



การคลังระบบสุขภาพ

เส้นทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การทำให้สุขภาพดีขึ้นเป็นเรื่องสำคัญต่อสวัสดิการมนุษย์และเป็นเรื่องจำเป็นต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน สมาชิกองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้มีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาระบบการคลังสุขภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข และมีระบบการป้องกันไม่ให้เกิดภาระในการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุข

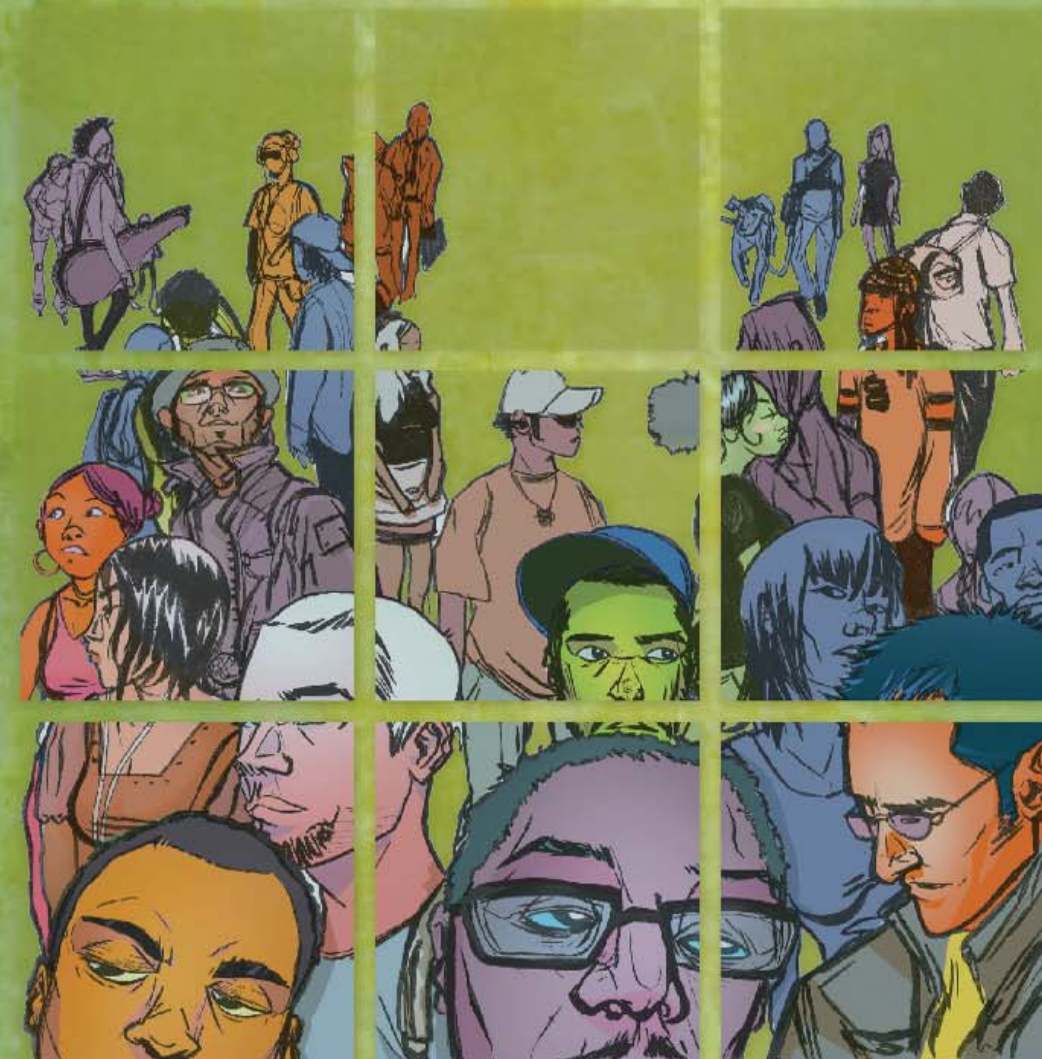
ในรายงานฉบับนี้ องค์การอนามัยโลกวางแผนไว้ว่า อะไรที่ทำให้ทุกประเทศสามารถปรับปรุงระบบการเงินได้ ก็ควรดำเนินการอย่างรวดเร็วเพื่อให้บรรลุถึงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสามารถดำรงให้คงอยู่ได้ โดยมีรายงานวิจัยและบทเรียนจากประสบการณ์จริงจากประเทศต่างๆ ที่ได้ประสบความสำเร็จ และมีแผนกำหนดการดำเนินงานให้กับทุกประเทศไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว หรือประเทศที่กำลังพัฒนาและนำเสนอวิธีการที่ประชาคมระหว่างประเทศ มีความพยายามที่จะสนับสนุนให้ประเทศที่มีรายได้ต่ำบรรลุถึงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

ดาวน์โหลดหนังสือเล่มนี้และงานวิจัยอื่นๆ ของ สวรส.และเครือข่ายได้ก็คลังข้อมูล และความรู้ระบบสุขภาพของ สวรส. และองค์กรเครือข่าย <http://Hb.hsri.or.th>

เผยแพร่ในงานประชุมวิชาการ การวิจัยระบบสุขภาพประจำปี 2556

รายงานอนามัยโลก ประจำปี 2553 : การคลังระบบสุขภาพ

รายงานอนามัยโลก ประจำปี 2553



การคลังระบบสุขภาพ

เส้นทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



รายงานอนามัยโลก ประจำปี 2553



การคลังระบบสุขภาพ เส้นทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



รายงานอนามัยโลก ประจำปี 2553

การคลังระบบสุขภาพ เส้นทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เลขมาตรฐานสากล 978-974-299-194-4

พิมพ์ครั้งที่ 1 เมษายน 2556

จำนวนพิมพ์ 1,700 เล่ม

บรรณาธิการ วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดวงทิพย์ หงษ์สมุทร ปรีดา แต่อารักษ์
สาหร่าย เรืองเดช สรชัย จำเนียรดำรงการ
อรรณพ ลิ้มปัญญาเลิศ อลิสา ศรีอรชรจันทร์

ออกแบบ บริษัท ดีไซน์เบอริ จำกัด

พิมพ์ที่ บริษัท ชันดีการพิมพ์ จำกัด

จัดพิมพ์และเผยแพร่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข 6
ภายในกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ 14
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2832 9200 โทรสาร 0 2832 9201
www.hsri.or.th / www.facebook.com/hsrithailand

สนับสนุนการพิมพ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ
“ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550”
ถ.แจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210
โทรศัพท์ 0 2141 4013 โทรสาร 0 2143 9730-1
www.nhso.go.th

รายงานอนามัยโลก ประจำปี 2553

การคลังระบบสุขภาพ

The World Health Report 2010: Health Systems Financing

คำนำ

การแปลรายงานสุขภาพโลกปี 2553 ฉบับนี้เกิดขึ้นโดยความสมัครใจของคณะบรรณาธิการทุกท่านที่ทุ่มเทการทำงานด้วยความตั้งใจโดยใช้ความรู้และพลังกำลังอย่างเต็มความสามารถในการถอดรายงานภาษาอังกฤษมาเป็นภาษาไทยให้ดีที่สุด เนื่องจากมีความเห็นที่ตรงกันว่า รายงานฉบับนี้หากสามารถถ่ายทอดออกมาเป็นภาษาไทยแล้ว จะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีโอกาสได้เรียนรู้และเข้าใจหลักการประกันสุขภาพ ได้เรียนรู้พัฒนาการของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของนานาชาติ ตลอดจนสามารถนำความรู้มาใช้และปรับแนวคิดในการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคมไทยมากขึ้น รวมทั้งสามารถสื่อสารสู่สาธารณะในวงกว้างได้อย่างถูกต้อง เจตนารมณ์ดังกล่าวนี้เป็นเสมือนพลังที่ผลักดันให้คณะบรรณาธิการได้พยายามเจียดเวลาที่มีอยู่จำกัดมาศึกษาและแปล เพื่อให้เอกสารรายงานฉบับนี้มีใจความครบถ้วนสมบูรณ์ตามต้นฉบับถึงหกเดือน อย่างไรก็ตาม คณะบรรณาธิการก็ยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับการแปลภาษาว่า ในบางบริบทที่มีข้อจำกัดอาจจะมีความคลาดเคลื่อนได้จากการถ่ายทอดภาษา ซึ่งคณะบรรณาธิการขออภัยในความผิดพลาดนั้น และยินดีรับคำชี้แนะเพิ่มเติม

ขอขอบพระคุณ องค์การอนามัยโลกและผู้มีส่วนร่วมในการจัดทำต้นฉบับนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักพิมพ์ที่ร่วมกันจัดทำหนังสือเล่มนี้ขึ้น คณะบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เจตนารมณ์และความพยายามของทุกฝ่ายที่ทำให้หนังสือเล่มนี้ออกเผยแพร่สู่สาธารณะ จะทำให้ผู้อ่านได้เรียนรู้ เห็นประโยชน์และปรับใช้แนวคิด รวมทั้งหาโอกาสในการสร้างสรรค์หลักประกันสุขภาพของไทยให้ยั่งยืนสืบไป

วิรัตน์ เอื้องพูลสวัสดิ์

บรรณาธิการ



สารบัญ

- 5 คำนำ
- 10 สารจากผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

- 17 ทำไมต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 17 สถานการณ์ในปัจจุบัน
- 21 การแก้ไขปัญหา
- 23 การเพิ่มทรัพยากรเพื่อสุขภาพให้เพียงพอต่อระบบสาธารณสุข
- 27 การจัดการความเสี่ยงทางการเงินและอุปสรรคในการเข้าถึง
- 33 การส่งเสริมประสิทธิภาพและการจัดการความสูญเสีย
- 36 ความไม่เท่าเทียมกันในระบบหลักประกันสุขภาพ
- 37 วาระสำหรับการดำเนินงาน
- 38 การส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
- 41 ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับพันธมิตรภายนอก
- 42 ข้อความแห่งความหวัง

1

สถานการณ์ปัจจุบัน

- 55 การจ่ายตรง
- 58 การรวมทุน
- 59 ความช่วยเหลือจากภายนอก
- 60 บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 65 การรักษาความสำเร็จที่มีอยู่
- 66 สองด้านของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 72 การตัดสินใจเลือกที่ถูกต้อง
- 75 การขับเคลื่อนไปข้างหน้า



2 เพิ่มเงินเพื่อสุขภาพ

- 88 เพิ่มทรัพยากรเพื่อสุขภาพ
- 90 ค่าใช้จ่ายของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 94 ประกันการจัดสรรค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพของรัฐบาลอย่างเป็นธรรม
- 99 การแสวงหาแหล่งรายได้ที่หลากหลายภายในประเทศ
- 103 การหาแหล่งเงินทุนภายในประเทศเพื่อบริการสาธารณสุข
- 111 ความช่วยเหลือด้านการเงินจากภายนอก
- 114 ผลกระทบของความถดถอยทางเศรษฐกิจต่อความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนา
- 118 สรุป



3 ความแข็งแกร่งของเงินทุน

- 130 ปัญหาของการจ่ายตรง
- 135 การยกเว้นไม่ต้องจ่ายเงินเป็นวิธีที่เหมาะสมหรือไม่
- 138 การยกเลิกการจ่ายตรง
- 141 ความแข็งแกร่งของเงินทุนจากการรวมกลุ่มคนจำนวนมาก
- 146 ทำที่ไหนและทำอย่างไรเพื่อให้ระบบหลักประกันมีความครอบคลุมมากขึ้น
- 147 การเน้นไปที่คนยากจน
- 151 อุปสรรคอื่น ๆ ในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข
- 154 สรุป



4

สุขภาพที่ดีขึ้นมากกว่าเงินที่จ่ายไป

- 175 ขจัดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นด้านยา
- 177 ปรับปรุงวิธีการควบคุมคุณภาพของยา
- 179 ใ้ยาอย่างเหมาะสม
- 180 ใช้ประโยชน์สูงสุดจากเทคโนโลยีและการบริการ
- 182 สร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากร
- 183 ปรับปรุงประสิทธิภาพของโรงพยาบาล
ในด้านขนาดและระยะเวลาในการนอนรักษาตัว
- 186 รับการรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น
- 187 ขจัดความสูญเสียและการทุจริต
- 189 ประเมินบริการที่จำเป็น
- 192 ประโยชน์สำคัญจากการปรับปรุงประสิทธิภาพ
- 196 การจูงใจ การคลังสุขภาพและประสิทธิภาพ
- 200 การจ่ายเงินตามผลงาน
- 202 การซื้ออย่างมีกลยุทธ์
- 204 การแยกส่วน
- 206 การลดความไม่เท่าเทียม
- 209 สรุป



5

วาระสำหรับการดำเนินงาน

- 223 การเรียนรู้จากประสบการณ์
- 231 การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง
- 252 สรุป

สารจากผู้อำนวยการ องค์การอนามัยโลก

ดิฉันได้รับมอบหมายภารกิจจัดทำรายงานอนามัยโลกนี้สนองต่อความต้องการของประเทศต่าง ๆ ทั้งประเทศร่ำรวยและประเทศยากจน เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการด้านการคลังสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแปลงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการศึกษารูปแบบที่หลากหลายไปสู่ทางเลือกต่าง ๆ สำหรับการเพิ่มทรัพยากรให้เพียงพอและการจัดอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนยากจน ตามชื่อรายงานที่ได้ตั้งไว้ ทั้งนี้ รายงานนี้จะเน้นเรื่องการก้าวไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นเป้าหมายหนึ่งที่กำลังเป็นศูนย์กลางของการถกเถียงกันเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ

ความต้องการแนวทางในเรื่องนี้ ได้กลายเป็นเรื่องสำคัญในภาวะเศรษฐกิจตกต่ำและค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ขณะที่มีการสูงอายุเพิ่มมากขึ้น และโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น รวมถึงมีวิธีการรักษาแบบใหม่ ๆ ที่มีราคาแพงขึ้น จากรายงานนี้แสดงให้เห็นว่า ความต้องการของสาธารณชนในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและราคาไม่แพงที่มีมากขึ้นเป็นแรงกดดันทางการเมืองที่นำไปสู่ทางเลือกเชิงนโยบายที่ชาญฉลาดได้





ในขณะที่มีเงินอยู่จำนวนจำกัด ดิจันมีคำแนะนำสำหรับทุกประเทศว่า ก่อนที่จะหาทางลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ให้หาทางพัฒนาประสิทธิภาพให้ดีขึ้นก่อน ทั้งนี้ ระบบสุขภาพทั้งหมดไม่ว่าที่ใดสามารถพัฒนาการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้ ไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงวิธีการจัดซื้อจัดจ้างให้ดีขึ้น การใช้ผลิตภัณฑ์ซื้อสามัญให้มากขึ้น การสร้างแรงจูงใจผู้ให้บริการให้มากขึ้น รวมถึงระบบการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพและวิธีการทางการบริหารจัดการต่าง ๆ

รายงานฉบับนี้ ได้ประมาณการณ่ว่า ร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 40 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูญเสียไปเนื่องจากการใช้ทรัพยากรขาดประสิทธิภาพ และชี้ให้เห็นว่า ใน 10 พื้นที่เฉพาะที่มีนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ดีกว่า สามารถเพิ่มผลลัพธ์จากค่าใช้จ่ายนั้นได้ซึ่งในบางครั้งพบว่าเห็นผลได้ใน बदดล การจัดการทรัพยากรอย่างชาญฉลาดสามารถช่วยให้ประเทศต่าง ๆ เข้าใกล้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มากขึ้นโดยไม่ต้องเพิ่มค่าใช้จ่าย

เกี่ยวกับเส้นทางสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น รายงานนี้ได้พยายามแจกแจงให้เห็นผลที่เกิดจากการใช้ระบบจ่ายตรงอย่างต่อเนื่องที่รวมถึงค่าธรรมเนียมต่าง ๆ ซึ่งเป็นอุปสรรคอย่างใหญ่หลวงในระยะยาวต่อความก้าวหน้ามีหลักฐานเชิงประจักษ์มากมายที่แสดงให้เห็นว่า การเพิ่มเงินกองทุนเพื่อจ่ายเงินล่วงหน้าตามความต้องการเป็นฐานรากที่มีประสิทธิภาพและเป็นธรรมมากที่สุดสำหรับการเพิ่มความครอบคลุมประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าเป็นระบบของการที่คนรวยช่วยคนจน และผู้มีสุขภาพดีช่วยเหลือผู้ป่วย จากประสบการณ์แสดงให้เห็นว่าระบบการจ่ายล่วงหน้าเป็นวิธีการที่ดีที่สุดเมื่อมีการระดมเงินจากประชากรส่วนใหญ่มาตั้งเป็นกองทุน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคน

ผู้ที่จำเป็นต้องใช้บริการการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาหรือการป้องกันโรค ไม่ควรจะต้องเสี่ยงกับการล้มละลายทางเศรษฐกิจ

จากข้อมูลหลักฐานการศึกษา แสดงให้เห็นว่าประเทศต่าง ๆ จำเป็นต้องมีเงินกองทุนที่มั่นคงและเพียงพอสำหรับระบบสุขภาพ แต่ความมั่งคั่งของประเทศไม่ใช่สิ่งจำเป็นลำดับแรกในการขับเคลื่อนไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพใกล้เคียงกัน อาจบรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพต่างกัน การตัดสินใจเชิงนโยบายช่วยอธิบายความแตกต่างนี้ได้มาก

ในขณะเดียวกัน ยังไม่มีสูตรสำเร็จสูตรเดียวที่ใช้ได้กับทุกสถานการณ์ในการนำไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ รายงานนี้แนะนำว่า กลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลสำหรับการจัดการการเงินระบบสุขภาพต้องเริ่มต้นที่บ้าน ระบบสุขภาพเป็นระบบที่ซับซ้อนเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา องค์ประกอบที่แตกต่างกันนั้นสามารถมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันในลักษณะที่ไม่สามารถคาดเดาได้ รายงานนี้ได้พยายามรวบรวมความล้มเหลว ความฟ่ายแพ้และความสำเร็จเอาไว้ เพื่อช่วยให้ประเทศต่าง ๆ สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้าต่อสิ่งที่ไม่อยากให้เกิดขึ้นและสามารถหลีกเลี่ยงได้ การขังใจเป็นสิ่งที่ต้องมียอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และการตัดสินใจจะต้องทำให้เกิดความสมดุลระหว่างสัดส่วนความครอบคลุมประชากรประเภทของบริการที่จะมีให้ และค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น

นอกจากคำเตือนต่าง ๆ แล้ว เนื้อหาส่วนใหญ่ในเล่มนี้ก็เป็นเรื่องในทางบวกทุกประเทศไม่ว่าจะอยู่ในขั้นตอนใดของการพัฒนา ก็สามารถเริ่มต้นก้าวเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และรักษาผลงานความสำเร็จให้คงไว้ ประเทศที่เลือกใช้นโยบายได้ถูกต้องก็จะขยายความครอบคลุมบริการได้มาก และสามารถป้องกันความเสี่ยงทางการเงินในทุกระดับค่าใช้จ่าย หวังด้วย

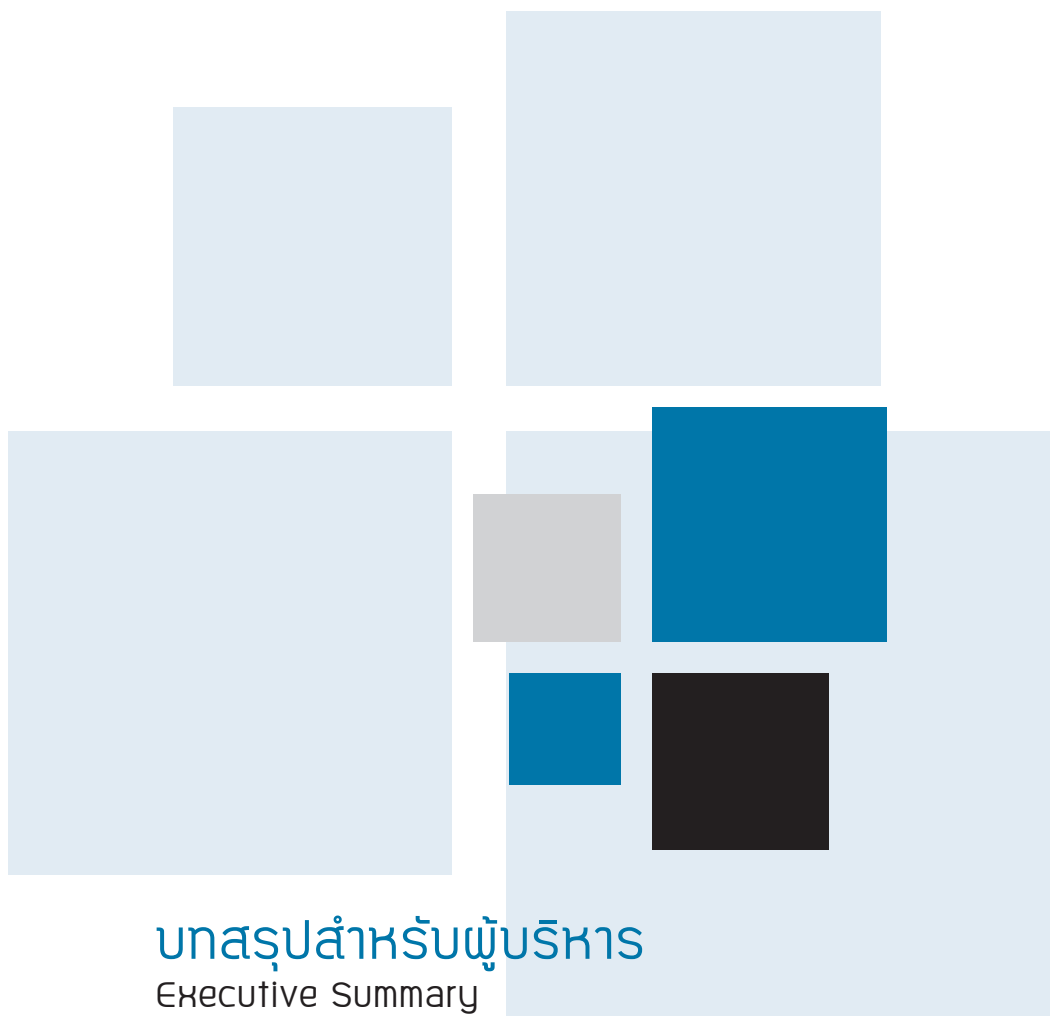
ความจริงใจว่าประสบการณ์ที่ปฏิบัติได้จริงและคำแนะนำในรายงานฉบับนี้จะ
ช่วยให้ผู้มีหน้าที่กำหนดนโยบายเดินไปในทิศทางที่ถูกต้อง ความพยายามมุ่ง
สู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเป้าหมายที่น่าชื่นชม และเป็นเป้าหมายที่มี
ความเป็นไปได้ในทุกๆที่



แพทย์หญิงมาร์กาเรต ชาน

(Dr. Margaret Chan)

ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก



บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
Executive Summary

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

[Executive Summary]



ทำไมต้องมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

[Why universal coverage?]

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเรื่องสำคัญต่อสวัสดิการมนุษย์และสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน เรื่องนี้เป็นที่ยอมรับกว่า 30 ปีมาแล้ว โดยการลงนามในปฏิญญาอัลมาอะตา (Alma - Ata Declaration) ซึ่งระบุว่า การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าจะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น รวมทั้งทำให้โลกมีสันติภาพและความมั่นคง

ไม่น่าแปลกใจเลยว่า ทำไมประชาชนในประเทศส่วนใหญ่จึงให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพมากที่สุดถ้าไม่นับเรื่องเศรษฐกิจ เช่น การว่างงาน ค่าจ้างแรงงานต่ำ และค่าครองชีพสูง (1,2). ผลก็คือ บ่อยครั้งที่เรื่องสุขภาพกลายเป็นประเด็นทางการเมืองที่รัฐบาลต้องพยายามตอบสนองความคาดหวังของประชาชนให้ได้

มีหลายวิธีในการส่งเสริมสุขภาพและการดำรงรักษาสุขภาพ แต่บางวิธีอาจอยู่นอกขอบเขตภาคสุขภาพ อาทิ ภาวะแวดล้อมต่อการเจริญเติบโต ต่อความเป็นอยู่ ต่อการทำงาน และต่อวัยชราภาพของมนุษย์ ซึ่งมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตและการตายของประชาชน (3) การศึกษา ที่อยู่อาศัย อาหาร และการมีงานทำ ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพ การลดความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องเหล่านี้จะช่วยลดความไม่เท่าเทียมกันในด้านสุขภาพด้วย

แต่เมื่อพูดถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ การเข้าถึงส่วนผสมที่ลงตัวระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพก็เป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งคนส่วนใหญ่จะไม่สามารถเข้าถึงส่วนผสมนี้ได้ หากไม่มีระบบบริหารจัดการการคลังสุขภาพที่ดี ที่จะเป็นตัวบ่งบอกว่าประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเมื่อจำเป็นได้หรือไม่ และบ่งบอกว่าบริการต่างๆจะดำรงอยู่ได้หรือไม่

ด้วยความตระหนักในเรื่องนี้ ในปี พ.ศ. 2548 ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้มีมติร่วมกันในการพัฒนาระบบการคลังสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้และไม่ต้องประสบปัญหาความยากลำบากในการจ่ายเงินค่าบริการรักษาพยาบาล (4) เป้าหมายนี้คือ **หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(Universal Coverage / Universal Health Coverage)**

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวข้างต้น รัฐบาลต้องเผชิญกับ 3 คำถามพื้นฐาน ดังนี้

1. รัฐบาลจะจัดการการคลังสุขภาพอย่างไร
2. รัฐบาลจะป้องกันอย่างไรไม่ให้ประชาชนประสบกับปัญหาความยากลำบากในการจ่ายเงินค่าบริการรักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วย
3. รัฐบาลจะส่งเสริมการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างไรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

ทั้งนี้ รัฐบาลต้องให้ความมั่นใจว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นมีความเป็นธรรมและสร้างเครื่องมือในการติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของระบบอย่างสม่ำเสมอ

ในรายงานฉบับนี้ องค์การอนามัยโลกได้เสนอภาพคร่าวๆไว้ว่า ประเทศต่างๆปรับปรุงระบบการคลังสุขภาพของตนเองอย่างไร จึงสามารถเคลื่อนเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้รวดเร็วยิ่งขึ้นและสามารถรักษางานนั้นให้ยั่งยืนได้ด้วย รายงานนี้ได้สังเคราะห์งานวิจัยใหม่ๆและบทเรียนจากประสบการณ์ไปสู่ชุดปฏิบัติการที่มีความเป็นไปได้ในการนำมาใช้เพื่อให้ประเทศต่างๆในทุกระดับของการพัฒนาสามารถพิจารณานำไปปรับใช้ตามความจำเป็นและความต้องการของประเทศตนเอง นอกจากนี้ รายงานยังได้แนะนำแนวทางที่ประชาคมโลก (International Community) จะสามารถ

สนับสนุนความพยายามของประเทศที่มีรายได้น้อยในการเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกด้วย

ในขณะที่ปัจจุบัน โลกกำลังต่อสู้กับการชะลอตัวทางด้านเศรษฐกิจ โรคต่างๆก็แพร่กระจายไปทั่วโลกพร้อมๆกัน รวมถึงความต้องการการดูแลรักษาโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นเชื่อมโยงกับประชากรสูงอายุที่ทวีขึ้นนั้น ความต้องการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลยุทธ์การจัดการด้านการเงินต่อระบบนี้มีได้เพิ่มขึ้นเลย

สถานการณ์ปัจจุบัน (Where are we now?)

ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก (The World Health Assembly) ปี พ.ศ. 2548 มีมติที่ 58.33 ว่า ประชาชนทุกคนควรจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ และไม่ควรจะประสบปัญหาความยากลำบากด้านการเงินในการจ่ายค่าบริการดังกล่าว เมื่อพิจารณาจากสองประเด็นนี้ โลกก็ยังคงห่างไกลอย่างมากจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในด้านความครอบคลุมบริการสุขภาพที่แตกต่างกันนั้น พบว่า บางประเทศ มีอัตราส่วนการให้กำเนิดบุตรโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความชำนาญเพียงร้อยละ 10 ในขณะที่อีกหลายประเทศ มีอัตราส่วนการตายของมารดาต่ำสุดไม่ว่าที่ได้ผู้หญิงที่ร่ำรวยจะได้รับบริการอย่างครบถ้วน ในขณะที่ผู้หญิงที่มีฐานะยากจนไม่ได้รับเลย ผู้หญิงที่ร่ำรวยที่มีประมาณร้อยละ 20 ของประชากรโลกทั้งหมด ให้กำเนิดบุตรโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความชำนาญมากกว่าผู้หญิงที่มีฐานะยากจนถึง 20 เท่า

การลดช่องว่างในการได้รับบริการระหว่างคนรวยกับคนจนในประเทศที่มีรายได้น้อย 49 ประเทศ น่าจะช่วยชีวิตผู้หญิงได้มากกว่า 7 แสนคนในช่วงเวลาตั้งแต่ปัจจุบันจนถึงปี พ.ศ.2558 (5) ในทำนองเดียวกัน เด็กที่เกิดในครอบครัวที่มีฐานะร่ำรวยจะมีชีวิตที่ยาวนานกว่าเด็กที่เกิดในครอบครัวที่มี

ฐานะยากจน การลดช่องว่างของการได้รับการดูแลสุขภาพสำหรับเด็กอายุต่ำกว่าห้าขวบ โดยการให้ภูมิคุ้มกันโรคแบบพื้นฐาน จะสามารถช่วยชีวิตเด็กได้มากกว่า 16 ล้านคน

อย่างไรก็ตาม รายได้ไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อความครอบคลุมบริการสุขภาพเท่านั้น ในบริบทต่างๆ เช่น กลุ่มผู้อพยพ ชนกลุ่มน้อยและชนพื้นเมือง บุคคลเหล่านี้ใช้บริการสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอื่น แม้ว่าความจำเป็นของพวกเขาอาจจะมีมากกว่าก็ตาม

ในทางตรงกันข้าม เมื่อประชาชนใช้บริการสุขภาพ พวกเขาก็มักจะต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายสูงๆ ซึ่งในบางครั้งถึงขั้นล้มละลาย

ในบางประเทศ มีประชาชนมากกว่าร้อยละ 11 ที่ประสบกับความยากลำบากทางการเงินอย่างรุนแรงในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในแต่ละปี และประชาชนประมาณร้อยละ 5 กลับกลายเป็นคนยากจน ทั่วทั้งโลกมีประชากรประมาณ 150 ล้านคนที่ประสบปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรงจนถึงขั้นล้มละลายในแต่ละปี และขณะเดียวกันมีประชากรประมาณ 100 ล้านคนกำลังถูกผลักดันให้ลงมือได้เส้นความยากจน

ผลกระทบทางการเงินอื่นๆ ซึ่งเกิดจากการเกิดเจ็บป่วย (มักจะเกิดกับผู้ดูแล) คือการสูญเสียรายได้ ในประเทศส่วนใหญ่ ญาติพี่น้องสามารถให้การสนับสนุนทางการเงินได้บ้างบางส่วนแก่สมาชิกในครอบครัวระหว่างการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม การมีครอบครัวขนาดเล็ก จำนวนสมาชิกน้อยก็จะทำให้การช่วยเหลือทางการเงินได้น้อยลง จากข้อมูลขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) ระบุว่า มีเพียงหนึ่งในห้าของประชากรโลกเท่านั้นที่มีระบบประกันสังคมคุ้มครอง ซึ่งจะรวมถึงการคุ้มครองการสูญเสียรายได้ระหว่างการเจ็บป่วย และมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรโลกที่ยังไม่มีการคุ้มครองด้านประกันสังคมใด ๆ มีเพียงร้อยละ 5-10 ของประชากรที่ได้รับความคุ้มครองในกลุ่มประเทศที่ตั้งอยู่ทางตอนใต้ของทะเลทรายซาฮาราในทวีปแอฟริกาและเอเชียใต้ ในขณะที่กลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางจะมีอัตราการครอบคลุมด้านประกันสังคมระหว่างร้อยละ 20-60

การคลังสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งในการผลักดันให้เกิดการคุ้มครองสังคมในด้านสุขภาพ องค์การอนามัยโลกเป็นผู้นำร่วมกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศและองค์การสหประชาชาติ (UN) ดำเนินโครงการช่วยเหลือประเทศต่าง ๆ ในการพัฒนาด้านการคุ้มครองสังคม (Social Protection Floor) อย่างรอบด้าน ซึ่งรวมถึงรูปแบบการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินที่กล่าวไว้ในรายงานฉบับนี้ และด้านอื่น ๆ ในการทดแทนรายได้ที่สูญเสียไป รวมไปถึงการสนับสนุนทางสังคมในกรณีที่มีความเจ็บป่วย (6)

การแก้ไขปัญห (How do we fix this?)

มีปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญอยู่ 3 ปัจจัย ที่เป็นอุปสรรคต่อทุกประเทศในการขับเคลื่อนให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประการแรกคือ ความพร้อมของทรัพยากร ประเทศใด ๆ ว่าจะร่ำรวยเพียงใด ไม่สามารถที่จะทำให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงทุก ๆ เทคโนโลยีด้านสุขภาพได้ในทันที ขณะที่เมื่อมองไปยังประเทศที่ยากจนที่สุด ยิ่งเห็นการบริการเพียงน้อยนิดที่ประชาชนทั้งประเทศจะได้รับ

อุปสรรคประการที่สองต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การพึ่งพิงระบบจ่ายตรง (Direct payment) ของผู้ให้บริการส่วนใหญ่เมื่อประชาชนต้องการการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมถึงการจ่ายค่ายาและค่าธรรมเนียมในการให้คำปรึกษาและการรักษาพยาบาล แม้ว่าประชาชนจะมีหลักประกันสุขภาพบางรูปแบบอยู่บ้าง แต่ก็ยังต้องจ่ายเงินในรูปแบบต่างๆ เช่น การร่วมจ่าย (Co-Payment) การประกันภัยร่วม (Co-Insurance) หรือการจ่ายค่าเสียหายส่วนแรก (Deductibles) เป็นต้น

เงื่อนไขที่ให้อย่างตรงเมื่อเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการจ่ายแบบทางการหรือไม่เป็นทางการ (จ่ายใต้โต๊ะ) จะทำให้ประชาชนหลายล้านคนไม่สามารถเข้าถึงบริการเมื่อมีความจำเป็นได้ ในส่วนที่เข้าถึงก็จะพบกับความทุกข์ยากทางการเงินอย่างรุนแรง กระทั่งทำให้ยากจนลงได้

ประการที่สาม ที่ขัดขวางทำให้การขับเคลื่อนไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าช้าลงก็คือ การบริหารทรัพยากรเป็นไปอย่างไม่เท่าเทียมและไม่เต็มประสิทธิภาพ ประเมินการอย่างต่ำๆได้ว่า ร้อยละ 20-40 ของทรัพยากรด้านสุขภาพกำลังสูญเสียไปโดยไร้ประโยชน์ ถัดจากการสูญเสียนี้ลงได้ จะเท่ากับเป็นการปรับปรุงระบบสุขภาพให้มีศักยภาพมากขึ้น ส่งผลให้บริการมีคุณภาพและสุขภาพที่ดีขึ้น ตัวอย่างของประสิทธิภาพที่ดีขึ้นจะช่วยให้กระทรวงสาธารณสุขขอเงินงบประมาณเพิ่มจากกระทรวงการคลังได้ง่ายขึ้น

เส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่เรื่องง่าย ทุกประเทศจะต้องเพิ่มเงินทุนให้เพียงพอ ลดการพึ่งพิงระบบจ่ายตรง และพัฒนาเรื่องประสิทธิภาพและความเท่าเทียม ซึ่งประเด็นเหล่านี้จะอธิบายในหัวข้อถัดไป

ประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ปานกลางจำนวนมากได้แสดงให้เห็นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาว่า การขับเคลื่อนเข้าใกล้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้เป็นสิทธิพิเศษของประเทศที่มีรายได้สูงเท่านั้น ตัวอย่างเช่น ประเทศบราซิล, ประเทศชิลี, ประเทศจีน, ประเทศเม็กซิโก, ประเทศรวันดา, และประเทศไทย เมื่อเร็ว ๆ นี้ได้มีความก้าวหน้าอย่างมากในการจัดการกับปัญหาทั้งสามปัญหาที่อธิบายไว้ข้างต้น ประเทศกานบอง ได้ใช้วิธีใหม่ในการเพิ่มทุนด้านสุขภาพ ได้แก่ การจัดเก็บภาษีจากการใช้โทรศัพท์มือถือ ประเทศกัมพูชาได้เปิดตัวเงินกองทุนเพื่อความเท่าเทียมด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเงินทุนที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยของคนยากจน และประเทศเลบานอนมีการปรับปรุงประสิทธิภาพและพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ในขณะเดียวกัน เป็นที่ชัดเจนแล้วว่า ทุกประเทศสามารถดำเนินการได้อย่างน้อยหนึ่งในสามของหลักการสำคัญ แม้แต่ประเทศที่มีรายได้สูงก็ได้เริ่มตระหนักแล้วว่า จะต้องทำการประเมินผลอย่างต่อเนื่องว่าจะก้าวไปในทิศทางใดเมื่อต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายและความคาดหวังของประชาชนที่เพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น ประเทศเยอรมนีได้ตระหนักว่าการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ จะทำให้ค่าจ้างและเงินเดือนของผู้มีรายได้ลดลงเนื่องมาจากสัดส่วนของประชากรในประเทศเปลี่ยนไป ส่งผลให้เงินสบทบเข้าระบบประกันสุขภาพที่มาจากเงินค่าจ้างลดน้อยลง เป็นผลให้รัฐบาลต้องมีการอัดฉีดเงินรายได้ทั่วไปเพิ่มเติมเข้าไปในระบบสูงขึ้น

การเพิ่มทรัพยากรเพื่อสุขภาพให้เพียงพอ (Raising sufficient resources for health)

ถึงแม้ว่า การสนับสนุนทางการเงินจากภายในประเทศเป็นแหล่งสำคัญอย่างยิ่งต่อความยั่งยืนของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็เป็นเรื่องยากที่จะหวังให้ประเทศที่มีรายได้ต่ำส่วนใหญ่สามารถบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในระยะเวลาอันสั้นโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือใด ๆ ดังนั้น องค์การระหว่างประเทศจึงจำเป็นต้องสนับสนุนด้านการเงินแก่ประเทศยากจนที่มีความพยายาม เพื่อขยายการเข้าถึงบริการให้เร็วขึ้น

เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว สิ่งสำคัญคือต้องรู้ต้นทุนค่าใช้จ่ายที่น่าจะเป็นด้วยการประมาณการล่าสุดของเงินที่จำเป็นในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของเป้าหมายการพัฒนาที่สหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) และเพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่จำเป็นรวมถึงโรคที่ไม่ติดต่อในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ 49 ประเทศ มีการประมาณการว่า ในปี พ.ศ.2558 โดยเฉลี่ยประเทศเหล่านี้จะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 60 เหรียญสหรัฐต่อหัว ซึ่ง ณ ปี พ.ศ.2553 มีค่าใช้จ่ายประมาณ 32 เหรียญสหรัฐต่อหัว ทั้งนี้ ในภาพของปี พ.ศ.2558 ได้เน้นรวมถึงต้นทุนการขยายระบบสุขภาพเพื่อให้สามารถจัดบริการเฉพาะทางที่จำเป็นได้ด้วย

ดังนั้น ก้าวแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ ทำให้ประเทศที่ยากจนเหล่านี้มีเงินทุน และเงินทุนดังกล่าวสามารถเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปีต่อไปเพื่อรองรับการขยายตัว

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน ประเทศที่ใช้จ่ายด้านสุขภาพมากกว่าที่ประมาณการขั้นต่ำไว้ก็ยังไม่สามารถคลี่คลายปัญหาได้ การทำให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่สหัสวรรษ และการทำให้เข้าถึงบริการที่จำเป็นที่เน้นในโรคไม่ติดต่อนั้นอยู่ในขั้นเริ่มต้นเท่านั้น เมื่อระบบได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้นแล้ว ผลที่ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ก็คือ ความต้องการบริการสุขภาพด้านอื่น ๆ รวมถึงคุณภาพบริการย่อมเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกัน การป้องกันความเสี่ยงทางการเงินของบุคคลย่อมสูงขึ้นด้วย ประเทศที่มีรายได้สูงจะแสวงหาเงินทุนอย่างต่อเนื่อง

เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังจากประชาชนที่สูงขึ้น และเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับเทคโนโลยีและทางเลือกต่าง ๆ เพื่อสุขภาพที่ขยายตัวอย่างรวดเร็ว

ทุกประเทศมีขอบเขตในการเพิ่มเงินทุนสำหรับระบบสุขภาพภายในประเทศของตนด้วยความเห็นชอบทั้งจากรัฐบาลและประชาชน มี 3 วิธีการใหญ่ ๆ ในการเพิ่มเงินทุนเพื่อการนี้ บวกกับวิธีการที่ 4 ที่เป็นตัวช่วยและทำให้การเพิ่มทุนเพื่อสุขภาพมีประสิทธิภาพดีขึ้น ดังนี้

1 เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดเก็บเงินรายได้ของประเทศ

(Increase the efficiency of revenue collection)

แม้แต่ประเทศที่มีรายได้สูง การหลีกเลี่ยงการจ่ายภาษีและการจัดเก็บภาษีหรือค่าธรรมเนียมประกันที่ไม่มีประสิทธิภาพยังคงเป็นปัญหาใหญ่ มีรายงานว่า ยังคงมีความยากลำบากในการจัดเก็บภาษีและเงินสมทบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในประเทศที่มีภาคเศรษฐกิจนอกระบบ (Informal sector) ขนาดใหญ่ หากมีการปรับปรุงประสิทธิภาพในการจัดเก็บเงินรายได้ให้เพิ่มมากขึ้นได้ จะทำให้มีเงินทุนมากขึ้นและสามารถนำเงินไปใช้ในการจัดบริการหรือซื้อบริการให้แก่ประชาชนได้ ประเทศอินโดนีเซียได้ปรับปรุงระบบภาษีใหม่ทั้งระบบ ทำให้รัฐมีเงินมากขึ้นในการพัฒนาประเทศโดยรวมและโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสุขภาพ

2 จัดลำดับความสำคัญในงบประมาณของรัฐเสียใหม่

(Reprioritize government budgets)

รัฐบาลบางประเทศให้ความสำคัญต่อการจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพค่อนข้างน้อย ตัวอย่างเช่น มีประเทศในทวีปแอฟริกาเพียงส่วนน้อยที่บรรลุเป้าหมายตามข้อตกลงในการประชุมของผู้นำประเทศตามปฏิญญาอาบูจา ปี พ.ศ. 2544 (Abuja Declaration) ซึ่งเห็นพ้องกันที่จะจัดสรรร้อยละ 15 ของเงินงบประมาณให้กับระบบสุขภาพ และพบว่าไม่ถึง 19 ประเทศในภูมิภาคนี้ที่ลงนามในปฏิญญาได้จัดสรรเงินงบประมาณน้อยกว่าที่พวกเขาได้ทำข้อตกลงไว้ ในปี พ.ศ. 2544 อย่างไรก็ตาม ประเทศสหสาธารณรัฐแทนซาเนียได้จัดสรร

เงินร้อยละ 18.4 ให้กับระบบสุขภาพของประเทศ และประเทศโลปีเรียจัดสรรร้อยละ 16.6 (ตัวเลขนี้ได้รวมถึงการสมทบจากองค์กรภายนอกโดยผ่านรัฐบาล ซึ่งเป็นการยากที่จะแยกออกจากกัน) ในภาพรวม กลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ 49 ประเทศ จะต้องเพิ่มเงินด้านสุขภาพอีก 15 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปีจากแหล่งเงินภายในประเทศเพื่อให้สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาลเป็นร้อยละ 15 ของเงินงบประมาณทั้งหมด

3 บริหารการคลังแบบใหม่ (Innovative financing)

ความสนใจในปัจจุบันส่วนใหญ่มุ่งไปที่การช่วยเหลือประเทศที่ร่ำรวยระดมเงินเพื่อสุขภาพของคนยากจนในประเทศ หน่วยเฉพาะกิจด้านนวัตกรรม การคลังเพื่อสุขภาพระดับนานาชาติมีการดำเนินการหลายอย่าง อาทิ การเพิ่มภาษีตัวเครื่องบิน ภาษีแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ และภาษียาสูบ เพื่อให้สามารถเพิ่มเงินได้ถึง 10 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปีสำหรับสุขภาพของโลก ทุกประเทศไม่ว่าจะเป็นประเทศที่มีรายได้สูง ปานกลาง หรือมีรายได้ต่ำ ควรพิจารณากลไกเหล่านี้สำหรับการเพิ่มเงินทุนในประเทศ ในบางประเทศการจัดเก็บค่าธรรมเนียมหรือภาษีจากธุรกรรมแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศทำให้สามารถเพิ่มเงินทุนได้จำนวนมาก ตัวอย่างเช่น ในประเทศอินเดียมีตลาดแลกเปลี่ยนเงินตราที่สำคัญ โดยมีมูลค่าการซื้อขายถึงวันละ 34 พันล้านเหรียญสหรัฐ การเก็บภาษีจากการซื้อขายเงินตราต่างประเทศร้อยละ 0.005 จะทำให้อินเดียมีรายได้ประมาณ 370 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี อีกทางเลือกหนึ่งคือการออกพันธบัตรสำหรับแรงงานโพ้นทะเล (ซึ่งจะขายให้แก่ผู้ที่โอนสัญชาติ) และการจัดเก็บภาษีสินค้าและบริการบางประเภท เช่น การใช้โทรศัพท์มือถือ การเก็บภาษีทุกประเภทมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและจะถูกคัดค้านโดยผู้เสียผลประโยชน์ รัฐบาลจำเป็นต้องดำเนินการให้เหมาะสมที่สุดและดีที่สุดกับสภาพเศรษฐกิจของแต่ละประเทศและต้องได้รับการสนับสนุนทางการเมืองในทางกลับกัน การเพิ่มภาษีสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ภาษีสรรพสามิตยาสูบ จะได้ประโยชน์เป็นสองเท่า คือได้เงินทุนเพิ่มและทำให้ประชาชนบริโภคสินค้าอันตรายต่อสุขภาพนี้ลดลง การเก็บภาษีสรรพสามิตยาสูบเพิ่มขึ้น

ร้อยละ 50 จะทำให้ได้เงินทุนเพิ่มขึ้นอีก 1.42 พันล้านเหรียญสหรัฐสำหรับ 22 ประเทศรายได้ต่ำที่มีข้อมูล ถ้าเงินจำนวนนี้ทั้งหมดถูกจัดสรรไปสู่ระบบสุขภาพจะทำให้หลายประเทศมีเงินใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 25 กระทั่งสูงสุดเพิ่มถึงร้อยละ 50 การเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของราคาขายปลีก ร้อยละ 40 ก็ทำให้เกิดผลกระทบอย่างมากเช่นกัน จากการประมาณการในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ 12 ประเทศที่มีข้อมูล ได้แสดงให้เห็นว่า การบริโภคจะลดลงมากกว่าร้อยละ 10 ในขณะที่เก็บภาษีเงินรายได้เพิ่มขึ้นมากกว่าสามเท่า ถึงระดับที่มีมูลค่าเท่ากับร้อยละ 38 ของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศเหล่านั้น ศักยภาพในการจัดเก็บภาษียาสูบและสุราเพิ่มขึ้นยังคงมีอยู่ในหลายประเทศ แม้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของเงินที่ได้จัดสรรให้กับระบบสุขภาพ แต่ก็ช่วยหนุนเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างมาก นอกจากนี้ ในบางประเทศยังมีการพิจารณาภาษีสินค้าที่เป็นอันตรายอื่น ๆ อีก เช่น เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูงและอาหารที่มีเกลือหรือไขมันดัดแปลงสูง (7, 8)

4 ความช่วยเหลือในการพัฒนาด้านสุขภาพ

(Development assistance for health)

ในขณะที่ทุกประเทศทั้งร่ำรวยและยากจน สามารถเพิ่มเงินทุนด้านสุขภาพ หรือสามารถสรรหาแหล่งเงินทุนได้นั้น มีเพียง 8 ประเทศ จาก 49 ของประเทศ รายได้น้อยดังกล่าวนี่ที่มีโอกาสเพิ่มเงินทุนจากภายในประเทศเพียงลำพังอย่าง เดียว เพื่อบรรลุเป้าหมายสหัสวรรษภายในปี พ.ศ.2558 ดังนั้น การร่วมมือกันทั่วโลกจึงมีความจำเป็น ความขาดแคลนเงินทุนของประเทศรายได้น้อย เหล่านี้ทำให้ประเทศที่มีรายได้สูงต้องเข้ามาให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนา อย่างเป็นทางการ (official development assistance: ODA) และต้องใช้ ความพยายามอย่างยิ่งยวดเพื่อให้ความช่วยเหลือนั้นมีประสิทธิภาพ ขณะที่การ ระดมทุนแบบใหม่ ๆ สามารถหนุนเสริมความช่วยเหลืออย่างเป็นทางการแบบ เดิม (traditional ODA) ถ้าประเทศต่าง ๆ ยึดถือค่านิยมสัญญาระหว่างประเทศ ไว้ได้ เงินทุนภายนอกเพื่อสุขภาพสำหรับประเทศที่มีรายได้น้อยจะเพิ่มขึ้นได้ มากกว่าสองเท่าในช่วงห้ามติดิน และความขาดแคลนทุนที่จะทำให้ประเทศนั้น สามารถบรรลุเป้าหมายสหัสวรรษได้ก็จะถูกกำจัดให้หมดไปอย่างแท้จริง

การขจัดความเสี่ยงทางการเงิน และอุปสรรคในการเข้าถึง (Removing financial risks and barriers to access)

ขณะที่การมีเงินทุนอย่างเพียงพอเป็นสิ่งสำคัญ แต่การก้าวเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นไปได้ยากถ้าประชาชนยังต้องประสบกับความทุกข์ยากทางการเงินหรือมีอุปสรรคในการเข้าใช้บริการ เนื่องจากจะต้องชำระเงิน ณ จุดที่ให้บริการนั้น เหตุการณ์เช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยต้องแบกรับความเสี่ยงทางการเงินอันเนื่องมาจากค่ารักษาพยาบาล พวกเขาต้องตัดสินใจว่าจะมีกำลังจ่ายค่ารักษานั้นได้หรือไม่ และบ่อยครั้งที่พวกเขาจะต้องตัดสินใจว่าจะเลือกจ่ายอะไรระหว่างค่าบริการด้านสุขภาพกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็นอื่น ๆ เช่น ค่าอาหารหรือค่าศึกษาเล่าเรียนของเด็ก

เมื่อมีการเก็บค่าบริการ ทุกคนจะต้องจ่ายในอัตราเดียวกัน ไม่ว่าจะมีความสามารถหรือฐานะอย่างไร ระบบเช่นนี้ทำให้ไม่สามารถกระจายค่าใช้จ่ายไปตลอดช่วงวงจรชีวิตได้ (ซึ่งหมายถึงเมื่ออายุน้อยและมีสุขภาพดีมักมีหน้าที่จ่ายค่าบริการ แต่เมื่ออายุมากขึ้น ย่อมมีโอกาสเจ็บป่วยมากขึ้น และแน่นอนว่าย่อมต้องพึ่งพิงเงินจากกองทุน) ผลที่ตามมาก็คือ จะมีความเสี่ยงสูงต่อภาวะล้มละลายและความยากจน การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศจึงเป็นไปได้

เกือบจะทุกประเทศมีการกำหนดรูปแบบการจ่ายตรง (Direct Payment) บางครั้งก็เรียกว่า การมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่าย (Cost Sharing) แม้จะพบว่าโดยวิธีนี้ ประเทศที่ยั่งยืน ประชาชนก็ยังคงจ่ายสูงขึ้นเป็นเงาตามตัวด้วย ตัวอย่างแย่ที่สุดที่พบใน 33 ประเทศที่ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำก็คือ ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเอง (out of pocket) มากกว่าร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขทั้งหมดในปี พ.ศ. 2550

มีวิธีการเดียวที่จะลดรูปแบบการจ่ายตรงได้ คือ รัฐบาลต้องส่งเสริมการรวมความเสี่ยง (Risk Pooling) และใช้วิธีการจ่ายเงินล่วงหน้า (Prepayment Approach) ซึ่งประเทศที่ใกล้จะบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่วนใหญ่จะเลือกแนวทางนี้ เมื่อประชาชนได้เข้าระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าและกลไกของการรวมทุน จะทำให้เป้าหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความเป็นไปได้มากขึ้น ใช้หลักการจ่ายเงินล่วงหน้าเพื่อประกันการเจ็บป่วยและรวมเงินนั้นด้วยวิธีการใดก็ตาม จากนั้นนำเงินนั้นมาจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับทุกคนที่ควรได้รับการคุ้มครอง ได้แก่ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยและผู้พิการ และ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพสำหรับทุกคน

เมื่อใดที่การจ่ายตรงตกอยู่ในช่วงร้อยละ 15-20 ของค่าใช้จ่ายโดยรวมด้านสุขภาพ เมื่อนั้นโอกาสเกิดความยากจนหรือล้มละลายทางการเงินก็จะมีน้อยลง ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ยาก ประเทศที่ร่ำรวยอาจบรรลุได้ แต่บางประเทศอาจต้องการกำหนดเป้าหมายระยะสั้นให้ยากน้อยลง ตัวอย่างเช่น เมื่อเร็ว ๆ นี้ ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกได้กำหนดเป้าหมายการจ่ายตรงของกลุ่มไว้ระหว่างร้อยละ 30 - 40

เงินทุนอาจมาจากแหล่งต่างๆ เช่น ภาษีรายได้และค่าจ้าง ภาษีมูลค่าเพิ่ม (value-added taxes: VAT) หรือภาษีสรรพสามิต เช่น ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ/หรือเบี้ยประกัน ประเด็นแหล่งที่มาของแหล่งทุนดังกล่าวอาจสำคัญน้อยกว่าประเด็นการพัฒนานโยบายในการบริหารระบบการจ่ายเงินล่วงหน้า (prepayment systems) เช่น การจ่ายเงินล่วงหน้านี้ควรจะเป็นภาคบังคับหรือไม่? ใครควรจ่าย? จ่ายเท่าใด? และจ่ายเมื่อใด? อะไรจะเกิดขึ้นกับคนที่ไม่สามารถจ่ายได้? นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาตัดสินใจเรื่องวิธีการรวมเงินเข้ากองกลาง เช่น เงินกองทุนควรถูกเก็บรวบรวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของรายได้รวมของรัฐบาลหรือไม่? หรือจะเก็บไว้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพ กองทุนหนึ่งกองทุนใดหรือมากกว่าหนึ่งกองทุน? กองทุนเหล่านี้ควรจะเป็นกองทุนสังคม กองทุนเอกชน กองทุนชุมชนหรือกองทุนย่อยขนาดเล็ก?

จากประสบการณ์ของประเทศพบว่า มี 3 บทเรียนที่ต้องพิจารณาในการกำหนดนโยบายต่าง ๆ ดังกล่าว

ประการแรก คือ เกือบทุกประเทศมีสัดส่วนของประชากรที่มีฐานะยากจนเกินกว่าที่จะจ่ายภาษีรายได้หรือเบี้ยประกัน ประชากรเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการอุดหนุนจากกองทุนรวม (Pooled Funds) ซึ่งโดยทั่วไปมาจากรายได้ของรัฐบาล ความช่วยเหลือดังกล่าวอาจใช้รูปแบบการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่รัฐลงทุนโดยตรงหรือผ่านการอุดหนุนเบี้ยประกันของประชาชน พบว่าประเทศที่ประชากรทั้งหมดเข้าถึงชุดบริการได้มักจะมีกองทุนรวมระดับสูง นั่นคือ ร้อยละ 5-6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP)

ประการที่สอง คือ การจ่ายเงินสบทบ จำเป็นต้องเป็นภาคบังคับ ไม่เช่นนั้น คนรวยและคนที่มีสุขภาพดีมักเลือกที่จะไม่จ่ายเงิน ซึ่งจะทำให้เงินทุนมีไม่เพียงพอที่จะให้บริการคนยากจนและคนป่วยที่จำเป็น ในขณะที่ระบบการประกันโดยสมัครใจ สามารถระดมทุนได้บ้างสำหรับกรณีที่ไม่มีการจ่ายเงินล่วงหน้าและไม่มีการรวมเงินเข้ากองกลางและยังช่วยให้ประชาชนคุ้นเคยกับผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการประกันด้วย ระบบการประกันโดยสมัครใจจะมีขีดจำกัดที่ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ที่ยากจนเกินกว่าที่จะจ่ายเบี้ยประกันได้ แผนระยะยาวสำหรับการขยายการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมตัวกันของชุมชนและประกันขนาดเล็ก (micro-insurance) เพื่อให้เป็นแหล่งเงินทุนที่กว้างขึ้นเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องจัดทำขึ้น

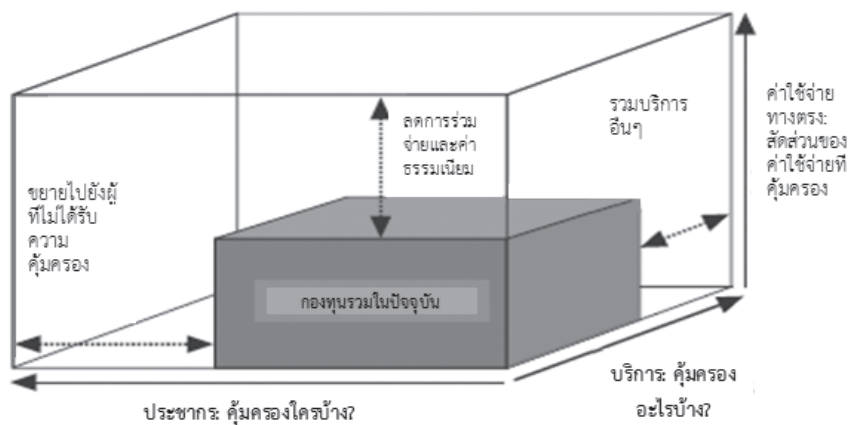
ประการที่สาม คือ เงินกองกลางที่ใช้คุ้มครองได้เฉพาะประชาชนจำนวนน้อยจะไม่สามารถยั่งยืนได้ในระยะยาว เนื่องจากจะหมดไปกับการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพียงไม่กี่ราย การมีหลายกองทุนและแต่ละกองทุนบริหารจัดการเองมักไร้ประสิทธิภาพและยากต่อการทำให้เสมอภาคกัน โดยปกติแล้ว ผู้ที่อยู่ในกองทุนที่มีฐานะดีกว่ามักจะไม่ต้องการให้ใช้เงินของตนอุดหนุนข้ามระบบไปช่วยคนที่ยากจนกว่าหรือมีสุขภาพแย่กว่า

การอุดหนุนข้ามระบบ จะมีความเป็นไปได้ในกรณีที่มีเงินหลายกองทุนแต่ต้องอาศัยเจตจำนงทางการเมืองและความสามารถในการเชิงวิชาการและการบริหารจัดการ ตัวอย่างเช่น ในประเทศเนเธอร์แลนด์และสวิตเซอร์แลนด์ เงินกองทุนจะถูกโอนระหว่างระบบประกันของผู้เอาประกันที่มีความจำเป็นด้าน

สุขภาพไม่มากนัก (และมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า) กับกลุ่มผู้เอาประกันที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งมีความต้องการบริการมากกว่า

แม้จะมีงบประมาณที่ได้มาจากการจ่ายล่วงหน้าและรวมเงินเข้ากองกลางแล้ว แต่ก็ยังต้องพิจารณาแลกเปลี่ยนกันระหว่าง 3 สิ่ง คือ 1.สัดส่วนของประชากรที่จะให้ความคุ้มครอง 2.ขอบเขตของบริการสุขภาพที่จะจัดให้ และ 3.สัดส่วนของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่จะใช้ (ตามภาพที่ 1) ป้ายข้อความบนกล่องเขียนว่า “เงินกองกลางในปัจจุบัน” แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศสมมุติซึ่งประชากรประมาณครึ่งหนึ่งได้รับบริการประมาณครึ่งหนึ่งของบริการที่ควรจะได้รับ แต่ค่าใช้จ่ายที่ได้จากกองกลางน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายสำหรับการให้บริการที่ควร เพื่อที่จะบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศนี้จะต้องขยายความครอบคลุมประชาชนให้มากขึ้น ให้บริการมากขึ้น และ/หรือจ่ายในส่วนของค่าใช้จ่ายให้มากขึ้น

ภาพที่ 1 ภาพ 3 มิติที่ต้องพิจารณาในการขับเคลื่อนเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ประเทศที่มีกลไกการคุ้มครองสุขภาพทางสังคมมายาวนาน เช่น ในยุโรป หรือประเทศญี่ปุ่นนั้น กล่องเงินกองกลางในปัจจุบันโตเกือบเต็มพื้นที่ว่างแล้ว แต่ไม่มีประเทศรายได้สูงประเทศใดเลยที่กล่าวพูดว่าตนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างแท้จริงโดยครอบคลุมประชาชนได้เต็มร้อย ครอบคลุมบริการได้เต็มร้อย และครอบคลุมค่าใช้จ่ายได้เต็มร้อยอีกเช่นกันโดยไม่มีคิวรอรับบริการ แต่ละประเทศขยายปริมาณของกล่องตามวิถีทางของตนเอง โดยต้องแลกกันระหว่างสัดส่วนของการบริการและสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่มาจากเงินกองกลาง

อย่างไรก็ตาม ประชากรทั้งหมดในประเทศเหล่านี้ (ประเทศที่มีกลไกคุ้มครองสุขภาพทางสังคมระยะยาว) มีสิทธิในชุดสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ (การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ) โดยแท้จริงแล้ว ทุกคนได้รับการปกป้องจากความเสี่ยงทางการเงินขั้นรุนแรงเนื่องจากมีกลไกการระดมเงินทุนที่ยึดหลักการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมเงินเข้ากองกลาง หลักการพื้นฐานจะเหมือนกัน ต่างกันที่ความจำเพาะต่าง ๆ เช่น ความคาดหวังของประชากรและผู้ให้บริการสุขภาพ สภาพแวดล้อมทางการเมือง และความพร้อมของเงินทุน

ประเทศต่าง ๆ จะใช้วิถีทางที่แตกต่างกันในการขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นอยู่กับสถานที่ตั้งและวิธีการเริ่มต้นของแต่ละประเทศ ซึ่งแต่ละประเทศจะเลือกดำเนินการแตกต่างกันใน 3 แกนที่ระบุไว้ในภาพที่ 1 ตัวอย่างเช่น ให้บริการเกือบทุกประเภทยกเว้นไว้เพียงบางประเภท ให้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ทุกคนอย่างรวดเร็วซึ่งถือเป็นความสำคัญอันดับแรกที่จะดำเนินการให้มีการครอบคลุมบริการสุขภาพทุกคนขึ้น ไม่ว่าร่ำรวยหรือยากจน แม้ว่ารายการที่ให้บริการและสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่ได้จากเงินกองกลางจะค่อนข้างน้อยก็ตาม ในขณะที่ยึดระบบแบบฐานกว้างที่มีการยกเว้นบางบริการออกไป ประเทศนั้นอาจเริ่มวางเป้าหมายที่ละเอียด โดยจำแนกแยกแยะสิ่งที่ยกเว้นไว้และค่อย ๆ ก้าวจนกว่าจะครอบคลุมบริการได้หมด ในกรณีเช่นนี้ ประเทศต่าง ๆ ก็จะสามารถครอบคลุมบริการได้มากขึ้นสำหรับคนยากจนและ/หรือครอบคลุมสัดส่วนค่าใช้จ่ายมากขึ้นด้วย

สุดท้ายนี้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งหมายให้ครอบคลุมประชากรได้ร้อยละ 100 ของประชากรทั้งหมด การวางแผนเพื่อการนี้จะต้องมีการพัฒนาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น แม้ว่าจะไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ในทันทีทันใดก็ตาม

อุปสรรคอื่นๆต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุข [Other barriers to accessing health services]

ยังไม่สามารถรับประกันได้ว่า การกำจัดอุปสรรคทางการเงินที่แฝงอยู่ในระบบการจ่ายตรง จะสามารถช่วยให้คนยากจนได้รับการดูแล เมื่อเร็ว ๆ นี้มีการศึกษาว่า ทำไมผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงไม่เข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางและการสูญเสียรายได้ของผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษากลายเป็นสาเหตุสำคัญกว่าค่ารักษาพยาบาลเสียอีก นอกจากนั้น ถ้าไม่จัดบริการให้อย่างทั่วถึงหรือไม่มีบริการที่ใกล้บ้าน/ที่ทำงาน ประชาชนก็จะไม่สามารถใช้บริการได้ แม้ว่าจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายก็ตาม

หลายประเทศได้หาวิธีการที่จะเอาชนะอุปสรรคเหล่านี้ เช่น การให้เงินสดหากประชาชนทำอะไรบางอย่างเพื่อพัฒนาสุขภาพตนเอง (โดยมาก มักจะเกี่ยวกับการป้องกันโรค) ซึ่งจะทำให้สามารถไปใช้บริการได้ในบางกรณีได้เพิ่มขึ้น รวมถึงทางเลือกอื่นๆเช่น บัตรกำนัลและการคืนเงินให้สำหรับค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย และรูปแบบสินเชื่อชุมชน (microcredit schemes) ที่อนุญาตให้สมาชิกครอบครัวที่ยากจน (มักจะเป็นผู้หญิง) ได้มีโอกาสมีรายได้และนำมาใช้จ่ายได้หลายด้าน รวมทั้งการได้รับการบริการสาธารณสุขด้วย

การส่งเสริมประสิทธิภาพ และการขจัดความสูญเสีย (Promoting efficiency and eliminating waste)

เงินที่เพียงพอสำหรับสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น แต่การมีเงินอย่างเดียวไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ไม่ว่าจะเป็นพยายามขจัดอุปสรรคทางการเงินด้วยการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมเงินกองกลางแล้วก็ตาม สิ่งจำเป็นประการสุดท้ายที่ต้องคำนึงถึงก็คือ การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

ทุกประเทศต่างก็มีโอกาสที่จะทำให้ได้ผลลัพธ์มากขึ้นจากการใช้ทรัพยากรเท่าที่มี ยังมีการใช้ยาราคาแพงทั้งๆที่มียาราคาถูกกว่าแต่มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกันให้เลือกใช้ ในหลายระดับ มีการใช้ยาปฏิชีวนะและยาฉีดเกินความจำเป็น ยังมีสภาพการเก็บรักษายาที่ไม่เหมาะสมและเกิดการสูญเสียยา รวมถึงความหลากหลายในด้านราคาที่สูงขึ้นอยู่กับการต่อรองระหว่างผู้จัดทำกับผู้แทนจำหน่าย การลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นเกี่ยวกับยาและใช้ยาอย่างเหมาะสมให้มากขึ้น รวมทั้งปรับปรุงการควบคุมคุณภาพ มาตรการเหล่านี้จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้ถึงร้อยละ 5

3 สาเหตุของความไร้ประสิทธิภาพในเรื่องยาที่พบบ่อยที่สุดได้ระบุไว้ในรายงานฉบับนี้แล้ว ส่วนวิธีการแก้ไข 6 ประการได้แก่

- เลือกเทคโนโลยีและบริการสุขภาพที่ได้ประโยชน์สูงสุด
- สร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรด้านสุขภาพ
- ปรับปรุงประสิทธิภาพโรงพยาบาล
- ดูแลอย่างถูกต้องตั้งแต่ต้นโดยลดข้อผิดพลาดทางการแพทย์
- กำจัดความสิ้นเปลืองและการทุจริต
- ประเมินอย่างจริงจังว่าบริการใดที่มีความจำเป็น

ประมาณการอย่างต่ำสุดได้ว่า ทรัพยากรประมาณร้อยละ 20-40 ถูกใช้ไปอย่างไร้ประโยชน์ ดังนั้น จะต้องมีการควบคุมทิศทางการใช้ทรัพยากรดังกล่าวเสียใหม่ เพื่อให้มุ่งสู่การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้

ทุกประเทศ ไม่ว่าประเทศนั้นจะมีระดับรายได้เป็นอย่างไรก็สามารถเริ่มต้นลดความไร้ประสิทธิภาพได้ ทั้งนี้อาจเริ่มจากการประเมินธรรมชาติและสาเหตุของการขาดประสิทธิภาพโดยใช้การวิเคราะห์ที่แสดงไว้ในรายงานนี้ บางครั้งความไร้ประสิทธิภาพอาจเกิดจากการใช้จ่ายเงินอย่างไม่มีประสิทธิภาพมากกว่าเกิดจากการใช้เงินมากเกินไป ตัวอย่างเช่น เงินเดือนต่ำส่งผลให้บุคลากรด้านสุขภาพต้องทำงานเสริม ทำให้ผลงานหลักด้อยลง ดังนั้น จึงต้องประเมินค่าใช้จ่ายและผลกระทบของวิธีการแก้ปัญหาต่างๆ

แม้สิ่งจูงใจสำหรับการเพิ่มประสิทธิภาพจะสามารถสร้างขึ้นได้จากการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ แต่วิธีการจ่ายตามการบริการ (Fee-for-service) ก็จูงใจให้มีการบริการมากเกินไปจนความจำเป็น (over-servicing) แก่ผู้ที่สามารถจ่ายเงินได้หรือกองทุนสามารถจ่ายได้ ขณะเดียวกันก็ให้บริการต่ำกว่าความจำเป็น (undeserving) แก่ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายเงินได้

ที่ผ่านมา ได้มีการทดลองในหลายทางเลือก ทุกทางเลือกมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ส่วนใหญ่จะใช้ระบบจ่ายตามการบริการซึ่งรัฐบาลและบริษัทประกันต้องเข้าไปควบคุม เพื่อลดการให้บริการเกินความจำเป็น ซึ่งการควบคุมเหล่านี้อาจมีค่าใช้จ่ายสูงในการดำเนินการ รวมทั้งต้องใช้ความสามารถของบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐานในการวัดและตรวจสอบการให้บริการ (ที่เกินความจำเป็น)

สำหรับการบริหารจัดการแบบอื่น คือการใช้วิธีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) แทนระบบจ่ายตามการบริการสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ หรือการจ่ายเงินต่อราย (case-based payment) เช่น กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis-related groups) ในระดับโรงพยาบาล การเหมาจ่ายรายหัวเป็นการจ่ายเงินเหมารวมแบบคงที่ต่อคนที่ลงทะเบียนไว้กับผู้ให้บริการหรือหน่วยบริการในแต่ละช่วงเวลาโดยไม่คำนึงถึงการให้บริการ การจ่ายต่อรายจะเป็นการเหมาจ่ายคงที่ต่อราย โดยไม่คำนึงถึงความยากลำบากหรือระยะเวลาในการรักษาของโรงพยาบาล

ทั้งสองวิธีข้างต้นสามารถลดแรงจูงใจในการให้บริการเกินความจำเป็นได้ อย่างไรก็ตาม มีการถกเถียงกันในเรื่องการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (เช่น การจ่ายตามอัตรามาตรฐานสำหรับหัตถการต่าง ๆ โดยไม่คำนึงถึงระยะเวลาที่ผู้ป่วยพักอยู่ในโรงพยาบาล) อาจทำให้โรงพยาบาลจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลก่อนเวลาอันควร และในไม่ช้าก็รับผู้ป่วยกลับเข้ามาับการรักษาใหม่ (re-admit) ทำให้เกิดการจ่ายเงิน 2 ครั้งแทนการจ่ายเงินเพียงครั้งเดียว

การจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและเคยได้รับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมาบ้างแล้ว รวมถึงบางประเทศได้มีการพัฒนาเป็นระบบการจ่ายเงินแบบผสมผสาน (ใช้หลายระบบในการจ่ายเงิน) โดยเชื่อว่าจะมีประสิทธิภาพมากกว่าการจ่ายเงินด้วยวิธีการเดียว

เป็นไปได้ที่จะหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในการจัดซื้อบริการซึ่งมักจะเรียกว่า เป็นการซื้อแบบมีกลยุทธ์ (strategic purchasing) ระบบดั้งเดิมจะเป็นการเรียกเก็บค่าบริการของหน่วยบริการ (และรัฐบาลแห่งชาติจะจัดสรรเงินงบประมาณไปสู่หน่วยงานบริหารระดับต่าง ๆ ตามจำนวนเงินที่ได้รับในปีที่ผ่านมา) วิธีนี้เรียกว่าการซื้อแบบตั้งรับ (passive purchasing) วิธีซื้อที่เป็นเชิงรุกมากกว่าจะสามารถปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพได้ด้วยการถามถึงความจำเป็นด้านสุขภาพของประชากร เช่น บริการใดที่เหมาะสมที่สุดต่อความต้องการและความคาดหวังด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ ส่วนผสมที่ลงตัวระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพคืออย่างไร ใครควรจะเป็นผู้ซื้อบริการและใครควรจะเป็นผู้จัดบริการ และด้วยวิธีการอย่างไร

การซื้อแบบมีกลยุทธ์ไม่ใช่แค่การกำหนดทางเลือกง่าย ๆ ระหว่างการซื้อแบบตั้งรับหรือการซื้อแบบเชิงรุกเท่านั้น ประเทศต่าง ๆ จะเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าประเทศของตนสามารถดำเนินการได้ด้วยกลยุทธ์ใดโดยคำนึงถึงความสามารถในการจัดเก็บ การตรวจสอบและการแปลผลข้อมูลที่เป็นจริง รวมถึงคำนึงถึงความสามารถในการบังคับใช้มาตรฐานคุณภาพและประสิทธิภาพอีกด้วย การซื้อแบบตั้งรับทำให้ไม่มีประสิทธิภาพ ประเทศที่ใช้วิธีการซื้อแบบเชิงรุกมากขึ้นเท่าใด ก็จะทำให้ระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้นเท่านั้น

ความไม่เท่าเทียมกัน ในระบบหลักประกันสุขภาพ (Inequalities in coverage)

รัฐบาลรับผิดชอบต่อการทำให้ผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม และเข้าถึงความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และรัฐบาลยังต้องทำให้ประชากรได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น ใช้การสื่อสารสาธารณะเพื่อลดการบริโภคยาสูบ หรือการกระตุ้นให้มารดานำลูกของตนไปรับวัคซีน เป็นต้น

รัฐบาลยังมีหน้าที่ในการสร้างความมั่นใจว่า ประชาชนทุกคนสามารถได้รับบริการตามความจำเป็นและได้รับการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินในการเข้าใช้บริการสุขภาพ ซึ่งอาจขัดแย้งกับการขับเคลื่อนไปสู่ความมีประสิทธิภาพ เพราะวิธีการใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพสูงสุดอาจไม่ใช่วิธีที่แห่งความเป็นธรรมที่ดีที่สุดเสมอไป ตัวอย่างเช่น ท่าเลที่ตั้งหน่วยบริการที่มีประชากรมาก จะทำให้การบริการมีประสิทธิภาพ แต่การเข้าถึงคนยากจนในชนบทก็จำเป็นต้องมีหน่วยบริการตั้งอยู่ใกล้ชิดกับพวกเขา

รัฐบาลต้องพึงระวังว่า คนรวยอาจใช้บริการสาธารณสุขฟรีเมามากกว่าคนจน แม้จะมีความจำเป็นน้อยกว่า ในบางประเทศมีแต่คนรวยเท่านั้นที่เข้าถึงบริการที่เพียงพอ ในขณะที่บางประเทศคนจนที่สุดถูกกันออกไป ประชาชนบางกลุ่มตกอยู่ในช่องว่างของระบบต่างๆหรือเล็ดลอดออกจากระบบซึ่งรูปแบบการกีดกันมีหลากหลาย มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่เราจะต้องให้ความใส่ใจกับกลุ่มผู้หญิงที่มีความยากลำบาก ชนกลุ่มน้อยและกลุ่มผู้อพยพที่ต้องเผชิญอุปสรรคนานาในการเข้าถึงบริการ รวมถึงต้องใส่ใจปัญหาเฉพาะด้านที่ชนพื้นเมืองเคยประสบด้วย

วาระเพื่อการดำเนินงาน (An agenda for action)

ไม่มีประเทศใดเริ่มจากการตั้งต้นบริหารการคลังสุขภาพใหม่หมด ทุกประเทศมีระบบเดิมของแต่ละประเทศอยู่แล้วและต้องสร้างระบบใหม่ขึ้นมาตามค่านิยม ข้อจำกัดและโอกาสที่มีอยู่ กระบวนการนี้สามารถบอกเล่าได้จากประสบการณ์ทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ

ถ้ามีเจตจำนงทางการเมืองแล้วไซ้ร้ เชื่อว่าทุกประเทศสามารถพัฒนาในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ โดยการเพิ่มเงินทุนเพื่อระบบสุขภาพหรือจัดหาจากแหล่งเงินทุนต่าง ๆ ลดการพึ่งพิงวิธีการจ่ายตรงโดยส่งเสริมการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมเงิน และใช้เงินกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

เรื่องสุขภาพสามารถเป็นเรื่องบุกเบิกสำหรับการเพิ่มประสิทธิภาพและเป็นธรรม ผู้มีอำนาจตัดสินใจในระบบสุขภาพสามารถทำอะไรได้มากมายเพื่อที่จะลดการรั่วไหลของเงิน ตัวอย่างที่ชัดเจนคือเรื่องการจัดซื้อจัดหา นอกจากนี้พวกเขายังสามารถก้าวขึ้นมาอีกขั้นด้วยการออกกฎระเบียบและข้อบังคับเพื่อปรับปรุงการให้บริการ รวมทั้งเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพโดยรวมของระบบ ซึ่งขั้นตอนนี้จะเป็แบบอย่างให้ภาคส่วนอื่น ๆ นำไปปฏิบัติตามได้

การเลือกวิธีการจากที่เรามีอยู่หรือนำประสบการณ์ของผู้อื่นมาใช้ปฏิบัติ อาจไม่เพียงพอ กลยุทธ์การคลังสุขภาพจำเป็นต้องเกิดจากท้องถิ่นเอง โดยการผลักดันสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ออกจากบริบทที่เป็นอยู่ ดังนั้น แต่ละประเทศจะต้องพัฒนาขีดความสามารถของตนในการวิเคราะห์และในการทำความเข้าใจจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบ เพื่อให้มีความสามารถในการปรับนโยบายการคลังสุขภาพให้เหมาะสม ตามมาด้วยการนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติ รวมถึงมีการติดตามและปรับปรุงนโยบายตลอดเวลา

การส่งเสริมและสนับสนุน ให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (Facilitating and supporting change)

บทเรียนที่อธิบายไว้ข้างต้น มุ่งเน้นด้านวิชาการที่ท้าทายในการปฏิรูปด้าน การคลังสุขภาพ แต่วิชาการเป็นเพียงองค์ประกอบเดียวของการพัฒนานโยบาย และการนำนโยบายไปปฏิบัติ ยังมีอีกหลายปฏิบัติการที่จำเป็นที่จะกระตุ้นให้ เกิดการตอบสนองและเกิดการเปลี่ยนแปลง

ปฏิบัติการเหล่านี้แสดงได้โดยภาพกระบวนการตัดสินใจทางการคลัง สุขภาพ ดังภาพที่ 2 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางมากกว่าจะเป็น พิมพ์เขียว (blueprint) และควรจะระลึกเสมอว่า กระบวนการต่างๆที่เรา เผชิญที่ดูเหมือนจะแยกส่วนกันนั้นมันทับซ้อนกันและมีวิวัฒนาการอย่างค่อย เป็นค่อยไป

ปฏิบัติการ 7 ขั้นตอน/กิจกรรมในรายงานนี้ ไม่เพียงแต่นำมาปรับใช้ใน ประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ปานกลางเท่านั้น ประเทศรายได้สูงที่มีการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินในระดับสูงและมีความครอบคลุม แล้ว ยังจำเป็นต้องนำไปใช้ประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แน่ใจว่าระบบ การเงินการคลังได้บรรลุวัตถุประสงค์ เมื่อต้องเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลง อยู่ตลอดเวลา ทั้งวิธีการวินิจฉัย วิธีการรักษาและเทคโนโลยี ซึ่งจะเพิ่มความ ต้องการบริการและเพิ่มข้อจำกัดด้านงบประมาณทุกขณะ

การคิดค้นกลยุทธ์การคลังสุขภาพรวมถึงการนำไปใช้เป็นกระบวนการที่ ต้องมีการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง มากกว่าจะเป็นความก้าวหน้าแบบเส้นตรง ที่มุ่งสู่ความสมบูรณ์แบบในเชิงความคิด ซึ่งต้องเริ่มต้นด้วยหลักการและ อุดมการณ์ที่ชัดเจนในการขับเคลื่อนระบบการเงินตามความเข้าใจเรื่องหลัก ประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศนั้นๆเป็นการเตรียมพื้นฐานสำหรับการ วิเคราะห์สถานการณ์ (ปฏิบัติการขั้นที่ 2) ปฏิบัติการขั้นที่ 3 การประเมินด้าน การเงิน และติดตามการเปลี่ยนแปลงที่มีอยู่ตลอดเวลา รวมถึงพิจารณาว่า มีประชาชนต้องจ่ายเองเท่าใด และค่าใช้จ่ายนอกภาครัฐเป็นเท่าใด ปฏิบัติการ

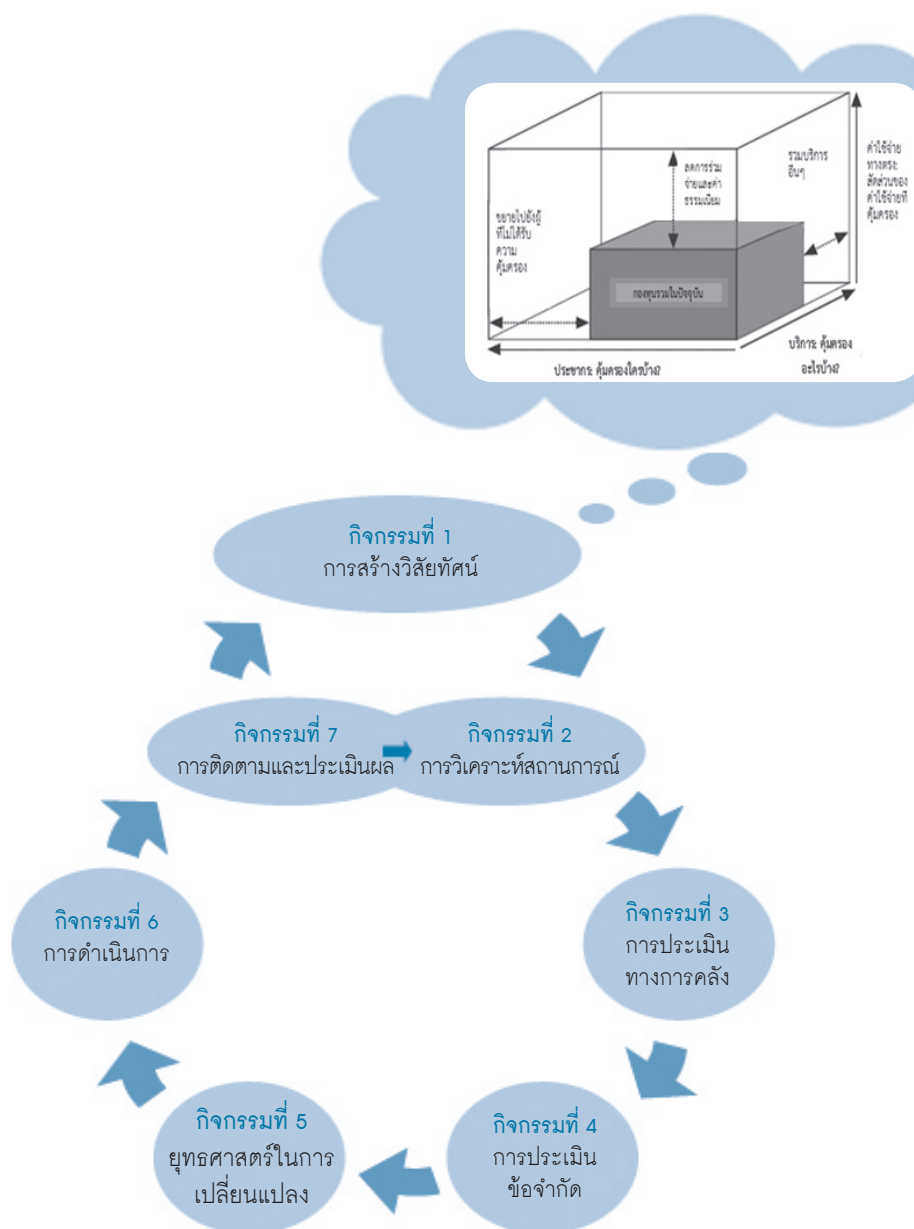


ขั้นที่ 4 การพิจารณาข้อจำกัดที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่ปฏิบัติการขั้นที่ 5 และขั้นที่ 6 คือการกำหนดกลยุทธ์และการนำกลยุทธ์ไปใช้

วงจรที่เราวางขึ้นจะเสร็จสมบูรณ์ได้ (ปฏิบัติการขั้นที่ 7) ก็ต่อเมื่อประเทศใด ๆ ได้ตรวจสอบทบทวนความก้าวหน้าเทียบกับเป้าหมายที่ประเทศนั้น ๆ กำหนดไว้ (ปฏิบัติการขั้นที่ 1) ซึ่งจะทำให้เกิดการประเมินกลยุทธ์อีกครั้งและเกิดการจัดทำแผนใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆเป็นกระบวนการที่ขึ้นกับการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ควรมีการประเมินซ้ำอย่างสม่ำเสมอและการปรับปรุงแก้ไขใหม่เป็นวงจรไม่รู้จบ

ระบบการคลังสุขภาพต้องได้รับการปรับตัว มิใช่เพียงเพราะมีช่องให้ปรับปรุงตลอดเวลาเท่านั้น แต่เป็นเพราะประเทศเจ้าของระบบนั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นด้วย เช่น รูปแบบของโรคที่เกี่ยวข้อง ทรัพยากรลดลงและเลื่อนไหล รวมถึงการพัฒนาหรือเสื่อมถอยลงของสถาบันทางสังคมต่างๆที่เกี่ยวข้อง

แผนภาพที่ 2 กระบวนการตัดสินใจทางการคลังสุขภาพ



ขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับพันธมิตรภายนอก (Practical steps for external partners)

ตามที่ระบุไว้ข้างต้น ประเทศยากจนหลายประเทศไม่สามารถบริหารจัดการระบบการเงินเพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยทรัพยากรของตนได้ แม้แต่ประเทศที่มีภาระการให้บริการสุขภาพน้อยมากก็ตาม ดังนั้นเพื่อให้ประเทศที่ยากจนได้ยกระดับอย่างรวดเร็วมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีพันธมิตรภายนอกมาช่วยเพิ่มการสนับสนุนตามข้อตกลงระดับนานาชาติที่มีไว้ก่อนหน้านี้ โดยการกระทำนี้อาจช่วยลดหรือปิดช่องว่างทางการเงินของประเทศที่มีรายได้ต่ำ 49 ประเทศ ซึ่งจะสามารถช่วยชีวิตประชาชนได้กว่า 3 ล้านชีวิตก่อนปี พ.ศ.2558

ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการแบบเดิม (Traditional ODA) ที่มีให้แก่ประเทศต่างๆสามารถเสริมได้โดยแหล่งเงินทุนใหม่ หน่วยปฏิบัติการเฉพาะกิจจะระดับสูงแนะนำว่า วิธีการใหม่ๆในการเพิ่มเงินทุนตามที่ได้กล่าวถึงก่อนหน้านี้สามารถปรับใช้ในระดับนานาชาติได้ บางโครงการเกิดขึ้นแล้ว เช่น โครงการรณรงค์ “Massive Good” ของ Millennium Foundation หลายกลไกการเงินใหม่ๆไม่จำเป็นต้องมีฉันทามติระหว่างประเทศ หากประเทศที่มีรายได้สูงเสนอเพียงหนึ่งทางเลือกที่ได้กล่าวถึง ก็จะสามารถเพิ่มเงินทุนได้อย่างมากและจะช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนประเทศที่มีความจำเป็นมากที่สุดเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เร็วขึ้น

พันธมิตรภายนอกยังสามารถช่วยสร้างความเข้มแข็งของระบบการเงินในประเทศผู้รับความช่วยเหลือได้ ผู้บริจาคในปัจจุบันใช้ช่องทางการระดมทุนหลายช่องทางทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายในการทำธุรกรรมทั้งในประเทศและระดับนานาชาติ การประสานระบบ (Harmonizing systems) จะช่วยขจัดความหลากหลายและการสิ้นเปลืองเวลาในเรื่องเดียวกันทั้งการตรวจสอบ ติดตามและประเมินผลของแต่ละระบบ ทำให้มีเวลามากขึ้นในการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพ

ประชาคมระหว่างประเทศมีความก้าวหน้าในการให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศยากจนต่าง ๆ โดยปฏิบัติตามปฏิญญาปารีสว่าด้วยประสิทธิผลแห่งความช่วยเหลือ (Paris Declaration on Aid Effectiveness) และต่อมาได้จัดทำแผนปฏิบัติการอักกรา (Accra Agenda for Action) องค์การความร่วมมือด้านสุขภาพนานาชาติ (The International Health Partnership) และโครงการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้พยายามผลักดันนำหลักการต่างๆ ในปฏิญญาและแผนดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ยังมีการกีดกันที่ยังเหลืออยู่อีกมากที่ต้องทำให้สำเร็จ ประเทศเวียดนามรายงานว่ ในปีพ.ศ.2552 มีพันธกิจจากผู้ช่วยเหลือถึงมากกว่า 400 รายการต่อโครงการด้านสุขภาพ ประเทศรวันดา (Rwanda) ต้องรายงานตัวชี้วัดสุขภาพในแต่ละปีจำนวน 890 รายการไปยังผู้บริจาคต่างๆ โดยมี 595 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและโรคมาลาเรียอย่างเดียว ขณะที่ยังมีโครงการใหม่ ๆ ระดับโลกริเริ่มขึ้นตลอดเวลา

ข้อความแห่งความหวัง (A message of hope)

ข้อความแรกที่สำคัญของรายงานอนามัยโลกนี้ คือ ไม่มีอำนาจวิเศษ (magic) ใดที่สามารถทำให้บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ อย่างไรก็ตาม ความหลากหลายของประสบการณ์จากทั่วโลกแสดงให้เห็นว่า ทุกประเทศสามารถก้าวไปข้างหน้าอย่างรวดเร็วกว่าที่เคยเป็นในอดีตหรือสามารถปกป้องคุ้มครองผลงานที่สร้างไว้ได้ มีความเป็นไปได้ที่จะระดมทุนเพิ่มเติมและสรรหาแหล่งทรัพยากรได้อย่างหลากหลาย เป็นไปได้ที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้มีการจ่ายตรงแต่ควรเป็นการจ่ายเงินล่วงหน้าและระดมเงินกองกลาง (หรือต้องให้แน่ใจว่าการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย ไม่ได้เกิดขึ้นจากการจ่ายตรง) และเป็นไปได้ที่จะมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นและเป็นธรรม



หลักการของหลักประกันสุขภาพนั้นขณะนี้มีความชัดเจนมากแล้ว และเราได้เห็นบทเรียนจากหลายประเทศทั่วโลกที่ได้นำหลักการเหล่านี้ไปสู่การปฏิบัติ ขณะนี้ ถึงเวลาที่ต้องใช้บทเรียนเหล่านี้มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในวงกว้าง เพราะว่าเรามีกรอบสำหรับทุกประเทศที่สามารถใช้กำหนดแนวทางเพื่อการขับเคลื่อนภารกิจเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างรวดเร็วขึ้น

เอกสารอ้างอิง

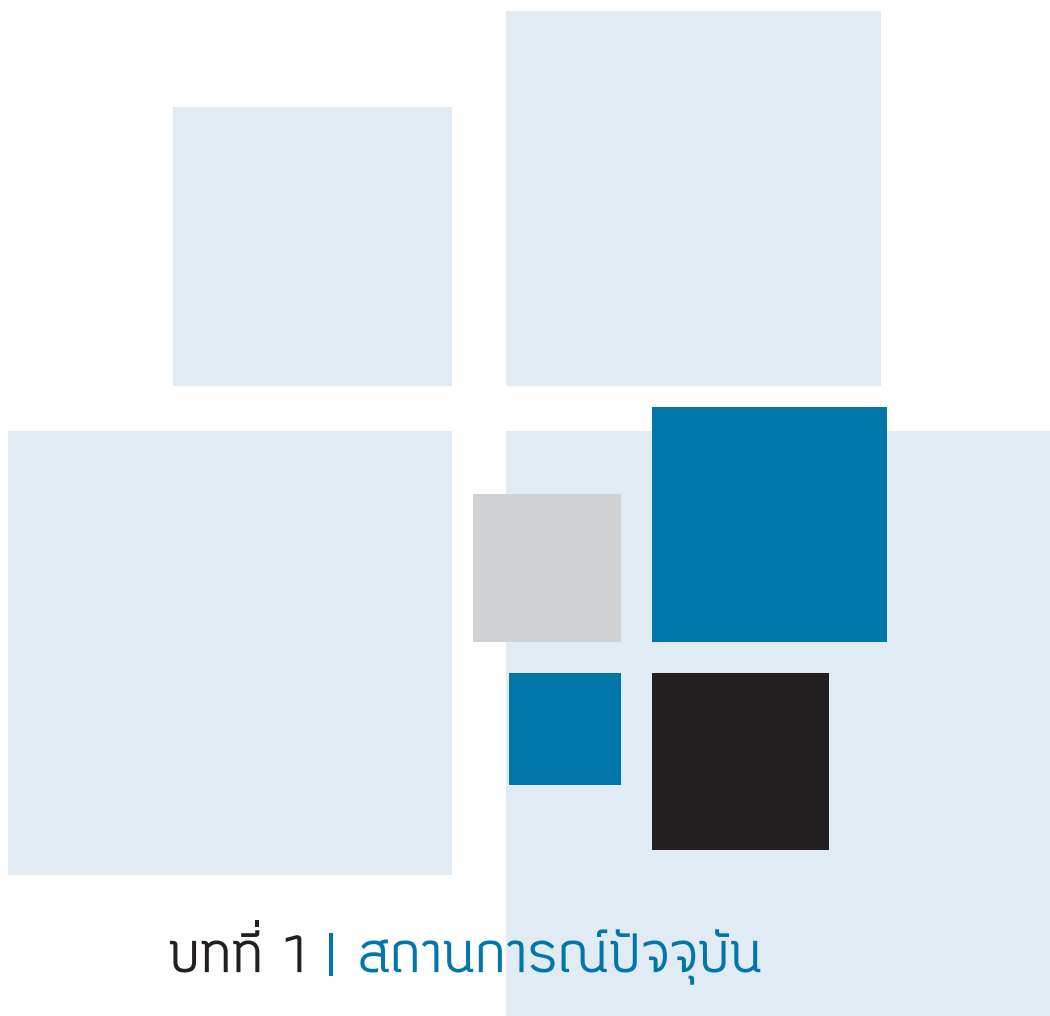
[References]

1. *A global look at public perceptions of health problems, priorities, and donors: the Kaiser/Pew global health survey*. The Henry J Kaiser Family Foundation, 2007 (<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>, accessed 23 June 2010).
2. Eurobaromètre standard 72: l'opinion publique dans l'Union Européenne, 2010 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb72/eb72_vol1_fr.pdf, accessed 23 June 2010).
3. *Closing the gap in a generation - health equity through action on the social determinants of health*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf, accessed 23 June 2010).
4. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16-25 May 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_33en.pdf, accessed 23 June 2010).
5. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, Working Group 1. WHO background paper: constraints to scaling up and costs. International Health Partnership, 2009 (<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/Johansbourg/Working%20Group%201%20Report%20%20Final.pdf>, accessed 23 June 2010).
6. *World social security report 2010/11: providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Organization, 2010.
7. Leonhardt D. The battle over taxing soda. *The New York Times*, 18 May 2010, B:1.
8. Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*, 2010;375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658
9. *The world health report 2008: primary health care - now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
10. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007.

ข้อความส่งท้าย

[End notes]

ในรายงานฉบับนี้ คำว่า บริการสุขภาพ (health services) หมายถึง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และรวมถึงบริการในระดับปัจเจกบุคคล (individuals) (เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก หรือ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรค) และบริการที่มุ่งสู่กลุ่มประชากรโดยรวม เช่น การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่โดยใช้สื่อสาธารณะ (mass media)



บทที่ 1 | สถานการณ์ปัจจุบัน



1

สถานการณ์ปัจจุบัน

(Where are we now?)

สาระสำคัญ

- การทำให้สุขภาพดีขึ้นเป็นเรื่องสำคัญต่อสวัสดิการมนุษย์และเป็นเรื่องจำเป็นต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างยั่งยืน และเพื่อให้ “บรรลุเป้าหมายสูงสุดในมาตรฐานด้านสาธารณสุข” ดังที่กำหนดไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศต่างๆจำเป็นต้องมีมาตรการใหม่ ๆ หรือมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อขับเคลื่อนไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ยังต้องมีการดำเนินการที่เข้มแข็งเพื่อคุ้มครองผลประโยชน์ที่หลายประเทศได้ดำเนินการจนประสบความสำเร็จแล้ว
- เพื่อให้บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ละประเทศจำเป็นต้องมีระบบการคลังที่ทำให้คนในประเทศสามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ทุกประเภท อาทิ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยไม่ก่อให้เกิดภาระทางการเงินต่อผู้รับบริการ
- ทุกวันนี้ มีคนหลายล้านคนที่ไม่สามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ เนื่องจากต้องจ่ายเงินเองทุกครั้งที่ใช้บริการ รวมทั้งมีผู้ใช้บริการที่ได้รับความเดือดร้อนจากภาระทางการเงินหรือมีฐานะยากจนลง อันเนื่องมาจากการจ่ายเงินเองเพื่อเข้ารับบริการดังกล่าว
- การเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินจากการจ่ายตรงขณะรับบริการเป็นการจ่ายล่วงหน้าถือเป็นหลักการสำคัญที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาระด้านการเงินที่เกิดจากการจ่ายเงินค่าใช้บริการสาธารณสุข ซึ่งการรวมเงินเป็นกองทุนที่ใหญ่ขึ้นทำให้สามารถเพิ่มการเข้าถึงการบริการที่จำเป็นได้ และยังเป็นการกระจายความเสี่ยงด้านการเงินที่เกิดจากรายจ่ายค่าบริการสาธารณสุขไปยังประชาชนทั่วทั้งประเทศอีกด้วย
- เราต้องยอมรับว่ากองทุนไม่สามารถครอบคลุมประชากรได้ทั้งหมด 100% หรือไม่สามารครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ทั้งหมด 100% รวมทั้งไม่สามารถครอบคลุมการบริการที่จำเป็นได้ทั้งหมด 100% ดังนั้น แต่ละประเทศต้องตัดสินใจอย่างรอบคอบว่าจะบริหารกองทุนอย่างไรให้ดีที่สุด

- จากสถานการณ์ทั่วโลก พบว่า เรายังห่างไกลจากความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม ประเทศต่าง ๆ ก็มีการดำเนินการคืบหน้าที่สำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวด้วยการเพิ่มเงินกองทุนสำหรับสุขภาพให้ใหญ่ขึ้น เพื่อกระจายความเสี่ยงด้านการเงิน อันจะนำไปสู่การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

สถานการณ์ปัจจุบัน [Where are we now?]

เมื่อวันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ.2549 ได้เกิดอุบัติเหตุ โดยนายนรินทร์ ปิ่นธละครกร ขับรถจักรยานยนต์ชนต้นไม้อย่างจัง เขาไม่ได้สวมหมวกกันน็อค จึงทำให้ศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนอย่างรุนแรง ซึ่งหลังจากเกิดอุบัติเหตุ ได้มีผู้ขับยานพาหนะที่พบเหตุการณ์ได้นำตัวนายนรินทร์ส่งโรงพยาบาลใกล้เคียง แพทย์วินิจฉัยว่าได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง และถูกส่งต่อไปยังศูนย์อุบัติเหตุที่อยู่ห่างออกไปอีก 65 กิโลเมตร ศูนย์ดังกล่าวได้วินิจฉัยยืนยันจากภาพสแกนสมองพบว่า มีภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมองเคลื่อนกะโหลกศีรษะแตกร้าวหลายตำแหน่ง สมองบวม และมีเลือดออกในสมองอย่างต่อเนื่อง แพทย์จึงตัดสินใจผ่าตัด นายนรินทร์ถูกเข็นเข้าไปยังแผนกฉุกเฉิน และศัลยแพทย์ได้ผ่าตัดบางส่วนของกะโหลกศีรษะออกเพื่อลดความดันในสมอง และได้นำเลือดที่คั่งอยู่ออกไปด้วย หลังจากผ่านไป 5 ชั่วโมง แพทย์ได้สวมเครื่องช่วยหายใจให้นายนรินทร์และนำไปยังห้องดูแลผู้ป่วยอาการหนัก (ไอซียู) เป็นเวลาถึง 21 วัน หลังจากเข้ารับการรักษาพยาบาล 39 วัน นายนรินทร์มีอาการดีขึ้นและออกจากโรงพยาบาล

ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับเรื่องนี้ไม่ใช่เนื้อหาเกี่ยวกับความสามารถของการแพทย์สมัยใหม่ในการรักษาซ่อมแซมร่างกายส่วนที่แตกหักได้ แต่ประเด็นสำคัญก็คือ อุบัติเหตุดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นในประเทศร่ำรวยที่เป็นสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for

Economic Co-operation and Development - OECD) ที่มีรายจ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยเกือบ 4,000 เหรียญสหรัฐต่อปี แต่ได้เกิดในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศที่มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพียง 136 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี หรือเท่ากับ ร้อยละ 3.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) เท่านั้น (7) และผู้ป่วยก็ไม่ได้มีฐานะร่ำรวย ซึ่งโดยปกติคนร่ำรวยมีแนวโน้มจะได้รับการรักษาที่ดีกว่าไม่ว่าจะอาศัยอยู่ที่ใดก็ตาม แต่นายนรินทร์เป็นเพียงผู้ใช้แรงงานที่มีรายได้เพียง 5 เหรียญสหรัฐต่อวันเท่านั้น

นายแพทย์วิทยา ขาดิษฐ์ชาชัย ศัลยแพทย์ทางสมองที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นกล่าวว่า “กฎหมายของประเทศไทยกำหนดให้ผู้ป่วยทุกคนต้องได้รับการรักษาที่เท่าเทียมกันไม่ว่าจะมีสถานะใดก็ตาม” นายแพทย์วิทยาย้ำว่าบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้คำนึงว่าใครจะเป็นผู้จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลนั้น ถึงแม้ว่าการรักษานั้นจะมีราคาแพงก็ตาม เนื่องจากประเทศไทยมีระบบคุ้มครองประชาชนทุกคนในด้านสุขภาพที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย

ในขณะที่หลายประเทศ รวมถึงประเทศมหาอำนาจทางเศรษฐกิจ เช่น ประเทศจีนและสหรัฐอเมริกา กำลังทบทวนแนวทางเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็น (need) ด้านการดูแลสุขภาพของประชากร หลักการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเป็นประเด็นสำคัญสำหรับการถกเถียงเกี่ยวกับการให้บริการด้านสาธารณสุขในเวทีโลก หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคืออะไร มีค่าใช้จ่ายเท่าใด และมีวิธีการจ่ายอย่างไร ซึ่งในรายงานอนามัยโลกฉบับนี้ได้พิจารณาประเด็นในมุมมองด้านการเงินการคลังพร้อมทั้งให้คำแนะนำวิธีดำเนินการสำหรับทุกประเทศไม่ว่าจะเป็นประเทศร่ำรวยหรือยากจน ให้สามารถพัฒนาการเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยที่ผู้เข้ารับบริการไม่ต้องรับภาระในการจ่ายเงินค่าบริการดังกล่าว (กล่อง 1.1)

ประเด็นสำคัญด้านการเงินมี 3 ประการ ดังนี้

1. เพิ่มงบประมาณให้เพียงพอเพื่อสุขภาพ
2. ขจัดอุปสรรคด้านการเงินเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการและลดความเสี่ยงทางการเงินที่เกิดจากความเจ็บป่วย
3. ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (รายละเอียดอยู่ในกล่อง 1.1)

กล่อง 1.1 กลไกระบบการคลังสุขภาพ ทำหน้าที่อะไร

การคลังสุขภาพ มีนัยที่มากกว่าการจัดหางบประมาณเพื่อสุขภาพ แต่รวมถึงประเด็นว่าใครจ่าย จ่ายเมื่อใด และจะเอาเงินไปใช้อย่างไร

การจัดเก็บเงิน (Revenue collection) เป็นการระดมเงินเข้ามาในระบบเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ โดยทั่วไปแล้ว เงินส่วนนี้ระดมมาจากครัวเรือน องค์กร หรือบริษัท และบางครั้งก็มาจากการช่วยเหลือจากต่างประเทศ (เรียกว่า “แหล่งภายนอก”) ทั้งนี้ เราอาจระดมเงินได้ในรูปแบบภาษีทั่วไปหรือเฉพาะ การจ่ายสมทบจากการประกันสุขภาพแบบบังคับหรือภาคสมัครใจ การร่วมจ่าย และการจ่ายโดยตรงจากผู้ใช้บริการ (direct out-of-pocket) เช่น ค่าบริการ และการบริจาค เป็นต้น

การรวมเงิน (Pooling) คือการรวบรวมเงินจากสมาชิกทุกคนในระบบและมีการบริหารจัดการเพื่อเป็นหลักประกันว่า ความเสี่ยงทางการเงินอันเนื่องมาจากการรักษาพยาบาลนั้นเป็นของทุกคนในกองทุน มิใช่เป็นการระดมความเสี่ยงของผู้ใดผู้หนึ่งเท่านั้น วัตถุประสงค์หลักของการรวมเงินก็คือ การกระจายความเสี่ยงด้านการเงินที่เกิดจากความจำเป็นในการใช้บริการด้านสุขภาพนั่นเอง โดยหากต้องมีการรวมเงินเพื่อจัดตั้งกองทุน จะต้องเป็นการระดมเงินล่วงหน้า (prepaid) ก่อนจะเกิดการเจ็บป่วย ยกตัวอย่างเช่น รูปแบบการจ่ายเงินภาษี และ/หรือการเก็บเบี้ยประกัน ทั้งนี้ ระบบการคลังสุขภาพส่วนใหญ่มักมีองค์ประกอบการรวมเงินด้วยการจ่ายเงินล่วงหน้า ควบคู่ไปกับการจ่ายตรงที่ผู้รับบริการจ่ายให้กับผู้ให้บริการเมื่อไปใช้บริการ หรือในบางครั้งเรียกว่า การร่วมจ่าย (cost-sharing)

การซื้อ (Purchasing) เป็นกระบวนการจ่ายเงินสำหรับค่าบริการสาธารณสุขซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 3 วิธี วิธีแรก รัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้กับผู้ให้บริการสาธารณสุขของรัฐเองโดยตรง (การบูรณาการการจัดซื้อและการจัดบริการ) โดยใช้เงินจากเงินภาษีทั่วไปของรัฐบาล และในบางครั้งก็มาจากเงินสมทบประกันสุขภาพด้วย วิธีที่สอง โดยหน่วยงานผู้ซื้ออิสระ (เช่น กองทุนประกันสุขภาพ หรือ องค์กรของรัฐ) ซื้อบริการแทนประชาชน (ระบบการแยกผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกัน-a purchaser-provider split) วิธีที่สาม ผู้รับบริการจ่ายเงินค่าบริการโดยตรงแก่ผู้ให้บริการ ทั้งนี้ ประเทศส่วนใหญ่ใช้วิธีการแบบผสมผสาน

ด้วยวิธีการที่หลากหลายนี้ ผู้ให้บริการสาธารณสุขจะได้รับเงินค่าบริการหลายวิธี ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดในบทที่ 4 โดยการซื้อนี้จะหมายรวมถึงการตัดสินใจว่าจะซื้อบริการใดบ้างระหว่างการป้องกัน การส่งเสริม การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งจะกล่าวถึงต่อไปในบทที่ 2

การเรียกชื่อประเภทของการประกันสุขภาพอาจสร้างความเข้าใจผิดได้ (Labels can be misleading) แต่ละประเทศตัดสินใจใช้วิธีการจัดเก็บเงิน การรวมเงิน และการนำไปซื้อบริการสุขภาพที่ต่างกัน ทั้งนี้ การที่หลายประเทศจัดเก็บค่าเบี้ยประกันสุขภาพแบบบังคับ ไม่ได้หมายความว่าประเทศเหล่านั้นจะมีวิธีการรวมเงินกองทุนที่เหมือนกัน บางประเทศอาจใช้วิธีการรวมกองทุนเป็นกองทุนเดียว เช่น กองทุนประกันสุขภาพระดับชาติ ในขณะที่อีกหลายประเทศแบ่งเป็นหลายกองทุนย่อย และบางครั้งกองทุนย่อยนั้นอาจบริหารจัดการแบบแข่งขันโดยให้บริษัทประกันสุขภาพเอกชนบริหาร แต่ถึงแม้ว่าประเทศต่างๆจะมีระบบการรวมเงินที่เหมือนกัน แต่ว่าประเทศเหล่านั้นอาจใช้วิธีที่ต่างกันสำหรับการจัดหรือซื้อบริการด้านสาธารณสุข จึงไม่มีความจำเป็นอีกต่อไปที่จะต้องจำแนกประเภทของการประกันสุขภาพว่าเป็นระบบจากเงินภาษี (Tax-based) หรือระบบจัดเก็บเบี้ยประกันแบบประกันสังคม (Social health insurance) หรือ ระบบ Beveridge กับ ระบบ Bismark อีกต่อไป

ความสำคัญอยู่ที่การพิจารณาทางเลือกที่จะใช้ในแต่ละขั้นตอนตลอดกระบวนการ ตั้งแต่การจัดเก็บเงิน การรวมเงิน และการใช้เงินนั้นมากกว่า โดยทางเลือกเหล่านี้จะเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าระบบการเงินจะมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และมีความเป็นธรรมหรือไม่ ซึ่งจะได้กล่าวถึงในบทต่อไป

ประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People at the centre) จากเทคนิคทั้งหมดที่กล่าวมาแล้วนั้น สิ่งสำคัญที่สุดที่ควรคำนึงถึงเสมอคือ ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพราะ 1) ประชาชนเป็นผู้สมทบเงิน ซึ่งจำเป็นสำหรับการจ่ายค่าบริการสุขภาพ และ 2) เป็นการพัฒนาสุขภาพและสวัสดิการของประชาชน ซึ่งเป็นเหตุผลเพียงประการเดียวในการเพิ่มเงินกองทุนเหล่านี้ ดังนั้นการคลังสุขภาพ จึงเป็นเพียงวิธีการเพื่อเดินไปสู่ปลายทาง แต่ไม่ใช่จุดหมายปลายทาง

การให้บริการสาธารณสุขนั้นมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง เช่น ค่าแพทย์และพยาบาล ค่ายาและโรงพยาบาล ทุกวันนี้ ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพทั่วโลกมีมูลค่าปีละประมาณ 5.3 พันล้านเหรียญสหรัฐ (1) ทั้งนี้เนื่องจากในบางพื้นที่ของโลกยังคงมีการระบาดของโรคติดต่อ ขณะเดียวกัน ผู้คนก็มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน อาทิ โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ดังนั้น ค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพจึงยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่ซ้ำเติมก็คือ การพัฒนาตัวยาและวิธีการรักษาโรคใหม่ๆ ที่ซับซ้อนมากขึ้นมักมีราคาแพง

ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลว่าทำไมประเทศที่ร่ำรวยจึงสามารถจัดบริการสาธารณสุขได้ดีกว่า ยิ่งไปกว่านั้นประเทศที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกือบครอบคลุมประชากรทุกคนมักมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่า ตัวอย่างเช่น ประเทศสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) ซึ่งมีจำนวนประชากรร้อยละ 18 ของประชากรทั่วโลก แต่มีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขถึงร้อยละ 86 ของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขทั่วโลก ทั้งนี้มีเพียงประเทศสมาชิกขององค์การดังกล่าวเพียงบางประเทศเท่านั้นที่มีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขน้อยกว่า 2,900 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี

อย่างไรก็ตาม การที่ประเทศที่มีรายได้ประชากรต่ำก็ไม่ใช่ว่าจะทำให้เกิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้ ตัวอย่างที่เห็นเด่นชัดคือ ประเทศไทยซึ่งได้พัฒนาความครอบคลุมของการบริการสุขภาพและการป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินสำหรับผู้ป่วย ในขณะที่ประเทศมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่ำกว่าประเทศที่มีรายได้ประชากรสูงกว่า ทั้งนี้ประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงวิธีเพิ่มเงินทุนสำหรับสุขภาพ และเปลี่ยนจากแนวคิดการจ่ายตรง เช่น ค่าบริการ (กล่อง 1.2) ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวอาจจะเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดในการพัฒนาระบบการเงินสำหรับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยประเทศส่วนมากยังคงใช้การจ่ายตรงโดยผู้ให้บริการต้องจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในระบบสาธารณสุข

การจ่ายตรง (Direct payments)

การจ่ายตรงส่งผลสะท้อนกลับที่รุนแรงต่อสุขภาพหลายประการ กล่าวคือ การจ่ายตรงมักมีส่วนทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยตัดสินใจไม่ไปใช้บริการ (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) และทำให้ผู้ใช้บริการเลื่อนการตรวจสุขภาพออกไป เป็นเหตุให้ไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นที่เป็นระยะที่จะทำให้การรักษาได้ผลดีที่สุด ทั้งนี้ มีการคาดการณ์ว่า ประชากรที่ยากจนในโลกทั้งหมดจำนวน 1.3 พันล้านคน ไม่สามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้ เนื่องจากไม่สามารถจ่ายเงินเมื่อต้องเข้ารับบริการได้ (2) ความเสี่ยงดังกล่าวทำให้พวกเขายากจนหรือจะยากจนต่อไปในอนาคตเนื่องจากพวกเขาเจ็บป่วยเกินกว่าจะสามารถทำงานได้

นอกจากนี้ การจ่ายตรงยังส่งผลต่อฐานะทางการเงินของครัวเรือน โดยพบว่า ผู้ที่ต้องเข้ารับการรักษาและต้องจ่ายเงินเมื่อเข้ารับบริการมักจะประสบปัญหาทางการเงินตามมา (3-6) โดย 89 ประเทศ มีตัวเลขจำนวนประชากรที่ได้รับผลกระทบด้านการเงิน (หมายถึงการจ่ายเงินสำหรับบริการสาธารณสุขมากกว่าร้อยละ 40 ของรายได้ครัวเรือนภายหลังจากมีปัจจัยพื้นฐานครบแล้ว) ซึ่งครอบคลุมประชากรโลกกว่าร้อยละ 90 (7) โดยในบางประเทศ มีประชากรมากถึงร้อยละ 11 ต่อปี ที่ได้รับผลกระทบที่รุนแรงด้านการเงิน และพบว่าร้อยละ 5 ต้องกลายเป็นคนยากจนเนื่องจากต้องจ่ายค่าบริการสาธารณสุขเมื่อใช้บริการดังกล่าว เมื่อไม่นานมานี้มีการศึกษาว่าผลกระทบของการจ่ายตรงเพียง 1 ปี ส่งผลให้ประชาชนกว่า 100,000 ครอบครัวในประเทศเคนยาและเซเนกัลตกลงไปสู่ระดับต่ำกว่าเส้นความยากจน และประมาณ 290,000 ครอบครัวในแอฟริกาใต้ก็เผชิญกับสภาวะเดียวกัน (8)

การล้มละลายทางการเงินอันเนื่องมาจากสุขภาพที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ นั้น สามารถเกิดขึ้นได้กับประเทศในทุกระดับของรายได้ แต่มักจะส่งผลกระทบต่อประเทศที่พึ่งพาการจ่ายตรงเป็นส่วนใหญ่ (9) ในแต่ละปีมีประชากรประมาณ 150 ล้านคนทั่วโลกที่ต้องเผชิญกับการล้มละลายทางการเงินจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอันเกิดจากการจ่ายตรง เช่น ค่าธรรมเนียมผู้ใช้บริการ และมีประชากร 100 ล้านคนที่ต้องเป็นผู้มีรายได้ต่ำกว่าระดับเส้นความยากจน (7)

การล้มละลายจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนั้นไม่จำเป็นต้องเกิดจากค่ารักษาโรคที่แพง หรือค่าใช้จ่ายที่สูงมากจากการรับบริการในครั้งเดียวเท่านั้น เพราะในหลายครัวเรือนค่าใช้จ่ายจำนวนเล็กน้อยก็อาจมีผลกระทบต่อการล้มละลายทางการเงินได้ (10) โดยค่ารักษาพยาบาลจำนวนเล็กน้อยแต่หากต้องจ่ายต่อเนื่องอาจส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้พิการกลายเป็นคนยากจนได้ (11-13)

ทั้งนี้ การจ่ายเงินเองไม่เพียงแต่จะทำให้ประชาชนไม่ใช้บริการสาธารณสุขและก่อให้เกิดความเครียดด้านการเงินเท่านั้น แต่การต้องจ่ายเงินเองยังทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพและขาดความเป็นธรรมด้านสุขภาพอีกด้วย เพราะผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายเงินเพื่อเข้ารับบริการได้จะมีโอกาสใช้บริการมากเกินความจำเป็น ขณะที่ผู้ที่ไม่สามารถจ่ายเงินได้ก็จะใช้บริการน้อยเกินไป (กล่อง 1.3)

กล่อง 1.2 การจ่ายตรงคืออะไร

สำหรับระบบสาธารณสุข โดยปกติมักมีการเก็บค่าใช้จ่ายและค่าธรรมเนียมสำหรับค่ารักษาแพทย์ หรือการตรวจโรค ค่ายาหรืออุปกรณ์ต่างๆ และค่าตรวจขั้นสูงในหัตถ์ปฏิบัติการ

ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศว่าจะมีการเก็บค่าใช้จ่ายผ่านรัฐบาล องค์กรที่ไม่ใช่รัฐบาล องค์กรการกุศล หรือสถาบันดูแลสุขภาพเอกชน

โดยในบางครั้งก็จะมีการจ่ายเงินอย่างเป็นทางการและในบางครั้งก็ไม่ใช่เป็นการหรือที่เรียกว่าการจ่าย “ใต้โต๊ะ” หรือในบางครั้งก็เป็นทั้งสองแบบผสมกัน

ถึงแม้ว่าค่าใช้จ่ายต่างๆ จะอยู่ภายใต้การคุ้มครองของระบบประกันสุขภาพ แต่โดยทั่วไปผู้ป่วยมักจะต้องร่วมจ่ายบางส่วน ในรูปแบบของการประกันร่วม (co-insurance) การร่วมจ่าย (co-payment) และ/หรือ การจ่ายจำนวนเงินขั้นต้นที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบจ่ายก่อน (deductible) ซึ่งผู้ประกันตนต้องจ่ายเองเมื่อใช้บริการเนื่องจากมักมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ไม่ได้อยู่ภายใต้การคุ้มครองของแผนประกันสุขภาพ

การจ่ายจำนวนเงินขั้นต้นที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบจ่ายก่อน (deductible) คือ เงินค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการสุขภาพต้องจ่ายก่อนที่บริษัทประกันภัยจะจ่ายในส่วนที่เหลือ ส่วนการประกันร่วม (co-insurance) สะท้อนให้เห็นถึงสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่ตามมาซึ่งผู้ใช้บริการที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองต้องจ่าย ในขณะที่การร่วมจ่าย (co-payment) เป็นจำนวนเงินคงที่ที่ผู้รับประโยชน์ต้องจ่ายสำหรับการบริการแต่ละครั้ง

เราใช้คำว่า *การจ่ายตรง (direct-payment)* เพื่ออ้างอิงถึงการรวมองค์ประกอบเหล่านี้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมักมีการใช้คำว่า การจ่ายด้วยตนเอง (out-of-pocket payment) ซึ่งมีความหมายคล้ายคลึงกัน ดังนั้น เราจะใช้ศัพท์ทั้งสองคำสลับกันไปมา

การรวมทุน (Pooled Funds)

การดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะประสบความสำเร็จได้ขึ้นอยู่กับ 1) ความเพียงพอของเงินที่จัดเก็บมาจากประชาชนเป็นหลักซึ่งต้องครอบคลุมประชากรมากพอ 2) รายรับเพิ่มเติมจากผู้บริจาคและเงินภาษีทั่วไปของรัฐบาล 3) มีการจ่ายเงินจากกองทุนนี้ไปเพื่อบริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนตามความจำเป็น ซึ่งหากมีจำนวนผู้เข้าร่วมเฉลี่ยความเสี่ยงด้านการเงินมากขึ้นเท่าใด ความเสี่ยงด้านการเงินของแต่ละคนก็จะยิ่งน้อยลงเท่านั้นโดยทั่วไป ยอดเงินรวมที่สูงกว่าก็จะสามารถแก้ปัญหาความเสี่ยงด้านการเงินได้ดีกว่า ด้วยเหตุผลเดียวกันหากรวมเงินจากผู้เข้าร่วมโครงการที่มีจำนวนไม่มากนักมักจะเผชิญกับสถานการณ์ดังกล่าวที่การประกันที่ว่า “ความผันผวนอย่างรุนแรงของการใช้บริการและการเรียกเก็บเงินค่าใช้จ่าย (extreme fluctuations in utilization and claims)” (16)

การทำให้เกิดกองทุนรวม จำเป็นต้องมีการเติมเงินเข้าระบบ นั่นจึงเป็นเหตุผลว่า ทำไมจึงต้องมีระบบการจ่ายเงินล่วงหน้า การจ่ายเงินล่วงหน้าจึงหมายถึงการที่บุคคลจ่ายเงินก่อนจะมีอาการเจ็บป่วย แล้วไปรวมกันไว้ในกองทุน เมื่อตนเองป่วย จึงจะนำเงินจากกองทุนมาใช้ ทั้งนี้มีวิธีจัดการการจ่ายเงินล่วงหน้าสำหรับบุคคลที่สามารถจ่ายเงินได้อยู่หลายวิธี (ดูบทที่ 3) อย่างไรก็ตาม ในทุกประเทศจะมีบุคคลที่ไม่สามารถจ่ายเงินสมทบดังกล่าวได้ ดังนั้น เพื่อให้เข้าถึงความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศดังกล่าวต้องใช้เงินภาษีเพื่อให้ครอบคลุมความจำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพของกลุ่มคนเหล่านี้ เพื่อให้แน่ใจได้ว่าทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้เมื่อมีความจำเป็น

แต่ละประเทศอยู่ในจุดที่ต่างกันของเส้นทางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อีกทั้งยังอยู่ในระยะการพัฒนาระบบการเงินการคลังที่แตกต่างกันด้วย ตัวอย่างเช่น ประเทศสวีเดน ยังคงพัฒนาระบบการจัดเก็บภาษี และมืองค์กรประกันสุขภาพที่แข็งแกร่งจำนวน 3 แห่งในขณะนี้ (กล่อง 1.4) โดยประเทศสวีเดนอาจตัดสินใจรวมเป็นกองทุนเดียวในอนาคต

ความช่วยเหลือจากภายนอก (External Assistance)

สำหรับประเทศที่มีรายได้น้อย ระบบหรือโครงสร้างการจ่ายเงินล่วงหน้า อาจจะยังไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งประเทศเหล่านี้มักมีอุปสงค์ด้านสุขภาพสูง ขณะที่อุปสรรคหลายประการในการเพิ่มเงินทุนให้เพียงพอ จึงจำเป็นที่ผู้บริจาคจากภายนอกประเทศควรให้ความช่วยเหลือ ซึ่งการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าและรวมเงินนั้น ไม่ใช่โครงการเงินทุนพื้นฐานทั่วไปหรือโปรแกรมที่จ่ายผ่านช่องทางที่แยกกันแต่เป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่ผู้บริจาคสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศเหล่านั้นเพื่อยกเลิกการจ่ายค่าบริการตรงและปรับปรุงการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขและการคุ้มครองความเสี่ยงด้านการเงิน (21, 22)

กว่า 5 ปีที่ผ่านมา หน่วยงานต่างๆได้เริ่มให้ความช่วยเหลือในหลายประเทศ ในการพัฒนาระบบการคลังสุขภาพ เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จ โดยหน่วยงานเหล่านี้ยังได้เริ่มพิจารณาถึงความช่วยเหลือด้านการเงินจากภายนอกว่าสามารถให้ความช่วยเหลือได้จริง ที่ไม่ใช่เป็นเพียงการซ่อนเร้นกระบวนการดังกล่าว โดยสะท้อนให้เห็นถึงการรับเอาปฏิญญาปารีส (Paris Declaration) ว่าด้วยประสิทธิภาพของความช่วยเหลือและตามมาด้วยวาระการดำเนินการอักกรา (Accra Action Agenda) ทั้งนี้พันธมิตรด้านสุขภาพระหว่างประเทศและการริเริ่มการดำเนินงานนั้นเป็นหลักการสำคัญในการปฏิบัติของระบบสาธารณสุข ที่มีจุดประสงค์เพื่อขับเคลื่อนประเทศผู้บริจาคและพันธมิตรอื่นๆให้เป็นหนึ่งเดียวในการผลักดันในยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพแห่งชาติของประเทศนั้นๆ(23, 24)

กล่อง 1.3 ระบบการเงินการคลังของระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ต้องมีการออกแบบระบบการเงินการคลังเฉพาะ ให้สามารถ

- จัดให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้ (รวมถึงการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ) ที่มีคุณภาพที่ดีและมีประสิทธิภาพ
- มั่นใจได้ว่าการใช้บริการสาธารณสุขไม่ก่อให้เกิดภาระด้านการเงินต่อผู้เข้ารับบริการตามมา (14)

ในปี พ.ศ. 2548 (ค.ศ. 2005) สมัชชาอนามัยโลกได้มีมติอย่างเป็นทางการผลักดันให้ประเทศต่างๆ พัฒนาระบบการคลังสุขภาพเพื่อให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ทั้ง 2 ข้อ ที่กำหนดไว้ ซึ่งจะทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จ (15) ทั้งนี้ ถ้ามีประเทศที่ต้องพึ่งพาการจ่ายตรงมากเท่าใด เช่น ค่าบริการ ก็จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้ง 2 ข้อ ได้ยากมากขึ้นเท่านั้น

บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (On the path to universal coverage)

หลายประเทศกำลังมีการปฏิรูปการจัดการระบบการคลังสุขภาพผ่านระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในจำนวนนี้ มีประเทศที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ 2 ประเทศ ได้แก่ ประเทศจีนและสหรัฐอเมริกาอยู่ด้วย

ในเดือนเมษายน พ.ศ.2552 รัฐบาลจีนได้ประกาศแผนเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขที่ “ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สะดวก และอยู่ในราคาที่สมารถจัดหาได้” ให้กับประชาชนที่อาศัยอยู่ในเมืองและชนบทภายในปี พ.ศ.2563 (25) ซึ่งหากมีการนำแผนดังกล่าวไปใช้อย่างเต็มรูปแบบ การปฏิรูปนี้จะทำให้การขับเคลื่อนการบริการสุขภาพโดยใช้กลไกการตลาดเป็นหลักที่เริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ.2521 ลื่นสุดลง โดยก่อนหน้านี้ รัฐบาลได้เสนอการบริการสาธารณสุขพื้นฐานให้กับประชาชนทั่วประเทศฟรีซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง แต่ด้วยกลไกการตลาดนี้

เองเป็นผลให้เกิดการจ่ายตรงเพิ่มมากขึ้น จากเพียงร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่าย
ทั้งหมดด้านสาธารณสุขใน พ.ศ.2523 เป็นร้อยละ 60 ในปี พ.ศ.2543 ซึ่งทำให้
คนจำนวนมากเผชิญกับภาวะการล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล โดยวิธีการ
แบบใช้กลไกการตลาดนี้มีเจตนาให้โรงพยาบาลอยู่รอดได้จากค่าธรรมเนียม
ของผู้ป่วย จึงก่อให้เกิดความกดดันแพทย์ในการจ่ายยาและให้การรักษานบน
พื้นฐานของเงินภาษีที่ได้มามากกว่าการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพที่แท้จริง

รัฐบาลจีนได้ดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยริเริ่มจัดทำระบบ
ความร่วมมือทางการแพทย์ใหม่ (New cooperative medical schemes) ใน
พ.ศ.2546 เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของหลักประกันสุขภาพสำหรับ
ประชากรในชนบทและในเมืองได้ โดยใน พ.ศ.2550 ได้นำไปใช้นำร่องในเมือง
79 แห่ง โดยแนวทางดังกล่าวนับเป็นหัวใจของการปฏิรูปล่าสุดที่รัฐบาลมีจุด
ประสงค์ลดการพึ่งพาการจ่ายตรงและเพิ่มสัดส่วนของประชากรที่ได้รับการ
คุ้มครองด้วยการประกันสุขภาพอย่างเป็นทางการ จากร้อยละ 15 ใน พ.ศ.2546
เป็นร้อยละ 90 ใน พ.ศ.2554 ซึ่งเป็นผลให้เกิดการขยายการเข้าถึงการบริการ
และป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินอย่างมากตามมา (26)

การปฏิรูปการคลังสุขภาพ ล่าสุดของประเทศสหรัฐอเมริกา มีเป้าหมายว่า
ภายในปี พ.ศ.2562 (27) จะขยายความคุ้มครองด้านหลักประกันสุขภาพให้กับ
ประชาชน 32 ล้านคนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ ประเทศสหรัฐอเมริกา
ได้ใช้กลยุทธ์หลายประการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยบริษัทประกัน
สุขภาพเอกชนไม่สามารถปฏิเสธผู้สมัครเอาประกันได้อีกต่อไปด้วยเหตุผล
ต่างๆ เช่น มีปัญหาด้านสุขภาพ หรือเป็นผู้มีรายได้ต่ำ ซึ่งครอบครัวจะได้รับ
ความช่วยเหลือในการจ่ายเบี้ยประกันดังกล่าวด้วย (28)

กล่อง 1.4 การแบ่งปันความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย: การประกันสุขภาพร่วมกันในประเทศวันดา

รัฐบาลวันดารายงานว่า ประชากรร้อยละ 91 อยู่ภายใต้ความคุ้มครองรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งในสามรูปแบบของการประกันสุขภาพ (17) รูปแบบแรก คือ รวันเดส แอสซัวร์นส์ มาลาดี (Rwandaise assurance maladie) ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับข้าราชการ และยังเปิดกว้างสำหรับพนักงานเอกชนตามความสมัครใจด้วย รูปแบบที่สอง คือการประกันสุขภาพของทหาร ซึ่งครอบคลุมทหารทุกคน และ รูปแบบที่สาม ซึ่งเป็นรูปแบบที่ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ ภายใต้ชื่อ แอสซัวร์นส์ มาลาดีส์ คอมมูนอแทร์ (Assurance maladies communautaires) ซึ่งเป็นระบบประกันแบบร่วมจ่าย (mutual insurance scheme) โดยครึ่งหนึ่งมาจากค่าเบี้ยประกันของสมาชิก และอีกครึ่งหนึ่งรัฐบาลจัดหางบประมาณสมทบจากเงินภาษีทั่วไปและการช่วยเหลือจากผู้บริจาค สมาชิกส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทและเป็นแรงงานนอกระบบ ระบบนี้ขยายตัวอย่างรวดเร็วในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาและปัจจุบันครอบคลุมประชากรมากกว่าร้อยละ 80 ของประเทศ (18)

รูปแบบการประกันดังกล่าวไม่ได้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทุกอย่าง ทั้งนี้ครัวเรือนยังต้องจ่ายส่วนหนึ่งเอง และการบริการสาธารณสุขที่มีก็เห็นได้ชัดว่าไม่ได้ครอบคลุมกว้างขวางเช่นประเทศที่ร่ำรวยกว่า อย่างไรก็ตาม การดำเนินการระบบประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาก็ได้ก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมาหลายประการ กล่าวคือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อคนเพิ่มขึ้นจาก 11 เหรียญสหรัฐ ใน พ.ศ.2542 เป็น 37 เหรียญสหรัฐ ใน พ.ศ.2550 แต่สัดส่วนประชากรที่ได้รับความคุ้มครองในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งของการประกันก็เพิ่มขึ้นอย่างมากเช่นกัน ซึ่งนั่นย่อมทำให้เกิดการเพิ่มการเข้าถึงบริการสาธารณสุขนั่นเอง และผลที่ตามมาอย่างเห็นได้ชัดคือเกิดการปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างมาก เช่น อัตราการตายของเด็กที่ลดลง เป็นต้น (19)

ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนานี้ยังคงมีสิ่งที่ท้าทายอยู่ อาทิ การทำให้คนยากจนสามารถจ่ายเงินสมทบได้ เพิ่มขอบเขตการบริการและเพิ่มสัดส่วนของค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่คุ้มครอง และปรับปรุงการจัดการด้านการเงิน ประเทศวันดากำลังดำเนินการจัดการให้ระบบหลักประกันสุขภาพหลายรูปแบบนี้มีความกลมกลืนกันมากขึ้น โดยพัฒนาโครงสร้างประกันสังคมระดับชาติที่รองรับการดูแลสุขภาพของประชาชนในภาพรวมทั้งหมด (20)

ปัจจุบัน ประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางจำนวนมากมีความคืบหน้าในการพัฒนาระบบการเงินการคลังภายในประเทศให้เข้าสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งรวมถึงตัวอย่างประเทศที่เป็นที่รู้จักกันดี เช่น ประเทศชิลี (29) โคลัมเบีย (6) คิวบา (30) รวันดา (20) ศรีลังกา (31) ไทย (32) บราซิล (33) คอสตาริกา (34) กานา (35) คีร์กีซสถาน (36) มองโกเลีย (37) และสาธารณรัฐประชาชนมัลโดวา (38) ในขณะเดียวกัน ประเทศลาว (40) มาลี (41) ฟิลิปปินส์ (42) ตูนิเซีย (43) และเวียดนาม (44) ได้ขยายรูปแบบต่างๆ ของการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมเงินเพื่อเพิ่มการป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับคนยากจน

ในส่วนประเทศสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) จำนวน 27 ประเทศ นั้นได้ให้ความคุ้มครองการรักษาพยาบาลแก่ประชากรทุกคนจากกองทุนประกันสุขภาพ แต่ยังมีอีก 2 ประเทศ ได้แก่ ประเทศเม็กซิโกและตุรกี โดยประเทศเม็กซิโกนั้นยังคงเป็นระบบการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ชื่อ เซกูโร พอพูลาร์ (Seguro Popular) และประเทศตุรกี อยู่ระหว่างการดำเนินงานโปรแกรมปฏิรูปสาธารณสุข (45-47)

แต่ละประเทศได้ก้าวเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยวิธีการและความเร็วของแรงขับเคลื่อนที่ต่างกัน บางครั้งการพัฒนาระบบก็ใช้ระยะเวลานานและมักเผชิญกับการต่อต้าน แต่บางครั้งก็สามารถดำเนินการไปได้อย่างรวดเร็ว (21, 48)

ยกตัวอย่างเช่น สาธารณรัฐเกาหลีได้เริ่มดำเนินการเมื่อต้นปี พ.ศ.2503 การลงทุนในตอนเริ่มต้นมุ่งเน้นไปที่โครงสร้างพื้นฐานด้านอาคาร และมีการขยายโปรแกรมอย่างเห็นได้ชัดใน พ.ศ.2520 พร้อมกับได้รับการสนับสนุนจากนักการเมืองเป็นอย่างมาก (49) จึงได้เกิดการขยายความครอบคลุมบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานของนายจ้าง โดยเริ่มจากบริษัทที่มีการจ้างพนักงานมากกว่า 500 คน ไปจนถึงบริษัทสาขา และขยายความครอบคลุมถึงบริษัทที่มีพนักงานเพียง 16 คน และเมื่อไม่นานมานี้เอง บริษัทที่มีพนักงานทำงานเต็มเวลาเพียง 1 คนก็ได้รับความคุ้มครองด้วยเช่นกัน จากนั้นใน พ.ศ.2524 ได้นำข้าราชการและครูเข้ามารวมในระบบนี้ด้วยซึ่งถือว่ามีความสำคัญในการเพิ่มความสำเร็จให้กับประชากรที่เหลือ และการกระทำดังกล่าว

ได้ช่วยให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าไปอยู่ในวาระหลักด้านการเมือง ใน พ.ศ.2531 ขณะเดียวกันสาธารณรัฐเกาหลีก็มีการใช้ระบบประกันสังคม เป็นประเด็นหลักในการหาเสียงเลือกตั้งประธานาธิบดีใน พ.ศ.2532 จากนั้น ความคุ้มครองก็ได้ขยายไปยังประชากรกลุ่มที่เหลือ ซึ่งรวมถึงคนยากจน กลุ่ม ผู้ประกอบอาชีพอิสระและผู้ที่ย้ายอยู่ในชนบท (50) นับตั้งแต่นั้นมาได้มีความ พยายามขยายระบบทั้งขอบเขตของการบริการและสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่ ระบบประกันสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบ

การรักษาความสำเร็จที่มีอยู่ [Sustaining existing achievement]

การก้าวสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างรวดเร็วนับว่าเป็นสิ่ง ทำทาย แต่การรักษาความสำเร็จดังกล่าวยังคงอยู่นั้นก็ยากพอๆกัน หลาย ประเทศได้ปรับระบบการเงินการคลังภายหลังเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่ เปลี่ยนไป เช่น ประเทศกานาเริ่มต้นดำเนินการหลังจากประกาศอิสรภาพใน พ.ศ.2500 ได้จัดให้มีการดูแลด้านการแพทย์ให้กับประชาชนโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับบริการ ซึ่งรัฐบาลจ่ายเงินอุดหนุนสถานบริการ แต่ได้ยกเลิก ระบบนี้ในต้นทศวรรษ 1980 (นับจากปีพ.ศ. 2523) ภายหลังจากเผชิญกับข้อ จำกัดด้านทรัพยากรอย่างรุนแรง ก่อนจะใช้รูปแบบของการประกันสุขภาพแห่ง ชาติเมื่อไม่นานมานี้ (กล่อง 1.5)

เช่นเดียวกับประเทศชิลีซึ่งได้เผชิญกับสิ่งที่แตกต่างออกไป โดยภายหลัง จากใช้ระบบเงินของรัฐสำหรับการให้บริการด้านสุขภาพในประเทศมาเป็น เวลา 30 ปี จากนั้นใน พ.ศ.2543 ประเทศชิลีก็ได้นำเอาวิธีการประกันสุขภาพ ที่ผสมผสานระหว่างรัฐและเอกชน เพื่อเป็นการรับประกันให้ประชาชนทุกคน เข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ได้ โดยขยายเงื่อนไขการ เข้ารับบริการเป็นระยะ และคนยากจนเป็นกลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์หลัก (29)

ทุกประเทศเผชิญกับความต้องการที่เพิ่มขึ้น ทั้งด้านการบริการที่ดีกว่า การรักษาโรค และรายการยาและเทคโนโลยีราคาสูงที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อการรักษาหรือพัฒนาสุขภาพ ดังนั้น ค่าใช้จ่ายจึงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นเร็วกว่ารายได้ ซึ่งก่อให้เกิดแรงกดดันต่อรัฐบาลในความพยายามเพื่อหยุดยั้งค่าใช้จ่ายดังกล่าว

สองด้านของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage: the two prongs)

ประเทศต่างๆ ที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันมักจะมีความก้าวหน้าของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่แตกต่างกันด้วย อย่างไรก็ตาม ยังเป็นเส้นทางอีกยาวไกลที่ให้ประเทศทั่วโลกได้ก้าวไป เพื่อเป็นการเรียนรู้ว่าปัจจุบันเราอยู่จุดไหนแล้ว ขอให้ระลึกอยู่เสมอถึงองค์ประกอบหลักสองประการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังได้อธิบายไว้ก่อนหน้านี้ อันได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่สำคัญ และการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินสำหรับผู้ใช้บริการสาธารณสุข (กล่อง 1.3)

ดังได้เคยกล่าวถึงก่อนหน้านี้ว่าในแต่ละปีมีประชากรประมาณ 150 ล้านคนทั่วโลกที่ทุกข์ทรมานจากการล้มละลายทางการเงิน และมียังประชากรอีก 100 ล้านคนทั่วโลกต้องกลายเป็นคนยากจนขึ้นเนื่องมาจากการจ่ายตรงเพื่อรับบริการสาธารณสุข สิ่งนี้แสดงให้เห็นถึงการขาดการปกป้องความเสี่ยงด้านการเงินอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศรายได้ต่ำ แต่ก็ไม่ได้จำกัดแค่ประเทศกลุ่มนี้เท่านั้น ยังมี 6 ประเทศสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) ที่ร้อยละ 1 ของประชากรหรือประมาณ 4 ล้านคน ได้รับความทุกข์ทรมานจากการล้มละลายทางการเงินเช่นเดียวกัน ในขณะที่อีก 5 ประเทศมีอุบัติการณ์สูงกว่า 5 คนต่อประชากร 1,000 คนต่อปี (7)

ยิ่งไปกว่านั้น หนังสือจากคำรักษาพยาบาลทางการแพทย์เป็นสาเหตุหลักของการล้มละลายของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี พ.ศ.2551 นักวิจัยของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดสรุปว่า ในปีที่ผ่านมา ความเจ็บป่วยหรือการเรียกเก็บคำรักษาพยาบาลทางการแพทย์ส่งผลต่อการล้มละลายถึงร้อยละ 62 (52) โดยหลายคนในกลุ่มบุคคลล้มละลายมีประกันสุขภาพรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง แต่สิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้นั้นไม่เพียงพอที่จะคุ้มครองไม่ให้ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินด้วยตนเองเป็นจำนวนมาก สิ่งที่เกิดขึ้นนี้ไม่มีส่วนเชื่อมโยงกับการถดถอยทางเศรษฐกิจที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ.2544 ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์เป็นสาเหตุของการล้มละลายร้อยละ 50

สำหรับทั่วโลก การล้มละลายจากคำรักษาพยาบาลทางการแพทย์นั้นยังเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจน้อย อาจเนื่องมาจากมีระบบการเงินสำหรับเข้าถึงการบริการสาธารณสุขเพียงพอแล้ว หรือประชากรส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงเครดิตในระบบสถาบันการเงิน (53, 54) อย่างไรก็ตาม หากการจ่ายตรงยังคงเป็นจำนวนเงินที่สูงและมีการเข้าถึงเครดิตเพิ่มขึ้น ประเด็นการล้มละลายจากการเข้ารับบริการทางการแพทย์ก็จะกลายมาเป็นประเด็นปัญหาที่ได้รับความสนใจมากขึ้นได้

การลดภาระทางการเงินที่เกิดจากการจ่ายตรงเป็นสิ่งบ่งชี้หลักของความก้าวหน้าของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาวิจัยในบางประเทศก็บ่งชี้ภาวะล้มละลายทางการเงินของคนในประเทศเพียงเล็กน้อย นั่นอาจเนื่องมาจากว่าส่วนใหญ่แล้วประชาชนนั้นยากจนเกินกว่าที่จะไปใช้บริการสาธารณสุขได้ (55, 56) ดังนั้น ขอบเขตของความสามารถของประชาชนที่จะใช้บริการที่จำเป็นจึงเป็นสิ่งบ่งชี้ที่สำคัญของระบบการคลังสุขภาพเช่นกัน

กล่อง 1.5 การปฏิรูปการคลังสุขภาพของประเทศไทย

ภายหลังจากประกาศอิสรภาพใน พ.ศ.2500 ประเทศไทยได้จัดให้มีการบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนผ่านเครือข่ายสถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยใช้เงินภาษีทั่วไปและเงินจากผู้บริจาคภายนอก และไม่มีการคิดค่าธรรมเนียมเมื่อประชาชนใช้บริการสาธารณสุข ในทศวรรษที่ 1980 (พ.ศ. 2523-2533) ประเทศไทยเผชิญกับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจที่เลวร้าย ส่งผลให้มีการปฏิรูประบบสาธารณสุขซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิรูปโครงสร้างทั้งหมดของประเทศ การเปิดเสรีระบบสาธารณสุขทำให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขเอกชนเกิดขึ้นมาจำนวนมาก รวมถึงมีการจัดเก็บค่าธรรมเนียมเมื่อประชาชนใช้บริการในสถานบริการของรัฐ ส่งผลให้จำนวนผู้ใช้บริการลดลงอย่างมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนจน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการรักษาแต่เมื่อต้องจ่ายเงินค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งเองอาจทำให้สถานะทางการเงินของพวกเขาแย่ลง (51)

เมื่อไม่นานมานี้ สัดส่วนการจ่ายเงินเองเริ่มลดลงเนื่องจากประเทศไทยมีการพัฒนาและรื้อฟื้นระบบประกันสุขภาพใหม่ โดยเริ่มจากการยกเว้นค่าธรรมเนียมการให้บริการสำหรับบางโรค เช่น ลมชัก วัณโรค รวมทั้งการฉีดวัคซีนและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอด เป็นต้น นอกจากนี้ประเทศไทยยังยกเว้นค่าธรรมเนียมสำหรับผู้มีรายได้น้อยอีกด้วย ใน พ.ศ.2547 ระบบการประกันสุขภาพแห่งชาติ(National health insurance scheme)เริ่มมีผลบังคับใช้ และพบว่าในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2552 ร้อยละ 67.5 ของประชาชนได้ลงทะเบียนในระบบ (35) ระหว่าง พ.ศ. 2548-2551 มีจำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 จากประมาณ 12 ล้านคน เป็น 18 ล้านคน ในขณะเดียวกันจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.3 จาก 0.8 ล้านคน เป็นประมาณ 0.85 ล้านคนตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ร้อยละยี่สิบเจ็ดขึ้นจากระบบประกันสุขภาพย่อยๆในระดับอำเภอ ซึ่งถือเป็นการแยกกองทุนรายย่อยอันเป็นปัญหาด้านความยั่งยืนของกองทุนเล็กๆเหล่านี้ และเป็นภารกิจยิ่งใหญ่ที่ประเทศไทยประกาศเจตนารมณ์ในการนำพาประเทศไปสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพอันเนื่องมาจากปัจจัยทางการเงิน นั้นมีอยู่น้อย มีเพียงข้อมูลความครอบคลุมบริการบางอย่าง ซึ่งทำให้ทราบถึง อุปสรรคด้านการเงินที่ทำให้บุคคลไม่สามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ ตัวอย่าง รายงานที่พบบ่อย เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ด้วยการให้วัคซีนโรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก ครบ 3 ครั้ง (DTP3) ทำให้ สามารถช่วยชีวิตเด็กจำนวนมากได้ ขณะที่ผู้เชี่ยวชาญการทำคลอดก็มีส่วนช่วยให้ การอยู่รอดของทั้งเด็กแรกเกิดและมารดาสูงขึ้นมาก

ภาพที่ 1.1 แสดงรายงานความครอบคลุมการดำเนินการทั้งสองประเภท โดยข้อมูลแต่ละจุดแสดงประเทศ เรียงลำดับในแนวนอนจากต่ำสุดไปสูงสุด แม้จะมีความแตกต่างกันมาก แต่หลายประเทศก็ประสบความสำเร็จในการ ดำเนินการทั้ง 2 ประเภทได้ครอบคลุมเกือบร้อยละ 100 ในทางตรงกันข้ามยังมีอีกถึง 16 ประเทศ ที่มีการคลอดโดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝน น้อยกว่าร้อยละ 40 และมี 7 ประเทศที่ความครอบคลุมการให้วัคซีน DTP3 ต่ำกว่าร้อยละ 40 สิ่งนี้แสดงให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันด้านความครอบคลุม อย่างเห็นได้ชัดในประเทศต่างๆ ซึ่งความแตกต่างนี้ก็เพิ่มมากขึ้นสำหรับบริการ ที่ต้องการโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะ (เช่น บริการสำหรับ การคลอด) มากกว่าการป้องกันอื่นๆ (เช่น การให้วัคซีน) (57)

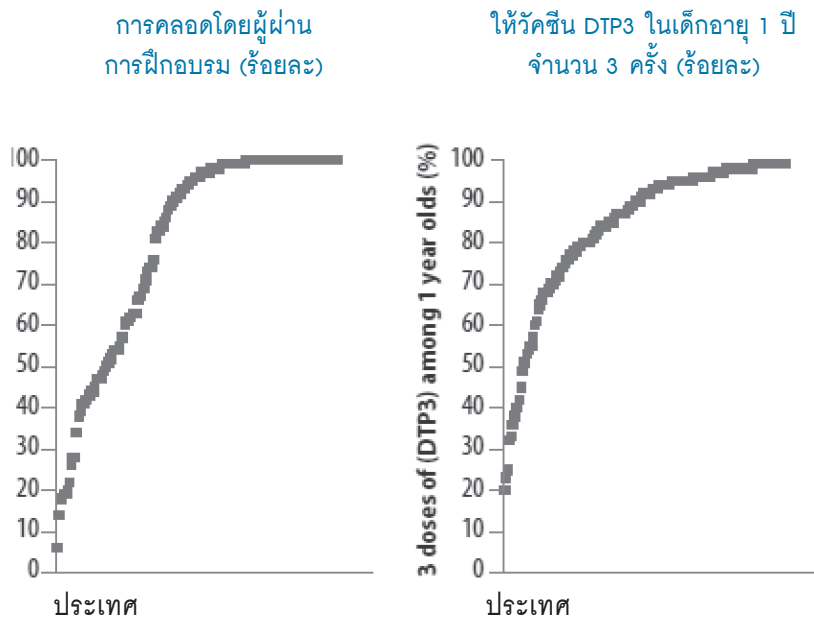
ความไม่เท่าเทียมกันของความครอบคลุมบริการทางการแพทย์และผลลัพธ์ ทางสุขภาพภายในประเทศก็ยังคงพบเห็นได้ทั่วไป การสำรวจประชากรและ สุขภาพแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกันเป็นอย่างมากทั้งการเข้าถึงบริการและ สภาวะสุขภาพในแต่ละกลุ่มระดับรายได้ของประชากรในประเทศที่มีรายได้ ประชาชาติต่ำ ความแตกต่างระหว่างประเภทของกิจกรรมบางกิจกรรมยังเห็น ชัดเจนขึ้น เช่น คนรวยมีแนวโน้มคลอดบุตรโดยบุคลากรสาธารณสุขมากกว่า คนจนมากเมื่อเทียบกับการให้วัคซีนในเด็กที่มีช่องว่างอันเนื่องมาจากความ ยากจนน้อยกว่า แม้บางพื้นที่อาจพบอัตราการได้รับวัคซีน DTP3 ในกลุ่มคน ยากจนเพียงร้อยละ 10 ของคนรวยเท่านั้น (58) ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่า คนร่ำรวยที่สุดในประเทศรายได้ต่ำก็ยังสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ได้ไม่ต่างจากคนในประเทศที่มีรายได้สูง

การใช้บริการสาธารณสุขนั้นไม่เพียงแต่จะมีความแตกต่างกันระหว่างประเทศ ภายในประเทศก็ยังพบเห็นได้เช่นกัน (59, 60) จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกใน 52 ประเทศ ซึ่งครอบคลุมทุกระดับรายได้ แสดงให้เห็นว่า การใช้บริการสาธารณสุขในช่วง 4 สัปดาห์ก่อนการสำรวจนั้นมีตั้งแต่ น้อยกว่าร้อยละ 10 ถึง มากกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนประชากร (58) ในบางประเทศรายงานว่าคนรวยใช้บริการสาธารณสุขมากกว่าคนจนกว่า 2 เท่า ทั้งๆที่เป็นความจริงนั้น คนจนมีความจำเป็นต้องได้รับบริการสาธารณสุขมากกว่าคนรวยก็ตาม

จากข้อมูลที่ถูกกล่าวมามากแสดงถึงความครอบคลุมของบริการ แต่ไม่กล่าวถึงคุณภาพการบริการ ถึงกระนั้นก็ตาม มีแนวโน้มว่า คนรวยและคนจนมีความไม่เท่าเทียมกันของมาตรฐานการบริการสูง กล่าวคือ ไม่เพียงแต่คนจนจะเข้าถึงบริการได้น้อยกว่าเมื่อเจ็บป่วย แต่ยังได้รับบริการที่ด้อยคุณภาพกว่าคนรวยด้วย (61)

ข้อมูลต่างๆนี้ แสดงให้เห็นภาพได้อย่างชัดเจน นั่นคือ คนหลายล้านคน ซึ่งส่วนมากยากจนนั้นไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้ ในขณะที่อีกหลายล้านคนเผชิญกับปัญหาทางการเงินอย่างรุนแรงซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข จะเห็นได้ชัดว่า สาเหตุของความครอบคลุมบริการน้อยและความไม่เท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการไม่ได้มีสาเหตุมาจากระบบการคลังสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่สิ่งที่เราได้อภิปรายในรายงานฉบับนี้คือ หากมีเงินในกองทุนมากขึ้นจะส่งผลให้การให้บริการครอบคลุมได้มากขึ้น และพึงพาการจ่ายตรงจากผู้ป่วยน้อยลง

ภาพที่ 1.1 ข้อมูลปีล่าสุดแสดงความครอบคลุมของการคลอดโดยผู้ผ่านการฝึกอบรม และการให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยักและไอกรน (DTP3) ในประเทศต่างๆ



° เรียงลำดับจากความครอบคลุมน้อยที่สุดไปมากที่สุด
ที่มา: (19)

หลายประเทศได้เพิ่มการป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินของประชาชน นอกเหนือจากระบบการคลังสุขภาพ โดยมีมาตรการความคุ้มครองทางการเงินเมื่อบุคคลไม่สามารถทำงานได้อันเนื่องมาจากปัญหาด้านสุขภาพ เช่นการเจ็บป่วยหรือมีบุตร องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization; ILO) ได้ตรวจสอบข้อมูลสิทธิการได้รับการจ่ายเงินเมื่อลาป่วย ในกรณีเจ็บป่วยรวมถึงกรณีมารดาคลอดบุตรด้วย พบว่า ใน พ.ศ.2550 มี 145 ประเทศ ได้ให้สิทธิการได้รับการจ่ายเงินเมื่อลาป่วย แม้ว่าระยะเวลาการลาและการชดเชยด้านรายได้จะแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดก็ตาม โดยมีเพียง

ร้อยละ 20 ของประเทศเหล่านั้นที่จ่ายเงินชดเชยให้ถึงร้อยละ 100 ของรายได้ แต่ส่วนใหญ่จ่ายให้ร้อยละ 50-75 ประเทศส่วนมากอนุญาตให้ลาป่วยได้ 1 เดือนหรือมากกว่าต่อปีสำหรับการเจ็บป่วยรุนแรง แต่กว่า 40 ประเทศกลับจ่ายเงินค่าชดเชยให้น้อยกว่า 1 เดือน (62)

ประเทศอุตสาหกรรมส่วนมากจ่ายเงินลาคลอดบุตรสำหรับลูกจ้างในระบบ โดยระยะเวลาการลาและลักษณะการจ่ายเงินมีความแตกต่างกันอย่างมาก และถึงแม้ว่าสิทธิตามกฎหมายมารดาจะมีสิทธิได้รับเงินขณะลาคลอดก็ตาม แต่ประเทศรายได้ต่ำและปานกลางไม่กี่ประเทศได้จ่ายชดเชยแก่หญิงที่มีสิทธิเหล่านั้น (กล่อง 1.6)

การคุ้มครองทางการเงินเมื่อไม่สามารถทำงานได้อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือตั้งครรภ์นั้นมักมีเฉพาะสำหรับลูกจ้างในระบบเท่านั้น ปัจจุบันในประเทศรายได้น้อยทั่วไป มากกว่าร้อยละ 50 ของประชากรวัยแรงงานทำงานนอกระบบและไม่สามารถเข้าถึงการชดเชยรายได้ (63)

ถึงแม้ว่ารายงานนี้มุ่งเน้นไปที่การป้องกันความเสี่ยงทางการเงินต่อการรับบริการสาธารณสุข แต่จริงๆ แล้ว สิ่งที่สำคัญกว่านั้นคือ การปกป้องทางสุขภาพของสังคมในภาพรวม (Social protection in health) องค์การอนามัยโลกร่วมกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศ และองค์การสหประชาชาติได้เริ่มให้ความช่วยเหลือประเทศต่างๆ ในการพัฒนาพื้นฐานการปกป้องทางสังคม (Social Protection Floors) ซึ่งรวมถึงประเภทของการป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินที่ได้กล่าวไปแล้วในรายงานฉบับนี้ และลักษณะการจ่ายเงินชดเชยและการช่วยเหลือทางสังคมในกรณีเจ็บป่วย (64)

กล่อง 1.6 การป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน และการชดเชยรายได้ในกรณีลาออก

ปัจจัยหลักของการคุ้มครองมารดาให้มีเวลาพักผ่อนหลังจากคลอดบุตร และรับประกันในการกลับมาทำงานเดิมได้ในภายหลัง คือการได้รับผลประโยชน์ในรูปแบบของเงินสัดที่เป็นการทดแทนรายได้ปกติให้กับมารดาในระหว่างระยะเวลาที่กำหนดไว้สำหรับการตั้งครรภ์ และภายหลังคลอดบุตร เงินชดเชยนี้ไม่ได้เป็นการทดแทนรายได้ก่อนหน้านี้ แต่เป็นเพียงมาตรการทางสังคมที่สำคัญที่จะปกป้องไม่ให้เกิดภาวะทางการเงินแก่ครอบครัวของผู้หญิงในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตร การพักหลังคลอดและระบบชดเชยรายได้อาจส่งผลทางอ้อมด้านสุขภาพด้วย เนื่องจากหากปราศจากมาตรการดังกล่าว มารดาอาจต้องรีบกลับไปทำงานเร็วเกินกว่าที่แพทย์แนะนำ

ประเทศอุตสาหกรรมส่วนมากจัดสรรงบประมาณจำนวนมากไว้สำหรับการลาคลอด เช่น ใน พ.ศ.2550 ประเทศนอร์เวย์จ่ายเงินสำหรับการลาคลอดมากกว่าประเทศอื่นๆ โดยคิดเป็นเงินถึง 31,000 เหรียญสหรัฐต่อเด็ก 1 คนต่อปี คิดเป็นยอดรวมทั้งสิ้น 1.8 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในทางตรงกันข้าม ในหลายประเทศรายได้ต่ำและปานกลางกลับไม่ได้จ่ายเงินสำหรับการลาคลอดเลย แม้จะมีมติบทกฎหมายบัญญัติไว้แล้วก็ตาม

ที่มา: องค์การแรงงานระหว่างประเทศ

การตัดสินใจเลือกที่ถูกต้อง (Making the right choices)

การจะให้ได้มาซึ่งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้มีเพียงวิธีการเดียวเท่านั้น ทุกประเทศต้องตัดสินใจและแน่นอนว่าต้องแลกกับอะไรบางอย่างเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากใช้การรวมเงินเป็นกองทุน ทั้งนี้ สิ่งที่ทำหายคือการจัดความสมดุลของมิติต่างๆ อย่างเหมาะสม ในที่นี้เรารู้อยู่แล้วว่าเงินทุนมักจะหายาก แต่ผู้คนก็ยังคงเรียกร้องมากขึ้น ขณะที่เทคโนโลยีทางการแพทย์มีการพัฒนาและขยายตัวอยู่ตลอดเวลา ความขัดแย้งดังกล่าวทำให้

ผู้กำหนดนโยบายต้องตัดสินใจใน 3 ประเด็นหลัก (ภาพที่ 1.2) ได้แก่ สัดส่วนของประชากรที่ได้รับการคุ้มครอง ขอบเขตของการบริการ และสัดส่วนของค่าใช้จ่ายรวมที่ต้องเตรียม

เพื่อให้จ่ายต่อการทำความเข้าใจ จากภาพที่ 1.2 “กองทุนรวม” ในกล่องแสดงสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศที่ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรได้รับความคุ้มครองให้ได้รับการบริการประมาณครึ่งหนึ่งของการบริการ แต่ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการไม่ถึงครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายในภาพรวมมาจากกองทุนรวม หากต้องการให้บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างแท้จริง ประเทศเหล่านี้จำเป็นต้องขยายความครอบคลุมจำนวนประชาชนและประเภทการบริการให้มากขึ้น และ/หรือจ่ายเงินจำนวนมากขึ้นจากกองทุนรวม

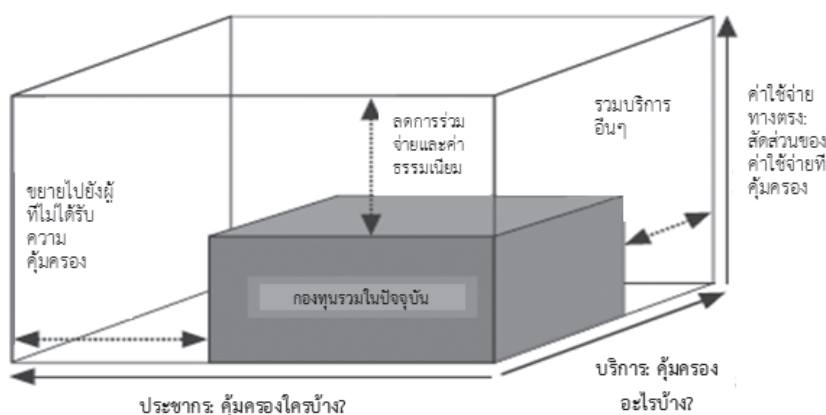
ประเทศต่าง ๆ ในยุโรปที่มีการปกป้องสุขภาพของสังคมมายาวนาน กล่อง “กองทุนรวม” จะกินพื้นที่เกือบทั้งหมดในภาพ 1.2 แต่ยังคงไม่มีประเทศใดที่สามารถกล่าวอย่างเต็มปากได้ว่าบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครบถ้วนร้อยละ 100 ของประชากรการบริการสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายทั้งหมดแต่ละประเทศจะมีวิธีการของตนเองในการเติมกล่อง “กองทุนรวม” ทั้งนี้ เราอาจเห็นระยะเวลาการรอคอยบริการที่แตกต่างกันมากในแต่ละประเทศ อาจไม่ครอบคลุมการบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง และประชาชนอาจต้องร่วมจ่ายมากบ้างน้อยบ้างแตกต่างกันไป

อย่างไรก็ตาม ประชากรทุกคนในประเทศเหล่านี้จะสามารถเข้าถึงการบริการชุดหนึ่งได้ (การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ) และเกือบทุกคนจะได้รับความคุ้มครองจากความเสี่ยงทางการเงินที่รุนแรงผ่านระบบการจ่ายล่วงหน้าและกองทุนรวมนี้ แม้หลักการพื้นฐานจะเหมือนกัน แต่ก็มีเกร็ดเล็กเกร็ดน้อยในรายละเอียดที่ต่างกันจากความคาดหวังของประชาชนและผู้ให้บริการสาธารณสุข สิ่งแวดล้อมทางการเมือง และเงินทุนที่มีอยู่

ประเทศต่าง ๆ ล้วนมีเส้นทางที่แตกต่างกันเพื่อบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ขึ้นอยู่กับว่าประเทศเหล่านั้นอยู่ในขั้นตอนใดและเริ่มต้นอย่างไร ต้องตัดสินใจเลือกตาม 3 แกน ดังแสดงในภาพที่ 1.2 ยกตัวอย่างเช่น ในสถานการณ์ที่คนส่วนใหญ่ในประเทศยังเข้าไม่ถึงบริการ ยกเว้นคนร่ำรวย

การขับเคลื่อนเพื่อให้คนทุกคน ไม่ว่าจะยากดีมีจนเข้าถึงบริการถือเป็นเรื่องที่ต้องรีบดำเนินการก่อน แม้ว่าในช่วงแรก กองทุนจะครอบคลุมประเภทหรือชนิดของการบริการเพียงไม่กี่อย่าง หรือครอบคลุมค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพียงเล็กน้อยก็ตาม (21, 66) ในขณะเดียวกัน บางประเทศอาจเริ่มต้นโดยกำหนดแนวทางที่มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ระบุว่า ใครบ้างที่อยู่ในข่ายที่จะได้รับสิทธิประโยชน์นั้น แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มความครอบคลุมประชาชนกลุ่มที่เหลือ และเพิ่มชนิดบริการให้มากขึ้น รวมทั้งอาจเพิ่มสัดส่วนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในกองทุนให้มากขึ้นตามลำดับ

ภาพที่ 1.2 ภาพ 3 มิติเพื่อมุ่งสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ที่มา: คัดมาจาก (21, 65)

หลายประเทศมีการกำหนดเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยการเริ่มต้นจากกลุ่มเป้าหมายที่เป็นแรงงานในระบบ เนื่องจากสามารถระบุประชากรกลุ่มนี้ได้ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ด้วยวิธีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะนี้ก็ยังมีข้อเสีย นั่นคือ จะนำไปสู่ระบบสองมาตรฐาน และทำให้ผู้ที่ไม่ได้ได้รับความคุ้มครองอยู่ในสถานการณ์ที่แย่ง และจากการที่ระบบประสบความสำเร็จเพียงบางส่วนนี้อาจยิ่งทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพพื้นฐานช้าลงไปด้วย ซึ่งจะมีการกล่าวถึงรายละเอียดสำหรับประเด็นนี้ในบทที่ 3

การขับเคลื่อนไปข้างหน้า (Moving Forward)

รัฐธรรมนูญขององค์การอนามัยโลกได้อธิบายถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ให้สามารถ “ใช้บริการสาธารณสุขมาตรฐานสูงสุดที่สามารถจัดหาได้” ดังนั้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเป็นมาตรการที่ดีที่สุดเพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิดังกล่าว และเป็นพื้นฐานของหลักการ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ซึ่งได้กำหนดมาเป็นเวลากว่า 30 ปี ตามปฏิญญาอัลมา-อะตา (Declaration of Alma-Ata) ทั้งนี้ การให้ปฏิญญาดังกล่าวได้ตระหนักว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เศรษฐกิจและการพัฒนาสังคมเป็นไปอย่างยั่งยืน และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น มีความปลอดภัยและสงบสุข โดยได้มีการเน้นย้ำถึงหลักการพื้นฐานของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกครั้งใน รายงานอนามัยโลก พ.ศ. 2551 (ค.ศ. 2008) ในหัวข้อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และตามมาด้วย มติของสมัชชาอนามัยโลก (67) และได้มีการรับหลักการเพื่อนำมาใช้โดยคณะกรรมการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Commission on Social Determinants of Health) และตามมาด้วยมติของสมัชชาอนามัยโลกเกี่ยวกับหัวข้อดังกล่าว (68)

รายงานฉบับนี้ได้กล่าวอีกครั้งถึงความเชื่อที่มีมายาวนานนี้ โดยเป็นความเชื่อที่ฝังลึกเช่นเดียวกับประเทศที่พยายามต่อสู้กับระบบการคลังสุขภาพ โดยรายงานฉบับนี้นอกจากจะแก้ปัญหาด้านเทคนิคที่เกี่ยวกับระบบการคลังสุขภาพแล้ว ยังเน้นความยุติธรรมและมนุษยธรรมเป็นหลักด้วย ทั้งนี้ การมุ่งเน้นนั้นเป็นสิ่งที่เหมาะสมและเป็นสิ่งดี โดยทุกประเทศไม่ว่าจะอยู่ในขั้นตอนใดของการพัฒนาก็ตาม สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วขึ้นเพื่อให้เป็นไปตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเพื่อรักษาความสำเร็จไว้ได้

มี 3 ประเด็น ที่ควรพึงระลึกถึงสำหรับการเตรียมเส้นทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ระบบบริการสาธารณสุขเป็น “ระบบที่มีการปรับตัวอย่างซับซ้อน” ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ความสัมพันธ์ได้ รวมถึงองค์ประกอบต่างๆ มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างไม่สามารถคาดเดาได้ ทั้งนี้ ผู้ที่อยู่ในระบบ จำเป็นต้องเรียนรู้และปรับตัวตลอดเวลา บ่อยครั้งที่จะเห็นการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง (69) โดยถึงแม้ว่าเราได้นำเสนอเส้นทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้หลายเส้นทางก็ตาม ประเทศต่างๆ ต้องคาดว่าจะมีเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงเกิดขึ้นด้วย
2. การวางแผนการดำเนินการเพื่อมุ่งสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น แต่ละประเทศต้องมีข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน คำถามที่ว่า ต้องมีพันธะสัญญาทั้งด้านการเมืองและชุมชนอย่างจริงจังหรือไม่ เพื่อให้บรรลุผลและคงสภาพการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คำถามนี้ย่อมมีนัยที่แตกต่างกันภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน แต่จะเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงทัศนคติที่แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของสังคมและการพึ่งพาตนเอง ความเข้มแข็งของสังคมนี้เองเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งระบบป้องกันความเสี่ยงทางการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพสำหรับประชากรโดยรวมนั้นขึ้นอยู่กับความพร้อมของคนรวยที่จะช่วยเหลือค่าใช้จ่ายของคนจน และผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรงควรให้ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย งานวิจัยล่าสุดยืนยันว่า สังคมส่วนใหญ่จำเป็นต้องมีความเข้มแข็งของสังคม หากจะต้องจัดการกับการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพตามบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ (70) หรือพูดอีกนัยหนึ่ง ทุกๆ สังคมมีแนวคิดเกี่ยวกับความยุติธรรมในสังคมที่จะสามารถยอมรับความไม่เท่าเทียมกันได้มากน้อยเพียงใด (71)
3. ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายจำเป็นต้องตัดสินใจว่า สัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่มาจากกองทุนรวมในระยะยาวจะเป็นเท่าใด และจะสามารถสร้างความสมดุลของการที่ต้องแลกกับบางอย่างที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้อย่างไร เช่น การที่ต้องแลกสัดส่วนของประชากร การบริการ กับค่าใช้จ่ายที่สามารถให้ความคุ้มครองได้ สำหรับประเทศที่มุ่งเน้นการรักษาความ

สำเร็จที่ได้มาอย่างยากลำบากนั้น การตรวจสอบและการปรับตัวอย่างต่อเนื่องคือสิ่งสำคัญสำหรับการเผชิญหน้ากับการพัฒนาของเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอายุและรูปแบบของโรค

ใน 3 บทถัดจากนี้ จะกล่าวถึงแนวทางการปฏิบัติ เพื่อ

- เพิ่มเงินกองทุนสำหรับสุขภาพ ในกรณีจำเป็น หรือการคงสภาพกองทุนเมื่อต้องเผชิญกับความจำเป็นและความต้องการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น
- จัดให้มีหรือรักษาระดับการป้องกันความเสี่ยงทางการคลังสุขภาพที่เพียงพอ เพื่อให้ผู้ที่ต้องการใช้บริการสาธารณสุขไม่ลังเลที่จะเข้ารับบริการ และไม่ต้องเผชิญกับการล้มละลายเนื่องจากค่าใช้จ่ายในบริการทางการแพทย์หรือทำให้ต้องกลายเป็นคนยากจนจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข
- ปรับปรุงประสิทธิภาพและความเสมอภาคในการใช้เงินกองทุน และต้องแน่ใจว่าได้ใช้เงินทุนที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทสุดท้ายแสดงให้เห็นถึงขั้นตอนการปฏิบัติที่ทุกประเทศรวมทั้งพันธมิตรต่างประเทศสามารถดำเนินการเพื่อเพิ่มเงินกองทุนให้เพียงพอ บรรลุผลในการเก็บเงินรวมที่เพียงพอ และการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุผลตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เอกสารอ้างอิง

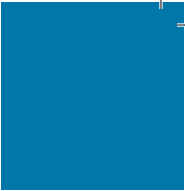
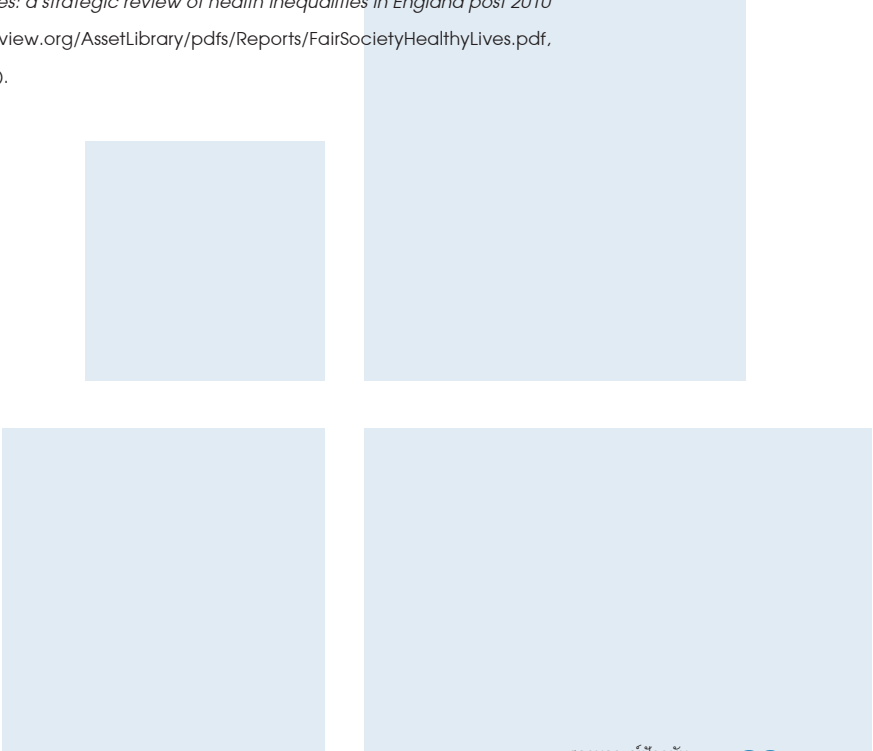
1. National health accounts (online database). Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/nha>, accessed 23 June 2010).
2. Preker A et al. Rich-poor differences in health care financing. In: Preker A, Carrin G, eds. *Health financing for poor people: resource mobilization and risk-sharing*. Washington, DC, The World Bank, 2004.
3. Su TT, Kouyat B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 2006;84:21-27. PMID:16501711
4. Wagstaff A. The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam. *Journal of Health Economics*, 2007;26:82-100. doi:10.1016/j.jhealeco.2006.07.001 PMID:16905205
5. van Doorslaer E et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Economics*, 2007;16:1159-1184. doi:10.1002/hec.1209 PMID:17311356
6. Baeza C, Packard T. *Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America*. Washington, DC, The World Bank, 2006.
7. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007;26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
8. *Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care*. Geneva, International Labour Organization, 2008 (<http://www.ilo.org/public/english/protection/seccs/downloads/policy/policy1e.pdf>, accessed 06 July 2010).
9. Xu K et al. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003;362:111-117. doi:10.1016/S01406736(03)13861-5 PMID:12867110
10. Knaul FM et al. [Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico]. *Salud Publica de Mexico*, 2007;49:Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
11. Yip W, Hsiao WC. Non-evidence-based policy: how effective is China's new cooperative medical scheme in reducing medical impoverishment? *Social Science & Medicine (1982)*, 2009;68:201-209. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.066 PMID:19019519
12. Xu K, Saksena P, Durairaj V. *The drivers of catastrophic expenditure: outpatient services, hospitalization or medicines?* World health report 2010 background paper, no. 21 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
13. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).

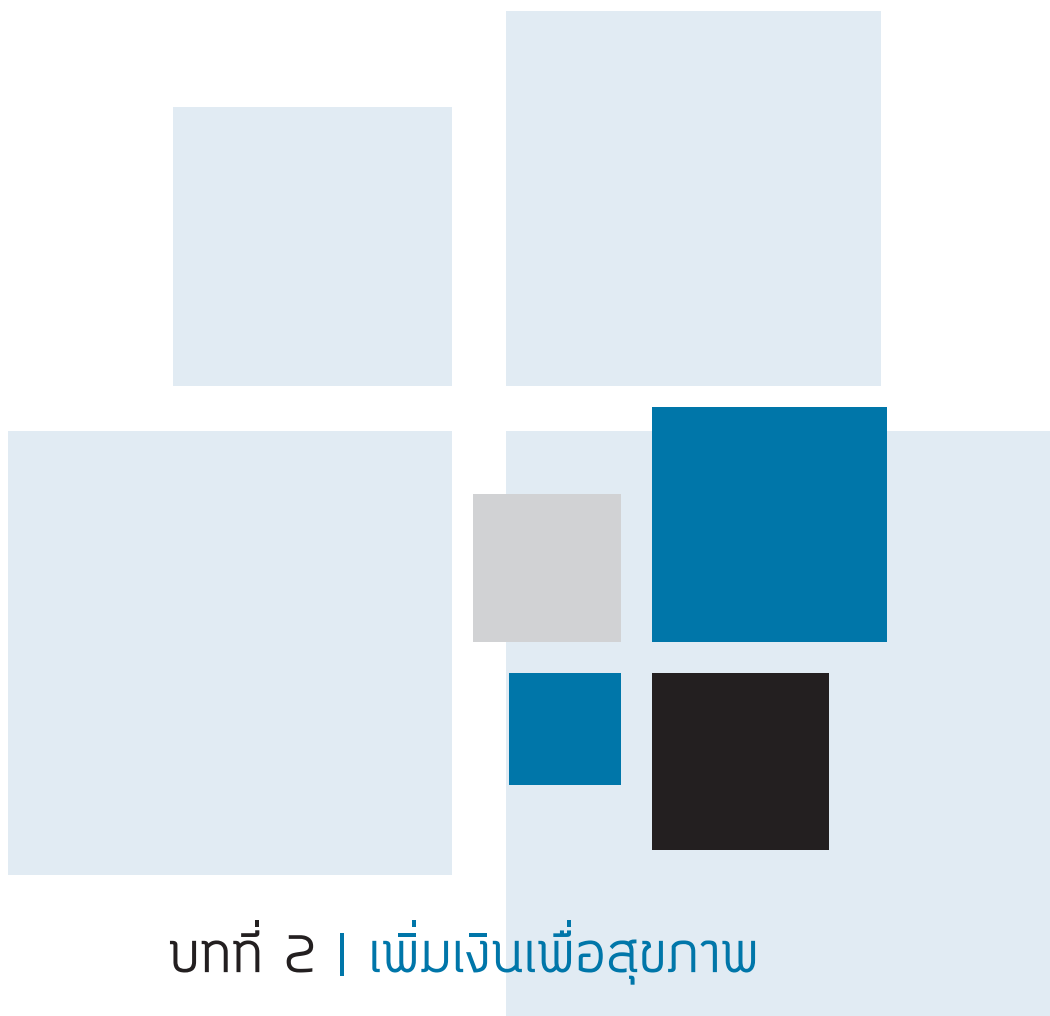
14. Carrin G, James C, Evans DB. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, 2005.
15. Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance In: *Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16-25 May 2005* (WHA58/2005/REC/1).
16. *Wading through medical insurance pools: a primer*. The American Academy of Actuaries, 2006 (http://www.actuary.org/pdf/health/pools_sep06.pdf, accessed 06 July 2010).
17. *Annual report 2008*. Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009 (http://www.moh.gov.rw/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=116&Itemid=14, accessed 06 July 2010).
18. Fernandes Antunes A et al. *Health financing systems review of Rwanda- options for universal coverage*. World Health Organization and Ministry of Health, Republic of Rwanda, 2009.
19. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
20. Musango L, Doetinchem O, Carrin G. *De la mutualisation du risque maladie l'assurance maladie universelle: exprience du Rwanda*. World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/health_financing/documents/dp_f_09_01-mutualisation_rwa.pdf, accessed 06 July 2010).
21. *The world health report 2008: primary health care - now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
22. Kalk A et al. Health systems strengthening through insurance subsidies: the GFATM experience in Rwanda. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2010;15:94-97. PMID:19917038
23. International Health Partnership: a welcome initiative. *Lancet*, 2007;370:801-
doi:10.1016/S0140-6736(07)61387-7 PMID:17826149
24. *The International Health Partnership and related initiatives (IHP+)*. (<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>, accessed 06 July 2010).
25. Meng Q, Tang S. *Universal coverage of health care in China: challenges and opportunities*. World health report 2010 background paper, no. 7 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
26. Barber LS, Yao L. *Health insurance systems in China: a briefing note*. World health report 2010 backgroundpaper, no. 37 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en). 27. *Letter to Nancy Pelosi on H.R. 4872, Reconciliation act of 2010 (final health care legislation)*. Washington, DC, Congressional Budget Office, US Congress, 2010 (<http://www.cbo.gov/ftpdocs/113xx/doc11379/AmendReconProp.pdf>, accessed 07 July 2010).

28. *Focus on health: summary of new health reform law*. Washington, DC, The Henry J. Kaiser Family Foundation, 2010 (<http://www.kff.org/healthreform/upload/8061.pdf>, accessed 07 July 2010).
29. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience*. World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
30. Whiteford LM, Branch LG. *Primary health care in Cuba: the other revolution*. Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 2008.
31. Rannan-Eliya R, Sikurajapathy L. *Sri Lanka: "Good practice" in expanding health care coverage*. Colombo, Institute for Health Policy, 2008 (Research Studies Series No. 3; <http://www.ihp.lk/publications/docs/RSS0903.pdf>, accessed 08 July 2010).
32. Damrongplasit K, Melnick GA. Early results from Thailand's 30 Baht Health Reform: something to smile about. *Health Aff (Millwood)*, 2009;28:w457-w466. doi:10.1377/hlthaff.28.3.w457 PMID:19336469
33. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006;60:13-19. doi:10.1136/jech.2005.038323 PMID:16361449
34. Senz M, Acosta M, Bermudz JL. *Universal coverage in Costa Rica: lessons and challenges from a middle-income country*. World health report 2010 background paper, no. 11 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
35. D'Almeida S, Durairaj V, Kirigia J. *Ghana's Approach to Social Health Protection*. World health report 2010 background paper, no.2 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
36. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009;87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370
37. Bayarsaikhan D, Kwon S, Ron A. Development of social health insurance in Mongolia: successes, challenges and lessons. *International Social Security Review*, 2005;58:27-44. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00224.x
38. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 06 July 2010).
39. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien-être de la population*. 2010. World health report 2010 background paper, no.16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

40. Meessen B et al., eds. *Health and social protection: experiences from Cambodia, China and Lao People's Democratic Republic*. Antwerp, ITG Press, 2008.
41. Franco LM et al. Effects of mutual health organizations on use of priority health-care services in urban and rural Mali: a case-control study. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:830-838. doi:10.2471/BLT.08.051045 PMID:19030688
42. Jowett M, Hsiao WC. The Philippines: extending coverage beyond the formal sector. In: Hsiao W, Shaw PR, eds. *Social health insurance for developing nations*. Washington, DC, The World Bank, 2007:81-104.
43. Arfa C, Achouri H. Tunisia: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a co-untry in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middle-income countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:385-437.
44. Axelson H et al. Health financing for the poor produces promising short-term effects on utilization and out-of-pocket expenditure: evidence from Vietnam. *International Journal for Equity in Health*, 2009,8:20- doi:10.1186/1475-9276-8-20 PMID:19473518
45. *OECD Reviews of Health Systems - Turkey*. Organisation for Economic Co-operation and Development and The World Bank, 2008 (http://www.oecd.org/document/60/0,3343,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html, accessed 06 July 2010).
46. Gakidou E et al. Assessing the effect of the 2001-06 Mexican health reform: an interim report card. *Lancet*, 2006,368:1920-1935. PMID:17126725
47. *Health at a glance*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
48. Carrin G, James C. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*, 2005,58:45-64. doi:10.1111/j.1468-246X.2005.00209.x
49. Mathauer I et al. *An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance*. Geneva, World Health Organization, 2009.
50. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from Republic of Korea*. World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
51. McIntyre D et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:871-876. doi:10.2471/BLT.08.053413 PMID:19030693
52. Himmelstein DU et al. Medical bankruptcy in the United States, 2007: results of a national study. *The American Journal of Medicine*, 2009,122:741-746. doi:10.1016/j.amjmed.2009.04.012 PMID:19501347

53. Emami S. *Consumer overindebtedness and health care costs: how to approach the question from a global perspective*. World health report 2010 background paper, no. 3 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Castiglione S. *Compilación de normas en materia de insolvencia por gastos de salud*. World health report 2010 background paper, no. 54 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Pradhan M, Prescott N. Social risk management options for medical care in Indonesia. *Health Economics*, 2002,11:431-446. doi:10.1002/hec.689 PMID:12112492
56. Cavagnero E et al. *Health financing in Argentina: an empirical study of health care expenditure and utilization*. Geneva, World Health Organization (Innovations in Health Financing: Working Paper Series, No. 8; http://www.who.int/health_financing/documents/argentina_cavagnero.pdf, accessed 06 July 2010).
57. Houweling TAJ et al. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007,85:745-754. PMID:18038055
58. Xu K, Saksena P, Evans DB. *Health financing and access to effective interventions*. World health report 2010 background paper, no. 8 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
59. O'Donnell O et al. Who pays for health care in Asia? *Journal of Health Economics*, 2008,27:460-475. PMID:18179832
60. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. OECD Health Equity Research Group: inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 2006,174:177-183. doi:10.1503/cmaj.050584 PMID:16415462
61. Das J, Hammer J, Leonard K. The quality of medical advice in low-income countries. *The journal of economic perspectives : a journal of the American Economic Association*, 2008,22:93-114. doi:10.1257/jep.22.2.93 PMID:19768841
62. Scheil-Adlung X, Sandner L. *The case for paid sick leave*. World health report 2010 background paper, no. 9 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
63. *World social security report 2010/11. Providing coverage in the time of crisis and beyond*. Geneva, International Labour Organization, 2010.
64. *The social protection floor. A joint crisis initiative of the UN Chief Executives Board for co-ordination on the social protection floor*. Geneva, International Labour Office, and World Health Organization, 2009 (<http://www.un.org/ga/second/64/socialprotection.pdf>, accessed 8 July 2010).

- 
65. Busse R, Schlette S, eds. *Health Policy Developments Issue 7/8. Focus on prevention, health and aging, new health professions*. Gtersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (http://www.hpm.org/Downloads/reports/Health_Policy_Developments_7-8.pdf, accessed 06 July 2010).
66. Houweling TAJ et al. Determinants of under-5 mortality among the poor and the rich: a cross-national analysis of 43 developing countries. *International Journal of Epidemiology*, 2005;34:1257-1265. doi:10.1093/ije/dyi190 PMID:16159940
67. Resolution WHA62.12. Primary health care, including health system strengthening. In: *Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 8-27 May 2009*. Geneva, World Health Organization, 2009 (WHA62/2009/REC/1).
68. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization, 2008.
69. *Healthy development: the World Bank strategy for health, nutrition, and population results*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
70. James C, Savedoff W. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes towards solidarity*. World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. *Fair society, healthy lives: a strategic review of health inequalities in England post 2010* (<http://www.marmotreview.org/AssetLibrary/pdfs/Reports/FairSocietyHealthyLives.pdf>, accessed 08 July 2010).
- 



บทที่ ๒ | เพิ่มเงินเพื่อสุขภาพ



๒

เพิ่มเงินเพื่อสุขภาพ

(More money for health)

สาระสำคัญ

- ยังไม่มีประเทศใดรับประกันได้ว่า ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทุกอย่างเพื่อบรรเทาทุกข์หรือทำให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ทุกประเทศล้วนเผชิญปัญหาความจำกัดของทรัพยากรไม่รูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้น้อย
- ทุกประเทศสามารถระดมเงินในประเทศเพื่องานด้านสุขภาพ หรือระดมรายได้จากแหล่งที่หลากหลายได้
- ทางเลือกต่าง ๆ ได้แก่ รัฐบาลให้ความสำคัญในการจัดสรรเงินงบประมาณไปยังระบบสาธารณสุข เพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บภาษีหรือเงินประกัน และสร้างนวัตกรรมที่หลากหลายเพื่อสนับสนุนการหาเงินเพิ่ม
- อีกทางเลือกหนึ่งคือ เก็บภาษีผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น บุหรี่และสุรา ซึ่งนอกจากจะทำให้ประชาชนลดการบริโภคแล้ว ยังส่งผลให้สุขภาพดีขึ้นด้วย และทำให้รัฐบาลมีแหล่งเงินทุนเพื่อใช้จ่ายด้านสุขภาพมากขึ้น
- แม้จะดำเนินการด้วยวิธีการใหม่ๆ ดังกล่าวแล้วก็ตาม ประเทศยากจนที่สุดส่วนใหญ่ยังคงต้องพึ่งพาเงินช่วยเหลือจากภายนอกที่มากขึ้นไปอีกระยะเวลาหนึ่ง ประเทศผู้บริจาคเองสามารถเพิ่มเงินกองทุนส่งให้กับประเทศยากจนด้วยวิธีการรูปแบบใหม่ แต่ความช่วยเหลือดังกล่าวควรเป็นไปตามพันธะสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยความช่วยเหลือแบบให้เปล่าเพื่อการพัฒนานอย่างเป็นทางการ และควรให้ความช่วยเหลือที่สามารถหวังผลได้ และเป็นความช่วยเหลือแบบระยะยาวมากขึ้นด้วย

เพิ่มเงินด้านสุขภาพ

(More money for health)

เพิ่มทรัพยากรเพื่อสุขภาพ

(Raising resources for health)

สถาบันสุขภาพและความเป็นเลิศทางด้านการแพทย์แห่งชาติอังกฤษ (British National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE) ประกาศเมื่อ พ.ศ.2552 ว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศอังกฤษ (National Health Service: NHS) ไม่สามารถจัดให้มียาราคาแพงบางรายการสำหรับการรักษาโรคมะเร็งของไตได้เนื่องจากไม่คุ้มค่าด้านต้นทุนประสิทธิผล (1) การปฏิเสธรดังกล่าวทำให้ประชาชนไม่พอใจ (2) แต่สถาบันฯ ให้เหตุผลว่า การตัดสินใจดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนที่จำเป็นต้องทำเพื่อรองรับการจัดสรรทรัพยากรที่สมเหตุสมผลและจัดตามลำดับความสำคัญ (3) ข้อเท็จจริงก็คือ ยาและเทคโนโลยีการวินิจฉัยโรคและการรักษาโรคแบบใหม่นั้นเกิดขึ้นเร็วกว่าการเพิ่มแหล่งเงินใหม่นั้นเอง

ทุกประเทศไม่ว่าร่ำรวยหรือยากจนล้วนต้องดิ้นรนเพิ่มเงินกองทุนให้พอกับค่าใช้จ่ายในบริการสาธารณสุขที่จำเป็นหรือที่ประชาชนเรียกร้อง (ซึ่งบางครั้งมีความต่างกัน) ไม่มีประเทศใดที่แม้จะร่ำรวยเพียงใดก็สามารถจัดให้มีเทคโนโลยีหรือการรักษาโรคทุกอย่างให้กับประชาชนทุกคนได้ หรือทำให้ทุกคนมีสุขภาพดีขึ้น หรือทำให้ประชากรทุกคนมีอายุยืนยาวได้ ทั้งนี้ เนื่องจากระบบสาธารณสุขของประเทศร่ำรวยอาจเผชิญกับปัญหาข้อจำกัดด้านงบประมาณซึ่งเกิดจากปัจจัยของจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และการลดลงของวัยแรงงานซึ่งค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขยังถือว่าสูง ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศนอร์เวย์ต้องจ่ายเงินมากกว่า 7,000 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี ประเทศสวีเดนและแลนด์ใช้มากกว่า 6,000 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี ประเทศสมาชิกขององค์การ

เพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) ทั้งกลุ่มใช้จ่ายเฉลี่ย 3,600 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี ในขณะที่กลุ่มประเทศยากจนดินร่นเพียงให้แน่ใจว่าประชาชนเข้าถึงบริการพื้นฐานขั้นต่ำได้ พบว่า 31 ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกใช้จ่ายน้อยกว่า 35 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี และ 4 ประเทศใช้จ่ายน้อยกว่า 10 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่รวมเงินจากการบริจาคโดยพันธมิตรภายนอกแล้ว (4)

อย่างไรก็ตาม ทุกประเทศสามารถหาวิธีขยายการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินและการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกันได้ ตัวอย่างเช่น ประเทศวันดาที่มีรายได้ประชาชาติประมาณ 400 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี จัดบริการสาธารณสุขพื้นฐานจำนวนหนึ่งให้กับประชาชนผ่านระบบการประกันสุขภาพที่ค่าใช้จ่ายประมาณ 37 เหรียญสหรัฐต่อคน (4) แม้ประเทศวันดาจะได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากผู้บริจาคต่างชาติ แต่รัฐบาลผูกพันที่จะจัดสรรงบประมาณค่าใช้จ่ายรายปีร้อยละ 19.5 สำหรับใช้ด้านสาธารณสุข (4) ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกจำนวน 182 ประเทศมีผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) เท่ากับหรือสูงกว่าประเทศวันดา (ในบางประเทศสูงกว่ามาก) แต่หลายประเทศเหล่านั้นยังห่างไกลจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (4) ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องเปลี่ยนแปลง ด้วยข้อยกเว้นบางประการ ประเทศต่างๆไม่ควรมีเหตุผลในการชะลอการพัฒนาการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพรวมถึงการเพิ่มมาตรการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินด้วย การปรับเปลี่ยนล้วนต้องใช้เวลา ซึ่งรัฐบาลต้องเริ่มคิดว่าเงินจำนวนเท่าใดจึงจะเพียงพอ และจะหาเงินจำนวนดังกล่าวได้อย่างไร

ค่าใช้จ่ายของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (But what does universal coverage cost)

แนวคิดประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่สามารถใช้ได้เหมือนกันในทุกประเทศ และไม่ได้หมายความว่า การประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องครอบคลุมบริการสาธารณสุขทุกอย่างให้กับประชาชนทุกคนด้วย ดังที่ได้อธิบายไว้ในบทที่ 1 แล้วว่า การมุ่งสู่ประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึงการหาวิธีที่ดีที่สุดเพื่อขยายหรือคงไว้ซึ่งความครอบคลุมในสามมิติสำคัญ ได้แก่ ครอบคลุมใคร ครอบคลุมบริการใด และครอบคลุมค่าใช้จ่ายจำนวนเท่าใด ภายใต้กรอบการทำงานกว้างๆ ที่ระบุไว้ ผู้ที่ตัดสินใจด้านนโยบายต้องกำหนดว่า จะหาเงินทุน และบริหารเงินทุนอย่างไร

ประเทศไทยจัดบริการโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งค่ายาที่แพทย์สั่งจ่าย บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยในที่ต้องค้างในโรงพยาบาล บริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงบริการทางการแพทย์ที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น การรักษาโรคมะเร็งด้วยรังสีและเคมีบำบัด การผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินที่อาการสาหัส ค่าใช้จ่ายทั้งหมดนี้เพียง 136 เหรียญสหรัฐต่อคน ซึ่งน้อยกว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยของกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำที่มีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 153 เหรียญสหรัฐต่อคน ที่ผ่านมา ประเทศไทยไม่ได้ให้ความคุ้มครองทุกอย่าง จนเมื่อไม่นานมานี้จึงได้รวมเอาการรักษาด้วยการเปลี่ยนไตสำหรับผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายเอาไว้ด้วย (กล่อง 2.1) ประเทศอื่นๆ อาจกำหนดความครอบคลุมที่ต่างกันออกไปได้เช่นกัน

การขยายความครอบคลุมในสามมิตินั้นจำเป็นต้องทราบต้นทุนค่าบริการนั้นๆ เสียก่อน ในปี พ.ศ.2544 คณะกรรมการสุขภาพและเศรษฐศาสตร์มหภาคประมาณการว่า การบริการพื้นฐานมีค่าใช้จ่ายประมาณ 34 เหรียญสหรัฐต่อคน (6) ซึ่งใกล้เคียงกับยอดเงินที่ประเทศเวียดนามจ่ายในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ยอดเงินที่คำนวณได้นี้ไม่รวมค่ายาสำหรับการติดเชื้อเอชไอวีหรือการรักษาโรคไม่ติดต่อ และไม่คำนึงถึงการลงทุนที่อาจจำเป็นสำหรับการเพิ่มความแข็งแกร่งของระบบสาธารณสุข เพื่อให้การครอบคลุมขยายไปสู่พื้นที่ห่างไกล

การคาดการณ์ล่าสุดขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของ
บริการสาธารณสุขที่สำคัญ ที่เสนอต่อคณะทำงานระดับสูงว่าด้วยการคลัง
นานาชาติแบบใหม่สำหรับระบบสุขภาพ (the high-level Taskforce on
Innovative International Financing for Health System) เสนอว่า ประเทศ
รายได้ต่ำจำนวน 49 ประเทศ ต้องการเงินเฉลี่ยเพียง 44 เหรียญสหรัฐต่อคน
ใน พ.ศ.2552 (ไม่ถ่วงน้ำหนัก) และจะเพิ่มขึ้นเป็นมากกว่า 60 เหรียญสหรัฐ
เล็กน้อยภายใน พ.ศ.2558 (7) โดยประมาณการนี้รวมค่าใช้จ่ายในการขยาย
ระบบสาธารณสุขเพื่อให้สามารถให้บริการได้หลากหลายตามที่ระบุไว้ และ
ยังรวมการรักษาโรคไม่ติดต่อที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย และเรื่องที่เป็นจุดเน้นของ
เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Millennium Development Goals - MDGs)
อย่างไรก็ตาม วงเงินนี้เป็นเงินเฉลี่ย (ไม่ถ่วงน้ำหนัก) ใน 49 ประเทศจากการ
เก็บข้อมูล 2 ระยะเวลา ดังนั้น ยอดเงินที่ต้องการจริงจะแตกต่างกันไปในแต่ละ
ประเทศ โดย 5 ประเทศ ที่ทำการศึกษาต้องจ่ายเงินมากกว่า 80 เหรียญสหรัฐ
ภายใน พ.ศ.2558 ในขณะที่ 6 ประเทศ จะใช้เงินน้อยกว่า 40 เหรียญสหรัฐ^๑

กล่อง 2.1 ประเทศไทยปรับความครอบคลุม ของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเทศไทยได้นำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ใน พ.ศ.2545 เรียกว่า โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยให้บริการดูแลสุขภาพที่ไม่ได้มีเพียงขั้นพื้นฐานเท่านั้น ยังได้รวมการรักษาด้วยรังสีรักษา การผ่าตัดและการดูแลผู้ป่วยหนักจากอุบัติเหตุ และผู้ป่วยฉุกเฉินด้วย แต่ไม่ครอบคลุมการเปลี่ยนไต นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นผู้บริหารโครงการดังกล่าวกล่าวว่า “เราตระหนักว่า การรักษาด้วยการเปลี่ยนไตจะทำให้ระบบมีภาระ เนื่องจากยังไม่ได้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ต่อการเกิดโรคไต เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดีพอ” การเปลี่ยนไตนั้นมีค่าใช้จ่ายสูง การฟอกไตในประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายประมาณ 400,000 บาท (12,000 เหรียญสหรัฐ) ต่อผู้ป่วยต่อปี ซึ่งคิดเป็นสี่เท่าของยอดเงินที่ยอมรับได้ต่อปีสุขภาพ (Quality-adjusted life year) ซึ่งกำหนดไว้ที่ 100,000 บาท วงเงินดังกล่าวกำหนดโดยคณะกรรมการพัฒนาลิทธิประโยชน์และระบบบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นายแพทย์ประทีปเชื่อว่าโครงการควรครอบคลุมโรคไตตั้งแต่แรก ซึ่งมุมมองนี้ได้รับการสนับสนุนจากนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมองว่าเป็นประเด็นเกี่ยวกับความเป็นธรรม เขากล่าวว่า “ประเทศไทยมีโครงการดูแลสุขภาพอยู่ 3 โครงการ และโครงการนี้เป็นเพียงโครงการเดียวที่ไม่รวมการรักษาด้วยการเปลี่ยนไต ในขณะที่ครึ่งหนึ่งของผู้ที่อยู่ในโครงการนี้เป็นคนยากจนที่สุดในระบบเศรษฐกิจของไทย” แนวคิดของของนายแพทย์วิโรจน์ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่นๆ ตัวอย่างเช่น นายสุบิน นกสกุล ผู้ป่วยอายุ 60 ปี ผู้ซึ่งใช้เงินออมทั้งหมดกับการรักษาเปลี่ยนไตในช่วง 19 ปี เขากล่าวว่า “ครึ่งหนึ่งผมเคยมีเงินเก็บถึง 7 ล้านบาท แต่ขณะนี้ เงินดังกล่าวใช้หมดไปแล้ว” นายสุบินเป็นผู้ก่อตั้งชมรมผู้ป่วยโรคไตแห่งประเทศไทยเมื่อ พ.ศ.2549 ซึ่งช่วยสร้างความตระหนักเรื่องสิทธิให้กับผู้ป่วยโรคไตในประเทศไทยและกดดันให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดบริการรักษาให้ในที่สุด ต่อมาเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551 นายมงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้รวมเอาการรักษาด้วยการเปลี่ยนไตไว้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย

ที่มา: คัดลอกมาจาก (5)

อย่างไรก็ตาม ไม่ได้หมายความว่า 31 ประเทศที่ใช้เงินเพื่อสุขภาพน้อยกว่า 35 เหรียญสหรัฐต่อคนนั้น ควรละทิ้งความพยายามที่จะเพิ่มเงินทุนเพื่อให้เข้าใกล้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ประเทศเหล่านี้ควรขยายโครงการให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มี นอกจากนี้ ยังหมายความว่าแม้ประเทศเหล่านี้สามารถที่จะหาเงินภายในประเทศมาเพิ่มได้ตามที่จะแสดงให้เห็นในอีก 2 บทต่อไป แต่ในอนาคตอันใกล้ ประเทศเหล่านี้จะยังคงต้องการความช่วยเหลือจากภายนอก และพบว่าประเทศกลุ่มนี้มีการเติบโตของเงินทุนในประเทศเป็นอย่างมาก และรัฐบาลยังให้ความสำคัญในการจัดสรรเงินงบประมาณไปยังระบบสาธารณสุขในลำดับต้น มีเพียง 8 ประเทศจาก 49 ประเทศที่สามารถหาเงินจากแหล่งภายในประเทศได้เพียงพอต่อการบริการสาธารณสุขใน พ.ศ.2558 (7)

ประเทศร่ำรวยกว่าหลายประเทศยังคงต้องเพิ่มเงินกองทุนเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากอายุของประชากรที่เพิ่มขึ้น การพัฒนายาหรือวิธีตรวจรักษาหรือเทคโนโลยีใหม่ในการรักษาโรคเพื่อรักษาชีวิตประชาชน ประเด็นหลักของเรื่องที่ซับซ้อนนี้คือ ประชากรวัยทำงานมีจำนวนลดลง จึงทำให้สัดส่วนของเงินที่มาจากภาษีรายได้หรือค่าใช้จ่ายเบื้องต้นในการประกันสุขภาพตามอัตราเงินเดือน (ภาษีรายได้) ลดลงด้วยเช่นกัน ดังนั้น ผู้กำหนดนโยบายควรคำนึงถึงแหล่งเงินอื่นด้วย

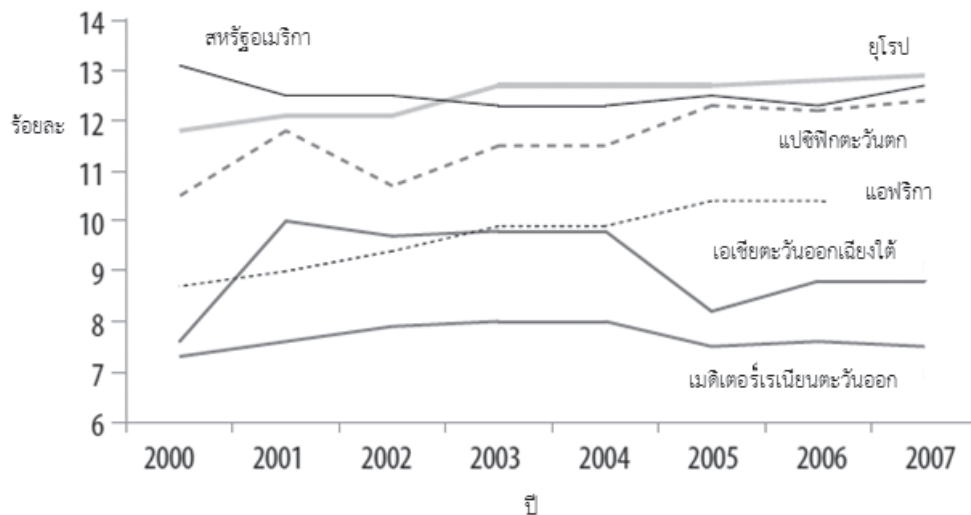
กล่าวโดยรวม มี 3 วิธีหลักเพื่อเพิ่มเงินกองทุนหรือมีแหล่งเงินทุนที่หลากหลาย **วิธีแรก** คือ ทำให้ประเด็นด้านสุขภาพอยู่ในลำดับความสำคัญต้นๆของงบประมาณรายจ่ายโดยเฉพะงบประมาณของรัฐบาล **วิธีที่สอง** คือ หาแหล่งเงินใหม่หรือทำให้แหล่งเงินในประเทศมีความหลากหลาย และ**วิธีที่สาม**คือ เพิ่มความช่วยเหลือด้านการเงินจากภายนอกประเทศ ในบทต่อไปจะกล่าวถึงทางเลือกทั้งสามเรียงตามลำดับ สองวิธีการแรกมีความสำคัญต่อการพัฒนาในระยะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นประเทศร่ำรวยหรือยากจนก็ตาม บทนี้จะสรุปถึงการพัฒนาความช่วยเหลือด้านสุขภาพสำหรับประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง

ประกันการจัดสรรค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ สุขภาพของรัฐบาลอย่างเป็นธรรม [Ensuring a fair share of total government spending on health]

แม้แต่ประเทศที่ได้รับความช่วยเหลือจากภายนอกจำนวนมาก เงินดังกล่าว
ยังน้อยกว่าเงินที่เก็บได้ภายในประเทศ ตัวอย่างเช่น ประเทศที่มีรายได้ต่ำ
ค่าเฉลี่ย (ไม่ถ่วงน้ำหนัก) ของเงินที่ได้จากแหล่งภายนอกเฉลี่ยใน พ.ศ.2550
มีจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพ ส่วนที่เหลือได้มา
จากแหล่งเงินภายในประเทศ (4) ดังนั้น สิ่งสำคัญคือ การคงแหล่งทุนเดิม และ
เพิ่มแหล่งเงินทุนภายในประเทศในกรณีนี้ที่จำเป็น แม้จะเป็นประเทศที่ยากจน
ที่สุดก็ตาม (8) หลักการนี้มีความสำคัญกับประเทศที่มีรายได้สูงเช่นกัน

รัฐบาลสนับสนุนการเงินเพื่อพัฒนาด้านสุขภาพได้ทั้งทางตรงและทาง
อ้อม การสนับสนุนทางตรงนั้นสามารถทำได้โดยการเพิ่มเงินให้กับระบบ
สาธารณสุข ส่วนการสนับสนุนทางอ้อมดำเนินการโดยการใช้จ่ายผ่านปัจจัย
ทางสังคม (social determinants) เช่น ลดความยากจนหรือเพิ่มการศึกษา
ของเพศหญิง สัดส่วนค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลจัดสรรให้กับภาคสาธารณสุขเป็นวิธี
ง่าย ๆ ที่สะท้อนการให้คุณค่าและความสำคัญต่อระบบสาธารณสุข ซึ่งแต่ละ
ประเทศมีความต่างกันมาก ภาพที่ 2.1 แสดงค่าใช้จ่ายเฉลี่ยที่รัฐบาลใช้จ่าย
เพื่อสุขภาพแยกตามภูมิภาคขององค์การอนามัยโลกระหว่าง พ.ศ.2543 ถึง
2550 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายที่มีข้อมูลค่าใช้จ่ายดังกล่าวรวมเงินจากพันธมิตรภายนอก
ผ่านงบประมาณของรัฐบาลทั้งในพิเศษและตัวส่วน เนื่องจากมีน้อยประเทศที่
รายงานยอดเงินดังกล่าวแยกกัน

ภาพที่ 2.1 ร้อยละของรายจ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐบาล จากค่าใช้จ่ายรวม ระหว่าง พ.ศ.2543-2550 แยกตามภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก



° เป็นค่าเฉลี่ยที่ไม่ได้ถ่วงน้ำหนัก โดยค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐบาลรวมกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของทุกกระทรวงและหน่วยงานรัฐทุกระดับ นอกจากนี้ ยังรวมค่าใช้จ่ายภาคบังคับจากเงินประกันสุขภาพ

ที่มา: (4)

รัฐบาลของประเทศกลุ่มทวีปอเมริกา ยุโรป และแปซิฟิกตะวันตก จัดสรรเงินให้กับงานด้านสุขภาพโดยเฉลี่ยมากกว่าภูมิภาคอื่นๆ ส่วนประเทศในทวีปแอฟริกาเป็นกลุ่มที่เพิ่มพันธะสัญญาด้านสาธารณสุขเช่นเดียวกับในภูมิภาคยุโรปและแปซิฟิกตะวันตก สำหรับในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้น การให้ความสำคัญด้านสาธารณสุขลดลงในระหว่าง พ.ศ.2547-2548 แต่ได้เพิ่มขึ้นอีกครั้งในเวลาต่อมา ในขณะที่รัฐบาลประเทศภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก ลดสัดส่วนการจัดสรรงบประมาณเพื่อสุขภาพนับตั้งแต่ พ.ศ.2546 เป็นต้นมา

ความแตกต่างระหว่างภูมิภาคส่วนหนึ่งสามารถอธิบายได้จากความแตกต่างด้านความมั่งคั่งของประเทศ โดยทั่วไปบัญชีประชาชาติที่แสดงสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขต่อสัดส่วนค่าใช้จ่ายรวมของรัฐบาลเพิ่มขึ้นเมื่อประเทศร่ำรวยขึ้น ตัวอย่างที่ดีคือ ประเทศชิลีซึ่งสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขต่อค่าใช้จ่ายรวมของรัฐบาลเพิ่มจากร้อยละ 11 ใน พ.ศ.2539 เป็นร้อยละ 16 ในอีกสิบปีต่อมาซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจแข็งแกร่ง (9)

แต่ความมั่งคั่งทางการเงินไม่ได้เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่ส่งผล เนื่องจากสัดส่วนค่าใช้จ่ายต่างกันของประเทศที่มีระดับรายได้ใกล้เคียงกันนั้นเกิดจากระดับการให้พันธะสัญญาของรัฐบาลในด้านสาธารณสุขที่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นได้หลายรูปแบบ ในที่นี้ใช้ข้อมูลของสำนักงานภูมิภาคยุโรปขององค์การอนามัยโลกที่มีประเทศในกลุ่มที่มีรายได้ต่างกัน โดยในภาพที่ 2.2 นั้น แกนตั้งแสดงสัดส่วนของรายจ่ายด้านสาธารณสุขต่อค่าใช้จ่ายรวมของรัฐบาล และแท่งในแกนนอนแสดงประเทศในภูมิภาคดังกล่าว โดยเรียงลำดับจากระดับจากค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ต่อประชากรต่ำสุดไปสูงสุด

การจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกในภูมิภาคยุโรป มีตั้งแต่เพียงร้อยละ 4 จนถึงเกือบร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายรวมของรัฐบาล ที่สำคัญคือ แม้ว่ารัฐบาลโดยมากจะให้ความสำคัญด้านสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นตามรายได้ แต่บางรัฐบาลก็จัดสรรให้ในสัดส่วนที่สูงกว่า แม้ระดับรายได้ของประเทศจะต่ำกว่า โดยบางประเทศร่ำรวยกว่ากลับจัดสรรเงินด้านสาธารณสุขในสัดส่วนที่น้อยกว่า

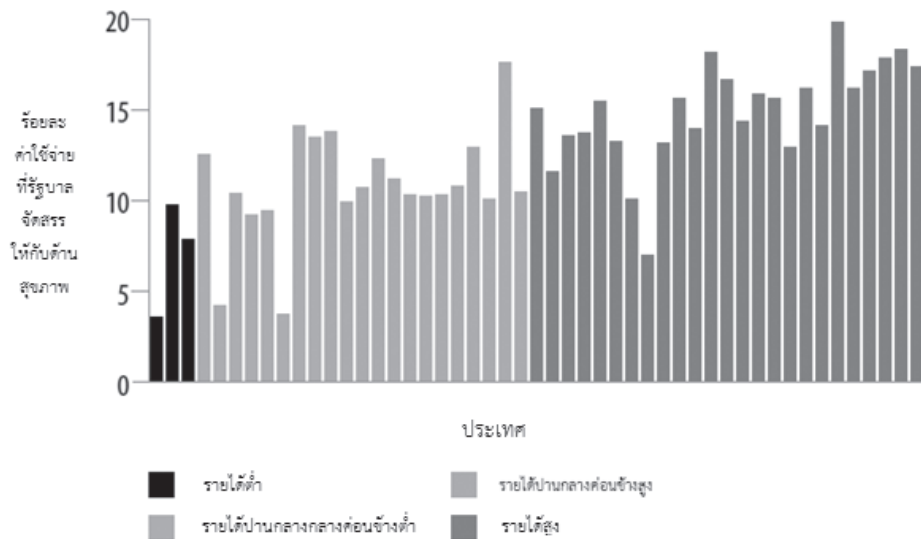
รูปแบบการจัดสรรดังกล่าวข้างต้นเกิดขึ้นทั่วโลก แม้พันธะสัญญาของรัฐบาลด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเมื่อประเทศมีรายได้มากขึ้น แต่ประเทศที่มีรายได้ต่ำบางประเทศได้จัดสรรสัดส่วนค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพต่อค่าใช้จ่ายรวมของรัฐบาลที่สูงกว่าประเทศที่มีรายได้มากกว่า ใน พ.ศ.2550 มี 22 ประเทศที่มีรายได้ต่ำทั่วโลกจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขมากกว่าร้อยละ 10 ของงบประมาณรวม ในทางตรงกันข้าม ประเทศที่มีรายได้สูง 11 ประเทศ จัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขน้อยกว่าร้อยละ 10

ในภาพที่ 2.1 ภูมิภาคแอฟริกาไม่ได้จัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขต่ำที่สุด แต่ประเด็นที่ต้องกังวลคือ บางประเทศในภูมิภาคนี้มีการลงทุนด้านสาธารณสุขในประเทศในระดับต่ำ อันเกี่ยวเนื่องกับมีความคืบหน้าต่ำที่สุดของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในกลุ่มประเทศที่อยู่ด้านล่างทะเลทรายซาฮารา (10, 11) ใน พ.ศ.2550 พบว่า มีเพียง 3 ประเทศ ได้แก่ ไลบีเรีย รวันดา และสหราชอาณาจักรแทนซาเนีย (United Republic of Tanzania) ปฏิบัติตามปฏิญญาอะบูจา 2554 ซึ่งผู้นำชาวแอฟริกาให้คำปฏิญาณว่าจะ “กำหนดเป้าหมายการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขอย่างน้อยร้อยละ 15 ของงบประมาณรวม” (12) แต่เป็นที่น่าผิดหวังที่ใน พ.ศ.2550 พบว่ามีถึง 19 ประเทศในทวีปแอฟริกาจัดสรรงบประมาณในสัดส่วนที่ต่ำกว่าที่เคยให้ก่อนมีปฏิญญาอะบูจา (4)

ดังนั้น รัฐบาลจึงมีโอกาสดูแลการจัดลำดับความสำคัญของงบประมาณที่คำนึงถึงด้านสุขภาพ แม้ความต้องการเงินจะแปรตามความแตกต่างของต้นทุน โครงสร้างอายุประชากร และรูปแบบของโรค แต่รัฐบาลของทั้งประเทศที่ร่ำรวยและยากจนหลายประเทศสามารถจัดสรรเงินด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นได้จากแหล่งเงินทุนที่มีอยู่ ซึ่งคิดเป็นก้อนเงินที่เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก เพียงพิจารณาเฉพาะกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำที่สามารถเพิ่มเงินด้านสาธารณสุขจากแหล่งเงินทุนภายในประเทศได้อีก (อย่างน้อย) 15 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปีด้วยการเพิ่มสัดส่วนการใช้จ่ายรวมของรัฐบาล (รวมความช่วยเหลือเงินทุนภายนอก) ให้เป็นร้อยละ 15 ซึ่งระหว่าง พ.ศ. 2552-2558 อาจคิดเป็นจำนวนเงินสูงถึงประมาณ 87 พันล้านเหรียญสหรัฐ (7)

มีหลายสาเหตุที่ประเทศต่างๆ ไม่ให้ความสำคัญต่องานด้านสาธารณสุข เช่น เรื่องงบประมาณ การเมือง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังอาจมองว่ากระทรวงสาธารณสุขทำงานไร้ประสิทธิภาพ การให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพของรัฐบาลสะท้อนระดับความสนใจของผู้มีอำนาจ หรือความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบของตน การดำเนินการประกันสุขภาพถ้วนหน้าหมายถึง การเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับความยากจนและผู้ที่ไม่ค่อยได้เปรียบทางสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีมักจะไม่มีปากมีเสียงและมักไม่มีตัวแทนในวงการเมือง

ภาพที่ 2.2 สัดส่วนของการจัดสรรค่าใช้จ่ายรวมปี พ.ศ.2550 ของรัฐบาลให้กับงานสาธารณสุขในกลุ่มประเทศภูมิภาคยุโรปขององค์การอนามัยโลก



๑ จัดลำดับตามผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อประชากร
ที่มา: (4)

ดังนั้น การทำให้ประเด็นด้านสุขภาพเป็นประเด็นหลักทางการเมืองจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก กลุ่มประชาสังคมร่วมกับผู้นำด้านการประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรชักชวนนักการเมืองให้ปรับการคลังสุขภาพไปสู่การประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยถือเป็นวาระสำคัญทางการเมืองลำดับต้นๆ(13) ยิ่งไปกว่านั้น การปรับปรุงประสิทธิภาพและเพิ่มการตรวจสอบระบบอาจสามารถโน้มน้าวทั้งกระทรวงการคลังและผู้บริจาคทั้งหลายได้ว่า หากมีกองทุนเพิ่มขึ้นจะสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้เต็มที่ (จะกล่าวถึงประเด็นนี้ในบทที่ 4)

การเรียนรู้ภาษาของนักเศรษฐศาสตร์และข้อโต้แย้งต่างๆอาจโน้มน้าวให้เห็นความจำเป็นของการเพิ่มเงิน อาจช่วยให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถเจรจาต่อรองกับกระทรวงการคลังได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ ยังช่วยให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจความซับซ้อนของการเปลี่ยนแปลงการสนับสนุนการเงินของสาธารณสุข

และการใช้ประโยชน์จากโอกาสที่เกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องติดตามการเจรจาต่อรองระหว่างผู้บริจาคและกระทรวงการคลังเกี่ยวกับการปลดหนี้และความช่วยเหลือทั่วไปด้านงบประมาณ (14-16) ซึ่งไม่ใช่เพียงเข้าใจในกระบวนการเท่านั้น แต่ยังสามารถอภิปรายและเจรจาต่อรองกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเพื่อแบ่งปันเงินทุนที่มีอยู่อีกด้วย

การแสวงหาแหล่งรายได้ที่หลากหลายภายในประเทศ (Diversifying domestic sources of revenue)

การเพิ่มเงินกองทุนภายในประเทศเพื่องานสาธารณสุขสามารถดำเนินการได้ 2 วิธีหลัก **วิธีแรก** คือ จัดสรรเงินทุนที่มีอยู่ให้แก่งานสาธารณสุขมากขึ้น ตามที่ได้กล่าวมาแล้ว **อีกวิธีหนึ่ง** คือ หามาตรการใหม่เพื่อเพิ่มเงินกองทุนหรือสร้างความหลากหลายของแหล่งเงินทุน

การจัดเก็บภาษีและเงินค่าประกันที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นสามารถเพิ่มเงินกองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทุกประเทศอาจต้องปรับปรุงวิธีการจัดเก็บภาษี ถึงแม้ว่าการปรับปรุงดังกล่าวอาจเกิดปัญหาในประเทศที่มีรายได้ต่ำซึ่งคนส่วนใหญ่ทำงานนอกระบบ (17) แต่ไม่ได้หมายความว่าทำไม่ได้ การเก็บภาษีมักเป็นงานที่ซับซ้อน ยุ่งยาก ใช้เวลามาก แต่ในหลายประเทศสามารถปรับปรุงการจัดเก็บภาษีได้ รวมถึงประเทศที่ผู้คนส่วนมากทำงานนอกระบบ ตัวอย่างที่เห็นชัดคือประเทศอินโดนีเซีย (กล่อง 2.2)

การปฏิรูปของประเทศอินโดนีเซียต้องอาศัยการลงทุน การมีเทคโนโลยีและโครงสร้างพื้นฐานในระดับที่สูงกว่าบางประเทศ นอกจากนี้ ยังต้องปรับปรุงการจัดเก็บภาษีทั้งภาษีจากบริษัทและภาษีส่วนบุคคล การปรับเปลี่ยนนี้อาจก่อปัญหาให้กับประเทศที่มีรายได้ต่ำซึ่งมีภาคอุตสาหกรรมที่จำเป็น การไม่ปฏิบัติตามกฎหมายเรื่องภาษีของผู้จ่ายภาษีรายใหญ่ไม่ก็รายอาจทำให้รัฐสูญเสียรายได้เป็นจำนวนมาก

กระแสโลกาภิวัตน์และการตั้งบริษัทนอกประเทศให้สิทธิประโยชน์ทางภาษีอย่างมากทำให้สูญเสียรายได้จากภาษี ไม่ว่าจะเป็นเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจจากช่องว่างของกฎหมายหรือการที่บุคคลจงใจใช้บัญชีแฝงที่ผิดกฎหมาย ดังนั้น ประเทศสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนาทั้งหมดจึงลงนามรับมาตรา 26 ของอนุสัญญาว่าด้วยรูปแบบภาษีขององค์การเพื่อความร่วมมือดังกล่าวที่ครอบคลุมการแลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อตกลงย่อยว่าด้วยข้อมูลเกี่ยวกับภาษี มากกว่า 360 ข้อ (19) โดยคาดหวังว่า ในอนาคตบริษัทข้ามชาติและสถาบันการเงินที่ให้บริการกับบริษัทเหล่านั้นจะทำงานโปร่งใสมากขึ้น และประเทศที่เป็นสถานที่ตั้งของบริษัทเหล่านั้นจะได้รับส่วนแบ่งภาษีที่เป็นธรรมมากขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งของภาษีที่ได้เพิ่มมานี้หวังว่าจะถูกนำมาใช้เพื่อระบบบริการสาธารณสุข

กล่อง 2.2 ประเทศอินโดนีเซียเพิ่มรายได้จากภาษีโดยกระตุ้นให้ปฏิบัติตามกฎหมาย

ประเทศอินโดนีเซียสามารถจัดเก็บภาษีต่างๆที่ไม่ใช่ภาษีจากน้ำมันได้น้อยลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนวิกฤติเศรษฐกิจในเอเชียระหว่าง พ.ศ.2540-2541 ในปี พ.ศ.2543 สามารถจัดเก็บได้เพียงร้อยละ 9.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเท่านั้น นโยบายด้านภาษีนั้นซับซ้อนและการบริหารยังอ่อนแอ ในปลายปี พ.ศ.2544 อธิบดีกรมศุลกากรตัดสินใจปรับให้ระบบภาษีและการบริหารจัดการง่ายขึ้น เพื่อกระตุ้นการปฏิบัติตามกฎหมายอย่างสมัครใจ โดยให้ผู้จ่ายภาษีประเมินด้วยตนเองแล้วจึงจ่ายตามรายได้ที่แจ้ง โดยทั่วไปภาษีจากการปฏิบัติตามกฎหมายโดยสมัครใจมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 90 ของรายได้จากภาษีทั้งหมดของประเทศ และเป็นวิธีการที่เกิดการต่อต้านน้อยที่สุดหากรัฐบาลพยายามมองหาวิธีการเพิ่มรายได้จากภาษี ในทางตรงกันข้าม การเก็บภาษีด้วยการบังคับนั้นเป็นสิ่งที่ยาก ใช้แรงงานและเงินทุนสูง และได้ผลลัพธ์กลับคืนมาน้อย

อธิบดีกรมศุลกากรของประเทศอินโดนีเซียได้ร่างกฎหมายและข้อบังคับที่ชัดเจน เข้าถึงง่ายและนำไปใช้ได้อย่างเสมอดันเสมอปลาย รวมทั้งประกาศนโยบายไม่ยอมรับการ คอรัปชั่น นอกจากนี้ อธิบดีฯยังออกมาตรการให้แก่ไขข้อโต้แย้งได้รวดเร็ว เสียค่าใช้จ่าย น้อยและยุติธรรม และกระตุ้นให้มีการปฏิบัติงานอย่างโปร่งใส สาธารณชนสามารถตรวจสอบกิจกรรมการบริหารภาษีได้ทุกอย่าง พบว่า ทั้งผลการปฏิบัติงานและประสิทธิภาพดี ขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากการใช้ระบบประมวลผลแทนการใช้กระดาษ ผลลัพธ์ด้านบวกที่ตาม มาคือ การจัดเก็บภาษีที่ไม่ใช้น้ำมันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.9 เป็นร้อยละ 11 ของมูลค่า ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติสำหรับผลิตภัณฑ์ที่ไม่ใช้น้ำมันภายใน 4 ปีหลังจากการใช้ วิธีการใหม่ เงินรายได้จากภาษีที่เพิ่มขึ้นนี้ หมายถึงว่ารัฐบาลมีงบใช้จ่ายโดยรวมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่เพิ่มรวดเร็วกว่าด้านอื่น

ที่มา: (18)

การปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอาจดีขึ้นได้หากประชาชนเชื่อว่าเขา จะได้รับสิ่งดี ๆ จากรัฐบาล การศึกษาใน พ.ศ.2552 สรุปว่า แม้การรู้เรื่องตรวจสอบและลงโทษทำให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย แต่การรับรู้ถึงคุณภาพการบริหารราชการมีความสำคัญเช่นกัน (20) ในประเทศบอสวานามีการปฏิบัติตามกฎหมายสูง เพราะรับทราบกันว่าการบริหารของรัฐบาลดี แต่การปฏิบัติตามกฎหมายจะต่ำกว่าในประเทศเพื่อนบ้านบางแห่งที่มีการรับรู้ว่าคุณภาพการบริหารของรัฐบาลต่ำกว่า

ในระยะสั้น ประเทศที่มีรายได้ต่ำที่เศรษฐกิจส่วนใหญ่อยู่นอกระบบมี แนวโน้มที่จะมุ่งไปที่ภาษี เนื่องจากจัดเก็บได้ง่าย เช่น จากพนักงานที่อยู่ ในระบบและบริษัท ภาษีนำเข้าหรือส่งออก และภาษีมูลค่าเพิ่ม (VAT) (21) ตัวอย่างเช่น ประเทศกานา ใช้เงินจากภาษีทั่วไปมาสนับสนุนถึงร้อยละ 70-75 ของงบประมาณที่ต้องการสำหรับการประกันสุขภาพในประเทศ งบประมาณ ดังกล่าวมาจากภาษีมูลค่าเพิ่มร้อยละ 2.5 จากจำนวนเต็มร้อยละ 12.5 เงินกองทุน ส่วนที่เหลือมาจากเงินทุนสาธารณะอื่นๆและพันธมิตรเพื่อการพัฒนา โดย เบี้ยประกันซึ่งเป็นแหล่งรายได้ดั้งเดิมสำหรับการประกันมีสัดส่วนเหลือเพียง

ร้อยละ 3 ของรายได้ทั้งหมด ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ใช้ภาษีมูลค่าเพิ่มเป็นฐานรายได้สามารถรองรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นผ่านกองทุนรวมในประเทศที่จัดตั้งขึ้น ในขณะเดียวกัน วิธีดังกล่าวช่วยลดการพึ่งพาจากการจ่ายตรงซึ่งเป็นเสมือนแหล่งรายได้หนึ่ง เช่น ค่าธรรมเนียมเมื่อใช้บริการ (22)

ใน พ.ศ.2546 ประเทศชิลีซึ่งมีรายได้อยู่ในขีดสูงของประเทศกลุ่มรายได้ระดับกลาง ขึ้นภาษีมูลค่าเพิ่มอีกร้อยละ 1 เพื่อเป็นเงินทุนสำหรับบริการสาธารณสุข แม้ในประเทศที่ร่ำรวยกว่าล้วนกำลังถูกบังคับให้เพิ่มความหลากหลายของแหล่งเงินทุนนอกเหนือจากแหล่งดั้งเดิมที่มาจากภาษีและการหักเงินเพื่อเป็นค่าประกันสุขภาพตามฐานของเงินเดือน การมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นหมายถึง ประชากรที่อยู่ในวัยทำงานมีสัดส่วนน้อยลง และเงินที่ได้จากฐานของเงินเดือนนั้นไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายบริการสาธารณสุขทั้งหมด ตัวอย่างเช่น ประเทศเยอรมัน ได้เริ่มอัดฉีดเงินจากภาษีเข้าไปในระบบประกันสังคมผ่านกองทุนกลางที่จัดตั้งใหม่ที่ชื่อว่า *Gesundheitsfond* โครงการประกันสุขภาพของประเทศฝรั่งเศสได้รับเงินส่วนหนึ่งมาจาก *Contributio sociale generalisee* เป็นเวลากว่า 30 ปีแล้ว เงินดังกล่าวได้จากภาษีอสังหาริมทรัพย์และเงินที่ได้จากการลงทุนนอกเหนือจากรายได้ในรูปแบบเดิม เช่น ภาษีรายได้ (23)

การหาแหล่งเงินทุนภายในประเทศ เพื่อบริการสาธารณสุข (Exploring sources of domestic financing for health)

นับแต่ปี พ.ศ.2543 เป็นต้นมา สังคมนานาชาติดำเนินมาตรการสำคัญหลายด้านเพื่อเพิ่มเงินทุนสำหรับพัฒนาระบบสาธารณสุขในประเทศยากจน ซึ่งจะกล่าวโดยสรุปไว้ในที่นี้ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับประเทศต่างๆได้ใช้ในการเพิ่มกองทุนในประเทศได้เช่นกัน

หนึ่งในขั้นตอนแรก คือ การเก็บภาษีค่าตัวเครื่องบิน ซึ่งเงินที่ได้ถูกนำไปใช้สำหรับกองทุนยูนิเอด (Unitaid) ซึ่งเป็นหน่วยงานจัดซื้อยาระดับโลกสำหรับโรคเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย (24, 25) จนถึงวันนี้ สามารถมีรายได้ประมาณ 1 พันล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งเมื่อรวมกับความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาแบบเดิมๆแล้ว ทำให้ตั้งแต่ พ.ศ.2549 ยูนิเอดสามารถให้การสนับสนุนโครงการต่างๆในกว่า 93 ประเทศ เป็นเงินรวม 1.3 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในขณะเดียวกัน กำลังซื้อของยูนิเอดทำให้ราคาของผลิตภัณฑ์ลดลงอย่างเห็นได้ชัด ทำให้เพิ่มปริมาณการนำไปใช้พัฒนาบริการสาธารณสุขให้ดีขึ้นได้ และเมื่อไม่นานมานี้ มูลนิธิมิลเลนเนียมว่าด้วยนวัตกรรมการเงินเพื่อระบบบริการสาธารณสุขได้เปิดตัวการจัดเก็บภาษีโดยสมัครใจเพื่อสร้างความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันภายใต้ชื่อแมสส์ฟู้ด (MassiveGood) ซึ่งแต่ละคนสามารถสนับสนุนกองทุนยูนิเอดด้วยการบริจาคตามความสมัครใจเมื่อซื้อผลิตภัณฑ์การเดินทางและท่องเที่ยว (27,28)

การขายพันธบัตรที่รับรองโดยประเทศผู้บริจาคในตลาดทุนสากลอาจหาเงินได้มากขึ้นประมาณกว่า 2 พันล้านเหรียญสหรัฐ นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 (29) เงินทุนเหล่านี้ถูกนำไปใช้ผ่านหน่วยบริการการคลังระหว่างประเทศด้านวัคซีน (the International Financing Facility for Vaccines) ที่สัมพันธ์กับกลุ่มพันธมิตรที่สนับสนุนการฉีดวัคซีนให้กับเด็กในประเทศยากจน (GAVI Alliance) รัฐบาลของ 8 ประเทศได้ให้คำสัตย์ปฏิญาณในการจ่ายเงินให้เมื่อพันธบัตรครบกำหนด กลไกนี้จะช่วยเพิ่มแหล่งเงินทุนสำหรับระบบสาธารณสุขทั่วโลกซึ่งยังขึ้นอยู่กับว่าการชำระเงินคืนนั้นถือเป็นส่วนหนึ่งของ

การเบิกจ่ายความช่วยเหลือในขนาดหรือเป็นเงินเพิ่มมาอีกก้อนหนึ่ง แต่อย่างน้อยที่สุดเงินช่วยเหลือดังกล่าวก็ได้รับอนุญาตให้จ่ายออกไปโดยไม่มีการเลื่อนกำหนดการ

เมื่อไม่นานมานี้หน่วยเฉพาะกิจระดับสูงด้านนวัตกรรมการคลังระหว่างประเทศสำหรับระบบสุขภาพ (the high-level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems) ได้ทบทวนทางเลือกรูปแบบใหม่ ๆ เพิ่มจากของเดิมที่เป็นการสนับสนุนแบบทวิภาคี (30) มีข้อสรุปว่าการจัดเก็บภาษีธุรกรรมการแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศมีศักยภาพที่จะเพิ่มจำนวนเงินทั่วโลกได้อย่างมาก โดยมีปริมาณรวมในแต่ละปีสูงกว่า 33 พันล้านเหรียญสหรัฐ อย่างไรก็ตาม หน่วยงานเฉพาะกิจดังกล่าวได้เสนอแนะทางเลือกอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน (30, 31)

พัฒนาการเหล่านี้ช่วยชี้จุดที่สามารถเป็นแหล่งเงินทุนใหม่ และทำให้รักษาแรงเหวี่ยงเพื่อความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันด้านการคลังสุขภาพในระดับนานาชาติได้ อย่างไรก็ตาม การหารือเรื่องนวัตกรรมด้านการเงินการคลังที่ผ่านมามักจะละเลยประเด็นความจำเป็นของประเทศที่ต้องหาแหล่งเงินทุนภายในประเทศเพิ่มเติม เพื่อใช้กับเรื่องต่างๆ ซึ่ง ประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางต้องการเพียงแค่ว่าเงินเพิ่ม ส่วนประเทศที่มีรายได้สูงต้องหานวัตกรรมเพื่อตอบสนองความจำเป็น ความต้องการและรูปแบบการทำงานด้านสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ตารางที่ 2.1 แสดงทางเลือกให้กับประเทศต่างๆ ได้เลือกใช้ เพื่อเพิ่มหรือสร้างความหลากหลายของแหล่งเงินทุนในประเทศ แต่ไม่ใช่ว่า ทางเลือกทุกอย่างจะเหมาะกับทุกประเทศ เพราะศักยภาพการสร้างรายได้ของทางเลือกต่างๆ ในแต่ละประเทศย่อมแตกต่างกัน แม้ว่าจะมีประมาณการให้บ้างก็ตาม ตัวอย่างเช่น ข้อเสนอเรื่องการจัดเก็บภาษีธุรกรรมการเงินซึ่งมีศักยภาพสูงในการเพิ่มจำนวนเงิน แต่การทำธุรกรรมทางการเงินและผลิตภัณฑ์ต่างๆ มักกระจุกตัวในประเทศที่มีรายได้สูง ประเทศที่มีรายได้สูง 10 ประเทศมีสัดส่วนการแลกเปลี่ยนเงินตราแบบเดิมถึงร้อยละ 85 (35) แต่ปริมาณการขายในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางนั้นมีอยู่น้อย ดังนั้น วิธีการจัดเก็บภาษีนี้อาจใช้ได้เฉพาะกับบางประเทศ แต่พบข้อยกเว้นกล่าวคือ ประเทศอินเดียมีตลาดการแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศขนาดใหญ่ มีเงินหมุนเวียน

ในแต่ละวันถึง 34 พันล้านเหรียญสหรัฐ (35) หากอินเดียเลือกใช้การจัดเก็บภาษีธุรกรรมทางการเงินที่อัตราร้อยละ 0.005 สำหรับปริมาณการแลกเปลี่ยนนี้จะส่งผลให้อินเดียมีรายได้เพิ่มขึ้นถึง 370 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี

ภาษีที่สัมพันธ์กับสินค้าและบริการเฉพาะนั้นนับว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ดีในการสร้างรายได้ เป็นวิธีที่มีค่าบริหารจัดการต่ำและมีความยั่งยืนได้ยิ่งหากได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองจะทำให้สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว ตัวอย่างเช่น การจัดเก็บภาษีจากตัวเครื่องบินอาจต้องใช้เวลา 2-12 เดือนสำหรับการนำไปปฏิบัติได้จริง (30)

การใช้กลไกที่เกี่ยวข้องกับภาษีนี้อาจมีความอ่อนไหวทางการเมือง และอาจได้รับการต่อต้านจากกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์นั้น เช่น การจัดเก็บภาษีธุรกรรมการแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศอาจถูกกลุ่มธนาคารหรือผู้ส่งออกและนำเข้ามองว่าไปจำกัดธุรกิจเหล่านั้น เมื่อประเทศกาบอง (Gabon) ได้นำการจัดเก็บภาษีการโอนเงินมาใช้ใน พ.ศ.2552 เพื่อเพิ่มเงินทุนช่วยเหลือการดูแลสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้มีรายได้น้อยนั้น มีกลุ่มคนออกมาต่อต้านว่าการกระทำดังกล่าวก่อให้เกิดข้อจำกัดในการแลกเปลี่ยนเงินตรา แต่กระนั้นก็ตาม กาบองยังคงกำหนดให้มีการจัดเก็บภาษีกำไรย้อนหลังของบริษัทที่ได้ทำการโอนเงินที่อัตราร้อยละ 1.5 และร้อยละ 10 สำหรับผู้ดำเนินกิจการโทรศัพท์เคลื่อนที่ การจัดเก็บภาษีจากทั้งสองกลุ่มนี้ ในปี พ.ศ.2552 ได้เพิ่มปริมาณเงินเพื่อระบบสาธารณสุขถึง 30 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (36,37) เช่นเดียวกันกับรัฐบาลปากีสถานที่ได้จัดเก็บภาษีจากกำไรของบริษัทยาเพื่อใช้เป็นเงินสำหรับการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพมานานหลายปีแล้ว (38)

ในขณะเดียวกัน การจัดเก็บภาษียาป็นได้ทั้งการเพิ่มเงินทุนและพัฒนาสุขภาพได้ด้วย เพราะการเพิ่มภาษีจะลดการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่มีอันตรายอย่างบุหรี่หรือสุราไปด้วย การศึกษาใน 80 ประเทศพบว่า ราคาจริงของบุหรี่ซึ่งปรับตามกำลังการซื้อได้ลดลงในระหว่าง พ.ศ.2533-2543 และเพิ่มขึ้นบ้างหลัง พ.ศ. 2543 กระนั้นก็ตาม การเก็บภาษีบุหรี่สามารถเพิ่มเม็ดเงินเข้ากองทุนได้เป็นจำนวนมาก ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมบุหรี่ขององค์การอนามัยโลก (39)

ตาราง 2.1 ทางเลือกของนวัตกรรมการเงินในประเทศ

ทางเลือก	ศักยภาพในการเพิ่มเงินกองทุน	สมมติฐาน/ตัวอย่าง	หมายเหตุ
การจัดเก็บภาษีพิเศษสำหรับบริษัทขนาดใหญ่และมีกำไรมาก การกำหนดให้จัดเก็บภาษีสำหรับบริษัทที่มีกำไรมากในประเทศ	SS-SSS	ประเทศออสเตรเลียจัดเก็บภาษีบริษัททำเหมือง ประเทศกาบองจัดเก็บภาษีบริษัทโทรศัพท์เคลื่อนที่ ประเทศปากีสถานจัดเก็บภาษีบริษัทยามาเป็นเวลานาน	บริบทเฉพาะ
การจัดเก็บภาษีการโอนเงิน การเก็บภาษีการโอนเงินต่างประเทศในตลาดการเงิน	SS-SSS	ประเทศที่มีรายได้ปานกลางที่มีตลาดการเงินที่ใหญ่พอต่อการเป็นแหล่งเงินทุนขนาดใหญ่แหล่งใหม่ได้	หากนำมาใช้ทั้งประเทศอาจต้องประสานงานกับตลาดการเงินอื่นๆ
พันธบัตร Diaspora ขายพันธบัตรรัฐบาลให้กับประชาชนที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศ	SS	ประเทศอินเดีย อิสราเอล และศรีลังกา นำมาใช้เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการยืมเงินของประเทศ (ส่วนลดจากความรักชาติ) ถึงแม้ว่าไม่จำเป็นว่าจะต้องนำมาใช้เพื่อระบบสาธารณสุข	สำหรับประเทศที่มีประชากรจำนวนมากอาศัยอยู่ในต่างประเทศ
ภาษีการทำธุรกรรมทางการเงิน การจัดเก็บภาษีจากบัญชีที่มีธุรกรรมทางการเงินหรือโอนเงิน	SS	ในศตวรรษที่ 1990 ประเทศบราซิลเก็บภาษีธุรกรรมทางธนาคาร ถึงแม้ว่าต่อมามีการใช้การเก็บภาษีจากปริมาณเงินเข้า/ออกจากประเทศแทนก็ตาม ประเทศกาบองได้จัดเก็บภาษีการโอนเงิน ประเทศกาบองได้จัดเก็บภาษีการโอนเงิน	การต่อต้านจากกลุ่มผู้มีผลประโยชน์ต่อการเก็บภาษีประเภทนี้รุนแรงกว่าประเภทอื่น (32)

ทางเลือก	ศักยภาพในการเพิ่มเงินกองทุน	สมมติฐาน/ตัวอย่าง	หมายเหตุ
การบริจาคเงินโดยสมัครใจจากกลุ่มผู้ทำธุรกิจโทรศัพท์เคลื่อนที่ การบริจาคอย่างสมัครใจจะทำให้แต่ละคนและบริษัททำการบริจาคอย่างสมัครใจผ่านบัญชีการใช้งานโทรศัพท์เคลื่อนที่	\$\$	ตลาดให้บริการโทรศัพท์มือถือแบบจ่ายเงินภายหลังทั่วโลกมีขนาด 750 พันล้านเหรียญสหรัฐ ดังนั้นเพียงแค่เงินจำนวนเพียงร้อยละ 1 จะเป็นการเพิ่มเงินได้เป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นสถานการณ์เดียวกันกับประเทศที่มีรายได้ต่ำ ปานกลาง และสูง (33)	การจัดตั้งและค่าใช้จ่ายการดำเนินการอาจเป็นเงินประมาณร้อยละ 1.3 ของรายได้ (33)
ภาษีสรรพสามิตบุหรี่ - เก็บภาษีสรรพสามิตผลิตภัณฑ์ยาสูบ ภาษีสรรพสามิตสุรา - เก็บภาษีสรรพสามิตผลิตภัณฑ์จากแอลกอฮอล์	\$\$	ประเทศส่วนใหญ่ มีภาษีสรรพสามิตบุหรี่และสุราแต่ก็สามารถเพิ่มได้ สามารถเพิ่มเงินได้มากโดยไม่ทำให้รายได้ลดลง	ลดการบริโภคบุหรี่และสุรา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบบวกต่อการสาธารณสุข
ภาษีสรรพสามิตอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (น้ำตาล เกลือ) เก็บภาษีสรรพสามิตสำหรับอาหารและส่วนประกอบที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย	\$\$	ประเทศโรมาเนียกำลังเสนอเก็บภาษีอาหารที่มีไขมัน เกลือ สารผสมอาหารและน้ำตาลสูงในอัตราร้อยละ 20 (34)	ลดการบริโภคอาหารที่มีอันตรายและทำให้สุขภาพดีขึ้น
การขายสินค้าและบริการแบบแฟรนไชส์ เช่นเดียวกับผลิตภัณฑ์ของกองทุนโลก "ProductRED" ซึ่งบริษัทต้องได้รับใบอนุญาตสำหรับขายผลิตภัณฑ์และส่วนหนึ่งของกำไรจะถูกนำไปใช้เพื่อระบบสาธารณสุข	\$	การขายสินค้าหรือบริการแบบแฟรนไชส์โดยส่วนแบ่งจำนวนหนึ่งของกำไรจะนำไปใช้เพื่อระบบสาธารณสุข	โปรแกรมดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางโดยใช้วิธีการที่ไม่ได้แข่งขันกับกองทุนโลก
ภาษีนักท่องเที่ยว จัดเก็บภาษีการท่องเที่ยวสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับนักท่องเที่ยวต่างประเทศจำนวนมาก	\$	ภาษีการใช้สนามบินขาออกนั้นเป็นที่ยอมรับใช้กันโดยทั่วไป โดยเพิ่มองค์ประกอบเพื่อสุขภาพเข้าไปด้วย หรือจัดเก็บภาษี	รายได้ของแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกันเป็นอย่างมากโดยขึ้นอยู่กับความแข็งแกร่งของภาคการท่องเที่ยว

α \$, ศักยภาพในการเพิ่มเงินกองทุนได้ต่ำ; \$\$, ศักยภาพในการเพิ่มเงินกองทุนได้ปานกลาง; \$\$\$, ศักยภาพในการเพิ่มเงินกองทุนได้สูง

รายงานฉบับนี้ไม่สามารถประมาณการได้ว่า กลไกของนวัตกรรมทางการเงินแต่ละอย่างจะเพิ่มเงินจำนวนเท่าใดในแต่ละประเทศ แต่องค์การอนามัยโลกได้วิเคราะห์จากข้อมูลของ 22 ประเทศที่มีข้อมูลเพียงพอจากจำนวนประเทศรายได้ต่ำ 49 ประเทศ พบว่ารายรับเพิ่มขึ้นเมื่อขึ้นภาษีบุหรี่ ซึ่งภาษีสรรพสามิตของบุหรี่ในประเทศเหล่านี้อยู่ระหว่างร้อยละ 11-52 ของราคาขายปลีกของบุหรี่ี่ห่อตั้ง คิดเป็นเงินประมาณ 0.03-0.51 เหรียญสหรัฐต่อซองที่มีบุหรี่ 20 มวน (37) หากเพิ่มภาษีสรรพสามิตขึ้นร้อยละ 50 จะทำให้มีเงินเพิ่มขึ้น 1.42 พันล้านเหรียญสหรัฐซึ่งนับว่าเป็นจำนวนเงินที่สูงสำหรับประเทศเหล่านั้น เช่น สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ประเทศมาดากัสการ์ และประเทศเวียดนาม รายได้ที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มเงินสำหรับค่าใช้จ่ายรวมในด้านสุขภาพถึงร้อยละ 10 หรือมากกว่า และเป็นการเพิ่มกว่าร้อยละ 25 ของงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐบาลภายใต้สมมติฐานที่ว่ารายได้ที่เพิ่มขึ้นทั้งหมดนั้นถูกนำไปใช้เพื่อสุขภาพ (กล่อง 2.3) ในอีกมุมมองหนึ่ง มาตรการที่ธรรมดาเช่นนี้สามารถเพิ่มเงินกองทุนได้มากกว่าสองเท่าของยอดเงินช่วยเหลือจากภายนอกสำหรับระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันสำหรับบางประเทศ

นานาชาติมีความกังวลเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับผลร้ายต่อสุขภาพและผลกระทบทางเศรษฐกิจที่ตามมาของการบริโภคสุรา นโยบายราคาดูเหมือนจะเป็นกลยุทธ์หลักในการลดความกังวลดังกล่าวได้ ยกตัวอย่างเช่น ในกรุงมอสโก ราคาสุราเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 20 ในเดือนสิงหาคม พ.ศ.2528 และเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 25 ในปีถัดมา ส่งผลให้การบริโภคสุราในระยะเวลา 18 เดือนลดลงอย่างมาก (ร้อยละ 28.6) รวมทั้งการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากการบริโภคสุรา ตลอดจนการเสียชีวิตจากตับแข็ง ปัญหาสุราเป็นพิษและความรุนแรงอื่นๆได้ลดลงตามไปด้วย มาตรการดังกล่าวสิ้นสุดลงใน พ.ศ.2530 ในเวลาต่อมา ราคาสุรากลับเพิ่มขึ้นในอัตราที่ช้ากว่าราคาสินค้าอื่นๆมาก เป็นเหตุให้แนวโน้มที่เคยดีขึ้นหลายอย่างกลับไปในทิศทางตรงกันข้าม (44)

กล่อง 2.3 ภาษีพิเศษหรือไม่พิเศษ

ภาษีพิเศษ หรือบางครั้งเรียกว่าภาษีเฉพาะ (earmarked tax) นั้น ถูกออกแบบมาเพื่อการใช้งานเฉพาะเรื่อง ตัวอย่างเช่น ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตโทรทัศน์ ใช้เป็นกองทุนสำหรับการออกอากาศสาธารณะ และค่าทางด่วนใช้เพื่อรักษาและปรับปรุงถนน กองทุนมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพของออสเตรเลียตะวันตกจัดตั้งงานวิจัยสุขภาพขึ้นใน พ.ศ.2534 โดยใช้ฐานความคิดนี้ เงินกองทุนในระยะแรกมาจากการเพิ่มภาษีผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในขณะที่สาธารณรัฐเกาหลีจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ใน พ.ศ.2538 โดยมีเงินกองทุนส่วนหนึ่งมาจากภาษีบุหรี่ (40) กองทุนส่งเสริมสุขภาพแห่งประเทศไทยที่ก่อตั้งขึ้นใน พ.ศ.2544 ใช้เงินจากภาษีบุหรี่และสุราร้อยละ 2 (41, 42)

กระทรวงสาธารณสุขมักจะยินดีกับภาษีเหล่านี้ เนื่องจากเป็นรายได้แน่นอนสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพราะการของบประมาณการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมักจะแข่งขันกับการของบประมาณเพื่อการรักษาโรคไม่ได้ เนื่องมาจากการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นเรื่องที่ไม่เร่งด่วน และมักจะเห็นผลในระยะยาว มักไม่จูงใจนักการเมืองซึ่งมุ่งเน้นความสนใจต่อเฉพาะรอบการเลือกตั้งและกองทุนอื่นๆ ที่เห็นผลสัมฤทธิ์เป็นตัวเงินมากกว่า

อย่างไรก็ตาม กระทรวงการคลังมักไม่ค่อยอนุมัติให้มีภาษีพิเศษ เนื่องจากรู้สึกว่าเป็นการลดทอนอำนาจในการจัดสรรงบประมาณ การตัดสินใจการใช้เงินที่แยกออกจากรัฐบาลนี้อาจเป็นอุปสรรคต่อรัฐบาลในการดำเนินการกับวงจรเศรษฐกิจในภาพรวมได้

ในทางปฏิบัติแล้ว การกำหนดภาษีในรูปแบบพิเศษ เช่น ภาษียาสูบ อาจไม่สามารถรับประกันได้ว่า กองทุนในภาพรวมของรัฐบาลเพื่อการสาธารณสุขจะเพิ่มขึ้นไปด้วย รายได้ของภาครัฐส่วนใหญ่ทดแทนกันได้ นั่นคือ การเพิ่มขึ้นของเงินด้านสาธารณสุขจากภาษีพิเศษอาจถูกหักล้างด้วยการลดงบประมาณในส่วนอื่น ดังนั้น ภาษีพิเศษจะทำให้เกิดการเพิ่มสุทธิของเงินกองทุนเพื่อสุขภาพหรือเพื่อกิจกรรมพิเศษใดๆ ได้หรือไม่ เป็นคำถามที่ควรต้องพิจารณา

การเลือกใช้แนวทางการจัดหาเม็ดเงินเข้ากองทุนเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของประเทศทางอื่นน่าจะเป็นทางออกที่ดีกว่าการเลือกใช้ระบบภาษีพิเศษ หากสามารถโน้มน้าวรัฐบาลให้จัดสรรแหล่งเงินทุนใหม่เพื่อการสาธารณสุขด้วยวิธีตามที่ได้กล่าวถึงในบทนี้ จะส่งผลดีต่อภาพรวมทั้งหมดมากกว่า แต่หากไม่สามารถกระทำเช่นนั้นได้ เงินทุนเพื่อสุขภาพก็ยังคงดูเหมือนว่าจะเพิ่มขึ้นตามงบประมาณค่าใช้จ่ายของภาครัฐที่เพิ่มขึ้น การจัดเก็บภาษีพิเศษเป็นการจำเพาะอาจดูเหมือนจะเห็นเม็ดเงินเป็นขึ้นเป็นอันมากกว่างบจากทางอื่น แต่ผู้ให้การสนับสนุนงานสาธารณสุขต้องแน่ใจว่า การยืนยันที่จะเก็บภาษีพิเศษนั้นจะไม่ไปทำให้กระทรวงการคลังต่อต้านการจัดเก็บภาษีใหม่ๆซึ่งหมายถึงว่า จะไม่มีเงินจากระบบใหม่ๆเพิ่มขึ้นเลย

ที่มา: (43)

ผลวิเคราะห์ของประเทศที่มีข้อมูลการบริโภค การจัดเก็บภาษี และราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า หากเพิ่มภาษีสรรพสามิตขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 40 ของราคาขายปลีก จะสามารถเพิ่มรายได้เป็นจำนวนมากและลดอันตรายจากการดื่มสุรา สำหรับประเทศที่มีรายได้ต่ำจำนวน 12 ประเทศในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวพบว่า การบริโภคลดลงกว่าร้อยละ 10 ในขณะที่รายได้จากภาษีเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 เท่า ซึ่งเทียบได้กับร้อยละ 38 ของค่าใช้จ่ายรวมสำหรับระบบสาธารณสุขในประเทศเหล่านั้น (37)

ยอดเงินจำนวนนี้เป็นเงินไม่น้อยหากประเทศต่างๆเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งตามที่ระบุไว้ในตาราง 2.1 และรัฐบาลจัดลำดับความสำคัญของสุขภาพให้สูงขึ้นในการจัดสรรงบประมาณ จะทำให้สามารถเพิ่มเงินเพื่อระบบสาธารณสุขเป็นเงินจำนวนมากได้

ความช่วยเหลือด้านการเงินจากภายนอก (External financial assistance)

ก่อนเกิดการถดถอยทางเศรษฐกิจทั่วโลกที่เริ่มในปลาย พ.ศ.2551 การพัฒนาความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขโดยประเทศที่มีฐานะร่ำรวยกว่าไปยังประเทศที่ยากจนกว่านั้นเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูง ประเทศที่มีรายได้ต่ำได้รับเงินจากแหล่งภายนอกเพิ่มขึ้นเฉลี่ยจากร้อยละ 16.5 ของรายจ่ายรวมด้านสาธารณสุขใน พ.ศ.2543 เป็นร้อยละ 24.8 ใน พ.ศ.2550 (4) ตามฐานข้อมูลที่เก็บโดยคณะกรรมการพัฒนาความช่วยเหลือขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา พบว่า พันธะสัญญาของรัฐบาลในด้านสาธารณสุขที่เป็นการบริจาคแบบทวิภาคีเพิ่มอย่างก้าวกระโดดจาก 4 พันล้านเหรียญสหรัฐใน พ.ศ.2538 เป็น 17 พันล้านเหรียญสหรัฐใน พ.ศ.2550 และ 2 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐใน พ.ศ.2551^๑

ตัวเลขเหล่านี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริงเป็นอย่างมาก ฐานข้อมูลของคณะกรรมการไม่ได้รวมเงินบริจาคจากรัฐบาลที่ไม่ใช่ประเทศสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา เช่น ประเทศจีน ประเทศอินเดีย และบางประเทศในตะวันออกกลาง ในรายงานมีข้อมูลจากสถาบันที่เป็นพหุภาคี (multilateral institutions) เพียงบางสถาบัน และไม่ได้รวมเงินทุนจากผู้บริจาคเอกชนรายใหญ่ เช่น มูลนิธิบิลล์และเมลินดา เกตส์ มูลนิธิเอกชนอื่นๆ และองค์กรที่ไม่ใช่องค์กรของรัฐ การศึกษาล่าสุดพบว่า ยอดเงินบริจาคทั้งหมดจากแหล่งเหล่านี้รวมกันอาจเป็นจำนวนเงินประมาณ 21.8 พันล้านเหรียญสหรัฐ ซึ่งสูงกว่าค่าที่รายงานโดยองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา ใน พ.ศ.2550 ถึง 5 พันล้านเหรียญสหรัฐ (45)

อย่างไรก็ตาม มุมมองจากประเทศผู้รับความช่วยเหลืออาจมีมุมมองทางบวกน้อยกว่าที่เห็นจากตัวเลขเหล่านี้ **ประการแรก** แม้ว่าจะมีความช่วยเหลือจากภายนอกเพิ่มขึ้น แต่ค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพยังคงต่ำและไม่เพียงพอต่อการเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานอย่างถ้วนหน้าในหลายประเทศ การนำเสนอก่อนหน้านี้จะเห็นว่า มีเพียง 8 จาก 49 ประเทศในกลุ่มประเทศที่มีรายได้

ต่ำแต่มีสมรรถนะสูงต่อการระดมแหล่งเงินต่าง ๆ ภายในประเทศ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพตามปฏิญญามิลเลนเนียม (Millennium Declaration) ภายในปี พ.ศ.2558 ทั้งนี้ ประเทศอื่น ๆ อาจจะต้องการเงินจากแหล่งภายนอกประมาณ 2 ถึง 41 เหรียญสหรัฐต่อคนในปี พ.ศ.2558

ประการที่สอง แม้ว่าการเพิ่มเงินจากแหล่งทุนภายนอกมีมากขึ้น แต่มีเพียงครึ่งหนึ่งของประเทศที่ส่งรายงานต่อองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนาระบุว่า การให้ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาเป็นไปตามเป้าหมายระหว่างประเทศที่ตกลงไว้ (รวมการพัฒนาภาพรวมและด้านสาธารณสุข) (46) ประเทศที่เหลือไม่สามารถทำตามข้อตกลงไว้และบางประเทศยังอยู่ห่างไกลจากเป้าหมายมาก ความก้าวหน้าที่น่าชื่นชมเป็นความสูญเสียถึงชีวิตอย่างมหาศาล หากผู้บริจาคสามารถทำตามคำมั่นสัญญาจะสามารถช่วยเหลือชีวิตคนได้เพิ่มอีก 3 ล้านคน ภายในปี พ.ศ.2558 (7)

ประการที่สาม จำนวนความช่วยเหลือในการพัฒนาระบบสาธารณสุขจากรายงานข้างต้นนั้นแสดงให้เห็นถึงพันธสัญญา อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าความช่วยเหลือดังกล่าวยังไม่ไปถึงประชาชนอย่างที่เราควรจะเป็น ยิ่งไปกว่านั้นเงินทุนบางส่วนที่ผู้บริจาคได้จัดสรรให้ขึ้นไปถึงมือประเทศที่ต้องการรับความช่วยเหลือเพื่อใช้จ่ายตรงตามวัตถุประสงค์จริง โดยส่วนหนึ่งของความช่วยเหลือที่มักพบเห็นก็คือ ความร่วมมือทางเทคนิค ยกตัวอย่างเช่น เป็นกรณีที่เกิดขึ้นระหว่าง พ.ศ.2545-2549 เมื่อฐานข้อมูลของคณะกรรมการรายงานว่า มากกว่าร้อยละ 40 ของความช่วยเหลือแบบให้เปล่าเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (Official Development Assistance-ODA)^b นั้นถูกนำไปใช้งานในรูปแบบของความช่วยเหลือทางเทคนิค โดยบ่อยครั้งที่เงินทุนจากประเทศผู้บริจาคมันส่งผลเพียงให้ความช่วยเหลือโดยตรงหรือเพียงให้การฝึกอบรมแก่ประเทศผู้รับความช่วยเหลือเท่านั้น (47) แม้การสนับสนุนด้านเทคนิคนั้นอาจมีประโยชน์ แต่ดูเหมือนต้องใช้จ่ายสูงมากเกินไป จนกระทั่งเหลืองบประมาณไม่มากนักที่ประเทศผู้รับความช่วยเหลือจะสามารถนำไปใช้จ่ายเพื่องานสาธารณสุขแก่ประชาชนโดยตรง

ประการสุดท้าย เมื่อไม่นานมานี้ มีความกังวลว่า ความช่วยเหลือที่ส่งไปยังประเทศต่าง ๆ นั้นมีการนำเงินไปใช้ไม่เต็มประสิทธิภาพ เนื่องจากตามหลักการพื้นฐานของแนวคิดการบริการเศรษฐศาสตร์มหภาคและการเงินนั้น เป้าหมายหลักคือการดูแลเงินเฟ้อภายในประเทศและอัตราการแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศสำรองอย่างรอบคอบ บางคนจึงเกรงว่า อาจมีบางประเทศกันเงินจากความช่วยเหลือภายนอกบางส่วนไปใช้ในการป้องกันเงินเฟ้อ หรือใช้เงินนั้นเพื่อเพิ่มเงินสำรองแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศ (48-50)

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน มีการถกเถียงกันอย่างเข้มข้นว่า การกำหนดเป้าหมายอัตราเงินเฟ้อและการสำรองการแลกเปลี่ยนเงินตราต่างประเทศจะมีผลกระทบต่อการใช้จ่ายเงินช่วยเหลือหรือไม่ (39, 51, 52) และหากผ่อนคลายเป้าหมายด้านเศรษฐศาสตร์ระดับมหภาคดังกล่าวแล้วจะส่งผลให้ถึงบประมาณด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นมากน้อยเพียงใด อย่างไรก็ตาม การศึกษาเมื่อไม่นานมานี้กลับแย้งว่า การผ่อนปรนดังกล่าวอาจช่วยให้มีงบใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับการที่รัฐบาลให้ความสำคัญด้านสุขภาพสูง และจัดสรรงบประมาณของประเทศเพื่อการนี้จำเพาะ ซึ่งน่าจะสูงกว่า (53)

ทั้งนี้ บางทีการทบทวนเป้าหมายด้านเศรษฐศาสตร์มหภาคอีกครั้งอย่างรอบคอบอาจเป็นทางเลือกหนึ่ง เพื่อให้มีจำนวนเงินจากความช่วยเหลือที่สามารถนำไปใช้ได้ตรงวัตถุประสงค์เพิ่มขึ้นต่อกรณีดังกล่าว การขาดดุลงบประมาณก็จะเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องขบคิด ประเทศต่าง ๆ อาจใช้วิธียืมเงินเพื่อให้ประเทศมีเงินใช้ได้ทันที หรืออาจเพิ่มเงินเข้าสู่ระบบทันที (Quantitative easing) ในรูปแบบพิมพ์เงินเข้าสู่ระบบ ทั้งนี้ ไม่มีกลยุทธ์ใดที่สามารถใช้ได้ดีในระยะยาว เพราะหนี้สินที่เกิดขึ้นนั้นจะต้องมีการจ่ายคืน ขณะเดียวกัน การพิมพ์เงินเพิ่มขึ้นจะเพิ่มแรงกดดันต่อเงินเฟ้อในช่วงเวลาหนึ่ง

ทางเลือกอื่นที่มีความยั่งยืนมากกว่าสำหรับพันธมิตรภายนอกคือการลดความไม่เสถียรของงบประมาณความช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งอย่างน้อยที่สุด การผ่อนคลายเพดานงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐบาลจะช่วยให้ประเทศนั้น ๆ สามารถนำเงินช่วยเหลือไปพัฒนาการสาธารณสุขได้ดีขึ้น เมื่อไม่นานมานี้ มีข้อเสนอท้าทายมากที่ให้ประเทศผู้บริจาคและประเทศผู้รับความช่วยเหลือทบทวนโครงสร้างความช่วยเหลือทั้งหมดรวมทั้งระบบธรรมาภิบาลที่เกี่ยวข้อง

(54, 55) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปลี่ยนมุมมองของความช่วยเหลือใหม่จากที่เดิมมองเป็นเงินสงเคราะห์เพื่อการกุศลที่ใช้เบ็ดเสร็จตามดุลยพินิจของผู้บริจาคให้เป็นระบบของความรับผิดชอบร่วมกันทั่วโลก ซึ่งจะทำให้สามารถคาดการณ์วางแผนได้ และบางทีอาจมีการเคลื่อนย้ายเงินทุนไปยังประชาชนที่มีความจำเป็นในปริมาณที่มากขึ้นได้

ผลกระทบของความถดถอยทางเศรษฐกิจ ต่อความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนา [Effect of economic downturn on development assistance]

ผลกระทบของความถดถอยทางการเงินและเศรษฐกิจที่เริ่มใน พ.ศ.2551 ต่อความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขไม่มีความชัดเจนว่ามีอะไรบ้าง แต่มีความกังวลว่าความถดถอยดังกล่าวอาจมีผลให้เกิดการระงับการช่วยเหลือดังกล่าวได้ในช่วงที่เริ่มมีการยอมรับทั่วโลกแล้วว่า เงินช่วยเหลือด้านสุขภาพจากภายนอกเป็นสิ่งจำเป็นมากขึ้น

โดยทั่วไปแล้ว ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาแบบทวิภาคีดูเหมือนจะสะท้อนการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศผู้บริจาค แต่นั่นไม่ความจริงเสมอไปสำหรับความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาด้านสาธารณสุข ดังจะเห็นได้จากความช่วยเหลือของบางประเทศที่ยังคงเดิม แม้ว่าความช่วยเหลือโดยรวมจะลดลงก็ตาม (56) อย่างไรก็ตาม รัฐบาลหลายประเทศที่เคยเป็นผู้บริจาคหลักแบบทวิภาคีในปัจจุบันได้เผชิญกับภาระหนี้มากกว่าที่ผ่านมา งบประมาณช่วยเหลือเหล่านี้หากนำมาใช้จ่ายในประเทศแทนจะสามารถช่วยบรรเทาผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจและช่วยกระตุ้นการเติบโตภายในประเทศได้ บางประเทศจึงกำลังพยายามลดหนี้ด้วยการตัดลดค่าใช้จ่ายด้านความช่วยเหลือต่างชาติลง

องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา รายงานว่า ในขณะที่ประเทศผู้บริจาคบางประเทศมีแนวโน้มจะรักษาระดับสัญญาต่อความช่วยเหลือแบบให้เปล่าเพื่อพัฒนาอย่างเป็นทางการ สำหรับ พ.ศ.2553 แต่ผู้บริจาครายใหญ่บางรายลดและเลื่อนการช่วยเหลือออกไป (46) ทั้งนี้ ยังมีความคาดหวังว่า ภาพรวมของความช่วยเหลือดังกล่าว ใน พ.ศ.2553 จะยังคงเติบโต แต่น่าจะเป็นไปในอัตราต่ำกว่าที่เคยคาดการณ์ไว้ในตอนแรก เรื่องดังกล่าวไม่ใช่ข่าวดี แต่ยังมีความหวังว่าประเทศผู้บริจาคหลักไม่เพียงแต่รักษาระดับความช่วยเหลือเท่านั้น แต่จะเพิ่มความช่วยเหลือแก่ประเทศยากจนเพื่อให้เป็นไปตามคำสัญญาความช่วยเหลือระหว่างประเทศที่ให้ไว้ และยังคงมีความหวังว่าประเทศเหล่านั้นจะไม่สนองตอบต่อภาระหนี้สินจำนวนมากของรัฐบาลด้วยการตัดการให้บริการสาธารณสุขในประเทศออกไป

มีความกังวลเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายของเงินทุนช่วยเหลือด้านสาธารณสุขทั่วโลกมาตั้งแต่ก่อนเกิดความถดถอยทางเศรษฐกิจทั่วโลก นั่นคือ มีความพยายามให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของกิจกรรมหรือโครงการใหม่ ๆ ด้านสาธารณสุข จนอาจจะเลยการดำเนินงานด้านอื่น ๆ ในระหว่าง พ.ศ.2545-2549 พันธสัญญาด้านการเงินที่จะให้กับประเทศที่มีรายได้ต่ำมุ่งเน้นไปที่ MDG6 (การต่อสู้กับโรคเอดส์ มาลาเรียและโรคอื่น ๆ รวมทั้งวัณโรค) ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 46.8 ของความช่วยเหลือภายนอกด้านสุขภาพ ทำให้คาดการณ์ว่า จะทำให้มีเงินสำหรับเรื่องอื่นๆ เพียง 2.25 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี อันได้แก่เรื่อง สุขภาพของแม่และเด็ก (MDG4 และ 5) โภชนาการ (MDG1) โรคไม่ติดต่อ และการเพิ่มความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ (47) ซึ่งเพียงแค่เพิ่มความเข้มแข็งของระบบสุขภาพเพียงอย่างเดียวยังต้องใช้เงินถึง 2.80 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อปี ซึ่งใช้เพื่อฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่ ยังไม่รวมเงินเดือน (57)

อย่างไรก็ตาม ยังไม่ถือว่าหมดหวังเสียทีเดียว หากเราตระหนักถึงความพยายามล่าสุดของ GAVI Alliance และกองทุนโลกเพื่อต่อสู้กับโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย (the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) เพื่อช่วยพัฒนาระบบสาธารณสุขและศักยภาพเจ้าหน้าที่ แต่การมุ่งเน้นบางเรื่องมาก อาจจะมีผลให้ผู้บริจาคละเลยโรคอื่น ๆ รวมถึงการเสริม

สร้างความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขได้ เช่น การบริหารจัดการ การขนส่ง การจัดหาและจัดซื้อ โครงสร้างพื้นฐาน และการพัฒนาบุคลากร เป็นต้น (58)

ความไม่สมดุลของการจัดสรรความช่วยเหลือเห็นได้ชัดเมื่อวิเคราะห์เป็นรายประเทศ บางประเทศได้รับเงินทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่ ในขณะที่อีกหลายประเทศไม่ได้รับความช่วยเหลือใดๆ ภาพที่ 2.3 แสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ.2550 ประเทศผู้รับความช่วยเหลือจากภายนอกเพื่อสุขภาพ ที่ได้รับเงินมากกว่า 20 เหรียญสหรัฐต่อคน เป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ในขณะที่กลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำจำนวนมากได้รับความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาด้านสุขภาพน้อยกว่า 5 เหรียญสหรัฐต่อคน ประเทศยากจนที่สุดหลายประเทศได้รับเงินช่วยเหลือเพื่อพัฒนาน้อยกว่าประเทศเพื่อนบ้านที่มีฐานะดีกว่ามาก ตัวอย่างเช่น ประเทศนามิเบียซึ่งเป็นประเทศที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำได้รับความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขใน พ.ศ.2550 ประมาณ 34 เหรียญสหรัฐต่อคน ในขณะที่ประเทศโมซัมบิกได้รับเพียง 10 เหรียญสหรัฐ สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโกได้รับ 4.40 เหรียญสหรัฐ และสาธารณรัฐกินีได้รับ 2.80 เหรียญสหรัฐ (4) ดูเหมือนว่า นอกเหนือจากความจำเป็นแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นอีกหลายประการที่ส่งผลต่อการตัดสินใจจัดสรรความช่วยเหลือ

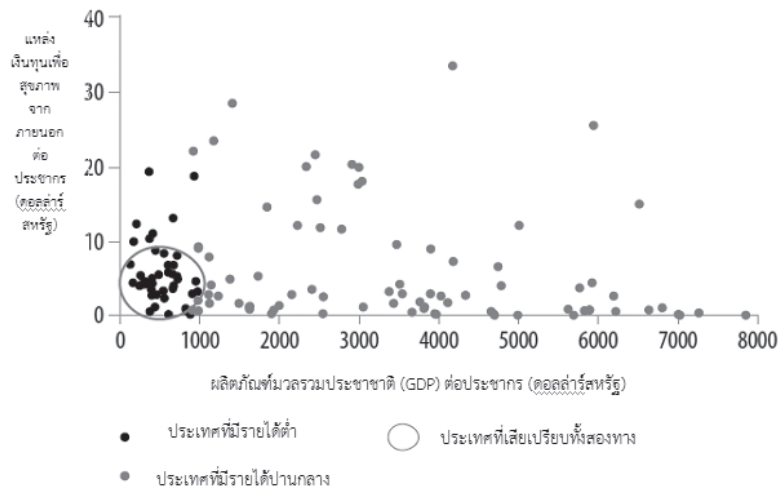
คณะทำงานของเจ้าหน้าที่ระดับสูงเสนอว่า การที่พันธมิตรจากภายนอกจำนวนมากมุ่งเน้นสนับสนุนเฉพาะโครงการขนาดใหญ่ไม่ก็โครงการและการช่วยเหลือบางประเทศเท่านั้นอาจขัดต่อคำปฏิญญาปารีส 2005 (พ.ศ.2548) ว่าด้วยประสิทธิภาพของความช่วยเหลือ คำปฏิญญานั้นต้องการทำให้ประเทศผู้รับบริจาคสามารถสร้างและใช้แผนสาธารณสุขแห่งชาติด้วยตนเองตามลำดับความสำคัญของประเทศ (59) ในรายงานฉบับนี้ คณะทำงานฯเรียกร้องให้เปลี่ยนแนวคิดเดิมจาก “กลไกการเงินระหว่างประเทศที่จัดทำตามคำขอของโครงการที่ได้รับการอนุมัติเฉพาะในสำนักงานใหญ่ระดับโลกหรือในเมืองหลวง” (60) โดยไปให้ความสนใจต่อข้อตกลงสนับสนุนการเงินต่อแผนสาธารณสุขแห่งชาติมากกว่าการช่วยเหลือต่อเนื่องเป็นโครงการ อย่างไรก็ตาม เรายังต้องตามดูผลกระทบของแนวคิดดังกล่าวที่จะสะท้อนเป็นตัวเลขทางการต่างๆ ผลการศึกษาของหน่วยงานนอร์วีเจียนเพื่อความร่วมมือในการพัฒนา (the Norwegian Agency for Development Cooperation) ระหว่างปี พ.ศ.2545 ถึง 2550

พบว่า จำนวนโครงการที่เกี่ยวกับสุขภาพไม่ลดลง แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า เป็นจำนวนทั้งสิ้นถึง 20,000 โครงการ ส่วนใหญ่เป็นโครงการขนาดเล็กที่มีวงเงินเฉลี่ยเพียง 550,000 เหรียญสหรัฐเท่านั้น (61) ดังนั้น ประเทศผู้รับความช่วยเหลือจึงมีค่าใช้จ่ายมากสำหรับการบริหาร ติดตามและรายงานโครงการเล็กๆเหล่านั้น

ปฏิญญาปารีสยังเน้นว่า การสนับสนุนเงินทุนควรเป็นแบบที่สามารถคาดการณ์ได้และให้ในระยะยาว เมื่อประเทศต่างๆไม่สามารถเชื่อมั่นความสม่ำเสมอของความช่วยเหลือเงินทุนแก่ประเทศ ย่อมไม่สามารถวางแผนสำหรับอนาคตได้ เช่น ในประเทศบูร์กินาฟาโซ ซึ่งเงินความช่วยเหลือการพัฒนาด้านสาธารณสุขมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาจาก 4 เหรียญสหรัฐ เป็น 10 เหรียญสหรัฐ และลดลงมาเป็น 8 เหรียญสหรัฐในระหว่าง พ.ศ.2546-2549 ยังมีประเทศที่มีรายได้ต่ำจำนวนหนึ่งที่ได้รับเงินช่วยเหลือด้านสุขภาพจากแหล่งภายนอกคิดเป็นสองในสามของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ประเทศเหล่านี้จึงมีความวิตกกังวลเป็นอย่างมากเกี่ยวกับเงินช่วยเหลือเหล่านี้ (4, 62)

พันธมิตรเพื่อการพัฒนาบางรายเริ่มปรับเปลี่ยน โดยถอนตัวจากการให้ความช่วยเหลือแบบให้เปล่าเพื่อพัฒนาอย่างเป็นทางการแบบระยะสั้นซึ่งเป็นรูปแบบที่ทำมานาน เป้าหมายการพัฒนาที่ 8 ของสหภาพยุโรปเป็นตัวอย่งที่แสดงให้เห็นถึงการให้ความช่วยเหลืองบประมาณที่มีความยืดหยุ่นขึ้นในกว่า 6 ปีที่ผ่านมา แต่ทุกคนไม่ได้ขอการให้ความช่วยเหลือแบบนี้ เพราะเป็นการผูกพันกับงบประมาณการช่วยเหลือในอนาคต ในวาระอัคราเพื่อการปฏิบัติ พ.ศ.2551 (Accra Agenda for Action 2008) ที่ประกาศโดยคณะกรรมการเพื่อการพัฒนาขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา ผู้บริจาคให้พันธสัญญาว่าจะให้ข้อมูลแก่ประเทศผู้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับ “ค่าใช้จ่ายในสามถึงห้าปี และ/หรือแผนการนำไปปฏิบัติ” ซึ่งการเริ่มต้นนี้บางทีอาจจะกลายเป็นพันธสัญญาระยะยาวในอนาคตได้

ภาพที่ 2.3 ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขต่อประชากรแยกตามระดับรายได้ของประเทศ (ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง) ใน พ.ศ.2550^๑



^๑ ไม่รวมรัฐที่เป็นเกาะขนาดเล็ก

ที่มา: ชุดบัญชีสุขภาพในประเทศขององค์การอนามัยโลก (4)

สรุป

ประเทศต่าง ๆ จำเป็นต้องปรับระบบการเงินการคลังของตนอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มจำนวนเงินให้เพียงพอสำหรับระบบสาธารณสุข ประเทศที่มีรายได้สูงจำนวนหนึ่งกำลังเผชิญกับการลดลงของสัดส่วนประชากรในวัยทำงาน และต้องหาทางเลือกอื่นนอกเหนือจากแหล่งเงินทุนแบบดั้งเดิมที่มาจากภาษีเงินได้ และเงินสนับสนุนการประกันสุขภาพจากพนักงานและนายจ้างเท่านั้น ขณะที่ประเทศที่มีรายได้ต่ำส่วนใหญ่มีประชาชนทำงานนอกระบบมากกว่าในระบบ ทำให้ยากต่อการจัดเก็บภาษีเงินได้และการได้เงินสนับสนุนประกันสุขภาพจากฐานเงินเดือน

มีทางเลือกหลายวิธีเพื่อเพิ่มเงินสำหรับการสาธารณสุข ตามที่แสดงไว้ในตาราง 2.1 แต่ไม่ใช่ทั้งหมดจะสามารถนำไปใช้ได้กับทุกประเทศ ศักยภาพในการสร้างรายได้และความเป็นไปได้ทางการเมืองเป็นสิ่งที่แปรผันไปตามประเทศ อย่างไรก็ตาม ในบางกรณี รายได้เพิ่มเติมที่ได้มาจากหนึ่งทางเลือกหรือมากกว่านั้นอาจมีจำนวนมากโดยอาจจะมากกว่าเงินที่ได้รับความช่วยเหลือในปัจจุบัน แต่นวัตกรรมและกลไกใหม่ๆ เหล่านี้ไม่ใช่ข้อเสนอทั้งหมดที่ทำได้ รัฐบาลหลายประเทศทั้งในประเทศที่ร่ำรวยและยากจนยังคงให้ความสำคัญด้านสุขภาพน้อยเมื่อต้องมีการจัดสรรเงินงบประมาณ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องจัดเตรียมข้อมูลด้านสาธารณสุขให้ดีขึ้น เพื่อให้สามารถเจรจาต่อรองกับด้านการเงินการคลังและการวางแผน รวมถึงสถาบันการเงินระหว่างประเทศด้วย สำคัญของบทนี้คือ ทุกประเทศสามารถหาแหล่งเงินทุนภายในประเทศเพิ่มได้

อย่างไรก็ตาม ไม่ควรมองว่า นวัตกรรมด้านการเงินนั้นจะแทนที่เงินช่วยเหลือแบบให้เปล่าเพื่อพัฒนาอย่างเป็นทางการจากประเทศผู้บริจาคได้ การเรียกร้องให้ประเทศผู้รับความช่วยเหลือใช้เงินช่วยเหลือจากภายนอกอย่างโปร่งใสและมีประสิทธิภาพมากขึ้นถือเป็นสิ่งที่เข้าใจได้ อย่างไรก็ตาม ความกังวลดังกล่าวไม่ควรเป็นเหตุให้ประเทศที่ร่ำรวยกว่าหยุดการรักษาคำสัญญาที่ได้ให้ไว้ในปฏิญญาปารีสและวาระอัครา การดำเนินการร่วมกันของประเทศต่างๆ ที่ทำให้เกิดหน่วยงานการคลังนานาชาติเพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันโรค (the International Financing Facility for Immunization) และ มูลนิธิสหัสวรรษ (the Millenium Foundation) นั้น มีคุณค่ามหาศาลในการสนับสนุนการเงินเพื่อสาธารณสุขทั่วโลก แต่ประเทศต่างๆ ไม่จำเป็นต้องรอให้เกิดความร่วมมือในระดับโลกมากขึ้นก่อนถึงจะเริ่มดำเนินการของตนเอง หากรัฐบาลของประเทศผู้บริจากรักษาสัญญาความช่วยเหลือระหว่างประเทศที่มีอยู่ในปัจจุบัน และจัดสรรเงินเพื่อสนับสนุนให้ทุกประเทศเป็นแกนนำการจัดทำแผนสาธารณสุขของประเทศ คาดว่าจะทำให้เกิดความคืบหน้าไปสู่เป้าหมายการพัฒนาสหัสวรรษ ใน พ.ศ.2558 ได้อย่างแน่นอน นอกจากนี้ หากประเทศผู้บริจาคแต่ละประเทศรับเอานวัตกรรมทางเลือกเพียงประการหนึ่งประการใดที่ได้อธิบายไว้ ณ ที่นี้ และใช้เงินสนับสนุนความช่วยเหลือแบบให้เปล่าเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการ จะยิ่งเป็นการวางรากฐานเพื่อการขับเคลื่อนอย่างยั่งยืนให้บรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและทำให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพดีขึ้นในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

1. *NICE draft recommendation on the use of drugs for renal cancer*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (<http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=42007069-19B9-0B5-D429BEDD12DFE74E>, accessed 3 April 2010).
2. Kidney cancer patients denied life-saving drugs by NHS rationing body NICE. *Daily Mail*, 29 April 2009 (<http://www.dailymail.co.uk/health/article-1174592/Kidney-cancer-patients-denied-life-saving-drugs-NHS-rationingbody-NICE.html>, accessed 3 April 2010).
3. *NICE issues guidance on the use of other treatment options for renal cancer*. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009 (<http://www.nice.org.uk/newsroom/pressreleases/pressreleasearchive/PressReleases2009.jsp?domedia=1&mid=4BAE772C-19B9-E0B5-D449E739CDCD7772>, accessed 7 July 2010).
4. National Health Accounts (online database). Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 4 May 2010).
5. Treerutkuarkul A, Treerutkuarkul A. Thailand: health care for all, at a price. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010, 88:84-85. doi:10.2471/BLT.10.010210 PMID:20428360
6. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization, 2001.
7. *Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial gap analysis*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Background document for the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems; [http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_1_technical_background_report_\(world_health_organization\)_EN.pdf](http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_1_technical_background_report_(world_health_organization)_EN.pdf), accessed 6 July 2010).
8. Durairaj V. *Fiscal space for health in resource-poor countries*. World health report 2010 background paper, no. 41 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
9. Missoni E, Solimano G. *Towards universal health coverage: the Chilean experience*. World health report 2010 background paper, no. 4 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
10. *Technical briefing on Millennium Development Goals*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/entity/gho/mdg/MDG_WHA2010.pdf, accessed 7 July 2010).
11. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.

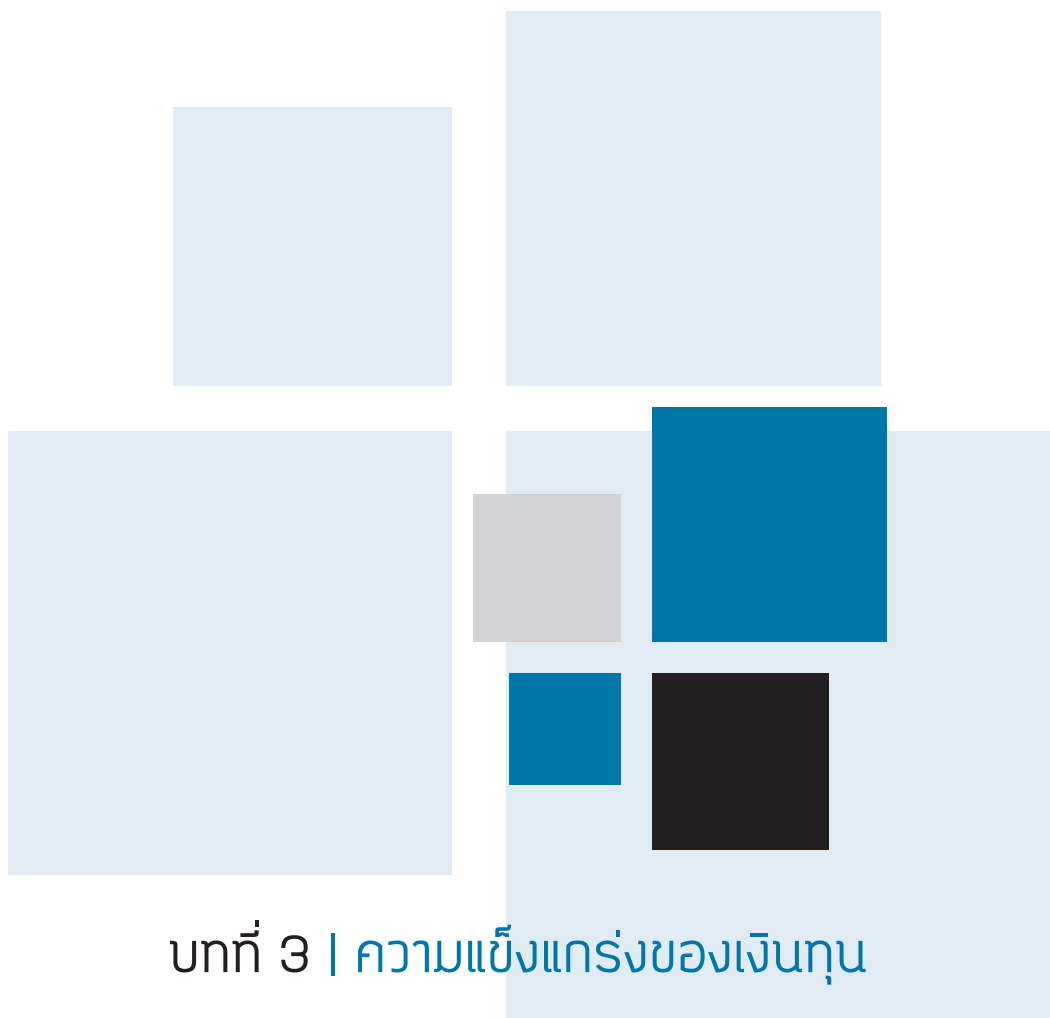
12. African Summit on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases. *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, 24-27 April 2001*. Organisation of African Unity, 2001 (OAU/SPS/ABUJA/3).
13. Wibulpolprasert S, Thaiprayoon S. Thailand: good practice in expanding health care coverage. Lessons from reforms in a country in transition. In: Gottret P, Schieber GJ, Waters HR, eds. *Lessons from reforms in low- and middleincome countries. Good practices in health financing*. Washington, DC, The World Bank, 2008:355-384.
14. James CD, Dodd R, Nguyen K. *External aid and health spending in Viet Nam: additional or fungible?* World health report 2010 background paper, no. 40 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
15. Fernandes Antunes AF et al. *General budget support - has it benefited the health sector?* World health report 2010 background paper, no. 14 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
16. Kaddar M, Furrer E. Are current debt relief initiatives an option for scaling up health financing in beneficiary countries? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008;86:877-883. doi:10.2471/BLT.08.053686 PMID:19030694
17. Gordon R, Li W. Tax structures in developing countries: many puzzles and a possible explanation. *Journal of Public Economics*, 2009;93:855-866. doi:10.1016/j.jpubeco.2009.04.001
18. Brondolo J et al. *Tax administration reform and fiscal adjustment: the case of Indonesia (2001-07)*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2008 (IMF Working Paper WP/08/129; <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08129.pdf>, accessed 09 July, 2010).
19. *Promoting transparency and exchange of information for tax purposes*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and development, 2010 (<http://www.oecd.org/dataoecd/32/45/43757434.pdf>, accessed 7 July 2010).
20. Cummings RG et al. Tax morale affects tax compliance: evidence from surveys and an artefactual field experiment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 2009;70:447-457. doi:10.1016/j.jebo.2008.02.010
21. Tsounta E. *Universal health care 101: lessons for the Eastern Caribbean and beyond*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2009 (IMF Working Paper WP/09/61; <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2009/wp0961.pdf>, accessed 5 July 2010).
22. Witter S, Garshong B. Something old or something new? Social health insurance in Ghana. *BMC International Health and Human Rights*, 2009;9:20- doi:10.1186/1472-698X-9-20 PMID:19715583

23. Wanert S. *Aspects organisationnels du systme de financement de la sant Franais avec une attention gnrale pour la Rforme de l'Assurance Maladie Obligatoire du 13 aot 2004*. Geneva, World Health Organization, 2009 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 5, HSS/HSF/DP.F.09.5; http://www.who.int/health_financing/documents/cov-dp_f_09_05-org_fra-e/en/index.html, accessed 6 July 2010).
24. Unitaid, 2010 (<http://www.unitaid.eu/en/UNITAID-Mission.html>, accessed 1 June 2010).
25. Fryatt R, Mills A, Nordstrom A. Financing of health systems to achieve the health Millennium Development Goals in low-income countries. *Lancet*, 2010;375:419-426. doi:10.1016/S0140-6736(09)61833-X PMID:20113826
26. *Questions and answers*. Unitaid (http://www.unitaid.eu/images/NewWeb/documents/en_qa_finalrevised_mar10.pdf, accessed 7 July 2010).
27. Le Gargasson J-B, Salom B. *The role of innovative financing mechanisms for health*. World health report 2010 background paper, no.12 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
28. *MassiveGood*. Millenium Foundation (http://www.massivegood.org/en_US/the-project, accessed 7 July 2010).
29. International Financing Facility for Immunization (IFFIm) (<http://www.iff-immunisation.org>, accessed 3 May 2010).
30. *Raising and channeling funds: Working Group 2 report*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_2_report:_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 6 July 2010).
31. *Currency transaction levy*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/factsheet_-_currency_transaction_levy_EN.pdf, accessed 6 June 2010).
32. Honohan P, Yoder S. *Financial transactions tax panacea, threat, or damp squib?* Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5230; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContent-Server/IW3P/IB/2010/03/02/000158349_20100302153508/Rendered/PDF/WPS5230.pdf, accessed 7 July 2007).
33. *Mobile phone voluntary solidarity contribution (VSC)*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems Factsheet, 2010 (http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/factsheet_-_mobile_phone_voluntary_solidarity_contribution_EN.pdf, accessed 30 May 2010).
34. Holt E. Romania mulls over fast food tax. *Lancet*, 2010;375:1070- doi:10.1016/S0140-6736(10)60462-X PMID:20352658

35. Bank for International Settlements. *Triennial Central Bank Survey: foreign exchange and derivatives market activity in 2007*. Basel, Bank for International Settlements, 2007 (<http://www.bis.org/publ/rpfx07t.pdf>, accessed 12 July 2010).
36. Musango L, Aboubacar I. *Assurance maladie obligatoire au Gabon: un atout pour le bien-tre de la population*. World health report 2010 background paper, no. 16 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
37. Stenberg K et al. *Responding to the challenge of resource mobilization – mechanisms for raising additional domestic resources for health*. World health report 2010 background paper, no. 13 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
38. NishtarSChoked pipes-reforming Pakistan’s mixed health system. Oxford, Oxford University Press, 2010
39. Prakongsai P, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Can earmarking mobilize and sustain resources to the health sector? *Bulletin of the World Health Organization*, 2008;86:898–901. doi:10.2471/BLT.07.049593 PMID:19030701
40. Bayarsaikhan D, Muiser J. *Financing health promotion*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Discussion Paper No. 4, HSS/HSF/DP.07.4; http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_4-health_promotion.pdf, accessed 6 July 2010).
41. Srithamrongswat S et al. *Funding health promotion and prevention – the Thai experience*. World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
42. Tangcharoensathien V et al. Innovative financing of health promotion. In: Heggenhougen K, Quah S, eds. *International nyclopedia of Public Health*, 1st edn. San Diego, CA, Academic Press, 2008:624–637.
43. Doetinchem O. *Hypothecation of tax revenue for health*. World health report 2010 background paper, no. 51 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
44. Nemtsov AV. Alcohol-related harm and alcohol consumption in Moscow before, during and after a major antialcohol campaign. *Addiction*, 1998;93:1501–1510. PMID:9926554
45. Ravishankar N et al. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*, 2009;373:2113–2124. doi:10.1016/S0140-6736(09)60881-3 PMID:19541038
46. *Development aid rose in 2009 and most donors will meet 2010 aid targets*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010 (http://www.oecd.org/document/11/0,3343,en_2649_34487_44981579_1_1_1_1,00.html, accessed 7 June 2010).

47. Piva P, Dodd R. Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009;87:930-939. doi:10.2471/BLT.08.058677 PMID:20454484
48. Goldsborough D. *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington, DC, Center for Global Development, 2007 (http://www.cgdev.org/doc/IMF/IMF_Report.pdf, accessed 3 May 2007).
49. *Changing IMF policies to get more doctors, nurses and teachers hired in developing countries*. ActionAid, 2010 (<http://www.ifwatchnet.org/sites/ifwatchnet.org/files/4-pager%20--%20IMF%20and%20health.pdf>, accessed 7 July 2010).
50. Rowden R. *Viewpoint: restrictive IMF policies undermine efforts at health systems strengthening*. World health report 2010 background paper, no. 49 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_backgroundbackground/en).
51. *The IMF and aid to Sub-Saharan Africa*. Washington, DC, Independent Evaluation Office of the International Monetary Fund, 2007 (<http://www.imf.org/external/np/ieo/2007/ssa/eng/pdf/report.pdf>, accessed 7 July 2010).
52. Sanjeev G, Powell R, Yang Y. *Macroeconomic challenges of scaling up aid to Africa: a checklist for practitioners*. Washington, DC, International Monetary Fund, 2006 (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/afr/aid/2006/eng/aid.pdf>, accessed 12 July 2010).
53. Haacker M. *Macroeconomic constraints to health financing: a guide for the perplexed*. World health report 2010 background paper, no. 50 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
54. Gostin LO et al. *The joint learning initiative on national and global responsibility for health*. World health report 2010 background paper, no. 53 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
55. Ooms G, Derderian K, Melody D. Do we need a world health insurance to realise the right to health? *PLoS Medicine*, 2006;3:e530- doi:10.1371/journal.pmed.0030530 PMID:17194201
56. Development Assistance [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (<http://www.oecd.org/dac/stats/idsonline>, accessed 3 March 2010).
57. *The world health report 2006: working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
58. *Effective aid - better health: report prepared for the Accra High-level Forum on Aid Effectiveness*. The World Bank/ Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organization, 2008 (http://www.gavialliance.org/resources/effectiveaid_betterhealth_en.pdf, accessed 28 February 2010).

- 
59. *The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action*. Paris, Organisation for Economic Cooperation and Development, 2008 (<http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>, accessed 7 July 2010).
60. *Working Group 2: Raising and channelling funds – progress report to taskforce*. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (<http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/IHP%20Update%2013/Taskforce/london%20meeting/new/Working%20Group%202%20First%20Report%20090311.pdf>, accessed 19 May 2010).
61. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals*. Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (www.norad.no/en/_attachment/146678/binary/79485?download=true, accessed 5 April 2010).
62. Van de Maele N. *Variability in disbursements of aid for health by donor and recipient*. World health report 2010 background paper, no. 15 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).



บทที่ 3 | ความแข็งแกร่งของเงินทุน



3

ความแข็งแกร่งของเงินทุน

[Strength in numbers]

สาระสำคัญ

- ระบบการจ่ายตรงเป็นระบบที่ผู้เข้ารับบริการต้องจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการโดยตรงเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล ระบบนี้สร้างภาระทางการเงินให้กับผู้ป่วยและทำให้เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ป่วยอาจยากจนลงจากภาระค่าใช้จ่ายดังกล่าว
- ประเทศต่าง ๆ สามารถกระตุ้นให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ โดยการสร้างระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าและรวมเงินเป็นกองทุนเพื่อลดการพึ่งพาการจ่ายตรง
- ประเทศที่เข้าใจความสำเร็จของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้จะต้องบังคับให้ผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายเงินได้ต้องจ่ายภาษีและ/หรือเงินสมทบเพื่อเข้ากองทุนประกันสุขภาพ
- กองทุนจ่ายเงินล่วงหน้าภาคบังคับควรรวมเงินเข้าเป็นกองทุนเดียวมากกว่าการเก็บแยกเป็นหลายกองทุน ทั้งนี้ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินของกองทุน ซึ่งจะส่งผลให้สามารถบรรลุผลเป้าหมายแห่งความเป็นธรรม
- ระบบประกันสุขภาพแบบสมัครใจ เช่น การประกันสุขภาพชุมชน (Community health insurance) หรือการประกันสุขภาพแบบจุลภาค (Micro-insurance) ยังคงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ในกรณีที่แหล่งทุนภาคบังคับมีข้อจำกัดในการจัดหางบประมาณเข้าระบบจ่ายเงินล่วงหน้า นั่นคือในกรณีที่ข้อจำกัดในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบภาคบังคับ การสร้างทางเลือกให้มีการจ่ายล่วงหน้าเพิ่มเติมตามความสมัครใจจะสามารถขยายการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินจากความเจ็บป่วยได้ และยังช่วยให้ประชาชนเข้าใจประโยชน์จากการเป็นผู้ที่ได้รับความคุ้มครองจากการมีประกันสุขภาพด้วย
- ถึงแม้ว่าจะไม่มีการจ่ายตรงสำหรับค่าบริการรักษาพยาบาลหรือค่ายา แต่ประชาชนบางคนอาจเผชิญกับปัญหาทางการเงิน เนื่องจากตนเองยังมีภาระค่าใช้จ่ายอื่นที่จำเป็นอีก เช่น ค่าเดินทางและค่าที่พักเพื่อเข้ารับการรักษาตัวในสถานพยาบาล ดังนั้น รัฐบาลต้องคำนึงถึงทางเลือกต่างๆ เพื่อช่วยลดภาระทางการเงินดังกล่าว

ความแข็งแกร่งของเงินทุน

[Strength in numbers]

ปัญหาของการจ่ายตรง

[The problem with direct payment]

วิธีการจ่ายเงินเพื่อรับบริการด้านสุขภาพของประชาชนถือเป็นมุมมองหลักในการพิจารณาประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุข แม้ว่าการเพิ่มงบประมาณให้เพียงพอนั้นอาจเป็นสิ่งจำเป็นในการดำเนินงานของระบบ แต่วิธีการจ่ายเงินสำหรับค่าบริการและค่ายาก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน โดยทั่วไปแล้ว รูปแบบการจ่ายเงินเมื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพคือวิธีการจ่ายตรง ที่มักใช้ในประเทศที่มีฐานะยากจน (1)

ผลจากการศึกษาในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางจำนวน 50 ประเทศ โดยใช้ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก, การสำรวจรูปแบบของระบบสาธารณสุข และการสัมภาษณ์ พบว่า มีเพียง 6 ประเทศเท่านั้นที่ไม่ได้ใช้รูปแบบการจ่ายตรงเมื่อเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐบาล (3)

ทั้งนี้ รูปแบบการจ่ายตรงไม่ได้ใช้ในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือในประเทศที่มีระบบการคลังสุขภาพที่ซับซ้อนน้อยเท่านั้น (ภาพที่ 3.1) พบว่ามี 33 ประเทศที่มีกลไกหลักคือการจ่ายตรง และพบว่ามีสัดส่วนถึงกว่าร้อยละ 25 ของเงินกองทุนที่ใช้จ่ายในระบบสาธารณสุขในทุกรูปแบบในอีก 75 ประเทศ (4) จากรายละเอียดที่แสดงไว้ในบทที่ 1 พบว่า การจ่ายตรงมีหลายรูปแบบ ซึ่งรวมถึงการจ่ายค่าธรรมเนียมการให้คำปรึกษาของแพทย์ ค่าหัตถการ ค่ายาและอุปกรณ์ต่างๆ และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้อาจอยู่ในรูปแบบของความรับผิดชอบในค่าเสียหายส่วนแรก (deductible) เช่น การจ่ายประกันสุขภาพร่วม (coinsurance) และการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ (copayment) ของผู้ที่ได้รับความคุ้มครองการประกันสุขภาพ

วิธีการจ่ายตรงนั้นถือว่าเป็นรูปแบบไม่เหมาะสมในการจ่ายเงินเพื่อใช้บริการสาธารณสุข เนื่องจากมีผลในการยับยั้งการเข้าถึงบริการของประชาชนที่เจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีรายได้น้อยที่จำเป็นต้องเลือกระหว่างการจ่ายเงินเพื่อรักษาสุขภาพกับการจ่ายเงินให้กับสิ่งที่จำเป็นอื่นๆ ซึ่งผู้ที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาอาจมีความเสี่ยงต่อภาวะความยากจนลงหรือเกิดภาวะล้มละลายได้ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือในประเทศบราซิลที่ได้นำรูปแบบการจ่ายตรงโดยวิธีเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์มาใช้ใน พ.ศ.2545 และอีก 2 ปีต่อมา พบว่า 4 ใน 5 ของผู้ป่วยมีหนี้สินหรือต้องขายทรัพย์สิน (5) เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ที่ประชาชนถูกสถานการณ์บังคับให้ต้องยืมหรือขายทรัพย์สินเพื่อนำมาจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล (6,7)

การเกิดอุบัติเหตุการล้มละลายทางการเงินมีผลเกี่ยวข้องกับการจ่ายตรงของประชาชนในการรับบริการสาธารณสุข มีการคิดคำนวณว่า หากสัดส่วนการจ่ายเงินจากกระเป๋าของตนเองเพื่อสุขภาพมากกว่าร้อยละ 40 ของรายได้หลังจากหักค่าอาหารในแต่ละปีแล้ว อุบัติการณ์น่าจะมากถึงร้อยละ 11 ในบางประเทศ ขณะที่โดยทั่วไป จะมีมากกว่าร้อยละ 2 ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ และไม่ต้องแปลกใจเลย หากอุบัติเหตุนี้เกิดต่ำสุดในกลุ่มคนรวย ขณะที่ผู้มีรายได้น้อยก็อาจทำให้เข้าใจว่า ไม่ได้รับผลกระทบทางการเงินเช่นกัน เนื่องจากในความเป็นจริงแล้ว คนจนเหล่านี้ไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้เลย จึงไม่เห็นปรากฏการณ์การใช้จ่ายทางสุขภาพดังกล่าว นอกจากนี้ มีงานวิจัยที่พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกที่พิการ เด็ก หรือผู้สูงอายุ มักจะได้รับผลกระทบรุนแรงจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอีกด้วย (8-11)

อุบัติเหตุล้มละลายทางการเงินจะมีอัตราที่ลดลง หากประชาชนมีการจ่ายตรงในอัตราไม่เกินร้อยละ 15-20 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพ (ภาพที่ 3.2) (1) ส่วนใหญ่ประเทศที่มีรายได้สูงเท่านั้นที่มีอัตราการจ่ายตรงอยู่ในช่วงดังกล่าว ส่วนประเทศที่รายได้ต่ำและปานกลางอาจทำได้เพียงกำหนดเป้าหมายในระยะสั้นเพื่อลดอัตราการเกิดภาวะล้มละลาย ดังตัวอย่างเร็วๆ นี้ที่ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตกได้กำหนดเป้าหมายของอัตราการจ่ายตรงไว้ที่ร้อยละ 30-40 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพ (12, 13)

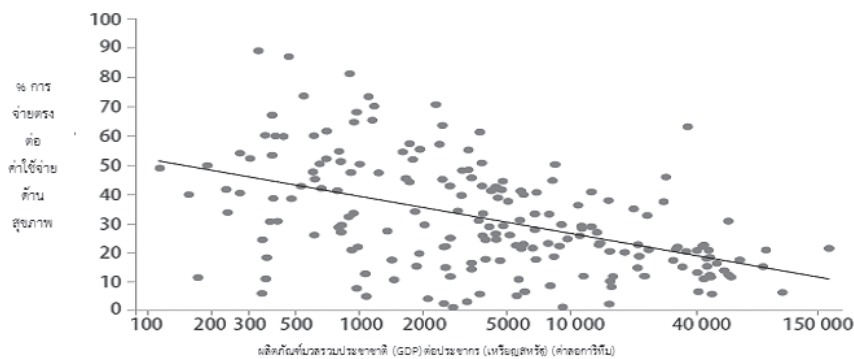
อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเงินที่ต้องจ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างจะต่ำ ประชาชนก็ยังมีค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับครอบครัวซึ่งส่งผลถึงการให้บริการสาธารณสุขที่ลดลง หรือทำให้ประชาชนเข้าสู่สภาวะที่ยากจนลงได้ จากการศึกษาในประเทศเคนยา พบว่า การเก็บค่าธรรมเนียม 0.75 เหรียญสหรัฐ สำหรับมุ้งป้องกันแมลงทำให้ความต้องการมุ้งลดลงถึงร้อยละ 75 (14) ในขณะที่เมื่อมีการเก็บเงินเพียงเล็กน้อยสำหรับค่ายาถ่ายพยาธิทำให้ลดการซื้อยาลงถึงร้อยละ 80 (15) นอกจากนี้ ผลจากการจ่ายตรงถึงแม้จำนวนเงินจะไม่มากนัก แต่อาจส่งผลต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ เช่น การใช้ยาหมดอายุหรือไม่ได้มาตรฐาน หรือการรับประทานยาเพียงบางส่วน หรือไม่รับบริการจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่เป็นโรค (16)

รูปแบบการจ่ายตรงไม่ได้มีแค่เพียงการจ่ายอย่างเป็นทางการเท่านั้น แต่รวมถึงการจ่ายค่ารักษาพยาบาลนอกระบบด้วย ซึ่งเกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลก (18-20) เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปัจจุบันมีการจ่ายตรงอย่างเป็นทางการที่โรงพยาบาลรัฐเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น โดยสัดส่วนการจ่ายตรงอีกร้อยละ 90 เป็นการจ่ายอย่างไม่เป็นทางการหรือการจ่ายนอกระบบให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งการจ่ายตรงดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อประชาชนในการเข้ารับบริการที่จำเป็น รวมทั้งส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลทั้งในส่วนผู้ป่วยเองและครอบครัว เนื่องจากไม่สามารถประมาณการเกี่ยวกับเงินดังกล่าวได้ ดังนั้นปัจจุบันรัฐบาลจึงกำหนดกลยุทธ์เพื่อจัดการจ่ายเงินอย่างไม่เป็นทางการ (17)

การจ่ายตรงถือเป็นรูปแบบที่มีความเป็นธรรมน้อยที่สุดของระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ เนื่องจากคนรวยจ่ายเท่ากับคนจนเมื่อใช้บริการสาธารณสุข จึงเป็นลักษณะของการถดถอย นอกจากความไม่เป็นธรรมที่มาจากฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมแล้ว เพศก็ยังเป็นปัจจัยหนึ่งของความไม่เป็นธรรม บางประเทศที่เพศหญิงอยู่ในสถานะต่ำกว่าเพศชาย หากสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยและต้องเสียค่าบริการทางการแพทย์ ก็อาจทำให้สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้หญิงและเด็กหญิงต้องรอรับการรักษา หลังจากสมาชิกครอบครัวเพศชายได้รับบริการแล้ว ดังนั้น เพศหญิงจึงไม่ค่อยมาใช้บริการสาธารณสุข (21)

ผู้ได้รับประโยชน์จากการจ่ายตรงของประชาชนมีเพียงผู้ให้บริการเท่านั้น ขณะที่รูปแบบการจ่ายเงินประเภทนี้มีข้อด้อยหลายประเด็น เช่น ขาดระบบการคุ้มครองประชาชนจากรายจ่ายด้านสุขภาพ และ ขาดหลักการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขที่รวมความเสี่ยงของคนทั้งกลุ่มไว้ด้วยกัน ส่วนรัฐบาลเองก็เกิดข้อจำกัดในการนำงบประมาณไปช่วยเหลือด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนบางกลุ่ม หรือการช่วยเหลือปัญหาสุขภาพคลองของโรงพยาบาลในพื้นที่ที่ประชาชนมีศักยภาพในการจ่ายตรงต่ำ

ภาพที่ 3.1 ร้อยละของจำนวนเงินจากการจ่ายตรงของประชาชนเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ต่อหัวประชากร พ.ศ.2550



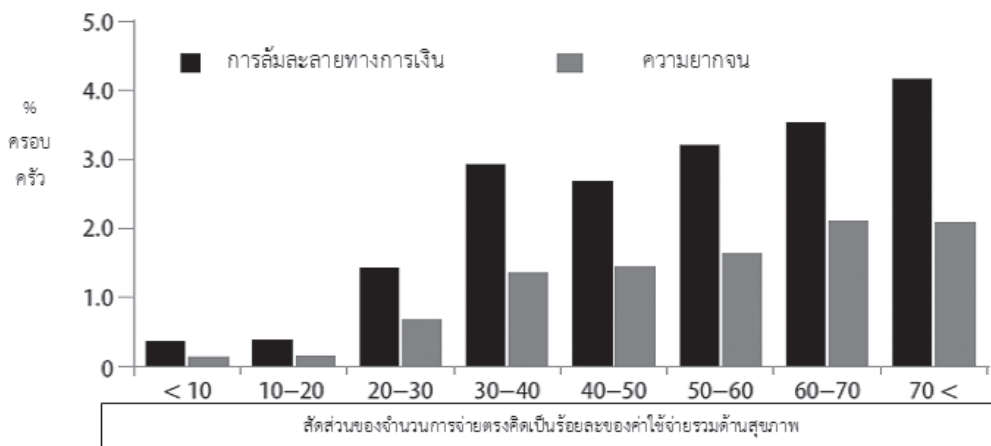
ที่มา: (4)

แม้ว่ารูปแบบการจ่ายตรงหรือการจ่ายเงินด้วยตนเองของประชาชนที่รับบริการ เป็นกลไกทางการคลังสุขภาพที่มีจุดอ่อนก็ตาม แต่ก็ยังเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายด้วยเหตุผลต่อไปนี้

1. เนื่องจากรัฐบาลต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ หรือกรณีที่รัฐบาลไม่อาจสร้างระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าในรูปแบบกองทุนประกันสุขภาพได้ จึงส่งผลให้บริการสาธารณสุขที่รัฐบาลจัดให้นั้นยังไม่ครอบคลุมบริการที่จำเป็น ดังนั้น ประชาชนจึงต้องจ่ายเงินเองในส่วนที่ไม่ครอบคลุมนั้น รวมทั้งรายได้จากการจ่ายเงินของผู้ป่วยก็ช่วยเสริมการทำงานของระบบ โดยใช้เป็นค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ ค่ายาและเวชภัณฑ์ต่างๆ

2. การจ่ายตรงถือเป็นแหล่งเงินทุนอีกแหล่งหนึ่งที่ช่วยเสริมสภาพคล่องให้กับหน่วยบริการ ในกรณีที่รัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้ไม่เพียงพอหรือไม่สม่ำเสมอ ตัวอย่างเช่น ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก ที่ตั้งในพื้นที่ห่างไกลและมีกรณีความขัดแย้ง รวมทั้งมีภัยธรรมชาติ จึงทำให้พื้นที่ถูกตัดขาดในบางครั้ง บางช่วงเวลาขาดการช่วยเหลือจากรัฐบาล ดังนั้น ประชาชนจึงต้องจ่ายเงินเอง (นอกเหนือจากความช่วยเหลือภายนอก) เพื่อให้ระบบบริการสามารถดำเนินการต่อไปได้ระดับหนึ่ง (22) โดยทั่วไป การจ่ายตรงหรือการที่ผู้ป่วยจ่ายเงินเองเป็นวิธีการที่ใช้ในกรณีที่หลังจากระบบการคลังสุขภาพของประเทศเผชิญกับภาวะวิกฤติ ซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากสถานการณ์ความขัดแย้งที่มีอาวุธเข้ามาเกี่ยวข้อง และทำให้ประชาชนไม่สามารถใช้บริการสุขภาพได้ (23)

ภาพที่ 3.2 ร้อยละของครอบครัวที่เกิดการล้มละลายทางการเงินและความยากจนจากการจ่ายตรงค่าบริการทางการแพทย์



ที่มา (1)

3. การจ่ายตรงอาจเป็นทางเลือกที่น่าสนใจในช่วงที่ภาวะเศรษฐกิจถดถอย ซึ่งจากสถานการณ์วิกฤตินี้สินทั่วโลกในช่วงปี พ.ศ.2513-2523 ทำให้ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศปรับโครงสร้างเงินนโยบายทำให้มีการควบคุมรายจ่ายของรัฐบาล (24) ซึ่งก็มีข้อเสนอให้มีการเก็บค่าบริการ เพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ และลดการให้บริการที่เกินความจำเป็น รวมทั้งจูงใจให้มีบริการสาธารณสุขที่มีต้นทุนต่ำ และเก็บค่าบริการในราคาที่ไม่สูง (25)

ในปี พ.ศ.2530 เมืองบามาโก (Bamako) เมืองหลวงของประเทศมาลี ได้เริ่มรูปแบบการจ่ายตรง เนื่องจากระบบสาธารณสุขขาดแคลนงบประมาณอย่างหนัก ดังนั้น จึงให้ผู้ป่วยจ่ายเงินเองสำหรับค่ายาที่จำเป็น รวมทั้งอาจมีการจ่ายเงินเป็นค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นของโรงพยาบาลด้วย (26) ข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการจ่ายตรงนี้ทำให้ระบบบริการสามารถดำเนินการต่อไปได้ แต่ก็มีข้อมูลเช่นกันว่า การที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเองนี้เป็นอุปสรรคขัดขวางในการเข้ารับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ที่ยากจน (27-31)

4. บางประเทศได้ใช้รูปแบบการจ่ายตรง เพื่อป้องกันการให้บริการสาธารณสุขที่เกินความจำเป็น หรือเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม ระบบการจ่ายตรงมีผลเสียคือ ขัดขวางการเข้ารับบริการที่จำเป็นของประชาชนบางกลุ่ม ซึ่งจะได้กล่าวถึงต่อไปในบทที่ 4

การยกเว้นการจ่ายตรงเป็นวิธีที่เหมาะสมหรือไม่ (Do exemptions from charge work?)

หลายประเทศที่ใช้รูปแบบการจ่ายตรงได้พยายามสนับสนุนการเข้าถึงบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนบางกลุ่ม เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือเด็ก โดยยกเว้นการเก็บค่ารักษาพยาบาลหรือการจัดบริการบางประเภทให้ฟรี ตัวอย่างเช่น ประเทศบรูไนได้ยกเว้นค่าบริการรักษาพยาบาลสำหรับการดูแลมารดาและเด็กในปี พ.ศ.2549 ซึ่งหลังจากดำเนินการได้ 3 เดือน พบว่า เด็กอายุ

น้อยกว่า 5 ปี มีการใช้บริการประเภทผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 42 (32) และในปี พ.ศ.2548 ประเทศเคนกัลได้ยกเว้นการเก็บเงินค่าธรรมเนียมสำหรับการคลอดบุตร รวมทั้งการคลอดโดยผ่าทางหน้าท้อง ซึ่งผลจากการประเมินรอบที่ 1 พบว่า มีการคลอดในสถานบริการของรัฐเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 และมีการผ่าท้องคลอดเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 (33)

ทั้งนี้ รายได้ของประชาชนถือเป็นปัจจัยในการพิจารณากลุ่มผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้นการจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาล ยกตัวอย่างเช่น ประเทศเยอรมันได้กำหนดรูปแบบการร่วมจ่ายค่าบริการในบริการบางประเภท แต่เป็นการจ่ายในจำนวนที่ขึ้นกับรายได้ของผู้ป่วย ประเทศฝรั่งเศสก็จัดให้มีการประกันสุขภาพอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ฟรีโดยไม่ต้องร่วมจ่ายในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย (34) อย่างไรก็ตาม การยกเว้นการร่วมจ่ายที่พิจารณาจากรายได้นั้นมีประสิทธิภาพน้อยสุดในประเทศที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรหรือไม่ได้เป็นแรงงานในระบบที่มีรายได้ประจำ จึงเป็นการยากที่จะระบุได้ว่า ประชาชนใดเป็นผู้ที่ยากจนที่สุด ซึ่งการตัดสินใจต้องเลือกระหว่างการกำหนดกลุ่มแบบกว้างเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มที่จะได้รับการยกเว้นทั้งหมด ซึ่งวิธีการนี้จะทำให้รวมผู้ที่ไม่สมควรได้รับการยกเว้นค่าบริการอยู่ในกลุ่มด้วย และอีกวิธีการหนึ่งคือ การกำหนดเงื่อนไขที่เข้มงวดซึ่งทำให้ผู้ยากไร้บางคนอยู่นอกกลุ่มยกเว้นและส่งผลให้มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ (35)

การยกเว้นการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่ประชากรบางกลุ่มนั้นอาจเกิดปัญหาขึ้นในบางประเทศ ยกตัวอย่าง เช่น ประเทศกัมพูชา หลังจากประเมินผลกระทบในช่วง 5 ปี ที่นาระบบยกเว้นการร่วมจ่ายมาใช้ในต้นทศวรรษ 1990 พบว่า การยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์นั้นไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากรายได้จากการร่วมจ่ายที่หายไปส่งผลให้รายได้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีเงินเดือนต่ำอยู่แล้วลดลง ทั้งนี้ เนื่องจากร้อยละ 50 ของรายได้จากค่าบริการดังกล่าวได้จัดสรรให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (36) ดังนั้น ควรต้องมีกลไกด้านการคลังเพื่อชดเชยรายได้ที่สูญเสียไปให้กับโรงพยาบาล ซึ่งต่อมาประเทศกัมพูชาได้จัดตั้งกองทุนเพื่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เพื่อจ่ายเงินชดเชยรายได้ให้กับสถานพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้ให้บริการแก่กลุ่มยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์ โดยแหล่งงบประมาณมาจากการบริจาคขององค์กรต่างๆ

นอกจากนี้ ยังพบว่า การยกเว้นการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์มีผลทำให้กลุ่มคนยากไร้ทั้งในเมืองและชนบทเข้าถึงบริการในสถานพยาบาลได้เพิ่มขึ้น (37, 38) และยังช่วยปกป้องความเสี่ยงด้านการเงินอีกด้วย ทั้งนี้ การยืมเงินเพื่อจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์ของผู้รับผลประโยชน์จากกองทุนเพื่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพนั้น พบว่า น้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเงิน (39) การดำเนินการดังกล่าวได้รับการสนับสนุนมากขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ.2550 ซึ่งเงินส่วนใหญ่ของกองทุนเพื่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพนั้นมาจากการรวมเงินจากผู้บริจาคในโครงการช่วยเหลือภาคสุขภาพของประเทศกัมพูชา รวมทั้งเงินภายในประเทศจากกระทรวงเศรษฐกิจและการคลัง และมาตรการดังกล่าวนี้ได้นำไปใช้ในประเทศคีร์กีซสถานเช่นเดียวกัน (40)

อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยอื่นๆที่เป็นอุปสรรคต่อคนยากไร้ในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ถึงแม้ว่าจะได้รับการยกเว้นหรือมีการจ่ายเงินช่วยเหลือเพื่อให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายแล้วก็ตาม ทั้งนี้ ปัจจัยดังกล่าวไม่สามารถระบุได้ทั้งหมด ยกตัวอย่างเช่น คนยากจนไม่กล้าที่จะขอสิทธิในการยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์ เนื่องจากอับอาย หรือเกรงว่าได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากกลุ่มผู้เสียเงิน ทั้งนี้ หากรายได้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขขึ้นอยู่กับค่าจ่ายตรงทั้งหมดหรือบางส่วนแล้วก็จะเป็สิ่งกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ดังกล่าวปฏิเสธการขอยกเว้นค่าบริการของโรงพยาบาลของผู้รับบริการได้ จากการศึกษาของธนาคารโลกพบว่า สถานพยาบาลในประเทศเคนยาแทบจะไม่ยกเว้นการจ่ายค่าบริการให้กับคนไข้มากกว่า 2 คนต่อเดือนจากกลุ่มประชากรยากจนทั้งหมด ทั้งนี้ มีประชากรร้อยละ 42 ที่มีรายได้ต่ำกว่าระดับเส้นความยากจน (41) ดังนั้น ปัญหาอาจเกิดขึ้นในกรณีที่ปัญหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีรายได้ไม่เพียงพอ

การกำหนดระดับรายได้เพื่อระบุตัวบุคคลที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียค่าบริการทางการแพทย์อาจดำเนินการได้ดีในบางประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับของชุมชน ยกตัวอย่างเช่น ในประเทศกัมพูชา ได้กำหนดให้ผู้นำชุมชนเป็นผู้ระบุว่า ใครควรได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียค่าบริการทางการแพทย์ และได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากกองทุนเพื่อความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่า การประเมินของผู้นำชุมชนนั้นมีความถูกต้อง เพราะอย่างน้อยที่สุดผู้ที่ได้รับการคัดเลือกให้ได้รับการยกเว้นนั้นมีระดับความยากจนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้

รับการคัดเลือก (42) ส่วนในประเทศปากีสถานมีโครงการฮาร์ทไฟล์ (HeartFile) ที่กำลังหาพันธมิตรเพื่อใช้เป็นกลไกในการยกเว้นการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งกำลังจะประเดิมผลในเร็วนี้ (43)

ประเทศต่างๆที่เคยเป็นส่วนหนึ่งของสหภาพโซเวียตมีค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขลดลงอย่างรวดเร็วในทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ.2533-2543) และค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องจ่ายเงินนอกระบบสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน สถานการณ์นี้ก่อให้เกิดอุปสรรคในการเข้ารับบริการสำหรับผู้ที่ไม่สามารถจ่ายเงินได้ เนื่องจากประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรับบริการ กรณีนี้ส่งผลให้หลายประเทศกำหนดมาตรการให้มีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์อย่างเป็นทางการ รวมทั้งออกแบบการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ เพื่อการจัดการจ่ายเงินนอกระบบ อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มรายได้อีกแหล่งหนึ่งด้วย ขณะเดียวกัน ก็มีกลไกการยกเว้นการเก็บค่าบริการทางการแพทย์แก่กลุ่มคนจนหรือผู้ที่ไม่สามารถจ่ายเงินได้เพื่อคุ้มครองกลุ่มคนเหล่านี้ (44) ถึงแม้ว่าหลายประเทศได้ดำเนินการดังกล่าวข้างต้นแล้ว แต่อัตราการล้มละลายยังคงค่อนข้างสูง เนื่องจากประชาชนยังคงต้องจ่ายตรงสำหรับค่าบริการสาธารณสุข (45)

การยกเลิกการจ่ายตรง (The retreat from direct payments)

ในทางปฏิบัติ ปัญหาการยกเว้นการจ่ายตรงเฉพาะกลุ่มนั้นหมดไปเมื่อผู้กำหนดนโยบายได้ยกเว้นให้กับประชาชนทั้งหมด และเมื่อเร็ว ๆ นี้มีประเทศที่มีรายได้ต่ำหกประเทศที่ยกเว้นการจ่ายตรงให้กับประชาชนที่ใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ และมีหนึ่งประเทศที่ขยายการยกเว้นการจ่ายตรงไปยังสถานพยาบาลนอกภาครัฐด้วย (46) การดำเนินการดังกล่าวนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลมากขึ้น ดังตัวอย่างในประเทศแซมเบียที่มีการยกเลิกเก็บค่าบริการรักษาพยาบาลในเขตชนบทในเดือนเมษายน พ.ศ.2549 และ มกราคม

พ.ศ.2550 ส่งผลให้ประชาชนไปรับบริการในสถานพยาบาลของรัฐเพิ่มขึ้นร้อยละ 55 (47) เช่นเดียวกับประเทศยูกันดาที่มีผู้ป่วยไปใช้บริการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 84 เมื่อมีการยกเว้นการจ่ายตรงในปี พ.ศ. 2544 (48)

อย่างไรก็ตาม ทั้งสองประเทศนั้นได้ยกเลิกการเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์จากผู้รับบริการควบคู่กับการเพิ่มงบประมาณให้กับสถานพยาบาลในชนบทด้วย ซึ่งในประเทศแซมเบียมีการเพิ่มการจัดสรรเงินจากแหล่งภายในประเทศร่วมกับเงินบริจาคให้เขตได้รับเงินงบประมาณเพิ่มขึ้นร้อยละ 36 เมื่อเปรียบเทียบกับเงินที่เคยได้รับการจ่ายตรงสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในปีที่ผ่านมา ส่วนรัฐบาลของประเทศยูกันดาได้เพิ่มงบประมาณด้านยา และให้ผู้บริหารสถานพยาบาลควบคุมกำกับเงินกองทุนได้มากขึ้น มาตรการดังกล่าวนี้ช่วยให้หน่วยบริการมีสภาพคล่องทางการเงินเช่นเดียวกับการเก็บค่าธรรมเนียมก่อนหน้านี้

ทั้งนี้ มีผู้ให้ความเห็นว่า การยกเลิกการจ่ายตรงในสถานพยาบาลของรัฐไม่ส่งผลกระทบมากนัก เนื่องจากรายได้ส่วนนั้นเป็นเงินเพียงส่วนน้อยเท่านั้น (49, 50) ดังผลการศึกษาการเก็บค่าธรรมเนียมอย่างเป็นทางการของผู้ใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐเขตทะเลทรายซาฮารา 16 เมือง พบว่า เงินดังกล่าวมีเพียงร้อยละ 5 ของค่าใช้จ่ายรวมของระบบสาธารณสุขที่ไม่รวมการบริหารจัดการ (51, 52)

อย่างไรก็ตาม เงินกองทุนส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายคงที่ที่รวมรายจ่ายตามโครงสร้างพื้นฐานและเงินเดือนเจ้าหน้าที่ จึงทำให้มีเงินเหลือสำหรับใช้จ่ายด้านยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ลดลง ดังนั้น รายได้จากการจ่ายตรงของผู้ป่วยจึงมีส่วนสนับสนุนการดำเนินงานที่สำคัญในส่วนนี้ และจากข้อมูลการศึกษาในประเทศกานา พบว่า สัดส่วนรายรับจากการจ่ายตรงมีเพียงร้อยละ 8 และร้อยละ 27 ของค่าใช้จ่ายรวมในศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลตัวอย่างตามลำดับ ซึ่งเงินจำนวนนี้ใช้เป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่ใช่เงินเดือนในหน่วยงานดังกล่าวร้อยละ 66 และร้อยละ 83 ตามลำดับ เงินที่เก็บได้จากการจ่ายตรงส่วนนี้มีความยืดหยุ่นที่อยู่ภายใต้การกำกับของผู้บริหารสถานพยาบาล (53)

แม้ว่าการยกเลิกการจ่ายตรงจะเกิดประโยชน์แก่ระบบ แต่ผู้กำหนดนโยบายต้องตระหนักถึงผลกระทบหลังจากยกเลิกการจ่ายตรงด้วย เพราะรายได้ส่วนหนึ่งหายไป ดังนั้น หากไม่มีการวางแผนรองรับ ก็จะส่งผลต่อเงินเดือนหรือค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ รวมทั้งงบประมาณการจัดหาเวชภัณฑ์ หรือค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษาอุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อรองรับบริการแก่ประชาชน (46, 54) ในส่วนของการยกเลิกการเก็บเงินจ่ายตรงจากผู้รับบริการในประเทศยุคนั้นนั้นไม่ได้ส่งผลให้อุบัติการณ์ภาวะล้มละลายของคนยากจนลดลง ทั้งนี้ อาจเนื่องจากตั้งแต่หลังปี 2544 สถานพยาบาลของรัฐมักไม่มีรายได้บริการผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยบางคนต้องซื้อยาจากร้านขายยาเอกชนเอง (55) รวมทั้งอาจมีการจ่ายเงินนอกระบบให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มขึ้น ซึ่งรายได้ส่วนนี้ชดเชยการสูญเสียเงินจากการเก็บค่าบริการทางการแพทย์

ดังนั้น มาตรการยกเว้นเก็บค่าบริการทางการแพทย์อาจยังมีการจ่ายเงินนอกระบบอยู่ด้วย ซึ่งประเด็นนี้ก็ยังไม่ชัดเจนว่า ประเทศที่มีมาตรการเก็บเงินค่าบริการอย่างเป็นทางการเพื่อหยุดยั้งการจ่ายเงินนอกระบบ สามารถกำจัดการจ่ายเงินนอกระบบดังกล่าวได้ แม้ว่าบางประเทศจะลดอัตราการจัดจ่ายเงินนอกระบบลงได้ก็ตาม (56)

ประสบการณ์เหล่านี้แสดงให้เห็นว่า การลดการพึ่งพาการจ่ายตรงจำเป็นต้องแสวงหาแหล่งเงินทุนจากที่อื่น เพื่อชดเชยเงินที่เคยได้รับในอดีต ซึ่งรัฐบาลสามารถหาแหล่งเงินทุนอื่นเพื่อเพิ่มเติมได้ (57) โดยเปลี่ยนแปลงระบบกลไกการคลังสุขภาพ

ทางเลือกในการเปลี่ยนแปลงระบบการคลังเหล่านี้ไม่ได้จำกัดเฉพาะในประเทศที่มีปัญหาการเงินเท่านั้น ดังเช่นประเทศสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) ที่แม้ส่วนใหญ่จะไม่ได้ใช้วิธีการจ่ายตรงมากนัก แต่พบว่า ในหลายประเทศมีแนวโน้มที่จะใช้รูปแบบการจ่ายตรงเพิ่มขึ้นก่อนที่จะทั่วโลกจะเกิดสภาวะการถดถอยทางเศรษฐกิจ ทั้งนี้ หลายประเทศกำหนดให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลผ่านระบบการจ่ายตรงเพื่อควบคุมงบประมาณของรัฐบาล และยับยั้งการใช้บริการที่เกินความจำเป็น (58) รูปแบบการจ่ายตรงเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะด้านการเงินแก่ประชาชนบางกลุ่มและทำให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขน้อยลง ตามที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 1 ว่า

ผลของวิธีการจ่ายตรงนั้นทำให้แต่ละปีมีประชากรมากกว่าร้อยละ 1 หรือประมาณ 4 ล้านคน ของหกประเทศสมาชิกขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) ประสบกับการล้มละลายเนื่องมาจากการจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุข

ความแข็งแกร่งของกองทุน จากการรวมกลุ่มคนจำนวนมาก (Strength in numbers)

การจัดการกับความเสี่ยงทางการเงินที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดอันมีเหตุมาจากภาระค่าบริการสาธารณสุขคือการร่วมกันจ่าย ยังมีจำนวนคนที่ช่วยกันจ่ายมากขึ้นเท่าใด ก็จะมีการคุ้มครองความเสี่ยงมากขึ้นเท่านั้น ตัวอย่างเช่น นายณรินทร์ ปิ่นธะการ ได้ร่วมจ่ายสมทบกับคนอื่นๆ ในหมู่บ้านเพื่อจัดให้มีกองทุนฉุกเฉินที่นำมาใช้จ่ายในกรณีเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งหากนำเงินกองทุนดังกล่าวมาใช้จ่ายเป็นค่าผ่าตัดสมองและค่าบริการให้กับโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ก็ทำให้เงินสำรองของหมู่บ้านหมดสิ้นไป และนายณรินทร์เองก็เป็นผู้ที่มีรายได้เพียง 150 บาทต่อวัน ซึ่งไม่มีศักยภาพเพียงพอในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ แต่เนื่องจากเขาเป็นผู้หนึ่งที่จ่ายเงินภาษีร่วมกับคนส่วนใหญ่ของประเทศ และเงินภาษีนี้ได้จัดสรรเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนนี้มีความเข้มแข็งเนื่องจากแหล่งทุนมาจากการเสียภาษีของคนจำนวนมาก จึงสามารถปกป้องนายณรินทร์ให้ได้รับการรักษาจนหายจากอาการป่วย โดยเขาไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม การจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้ดำเนินงานได้โดยง่าย เพราะได้ผ่านกระบวนการตัดสินใจและการต่อสู้ของกลุ่มคนที่เสียสละในการทำเพื่อผู้อื่นเป็นระยะเวลายาวนานหลายทศวรรษ (กล่อง 3.1)

กล่อง 3.1 ความแข็งแกร่งของเงินทุน

ผู้กำหนดนโยบายที่วางแผนยกเลิกการจ่ายตรง มีวิธีการดำเนินงาน 3 ประการดังนี้

ประการแรก ใช้รูปแบบการจ่ายเงินล่วงหน้าแทนการจ่ายตรง ซึ่งโดยทั่วไป มักใช้เงินจากภาษีและเงินสมทบ การประกันสุขภาพ

ประการที่สอง รวมกองทุนที่มีอยู่ให้เป็นกองทุนที่ใหญ่ขึ้นเป็นกองทุนเดียว

ประการที่สาม ปรับปรุงการใช้เงินกองทุนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (หัวข้อในบทที่ 4)

การจ่ายเงินล่วงหน้าไม่ได้หมายความว่า ประชาชนต้องจ่ายเงินบริการทางการแพทย์เต็มจำนวนที่เข้ารับบริการ แต่เป็นการจ่ายเงินเข้าสู่กองทุนไว้ล่วงหน้า โดยกองทุนนี้ใช้สำหรับจ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์แก่ประชาชนทุกคน ซึ่งรายจ่ายบางปีของผู้จ่ายสมทบแต่ละคนในส่วนนี้อาจมากกว่าหรือน้อยกว่าเงินที่เขาจ่ายสมทบ ทั้งนี้ ไม่ว่าจะการรวมเงินกองทุนนี้จะเป็นการรวมในระดับประเทศ หรือการแยกส่วนเพื่อกระตุ้นการแข่งขันหรือเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนที่แตกต่างกันในพื้นที่ต่าง ๆ ก็ตามก็ขึ้นกับความต้องการของประเทศ ในประเทศที่มีรายได้สูงส่วนมากการเก็บเงินและการรวมเงินรับผิดชอบโดยรัฐบาลกลาง มีการแยกหน้าที่กันระหว่างกระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุขในการเก็บเงินและรวมเงินกองทุน ซึ่งจากตัวอย่างเช่นสาธารณรัฐเกาหลี รัฐบาลเลือกการรวมกองทุนบริษัทประกันน้อยกว่า 300 แห่งเข้าเป็นกองทุนแห่งชาติเพียงกองทุนเดียว (59)

ขณะที่ในประเทศสวีเดนและเนเธอร์แลนด์ยังมีกองทุนย่อยหลายกองทุน เนื่องจากในประเทศสวีเดน ประชาชนส่วนใหญ่ต้องการให้มีกองทุนย่อยหลายกองทุนเพื่อดูแลประชาชนแต่ละกลุ่มแทนที่จะรวมเป็นกองทุนเดียว (60) ส่วนประเทศเนเธอร์แลนด์มีระบบการแข่งขันของกองทุนนับตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ 1990 (61) ทั้งนี้ ทั้ง 2 ประเทศ ได้เงินสมทบจากการประกันสุขภาพภาคบังคับ และรัฐบาลกำลังหาวิธีการรวบรวมเงินเข้าเป็นกองทุนเดียว เพื่อกระจายความเสี่ยงทางการเงินให้เท่าเทียมกันระหว่างกองทุนที่มีความเสี่ยงต่ำและกองทุนที่มีความเสี่ยงสูง

อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์พบว่า การรวมเงินกองทุนเป็นกองทุนเดียวมีข้อดีหลายประการ รวมถึงการเพิ่มประสิทธิภาพ (ดูบทที่ 4) และกองทุนมีความสามารถจ่ายเงินช่วยเหลือให้กับประชากรภายในกลุ่มได้ดี โดยมีหลักฐานว่า ระบบการแยกเงินกองทุนทำให้ไม่มีการกระจายความเสี่ยงทางการเงินอย่างเท่าเทียมกัน และขัดขวางเป้าหมายความเป็นธรรมด้านการคลัง เนื่องจากแต่ละกองทุนต้องการคุ้มครองเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ ขณะที่สมาชิกของกองทุนบางส่วนไม่ต้องการรวมเงินในกองทุนร่วมกับกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงสูง (62)

การกระจายความเสี่ยงให้เท่าเทียมกันสามารถเกิดขึ้นได้ เมื่อรัฐบาลกลางจัดสรรเงินกองทุนไปยังหน่วยงานหรือสถานพยาบาลในพื้นที่ต่างๆโดยมีการกระจายความเสี่ยงอย่างเป็นธรรม ทั้งนี้ ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่เศรษฐกิจที่ดีกว่า มีปัญหาด้านสุขภาพน้อยกว่า ก็จะจ่ายภาษีมากกว่าผลประโยชน์จากค่ารักษาพยาบาลที่จะได้รับ ขณะที่กลุ่มประชาชนที่อยู่ในเขตที่ยากจนที่มีปัญหาด้านสุขภาพสูง จะได้รับผลประโยชน์มากกว่าส่วนที่เขาค่าใช้จ่ายเงินสมทบ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการกระจายความเสี่ยงอย่างเท่าเทียม บางประเทศได้ใช้วิธีการจัดสรรเงินอย่างซับซ้อนเพื่อให้การจัดสรรเงินเป็นไปอย่างเป็นธรรมต่อกลุ่มประชาชนในแต่ละพื้นที่ที่มีความหลากหลาย (63)

จากข้อมูลในประเทศต่างๆแสดงให้เห็นว่า มีการจัดตั้งกองทุนโดยประชาชนได้ร่วมกันจ่ายเงินเข้ากองทุนรวมเป็นเวลานานมาแล้ว เพื่อปกป้องความเสี่ยงด้านการเงินจากการจ่ายค่าบริการสาธารณสุข ดังตัวอย่างในโครงการต่างๆได้แก่ โครงการประกันสุขภาพนักเรียนในประเทศเบงกอลที่เริ่มต้นในปี ค.ศ.1952 รวมถึงโครงการอื่นๆในกลุ่มประเทศแอฟริกาตะวันตก เช่น ประเทศเบนิน ประเทศกินี ประเทศมาลี และประเทศเซเนกัล ที่ดำเนินการตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 ส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกไม่กี่ร้อยคน (64-67) และดำเนินการจำกัดเฉพาะกลุ่มตามหมู่บ้านหรือกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ส่วนในประเทศยูเครนประชาชนกลุ่มหนึ่งได้จัดตั้งกองทุนที่เรียกว่า กองทุนเพื่อความเจ็บป่วย ซึ่งแหล่งรายรับมาจากการจ่ายสมทบของประชาชนในอัตราประมาณร้อยละ 5 ของเงินเดือน รวมทั้งรายได้เสริมจากงานการกุศลที่จัดขึ้น เงินของกองทุนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ช่วยเหลือค่ายาและเวชภัณฑ์ของบริการที่มีข้อจำกัดด้าน

งบประมาณในสถานพยาบาลระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากองทุนนี้มีความครอบคลุมน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับระดับประเทศ แต่เงินจากกองทุนมีบทบาทสำคัญสำหรับเมืองเล็กๆ ที่สถานพยาบาลได้รับการจัดสรรเงินน้อย (68)

ในส่วนประเทศบังกลาเทศ อินเดีย และเนปาล ที่ยังไม่มีกลไกการรวมเงินภาคบังคับของรัฐบาล พบว่า มีการจัดทำโครงการที่เกี่ยวกับสาธารณสุขชุมชนจำนวน 49 โครงการ ทั้งนี้ โครงการในประเทศอินเดียได้รองรับลูกจ้างนอกระบบ เช่น ผู้ใช้แรงงานและเกษตรกรรายย่อย โดยโครงการเหล่านี้มีสมาชิกตั้งแต่หลักร้อยจนถึงหลายพันคน (69) แต่โครงการเหล่านี้มีขนาดเล็กเกินกว่าดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในฐานะกองทุนรวมความเสี่ยงทางการเงิน และมีความจำกัดในการคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น การผ่าตัด อย่างไรก็ตาม โครงการดังกล่าวเหล่านี้ก็ให้ความคุ้มครองในระดับหนึ่งซึ่งครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการระดับปฐมภูมิ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลบางส่วน โครงการต่างๆนี้ช่วยให้สมาชิกคุ้นเคยกับระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมเงิน และเกิดความต้องการร่วมกันที่จะขยายระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมเงินให้กว้างขึ้นเพื่อนำไปสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ (70)

การประกันสุขภาพระดับชุมชนหรือการประกันสุขภาพระดับจุลภาค ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการก้าวไปสู่โครงการประกันสุขภาพระดับภูมิภาคที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ซึ่งสามารถรวบรวมเป็นโครงการรวมความเสี่ยงระดับประเทศต่อไปได้ แม้ว่าจะต้องมีการกระตุ้นจากรัฐบาลก็ตาม หลายประเทศที่ไถ่ลบลูกการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามักเริ่มจากโครงการประกันสุขภาพขนาดเล็กแบบสมัครใจ ซึ่งต่อมาได้ค่อยๆ รวมตัวกันจนกระทั่งกลายเป็นการประกันสุขภาพแบบภาคบังคับเฉพาะกลุ่ม และในที่สุดก็ประสบความสำเร็จในการปกป้องความเสี่ยงด้านการเงินจากการรวมเงินกองทุนในระดับใหญ่ขึ้น โครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจนี้มีความสำคัญในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศเยอรมันและประเทศญี่ปุ่นในอีกหลายปีต่อมา

อย่างไรก็ตาม ในช่วงที่ผ่านมาไม่นานนี้หลายประเทศได้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยไม่มีพัฒนาการดังประเทศเยอรมันและญี่ปุ่นเมื่อร้อยกว่าปีที่ผ่านมามี สำหรับประเทศไทยนั้นก่อนการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อปี พ.ศ.2544 นั้น ประเทศไทยมีโครงการประกันสุขภาพหลายโครงการ ได้แก่ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อย โครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ โครงการสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการ โครงการประกันสังคมสำหรับลูกจ้างในระบบ และการประกันสุขภาพเอกชน ถึงแม้ว่าความครอบคลุมได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษที่ 1990 (พ.ศ.2533 - 2543) แต่ในปี พ.ศ.2544 ยังคงมีคนไทยประมาณร้อยละ 30 ที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครอง (71) และการสนับสนุนเงินสำหรับโครงการต่าง ๆ นั้นขาดความเท่าเทียม ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ โครงการสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการที่ได้เงินสนับสนุนจากรัฐบาลต่อหัวประชากรมากกว่าโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อย (72)

การปฏิรูปโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ.2544 ได้ยกเลิกโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนผู้มีรายได้น้อยและโครงการบัตรสุขภาพตามความสมัครใจ โดยแทนที่ด้วยโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ก่อนหน้านี้เรียกว่าโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค) ซึ่งกองทุนนี้ได้ใช้งบที่เคยสนับสนุนและโอนไปให้หน่วยบริการของโครงการที่ยกเลิกนั้น ทั้งนี้ ผู้กำหนดนโยบายไม่เห็นด้วยในการขยายความครอบคลุมโดยการให้ประชาชนจ่ายเงินสมทบ เนื่องจากสัดส่วนของประชากรส่วนใหญ่ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพเป็นแรงงานนอกระบบ และมีฐานะยากจนเกินกว่าที่จะจ่ายเงินค่าประกันสุขภาพได้ (73) กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้เป็นกองทุนรวมของประชาชนเกือบ 50 ล้านคน โดยสามารถลดสัดส่วนของประชากรที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆจากร้อยละ 30 เป็นต่ำกว่าร้อยละ 4 ส่วนกองทุนสวัสดิการการรักษาพยาบาลสำหรับข้าราชการและกองทุนประกันสังคมสำหรับลูกจ้างในระบบยังคงแยกออกไปเช่นเดิม

ทุกประเทศที่ใช้ระบบการแข่งขันระหว่างบริษัทประกันสุขภาพเพื่อบังคับให้มีความครอบคลุมประชากรนั้น ได้ใช้ระบบกระจายความเสี่ยงอย่างเป็นธรรมเพื่อหลีกเลี่ยงการแยกกองทุนออกเป็นส่วนย่อย ๆ ดังสาธารณรัฐเช็กที่เริ่มจากการมีบริษัทประกันสุขภาพจำนวนหนึ่งแล้วพบว่า มีหนึ่งบริษัทเกิดความเสี่ยงทางการเงินจากผู้เอาประกันที่เป็นผู้สูงอายุและคนยากจน ดังนั้น ในปี พ.ศ.2546 รัฐบาลเช็กจึงได้ขยายกลไกการกระจายความเสี่ยงไปสู่กองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับ ซึ่งส่งผลให้มีการกระจายงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพจากกองทุนที่ดูแลกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่ำไปสู่กองทุนที่ดูแลกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูง การปฏิรูปดังกล่าวก็ทำให้เกิดกลไกการชดเชยเงินให้กับบริษัทประกันภัยสำหรับกรณีผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงด้วย (74)

ทำที่ไหนและทำอย่างไรให้ระบบ หลักประกันมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น (Where and how to cover more people?)

การก้าวสู่ระบบการคลังสุขภาพบนพื้นฐานของการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมเงินเข้ากองทุนนั้น ผู้กำหนดนโยบายต้องตัดสินใจว่า ประชาชนกลุ่มใดที่ควรได้รับความคุ้มครอง จากอดีตที่ผ่านมา หลายประเทศที่มีรายได้สูงในทวีปยุโรปและประเทศญี่ปุ่นได้เริ่มดำเนินการเฉพาะกลุ่มลูกจ้างในระบบก่อน เพราะระบบตัวตนได้ง่ายและมีรายได้ประจำซึ่งสะดวกต่อการจัดเก็บภาษี อย่างไรก็ตาม การเริ่มต้นที่ลูกจ้างในระบบมีปัญหาเรื่องความเสี่ยงต่อการแยกส่วน รวมทั้งปัญหาของความไม่เท่าเทียมกันมากกว่าการขับเคลื่อนทั้งระบบที่ทำให้มีการรวมเป็นกองทุนใหญ่ที่มีการเกื้อกูลกัน โดยคนรวยช่วยคนยากจน และคนสุขภาพดีช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วย ซึ่งตั้งแต่ ปี พ.ศ.2523 อาจมีเพียงประเทศสาธารณรัฐเกาหลี ที่ได้ขับเคลื่อนสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยวิธีนี้ โดยดำเนินการภายใต้ความเป็นผู้นำที่แข็งแกร่งของรัฐบาล ประกอบกับเศรษฐกิจมีการเติบโตอย่างรวดเร็ว และมีจำนวนของผู้เข้าร่วมที่

เป็นลูกจ้างในระบบอยู่ในระดับสูง (เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางส่วนใหญ่) (75, 76)

สำหรับประเทศอื่น ผลลัพธ์เกิดขึ้นในเชิงบวกน้อยกว่า โดยทั่วไป กลุ่มที่ได้รับความคุ้มครองในตอนเริ่มต้นจะได้รับผลประโยชน์เพิ่มมากขึ้นหรือลดการจ่ายเงินสมทบ ซึ่งก็ไม่ได้ขยายความครอบคลุมไปยังคนอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่ไม่สามารถจ่ายเงินสมทบได้ สิ่งนี้ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรม เนื่องจากกลุ่มลูกจ้างในระบบนั้นโดยทั่วไปจะมีการเงินที่มั่นคงมากกว่าประชาชนส่วนที่เหลือ และนี่คือสิ่งที่ประเทศเม็กซิโกได้เผชิญมาเมื่อ 15 ปีที่ผ่านมา เมื่อมีกองทุนรวมหลายประเภทที่ให้ความคุ้มครองแก่คนต่างกลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มได้รับผลประโยชน์ที่แตกต่างกันด้วย (77-79) การกระทำเช่นนี้ นอกจากทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันแล้ว ยังทำให้ขาดประสิทธิภาพ และทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง (80, 81) ซึ่งก็เป็นเหตุผลในการปฏิรูปของประเทศเม็กซิโกเมื่อไม่นานมานี้ที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อจัดให้มีการคุ้มครองที่มีประสิทธิภาพให้กับกลุ่มคนที่ยากจนที่สุด (82)

การเน้นไปที่คนยากจน (Focusing on the poor)

การวางแผนเพื่อสนับสนุนงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ต้องไม่ตัดกลุ่มคนที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินได้ออก เนื่องจากกลุ่มคนเหล่านั้นอาจมีรายได้ต่ำกว่าระดับที่ต้องเสียภาษีหรือมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการจ่ายเงินสมทบการประกันสุขภาพ ประเด็นที่สำคัญคือ การมีสิทธิประกันสุขภาพนั้นต้องมีการจ่ายเงินสมทบหรือไม่ หรือบุคคลที่ไม่สามารถจ่ายเงินสมทบควรได้รับการดูแลสุขภาพฟรีหรือไม่ ซึ่งมีงานวิจัยเล็กๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า เมื่อผู้คนส่วนใหญ่เชื่อว่า คนยากจนควรได้รับความช่วยเหลือโดยการยกเว้นการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขแล้ว ความช่วยเหลือดังกล่าวนั้นก็ควรครอบคลุมถึงความอัดอั้นขัดสนของคนยากจนในการจ่าย

ทุกสิ่งทุกอย่างด้วย (83) ทั้งนี้แต่ละประเทศเห็นประเด็นดังกล่าวผ่านข้อมูลด้านสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตาม ผู้กำหนดนโยบายต้องตระหนักว่า ระบบการคลังสุขภาพต้องมีความเป็นธรรม จึงทำให้เกิดความยั่งยืนได้ในระยะยาว

การตัดกลุ่มคนออกจากการคุ้มครองประกันสุขภาพไม่ได้มีผลร้ายแค่เพียงผู้ป่วยและคนยากจนเท่านั้น แต่อาจเกิดขึ้นกับผู้ที่ทำงานอันตราย เช่นกลุ่มคนงานที่ทำงานเสี่ยงอันตรายด้วย ตัวอย่างคือ ในพื้นที่ที่นายธนินทร์ ปิ่นธนะการประสบอุบัติเหตุ มักมีผู้ใช้แรงงานเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินผู้ป่วยหนักเสมอ ซึ่งหากกลุ่มคนเหล่านั้นไม่ได้เตรียมเงินมาเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาล พวกเขา ก็อาจจบชีวิตลงที่โรงเก็บศพในหมู่บ้านนั่นเอง

ทั้งนี้ ไม่ว่าจะนำระบบใดมาใช้ก็ตาม รัฐบาลจำเป็นต้องเตรียมรายได้บางส่วนเพื่อช่วยเหลือคนที่ไม่สามารถจ่ายเงินสมทบให้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยการอุดหนุนค่าเบี้ยประกันสุขภาพหรือการยกเว้นการจ่ายตรง อย่างไรก็ตาม หากเงินรายรับที่ได้จากรัฐบาลรวมกับเงินสมทบประกันสุขภาพภาคบังคับต่ำกว่าร้อยละ 5-6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ประเทศก็ประสบปัญหาในการให้บริการสาธารณสุขแก่คนยากจนได้อย่างครอบคลุม (84) ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกในประเทศสหรัฐอเมริกาประกาศที่ระดับร้อยละ 6 (85, 86) และพบว่า ประเทศที่ร่ำรวยเท่านั้นที่สามารถบรรลุระดับที่ตั้งไว้สำหรับการรวมเงินภาคบังคับดังกล่าว แต่ประเทศที่ต้องการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้สามารถขยายความครอบคลุมถึงคนยากจนได้ จำเป็นต้องพัฒนากลยุทธ์สำหรับการจ่ายเงินสมทบ ซึ่งสามารถดำเนินการได้หลายวิธี รวมถึงการอุดหนุนเงินสมทบเบี้ยประกันสุขภาพ หรือการให้บริการโดยไม่มีการเรียกเก็บเงิน

ประเด็นที่สำคัญคือ การพิจารณาว่าใครควรได้รับความคุ้มครอง ส่วนประเด็นว่าแหล่งเงินมาจากที่ใดกลับเป็นประเด็นที่ได้รับความสนใจน้อยกว่าในความเป็นจริง การจำแนกแหล่งทางเลือกของรายได้ออกเป็นภาษีกับการประกันสังคมนั้นกลับไม่ได้ช่วยอะไรมากนัก เนื่องจากระบบการคลังสุขภาพส่วนใหญ่ต้องพึ่งพากลไกที่ผสมผสานกัน การเก็บเงิน การรวมเงินกองทุนและการใช้จ่ายจากแหล่งเงินทุนนั้นต้องใช้กลไกผสม ทั้งนี้ แหล่งรายรับไม่ได้เป็น

ตัวกำหนดว่าเงินจะรวมกันอย่างไร หรือใครจะได้รับผลประโยชน์บ้าง ซึ่งเงินสมทบเบี้ยประกันของนายจ้างและ/หรือลูกจ้างสามารถรวมเข้าเป็นเงินกองทุนเดียวกันได้เช่นเดียวกับเงินสมทบจากภาษีทั่วไปของรัฐบาล ดังตัวอย่างในประเทศสาธารณรัฐมอลโดวาที่รัฐบาลจัดให้มีบริษัทประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2547 โดยมีเงินทุนมาจาก 2 แหล่งหลัก คือภาษีรายได้ที่เก็บร้อยละ 4 จากค่าจ้าง (เพิ่มเป็นร้อยละ 7 ในปี พ.ศ.2552) และภาษีทั่วไป ที่เคยจัดสรรไปยังสถานพยาบาลระดับประเทศและระดับเขต (87)

การรวมเงินงบประมาณจากภาษีทั่วไปเข้ากับเงินสมทบประกันสุขภาพภาคบังคับนั้น เป็นการขจัดระบบแยกกองทุนออกเป็นส่วนๆและเมื่อผสมผสานกับวิธีการจ่ายเงินตามผลลัพธ์ ก็ทำให้การใช้จ่ายเงินด้านสุขภาพต่อประชากรของรัฐบาลในท้องถิ่นต่าง ๆ นั้นมีความเป็นธรรมมากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า คนจนที่ต้องจ่ายเงินเองลดลงถึงร้อยละ 20 ของจำนวนประชากร (88, 89) แม้ว่า สาธารณรัฐมอลโดวาจะยังคงเผชิญกับความท้าทายในการขยายความครอบคลุมไปยังบางส่วนของประชากรก็ตาม (กล่อง 3.2)

กล่อง 3.2 ประเด็นการให้สิทธิของสาธารณรัฐมอลโดวา

สาธารณรัฐมอลโดวาใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติภาคบังคับในพ.ศ. 2547 โดยกฎหมายกำหนดให้ประชากรกลุ่มที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจ่ายเงินสมทบผ่านภาษีเงินเดือน หรือหากประกอบธุรกิจส่วนตัวก็ต้องจ่ายเงินสมทบในอัตราคงที่ ส่วนกลุ่มประชาชนที่เหลือนับถึงคนที่ลงทะเบียนว่า ตกงานหรือไม่ได้ทำงานนั้น จะได้รับยกเว้นจากการจ่ายเงินสมทบโดยรัฐบาลจ่ายเงินสมทบแทน ซึ่งการที่สาธารณรัฐมอลโดวาเปลี่ยนระบบการเข้ารับบริการของประชาชนเป็นระบบที่ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพ ทำให้ประชากรประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 27.6 ใน พ.ศ.2552) ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้อย่างเพียงพอ โดยกลุ่มคนเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นคนงานภาคเกษตรกรรมในชนบทที่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลและการได้รับคำปรึกษาจากผู้ให้บริการสุขภาพจากหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างจำกัด ส่วนบริการส่วนอื่นๆ ต้องจ่ายเงินเอง (87)

นอกจากรัฐบาลไม่ต้องการให้กลุ่มคนดังกล่าวที่ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจนเหล่านี้จ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพแล้ว ยังได้กำหนดค่าเบี้ยประกันสุขภาพคงที่สำหรับกลุ่มผู้ประกันตนเองทั้งหมด รวมถึงแพทย์ หนายความ และนักกฎหมาย อย่างไรก็ตาม ยังมีกฎหมายอีกฉบับหนึ่งที่ผ่านออกมาในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2552 ที่ทำให้แน่ใจได้ว่า บุคคลที่ลงทะเบียนเป็นผู้ยากจนภายใต้กฎหมายความช่วยเหลือทางสังคมนั้นได้รับงบอุดหนุนการประกันสุขภาพโดยอัตโนมัติ ส่วนความกังวลเกี่ยวกับความครอบคลุมหลักประกันได้รับการพิจารณาโดยผ่านกฎหมายในเดือนธันวาคม พ.ศ.2552 ซึ่งได้ขยายสิทธิประโยชน์ให้เพิ่มขึ้น รวมถึงการรับบริการในระดับปฐมภูมิของประชาชนทุกคนโดยไม่คำนึงถึงสถานะของการมีประกันสุขภาพ และถึงแม้ว่าจะยังมีประเด็นเรื่องความเท่าเทียมกันอยู่ แต่การรวมเงินกองทุนประกันสุขภาพของส่วนรวมไว้ที่ส่วนกลาง รวมทั้งการแยกหน้าที่ระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการออกจากกันนั้น ส่งผลให้เพิ่มความเป็นธรรมของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรของรัฐบาลตามพื้นที่ภูมิศาสตร์ นับตั้งแต่การปฏิรูปการประกันสุขภาพ ปี พ.ศ.2547 (90)

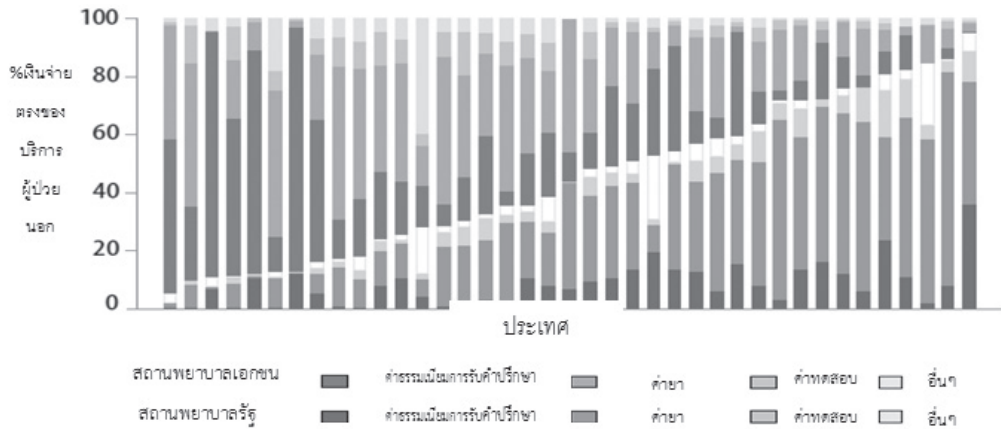
ประเทศเยอรมัน จัดเป็นประเทศที่ใช้ระบบประกันสังคมของภาคแรงงานที่เก่าแก่ที่สุดในโลก ก็ได้เพิ่มเงินภาษีทั่วไปของรัฐบาลในกองทุนประกันสุขภาพ การกระทำดังกล่าวนี้ เพื่อตอบสนองต่อสังคมผู้สูงอายุและการลดลงของเงินสมทบเบี้ยประกันสุขภาพ ซึ่งในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจปี พ.ศ.2551 รัฐบาลประเทศเยอรมันได้อัดฉีดเงินภาษีทั่วไปเข้าไปสู่ระบบประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น และได้ลดอัตราการจ่ายเงินสมทบลงจากร้อยละ 15.5 เป็นร้อยละ 14.9 (91, 92)

อุปสรรคอื่นๆในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุข [Other barriers to access]

แม้ว่า การเปลี่ยนแปลงระบบจากการจ่ายตรงไปสู่ระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมเงินจะช่วยให้คนยากจนได้รับบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น แต่ก็ไม่ได้ยืนยันว่า ประชาชนจะสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้ทั้งหมด ทั้งนี้ ปัญหาการจ่ายตรงเป็นอุปสรรคด้านการเงินที่ประชาชนประสบเมื่อเข้ารับบริการ ซึ่งแม้การจ่ายตรงดังกล่าวอาจเป็นเงินที่มีสัดส่วนเพียงเล็กน้อยเท่านั้นที่ประชาชนจ่ายให้กับสถานบริการของรัฐ ยังมีอุปสรรคอื่นอีกที่กีดขวางการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (93, 94) ได้แก่ ปัญหาด้านภาษาและวัฒนธรรมที่มีความหลากหลาย ตัวอย่างเช่น ในบางประเทศ เพศหญิงถูกห้ามไม่ให้เดินทางด้วยตนเอง

ผลจากการสำรวจสุขภาพโลกในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำจำนวน 39 ประเทศ พบว่า โดยเฉลี่ยสัดส่วนของการจ่ายตรงมีเพียงร้อยละ 45 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกเท่านั้นที่ได้จ่ายให้กับสถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้รวมถึงค่าธรรมเนียมสำหรับแพทย์ ค่ายาและค่าตรวจในห้องปฏิบัติการ (ส่วนที่เป็นสีเทาในภาพที่ 3.3) บางประเทศค่าใช้จ่ายส่วนนี้น้อยกว่าร้อยละ 15 ส่วนอีกร้อยละ 55 ที่เหลือนั้นเป็นการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลภาคเอกชน รวมถึงองค์กรอื่นนอกภาครัฐ การจ่ายดังกล่าวรวมถึงค่าใช้จ่ายสำหรับค่ายาและค่าตรวจในห้องปฏิบัติการที่ทำในสถานพยาบาลเอกชนด้วย (95) การจัดบริการสาธารณสุขในสถานบริการของรัฐโดยไม่คิดมูลค่านั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ช่วยลดอุปสรรคทางการเงินในการใช้บริการดังกล่าว ซึ่งบางประเทศถือว่าอุปสรรคนี้เป็นเรื่องเล็กน้อยเท่านั้น

ภาพที่ 3.3 การจ่ายตรงให้กับสถานพยาบาลรัฐและเอกชนใน 39 ประเทศ



ที่มา (95)

ค่าใช้จ่ายในการเดินทางถือเป็นค่าใช้จ่ายหลักอีกส่วนหนึ่งในการเข้ารับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ทุรกันดารในชนบท จากผลการสำรวจข้างต้นใน 39 ประเทศ พบว่า ค่าใช้จ่ายส่วนนี้โดยเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 10 ที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเพื่อเข้ารับบริการสาธารณสุข (95) ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาล่าช้า (96) ส่วนการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานต้องมีค่าใช้จ่ายด้านที่พักและอาหารของญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งค่าใช้จ่ายนี้ก็ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งที่เพิ่มขึ้นจากค่ารักษาพยาบาล (97) ค่าเดินทางและการจ่ายเงินส่วนอื่นดังกล่าวอาจเป็นอุปสรรคที่สำคัญที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวรับบริการล่าช้า แม้ในประเทศที่ได้ยกเว้นหรือเก็บค่าบริการรักษาพยาบาลจากประชาชนเพียงเล็กน้อย (98)

การแก้ไขปัญหาลักษณะของการจ่ายเงินเพิ่มเติมดังกล่าวข้างต้นมีหลากหลายวิธีการ ทางหนึ่งที่ได้เห็นได้ชัดเจนคือ การลงทุนในระบบบริการปฐมภูมิเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยง่าย กรณีนี้ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับประเทศไทย ในการก้าวสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้ดำเนินการขยายระบบบริการปฐมภูมิและบริการในท้องถิ่นชนบทที่มีการผลิตแพทย์เพื่อให้บริการในท้องถิ่นดังกล่าว ควบคู่ไปกับการปฏิรูประบบการคลังสุขภาพ (99)

ประเทศอื่นๆได้ดำเนินการปฏิรูปอย่างค่อยเป็นค่อยไป ด้วยการให้คูปอง (Vouchers) หรือการโอนเงินอย่างมีเงื่อนไข (conditional cash transfers, CCTs) ซึ่งถือว่า เป็นเครื่องมือด้านการเงินที่ช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึง บริการสาธารณสุข รวมทั้งบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค (100, 101)

การดำเนินการดังกล่าวข้างต้นได้แพร่หลายในประเทศแถบละตินอเมริกา โดยมีประเทศที่ประสบความสำเร็จ ได้แก่ บราซิล โคลัมเบีย ฮอนดูรัส เม็กซิโก และนิการากัว (102-104) ในประเทศเม็กซิโกนั้น มีโครงการโอนเงินช่วยเหลือทางสังคมอย่างมีเงื่อนไข (CCT) หรือ โครงการ Oportunidades (ชื่อเดิมคือ Progresa) ซึ่งเริ่มต้นเมื่อปี พ.ศ.2540 และครอบคลุม 5 ล้านครัวเรือน โดย มีค่าใช้จ่ายในภาครัฐประมาณ 4 พันล้านเหรียญสหรัฐ ส่งผลให้สุขภาพของเด็ก ดีขึ้นและลดอัตราการตายของเด็กแรกเกิด (105, 106)

การโอนเงินอย่างมีเงื่อนไขมีการดำเนินการในหลายประเทศ ได้แก่ บังกลาเทศ เอกวาดอร์ กัวเตมาลา อินเดีย อินโดนีเซีย เคนยา เนปาล ปากีสถาน ตุรกี และสหรัฐอเมริกา แม้ว่า ประเทศเหล่านี้มีแหล่งเงินทุนก็ตาม แต่ก็มีการโอนเงินดังกล่าวในพื้นที่ที่มีบริการอย่างจำกัดหรือบริการที่มี คุณภาพต่ำ ดังจะเห็นได้จากพื้นที่ชนบทส่วนใหญ่ในเขตทะเลทรายซาฮารา

การโอนเงินอย่างมีเงื่อนไขและการให้คูปองแทนเงินสดเพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายและรายได้ที่เสียไปในการใช้บริการสาธารณสุขนั้น มีผลดีหากมีการกำหนด เป้าหมายกลุ่มคนด้วยวิธีการที่เหมาะสม ก็จะเกิดประโยชน์ต่อประชาชนใน พื้นที่ที่มีอุปสรรคการเข้าถึงการรับบริการ เช่น พื้นที่ยากจน หรือในพื้นที่ชนบท ห่างไกลนั้น เพราะจะทำให้บุคคลกลุ่มนั้นได้รับการดูแลสุขภาพในยามจำเป็น แต่หากกำหนดเป้าหมายไม่เหมาะสม และเงินจากแผนงานดังกล่าวรั่วไหลไปยัง กลุ่มคนที่ไม่ใช่คนจน ก็จะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายจำนวนมากและไม่มีประสิทธิภาพ

สรุป

ใน 3 ทศวรรษที่ผ่านมา เราได้รับบทเรียนของความล้มเหลวของการจ่ายตรงในระบบการคลังสุขภาพ จึงทำให้มุ่งไปสู่ระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าและรวมเงินเป็นกองทุน ซึ่งเป็นการรวมความเสี่ยงทางการเงินของกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ทั้งนี้ ต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบเพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เลวร้ายในกลุ่มคนยากจนและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส โดยเฉพาะกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งข้อมูลในกล่อง 3.3 ได้สรุปแนวทางที่นำเสนอในบทนี้ เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจของประเทศได้

กล่อง 3.3 แนวคิดหลักในการลดอุปสรรคทางการเงิน

คำถามสำคัญสำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจเชิงนโยบายในปัจจุบันคือ ทำอย่างไรที่จะปรับระบบการคลังสุขภาพเพื่อให้ได้ประโยชน์จากระบบกองทุนที่แข็งแกร่งของการรวมความเสี่ยงของกลุ่มคนจำนวนมาก รวมทั้งปกป้องผลประโยชน์ไว้ให้ได้ โดยมีข้อพิจารณาเพื่อเพิ่มการคุ้มครองทางการเงินสำหรับประชาชน และลดอุปสรรคในการใช้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น ดังนี้

การจ่ายเงินเข้ากองทุนรวม (Pooling pays)

ประเทศต่าง ๆ สามารถดำเนินการเพื่อมุ่งสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างรวดเร็วได้ ด้วยระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมเงินเพื่อให้ได้รับผลประโยชน์จากความแข็งแกร่งของเงินทุน

การรวมหรือการชดเชย (Consolidate or compensate)

การมีโอกาสพัฒนาความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยการรวมกองทุนย่อยๆ ต่างๆ เข้าด้วยกัน รวมทั้งการพัฒนารูปแบบของการชดเชยความเสี่ยงที่สามารถถ่ายโอนระหว่างกองทุนเงินรวมต่างๆ ได้

การรวมเงินภาษีและประกันสังคม

(Combine tax and social health insurance)

แหล่งที่มาของเงินกองทุนไม่ได้เป็นตัวกำหนดวิธีการรวมเงิน ดังนั้น เงินภาษีและเงินสมทบจากประกันสุขภาพสามารถนำมารวมกันได้ เพื่อให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ดีกว่าการแยกเก็บในรูปกองทุนย่อย

เงินสมทบภาคบังคับช่วยให้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

(Compulsory contribution helps)

ประเทศต่างๆ ที่ใกล้เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ใช้รูปแบบของการสมทบเงินประกันสุขภาพแบบบังคับ ไม่ว่ากองทุนนั้นจะเป็นเงินสนับสนุนจากรัฐบาล หรือเป็นเงินสมทบประกันสุขภาพภาคบังคับ ก็สนับสนุนให้กองทุนรวมนี้ช่วยคุ้มครองประชาชนในสังคมที่ไม่สามารถจ่ายเงินสมทบได้

โครงการภาคสมัครใจคือบันไดขั้นแรกของความสำเร็จ

(Voluntary schemes are a useful first step)

ในบริบททางเศรษฐกิจและการคลังที่ทำให้ประเทศมีรายได้จากการจัดเก็บภาษี หรือรายได้เงินสมทบจากการประกันภาคบังคับอยู่ในระดับต่ำนั้น โครงการประกันสุขภาพภาคสมัครใจมีส่วนช่วยเพิ่มศักยภาพในการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินแก่ประชาชนยามเจ็บป่วย รวมทั้งช่วยให้กลุ่มคนดังกล่าวเข้าใจประโยชน์ของระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมเงิน อย่างไรก็ตาม จากประสบการณ์พบว่า ศักยภาพดังกล่าวนี้มีขีดจำกัด

การลดการจ่ายตรง (Drop direct payment)

แม้ว่าประเทศและภูมิภาคต่างๆ ปรารถนาที่จะกำหนดเป้าหมายในระยะกลางด้วยตนเองในการลดการจ่ายตรงตามที่ได้รายงานก่อนหน้านี้แล้ว แต่สำหรับประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตกขององค์การอนามัยโลกแล้ว การล้มละลายทางการเงินจะลดลงอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ก็ต่อเมื่อสัดส่วนของการจ่ายตรงของครัวเรือนมีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 15-20 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสาธารณสุข

เป้าหมายในระยะยาวของระบบนั้นควรเป็นการลดสัดส่วนการจ่ายตรงให้ต่ำกว่าร้อยละ 15-20 ของค่าใช้จ่ายรวมด้านสาธารณสุข และเพิ่มสัดส่วนของค่าใช้จ่ายทั้งในภาครัฐและการประกันภาคบังคับให้มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 5-6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ทั้งนี้ การจะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวของบางประเทศต้องใช้เวลาาน แต่สามารถทำได้โดยกำหนดเป้าหมายระยะสั้นให้ง่ายต่อการบรรลุเป้าหมาย และไม่นานมานี้ มีหลายประเทศรวมถึงประเทศที่มีงบประมาณจำกัดก็สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้เป็นอย่างดี

สำหรับประเทศที่ไม่สามารถสร้างกองทุนหรือขาดศักยภาพด้านเทคนิค เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงนั้น ความช่วยเหลือด้านการเงินจากภายนอกเป็นสิ่งสำคัญซึ่งอยู่ภายใต้ปฏิญญาปารีส ความช่วยเหลือนี้ทำให้ประเทศที่ได้รับการช่วยเหลือสามารถจัดทำแผนแห่งชาติให้สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของประเทศได้ด้วยตนเอง และควรหลีกเลี่ยงการดำเนินการที่เป็นการแยกส่วนจากเงินที่ได้รับการบริจาค นอกจากนี้ ประเทศพันธมิตรเพื่อการพัฒนาควรตระหนักว่า ปัจจุบันรัฐบาลในหลายประเทศที่พึ่งพาค่าธรรมเนียมผู้ใช้บริการได้ดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อคำแนะนำจากภายนอกและตามความต้องการของผู้บริจาค

การเปลี่ยนแปลงสู่ระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมเงินนั้นต้องมีการดำเนินการในระดับชาติและนานาชาติ เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามพันธะสัญญาที่ได้ให้ไว้ในทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งนี้ ความสำเร็จดังกล่าวขึ้นอยู่กับระดับของการระดมแหล่งเงินทุนที่ยั่งยืนตามระดับที่รัฐบาลได้สัญญาไว้ หากปราศจากการลงทุนด้านบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโครงสร้างพื้นฐานและอัตรากำลังที่จะสามารถดูแลสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิได้อย่างเพียงพอ นั้น คำถามที่ว่าต้องจ่ายเงินอย่างไรเพื่อซื้อบริการสาธารณสุขคงไม่ใช่ประเด็น อย่างไรก็ตาม แม้ไม่มีบริการสุขภาพประชาชนก็ยังคงต้องจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการสาธารณสุขดังกล่าว

ในท้ายที่สุด ถึงแม้ว่าประเทศที่มีระบบการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมเงินแล้วก็ตาม ก็ยังคงต้องมีการจัดบริการให้แก่บุคคลบางกลุ่มโดยยกเว้นค่าบริการด้านสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
2. *The impact of global crises on health: money, weather and microbe*. Address by Margaret Chan at: 23rd Forum on Global Issues, Berlin, Germany, 2009 (http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090318/en/index.html, accessed 23 June 2010).
3. Witter S. *Summary of position on user fees, selected African and Asian countries (including all PSA countries)*. Briefing note for the Department for International Development, 2009 (unpublished).
4. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 23 June 2010).
5. *Access to health care in Burundi. Results of three epidemiological surveys*. Brussels, Medecins Sans Frontieres, 2004 (<http://www.msf.org/source/countries/africa/burundi/2004/report/burundi-healthcare.pdf>, accessed 25 June 2010).
6. Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008,86:849-856. doi:10.2471/BLT.07.049403 PMID:19030690
7. McIntyre D et al. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine (1982)*, 2006,62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
8. *World report on disability and rehabilitation*. Geneva, World Health Organization (unpublished).
9. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine (1982)*, 2006,62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
10. Habicht J et al. Detecting changes in financial protection: creating evidence for policy in Estonia. *Health Policy and Planning*, 2006,21:421-431. doi:10.1093/heapol/czl026 PMID:16951417
11. Saksena P et al. *Impact of mutual health insurance on access to health care and financial risk protection in Rwanda*. World health report 2010 background paper, no. 6 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

12. James CD, Bayarsaikhan D, Bekedam H. Health-financing strategy for WHO's Asia-Pacific Region. *Lancet*, 2010;375:1417-1419. doi:10.1016/S0140-6736(10)60552-1 PMID:20417844
13. *Health financing strategy for the Asia Pacific region (2010-2015)*. Manila and New Delhi, World Health Organization, WHO Regional Office for the Western Pacific and WHO Regional Office for South-East Asia, 2009 (<http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/HCF/HCF+strategy+2010-2015.pdf>, accessed 25 June 2010).
14. Cohen J, Dupas P. Free distribution or cost-sharing? Evidence from a randomized malaria prevention experiment. *The Quarterly Journal of Economics*, 2010;125:1-45. doi:10.1162/qjec.2010.125.1.1
15. Kremer M, Miguel E. The illusion of sustainability. *The Quarterly Journal of Economics*, 2007;122:1007-1065. doi:10.1162/qjec.122.3.1007
16. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. *BMJ*, 2005;331:762-765. doi:10.1136/bmj.331.7519.762 PMID:16195296
17. Jowett M, Danielyan E. Is there a role for user charges? Thoughts on health system reform in Armenia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2010;88:472-473. doi:10.2471/BLT.09.074765 PMID:20539867
18. Gaal P, Cashin C, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
19. Kruk ME et al. User fee exemptions are not enough: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2008;13:1442-1451. doi:10.1111/j.1365-3156.2008.02173.x PMID:18983268
20. Lewis M. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Aff (Millwood)*, 2007;26:984-997. doi:10.1377/hlthaff.26.4.984 PMID:17630441
21. *Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf, accessed 25 June 2010).
22. Rossi L et al. Evaluation of health, nutrition and food security programmes in a complex emergency: the case of Congo as an example of a chronic post-conflict situation. *Public Health Nutrition*, 2006;9:551-556. doi:10.1079/PHN2005928 PMID:16923285
23. *Global health cluster position paper: removing user fees for primary health care services during humanitarian crises*. Geneva, World Health Organization, 2010 (http://www.who.int/hac/global_health_cluster/about/policy_strategy/EN_final_position_paper_on_user_fees.pdf, accessed 25 June 2010).

24. Andrews S, Mohan S. User charges in health care: some issues. *Economic and Political Weekly*, 2002;37:3793-3795.
25. Akin J, Birdsall N, Ferranti D. *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. Washington, DC, The World Bank, 1987.
26. Resolution AFR/RC37/R6. Women's and children's health through the funding and management of essential drugs at community level: Bamako Initiative. In: *37th Regional Committee, Bamako, 9-16 September 1987*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 1987.
27. Waddington C, Enyimeyew K. A price to pay, part 2: the impact of user charges in the Volta region of Ghana. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1990;5:287-312. doi:10.1002/hpm.4740050405
28. Mwabu G, Mwanzia J, Liambila W. User charges in government health facilities in Kenya: effect on attendance and revenue. *Health Policy and Planning*, 1995;10:164-170. doi:10.1093/heapol/10.2.164 PMID:10143454
29. Knippenberg R et al. *Increasing clients' power to scale up health services for the poor: the Bamako Initiative in West Africa*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/IW3P/IB/2003/10/24/000160016_20031024114304/Rendered/PDF/269540Bamako0Inceas in g0clients0power.pdf, accessed 25 June 2010).
30. Soucat A et al. Local cost sharing in Bamako Initiative systems in Benin and Guinea: assuring the financial viability of primary health care. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1997;12:Suppl 1S109-S135. doi:10.1002/(SICI)1099-1751(199706)12:1+<S109::AID-HPM468>3.3.CO;2-7 PMID:10169906
31. Litvack JL, Bodart C. User fees plus quality equals improved access to health care: results of a field experiment in Cameroon. *Social Science & Medicine (1982)*, 1993;37:369-383. doi:10.1016/0277-9536(93)90267-8 PMID:8356485
32. Batungwanayo C, Reyntjens L. *Impact of the presidential decree for free care on the quality of health care in Burundi*. Buju Burundi, 2006.
33. Witter S, Armar-Klemesu M, Dieng T. National fee exemption schemes for deliveries: comparing the recent experiences of Ghana and Senegal. In: Richard F, Witter S, De Brouwere V, eds. *Reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries*. Antwerp, ITG Press, 2008:168-198.
34. Thomson S, Mossialos E. *Primary care and prescription drugs: coverage, cost-sharing, and financial protection in six European countries*. New York, The Commonwealth Fund, 2010 (http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Mar/1384_Thomson_primary_care_prescription_drugs_intl_ib_325.pdf, accessed 25 June 2010).

35. Mkandawire T. *Targeting and universalism in poverty reduction*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2005 ([http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/462fc27bd1fce00880256b4a0060d2af/955fb8a594eea0b0c12570f-f00493eaa/\\$FILE/mkandataarget.pdf](http://www.unrisd.org/unrisd/website/document.nsf/462fc27bd1fce00880256b4a0060d2af/955fb8a594eea0b0c12570f-f00493eaa/$FILE/mkandataarget.pdf), accessed 25 June 2010).
36. Wilkinson D, Holloway J, Fallavier P. *The impact of user fees on access, equity and health provider practices in Cambodia* (WHO Health Sector Reform Phase III Project Report). Phnom Penh, Cambodian Ministry of Health/Health Economics Task Force, 2001.
37. Hardeman W et al. Access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2004,19:22-32. doi:10.1093/heapol/czh003 PMID:14679282
38. Noirhomme M et al. Improving access to hospital care for the poor: comparative analysis of four health equity funds in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2007,22:246-262. doi:10.1093/heapol/czm015 PMID:17526640
39. Bigdeli M, Annear PL. Barriers to access and the purchasing function of health equity funds: lessons from Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87: 560-564. doi:10.2471/BLT.08.053058 PMID:19649372
40. Kutzin J. *Health expenditures, reforms and policy priorities for the Kyrgyz Republic*. Bishkek, World Health Organization and Ministry of Health, 2003 (Policy Research Paper 24, Manas Health Policy Analysis Project).
41. Bitran R, Giedion U. *Waivers and exemptions for health services in developing countries*. Washington, DC, The World Bank, 2003 (<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/80083/SouthAsia/southasia/pdf/readings/day1/aldeman.pdf>, accessed 25 June 2010).
42. Jacobs B, Price NL, Oeun S. Do exemptions from user fees mean free access to health services? A case study from a rural Cambodian hospital. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2007,12:1391-1401. PMID:17949399
43. Nishtar S. *Choked pipes: reforming Pakistan's mixed health system*. Oxford, Oxford University Press, 2010.
44. Gotsadze G, Gaal P. Coverage decisions: benefit entitlements and patient cost-sharing. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
45. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007,26:972-983. doi:10.1377/hlthaff.26.4.972 PMID:17630440
46. Ridde V, Robert E, Meesen B. *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé*. World health report 2010 background paper, no.18 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

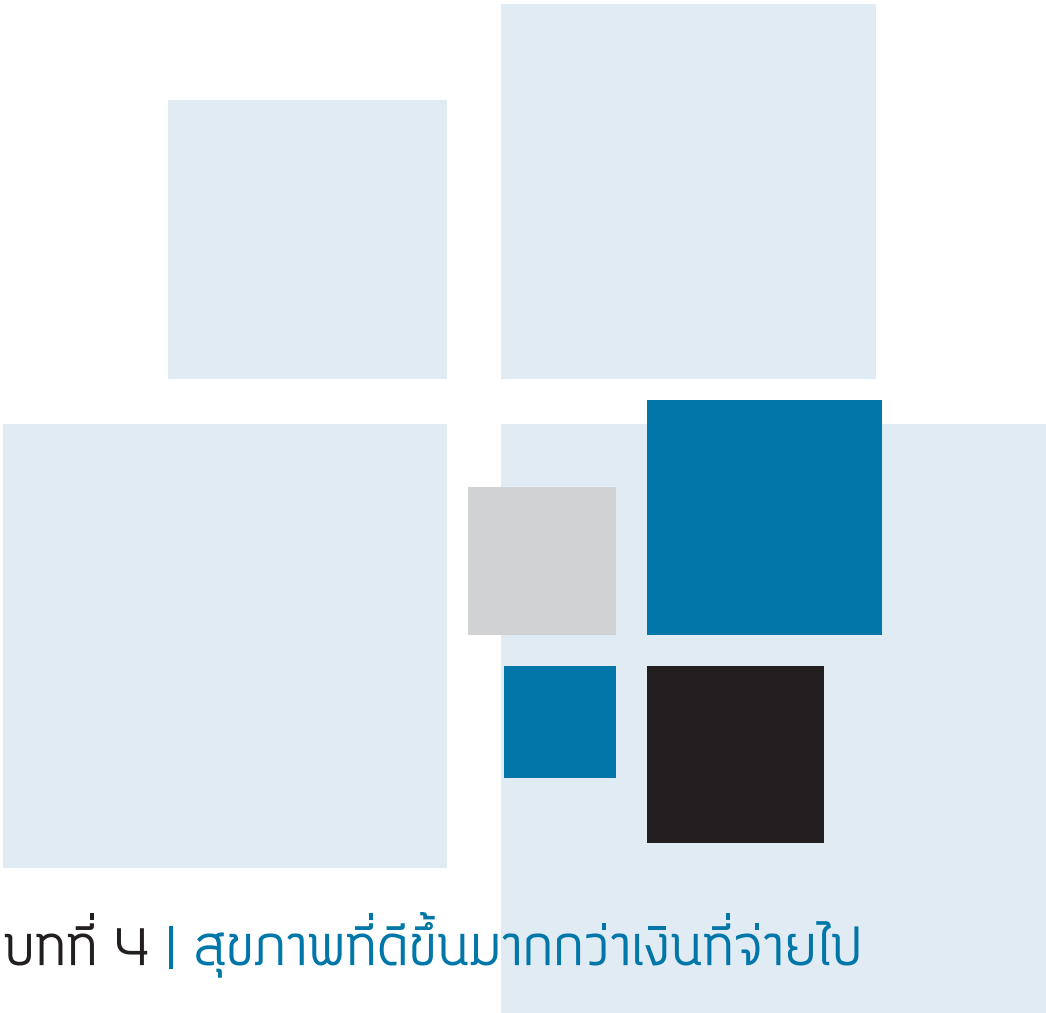
47. Masiye F et al. *Removal of user fees at primary health care facilities in Zambia: a study of the effects on utilization and quality of care*. Harare, Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa, 2008 (Report No. 57; <http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/Dis57FINchitah.pdf>, accessed 25 June 2010).
48. Nabyonga J et al. Abolition of cost-sharing is pro-poor: evidence from Uganda. *Health Policy and Planning*, 2005, 20:100-108. doi:10.1093/heapol/czi012 PMID:15746218
49. *An unnecessary evil? User fees for healthcare in low-income countries*. London, Save the Children Fund, 2005 (http://www.savethechildren.org.uk/en/docs/An_Unnecessary_Evil.pdf, accessed 25 June 2010).
50. *Your money or your life. Will leaders act now to save lives and make health care free in poor countries?* Oxford, Oxfam International, 2009 (http://www.oxfam.org.uk/resources/policy/health/downloads/bp_your_money_%20or_your_life.pdf, accessed 25 June 2010).
51. Nolan B, Turbat V. *Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa*. Washington, DC, The World Bank, 1995.
52. Gilson L, Mills A. Health sector reforms in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. *Health Policy*, 1995, 32:215-243. doi:10.1016/0168-8510(95)00737-D PMID:10156640
53. Nyongator F, Kutzin J. Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health Policy and Planning*, 1999, 14:329-341. doi:10.1093/heapol/14.4.329 PMID:10787649
54. Witter S et al. Providing free maternal health care: ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana. *Global Health Action*, 2009, 2: PMID:20027275
55. Xu K et al. Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine (1982)*, 2006, 62:866-876. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.004 PMID:16139936
56. Gaal P, Jakab M, Shishkin S. Strategies to address informal payments for health care. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
57. Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *Lancet*, 2009, 373:2078-2081. doi:10.1016/S0140-6736(09)60258-0 PMID:19362359
58. Busse R, Schreygg J, Gericke C. *Analyzing changes in health financing arrangements in high-income countries: a comprehensive framework approach*. Washington, DC, The World Bank, 2007 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper; <http://go.worldbank.org/LSI0CP3900>, accessed 25 June 2010).

59. Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency? *International Social Security Review*, 2003,56:75-94. doi:10.1111/1468-246X.00150
60. What? No waiting lists? *Bulletin of the World Health Organization*, 2010,88:241-320. doi:10.2471/BLT.10.000410
61. Van de Ven WPMM, Schut FT. Managed competition in the Netherlands: still work-in-progress. *Health Economics*, 2009,18:253-255. doi:10.1002/hec.1446 PMID:19206093
62. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. *BMJ*, 2004,328:103-105.doi:10.1136/bmj.328.7431.103 PMID:14715608
63. Smith PC. *Formula funding of health services: learning from experience in some developed countries*. Geneva, World Health Organization, 2008 (HSS/HSF/DP.08.1).
64. Devadasan N et al. The landscape of community health insurance in India: an overview based on 10 case studies. *Health Policy*, 2006,78:224-234. doi:10.1016/j.healthpol.2005.10.005 PMID:16293339
65. Fonteneau B, Galland B. The community-based model: mutual health organizations in Africa. In: Churchill C, ed. *Protecting the poor: a microinsurance compendium*. Geneva, International Labour Organization, 2006.
66. Bennett S, Creese A, Monasch R. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment*. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO/ARA/97.13).
67. Letourmy A, Pavy-Letourmy A. *La micro-assurance de sant dans les pays faible revenue*. Paris, Agence franhaise de Developpement, 2005.
68. Lekhan V, Rudyi V, Shishkin S. *The Ukrainian health financing system and options for reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/97423/E90754.pdf, accessed 25 June 2010).
69. Criel B et al. Community health insurance in developing countries. In: Carrin G et al. eds. *Health systems policy, finance and organization*. Amsterdam, Elsevier, 2009.
70. Soors W et al. *Community health insurance and universal coverage: multiple paths, many rivers to cross*. World health report 2010 background paper, no. 48 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Tangcharoensathien V et al. *Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn? A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, 2007.

72. Donaldson D, Pannarunothai S, Tangcharoensathien V. Health financing in Thailand technical report. Management Sciences for Health and Health Systems Research Institute. Manila, Asian Development Bank, Thailand Health Management and Financing Study Project, 1999.
73. Tangcharoensathien V et al. *Universal coverage scheme in Thailand: equity outcomes and future agendas to meet challenges*. World health report 2010 background paper, no. 43 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
74. Hrobon P, Machacek T, Julinek T. *Healthcare reform in the Czech Republic in the 21st century Europe*. Prague, Health Reform CZ, 2005 (http://healthreform.cz/content/files/en/Reform/1_Publications/EN_publikace.pdf, accessed 24 June 2010).
75. Jeong H-S. *Expanding insurance coverage to informal sector population: experience from the Republic of Korea*. World health report 2010 background paper, no. 38 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. Xu K et al. *Financial risk protection of national health insurance in the Republic of Korea: 1995-2007*. World health report 2010 background paper, no. 23 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
77. Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform. *Health Policy*, 1995;32:257-277. doi:10.1016/0168-8510(95)00739-F PMID:10156642
78. Lloyd-Sherlock P. When social health insurance goes wrong: lessons from Argentina and Mexico. *Social Policy and Administration*, 2006;40:353-368. doi:10.1111/j.1467-9515.2006.00494.x
79. Savedoff WD. Is there a case for social insurance? *Health Policy and Planning*, 2004;19:183-184. doi:10.1093/heapol/czh022 PMID:15070867
80. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, 1997;41:1-36. doi:10.1016/S0168-8510(97)00010-9 PMID:10169060
81. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Brussels, European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
82. Knaul FM, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health Aff (Millwood)*, 2005;24:1467-1476. doi:10.1377/hlthaff.24.6.1467 PMID:16284018
83. James C, Savedoff WD. *Risk pooling and redistribution in health care: an empirical analysis of attitudes toward solidarity*. World health report 2010 background paper, no. 5 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).

84. Xu K et al. *Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk*. World health report 2010 background paper, no. 19 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Interview with Dr Mirta Roses Periago, Director of the Pan American Health Organization. International Food Policy Research Institute. IFPRI Forum, Online Edition 15 December 2009 (<http://ifpriforum.wordpress.com/2009/12/15/interview-roses-periago/>, accessed 24 June 2010).
86. *Towards the fifth summit of the Americas: regional challenges*. Washington, DC, Organization of American States, undated (http://www.summit-americas.org/pubs/towards_v_summit_regional_challenges_en.pdf accessed 24 June 2010).
87. Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf, accessed 24 June 2010).
88. Shishkin S, Kacevicus G, Ciocanu M. *Evaluation of Moldova's 2004 health financing reform*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/78974/HealthFin_Moldova.pdf, accessed 24 June 2010).
89. Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009;21:291-312. PMID:19791707
90. Kutzin J et al. Reforms in the pooling of funds. In: Kutzin J, Cashin C, Jakab M, eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Policies and Systems, 2010.
91. Schmidt U. Shepherding major health system reforms: a conversation with German health minister Ulla Schmidt. Interview by Tsung-Mei Cheng and Uwe Reinhardt. *Health Aff (Millwood)*, 2008;27:w204-w213. doi:10.1377/hlthaff.27.3.w204 PMID:18397935
92. Ognyanova D, Busse R. Health fund now operational. *Health Policy Monitor*, May 2009 (<http://www.hpm.org/survey/de/a13/3>).
93. Goudge J et al. Affordability, availability and acceptability barriers to health care for the chronically ill: longitudinal case studies from South Africa. *BMC Health Services Research*, 2009;9:75- doi:10.1186/1472-6963-9-75 PMID:19426533
94. James CD et al. To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2006;5:137-153. doi:10.2165/00148365-200605030-00001 PMID:17132029

95. Saksena P et al. *Health services utilization and out-of-pocket expenditure in public and private facilities in lowincome countries*. World health report 2010 background paper, no. 20 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
96. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning*, 2004,19:69-79. doi:10.1093/heapol/czh009 PMID:14982885
97. Saksena P et al. Patient costs for paediatric hospital admissions in Tanzania: a neglected burden? *Health Policy and Planning*, 2010,25:328-333. doi:10.1093/heapol/czq003 PMID:20129938
98. Goudge J et al. The household costs of health care in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2009,14:458-467. doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02256.x PMID:19254274
99. Prakongsai P, Limwattananon S, Tangcharoensathien V. The equity impact of the universal coverage policy: lessons from Thailand. *Advances in Health Economics and Health Services Research*, 2009,21:57-81. PMID:19791699
100. Gupta I, William J, Shalini R. *Demand side financing in health. How far can it address the issue of low utilization in developing countries?* World health report 2010 background paper, no. 27) (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
101. Ensor T. *Consumer-led demand side financing for health and education: an international review*. Dhaka, World Health Organization Bangladesh Country Office, 2003 (WHO/BAN/DSF/03.1) (http://www.whoban.org/dsf_international_review.pdf, accessed 25 June 2010).
102. Doetinchem O, Xu K, Carrin G. *Conditional cash transfers: what's in it for health?* Geneva, World Health Organization, 2008 WHO/HSS/HSF/PB/08.01).
103. Rawlings LB. Evaluating the impact of conditional cash transfer programs *The World Bank Research Observer*, 2005,20:29-55. doi:10.1093/wbro/lki001
104. Leroy JL, Ruel M, Verhofstadt E. The impact of conditional cash transfer programmes on child nutrition: a review of evidence using a programme theory framework. *Journal of Development Effectiveness*, 2009,1:103-129. doi:10.1080/19439340902924043
105. Fernald LC, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*, 2008,371:828-837. doi:10.1016/S0140-6736(08)60382-7 PMID:18328930
106. Barham T.. A healthier start: the effect of conditional cash transfers on neonatal and infant mortality in rural Mexico. *Journal of Development Economics*, In press, corrected proof available doi:10.1016/j.jdeveco. 2010.01.003.



บทที่ 4 | สุขภาพที่ดีขึ้นมากกว่าเงินที่จ่ายไป



4

สุขภาพที่ดีขึ้นมากกว่าเงินที่จ่ายไป

(more health for the money)

สาระสำคัญ

- ทุกประเทศสามารถดำเนินการบางอย่างเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขในประเทศได้ โดยใช้ทรัพยากรเท่าที่มีอยู่ในการดำเนินการให้ครอบคลุมประชาชนได้มากขึ้น ครอบคลุมประเภทการบริการที่เพิ่มขึ้น และ/หรือครอบคลุมเรื่องอื่น ๆ ที่มีค่าใช้จ่าย
- การดำเนินการบางประเภทอาจมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพเฉพาะเรื่อง ตัวอย่างเช่น การปรับปรุงประสิทธิภาพด้านยา ขณะที่การดำเนินการอื่น ๆ อาจทำเพื่อสร้างแรงจูงใจในระบบการคลังสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการซื้อบริการสาธารณสุข และกลไกการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ
- ทุกประเทศสามารถปรับปรุงประสิทธิภาพด้วยการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายมากขึ้นสำหรับการให้บริการหรือซื้อบริการสาธารณสุข เช่น การตัดสินใจในการจ่ายเงินหรือซื้อบริการสาธารณสุขโดยอาศัยข้อมูลความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน รวมทั้งเชื่อมโยงกลไกการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการโดยพิจารณาจากผลการดำเนินงาน ข้อมูลต้นทุนบริการ คุณภาพบริการ และผลกระทบที่เกิดขึ้น
- กลไกการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการทุกรูปแบบมีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อน ซึ่งการจ่ายค่าบริการตามที่เรียกเก็บ (fee-for-service payments) ควรใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากทำให้เกิดแรงจูงใจในการใช้บริการที่เกินความจำเป็นสำหรับบุคคลที่มีความสามารถจ่าย หรือผู้ที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองจากกองทุน ขณะที่ส่งผลลบให้แก่ผู้ที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงิน คือไม่ได้รับบริการตามมาตรฐาน
- การลดจำนวนกองทุนเพื่อสุขภาพและกองทุนการให้บริการสาธารณสุขจากแหล่งต่าง ๆ เป็นวิธีการหนึ่งที่จะเพิ่มประสิทธิภาพได้เช่นกัน
- ไม่มีหลักฐานที่ทำให้เชื่อได้ว่า สถานพยาบาลภาคเอกชนทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าหรือน้อยกว่าสถานพยาบาลของรัฐ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

- การกำหนดกฎระเบียบและทำให้มั่นใจว่ามีการปฏิบัติตาม คือการมีธรรมาภิบาลที่มีประสิทธิภาพ (effective governance) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปรับปรุงประสิทธิภาพและความเป็นธรรม
- ผู้บริจาคต่าง ๆ มีส่วนในการให้ความช่วยเหลือด้วยการพัฒนาสถาบันการเงินในประเทศ และการลดช่องทางแหล่งเงินที่แยกเป็นส่วนย่อยต่าง ๆ รวมถึงการลดรายงานด้านการเงิน ซึ่งส่งผลให้ลดความซับซ้อนในระดับโลกได้ด้วย

สุขภาพที่ดีขึ้นมากกว่าเงินที่จ่ายไป (More health for the money)

ใช้ทรัพยากรอย่างชาญฉลาด (Using resources wisely)

โดยทั่วไปแล้ว การดูแลสุขภาพต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก ข้อมูลจากสถาบันวิจัยด้านสุขภาพไพร์ซวอเตอร์แฮร์สคูเปอร์ (PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute) เมื่อไม่นานมานี้คาดการณ์ว่า ในแต่ละปีเงินกว่าครึ่งของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา 2 ล้านล้านเหรียญสหรัฐนั้นสูญเสียไปโดยไร้เหตุ จากการศึกษาของทอมสัน รอยเตอร์ส (Thomson-Reuters) ประมาณการว่า ค่าใช้จ่ายที่ควรจะเป็นนั้นคือเพียงประมาณ 6-8.5 แสนล้านเหรียญสหรัฐต่อปีเท่านั้น (1,2) เครือข่ายเกี่ยวกับการทุจริตและฉ้อโกงด้านการดูแลสุขภาพแห่งทวีปยุโรป (The European Health care Fraud and Corruption Network) กล่าวว่า ค่าใช้จ่ายแต่ละปีเกี่ยวกับสุขภาพทั่วโลกมียอดเงินประมาณ 5.3 ล้านล้านเหรียญสหรัฐนั้น ประมาณเกือบร้อยละ 6 หรือประมาณ 3 แสนล้านเหรียญสหรัฐ สูญเปล่าไปเนื่องจากความผิดพลาดหรือการทุจริต (3)

ขณะที่บางประเทศดูเหมือนจะมีความสูญเสียมากกว่าประเทศอื่น ๆ นั้น ประเทศต่าง ๆ ส่วนใหญ่ก็มักสูญเสียประมาณไปกับการใช้ทรัพยากรที่มีอย่าง ไม่เต็มศักยภาพ อาจเนื่องจากปัญหาการจัดซื้อ การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล การจัดการบุคลากรและทรัพยากรต่าง ๆ หรือการแยกส่วนบริหารงบประมาณ ย่อย ๆ เกินไป เรื่องดังกล่าวเหล่านี้ยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และก็ยังมียีก หลายสิ่งหลายอย่างที่ได้ดำเนินการไปอย่างไร้ประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ในบางประเทศมีการดำเนินการให้มีความครอบคลุมและให้มีผลลัพธ์ด้าน สุขภาพคู่กับเงินมากขึ้น ช่องว่างของความสำเร็จและศักยภาพของประเทศ ต่าง ๆ ต่อการใช้ทรัพยากรในจำนวนพอ ๆ กันยังมีอยู่มาก (4) กรณีตัวอย่างใน ภาพที่ 4.1 พบว่า แม้บางประเทศจะมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน แต่ประเทศเหล่านั้นก็มีความแตกต่างของสัดส่วนในการทำคลอดโดย บุคลากรด้านสาธารณสุข

สำหรับประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำนั้นมักใช้เงินเพิ่มขึ้น เพื่อให้บรรลุการ มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก็สามารถทำได้เพียงเท่าที่ทรัพยากร ยังคงมีอยู่ ดังนั้น ประเทศเหล่านั้นจึงควรหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เพื่อจัดการกับกับความท้าทายของระบบ ซึ่งการดำเนินการเพื่อให้มีหลักประกัน ที่ครอบคลุมถ้วนหน้าจะต้องเผชิญกับปัญหาอุปสงค์ด้านสุขภาพ และค่าใช้จ่าย ที่เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก

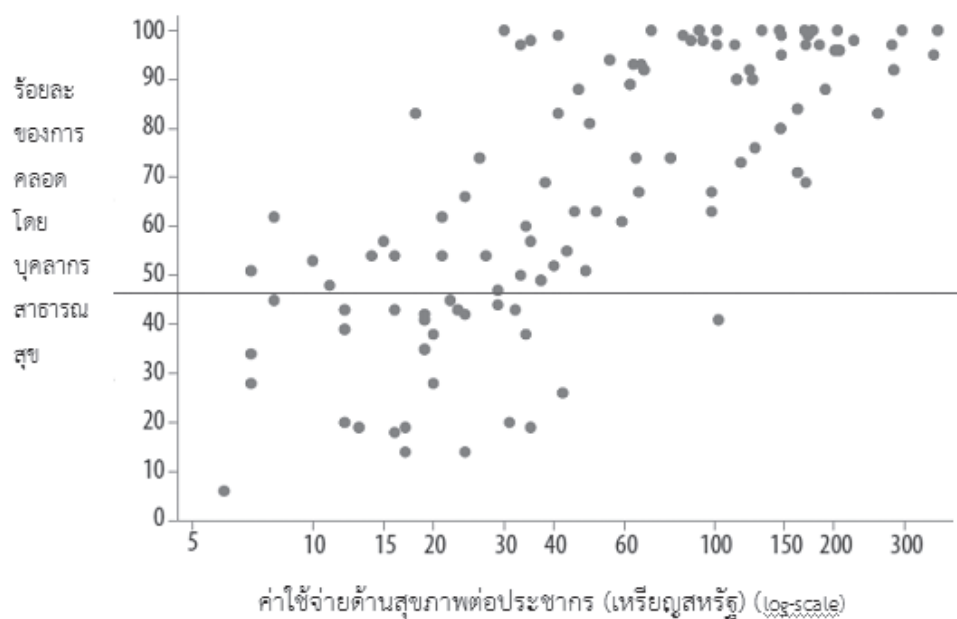
อย่างไรก็ตาม ยังมีหนทางในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพโดย ไม่ต้องตัดค่าใช้จ่าย ซึ่งความหมายของคำว่าประสิทธิภาพที่จะกล่าวต่อไปนั้น เป็นวิธีการวัดคุณภาพและ/หรือปริมาณผลลัพธ์ที่ได้ ซึ่งรวมถึงผลลัพธ์ทางด้าน สุขภาพหรือการบริการโดยเทียบกับปัจจัยนำเข้าหนึ่งหน่วย ดังนั้น การดำเนิน การอย่างมีประสิทธิภาพจะสามารถควบคุมต้นทุนซึ่งถือเป็นวัตถุประสงค์หลัก ของหลาย ๆ ประเทศ โดยการควบคุมต้นทุนต้องไม่ส่งผลต่อการลดผลลัพธ์ด้าน สุขภาพ และวิธีการที่มีประสิทธิภาพต้องเป็นวิธีการที่ขยายความครอบคลุมโดย ใช้ค่าใช้จ่ายในจำนวนเท่าเดิม

วัตถุประสงค์ของบทนี้คือการกล่าวถึงวิธีการที่ประเทศต่าง ๆ สามารถ ปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบดูแลสุขภาพของตน

สาเหตุหลักของการไร้ประสิทธิภาพ 10 ประการ [Ten leading causes of inefficiency]

ตาราง 4.1 นำเสนอที่มาของความไร้ประสิทธิภาพ 10 ประเด็นหลัก และมีข้อเสนอแนะเพื่อให้ระบบสาธารณสุขมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งทุกประเทศสามารถปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขได้ เพื่อส่งผลให้ความครอบคลุมของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดีขึ้น

ภาพที่ 4.1 ร้อยละของการคลอดโดยบุคลากรด้านสาธารณสุข จำแนกตามระดับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ของปีล่าสุดที่มีข้อมูล (แต่ละจุดแสดงถึงแต่ละประเทศ)



ตาราง 4.1 ที่มาของความไร้ประสิทธิภาพ 10 ประเด็นสำคัญ

ที่มา	สาเหตุ	วิธีแก้ไข
1. ยา: ใช้ยาชื่อสามัญน้อยเกินไปและใช้ยาราคาแพงเกินความจำเป็น	ขาดการควบคุมผู้แทนจำหน่าย ผู้สั่งยา และผู้จ่ายยาที่ไม่ดีพอ ยาชื่อสามัญมีประสิทธิภาพ/ความปลอดภัยต่ำ รูปแบบการสั่งยาในอดีตและระบบการจัดซื้อ/จ่ายยาที่ไม่มีประสิทธิภาพ การจัดเก็บภาษีอากรยาและการตั้งราคาสูงเกินไป	ปรับปรุงแนวปฏิบัติการสั่งยา ข้อมูล การอบรมและการปฏิบัติงาน เรียกร้อง อนุญาตหรือเสนอสิ่งจูงใจ เพื่อให้มีการใช้ยาชื่อสามัญ พัฒนาการจัดซื้อแบบมีกลยุทธบนพื้นฐานของการประเมินต้นทุนและผลประโยชน์ของทางเลือกต่าง ๆ มีความโปร่งใสในการจัดซื้อและประมูล ยกเลิกภาษีอากร ควบคุมการตั้งราคาสูงเกินไป กำกับและตีพิมพ์ราคายา
2. ยา: ใช้ยาที่ไม่ได้มาตรฐานรวมถึงการใช้ยาปลอม	โครงสร้าง/กลไกทางกฎหมายยาไม่เพียงพอ ระบบการจัดซื้ออ่อนแอ	สร้างความเข้มแข็งของการบังคับใช้มาตรฐานการผลิตยา ทำการทดสอบยา ยกกระตือรือร้นการจัดซื้อด้วยการกำหนดคุณภาพของผู้จัดหาสินค้าไว้ล่วงหน้า
3. ยา: การใช้อย่างไม่เหมาะสมและไม่มีประสิทธิภาพ	การให้แรงจูงใจกับผู้สั่งยาที่ไม่เหมาะสม และการส่งเสริมอย่างไม่มีจริยธรรม ความต้องการ/ความคาดหวังของผู้บริโภค ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการรักษามีจำกัด กรอบกฎหมายไม่เพียงพอ	แยกหน้าที่การสั่งยาและจ่ายยา ส่งเสริมการดำเนินการด้านกฎหมาย ปรับปรุงแนวปฏิบัติการสั่งยา ข้อมูลการอบรมและปฏิบัติ เผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะ
4. ผลลัพธ์ที่ดูแลสุขภาพและการบริการ: มีการใช้อุปกรณ์ การตรวจวินิจฉัย และการทำหัตถการที่มากเกินไป	แรงจูงใจจากการชักนำของผู้ให้บริการ กลไกการจ่ายค่าบริการตามรายการและการเกรงต่อการฟ้องร้อง (การแพทย์แบบปกป้องตนเอง)	ปฏิรูปโครงสร้างสิ่งจูงใจและการจ่ายเงิน (เช่น การจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม) พัฒนาและใช้แนวทางเวชปฏิบัติ

ที่มา	สาเหตุ	วิธีแก้ไข
5. บุคลากรสาธารณสุข: การดำเนินงานด้านบุคลากร ไม่เหมาะสมหรือมีค่าใช้จ่ายสูง บุคลากรขาดแรงจูงใจ	ปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบาย ทรัพยากรบุคคลและ กระบวนการที่กำหนดไว้ แรง ต่อด้านจากกลุ่มวิชาชีพแพทย์ นิติกรรมสัญญาที่ไม่ยืดหยุ่น เงินเดือนไม่เพียงพอ การสรรหาขึ้นอยู่กับความ ชอบ	ประเมินความต้องการและ การอบรม ทบทวนนโยบาย ค่าตอบแทน ใช้นิติกรรมสัญญา ที่ยืดหยุ่น และ/หรือการจ่ายเงิน ตามผลงาน ปรับเปลี่ยนงานและ วิธีอื่นระหว่างบุคลากร เพื่อให้งาน เหมาะกับทักษะ
6. การให้บริการดูแลสุขภาพ: การรับผู้ป่วยไม่เหมาะสม และระยะเวลาอยู่ โรงพยาบาลไม่เหมาะสม	ขาดการจัดเตรียมทางเลือก ของการรักษา แรงจูงใจไม่ เพียงพอที่จะให้ผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาล มีข้อจำกัดการ จัดการความรู้การปฏิบัติที่ เป็นเลิศ (best practice)	จัดให้มีทางเลือกของการรักษา (เช่น การรักษาแบบไม่ต้องรับ ไว้ในนอน) ปรับแรงจูงใจให้กับ โรงพยาบาล เพิ่มความรู้เกี่ยวกับการ รับผู้ป่วยเข้ามาแบบมี ประสิทธิภาพ
7. การให้บริการดูแลสุขภาพ: ขนาดโรงพยาบาลไม่เหมาะสม (ขาดการใช้งานตาม โครงสร้างพื้นฐาน)	ทรัพยากรเพื่อการประสาน งานและควบคุมไม่เหมาะสม มีโรงพยาบาลและจำนวน เพียงมากเกินไป หรือไม่เพียงพอในบางพื้นที่ ขาดการ วางแผนสำหรับการพัฒนา โครงสร้างพื้นฐานของการ บริการด้านสุขภาพ	การวางแผนของโรงพยาบาลมี การพิจารณาปัจจัยการผลิตและ ผลผลิตไปด้วยกัน ดำเนินงาน ให้เหมาะสมกับขนาดของ โรงพยาบาล ลดทรัพยากรให้ พอเหมาะกับอัตราครองเตียง ที่ระดับร้อยละ 80-90 (โดยควบคุมจำนวนวันนอน)
8. การให้บริการดูแลสุขภาพ: ความผิดพลาด ทางแพทย์ และการดูแล ไม่ได้คุณภาพ	ขาดความรู้หรือการใช้ มาตรฐานหรือแนวทางการ รักษา ขาดแนวทางปฏิบัติ การกำกับดูแลไม่เพียงพอ	ปรับปรุงมาตรฐานสุขอนามัยใน โรงพยาบาล จัดให้มีการดูแล รักษาต่อเนื่องมากขึ้น ตรวจสอบ ด้านคลินิกเพิ่มขึ้น กำกับดูแล ผลงานของโรงพยาบาล

ที่มา	สาเหตุ	วิธีแก้ไข
9. การรั่วไหลของระบบ สาธารณสุข: ความสูญเสีย ทุจริตและฉ้อโกง	แนวทางการจัดสรรทรัพยากร ไม่ชัดเจน ขาดความโปร่งใส ขาดความรับผิดชอบ และ กลไกธรรมาภิบาล เงินเดือนต่ำ	ปรับปรุงกฎระเบียบ/ธรรมาภิบาล รวมถึงกลไกการแทรกแซงที่เข้ม แข็ง ประเมินความโปร่งใส/จุด ที่ง่ายต่อการทุจริต สํารวจเพื่อ ติดตามการใช้จ่ายสาธารณะ ส่งเสริมการปฏิบัติตามวินัยและ จริยธรรม
10. การรักษาโรค: การรักษา ที่ผสมผสานอย่างไม่เหมาะสม/ กลยุทธไม่เหมาะสม	จ่ายเงินไปกับการรักษาที่มี ค่าใช้จ่ายสูง แต่ได้ผลต่ำ และไม่ได้จ่ายเงินในกรณี ค่าใช้จ่ายต่ำ แต่ได้ผลสูง ขาดความสมดุลของระดับ การดูแล การส่งเสริมป้องกัน โรคและรักษาพยาบาล	ประเมินต้นทุน ผลของการรักษา การใช้เทคโนโลยี การชํ้ายา และ ทางเลือกนโยบายอย่างสม่าเสมอ เพื่อนำไปสู่การจัดทำนโยบาย

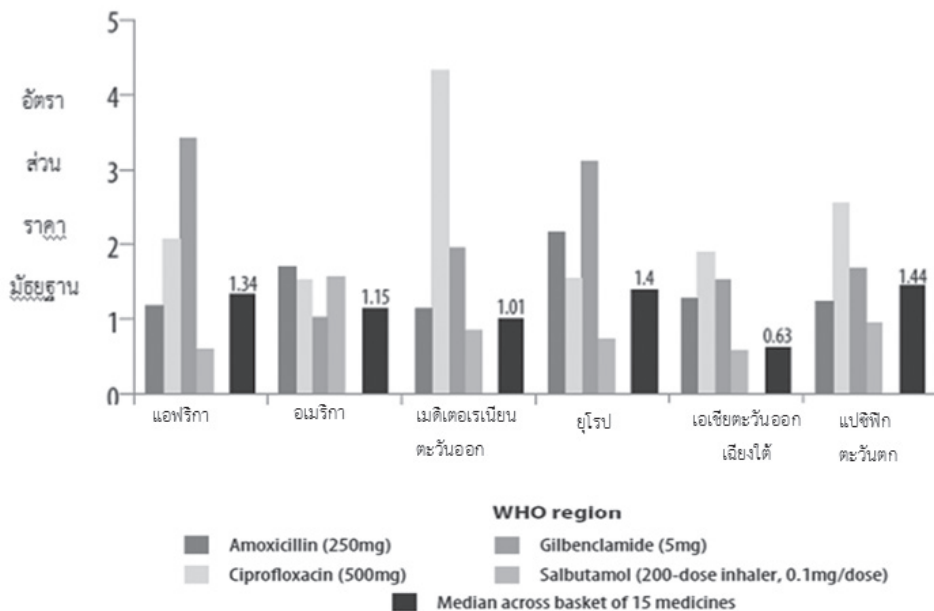
ที่มา (6)

ขจัดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น (Eliminate unnecessary spending on medicines)

ค่าใช้จ่ายด้านยามักเป็นค่าใช้จ่ายหลักของการบริการสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 20-30 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่สำหรับประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง อาจมีสัดส่วนที่สูงกว่านี้เล็กน้อย (7) ภาระส่วนนี้อาจเบาบางลง หากรัฐบาลและแต่ละคนจ่ายเงินด้วยราคาที่เป็นธรรม แต่ปัญหาคือราคาที่เป็นธรรมหมายถึงอะไร โดยปกติเจ้าหน้าที่จัดซื้อสามารถใช้ราคาอ้างอิงสากลเพื่อใช้เป็นราคาเริ่มต้นสำหรับการเจรจาต่อรอง ทั้งนี้ ราคาดังกล่าวได้มาจากการคำนวณค่ามัธยฐาน (median) ของยานุติเดียวกันในประเทศที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ (8) ซึ่งหากปราศจากข้อมูลราคาจากประเทศต่างๆ ผู้ซื้ออาจประสบกับปัญหาราคาที่ไม่มีธรรมจากตลาดยาทั่วโลก ซึ่งไม่โปร่งใสหรือไม่มีประสิทธิภาพเท่าใดนัก และอาจพบว่า ราคายา ดังกล่าวมีความแตก

ต่างกันมาก การศึกษาราคายาล่าสุดพบว่า ขณะที่ประเทศในภูมิภาคอเมริกา
เอเชียอาคเนย์และประเทศแถบเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออกซื้อยาชื่อสามัญใน
ภาครัฐด้วยราคาใกล้เคียงกับราคาอ้างอิงนานาชาติ ประเทศในภูมิภาคแอฟริกา
ยุโรปและแปซิฟิกตะวันตกกลับจ่ายสูงกว่าราคาที่ควรจะเป็นถึงร้อยละ 34-44
(ภาพที่ 4.2) (9)

ภาพที่ 4.2 อัตราส่วนราคามัธยฐานของราคาจัดซื้อยาทั่วไปในภาครัฐแยกตาม
ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก



อัตราส่วนของค่ามัธยฐานของราคาจัดซื้อต่อราคาอ้างอิงนานาชาติของวิทยาศาสตร์การ
บริการสำหรับสุขภาพ
ที่มา (9)

การศึกษาเดียวกันนี้ยังแสดงให้เห็นว่า มีการขายยาบางชนิดแพงเกิน
จริงมาก และราคายาในแต่ละประเทศยังมีความแตกต่างกัน เช่น ราคายา
ciprofloxacin (ยาปฏิชีวนะที่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้หลายชนิด) ในประเทศ

กำลังพัฒนาที่มีค่าใช้จ่ายทางการค้าหลากหลาย บางประเทศจ่ายสูงกว่าราคาอ้างอิงนานาชาติถึง 67 เท่า (9) ซึ่งราคาขายดังกล่าวมีความหลากหลายในประเทศที่มีรายได้สูงเช่นกัน เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานราคาขายของ ciprofloxacin ที่ใช้ชื่อทางการค้าอยู่ระหว่าง 90-100 เหรียญสหรัฐต่อชุดการรักษา ขณะที่ราคาขายในประเทศอังกฤษอยู่ที่เพียงครึ่งเดียว (10)

การซื้อยาต้นแบบแทนการซื้อยาสามัญนั้นถือเป็นความไร้ประสิทธิภาพการศึกษาล่าสุดในยา 18 ชนิดของประเทศที่มีรายได้ปานกลาง 17 ประเทศแสดงให้เห็นว่า ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจะลดลงได้เฉลี่ยร้อยละ 60 หากเปลี่ยนจากการใช้ยาต้นแบบเป็นการใช้ยาสามัญที่มีคุณสมบัติเท่ากันที่มีราคาต่ำที่สุด (11) ซึ่งจากการศึกษา 18 ชนิดดังกล่าวในกลุ่มประเทศเหล่านี้ พบว่า สามารถประหยัดได้ 155 ล้านเหรียญสหรัฐ

การใช้ยาสามัญอย่างเป็นระบบจะช่วยให้ทั่วโลกได้รับประโยชน์สูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศที่มีรายได้สูง เช่น ประเทศฝรั่งเศสที่ใช้กลยุทธ์ใช้ยาชื่อสามัญแทนชื่อทางการค้า และมีการคาดการณ์ว่า ในพ.ศ.2551 การใช้ยาชื่อสามัญที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้ประหยัดได้ถึง 1.32 พันล้านฟรังก์ฝรั่งเศส ซึ่งเท่ากับเงินจำนวน 1.94 พันล้านเหรียญสหรัฐ (12, 13)

ปรับปรุงวิธีการควบคุมคุณภาพของยา (Improve quality control for medicines)

วิธีการลดความสูญเสียทรัพยากรวิธีหนึ่งก็คือ การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ไม่ได้มาตรฐาน ยาปลอม ยาที่ติดฉลากไม่ถูกต้อง ยาเลียนแบบ หรือยาหมดอายุ ยาไม่ดีเหล่านี้ถือว่าราคาแพงเกินไปไม่ว่าขายราคาใดก็ตาม กรณีนี้มีรายงานว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของยาที่ควรมีตัวยาด้านเชื้อมาลาเรียที่หมุนเวียนใช้ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ไม่พบสารออกฤทธิ์ในตัวยาดังกล่าว (14) ขณะที่การศึกษาใน 3 ประเทศในทวีปแอฟริการายงานว่า ร้อยละ 26-44 ของตัวอย่างยาสำหรับฆ่าเชื้อมาลาเรียนั้นไม่ผ่านการทดสอบคุณภาพ (15)

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่เชื่อถือได้มีเพียงเล็กน้อย ทำให้ไม่สามารถคาดการณ์ขนาดของปัญหานี้ได้ องค์การอาหารและยาของสหรัฐอเมริกา (the United States Food and Drug Administration :FDA) ประเมินการว่า ผลิตภัณฑ์ยาปลอมมีมากกว่าร้อยละ 10 ของตลาดยาทั่วโลก ทั้งนี้ หากใช้ค่าประมาณการขั้นต่ำของรายได้ทั่วโลกจากการขายยาที่ไม่ได้มาตรฐานจะมีมูลค่ามากกว่า 32 พันล้านเหรียญสหรัฐ (16) การจ่ายเงินจำนวนดังกล่าวมีส่วนทำให้สุขภาพดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ประเทศต่าง ๆ คิดค้นวิธีจัดยาที่ไม่ดีเหล่านี้ ซึ่งมีหลายทางเลือก และวิธีการที่ดีก็คือ การใช้ระบบการผลิตที่ดี (Good Manufacturing Practices: GMP) ในโรงงานผลิตยา และซื้อเฉพาะยาที่มาจากบริษัทที่มี GMP ทั้งนี้ GMP เป็นระบบที่ได้รับการออกแบบมา เพื่อให้แน่ใจได้ว่า กระบวนการผลิตยานั้นเป็นไปอย่างคงเส้นคงวา และถูกควบคุมด้วยมาตรฐานคุณภาพ เพื่อหลีกเลี่ยงการปนเปื้อน การติดฉลากไม่ถูกต้อง และการมีปริมาณตัวยาสที่ไม่เหมาะสม (17) ทั้งนี้ หลายประเทศได้กำหนดเงื่อนไขสำหรับ GMP ภายในประเทศเอง บนพื้นฐานของโมเดลที่องค์การอนามัยโลกพัฒนา ขณะที่หลาย ๆ ประเทศนำข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลกมาใช้โดยตรง

เพื่อเป็นการช่วยเหลือการเข้าถึงยาที่ได้รับการผลิตตามมาตรฐานคุณภาพ ความปลอดภัยและประสิทธิผลสำหรับโรคเอดส์ มาลาเรีย วัณโรคและโรคของอวัยวะสืบพันธุ์ องค์การอนามัยโลกกำหนดโปรแกรมการผ่านการประเมินคุณภาพล่วงหน้า (WHO Prequalification program) ใน พ.ศ.2544 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือตัวแทนจัดซื้อขององค์กรสหประชาชาติ แต่เมื่อเวลาผ่านไป รายการยาที่ได้คุณภาพนี้ได้กลายเป็นแหล่งข้อมูลสำหรับบุคคลที่ต้องการซื้อยาจำนวนมาก ซึ่งรวมถึงตัวแทนจัดซื้อของประเทศด้วย (18)

ใช้อย่างเหมาะสม

Use medicines appropriately

การใช้อย่างไม่สมเหตุสมผลนอกจากจะนำไปสู่ความทุกข์ทรมานและการเสียชีวิตแล้ว ยังทำให้การใช้ทรัพยากรไร้ประสิทธิภาพ และไม่เป็นการรักษาโรคบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ แม้ว่าหลายประเทศมีนโยบายยาแห่งชาติ และโครงการการใช้ยาจำเป็นที่กระตุ้นให้มีการใช้อย่างเหมาะสม แต่ยังมีผู้ป่วยต่ำกว่าครึ่งในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางที่ได้รับการรักษาในสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิตามแนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคทั่วไป (19)

คาดการณ์ว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของยาที่จ่ายให้กับผู้ป่วยหรือขายอยู่ทั่วโลกนั้นเป็นไปอย่างไม่เหมาะสม (19) และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดไม่ได้ใช้ยาตามที่กำหนดหรือตามใบสั่งยาของแพทย์ (20) ทั้งนี้ การใช้อย่างไม่สมเหตุสมผลได้หลายรูปแบบ รวมถึงการใช้หลายขนานร่วมกันที่เกิดอันตราย (polypharmacy) การใช้ยาปฏิชีวนะและยาฉีดมากเกินไป การจ่ายยาไม่เหมาะสมกับแนวทางเวชปฏิบัติ หรือการใช้ยาด้วยตนเองอย่างไม่เหมาะสม (21)

การใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไปหรือใช้ผิดวิธีนั้นเป็นปัญหาระดับโลกที่สำคัญมาก พบว่า 2 ใน 3 ของยาปฏิชีวนะที่ขายอยู่ทั้งหมดเป็นการขายโดยไม่มีใบสั่งยาของแพทย์ และขายในตลาดยาของเอกชนที่ขาดการควบคุมตามกฎหมาย ผู้ป่วยจำนวนมากได้รับการสั่งยาที่ไม่ถูกต้องหรือขนาดไม่เพียงพอ หรือไม่สามารถรับประทานยาจนหมดได้ และพบว่าผู้ป่วยต้องร้องเรียนปล้นต่ำกว่าครึ่งหนึ่งที่ได้รับการรักษาด้วยผงเกลือแร่ที่ทั้งราคาสูงและมีประสิทธิภาพสูง ในขณะที่ผู้ป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่งได้รับยาราคาแพงและบางครั้งเป็นยาปฏิชีวนะที่ไม่มีประโยชน์ อีกตัวอย่างหนึ่งคือการใช้ยาปฏิชีวนะมากเกินไปสำหรับรักษาโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางนั้นคาดว่าจะทำให้เพิ่มค่าใช้จ่ายเฉลี่ยร้อยละ 36 (22)

ใช้ประโยชน์สูงสุดจากเทคโนโลยีและการบริการ (Get the most out of technologies and services)

เทคโนโลยีทางการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการสาธารณสุขที่ดี แต่ต้องเลือกและใช้อย่างเหมาะสมบนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์และการปฏิบัติที่ดีที่สุด (23) บ่อยครั้งที่นโยบายการจัดซื้อถูกบิดเบือนด้วยแรงกดดันทางการตลาดหรือผู้ผลิตอุปกรณ์ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งประเทศที่มีรายได้สูงและรายได้ต่ำ ทำให้ประเทศดังกล่าวมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เทคโนโลยีทางการแพทย์สมัยใหม่เป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้นในประเทศสมาชิกขององค์กรเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา หรือ โออีซีดี (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD) แต่ค่าใช้จ่ายส่วนที่เพิ่มขึ้นมาในประเทศเหล่านี้มักไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของความจำเป็น ในกลุ่มประเทศโออีซีดีนี้ พบว่า ประเทศญี่ปุ่นมีจำนวนเครื่องเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) และเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือ ซีที (Computed Tomography: CT) ต่อประชากรสูงที่สุด ขณะที่สหรัฐอเมริกา มีสถิติสูงสุดของโลกในการวินิจฉัยโรคโดยใช้เครื่องมือดังกล่าว คือมีอัตราการทำ MRI 91.2 ครั้งต่อประชากร 1,000 คน (เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศโออีซีดีที่ 41.3 ครั้งต่อประชากร 1,000 คน) และการใช้ซีที 227.8 ครั้งต่อประชากร 1,000 คน (เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของประเทศโออีซีดี ที่ 110 ครั้งต่อประชากร 1,000 คน) ทั้งนี้ เชื่อว่าการวินิจฉัยด้วยเครื่องมือเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่มีความจำเป็น

การซื้อหรือใช้อุปกรณ์ที่ไม่จำเป็นเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำเช่นกัน โดยทั่วไปแล้ว ประเทศที่มีทรัพยากรน้อยจะมีความท้าทายด้านเทคโนโลยีที่แตกต่างกันออกไป คาดการณ์ว่า อย่างน้อยร้อยละ 50 ของอุปกรณ์การแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนานั้นมีการใช้งานบ้าง หรืออาจไม่ได้ใช้เลย (25) ในทวีปแอฟริกาและประเทศแถบทะเลทรายซาฮารา พบว่า อุปกรณ์การแพทย์มากกว่าร้อยละ 70 ไม่ได้ถูกนำมาใช้งาน ซึ่งความล้มเหลวของระบบเกิดจากเหตุหลายประการ รวมถึงกระบวนการจัดหาเทคโนโลยีที่ผิดพลาด และขาดการ

ฝึกอบรมและการสนับสนุนทางเทคนิคที่มีประสิทธิภาพ (26) การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มักพบว่า เป็นสาเหตุของการวินิจฉัยที่เป็นอันตรายหรือไม่ได้มาตรฐาน หรือส่งผลให้การรักษานั้นเป็นภัยคุกคามต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดภาระด้านการเงินแก่ระบบด้วย

การบริจาคถือเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดสาเหตุหนึ่งของความไร้ประสิทธิภาพเกี่ยวกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ในประเทศที่มีรายได้ต่ำ พบว่า บางประเทศได้รับบริจาคอุปกรณ์ทางการแพทย์จากต่างประเทศหรือจากรัฐบาลต่างประเทศถึงเกือบร้อยละ 80 และส่วนใหญ่อุปกรณ์เหล่านั้นไม่ถูกใช้งานเนื่องจากหลายสาเหตุ จากการศึกษาล่าสุดที่จัดทำโดยเวสต์แบงก์และฉนวนกาซ่า (West Bank and Gaza Strip) (27) เครื่องมือเหล่านั้นจำนวนมากถูกส่งไปที่ฉนวนกาซ่าภายหลังที่สงครามสิ้นสุดลงในเดือนมกราคม พ.ศ.2552 อุปกรณ์เหล่านั้นบางส่วนมีประโยชน์ แต่ส่วนมากไม่ได้นำมาใช้ในระบบ และกลับถูกทิ้งไว้ในคลังเก็บสินค้า

ปัญหาเหล่านี้สามารถหลีกเลี่ยงได้ หากพันธมิตรเพื่อการพัฒนาได้ปรึกษากับประเทศผู้รับบริจาค โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับความต้องการอุปกรณ์ รวมถึงศักยภาพในการใช้อุปกรณ์ที่ได้รับบริจาค นอกจากนี้ รัฐบาลผู้รับบริจาคควรสร้างระบบบริหารจัดการอย่างมีเหตุผล จัดระบบคลังเพื่อจัดเก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์แยกตามประเภท รุ่นและผู้ผลิต รวมถึงการตรวจอุปกรณ์ที่ได้รับมาว่ามีความสมบูรณ์ เข้ากันได้หรือมีคุณภาพหรือไม่

การบริการสาธารณสุขก็เช่นเดียวกัน การศึกษาเปรียบเทียบบริการแก่ผู้ป่วยภายใต้โครงการเมดิแคร์ของสหรัฐอเมริกา มีข้อสรุปว่า “ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงได้รับการบริการมากกว่าร้อยละ 60 แต่อัตราการตายกลับไม่ได้ต่ำกว่า สภาพการทำงานของร่างกายไม่ได้ดีกว่า รวมทั้งความพึงพอใจก็ ‘ไม่สูงกว่า’ ” (28, 29) ทั้งนี้ รูปแบบการรักษาที่แตกต่างกันนั้นไม่ใช่เพียงเพราะความจำเป็นทางการแพทย์ที่แตกต่างกันเท่านั้น ค่าใช้จ่ายดังกล่าวอาจสามารถประหยัดได้ถึงร้อยละ 30 หากผู้ให้บริการที่ราคาสูงปรับลดการให้บริการไปสู่การให้บริการในระดับที่เพียงพอและปลอดภัยที่สามารถรักษาโรคได้ (30) ความผันแปรของรูปแบบการรักษาที่กล่าวนั้นพบในหลายประเทศ ซึ่งหมายถึง

โอกาสการลดต้นทุนและปรับปรุงประสิทธิภาพย่อมเกิดขึ้นได้เช่นกัน (31-34)

การระบุความต้องการบริการการรักษาที่แน่นอนชัดเจนในระดับบุคคลมักเป็นเรื่องยาก แต่ผู้กำหนดนโยบายสามารถกำกับติดตามความผันแปรของรูปแบบการรักษาภายในประเทศ โดยมุ่งเน้นไปที่ผู้ให้บริการหรือสถาบันที่ให้บริการจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับสถานบริการอื่นๆหรือกลุ่มผู้ให้บริการที่ให้บริการค่อนข้างน้อย การลดความหลากหลายของรูปแบบการรักษาส่งผลให้สามารถลดการใช้ทรัพยากรและเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพอีกด้วย

สร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากร (Motivate people)

บุคลากรถือเป็นแกนหลักของระบบสาธารณสุข โดยทั่วไปค่าใช้จ่ายในส่วนบุคลากรนี้มีประมาณครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ (35) การขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุขก่อให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการสร้างความเข้มแข็งแก่ระบบ การสรรหาบุคลากรที่ไม่มีประสิทธิภาพ การอบรมที่ไม่เหมาะสม การขาดการกำกับดูแล และการกระจายภายในประเทศไม่เหมาะสมส่งผลต่อการไร้ประสิทธิภาพ รวมทั้งหากมีเงินค่าตอบแทนไม่เพียงพอจะส่งผลต่อจำนวนบุคลากรที่มีการลาออกหรือการหมุนเวียนที่มากเกินไป (36) ผลลัพธ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ของการบริหารจัดการบุคลากรที่ล้มเหลวดังกล่าว คือ ผลผลิตและประสิทธิภาพในการดำเนินงานที่ลดลง

การขาดข้อมูลที่เชื่อถือได้ทำให้ยากต่อการตอบคำถามได้อย่างแม่นยำว่าการสูญเสียกำลังคนเท่าไรถึงจะทำให้เกิดความไร้ประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามพบว่า บางประเทศพยายามวัดผลผลิตของบุคลากรสาธารณสุขในบริบทเฉพาะ ยกตัวอย่างเช่น ประเทศสาธารณรัฐแทนซาเนีย พบว่า การหายตัวไปโดยไม่มีการบอกกล่าวรวมกับเวลาพัก หรือเวลาในการติดต่อสื่อสารทางสังคม และเวลาช่วงรอผู้ป่วยนั้นทำให้ผลผลิตลดลงร้อยละ 26 (37) เซาซาและคณะ ได้ศึกษาในประเทศบราซิล พบว่า ประสิทธิภาพผลงานของบุคลากรสาธารณสุข

ที่บรรลุนโยบายครอบคลุมในการให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในเขตต่างๆของ
บราซิลมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่ต่ำกว่าร้อยละ 20 จนถึงสูงกว่าร้อยละ 95 (38)

แม้ว่า ตัวอย่างที่ใช้มีจำนวนจำกัดเกินกว่าจะใช้เป็นตัวชี้แนวโน้มของโลก
ในขณะที่ใช้ค่าเฉลี่ยของความไร้ประสิทธิภาพขั้นต่ำจากรายงาน (ร้อยละ 15-25)
นำมาคำนวณกับสัดส่วนของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพของทรัพยากรมนุษย์
(ร้อยละ 45-65 ขึ้นอยู่กับรายได้ในภูมิภาคของโลก) นั้น ประเมินการได้ว่า
ความไร้ประสิทธิภาพของแรงงานทั่วโลกในแต่ละปีมีมูลค่าสูงกว่า 500 พันล้าน
เหรียญสหรัฐ

รายงานอนามัยโลกปี 2006 วิเคราะห์วิธีลดความสูญเสีย เพิ่มผลิตภาพ
และผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ต้องให้ความสำคัญต่อ
การจ่ายค่าตอบแทนที่เพียงพอ และการทำงานที่เหมาะสมกับทักษะ (36) ทั้งนี้
ประเด็นเรื่องการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ และการจ่ายเงินตามผลการปฏิบัติ
งาน จะได้กล่าวในหัวข้อถัดไป

ปรับปรุงประสิทธิภาพของโรงพยาบาลใน ด้านขนาดและระยะเวลาในการนอนรักษาตัว (Improve hospital efficiency-size and length of stay)

ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลของหลายประเทศ อยู่ระหว่างครึ่งหนึ่งถึงสองใน
สามของค่าใช้จ่ายรวมที่รัฐบาลจ่ายเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยใน
(ซึ่งบ่อยครั้งพบว่าสูงเกินไป) และระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
นั่นถือว่า เป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง จากผลการศึกษา 4 ชิ้นงานในประเทศ
แคนาดาเกี่ยวกับการรับผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ไว้ในโรงพยาบาลพบว่า ร้อยละ
24-90 ของการรับผู้ป่วยไว้ในนอน มีร้อยละ 27-66 ของจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ใน
โรงพยาบาลนั้นไม่มีความเหมาะสม (39)

สาเหตุอีกส่วนหนึ่งของการไร้ประสิทธิภาพคือ การที่สถานพยาบาลบางแห่งมีขนาดและขอบเขตของบริการที่จัดไว้ไม่เหมาะสม โดยทั่วไป ด้วยเหตุผลทางด้านเศรษฐศาสตร์ การเพิ่มขนาดและขอบเขตงานของสถานพยาบาลให้ใหญ่ขึ้น รวมทั้งมีผู้เชี่ยวชาญ โครงสร้างพื้นฐานและอุปกรณ์ที่พร้อมพรั่ง ด้วยคาดหวังว่าจะเพิ่มผลผลิตได้มากขึ้น แต่จริงๆ แล้วจะถึงระดับหนึ่งเท่านั้น จากนั้นประสิทธิภาพอาจเริ่มลดน้อยลงได้ ในกรณีเดียวกันโรงพยาบาลขนาดเล็กก็อาจไม่มีประสิทธิภาพได้ เนื่องจากจะมีต้นทุนคงที่ของโครงสร้างพื้นฐานและค่าบริหารจัดการส่วนหนึ่งที่แน่นอนเป็นขั้นต่ำ ไม่ว่าจะมีคนไข้มากน้อยเพียงใดก็ตาม จึงทำให้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของโรงพยาบาลสูงขึ้น งานวิจัยหลักในประเทศสหรัฐอเมริกาและอังกฤษชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลเริ่มขาดประสิทธิภาพเมื่อมีจำนวนเตียงต่ำกว่า 200 เตียงและมากกว่า 600 เตียง (40) ตัวบ่งชี้สำหรับวัดประสิทธิภาพของโรงพยาบาลของผู้ป่วยในคือ การวัดด้วยอัตราการครองเตียง ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้ศึกษาในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง 18 ประเทศ พบว่า โรงพยาบาลระดับอำเภอมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 55 ต่ำกว่าระดับที่แนะนำ คือ ร้อยละ 80-90 (6)

เมื่อไม่นานมานี้ มีการทบทวนการศึกษากว่า 300 เรื่อง เพื่อค้นหาประสิทธิภาพและผลผลิตของการจัดบริการดูแลสุขภาพ พบว่า ประสิทธิภาพของโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 85 นั่นคือ โรงพยาบาลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพได้อีกร้อยละ 15 โดยใช้ต้นทุนเท่าเดิม หรือสามารถให้บริการในระดับเดิมโดยลดต้นทุนร้อยละ 15 (41) ทั้งนี้ ไม่พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา ยุโรป และในส่วนอื่นๆ ของโลก แม้มีการประเมินแล้วว่า โรงพยาบาลของรัฐมีประสิทธิภาพมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนทั้งประเภทแสวงหากำไรและไม่แสวงหากำไรก็ตาม (กล่อง 4.1) หากใช้ค่ามัธยฐานของอัตราการไม่มีประสิทธิภาพที่ร้อยละ 15 ต่อสัดส่วนของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของโรงพยาบาลในแต่ละภูมิภาครายได้ของโลก พบว่า ความไม่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาลมีมูลค่า 300 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี

กล่อง 4.1 ประสิทธิภาพสัมพัทธ์ของการให้บริการของรัฐและเอกชน (The relative efficiency of public and private service delivery)

บทบาทที่สัมพันธ์กันของภาครัฐและภาคเอกชน (ทั้งแสวงหากำไรและไม่แสวงหากำไร) ในการให้บริการด้านสุขภาพได้พัฒนาตลอดมา และมีการอภิปรายบนพื้นฐานทางอุดมคติอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สำคัญจะช่วยให้การตัดสินใจได้ว่า หน่วยบริการประเภทใดที่ให้บริการเฉพาะทางอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ผลการศึกษาที่มีอยู่ส่วนใหญ่เน้นไปที่ประสิทธิภาพของโรงพยาบาล ซึ่งใช้เงินร้อยละ 45-69 ของรายจ่ายด้านสุขภาพของรัฐบาลในแถบทะเลทรายซาฮาราของแอฟริกา (42) ฮอลลิงส์เวิร์ธ (Hollingsworth) (41) ได้วิเคราะห์ทอริกิมาน (meta analysis) ผลงานตีพิมพ์เกี่ยวกับเครื่องวัดประสิทธิภาพจำนวน 317 ผลงาน สรุปว่า “การจัดบริการสาธารณสุขของรัฐบาลนั้นดูเหมือนจะมีประสิทธิภาพมากกว่าของเอกชน” อย่างไรก็ตาม การศึกษาระดับประเทศพบว่า ผลกระทบของความเป็นเจ้าของสถานบริการต่อประสิทธิภาพของโรงพยาบาลนั้นยังมีความหลากหลาย ลิและคณะ (Lee et al.) (43) ระบุว่า ในสหรัฐอเมริกา โรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไรมีประสิทธิภาพมากกว่าโรงพยาบาลที่แสวงหากำไร ในทางกลับกัน ระดับประสิทธิภาพของโรงพยาบาลในประเทศสวิตเซอร์แลนด์ไม่ได้แปรผันตามความเป็นเจ้าของ บางการศึกษาในประเทศเยอรมันพบว่า โรงพยาบาลเอกชนนั้นมีประสิทธิภาพทางเทคนิคน้อยกว่าโรงพยาบาลรัฐ แต่บางการศึกษามีผลสรุปตรงข้ามกัน และบางการศึกษาก็ไม่พบว่า มีความแตกต่าง (46, 47)

อย่างไรก็ตาม ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ยังขาดการศึกษาประสิทธิภาพสัมพัทธ์ของสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน การศึกษาของมาลีเย (Masiye) (48) อาจเป็นเพียงการศึกษาเดียวที่ได้รายงานผลกระทบทางบวกด้านประสิทธิภาพของโรงพยาบาลที่เอกชนเป็นเจ้าของในประเทศแซมเบีย (ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพของโรงพยาบาลเอกชนเท่ากับร้อยละ 73 เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลรัฐบาลที่ร้อยละ 63)

ดังนั้น การระบุว่า ประสิทธิภาพที่ดีที่สุดของโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับความเป็นเจ้าของแบบใดต้องใช้ความระมัดระวัง แต่โดยรวมพบว่า โรงพยาบาลทุกประเภท มีค่าเฉลี่ยของประสิทธิภาพต่ำกว่าค่าที่ควรจะทำได้มาก ทั้งนี้ โรงพยาบาลสามารถเพิ่มประสิทธิภาพได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงว่าใครเป็นเจ้าของ แต่สามารถดำเนินการได้ด้วยการลดความสูญเปล่า และจัดการรักษาที่มีความคุ้มค่า ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการสนับสนุนของรัฐบาลที่แข็งแกร่ง เพื่อกำหนดและบังคับใช้กฎหมายในการดำเนินงานเพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งนี้จะสามารถเกิดขึ้นได้

รับการรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มต้น [Get care right the first time]

ความผิดพลาดทางการแพทย์นั้นส่งผลให้เกิดทั้งความสูญเสียทางการเงินและความทุกข์ทรมาน การขาดข้อมูลด้านระบาดวิทยาที่น่าเชื่อถือทำให้ไม่ทราบค่าความชุกและขนาดของความผิดพลาดทางการแพทย์ทั่วโลก แต่ประมาณการได้ว่า ในประเทศพัฒนาแล้ว มีผู้ป่วย 1 ใน 10 ที่ได้รับอันตรายขณะได้รับการบริการจากโรงพยาบาล ซึ่งตัวเลขของประเทศกำลังพัฒนาอาจสูงกว่านี้มาก (49) ณ ช่วงเวลาหนึ่ง มีคน 1.4 ล้านคนทั่วโลกได้รับความทุกข์ทรมานจากการติดเชื้อจากโรงพยาบาล (50) ความเสียหายเหล่านี้ไม่สามารถประเมินเป็นมูลค่าต่อหน่วยงานผู้รับผิดชอบ แต่การศึกษาในพ.ศ.2542 พบว่า ความผิดพลาดทางการแพทย์ที่สามารถป้องกันได้นั้นอาจทำให้คนในสหรัฐอเมริกาเสียชีวิตถึง 98,000 คน ซึ่งคิดเป็นค่าใช้จ่าย 17-29 พันล้านเหรียญสหรัฐ (51)

สามมาตรการที่ทำได้ง่ายเพื่อลดความผิดพลาดทางการแพทย์ มาตรการที่หนึ่งคือ กระตุ้นผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอนามัยของมือ มาตรการที่สองคือ ส่งเสริมการปฏิบัติในการฉีดยาอย่างปลอดภัย และมาตรการที่สามคือ ทำให้แน่ใจว่าการวินิจฉัยถูกต้อง

กระบวนการง่ายๆ ที่สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้คือ การใช้ใบตรวจสอบรายการ (checklist) อย่างเช่น การริเริ่มขององค์การอนามัยโลก “ผ่าตัดอย่างปลอดภัยช่วยชีวิตได้” ซึ่งมีผลว่า ประสบความสำเร็จจากการใช้ใบตรวจสอบรายการ และเห็นได้ชัดในรัฐมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีความพยายามทั่วรัฐในการลดการติดเชื้อในกระแสโลหิตจากการสอดท่อโดยการที่ใช้ใบตรวจสอบรายการอย่างย่อ ซึ่งใบรายการดังกล่าวทำให้พยาบาลสามารถมั่นใจว่าแพทย์ปฏิบัติตามวิธีของหัตถการ ทั้งนี้ พบว่าการติดเชื้อในกระแสโลหิตในหอผู้ป่วยหนักเท่ากับ 1.4 คนต่อ 1,000 วันที่ใช้ท่อ ซึ่งลดลงร้อยละ 20 ก่อนดำเนินการใช้ใบตรวจสอบรายการ และทำให้สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ถึง 1,800 คนตลอด 4 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันพบว่า มีหลายประเทศได้ใช้ใบตรวจสอบรายการ ได้แก่ จีน จอร์แดน ไทย และอังกฤษ

การลดความผิดพลาดทางการแพทย์อีกวิธีหนึ่งคือ การลงโทษ (ซึ่งอาจถูกโต้แย้งได้) ดังเช่น การระงับการจ่ายเงินเนื่องจากความผิดพลาดในการดูแลรักษาผู้ป่วย วิธีการนี้ใช้ในสหรัฐอเมริกาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2551 ในโครงการประกันสังคม “เมดิแคร์” ซึ่งใช้สำหรับประชาชนที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โครงการนี้ไม่จ่ายเงินชดเชยให้กับโรงพยาบาลในกรณีที่มีความผิดพลาดทางการแพทย์ “ที่สามารถป้องกันได้” ที่รวมถึงความผิดพลาดหลัก ได้แก่ การผ่าตัดผิดอวัยวะ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น การมีแผลกดทับที่รุนแรง รวมถึงการที่ผู้ป่วยบาดเจ็บเนื่องจากตกเตียง การปฏิเสธการจ่ายเงินเนื่องจากความผิดพลาดดังกล่าว เมดิแคร์คาดว่า สามารถลดการเสียชีวิตประมาณ 98,000 คน ที่เกิดขึ้นในแต่ละปี (53)

ขจัดความสูญเสียและการทุจริต (Eliminate waste and corruption)

ประมาณการว่า ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสุขภาพของรัฐสูญไปประมาณร้อยละ 10 - 25 ต่อปี เนื่องจากการทุจริตในกระบวนการจัดซื้อที่เป็นการซื้อสิ่งที่จำเป็น เช่น ยา อุปกรณ์และการลงทุนเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐาน (54) เฉพาะกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า การฉ้อโกงและการทุจริตในรูปแบบอื่นๆ ของแต่ละประเทศมีมูลค่าต่อปี 12-23 พันล้านเหรียญสหรัฐ (55) กระบวนการผลิต และกระบวนการกระจายยาที่มีหลายขั้นตอนและซับซ้อน จึงมีโอกาสดังกล่าว ในขั้นตอนดังกล่าว และปัญหาได้ขยายออกไปยังการจัดซื้อด้วย

จากประสบการณ์แสดงให้เห็นว่า การทุจริตในการจัดซื้อและกระจายยาสามารถลดได้ โดยใช้กลยุทธ์สองประการ ประการแรกคือ ใช้วิธีการจากบนลงล่าง (top-down) โดยการปฏิรูปกฎหมาย การออกกฎหมาย การวางโครงสร้างการบริหาร และการกำหนดกระบวนการที่จำเป็นเพื่อให้แน่ใจว่า มีกฎข้อบังคับและกระบวนการจัดซื้อที่โปร่งใส ประการที่สองคือ การใช้วิธีการสร้างคุณค่าจากล่างขึ้นบน คือการส่งเสริมจรรยาบรรณสถาบันผ่านค่านิยมทางศีลธรรมและหลักการ รวมทั้งการจูงใจให้ข้าราชการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม

ตั้งแต่ พ.ศ.2547 มี 26 ประเทศนำหลักธรรมาภิบาลมาใช้กับโครงการเกี่ยวกับยา พบว่า ลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาได้ (56) อีกนวัตกรรมหนึ่งคือ พันธมิตรเพื่อความโปร่งใสเกี่ยวกับยา (Medicines Transparency Alliance) ซึ่งมุ่งเน้นไปที่การจัดซื้อและการขายที่มีคุณภาพดีผ่านการดำเนินการระดับประเทศ เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพห่วงโซ่การซื้อยาที่มีความโปร่งใสและตรวจสอบได้ (57)

อย่างไรก็ตาม หลักการเหล่านี้ไม่ได้จำกัดไว้เพียงการจัดซื้อและการกระจายยาเท่านั้น หากยังนำมาใช้ได้กับทุกกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หลักการเหล่านี้ต้องได้รับการสนับสนุนจากหลักการพื้นฐานของธรรมาภิบาล ซึ่งรวมถึงการตรวจสอบได้ ความโปร่งใส และการเคารพต่อการใช้กฎหมาย (58) หน้าที่หลักของกฎหมายที่สามารถลดทอนการรั่วไหลของงบประมาณและการรั่วไหลอื่น ๆ มีตั้งแต่ การลงทะเบียน การรับรองและการออกใบอนุญาตแก่ผู้ให้บริการโรงพยาบาลและผลิตภัณฑ์ (เพื่อปรับปรุงคุณภาพ) จนถึงการตรวจตราภายในและการตรวจสอบ ทั้งนี้ การปรับปรุงธรรมาภิบาลนั้นจำเป็นต้องใช้ข้อมูลอย่างชาญฉลาด เพื่อให้จำแนกการฝ่าฝืนกฎหมาย และกำกับการเปลี่ยนแปลงได้

ประเมินบริการที่จำเป็น

[Critically assess which services are needed]

ค่าใช้จ่ายสำหรับการมีสุขภาพดีในหนึ่งปีนั้น มีตั้งแต่ต่ำกว่า 10 เหรียญสหรัฐจนถึงมากกว่า 100,000 เหรียญสหรัฐต่อปี ขึ้นอยู่กับวิธีการรักษา (59, 60) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ หากเลือกวิธีการรักษาที่มีค่าใช้จ่าย 10 เหรียญสหรัฐต่อการมีสุขภาพดี 1 ปี เงินจำนวน 1 ล้านเหรียญสหรัฐสามารถทำให้เกิดปีสุขภาพดี 100,000 ปี แต่หากเลือกวิธีการรักษาที่มีค่าใช้จ่าย 100,000 เหรียญสหรัฐ จะได้จำนวนปีที่มีสุขภาพดีเพียง 10 ปี

ไม่มีกฎทั่วไปที่จะระบุได้ว่า การรักษาแบบใดมีต้นทุนประสิทธิผลหรือความคุ้มค่า(cost effectiveness) มากที่สุด เพราะต้องคำนึงถึงราคา รูปแบบของโรคและระดับการครอบคลุมด้วย ไม่เป็นความจริงเสมอไปว่า การป้องกันนั้นคุ้มค่ากว่าการรักษา การป้องกันบางอย่างคุ้มค่าและมีการใช้จ่ายน้อย แต่การป้องกันบางอย่างไม่ได้เป็นเช่นนั้น โดยหลักการแล้ว แต่ละประเทศต้องประเมินต้นทุนประสิทธิผลหรือความคุ้มค่า และประสิทธิภาพภายในประเทศเอง แม้ว่าการอนามัยโลกจะมีแนวทางต้นทุนประสิทธิผลของการรักษา ในสถานการณ์ต่าง ๆ จากการศึกษารักษาที่มีต้นทุนประสิทธิผลหรือความคุ้มค่า (the WHO-CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost Effective) และการศึกษาการจัดลำดับความสำคัญของการควบคุมโรคก็ตาม (61)

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เห็นได้ชัดคือ การรักษาที่ราคาสูงแต่ได้ผลต่ำมีมากเกินไป ขณะที่การรักษาที่ค่าใช้จ่ายน้อยแต่มีผลต่อการรักษาสูงนั้นถูกนำมาใช้น้อยมาก (59, 60) ดังนั้น หากเปลี่ยนมาใช้การรักษาแบบที่สองก็ทำให้บรรลุความมีประสิทธิภาพมากขึ้น เมื่อทบทวนการศึกษาบางอย่างที่เปรียบเทียบสถานภาพเดิมกับการรักษาแบบผสมผสานที่เหมาะสมสำหรับโรคเฉพาะที่ซับซ้อนหรือสภาพอาการต่าง ๆ (ตาราง 4.2) พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นเช่นเดียวกันนี้มีค่าใช้จ่ายปัจจุบันระหว่าง ร้อยละ 16-99 ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับสภาพอาการป่วยงบที่ประหยัดที่ได้มีส่วนร่วมสำคัญในการนำไปใช้ในการปรับปรุงสุขภาพในด้านอื่นๆได้

ตาราง 4.2 ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินการรักษา

การศึกษา	หน่วยเงิน ^๑	ต้นทุนต่อหนึ่งปีของการมีสุขภาพดี		
		การรักษา ผลมผลาน ปัจจุบัน	การผลม ผลานที่ดี ที่สุด	ดีขึ้น (ร้อยละ)
การรักษาโรคมาลาเรียด้วยยาในแอมเบีย (๖๒) (ราคาต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา)	US\$	10.65	8.57	20-
การป้องกันโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย (๖๓)				
• การป้องกันโรคหลอดเลือดและหัวใจ	BHT	300,000	2,185	99
• การป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร (แอลกอฮอล์)		6,190	3,375	45
• การป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจร (หมวก กันน็อค)		1,000	788	21
การควบคุมแอลกอฮอล์และยาสูบในเอสโตเนีย (๖๔)	EEK			
• สุรา		2,621	893	66
• ยาสูบ		292	247	15
การรักษาอาการทางประสาทจิตเวชในไนจีเรีย (๖๕)	NGN	37, 835	26,337	30
• โรคจิตเภท		210,544	67,113	68
• โรคซึมเศร้า		104,586	62,095	41
• โรคลมชัก		13,339	10,507	21
• การดื่มสุรา		20,134	10,677	47
สุขภาพจิต-ชุดการดูแลสุขภาพในออสเตรเลีย (๖๖)	AU\$	30,072	17,536	42
• โรคจิตเภท		196,070	107,482	45
• โรคอารมณ์แปรปรวน (หากมี)		20,463	10,737	48
• โรควิตกกังวล (หากมี)		15,184	9,130	40
• ความผิดปกติจากการดื่มสุรา		97,932	53,412	45

การศึกษา	หน่วยเงิน ^๑	ต้นทุนต่อหนึ่งปีของการมีสุขภาพดี		
		การรักษา ผลมผลาน ปัจจุบัน	การผลม ผลานที่ดี ที่สุด	ดีขึ้น (ร้อยละ)
การรักษาและป้องกันมะเร็งปากมดลูก (67) ^๒				
ภูมิภาคย่อยที่มีรายได้สูง (EurA)	IS	4,453	3,313	26
ภูมิภาคย่อยที่มีรายได้ปานกลาง (WprB)		3,071	1,984	35
ภูมิภาคย่อยที่มีรายได้ต่ำ (SearD)		421	355	16

^๑ US\$, เหรียญสหรัฐ ;BHT, เงินบาทไทย; EEK, เอสโทเนียครูน ; NGN, ไนจีเรีย โนรา ; AUS, เหรียญออสเตรเลีย ;IS, เหรียญสากล

^๒ ภูมิภาคย่อยขององค์การอนามัยโลก (การแบ่งชั้นตามอัตราการตาย): EurA ได้แก่ประเทศในภูมิภาคยุโรปซึ่งมีอัตราการตายของผู้ใหญ่และเด็กต่ำ; WprB ได้แก่ประเทศในแปซิฟิกตะวันตกที่มีอัตราการตายของผู้ใหญ่และเด็กต่ำ; SearD ได้แก่ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งมีอัตราการตายของผู้ใหญ่และเด็กสูง ทั้งนี้ ภูมิภาคขององค์การอนามัยโลกมีการแบ่งออกเป็นภูมิภาคย่อยตามการแบ่งชั้นอัตราการตายของเด็กและผู้ใหญ่: A, อัตราการตายของเด็กและผู้ใหญ่ต่ำมาก; B, อัตราการตายของเด็กและผู้ใหญ่ต่ำ; C, อัตราการตายของเด็กต่ำและอัตราการตายของผู้ใหญ่สูง; D, อัตราการตายของเด็กและผู้ใหญ่สูง; E, อัตราการตายของเด็กสูงและอัตราการตายของผู้ใหญ่สูงมาก (<http://www.who.int/choice/demography/regions>) โดยการจำแนกประเภทไม่ได้แบ่งชั้นอย่างเป็นทางการและใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์เท่านั้น

แม้จะเกิดค่าใช้จ่ายด้านธุรกรรมในการกระจายงบประมาณใหม่ แต่หลักฐานในตาราง 4.2 เสนอว่า ประเทศที่จัดลำดับความสำคัญความคุ้มค่าของการรักษานั้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพได้ประมาณร้อยละ 20 ซึ่งความคุ้มค่าของการรักษาในแต่ละประเทศนั้นแตกต่างกันไป แต่ประเทศที่มีรายได้ต่ำยังไม่ได้ใช้วิธีการที่คุ้มค่าที่สุดสำหรับการป้องกันโรค เช่น การดูแลและรักษาพยาบาลสำหรับมารดาและทารกแรกเกิด หรือการให้วัคซีนพื้นฐานแก่เด็ก ซึ่งเป็นต้นทุนการรักษาที่มีมูลค่าสูงสำหรับชีวิตของมนุษย์

ต้นทุนประสิทธิผล (Cost-effectiveness) ไม่ใช่สิ่งเดียวที่ต้องคำนึงถึงเมื่อต้องตัดสินใจเลือกการรักษาผสมผสานที่เหมาะสม แต่ต้องคำนึงถึงประเด็นความยุติธรรม ความเป็นธรรม หรือความเหมาะสมเป็นพื้นฐาน คุณค่าทางสังคมต่อวิธีการรักษาโรคเฉพาะอาจแตกต่างจากผลประโยชน์ด้านสุขภาพที่ได้รับจากการรักษาดังกล่าว ดังเช่น การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากในสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายในการดูแลในที่สุดท้ายของการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยคิดเป็นเงินถึง 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายในแต่ละปีของเมดิแคร์ แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยเหล่านี้มีเพียงร้อยละ 5 ของจำนวนผู้อยู่ในระบบทั้งหมดก็ตาม (68) ซึ่งการที่สังคมคำนึงถึงคุณค่ามากกว่าความคุ้มค่าทางการเงินหรือต้นทุนประสิทธิผล จึงจัดให้มีการดูแลในภาวะสุดท้ายของชีวิต กรณีนี้ถือว่าเป็นตัวอย่างที่ไม่สุดโต่งมากนัก แต่สิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมักต้องเผชิญคือ การลดลงของต้นทุนประสิทธิผลในการขยายความคุ้มครองการรักษาให้กับพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล ดังที่ได้กล่าวแล้วในบทที่ 1 ว่า พันธะสัญญาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นกับระดับของความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม และความพร้อมที่จะตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างประสิทธิภาพและความเป็นธรรม

ในขณะที่ประเด็นความเป็นธรรมเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่ต้องคำนึงถึง แต่รัฐบาลยังคงจำเป็นที่ต้องมุ่งเน้นไปที่ต้นทุนประสิทธิผล เพื่อให้สามารถจัดซื้อบริการที่ได้ผลมากขึ้น อันจะทำให้มั่นใจได้ว่า ระบบจะได้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่าที่สุดจากเงินที่จ่ายไป ซึ่งมีการกล่าวถึงต่อไปในบทนี้

ประโยชน์สำคัญจากการปรับปรุงประสิทธิภาพ (The potential benefits of improving efficiency)

เมื่อใช้ระดับความไร้ประสิทธิภาพเฉลี่ยที่กล่าวมาแล้วนำมาคูณกับค่าสัดส่วนเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับแต่ละองค์ประกอบ ทำให้สามารถเข้าใจสิ่งที่จะได้รับการจากการเพิ่มประสิทธิภาพได้ (ตาราง 4.3) ตารางนี้ได้สรุป 10 สาเหตุทั่วไปของการไร้ประสิทธิภาพ โดยแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มกว้างๆ ได้แก่ ทรัพยากรบุคคลด้านสุขภาพ ยา โรงพยาบาล การรื้อไหลจากการทุจริตและการสูญเสีย และการรักษาแบบผสมผสาน

ตาราง 4.3 ประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้น แยกตามต้นทุนและกลุ่มรายได้ของประเทศ

กลุ่มรายได้	ประสิทธิภาพของ การประหยัดงบประมาณ (ร้อยละของค่าใช้จ่ายรวม ด้านสุขภาพ)	งบที่ประหยัดได้ต่อหัว ประชากร (เหรียญสหรัฐ)		งบที่ประหยัดได้ต่อ ประชากรทั้งหมด (พันล้านเหรียญสหรัฐ)	
		ค่าเฉลี่ย	ช่วง	ค่าเฉลี่ย	ช่วง
ทรัพยากรมนุษย์				563	110-851
รายได้สูง	8-16	492	78-629	499	79-639
รายได้ปานกลาง	7-14	14	7-48	61	29-206
รายได้ต่ำ	8-15	2	1-5	3	1-6
ยา				115	24-193
รายได้สูง	2-3	93	14-122	95	14-124
รายได้ปานกลาง	2-5	5	2-16	19	9-67
รายได้ต่ำ	3-5	1	0-2	1	0-2
โรงพยาบาล				287	54-503
รายได้สูง	3-8	233	30-325	236	31-330
รายได้ปานกลาง	5-11	11	5-39	49	23-168
รายได้ต่ำ	4-9	1	1-3	2	1-4
การรื้อไหล				271	51-468
รายได้สูง	3-8	221	28-310	224	29-315
รายได้ปานกลาง	5-10	10	5-35	44	22-150
รายได้ต่ำ	5-10	2	1-3	2	1-4
การผสมผสานการรักษา				705	141-1094
รายได้สูง	10-20	602	95-774	611	96-786
รายได้ปานกลาง	10-20	21	10-70	89	43-299
รายได้ต่ำ	10-20	3	2-7	4	2-8
รวม				1409	282-2188
รายได้สูง	20-40	1204	189-1548	1223	192-1573
รายได้ปานกลาง	20-40	42	20-140	178	86-599
รายได้ต่ำ	20-40	7	3-13	8	4-17

- ^a ได้มาจากการคูณช่วงการประหยัดที่ได้จากประสิทธิภาพ (ทรัพยากรมนุษย์ ร้อยละ 15-25, ยา ร้อยละ 10-15, โรงพยาบาล ร้อยละ 10-25, กับค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพในกลุ่มประเทศที่มีระดับรายได้ต่างๆ; การประหยัดที่ได้จากการรื้อไหลและการผสมผสานการรักษาเป็นค่าประมาณการโดยตรงตามร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อประชากร (6, 69)
- ^b ได้มาจากการคูณการประหยัดที่ได้จากประสิทธิภาพกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเฉลี่ยต่อประชากร (ค่า interquartile range); 4013 (947-3871) (รายได้สูง); 139 (101-351) (รายได้ปานกลาง); 22 (15-33) (รายได้ต่ำ) (6,69)

ตาราง 4.3 แสดงชัดเจนว่า ประเทศที่มีรายได้ต่ำสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพได้ร้อยละ 12-24 ต่อปี ด้วยการปรับปรุงประสิทธิภาพของโรงพยาบาลหรือของบุคลากร ซึ่งค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้นั้นสามารถขยายการคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงินให้กับคนจำนวนมากขึ้นหรือขยายบริการที่มีอยู่ได้ แม้จะยังไม่ทราบแน่ชัดว่า หากประเทศต่าง ๆ ลดการไร้ประสิทธิภาพในทุกเรื่องจะเกิดผลอย่างไร แต่ผลที่ได้รับย่อมไม่ใช่ผลรวมของการเพิ่มประสิทธิภาพในแต่ละเรื่องรวมกัน ตัวอย่างเช่น การเพิ่มประสิทธิภาพของผู้ปฏิบัติงานอาจส่งผลให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพของโรงพยาบาลได้ มีการประมาณการว่าร้อยละ 20-40 ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพในภาพรวมส่งผลต่อสภาวะสุขภาพเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ดังนั้น หากสามารถปรับเปลี่ยนการลงทุนทางทรัพยากรอย่างชาญฉลาดขึ้นย่อมส่งผลต่อสุขภาพแก่ประชาชนอย่างมหาศาล

ขั้นตอนแรกคือ ต้องประเมินลักษณะและสาเหตุของความไร้ประสิทธิภาพภายในประเทศ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้างต้น จากนั้นต้องประเมินต้นทุนและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่จะใช้ การเพิ่มประสิทธิภาพนั้นทำได้แน่นอน ดังจะเห็นได้จากกรณีของประเทศเลบานอน (กล่อง 4.2) แม้ว่าประเทศต่าง ๆ อาจจะไม่มียาลล์เช่นเดียวกับประเทศนี้ แต่เกือบทุกแห่งย่อมเกิดผลเชิงบวกอย่างเห็นได้ชัด

กล่อง 4.2 การปฏิรูปของประเทศเลบานอน: การปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุข การเพิ่มความครอบคลุม และการลดการใช้เงินของผู้ป่วย

ใน พ.ศ.2541 ประเทศเลบานอนใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพจำนวนร้อยละ 12.4 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) ซึ่งสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคแถบเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก การจ่ายเงินเพื่อรับบริการของผู้เข้ารับการรักษา (Out-of-pocket payments) คิดเป็นร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดด้านสุขภาพ ซึ่งสูงสุดในภูมิภาคนี้ ทำให้เป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อย หลังจากปีดังกล่าว กระทรวงสุขภาพได้ทำการปฏิรูปหลายรูปแบบเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและความเป็นธรรม

องค์ประกอบหลักของการปฏิรูปคือ การปรับปรุงเครือข่ายการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของภาครัฐ การปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาลรัฐ และการปรับปรุงความสมเหตุสมผลของเทคโนโลยีทางการแพทย์และการใช้ยา ซึ่งกรณีหลังนี้ได้เพิ่มการใช้ยาชื่อสามัญที่ได้รับการรับรองคุณภาพด้วย นอกจากนี้ กระทรวงสุขภาพยังสร้างความแข็งแกร่งของความเป็นผู้นำ และการทำหน้าที่อย่างมีธรรมาภิบาลผ่านผู้มีอำนาจหน้าที่ในการใช้กฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพและเทคโนโลยีชีวการแพทย์ของประเทศ และระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งการทำสัญญากับโรงพยาบาลเอกชน สำหรับการให้บริการผู้ป่วยในบางรายการสำหรับกลุ่มเฉพาะตามราคาที่กำหนด และปัจจุบันมีฐานข้อมูลที่น่าสนใจเพื่อกำกับดูแลการจัดบริการในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน

คุณภาพการให้บริการในภาครัฐที่ปรับปรุงขึ้นทั้งในระดับปฐมภูมิและตติยภูมินั้น ส่งผลให้มีการใช้บริการที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มคนยากจน มีส่วนให้กระทรวงสุขภาพมีบทบาทเป็นผู้ให้บริการที่มีความสำคัญมากขึ้น จึงสามารถเจรจาต่อรองอัตราบริการที่ซื้อจากโรงพยาบาลเอกชนได้ และสามารถใช้งานข้อมูลเพื่อติดตามต้นทุนต่อหน่วยบริการจากโรงพยาบาลต่างๆได้ นับตั้งแต่ พ.ศ.2540 เป็นต้นมา พบว่าการใช้บริการป้องกันโรคส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาลนั้นดีขึ้นเป็นลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนยากจน ซึ่งมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นด้วย การลดค่าใช้จ่ายด้านยา รวมกับการเพิ่มประสิทธิภาพด้านอื่นๆจึงส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติลดลงจากร้อยละ 12.4 เป็นร้อยละ 8.4 และสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองต่อค่าใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพนั้นลดลงจากร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 44 ถือว่าเป็นการเพิ่มระดับของการปกป้องความเสี่ยงทางการเงินด้วย

การจูงใจ การคลังสุขภาพ และประสิทธิภาพ (Incentive, health financing and efficiency)

ส่วนที่แล้วได้กล่าวถึงการดำเนินการเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพจาก 10 สาเหตุ และในส่วนนี้จะมุ่งเน้นไปที่แรงจูงใจและการขาดแรงจูงใจ ซึ่งเป็นผลจากระบบการคลังแบบต่างๆและอาจส่งผลต่อการเพิ่มหรือลดประสิทธิภาพได้

วิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องพิจารณา พบว่า กลไกการจ่ายเงินในแต่ละระบบที่ใช้ในการจ่ายให้กับสถานพยาบาล แพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัดหรือผู้ที่ทำงานในสถานพยาบาลดังกล่าวนั้นมีความหลากหลายและแตกต่างกัน และมีแรงจูงใจที่ทำให้เกิดความรู้ประสิทธิภาพได้ ระบบการจ่ายเงินพื้นฐานทั่วไปดังที่ได้กล่าวไปแล้วคือ การที่ผู้ป่วยจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลเมื่อเข้ารับบริการ แต่พบว่า กรณีนี้มีข้อด้อยหลายประการ ซึ่งเห็นได้ชัดว่า กลไกการจ่ายเงินดังกล่าวก่อให้เกิดอุปสรรคทางการเงินสำหรับคนยากจนที่จะเข้ารับบริการ และสร้างภาระค่าใช้จ่ายแก่ประชาชนที่จำเป็นต้องใช้บริการ อย่างไรก็ตาม การจ่ายเงินเมื่อเข้ารับบริการนี้เป็นการกระตุ้นให้มีการใช้บริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็นสำหรับผู้ที่สามารถจ่ายเงินได้ นับเป็นรูปแบบหนึ่งของการไร้ประสิทธิภาพ

ส่วนวิธีการจ่ายค่าบริการตามรายการและอัตราที่เรียกเก็บ (fee-for-service payments) เป็นรูปแบบทั่วไปของการจ่ายเงินจากกองทุน และพบได้ทั่วไปในการประกันสุขภาพ กลไกนี้ใช้โดยทั่วไปและมีค่าใช้จ่ายที่สูง เนื่องจากผู้รับประกันเป็นผู้จ่ายเงิน ในขณะที่แพทย์และผู้ป่วยไม่มีแรงจูงใจในการจำกัดค่าใช้จ่าย ทำให้มีการใช้บริการที่เกินความจำเป็นอย่างที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งการให้บริการที่มากเกินไปนี้ มักพบในรูปแบบของการจ่ายยาที่มากเกินไปหรือการให้การรักษาอื่นๆที่เกินความจำเป็นโดยไม่ใช่เพียงแค่การจ่ายยานอกจากนี้ ยังมีการศึกษาล่าสุดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มอุบัติการณ์ของการผ่าท้องคลอด (Caesarean-section deliveries) ซึ่งมีปัจจัยเด่นหลายประการ แต่ปัจจัยที่สำคัญคือเป็นความต้องการของคนไข้ และแรงจูงใจในการให้บริการของแพทย์ที่ได้รับเงินต่อการผ่าท้องคลอด (70) ถึงแม้ว่า

การผ่าท้องคลอดมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มอัตราการตายของมารดา การเจ็บป่วยของมารดาและทารก รวมทั้งมีผลแทรกซ้อนของการคลอดครั้งต่อไป (71-73) ก็ตาม แต่การคลอดด้วยการผ่าตัดยังคงเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่าการคลอดด้วยวิธีธรรมชาติจะไม่มีความเสี่ยงก็ตาม (74) ข้อมูลจาก 69 ใน 137 ประเทศที่มีข้อมูลอยู่ในระบบ พบว่า อัตราการผ่าท้องคลอดเพิ่มขึ้น มีผลให้ประเทศมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นประมาณ 7 พันล้านเหรียญต่อปี สำหรับการผ่าท้องคลอดที่ไม่จำเป็นนี้ (กล่อง 4.3)

กล่อง 4.3 ความหลากหลายของการการใช้ทรัพยากรในการผ่าท้องคลอดทั่วโลก (Global variation in recourse to Caesarean section)

จำนวนการผ่าท้องคลอดมีความแตกต่างกันมากระหว่างประเทศต่างๆ โดยประเทศที่ร่ำรวยกว่าและประเทศที่กำลังจะร่ำรวยมีการผ่าตัดคลอดเป็นจำนวนมาก แต่ประเทศที่มียากจนซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในแถบแอฟริกา ก็ยังไม่สามารถจัดบริการได้ตามอุปสงค์ ข้อมูลการผ่าท้องคลอดใน 137 ประเทศในปี 2550 แสดงให้เห็นว่า มี 54 ประเทศ ที่มีเด็กที่คลอดด้วยการผ่าท้องน้อยกว่าร้อยละ 10 จากเด็กแรกเกิดทั้งหมด และมี 69 ประเทศที่มีค่าดังกล่าวสูงกว่าร้อยละ 15 ส่วนอีก 14 ประเทศมีรายงานว่า อยู่ระหว่างค่าที่แนะนำคือระหว่างร้อยละ 10-15 เมื่อวิเคราะห์รายประเทศตามวิธีการการเลือกการรักษาที่คุ้มค่าขององค์การอนามัยโลก (WHO-CHOICE: CHOosing Interventions that are Cost Effective) พบว่า ค่าใช้จ่ายที่มากเกินไปของการผ่าตัดคลอดทั่วโลกนั้นสูงกว่า 2 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี ในพ.ศ. 2551 ประมาณการว่า มูลค่าที่เกิดจากการผ่าท้องคลอดที่มากเกินไปความจำเป็นในประเทศที่มีรายได้สูง (ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงด้วย) สามารถนำไปใช้ดำเนินการในประเทศยากจนได้ถึงกว่า 6 เท่า

การศึกษาผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าท้องคลอดโดยกลุ่มผู้ที่ได้รับผลประโยชน์จากการผ่าท้องคลอดยังไม่มีข้อมูลชัดเจน แต่ในการศึกษาด้านอุปทานและอุปสงค์เดียวกันนี้ พบว่า หากเป็นการให้บริการโดยสถานพยาบาลของรัฐ อัตราการผ่าท้องคลอดนี้ลดลงอย่างฮวบฮาบ แต่หากอัตราผ่าท้องคลอด

ในภาพรวมลดลงร้อยละ 29.8 (ร้อยละ 9.6 - 50) สัดส่วนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจากภาครัฐอาจเพิ่มขึ้นถึงสองเท่า (70)

โดยส่วนใหญ่แล้ว ระบบที่บริษัทประกันสุขภาพเป็นผู้จ่ายค่าธรรมเนียมการใช้บริการจะช่วยควบคุมสถานพยาบาลเพื่อป้องกันการให้บริการที่มากเกินไป โดยหลายประเทศใช้กลไกการจ่ายร่วม ณ จุดบริการ หรือใช้รูปแบบอื่น ๆ ของการร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยคำนึงถึงความจำเป็นในการใช้บริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม มาตรการดังกล่าวอาจมีค่าใช้จ่ายสูง เพราะต้องมีการกำกับดูแล แต่ไม่ใช่เป็นการแก้ขั้นตอนเหตุของปัญหา คือแรงจูงใจในการให้บริการที่มากเกินไปจากการได้รับเงินชดเชยต่อรายการที่ให้บริการ

กลยุทธ์หนึ่งเพื่อจำกัดการให้บริการที่มากเกินไป คือ การใช้กลไกการจ่ายเงินตามจำนวนประชากร (Capitation) ให้กับสถานบริการ กลไกดังกล่าวมักใช้ในบริการระดับปฐมภูมิ โดยสถานพยาบาลได้รับเงินที่กำหนดไว้ล่วงหน้าเพื่อให้บริการครอบคลุมความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนแต่ละคนที่ลงทะเบียนไว้ที่สถานพยาบาลแห่งนั้น ทั้งนี้ ต้องทำให้แพทย์หรือหน่วยบริการซึ่งเป็นผู้ถือเงินได้บริหารจัดการดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบ หรือส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่สูงขึ้น โดยการสนับสนุนให้เน้นบริการป้องกันโรค รวมถึงการป้องกันมิให้ลดการส่งต่อในรายที่มีการป่วยรุนแรง เพราะการส่งต่อผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ให้บริการ หน่วยบริการหรือผู้ถือเงินต้องจ่ายเงินจากกองทุนออกไป ซึ่งกรณีนี้ทำให้แพทย์มีแรงจูงใจในการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้าได้

กลไกการจ่ายเงินตามจำนวนประชากรบางครั้งนำมาใช้ในการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิโดยไม่ผูกติดกับวิธีการจ่ายเงินให้แก่บริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ สำหรับกรณีนี้ ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิอาจมีแรงจูงใจที่ส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลในระดับสูงขึ้นเร็วกว่าเดิม หรือกรณีที่ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลในระดับสูงขึ้น ก็จะไม่ส่งต่อ ซึ่งนับว่าเป็นวิธีปกป้องงบประมาณของตน

สำหรับการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลนั้น หากจ่ายเงินตามจำนวนวันนอน จะเหมือนกับการจ่ายตามรายการ (Fee for service) ซึ่งส่งผลต่อการนอนในโรงพยาบาลที่ยาวนานออกไป ดังนั้น จึงก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายมากกว่าที่ควร (76, 77)

กลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพมากกว่าคือ การจ่ายเงินเป็นรายผู้ป่วยบนพื้นฐานของการจัดกลุ่ม (case-based payment) เช่น การใช้กลไกกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnostic-related groups :DRGs) กลไกนี้เป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะทางพยาธิวิทยาเหมือนกัน และมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน การจ่ายเงินโดยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจะเป็นการจ่ายเงินในอัตราตายตัว โดยไม่คำนึงถึงว่า หน่วยบริการจะรักษาผู้ป่วยละเอียดลออมากน้อยเพียงใด หรือผู้ป่วยจะอยู่ในโรงพยาบาลนานเพียงใด แต่ข้อเสียของวิธีการนี้ก็คือ โรงพยาบาลอาจจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วกว่ากำหนด และรับผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาลซ้ำ ทั้งนี้ โรงพยาบาลมีแรงจูงใจในการรับเงินอีกเมื่อผู้ป่วยเข้ามารักษาใหม่อีกครั้ง หลายๆประเทศและหลายกองทุนประกันสุขภาพ ที่ไม่ใช่เพียงประเทศที่มีรายได้สูงได้นำรูปแบบการจ่ายเงินเป็นรายผู้ป่วยบนพื้นฐานของการจัดกลุ่มมาใช้ในการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและกระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพ มีตัวอย่างให้เห็นในประเทศ คาซัคสถาน คีร์กีซสถาน ไทย และตุรกี (78-81)

ในประเทศสวีเดน มีการเปรียบเทียบระหว่างรัฐบาลท้องถิ่นที่มีการใช้กลไกกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมในการจ่ายเงินกับกลุ่มพื้นที่ที่ไม่ได้ใช้กลไกดังกล่าว พบว่าการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ถึงร้อยละ 10 (82)

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีรายงานว่า ค่าวันนอนเฉลี่ยลดลงเมื่อใช้กลไกกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เปรียบเทียบกับการจ่ายเงินขดเชยวิธีอื่น (83) อย่างไรก็ตาม ทั้งการจ่ายเงินเหมาจ่ายตามจำนวนประชากร และกลไกกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมนั้นจำเป็นต้องมีการคำนวณต้นทุนอย่างถูกต้องก่อนนำไปใช้งาน และมีการกำกับผลกระทบของมาตรการดังกล่าวเมื่อเวลาผ่านไป

ทางเลือกในการจ่ายเงินขดเชยให้กับบุคลากรสาธารณสุขไม่ว่าต่อรายบริการ หรือการเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรเป็นการจ่ายเงินเดือนที่ตายตัว สิ่งท้าทายคือ การเพิ่มแรงจูงใจให้กับบุคลากรเพื่อให้งานให้ดียิ่งขึ้น สำนักงานบริการสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศอังกฤษนำโครงการการจ่ายโบนัส เพื่อเป็นแรงจูงใจสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมาใช้ใน พ.ศ.2547 โครงการนี้ออกแบบมาเพื่อกระตุ้นให้แพทย์ปรับปรุงการให้บริการ โดยเฉพาะการกำกับดูแลสภาพอาการบางอย่าง เช่น หัวใจล้มเหลว หอบหืดและเบาหวาน

เงินโบนัสมีจำนวนหลายพันปอนด์ต่อปี และเป็นรายได้สำคัญของแพทย์ (84)

หลายประเทศเริ่มพัฒนาระบบการจ่ายเงินแบบผสมผสานทั้งในระดับโรงพยาบาลและผู้ให้บริการ บนสมมติฐานที่ว่า วิธีการจ่ายเงินแบบผสมอย่างรอบคอบจะทำให้เกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพมากกว่าใช้วิธีการจ่ายเงินเพียงวิธีการเดียว (85) ตัวอย่างเช่น ระบบของประเทศเยอรมัน ได้รวมงบประมาณเข้ากับการจ่ายเงิน โดยใช้กลไกกลุ่มวินิจัยโรคร่วมสำหรับจ่ายให้โรงพยาบาลเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย ส่วนในประเทศฟินแลนด์มีการจ่ายเงินแบบผสมผสานทั้งเงินเดือน เงินเหมาจ่ายตามจำนวนประชากรและการจ่ายตามรายการบริการให้แก่แพทย์

การจ่ายเงินตามผลงาน (Paying performance)

แนวคิดการจ่ายเงินตามผลงานนั้นตรงกันข้ามกับวิธีการที่ใช้ในเมดิแคร์ แนวคิดนี้จะให้รางวัลกับแพทย์และพยาบาลที่ทำงานถูกต้องแทนที่จะปฏิเสธการจ่ายเมื่อพวกเขาทำพลาด การสร้างแรงจูงใจตามผลงานนี้ใช้มาหลายทศวรรษแล้วภายใต้ชื่อต่างๆ เช่น การจ่ายเงินตามผลงาน สัญญาจ้างงานตามผลงาน การเงินตามผลงานและการจ่ายเงินตามผลลัพธ์ ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการจ่ายเงินให้กับการให้บริการเฉพาะ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีบริการครอบคลุมมากขึ้น คุณภาพที่ดีขึ้น หรือทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น (86)

การจ่ายเงินตามผลงานดังกล่าวก่อให้เกิดผลดีตามความคาดหวังในประเทศที่มีรายได้สูงหลายประเทศนอกเหนือจากประเทศอังกฤษดังที่ได้กล่าวในบทก่อนหน้านี้ ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า มีมากกว่า 200 โครงการที่จ่ายเงินตามผลงาน ประเทศฝรั่งเศสมีโครงการระดับประเทศ ประเทศสเปนและอิตาลีมีโครงการในระดับท้องถิ่นหรือเป็นโครงการนำร่องขนาดเล็ก (84) ผลการประเมินชี้ว่า แรงจูงใจของการจ่ายเงินตามผลงานสามารถเพิ่มศักยภาพการทำงานของแพทย์และ/หรือโรงพยาบาลให้บรรลุตัวชี้วัดต่างๆ รวมถึงตัวชี้วัด

ด้านคุณภาพ เช่น การปฏิบัติงานที่ดีที่สุด (best practices) การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยและการลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (87, 88) อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานว่า บางครั้งการจ่ายเงินตามผลงานเพื่อให้เกิดแรงจูงใจก็ไม่ได้ส่งผลต่อการปรับปรุงผลงานของสถานพยาบาล (89) และแม้ว่าจะก่อให้เกิดผลกระทบที่ดีอยู่บ้าง แต่พบว่ามักไม่ค่อยมีการคำนึงถึงความคุ้มค่าหรือต้นทุนประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม คำถามที่ว่าระดับผลลัพธ์ที่ปรับปรุงขึ้นนี้คุ้มค่ากับการจ่ายเงินเพิ่มขึ้นเพื่อให้มีระดับที่ดีขึ้นดังกล่าวหรือไม่? มีวิธีการใดที่คุ้มค่าหรือมีต้นทุนประสิทธิผลกว่าโดยได้ผลลัพธ์เหมือนกันหรือไม่? เหล่านี้ยังไม่มีคำตอบ (90)

เมื่อไม่นานมานี้ ประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศใช้กลไกการจ่ายเงินนี้ในหลายรูปแบบ และมักเป็นโครงการนำร่อง โดยเงินที่ได้รับบริจาคซึ่งมักเป็นโครงการดูแลมารดาและเด็ก (91) ประเทศเหล่านี้ได้แก่ บรูไนดี กัมพูชา คาเมรูน สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก อียิปต์ ไซติ อินเดีย นิการากัว และรวันดา มีรายงานว่า ประเทศเหล่านี้มีการปรับปรุงผลงานในการดูแลสุขภาพหลายๆ ส่วน รวมถึงจำนวนการดูแลมารดาก่อนคลอด สัดส่วนของการคลอดในสถานพยาบาล และความครอบคลุมการให้วัคซีนเด็ก (92, 93)

อย่างไรก็ตาม ต้องพึงระวังว่า ผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นนั้นอาจมาจากหลักฐานที่จำกัดหรือการประเมินอย่างไม่เข้มงวด การทบทวนในหลายประเทศที่ผ่านมาเสนอว่า วิธีการจ่ายเงินตามผลงานสามารถใช้เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพหากนำไปใช้งานอย่างถูกต้อง (94) ซึ่งจำเป็นต้องมีถ้อยแถลงกฎการดำเนินงานอย่างชัดเจนรวมถึงสิ่งที่คาดหวังจากผู้เข้าร่วมโครงการแต่ละคน นอกจากนี้ ยังเกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของระบบข้อมูลข่าวสาร และการทำหน้าที่กำกับดูแล เพื่อป้องกันแรงจูงใจที่ผิด ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้บริการพยายามดักตวงผลประโยชน์จากระบบด้วยการเน้นการทำหัตถการและให้บริการแก่ผู้ป่วยบางประเภทที่มีผลตอบแทนหรือแรงจูงใจสูง เพื่อเพิ่มรายได้ หรือไม่ให้บริการในหัตถการและในผู้ป่วยที่มีค่าตอบแทนต่ำ ทั้งนี้ พฤติกรรมเหล่านี้มีรายงานทั้งในประเทศที่มีรายได้สูงและรายได้ต่ำ (95-97)

สิ่งที่ต้องตระหนักสองประการสำหรับการจ่ายเงินตามผลงานเพื่อจูงใจ **ประการแรก** หากการจ่ายเงินตามผลงานถูกนำมาใช้ในโครงการที่แยกออกจากกันและเป็นอิสระต่อกัน ผลลัพธ์อาจเป็นการแข่งขันให้ได้รับแรงจูงใจจากผลงานระหว่างโครงการ แต่ละโครงการจะมุ่งให้ผู้ให้บริการทำงานในโครงการของตนมากกว่าโครงการอื่น ๆ กรณีที่ผู้บริจาคนำเข้ามาร่วมด้วย ประเทศผู้รับบริจาคจำเป็นต้องตัดสินใจว่า การสร้างแรงจูงใจตามผลงานจะเหมาะสมกับการคลังสุขภาพโดยรวมหรือไม่ และกลยุทธ์ในการให้บริการจะเป็นอย่างไร จะจ่ายเงินจูงใจอย่างไร ที่ไหน และเพื่ออะไร

ประการที่สอง คือ การมุ่งเน้นไปที่การให้รางวัลทางการเงินอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่ละเอียดอ่อนของผู้ให้บริการ ยกตัวอย่างเช่น ทำให้บุคลากรสาธารณสุขรู้สึกว่ามีผู้สงสัยในศักยภาพของตน หรืออาจรู้สึกว่าการเจตนาดีของตนในการทำงานให้ดีขึ้นไม่เป็นที่น่าพอใจหรือได้รับการปฏิเสธ (98) การมุ่งเน้นเรื่องผลตอบแทนดังกล่าวยังอาจกระตุ้นให้บุคลากรสาธารณสุขคาดหวังถึงเงินโบนัสสำหรับการทำงานทุกอย่างด้วย (99)

การซื้ออย่างมีกลยุทธ์ (Strategic purchasing)

การจ่ายเงินตามผลงานจำเป็นเป็นเพียงหนึ่งในข้อควรพิจารณาเมื่อจะจัดสรรงบประมาณกองทุน เพื่อให้มั่นใจว่า มีการให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชนที่มีความต้องการด้านสุขภาพ และกลไกระบบนั้นจะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามธรรมเนียมปกติแล้ว ผู้ให้บริการได้รับการชดเชยสำหรับการบริการที่จัดให้แก่ประชาชน และ/หรือรัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้กับโครงการและสำนักงานหลายระดับของภาครัฐตามยอดเงินที่เคยได้รับในปีที่ผ่านมา สิ่งนี้เรียกว่าการซื้อแบบตั้งรับ (passive purchasing) (100, 101) ทั้งนี้ การจัดซื้อแบบเชิงรุก (Active purchasing) สามารถปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพได้ โดยศึกษาและพิจารณาจาก

- ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน
- ความจำเป็นนั้นมีความแตกต่างหลากหลายอย่างไรภายในประเทศ
- การบริการและการรักษาพยาบาลที่ตอบสนองความจำเป็นของประชาชน และความคาดหวังของชุมชนได้ดีที่สุดตามทรัพยากรที่มีอยู่
- การผสมผสานที่เหมาะสมของบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- การซื้อหรือจัดหาบริการเพื่อการรักษาโรคที่เหมาะสม รวมทั้งกลไก การทำสัญญาและระบบการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ ดังที่ได้กล่าวถึง ก่อนหน้าในบทนี้
- ซื้อบริการจากใคร โดยคำนึงถึงผู้ให้บริการที่มีอยู่ รวมถึงระดับคุณภาพ และประสิทธิภาพของผู้ให้บริการเหล่านั้น (102)

การตัดสินใจเลือกระหว่างการซื้อแบบเชิงรับและการจัดซื้อแบบเชิงรุกนั้น ไม่ใช่เป็นเรื่องง่าย ๆ ประเทศต่าง ๆ ต้องตัดสินใจบนพื้นฐานของความสามารถ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล การกำกับ และการตีความข้อมูลที่จำเป็น รวมทั้ง ต้องกระตุ้นและบังคับใช้มาตรฐานด้านคุณภาพและประสิทธิภาพ การซื้อแบบ เชิงรับมักนำไปสู่ความไร้ประสิทธิภาพ แม้ว่าประเทศจะรู้สึกว่าจะตนเองยังไม่มี ศักยภาพด้านเทคนิคและข่าวสารเพื่อดำเนินการจัดซื้อเชิงรุกได้อย่างรวดเร็ว แต่ประเทศเหล่านั้นก็สามารถพัฒนารอบสำหรับการทำงานต่อไปในอนาคต ได้ การจ่ายเงินตามผลงานภายใต้การซื้อเชิงรุกเป็นเพียงแนวทางหนึ่งของการ ดำเนินการในภาพรวม ซึ่งต้องคำนึงถึงการจัดการในส่วนอื่นๆด้วย

เมื่อเวลาผ่านไปอาจต้องเปลี่ยนและปรับเครื่องมือที่ใช้สำหรับกลยุทธ์การ ซื้อ ดังที่ได้ระบุไว้แล้วว่า ระบบการเงินด้านสุขภาพขั้นสูงส่วนมากใช้ประโยชน์ จากเครื่องมือหรือวิธีการหลายอย่างในการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ โดยพยายาม ผสมผสานวิธีการเพื่อจูงใจอย่างเหมาะสม หลายประเทศดำเนินการก้าวหน้า ถอยหลังกลับไปกลับมาหลายครั้ง เนื่องจากเหตุผลด้านเทคนิค และบางครั้งด้วย เหตุผลทางการเมือง สิ่งนี้คือความเป็นจริงของระบบสุขภาพ ผู้จัดทำนโยบาย ต้องเลือกระหว่างวิธีการต่างๆขณะที่ต้องมีส่วนร่วมในการถกเถียงวงกว้าง

ซึ่งมักเป็นเชิงในทางการเมืองเกี่ยวกับข้อดีของวิธีการต่างๆในการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการและการจัดซื้อบริการให้สอดคล้องกับความจำเป็นของประชาชน

การแยกส่วน (Fragmentation)

แต่ละประเทศจำเป็นต้องแสวงหาทางออกในการจ่ายเงินผู้ให้บริการและจัดซื้อบริการที่สะท้อนสภาพในระดับพื้นที่ แต่ไม่ว่าจะเลือกวิธีการใดก็ตาม วิธีการจ่ายเงินล่วงหน้า (pre-payment) และการรวมเงิน (pooling) จะเป็นแนวทางพื้นฐานของระบบดูแลสุขภาพซึ่งสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนได้ดีที่สุด ยิ่งมีการรวมเงินกันได้มากเท่าใดจะยิ่งดีขึ้นเท่านั้น การรวมเงินก้อนใหญ่มีข้อดีหลายประการ ที่เห็นได้ชัดคือ มีศักยภาพในการจ่ายเงินสำหรับโรคที่มีค่ารักษาแพงได้ ทั้งนี้ ระบบสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพที่สุดมักหลีกเลี่ยงการแยกเงินกองทุน รวมถึงช่องทางการกระจายเงินทุนและทรัพยากรดังที่ได้กล่าวมาแล้วในบทก่อนว่า การแยกเงินทุนทำให้มีข้อจำกัดของขอบเขตการเกื้อกูลกันระหว่างคนรวยและคนจน และระหว่างผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในระบบการรวมเงิน ในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นที่รับรู้กันว่า การแยกเงินกองทุนนั้นเป็นหนึ่งในหลายเหตุผลของความล้มเหลวของการบรรลุระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึงแม้ว่าจะมีการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพในระดับสูงก็ตาม (103)

การแยกเงินกองทุนจึงเป็นการไร้ประสิทธิภาพ ระบบที่มีช่องทางการระดมทุนและรวมเงินกองทุนที่หลากหลายนั้นมีต้นทุนในการบริหารจัดการของตนเอง และมีการทำงานที่ซ้ำซ้อน สิ่งเหล่านี้มีค่าใช้จ่ายการดำเนินงานสูง และต้องการการประสานงาน การแยกกันทำงานในส่วนอื่นของระบบดังเช่นการดำเนินงานของโรงพยาบาล การกระจายยาและอุปกรณ์ หรือระบบสนับสนุนทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ส่งผลให้เกิดความสูญเปล่าและความซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็นเช่นกัน

โครงการด้านสาธารณสุข ดังเช่นการควบคุมโรควันโรคและโรคเอดส์ มักประสบปัญหาการไหลของแหล่งเงินต่าง ๆ และการจัดบริการที่แยกส่วนกัน (104) ในขณะที่การจัดสรรงบประมาณให้กับโครงการนั้นมาจากรัฐบาล (มักมีแหล่งเงินเพิ่มเติมจากต่างประเทศ) และโครงการก็รับผิดชอบรวมเงินทุนและจัดสรรเงินทุนเหล่านั้นให้กับผู้ให้บริการ แต่มักพบว่า โครงการต่าง ๆ เหล่านี้ จัดบริการเป็นการเฉพาะของตนเอง เช่น กรณีมีโรงพยาบาลรักษาวัดโรคในประเทศคีร์กีซสถาน (Kyrgyzstan) ซึ่งกำหนดกลยุทธ์ให้ผู้ป่วยวันโรคร้อยละ 50 ได้รับการดูแลโดยสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ แต่กลับพบว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยวันโรคที่เกิดขึ้นที่ระดับนี้มีเพียงร้อยละ 3-4 เท่านั้น เนื่องจากกองทุนสำหรับผู้ป่วยวันโรคทั้งจากในประเทศและนอกประเทศนั้นมิได้รวมเป็นกองทุนรวม ดำเนินการแบบแยกส่วนกันและส่งงบประมาณแบบแยกส่วนไปยังโรงพยาบาลรักษาวัดโรคเป็นส่วนใหญ่ที่ปลายทาง (105) กระบวนการดังกล่าวนี้ได้มีการปรับเมื่อไม่นานมานี้ และเริ่มต้นดำเนินงานตั้งแต่ พ.ศ.2554 โดยมีการจัดงบประมาณหนึ่งไปเข้าสู่กองทุนรวมทั่วไปสำหรับดูแลสุขภาพ ซึ่งสามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยวันโรคในระดับปฐมภูมิได้ดีขึ้น

การวิเคราะห์การไหลของเงินในโครงการเอดส์และการใช้ยาเสพติดในประเทศเอสโตเนีย แสดงถึงความซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็นจากการทำสัญญาแต่ละสัญญากับองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรต่าง ๆ ทั้งที่เป็นงานเชิงรุกแบบเดียวกันและมีกลุ่มเป้าหมายของแต่ละโครงการเหมือนกันคือ ผู้ติดยาเสพติดประเภทฉีดยา (106) รัฐบาลจึงเพิ่มประสิทธิภาพด้วยการทำเป็นสัญญาร่วมกัน แล้วรวมทรัพยากรและชุดของการรักษาของทั้งสองโครงการเข้าไว้ด้วยกัน (107)

การแยกกองทุนเป็นเรื่องปกติที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะระบบสุขภาพเท่านั้น รายงานของธนาคารโลกเมื่อเร็ว ๆ นี้เสนอแนะว่า การบูรณาการระบบความช่วยเหลือทางสังคมและการประกันสังคมเข้าด้วยกัน (รวมถึงประกันสุขภาพ) (108) ในประเทศแถบละตินอเมริกา เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและความเป็นธรรม

ความกังวลเกี่ยวกับการแยกเงินทุนนั้นไม่จำกัดอยู่เฉพาะรัฐบาลระดับประเทศเท่านั้น แต่ชุมชนหน่วยงานด้านการพัฒนาเริ่มตระหนักว่า การแยกเงินทุนการช่วยเหลือจากนานาชาติส่งผลให้เกิดการบริหารจัดการสำหรับผู้บริจาคและประเทศผู้รับสูงขึ้น เกิดความซ้ำซ้อนและความหลากหลายของ

แนวทางนโยบายและมาตรฐานเชิงคุณภาพของประเทศ (109) ความซ้ำซ้อน และสูญเสียเปล่าดังกล่าวเป็นประเด็นสำคัญในการสัมมนาเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ ที่จัดขึ้นในแต่ละปี บ่อยครั้งที่พบว่า ผู้เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการหลายๆ รายการในปีเดียวกันนั้นเป็นบุคคลคนเดียวกันจากประเทศผู้รับความช่วยเหลือ ทั้งที่เป็นการอบรมในหัวข้อคล้ายคลึงกัน เพียงแต่ได้รับเงินสนับสนุนจากแหล่ง ผู้บริจาคที่แตกต่างกัน (110)

ดังนั้น ปฏิญญาปารีสจึงกำหนดให้ผู้บริจาครายใหญ่ไม่เพียงแต่รักษา พันธะสัญญาเท่านั้น แต่ต้องพยายามส่งเสริมให้แต่ละประเทศเป็นเจ้าของ แผนสุขภาพและกลยุทธ์ของตนเอง ผู้บริจาคสามารถทำได้โดยลดการแยกส่วน ของกองทุนเมื่อจ่ายเงินให้กับประเทศผู้รับความช่วยเหลือ และลดความซ้ำซ้อน ของระบบการอบรม การให้บริการ การกำกับและการรายงานที่ต้องดำเนินการ ทั้งนี้ นับตั้งแต่พ.ศ.2543 เป็นต้นมา พบว่า จำนวนพันธมิตรนานาชาติ และนวัตกรรมด้านสุขภาพทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างมาก แต่ละหน่วยส่งเงินไปให้ ประเทศผู้รับความช่วยเหลืออย่างมากมาย (111)

การลดความไม่เท่าเทียมกัน (Redressing inequality)

การปรับปรุงประสิทธิภาพส่งผลให้บรรลุความสำเร็จได้ดีขึ้น มีผลลัพธ์ด้าน สุขภาพที่มีต้นทุนประสิทธิผลหรือความคุ้มค่ามากขึ้น แต่แค่เพียงผลลัพธ์นั้น ยังไม่เพียงพอ การมีสุขภาพดีนั้นมีนัยมากกว่าเพียงการนำผลลัพธ์ทางสุขภาพ ของประชากรมารวมกันผ่านตัวชี้วัดต่างๆ เช่น เรื่องอายุขัย ระบบสุขภาพมี เป้าหมายที่หลากหลายกว่านั้น ซึ่งบางครั้งควรเป็นเป้าหมายเชิงแข่งขัน กันด้วย เพื่อมุ่งหวังการมีสุขภาพดีในภาพรวม (overall level of health) ลดความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพ เพิ่มการตอบสนองของระบบต่อความ จำเป็นและความคาดหวังของผู้คน และประกันความมั่นใจเรื่องความเป็นธรรม ด้านการคลังในวิธีการเก็บเงินเข้ากองทุน (112) ในเชิงอุดมคติแล้ว การประเมิน

ประสิทธิภาพวัดจากความสามารถของระบบที่จะมุ่งไปยังเป้าหมายต่างๆ เหล่านี้ได้ในเวลาเดียวกัน

การประเมินความก้าวหน้าของระดับสุขภาพของประชาชนในภาพรวมและความครอบคลุมของการได้รับบริการ อย่างน้อยต้องมีมิติเรื่องความไม่เท่าเทียมกันทั้งในระดับภาพรวมของความครอบคลุมการบริการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ดังในบทที่ 1 แสดงความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงผู้ให้บริการด้านสุขภาพในการรับบริการคลอดบุตร และการให้ภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ บาดทะยัก และไอกรนภายในประเทศ ซึ่งเป็นข้อมูลจากผลการสำรวจด้านสุขภาพและประชากรของประเทศที่มีรายได้ต่ำและมีอัตราการตายของมารดาและทารกสูง

ความไม่เท่าเทียมกันปรากฏในประเทศที่ร่ำรวยที่สุดด้วย ซึ่งได้รับการเน้นย้ำจากคณะกรรมการด้านปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพเมื่อเร็ว ๆ นี้ (113) การศึกษาในประเทศออสเตรเลียเมื่อเร็ว ๆ นี้เช่นกันเสนอว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่มีสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำมีโอกาสน้อยมากที่ได้รับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด และกรณีสุดโต่ง พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ได้รับการตรวจวินิจฉัยหลอดเลือด (angiography) น้อยกว่ากลุ่มที่ร่ำรวยถึงกว่าร้อยละ 52 (114) ตัวอย่างของความไม่เท่าเทียมกันเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพหรือการเข้าถึงการบริการเช่นเดียวกันนี้ ยังคงพบได้ในหลายประเทศและในหลายระดับของรายได้ (115, 116)

ในประเทศคอस्टาริกา กลุ่มผู้อพยพยังคงเป็นคนกลุ่มหนึ่งที่ยังไม่ได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพ ขณะที่หลายประเทศพยายามจัดความคุ้มครองแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (117) กลุ่มประชาชนพื้นเมืองควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษด้วย เพราะมักมีสุขภาพที่เลวร้ายและมีอายุสั้นกว่าคนร่วมชาติที่ไม่ใช่คนพื้นเมือง ปรากฏการณ์นี้พบในทุกประเทศ การศึกษาเมื่อเร็ว ๆ นี้รายงานว่า ใน 7 ประเทศแถบอเมริกากลางและอเมริกาใต้ มีสัดส่วนของผู้หญิงพื้นเมืองที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดหรือการคลอดที่สถานพยาบาลน้อยกว่าผู้หญิงที่ไม่ใช่คนพื้นเมือง ความครอบคลุมของการบริการอย่างไม่เท่าเทียมกันนี้เป็นหนึ่งในสาเหตุของความแตกต่างของผลลัพธ์สุขภาพมารดาสองกลุ่มนี้ (118) ผู้หญิงแอฟริกัน-อเมริกันในประเทศเดียวกันยังคลอดที่สถานพยาบาลน้อยกว่าและมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของมารดาแย่กว่าหญิงกลุ่มอื่น (118) ความ

ไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมีหลายประเภท มีทั้งกลุ่มคน
พื้นเมืองและไม่ใช่มนพื้นเมืองในประเทศที่มีรายได้สูง เช่น ออสเตรเลีย
แคนาดา นิวซีแลนด์ และสหรัฐอเมริกา สาเหตุที่มักพบคือ ความห่างไกลและ
ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุใดก็ตาม ผลลัพธ์ทางด้าน
สุขภาพของคนพื้นเมืองยังคงต่ำอย่างต่อเนื่อง (119)

การทำให้มั่นใจว่า เงินกองทุนสำหรับสุขภาพส่วนใหญ่ที่เป็นระบบการจ่าย
ล่วงหน้าและรวมกองทุนสามารถเพิ่มความคุ้มครองความเสี่ยงด้านการเงินแก่
ประชาชน และเพิ่มการเข้าถึงการบริการได้ และการสนับสนุนด้านการเงินของ
รัฐบาลให้กับผู้ที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินเป็นการเพิ่มความคุ้มครอง
ความเสี่ยงด้านการเงิน และการเข้าถึงการบริการของคนกลุ่มนี้ด้วย นอกจากนี้
การโอนเงินค่าบริการ การให้คูปองสำหรับรับบริการด้านสุขภาพ รวมทั้ง
กลไกอื่นๆเพื่อลดอุปสรรคทางการเงินของค่าเดินทาง ค่าที่พัก และเวลาทำงาน
ที่สูญเสียไปนั้นช่วยเพิ่มความครอบคลุมของบริการที่ยังคงเป็นปัญหาได้ แต่
การลดความไม่เท่าเทียมกันยังต้องการนวัตกรรมจากภายนอกระบบสุขภาพ
ที่เชื่อมโยงกับปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มีความหลากหลายมากขึ้น
นอกเหนือจากระบบการคลังสุขภาพที่ดี กล่าวได้ว่า ไม่มีระบบสาธารณสุขใดที่
จะทำให้มั่นใจได้ว่า มีความครอบคลุมบริการอย่างเท่าเทียมกัน หากปราศจาก
กลไกด้านการเงินเพื่อสุขภาพซึ่งได้กล่าวถึงไว้ในรายงานฉบับนี้

สรุป [Conclusion]

ประมาณการว่า ร้อยละ 20-40 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด สูญเสียไปกับความไร้ประสิทธิภาพ แม้ข้อมูลนี้คาดประมาณบนพื้นฐานของ ข้อมูลที่มีอย่างจำกัด แต่มุมมองนี้ชี้ให้เห็นว่า หากลดความไร้ประสิทธิภาพได้ จะสามารถเพิ่มผลตอบแทนได้อย่างมากทีเดียว ทุกประเทศสามารถดำเนินการ อย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพได้ ซึ่งบางครั้งเกิดผลลัพธ์อย่างมาก นอกจากนี้ ประชาคมนานาชาติยังสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของโครงสร้าง สุขภาพทั่วโลก และสนับสนุนความพยายามของประเทศผู้รับความช่วยเหลือ ให้มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้นได้เช่นกัน

บทนี้กล่าวถึงวิธีลดความสูญเสียที่ตรงและสามารถนำไปปฏิบัติได้ ผู้กำหนด นโยบายสามารถนำวิธีการดังกล่าวไปปรับให้สอดคล้องกับความต้องการของ ประเทศ โดยตระหนักว่า ประเทศของตนอาจมีทางเลือกอื่น ๆ อีก ทั้งนี้ การลด ความไร้ประสิทธิภาพอาจไม่ใช่เพียงการลดค่าใช้จ่ายตามที่มักรู้สึกกัน การ ไร้ประสิทธิภาพอาจเกิดจากความไม่เพียงพอมากกว่าการใช้จ่ายที่มากเกินไป ตัวอย่างเช่น การมีเงินเดือนน้อยอาจส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขต้องเพิ่ม รายได้จากการทำอาชีพเสริมในระหว่างชั่วโมงการทำงานของนายจ้างคนแรก ดังนั้น วิธีการแก้ปัญหา จึงต้องพัฒนาให้เหมาะกับพื้นฐานของความจำเป็นใน ประเทศนั้น ๆ การขจัดความสูญเปล่าไปบ้าง จะทำให้ประเทศยากจนก้าวไปสู่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เร็วขึ้น ขณะที่ประเทศที่ร่ำรวยจะสามารถเพิ่ม บริการที่มีอยู่ รวมทั้งการปรับปรุงคุณภาพการบริการให้ดีขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. *The price of excess: identifying waste in healthcare spending*. PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009 (<http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.html>, accessed 7 July 2010).
2. *Where can \$700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system?* Thomson Reuters, 2009 (<http://www.factsforhealthcare.com/whitepaper/Healthcare-Waste.pdf>, accessed 06 July 2010).
3. *The financial cost of healthcare fraud*. European Healthcare Fraud and Corruption Network, 2010 ([http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Health-care-Fraud---Final-\(2\).pdf](http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Health-care-Fraud---Final-(2).pdf), accessed 2 July 2010).
4. Roses M. *Hacia un desarrollo integrado e inclusivo en Amrica Latina y el Caribe*, 2010 (http://www.paho.org/Spanish/D/D_III_ForoPoliticaSocial_OPS_final.ppt, accessed 06 July 2010).
5. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
6. Chisholm D, Evans DB. *Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage*. World health report 2010 background paper, no. 28 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
7. Lu Y et al. Medicine expenditures. In: *The world medicines situation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://dosei.who.int/>).
8. *International drug price indicator guide*. Management Sciences for Health, 2008 (<http://erc.msh.org/dmpguide>, accessed 06 July 2010).
9. Cameron A et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. *Lancet*, 2009;373:240-249. doi:10.1016/S0140-6736(08)61762-6 PMID:19042012
10. *Medicine prices, availability, affordability and price components*. Health Action International, 2008 (<http://www.haiweb.org/medicineprices>, accessed 7 July 2010).
11. Cameron A. *Cost savings of switching consumption from originator brand medicines to generic equivalents*. World health report 2010 background paper, no. 35 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
12. *Mdicaments gnriques: plus d'1 milliard d'euros d'conomie en 2009*. Caisse Nationale D'Assurance Maladie, 2009 (http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_generiques_nov_09_vdef.pdf, accessed 2 July 2010).
13. *Mmento medicament 2009*. Fdration Nationale de la MutualitFranaise, 2009 (<http://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Communiqu-es-de-presse/La-Mutualite-fran-caise-publie-l-edition-2009-de-son-Memento-medicament>, accessed 2 July 2010).

14. Dondorp AM et al. Fake antimalarials in Southeast Asia are a major impediment to malaria control: multinational cross-sectional survey on the prevalence of fake antimalarials. *Tropical medicine & international health : TM & IH*, 2004;9:1241-1246. doi:10.1111/j.1365-3156.2004.01342.x PMID:15598255
15. *Survey of the quality of selected antimalarial medicines circulating in Madagascar, Senegal, and Uganda*. The United States Pharmacopeia and USAID, 2010 (http://www.usaid.gov/our_work/global_health/hs/publications/qam-sa_report_1109.pdf, accessed 6 July 2010).
16. Cockburn R et al. The global threat of counterfeit drugs: why industry and governments must communicate the dangers. *PLoS Medicine*, 2005;2:e100- doi:10.1371/journal.pmed.0020100 PMID:15755195
17. *Production of medicines*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/production, accessed 6 July 2010).
18. *Prequalification programme: a United Nations programme managed by WHO*. Geneva, World Health Organization (<http://apps.who.int/prequal/default.htm>, accessed 6 July 2010).
19. *Medicines use in primary care in developing and transitional countries*. Geneva, World Health Organization, 2009 (http://www.who.int/medicines/publications/who_emp_2009.3, accessed 7 July 2010).
20. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, World Health Organization, 2003 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf, accessed 7 July 2010).
21. Holloway K, Dijk E. Rational use of medicines. In: *The world medicines situation*. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://disei.who.int/>).
22. Abegunde D. *Inefficiencies due to poor access to and irrational use of medicines to treat acute respiratory tract infections in children*. World health report 2010 background paper, no. 52 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
23. *Essential health technologies*. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/eht>, accessed 7 July 2010).
24. *Health at a glance 2009*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009.
25. Issakov A. Health care equipment: a WHO perspective. In: Van Gruting CWD, eds. *Medical devices: international perspectives on health and safety*. Amsterdam, Elsevier, 1994.

26. *Guidelines for health care equipment donations*. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/selection_medicines/emergencies/guidelines_medicine_donations/en/index.html, accessed 6 July 2010).
27. *Medical equipment in Gaza's hospitals: internal management, the Israeli blockade and foreign donations*. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009 ([http://www.emro.who.int/Palestine/reports/monitoring/WHO_special_monitoring/gaza/Medical%20equipment%20in%20Gaza%20EB%20report\(July09\).pdf](http://www.emro.who.int/Palestine/reports/monitoring/WHO_special_monitoring/gaza/Medical%20equipment%20in%20Gaza%20EB%20report(July09).pdf), accessed 6 July 2010).
28. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine*, 2003,138:273-287. PMID:12585825
29. Fisher ES et al. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Annals of Internal Medicine*, 2003,138:288-298. PMID:12585826
30. Fisher ES. Medical care-is more always better? *The New England Journal of Medicine*, 2003,349:1665-1667. doi:10.1056/NEJMe038149 PMID:14573739
31. Maynard A. *Payment for performance (P4P): international experience and a cautionary proposal for Estonia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2008 (Health Financing Policy Paper; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78975/P4P_Estonia.pdf, accessed 13 July 2010).
32. Fox KAA et al. Management of acute coronary syndromes. Variations in practice and outcome; findings from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE). *European Heart Journal*, 2002,23:1177-1189. doi:10.1053/euhj.2001.3081 PMID:12127920
33. Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1997,15:68-75. doi:10.3109/02813439709018490 PMID:9232706
34. de Jong J, Groenewegen P, Westert GP. Medical practice variation: Does it cluster within general practitioners' practices? In: Westert GP, Jabaaij L, Schellevis GF, eds. *Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage*. Abingdon, Radcliffe, 2006.
35. Hernandez P et al. *Measuring expenditure for the health workforce: evidence and challenges*. World health report 2006 background paper (<http://www.who.int/nha/docs/Paper%20on%20HR.pdf>, accessed 7 July 2010).
36. *The world health report 2006 - working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.

37. Kurowski C et al. *Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries – case studies from Tanzania and Chad*. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003 (HEFP working paper 01/04).
38. Sousa A et al. *Measuring the efficiency of human resources for health for attaining health outcomes across sub-national units in Brazil*. World health report 2006 background paper (http://www.who.int/hrh/documents/measuring_efficiency_Brazil.pdf, accessed 7 July 2010).
39. DeCoster C et al. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 1997,157:889-896. PMID:9327796
40. Posnett J. Are bigger hospitals better? In: McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2002.
41. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Economics*, 2008,17:1107-1128. doi:10.1002/hec.1391 PMID:18702091
42. Zere E et al. Technical efficiency of district hospitals: evidence from Namibia using data envelopment analysis. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 2006,4:5- doi:10.1186/1478-7547-4-5 PMID:16566818
43. Lee KH, Yang SB, Choi M. The association between hospital ownership and technical efficiency in a managed care environment. *Journal of Medical Systems*, 2009,33:307-315. doi:10.1007/s10916-008-9192-2 PMID:19697697
44. Steinmann L, Zweifel P. On the (in)efficiency of Swiss hospitals. *Applied Economics*, 2003,35:361-370. doi:10.1080/00036840210167183
45. Filippini M, Farsi M. *An analysis of efficiency and productivity in Swiss hospitals*. Report to Swiss Federal Statistical Office and Swiss Federal Office for Social Security, 2004 (<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/dos/01.Document.80194.pdf>, accessed 7 July 2010).
46. Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Economics*, 2008,17:1057-1071. doi:10.1002/hec.1388 PMID:18702100
47. Staat M. Efficiency of hospitals in Germany: a DEA-bootstrap approach. *Applied Economics*, 2006,38:2255-2263. doi:10.1080/00036840500427502
48. Masiye F. Investigating health system performance: an application of data envelopment analysis to Zambian hospitals. *BMC Health Services Research*, 2007,7:58- doi:10.1186/1472-6963-7-58 PMID:17459153
49. Bates DW et al. Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety Global priorities for patient safety research. *BMJ*, 2009,338:b1775- doi:10.1136/bmj.b1775 PMID:19443552

50. *First Global Patient Safety Challenge*. World Health Organization Alliance of Patient Safety (http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/en/index.html, accessed 4 June 2010).
51. Kohn TL, Corrigan MJ, Donaldson SM. *To err is human: building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC, National Academy Press, 1999.
52. Pronovost P et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 2006;355:2725-2732. doi:10.1056/NEJMoa061115 PMID:17192537
53. Humphreys G. When the patient falls out of bed, who pays? *Bulletin of the World Health Organization*, 2009;87:169-170. doi:10.2471/BLT.09.030309 PMID:19377709
54. *Handbook for curbing corruption in public procurement - experiences from Indonesia, Malaysia and Pakistan*. Berlin, Transparency International, 2006.
55. Becker D, Kessler D, McClellan M. Detecting Medicare abuse. *Journal of Health Economics*, 2005;24:189-210. doi:10.1016/j.jhealeco.2004.07.002 PMID:15617794
56. Baghdadi-Sabeti G, Serhan F. *Good governance form medicines programme: an innovative approach to prevent corruption in the pharmaceutical sector*. World health report 2010 background paper, no. 25 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
57. Medicines Transparency Alliance (MeTA). ([http://www.medicines Transparency Alliance \(MeTA\).](http://www.medicines Transparency Alliance (MeTA).) accessed 6 July 2010).
58. Siddiqi S et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2009;90:13-25. doi:10.1016/j.healthpol.2008.08.005 PMID:18838188
59. WHO CHOICE Database. Geneva, World Health Organization, 2010 (<http://www.who.int/choice>, accessed 7 July 2010).
60. Disease Control Priorities Project. (<http://www.dcp2.org>, accessed 7 July 2010).
61. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TTT. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost effectiveness and resource allocation : C/E*, 2003;1:8- doi:10.1186/1478-7547-1-8 PMID:14687420
62. Chanda P et al. A cost-effectiveness analysis of artemether lumefantrine for treatment of uncomplicated malaria in Zambia. *Malaria Journal*, 2007;6:21- doi:10.1186/1475-2875-6-21 PMID:17313682
63. *Unpublished analysis from the SPICE project (Setting Priorities using Information on Cost-Effectiveness): informing policy choices and health system reform in Thailand*. Brisbane, University of Queensland, 2010 (http://www.uq.edu.au/bodce/docs/Spice_Brochure.pdf, accessed 7 July 2010).

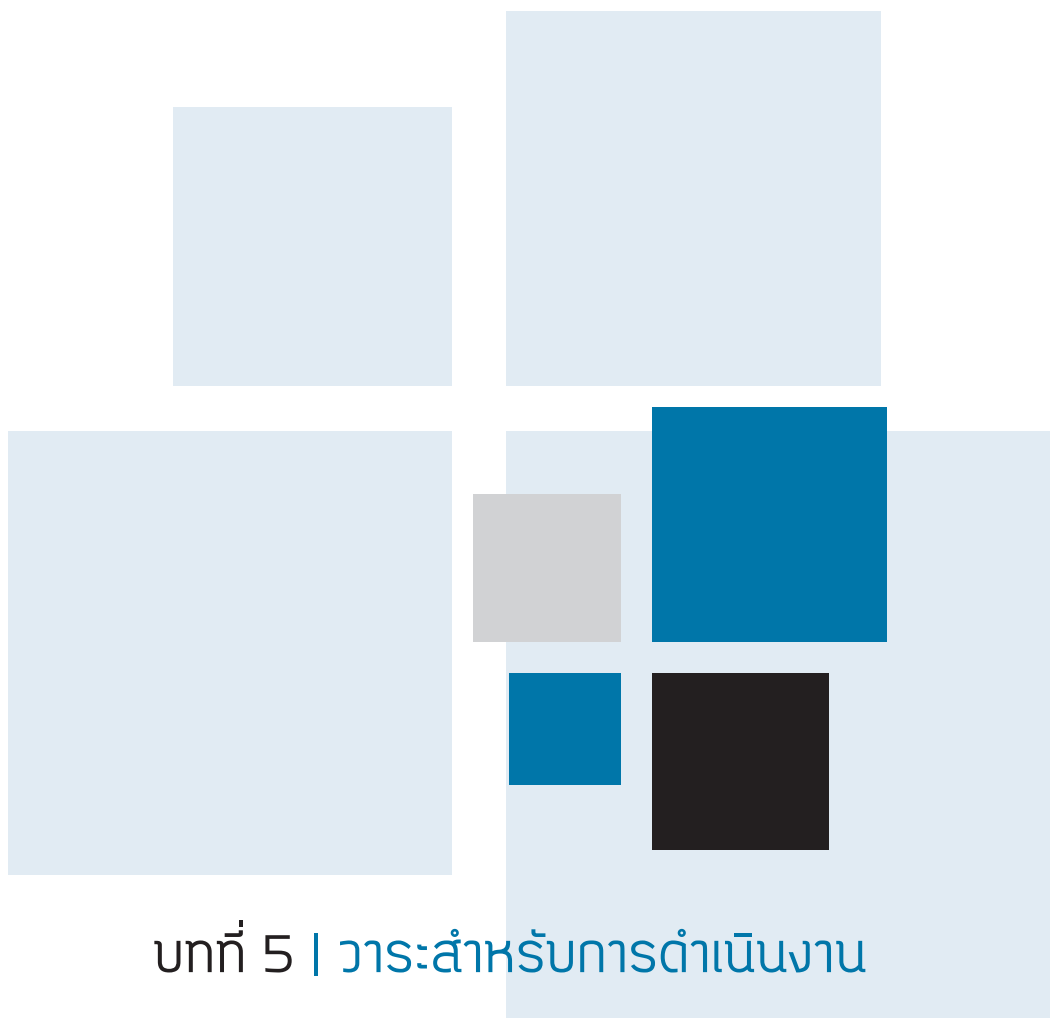
64. Lai T et al. Costs, health effects and cost-effectiveness of alcohol and tobacco control strategies in Estonia. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2007,84:75-88. doi:10.1016/j.healthpol.2007.02.012 PMID:17403551
65. Gureje O et al. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2007,6:42-48. PMID:17342226
66. Andrews G et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 2004,184:526-533. doi:10.1192/bjp.184.6.526 PMID:15172947
67. Ginsberg GM et al. Screening, prevention and treatment of cervical cancer - a global and regional generalized cost-effectiveness analysis. *Vaccine*, 2009,27:6060-6079. doi:10.1016/j.vaccine.2009.07.026 PMID:19647813
68. Hogan C et al. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. *Health Aff (Millwood)*, 2001,20:188-195. doi:10.1377/hlthaff. 20.4.188 PMID:11463076
69. National Health Accounts [online database]. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha>, accessed 7 July 2010).
70. Lauer JA et al. *Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control*. World health report 2010 background paper, no. 29 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
71. Minkoff H, Chervenak FA. Elective primary cesarean delivery. *The New England Journal of Medicine*, 2003,348:946-950. doi:10.1056/NEJMs022734 PMID:12621140
72. Bewley S, Cockburn JI. I. The unethics of 'request' caesarean section. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2002,109:593-596. PMID:12118633
73. Villar J et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*, 2006,367:1819-1829. doi:10.1016/S0140-6736(06)68704-7 PMID:16753484
74. Declercq E, Menacker F, MacDorman M. Rise in "no indicated risk" primary caesareans in the United States, 1991-2001: cross sectional analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2005,330:71-72. doi:10.1136/bmj.38279.705336.0B PMID:15556953
75. Gibbons L et al. *The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage*. World health report 2010 background paper, no. 30 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
76. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 2000,53:157-184. doi:10.1016/S0168-8510(00)00117-2 PMID:10996065

77. Pileggi C et al. Inappropriate hospital use by patients needing urgent medical attention in Italy. *Public Health*, 2004,118:284-291. doi:10.1016/j.puhe.2003.06.002 PMID:15121437
78. Kutzin J et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 2009,87:549-554. doi:10.2471/BLT.07.049544 PMID:19649370
79. Burduja D. Health services policies and case mix - what would you expect (or not) to happen? Selected findings from Romania and Turkey, 2000-2008. *BMC Health Services Research*, 2008,8:Suppl 1A5- doi:10.1186/1472-6963-8-S1-A5
80. Hirunrassamee S, Ratanawijitrasin S. Does your health care depend on how your insurer pays providers? Variation in utilization and outcomes in Thailand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2009,9:153-168. doi:10.1007/s10754-009-9062-6 PMID:19396629
81. O'Dougherty S et al. Case Based Hospital Payment System. In: Langenbrunner JC, Cashin C, O'Dougherty S, eds. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington, DC, The World Bank, 2009.
82. Gerdtham UG et al. Internal markets and health care efficiency: a multiple-output stochastic frontier analysis. *Health Economics*, 1999,8:151-164. doi:10.1002/(SICI)1099-1050(199903)8:2<151::AID-HEC411>3.0.CO;2-Q PMID:10342728
83. Culyer A, Newhouse J. Government purchasing of health services. In: Chalkey M, Malcomson J, eds. *Handbook of health economics*. Amsterdam, Elsevier, 2010.
84. Elovainio R. *Performance incentives for health in high-income countries - key issues and lessons learned*. World health report 2010 background paper, no. 32 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
85. Park M et al. *Provider payments and cost-containment - lessons from OECD countries*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Health Systems Financing Technical Briefs for Policy-makers, WHO/HSS/HSF/PB/07/02; http://www.who.int/health_financing/documents/pb_e_07_2-provider_payments.pdf, accessed 6 July 2010).
86. Perrot J et al. *Performance incentives for health care providers*. Geneva, World Health Organization, 2010 (Health Systems Financing Discussion Paper, HSS/HSF/DP.E.10.1; http://www.who.int/contracting/DP_10_1_EN.pdf, accessed 7 July 2010).
87. Campbell S et al. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *The New England Journal of Medicine*, 2007,357:181-190. doi:10.1056/NEJMSr065990 PMID:17625132
88. Lindenauer PK et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *The New England Journal of Medicine*, 2007,356:486-496. doi:10.1056/NEJMSa064964 PMID:17259444

89. Oldroyd J et al. Providing healthcare for people with chronic illness: the views of Australian GPs. *The Medical Journal of Australia*, 2003,179:30-33. PMID:12831381
90. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *Journal of Health Services Research & Policy*, 2006,11:27-31. doi:10.1258/135581906775094316 PMID:16378529
91. Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health: potential and pitfalls*. Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
92. Eichler R et al. Going to scale with a performance incentive model. In: Eichler R, Levine R, Performance-based Incentives Working Group, eds. *Performance incentives for global health*. Washington, DC, Center for Global Development, 2009.
93. Basinga P et al. *Paying primary health care centers for performance in Rwanda*. Washington, DC, The World Bank, 2010 (Policy Research Working Paper No. 5190).
94. Toonen J et al. *Learning lessons on implementing performance based financing from a multi-country evaluation*. Royal Tropical Institute in collaboration with Cordaid and the World Health Organization. Amsterdam, Royal Tropical Institute, 2009 (<http://www.who.int/contracting/PBF.pdf>, accessed 4 June 2010).
95. Oxman AD, Fretheim A. *An overview of research on the effects of results-based financing*. Oslo, Norwegian Knowledge Centre for Health Services, 2008.
96. Petersen LA et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine*, 2006,145:265-272. PMID:16908917
97. Cowley J. Effects of health worker incentive payment on safe motherhood indicators in Burundi. Presentation at STI symposium, Basel, 27 November 2008. (http://www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/STI_Symposium_08_Cowley.pdf, accessed on August 4 2010).
98. Wynia MK. The risks of rewards in health care: how pay-for-performance could threaten, or bolster, medical professionalism. *Journal of General Internal Medicine*, 2009,24:884-887. doi:10.1007/s11606-009-0984-y PMID:19387747
99. McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *Annals of Family Medicine*, 2009,7:121-127. doi:10.1370/afm.946 PMID:19273866
100. Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. World Health Organization on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies. Maidenhead, Open University Press, 2005.

101. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 2001;56:171-204. doi:10.1016/S0168-8510(00)00149-4 PMID:11399345
102. Preker AS et al. *Public ends, private means. Strategic purchasing of health services: strategic purchasing of value for money in health care*. Washington, DC, The World Bank, 2007.
103. Walgate R. European health systems face scrutiny in US debate. *Lancet*, 2009;374:1407-1408. doi:10.1016/S0140-6736(09)61845-6 PMID:19866517
104. Kutzin J, Cashin C, Jakab M. *Financing of public health services and programs: time to look into the black box. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe and the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
105. Akkazieva B et al. *Review of total health expenditures on TB programme in Kyrgyzstan, 2007: NHA sub-accounts on TB control programme*. Bishkek, Health Policy Analysis Centre, 2007 (Policy Research Paper No. 55; http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP453.pdf, accessed 7 July 2010).
106. Alban A, Kutzin J. *Scaling up treatment and care for HIV/AIDS and TB and accelerating prevention within the health system in the Baltic States (Estonia, Latvia, Lithuania). Economic, health financing and health system implications*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/78905/E90675.pdf, accessed 2 July 2010).
107. Politi C, Torvand T. *Financing HIV/AIDS and Tuberculosis interventions in Estonia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/78904/E90770.pdf, accessed 7 July 2010).
108. Ferreira FHG, Robalino D. *Social Protection in Latin America: achievements and limitation*. Washington, DC, The World Bank, Latin America and the Caribbean Region, Office of the Chief Economist and Human Development Network, Social Protection and Labor Unit, 2010 (Policy Research Working Paper WPS5305; http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSCContentServer/IW3P/IB /2010/05/10/000158349_20100510134942/Rendered/PDF/WPS5305.pdf, accessed 7 July 2010).
109. *Raising and channeling funds. Working Group 2 report*. Geneva, Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/working_group_2_report:_raising_and_channeling_funds_EN.pdf, accessed 2 July 2010).

110. *Reforming allowances: a win-win approach to improved service delivery, higher salaries for civil servants and saving money.* Dar es Salaam, Tanzania Policy Forum, 2009 (Technical policy brief 9; <http://www.policyforum-tz.org/files/ReformingAllowances.pdf>, accessed 04 June 2010).
111. Waddington C et al. *Global aid architecture and the health Millennium Development Goals. Study report 1/2009.* Oslo, Norwegian Agency for Development Cooperation, 2009 (<http://www.norad.no/en/Tools+and+publications/Publications/Publication+Page?key=146674>, accessed 7 July 2010).
112. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's Framework for Action.* Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 7 July 2010).
113. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.* A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2008.
114. Korda RJ, Clements MS, Kelman CW. Universal health care no guarantee of equity: comparison of socioeconomic inequalities in the receipt of coronary procedures in patients with acute myocardial infarction and angina. *BMC Public Health*, 2009;9:460- doi: 10.1186/1471-2458-9-460 PMID:20003401
115. Huber M et al. *Quality in and equality of access to healthcare services.* European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008 (http://www.euro.centre.org/data/1237457784_41597.pdf, accessed 7 July 2010).
116. Gwatkin DR et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview.* Washington, DC, The World Bank, 2007 (<http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/IndicatorsOverview.pdf>, accessed 2 July 2010).
117. Si enz M, Bermudez JM, Acosta M. *Costa Rican health care system.* World health report 2010 background paper, no. 11. (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
118. Parodi CT, Munoz S, Sanhueza A. *Acceso y gasto de salud para grupos tnicos/raciales en la region de las Americas.* World health report 2010 background paper, no. 46 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
119. Jackson Pulver LR et al. *Indigenous health: Australia, Canada, Aotearoa, New Zealand and the United States: laying claim to a future that embraces health for us all.* World health report 2010 background paper, no. 33 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).



บทที่ 5 | วาระสำหรับการดำเนินงาน



5

วาระสำหรับการดำเนินงาน

(Agenda for action)

วาระสำหรับการดำเนินงาน

(Agenda for action)



การเรียนรู้จากประสบการณ์

(Learning from experience)

ไม่มีประเทศใดที่จัดการระบบการคลังสุขภาพโดยเริ่มจากศูนย์ ทุกประเทศต่างก็มีรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งของระบบที่พัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับค่านิยม ข้อจำกัดและโอกาสของประเทศนั้นๆ กระบวนการพัฒนาระบบดังกล่าวนี้ผ่านการเรียนรู้ประสบการณ์ทั้งจากต่างประเทศและในประเทศ จากการทบทวนข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดดังที่กล่าวไว้ในบทก่อนหน้านี้ จึงขอสรุปสาระสำคัญเพื่อเป็นข้อเสนอแนะให้ประเทศต่างๆ สามารถนำไปดำเนินการเพื่อให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

1. รูปแบบการจ่ายเงินเพื่อสุขภาพที่ไม่ขัดขวางต่อการเข้าถึงบริการ

(Pay for health in ways that do not deter access to services)

ข้อสรุปที่สำคัญที่สุดคือ ทั่วโลกพึงพาการจ่ายตรงมากเกินไปในการนำมาซึ่งรายได้หลักสำหรับสุขภาพในประเทศ ทั้งนี้ภาระในการจ่ายเงินโดยตรงเมื่อเข้ารับบริการ ไม่ว่าจะเป็นการจ่ายเงินแบบทางการหรือไม่เป็นทางการก็ตาม ส่งผลให้ผู้คนหลายล้านคนไม่เข้ารับบริการดูแลสุขภาพเมื่อมีความต้องการด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้ที่แสวงหาการรักษานั้นมีภาระด้านการเงินจนทำให้ยากจนลง หลายประเทศได้ดำเนินการหลายประการเพื่อคุ้มครองกลุ่มคนเหล่านี้ โดยจัดให้มีงบประมาณภายในประเทศจำนวนมากเพื่อใช้จ่ายสำหรับสุขภาพ ซึ่งเงินเหล่านี้ได้มาจากการจ่ายล่วงหน้าแล้วรวมเป็นกองทุน เพื่อกระจายความเสี่ยงด้านการเงินแก่ประชากรทั้งหมด การจ่ายล่วงหน้าและการรวมเงินนั้น ไม่ใช่แค่เพียงขจัดอุปสรรคทางการเงินสำหรับการเข้ารับบริการทาง

สุขภาพเท่านั้น แต่ยังลดอุปสรรคของการล้มละลายด้านการเงินเนื่องจากการ
จ่ายเงินเพื่อสุขภาพอีกด้วย สิ่งเหล่านี้ถือเป็นวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการใน
การดำเนินการสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อมูลเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นถึงการเพิ่มเงินกองทุนโดยผ่านการจ่าย
ล่วงหน้าแบบบังคับทำให้เกิดประสิทธิภาพและความเป็นธรรมมากที่สุดบน
เส้นทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับประเทศที่ใกล้บรรลุการ
สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น การจ่ายเงินล่วงหน้าได้กลายมาเป็น
บรรทัดฐานในการจัดเก็บรายได้ประกันสุขภาพผ่านเงินภาษีทั่วไปและ/หรือเงิน
สมทบภาคบังคับ ทั้งนี้ ที่มาของเงินรายได้ทั้งสองแบบนี้โดยธรรมชาติแล้วไม่มี
แบบใดเหนือกว่าอีกแบบหนึ่ง อีกทั้งไม่มีความแตกต่างกันอย่างเด่นชัดของสอง
มาตรการนี้ การจ่ายเงินสมทบการประกันสุขภาพของนายจ้างและลูกจ้างภาค
บังคับนั้นถือเป็นภาษีเฉพาะสำหรับกองทุนเพื่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ กล่าว
ได้ว่า ประเทศที่พึ่งพาเงินสมทบจากนายจ้างและ/หรือลูกจ้างจากภาษีรายได้
เพื่อการเก็บเงินล่วงหน้านั้น จำเป็นต้องคำนึงถึงเงินทุนจากแหล่งอื่นด้วย
เนื่องจากเงินส่วนดังกล่าวข้างต้นมีที่มาจากสัดส่วนตามอายุของประชากรที่
น้อย เนื่องจากกลุ่มคนที่จ่ายภาษีได้เป็นกลุ่มวัยทำงาน และหลายประเทศ
ตระหนักถึงและได้เริ่มดำเนินการเรื่องนี้แล้ว

ประเทศต่างๆ แทบทุกประเทศมีศักยภาพในการระดมเงินทุนเพิ่มสำหรับ
สุขภาพ ทั้งการให้ประเด็นด้านสุขภาพมีความสำคัญอันดับสูงในการจ่ายเงิน
ของรัฐบาล หรือการเก็บภาษีเพิ่มเติมขึ้นจากส่วนที่ยังไม่เคยจัดเก็บมาก่อน
ดังที่ได้กล่าวในบทที่ 2 ได้แก่ การเก็บภาษีในผลิตภัณฑ์ที่มีอันตรายต่อสุขภาพ
เช่น สุราและยาสูบ ซึ่งการเพิ่มเงินกองทุนเพื่อพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้นนั้น หลาย
ประเทศยังไม่ได้ดำเนินการ

หากต้องการให้ระบบสาธารณสุขมีความยั่งยืน การจ่ายเงินสมทบให้กับ
ระบบต้องเป็นแบบราคาที่สามารถจ่ายได้และมีความเป็นธรรม การประเมิน
ความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบนั้นมีความซับซ้อนหากประชาชนจ่ายเงิน
สมทบผ่านภาษีและ/หรือประกันสุขภาพหลายประเภท ดังเช่นเงินสมทบประกัน
สุขภาพที่ไม่เป็นไปตามรายได้ แต่อาจถ่วงด้วยระบบการเก็บภาษีในอัตรา
ก้าวหน้าซึ่งทำให้คนรวยจ่ายเงินสมทบในสัดส่วนรายได้ที่สูงกว่าคนจน ทั้งนี้

สิ่งสำคัญก็คือภาพรวมของการจ่ายเงินสมทบนั้นอยู่บนพื้นฐานความสามารถในการจ่ายเงินได้นั่นเอง

ความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถบรรลุได้ต่อเมื่อรัฐบาลได้สนับสนุนค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ที่ไม่มีความสามารถจ่ายเงินสมทบโดยไม่คำนึงถึงว่าประเทศร่ำรวยหรือไม่ ประชาชนบางคนนั้นมีฐานะยากจนเกินกว่าที่จะจ่ายเงินสมทบผ่านภาษีเงินได้และ/หรือจ่ายสมทบเงินประกันสุขภาพ หรือบางคนสามารถจ่ายเงินสมทบได้เพียงเล็กน้อยเท่านั้น แต่มีข้อยกเว้นในบางประเทศที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมาจากรายได้ทั่วไปของภาครัฐและประกันสุขภาพภาคบังคับ ที่น้อยกว่าร้อยละ 5-6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ(GDP) ที่ใกล้บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากประเทศเหล่านี้ไม่สามารถจ่ายเงินช่วยเหลือสำหรับบริการสุขภาพให้กับคนยากจนได้อย่างเพียงพอ

การจัดสรรจ่ายตรงไม่ใช่สิ่งที่จะรับประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้เสมอไป ในกรณีที่หากการดำเนินการดังกล่าวมีผลเฉพาะในบริการภาครัฐเท่านั้นอาจช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการหรือลดการล้มละลายได้ไม่มาก เนื่องจากยังคงมีปัจจัยอื่น อาทิ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าที่พัก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการไปรับบริการในกลุ่มคนยากจน นอกจากนี้ ยังมีอุปสรรคที่ไม่ใช่ด้านการเงินอื่นๆอีก เช่น การที่ผู้หญิงไม่สามารถเดินทางโดยลำพังได้ อาการป่วยที่ถูกรังเกียจ รวมทั้งอุปสรรคทางด้านภาษา ทางออกที่เป็นไปได้สำหรับแก้ไขปัญหาเหล่านี้จึงไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเงินเพียงอย่างเดียว ตัวอย่างเช่น การโอนเงินให้อย่างมีเงื่อนไข(Conditional cash transfer; CCTs) ที่ใช้ในบางประเทศเพื่อขยายความครอบคลุมโดยเฉพาะการป้องกันโรค ขณะที่การโอนเงินให้อย่างไม่มีเงื่อนไข มีการใช้ทั่วไปโดยกระทรวงการคลังหรือประกันสังคม เพื่อลดความไม่เท่าเทียมกันด้านรายได้และทำให้ประชาชนสามารถซื้อสินค้าและบริการตลอดจนการบริการด้านสุขภาพที่ต้องการได้

หนทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่สามารถหลีกเลี่ยงทางเลือกที่มีความยุ่งยากได้ ไม่มีประเทศใดสามารถรับประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขทุกอย่างที่อาจเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคหรือบริการที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น ดังนั้น ต้องมีการตัดสินใจว่าจะขยายความครอบคลุมแก่ประชาชน ขยายบริการสาธารณสุขและเพิ่มงบที่มีอยู่ให้กับประชาชนเพียงใด ทางเลือกที่ประเทศต่าง ๆ เลือกนั้น ส่วนหนึ่งเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้จริง เช่น อยู่บนพื้นฐานของวิธีการที่มีต้นทุนประสิทธิผลของการรักษา และบางส่วนของอยู่บนพื้นฐานของคุณค่าทางสังคมที่สะท้อนให้เห็นทัศนคติของประเทศต่อความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในสังคมและการพึ่งพาตนเองด้วย

ท้ายที่สุด หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำเป็นต้องมีพันธะสัญญาว่าต้องครอบคลุมประชากรร้อยละ 100 ณ จุดนี้ จึงยังเป็นทางเลือกที่ยากที่จะทำได้ระหว่างส่วนของการให้บริการสุขภาพและส่วนของค่าใช้จ่ายที่สามารถครอบคลุมโดยเงินกองทุนรวม

2. รวมกองทุนและใช้วิธีการจ่ายเงินล่วงหน้าแบบบังคับ

(Consolidate funding pools and adopt compulsory prepayment)

การที่จะประสบความสำเร็จในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เป็นไปไม่ได้เลยที่จะดำเนินการผ่านระบบการประกันแบบสมัครใจ เพราะผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำซึ่งโดยทั่วไปมีอายุน้อยและแข็งแรงนั้นจะเลือกไม่ทำประกันและขณะเดียวกันก็เป็นการยากที่จะให้ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว(self-employed)จ่ายเงินสมทบ การมีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจอาจช่วยให้ประชาชนบางส่วนเห็นประโยชน์ของการจ่ายเงินล่วงหน้าและสามารถป้องกันความเสี่ยงทางการเงินได้บ้างซึ่งดีกว่าการไม่มีประกันเลย อย่างไรก็ตาม ในระยะยาวนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช่วิธีการภาคบังคับ หากต้องการให้มีความครอบคลุมประชากรทุกคน

กองทุนรวมขนาดเล็กนั้นไม่มีศักยภาพด้านการคลังในระยะยาว เนื่องจากขาดความมั่นคงหากมีการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงหรือมีค่าหัตถการราคาแพงเพียงครั้งเดียวก็อาจส่งผลให้เงินที่เก็บไว้นั้นหมดลงได้ ซึ่งการประกันสุขภาพชุมชนและการประกันสุขภาพแบบจุลภาคนั้นยังคงใช้ได้อยู่ หากการระดมทุนเพื่อสุขภาพด้วยวิธีการอื่นนั้นทำได้ยาก และยังเป็นวิธีที่มีประโยชน์เพื่อกระตุ้น

ให้เกิดความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ขณะที่ส่งเสริมการได้รับผลประโยชน์จากการจ่ายเงินล่วงหน้าด้วย ทั้งนี้ ยังทำให้มีการคุ้มครองความเสี่ยงด้านการเงินให้กับสมาชิกในระดับหนึ่งได้อีกด้วย อย่างไรก็ตาม ที่สุดแล้ว กองทุนยังมีขนาดใหญ่กว่าก็จะยิ่งดีกว่า และการรวมกองทุนนั้นต้องเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์ในระยะเริ่มต้น วิธีการนี้ได้นำมาใช้กับกองทุนขนาดเล็กที่รัฐบาลเป็นผู้บริหารจัดการด้วย เช่น งบประมาณด้านสุขภาพของตำบล บางกรณีการสร้างความเสี่ยงอย่างเพียงพอในย่านยากจนสามารถทำได้เฉพาะเมื่อมีเงินอุดหนุนโดยตรงจากเงินกองทุนรวมส่วนกลางหรือเขตสามารถแบ่งปันค่าใช้จ่ายได้บางส่วน

กองทุนรวมหลายกองทุนที่ดูแลประชากรหลายกลุ่มนั้นไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากมีการทำงานซ้ำซ้อนและทำให้ค่าใช้จ่ายของระบบการจัดการและระบบสารสนเทศเพิ่มขึ้น ดังเช่น กระทรวงสุขภาพและหน่วยงานประกันสังคมที่ต่างก็ดำเนินการให้บริการสุขภาพให้กับประชาชนต่างกลุ่มกัน ผลที่ตามมาคือ เกิดการทำงานซ้ำซ้อนและไร้ประสิทธิภาพ

กองทุนรวมหลาย ๆ กองทุน ยังทำให้เกิดความยุ่งยากมากขึ้นในการบรรลุความเท่าเทียมกันและการป้องกันความเสี่ยง การทำให้แน่ใจว่าประชากรทั้งหมดสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่เหมือนกัน โดยทั่วไปต้องการให้คนรวยและคนจนต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนกองเดียวกันและได้รับความคุ้มครองจากกองทุนดังกล่าว ขณะเดียวกันก็สามารถเพิ่มความเสี่ยงด้านการเงินเมื่อประชาชนที่มีรายได้และความเสี่ยงด้านสุขภาพแตกต่างกันได้จ่ายเงินเข้าสู่กองทุนและจ่ายเงินออกจากกองทุนรวมกองเดียวกัน

กองทุนรวมที่มีหลายกองทุนสามารถบรรลุความเท่าเทียมและความคุ้มครองทางการเงินได้ในบางกรณี โดยต้องคำนึงถึงศักยภาพในการบริหารจัดการด้วย ไม่ว่ากองทุนเหล่านี้ได้รับการจัดการบนพื้นฐานที่ปราศจากการแข่งขัน เช่น กองทุนภาครัฐครอบคลุมประชากรของจังหวัดหรือเขตภูมิภาคหรือมีการแข่งขันกัน เช่น บริษัทประกันสุขภาพหลายรายแข่งขันกันเพื่อได้ลูกค้าเพิ่มขึ้น การบรรลุเป้าหมายความเท่าเทียมและการคุ้มครองด้านการเงินมีความเป็นไปได้หากได้รับงบประมาณภาครัฐมาสนับสนุนเพียงพอ และประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วม แต่การทำให้โครงสร้างนี้สามารถดำเนินการ

ได้นั้นจำเป็นต้องแน่ใจว่า การรวมเงินของกองทุนต่างๆได้เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพเสมือนกองทุนเดียว (a virtual single pool) โดยเงินของกองทุนต่างๆได้กระจายความเสี่ยงอย่างเท่าเทียมกัน(Risk equalization) โดยสามารถโอนเงินข้ามกองทุนจากกองทุนที่ครอบคลุมประชาชนที่มีความเสี่ยงต่ำไปยังกองทุนที่ครอบคลุมประชาชนที่มีความเสี่ยงสูงได้ การดำเนินการเช่นนี้เป็นความจำเป็นเชิงบริหารจัดการที่ต้องการศักยภาพในการกำกับดูแลความเสี่ยงและค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงประสิทธิภาพของการรวบรวมเงินและโอนเงินข้ามกองทุนต่างๆ

3. ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและอย่างเป็นธรรมมากขึ้น

(Use resources more efficiently and equitably)

ทุกประเทศสามารถปรับปรุงประสิทธิภาพได้ โดยบริหารจัดการการใช้ทรัพยากรได้อย่างอิสระและโปร่งใสซึ่งจะสามารถทำให้เกิดการพัฒนาได้อย่างรวดเร็วมากขึ้นต่อการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่เฉพาะปรับปรุงประสิทธิภาพเรื่องยาอย่างเดียว (เช่น การปรับปรุงแนวทางการสั่งจ่ายยาหรือความโปร่งใสในการซื้อและประมูล) ก็สามารถลดค่าใช้จ่ายได้อย่างมีนัยสำคัญ ในหลายประเทศโดยไม่เสียคุณภาพบริการไปแต่อย่างใด ส่วนเหตุอื่นของความไร้ประสิทธิภาพนั้นได้กล่าวไว้ในบทที่ 4 แล้ว พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหานั้น

การมีกองทุนหลายๆกองทุน นำไปสู่ปัญหาของการรวมทรัพยากร และก่อให้เกิดความไร้ประสิทธิภาพในการจัดซื้อและการให้บริการ อีกทั้งเงินที่มาจากความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาสุขภาพยิ่งอาจส่งผลให้ไร้ประสิทธิภาพมากขึ้นได้ เนื่องจากโดยมากแล้ว การให้เงินสนับสนุนมักเป็นไปในรูปแบบของโครงการ ซึ่งมีรูปแบบการบริหารและกำกับดูแลเป็นของตนเอง และไม่ค่อยเป็นไปในทิศทางหรือหลักการเดียวกับการบริหารกองทุนนั้นๆ

การซื้อบริการอย่างมีกลยุทธ์หรือเชิงรุก และกระบวนการทำสัญญาซื้อบริการสุขภาพอย่างจริงจังช่วยให้ประเทศต่าง ๆ สามารถเคลื่อนตัวสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างรวดเร็ว การซื้อบริการและ/หรือการทำสัญญาจำเป็นต้องจัดสรรทรัพยากรบนพื้นฐานของความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก ซึ่งต้องอาศัยระบบสารสนเทศที่ดี มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์อย่างจริงจัง การประเมินความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน รูปแบบการใช้จ่ายและต้นทุนประสิทธิผลของวิธีการรักษาที่แม่นยำจะช่วยเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบได้

แรงจูงใจในการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และมีคุณภาพนั้น เป็นสิ่งสำคัญไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขในภาครัฐหรือภาคเอกชนก็ตาม ทั้งนี้ ยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ใดที่แสดงว่า สถานพยาบาลที่เอกชนเป็นเจ้าของหรือได้รับทุนดำเนินการจากภาคเอกชนมีประสิทธิภาพมากกว่าหรือน้อยกว่าของสถานพยาบาลในภาครัฐหรือใช้ทุนดำเนินการจากภาครัฐจากมุมมองด้านนโยบายการคลังเพื่อสุขภาพนั้น การตัดสินใจว่าจะทำให้เกิดการบริการสุขภาพแก่ประชาชนให้ดีที่สุดได้อย่างไรนั้นควรยืนอยู่บนแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้มากกว่าการยึดถือตามแนวคิดเชิงอุดมคติอย่างเคร่งครัด

กลไกการจ่ายเงินตามรายการบริการโดยทั่วไปมักจะกระตุ้นให้เกิดการให้บริการที่มากเกินไปจนเกินความจำเป็นสำหรับผู้ที่สามารถจ่ายเงินได้ (หรือผู้ที่ได้รับความคุ้มครองจากการประกันสุขภาพ) และก่อให้เกิดการให้บริการต่ำเกินไปสำหรับผู้ที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงิน นอกเหนือจากความเป็นจริงทั่วไปดังกล่าวแล้ว กลไกการจ่ายเงินควรประเมินด้านคุณธรรมจริยธรรมด้วย เช่น การใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการบริการผู้ป่วยนอกหรือการจ่ายตามรายป่วย (case-based payment) เช่น กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสำหรับกรณีผู้ป่วย ในจะช่วยลดแรงจูงใจจากการให้บริการเกินความจำเป็นที่เกิดขึ้นจากการจ่ายเงินตามรายการ อย่างไรก็ตาม วิธีการเหล่านี้อาจก่อให้เกิดปัญหาอื่น ๆ เช่น การจำหน่ายผู้ป่วยเร็วเกินไป หรืออาจจูงใจให้มีการรับเข้ารักษาซ้ำอีกเพื่อรับเงินเพิ่ม หลายประเทศกำลังทดลองใช้กลไกการจ่ายผสมและกระบวนการบริหารต่าง ๆ เพื่อใช้ประโยชน์จากจุดแข็งและลดจุดอ่อนของกลไกการจ่ายเงินนั้น ๆ

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อาจมีประสิทธิผลสูง และลดความจำเป็นในการรักษาในภายหลัง โดยทั่วไปแม้มีแรงกดดันจากนักการเมืองที่สร้างความมั่นใจในการเข้าถึงการรักษาโดยใช้ระบบการเงินที่มักมุ่งเน้นรักษาพยาบาลแทนที่จะเป็นการส่งเสริมและป้องกันโรคให้แก่ประชาชน ซึ่งโดยทั่วไปแล้วแต่ละคนจะจ่ายเงินสำหรับการป้องกันโรคต่ำ ซึ่งบางครั้งรัฐบาลมีความจำเป็นต้องแยกกองทุนสำหรับกิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันโรคในระดับชุมชนออกมาจากการบริการส่วนบุคคลที่ส่วนใหญ่เชื่อมโยงกับการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นหลัก

ระบบอภิบาล (governance) เป็นปัจจัยสำคัญในการปรับปรุงประสิทธิภาพและความเป็นธรรม กฎพื้นฐานบางอย่างของระบบอภิบาลนั้นได้รับการพัฒนาจากนอกภาคสุขภาพ เช่น การจัดการทางการเงินและการตรวจสอบ แต่ก็ไม่มีเหตุผลว่าทำไมภาคส่วนสุขภาพไม่ควรมีการดำเนินการบุกเบิกในส่วนนี้ ทั้งนี้ ผู้ที่มีหน้าที่ตัดสินใจในการทำงานด้านสุขภาพสามารถทำข้อตกลงที่ดีในการลดการรั่วไหลได้อย่างมากโดยเฉพาะการจัดซื้อ และสามารถปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ และประสิทธิภาพของระบบ รวมทั้งการผ่านการควบคุมและการบังคับใช้กฎหมาย

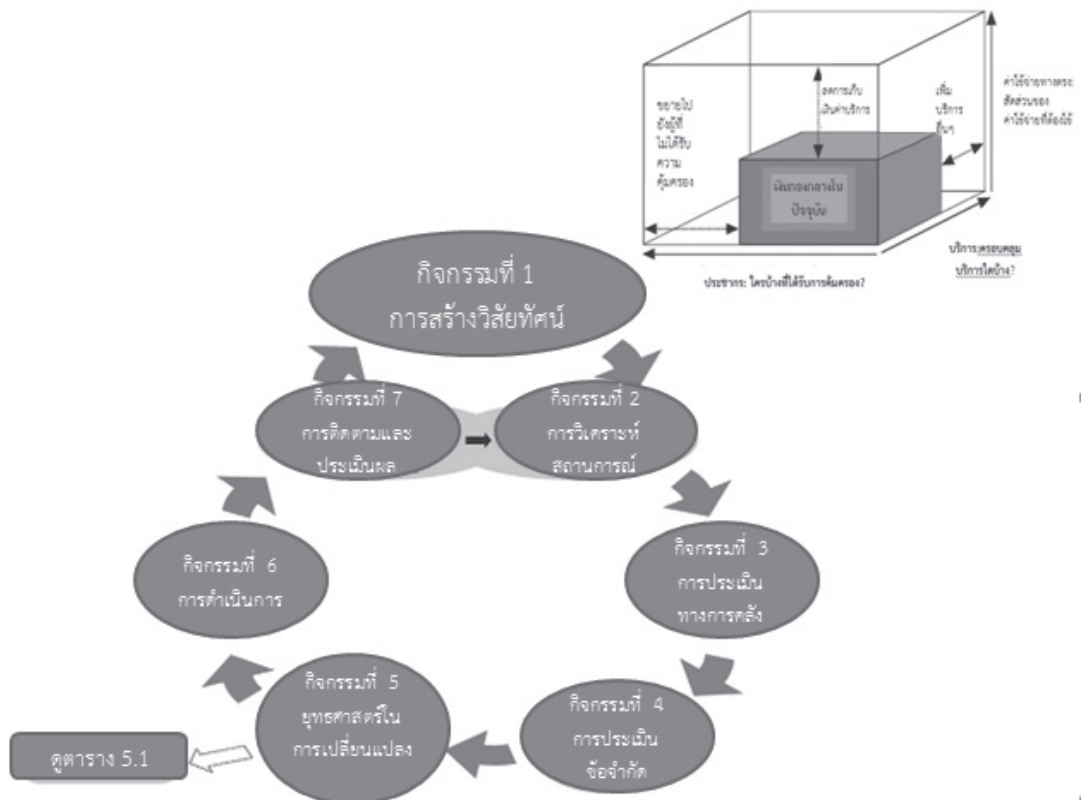
บทเรียนข้างต้น เกิดจากประสบการณ์อันยาวนานในหลายประเทศสามารถช่วยให้ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายได้ตัดสินใจเดินไปข้างหน้าด้วยวิธีที่ดีที่สุด อย่างไรก็ตาม การประยุกต์องค์ประกอบจากทางเลือกทั้งหลาย หรือการใช้วิธีที่เคยประสบความสำเร็จในประเทศอื่น ๆ อาจไม่เพียงพอ เนื่องจากกลยุทธ์ด้านการคลังสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนาจากภายในประเทศ แล้วผลักดันสู่ทิศทางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ ประเทศต่าง ๆ ต้องพัฒนาศักยภาพตนเองให้สามารถวิเคราะห์และเข้าใจจุดแข็งและจุดอ่อนของระบบตนเองที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถนำมาปรับปรุงนโยบายด้านการคลังสุขภาพของตนได้อย่างสอดคล้อง แล้วนำนโยบายดังกล่าวมาดำเนินการ รวมทั้งมีการติดตามและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

บทเรียนเหล่านี้ สัมพันธ์กับความท้าทายด้านเทคนิคการปฏิรูปการเงินเพื่อสุขภาพเป็นหลัก แต่งานทางด้านเทคนิคนั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการพัฒนานโยบายและนำนโยบายไปใช้งาน การดำเนินการด้านอื่น ๆ ที่จำเป็นในการทำให้เกิดการสะท้อนและการเปลี่ยนแปลงจะพิจารณาในส่วนถัดไป

การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง [Supporting change]

วงจรการตัดสินใจด้านการคลังสุขภาพที่แสดงไว้(ภาพที่ 5.1) มีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นแนวทางมากกว่าจะเป็นพิมพ์เขียว ขณะที่กระบวนการที่เราคาดการณ์ไว้นั้น เป็นการแสดงถึงแนวความคิดที่แยกกันโดยสิ้นเชิง ซึ่งในความเป็นจริงแต่ละส่วนอาจเหลื่อมล้ำและเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป

ภาพที่ 5.1 กระบวนการตัดสินใจด้านการคลังสุขภาพ



กิจกรรมการดำเนินการ 7 ประการที่อธิบายไว้นั้น ไม่ได้จำกัดเพียงในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลางเท่านั้น ในประเทศที่มีรายได้สูงที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินในระดับสูงนั้นสามารถทำการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มั่นใจได้ว่า ระบบการคลังได้บรรลุวัตถุประสงค์ แม้เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของการวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และเทคโนโลยีที่มีอยู่ตลอดเวลา รวมถึงการเพิ่มขึ้นของอุปสงค์และการเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดทางด้านงบประมาณ การออกแบบและนำกลยุทธ์ด้านการคลังสุขภาพมาใช้เกี่ยวข้องกับการปรับตัวอย่างต่อเนื่องมากกว่าการก้าวไปข้างหน้าสู่ความสมบูรณ์ทางความคิดบางประการ โดยวงจรนี้จะมีความสมบูรณ์ (การดำเนินการที่ 7) หากประเทศมีการทบทวนว่า มีความก้าวหน้าตามเป้าหมายที่กำหนดเพียงไร (การดำเนินการที่ 1) จึงประเมินกลยุทธ์ซ้ำอีกครั้งและออกแบบแผนใหม่เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งข้อมูลสะท้อนกลับจะนำไปสู่การประเมินซ้ำและการปรับแผนอย่างสม่ำเสมอต่อไป

ระบบการคลังสุขภาพจำเป็นต้องมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา มิใช่เพียงเพื่อพัฒนาให้ดีขึ้นเท่านั้น แต่เป็นเพราะในแต่ละประเทศยังคงมีการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพต่างๆด้วย อาทิ รูปแบบของการเกิดโรค การไหลและการลดลงของทรัพยากร การสร้างหรือยุบสถาบันต่างๆที่เกี่ยวข้อง (ภาพที่ 5.1)

การดำเนินการที่ 1: การสร้างวิสัยทัศน์ (establishing the vision)

การสร้างวิสัยทัศน์สำหรับอนาคตที่อาศัยความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจุบันนั้นเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากเส้นทางที่แต่ละประเทศเลือกเพื่อเข้าสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความแตกต่างกัน ด้วยพันธะสัญญาที่จะประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการลดอุปสรรคด้านการเงินในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมทั้งการเพิ่มและคงไว้ซึ่งการป้องกันความเสี่ยงด้านการเงิน อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินการดังกล่าวก็ต้องคำนึงถึงสัดส่วนที่เหมาะสมระหว่างความครอบคลุมของประชากร บริการต่าง ๆ ที่จะมีให้และต้นทุนค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น ซึ่งขึ้นกับระดับทรัพยากรที่ได้กำหนดไว้ อีกสิ่งสำคัญในการวางแผนเลือกที่ประเทศจะต้องตัดสินใจยังขึ้นกับค่านิยมและแนวคิดของสังคมด้วย ตัวอย่างเช่น ในประเทศที่ประชาชนเชื่อว่า แต่ละคนจะต้องรับผิดชอบการเงินสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น อาจตัดสินใจที่ให้ความคุ้มครองเฉพาะบางส่วนของค่าใช้จ่ายจากเงินกองทุนรวม และให้ครัวเรือนจ่ายเงินสมทบในส่วนที่เหลือโดยตรง หรืออย่างน้อยก็จ่ายสำหรับการรับบริการบางอย่าง ส่วนในประเทศอื่นที่มีแนวคิดของความเป็นภราดรภาพหรือความอันหนึ่งอันเดียวกันทางสังคม (social solidarity) ที่เข้มแข็ง ประเทศเหล่านั้นอาจเลือกที่จะเพิ่มความคุ้มครองค่าใช้จ่ายให้สูงขึ้น แม้ว่าการกระทำดังกล่าวส่งผลให้มีบริการที่น้อยลงก็ตาม ดังนั้น การตระหนักถึงค่านิยมเหล่านี้รวมถึงการมีข้อมูลสำหรับกำหนดวิสัยทัศน์ในภาพรวมของระบบนั้นมีความสำคัญในการตัดสินใจว่าจะดำเนินการด้านเทคนิคอย่างไรต่อไป นอกจากนี้ ยังเป็นแนวทางสำหรับผู้มีหน้าที่ตัดสินใจในการเลือกเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ได้้อย่างเสียอย่างที่จะต้องเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อระบบการเงินพัฒนามากขึ้น

การดำเนินการที่ 2: การวิเคราะห์สถานการณ์-ความเข้าใจจุดเริ่มต้น (situation analysis-understanding the starting point)

การวิเคราะห์สถานการณ์จากมุมมองด้านการเงินการคลัง ควรเน้นที่องค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่ การเข้าถึงการบริการที่จำเป็น และการคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงิน ซึ่งต้องระบุว่า ใครควรได้รับการคุ้มครองจากกองทุนรวม สำหรับบริการใดบ้าง และได้รับความคุ้มครองเป็นสัดส่วนเท่าใดของค่าใช้จ่าย ซึ่งแสดงให้เห็นช่องว่างระหว่างผลลัพธ์ในปัจจุบันกับสิ่งที่ประเทศปรารถนาจะดำเนินการเพื่อให้บรรลุ (ดังระบุไว้ในการดำเนินการที่ 1) ในการวางแผนเพื่ออนาคตนั้น การวิเคราะห์สถานการณ์จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยทั้งภายในและภายนอกระบบสุขภาพที่อาจส่งผลกระทบต่อความคืบหน้าในเส้นทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กล่อง 5.1) ซึ่งสิ่งนี้ได้เป็นเพียงกระบวนการทางด้านเทคนิค แต่มันเป็นฐานของการพัฒนาอย่างมีกลยุทธ์ที่ดีโดยมีข้อมูลที่ถูกต้อง เช่น อุบัติการณ์ปัจจุบันของการล้มละลายทางการเงินที่เชื่อมโยงกับการจ่ายตรงสำหรับการบริการสุขภาพ สิ่งนี้สามารถเป็นแรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองได้ (7)

กล่อง 5.1 องค์ประกอบสำคัญของการวิเคราะห์สถานการณ์สำหรับ การคลังสุขภาพ

การคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงิน

- มีกองทุนที่สอดคล้องกับความจำเป็นใดบ้าง และแหล่งเงินทุนได้จากที่ใดบ้าง? การจัดลำดับความสำคัญของรัฐบาลในการตัดสินใจใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นอย่างไร?
- ประชาชนต้องจ่ายเงินเองสำหรับบริการสุขภาพมากเท่าใด (การจ่ายตรง) และอะไรคือผลกระทบที่ตามมาของการคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงินในการป้องกันการล้มละลายและความยากจนลง
- ใครเป็นผู้จ่ายเงินสมทบส่วนอื่นสู่ระบบสุขภาพ (ส่วนนี้ช่วยให้มีการวิเคราะห์ความเป็นธรรมชาติของการจ่ายเงินสมทบ)
- ใครบ้างที่ได้รับการคุ้มครองจากกองทุนรวม สำหรับบริการใดบ้าง และมีสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่คุ้มครองเท่าใด?

การเข้าถึงบริการที่จำเป็น

- เป็นเรื่องยากที่จะวัดการเข้าถึงบริการในมิติด้านการเงินโดยตรง ดังนั้นการวิเคราะห์จะเน้นโดยทั่วไปที่ระดับความครอบคลุมของบริการรักษาที่สำคัญในปัจจุบัน จากนั้นจะทำการประเมินสาเหตุของการครอบคลุมที่ถือว่าต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่อ่อนแอ เจ็บป่วยได้ง่าย และขนาดการเปลี่ยนแปลงที่นำไปสู่ระบบการเงิน การคลังที่จะปรับปรุงการเข้าถึงบริการให้ดีขึ้น

ประสิทธิภาพ

- อะไรคือปัญหาหลักของประสิทธิภาพในระบบ รวมถึงสาเหตุและผลที่ตามมา

คุณลักษณะ และศักยภาพของระบบสุขภาพ

- การแสดงปริมาณและรายละเอียดอย่างเป็นระบบของการเตรียมการเพื่อเพิ่มและรวมเงินกองทุน และการใช้เงินกองทุนเพื่อจ่ายหรือจัดให้มีการบริการ โดยรวมถึงการดำเนินการต่างๆที่ไม่ใช่เพียงการติดตามกองทุน และรวมถึงการทำความเข้าใจถึงวิธีการที่เงินผ่านระบบจากแหล่งเงินทุนถึงผู้ใช้เงิน กรณีนี้รวมถึงแหล่งกองทุนภายนอกด้วย โดยบันทึกว่า ระบบมีการแยกส่วนที่จุดไหน/อย่างไร และเครื่องมือทางการเมืองไม่สนับสนุนสอดรับกันที่ไหน/อย่างไร นอกจากนี้ ยังควรให้ความสนใจกับการจัดระบบอภิบาลด้วยว่าองค์กรผู้ขึ้นนั้นรับผิดชอบอะไร ต่อใครบ้าง

- การจัดบริการที่มีอยู่ การกระจายและรูปแบบของการใช้สถานพยาบาล (ภาครัฐและนอกภาครัฐ) เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ (รัฐและไม่ใชของรัฐ) และปัจจัยการผลิตที่สำคัญ เช่น ยาและเทคโนโลยี ผลของการประเมินนี้จะกำหนดความเป็นไปได้ของวิธีต่างๆเพื่อเพิ่มความคุ้มครอง เช่น การโอนเงินสดอย่างมีเงื่อนไขอาจไม่สามารถนำมาใช้ได้ หากไม่มีสถานพยาบาลตั้งอยู่ใกล้กับพื้นที่อยู่ของประชาชนกลุ่มที่มีความครอบคลุมต่ำ

ปัจจัยภายนอกของระบบสุขภาพ

- ตัวแปรด้านประชากร เช่น อัตราการเพิ่มของประชากร โครงสร้างอายุ การกระจายทางภูมิศาสตร์ และรูปแบบการย้ายถิ่น การมีส่วนร่วมของแรงงาน ขนาดของแรงงาน นอกกระบบ ตัวอย่างทั้งหมดมีผลกระทบต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้นและความเป็นไปได้ของวิธีการต่างๆในการเพิ่มเงินรายรับ

- ปัญหาของโรคภัยที่สำคัญและแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลง มีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของการขยายความครอบคลุมเพิ่มเติมเมื่อเวลาผ่านไป

- ขอบเขตของเครือข่ายความปลอดภัยของสังคมที่ช่วยลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ (ระยะยาว) จากความเจ็บป่วยหรือลดอุปสรรคทางการเงินในการเข้าถึงบริการ
- มุมมองที่เกี่ยวข้องในการบริหารของภาครัฐและกรอบการดำเนินงานด้านกฎหมาย เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่า ยังมีสิ่งที่จะต้องทำเพิ่มเติมอีกมากเท่าใดที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบการเงินภายใต้บริบทของกฎระเบียบและกฎหมายที่มี ข้อคำถามที่สำคัญคือบุคลากรด้านสุขภาพได้รับเงินอย่างไรและการจัดการดังกล่าวเชื่อมโยงกับกฎระเบียบการให้บริการแก่ประชาชนอย่างไร? สิ่งที่ต้องการแก้ไขได้แก่อะไรบ้างในกรณีจำเป็น? การตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดสรรทรัพยากรทางการเงินของรัฐบาลในระดับต่างๆ เป็นอย่างไร? (เช่น ประเด็นเรื่องการกระจายอำนาจบริหารทางการเมือง) มีการจัดสรรงบประมาณในภาครัฐอย่างไร? ขอบเขตที่จะให้องค์กรภาครัฐ (เช่น โรงพยาบาลของรัฐ) มีหน้าที่กระจายเงินกองทุนต่อไปในแต่ละรายการเป็นอย่างไร?

การดำเนินการที่ 3: การประเมินทางการเงินคลัง (financial assessment)

เงินกองทุนประกันสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันและในอนาคตที่ได้มาจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งจากภาครัฐ ครุวัเรือน เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน รวมถึงพันธมิตรภายนอก ล้วนจำเป็นต้องได้รับการประเมินเพื่อสร้างกรอบการระดมทุนที่ครอบคลุมสำหรับระบบสุขภาพ การประเมินดังกล่าวควรครอบคลุมถึงสัดส่วนทรัพยากรที่ภาครัฐลงทุนในกองทุนประกันสุขภาพด้วย การขาดความต่อเนื่องระหว่างนโยบาย การวางแผน และการจัดทำงบประมาณเป็นสิ่งที่หลายประเทศวิตกกังวล เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์เช่น กรอบรายจ่าย ในระยะกลางที่เป็นการวางแผนงบประมาณไว้ 3 ปี (จากฐานการคาดการณ์แบบเศรษฐศาสตร์มหภาคและการจัดสรรทรัพยากรตามลำดับความสำคัญเชิงกลยุทธ์ต่อเป้าหมายเหล่านั้น) เครื่องมือนี้สามารถช่วยสร้างภาพรวมของการระดมทุนได้ และใช้เป็นข้อมูลในการเจรจาระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ

กระทรวงการคลัง (2) ในบางประเทศ ขั้นตอนนี้จะเกี่ยวข้องกับการเจรจากับสถาบันการเงินระหว่างประเทศและพันธมิตรภายนอกเพื่อที่จะประเมินว่ามีทรัพยากรใดบ้างที่ยังมีอยู่และได้ไหลสู่ภาครัฐบาลและส่วนที่ไม่ใช่รัฐบาลอย่างไร นอกจากนี้ ผู้กำหนดนโยบายยังต้องกำหนดว่า ควรจะจำกัดการใช้จ่ายของรัฐบาลหรือไม่ และควรจะเพิ่มความเข้มงวดต่อการใช้จ่ายได้อย่างไรท้ายที่สุด ควรคำนึงถึงแหล่งเงินจากที่อื่น ๆ ที่จะเข้ามามีบทบาทเสริมในระบบสุขภาพของประเทศด้วย

ในบทที่ 2 มีทางเลือกต่าง ๆ ที่จะช่วยให้ประเทศสามารถเพิ่มเติมงบหรือเพิ่มทางเลือกสำหรับกองทุนประกันสุขภาพในประเทศ อย่างน้อยที่สุดควรพิจารณาว่าเงินที่ได้รับจัดสรรจากรัฐเพื่อสุขภาพนั้นมีสัดส่วนที่เหมาะสมหรือไม่ และมองหาความเป็นไปได้ในการเพิ่มภาษีสุรา ยาสูบและผลิตภัณฑ์อันตรายต่อสุขภาพอื่น ๆ ภาษีเหล่านี้นั้นสามารถสมทบในกองทุนได้เป็นจำนวนมาก ในขณะที่ได้ทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นโดยตรงด้วย ทั้งนี้ เกือบทุกประเทศสามารถดำเนินการตามทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งในหลายทางเลือกที่เสนอแนะไว้ในบทที่ 2

การเข้าใจภาษาของนักเศรษฐศาสตร์นั้นมีความสำคัญต่อการเพิ่มเงินในกองทุนสำหรับสุขภาพ หากกระทรวงสาธารณสุขซึ่งถือว่าเป็นผู้จัดการทรัพยากรภาครัฐที่มีประสิทธิภาพและรอบคอบได้แสดงให้เห็นความก้าวหน้าและการมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี เมื่อนั้นก็มีแนวโน้มที่จะได้รับความไว้วางใจและความมั่นใจจากกระทรวงการคลังและกระทรวงอื่นๆ การพูดภาษาของนักเศรษฐศาสตร์ได้ก็ช่วยเพิ่มความสามารถในการให้เหตุผลเพื่อขอเงินเพิ่มเติมได้ และสิ่งสำคัญของการดำเนินการนี้ก็คือ ศักยภาพของกระทรวงสาธารณสุขในการใช้ทักษะการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพเพื่อจัดทำเอกสารที่จำเป็นและนำไปใช้ในการเจรจาต่อรองกับกระทรวงการคลังได้

การดำเนินการที่ 4: การประเมินข้อจำกัด (constraint assessment)

ภายหลังดำเนินการในส่วนพื้นฐานเสร็จแล้ว ในขั้นตอนที่ 4 นี้มีความสำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบายที่ต้องระบุผู้สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มของการต่อต้านที่อาจเกิดขึ้น การประเมินข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นช่วยให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจสามารถระบุประเด็นที่ต้องให้มีการปรึกษาอย่างกว้างขวางกับใครและโดยวิธีใด โดยการประเมินดังกล่าวส่งผลให้เกิดการตัดสินใจทางด้านการเมืองเพื่อก้าวเดินไปข้างหน้า

ในขั้นตอนนี้ ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจจะระบุสิ่งที่มีความเป็นไปได้ทางเทคนิค และการเมือง และรัฐบาลสามารถต่อยอดหรือให้การสนับสนุนความต้องการของสังคม เพื่อให้ระบบสุขภาพสามารถทำงานได้เป็นอย่างดี กระบวนการนี้คาบเกี่ยวกับกิจกรรมในขั้นตอนต่อไปและควรทำซ้ำอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ สิ่งที่เป็นไปไม่ได้ในวันนี้อาจเป็นไปได้ในวันข้างหน้า จุดสำคัญที่ต้องพึงระลึกคือ

- การประสบความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นไม่ใช่เพียงประเด็นทางด้านเทคนิค แต่เป็นการแสดงความตระหนักรู้ถึงความเป็นภราดรภาพหรืออันหนึ่งอันเดียวกันของสังคม โดยแรงผลักดันให้บรรลุความสำเร็จก็มักจะมาจากการเมือง ไม่มากนักน้อย
- การเปลี่ยนแปลงระบบการคลังสุขภาพมักถูกต่อต้าน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงใดๆ มักจะรุกร้าผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีอำนาจ เนื่องจากจะต้องเผชิญกับพลังต้านและผู้เสียประโยชน์ ดังนั้น ผู้บริหารระดับสูงจะต้องให้การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงอย่างแข็งแกร่งและยั่งยืน
- ในระดับรากหญ้า มักมีการเปลี่ยนแปลงแบบกลับหัวกลับหางบ่อยๆ การสำรวจประชากรมักแสดงให้เห็นถึงความต้องการการเปลี่ยนแปลงหรือการปรับปรุงระบบสุขภาพของประเทศ การเคลื่อนไหวในระดับรากหญ้าและกลุ่มประชาสังคม(รวมถึงองค์กรผู้บริโภคที่ตระหนักในประเด็นเฉพาะ) เพื่อให้เกิดการปฏิรูปสุขภาพสามารถเป็นเส้นทางสู่ความเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ การสื่อสารระหว่างกลุ่มต่างๆกับกระทรวงสาธารณสุข

ช่วยผลักดันให้ประเด็นสุขภาพเข้าสู่วาระทางการเมืองในเชิงกว้างและสืบเนื่อง
ดังเช่น รัฐบาลประเทศบังกลาเทศได้ใช้วิธีการนี้ในโครงการเพื่อฟื้นฟูและขยาย
คลินิกสุขภาพในชุมชน โดยกลุ่มจัดการในชุมชนช่วยสนับสนุนการวางแผนและ
การบริหารจัดการ ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรด้านสุขภาพกับ
ประชาชนผู้ให้บริการ (3)

- วิธีการเชิงรุกในการเข้าหาการเมืองนั้นส่งผลดีในหลายประเทศ
การสนับสนุน การสื่อสารและการโต้แย้งบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์อาจดำเนิน
ไปอย่างยาวนานกว่าจะได้รับการสนับสนุนทางการเมืองหรือทางการเงินการ
คลังที่จะนำไปสู่ความครอบคลุมอย่างถ้วนหน้า

การดำเนินการที่ 5: พัฒนาและกำหนดกลยุทธ์และ เป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง (develop and formalize strategies and targets for change)

ขั้นตอนนี้ใช้เวลาและใช้แรงงานมากที่สุด นอกจากนี้ยังเป็นจุดเน้นใน
บทความด้านการคลังสุขภาพส่วนใหญ่ และเป็นการออกแบบการสนับสนุน
ด้านเทคนิคให้กับประเทศต่างๆซึ่งบางครั้งตั้งอยู่บนสมมติฐานว่ากิจกรรมอื่นๆ
ได้ดำเนินการอยู่หรือจะดำเนินการต่อไป แต่ในความเป็นจริงแล้ว กิจกรรม
พวกนี้มักถูกมองข้ามหรือทำไปอย่างเร่งรีบ แม้ว่าสิ่งเหล่านั้นได้สร้างรากฐาน
งานทางด้านเทคนิคก็ตาม การพัฒนากลยุทธ์และเป้าหมายของขั้นตอนนี้ต้อง
พัฒนามาจากการวิเคราะห์สถานการณ์และการประเมินบริบทของการระดม
ทุน (การดำเนินการที่ 2 และ 3)

บนพื้นฐานของการวิเคราะห์สถานการณ์และการประเมินอย่างเที่ยงตรง
ของการระดมทุนที่เป็นไปได้ การวางรายละเอียดทางเทคนิคของกลยุทธ์
ก็สามารถเริ่มต้นได้โดยมุ่งเน้น 3 ขั้นตอนหลักของการคลังสุขภาพ ได้แก่
การระดมเงินทุน การรวมเงินเป็นกองทุน และการใช้เงินทุนนั้นเพื่อให้มั่นใจได้
ว่ามีบริการสำหรับประชาชน

ตาราง 5.1 แสดงสาระสำคัญของบทที่ 1-4 เกี่ยวกับการตัดสินใจหลัก ๆ ที่ต้องดำเนินการ

ตาราง 5.1 การตัดสินใจด้านเทคนิคที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการที่ 5

วัตถุประสงค์หลัก	องค์ประกอบ	การตัดสินใจ
เพิ่มเงินทุนให้เพียงพอ	ความเพียงพอ (ส่วนนี้สัมพันธ์กับการดำเนินการที่ 3 อย่างใกล้ชิด และการดำเนินการบางอย่างก็เกิดขึ้นพร้อมกัน)	1. เลือกวิธีการผสมระหว่างภาษี และ/หรือการสมทบจากประกันสุขภาพที่ครัวเรือนต้องจ่าย ตัดสินใจใช้กลไกอื่นเพื่อเพิ่มรายรับจากภายในประเทศสำหรับสุขภาพ เช่น การสมทบจากภาคธุรกิจ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้แน่ใจเงินที่เข้าระบบนั้นมีความมั่นคงและสามารถคาดการณ์ได้
	ความเป็นธรรมในการจ่ายเงินสมทบ	2. พัฒนากลไกให้ครอบคลุมประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายเงินสมทบได้ ซึ่งสามารถทำได้โดยการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะโดยภาษีทั่วไปของรัฐ หรือกำหนดให้ผู้ที่มีความสามารถในการจ่ายเงินให้จ่ายเงินสมทบเพิ่มขึ้น เพื่อให้ครอบคลุมสมาชิกที่ไม่สามารถจ่ายเงินสมทบได้ 3. ใช้ระบบการจ่ายเงินสมทบสำหรับครัวเรือนที่สามารถจ่ายเงินได้
	การเก็บเงินที่มีประสิทธิภาพ	4. ปรับปรุงประสิทธิภาพในการเพิ่มเงินทุน เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ที่ควรจ่ายเงินสมทบได้จ่ายเงินจริง
	ความยั่งยืนทางการเงิน	5. ประเมินการบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการระดมทุนเพิ่มในอนาคต (ทั้งจากภายในและภายนอก) ให้ตรงกับอุปสงค์ที่คาดการณ์ไว้และการเติบโตของอุปสงค์ในอนาคต (เชื่อมโยงกับการดำเนินการที่ 3)
ลดอุปสรรคทางการเงิน	ค่าใช้จ่ายที่สามารถแบกรับได้และการเข้าถึงบริการ	6. จากการตัดสินใจในข้อ 1 ต้องมีการจัดตั้งสถาบัน และเตรียมการบริหารจัดการ เพื่อจัดเก็บและรวมเงินสมทบจากแหล่งต่าง ๆ (ซึ่งจะช่วยลดการพึ่งพาการจ่ายเงินจากกระเป๋าของผู้รับบริการเองในประเทศที่มีการจ่ายเงินด้วยตนเองสูง) 7. การกำหนดให้เงินของผู้ใช้บริการได้นำไปใช้เพื่อสร้างแรงจูงใจสำหรับคุณภาพที่ดี เช่น เพิ่มเงินเดือนในระดับบริการปฐมภูมิ ซึ่งการใช้วิธีการเก็บค่าธรรมเนียม ไม่เพียงทำให้เพิ่มในส่วนของกองทุนเท่านั้น แต่ยังรวมถึงเงินที่ใช้สำหรับกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยได้เงินจากค่าธรรมเนียมนั้นด้วย นอกจากนี้ อาจต้องการเงินกองทุนเพิ่มขึ้นอีกเพื่อให้ตอบสนองอุปสงค์ที่คาดการณ์ว่าเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ลดโอกาสของการจ่ายเงินจากกระเป๋าที่ไม่เป็นทางการจากการใช้การจ่ายตรง 8. ควรมีการตัดสินใจว่า ยังมีกลุ่มใดหรือการรักษาใดที่ควรดำเนินการเพื่อตอบสนองต่ออุปสงค์หรือไม่ เพื่อสร้างความมั่นใจว่า ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์หลัก	องค์ประกอบ	การตัดสินใจ
ลดอุปสรรคทางการเงิน (ต่อ)	ความเป็นธรรมในการรวมกองทุน	9. มีการบังคับการจ่ายเงินสมทบสู่ระบบสุขภาพ (ภาษีและ/หรือประกันสุขภาพ) ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งจะช่วยให้มั่นใจได้ว่าประชาชนจ่ายเงินสมทบเมื่อพวกเขามีสุขภาพดี ไม่ได้จ่ายเพราะกลัวการเจ็บป่วย กรณีนี้ทำให้ลดเหตุการณ์ที่ประชาชนเลี่ยงการจ่ายเงินได้ ซึ่งการหลีกเลี่ยงดังกล่าวมีผลทำให้กองทุนนั้นลดศักยภาพในการคุ้มครองคนยากจนลง 10. หากมีหลายกองทุน ก็ให้ผนวกเป็นกองทุนเดียวหรือใช้กลไกกระจายความเสี่ยงให้เท่าเทียมกัน เพื่อให้แน่ใจว่าบุคคลที่ได้รับความคุ้มครองในกองทุนต่าง ๆ กันนั้นได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน 11. ตัดสินใจว่าใครบ้างมีสิทธิได้รับการบริการจากกองทุนรวม ครอบคลุมบริการอะไรบ้าง และมีการกำหนดอัตราร่วมจ่ายในระดับต่างๆ รวมทั้งกำหนดตารางเวลาเพื่อขยายความครอบคลุมในสิ่งที่กล่าวมาข้างต้นที่สอดคล้องกับแผนความยั่งยืนทางการคลังตั้งได้อธิบายไว้ข้างต้น
	การรวมกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ	12. ลดการแยกส่วนของกองทุนให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
ใช้ทรัพยากรอย่างชาญฉลาด	ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ	13. ออกแบบและใช้กลไกการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการอันส่งผลให้เกิดแรงจูงใจเพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพ 14. เนื่องจากวิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการทุกวิธีมีข้อดีและข้อเสีย ดังนั้นจึงควรพัฒนาขั้นตอนเพิ่มเติมเพื่อกระตุ้นให้เกิดคุณภาพและประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดการเพื่อลดความสูญเสียและการทุจริตคอร์รัปชัน รวมทั้งการออกแบบกระบวนการคัดเลือกยาโดยคำนึงถึงต้นทุน-ประสิทธิผล การวางระบบจัดซื้อรวมถึงห่วงโซ่อุปทาน (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 4) 15. ตัดสินใจจัดสรรเงินให้กับบริการสุขภาพในแต่ละประเภทและแต่ละระดับของการดูแลที่แตกต่างกัน โดยต้องมั่นใจว่า ไม่ก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการประสานงานในการให้บริการในระดับต่างๆ 16. จัดซื้อ/ทำสัญญาแบบมีกลยุทธ์เพื่อให้แน่ใจว่าได้ใช้เงินอย่างคุ้มค่าที่สุด 17. ตัดสินใจว่ามีความจำเป็นหรือไม่ที่จะแยกกองทุนสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 18. กำกับดูแลผลลัพธ์และประสิทธิภาพในการใช้เงินกองทุนอย่างสม่ำเสมอ
	การใช้ทรัพยากรอย่างเป็นธรรม	19. ตัดสินใจใช้วิธีการจัดสรรเงินกองทุนระหว่างพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ต่างๆ โดยสอดคล้องกับขนาดของประชากร รายได้/ความยากจน รวมถึงสอดคล้องกับอุปสงค์ด้านสุขภาพและความแตกต่างอื่นๆ ของต้นทุนบริการที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เช่น ในพื้นที่ที่ประชากรมีความหนาแน่นต่ำ) 20. ตรวจสอบว่า ยังมีสิ่งใดที่ยังมีความไม่เป็นธรรมในด้านความครอบคลุมและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่สามารถแก้ไขได้โดยใช้กลไกทางการเงิน และต้องมีการดำเนินการในด้านอื่นของระบบสุขภาพ (เช่น การกระจายสถานพยาบาลและบุคลากร) นอกจากนี้ ต้องพิจารณาว่ากระทรวงใดหรือองค์กรประชาสังคมใดสามารถช่วยแก้ไขปัญหาลำนี้ได้ดีที่สุด โดยพัฒนาและดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

การดำเนินการที่ 6: การลงมือดำเนินการ รวมถึง การประเมินโครงสร้างและกฎระเบียบขององค์กร (implementation, including assessing organizational structures and rules)

ขั้นตอนนี้ บางประเทศอาจมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยเพื่อให้เกิดความสำเร็จ ในขณะที่อีกหลายประเทศอาจต้องส่งเสริมให้เกิดการปฏิรูปอย่างจริงจัง อาจต้องมีการก่อตั้งสถาบันหรือองค์กรใหม่ ยกตัวอย่างเช่น ประเทศอาจตัดสินใจพัฒนากองทุนประกันสุขภาพให้มีอำนาจแบบกึ่งราชการ เพื่อหลีกเลี่ยงข้อจำกัดในการรวมเงินและการจัดซื้อบริการภายในระบบบริหารจัดการด้านการคลังภาครัฐ อย่างไรก็ตาม บางครั้งสถาบันที่มีอยู่เดิมอาจต้องปรับตัว หากการประกันสุขภาพภาคบังคับได้รับการบริหารจัดการผ่านภาคเอกชน ทั้งนี้ หากกองทุนการประกันสุขภาพภาคบังคับเป็นองค์กรของรัฐบาล อาจจำเป็นต้องออกกฎหมายและระเบียบปฏิบัติใหม่หรือบังคับใช้หรือยกเลิกกฎหมายที่มีอยู่

การออกกฎหมายนั้นสามารถช่วยการพัฒนากระบวนการคลังสุขภาพสำหรับการประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างแน่นอน และสามารถช่วยปกป้องสิทธิส่วนบุคคลในการได้รับการดูแลสุขภาพ เมื่อไม่นานมานี้ ในหลายประเทศพบว่าการมีกฎหมายใหม่และการมีสิทธิตามรัฐธรรมนูญส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ที่ประชาชนเรียกร้องสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ศาลเพิ่มมากขึ้น (4) อย่างไรก็ตาม เป็นการเร็วเกินไปที่จะสรุปจากปรากฏการณ์ดังกล่าวว่าเป็นความสำเร็จในการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพราะนักวิจัยยังพบว่าในบางกรณี คนจนที่สุขภาพอ่อนแอได้รับผลประโยชน์จากสิทธินี้ตามกฎหมายน้อยกว่าคนรวยที่มีวาทศิลป์ในการเรียกร้องความต้องการมากกว่า (5)

หนึ่งในสิ่งท้าทายที่ยิ่งใหญ่ที่สุดที่หลายประเทศเผชิญในขั้นตอนนี้คือการขาดศักยภาพด้านเทคนิคและการจัดการองค์กร ทั้งนักบัญชี นักสถิติ ผู้ตรวจสอบ นักเศรษฐศาสตร์ และนักกฎหมายซึ่งมีความจำเป็นในแต่ละประเทศ และบางครั้งก็ขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้น ประเทศจำเป็นต้อง

ประเมินการจัดลำดับความสำคัญของการศึกษา/การอบรมบุคลากรเหล่านี้ เพื่อพัฒนาทักษะที่ต้องการ และในบางครั้งอาจต้องพัฒนากลยุทธ์ต่างๆ เพื่อจูงใจผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศมาทำงานด้วย

การขยายความครอบคลุมของบริการนั้นมักมีอุปสรรคจากการขาดแคลนผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ซึ่งแผนการเงินการคลังจำเป็นต้องมั่นใจว่า ด้านอุปทานนั้นมีบุคลากรด้านสุขภาพที่เพียงพอและมีทักษะที่เหมาะสม นอกจากนี้แผนการดังกล่าวยังต้องยกระดับทั้งด้านปริมาณและคุณภาพบริการ รวมทั้งต้องแน่ใจว่ามียาและเทคโนโลยีที่เหมาะสมที่พร้อมให้บริการได้ อีกด้านหนึ่งนั้นผู้ตัดสินใจจำเป็นต้องระมัดระวังต่อผลกระทบด้านการคลังเมื่อมีการปฏิรูปส่วนอื่น ๆ ของระบบสุขภาพ

ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่างๆ มากมายต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขจะต้องทำงานร่วมกับกระทรวงต่างๆ ด้วย

การดำเนินการที่ 7: ติดตามและประเมินผล (monitor and evaluate)

ผู้มีอำนาจตัดสินใจจำเป็นต้องรู้สถานะประเทศของตน ว่ามีการวางแผนปฏิรูปไปสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่หรืออยู่ในระหว่างการพัฒนาผ่านหรือบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้แล้วเพียงใด ผู้ตัดสินใจเหล่านี้ต้องสามารถที่จะประเมินได้ทั้งสถานการณ์และแรงเสียดทาน โดยพวกเขาจำเป็นต้องรู้ว่าประเทศกำลังก้าวเข้าใกล้หรือห่างไกลจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงใด

ระบบการเงินการคลังไม่จำเป็นต้องตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงตามที่วางแผนไว้เท่านั้น สิ่งสำคัญคือจะต้องเตรียมการสำหรับสิ่งที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ และสามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้น ผู้ตัดสินใจต้องมีแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องและต่อเนื่อง ในกล่อง 5.1 ได้อธิบายประเภทของข้อมูลที่สำคัญสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับวิธีการใช้ทรัพยากรด้านการเงิน

การคลังที่มีอยู่ รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับประเทศในการตรวจสอบว่า ได้เข้าใกล้หรือห่างไกลจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงใด

การกำกับดูแลจำเป็นต้องมุ่งไปที่ประชาชนว่าได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นหรือไม่ และมีอุปสรรคจากความเสี่ยงด้านการเงินที่เกิดจากการต้องจ่ายค่าบริการหรือไม่ ในบางครั้ง ข้อมูลบางส่วนที่ต้องการใช้สำหรับการประเมินที่แม่นยำนั้นหาได้ยาก ตัวอย่างเช่น การวัดสัดส่วนของประชากรที่ครอบคลุมจากการประกันสุขภาพนั้นทำได้ง่าย แต่สิ่งนี้ไม่ใช่ตัวชี้วัดของความครอบคลุมที่แท้จริง เนื่องจากเราต้องการทราบสัดส่วนของความครอบคลุมต่อบริการที่จำเป็นจริง ๆ ของประชาชนและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงด้วย

ในระบบที่มีการผสมผสานของบริการภาครัฐและเอกชนที่มักได้รับเงินสนับสนุนส่วนหนึ่งจากเงินประกันสุขภาพและรายได้จากภาษีนั้นอาจดูซับซ้อนในทางทฤษฎี ทุกคนสามารถใช้บริการของรัฐได้ แต่ในทางปฏิบัติ ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดารอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการได้หรือไม่ใช้บริการดังกล่าวหากคุณภาพไม่ดีหรือรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดี ดังนั้น อาจเป็นการยากในการระบุว่าใครควรได้รับความคุ้มครองอย่างแท้จริงจากกองทุนภาครัฐ แม้ว่าจะมีข้อมูลที่น่าเชื่อถือจากการสำรวจครัวเรือนที่ออกแบบอย่างดียึดก็ตาม

ในตาราง 5.2 ได้เสนอตัวชี้วัดที่แสดงได้อย่างสอดคล้องในการเป็นตัวทำนายที่แม่นยำว่า บุคคลใดเป็นผู้ที่ได้รับความคุ้มครอง ขนาดของการคุ้มครอง ความเสี่ยงด้านการเงิน และขนาดของการจ่ายเงินด้วยตนเอง รวมทั้งผลกระทบต่อการล้มละลายทางการเงินและความยากจนลงอันเนื่องมาจากการนี้ เห็นได้อย่างชัดเจนว่า มันไม่ได้ครอบคลุมผลกระทบที่เป็นไปได้ทุกอย่างของระบบการคลังสุขภาพต่อชีวิตของประชาชน ตัวอย่างเช่น ประชาชนที่ยากจนอยู่แล้ว ไม่ได้ยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ แต่จะถูกผลักดันให้ยากจนลงไปอีกจากค่าใช้จ่ายดังกล่าว ทั้งนี้ ประเทศที่มีศักยภาพเพิ่มเติมในการติดตามอาจเพิ่มตัวชี้วัดอื่นๆ เช่น คนจนที่ยากจนอยู่แล้วได้ยากจนกว่าเดิมจากความจำเป็นที่จ่ายเงินค่าบริการสุขภาพหรือไม่ สำหรับในที่นี้เราได้จัดทำรายการตัวชี้วัดขั้นต่ำที่สุดที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย (6-8)

ตาราง 5.2 การกำกับดูแลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการปกป้องความเสี่ยงทางการเงิน

วัตถุประสงค์และการดำเนินการ	ตัวชี้วัดที่สัมพันธ์	การตีความ
เพิ่มเงินกองทุนเพื่อสุขภาพให้เพียงพอ สัดส่วนของประชากร การบริการ และค่าใช้จ่ายที่เท่าใดที่สามารถครอบคลุมได้?	1. ค่าใช้จ่ายรวมเพื่อสุขภาพต่อประชากร	1. ต้องมีความสัมพันธ์กับความต้องการของประชาชน แต่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดที่ควรกำหนดในประเทศที่มีรายได้ต่ำเท่ากับ 44 เหรียญสหรัฐในพ.ศ.2552 และเพิ่มขึ้นเป็น 60 เหรียญสหรัฐใน พ.ศ.2558
	2. ค่าใช้จ่ายรวมเพื่อสุขภาพคิดเป็น ร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)	2. สิ่งนี้ยังสะท้อนถึงเงินกองทุนที่มี เนื่องจากค่าใช้จ่ายรวมเพื่อสุขภาพต่อ GDP โดยทั่วไปมักเพิ่มขึ้นตาม GDP ต่อประชากร ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแปซิฟิกตะวันตกขององค์การอนามัยโลก ได้กำหนดเป้าหมายของตนเองเท่ากับร้อยละ 4 ถึงแม้ว่าค่านี้อาจไม่เพียงพอก็ตาม ขณะที่อีกกว่า 40 ประเทศทั่วโลกที่มี GDP ต่อประชากรต่ำกว่า 1,000 เหรียญสหรัฐอาจไม่สามารถจัดหางบประมาณได้อย่างเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของประเทศ
	3. สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐเมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายรวมของรัฐบาล ^๑	3. ควรมีการระบุพันธะสัญญาของรัฐบาลด้านสุขภาพ ประเทศในแถบทะเลทรายซาฮารา แอฟริกาได้กำหนดเป้าหมายค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของตนเองไว้ที่ร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายรวมภาครัฐ ขณะที่ในภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนขององค์การอนามัยโลก รัฐสมาชิกได้มีการพูดคุยเกี่ยวกับเป้าหมายที่ร้อยละ 8 ของค่าใช้จ่ายรวมของรัฐที่จะจ่ายให้กับกระทรวงสาธารณสุข
	4. สัดส่วนค่าใช้จ่ายทางสุขภาพภาครัฐเมื่อเปรียบเทียบกับ GDP	4. ควรระบุความสามารถและความตั้งใจของรัฐบาลที่จะปกป้องประชากรจากค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นทำได้ยาก หากมีภาครัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้น้อยกว่าร้อยละ 4-5 ของ GDP ถึงแม้ว่าอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นสำหรับประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางที่จะสามารถทำได้ในระยะยาวอันสั้น จึงจำเป็นที่จะต้องวางแผนในระยะยาวเพื่อให้บรรลุความคาดหวัง

วัตถุประสงค์และ การดำเนินการ	ตัวชี้วัดที่สัมพันธ์	การตีความ
ระดับของการปกป้อง ความเสี่ยงทางการเงิน และความครอบคลุม กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เป็นการพิจารณาบน พื้นฐานของหลักการว่า ใครควรได้รับการดูแล ด้วยค่าใช้จ่ายเท่าใด	5. สัดส่วนเงินที่ต้องใช้จ่ายเอง เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่าย รวมด้านสุขภาพ บนข้อมูลว่า ประชากรกลุ่มใดได้รับผลกระทบ จากการจ่ายเองนี้มากที่สุด	5. จากประสบการณ์เชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า สิ่งนี้ เชื่อมโยงเข้าใกล้การเงินและความยากจนเนื่องจากการ ต้องจ่ายเงินเอง โดยทั่วไป หากการจ่ายเงินเองต่อค่าใช้จ่าย รวมเพื่อสุขภาพต่ำกว่าร้อยละ 15-20 มักไม่เกิดการ ล้มละลายทางการเงินหรือความยากจน ในความเป็น จริงแล้ว สถานการณ์ในหลายประเทศยังมีอัตราส่วน ที่สูง หลายประเทศในภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตกยังคง กำหนดเป้าหมายไว้ที่ถึงร้อยละ 20-30
	6. ร้อยละของครัวเรือนที่ได้รับ ความทุกข์ทรมานจากหายนะ ทางการเงินในแต่ละปี จากการ จ่ายเงินเองเพื่อดูแลสุขภาพ พร้อมข้อมูลว่ากลุ่มใดได้รับ ผลกระทบมากที่สุด	6. ตามหลักการแล้ว สิ่งนี้สามารถวัดได้โดยตรง ถึงแม้ว่าตัวชี้วัดหัวข้อ 5 นั้นจะมีความสัมพันธ์กับ การล้มละลายทางการเงินอย่างมากก็ตาม
	7. ร้อยละของครัวเรือนที่ได้รับ ความทุกข์ทรมานจากความ ยากจนในแต่ละปี จากการจ่าย เงินเองเพื่อดูแลสุขภาพพร้อม ข้อมูลว่ากลุ่มใดได้รับผลกระทบ มากที่สุด	7. เช่นเดียวกับข้อเสนอแนะในตัวชี้วัดข้อ 6
ประสิทธิภาพของการ ใช้ทรัพยากร ^b	8. ค่ามัธยฐานของราคาของ ยาทั่วไปเปรียบเทียบกับราคา อ้างอิงนานาชาติ	8. หากค่าอัตราส่วนสูงกว่า 1:1 พบว่ามีหลักฐาน ที่เพียงพอในการประหยัดได้
	9. ร้อยละของค่าใช้จ่ายภาครัฐ เพื่อสุขภาพที่จัดสรรเป็นค่าใช้จ่าย ตายตัวและเงินเดือนเปรียบ เทียบกับยาและอุปกรณ์อื่นๆ	9. เป็นเรื่องยากในการประเมิน ถึงแม้ว่าประเทศส่วนใหญ่จะรู้ว่าเมื่อค่าใช้จ่ายส่วนนี้สูงเกินไป มักจะอ้างว่าเป็นเพราะความไม่เพียงพอของเงินทุนมากกว่าการขาดประสิทธิภาพ

- a ค่าใช้จ่ายทั่วไปของรัฐบาลต่อด้านสุขภาพนั้นรวมเอาค่าใช้จ่ายสำหรับสุขภาพจากรายได้ทั่วไปของรัฐบาลสำหรับทุกกระทรวง ทุกระดับของรัฐบาล และกองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับ เข้าไว้ด้วยกัน
- b เป็นเรื่องยากที่จะสร้างตัวชี้วัดประสิทธิภาพของระบบสุขภาพที่แม่นยำ เชื่อถือได้ และสามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ ในที่นี้จะกล่าวถึงเพียง 2 ตัวชี้วัด

ขณะเดียวกัน ประเทศต่างๆควรมุ่งเน้นถึงการรักษาประสิทธิภาพในมิติอื่นๆของระบบด้วย โดยตัวชี้วัดที่เป็นไปได้ ได้แก่ ส่วนแบ่งของค่าใช้จ่ายในสถานพยาบาลปฐมภูมิเมื่อเทียบกับโรงพยาบาล อัตราการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลปฐมภูมิไปยังสถานพยาบาลทุติยภูมิ การใช้จ่ายทั่วไป และยาที่ใช้ซื้อทางการค้า หัตถการที่ไม่จำเป็นพักรักษาตัวค้างคืนเทียบกับกรณีที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการโดยรวม

ในที่นี้ เราไม่นำเสนอตัวชี้วัดในส่วนของความครอบคลุม ในเชิงอุดมคตินั้น เราต้องการทราบสัดส่วนของประชากรที่เข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข อันเนื่องมาจากอุปสรรคทางการเงินหรือจากปัญหาอื่นๆจำแนกตามตัวแปรหลัก เช่น อายุ เพศ และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม อย่างไรก็ตาม เกือบทุกประเทศไม่มีข้อมูลเหล่านี้ รวมทั้งรูปแบบของบริการก็อาจมีความหลากหลายเนื่องจากรูปแบบของโรคและสภาพทางประชากรศาสตร์ที่แตกต่างกัน จึงขอแนะนำให้แต่ละประเทศดำเนินการติดตามกำกับชุดของการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันนี้เพื่อความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพ มีการนำเสนอชุดตัวชี้วัดที่เป็นไปได้เป็นประจำทุกปีในสถิติอามัยโลก(*World health statistics*) (9) แม้ว่าส่วนมากเป็นตัวชี้วัดที่ใช้ในประเทศที่มีรายได้ต่ำซึ่งมีปัญหารอคัดต่อโรคเด่นก็ตาม

การไหลเวียนอย่างสม่ำเสมอของข้อมูลในพื้นที่ รวมถึงสิ่งที่อธิบายไว้ใน การวิเคราะห์สถานการณ์ในกล่อง 5.1 ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ

- ระบบข้อมูลด้านสุขภาพที่ทำหน้าที่ให้บริการข้อมูลความครอบคลุมที่จำเป็น ในเชิงอุดมคติแล้ว ควรจำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม และตัวชี้วัดอื่นๆที่เป็นปัจจัยทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บหรือที่กีดกันในการเข้าถึงบริการ ทั้งนี้ ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการข้อมูลของระบบสุขภาพ ต้องมีการทำงานเชื่อมโยงกับองค์กรด้านสถิติของชาติเป็นอย่างดี
- ระบบติดตามกำกับกับการไหลเวียนทางการเงิน ระบบบัญชีสุขภาพของประเทศจะช่วยให้มีข้อมูลที่สำคัญเช่น ข้อมูลการสำรวจครัวเรือนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการประเมินการจ่ายเงินด้วยตนเองและการคุ้มครองความเสี่ยงทางการเงินของประชาชน

ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายควรพยายามสร้างระบบรายงานด้านการเงินอย่างครบวงจร โดยไม่จำแนกตามโครงการหรือตามการกระจายการบริหารที่แยกออกจากส่วนกลาง หรือตามสถานภาพการประกันสุขภาพของประชาชน ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อผู้ให้ความช่วยเหลือเงินทุนกับโครงการและโปรแกรมต่าง ๆ นั้นได้ติดตามการดำเนินงานผ่านระบบรายงานทางการเงินที่ดำเนินการอย่างคู่ขนานกันโดยไม่ได้พูดคุยกันระหว่างผู้เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ การรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มีบทบาททุกคนในระบบสุขภาพทั้งภาคเอกชนและภาครัฐบาลก็มีความสำคัญเช่นเดียวกัน ระบบข้อมูลสุขภาพที่เป็นทางการมีการเก็บข้อมูลเล็กน้อยจากภาคส่วนที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐบาล จึงทำให้ยากต่อการเห็นภาพรวมรูปแบบสถานะทางสุขภาพและการใช้บริการของประชากร

วาระสำหรับประชาคมนานาชาติ (An agenda for the international community)

ในขณะที่ประเทศต่าง ๆ สามารถดำเนินการได้หลายประการตามวาระที่กล่าวถึงข้างต้น ประชาคมนานาชาติก็มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ประเทศที่ต้องการความช่วยเหลือสิ่งสำคัญสำหรับพันธมิตรในการพัฒนาได้แก่:

ธำรงรักษาระดับของความช่วยเหลือหรือเพิ่มความช่วยเหลือให้อยู่ในระดับที่ต้องการ (Maintain levels of assistance or increase them to the required level)

มีประเทศจำนวนเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้นที่ได้รายงานการเบิกจ่ายจากงบความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาอย่างเป็นทางการ (official development assistance: ODA) ไปยังองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Cooperation and Development: OECD) ซึ่งพบว่า ประเทศเหล่านี้ได้ดำเนินการบรรลุตามพันธะสัญญาที่ให้ไว้ต่อนานาชาติ ขณะที่ผู้ให้ความช่วยเหลือส่วนหนึ่งยังคงรักษาพันธะสัญญาในการให้ความช่วยเหลือในปีพ.ศ.2553 ท่ามกลางสภาวะวิกฤติเศรษฐกิจทั่วโลก แต่บางส่วนก็ได้

ลดหรือเลื่อนพันธะสัญญาออกไป ประเด็นนี้เป็นความกังวลอย่างมากและคาดหวังว่าพันธมิตรการพัฒนาจะกลับมารักษาสัญญาที่ให้ไว้ในปฏิญญาปารีสและอักกรา (the promise made in Paris and Accra).

มั่นใจว่าจะสามารถคาดการณ์ระดับความช่วยเหลือได้มากขึ้น(Ensure that aid is more predictable)

หลายประเทศไม่สามารถมั่นใจว่ากองทุนจะมีความมั่นคง ทำให้การวางแผนสำหรับอนาคตเป็นเรื่องที่ยาก ประเทศยากจนบางประเทศพึ่งพาแหล่งเงินภายนอกถึง 2 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด การคาดการณ์การไหลเวียนของเงินช่วยเหลือมีความสำคัญเป็นอย่างมาก โดยพันธมิตรการพัฒนาสามารถช่วยเหลือได้โดยการเตรียมการทำสัญญาความร่วมมือ (ODA)¹ จากเดิมที่เป็นปีๆไป เปลี่ยนเป็นแบบระยะ 3-5 ปี ดังเช่นที่คณะกรรมการช่วยเหลือการพัฒนาขององค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) ดำเนินการตามข้อตกลงที่เมืองอักกรา²

นวัตกรรมเพื่อเพิ่มเงินสนับสนุนสำหรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแก่ประชากรยากจน (Innovate to supplement health spending for poor populations)

ความสำเร็จในการดำเนินการดังกล่าว ที่เห็นได้ชัดคือมูลนิธิสโรวอร์แห่งนวัตกรรมการคลังเพื่อสุขภาพ (the Millennium Foundation on Innovative Financing for Health) ซึ่งล่าสุดได้พัฒนาทั่วโลกให้บุคคลที่ประสงค์ร่วมบริจาคเงินให้แก่ระบบสุขภาพทั่วโลกสามารถทำธุรกรรมการเงินผ่านทางออนไลน์ เช่น เมื่อจ่ายเงินซื้อตั๋วเครื่องบิน จองโรงแรมหรือเช่ารถ เป็นต้น นับแต่พ.ศ.2549 มีการขายพันธบัตรจากประเทศผู้ให้ความช่วยเหลือในตลาดเงินนานาชาติมูลค่าถึงปีละประมาณ 2 พันล้านเหรียญสหรัฐ ธุรกรรมต่างๆเหล่านี้ส่วนหนึ่งสามารถดำเนินการสมทบเข้ากองทุนช่วยเหลือในลักษณะดังกล่าวได้ คาดการณ์ว่า ในแต่ละปีการจัดเก็บภาษีธุรกรรมทางการเงินการแลกเปลี่ยนเงินตราทั่วโลกได้ทำให้มีเงินสูงกว่า 33 พันล้านเหรียญสหรัฐ (ดูบทที่ 2)

¹ ODA= Official Development Assistance: ผู้แปล

² Accra เป็นเมืองหลวงของประเทศ GHANAในทวีปแอฟริกา

สนับสนุนประเทศต่างๆให้ทำแผนสุขภาพของตนเองมากกว่าการกำหนดจากภาคส่วนภายนอกประเทศ (Support countries in their health plans rather than impose external priorities)

ขณะนี้ การมุ่งเน้นของพันธมิตรภายนอกหลายแห่งมุ่งความสนใจไปที่บางโครงการที่มีผลงานดีโดยดำเนินการในทางตรงกันข้ามกับเจตนาของ “ปฏิญญาปารีส ปี 2546 ว่าด้วย การช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ” ซึ่งพยายามที่จะช่วยให้ประเทศผู้รับความช่วยเหลือกำหนดและดำเนินการตามแผนแห่งชาติตามลำดับความสำคัญของตัวเอง ซึ่งสิ่งที่จะต้องทบทวนในตอนนี้ก็คือ ข้อตกลงเรื่องการสนับสนุนทางการเงินให้กับแผนสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีการรายงานและการติดตามผลในระดับชาติ

ช่องทางของกองทุนผ่านสถาบันและกลไกที่สำคัญต่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(Channel funds through the institutions and mechanisms crucial to universal coverage)

ประเทศผู้รับความช่วยเหลือบางประเทศได้แย้งว่า ผู้ให้ความช่วยเหลือมักไม่เต็มใจใช้ระบบของประเทศที่พวกเขากำลังเสริมให้เข้มแข็ง แต่ไปสร้างระบบคู่ขนานกันในการจัดตั้งกองทุนเป็นของตนเอง แล้วจัดซื้อปัจจัยนำเข้า (ยา อุปกรณ์ และการบริการ) รวมทั้งการติดตามผลโครงการเอง (10) วิธีการหนึ่งที่จะทำให้ระบบของประเทศเข้มแข็งคือ การมีช่องทางเงินทุนภายนอกผ่านกลไกการรวมความเสี่ยงของประเทศผู้รับความช่วยเหลือเอง การดำเนินการนี้ใช้รูปแบบการสนับสนุนในภาพกว้าง โดยผู้ให้ความช่วยเหลือระบุเพียงว่าเงินช่วยเหลือนั้นใช้ในด้านสุขภาพ แต่ก็ยอมให้รัฐบาลตัดสินใจกระจายเงินดังกล่าวให้กับโครงการและกิจกรรมต่างๆหรือผ่านการรวมเงินประกันสุขภาพ และพันธมิตรการพัฒนาควรเพิ่มศักยภาพของหน่วยงานดังกล่าวภายในประเทศด้วย

สนับสนุนความพยายามของท้องถิ่นในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Support local attempts to use resources more efficiently)

ลดความซ้ำซ้อนในวิธีการและการดำเนินงานการติดตามและวงจรการรายงานที่ซ้ำซ้อน เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายด้านธุรกรรมที่เกิดขึ้นในประเทศผู้รับความช่วยเหลือเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้ ในพ.ศ.2552 ประเทศเวียดนามมีพันธกิจด้านสุขภาพนานาชาติมากกว่า 400 เรื่อง (11) ส่วนในประเทศรวันดา รัฐบาลได้รายงานว่า มีตัวชี้วัดจากผู้ให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพทั้งหลายมากกว่า 890 ตัวชี้วัด โดยตัวชี้วัด 595 ตัวชี้วัดนั้นเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์และมาลาเรียเท่านั้น (12)

กำหนดตัวอย่างของการมีประสิทธิภาพโดยการลดความซ้ำซ้อนและการแยกส่วนความช่วยเหลือจากนานาชาติ (Set an example in efficiency by reducing duplication and fragmentation in international aid efforts)

เงินช่วยเหลือจากนานาชาติที่มีลักษณะแยกส่วนก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการสูงทั้งจากประเทศผู้ให้ความช่วยเหลือและผู้รับความช่วยเหลือ โดยเกิดความซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็น และเกิดความหลากหลายของแนวทางและมาตรฐานคุณภาพในประเทศ ทั้งนี้ มีความจำเป็นที่ผู้ให้ความช่วยเหลือหลักให้พันธะสัญญาในการพยายามลดโครงการย่อยๆลง ปัจจุบันเป็นที่น่าตกใจว่ามากกว่า 140 โครงการด้านสุขภาพทั่วโลกกำลังดำเนินการแบบคู่ขนานกัน ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งทรัพยากร และเกิดความตึงเครียดอย่างมากกับประเทศผู้รับความช่วยเหลือ (11)

สรุป [Conclusion]

ช่วงเวลานี้ถือเป็นเวลาที่น่าสนใจสำหรับการคลังสุขภาพ ปัจจุบันมีการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศจีนและสหรัฐอเมริกา ซึ่งก่อนหน้านี้ได้ใช้กลไกการตลาดเสรี (using free-market mechanisms) สำหรับการระดมทุน โดยประเทศจีนกำลังมุ่งในทิศทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้เงินส่วนหนึ่งจากภาษีทั่วไป ส่วนในสหรัฐอเมริกานั้น ในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ.2553 ประธานาธิบดีบารัค โอบามา ได้ลงนามในร่างบัญญัติกฎหมายเพื่อการปฏิรูปของสหรัฐอเมริกาที่ขยายความครอบคลุมการดูแลสุขภาพให้กับประชากรที่ยังไม่มีประกันสุขภาพประมาณ 32 ล้านคน มีการประยุกต์ใช้หลักการ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ที่กล่าวไว้ในรายงานฉบับนี้ เป็นเหตุให้เกิดการปฏิรูปโครงการประกันสุขภาพสำหรับคนจนของรัฐ (Medicaid) ส่งผลให้ขยายความครอบคลุมไปยังประชาชนเพิ่มขึ้นอีก 20 ล้านคนที่ไม่เคยมีประกันสุขภาพ

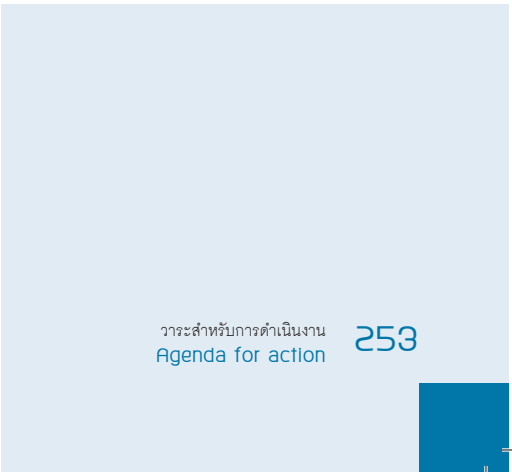
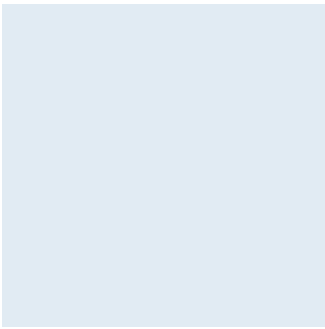
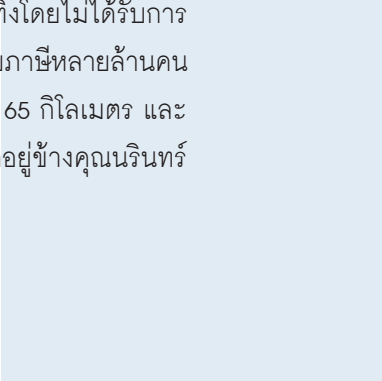
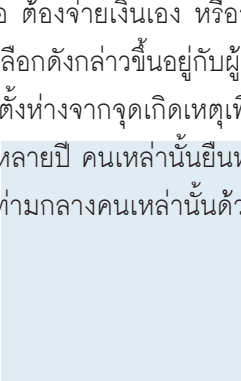
การปฏิรูปในประเทศจีนและสหรัฐอเมริกามีความโดดเด่นเพราะขนาดของระบบ แต่ก็ไม่ใช่แค่สองประเทศนี้เท่านั้นที่หันกลับมาประเมินวิธีการระดมทุนสำหรับการดูแลสุขภาพกันใหม่ รายงานฉบับนี้แสดงให้เห็นว่า การปฏิรูปการคลังสุขภาพนั้นเกิดขึ้นในหลายประเทศและในหลายระดับของการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ซึ่งวิธีการจัดการกับความท้าทายที่เผชิญนั้นจะแตกต่างกันออกไป แต่การดำเนินการนั้นเข้าใกล้ความต้องการของประชาชนมากขึ้น โดยมีรูปแบบของการจ่ายเงินล่วงหน้าและการรวมเงิน

อย่างไรก็ตาม การบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นไม่มีสูตรสำเร็จ ดังนั้นประเทศต่าง ๆ ต้องตัดสินใจเผชิญต่อความท้าทายเองโดยใช้ข้อมูลในอดีตและตามหนทางที่ระบบการคลังสุขภาพได้พัฒนามา รวมถึงความต้องการของสังคมตามหลักแนวคิดของความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (13) การตัดสินใจสนองตอบอาจหลากหลาย โดยแต่ละประเทศอาจดำเนินการท่ามกลางการเผชิญกับความกดดันที่ย่างยากเหมือนกัน ทั้งนี้ การไม่นำพาต่อแรงกดดันดังกล่าวจะนำไปสู่ความล้มเหลวในเรื่องสำคัญที่สุดของรัฐบาล นั่นคือการจัดบริการสุขภาพเพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงได้



ทุกประเทศสามารถดำเนินการบางสิ่งบางอย่างเพื่อก้าวเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือเพื่ออ้างความสำเร็จเอาไว้ แม้ว่าการดำเนินการในเรื่องนี้อาจดูน่ากังวลใจ แต่ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายควรคำนึงถึงความเป็นจริงว่า หลายประเทศที่ได้ดำเนินการไปก่อนแล้วนั้นได้ค้นพบเพื่อจัดให้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเช่นกัน และการฝ่าฟันดังกล่าวนี้ได้มีการบันทึกไว้เป็นอย่างดี ซึ่งมีบทเรียนต่างๆให้เราเรียนรู้ สิ่งสำคัญคือความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสังคมที่แสดงผ่านการมีส่วนร่วมของการเมือง ซึ่งได้กล่าวไปแล้วหลายครั้งในรายงานฉบับนี้ ทั้งนี้ อาจกล่าวอย่างง่าย ๆ ได้ว่า การปฏิรูปมักเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีความต้องการจากประชาชนระดับรากหญ้าอย่างแท้จริง และต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมซึ่งต้องเกิดขึ้นบ่อยครั้งเพียงพอที่จะเรียกร้องให้เกิดความใส่ใจพิจารณาด้วย

ในประเทศไทย มีหลายปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งทำให้คนไทยหลายล้านคนที่แต่เดิมนั้นต้องจ่ายเงินค่ารักษาด้วยตนเองหรือไม่ได้รับการรักษาพยาบาลสามารถเข้าถึงบริการได้ คุณนรินทร์ ปิ่นธะการ ที่ได้รับอุบัติเหตุในวันเสาร์ที่ 7 ตุลาคม พ.ศ.2549 โชคดีที่ไม่ต้องตกอยู่ในสถานการณ์ 2 อย่างคือ ต้องจ่ายเงินเอง หรือถูกทิ้งโดยไม่ได้รับการรักษา แต่มีทางเลือกที่สาม ทางเลือกดังกล่าวขึ้นอยู่กับผู้จ่ายภาษีหลายล้านคน มีศูนย์เฉพาะทางด้านอุบัติเหตุที่ตั้งห่างจากจุดเกิดเหตุเพียง 65 กิโลเมตร และมีศัลยแพทย์ที่ผ่านการอบรมมาหลายปี คนเหล่านั้นยืนหยัดอยู่ข้างคุณนรินทร์ในวันนั้น และก็มีความเข้มแข็งท่ามกลางคนเหล่านั้นด้วย



เอกสารอ้างอิง

1. Knaul FM et al. [Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico]. *Salud Pública de México*, 2007;49:Suppl 1S70-S87. PMID:17469400
2. *Training in medium-term expenditure framework*. Washington DC, The World Bank, 2003.
3. Uddin MJ. Health service networking through community clinics. *The New Nation, Bangladesh's Independent News Source*, 21 March 2010 (<http://nation.ittefaq.com/issues/2010/03/21/all0120.htm>, accessed 28 June 2010).
4. Yamin AE, Gloppen S, eds. *Litigating health rights: can courts bring more justice to health?* Cambridge, MA, Harvard University Press (unpublished).
5. Easterly W. Human rights are the wrong basis for healthcare. *Financial Times (North American Edition)*, 12 October 2009 PMID:12322402
6. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics*, 2003;12:921-934. doi:10.1002/hec.776 PMID:14601155
7. van Doorslaer E et al. Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet*, 2006;368:1357-1364. doi:10.1016/S0140-6736(06)69560-3 PMID:17046468
8. McIntyre D et al. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social science & medicine (1982)*, 2006;62:858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001 PMID:16099574
9. *World health statistics 2010*. Geneva, World Health Organization, 2010.
10. Task team on health as a tracer sector. *Supporting countries health strategies more efficiently*. World health report 2010 background paper, no. 47 (http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en).
11. *Global Health: a Millennium Development Goal and a right for all*. Address by AndrisPiebalgs, EU Commissioner for Development, at the Delivering the Right to Health with the Health MDGs conference, Brussels, 2 March 2010 (<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/10/55&format=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>, accessed 28 June 2010).
12. Binagwaho A, Permanent Secretary, Rwanda Ministry of Health. Personal communication, 9 June 2010.
13. Carrin G et al. Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 2008;86:857-863. doi:10.2471/BLT.07.049387 PMID:19030691

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่สนับสนุนให้มีการแปลรายงานอนามัยโลก ประจำปี 2553 เรื่องการคลังระบบสุขภาพ เส้นทางสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และขอขอบพระคุณองค์การอนามัยโลกที่อนุญาตให้แปล World Health Report 2010 Health Systems Financing: The path to universal coverage จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย

ในระหว่างการทำโครงการ คณะผู้จัดทำได้รับความรู้มากมายจากเนื้อหาของต้นฉบับ และเห็นว่าผู้อ่านจะต้องได้รับประโยชน์อย่างแน่นอน จึงทำให้มีกำลังใจดำเนินการต่อจนกระทั่งสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์เยี่ยงนี้อีกจากทุกหน่วยงานดังกล่าวข้างต้น ในโอกาสต่อไป

