

รายงาน

การศึกษาส่วนร่วมจ่ายค่ายา
ในระบบประกันสุขภาพของ 10 ประเทศ

เสนอ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ผู้ดำเนินงาน

ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา

รายงาน

การศึกษาส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพของ 10 ประเทศ

Drug Cost Sharing in the Universal Health Insurance : Lesson

Learned from 10 Countries

เสนอ

สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

ผู้ดำเนินงาน

ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา

โดย

1. รศ.ดร.เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์
2. ผศ.ดร. ฐรี อนันตโชติ
3. ดร.ศิริตรี สุทธจิตต์
4. พ.ต.หญิง อุบลพรรณ ชีระศิลป์
5. ญ.พลอยวงศ์ เหลืองไทรรัตน์

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	1
บทที่ 1 : ระบบประกันสุขภาพและนโยบายส่วนร่วมจ่าย	2
บทที่ 2 : ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของประเทศต่าง ๆ	7
บทที่ 3 : รายละเอียดส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพ 10 ประเทศ	25
สิงคโปร์	25
ญี่ปุ่น	44
เกาหลีใต้	54
ไต้หวัน	60
ออสเตรเลีย	67
สหรัฐอเมริกา	72
แคนาดา	95
สหราชอาณาจักร	116
เยอรมนี	128
ฟินแลนด์	136
บทที่ 4 : สังเคราะห์ระบบส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพ 10 ประเทศ	156
บทที่ 5 : บทสรุปและบทเรียนสำหรับประเทศไทย	167

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพของ 10 ประเทศ

ระบบประกันสุขภาพของไทย ควรมีการเก็บส่วนร่วมจ่ายหรือไม่และอย่างไร เป็นคำถามนโยบายที่สำคัญคำถามหนึ่งในการจัดระบบประกันสุขภาพ ส่วนร่วมจ่ายยาเป็นหนึ่งในประเด็นที่มีการอภิปรายกัน การเก็บส่วนร่วมจ่ายในบริการสุขภาพเป็นนโยบายที่มีใช้กันมาเป็นระยะเวลานานในหลายประเทศ สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้มอบหมายให้ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา (ศสวย.) ทำการทบทวนประสบการณ์มาตรการเกี่ยวกับส่วนร่วมจ่ายค่ายาและบริการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของประเทศต่างๆ จำนวน 10 ประเทศ ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และเสนอข้อพิจารณาสำหรับการพัฒนาระบบส่วนร่วมจ่ายในประเทศไทย

ประเทศ 10 ประเทศที่ทำการศึกษาในรายงานชุดนี้ ประกอบด้วย สิงคโปร์ ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ไต้หวัน ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักร เยอรมนี ฟินแลนด์

ระบบประกันสุขภาพของทุกประเทศที่ทำการศึกษามีการใช้ระบบส่วนร่วมจ่ายค่ายาเพื่อลดค่าใช้จ่าย โดยที่ระบบประกันสุขภาพทั่วหน้าของทุกประเทศ ใช้วิธีการจ่ายค่ายาแบบตามรายการ

ส่วนร่วมจ่ายที่ใช้มีหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่เก็บเป็นร้อยละของค่ายา (coinsurance) มีการเก็บเป็นจำนวนคงที่ (flat rate) และการเก็บส่วนแรก (deductible) และมีระบบที่ใช้หลายวิธีผสมผสานกัน ลักษณะที่สำคัญยิ่งของการกำหนดส่วนร่วมจ่ายคือ การเก็บส่วนร่วมจ่ายในอัตราที่ไม่เท่ากันสำหรับกรณีต่างๆ โดยมีการแยกแยะตามเกณฑ์เช่น ประเภทของยา ยาดันแบบหรือยา generic มูลค่ายา ชนิดของบริการหรือความเจ็บป่วย รายได้ของผู้ป่วย อายุ พื้นที่ที่ตั้งของสถานพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อให้บรรลุผลของนโยบายเฉพาะ

ระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่มีกลไกการปกป้องมิให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการเข้าถึงยาเนื่องจากต้องร่วมจ่าย (safety net) ซึ่งมีวิธีการต่างๆ เช่น การกำหนดเพดานร่วมจ่าย ซึ่งอาจแตกต่างกันในกลุ่มประชากรแต่ละกลุ่ม หรือยกเว้นกลุ่มประชากรบางกลุ่ม ผู้ป่วยบางโรคไม่ต้องร่วมจ่าย

การกำหนดว่าระบบประกันสุขภาพจะครอบคลุมยาชนิดใด โดยการจัดทำบัญชียาแบบ positive list หรือไม่ครอบคลุมยาชนิดใด โดยการจัดทำบัญชียาแบบ negative list การตั้งราคาขายที่เบิกจ่าย รวมถึงกลไกในการพิจารณาบัญชีรายการยาและบัญชีราคาขาย เป็นองค์ประกอบสนับสนุนที่สำคัญในระบบส่วนร่วมจ่าย

บทเรียนจากการศึกษาระบบในประเทศต่าง ๆ 10 ประเทศนี้ ที่ควรนำมาพิจารณาหากจะมีการใช้นโยบายส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย คือ การกำหนดส่วนร่วมจ่ายต้องมีความชัดเจน ไม่ควรเก็บส่วนร่วมจ่ายโดยใช้วิธีเดียวหรืออัตราเดียวเหมือนกันหมด แต่ควรมีการแยกแยะตามความเหมาะสมกับประชากรกลุ่มต่าง ๆ หรือผู้ป่วยในโรคต่างกัน โดยเก็บในอัตราหรือด้วยรูปแบบที่แตกต่างกัน หรือยกเว้นประชากรบางกลุ่มจากการต้องจ่ายส่วนร่วมจ่าย พร้อมทั้งมีการสร้างกลไกป้องกันปัญหาการเข้าถึงยาที่จำเป็นจากการต้องร่วมจ่าย

การบริหารส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพ ต้องมีกลไกสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การพิจารณาที่ให้การครอบคลุม ราคา ยา และอัตราส่วนร่วมจ่าย เป็นต้น นอกจากนี้ ควรมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ

ส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพ 10 ประเทศ

บทที่ 1

ระบบประกันสุขภาพและนโยบายส่วนร่วมจ่าย

1. ความนำ

ระบบประกันสุขภาพหลักของไทย 2 ระบบคือ ระบบ”ประกันสุขภาพถ้วนหน้า” หรือระบบ 30 บาทรักษาทุกโรค กับระบบประกันสังคม ใช้วิธีการจ่ายค่าบริการสุขภาพแบบเหมาจ่าย โดยผู้ให้บริการไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายเมื่อรับบริการ ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ใช้วิธีจ่ายเงินค่าบริการผู้ป่วยนอกแบบตามรายการ โดยกำหนดรายการของสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุม ทั้งในด้านหัตถการ ยา และห้องผู้ป่วยใน ฯลฯ หากมีการใช้บริการที่เกินจากรายการ ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนที่เกินเอง โดยในส่วนของยา ระบบประกันให้มีความยืดหยุ่นด้วยการครอบคลุมค่ายาสำหรับรายการนอกบัญชียาเมื่อมีการรับรองจากคณะกรรมการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล ส่วนประกันสุขภาพเอกชน ก็มีข้อกำหนดหลากหลายแตกต่างกันไปตามประเภทที่ผู้ให้ประกันนำเสนอขาย

คำถามที่ว่าควรมีส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพหรือไม่ เป็นประเด็นนโยบายที่มีความสำคัญ และมีความเห็นที่แตกต่างกันอยู่มาก ในด้านหนึ่ง ผู้สนับสนุนให้มีการเก็บส่วนร่วมจ่าย ส่วนหนึ่งเห็นว่า การเก็บส่วนร่วมจ่ายจากผู้ให้บริการ เป็นการดึงทรัพยากรเพิ่มเติมเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ ผู้สนับสนุนอีกส่วนหนึ่งก็เห็นว่า การเก็บส่วนร่วมจ่ายควรทำเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยใช้บริการมากเกินจำเป็น ในอีกด้านหนึ่ง ผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับการเก็บส่วนร่วมจ่าย เห็นว่าจะเป็นภาระแก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้มีรายได้น้อย ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมต่อผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ ทั้งยังเป็นการสร้างความยุ่งยากในการจัดเก็บ

ประเด็นนโยบายที่มีการถกเถียงกันในประเทศไทย มักจะให้ความสนใจอยู่ที่ว่า จะเก็บส่วนร่วมจ่ายหรือไม่ และอาจมีส่วนน้อยที่มีคำถามว่าจะเก็บส่วนร่วมจ่ายอะไร แต่การอภิปรายทางนโยบายมักจะยังไม่ได้ไปถึงคำถามที่ว่า จะเก็บเท่าใด จะเก็บประชากรแต่ละกลุ่มเหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร จะเก็บค่าบริการแต่ละอย่างเหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร และจะมีการยกเว้นการเก็บส่วนร่วมจ่าย จากประชากรบางกลุ่มหรือค่าบริการบางประเภทหรือไม่อย่างไร

คำถามนโยบายเหล่านี้ มิใช่คำถามใหม่ หากแต่เป็นสิ่งที่ระบบประกันสุขภาพในประเทศต่างๆ ได้มีการถาม ได้มีการหาคำตอบ ได้มีการกำหนดนโยบายส่วนร่วมจ่าย และได้มีการนำไปใช้แล้ว บ้างก็มีการติดตามและประเมินผลที่เกิดขึ้น บ้างก็ยังไม่มีการประเมิน

สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้มอบหมายให้ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา (ศสวย.) ทำการทบทวนประสบการณ์มาตรการเกี่ยวกับส่วนร่วมจ่ายค่ายาและ

บริการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของประเทศต่างๆจำนวน 10 ประเทศ ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ และจัดทำข้อเสนอแนะ และข้อพึงระวังสำหรับการพัฒนาระบบส่วนร่วมจ่ายสำหรับประเทศไทย

ส่วนร่วมจ่ายค่ายาเป็นองค์ประกอบหนึ่งของชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา ซึ่งระบบประกันสุขภาพของประเทศต่างๆกำหนดขึ้นเป็นการเฉพาะ มีรายละเอียดของหลักการและข้อกำหนดวิธีการและกระบวนการในการกำหนด ทั้งองค์กรและกลไกในการกำหนดส่วนร่วมจ่ายค่ายา แตกต่างจากการกำหนดส่วนร่วมจ่ายอื่นๆในระบบประกันสุขภาพ

ประเทศ 10 ประเทศที่ทำการทบทวนในรายงานชุดนี้ ประกอบด้วย ประเทศในทวีปเอเชีย 4ประเทศ อเมริกาเหนือ 2 ประเทศ ยุโรป 3 ประเทศ และออสเตรเลีย โดยมีประเทศดังต่อไปนี้

- (1) สิงคโปร์
- (2) ญี่ปุ่น
- (3) เกาหลีใต้
- (4) ไต้หวัน
- (5) ออสเตรเลีย
- (6) สหรัฐอเมริกา
- (7) แคนาดา
- (8) สหราชอาณาจักร
- (9) เยอรมนี
- (10) ฟินแลนด์

โดยที่การทบทวนในแต่ละประเทศ ครอบคลุมเนื้อหาในด้านต่าง ๆต่อไปนี้

- ภาพรวมระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ
- แนวคิดหลักการ รูปแบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา
- อัตราส่วนร่วมจ่าย
- หลักเกณฑ์การกำหนดประเภทยา
- การกำหนดส่วนร่วมจ่าย
- การเก็บส่วนร่วมจ่าย
- กลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมที่กำหนด ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็น
- สัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบายและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากส่วนร่วมจ่ายต่อการเข้าถึง/ใช้บริการ และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและด้านยาของผู้ป่วย/ครัวเรือน ผลต่อภาระค่าใช้จ่ายของกองทุน ผลต่อการลดหรือเพิ่มการใช้ยาและบริการบางประเภท/ชนิดที่

เกี่ยวเนื่องกับการใช้ยา ผลต่อคุณภาพบริการ และผลต่อต้นทุนในการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- วิเคราะห์ข้อสังเกต เกี่ยวกับระบบของประเทศที่ศึกษา

2. นิยาม “ส่วนร่วมจ่าย”และ”บริการที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา”¹

“ส่วนร่วมจ่าย” (cost sharing) ในระบบประกันสุขภาพหมายถึง เงินที่ผู้ให้บริการจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการ ณ จุดที่ใช้บริการ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการให้บริการ เงินนี้เป็นการที่ผู้ให้บริการจ่ายโดยตรงให้กับผู้ให้บริการโดยไม่ผ่านผู้ให้ประกัน แต่อัตราหรือจำนวนเงินที่ต้องจ่ายในแต่ละครั้งควรกำหนดโดยความเห็นชอบจากผู้ให้ประกัน เพื่อไม่ให้เป็นการที่หนักเกินไปสำหรับผู้ให้บริการ

ตามนิยามนี้ เงินที่เก็บจากผู้ซื้อประกันหรือผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพล่วงหน้า ในลักษณะของเบี้ยประกันสุขภาพ หรือเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสุขภาพ (เช่นเงินส่วนที่หักจากเงินเดือนเข้ากองทุนประกันสังคม) จึงไม่นับเป็นส่วนร่วมจ่าย

ในแต่ละประเทศ อาจใช้คำว่า “co-payment” และคำว่า “coinsurance” ในความหมายที่ไม่เหมือนกันทั้งหมด บางระบบใช้คำว่า “co-payment” แทนคำว่าส่วนร่วมจ่ายในรูปแบบต่างๆ ทั้งแบบที่เป็นจำนวนคงที่ กับแบบที่เป็นร้อยละ บางระบบใช้คำว่า “co-payment” สำหรับส่วนร่วมจ่ายที่เป็นจำนวนคงที่เท่านั้น ส่วนแบบที่เป็นร้อยละใช้คำว่า “coinsurance”

ส่วนร่วมจ่ายค่ายา หมายถึง ส่วนร่วมจ่ายที่ผู้ให้บริการจ่ายไปเป็นค่ายา ซึ่งผู้ให้ประกันไม่ครอบคลุม

บริการที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการใช้ยา ส่วนร่วมจ่ายที่ผู้ให้บริการจ่ายไปเป็นค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาหรือการจ่ายยา เช่น ค่าธรรมเนียมการจ่ายยา (dispensing fees) ซึ่งผู้ให้ประกันไม่ครอบคลุม

3. แนวคิด วัตถุประสงค์ของการเก็บส่วนร่วมจ่าย

โดยทั่วไป ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพถูกกำหนดให้มีขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ 2 อย่าง คือ 1) ป้องกันไม่ให้ผู้มีสิทธิใช้บริการมากเกินไป 2) สมทบเป็นค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งสำหรับระบบประกันสุขภาพ เพื่อจะได้ไม่ต้องเก็บเบี้ยประกันหรือจัดสรรภาษีเพื่อการประกันสุขภาพสูงเกินไป

สำหรับระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ โดยเฉพาะระบบประกันสุขภาพโดยรัฐ วัตถุประสงค์แรกมักจะเป็นวัตถุประสงค์หลักของการเก็บส่วนร่วมจ่าย ทั้งนี้เพราะพบว่า คนที่ได้รับการคุ้มครองด้านการประกันสุขภาพและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเมื่อไปใช้บริการ มักมีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการมากกว่าตอนที่ต้องจ่ายเงินเอง โดยอาจเป็นการใช้บริการที่เกินจำเป็น ส่งผลให้รายจ่ายเพื่อบริการด้านสุขภาพสูงเกินไป ส่วนวัตถุประสงค์ที่ให้เก็บส่วนร่วมจ่าย

¹ เสวคณธ์ (พ.ศ. 2548) p44-46

สมทบเป็นทรัพยากรเพิ่มเพื่อใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพ มีเช่นในประเทศเกาหลีใต้ แต่พบน้อยในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนการเก็บส่วนร่วมจ่ายเพื่อลดอัตราเบี้ยประกัน มักพบในระบบประกันเอกชน

ประเทศที่มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีระบบประกันสุขภาพระบบหลักระบบเดียว มักมีการจัดสิทธิประโยชน์ด้านยาอย่างชัดเจน โดยส่วนร่วมจ่ายค่ายาเป็นองค์ประกอบหนึ่งของสิทธิประโยชน์ด้านยาที่กำหนดขึ้น และอัตราของส่วนร่วมจ่าย มักถูกกำหนดโดยผู้บริหารระบบประกันสุขภาพ

4. วิธีการศึกษา

การทบทวนระบบของแต่ละประเทศ ใช้วิธีเก็บข้อมูล 2 วิธีคือ

(1) ทบทวนเอกสาร เป็นวิธีหลัก โดยแหล่งข้อมูลสาธารณะที่เข้าถึงได้ เช่น websites ของระบบประกันสุขภาพประเทศต่างๆ และวารสารวิชาการ

(2) สอบถามจากนักวิชาการต่างประเทศ: ในบางกรณี เช่น เมื่อพบข้อมูลไม่ตรงกัน หรือไม่กระจ่าง ก็ใช้วิธีสอบถามจากนักวิชาการของประเทศนั้นๆ ประกอบด้วย

เอกสารส่วนใหญ่ที่ใช้มาจากภาษาอังกฤษ มีข้อมูลบางส่วนจากระบบประกันสุขภาพญี่ปุ่น มาจากภาษาญี่ปุ่น และข้อมูลบางส่วนจากระบบประกันสุขภาพไต้หวัน มาจากภาษาจีน ซึ่งคณะนักวิชาการผู้ศึกษาเป็นผู้แปล

5. โครงสร้างของรายงาน

บทที่ 2 ประมวลสาระหลัก และสรุปหลักเกณฑ์ของการกำหนดส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของแต่ละประเทศที่ทำการทบทวน โดยสังเคราะห์เป็นลักษณะประเภทของส่วนร่วมจ่ายและกลไก safety net โดยย่อ

บทที่ 3 นำเสนอรายละเอียดของระบบประกันสุขภาพ ส่วนร่วมจ่าย และแง่มุมที่ทบทวนใน 10 ประเทศเป็นรายประเทศ

บทที่ 4 เป็นบทสังเคราะห์องค์ประกอบต่างๆ ของส่วนร่วมจ่ายค่ายาของทั้ง 10 ประเทศ โดยเชื่อมโยงเปรียบเทียบกัน

บทที่ 5 เป็นการเสนอแง่มุมที่เป็นบทเรียนสำหรับประเทศไทย ซึ่งประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาในกรณีการออกแบบระบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา

บทที่ 2

ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของประเทศต่าง ๆ

เนื้อหาในบทนี้ เป็นการประมวลสาระหลัก และสรุปหลักเกณฑ์ของการกำหนดส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของแต่ละประเทศที่ทำการทบทวน โดยสังเคราะห์เป็นลักษณะประเภทของส่วนร่วมจ่ายและกลไก safety net ส่วนรายละเอียดของระบบประกันสุขภาพ ส่วนร่วมจ่าย และแง่มุมสำคัญที่เกี่ยวข้องของแต่ละประเทศใน 10 ประเทศนี้ จะนำเสนอในบทที่ 3

1. ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์

1.1. ระบบ 3Ms+

ระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบหลักของสิงคโปร์ ซึ่งเรียกว่า 3Ms เป็นกองทุนที่บริหารโดยรัฐบาล มีวัตถุประสงค์ที่ต่างกัน แต่เสริมซึ่งกันและกัน ได้แก่

- 1) Medisave ซึ่งเป็นบัญชีเงินออกสำหรับตนเองและครอบครัวเป็นหลัก
- 2) Medishield ซึ่งเป็นประกันสุขภาพสำหรับผู้ประกันตนที่มีค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลค่อนข้างสูง สมาชิกของ CPF สามารถซื้อ Medishield เพิ่มเติมตามเหมาะสม
- 3) Medifund ซึ่งเป็นกองทุนสงเคราะห์หรือเป็น safety net ที่รัฐจัดเตรียมให้สำหรับกรณีผู้ป่วยที่ยากจน ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยเงินในบัญชี Medisave หรือด้วยเงินสดของตน

นอกจากนี้ มีระบบเพิ่มเติมซึ่งนำมาใช้เมื่อไม่นานมานี้ คือ Medisave for Chronic Disease Management Program

1.2. ส่วนร่วมจ่าย

ปรัชญาพื้นฐานของการจัดระบบสุขภาพของสิงคโปร์ มีความชัดเจนว่า ให้บุคคลรับผิดชอบต่อสุขภาพของตน และไม่หวังพึ่งรัฐสวัสดิการหรือประกันสุขภาพจนเกินไป ส่วนรัฐเป็นผู้กำหนดนโยบายเพื่อให้มีจัดบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น มีคุณภาพ และประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ (และจ่ายได้) นั่นหมายความว่า บุคคล (และครอบครัว) เป็นผู้จ่ายเงินเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ และจ่ายส่วนที่ระบบประกันสุขภาพไม่ครอบคลุม

ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบของ 3 Ms ดังกล่าว มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการะของผู้ป่วยในส่วนของการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน โดยมีข้อกำหนดที่ชัดเจนว่า ค่าใช้จ่ายบริการส่วนใดระบบประกันเป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนใดผู้ป่วยรับผิดชอบเอง กล่าวโดยรวม มีการใช้วิธีการผสมผสานกันระหว่าง การกำหนดขอบเขตการเบิกจ่าย (claim limits) ของระบบประกัน การจ่ายส่วนแรก (deductibles) และร้อยละร่วมจ่าย (coinsurance)

1.2.1. ระบบ Medisave

กำหนดขอบเขตการเบิกจ่ายโดยระบบ Medisave (claim limits or withdrawal limits) โดยแยกตามประเภทของบริการ โดยมีการกำหนดเป็นต่อครั้ง ต่อวัน และต่อปี และสำหรับการผ่าตัด มีการกำหนดขอบเขตการเบิกจ่ายตามความซับซ้อนของหัตถการ

ส่วนค่ายา โดยทั่วไปรวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาล ยกเว้นมีการกำหนดเพดานความรับผิดชอบของระบบประกันสำหรับยาบางประเภทของบริการผู้ป่วยนอกเป็นรายการเฉพาะ เช่น IV antibiotics, ARVs

1.2.2. ระบบ Medishield

กำหนดส่วนรับผิดชอบของผู้ป่วยเป็น 3 แบบคือ

- 1) การกำหนดขอบเขตการเบิกจ่าย (claim limits)
- 2) การจ่ายส่วนแรก (deductibles)
- 3) ร้อยละร่วมจ่าย (coinsurance)

ส่วนค่ายา โดยทั่วไปรวมอยู่ในค่ารักษาพยาบาลเช่นเดียวกัน ยกเว้นมีการกำหนดเพดานความรับผิดชอบของระบบประกันสำหรับยาบางประเภท เช่น Chemotherapy สำหรับมะเร็งและ benign neoplasms บางประเภท ยา Erythropoietin drug ไตวายเรื้อรัง ยา Immunosuppressant สำหรับ organ transplant

1.2.3. ระบบ Medisave for Chronic Disease Management Program

กำหนด การจ่ายส่วนแรก (deductibles) และร้อยละร่วมจ่าย (coinsurance) และขอบเขตการเบิกจ่ายเช่นเดียวกัน และรวมค่ายาในค่ารักษาพยาบาลด้วย

1.3. Safety Net

ใช้ระบบ Medifund ซึ่งเป็นกองทุนสงเคราะห์ของรัฐบาล เป็นกลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่าย ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็น โดยมีเงื่อนไขสถานพยาบาลและประเภทของผู้ป่วยที่ใช้บริการได้ รวมถึงร้อยละของค่ารักษาพยาบาลที่รัฐช่วยอุดหนุน

2. ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น

2.1. ระบบประกันสุขภาพหลากหลายตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย

ระบบประกันสุขภาพหลายระบบที่จัดโดยรัฐ ประกอบด้วย ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง (Employment-based insurance) ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance) สำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระ และระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health

Insurance for the Elderly) เป็นประกันสุขภาพภาคบังคับ ซึ่งรวมกันเป็นการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในญี่ปุ่น นอกจากนี้ยังมีระบบประกันการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long – Term Care Insurance: LTCI) ซึ่งจัดโดยรัฐ และระบบประกันสุขภาพเอกชนซึ่งไม่ใช่ภาคบังคับอีกด้วย

2.2. ส่วนร่วมจ่าย

ส่วนร่วมจ่ายกำหนดเป็นร้อยละร่วมจ่าย (coinsurance) โดยมีอัตราที่แตกต่างกันตามระบบประกันสุขภาพและกลุ่มอายุดังนี้

ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระ) เก็บส่วนร่วมจ่าย 30% สำหรับบุคคลทั่วไป 20% สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี 10% สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีรายได้เทียบเท่ากับคนวัยทำงานต้องจ่าย 30%)

ส่วนระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ เก็บส่วนร่วมจ่าย 10% สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีรายได้เทียบเท่ากับคนวัยทำงานต้องจ่าย 30%

ส่วนร่วมจ่ายค่ายา ใช้อัตราเดียวกับส่วนร่วมจ่ายค่าบริการดังกล่าวข้างต้น โดยยาที่จะเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพได้ ต้องบรรจุอยู่ในบัญชียา “yakka kijyun,” รัฐบาลมีการกำหนดอัตราาราคายาเบิกจ่ายตามตัวยารูปแบบและขนาดยา

นอกจากนี้ ส่วนร่วมจ่ายค่าบริการจ่ายยา ก็ใช้อัตราส่วนร่วมจ่ายค่ายาและค่าบริการอื่นเช่นเดียวกัน

ในเดือนเมษายนค.ศ. 2008 ได้นำระบบการจ่ายค่าจ่ายยาแบบใหม่มาใช้เพื่อส่งเสริมการใช้ยา generic โดยที่ร้านยาได้มีปริมาณการจ่ายยา generic เกินร้อยละ 30 ภายในระยะเวลา 3 เดือน จะได้รับเงินคืนจากระบบประกันในส่วน basic dispensing fees เพิ่มอีก 40 เยน

2.3. Safety Net

กลไกในการป้องกันปัญหาการเข้าถึงเนื่องจากส่วนร่วมจ่าย มุ่งไปที่ 2 กรณี คือ กรณีค่าใช้จ่ายสูงและกรณีผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการเบิกคืนเงินสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ เมื่อจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ ณ ที่ให้บริการแห่งหนึ่งๆ ภายในเวลา 1 เดือนเป็นมูลค่าเกินจากมูลค่าที่กำหนดไว้เป็นเพดาน สามารถเบิกคืนเงินส่วนเกินคืนได้ โดยเพดานดังกล่าวแตกต่างกันตามระดับรายได้ของผู้ป่วย ส่วนกรณีกลุ่มผู้สูงอายุ มีการกำหนดเพดานแยกตามระดับรายได้อีกหนึ่งชั้นหนึ่ง นอกจากนี้ มีเพดานสำหรับผู้ป่วยโรคไตแยกต่างหากด้วย

3. ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของเกาหลีใต้

3.1. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

เกาหลีใต้ใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเกิดจากการรวมกองทุนประกันสุขภาพจำนวนมากที่มีอยู่แต่เดิมเข้าด้วยกัน เป็นระบบประกันสุขภาพภาคบังคับที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด

3.2. ส่วนร่วมจ่าย

ระบบประกันสุขภาพเกาหลีใต้กำหนดส่วนร่วมจ่ายค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับระบบประกันสุขภาพของประเทศอื่นๆ โดยแบ่งเป็น

- 1) ส่วนร่วมจ่ายบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งโดยรวมกำหนดเป็น % coinsurance ที่มีอัตราแตกต่างกันตามประเภทบริการและระดับของสถานพยาบาล ในอัตราประมาณ ร้อยละ 30-50 ของค่ารักษา โดยผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนร่วมจ่ายสูงกว่าเมื่อไปใช้บริการในโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า
- 2) ส่วนร่วมจ่ายบริการผู้ป่วยใน กำหนดเป็น % coinsurance ในอัตราร้อยละ 20 โดยรวมค่ายา
- 3) ค่ายามีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ซึ่งรวมค่ายาและค่าจ่ายยา (dispensing fee) ด้วย

3.3. Safety Net

แบ่งเป็น 3 แบบ คือ

- 1) การยกเว้นประชากรบางกลุ่ม โดยที่ผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย ได้รับยกเว้นไม่ต้องจ่ายส่วนร่วมจ่าย
- 2) เพดานส่วนร่วมจ่าย ให้ยกเว้นไม่ต้องจ่ายในครั้งต่อไป หากจ่ายเกินจำนวนกำหนดภายในช่วงเวลา 6 เดือนติดต่อกัน (รวมค่าใช้จ่ายจากบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และค่ายา)
- 3) การจ่ายเงินชดเชย ระบบประกันสุขภาพจ่ายเงินคืนเป็นจำนวนร้อยละ 50 ของส่วนที่เกิน กรณีมีส่วนร่วมจ่ายภายใน 30 วันรวมแล้วเกินจำนวนที่กำหนด

4. ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของไต้หวัน

4.1. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของไต้หวันเกิดจากการรวมระบบประกันสุขภาพหลายระบบที่จัดตั้งขึ้นสำหรับกลุ่มประชากรต่างๆเข้าด้วยกันในปี 1994

ความครอบคลุมด้านยาถูกกำหนดขึ้นเป็นชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา (Pharmaceutical Benefit Scheme, PBS) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยยาที่จะเบิกจ่ายได้ในระบบ

ประกันสุขภาพ ต้องเป็นยาที่อยู่ในรายการของ PBS ซึ่งมีการพิจารณาปรับปรุงทุก ๆ ปี และครอบคลุมทั้งยาแผนปัจจุบัน (แผนตะวันตก) และยาจีน

รายการยาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่ได้รับการครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ โดยมีข้อยกเว้นยาบางประเภทเช่น non-prescription drugs ยาที่ได้รับการจัดเป็นประเภทที่ไม่จำเป็นต้องการบำบัดรักษา เช่น ยาคุมกำเนิด ยาบำรุงผม แผ่นนิโคติน ยาที่ไม่มีความจำเป็นหรือต้นทุน-ประสิทธิผลต่ำ

การเบิกจ่ายค่ายาใช้ระบบ reference pricing โดย PBS เป็นผู้กำหนดอัตราค่าเบิกจ่ายคืนให้กับสถานพยาบาล

4.2. ส่วนร่วมจ่าย

ส่วนร่วมจ่ายได้รับการกำหนดหลายรูปแบบด้วยกัน ทั้งแบบที่เป็นอัตราคงที่ต่อครั้ง (copayment) อัตราร้อยละ (coinsurance) โดยมีหน่วยนับเป็น ต่อครั้ง ต่อวันนอน และต่อ episode โดยมีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายเป็น 4 กลุ่มบริการด้วยกันดังนี้

4.2.1. บริการผู้ป่วยนอก

กำหนดส่วนร่วมจ่ายพื้นฐานสำหรับการไปใช้บริการ (ไม่รวมค่ายา) โดยมีอัตราที่แตกต่างกันตาม

- (1) ประเภทของบริการ เช่น บริการแพทย์แผนตะวันตก แผนจีน ทันตกรรม บริการทางการแพทย์แผนตะวันตกเก็บส่วนร่วมจ่ายสูงกว่า ส่วนบริการแพทย์แผนจีนและทันตกรรม เก็บ NT\$ 50 ต่อครั้ง
- (2) ระดับของสถานพยาบาล เช่น คลินิก โรงพยาบาลเขต โดยบริการในสถานพยาบาลระดับสูงกว่า มีส่วนร่วมจ่ายในอัตราสูงกว่า
- (3) การส่งต่อ การรับบริการในสถานพยาบาลระดับสูงกว่า โดยมีการส่งต่อจะมีส่วนร่วมจ่ายต่ำกว่ากรณีที่ไม่มีการส่งต่อ

4.2.2. ค่ายาผู้ป่วยนอก

ส่วนร่วมจ่ายค่ายา คิดเป็นจำนวนคงที่ต่อครั้ง (copayment) โดยเป็นแบบขั้นบันได ที่มีอัตราเพิ่มขึ้นละ 20 หยวนไต้หวัน (New Taiwanese Dollar, NT\$) ในกรณีที่ค่ายาต่อครั้งต่ำกว่า NT\$ 100 ไม่มีส่วนร่วมจ่าย เมื่อมีค่ายาระหว่าง NT\$ 101 – 200 ร่วมจ่าย NT\$ 20 แล้วเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยค่ายาที่เพิ่มขึ้นทุก NT\$ 100 จะมีส่วนร่วมจ่ายเพิ่มขึ้น 20 NT\$ จนถึงค่ายา NT\$ 1000 ขึ้นไป จะมีส่วนร่วมจ่ายคงที่เท่ากับ NT\$ 200

4.2.3. ค่าบริการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยนอก

มีส่วนร่วมจ่ายครั้งแรกตามอัตราส่วนร่วมจ่ายค่าบริการของสถานพยาบาล และครั้งต่อไปสำหรับ episode เดียวกันครั้งละ NT\$ 50

4.2.4. ค่าบริการผู้ป่วยใน

จ่ายเป็นอัตราร้อยละของค่าใช้จ่าย ตามช่วงจำนวนวันนอน และประเภทของห้องว่าเป็นแบบเตียงพลันหรือเรือร้ง

4.3. Safety Net

ระบบ safety net ก็ใช้หลายวิธีผสมผสานกันเช่นเดียวกัน โดยข้อกำหนดแต่ละข้อ มีหลักคิดและเหตุผลเฉพาะ มาตรการ safety net ประกอบด้วยด้านต่างๆดังนี้

(1) ข้อยกเว้นการร่วมจ่าย มีการกำหนดข้อยกเว้นโดยใช้เกณฑ์หลายเกณฑ์ เช่น

- เกณฑ์โรค เช่น โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (catastrophic illnesses)
- เกณฑ์ประเภทบริการ เช่น คลอดบุตร
- เกณฑ์เพศและอายุ เช่น บริการป้องกันโรคสำหรับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป หญิงมีครรภ์ และเด็กอายุไม่เกิน 4 ปี
- เกณฑ์ภูมิศาสตร์ เช่น บริการที่จัดโดยสถานพยาบาลในเขตภูเขาและเกาะรอบนอก
- เกณฑ์กลุ่มบุคคล เช่น ผู้มีรายได้น้อย ทหารผ่านศึก ผู้มีอาชีพที่ได้รับการประกันแรงงานเฉพาะ
- เกณฑ์ผู้ป่วยเฉพาะโรค เช่น ผู้ป่วยวัณโรค (ซึ่งขึ้นทะเบียนแล้ว) เมื่อไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุ

(2) การจ่ายส่วนร่วมจ่ายอัตราพิเศษ สำหรับผู้พิการทางร่างกายหรือจิตใจ

(3) เพดานส่วนร่วมจ่าย

- ส่วนร่วมจ่ายบริการผู้ป่วยในสำหรับการเข้านอนโรงพยาบาลใน episode เดียวกัน มีเพดาน 28,000 NT\$
- เพดานส่วนร่วมจ่ายบริการผู้ป่วยในต่อปีเป็นเงิน NT\$ 47,000

5. ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของออสเตรเลีย

5.1. Medicare and PBS

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติคือระบบ Medicare ครอบคลุมประชากรทุกคน รัฐบาลกลางโดย Department of Health and Aging มีหน้าที่หลักในกำหนดนโยบาย สนับสนุนและทำวิจัย รวบรวมข้อมูลระดับประเทศ และกำกับดูแลหน่วยงานและกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในประเทศ ขณะที่รัฐบาลของมลรัฐกำกับดูแลในส่วนการให้บริการทางการแพทย์

และบริการสุขภาพชุมชน ของบุคลากรการแพทย์ และสถานพยาบาล ระบบประกันสุขภาพเสริมได้แก่ประกันสุขภาพเอกชนซึ่งไม่ใช่ภาคบังคับ

รัฐซึ่งเป็นผู้จ่ายเงินมีความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการในรูปแบบของการทำสัญญา-ข้อตกลง (Contractual Model) การบริหารจัดการในส่วนของสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์จะอยู่ภายใต้ Medicare Benefits Scheme (MBS) ส่วนการบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยาอยู่ภายใต้ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) โดยมี Health Insurance Commission (HIC) ทำหน้าที่เป็นบริหารจัดการเรื่องการเบิกจ่ายเงินคืน

รายการยาที่จะถูกจัดให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา ต้องเป็นยาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้วจำ Therapeutic Good Administration (TGA) ซึ่งพิจารณาในแง่ประสิทธิผลและความปลอดภัย ส่วน PBS จะพิจารณาในด้านของต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness) โดยที่ยาจะต้องผ่านคณะกรรมการอีก 2 ชุด จึงจัดไว้ในบัญชียาของ PBS ชุดแรกคือ Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) ทำหน้าที่คัดเลือกยาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดและ Pharmaceutical Benefits Pricing Authority (PBPA) และทำหน้าที่กำหนดราคา

5.2. ส่วนร่วมจ่าย

การร่วมจ่ายค่ายาของประชาชนในประเทศออสเตรเลียมีลักษณะเป็น Flat rate มีการแบ่งประชาชนออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ 1) ประชาชนทั่วไป (General category) และ 2) ประชาชนที่รัฐให้การช่วยเหลือ (Concessional category) เช่น ผู้ที่ได้รับบำนาญ ทหารผ่านศึก หรือผู้ด้อยโอกาส ข้อมูลจาก Department of Health and Aging พบว่า 80% ของค่าใช้จ่ายด้านยาของ PBS มาจากประชาชนกลุ่มที่รัฐให้การช่วยเหลือ

ในปีค.ศ. 2008 ประชาชนทั่วไปจะต้องร่วมจ่ายค่ายาสำหรับทุกๆ รายการยาที่แพทย์สั่งจ่ายเป็นเงิน AU\$ 31.30 ส่วนประชาชนที่รัฐให้การช่วยเหลือจะต้องร่วมจ่ายเป็นจำนวน AU\$ 5.00

สำหรับบริการการแพทย์ส่วนผู้ป่วยนอก ประชาชนต้องร่วมจ่าย 15% สำหรับบริการต่างๆ ไป ยกเว้นกรณีบริการผู้ป่วยนอกนั้นๆ มีราคาแพง การร่วมจ่ายจะถูกจำกัดเพื่อไม่ให้ประชาชนต้องรับภาระทางการเงินมากจนอาจทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นได้ ทั้งนี้รัฐได้ออกกฎหมายไม่ให้นักบริษัทยาเอกชนเป็นผู้รับผิดชอบในส่วนร่วมจ่ายภาคบังคับโดยเด็ดขาดเนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น

5.3. Safety Net

PBS กำหนดเพดานสูงที่สุดที่ประชาชนต้องร่วมจ่าย (Safety Net Threshold) ในแต่ละปีไว้ โดย Threshold นี้เป็นอัตราที่ใช้กับทั้งครอบครัว ไม่ว่าครอบครัวนั้นจะประกอบไปด้วยคนกี่

คนก็ตาม กลุ่มประชาชนทั่วไปจะมีระดับ Safety Net Threshold AU\$ 1141.80 ขณะที่กลุ่มประชาชนที่รัฐให้การช่วยเหลือมีระดับ Safety Net Threshold AU\$ 290.00

6. ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

6.1. ระบบประกันสุขภาพพหุนิยม

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วเพียงไม่กี่ประเทศที่รัฐบาลไม่ได้จัดให้มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การประกันสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่เป็นการประกันจากการจ้างงาน โดยบริษัทหรือผู้ว่าจ้างให้เป็นสวัสดิการแก่ลูกจ้าง ซึ่งอาจต้องจ่ายเบี้ยประกันบางส่วน หรือบริษัทผู้ว่าจ้างเป็นผู้รับความเสี่ยงจ่ายค่าบริการสุขภาพให้ลูกจ้างเอง (self-insured)

ระบบประกันสุขภาพภาครัฐมี 2 ระบบหลักคือ Medicare และ Medicaid

Medicare เป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับประชาชนที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการ และผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้าย ดำเนินการโดยรัฐบาลกลาง ความครอบคลุมด้านยา กำหนดภายใต้ Medicare Part D หรือ Medicare prescription drug coverage เป็นประกันเสริมครอบคลุมบริการด้านยา ซึ่งผู้เอาประกันจะต้องจ่ายเบี้ยประกันด้วย

Medicaid เป็นเป็นการประกันสุขภาพภาคสำหรับผู้มีรายได้น้อย ครอบครัวรายได้น้อยที่มีเด็กในความดูแล และผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ตามที่กำหนด รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดนโยบาย ขณะที่รัฐบาลมลรัฐเป็นผู้บริหารจัดการ แต่ละมลรัฐมีการกำหนดเกณฑ์ของตนเอง

นอกจากนี้ มีระบบ State Children's Health Insurance Program (SCHIP) สำหรับเด็กในครอบครัวที่มีรายได้น้อย แต่รายได้อยู่ในระดับที่ไม่ต่ำพอที่จะเข้าเงื่อนไขของ Medicaid บริหารจัดการโดยรัฐบาลมลรัฐ บางรัฐอาจบริหารร่วมกับระบบ Medicaid

6.2. ส่วนร่วมจ่าย

ส่วนร่วมจ่ายมีหลากหลายรูปแบบ ขึ้นกับระบบประกัน/มลรัฐ/บริษัทประกัน

สำหรับ Medicare Part D รัฐบาลกำหนดหลักเกณฑ์การร่วมจ่ายและอัตราต่างๆเป็นรายปี ซึ่งเป็นกรอบให้บริษัทประกันเอกชนจัดการประกัน โดยมีการจ่ายเงินส่วนแรก (deductible) และส่วนร่วมจ่ายตามแผนการประกันที่แต่ละคนเลือกซื้อ บริษัทกำหนดความคุ้มครองภายในวงเงินที่รัฐกำหนด (coverage limit) ส่วนเกินจากนี้ผู้ป่วยจ่ายเอง ส่วนผู้ป่วยรายได้น้อยจ่ายส่วนร่วมจ่ายเป็นเงินคงที่ต่อครั้ง (ในปี 2008 หากใช้ยา generic จ่าย US\$ 2.25 หากใช้ยาต้นแบบจ่าย US\$ 5.60)

สำหรับ Medicaid ร่วมจ่ายในช่วง US\$ 0.5 -3 ต่อใบสั่งยา

6.3. Safety Net

สำหรับ Medicare ผู้มีรายได้น้อยต้องร่วมจ่ายส่วนแรกและต่อครั้งในอัตราต่ำกว่า รัฐกำหนดระดับ stop-loss amount หรือ out-of-pocket threshold เมื่อผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ายาเองจากกระเป๋าสะสมถึงระดับนี้ จะไม่ต้องร่วมจ่าย

สำหรับ Medicaid เป็นไปตามแต่ละรัฐ

7. ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของแคนาดา

7.1. ประกันสุขภาพของสหพันธรัฐและมลรัฐ

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของแคนาดา คือ Medicare ตาม Canada Health Act ซึ่งเป็นนโยบายในระดับสหพันธรัฐ โดยรัฐบาลทั้ง 3 ระดับคือ สหพันธ์ มลรัฐและเขตปกครอง (จังหวัดและแคว้น) และท้องถิ่น มีส่วนอุดหนุนในด้านงบประมาณ การบริหารจัดการเป็นหน้าที่ของรัฐบาลระดับมลรัฐเป็นหลัก โดยที่แต่ละมลรัฐและเขตปกครองมีนโยบายต่างกัน และอาจมีระบบประกันสุขภาพเสริมที่มีกลุ่มประชากรที่ครอบคลุม มีข้อกำหนดด้านสิทธิประโยชน์ การร่วมจ่าย และอื่นๆ แตกต่างกันไป

ความครอบคลุมทางด้านยาของ Medicare สำหรับบุคคลทั่วไปจำกัดเฉพาะยาที่ใช้ในผู้ป่วยใน แต่ให้สิทธิประโยชน์กับบุคคลบางกลุ่มคือ กลุ่มชนท้องถิ่นดั้งเดิมของแคนาดา ทหารผ่านศึก ทหารและตำรวจหน่วยต่างๆ ผู้อพยพบางกลุ่ม และผู้ต้องขัง บุคคลกลุ่มนี้รวมแล้วประมาณ 1 ล้านคน

รัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองส่วนใหญ่ มีระบบที่จ่ายค่ายาผู้ป่วยนอกให้กับกลุ่มประชากรบางกลุ่มที่เห็นว่าควรได้รับความช่วยเหลือ เช่น ในรัฐ Ontario มี Tillium Drug Program ในรัฐ British Columbia มี Pharmacare เป็นต้น กลุ่มประชากรที่ได้รับการครอบคลุมเหล่านี้ มีกำหนดแตกต่างกันไปในแต่ละมลรัฐ โดย ผู้สูงอายุ ผู้ที่ได้รับสวัสดิการสังคม จะได้รับการครอบคลุมในทุกรัฐ นอกจากนี้ มีการกำหนดประชากรกลุ่มอื่นๆ ตามประเภทการดูแลและตามกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยที่ต้องดูแลพยาบาลที่บ้าน หรือ ผู้ที่รักษาในสถานพยาบาลระยะยาว ผู้ป่วย Cystic fibrosis, AIDS, เบาหวาน มะเร็ง ผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น

ชุดสิทธิประโยชน์ทางยาของทุกจังหวัดในแคนาดามีบัญชีรายการยามีลักษณะเป็น positive list ซึ่งประกอบไปด้วยรายการยาที่รัฐพิจารณาเห็นควรให้การอุดหนุนค่ายาให้กับประชาชน ยาที่ไม่อยู่ในบัญชีรายการนี้เป็นยาที่รัฐไม่ให้การอุดหนุน และมีข้อกำหนดให้ใช้ยาตามชื่อสามัญทางยา (generic) ทดแทนยาต้นแบบ ส่วน British Columbia เป็นจังหวัดที่ไม่ได้ใช้บัญชีรายการยาสำหรับการเบิกจ่าย แต่ใช้ระบบราคาอ้างอิง (reference pricing) ในการเบิกจ่ายค่ายา

ประชาชนทั่วไปส่วนใหญ่ใช้ประกันสุขภาพเอกชนสำหรับค่ายา มีทั้งประกันสุขภาพเอกชนที่นายจ้างซื้อให้ลูกจ้าง หรือที่บุคคลซื้อประกันสุขภาพเอกชนด้วยตนเองเพิ่มเติม เพื่อให้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ด้านยานอกสถานพยาบาล

7.2. ส่วนร่วมจ่าย

เนื่องจากการเป็นารบริหารในระดับมลรัฐ ข้อกำหนดส่วนร่วมจ่ายจึงมีแตกต่างหลากหลายตามแต่ละมลรัฐ ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่ายาแม้ในระบบประกันสุขภาพของมลรัฐซึ่งเป็นระบบที่ให้การช่วยเหลือประชาชนเฉพาะกลุ่ม ข้อกำหนดส่วนร่วมจ่ายก็มีความแตกต่างกันไปในแต่ละมลรัฐเช่นเดียวกับข้อกำหนดด้านอื่นๆ โดยส่วนใหญ่มีส่วนร่วมจ่ายทั้งที่เป็นแบบจำนวนคงที่ต่อใบสั่งยา เช่น \$2/ใบสั่งยา และร้อยละร่วมจ่าย (coinsurance) ซึ่งมีในอัตราร้อยละ 25-30

ประกันสุขภาพเอกชนก็มีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายเช่นเดียวกัน เช่น \$25/ คน หรือ \$50/ ครอบครัว และร้อยละร่วมจ่ายเช่น 20% ของราคายา

7.3. Safety Net

เพดานส่วนร่วมจ่ายเป็นไปตามข้อกำหนดของระบบในแต่ละมลรัฐ ซึ่งมีเกณฑ์แตกต่างกันไป อาจกำหนดเพดานความรับผิดชอบค่ายาเป็นจำนวนเงินต่อเดือน ต่อครั้ง หรือกำหนดเป็นร้อยละของรายได้ครัวเรือน เช่นที่มีในระบบ PharmaCare ของรัฐ British Columbia ซึ่งผู้มีสิทธิเข้าร่วมไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกัน มีวิธีการกำหนดระดับความรับผิดชอบค่ายาสูงสุดของผู้ป่วยตามระดับของรายได้ครัวเรือน เช่น ครัวเรือนที่มีรายได้ < C\$ 15,000 ร่วมจ่ายไม่เกินร้อยละ 2 ครัวเรือนที่มีรายได้ > C\$ 30,000 ร่วมจ่ายไม่เกินร้อยละ 4 ของรายได้

8. ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของสหราชอาณาจักร

8.1. National Health Service

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดูแลโดย National Health Service (NHS) ซึ่งเป็นระบบหลักของประเทศ ครอบคลุมประชากรประมาณ 93% และมีการประกันสุขภาพของเอกชนเป็นระบบเสริมหรือเพิ่มเติมจากบริการที่ NHS จัดให้ประชาชนทั่วไป (อาจเป็นประชาชนซื้อประกันสุขภาพเอกชนเอง หรือนายจ้างร่วมจ่ายให้ในลักษณะของสวัสดิการแก่ลูกจ้าง) ภายหลังการกระจายอำนาจ ระบบ NHS ของทั้ง 4 ดินแดนคือ อังกฤษ สกอตแลนด์ และเวลส์ กับไอร์แลนด์เหนือ มีการดำเนินการที่แตกต่างกัน

ยาเกือบทั้งหมดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในสหราชอาณาจักรแล้ว จะถูกครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพของรัฐโดย NHS ส่วนรายการยาที่ไม่สามารถเบิกได้ภายใต้ระบบประกันของรัฐหรือยาที่มีข้อจำกัดในการใช้ จะเรียกว่าอยู่ในรายการยาสีดำและสีเทา (black and gray lists) ซึ่งได้แก่ยาที่ไม่ต้องจ่ายโดยแพทย์หรือเภสัชกร (over-the-counter medications) หรือยาจำพวกที่ใช้ในชีวิตประจำวัน (lifestyle medication)

8.2. ส่วนร่วมจ่าย

ส่วนร่วมจ่ายค่ายากำหนดในอัตราคงที่ (flat fee) ซึ่งในปี 2007 อัตราส่วนร่วมจ่ายเป็น 6.85 ปอนด์ต่อใบสั่งยา สำหรับในอังกฤษ สกอตแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือ

ส่วนในเวลส์ ประชาชนทุกคนที่ขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ในเวลส์ หรือในอังกฤษ และรับยาที่เภสัชกรชุมชนในเวลส์ สามารถรับยาได้ฟรีโดยไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายใดๆ (ยกเลิกในปี 2007)

8.3. Safety Net

ในอังกฤษ สกอตแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือ มีการยกเว้นประชากรบางกลุ่มไม่ต้องร่วมจ่ายค่ายา (Prescription exemption categories) บุคคลที่สามารถรับยาได้ฟรี เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี ผู้มีรายได้น้อย ผู้ได้รับเงินบำนาญ ผู้พิการ ผู้ที่กำลังหางาน หญิงมีครรภ์ ผู้ป่วยบางโรค เช่นเบาหวาน ลมชัก ผู้ป่วยใน ภายใต้บริการของ NHS

นอกจากนี้ ยังยกเว้นส่วนร่วมจ่ายตามประเภทยา เช่น ยาคุมกำเนิด ยาที่ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และสถานที่บริการ เช่น ยาที่ใช้รักษาในโรงพยาบาล หรือที่ NHS walk in centre

ประมาณ 85-88% ของยาในใบสั่งยาได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียเงิน และครอบคลุมกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรวัยทำงาน

9. ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของเยอรมนี

9.1. Social Health Insurance and Sickness Funds

เยอรมนีใช้ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับประชาชนผู้มีรายได้ ส่วนผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ที่ไม่มีงานทำจะได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพผ่านระบบสวัสดิการสังคม กองทุนการเจ็บป่วย (Sickness fund) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานเอกชนที่ไม่หวังกำไรทำหน้าที่เป็นผู้ให้ประกันและบริหารจัดการ รัฐบาลทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ออกกฎหมายและระเบียบต่างๆ และกำกับดูแล

ยาส่วนใหญ่ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนแล้ว จะเป็นยาที่ Sickness fund ยินดีให้การอุดหนุนแก่ผู้ป่วย ยกเว้นในกรณีที่ยาถูกจัดไว้ในบัญชีที่ห้ามเบิกจ่าย (Negative drug list) หรือเป็นยา OTC ที่แพทย์ไม่ได้สั่ง หรือไม่ใช่ยาที่เป็น standard treatment สำหรับโรคหรืออาการเจ็บป่วยนั้นๆ

9.2. ส่วนร่วมจ่าย

ระบบประกันสุขภาพมีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายค่าบริการประเภทต่างๆ โดยส่วนใหญ่เป็นจำนวนคงที่ต่อครั้งหรือต่อวัน (copayment) ทั้งในบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ส่วนร่วมจ่ายบริการทันตกรรม เป็นงานบริการที่มีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องรับภาระ (out of pocket) สูงสุดเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายสุขภาพ โดยกำหนดเป็นร้อยละร่วมจ่าย (coinsurance)

ส่วนร่วมจ่ายค่ายา มีวิวัฒนาการมาหลายรูปแบบ จากกำหนดเป็น % coinsurance ในอดีต มาเป็น copayment ตามปริมาณยาที่จ่าย และกลับมาเป็น % coinsurance โดยตั้งแต่ปี 2004 เป็นต้นมา ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่ายาส่วนเกินจาก Reference Price (ถ้ามี) ร่วมกับ co-insurance ร้อยละ 10 ของราคาตลาดของยา โดยมีการกำหนดจำนวนต่ำสุดและสูงสุดของค่า coinsurance ให้อยู่ระหว่าง 5-10 € ต่อครั้ง

9.3. Safety Net

ใช้หลายวิธีผสมผสานกัน ดังนี้

- 1) ยกเว้นบุคคลบางประเภท เช่น สมาชิกของ sickness fund ที่อยู่ภายใต้สวัสดิการสังคม เช่น ทหารผ่านศึก ผู้ที่ตกงาน นักศึกษาที่รับทุนการศึกษา ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่าระดับที่รัฐกำหนด แต่ทั้งนี้ หากผู้ป่วยประเภทเหล่านี้ ใช้จ่ายที่มีราคาเกินจาก Reference Price จะไม่ได้รับการยกเว้นการจ่ายค่ายาส่วนต่าง
- 2) เพดานส่วนร่วมจ่ายต่อปี โดยกำหนดว่า กรณีมีส่วนร่วมจ่ายสะสมในรอบ 1 ปี มากกว่า 2% ของรายได้ครอบครัว ได้รับการยกเว้น และยังกำหนดเพดานที่ต่ำกว่าปกติสำหรับผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้มีรายได้หลัก (dependents)
- 3) เพดานส่วนร่วมจ่ายต่อปีสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังมานานไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีรายจ่ายสะสมในรอบ 1 ปีมากกว่า 1% ของรายได้ จะได้รับการยกเว้นค่าส่วนร่วมจ่าย แต่กรณีนี้ไม่มีข้อยกเว้นสำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยดังกล่าว

10. ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของฟินแลนด์

10.1. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ฟินแลนด์ใช้ระบบประกันสุขภาพทั่วหน้าที่เป็นแบบกระจายอำนาจให้กับรัฐบาลท้องถิ่น โดยมี Social Insurance Institution (KELA) ซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐภายใต้ Ministry of Social Affairs and health เป็นผู้กำกับ National Health Insurance Scheme (NHI)

ยาที่รัฐให้การอุดหนุนในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา จะต้องผ่านการพิจารณาของ Pharmaceuticals Pricing Board (PPB) ซึ่งจะพิจารณาและกำหนดราคา wholesale price ของผลิตภัณฑ์ยา ซึ่งราคาดังกล่าวเป็นราคาสูงที่สุดที่สามารถขายให้ร้านยา หรือสถานพยาบาล

ยาในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาในปีคศ. 2008 มี 4,748 ตำรับ มีการแบ่งยาเป็น 3 กลุ่มตามความจำเป็นในการใช้ยาและความรุนแรงของโรค

10.2. ส่วนร่วมจ่าย

ส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ คือส่วนต่างระหว่างจำนวนที่ผู้ป่วยชำระเมื่อไปใช้บริการ กับจำนวนที่ระบบประกันสุขภาพเบิกคืนให้ เช่น

- ค่าธรรมเนียมแพทย์ เบิกคืนได้ร้อยละ 60
- ค่าตรวจรักษา เบิกคืนได้สูงสุดร้อยละ 75

ส่วนรูปแบบของส่วนร่วมจ่ายค่ายาในประเทศฟินแลนด์เป็นแบบผสม คือมีการเก็บส่วนร่วมจ่ายคงที่จำนวนหนึ่งสำหรับการรับยาแต่ละครั้ง และคิดส่วนร่วมจ่ายเป็นร้อยละของค่ายาแต่ละรายการ โดยอัตราส่วนร่วมจ่ายขึ้นกับประเภทของยาตามที่ระบบประกันสุขภาพกำหนด ดังนี้

- กลุ่ม Basic refund category ที่ต้องการให้ผู้ป่วยร่วมรับผิดชอบในสัดส่วนที่สูง โดยร่วมจ่ายร้อยละ 58
- กลุ่ม Lower special reimbursement category ครอบคลุมยาสำหรับโรค 9 โรค เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหอบหืด ร่วมจ่ายร้อยละ 28
- กลุ่ม Upper special reimbursement category เป็นกลุ่มยาสำหรับโรค 35 โรค เช่น เบาหวาน โรคจิตประสาทขั้นรุนแรง มะเร็ง ลมชัก ต้อหิน ซึ่งรัฐยินดีให้การอุดหนุนอย่างยิ่ง ร่วมจ่ายเป็น deductible € 3 ต่อใบสั่งยา

10.3. Safety Net

มีการกำหนดเพดานสำหรับส่วนร่วมจ่ายค่ายาต่อปีเป็นจำนวน € 643.14 (ปี 2008) หากเกินกว่านี้ Social Insurance Institution จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

11. สรุป

ตารางที่ 2.1 ประมวลเปรียบเทียบองค์ประกอบหลักของระบบส่วนร่วมจ่ายค่ายาของทั้ง 10 ประเทศ

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบนโยบายส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพประเทศต่างๆ

ระบบประกัน	สิงคโปร์	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	ไต้หวัน
วิธีจ่ายค่ายา	ตามรายการ	ตามรายการ	ตามรายการ	ตามรายการ
จำกัดรายการยา	-	Positive list “yakka kijyun”	Positive list (เริ่มปี 2006 เดิมเป็น negative list)	Positive list
รูปแบบและอัตราส่วนร่วมจ่ายค่ายา	- OP (ยกเว้นโรคเรื้อรังตามที่กำหนด): ผู้ป่วยจ่ายเองทั้งหมด ระบบประกันสุขภาพครอบคลุมค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน - ไม่มีการแยกการร่วมจ่ายค่ายาออกจากค่าบริการทางการแพทย์อื่นๆ ยกเว้นยาเฉพาะบางประเภท - สำหรับ Medisave กำหนดอัตราที่เบิกได้สำหรับการรักษาแต่ละประเภท - สำหรับ Medishield การร่วมจ่ายมี deductible และ coinsurance โดยกำหนดตามการรักษา - สำหรับ Medifund รัฐสนับสนุนเป็นรายๆไป - สำหรับโรคเรื้อรังตาม chronic	coinsurance 10-30% ตามระบบประกันสุขภาพและกลุ่มอายุ	Coinsurance: % จากค่ายา <u>OP</u> : 30% ของค่ายา <u>IP</u> : 20% ของค่ารักษาทั้งหมด (รวมค่ายา)	จำนวนคงที่ ตามขั้นบันได: - ค่ายาดำกว่า NT\$100 ไม่ต้องร่วมจ่าย - ค่ายาระหว่าง NT\$100 และ NT\$500 ร่วมจ่าย NT\$20 ต่อทุกๆ NT\$100 - ค่ายาส่วนเกินจาก NT\$500 ไม่ต้องร่วมจ่าย

	disease management program: ○ ผู้ป่วยจ่ายส่วนแรก (deductible) เป็นเงิน S\$ 30 ○ ร่วมจ่ายอีก 15% ของค่าใช้จ่ายที่เหลือหลังจากจ่ายส่วนแรกไปแล้ว			
รูปแบบและอัตราส่วนร่วมจ่ายบริการยา		เช่นเดียวกับค่ายา ค่าบริการจ่ายยาในโรงพยาบาลต่ำกว่าในร้านยาภายนอก	30% ของค่าจ่ายยา (dispensing fees)	ค่าจ่ายยา NT\$25 ต่อใบสั่งยา
เพดานส่วนร่วมจ่าย	■ Deductible S\$ 1000 /ปี สำหรับการรักษาในหอผู้ป่วยระดับ C และ S\$ 1500 /ปี สำหรับการรักษาในหอผู้ป่วยระดับ B2 ขึ้นไปและ day surgery	■ เพดาน ตามช่วงรายได้และอายุ ■ เบิกคืนเงิน สำหรับ ค่าบริการทางการแพทย์ เมื่อร่วมจ่าย ณ ที่ให้บริการหนึ่งๆ ในเวลา 1 เดือน เกินจากเพดาน		ไม่ต้องร่วมจ่ายหากค่ายาเกิน NT\$500
การยกเว้นส่วนร่วมจ่าย		ไม่มี		กำหนดข้อยกเว้นสำหรับโรคค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง บริการที่จัดโดยสถานพยาบาลในเขตภูเขาและเกาะรอบนอก ผู้มีรายได้น้อย และตามเกณฑ์ประเภทบริการ เพศ และอายุ

ระบบประกัน	สหรัฐอเมริกา	แคนาดา	ออสเตรเลีย
วิธีจ่ายค่ายา	ตามรายการ กรณี HMO รวมในอัตรา เหมาจ่าย	ตามรายการ	ตามรายการ
จำกัดรายการ ยา	Medicare Part D: ขึ้นอยู่ กับบริษัทประกัน Medicaid: State's Preferred Drug List (+ list) ประกันเอกชน: หลากหลาย	Positive list	Yes, positive list
รูปแบบและ อัตราส่วน ร่วมจ่ายค่ายา	มีความหลากหลายมาก ทั้ง deductible, co-payment ต่อครั้ง และ %coinsurance บางรัฐมี tier-cost sharing	ข้อกำหนดแตกต่างกันแต่ละ จังหวัดและเขตปกครอง ตัวอย่างเช่น <u>Saskatchewan:</u> - ผู้ป่วยทั่วไปจ่าย co-insurance 35% ของค่ายาในใบสั่งยา ส่วนผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต้องจ่าย copayment \$2 / ใบสั่ง - ผู้ป่วยทั่วไปจ่าย deductible \$850 ในแต่ละครึ่งปี; ผู้ที่อยู่ภายใต้ Family Income plan, ผู้สูงอายุในสถานพยาบาล จ่าย \$100 semi-annual deductible; ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน จ่าย \$200 semi-annual deductible <u>British Columbia:</u> - ผู้ป่วยทั่วไป \$25 /ใบสั่งยา (ค่ายารวมค่าจ่ายยา) - ผู้สูงอายุภายใต้ระบบ BC Medical Service Plan \$10 /ใบสั่งยา (ค่ายารวมค่าจ่ายยา)	Flat rate/ item (2 ระดับ) a) general: AU\$ 31.30 b) concessional: AU\$ 5.00
รูปแบบและ	แล้วแต่รัฐและระบบประกัน	มีค่าจ่ายยา (dispensing	Flat rate (2 ระดับ)

อัตราส่วนร่วมจ่ายบริการยา	Range 3.5 - 5 USD	fee) มักคิดรวมกับค่ายาต่อใบสั่ง <u>British Columbia:</u> ค่าจ่ายยา คิดรวมกับค่ายาเป็นส่วนร่วมจ่ายตามอัตราข้างต้น	a) ยาสำเร็จรูป: AU\$ 1.01 b) ยาที่ต้องเตรียม: AU\$ 1.40
เพดานส่วนร่วมจ่าย	มีหลากหลาย เช่น stop-loss amount ใน Medicare	ข้อกำหนดแตกต่างกันแต่ละจังหวัดและเขตปกครอง ตัวอย่างเช่น <u>British Columbia:</u> - ผู้ป่วยทั่วไป \$275 ต่อปี - ผู้สูงอายุภายใต้ระบบ BC Medical Service Plan \$275 ต่อปี	Safety Net threshold ต่อครอบครัว (2 ระดับ) a) general: AU\$ 1141.80 b) concessional: AU\$ 290.00
การยกเว้นส่วนร่วมจ่าย	ในระบบประกันภาครัฐ มีข้อยกเว้น เช่น สำหรับผู้ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี, หญิงตั้งครรภ์, ผู้ป่วยฉุกเฉิน, ผู้ที่รับบริการวางแผนครอบครัว	ข้อกำหนดแตกต่างกันแต่ละจังหวัดและเขตปกครอง ตัวอย่างเช่น <u>British Columbia:</u> ผู้ป่วยในสถานพยาบาลระยะยาว, ผู้ป่วยสังคมสงเคราะห์, ผู้ป่วย cystic fibrosis, ผู้ป่วยเด็กที่ต้องพึ่งยา, และ ผู้ป่วยโรคจิต <u>Quebec:</u> ผู้ที่อายุ <18 ปี, นักเรียนอายุ < 26 ปี ที่เรียนเต็มเวลา และ ผู้พิการบางกลุ่ม	No

ระบบประกัน	อังกฤษ	เยอรมนี	ฟินแลนด์
วิธีจ่ายค่ายา	ตามรายการ	ตามรายการ	ตามรายการ
จำกัดรายการยา	Yes, negative list	Yes, negative list	Yes, positive list
รูปแบบและอัตราส่วนร่วมจ่ายค่ายา	Flat rate £ 6.85 /item	Co-insurance 10% + ส่วนเกินค่ายาจาก reference price	■ Coinsurance 58% สำหรับยาในกลุ่ม basic refund ■ Coinsurance 28% สำหรับยาในกลุ่ม low special reimbursement ■ Deductible € 3 สำหรับยาในกลุ่ม upper special reimbursement
รูปแบบและอัตราส่วนร่วมจ่ายบริการยา	Flat rate		Flat rate € 13.46 / ใบสั่งยา
เพดานส่วนร่วมจ่าย	ไม่มี	เพดานส่วนร่วมจ่ายต่อปีเมื่อส่วนร่วมจ่ายเกิน 2% ของรายได้ และ 1% ของรายได้ กรณีเป็นโรคเรื้อรัง (ไม่รวมส่วนเกินจาก reference price)	€ 643 / year (เริ่มปี 2008)
การยกเว้นส่วนร่วมจ่าย	-อายุ < 16 ปี -อายุ 16-18 ปี และเรียนเต็มเวลา -อายุ 60 ปีขึ้นไป -ผู้ที่รัฐให้ความช่วยเหลือ -ผู้ป่วยในภายใต้ NHS -ผู้ที่มีภาวะที่ได้รับการยกเว้น เช่น หญิงมีครรภ์หรือหญิงหลังคลอดภายใน 1 ปี คนพิการ	บุคคลที่รัฐช่วยเหลือ เช่น ผู้มีรายได้น้อย ทหารผ่านศึก นักเรียน คนว่างงาน	ไม่มี

บทที่ 3

รายละเอียดส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพ 10 ประเทศ

เนื้อหาในบทนี้นำเสนอรายละเอียดของระบบประกันสุขภาพ ส่วนร่วมจ่าย และแง่มุมที่พบทวนใน 10 ประเทศเป็นรายประเทศ

สิงคโปร์

1. ภาพรวมระบบประกันสุขภาพ^{1,2,3,4,5,6,7}

สิงคโปร์มีปรัชญาด้านสุขภาพที่ชัดเจนว่า สุขภาพเป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล การให้บริการสุขภาพจึงอยู่บนพื้นฐานของการร่วมจ่ายของประชาชนผู้ใช้บริการ ซึ่งจะต้องจ่ายมากขึ้นเมื่อตนต้องการบริการที่พิเศษกว่าปกติ ในขณะเดียวกัน รัฐก็สนับสนุนการบริการโดยการร่วมอุดหนุนค่ารักษาพยาบาล อันประกอบด้วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน การบริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพจำนวนมากก็มีการให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายเช่นกัน

National Health Plan (NHP) ดำเนินการโดย **Central Provident Fund (CPF)** ซึ่งเริ่มเมื่อทศวรรษที่ 1983 และมีการพัฒนาเป็นลำดับ CPF เป็นการออมภาคบังคับสำหรับบุคคลและครอบครัว สมาชิกของ CPF จะต้องสะสมเงินของตนเข้าในบัญชี 3 บัญชีภายใต้ CPF ได้แก่ 1) **Ordinary account** (ใช้ซื้อบ้าน ลงทุนในกิจการที่รัฐอนุญาต ซื้อประกัน ใช้สำหรับการเรียนของบุตร และร่วมจ่ายในบัญชีเกษียณของบุพการี) 2) **Special account** (ใช้สำหรับผู้สูงอายุ เหตุฉุกเฉิน และการลงทุน) และ 3) **Medisave** ซึ่งเป็นบัญชีที่ใช้เบิกจ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นหลัก จ่ายสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกบางบริการ และรวมถึงใช้จ่ายค่า premium ในการซื้อประกันจาก Medishield

3Ms เป็นชื่อเรียกขานของระบบประกันสุขภาพหลักของสิงคโปร์ ซึ่งได้แก่

- 1) **Medisave** ซึ่งเป็นบัญชีเงินออกสำหรับตนเองและครอบครัวเป็นหลัก
- 2) **Medishield** ซึ่งเป็นประกันสุขภาพสำหรับผู้ประกันตนที่มีค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลค่อนข้างสูง สมาชิกของ CPF สามารถซื้อ Medishield เพิ่มเติมตามเหมาะสม
- 3) **Medifund** ซึ่งเป็นกองทุนสงเคราะห์หรือเป็น safety net ที่รัฐจัดเตรียมให้สำหรับกรณีผู้ป่วยที่ยากจน ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยเงินในบัญชี Medisave หรือด้วยเงินสดของตน

กองทุน Medisave, Medishield และ Medifund ทั้งสามนี้ มีวัตถุประสงค์ที่ต่างกัน แต่เสริมซึ่งกันและกัน เป็นกองทุนที่บริหารโดยรัฐบาล แต่มีแหล่งของเงินต่างกัน ความแตกต่างของสามกองทุนแสดงในตารางที่ 3.1 และแหล่งเงินของแต่ละกองทุนแสดงในภาพที่ 3.1

นอกเหนือจาก 3Ms แล้ว ประชาชนบางส่วนสามารถซื้อประกันสุขภาพเอกชน (private insurance) เนื่องจาก Medisave และ Medishield อาจไม่ครอบคลุมค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ประกันสุขภาพเอกชนนี้ มีผลคุ้มครองเฉพาะในประเทศสิงคโปร์เท่านั้น

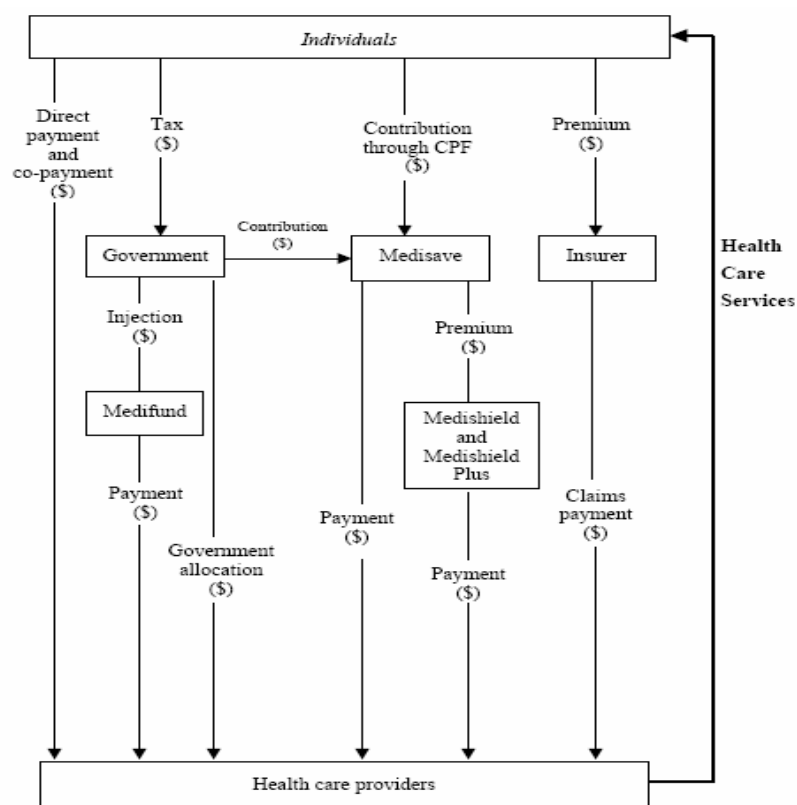
ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบ 3 กองทุนหลักด้านสุขภาพของสิงคโปร์

	Medisave ^{3,8}	Medishield ^{9,10}	Medifund ¹¹
ปีที่เริ่มใช้	เริ่มเมื่อ เมษายน 1984 เป็น medical saving account แบบแรกของโลก มีการเปลี่ยนแปลงล่าสุด เมื่อ 1 พฤษภาคม 2007	เริ่มเมื่อ 1990 กรกฎาคม 2005 มีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิด Reformed MediShield.	เริ่มเมื่อ เมษายน 1993
ลักษณะของกองทุน	- เป็น <i>national compulsory medical saving account (MSA)</i> หรือ catastrophic medical insurance ภาคบังคับสำหรับประชาชนชาวสิงคโปร์ทุกคน โดยกำหนดให้ประชาชนออมเงินจากรายได้ของตนสำหรับการรักษาพยาบาลในอนาคตของตนหรือญาติสายตรง - ผู้ประกันตนได้ดอกเบี้ยจากเงินออม ในอัตราตามที่ CPF เอาไปลงทุน (มักเป็นกองทุนระยะยาวที่ความเสี่ยงต่ำ) โดยดอกเบี้ยที่ได้นี้ ไม่ต้องเสียภาษี - เงินออมบัญชีส่วนตัว จึงไม่มี risk pooled ในภาพรวมของระบบ แต่มีในระดับครอบครัว³	- catastrophic medical insurance - เป็น <i>ประกันสุขภาพ</i> ที่ราคาไม่สูง ซึ่งผู้ประกันตนซื้อได้ด้วยเงินตนเอง เพื่อช่วยประกันความเสี่ยงของตนและญาติสายตรงกรณีที่เกิดป่วยเป็นเวลานานและมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง (และ Medisave ไม่เพียงพอที่จะจ่าย) (low cost catastrophic illness insurance scheme) - risk pooled เนื่องจากเป็นระบบประกันสุขภาพ	- เป็นกองทุนสงเคราะห์จากรัฐบาลแก่ประชาชนที่ยากจน ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ (endowment fund) จึงเป็น <i>safety net</i> สำหรับประชาชน - ปัจจุบัน (2007) มีเงินในกองทุนประมาณ 1.48 พันล้านเหรียญสิงคโปร์
ผู้จ่ายเงินและผู้รับผลประโยชน์ (ดูภาพที่ 3.1 ประกอบ)	- ผู้ที่มีงานทำ หักเงินจากรายได้ของตนเข้าสมทบบัญชีตนเอง (ปัจจุบันครอบคลุม 85% ของประชากร) - ผู้ที่ทำงานส่วนตัว (self-employed) ที่มีรายได้สุทธิ > 6,000 สิงคโปร์ดอลลาร์ ต้องเข้าร่วมใน Medisave - ตนเองและและญาติสายตรง	- ผู้ประกันตนที่มีอายุไม่เกิน 75 ปี ภายใต้ CPF จ่ายค่า premium ซื้อประกันเพิ่ม - มีเงื่อนไขการรับเข้าบางอย่างและอาจไม่เอื้อต่อบุคคลที่เจ็บป่วยก่อนสมัครเข้า - ผู้ประกันตนได้รับประโยชน์ - ครอบคลุมการประกันถึงอายุ 80 ปี	- รัฐจ่ายเงินสงเคราะห์ - ประชาชนของสิงคโปร์ที่ได้รับการรักษาจากหอผู้ป่วยระดับ B2 หรือ C ในสถานพยาบาลที่ Medifund รับรอง และไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ จะเป็นผู้มี

	(immediate family) ได้แก่ สมาชิก ภรรยา บุตร มารดาบิดา ปู่ย่า ตายาย (ซึ่งต้องสัญชาติสิงคโปร์ หรือพักอาศัยถาวรในสิงคโปร์) ได้รับประโยชน์		สิทธิรับประโยชน์จาก กองทุนนี้
แหล่งของเงิน	เงินออมของบุคคลที่มีรายได้ภายใต้ CPF (6.5-9%ของเงินเดือน) ร่วมกับเงินสมทบจากนายจ้าง อัตราการสะสมเงินเข้า CPF และ สัดส่วนของเงิน CPF ที่ใช้สำหรับ Medisave จะเป็นสัดส่วนขึ้นกับ อายุและสถานะของผู้ประกันตนด้วย เช่น ผู้ประกันตนเป็นลูกจ้าง หรือ ทำงานส่วนตัวหรือเป็นผู้เกษียณมี บำนาญแล้ว จำนวนปีที่ เป็นสมาชิก CPF เป็นต้น (ตารางที่ 3. 2 และภาพ ที่ 3.2)	ผู้ประกันตนซื้อประกัน และจ่ายค่า premium	เงินภาษีประชาชนที่จ่าย ให้รัฐบาล
บริการสุขภาพที่ครอบคลุม	<u>ครอบคลุม</u> - ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวใน โรงพยาบาล ค่าแพทย์ ค่าผ่าตัด ค่าตรวจ ค่ากายภาพบำบัด ค่า อุปกรณ์การแพทย์ และค่ายา สำหรับคนไข้ใน - ค่าผ่าตัดรายวัน (day surgery) - ค่ารักษาสำหรับคนไข้นอก บาง รายการ ได้แก่ วัคซีนไวรัสตับ อักเสบ B การฟอกไต รังสีบำบัดและเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ยาต้านไวรัสเอดส์ ยาและการถ่ายเลือดสำหรับ รักษาธาลัสซีเมีย การรักษาด้วย ออกซิเจน ยาปฏิชีวนะแบบฉีด IV ยาคุมกำเนิดสำหรับ ผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ การรักษาเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดผิดปกติ และ stroke - คลอดบุตร <u>ไม่ครอบคลุม</u>	<u>ครอบคลุม</u> - โรคที่ร้ายแรง หรือการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็น เวลานาน ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูง (ครอบคลุมการรักษาตัวใน B2/C wards ของ restructured hospitals) - หากผู้ประกันตนต้องการรักษาในหอผู้ป่วยระดับ B1 หรือ A สามารถเปลี่ยนไปซื้อประกันแบบ private Medisave-approved Integrated plans <u>ไม่ครอบคลุม</u> - อาการป่วยต่างๆก่อนประกันตน หรืออาการเจ็บป่วยที่ได้รับ การรักษาก่อนหน้านี้ประกันตน ภายใน 12 เดือน - ความผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด (congenital anomalies) - การรักษาในต่างประเทศ - ผ่าตัดเสริมสวย - ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ	

	1. ผ่าตัดเสริมสวย 2. รายงานทางการแพทย์ 3. อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น รถเข็น 4. บริการอื่นๆ เช่น รถฉุกเฉิน ค่าโทรศัพท์ ค่าซักผ้า 5. respite care	6. อาการป่วยทางจิต ค่าคลอดบุตร	
สถานบริการที่เลือกใช้ได้	สถานพยาบาลต่างๆที่ผ่านการรับรองโดย Medisave 1. restructured hospital 2. Medisave-accredited private hospital 3. GP 4. medical institutions	สถานพยาบาลต่างๆที่ผ่านการรับรองโดย Medishield	

ภาพที่ 3.1 การเงินการคลังของระบบบริการสุขภาพของสิงคโปร์⁴



2. บริการสุขภาพ

การบริการสุขภาพในสิงคโปร์ประกอบด้วยบริการภาครัฐและเอกชน⁵

2.1. การบริการสุขภาพโดยภาครัฐ

- ครอบคลุม 20% ของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยเป็นการบริการผ่านโพลีคลินิกชุมชน 17 แห่ง และคลินิกแม่และเด็ก 15 แห่ง ผู้รับบริการจะต้องจ่ายค่าบริการในอัตราที่รัฐควบคุม โดยรัฐร่วมจ่ายให้ 50% แก่ผู้ให้บริการ ในระบบบริการสุขภาพโดยภาครัฐ มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นลูกจ้างอยู่ประมาณ 300 คน

- ครอบคลุม 80% ของบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ ผ่านโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ 7 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะทาง 6 แห่ง โรงพยาบาลทั้งหมดนี้เป็นของรัฐ แต่ดำเนินการแบบเอกชนไม่มุ่งหวังผลกำไร ทำให้มีความยืดหยุ่นและคล่องตัวในการบริหารมากขึ้น ค่าบริการในโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับการกำหนดของโรงพยาบาลโดยตรง โรงพยาบาลของรัฐนี้ ถูกแบ่งเป็นสองกลุ่มเพื่อกระตุ้นการแข่งขัน คือแบ่งเป็น Singapore health services (Singhealth) ทางตะวันออก และ National healthcare group ซึ่งตั้งทางตะวันตก

โรงพยาบาลรัฐจะได้รับงบประมาณจากรัฐ (subvention) เพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพแบบรัฐสวัสดิการ การร่วมจ่ายโดยรัฐ จะจ่ายแบบ block grant ขึ้นกับประเภทของบริการ (ซึ่งเป็นไปตามการวินิจฉัยโรคด้วย Diagnostic-related category (DRG)) และระดับของห้องพักในหอผู้ป่วย (ระดับ A ซึ่งเป็นห้องพักหรูเหมือนโรงพยาบาลเอกชน รัฐไม่ร่วมจ่ายให้ ห้องพัก B1 ร่วมจ่ายให้ 20% ห้องพัก B2 ร่วมจ่าย 65% และห้องพัก C ร่วมจ่าย 80%) ประมาณ 90% ของการร่วมจ่ายโดยรัฐ เป็นไปเพื่อผู้ป่วยที่พักในหอผู้ป่วยแบบ B2 และ C class

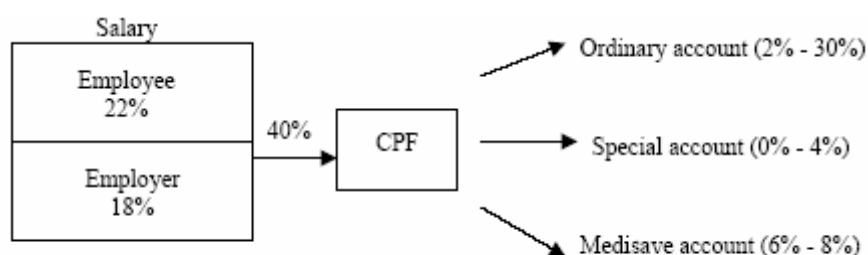
2.2. การบริการสุขภาพโดยภาคเอกชน

ครอบคลุม 80% ของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผ่านคลินิกกว่า 1,900 แห่ง ผู้รับบริการต้องจ่ายค่าแพทย์ประมาณ 10-15 เหรียญสิงคโปร์ อัตราค่าบริการนี้ไม่ถูกควบคุมโดยรัฐ ผู้ป่วยซึ่งไม่ได้อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถเข้าใช้บริการภาคเอกชนได้ทุกแห่ง แต่ในอนาคต มีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะต้องขึ้นทะเบียนกับแพทย์ประจำครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

3. การเก็บเงินเข้ากองทุน

การเก็บเงินเข้ากองทุนประกันสุขภาพกระทำภายใต้ระบบการสมทบเข้าสู่ **Central Provident Fund (CPF)** เป็นการหักเงินจากเงินเดือนแต่ละเดือนของผู้ประกันตน เพื่อนำส่ง CPF ในรูปเงินก้อน (เงินก้อนนี้คิดเป็น 40% ของรายได้ โดยผู้ประกันตนจ่าย 22% และนายจ้างจ่าย 18%) ซึ่งเงินก้อนดังกล่าวจะถูกแบ่งกระจายไปสะสมใน Medisave 6-8% (ขึ้นกับช่วงอายุ) และบัญชีอื่นๆ ดังภาพที่ 3.2 และตารางที่ 3.3

ภาพที่ 3.2 สัดส่วนการสะสมเงินจากรายได้ของลูกจ้างและการสมทบโดยนายจ้างเข้า CPF และการกระจายของ CPF เพื่อใช้ในบัญชีทั้งสาม ⁴



Source: Singapore 1998

ตารางที่ 3.2 สัดส่วนของเงินที่สะสมเข้า CPF จำแนกตามช่วงอายุของผู้ประกันตนที่มีรายได้⁴

อายุของลูกจ้าง	ร้อยละของเงินเดือนที่จ่ายเข้า CPF			ร้อยละโดยรวม
	Ordinary account	Special account	Medisave account	
≤ 35 ปี	30	4	6	40
35-44 ปี	29	4	7	40
45-54 ปี	28	4	8	40
55-59ปี	12	-	8	20
60-64 ปี	7	-	8	15
≥65 ปี	2	-	8	10

ผู้ประกันตนก็ต้องสะสมเงินในบัญชีไม่ให้ต่ำกว่าระดับต่ำสุดที่กำหนด เพื่อให้มั่นใจว่าเมื่อเจ็บป่วยจะมีเงินฉุกเฉินที่เบิกมาใช้ได้ (และพบว่าข้อกำหนดเช่นนี้ อาจมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพได้ คือ หากเพิ่มยอดเงินที่สามารถถอนออกมาให้สูงขึ้น ผู้ประกันตนจะซื้อบริการราคาแพงขึ้น และอาจมีปัญหว่าทำให้ยอดเงินออมมีไม่พอใช้ยามเจ็บป่วยเมื่อสูงอายุ ¹² ทั้งนี้ กำหนดเพดานจ่ายการออมเงินกำหนดให้ไม่เกินปีละ 72,000 เหรียญต่อบัญชี เพื่อควบคุมไม่ให้มีเงินสะสมมากเกินไป อันจะนำสู่การใช้บริการที่ไม่จำเป็น

ผู้ประกันตนสามารถนำเงินจาก Medisave มาใช้ในเรื่องอื่นได้เมื่ออายุ 55 ปี ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่สามารถเบิกมาใช้ได้ก่อนเกษียณ คือ กรณีซื้อประกันจำนองบ้าน การลงทุนใน blue chip และ ค่าใช้จ่ายสำหรับการเรียนของบุตร³ หากเจ้าของบัญชีเสียชีวิต เงินออมในบัญชีจะกลายเป็นมรดกที่สามารถมอบแก่ครอบครัว เพื่อน หรือมูลนิธิได้ ระหว่างที่รับการรักษา หากเงินออมใน Medisave มีไม่เพียงพอต่อการจ่ายค่ารักษา ผู้ป่วยต้องจ่ายเองเป็นเงินสด ทั้งนี้ประชาชนสามารถลองคำนวณคร่าวๆก่อนรับการรักษาได้ว่าการใช้บริการสุขภาพของตน จะสามารถเบิกใช้จากบัญชี Medisave

และ Medishield เป็นจำนวนเท่าใด โดยตรวจสอบที่เว็บไซต์ของ CPF
(https://www.cpf.gov.sg/cpf_trans/ssl/medicalEnh/medi_calc_step1.asp)

ตารางที่ 3.3 Medisave Contribution Rate for Self-Employed^{13,14}

รายได้สุทธิต่อปี (SGD)	อายุ <35 ปี	อายุ 35 -44 ปี	45-60 ปี	≥ 60 ปี
> 6,000	ร่วมสะสมเข้ากองทุนด้วยความสมัครใจ ในอัตรา 1/3 ของfull rate	ร่วมสะสมเข้ากองทุนด้วยความสมัครใจ ในอัตรา 1/3 ของfull rate	ร่วมสะสมเข้ากองทุนด้วยความสมัครใจ ในอัตรา 1/3 ของfull rate	
> 6,000 - 12,000	1/3 ของfull rate	1/3 ของfull rate	1/3 ของfull rate	
>12,000 - 18,000	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	
> 18,000	จ่ายเต็มอัตราที่ 6.5%	จ่ายเต็มอัตราที่ 7.5%	จ่ายเต็มอัตราที่ 8.5%	จ่ายเต็มอัตราที่ 9%
Maximum contribution/ month (S\$)	360	420	480	

ส่วนการจ่ายเงินเข้าสู่ระบบ Medishield นั้น ผู้ประกันตนต้องจ่ายค่าเบี้ยประกัน (premium) โดยอาจจ่ายเป็นเงินสดหรือใช้เงินจาก Medisave มาจ่ายก็ได้

4. หลักการ/แนวคิด ของการกำหนดส่วนร่วมจ่าย^{3,4,5}

แนวคิดด้านสุขภาพและการจัดระบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์ค่อนข้างชัดเจน มีผลให้การกำหนดส่วนร่วมจ่ายมาจากพื้นฐานความคิดที่ชัดด้วยเช่นกัน แนวคิดด้านสุขภาพและการกำหนดส่วนร่วมจ่ายของสิงคโปร์มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 3.4 ประมวลวัตถุประสงค์ ภูมิประเพณีปฏิบัติ ของระบบสุขภาพ และส่วนร่วมจ่าย

วัตถุประสงค์ของระบบบริการสุขภาพ	การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และผลต่อการกำหนดส่วนร่วมจ่าย
1) เพื่อให้ประชาชนในประเทศมีสุขภาพที่ดี ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ	- การให้สุขศึกษา การป้องกันโรค การให้วัคซีน การคัดกรองโรค เป็นบริการฟรีที่รัฐจัดให้ประชาชน หรือเป็นบริการที่รัฐร่วมเสียค่าใช้จ่ายให้ด้วยในอัตราที่สูง - กำหนดส่วนที่ประชาชนต้องจ่ายเอง กระตุ้นให้ประชาชนดูแลสุขภาพของตน ซึ่งในกรณีของกองทุน Medisave ถูกตั้งขึ้นมาโดยหวังจะสนับสนุนให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง เพราะเงินฝากใน Medisave เป็นเงินออมของแต่ละบุคคล ไม่ใช่เงินที่สะสมเข้าระบบรวมกัน ดังนั้น หากประชาชนรักษาสุขภาพของตนได้ดี เงินออมใน Medisave ก็จะถูกสะสม ไม่ถูกนำมาใช้
2) เพื่อส่งเสริมให้บุคคลรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และไม่หวังพึ่งรัฐสวัสดิการหรือประกันสุขภาพจนเกินไป	ประชาชนเชื่อว่าตนเองต้องรับผิดชอบสุขภาพของตนเองเป็นหลัก ดังนั้น ณ จุดหนึ่งของการรับบริการสุขภาพ ประชาชนควรมีส่วนร่วมจ่ายด้วย บริการสุขภาพฟรีที่จัดให้ประชาชน ย่อมหมายถึงใครคนใดคนหนึ่ง (เช่น บริษัทประกัน นายจ้าง หรือภาครัฐ -third party) จะต้องเป็นผู้จ่าย และอาจทำให้เกิดการใช้บริการที่ฟุ่มเฟือยมากเกินไปจนความจำเป็น ดังนั้น ถึงแม้จะเป็นการบริการที่รัฐช่วยสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้ในสัดส่วนที่สูงแล้ว ประชาชนก็ยังต้องมีส่วนร่วมจ่ายด้วยอย่างน้อย 1 ใน 5 ของค่าใช้จ่ายนั้น เช่น ในการตรวจ mammography ที่โพลีคลินิก หญิงที่อายุมากกว่า 50 ปี ก็ยังต้องร่วมจ่ายครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่าย การกำหนดให้มีส่วนร่วมจ่ายเช่นนี้ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายและประโยชน์ที่ได้รับจากบริการ เป็นรูปธรรม เห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และทำให้ลดโอกาสในการใช้บริการที่มากเกินไปจนความจำเป็น (Medisave ถูกออกแบบมาเพื่อป้องกันปัญหา moral hazard แก่ buffet syndrome ของประชาชน ซึ่งมักจะมีในระบบที่มี third-party และ pre-paid system)³
3) เพื่อจัดบริการสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น มีคุณภาพ และประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้ (จ่ายได้)	- บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็น equity ไม่ใช่ equality - ประชาชนชาวสิงคโปร์ทุกคน ไม่เว้นแม้แต่คนจน จะต้องสามารถเข้าถึง “Basic package” ของบริการสุขภาพที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า ซึ่ง basic package นี้ มีการเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเทคโนโลยีมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอย่างรวดเร็ว - ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม คือ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในราคาต่ำ การพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยโดยรัฐช่วยค่าใช้จ่ายบางส่วน และ กองทุน Medifund scheme - การสนับสนุนจากภาครัฐมีจำกัดและรัฐไม่ได้พยายามจะบีบให้ระบบเป็นระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (National Health) แต่ก็ได้ให้ความหมายว่า รัฐจะไม่ช่วยเหลือให้ประชาชนเข้าถึงการบริการที่ดีได้ และในขณะเดียวกัน ก็ได้ให้ความหมายว่ารัฐจะขัดขวางไม่ให้ประชาชนที่มีความสามารถในการจ่ายด้วยตนเอง ได้เลือกบริการที่ตนพอใจ - สิงคโปร์มีมุมมองที่ต่างจากสหราชอาณาจักร ในขณะที่สหราชอาณาจักรจัดให้บริการสุขภาพเป็นภาระที่รัฐต้องจัดให้ประชาชนทุกคนเหมือนกันหมด แต่สิงคโปร์จะเห็นว่าสิ่งที่รัฐต้องจัดให้ได้แก่การศึกษา ที่อยู่อาศัย และการทหารหรือความปลอดภัยของบ้านเมือง เพราะบริการทางการแพทย์เป็นเรื่องที่สืบเนื่องจากความจำเป็นทางสุขภาพของแต่ละบุคคล การบริการสุขภาพจึงไม่ใช่เรื่องที่รัฐจะต้องจัดให้มีครบถ้วนทุกอย่างแก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียม

วัตถุประสงค์ของระบบบริการสุขภาพ	การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม และผลต่อการกำหนดส่วนร่วมจ่าย
4) เพื่อให้เกิดการแข่งขันของตลาดการบริการสุขภาพ อันจะส่งเสริมให้มีการพัฒนาการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	- ผู้ป่วยสามารถใช้เงินออมของตนจาก Medisave หรือ MediShield สำหรับบริการที่ตนเลือกใช้ และผู้ป่วยสามารถเลือกระดับของการรักษาได้ด้วยตนเอง จึงทำให้เกิดการแข่งขันระหว่างสถานบริการภาครัฐและเอกชน โดยสถานบริการสามารถให้ข้อมูลหรือโฆษณาบริการที่ตนมีได้ (ตั้งแต่ 17 พฤษภาคม 2004) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจได้ บนพื้นฐานของข้อมูลที่ตนได้รับอย่างเพียงพอ
5) เพื่อเข้าแทรกแซงในระบบบริการสุขภาพ เมื่อกลไกตลาดไม่ประสบความสำเร็จในการดึงราคาค่าบริการให้ลดต่ำลง	- ในกรณีที่กลไกตลาด ไม่สามารถช่วยควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบได้ การกำหนดส่วนร่วมจ่ายมีความสำคัญในการควบคุมการใช้บริการของด้านอุปสงค์ ตัวอย่างเช่น การกำหนดไม่ให้ใช้เงินออมของตนใน Medisave เพื่อจ่ายกรณีผู้ป่วยเลือกพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือไปโรงพยาบาลโดยตรงแทนที่จะรอการส่งตัวจากแพทย์ที่ระดับบริการปฐมภูมิ (gatekeeper referral) ในอีกนัยหนึ่ง ก็คือ การที่รายการรักษาที่ผู้ป่วยสามารถเบิกได้จาก Medisave หรือ MediShield อาจไม่ตรงกับความต้องการ (อุปสงค์) ทั้งหมดของผู้ป่วย จะช่วยควบคุมการใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นลงได้ - การกำหนดส่วนร่วมจ่าย ในลักษณะของ out-of-pocket deductible และ co-payment ในสัดส่วนต่างๆ เป็นแรงจูงใจที่ดีที่จะช่วยให้ผู้บริโภคคิดอย่างรอบคอบก่อนใช้บริการทางการแพทย์ - ในด้านการควบคุมอุปทาน การกำหนดให้หน่วยบริการเบิกคืนค่าบริการโดยอาศัยระบบ DRG (diagnostic-related group) จะช่วยลดการให้บริการที่ไม่จำเป็น เช่น ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกินจำเป็น หรือลดการจ่ายยาราคาแพง (ซึ่งมีผลให้ยาสามัญมีการใช้กว่า 2 ใน 3 ของยาในสิงคโปร์)

โดยสรุป การกำหนดส่วนร่วมจ่าย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลมีส่วนร่วมรับผิดชอบในสุขภาพของตนเอง และเพื่อควบคุมมิให้มีการใช้บริการทางสุขภาพเกินความจำเป็น⁵

5. ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพ

5.1. ส่วนร่วมจ่ายการให้บริการ Medisave

ระบบ Medisave มีได้กำหนดอัตราส่วนร่วมจ่ายบริการโดยตรง แต่ใช้วิธีการกำหนดว่าผู้ใช้บริการสามารถถอนเงินออกมาจากบัญชี Medisave เพื่อนำมาใช้จ่ายค่าบริการสุขภาพได้ไม่เกินเท่าใด เป็นการกำหนดขอบเขตการถอนเงิน (withdrawal limits) หรือขอบเขตการเบิกจ่ายโดยระบบ ซึ่งก็คือการกำหนดเพดานการจ่ายโดยระบบนั่นเอง หากมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่านั้น อาจได้รับการครอบคลุมโดยประกันสุขภาพแบบอื่น หรือจ่ายออกจากกระเป๋าเอง (out-of-pocket)

การที่รัฐกำหนดเพดานการจ่าย (Medisave contribution ceiling) ที่ผู้ประกันตนสามารถถอนไปใช้ในแต่ละบริการ แม้จะเป็นเงินออมของผู้ป่วยเอง ก็เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยยังคงมีเงินเหลือพอสำหรับการรักษาในอนาคต โดยเฉพาะหลังเกษียณและเมื่อแก่ตัวลง (นับแต่ 1 กรกฎาคม 2007 เพดานการจ่ายเปลี่ยนเป็น 33,500 เหรียญ) ค่าใช้จ่ายที่เบิกจากกองทุน ได้แก่ ค่ารักษาใน

โรงพยาบาล (ตั้งแต่ 1 พ.ค. 2007) 450 เหรียญ /วัน (รวมค่าแพทย์ ไม่เกิน 50 เหรียญ/วัน) และ ค่าบริการอื่นๆตามกำหนด เช่น ค่าผ่าตัดไม่เกิน 300 เหรียญ (รวมค่าแพทย์ ไม่เกิน 30/ วัน ค่า ผ่าตัดจ่ายตามความยากและซับซ้อนของการผ่า การรักษาทางจิตเวช ไม่เกิน 150 เหรียญ/วัน เป็นต้น) ทั้งนี้มีแผนการปรับเปลี่ยนระดับของการเบิกจ่ายจาก Medisave ให้เป็นไปตามระดับความรุนแรงของโรคด้วย (ตั้งแต่ 1999 มีการใช้ DRG)

ตารางที่ 3.5 เพดานการจ่ายค่าบริการจากระบบ Medisave

SUMMARY OF MEDISAVE WITHDRAWAL LIMITS

TYPES OF TREATMENTS	WITHDRAWAL LIMITS
For Inpatient Treatment	
Medical / surgical inpatient cases	S\$450 per day + Surgical limits according to the Table of Operations (as of 1 May 2007). S\$400 per day + Surgical limits according to the Table of Operations (before 1 May 2007)
Approved day surgeries	S\$300 per day + Surgical limits according to the Table of Operations (as of 1 May 2007) S\$200 per day + Surgical limits according to the Table of Operations (before 1 May 2007)
Psychiatric treatment	S\$150 per day up to \$5,000 a year
Stay in approved community hospitals	S\$150 per day up to \$3,500 a year
Stay in approved convalescent hospitals	S\$50 per day up to \$3,000 a year
Stay in approved hospices	S\$160 per day for approved inpatient medical treatment
Day care at Senior Citizens in Health Care Centres	S\$20 per day up to \$1,500 a year
For Outpatient Treatment	
Hepatitis B Vaccination	Below 12 years old - S\$25

	Between 12 to 19 years old - S\$35 19 years old and above - S\$50
Outpatient treatments of approved chronic diseases (Diabetes, Hypertension, Lipids Disorders, Stroke)	S\$300 per year per Medisave account
Assisted conception procedures	Use of Medisave up to 3 treatment cycles per patient (only patient's and spouse's Medisave may be used) For Assisted Conception Procedures' treatments received on or after 1 August 2004, the withdrawal limits are: 1st withdrawal - S\$6,000 2nd withdrawal - S\$5,000 3rd withdrawal - S\$4,000
Renal dialysis treatment	S\$450 per month (Only patient's Medisave may be used. For patients aged 18 and below, the parents' Medisave may be used.)
Radiotherapy	
External Radiotherapy	S\$80 per treatment
Brachytherapy with external radiotherapy	S\$300 per treatment
Brachytherapy without external radiotherapy	S\$360 per treatment
Superficial X-ray	S\$30 per treatment
Stereotactic radiotherapy	S\$2,800 per treatment
Chemotherapy (includes analgesic medication and suppressive treatments such as neuroendocrine and nuclear medicine treatments)	S\$300 for 7-day treatment cycle S\$1,200 for 21/28-day treatment cycle
HIV anti-retroviral drugs (includes drugs used to treat opportunistic infections)	S\$550 per month (Only patient's Medisave may be used. For patients aged 18 and below, the parent's Medisave may be used.)

ส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพ 10 ประเทศ

Thalassaemia treatment (Desferral drug and blood transfusion)	S\$350 per month
Hyperbaric Oxygen Therapy	S\$100 per treatment
Outpatient Intravenous Antibiotic Treatment	S\$600 per weekly cycle, up to S\$2,400 a year
Rental of devices for Long Term Oxygen Therapy and Infant Continuous Positive Airway Pressure Therapy	S\$75 per month
Immuno-Suppressant Drugs such as Cyclosporin and Tacrolimus	S\$300 per month

ที่มา: Ministry of Health, Singapore, 2007

<http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=7824> accessed Jun 2008.

สำหรับการผ่าตัด มีการกำหนดขอบเขตที่ระบบ Medisave จ่ายให้ตามระดับความซับซ้อนของการผ่าตัดด้วย ดังในตาราง table of surgical operation (ตารางที่ 3.6)

ตารางที่ 3.6 ขอบเขตความรับผิดชอบเบิกจ่ายของ Medisave สำหรับการผ่าตัด (ทั้งผู้ป่วยในและ day surgery) ตามระดับความซับซ้อน

Table of Operations	Medisave Limits
1A - 1C	S\$150 - 250
2A - 2C	S\$350 - 600
3A - 3C	S\$800 - 1,200
4A - 4C	S\$1,400 - 1,800
5A - 5C	S\$2,000 - 2,400
6A - 6C	S\$2,800 - 3,600
7A - 7C	S\$4,000 - 5,000

ที่มา: Ministry of Health, Singapore,

<http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=324> accessed Jun 2008.

ส่วนร่วมจ่ายค่ายา โดยทั่วไปไม่ได้กำหนดเป็นเพดานต่างหากแยกจากบริการอื่น แต่รวมอยู่ในบริการทั้งหมด ยกเว้นมีการกำหนดเพดานสำหรับยาบางประเภทของบริการผู้ป่วยนอกเป็นรายการเฉพาะ เช่น IV antibiotics, ARVs ดังในตารางที่ 3.5

5.2. ส่วนร่วมจ่ายการใช้บริการ Medishield

ในการเบิกจ่าย ผู้ประกันตนจะเริ่มใช้สิทธิเบิกจ่ายภายใต้ Medishield ได้ ก็ต่อเมื่อได้จ่ายส่วนแรก (deductible) ของปีนั้น และ ส่วนร่วมจ่าย (co-insurance) ไปแล้ว นอกจากนี้ หากค่าใช้จ่ายเกินขอบเขตที่เบิกได้ (claim limits) ผู้ป่วยก็ต้องจ่ายส่วนเกินเอง ดังแสดงในภาพที่ 3.3

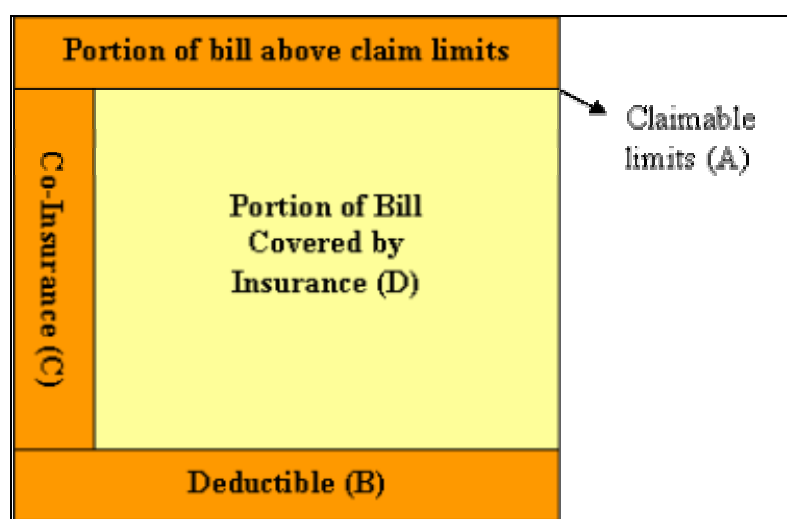
1) การจ่ายส่วนแรก (**deductible**) ของปีนั้น (per policy year) คิด \$1000 สำหรับการรักษาในหอผู้ป่วยระดับ C, \$1500 สำหรับการรักษาในหอผู้ป่วยระดับ B2 ขึ้นไป และ day surgery

2) ส่วนร่วมจ่าย **co-insurance** เกิดขึ้นหลังจากจ่ายส่วนแรกไปแล้ว โดยผู้ประกันตนต้องร่วมจ่าย 20% หลังจากนั้น Medishield จะจ่ายให้ประมาณ 80-90% ของยอดค่าใช้จ่ายที่ค้างอยู่ และผู้ประกันตนสามารถใช้เงินจาก Medisave จ่ายส่วนที่เหลือที่ Medishield ไม่ครอบคลุมได้ ส่วนร่วมจ่ายนี้จะต่ำ หากค่าใช้จ่ายทั้งหมดมียอดที่สูง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังตารางที่ 3.4

ค่าใช้จ่ายที่เบิกได้ด้วย Medishield ได้แก่ ค่ารักษาในโรงพยาบาล ไม่เกิน 250 เหรียญ/วัน (รพ.ธรรมดา) หรือไม่เกิน 500 เหรียญ/วัน (ICU) (รวมค่าแพทย์ ค่าธรรมเนียมการรักษา ค่าตรวจวินิจฉัย และค่ายาต่าง ๆ), ค่าผ่าตัด 150-1,100 เหรียญ, - ค่าผ่าตัดปลูกถ่ายอวัยวะ 2,500 เหรียญ, ค่ารักษากรณีผู้ป่วยนอก ที่มีราคาแพง เช่น การให้เคมีบำบัดและรังสีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และการฟอกเลือดล้างไต รายละเอียดดังตารางที่ 3.5 ซึ่งเมื่อรวมแล้ว ต้องไม่เกินปีละ 50,000 เหรียญ และตลอดชีวิตไม่เกิน 200,000 เหรียญ

ผู้ป่วยสามารถนำเอาเงินจากบัญชี Medisave มาจ่ายส่วนร่วมจ่ายของ Medishield ก็ได้

ภาพที่ 3.3 ส่วนที่ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายของบริการในระบบ Medishield



ที่มา: Ministry of Health, Singapore,

<http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=340> accessed Jun 2008.

ตารางที่ 3.7: Deductible และ Co-insurance สำหรับ Medishield

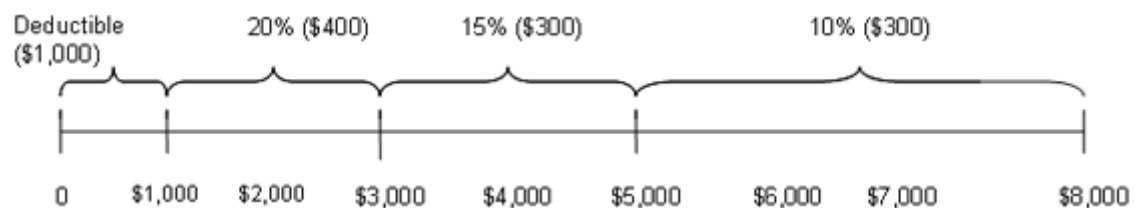
การร่วม จ่ายตัว deductible และ co- insurance	Deductible	Ward Class		Day Surgery
	Per Policy	Class C	Class B2 & Above	
	Year	\$1,000	\$1,500	
	Co- Insurance	Claimable Amount	Claimable Amount	
		\$1,001 - \$3,000 : 20%	\$1,501 - \$3,000 : 20%	
		\$3,001 - \$5,000 : 15%	\$3,001 - \$5,000 : 15%	
		Above \$5,000 : 10%	Above \$5,000 : 10%	

หมายเหตุ: - policy year เริ่มจากวันที่สมัคร หรือต่ออายุ Medishield

- claimable amount หมายถึงการเบิกจ่ายต่ำสุดที่จ่ายรวมได้

- claimable amount co-insurance สำหรับผู้ป่วยนอก คือ 20%

ภาพที่ 3.4 ภาพรวมการจ่ายส่วนแรกและร้อยละร่วมจ่ายของบริการในระบบ Medishield



ที่มา: Ministry of Health, Singapore,

<http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=340> accessed Jun 2008.

นอกจากนี้ ก็ยังมีการกำหนดขอบเขตสูงสุดที่ระบบ Medishield จ่ายสำหรับค่ารักษาพยาบาล ดังในตารางที่ 3.8

ตารางที่ 3.8: ค่าใช้จ่ายที่สามารถครอบคลุมจาก Medishield

BENEFITS	CLAIM LIMITS
<i>Inpatient/Day Surgery</i>	
Daily Ward & Treatment Charges ^a	\$250 per day
Daily Ward & Treatment Charges in ICU ^a	\$500 per day
Surgical Operations ^b	\$150 - \$1,100
Implants/approved medical consumables ^c	\$2,500 per treatment
Radiosurgery treatment ^d	\$4,800 per procedure

BENEFITS	CLAIM LIMITS
<i>Outpatient Treatments</i> ^e	
Stereotactic Radiotherapy Treatment for cancer Radiotherapy for cancer: Chemotherapy for cancer/ Certain benign neoplasms Renal Dialysis Erythropoietin drug for chronic renal failure Immunosuppressant drugs for organ transplant	\$1,000 per treatment \$80 per treatment day (External or Superficial), \$160 per treatment day (Brachytherapy with or without external) \$150 per 7-day treatment cycle \$700 per 21- or 28-day treatment cycle \$1,000 per month \$200 per month \$200 per month
<i>Maximum Claim Limits</i>	\$50,000 (per policy year), \$200,000 (lifetime)
<i>Last Entry Age</i>	Below 75 when cover commences
<i>Maximum Coverage Age</i>	85 (age next birthday)

^a รวมค่าอาหาร **ค่ายา** ค่าบุคลากรทางการแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ

^b การผ่าตัดศัลยกรรมจะแบ่งเป็นระดับขึ้นตามความซับซ้อน

^c Approved medical consumables ได้แก่ Intravascular electrodes used for electrophysiological procedures, Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) Balloons และ Intra-aortic balloons (or Balloon Catheters).

^d Radiosurgery includes Novalis radiosurgery and Gamma Knife treatment.

^e Deductibles ไม่สามารถใช้ได้ในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

5.3. ส่วนร่วมจ่ายการใช้บริการ Medisave for Chronic Disease Management Program

ในกรณีผู้ป่วยเรื้อรัง มี Medisave for Chronic Disease Management Program ซึ่งผู้ป่วยสามารถใช้เงินออมจากบัญชี Medisave ของตนจ่ายสำหรับการรักษากรณีการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดผิดปกติ โดยมีส่วนร่วมจ่ายดังนี้

- 1) จ่ายส่วนแรกของค่าใช้จ่าย (deductible) เป็นเงิน 30 เหรียญสิงคโปร์
- 2) ร่วมจ่ายอีก 15% ของค่าใช้จ่ายที่เหลือหลังจากจ่ายส่วนแรกไปแล้ว
- 3) ใช้เงินจาก Medisave account ของตนจ่ายส่วนที่เหลือ

เช่น ค่ารักษาคิดเป็น 100 เหรียญ ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนแรก 30 เหรียญ + 10.50 เหรียญ (15% ของ 100-30=70) แล้วค่าใช้จ่ายอีก 59.50 เหรียญที่เหลือ สามารถใช้วิธีหักจากบัญชี Medisave ของตน ทั้งนี้ ยอดเงินรวมที่เบิกมาใช้จ่ายจะต้องไม่เกิน 300 เหรียญต่อปี โดยไม่ขึ้นกับ

จำนวนครั้งที่ป่วย ในกรณีที่ใช้เงินออมจากบัญชี Medisave ของสมาชิกอื่นในครอบครัว ก็จะถูกจำกัดไม่ให้เกิน 300 เหรียญต่อปี ต่อบัญชีเช่นกัน

6. Safety Net

กลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายตามที่กำหนด ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็นของสิงคโปร์ มีลักษณะพิเศษคือ แทนที่จะกำหนดเพดานส่วนร่วมจ่าย แต่กลับใช้ระบบที่แยกต่างหากคือ Medifund เป็นหลัก

Medifund เป็นกองทุนสงเคราะห์ที่รัฐบาลเตรียมให้สถานบริการต่างๆ ที่ให้บริการแก่ประชาชนผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ กองทุนนี้เริ่มต้นด้วยเงินลงทุนจากรัฐบาล 200 ล้านเหรียญสิงคโปร์ มีการเพิ่มขึ้นของเงินทุนประมาณ 100 ล้านเหรียญต่อปี เฉพาะดอกเบี้ยหรือรายได้จากกองทุนนี้เท่านั้น ที่จะถูกใช้ประโยชน์สำหรับประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลของตนเมื่อรับการรักษาในโรงพยาบาล(ที่ได้รับการรับรองโดยรัฐ) ตั้งแต่ 1 เมษายน 1993 เป็นต้นมา ผู้ป่วยที่ยากจน ไม่สามารถจ่ายค่าพยาบาลด้วยตนเองแล้วหรือโดยอาศัยสิทธิของบุคคลในครอบครัวมาช่วยจ่าย และรับการรักษาในหอผู้ป่วยระดับ C หรือ B2 จะมีสิทธิได้รับการสงเคราะห์โดย Medifund กองทุนนี้ให้การสงเคราะห์ในกรณีที่รับการรักษาเฉพาะทางด้วย มิใช่แค่การรักษาเบื้องต้นทั่วไปเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจะสามารถเบิกค่าใช้จ่ายจาก Medifund ได้เมื่อไปรับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่กำหนดเท่านั้น และไม่สามารถใช้หอผู้ป่วยในระดับ A กับ B1 ซึ่งมีราคาสูง

ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล กรรมการ Medifund ของโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางด้านสังคมสงเคราะห์ด้วย จะพิจารณาความเหมาะสม ปริมาณเงินช่วยเหลือจะขึ้นกับสถานะทางการเงินของบุคคลนั้นและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นว่าสูงเพียงใด แต่โดยหลักการ Medifund จะช่วยค่านอนโรงพยาบาลกรณีรักษาตัวในหอผู้ป่วยระดับ B2 เป็นสัดส่วนสูงสุดคือ 60%

ทั้งนี้ Medifund ยังไม่ทิ้งหลักการของระบบสุขภาพของสิงคโปร์ที่ต้องการให้ประชาชนรับผิดชอบสุขภาพของตน บุคคลที่ได้ออมเงินเข้า Medisave และ Medishield อย่างสม่ำเสมอ เมื่อประสบความเดือดร้อน ก็จะได้รับความช่วยเหลือที่มากกว่า จาก Medifund หากเทียบกับบุคคลที่ไม่เคยออมเงินเลย นอกจากนี้ Medifund ยังให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มี Medisave ด้วย เป็นการเฉพาะด้วย เนื่องจากระบบ Medisave เกิดขึ้นในภายหลัง และบุคคลเหล่านี้ไม่เคยมีโอกาสได้เข้าร่วมการออมมาก่อน

ทั้งนี้ ส่วนที่รัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ก็มีการประกาศเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ เช่น เมื่อ 3 มีนาคม 2551 รัฐประกาศเปลี่ยนสัดส่วนการสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลใน Restructured Hospitals คือ ในผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เกิน \$3,200 (คิดจากฐานข้อมูล 12 เดือนย้อนหลัง) จะได้รับการช่วยเหลืออุดหนุนค่าพยาบาลเต็มอัตรา (full subsidy) (คือ 65% กรณีหอผู้ป่วย Class B2 และ 80% กรณีหอผู้ป่วย Class C) ผู้ป่วยรายได้ระหว่าง \$3,201 และ \$5,200 ต่อเดือน (หรือรายได้ต่อ

ปีไม่เกิน \$11,000) ได้รับความช่วยเหลือ 50-65% กรณี Class B2 และ 65-80% กรณี Class C และผู้ป่วยที่รายได้ \$5,201 ขึ้นไป ได้รับความช่วยเหลือน้อยลงเป็น 50% สำหรับ class B2 และ 65% สำหรับ Class C ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีรายได้เลย จะได้รับการอุดหนุนเช่นเดียวกับกรณี โดยที่ผู้ป่วยที่อยู่ประจำถาวรในประเทศ จะได้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม คือได้ร่วมจ่ายน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้อยู่ถาวรในประเทศ ประมาณ 10% เงื่อนไขการอุดหนุนค่ารักษาพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงนี้ จะมีผลกับโรงพยาบาลรัฐทุกแห่ง ในเดือนมกราคม 2551¹⁵

7. ขั้นตอนการใช้สิทธิในแต่ละระบบ^{8,9,10}

7.1. Medisave

- 1) ก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องพบเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อให้ประมาณค่าใช้จ่ายและตรวจสอบสถานะของเงินในบัญชี Medisave เพื่อทราบยอดเงินที่ต้องจ่ายเป็นเงินสดเพิ่มเติมหากจำเป็น และเพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกประเภทของผู้ป่วยที่ตนสามารถจ่ายได้โดยไม่ลำบาก
- 2) ผู้ป่วยเซ็น Medisave authorization form เพื่ออนุญาตให้ CPF board หักเงินออมในบัญชี Medisave ของตน สำหรับการจ่ายค่ารักษา
- 3) โรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินการส่งใบเสร็จไปขอเบิกเงินจาก CPF board
- 4) CPF หักเงินจากบัญชีของบุคคลตามใบเรียกเก็บจากโรงพยาบาล แล้วส่งใบเสร็จให้ผู้ป่วย หากนายจ้างมีส่วนร่วมจ่ายค่ารักษาในครั้งนั้น ผู้ป่วยจะต้องแสดงหลักฐาน ณ ขณะที่ทำการเสียค่าใช้จ่าย การดำเนินการในภายหลังจะไม่มีผลย้อนหลัง

7.2. Medishield

- 1) แจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เมื่อเข้ารับการรักษา เจ้าหน้าที่จะดำเนินการเบิกค่ารักษาให้ และ CPF board จะจ่ายค่ารักษาให้แก่โรงพยาบาลโดยตรง
- 2) ค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือ ผู้ป่วยสามารถจ่ายด้วย Medisave หรือเงินสดก็ได้

7.3. Medifund

- 1) แจ้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์
- 2) กรอกใบสมัคร โดยอาจต้องแสดงหลักฐานฐานะทางการเงิน
- 3) อาจมีการตรวจเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยที่ต้องการใช้สิทธินี้

8. สัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบายและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากส่วนร่วมจ่ายต่อ:

8.1. การเข้าถึง/ ใช้บริการด้านสุขภาพและด้านยาของผู้ป่วย/ครัวเรือน

องค์การอนามัยโลก จัดสิงคโปร์ในอันดับต้นๆ ของระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (อันดับที่ 6 จากทั้งหมด 191 ประเทศ) แต่สิงคโปร์ก็โดนวิพากษ์ว่าระบบไม่มีความเป็นธรรม จึงอยู่ในอันดับที่

ค่อนข้างต่ำในการประเมิน “ความยุติธรรม” ของระบบ (อันดับที่ 101)¹⁶ อาจเนื่องจากระบบที่มีอยู่ค่อนข้างขึ้นกับความสามารถในการจ่ายของประชาชน ไม่มี risk pooling ในระดับมหภาค (มีเฉพาะในระดับครอบครัว) และอาจทำให้ผู้ที่มียาได้ต่ำถึงปานกลางมีปัญหาในการเข้าถึงยาและบริการ³

ข้อดีของผู้ประกันตนภายใต้ Medisave คือมีอิสระในการเลือกแหล่งรักษาและระดับของบริการด้วยตนเอง เนื่องจากการใช้เงินออมของตน อย่างไรก็ตาม การกำหนดให้ผู้ประกันตนร่วมจ่ายและมีส่วนจ่ายแรก (deductible) ช่วยให้ผู้ประกันตนมีความยับยั้งชั่งใจมากขึ้น ก่อนเลือกใช้บริการใดๆก็ตาม ข้อเสียของ Medisave คือ ผู้ประกันตนอาจไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับบริการ ประสิทธิภาพ และราคาของการบริการ อย่างครบถ้วนก่อนเลือกใช้บริการ หรือไม่สามารถประเมิน/วิเคราะห์ข้อมูลที่ตนได้รับ เงินออมใน Medisave จึงอาจถูกใช้จ่ายไปในทางที่ไม่เหมาะสมได้⁴

ทั้งนี้ พบว่า เมื่อประชาชนมียาได้สูงขึ้นหรือมีเงินออมใน Medisave สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับความต้องการใช้บริการสุขภาพที่เหวี่ยงราคาแพงมากยิ่งขึ้น คือประชาชนยินดีจะจ่ายเพิ่มเพื่อให้ได้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล รวมถึงบริการประเภทอื่นๆที่ราคาแพง และแม้ว่ายาที่จ่ายให้กับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม จะไม่แตกต่างกัน แต่ประชาชนมักจะเข้าใจว่าเมื่อตนซื้อบริการสุขภาพราคาแพงแล้ว จะได้รับยาที่ดีกว่าด้วย ในส่วนของ Medishield ก็พบว่า เมื่อประชาชนมียาได้สูงขึ้น จะมีการซื้อประกันมากขึ้นเช่นกัน ในมุมมองหนึ่ง อาจมองได้ว่า ระบบประสบความสำเร็จในแง่ที่ทำให้ประชาชนหวังพึ่งพารัฐน้อยลงและพึ่งตนเองมากขึ้น¹²

8.2. ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและด้านยาของผู้ป่วย/ครัวเรือน^{4, 17}

Medisave อาจกระตุ้นให้ผู้ประกันตนเลือกใช้จ่ายในบริการสุขภาพที่เกินกว่าความต้องการและความสามารถในการจ่ายของตน ซึ่งพบว่า ผู้ประกันตนที่ใช้เงินออมใน Medisave จ่ายค่ารักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยระดับ A กว่า 24% มียาได้เพียงพอต่อการจ่ายค่ารักษาเพียง 40% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดเท่านั้น⁴

ในการศึกษาของ Cheong¹² พบว่าลักษณะทางประชากร มีผลต่อการเลือกใช้บริการของผู้ประกันตนด้วย เช่น ผู้ประกันตนหญิงที่มีรายได้ต่ำและมีเงินออมใน Medisave น้อย หากคลอดบุตร มักเลือกบริการสุขภาพราคาแพง มากกว่าหญิงกลุ่มเดียวกันที่ไม่ได้คลอดบุตร หรือชายในระดับเดียวกัน และผู้สูงอายุมักเลือกรับบริการในหอผู้ป่วยระดับพื้นฐาน ราคาไม่แพง มากกว่าผู้ที่ยังอายุน้อย แม้ว่าจะมีฐานะทางการเงินหรือเงินออมที่เท่ากันก็ตาม

8.3. ผลต่อภาระค่าใช้จ่ายของกองทุน^{4, 12}

ภาระค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพของสิงคโปร์เป็นความรับผิดชอบของประชาชนเป็นหลัก ภาครัฐหรือกองทุนรับผิดชอบเพียงประมาณ 30% เท่านั้น แม้ในบางปี (เช่น ปี 1990, 1991, 1992, 1995) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสิงคโปร์เพิ่มสูงขึ้นกว่าการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ แต่สัดส่วนของค่าใช้จ่ายยังคงอยู่ที่ประมาณ 3% ของ GDP ซึ่งค่อนข้างต่ำหากเทียบกับประเทศในกลุ่ม OECD ที่มีค่าเฉลี่ยประมาณ 10% (1995) ในระยะสั้น รัฐบาลสิงคโปร์ยังคิดว่าตนสามารถ

ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศได้ โดยการควบคุมด้านอุปทานของการบริการสุขภาพ แต่ในระยะยาว กองทุนอาจต้องรับภาระด้านค่าใช้จ่ายระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนที่สูง เนื่องจาก Medisave และ Medishield ถูกกำหนดให้ใช้สำหรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ทั้งนี้มีการประมาณการว่าในปี 2030 ประมาณ 18% ของประชากรจะมีอายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 7% หากเทียบกับปี 1997 สถานการณ์นี้ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขสิงคโปร์วางแผนเพิ่มระบบประกันสุขภาพสำหรับการรักษาพยาบาลระยะยาว ควบคู่ไปกับ Medishield

8.4. ผลต่อคุณภาพบริการ⁴

แม้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศจะเป็นสัดส่วนที่ต่ำ แต่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนดีขึ้น ตั้งแต่ปี 1987 เป็นต้นมา คืออายุคาดเฉลี่ยสูงขึ้น อัตราการตายของทารกต่ำลง และอัตราการตายรวมต่ำลง นอกจากนี้ระยะเวลาในการรอรับบริการก็ไม่นาน โดยเฉลี่ย ต่ำกว่า 30 นาทีสำหรับการเข้ารับรักษาที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และประมาณ 8 วันสำหรับการรอผ่าตัด ศัลยกรรม

9. ข้อสังเกต

สิงคโปร์เป็นประเทศที่มีลักษณะเฉพาะของตน ที่ทำให้ระบบการร่วมจ่ายระหว่างภาคประชาชนและรัฐ (public-private partnership) สามารถทำได้ หากประเทศอื่นที่มีลักษณะแตกต่างกัน ต้องการนำระบบนี้ไปใช้ ควรพิจารณาถึงลักษณะที่ต่างนี้ด้วย เพราะระบบสุขภาพไม่ได้อยู่โดดเดี่ยวด้วยตัวมันเองได้ การนำระบบไปใช้ แม้ในประเทศที่มีลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมบางอย่างคล้ายคลึงกันก็อาจมีปัญหาได้ ตัวอย่างเช่น การนำระบบของสิงคโปร์ไปประยุกต์ใช้ในเซี่ยงไฮ้ ซึ่งไม่ประสบความสำเร็จ¹⁴ ลักษณะพิเศษของสิงคโปร์ที่มีส่วนให้ระบบประสบความสำเร็จ และมีความเฉพาะตัว ได้แก่^{3,12,14}

- 1) สิงคโปร์เป็นประเทศเล็ก ประชากรมีจำนวนไม่มาก อยู่ในระดับที่สามารถบริหารจัดการได้ง่าย
- 2) ประชาชนมีการศึกษาระดับสูง
- 3) ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยหนุ่มสาว วัยทำงาน ยังไม่ใช่วัยสูงอายุ มีเงินออมมาก
- 4) ประชากรของประเทศมีรายได้สูง และมีความแตกต่างของรายได้ประชากรไม่มากนัก ไม่มีปัญหาคนว่างงาน
- 5) ไม่มีสังคมชนบท และไม่มีการย้ายถิ่น
- 6) High degree of public trust in government
- 7) ประชาชนสิงคโปร์มีความยึดมั่นในเรื่อง การพึ่งพาตนเอง (self-help, self-responsibility) อย่างมาก
- 8) ระบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์กระจายความเสี่ยงในครอบครัว ทำให้การประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรเกือบทั้งหมดได้

หากนำระบบของสิงคโปร์ไปใช้ รัฐต้องสร้างความมั่นใจว่าผู้ประกันตนที่มีรายได้น้อย ซึ่งจะมีผลให้เงินใน Medisave ไม่สูงนัก จะไม่ถูกทอดทิ้งหรือไม่สามารถเข้าถึงบริการ ทั้งนี้ สิงคโปร์ได้ป้องกันปัญหานี้โดยจัดให้มีระดับชั้นของหออผู้ป่วยในหลายระดับให้เลือกใช้ได้ตามความสามารถในการจ่าย

ญี่ปุ่น

1. ภาพรวมของระบบ

การประกันสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นมีวิวัฒนาการมายาวนานตั้งแต่ช่วงต้นศตวรรษที่แล้ว หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ญี่ปุ่นได้ก้าวเข้าสู่การพัฒนาของระบบประกันสังคมซึ่งรวมถึงการพัฒนาประกันสุขภาพโดยการขยายขอบเขตความครอบคลุมของการประกันสุขภาพจากเพียงแค่งานลูกจ้างของภาคเอกชน ไปยังกลุ่มข้าราชการ อาจารย์ ซึ่งทั้งสามกลุ่มที่กล่าวมาอาจเรียกรวมได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีสังกัดจ้างงาน (Employment-based) และสุดท้ายขยายผลครอบคลุมไปถึง ผู้ประกอบอาชีพอิสระ (Self-employed) เช่น เกษตรกร ผู้ประกอบธุรกิจส่วนตัว เป็นต้น การขยายผลครอบคลุมนั้นสำเร็จเป็นการประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าได้ในที่สุดเมื่อปี ค.ศ. 1961¹⁸

การประกันสุขภาพโดยรัฐของญี่ปุ่นนั้นประกอบด้วยระบบประกันภาคบังคับ 3 แบบใหญ่ๆ ตามลักษณะการทำงานของผู้อยู่ถือกรรมสิทธิ์และภูมิสำเนา และระบบประกันสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ คือ ระบบประกันระยะยาว (long-term care) ซึ่งเป็นแบบสมัครใจ

1.1 ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ^{18,19,20}

ระบบประกันภาคบังคับทั้ง 3 มีความใกล้เคียงกันแต่ก็มีข้อแตกต่างปลีกย่อยในเรื่องสิทธิประโยชน์และส่วนร่วมจ่ายของผู้ถือกรรมสิทธิ์ในแต่ละกลุ่ม โดยทั้ง 3 กลุ่มนั้น ได้แก่

1.1.1 ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง (Employment-based insurance)

เป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมลูกจ้างของกลุ่มและองค์กรต่างๆ ซึ่งถือว่าเป็นผู้ถือกรรมสิทธิ์ (The insured) รวมไปถึงผู้ที่ทำการอาศัยพึ่งพิงผู้ถือกรรมสิทธิ์ (Dependents) ซึ่งได้แก่ ครอบครัวของผู้ถือกรรมสิทธิ์นั่นเอง โดยสิทธิประโยชน์ที่ให้แก่ผู้ถือกรรมสิทธิ์และครอบครัวนั้นอาจอยู่ในระดับที่ต่างกัน การแบ่งกลุ่มนี้เป็นการกำหนดจากลักษณะสังกัดจ้างงานของผู้ถือกรรมสิทธิ์เป็นหลัก

ระบบประกันสุขภาพประเภทนี้ประกอบด้วยกลุ่มย่อยต่างๆ คือ

1) กลุ่มที่บริหารจัดการโดยรัฐบาล (Government – managed)

ในกลุ่มนี้ประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นลูกจ้างในบริษัทขนาดเล็กถึงขนาดกลาง ซึ่งบริษัทไม่อาจบริหารจัดการประกันสุขภาพของลูกจ้างของตนด้วยตนเองได้ รัฐบาลจึงรับเป็นผู้บริหารจัดการให้

2) กลุ่มที่บริหารจัดการโดยสมาคมบริหารของบริษัท (Society – managed)
สมาชิกของกลุ่มนี้จะได้แก่พนักงานของบริษัทเอกชนขนาดใหญ่ซึ่งจัดตั้งสมาคมบริหารงานประกันสุขภาพสำหรับพนักงานของตนเอง

3) กลุ่ม Mutual Aid Association
ซึ่งครอบคลุมบรรดาลูกจ้างของรัฐ อาจารย์ (รวมไปถึงอาจารย์ในโรงเรียนเอกชนด้วย)

4) กลุ่มผู้มีอาชีพเดินเรือ (Seamen's health insurance)
เป็นกลุ่มของผู้ประกอบอาชีพเดินเรือ โดยสมาชิกในกลุ่มนี้มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ข้างต้นและยังมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง

1.1.2 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)

ผู้ถือกรรมสิทธิ์ภายใต้ประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระ เช่น เกษตรกร แพทย์ ช่างไม้ ช่างฝีมือ เป็นต้น คนว่างงาน และผู้ที่ทำงานในสถานจ้างงานที่มีคนงานน้อยกว่า 5 คน การบริหารจัดการของระบบนี้กระทำโดยรัฐบาลท้องถิ่น และให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมทั้งผู้ถือกรรมสิทธิ์และครอบครัว เช่นเดียวกับกับระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง การประกันสุขภาพระบบนี้เป็นการประกันโดยขึ้นกับภูมิลำเนาเป็นหลัก

1.1.3 ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health Insurance for the Elderly)

สำหรับผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปหรือผู้ที่มีอายุ 65 – 69 ปีที่มีความทุพพลภาพ เป็นระบบที่ดึงเอาเงินทุนประกันสุขภาพจากระบบอื่นๆ เข้ามาช่วย

1.2 ค่าเบี้ยประกันสุขภาพ (Premium) ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ

ผู้ที่เข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพจะต้องทำการชำระเบี้ยประกันสุขภาพเป็นรายเดือนให้แก่กองทุนเงินของระบบประกันสุขภาพที่ตนเข้าร่วมอยู่ด้วย โดยอัตราค่าใช้จ่ายในส่วนนี้อาจแตกต่างกันไปตามระบบประกันแต่ละระบบ ดังนี้

1.2.1 ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง (Employment-based insurance)²¹

ค่าเบี้ยประกันสุขภาพที่จ่ายเป็นรายเดือนจะเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างลูกจ้างและนายจ้างในอัตราส่วนที่เท่ากันหรือในอัตราส่วนที่นายจ้างมากกว่าลูกจ้างโดยรายละเอียดของการรับผิดชอบจะแตกต่างกันเล็กน้อยสำหรับแต่ละกลุ่มย่อยภายในระบบนี้ได้แก่

1) กลุ่มที่บริหารจัดการโดยรัฐบาล (Government – managed)

จากข้อมูลในปี ค.ศ. 2006 มีประชากรทั้งหมด 35.65 ล้านคนเข้าร่วมอยู่ในระบบนี้ เทียบกับประชากรทั้งหมดในเดือนธันวาคมในปีเดียวกันซึ่งมีจำนวน 127.7 ล้านคน (อ้างอิงจาก Statistic Bureau, Ministry of health labour and welfare) จำนวนประชากรที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพนี้คิดเป็น ร้อยละ 27.9 ของประชากรทั้งหมด

ค่าเบี้ยประกันสุขภาพ โดยอัตราค่าใช้จ่ายที่จะต้องถูกหักเพื่อเป็นค่าเบี้ยประกันสุขภาพรายเดือนนั้นเป็นจำนวนเท่ากับอัตราส่วนร้อยละ 8.2 ของรายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยในแต่ละ

เดือน ทั้งนี้ในส่วนร้อยละ 8.2 ที่ถูกหักไปนั้นครึ่งหนึ่งเป็นเงินที่จ่ายโดยนายจ้าง และอีกครึ่งหนึ่งที่เหลือจึงเป็นส่วนที่คนไข้ต้องชำระเอง ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกในกลุ่มนี้มีรายได้น้อย รัฐบาลจึงมีการให้เงินอุดหนุนแก่ระบบประกันนี้เพิ่มเติมโดยเงินอุดหนุนที่รัฐให้นั้นครอบคลุมค่าบริหารจัดการทั้งหมดของระบบพร้อมกับอีกร้อยละ 13 ของค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปกับการให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วย

2) กลุ่มที่บริหารจัดการโดยสมาคมบริหารของบริษัท (Society – managed)

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มแรกกลุ่มนี้มีประชากรเข้าร่วมด้วยที่น้อยกว่า จากข้อมูลอ้างอิงในแหล่งเดียวกันพบว่าร้อยละ 23.57 ของประชากรทั้งหมดเข้าร่วมประกันสุขภาพในระบบนี้ ค่าเบี้ยประกันสุขภาพของกลุ่มนี้ Miyatake ได้ระบุไว้ใน Social Security in Japan (2000) โดยอ้างอิงจากตัวเลขเบี้ยประกันสุขภาพในปีงบประมาณ ค.ศ. 1999 ซึ่งมูลค่าเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 8.6 ของรายได้ต่อเดือนของผู้เอาประกัน การระบุเป็นค่าเฉลี่ยแสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างกันของอัตราร้อยละของเบี้ยประกันในแต่ละสมาคมบริหารเงินทุนประกันย่อยแต่ละแห่ง

ส่วนที่น่าสนใจสำหรับประกันในกลุ่มนี้ คือ สมาคมบริหารของบริษัทใหญ่เหล่านี้มักรับผิดชอบส่วนแบ่งเบี้ยประกันที่มากกว่าร้อยละ 50 ทำให้ผู้เอาประกันในกลุ่มนี้แบกรับภาระเบี้ยประกันสุขภาพไม่ถึงร้อยละ 45 นอกจากนี้ระบบประกันนี้ยังมีการเสนอให้ชุดสิทธิประโยชน์ที่หลากหลาย ซึ่งอาจมีมากเพิ่มเติมกว่าที่มีอยู่ในกลุ่มแรก ประกันสุขภาพในระบบนี้ก็ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลจำนวนหนึ่งเช่นเดียวกับกลุ่มแรก แต่ได้รับในปริมาณที่น้อยกว่าเป็นจำนวนคงที่สำหรับอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการระบบเท่านั้น^{18,19}

3) กลุ่ม Mutual Aid Association

มีจำนวนประชากรในกลุ่มน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับสองกลุ่มข้างต้น โดยข้อมูลอ้างอิงจากแหล่งเดียวกันมีประชากรร้อยละ 7.5 ของประชากรทั้งหมดอยู่ในระบบนี้ อัตราร้อยละของเบี้ยประกันสุขภาพนั้น Miyatake ได้แจกแจงโดยอ้างอิงจากตัวเลขเบี้ยประกันสุขภาพของกลุ่ม Mutual Aid Association ในปีงบประมาณ ค.ศ. 1999 อัตราร้อยละของเบี้ยประกันในกลุ่มนี้แบ่งแตกต่างกันตามกลุ่มย่อย ได้แก่

- กลุ่มลูกจ้างรัฐ ร้อยละ 7.8 ของรายได้ต่อเดือน
- กลุ่มข้าราชการท้องถิ่น ร้อยละ 8.6 ของรายได้ต่อเดือน
- กลุ่มลูกจ้างของโรงเรียนเอกชน ร้อยละ 8.5 ของรายได้ต่อเดือน

เบี้ยประกันนั้นจะเป็นความรับผิดชอบของลูกจ้างและนายจ้างฝ่ายละครึ่งหนึ่ง โดยในกลุ่มนี้จะไม่ได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาล^{18,21}

1.2.2 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระบบที่ครอบคลุมประชากรจำนวนมากที่สุด โดยในปี ค.ศ. 2006 ประชากรที่อยู่ภายใต้ระบบประกันนี้เท่ากับร้อยละ 40.41 ผู้ให้ประกันในระบบนี้คือรัฐบาล โดยทั้งนี้รวมถึงทั้งรัฐบาลแห่งชาติและรัฐบาลท้องถิ่น โดยรัฐบาลท้องถิ่นจะให้ประกันกับทั้งผู้ประกอบการอาชีพอิสระและกลุ่มผู้เกษียณอายุ ในขณะที่รัฐบาลแห่งชาติจะให้ประกันกับผู้ประกอบ

อาชีพอิสระบางส่วน จำนวนของผู้เข้าร่วมประกันกับรัฐบาลท้องถิ่นถือเป็นส่วนใหญ่ของกลุ่มโดยคิดเป็นกว่าร้อยละ 92 ของผู้เข้าร่วมประกันในกลุ่มนี้ทั้งหมด²¹

ค่าเบี้ยประกันนั้นรัฐบาลส่วนที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ประกันจะจ่ายค่าเบี้ยประกันให้ประมาณครึ่งหนึ่งของค่าเบี้ยประกันทั้งหมด (อัตราจริงขึ้นอยู่กับเงื่อนไขกลุ่มย่อยแต่ละกลุ่ม) ซึ่งถือได้ว่าเป็นการแทนบทบาทของนายจ้างในระบบประกันสุขภาพแบบนายจ้าง อัตราค่าเบี้ยประกันนั้นมีความแตกต่างกันไปเนื่องจากหลายสาเหตุ ได้แก่ อัตราเบี้ยประกันที่ผู้ให้ประกันแต่ละแห่งเก็บไม่เท่ากัน เป็นต้น การคำนวณเบี้ยประกันสามารถคำนวณได้จาก รายได้ ทรัพย์สินและความมั่งคั่งในรูปแบบอื่นๆ ของผู้เข้าร่วมระบบประกัน โดยผู้เข้าร่วมระบบประกันจะจ่ายค่าเบี้ยประกันออกมาในรูปแบบภาษีท้องถิ่น (Local tax) Miyatake ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับค่าเบี้ยประกันของกลุ่มระบบประกันสุขภาพแห่งชาติไว้เป็น ค่าเบี้ยประกันรายหัวเฉลี่ยต่อปีเท่ากับ 76,630 เยนสำหรับกลุ่มรัฐบาลท้องถิ่น และ 110,917 เยนสำหรับกลุ่มรัฐบาลแห่งชาติ¹⁹

1.2.3 ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health Insurance for the Elderly)

จำนวนผู้สูงอายุในญี่ปุ่นนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี ค.ศ. 2006 นั้นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในระบบประกันสุขภาพนี้มีจำนวนมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด โดยค่าใช้จ่ายในระบบประกันนี้ครึ่งหนึ่งเป็นการดึงเอาเงินประกันจากระบบประกันสุขภาพอื่นทั้งจากระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จากนั้นค่าใช้จ่ายอีกครั้งหนึ่งเป็นการให้เงินอุดหนุนจากรัฐบาลโดยเป็นเงินที่ได้มาจาก ส่วนราชการกลาง ส่วนราชการประจำจังหวัดและส่วนราชการท้องถิ่นในอัตราส่วนเท่ากับ 4:1:1 ตามลำดับ^{20,21}

1.3 ระบบประกันการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long – Term Care Insurance: LTCI)

จำนวนผู้สูงอายุในญี่ปุ่นนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ผู้สูงอายุนั้นมีจำนวนไม่น้อยที่ตกอยู่ในสภาพที่ต้องการการพยาบาลดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรค Alzheimer's disease หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ประกอบกับในปัจจุบันสภาพสังคมของผู้ปู่นั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปไม่น้อย ผู้หญิงทำงานนอกบ้านมากยิ่งขึ้นทำให้ไม่มีผู้ทำหน้าที่พยาบาลดูแลผู้ป่วยสูงอายุในครัวเรือน ปัญหาเหล่านี้นำไปสู่การผลักดันให้เกิดระบบประกันแบบใหม่ซึ่งก็คือระบบประกันการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว (Long – Term Care Insurance: LTCI)

ระบบประกันนี้เป็นการประกันที่ขึ้นกับความสมัครใจ ผู้ให้ประกันสำหรับโครงการนี้คือ รัฐบาลท้องถิ่นในแต่ละแห่ง โดยแต่ละแห่งจะต้องทำการบริหารจัดการระบบประกันด้วยตนเอง ออกแบบชุดสิทธิประโยชน์ กำหนดค่าเบี้ยประกัน และควบคุมค่าใช้จ่ายต่างๆ ด้วยตนเองเป็นต้น แต่ทั้งนี้ก็สามารถขอความช่วยเหลือในการบริหารจัดการจากรัฐบาลกลางได้

แหล่งเงินทุนของระบบประกันนี้ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลเป็นสัดส่วนร้อยละ 50 โดยใช้เงินรายได้ของรัฐบาลทั้งสามระดับ (ส่วนราชการกลาง ส่วนราชการประจำจังหวัดและส่วนราชการท้องถิ่นในอัตราส่วนเท่ากับ 2:1:1 ตามลำดับ)

ส่วนเงินทุนในอีกร้อยละ 50 ที่เหลือจะมาจากค่าเบี้ยประกันแบบใหม่สำหรับโครงการนี้ โดยเฉพาะ โดยค่าเบี้ยประกันในส่วนนี้จะมาจาก

- 1) ผู้เข้าร่วมโครงการที่อายุระหว่าง 40 – 65 ปี โดยเสียเบี้ยประกันในอัตราส่วนเริ่มต้น ณ ปี ค.ศ. 2000 ที่ร้อยละ 0.9 ของรายได้ต่อเดือนโดยแบ่งจ่ายกับนายจ้าง
- 2) ผู้เข้าร่วมโครงการที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยเสียเบี้ยประกันโดยหักจากเงินบำนาญของตน²²

นอกจากการจ่ายค่าเบี้ยประกันรายเดือนแล้ว ในการรับบริการแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมโครงการจำเป็นต้องจ่ายค่าใช้จ่ายร่วมอีกด้วย (มีกำหนดอัตราส่วนจ่ายเป็นระดับๆ โดยพิจารณาจากสภาพความเจ็บป่วยและความต้องการในการดูแลของผู้ป่วย ทั้งนี้รัฐบาลท้องถิ่นแต่ละแห่งอาจมีการกำหนดแตกต่างกันไป)

อย่างไรก็ดีเป็นที่น่าสนใจว่าถึงแม้ว่าผู้เข้าร่วมอาจได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปตาม ผู้ที่มีสิทธิใช้สิทธิประโยชน์จากระบบประกันนั้นจะต้องเป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเท่านั้น นอกเสียจากว่าผู้เข้าร่วมโครงการที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปีเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพในลักษณะสูงอายุ เช่น ผู้ป่วยโรค Alzheimer's disease หรือ ผู้ป่วยโรค stroke เป็นต้น

ถึงแม้ว่าโครงการนี้มุ่งหมายในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของเหล่าผู้สูงอายุ การประกาศใช้โครงการนี้ก็ก่อให้เกิดประเด็นโต้แย้งอยู่หลายประการ ได้แก่

- 1) การประกาศใช้โครงการนี้เป็นการเพิ่มระดับส่วนร่วมจ่ายของประชากรสูงอายุต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของตน ซึ่งเดิมนั้นค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ได้รับการสนับสนุนจากรัฐเกือบทั้งหมด หรือ เกิดเป็นส่วนร่วมจ่ายที่ต่ำมากสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการประนีประนอมกับผู้ที่ใช้บริการการพยาบาลดูแลแต่เดิมซึ่งมีส่วนร่วมจ่ายที่ต่ำมาก ในช่วงปีแรกที่ประกาศใช้รัฐบาลได้ทำการยกเว้นหรือลดค่าเบี้ยประกันส่วนหนึ่งให้แก่ผู้ใช้บริการ อย่างไรก็ตามการที่ประชาชนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเบี้ยประกันเพิ่มขึ้นจากเดิมที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ประชาชนอาจตัดสินใจไม่เข้าร่วมโครงการ
- 2) ผู้ให้ประกันแต่ละแห่งมีการออกแบบบริหารจัดการสิทธิประโยชน์และเบี้ยประกันที่แตกต่างกันซึ่งก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันได้ระหว่างผู้เข้าร่วมโครงการ

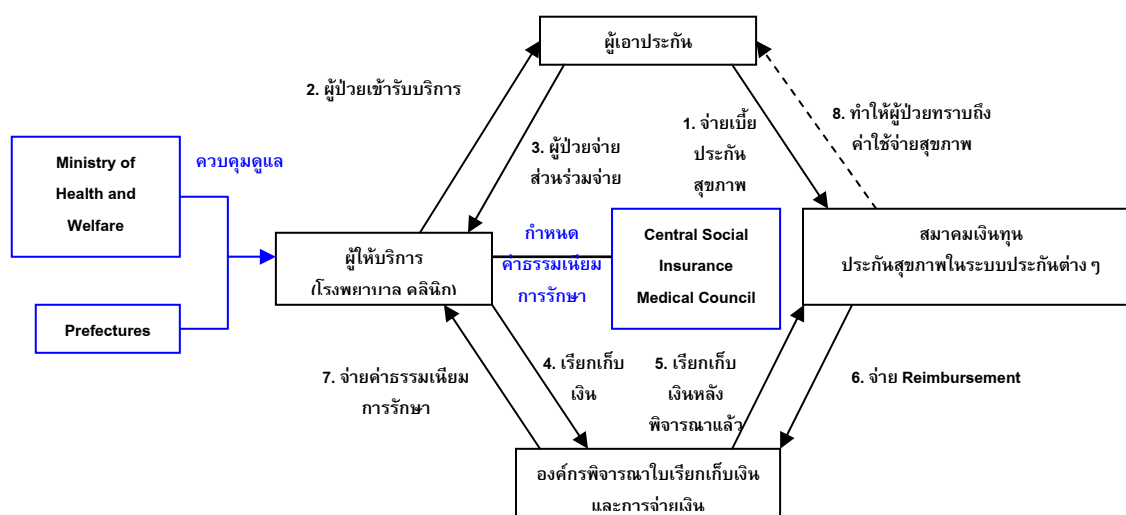
1.4 การไหลของเงินในระบบประกันสุขภาพ^{18,20}

ผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพใดต้องจ่ายเงินเบี้ยประกันสุขภาพ (Insurance contribution) ให้แก่ระบบประกันนั้นๆ

เมื่อมีการใช้บริการ ผู้รับบริการต้องจ่ายส่วนร่วมจ่ายจำนวนหนึ่งให้แก่ผู้ให้บริการ หลังจากนั้นผู้ให้บริการจะทำการส่งใบเรียกเก็บเงินส่วนต่างไปยังองค์กรที่ทำหน้าที่พิจารณาใบเรียกเก็บเงินและการจ่ายเงิน เมื่อพิจารณาเป็นที่เรียบร้อยแล้วองค์กรดังกล่าวจะทำการแจ้งเก็บเงินไปยังกลุ่มประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยเป็นสมาชิกอยู่ กลุ่มสมาคมประกันสุขภาพระบบนั้นๆ จะทำการจ่ายค่ารักษา

ในสัดส่วนที่เหลือจากคนไข้ (Reimbursement) กลับไปให้กับองค์กรพิจารณาใบเรียกเก็บเงินและการจ่ายเงิน จากนั้นองค์กรดังกล่าวจะทำการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการในรูปของค่าธรรมเนียมการรักษา (Fee payments) ซึ่งอัตราค่าธรรมเนียมการรักษานั้นได้ถูกกำหนดขึ้นโดยคณะแพทย์ที่ทำหน้าที่พิจารณาค่าธรรมเนียมการรักษา โดยการดำเนินการทั้งหมดนั้นอยู่ภายใต้การดูแลจากรัฐบาลทั้งหน่วยงานกลางและรัฐบาลท้องถิ่น

ภาพที่ 3.5 แผนภาพแสดงระบบการเบิกจ่ายเงินในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของญี่ปุ่น



2. ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพ

2.1 อัตราร้อยละของค่ารักษารวมที่ต้องชำระต่อครั้งที่เข้ารับบริการ²¹

มีการใช้อัตราประเภทนี้ใน 2 ระดับ ได้แก่

- 1) อัตราค่ารักษารวมที่ใช้กับประกันสุขภาพในระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างทุกกลุ่มย่อยและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - สำหรับผู้ถือกรมธรรม์และครอบครัว: เสียค่าบริการอัตราร้อยละ 30 ของค่าบริการ
 - สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี: เสียค่าบริการอัตราร้อยละ 20 ของค่าบริการ
 - สำหรับผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป: เสียค่าบริการอัตราร้อยละ 10 ของค่าบริการ (ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้สูงเท่ากับประชากรวัยทำงาน ให้เสียค่าบริการในอัตราส่วนร้อยละ 30 เท่ากับประชากรวัยทำงาน)
- 2) อัตราค่ารักษารวมที่ใช้กับระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

สำหรับผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป: เสียค่าบริการอัตราร้อยละ 10 ของค่าบริการ (ยกเว้น ผู้สูงอายุที่มีระดับรายได้สูงเท่ากับประชากรวัยทำงาน ให้เสียค่าบริการในอัตราส่วน ร้อยละ 30 เท่ากับประชากรวัยทำงาน)

อัตราดังกล่าวข้างต้น รวมส่วนร่วมจ่ายค่ายาด้วย โดยยาที่จะเบิกจ่ายจากระบบประกันสุขภาพได้ ต้องบรรจุอยู่ในบัญชียา “yakka kijyun,” รัฐบาลมีการกำหนดอัตราค่ายาเบิกจ่ายตามตัวยารูปแบบและขนาดยา¹

2.2 ค่าจ่ายยา (Dispensing fees)²³

ค่าบริการจ่ายยาในญี่ปุ่นมีอัตราที่แตกต่างกันระหว่างการจ่ายยาในโรงพยาบาลกับร้านยาภายนอก ดังในตารางที่ 3.10 โดยค่าบริการภายในโรงพยาบาลต่ำกว่า

¹ จากการสัมภาษณ์ Dr. Toshiaki Iizuka ทาง e-mail เมื่อ 22 กค. 2551

ตารางที่ 3.9 ประมวลลักษณะสำคัญของการประกันสุขภาพระบบต่าง ๆ ของญี่ปุ่น^{18,19,20,21}

	ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้าง			ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ	ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ Government – managed
	Government – managed	Society – managed	Mutual Aid Association		
ผู้เข้าร่วม	ลูกจ้างบริษัทขนาดกลางและขนาดเล็ก	ลูกจ้างของบริษัทขนาดใหญ่	ข้าราชการและลูกจ้างของโรงเรียนเอกชน	ผู้เข้าร่วม	ลูกจ้างบริษัทขนาดกลางและขนาดเล็ก
ผู้ให้ประกัน	รัฐบาลกลาง	สมาคมบริหารประกันของบริษัท	Mutual aid association	ผู้ให้ประกัน	รัฐบาลกลาง
จำนวนผู้เข้าร่วม ณ มี.ค. 2006 (เทียบกับประชากรทั้งหมด 127.77 ล้านคน ปี 2006)	27.9%	23.57%	7.50%	จำนวนผู้เข้าร่วม ณ มี.ค. 2006 (เทียบกับประชากรทั้งหมด 127.77 ล้านคน ปี 2006)	27.9%
ค่าเบี้ยประกันที่จะแบ่งรับผิดชอบระหว่างลูกจ้างและนายจ้างประมาณฝ่ายละครึ่งหนึ่ง หรือระหว่างประชาชนและรัฐบาลประมาณฝ่ายละครึ่งหนึ่ง	8.2% ของเงินเดือน *อัตรา ณ ปี 2006	8.6% ของเงินเดือน *อัตรา ณ ปี 1999	7.8% ของเงินเดือนของลูกจ้างรัฐ 8.6% ของเงินเดือนของข้าราชการท้องถิ่น 8.5% ของเงินเดือนลูกจ้างรร.เอกชน *อัตรา ณ ปี 1999	ค่าเบี้ยประกันที่จะแบ่งรับผิดชอบระหว่างลูกจ้างและนายจ้างประมาณฝ่ายละครึ่งหนึ่ง หรือระหว่างประชาชนและรัฐบาลประมาณฝ่ายละครึ่งหนึ่ง	8.2% ของเงินเดือน *อัตรา ณ ปี 2006
% coinsurance * อัตรา ณ ปี 2006	30% สำหรับบุคคลทั่วไป 20% สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี 10% สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีรายได้เทียบเท่ากับคนวัยทำงานต้องจ่าย 30%			10% สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ยกเว้นผู้สูงอายุที่มีรายได้เทียบเท่ากับคนวัยทำงานต้องจ่าย 30%	

ตารางที่ 3.10 อัตราค่าบริการจ่ายยา

	In-house pharmacy	Outside pharmacy
Basic dispensing fees per prescription	80 yen	400 yen (or 180, 500, 700 yen depends on the size & qualification of the pharmacy)
Dispensing fees per item	90 yen	Depends on the volume e.g., 680 yen (if b/w 15 and 22 days) 770 yen (if more than 22 days)

ที่มา: จากการสัมภาษณ์ Dr. Toshiaki Iizuka ทาง e-mail เมื่อ 22 กค. 2551

ส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่าจ่ายยาคิดเป็นร้อยละร่วมจ่าย (coinsurance) เช่นเดียวกับส่วนร่วมจ่ายค่ายาและค่าบริการสุขภาพต่าง ๆ ดังตารางที่ 3.9 โดยผู้ป่วยจ่ายไปพร้อมกัน

ในเดือนเมษายนค.ศ. 2008 ได้นำระบบการจ่ายค่ายาแบบใหม่มาใช้เพื่อส่งเสริมการใช้ยา generic โดยที่ร้านยาใดมีปริมาณการจ่ายยา generic เกินร้อยละ 30 ภายในระยะเวลา 3 เดือน จะได้รับเงินคืนจากระบบประกันในส่วน basic dispensing fees เพิ่มอีก 40 เยน²

3. การเบิกคืนเงินสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ที่มีมูลค่าสูง²¹

(Reimbursement for High Medical Expenses)

หากผู้เอาประกันทำการจ่ายเงินเพื่อใช้บริการทางการแพทย์ ณ ที่ให้บริการแห่งหนึ่งๆ ภายในเวลาหนึ่งเดือนเป็นมูลค่าเกินจากมูลค่าที่กำหนดไว้เป็นเพดานขั้นต่ำ ส่วนที่เกินจากเพดานนั้นสามารถเบิกคืนเงินได้ ถือเป็นความช่วยเหลืออย่างหนึ่งที่มุ่งช่วยเหลือผู้เอาประกันที่ต้องแบกรับภาระส่วนร่วมจ่ายของค่าบริการทางการแพทย์ที่มีมูลค่าสูง ทั้งนี้การช่วยแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายยังแบ่งเป็นระดับความช่วยเหลือมาก – น้อย ตามระดับรายได้ของผู้เอาประกันอีกด้วย

² Toshiaki Iizuka (forthcoming in 2009)

ตารางที่ 3.11 เพดานสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ที่มีมูลค่าสูงสำหรับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 70 ปี

ผู้เอาประกัน	สำหรับการเข้ารับบริการครั้งที่ 1 – 3 ภายในเดือนเดียวกัน	สำหรับการเข้ารับบริการครั้งที่ 4 ภายในปีเดียวกัน
ผู้เอาประกันที่มีรายได้สูง ได้แก่ ลูกจ้างที่มีรายได้ต่อเดือนเท่ากับ 530,000 เยนขึ้นไป หรือ ผู้ ประกอบอาชีพอิสระที่มีรายได้ มากกว่า 6,000,000 เยนขึ้นไปต่อ ปี	150,000 เยน + (TC - 500,000) x 1%	83,400 เยน
ผู้เอาประกันที่มีรายได้ปานกลาง	80,100 เยน + (TC - 267,000) x 1%	44,400 เยน
ผู้เอาประกันที่มีรายได้ต่ำ ได้แก่ ผู้ ที่ได้รับการยกเว้นการเสียภาษี โดยเฉพาะกลุ่มคนที่ยังชีพด้วยเงิน บำนาญ	35,400 เยน	24,600 เยน
ผู้ที่เป็นโรคไตและต้องเข้ารับการ ล้างไต	20,000 เยน ต่อครั้ง	

* TC = Total individual contribution Cost

ที่มา: Annual report on health, labor and welfare 2007

ตารางที่ 3.12 เพดานสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ที่มีมูลค่าสูงสำหรับผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป

ผู้เอาประกัน	ผู้ป่วยนอกและการเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล (ค่าใช้จ่าย/ครอบครัว)	ผู้ป่วยนอก (ค่าใช้จ่าย ส่วนตัวต่อการเข้ารับการรักษา ด้วยตนเอง/ครั้ง)
ผู้สูงอายุที่มีรายได้เท่ากับประชากรวัยทำงาน ได้แก่ (1) ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนเท่ากับ 280,000 เยนขึ้นไป หรือ นับเป็นรายได้มากกว่า หรือเท่ากับ 1.45 ล้านเยนขึ้นไปต่อปี (2) หน่วย ครอบครัวที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 5.2 ล้าน เยนและมีผู้สูงอายุอายุ 70 ปีขึ้นไปจำนวนหนึ่งคน (3) หน่วยครอบครัวที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 3.83 ล้านเยนและมีผู้สูงอายุอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวนสองคนขึ้นไป	80,100 เยน + (TC - 267,000) x 1%	40,400 เยน
ผู้สูงอายุที่มีรายได้ปานกลาง	44,400 เยน	12,000 เยน
ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ	24,600 เยน	8,000 เยน
ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำมาก	15,000 เยน	8,000 เยน
ผู้ป่วยโรคไตซึ่งต้องเข้ารับการรักษา	10,000 เยนต่อครั้ง	

เกาหลีใต้

1. ภาพรวมของระบบ ^{24,25,26,27}

ความพยายามในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพทั่วหน้าในประเทศเกาหลีใต้มีมาตั้งแต่ปี ค.ศ.1977 ได้มีการประกาศกฎหมายบังคับให้ธุรกิจเอกชนที่มีพนักงานจำนวนตั้งแต่ 500 คนขึ้นไป ต้องมีประกันสุขภาพ ต่อมาในปี ค.ศ.1989 จึงมีประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม โดยที่ระบบประกันสุขภาพบริหารโดยกองทุนจำนวนมาก ซึ่งได้มีการปฏิรูปอีกครั้งในปี ค.ศ.2000 โดยรวมกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ เข้าเป็นกองทุนเดียว บริหารโดยสถาบันหลักประกันสุขภาพเพียงแห่งเดียวคือ National Medical Insurance Corporation

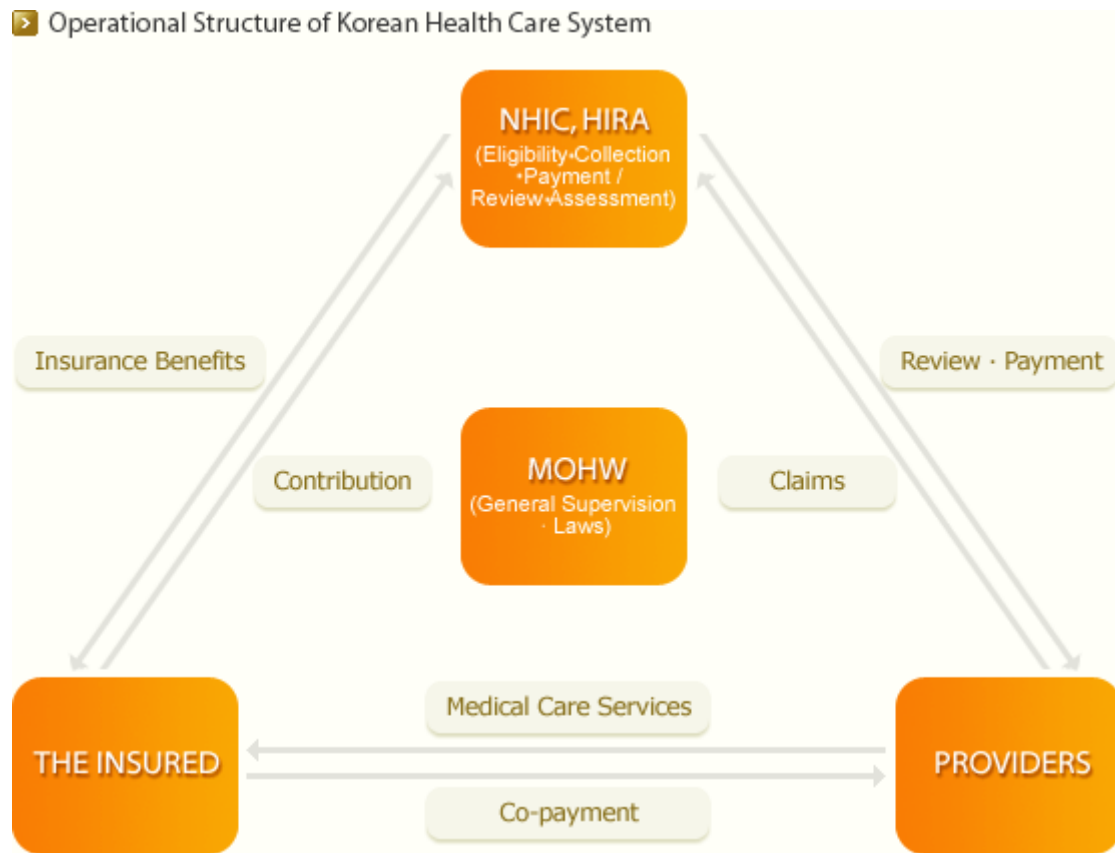
งบประมาณกองทุนมาจาก 1) การหักค่าเบี้ยประกันจากลูกจ้างและการสมทบโดยนายจ้าง 2) เบี้ยประกันของผู้ประกอบอาชีพอิสระ และ 3) งบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาล

ประชาชนทั่วไปต้องจ่ายเงินค่าเบี้ยประกันเข้าสู่กองทุน สำหรับประชากรที่มีรายได้น้อย จะได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกัน แต่จะได้รับการครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ โดยความช่วยเหลือภายใต้ Medical Aid Programme ซึ่งบริหารจัดการโดย NHIC เช่นเดียวกัน โครงการนี้เป็นการอุดหนุนประกันสุขภาพโดยตรงจากรัฐ ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นร่วมกัน ผู้ซึ่งได้รับการช่วยเหลือตามโครงการนี้ จะมีสิทธิประโยชน์เช่นเดียวกับผู้ที่อยู่ภายใต้ประกันสุขภาพแห่งชาติ

องค์กรของรัฐที่เข้ามาเกี่ยวข้องในระบบประกันสุขภาพได้แก่

1. Ministry of Health and Welfare (MOHW) – รับผิดชอบในการควบคุมดูแลการทำงานของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกนโยบายในการบริหารและควบคุม พร้อมกับอนุมัติงบประมาณและกำหนดบทบาทและหน้าที่แก่ NHC และ HIRA
2. National Health Insurance Corporation (NHIC) – เป็นองค์กรหลักที่มีหน้าที่บริหารงานในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ การรวมเงินอุดหนุนเข้าสู่ระบบจากแหล่งต่างๆ การกำหนดสิทธิประโยชน์และการกำหนดอัตราค่าบริการต่างๆ เป็นต้น
3. Health Insurance Review Agency (HIRA) เป็นส่วนงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการตรวจสอบค่าบริการและประเมินการให้บริการทางสาธารณสุข

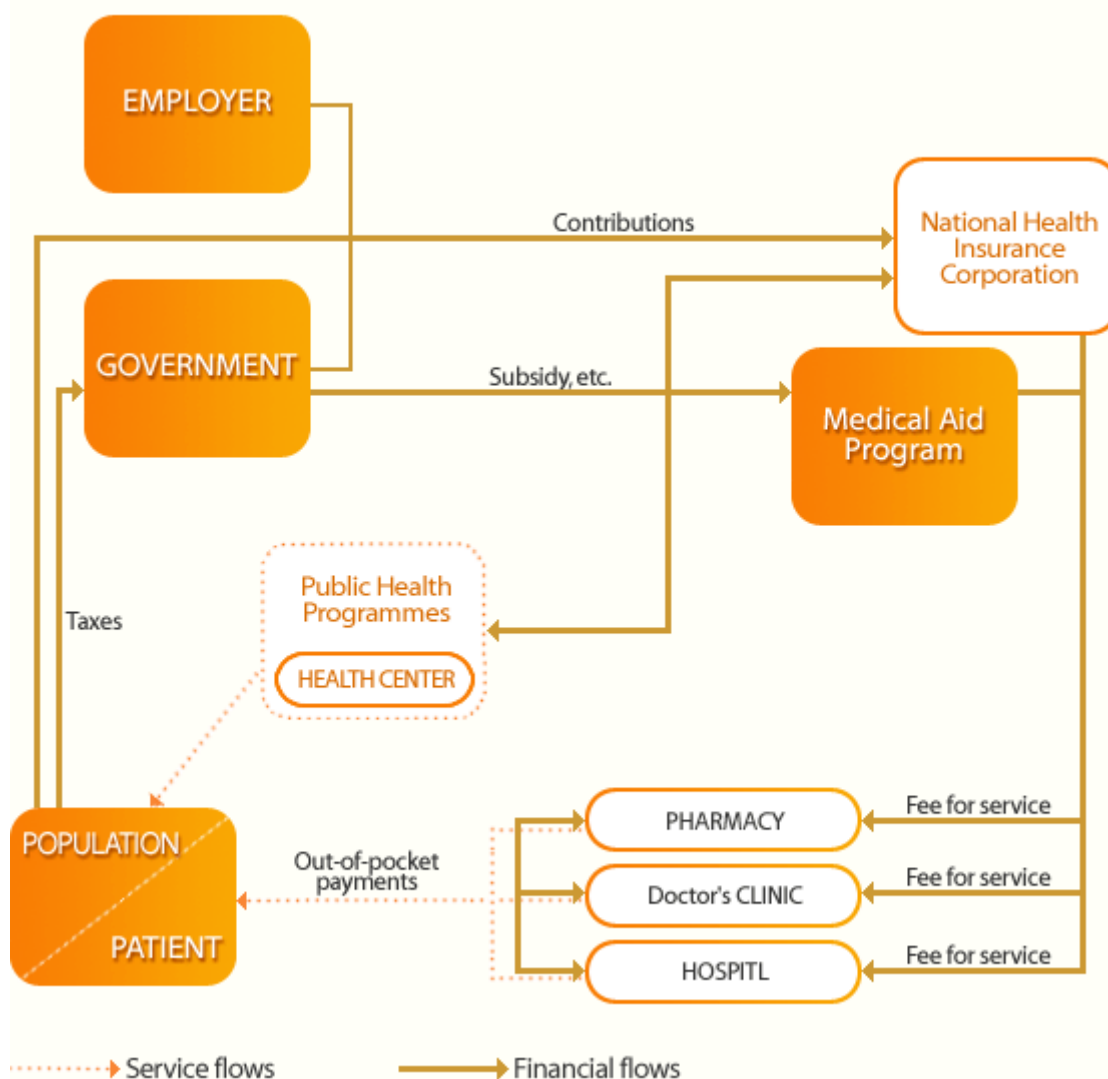
ภาพที่ 3.6 แผนภาพความสัมพันธ์โครงสร้างองค์กรในระบบประกันสุขภาพของเกาหลีใต้



ที่มา :http://www.nhic.or.kr/eng/nhic_sub3/nhic_sub3_1/nhic_sub3_1_3/program.html

ภาพที่ 3.7 แผนภาพระบบสาธารณสุขของเกาหลีใต้

> Korean Health Care System



ที่มา: http://www.nhic.or.kr/eng/nhic_sub2/nhic_sub2_2/health.html

การเก็บเงินเบี้ยประกันรายเดือน แบ่งเป็น 2 แบบคือ

- 1.1 เงินที่ได้รับจากผู้ประกันที่เป็นลูกจ้างและเงินสมทบจากนายจ้าง – ในส่วนนี้ก็คือเงินเบี้ยประกันรายเดือนที่คำนวณจากอัตราเงินเดือนของลูกจ้างนั่นเอง โดยอัตราที่ใช้ ณ ขณะนี้ คือ เงินจำนวนเท่ากับร้อยละ 5.08 ของเงินเดือนลูกจ้าง โดยเบี้ยประกันรายเดือนนี้จะแบ่งจ่ายโดยสัดส่วนความรับผิดชอบมักจะเป็นของลูกจ้างครึ่งหนึ่งและนายจ้างครึ่งหนึ่ง
- 1.2 เงินที่ได้รับจากผู้ทำงานอิสระ – สำหรับผู้ที่มีอาชีพอิสระนั้นการจ่ายเบี้ยประกันรายเดือนจะเป็นไปตามสูตรการคำนวณเบี้ยประกันรายเดือนซึ่งจะคิดคำนวณจาก

ทรัพย์สิน รายได้ ยานพาหนะ เพศและอายุของแต่ละบุคคล โดยจะคำนวณออกมาเป็นแต้ม และแปรแต้มคำนวณนั้นเป็นจำนวนเงินเบี้ยประกันอีกครั้งหนึ่ง

ตารางที่ 3.13 การจ่ายเงินเบี้ยประกันสุขภาพ

	ลูกจ้าง – นายจ้าง		อาชีพอิสระ
เบี้ยประกันรายเดือน	คำนวณเป็นเงินเท่ากับร้อยละ 5.08 ของเงินเดือนของลูกจ้าง		คำนวณจากแต้มผลลัพธ์ของสูตรคิดคำนวณ โดยเท่ากับ 148.9 วอนต่อแต้ม
ความรับผิดชอบ	ลูกจ้างองค์กรเอกชน ● ลูกจ้างร้อยละ 50 ● นายจ้างร้อยละ 50	ข้าราชการ ● ลูกจ้างร้อยละ 50 ● รัฐร้อยละ 50 ลูกจ้างของโรงเรียนเอกชน ข้าราชการ ● ลูกจ้างร้อยละ 50 ● นายจ้างร้อยละ 30 ● รัฐร้อยละ 20	สมาชิกในครอบครัว
การเก็บเบี้ยประกัน	หักจากเงินเดือน		เรียกเก็บรายเดือนแต่ละบุคคล
การชำระเบี้ยประกัน	ก่อนวันที่ 10 ของแต่ละเดือน		

ทั้งนี้ไม่มีข้อยกเว้นลดค่าเบี้ยประกันรายเดือนเหล่านี้ลงด้วยในกรณีต่างๆ ดังต่อไปนี้

- ลดเบี้ยประกันลงร้อยละ 50 สำหรับผู้ที่อาศัยอยู่บนเกาะ เขตชนบทที่ห่างไกลและผู้ที่ทำงานอยู่ต่างประเทศแต่ยังมีครอบครัวอาศัยอยู่ในประเทศ
- ลดเบี้ยประกันลงร้อยละ 22 สำหรับผู้ที่อาศัยในชนบท
- ลดเบี้ยประกันลงร้อยละ 10 – 30 สำหรับผู้มีรายได้ต่ำ
- ลดเบี้ยประกันสูงสุดร้อยละ 30 สำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปีและครอบครัวที่มีผู้พิการ

2. ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพ

ในการเข้ารับบริการสาธารณสุขในแต่ละครั้งผู้เข้ารับบริการจะต้องจ่ายเงินส่วนหนึ่งของค่ารักษาในแต่ละครั้ง National Health Insurance Corporation ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า ระบบส่วนร่วมจ่ายมีขึ้นเพื่อลดการใช้บริการสุขภาพที่มากเกินไป นอกจากนี้เพื่อป้องกันไม่ใช้ประชาชนหลังไหลเข้ามาใช้บริการของโรงพยาบาลใหญ่ในตัวเมืองจนมากเกินไปจนเกิดความแออัดจึงได้มีการตั้งอัตรา

การจ่ายค่ารักษาร่วมที่ต่างกันในสถานพยาบาลและที่ให้บริการทางสาธารณสุขที่แตกต่างกันด้วยในแต่ละระดับ

วิธีการเก็บส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของเกาหลี เพิ่งมีการปรับเปลี่ยนในช่วงประมาณหนึ่งปีที่ผ่านมา โดยที่วิธีการใหม่กับวิธีการเดิม แตกต่างกันค่อนข้างมาก ในที่นี้จึงนำมาเสนอทั้งสองแบบ

วิธีการเก็บส่วนร่วมจ่ายในปัจจุบัน (ตารางที่ 3.14) ใช้การเก็บเป็นร้อยละร่วมจ่าย (coinsurance) ทั้งหมด โดยบริการผู้ป่วยใน (รวมค่ายา) ใช้เก็บส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่าย ส่วนบริการผู้ป่วยนอก เก็บส่วนร่วมจ่ายสูงกว่า คือ ร้อยละ 30-50 แตกต่างกันตามประเภทบริการและระดับของโรงพยาบาล โดยผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนร่วมจ่ายสูงกว่าเมื่อไปใช้บริการในโรงพยาบาลตติยภูมิ และต่ำกว่าเมื่อใช้บริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ เพื่อลดการใช้บริการในโรงพยาบาลใหญ่ดังกล่าวข้างต้น

ผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย ได้รับยกเว้นไม่ต้องจ่ายส่วนร่วมจ่าย

ค่ายามีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ซึ่งรวมค่ายาและค่าจ่ายยา (dispensing fee) ด้วย

เมื่อไปใช้บริการ ผู้ป่วยจ่ายเฉพาะส่วนที่ต้องร่วมจ่าย แล้วผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล คลินิก และร้านยา) เป็นผู้เบิกจาก NHIC โดยตรง³

ก่อนหน้าการเปลี่ยนแปลงวิธีเก็บส่วนร่วมจ่ายเป็นระบบ coinsurance อย่างเดีวนี้ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเก็บส่วนร่วมจ่ายด้วยหลายวิธีผสมกันสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ดังในตารางที่ 3.15 โดยเฉพาะในส่วนของค่ายา เก็บส่วนร่วมจ่ายโดยใช้ 3 เกณฑ์ คือ

- เกณฑ์ใบสั่งยา แบ่งเป็น 2 กรณี คือ มีใบสั่งยากับไม่มีใบสั่งยา โดยส่วนร่วมจ่ายกรณีไม่มีใบสั่งยาจะสูงกว่า
- เกณฑ์มูลค่ายาต่อใบสั่งยา ในกรณีที่ค่ายาไม่สูง คือ ไม่เกิน 10,000 won กรณีมีใบสั่งยา และไม่เกิน 4,000 won กรณีไม่มีใบสั่งยา กำหนดส่วนร่วมจ่ายเป็นจำนวนเงินคงที่ (copayment) หากสูงกว่านั้น ให้จ่ายเป็น % coinsurance (30% กรณีมีใบสั่งยา และ 40% กรณีไม่มีใบสั่งยา)
- เกณฑ์อายุ กรณีผู้ป่วยสูงอายุ (ตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป) ส่วนร่วมจ่ายน้อยกว่า

³ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ Prof. Dr. Soonman Kwon อาจารย์ Seoul National University ทาง e-mail เมื่อ 17 กรกฎาคม 2551.

ตารางที่ 3.14 ส่วนร่วมจ่ายต่อครั้งที่เข้ารับบริการสุขภาพ—ระบบปัจจุบัน

การเข้ารับบริการ		ส่วนร่วมจ่ายต่อครั้ง
ผู้ป่วยใน		ร้อยละ 20 ของค่ารักษาทั้งหมด
ผู้ป่วยนอก	โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ	ค่าธรรมเนียมคงที่ต่อครั้ง + ร้อยละ 50 ของค่ารักษา
	โรงพยาบาลศูนย์	ร้อยละ 50 ของ (ค่าธรรมเนียมคงที่ต่อครั้ง + ค่ารักษา)
	โรงพยาบาล	ร้อยละ 40 ของ (ค่าธรรมเนียมคงที่ต่อครั้ง + ค่ารักษา)
	คลินิก	ร้อยละ 30 ของค่ารักษา
	ร้านยา	ร้อยละ 30 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด

ที่มา: National Health Insurance Corporation. <http://www.nhic.or.kr/eng/> accessed Jun 2008.

ตารางที่ 3.15 ส่วนร่วมจ่ายต่อครั้งที่เข้ารับบริการสุขภาพ—ระบบก่อนหน้า

การเข้ารับบริการ		ส่วนร่วมจ่ายต่อครั้ง
ผู้ป่วยใน		ร้อยละ 20 ของค่ารักษาทั้งหมด (ไม่มีการแยกส่วนของค่ายา)
ผู้ป่วยนอก	โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care hospital)	ค่าแพทย์ต่อครั้ง + ร้อยละ 50 ของค่ารักษา
	โรงพยาบาลทั่วไป (General hospital)	ร้อยละ 50 ของ (ค่าแพทย์ต่อครั้ง + ค่ารักษา)
	โรงพยาบาลอื่น	ร้อยละ 40 ของ (ค่าแพทย์ต่อครั้ง + ค่ารักษา)
	คลินิก	ร้อยละ 30 ของค่ารักษา
	ร้านยา*	จ่ายส่วนร่วมจ่ายค่ายาและค่าจ่ายยา ดังนี้ <u>กรณีมีใบสั่งยา</u> - Coinsurance: ค่ายาเกิน 10,000 won ร่วมจ่าย 30% ของค่ายาทั้งหมด - Flat rate: ค่ายาไม่เกิน 10,000 won ทั่วไปร่วมจ่าย 3,000 won อายุเกิน 65 จ่าย 1,500 won <u>กรณีไม่มีใบสั่งยา</u> - Coinsurance: ค่ายาเกิน 4,000 won ร่วมจ่าย 40% ของค่ายาทั้งหมด - Flat rate: ค่ายาไม่เกิน 4,000 won ร่วมจ่าย 1,400 won สำหรับยา 1 วัน 1,600 won สำหรับยา 2 วัน 2,000 won สำหรับยา 3 วันขึ้นไป

ที่มา: National Health Insurance Corporation.

http://www.nhic.or.kr/english/nhi/sub02/sub0204/eng_nhi_copayment.html accessed Jun 2008.

3. กลไก Safety Net

เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการล้มละลายเนื่องจากภาวะป่วยที่ยาวนานและแบ่งเบาภาระส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงในการรับบริการ ได้มีการกำหนดระบบ safety net รองรับไว้ อีก เป็น 3 แบบ ได้แก่

1. การยกเว้นประชากรบางกลุ่ม โดยที่ผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย ได้รับยกเว้นไม่ต้องจ่ายส่วนร่วมจ่าย
2. ระบบเพดานสูงสุดของการจ่ายส่วนร่วมจ่าย – เริ่มใช้เมื่อ 1 กรกฎาคม 2004 สำหรับผู้ที่ได้ทำการชำระส่วนร่วมจ่ายเป็นมูลค่าเกินกว่า 3 ล้านบาทภายในช่วงเวลา 6 เดือนติดต่อกัน (รวมค่าใช้จ่ายจากบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และค่ายา) จะได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายส่วนร่วมจ่ายในครั้งต่อไปอีก
3. ระบบการจ่ายเงินชดเชย – สำหรับผู้ที่ชำระส่วนร่วมจ่ายเป็นมูลค่าเกินกว่า 1.2 ล้านบาทภายในเวลา 30 วัน จะได้รับการจ่ายเงินคืนเป็นจำนวนร้อยละ 50 ของส่วนที่เกินจากที่กำหนดไว้

ไต้หวัน

1. ภาพรวมของระบบประกันสุขภาพทั่วประเทศ

ระบบประกันสุขภาพของไต้หวันได้มีการขยายตัวเป็นระยะ เริ่มตั้งแต่ปี 1950 มีประกันสุขภาพแรงงาน ในปี 1958 มีประกันสุขภาพข้าราชการ ปี 1960 การประกันสุขภาพขยายความครอบคลุมถึงกลุ่มผู้ใช้แรงงานทุกคนและชาวประมง ปี 1965 ขยายประกันสุขภาพข้าราชการไปยังข้าราชการบำนาญ ปี 1970 มีประกันสุขภาพกลุ่มเกษตรกร ปี 1965 – 1985 ขยายประกันสุขภาพข้าราชการไปยังข้าราชการบำนาญ ครูและลูกจ้างโรงเรียนเอกชน ครอบครัวข้าราชการ และครูและลูกจ้างโรงเรียนเอกชนที่เกษียณแล้วและคู่สมรส ระบบประกันสุขภาพของไต้หวันจึงประกอบด้วย 3 กลุ่มใหญ่คือ ประกันสุขภาพแรงงาน , ประกันสุขภาพข้าราชการและประกันสุขภาพเกษตรกร

ต่อมาเดือนกรกฎาคม 1994 รัฐบาลได้ออกพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Act) เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้เข้าถึงบริการสุขภาพ โดยได้รวมเอาระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมทั้งหมดมาอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยที่สิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพแห่งชาติมีมากกว่าระบบประกันสุขภาพเดิมโดยทั่วไป ในกรณีระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่เดิมระบบใด ให้สิทธิประโยชน์มากกว่าที่กำหนดใหม่ ก็ให้คงสิทธิเดิมสำหรับกลุ่มผู้ประกันนั้นไว้ ฉะนั้น การรวมระบบต่างๆ เข้าด้วยกัน จึงไม่พบปัญหาการต่อต้านการรวม กฎหมายนี้ได้มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 มีนาคม 1995 ภายในสิ้นปี 1996 ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 96 จากจำนวนประชากรทั้งหมด สำหรับสิทธิประโยชน์ของประกัน

สุขภาพแห่งชาติ (NHI) ครอบคลุมตั้งแต่บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน จุกเงิน การใช้จ่าย การตรวจทางพยาธิวิทยา การฟื้นฟูสภาพ งานสุขภาพจิต งานทันตกรรม การแพทย์แผนจีน การพยาบาลที่บ้าน (home care) และงานส่งเสริมป้องกันโรค

2. แหล่งงบประมาณ

ที่มาของงบประมาณมาจากการหักเงินเดือนของผู้ที่มีรายได้รายเดือน สมทบด้วยส่วนของนายจ้าง สมทบด้วยเงินจากภาครัฐ ได้แก่ ภาษีทั่วไป ภาษีบุหรี่และสุรา และเงินรายได้จากสลากรัฐบาล รายได้ทั้งหมดรวมเข้าเป็นกองทุนเดียว

3. วิธีการจ่ายค่าบริการ

มาตรการจ่ายค่าบริการ ผู้ให้บริการปฐมภูมิ จะได้รับแบบ Fee – for – service ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ระยะแรกเป็นแบบ Fee – for – service ต่อมาใช้หลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ แบบกลุ่มการวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis – related group; DRG) ในกลุ่มโรคที่พบบ่อยหรือเป็น Case Payment สำหรับบางโรค แบบ Global budget และ Capitation สำหรับผู้ที่อาศัยในเกาะเล็กๆ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความคล่องตัวของผู้ให้บริการและลดปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย

การจ่ายค่ายา เป็นการจ่ายตามรายการ โดยมีการกำหนด reference price ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเบิกจ่ายค่ายาคืนให้กับสถานพยาบาลตามราคาใน reference price ส่วนต่างระหว่างต้นทุนค่ายาของสถานพยาบาลกับค่ายาที่เบิกคืน เป็นความรับผิดชอบของสถานพยาบาล โดยส่วนใหญ่ สถานพยาบาลจะได้กำไรจากค่ายา และหลายแห่งนำส่วนกำไรนี้ไปจ่ายค่าดำเนินการด้านอื่นๆ²⁸

4. การเก็บเบี้ยประกัน

มีกำหนดการจ่ายเบี้ยประกันสมทบในอัตราที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม เช่น กลุ่มเกษตรกรและชาวนาและครอบครัว รัฐจ่ายให้ร้อยละ 70 จ่ายเองร้อยละ 30 กลุ่มผู้มีรายได้น้อยและทหารผ่านศึก รัฐจ่ายให้ทั้งหมด กลุ่มครูโรงเรียนเอกชน รัฐจ่ายให้ร้อยละ 30 นายจ้างจ่ายร้อยละ 30 ส่วนที่เหลือคือจ่ายเองร้อยละ 40

5. การกำหนดรายการยาของระบบประกันสุขภาพ²⁹

ความครอบคลุมด้านยาถูกกำหนดขึ้นเป็นชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (Pharmaceutical Benefit Scheme for National Health Insurance, PBS) โดยมีการพิจารณาปรับปรุงทุกปี

ยาที่จะเบิกจ่ายได้ในระบบประกันสุขภาพ ต้องเป็นยาที่อยู่ในรายการของ PBS เท่านั้น โดยราคาที่เบิกจ่ายให้เป็นไปตามแนวทางที่ PBS กำหนด ทั้งยาแผนปัจจุบัน (แผนตะวันตก) และยาจีน

รายการยาแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่ได้รับการครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพ โดยมีข้อยกเว้นยาประเภทต่อไปนี้

- non-prescription drugs
- ยาที่ไม่จำเป็นต่อการบำบัดรักษา เช่น ยาคุมกำเนิด ยาบำรุงผม แผ่นนิโคติน
- วัคซีนสำหรับป้องกันโรค
- ยาที่สำนักงานประกันสุขภาพระบุว่า ไม่มีความจำเป็นหรือต้นทุน-ประสิทธิผลต่ำ
- ยาอื่น ๆ ตามที่สำนักงานประกันสุขภาพ

ส่วนยาจีนได้รับการครอบคลุมเฉพาะยาที่จ่ายโดยแพทย์จีน โดยเป็นสูตรตำรับยาที่บรรจุในรายการสูตรตำรับยาจีนมาตรฐานที่ใช้ทั่วไปทางคลินิก นอกจากนี้ ยังกำหนดว่าต้องเป็นยาที่ผลิตจากโรงงานยาจีนที่ได้รับการรับรอง Good Manufacturing Practice (GMP) เท่านั้น

การยื่นเสนอยาเพื่อเข้าสู่รายการยาของ PBS เป็นไปตามระเบียบที่กำหนด โดยมีการระบุอย่างชัดเจนในเรื่องประเภทของยา และวันที่ที่ PBS ทำการพิจารณาทั้งในแง่การบรรจุเข้ารายการยาและการกำหนดราคาเบิกจ่าย

6. การกำหนดส่วนร่วมจ่ายและอัตราส่วนร่วมจ่าย

คำว่าส่วนร่วมจ่ายในภาษาจีนมีความหมายว่า “ภาระบางส่วน” สำนักงานระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของไต้หวันอธิบายปรัชญาของภาระบางส่วนซึ่งผู้ใช้บริการต้องรับผิดชอบไว้ดังนี้

“เมื่อพวกเราไปรับการรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาล นอกเหนือจากที่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้พวกเราแล้ว พวกเราเองก็ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอีกเล็กน้อย ส่วนนี้เรียกว่า “ภาระบางส่วน” เพื่อเป็นการเตือนให้พวกเราทราบว่าทรัพยากรสุขภาพที่พวกเราใช้ไปนั้น เป็นทรัพยากรที่มีค่า เป็นสิ่งที่มีไว้เพื่อช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย ไว้ใช้ในเรื่องที่จำเป็น ต้องไม่ใช้อย่างฟุ่มเฟือย³⁰

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายหลายรูปแบบ ทั้งแบบที่เป็นอัตราคงที่ต่อครั้ง (copayment) อัตราร้อยละ (coinsurance) โดยมีหน่วยนับเป็น ต่อครั้ง ต่อวันนอน และต่อ episode โดยมีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายเป็น 4 กลุ่มบริการด้วยกันดังนี้

6.1. บริการผู้ป่วยนอก

กำหนดส่วนร่วมจ่ายพื้นฐานสำหรับการไปใช้บริการ (ไม่รวมค่ายา) โดยมีอัตราที่แตกต่างกันตาม

- (1) ประเภทของบริการ เช่น บริการแพทย์แผนตะวันตก แผนจีน ทันตกรรม

- (2) ระดับของสถานพยาบาล เช่น คลินิก โรงพยาบาลเขต
- (3) การส่งต่อ หมายถึง การที่ผู้ป่วยไปรับบริการโดยได้รับการส่งต่อจากแพทย์ในสถานพยาบาลระดับล่างก่อน หรือผู้ป่วยเลือกที่จะไปใช้บริการในสถานพยาบาลระดับที่สูงด้วยตนเอง เพื่อให้ระบบการรักษาเป็นไปตามขั้นตอนจากระดับปฐมภูมิไปสู่ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ลดการมาใช้บริการมากเกินไปในระดับตติยภูมิ

โดยมีรายละเอียดอัตราส่วนร่วมจ่ายดังตารางที่ 3.16

ตารางที่ 3.16 อัตราส่วนร่วมจ่ายในการบริการผู้ป่วยนอก

ประเภท ระดับหน่วยบริการ	ส่วนร่วมจ่ายพื้นฐาน (NT\$)				
	บริการการแพทย์แผน ตะวันตก		บริการ ฉุกเฉิน	ทันตกรรม	บริการการแพทย์ จีน
	ส่งต่อ	ไม่ส่งต่อ			
ศูนย์การแพทย์ (Medical Center)	210	360	450	50	50
โรงพยาบาล ภูมิภาค (Regional hospitals)	140	240	300	50	50
โรงพยาบาลเขต (District hospitals)	50	80	150	50	50
คลินิก	50	50	150	50	50

ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=&webdata_ID=384

6.2. ค่ายาผู้ป่วยนอก

ส่วนร่วมจ่ายค่ายา คิดเป็น copayment ขึ้นบันได โดยกำหนดเป็น flat rate ที่มีอัตราเพิ่มขึ้นละ 20 หยวนไต้หวัน (New Taiwanese Dollar, NT\$, 1 NT\$ เทียบประมาณ 1 บาท)

ในกรณีที่ค่ายาต่อครั้งต่ำกว่า 100 NT\$ ไม่มีส่วนร่วมจ่าย เมื่อมีค่ายาระหว่าง NT\$ 101 – 200 ร่วมจ่าย NT\$ 20 แล้วเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยค่ายาที่เพิ่มขึ้นทุก NT\$ 100 จะมีส่วนร่วมจ่ายเพิ่มขึ้น NT\$ 20 จนถึงค่ายา NT\$ 1000 จะมีส่วนร่วมจ่ายคงที่เท่ากับ NT\$ 200 นั้นหมายความว่า ความรับผิดชอบส่วนร่วมจ่ายค่ายาต่อครั้ง ไม่เกิน NT\$ 200

ตารางที่ 3.17 ส่วนร่วมจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอก

ค่ายา (NT\$)	ส่วนร่วมจ่าย (NT\$)
ต่ำกว่า 100	0
101 - 200	20
201 - 300	40
ทุก ๆ NT\$ 100 ที่เพิ่มขึ้นจนถึง NT\$1000	ร่วมจ่ายเพิ่มขึ้น NT\$ 20
1001 ขึ้นไป	200

ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=&webdata_ID=384

6.3. ค่าบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก

ผู้รับบริการฟื้นฟูสภาพ กายภาพบำบัด ไม่ว่าจะเป็นแผนตะวันตกหรือแผนจีน ซึ่งเป็นบริการผู้ป่วยนอก มีส่วนร่วมจ่ายครั้งแรกตามอัตราส่วนร่วมจ่ายค่าบริการของสถานพยาบาลในข้อ 1 และครั้งต่อไปสำหรับ episode เดียวกันครั้งละ NT\$ 50

6.4. ค่าบริการผู้ป่วยใน

การร่วมจ่ายเป็นการกำหนดอัตราร้อยละของค่าใช้จ่าย ตามช่วงจำนวนวันนอน และประเภทของห้องว่าเป็นแบบเตียงพลันหรือเรื้อรัง โดยสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติอธิบายว่าการแยกอัตราส่วนร่วมจ่ายเป็นแบบเตียงพลันหรือเรื้อรัง โดยให้ร่วมจ่ายเมื่อใช้ห้องสำหรับการป่วยเตียงพลันสูงกว่า ก็เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพ้นระยะเตียงพลันไปแล้ว ให้กลับบ้าน หรือย้ายไปพักห้องการป่วยเรื้อรัง

ตารางที่ 3.18 รูปแบบส่วนร่วมจ่ายบริการผู้ป่วยใน

จำนวนวันนอน โรงพยาบาล	1-30	31-60	61-90	91-180	มากกว่า 180
ห้องผู้ป่วยเตียงพลัน (Acute)	10%	20%	30%	30%	30%
ห้องผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic)	5%	10%	10%	20%	30%

ที่มา: สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ

http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=&webdata_ID=384

7. ระบบ safety net

สำนักงานประกันสุขภาพระบุไว้อย่างชัดเจนในปรัชญาเกี่ยวกับส่วนร่วมจ่ายว่า ส่วนร่วมจ่ายกำหนดขึ้นเพื่อป้องกันการใช้ทรัพยากรฟุ่มเฟือยสูญเปล่า ในขณะที่เดียวกัน ก็ระบุปรัชญาเกี่ยวกับข้อกำหนดพิเศษและการยกเว้นส่วนร่วมจ่ายไว้ดังนี้

สำหรับกรณีบริการสุขภาพที่ไม่มีข้อกังวลในเรื่องการใช้อย่างฟุ่มเฟือย หรือในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในระยะยาว หรือโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง จึงมีข้อยกเว้นเพื่อผู้ป่วยจะได้ไม่ต้องรับภาระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง³¹

7.1. ข้อยกเว้นการร่วมจ่าย³¹

- โรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (catastrophic illnesses) (เป็นไปตามประกาศของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง)
- การคลอดบุตร
- บริการป้องกันโรคสำหรับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป หญิงมีครรภ์ และเด็กอายุไม่เกิน 4 ปี
- บริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน บริการผู้ป่วยใน และบริการเยี่ยมบ้าน ที่จัดโดยสถานพยาบาลในเขตภูเขาล้อมรอบและเกาะรอบนอก
- บริการต่าง ๆ บนเกาะใต้หวัน ซึ่งได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลในเขตภูเขาล้อมรอบและเกาะรอบนอก
- ผู้ได้รับสวัสดิการสังคม (ผู้มีรายได้น้อย) (ถือบัตรที่ระบุสถานะดังกล่าว)
- ทหารผ่านศึก (ถือบัตรที่ระบุสถานะดังกล่าว)
- ผู้มีอาชีพที่ได้รับการประกันแรงงานเฉพาะ
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ซึ่งขึ้นทะเบียนแล้ว) เมื่อไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ระบุ
- การรักษาความเจ็บป่วยใน episode เดียวกัน จ่ายส่วนร่วมจ่ายครั้งแรก โดยไม่ต้องจ่ายครั้งต่อไป (ยกเว้นการฟื้นฟูสภาพ)
- ผู้มีอายุเกิน 100 ปี (ถือบัตรที่ระบุสถานะดังกล่าว)
- นอกจากนี้ ยังมีข้อยกเว้นเฉพาะสำหรับผู้ที่มีทะเบียนพิเศษ ในกรณีผู้ป่วยเป็นโรค catastrophic ทหารผ่านศึก ผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่ไปรับการรักษา ณ สถานพยาบาลในเขตภูเขาล้อมรอบและเกาะรอบนอก เพิ่มเติมดังนี้
 - ส่วนร่วมจ่ายค่ายาสำหรับค่ายาต่อครั้งที่ต่ำกว่า 100 NT\$
 - ค่ายาสำหรับโรคเรื้อรังซึ่งส่งใช้ตั้งแต่ 28 วันขึ้นไป
 - บริการทันตกรรมผู้ป่วยนอก
 - เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี

7.2. ข้อกำหนดอัตราพิเศษ

- ผู้พิการทางร่างกายหรือจิตใจ (ต้องมีเอกสารเฉพาะสำหรับแสดงสถานะ) จ่ายส่วนร่วมจ่ายพื้นฐานสำหรับบริการผู้ป่วยนอก ในอัตรา 50 NT\$ ต่อครั้ง ไม่ว่าจะใช้บริการจากสถานพยาบาลระดับใดก็ตาม

7.3. เพดานส่วนร่วมจ่าย

กำหนดเพดานซึ่งเริ่มใช้เมื่อ 1 มกราคม 2007 ดังนี้

- ส่วนร่วมจ่ายบริการผู้ป่วยในสำหรับการเข้านอนโรงพยาบาลใน episode เดียวกัน มีเพดาน 28,000 NT\$
- เพดานส่วนร่วมจ่ายบริการผู้ป่วยในต่อปีเป็นเงิน 47,000 NT\$
- ทั้งนี้ อัตราเพดานที่กำหนดข้างต้น ครอบคลุมเฉพาะส่วนร่วมจ่ายสำหรับการนอนโรงพยาบาลในกรณี acute care ไม่เกิน 30 วัน และ chronic care ไม่เกิน 180 วัน
- อัตราเพดานที่กำหนดข้างต้น ไม่รวมค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพใดๆ ซึ่งระบบประกันสุขภาพไม่ครอบคลุม

ออสเตรเลีย

1. ภาพรวมระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ

ประเทศออสเตรียมีระบบประกันสุขภาพหลักเป็นแบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งครอบคลุมประชาชนในประเทศทุกคน รัฐบาลกลางโดย Department of Health and Aging มีหน้าที่หลักในกำหนดนโยบาย สนับสนุนและทำวิจัย รวบรวมข้อมูลระดับประเทศ และกำกับดูแลหน่วยงานและกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพของประชาชนในประเทศ ขณะที่รัฐบาลของมลรัฐกำกับดูแลในส่วนการให้บริการทางการแพทย์ และบริการสุขภาพชุมชน ของบุคลากรการแพทย์ และสถานพยาบาล ระบบประกันสุขภาพเสริมได้แก่ประกันสุขภาพเอกชนซึ่งไม่ใช่ภาคบังคับ

รัฐซึ่งเป็นผู้จ่ายเงินมีความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการในรูปแบบของการทำสัญญา-ข้อตกลง (Contractual Model) การบริหารจัดการในส่วนของสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์จะอยู่ภายใต้ Medicare Benefits Scheme (MBS) ส่วนการบริหารจัดการสิทธิประโยชน์ด้านยาอยู่ภายใต้ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) โดยมี Health Insurance Commission (HIC) ทำหน้าที่เป็นบริหารจัดการเรื่องการเบิกจ่ายเงินคืน

บุคลากรการแพทย์และสถานพยาบาลภายใต้ระบบประกันต้องได้รับใบอนุญาต ต้องลงทะเบียนเป็นผู้ให้บริการกับ MBS และ PBS และต้องได้รับการประกันคุณภาพจากหน่วยงานรัฐ

แพทย์ทั่วไปและแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ทำงานเป็นอิสระ (private practice) มีคลินิกส่วนตัว แพทย์ส่วนน้อยที่ทำงานในพื้นที่ทุรกันดารที่เป็นลูกจ้างของรัฐ แพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่มีการทำสัญญากับสถานพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลรัฐ ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน

ประชาชนมีอิสระที่จะเลือกรับบริการทางการแพทย์จากแพทย์ทั่วไปหรือแพทย์ประจำบ้าน เมื่อมีการให้บริการเกิดขึ้น แพทย์ผู้ให้บริการจะส่งเอกสารเพื่อขอเบิกจ่ายค่าบริการไปยัง HIC ทั้งนี้ HIC จะเบิกค่าบริการคืนให้แพทย์ตามอัตราที่รัฐกำหนดไว้ การรับบริการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญภายใต้ MBS จะทำได้ก็ต่อเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยจากแพทย์ทั่วไป หรือแพทย์ประจำบ้าน

ร้านยาเป็นสถานบริการด้านยาสำหรับผู้ป่วยนอก ยาที่รัฐให้การอุดหนุนต้องเป็นยาที่ได้รับการพิจารณาจาก Therapeutic Goods Administration (TGA) ว่าเป็นยาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผลในการรักษา หรือป้องกันโรค และต้องได้รับการพิจารณาคัดเลือกให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา ทั้งนี้กว่า 75% ของยาที่ได้รับการพิจารณาจาก TGA ถูกจัดให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา

ข้อมูลปีค.ศ. 2004 จาก OECD³² รายงานว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อประชากร 1 คน ของประเทศออสเตรียคิดเป็นเงิน 3,128 USD (คิดเป็น 9.5% ของ GDP) และค่าใช้จ่ายด้านยาคิดเป็น 13.3% ของค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวม งบประมาณหลักที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของประเทศออสเตรียมาจากภาครัฐ 67.5% ที่เหลือมาจากภาคเอกชน (บริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชน และส่วนร่วมจ่ายจากผู้ที่ใช้บริการ)

นอกเหนือจากประชาชนของประเทศออสเตรียแล้ว ประชาชนของประเทศที่อยู่ภายใต้ Reciprocal Health Care Agreements เช่น อังกฤษ , ไอร์แลนด์ , นิวซีแลนด์ , มัลตา (Malta) , อิตาลี ,

สวีเดน , เนเธอร์แลนด์ , ฟินแลนด์ และนอร์เวย์ หากเจ็บป่วยในประเทศออสเตรเลียก็จะได้รับการ
ทางการแพทย์ไม่แตกต่างจากชาวออสเตรเลีย³³

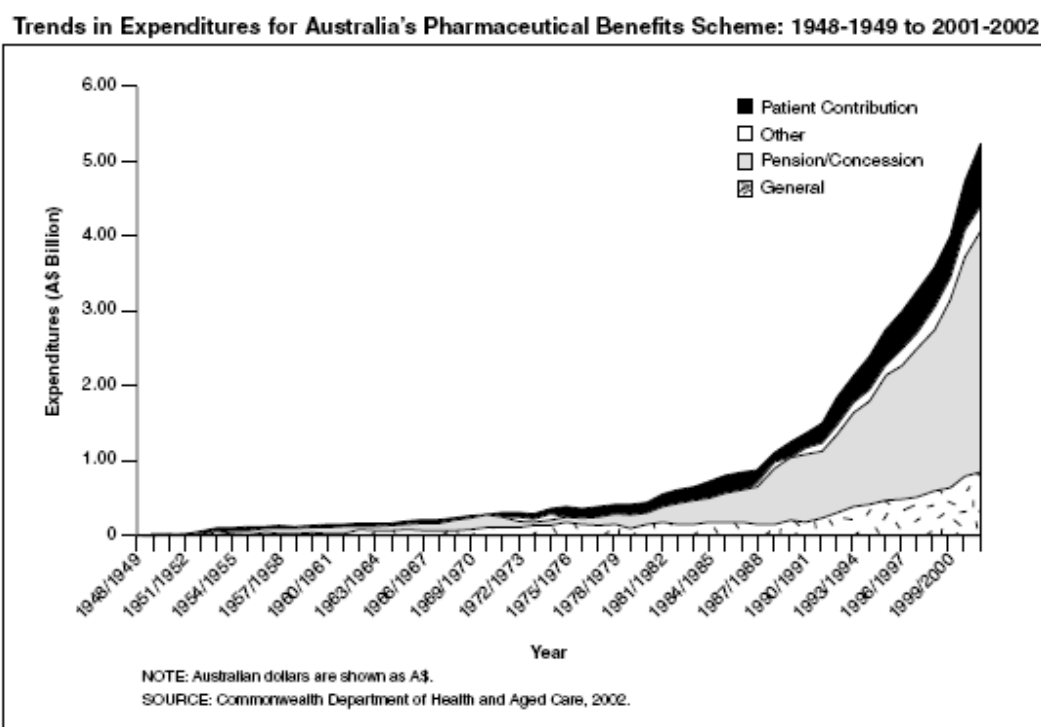
2. แนวคิดหลักการ รูปแบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา

รัฐบาลได้จัดระบบสิทธิประโยชน์ทางยา (Pharmaceutical Benefit Scheme or PBS) ขึ้นเพื่อ
เป็นการประกันว่าประชาชนออสเตรเลียสามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นได้ ระบบนี้ได้เริ่มจัดตั้งขึ้นในปี ค.ศ.
1948 สมัยนายกรัฐมนตรี Ben Chifley โดยเริ่มจากการจัดยาที่จำเป็นและต้องการใช้ในการช่วยชีวิต
ผู้ป่วย จำนวน 140 ชนิด ในขณะนั้นระบบสิทธิประโยชน์ทางยายังไม่ได้กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ ยาที่จัด
ให้ทั้งหมดเป็นการให้บริการฟรี ต่อมาในปี ค.ศ. 1960 เริ่มมีการคิดค่าใช้จ่ายทางยาและได้นำระบบการ
จ่ายร่วม (co - payment)

ไม่พบการบันทึกอย่างเป็นทางการถึงแนวคิด และหลักการในเรื่องส่วนร่วมจ่ายค่ายาสำหรับ
ประเทศออสเตรเลีย แต่จากบทความเรื่อง Moral hazard and prescription medicine use in Australia-
the patient perspective³⁴ ซึ่งตีพิมพ์ใน Social Science and Medicine ปีค.ศ. 2005 พบว่า การร่วม
จ่ายเกิดจากความกังวลของรัฐในแง่ของ 1) ค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปีเนื่องจากมียาใหม่ซึ่งมี
ราคาแพงเพิ่มมากขึ้นในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา ความอยู่รอดในระยะยาวของการที่รัฐให้การอุดหนุน
ประชาชนด้านยาผ่าน PBS 3) ความเชื่อที่ว่ายาเป็นสิ่งที่ "price sensitive" ซึ่งการอุดหนุนจากภาครัฐมี
แนวโน้มที่จะทำให้คนมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการใช้ยา คือใช้โดยไม่จำเป็น หรือสูญเสียเปล่า ความ
กังวลของรัฐบาลออสเตรเลียก่อให้เกิดการรณรงค์ให้ความรู้ประชาชนเรื่องความสูญเสียเปล่าของการใช้ยา
โดยไม่จำเป็น และภาระทางการเงินในการอุดหนุนค่าใช้จ่ายด้านยา ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการที่รัฐมี
นโยบายให้ประชาชนร่วมจ่ายค่ายา และค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์อื่นๆ น่าจะมีวัตถุประสงค์
เพื่อลด moral hazard เป็นหลัก ส่วนการหารายได้เสริมให้แก่วัฒนธรรมเพื่อให้การคลังของระบบสามารถอยู่
รอดได้ในระยะยาวน่าจะเป็นวัตถุประสงค์รอง

การร่วมจ่ายค่ายาของประชาชนในประเทศออสเตรเลียมีลักษณะเป็น Flat rate มีการแบ่ง
ประชาชนออกเป็น 2 กลุ่มได้แก่ 1) ประชาชนทั่วไป (General category) และ 2) ประชาชนที่รัฐให้การ
ช่วยเหลือ (Concessional category) เช่น ผู้ที่ได้รับบำนาญ ทหารผ่านศึก หรือผู้ด้อยโอกาส ข้อมูลจาก
Department of Health and Aging พบว่า 80% ของค่าใช้จ่ายด้านยาของ PBS มาจากประชาชนกลุ่มที่
รัฐให้การช่วยเหลือ

ภาพที่ 3.8 ค่าใช้จ่ายของระบบสิทธิประโยชน์ทางยาตั้งแต่ปี 1948 ถึง 2002 ³⁵



3. อัตราส่วนร่วมจ่าย

ประเทศออสเตรเลียมีการกำหนดไว้ว่าผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพจะต้องร่วมจ่ายเมื่อรับบริการทางการแพทย์ ในปีค.ศ. 2008 ประชาชนทั่วไปจะต้องร่วมจ่ายค่ายาสำหรับทุกๆ รายการยาที่แพทย์สั่งจ่ายเป็นเงิน 31.30 AUD ส่วนประชาชนที่รัฐให้การช่วยเหลือจะต้องร่วมจ่ายเป็นจำนวน 5.00 AUD

สำหรับบริการการแพทย์ส่วนผู้ป่วยนอก ประชาชนต้องร่วมจ่าย 15% สำหรับบริการอื่นๆ ไปยกเว้นกรณีที่เป็นบริการผู้ป่วยนอกนั้นๆ มีราคาแพง การร่วมจ่ายจะถูกจำกัดเพื่อไม่ให้ประชาชนต้องรับภาระทางการเงินมากจนอาจทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นได้ ทั้งนี้รัฐได้ออกกฎหมายไม่ให้บริษัทประกันเอกชนเป็นผู้รับผิดชอบในส่วนร่วมจ่ายภาคบังคับโดยเด็ดขาดเนื่องจากต้องการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์โดยไม่จำเป็น

รัฐจะเป็นผู้พิจารณาปรับอัตราการร่วมจ่าย โดยมีการปรับเปลี่ยนทุกๆ วันที่ 1 มกราคม ของทุกปี ทั้งนี้การปรับจะเป็นไปตามอัตราเงินเฟ้อของปีที่ผ่านมา ³⁶

ตารางที่ 3.19 แสดงอัตราการร่วมจ่ายสำหรับประชาชนทั่วไป และประชาชนที่รัฐให้การช่วยเหลือ

ปี	General population	Concessional population
ค.ศ. 1960	5 shillings	n/a
ค.ศ. 1990	10.00 AUD	2.70 AUD
ค.ศ. 1997	20.00 AUD	3.20 AUD
ค.ศ. 2002	22.40 AUD	3.60 AUD
ค.ศ. 2003	23.10 AUD	3.70 AUD
ค.ศ. 2004	23.70 AUD	3.80 AUD
ค.ศ. 2005	28.60 AUD	4.60 AUD
ค.ศ. 2006	29.50 AUD	4.70 AUD
ค.ศ. 2007	30.70 AUD	4.90 AUD
ค.ศ. 2008	31.30 AUD	5.00 AUD

4. หลักเกณฑ์การกำหนดประเภทยา

ยาที่จะผ่านเข้าสู่ตลาดถึงมือผู้บริโภคได้จะต้องผ่านการพิจารณาของ Therapeutic Good Administration (TGA) ว่าเป็นผลิตภัณฑ์ยาที่ปลอดภัย และมีประสิทธิผลในการรักษาหรือป้องกันโรค ยาเหล่านี้จะถูกจัดให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาหรือไม่จะต้องผ่านคณะกรรมการอีก 2 ชุด โดยชุดแรกคือ Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) ทำหน้าที่คัดเลือกยาตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดและ Pharmaceutical Benefits Pricing Authority (PBPA) และทำหน้าที่กำหนดราคายาที่จะเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา³⁷

PBAC ใช้หลักเกณฑ์ต่อไปนี้ในการพิจารณาเข้าสู่ชุดสิทธิบัตรยา

- 1) ผ่านการรับรองจาก TGA ในเรื่องของคุณภาพ ความปลอดภัย และประสิทธิผล
- 2) ความปลอดภัยและ/หรือมีประสิทธิภาพไม่น้อยกว่ายาอื่นในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา หรือเมื่อเทียบกับวิธีการรักษาอื่นๆ
- 3) ความคุ้มค่าในการใช้ยา
- 4) ผลกระทบต่องบประมาณของประเทศ

ทั้งนี้ยาที่ผ่านเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาจะแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ 1) **Non-restricted benefits** คือไม่มีการกำหนดเงื่อนไขในการสั่งยา 2) **Restricted benefits** คือมีการกำหนดเงื่อนไขการสั่งยา เช่น เงื่อนไขของข้อบ่งใช้ หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เงื่อนไขของผู้มีสิทธิสั่งยา เงื่อนไขในเรื่องประเภทสิทธิการรักษาของผู้ป่วย 3) **Prior-authorized benefits** คือมีการกำหนดว่าแพทย์จะสั่งยาให้ผู้ป่วยได้ก็ต่อเมื่อมีการพิจารณาอนุญาตให้ใช้ยาตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา โดยเมื่อได้รับอนุญาตแล้วแพทย์จะได้รับอนุญาตให้สั่งยาได้ และเภสัชกรจะต้องตรวจสอบรหัสดังกล่าวก่อนที่จะจ่ายยาและส่งมอบยาให้ผู้ป่วย

5. ระบบและกลไกในการดำเนินการเก็บอัตราส่วนร่วมจ่าย

ทุกครั้งที่มีการรับบริการด้านยา ผู้ใช้บริการจะจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการตามอัตราที่รัฐกำหนด ทั้งนี้ ผู้ให้บริการจะต้องทำการบันทึกข้อมูลส่วนร่วมจ่ายลงในแบบฟอร์มที่เรียกว่า Prescription Record Form ผู้ป่วยมีหน้าที่เก็บรักษาแบบฟอร์มดังกล่าว และนำแบบฟอร์มนี้ติดตัวมาร้านยาทุกครั้งเพื่อบันทึกข้อมูลการร่วมจ่ายเพิ่มเติม

Prescription Record Form เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเก็บรักษาให้ดี เนื่องจากยอดส่วนร่วมจ่ายสะสมหากถึงระดับที่รัฐกำหนดไว้ (ที่เรียกว่า Safety Net Threshold) จะทำให้ผู้ป่วยในกลุ่มทั่วไป ร่วมจ่ายในอัตราของผู้ป่วยที่รัฐให้การช่วยเหลือ และผู้ป่วยที่รัฐให้การช่วยเหลือไม่ต้องร่วมจ่ายอีกหลังจากยอดสะสมถึง Safety Net Threshold

ประเทศออสเตรเลียมีโครงการที่จะนำระบบสารสนเทศคอมพิวเตอร์ เข้ามาเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างจุดที่มีการให้บริการ โดยในอนาคตจะมีการเก็บบันทึกยอดส่วนร่วมจ่ายไว้ในระบบคอมพิวเตอร์ส่วนกลาง ซึ่งทำให้ผู้ให้บริการสามารถใส่ข้อมูลส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยในระบบได้ทันที และสามารถตรวจสอบข้อมูลยอดส่วนร่วมจ่ายสะสมได้โดยสะดวก และประชาชนไม่จำเป็นต้องใช้ Prescription Record Form ซึ่งมีโอกาสที่ผู้รับบริการจะทำหายได้

6. กลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมที่กำหนดให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็น

แม้รัฐจะมีความกังวลในเรื่องของ Moral hazard ขณะเดียวกันก็ไม่ต้องการให้ประชาชนเกิดภาวะล้มละลายจากการร่วมจ่าย จึงมีการกำหนดเพดานสูงที่สุดที่ประชาชนต้องร่วมจ่าย (Safety Net Threshold) ในแต่ละปีไว้ โดย Safety Net Threshold เป็นอัตราที่ใช้กับทั้งครอบครัว ไม่ว่าครอบครัวนั้นจะประกอบไปด้วยคนกี่คนก็ตาม โดยหากเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไปจะมีระดับ Safety Net เท่ากับ 1141.80 AUD ขณะที่กลุ่มประชาชนที่รัฐให้การช่วยเหลือมีระดับ Safety Net เท่ากับ 290.00 AUD³⁶

ยอดส่วนร่วมจ่ายที่เกิดจากการรับบริการค่ายาจากร้านยา จากการรับบริการด้านยาส่วนของผู้ป่วยนอกจากโรงพยาบาลสามารถนำมาสะสมรวมกันได้จึงเรียกว่า joint safety net

การกำหนด Safety Net Threshold ต่อหนึ่งครอบครัวโดยไม่คำนึงว่าใน 1 ครอบครัวจะมีสมาชิกมากน้อยเพียงใดเป็นไปเพื่อให้การสื่อสารกับประชาชนทำได้ง่าย และการบริหารจัดการทำได้ง่ายด้วยเช่นกัน

ตารางที่ 3.20 แสดง Safety Net Threshold สำหรับประชาชนทั่วไปและประชาชนที่รัฐให้การช่วยเหลือ³⁷

ปี	General population	Concessional population
ค.ศ. 2005	874.90	239.20
ค.ศ. 2006	960.10	253.80
ค.ศ. 2007	1,059.00	274.40
ค.ศ. 2008	1,141.81	290.00

7. ผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบายและผลกระทบที่เกิดขึ้น

ส่วนร่วมจ่ายเป็นหนึ่งในกลไกในหลายๆ กลไกที่รัฐใช้ในการที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จากการสืบค้นข้อมูล ไม่พบว่ามีการศึกษาด้านสัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบาย และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากนโยบาย ส่วนร่วมจ่ายของประเทศออสเตรเลีย มีเพียงการศึกษาหนึ่งในมุมมองของผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่อง Moral Hazard และการใช้ยา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ตระหนักว่าค่ายาที่ต้องจ่ายแต่ละครั้งเป็นเท่าไร มีเพียงผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ที่สมาชิกในครอบครัวหลายๆ คนจำเป็นต้องใช้ยาสม่ำเสมอ หรือผู้ที่มีรายได้จำกัด นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับค่าใช้จ่ายด้านยามากนัก โดยมองว่าหากจำเป็นต้องใช้ยาที่แพทย์สั่ง ก็ต้องไปรับยาอยู่ดี ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีความเต็มใจที่จะจ่าย (โดยไม่คำนึงถึงว่าจะมีความสามารถในการจ่ายหรือไม่ก็ตาม) ผลการศึกษานี้ไม่สามารถสรุปได้โดยตรงว่าการร่วมจ่ายมีผลต่อพฤติกรรมหรือไม่ เนื่องจากภายใต้ระบบประกันสุขภาพที่รัฐให้การอุดหนุน โดยประชาชนร่วมจ่ายเพียงบางส่วนได้ก่อให้เกิดการบิดเบือนการรับรู้ในเรื่องราคายาที่แท้จริง ความยืดหยุ่นของราคาของผู้ป่วยต้องจ่ายจึงไม่ใช่ความยืดหยุ่นที่แท้จริง

สหรัฐอเมริกา

1. ภาพรวมระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ

ประเทศสหรัฐอเมริกาคือประเทศที่พัฒนาแล้วเพียงไม่กี่ประเทศที่รัฐบาลไม่ได้จัดให้มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนของทั้งหมดประเทศ เนื่องจากสหรัฐอเมริกามีรากฐานแนวคิดเรื่องสุขภาพที่แตกต่างไปจากประเทศอื่น โดยมองว่ารัฐมีหน้าที่ดูแลเรื่องสาธารณสุข หรือสุขภาพของประชาชนส่วนรวม (public health) และมองว่าสุขภาพส่วนบุคคล (personal health) ไม่ใช่เรื่องของสิทธิพื้นฐานที่รัฐต้องจัดการให้กับประชาชน แต่ถือว่าเป็นความรับผิดชอบของปัจเจกบุคคลที่ต้องดูแลตนเอง นอกจากนี้ฐานความคิดเรื่องเสรีนิยมยังแสดงให้เห็นในด้านของสุขภาพด้วย คือประชาชนมีสิทธิ เสรีภาพในการคิดและตัดสินใจอย่างอิสระ (freedom of choice) ในการเลือกที่จะดูแลสุขภาพของตน และสภาพการแข่งขันของผู้ให้บริการสุขภาพ และผู้ให้ประกันสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกามีลักษณะเป็นแบบแข่งขันแบบเสรี (free market)

การประกันสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่เป็นการประกันผ่านบริษัทหรือผู้ว่าจ้างซึ่งให้สวัสดิการแก่ลูกจ้างประจำในหน่วยงาน โดยการให้ประกันสุขภาพของบริษัทเหล่านี้มีอย่างน้อย 2 รูปแบบคือ 1) บริษัทหรือผู้ว่าจ้างทำหน้าที่สรรหาบริษัทประกันสุขภาพเอกชนให้แก่พนักงานของตน ซึ่งบริษัทชั้นนำอาจติดต่อบริษัทประกันสุขภาพเอกชนมากกว่า 1 แห่งเพื่อเป็นตัวเลือกให้กับพนักงาน ทั้งนี้บริษัทและลูกจ้างมีข้อตกลงในเรื่องของสัดส่วนการจ่ายค่าเบี้ยประกันให้กับบริษัทประกันสุขภาพเอกชน หรือ 2) บริษัทหรือผู้ว่าจ้างเลือกที่จะเป็นผู้ให้ประกันสุขภาพแก่พนักงานด้วยตนเอง (เรียกว่า Self-insured) ก็ได้ สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา ประชากรที่อายุน้อยกว่า 65 ปีส่วนใหญ่ (กว่า 60% ของประเทศ) มีการประกันสุขภาพผ่านบริษัท/ผู้ว่าจ้างที่ทำงานอยู่ด้วย

นอกเหนือจากการประกันสุขภาพกับผู้ให้ประกันภาคเอกชนแล้ว รัฐบาลมีการจัดระบบประกันสุขภาพให้กับประชากรเฉพาะกลุ่มด้วย โดยมีระบบหลักคือ Medicare และ Medicaid ซึ่งเริ่มขึ้นในปี 1965 นอกจากนี้ มีระบบ State Children's Health Insurance Program (SCHIP) ซึ่งเกิดขึ้นภายหลัง

a. Medicare³⁸

เป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับประชาชนที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการ และผู้ที่เป็นโรคไทรระยะสุดท้าย ดำเนินการโดยรัฐบาลกลางภายใต้ Center for Medicare and Medicaid Services (CMS)⁴ ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้ US Department of Health and Human Services การบริหาร Medicare ใช้งบประมาณที่ได้จากการเรียกเก็บภาษีเฉพาะ (Medicare Levy Tax) จากประชาชนที่มีรายได้จากการทำงาน ณ ค.ศ. 2008 Medicare มีบริการ **4 ประเภท**ให้แก่ผู้มีสิทธิได้แก่

- 1) **Medicare Part A** ซึ่งเป็นประกันภาคบังคับสำหรับผู้มีสิทธิ ครอบคลุมบริการการรักษาแบบผู้ป่วยใน บริการในสถานพยาบาลที่มีพยาบาลที่มีทักษะ (skilled nursing facilities) บริการสำหรับ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) และบริการเยี่ยมบ้าน ผู้มีสิทธิทุกคนจะได้รับบริการ Medicare Part A โดยไม่ต้องเสียค่าเบี้ยประกัน เนื่องจากผู้มีสิทธิได้จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนแล้วเมื่อครั้งยังทำงานอยู่
- 2) **Medicare Part B** เป็นบริการเสริมที่ผู้มีสิทธิสามารถเลือกซื้อเพิ่มเติมได้ โดย Medicare Part B ครอบคลุมบริการการแพทย์ผู้ป่วยนอก และบริการอื่นๆ ที่ Medicare Part A ไม่ได้ครอบคลุม เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจเช็คมวลกระดูก การฉีดวัคซีนป้องกันหวัด และปอดบวม การตรวจเช็ครอยโรคเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น ณ ปีค.ศ. 2008 ผู้ที่ต้องการใช้บริการ Medicare Part B ต้องชำระค่าเบี้ยประกัน 96.40 เหรียญ ต่อเดือน (ทั้งนี้ค่าเบี้ยประกันขึ้นกับรายได้ของผู้ซื้อบริการและอัตราค่าเบี้ยประกันมีการปรับทุกปี)

Medicare Part A & B ไม่ครอบคลุมการผ่าตัดเสริมความงาม บริการทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นนอกประเทศสหรัฐอเมริกา อุปกรณ์ช่วยการได้ยิน การทดสอบการได้ยิน บริการในสถานพยาบาล Long term care แวนตา และบริการอื่นๆ ที่ระบุโดย CMS

บริการในส่วนของ Medicare Part A & B ที่บริหารจัดการโดย Medicare มีลักษณะการเบิกจ่ายแบบ fee-for-service คือเบิกจ่ายตามรายการบริการทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยได้รับ โดยผู้ป่วยจะต้องสำรองจ่ายค่าบริการด้วยตนเองก่อน โดยในการจ่ายเงินเบื้องต้นจะรวมทั้งส่วนที่ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องร่วมจ่าย และส่วนที่รัฐให้การอุดหนุน เมื่อจ่ายเงินแล้วค่อยเอาใบเสร็จไปขอเบิกเงินคืนจากรัฐบาลในภายหลัง

- 3) **Medicare Part C** หรือ Medicare Advantage Plan เป็นบริการเสริมที่ผู้มีสิทธิสามารถเลือกซื้อเพิ่มเติมจาก Medicare Part A เป็นบริการที่จัดให้โดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชนที่ได้รับการรับรองจาก CMS ภายใต้ Medicare Part C บริษัทประกันเอกชนจะเสนอแผนการประกันที่ครอบคลุมส่วนของ Medicare Part A และ Part B และส่วนมากบริษัท

⁴ ชื่อเดิมที่เป็นที่รู้จักดีของหน่วยงานนี้คือ Health Care Financing Administration (HCFA)

เหล่านี้จะให้บริการเสริมอื่นๆ เพิ่มเติม และหลายๆ บริษัทก็รวมบริการในส่วนยา (Medicare Part D) ด้วย ค่าเบี้ยประกันที่บริษัทเรียกเก็บส่วนใหญ่จะสูงกว่าที่เรียกเก็บภายใต้ Medicare Part B ทั้งนี้ค่าเบี้ยประกันจะขึ้นอยู่กับแผนการประกันที่ผู้มีสิทธิเลือก

บริษัทเอกชนที่ให้บริการส่วน Medicare Part C มักเป็น Managed Care Organization ซึ่งมีการประยุกต์ใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

- 4) **Medicare Part D** หรือ Medicare prescription drug coverage เป็นประกันเสริมครอบคลุมบริการด้านยา ซึ่งผู้เอาประกันจะต้องจ่ายเบี้ยประกันด้วย Medicare Part D ได้รับการพิจารณาอนุมัติผ่านรัฐสภาในปี ค.ศ. 2003 และ เริ่มต้นใช้จริงเมื่อมกราคม ค.ศ. 2006 ผู้มีสิทธิสามารถแสดงความจำนงค์ที่จะใช้บริการ Medicare Part D ได้ภายในช่วงเวลา 3 เดือน ก่อนและหลังจากเดือนเกิดเมื่ออายุครบ 65 ปีบริบูรณ์ กรณีที่ผู้มีสิทธิแสดงความประสงค์ช้ากว่าช่วงเวลาดังกล่าวเกินกว่า 63 วัน ผู้มีสิทธิรายนั้นจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันในอัตราที่สูงขึ้น

b. Medicaid

เป็นเป็นการประกันสุขภาพภาคสำหรับผู้ที่มียาได้น้อย ครอบครัวรายได้น้อยที่มีเด็กในความดูแล และผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ตามที่กำหนด รัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดนโยบาย ขณะที่รัฐบาลมลรัฐเป็นผู้บริหารจัดการโปรแกรม แต่ละมลรัฐมีการกำหนดเกณฑ์ของตนเองในการพิจารณาว่าใครจะเป็นผู้มีสิทธิภายใต้โปรแกรม Medicaid โดยพิจารณาจากรายได้ส่วนบุคคล หรือรายได้ของครอบครัวต่อปี และกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และยา ดังนั้นแม้จะได้รับนโยบายหลักจากรัฐบาลกลางมาเหมือนกัน แต่ในทางปฏิบัติ การบริหารจัดการขึ้นกับแต่ละมลรัฐ จึงทำให้โปรแกรม Medicaid มีความแตกต่างกันไป ทั้งนี้อาจพบประชาชนบางส่วนที่เป็นผู้มีสิทธิภายใต้ทั้ง Medicare และ Medicaid ได้ (dual eligible)

c. State Children's Health Insurance Program (SCHIP)

เป็นการประกันสุขภาพสำหรับเด็กในครอบครัวที่มีรายได้น้อย แต่รายได้อยู่ในระดับที่ไม่ต่ำพอที่จะเข้าเงื่อนไขของ Medicaid หากไม่มีประกันสุขภาพของรัฐเข้าช่วยเหลือ เด็กกลุ่มนี้จะไม่มีประกันสุขภาพ ระบบนี้บริหารจัดการโดยรัฐบาลมลรัฐ บางรัฐอาจบริหารร่วมกับระบบ Medicaid

แม้ประเทศสหรัฐอเมริกาจะเป็นประเทศเจริญแล้ว แต่กลับพบว่าประชาชนกว่า 14%-16% (หรือประมาณ 44 ล้านคน) ระหว่างปีค.ศ. 2001-2006 ที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆ เลย (Uninsured) นอกจากนี้ยังพบว่าแม้ประชาชนในกลุ่มที่มีประกันสุขภาพ ก็ยังประสบกับปัญหาที่ว่าประกันที่มีอยู่ ไม่ได้ครอบคลุมของบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น (Under insured) และคนเหล่านี้ต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นเหล่านั้นด้วยตนเอง ดังนั้นทั้งผู้ที่ไม่มีประกัน (uninsured) และผู้ที่มีประกันแต่ไม่

ครอบคลุมเพียงพอ (under insured) จึงมีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น และมีปัญหาในการแบกรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นด้วย

การรวบรวมข้อมูลในหัวข้ออื่นๆ ที่จะพูดถึงต่อไปจะเป็นการกล่าวถึงเฉพาะส่วนของ Medicare เท่านั้น เนื่องจากเงื่อนไข กติกา และบริการที่ประชาชนได้รับอยู่บนมาตรฐานเดียวกันสำหรับผู้มีสิทธิภายใต้ Medicare ในทุกๆ รัฐทั่วประเทศ

2. แนวคิดหลักการ รูปแบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา

ส่วนร่วมจ่ายเป็นกลไก ในการลดปัญหาที่เกิดจาก Moral Hazard ในฝั่งของผู้ใช้บริการ (Demand side strategy) การพิจารณากำหนดส่วนร่วมจ่ายค่ายากลายเป็นประเด็นร้อนในรัฐสภาเมื่อมีการพิจารณาผ่านกฎหมาย Medicare Modernization and Prescription Drug Act ในปีค.ศ. 2003 ในการประชุมรัฐสภาสมัยถัดไป หัวข้อที่ได้รับความสนใจเป็นพิเศษที่ต่อเนื่องจากการผ่านกฎหมายดังกล่าวคือ การพิจารณาเรื่องส่วนร่วมจ่าย ซึ่งต้องหาข้อสรุปว่าควรเลือกใช้ส่วนร่วมจ่ายแบบไหน และอัตราการร่วมจ่ายต้องเป็นอย่างไร ในการประชุมรัฐสภามีผู้เสนอวิธีการ และความรับผิดชอบของบุคคลที่แตกต่างกัน 4 รูปแบบ³⁹ โดยมีการพิจารณาเปรียบเทียบข้อเสนอทั้ง 4 ในหัวข้อต่อไปนี้คือ

- 1) ค่าเบี้ยประกัน (Premium)
- 2) จำนวนเงินส่วนแรกที่มีสิทธิต้องจ่ายด้วยตนเองก่อนในแต่ละปี (Deductible)
- 3) รูปแบบของการร่วมจ่าย (co-payment-flat vs tiered, co-insurance-single vs. tiered)
- 4) อัตราการร่วมจ่าย (กี่\$ หรือกี่%)
- 5) ความครอบคลุมสูงสุด (coverage limit)
- 6) ช่วงค่าใช้จ่ายที่มีสิทธิต้องจ่ายเงินค่ายาทั้งหมดด้วยตนเอง (Range of expenditures where enrollee pays for 100% of drug costs)
- 7) ค่ายาสะสมสูงที่สุดต่อปีรัฐคิดว่าเป็นจุดสุดท้ายที่ประชาชนสามารถจ่ายด้วยตนเอง (stop loss amount)
- 8) การร่วมจ่ายค่ายาเมื่อผ่านจุด stop loss amount แล้ว (อาจจะจ่ายโดยตัวผู้มีสิทธิเอง หรือบริษัทประกัน หรือ Medicaid หรือ หน่วยงานที่อุดหนุนผู้มีรายได้น้อย)

ทั้งนี้รายละเอียดของข้อเสนอทั้ง 4 รูปแบบตามรายละเอียดข้างต้นได้แสดงไว้ในดังแสดงในตารางที่ 3.21

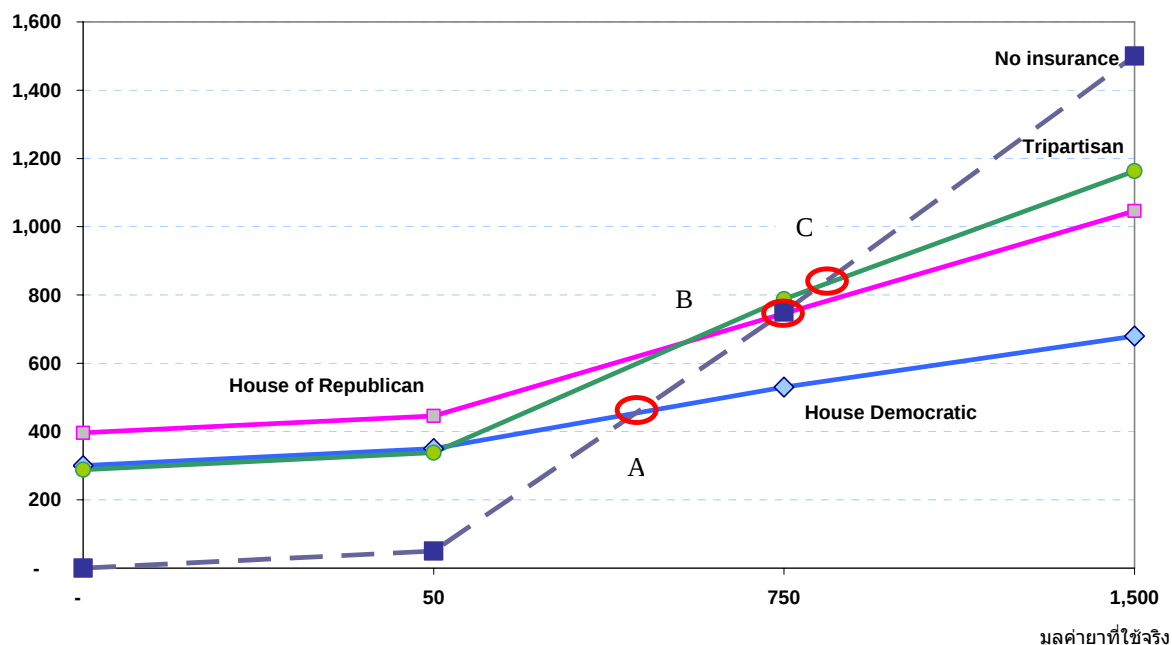
ตารางที่ 3.21 ข้อเสนอทางเลือกนโยบายสำหรับ Medicare Prescription Drugs

	Graham, et al.	Tripartisan	House Republican	House Democratic
Monthly Premium	\$25	\$24	\$33	\$25
Deductible	None	\$250	\$250	\$100
Cost-sharing	Tiered copayments	Single coinsurance	Tiered coinsurance	Single coinsurance
Cost-sharing amounts	\$10 for generic drugs; \$40 for preferred brand name drugs; full-cost for non-preferred brand name drugs	50% of drug costs above deductible and up to coverage limit	20% of drug costs above deductible and up to \$1,000; 50% of drug costs up to coverage limit	20% of drug costs above deductible
Coverage limit	None	\$3,450	\$2,000	None
Range of expenditures where enrollee pays for 100% of drug costs	None	\$3,450-\$5,300	\$2,000-\$4,800	None
Stop-loss amount	\$4,000 out-of-pocket	\$3,700 out-of-pocket(\$5,300 total expenditures)	\$3,700 out-of-pocket (\$4,800 total expenditures)	\$2,000 out-of-pocket(\$9,600 total expenditures)
Out-of-pocket payments applied towards stop-loss amount.	Cost-sharing paid by enrollee or by third-party payer on enrollee's behalf	Cost-sharing paid by enrollee, another individual, Medicaid, low-income subsidy	Cost-sharing paid by enrollee, another individual, Medicaid, low-income subsidy	Cost-sharing paid by enrollee or by third-party payer on enrollee's behalf
Enrollee payments beyond stop-loss amount	None	10% of expenditures beyond stop-loss	None	None

ผลของการเปรียบเทียบข้อเสนอของ Tripartisan, House Republican, House Democratic ได้แสดงไว้ในภาพที่ 3.9

ภาพที่ 3.9 การเปรียบเทียบมูลค่ายาที่ใช้จริง และค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องจ่ายสำหรับข้อเสนอ ของ Tripartisan, House republican, House democratic กรณีมูลค่ายาจริง ≤ 1500 USD

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องเสีย

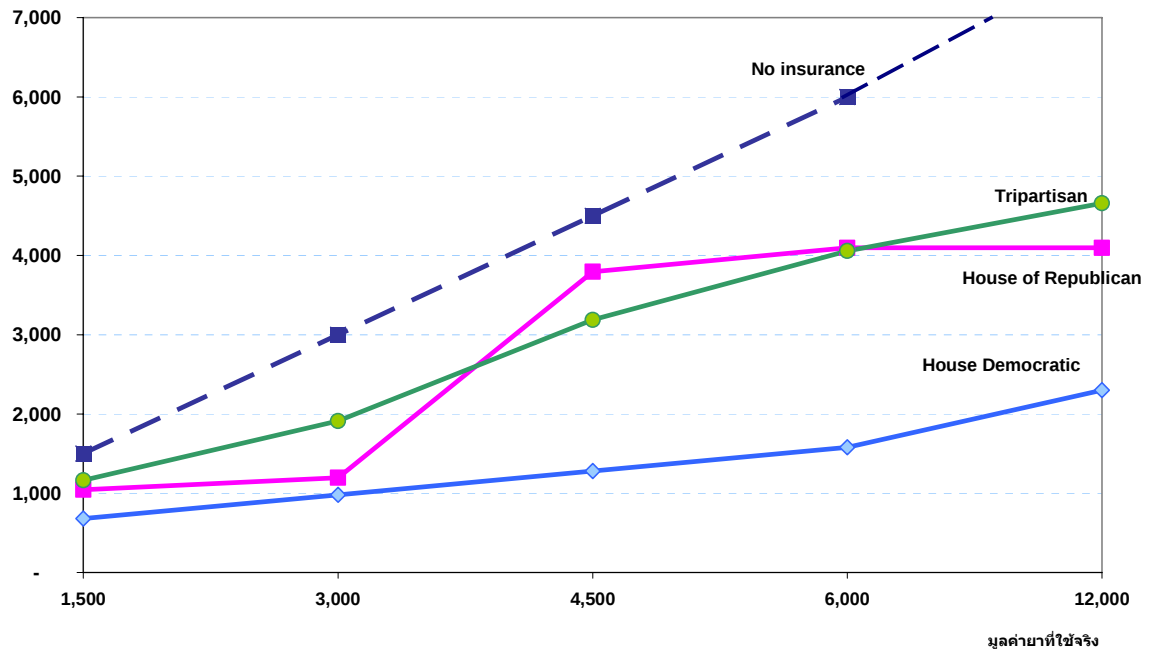


จากภาพที่ 3.9 จะเห็นว่าจุดคุ้มทุนสำหรับข้อเสนอจาก House Democrats อยู่ที่จุด A คือ หากประชาชนที่มีค่ายาสูงกว่าระดับดังกล่าว จะรู้สึกคุ้มค่าที่จะซื้อประกัน Medicare Part D ขณะที่ จุดคุ้มทุนสำหรับ House Republican สูงกว่าของ House Democratic และ จุดคุ้มทุนของ Tripartisan สูงที่สุด

ข้อควรระวังที่สำคัญที่ควรคำนึงถึงได้แก่ หากผู้มีสิทธิที่แข็งแรงหรือใช้ยาเป็นมูลค่าน้อยกว่า จุดคุ้มทุนเลือกที่จะไม่ทำประกัน Medicare Part D จะทำให้ผู้ที่เลือกซื้อประกันจะมีแต่ผู้ที่ไม่แข็งแรง และมีค่าใช้จ่ายด้านยาสูง เท่ากับการประกันดังกล่าวเป็นการคัดเลือกผู้เอาประกันที่ล้วนแต่จะต้องใช้ ทรัพยากรของผู้ให้ประกันทั้งนั้น ถือว่านโยบายการร่วมจ่ายก่อให้เกิดภาวะ adverse selection ซึ่งอาจ ทำให้ผู้ให้ประกันเกิดภาวะล้มละลายได้เช่นกัน

ภาพที่ 3.10 การเปรียบเทียบมูลค่ายาที่ใช้จริง และค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องจ่ายสำหรับข้อเสนอ ของ Tripartisan, House republican, House democratic กรณีมูลค่ายาจริง >1500 USD

มูลค่ายาที่ใช้จริง

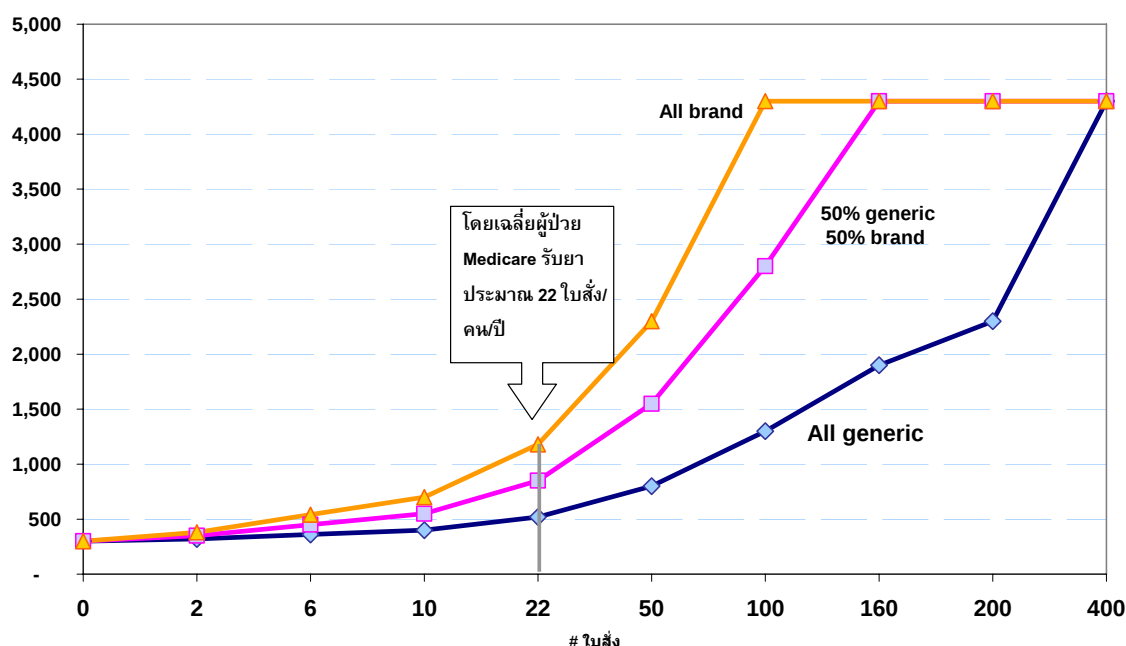


จากภาพที่ 3.10 จะเห็นได้ว่าหากผู้มีสิทธิที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาสูงหากเลือกซื้อประกัน Medicare Part D แม้จะต้องจ่ายส่วนร่วมจ่าย ก็คุ้มกว่าที่จะต้องจ่ายเงินด้วยตนเองทั้งหมด

สำหรับข้อเสนอของ Graham et.al. หากผู้มีสิทธิได้รับใบสั่งยา 22 ใบสั่งต่อปี และเลือกซื้อประกัน Medicare Part D จะต้องจ่ายเงินด้วยตนเองอยู่ในช่วง 500-1200 USD เท่านั้น โดยค่าใช้จ่ายจริงที่ส่วนที่เหลือผู้ให้ประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบ (ภาพที่ 3.11)

ภาพที่ 3.11 ค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ผู้ป่วยต้องจ่ายภายใต้ข้อเสนอของ Graham et.al.

มูลค่ารวมที่ผู้ป่วยต้องจ่าย



กรอบในการพิจารณาของที่ประชุมรัฐสภาในครั้งนั้นพอสรุปได้เป็น 2 ประเด็นดังนี้

i. รูปแบบการร่วมจ่าย

- รูปแบบการร่วมจ่ายที่ง่ายต่อความเข้าใจของประชาชน: รูปแบบการร่วมจ่ายแบบ co-payment เป็นรูปแบบที่ง่ายต่อการเข้าใจของประชาชนเมื่อเทียบกับรูปแบบการร่วมจ่ายแบบ co-insurance เพราะผู้ป่วยจะจ่ายเท่ากันทุกครั้งเมื่อรับบริการ ไม่ว่าจะถูกหรือแพง ส่วนการร่วมจ่ายแบบ co-insurance จะต้องมีการคำนวณว่าจะจ่ายเท่าไรเพราะอัตราค่าบริการอาจจะแตกต่างกันไปในแต่ละครั้งที่ได้รับบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหาก co-insurance มีหลายอัตรา
- ความยุติธรรมในการจ่าย: รูปแบบการร่วมจ่ายแบบ co-insurance ถูกมองว่าเป็นรูปแบบที่ยุติธรรมกว่า co-payment เพราะหากผู้ป่วย 2 รายมีค่าใช้จ่ายด้านยาเท่ากัน ก็จะช่วยจ่ายในจำนวนที่เท่ากัน แต่หากรูปแบบการร่วมจ่ายเป็น co-payment การร่วมจ่ายขึ้นกับจำนวนครั้งที่รับบริการ และชนิดของยาที่รับบริการ ไม่ได้ขึ้นกับมูลค่ายาที่รับบริการ ดังนั้นผู้ที่ได้รับยาคิดเป็นมูลค่าสูงแต่ได้รับไม่บ่อยอาจจ่าย co-payment ในมูลค่าที่ต่ำกว่าผู้ที่ได้รับยาเป็นมูลค่าไม่สูงแต่ต้องรับยาบ่อยๆ ได้

ii. การถ่วงดุลภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐ และภาคประชาชน

- ผู้กำหนดส่วนร่วมจ่ายต้องคำนึงถึงมูลค่าที่ประชาชนต้องร่วมจ่ายในแต่ละปีว่าจะต้องไม่สูงมากจนทำให้ประชาชนล้มละลาย หรือไม่สามารถมาเข้าถึงบริการได้ และจุดคุ้มทุน (break even point) จากการทำประกัน Medicare Part D จะต้องไม่สูงมากจนทำให้คนที่แข็งแรงส่วนใหญ่เลือกที่จะไม่ทำประกัน ซึ่งหากคนที่มีค่าใช้จ่ายด้านยาน้อยเลือกที่จะ

จ่ายเงินเอง จะทำให้เกิดสภาวะที่เรียกว่า adverse selection ได้ และสุดท้ายคนที่เลือกทำประกันก็จะเป็นคนที่ต้องจ่ายมากกว่านั้น

- ขณะเดียวกันผู้กำหนดส่วนร่วมจ่ายต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องแบกรับเช่นกัน หากผู้ป่วยจ่ายน้อย นั้นหมายถึงผู้เกี่ยวข้องอื่น เช่น รัฐก็ดี บริษัทประกันก็ดีต้องเป็นผู้เก็บตักค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ซึ่งหมายถึงต้นทุนในการบริหาร Medicare Part D ก็สูงขึ้น ซึ่งผู้ดูแลโครงการก็ต้องคิดถึงจุดคุ้มทุน และความเป็นไปได้ในการบริหาร Medicare Part D เช่นกัน

3. หลักเกณฑ์การกำหนดประเภทยา

Medicare Part D เป็นโปรแกรมภายใต้ CMS ที่ดำเนินงานโดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชน ซึ่งการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาว่าจะมีอะไรให้บริการแก่ผู้มีสิทธิบ้างขึ้นอยู่กับคัดเลือกยาของบริษัทประกัน ทั้งนี้ CMS ได้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ และดำเนินการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาของทุกๆ บริษัทประกันเพื่อให้ผู้มีสิทธิมั่นใจได้ว่าบริการด้านยาภายใต้ Medicare Part D ที่บริษัทประกันสุขภาพเอกชนนำเสนอเป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่เพียงพอต่อความต้องการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิ

แนวทางการดำเนินงานของ CMS ในการรับประกันชุดสิทธิประโยชน์ด้านยานั้นกลยุทธที่สำคัญ 2 ประการ ดังนี้^{40,41}

d. การให้ความสำคัญกับ P&T committee

เนื่องจาก Pharmacy and Therapeutic (P&T) Committee มีหน้าที่สำคัญในการกำหนดนโยบายด้านชุดสิทธิประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการบริหารชุดสิทธิประโยชน์ การคัดเลือกยา การกำหนดเงื่อนไขการเบิกจ่ายยา ดังนั้น CMS จึงให้ความสำคัญกับ P&T Committee มาก และถือเป็นหน้าที่ที่จะพิจารณา P&T Committee ทั้งในแง่ส่วนประกอบ คุณสมบัติ และแนวทางการทำงานเพื่อเป็นการรับประกันว่าผู้มีสิทธิที่เลือกซื้อประกัน Medicare Part D ได้รับการคุ้มครองอย่างดีจาก CMS

แง่มุมต่างๆ ที่ CMS ใช้ในการพิจารณา P&T Committee มีดังนี้

- 1) ส่วนประกอบ และคุณสมบัติของกรรมการเช่นกรรมการควรประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ด้านต่างๆ เกสัชกร และต้องมีแพทย์ หรือเภสัชกรอย่างน้อย 1 ท่านที่เป็นผู้เชี่ยวชาญการใช้ยาในผู้สูงอายุ และกรรมการต้องเป็นผู้ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับบริษัทยา
- 2) ตารางการประชุมอย่างน้อยต้องมีการจัดประชุม P&T committee ทุกๆ 4 เดือน
- 3) หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกยาเข้า และออกจากชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา
- 4) การบันทึกหลักฐานการพิจารณายาเข้า หรือออกจากชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา
- 5) การบริหารจัดการชุดสิทธิประโยชน์ เช่น การกำหนดรายการยาที่ต้องขออนุมัติก่อนใช้ (Prior authorization) ยาที่มีเงื่อนไขว่าต้องใช้ยาอื่นมาก่อนแล้วไม่ได้ผล (step therapies)

ยาที่มีการจำกัดปริมาณการใช้ (quantity limitations) การแนะนำให้ใช้ยาชื่อสามัญแทนที่ยาชื่อการค้า (generic substitution)

- 6) การพิจารณาใหม่ (new chemical entity) ต้องทำภายใน 90 วันที่ และต้องมีผลการพิจารณาการนำเข้าชุดสิทธิประโยชน์ภายใน 180 วันยาได้รับการอนุมัติจาก FDA ซึ่งครอบคลุมเวลานี้ใช้กับกรณียาเก่าที่ได้รับการอนุมัติข้อบ่งใช้ใหม่จาก FDA เช่นกัน

e. การทบทวนรายการยาที่อยู่ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา ที่นำเสนอโดยแต่ละบริษัทประกันสุขภาพเอกชน ซึ่ง CMS พิจารณาประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 1) ความครบถ้วนของกลุ่มยาและรายการยา โดย CMS ถือว่าบริษัทประกันสุขภาพต้องมียาทุกกลุ่มตามที่ USP classification system หรือ American Hospital Formulary Service System ระบุไว้ หากบริษัทประกันสุขภาพเลือกที่จะใช้กลุ่มยาอ้างอิงระบบอื่น ก็ต้องมีการตรวจสอบว่าระบบดังกล่าวมีกลุ่มยาครบถ้วนตามมาตรฐาน USP หรือ AHFS หรือไม่ นอกจากนี้ CMS ยังกำหนดไว้ว่าในแต่ละกลุ่มยาจะต้องมีรายการยาอย่างน้อย 2 รายการอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา เพื่อเป็นการรับรองว่าผู้ป่วยจะเข้าถึงยาที่จำเป็นต่อการรักษาได้
- 2) ตัวยาในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา ซึ่ง CMS มีเกณฑ์ย่อยๆ ในการพิจารณาดังนี้
- 3) ยาอย่างน้อย 1 รายการในแต่ละกลุ่มยาต้องเป็น drug of choice ที่ USP กำหนด
- 4) การแบ่งยาออกเป็นระดับต่างๆ (tiered formulary) ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายแตกต่างกัน ทั้งนี้ยาที่อยู่ในระดับสูงต้องเป็นยาที่ให้ผลในการรักษาไม่แตกต่างไปจากยาที่อยู่ในระดับต่ำ แต่มีราคาสูงกว่า หรือไม่คุ้มค่าสำหรับผู้ให้ประกัน
- 5) ต้องมียาที่ได้รับการยอมรับและมีหลักฐานพิสูจน์ได้ด้วยหลักการทางวิทยาศาสตร์ว่าเป็น best practice
- 6) ยา 6 กลุ่มที่ Medicare กำหนดให้บริษัทผู้ให้ประกัน Medicare Part D ต้องมีบริการให้ครบทุกรายการหรือมีรายการยาให้มากที่สุดเพื่อรองรับความต้องการทางการแพทย์ของผู้มีสิทธิ เนื่องจากการเปลี่ยนยา หรือขาดยาอาจก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบต่อสภาวะโรคของผู้ป่วย ยาทั้ง 6 กลุ่มได้แก่ immunosuppressant, antidepressant, antipsychotic, anticonvulsant, antiretroviral และ antineoplastic

ดังนั้นแม้ Medicare Part D จะดำเนินการโดยบริษัทประกันเอกชนที่มีความหลากหลาย และมีชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาของตนเอง แต่กระบวนการที่ CMS ทบทวนการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา และรายการยาที่มีไว้ให้บริการ ช่วยให้เกิดความมั่นใจได้ว่าผู้มีสิทธิที่มีโรคต่างๆ จะเข้าถึงยาที่จำเป็นสำหรับการรักษาได้อย่างไม่มีปัญหา

สำหรับ Medicaid แต่ละรัฐจะมีข้อกำหนดของรัฐ และมีบัญชียาของตน เป็น State's preferred drug list or PDL)

4. อัตราส่วนร่วมจ่าย

f. Medicare

รัฐบาลโดย Office of the Actuary Centers for Medicare and Medicaid Services เป็นผู้กำหนดค่ามาตรฐานเหล่านี้ในแต่ละปี ซึ่งมาตรฐานการร่วมจ่ายที่มีการกำหนดประกอบด้วย^{42,43}

- การกำหนดมาตรฐานส่วนร่วมจ่ายสำหรับผู้มีสิทธิทั่วไป และผู้มีสิทธิที่มีรายได้น้อย
- การกำหนด deductible (เงินก้อนแรกที่ผู้ป่วยต้องจ่ายด้วยตนเองก่อน ผู้ให้ประกันจึงจะเริ่มให้การคุ้มครอง)
- การกำหนด initial coverage limit (วงเงินสูงสุดที่ผู้ให้ประกันจะครอบคลุมค่ายาให้ผู้มีสิทธิภายใต้แผนการประกัน ในที่นี้แสดงเป็นวงเงินร่วมจ่ายสะสมที่ผู้ป่วยจ่าย)
- การกำหนด stop-loss amount หรือ out-of-pocket threshold (ส่วนร่วมจ่ายสะสมสูงสุดที่รัฐยอมให้ผู้มีสิทธิร่วมจ่าย เพื่อป้องกันภาวะล้มละลายจากการเจ็บป่วย)
- การกำหนดส่วนร่วมจ่ายหลังจากที่ผ่าน stop-loss amount หรือ out-of-pocket threshold

ตารางที่ 3.22 ข้อกำหนดมาตรฐานสำหรับการร่วมจ่ายของประชาชนทั่วไปภายใต้ Medicare Part D

ข้อกำหนดมาตรฐานส่วนร่วมจ่ายค่ายาภายใต้ Medicare Part D	ปี 2006	ปี 2007	ปี 2008
Deductible	\$250	\$265	\$275
Initial Coverage Limit	\$2,250	\$2,400	\$2,510
Out-of-Pocket Threshold	\$3,600	\$3,850	\$4,050
Minimum Cost-sharing in Catastrophic Coverage Portion of Benefit			
Generic/Preferred multi-source drug	\$2.00	\$2.15	\$2.25
Other	\$5.00	\$5.35	\$5.60

จากข้อกำหนดมาตรฐานในตารางที่ 3.22 เมื่อประชาชนรับบริการด้านยาในรอบปีค.ศ. 2008 ประชาชนต้องจ่ายเงินด้วยตนเองก่อน จนถึงจุด deductible ที่กำหนดไว้คือ 275 USD เมื่อค่ายาที่ต้องใช้เกินไปจาก deductible แล้ว ประชาชนจะต้องร่วมจ่ายตามแผนการประกันที่แต่ละคนเลือกซื้อ บริษัทจะคุ้มครองผู้เอาประกันในวงเงินร่วมจ่ายสะสมที่รัฐกำหนด (initial coverage limit) ซึ่งในปี ค.ศ. 2008 ได้มีการกำหนด initial coverage limit ไว้ที่ 2,510 USD ในกรณีที่มูลค่าส่วนร่วมจ่ายสะสมเกินไปจาก initial coverage limit ที่กำหนดไว้ ประชาชนเริ่มจ่ายค่ายาส่วนที่เหลือ ด้วยตนเอง 100%

การร่วมจ่ายแม้จะเป็นกลไกที่ใช้ป้องกันการเกิด Moral Hazard แต่ก็อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังต้องใช้ยาหลายรายการ ค่ายามีมูลค่าสูง คนเหล่านี้ต้องร่วม

จ่ายในสัดส่วนที่สูงด้วยเช่นกัน และอาจก่อให้เกิดภาวะล้มละลายจากการเจ็บป่วยได้ รัฐจึงได้กำหนดมาตรการป้องกัน โดยได้กำหนด stop-loss amount หรือ out-of-pocket threshold คือ ยอดสะสมสุดท้ายที่ผู้มีสิทธิจะต้องออกเงินค่ายาด้วยตนเอง 100% โดยในปี ค.ศ. 2008 ได้มีการกำหนด stop-loss amount ไว้ที่ 4,050 USD จุดนี้ถือเป็นจุด safety net ที่รัฐให้การประกันว่าผู้มีสิทธิจะไม่เกิดภาวะล้มละลายจากการเจ็บป่วย การกำหนดอัตราการร่วมจ่ายหลังจากค่ายาสะสมถึง stop-loss amount เป็นแบบ co-payment โดยในปีค.ศ. 2008 ได้กำหนดไว้ 2.20 USD ต่อ 1 ใบสั่งกรณีที่เป็นยาซื้อสามัญ หรือยาที่อยู่ใน preferred drug list และคิด 5.60 USD ต่อ 1 ใบสั่ง กรณีเป็นยาซื้อการค้า

ตารางที่ 3.23 การร่วมจ่ายสำหรับประชาชนรายได้ต่ำ Medicare Part D

ข้อกำหนดมาตรฐานส่วนร่วมจ่ายค่ายาภายใต้ Medicare Part D	ปี 2006	ปี 2007	ปี 2008
1. Part D Full Benefit Dual Eligible Parameters			
Maximum Copayments for Non-Institutionalized Beneficiaries			
Up to or at 100% FPL			
Up to Out-of-Pocket Threshold (1)			
Generic/Preferred multi-source drug	\$1.00	\$1.00	\$1.05
Other	\$3.00	\$3.10	\$3.10
Above Out-of-Pocket Threshold	\$0.00	\$0.00	\$0.00
Over 100% FPL			
Up to Out-of-Pocket Threshold			
Generic/Preferred multi-source drug	\$2.00	\$2.15	\$2.25
Other	\$5.00	\$5.35	\$5.60
Above Out-of-Pocket Threshold	\$0.00	\$0.00	\$0.00
2. Part D Non-Full Benefit Dual Eligible Full Subsidy			
Maximum Copayments up to Out-of-Pocket Threshold			
Generic/Preferred multi-source drug	\$2.00	\$2.15	\$2.25
Other	\$5.00	\$5.35	\$5.60
Maximum Copayments above Out-of-Pocket Threshold	\$0.00	\$0.00	\$0.00
3. Part D Non-Full Benefit Dual Eligible Partial Subsidy			
Deductible	\$50.00	\$53.00	\$56.00
Coinsurance up to Out-of-Pocket Threshold	15%	15%	15%
Maximum Copayments above Out-of-Pocket Threshold			
Generic/Preferred multi-source drug	\$2.00	\$2.15	\$2.25
Other	\$5.00	\$5.35	\$5.60

สำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีเป็นผู้มี 2 สิทธิภายใต้ Medicare และ Medicaid (Dual eligible) ซึ่งได้รับความคุ้มครอง 100% หรือได้รับความคุ้มครองบางส่วนได้รับการช่วยเหลือ 100% จากกองทุนสนับสนุนผู้มีรายได้น้อยคน 2 กลุ่มนี้ไม่ต้องจ่าย deductible แต่ต้องร่วมจ่ายค่ายาในรูปแบบ co-

payment ซึ่งมี 2 อัตราขึ้นกับว่าผู้มีสิทธิได้รับยาชื่อสามัญ/ยาใน preferred drug list หรือได้รับยาชื่อการค้าหรือยานอกบัญชี preferred drug list

สำหรับผู้มีรายได้น้อยที่มีเป็นผู้มี 2 สิทธิภายใต้ Medicare และ Medicaid (Dual eligible) และได้รับการสนับสนุนบางส่วนจากกองทุนสนับสนุนผู้มีรายได้น้อยจะต้องจ่าย deductibility เป็นจำนวน 56 USD ก่อน หลังจากนั้นจะต้องร่วมจ่ายค่ายา 15% จนกว่าจะถึง out of pocket threshold จำนวน 250 USD และหลังจากนั้นจะต้องร่วมจ่ายค่ายาแบบ co-payment 2 อัตราขึ้นกับว่าได้รับยาแบบไหน ทั้งนี้จำนวนเงินสูงสุดที่กองทุนสนับสนุนผู้มีรายได้น้อยจะจ่ายให้แก่ผู้มีสิทธิแต่ละคนเท่ากับ 5,000 USD

จากการเก็บข้อมูลสถานการณ์ของผู้ให้ประกัน Medicare Part D ณ ปีค.ศ. 2006⁴⁴ พบว่ามีบริษัทที่ให้บริการ Medicare Part D ใน 2 รูปแบบ คือให้บริการเฉพาะแผนการคุ้มครองด้านยาผู้ป่วยนอก (Free-standing prescription drug plan, PDP) ซึ่งทั่วประเทศมีจำนวน 1,429 แผนการประกัน และให้บริการเสริมเพิ่มเติมของ Medicare Advantage + prescription drug plan ซึ่งทั่วประเทศมี 1,314 แผนการประกัน ซึ่งผู้ให้ประกันเหล่านี้สามารถปรับชุดสิทธิประโยชน์ของตนได้ภายใต้กรอบของส่วนร่วมจ่าย และการบริหารชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งกำหนดและตรวจสอบโดย CMS ลักษณะของแผนการประกันที่แตกต่างกันแสดงไว้ในตารางที่ 3.24

ตารางที่ 3.24 ลักษณะของแผนการประกันที่ให้บริการ Medicare Part D

		PDPs		Medicare Advantage + PDPs		
			Regional PPO	Local HMO	Local PPO	Local PFFS
จำนวนแผนการประกัน		1,429	48	879	273	114
Deductible	0 USD	58%	63%	82%	74%	75%
	เก็บบางส่วน	8%	0%	3%	6%	2%
	250 USD	34%	38%	15%	20%	24%
Teired co-payment	Yes	91%	71%	93%	94%	89%
Benefits in coverage gap	None	85%	85%	68%	70%	100%
	generic only	13%	15%	25%	27%	0%
	brand	2%	0%	7%	3%	0%

หมายเหตุ:

Medicare Advantage + PDPs มีหลายลักษณะ เช่น

1. Regional PPO คือแผนการประกันแบบที่จำกัดผู้ให้บริการ (Preferred Provider Organization) ที่ให้การประกันแก่ผู้มีสิทธิโดยครอบคลุมพื้นที่เป็นบริเวณกว้าง
2. Local HMO คือแผนการประกันที่บริหารจัดการโดยบริษัทประกันรูปแบบ Health Maintenance Organizations
3. Local PPO คือแผนการประกันแบบที่จำกัดผู้ให้บริการ (Preferred Provider Organization) ที่ให้การประกันแก่ผู้มีสิทธิเฉพาะในรัฐนั้นๆ

4. Local PFFS คือแผนการประกันที่ผู้มีสิทธิเลือกรับบริการได้จากผู้บริการใดๆ ก็ได้ โดยผู้ให้ประกันจะเบิกจ่ายเงินตามจริง (Private fee-for-service)

g. Medicaid

รัฐบาลได้ออกกฎระเบียบในการกำหนดส่วนร่วมจ่ายโปรแกรม Medicaid ดังนี้

1) Co-payment --การจ่ายเงินจำนวนคงที่

- ค่าบริการที่ไม่ได้เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (non-institutional care) หรือบริการผู้ป่วยนอก ผู้รับบริการต้องร่วมจ่าย 50 cents ถึง 3 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อการพบแพทย์ 1 ครั้ง หรือต่อใบสั่งยา
- ค่าบริการในโรงพยาบาล หรือ nursing home (institutional care) หรือบริการผู้ป่วยใน ผู้รับบริการต้องร่วมจ่ายไม่เกินร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายวันนอนโรงพยาบาลวันแรก

2) Deductibles การจ่ายส่วนแรก ผู้รับบริการต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนแรกเป็นจำนวนหนึ่งส่วนเกินจากนั้น Medicaid จะจ่ายให้ ค่าใช้จ่ายส่วนแรกไม่เกิน 2 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อครอบครัวต่อเดือน

3) Coinsurance การจ่ายร่วมเป็นร้อยละของค่าบริการ Medicaid กำหนดไว้ที่ร้อยละ 5 เช่น ถ้ารัฐจ่ายค่าบริการ 500 ดอลลาร์สหรัฐ ผู้รับบริการต้องจ่ายร่วม 25 ดอลลาร์สหรัฐ

หมายเหตุ ในการกำหนดส่วนร่วมจ่าย หน่วยบริการต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าเป็นการร่วมจ่ายลักษณะใดลักษณะหนึ่ง

h. State Children's Health Insurance Program (SCHIP)

ระเบียบการกำหนดส่วนร่วมจ่ายโปรแกรม ได้แก่ เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่าร้อยละ 150 ของเส้นกำหนดความยากจนหรือประมาณ \$22,890/ปี ในครอบครัวที่มีสมาชิก 3 คน ต้องร่วมจ่ายดังนี้

- 1) Copayment การจ่ายเงินจำนวนคงที่ไม่เกิน 1-5 ดอลลาร์สหรัฐต่อการพบแพทย์ 1 ครั้งหรือต่อใบสั่งยา
- 2) Deductible การจ่ายยาส่วนแรกไม่เกิน 3 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อครอบครัวต่อเดือน
- 3) Coinsurance การจ่ายร่วมเป็นร้อยละของค่าบริการ SCHIP กำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ 5

ตารางที่ 3.25 การเก็บส่วนร่วมจ่ายและค่าเบี้ยประกันในเด็ก

Cost-sharing and Premiums for Children			
	Mandatory (under 6 with income < 133% of the poverty line; 6-17 <100%)	Other children – Income to 150 percent of the poverty line	Income > 150 % of the poverty line
Most Services	Not allowed	Up to 10 percent of the cost of the service	Up to 20 percent of the cost of the service
Prescription drugs	Nominal for non-preferred; 0 for preferred	Nominal for non-preferred	Up to 20 percent of the cost for non-preferred
Non-emergency use of the ER	Nominal	Two times nominal	Any amount
Enforceability of co-payments	No	Yes	Yes
Premiums	Not allowed	Not allowed	Allowed

ตารางที่ 3.26 การเก็บส่วนร่วมจ่ายและค่าเบี้ยประกันในผู้ใหญ่

Cost-sharing and Premiums for Non-Exempt Adults			
	Income < 100 percent of the poverty line	Income 100 to 150 percent of the poverty line	Income > 150 percent of the poverty line
Most services	Nominal cost-sharing	Up to 10 percent of the cost of the service	Up to 20 percent of the cost of the service
Prescription drugs	Nominal cost-sharing	Nominal cost-sharing	Up to 20 percent of the cost of the drug for non-preferred
Non-emergency use of the emergency room	Nominal cost-sharing	Two times nominal	No limit
Enforceability of co-payments	No	Yes	Yes
Premiums	Not allowed	Not allowed	Allowed

5. ระบบและกลไกในการดำเนินการเก็บอัตราส่วนร่วมจ่าย

ภายใต้ระบบ Medicare ผู้ที่ทำการเก็บส่วนร่วมจ่ายค่ายาจากผู้มีสิทธิก็คือร้านยา ซึ่งร้านยาแต่ละร้านให้บริการผู้มีสิทธิภายใต้ Medicare ที่ซื้อประกันจากหลากหลายบริษัท และหลากหลายแผนการประกัน ดังนั้นหัวใจสำคัญในการจัดเก็บส่วนร่วมจ่ายคือการมีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ ร้านยาและบริษัทประกันต้องมีการปรับปรุงฐานข้อมูลต่อไปนี้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้

ฐานข้อมูลเป็นปัจจุบันมากที่สุด มีข้อมูลที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ และไม่เกิดความผิดพลาดในการเรียกเก็บเงิน ฐานข้อมูลที่พูดถึงได้แก่

- 1) ฐานข้อมูลผู้มีสิทธิ ที่ระบุว่าผู้ป่วยเป็นผู้มีสิทธิภายใต้ Medicare หรือไม่ และเป็นผู้มีสิทธิภายใต้แผนการประกันแบบไหน วันที่เริ่มต้น และสิ้นสุดของแผนการประกัน
- 2) ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา หรือบัญชียาที่ผู้ให้ประกันกำหนด ซึ่งระบุว่ามียาใดบ้างอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา เงื่อนไขการจ่ายยา และเงื่อนไขการร่วมจ่ายของยาแต่ละรายการ

นอกจากนี้ในระบบสารสนเทศจะต้องมีการเก็บตัวเลขมูลค่าการใช้ยาแต่ละรายการ มูลค่าการใช้ยาสะสม มูลค่าการร่วมจ่ายสะสม และสามารถคำนวณได้อย่างถูกต้องว่าผู้ป่วยจะต้องร่วมจ่ายเท่าไร หรือร้านยาต้องไปเรียกเก็บเงินกับบริษัทประกันเท่าใด หรือไปเรียกเก็บเงินจาก Medicaid หรือ Low income subsidy เท่าไร และระบบดังกล่าวต้องสามารถเชื่อมโยงข้อมูล real time online จากร้านยาใดๆ ก็ได้ เนื่องจากผู้ป่วยสามารถไปซื้อยาจากร้านยาใดๆ ก็ได้ที่ระบุไว้ในแผนการประกันสุขภาพ

6. กลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมที่กำหนดให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็น

สำหรับระบบ Medicare Part D มีการออกแบบระบบป้องกันประชาชนไว้ 2 ระดับ ดังนี้

- 1) รัฐได้แบ่งแยกผู้มีสิทธิเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ที่ไม่มีปัญหาทางการเงิน และผู้มีรายได้น้อย โดยการร่วมจ่ายของคน 2 กลุ่มมีความแตกต่างกัน คือผู้มีสิทธิปกติ จะต้องร่วมจ่ายเงินจนมียอดค่ายาสะสมถึงจุด deductible ที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นจึงร่วมจ่ายตามเงื่อนไขของแผนการประกันที่เลือกซื้อ ขณะที่ผู้มีรายได้น้อยแต่พอช่วยตนเองได้บ้าง ต้องจ่าย deductible เช่นกันแต่ในจำนวนที่น้อยกว่ามาก หรือร่วมจ่ายในรูปของ flat fee ต่อรายการ โดยส่วนร่วมจ่ายต่ำกว่าผู้ป่วยปกติ
- 2) รัฐกำหนดระดับ stop-loss amount หรือ out-of-pocket threshold เมื่อผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ายาเองจากกระเป๋าสะสมถึงระดับนี้ จะไม่ต้องร่วมจ่าย

ทั้งนี้ safety net ของ Medicare Part D ไม่รวมถึงส่วนร่วมจ่ายในกรณี que ผู้ป่วยต้องจ่ายเมื่อรับบริการทางการแพทย์ประเภทอื่น

รายละเอียดของกลไกเหล่านี้ดังในตารางที่ 3.23

สำหรับระบบ Medicaid ขึ้นอยู่กับรัฐบาลของแต่ละรัฐ โดย National Governors Association (NGA) ได้โน้มน้าวการร่วมจ่ายไว้เป็นแนวทางกว้างๆ สำหรับรัฐต่างๆ

7. ผลสัมฤทธิ์เชิงนโยบายและผลกระทบที่เกิดขึ้น

i. ประเด็นความเป็นธรรม (Equity)

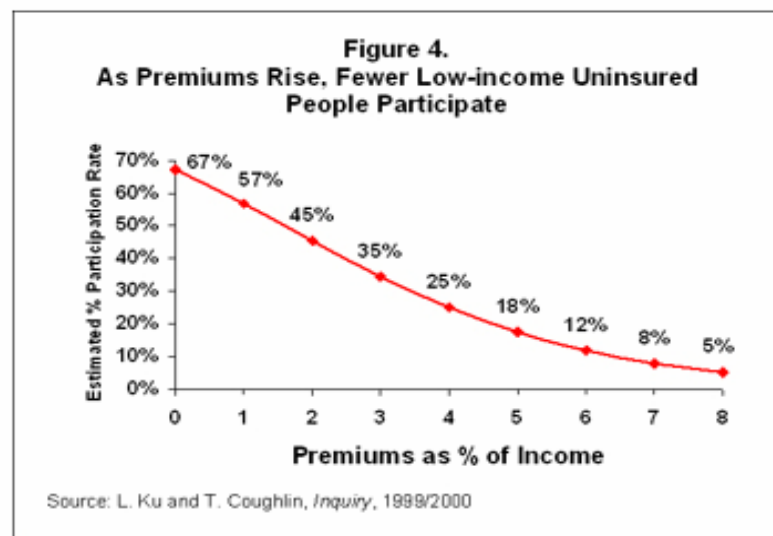
Medicaid เป็นโปรแกรมที่จัดขึ้นสำหรับคนจน เด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้น้อย ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การที่รัฐมีนโยบายจ่ายร่วมเพิ่มขึ้น ค่าเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การเข้าถึงบริการสุขภาพลดน้อยลง ดังตัวอย่างในงานวิจัยต่อไปนี้

ในการสำรวจการมีส่วนร่วมจ่ายในกลุ่มผู้ใช้สิทธิประโยชน์ Tennessee's Medicaid waiver program (TennCare) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ในปี 1994 พบว่า ร้อยละ 20 ของคนกลุ่มนี้ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมเมื่อไปพบแพทย์ได้ ร้อยละ 22 ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมเมื่อไปพบเภสัชกรเพื่อรับยา 2 ใน 3 ของคนกลุ่มนี้จึงไม่มียารักษาโรค⁴⁵

การศึกษาวิจัยโปรแกรม Medicaid ที่ California ช่วงปีทศวรรษ 1970 พบว่า เมื่อทางรัฐได้เพิ่มส่วนร่วมจ่ายเป็น 1 เหรียญสหรัฐต่อการพบแพทย์ 1 ครั้ง ทำให้การไปพบแพทย์ระดับปฐมภูมิลดลงร้อยละ 6 แต่การรับป่วยเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือค่าใช้จ่ายโดยรวมของ Medicaid จึงสูงขึ้น แต่ตัวเลขที่ได้ไม่เป็นนัยสำคัญทางสถิติ⁴⁶

มีการศึกษาวิจัยที่แสดงให้เห็นว่าเมื่อรัฐกำหนดค่าเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น ทำให้ประชาชนผู้มีรายได้น้อยไม่สามารถขึ้นทะเบียนโปรแกรม Medicaid ได้ จึงเป็นผู้ไม่มีประกันสุขภาพ ดังภาพที่ 3.12

ภาพที่ 3.12 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างเบี้ยประกันและการขึ้นทะเบียนโปรแกรม medicaid

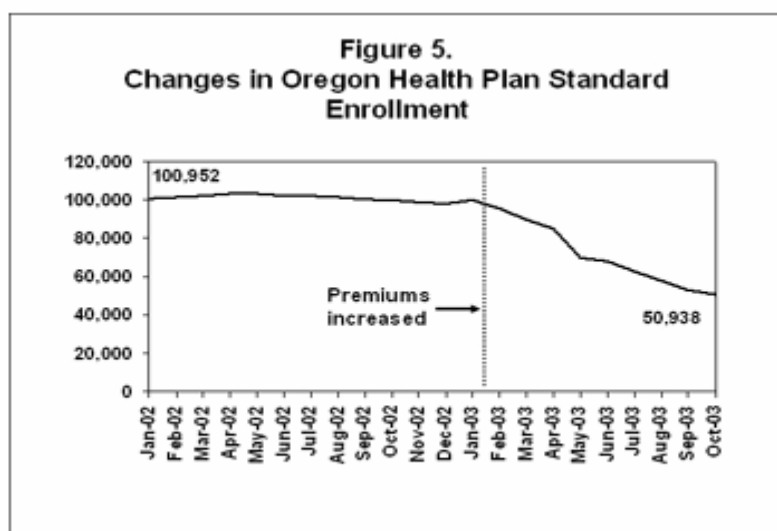


จากภาพ เป็นการศึกษาของ Ku and Coughlin ในปี 1999 / 2000 พบว่า เมื่อเพิ่มค่าเบี้ยประกันร้อยละ 1 ของรายได้ครอบครัว หรือประมาณ \$13 ต่อเดือน ในครอบครัวที่มีสมาชิก 3 คน และมีรายได้ระดับเส้นความยากจน ผลก็คือ มีการขึ้นทะเบียน (enrollment) น้อยลงร้อยละ 16 แต่ถ้าเพิ่มค่าเบี้ยประกันเป็นร้อยละ 3 ของรายได้ครอบครัว หรือประมาณ \$38 ต่อเดือน ในกลุ่มเดียวกัน การขึ้น

ทะเบียนใช้ประกัน Medicaid จะลดลงร้อยละ 49 หรือถ้าขึ้นทะเบียนประกันเป็นร้อยละ 5 ของรายได้ครอบครัว หรือประมาณ \$64 ต่อเดือนในกลุ่มเดียวกัน การขึ้นทะเบียนประกัน Medicaid จะลดลงถึง 3 ใน 4 คือประมาณ ร้อยละ 74⁴⁷ รายงานวิจัยนี้ได้นำเสนอต่อ Kaiser Commission เพื่อพิจารณาการจัดโปรแกรม Medicaid ต่อไป

นอกจากนี้จากผลการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะของรัฐ Oregon พบว่า ในปี 2003 รัฐได้ขึ้นค่าเบี้ยประกันสำหรับกลุ่มคนยากจนใน Oregon Health Plan ทำให้ประชาชนกลุ่มนี้ไม่มาขึ้นทะเบียน (enrollment) เป็นจำนวนถึง 50,000 คน บุคคลกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ ตามภาพที่ 3.13

ภาพที่ 3.13 กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของผู้ขึ้นทะเบียน Oregon Health Plan ปี 2002-2003



นอกจากนี้ในเดือน ม.ค. 2002 ภายใต้เงื่อนไข Medicaid waiver Rhode Island ได้เก็บค่าเบี้ยประกันในครอบครัวที่ยากจนเดือนละ \$43 - \$58 พบว่า 1 ใน 5 ของบุคคลกลุ่มนี้ไม่มีประกันสุขภาพ เพราะไม่มีเงินจ่ายเป็นเวลา 3 เดือน และประมาณครึ่งหนึ่งที่ไม่สามารถจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ นอกจากนี้เมื่อรัฐเพิ่มส่วนร่วมจ่าย พบว่า คนจนประมาณ 1 ใน 3 หรือประมาณร้อยละ 35 ไม่สามารถไปพบแพทย์ได้ หรือบางคนมีหนี้สินเพิ่มขึ้น เพราะต้องนำเงินไปรักษาปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพเริ่มทวีความรุนแรงขึ้น ทางรัฐ Oregon เริ่มพบว่า จำนวนผู้รับบริการในหึ่งฉุกเฉินเป็นกลุ่มบุคคลที่ไม่มีประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจน อีกทั้งค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเริ่มสูงขึ้น ในที่สุดรัฐ Oregon สรุปว่านโยบายการเก็บค่าเบี้ยประกันล้มเหลวและได้ออกกฎหมาย ห้ามเก็บค่าเบี้ยประกันในบุคคลที่มีรายได้ต่ำกว่าร้อยละ 10 ของระดับเส้นความยากจนของรัฐ ในปี 2005

ประเด็นความไม่เป็นธรรมอีกประการคือ รัฐไม่จัดประกันสุขภาพให้กับคนว่างงาน ที่ไม่มีรายได้ ทำให้คนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ จากตารางที่ 3.27 จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพมีจำนวนมากขึ้นจากปี 2001 มีจำนวน 39.8 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 47 ล้านคนในปี 2006 ซึ่งเป็น

จำนวนที่มากกว่าผู้ที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพทั้ง Medicaid หรือ Medicare และเป็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ

ตารางที่ 3.27 ความครอบคลุมของประกันสุขภาพทุกกลุ่มอายุ ปี 2001 - 2006

TABLE 1							
Health Insurance Coverage, All Ages, 2001 to 2006*							
	Uninsured		Medicaid/ SCHIP	Employer- sponsored Insurance	Individually- purchased Insurance	Medicare	Military Health Care
	Number (millions)	Percent	Percent	Percent	Percent	Percent	Percent
2006	47.0	15.8%	12.9%	59.7%	9.1%	13.6%	3.6%
2005	44.8	15.3%	13.0%	60.2%	9.2%	13.7%	3.8%
2004	43.5	14.9%	13.0%	60.5%	9.5%	13.6%	3.7%
2003	43.4	15.1%	12.4%	61.0%	9.3%	13.7%	3.5%
2002	42.0	14.7%	11.6%	61.9%	9.4%	13.4%	3.5%
2001	39.8	14.1%	11.2%	63.2%	9.3%	13.5%	3.4%

* Based on revised estimates of the uninsured, based on the March Current Population Surveys. Percentages do not sum to 100% because some people have more than one type of coverage.

j. ประเด็นประสิทธิภาพ (Efficiency)

จากข้อมูลของ Medicaid รายงานว่า Medicaid เป็นโครงการที่มีประสิทธิภาพเพราะช่วยลดจำนวนเด็กเสียชีวิต ร้อยละ 5.1 ในปลายทศวรรษที่ 1980 – ต้นทศวรรษที่ 1990 และช่วยลด mortality rate ร้อยละ 8.5 และลดจำนวนทารกน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 7.8 แต่ถ้าพิจารณาผลกระทบที่เกิดจากการกำหนดส่วนร่วมจ่าย จะพบว่าโครงการนี้ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการดังนี้

ผลกระทบต่อผู้รับบริการ

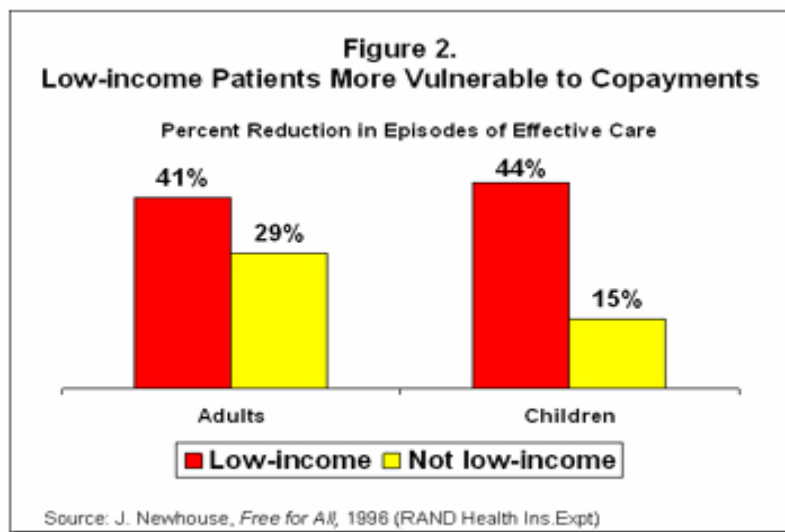
การกำหนดส่วนร่วมจ่ายในโปรแกรม Medicaid นอกจากจะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพแล้ว ยังส่งผลให้กลุ่มคนจนไม่สามารถไปรับการรักษาได้ หรือ มีค่าใช้จ่ายที่ต้องชำระเองสูงขึ้น (out of pocket) หลีกเลี่ยงการรักษาพยาบาลทั้งที่จำเป็นและไม่จำเป็น ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ (Health Status) ดังตัวอย่างในงานวิจัยต่อไปนี้

จากการศึกษาวิจัยในโรงพยาบาล Minneapolis' main public hospital รัฐ Minnesota ช่วงกลางปี 2004 พบว่าในจำนวนผู้ป่วย 62 ราย ที่ใช้สิทธิประโยชน์ของ Medicaid มีผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งที่ไม่ได้รับยา อย่างน้อย 1 ครั้งในการรักษานาน 6 เดือน เพราะไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมในอัตราค่ายา Brand name \$3 และยาสามัญ \$1 ได้ ผู้ป่วยจำนวน 11 คนไม่ได้รับยารักษา ต้องมาใช้บริการห้องฉุกเฉินและรับป่วยเป็นผู้ป่วยในรวมแล้วถึง 27 ครั้ง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด เมื่อ

ไม่ได้รับยา ก็จะถูกนำส่งฉุกเฉินและรับป่วยไว้ด้วยเรื่อง Stroke , asthma attack หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ของเบาหวาน⁴⁸

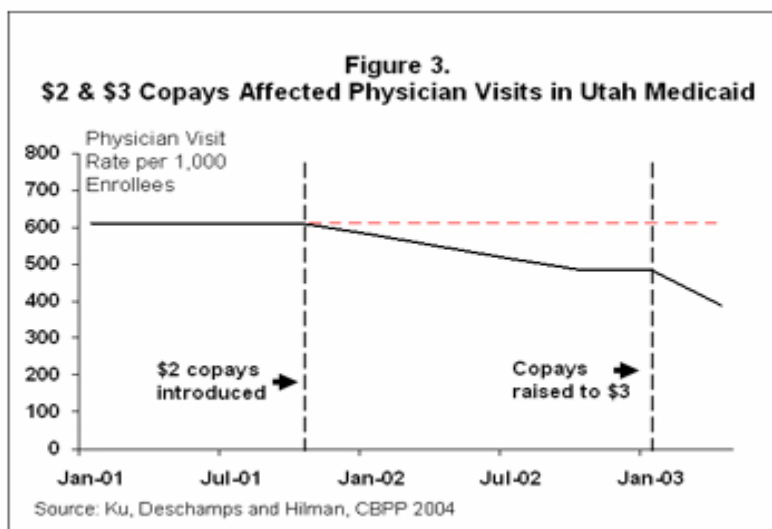
ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยมักได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากส่วนร่วมจ่ายมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้มาก เพราะรายได้ของกลุ่มคนเหล่านี้ ต้องเก็บไว้ใช้จ่ายสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เป็นต้น หากยังไม่เจ็บป่วยเรื้อรังก็ยังไม่ไปพบแพทย์ ดังเห็นได้จากภาพที่ 3.14

ภาพที่ 3.14 กราฟแสดงผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยและได้รับผลกระทบจากส่วนร่วมจ่าย



นอกจากนี้การเพิ่มจำนวนเงินเพียงเล็กน้อยยังส่งผลกระทบต่อการพบแพทย์ เช่น รัฐ Utah รัฐได้เสริมการจ่ายร่วม จาก \$2 ต่อการพบแพทย์ หรือต่อใบสั่งยา เป็น \$3 ทำให้ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยต่ำกว่าเส้นความยากจน ไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ ดังแสดงในภาพที่ 3.15

ภาพที่ 3.15 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มส่วนร่วมจ่ายและจำนวนผู้ป่วยที่มาพบแพทย์



หรือในบุคคลที่มาพบแพทย์บางคนก็ได้ยาไม่ครบตามจำนวนแพทย์สั่ง บางคนต้องลดค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น อาหาร ค่าเช่าบ้าน งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าถ้าเพิ่มส่วนร่วมจ่ายมากกว่านี้ จะเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมาก ⁴⁹

เมื่อมีการเก็บส่วนร่วมเพิ่มขึ้น จะส่งผลกระทบต่อการใช้บริการในโรงพยาบาลทั้งที่จำเป็นและไม่จำเป็นเพิ่มขึ้น เช่น การเพิ่มส่วนร่วมจ่าย ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการใช้ยาเบาหวานลดน้อยลง ⁵⁰ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการใช้ยาลดความดันโลหิต ACE inhibitors และยาลดคอเลสเตอรอล (Statin) ลดลงด้วย ⁵¹

การศึกษาผลกระทบส่วนร่วมจ่ายในคลินิกบำบัดและฟื้นฟูยาเสพติด พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง แต่อัตราการกลับเป็นซ้ำสูงขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวก็สูงขึ้นด้วย ⁵²

การศึกษาผลกระทบส่วนร่วมจ่ายในงานบริการฉุกเฉิน พบว่า ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับระดับของการร่วมจ่ายในฉุกเฉิน น้อยกว่างานบริการส่วนอื่น การรับรู้เกี่ยวกับส่วนร่วมจ่ายนี้มีความสัมพันธ์กับการหลีกเลี่ยงไม่มาใช้บริการฉุกเฉิน หรือมาใช้บริการล่าช้า กล่าวคือ ถ้าต้องจ่ายรวมมากกว่า \$20 จะหลีกเลี่ยงไม่มาใช้บริการฉุกเฉิน หรือมาใช้บริการล่าช้า ร้อยละ 20 หรือถ้าต้องจ่ายรวมน้อยกว่า \$20 จะหลีกเลี่ยงไม่มาใช้บริการฉุกเฉิน หรือมาใช้บริการล่าช้า ร้อยละ 6 นอกจากนี้ อัตราการใช้บริการฉุกเฉินมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรค ถ้าภาวะของโรคไม่รุนแรง เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ลำไส้อักเสบ แผลไฟไหม้ระดับ 1 ผู้ป่วยจะไม่มาใช้บริการ แต่ถ้ามีระดับของโรครุนแรง เช่น acute coronary syndromes, ไข้ดั่งอักเสบ หรือ แผลไฟไหม้ระดับ 2 จะมาใช้บริการฉุกเฉิน ⁵³

การศึกษาผลกระทบส่วนร่วมจ่ายกับการแสวงหาบริการสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วย ⁵⁴ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ส่วนจะเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคซึมเศร้า การศึกษานี้ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและผู้พิการ และมีการติดตามผลลัพธ์สุขภาพ (health outcome) 4 ปี จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมทั้งสิ้น 20,222 คน จำนวนผู้ป่วยที่ติดตาม 4 ปี

จำนวน 3,589 คน ผลการศึกษาพบว่า เมื่อมีระดับการร่วมจ่ายมากขึ้น การแสวงหาบริการสุขภาพจะลดลง กล่าวคือ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น อาการคัดจมูกน้อยกว่า 2 สัปดาห์ มีไข้ต่ำกว่า 3 สัปดาห์ ข้อเท้าบวม ปวดท้องน้อยกว่า 24 ชั่วโมง

กลุ่มที่ไม่ต้องร่วมจ่าย จะมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเท่ากับร้อยละ 34

กลุ่มที่ต้องร่วมจ่ายเล็กน้อย จะมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเท่ากับร้อยละ 26

กลุ่มที่ต้องร่วมจ่ายมาก จะมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเท่ากับร้อยละ 18

ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับการร่วมจ่ายมากขึ้น การแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย จะลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 แต่ถ้ามียาอาการเจ็บป่วยมาก เช่น หอบหืด มีเลือดออก ปวดท้องจนนอนไม่ได้ มากกว่า 24 ชั่วโมง ปัสสาวะแสบขัดมากกว่า 2 วัน แขนขาอ่อนแรง ข้างใดข้างหนึ่ง พุดไม่ได้ หายใจสั้น เจ็บหน้าอก พบว่า

กลุ่มที่ไม่ต้องร่วมจ่าย จะมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเท่ากับร้อยละ 33

กลุ่มที่ต้องร่วมจ่ายเล็กน้อย จะมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเท่ากับร้อยละ 31

กลุ่มที่ต้องร่วมจ่ายมาก จะมีพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพเท่ากับร้อยละ 18

ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับการร่วมจ่ายมากขึ้น การแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วยระดับรุนแรง จะลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนผลการติดตามผลลัพธ์สุขภาพ (health outcome) 4 ปี พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มที่มีอัตราส่วนร่วมจ่ายต่างกัน กับภาวะสุขภาพที่แย่ง ซึ่งอาจเป็นผลจากการคัดผู้ป่วยสูงอายุออกไป ทำให้ผลการศึกษาต่างจากการศึกษาอื่นๆ ที่ว่า เมื่อเพิ่มอัตราการร่วมจ่ายในกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำ จะส่งผลทำให้สุขภาพแย่ลง^{55,56}

การศึกษาผลกระทบส่วนร่วมจ่ายในการรักษาผู้ป่วยเบาหวานใน managed care organizations 5 แห่ง พบว่า การเพิ่มส่วนร่วมจ่ายมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาเบาหวาน ชนิดกิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ถ้าเพิ่มส่วนร่วมจ่ายมากกว่า \$ 10 ผู้ป่วยจะลดการใช้ยาเบาหวานทันที ในอัตราร้อยละ -18.5 แต่ถ้าเพิ่มระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง คือ \$1-\$10 ผู้ป่วยจะลดการใช้ยาแบบช้าๆ ภายใน 6 เดือน ในอัตราร้อยละ -9.2⁵⁷ การลดการใช้ยาเบาหวาน จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้ง microvascular และ macrovascular นอกจากนี้ ในงานบริการผู้ป่วยนอก ยังไม่สามารถพิจารณาหาสาเหตุเพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ยา ในกรณีที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมได้ ทำให้ผู้ป่วยขาดยาเบาหวานเพราะไม่มีเงินเพียงพอที่จะจ่ายส่วนร่วมในราคาที่แพงได้ ปัจจุบันได้แก้ปัญหาโดยใช้คอมพิวเตอร์คำนวณส่วนร่วมจ่ายให้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาในราคาที่จ่ายได้ ตัวอย่างส่วนร่วมจ่ายค่ายาเบาหวานแต่ละชนิด ดังตารางที่ 3.28^{58,59}

ตารางที่ 3.28 ส่วนร่วมจ่ายค่ายาเบาหวานชนิดรับประทานของ Managed Care Organization (MCO)

Cost per 30-Day Supply by Oral Hypoglycemic Medication

	Generic	Brand
Glipizide	\$10	\$30
Glyburide	\$10	\$60
Metformin	—	\$60
Tolazamide	\$15	\$60

นอกจากนี้งานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงสาเหตุที่มีผลต่อการใช้บริการสุขภาพที่ลดลง จากการเพิ่มส่วนร่วมจ่าย⁶⁰ ได้แก่

- (1) ผู้รับบริการร้อยละ 40 ไม่ทราบระเบียบการจ่ายส่วนร่วม
- (2) ผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 50 ได้รับผลกระทบจากการจ่ายร่วม ถ้ามีเงินจะไปพบแพทย์บ่อยขึ้น ร้อยละ 37 คิดว่าได้รับการรักษาไม่เพียงพอ และผู้ใช้สิทธิ Medicaid ที่ได้รับผลกระทบสูงจากการเพิ่มอัตราการจัดจ่ายร่วมคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมีปัญหาค่าใช้จ่ายในบ้าน จะประสบปัญหาการขาดยาและมีอาการของโรครุนแรงขึ้น
- (3) การใช้บัตร Medicaid มักถูกจำกัดสิทธิการให้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการไม่ทราบว่าชุดสิทธิประโยชน์ของ Medicaid ครอบคลุมหรือไม่ เช่น บริการทันตกรรมและ optometric สามารถใช้สิทธิได้หากมีความจำเป็นแต่ต้องขออนุญาตก่อน (prior authorization)
- (4) กรณีที่แพทย์ผู้รักษาไม่ทราบสิทธิในการรักษาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ต้องจ่ายส่วนร่วมสูง เมื่อมีรายได้น้อยจึงไม่สามารถซื้อยาดังกล่าวได้ ผู้ป่วยจึงขาดยา และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา เช่น หัวใจวาย (heart attack)⁶¹

k. ผลกระทบต่อผู้ให้บริการ

งานวิจัยของ Hopkin, et al.⁶¹ ได้ศึกษาผลกระทบการเพิ่มส่วนร่วมจ่ายกับผู้ให้บริการ ได้ผลดังนี้

- (1) แพทย์ส่วนใหญ่คิดว่า การจ่ายร่วมไม่มีผลกระทบต่อการรักษา แต่มีแพทย์จำนวน น้อยกว่า 1 ใน 3 เท่านั้นที่ทราบว่าผู้ป่วยต้องจ่ายร่วม
- (2) แพทย์ส่วนใหญ่รู้สึกไม่ดีที่ต้องมีกระบวนการขออนุญาตก่อนจ่ายยา (Prior authorization) ร้อยละ 80 ปฏิบัติตามกระบวนการหากผู้ป่วยจำเป็นต้องจ่ายยา แต่ที่เหลือจะส่งกลับไป county outpatient department หรือแล้วแต่ผู้ป่วยจะจัดการเอง เหตุผลของแพทย์คือ ต้องทำเอกสารรายงานมาก ทำให้การรักษาล่าช้า และลดการมาตรวจตามนัด

- (3) ในกรณีต้องขออนุญาตก่อนใช้ยา (Prior authorization) ถ้าไม่ได้รับการอนุมัติจาก Medicaid ทำให้โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้ อีกทั้งยังต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มในการจัดการด้านเอกสาร
- (4) เกสซักรจะให้ความสนใจการขออนุญาตก่อนใช้ยา (Prior authorization) มาก เพราะเรื่องนี้ส่วนใหญ่แพทย์จะผลักรให้เกสซักรเป็นผู้ดำเนินการ มากกว่าร้อยละ 50 ยอมรับว่า ทำให้การจัดยาช้ากว่าปกติ 1 ใน 3 ลดการจ่ายยาที่เกินความจำเป็น
- (5) กรณีการจ่ายส่วนร่วม หากผู้รับบริการไม่จ่ายร่วม 1 ใน 4 ของเกสซักรจะไม่จ่ายยาให้ ร้อยละ 28 ของเกสซักร จะพิจารณาจ่ายให้เฉพาะยาที่คิดว่ามีความจำเป็น ร้อยละ 18 จะจ่ายยาให้ช้า

แคนาดา

1. ระบบประกันสุขภาพ^{62,63}

แคนาดามีระบบประกันสุขภาพทั่วหน้า ซึ่งรัฐบาลสหพันธรัฐหรือรัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดนโยบายและข้อกำหนดกลาง ส่วนรัฐบาลของแต่ละจังหวัดเป็นผู้กำหนดรายละเอียดและบริหารระบบประกันสุขภาพ

ประเทศแคนาดา แบ่งประเทศออกเป็น 3 ภูมิภาค คือภาคตะวันตก (Western Canada) ภาคกลาง (Central Canada) และภาคแอตแลนติก (Central Canada) ประกอบด้วย 10 มลรัฐหรือจังหวัด (province) และ 3 เขตปกครองหรือแคว้น (territory) ได้แก่

1. Western Canada ประกอบด้วยจังหวัด British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Manitoba (3 จังหวัดหลังเรียก Prairie Provinces)
2. Central Canada ประกอบด้วย Quebec และ Ontario
3. Atlantic Canada ประกอบด้วย New Brunswick, Prince Edward Island, Nova Scotia (รวมเรียก 3 Maritime Provinces), Newfoundland และ Labrador

เขตปกครองหรือแคว้น ได้แก่ Yukon, North West Territories, และ Nunavut^{62,63,64,65,66}

ระบบสุขภาพของแคนาดาอาศัยการบริการระดับปฐมภูมิโดย general practitioner เป็นหลัก (คิดเป็น 51% ของแพทย์ทั้งหมดในแคนาดา) ซึ่งเป็นหน้าด่านสำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทาง การรักษาตัวในโรงพยาบาล การรักษาด้วยยาตามใบสั่งแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น แพทย์ในแคนาดาส่วนใหญ่ทำงานในภาคเอกชน ให้บริการทั้งในรูปแบบอิสระหรือทำเป็นกลุ่ม (group practices) แพทย์ที่ทำงานเอกชนจะได้รับค่าตอบแทนแบบ fee-for-service โดยส่งเบิกเงินจากโปรแกรมประกันสุขภาพของจังหวัดหรือแคว้นได้โดยตรง ส่วนแพทย์ที่

ทำงานในสถานบริการอื่นๆ มักได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน โรงพยาบาลเกือบทั้งหมดของแคนาดา ดำเนินการแบบเอกชนที่ไม่มุ่งหวังกำไร

ในปี 2000 มีการประมาณการว่า ประชาชนกว่า 98% มีประกันสุขภาพแบบใดแบบหนึ่งอยู่ อาจเป็นของรัฐหรือเอกชนก็ตาม ส่วนประชากรอีก 2% ที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆทั้งสิ้น ได้แก่ประชาชนที่อยู่ห่างไกล โดยเฉพาะในแถบ Atlantic ซึ่งอาจต้องเผชิญปัญหาเมื่อเจ็บป่วยและมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพแพง

ระบบประกันสุขภาพหลักของแคนาดา หรือที่รู้จักในนาม “**Medicare**” เป็นระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (**publicly financed health care system**) ที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและ การรับบริการจากแพทย์ (medically necessary hospital and physician services) ตาม Canada Health Act แต่ไม่ครอบคลุมการใช้นอกสถานพยาบาล

จากการที่รัฐดูแลค่ายาในสถานพยาบาลเป็นหลัก ทำให้ประมาณ 2/3 หรือประมาณ 75% ของประชากร (รวมถึงลูกจ้างและครอบครัว) อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพเอกชนที่นายจ้างซื้อประกันสุขภาพให้ลูกจ้าง หรือที่ผู้ประกันตนซื้อประกันสุขภาพเอกชนด้วยตนเองเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ด้านยานอกสถานพยาบาล ในขณะที่ประชากรเฉลี่ยอีก 25% (จาก 9% ใน Manitoba ถึง 43% ใน Quebec) จะได้รับความคุ้มครองโดยชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาจากรัฐบาลท้องถิ่น (provinces and territories administer publicly financed programs) โดยการคุ้มครองมักเน้นในผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากสังคม (social assistance recipients, รวมผู้พิการ) และผู้ที่มีความต้องการพิเศษ (เช่น มีค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงมากเมื่อเทียบกับรายได้)^{63,67,68}

2. ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาจากรัฐบาล (publicly financed benefits in Medicare)⁶³

รัฐบาลกลาง และ รัฐบาลท้องถิ่นในแต่ละจังหวัด/แคว้นเป็นหน่วยงานที่บริหารชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาของแคนาดา โดย **Drug Program Branch** ซึ่งเป็นองค์กรหนึ่งภายใต้กระทรวงสาธารณสุข (The Ministry of Health and Long-Term Care) จะเป็นผู้บริหารจัดการชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาของแต่ละจังหวัด (**Drug Benefits Program**) ซึ่งรวมถึงการจัดทำบัญชีรายการยาและราคา ยา Drug Program Branch มีหน้าที่เป็นผู้นำในการทำให้เกิดบริการด้านเภสัชกรรมที่เหมาะสม เพื่อปกป้องและส่งเสริมสถานะสุขภาพของประชาชนในจังหวัดนั้น นอกจากนี้ Drug Program Branch ยังต้องรักษาความสัมพันธ์ที่แนบแน่นกับอุตสาหกรรมยาและร้านยาเพื่อการบริหารชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาที่ดีด้วย⁶⁹

ภายใต้ Canada Health Act รัฐบาลกลางจะอุดหนุนเฉพาะค่ายาที่อยู่ในส่วนของการบริการในสถานพยาบาล (institutional care) เท่านั้น ส่วนการอุดหนุนค่ายาประเภทอื่นๆจะขึ้นกับนโยบายทางยาของแต่ละจังหวัดซึ่งจะแตกต่างกันไป^{65,70} ตารางที่ 3.29 แสดงถึงการครอบคลุมของชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาในกลุ่มประชาชนต่างๆของแต่ละจังหวัด

1) ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาจากรัฐบาลกลาง (federal programme) มีให้แก่กลุ่มชนท้องถิ่นดั้งเดิมของแคนาดา (First Nations and Inuit peoples) ทหารผ่านศึก (veterans) และทหารและตำรวจหน่วยต่างๆ (Canadian Forces members, Royal Canadian Mounted Police members) ผู้อพยพบาง

กลุ่ม (designated classes of immigrants) ผู้ต้องขัง (inmates of federal penitentiaries) บุคคลกลุ่มนี้รวมแล้วประมาณ 1 ล้านคน

2) ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาจากรัฐบาลท้องถิ่น (provincial plans) ครอบคลุมประชากรประมาณ 9 ล้านคน มีในเกือบทุกจังหวัดและแคว้น แต่มีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด(ตารางที่3.29) สิ่งจังหวัดที่เปิดให้ประชาชนทุกคน**มีสิทธิ**สำหรับค่าใช้จ่ายด้านยา (universal **eligibility**) ได้แก่ Alberta, Manitoba, Saskatchewan, และ British Columbia โดยใน Alberta นี้ ประชาชนที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆเลยสามารถสมัครเข้าภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัด และต้องจ่าย premiums และส่วนร่วมจ่าย ในขณะที่อีกสามจังหวัดนั้น กำหนดให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัด แต่อาจต้องจ่าย deductible ดังนั้นผู้มีรายได้สูง หรือสามารถเข้าถึงยาได้ ครอบคลุมมากกว่าภายใต้ประกันสุขภาพเอกชน จะไม่สนใจสมัครใช้สิทธิดังกล่าว

ส่วน Quebec ให้ความ**คุ้มครอง (universal coverage)** แก่ประชาชนทุกคน ที่ไม่สามารถเข้าถึงการประกันสุขภาพหมู่จากภาคเอกชน โดยการเก็บค่า premiums และค่าบริการ จะคิดตามลำดับขั้นของเงินเดือน สำหรับผู้ที่อายุน้อยกว่า 65 ปีและมีประกันสุขภาพเอกชนอยู่ ต้องรับยาตามใบสั่งแพทย์จากชุดสิทธิประโยชน์ด้านยานั้น ส่วนผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไปและมีประกันสุขภาพเอกชน สามารถเลือกได้ว่าจะใช้สิทธิเบิกจ่ายจากเอกชนหรือจากรัฐบาลท้องถิ่นก็ได้

โดยพื้นฐาน ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาจากรัฐบาลท้องถิ่นจะให้ความคุ้มครองแก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือจากสังคม (social assistance recipients) และผู้ที่มีความต้องการพิเศษ (persons with special needs)

- ผู้สูงอายุ : ใน Alberta และ Ontario ผู้สูงอายุทุกคนจะได้รับความคุ้มครองด้านยาโดยไม่ขึ้นกับรายได้หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการใดๆ ในขณะที่ผู้สูงอายุใน Nova Scotia จะได้รับความคุ้มครองด้านยาจากรัฐบาลท้องถิ่นถ้าไม่มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาของเอกชน
- ผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาสูง จากภาวะโรคที่เป็น (เช่น HIV, cystic fibrosis, growth hormone deficiency, organ transplant เป็นต้น)

3. ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาภายใต้ระบบประกันสุขภาพเอกชน⁶³

ประกันสุขภาพเอกชนมักถูกออกแบบมาเพื่อเป็นส่วนเสริม หรือช่วยเติมเต็มให้แก่ประกันสุขภาพภาครัฐบาล ประกันสุขภาพเอกชนนี้ มักครอบคลุมค่ายา ค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล (เช่น ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับการพักห้องเดี่ยว) ค่าทันตกรรม ค่ารักษาตา และการรักษาโดยบุคลากรทางการแพทย์อื่น (paramedical & professional care) ทั้งนี้ ค่ายาเป็นค่าใช้จ่ายหลักในระบบประกันสุขภาพเอกชน (ประมาณ 70%)

ในแคนาดา มีรูปแบบของประกันสุขภาพเอกชนกว่า 1000 แบบ ครอบคลุมประชากรประมาณสองในสามของประเทศ โดยการครอบคลุมของการประกันอาจเป็นระดับชาติ จังหวัด หรือท้องถิ่น มักเกี่ยวเนื่องกับนายจ้างหรือองค์กร/ สมาคม เป็นหลัก มักไม่ค่อยเป็นการซื้อประกันสุขภาพเอกชนจาก

บุคคลเดียวๆ มีการประมาณว่า 95% ของประกันสุขภาพเอกชน เป็นการทำประกันสุขภาพหมู่ (group benefits plans) ประกันสุขภาพเอกชนมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด และแตกต่างกันตามสถานะการจ้างงาน (ลูกจ้างที่ได้รับค่าตอบแทนสูง หรือลูกจ้างที่เป็นสมาชิกสหภาพแรงงาน มักเข้าถึงการคุ้มครองมากกว่า) อย่างไรก็ตาม ไม่มีข้อบังคับว่านายจ้างต้องจัดหาประกันสุขภาพเอกชนให้ลูกจ้าง แต่เมื่อนายจ้างจัดหาประกันสุขภาพให้ ลูกจ้าง (รวมถึงบุตรและคู่ครอง) มักต้องเข้าร่วม

ประกันสุขภาพเอกชนบริหารการเงินจากค่า premiums ที่ผู้สนับสนุน (sponsors) ให้มาและจากผู้ประกันตน โดยที่จังหวัดและแคว้นอาจเป็นผู้บริหารงานก็ได้ ซึ่งมีผลให้มีความแตกต่างของรูปแบบการคุ้มครอง เช่น ในเกือบทุกจังหวัดจะอนุญาตให้กำหนดเงื่อนไขการประกันตน (risk selection) คือสามารถเลือกรับผู้ประกันตนตามอายุ สถานะสุขภาพ หรือเพศ ได้ เป็นต้น และเก็บค่า premium แตกต่างกันไป แต่ใน Quebec จะไม่อนุญาตให้ประกันสุขภาพเอกชนตั้งเงื่อนไขดังกล่าว เนื่องจากมีการบังคับให้ทั้งประกันสุขภาพเอกชนและประกันสุขภาพของรัฐต้องครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านยาตามใบสั่ง

บริการสุขภาพที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุม ผ่านระบบจ่ายเงินล่วงหน้า (**prepaid basis**) ซึ่งรัฐบาลกลาง (state government) จัดสรรงบประมาณจากภาษีประชาชน ผ่าน Fiscal transfer ให้แก่หน่วยงาน **Health benefits** ของรัฐบาลท้องถิ่น (provincial government) ใน 10 จังหวัด และ 3 แคว้น เป็นผู้รับผิดชอบบริหารระบบประกันและดูแลการให้บริการแก่ประชาชนที่มีสิทธิ เช่น ในจังหวัด Ontario จะมี Ontario Health Benefits (OHB) เป็นผู้บริหารระบบ เป็นต้น แต่ละจังหวัดในแคนาดาจะมีอิสระในการวางนโยบายสุขภาพของตน ทั้งนี้ การจัดการบริการสุขภาพดังกล่าวจะต้องสอดคล้องกับข้อกำหนดมาตรฐานต่างๆตามที่ พรบ. ประกันสุขภาพ (Canada Health Act) ที่รัฐบาลกลาง (federal government) กำหนด หากจังหวัดไม่ปฏิบัติตาม Canada Health Act จะมีผลต่อการได้รับเงินจัดสรรจากรัฐบาลกลาง

ระบบประกันสุขภาพของแคนาดา ครอบคลุมประชากรทั้งหมดของประเทศ และส่วนใหญ่ผู้ใช้สิทธิไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ณ จุดที่รับบริการ ระบบประกันหลักอื่นๆในประเทศแคนาดาได้แก่ การประกันสุขภาพของลูกจ้าง (employee benefits plans) ซึ่งมีความหลากหลายค่อนข้างมาก และประกันสุขภาพเอกชน⁶⁵ สำหรับผู้ที่ไม่อยู่ภายใต้ระบบประกันหลักของประเทศ เช่นกลุ่มชนเผ่าอินเดียน หรืออินนู (Innu) สามารถใช้บริการภายใต้โปรแกรมสำหรับผู้ที่ไม่มียประกันสุขภาพ (Non-Insured Health Benefits-NIHB) ที่มี Medical Services Branch (MSB) ของ Health Canada เป็นผู้ดูแล⁶⁶

4. สัดส่วนรายจ่ายภาครัฐ/ครัวเรือน^{65,71}

แหล่งเงินที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพของแคนาดามาจากหลายส่วน ได้แก่ เงินจากภาครัฐ, จากโปรแกรมสิทธิประโยชน์ด้านยาของแต่ละจังหวัด (provincial drug benefit programs), จากประชาชน ที่จ่ายผ่านบริษัทประกันสุขภาพโดยตรง รวมถึงได้จากเบี้ยประกันของลูกจ้างด้วย (employee benefit plan)⁶⁵

ในปี 2005 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของแคนาดาเป็น 9.8% ของรายได้ประชาชาติ (GDP) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรในแคนาดา คิดเป็น 3320 เหรียญสหรัฐ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศในกลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจและพัฒนา (Organization for Economic Cooperation and Development-OECD) แต่ก็ยังต่ำกว่าสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้ ภาครัฐรับผิดชอบจ่ายในระบบสุขภาพประมาณ 70.3% ในขณะที่ภาคประชาชนรับภาระ 29.7% โดยมีแนวโน้มที่ภาคประชาชนจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเองเพิ่มสูงขึ้น อาจในรูปของการซื้อประกันสุขภาพเพิ่มเติม (supplementary insurance) ประกันสังคม (employer-sponsored benefits) หรือการควักกระเป๋าจ่ายโดยตรงก็ตาม (directly out-of-pocket) ⁷¹

ในปี 2005 ค่าใช้จ่ายด้านยาของแคนาดา คิดเป็น 17.7% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตามรายงานของ OECD ⁶³ 54%ของค่ายาในแคนาดา มาจากประกันสุขภาพเอกชนและจากครัวเรือนจ่ายเองโดยตรง ทั้งนี้ ในปี 2005 นี้ ค่ายาที่มีการใช้นอกสถานพยาบาล (รวมการควักกระเป๋าจ่ายเอง ผลิตภัณฑ์สุขภาพส่วนบุคคล และที่ประกันเอกชนจ่ายให้) คิดเป็นสองหมื่นหกร้อยล้านเหรียญแคนาดา ซึ่งในจำนวนนี้ เป็นเงินที่ประชาชนควักกระเป๋าจ่ายเองสี่พันล้านเหรียญแคนาดา ⁶⁸

5. การกำหนดส่วนร่วมจ่าย

เนื่องจากแนวโน้มของการใช้บริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ รวมถึงค่ายา ของประเทศมีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนร่วมจ่ายจึงถูกกำหนดขึ้น เพื่อคุมการให้บริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีรายได้สูง และเพื่อให้ผู้มีรายได้ต่ำหรือมีความจำเป็นด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้

ตารางที่ 3.29 ผู้มีสิทธิในโปรแกรมสิทธิประโยชน์ทางยาของแต่ละจังหวัด (provincial drug benefit programs) ⁶⁵

กลุ่มผู้มีสิทธิ	Western Canada				Central Canada		Atlantic Canada				Territories	
							Maritime provinces			Newfound land & Labrador		
	British Columbia	Alberta	Saskytche wan	Manitoba	Ontario	Quebec	New Brunswick	Nova Scotia	Prince Edward Island			
ประชาชนทั้งหมดที่ไม่มีสิทธิภายใต้โปรแกรมสุขภาพอื่นของรัฐ	x		x	x	x ^a	x						
ผู้สูงอายุ 65ปีขึ้นไป (senior)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
ผู้ที่สังคมให้การสงเคราะห์ (social assistance recipient)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
ผู้ป่วยที่ต้องดูแลพยาบาลที่บ้าน หรือ ผู้ที่รักษาในสถานพยาบาลระยะยาว (long term care facility)	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
ผู้ป่วย Cystic fibrosis	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
ผู้ป่วยเบาหวาน		x	x	x	x	x	x	x	x		x	x
ผู้ป่วยมะเร็ง			x		x	x	x	x			x	x
ผู้ป่วยเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ			x		x	x	x	x	x		x	x
ผู้ป่วย AIDS			x		x	x	x	x	x		x	x

^a ผู้อยู่อาศัยใน Ontario ที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (อายุ>65ปี), ผู้ป่วยที่ต้องดูแลที่บ้าน หรือผู้ป่วยที่สังคมให้การสงเคราะห์ สามารถเข้า Trillium Drug Plan ด้วย ซึ่งเกณฑ์จะขึ้นกับรายได้ของครอบครัวเป็นหลัก

5.1. ระบบ กระบวนการ และหลักเกณฑ์การกำหนดประเภทยา^{65, 72}

ชุดสิทธิประโยชน์ทางยาของ จังหวัดในแคนาดา ส่วนใหญ่จะมีคู่มือมาตรฐานในการสั่งจ่ายยา และบัญชีรายการยาที่ส่งเสริมการใช้ยา generic บัญชีรายการยาภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาของประเทศแคนาดามีลักษณะเป็น **positive list** ซึ่งประกอบไปด้วยรายการยาที่รัฐพิจารณาเห็นควรให้การอุดหนุนค่ายาให้กับประชาชน ยาที่ไม่อยู่ในบัญชีรายการนี้เป็นยาที่รัฐไม่ให้การอุดหนุน โดยมีคณะกรรมการคุณภาพยาและการรักษา (**Drug Quality and Therapeutics Committee, DQTC**) และ Drug Program Branch ของแต่ละจังหวัดเป็นผู้พิจารณาเข้าบัญชีรายการยา

ยาที่จะเข้าบัญชีรายการยาสำหรับเบิกจ่ายได้นี้ จะต้องมีประสิทธิภาพในการรักษา มากกว่าหรืออย่างน้อยเท่าเทียมกับยาที่มีอยู่แล้วในบัญชีรายการยา และไม่เพิ่มค่าใช้จ่ายด้านยาให้แก่อรัฐ⁷²

British Columbia เป็นจังหวัดที่ไม่ได้ใช้บัญชีรายการยาสำหรับการเบิกจ่าย แต่ใช้ระบบราคาอ้างอิง (**reference pricing system**) ตั้งแต่ปี 1996 โดย PharmaCare drug benefit program ของจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบ ในระบบราคาอ้างอิงนี้ การจัดกลุ่มของยาจะต่างจากบัญชีรายการยา คือ ในระบบยาอ้างอิงนี้ ยาต่างๆจะถูกจัดตามกลุ่มยาที่ใช้รักษาอาการเดียวกันตามหลักฐานทางการแพทย์ โดยไม่คำนึงถึงตัวยาสำคัญในการออกฤทธิ์ แพทย์และเภสัชกรของมหาวิทยาลัย British Columbia เป็นผู้พิจารณาตัดสินความเท่าเทียมกันของยาและจัดยาเข้ากลุ่มการรักษาต่าง เมื่อผู้ป่วยมีการใช้ยา รัฐจะอุดหนุนค่ายาในราคาที่ต่ำที่สุดของยาในกลุ่มการรักษานั้น ผู้ป่วยสามารถขอเปลี่ยนยาให้เป็นกลุ่มที่ราคาถูกลงได้หากได้รับการสั่งจ่ายยาที่ราคาสูงกว่าที่ตนจะสามารถเบิกคืน หรือในทางตรงกันข้าม สามารถขอยาที่ราคาแพงขึ้นได้โดยการจ่ายเพิ่มเอง

บัญชีรายการยาของโรงพยาบาล (hospital formularies) จะถูกกำหนดโดย Pharmaceuticals & Therapeutics Committee ของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร และบางครั้งก็มีพยาบาลด้วย P&T committee มักเป็นส่วนหนึ่งของ Medical Advisory Committee และทำหน้าที่เสนอรายการยาที่พิจารณาแล้วแก่กรรมการชุดนี้ บัญชีรายการยาของโรงพยาบาลจะถูกปรับให้เหมาะสมกับกิจกรรมของโรงพยาบาลและประเภทของผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นหลัก ซึ่งยาในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลอาจมียาที่ยังไม่ผ่านการรับรองจาก Health Canada แต่กรรมการเห็นว่ามีความจำเป็นต่อการใช้ในผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มภายใต้โครงการ Special Access Programme ใน Quebec กำหนดให้รายการยาของแต่ละโรงพยาบาลและรายการยาของประกันสุขภาพเอกชนต้องสอดคล้องกับรายการยาของจังหวัด⁶³

บัญชีรายการยาของชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาเอกชน มักครอบคลุมรายการยาจำนวนมาก เมื่อเทียบกับชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาของรัฐ บัญชีของบางบริษัทก็เปิดให้ผู้ประกันตนเบิกยาได้ทุกประเภทตามที่มีการจำหน่ายภายใต้ Health Canada แต่บางบริษัทก็กำหนดให้เบิกค่า

ยาได้เฉพาะในกลุ่มที่มีการจำกัดการใช้ หรือเฉพาะในกลุ่มยาที่ไม่มีในชุดสิทธิประโยชน์ของรัฐ (แต่ใน Quebec จะกำหนดให้รายการยาของประกันสุขภาพเอกชน ต้องครอบคลุมยาที่อยู่ใน รายการยาของรัฐ)⁶³

บัญชีรายการยา Common Drug Review (CDR) โดย Commission on the Future of Health Care in Canada (หรือ Romanow Commission) ซึ่งเป็นองค์กรความร่วมมือระหว่าง ภาครัฐ (ทุกจังหวัด ยกเว้น Quebec) เพื่อร่วมกันประเมินยา/สารเคมีที่ออกใหม่ รวมถึงยาสูตร ผสม ว่าควรได้รับการพิจารณาเลือกเข้าบัญชีรายการยาของรัฐหรือไม่ และเป็นการเพิ่ม ประสิทธิภาพของขบวนการประเมินยา ลดการทำงานซ้ำซ้อนของแต่ละจังหวัด

CDR เป็นส่วนหนึ่งของ Canadian Agency for Drugs and Technology in Health (CADTH) หรือในปัจจุบันคือ Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) ซึ่งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้สนับสนุน กรรมการชุดที่ CADTH ตั้งขึ้นเพื่อพิจารณาให้ข้อเสนอแนะสำหรับการสร้างรายการยา ชื่อ Canadian Expert Drug Advisory Committee (CEDAC) ซึ่งเป็นกรรมการที่ปรึกษาอิสระ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาด้วยยา (drug therapy) และการประเมินยา (drug evaluation) ในการให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับรายการยา CEDAC พิจารณาผลการศึกษาทางคลินิกที่แสดงถึง ความปลอดภัย ประสิทธิภาพของยาในกลุ่มประชากรผู้ป่วยที่เหมาะสม ประโยชน์ต่อการรักษา เปรียบเทียบข้อดีต่อการรักษาอื่นๆที่เป็นที่ยอมรับแล้ว โดยสองปัจจัยหลักที่พิจารณาคือ ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เทียบกับยาที่ได้รับการยอมรับใช้ในการรักษาแล้ว (แม้ว่าปัจจุบัน จะยังไม่ได้มีเกณฑ์พิจารณาว่า Quality-Adjusted Life-Years/\$ ระดับใดจึงจะเป็นที่ยอมรับได้) และ surrogate outcomes ที่เป็นที่ยอมรับสำหรับผลการรักษา (เช่น การลดลงของระดับไขมัน ในเลือด เป็น surrogate outcome ของการลดลงของอัตราการเจ็บป่วยหรือการตาย เป็นต้น)⁶³

ข้อเสนอแนะของ CEDAC มีผลให้ยา/สารเคมีใหม่เกือบครึ่งหนึ่งที่เสนอเข้ารายการยา ไม่ผ่านการพิจารณาและมีผลให้ยาดังกล่าวไม่ถูกจัดเข้ารายการยาของจังหวัดด้วย อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก CDR พิจารณาเฉพาะยา/สารเคมีใหม่ หรือยาสูตรผสมใหม่ แต่ละจังหวัดจึงยัง อาจเพิ่มเติมรายการยาของตนสำหรับยากลุ่มอื่นได้

บัญชีรายการยาของรัฐ ในแต่ละจังหวัดแตกต่างกันไป สะท้อนถึงการพัฒนาทาง ประวัติศาสตร์และเป้าหมายในเชิงนโยบายของแต่ละจังหวัดที่แตกต่างกัน โดยทั่วไป บัญชี รายการยาของจังหวัดจะอ้างอิงจากบัญชีรายการยา CDR เป็นหลัก ยกเว้นใน Quebec⁶³ ทั้งนี้ เกณฑ์การตัดสินใจและขั้นตอนคัดเลือกยาเข้าบัญชีก็แตกต่างกันไป และมักจะพิจารณา ด้านเศรษฐศาสตร์ร่วมด้วย แม้ว่าจะไม่ใช่เกณฑ์หลักในการพิจารณาก็ตาม

ในส่วนของการพิจารณายาเข้าบัญชีรายการยาของจังหวัด จะขอยกตัวอย่างของ Ontario (*Formulary/CDI comparative drug index*) ซึ่งมีลำดับขั้นในการพิจารณาดังนี้⁶⁵

- 1) บริษัทยากรอกแบบฟอร์มขอเสนอยาเข้าบัญชียา แล้วส่งให้ Drug Program Branch การยื่นเสนอยาเข้าบัญชีจะแยกระหว่าง single source product กับ multiple source drug product **single source product** คือยาที่มีสารเคมี หรือความแรง หรือรูปแบบผลิตภัณฑ์แตกต่างจากยาที่มีในบัญชีรายการยาขณะนั้น ยาประเภทนี้จะต้องมีคุณสมบัติตามพรบ. **Ontario Drug Benefit Act (ODBA)** ส่วนยา **multiple source product** คือยาที่มีชื่อการค้าต่างกัน แต่มีส่วนประกอบ, ความแรงยา และรูปแบบผลิตภัณฑ์เหมือนกับยาที่อยู่ในบัญชีรายการยาแล้ว ยาประเภทนี้จะได้รับการพิจารณาภายใต้ **Drug Interchangeability and Dispensing Fee Act (DIDFA)**
- 2) เจ้าหน้าที่ของ Ontario Drug branch พิจารณาเอกสารของบริษัทยา แล้วแจ้งให้บริษัททราบถึงผลการพิจารณาจะแจ้งใน **Notice of Drug Submission Status (NDSS)** ยา multiple source ที่ผ่านขั้นตอนการเสนอเรื่องนี้แล้ว จะผ่านไปถึงการขั้นตอนการประเมินได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องให้คณะกรรมการ DQTC พิจารณาอีก
- 3) หากเอกสารสมบูรณ์ คณะกรรมการ DQTC จะพิจารณายานั้นเป็นรอบที่ 1 (under review) แล้ว DQTC เสนอแนะว่าจะจัดให้ยานั้นอยู่ในประเภทใดของบัญชีรายการยา ซึ่งได้แก่:
 - ยาทั่วไป (**general listing**)
 - ยาที่จำกัดการใช้ (**limited use listing**) ได้แก่ยาที่อนุญาตให้เบิกจ่ายได้เฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการตามเงื่อนไขเฉพาะที่กำหนดเท่านั้น เนื่องจากยากกลุ่มนี้มีการใช้ผิดข้อบ่งใช้มาก ราคาแพง หรือ เป็นยาที่ก่อให้เกิดอาการข้างเคียงชนิดที่คาดเดาได้ และมียาชนิดอื่นที่สามารถใช้ทดแทนกันได้โดยมีอันตรายน้อยกว่า และราคาต่ำกว่า ตัวอย่างยาในกลุ่มนี้ได้แก่ omiprazole, lamivudine, zidovudine, interferon
 - ยาที่ต้องผ่านการรับรองก่อนเบิกคืนค่ายาได้ (reimbursement through a **pre-approval mechanism**, section 8) เป็นยาที่ไม่อยู่ในบัญชีรายการยา แต่ถ้าแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ยานั้นจะต้องผ่านการพิจารณารับรองก่อนรัฐจึงจะอุดหนุนค่ายาเป็นกรณีไป
 - ยาที่ส่งเสริมให้ประชาชนได้เข้าถึง (**facilitated access**) ได้แก่ยาสำหรับผู้ป่วย AIDS/ HIV
 - ยาที่ไม่อนุญาตให้มีการเบิกคืนค่ายาไม่ว่ากรณีใดก็ตาม
- 4) ในบางกรณี ประธานคณะกรรมการ DQTC, เจ้าหน้าที่ของ Drug Program branch และผู้เชี่ยวชาญอาจพิจารณาให้ยาดังกล่าวเป็นยา “Fast-track” ซึ่งจะได้รับการพิจารณา ก่อนในวาระการประชุมของคณะกรรมการ ยาที่จะอยู่ใน ยาที่จัดอยู่ในกลุ่ม fast-track

ได้แก่ยาใหม่ที่มีประสิทธิภาพสำหรับการรักษาโรคที่คุกคามชีวิต โดยไม่มียาอื่นในตลาด ยาของแคนาดาที่สามารถเปรียบเทียบกันได้ หรือเป็นยาใหม่ที่จะมีผลในการลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของรัฐอย่างมีนัยสำคัญ คือช่วยลดค่าใช้จ่ายได้มากกว่า \$1,000,000 ต่อปี หรือ เป็นยาที่เสนอว่าจะช่วยประหยัดเงินของ ODB program ได้มากกว่า 35% คิดเป็นเงินอย่างน้อย \$250,000 ต่อปี

- 5) กรณีที่ผ่านการพิจารณาแล้ว สำหรับยา single source ภายใต้พบ. ODBA บริษัทยาต้องเสนอข้อตกลงร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เป็นลายลักษณ์อักษร หากบริษัทยาสามารถตกลงร่วมกันกับ Drug Program Branch ได้ ยาดังกล่าวจะถูกเพิ่มเข้าในบัญชีรายการยาในรอบต่อไปของการปรับปรุงบัญชีรายการยา และแจ้งในจดหมายข่าวจากคณะกรรมการถึงร้านยาทุกร้าน

บัญชีรายการยาของ Ontario จะเรียงลำดับยาตามฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาโดยอ้างอิง

American Hospital formulary service ของ American Society of Health System

Pharmacists ในปี 1998 CDMA และรัฐบาล Ontario ได้ตกลงร่วมกันในการสนับสนุนให้ยา generic เข้าบัญชีรายการยามากขึ้น ภายใต้ข้อตกลงนี้ ยา generic ตัวใหม่จะเข้าบัญชีรายการยาด้วยราคาสูงสุดที่เป็นไปได้คือ 70%ของราคาขายต้นแบบ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ลดลงจากที่เคยเป็น 75% ทั้งนี้ยา generic ลำดับถัดไปจะมีราคา 63% ของราคาขายต้นแบบ ผลตอบแทนที่บริษัทยา generic จะได้จากการตั้งราคาเช่นนี้ คือการเพิ่มโอกาสในการเข้าอยู่ในบัญชีรายการยาและการกระจายยาที่มากขึ้นในตลาดยาของจังหวัด

ประเภทของยาในบัญชีรายการยาของแต่ละจังหวัดอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงราคา ยา ดังเช่น ตัวอย่างใน Ontario ภายใต้หลังบริษัทยาสามัญประกาศขึ้นราคา ยาปฏิชีวนะ 5 กลุ่ม (รวม amoxicillin, penicillin V, cephalixin, cloxacillin, cefaclor) 20%-90% เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2551 Ontario Drug Benefit (ODB) ก็ปรับยาปฏิชีวนะกว่า 30 ตัว จากกลุ่ม “general benefit” กลายเป็นกลุ่ม “not-a-benefit” หมายความว่า ODB จะไม่จ่ายค่ายาในกลุ่มดังกล่าวให้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ มีผลต่อประชาชนทุกคนในจังหวัด ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 65 ปี ด้วย อย่างไรก็ตามยาเหล่านั้นยังคงมีอยู่ในบัญชียาของจังหวัด และจัดเป็นยาที่สามารถเปลี่ยนได้ (inter-changeable) กับยาอื่นๆ และจังหวัดยังคงให้มียาสามัญหนึ่งตัวยาเป็นตัวแทนของยาแต่ละกลุ่มแต่ละความแรงและแต่ละรูปแบบยาอยู่ในกลุ่มที่สามารถเบิกจ่ายได้

73

5.2. ระบบ กระบวนการ และหลักเกณฑ์การกำหนดอัตราส่วนร่วมจ่าย

การร่วมรับผิดชอบค่ายาของผู้ป่วยจะแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัดและต่างกลุ่มผู้มีสิทธิ โดยแต่ละจังหวัดมีโครงการที่ครอบคลุมประชากรเฉพาะกลุ่ม และกำหนดส่วนร่วมจ่ายของแต่ละ

กลุ่มเหล่านั้นโดยเกณฑ์ที่แตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่จะพิจารณาปัจจัยที่คล้ายกัน เช่น อายุ รายได้ ลักษณะทางประชากร (sociodemographics) และความรุนแรงของโรค (ตารางที่ 3.30)

ตัวอย่างเช่น

- ใน Ontario การคิดส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยภายใต้ Trillium Drug Program จะพิจารณาจากรายได้และขนาดของครอบครัวเป็นหลัก เมื่อรายได้สูงขึ้น สัดส่วนการร่วมจ่ายจะสูงขึ้น
- ใน British Columbia ภายใต้ BC Provincial drug plan หรือ Pharmacare⁷⁴ จะจัดให้ประชาชนเข้าถึงยาได้ด้วยการร่วมจ่ายในหลายระดับ แตกต่างกันทั้งในส่วน co-payment และ annual maximum out-of-pocket payment restrictions โดยพิจารณาตามเกณฑ์อายุ และลักษณะทางประชากร แบ่งได้เป็น plan A – plan E เป็นต้น

ตารางที่ 3.30 ปัจจัยกำหนดที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ที่มีสิทธิประกันตน ของ 10 จังหวัดในแคนาดา⁶⁷

จังหวัด	โครงการของรัฐ	ปัจจัยที่พิจารณา
New foundland New Brunswick	1. สังคมสงเคราะห์ (Social assistance) 2. ผู้สูงอายุ	1. รายได้จากสังคมสงเคราะห์ (มากหรือน้อย) 2. อายุ, รายได้เสริมที่คาดว่าจะได้รับ (simulated amount of GIS [guaranteed income supplement] benefit)
Prince Edward Island	1. สังคมสงเคราะห์ 2. ผู้สูงอายุ 3. เด็ก < 18 ปี	1. รายได้จากสังคมสงเคราะห์ 2. อายุ 3. อายุ, รายได้สุทธิของครอบครัว
Nova Scotia	1. สังคมสงเคราะห์ 2. ผู้สูงอายุ	1. รายได้จากสังคมสงเคราะห์ 2. อายุ, รายได้เสริมที่คาดว่าจะได้รับ, ค่าเบี้ยประกันสำหรับ public plan
Quebec	prescription drug plan	อายุ, รายได้จากสังคมสงเคราะห์, ค่าเบี้ยประกันสำหรับ public plan, ผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพเอกชนเนื่องจากสาเหตุข้างต้น
Ontario	1. สังคมสงเคราะห์ 2. ผู้สูงอายุ	1. รายได้จากสังคมสงเคราะห์ 2. อายุ
Manitoba	1. สังคมสงเคราะห์ 2. อื่นๆ	1. รายได้จากสังคมสงเคราะห์ 2. ไม่มีประกันสุขภาพเอกชน
Saskatchewan	1. สังคมสงเคราะห์ 2. ผู้สูงอายุ 3. อื่นๆ	1. รายได้จากสังคมสงเคราะห์ 2. อายุ, รายได้เสริมที่คาดว่าจะได้รับ 3. ไม่มีประกันสุขภาพเอกชน

Alberta	1. สังคมสงเคราะห์ 2. ผู้สูงอายุ 3. ม่าย	1. รายได้จากสังคมสงเคราะห์ 2. อายุ 3. อายุ, สถานภาพการแต่งงาน, รายได้
British Columbia	1. สังคมสงเคราะห์ 2. ผู้สูงอายุ 3. อื่นๆ	1. รายได้จากสังคมสงเคราะห์ 2. อายุ 3. ไม่มีประกันสุขภาพเอกชน

5.3. แนวคิดหลักการ รูปแบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา

ตามนโยบายทางยาของจังหวัดส่วนใหญ่ในแคนาดา แม้รัฐจะอุดหนุนค่ายาส่วนใหญ่ให้ประชาชน แต่ผู้ป่วยยังต้องร่วมจ่าย (**cost-sharing**) ค่ายาของตนและค่าวิชาชีพเภสัชกร ผู้ป่วยต้องมีส่วนรับผิดชอบค่ายาของตน โดยมีส่วนร่วมจ่ายตามสัดส่วนที่รัฐกำหนด ส่วนร่วมจ่าย มีทั้งในลักษณะการจ่ายรวมเป็นจำนวนที่คงที่ต่อใบสั่งยาหนึ่งฉบับ (เช่น \$2/ใบสั่งยา) หรือจ่ายเป็นร้อยละของค่ายาทั้งหมดในใบสั่งยานั้นๆ (เช่น 25% ของราคายาทั้งหมด) สำหรับการจ่ายส่วนแรกของยา (deductible) เป็นจำนวนเงินคงที่แน่นอนที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองให้ครบตามที่กำหนด ก่อนที่รัฐจะอุดหนุนค่ายาให้ เช่น ถ้า Ontario กำหนดให้ผู้ป่วยจ่าย \$150/ ปี ดังนั้น \$150 แรกของค่ายาในปีที่กำหนด ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบเองทั้งหมด ส่วนใหญ่จังหวัดต่างๆ จะกำหนดความรับผิดชอบรวมของผู้ป่วยโดยให้มีทั้งการจ่ายส่วนแรกร่วมกับส่วนร่วมจ่าย และบางครั้งก็มีการกำหนดเพดานสูงสุดที่จะต้องจ่ายไว้ (capped) เมื่อเปรียบเทียบแล้ว ชุติติประโยชน์ด้านยาของรัฐมักกำหนดให้ผู้ประกันตนร่วมจ่ายในอัตราที่สูงกว่าของชุติติประโยชน์ด้านยาของเอกชน⁶³

ชุติติประโยชน์ด้านยาของเอกชนก็มักกำหนดการร่วมจ่ายทั้งในรูปแบบของร้อยละ และการจ่ายส่วนแรก ทั้งนี้ในปี 2000 ประมาณ 29% ของผู้ประกันตนของเอกชนไม่ต้องจ่ายร่วมแต่อย่างใด ในชุติติประโยชน์ด้านยาที่นายจ้างร่วมจ่าย มักกำหนดให้มีส่วนร่วมจ่ายที่ต่ำกว่าประกันสุขภาพเอกชนทั่วไป ส่วนใหญ่กำหนดการจ่ายส่วนแรกของยาที่ \$25/ คน หรือ \$50/ครอบครัว และกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่ 20% ของราคายา (ช่วงตั้งแต่ 0 -30%) ทั้งนี้ การจ่ายร่วมมักกำหนดเพดาน (capped) ให้ผู้ประกันตนไม่ต้องจ่ายเกิน \$2,000/ปี โดยผู้ประกันตนอาจต้องร่วมจ่ายค่าวิชาชีพเภสัชกรด้วย (pharmacists' fee)⁶³

ตัวอย่างของการกำหนดการร่วมจ่ายในชุติติประโยชน์ด้านยาของจังหวัด เช่น ใน BC Provincial drug plan หรือ Pharmacare^{74, 75, 76} แต่ละครอบครัว (ผู้ประกันตน คู่สมรส และบุตร) จะต้องลงทะเบียนเพียงครั้งเดียวโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ไม่มีค่า premium และเซ็นใบยินยอมให้ PharmaCare ตรวจสอบข้อมูลรายได้ของครัวเรือน จาก Canada Revenue Agency ทุกปี จากนั้นแต่ละครอบครัวจะได้รับการกำหนด annual deductible และ family maximum

ซึ่งคำนวณเป็นสัดส่วนของรายได้สุทธิของครัวเรือน (รายได้สุทธิของผู้ประกันตนและคู่สมรส) ครอบครัวที่รายได้สุทธิไม่เกิน \$15,000 ไม่ต้องจ่าย deductible และ PharmaCare จะดูแลค่ายาให้ทั้งครอบครัว ถ้าครอบครัวมีบุคคลที่เกิดก่อนปี 1939 และมีรายได้ครัวเรือนไม่เกิน \$33,000 ก็ไม่ต้องจ่าย deductible ด้วยเช่นกัน ส่วนครัวเรือนที่รายได้มากพอ ต้องจ่าย deductible สำหรับค่ายา จนเมื่อครบจำนวนที่กำหนดแล้ว Fair PharmaCare จะช่วยจ่ายค่ายาของปีนั้นให้โดยผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายด้วย (co-payment) 25% (หากมีสมาชิกในครัวเรือนเกิดก่อนปี 1939) หรือ 30% (สำหรับครอบครัวอื่นๆ) จนเมื่อครบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมร่วมจ่าย (deductible + copayment) จนถึงเกณฑ์สูงสุดที่กำหนดแล้ว (1.25%-4% ของรายได้สุทธิของครัวเรือน ขึ้นกับระดับรายได้)^{75,76} ในกรณีที่ผู้ประกันตนเป็นโสด การกำหนดส่วนร่วมจ่ายจะพิจารณาจากรายได้สุทธิต่อปี⁷⁶

ในเดือนพฤษภาคม 2003 มีการยุบรวมผู้ประกันตนใน plan A (ผู้สูงอายุ) และ plan E (Universal Pharmacare) ให้เป็น Fair PharmaCare plan นอกจากนี้ยังมี health plan พิเศษอื่นๆเพิ่มเติม ได้แก่

Plan B – Permanent residents of licensed long-term care facilities ผู้ประกันตนไม่ ต้องจ่าย deductible หรือ copayment ใดๆทั้งสิ้น

Plan C- Recipients of BC provincial income assistance (ในปี 2003 หลังจากเริ่ม Fair PharmaCare Plan C ได้ขยายให้ครอบคลุม ผู้สูงอายุที่ได้รับ income assistance ด้วย) ผู้ประกันตนไม่ต้องจ่าย deductible หรือ copayment ใดๆทั้งสิ้นจนกว่าการได้รับความช่วยเหลือด้านรายได้ (income assistance) สิ้นสุดลง ในปี 2005 ค่าใช้จ่ายของ Plan C คิดเป็น 75% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของ specialty plans ทั้งหมด

Plan D- Patients registered with a provincial cystic fibrosis clinic ผู้ประกันตนใน plan D นี้ ได้รับความช่วยเหลือจาก PharmaCare ในการจ่ายค่ายาให้ทั้งหมด (ไม่เกินยอดสูงสุดที่กำหนด) รวมถึงค่า dispensing fee ไม่เกินยอดสูงสุดที่กำหนด BC เป็นหนึ่งในสี่ จังหวัดที่มีการให้สิทธิประโยชน์ด้านยาแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้

Plan F- Children eligible through the At Home Program of the Ministry of Children and Family Development Plan F นี้ คุ้มครองเด็กใน At-Home Program ที่มีสิทธิในกลุ่ม 'Full' หรือ 'Medical only' benefits โดยรับผิดชอบค่ายาและค่า dispensing fee ให้ทั้งหมด ไม่เกินยอดสูงสุดที่กำหนด

Plan G- No charge psychiatric medication plan Mental health service centers เป็นผู้ประเมินผู้ป่วย หากผู้ป่วยได้รับการจดทะเบียนกับ center และมีความจำเป็นต้องการความช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่าย PharmaCare จะครอบคลุมค่ายาให้ ไม่เกินยอดสูงสุดที่มีการกำหนดไว้ BC เป็นจังหวัดเดียวที่มีการให้สิทธิประโยชน์ด้านยาแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้

Plan P-Palliative care drug plan ผู้ป่วยที่รักษาตัวที่บ้าน ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะ life-threatening illness มีอายุคาดเกินกว่าหกเดือน และยินยอมในการรับการรักษาแบบมุ่งเน้นที่ palliative care มากกว่าการรักษาให้หายขาด จะจัดอยู่ใน plan P นี้

5.4. ระบบและกลไกในการดำเนินการเก็บอัตราส่วนร่วมจ่าย

เมื่อร้านยาให้บริการแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยจะชำระเงินค่าใช้จ่ายเฉพาะบางส่วนที่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย แล้วร้านยาจะเรียกคืนค่ายาส่วนที่เหลือจาก Drug Program branch โดยตรง การใช้เงินค่ายาคืน (reimbursement) ให้ร้านยาของแคนาดาเป็นการจ่ายตามรายการ และเป็นราคาตามที่กำหนดในรายการยา (Drug Benefits Price, DBP) โดยจ่ายตามราคายากกลาง หรือราคาต่ำที่สุดในกลุ่ม กรณีที่เป็นยากกลุ่มที่สามารถใช้ทดแทนกันได้ (interchangeable category) การใช้เงินค่ายาคืนให้ร้านยาจะรวมค่า mark up และค่าวิชาชีพให้ด้วย แล้วหักกลับส่วนร่วมจ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายให้แก่ร้านยา ถ้าไรที่ร้านยาจะได้ มาจากความแตกต่างของราคาขายที่ร้านซื้อจากบริษัทยากับราคากลางที่รัฐใช้คืนให้ตามเกณฑ์

เงื่อนไขในการเบิกจ่ายค่ายา คือ ร้านยาจะเบิกค่ายาได้เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิภายใต้โครงการประกันสุขภาพของรัฐ สำหรับยาในบัญชีรายการยาตามราคาที่รัฐกำหนดเท่านั้น กรณีที่มียาอื่นที่สามารถจ่ายแทนกันได้ (Interchangeable drug) รัฐจะจ่ายคืนค่ายาให้ร้านยาในอัตราที่ต่ำที่สุดของยาในกลุ่มดังกล่าว หากร้านยาจ่ายยาต้นแบบที่มีราคาแพงกรณีที่มียาอื่นที่ทดแทนกันได้ รัฐจะใช้เงินคืนให้ตามเกณฑ์ราคาที่ตกลงไว้เท่านั้น ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งในการลดการใช้ยาราคาแพงโดยไม่จำเป็นลง (financial disincentive)

สำหรับยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยา (Over The Counter, OTC drug) จะไม่สามารถเบิกค่ายาคืนได้ ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบค่ายาดังกล่าวเอง ยกเว้นในบางจังหวัดที่จัดให้ยา OTC นั้นอยู่ในบัญชีรายการยา รัฐจึงจะอุดหนุนค่ายาให้⁶⁵

เว็บไซต์ที่รวบรวมลิงค์สำหรับ drug coverage ของทุกจังหวัดในแคนาดา ที่น่าสนใจคือ <http://www.drugcoverage.ca> ซึ่งให้ข้อมูลเบื้องต้นของแต่ละชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาของแต่ละจังหวัด และสามารถคลิกเพื่อลิงค์ต่อไปยังหน้าเว็บเพจของแต่ละจังหวัดเพื่อศึกษาในรายละเอียดได้ (แต่ไม่มีตารางเปรียบเทียบ cost sharing ของทุกจังหวัด) ตัวอย่างส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วยในแต่ละจังหวัดของแคนาดาแสดงดังตารางที่ 3.31 (ยกตัวอย่างข้อมูล update แค่มบางส่วนของบางจังหวัด)

ตารางที่ 3.31 ตัวอย่างความรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยในบางจังหวัด

จังหวัด	Publicly-Funded Drug Programs	Premium	Deductible & ceiling	Coinsurance & ceiling
Alberta	<u>Non-Group Coverage</u> ⁷⁷ สำหรับชาว Albertans ที่อายุต่ำกว่า 65 ปี และบุตร (มีสิทธิใช้ใน <u>Alberta Health and Wellness Drug Benefit List</u>)	จ่าย ทุกสามเดือน ในอัตราต่อไปนี้ Single Family Regular \$61.50 \$123 Subsidized \$43.05 \$86.10	- ไม่มี	30% ของค่ายาตามใบสั่งแพทย์ แต่ไม่เกิน \$25 (ถ้าเลือกยาต้นแบบราคาแพง ต้องจ่ายส่วนเพิ่มเอง)
	ชาว Albertans อายุ 65 ปีขึ้นไปและบุตรในความดูแล, ผู้ที่ได้รับ Alberta Widows' Pension และบุตรในความดูแล ⁷⁸ (มีสิทธิใช้ใน <u>Alberta Health and Wellness Drug Benefit List</u>)	- ไม่มี	- ไม่มี	
	<u>Palliative Care Drug Coverage</u> สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ได้รับการวินิจฉัยและยอมรับการรักษาแบบบรรเทาอาการ ที่บ้านของผู้ป่วย (มีสิทธิใช้ใน <u>Alberta Health and Wellness Drug Benefit List</u> และ <u>Palliative Care Drug Benefit Supplement</u>) ⁷⁹	- ไม่มี	\$1000 (เมื่อ ร่วมจ่ายครบ 1,000 แล้ว drug plan จะครอบคลุมค่ายาที่เหลือให้ทั้งหมด)	
British Columbia ⁷⁶	PharmacCare plan 1) รายได้ครัวเรือนสุทธิ < \$15,000	- ไม่มี	- ไม่มี	เมื่อจ่าย deductible ครบแล้ว ครั้งต่อไป จ่าย 25% ของรายยา แต่สูงสุดรวมแล้วทั้งหมดไม่เกิน กรณี 1) 1.25% ของรายได้สุทธิ กรณี 2) 2% ของรายได้สุทธิครัวเรือน กรณี 3) 3% ของรายได้สุทธิครัวเรือน

	2) รายได้ครัวเรือนสุทธิ \$15,000 – 30,000	- ไม่มี	Family deductible ไม่เกิน 1% ของรายได้สุทธิ	
	3) รายได้ครัวเรือนสุทธิ > 30,000	- ไม่มี	Family deductible ไม่เกิน 2% ของรายได้สุทธิ	
	Fair PharmaCare assistance :กรณีผู้ประกันตน หรือคู่สมรสเกิดก่อน 1939 1) รายได้สุทธิ < \$33,000	- ไม่มี	\$ 14.10 / เดือน	30% ไม่เกิน \$75.33 ต่อเดือน และไม่เกินปีละ \$904
	2) รายได้สุทธิ \$33,000 – 50,000	- ไม่มี	\$ 14.10 / เดือน	30% ไม่เกิน \$75.33 ต่อเดือน และไม่เกินปีละ \$904
	3) รายได้สุทธิ > 50,000	- ไม่มี	\$ 14.10 / เดือน	30% ไม่เกิน \$48.27 ต่อเดือน และไม่เกินปีละ 579
Quebec ⁸⁰	ผู้ใหญ่ อายุ 18-64 ปี ที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพเอกชน	\$0 to \$557 ต่อคน ขึ้นกับรายได้ครัวเรือน (เริ่มใช้ 1 ก.ค. 2007 – 30 มิ.ย. 2009)	- ไม่มี	- ไม่มี
	ผู้สูงอายุเกินกว่า 65 ปี 1) ไม่ได้รับ guaranteed income supplement (GIS=0%) ในช่วงรอบปีภาษีที่ผ่านมา		- ไม่มี	- ไม่มี
	2) ได้รับ GIS (1-93%)			
	3) ได้รับ GIS (94-100%)	- ไม่มี		
	บุตรของผู้ประกันตน	- ไม่มี		

ตารางที่ 3.32 สัดส่วนการจ่ายค่ายาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้มีรายได้ในจังหวัดต่างๆ ในปี 1989 และ ปี 2002

EXHIBIT 2 Terms Of Public Drug Coverage For Non-Low-Income Seniors In Nine Canadian Provinces, 1989 And 2002									
1989	ON	QC	BC	AB	MB	SK	NS	NB	PEI
Premium	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
Deductible	\$0	\$0	\$0	\$0	\$88.50	\$50 single \$75 family	\$0	\$0	\$0
Copayment	None	None	75% of prof. fee	20%	20%	20%	None	\$7.05	\$4.00 + prof. fee
2002									
Premium	\$0	Up to \$385	\$0	\$0	\$0	\$0	\$336	\$89 monthly	\$0
Deductible	\$100	\$8.33 monthly	\$0	\$0	3.15% of adjusted income	3.4% of income	\$0	\$0	\$0
Copayment	100% of prof. fee	25%	\$25.00	30% (max. \$25)	None	Variable percentage	33%	\$15	\$10.00 + prof. fee

SOURCES: Various issues of Canadian Pharmacists Association, *Provincial Drug Benefit Programs* (Ottawa: CPhA, 1989–2002); and personal communications with plan managers, August–October 2002.

NOTES: Newfoundland did not have a program for non-low-income seniors, so it is not shown here. Prof. fee is pharmacists' professional fee.

ตารางที่ 3.33 แสดงการอุดหนุนค่ายาในส่วนของยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยา (Over The Counter, OTC drug) ในแต่ละจังหวัด

Table 3: Reimbursement of OTC products in different provinces.

Province	Reimbursement of OTCs
British Columbia	Some very restricted access, on exceptional basis only at AAC plus fee
Alberta	Only if prescribed and listed in the Drug Benefit List
Saskatchewan	Only if prescribed and listed in the formulary
Manitoba	U+C retail price
Ontario	As of other formulary items (51)
Quebec	As other formulary items only if prescribed and listed in the formulary
New Brunswick	AAC + \$7.34
Nova Scotia	AAC+ .66 of AAC or AAC + \$8.39 or combination of the above
Prince Edward Island	No
Newfoundland	MAC + \$3.50 (if in the benefit list)
Yukon	usual OTC price

Source: Provincial Drug Benefit Programme, June 1996.

(5) กลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมที่กำหนด ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็น

ในระดับประเทศ **Non-Insured Health Benefits (NIHB) Program** เป็น drug benefit program ของรัฐบาลกลาง ที่สนับสนุนยาตามใบสั่งแพทย์และยา OTC ที่ไม่ถูกครอบคลุมโดยชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาของจังหวัดหรือเอกชน เช่น ยาสำหรับใช้ที่บ้านหรือ ambulatory setting ยาที่อยู่ภายใต้ NIHB ได้แก่ยาทางเลือกหรือยาสามัญที่ราคาต่ำสุด รายการยาใน Drug benefit list จะมีเผยแพร่ทุกปีในเดือนเมษายนและประชาชนสามารถขอเอกสารได้ฟรี นโยบายของ NIHB program คือเบิกจ่ายคืนให้เฉพาะยาทางเลือกที่ราคาต่ำสุดและมีฤทธิ์เท่าเทียมกับยาอื่นๆ ในกลุ่ม interchangeable drug products เดียวกัน ถ้าผู้ประกันตนไม่สามารถใช้ยาดังกล่าวได้ (เช่น แพ้ยาสามัญ) NIHB จะจ่ายค่ายาสามัญอื่นหรือยาดันแบบแทน ซึ่งอาจเป็นยาที่มีราคาสูงขึ้นให้

แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ที่มีใบอนุญาตโดยจังหวัด/แคว้น สามารถสั่งจ่ายยาในกลุ่ม NIHB ได้ ผู้ประกันตนรับใบสั่งแพทย์แล้ว จะต้องนำไปรับยาที่ร้านยาและยาจะต้องถูกจ่ายโดยเภสัชกรที่ขึ้นทะเบียนแล้วเท่านั้น หรืออาจนำไปสั่งแพทย์ไปสถานีพยาบาล (nursing station) ที่ทำหน้าที่จ่ายยา ในนามของร้านยาใดร้านยาหนึ่งในท้องถิ่นนั้น ในกรณีที่พบว่ายาในใบสั่งแพทย์ไม่มีในรายการยา, แพทย์ระบุบนใบสั่งยาว่าไม่ให้เปลี่ยนยา, ยาอยู่ในกลุ่ม “limited use drug” หรือ “maximum allowable drug” เภสัชกรประจำร้านจะต้องทำเรื่องขออนุญาตก่อน จึงจะทำการเบิกจ่ายเงินคืนจาก NIHB program ได้

นอกจากนี้ แต่ละจังหวัดในแคนาดา ก็มีกลไกการช่วยเหลือให้ประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมตามที่กำหนด ให้สามารถเข้าถึงยาและบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นได้อยู่ ตัวอย่างเช่น

- ใน Ontario ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพเอกชน หรือประกันสุขภาพเอกชนไม่ครอบคลุมค่ายาตามใบสั่งแพทย์ทั้งหมด และผู้ป่วยไม่ได้รับสิทธิคุ้มครองใน drug plan อื่นๆของจังหวัด (เช่น ไม่ใช่ผู้สูงอายุ ไม่ใช่ social assistance recipient ไม่ใช่ผู้ป่วย long-term care facility เป็นต้น) และมีค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับรายได้สุทธิของครัวเรือน (เกิน 3-4% ของรายได้ครัวเรือน) สามารถเข้า **Trillium Drug Program (TDP)** ซึ่งเป็น catastrophic coverage program ครอบคลุมค่ายาตามใบสั่งแพทย์ที่มีราคาสูง TDP ครอบคลุมยาตามใบสั่งแพทย์ที่อยู่ภายใต้ Ontario drug benefit formulary/ Comparative drug index (formulary) อันได้แก่ quality-assured prescription drug products กว่า 3,400 รายการ, limited-use drug products กว่า 450 รายการ, Facilitated Access List of HIV/AIDS drugs, และสารอาหารและ diabetic testing agents บางรายการ ยาบางรายการที่ไม่อยู่ในบัญชีรายการยาของจังหวัด อาจเบิกจ่ายได้สำหรับผู้ประกันตนภายใต้ TDP หากผ่านการพิจารณาเป็นกรณีไป โดย Individual Clinical review (ICR/Section 8) ของกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ประกันตนภายใต้ TDP ยังคงต้องจ่ายส่วนแรก (deductible) ทุกกรอบสามเดือน (เริ่มนับยอดรวมที่จ่ายสี่ครั้งต่อปี คือ 1 สิงหาคม, 1 พฤศจิกายน, 1 กุมภาพันธ์, 1 พฤษภาคม) deductible จะถูกคำนวณตามรายได้สุทธิของครัวเรือนและขนาดครัวเรือน (household

size) เมื่อจ่ายส่วนแรกครบแล้วในแต่ละรอบสามเดือนนั้น การรับยาตามใบสั่งแพทย์ครั้งต่อไป ผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย \$2 ต่อใบสั่งแพทย์ deductible ที่ไม่ได้จ่ายในรอบสามเดือนก่อนหน้า จะถูกทบทวนไปใช้ต่อในรอบสามเดือนถัดไป^{81, 82}

- ใน British Columbia มี **Fair PharmaCare Program** เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้มีรายได้น้อย ผู้ที่รักษาตัวแบบถาวรใน long-term care facility และเด็ก โดยกำหนดการจ่ายส่วนแรกสำหรับค่ายาเป็น 0% หากรายได้ครัวเรือนต่ำกว่า \$15,000 แต่หากรายได้สูงขึ้นมาอยู่ระหว่าง \$15,000 – 30,000 จะต้องจ่ายส่วนแรก 2% และถ้ารายได้สูงกว่า \$30,000 จะต้องจ่ายส่วนแรก 3%⁶³
- ใน Alberta โครงการ **AADL program** ช่วยให้ชาวเมืองที่พิการหรือมีโรคเรื้อรัง (long-term disability, chronic illness or terminal illness) สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ โดยโครงการดังกล่าวให้การสนับสนุนด้านการเงินในการจัดซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมแก่คนกลุ่มนี้ บุคลากรทางการแพทย์จะเป็นผู้ประเมินว่าบุคคลใดสมควรได้รับการช่วยเหลือเป็นเครื่องมือการแพทย์ชนิดใดจากโครงการ ทั้งนี้ ชาวเมือง Alberta ต้องจ่าย 25% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด แต่ไม่เกิน \$500 ต่อคนหรือต่อครอบครัวต่อปี สำหรับประชาชนที่ยากจนซึ่งได้รับความช่วยเหลือด้านรายได้จากรัฐ จะได้รับการยกเว้นจากการจ่ายส่วนแรก (\$500 cost-share portion)

ประชากรกลุ่มที่มักจะ “หลุด” จากระบบประกันสุขภาพต่างๆ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและยา ได้แก่ ผู้ที่อาศัยในแถบ Atlantic provinces, Manitoba และ Saskatchewan คนหนุ่มสาว (<34 ปี) ผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับมหาวิทยาลัย ผู้ที่ไม่ได้ทำงานประจำ ผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวหรือเป็นโสด ผู้ที่อาศัยในชนบท และผู้มีรายได้ครัวเรือนระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ (\$10,000 – 30,000)⁶⁷ อย่างไรก็ตาม ใน review article ของ Goldman และคณะ⁸³ ระบุว่า แม้กลุ่มผู้มีรายได้ต่ำจะอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลงของการมีส่วนร่วมจ่าย แต่หลักฐานยังไม่ชัดเจนมากนัก

6. สัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบายและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากส่วนร่วมจ่าย

6.1. ผลต่อการเข้าถึง/ ใช้บริการด้านสุขภาพและด้านยาของผู้ป่วย/ครัวเรือน

แม้ว่าวัตถุประสงค์หลักของนโยบายส่วนร่วมจ่าย คือการควบคุมค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพ แต่หลายการศึกษาได้แสดงถึงผลกระทบเชิงลบของการร่วมจ่ายโดยผู้ป่วย คือ การกำหนดส่วนร่วมจ่าย ทำให้ผู้ป่วยต้องการยาลดลง ในขณะที่มีความต้องการพบแพทย์มากขึ้น และอาจเกิดผลกระทบจากการไม่ได้รับยาที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้เจ็บป่วยเรื้อรังและกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำ⁸³ ดังตัวอย่างงานวิจัยต่อไปนี้

- กรณีผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคข้อรูมาตัสใน British Columbia⁷⁴ พบว่าหากคำนวณด้วย elasticity of demand แล้ว การควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยการให้ผู้ป่วยร่วมจ่าย จะทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของการใช้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มนี้ การศึกษานี้ ตั้งข้อสังเกตว่านโยบายการร่วมจ่ายไม่เป็นไปแบบเส้นตรง (non-linear price schedule) เมื่อการร่วมจ่ายสำหรับยาตามใบสั่งแพทย์เพิ่มสูงขึ้น 1% อุปสงค์หรือความต้องการยาตามใบสั่งแพทย์จะลดลง

- 0.11% ในผู้ป่วย plan A และ 0.20% ในผู้ป่วย plan A1 แต่**ความต้องการพบแพทย์ (physician visit) จะเพิ่มขึ้น** 0.04% ในผู้ป่วย plan A และ 0.06% ในผู้ป่วย plan A1
- ใน Quebec การเพิ่มการมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับยาตามใบสั่ง ทำให้**การใช้ยาในกลุ่มที่จำเป็น (essential drugs) ลดลง** 9.12% ในกลุ่มผู้สูงอายุ และ 14.42% ในกลุ่มผู้ได้รับสวัสดิการรัฐ ทำให้การใช้ยาในกลุ่มที่ไม่จำเป็นมาก (less essential drugs) ลดลง 15.14% ในผู้สูงอายุและ 22.39% ในผู้ได้รับสวัสดิการรัฐ⁸⁴
 - การกำหนดส่วนร่วมจ่าย ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาที่จำเป็นได้ลดลง⁸⁵
 - ใน British Columbia การศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้ออักเสบ พบว่า ภายหลังจากนโยบายให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่าย โดยมีการจ่ายส่วนแรก \$200 การไปรับยาของผู้ป่วยในแต่ละเดือนลดลง แต่มีการไปพบแพทย์และการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสูงขึ้น⁸⁶ ทำให้อาจพิจารณาได้ว่า การกำหนดส่วนร่วมจ่าย มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรับบริการ
 - ใน Quebec พบว่าการใช้ยาสเตียรอยด์สูดพ่นในแต่ละเดือน ลดลง 37% ใน 11 เดือนหลังจากมีนโยบายประกาศใช้การมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา ในขณะที่กลุ่มควบคุม และยาในกลุ่มจิตเวช และยากันชัก⁸⁷
 - ใน Ontario การเบิกจ่ายค่ายาหอบหืดสำหรับเด็กต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องร่วมจ่ายค่ายาในอัตราที่สูง เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ต้องร่วมจ่าย ยังมีแนวโน้มที่จะซื้อยายายาลดลม, leukotriene receptor antagonists, และยาสูตรผสม น้อยกว่าด้วย⁸⁸
 - การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่ายอาจลดค่าใช้จ่ายทั้งหมดของระบบ อย่างไรก็ตาม วิธีการนี้อาจไม่มีผลในการส่งเสริมการใช้ยาราคาถูก ในขณะเดียวกัน การให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายในอัตราที่คงที่ (fixed co-payment) ก็ไม่มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเรียกหา ยา generic⁸⁹

หนึ่งในบทความที่น่าสนใจ ซึ่งรวมรวมการศึกษาจำนวนมากที่เกี่ยวกับผลกระทบของส่วนร่วมจ่ายต่อการใช้จ่าย การรับการรักษา ค่าใช้จ่าย และผลลัพธ์ทางสุขภาพ และรวมงานวิจัยในประเทศแคนาดาหลายงานวิจัยด้วย ได้แก่ review article ของ Goldman DP, Joyce GF, และ Zhen Y ตีพิมพ์ในปี 2007⁸³ การศึกษานี้พบว่า การกำหนดส่วนร่วมจ่าย ทำให้อัตราการใช้ยาลดลงอย่างชัดเจน รวมถึงความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยต่ำลง และหลายครั้งทำให้มีการหยุดการรักษา ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจ่ายที่เพิ่มขึ้น 10% จะทำให้การใช้จ่ายลดลง 2-6% ขึ้นกับชนิดของยาและสถานะของผู้ป่วย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (โรคหัวใจล้มเหลว ไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวาน จิตเภท) การมีส่วนร่วมจ่ายที่สูงสัมพันธ์กับการใช้บริการทางการแพทย์ที่สูงขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามพบว่าในโรคทั่วไปที่ไม่ใช่โรคเรื้อรัง การกำหนดส่วนร่วมจ่าย มักไม่มีผลเปลี่ยนแปลงต่อการใช้จ่าย หรือการรักษาพยาบาล^{83,89, 90}

6.2. ผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและด้านยาของผู้ป่วย/ครัวเรือน

- ใน Quebec⁹¹ การเพิ่มขึ้นของส่วนร่วมจ่าย มีผลลดค่าใช้จ่ายด้านยา 16-12 % ในผู้ป่วยสูงอายุ ที่อยู่ภายใต้ PharmaCare program

6.3. ผลต่อการค่าใช้จ่ายของกองทุน

การกำหนดส่วนร่วมจ่าย⁸⁵ และวิธีการกำหนด Reference pricing^{92,93,94,95,96,97,98,99,100,101} มีผลลดค่าใช้จ่ายของกองทุน (provincial drug benefit programs) โดยการเปลี่ยนให้ผู้ป่วยเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายแทน และการลดปริมาณการใช้ยาและบริการสุขภาพ

(6).3 ผลต่อการลดหรือเพิ่มการใช้ยาและบริการบางประเภท/ชนิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

ไม่มีงานวิจัยที่สามารถเชื่อมโยงถึงผลของการมีส่วนร่วมจ่าย กับผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยตรง หากแต่อาศัยตัวชี้วัดอื่นเป็นตัวเชื่อมโยงแทน เช่น อัตราการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังเช่นการศึกษาใน Quebec⁸⁴ พบว่า การเพิ่มการมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับยาตามใบสั่ง ทำให้การใช้ยาในกลุ่มที่จำเป็น (essential drugs) ลดลง ทั้งในกลุ่มผู้ได้รับสวัสดิการรัฐ และในผู้สูงอายุ โดยพบว่าการใช้ยาที่ลดลงดังกล่าว มีผลทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาที่รุนแรง ในอัตราที่สูงขึ้น และมีการพบแพทย์บ่อยมากขึ้น (emergency department visit) ผลการศึกษานี้ อาจสะท้อนถึงผลกระทบทางสุขภาพและการใช้บริการ อันสืบเนื่องจากการกำหนดการร่วมจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์

6.4. ผลต่อคุณภาพบริการ

การวิเคราะห์ของ Paris et.al.⁶⁵ เสนอประเด็นว่าการกำหนดส่วนร่วมจ่ายมีผลต่อการบริโภคยาของผู้ป่วยมากกว่าจะมีผลต่อเภสัชกรชุมชน หรือต่อแพทย์ผู้สั่งจ่าย เนื่องจากผู้ประกันตนเป็นผู้ที่ต้องควักกระเป๋าจ่ายเองเพิ่มเติมสำหรับค่ายาที่ต้องการได้รับสูงกว่าค่ายาที่สามารถเบิกจ่ายได้

อย่างไรก็ตามนโยบายด้านชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาที่แตกต่างกันของแต่ละจังหวัดอาจมีผลดังนี้

- มีผลต่อการสั่งจ่ายยาสามัญแทนยาต้นแบบ ตัวอย่างเช่น ในปี 2005 ใน Quebec มีการจ่ายยาสามัญ 38% ในขณะที่ British Columbia มีการจ่ายยาสามัญ 49%
- มีผลต่อการสั่งจ่ายยาในระดับหนึ่ง เนื่องจากการเบิกจ่ายยาถูกกำหนดให้เป็นไปตามรายการยาของจังหวัด จึงทำให้สามารถควบคุมกลุ่มยาและราคายาได้ระดับหนึ่ง

สหราชอาณาจักร (United Kingdom)¹⁰²

1. ภาพรวมของระบบ

สหราชอาณาจักรบริเตนใหญ่และไอร์แลนด์เหนือ (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland) หรือที่นิยมเรียกสั้นๆว่า สหราชอาณาจักร (United Kingdom, UK) ประกอบด้วยการรวมตัวของดินแดน 4 ส่วน คือ 3 ชาตินบนเกาะบริเตนใหญ่ ซึ่งได้แก่ อังกฤษ สกอตแลนด์ และเวลส์ กับไอร์แลนด์เหนือบนเกาะไอร์แลนด์เข้าด้วยกัน และยังมีดินแดนโพ้นทะเลและดินแดนใต้การปกครองอื่นๆ กระจายอยู่ทั่วโลก สหราชอาณาจักรเป็นส่วนหนึ่งของเครือจักรภพ ซึ่งมีพระประมุของค์เดียวร่วมกับอีกสิบห้าประเทศ อังกฤษ เป็นแคว้นที่ใหญ่และมีประชากรมากที่สุดและหนาแน่นที่สุดของสหราชอาณาจักร โดยมีประชากรถึงร้อยละ 85 ของประเทศ

สหราชอาณาจักร มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดูแลโดย **National Health Service (NHS)** ซึ่งเป็นระบบหลักของประเทศ (ครอบคลุมประชากรประมาณ 93%) และมีการประกันสุขภาพของเอกชนเป็นระบบเสริมหรือเพิ่มเติมจากบริการที่ NHS จัดให้ประชาชนทั่วไป (อาจเป็นประชาชนซื้อประกันสุขภาพเอกชนเอง หรือนายจ้างร่วมจ่ายให้ในลักษณะของสวัสดิการแก่ลูกจ้าง) อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการกระจายอำนาจ NHS ของทั้ง 4 ดินแดน มีการดำเนินการที่แตกต่างกัน¹⁰³

NHS ใน อังกฤษ สร้างลักษณะของการแข่งขันขึ้น โดยคาดหวังให้เกิดการพัฒนาการบริการ จากการที่ประชาชนมีทางเลือก สามารถไปรับบริการได้ในหลายๆแห่ง จึงเป็นแรงผลักดันให้โรงพยาบาลและร้านยาต้องแข่งขันกับภาคเอกชนค่อนข้างมาก และมีปัญหาเรื่องระยะเวลาารับบริการที่นาน ลักษณะของระบบการแข่งขันสร้างโดย NHS อังกฤษ ไม่เป็นที่ยอมรับของอีก 3 ดินแดนมากนัก

งบประมาณของ England NHS สำหรับปี 2007/2008 ประมาณ 104 พันล้านปอนด์ มีรัฐมนตรีคือ Secretary of State for Health เป็นผู้รับผิดชอบนโยบายและการบริหารจัดการสำหรับสถานบริการสุขภาพต่างๆ¹⁰⁴

NHS สกอตแลนด์ ค่อนข้างจะยืดหยุ่นกว่า แพทย์มีสิทธิมีเสียงในระบบบริการ โดยภาคเอกชนเข้ามาแทรกแซงได้ไม่มาก และประชาชนสามารถใช้บริการสุขภาพส่วนบุคคลได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย อาจเรียกเป็นโมเดลแบบพวกหัวเอียงซ้าย หรือ Collectivist model ด้วยความที่ไม่มีการแข่งขันอย่างในอังกฤษ การปรับปรุงเรื่องระยะเวลาารับบริการในสกอตแลนด์จึงไปได้ช้ากว่าในอังกฤษ แต่มีข้อดีกว่าคือมีภาวะตึงเครียดบาดหมางที่ต่ำกว่า ระหว่างแพทย์และผู้จัดการของหน่วยซื้อบริการ

งบประมาณของ Scotland NHS สำหรับปี 2008/2009 ประมาณ 10.6 พันล้านปอนด์ รัฐมนตรีของ the Cabinet Secretary for Health and Wellbeing เป็นผู้รับผิดชอบนโยบายและการบริหารจัดการสำหรับสถานบริการสุขภาพต่างๆ¹⁰⁴ โดยรัฐบาลที่ได้รับเลือกตั้งมาในปี 2007 ได้ประกาศนโยบายว่าภายในสี่ปีหลังจากนี้ จะทำให้ประชาชนไม่ต้องร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์¹⁰⁵

NHS เวลส์ มีการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดของ NHS และรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งทำให้มีการพัฒนาด้านสาธารณสุขมากขึ้น และได้รับการยกย่องจากอังกฤษในการที่เวลส์ได้เริ่มระบบการให้ยาตาม

ใบสั่งยาโดยไม่คิดค่าบริการ อย่างไรก็ตาม การบริการระดับบุคคล เช่น ระยะเวลาารับบริการที่ยาวนาน ยังไม่ได้รับการแก้ไขเท่าที่ควร (ก่อนกระจายอำนาจ NHS England และ NHS Wales รวมกันอยู่)

NHS ใน ไอร์แลนด์เหนือดูแลโดย Department of Health, Social Services and Public Safety ซึ่งอาจยังไม่มีบทบาทมากนัก เนื่องจากสถานการณ์ทางการเมือง แต่ก็มีกำรปรับองค์กรของ Trust ต่างๆ ขนาดใหญ่ และมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างประกันสังคมและ NHS

แต่ละระบบที่ดำเนินการในแต่ละดินแดน มีจุดอ่อนและจุดแข็งที่แตกต่างกัน และในขณะนี้ยังไม่อาจชี้ได้ชัดว่าระบบใดดีกว่า แม้จะเริ่มมีเสียงสะท้อนว่าระบบที่แตกต่างกันนี้ ทำให้ประชาชนเกิดข้อสงสัยว่าทำไมตนจึงได้รับบริการที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม คงต้องติดตามประเมินผลในระยะยาวต่อไป โดยเฉพาะในปี 2551 นี้ ที่ระบบจะมีความแตกต่างกันมากขึ้น

บริการสุขภาพแบบรัฐสวัสดิการแก่ประชาชนทุกคนของสหราชอาณาจักรนี้ ผู้บริการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ณ จุดที่รับบริการ และ ประชาชนมีสิทธิจะได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็นทางสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงฐานะ โดยงบประมาณสำหรับการจัดบริการของ NHS ได้มาจากเงินภาษีทั่วไปของประชาชน (general tax) ¹⁰⁴ ในปี 2007/2008 คาดว่า NHS จะได้รับเงิน 104,000 ล้านปอนด์ หรือประมาณ 1300 ปอนด์ต่อคน ระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ มีค่าใช้จ่ายคิดเป็น 17% ของภาษีที่รัฐเก็บได้ โดยทั่วไปแล้ว ทุกคนที่มีงานทำ (ยกเว้นนักเรียนที่เรียนเต็มเวลา และอายุต่ำกว่า 18 ปี) หากไม่มีข้อยกเว้นอื่นใด ก็จะต้องจ่ายเงินเข้าแก่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National insurance) นี้

แพทย์ในโรงพยาบาล จะได้รับเงินเดือนตามข้อตกลงร่วมกันซึ่งเป็นข้อตกลงมาตรฐานทั่วประเทศ ในขณะที่การบริการระดับปฐมภูมิมักดำเนินการโดยแพทย์เอกชน รับค่าตอบแทนตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานบริการปฐมภูมินั้นๆ และตามประเภทของบริการที่จัดให้แก่ประชาชน ¹⁰⁴

การปฏิรูป NHS ในปี ค.ศ.1990 กำหนดให้มีการแยกระหว่างผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ บนฐานความคิดที่เชื่อว่าระบบตลาดที่มีการแข่งขันจะช่วยให้การบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ **NHS Trusts** ^{106, 107} ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพ แต่ละ Trust เป็นองค์กรอิสระ และมีกรรมการบริหารดูแลของตน ขณะนี้ มี NHS trust 5 รูปแบบหลัก ได้แก่

NHS Primary Care Trusts (PCTs) ^{108, 109} ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้รับงบประมาณจาก Department of Health (DH) ของ NHS โดยตรง

NHS Hospital Trusts (มักเรียก **Acute Trusts**) โรงพยาบาลที่มีความพร้อม จะได้รับการสนับสนุนให้เป็น NHS Hospital Trust ซึ่งเป็นองค์กรอิสระในกำกับ ภายใต้รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันทุกโรงพยาบาลในอังกฤษเป็น NHS Trust NHS hospital trusts ที่บริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลงานโดดเด่นจะได้รับการจัดเป็น Foundation Trusts ซึ่งจะทำให้มีอิสระมากขึ้น ทั้งในด้านการตั้งเงินเดือน การให้โบนัส การบริหารจัดการ

NHS Ambulance Services Trusts, NHS Care Trusts, และ NHS Mental Health Services Trusts

การบริหารจัดการต่างๆของ Trusts จะถูกตรวจสอบ (audit) โดยหน่วยงานระดับภูมิภาค (regional) ที่เรียกว่า **Strategic Health Authorities (SHAs)**¹¹⁰ โดยคณะกรรมการของ SHAs ต้องไม่ใช่ผู้บริหารในคณะกรรมการของ Trusts และมีหน้าที่ติดตามตรวจสอบทั้งด้านการเงิน คุณภาพของการบริการ รวมถึงระบบธรรมาภิบาลใน Trusts ด้วย

ค่าใช้จ่ายภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ มีความแตกต่างกันในแต่ละTrust โดยทั่วไป ค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาล) มักแพงเป็นสามเท่า หากเทียบกับการรักษาอาการป่วยเดียวกันในสถานพยาบาลปฐมภูมิ (GP ใน primary setting)

2. สัดส่วนรายจ่ายภาครัฐ/ครัวเรือน

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของสหราชอาณาจักรเพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี โดยภาครัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายดังกล่าวกว่าร้อยละ 80 ดังแสดงในตารางที่ 3.34 ในปี 2005 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของทั้งประเทศ เป็นมูลค่า 101,509 ล้านปอนด์¹¹¹

ตารางที่ 3.34 ร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและด้านยา โดยภาครัฐและเอกชน

รายจ่าย	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด (คิดเป็นร้อยละต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)) ¹¹²		7.3%	7.5%	7.7%	7.8%	8.1% (7%) ¹¹³
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยภาครัฐ (คิดเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด) ¹¹²		80.9%	83%	83.4%	85.6%	86.3%
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยภาคเอกชน (คิดเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด) ¹¹²		19.1%	17%	16.6%	14.4%	13.7%
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ที่ประชาชนจ่ายเอง (Out-of-pocket) (คิดเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาคเอกชน) ¹¹⁴	55.2%	55.0%	62.3%	64.8%	76.7%	
Private prepaid plans (% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาคเอกชน) ¹¹⁴	16.8%	16.8%	19.0%	19.7%	23.3%	
ค่าใช้จ่ายด้านยา (คิดเป็นร้อยละของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ) ¹¹⁵					12%	
ค่าใช้จ่ายด้านยา โดยภาครัฐ ¹¹⁵					82%	
ค่าใช้จ่ายด้านยา ที่ประชาชนรับผิดชอบจ่ายเอง ¹¹⁵					8%	

3. หลักการ/แนวคิด ของการกำหนดส่วนร่วมจ่าย

เนื่องจากรัฐจัดสวัสดิการให้ประชาชนได้รับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านยาที่สูงขึ้น การควบคุมค่าใช้จ่ายจึงเป็นสิ่งจำเป็น ระบบที่มีการใช้เพื่อควบคุม เช่น ระบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย (Gatekeepers โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) พยาบาล (triage nurse ในห้องฉุกเฉิน) ผู้บริหารซึ่งทำหน้าที่ดูแลลำดับการรอเข้ารับการรักษา เป็นต้น), การปฏิบัติตามข้อเสนอแนะขององค์กร National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), และการกำหนดส่วนร่วมจ่าย

ส่วนร่วมจ่าย (co-payments) หรือที่รู้จักกันดีคือ deductibles, excess ถูกกำหนดมาเพื่อลดอุปสงค์หรือความต้องการในการใช้บริการ โดยการทำให้ผู้ประกันตน รู้จัก moral hazard/ personal responsibility approach เมื่อมีการเก็บเงินใน NHS (เช่นค่ายาตามใบสั่ง) การกำหนดส่วนร่วมจ่ายเริ่มมีขึ้นในปี 1952 หลังจากที่ NHS ตั้งขึ้นในปี 1948

ประมาณ 86% ของใบสั่งแพทย์ จะถูกจ่ายออกไปโดยไม่เก็บค่าบริการจากผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ (เช่น ผู้มีรายได้น้อย หรือผู้ที่พิการถาวร) ในส่วนของประชาชนที่ต้องจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์ จะไม่ต้องจ่ายค่ายาเต็มราคา แต่จ่ายร่วมในอัตราที่กำหนดไว้คงที่ (flat fee) ซึ่งในปี 2007 ประชาชนส่วนใหญ่ต้องจ่าย 6.85 ปอนด์ต่อใบสั่งแพทย์ ไม่ว่าค่ายาตามใบสั่งนั้นจะมีมูลค่าเท่าใดก็ตาม (ทั้งนี้ ในปี 2002 ต้นทุนค่ายาเฉลี่ยและค่าบริการคิดเป็น 11.10 ปอนด์) ในส่วนค่าใช้จ่ายที่เกินจากการร่วมจ่ายของประชาชน รัฐบาลชดเชยเงินจากภาษีประชาชนเข้าไปดูแลแทน¹⁰⁴

4. ระบบ กระบวนการ และหลักเกณฑ์การกำหนดประเภทยา

Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA) หรือ European Medicine Agency (EMA) เป็นผู้รับรองยาก่อนวางตลาด และมี Pharmaceutical pricing regulation scheme ซึ่งร่วมกันระหว่างอุตสาหกรรมยาและกระทรวงสาธารณสุขเป็นดูแลราคาขายในตลาดไม่ให้มีกำไรเกิน 21% แต่ไม่ได้มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดราคาขายโดยตรง ในระดับท้องถิ่น Primary care trust รับผิดชอบในการควบคุมค่าใช้จ่ายใน trust ของตน ภายใต้งบประมาณที่ได้รับจาก NHS และโดยการปฏิบัติตาม clinical practice guidelines¹¹⁵

ยาในสหราชอาณาจักร สามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับของผู้มีอำนาจสั่งจ่าย ได้แก่

- 1) ยาตามใบสั่งแพทย์ (**prescription only medicine, POM**)
- 2) ยาที่เภสัชกรสามารถจ่ายได้ (**Pharmacy medicine, P**)
- 3) ยาที่ผู้ป่วยสามารถซื้อได้เองทั่วไป (**Over-the-counter drug, OTC หรือ General sales list, GSL**)

รายการยาในสหราชอาณาจักร ไม่ใช่ positive list เนื่องจากยาเกือบทั้งหมดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในสหราชอาณาจักรแล้ว จะถูกรวบรวมโดยระบบประกันสุขภาพของรัฐโดย NHS ส่วนรายการยาที่ไม่สามารถเบิกได้ภายใต้ระบบประกันของรัฐหรือยาที่มีข้อจำกัดในการใช้ จะเรียกว่าอยู่ในรายการยาสีดำและสีเทา (**black and gray lists**) ซึ่งได้แก่ยาที่ไม่ต้องจ่ายโดยแพทย์หรือเภสัชกร (over-the-counter medications) หรือยาจำพวก lifestyle medication ในบางครั้งจึงอาจเรียกรายการยาที่ผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่ายว่าเป็นยาในกลุ่ม **exempt category** และเรียกรายการยาที่ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายว่า **non-exempt category** ในขณะเดียวกัน อาจแบ่งกลุ่มประชากรเป็นสองกลุ่มเช่นเดียวกัน คือกลุ่มประชากรที่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (charge payers) และกลุ่มประชากรที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่ายา (exempt patients)

ในกลุ่มยาที่ NHS ครอบคลุม จะมี **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)** ทำหน้าที่พิจารณาทบทวนประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของยาดังกล่าว โดยเฉพาะยาใหม่และยาที่มีผลกระทบต่อต้นทุนค่าใช้จ่ายและด้านคลินิก ผลการพิจารณาของ NICE แบ่งยาเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) กลุ่มยาที่แนะนำให้ใช้เป็นประจำได้
- 2) กลุ่มยาที่แนะนำให้ใช้สำหรับข้อบ่งชี้เฉพาะ หรือกับกลุ่มคนเฉพาะ หรือสำหรับการรักษาแบบ step therapy
- 3) กลุ่มยาที่ไม่แนะนำให้ใช้เลย เนื่องจากขาดหลักฐานทางคลินิกและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

แม้ข้อเสนอแนะของ NICE ต่อการจัดกลุ่มยา จะไม่ได้มีผลบังคับใช้ต่อการส่งจ่ายยาของแพทย์โดยตรง ก็มีผลทางอ้อม เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างของ NHS ภายใต้ trust ท้องถิ่น ซึ่งแต่ละ trust จำเป็นต้องควบคุมค่าใช้จ่ายของตน หาก NICE เสนอแนะยาใดว่าไม่ควรส่งจ่าย แพทย์จะถูกกดดันจาก trust ให้หลีกเลี่ยงการจ่ายยานั้นโดยปริยาย

5. ระบบ กระบวนการ และหลักเกณฑ์การกำหนดอัตราร่วมจ่าย^{116, 117, 118, 119}

การกำหนดเกณฑ์ในการร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์ เป็นการกำหนดแบบอัตราคงที่ (flat fee) โดยมีการปรับเปลี่ยนขึ้นเรื่อยตามลำดับ ทั้งนี้ ในบุคคลบางกลุ่ม จะได้รับการพิจารณายกเว้นไม่ต้องจ่ายค่ายา โดยพิจารณาจากฐานะ (รายได้) อายุ ภาวะโรคและความพิการ และการมีใบรับรอง

เมื่อผู้ป่วยพบแพทย์และนำใบสั่งแพทย์มาที่ร้านยา ผู้ป่วยที่มีสิทธิยกเว้นค่ายา จะต้องแสดงหลักฐานเพื่อใช้สิทธิดังกล่าวแก่เภสัชกรประจำร้านยา และยื่นด้านหลังใบสั่งแพทย์ เพื่อระบุสิทธิของตน และเภสัชกรจะต้องตรวจสอบสิทธิของผู้ป่วย หากผู้ป่วยอ้างว่าตนมีสิทธิยกเว้นค่ายาแต่ไม่ได้แสดงหลักฐานใดๆแก่เภสัชกร เภสัชกรจะต้องกากบาทลงในช่อง "evidence not seen" ด้านหลังของใบสั่งยานั้นๆ ก่อนที่จะส่งเบิกจ่ายจาก NHS หากผู้ป่วยไม่แน่ใจว่าตนมีสิทธิได้รับการยกเว้นค่ายาหรือไม่ ผู้ป่วยสามารถจ่ายส่วนร่วมจ่ายค่ายาไปก่อน และขอใบสำคัญรับเงิน FP57 จากเภสัชกร เพื่อดำเนินการขอเบิกเงินค่ายาคืนจาก NHS ซึ่งการดำเนินการขอเงินค่ายาคืนจะต้องทำภายใน 3 เดือน นับจากวันที่ได้รับยา และตั้งแต่ 1 เมษายน 2005 ผู้ป่วยในอังกฤษ สามารถรับค่ายาคืนได้ที่เภสัชกรชุมชน โดยร้านยาจะได้รับเงินเพิ่ม 200,000 ปอนด์ สำหรับปี 2005-2006 เพื่อดำเนินการจ่ายค่ายาคืนให้ผู้ป่วย ทั้งนี้ โดยไม่มีการคิดค่าบริการเพิ่มเติมจากผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ทำผิดโดยการโกงจะมีโทษทางกฎหมายภายใต้ Health Act 1999

มีหน่วยงานรัฐต่างๆที่รับผิดชอบในการให้ข้อมูลและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนในเรื่องสิทธิประโยชน์ด้านยาและสุขภาพ เช่น

- 1) **Prescription Pricing Authority (PPA)** (www.ppa.org.uk) เป็นตัวแทนของรัฐที่ดูแลเรื่องเกี่ยวกับใบสั่งแพทย์ บนเว็บไซต์มีข้อมูลให้คำแนะนำผู้ป่วยต่างๆ รวมถึงแบบฟอร์มสำหรับการเบิกจ่ายค่ายา ซึ่งสามารถ download ได้สะดวก ข้อมูลคำแนะนำเรื่องส่วนร่วมจ่ายในค่ายาและค่ารักษาอื่นๆ ซึ่งรวบรวมอยู่ในเอกสารชุด HC11 ก็สามารถ download จากเว็บไซต์ของ PPA ได้เช่นกัน นอกจากนี้ PPA ยังให้บริการเอกสารดังกล่าวในรูปแบบของอักษรเบลล์ เทปคาสเซ็ท และเอกสารขนาดใหญ่พิเศษ สำหรับผู้พิการทางสายตาด้วย¹²⁰

- 2) **Benefit Enquiry Line – BEL** เป็นส่วนหนึ่งของ Department for Work and Pensions. ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ และการเบิกจ่ายค่ายา โดยให้บริการผ่านทางโทรศัพท์
- 3) **Directgov (www.direct.gov.uk)** เป็นเว็บไซต์รวบรวมข้อมูลการให้บริการต่างๆของรัฐไว้อย่างมากมาย (เช่น การเดินทางในสหราชอาณาจักร, การลาคลอด, บริการของ NHS ในระดับท้องถิ่น, สิทธิประโยชน์ต่างๆ, การกรอกแบบฟอร์มขอเบิกจ่ายค่ายาผ่านเว็บ เป็นต้น) โดยมี Central Office of Information เป็นผู้รับผิดชอบดูแล
- 4) **Citizens Advice Bureau** เป็นองค์กรอิสระ ที่ให้คำแนะนำแก่ผู้บริโภคในหลายด้าน รวมถึงเรื่องสิทธิประโยชน์ด้านยา (www.citizensadvice.org.uk)

6. แนวคิดหลักการ รูปแบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา

การกำหนดอัตราส่วนร่วมจ่ายมีมาตั้งแต่ 1 มิถุนายน ค.ศ. 1952 โดยมีลักษณะเป็นอัตราคงที่ต่อใบสั่งแพทย์หรือต่อรายการยา (**fixed rate, flat fee**) ในระยะแรกกำหนดการร่วมจ่าย 1 ชิลลิง (shilling) ต่อหนึ่งใบสั่งยา และมีการเปลี่ยนแปลงเป็น 1 ชิลลิงต่อหนึ่งรายการยา (per item) ในปี 1956 โดยในปี 1965 เมื่ออัตราส่วนร่วมจ่ายเป็น 2 ชิลลิงต่อรายการยา ได้มีการยกเลิกการร่วมจ่ายในกรณีของยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้รักษาผู้ป่วยนอก ณ สถานพยาบาล และมีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาเพิ่มอัตราส่วนร่วมจ่ายขึ้นมาเป็นลำดับโดยตลอด¹¹⁷ อย่างไรก็ดี ตลอด 10 ปีที่ผ่านมา รัฐได้มีการควบคุมไม่ให้อัตราการเพิ่มขึ้นของค่ายาตามใบสั่งแพทย์เกินกว่าอัตราเงินเฟ้อ¹²¹

ในปี 2000 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังของเวลส์ ประกาศให้อัตราส่วนร่วมจ่ายคงที่ในเวลส์ ทำให้ตั้งแต่ปี 2001 เป็นต้นมา ค่ายาตามใบสั่งแพทย์ในเวลส์มีความแตกต่างจากอังกฤษและสกอตแลนด์เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และในวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2007 เวลส์ได้ยกเลิกการร่วมจ่ายสำหรับประชาชนทุกคนในเวลส์ ด้วยต้องการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น^{117, 122} ดังตารางที่ 3.35 และภาพที่ 3.16 ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2008 อัตราส่วนร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์ในอังกฤษจะเพิ่มอีก 25 pence ซึ่งจะมีผลให้ประชาชนต้องร่วมจ่ายเพิ่มจาก 6.85 ปอนด์ต่อใบสั่ง เป็น 7.10 ปอนด์ต่อใบสั่ง¹¹⁸ ในขณะเดียวกัน บางกลุ่มในสกอตแลนด์ได้เคลื่อนไหวให้ปรับลดและยกเลิกส่วนร่วมจ่าย ด้วยเหตุผลเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันทางด้านสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน เช่นเดียวกับในเวลส์ซึ่งได้นำร่องไปก่อนแล้ว แม้ว่าในขณะนี้ จะยังไม่สามารถทำได้ก็ตาม

ในกรณีที่ผู้ป่วยนำใบสั่งแพทย์จากต่างพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยนำใบสั่งแพทย์มาจากเวลส์มารับยาที่ร้านยาในอังกฤษ ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายในอัตราเดียวกันกับคนอังกฤษ แม้ว่าหากเป็นการรับยาในเวลส์ ผู้ป่วยจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆก็ตาม¹²³

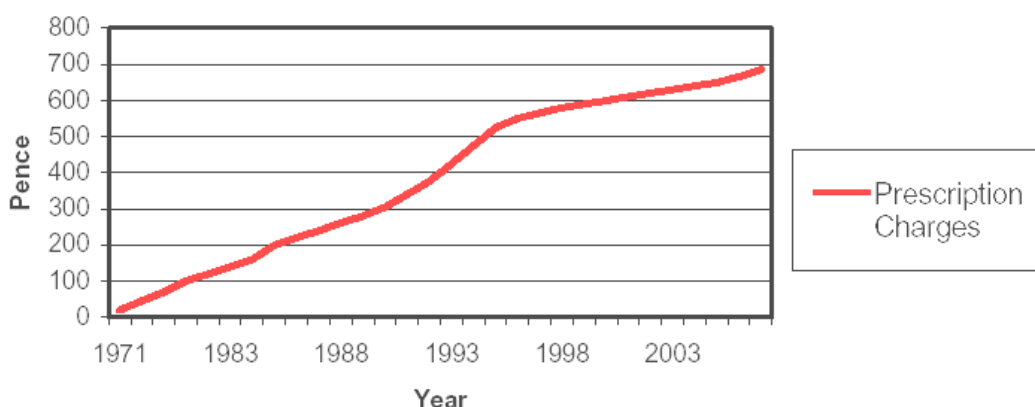
ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอย่างไม่ถูกต้อง จะต้องเสียค่าปรับเป็น 5 เท่าของราคายาตามใบสั่งแพทย์ แต่ไม่เกิน 100 ปอนด์ ทั้งนี้ หากผู้ป่วยไม่จ่ายค่าปรับภายใน 28 วันหลังจากใบแจ้งเตือนถูกส่งออกไป ค่าปรับจะเพิ่มขึ้นอีก 50%¹²⁴

ตารางที่ 3.35 อัตราส่วนร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์ในสหราชอาณาจักร ตั้งแต่ปีค.ศ. 1952 - 2007

ปี ค.ศ. 1952 -2000		
1952 (1st June) 1 Shilling/ prescription form 1956 (1st Dec) 1 Shilling/prescription item 1961 (1st Mar) 2 Shillings/ item 1965 (Abolished 1st Feb) 1968 (reintroduced 10th June) 2 Shillings 6 pence / item 1971 (1st Apr) 20 pence / item 1979 (16th Jul) 45 pence / item 1980 (1st April) 70 pence / item; (1st Dec) £1 / item	1982 (1st Apr) £1.20 / item 1983 (1st Apr) £1.40 / item 1984 (1st Apr) £1.60 / item 1985 (1st Apr) £2.00 / item 1986 (1st Apr) £2.20 / item 1987 (1st Apr) £2.40 / item 1988 (1st Apr) £2.60 / item 1989 (1st Apr) £2.80 / item 1990 (1st Apr) £3.05 / item	1991 (1st Apr) £3.40 / item 1992 (1st Apr) £3.75 / item 1993 (1st Apr) £4.25 / item 1994 (1st Apr) £4.75 / item 1995 (1st Apr) £5.25 / item 1996 (1st Apr) £5.50 / item 1997 (1st Apr) £5.65 / item 1998 (1st Apr) £5.80 / item 1999 (1st Apr) £5.90 / item 2000 (1st Apr) £6.00 / item
ปี ค.ศ. 2001 -2007 ภายหลังเวลส์ประกาศเปลี่ยนแปลงอัตราส่วนร่วมจ่าย		
2001 (1st Apr) £6.10 / item (England & Scotland) £6.00 (Wales) 2002 (1st Apr) £6.20 / item (England & Scotland) £6.00 (Wales) 2003 (1st Apr) £6.30/ item (England & Scotland) £6.00 (Wales) 2004 (1st Apr) £6.40 / item (England & Scotland) £5.00 (Wales 1st Oct) 2005 (1st Apr) £6.50 / item (England & Scotland) £4.00 (Wales) 2006 (1st Apr) £6.65 / item (England & Scotland) £3.00 (Wales) 2007 (1st Apr) £6.85 / item (England & Scotland) Abolished (Wales)		

ภาพที่ 3.16 อัตราส่วนจ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ในสหราชอาณาจักร ปี ค.ศ. 1971-2007¹¹⁷

History of Prescription Charges (1971-2007)



หมายเหตุ: ตั้งแต่ปี 2001 กราฟที่เพิ่มสูงขึ้นแสดงเฉพาะค่ายาตามใบสั่งแพทย์ในอังกฤษและสกอตแลนด์เท่านั้น

7. ระบบและกลไกในการดำเนินการเก็บอัตราส่วนจ่าย

สำหรับผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบร่วมจ่ายค่ายา ผู้ป่วยอาจจ่ายโดยตรง หรือซื้อบัตร **“pre-payment certificate (PPC)”** หรือ **“season ticket”**¹²⁵ ก็ได้ หน่วยงานของ NHS ที่ชื่อว่า Prescription Pricing Division (PPD) เป็นผู้รับผิดชอบออกบัตร PPC ในผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ายาเอง มากกว่า 3 รายการใน 3 เดือน หรือมากกว่า 14 รายการภายใน 12 เดือน สามารถซื้อบัตร PPC นี้ได้ผ่านระบบออนไลน์, ที่ร้านยาซึ่งขึ้นทะเบียนเพื่อขาย PPC, ที่สำนักงานไปรษณีย์, หรือผ่านทางโทรศัพท์¹¹⁶ โดยบัตรมี ราคา 27.85 ปอนด์ สำหรับ 3 เดือน และ 102.50 ปอนด์สำหรับ 12 เดือน¹¹⁸ บัตรดังกล่าว จะช่วยให้ผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาบ่อย สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาได้

ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องซื้อยาในระหว่างที่รอรับบัตร PPC ผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียกเงินค่ายาสวน นั้นคืน ยกเว้นว่าจะแสดงใบสำคัญรับเงิน (หรือแบบฟอร์ม FP57) ของ NHS ที่เภสัชกรชุมชนหรือ แพทย์ผู้จ่ายยานั้นได้ออกให้ ณ วันที่มีการจ่ายยา (ไม่สามารถขอใบสำคัญรับเงินย้อนหลัง) ซึ่งใบสำคัญรับเงินนี้ จะมีอายุเพียง 3 เดือนเท่านั้น

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงสิทธิ (เช่นได้รับการยกเว้นการจ่ายร่วมค่ายา) หรือผู้ป่วยเจ็บป่วยและต้องเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจนเลยวันหมดอายุของ PPC หรือผู้ป่วยเสียชีวิต สามารถขอคืนค่า PPC ที่ซื้อไปแล้ว โดยต้องส่งเอกสารต้นฉบับต่างๆพร้อมจดหมาย ไปยัง หน่วยงาน Prescription Pricing Division โดยถ้าเป็นกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสิทธิหรือเสียชีวิต จะได้รับค่า PPC คืนทั้งหมดตามที่จ่ายไปจริง แต่หากเป็นกรณีอื่น จะได้รับเงินคืนตามสัดส่วนของ ระยะเวลาที่เหลืออยู่

8. กลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมที่กำหนด ให้สามารถเข้าถึงและ ได้รับบริการที่จำเป็น^{116, 118, 122, 126}

การยกเว้นจากการจ่ายค่าใบสั่งยา (Prescription exemption categories) เริ่มใช้ในปี 1968 ประมาณ 85-88% ของยาในใบสั่งยาได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียเงิน¹¹⁸ และครอบคลุมกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรวัยทำงาน

ในอังกฤษ สกอตแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือ บุคคลที่สามารถรับยาได้ฟรี ได้แก่

1. บุคคลได้รับการยกเว้น โดยเกณฑ์อายุ คืออายุต่ำกว่า 16 ปี, อายุ 16-18 ปีและกำลังศึกษาแบบเต็มเวลา, อายุ 60 ปีขึ้นไป ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ (>60ปีขึ้นไป) เป็นประชากรกลุ่มใหญ่ที่สุดของกลุ่มประชาชนที่ได้รับสิทธิยกเว้นค่ายา (ประมาณ 70%)
2. บุคคลได้รับ (หรือคู่ครองได้รับ) การช่วยเหลือด้านรายได้ (income support), family credit, เงินช่วยเหลือสำหรับผู้พิการ, เงินช่วยเหลือสำหรับผู้ที่กำลังหางาน (income-based jobseeker's allowance), เงินบำนาญ (pension credit guarantee credit)
3. ผู้ป่วยใน ภายใต้บริการของ NHS
4. บุคคลได้รับการยกเว้น ด้วยการมีภาวะต่อไปนี้ และมีใบรับรองที่ถูกต้อง (Medical exemption certificate (Medex) หรือ Health authority exemption certificate)
 - หญิงมีครรภ์ และหญิงภายหลังการคลอด 12 เดือน (หญิงที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี)
 - ความพิการทางร่างกายอย่างต่อเนื่อง อันทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถออกจากสถานที่พักได้ด้วยตนเอง
 - ผู้ที่มีภาวะใดภาวะหนึ่ง ดังต่อไปนี้ : ความผิดปกติของช่องทวาร (permanent fistula), ฮอร์โมนผิดปกติ (เช่น hypoadrenalism, เบาหวาน (ยกเว้นที่ควบคุมได้ด้วยอาหาร), myasthenia gravis, hypothyroidism
 - ชัก และต้องใช้อย่างต่อเนื่อง
5. มีชื่อในบัตรที่ได้รับการยกเว้นการเสียภาษีของ NHS (NHS tax credit exemption certificate)
6. เป็นผู้มียาได้ต่ำ ที่มีชื่อในบัตร HC2 certificate
7. เป็นนักโทษสงคราม ซึ่งมีบัตร war pension exemption certificate และได้รับใบสั่งแพทย์สำหรับความพิการที่เป็นอยู่

นอกจากนี้ ผู้ป่วยทั่วไปยังสามารถได้รับยาต่อไปนี้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วย¹²²

1. ยาคุมกำเนิด
2. ยาที่ใช้รักษาในโรงพยาบาล หรือที่ NHS walk in centre
3. ยาที่แพทย์เวชปฏิบัติใช้ในการให้บริการ
4. อุปกรณ์การแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือที่ PCT clinic ที่ใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

ในเวลส์ ประชาชนทุกคนที่ขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ในเวลส์หรือในอังกฤษ และรับยาที่เภสัชกรชุมชนในเวลส์ สามารถรับยาได้ฟรีโดยไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายใดๆทั้งสิ้น

9. สัมฤทธิ์ผลเชิงนโยบายและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากส่วนร่วมจ่ายต่อ:

9.1. การเข้าถึง/ ใช้บริการด้านสุขภาพและด้านยาของผู้ป่วย/คร้วเรือน และ ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและด้านยาของผู้ป่วย/คร้วเรือน

การที่ NHS Wales ประกาศในเดือนเมษายน 2007 เพื่อยกเลิกส่วนร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์ สำหรับประชาชนในเวลส์ เนื่องจากหลักฐานที่บ่งชี้ว่า มีความไม่เป็นธรรมเกิดขึ้นในการจ่ายค่ายา (เช่น หญิงสาววัย 20 ปีซึ่งเพิ่งเริ่มต้นทำงาน อาจต้องจ่ายค่ายาเอง ในขณะที่เศรษฐีร่ำรวยล้านบ้าน ใกล้เคียงกัน ได้รับยาฟรี เนื่องจากมีอายุ 61 ปี) และประชาชนบางส่วนที่ไม่สามารถร่วมจ่ายค่ายาจะเพิกเฉยต่อการเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม มีความกังวลจากบางกลุ่มว่า การกำหนดส่วนร่วมจ่าย 3 ปอนด์ต่อใบสั่ง เป็นอัตราที่เหมาะสมและประชาชนทั่วไปน่าจะสามารถจ่ายได้ การให้บริการฟรีแก่ประชาชนทุกคนจะก่อให้เกิดการใช้บริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นโดยไม่เหมาะสม ในโรคที่เป็นอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะในกรณีการเบิกจ่ายยากกลุ่ม over-the-counter ซึ่งจริงๆ แล้วผู้ป่วยสามารถหาซื้อได้จากร้านยาด้วยตนเอง¹²³

การศึกษาถึงผลกระทบของการกำหนดส่วนร่วมจ่ายค่ายา ต่อการเข้าถึงยาหรือการบริโภคยา มีตัวอย่างงานวิจัยค่อนข้างมากในช่วงสิบปีก่อน ตัวอย่างเช่น

การศึกษาของ Hughes และคณะ^{124,127} ซึ่งศึกษาข้อมูลแบบ time series จากฐานข้อมูลของประเทศในปี 1969-1992 พบว่า การเพิ่มขึ้น 10% ของส่วนร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์ สัมพันธ์กับการลดลง 3.2% ของการใช้ยากกลุ่มปกติทั่วไปที่ไม่ได้รับการยกเว้นให้จ่ายฟรี (non-exempt category) และ การศึกษาของ Lavers^{124,128} จากข้อมูลของประเทศในปี 1971-1982 พบว่า การเพิ่มขึ้น 10% ของส่วนร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์ สัมพันธ์กับการลดลง 1.5-2% ของปริมาณการบริโภคยากกลุ่มดังกล่าวในหนึ่งเดือน ส่วนการศึกษาของ O'Brien¹²⁹ ระหว่างปี 1969-1986 ในยากกลุ่ม non-exempt category เช่นกัน พบว่า การเพิ่มขึ้น 10% ของส่วนร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์ สัมพันธ์กับการลดลง 3.3% ของปริมาณการบริโภคยากกลุ่มดังกล่าวในช่วงที่ทำการศึกษา โดยที่อัตราการลดลงเป็น 2.3% ในระหว่างปี 1969-1977 และบริโภคลดลงมากขึ้นเป็น 6.4% ในปี 1978-1986

การศึกษาของ Birch^{124,130} พบว่าระหว่าง ปี 1979-1983 ปริมาณการบริโภคยากกลุ่ม non-exempt category ต่อประชากรหนึ่งคน ลดลง 7.5% ในขณะที่การบริโภคยากกลุ่มที่ได้รับการยกเว้นค่ายาเพิ่มขึ้น 1%

การศึกษาของ Ryan และคณะ^{124,131} ซึ่งศึกษาข้อมูลของประเทศในปี 1979-1985 พบว่า การเพิ่มขึ้น 10% ของส่วนร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์ สัมพันธ์กับการลดลง 1% ของการใช้ยาในประชากร 1 คน และการใช้บริการที่ลดลงอันเนื่องจากการเพิ่มขึ้นของส่วนร่วมจ่ายนี้ มีผลทำให้รัฐประหยัดได้ 2 ใน 3 ของงบประมาณที่ประหยัดได้

การศึกษาของ Schoen และคณะ¹³² ในปี 2004 โดยการสัมภาษณ์เปรียบเทียบในห้าประเทศ พบว่า 4% ของประชาชนในอังกฤษให้การว่าเคยไม่ไปรับยาตามใบสั่งแพทย์เพราะไม่ราคายาเป็นต้นเหตุ เปรียบเทียบกับ 12% ในออสเตรเลีย 9% ในแคนาดา 11% ในนิวซีแลนด์ และ 21% ในสหรัฐอเมริกา

งานวิจัยโดย Ipsos MORI ที่ดำเนินการให้ Citizens Advice¹³³ ในระหว่าง 17-22 มกราคม ค.ศ. 2008 ได้สัมภาษณ์ประชาชนอายุ 16 ปีขึ้นไป จำนวน 1,075 คน ในอังกฤษและสกอตแลนด์จาก 184 ห้องที่สุ่มตัวอย่าง พบว่าในปี 2007 มีประชาชนกว่า 800,000 คนที่ไม่ได้ไปรับยาตามใบสั่งแพทย์ สืบเนื่องจากราคาที่ต้องจ่าย ซึ่งหมายความว่าประชาชนผู้ยากไร้ที่มีภาวะโรคเรื้อรังมีโอกาสที่จะไม่ได้ รับบริการสุขภาพตามที่สมควรและเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคคลนั้น เหตุการณ์ดังกล่าว ยังไม่ได้รับการแก้ไขจากรัฐบาลตั้งแต่ปี 2001 ที่ Ipsos MORI เคยทำการสำรวจในลักษณะเดียวกัน (สัมภาษณ์ 1,052 คน ในอังกฤษ ระหว่าง 6-10 เมษายน ค.ศ. 2001) ในครั้งนั้นพบว่า 7% ของผู้ที่ได้รับ ใบสั่งแพทย์ หรือเทียบเท่ากับประชากร 750,000 ไม่สามารถไปรับยาได้ สืบเนื่องจากราคาและส่วน ร่วมจ่ายที่สูง ทั้งนี้ Citizens Advice คาดการณ์ว่าสถานการณ์จะยิ่งเลวร้ายลงเมื่อมีการเปลี่ยนเงื่อนไข การให้การสนับสนุนจาก Incapacity benefit เป็น Employment support allowance แทน เนื่องจากจะ ยิ่งทำให้ผู้ป่วยที่ยากจนและสถานสุขภาพไม่ดีหมดสิทธิที่จะได้รับยาโดยอัตโนมัติอย่างแต่ก่อน

Schafheutle และคณะ¹³⁴ ศึกษาผลของส่วนร่วมจ่ายต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการ รักษาโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง ในอังกฤษ ผู้ป่วยโรคอาหารไม่ย่อย hay fever ความดันโลหิตสูง หรือผู้ป่วยที่รับยาฮอร์โมนทดแทน จำนวน 31 คน ถูกสุ่มเข้าการทำลองจากร้านยาทางตะวันตกเฉียง เหนือของอังกฤษ เพื่อร่วมการ focus group กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่ายาตาม ใบสั่งแพทย์ ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่ง แพทย์ จะขึ้นอยู่กับราคาหรือส่วนร่วมจ่ายค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีฐานะไม่ดี อย่างไรก็ตาม ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย โรคที่เป็น ประสิทธิภาพหรือความจำเป็นในการรับการ รักษา มีผลค่อนข้างมากต่อการตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วย มิใช่เพียงราคาหรือส่วนร่วม จ่ายค่ายาเท่านั้น

ในส่วนพฤติกรรมผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการลดค่าใช้จ่ายด้านยา ได้แก่ การไม่ไปรับยาตามใบสั่ง แพทย์ การปรับลดขนาดหรือปริมาณยาที่ต้องการรับ หรือการซื้อยา OTC ที่มีราคาถูกกว่าแทน ซึ่ง ปัญหาเรื่องค่ายาและความสามารถในการจ่ายเหล่านี้ กลุ่มตัวอย่างจะไม่เคยเล่าหรืออภิปรายกับแพทย์ ของตนเอง แม้ว่าพวกเขาจะรู้สึกว่าการต้องจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์เป็นปัญหาสำหรับตนเองก็ตาม พวกเขามีความเชื่อว่า การพูดคุยกับแพทย์ของตนเรื่องค่ายาจะทำลายความสัมพันธ์ระหว่างตนและ แพทย์ ดังนั้น แม้ว่าราคาหรือส่วนร่วมจ่ายจะไม่ใช่อุปสรรคหลัก แต่ก็ส่งผลต่อการตัดสินใจและ พฤติกรรมการรักษาของผู้ป่วยได้

การศึกษาของ Schafheutle ยังพบว่า ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านค่ายา แต่กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามี prepayment certificates ซึ่งผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาเป็นประจำสามารถซื้อได้เพื่อ ประหยัดค่ายา ดังนั้นจึงอาจต้องเพิ่มการประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับ PPC และช่องทางการจำหน่าย บัตรดังกล่าวแก่ประชาชนให้มากยิ่งขึ้น การศึกษานี้สรุปว่า ถึงแม้ว่าในสหราชอาณาจักรจะมีรัฐ สวัสดิการที่ค่อนข้างครอบคลุมด้านยาแก่ประชาชน แต่ในปัจจุบัน ส่วนร่วมจ่ายด้านยายังคงเป็นอุปสรรค ต่อการได้รับยาของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยที่มีรายได้น้อยได้เกินเกณฑ์มาเพียงเล็กน้อยและ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์รายการโรคที่ได้รับการยกเว้นค่ายา^{134, 135}

9.2. ผลต่อภาระค่าใช้จ่ายของกองทุน (cost containment)

แม้จะมีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายค่ายา แต่ใบสั่งแพทย์กว่า 85% ถูกจ่ายไปสำหรับผู้ป่วยที่มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่ายา รายได้จากส่วนร่วมจ่ายที่รัฐเก็บได้ ปีละประมาณ 500 ล้านปอนด์ จึงเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่า 1% ของงบประมาณของ NHS และคิดเป็นประมาณ 6% ของต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านยาที่ NHS ต้องรับผิดชอบ อย่างไรก็ตามเงินที่ได้จากส่วนร่วมจ่ายนี้ คิดเป็น 40% ของรายได้ที่มาจากภาษีเรียกเก็บจากการใช้บริการของ NHS¹³⁵

9.3. ผลต่อการลดหรือเพิ่มการใช้ยาและบริการบางประเภท/ชนิดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

การกำหนดส่วนร่วมจ่ายค่ายา มีผลให้ผู้ป่วยบางส่วนหันไปซื้อยา OTC ซึ่งมีราคาถูกกว่า แทนยาตามใบสั่งแพทย์ที่ตนได้รับมา¹³⁴

ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเป็นกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการกำหนดส่วนร่วมจ่ายค่ายา เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องใช้ยาเป็นประจำอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้มีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา และมีผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยด้วย ถึงแม้ว่าสหราชอาณาจักรจะกำหนดให้มีการยกเว้นค่ายาสำหรับโรคเรื้อรังบางกลุ่ม แต่โรคทางจิตเวชไม่ใช่ข้อยกเว้น อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอว่าการกำหนดให้ยาฟรีแก่ผู้ป่วยจิตเวชอาจไม่ใช่วิธีการที่ดีที่สุด แต่รัฐควรต้องศึกษาในเชิงลึกเพิ่มเติมถึงความเหมาะสมของการปรับระบบประกันสุขภาพของประเทศ¹³⁶

9.4. ผลต่อคุณภาพบริการ (quality of services)

การศึกษาของ Hassell และคณะ¹³⁷ และ การศึกษาของ Weise และคณะ¹³⁸ พบว่า ปัญหาความสามารถด้านการร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งแพทย์ของผู้ป่วย มีผลต่อการตัดสินใจในการรักษาของแพทย์

Focus group ในกลุ่มแพทย์ในสหราชอาณาจักร พบว่าแพทย์ใช้หลายวิธีการด้วยกัน เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย เช่น แพทย์บางท่านจะแนะนำให้ผู้ป่วยซื้อยา OTC แทนการรับยาตามใบสั่งแพทย์ หรือแนะนำให้ผู้ป่วยซื้อบัตร pre-payment certificate (PPC) ในขณะเดียวกันแพทย์บางท่านจะเพิ่มปริมาณยาในใบสั่งให้ผู้ป่วยหรือลดปริมาณใบสั่งแพทย์ลง เปลี่ยนเป็นการสั่งยาให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นที่มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่ายาแทน ลำดับความสำคัญของการสั่งจ่ายยา เลือกจ่ายยาที่“แรง”กว่า ให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องร่วมจ่ายค่ายา แพทย์บางท่านเสนอให้ผู้ป่วยใช้ตัวอย่างยาที่ตนได้มาฟรีจากบริษัทยา (free sample) หรือแพทย์บางท่านเลือกใช้วิธีการเปลี่ยนการวินิจฉัยให้เข้าข่ายกลุ่มโรคที่จะได้รับการยกเว้นค่ายา¹³⁷

การศึกษาของ Bradley และคณะ¹³⁹ พบว่า แพทย์จะสั่งจ่ายให้ผู้ป่วยห่างมากขึ้น หากผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มที่ต้องรับผิดชอบร่วมจ่ายค่ายา โดยระยะห่างเฉลี่ยระหว่างการสั่งจ่ายยาในกลุ่มที่ต้องร่วมจ่ายค่ายา เป็น 36.2 ± 16.6 วัน ในขณะที่ผู้ป่วยที่จ่ายด้วย prepayment card อยู่ที่ 30.6 ± 8.9 วัน และผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิยกเว้นค่ายา เป็น 28.7 ± 13.0 วัน

9.5. ผลต่อต้นทุนในการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สืบเนื่องจากความพยายามปรับลดหรือยกเลิกการร่วมจ่ายค่ายาของประชาชน (prescription charge) ในสหราชอาณาจักร Policy Development Unit ของ NHS ได้เสนอรายงานโดยอ้างอิงจากงานวิจัยของ Anthony Harrison นักวิจัยของ King's Fund Commissioned¹³⁵ โดยสิ่งที่ต้องคำนึงถึงมีดังนี้

- หากมีการยกเลิกส่วนร่วมจ่ายค่ายา NSH จะต้องเตรียมวางแผนการบริหารการเงินให้ได้ว่าหาแหล่งรายได้อื่นมาทดแทนเงินงบประมาณที่เคยได้จากส่วนร่วมจ่าย ได้อย่างไร เพื่อยังคงให้บริการต่างๆดำเนินไปได้
- การยกเลิกส่วนร่วมจ่าย ซึ่งถูกมองว่าเป็นอุปสรรคขัดขวางการเข้าถึงยาของประชาชน จะมีผลให้มีการใช้ยามากขึ้น เพิ่มภาระงานของแพทย์และบุคลากรอื่นในงานด้านเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการขอเบิกค่ายาคืนของประชาชน
- สัดส่วนระหว่าง ยาตามใบสั่งแพทย์ (prescription only medicines, POM) ยาที่เภสัชกรสามารถจ่ายได้ (Pharmacy medicines, P) และยาที่ผู้ป่วยสามารถซื้อได้เองทั่วไป (Over-the-counter medicines, OTC หรือ general sales list) จะเปลี่ยนแปลงไป และจะมีผลต่อระบบการเงินการคลังของเภสัชกรชุมชน

ในขณะเดียวกัน นักวิจัยบางส่วน¹⁴⁰ เสนอว่า การยกเลิกส่วนร่วมจ่ายอาจไม่ใช่คำตอบที่ดี แต่เสนอเป็นการปรับลดอัตราส่วนร่วมจ่ายให้ต่ำลงพอที่ประชาชนจะร่วมจ่ายได้ เช่น เหลือ 1-2 ปอนด์ต่อใบสั่งแพทย์ และปรับปรุงระบบ prepayment certificates (PPC) ที่มีอยู่ เนื่องจากการปฏิรูประบบใหญ่ทั้งหมดเป็นสิ่งที่ทำได้ยากและใช้เวลา การปรับปรุง PPC จึงเป็นอีกทางออกที่รัฐทำได้ เนื่องจากในปัจจุบัน ยังมีประชาชนอีกจำนวนมากที่ไม่ทราบเกี่ยวกับ PPC และไม่ได้ใช้สิทธิอย่างเต็มที่ และในกลุ่มที่ทราบเกี่ยวกับ PPC แล้ว แต่ก็ยังมีปัญหาในการจ่ายค่าบัตร PPC เป็นจำนวนมาก ในครั้งเดียว (27.85 ปอนด์สำหรับ 3 เดือน, 33.90 ปอนด์สำหรับ 4 เดือน, และ 102.50 ปอนด์สำหรับ 12 เดือน) และระบบการซื้อบัตร PPC ในปัจจุบัน ยังไม่เอื้อต่อผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยหืด ซึ่งบางช่วงอาจไม่มีอาการเลย แต่บางช่วงของปีมีอาการรุนแรง การจะซื้อบัตร PPC ไว้สำหรับใช้ทั้งปีจะทำให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจถึงความคุ้มค่าของบัตรดังกล่าว ดังนั้นวิธีการปรับที่มีการเสนอ เช่น อาจใช้ระบบการจ่ายเป็นเงินผ่อนแทน และเมื่อครบระยะเวลาหนึ่ง ก็มีการตรวจสอบว่าผู้ป่วยได้จ่ายเป็นเงินทั้งหมดเท่าใด (เหมือนการซื้อโทรศัพท์เงินผ่อน) ซึ่งวิธีการนี้กำลังใช้ในสกอตแลนด์

เยอรมนี

1. ภาพรวมระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ^{141,142,143,144,145,146}

ประเทศเยอรมนีมีการปกครองแบบสหพันธรัฐ นโยบายและกฎหมายด้านสาธารณสุขถูกกำหนดโดยรัฐบาลกลางร่วมกับรัฐบาลของมลรัฐ รัฐบาลกลางจะออกกฎหมายต่างๆ เพื่อควบคุมกำกับระบบบริการสาธารณสุข รัฐบาลของมลรัฐมีบทบาทในการบังคับใช้กฎหมายต่างๆ ที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง และออกกฎหมายลูกสำหรับแต่ละมลรัฐ เพื่อบังคับใช้ ควบคุมกำกับกับการดำเนินงานขององค์กรอิสระที่

ได้รับการรับรองตามกฎหมาย ดำเนินกิจการโรงพยาบาลของรัฐ ควบคุมมาตรฐานการศึกษาของแพทย์ การผลิตแพทย์ ส่วนรัฐบาลท้องถิ่นจะรับผิดชอบการให้บริการสาธารณสุขต่างๆ เช่น การควบคุมป้องกันโรค การบริหารจัดการโรงพยาบาลของท้องถิ่น สนับสนุนงบลงทุนแก่โรงพยาบาล บริหารและสนับสนุนด้านงบประมาณแก่บ้านพักคนชราของรัฐ

ระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมนีเป็นระบบประกันสังคม (Social Health Insurance) ซึ่งถือว่าเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับสำหรับประชาชนผู้มีรายได้ ส่วนผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ที่ไม่มีงานทำ จะได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพผ่านระบบสวัสดิการสังคม รัฐบาลไม่ได้ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ แต่มีส่วนร่วมสำคัญในการออกกฎหมาย และกำกับดูแลหน่วยงานต่างๆ ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น

ระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศถูกบริหารจัดการโดยกองทุนการเจ็บป่วย (Sickness fund) ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ประกัน Sickness fund ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานเอกชน ไม่หวังผลกำไร ในประเทศเยอรมนีมี sickness fund มากกว่า 1,100 แห่ง (เป็น local funds ~21% แห่ง, company funds ~65% และ guild funds ~14%) ประชาชนมีอิสระที่จะเลือกประกันสุขภาพภายใต้ sickness fund หรือจะเลือกที่จะซื้อประกันเอกชนก็ได้ ทั้งนี้อิสระในการเลือกระบบประกันสุขภาพขึ้นกับความสามารถในการจ่าย ซึ่งในที่นี้รัฐเป็นผู้กำหนดโดยดูจากฐานเงินเดือน หากประชาชนมีรายได้ต่ำกว่า 47,750 €/ ปี (ในปี ค.ศ. 2007) ตามกฎหมายประกันสังคมถือว่าคนๆ นี้ต้องทำประกันสุขภาพกับ Sickness fund เท่านั้น แต่หากประชาชนมีรายได้เกินกว่านี้ ก็มีสิทธิที่จะเลือกเป็นสมาชิกของ Sickness fund ก็ได้ หรือจะเลือกซื้อประกันสุขภาพเอกชนก็ได้ ทั้งนี้การตัดสินใจเลือกระบบประกันจะมีผลต่อตัวผู้เอาประกันอย่างน้อย 2 ประการคือ 1) การเลือกประกันสุขภาพเอกชนจะไม่ครอบคลุมสมาชิกในครอบครัวที่ต้องพึ่งพาสมาชิกหลัก เช่น คู่สมรสที่ไม่ได้ทำงาน บุตร คนเหล่านี้จะถูกเก็บค่าเบี้ยประกันภายใต้ประกันสุขภาพเอกชน ซึ่งต่างจากการเป็นสมาชิกของ Sickness fund ซึ่งจะให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพครอบคลุมคนเหล่านี้อัตโนมัติ 2) การเลือกประกันสุขภาพเอกชนจะมีผลต่อผู้เอาประกันในระยะยาว คือผู้เอาประกันรายนั้นจะไม่มีสิทธิกลับมาเป็นสมาชิกของ sickness fund (ยกเว้นในบางกรณี)

แม้จะมีประกันสุขภาพภาคบังคับภายใต้ sickness fund จำนวนมากหลายพันกองทุน สิทธิประโยชน์สำหรับสมาชิกในกองทุนไม่ว่าจะเป็นสมาชิกภาคบังคับ หรือสมาชิกภาคสมัครใจต่างก็ได้รับสิทธิประโยชน์แบบเดียวกัน Sickness funds ครอบคลุมบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การป้องกันโรค บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน ยา และบริการทันตกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู ทั้งนี้ผู้ป่วยจะต้องร่วมจ่ายสำหรับบริการบางอย่าง เช่น บริการด้านยา ทันตกรรม บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยในที่ไม่ได้มีการส่งต่อตามระบบ สำหรับผู้ที่เลือกใช้ประกันสุขภาพเอกชน สิทธิประโยชน์ที่ให้ต้องไม่น้อยไปกว่าที่รัฐกำหนด และจะดีเพียงใดขึ้นกับสิทธิประโยชน์ที่เลือก และเบี้ยประกันที่จ่าย สำหรับประชาชนที่อายุมากกว่า 65 ปี และซื้อประกันสุขภาพเอกชน รัฐได้มีการกำหนดค่าธรรมเนียมมาตรฐานที่บริษัทจะเรียกเก็บจากผู้เอาประกัน และกำหนดให้สิทธิประโยชน์ของสมาชิกกลุ่มนี้ต้องไม่แตกต่างไปจากกลุ่มที่อยู่ภายใต้ Sickness fund

ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (ปีค.ศ. 2001) พบว่า 86% ของประชาชนมีประกันสุขภาพภายใต้ Sickness funds ในจำนวนนี้เป็นสมาชิกภาคบังคับ 72% เป็นสมาชิกภาคสมัครใจ 14% เป็น

สมาชิกของประกันสุขภาพเอกชน 9% และอีก 5% เป็นข้าราชการทหาร ตำรวจได้รับการรักษาฟรี โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่าย (พบว่าสัดส่วนของประชาชนในระบบประกันสุขภาพแบบต่างๆ ไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนักในปี ค.ศ. 2007: 87% ภายใต้อายุ sickness fund, 10% ภายใต้อายุประกันสุขภาพเอกชน, 2% ภายใต้อายุรัฐ และ 1% ไม่มีประกันใดๆ)

การเงินการคลังของการประกันสุขภาพภายใต้อายุ Sickness fund มาจากการส่งเงินเข้ากองทุนของสมาชิก ซึ่งเงินที่สมาชิกจ่ายเข้ากองทุนจะคิดเป็นสัดส่วนกับเงินเดือน (ประมาณ 8% ของเงินเดือน) โดยมีนายจ้างจ่ายสมทบในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน เงินส่วนนี้คิดเป็น 67% ของเงินที่ใช้จ่ายในเรื่องประกันสุขภาพ ส่วนที่เหลือได้มาจากการจัดสรรเงินภาษี (21%) และส่วนร่วมจ่ายของประชาชน (11%) นอกจากนี้ ข้อมูลจาก OECD ปีค.ศ. 2005 พบว่าประเทศเยอรมนีมีค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อคนต่อปีประมาณ 3,287 USD คิดเป็น 10.7% ของ GDP โดยเป็นส่วนที่มาจาก Sickness fund และภาษีคิดเป็น 76.9% และมีค่าใช้จ่ายด้านยาคิดเป็น 15.2% ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งหมด (ดูภาคผนวก 1 สำหรับแหล่งที่มาของเงินในระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมนี)

การส่งมอบบริการตรวจรักษาแบบปฐมภูมิทำโดยแพทย์ทั่วไปซึ่งให้บริการภายใต้คลินิกส่วนตัว (private clinic) โดยทั่วไปแพทย์เหล่านี้ไม่ได้มีหน้าที่คัดกรองเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (แพทย์ทั่วไปไม่ได้ทำหน้าที่เป็น Gate keeper) แต่ในปีค.ศ. 2004 Sickness fund พยายามให้มีการใช้ระบบ Gate keeper โดยมีการจูงใจแพทย์ และผู้ป่วยให้เข้าร่วมโครงการ Family physician care model ภายใต้อายุประกันสุขภาพ แพทย์ทั่วไปได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบของค่าธรรมเนียมแพทย์และค่าตอบแทนสำหรับบริการหัตถการมาตรฐาน ทั้งนี้การกำหนดค่าธรรมเนียมแพทย์ขึ้นกับการต่อรองระหว่างองค์กรแพทย์กับ Sickness fund ส่วนการส่งมอบบริการในระดับทุติยภูมิและระดับที่สูงกว่านี้ทำในโรงพยาบาล (50% เป็นโรงพยาบาลรัฐ, 33% เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร และที่เหลือเป็นโรงพยาบาลเอกชนซึ่งหวังผลกำไร) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำ (Full time) ของโรงพยาบาล ซึ่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ได้รับค่าตอบแทนจากโรงพยาบาลในรูปของเงินเดือน ส่วนสถานพยาบาลจะได้รับค่าตอบแทนจาก Sickness fund ในรูปของ Diagnostic Related Group (DRG) ซึ่งเป็นอัตราต่อครั้งของการรักษาตัวในโรงพยาบาล ทั้งนี้ DRG rate มีการปรับปรุงอย่างเป็นระบบทุกปี

2. แนวคิดหลักการ รูปแบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา และอัตราการร่วมจ่าย

จากการทบทวนเอกสาร ไม่พบว่ามีเอกสารที่บ่งบอกถึงแนวคิด หลักการในการกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่เป็นทางการ มีเพียงส่วนหนึ่งของกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม (Social Security Code) ข้อที่ 1 มาตราที่ 5 ที่พูดถึงความรับผิดชอบร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน (Personnal co-responsibility)

ภายใต้อายุประกันสุขภาพของเยอรมนีมีการกำหนดให้ประชาชนมีหน้าที่ต้องร่วมจ่ายเมื่อรับบริการทางการแพทย์มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1923 โดยกระบวนการกำหนดส่วนร่วมจ่ายเป็นหน้าที่ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและประกันสังคม โดยรัฐมนตรีมีหน้าที่จัดทำข้อเสนอให้สภาผู้แทนราษฎรเป็นผู้ลงมติ รูปแบบการร่วมจ่ายที่ใช้ในประเทศเยอรมนีเป็นแบบ co-insurance สลับกับ flat rate และในปีค.ศ. 1989 มีการเพิ่มเติมการร่วมจ่ายค่ายาภายใต้อายุ “reference price”

ประเทศเยอรมนีเป็นประเทศแรกๆที่เริ่มต้นใช้ระบบ reference price โดยในปีค.ศ. 1989 รัฐได้ออกกฎหมาย Health Reform Act เพื่อบังคับใช้ระบบ reference price ซึ่งมีหลักการสำคัญคือผู้ให้ประกันจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับยาที่ใช้ทดแทนกันได้ที่มีราคาหนึ่งที่กำหนดไว้ หากผู้ป่วยใช้ยาที่มีราคาสูงกว่า reference price ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนต่าง

ประเทศเยอรมนีใช้ระบบ reference pricing ใน 3 ระดับด้วยกันคือ

- 1) ยาที่มีชื่อสามัญตัวเดียวกัน (generic equivalent) เช่น propranolol ไม่ว่าผลิตจากบริษัทใด เบิกจ่ายอัตราเดียวกัน
- 2) ยาที่มีการออกฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาแบบเดียวกัน (pharmacological equivalent) เช่น beta-blocker ทั้งกลุ่ม
- 3) ยาที่ใช้สำหรับรักษาโรคหรืออาการเดียวกัน (Therapeutic equivalent) เช่น ยาสำหรับโรคความดันโลหิตสูง

แต่เดิมระบบ reference price ครอบคลุมยาทั้งที่หมดสิทธิบัตรแล้ว และยาที่ยังอยู่ในสิทธิบัตรด้วย แต่ภายหลังได้มีการทบทวนนโยบายในส่วนนี้ใหม่และยกเลิกการจัดยาที่ยังอยู่ภายใต้สิทธิบัตรไว้ในกลุ่มยาที่ทำ reference price

การกำหนดราคา reference price ของประเทศเยอรมนีไม่ได้กำหนดจากราคาขายที่ต่ำสุดในกลุ่มหรือจากราคาต่ำสุดที่เพิ่ม margin แต่ได้จากการคำนวณตามสมการ regression ที่รัฐกำหนด ทั้งนี้พบว่าประเทศเยอรมนีมีการประกาศกลุ่มยาที่อยู่ภายใต้ระบบ reference price ถึง 4 ครั้ง (ปีค.ศ. 1989, ค.ศ. 1991, ค.ศ. 1992, และ ค.ศ. 2004) และพบว่ายาในท้องตลาดกว่า 60% เป็นยาที่อยู่ภายใต้ระบบ reference price

การกำหนด reference price มีผลทำให้ผู้ผลิตไม่ตั้งราคาขายสูงมากนัก⁵

จากการทบทวนเอกสารจากแหล่งต่างๆ สามารถสรุปรูปแบบ และอัตราการร่วมจ่ายค่ายาของประเทศเยอรมนีได้ดังตารางที่ 3.36

⁵ จากการสัมภาษณ์ Dr. Anita Wagner ทาง e-mail

ตารางที่ 3.36 วิวัฒนาการส่วนร่วมจ่ายค่ายาของประเทศเยอรมนี

ปี	รูปแบบส่วนร่วมจ่าย	อัตราการร่วมจ่าย
ปี 1923-1929 ช่วงเศรษฐกิจตกต่ำ	co-insurance ค่ายาและอุปกรณ์การแพทย์	10-20% (ยกเว้นส่วนร่วมจ่ายสำหรับผู้ตกงาน)
ปี 1930	Flat rate/ใบสั่ง (ก็ item ก็ตาม)	
ปี 1970	co-insurance	20% และกำหนดเพดานไม่เกิน 2.5 DM/ ใบสั่ง
ปี 1977 ช่วงเศรษฐกิจ ขยายตัว	Flat rate/ใบสั่ง	1 DM/ ใบสั่ง
ปี 1989	ร่วมจ่ายส่วนที่เกินจาก "Reference Prices"	ผู้ป่วยจ่ายส่วนต่างของ Market price – reference price
ปี 1993	ส่วนเกินจาก Reference Price ร่วมกับ Flat rate แบบขั้นบันไดตามมูลค่ายา	ค่ายา < 15€ co-pay 1.53€ ค่ายา 15-25€ co-pay 2.56€ ค่ายา > 25€ co-pay 3.58€
ปี 1994	ส่วนเกินจาก Reference Price ร่วมกับ Flat rate แบบขั้นบันไดตามปริมาณยา หรือ ขนาดของบรรจุภัณฑ์ (package size)	Small pack co-pay 1.53€ Medium pack co-pay 2.56€ Large pack co-pay 3.58€
ปี 1997 (ครั้งแรก)		Small pack co-pay 2.05€ Medium pack co-pay 3.07€ Large pack co-pay 4.09€
ปี 1997 (ครั้งหลัง)		Small pack co-pay 4.60€ Medium pack co-pay 5.62€ Large pack co-pay 6.65€
ปี 1999		Small pack co-pay 4.09€ Medium pack co-pay 4.60€ Large pack co-pay 5.11€
ปี 2002		Small pack co-pay 4.00€ Medium pack co-pay 4.50€ Large pack co-pay 5.00€
ปี 2004	ส่วนเกินจาก Reference Price ร่วมกับ co-insurance	ส่วนต่างระหว่าง market price กับ reference price + 10% ของ market price (โดยที่ต่ำสุด 5€ และสูงสุดไม่เกิน 10€)

นอกจากการร่วมจ่ายค่ายาแล้ว ยังพบว่ามีกรเรียกเก็บส่วนร่วมจ่ายจากบริการการแพทย์อื่นๆ ในระบบประกันสุขภาพด้วย พบว่าตั้งแต่ปีค.ศ. 1977 จนถึงปีค.ศ. 2004 รัฐบาลของประเทศเยอรมนีได้

ออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพถึง 12 ครั้ง โดยในจำนวนนี้เกี่ยวข้องกับการกำหนดส่วนร่วมจ่ายอยู่ด้วยดังนี้

- งานบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยต้องร่วมจ่ายค่าให้คำปรึกษาของแพทย์ตั้งแต่ปี 1930 และการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งล่าสุดปี 2004 กำหนดให้ผู้ป่วยร่วมจ่าย 10 ยูโรต่อครั้งใน 1 Quarter
- งานบริการผู้ป่วยใน ตั้งแต่ปี 1983 ผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย 2.6 ยูโร ต่อวันนอนโรงพยาบาล ในปี 2003 เพิ่มขึ้นเป็น 9 ยูโรต่อวัน แต่เพดานสูงสุดของการจ่ายร่วมคือ 14 วันใน 1 ปี
- งานบริการทันตกรรม เป็นงานบริการที่มีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องรับภาระ (out of pocket) สูงสุดเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายสุขภาพอื่นๆ ในปีค.ศ. 1994 คิดเป็นค่าใช้จ่าย 2.46 พันล้านยูโร ในปีค.ศ. 1995 รัฐได้นำบริการทันตกรรมจัดไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ ปีค.ศ. 1997 กำหนดให้มีการจ่ายร่วมในอัตราร้อยละ 20 ต่อมา มีการปฏิรูประบบสุขภาพในปีค.ศ. 1989 ปรับเป็นบุคคลใดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากดี มาตรวจสุขภาพฟันอย่างสม่ำเสมอจะร่วมจ่ายในอัตราน้อยกว่าผู้ที่ไม่มาตรวจสุขภาพฟัน ดังนั้น การร่วมจ่ายในบริการทันตกรรมจึงขึ้นอยู่กับผลการตรวจสุขภาพฟันประจำปี นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับประเภทของการรักษา เช่น ถ้ามีอาการรุนแรง จ่ายร่วมเพียงร้อยละ 20 หรือในครอบครัวที่มีลูกมากกว่า 1 คน เมื่อมารักษาพร้อมกันบุตรคนที่ 2 จะจ่ายร่วมเพียงร้อยละ 10
- งานบริการอื่นๆ เช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ในปีค.ศ. 1977 ต้องจ่ายร่วมเป็นค่าคงที่คือ 1.8 ยูโรต่อครั้ง และเพิ่มเป็น 2.6 ยูโรต่อเที่ยว ต่อมาในปีค.ศ. 1989 ถ้ามีการย้ายผู้ป่วยไปพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอก จะไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ แต่ถ้าย้ายผู้ป่วยไปหน่วยบริการอื่นต้องจ่ายร่วม 10.2 ยูโรต่อเที่ยว และเพิ่มเป็น 13 ยูโรต่อเที่ยว ในปีค.ศ. 2003 ส่วนงานบริการอื่นๆ ที่ไม่ใช่งานบริการทางการแพทย์ ในปีค.ศ. 1989 จะต้องจ่ายร่วมร้อยละ 10 และเพิ่มเป็นร้อยละ 15 ในปีค.ศ. 1997 (ดูภาคผนวก 2 สำหรับภาพรวมของการร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมนี)

3. หลักเกณฑ์การกำหนดประเภทยา

ยาใหม่จะเข้าสู่ตลาดได้จะต้องผ่านการขึ้นทะเบียนกับ The Federal Institute for Drugs and Medical Devices (BfArM) โดยเมื่อครบ 5 ปี ผลิตภัณฑ์ยาทุกรายการจะต้องทำการขอขึ้นทะเบียนใหม่ renew และทบทวนสถานภาพของยา เช่น สถานภาพการเป็นยาที่ต้องใช้ใบสั่ง หรือสถานภาพการเป็นยาที่ขายได้เฉพาะในร้านยา

ยาส่วนใหญ่ที่ผ่านการขึ้นทะเบียนแล้ว จะเป็นยาที่ Sickness fund ยินดีให้การอุดหนุนแก่ผู้ป่วย ยกเว้นในกรณีที่ยาถูกจัดไว้ในบัญชีที่ห้ามเบิกจ่าย (Negative drug list) หรือเป็นยา OTC ที่แพทย์ไม่ได้สั่ง หรือไม่ใช่ว่าที่เป็น standard treatment สำหรับโรคหรืออาการเจ็บป่วยนั้นๆ

Negative drug list ฉบับแรกถูกพัฒนาและนำมาใช้ในปีค.ศ. 1984 ยาที่ถูกจัดไว้ใน Negative drug list มักเป็นยาสำหรับการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เช่น ยาสำหรับไข้หวัด ยาแก้ปวด ลดไข้ ยาแก้อาการถ่าย-ยาระบาย ยาที่ยังมีความคลุมเครือในแง่ของคุณค่าหรือประโยชน์ในการรักษา ยาสูตรผสมซึ่งมียาหลายๆ ตัวแต่ไม่มีความชัดเจนในแง่ของประสิทธิผล นอกจากนี้ยังรวมถึงยาที่มีข้อบ่งใช้หลักเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น ยาลดความอ้วน ยาสำหรับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ทั้งนี้การระบุว่ายาดังกล่าวถูกบรรจุไว้ใน Negative drug list เป็นหน้าที่ของ Joint Federal Committee (GBA) ซึ่งประกอบไปด้วย

ตัวแทนจากแพทย์ Sickness fund โรงพยาบาล การปรับปรุง Negative List ไม่ได้ทำบ่อยๆ โดยครั้งล่าสุดมีการปรับปรุงบัญชีเมื่อปีค.ศ. 2000 มูลค่าการใช้ยาภายใต้ Negative List คิดเป็น 1% ของค่าใช้จ่ายด้านยาของ Sickness fund

ประเทศเยอรมนีมีความพยายามที่จะผลักดันให้เกิดบัญชีรายการยาสำหรับเบิกจ่ายที่มีลักษณะเป็น Positive drug list ถึง 2 ครั้งในปีค.ศ. 1995 และ 2003 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญ 11 ท่านให้เป็นผู้พัฒนาบัญชียาดังกล่าว ยาในบัญชีดังกล่าวจะเป็นยาที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพดี จำเป็นสำหรับการรักษา หรือวินิจฉัย หรือป้องกันโรค แต่ความพยายามที่จะนำ positive list ไปใช้ไม่ประสบผลสำเร็จทั้ง 2 ครั้ง

โดยสรุปยาในประเทศเยอรมนีสามารถจัดแบ่งเป็นได้ดังนี้

1. ตามลักษณะของการต้องมีใบสั่งแพทย์: prescription vs OTC drug
2. ตามบัญชี Negative list: อยู่ในบัญชี Negative list vs. ไม่อยู่ในบัญชี Negative list

ทั้งนี้ยาที่ Sickness fund ให้การสนับสนุนแก่สมาชิกส่วนใหญ่เป็นยาที่ต้องมีใบสั่งแพทย์ และต้องไม่อยู่ในบัญชี Negative list ขณะที่ยา OTC บางอย่างที่แพทย์สั่ง และเป็นยาที่ดีถือว่าเป็นยาสำหรับการรักษามาตรฐานสำหรับโรคนั้น หรือใช้ในผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 12 ปี ก็เป็นยาที่ Sickness fund จะเบิกจ่ายให้แก่สมาชิกได้ ส่วนราคาที่เบิกจ่ายนั้นขึ้นกับว่ายาเหล่านั้นอยู่ในระบบ reference price หรือไม่ หากอยู่ในระบบ reference price กองทุนจะสนับสนุนเท่ากับ reference based price ผู้ป่วยจะต้องเป็นคนจ่ายส่วนต่างระหว่าง market price กับ reference price แต่หากยาไม่อยู่ในระบบ reference price กองทุนจะต้องเบิกคืนตามจริง ทั้งนี้ Sickness fund มีระบบควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาด้วยวิธีการเช่น medication budget สำหรับแพทย์เป็นต้น

4. กลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมจ่ายที่กำหนดให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็น

ประเทศเยอรมนีมีการใช้กลไกในการปกป้องประชาชนไม่ให้ได้รับความเดือดร้อนจากการที่ต้องร่วมจ่ายดังนี้คือ

1. สมาชิกของ sickness fund ที่อยู่ภายใต้สวัสดิการสังคม เช่น ทหารผ่านศึก ผู้ที่ตกงาน นักศึกษาที่รับทุนการศึกษา ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าระดับที่รัฐกำหนด (รัฐกำหนดระดับรายได้สำหรับบุคคล และครอบครัวเอาไว้ เช่น 952€/เดือน/คน หรือ 1,309€/เดือน/2 คน และ 238€/เดือน สำหรับสมาชิกภายใต้ผู้เอาประกันหลัก เช่น บุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือคู่ครองที่ไม่ได้ทำงาน) จะได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายส่วนร่วมจ่ายในการใช้บริการ ทั้งนี้การยกเว้นไม่รวมค่ายาส่วนที่ต่างจาก reference price และไม่รวมส่วนร่วมจ่ายกรณีรับบริการผู้ป่วยใน
2. สมาชิกของ Sickness fund ที่มีส่วนร่วมจ่ายสะสมในรอบ 1 ปีมากกว่า 2% ของรายได้ครอบครัว (หากครอบครัวมีสมาชิกมากกว่า 1 คน โดยที่สมาชิกอื่นต้องพึงพิงสมาชิกหลักที่เป็นสมาชิกของ sickness fund เพดานรายได้ครอบครัวจะลดลง 4,284€ สำหรับสมาชิกคนที่ 2 และลดลงอีก 2,856€ สำหรับสมาชิกเสริมรายถัดๆ มา)
3. สมาชิกของ Sickness fund ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังมานานไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีรายจ่ายสะสมในรอบ 1 ปีมากกว่า 1% ของรายได้ จะได้รับการยกเว้นค่าส่วนร่วมจ่าย

การยกเว้นลักษณะนี้แตกต่างจากการยกเว้นเมื่อส่วนร่วมจ่ายสะสมต่อปีมากกว่า 2% ของรายได้ครอบครัว เนื่องจากเงื่อนไขนี้ใช้เฉพาะสำหรับบุคคลที่เป็นโรคเรื้อรังเท่านั้น ไม่สามารถนับค่าใช้จ่ายของคนๆ นี้นับรวมกับสมาชิกอื่นในครอบครัวได้

นอกจากนี้รัฐยังได้กำหนดการยกเว้นส่วนร่วมจ่ายสำหรับกลุ่มประชากรอีก 2 กลุ่มได้แก่ เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี และหญิงตั้งครรภ์อีกด้วย

จากการศึกษาของ Nink and Schroder ในปีค.ศ. 2001 พบว่ากว่า 47% ของใบสั่งยาทั้งหมดเป็นใบสั่งของบุคคลที่ได้รับการยกเว้นส่วนร่วมจ่าย ซึ่งคิดเป็นสมาชิก 1 ใน 3 ของสมาชิกทั้งหมดของ sickness fund

สำหรับประกันสุขภาพเอกชนที่เป็นประกันสุขภาพเสริมในประเทศเยอรมนีส่วนใหญ่ไม่ได้ให้บริการที่ครอบคลุมการจ่ายส่วนร่วมจ่ายให้สมาชิก ซึ่งอาจจะแตกต่างจากประกันสุขภาพเสริมในประเทศฝรั่งเศส และแคนาดา

5. ผลของมาตรการส่วนร่วมจ่ายค่ายา

จากบทความ Cost sharing in the German health care system พอสรุปผลของมาตรการส่วนร่วมจ่ายค่ายาได้ดังนี้

ข้อดี

- ทำให้ระบบโดยรวมเกิดความประหยัดค่าใช้จ่ายด้านยาในภาพรวมได้ (Sickness fund ประหยัดเงินค่ายาได้ถึง 1.2 พันล้านยูโรในปีค.ศ. 1996 และ 2.1 พันล้านยูโรในปีค.ศ. 2002)
- เกิดการแข่งขันกันระหว่างบริษัทผู้ผลิตยา
- ประชาชนเกิดความตระหนักและเลือกใช้ยาที่ไม่ต้องจ่ายส่วนเกินจาก reference price มากขึ้น

ข้อเสีย

- การที่ Sickness fund จัดยาบางอย่างไว้ใน negative list ซึ่งหมายความว่าผู้มีสิทธิต้องจ่ายค่ายาทั้งหมดด้วยตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการใช้ยาจากเดิมซึ่งเป็นยาที่ต้องจ่ายเงินเองเป็นยาใหม่ที่ Sickness fund ยินดีจ่ายเงินคืนให้
- ผู้ป่วยหยุดใช้ยาที่ส่วนร่วมจ่ายแพงขึ้น หรือ ลดปริมาณการใช้ยาลง
- ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการส่วนร่วมจ่ายอาจจะสูงกว่าเงินที่ประหยัดได้จากการใช้มาตรการส่วนร่วมจ่าย ทั้งนี้ประเทศเยอรมนีไม่มีข้อมูลค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการส่วนนี้

ฟินแลนด์

1. ภาพรวมระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ^{30,147,148,149,150,151,152,153}

ประเทศฟินแลนด์มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งครอบคลุมบริการทางการแพทย์ทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน เวชศาสตร์ฟื้นฟู การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และยา โดยครอบคลุมประชาชนทุกคนของประเทศ หน่วยงานที่ดูแลเรื่องระบบประกันสุขภาพคือ National Health Insurance Scheme (NHI) ซึ่งเรียกว่า Kela ซึ่งเป็นหน่วยงานรัฐภายใต้ Ministry of Social Affairs and health เงินที่ใช้ในการบริหารจัดการ NHI คือเงินภาษีที่รัฐจัดสรรให้

ระบบประกันสุขภาพของประเทศฟินแลนด์ไม่ได้เป็นแบบรวมศูนย์ แต่เป็นแบบที่กระจายอำนาจให้เทศบาลส่วนท้องถิ่น 425 แห่งทั่วประเทศเป็นผู้รับผิดชอบ ทั้งนี้ NHI ที่ส่วนกลางมีหน้าที่กำหนดนโยบาย ออกกฎหมาย จัดสรรงบประมาณให้แก่เทศบาลส่วนท้องถิ่น และจัดสรรงบประมาณค่ายา ส่วนเทศบาลส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งจะทำหน้าที่บริหารจัดการงบประมาณทั้งส่วนที่ได้รับจากส่วนกลาง และส่วนที่เป็นรายได้ของตนเองซึ่งได้จากภาษีท้องถิ่นอีกด้วย โดยจัดหาบริการทางการแพทย์ให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ในการให้บริการด้านสุขภาพ เทศบาลอาจจะให้บริการผ่านสถานพยาบาลของตน หรือ ทำสัญญากับผู้ให้บริการที่เป็นหน่วยงานไม่หวังผลกำไร หรือทำสัญญากับหน่วยงานเอกชนก็ได้

การจัดบริการการแพทย์ขั้นพื้นฐานเป็นหน้าที่ของเทศบาลส่วนท้องถิ่น ในประเทศฟินแลนด์มีสถานพยาบาลซึ่งให้บริการปฐมภูมิ (Health Centers) ถึง 270 แห่ง ส่วนบริการทางการแพทย์เฉพาะทางจะทำผ่านสถานพยาบาลทุติยภูมิ (20 hospital districts, 15 Central hospitals, 22 district hospitals) และโรงพยาบาลตติยภูมิ (5 University hospitals) โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของรัฐภายใต้เทศบาลส่วนท้องถิ่น ส่วนน้อยเป็นของเอกชน การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิไปยังระดับที่สูงขึ้นจะต้องอยู่ในพื้นที่เดียวกัน

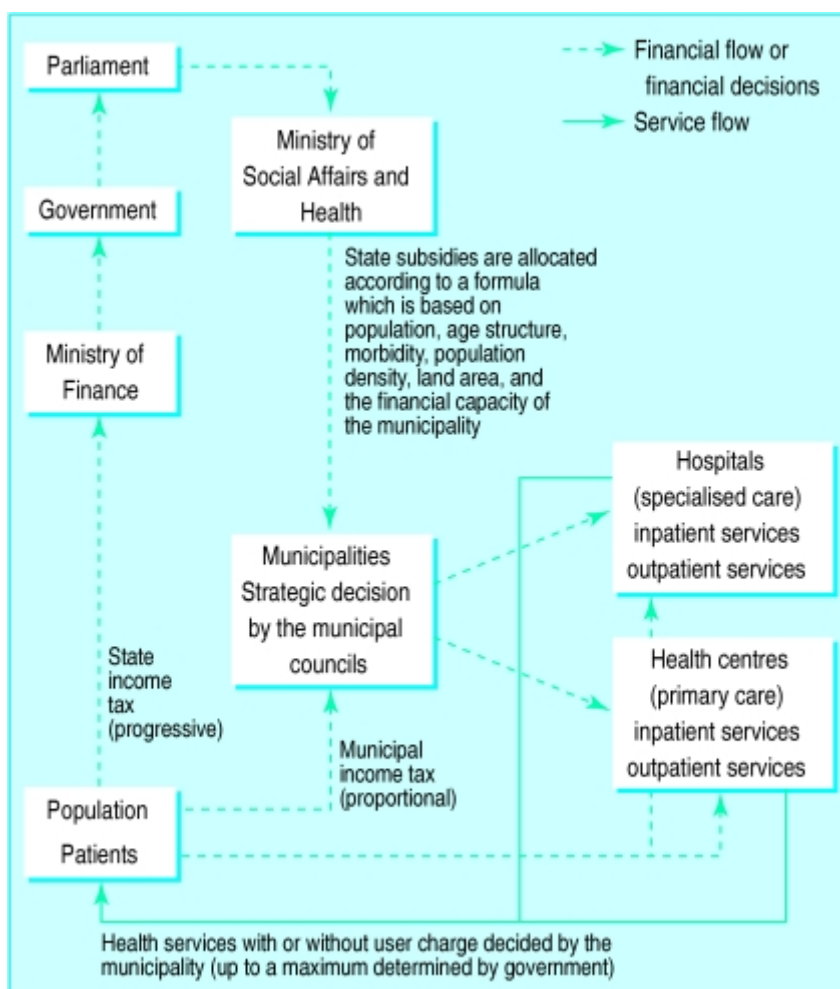
การจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลางให้รัฐบาลท้องถิ่นทำโดยคำนึงถึงจำนวนประชากร โครงสร้างอายุของประชากร โรคในท้องถิ่นนั้นๆ

ข้อมูลจาก OECD ปีคศ. 2005 ประเทศฟินแลนด์มีค่าใช้จ่ายสุขภาพ 11.24 พันล้านยูโร หรือคิดเป็น 7.5% ของ GDP โดยเป็นส่วนที่รัฐรับผิดชอบประมาณ 77.8% และค่าใช้จ่ายด้านยาคิดเป็น 16.3% ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งหมด

ในช่วงกลางทศวรรษ 1990 ประเทศฟินแลนด์ประสบปัญหาเศรษฐกิจตกต่ำ มีมาตรการจำกัดงบประมาณจากรัฐบาลกลางที่จะจัดสรรให้กับรัฐบาลส่วนท้องถิ่น (block grant) ภาระในการหางบประมาณเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่าย การเรียงลำดับความสำคัญของกิจกรรมและการจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอสำหรับแต่ละกิจกรรมจึงตกอยู่กับเทศบาล เทศบาลมีสิทธิที่จะจัดเก็บภาษีจากประชาชนเพิ่มได้ แต่พบว่าเทศบาลส่วนใหญ่ใช้วิธีเก็บ user's fee จากประชาชนเมื่อมีการรับบริการทางการแพทย์แทน มาตรการเพิ่ม user's fee ที่เทศบาลเลือกนี้ก่อให้เกิดการวิพากวิจารณ์อย่างกว้างขวาง เพราะเป็นมาตรการที่ทำให้ง่ายและมีผลกระทบต่อนักการเมืองน้อยเมื่อเทียบกับการขึ้นภาษี และ

มาตรการนี้อาจเป็นการเพิ่มภาระทางการเงินให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนึกถึงสมมติฐานที่ว่าคนจนจะมีสุขภาพที่แย่กว่าคนรวย

ภาพที่ 3.17 การคลังและการให้บริการสุขภาพโดย National Health Insurance ของประเทศฟินแลนด์



2. แนวคิดหลักการ รูปแบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา

จากการทบทวนเอกสาร ไม่พบว่ามีเอกสารที่บ่งบอกถึงแนวคิด หลักการในการกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่เป็นทางการ

ส่วนรูปแบบของส่วนร่วมจ่ายค่ายาในประเทศฟินแลนด์เป็นแบบผสม คือมีการเก็บส่วนร่วมจ่ายคงที่จำนวนหนึ่งสำหรับการรับยาแต่ละครั้ง และคิดส่วนร่วมจ่ายเป็นร้อยละของค่ายาแต่ละรายการ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่ารายการนั้นๆ ต้องมีส่วนร่วมจ่ายอยู่ในระดับใด

3. อัตราส่วนร่วมจ่าย

อัตราส่วนร่วมจ่ายค่ายาถูกแบ่งเป็น 3 ระดับตามการกำหนดกลุ่มยาภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา ซึ่งมีการจัดกลุ่มตามความจำเป็นในการใช้ยา ความรุนแรงของโรคดังนี้

- l. กลุ่ม Basic refund category ยาส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้คือยาที่ได้รับการพิจารณาจาก Pharmaceuticals Pricing Board ในเบื้องต้น
- m. กลุ่ม Lower special reimbursement category เป็นกลุ่มยาสำหรับโรค 9 โรค เช่น ความดันโลหิต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหอบหืด
- n. กลุ่ม Upper special reimbursement category เป็นกลุ่มยาสำหรับโรค 35 โรค เช่น เบาหวาน โรคจิตประสาทขั้นรุนแรง มะเร็ง ลมชัก ต้อหิน ซึ่งรัฐยินดีให้การอุดหนุนอย่างยิ่ง

ตารางที่ 3.37 อัตราส่วนร่วมจ่ายค่ายา 3 ระดับตามการกำหนดกลุ่มยาภายใต้แต่ละชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา

ปี		Basic refund category	Lower special reimbursement category	Upper special reimbursement category
ปีคศ. 1999	Deductible	10 € (50 FIM)	5 € (20 FIM)	5 € (20 FIM)
	Co-insurance	50%	25%	0%
	Safety net	656.6 € (3,283 FIM) / year หากผู้ป่วยต้องจ่ายซึ่งมีมูลค่าเกินกว่านี้ Social Insurance Institution จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย		
ปีคศ. 2006-ปัจจุบัน	Deductible			3 €
	Co-insurance	58%	28%	0%
	Safety net	616.72 € / year (2006) หากเกินจากนี้ผู้ป่วยร่วมจ่าย 1.5 € / รายการ 643.14 € / year (2008) หากเกินกว่านี้ Social Insurance Institution จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย		

เมื่อรับยาผู้ป่วยต้องแสดงบัตร social insurance card ทุกครั้งเพื่อให้ผู้ให้บริการตรวจสอบสิทธิ และต้องแสดง medical certificate เพื่อพิสูจน์ว่าผู้ป่วยถูกวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึ่งต้องจ่ายยาโดยเฉพาะยาในกลุ่ม special reimbursement ซึ่งผู้ป่วยมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

4. หลักเกณฑ์การกำหนดประเภทยา

ผลิตภัณฑ์ยาจะผ่านเข้าสู่ตลาดในประเทศฟินแลนด์ได้จะต้องได้รับอนุญาตจาก National Agency of Medicines (NAM) ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่พิจารณาถึงความปลอดภัยและประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์ยา หรือ European Medicines Evaluation Agency (EMA) ซึ่งเป็นหน่วยงานในระดับภูมิภาคของสหภาพยุโรป

ยาที่ขายได้ในท้องตลาดไม่จำเป็นจะต้องเป็นยาที่รัฐให้การอุดหนุน ยาที่รัฐให้การอุดหนุนได้แก่ยาในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา ซึ่งจะต้องผ่านการพิจารณาของ Pharmaceuticals Pricing Board (PPB) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้ร่วมของ Ministry of Social Welfare and Health

PPB จะพิจารณาและกำหนดราคา wholesale price ของผลิตภัณฑ์ยา ซึ่งราคาดังกล่าวเป็นราคาสูงที่สุดที่สามารถขายให้ร้านยา หรือสถานพยาบาล หากบริษัทยาไม่เห็นด้วย ยานั้นก็จะไม่ถูกบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยา หากบริษัทเห็นด้วย ราคายาที่กำหนดจะยืนไว้ 2 ปี สำหรับ new chemical entity และ 5 ปีสำหรับผลิตภัณฑ์ยา generic

PPB มีการประชุมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยในการพิจารณากำหนดราคา wholesale price จะคำนึงถึงปัจจัยต่อไปนี้

1. ผลประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ยาทั้งในมุมมองของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และสังคมโดยรวม
2. ค่าใช้จ่ายของประเทศ
3. ต้นทุนในการใช้ผลิตภัณฑ์ยานี้ในการรักษาผู้ป่วย รวมถึงต้นทุนทางอ้อมอื่นๆ ด้วย
4. ราคาผลิตภัณฑ์ยาในประเทศในเครือสหภาพยุโรปอื่นๆ
5. ต้นทุนในการผลิต และการทำวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ยา
6. ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (เริ่มใช้ปีคศ. 1999)

ยาในชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาในปีคศ. 2008 มี 4,748 ตำรับ มีการแบ่งยาเป็น 3 กลุ่มตามความจำเป็นในการใช้ยา ความรุนแรงของโรค ดังนี้

- a. กลุ่ม Basic refund category ยาที่ได้รับการพิจารณาจาก Pharmaceuticals Pricing Board ในเบื้องต้น เป็นยาที่ไม่ได้ถือว่าสำคัญ และจำเป็นต่อการรักษาเป็นพิเศษ ในปี คศ. 2008 มียาที่อยู่ในกลุ่มนี้ 1,980 รายการ
- p. กลุ่ม Lower special reimbursement category เป็นกลุ่มยาสำหรับโรค 9 โรค เช่น ความดันโลหิต โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหอบหืด ในปีคศ. 2008 มียาอยู่ในกลุ่มนี้ 1,192 รายการ
- q. กลุ่ม Upper special reimbursement category เป็นกลุ่มยาสำหรับโรค 35 โรค เช่น เบาหวาน โรคจิตประสาทขั้นรุนแรง มะเร็ง ลมชัก ต้อหิน ซึ่งรัฐยินดีให้การอุดหนุนอย่างยิ่ง ในปีคศ. 2008 มียาอยู่ในกลุ่มนี้ 1,532 รายการ

นอกจากนี้ยังมีการกำหนดว่ายาใหม่ que เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ด้านยาจะต้องอยู่ในกลุ่ม Basic refund category อย่างน้อย 2 ปีก่อนจะมีสิทธิถูกพิจารณาให้อยู่ในกลุ่ม higher special reimbursement category ได้ ส่วนยาที่จัดอยู่ในกลุ่ม higher special reimbursement category (กลุ่ม 2 และ 3) จะถูกประกาศอย่างเป็นทางการ โดยจะมีปรับปรุงประกาศประมาณปีละ 2 ครั้ง

นอกจากนี้ผลิตภัณฑ์ยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งจำนวนหนึ่งที่แพทย์สั่งให้แก่ผู้ป่วย และได้รับการกำหนดราคาจาก PPB แล้วก็เป็นยาที่รัฐให้การอุดหนุนด้วยเช่นกัน

5. กลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วมที่กำหนดให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็น

กลไกหลักที่ใช้ในการป้องกันไม่ให้ประชาชนประสบภาวะล้มละลายจากความเจ็บป่วยได้แก่การกำหนด Safety Net Threshold ซึ่งเป็นมูลค่าส่วนร่วมจ่ายสะสมที่สูงที่สุดที่รัฐยอมให้ผู้ป่วยจ่ายในรอบปีปฏิทินนั้นๆ ทั้งนี้พบว่าในบางช่วงเวลา แม้มีการกำหนด Safety Net Threshold ไว้ แต่พบว่าในทางปฏิบัติมีการเก็บเงินเป็นส่วนร่วมจ่ายการใช้บริการจากผู้ป่วยเพิ่มเติมเป็นจำนวนเล็กน้อย เช่นในปีค.ศ. 2006 กรณีที่ยอดส่วนร่วมจ่ายสะสมถึงจุดที่กำหนดแล้ว รัฐยังกำหนดให้ประชาชนต้องร่วมจ่ายค่ายาอีก € 1.5 /รายการ ซึ่งแนวทางปฏิบัตินี้ได้ถูกยกเลิกไปแล้วในปัจจุบัน

ตารางที่ 3.38 แหล่งที่มาของเงินในระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมนี

Source of finance	1980	1990	1992	1994	1996	1998
Public						
Statutory insurance	66.2	-	64.4	63.7	65.2	67.4
Taxes	10.9	-	13.1	12.7	11.1	8.4
Private						
Out-of-pocket	8.1	-	9.0	9.7	10.3	11.0
Private insurance	7.4	-	7.2	7.6	7.1	7.7

Sources: New health account data, Federal Statistical Office 2001 (Presseexemplar zur Einführung der neuen Gesundheitsausgabenrechnung)

Notes: 1. Data in all tables and figures up to and including 1990 is for the Federal Republic of Germany only, from 1991 onwards data is for the unified Germany including the *Länder* of the former GDR unless otherwise stated. 2. Figures do not add up to 100% due to omission of "other" sources (mainly employers). 3. "Statutory insurance" includes health, pension, accident and long-term care (the latter from 1996).

ที่มา: Cost sharing in the German health care system. Gericke CA., Wismar M., BUSSE R. (Available at: <http://www.wtu-berlin.de/diskussionspapiere/2004/dp04-2004.pdf>, March 2008)

ตารางที่ 3.39 ภาพรวมของการร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมนี

	1977-1981	1982	1983-1988	1989-1990	1991-1992	1993	1994-1996	1 st half 1997	2 nd half 1997	1998	1999	2000-2001	2002-2003	2004 - (planned)
Ambulatory medical treatment	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10 ¹
Pharmaceuticals (€)	0.5	0.8	1											
- without reference price ²				1.5	1.5	100% above RP	100% above RP	100% above RP	100% above RP	100% above RP	100% above RP	100% above RP	100% above RP	5-10 (10%)
- with reference price (RP)				100% above RP	100% above RP	100% above RP	100% above RP	100% above RP	100% above RP	100% above RP	100% above RP	100% above RP	100% above RP	5-10 (10% of price up to RP) ² plus 100% above RP
- up to € 15 in price ²						plus 1.5	plus	plus	plus	plus	plus	plus	plus	
- >30 up to € 25 in price						2.6								
- over € 25 in price						3.6								
- small pack ²							1.5	2.0	4.6	4.6	4.1	4.1	4.0	
- medium pack ²							2.6	3.1	5.6	5.6	4.6	4.6	4.5	
- large pack ²							3.6	4.1	6.6	6.6	5.1	5.1	5.0	
Conservative dental treatment	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10 ¹
Crowns and dentures	20% or more	40% ³ or more	40% ³ or more	50% ⁴ 40% ⁴ 35% ⁵	50% ⁴ 40% ⁴ 35% ⁵	50% ⁶ 40% ^{4,6} 35% ^{5,6}	50% ⁶ 40% ^{4,6} 35% ^{5,6}				50% ⁶ 40% ^{4,6} 35% ^{5,6}	50% ⁶ 40% ^{4,6} 35% ^{5,6}	50% ⁶ 40% ^{4,6} 35% ^{5,6}	100% above fixed sum
- for persons born before 1979								50% ⁶ 40% ^{4,6} 35% ^{5,6}	55% ⁶ 45% ^{4,6} 40% ^{5,6}	100% above fixed sum				
- for persons born after 1978								100%	100%	100%				
Orthodontic treatment	20% or less	20% or less	20% or less	0-20% ⁸	0-20% ⁸	0-20% ⁸	0-20% ⁸	0-20% ⁸	0-20% ⁸	0-20% ⁸	0-20% ⁸	0-20% ⁸	0-20% ⁸	0-20% ⁸
- if eating, speaking or breathing is severely limited ⁷														
Transportation to and from medical facility (€ per trip)	1.8	2.6	2.6											
- inpatient treatment or emergencies				10.2	10.2	10.2	10.2	10.2	12.8	12.8	12.8	12.8	13	5-10 (10%)
- ambulatory treatment				100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Non-physician care (e.g. home nursing, physiotherapy) (€ per prescription or % of costs)	0.5	2	2	10%	10%	10%	10%	10%	15%	15%	15%	15%	15%	10 plus 10% ⁹
Hospital stay and inpatient rehabilitation after a hospital stay (€ per day) ¹⁰	0	0	2.6	2.6	5.1	5.6	6.1	6.1	8.7	8.7	8.7	8.7	9	10
Preventive spa or inpatient rehabilitation unrelated to hospital stay (€ per day)	0	0	5.1	5.1	5.1	5.6	6.1	12.8	12.8	12.8	12.8	8.7	9	10

Notes: ¹ per physician or dentist consulted per quarter except referrals; ² with price of drug as maximum; ³ from 1982-1988 limited to % of technical/laboratory costs; ⁴ if insured had regular annual check-ups for the last five years; ⁵ if the insured had regular annual check-ups for the last ten years; ⁶ 100% for major dental work (more than four replacement teeth per jaw or more than three per side of mouth, except multiple single bridges, which may exceed three); ⁷ and treatment is

begun under age 18, otherwise 100%;⁸ full cost is reimbursed retrospectively by the sickness fund if a predefined treatment plan is entirely completed;⁹ for home nursing limited to 28 days per year;¹⁰ 1983-2003 limited to a total of 14 days per year, from 2004 limited to 28 calendar days per year. Several rates in this table were lower in the Eastern part of Germany until 1999. Source: Own compilation based on data from (Alber 1992; Busse 2000; Deutscher Bundestag 2003; Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) & Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV) 2003a) คัดลอกจาก Cost sharing in the German health care system. Gericke CA., Wismar M., Busse R. (Available at: <http://www.wtu-berlin.de/diskussionspapiere/2004/dp04-2004.pdf>, March 2008)

References

1. Ministry of Health, Singapore. (update 2007). Healthcare financing: Overview. Retrieved from: <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx?id=104>
2. Ministry of Health, Singapore. (2007). Introduction to the 3Ms. Retrieved from: http://www.moh.gov.sg/mohcorp/uploadedFiles/Publications/Educational_Resources/2007/3m_updated_engwebver.pdf
3. Lim M-K. (2004). Shifting the burden of health care finance: a case study of public-private partnership in Singapore. *Health Policy*, 69:83-92.
4. Liu E and Yue SY. (1999). Health care expenditure and financing in Singapore. Retrieved from: www.legco.gov.hk/yr98-99/english/sec/library/989rp12.pdf
5. Reisman D. (2006). Payment for health in Singapore. *International Journal of Social Economics*, 33(2):132-159.
6. Ministry of Health, Singapore. (2007). Healthcare System. Retrieved from: <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcssystem.aspx>
7. Ministry of Health, Singapore. (2007). Healthcare Financing. Retrieved from: <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/hcfinancing.aspx>
8. Ministry of Health, Singapore. (update 2007). FAQs: Medisave scheme. Retrieved from: http://www.pqms.moh.gov.sg/apps/fcd_faqmain.aspx?qst=2fN7e274RApj%2bVS9wGnDdaHzgcRUu8Db38%2b4N3O2SOY9xdk7qthJUpSI6AmIDHW57wMxeFpiWq6fQw8XpcpugyUj5DaD99k4qNtYvpDyp62TpputvGmquXPGWVRp5jsSW8Ekk%2fZtu6Yo8upjTI%2f8xaweoswfj3rBcsNpATMENqNBTf8x0mmcHcXqPH9JcXteisOk%2bQVmcqmRONFAKw%2bwZ%2bksPMItGaiCxJKTUfcsMwoF95pmte7v8jnc4nJxdeQ
9. Ministry of Health, Singapore. (update 2007). FAQs: Medishield scheme. Retrieved from: http://www.pqms.moh.gov.sg/apps/fcd_faqmain.aspx?qst=2fN7e274RAp%2bbUzLdEL%2fmJu3ZDKARR3p5NI92FNtJid2LW%2fFkqj%2fitg7YYNUHrmRHKxRTWn16icEJftL8ehBqZfPVoBPOisl7dVHH7WG53CwOQsyTUOY6ceQFhOQNT01lwbTI%2bmCNaaXGfcrswNZ1K1u3MBAX4EB2X7RjfGIBKxo6x8bPMoMSUDzbB9pWzbSWR3ZernZbCk%3d
10. Central Provident Fund Board. (update March 4, 2008) MediShield scheme. Retrieved from: <http://mycpf.cpf.gov.sg/Members/Gen-info/FAQ/Healthcare/MSH.htm>
11. Ministry of Health, Singapore. (update 2007). FAQs: Medifund Scheme. Retrieved from: http://www.pqms.moh.gov.sg/apps/fcd_faqmain.aspx?qst=2fN7e274RAp%2bbUzLdEL%2fmJu3ZDKARR3p5NI92FNtJielnBTQVRjVQ27EhPrII2Vta8u%2b4JUR6PDEYNE%2fny40jMI0uViUQUvqgtl6Zu%2fNtwZKmw7ycRTZDwAi4A0WWo8Q%2b7EzUiay%2fouenl

oX0X8Gw0ZNBZpBsZoun8a8cR%2fMCHJiNFSIW68k7s2yEPEnLKFIA%2fEMhuExA%3d#

12. Cheong LNF. (2004). Medical saving accounts in Singapore: The impact of Medisave and income on health care expenditure. Retrieved from: http://www.econ.stanford.edu/academics/Honors_Theses/Theses_2004/Cheong.pdf
13. Central Provident Fund Board. (2007). CPF Contribution and Allocation Rates. Retrieved from: <http://mycpf.cpf.gov.sg/Members/GenInfo/ConRates/ContriRates2006.htm>
14. Dong W. (2006). Can health care financing policy be emulated? The Singaporean medical savings accounts model and its Shanghai replica. *Journal of Public Health*, 28(3): 209-214.
15. Ministry of Health, Singapore. (update 12 March 2008). Means Testing at Restructured Hospitals. <http://www.moh.gov.sg/mohcorp/default.aspx>
16. World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000. Health system: Improving performance*. Geneva: World Health Organization.
17. Kin LM. (1998). Health care system in transition II. Singapore, Part I: An overview of health care system in Singapore. *Journal of Public Health Medicine*, 20(1):16-22.
18. Fukawa, Tetsuo. (2002). Public Health Insurance in Japan. *World Bank Institute Working Papers*. Retrieved from: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/APCITY/UNPAN020063.pdf>.
19. Miyatake, Go. (2000). *Social Security in Japan*. Tokyo: Foreign Press Center/Japan.
20. สำนักงานเจรจาเขตการค้าเสรีไทย-ญี่ปุ่น (JTEPA Office) กระทรวงการต่างประเทศ. (2008). ระบบการรักษาพยาบาลของประเทศญี่ปุ่นและประเด็นการเจรจา. Retrieved from: www.mfa.go.th/jtepa/asset/apec_ch12.pdf.
21. Ministry of Health, Labour and Welfare. (2007). White paper report on Health and Welfare 2007. Retrieved from: www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07-3/kousei-data/data/092.xls.
22. Campbell, John, and Naoki Ikegami. (2000). Long-Term Care Insurance Comes To Japan. *Health Affairs*, 19(3): 26-39. Retrieved from: <http://healthaff.hiwire.org/cgi/reprint/19/3/26>.
23. English Regulatory Information Task Force. (2008). *Pharmaceutical Administration and Regulations in Japan*. Japan Pharmaceutical Manufacturers Association. Retrieved from: <http://www.nihs.go.jp/english/index.html>.

24. Jeong, Hyoung-Sun. (2005). Health care reform and change in public-private mix of financing: a Korean case. *Health Policy*, 74: 133-145. Retrieved from: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6V8X-4FB9439-1-1&_cdi=5882&_user=591295&_orig=search&_coverDate=10%2F31%2F2005&_sk=999259997&view=c&wchp=dGLbVzb-zSkWA&md5=01754aa7b7f14e215af6176a115d2596&ie=/sdarticle.pdf.
25. Lee, Jc. (2003). Health care reform in South Korea: success or failure?. *Am J Public Health*, 93(1):48-51.
26. Ministry for Health, Welfare and Family Affairs. Ministry of Health & Welfare Major Policy, Health Security. Retrieved from: http://english.mohw.go.kr/user.tdf?a=user.new_english.html.HtmlApp&c=1001&fn=Policy/Pol_Poli04.htm&mc=E_03_04.
27. NHIC - National Health Insurance Corporation. (2008). NHIC - National Health Insurance Corporation. Retrieved from: <http://www.nhic.or.kr/eng/>.
28. Gao, Pat. (2008). Health care for all, in Taiwan Review. . Retrieved from: <http://taiwanreview.nat.gov.tw/ct.asp?xItem=25614&CtNode=128>.
29. สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ. Retrieved from: http://www.nhi.gov.tw/02hospital/hospital_file/chi65-1.doc
30. สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ. Retrieved from: http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=&webdata_ID=384
31. สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ. Retrieved from: http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.asp?menu=1&menu_id=&webdata_ID=445
32. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2007). OECD Health data 2007: Statistics and indicators for 30 countries. Retrieved from: <http://stats.oecd.org/wbos/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH>
33. Department of Health and Ageing. (2005) Public Healthcare System for Health Professionals. Retrieved from: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Public-2>.
34. Doran E, Robertson J, Henry D. (2005) Moral hazard and prescription medicine use in Australia--the patient perspective. *Soc Sci Med.*,60(7):1437-43.
35. Department of Health and Ageing. (Update 2008). Pharmaceutical Benefits Scheme. Retrieved from: <http://www.pbs.gov.au>.
36. Department of Health and Ageing. (Update 2008). Retrieved from: <http://www.health.gov.au/> April, 2008)

-
37. Department of Health and Ageing. PBS Listing and Pricing. Pharmaceutical Benefits Safety Net Arrangements. Pharmaceutical Benefits Scheme. Retrieved from: <http://www.pbs.gov.au>.
 38. Centers for Medicare and Medicaid Services. (Update 2007). Medicare at a Glance.
 39. Christopher J. Sroka. (Updated 2003). *Report for Congress. Medicare: Beneficiary Cost-Sharing Under Proposed Prescription Drug Benefits.*
 40. Centers for Medicaid and Medicare Services. (2007). Modernization Act Final Guidelines - - Formularies, CMS Strategy for Affordable Access to Comprehensive Drug Coverage.
 41. Centers for Medicaid and Medicare Services. (Update 2008). How Medicare Drug Plans Use Pharmacies, Formularies, and Common Coverage Rules.
 42. Office of the Actuary, Center for Medicare and Medicaid Services. (2006). Medicare Part D Benefit Parameters for Standard Benefit: Annual Adjustment for 2007
 43. Department of Health & Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services. (2007). 2008 Part D Payment Notification. Retrieved from: <http://www.cms.hhs.gov/MedicareAdvtgSpecRateStats/downloads/PartDAnnouncement2008.pdf>
 44. Marsha G. (2006). The medicare Drug Benefit. Premium and Cost-Sharing Features in Medicare's New Prescription Drug Program, 2006. *The report for the Henry J Kaiser Family Foundation.*
 45. Larson C. (1996). TennCare and Enrollee Cost-sharing: A Survey of the Previously Uninsured and Uninsurable Enrollees in Davidson County, survey conducted by the Metropolitan Health Dept. of Nashville and Davidson County.
 46. Helms J, Newhouse J, and Phelps C. (1978). Copayments and the Demand for Medical Care: The California Medicaid Experience. *Bell Journal of Economics*,9:192-209.
 47. Teresa A. C, Leighton Ku. (1999). Sliding-Scale Premium Health Insurance Programs: Four States' Experiences. *Inquiry Winter*,36(4):471-80.
 48. Mendiota M, Larsen K, et.al. (2004). Medicaid Patients Perceive Copays as a Barrier to Medication Compliance, Hennepin County Medical Center, Minneapolis, MN, presented at the *Society of General Internal Medicine national conference, May 2005 and American College of Physicians Minnesota chapter conference, Nov. 2004*
 49. Leighton Ku, Elaine Dand Judi H. (2004). The effects of Copayments in the Use of Medical Services and Prescription Drugs in Utah's Medicaid Program. Center on Budget and Policy Priorities.

-
50. Dana Goldman, et al. (2003). Pharmacy Benefits and the Use of Drugs by the chronically ill. *Journal of the American Medical Association*, 291: 2344-50.
 51. H.A. Huskamp. (2003). The Effects of Incentive-Based Formularies on Prescription Drug Utilization and Expenditures. *New England Journal of Medicine*, 349(23):2224-32.
 52. Anthony Losesso and John Lyons. (2002). The Effects of Copayments on Substance abuse Treatment Expenditures and Treatment Reoccurrence. *Psychiatry Service*, 55(12): 1605-11.
 53. Hsu, et al. (2004). Cost-Sharing Patient Knowledge and Effects on Seeking Emergency Department Care. *Medical Care*, 42(3): 290-296.
 54. Wong, et al. (2001). Effects of Cost Sharing on Care Seeking and Health Status: Results From the Medical Outcomes Study. *American Journal of public Health*, 91(11): 1889 -1894.
 55. Lurie N, Kamberg CJ, Brook RH, Keeler EB, Newhouse JP. (1989). How free care improved vision in the Health Insurance Experiment. *American Journal of Public Health*. 79: 640-642.
 56. Lurie N, Ward NB, Shapiro MF, Gallego C, Vaghaiwalla R, Brook RH. (1986). Termination of Medical Benefits. A follow-up study one year later. *New England Journal of Medicine*, 314: 1266-1268.
 57. Robin, et al. (2005). Effect of Increased Cost-Sharing on Oral Hypoglycemic Use in Five Managed Care Organizations: How Much Is Too Much?. *Medical Care*, 43, 10: 951-958.
 58. Piette JD, Wagner TH, Potter MB, Schillinger D. (2004). Health insurance status, medication self-restriction due to cost, and outcomes among diabetes patients in three systems of care. *Med Care*, 42:102-9.
 59. Heisler M, Langa KM, Eby EL et al. (2004). The health effects of restricting prescription medication use because of cost. *Med Care*, 42:626-624.
 60. Hopkin, et al. (1975). Cost-Sharing and Prior Authorization Effects on Medicaid Services in California: Part I: The Beneficiaries' Reactions. *Medical Care*, 8(7):582-594.
 61. Leighton Ku and Victoria Wachino. (2005). The Effect of Increased Cost-sharing in Medicaid: A Summary of Research Findings. *Center on Budget and Policy Priorities*.
 62. Health Canada. (2008). Health care system. Retrieved from: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/index_e.html.
 63. Paris V and Docteur E. (2007). Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in Canada. Directorate for employment, Labour and Social Affairs. Retrieved from:

<http://masetto.sourceoecd.org/vl=3194364/cl=17/nw=1/rpsv/cgibin/wppdf?file=5l4w393hfzq2.pdf>

64. Health Canada. (2004). Federal role in health. Retrieved from: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fedrole/index_e.html.
65. Corvari R., King D, Sanidas M. (2002). Canada: Pharmaceutical pricing and reimbursement. Retrieved from: <http://ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/docs/tse/canada.pdf>
66. Non-Insured Health Benefits. (1999). Drug benefits provided by the Non-Insured Health Benefits (NIHB) program. Non-Insured Health Benefits: Drug benefits information. Retrieved from: <http://www.hc-sc.gc.ca/msb/nihb>.
67. Kapur V & Basu K. (2005). Drug coverage in Canada: Who is at risk?. *Health Policy*, 71: 181-93.
68. Canadian Institute for Health Information. (2005). Drug expenditure in Canada 1985 to 2005: National Health Expenditure Database. Ottawa: Retrieved from: <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/collection/H115-27-2005E.pdf>
69. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. (2002). Ontario Drug Benefits. Retrieved from: http://www.gov.on.ca/health/english/program/drugs/drugs_mn.html.
70. Demers V, Melo M, Jackevicius C, Cox J, Kalavrouziotis D, Rinfret S, Humphries KH, Johansen H, Tu JV, Pilote L. (2008). Comparison of provincial prescription drug plans and the impact on patients' annual drug expenditures. *Canadian Medical Association Journal*, 178(4): 405-9.
71. NHA Unit, EIP/HSF/CEP, World Health Organization, Geneva. (Update 2008). Canada-National expenditure on health. Retrieved from: <http://www.who.int/nha/country/CAN-E.pdf>
72. Devidas M. (2001). Pharmaceutical Cost Control In Canada: Does It Work?. *Health Affairs*, 20(3):92-103
73. Sebastiano C. (Update 2008). ODB Stops Paying for 30+ Antibiotic Generic Products. Retrieved from: http://www.benefitscanada.com/benefit/health/article.jsp?content=20080121_141646_5844.
74. Li X, Guh D, Lacaille D, Esdaile J, Anis AH. (2006). The impact of cost sharing of prescription drug expenditures on health care utilization by the elderly: Own- and cross-price elasticities. *Health policy*, 82(3): 340-7.

-
75. Pharmaceutical Services Division, Ministry of Health, Government of British Columbia. (2007). BC PharmaCare: Annual performance report 2005. Retrieved from: <http://www.health.gov.bc.ca/pharme/pdf/APROnline.pdf>
76. Government of British Columbia, Ministry of Health. (Update 2008) . Pharmacare. Retrieved from: http://www.healthservices.gov.bc.ca/pharme/plani/ planiinfo.html#_Toc185237264
77. Government of Alberta. (2008). Non-group prescription drug coverage. Retrieved from: http://www.health.gov.ab.ca/ahcip/ahcip_nongroup.html
78. Government of Alberta. (2008). Prescription Drug Coverage for Seniors . Retrieved from: http://www.health.gov.ab.ca/ahcip/ahcip_prescriptionseniors.html
79. Government of Alberta. (2008). Palliative care drug coverage. Retrieved from: http://www.health.gov.ab.ca/ahcip/ahcip_palliative.html
80. Quebec government programs and services. (2004). The public plan. Retrieved from: <http://www.ramq.gouv.qc.ca/en/citoyens/assurancemedicaments/ regimepublic/ regimepublic.shtml>
81. Ministry of Health and Long-Term Care. (2007). A guide to understanding the Trillium Drug Program. Retrieved from: [http://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms .nsf/AttachDocsPublish/014-S46850E-87~15/\\$File/trillium_bookE_.pdf](http://www.forms.ssb.gov.on.ca/mbs/ssb/forms/ssbforms .nsf/AttachDocsPublish/014-S46850E-87~15/$File/trillium_bookE_.pdf)
82. Ministry of Health and Long-Term Care. (2007). Ontario Drug Benefit : Trillium Drug Program. Retrieved from: <http://www.health.gov.on.ca/english/public/ pub/drugs/ trillium. html>
83. Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. (2007). Prescription drug cost sharing associations with medication and medical utilization and spending and health. *Journal of American Medical Association*, 298(1): 61-69.
84. Tamblyn R, et al. (2001). Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *Journal of American Medical Association*, 285(4): 421-429.
85. Harten C and Ballantyne P. (2003). The Impact of Cost-Sharing Within Canadian Provincial Drug Benefit Programs: A Review. *Journal of Pharmaceutical Finance, Economics & Policy*, 13(1) (21 June 2004): 35-53.
86. Anis AH, Guh DP, Lacaille D, Marra CA, Rashidi AA, Li X, Esdaile JM. (2005). When patients have to pay a share of drug costs: effects on frequency of physician visits, hospital admission and filling of prescriptions. *Canadian Medical Association Journal*, 173(11): 1335-40.

-
87. Blais L, Couture J, Rahme E, LeLorier J. (2003). Impact of a cost sharing drug insurance plan on drug utilization among individuals receiving social assistance. *Health Policy*, 64 : 163-72.
88. Ungar WE, Kozyrskyj A, Paterson M, Ahmed F. (2008). Effect of cost-sharing on use of asthma medication in children. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 162(2): 104-10.
89. Pilote L, Beck C, Richard H, Eisenberg MJ. (2002). The effects of cost sharing on essential drug prescriptions, utilization of medical care and outcomes after acute myocardial infarction in elderly patients. *Canadian Medical Association Journal*, 167(3): 246-52.
90. Blais L, Boucher JM, Couture J, Rahme E, LeLorier J. (2001). Impact of a cost sharing drug insurance plan on drug utilization among older people. *Journal of American Geriatric Society*, 49(4): 410-4.
91. Contoyannis P, Hurley J, Grootendorst P, Jeon SH, Tamblyn R. (2005). Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Canada. *Health Economics*, 14(9): 909-23.
92. Mabasa VH, Ma J. (2006). Effect of a therapeutic maximum allowable cost (MAC) program on the cost and utilization of proton pump inhibitors in an employer-sponsored drug plan in Canada. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 12(5): 371-6. 120
93. Schneeweiss S, Maclure M, Dormuth CR, Glynn RJ, Canning C, Avorn J. (2006). A therapeutic substitution policy for proton pump inhibitors: clinical and economic consequences. *Clinical Pharmacology & Therapeutic*, 79(4): 379-88.
94. Schneeweiss S, Dormuth C, Grootendorst P, Soumerai SB, Maclure M. (2004). Net health plan saving from reference pricing for angiotensin-converting enzyme inhibitors in elderly British Columbia residents. *Medical Care*, 42(7): 653-60.
95. Schneeweiss S, Maclure M, Carleton B, Glynn RJ, Avorn J. (2004). Clinical and economic consequences of a reimbursement restriction of nebulised respiratory therapy in adults: direct comparison of randomized and observational evaluations. *British Medical Journal*, 328(7439): 560.
96. Schneeweiss S, Soumerai SB, Maclure M, Coremuth C, Walker Am, Glynn RJ. (2003). Clinical and economic consequences of reference pricing for dihydropyridine calcium channel blockers. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 74(4): 388-400.
97. Marshall JK, Grootendorst PV, O'Brien BJ, Dolovich LR, Holbrook AM, Levy AR. (2002). Impact of reference-based pricing for histamine-2 receptor antagonists and

- restricted access for proton pump inhibitors in British Columbia. *Canadian Medical Association Journal*, 166(13): 1655-62.
98. Schneeweiss S, Soumerai SB, Glynn RJ, Maclure M, Cormuth C, Walker AM. (2002). Impact of reference-based pricing for angiotensin-converting enzyme inhibitors on drug utilization. *Canadian Medical Association Journal*, 166(6): 737-45.
99. Grootendorst PC, Dolovich LR, O'Briend BJ, Holbrook AM, Levy AR. (2001). Impact of reference-based pricing of nitrates on the use and costs of anti-anginal drugs. *Canadian Medical Association Journal*, 165(8): 1011-9.
100. Narine L, Senathirajah M, Smith T. (2001). An assessment of the impact of reference-based pricing policies on the H2 antagonist market in British Columbia, Canada. *Journal of Research in Pharmaceutical Economic*, 11(1): 63-78.
101. Narine L, Senathirajah M, Smith T. (1999). Evaluating reference-based pricing: initial findings and prospects. *Canadian Medical Association Journal*, 161(3): 286-88.
102. Huttin C. (1994). The use of prescription charges. *Health Policy*, 27: 53-73.
103. Trigg N. (2008). NHS 'now four different systems'. BBC news on 2 January 2008. Retrieved from: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/7149423.stm>.
104. Wikipedia. (Update 2008). Healthcare in the United Kingdom. Retrieved from: http://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_the_United_Kingdom
105. BBC News. (2007). Vow to scrap prescription charges. BBC news on 22 October 2007. Retrieved from: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/scotland/7056063.stm>
106. Wikipedia. (Update 2008). National Foundation Trust. Retrieved from: http://en.wikipedia.org/wiki/NHS_Foundation_Trust
107. ชีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (2544). รายงานวิจัย การปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษา ประเทศอังกฤษ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. Retrieved from: <http://library.hsri.or.th/abs/res/hs0795t.doc>
108. Wikipedia. (Update 2008). NHS Primary Care Trusts. Retrieved from: http://en.wikipedia.org:80/wiki/NHS_Primary_Care_Trust.
109. Department of Health. (2008). Primary Care Trusts. Retrieved from: <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycaretrusts/index.htm>.
110. Wikipedia. (Update 2008). NHS Strategic Health Authority. Retrieved from: http://en.wikipedia.org:80/wiki/Strategic_Health_Authority.
111. National Statistics. (2006). Expenditure on health in the UK. Retrieved from: <http://www.statistics.gov.uk/articles/nojournal/ExpenditureonhealthintheUK1997-2005.pdf>.

-
112. World Health Organization. (2006). World health report 2006- Working together in health. Retrieved from: <http://www.who.int/nha/country/Annex1&2,%20March%205,%202007.xls>
113. United Nations Development Programme (UNDP). (2007). In Human development report 2007/2008. Fighting climate change: Human solidarity in a divided world. Retrieved from: http://hdr.undp.org/en/media/hdr_20072008_en_complete.pdf
114. World Health Organization. (2006). *The World Health Report 2006*. Retrieved from: http://www.who.int/whr/2006/annex/06_annex2_en.pdf.
115. Cohen J, Faden L, Predaris S. (2007). Patient access to pharmaceuticals: an international comparison. *Eur J Health Econ*, 8: 253-266.
116. Asthma UK. (2007). Factfile Prescription charges & Asthma. Retrieved from: <http://www.asthma.org.uk/document.rm?id=35>
117. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (2007). Information Centre. Frequently asked questions: Prescription charges. Retrieved from: <http://www.rpsgb.org.uk/pdfs/prescriptioncharges.pdf>
118. Department of Health, NHS. (2008). Procedure for dispensers issuing and pharmacies refunding FP57 forms (receipt & prescription charge refunds) in England. Retrieved from: http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Medicinespharmacyandindustry/Prescriptions/NHSenglishprescriptionforms/DH_4106812.
119. NHS. (2007). Help with the cost of NHS prescriptions-how to claim. HC81. Retrieved from: www.cfsms.nhs.uk/doc/hc81.p/english.pdf
120. NHS. (2007). Help with health costs (effective from 1 July 2007). Retrieved from: www.ppa.org.uk/pdfs/ppc/HC11_01_July_07.pdf
121. Government News Network, Department of Health. (6 March 2008). Prescription charge increases remain below rate of inflation. Retrieved from: <http://www.gnn.gov.uk/Content/Detail.asp?ReleaseID=358188&NewsAreaID=2&print=true>
122. BBC News. (1 April 2007). Prescription charges end in Wales. Retrieved from: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/wales/6513579.stm>
123. BBC News. (11 January 2006). MSPs support free prescriptions. Retrieved from: http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/scotland/4600678.stm
124. Goldman DP, Joyce GF, Zheng Y. (2007). Prescription drug cost sharing: Associations with medication and medical utilization and spending and health. *JAMA* 298(1): 61-69.

-
125. Department of Health, NHS. (Update 2008). Prepayment of NHS prescription charges. Retrieved from: [http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Medicines pharmacy andindustry/ Prescriptions/NHSCosts/DH_4049383](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Medicines%20pharmacy%20and%20industry/Prescriptions/NHSCosts/DH_4049383).
126. NHS costs and exemptions. Retrieved from: [http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/ Medicinespharmacyandindustry/Prescriptions/NHSCosts/index.htm](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Medicinespharmacyandindustry/Prescriptions/NHSCosts/index.htm)
127. Hughes D, McGuire A. (1995). Patient charges and the utilization of NHS prescription medicines: some estimates using a cointegration procedure. *Health Econ*, 4(3): 213-20.
128. Lavers RJ. Prescription charges, the demand for prescription and morbidity. *Appl Econ*, 21(8): 1043-52.
129. O'Brien B. (1989). The effect of patient charges on the utilization of prescription medicines. *J Health Econ*, 8(1): 109-132.
130. Birch S. (1986). Relationship between increasing prescription charges and consumption in groups not exempt from charges. *J R Coll Gen Pract*, 36(285): 154-6.
131. Ryan M, Birch S. (1991). Charging for health care: evidence on the utilization of NHS prescribed drugs. *Soc Sci Med*, 33(6): 781-7.
132. Scoen C, et al. (2004). Primary care and health system performance: Adults' experiences in five countries. *Health affairs –web exclusive*, W4-487 – 503.
133. Citizens Advice. (2008). Prescription costs are barrier to health says Citizens Advice. Retrieved from: http://www.citizensadvice.org.uk/press_20070226
134. Schafheutle ET, Hassell K, Noyce PR, Weiss MC. (2002). Access to medicines: cost as an influence on the views and behaviour of patients. *Health Soc Care Community*, 10(3): 187-95.
135. Policy Development Unit, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. (2005). Prescription charges-should they be abolished?. Retrieved from: [www.rpsgb.org.uk/pdfs/ prescriptcharges.pdf](http://www.rpsgb.org.uk/pdfs/prescriptcharges.pdf)
136. Schafheutle E. (2006). Removing Prescription Charges for Patients with Mental Health Disorders: Would it Improve Patient Outcomes in the UK?. *Disease Management & Health Outcomes*, 14(3):139-145, 2006.
137. Hassell K, Atella V, Schafheutle EI, Weiss MC, Noyce PR. (2003). Cost to the Patient or Cost to the Healthcare System? Which one Matters the Most for GP Prescribing Decisions? A UK-Italy Comparison. *CEIS Tor Vergata Research Paper No. 1*. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=374321>

-
138. Weiss MC, Hassell K, Schafheutle EI, Noyce PR. (2001). Strategies used by general practitioners to minimise the impact of the prescription charge. *European Journal of General Practice*, 7: 23-6.
139. Bradley F, Elvey R, Ashcroft DM, Noyce P. (2007). Influence of prescription charges on repeat prescribing in primary care. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 32: 269-275.
140. Schafheutle E. (2006). Is limiting rather than abolishing prescription charges the answer?. *The Pharmaceutical Journal*, 276: 388-9.
141. Breyer F. (2002). Reimbursement and Cost Containment. A German Perspective. *Pharmacoeconomics*, 20 Suppl 3: 87-94
142. Pharmaceutical Policies in Germany and European Competition Law. Kaesbach W. (2001). Paper prepared for delivery at the conference on European Integration and Health Care Systems: A Challenge for Social Policy.
143. J-Matthias Graf von der Schulenburg. (2008). Pricing and Reimbursement policies in Germany: current and future trend. Retrieved from: http://www.radcliffe-oxford.com/books/samplechapter/184X/Garau_CHPT2-4fdf3d80rdz.pdf.
144. Nguyen-Kim L, Or Z, Paris V>, Serme C. Institute for Research and Information in Health Economics. (2005). The politics of drug reimbursement in England, France and Germany. *Health Economics Letter No 99*, October 2005.
145. Gericke CA., Wismar M., Busses R. (2003). Cost sharing in the German health care system. Retrieved from: <http://www.wtu-berlin.de/diskussionspapiere/2004/dp04-2004.pdf>.
146. Greb SI, Niebuhr D., May U., and Wasem J. (2007). Reform of prescription drug reimbursement and pricing in the German social health insurance market: Comparison of three scenarios. *Pharmacoeconomics*, 25(6):443-454.
147. Ministry of Social Welfare and Health website. (2008). Retrieved from: <http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/index.htx>.
148. Vuorenkoski L, Toiviainen H, Hemminki E. (2003). Drug Reimbursement in Finland- a case of explicit prioritizing in special categories. *Health Policy*, 66: 169-177
149. Koivusalo M. (1999). Decentralisation and equity of healthcare provision in Finland. *British Medical Journal*, 318:1198-200.
150. Hakkinen U, Lehto J. (2005). Reform, change, and continuity in Finish Health Care. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30: 79-95

151. Bell JS, Vaananen M, Ovaskainen H, Narhi U, and Airaksinen MS. (2007). Providing patient care in community pharmacies: practice and research in Finland. *The Annals of Pharmacotherapy*, 41: 1039-1046
152. Sirkia T, Rajaniemi S. (2008). Finland pharmaceutical pricing and reimbursement policies. Retrieved from: ec.europa.eu/enterprise/phabiocom/docs/tse/finland.pdf.
153. Finland: Healthcare system in transition. Retrieved from: <http://www.euro.who.int/document/e74071.pdf>.

บทที่ 4

สังเคราะห์ระบบส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพ 10 ประเทศ

ระบบประกันสุขภาพหลักของทั้ง 10 ประเทศที่ทบทวนในรายงานฉบับนี้ เป็นระบบประกันสุขภาพที่จัดโดยรัฐ

เนื้อหาในบทนี้ เป็นการนำเอาลักษณะขององค์ประกอบต่างๆในระบบส่วนร่วมจ่ายค่ายาของทั้ง 10 ประเทศ มาสังเคราะห์ โดยเชื่อมโยงตัวอย่างของประเทศต่างๆเปรียบเทียบกัน ในหัวข้อต่อไปนี้

- 1) ลักษณะร่วมพื้นฐานของระบบส่วนร่วมจ่าย
- 2) ประเภทและชนิดของยาที่ครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสุขภาพ
- 3) ราคายาที่ระบบประกันสุขภาพจะจ่ายสำหรับยาแต่ละชนิดหรือแต่ละกลุ่ม
- 4) รูปแบบของส่วนร่วมจ่ายค่ายา
- 5) สัดส่วนที่ระบบประกันให้การอุดหนุน
- 6) Safety net
- 7) รูปแบบและอัตราค่าจ่ายยาที่ระบบประกันสุขภาพจะจ่ายให้กับบุคลากรหรือโรงพยาบาลหรือร้านยา

1. ลักษณะร่วมพื้นฐานของระบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา

1.1. มีระบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา

ระบบประกันสุขภาพหลักของแต่ละประเทศมีการใช้ระบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา ในบางระบบ จำนวนหรืออัตราส่วนร่วมจ่ายค่ายาที่เก็บ เป็นวิธีการเดียวกับค่าบริการสุขภาพอื่นๆ ในขณะที่บางระบบ มีการแยกวิธีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายค่ายาออกมาต่างหาก

1.2. จ่ายค่ายาตามรายการ

ระบบประกันสุขภาพทั่วหน้าของทุกประเทศ จ่ายค่ายาแบบตามรายการ (per item payment) แม้ในระบบที่มีการเหมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบต่อหัว เช่นระบบอังกฤษ ก็มีการจ่ายค่ายาแบบตามรายการ

1.3. เพื่อลดค่าใช้จ่าย

วัตถุประสงค์ของการเก็บส่วนร่วมจ่ายค่ายาที่ระบบประกันสุขภาพระบุ (stated objective) (ในกรณีที่มีการระบุ) คือต้องการลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น เพื่อลดค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพ

1.4. องค์ประกอบของระบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา

องค์ประกอบหลักของระบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา ประกอบด้วย การกำหนดสิ่งที่จะต้องร่วมจ่าย รูปแบบการร่วมจ่าย อัตราส่วนร่วมจ่าย วิธีการจ่าย และกลไกในการปกป้องประชาชนที่ไม่สามารถจ่ายส่วนร่วม ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็น นอกจากนี้ ยังมีกลไกในการดำเนินงาน เช่น การบริหารรายการยาเบิกจ่าย ราคายาเบิกจ่าย และการคำนวณส่วนร่วมจ่ายในกรณีที่มีเพดานสะสมต่อเดือนหรือต่อปี เป็นต้น

1.5. รูปแบบส่วนร่วมจ่าย

ส่วนใหญ่เก็บเป็นร้อยละของค่ายา (coinsurance) มีการเก็บเป็นจำนวนคงที่ (flat rate) และการเก็บส่วนแรก (deductible) และมีระบบที่ใช้หลายวิธีผสมผสานกัน

1.6. การแยกแยะความแตกต่างของอัตราส่วนร่วมจ่าย

ระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่เก็บส่วนร่วมจ่ายค่ายา (และส่วนร่วมจ่ายบริการสุขภาพอื่นๆ) โดยไม่ได้กำหนดเท่ากันหมดสำหรับบุคคลทุกกลุ่ม หรือยา/บริการทุกประเภท แต่มีการแยกแยะโดยใช้เกณฑ์ต่างๆ และเก็บในอัตราหรือด้วยรูปแบบที่แตกต่างกัน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย กล่าวโดยสรุป คือ ในการกำหนดส่วนร่วมจ่าย มีการพิจารณาการนำไปใช้กับกรณี หรือกลุ่ม หรือด้านต่างๆ มีการ fine tune เจาะจงแต่ละส่วนเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์เฉพาะที่ต้องการ

2. ประเภทและชนิดของยาที่ครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

ความหมายหนึ่งของคำว่า “ส่วนร่วมจ่าย” เมื่อใช้ศัพท์คำนี้ในความหมายที่กว้าง รวมถึงการที่ผู้ใช้บริการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมดของบริการ (และยา) ซึ่งระบบประกันสุขภาพไม่ได้ครอบคลุม คือการจ่ายส่วนเกินหรือจ่ายส่วนต่างนั่นเอง

ระบบประกันสุขภาพทุกระบบมีการกำหนดว่า บริการสุขภาพชนิดใด ยาประเภทใด ชนิดใด ที่ระบบประกันสุขภาพจะให้การอุดหนุน ประเภทใด ชนิดใดที่ไม่อุดหนุน ยาที่ระบบประกันสุขภาพไม่อุดหนุน ผู้ใช้ยาต้องจ่ายเอง ดังนั้น ส่วนนี้คือส่วนเกินความครอบคลุม (exclusion) จึงอาจจัดเป็นส่วนร่วมจ่ายตามความหมายแบบกว้างดังกล่าวข้างต้น และเป็นประเด็นนโยบายที่ต้องพิจารณา เพราะเป็นการกำหนดว่าส่วนใดเป็นภาระการเงินของผู้ใช้ยา ส่วนใดเป็นภาระการเงินของระบบประกันสุขภาพ

2.1. ประเภทบัญชีรายการยา

สำหรับการกำหนดความครอบคลุมหรือการอุดหนุนค่ายา มักมีวิธีกำหนดโดยแบ่งได้เป็น 3 แบบ ดังนี้

2.1.1. Positive list

รูปแบบนี้ เป็นการกำหนดบัญชีรายการยาที่เบิกจ่ายได้ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ (reimbursable drug list or formulary) ยาใดที่มีได้รวมอยู่ในบัญชียานี้ ระบบประกันสุขภาพไม่จ่ายค่ายาให้

การพิจารณาเข้าสู่อบัญชียาที่ให้เบิกจ่ายได้ เป็นการพิจารณาในระดับของชนิดยาแต่ละรายการ (generic) มิใช่เพียงการพิจารณาประเภทหรือกลุ่มยาเท่านั้น โดยทั่วไปกำหนดรายละเอียดทั้งเป็นประเภทยาและชนิดของยา รวมถึงรูปแบบยา (dosage form) และขนาดความแรงของยา (strength) บางระบบมีการกำหนดขนาดบรรจุด้วย (pack size)

รายการยาอาจจะระบุชื่อยาเป็น generic name อย่างเดียว หรือมีทั้ง generic name และ brand name ก็ได้ ในกรณีแรก ยานชนิดที่บรรจุในบัญชี ไม่ว่าจะมาจากผู้ผลิตใดที่ขึ้นทะเบียนไว้ ย่อมเบิกจ่ายได้ ในกรณีหลัง เป็นการระบุว่ายาของผู้ผลิตใดที่ผู้ให้ประกัน (insurer) รับรอง และจะจ่ายค่ายาดังกล่าว

ตัวอย่างระบบประกันสุขภาพที่ใช้วิธีกำหนด positive list เช่น ออสเตรเลีย แคนาดา ฟินแลนด์ ไต้หวัน ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ โดยที่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของเกาหลีใต้ เดิมใช้การระบุแบบ negative list ตอนช่วงต้นของการจัดระบบประกันสุขภาพ และเพิ่งเปลี่ยนมาเป็นแบบ positive list ในปี 2006

2.1.2. Negative list

เป็นการกำหนดบัญชีรายการยาที่ไม่เบิกจ่ายภายใต้ระบบประกันสุขภาพ (exclusion list) อาจกำหนดเป็นประเภทของยาหรือกลุ่มยา เช่น วิตามิน หรือชนิดของยาแต่ละรายการก็ได้

ยาที่ถูกจัดอยู่ในบัญชียาที่ระบบประกันสุขภาพไม่จ่ายค่ายาให้ ส่วนที่เหลือนอกเหนือจากนี้ ระบบประกันสุขภาพจะจ่ายค่ายาให้

ยาเหล่านี้มักเป็นยาที่ผู้ให้ประกันพิจารณาแล้วว่า ไม่มีความจำเป็นต่อการรักษาและป้องกัน หรือมีผลการรักษาที่ไม่เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป หรือเป็นยาฟุ่มเฟือย เป็นต้น

ตัวอย่างระบบประกันสุขภาพที่ใช้วิธีกำหนด positive list เช่น ระบบ NHS ของสหราชอาณาจักร กำหนด รายการยาสีดำและสีเทา (black and gray lists) เป็นรายการยาที่ไม่ให้เบิกหรือยาที่มีข้อจำกัดในการใช้ ซึ่งได้แก่ยาที่ไม่ต้องจ่ายโดยแพทย์หรือเภสัชกร (over-the-counter medications) หรือยาประเภท lifestyle medications

ส่วนของเยอรมนี ยาที่ถูกจัดไว้ใน Negative drug list มักเป็นยาสำหรับการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เช่น ยาสำหรับไข้หวัด ยาแก้ปวด ลดไข้ ยาแก้อาเจียน ยาถ่าย-ยาระบาย ยาที่ยังมีความคลุมเครือในแง่ของคุณค่าหรือประโยชน์ในการรักษา ยาสูตรผสมซึ่งมีหลายอย่าง ตัวแต่ไม่มีความชัดเจนในแง่ของประสิทธิผล รวมถึง life style drugs เช่น ยาลดความอ้วน ยาสำหรับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ

2.1.3. Open list

รูปแบบนี้ ระบบประกันสุขภาพไม่ได้กำหนดบัญชีรายการยาสำหรับเบิกจ่าย เป็นการเฉพาะ แต่ถือว่ายาที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศ ซึ่งเป็นยาที่ผ่านการรับรองจากองค์การควบคุมยาแล้ว สามารถเบิกจ่ายได้ทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมด ระบบนี้มักไม่พบในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่พบในระบบประกันสุขภาพเอกชนส่วนหนึ่งที่ใช้แนวทางดั้งเดิมไม่ได้มีการควบคุมการใช้ยาเป็นพิเศษ (traditional health insurance) เช่นในสหรัฐอเมริกา

2.2. วัตถุประสงค์ เกณฑ์พิจารณาและการะ

ประเทศต่างๆมีการแยกอย่างชัดเจนระหว่างหน้าที่การขึ้นทะเบียนยา (registration) เพื่ออนุญาตให้ยารายการหนึ่งๆสามารถจำหน่ายได้ในประเทศ กับหน้าที่การคัดเลือกยาเพื่อครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสุขภาพ เนื่องจากการขึ้นทะเบียนยา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความมั่นใจว่ายาที่จำหน่าย มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ส่วนการครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ยาซึ่งระบบประกันสุขภาพต้องรับภาระค่าใช้จ่าย เป็นยาที่พิจารณาแล้วมีความจำเป็นตามนโยบายของการประกันสุขภาพ

โดยทั่วไป บัญชีรายการยาแบบ positive list ซึ่งมีการพิจารณายาเข้าบัญชีแบบชนิดยาแต่ละรายการ มักมีหลักเกณฑ์ที่เข้มงวดกว่า ส่วนใหญ่ใช้เกณฑ์ว่าเป็นยาที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพดี จำเป็นสำหรับการรักษา หรือวินิจฉัย หรือป้องกันโรค หลายประเทศใช้หรือเริ่มใช้เกณฑ์ความคุ้มค่าหรือต้นทุน-ประสิทธิภาพ (cost-effectiveness) ในการคัดเลือกยาด้วย

ทั้งนี้ บางระบบอาจมีการกำหนดเงื่อนไขการจ่ายที่ไม่เหมือนกันสำหรับยาแต่ละรายการในบัญชียา เช่น ระบบ PBS ของออสเตรเลีย

ส่วน negative list มักใช้เกณฑ์ในแนวที่ว่า ยาประเภทใดไม่มีจำเป็นทางการแพทย์ เป็นเรื่องความต้องการส่วนบุคคล หรือไม่มีความชัดเจนในประสิทธิภาพ มักพิจารณาเป็นประเภทเป็นกลุ่ม มากกว่าเป็นชนิดของยาแต่ละรายการ

เมื่อพิจารณาเทียบกับรายการยาที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในประเทศหนึ่งๆ การใช้ positive list จะทำให้ระบบประกันสุขภาพรับภาระค่าน้อยกว่าการใช้ negative list และน้อยกว่าการไม่จำกัดรายการยาเลย

2.3. กลไกการพิจารณายาเข้าบัญชี

ในแต่ละประเทศที่ใช้บัญชีรายการยาสำหรับกำหนดขอบเขตการเบิกจ่าย จะมีกลไกในการพิจารณายาเข้าบัญชี มักจัดเป็นหน่วยงานขึ้นเป็นการเฉพาะ

ในออสเตรเลีย การพิจารณายาเข้าสู่ PBS (positive list) เป็นหน้าที่ของ Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) ส่วนของเยอรมนี การระบุว่ายาดั

ควรถูกรวบรวมไว้ใน Negative drug list เป็นหน้าที่ของ Joint Federal Committee (GBA) ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนจากแพทย์ Sickness fund และโรงพยาบาล

2.4. ความสัมพันธ์ระหว่างบัญชียากับวิธีจ่ายค่ายา

จุดหนึ่งที่ต้องมีความชัดเจนคือ บัญชียาแบบต่างๆของระบบประกันสุขภาพเหล่านี้ใช้ในระบบประกันสุขภาพแบบที่จ่ายค่ายาตามรายการ บัญชียาเหล่านี้ไม่มีความหมายสำหรับระบบประกันสุขภาพที่จ่ายค่ายารวมในเหมาจ่ายค่าบริการสุขภาพ

กรณี Health Maintenance Organization (HMO) ซึ่งเป็นรูปแบบองค์กรที่แพร่หลายในสหรัฐอเมริกา เป็นองค์กรซึ่งแตกต่างจากระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ที่กล่าวถึง เนื่องจากเป็นองค์กรประกันสุขภาพและองค์กรให้บริการสุขภาพในองค์กรเดียวกัน (หรือเจ้าของเดียวกัน) ค่าบริการสุขภาพแบบเหมาจ่ายต่อหัว (capitation) ให้กับ HMO เป็นในลักษณะเบี้ยประกัน HMO มีการกำหนดบัญชียาภายใน แต่เป็นไปสำหรับวัตถุประสงค์เพื่อกำหนดว่า ยารายการยาให้ส่งจ่ายได้ ไม่ใช่เพื่อวัตถุประสงค์การเบิกจ่าย

3. ราคาเบิกจ่ายค่ายา

สำหรับรายการยาที่ระบบประกันสุขภาพให้การครอบคลุม จะให้การอุดหนุนเท่าใด ระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่จะมีการกำหนดอัตราราคาเบิกจ่ายชัดเจน

ทำนองเดียวกับการกำหนดรายการยาที่เป็นขอบเขตที่ประกันสุขภาพจะครอบคลุม การกำหนดราคาขายที่ประกันสุขภาพจะเบิกจ่ายให้ จึงเป็นการกำหนดขอบเขตของความครอบคลุมอีกแห่งหนึ่ง ในแง่ของระดับของค่าใช้จ่าย เกินจากนี้ระบบประกันสุขภาพไม่อุดหนุน ผู้ใช้ยาต้องจ่ายเอง ดังนั้น ส่วนนี้คือส่วนเกินความครอบคลุม (excess or difference) ที่จัดเป็นส่วนร่วมจ่ายแบบหนึ่ง และเป็นภาระทางการเงินของผู้ใช้ยา

3.1. ระดับของการกำหนดราคา

การกำหนดราคาขายที่ระบบประกันสุขภาพจะจ่ายสำหรับยาแต่ละชนิดหรือแต่ละกลุ่มมีรูปแบบต่างๆกัน เช่น

3.1.1. กำหนดราคาแต่ละชนิดตามชื่อการค้า (brand name)

เป็นการกำหนดว่าเมื่อมีการใช้ยาดัวหนึ่งๆที่ผลิตโดยผู้ผลิตหนึ่งๆภายใต้สิทธิประโยชน์ของระบบประกัน จะเบิกจ่ายเท่าใด

3.1.2. กำหนดราคาขายแต่ละชนิดตามชื่อสามัญทางยา (generic name)

เป็นการกำหนดว่าเมื่อมีการใช้ยาดัวหนึ่งๆ (generic name หนึ่งๆ) จะเบิกจ่ายเท่าใด โดยทั่วไป มักจะเบิกจ่ายตามราคาต่ำสุดสำหรับยา generic นั้นๆที่มีคุณภาพเชื่อถือได้ ส่วนยาชนิดเดียวกันที่ผู้ผลิตรายอื่นๆผลิต และราคาสูงกว่า หากต้องการใช้นั้น ผู้ป่วยต้อง

ร่วมจ่ายส่วนต่าง ซึ่งจัดเป็นการจ่ายส่วนเกินสิทธิสำหรับรายการที่ครอบคลุม (excess or difference)

3.1.3. กำหนดราคาตามกลุ่มยา (Reference price)

กำหนดราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับยาในกลุ่มยาเดียวกัน ใช้ในกรณีที่เห็นว่า ยาในกลุ่มเดียวกันให้ผลการรักษา หรือมีความคุ้มค่าในการรักษา (cost-effective) ในระดับเดียวกัน จะกำหนดอัตราเบิกจ่ายเท่ากับราคาของยาชนิดที่มีราคาต่ำที่สุดในกลุ่มนั้น (มักเป็นกลุ่มตาม pharmacological group) หากผู้ป่วยต้องการใช้ยาชนิดอื่นในกลุ่มนั้น ต้องร่วมจ่ายส่วนต่างเอง

บางระบบประกันมีวิธีการกำหนดอัตราราคาเบิกจ่ายทั้ง 3 แบบ ในระบบเดียวกัน เช่น PBS ของออสเตรเลีย และ sickness fund ของเยอรมนี ส่วนระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของไต้หวันกำหนดตามชื่อการค้า

หมายเหตุ: อัตราราคาเบิกจ่ายค่ายาของระบบประกันสุขภาพซึ่งเป็น reimbursement price มักถูกเรียกว่า reference price หรือราคาอ้างอิง แต่ reference price แต่ละแบบอาจแตกต่างกันต่างระดับกัน กล่าวคือ อาจกำหนดในระดับชื่อการค้า ระดับชนิดยาหรือตัวยาแต่ละ generic กับระดับกลุ่มยาตามข้างต้น จึงไม่เหมือนกัน บางตำราเรียกการกำหนดอัตราราคาในแบบ 3.1.3 เท่านั้นว่าเป็นระบบ reference pricing

3.2. กลไกการกำหนดราคาเบิกจ่าย

เช่นเดียวกับการคัดเลือกยาเข้าสู่บัญชียาที่ให้เบิกจ่ายได้ การกำหนดราคาเบิกจ่ายในระบบประกันสุขภาพ ต้องมีกลไกที่จะดำเนินการ เพราะต้องปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ ในแต่ละประเทศมักมีหน่วยเฉพาะที่ทำหน้าที่นี้

ตัวอย่างเช่น ในออสเตรเลีย เป็นงานของ Pharmaceutical Benefits Pricing Authority (PBPA)

4. รูปแบบของส่วนร่วมจ่ายค่ายา

ส่วนร่วมจ่ายค่ายา ในที่นี้ครอบคลุมค่ายาส่วนที่เป็นภาระทางการเงินของผู้ใช้ยาเมื่อไปใช้บริการ มีรูปแบบแตกต่างกันได้หลายแบบ และบางระบบก็ใช้ส่วนร่วมจ่ายหลายรูปแบบผสมผสานกัน ไม่จำกัดว่าจะต้องใช้แบบใดแบบหนึ่งเท่านั้น

4.1. อัตราคงที่ (flat rate):

เป็นการจ่ายเงินจำนวนคงที่จำนวนหนึ่งต่อหน่วยของบริการแบบหนึ่ง โดยอาจคิดตามจำนวนรายการยา หรือตามมูลค่ายาต่อใบสั่งยา โดยอาจคิดแบบขั้นบันไดก็ได้

ตัวอย่างเช่น ระบบของออสเตรเลียเก็บส่วนร่วมจ่ายค่ายาเป็น flat rate ต่อใบสั่ง ในอัตรา AU\$ 31.30 สำหรับบุคคลทั่วไป และ AU\$ 5.00 สำหรับบุคคลที่รัฐให้การช่วยเหลือ ระบบของอังกฤษ เก็บส่วนร่วมจ่ายค่ายา £ 6.85 /รายการยา

สำหรับ flat rate แบบขั้นบันได มีใช้ในระบบประกันสุขภาพของไต้หวัน เก็บส่วนร่วมจ่ายเป็นจำนวนคงที่แบบขั้นบันไดตามมูลค่ายาต่อใบสั่งยา โดยเพิ่มส่วนร่วมจ่ายขั้นละ NT\$ 20 ต่อทุกๆ NT\$100 ของมูลค่ายาที่เพิ่มขึ้น ระบบนี้เคยใช้ในเยอรมนีในช่วงปี 1993 เช่นเดียวกัน แต่ขณะนี้เปลี่ยนแปลงแล้ว

4.2. อัตราร้อยละ (coinsurance):

คิดเป็นร้อยละของมูลค่ายา

ตัวอย่างเช่น ระบบประกันสุขภาพเกาหลีใต้ เก็บส่วนร่วมจ่ายค่ายาผู้ป่วยนอก 30% ของค่ายา

4.3. การจ่ายส่วนแรก (deductible):

เป็นแบบที่กำหนดให้ผู้ใช้บริการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนแรกเป็นเงินจำนวนหนึ่ง ส่วนที่เกินจากนั้นระบบประกันจึงจะจ่ายให้

ตัวอย่างเช่น chronic disease management program ของสิงคโปร์ ผู้ป่วยจ่ายส่วนแรก (deductible) เป็นเงิน S\$ 30 และร่วมจ่ายอีก 15% ของค่าใช้จ่ายที่เหลือหลังจากจ่ายส่วนแรกไปแล้ว

4.4. การจ่ายส่วนเกินจากอัตรากำหนด (excess or difference):

เป็นวิธีการที่ให้ผู้ใช้บริการรับผิดชอบค่ายาในส่วนที่สูงเกินมูลค่าที่ระบบประกันครอบคลุมให้ เช่น ถ้าจะจ่ายยาที่เป็น premium brand ระบบประกันอาจอุดหนุนเฉพาะค่ายาเทียบเท่ากับราคาของ generic แล้วผู้ป่วยจ่ายส่วนต่างเอง

ตัวอย่างเช่น ระบบของเยอรมนี ผู้ป่วยจ่าย coinsurance 10% และส่วนเกินค่ายาจาก reference price

4.5. การจ่ายสินค้าบริการที่ไม่ครอบคลุม (exclusion):

ระบบประกันมักมีการกำหนดว่าบริการประเภทใด ยาใด ระบบประกันจะรับผิดชอบค่าใช้จ่าย หรือประเภทใดระบบประกันจะไม่รับผิดชอบ ผู้ใช้บริการจึงต้องทำหน้าที่จ่ายส่วนที่ระบบประกันไม่รับผิดชอบ หรือที่เรียกว่าไม่ครอบคลุม

ทุกระบบประกันสุขภาพมีข้อกำหนดส่วนที่ไม่ครอบคลุมดังกล่าว โดยอาจทำเป็นรายการยาที่ไม่อุดหนุน (negative list) ก็ได้

5. สัดส่วนที่ระบบประกันให้การอุดหนุน

ระบบประกันสุขภาพอาจให้การอุดหนุนยาแต่ละชนิดหรือแต่ละประเภทในสัดส่วนที่แตกต่างกันก็ได้ หรืออาจกำหนดว่า บุคคลกลุ่มต่างๆ ต้องร่วมจ่ายค่ายาในสัดส่วนที่แตกต่างกันก็ได้ แบบนี้เรียกว่าการร่วมจ่ายแบบหลายระดับ (multi-tier) โดยมีหลักการจัดแบ่งสัดส่วนที่ไม่เท่ากันตามการให้ความสำคัญของแต่ละปัจจัยที่ไม่เท่ากัน โดยอาจใช้ชนิดของยา การรักษา/โรค และกลุ่มประชากร เป็นเกณฑ์ และเก็บส่วนร่วมจ่ายไม่เท่ากัน หรือยกเว้นการเก็บส่วนร่วมจ่ายค่ายา ดังเช่น

5.1. ประเภทของยา:

เก็บส่วนร่วมจ่ายค่ายาแต่ละประเภทในสัดส่วนที่ไม่เท่ากัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับนโยบายของระบบประกันสุขภาพ ว่าให้ความสำคัญต่อการเข้าถึงยาใดหรือการป้องกัน/รักษาโรคใดมากหรือน้อยกว่ากันอย่างไร

ตัวอย่างเช่น ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของฟินแลนด์ จัดแบ่งกลุ่มยาออกเป็น 3 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มยา ก็มีการกำหนดยาที่ใช้รักษาโรค/อาการต่างๆ แต่ละกลุ่มให้ร่วมจ่ายแตกต่างกันดังนี้

- กลุ่ม Basic refund category เป็นยาที่ระบบประกันเบิกจ่ายให้ โดยไม่ได้จัดอยู่ในสองกลุ่มข้างล่าง เป็นยาประเภทที่ต้องการให้ผู้ป่วยร่วมรับผิดชอบในสัดส่วนที่สูง โดยร่วมจ่ายร้อยละ 58
- กลุ่ม Lower special reimbursement category ครอบคลุมยาสำหรับโรค 9 โรค เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหอบหืด ร่วมจ่ายร้อยละ 28
- กลุ่ม Upper special reimbursement category เป็นกลุ่มยาสำหรับโรค 35 โรค เช่น เบาหวาน โรคจิตประสาทขั้นรุนแรง มะเร็ง ลมชัก ต้อหิน ซึ่งรัฐยินดีให้การอุดหนุนอย่างยิ่ง ร่วมจ่ายเป็น deductible € 3 ต่อใบสั่งยา

5.2. โรคหรือบริการ

ระบบประกันสุขภาพบางระบบ กำหนดความแตกต่างของสัดส่วนหรือยกเว้นตามโรค บริการ หรือสถานะของผู้ป่วย

ตัวอย่างเช่น ระบบประกันสุขภาพของไต้หวันยกเว้นส่วนร่วมจ่ายค่ายากรณีโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง (catastrophic illnesses) การคลอดบุตร ผู้ป่วยวัณโรค และเก็บส่วนร่วมจ่ายในอัตราต่ำสำหรับผู้พิการทางร่างกายหรือจิตใจ

Medisave ของสิงคโปร์ มีการกำหนดอัตราเฉพาะสำหรับ renal dialysis

5.3. จำนวนรายการหรือปริมาณยา:

เก็บส่วนร่วมจ่ายค่ายาไม่เท่ากันขึ้นกับว่าใบสั่งยามีจำนวนรายการยาเท่าใด หรือ ปริมาณยาเท่าใด โดยเมื่อจำนวนยามากขึ้น ก็เก็บส่วนร่วมจ่ายมากขึ้น การกำหนดในลักษณะนี้ เพื่อไม่ให้เกิดแรงจูงใจในการใช้ยาจำนวนรายการหรือปริมาณต่อครั้งมากเกินไป

ตัวอย่างเช่น วิธีเก็บส่วนร่วมจ่ายในอัตราที่ขึ้นกับขนาดของ pack ยาที่จ่ายในระบบของ เยอรมนีระหว่างปี 1994-1999 โดยในปี 1999 มีอัตราดังนี้

- Small pack: co-pay € 4.09
- Medium pack: co-pay € 4.60
- Large pack: co-pay € 5.11

5.4. มูลค่ายา:

เก็บส่วนร่วมจ่ายค่ายาไม่เท่ากันขึ้นกับมูลค่ายารวมในใบสั่งยา เช่น มูลค่ายาต่อใบสั่งยา มากขึ้น ก็เก็บส่วนร่วมจ่ายมากขึ้น

ดังตัวอย่างการเก็บส่วนร่วมจ่าย flat rate แบบขั้นบันไดข้างต้น

5.5. Generic-brand:

เก็บส่วนร่วมจ่ายค่ายาไม่เท่ากันตามราคายาของแต่ละผู้ผลิต: เช่น ระบบประกันอุดหนุน ค่ายา generic 100% แต่ให้มีส่วนร่วมจ่ายค่ายาหากราคาจากผู้ผลิตรายอื่นแพงกว่าราคาที่ กำหนด เพื่อส่งเสริมการใช้ยา generic

ตัวอย่างเช่น ระบบ Medicare ของสหรัฐอเมริกา มีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายค่ายาในปี ค.ศ. 2008 สำหรับยา generic หรือจัดเป็น Preferred multi-source drug ในอัตรา US\$ 2.25 และ สำหรับยาผู้ผลิตต้นแบบเป็น US\$ 5.60

การกำหนดราคา reference price ในระดับ generic ก็จัดเป็นหนึ่งในมาตรการแบบนี้

5.6. Cost-effectiveness:

ระบบประกันให้การอุดหนุนในอัตราเดียวกันสำหรับยาทุกชนิดใน pharmacological หรือ therapeutic group หนึ่งๆ หมายความว่า ยาแต่ละชนิดในกลุ่มนั้นๆ มีส่วนร่วมจ่ายไม่เท่ากัน

การกำหนดราคา reference price ในระดับ pharmacological group เช่นที่ใช้ใน ออสเตรเลีย เป็นตัวอย่างแบบนี้

5.7. เก็บส่วนร่วมจ่ายค่ายาของบุคคลแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน:

โดยกำหนดอย่างชัดเจนว่าบุคคลกลุ่มใดมีคุณสมบัติอย่างไร จะต้องร่วมจ่ายในอัตราเท่าใด เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เด็ก ทหารผ่านศึก อาจได้รับการยกเว้นการร่วมจ่าย หรือสามารถร่วมจ่ายในอัตราที่ต่ำกว่า

ตัวอย่างเช่น ในรัฐ Saskatchewan ของแคนาดา ผู้ป่วยทั่วไปมี co-insurance 35% ของค่ายาในใบสั่งยา ส่วนผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต้องจ่าย copayment เพียง C\$2 /ใบสั่ง

6. Safety net

เป็นระบบที่ออกแบบเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการเข้าถึงยาเนื่องจากต้องร่วมจ่ายค่ายา ในประเทศที่ทำการทบทวนนี้ ทำในลักษณะ 4 ลักษณะคือ

6.1. เพดาน (Ceiling):

กำหนดเพดานส่วนร่วมจ่าย เป็นตัวเลขจำนวนเงินระดับหนึ่ง เมื่อผู้ป่วย อาจเป็นบุคคลหรือครัวเรือน จ่ายสะสมในแต่ละปีถึงเพดานแล้ว ส่วนเกินหลังจากนั้น ระบบประกันสุขภาพจะเป็นผู้อุดหนุนให้ทั้งหมด โดยอาจใช้วิธีไม่ต้องร่วมจ่ายเมื่อถึงเพดาน หรือใช้วิธีเบิกเงินคืนส่วนที่เกินเพดานให้

ตัวอย่างเช่น ระบบ Medicare ของสหรัฐอเมริกา มีการกำหนด stop-loss amount ไว้ที่ US\$ 4,050 สำหรับปีคศ. 2008

Pharmacare ในรัฐ British Columbia ของแคนาดา กำหนดเพดานส่วนร่วมจ่ายที่ C\$275 ต่อปี

ระบบของไต้หวัน ผู้ป่วยไม่ต้องร่วมจ่ายหากค่ายาเกิน NT\$500 ต่อครั้ง

ส่วนระบบประกันสุขภาพของรัฐในญี่ปุ่น ใช้วิธีการเบิกคืนเงินสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ เมื่อจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ ณ ที่ให้บริการแห่งหนึ่งๆ ภายในเวลา 1 เดือน เป็นมูลค่าเกินจากมูลค่าที่กำหนดไว้เป็นเพดาน สามารถเบิกคืนเงินส่วนเกินคืนได้ โดยเพดานดังกล่าวแตกต่างกันตามระดับรายได้ของผู้ป่วย ส่วนกรณีกลุ่มผู้สูงอายุ มีการกำหนดเพดานแยกตามระดับรายได้อีกชั้นหนึ่ง

6.2. Concession:

กำหนดประชากรบางกลุ่ม ร่วมจ่ายน้อยกว่า และมีเพดานต่ำกว่า

ตัวอย่างเช่น PBS ของออสเตรเลีย กำหนดเพดานสูงสุดที่ประชาชนต้องร่วมจ่าย (Safety Net Threshold) โดย Threshold นี้เป็นอัตราที่ใช้กับทั้งครอบครัว ไม่ว่าครอบครัวนั้นจะประกอบไปด้วยคนกี่คนก็ตาม กลุ่มประชาชนทั่วไปจะมีระดับ Safety Net Threshold AU\$ 1141.80 ขณะที่กลุ่มประชาชนที่รัฐให้การช่วยเหลือมีระดับ Safety Net Threshold AU\$ 290.00

6.3. Exemption

ยกเว้นประชากรบางกลุ่ม หรือผู้ป่วยที่เป็นโรคบางโรค ที่ได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายส่วนร่วมจ่าย

ไต้หวัน กำหนดขอยกเว้นสำหรับโรคค่าใช้จ่ายสูงบางโรค ผู้ป่วยวัณโรค ผู้มีรายได้น้อย ผู้อาศัยในเขตภูเขาและเกาะรอบนอก ไม่ต้องจ่ายส่วนร่วมจ่าย

ในแคนาดา รัฐ British Columbia ยกเว้นผู้ป่วยในสถานพยาบาลระยะยาว ผู้ป่วยสังคมสงเคราะห์ ผู้ป่วย cystic fibrosis ผู้ป่วยเด็กที่ต้องพึ่งยา และผู้ป่วยโรคจิต ส่วนรัฐ Quebec ยกเว้น ผู้ที่อายุ <18 ปี, นักเรียนอายุ < 26 ปีที่เรียนเต็มเวลา และผู้พิการบางกลุ่ม

6.4. Separate Public Assistance System

สิงคโปร์ใช้ระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการเงิน โดยการจัดระบบแยกต่างหากขึ้นอีกระบบหนึ่งเพื่อรองรับ คือระบบ Medifund ซึ่งเป็นกองทุนสงเคราะห์หรือเป็น safety net ที่รัฐจัดเตรียมให้สำหรับกรณีผู้ป่วยที่ยากจน ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยเงินในบัญชี Medisave หรือด้วยเงินสดของตน

7. ค่าบริการจ่ายยา (Dispensing Fee)

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว จะมีการแยกการสั่งจ่ายยา (prescribing) และการจ่ายยา (dispensing) ออกจากกัน ผู้ป่วยนำไปสั่งยาไปซื้อยาในร้านยาที่ได้รับการรับรอง และจ่ายค่าจ่ายยา (dispensing fees) สำหรับการให้บริการครั้งนั้น อาจเก็บโดยคิดรวมกับส่วนร่วมจ่ายค่ายากี้ได้ ในบางระบบ ผู้บริหารระบบประกันสุขภาพเป็นผู้จ่ายค่าจ่ายยากี้

วิธีเก็บ dispensing fee มีวิธีเก็บได้หลายแบบ เช่น

- จำนวนคงที่ (flat rate) ต่อใบสั่งยา แยกจากค่ายา เช่น ในไต้หวันเป็น NT\$ 25 ต่อใบสั่งยา
- จำนวนคงที่ (flat rate) ต่อใบสั่งยา รวมกับส่วนร่วมจ่ายค่ายา เช่น ระบบของ British Columbia ผู้ป่วยทั่วไปร่วมจ่าย C\$25 /ใบสั่งยา (ค่ายารวมค่าจ่ายยา) ส่วนผู้สูงอายุภายใต้ระบบ BC Medical Service Plan C\$10 /ใบสั่งยา (ค่ายารวมค่าจ่ายยา)
- อัตราร้อยละ เช่น ระบบประกันสุขภาพเกาหลีใต้ เก็บส่วนร่วมจ่ายค่าจ่ายยาผู้ป่วยนอก 30% เช่นเดียวกับค่ายา

บทที่ 5

บทสรุปและบทเรียนสำหรับประเทศไทย

การกำหนดส่วนร่วมจ่ายเป็นนโยบายที่มีขึ้นเพื่อบรรลุมิติวัตถุประสงค์เฉพาะ โดยทั่วไประบบประกันสุขภาพกำหนดให้ผู้ให้บริการร่วมจ่ายเพื่อลดการใช้บริการที่ไม่จำเป็น ในระบบประกันสุขภาพบางระบบ อาจมีส่วนร่วมจ่ายเพื่อให้ผู้ให้บริการรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่ง

ในการออกแบบส่วนร่วมจ่าย ควรต้องมีความชัดเจนในด้านวัตถุประสงค์ของนโยบาย โดยเฉพาะควรพิจารณาว่านโยบายจะมีผลต่อกลุ่มประชากรต่างๆ การบริการแบบต่างๆ และระดับต่างๆอย่างไร เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการพิจารณาออกแบบองค์ประกอบด้านต่างๆของส่วนร่วมจ่าย และมีระบบติดตามประเมินผลของส่วนร่วมจ่ายอย่างสม่ำเสมอ

ในบทนี้นำเสนอบทสรุปในด้านโครงสร้างและกลไกของระบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา การศึกษาผลของมาตรการ และประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาสำหรับประเทศไทย

1. โครงสร้างและกลไกของระบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา

การกำหนดส่วนร่วมจ่ายค่ายา ควรพิจารณาเป็นการออกแบบระบบ มิใช่กำหนดตัวเลขร่วมจ่ายเท่านั้น แต่เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารระบบสิทธิประโยชน์ด้านยา จะต้องมีการออกแบบองค์ประกอบต่างๆและกลไกสนับสนุนในการดำเนินงาน จึงจะสามารถนำไปสู่การบรรลุผลนโยบายที่ต้องการ

จากการศึกษาระบบในประเทศต่างๆ ระบบส่วนร่วมจ่ายมีโครงสร้างและกลไกหลักดังนี้

(1) การกำหนดรูปแบบและอัตราส่วนร่วมจ่าย

รูปแบบการร่วมจ่าย เช่นแบบจำนวนครั้งที่ต่อครั้ง การจ่ายส่วนแรก แบบร้อยละของค่ายา มีผลทำให้ภาระของผู้ป่วยแตกต่างกัน สองแบบแรกไม่ขึ้นกับมูลค่ายารวมต่อครั้ง ในขณะที่แบบหลังขึ้นกับมูลค่ายารวม การกำหนดรูปแบบและอัตราดังกล่าว ควรสัมพันธ์กับกลไกในเรื่องการปกป้องผู้ป่วยไม่ให้มีปัญหาลำบากการเข้าถึงยาเนื่องจากการร่วมจ่ายด้วย

(2) สัดส่วนการร่วมจ่าย

ระบบประกันสุขภาพต่างๆ มีการกำหนดสัดส่วนการร่วมจ่ายที่แยกแยะตามกลุ่มผู้ใช้งาน ชนิดของยา ปริมาณยา มูลค่ายา การใช้ยาต้นแบบหรือยา generic เป็นต้น เนื่องจากวัตถุประสงค์หลักของการมีส่วนร่วมจ่าย คือการลดการใช้ยาที่เกินจำเป็น ฉะนั้น การออกแบบโดยแยกแยะดังกล่าวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะให้บรรลุมิติวัตถุประสงค์ของนโยบาย เนื่องจากมีเหตุผลจำเพาะในแต่ละกรณีไม่เหมือนกัน เช่น

- ผู้สูงอายุมักป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน การแยกแยะกำหนดสัดส่วนการร่วมจ่ายตามกลุ่มอายุจะช่วยให้เกิดปัญหาการเข้าถึง ในทำนองเดียวกันผู้มีรายได้น้อยก็ควรมีสัดส่วนร่วมจ่ายน้อยกว่าบุคคลทั่วไป
- ยาแต่ละประเภทมีความจำเป็นทางด้านการรักษาและการสาธารณสุขไม่เท่ากัน อาจกำหนดส่วนร่วมจ่ายแตกต่างกัน
- การกำหนดสัดส่วนร่วมจ่ายของยาต้นแบบและยา generic ต่างกัน อาจใช้เป็นเครื่องมือนโยบายในการควบคุมค่าใช้จ่าย

ในขณะที่การพิจารณาประเด็นสัดส่วนร่วมจ่าย โดยทั่วไปมักพิจารณาจากความสามารถในการจ่ายในส่วนของผู้ใช้บริการ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านยาในปัจจุบัน ได้นำความท้าทายใหม่สำหรับการกำหนดสัดส่วนร่วมจ่าย เนื่องจากมียาใหม่ที่มีราคาสูงมาก เช่นยาในกลุ่ม biologic drugs สำหรับมะเร็งและโรคร้ายแรงหรือโรคที่ไม่พบบ่อยอื่นๆ ประเด็นถกเถียงเกี่ยวกับส่วนร่วมจ่าย มิได้อยู่ที่การป้องกันการใช้เกินจำเป็น แต่อยู่ที่ว่าฝ่ายใด—ผู้ให้ประกันกับผู้ป่วย--ควรรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายของยานี้ในสัดส่วนเท่าใด¹

(3) การกำหนดประเภทหรือชนิดของยาที่ครอบคลุม

การกำหนดว่ายาใดระบบประกันสุขภาพจะจ่ายให้ โดยทำเป็นบัญชียาแบบ positive list หรือไม่จ่ายให้ โดยทำเป็นบัญชียาแบบ negative list เป็นการกำหนดว่าส่วนใดเป็นภาระที่ผู้ป่วยรับผิดชอบ และส่วนใดเป็นภาระของผู้ให้ประกัน

(4) กลไกการจัดทำบัญชียาและปรับปรุงให้ทันสมัย

ยาเป็นนวัตกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ระบบประกันสุขภาพต้องมีกลไกในการกำหนดบริหารบัญชีรายการยาเบิกจ่ายให้ทันสมัยอยู่เสมอ โดยเฉพาะบัญชีประเภท positive list มิฉะนั้นอาจมีปัญหาต่อคุณภาพของการบริการ กลไกกาพิจารณาจะต้องมีฐานวิชาการที่เข้มแข็งสนับสนุน เพราะจะส่งผลต่อคุณภาพและค่าใช้จ่ายในระยะสั้นและระยะยาว

(5) การกำหนดราคาของยาที่เบิกจ่าย

การกำหนดว่าระบบประกันสุขภาพจะจ่ายค่ายาแต่ละรายการในอัตราเท่าใด เป็นการกำหนดว่าส่วนใดเป็นภาระที่ผู้ป่วยรับผิดชอบ และส่วนใดเป็นภาระของผู้ให้ประกัน

(6) กลไกการจัดทำบัญชีราคายาและปรับปรุงให้ทันสมัย

ในทำนองเดียวกับบัญชีรายการยา ระบบประกันสุขภาพต้องมีกลไกในการกำหนดบริหารบัญชีราคายาเบิกจ่ายให้ทันสมัยอยู่เสมอ มิฉะนั้น อาจมีพลวัตรภายในระบบที่อาจสั่งใช้โดย discriminate ยาบางชนิด เนื่องจากราคาเบิกจ่ายต่ำ

ในขณะเดียวกัน พลวัตนี้อาจนำมาใช้ประโยชน์ทางนโยบาย โดยการกำหนดการเบิกจ่ายค่ายาแบบเป็นกลุ่ม เช่น โดยเบิกจ่ายในราคาเดียวกันสำหรับยาทุกตัวที่เทียบเคียงกันได้ทางเภสัชวิทยา (pharmacological equivalent) หรือสำหรับยาทุกตัวที่รักษาโรคหรืออาการเดียวกัน (therapeutic equivalent) เพื่อส่งเสริมการใช้ยาที่ราคาต่ำกว่าในกลุ่มเดียวกัน ทั้งนี้ การพิจารณาดังกล่าวจำเป็นต้องมีฐานวิชาการที่เข้มแข็งอย่างยิ่ง

(7) กลไกการปกป้องมิให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาการเข้าถึงยาเนื่องจากต้องร่วมจ่าย

เนื่องจากการให้มีส่วนร่วมจ่าย มีขึ้นเพียงเพื่อลดการใช้จ่ายที่เกินจำเป็น แต่นโยบายส่วนร่วมจ่ายก็เช่นเดียวกับนโยบายสาธารณะทั้งหลาย ที่อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงได้ โดยหากหากต้องร่วมจ่าย ผู้ป่วยอาจมีปัญหการเข้าถึงยาที่จำเป็น ซึ่งทำให้ไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการมีประกันสุขภาพ จึงต้องมีการสร้างกลไกป้องกันปัญหาดังกล่าว

ในประเทศต่างๆ กลไกป้องกันหรือเรียกว่า safety net ทำในหลายรูปแบบ เช่น การกำหนดเพดานร่วมจ่าย ซึ่งอาจแตกต่างกันในกลุ่มประชากรแต่ละกลุ่ม หรือยกเว้นกลุ่มประชากรบางกลุ่ม ผู้ป่วยบางโรคไม่ต้องร่วมจ่าย

2. ผลของการใช้มาตรการส่วนร่วมจ่าย

วัตถุประสงค์หลักของการกำหนดให้มีส่วนร่วมจ่าย ก็เพื่อลดการใช้จ่ายที่เกินจำเป็นอันเกิดจาก moral hazard ได้มีการศึกษาผลของมาตรการส่วนร่วมจ่ายจำนวนหนึ่งในหลายประเทศ ในแง่มุมต่างๆ โดยเฉพาะผลต่อการใช้จ่าย

Goldman, Joyce, and Zheng และคณะ ได้ทำการศึกษาเพื่อทบทวนผลของการใช้มาตรการส่วนร่วมจ่ายค่ายาซึ่งครอบคลุมงานตีพิมพ์ได้อย่างกว้างขวาง โดยทบทวนงานวิจัย 132 ชิ้น ที่ประเมินมาตรการร่วมจ่ายแบบต่างๆ ในหลายประเทศ ในระหว่างปี 1985-2006 งานส่วนใหญ่ประเมินระบบประกันสุขภาพของประเทศในทวีปอเมริกาเหนือและยุโรป มีของเอเชียอยู่จำนวนหนึ่ง และเป็นการวิจัยในระดับมาตรการเฉพาะ เช่น การใช้ copayment ในขนาดหนึ่งๆ การใช้ coinsurance ในอัตราร้อยละหนึ่งๆ การกำหนด reference pricing หรือเพดานของสิทธิประโยชน์ (benefit cap) แบบหนึ่งๆ

Goldman และคณะพบว่า โดยรวมแล้ว การเพิ่มส่วนร่วมจ่ายมีความสัมพันธ์กับการใช้ยาที่ลดลง และกับค่าที่สูงขึ้นของการหยุดการรักษาด้วยยา โดยที่ทุกๆ ร้อยละ 10 ที่เพิ่มขึ้นของส่วนร่วมจ่าย สัมพันธ์กับการลดลงของค่าใช้จ่ายด้านยาร้อยละ 2-6 ขึ้นกับประเภทของยา และสถานะของผู้ป่วย การใช้เพดานของสิทธิประโยชน์ก็มีผลในการลดการใช้จ่ายเช่นเดียวกัน²

ส่วนร่วมจ่ายมักจัดเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการจัดการสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรม (Pharmacy Benefit Management) ซึ่งมักทำเป็นชุดมาตรการ (package) ที่มีด้านต่างๆ Olsen ทำการประมวลการวิจัยที่เป็นชุดมาตรการและมาตรการแต่ละแบบในชุดการจัดการสิทธิประโยชน์ทางเภสัชกรรมดังกล่าว ซึ่งเป็นการศึกษาในสหรัฐอเมริกา พบว่าส่วนร่วมจ่ายค่ายามีผลในการลดการใช้จ่ายⁱⁱⁱ

ในขณะที่การศึกษาของ Goldman และคณะ และของ Olsen ข้างต้น ทบทวนงานวิจัยที่ประเมินส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระดับมาตรการเฉพาะ และในระดับชุดมาตรการ มีงานศึกษาอีกชิ้นหนึ่งซึ่งเปรียบเทียบผลของ Health Saving Account ในระดับระบบ โดยที่มีประเทศที่ใช้ระบบ health หรือ medical saving account 3 ประเทศ คือ สิงคโปร์ อาฟริกาใต้ และจีน ในสิงคโปร์นั้นระบบที่ใช้คือ Medisave ในอาฟริกาใต้ เป็นประกันสุขภาพเอกชน ส่วนของประเทศไทย เริ่มจากโครงการทดลองใน 2 เมืองในมณฑลเจียงซู ครอบคลุมประชากร 5 ล้านคน แล้วขยายต่อ

พบว่า ในระบบ saving account ผู้ป่วยรับภาระค่าใช้จ่ายมากกว่า (ซึ่งเป็นธรรมชาติของระบบนี้) ค่าใช้จ่ายรวมต่อคนของระบบน้อยกว่า และไม่มีผลทำให้มีปัญหาการเข้าถึงบริการที่จำเป็น สำหรับในจีน พบการลดการใช้จ่ายและบริการราคาแพง อย่างไรก็ตาม ทั้ง 3 ระบบมีองค์ประกอบที่แตกต่างกัน และการเปรียบเทียบนี้เป็นการใช้สถิติภาพรวม ไม่สามารถแยกแยะผลของแต่ละองค์ประกอบย่อยในรายละเอียด^{iv}

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาเชิงประจักษ์ในเรื่องผลของส่วนร่วมจ่าย เพื่อนำเอาผลเฉพาะมาสรุปบทเรียนสำหรับใช้ในระบบประกันสุขภาพอีกระบบหนึ่ง เช่น การเก็บส่วนร่วมจ่ายด้วยวิธีหนึ่งๆ ในอัตราหนึ่งๆ มีผลต่อจำนวนวันนอนเท่าใด หรือมีผลให้การใช้จ่ายในโรคหนึ่งๆของผู้สูงอายุลดลงเท่าใด มักพบปัญหาทั้งในด้านรายละเอียดของมาตรการส่วนร่วมจ่ายเฉพาะที่ศึกษา องค์ประกอบอื่นๆของระบบประกันสุขภาพที่ใช้มาตรการดังกล่าว และบริบททางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศที่ศึกษา ความสัมพันธ์ที่สามารถสรุปได้ชัดเจน จากการวิจัยมาตรการส่วนร่วมจ่ายหลายแบบ ด้วยระเบียบวิธีวิจัยต่างๆกัน ในระบบประกันสุขภาพต่างๆกัน เป็นข้อสรุปว่า ส่วนร่วมจ่ายมีผลโดยทั่วไปในการลดการให้บริการ/การใช้จ่าย ฉะนั้น การออกแบบระบบ และการติดตามผลอย่างต่อเนื่องจึงมีความสำคัญ

3. ข้อพิจารณาในการออกแบบระบบส่วนร่วมจ่ายค่ายา

■ วัตถุประสงค์ของส่วนร่วมจ่าย

วัตถุประสงค์ของนโยบายส่วนร่วมจ่ายควรต้องมีความชัดเจนก่อนพิจารณาประเด็นอื่นๆของมาตรการ

แม้ว่าระบบประกันสุขภาพของประเทศต่างๆที่ทำการศึกษากลับมาถึงการลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นเป็นวัตถุประสงค์ แต่ในบางระบบ เช่นระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของเกาหลี มีอัตราส่วนร่วมจ่ายบางด้านที่สูงมากเมื่อเทียบกับระบบอื่นๆ จึงสะท้อนแง่คิดอีกประเด็นหนึ่งของระบบประกันสุขภาพ กล่าวคือ การแบ่งภาระค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งให้เป็นความรับผิดชอบของผู้ใช้บริการ

เพื่อลดการเก็บเบี้ยประกัน เนื่องจากส่วนร่วมจ่ายมีผลต่อการใช้จ่าย การเก็บในอัตราสูงสำหรับวัตถุประสงค์แบบหลัง เป็นประเด็นที่ถกเถียงในเชิงนโยบายค่อนข้างมาก

การเก็บส่วนร่วมจ่ายที่ตั้งเป้าไปที่บริการเพิ่มเติมที่อาจเป็นทางเลือกให้เกิดความสะดวกในการใช้บริการ ซึ่งจัดเป็นบริการที่เกินจำเป็น ตัวอย่างเช่นห้องพิเศษในโรงพยาบาล เช่นในระบบของสิงคโปร์ หรือยาที่มีได้มีความจำเป็นในการรักษาเป็นพิเศษ เช่นในระบบของฟินแลนด์ หรือการที่ระบบประกันสุขภาพเบิกจ่ายตาม generic equivalent, pharmacological equivalent และ therapeutic equivalent เช่นในระบบประกันสุขภาพของออสเตรเลียและเยอรมนี โดยให้ผู้ป่วยรับผิดชอบส่วนต่าง ในแง่มุมหนึ่งจัดเป็นการกำหนดเป้าหมายเพื่อลดการใช้จ่ายหรือบริการเฉพาะ ที่มากกว่าการลดการใช้ทั่วไป ในอีกแง่มุมหนึ่ง เป็นเรื่องของภาระรับผิดชอบสำหรับสิทธิในการได้มาซึ่งบริการหรือยาพิเศษของผู้ที่ต้องการบริการหรือยากลุ่มดังกล่าว⁶ การใช้ส่วนร่วมจ่ายแบบนี้ จึงมีเป้าหมายที่บริการหรือยาซึ่งมิใช่ความจำเป็นพื้นฐานของการบริบาล เพื่อเพิ่มทางเลือกภายในระบบประกันสุขภาพ และให้ผู้ใช้บริการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง

■ เก็บหรือไม่เก็บส่วนร่วมจ่าย

ระบบประกันสุขภาพบางระบบ เก็บส่วนร่วมจ่ายในอัตราที่ไม่สูงนัก และมีข้อกำหนด ยกเว้นเป็นจำนวนมาก เช่น ในสหราชอาณาจักร ประมาณ 85-88% ของยาในใบสั่งยาได้รับการยกเว้นไม่ต้องเสียเงิน จึงเกิดคำถามนโยบายว่า ควรจะมีการเก็บส่วนร่วมจ่ายหรือไม่ เนื่องจากส่วนร่วมจ่ายที่เก็บมีมูลค่ารวมไม่สูงนัก เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายรวม

ประเด็นนี้โยงกับวัตถุประสงค์และผลของนโยบาย ว่าต้องการเก็บส่วนร่วมจ่ายเพื่อลดการใช้อะไร และได้ผลเพียงใด ตลอดจนแง่มุมพิจารณาเกี่ยวกับเศรษฐฐานะของประชากรกลุ่มต่างๆ ว่ามีประชากรที่มีปัญหาความสามารถในการจ่ายส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด

■ ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันที่มีวิธีการจ่ายค่าบริการ/ค่ายาแตกต่างกัน

ตัวอย่างระบบประกันสุขภาพต่างๆที่มีระบบร่วมจ่ายของประเทศเหล่านี้ ใช้วิธีจ่ายเงินค่ายาแบบตามรายการ ส่วนระบบประกันสุขภาพหลักของไทย 2 ระบบใช้วิธีเหมาจ่ายในการจ่ายเงินค่าบริการ และมีข้อกำหนดว่าไม่ให้เก็บเงินเพิ่ม เช่น หากผู้ป่วยต้องการใช้ยาต้นแบบ ไม่สามารถร่วมจ่ายตามข้อกำหนดในระบบ 30 บาทในปัจจุบัน (ในทางปฏิบัติอาจมีแตกต่างกันไป) ในขณะที่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จ่ายแบบตามรายการ

ปัญหาการใช้จ่ายและบริการสุขภาพเกินจำเป็น เป็นข้อกังวลในระบบที่จ่ายเงินแบบตามรายการ ส่วนข้อกังวลในระบบที่จ่ายเงินแบบเหมาจ่าย คือการให้ยาและบริการสุขภาพที่น้อยกว่าที่จำเป็น การกำหนดส่วนร่วมจ่ายค่ายา จึงพบทั่วไปในกรณีที่จ่ายค่ายาตามรายการ

ประเด็นคำถามนโยบายประเด็นหนึ่งคือ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการเลือกใช้บริการหรือยา ที่ให้ความสะดวก หรือมีอาการข้างเคียงน้อยกว่า หรือเป็นยาที่ใหม่กว่าในกลุ่มเดียวกัน สามารถ

ร่วมจ่ายภายในระบบประกันสุขภาพแบบเหมาจ่าย หรือไม่ใช้บริการจากระบบประกันสุขภาพนั้นเลย แต่จ่ายเองแทน (opt out)

ทั้งวิธีการจ่ายเงินค่าบริการแบบเหมาจ่ายและวิธีใช้ส่วนร่วมจ่าย ต่างเป็นการใช้มาตรการทางการเงินในการปรับพฤติกรรม ในการควบคุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ ในขณะที่มาตรการหนึ่งมุ่งไปที่ผู้ให้บริการ (supply-side policy) อีกมาตรการหนึ่งมุ่งไปที่ผู้ใช้บริการ (demand-side policy) ควรมีการวิจัยเชิงประจักษ์ในผลของนโยบายต่อการเข้าถึงบริการและยาในมาตรการนโยบายเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง

- กำหนดส่วนร่วมจ่ายโดยแยกแยะตามความเหมาะสม

ระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่เก็บส่วนร่วมจ่ายค่ายา (และส่วนร่วมจ่ายบริการสุขภาพอื่นๆ) โดยไม่ได้กำหนดเท่ากันหมดสำหรับบุคคลทุกกลุ่ม หรือยา/โรค/บริการทุกประเภท แต่มีการแยกแยะโดยใช้เกณฑ์ต่างๆ และเก็บในอัตราหรือด้วยรูปแบบที่แตกต่างกัน หรือยกเว้นประชากรบางกลุ่ม เช่นเก็บผู้สูงอายุในอัตราที่ต่ำกว่า ยกเว้นกลุ่มผู้มีรายได้น้อย กลุ่มผู้ที่อาศัยในท้องถิ่นห่างไกล เป็นต้น เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายโดยไม่ให้เกิดผลกระทบด้านลบในแง่ affordability กล่าวคือ การกำหนดส่วนร่วมจ่าย ไม่ใช่ใช้วิธีเดียวหรืออัตราเดียวเหมือนกันหมด แต่มีการแจกแจงตามความเหมาะสม

- Safety net

เนื่องจากมาตรการทางการเงินดังเช่นส่วนร่วมจ่าย อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงในการลดการเข้าถึงบริการและยาที่จำเป็น จึงต้องออกแบบกลไกในการป้องกันผลดังกล่าว

- กลไกสนับสนุนระบบส่วนร่วมจ่าย

ส่วนร่วมจ่ายมิใช่ตัวเลขโดด แต่เป็นระบบที่ต้องมีการบริหารจัดการ จึงต้องมีกลไกสนับสนุนมาตรการนโยบาย ในด้านส่วนร่วมจ่ายค่ายา กลไกที่สนับสนุนเกี่ยวข้องกับการพิจารณาที่จะให้ความครอบคลุมและอัตราราคาเบิกจ่าย โดยตั้งอยู่บนวัตถุประสงค์นโยบายและหลักวิชาการ และมีการปรับปรุงให้ทันสมัยอยู่เสมอ

- การสื่อสารนโยบาย

การสื่อสารกับผู้ให้บริการในเรื่องค่าใช้จ่ายสุขภาพและส่วนร่วมจ่าย น่าจะมีส่วนช่วยสร้างสำนึกสังคม ตัวอย่างเช่น ระบบประกันสุขภาพในไต้หวัน มีการสื่อสารกับผู้ให้บริการเสมอว่า บริการสุขภาพและยา มีใช้ของฟรี แต่ต้องใช้ทรัพยากรของสังคม และผู้ให้บริการมีหน้าที่รับผิดชอบส่วนหนึ่งโดยการร่วมจ่าย

4. สรุป

ระบบประกันสุขภาพในประเทศต่างๆมีการใช้ส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพและส่วนร่วมจ่ายค่ายา เพื่อลดการใช้ที่เกินจำเป็น

การกำหนดส่วนร่วมจ่ายค่ายามีรูปแบบที่หลากหลาย ประเทศส่วนใหญ่ที่ศึกษา มีการกำหนดอัตราส่วนร่วมจ่ายที่แตกต่างกันสำหรับกลุ่มประชากรที่ต่างกัน โดยอาจใช้เกณฑ์ต่างๆ เช่น รายได้ อายุ ชนิดของโรค ชนิดของยา เป็นต้น ระบบประกันสุขภาพเกือบทุกระบบ มีกลไกในการปกป้องประชากรที่มีความสามารถในการจ่ายเงินต่ำกว่าประชากรทั่วไป ไม่ให้มีปัญหาในการเข้าถึงยาที่จำเป็น ทั้งนี้ เพื่อให้ส่วนร่วมจ่ายซึ่งมีขึ้นเพื่อลดการใช้ยาเกินจำเป็น ไม่ส่งผลกระทบด้านลบต่อการเข้าถึงที่จำเป็น อันเป็นเป้าหมายของระบบประกันสุขภาพ

บทเรียนจากการศึกษาระบบในประเทศต่างๆ 10 ประเทศนี้ ที่ควรนำมาพิจารณาหากจะมีการใช้นโยบายส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย คือ การกำหนดส่วนร่วมจ่ายต้องมีความชัดเจน ไม่ควรเก็บส่วนร่วมจ่ายโดยใช้วิธีเดียวหรืออัตราเดียวเหมือนกันหมด แต่ควรมีการแยกแยะตามความเหมาะสมกับประชากรกลุ่มต่างๆ หรือผู้ป่วยในโรคต่างกัน โดยเก็บในอัตราหรือด้วยรูปแบบที่แตกต่างกัน หรือยกเว้นประชากรบางกลุ่มจากการต้องจ่ายส่วนร่วมจ่าย พร้อมกับมีการสร้างกลไกป้องกันปัญหาการเข้าถึงยาที่จำเป็นจากการต้องร่วมจ่าย เช่น โดยการใช้เพดานส่วนร่วมจ่ายต่อเดือนหรือต่อปี

การบริหารส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพ ต้องมีกลไกสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การพิจารณาที่ให้การครอบคลุม ราคายา และอัตราส่วนร่วมจ่าย เป็นต้น นอกจากนี้ ควรมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ

References

- ¹ Lee TH, Emanuel EJ. Tier. (2004). 4 Drugs and the Fraying of the Social Compact. *New England Journal of Medicine* ,359(4): 333-335.
- ² Goldman DP, Joyce GF, and Zheng Y. (2007). Prescription Drug Cost Sharing: Associations with Medication and Medical Utilization and Spending and Health. *JAMA*, 298(1): 61-69.
- ³ Olson BM. (2003). Approaches to Pharmacy Benefit Management and the Impact of Consumer Cost Sharing. *Clinical Therapeutics*, 25: 250-272.
- ⁴ (2005). Impacts of HSAs on Costs and Utilization in Three Countries. The Greater Milwaukee *Annual Report on Health Care*, 27-30. Retrieved from: https://www.hctrends.com/library/lib_article_display_public.aspx?id=1070
- ⁵ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. “สิทธิประโยชน์ภาคบังคับที่เท่าเทียม vs. สิทธิประโยชน์ที่ให้ทางเลือกผู้บริโภคและเก็บส่วนร่วมจ่าย.” เอกสารกรอบคิดประเด็นค่านิยม (Values) ในการออกแบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. สำนักงานวิจัยระบบประกันสุขภาพไทย. 2551.