวจสอบการขอเบิกเงินค่ารักษาจากสถานบริการระดับต่างๆ ให้รัดกุมยิ่งขึ้น ปรับปรุงหลักเกณฑ์การจ่ายเงินร่วมของผู้ป่วย หรือ co-payment rate รวมถึงการนำเอาระบบการจ่ายเงินให้กับสถานบริการหลายๆ วิธีมาใช้ร่วมกัน (multiple payment system) ทั้งแบบ fee-for-services, case payment (DRG), global budget, และแบบ capitation ซึ่งอยู่ในช่วงศึกษาหาวิธีการที่เหมาะสมที่สุดก่อนที่จะประกาศใช้ และเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2542 ที่ผ่านมา โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติก็ได้กำหนดให้ผู้ใช้บริการต้องร่วมจ่ายค่ายาด้วยทุกครั้งที่ต้องใช้ยา เนื่องจากพบว่าหลังจากใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วมีการใช้ยาฟุ่มเฟือย ทั้งการรับยาไปแล้วใช้ไม่หมดและใช้ยาอย่างเกินความจำเป็น คิดเป็นความสูญเสียประมาณ หนึ่งในหมื่นล้านเหรียญไต้หวันต่อปี โดยกำหนดอัตราการร่วมร่ายดังนี้ หากค่ายาต่ำกว่า 100 เหรียญไต้หวัน (SNT) ไม่ต้องร่วมจ่าย หากค่ายาอยู่ระหว่าง 101-200 SNT, 201-300 SNT, 301-400 SNT, และ 401-500 SNT จ่ายครั้งละ 20, 40, 60, 80, ตามลำดับ และหากค่ายาสูงกว่า 500 SNT ขึ้นไปต้องร่วมจ่าย 100 SNT แต่ทั้งนี้ยังยกเว้นสำหรับผู้ป่วยและผู้ประสบอุบัติเหตุรุนแรง ผู้ที่อาศัยในเขตภูเขาสูง และบนเกาะ ผู้ป่วยที่ป่วยจากการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาเป็นเวลานาน ผู้ป่วย และทหารผ่านศึกที่ว่างงาน รวมทั้งยาที่สั่งจ่ายโดยแพทย์ที่ดูแลการป่วยเบื้องต้น (primary care physicians) ให้กับเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี และจ่ายยาไม่เกิน 3 วัน โดยหวังว่ามาตรการนี้

จะช่วยลดปัญหาการใช้จ่ายอย่างไม่เหมาะสมให้มีการใช้จ่ายตามความจำเป็นอย่างแท้จริง (<http://www.Nhi.gov.tw/copaynew.htm>, 14/3/2000)

ดังที่กล่าวไว้แล้วว่า ในแต่ละปีชาวไต้หวันไปใช้บริการทางการแพทย์น้อยกว่าคนชาติอื่น มีบางรายที่ไปพบแพทย์มากกว่า 1,000 ครั้งต่อปี ซึ่งการไปใช้บริการสุขภาพที่เกินจำเป็นทำให้เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไปเป็นจำนวนมาก ตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2542 เป็นต้นมา โครงการประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้การไปสถานบริการในลักษณะผู้ป่วยนอก ครั้งที่ 25 หรือ ครั้งที่ 157 (ขึ้นกับประเภทของผู้ป่วย) เป็นต้นไป ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายด้วยครั้งละ 50-100 \$NT ตามลำดับ นอกจากนี้ยังกำหนดให้ร่วมจ่ายในการทำกายภาพบำบัดทั้งของการแพทย์จีนและการแพทย์ตะวันตก ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ถึง ครั้งที่ 6 อีกครั้งละ 50-150 \$NT (ขึ้นกับขนาดของสถานพยาบาล) และหลังจากครั้งที่ 6 เป็นต้นไปให้ผู้ป่วยจ่ายเองทั้งหมด ทั้งนี้เนื่องจากพบว่ามีบริการเหล่านี้สูงมากจนเชื่อว่าเป็นการใช้อย่างผิดวัตถุประสงค์ และทำให้ผู้ที่จำเป็นต้องใช้จริงๆ ไม่มีโอกาสได้ใช้

ข้อมูลที่น่าเสนาหาทั้งหมดในบทนี้แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่า การปฏิรูประบบสุขภาพไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ที่เกิดขึ้นและสิ้นสุดพร้อมๆ กับการแก้ปัญหาสุขภาพได้อย่างสมบูรณ์ แต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของชาติ ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลาตามสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม และกลยุทธ์ต่างๆ ที่นำมาใช้ปฏิรูประบบซึ่งคิดว่าจะนำความสำเร็จในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่มีอยู่ ก็ไม่ได้สัมฤทธิ์ผลตามที่ต้องการเสมอไปรวมทั้งมีปัญหาคือต้องให้แก้ไขตามอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการนำบทเรียนการปฏิรูประบบสุขภาพของต่างประเทศมาใช้ในประเทศไทย อาจไม่จำเป็นที่จะต้องพยายามหาสูตรสำเร็จที่คิดว่าดีที่สุดมาใช้ แต่ควรให้ความสำคัญกับเทคนิคการดำเนินการและการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่องเป็นขั้นเป็นตอนควบคู่ไปด้วย

การปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวัน : บทเรียนสำหรับประเทศไทย

ความเหมือนและความแตกต่างของประเทศไทย

ก่อนที่จะกล่าวถึงการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวัน มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ควรต้องพิจารณาถึงความเหมือนและความแตกต่างของบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปของทั้ง 2 ประเทศก่อน เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะแบ่งพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

สภาพทางพื้นที่และประชากร

สภาพภูมิประเทศของไทยถือว่าได้เปรียบกว่าประเทศไต้หวันมากในด้านการกระจายสถานบริการไปสู่ประชาชน เพราะไม่มีเกาะแก่ง หรือพื้นที่ที่เป็นภูเขาสูงจำนวนมาก ขยายต่อการเดินทางหรือการติดต่อสื่อสาร แม้ผู้คนอาศัยอยู่ในพื้นที่ภูเขาสูงในตอนกลางของเกาะ และอาศัยในเกาะอื่นๆ รอบเกาะไต้หวันจะมีจำนวนไม่มากนัก แต่การที่รัฐบาลเห็นความสำคัญของคนในประเทศอย่างเท่าเทียมกันและพยายามให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่ด้อยโอกาสกว่าในสังคม ทำให้รัฐต้องทุ่มเงินจำนวนมากเพื่อพัฒนาระบบการรักษาทางไกลผ่านระบบโทรคมนาคม แม้ในพื้นที่ทางตอนเหนือของประเทศจะเป็นภูเขาอยู่บ้างแต่หากเปรียบเทียบกับของประเทศไทยแล้ว ภูมิประเทศของไทยเอื้อที่จะกระจายสถานบริการไปอย่างทั่วถึงได้มากกว่า ส่วนลักษณะทางประชากรของทั้ง 2 ประเทศ มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันคือเป็นประชากรที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกันเป็นส่วนใหญ่ มีชนกลุ่มน้อยอยู่เล็กน้อย ไม่มีปัญหาเรื่องความขัดแย้งของชนกลุ่มน้อยในประเทศ รวมทั้งรัฐบาลพยายามเปิดโอกาสให้กับกลุ่มคนเหล่านี้ในหลายๆ ด้านอยู่แล้วจึงไม่ก่อให้เกิดปัญหาเรื่องชาติพันธุ์

รัฐบาล

แม้ว่าระบบการปกครองหลักของไทยและไต้หวันเหมือนกันคือ ระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทน อาจแตกต่างกันบ้างในเรื่องของประมุขของประเทศของไต้หวันเป็นประธานาธิบดีที่มาจากการเลือกตั้ง แต่โดยภาพรวมแล้วประชาธิปไตยของไต้หวันก้าวหน้าและมั่นคงกว่าในประเทศไทยมาก รัฐบาลมีความเข้มแข็ง มีพรรคการเมืองจำนวนไม่มากและบริหารประเทศติดต่อกันอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถประสานงานโครงการขนาดใหญ่ที่ดำเนินการอยู่ให้ต่อเนื่องได้ในเวลาที่รวดเร็ว มีระบบการเลือกตั้งตัวแทนประชาชนเข้าไปดูแลตรวจสอบการทำงานของรัฐบาลในหน่วยงานต่างๆ และมีระบบการบริหารราชการ และการแบ่งหน่วยงาน ที่แตกต่างกับประเทศไทยค่อนข้างมาก การมีรัฐบาลที่เข้มแข็งบริหารประเทศอย่างต่อเนื่องเป็นจุดหนึ่งที่ทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพ

ของไต้หวันดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและต่อเนื่องตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นจุดที่แตกต่างอย่างชัดเจน ที่ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพด้านต่างๆ ได้อย่างเป็นขั้นเป็นตอนและราบรื่นดังที่เกิดขึ้นที่ไต้หวัน เนื่องจากระบบการเมืองของไทยในยุคประชาธิปไตยในช่วงก่อนเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 แม้จะเป็นการปกครองโดยรัฐบาลชุดเดียวกันตลอดระยะเวลายาวนาน แต่ก็เป็นการปกครองในลักษณะรวบอำนาจเผด็จการทหารที่ไม่มีวิสัยทัศน์ในการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศเลย แม้ในระยะหลังเมื่อประเทศมีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น ประชาชนตื่นตัวเรื่องสิทธิเสรีภาพและเข้าไปมีส่วนร่วมในการบริหารงานของรัฐบาลมากขึ้นกว่าที่เป็นมา แต่รัฐบาลก็ยังอยู่ในสภาพที่ไม่มั่นคง เป็นรัฐบาลผสมที่มาจากหลายพรรคการเมือง มีการเปลี่ยนแปลงคณะรัฐมนตรีและรัฐบาลบ่อยครั้ง ทำให้โครงการขนาดใหญ่หลายโครงการต้องล่าช้า ถูกระงับ หรือถูกตัดแปลงไปจากแผนแม่บทเดิม แม้ด้านหนึ่งอาจมองได้ว่าเป็นเรื่องที่ดีที่ทำให้โครงการได้รับการตรวจสอบทบทวน แต่ขณะเดียวกันก็ทำให้โครงการล่าช้า ไม่มีเอกภาพ และถูกปรับเปลี่ยนไปเพื่อประโยชน์ทางการเมืองมากกว่าผลประโยชน์ที่แท้จริงของประชาชน

เศรษฐกิจ

ความเข้มแข็งและมั่นคงทางเศรษฐกิจของไต้หวัน เป็นจุดที่แตกต่างอย่างชัดเจนจากสภาพเศรษฐกิจของประเทศไทยโดยเฉพาะในช่วง 2-3 ปี ที่ผ่านมา เพราะว่าประเทศไต้หวันมีรายได้ประชาชาติสูง มีงบประมาณจำนวนมากในการบริหารประเทศ ทำให้สามารถนำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมาใช้ได้ไม่ยากนัก สามารถให้เงินอุดหนุนกับภาคเอกชนในการเปิดสถานบริการในท้องที่ห่างไกลได้อย่างประสบผลสำเร็จ นอกจากนี้ยังสามารถลงทุนทางเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารและการรักษาทางไกลให้กับประชาชนในพื้นที่เกาะ หรือภูเขาสูงได้โดยไม่อุปสรรคทางการเงิน ความแตกต่างทางเศรษฐกิจการเงินที่มีสูงนี้ ทำให้ประเทศไทยต้องพิจารณาอย่างรอบคอบในการนำกลยุทธ์ต่างๆ ที่ไต้หวันใช้ มาปรับใช้ภายในประเทศ โดยเฉพาะวิธีการที่มีค่าใช้จ่ายสูง

ลักษณะทางวัฒนธรรม

แม้ว่าวัฒนธรรมจีนและไทยมีความแตกต่างกันหลายด้าน โดยเฉพาะวัฒนธรรมการรักษาสุขภาพที่การแพทย์จีนเป็นวัฒนธรรมที่โดดเด่นได้รับการสืบทอดต่อกันมายาวนาน มีศาสนา ความเชื่อเรื่องเครื่องราง บารมีบุญ และอื่นๆ ซึ่งล้วนมีผลโดยตรงต่อวิถีการดำรงชีวิต และความเชื่อพื้นฐานเรื่องการดูแลสุขภาพ แต่เนื่องจากประเทศไทยมีการแลกเปลี่ยนทางการค้าและวัฒนธรรมกับจีนมาตั้งแต่สมัยสุโขทัย และมีคนเชื้อสายจีนมาอาศัยอยู่ในประเทศเป็นจำนวนมากโดยเฉพาะในช่วงปลายพุทธศตวรรษที่ผ่านมา จึงทำให้คนไทยคุ้นเคยกับวัฒนธรรมของชาวจีน นอกจากนี้วัฒนธรรมหลายด้านทางการแพทย์ของคนไทยก็มีความคล้ายคลึงกับจีนอยู่แล้ว เช่น การนิยมเปลี่ยนแพทย์ที่ให้การรักษาไปเรื่อยๆ ตามแต่จะมีคนบอกว่าที่ไหนดีก็จะพยายามไปรักษาด้วย ความต้องการได้รับยาหลายๆ ขนานในการรักษา เพราะเชื่อว่ายิ่งได้ยามากยิ่งหายได้เร็ว ต้องการไปพบแพทย์บ่อยๆ

เพราะรู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ ในขณะที่เดียวกันก็มีระบบการแพทย์พื้นบ้านคือการแพทย์จีนที่ตนเองเชื่อถืออยู่ใช้ร่วมไปด้วย เช่นเดียวกับคนไทยใช้ยาสมุนไพรหรือพิธีกรรมรักษาแบบพื้นบ้านควบคู่ไปกับการรักษาแผนปัจจุบัน

ในส่วนของพฤติกรรมทำให้บริการของแพทย์โดยเฉพาะในภาคเอกชนก็มีความใกล้เคียงกัน เช่น มีการเลี้ยงไข้เพื่อให้ผู้ป่วยมารับการรักษาบ่อยๆ นิยมทำงานในเมืองใหญ่ๆ มากกว่าทำงานในชนบท ทำให้มีปัญหาการขาดแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้รูปแบบของการจำหน่ายยาในคลินิกหรือสถานพยาบาล แทนที่แพทย์จะทำการวินิจฉัยและเขียนใบสั่งยาเท่านั้นก็เป็นรูปแบบที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไปในประเทศไทย ลักษณะทางวัฒนธรรมทางการแพทย์และการดูแลสุขภาพจึงคล้ายคลึงกันมากระหว่างประเทศไทยกับไต้หวัน

สถานะทางสุขภาพของประชาชน

เมื่อพิจารณาในภาพรวมทางสุขภาพแล้วอาจกล่าวได้ว่า สถานะทางสุขภาพของคนไทยและไต้หวันไม่ต่างกันมากนัก กล่าวคือประชากรมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวขึ้น มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น โรคระบาดและโรคติดเชื้อถูกควบคุมให้เกิดลดลง โรคที่เป็นสาเหตุการตายและเป็นปัญหาสาธารณสุขหลักๆ คล้ายคลึงกัน ไม่ว่าจะเป็นปัญหาโรคมะเร็ง อุบัติเหตุจราจร โรคตับ และปัญหาการฆ่าตัวตายที่กลายเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับแรกของไทยด้วย นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านมลพิษในสิ่งแวดล้อม ด้านอาชีวอนามัย ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเข้ามาของกลุ่มผู้ใช้แรงงานต่างชาติ ดังนั้นในส่วนของภาวะสุขภาพของประชาชนของทั้ง 2 ประเทศถือว่าใกล้เคียงกันมาก

ปัจจัยที่นำสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ

ปัจจัยที่นำสู่การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยและไต้หวันแทบไม่แตกต่างกันเลย ตั้งแต่ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนที่เปลี่ยนไปดังที่กล่าวมาแล้ว ปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพของคนยากจนและผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล การไม่ครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพที่ใช้อยู่ ปัญหาการกระจุกตัวของแพทย์ในเมืองใหญ่ๆ และปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้แล้วด้วยระบบสุขภาพที่มีอยู่เดิม ซึ่งหากพิจารณาประเด็นนี้แล้วจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยเองก็มีความจำเป็นที่จะต้องปฏิรูประบบสุขภาพอย่างจริงจังและเร่งด่วน เนื่องจากปัญหาได้ก่อตัวมากขึ้นทุกขณะ ในขณะที่การปฏิรูประบบสุขภาพเองต้องทำอย่างเป็นขั้นเป็นตอนและอาศัยเวลา

การนำวิธีการปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวันมาใช้ในการประเทศไทย

ประเทศไต้หวันได้ทำการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยทำการปฏิรูปใน 4 ส่วนที่สำคัญก่อน คือ ปฏิรูประบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ นำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้ความคุ้มครอง

ประชากรทั้งหมดของประเทศมาใช้ พัฒนาระบบเครือข่ายข้อมูลสถานบริการ และส่งเสริมการผลิตแพทย์ประจำครอบครัวที่สอดคล้องกับการให้บริการในระบบที่ปฏิรูปใหม่ พร้อมๆ กับการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่นี้ ข้อมูลที่นำเสนอข้างต้นได้แสดงให้เห็นว่ามีการปรับและจัดตั้งองค์กรใหม่ๆ ขึ้นมาทำงานควบคู่ไปด้วย ซึ่งถือได้ว่าเป็นการปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพไปด้วย

การนำเอาวิธีการปฏิรูประบบสุขภาพที่ได้หวั่นใช้ทั้ง 4 วิธี มาใช้กับประเทศไทยมีความเหมาะสมเพียงใดหรือไม่ มีข้อควรพิจารณาดังนี้

1. การปฏิรูประบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ เป็นรูปแบบที่น่าจะนำมาประยุกต์ใช้กับประเทศไทยได้ เนื่องจากระบบเครือข่ายในการให้บริการทางการแพทย์ของประเทศไทยได้ทำมาแล้วระดับหนึ่ง มีการกำหนดเขตบริการสาธารณสุข มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัด ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย ในพื้นที่ระดับตำบล หรือหมู่บ้าน มีโรงพยาบาลชุมชนให้บริการในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์สูงขึ้นเป็นลำดับ ความแตกต่างที่สำคัญระหว่างระบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ของไต้หวันกับเขตบริการสาธารณสุขที่ทำอยู่ในประเทศไทยคือ ความเบ็ดเสร็จของอำนาจบริหารในแต่ละเขต ระบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ของไต้หวันจะมีบทบาทในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบสูงและชัดเจนมาก โดยเฉพาะบทบาทในการสร้างและบริหารทรัพยากรบุคคล ซึ่งมีการเชื่อมโยงกับระบบการปกครองในท้องถิ่นให้มาร่วมรับผิดชอบเรื่องนี้โดยตรง ในขณะที่เขตบริการสาธารณสุขที่ทำอยู่ในประเทศไทยเป็นเพียงการประสานงานกันอย่างหลวมๆ แทบไม่มีอำนาจในการบริหารจัดการเบ็ดเสร็จใดๆ เลย การนำเอาวิธีการที่ได้หวั่นใช้เข้ามาใช้กับประเทศไทยจึงมีความเป็นไปได้สูง แต่ต้องอาศัยความเด็ดขาดของผู้บริหารในการจัดระบบนี้ขึ้นมาและให้มีการดำเนินการอย่างจริงจัง

2. การนำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมาใช้ ดูเหมือนเป็นวิธีการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่มีการศึกษากันมากในประเทศไทย และตั้งเป้าหมายที่จะนำมาใช้ด้วย บทเรียนจากประเทศไต้หวันเกี่ยวกับเรื่องนี้คือ ต้องมีการวางแผนการดำเนินงานเพื่อนำมาใช้อย่างชัดเจน เป็นระบบ และมีขั้นตอน รัฐต้องมีเงินเพียงพอที่จะมาสนับสนุนกลุ่มคนที่มีรายได้น้อยเมื่อเข้าสู่ระบบทั้งประเทศ รวมทั้งต้องมีงบประมาณเพื่อที่จะแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นไปยังผู้เกี่ยวข้องทุกส่วน ไม่ทำให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องสูญเสียผลประโยชน์ ต้องมีระบบอื่นๆ รองรับอย่างสอดคล้องกัน เช่น ระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่ครอบคลุมผู้ป่วยให้มากที่สุด มีระบบการควบคุมการใช้สิทธิไม่ให้ผู้ป่วยใช้บริการเกินจำเป็น มีระบบป้องกันแพทย์ให้การรักษาเกินความจำเป็น มีระบบจัดสรรการใช้เครื่องมือหรือเทคโนโลยีที่มีราคาแพงอย่างเป็นธรรม ระบบการเก็บเบี้ยประกันที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายของแต่ละกลุ่มผู้ประกัน มีระบบการประเมินคุณภาพและมาตรฐานของโรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมโครงการ เป็นต้น ซึ่งหากประเมินสถานการณ์จากภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ของประเทศไทยในขณะนี้แล้วจะเห็นได้ว่า การนำระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมาใช้เช่น

เดียวกับที่ได้หวั่นดำเนินการมาแล้วอาจไม่สามารถทำได้ง่ายนักในระยะเวลาอันสั้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาขั้นตอนการดำเนินงานอย่างละเอียด อาจนำไปสู่การพัฒนาระบบประกันสุขภาพลักษณะนี้ อย่างค่อยเป็นค่อยไปได้ในอนาคต โดยไม่ต้องใช้งบประมาณจำนวนมากครั้งเดียวอย่างที่หวั่นดำเนินการมา

3. การพัฒนาระบบเครือข่ายข้อมูลสถานบริการ เป็นระบบที่ทำให้ยากในภาวะเศรษฐกิจของประเทศมีปัญหาในปัจจุบันเนื่องจากใช้งบประมาณค่อนข้างสูงมาก อย่างไรก็ตามระบบนี้มีความจำเป็นสำหรับการใช้รูปแบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทยอาจต้องประยุกต์ให้สามารถนำระบบเครือข่ายและส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้รูปแบบการส่งประวัติการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการอื่น เช่น ให้ผู้ป่วยเป็นผู้เก็บประวัติการรักษาเองและนำติดตัวไปรับบริการในโรงพยาบาลอื่นๆ ได้ ซึ่งโรงพยาบาลบางแห่งกำลังทดลองใช้อยู่ในปัจจุบัน ระบบการสื่อสารโทรคมนาคมเพื่อการรักษาทางไกลที่กำลังทดลองใช้ในปัจจุบัน จะคุ้มค่ากับการลงทุนมากน้อยเพียงใดต้องทำการประเมินอย่างชัดเจนเปรียบเทียบกับวิธีการแก้ปัญหาค่าบริการสุขภาพในท้องที่ทุรกันดารวิธีอื่นๆ ที่อาจเหมาะสมกว่าสำหรับประเทศไทย การไม่สามารถพัฒนาระบบเครือข่ายข้อมูลสถานบริการให้มีความพร้อมจะเป็นอุปสรรคที่สำคัญอย่างหนึ่ง ของการปฏิรูปที่เน้นการใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. การส่งเสริมการผลิตแพทย์ประจำครอบครัว เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการให้บริการกับผู้ป่วยตามระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่แพทย์ที่รักษารับขึ้นต้นจะมีความสำคัญมากขึ้น แม้ว่าประเด็นนี้มีการกล่าวถึงและเริ่มทดลองดำเนินการบ้างแล้วใน 2-3 ปีที่ผ่านมา ในรูปของ “เวชปฏิบัติครอบครัว” ในสถานบริการระดับต่างๆ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน แต่รูปแบบการดำเนินการที่ผ่านยังมีลักษณะที่ต่างคนต่างทำตามความสนใจของผู้บริหาร และออกมาในรูปแบบการปรับปรุงงานให้บริการผู้ป่วยนอกเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้มารับบริการมากขึ้น และลดภาระงานที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาลลง แต่ในส่วนของการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ในลักษณะที่ทำในได้หวั่นยังพบว่ามีการให้ความสำคัญกับประเด็นนี้ไม่มากนัก บทเรียนจากประเทศไต้หวันอาจช่วยกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องเตรียมความพร้อมในการปฏิรูประบบสุขภาพในด้านนี้เพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่ใช้เวลาในการเตรียมความพร้อมนาน

ข้อจำกัดของการปฏิรูประบบสุขภาพไต้หวัน: บทเรียนสำหรับประเทศไทย

เมื่อพิจารณาการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยจะเห็นได้ว่า เป็นความพยายามแก้ปัญหาที่ก้าวตามกลยุทธการแก้ปัญหาของประเทศที่พัฒนาแล้วในซีกโลกตะวันตกแทบทั้งสิ้น ซึ่ง

การแก้ปัญหาส่วนใหญ่ยังคงมุ่งไปที่การจัดการระบบบริการสาธารณสุข มากกว่าการที่จะมองเลยไปถึงระบบสุขภาพโดยรวม ที่เชื่อมโยงอยู่กับระบบเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม ตามความหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพที่นิยามไว้สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ การปฏิรูประบบสุขภาพของไต้หวันที่พยายามทำมาทั้งหมด จึงเป็นความพยายามแก้ปัญหาสุขภาพในกรอบการมองของนักวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุข ด้วยวิธีการเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ณ จุดปลายเหตุเมื่อคนเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องใช้บริการสุขภาพแล้ว ซึ่งต้องลงทุนทั้งทรัพยากรบุคคล เทคโนโลยีทางการแพทย์ ไม่ว่ายา เครื่องมือในการตรวจรักษาที่สูงมากและพึ่งพิงอยู่กับตลาดต่างประเทศเป็นหลัก แต่ต้นเหตุที่แท้จริงของการเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาของไต้หวันในปัจจุบัน ซึ่งเป็นผลมาจากสภาพทางสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป กลับไม่ได้รับการจัดการหรือเข้ามาปฏิรูปอย่างจริงจัง

การพัฒนาประเทศสู่อุตสาหกรรม: สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาสุขภาพของไต้หวัน

บนความสำเร็จของการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของประเทศไต้หวัน จนทำให้ประชาชนมีรายได้สูง มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่ที่สะดวกสบายขึ้น จนประเทศมีรายได้ประชาชาติเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีเงินทุนสำรองของประเทศสูงเป็นอันดับสามของโลก ในด้านหนึ่งได้ทำให้ตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพของคนไต้หวันดีขึ้น ไม่ว่าอายุไขเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้นทั้งเพศหญิงและชาย อัตราตายของการเกิดที่ลดลงอย่างมาก หรือการเสียชีวิตเฉลี่ยจากทุกสาเหตุลดลง โดยเฉพาะสาเหตุจากโรคติดเชื้อ ไม่ว่าวัณโรค โรคหัวใจรูห์มาติก รวมทั้งการป่วยจากอาการเจ็บไข้ (ill-defined) แต่ในอีกด้านหนึ่งของผลพวงการพัฒนาที่มีต่อสุขภาพ ก็ได้ทำให้คนไต้หวันเจ็บป่วยร่างกายทรุดโทรมลงอย่างมาก มะเร็งในอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกายโดยเฉพาะมะเร็งของสมอง ตับอ่อน ปากและหลอดอาหาร และปอด ได้เพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงมากจนกลายเป็นสาเหตุหลักของการตายของคนไต้หวัน (ตารางที่ 4 หน้า 16, ตารางที่ 5 หน้า 17) แม้อัตราตายจากโรคหอบหืด หลอดลมอักเสบ และ emphysema ที่อาจแสดงให้เห็นถึงสภาพมลพิษของอากาศดูเหมือนว่าจะลดลง แต่ไม่ได้หมายความว่าชาวไต้หวันป่วยจากโรคนี้น้อยลงกว่าเดิม แต่เทคโนโลยีทางการแพทย์อาจช่วยเพียงชะลอการตายจากโรคนี้อย่างหนึ่ง ช่วยให้มีชีวิตยืนยาวขึ้นจนเสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่น นอกจากนี้อุบัติเหตุทางรถยนต์และการฆ่าตัวตายซึ่งเกี่ยวเนื่องอยู่กับการใช้ชีวิตที่เร่งรีบ และเคร่งเครียด ในสังคมธุรกิจที่ต้องแข่งขันกันอยู่ตลอดเวลา ก็ได้กลายมาเป็นสาเหตุที่สำคัญของการตายในคนยุคสมัยนี้

ผลจากความเติบโตในอุตสาหกรรมการผลิตสินค้าและบริการ ทำให้ระบบตลาดต้องกระตุ้นผู้บริโภคให้ซื้อสินค้าและบริการตลอดเวลา ทำให้เกิดการบริโภคกันอย่างเกินความจำเป็น จนเป็นสาเหตุของการเกิดโรคอีกหลายชนิด และทำให้เงินมีบทบาทสูงขึ้นจนสามารถกำหนดค่า

นิยมของสังคมขึ้นใหม่ได้ พร้อมๆ กับการทำให้คุณธรรม ศีลธรรม เสื่อมถอยลง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นคนรุ่นใหม่ ที่ผู้ปกครองต้องทำงานทั้งวันขาดความใกล้ชิดอบอุ่นภายในครอบครัว ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านศีลธรรมและจิตใจเพิ่มสูงขึ้นในได้หวั่น ไม่ว่าปัญหาการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่น การติดสารเสพติด การแพร่กระจายของโรคเอดส์ และปัญหาการฆ่าตัวตาย นั่นคือผลกระทบต่อสุขภาพอีกด้านหนึ่งที่สืบเนื่องมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมตามกระแสโลกตะวันตก

เมื่อพิจารณาเรื่องของสุขภาพในขอบเขตที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต สังคม วัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเครื่องมือที่ได้หวั่นนำมาใช้ปฏิรูประบบสุขภาพส่งผลกระทบเพียงแก่ปลายเหตุของปัญหาเท่านั้น กระแสการพัฒนาประเทศไปสู่อุตสาหกรรมที่มาพร้อมกับการเติบโตทางเศรษฐกิจ รายได้เข้าประเทศที่เป็นกอบเป็นกำ ทำให้กระแสการต่อต้านหรือขัดขวางการพัฒนาอุตสาหกรรมไม่เกิดขึ้น รูปแบบและเครื่องมือในการแก้ปัญหาสุขภาพจึงยังคงเดินตามกระแสของประเทศตะวันตกที่ใช้เทคโนโลยีและทรัพยากรจำนวนมาก อันสอดคล้องกับกระแสการเติบโตของธุรกิจยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่อไป

ธุรกิจการแพทย์ตะวันตก: สาเหตุหนึ่งของความล้มเหลวในการแก้ปัญหาสุขภาพ

ปัจจุบันแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพได้ถูกครอบงำด้วยแนวคิดการแพทย์ตะวันตกไว้อย่างสิ้นเชิง การครอบงำเริ่มตั้งแต่ความหมายของ “สุขภาพ” โดยการกำหนดภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศด้วยดัชนีทางสุขภาพ ไม่ว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากร อัตราเกิด อัตราตาย ฯลฯ ซึ่งอาจมองได้ว่าเป็นวาทกรรม (discourse) ที่ระบบการแพทย์ตะวันตก หรือประเทศมหาอำนาจสร้างขึ้นเพื่อครอบงำประเทศที่ด้อยกว่า ให้ต้องทุ่มเททรัพยากรฝักคนให้ใช้เทคโนโลยี และซื้อเทคโนโลยีที่ประเทศเหล่านั้นผลิตได้มาใช้ เพื่อให้ไปถึงซึ่งสภาวะดังกล่าว ทั้งๆ ที่ดัชนีเหล่านั้นจำนวนมากไม่ได้สะท้อนถึงความสุขของคนอย่างแท้จริง โดยเฉพาะเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับแนวความคิดของคนในซีกโลกตะวันออก ที่เน้นการใช้ชีวิตอยู่อย่างกลมกลืนกับธรรมชาติ ให้ความสำคัญกับเรื่องของจิตใจ เรื่องของ “ความสุข” ที่สามารถละวางจากสิ่งที่เป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ การมีชีวิตที่ยืนยาวภายใต้สายระโยกระยางไปยังเครื่องมือที่ใช้เทคโนโลยีสูงราคาแพง จึงไม่ใช่พื้นฐานของชีวิตที่ดีตามความหมายของคนในโลกตะวันออก ความพยายามในการครอบงำความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพนั้นจึงเป็นจุดเริ่มต้นในการครอบงำวิธีการดูแลสุขภาพ วิธีการรักษาตัวเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งครอบงำวิธีการแก้ปัญหาเมื่อประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ หรือเมื่อมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น โดยต้องทำการปฏิรูประบบสุขภาพตามวิธีที่ประเทศตะวันตกทำมาก่อนแล้วเท่านั้น

ระบบการแพทย์ตะวันตกเป็นระบบที่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของตลาดธุรกิจยา และเทคโนโลยีทางการแพทย์ จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าไม่ว่าจะทำการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างไรก็ล้วน

ที่ต้องออกมาในแนวทางที่ให้ใช้ยา และเทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น การใช้ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ เปิดโอกาสและช่วยให้คนอื่นอีกเป็นจำนวนมากที่เดิมอาจใช้วิธีการรักษาแบบพื้นบ้าน เช่น ใช้อาหารหรือสมุนไพร หรือใช้การพักผ่อนให้บรรเทาอาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ (เช่น การปวดศีรษะ ท้องเสีย เป็นหวัด ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยที่พบบ่อย และสามารถหายเองได้) ให้เข้ามาสู่ระบบบริการสุขภาพที่ต้องใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่ต้องนำเข้าจากประเทศตะวันตกมาเรื่อยๆ แนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคที่บุคลากรทางการแพทย์ยอมรับมักทำโดยการให้เครื่องมือตรวจวัดค่าต่างๆ ในร่างกาย เป็นระยะๆ ไปจนตลอดชีวิต การใช้ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปริมาณที่เพิ่มขึ้นจากการมีระบบประกันสุขภาพดังกล่าว ได้ทำให้เกิดรายได้อย่างมหาศาลกับธุรกิจที่ใช้ยาและอุปกรณ์เครื่องมือที่เนื่องอยู่กับการตรวจรักษานั้นๆ ยิ่งเมื่อวิธีการนั้นต้องใช้กับประชาชนทั่วประเทศหรือทั่วโลก ในขณะที่สาเหตุที่แท้จริงจากการใช้ชีวิตอย่างไม่สอดคล้องกับธรรมชาติ หรือการอยู่ในภาวะแวดล้อมที่มีพิษสูงดังที่วิเคราะห์ข้างต้น ซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงหรือแก้ไขได้และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า กลับไม่ได้นำมาสู่การปฏิบัติเลยโดยอ้างว่ามีอุปสรรคนานาประการ

การปฏิรูประบบสุขภาพแบบตะวันตก: วิธีการแก้ปัญหาที่อาจสร้างปัญหาตามมา

ปัญหาที่ยังคงมีต่อเนื่องหลังจากดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพมาแล้วของไต้หวัน (หน้า 43) โดยเฉพาะในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น การพึ่งพิงและใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างฟุ่มเฟือยมากขึ้นหลังจากมีระบบประกันสุขภาพ ไม่ว่าการใช้ยาจำนวนมาก การผ่าตัดทำคลอดทางหน้าท้องที่เพิ่มขึ้น การเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลเกินจำเป็น หรือการทำกายภาพบำบัดเพื่อวัตถุประสงค์อื่นที่ไม่ใช่การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย เป็นตัวอย่างที่เห็นได้อย่างชัดเจนถึงปัญหาและข้อจำกัดของการปฏิรูประบบสุขภาพที่ไต้หวันใช้อยู่ ที่ธุรกิจยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ผู้ประกอบธุรกิจด้านรักษาพยาบาล และผู้ประกอบการวิชาชีพ คือกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยจากพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของประชาชนดังกล่าว ในขณะที่ประชาชนเองแม้จะได้รับการประโยชน์เพิ่มขึ้นจากระบบนี้ แต่ก็อาจได้รับผลเสียจากพฤติกรรมเหล่านั้นไม่น้อยเช่นกัน

พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปของประชาชนที่เกิดขึ้น ได้กลายเป็นปัญหาใหญ่ที่ทำให้รัฐต้องหามาตรการต่างๆ มาใช้แก้ปัญหา รัฐบาลโดยสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติและนักวิชาการในไต้หวัน ได้พยายามใช้มาตรการทางการเงินหลายๆ วิธี มาใช้แก้ไขพฤติกรรมอันเป็นผลสืบเนื่องจากการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งการให้ประชาชนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการแต่ละครั้ง ให้ผู้บริกรร่วมรับความเสี่ยง และมีเงื่อนไขในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ในประเด็นปลีกย่อยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งมาตรการเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้บริการนั้นๆ ซึ่ง

อาจกลายเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน แม้ว่าเกณฑ์เหล่านี้ไม่ใช่บังคับกับผู้ถือโอกาสหรือคนยากจน ปัญหาที่ตามมาคือเกณฑ์ที่ใช้แบ่งแยกความยากจน ความด้อยโอกาส มีความยุติธรรมหรือเหมาะสมเพียงใด กลุ่มคนที่ต้องรับภาระจ่ายค่าเบี้ยประกันเต็มอัตราและต้องเสียภาษีให้รัฐใช้จนเจือกลุ่มคนที่ด้อยโอกาสมากกว่าจะยอมรับได้แค่ไหน ซึ่งเป็นปัญหาหลักอีกด้านหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพต้องการแก้ไข นั่นคือการปฏิรูประบบสุขภาพอาจไม่สามารถแก้ปัญหาได้ทั้งการลดการเพิ่มขึ้นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการของประชาชน หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การแก้ปัญหาแบบนี้ทำให้วิธีการแก้ไขปัญหากลายเป็นต้นเหตุในการสร้างปัญหาที่ต้องการแก้ไบนั่นเอง

การพัฒนาการแพทย์จีน: ด้านมีดของความปรารถนาดี

แม้ได้หวั่นจะยอมรับให้การแพทย์จีนอยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนสามารถเข้ารับการรักษาได้ไม่ต่างจากระบบการแพทย์ตะวันตก แต่การพัฒนาการแพทย์จีนก็ได้รับการเอาใจใส่จากภาครัฐค่อนข้างน้อย จะเห็นได้จากตัวเลขของแพทย์จีนในได้หวั่นที่ถึงแม้จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด (ตารางที่ 2, หน้า 12) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรแล้วสัดส่วนกลับลดลงจาก 1.80 ต่อประชากร 10,000 คน ในปี 1954 เหลือเพียง 1.26 ต่อประชากร 10,000 คน ในปี 1992 ในช่วงเวลาเดียวกันนี้สัดส่วนระหว่างแพทย์ตะวันตกต่อแพทย์จีนเพิ่มขึ้นจาก 2.57:1 เป็น 8.57:1 ตามลำดับ (Chi C และคณะ 1996) ตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญต่อระบบการแพทย์ตะวันตกอย่างสูงของภาครัฐ ในระยะหลังแม้ว่ามีความพยายามพัฒนาการแพทย์จีนจากหลายหน่วยงาน รวมทั้งในมหาวิทยาลัยต่างๆ แต่การศึกษาเพื่อพัฒนาการแพทย์จีนส่วนใหญ่อยู่ภายใต้วิธีการที่วางกรวิทยาศาสตร์ยอมรับเท่านั้น ไม่มีใครปฏิเสธว่าวิธีการศึกษาที่อิงอยู่กับหลักการและเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ เป็นสิ่งที่จำเป็นในการพัฒนาและมีประโยชน์ต่อวงการแพทย์จีนและประชาชน แต่การที่ไม่ได้สนับสนุนให้การแพทย์จีนพัฒนาความรู้ของตนเองตามแบบแผนที่เคยทำมาแต่อดีต ก็ถือว่าทำให้วงการแพทย์จีนเองอยู่ในภาวะเสื่อมถอย และแสดงให้เห็นถึงการครอบงำของวิธีคิดของระบบการแพทย์ตะวันตก และระบบธุรกิจการแพทย์ต่อประเทศในซีกโลกตะวันออกได้อีกทางหนึ่ง ทั้งนี้ ท้องค้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์เองยังมีข้อจำกัดอีกมากในการที่จะบ่งบอกถึงสรรพคุณ และคุณค่าที่มีอยู่ในตำรายาที่ผ่านการใช้มาแล้วหลายชั่วอายุคน

ด้วยเหตุดังกล่าวการปฏิรูประบบสุขภาพตามกรอบหรือแนวทางที่ประเทศพัฒนาแล้วทำอย่างประเทศได้หวั่นกำลังเดินตามจึงเป็นสิ่งที่ควรนำมาทบทวนใหม่ว่า เป็นแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพที่เหมาะสมหรือไม่ หรือเป็นเพียงรูปแบบการครอบงำประเทศกำลังพัฒนาอีกรูปแบบหนึ่ง

ให้ตกอยู่ภายใต้อำนาจของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่อยู่ภายใต้การครอบครองของประเทศมหาอำนาจเพียงไม่กี่ประเทศ ภายใต้อุดมการณ์อันสวຍหรือที่จะนำสุขภาพดีถ้วนหน้ามาสู่ประชาชนทั้งที่ประเทศพัฒนาแล้วแทบทุกประเทศที่มียาและเทคโนโลยีการแพทย์ที่ก้าวหน้าเอง ก็ยังไม่สามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึง ไม่สามารถทำให้คนมีสุขภาพดีอย่างครอบคลุมได้ กระแสความนิยมการแพทย์ทางเลือก การดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่เพิ่มสูงขึ้นมากใน 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา อาจเป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนความเสื่อมทรามในระบบการแพทย์ตะวันตก และน่าจะเป็นจุดเตือนให้ตั้งคำถามกับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เรากำลังจะเดินตามว่า เป็นแนวทางที่เหมาะสมที่สุดแล้วกับประเทศไทยหรือไม่ เป็นทางเดียวที่จะนำภาวะสุขภาพดี (ในแบบที่เราต้องการ ไม่ใช่แบบที่มหาอำนาจกำหนด) มาสู่เราหรือเปล่า

บทสรุป : ปฏิรูปวิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพ:ทางออกเดียวในการแก้ปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่

ระบบการแพทย์ตะวันตกมิได้มีแต่ผลเสียที่อันตรายและตกอยู่ภายใต้เรื่องของผลประโยชน์ทางธุรกิจไปเสียทั้งหมด แต่การชื่นชมและรับรองความรู้เหล่านั้นมาใช้โดยไม่พิจารณาอย่างรอบคอบและดูถูกว่าวิธีการอื่นว่าเป็นสิ่งที่บกพร่องไปทั้งหมดต่างหาก ที่ เป็นสิ่งที่อันตรายอย่างยิ่งต่อการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ และเป็นประเด็นที่ควรทำการปฏิรูปก่อนการปฏิรูปสุขภาพด้านอื่นๆ ทั้งปวง

คงเป็นไปได้ที่จะให้ละทิ้งสังคมอุตสาหกรรมต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ กลับไปสู่สังคมเกษตรกรรมหรือวันอันสวຍงามในอดีต และสังคมอดีตเองก็เชื่อว่าจะไม่มีปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาทางสังคม แต่การตระหนักถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่และเห็นถึงข้อจำกัดของวิธีการที่ใช้ๆ กันอยู่ แล้วร่วมกันหาแนวทางจัดการกับสาเหตุเหล่านั้นอย่างจริงจัง น่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมของการปฏิรูประบบสุขภาพ มิใช่ปิดกระความเจ็บป่วยไปสู่ผู้อื่น เช่น การนำแรงงานต่างชาติเข้ามาใช้ในอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงสูง เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็ส่งกลับประเทศภูมิลำเนาไปเผชิญชะตากรรมเอง ดังที่ปรากฏอยู่ทั่วไปในปัจจุบัน

ปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องของชีวิตมนุษย์ที่ซับซ้อนและละเอียดอ่อน เป็นปัญหาใหญ่ที่เกี่ยวข้องพันอยู่กับทุกสิ่งรอบตัวมนุษย์ การแก้ปัญหสุขภาพจึงต้องมองให้รอบด้าน ให้พ้นไปจากเรื่องของ การแพทย์และสาธารณสุข เรื่องของวิชาชีพ เรื่องของสถาบัน ไปสู่เรื่องของ การศึกษา การเมือง อาชีพ ศาสนา วิถีชีวิตของชาวบ้าน ฯลฯ และผู้ที่จะต้องมาร่วมกันแก้ปัญหานี้ต้องมาจากคนที่หลากหลายไม่เฉพาะแต่แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขเท่านั้น ที่ผ่านมารวมถึงปัจจุบันนี้วงการแพทย์ยังคงผูกขาดในการแก้ปัญหสุขภาพของประชาชน ในขณะที่ประชาชนเองก็ยินดีและมอบความไว้วางใจให้กับบุคคลเหล่านี้จัดการ เพราะเชื่อว่าคนเหล่านี้เชี่ยวชาญและมีสติปัญญาเหนือกว่าคนอื่น

แต่ด้วยกรอบแนวคิดที่ถูกหล่อหลอมด้วยองค์ความรู้เชิงเหตุผลทางวิทยาศาสตร์ ที่ฝึกให้มองให้เชื่อ แต่ในสิ่งที่กลุ่มตนเองยอมรับ และศรัทธาต่อเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า ให้ความสำคัญน้อยกับมิติทางสังคมและจิตวิญญาณ ส่งผลให้วิธีการในการหาทางออกต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน ถูกจำกัดให้เหลือเพียงไม่กี่วิธีสำเร็จรูป ที่ล้วนต้องพึ่งพิงอยู่กับเทคโนโลยีและต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมากไปซื้อหามาใช้ ยังไม่กล้าที่จะท้าทายกระแสหลักของการพัฒนาประเทศและพัฒนาโลก ที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงของการเจ็บป่วยและทุกข์ยากของประชาชน

การปฏิรูประบบสุขภาพในความหมายที่ควรจะเป็น ควรจะเลยไปกว่าการพยายามหาระบบประกันสุขภาพที่ดีที่สุด หรือหาวิธีการทางการเงินมาจำกัดค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตลอดเวลา แต่ต้องเป็นหน้าที่ของทุกฝ่ายทุกระดับโดยเฉพาะในภาคประชาชนเอง ควรต้องมาร่วมวิเคราะห์เชื่อมโยงปัจจัยที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพ และหาทางแก้ไขที่สาเหตุอันแท้จริงภายใต้การเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และนำองค์ความรู้ท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์เพื่อการพึ่งตนเองของชุมชนและประเทศให้ได้มากที่สุด การทำเช่นนี้ควรต้องทำให้เกิดขึ้นทุกระดับของสังคม เริ่มตั้งแต่การปฏิรูประบบสุขภาพภายในครอบครัวแต่ละครอบครัว ที่จะต้องพยายามเลือกทำงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (ที่น่าจะยังพอมีโอกาสเลือกได้หากไม่เอาเงินเป็นเป้าหมายหลัก) เลือกริถีชีวิตของสมาชิกในครอบครัวที่ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตที่ดี ทั้งด้านอาหารการกิน การพักผ่อน การออกกำลังกาย อันจะป้องกันการเจ็บป่วยไม่ให้เกิดขึ้น และหากเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วก็ควรได้รับการส่งเสริมให้ดูแลรักษาตนเองในเบื้องต้นอย่างเต็มความสามารถ หากต้องเข้ารับการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญจึงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันก็ต้องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาการเจ็บป่วยนั้นด้วย (ไม่ใช่รับผิดชอบแต่เรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเพียงอย่างเดียว อย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน)

ในสังคมระดับชุมชนหมู่บ้านหรือตำบล ก็ต้องปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่นของตนเอง หาทางกำจัดสิ่งที่จะเป็นภัยต่อสุขภาพที่เข้ามาในชุมชน สร้างสถานดูแลสุขภาพขึ้นในท้องถิ่นเพื่อกำกับดูแลด้วยตนเอง ในสังคมที่ใหญ่ขึ้นระดับเมือง จังหวัด ภูมิภาค อาจต้องมีภาครัฐเข้ามามีส่วนทำงานกับตัวแทนภาคประชาชน สร้างพลังในการต่อรองในการเลือกรับอุตสาหกรรมที่จะเข้ามาตั้งในพื้นที่ของตน รวมทั้งคอยตรวจสอบดูแลโครงการขนาดใหญ่ต่างๆ ที่อาจนำผลเสียต่อสุขภาพมาให้ และตรวจสอบดูแลสถานบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการในท้องถิ่นของตน โดยภาครัฐต้องทำหน้าที่คอยอำนวยความสะดวกและเอื้อประโยชน์ที่สอดคล้องกับความต้องการของภาคประชาชน คณะทำงานในการปฏิรูประบบสาธารณสุข หรือระบบสุขภาพในระดับชาติ ต้องมีตัวแทนภาคประชาชนเข้าไปกำหนดรูปแบบของระบบสุขภาพที่ควรจะเป็นอยู่ด้วย ไม่ใช่มีแค่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้กำหนดฝ่ายเดียวดังที่มีอยู่ในปัจจุบัน การกระจายอำนาจและความรับผิดชอบเรื่องสุขภาพไปสู่รัฐบาลท้องถิ่นของได้หวั่น

นับว่าประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี ทำให้ได้หันสามารถกระจายบุคลากรและสถานบริการไปสู่ชนบท สามารถลดพื้นที่ขาดแคลนแพทย์และสถานบริการได้อย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประเทศไทยก็มีโครงการให้บุคลากรสาธารณสุขใช้ทุนมาหลายสิบปี แต่ก็พบว่ายังไม่สามารถแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในชนบทได้มากนัก การให้อำนาจกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการดูแลสถานบริการและการผลิตบุคลากรเองอาจเป็นแนวทางหนึ่งที่น่ามาปรับใช้ได้ ซึ่งพบว่ากระทรวงสาธารณสุขของไทยเองกำลังให้ความสำคัญกับแนวทางนี้อยู่

ในส่วน of สถานบริการและบุคลากรสาธารณสุข ทุกวิชาชีพควรได้รับการปรับทัศนคติในการมองผู้ป่วย มองโรคและการเจ็บป่วยอย่างองค์รวมมากขึ้น เห็นสาเหตุของความเจ็บป่วยที่โยงไปถึงวิถีชีวิต เศรษฐกิจสังคม รู้เท่าทันถึงการครอบงำทางความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์จากระบบธุรกิจในตลาดโลก สิ่งเหล่านี้จะต้องได้รับการปลูกฝังมาตั้งแต่ในสถานศึกษา ที่ต้องทำการปรับปรุงใหม่ทั้งระบบ เพื่อให้ผลิตบุคลากรที่สอดคล้องกับความต้องการในการแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศ การติดตามผลโครงการแพทย์ประจำครอบครัวของไต้หวันอาจเป็นข้อมูลส่วนหนึ่งในอนาคต ที่จะสามารถนำมาเป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนของบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทยได้

การปฏิรูประบบสุขภาพที่น่าเสนอในบทสรุปนี้จะเกิดขึ้นได้ จึงควรจะต้องเริ่มต้นที่ปฏิรูปกระบวนการที่มีต่อสุขภาพใหม่ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และคนในสังคมทั้งหมด โดยที่นิยามและให้ความหมายกับภาวะสุขภาพดีใหม่ที่พ้นไปจากกรอบดัชนีทางสุขภาพที่มีมาในอดีต ขยายความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจากส่วนกลางและจากภาครัฐออกไปสู่ภาคชุมชนให้มากขึ้น อันจะนำมาซึ่งภาวะของสุขภาพดีที่เคียงคู่กับความสุขของตนเอง ครอบครัว และสังคม ไม่ใช่สุขภาพดีที่กำหนดด้วยความยืนยาวของชีวิตดังที่ยึดถือกันอยู่ในปัจจุบัน

.....

เอกสารอ้างอิง

- Bureau of Statistics DGBAS. 1999. *The Republic of China no Taiwan 1999 "Statistics"*., Executive Yuan.
- Chao YM-Y. (1993) Developing national health policy in Taiwan. *Int Nurs Rev*, 40:6, 171-4, 187.
- Chen WW, Lee SP, Pigg RM. Jr, et al. (1990). Taiwan, R.O.C.: perspectives in school health. *J Sch Health*. 60:7, 357-62.
- Cheng S-H, Chiang T-L. (1997). The effect of Universal Health Insurance on health care utilization in Taiwan: Results from a natural experiment. *JAMA* 278:2, 89-93.
- Cheng S-H, Chiang T-L. (1998). Disparity of medical care utilization among different health insurance schemes in Taiwan. *Soc Sci Med*. 47:5, 613-20.
- Chi C, Lee J-L, Lai J-S, et al. (1996). The practice of Chinese Medicine in Taiwan. *Soc Sci Med*. 43:9, 1329-48.
- Chiang T-L. (1995). Deviation from the carrying capacity for physicians and growth rate of physician supply: the Taiwan case. *Soc Sci Med*. 40:3, 371-7.
- Chie W-C, Chang S-H, Yang H-F. (1997). Factors affecting specialty and location practice of government-sponsored physicians in Taiwan. *J Formos Med Assoc*. 96:7, 535-41.
- Chiu C-J. (1995). Universal health care and high-tech medicine. *J Formos Med Assoc*. 94:6, 293-7.
- David Mechanic. (1994). *Inescapable Decisions: the imperatives of health reform*. New Brunswick (U.S.A.); Transaction Publishers.
- Government Information Office Republic of China. (1987). *Republic of China 1987: A Reference book*. Taipei; Hilit Publishing Co.
- Government Information Office Republic of China. (1993). *The Republic of China Yearbook 1993*. Taipei; China Color Printing Co, Inc.
- Government Information Office Republic of China. (1999a). *1999 The Republic of China Yearbook* Taipei; China Color Printing Co, Inc.

- Government Information Office Republic of China. (1999b). *Questions and Answers about the Republic of China*. Taipei; China Color Printing Co, Inc.
- Lee RPL. (1982). Comparative studies of health care systems. *Soc Sci Med*. 16:6 629-42.
- Lin YL, Hsiao CK, Ma HM, et al. (1998). The impact of National Health Insurance on the volume and severity of emergency department use. *Am J Emerg Med*, 16:1, 92-4.
- Lo JC. (1997). Financial aspects of the National Health Insurance. *International symposium on health care and payment system reform: Abstracts & Proceedings*. June 23-25, 1997 Taipei, Taiwan, R.O.C. p. 39-42.
- Peabody JW, Yu JC, Wang YR, et al. (1995). Health system reform in the republic of China: formulating policy in a Market-Based Health System. *JAMA*. 273 10, 777-81.
- Roemer MI. (1991). *National Health Systems of the World Vol. 1*. New York, Oxford University Press.
- Tsai SP, Wen CP. (1989). Mortality trends in a rapidly developing economy Taiwan. *Asia-Pac J Public Health*, 3:1, 41-50.
- Yeh C-C. (1997). Current Status of National Health Insurance in Taiwan. *International symposium on health care and payment system reform: Abstracts & Proceedings*. June 23-25, 1997 Taipei, Taiwan, R.O.C. p.3-4.
- Yen Y-T. (1996). Family practice instructional development models in Taiwan, review and prospective. *Kao Hsiung I Hsueh Ko Hsueh Tsa Chin*. 12:11, 641-5.
- Implementing Regulations of the National Health Insurance Act*.
From:<http://www.nhi.gov.tw/ehi04.htm> 3/9/99
- National Health Insurance Act of Republic of China*.
From:<http://www.nhi.gov.tw/ehi03.htm> 3/9/99
- <http://www.Nhi.gov.tw/copaynew.htm>, 14/3/00

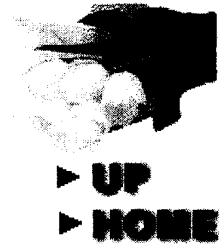
.....

ภาคผนวก 1

National Health Insurance Act



National Health Insurance Law



NATIONAL HEALTH INSURANCE ACT

First Promulgated on August 9, 1994 by the President's Order of Hua Chung 1 Yi Tze No.4505;
Amended and Promulgated Articles 11-1,69-1 and 87 by the President's Order of Hua Chung 1 Yi Tze No.5865 on October 3, 1994;
Second Amendment and Promulgation of Articles 8 to 12, 14, 19, 24, 26, 30, 32, 36, 69, 88 and the Addition of Articles 87-1 to 87-3 by the President's Order of Hua Chung 1 Yi Tze No.8800162120 on July 15, 1999

CHAPTER ONE

General Provisions

Article 1

This Act is enacted to promote the health of all nationals, to administer national health insurance (hereinafter referred to as "this Insurance") and to provide health services. Matters not provided for herein shall be governed by other relevant laws.

Article 2

During the insured term, in case of illness, injury or maternity occurred to the beneficiary, benefits shall be provided under the provisions of this Act.

Article 3

The Competent Authority of this Insurance shall be the central competent authority in charge of health.

Article 4

There shall be a Supervisory Board of the National Health Insurance established to supervise the operations of this Insurance and to provide studies and consultation on insurance policy and regulations.

The said Supervisory Board shall consist of specialists and representatives from relevant authorities, the insured, the employers, and the contracted medical care institutions. The organizational rules of the Supervisory Board shall be established by the Competent Authority and submitted to the Executive Yuan for approval before promulgation.

Article 5

There shall be a Disputes Settlement Board hereinafter the “Board” established under the National Health Insurance to settle disputes arising from cases approved by the Insurer, and raised by the insured, the group insurance applicants or the contracted medical care institutions.

The said Board shall consist of representatives from the Competent Authority and legal, medical and insurance experts. The organizational rules of the Board and the rules for processing disputes shall be made by the Competent Authority and submitted to the Executive Yuan for approval before promulgation.

The insured and the group insurance applicants may file administrative appeal and administrative lawsuit if they disagree with the Board’s decision over the disputes in question.

CHAPTER TWO

The Insurer, The Beneficiary and The Group Insurance Applicant

Article 6

The Insurer of this Insurance shall be the Bureau of National Health Insurance established by the Competent Authority to administer the insurance business.

The organization of the Bureau of National Health Insurance shall be prescribed by law.

Article 7

The beneficiary of this Insurance includes the insured and his/her dependents.

Article 8

The insured shall be classified into the following six categories :

1. Category 1

(1) Civil servants or full-time and regularly paid personnel in governmental agencies and public/private schools;

(2) Employees of publicly or privately owned enterprises or institutions;

(3) Employees other than the insured prescribed in the preceding two subparagraphs but are otherwise employed by particular employers;

(4) Employers or self-employed owners of business

(5) Independently practicing professionals and technicians.

2. Category 2

(1) Members of an occupational union who have no particular employers, or who are self-employed;

(2) Seamen serving on foreign vessels, who are members of the National Seamen's Union or the Master Mariners' Association.

3. Category 3

(1) Members of the Farmers Association or the Irrigation Association, or workers aged over fifteen who are actually engaged in agricultural activities;

(2) Class A members of the Fishers Association who are either self-employed or have no particular employers, or workers aged over fifteen who are actually engaged in fishery activities.

4. Category 4

Household representatives of the dependents of voluntary military officers, noncommissioned officers or servicemen, who are holders of Military Dependents Supply Certificates or Military Dependents Identifications.

5. Category 5

Members of a household of low-income families as defined by Social Support Law.

6. Category 6

(1) Veterans, household representatives of survivors of veterans;

(2) Representatives or heads of household other than the insured or their dependents prescribed in subparagraphs 1 to 5 and the preceding item of this subparagraph.

The standard for identification and qualification of the workers actually engaged in agricultural activities under item (1) of subparagraph 3 and the workers actually engaged in fishery activities under item (2) of subparagraph 3 shall be established

jointly by the central agricultural competent authority and the Competent Authority.

Article 9

The dependents of the insured in the various categories are prescribed below:

1. The dependents of the insured in Categories 1 to 3 and 6

(1) Spouse to the insured who is not employed;

(2) Lineal blood ascendant of the insured who is not employed;

(3) Lineal blood descendants of the insured within second degree of relationship who are under twenty years of age and not employed; or who are over twenty years of age, but are incapable of making a living; or are in school without employment.

2. The dependents of the insured in Category 4:

(1) Spouse to the voluntary military officer, noncommissioned officer, or serviceman living in the same household, who is not employed;

(2) Lineal blood ascendants of the voluntary military officer, noncommissioned officer, or serviceman living in the same household, who are not employed;

(3) Lineal blood descendants of the voluntary military officer, noncommissioned officer; or serviceman living in the same household within second degree of relationship who are under twenty years of age and are not employed; or are over twenty years of age, but are incapable of making a living; or are in school without employment.

Article 10

Any national of Republic of China must meet one of the following requirements in order to become the beneficiaries of this Insurance:

1. Those who have previously subscribed to this Insurance or having established a registered domicile for at least four consecutive months in the Taiwan area prior to subscription of this Insurance;

2. Having established a registered domicile in the Taiwan area at the time of becoming a subscriber to this Insurance and qualified as the insured under items (1) to (3), subparagraph 1, paragraph 1 of Article 8;

3. Newborns having had domicile registration at the time of subscription to this Insurance in the Taiwan area, and qualified under Article 9 as the dependents of the insured.

Any person who has not met the requirements in the preceding paragraph and has an alien resident certificate in the Taiwan area

and qualified as the insured under Article 8 or those qualified under Article 9 as the dependents of the insured, upon fulfilling a four-month minimum residency requirement, may subscribe and become covered by this Insurance. Any person qualified as the insured under items (1) to (3), subparagraph 1, paragraph 1 of Article 8 shall not be subject to the four month requirement.

Article 11

The following persons who are not the intended to be covered by this Insurance but have subscribed must withdraw from this Insurance:

1. Active military officers, noncommissioned officers, servicemen and military academy cadets;
2. Those who are subject to criminal sanction and confined in the detention centers or prisons , or those who are subject to rehabilitative or reformatory disciplines. But those whose terms are less than two months or those under a protective restriction order shall be excluded here.
3. Those who have been missing for six months or more;
4. Those who have lost the qualifications as prescribed in the preceding Article.

Article 11-1

Except for the circumstances prescribed in Article 11, all the beneficiaries qualified under Article 10 shall subscribe to this Insurance.

Article 12

The insured classified in Category 1 may not opt for classification in Category 2 or Category 3. The insured classified in Category 2 may not opt for classification in Category 3. The insured classified in Categories 1 to 3 may not opt for classification in Category 4 or Category 6.

Those qualified as the insured shall not subscribe to this Insurance as dependents.

Article 13

The dependents of the insured shall subscribe to or withdraw from this Insurance together with the insured.

Article 14

The group insurance applicants for the different Categories of the insured are as follows:

1. For the insured in Categories 1 and 2, the group insurance applicants shall be the agencies, schools, enterprises, institutions or employers which they work for; or unions where they hold membership;
2. For the insured in Category 3, the group insurance applicants shall be the lowest-level Farmers Association, Irrigation Association or Fishers Association to which they belong, or located at the place where the insured have their household registered.
3. For the insured in Category 4, the group insurance applicants shall be the units designated by the Ministry of National Defense.
4. For the insured in Categories 5 and 6, the group insurance applicants shall be the village (township, municipal, district) administration offices of their registered domicile; provided, however, the public or private social welfare service institutions may be the group insurance applicants for the insured who lives therein.

The insured prescribed in item 2, subparagraph 6, paragraph 1 of Article 8, and their dependents may, upon consent of the group insurance applicants of the insured in another category who live together with the above insured and their dependents, use such units as their group insurance applicants, provided that the premium shall be calculated separately according to the provision of Article 26.

The group insurance applicants prescribed in subparagraph 4, paragraph 1 of this Article shall set up special units or agents to administer relevant matters of this Insurance.

For any one who is covered under Category 6 and undergoing vocational training or exam-taking training at a government-registered institution, such training institution or agency shall be the group insurance applicant.

The group insurance applicant has failed to make the premium payments for more than two months, the Insurer may contact another group insurance applicant to administer matters related to this Insurance.

The commencement and termination of the insurance shall take effect from the date of occurrence of such conditions or causes specified in Articles 10 and 11.

Article 16

The group insurance applicants shall subscribe to the Insurer for coverage within three days from the date on which the beneficiaries meet the conditions of this Insurance and shall withdraw from the coverage within three days from the date of occurrence of the cause for withdrawal.

Article 17

The beneficiaries and the group insurance applicants, when completing insuring formalities, shall provide necessary information or documentation as required and shall not elude, reject, obstruct, or misrepresent, misreport or misstate when interviewed or inquired by the Competent Authority or the Insurer.

CHAPTER THREE**Insurance Finance****Article 18**

The premium payable by the insured in Categories 1 to 4 and their dependents shall be calculated according to the insured payroll-related amount and the premium rate of the insured.

Article 19

The premium rate applicable to the insured and their dependents prescribed in the preceding Article shall be set at a maximum of 6 percent. For the first year, the premium payable shall be calculated at the rate of 4.25 percent. From the second year, the premium rate shall be reassessed according to Article 20. If adjustment is necessary, the Competent Authority shall report to the Executive Yuan for approval.

Any deficit incurred during the first two years after the commencement of this Insurance shall be subsidized by the central government.

The premium payable by the dependents shall be paid by the insured. When the number of the dependents exceeds 3, the premium shall be calculated on the basis of 3. However, the insured in Category 4 shall be counted as a dependent.

Article 20

The Insurer shall make the actuarial process at least once every two years for the premium rate, with each such actuarial process covering a period of 25 years.

The premium rate in the preceding paragraph shall be reviewed by the actuary group consisting of 15 to 21 members, who are actuaries, insurance finance specialists, economists and impartial persons designated by the Competent Authority.

Upon occurrence of any of the following events after the actuarial process, the Competent Authority shall readjust the premium rate and report to the Executive Yuan for approval:

- 1. The actuarial mean value of the premium rates for the first coming five years falls beyond the range of plus or minus 5 percent of the premium rate of the current year;**
- 2. The reserve fund of this Insurance drops to its minimum required level;**
- 3. Any addition to or reduction in benefit items, contents or payment schedules that affects the finance of this Insurance.**

Article 21

The insured payroll-related amount for the insured in Categories 1 to 4 shall be subject to a grading table drafted by the Competent Authority and reported to the Executive Yuan for approval.

The minimum in the said Grading Table of insured payroll-related amount shall be equal to the base salary promulgated by the central competent authority in charge of labor affairs. Upon adjustment of the base salary, such minimum shall be adjusted accordingly.

In case that the number of the insured applicable to the highest level of insured payroll-related amount specified in the said Grading Table of insured payroll-related amount, exceeds 3 percent of the total number of the insured for twelve consecutive months, the Competent Authority shall readjust the Grading Table of insured payroll-related amount to advance another highest level starting from the following month.

Article 22

The insured payroll-related amount for the insured in Categories 1 and 2 is determined on the following basis:

- 1. Employees: the payroll;**
- 2. Employers and self-employed: the business income;**
- 3. Independently practicing professionals and technicians: the income from professional practice.**

The insured payroll-related amount for the insured in Category 4 is determined by the payroll of the servicemen in the household.

If the insured prescribed in Categories 1 and 2, has no stable income, the insured shall select the proper insured payroll-related amount from the Grading Table of insured payroll-related amount and such insured payroll-related amount shall be examined by the Insurer, who may make adjustment at its own discretion if the insured payroll-related amount is found

inappropriate.

Article 23

The insured payroll-related amount applicable to the insured in Category 3 shall be the average 222qamount for those specified under items 2, 3 of subparagraph 1, and subparagraph 2 of paragraph 1, Article 8; provided, that the Insurer may adjust the level of insured payroll-related amount according to the financial viability of the insured and their dependents.

Article 24

In case that the income of the insured in Categories 1, 2 and 4 as prescribed in Article 22 is adjusted between February and July of the current year, the group insurance applicants shall notify the Insurer the adjusted insured payroll-related amount by the end of August of the same year, or notify the Insurer by the end of February of the following year if the adjustment is made between August of the current year and January of the following year. In situations where the insured subscribes to other social insurance schemes, and the insured payroll-related amount shall be adjusted in accordance with the provision in paragraph 5 of Article 22, the group insurance applicant shall, at the same time, notify the insurer of the adjusted insured payroll-related amount. The adjustment of the insured payroll-related amount becomes effective on the first day of the following month after notification.

Article 25

The premium of the beneficiaries in Category 5 shall be calculated according to the average actuarialized premium of the total number of the beneficiaries.

Article 26

The premium of the beneficiaries in Category 6 shall be the average premium of all beneficiaries according to the actuarial results.

The premium of the dependents shall be paid by the insured. When the number of the dependents exceeds 3, the payment shall be calculated on the basis of 3.

Article 27

Contribution of the premium under this Insurance shall be calculated according to the following provisions:

1. For the insured in Category 1:

(1) The insured and their dependents referred to in item 1, subparagraph 1, paragraph 1 of Article 8, shall pay 40 percent

and the group insurance applicants 60 percent of the premium. However, for the premium payable by the employees from private schools, 40 percent shall be paid by the insured and their dependents, 30 percent by the school and 30 percent subsidized by the competent authority in charge of education in the central or provincial (municipal) government;

(2) The insured and their dependents referred to in items 2 and 3 of subparagraph 1, paragraph 1 of Article 8, shall pay 30 percent, the group insurance applicants shall pay 60 percent, and the various levels of government shall subsidize 10 percent;

(3) The insured and their dependents referred to in items 4 and 5 of subparagraph 1, paragraph 1 of Article 8, shall pay the full premium.

2. For the insured in Category 2 and their dependents, 60 percent shall be paid by themselves and 40 percent shall be subsidized by the provincial (municipal) government.

3. For the insured in Category 3 and their dependents, 30 percent shall be paid by themselves, 40 percent shall be subsidized by the central government, and 30 percent shall be subsidized by the special municipality government; or 20 percent subsidized by the provincial government and 10 percent subsidized by the county (city) government.

4. For the insured in Category 4 and their dependents, 40 percent shall be paid by themselves and 60 percent subsidized by the Ministry of National Defense.

5. For the insured in Category 5 in the provincial jurisdiction, 15 percent shall be subsidized by the central competent authority in charge of social affairs, 20 percent shall be subsidized by the provincial government and 65 percent shall be subsidized by the county (city) government. If they reside in the jurisdiction of special municipality, full amount shall be subsidized by the special municipality government.

6. The premium payable by the insured referred to in item 1, subparagraph 6, paragraph 1 of Article 8 shall be subsidized by the Vocational Assistance Commission for Retired Servicemen, the Executive Yuan. Whereas 30 percent of the premium of the insured dependents shall be paid by themselves and 70 percent subsidized by the Vocational Assistance Commission for Retired Servicemen, the Executive Yuan.

7. The insured and their dependents referred to in item 2, subparagraph 6, paragraph 1 of Article 8, shall pay 60 percent of the premium and the central government shall subsidize 40 percent.

Article 28

The number of dependents in Categories 1 to 4, whose premium contributions are to be borne by the group insurance applicants or the government, shall be the average number of dependents the insured in Categories 1 to 4 have.

Article 29

The premium of this Insurance shall be paid monthly according to the following provisions:

- 1. The premium to be contributed by the insured in Categories 1 and 4 shall be deducted from income and paid by the group insurance applicants to the Insurer, together with the group insurance applicants' portion, before the end of the following month.**
- 2. The premium to be contributed by the insured in Categories 2, 3 and 6 shall be paid monthly to the group insurance applicants to which they belong, and the group insurance applicants shall forward the accumulated premiums to the Insurer no later than the end of the following month.**
- 3. The premium payable by the insured in Category 5, shall be paid by the various levels of subsidizing governments to the Insurer no later than the fifth day of the current month.**
- 4. For the insured in Categories 2 to 4 and 6, the portion of premium to be subsidized by the various levels of governments, the Ministry of National Defense or the Vocational Assistance Commission for Retired Servicemen, the Executive Yuan, shall be paid in advance to the Insurer twice a year respectively by the end of January and of July, and the account shall be settled at the end of the year.**

The premium of this Insurance for the month when the insured subscribes to coverage shall be fully paid; and that for the month when the insured withdraw from coverage shall be exempted.

Article 30

A grace period of fifteen days shall be allowed in case that the group insurance applicants or the insured do not pay the premium during the period provided in the preceding Article. If the payment is not made after the grace period, an overdue charge of 0.2 percent of the amount payable shall be levied for each day of delay after the expiry date of the said grace period until the premium is fully paid up. However, the amount of overdue charge shall not exceed 30 percent of the amount of the payment due. If the payment exceeds one hundred and fifty days of the grace period, an interest at the rate of 5 percent per

annum shall be charged for the period beginning from the date which is one hundred and fifty days after the grace period, to the date immediately preceding the payment date; however, overdue charges of small amounts that are less than an amount to be fixed by the Competent Authority, may be waived.

If the premium, overdue charge or interest referred to in the preceding paragraph, payable by the group insurance applicant remains unpaid for over thirty days, the Insurer may refer the case to the court for compulsory execution; the same shall apply to the insured who has failed to make overdue payments for more than one hundred and fifty days.

The Insurer may suspend benefits before the premium and overdue charge are paid in full by the group insurance applicants or the insured, unless the portion of the premium payable by the insured has been withheld by or paid to the group insurance applicants.

CHAPTER FOUR

Insurance Benefits

Article 31

In case the beneficiaries encounter illness, injury, or maternity, the contracted medical care institutions shall provide ambulatory or hospital care pursuant to the Medical Benefit Regulations of this Insurance. The physicians may deliver prescription to the beneficiaries for dispensing by the pharmacy.

The Medical Benefit Regulations mentioned in the preceding paragraph shall be drafted by the Competent Authority and submitted to the Executive Yuan for approval before promulgation.

The delivery of the medication mentioned in paragraph 1 shall be made in accordance with Article 102 of the Pharmaceutical Act.

Article 32

To maintain the health of the beneficiaries covered by this Insurance and to enhance medical service in mountain regions and outlying islands, the Competent Authority shall designate items and establish implementing rules to administer the preventive health services, as well as plans to enhance medical service in mountain regions and outlying islands.

The areas designated as mountain regions and outlying islands referred to in the preceding paragraph shall be determined by the Competent Authority.

Article 33

The beneficiaries are required to pay 20 per cent of the expenses of either ambulatory or emergency care; 30 percent of the expenses if they visit outpatient departments of district hospitals directly without referral; 40 percent if they visit outpatient departments of regional hospitals without referral; and 50 percent if they visit outpatient departments of medical centers without referral.

The Competent Authority may, when necessary, sanction the collection of a fixed amount of expenses, which the beneficiaries mentioned in the preceding paragraph shall pay for and promulgate such amount every year; such amount is to be determined in accordance with the average ambulatory care expense of the preceding year and the ratio prescribed in the first paragraph.

The referral ratio mentioned in paragraph 1 and its implementation date shall be regulated by the central health competent authority.

Article 34

After implementation of this Act, if the national average ambulatory visit exceeds twelve times per person per year for two consecutive years, the deductible system shall be adopted immediately and the regulations for implementation shall be made by the Competent Authority.

Article 35

The ratio of hospitalization expenses to be borne by the beneficiaries is as follows:

- 1. For acute care ward, 10 percent for the first thirty days; 20 percent from the thirty-first to the sixtieth day; and 30 percent from the sixty-first day onward;**
- 2. For chronic care ward, 5 percent for the first thirty days; 10 percent from the thirty-first to the ninetieth day; 20 percent from the ninety-first to one hundred and the eightieth day; and 30 percent from the one hundred and eighty-first day onward.**

The maximum amount to be borne by the beneficiaries for hospitalization in acute care ward for not more than thirty days, or in chronic ward for not more than one hundred and eighty days for the same illness, shall be determined by the Competent Authority.

The criteria for the establishment of acute care ward and chronic care ward shall be determined by the Competent Authority.

Article 36

In case of the following circumstances, the beneficiaries shall be exempted from payment of the expenses prescribed in Article 33 and 35:

- 1. Major illness and injury;**
- 2. Child delivery;**
- 3. Receiving preventive health service prescribed in Article 32; or**
- 4. Receiving medical care in mountain regions and outlying islands.**

The rules relating to the exemption from the payment of expenses referred to in the preceding paragraph and the scope of illness and injury prescribed in the subparagraph 1 of the preceding paragraph shall be determined by the Competent Authority.

Article 37

In case where the beneficiaries in Category 5 shall pay their own expenses according to Articles 33 and 35, the central competent authority in charge of social affairs shall prepare budget to pay for that; provided, however, those who do not abide by referral provisions prescribed in Article 33 are excluded.

Article 38

The beneficiaries shall pay to the contracted medical care institutions for the self-bearing expenses prescribed in Article 33 and 35.

In case the beneficiaries fail to pay the expenses according to the preceding paragraph after being notified and duly demanded by the contracted medical care institutions; the Insurer may suspend benefits to the beneficiaries when necessary.

Article 39

Expenses arising from the following service items are not covered in this Insurance :

- 1. Medical service items on which the expenses shall be borne by the government according to other laws or regulations;**

- 2. Immunization and other medical services on which the expenses shall be borne by the government;**
- 3. Treatment of drug addiction, cosmetic surgery, non-post-traumatic orthodontic treatment, preventative surgery, artificial reproduction, and sex conversion surgery;**
- 4. Over-the-counter drugs and non-prescription drugs which should be used under the guidance of a physician;**
- 5. Services provided by specially designated doctors, specially registered nurses and senior registered nurses;**
- 6. Blood, except for blood transfusion necessary for emergent injury or illness according to the diagnosis by the doctor ;**
- 7. Human-subject clinical trials;**
- 8. Hospital day care, except for psychiatric care;**
- 9. Food other than those which are to be tube feeding and balance billing for wards;**
- 10. Transportation, registration fee, and certificate for the patient;**
- 11. Dentures, artificial eyes, spectacles, hearing aids, wheelchairs, canes, and other treatment equipment not required for positive therapy;**
- 12. Other treatments and drugs promulgated by the Competent Authority not to be covered.**

Article 40

This Insurance shall not apply to a contingency incurred by war, riot or major plague and act of God, such as severe earthquake, wind storm, flood, fire, that has been identified by the Executive Yuan and provided by the government with special aids.

Article 41

No insurance benefits shall be payable to the beneficiaries for any one of the following events:

- 1. Applying for hospitalization under the same injury or illness after receiving disability benefits under other social insurance laws;**
- 2. Expenses incurred from excessive hospitalization after being notified of discharge from the hospital but refused to do so;**

3. Treatment and drug which are not medically necessary according to the pre-examination by the Insurer;

4. Violating relevant provisions of this Act.

Article 42

If medical services provided by the contracted medical care institutions to the beneficiaries were determined by the Professional Peer Review Committee to be incompatible with the provisions of this Act, the expenses thereof shall be borne by the contracted medical care institutions themselves.

Article 43

In case the beneficiaries, under emergency, need to be treated immediately or to give birth in non-contracted medical care institutions, the group insurance applicants may, with the support of the relevant certification documents, apply to the Insurer for reimbursement of the medical expenses. The reimbursement regulation shall be established by the Competent Authority.

The application for medical expense reimbursement prescribed in the preceding paragraph shall be submitted within six months after completion of treatment or baby delivery; otherwise, it will be rejected.

Article 44

Duplicated payment in cash of benefits under this Insurance for the same incident shall not be allowed.

Article 45

From the date of withdrawal, no benefits shall be payable for the beneficiaries who withdraw from coverage according to Article 11. If the benefits have already been received, the beneficiaries shall return them to the Insurer. The premium already paid by the beneficiaries shall not be refunded.

Article 46

The right of the beneficiaries to receive cash reimbursement should not be transferred, offset, seized or object to security interest.

CHAPTER FIVE

Payment of Medical Expense

Article 47

The range of the total amount of the medical payment of this Insurance each year shall be proposed by the Competent

Authority no later than six months prior to the commencement of the fiscal year and reported to the Executive Yuan for approval.

Article 48

In order to coordinate and allocate medical payment, the Negotiation Committee for Medical Expenses shall be established consisting of one-third each of the following personnel, with organizational rules of such Committee to be established by the Competent Authority and submitted to the Executive Yuan for approval before promulgation:

- 1. Representatives from medical care institutions;**
- 2. Representatives from premium payers and specialists or scholars in the relevant fields;**
- 3. Representatives from relevant competent authorities.**

Article 49

T he Negotiation Committee for Medical Expenses shall negotiate and reach the agreement on, no later than 3 months prior to the commencement of each fiscal year, the aggregate amount of the medical payment and the method of allocation, within the range of the total amount of the medical payment approved by the Executive Yuan under Article 47, and report to the Competent Authority for approval. The Competent Authority shall make decision at its own discretion in case the Negotiation Committee for Medical Expenses does not reach an agreement in time.

The allotment for ambulatory care and hospitalization expenses of the budget for the aggregate payment described in the preceding paragraph may be specified by district.

The allocation ratio and a system of separating accounts for medical and pharmaceutical expenses may be established in regard to the budget for payment of the ambulatory care described in the preceding paragraph, according to the ambulatory care services provided by physicians, Chinese medicine doctors and dentists, pharmaceutical services and expense of drugs. Drugs, priced medical devices and materials shall be reimbursed at cost.

The scope of district mentioned in the second paragraph shall be determined by the Competent Authority.

Article 50

The contracted medical care institutions shall declare to the Insurer the points of the medical services rendered and

expense of drugs, based on the Fee Schedule for Medical Services and the Reference List for Drugs.

The Insurer shall calculate the value of each point based on the budget allocated according to in the preceding article and the total points of medical service as reviewed by the Insurer. The Insurer shall pay each contracted medical care provider according to the reviewed points.

The ambulatory care drug expenses shall be paid to the contracted medical care institutions after being examined by the Insurer. In case the payment of expense exceeds the total of drug expense preset according to the preceding article, a certain ratio of the excessive amount shall be deducted from the budget for the ambulatory care for the current season. In such a situation, the Reference List for Drugs shall be adjusted in the following fiscal year.

The ratio of deduction described in the preceding paragraph shall be decided by the Negotiation Committee for Medical Expenses. The Competent Authority shall make decision at its own discretion in case the Negotiation Committee for Medical Expenses does not reach an agreement in time.

Article 51

The Fee Schedule for Medical Services and Reference List for Drugs shall be established jointly by the Insurer and the contracted medical care institutions and reported to the Competent Authority for approval.

The Fee Schedule described in the preceding paragraph shall follow the principle of "equal payment for same illness" and the relative points shall reflect the cost of each medical service. The International Classification of Diseases shall be used as the reference in deciding equal pay for the same illness.

Article 52

The Insurer, in order to examine the item, quantity and quality of the medical service of this Insurance provided by the contracted medical care institutions, shall appoint medical and pharmaceutical specialists who have clinical or practical experiences to organize the Professional Peer Review Committee. The rule of examination thereof shall be established by the Competent Authority.

Article 53

In case the drug, laboratory tests or diagnostic examination is provided by other contracted medical care institutions in accordance with the physician's instruction, and the Insurer, after the examination according to the rules of examination

described in the preceding article, decides not to pay the benefits due to the physician's improper instruction, such expenses incurred thereof shall be borne by the medical institution where the physician practices.

Article 54

Articles 47 to 50 may be implemented in stages, with the respective implementation dates to be set by the Competent Authority. Before the implementation date, the amount of payment for each point in the Fee Schedule for Medical Services shall be decided by the Competent Authority.

CHAPTER SIX

Contracted Medical Care Institutions

Article 55

The contracted medical care institutions are as follows:

- 1. Contracted hospitals and outpatient departments;**
- 2. Contracted pharmacies;**
- 3. Medical laboratory institutions appointed by this Insurance;**
- 4. Other contracted medical care institutions appointed by the Competent Authority.**

The regulations governing contract and management matters in respect of the insurance medical care institutions mentioned in the preceding paragraph shall be established by the Competent Authority.

Article 56

The number of the currently operating Government Employees Group Practice Centers shall not be increased. They shall apply the same principles of equal payment for same illness as the regular hospital outpatient department and bear the risk for surplus or deficit and shall be re-evaluated one and a half years after the implementation of this Insurance.

Article 57

Provisions of ward in a contracted hospital shall comply with the criteria for establishment of the insurance ward. The criteria for establishment of insurance ward and the ratio of the insurance ward to the total number of hospital wards shall be established by the Competent Authority.

Article 58

With regard to the medical benefit provided by this Insurance,

unless provided otherwise by this Act, the contracted medical care institutions shall not make up items to charge the beneficiaries.

Article 59

The contracted medical care institutions shall check the qualification of the beneficiaries when they visit. The Insurer may refuse to pay medical expenses for those who have not been checked and shall seek reimbursement if the medical expenses have been paid.

Article 60

Upon occurrence of an incident under coverage to the beneficiaries, the contracted medical care institutions shall provide proper medical service based on their specialties and facilities without any unreasonable refusal.

Article 61

Before making referral of the beneficiary who needs to be transferred, the contracted medical care institutions shall, in addition to following the provisions of Medical Care Act, complete the summary of medical history for the said beneficiary.

Article 62

In case the Competent Authority or the Insurer requests, for administrative reasons, to investigate, inquire or review relevant documents, such as medical history, diagnosis records, account records, receipts, or cost of medical expenses, the contracted medical care institutions may not elude, reject or obstruct.

CHAPTER SEVEN

Reserve Fund and Administrative Expenses

Article 63

In order to balance the insurance finances, this Insurance shall set aside a reserve fund from the following sources:

- 1. Proportion stipulated by the Competent Authority within 5 percent of the total premium revenues of each fiscal year;**
- 2. Surplus from each fiscal year;**
- 3. Premium overdue charges;**
- 4. Profits generated from the management of the reserve fund.**

Deficiency in the balance of insurance revenue and expenditure

of each fiscal year shall be recovered by the reserve fund first.

Article 64

The government may impose social health insurance surtax on tobacco and alcoholic products. The revenues therefrom shall be set aside as the reserve fund.

The implementation regulation for the preceding paragraph shall be jointly established by the Competent Authority and the central competent authority in charge of finance, and shall not be subject to the limitations of the relevant provisions of the Government Fiscal Revenues and Expenditures Allocation Law.

Article 65

The government shall set aside a certain proportion of returns from social welfare lottery as the reserve fund.

The implementation regulation for the preceding paragraph shall be jointly established by the Competent Authority and the central competent authority in charge of finance and shall not be subject to the limitations of the relevant provisions of the Government Fiscal Revenues and Expenditures Allocation Law.

Article 66

The funds of this Insurance may be managed in the following ways:

- 1. To invest in treasury bonds, treasury bills, and corporate bonds;**
- 2. To deposit in government owned banks or financial institutions designated by the Competent Authority;**
- 3. To offer as loans to contracted hospitals for renovation or expansion of the premises;**
- 4 To invest in any other program which is beneficial to this Insurance and as approved by the Competent Authority.**

Article 67

In principle, the total amount of the reserve fund shall be equal to the total amount of benefit payments in the most recent one to three months based on actuarial principles. The ratio of premium or reserve shall be adjusted when the total amount of the reserve exceeds three months of payments or below one month.

Article 68

The Insurer shall prepare budget for personnel and

administrative expenses for this Insurance. The maximum of such budget shall be 3.5 percent of the current annual total amount of medical payment.

The expense of facilities and working capital required by the insurer for this Insurance shall be paid by the Central Government.

CHAPTER EIGHT

Penal Provisions

Article 69

If a group insurance applicant, which fails to carry out subscription to this Insurance pursuant to Article 16 for the insured or their dependents, it shall be punished with an amount equivalent to two times of the payable premiums in addition to the unpaid premium.

The preceding paragraph is not applicable if the failure is not attributable to the group insurance applicant.

If a group insurance applicant fails to pay the premiums for the insured and his/her dependents pursuant to Article 30, and the premiums were paid by the insured, in addition to returning the premiums paid, the group insurance applicant shall be punished with an amount equivalent to two times of the payable premiums.

Article 69-1

If a beneficiary who, in violation of the provisions of this Act, has not subscribed to this Insurance, he/she shall be subject to a fine of no less than three thousand and no more than fifteen thousand New Taiwan Dollars and shall subscribe to this Insurance retrospectively from the date on which the beneficiary is qualified for insurance. The benefits shall be suspended before the fines and premium are fully paid.

Article 70

If a beneficiary subscribes to this Insurance in violation of the provision of Article 12, he/she shall be subject to a penalty of no less than three thousand and no more than fifteen thousand New Taiwan Dollars in addition to the payment of premium shortfall.

The payment of the premium shortfall described in the preceding paragraph is limited to those payable within the most recent five years.

Article 71

The person who violates the provisions of Article 17, 60 or 61, shall be subject to a fine of no less than two thousand and no more than ten thousand New Taiwan Dollars.

Article 72

The person who receives benefits or claims medical expenses through improper conduct, or makes false certification, report, misrepresentation, shall be fined equivalent to twice the benefits or medical expenses received. If criminal offense is involved, he/she shall also be referred to the court. Any medical expenses so received by contracted medical care institutions may be deductible from the expenses claimed or receivable by it.

Article 73

In any of the following cases, a fine in the amount of two to four times of the payment of different premium shall be imposed in addition to the payment of premium differential:

- 1. The insured payroll-related amount of the insured in Category 1 declared by the group insurance applicants for the insured is less than the regulated insured payroll-related amount;**
- 2. The insured payroll-related amount of the insured in Categories 2, 3 and 6 declared by the insured are less than the regulated insured payroll-related amount.**

Article 74

The contracted hospital, if it fails to attain the criteria and the specified ratio of the insurance ward to the total number of hospital ward as provided in Article 57, shall be fined no less than twenty thousand and no more than one hundred thousand New Taiwan Dollars, and shall be ordered to improve within a given period of time. The fine shall be continuously imposed for each violation if not improved within the time given.

Article 75

The person who violates the provision of Article 58 shall return the amount received and shall be fined five times of the expenses received.

Article 76

The person who violates the provision of Article 62 shall be fined an amount no less than ten thousand and no more than fifty thousand New Taiwan Dollars.

Article 77

The fines prescribed in this Act shall be imposed by the Insurer.

Article 78

In case the fines imposed by this Act remain unpaid after a given period of time provided in the written notice, the case shall be referred to the court for compulsory execution.

CHAPTER NINE**Supplementary Provisions****Article 79**

The Insurer may offer incentive to the group insurance applicants and the beneficiaries who have achieved significant result in the practice of preventive health care. The regulation of incentives shall be established by the Insurer and reported to the Competent Authority for approval.

Article 80

The Competent Authority, for the purpose of mediating insurance disputes or the Insurer, and implementing the underwriting business or reviewing medical claims, may inquire the tax authority or other relevant authorities for documents relevant to the insurance of the beneficiaries.

Article 81

For those insured who are covered by the occupational injury insurance, the medical expenses incurred from occupational injury contingency shall be paid by the occupational injury insurance.

Article 82

In case the beneficiary receives medical benefits from this Insurance because of automobile traffic accidents, the Insurer of this Insurance may exercise the right of subrogation against the Insurer of compulsory third-party liability insurance.

Article 83

The financial revenue and expenditure of this Insurance shall be administered by the Insurer as operation fund in the annual fiscal budget.

Article 84

All account records, receipts and revenue and expenditure

under this Insurance shall be exempted from taxation.

Article 85

The Competent Authority, within two years after implementation of this Insurance, shall prepare evaluation report and improvement proposal for the National Health Insurance. The improvement proposal shall include suggestions for alternative sources of funding, premium burden of the insured, and organizational form of the insurer.

Article 86

The Implementing Regulations of this Act shall be prepared by the Competent Authority and submitted to the Executive Yuan for approval before promulgation.

Article 87

Article 69-1 shall be applied to the Insured in item 2 of Category 6 one year after implementation of this Insurance.

Article 87-1

The suspension of benefits provided in paragraph 3 of Article 30, paragraph 2 of Article 38 and Article 69-1 shall exclude any persons who are unable to pay the premium, overdue charges, or cost sharing due to financial constraint.

The Rules for identifying those unable to make the necessary payments due to financial constraint as referred to in the preceding paragraph shall be established by the Competent Authority.

Article 87-2

The Competent Authority shall make bugetary plans or establish a fund with lending of a specific amount from the reserve fund of this Insurance as a source for those who are financially constrained to apply for loans to make the premium payment. The rules for payment/receipt custody and use of the fund shall be established by the Competent Authority and submitted to the the Executive Yuan for approval.

The administrative rules for making loans out of the fund referred to in the preceding paragraph, shall be established by the insurer and submitted to the Competent Authority for approval.

The Competent Authority shall make bugetary plan for payment to the insurer of the interest on the fund borrowed from the reserve fund of this Insurance referred to in paragraph one.

Article 87-3

The group insurance applicant or the insured who have not made the required payments for overdue charges pursuant to Article 30 by June 22 1999 shall be subject to the Act, effective from June 22,1999, the date of promulgation of this revision.

Article 88

The date of implementation of this Act shall be effective upon promulgation, unless otherwise indicated.

Article 89

Two years after the implementation of this Act, the Executive Yuan shall amend this Act within half a year; otherwise, this Act shall cease to be effective upon such expiration.

ภาคผนวก 2

Implementing Regulations of the National Health Insurance Act

Enforcement Regulations of the National Health Insurance Act

IMPLEMENTING REGULATIONS OF THE NATIONAL HEALTH INSURANCE ACT

Promulgated on January 28, 1995 by
Department of Health, Executive Yuan
Amended and Promulgated Articles Forty-one and
Seventy-two on August 2, 1995

CHAPTER ONE General Provisions

Article 1

These Regulations are promulgated pursuant to the provisions of Article 86 of the National Health Insurance Act (hereinafter referred to as "the Act").

Article 2

The Insurer shall prepare the following documents every month and compile a final report at the end of the fiscal year to be submitted to the Competent Authority, with a copy to the Supervisory Board of National Health Insurance for file and inspection:

1. Statistical report of group insurance applicants, number of the insured and the insured amount.
2. Statistical report of medical benefit payments.
3. Report on the growth of the contracted medical care providers.
4. Accounting report of the insurance financial balance.
5. Report on the management of the safety reserve.

Article 3

The Insurer shall prepare annual budget, semi-annual financial statement and final financial statement, in accordance with the business plan of this Insurance and condition of the operation of safety reserve, and report to the Competent Authority after being reviewed by the Supervisory Board of National Health Insurance .

CHAPTER TWO The Beneficiaries and Group Insurance Applicants

Article 4

The full-time and regularly paid personnel mentioned in item 1, subparagraph 1, paragraph 1, Article 8 of this Act refers to those who are employed in the government agencies or public/private schools and qualified to be insured under the Government Employee and Education Personnel Insurance.

The government employees mentioned in item 1, subparagraph 1, paragraph 1, Article 8, of this Act refer to the civil servants prescribed in the Election and Recall of Civil Servants Act.

If the administrator of a local community is not employed, he/she may subscribe to the national health insurance (hereinafter referred to as "this Insurance") pursuant to the provisions for government employee referred in the preceding paragraph.

Article 5

The employers mentioned in item 4, subparagraph 1, paragraph 1, Article 8 of this Act refer to the owners or persons in charge of business management of private enterprises which hire employees.

Article 6

The self-employed mentioned in item 1, subparagraph 2, paragraph 1, Article 8 of this Act refer to those who undertake labor or skilled work independently for profits without hiring paid personnel for help.

Article 7

The persons who have no particular employers mentioned in item 1, subparagraph 2, and item 2, subparagraph 3, paragraph 1, Article 8 of this Act, refer to those who are from time to time employed within three consecutive months by more than two employers often than those set out in item 1 to item 3, subparagraph 1 of the same paragraph of the same article, and whose job opportunity, working time, work load, work place, and work salary are not fixed.

Article 8

The professionals and technicians referred to in item 5, subparagraph 1, paragraph 1, Article 8 of this Act mean those who are qualified to practice pursuant to the Specialized Professionals and Technician Examination Law or other laws.

Article 9

The insured in category 4 referred to in Article 8 of this Act include household representative of the dependents of the personnel who holds Military Dependent Supply Certificate and is officially employed by the military authority.

Article 10

Veterans referred to in item 1, subparagraph 6, paragraph 1, Article 8 of this Act, mean those who hold Honorary Citizen Certificate or Patriot Certificate issued by the Vocational Assistance Commission for Retired Servicemen, Executive Yuan.

The household representatives of veterans referred to in item 1, subparagraph 6, paragraph 1, Article 8 of this Act are as follows:

1. Spouse of the veteran who is not employed.
2. Lineal blood ascendant of the veteran who is not employed.
3. Children of the veteran who are under twenty years of age and not employed or are over twenty years of age but are incapable of making a living or are in school without employment.

Article 11

Incapability of making a living mentioned in Article 9 of the Act refers to any

one of the following situations:

- 1.The interdiction is not yet terminated.
- 2.Holding Disability Manual and are unable to self-support.
- 3.Being qualified as severely injured or ill under Article 36 of this Act and are unable to self-support.

Article 12

Those who are in school mentioned in Article 9 of the Act refer to those who attend public schools or private schools approved by various levels of competent authority in charge of education.

Article 13

The dependents of the insured in Category 4 referred to in subparagraph 2, Article 9 of this Act include unsupported military family members and surviving family members.

Article 14

The same household referred to in subparagraph 2, Article 9 of this Act means the same family domicile.

Article 15

The co-residing relatives referred to in subparagraph 3, Article 9 of this Act means any one of the following:

- 1.Spouse of the insured.
- 2.Lineal blood ascendant of the insured.
- 3.Non-lineal blood relatives or relatives who have duty to raise each other with the insured, who are in the same domicile or live together with the insured .

Article 16

A dependent of the insured referred to in items 1 to 3, subparagraph 1, paragraph 1, and subparagraph 4, Article 8 of this Act may subscribe to this Insurance if he/she is a foreign national or possessing an Alien, has Overseas Chinese Resident Certificate in Taiwan-Fuchien area, and is qualified as a dependent pursuant to subparagraphs 1 and 2 of Article 9.

Article 17

In case the qualified insured of Category 5 of Article 8 of this Act registered in the Insurance as the insured of Categories 1 to 4, their dependents may subscribe to this Insurance as the beneficiaries of Category 5.

Article 18

The insured who have two or more qualifications in the same category pursuant to the provisions of Article 8 shall subscribe to this Insurance according to the qualification of their principal job.

Members of the Farmers Association or the Fishermen Association who are also members of the Irrigation Association shall subscribe to this Insurance as members of the Farmers Association or Fishers Association.

Article 19

If a beneficiary qualifies as a dependent of two insured or more, he/she shall

subscribe to this Insurance as the dependent of either one of them. When choosing to subscribe as a lineal blood dependent, he/she shall subscribe along with an insured who is the closest relative or the one who has the legal obligation to support him/her.

When the dependent is both the spouse and lineal blood relative of the insured within first degree of relationship he/she shall select one to subscribe to this Insurance.

Article 20

The insured defined in item 1 to 3 ,subparagraph 1, paragraph 1, Article 8 of this Act who are not employed after retirement may subscribe to this Insurance as the insured defined in item 2, subparagraph 6 of the same Article and paragraph.

Article 21

A retired person who meets the qualification for the insured specified in item 2, subparagraph 6, paragraph 1, Article 8 of this Act, may register in this Insurance through his/her original group insurance applicant upon the consent of the original group insurance applicant, provided that the insurance premium shall be calculated separately according to Article 26 and subparagraph 7 of Article 27 of this Act.

Article 22

If the insured referred to in item 2, subparagraph 6, paragraph 1, Article 8 of this Act, establish domicile at religious institutions which are registered with the authority, according to the Household Registration Law, may use those religious institutions or local religious associations as their group insurance applicants.

Article 23

For the insured defined in items 1 to 3, subparagraph 1, paragraph 1, Article 8 of this Act, who are suspended from job without pay for cause may continue their insurance at the same level of the original insured amount through the original group insurance applicant, subject however to the latter's consent. The insured shall pay the group insurance applicant for the share of premium they shall bear monthly to the group insurance applicant, which shall forward the premium to the Insurer along with their own shares . The level of the insured amount described in the preceding Paragraph shall not be lower than the lowest level set out in the Insured Amount Grading Table. The period of suspension from job without pay described in the first paragraph is limited to two years.

Article 24

The provision of subparagraph 1, paragraph 1, Article 14 of this Act that the group insurance applicants shall be the associated organizations, shall apply to independently practicing professionals and technicians in such a way as to refer to the associations in which the insured hold memberships.

Article 25

For the beneficiary who subscribes to the insurance according to paragraph 2

, Article 14 of this Act, the premium shall be paid by the co-habiting insured in an other category.

Article 26

Those who are trained in the government registered occupational training institutions and have joined the labor insurance through those institutions may take those training institutions as their group insurance applicants. The beneficiaries defined in categories 5 and 6, when trained in the governmental examination training agency certified by the Insurer, may take those examination training agency as the group insurance applicants, provided that the premium shall be calculated according to the provisions of Article 26 and subparagraph 7 of Article 27 of this Act.

Article 27

If a beneficiary undertakes short term work for less than three months, without losing his/her original coverage status, he/she may continue the coverage under his/her original status.

Article 28

The group insurance applicants, pursuant to the provision of Article 14 of this Act, shall complete and submit to the Insurer one copy of the Group Insurance Applicant Establishment Report Form and the Beneficiary Coverage Application Form.

Except the government authorities, public schools, irrigation associations and publicly owned enterprises, the group insurance applicants shall prepare copies of identification cards of the responsible persons and the following documents:

1. In case of factory, the factory registration certificate.
2. In case of minings industry, the mine industry registration certificate.
3. In case of salt field, farm, ranch, forest, tea plantation, the registration certificate.
4. In case of transportation industry, the transportation approval certificate or relevant documents.
5. In case of privately-run public utilities, the business license, or relevant documents.
6. In case of corporation or stores, the corporate certificate, business license, or registration certificate.
7. In case of private school, media, cultural, public interest, and cooperative business enterprises as well as agricultural, fishery, and occupational associations, the approval or registration documents.
8. In case of employer defined in item 3. subparagraph 1, paragraph 1, Article 8 of this Act, the employment contract or other evidential documents.
9. In case of the group insurance applicant other than the ones listed from item 1 to the preceding item, the approval or registration documents issued by the competent authority of their principal business.

Article 29

The group insurance applicants shall prepare the following documents for inspection or enquiry by the competent authority, or the Insurer for business needs:

1. The group insurance applicants of the insured in Categories 1 and Category 2 shall prepare the name list (card) of the employees or members, attendance record, salary chart and other salary information.

2. The group insurance applicants of the insured in Category 3 shall prepare name list (card) of the insured and their dependents, recording their names, sex, dates of birth, citizen identification numbers, address and the date when insurance coverage was approved.

The name list (card) of employees or members referred to in the subparagraph 1 of the preceding paragraph shall record the following:

1. The names, sex, date of birth, citizen identification numbers and address of the insured and his/her dependents.

2. The date when the insured begins his/her employment or join the association.

3. Position, working hour and salary or income of the insured.

4. The period of time when the insured suspends himself/herself from job without pay.

For the information of the preceding two Paragraphs, the group insurance applicants shall keep five years from the date the insured terminate employment, withdraw from association or terminate insurance coverage.

The citizen identification card provided in Paragraphs 1 and 2 may be substituted by Overseas Chinese Resident Certificate in the case of the beneficiaries provided in Article 16 and Paragraph 2, Article 10 of this Act.

Article 30

In case the beneficiary is in any one of the following circumstances, the group insurance applicant shall complete and submit in three days one copy of the Insured Coverage Application Form to the Insurer in order to process insurance coverage:

1. the circumstances contemplated in Article 11-1 of this Act,

2. change of group insurance applicant, or

3. change of insurable status.

Article 31

In case the lineal blood descendants within second degree of relationship of the insured, who are over twenty years of age but are incapable of making a living or are in school and not employed, the group insurance applicants shall, by the end of the month when they reach twenty years of age, complete one copy of the Continuing Insured Coverage Application Form to the Insurer for continuing coverage.

Article 32

The lineal blood descendants within second degree of relationship of the insured, who are over twenty years old and not employed, may subscribe to this Insurance as dependents, if they satisfy any of the following conditions:

1. Newly graduated from school, who shall then be insured for one year from the end of relevant academic year.

2. Discharge from military service, who shall then be insured for one year from the day of discharge.

Article 33

The reason for withdrawal from coverage referred to in Article 16 of this Act

can be any one of the followings:

- 1.Change of group insurance applicant.
- 2.Change of coverage status.
- 3.Death.
- 4.The condition or cause set out in Article 11 of this Act.

Article 34

In case a beneficiary meets one of the conditions in the preceding Article, the group insurance applicant shall complete and submit one copy of the Insurance Withdraw Coverage Application Form to the Insurer for termination of coverage within three days.

When a beneficiary withdraws from coverage according to Paragraphs 1 and 2 of the preceding Article, the original group insurance applicant shall provide a photocopy of the Insurance Withdraw Coverage Application Form for the beneficiary to present it to the new group insurance applicant for coverage application. The new group insurance applicant shall give attention to the continuity of coverage.

Article 35

The term "missing" referred to in Article 11 of this Act means missing or unable to be located as noted in the household registry.

The beneficiary may cease to be covered from the date of occurrence of the disaster which caused his/her being missing.

Article 36

In any one of the following circumstances, the beneficiary may apply for suspension of coverage through the group insurance applicant who shall file Suspension of Coverage Application Form and submit it to the Insurer with payment of premium suspended during the period of missing or being abroad:

- 1.Missing for less than six months.
- 2.Scheduled to remain overseas for over six months, excluding seamen of deep-sea fishery boats.

Article 37

In case the insured suspends coverage, his/her dependents shall proceed according to the following rules:

- 1.In case the insured suspends coverage according to Subparagraph 1 of preceding Article, his/her dependents shall apply for coverage based on other status.
- 2.In case the insured suspends coverage according to Subparagraph 2 of the preceding Article, his/her dependents shall apply for coverage based on other status. However, they may continue subscription to this Insurance with the original group insurance applicant, subject to the original group insurance applicant's agreement.

Article 38

When the cause for suspension of coverage ceases, the beneficiaries shall proceed in the following manner:

1. For the missing person being found within six months, the coverage suspension shall be revoked and the premium shall be paid

up. Those who have been missing for over six months and cannot be found shall proceed with coverage withdrawal procedure, retrospectively taking effect from the month when coverage was suspended.

2. Those who have travelled overseas for over six months shall resume coverage from the date of returning back to this country. However, those who travel overseas for less than six months shall revoke coverage suspension and make up the premium payment. When the beneficiaries described in the preceding Paragraph apply for coverage resumption, the group insurance applicants shall complete one copy of Coverage Resumption Application Form and submit it to the Insurer.

Article 39

In case of change in the name, person in charge, address or contacting address, the group insurance applicant shall complete one copy of the Insured Unit Modification Application Form and submit it to the Insurer along with relevant evidentiary documents.

Article 40

The group insurance applicant shall notify the Insurer in writing within fifteen days and submit relevant documents to cancel its registration as a group insurance applicant upon its suspension, dissolution or abolition.

CHAPTER THREE

Insurance Finance

Article 41

The following insured amount of the insured shall be reported to the Insurer in accordance with the following rules and taking into account the amount levels of the Insured Amount Grading Table:

1. For the insured qualified as Civil Servants or Educational Personnel Insurance, based on their insured wages (salaries).
2. For dependents qualified as voluntary servicemen, based on the insured base units of the Military Personnel Insurance subscribed by the relevant voluntary servicemen.
3. In case of unsalaried civil servants:

(1) Members of the National Assembly, member of provincial (city) council, shall subscribe to coverage according to the highest level of the Insured Amount Grading Table.

(2) Members of county (city) council, shall subscribe to coverage according to the highest level of the Insured Salary Grading Table of Labor Insurance.

(3) Members of village (town, city) representative council, head of tsun (district) and head of neighborhood, shall subscribe to coverage according to the insured amount for the insured in Category 3.

4. The person in charge of a business employing more than twenty insured, and accountants, attorneys, architects, doctors, dentists, and Chinese medical doctors who are independent practitioners, shall

subscribe coverage according to the highest level of the Insured Amount Grading Table. However, if their income does not reach the highest level of the Table, they

may subscribe according to the amount claimed with proof but not to be lower than the highest level of the Insured Salary Grading Table of Labor Insurance.

5. The person in charge of a business employing more than five but less than twenty insured, and independently practicing professionals and specialized technicians other than those mentioned in the preceding Subparagraph may subscribe according to the amount claimed with proof but shall not to be lower than the highest level of the Insured Salary Grading Table of Labor Insurance.

6. The person in charge of a business employing less than five insured and insured of Category 1 who are self-employed may subscribe according to the amount claimed with proof, but not to be lower than the average insured amount of the insured under item 2, paragraph 1, subparagraph 1, Article 8 of this Act.

7. Those who join occupational union and subscribe to this Insurance pursuant to Article 26 without having specific employers or are self employed shall subscribe according to 6th grade of the Insured Amount Grading Table.

8. For independent seamen who have joined the National Seamen's Union or the Master Mariners' Association as its members, the highest level of the Insured Amount Grading Table shall apply if insured through the Master Mariners' Association; or the highest three levels of the Insured Salary Grading Table of Labor Insurance, if insured through the National Seamen's Union.

The average insured amount of the insured under item 2, subparagraph 1, paragraph 1, Article 8 of this Act referred to in item 6 of the preceding paragraph shall be announced by the Insurer before the end of September of the preceding year. For the first-year operation of this Insurance, the amount of 12th grade of the Insured Amount Grading Table of National Health Insurance shall be taken as the insured amount.

Article 42

The insured amount to be claimed by the insured in Categories 1 and 2, who are qualified for labor insurance, shall not be lower than the insured salary for Labor Insurance.

Article 43

The Insurer shall make public announcement of the number of dependents under Article 28 of this Act by the end of September of the preceding year. The number of dependents referred to in the preceding paragraph during the first year of implementation of this Insurance shall be calculated according to the number of each household and number of earning persons in the 1991 "Personal Income Distribution Investigation Report" published by the Directorate-General of Budget, Accounting and Statistics.

Article 44

For premium subsidized by the various levels of government pursuant to item 2, subparagraph 1, Article 27 of this Act, fifty percent shall be paid by the Central Government and fifty percent shall be paid by the Provincial (City) Government.

Article 45

For monthly premium payable according to Article 29 of this Act, the Insurer shall prepare and mail the premium calculation sheet and payment note to the group insurance applicants for payment by the end of the following month.

In case the group insurance applicants do not receive the premium calculation sheet and payment note described in the preceding Paragraph by the end of the following month, they shall notify the Insurer in writing to resend and shall make payment within the grace period.

In case the group insurance applicants object to the premium calculation sheet and the amount specified in the payment note, the group insurance applicants for the insured in Categories 1 and 4 shall pay the amount as stated first, and the group insurance applicants for the insured in Categories 2, 3 and 6 shall compile and pay the actual premium first, before filing objection with the Insurer with reasons. If a mistake is found by the Insurer after investigation, it shall be balanced with the premium of the following month.

Article 46

In case the premium which shall be subsidized by the various level of government as provided in subparagraph 3, paragraph 1, Article 29 of this Act, the Insurer shall issue premium calculation sheet and payment note monthly and submit them by the end of preceding month to the various level of government for payment.

When a discrepancy is found after verification by the Insurer, the premium subsidized by the government pursuant to the preceding Paragraph shall be balanced when calculating the premium next time.

Article 47

The various levels of government, the Ministry of National Defense or the Vocational Assistance Commission for Retired Servicemen, Executive Yuan shall prepay semi-annually the subsidized premium amount according to subparagraph 4, paragraph 1 of Article 29; the Insurer shall calculate such amount and notify respectively on January 15 and July 15 each year.

In the event of over- or under-payment, the Insurer shall balance it when calculating the pre-payment next time.

Article 48

Except for the first year after implementing this Insurance, the Insurer shall announce by the end of September of the preceding year the insured amount of the beneficiaries in Category 3 and the average premium for all qualified beneficiaries in Category 5 and Category 6.

Article 49

The group insurance applicants may open "National Health Insurance" special accounts with financial institutions, and notify the insured to pay the premium by transfer or direct payment to the account.

The group insurance applicants of the insured in Categories 2 and 3, subject to consent of the insured or general assembly of the members' representatives, may pre-collect premium of three or six months each time, but shall issue receipt and pay the Insurer monthly. The pre-collected premium, before

being paid to the Insurer, shall be kept and saved in a special account. The interest accrued therefrom shall be used only for the operation of this Insurance.

The group insurance applicants which pre-collect premiums may subscribe to Employee Honesty and Credit Guarantee Insurance for the personnel in charge.

Article 50

The unit of payment for premium shall be NT Dollar. Dime and smaller unit shall be rounded up or down to the nearest NT Dollar.

Article 51

The group insurance applicants, when deduct or collect insurance premium for the insured and their dependents according to subparagraph 1 or subparagraph 2, paragraph 1. Article 29. shall make a note at the salary statement (envelope) or issue receipt.

Article 52

The group insurance applicants of the insured in Categories 1 and 4, which do not deduct or collect premium during the period provided in Article 29 of this Act for cause, shall advance such payment for them.

In case the premium borne by the insured in Category 2 and Category 3 is not paid during the period provided in Article 29, the group insurance applicants shall notify the insured of the overdue premium, and shall submit to the Insurer an overdue list when paying the premium.

Article 53

In case the group insurance applicants or insured shall pay overdue surcharge according to paragraph 1. Article 30 of this Act, the Insurer shall calculate the surcharge and notify them to pay at designated financial institution.

Article 54

In case the group insurance applicants or the insured are suspended by the Insurer from payment of insurance benefits according to paragraph 3, Article 30 of this Act because of non-payment of premium or overdue surcharge, the insurance premium during the period shall still be payable. Regarding the insurance benefits payable to the beneficiary, reimbursement of medical care expenses shall be made after full payment of the overdue charges.

Article 55

The premium payable by the beneficiary, who subscribed to the Insurance repeatedly, shall be calculated and paid according to Articles 18, 19 and Article 12 of this Act. Regarding the double paid insurance premium, the group insurance applicant may apply for reimbursement in three months after the date on which the premium was double-paid, otherwise it shall be rejected upon expiration.

After being verified by the Insurer to be true, the premium subject to reimbursement pursuant to the preceding paragraph shall be balanced when

calculating the premium of the following month.

Article 56

The Insurer may cancel the group insurance applicants in case of their suspension, dissolution, declaration of bankruptcy, or being compulsorily executed with no result, for failure to pay overdue premium or overdue surcharge. The calculation of payable premium and overdue surcharge shall be based on the date of the relevant event occurs. In case the date of occurrence is unclear, it shall be the day discovered by the Insurer.

The beneficiary of the group insurance applicants referred to in preceding Paragraph shall switch to other group insurance applicants for subscription to this Insurance using appropriate status.

CHAPTER FOUR

Insurance Benefits

Article 57

The beneficiary who holds prescription issued by doctors of a contracted hospital or clinic shall present it to that contracted hospital, clinic or contracted pharmacy for drug. Those who hold continuous prescription for chronic illness, and are unable to go to the original hospital or clinic which issued prescription because of residing at rural area, and there is no contracted pharmacy nearby, may go to other contracted hospital or public health clinic for drug pursuant to the rules set by the Insurer.

Article 58

The referral mentioned in Article 33 of this Act means referral made by hospital or clinic.

Article 59

When the beneficiary goes to the contracted hospital for medical care, the self-bearing ratio of expenses of outpatient clinic care shall be twenty percent in any one of the following circumstances:

1. Being referred by hospital or clinic.
2. Holding a continue treatment note.
3. Holding a Disability Manual.

1. Receiving ambulatory care at family medicine department of the family medicine specialized doctor training hospital approved by the competent central authority in charge of health.

2. Hospital employees receiving ambulatory care at their own hospital.

The Insurer shall set the ceiling number of service and number of patients per day for the department of family medicine prescribed in Subparagraph 4 of preceding Paragraph.

Article 60

The ratio of self-bearing expenses for the beneficiary receiving home care of this Insurance shall be ten percent.

Article 61

In case the beneficiary fails to transfer for treatment within the valid period of

the transfer note, the ratio of self-bearing expenses shall be determined according to the regulation on treatment without referral as described in Article 33 of this Act.

In case the hospital or clinic is unable to identify the cause of the beneficiary's illness or unable to provide complete treatment due to limitation on equipment or specialty, it shall refer the beneficiary to another hospital or clinic or the beneficiary may request for such a referral.

For the referral mentioned in the preceding paragraph, the hospital or clinic shall issue medical history summary, deliver it to the beneficiary and shall not delay or refuse without proper cause.

Article 62

Before the competent authority in charge of health in the Central Government makes evaluation on dentists and Chinese medical doctors, if the beneficiary visits dentist or Chinese medical doctor of a hospital or a Chinese medicine hospital for treatment directly without a referral, the ratio of self-bearing ambulatory expenses shall be set at thirty percent. However, if the beneficiary goes to a contracted Chinese medicine hospital which does not provide hospitalization services for ambulatory treatment, the ratio of self-bearing ambulatory expenses shall be the same as for contracted clinics.

Article 63

If a contracted hospital provides family medicine ambulatory care according to Article 59 and provides ambulatory care to their employees, but found to be irregular, and being notified to correct but fail to do so, the Insurer may stop the application of the provisions of Article 59 to that contracted hospital.

Article 64

The number of days of hospitalization referred to in paragraphs 1 and 2, Article 35 of this Act means the number of days of hospitalization each time. Days stayed in acute ward or chronic ward of each time shall be counted separately. The number of days of hospitalization for those who re-hospitalized in the same hospital for the same illness within fourteen days shall be counted together.

The maximum of self-bearing hospitalization expense for the beneficiary as provided in paragraph 2, Article 35 of this Act shall be six percent of the average national income per capita for one time of hospitalization or ten percent of the average national income per capita for a period of one year regardless of whether it is the same illness.

The average national income per capita referred to in preceding Paragraph shall be determined by the Competent Authority by referring to the average national income per capita of the most recent year announced by the Directorate-General of Budget, Accounting and Statistics of Executive Yuan.

Article 65

The expenses to be borne by the beneficiary in Category 5 according to Article 33 and Article 35 of this Act shall be paid to the Insurer periodically by the administrative authority for social welfare in the Central Government according to Article 37 of this Act.

The expense to be borne by the insured of item 1, subparagraph 6, paragraph

1, Article 8, according to the first part of Article 33 and Article 35 of this Act may be paid to the Insurer periodically by the Vocational Assistant Commission for Retired Servicemen of the Executive Yuan.

Article 66

The beneficiary shall use insurance hospital ward for hospitalization treatment. In case of temporary stay in a ward of lower class than the insurance hospital ward, the beneficiary may not request for compensation of the difference. In case of temporary stay in a ward of higher class than the insurable hospital ward, the beneficiary may not request for subsidization of the difference.

Article 67

The self-bearing expenses for ambulatory or emergency treatment for the beneficiary who live in mountain or offshore island areas are regulated as follows:

1. In case of ambulatory or emergency treatment at the fourth grade offshore islands, the self-bearing expenses for ambulatory or emergency treatment pursuant to the provision of Article 33 of this Act are exempted.
2. In case of ambulatory or emergency treatment at local medical care institutions which have not been evaluated by the competent central authority in charge of health at the mountain or offshore island areas other than the ones referred to in the preceding Subparagraph, the self-bearing expenses for ambulatory or emergency treatment pursuant to the provision of Article 33 of this Act are exempted, provided, those who seek ambulatory or emergency treatment at the hospital or clinic which has been evaluated by the competent central authority in charge of health shall bear twenty percent of the ambulatory or emergency treatment expenses.

CHAPTER FIVE Penal Provision

Article 68

The non-attributability to the group insurance applicants referred to in Article 69 of this Act means any one of the following:

1. The group insurance applicants notify the Insurer and the insured twice in writing to process the subscription but the insured refused.
2. The insured does not file with the group insurance applicants his/her dependents who shall be covered.
3. The beneficiary of Category 3 or 6 who does not file with his/her group insurance applicants.

Article 69

The Insurer shall notify through the group insurance applicant the beneficiary the order for payment of the fine and overdue surcharge.

CHAPTER SIX

Supplementary Provisions

Article 70

When the Competent Authority or the Insurer sends personnel to investigate matters related to this Insurance pursuant to Article 17 and Article 62 of this Act, it shall show the official document issued by the relevant authority and identification documents.

Article 71

The tax exempted according to Article 84 of this Act is as follows:

1. Stamp tax for accounting records and contract used by the Insurer and the group insurance applicants for running this Insurance.
2. Business tax and income tax on the premium income, surcharge for overdue premium payment, proceeds from the subject of compulsory execution undertaken, revenue from operation of insurance fund and other income collected by the Insurer for undertaking this Insurance.

Article 72

The implementing regulations shall be effective on the date of entry into force of this Act.

The amendments of the implementing regulations shall be effective on the promulgation.