

บทบาทผู้ให้บริการ ในระบบบริการสาธารณสุข

โดย

นพ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

โดยการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
มิถุนายน ๒๕๔๒

บทบาทผู้ให้บริการในระบบบริการสาธารณสุข

บริการด้านสุขภาพเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ ทั้งเมื่อเจ็บป่วยและเมื่อยังไม่เจ็บป่วย เพื่อการบรรลุถึงภาวะการมีสุขภาพที่สุขสมบูรณ์

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้มีการพัฒนาการมาตามลำดับ เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ แต่สิ่งที่ปรากฏคือ แต่ละประเทศมีองค์ประกอบภายในระบบที่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการ ทั้งนี้ด้วยเหตุปัจจัยต่าง ๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม รวมทั้งความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ความแตกต่างขององค์ประกอบภายในระบบ ส่งผลให้พบความแตกต่างของประสิทธิภาพของแต่ละระบบ ในแง่การเข้าถึงบริการ ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และค่าใช้จ่ายของระบบโดยรวม

องค์ประกอบที่สำคัญในระบบบริการสุขภาพคือ “ผู้ให้บริการ” หรือ “ผู้จ่ายเงิน” ซึ่งเป็นผู้ที่มีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อประสิทธิภาพของระบบ ปัจจุบันแต่ละประเทศได้มีการพัฒนาการของบทบาทผู้ให้บริการอย่างหลากหลาย

ประเทศไทยในขณะนี้ก็มีหน่วยงานหรือองค์กรที่ทำหน้าที่เป็น “ผู้ให้บริการ” ให้กับประชาชน เช่น

- กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ทำหน้าที่เสมือนผู้ให้บริการสุขภาพให้กับข้าราชการ และครอบครัว
- กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพให้กับกลุ่มประชาชนที่ยากจน
- สำนักงานประกันสุขภาพ ทำหน้าที่ผู้ให้บริการแทนผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพ
- สำนักงานประกันสังคม ทำหน้าที่ผู้ให้บริการให้แก่กลุ่มคนงาน เป็นต้น

หน่วยงานที่ทำหน้าที่ผู้ให้บริการดังกล่าวมีความหลากหลายในการแสดงบทบาทและวิธีการบริหารจัดการ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบโดยรวม

เอกสารชุดนี้มุ่งศึกษาบทเรียนของประเทศต่าง ๆ เกี่ยวกับ บทบาทของผู้ให้บริการ เพื่อสรุป แนวความคิด และบทเรียนที่น่าจะเป็นประโยชน์ต่อการนำมาปรับใช้ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการศึกษา

เพื่อทบทวนองค์ความรู้สากลเกี่ยวกับแนวคิดและประสบการณ์ของ หน่วยงานผู้ให้บริการสาธารณสุขในระบบสาธารณสุข

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อทบทวนองค์ความรู้สากลเกี่ยวกับ

1. แนวคิดเรื่องบทบาทผู้ให้บริการสาธารณสุข และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับองค์กรอื่นในระบบสาธารณสุข
2. ประสิทธิภาพเกี่ยวกับผู้ให้บริการสาธารณสุข ในบริบทของระบบสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ 3-4 ประเทศ ในด้าน พัฒนาการของระบบผู้ให้บริการ บทบาทของผู้ให้บริการ ความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการกับองค์กรอื่นในระบบ บทบาทของภาคีที่เกี่ยวข้อง การจัดโครงสร้างและกลไกของผู้ให้บริการ ความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการดำเนินงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง บทเรียนที่ได้

วิธีการศึกษา

1. การทบทวนเอกสาร ตำรา และสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ
2. การค้นคว้าจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ MEDLINE, HEALTHSTAR, INTERNET

ผลการศึกษา . เอกสารชุดนี้จะแบ่งเนื้อหาออกเป็นดังนี้

- บทที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับบทบาท “ผู้ให้บริการ” ในระบบสาธารณสุข และวิธีให้บริการแบบต่างๆ ที่ “ผู้ให้บริการ” สามารถเลือกใช้
- บทที่ 2 ประสิทธิภาพเกี่ยวกับบทบาทผู้ให้บริการในบริบทของ ระบบสาธารณสุขในประเทศต่าง ๆ 4 ประเทศ ดังนี้
 - ประเทศสหรัฐอเมริกา กับ ประเทศเยอรมันนี เป็นตัวแทนของประเทศที่มีผู้ให้บริการหลายราย
 - ประเทศสหราชอาณาจักร กับ ประเทศแคนาดา เป็นตัวแทนของประเทศที่มีผู้ให้บริการรายเดียว
 - บทบาท โครงสร้าง กลไกการทำงาน และความสัมพันธ์ ของผู้ให้บริการกับองค์กรอื่น ใน 4 ประเทศดังกล่าว
 - กลไกสำคัญๆ ของบทบาทผู้ซื้อในแง่ต่าง ๆ ได้แก่ การควบคุมค่าใช้จ่าย การเข้าถึงบริการของประชาชน และการส่งเสริมคุณภาพของการบริการ
 - จุดเด่นและข้อจำกัด โดยพิจารณาในเชิงผลกระทบต่อภาพรวมของระบบสาธารณสุข

บทที่ ๓ สรุปบทเรียน และข้อเสนอแนะ ต่อการกำหนดนโยบายในประเทศไทย
เกี่ยวกับ “ ผู้ซื้อบริการ ”

ภาคผนวก 1 รวบรวมเอกสารการคำนวณต้นทุนหรือวิธีการซื้อบริการจากหน่วยงาน
ปฏิบัติทั่วไป ของประเทศสหราชอาณาจักร

ภาคผนวก 2 Health Employer Data and Information Set (HEDIS) ของ National
Committee for Quality Assurance และเกณฑ์การรับรองโรงพยาบาลของ
Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)
แห่ง สหรัฐอเมริกา

ภาคผนวก 3 . พัฒนาการของผู้ซื้อบริการประเทศสหราชอาณาจักร

ภาคผนวก 4 : พัฒนาการของผู้ซื้อบริการประเทศเยอรมันนี

-
ภาคผนวก 5 . พัฒนาการของผู้ซื้อบริการประเทศสหรัฐอเมริกา

ภาคผนวก 6 : พัฒนาการของผู้ซื้อบริการประเทศแคนาดา

บทที่ 1

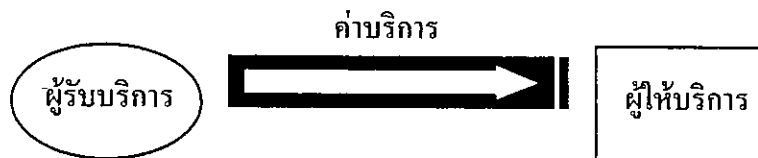
แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของผู้ซื้อบริการ

- 1 นิยาม ผู้ซื้อบริการสาธารณสุข (Payer or Purchaser) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่จ่ายหรือลงทุนในระบบบริการสาธารณสุขแทนประชาชนหรือสมาชิกที่ตนรับผิดชอบ โดยอาจจะไม่ใช่เจ้าของเงิน หรือทรัพยากรโดยตรงก็ได้

3 ประเภทของผู้ซื้อบริการ

บริการสาธารณสุขเป็นสิ่งที่ต้องมีค่าใช้จ่ายเพื่อให้ได้มา เพียงแต่ว่าใครจะจ่าย และจะมีบุคคลที่ตามจ่ายแทนหรือไม่ นั่น แต่ละประเทศมีพัฒนาการในเรื่องนี้แตกต่างกันไป อย่างไรก็ตามสามารถสรุปได้ 4 แบบ ดังนี้ (1)

- 2.1 ผู้รับบริการเป็นผู้จ่ายเอง หรือซื้อเอง (Out of pocket)



- 2.2 บริษัทหรือผู้รับประกันสุขภาพเป็นผู้ซื้อบริการแทน โดยผู้รับบริการแต่ละคนจะจ่ายเบี้ยประกันมาล่วงหน้า (การประกันส่วนบุคคล) (Individual Insurance)



- 2.3 บริษัทหรือผู้รับประกันสุขภาพเป็นผู้ซื้อบริการแทน โดยผู้รับบริการมีจำนวนมาก (การประกันกลุ่ม) มักจะเป็นการประกันของบุคลากรของบริษัทหรือโรงงานอุตสาหกรรม (Employment-based or Group Insurance)



2.4 รัฐบาลเป็นผู้ซื้อบริการไว้ให้กับประชาชน โดยใช้เงินของประชาชนที่จําเอยมาในรูปแบบของ
ภาษีอากร (Government Financing)



จะเห็นว่า พัฒนาการของการซื้อบริการนั้น รูปแบบพื้นฐานที่สุดคือ ผู้รับบริการจ่าย หรือซื้อ
บริการเองจากเงินในกระเป๋าของตน จนกระทั่งมาถึงรูปแบบที่ผู้รับบริการไม่ได้เป็นผู้ซื้อเอง แต่มี
“บุคคลที่ 3” มาทำหน้าที่ซื้อแทน ซึ่งอาจจะเป็นบริษัทประกันหรือหน่วยงานรัฐบาล

3. ทำไมต้องมีบุคคลที่สาม มาเป็นผู้ซื้อบริการแทน

การจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการสุขภาพเองโดยผู้รับบริการ เป็นรูปแบบการซื้อบริการที่ง่ายที่สุด
เหมือนการซื้อสินค้าอื่น ๆ ทั่วไป แต่เมื่อสังคมเปลี่ยนแปลงไปส่งผลทำให้เกิดบุคคลที่สาม มาทำ
หน้าที่แทนเนื่องจากเหตุผลต่าง ๆ ดังนี้ (2)

3.1 บริการสาธารณสุขเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์

แม้คนที่ไม่มีกำลังซื้อก็ควรได้รับเมื่อเกิดความจำเป็น

3.2 ความจำเป็นต้องใช้บริการสาธารณสุข และค่าบริการที่เกิดขึ้นสิ่งที่คาดการณ์ไม่ได้

คนส่วนใหญ่จะไม่รู้ว่าตนเองจะป่วยรุนแรงหรือได้รับอุบัติเหตุเมื่อไร ประกอบกับค่า
ใช้จ่ายทางการแพทย์อาจมีมูลค่าสูงมากจนคนไข้แต่ละคนไม่สามารถจะจ่ายได้

3.3 ผู้ให้บริการกำหนดชนิดบริการ

บริการทางการแพทย์มักจะกำหนดโดยผู้ให้บริการ ผู้รับบริการมักจะขาดข้อมูลที่
สมบูรณ์ หรือไม่อยู่ในสภาพที่จะตัดสินใจเลือกซื้อบริการ

4. “ผู้ซื้อบริการ” ประเภทบุคคลที่สามคือใคร

ผู้ซื้อบริการที่เป็นบุคคลที่สามมีพัฒนาการมาตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 18 เมื่อคนงานและชาวนา
ของประเทศในยุโรปรวมตัวกันตั้งกองทุนการเจ็บป่วย เพื่อช่วยเหลือสมาชิกยามเจ็บป่วย โดยที่
สมาชิกจ่ายเงินสมทบกองทุนอย่างสม่ำเสมอโดยสมัครใจ จนกระทั่งพัฒนามาเป็นกองทุนประกันสังคม
บริษัทประกันเอกชนที่มุ่งกำไร และการเข้ามาดำเนินการเองของรัฐบาล (4,5)

เอกสารชุดนี้จะเน้นถึงบทบาทของผู้ซื้อบริการ ซึ่งเป็นบุคคลที่สามนี้

5 ผู้ซื้อบริการกับเป้าหมายของระบบสาธารณสุข

เป้าหมายของระบบบริการสาธารณสุขที่ดีมี 3 ประการ ดังนี้ (6)

- 5.1 การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงทุกคนเมื่อจำเป็น
- 5.2 สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายโดยรวมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้
- 5.3 ให้ทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของระบบบริการสาธารณสุขข้างต้น จำเป็นต้องตอบคำถามดังต่อไปนี้

- 1 ควรใช้ทรัพยากรหรือค่าใช้จ่ายของประเทศในด้านสาธารณสุขเป็นสัดส่วนเท่าใด และใครควรเป็นผู้กำหนดสัดส่วนนี้
- 2 แหล่งเงินควรมาจากที่ใดบ้าง (ใครควรจ่าย)
- 3 ใครควรเป็นผู้จัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุข และโดยวิธีการใด
- 4 จะใช้จ่ายทรัพยากรเพื่อให้ได้บริการด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดได้อย่างไร

อย่างไรก็ตาม เนื่องด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ทำให้เกิดมีผู้ซื้อบริการบุคคลที่สามขึ้นมามากหลายรูปแบบในแต่ละประเทศ บางประเทศมีผู้ซื้อบริการหลายราย บางประเทศมีผู้ซื้อบริการเพียงรายเดียว ซึ่งมีผลทำให้มีเป้าหมาย และขอบเขตการซื้อบริการที่ครอบคลุมประชากรที่แตกต่างกัน(3) นอกจากนี้เป้าหมายหลักของผู้ซื้อบริการแต่ละรายอาจจะสอดคล้องกับเป้าหมายของระบบสาธารณสุขของสังคมโดยรวมหรือไม่ก็ตาม

6 วิธีการซื้อบริการ (Reimbursing health care provider)

วิธีการซื้อบริการของ “ผู้ซื้อ” มีความสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายของระบบสาธารณสุข และเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ประเทศต่าง ๆ ใช้วิธีการที่แตกต่างกัน และเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่น ๆ ของระบบสาธารณสุข ได้แก่ การแข่งขัน ประเภทและจำนวนผู้ให้บริการ ราคาค่าบริการ การควบคุมค่าใช้จ่าย การเข้าถึงและคุณภาพของบริการ(7)

ในอดีตผู้ซื้อบริการมักจะจ่ายค่าบริการ ตามที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ แต่เมื่อค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นมาก จึงมีการคิดวิธีการซื้อบริการในรูปแบบต่าง ๆ อีกหลายวิธี ความแตกต่างที่สำคัญคือ การกำหนดหน่วยของการซื้อบริการ (Unit of payment) ขึ้นมาใหม่ ดูตารางที่ 1 (8)

ตารางที่ 1.1 หน่วยการซื้อบริการ (Unit of payment)

	← หน่วย ← → รวมหน่วย →				
	ต่อปริมาณ บริการ	ต่อวัน	ต่อการเจ็บ ป่วย	ต่อหัว	ต่อระยะเวลา
จ่ายแพทย์สำหรับ ผู้ป่วยนอก	Fee for service	-	Flat rate, OPD-DRG Procedure	Capitation	Salary
จ่ายแพทย์สำหรับ ผู้ป่วยใน	Fee for service	per diem	IPD-DRG	Capitation	Global budget

6.1 คำนิยามของการซื้อบริการแต่ละแบบ

6.1.1 การจ่ายตามรายการ (Fee for service) คือ การจ่ายค่าบริการตามชนิดของบริการที่ได้รับทุกรายการ เช่น ค่าแพทย์ ค่ายา ค่าเจาะเลือด ค่าเอกซเรย์

6.1.2 การจ่ายต่อการเจ็บป่วยโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้ให้บริการจะให้บริการชนิดใดบ้าง เช่น การจ่ายค่าตรวจผู้ป่วยนอกต่อครั้งในราคาเดียวกันหมด (Flat rate) การจ่ายค่ารักษาผู้ป่วยในตามกลุ่มการวินิจฉัยโรค (Diagnosis related group, DRG)

6.1.3 การจ่ายต่อวัน (Per diem) จ่ายให้โรงพยาบาลตามจำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนรักษา

6.1.4 การเหมาจ่ายต่อหัว (Capitation) คือ การจ่ายบริการแบบเหมาจ่ายต่อเดือน หรือต่อปี ต่อสมาชิกหนึ่งราย โดยไม่คำนึงถึงปริมาณการใช้บริการของสมาชิก

6.1.5 การจ่ายเป็นเงินเดือน และเหมาจ่ายแบบงบประมาณเป็นก้อน (Salary and global budget) วิธีจ่ายแบบนี้ไม่ได้คำนึงถึงทั้งปริมาณการใช้บริการและจำนวนคน แต่จ่ายให้เป็นก้อนตามระยะเวลา เช่น ต่อเดือน ต่อปี เป็นต้น

จะเห็นว่า ลักษณะการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการตั้งแต่ วิธีที่ 1 - 5 นั้น แบบที่ 5 มีการรวมหน่วยของการบริการไว้มากที่สุด เพื่อการจ่ายครั้งเดียว จึงทำให้สะดวกในการบริหารจัดการ (ดูตารางที่ 1.1)

6.2 วิธีจ่ายค่าบริการแก่แพทย์ (ค่าบริการผู้ป่วยนอก) มีได้หลายวิธี ดังนี้

6.2.1 จ่ายตามรายการ (Fee for service) วิธีนี้ผู้ให้บริการจะเป็นหลักในการกำหนดราคาตามปริมาณบริการ

ข้อดี 1 เป็นการตอบแทนค่าบริการตามความเป็นจริงที่ได้รับ

2 คุณภาพการบริการดี

ข้อจำกัด 1 กระตุ้นให้ ผู้ให้บริการเพิ่มบริการที่ไม่จำเป็นเพื่อให้รับค่าตอบแทนมากขึ้น

2 ค่าบริการค่าใช้จ่ายยาก

3 ค่าบริหารจัดการสูง ที่กระบวนการ claim และการตรวจสอบ

แนวทางการนำมาใช้

ควรมีการเจรจาเพื่อลดราคา และกำหนดให้มีขั้นตอนพิจารณาอนุมัติในรายการที่มีราคาสูง

(Utilization management)

6.2.2 จ่ายต่อการเจ็บป่วย (Per episode)

ข้อดี 1 ควบคุมรายจ่ายได้ดีพอสมควร

3 คุณภาพการบริการปานกลาง

ข้อจำกัด 1 ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจลดปริมาณการให้บริการ หรือต้นทุนค่ายา

2 บริหารจัดการยาก ในด้านระบบข้อมูลการวินิจฉัย (ถ้าเป็นระบบ DRG)

3 ถ้าเป็นระบบการจ่ายตาม DRG ผู้ให้บริการจะมีแรงจูงใจที่จะวินิจฉัยโรคที่จะทำให้ได้รับค่าตอบแทนสูง

แนวทางการนำมาใช้

ใช้ร่วมกับวิธีการจ่ายแบบอื่น เช่น วิธีที่ 1 ในข้อ 6.2.1 ในบางรายการ และการทบทวนการใช้

บริการก่อนการจ่ายเงิน (Utilization review)

6.2.3 จ่ายแบบเหมาจ่ายหัวต่อเดือนหรือต่อปี (Capitation)

โดยภาพรวมวิธีการจ่ายแบบนี้มีข้อดี และข้อจำกัดดังนี้

ข้อดี 1 บริหารจัดการง่าย

2 ควบคุมรายจ่ายได้ดี

3 ถ้าผู้รับบริการมีสิทธิเลือกผู้ให้บริการจะกระตุ้นการแข่งขัน

ข้อจำกัด 1 ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่จะเลือกรับเฉพาะสมาชิกที่มีความเสี่ยงต่ำ

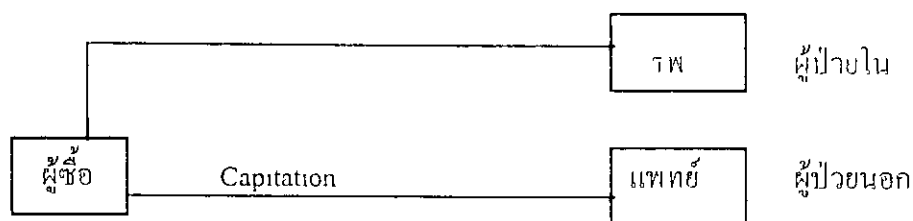
2 มีแนวโน้มที่จะลดการให้บริการ

3 วิเคราะห์พฤติกรรมผู้ให้บริการได้ยาก เพราะไม่ต้องรายงานข้อมูลเพื่อเบิกเงิน

แนวทางการนำไปใช้ การใช้ร่วมกับมาตรการอื่น ๆ จะช่วยลดข้อจำกัดได้

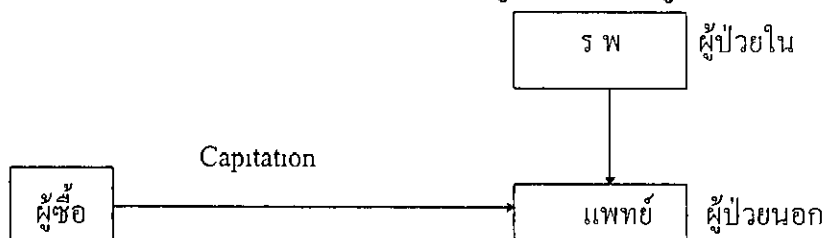
วิธีการจ่ายแทนมี 4 วิธี ขอยได้แก่

วิธีที่ 1 จ่ายแบบเหมาต่อหัวสำหรับค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกโดยไม่รวมค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยใน



วิธีนี้แพทย์ไม่มีความเสี่ยงในการสูญเสียค่าใช้จ่ายเมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้บริการเป็นคนไข้ในหรือบริการที่โรงพยาบาล

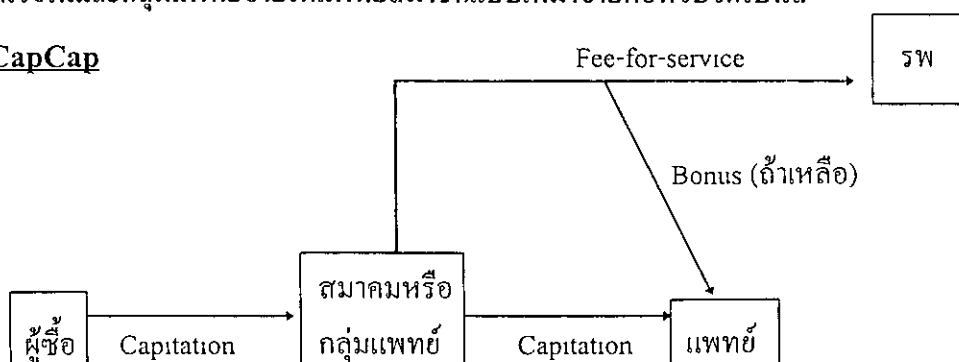
วิธีที่ 2 · จ่ายแบบเหมาต่อหัวให้แพทย์สำหรับทั้งค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน



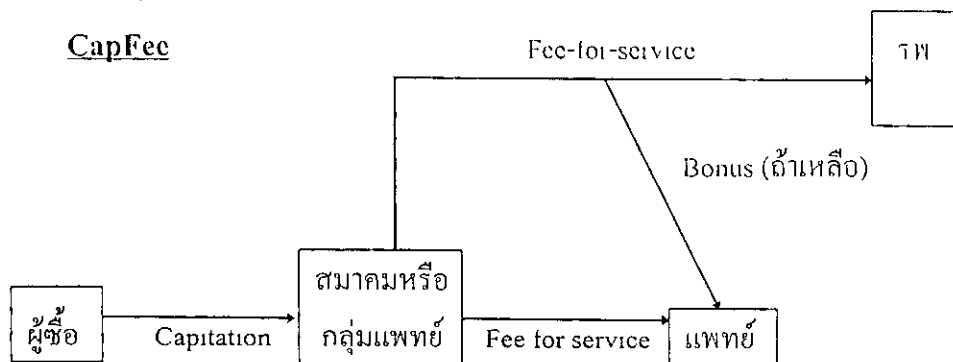
วิธี นี้ผู้ซื้อเพิ่มเงินเหมาจ่ายและถ่ายโอนความเสี่ยงทางการเงินไปให้แพทย์รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเมื่อผู้ป่วยต้องไปใช้บริการเป็นคนไข้ในหรือบริการที่โรงพยาบาล (10)

วิธีที่ 3 · จ่ายแบบเหมาต่อหัวกับสมาคมแพทย์หรือกลุ่มแพทย์สำหรับบริการทั้งคนไข้นอกและคนไข้ในและกลุ่มแพทย์จ่ายให้แพทย์สมาชิกแบบเหมาจ่ายต่อหัวบวกโบนัส

CapCap



วิธีที่ 4 จ่ายแบบเหมาจ่ายสำหรับสมาคมหรือกลุ่มแพทย์สำหรับบริการทั้งคนไข้นอกและคนไข้ใน และกลุ่มแพทย์จ่ายให้แพทย์สมาชิกแบบตามรายการ (fee-for-service) บาทโบนัส ดังภาพ



วิธีการจ่ายแบบที่ 3 และ 4 เป็นวิธีที่ผู้ซื้อถ่ายโอนความเสี่ยงมาที่กลุ่มแพทย์แทน และทำหน้าที่จ่ายค่าบริการให้แก่สมาชิกแพทย์ ทั้งในรูปแบบเหมาจ่ายต่อหัว หรือแบบตามรายการโดยเพิ่มแรงจูงใจให้สมาชิกควบคุมค่าใช้จ่าย โดยการมีโบนัสถ้าทั้งกลุ่ม สามารถประหยัดเงินค่าส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลได้ดี (11)

แต่อย่างไรก็ตาม การรวมกลุ่มแพทย์ จะมีค่าบริหารจัดการเพิ่มขึ้น

6.2 4 จ่ายตามระยะเวลาที่ทำงาน · เงินเดือน (Salary)

วิธีนี้แบ่งเป็น 2 วิธีย่อย ดังนี้(12)

1 ผู้ซื้อจัดตั้งหน่วยบริการเองและจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรเป็นเงินเดือน ทั้งการบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

2 ผู้ซื้อจ่ายแบบเหมาต่อหัวกับกลุ่มแพทย์ทั้งบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และกลุ่มแพทย์จ่ายให้สมาชิกแบบเป็นเงินเดือน

การจ่ายโดยระบบนี้มีข้อดีและข้อจำกัดดังนี้

ข้อดี 1 บริหารจัดการง่าย

2 ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีพอสมควร

ข้อจำกัด 1 แพทย์มีแรงจูงใจที่จะจำกัดการทำงานของตนเพราะการทำงานมากขึ้นก็ไม่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม

2 คุณภาพบริการต่ำ

แนวทางการนำไปใช้

ควรใช้ร่วมกับวิธีอื่น ๆ เช่น ผูกพันการจ่ายเงินเดือนกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ หรือระบบโบนัสตามผลงาน

6.3 วิธีการจ่ายค่าบริการแก่โรงพยาบาล มีหลายวิธีได้แก่

6.3.1 จ่ายตามรายการ (fee-for-service)

เป็นวิธีการจ่ายแบบดั้งเดิม ซึ่งมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงและควบคุมค่ามาก ดังกล่าวมาแล้ว

6.3.2 จ่ายต่อวัน (per diem)

วิธีจ่ายแบบนี้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการยืดเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล ผู้ซื้อจึงจำเป็นต้องมีระบบการควบคุม เช่น การส่งบุคลากรไปทบทวนการใช้บริการ (Utilization review) ถ้าพบว่าคนไข้ไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาลต่อไปอีกแล้วผู้ซื้อก็จะหยุดจ่ายค่าบริการ

6.3.3 จ่ายแบบต่อการวินิจฉัย (Diagnosis - Related Group) (9)

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกลับบ้านจะได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในกลุ่มโรค หรือ DRG ใดโดยพิจารณาจากโรคที่เป็น อายุ โรคอื่น ๆ และโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นและหัตถการที่ทำ แล้วส่งคิดเงินกับผู้ซื้อ ผู้ซื้อก็จะจ่ายค่าบริการตามราคาที่ตกลงล่วงหน้า

วิธีการจ่ายแบบนี้ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องควบคุมต้นทุนโดยการพยายามส่งผู้ป่วยกลับบ้านเร็วขึ้นและพยายามเพิ่มรายได้โดยการเพิ่มจำนวนการเข้ารับการรักษาหรือเปลี่ยนการวินิจฉัยให้เป็นกลุ่มโรคที่สามารถเรียกเก็บเงินได้มากขึ้น

ผู้ซื้อต้องควบคุมรายจ่ายโดยการปฏิเสธการจ่ายเงินถ้าพบว่าเป็นการรับเข้ารักษา (Admission) ที่ไม่จำเป็นและมีการแก้ไขการวินิจฉัย

6.3.4 จ่ายแบบเหมาต่อหัว (Capitation) สำหรับผู้ป่วยใน

ผู้ซื้อบริการถ่ายโอนความเสี่ยงทางการเงินทั้งหมดไปยังโรงพยาบาล โรงพยาบาลจึงต้องควบคุมค่าใช้จ่ายทั้งในด้านจำนวนคนไข้และจำนวนวันนอน

ผู้ซื้ออาจจะแบ่งเบาภาระความเสี่ยงของโรงพยาบาลด้วยการจ่ายโดยวิธีอื่นเพิ่มเติม เมื่อโรงพยาบาลมีต้นทุนสูง

6.3.5 จ่ายแบบงบประมาณเป็นก้อน (Global budget)

- ข้อดี
1. บริหารจัดการง่าย
 2. ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี

- ข้อจำกัด
1. คุณภาพบริการอาจไม่ดี เพราะผู้ให้บริการพยายามลดต้นทุน
 2. วิเคราะห์พฤติกรรมผู้ให้บริการได้ยาก เพราะไม่ได้ใช้ข้อมูลการดูแลคนไข้แต่ละคนมาขึ้นเบิกเงิน

โดยสรุปแล้วแนวโน้มการซื้อบริการ จะเปลี่ยนจากผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนดราคาตามเป็นผู้ซื้อ กำหนดราคาหรือมีการเจรจาต่อรองมากขึ้น

แต่ด้วยระบบการจ่ายแบบเหมาจ่ายล่วงหน้า หรือระบบงบประมาณเป็นก้อน ทำให้ผู้ให้บริการ มีความเสี่ยงทางการเงินมากขึ้น จึงมีแนวโน้มที่จะเลือกสมาชิกที่มีความเสี่ยงต่ำ (Cream skimming) หรือใช้วิธีผลักดันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงไปให้ผู้อื่น ปัจจุบันจึงมีการเสนอให้คิดหาวิธีการเหมาจ่าย โดยมีการปรับค่าความเสี่ยง (Risk adjustment) ด้วย (13)

มีการพยายามผสมผสาน วิธีการจ่ายหลาย ๆ วิธีเพื่อปรับปรุงข้อเสียของแต่ละวิธี ได้แก่ระบบ การจ่ายเงินแก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ของ National Health Service แห่งสหราชอาณาจักร ซึ่งใช้วิธีการ จ่ายหลายแบบดังนี้ จ่ายแบบงบประมาณเป็นก้อน (Global budget) สำหรับค่าเช่าตึกและค่าจ้างพนักงาน จ่ายแบบเหมาต่อหัว (Capitation) ตามจำนวนสมาชิกที่ลงทะเบียนกับแพทย์คนนั้น และจ่ายแบบตาม รายการ (fee-for-service) สำหรับบริการป้องกันโรค เช่น การฉีดวัคซีน การทำ pap smear และการเยี่ยม คนไข้ที่บ้าน เพื่อกระตุ้นให้เพิ่มบริการ (14) (ดูภาคผนวก 1)

บทที่ 2

ประสบการณ์เกี่ยวกับผู้ให้บริการของประเทศต่าง ๆ

ประสบการณ์ของผู้ให้บริการของประเทศต่าง ๆ ให้บทเรียนที่มีค่าอย่างยิ่ง ในวันนี้ได้สรุปบทเรียนของประเทศต่าง ๆ รวม 4 ประเทศ ได้แก่ ประเทศสหราชอาณาจักรและประเทศแคนาดาเป็นตัวแทนของประเทศที่มีผู้ให้บริการรายเดียว ประเทศสหพันธ์รัฐเยอรมันนีและประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นตัวแทนประเทศที่มีผู้ให้บริการหลากหลาย แต่ละประเทศมีความแตกต่างกันในเชิงวิธีการให้บริการ บริหารจัดการและการให้บริการสาธารณสุข ดังจะกล่าวต่อไปนี้

ตาราง 2 1 ระบบบริการสาธารณสุขแบบต่าง ๆ

ลักษณะการให้บริการ (Provision of Services)	ลักษณะการจ่ายเงิน (Financing)			
	การประกันสุขภาพ (Health insurance)			ประชาชนชำระค่าบริการเอง - (Out of Pocket)
	รัฐเป็นผู้ ดำเนินการ	เอกชนเป็นผู้ดำเนินการ		
		ภายใต้กรอบทางกฎหมาย	ตลาดเสรี	
- รัฐเป็นผู้ให้บริการ - เอกชนเป็นผู้ให้บริการแบบไม่หวังกำไร (not for profit) - เอกชนเป็นผู้ให้บริการแบบมุ่งกำไร (for profit)	A B C	D E F	G H I	J K L
	ระบบ แคนาดา	ระบบเยอรมัน	ระบบสหรัฐอเมริกา	

(ที่มา Fernandopulle RJ, Marino BS, Calkins D. Health Care Policy. Blackwell Science 1995: 237)

จากตารางที่ 2 1 แสดงถึงระบบการบริการสาธารณสุขในภาพกว้าง ซึ่งสรุปได้ดังนี้

- ระบบอังกฤษ (The British system) มีลักษณะแบบเซลล์ B ในตารางที่ 2 1 คือรัฐจะจัดการเงินเป็นแบบระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนผู้ให้บริการจะเป็นแบบเอกชนที่ไม่มุ่งกำไร ระบบของอังกฤษนี้อาจจะเรียกได้ว่าเป็นระบบการบริการสุขภาพแบบสังคมนิยม (socialized medicine)
- ระบบแคนาดา (The Canadian system) มีลักษณะแบบเซลล์ A, B และ C ในตารางที่ 2 1 คือรัฐจะเป็นผู้ดำเนินการในส่วนการบริหารจัดการเงินเป็นแบบระบบประกันสุขภาพแห่ง

ชาติซึ่งบริหารในระดับจังหวัดอย่างมีอิสระภายใต้กฎหมายของรัฐบาล แต่การบริการสาธารณสุขเป็นแบบผสมระหว่างการค้าและการของภาครัฐ เอกชนที่มุ่งกำไรและ เอกชนที่ไม่มุ่งกำไร

- ระบบเยอรมัน (The German system) มีลักษณะแบบเซลล์ D E และ F ในตารางที่ 2.1 การบริหารจัดการเงินจะเป็นระบบประกันสุขภาพโดยเอกชน ส่วนของการให้บริการเป็นระบบผสมระหว่างการค้าและการของภาครัฐ เอกชนที่มุ่งกำไรและ เอกชนที่ไม่มุ่งกำไร แต่ทั้ง 2 ส่วนนี้จะอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลจากรัฐบาลกลางอย่างเข้มงวดผ่านทางกฎหมาย
- ระบบของสหรัฐอเมริกา มีลักษณะแบบเซลล์ G, H I J, K และ L ในตารางที่ 2.1 การบริหารจัดการเงินจะเป็นระบบประกันสุขภาพโดยเอกชนและการจ่ายเองของผู้ที่ไม่มีประกันใดๆ ส่วนของการให้บริการเป็นระบบผสมระหว่างการค้าและการของภาครัฐ เอกชนที่มุ่งกำไรและ เอกชนที่ไม่มุ่งกำไร รัฐบาลไม่ได้ทำหน้าที่ในการควบคุมดูแลการให้บริการและการบริหารระบบการเงินในภาพรวม แต่มีบทบาทบางส่วนผ่านโครงการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ คนจน ทหารผ่านศึก เป็นต้น (15)

การเปรียบเทียบระบบบริการสาธารณสุขของแต่ละประเทศ ที่จะกล่าวรายละเอียดต่อไปนี้จะแบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

- 1 โครงสร้างทางการเงิน (Financing structure) กล่าวถึงการกำหนดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ แหล่งทุนทางด้านสุขภาพ และการจัดสรรงบประมาณ
- 2 กลไกการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ในด้านการบริหารองค์กร ระบบค่าตอบแทน กลยุทธ์ควบคุมต้นทุน การเข้าถึงบริการ คุณภาพการให้บริการ ข้อเด่นและข้อจำกัดของระบบ

ระบบอังกฤษ

ภาพรวมของระบบสาธารณสุขของประเทศสหราชอาณาจักรคือ

- รัฐเป็นผู้จ่ายเงินและจัดบริการ
- National Health Service (NHS) เป็นผู้บริหารระบบ
- เน้นการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านอุปทาน

1. โครงการสร้างทางการเงิน

1.1 การกำหนดค่าใช้จ่ายทางด้านการสุขภาพ

ระบบอังกฤษนี้ คณะรัฐมนตรีจะเป็นผู้ที่ดำเนินการจัดสรรงบประมาณทางด้านการสุขภาพให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ภายใต้ข้อเสนอแนะของกรมการสุขภาพและประกันสังคม (Department of Health and Social Security)

1.2 แหล่งทุนทางด้านการสุขภาพ

แหล่งทุนทางด้านการสุขภาพของระบบอังกฤษนั้น 95% จะเป็นส่วนของรัฐสนับสนุน ส่วนที่เหลือเพียง 5% ที่เอกชนเป็นผู้รับภาระ โดยที่ค่าใช้จ่ายในส่วนที่รัฐสนับสนุนนั้น 98% มาจากรายได้ของการจัดเก็บภาษี และ 2% จะเป็นรายได้จากการเก็บค่าบริการต่าง ๆ เช่นการส่งจ่ายยา (prescription) การบริการทันตกรรม การบริการเกี่ยวกับจักษุ และการบริการห้องพิเศษในโรงพยาบาลสังกัดการบริการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Services, NHS) (16)

1.3 การจัดสรรงบประมาณ

NHS เป็นผู้ตัดสินใจเรื่องการจัดสรรงบประมาณโดยมีสูตรการจัดสรร ตามจำนวนประชากร สัดส่วนการตายมาตรฐานและอัตราการใช้บริการ

Department of Health and social security จะทำหน้าที่จัดสรรงบดังกล่าวไปยัง Regional Health Authorities (RHAs) ซึ่งมีทั้งหมด 14 regions RHAs ทำหน้าที่วางแผนกลยุทธ์และจัดสรรงบต่อไปยัง District Health Authorities (DHAs) ซึ่งมีทั้งหมด 90 districts

ช่วงก่อนปี ค.ศ. 1991 RHAs จัดสรรเงินให้โรงพยาบาลในลักษณะ global budget ครอบคลุมค่าใช้จ่ายดำเนินการทุกอย่าง แต่ละ district จะมี Family Practitioner Committee (FPC) ซึ่งจะจ่ายเงินก้อนมาจาก RHAs นำมาจ่ายให้แพทย์ GP อีกต่อหนึ่งเป็นค่าบริการโดยวิธีเหมาจ่ายต่อหัวประชากร (Capitation) โรงพยาบาลจ่ายเงินให้แพทย์ในรูปแบบเงินเดือนซึ่ง กำหนดตามคุณวุฒิการศึกษา

ในปี ค.ศ. 1991 NHS เริ่มนำเอาระบบตลาดภายใน (Internal market) เข้ามาใช้เพื่อเพิ่มการแข่งขันในระหว่างผู้ให้บริการในระดับ District โดยใช้กลไกทางการเงินที่ “เงินไหลตามผู้ป่วย” และการแบ่งแยกบทบาท “ผู้ซื้อบริการ” กับ “ผู้ให้บริการ”

โรงพยาบาลต่าง ๆ จะต้องแข่งขันทำสัญญาขายบริการการแพทย์กับ DHA ในราคาที่ต่ำไปถึง ต้นทุนที่แท้จริง บางแห่งสามารถเลือกเปลี่ยนสถานะของโรงพยาบาลให้เป็น NHS trust ซึ่งมีสถานะ เป็นโรงพยาบาลถึงเอกชน ที่ต้องแข่งขันหารายได้จากการทำสัญญาขายบริการในไม่ก่ DHA และ GP fund holders

GP fund holders หมายถึง กลุ่มแพทย์ GP ที่รวมกลุ่มกันได้รับงบประมาณจาก NHS โดยตรง เพื่อมาซื้อบริการจากโรงพยาบาล (ซึ่งเรียกใหม่ว่า NHS trust) และบริการของบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ในชุมชนแก่ประชาชนที่ลงทะเบียนกับตน

ในปี ค.ศ. 1994 ทุกโรงพยาบาลมีสถานะเป็น NHS trust การได้รับงบประมาณอยู่ในรูปแบบ การแข่งขันขายบริการการแพทย์

2. กลไกการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

2.1 การบริหารองค์กร

2.1.1 การเลือกผู้ให้บริการ

ในระบบอังกฤษผู้ป่วยสามารถเลือกผู้ให้บริการได้ ในที่นี้หมายถึงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General practitioner) โดยที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นลำดับแรก และส่งต่อผู้ป่วยในกรณีที่เป็นพบว่าระบบนี้สามารถที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพได้ โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในอังกฤษสามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยได้เองถึงร้อยละ 90 (โดยไม่ต้องส่งต่อ) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก็มีสิทธิในการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะมาขึ้นทะเบียนกับตน (สามารถปฏิเสธการรับลงทะเบียน คนไข้บางคน แต่กรณีนี้เกิดขึ้นน้อยเพราะแพทย์มีรายได้ตามจำนวนผู้ที่มาลงทะเบียน) แต่จะต้องให้การ รักษาผู้ป่วยทุกคนในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในภาวะฉุกเฉิน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยคนนั้นจะไม่อยู่ใน ทะเบียนของตน

2.1.2 การบริหารจัดการโรงพยาบาล

ปัจจุบันนี้โรงพยาบาลจะดำเนินการในรูปแบบขององค์กรอิสระแต่รัฐยังเป็นเจ้าของ บริหาร โดยคณะกรรมการบริหาร (เดิมเป็นรูปแบบรัฐเป็นเจ้าของและเป็นผู้ให้บริการ) ซึ่งเรียกว่า NHS trust โดยใน NHS trust นี้จะมีบริการห้องพิเศษคิดเป็นร้อยละ 1 ของจำนวนเตียงทั้งหมด (16) นอกจาก NHS trust แล้วยังมีโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยให้บริการในรูปแบบสถานพยาบาล ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (Nursing home) โรงพยาบาลเอกชนเหล่านี้ไม่ได้มีบทบาท ในการแข่งขันการให้ บริการของ NHS แต่จะทำหน้าที่เสริมในส่วนที่ NHS ขาดหายไป เพื่อทำให้ระบบบริการสาธารณสุข ของอังกฤษสมบูรณ์มากขึ้น

2.2 ระบบค่าตอบแทน

2.2.1 การจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์

70% ของจำนวนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้รับค่าตอบแทนในลักษณะเหมาจ่ายร่วมกับการจ่ายตามรายการและตามผลงานจาก GPC โดยที่ 50% ของรายได้จะมาจากระบบเหมาจ่ายต่อหัว อีก 50% ของรายได้ที่เหลือจะมาจากการจ่ายตามรายการและผลงานของการให้บริการทางคลินิก การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการให้วัคซีน (16)

จำนวนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เหลืออีก 30 % จะได้รับค่าตอบแทนในลักษณะของ ผู้ถืองบประมาณ (GP Fund Holder) คือได้งบประมาณเพิ่มเติมมากกว่าแพทย์กลุ่มแรก เพื่อซื้อบริการจากผู้ให้บริการอื่นๆ คือบริการของ รพ บริการของแพทย์เฉพาะทางและบริการในชุมชนให้แก่ประชาชน

ส่วนในกลุ่มของแพทย์ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ประจำในโรงพยาบาลของ NHS ค่าตอบแทนจะเป็นเงินเดือน

2.2.2 การจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาล

โรงพยาบาลจะได้รับค่าตอบแทนตามลักษณะการให้บริการแก่ผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป็นการเจรจาและทำสัญญากับ District Health Authorities และ GP Fund Holders

2.3 กลยุทธ์การควบคุมต้นทุน

2.3.1 เชิงมหภาค

มีการควบคุมต้นทุนโดยการบริหารจัดการรายจ่ายทางด้านสุขภาพโดยในภาพรวม คณะรัฐมนตรีเป็นผู้กำหนดวงเงินรายได้รายได้จากการจัดเก็บภาษี และในขณะเดียวกันก็ใช้การวางแผนงานในระดับภูมิภาคที่เหมาะสมทำให้เกิดการกระจายทรัพยากรอย่างเท่าเทียม นอกจากนี้รัฐยังได้ดำเนินการควบคุมราคาในอุตสาหกรรมอีกด้วย

2.3.2 เชิงจุลภาค

มีการควบคุมกำกับของรัฐเกี่ยวกับการดำเนินงานของ NHS trust และกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปโดยมาตรการทางกฎหมายและข้อกำหนดในสัญญา ซึ่งองค์กรและสมาคมแพทย์ GP จะมีบทบาทสำคัญในการเจรจาต่อรอง

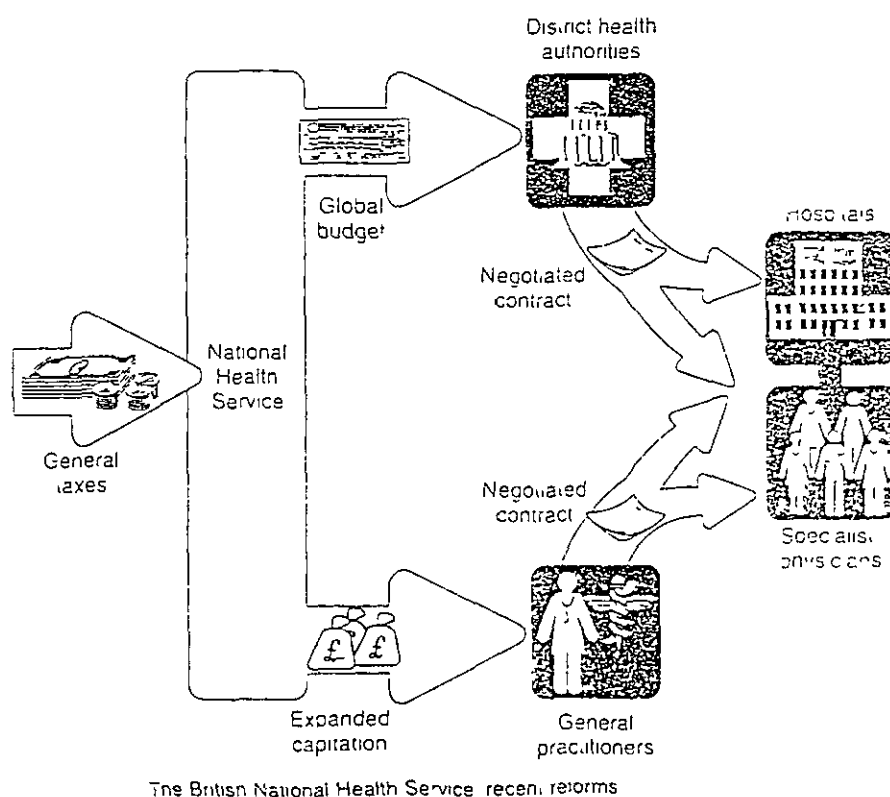
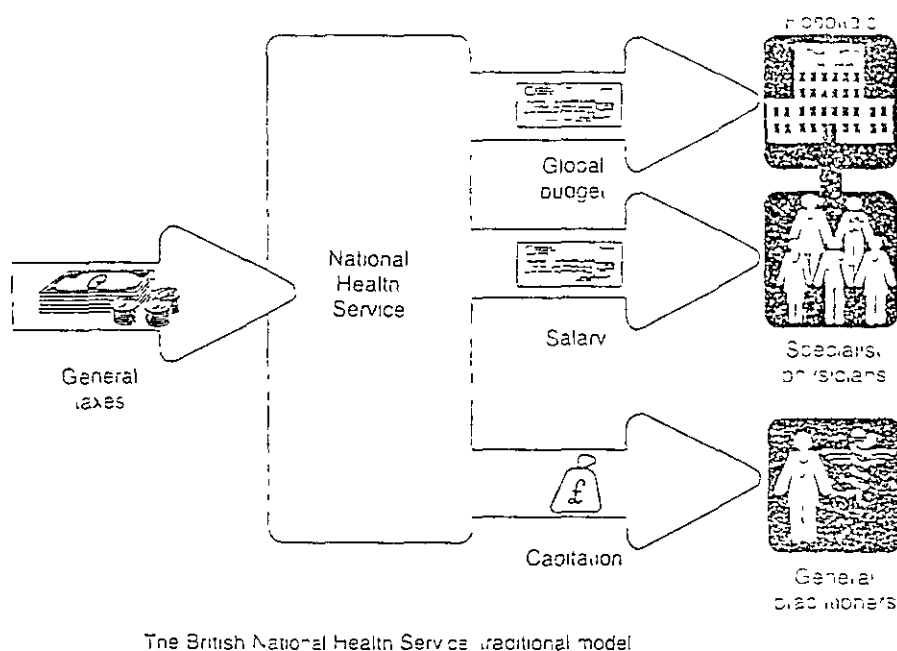
มีการตั้ง Health Council ซึ่งเป็นตัวแทนประชาชน คอยตรวจสอบระบบบริการ

รัฐบาลประกาศสิทธิผู้ป่วย (Patient Charter) เป็นแนวทางให้ประชาชนทราบและให้ผู้ให้บริการยึดถือปฏิบัติ

2.4 การเข้าถึงบริการ

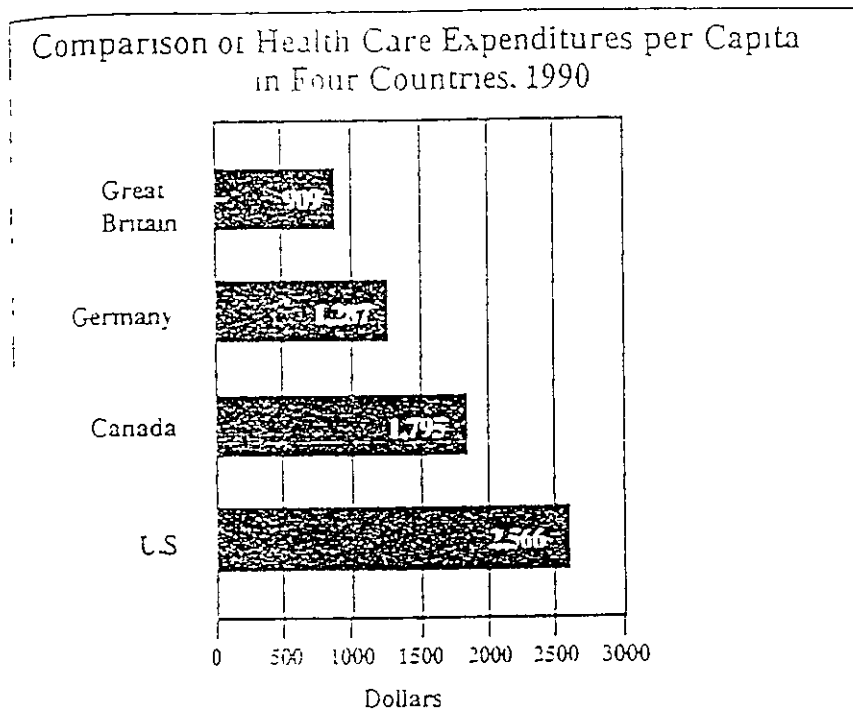
ระบบของอังกฤษนี้ NHS ทำหน้าที่เป็นผู้รับประกันหลัก (Insurer) นำไปเกิดบริการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ทั่วถึง สำหรับบริษัทประกันในภาคเอกชนจัดเป็นสัดส่วนที่น้อยมากและจะครอบคลุมเฉพาะบริการเสริม ได้แก่บริการผู้ป่วยใน (เฉพาะห้องพิเศษ) บริการทันตกรรมที่ไม่ได้รอนัดในโรงพยาบาล แวนตา เครื่องช่วยฟังและบริการผู้ป่วยเรื้อรัง

รูปที่ 2.1 ระบบบริการแบบอังกฤษก่อนการปฏิรูป และ 2.2 ระบบบริการแบบอังกฤษหลังการปฏิรูป

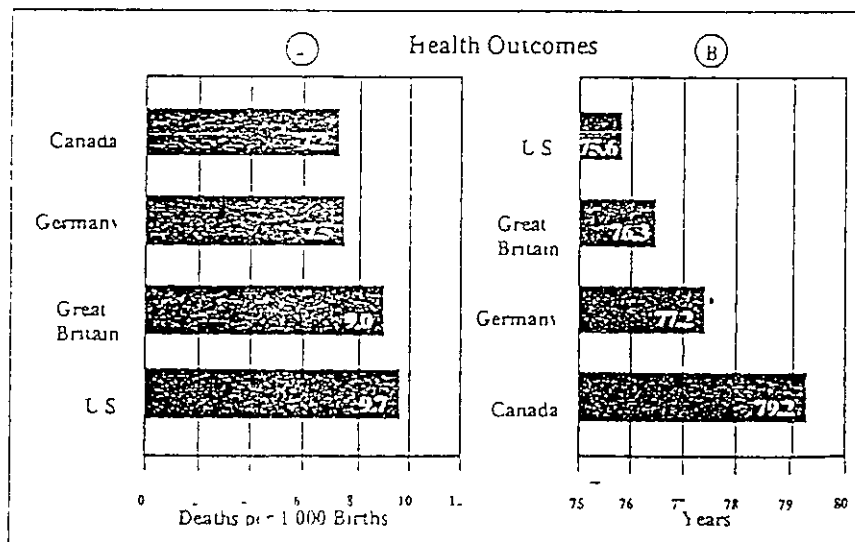


2.5 คุณภาพให้บริการ

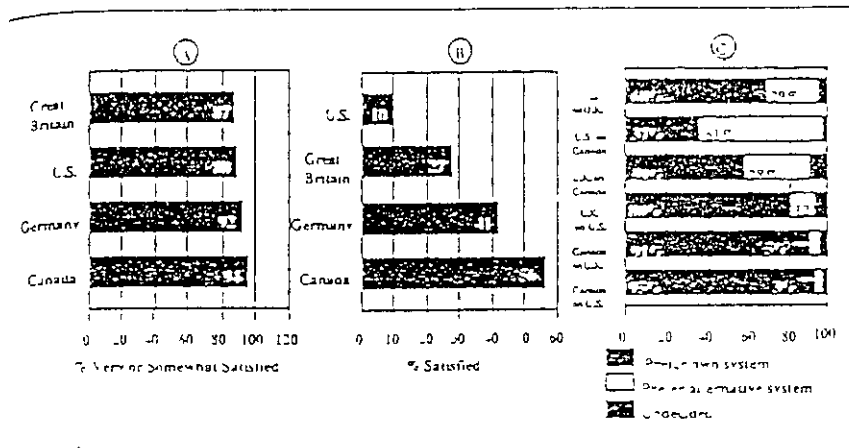
คุณภาพการให้บริการนี้ สามารถพิจารณาได้จากดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพต่าง ๆ ซึ่งแสดงในรูปที่ 2.3 ถึง 2.6



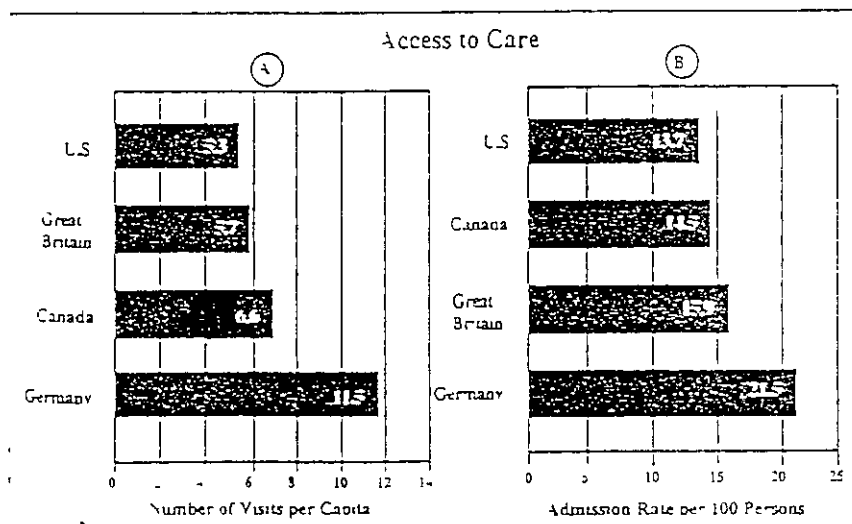
รูปที่ 2.3 Comparison of health care expenditures per capita in four countries, 1990. Shown in U.S.S. with conversions made using Purchasing Power Parity (Data source: OECD, 1991. Adapted from Hsiao, Journal of Health Politics, Policy and Law, 1992.)



รูปที่ 2.4 Panel A = infant mortality rates in four countries, 1989. Data on Canada and Great Britain is for 1988. Panel B = life expectancy in four countries, 1990 (Data source: OECD, 1991. Adapted from Hsiao, Journal of Health Politics, Policy and Law, 1992.)



รูปที่ 2.5 Panels A and B measure public satisfaction with their own health care in each of four countries. Panel A data source: Harvard Community Health Plan, 1990. Panel B data source: Blendon et al., 1990. Both adopted from Hsiao, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1992. Panel C measures public preference for an alternative health system of another country compared to the health system in their own country. Data source: Harris poll 1992. (Adapted from *Tennis Technology Review*, 1990.)



รูปที่ 2.6 Panel A shows number of visits to physicians in four countries, 1989. Note data on Germany and Canada are for 1988. Panel B shows rates of admission for inpatient care in four countries, 1989. Note data on Canada and Great Britain are for 1988. (Data source: OECD, 1991. Adapted from Hsiao, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1992.)

2.6 ข้อเด่นของระบบอังกฤษ

- มีการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมทุกคน (Universal coverage) และควบคุมรายจ่ายได้ดี
- ผู้ป่วยสามารถเลือกผู้ให้บริการได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องจ่ายเงินเอง (จ่ายเองเพียงเล็กน้อย สำหรับค่ายาผู้ป่วยนอก และมีหลายกลุ่มที่มีข้อยกเว้นไม่ต้องจ่ายส่วนนี้)
- ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่ต่ำ เมื่อเทียบกับสหรัฐอเมริกา เนื่องจากมี NHS บริหารจัดการในภาพรวม ทำให้ต้นทุนในการบริหารจัดการน้อยเมื่อเทียบกับสหรัฐอเมริกามีโครงสร้างในการบริหารซับซ้อนมากมาย
- บทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในการให้บริการด้านแรกที่ดีทำให้อัตราการนอนพักในโรงพยาบาลต่ำ ส่งผลให้ต้นทุนทางด้านสุขภาพต่ำ
- แพทย์ให้บริการการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากค่าตอบแทนที่ได้รับเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวในกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือเป็นเงินเดือนในกลุ่มแพทย์ประจำโรงพยาบาล
- มีการอุดหนุนค่ายาแก่คนจนและผู้สูงอายุ

2.7 ข้อจำกัดของระบบอังกฤษ

- การแข่งขันเพื่อแย่งชิงงบประมาณมีสูง ก่อให้เกิดระบบการจำกัดบริการ เช่น คนไข้ต้องรอคิวผ่าตัด (ที่ไม่ฉุกเฉิน) เป็นเวลานาน คนไข้บางภาวะและอายุมากจะไม่สามารถรับบริการบางประเภท
- การกระจายเทคโนโลยีใหม่ ๆ ช้า ทำให้บาง Regions เกิดความขาดแคลน หรือคนไข้ต้องรอคิวยาว
- มีความไม่สม่ำเสมอของการคุ้มครองความเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง
- จำนวนเตียงสำหรับคนไข้เรื้อรังไม่เพียงพอ จึงมีการใช้เตียงไม่เหมาะสม
- มีการอพยพของแพทย์ไปทำงานที่สหรัฐอเมริกา ในช่วงทศวรรษ 1960 และ 1970 เมื่อสหรัฐอเมริกา มีระบบ Medicare เพราะจ่ายค่าตอบแทนสูง

ระบบแคนาดา

ภาพรวมของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศแคนาดา

- ผู้จ่ายหนึ่งราย (Single payer)
- เน้นการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านอุปทาน
- องค์การระดับจังหวัดเป็นผู้บริหารระบบ ซื้บริการจากทั้งภาครัฐและเอกชน

1. โครงสร้างทางการเงิน

1.1 การกำหนดค่าใช้จ่ายทางด้านการสุขภาพ

รัฐบาลกลางโดยกรมสาธารณสุขและสวัสดิการแห่งชาติ (Department of National Health and Welfare) เป็นผู้จัดสรรงบประมาณทางการเงินการประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่แต่ละจังหวัดตามเกณฑ์ที่กำหนด นอกจากนี้รัฐบาลท้องถิ่นในแต่ละจังหวัด (Provincial government) จะจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมจากรายได้ที่จังหวัดได้รับจากการจัดเก็บภาษี

1.2 แหล่งทุนทางด้านการสุขภาพ

รัฐบาลกลางจะสนับสนุนงบประมาณทางการเงินด้านสาธารณสุขในแต่ละจังหวัดคิดเป็นร้อยละ 45 ในส่วนที่เหลือ 55% รัฐบาลท้องถิ่นในระดับจังหวัดจะเป็นผู้สนับสนุน สัดส่วนการสนับสนุนจากรัฐบาลกลางจะแตกต่างกันหรืออีกนัยหนึ่งคือมีความยืดหยุ่นขึ้นอยู่กับเศรษฐกิจของแต่ละจังหวัดสำหรับรายได้ของรัฐบาลกลางและจังหวัดจะได้จากภาษีของประชาชนซึ่งเก็บแยกส่วนกัน(17)

1.3 การจัดสรรงบประมาณ

การจัดสรรงบประมาณภายในจังหวัดนั้นจะจัดสรรโดยสมาคมแพทย์(Medical association) และโรงพยาบาลภายในจังหวัด โดยสมาคมแพทย์จะได้รับงบประมาณรวมในการให้บริการทางการแพทย์แก่แพทย์ภายในจังหวัดนั้น ๆ ส่วนโรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณรวมในการดำเนินการรายปีซึ่งขึ้นอยู่กับจำนวนวันนอนของผู้ป่วยแต่ละแห่ง สำหรับงบลงทุน ครุภัณฑ์ต่างๆ ของโรงพยาบาลนั้นได้แยกต่างหาก ซึ่งจะพิจารณาอนุมัติโดยรัฐบาลท้องถิ่นในแต่ละจังหวัด

2. กลไกการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

2.1 การบริหารองค์กร

2.1.1 การเลือกผู้ให้บริการ

ผู้ป่วยสามารถเลือกแพทย์และโรงพยาบาลได้อย่างอิสระ และแพทย์ส่วนใหญ่ในแคนาดาจะให้บริการรักษาในลักษณะเอกชน (Private practice) รวมทั้งมีสิทธิในการส่งผู้ป่วยของตนเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลใดก็ได้

2.1.2 การบริหารจัดการโรงพยาบาล

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในแคนาดาจะดำเนินการในลักษณะเอกชนที่ไม่มุ่งหวังกำไร

2.2 ระบบค่าตอบแทน

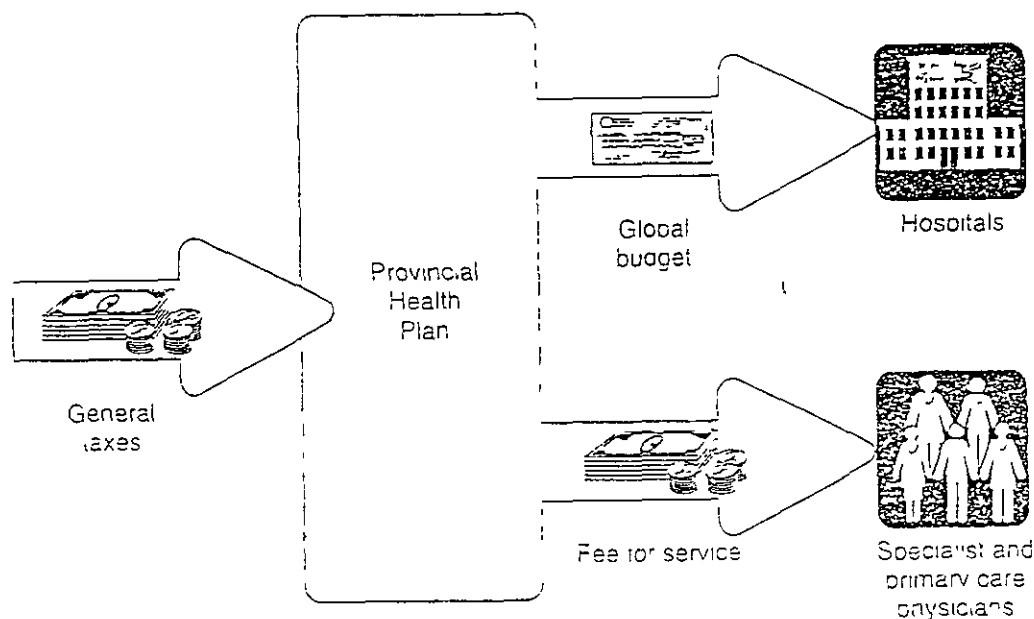
2.2.1 การจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางจะได้รับค่าตอบแทนแบบตามรายการ (Fee for service) ตามอัตราที่ตกลงกันของสมาคมแพทย์ในแต่ละจังหวัด แพทย์จะไม่ได้รับเงินเดือนจากโรงพยาบาล ยกเว้นรังสีแพทย์และพยาธิแพทย์

2.2.2 การจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาล

โรงพยาบาลจะได้รับค่าตอบแทนแบบเป็นก้อนรวม (Global budget) ขึ้นอยู่กับจำนวนวันนอนของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีแนวโน้มที่โรงพยาบาลจะให้ผู้ป่วยนอนพักนาน ๆ เพื่อที่ท่านจะได้รับงบประมาณมากขึ้น

รูปที่ 2.7 แสดงระบบการบริการสาธารณสุขของแคนาดา



The Canadian national health insurance system

2.3 กลยุทธ์การควบคุมต้นทุน

2.3.1 เจริญภาค

การควบคุมต้นทุนโดยผ่านจากการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลาง ซึ่งถ่วงถึงพื้นฐานของแต่ละจังหวัด และการจัดสรรงบประมาณรวมภายในจังหวัดนั้นมีการพยายามจำกัดขีดความสามารถของสถานบริการระดับสูงไม่ให้มีมากเกินไป

2.3.2 เจริญภาค

มีการควบคุมต้นทุนโดยให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายในลักษณะเบี้ยประกันในบางจังหวัด

2.4 การเข้าถึงบริการ

ระบบประกันสุขภาพระดับจังหวัดเป็นเพียงผู้จ่ายรายเดียวและให้การคุ้มครองทุกคน มีกฎหมายที่ห้ามไม่ให้บริษัทประกันเอกชนขายประกันที่ให้ความคุ้มครองซ้ำซ้อนกับที่ระบบประกันสุขภาพของรัฐในระดับจังหวัดให้การคุ้มครองอยู่แล้ว ดังนั้นบริษัทประกันเอกชนจึงไม่เติบโต คุ้มครองได้เฉพาะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในห้องพิเศษ การรักษาโรคฟัน แขนขาตา เครื่องช่วยฟัง โรคเรื้อรัง และโรคที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่องยาวนาน

2.5 คุณภาพการให้บริการ

ดูจากรูปที่ 2.3 ถึง 2.6 เปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ

2.6 ข้อเด่นของระบบแคนาดา

- มีการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมทุกคน (Universal access)
- ผู้ป่วยสามารถเลือกแพทย์และโรงพยาบาลได้อย่างอิสระ โดยไม่ต้องจ่ายเงินเอง
- เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพจะพบว่าระบบแคนาดาจะต่ำกว่าสหรัฐอเมริกา แต่คุณภาพการให้บริการใกล้เคียงกัน
- ค่าใช้จ่ายในการบริหารจะต่ำกว่าสหรัฐอเมริกา เนื่องจากเกือบ 50% รัฐบาลกลางเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่าย (ไม่ต้องมีค่าการตลาดและการแบ่งกำไรเหมือนของสหรัฐอเมริกา)

2.7 ข้อจำกัดของระบบแคนาดา

- การจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ตามจำนวนการให้บริการ (fee for service) ก่อให้เกิดความพยายามที่จะให้บริการที่เกินความจำเป็น ในกรณีนี้รัฐได้พยายามควบคุมโดยในบางจังหวัดมีมาตรการกำหนดเพดานรายได้รวมของแพทย์
- การกระจายเทคโนโลยีใหม่ๆ ช้า ทำให้บางจังหวัด เกิดความขาดแคลน การรอคิวยาว
- มีความไม่สม่ำเสมอ ของการคุ้มครองความเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง
- จำนวนเตียงสำหรับคนไข้เรื้อรังไม่เพียงพอจึงมีการใช้เตียงไม่เหมาะสม
- มีการห่วงหวั่นเกี่ยวกับการรักษาและการให้บริการบางอย่าง

ระบบเยอรมัน

ภาพรวมของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศสหพันธ์รัฐเยอรมันมี 3 ลักษณะ คือ การมีระบบประกันสุขภาพเอกชนเป็นหลักแต่ถูกควบคุมและกำหนดโครงสร้างอย่างเข้มงวดโดยกฎหมาย เน้นการควบคุมด้านอุปทาน ทั้งในแง่การจ่ายเงินและการจัดบริการโดยเอกชนหลายฝ่าย ซึ่งลักษณะที่สำคัญของระบบ(15) ได้แก่

- ระบบประกันสุขภาพเป็นแบบผู้ซื้อหลายราย แต่ควบคุมโดยกฎหมายอย่างเคร่งครัด คือ อนุญาตให้มีการตั้งกองทุนความเจ็บป่วย (Sickness funds) และกำหนดให้บุคคลซึ่งมีรายได้น้อยกว่า \$40 000 ต่อปีจะถูกหักเงินเข้ากองทุนสุขภาพตั้งแต่ 8-16% และนายจ้างสมทบเท่ากัน
- ระบบประกันสุขภาพโดยกองทุนความเจ็บป่วยนี้ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 90 ส่วนอีกร้อยละ 10 ซื้อประกันสุขภาพบริษัทเอกชน
- รัฐบาลออกกฎหมายกำหนดสิทธิประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับ กำหนดวิธีควบคุมกำกับการบริหารเงินกองทุน และวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ
- การเป็นสมาชิกกองทุนฯ จะได้รับการคุ้มครอง คลอบคลุมถึงสมาชิกในครอบครัวโดยอัตโนมัติ
- การคุ้มครองขยายไปถึงเมื่อเกษียณอายุการทำงาน
- สมาชิกร้อยละ 75 ของกองทุนเป็นสมาชิกโดยบังคับ (รายได้น้อยกว่า \$ 40,000 ต่อปี) อีกร้อยละ 25 เป็นสมาชิกโดยสมัครใจ ถ้าผู้ซึ่งมีรายได้มากกว่า \$ 40,000 ต่อปี ตัดสินใจซื้อประกันสุขภาพจากบริษัทเอกชนแล้วจะไม่สามารถกลับเข้ามาเป็นสมาชิกของกองทุนความเจ็บป่วย ด้วยเหตุนี้ กองทุนความเจ็บป่วยจึงมีลักษณะกึ่งรัฐกึ่งเอกชน

1. โครงสร้างทางการเงิน

1.1 การกำหนดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ (15)

ผู้ที่กำหนดแนวทางในการใช้จ่ายด้านสาธารณสุขแห่งชาติของเยอรมันจะเป็นรูปแบบคณะกรรมการ ซึ่งกำหนดโดยกฎหมายจะมีการประชุมงานแผนปีละ 1 ครั้ง คณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วยสมาคมแพทย์และโรงพยาบาล สมาคมกองทุนความเจ็บป่วย บริษัทประกันเอกชน ตัวแทนจากอุตสาหกรรมยา องค์กรนายจ้าง และตัวแทนจากรัฐบาลกลางและท้องถิ่น แนวทางที่จัดทำขึ้นนี้ไม่ได้ใช้เป็นข้อผูกมัดทางด้านกฎหมายแต่จะใช้เป็นแนวทางในการตกลงเรื่องค่าธรรมเนียม ค่าตอบแทน ค่าเบี้ยประกัน ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลซึ่งเกิดขึ้นระหว่างกองทุนฯและผู้ให้บริการ

1.2 แหล่งทุนทางด้านสุขภาพ

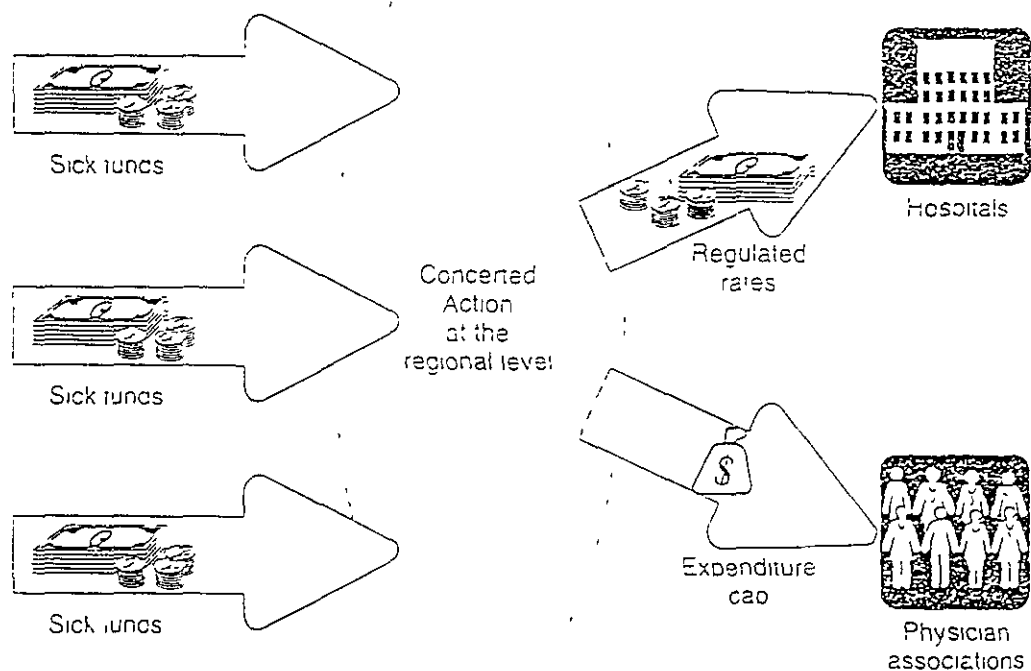
แหล่งเงินทุนของเยอรมันจะประกอบด้วย (18)

- ระบบประกันสุขภาพ 73% (ประกอบด้วยเงินจากนายจ้าง 50% (โดยกองทุนความเจ็บป่วย) ลูกจ้าง 50%)

- รัฐบาลกลาง 13% (จ่ายเบี้ยประกันให้คนตกงาน และผู้เกษียณอายุ)
- ประกันสุขภาพเอกชน 7%
- ประชาชนจ่ายเอง 7%

1.3 การจัดสรรงบประมาณ

กองทุนความเจ็บป่วยในแต่ละรัฐจะรวมตัวกันเป็นสมาคม เพื่อเจรจากับสมาคมแพทย์ในเรื่องการจ่ายค่าบริการ และแพทย์แต่ละคนก็ปฏิบัติตามข้อตกลง การเจรจานี้มีปีละครั้ง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 เป็นต้นมา สมาคมแพทย์ตกลงยอมรับการกำหนดเพดานค่าบริการทั้งปี (18) โดยมีการนำเอา อายุและเพศของประชากร มาคำนวณ เพื่อกำหนดอัตราค่าใช้จ่าย เมื่อสมาคมแพทย์ได้รับเงินก้อนมาแล้วจะจ่ายให้แพทย์แต่ละคนที่เป็นสมาชิก ในรูปแบบตามจำนวนการให้บริการ บางกองทุนความเจ็บป่วยที่มีประชากรที่เกษียณอายุจำนวนมาก จะได้รับเงินชดเชยเพิ่มเติมจากกองทุนเงินสำรองแห่งชาติ (National reserve fund) ซึ่งเป็นการกระจายเงินอย่างเป็นธรรมต่อกองทุนทุกแห่ง ดูรูปที่ 2.8



The German national health insurance system

2 กลไกการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

2.1 การบริหารองค์กร

2.1.1 การเลือกผู้ให้บริการ

ผู้ป่วยมีอิสระในการเลือกแพทย์ไม่ว่าจะเป็น แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยนอก แพทย์ประจำโรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ป่วยยังสามารถเลือกโรงพยาบาลได้เอง โดยมีเงื่อนไขว่าแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยนอก จะไม่สามารถติดตามไปดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ถึงแม้ว่าตนจะเป็นผู้ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ ร้อยละ 45 ของแพทย์จัดเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งถือว่าเป็นเอกชน และที่เหลืออีกร้อยละ 55 เป็นแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

2.1.2 การบริหารจัดการโรงพยาบาล

ร้อยละ 52 เป็นโรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 35 เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มุ่งกำไร และร้อยละ 15 โรงพยาบาลเอกชนที่มุ่งกำไร

2.2 ระบบค่าตอบแทน

2.2.1 การจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะต้องเป็นสมาชิกสมาคมแพทย์ท้องถิ่น จึงจะได้รับค่าตอบแทน โดยค่าตอบแทนจะจ่ายตามจำนวนบริการ ซึ่งกำหนดอัตราค่าบริการจากการต่อรองระหว่างสมาคมแพทย์ท้องถิ่นและสมาคมกองทุนความเจ็บป่วยท้องถิ่น และจะมีการกำหนดเพดานค่าตอบแทนรวมทั้งปี เพื่อเป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายในภาพรวม โดยสมาคมแพทย์ท้องถิ่นจะเป็นผู้ควบคุม กำกับแพทย์แต่ละคนไม่ให้ได้รับค่าตอบแทนมากเกินไปจนเกินสมควร

แพทย์ในโรงพยาบาลจะเป็นลูกจ้างของโรงพยาบาล และได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน ซึ่งคำนวณจาก คุณวุฒิ ความเชี่ยวชาญ และความอาวุโส

บริษัทประกันเอกชนจ่ายค่าบริการแก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ตามตารางราคาซึ่งกำหนดจากการเจรจากันระหว่างรัฐบาลกลางและบริษัทประกัน โดยมักจะมีรายการคล้ายคลึงกับตารางราคาที่ได้จากการเจรจาระหว่าง สมาคมแพทย์กับกองทุนความเจ็บป่วย แต่บริษัทประกันเอกชนต้องจ่ายในราคาที่สูงกว่า ประมาณ 2 เท่า

2.2.2 การจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาล

โรงพยาบาลได้รับค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนความเจ็บป่วยและบริษัทประกันเอกชนในรูปแบบ “ต่อวัน” (Prospective per diem payment) อัตราค่าบริการต่อวันนี้กำหนดจากการเจรจาระหว่างสมาคมกองทุนความเจ็บป่วยและบริษัทประกันเอกชน

งบลงทุนของโรงพยาบาลได้จากรัฐบาลท้องถิ่นซึ่งเป็นผู้วางแผนในระดับภูมิภาค (Regional planning)

2.3 กลยุทธ์การควบคุมต้นทุนเชิงมหภาค

- การควบคุมจำนวนและขีดความสามารถของบริการ

ในการวางแผนระดับภูมิภาคจะเป็นการควบคุมขีดความสามารถของระบบสาธารณสุข โดยคำนึงถึงการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสม และเป็นธรรมในระหว่างภูมิภาคต่าง ๆ

- การควบคุมปริมาณบริการ

ใช้วิธีการจ่ายเงินเป็นก้อนรวม (Global budget) แก่โรงพยาบาลต่าง ๆ และ การกำหนดเพดานรายได้ของแพทย์

2.4 การเข้าถึงบริการ

ประชาชนร้อยละ 99 ได้รับการคุ้มครองให้เข้าถึง บริการที่ครบถ้วนและได้รับบริการ ครบตามสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ บริการจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ค่ายา การรักษาฟื้นฟู และอุปกรณ์การแพทย์ เช่น ฝือก เป็นต้น

2.5 คุณภาพการให้บริการ (ดูรูปที่ 2.3 - 2.6)

2.6 ข้อเด่นของระบบเยอรมัน

- การเข้าถึงบริการครอบคลุมทุกคน และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี
- ระบบมีเสถียรภาพ ประชาชนไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย หรือการไม่มีประกันสุขภาพเมื่อเกษียณ ตกงาน
- ประชาชนเลือกแพทย์ได้อิสระ โดยไม่ต้องร่วมจ่ายค่ารักษา
- ขจัดการเลือกรับประกัน(รับเฉพาะผู้มีสุขภาพดี) โดยการออกกฎที่เข้มงวดมาควบคุมตลาด เพราะในตลาดที่ไม่ควบคุมจะเกิดการ ปฏิเสธ การรับประกันแก่คนที่มีความเสี่ยงสูง
- การควบคุมเพดานรายได้แพทย์ และการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล ไม่ก่อให้เกิดการปันส่วน (Rationing) การให้บริการ
- อัตราการใช้บริการสูง

2.7 ข้อจำกัดของระบบเยอรมัน

- การจ่ายค่าบริการแก่โรงพยาบาลแบบต่อวัน มีผลทำให้โรงพยาบาลพยายามขยายระยะเวลา ให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ (ระยะเวลานอนของผู้ป่วยเฉลี่ยสูงกว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา ประมาณ 3 เท่า) แต่การเพิ่มจำนวนวันนอนมากขึ้น ก็มีผลต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและจำนวนภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มสูงขึ้นตามไปด้วย ทำให้ควบคุมค่าใช้จ่ายยากขึ้น
- มีความไม่สม่ำเสมอของการคุ้มครองความเจ็บป่วยเรื้อรัง
- ยังมีการบริหารเตียงไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- มีการรอคิวที่ยาวนานในบริการบางอย่าง

ระบบสหรัฐอเมริกา

ภาพรวมของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกา

- มีผู้ซื้อบริการหลายราย
- บทบาทการซื้อและการให้บริการส่วนใหญ่เป็นของเอกชนมุ่งกำไร
- รัฐทำหน้าที่ซื้อบริการให้เฉพาะบางกลุ่ม ได้แก่ คนสูงอายุและคนจน
- เน้นการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านอุปสงค์ แต่ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นมาก
- ระบบบริการแบ่งย่อยมาก

1 โครงสร้างทางการเงิน

1.1 การกำหนดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ กำหนดโดยเอกชนเป็นส่วนใหญ่ รัฐบาลกลางและรัฐบาลของแต่ละรัฐมีการกำหนดค่าใช้จ่ายเฉพาะในส่วน Medicare และ Medicaid

1.2 แหล่งทุนทางด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในระบบส่วนใหญ่มาจากประชาชนและบริษัทเอกชน แบ่งได้ดังนี้ (19)

ประเภทของแหล่งเงิน	ค่าใช้จ่าย (%)
ประชาชนจ่ายเองโดยตรง	22
ประกันสุขภาพส่วนบุคคล	5
ประกันสุขภาพแบบกลุ่ม	27
รัฐบาล	43
อื่น ๆ เช่น มูลนิธิการกุศล	3
รวม	100

โครงสร้างทางการเงินเป็นแบบถดถอย (Regressive) เพราะคนรายได้น้อยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เป็นสัดส่วนของรายได้มากกว่าคนรวย (20)

ในปี ค.ศ. 1993 จากค่าใช้จ่ายโดยรวมของประเทศ เท่ากับ \$US 903.3 พันล้าน จ่ายโดยรัฐบาลกลาง 32.1% (\$US 290 พันล้าน) และโดยรัฐบาลท้องถิ่น 14.5% (\$US 131 พันล้าน) (21)

1.3 การจัดสรรงบประมาณ และจ่ายค่าบริการ

1.3.1 ในส่วนของบริษัทประกันเอกชน มีหลากหลายรูปแบบตามประเภทของวิธีการดำเนินงาน วิธีการหลัก ๆ ได้แก่

- Fee-for-service reimbursement with utilization reviews บริษัทประกันเอกชนที่เลือกดำเนินการแบบนี้จะจัดสรรเงินไปยังผู้ให้บริการแบบจ่ายตามรายการแต่ยังสงวนสิทธิ์การปฏิเสธการจ่ายค่าบริการบางอย่าง
- Preferred Provider Organization บริษัทประกันจะเลือกทำสัญญากับโรงพยาบาลและแพทย์จำนวนที่จำกัด ให้สิทธิคนไข้เลือกได้ และจ่ายค่าบริการตามรายการในราคาลดพิเศษ
- Health Maintenance Organization บริษัทประกันที่จัดบริการเองหรือทำสัญญากับกลุ่มแพทย์ โดยมักจะมีลักษณะการจ่ายแบบเหมาต่อหัว เป็นเงินเดือนหรืองบประมาณเป็นก้อน

1.3.2 ในส่วนของรัฐบาล มี 2 ระบบหลัก ๆ คือ

- Medicare ออกค่าใช้จ่ายโดยรัฐบาลกลาง (ซึ่งได้เงินมาจากระบบประกันสังคม) สำหรับผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ใช้วิธีการจ่ายแบบ DRG และการร่วมจ่ายโดยคนไข้
- Medicaid ออกค่าใช้จ่ายโดยรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น สำหรับคนยากจน คนตั้งครรภ์ และคนพิการ ใช้วิธีการจ่ายหลายรูปแบบตามแต่ละรัฐ เช่น การจัดบริการเอง การซื้อประกันจากบริษัทประกันเอกชน และการเจรจาลดค่าบริการ

2. กลไกการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

2.2 การบริหารองค์กร

โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชน ทั้งที่มุ่งกำไรและไม่มุ่งกำไรคิดเป็น 80% จากทั้งหมด 5,300 แห่ง (22) จากจำนวนแพทย์ทั้งหมดคิดเป็นแพทย์ที่ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก (Office - based practice) ประมาณ 60% และเป็นแพทย์รักษาในโรงพยาบาล 24% สำหรับแพทย์สาขา family practice มีเพียง 11% จากทั้งหมด 653,062 คน (22)

แพทย์และโรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะรวมตัวเป็นกลุ่มเกิดระบบบริการผสมผสานขนาดใหญ่ (Integrated system) จำนวนมากขึ้น เพราะแรงผลักดันของการแข่งขันเพื่อให้ได้สัญญาเนื่องจากนายจ้างและบริษัทประกันเริ่มมีการรวมกลุ่มและมีอำนาจต่อรองมากขึ้น(23)

โครงการ Medicare พยายามควบคุมกำกับคุณภาพบริการโดยการกำหนดให้ผู้ให้บริการต้องได้รับการรับรองโดย Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) จึงจะสามารถเบิกค่าตอบแทนได้ (ดูภาคผนวก 2)

สมาคมบริษัทประกันและรัฐบาลร่วมกันตั้งหน่วยงานชื่อ National Committee for Quality Assurance (NCQA) ซึ่งได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพด้านต่างๆ คือ Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) ของผู้ให้บริการ เพื่อให้ผู้ซื้อประกันใช้ตัดสินใจเลือกซื้อประกัน (ดูภาคผนวก 2)

2.2 ระบบการจ่ายค่าตอบแทน

ดูข้อ 1.3 และผสมผสานหลายวิธีดังในบทที่ 1

2.3 กลยุทธ์การควบคุมต้นทุน ส่วนใหญ่ใช้วิธีการเชิงรุกภาค ดังนี้

บริษัทประกันเอกชน ใช้กลวิธีการควบคุมต้นทุนโดยการทำสัญญาการซื้อบริการแบบเหมาจ่าย ต่อหัว การลดความเสี่ยงด้วยวิธี เลือกสมาชิกที่มีความเสี่ยงน้อย (Cicam skimming) การคัดเก็อกผู้ให้บริการจำนวนจำกัดและเก็บสถิติพฤติกรรมกรให้บริการ (Provider panel and profiling) การทบทวน การใช้บริการก่อนการจ่ายเงิน (Utilization review) การให้ผู้รับบริการร่วมจ่าย (Co-payment) การใช้คู่มือปฏิบัติ (Practice guideline)

ภาครัฐบาล โครงการ Medicare ใช้วิธีการจ่ายแบบกลุ่มวินิจฉัยโรค (DRG) ร่วมกับการทบทวน การใช้บริการ ส่วนโครงการ Medicaid ใช้วิธีการซื้อประกันต่อกับบริษัทเอกชน หรือการเจรจาลดค่า บริการ (21)

2.4 การเข้าถึงบริการ

ยังมีคนอเมริกัน ประมาณ 14% (37 ล้านคน) (19,25) ที่ไม่มีประกันสุขภาพ คนกลุ่มนี้จึงต้องใช้ บริการจากห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล คนที่อยู่ภายใต้ระบบ Medicare จะได้รับบริการที่ดี ส่วนคนที่ อยู่ภายใต้ระบบ Medicaid อาจจะได้รับพยายามปฏิเสธการรักษา เพราะระบบนี้จ่ายเงินให้แก่ผู้ให้ บริการน้อยกว่าระบบอื่น

การดกงานหรือการเปลี่ยนงาน มีผลทำให้มีการสูญเสียการมีประกัน เพราะบริษัทประกันจะ ปฏิเสธ หรือเพิ่มราคาเบี้ยประกัน โดยการคิดในอัตราผันแปรตามภาวะสุขภาพ (Experiencing rate) (24)

2.5 คุณภาพการให้บริการ ดูรูปที่ 2.3 ถึง 2.6 เพื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ

2.6 ข้อเด่นของระบบอเมริกา

- ความหลากหลาย ทั้งระบบประกันสุขภาพและระบบให้บริการ
- ความเป็นเอกชนมีความคล่องตัวในการจัดการ
- เทคโนโลยีพัฒนามากและก้าวหน้า
- มีความริเริ่มใหม่ ๆ ในการจัดระบบสาธารณสุขมาก

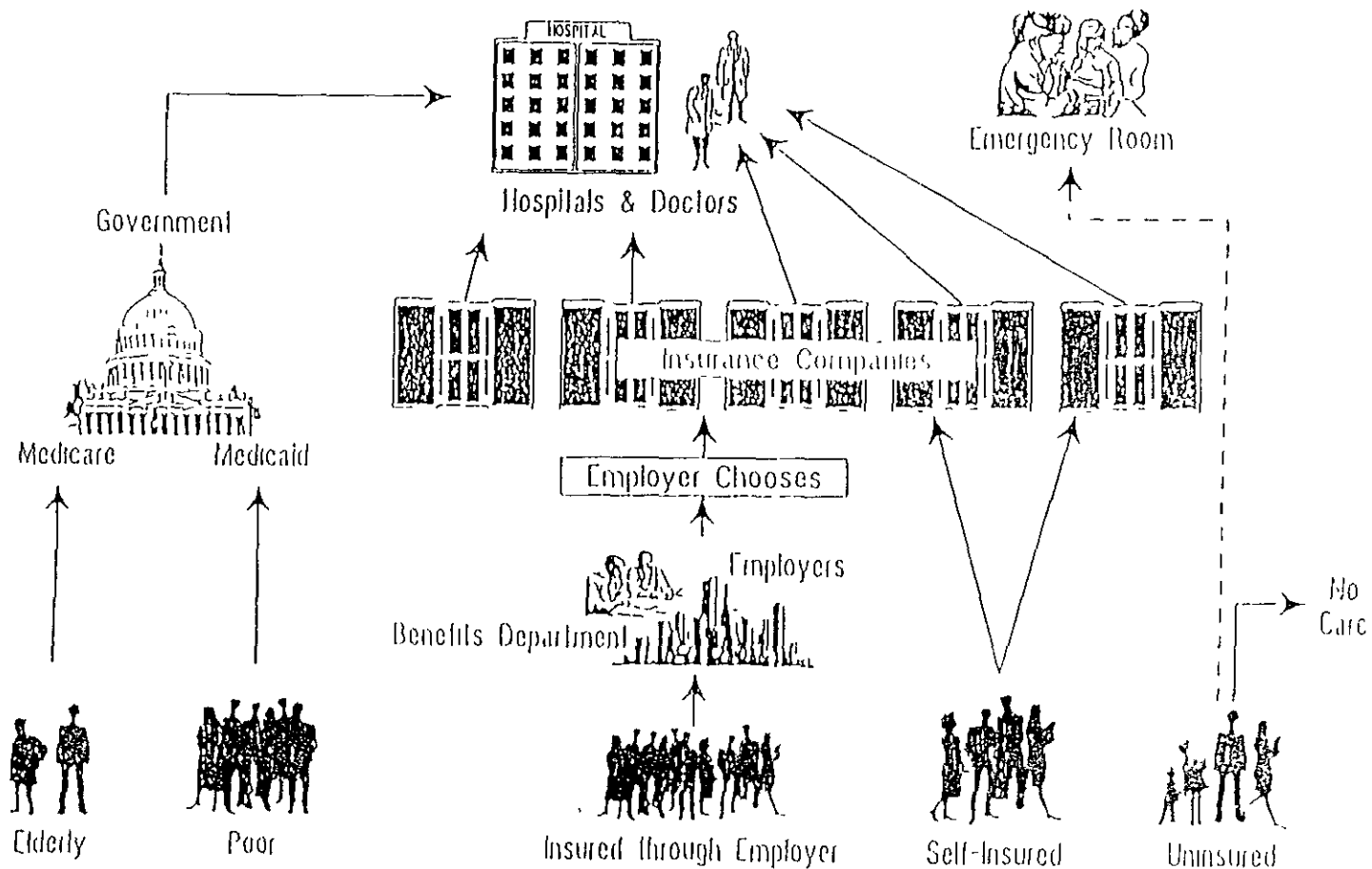
2.8 ข้อจำกัดของระบบอเมริกา

- ความกระจัดกระจาย ของระบบบริการและเป็นส่วนย่อยๆมาก (Fragmented)
- ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้
- ค่าบริการแพง
- ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด คนบางกลุ่มยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการมาก
- ต้นทุนค่าบริหารจัดการสูงมาก
- การอุดหนุนของรัฐบาลแก่ประชากรกลุ่มต่างๆไม่เป็นธรรม (เช่น มูลค่าการยกเว้นภาษีของ การจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพเอกชนมีมูลค่าสูงมาก)

รูปที่ 29 แสดงภาพของระบบปัจจุบัน

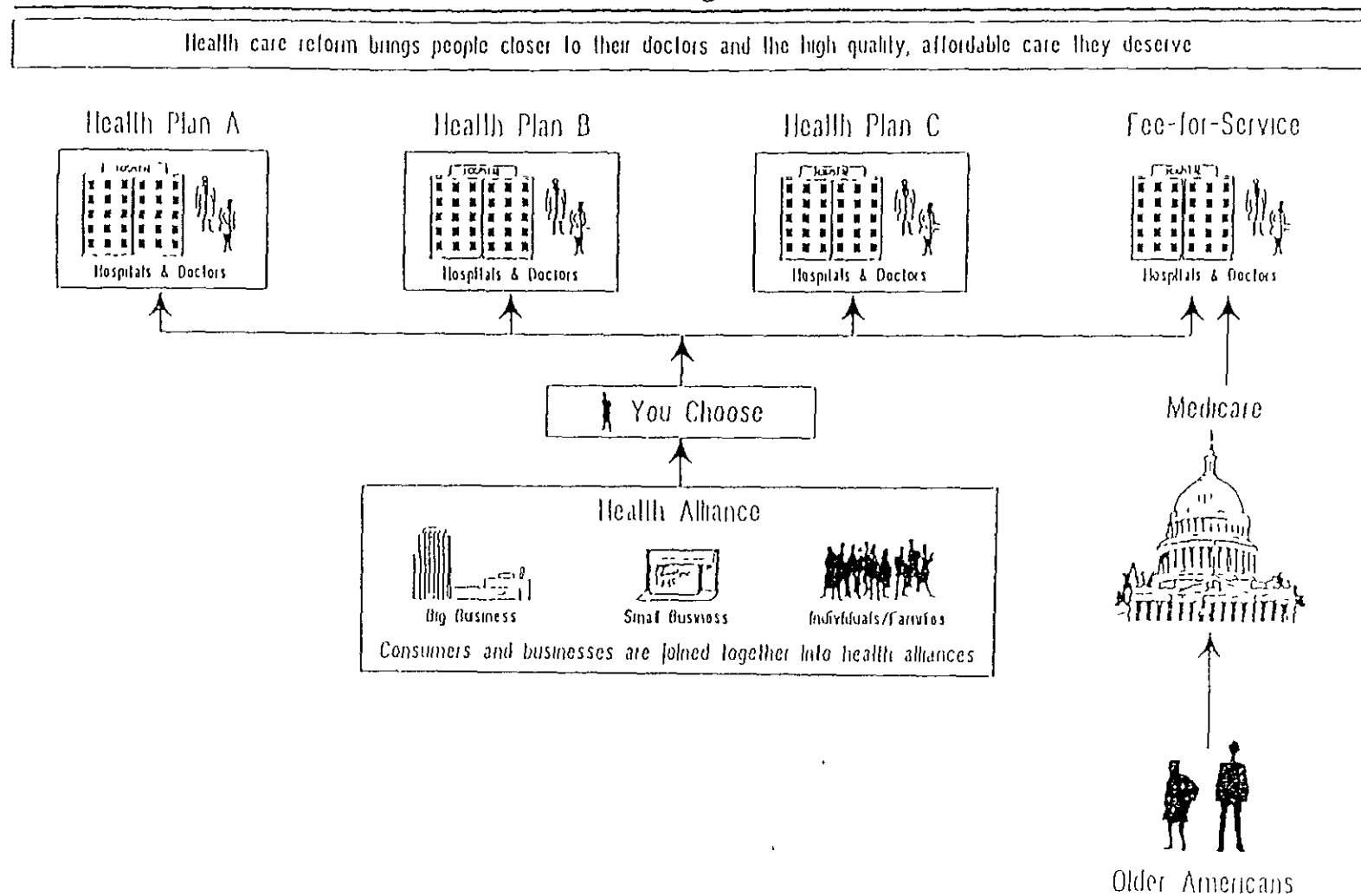
How You Get Coverage: The Current System

Today's patchwork system is confusing, wasteful, and expensive - with many layers of bureaucracy between people and their doctors



รูปที่ 2 10 แสดงภาพของการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ที่มีการเสนอ

How You Get Coverage: The New System



บทที่ 3

สรุปบทเรียน

ผู้ซื้อบริการในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยต่างๆ ที่ได้นำมาในบทที่ 2 ได้แสดงบทบาทที่แตกต่างกันไป ภายใต้บริบททางเศรษฐกิจและสังคมของตน และมีผลต่อประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการ การควบคุมรายจ่าย และคุณภาพของบริการทางสาธารณสุขที่แตกต่างไปด้วย อย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศก็ได้สะสมบทเรียนต่างๆ ในการจัดการระบบสาธารณสุข ภายใต้ขอบเขตอำนาจการซื้อบริการที่ตนเองมี พอที่จะสรุปได้ดังต่อไปนี้

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของระบบสาธารณสุข (6) ที่ว่า

- 1 ทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกันเมื่อมีความจำเป็น
- 2 ระบบสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายไม่ให้เพิ่มสูงมากเกินไป
- 3 ระบบใช้ทรัพยากรไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้ผลตอบแทนคุ้มค่าการลงทุน

คุณลักษณะและบทบาทของระบบผู้ซื้อบริการที่น่าจะมีผลต่อการบรรลุเป้าหมายของระบบสาธารณสุข ได้แก่

- 1 การมีผู้ซื้อรายเดียวดีกว่าการมีผู้ซื้อหลายราย ดังเช่นระบบของประเทศแคนาดาและประเทศสหราชอาณาจักร หรือถ้ามีผู้ซื้อหลายราย ควรจะมีการมารวมตัวกันซื้อ เช่น ประเทศเยอรมันนี โดยเห็นจากการที่ประเทศเหล่านี้สามารถประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขแก่ทุกคนได้ โดยไม่คำนึงถึง อายุ เพศ รายได้ การมีงานทำ การเปลี่ยนงาน และการมีโรคประจำตัว (15,16,17,18)

- 2 หากไม่สามารถมีผู้ซื้อรายเดียวได้ ควรมีมาตรการบังคับผู้ซื้อให้มีมาตรฐานเดียวกัน ในเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ผู้รับบริการพึงได้รับ การกำหนดราคาเบี้ยประกัน การจัดระบบข้อมูลเพื่อการเบิกเงิน และการจัดการเลือกรับประกันเฉพาะคนไม่ค้อยป่วย (cream skimming) ต้องเป็นการคุ้มครองโดยไม่คำนึงถึงภาวะการเจ็บป่วย การเปลี่ยนงาน การตกงาน

จะเห็นว่าในระบบที่มีผู้ซื้อหลายรายเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีประชาชนประมาณ 35 - 40 ล้านคน ไม่มีหลักประกันสุขภาพ (19,25) และถึงแม้ว่าจะมีประกันสุขภาพแล้วก็ตามยังพบว่ามีประมาณ 26 % ของคนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพก็มีความเสี่ยงสูงที่จะเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก เพราะบริษัทประกันไม่ครอบคลุมเพียงพอ การมีผู้ซื้อหลายรายแต่มีกฎหมายกำหนดวิธีปฏิบัติของผู้ซื้ออย่างเคร่งครัดและรวมกันซื้อแบบประเทศเยอรมันนี จะทำให้ไม่ประสบปัญหาข้างต้น (15)

- 3 ผู้ซื้อบริการต้องใช้วิธีการจ่ายค่าบริการที่ไม่ส่งผลทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เกินสูงมากจนเกินไป เพราะเมื่อการค่าใช้จ่ายโดยรวมเพิ่มสูงขึ้น จะส่งผลทำให้ผู้บริการระคนกดต่ำยคือผู้รับบริการนั่นเองที่จะต้องจ่ายเบี้ยประกันที่ราคามีเพิ่มขึ้น

ระบบการจ่ายเงินแบบตามรายการ ทำให้เกิดการรักษามากเกินไป ดังเช่นที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งพบว่า การให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นมีสูงมาก ตัวอย่างเช่น การวิจัยของบริษัท RAND พบว่า มีการทำ Coronary angiogram โดยไม่จำเป็นถึง 17 % มีการผ่าตัด Carotid endarterectomy โดยไม่สมควรทำถึง 64 % (26)

- 4 กลไกการควบคุมค่าใช้จ่าย ควรใช้วิธีเชิงมหภาค (Macromanagement) เป็นหลัก ส่วนวิธีเชิงจุลภาค (Micromanagement) เป็นเพียงวิธีเสริม เพราะวิธีแรกได้ผลในการควบคุมค่าใช้จ่ายมากกว่า ส่วนวิธีหลังมักมีผลทำให้ต้นทุนการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น (27)

ประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีผู้ซื้อหลายรายและใช้วิธีควบคุมรายจ่ายโดยวิธีเชิงจุลภาคเป็นหลัก ทำให้สิ้นเปลืองค่าบริหารจัดการสูง จากการศึกษาพบว่า ต้นทุนด้านการบริหารจัดการคิดเป็น 19 - 24 % ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทั้งหมด (28) มากกว่าค่าบริหารจัดการของประเทศแคนาดาถึง 300 เท่า

- 5 กลไกการควบคุมเชิงมหภาคได้แก่ การวางแผนในระดับภาค (Regionalization of planning) เพราะทำให้สามารถวางแผนจำกัดหรือกำหนดขีดความสามารถของบริการระดับสูง (Tertiary care) อย่างเหมาะสม เช่น จำกัดจำนวนผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง จำกัดจำนวนเทคโนโลยีราคาแพง

ดังนั้นการมีผู้ซื้อรายเดียวจะสามารถควบคุมเชิงมหภาคได้ แต่ถ้ามีผู้ซื้อหลายรายรัฐบาลควรทำหน้าที่ควบคุมขีดความสามารถและเทคโนโลยีของโรงพยาบาล เช่น การมีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ MRI ศูนย์ผ่าตัดหัวใจ ไม่ให้มีมากเกินไปจนจำเป็น ควบคุมสัดส่วนแพทย์เฉพาะทาง และแพทย์ทั่วไปโดยควบคุมจำนวนที่เรียน การมีสถานบริการเฉพาะทางที่มากเกินไป จะกระตุ้นให้เกิดการใช้บริการที่มากเกินไป

- 6 การส่งเสริมบริการปฐมภูมิให้เป็นหัวใจของผู้ซื้อบริการ จะทำให้บรรลุเป้าหมาย เรื่องการเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกันได้อย่างสมบูรณ์ (29)

ผู้ซื้อบริการในสหรัฐอเมริกาที่เป็นเอกชน เช่น Health Maintenance Organization, National Health Service ของสหราชอาณาจักร National Health Insurance ของแคนาดา

และของเยอรมันนี้ ต่างก็ให้บริการปฐมภูมิเป็นบริการคั่นแรก ในการประกันการเข้าถึง บริการสาธารณสุขของประชาชน เพียงแต่รูปแบบอาจจะแตกต่างกัน ในแง่การลงทะเบียน เป็นสมาชิกกับแพทย์ปฐมภูมิ แต่ทุกประเทศมักจะให้ประชาชนมีอิสระในการเลือกผู้ให้บริการ

พบว่าระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ จะมีผลดีต่อผู้ซื้อบริการและระบบสาธารณสุข โดยรวมดังนี้

- ความพึงพอใจของผู้รับบริการสูงกว่าและผลการดูแลดีกว่า (30)
- เพิ่มการใช้บริการด้านการป้องกันโรค และการปฏิบัติตัวของผู้รับบริการตามคำแนะนำได้ดี (31)
- ผลการดูแลหญิงตั้งครรภ์ดีกว่า (32)
- ลดการเข้าอนรักษานในโรงพยาบาล (33)
- ควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่า (33)
- มีความต่อเนื่องของการรักษาดีกว่า (34)

การซื้อบริการปฐมภูมิ ไม่เพียงแต่จะต้องคำนึงถึงเฉพาะบริการที่ได้เท่านั้น แต่ยังต้อง คำนึงถึงการที่จะต้องรักษาผู้ให้บริการด้านปฐมภูมินี้ไว้ และจงใจให้ประกอบอาชีพนี้ นั้น หมายถึงค่าตอบแทนและสิ่งแวดล้อมการทำงานที่เหมาะสมด้วย

ประเทศสหราชอาณาจักรเป็นตัวอย่างที่ดี ที่ได้จัดสรรงบประมาณลงไปที่ แพทย์เวช ปฏิบัติทั่วไปอย่างเพียงพอ และการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ในช่วงทศ-วรรษ 1990s ก็พยายามเพิ่มบทบาทแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปขึ้นอีก โดยให้ทำหน้าที่เป็นผู้ถือเงิน และซื้อบริการทั้งระดับชุมชนและโรงพยาบาลให้แก่ประชาชนที่ตนดูแล

ถึงแม้ว่าจะจ่ายให้ GP มาก (ค่าตอบแทนของ GPs และแพทย์เฉพาะทาง ไม่ต่างกันมาก) แต่ค่าใช้จ่ายด้าน Primary Care คิดเป็นเพียง 11.94 % ของค่าใช้จ่ายรวม (35)

(ตัวตัวอย่างรายละเอียดการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ได้ในภาคผนวก 1)

บรรณานุกรม

- 1 Bodenheimer, T S et al Understanding health policy a clinical approach, Appleton & Lange Stamford, Connecticut 1995, 6-18
- 2 Evens R G , Strained Mercy Butter worths, 1984
- 3 Getzen, T E Health economics Fundamentals and flow of funds John Willy & Son New York 1997,90
- 4 Abel-Smith B An introduction to health policy planning and financing, London 1994
- 5 Ron, A et al Health insurance in developing countries The social security approach, International Laborer Office Geneva 1990
- 6 Marino, B S and Hsiao, W Creating the optimal health system in Catkins D Health Care Policy Blackwell science Massachusetts 1995, 230-231
- 7 Melia, E P et al Competition in the health care market place A beginning in California N Engl J Med 1988, 308 788
- 8 Lee P R et al The Physician Payment Review Commission report to congress JAMA 1989, 261 2382
- 9 Fetter, R B et al Cases in health policy and management Irwin, Illinois 1985, 299
- 10 Cook, J V Rodnic, J E Evaluating HMO/IPA contracts for family physicians One group's experience, J Fam Pract 1988, 26 325
- 11 Hillman, A.L Managing the physician Rules versus incentives Health Aff (Milwood) 1991, 10(4) 138
- 12 Marder, WD et al Physician employment patterns challenging conventional wisdom Health Aff (Millwood) 1988, 7(5) 137
- 13 Hornbrook, M C et el Risk-based contributions to private health insurance Jai press 1991
- 14 Casino, L P Balancing incentives How should physicians be reimbursed? JAMA 1992, 267 403
- 15 Schulenburg J -M Graft von der Forming and reforming the market for third - party purchasing of health care A German perspective Soc Sci Med 1994, 39 (10), 1473-81
- 16 Allen, D Health services in England In Comparative health systems University Park, Pennsylvania State University Press, 1984, 208-223
- 17 Roemer, M I Canada In National health system of the world, New York Oxford University Press, 1991, 166

- 18 Reinhardt W E What can Americans learn from Europeans' Health care Financing Rev 1989 (Supple) 99
- 19 Levit K R et al Americans' health insurance coverage 1980-1991 Health Care Fin Rev 1992 14(1) 31
- 20 Gottschalk et al Health Care financing in the US, UK and Netherlands Distributions Consequence In Chain A C and Messere K (eds) Changes in revenue structures Wayne state University Press USA 1989
- 21 Tilson, H H et al. Medicare and Medicaid in Catkins, D et al (eds) Health care policy Blackwell science Massachusetts 1995, 105
- 22 American Hospital Association (AHA) Hospital statistic 1993
- 23 Star, P The Social transformation of American medicine, Basic Books 1982
- 24 Light, D W The practice and ethics of risk-related health insurance JAMA 1992, 267 2503
- 25 Friedman, E The uninsured from dilemma to crisis JAMA 1991, 265 2491
- 26 Brook, R H Practice guidelines and practicing medicine JAMA 1989 ,262 307
- 27 Woolhandler, S , Himmelstein D V The deteriorating administrative efficiency of the US health care system N Engl J Med 1991, 324 1253
- 28 US General Accounting Office Canadian health insurance Lessons for the United State 1991
- 29 Fry, J Primary care William Heinemann 1980
- 30 Starfield, B Primary care Oxford Univ Press, 1992
- 31 Benson,P et al Preventive care and overall use of services Are they related? Am J Dis Child 1984,138 74
- 32 Shear, C L et al Provider continuity and quality of medical care A retrospective analysis of prenatal and perinatal outcome Med Care 1983,21 1204
- 33 Wasson,J H et al Continuity of outpatient medical care in elderly men A randomized trial JAMA 1984, 252 2413
- 34 Shea S et al Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner - city minority population N Engl J Med 1992, 327 776
- 35 Glen, A and Hulbert, J Hospital and community health service costs England and Scotland compared BMJ 1987, 295 707-10

ภาคผนวก 1

รายการค่าตอบแทนสำหรับแพทย์

เวชปฏิบัติทั่วไป ประเทศสหราชอาณาจักร (30 Nov 1991)

(ที่มา Hasler, J et al Handbook of Practice Management, Churchill Livingstone, Edinburgh 1992)

● Basic practice allowances		£
Full rate for 1200 patients		6144 00
First 400 patients		2560 00
Per patient	401 to 600	6 40
	401 to 800	5 12
	801 to 1000	3 84
	1001 to 1200	2 56
Maximum for half - time GP		3840 00
Maximum for three-quarter time GP		5248 00
Leave Payment		1288 00
● Seniority payments		
I - reg for 11 Year GP for 7		400 00
II - reg for 18 Year GP for 14		2090 00
III - reg for 25 Year GP for 21		4500 00
● Designated area		
Type 1		3125 00
Type 2		4765 00
● Postgraduate education allowance		
Full rate		2025 00
Level 1		405 00
Level 2		801 00
Level 3		1215 00
Level 4		1620 00
● Assistant's allowance		
Normal		5585 00
Designated		7820 00
● Associate allowance		
1 st Year		20760 00
2 nd Year		21300 00
3 rd Year		22845 00

- **Capitation fees**

Patients aged under 65 years	13 05
65-74 years	17 20
over 75 years	33 15
Deprivation payment - high	9 00
- medium	6 80
- low	5 15
New registrations	6 00
Child Health Surveillance	8 35

- **Target payments**

(Maximum for average number of eligible patients)

Childhood immunizations - higher	1800 00
- lower	600 00
Pre-school boosters - higher	600 00
- lower	200 00
Cervical cytology - higher	2230 00
- lower	760 00

- **Sessional payments**

Health Promotion Clinic	45 00
Minor surgery	100 00
Teaching medical students	10 95

- **Maternity services fee**

(58% of full rate if not on obstetrics list)

Complete services	150 00
Antenatal care - up to 16 weeks	18 00
- 17-30 weeks	60 00
- 13 weeks plus	40 50
Miscarriage	50 00
Confinement care	34 50
Complete postnatal care	35 50
Partial care attendance	4 60
Full postnatal examination	11 00

- **Items of service fees**

Vaccination and Immunization	- fee A	2 35
	- fee B	4 85
Ordinary contraceptive fee p a		12 75
IUCD fee		42 75
Night Visits	- higher rate	45 00
	-lower rate	15 00

- **Temporary residents**

Up to 15 days	7 65
Over 15 days	11 45
Contraception up to 3 months	3 19
IUCD fitting	21 38
Emergency Treatment	19 00

- **Immediately necessary treatment**

Up to 15 days	7 30
Over 15 days	10 95

- **Training payments**

Training grant		4240 00
Trainees	-HO or	
	1 st year SHO	17359 25
	2nd year SHO	18525 50
	3rd year SHO	19693 75
	4 th year SHO	20861 00
	5 th year SHO	22088 00
	1st year reg	19688 00
	2 nd year reg	20682 75
	3rd year reg	25070 00
	4th year reg/1st year senior reg	22672 25
	5th year reg/2nd year senior reg	23874 00
	3rd year senior reg	25070 00
	4th year senior reg	26271 75
	5th year senior reg	27467 75
	6th year senior reg	28669 50
	(mark time basis)	
	Consultant (mark time basis) last salary	

Additional car allowance	- 1 Year	3451 00
	- 2 Years (per year)	2239 00

London weighting

London zone	1292 00
Fringe	149 00

• Doctors' retainer scheme

Per session	36 05
-------------	-------

• Locum allowance

Weekly maximum	360 50
----------------	--------

• Rural practice

Unit payment	0 222
--------------	-------

Total fund	15 566 522 00
------------	---------------

• GP dispensing payments

Basic price-less discount calculated in accordance with para

44 Schedule 2 of the Red Book

On cost	10 5%
---------	-------

Container allowance	3 8p
---------------------	------

VAT for net ingredient cost and container

Professional fee-total scripts per month	Pence per script
Up to 400	103 2
401-500	102 2
501-600	100 00
601-700	96 1
701-800	93 2
801-900	91 0
901-1250	89 0
1251-1750	88 2
1750-2000	88 00
2001-2500	85 2
2501-3000	85 0
3001-3500	84 0
3501-4000	82 0
4001 and over	81 1

- **Initial practice maximum allowance**

Type 1	- 1st year	18450 00
	- 2nd year	12300 00
	- 3rd year	6150 00
	- 4th year	3075 00
Type 2	- 1st doctor	48465 00
	- 2nd doctor	37280 00

- **Computer costs reimbursement**

Maximum payments according to list size of a practitioner,
restricted principle partnership or group practice

- **Payments for Non-fund Holding Practices**

	Purchase	Leasehold		
Patients on list	upgrading	upgrading	Maintenance	Staff
1-2000	1800	450	270	490
2001-4000	2410	600	360	600
4001-6000	2900	720	440	770
60001-8000	3400	850	510	840
10001-12000	3500	1370	830	970
12001-14000	6000	1500	900	1030
14001-16000	6500	1620	980	1090
16001-18000	7000	1750	1050	1160
18001-20000	7500	1870	1130	1240

- **Payments for Fund Holding Practices**

List Size	Systems	Systems	
	Purchase/ Upgrading	Leasehold/ Upgrading	Maintenance
9000-10000	10425	2605	1565
10000-12000	12375	3095	1855
12001-14000	13125	3280	1970
14001-16000	13875	3470	2080
16001-18000	14625	3655	2195
18001-200000	15375	3845	2305

Please note that all payments include VAT

- **Cost rent allowances**

<i>Building costs limit per practice unit</i>	Rate A	Rate B
1 GP	55,100	47,900
2 GPs	100,900	87,700
3 GPs	151,700	132,000
4 GPs	184,300	160,300
5 GPs	217,700	189,300
6 GPs	245,600	213,600
7 GPs	276,500	240,500
8 GPs	307,900	266,900
9 GPs	337,900	293,800
10 GPs	368,900	320,800

These are limits for Band 1, the following adjustments should be made for other bands Band 2

+ 9%

Band 3 +21%

Band 4 +32%

- **Optional extra rooms.**

- Office per sq meter	502	436
- common room per sq meter	502	437
- dispensary per sq meter	502	436
- plus externals	15%	15%
- plus professional fees	10-11.5%	10-11.5%
- with VAT	17.5%	17.5%
- plus planning consent fees	100%	100%
- plus approved site cost	100%	100%

- **Substantial alterations**

combined consulting/examination room	6,800	6,800
--------------------------------------	-------	-------

- **Cost rent percentages**

Fixed loans	14%
Variable rate loans	16.75%

- **Improvement grants**

Minimum cost acceptable for grant	800
Premises not previously used as practice	
Maximum grant per doctor	7,500
Overall limit	26,300

● Payment for hospital work		
Hospital practitioner (6.9)		2555.00
(annual rate for weekly)		2700.00
notional half day)		2845.00
		2990.00
		3135.00
		3280.00
		3425.00
Sessional rate for locums		57.30
Sessional rate		45.90
Fee for exceptional consultation		28.90
Clinical Assistant (annual rate for weekly notional half day)		2625.00
● Locum and deputising rates		
● Locums	One surgery (approx 2 hours)	52.50
	Half day (incl Surgery and on call)	60.00
		plus visit fees
Fee per visit		5.00
Full day (excl night)		120.00
	(up to 5 visits, then 5 pounds per visit)	
On call 7.00 pm to 7.00 am		50.00 plus visit fees
noon Sat to 7.00 am Mon		120.00 plus visit fees
evening (4 hours)		15.00 plus visit fees
Fee per call out from 7.00 pm to 10.00 pm		8.00
10.00 pm to 8.00 am		24.00
Weekly rate (5 days)		600.00 plus mileage for visits
● Deputies	7.00 am to 11.00 pm (6 h)	74.00
	11.00 pm to 7.00 am	109.00
● Intended average income		
Intended average net remuneration		37280.00
Amount built in for expenses		18000.00
Total intended gross remuneration		55280.00
● Average list size	England	1966
	Wales	1825
	Scotland	1797
	Northern Ireland	1797

● **Average item of service claims**

Income per patient in 1989/90	England	Wales	Scotland	Northern Ireland
Night visits	37.0	48.3	53.6	53.9
Cervical cytology	21.4	19.4	18.4	19.9
Temporary residents	27.1	39.5	28.0	13.3
Contraceptive services	72.9	62.3	65.8	45.8
Emergency treatment, etc	2.9	3.7	6.1	2.9
Maternity services	113.9	109.7	100.5	180.0
Vaccinations and immunizations	81.7	55.5	65.6	64.6
Total average per patient	3.57	3.38	3.38	3.21

ภาคผนวก 2

Health Employer Data and Information Set

Domain: Effectiveness Of Care	
Childhood Immunization Status	Check-Ups After Delivery
Adolescent Immunization Status	Treating Children's Ear Infections
Advising Smokers to Quit	Beta Blocker Treatment After a Heart Attack
Flu Shots for Older Adults	Eye Exams for People with Diabetes
Breast Cancer Screening	The Health of Seniors
Cervical Cancer Screening	Follow-Up After Hospitalization for Mental Illness
Prenatal Care in the First Trimester	
Low Birth-Weight Babies*	
Domain: Access/Availability Of Care	
Adults' Access to Preventive/Ambulatory Health Services	Initiation of Prenatal Care
Children's Access to Primary Care Providers	Low Birth-Weight Deliveries at Facilities for High-Risk Deliveries and Neonates*
Availability of Primary Care Providers	Annual Dental Visits
Availability of Mental Health/Chemical Dependency Providers	Availability of Dentists
Availability of Obstetrical and Prenatal Care Providers	Availability of Language Interpretation Services
Domain: Satisfaction With The Experience Of Care	
Member Satisfaction Survey	Survey Descriptive Information
Domain: Health Plan Stability	
Disenrollment	Indicators of Financial Stability
Provider Turnover	Narrative Information on Rate Trends, Financial Stability, and Insolvency Protection
Years in Business/Total Membership	
Domain: Use Of Services	
Frequency of Ongoing Prenatal Care	Mental Health Utilization—Inpatient Discharges and Average Length of Stay
Well-Child Visits in the First 15 Months of Life	Mental Health Utilization—Percentage of Members Receiving Inpatient, Day/Night, and Ambulatory Services
Well-Child Visits in the Third, Fourth, Fifth, and Sixth Year of Life	Readmission for Specified Mental Health Disorders
Adolescent Well-Care Visit	Chemical Dependency Utilization—Inpatient Discharges and Average Length of Stay
Frequency of Selected Procedures	Chemical Dependency Utilization—Percentage of Members Receiving Inpatient, Day/Night Care, and Ambulatory Services
Inpatient Utilization—General Hospital/Acute Care	Readmission for Chemical Dependency
Ambulatory Care	Outpatient Drug Utilization
Inpatient Utilization—Non-Acute Care	
Discharge and Average Length of Stay—Maternity Care	
Cesarean Section and Vaginal Birth After Cesarean Rate (VBAC-Rate)*	
Births and Average Length of Stay, Newborns	
Domain: Cost Of Care	
Rate Trends	High-Occurrence/High-Cost DRGs
Domain: Informed Health Care Choices	
New Member Orientation/Education	Language Translation Services

Source: HEDIS 3.0 Washington, DC. National Committee for Quality Assurance, January 1997, pp 15-18 Reprinted with permission.

(NCQA)

HEDIS 3.0 REPORTING SET MEASURES

Domain: Health Plan Descriptive Information	
Board Certification/Residency Completion	Arrangements with Public Health, Educational, and Social Service Organizations
Provider Compensation	Pediatric Mental Health Network
Physicians Under Capitation	Chemical Dependency Services
Case Management	Family Planning Services
Utilization Management	Total Enrollment
Risk Management	Enrollment by Payer (Member Years/Months)
Quality Assessment and Improvement	Unduplicated Count of Medicaid Members
Recertification	Cultural Diversity of Medicaid Membership
Preventive Care and Health Promotion	Weeks of Pregnancy at Time of Enrollment in the Health Plan

HEDIS 3.0 TESTING SET MEASURES (กำลังทดสอบคุณสมบัติ)

Domain: Effectiveness Of Care	
Substance Counseling for Adolescents	Controlling High Blood Pressure
Number of People in the Plan Who Smoke	Assessment of How Breast Cancer Therapy Affects the Patient's Ability to Function
Smokers Who Quit	Prescription of Antibiotics for the Prevention of HIV-Related Pneumonia
Flu Shots for High-Risk Adults	Screening for Chemical Dependency
Stage at Which Breast Cancer Was Detected	Continuity of Care for Substance Abuse Patients
Chlamydia Screening	Failure of Substance Abuse Treatment
Colorectal Cancer Screening	Continuation of Depression Treatment
Aspirin Treatment After a Heart Attack	Availability of Medication Management and Psychotherapy for Patients with Schizophrenia
Follow-Up After an Abnormal Pap Smear	Appropriate Use of Psychotropic Medications
Follow-Up After Abnormal Mammogram	Family Visit for Children 12 Years of Age or Younger
Use of Appropriate Medications for People with Asthma	Patient Satisfaction with Mental Health Care
Monitoring Diabetes Patients	
Prevention of Stroke in People with Atrial Fibrillation	
Outpatient Care of Patients Hospitalized for Heart Failure	
Cholesterol Management of Patients Hospitalized for Coronary Artery Disease	

Domain: Access/Availability Of Care
Problems with Obtaining Care

Domain: Satisfaction With the Experience Of Care	
Consumer Assessments of Health Plan Study (CAHPS)	Disenrollment Survey
	Satisfaction with Breast Cancer Treatment

Domain: Use Of Services
Use of Behavioral Health Services

Domain: Cost Of Care
Health Plan Costs Per Member Per Month

Domain: Informed Health Care Choices
Counseling Women About Hormone Replacement Therapy

JCAHO
Hospital Accreditation Services
Accreditation Decision Grid

Organization _____ Survey Date _____

Location _____

PATIENT FOCUSED FUNCTIONS

Patient Rights and Organizational Ethics	
Patient Rights	
Organizational Ethics	

Assessment of Patients	
Initial Assessment	
Pathology and Clinical Laboratory Services - shared testing	
Physician Orders	
Care Decisions	
Structures Supporting the Assessment of Patients	
Additional Recommendations for Specific Patient Populations	

Care of Patients	
Planning and Providing Care	
Anesthesia Care	
Medication Use	
Nutrition Care	
Operative and Other Invasive Procedures	
Rehabilitation Care and Services	
Special Treatment Procedures	

Education	
Patient and Family Education and Responsibilities	

Continuum of Care	
Continuum of Care	

ORGANIZATIONAL FUNCTIONS

Improving Organizational Performance	
Plan	
Design	
Measure	
Assess	
Improve	

Leadership	
Organizational Planning	
Directing Departments	
Integrating Services	
Role in Improving Performance	

Management of the Environment of Care	
Design	
Implementation	
Measurement Systems	
Social Environment	

Management of Human Resources	
Human Resources Planning	
Orientation Training and Education of Staff	
Competence Assessment	
Staff Rights Mechanisms	

- 1 = Substantial Compliance
2 = Significant Compliance
3 = Partial Compliance
4 = Minimal Compliance
5 = No Compliance
N = Not Applicable
P = Defer to Primary Service

ORGANIZATIONAL FUNCTIONS CONTINUED

Management of Information	
Information Management Planning	
Patient specific Data and Information	
Aggregate Data and Information	
Knowledge based Information	
Comparative Data and Information	

Surveillance Prevention and Control of Infection	
Surveillance Prevention and Control of Infection	

STRUCTURE WITH FUNCTIONS

Governance	
Governance	

Management	
Management	

Medical Staff	
Organization Bylaws Rules and Regulations	
Credentialing	

Nursing	
Nursing	

Special Type I Recommendation(s)	

--

ภาคผนวก 3

พัฒนาการของผู้ซื้อบริการของประเทศสหราชอาณาจักร

1. ยุคก่อนมี National Health Service

ประชาชนของสหราชอาณาจักรจะมีความแตกต่างในการเลือกใช้บริการ การแพทย์หลายแบบ ขึ้นกับฐานะ ได้แก่ โรงพยาบาลของหน่วยงานการกุศล โรงพยาบาลของหน่วยงานท้องถิ่น สถานพักฟื้น (Nursing home) เป็นต้น

2. ยุค National Insurance Act - 1911

ในปี ค.ศ. 1911 รัฐบาลได้ออกกฎหมายประกันสังคม ที่บังคับให้หักเงินลูกจ้างและนายจ้างโดยรัฐบาลสมทบด้วย เพื่อนำเงินมาเข้ากองทุนจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งบริการจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) และโรงพยาบาล

ผลของกฎหมายนี้เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้ระบบบริการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเริ่มต้นและเป็นแหล่งบริการปฐมภูมิแทนบริการจากผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

ผู้ที่ตกงาน ที่ยากจนจะไปรับบริการจากสถานบริการต่าง ๆ ซึ่งไม่เก็บเงิน

ชนชั้นกลางที่มีฐานะดีจะซื้อประกันเองจากสมาคมประกันสุขภาพ

ส่วนผู้มีฐานะดีจะเลือกบริการเองอิสระเพราะมีกำลังจ่าย

3. ช่วงการออกกฎหมายใหม่ปี ค.ศ. 1929

การออกกฎหมาย ในปี ค.ศ. 1929 มีผลทำให้จำนวนโรงพยาบาลของรัฐบาลท้องถิ่นหรือเทศบาลเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างมาก กฎหมายนี้ทำให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน แต่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปยังคงได้รับเงินจาก National Insurance Fund

4 ยุคเริ่มต้น National Health Service (NHS)

ค.ศ. 1941 Sir William Beveridge ได้รับแต่งตั้งให้เป็นประธานการศึกษาระบบประกันสังคม และระบบบริการต่าง ๆ ซึ่งพบว่าอยู่ในสภาพที่แย่และเสนอให้มีการปฏิรูป โดยการจัดตั้ง National Health Service

ค.ศ. 1944 รัฐบาลเสนอจัดตั้ง National Health Service โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ

1) ทุกคนได้รับบริการที่จำเป็น 2) บริการนั้นมีคุณภาพ 3) ได้รับบริการโดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่าย

ค.ศ. 1946 Mr Aneurin Bevan รัฐมนตรีสาธารณสุขของรัฐบาลพรรคแรงงาน เสนอให้ปรับแก้กฎหมายเดิม เปลี่ยนวิธีการจ่ายเงิน GP แทนระบบเงินเดือน และยังคงให้ ร.พ. รัฐฯ รับผู้ป่วยส่วนตัวได้

เพื่อประนีประนอมกับสมาคมแพทย์ จากนั้นเริ่มมีการร่างกฎหมาย National Health Service ที่มีหลักการคือ 1) ให้บริการแบบบูรณาการ (Comprehensive) ครอบคลุมบริการ ของ GP, Specialist รพ ยา, หันตกรรม, สายตา และการเยี่ยมบ้าน 2) โดยไม่เก็บค่าบริการ 3) ผนวกเอา รพ ของท้องถิ่น, รพ ของหน่วยงานการกุศล และ รพ สำหรับคนจนต่าง ๆ เข้าอยู่ภายใต้ NHS และ 4) จ่ายค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ รพ เป็นเงินเดือน

5. โครงสร้างการบริหารของ NHS ในยุคแรก ๆ

มีการจัดตั้งคณะกรรมการ Health Authority ตามภูมิภาคต่าง ๆ และแต่ละ Health Authority จะมีคณะกรรมการ Family practice services authority (FPSA) คอยดูแลบริการด้าน การรักษาโรคทั่วไป, หันตกรรม, สายตาและยา

FPSA คอยดูแลให้มีการกระจายแพทย์ GP อย่างเหมาะสม โดยปรับค่าตอบแทนแพทย์ GP ตามระดับความขาดแคลนแพทย์ของพื้นที่ต่าง ๆ

6. การเลือกแพทย์ GP

มีจำนวนแพทย์ GP ทั้งหมดประมาณ 27 000 คน (1994) แต่ละคนจะดูแลประชากร 1500-3500 คน โดยประชาชนมีสิทธิเลือกแพทย์ GP เอง แต่ในทางปฏิบัติคือการเลือก GP ที่อยู่ใกล้บ้านและถ้าต้องการเปลี่ยนก็ยื่นเรื่องต่อ FPSA ได้

7. หน้าที่ของ GP

GP จะทำหน้าที่ดูแลตั้งแต่แรกป่วย และส่งต่อเมื่อจำเป็นแต่หากเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการที่ รพ ได้โดยตรง

8. วิธีการจ่ายค่าตอบแทน GP

มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายค่าตอบแทน GP มาตามลำดับ ในปี 1994 คณะกรรมการพิจารณา ค่าตอบแทนแพทย์และทันตแพทย์ได้จัดให้มีวิธีการจ่ายดังนี้

- (1) รายได้หลักมาจากจำนวนประชาชนในบัญชีที่ลงทะเบียน (Capitation)
- (2) เงินพิเศษในรายการต่อไปนี้
 - a) ระดับอาวุโส
 - b) การทำงานในรูปแบบ group practice
 - c) พื้นที่ขาดแคลน
 - d) ค่าฝึกอบรม
- (3) ค่าบริการนอกเวลาและการเยี่ยมบ้าน
- (4) ค่าบริการที่ได้ตามเป้าหมายในงาน Immunization, Cervical screening

- (5) ค่าบริการ ผ่าตัดเล็ก, ตรวจคัดกรองสุขภาพเด็ก, คนแก่และการจัดคลินิกพิเศษ
- (6) ค่าจ้างพนักงานผู้ช่วย
- (7) ค่าเช่าตึก
- (8) เงินพิเศษเพื่อจูงใจแพทย์สตรีให้ประกอบอาชีพนาน

9 บริการด้านทันตกรรม

ปี 1994 มีทันตแพทย์ 14,800 คน ซึ่งต้องลงทะเบียนกับ FPSA จึงจะได้ค่าตอบแทนจาก NHS ประชาชนสามารถเลือกทันตแพทย์คนไหนก็ได้

ระยะแรกผู้ป่วยสามารถตรวจเช็คฟันได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย จนถึง ค.ศ 1989 เป็นต้นมาที่ต้องจ่ายเป็นเงิน 3 15 ปอนด์ ยกเว้นบางกลุ่ม ได้แก่ อายุต่ำกว่า 18 ปี, กำลังศึกษา ตั้งครรภ์ มารดาดูแลเด็กทารก เป็นต้น

ทันตแพทย์จะได้รับค่าตอบแทนแบบต่อครั้งสำหรับการดูแลเด็ก และได้รับแบบตามรายการสำหรับผู้ใหญ่

10. บริการด้านเภสัชกรรม

ร้านขายยาต้องลงทะเบียนกับ FPSA ประชาชนเมื่อไปรับบริการจาก GP แล้ว นำใบสั่งยามารับยาจากร้านขายยาในราคาถูกโดยจ่ายในราคา 3 05 ปอนด์ต่อรายการยา ยกเว้นยากุมกำเนิด ถ้าประชาชนไปพบแพทย์เอกชนต้องซื้อยาราคาเต็ม

ในกรณีที่ต้องรับยาต่อเนื่อง ประชาชนสามารถจ่ายล่วงหน้าในราคาถูกลงได้แก่ จ่าย 15 ปอนด์สำหรับการรับยาเป็นเวลา 4 เดือน หรือจ่าย 43 50 ปอนด์สำหรับการรับยาเป็นเวลา 12 เดือน

บุคคลต่อไปนี้ได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายค่ายา 1)อายุต่ำกว่า 16 ปี 2)ชายอายุตั้งแต่ 65 ปี, หญิงอายุตั้งแต่ 60 ปี 3)หญิงตั้งครรภ์มารดามีลูกชายน้อยกว่า 1 ปี ซึ่งมีใบรับรองจาก FPSA 4)ประชาชนที่ได้รับสิทธิช่วยเหลือด้านรายได้

ประมาณ 85% ของใบสั่งยาที่ประชาชนไม่ต้องเสียค่ายา

11. การจำกัดชนิดยา

เริ่มมีการจำกัดชนิดยาในปี 1985 เพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย

12. ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของ NHS

ค่าใช้จ่ายของระบบสาธารณสุขก่อน มี NHS ประมาณ	179	ล้านปอนด์
ในปีแรกของ NHS (1948-1949)	330	ล้านปอนด์
ช่วงปี 1950-51	367	ล้านปอนด์
1988	21,700	ล้านปอนด์

1990	23,150	ล้านปอนด์
1991-92	25,400	ล้านปอนด์

แต่ค่าใช้จ่ายต่อหัวในแต่ละพื้นที่ไม่เท่ากันดังเช่น

ในปี 1971-72 ค่าใช้จ่ายต่อหัวสำหรับ รพ ของเขต Sheffield คิดเป็นเพียง 55% ของ เขต London และเขตตะวันออกเฉียงใต้ จึงมีการตั้งคณะกรรมการคิดวิธีจัดสรรงบประมาณที่เป็นธรรม คือ Resource Allocation Working Party (RAWP) ขึ้นมา

13. Resource Allocation Working Party (RAWP)

ตั้งขึ้นเมื่อปี 1975 เพื่อคิดวิธีจัดสรรงบประมาณที่มีความชัดเจน มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และสัมพันธ์กับ health needs ไปยังภูมิภาคต่าง ๆ การจัดสรรใช้เกณฑ์ต่อไปนี้ คือ 1)ขนาดของประชากร 2)ปรับค่าตามโครงสร้างอายุและเพศ 3)อัตราป่วย (โดยใช้ Standardized Morality Ratio เป็นค่าประมาณ) 4)ต้นทุนการให้บริการ 5)การข้ามเขตของประชากร 6)ต้นทุนการจัดการศึกษาแพทย์และทันตแพทย์ 7)การกระจายของทรัพยากรที่มีอยู่แล้วได้แก่ อาคาร เครื่องมือ

หมวดของเงินที่จัดสรรให้จะแบ่งเป็น 3 หมวดคือ 1) งบดำเนินการ 2) งบลงทุน 3) งบด้านการเรียนการสอน

14. แหล่งรายได้ของ NHS

ในปี ค.ศ. 1986-1987 86% ของรายได้มาจากภาษีทั่วไป, 11% มาจาก National Insurance (ผู้ทำงานและนายจ้าง) และอีก 3% มาจากค่ายาและค่าบริการ

15 บุคลากรของ NHS

บุคลากรทั้งหมดของ NHS มีประมาณ	850,000 คน	
แบ่งเป็นหมวดต่างๆ ดังนี้	ปี 1986	ปี 1987
แพทย์, ทันตแพทย์	38,848	43,418
พยาบาล และผดุงครรภ์	402,690	404,041
วิชาชีพและเทคนิค	76,083	68,212
คนงานและซ่อมบำรุง	24,983	18,471
บริหารและธุรการ	111,351	114,595
รถพยาบาลฉุกเฉิน	3,124	3,037
อื่นๆ	124,267	115,063

16 บุคลากรผู้ทำสัญญา

ได้แก่ GP, ทันตแพทย์ ซึ่งถือว่าเป็นอาชีพอิสระที่ทำสัญญากับ FPSA

17. ความสัมพันธ์กับบริการของเอกชน

ผู้ป่วยสามารถรับบริการนอกระบบ NHS ได้จาก ร พ เอกชน nursing home หรือเป็นผู้ป่วยส่วนตัวของ ร พ ของ NHS ซึ่งทั้งหมดต้องจ่ายค่าบริการในราคาเต็ม

18 การทำสัญญากับแพทย์เฉพาะทางที่ปรึกษา (Consultants)

มีแพทย์เฉพาะทางที่ได้รับตำแหน่งแพทย์ที่ปรึกษา จำนวนประมาณ 18,000 คน ประมาณครึ่งหนึ่งทำงานเต็มเวลาให้ NHS และแพทย์กลุ่มนี้ยังสามารถดูคนไข้ส่วนตัวที่ ร พ ของ NHS ได้ครบเท่าที่รายได้ส่วนนี้ไม่เกิน 10% ของเงินเดือน

อีกครั้งหนึ่งของ Consultants จะทำสัญญาแบบบางเวลา ในปี 1974-75 รัฐบาลพรรคแรงงานในอดีตพยายามจะจำกัดการมีคนไข้ส่วนตัวใน ร พ NHS เพราะถือว่าขัดหลักการพื้นฐานโดยมีการออกกฎหมาย Health Service Act ในปี ค.ศ. 1976 ทำให้เพียง Private ลดลงและพยายามทำสัญญาใหม่กับ Consultants โดยให้ค่าตอบแทนเพิ่ม เพื่อดึงใจให้ทำงานเต็มเวลา แต่ได้รับการตอบสนองจาก Consultants ที่ไม่ค่อยดี โดยการทำงานเฉพาะในสัญญาเท่านั้น

ปี ค.ศ. 1979-88 พรรค Conservative ได้เป็นรัฐบาลมีนโยบายให้คงเพียง Private ไว้และออกกฎหมายใหม่ทำให้มีเพียง Private เพิ่มขึ้น และอนุญาตให้ ร พ ของ NHS มีเพียง Private เพิ่มเพื่อหารายได้

19. การปฏิรูประบบสาธารณสุข (Working for patients. the White paper on the NHS)

ปี 1989 หลังจากให้ผู้บริหารของธุรกิจเอกชนขนาดใหญ่เข้ามาศึกษา NHS และเสนอให้มีการปฏิรูปโดยนำเอาหลักการ การตลาดภายใน มาใช้เพื่อเพิ่มการแข่งขัน ในประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 1) ยกเว้นภาษีการซื้อประกันสุขภาพเอกชน ของคนอายุมากกว่า 60 ปี
- 2) ทำให้ ร พ มีความอิสระในการบริการมากขึ้น, เรียกชื่อใหม่เป็น NHS trust บริหารโดยคณะกรรมการ มีประธานกรรมการซึ่งแต่งตั้งโดยรัฐบาล ร พ มีสิทธิตั้งเงินเดือนบุคลากรได้เอง
- 3) Health authority สามารถซื้อบริการให้ประชาชนจาก ร พ ใดก็ได้โดยมีการทำสัญญาตกลงกันเรื่องราคาที่คงที่
- 4) ร พ มีรายได้จาก NHS health board และจาก GP ที่ถือเงิน (GP Fund Holders) , คนไข้เอกชน และจาก ร พ อื่นที่ส่งผู้ป่วยมารักษา
- 5) แพทย์ที่ปรึกษา จะถูกกำหนดภาระงานในสัญญาชัดเจนขึ้น ครอบคลุมประเด็นด้านคุณภาพของงาน, ทรัพยากรที่ใช้, ปริมาณงาน, เวลาที่ให้แก่ NHS , มีการตั้งรางวัลเพิ่มเติมตั้งแต่ 6 260 - 33,720 ปอนด์นอกเหนือจากเงินเดือน สำหรับการทำงานเพิ่มและมีการเพิ่มจำนวนแพทย์ที่ปรึกษา

6) สัญญาใหม่กับ GP มีดังนี้ a) กำหนดให้แพทย์ GP มีเวลาให้บริการอย่างน้อย 26 ชั่วโมงต่อสัปดาห์, b) ต้องเยี่ยมคนแก่อายุมากกว่า 75 ปี อย่างน้อยปีละครั้งเพื่อตรวจสุขภาพ สายตา การได้ยิน และการเดิน, c) ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแพทย์ได้ง่ายขึ้น, d) แพทย์ GP จะมีรายได้เพิ่มมากขึ้นตามจำนวนคนที่มาลงทะเบียนเพื่อให้มีการแข่งขัน, e) มีการกำหนดเป้าหมายของงานให้วัดขึ้นเป็น 2 ระดับ คือ 70 และ 90% และงานตรวจมะเร็งปากมดลูก คือ 50 และ 80 % การจ่ายเงินจะมีระดับขึ้นอยู่กับการบรรลุเป้าหมายนี้, f) ต้องมีการจัดทำแผนพับ แจกประชาชน เพื่อบอกเวลาทำการการเยี่ยมบ้านและการบริการนอกเวลา, g) จะมีการสำรวจความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการของ GP โดยสมาคม FPSA และจะมอบผลการสำรวจให้ GP แบบปกปิด, h) แพทย์ GP ต้องทำรายงานประจำปีส่ง FPSA ระบุจำนวนพนักงานที่จ้าง, แผนการปรับปรุงสถานที่, นโยบายการเพิ่มประสิทธิภาพการบริการและรายละเอียดการส่งต่อผู้ป่วย, i) ต้องมีการตรวจเช็คสุขภาพเด็กอย่างสม่ำเสมอ, j) ต้องมีระบบการร้องเรียนของประชาชนที่สะดวก

7) เพิ่มงบประมาณสำหรับ GP แพทย์ GPs บางส่วนจะได้รับงบเพิ่มเติม เรียกว่า GP Fund Holders เพื่อซื้อบริการ จาก ร พ และเป็นค่ายาที่ตนสั่งจ่าย ดังนี้

7.1) งบซื้อบริการจาก ร พ.

กลุ่มแพทย์ GPs ที่มีประชากรในความดูแลตั้งแต่ 11,000 คน ขึ้นไปจะได้รับงบซื้อบริการจาก ร พ เช่น บริการคนไข้ใน บริการคนไข้นอก โดยการเจรจาเรื่องราคาค่าบริการ กับแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ และ ร พ ต่างๆ ถ้าบซื้อบริการเหลือก็สามารถนำมาใช้ปรับปรุง บริการของตนได้ กลุ่ม GP fund holders สามารถจ่ายเกินงบได้เกิน 5% และได้รับการชดเชยในปีต่อไป แต่ถ้าใช้เงินเกินติดต่อกัน 2 ปี จะถูกถอดถอนการเป็น fund holders

7.2) งบค่ายา

มีการกำหนดเพดานค่ายาที่ GPs จะใช้จ่ายได้โดยมีจุดมุ่งหมายคือให้ GP ควบคุมต้นทุนค่ายาของ NHS ซึ่งสูงประมาณ 1900 ล้านปอนด์ในปี 1993 (7.5% ของค่าใช้จ่ายรวม) และจะมีบทลงโทษถ้าไม่สามารถควบคุมค่ายาได้

8) มีการตั้งคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการบริการ (Medical Audit)

9) การบริการในชุมชน (Community Care) จะมีแผนกบริการสังคม (Social service) ทำหน้าที่ซื้อบริการด้านการดูแลคนแก่คนพิการและผู้ป่วยปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจากเอกชนเพิ่มขึ้น

19. การกลับมาของพรรคแรงงาน

ในปี ค.ศ. 1997 นี้ พรรคแรงงานได้รับเลือกตั้งมาเป็นรัฐบาล โดยมีนายกรัฐมนตรีคือ นายโทนี แบลร์ ซึ่งมีนโยบายที่จะปฏิรูปการปฏิรูป NHS อีกครั้ง โดยมีนโยบายยกเลิก นโยบายตลาด ภายใน ลดการแข่งขันและเพิ่มความร่วมมือ เพิ่มบทบาทขององค์กรท้องถิ่นในการซื้อบริการ

- ที่มา 1 *Department of Community Medicine Background to Health Care in Great Britain*
University of Dundee, UK 1994
- 2 *Spergeon, P (ed) The New Face of the NHS The Royal Society Of Medicine Press 1998*

ภาคผนวก 4

พัฒนาการของผู้ซื้อบริการของเยอรมัน

ประวัติการพัฒนาการของผู้ซื้อบริการและระบบประกันสุขภาพในช่วง ศตวรรษที่ 20 ของเยอรมันนี้อาจแบ่งได้เป็น 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ค.ศ. 1880 ถึง 1914 ภายใต้การบริหารของนายกรัฐมนตรีคนแรกของ German state คือ นาย Otto Von Bismarck

ระยะที่ 2 ช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 และ The Weimar Republic (1915-1932)

ระยะที่ 3 The Third Reich (1933-1945) ออดอล์ฟ ฮิตเลอร์ครองอำนาจ

ระยะที่ 4 ระยะหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จนถึงปัจจุบัน

1 ระยะที่ 1 ค.ศ. 1880s ถึง 1914

ช่วงนี้เป็นระยะที่มีการปฏิวัติอุตสาหกรรมในเยอรมนี นายกรัฐมนตรี Bismarck ได้เสนอให้มีการทำประกันสังคมกับคนงาน โดยบัญญัติเป็นกฎหมายตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1883 และมีการปรับปรุงในปี ค.ศ. 1884 และ 1889 ตามลำดับ โดยมุ่งหวังที่จะทำให้เกิดความมั่นคงทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคม โดยให้ความคุ้มครองหลายด้าน เช่น อุบัติเหตุ ผู้พิการ ประกันสุขภาพ ผู้สูงอายุ และการว่างงาน ในระยะแรกจะมีการจ่ายเป็นเงินสด ให้กับคนงานที่ได้รับบาดเจ็บจากการทำงานหรือป่วย

ต่อมาได้มีการพัฒนาในรูปของการประกัน Medical Insurance โดยให้มีการตั้งกองทุนความเจ็บป่วย (Sickness funds) ในระดับท้องถิ่น ซึ่งมีความรับผิดชอบในการให้บริการทางการแพทย์ โดยแพทย์ที่มีสถานภาพเป็นลูกจ้างของกองทุน ในระยะต่อมาเริ่มเกิดความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้บริหารกองทุน

2 ระยะที่ 2 ค.ศ. 1915-1932

ในปี ค.ศ. 1920 กองทุนความเจ็บป่วยบางกองทุนมีการจัดสรรเงินให้กับกลุ่มแพทย์เพื่อบริหารจัดการเครือข่ายการรักษาพยาบาล การบริหารกองทุนในลักษณะนี้ได้มีการขยายออกไปโดยได้รับการสนับสนุนจาก The Weimar Republic

ต่อมากลุ่มแพทย์เครือข่ายเหล่านี้เริ่มขยายมากขึ้นจนมีศักยภาพในการต่อรองกับผู้บริหารกองทุน กลุ่มแพทย์นี้ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการใน ค.ศ. 1931 โดยใช้ชื่อว่า The Regional Associations of Ambulatory Care Doctors ในปัจจุบันนี้องค์กรดังกล่าวเป็นองค์กรที่มีความเข้มแข็งและรับผิดชอบในการเจรจาต่อรองกับกองทุนความเจ็บป่วยเกี่ยวกับค่าธรรมเนียมแพทย์ การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ในการบริการผู้ป่วยนอก (ambulatory care)

3. ระยะที่ 3 ค.ศ. 1933-1945

ความหวังของ Bismarck ในเรื่องของการประกันความเจ็บป่วยหมดไปกลายเป็นภาพตรงกันข้าม เมื่อ Adolf Hitler เรื่องอำนาจ สมาคมแพทย์ก็เข้าร่วมขบวนการของ Hitler อย่างแข็งขัน

ในปี ค.ศ. 1939 Seldte ซึ่งเป็นรัฐมนตรีกระทรวงแรงงานในสมัยนั้น ประกาศวัตถุประสงค์ของระบบประกันสังคม ว่า เป็นระบบที่ทำให้ เฉพาะ ชาวเยอรมันให้มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อให้มีความพร้อมทางการทหารที่สมบูรณ์ ในระยะนี้จึงมีการเหยียดผิวสูงมาก

การบริหารจัดการกองทุนความเจ็บป่วยซึ่งเดิมสามารถบริหารจัดการได้อย่างอิสระ แต่ในระยะของ Hitler นี้ กองทุนฯ จะถูกควบคุมโดยระบบเผด็จการ

การเปลี่ยนแปลงอีกประการหนึ่งที่สำคัญคือ รัฐบาลสั่งห้ามแพทย์ที่ไม่ได้มีเชื้อสายเยอรมัน รักษาผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ กองทุนความเจ็บป่วย นอกจากนี้แม้แต่แพทย์ที่มีเชื้อสายเยอรมันเองก็ต้องถูกตั้งเงื่อนไขต่าง ๆ เช่น ต้องยึดมั่นในเชื้อชาติเยอรมัน ต้องมีความจงรักภักดีทางการเมืองต่อรัฐบาล จึงจะมีสิทธิรักษาผู้ป่วยกองทุนความเจ็บป่วย

4 ระยะที่ 4 ระยะหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จนถึงปัจจุบัน

เยอรมันนี้ตะวันตกได้มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นแบบประชาธิปไตย รวมทั้งระบบการประกันสังคมก็มีการปรับเปลี่ยนเช่นกัน เป็นช่วงที่สมาคมแพทย์มีพลังต่อรองมากขึ้น สามารถเจรจาให้กองทุนความเจ็บป่วยยอมรับ การทำสัญญากับแพทย์ที่คลินิก (Solo practice) ในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยแบบคนไข้นอก (ambulatory care) แล้วต้องห้ามแพทย์ที่ไม่ให้อยู่ในสมาคมแพทย์ รักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ นอกจากนี้ยังไม่ส่งเสริมให้ใช้แพทย์ผู้ช่วย (physician assistants) หรือการให้บริการเป็นกลุ่ม (group practices) หรือแม้แต่การดำเนินการแบบ Health maintenance organizations

5. กองทุนความเจ็บป่วย (Sickness funds)

กองทุนความเจ็บป่วยเป็นผู้ซื้อบริการหลักของเยอรมัน ครอบคลุมประชากรประมาณ 90% เป็นกองทุนในระดับภูมิภาค ซึ่งจัดตั้งโดยท้องถิ่น นายจ้าง กลุ่มวิชาชีพ หรือรัฐบาล ภายใต้การรับรองโดยกฎหมาย

ปี 1994 มีจำนวน 1297 กองทุน

ปี 1995 มีจำนวน 1070 กองทุน

การที่ลดจำนวนลงเพราะมีการรวมตัวกันเพื่อลดค่าบริหารจัดการและการเผชิญความเสี่ยงและคาดว่าจะลดจำนวนลงเรื่อยๆ

6 แหล่งรายได้ของกองทุนฯ

ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า \$US 36,580 ต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน (เป็นจำนวนโดยเฉลี่ยประมาณ 6.5% ของค่าจ้าง) และนายจ้างก็ต้องสมทบเข้ากองทุนเช่นกัน

ถ้ามีรายได้มากกว่านี้สามารถเลือกไม่สมทบกองทุนฯ ก็ได้ โดยการเลือกซื้อประกันสุขภาพกับบริษัทประกันเอกชน (ประชาชนประมาณ 8% ซื้อประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน)

ในอดีตคนที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชน จะไม่สามารถเข้าร่วมกองทุนความเจ็บป่วยได้ แต่ต่อมา มีการเปลี่ยนกฎ ยอมอนุญาตให้กลับเข้ามาได้ ถ้ารายได้ลดลงถึงระดับที่กำหนด

2% ของประชากรที่เป็นข้าราชการ ได้รับการอุดหนุนด้านการประกันสุขภาพจากรัฐบาล

กองทุนฯ แต่ละแห่งจะคำนวณค่าใช้จ่ายและคิดอัตราเบี้ยประกันที่ต้องสมทบใหม่ทุกๆ ปี มีผลทำให้แต่ละพื้นที่คิดอัตราสมทบไม่เท่ากัน ตั้งแต่ 8% ถึง 16% ของค่าจ้าง บางกองทุนตั้งเป้าเลือกแต่สมาชิกที่มีความเสี่ยงน้อย เช่น คนทำงานสำนักงาน

ในปี 1977 รัฐบาลกำหนดให้กองทุนฯ สามารถขึ้นอัตราค่าสมทบได้ก็ต่อเมื่อค่าแรงเพิ่ม

ตั้งแต่ปี 1994 เป็นต้นมามีกฎหมายห้ามการเลือกสมาชิก ตามอาชีพหรือที่อยู่ และให้กองทุนฯ ที่มีสมาชิกที่มีความเสี่ยงน้อย จ่ายเงินอุดหนุนแก่กองทุนฯ ที่มีสมาชิกที่มีความเสี่ยงสูง

คนตกงานจะได้รับการช่วยเหลือจ่ายเงินสมทบโดยรัฐบาลกลาง 67% และรัฐบาลท้องถิ่น 33% กฎหมายระบุให้คนตกงานและครอบครัวได้รับการคุ้มครองอย่างเท่าเทียมกับคนมีงานทำ

ผู้เกษียณอายุจ่ายเงินเข้ากองทุนฯ โดยใช้เงินบำนาญ ในอัตราคงที่คำนวณจากค่าเฉลี่ยของเงินสมทบของคนทำงาน ซึ่งคิดเป็นเงินเพียง 40% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ใช้ไปเท่านั้น ที่เหลือได้จากการจ่ายของกองทุนฯ

ระบบนี้จึงเป็นระบบที่อุดหนุนคนแก่ คนตกงาน และคนมีครอบครัว โดยใช้เงินของคนหนุ่มสาว และคนโสด

กองทุนฯ ที่มีคนเกษียณอายุจำนวนมากจะได้รับการชดเชยจาก Nation Reserve Fund ซึ่งตั้งขึ้นเพื่อการนี้

7. บริการที่คุ้มครอง

มีการกำหนดบริการขั้นต่ำที่ให้การคุ้มครองฟรี ได้แก่ บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก บริการจากโรงพยาบาลและทันตกรรม

ปี 1988 กำหนดให้ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายเล็กน้อยสำหรับค่ายา ค่าอุปกรณ์ ค่ารักษาระยะสั้น ๆ จากโรงพยาบาล และค่าบริการทันตกรรม

การคุ้มครองโดยกองทุนฯ ยังรวมถึงการจ่ายค่าจ้างเมื่อลาคลอดได้นาน 14 สัปดาห์, จ่ายค่าจ้างนาน 5 วันถ้ามีลูกอายุ 8 ขวบป่วย และ จ่าย 80% ของค่าจ้างนาน 78 สัปดาห์เมื่อเกิดความพิการ

8. ผู้ให้บริการ

กองทุนความเจ็บป่วยไม่ได้จัดบริการเอง แต่เป็นผู้ซื้อบริการจากแพทย์และโรงพยาบาล แพทย์ที่ให้บริการแบบ Ambulatory care ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และแพทย์ที่โรงพยาบาลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยแบบ Ambulatory care แต่ในระยะหลังเริ่มมีการประสานงานระหว่าง 2 ฝ่ายนี้มากขึ้น

9 วิธีจ่ายเงิน แพทย์ Ambulatory care

แพทย์ต้องเป็นสมาชิกของสมาคมแพทย์ในภูมิภาคจึงจะสามารถได้รับค่าตอบแทนจากกองทุนฯ เมื่อประกันที่กองทุนฯ ได้รับจะถูกจัดสรรไปยังสมาคมแพทย์ภูมิภาคจำนวนทั้งหมด 19 สมาคม ซึ่งจะทำหน้าที่จ่ายเงินให้สมาชิกอีกต่อหนึ่ง

ผู้ป่วยจะได้รับคู่มือการรักษาพยาบาลทุก 3 เดือนเพื่อใช้เลือกแพทย์ตามที่ต้องการทุก 3 เดือน เมื่อเลือกแล้วไม่จำกัดจำนวนครั้งการได้รับการรักษาพยาบาล ถ้าต้องการพบแพทย์คนอื่น ต้องมีการส่งต่อ

แพทย์ที่ให้บริการ Ambulatory care จำนวน 58% เป็นแพทย์เฉพาะทาง

แพทย์จะส่งคู่มือไปเก็บเงินจากสมาคมแพทย์ในระบบตามรายการ (fee-for-service) ซึ่งมีการกำหนดอัตราค่าบริการล่วงหน้า โดยผ่านการเจรจากับกองทุนฯ ทุกปี

สำนักงานแพทย์บางแห่งจะมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเรียกแพทย์กลุ่มนี้ว่า Laboratory physicians

ในปี 1995 เริ่มใช้ smart cards แทนคู่มือเพื่อลดงานเอกสารและมีผลทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแพทย์ได้ง่ายขึ้น และไปพบแพทย์คนใดก็ได้โดยไม่ต้องมีการส่งต่อ

ระบบการแยกเค็ดขาดระหว่างบริการ Ambulatory care กับ Hospital care มุ่งส่งเสริมการดูแลแบบ Ambulatory care รวมทั้งการให้ Chemotherapy และ การดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่บ้าน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล แพทย์จะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็นประจำและถูกตามตัวได้

ผลกระทบของการห้ามแพทย์ รพ ดูแลผู้ป่วยแบบ Ambulatory care ทำให้การผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกมีน้อย และทำให้ไม่พยายามจำหน่ายผู้ป่วยเร็ว ส่งผลให้ระยะเวลารอน รพ นานขึ้น

การตั้งงบประมาณสำหรับบริการ Ambulatory care ทำแบบยอดรวม (Global) จึงจะทำให้แพทย์ได้รับค่าบริการแต่ละรายการน้อยลงถ้าในภาพรวมแพทย์แต่ละคนให้บริการมากเกินไป

สมาคมแพทย์จะคอยทบทวนและตรวจสอบว่ามีสมาชิกคนใดส่งเบิกไม่เหมาะสมและอาจมีการเรียกเงินคืน แต่อย่างไรก็ตาม กลไกนี้มีผลในการควบคุมค่าใช้จ่ายเพียง 1%

จำนวนแพทย์เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วคือ

ปี 1960 มี 79,350 คน

ปี 1988 มี 171,784 คน

ปี 1995 มี 335,400 คน (ทำงานจริง 273,900 คน)

มีผลทำให้รายได้ของแพทย์ลดลงเรื่อย ๆ เพราะต้องแบ่งจ่ายกันทุกคน จากเดิมปี 1971 รายได้ของแพทย์คิดเป็น 6.5 เท่าของค่าจ้างเฉลี่ย แต่ปี 1993 เหลือเพียง 3.2 เท่า

รายได้เฉลี่ยในปี 1988 ของแพทย์ประเภทต่าง ๆ มีดังนี้

General Practitioners \$ 98,624

Laboratory Physicians \$ 400,000

10 วิธีจ่ายเงินค่าบริการโรงพยาบาล

แพทย์ ร.พ. ได้รับค่าจ้างเป็นเงินเดือน

86% ของเตียง ร.พ. เป็นประเภทไม่มุ่งกำไร มักเป็น ร.พ. ขนาดใหญ่เพื่อรองรับประชาชนในขอบเขตพื้นที่กว้างขวาง

ก่อนปี 1996 ร.พ. เปรียบเสมือนกับกองทุนฯ ให้จ่ายค่าบริการแบบต่อวัน (per diem) โดยคำนวณให้ได้อัตราที่ไม่ให้ ร.พ. ขาดทุน

หลังปี 1996 กองทุนฯ จะจ่ายให้เฉพาะงบดำเนินงาน ถ้าจำนวนผู้ป่วยน้อย กองทุนฯ จะปรับอัตราในปีต่อไปให้ ซึ่งจะครอบคลุมประมาณ 75% ของต้นทุนคงที่

การที่คิดค่าตอบแทนเป็นรายวันที่ผลทำให้อัตราการอยู่ ร.พ. นานมากขึ้น และการได้รับชดเชยในปีต่อไปทำให้ไม่มีแรงจูงใจในการประหยัด และทำให้ประเทศเยอรมันมีระยะเวลานาน ร.พ. เฉลี่ยนานที่สุดในบรรดาประเทศตะวันตก

ปี 1994 มีการออกกฎหมาย Health Care Reform Act เพื่อเปลี่ยนไปใช้วิธีจ่ายแบบ Prospective Diagnosis - Related Groups ซึ่งจะเริ่มมีผลในปี 1996

ร.พ. ต่างๆ ในระยะหลังมีการบริหารเพื่อมุ่งกำไรมากขึ้นเพื่อความอยู่รอด

งบลงทุนของ ร.พ. มาจากรัฐและเอกชนซึ่งจะมีกระบวนการวางแผนทบทวน และอนุมัติเป็นขั้นตอนในระดับรัฐ

โดยเฉลี่ย ร.พ. ของประเทศเยอรมันนี้จึงมีเครื่องมือและเทคโนโลยีแพง ๆ น้อยกว่าในสหรัฐและมักจะจัดรวมไว้ที่โรงเรียนแพทย์

มีผลทำให้อัตราต่อแสนประชากรของการทำผ่าตัดน้อยกว่าของสหรัฐ ดังนี้

	Germany	USA
Coronary artery by-pass	33	143
Catheterisations	255	374
angioplasty	14 4	85

การจำกัดการมีเทคโนโลยีทำให้ต้องมีการรอคิวผ่าตัดนาน เช่น การผ่าตัด Open heart แบบ elective ต้องรอนานเฉลี่ย 3 เดือน

แต่อัตราตายมาตรฐานผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดของเยอรมันมีน้อยกว่า USA คือ 149.2 ต่อแสน เทียบกับ 179.8 ต่อแสน

11. โรงเรียนแพทย์

โรงเรียนแพทย์ได้เงินจากรัฐ นักศึกษาได้เรียนฟรี นักศึกษามีสิทธิเลือกอาชีพอะไรก็ได้ตามรัฐธรรมนูญ จำนวนผู้เรียนแพทย์จึงเพิ่มสูงอย่างมาก จาก 4,400 คนในปี 1970 เป็น 12,000 คนในปี 1990 ทำให้จำนวนบัณฑิตแพทย์จบใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 3% สูงกว่าอัตราการเพิ่มของประชากร

แต่กลไกการควบคุมจำนวนแพทย์คือการควบคุมจำนวนสมาชิกของสมาคมแพทย์

จำนวนแพทย์ Ambulatory care ปัจจุบันมีจำนวน 123 คนต่อแสนประชากร ซึ่งเป็น Specialists จำนวน 58% (ในปี 1970 มี specialists เพียง 30%) เพิ่มขึ้นเนื่องจากระบบการจ่ายแบบตามรายการ

12 การบริหารกองทุนความเจ็บป่วยและผู้ให้บริการ

กองทุนบริหารโดยคณะกรรมการ ซึ่งครึ่งหนึ่งเป็นตัวแทนลูกจ้างอีกครั้งหนึ่งเป็นตัวแทนนายจ้าง ทำหน้าที่เจรจาต่อรองค่าบริการกับสมาคมแพทย์และ ร.พ. และกำหนดอัตราเงินสมทบเข้ากองทุน

ต้นทุนการบริหารจัดการคิดเป็น 4.4% ในปี 1986 (ของสหรัฐประมาณ 19-24%)

ก่อนปี 1989 ไม่มีระบบประกันคุณภาพอย่างเป็นทางการมีเพียงสมาคมวิชาชีพบางสาขาที่ดำเนินการ

สมาคมแพทย์ภูมิภาคทำหน้าที่เพียงการจัดการค่าตอบแทนแพทย์ให้เป็นธรรมมากกว่าการควบคุมคุณภาพ และมีแรงต้านจากแพทย์ในเรื่องนี้ด้วย

ปี 1989 กฎหมาย Health Care Reform Act เน้นการกำกับคุณภาพมากขึ้น จึงเริ่มมีโครงการควบคุมคุณภาพขึ้นมาในเรื่อง prenatal and neonatal care, surgery, gynecology และ pediatrics และเน้นเพื่อให้นักศึกษามากกว่าการลงโทษ

กองทุนฯ ไม่ได้ดำเนินการเรื่องการประกันคุณภาพเพราะอำนาจต่อรองของสมาคมแพทย์มีสูง มีการต่อต้านเรื่องนี้ อีกทั้งกองทุนฯ กลัวว่าจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่ม เพราะแพทย์จะใช้เทคโนโลยีเพิ่มขึ้นและมีต้นทุนการบริหารจัดการเพิ่มขึ้น ส่วนสมาคมแพทย์เองก็ยินดีที่จะลดอำนาจต่อรองด้านเศรษฐกิจแลกกับความเป็นอิสระของวิชาชีพ

13. ปัญหาสำคัญ

1) การแยกเด็ดขาดระหว่างบริการ Ambulatory care กับ Hospital care มีการสื่อสารกันน้อยและทำให้ต้องส่งตรวจห้องปฏิบัติการซ้ำซ้อน ระยะเวลาอน ร พ นาน

2) อัตราการใช้บริการสูงมากคือ 11.5 ครั้งต่อปี ในขณะที่ของสหรัฐเพียง 5.3 ครั้งต่อปี ทั้งนี้เพราะฟรีเกือบทุกอย่าง

3) ค่าใช้จ่ายด้านยาสูงประมาณ 19% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด แพทย์สั่งยาโดยเฉลี่ย 11 ชนิดต่อคนต่อปีคิดเป็น 3 เท่าของสหรัฐ

ในปี 1989 เริ่มควบคุมราคา ยา โดยตั้งราคากลางและกำหนดเพดานค่ายาที่จะเบิกได้ ถ้าแพทย์สั่งยาเกิน 25% ของค่าเฉลี่ยของแพทย์สาขาเดียวกันจะถูกหักเงินจากค่าตอบแทนแพทย์

4) จำนวนแพทย์สั้นเกินไป ซึ่งจะทำให้มีแพทย์ต่งานมากขึ้นในอนาคต สัดส่วนระหว่างแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางจะลดลง เพราะการจ่ายตามรายการส่งเสริมแพทย์เฉพาะทาง

5) มีบริการด้านป้องกันโรคน้อย ขาดบริการด้านการรณรงค์เพื่อลดการสูบบุหรี่ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคหัวใจ การเสริมฟลูออไรด์ การเลิกเหล้า คนเยอรมันมีอัตราตายด้วยโรคมะเร็งปอดสูงกว่าอเมริกา (22.7 ต่อแสนเทียบกับ 9 ต่อแสน) ตายจากโรคตับแข็งมากกว่า (19.4 ต่อแสนเทียบกับ 11 ต่อแสน)

6) การรวมประเทศเยอรมันทำให้ต้องใช้เงินลงทุนที่เยอรมันตะวันออกจำนวนมาก

7) มีปัจจัยอื่น ๆ ในอนาคตที่จะทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นคือ คนแก่มีมากขึ้นและปัจจุบันก็ขาดการพัฒนาบริการคนกลุ่มนี้ และระบบการเงินเพื่อ long-term care อย่างเพียงพอ ทำให้ไปใช้สถานบริการซึ่งเหมาะกับ Short-term care คือ ร พ อย่างไม่เหมาะสม

8) มีการแข่งขันน้อย ระหว่างกองทุนฯ ต่าง ๆ เพราะสิทธิประโยชน์ถูกกำหนดตายตัวและมีค่าบริหารจัดการต่ำ แรงกดดันทางเศรษฐกิจจะทำให้กองทุนฯ รวมตัวกันมากขึ้นจนเหลือเพียงไม่กี่แห่ง

9) บุคลากรไม่คุ้นเคยกับระบบการแข่งขัน และไม่เน้นการวัด outcome ทำให้การประเมินด้าน cost-benefit ของบริการทำได้ยาก

ที่มา

1 Jackson J L The German Health System Lessons for Reform in the United States Arch Intern Med 1997, 157 155-160

2 Schlenbergh, J Forming and Reforming the Market for Third Party Purchasing of Health Care A German Perspective Soc Sci Med 1994, 39 (10) 1473-1481

ภาคผนวก 5

พัฒนาการของผู้ซื้อบริการของประเทศสหรัฐอเมริกา

1. ยุคปี 1945 -1970 : การรวมตัวของผู้ให้บริการและผู้ขายประกัน

ผู้ให้บริการ

ในระยะแรก ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ดำเนินการอย่างอิสระได้แก่โรงพยาบาล คลินิกแพทย์ บางแห่งรวมบริการของคลินิกและโรงพยาบาลเข้าด้วยกันเช่น Mayo Clinic, Kaiser Permanente System และ โรงเรียนแพทย์

ระบบการเงินการคลังสาธารณสุข

ดำเนินการโดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชนหลายร้อยบริษัท และโครงการประกันสุขภาพของรัฐบาลในปี 1965 คือ Medicare เพื่อคนชราและ Medicaid เพื่อคนจน

ลักษณะของระบบสาธารณสุขของสหรัฐจึงมีลักษณะแบบพหุลักษณะ และกระจาย

ลักษณะสำคัญประการหนึ่งคือผู้ให้บริการและผู้ขายประกันมีความร่วมมือกันดี โดยการตั้งบริษัทประกัน ชื่อ Blue Cross และ Blue Shield, โดยที่ Blue Cross มีหุ้นใหญ่คือ American Hospital Association และ Blue Shield มีหุ้นใหญ่คือ สมาคมแพทย์ของรัฐต่าง ๆ ทั้ง 2 บริษัทนี้ถูกจัดเป็นบริษัทประกันที่ใหญ่ที่สุดเป็นเวลานานร่วมครึ่งศตวรรษ

ผู้ให้บริการจึงมีอิทธิพลสูงมากต่อการตัดสินใจของบริษัทประกัน เช่น การเพิ่มค่าตอบแทนค่าบริการ และการเพิ่มเบี้ยประกัน และการตรวจสอบผู้ให้บริการมีน้อย

ในช่วงทศวรรษ 1960s ยังขยายอิทธิพลไปกำหนดวิธีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการของโครงการ Medicare และ Medicaid โดยใช้สูตรการจ่ายที่ทำให้แพทย์และโรงพยาบาลได้รับค่าตอบแทนสูง เทียบเท่ากับค่าตอบแทนการดูแลผู้ป่วยประกันเอกชน

โครงการ Medicare และ Medicaid จ่ายค่าบริการการแพทย์ผ่านคนกลางคือ Blue Cross และ Blue Shield ซึ่งมักจะจ่ายแพทย์และโรงพยาบาลโดยวิธีตามรายการ จึงมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายพุ่ง สูงอย่างรวดเร็ว และประชาชนก็ไม่ค่อยสนใจมากนักเพราะผู้จ่ายส่วนใหญ่คือนายจ้าง รวมทั้งไม่ได้มีการรวมตัวกันมากนักจึงไม่ค่อยมีสิทธิมิเสี่ยง

นายจ้างเองก็ไม่ได้ตระหนักถึงค่าใช้จ่ายเพราะเศรษฐกิจดีและการเบี้ยประกันก็นำไปลดหย่อนภาษีได้ มูลค่าการลดหย่อนนี้รวมแล้วสูงมาก

ค่าเบี้ยประกันจึงสูงมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยไม่มีอะไรมาหยุดยั้ง จำนวนเตียง รพ ก็เพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ

2. ยุคทศวรรษที่ 1970s : เริ่มมีปัญหา

ต้นทศวรรษที่ 1970s เกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ประเทศญี่ปุ่นและประเทศแถบยุโรปเข้มแข็งมากขึ้นทางการค้าจนมาแย่งตลาดของสหรัฐ ส่งผลให้เกิดภาวะว่างงานและเงินเฟ้อมาจนถึงต้นทศวรรษที่ 1990s ทำให้เริ่มตระหนักถึงปัญหาค่าใช้จ่ายของระบบสาธารณสุข นายจ้างเริ่มคำนึงถึงราคาเบี้ยประกันสุขภาพว่าแพงและไม่คุ้มค่า และเป็นต้นทุนการดำเนินธุรกิจที่สูง

เบี้ยประกันของ Blue Cross เคยเพิ่มขึ้นสูงถึง 25-30% ในบางปีจนมีการร้องเรียน บางรัฐเริ่มควบคุมการก่อสร้าง รพ ใหม่ และราคาค่าบริการ รัฐบาลกลางเริ่มจัดตั้งกรรมการและองค์กร เพื่อการวางแผนเพื่อลดการเติบโตของรพ และเริ่มมีการบังคับให้มีระบบประกันคุณภาพการให้บริการ โดยเฉพาะในโครงการ Medicare บังคับว่า โรงพยาบาลต้องได้รับการรับรองโดย Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) จึงจะสามารถเบิกเงินได้

ผู้จ่ายเงินจริง(นายจ้างและลูกจ้าง)จึงเริ่มเข้ามาควบคุมมากขึ้นแต่องค์กรแพทย์ก็มีกระแสต่อต้าน ทำให้ค่าใจ่ายยังคงเพิ่มสูงและสูงจนเกินอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ

Blue Cross และ Blue shield เริ่มถูกตำหนิว่าถูกควบคุมโดยองค์กรแพทย์ และทำให้ค่าใจ่ายสูงจึงมีความพยายามให้ลดเบี้ยประกัน ควบคุมพฤติกรรมกรให้บริการของแพทย์ และลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล จึงเริ่มมีความแตกแยกขึ้น

โรงพยาบาลและบริการเฉพาะทางเริ่มเกิดภาวะล้นเกิน จึงเริ่มมีความกดดันให้แข่งขันแย่งคนไข้ ปลายทศวรรษ 1970s ภาวะเศรษฐกิจยังทรุดลง รัฐบาลต้องออกกฎหมายเพื่อแก้ปัญหาค่าใจ่ายและระบบภาษี

3. ยุคทศวรรษที่ 1980s : การปฏิวัติของผู้จ่ายเงิน

ปี ค ศ 1980 ธุรกิจในสหรัฐต้องปรับตัวลดค่าจ้างและย้ายโรงงานไปยังประเทศที่ค่าแรงงานถูก ปลายทศวรรษ 1980s ต้นทุนของธุรกิจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 18.6% ในปี 1988 เป็น 20.4% ในปี 1989 หลายบริษัทเริ่มตั้งบริษัทประกันสุขภาพขึ้นมาเองคิดเป็นจำนวนถึง 40% ของ ลูกจ้าง มีการรับประกันสุขภาพเอง ทำให้บริษัทคำนึงถึงประเด็นค่าใจ่ายยิ่งขึ้นและสนใจปัญหา สุขภาพมากขึ้น และเข้าไปร่วมวิพากษ์วิจารณ์ระบบมากขึ้น

ธุรกิจพยายามลดต้นทุนโดยลดสิทธิประโยชน์ลดค่าจ้างและเพิ่มการจ่ายร่วม (copayment) โดยพนักงานและมองหา Health Maintenance Organization (HMO) มาดูแลเพราะควบคุมค่าใจ่ายได้ดี เนื่องจากใช้ระบบการจ่ายผู้ให้บริการแบบเหมาจ่ายมากกว่าวิธีจ่ายตามรายการ

ธุรกิจและ HMOs จึงเริ่มมีอิทธิพลเพิ่มมากขึ้น

สหภาพแรงงานก็เริ่มไม่พอใจต่อสิทธิประโยชน์ที่ลดลงและค่าใช้จ่ายที่สูง และตำหนิบริษัทประกันเอกชนที่คิดเบี้ยประกันแพงรวมทั้งการเลือกรับประกัน เฉพาะคนไม่มีความเสี่ยง

รัฐบาลเริ่ม จำกัดค่าใช้จ่ายของ Medicare และ Medicaid แต่ไม่ได้ผลมากนัก

ในปี 1983 ได้นำระบบ Prospective Diagnosis-Related Group Payment มาใช้ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ ร พ ได้บ้าง แต่ไปเพิ่มค่าใช้จ่ายที่บริการ OPD

รัฐบาลกลางถูกเรียกร้องให้ขยายโครงการ Medicaid ให้ครอบคลุมคนมากขึ้น จึงเริ่มทดลองใช้ระบบ Managed care กับโครงการ Medicare และ Medicaid เพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย

การเปลี่ยนแปลงในวิธีปฏิบัติที่สำคัญที่สุดในทศวรรษ 1980s คือการที่ผู้ซื้อบริการ ทำสัญญาแบบเลือกสรร โดยการเลือกทำสัญญากับผู้ให้บริการในจำนวนจำกัดเท่านั้น

บริษัทประกันและธุรกิจร่วมมือกันท้าทายองค์กรแพทย์มากขึ้น โดยการกำหนดว่าจะทำสัญญาเฉพาะผู้ให้บริการที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้เท่านั้น ระบบการจ่ายเงินค่าบริการแบบเหมาจ่ายต่อหัว (capitation) ถูกนำมาใช้มากขึ้น ผู้ป่วยถูกจำกัดสิทธิในการเลือกผู้ให้บริการ ส่งผลให้เกิดการแข่งขันอย่างรุนแรงในหมู่ผู้ให้บริการ

ในปี 1990, 95% ของลูกจ้างจะอยู่ภายใต้ Managed care plan ได้แก่ HMO, preferred provider organization (PPO) และ fee-for-service plans with utilization management คิดเป็นจำนวนลูกจ้างประมาณ 39 ล้านคนเพิ่มขึ้น 9 ล้านคนจากปี 1980

4. ยุคทศวรรษ 1990s : การแยกสลายผู้ให้บริการและบริษัทประกัน

รัฐต่าง ๆ แถบตะวันตกของประเทศ เช่น California มีพัฒนาการของระบบไปอย่างรวดเร็ว ครึ่งหลังของทศวรรษ 1980s ได้เกิด HMOs ใหม่ ๆ ขึ้นมาจำนวนมาก และดำเนินการแบบ ธุรกิจมุ่งกำไร ได้แก่บริษัท Maxicare, HealthNet, Aetna, Prudential, Blue Cross และ Blue Shield (ส่วนหนึ่งคือบริษัทประกันเดิมที่เปลี่ยนรูปแบบการดำเนินการ) แข่งขันกับ HMO เดิม เช่น Kaiser-Permanente System

HMOs เข้าซื้อและควบกิจการ ร พ ต่าง ๆ และเกิดภาวะซื้อรวมกิจการกันมากขึ้น เพื่อให้มีอำนาจต่อรองทางธุรกิจ มีการยกเลิกปิดกิจการ ร พ ที่แข่งขันไม่ได้ บาง ร พ จัดการรวมกลุ่ม แพทย์เพื่อเจรจาดูแลกับ HMOs และแข่งขันกับกลุ่มอื่น ทำให้เหลือ HMOs ที่เข้มแข็งเพียงไม่กี่บริษัทและแพทย์จำเป็นต้องเข้าร่วมมือ เพื่อให้มีคนไข้รักษา

โดยสรุปคือเกิดความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในอุตสาหกรรมบริการการแพทย์และประกันสุขภาพ ดังนี้

1) การเลือกทำสัญญากับผู้ให้บริการอย่างจำกัด โดยนายจ้างผู้จ่ายเงิน และการรวมกลุ่มซื้อประกัน เพื่อลดค่าใช้จ่าย

- 2) การแข่งขันด้านราคาของ HMOs เพื่อให้ได้สัญญา
- 3) การรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายขนาดใหญ่ของผู้ให้บริการ โดยรวมบริการหลายชนิดเช่น แพทย์, รพ, ยา, home care เพื่อแข่งขันด้านบริการและลดต้นทุนบริหาร คาดว่าจะมีการปิด รพ จำนวนถึงหนึ่งในสามจากทั้งหมด 5500 แห่ง
- 4) การรวมกลุ่มแพทย์ ในลักษณะต่าง ๆ เพื่อเพิ่มอำนาจต่อรองกับ HMOs ต่าง ๆ
- 5) บริษัทประกันแบบ HMOs มีอำนาจมากขึ้น ในระยะแรกจะทำสัญญากับผู้ให้บริการจำนวนมากต่อมาก็จะลดจำนวนเหลือเฉพาะผู้ที่ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีเท่านั้นและเริ่มมีการสร้าง Health Center ของตนขึ้นมาเอง
- 6) การเติบโตขององค์กรมุ่งกำไร ได้แก่ multihospitals systems, nursing homes, laboratory services ต่างมุ่งแต่กำไรมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อคุณธรรมจริยธรรมของผู้ให้บริการมาก
- 7) การแบ่งแยกระหว่างผู้ให้บริการและบริษัทประกันชัดเจนขึ้น เพราะมีการแย่งชิงรายได้จากเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น การควบคุมค่าใช้จ่ายของบริษัทประกันโดยใช้วิธีการจ่ายเงินแบบใหม่ก่อให้เกิดการโต้แย้งเรื่องแบ่งเงินระหว่าง รพ, แพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทาง

5. สรุป

ระบบการเงินการคลังและบริการสาธารณสุขของสหรัฐกำลังอยู่ในระยะเปลี่ยนผ่านมีความพยายามออกกฎหมายเพื่อปฏิรูปหลายครั้งแต่ไม่สามารถบรรลุถึงการมี National Health Insurance จึงได้เพียงการแก้ปัญหาบางส่วน ซึ่งมักจะมีผลทำให้เกิดปัญหาใหม่ ๆ ขึ้นมา

แรงต่อต้านที่สำคัญคือผู้ให้ผลประโยชน์เดิม แต่พลังของผู้จ่ายเงินที่แท้จริงคือนายจ้างและลูกจ้างเริ่มมีอิทธิพลมากขึ้น แต่ยังมีขอบเขตแค่ประชาชนที่มีงานทำในธุรกิจขนาดใหญ่และกลางเป็นส่วนใหญ่ ยังมีประชาชนอีกจำนวนมากที่ยังไม่มีประกันสุขภาพใดๆ ระบบใหม่ก็เอื้อผลประโยชน์ให้แก่ผู้บริหาร HMOs ร่ำรวยกัน โดยที่การควบคุมค่าใช้จ่ายในภาพรวมก็ยังเห็นผลไม่มากนัก

เริ่มมีกระแสการรวมกลุ่มของแพทย์และประชาชนบางส่วน เคลื่อนไหวให้มีระบบ National Health Insurance นั่นคือการมีระบบผู้ซื้อรายเดียว เพื่อแก้ปัญหาหลายด้านทั้งเรื่องการไม่มีประกันการคุ้มครองที่จำกัด คุณภาพบริการและการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการที่ไม่เกี่ยวกับการบริการการแพทย์โดยตรง (ค่าโฆษณาขายประกัน, ค่า Claim processing ฯลฯ)

ที่มา

- 1 Physicians for a national health program website <http://www.pnhp.org> 18/5/1998
- 2 Bodenheimer, T S and Grumbach, K Understanding Health Policy A Clinical Approach Appleton & Lange Stamford 1995

ภาคผนวก 6

พัฒนาการของผู้ซื้อบริการของประเทศแคนาดา

แคนาดามีประชากร 26 ล้านคน ความยาวของพื้นที่ประเทศ 8,000 กิโลเมตร ลักษณะเศรษฐกิจและโครงสร้างประชากรมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่มาก ประชากรผู้สูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) มีจำนวนเพิ่มขึ้น (10-12%) และมีแนวโน้มเพิ่มไปถึง 25% ในปี ค.ศ. 2026

มีการแบ่งการปกครองเป็น 10 จังหวัด และ 2 เขต ซึ่งมีระบบการบริหารและการปกครองที่เป็นของตนเอง อิสระจากกัน มีการรวมกันเป็นลักษณะสหพันธรัฐ (Federal) และมีการเลือกตั้งรัฐบาลเป็นรัฐบาลกลาง (Federal Government) ที่ดูแลในระดับประเทศ

1. พัฒนาการของระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสาธารณสุข

ปี 1947 เริ่มพัฒนาใน 1 จังหวัดคือ Saskatchewan จัดให้มี a universal hospital plan ปี 1957 รัฐบาลกลางออกกฎหมาย The Hospital Insurance and Diagnostic Service Act โดยรัฐบาลกลางและรัฐบาลระดับจังหวัดร่วมแบ่งรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเท่าๆกัน

ปี 1961 มีการขยาย universal hospital insurance plan ครอบคลุมทุกจังหวัด

ปี 1962 จังหวัด Saskatchewan จัดให้มี a universal medical (physician) care insurance plan ของจังหวัด

ปี 1968 ขยายครอบคลุมถึงบริการทางการแพทย์ทั้งหมด

ปี 1972 ขยาย universal medical (physician) care insurance plan ครอบคลุมทุกจังหวัด

2. การออกกฎหมาย The Canada Health Act ปี 1984

เป็นการรวมเอากฎหมายประกันสุขภาพต่าง ๆ เข้าเป็นกฎหมายเดียว รวมทั้งเพิ่มเงื่อนไขที่จังหวัดต่าง ๆ ต้องบรรลุก่อนที่จะได้รับการช่วยเหลือจากรัฐบาลกลาง (National criteria) ดังนี้

1) ต้องบริหารงานโดยรัฐ (Public administration) แบบไม่มุ่งหวังกำไร โดยรัฐเป็นผู้จัดระบบบริการ แต่สามารถทำสัญญากับภาคเอกชน ในการรับช่วงกิจกรรมบางประเภทไปทำได้ เช่น งานธุรการบางอย่าง ปัจจุบันในแคนาดาไม่มีโรงพยาบาลเอกชนเพื่อหวังกำไรเลย

2) ให้บริการที่เบ็ดเสร็จ (comprehensive) ครอบคลุมบริการทางการแพทย์และสุขภาพทุกด้าน จังหวัดสามารถจัดบริการอื่น ๆ ที่เห็นว่าจำเป็นเพิ่มเติมจากที่รัฐบาลกลางกำหนด ได้ เช่น การวัดสายตา กายภาพบำบัด ยา และการดูแลที่บ้าน

3) ให้บริการแก่ทุกคน (universality) ประชากรที่พำนักในจังหวัดนั้นทุกคนจะต้องได้รับบริการขั้นพื้นฐานเหมือนกัน แม้ว่าจะไม่สามารถจ่ายภาษีสุขภาพได้

ปัจจุบันมีเพียงรัฐ Alberta และ British Columbia ที่มีการเก็บค่าพรีเมียม ค่าพรีเมียมในรัฐ Alberta ประมาณ 580 เหรียญแคนาดา ต่อครอบครัวต่อปี

4) ไปรับบริการต่างถิ่นได้ (portability) จังหวัดที่เป็นภูมิลำเนาจะต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ประชาชนนั้นไปพักอาศัยชั่วคราวในจังหวัดอื่น ๆ ในช่วง 3 เดือน

หากประชาชนมีการเจ็บป่วยนอกประเทศแคนาดา รัฐจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายไม่เกินกว่าอัตราในประเทศ ส่วนที่เกินประชาชนต้องซื้อประกันเอกชนเพิ่ม

5) การบริการที่เข้าถึงได้โดยสะดวก (accessibility) รัฐต้องจัดบริการสุขภาพที่จำเป็น และเข้าถึงบริการได้ ไม่มีอุปสรรคทางการเงินหรือปัญหาอื่น ๆ

6) จังหวัดจะถูกลงโทษทางงบประมาณ หากมีการเก็บเงินผู้ให้บริการเพิ่มเติมโดยแพทย์หรือโรงพยาบาล (ต่อมา มีการเก็บเพิ่มเติมได้เฉพาะโรคเรื้อรัง)

7) จังหวัดต้องจัดให้มีระบบการจ่ายค่าทดแทนแก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์อย่างเหมาะสม

ปี 1989/90 รัฐบาลกลางพยายามลดการสนับสนุนและมีแนวโน้มว่าจะลดการสนับสนุนลงเหลือเพียง 41%

กล่าวโดยสรุปคือ ระบบประกันสุขภาพของแคนาดาดำเนินการโดยรัฐบาลของจังหวัดต่างๆ เกือบทั้งหมด ภายใต้หลักเกณฑ์กลาง และจังหวัดสามารถพัฒนากฎเกณฑ์การครอบคลุมของจังหวัดเองได้ จึงดูเหมือนว่ามีได้เป็นแผนการประกันสุขภาพระดับชาติ แต่เป็นการรวมแผนการประกันสุขภาพของจังหวัดต่างๆ เข้าด้วยกันมากกว่า

บริการที่คุ้มครองครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น ทุกจังหวัดมีการจัดระบบสำหรับการดูแลระยะยาวแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(long term care) แต่มีความแตกต่างกันในรายละเอียดของแต่ละจังหวัด

3. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่คุ้มครอง

มีการจัดแบ่งระดับบริการเป็น 2 ระดับ คือ 1) บริการในระดับปฐมภูมิ (primary care) ที่ให้บริการโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ 2) บริการที่โรงพยาบาล ซึ่งบริการโดยแพทย์เฉพาะทางและส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่ไม่มุ่งหวังกำไร

ประชาชนโดยส่วนใหญ่จะต้องไปใช้บริการที่ระดับปฐมภูมิก่อนไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุ หรือฉุกเฉิน

การใช้จ่าย จะต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ ยกเว้นยาพื้นฐาน และต้องรับยาจากร้านยาซึ่งมีเภสัชกรเป็นผู้ดูแล ที่คลินิกจะไม่มีจำหน่าย ที่โรงพยาบาลจะมีการจ่ายยาให้ขณะไปรับการรักษาในโรงพยาบาล ค่ายาประชาชนต้องจ่ายเงินเองก่อน แล้วจึงไปเบิกคืนจากรัฐบาลตามรายการที่รัฐกำหนด

การบริการด้านทันตกรรมจะไม่รวมอยู่ในบริการประกันขั้นพื้นฐาน ประชาชนต้องจ่ายเงินเอง ประชาชนชอบไปโรงพยาบาลใหญ่มากกว่าโรงพยาบาลเล็ก

4. แหล่งงบประมาณ

ในปี 1988 งบประมาณมาจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลระดับจังหวัด ประมาณ 42% และ 31% ตามลำดับ ส่วนแหล่งเงินจากเอกชนหรือประชาชนเองนั้นจะมาจากค่าใช้จ่ายที่มีได้ครอบคลุมด้วยระบบประกัน ได้แก่ การรักษาฟัน แว่นตา ยาที่มีใช้จากสถานพยาบาล การผ่าตัดเสริมสวย และค่าใช้จ่ายสำหรับห้องพิเศษ รวมทั้งค่าพักอาศัยสำหรับการบริบาลระยะยาว

5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ปี 1978 17.3 พันล้านเหรียญ หรือ 734 เหรียญต่อหัวประชากร คิดเป็น 7.3% ของ GNP

ปี 1988 เพิ่มขึ้นเป็น 50.4 พันล้านเหรียญ หรือ 1,945 เหรียญต่อหัวประชากร คิดเป็น 8.7% ประเทศแคนาดาใช้จ่ายทางด้านสุขภาพอนามัยสูงกว่าประเทศอื่น ๆ ใน OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) ยกเว้นประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งใช้จ่ายประมาณ 12% ของ GNP

เมื่อแคนาดาเริ่มใช้ระบบการประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า (Universal health insurance) ในปี 1972 ค่าใช้จ่ายของแคนาดาเริ่มลดลงและค่อนข้างคงที่เมื่อเปรียบเทียบกับอเมริกา และเริ่มมีช่วงห่างกันมากขึ้น

6. องค์ประกอบของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในภาคโรงพยาบาล คือประมาณ 39% ในปี 1988 ถึงแม้ว่าจะลดลง จาก 45% ในปี 1976

ค่าใช้จ่ายตอบแทนแพทย์ค่อนข้างคงที่ คือประมาณ 15.7% ในปี 1975 และ 16.1% ในปี 1988

ค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นจาก 8.9 เป็น 11.6% ค่าใช้จ่ายทางการลงทุนลดลงคือจาก 5.5 เป็น 4.5%

ในปี 1985 ค่าใช้จ่ายด้านบริหารจัดการประมาณ 21 เหรียญต่อคน เทียบกับอเมริกา 95 เหรียญต่อคน เพราะระบบของแคนาดาซับซ้อนน้อยกว่า

	แคนาดา	อเมริกา
ค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อหัวประชากร	\$ 1,362	\$ 1,710
ค่าบริหารจัดการต่อหัว	\$ 21	\$ 95

ปี 1994 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ของประเทศแคนาดา ประมาณ 4.3 พันล้านเหรียญ และรัฐบาลพยายามจะลดเป็น 3.3 พันล้านเหรียญ ภายในระยะเวลา 3 ปี

7 วิธีการจ่ายเงินให้แก่แพทย์

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางโดยส่วนใหญ่มิได้เป็นข้าราชการแต่รับเงินผ่านภาครัฐบาล มีการกำหนดวงเงินจำนวนหนึ่งสำหรับกลุ่มแพทย์ แล้วแบ่งสรรภายในแพทย์เองอีกชั้นหนึ่ง

แพทย์มีอิสระที่จะเลือกเข้าร่วมกับระบบประกันสุขภาพหรือไม่ก็ได้ หากไม่เข้าร่วมแพทย์สามารถเปิดคลินิกอิสระเก็บเงินค่าบริการจากผู้ป่วยโดยตรง และผู้ป่วยไม่สามารถเบิกเงินทดแทนจากรัฐบาลได้

สำหรับแพทย์ที่เลือกเข้าร่วม กับแผนประกันสุขภาพ ก็มีวิธีการดำเนินงานได้ 2 แบบ คือแบบที่ 1 ซึ่งเป็นส่วนใหญ่ของแพทย์ในปัจจุบัน แพทย์เบิกโดยตรงไปที่แผนประกัน ไม่มีการเก็บเงินจากคนไข้ แบบที่ 2 แพทย์เรียกเก็บเงินผ่านผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องขอเบิกจากแผนประกันแล้วจึงส่งให้แพทย์ และต้องห้ามเบิกเกินจำนวนที่แผนกำหนดไว้สำหรับประชาชน แพทย์ที่เลือกใช้วิธีนี้มีเพียง 2%

8. ระบบการให้ค่าตอบแทนแก่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

มีการตกลงกันระหว่างรัฐบาลกับแพทย์ เรื่องวิธีการจ่ายตอบแทน แบบต่างๆ ดังนี้

- 1) fee for service มีมาตรฐานต่างกันในแต่ละจังหวัด และมี capitation บางส่วน
- 2) fee per hour
- 3) fee per session

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถทำงานที่โรงพยาบาลได้แต่จะต้องได้รับการรับรองก่อน และจะมีการจ่ายแบบ ตามรายการ จะทำหัตถการได้เฉพาะบางอย่างที่มีการกำหนดขึ้น รวมทั้งการเยี่ยมตรวจที่บ้าน ซึ่ง ได้รับเงินเป็น session ไม่ว่าจะใช้เวลาเท่าไร

9. รายได้ของแพทย์

ค่าตอบแทนโดยเฉลี่ยที่ให้แพทย์

	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป	แพทย์เฉพาะทาง
ปี 1972-73	\$ 33,200	\$ 46,500
1980-81	64,000	81,600
1984-85	93,200	125,100
1987-88	109,300	151,600

ในรอบ 15 ปีที่ผ่านมาการเพิ่มขึ้นของรายได้ประมาณ 3 เท่า ค่าตอบแทนที่แพทย์ได้รับนี้ประมาณ 40% จะต้องจ่ายสำหรับค่าใช้จ่ายของสำนักงานด้วย อย่างไรก็ตามส่วนนี้จะแปรตามประเภทของสาขาเฉพาะทาง และสถานที่ตั้ง

ค่าตอบแทนที่แพทย์แคนาดาได้รับนี้มากกว่าแพทย์อเมริกาในปี 1988 (GP ของ USA ได้ \$94,600 ต่อปี specialist ได้ \$ 144,700 ต่อปี)

10. บทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

ระยะแรกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะทำงานที่คลินิกเอกชนขนาดเล็ก มีเจ้าหน้าที่ของตนเอง ต่อมาเป็นการรวมเป็นกลุ่ม ตั้งเป็น Medical center มีที่ตั้งทั่วไปเช่นในศูนย์การค้า มีการเชื่อมโยงระหว่าง pre-hospital กับ post hospital care แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีหน้าที่ดังนี้

1) เป็นผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิที่ให้บริการอย่างต่อเนื่อง ประชาชนต้องไปหาแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปก่อนไปรับบริการกับแพทย์เฉพาะทาง 2) ช่วยทำงานบางส่วนให้แพทย์เฉพาะทาง แต่กลุ่มนี้มีน้อย 3) ให้บริการในโรงพยาบาล ซึ่งขอบเขตการทำงานในโรงพยาบาล จะมีการกำหนด ด้วยแผนกต่างๆ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถทำศัลยกรรมได้มากขึ้นกับขนาดเมือง และ facility ที่มีแพทย์ที่ทำงานใน primary care อาจจะเป็นอายุรแพทย์ หรือกุมารแพทย์ หรือสูติรีแพทย์ ก็ได้

11. ประเภทของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชนมีบ้างแต่เป็นโรงพยาบาลที่ไม่มุ่งหวังกำไร และมีบริการพิเศษอื่นเพิ่มเติมจากรัฐ ปัจจุบันประเทศแคนาดามีโรงพยาบาลสำหรับการรักษาเฉียบพลัน (Acute care hospital) จำนวน 1,243 แห่ง 95% ของจำนวนนี้รัฐบาลเป็นเจ้าของ 5% เป็นของเอกชนซึ่งส่วนนี้รวมสถานพยาบาลที่เป็นการบริบาลระยะยาวด้วย สำหรับสถานพยาบาลที่เป็นการบริบาลระยะยาว (long term care facilities) นั้น มีทั้งหมด 2,917 แห่งเป็นของภาคเอกชน 51% ของรัฐ 49%

จากปี 1975 ถึง 1986 จำนวนเตียงสำหรับการรักษาเฉียบพลันลดลง แต่เตียงสำหรับการรักษาระยะยาวเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การดูแลสำหรับการเจ็บป่วยเฉียบพลันนั้นมีแนวโน้มให้บริการแบบ ambulatory care มากขึ้น

จำนวนเตียงต่อ 1000 ประชากร	ปี 1975	ปี 1986
- เตียงสำหรับการดูแลระยะสั้น (short term beds)	5 25	4 39
- เตียงสำหรับการดูแลระยะยาว (long term beds)	1 66	2 33
ร้อยละของประเภทเตียง		
- เตียงสำหรับการดูแลระยะสั้น	76	66
- เตียงสำหรับการดูแลระยะยาว	24	35

11. วิธีการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล

โรงพยาบาลในแคนาดารับเงินจากแหล่งเดียวคือรัฐบาลระดับจังหวัด โดยจะจ่ายเป็นรายเดือน ระบบการจ่ายเงินจะแตกต่างกันระหว่างจังหวัด

งบดำเนินการ เดิมจะมีทั้งวิธีที่จัดสรรให้ตามรายการ และการจัดสรรเป็นก้อนรวม (global budget) ที่มีพื้นฐานการคิดจากรายกิจกรรม ในปัจจุบันส่วนใหญ่จัดสรรเป็นก้อนรวมมากกว่า ซึ่งโรงพยาบาลขอวิธีการนี้มากกว่าเพราะมีความยืดหยุ่นสูง แต่ปัญหาที่พบคือโรงพยาบาลสนใจแต่เรื่องค่าใช้จ่ายมากกว่าผลลัพธ์ของงาน

โดยปกติการจัดสรรงบประมาณจะมีการตั้งไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ หากค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลสูงกว่างบประมาณที่ได้รับ เดิมที่ผ่านมาจังหวัดรับผิดชอบส่วนเกินนั้นได้ แต่ในปัจจุบันโรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินนี้เอง

จังหวัดยินยอมให้โรงพยาบาลเก็บกำไรของโรงพยาบาลไว้ได้ถ้าเกิดจากการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ แต่จะห้ามหากเกิดจากการลดปริมาณบริการ

งบลงทุนและครุภัณฑ์ งบประมาณสนับสนุนในการก่อสร้างและเครื่องมือต่าง ๆ แยกต่างหากจากงบดำเนินการ ซึ่งการสนับสนุนจะแตกต่างกันแล้วแต่จังหวัด งบประมาณด้านนี้มักจะเพียงพอกับความต้องการไม่ว่าจังหวัดใด จึงมีการหาเงินเพิ่มเติมด้วยวิธีอื่น เช่น การออกล็อตเตอรี่ การตั้งมูลนิธิเพื่อหาเงินบริจาค การให้เอกชนมาเช่าเครื่องมือของรัฐ เป็นต้น

การจ่ายเงินแก่แพทย์ของโรงพยาบาล ใช้วิธีการจ่ายแบบตามรายการ (fee for service) แพทย์ที่ให้บริการในโรงพยาบาลจะเบิกเงินจากแผนประกันโดยตรง งบประมาณของโรงพยาบาลจะไม่ครอบคลุมค่าตอบแทนแพทย์ ยกเว้นค่าตอบแทนแพทย์บางสาขาที่ให้เป็นเงินเดือน ได้แก่ รังสีแพทย์ พยาธิแพทย์ และการจ่ายตอบแทนสำหรับการสอน

ตัวอย่างของรายรับรายจ่ายของโรงพยาบาลในรัฐอัลเบอร์ตา ในปี 1989/90

แหล่งงบประมาณ

Global operating support (จากจังหวัด)	\$ 44,079,670 (89%)
Other grants	1,761,245 (4%)
Offset revenue	1,646,350 (3%)
Other revenue	<u>1,888,468 (4%)</u>
	\$ 49,375,733 (100%)

ค่าใช้จ่ายหลัก

Salaries and wages	\$ 34,265,840 (66%)
Employee benefits	3,761,840 (7%)
Drugs	1,815,123 (3%)
Medical and surgical supplies	1,963,440 (4%)
Other supplies and expenses	<u>10,198,661 (20%)</u>
	\$ 52,004,073 (100%)

ขาดทุน \$ 2,628,340

โรงพยาบาลนี้มีเตียงผู้ใหญ่ 349 เตียง และเตียงเด็กอ่อน 42 เตียง จำนวนผู้ป่วยรับรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 16,000 รายต่อปี จำนวนวันนอน 113,000 วัน อัตราครองเตียงเฉลี่ย 80%

จำนวนเงินที่โรงพยาบาลขาดทุนนั้น โรงพยาบาลจะต้องแก้ปัญหาเอง

12 การผลิตแพทย์และการควบคุมจำนวนแพทย์

จังหวัดต่าง ๆ จะมีการผลิตแพทย์เอง และเคมแพทย์ที่จบจากที่อื่นก็สามารถมาทำงานในจังหวัดนั้นได้ แต่ปัจจุบันมีจำนวนแพทย์มากขึ้น บางจังหวัดจะมีการจำกัดแพทย์ที่จบจากที่อื่นๆ ในการมาทำงานในจังหวัด

	ปี ค.ศ. 1975	ค.ศ. 1988	ร้อยละที่เพิ่ม
General Practitioners & Family Physicians	16,379	26,079	59%
Specialists	16,182	23,627	46%
Intern and residents	6,543	7,699	18%

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าจำนวนแพทย์ที่ให้บริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 47% โดยที่จำนวนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพิ่มขึ้นมากกว่าแพทย์เฉพาะทาง สัดส่วนของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต่อแพทย์เฉพาะทางจะประมาณ 50:50

อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากรในปี 1988 เท่ากับ 1:252 ซึ่งมีความแตกต่างระหว่างจังหวัด จากอัตราส่วนที่ต่ำสุด คือ 1:1226 ใน Northwest Territories และสูงสุด 1:489 ใน British Columbia ในภาพรวมอัตราแพทย์ต่อประชากรเพิ่มขึ้น 29%

ในอดีตมีแพทย์จากต่างประเทศอพยพเข้ามาทำงาน แต่ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมาลดลงมาก (ปี 1967 จำนวน 1213 คน ปี 1988 จำนวน 335 คน)

เนื่องจากการผลิตแพทย์มีราคาแพง และการบริการโดยแพทย์ก็มีราคาแพง รัฐบาลจึงคิดใช้บุคลากรสาขาอื่นให้บริการแทน เช่น พยาบาล ขณะนี้กำลังเริ่ม รวมทั้งการฝึกพยาบาลที่มี degree น้อยกว่าเพื่อทำงานทดแทนในต้นทุนที่ต่ำกว่า พยาบาลมีบทบาทในเรื่อง primary care ฉะนั้นขณะนี้เริ่มลดการผลิตแพทย์ลง

ขณะนี้แคนาดามีจำนวนแพทย์ต่อประชากร เท่ากับ 1:600 แต่ก็ยังมีปัญหาการขาดแคลนในชนบท มีการจูงใจให้แพทย์ไปทำงานชนบท โดยการให้เงินทุนแก่นักศึกษาแพทย์ และมีเงินเพิ่มพิเศษซึ่งให้โดยรัฐบาลท้องถิ่น

13. การฝึกอบรมเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/แพทย์ประจำครอบครัว

การศึกษาแพทยศาสตร์ นักศึกษาแพทย์จะต้องเรียน Pre-medical 2 ปี Pre-clinic และคลินิก 4 ปี หลังจบแพทยศาสตรบัณฑิตแล้ว ต้องผ่านการฝึกอบรมเวชปฏิบัติทั่วไปอีก 2 ปี จึงจะได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งจะรับจากรัฐบาลระดับจังหวัด และจะได้รับวุฒิบัตรด้านเวชปฏิบัติทั่วไปจากสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

การจัดการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะได้รับการดูแลจากสมาคมฯ นอกจากนี้สมาคมฯ กำลังดำเนินการ practice audit ของแพทย์ ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อพัฒนางาน มีใช้เพื่อจับผิด

14. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990s

สืบเนื่องจากแรงกดดันด้านค่าใช้จ่าย ทำให้ต้องมีการปฏิรูปการให้บริการที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนภายใต้งบที่จำกัด รวมถึงการพิจารณาประเภท และขอบเขตของการบริการที่เหมาะสมต่อสถานสุขภาพในอนาคต

15 แนวทางหลักการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของแคนาดา

1) ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability)

การจัดสรรทรัพยากรเพื่อการดูแลแบบเฉียบพลัน (acute care) แบบใหม่ เนื่องจากระบบการจ่ายเงินปัจจุบันที่พิจารณาจากจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนยังไม่สามารถทำให้การจัดสรรทรัพยากรเป็นไปอย่างยุติธรรมและเท่าเทียม และมีได้กระตุ้นการมีประสิทธิภาพของระบบ อีกทั้งยังได้พิจารณาระดับความรุนแรงของโรคผู้ป่วยประกอบด้วย

จึงจะมีการพัฒนาตัวชี้วัดผลงานโรงพยาบาล (Hospital Performance Index HPI) ซึ่งจะใช้อัตราส่วนของค่าใช้จ่ายผันแปรตามความรุนแรงของโรคเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อรายในทุกโรงพยาบาล (คล้ายกับระบบ DRG) รวมทั้งการพิจารณาถึงสัดส่วนของงานด้านการเรียนการสอน และขนาดของโรงพยาบาลประกอบด้วย

การส่งเสริมการบริการแบบผู้ป่วยนอกและการบริการที่บ้านเพิ่มมากขึ้น จะมีการแยกงบประมาณสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในออกจากกัน ระบบการจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริการแบบผู้ป่วยนอกและเครื่องมือที่ใช้ในการติดตามด้านคุณภาพยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา

2.) การกำหนดจำนวนบริการที่เหมาะสม

เนื่องจากมีแนวโน้มของการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีสูงราคาแพงอย่างเกินจำเป็นไม่เหมาะสมมากขึ้น จะมีการควบคุมการบริการด้วยเทคโนโลยีราคาแพง มีการกำหนดว่าบริการที่จะให้บริการเหล่านี้ต้องได้รับการอนุมัติจากรัฐบาล จึงจะได้รับการชำระเงิน

3) การประเมินเทคโนโลยี

เป็นการประเมินตั้งแต่การใช้เครื่องมือเก่าที่ยังใช้ไม่ถูกต้อง จนกระทั่งการใช้เครื่องมือใหม่ที่ใช้เทคโนโลยีสูง

ตัวอย่างการดำเนินการต่อเรื่องนี้ในรัฐอัลเบอร์ตา คือ การจัดหาเครื่องสลายนิว และ MRI นั้นมีการกำหนดนโยบายให้ตั้งในเขตตอนเหนือ 1 เครื่อง และตอนใต้ 1 เครื่อง รวมทั้งมีการจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ประชาชนสามารถใช้บริการได้อย่างทั่วถึง

4) การบริหารทรัพยากร

มีความพยายามลดค่าใช้จ่ายต่างๆ เช่น ลดการใช้วัสดุสิ้นเปลืองต่าง ๆ ลดขั้นตอนการบริหารจัดการ ลดระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาล เปลี่ยนเป็นการบริการแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้น พยายามตัดงบประมาณใช้จ่ายของโรงพยาบาลลง แพทย์จะต้องเป็นผู้นำของทีมในการพิจารณาแบบแผนการดูแลรักษาให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยมากขึ้น มีแนวปฏิบัติที่แพทย์ต้องทำตาม (Practice guidelines)

ปัจจุบันงบประมาณของจังหวัดที่ใช้ในระบบบริการสาธารณสุขนั้นคิดเป็นหนึ่งในสามของงบประมาณทั้งหมด เพราะรัฐบาลให้คุณค่าต่อการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับที่สูง ฉะนั้นเพื่อให้ระบบบริการสาธารณสุขของแคนาดายังดำรงอยู่ได้ต่อไป จำเป็นต้องมีการบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

15. การเปลี่ยนโครงสร้างการให้บริการที่สำคัญ

1) ขอบเขตการให้บริการของโรงพยาบาล แนวโน้มจะมีการเปลี่ยนให้ประชาชนใช้บริการในชุมชนเพิ่มขึ้น การบริการทำคลอดปัจจุบันให้บริการที่โรงพยาบาล แต่ขณะนี้ก็มีโครงการที่จะให้บริการโดยพยาบาลผดุงครรภ์ที่บ้าน

จัดให้โรงพยาบาลต่างกันมีความชำนาญเฉพาะด้านแตกต่างกัน หรือเป็นศูนย์กลางบริการในด้านต่างกัน การกำหนดบทบาทของโรงพยาบาลที่เป็นมหาวิทยาลัยที่ให้บริการที่มีความซับซ้อนมาก เช่น transplantation ในขณะที่โรงพยาบาลอื่นไม่จำเป็นต้องมี

2) ความพยายามสร้างการดูแลเป็นเขต (regionalization efforts) เดิมการสร้างโรงพยาบาลจะมีพื้นฐานจากความต้องการของแต่ละอำเภอ มีการร่วมมือประสานงานกันน้อย มีแนวโน้มที่จะสร้างให้เกิดการประสานร่วมมือกันเป็นเขต เช่นการมีบริการซักผ้า บริการอาหารร่วมกันเป็นเขต การจัดตั้งโรงพยาบาลใหญ่ระดับเขต

3) บทบาทของโรงพยาบาลขนาดเล็กที่เป็นบริการระดับปฐมภูมิ สืบเนื่องจากที่ประชากรของแคนาดากระจายไปพื้นที่ที่กว้างขวาง ทำให้มีการสร้างโรงพยาบาลขนาดเล็กจำนวนมากใน