

การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่น
Health Care Reform in Japan

สมฤทธิ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ พบ.สม. วทม.
สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
พฤษภาคม 2543

การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่น

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ พบ. สม. วทม.^{*}

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประเทศญี่ปุ่นเป็นประเทศในเอเชียประเทศแรกที่สามารถให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนได้อย่างทั่วหน้า และมีวิวัฒนาการมากกว่า 70 ปี ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นนั้นเกิดขึ้นก่อนระบบประกันสังคม ทั้งนี้ในระยะแรกของการพัฒนานั้นเกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวของกลุ่มผู้ใช้แรงงานเป็นหลัก โดยเริ่มจากการจัดบริการด้านสุขภาพให้กับกลุ่มผู้ใช้แรงงานในโรงงานก่อนแล้วจึงมีกฎหมายประกันสุขภาพขึ้น ซึ่งในช่วงแรกก็จำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรม ในช่วงที่ประเทศญี่ปุ่นเข้าสู่สงครามโลกครั้งที่สองระบบประกันสุขภาพได้มีการขยายตัวมากขึ้นสืบเนื่องจากรัฐบาลตระหนักว่าภาคการผลิตเป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนยุทธโศปกรณ์และสินค้าอุปโภคบริโภคที่จำเป็นสำหรับกองทัพ ภายหลังสงครามยุติลงระบบประกันสังคมจึงกำเนิดขึ้นด้วยเหตุที่หลังภาวะสงครามประเทศจำเป็นต้องมีการฟื้นฟูและประชาชนประสบกับปัญหาความทุกข์ยาก การพัฒนาระบบประกันสุขภาพและระบบประกันสังคมของญี่ปุ่นมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศ การขยายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนนั้นสามารถดำเนินการได้ในช่วงที่ประเทศมีภาวะเศรษฐกิจที่รุ่งโรจน์โดยประยุกต์รูปแบบของเยอรมันโดยมีกองทุนที่หลากหลาย ยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงมากอีกช่วงหนึ่งคือการเข้าสู่ยุคที่มีประชากรวัยผู้สูงอายุมากในขณะที่มีเด็กน้อยลงทั้งนี้เนื่องจากมีผลกระทบต่อการค่าใช้จ่ายของระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพ โดยภาระค่าใช้จ่ายด้านบำนาญได้เพิ่มสูงขึ้นมาก ในขณะที่รายจ่ายด้านสุขภาพก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุจำนวนมาก ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการมีสัดส่วนเด็กน้อย จากการที่กลุ่มสตรีและชายวัยเจริญพันธุ์สมรสช้าลงและมีจำนวนบุตรน้อยลงคือจะทำให้มีประชากรวัยแรงงานที่จะเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจน้อยลงในอนาคตซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมในอนาคต ขณะการมีผู้สูงอายุจำนวนมากก็ทำให้ภาระที่สังคมและกลุ่มวัยทำงานต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านประกันสังคมและประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงเป็นแรงผลักดันที่สำคัญในการปฏิรูประบบความมั่นคงด้านสังคมในช่วงหลัง โดยมีทั้งแผนการส่งเสริมให้ครัวเรือนมีบุตรมากขึ้นโดยจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งแวดล้อมที่จะเอื้อให้คนมีบุตรมากขึ้น ขณะเดียวกันก็ต้องมีการปฏิรูประบบบริการสำหรับผู้สูงอายุให้สามารถจัดบริการได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยสรุปแรงผลักดันในการปฏิรูประบบสุขภาพของญี่ปุ่นในระยะแรกจึงเป็นปัจจัยด้านการเคลื่อนไหวของกลุ่มแรงงาน ปัจจัยด้านการเมือง ส่วนในช่วงที่มีการขยายตัวของระบบประกันสุขภาพมากคือปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ส่วนในระยะหลังคือปัจจัยด้านการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรและภาระค่าใช้จ่ายของระบบที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว กลไกสำคัญของการปฏิรูปคือการออกกฎหมาย ระบบบริการต่างๆของญี่ปุ่นนั้นถูกกำหนดด้วยกฎหมายทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสุขภาพ ประกันสังคม หรือระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้มาตรการที่ใช้มีทั้งการปรับโครงสร้างของระบบประกัน ระบบบริการ และมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์

กล่าวโดยสรุปญี่ปุ่นสามารถให้หลักประกันกับประชาชนทุกคน โดยประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่าย มีปัญหาด้านการขาดการถือหุ้นและการกระจายความเสี่ยงระหว่างระบบประกันต่างๆและรัฐต้องเข้ารับดำเนินการสำหรับกลุ่มที่ยากในการเข้าถึงและมีความเสี่ยงสูงภาวะในการสนับสนุนสูง มีปัญหาด้านการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข

^{*} สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

สุข ชาติประสิทธิภาพอันสืบเนื่องจากวิธีการจ่ายเงิน ความซับซ้อนของบริการ การแข่งขันกันระหว่างสถานพยาบาล การที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากขึ้นทำให้มีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุขึ้นโดยเฉพาะเพื่อให้จัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สำหรับมาตรการในการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพ มีการควบคุมราคา ยา การควบคุมจำนวนเตียงในแต่ละพื้นที่ และการเพิ่มส่วนร่วมจ่ายกับประชาชน เป็นหลัก ส่วนมาตรการควบคุมพฤติกรรมของสถานพยาบาลมีน้อย ความสำเร็จของการปรับโครงสร้างและการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของญี่ปุ่นข้อมูลที่มีอยู่จนถึงปี 1997 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุแสดงชัดเจนว่ายังไม่ประสบความสำเร็จ นอกจากนั้นความพยายามรักษาความเป็นผู้นำในระบบเศรษฐกิจของโลกก็ยังคงเป็นมูลเหตุหลักหนึ่งในความจำเป็นต้องมีการปฏิรูปนอกจากปัญหาภายในของระบบเอง

Executive Summary

Japan is the first country in Asia that achieved universal coverage of health insurance and has a long history, more 70 years of development. The Japan health insurance system started before the social security system enforced by movements of labor unions by initially enforcement of service provision within factories, following by enactment of health insurance act. The early phase of development covered only employees in industrial sector and rapidly expanded during the second world war period according to prime concern of government in increase goods supplied for military in the war and needed healthy labor. After the war, the social security system was started by reason of the need to recover the country and suffering of people. Development of health insurance and social security system are closed related with country economy, expansion of insurance coverage could be achieved during high economic growth period by adopting the German system, multiple funds. An abundance reform has been launched when the country entered an aging era with fewer children since it overwhelmed expenditure on social security and health insurance system. Pension expense has been increase rapidly accompanying the increase of health expenditure due to increase of aging population. Delayed marriage of working people and reduce of number of child in family will decrease working population in the future and deteriorate country economy and overall society. Increase in aging population increases expenditure on health and social security system and increase burden for society and working population. These are factors determined the recent reform of the social security system. Strategies of the reform include promoting family to have more children by providing enable environment in accordance with providing effective and appropriate social and health service for the aged. In conclusion, pressures for reform at the initial phase are movement of labor union and political factors, high economic growth enable expansion of insurance coverage, finally, increase in aging population together with fewer children and escalating of cost determine the need for reform. Legislation is the main tool of reform, all social services in Japan, social health insurance, social security system, and health services are commanded with law. Strategies of the reforms include health insurance structure reform, health service delivery system reform, and cost containment measures for medical care expenditure.

In conclusion, Japan achieved universal coverage of health insurance and using 20% co-payment policy, however, some problems still exist. There is no redistribution or equalization between funds and put burden

on government especially, the National Health Insurance system. In addition, There is inequitable health resource distribution, inefficiency of the system due to payment methods, duplication of services according to competing between ambulatory and hospital care. Increase aging population creates need to improve efficiency of elderly care. Health care cost containment measures include, price control, limited number of beds in each prefecture, increase co-payment, but ignore measures on supply side control. Up to 1997 data, it seems to be not success in containing health care cost, especially in elderly group. Attempting to sustain Japan high ranking in the world economy underlined demand for reforms distinct from problems in the system itself.

บทนำ

เมื่อพูดถึงระบบสุขภาพแล้วอาจมีการให้นิยามและความหมายที่แตกต่างกัน Roemer ได้ให้นิยามไว้ค่อนข้างแคบหมายรวมเพียงระบบต่างๆในสังคมที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพ และผลลัพธ์ของระบบสุขภาพคือภาวะสุขภาพของคนในสังคม ระบบสุขภาพ (Health System) หมายถึง ระบบบริการสุขภาพและระบบอื่นใดในสังคมที่มีเป้าหมายหลักเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพในมิติที่กว้างหรือแคบก็ตาม ดังนั้นนอกจากระบบบริการสุขภาพแล้วยังประกอบด้วยระบบอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดการด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม น้ำสะอาด โภชนาการ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน สภาพที่อยู่อาศัย ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพต่างๆ ฯลฯ เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพประชาชนนั้น นอกจากระบบบริการสุขภาพแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆอีกมาก เช่น สภาพเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมในการทำงาน วิถีชีวิต วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ ฯลฯ เป็นต้น โดยในกลุ่มหลังนี้อาจมีบทบาทมากกว่าตัวระบบบริการสุขภาพเองเสียอีก สำหรับการปฏิรูป (Reform) นั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือระบบการทำงานเพื่อที่จะทำให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์เดิมที่ต้องการด้วยวิธีการที่ดีขึ้น ทั้งนี้เงื่อนไขทางปฏิบัติที่สำคัญของการปฏิรูปคือ ต้องมีการวิเคราะห์กิจกรรมที่จะทำการปฏิรูปอย่างชัดเจน ทราบถึงวัตถุประสงค์เดิมโดยรวมของกิจกรรมเหล่านั้น ทราบถึงปัญหาหรือสาเหตุที่ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการหรือผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้น มีกลยุทธ์ที่สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้และมีความเป็นไปได้ และประการสุดท้ายคือวัตถุประสงค์โดยรวมเดิมนั้นจะต้องคงอยู่ แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ของระบบย่อย (David-Seedhouse 1995)

การปฏิรูประบบสุขภาพ จึงหมายถึงการเปลี่ยนแปลงใหญ่ที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นต่อระบบเศรษฐกิจ การเมือง สังคม รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสุขภาพ นอกจากนั้นแม้ระดับของการเปลี่ยนแปลงจะเรียกได้ว่าเปลี่ยนแปลงมากแต่มักจะอุบัติขึ้นอย่างต่อเนื่องอย่างสันติ อย่างไรก็ตามการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนานั้นพบว่า ส่วนใหญ่ก็จำกัดอยู่ในระบบย่อย คือ ระบบบริการสุขภาพ ระบบการคลังสำหรับบริการสุขภาพ หรือระบบการส่งเสริมสุขภาพ ฯลฯ เป็นต้น มากกว่าที่จะเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพในภาพใหญ่โดยรวม ทั้งนี้เนื่องจากในระบบสุขภาพนั้นประกอบด้วยระบบย่อยๆมากมายที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ นอกจากนั้นในระบบย่อยอื่นๆนั้นส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้มีวัตถุประสงค์หลักด้านสุขภาพ ในการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศญี่ปุ่นนี้ส่วนใหญ่ก็เป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และระบบการคลังสำหรับบริการสุขภาพเป็นหลัก โดยอาศัยข้อมูลและเอกสารจากการที่ผู้วิจัยเข้าร่วมสัมมนาหลักสูตรการบริหารระบบประกันสังคมสำหรับประเทศในเอเชีย (The 8th Study Programme for the Asian Social Insurance Administration) ณ กรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น เป็นเวลาสองอาทิตย์ และจากเอกสารวิชาการ รายงานการวิจัย รายงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ

ญี่ปุ่นเป็นประเทศในเอเชียตะวันออกที่สามารถจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน ทั้งนี้โดยระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นนั้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงด้านสังคม และมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนานโดยยึดต้นแบบมาจากประเทศเยอรมัน ญี่ปุ่นมีประชากรประมาณ 126 ล้าน มีรายได้เฉลี่ยของประชากรสูงในอันดับต้นๆของโลก รายได้เฉลี่ยต่อหัวประชากรในปี 1995 เท่ากับ 32,400 US\$ หากพิจารณาข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในแถบเอเชียที่สามารถจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้กับประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกันนั้นจะเห็นว่าเป็นประเทศที่มีภาวะเศรษฐกิจที่ค่อนข้างมั่นคง มีระดับการพัฒนาที่สูง มีสัดส่วนคนที่อาศัยในเขตเมืองสูง มีรายได้ของประชา

กรเฉลี่ยต่อหัวสูง ทรัพยากรสาธารณสุขเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรแล้วค่อนข้างสูง มีภาวะสุขภาพที่ค่อนข้างดีเมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ญี่ปุ่นมีผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวสูงที่สุดในเอเชียหรือในกลุ่มประเทศแนวหน้าในเอเชีย มีอายุขัยเฉลี่ยประชากรสูงที่สุดกล่าวคือในปี 1997 อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของเพศชายเท่ากับ 77.19 ปี และเพศหญิง 83.32 ปี และมีสัดส่วนของผู้สูงอายุสูงกว่าประเทศอื่นๆ มาก ขณะเดียวกันญี่ปุ่นก็มีรายจ่ายด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติแล้วสูงที่สุด

ตารางที่ 1 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคม และดัชนีด้านสุขภาพของประเทศในเอเชียที่สามารถให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน ระหว่าง ปี 1995-1997

	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	ไต้หวัน	สิงคโปร์
ขนาดประเทศ (ตร.กม.)	377,815	99,392		647.5
จำนวนประชากร (ล้านคน)	126	45.09	21	3.1
อัตราเพิ่มประชากร(%)	0.19	0.95		1.9
ร้อยละประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี	15.9	23.4		22.7
ร้อยละของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี	14.8	5.9	7.2	10.1
ร้อยละประชากรในเขตเมือง	77.2	78.5		100
อัตราเกิดต่อพันประชากร	9.6	15.9		14.6
อัตราตายต่อพันประชากร	7.4	5.4	5.4	4.5
อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด	79.5	72.9	74	77.1
อัตราทารกตาย	4.3	8.56		3.6
อัตราการเจริญพันธุ์ของสตรี 15-49 ปี	1.42	1.74		1.71
Per Capita GNP (US\$)	32,400	10,076	11,604	24,530
GNP growth rate (%)	...	8.7		7.5
ร้อยละประชากรที่อยู่ในภาคเกษตรกรรม				0.27
อัตราการรู้หนังสือของผู้ใหญ่	100	98		92.4
รายจ่ายด้านสุขภาพ (m.US\$)	26,710 BY	2,600		2,662
รายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัว (US\$)	21,3000Y	30	596	890
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP	7.3		5.1	3.2
สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรพันคน	1.91	1.47	1.2	1.58
สัดส่วนเตียงต่อประชากรพันคน	132.3	3.5	4.9	3.5
สัดส่วนเตียงในภาครัฐ	10	18.9	38.5	74

ที่มา WHO 1998 Western Pacific Region Health Data Bank 1998 Revision.

ระบบความมั่นคงด้านสังคมของญี่ปุ่น (Social Security System)

ประเทศญี่ปุ่นเริ่มพัฒนาระบบความมั่นคงด้านสังคมมาในระยะใกล้เคียงกับประเทศในตะวันตก ในปี 1920 รัฐบาลเริ่มให้การรับรองว่าจะจัดให้มีระบบความมั่นคงด้านสังคมขึ้นภายหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ในปี 1930 เริ่มมีนโยบายที่จะให้มีการประกันสุขภาพและประกันบำนาญสำหรับประชาชนทุกคน ในช่วงทศวรรษ 1940 เริ่มมีการพัฒนาสิทธิประโยชน์ต่างๆที่ได้รับ และในช่วงหลังทศวรรษ 1950 เป็นต้นมาเริ่มมีการทบทวนสิทธิประโยชน์และการจ่ายของผู้ประกันตน วิวัฒนาการโดยสรุปเป็นดังในตารางที่ 2

ประเทศญี่ปุ่นมีระบบความมั่นคงด้านสังคมอย่างกว้างขวางและครอบคลุมทุกด้าน ปัจจุบันกล่าวได้ว่าเป็นประเทศที่มีระบบความมั่นคงด้านสวัสดิการสังคมที่ดีที่สุดในโลกประเทศหนึ่ง ครอบคลุมของระบบความมั่นคงด้านสังคมของญี่ปุ่น (Scope of Social Security in Japan) ประกอบด้วย

ตารางที่ 2 แสดงวิวัฒนาการของระบบความมั่นคงด้านสังคมของประเทศญี่ปุ่น

1945 – 54	ภายหลังสงครามมีความจำเป็นเร่งด่วนในให้การช่วยเหลือกับประชาชนและขยายโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการจัดบริการเป็นอย่างมาก และเริ่มสร้างแนวคิดด้านความมั่นคงด้านสังคมขึ้น ● การพัฒนาด้านโภชนาการ การควบคุมโรค และสร้างกฎหมายสำหรับการจัดบริการด้านการแพทย์ ● มาตรการให้การช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ สวัสดิการสำหรับเด็ก ผู้พิการ การว่างงาน การศึกษา ฯลฯ
1955 – 64	เศรษฐกิจมีการขยายตัว และเริ่มตระหนักถึงการจัดหลักประกันด้านสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนและการประกันบำนาญ เริ่มปรับแนวคิดจากการให้การช่วยเหลือของรัฐเป็นระบบความมั่นคงด้านสังคมแทน เริ่มมีกฎหมายประกันสุขภาพและกฎหมายประกันบำนาญแห่งชาติขึ้น
1965 – 74	ระบบเศรษฐกิจมีการเจริญเติบโตมากและทำให้ระบบความมั่นคงด้านสังคมมีการพัฒนาไปเป็นอย่างมาก มีการพัฒนาสิทธิประโยชน์ การพัฒนาระบบสาธารณสุข พัฒนาด้านสภาพความเป็นอยู่ สภาพการทำงาน
1975 – 89	ระบบเศรษฐกิจชะลอตัว ต้องมีการทบทวนระบบความมั่นคงด้านสังคมทั้งในด้านบริการสุขภาพและสวัสดิการความเป็นอยู่อื่นๆ มีการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด การมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนในการไปใช้บริการ และปรับเพิ่มอายุที่จะได้รับบำนาญและปรับบริการสำหรับผู้สูงอายุ
1990 -	เริ่มปฏิรูประบบโครงสร้างสำหรับความมั่นคงด้านสังคมเพื่อรองรับยุคของการมีผู้สูงอายุมากและมีเด็กน้อย 1. มีการปฏิรูปอย่างเบ็ดเสร็จสำหรับบริการสุขภาพและสวัสดิการ ● แผนปฏิรูปบริการผู้สูงอายุ (The Gold Plan and the New Gold Plan) ● แผนพัฒนาบริการรองรับการเลี้ยงดูเด็กอ่อน (The Angle Plan and) ● แผนการจัดสวัสดิการสำหรับผู้พิการ (The Government Action Plan for Persons with Disabilities) ● ส่งเสริมการจัดบริการในชุมชน (community-based health activities) 2. เริ่มพัฒนาให้มี long-term care insurance 3. การปฏิรูปโครงสร้างระบบความมั่นคงด้านสังคม โดยมีมาตรการในการปฏิรูปทั้งระบบประกันสุขภาพและบำเหน็จบำนาญ 4. การตอบสนองต่อการแก้ปัญหาการมีเด็กน้อยลง

1. ระบบประกันสังคม (Social Insurance): ประกอบด้วย การประกันสุขภาพ (Health Insurance), การประกันบำนาญ (Pension Insurance), การประกันการเจ็บป่วยจากการทำงาน (Workers' Compensation Insurance), การประกันการว่างงาน (Employment Insurance), การประกันสำหรับการเดินทางทะเล

(Seamen's Insurance), สวัสดิการข้าราชการ (Mutual Aid Association Insurance), การประกันการเจ็บป่วยระยะยาว (Long-term Care Insurance)

2. ระบบสวัสดิการที่จัดให้โดยรัฐ (Public Assistance) : สำหรับประชาชนผู้ยากไร้ (public assistance)
3. ระบบสวัสดิการสังคม (Social Welfare): สำหรับกลุ่มประชาชน ผู้พิการ (physical disabilities), ผู้มีปัญญาอ่อน (persons with mental retardation), คนชรา (the elderly), เด็ก มารดาและทารก (children, mothers and babies) และอื่นๆ
4. โครงการสาธารณสุข (Public Health and Medical Care): การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ, ปัญหาสุขภาพจิต การควบคุมโรคติดต่อ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม น้ำสะอาด การคุ้มครองผู้บริโภค ฯลฯ
5. ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health services system for the elderly: medical care for the elderly)
6. ระบบบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (Public servants' pension: pension for civil servants or former military men's survivors)
7. ระบบความช่วยเหลือทหารผ่านศึก (Assistance for war victims: pension for the bereaved families of the soldiers)

นอกจากนี้ยังประกอบด้วย ระบบที่เกี่ยวข้องอีกสองอย่างคือ

- การจัดที่พักอาศัย : การสร้างที่พักอาศัยที่จัดโดยรัฐ มีสองประเภท คือ categories I & II
- การจัดหางาน : โครงการจัดหางานให้กับคนที่ว่างงาน เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การสร้างความมั่นคงด้านสังคมของญี่ปุ่นประกอบด้วยมาตรการหลักๆคือ

1. การสร้างความมั่นคงด้านรายได้ เช่นการจัดให้มีการประกันสำหรับบำนาญ หรือการให้การช่วยเหลือของรัฐ
2. การจัดให้มีความมั่นคงด้านการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์เมื่อมีความจำเป็น เช่น การประกันสุขภาพ
3. การจัดให้มีระบบบริการรองรับด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเพียงพอและทั่วถึง
4. การจัดให้มีบริการสำหรับการเจ็บป่วยเรื้อรังและสำหรับผู้สูงอายุ
5. สวัสดิการด้านสังคมอื่นๆ เช่น บริการสำหรับผู้สูงอายุ บริการสำหรับคนพิการ สวัสดิการสำหรับเด็ก สวัสดิการสำหรับมารดาที่ตั้งครรภ์และเลี้ยงดูบุตร เป็นต้น

ระบบความมั่นคงของญี่ปุ่นอยู่บนพื้นฐานของกฎหมายเป็นหลัก ภายใต้การดูแลกำกับของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ (Ministry of Health and Welfare) และมีกระทรวงอื่นเสริมในบางเรื่อง ทั้งนี้ในการดำเนินการมีทั้งหน่วยงานอิสระที่เป็นองค์กรเอกชน (Private companies) องค์กรร่วมอิสระ (society association) และหน่วยงานของรัฐ (municipal government) เป็นผู้ดำเนินการ ระบบประกันและสวัสดิการทุกชนิดจะมีกฎหมายเป็นตัวกำหนด เช่น

1. การช่วยเหลือของรัฐมีกฎหมายการช่วยเหลือของรัฐ (Public Assistance Law) ภายใต้การดูแลของ สำนักสวัสดิการสังคมและเยื่อสงคราม กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ (Social Welfare and War Victims Relief Bureau, MHW).
2. สวัสดิการสังคมและสวัสดิการเด็ก มีกฎหมาย 12 ฉบับควบคุม ภายใต้การดูแลของ Health and Welfare Department for Disability, MHW, / Social Welfare and War Victims relief Bureau, MHW, / Health and Welfare bureau for the Elderly, MHW, / Children & Welfare Bureau, MHW

3. การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีกฎหมาย 9 ฉบับควบคุม ภายใต้การดูแลของ Health Service Bureau, MHW, / Health and Welfare Bureau for the Disability, MHW,/ Health and Welfare Bureau for the Elderly, MHW,/ Water supply and Environmental Sanitation Department, Environmental Health bureau, MHW,/ Urban Area Bureau, Ministry of Construction,/ Planning and Coordination Bureau, environment Agency.
4. การช่วยเหลือเหยื่อสงคราม มีกฎหมาย 5 ฉบับควบคุม ภายใต้การดูแลของ Pension Bureau, Management & Coordination Agency,/ Social Welfare & War Victims Relief Bureau, MHW,/ Health Service Bureau, MHW.
5. การประกันสังคม มีกฎหมาย 8 ฉบับ คือ Health Insurance Law, Employees' Pension Law, Employment Insurance Law, Workers' accident Compensation Insurance Law, National Health Insurance Law, National Pension Law, Long-term care Insurance Law, Health and Medical Service for the Elderly) ทั้งนี้ อยู่ภายใต้การดูแลของ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ กระทรวงแรงงาน และองค์การประกันสังคม

ระบบบริการทางการแพทย์ของประเทศญี่ปุ่น (Medical Care Delivery System)

ระบบบริการทางการแพทย์ของญี่ปุ่นตั้งอยู่บนพื้นฐานสองประการคือ (1) มีอิสระในการตั้งสถานพยาบาล (Free establishment) แพทย์และทันตแพทย์สามารถตั้งสถานพยาบาลของตนได้โดยยื่นความจำนงค์ต่อ prefecture government และ (2) มีทางเลือกอิสระของประชาชน กล่าวคือประชาชนสามารถเลือกไปใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ตนพอใจได้อย่างอิสระ ทั้งนี้การจัดบริการอยู่ภายใต้กฎหมายสามฉบับคือ กฎหมายสถานพยาบาล (The Medical Services Law) กฎหมายประกอบวิชาชีพของแพทย์และทันตแพทย์ (the Medical Practitioners' Law, the Dental Practitioners' Law) ทั้งนี้กฎหมายควบคุมสถานพยาบาลมุ่งควบคุมมาตรฐานของสถานพยาบาลเป็นหลัก

สถานพยาบาล

ประเภทของสถานพยาบาลด้านบริการทางการแพทย์จำแนกเป็นสามประเภทหลัก คือ โรงพยาบาล (Hospital) คลินิก (clinic) และ คลินิกผดุงครรภ์ (maternity clinic) การแบ่งประเภทนี้ขึ้นกับจำนวนเตียงเป็นหลัก โดยโรงพยาบาลจะต้องมีเตียงตั้งแต่ 20 เตียงขึ้นไป ส่วนคลินิคนั้นจะมีเตียงได้ไม่เกิน 20 เตียง (ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์เป็นเตียงสำหรับการสังเกตอาการและฉุกเฉิน ปกติจะให้นอนได้ไม่เกิน 48 ชม.) และ คลินิกผดุงครรภ์นั้นมีเตียงได้น้อยกว่า 10 เตียง และให้บริการโดยผดุงครรภ์ ในปี 1997 มีโรงพยาบาลจำนวน 9,413 แห่ง 1.66 ล้านเตียง (80% เป็นโรงพยาบาลเอกชน และมีเตียงอยู่ร้อยละ 67) ทั้งนี้โรงพยาบาลของรัฐมีทั้งที่เป็นสถาบันเฉพาะโรคระดับชาติ โรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การดูแลของ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการและกระทรวงอื่นๆ และโรงพยาบาลของรัฐบาลท้องถิ่น คลินิก 149,871 แห่งโดยเกือบทั้งหมดเป็นของเอกชน และคลินิกผดุงครรภ์ 947 แห่ง

ในแต่ละจังหวัดจะมี Medical plan เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรด้านการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้มีการปรับบทบาทของสถานพยาบาลแต่ละประเภทอย่างเป็นระบบเพื่อให้มีการประสานการจัดบริการให้กับประชาชนและให้มีการใช้บริการอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจากบทบาทของสถานพยาบาลแต่ละประเภทไม่ได้มีการจำแนกอย่างชัดเจน มีการจัดบริการซ้อนกัน ทำให้ประชาชนไปแออัดกันที่โรงพยาบาลในขณะที่ละเลยการใช้บริการที่คลินิก อย่างไรก็ตามแผนนี้

เป็นเพียงแค่แนวทางสำหรับรัฐบาลท้องถิ่นว่าควรมีสถานพยาบาลแต่ละประเภทเท่าไรแต่ในทางปฏิบัติไม่ได้มีการบังคับให้เป็นไปตามที่วางแผน การขอตั้งสถานพยาบาลนั้นรัฐบาลท้องถิ่นตรวจสอบเพียงแต่ว่าผ่านมาตรฐานหรือไม่ โดยบทบาทของสถานพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่เน้นการพัฒนาระบบบริการและการจัดบริการให้กับพื้นที่ที่ขาดแคลน โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่พัฒนามาจากคลินิกซึ่งทำให้มีโรงพยาบาลขนาดเล็กจำนวนมาก ซึ่งมักมีปัญหาว่ามีอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกไม่พร้อม ทำให้อาจมีปัญหาด้านคุณภาพของบริการ ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนทรัพยากรสาธารณสุขของประเทศในกลุ่ม OECD พบว่าญี่ปุ่นมีจำนวนเตียงต่อประชากรสูงที่สุดเนื่องจากคลินิกและคลินิกผดุงครรภ์ก็มีเตียงผู้ป่วย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนเตียง แพทย์ และทันตแพทย์ ต่อ 1,000 ประชากรของประเทศต่างๆ

ประเทศ	จำนวนเตียง	แพทย์	ทันตแพทย์	พยาบาล
ญี่ปุ่น (1996)	13.2	1.9	0.7	8.0 (1997)
สหรัฐอเมริกา (1996)	4.1	2.6	0.6	8.1
อังกฤษ (1996)	4.5	1.6(1994)	0.4	4.3 (1988)
เยอรมนี (1996)	9.6	3.4	0.7	9.0 (1995)
ฝรั่งเศส (1996)	8.7	2.9	0.7(1995)	5.9 (1995)
สวีเดน(1996)	5.6	3.1		10.2 (1995)

แหล่งที่มา : OECD Health Data 1998, Ministry of Health and Welfare, Japan

นอกจากโรงพยาบาล คลินิก และสถานผดุงครรภ์แล้วยังมี ศูนย์บริการสาธารณสุข (Health Centers) ศูนย์เหล่านี้เป็นสถานบริการของรัฐภายใต้การจัดการของจังหวัด เมืองที่กำหนดให้ต้องมีจากคณะรัฐมนตรี และเทศบาลในท้องถิ่นต่างๆ ซึ่งในปัจจุบันมีอยู่กว่าสองพันศูนย์ ซึ่งทำหน้าที่หลักในการพัฒนาโครงการสาธารณสุขของท้องถิ่นๆ โดยจัดบริการให้ทั้งในด้านบริการสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพคัดกรองโรค ส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็กก่อนวัยเรียน บริการการให้คำปรึกษา การตรวจสถานบริการทางการแพทย์ ร้านอาหาร สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ฯลฯ

ผู้ให้บริการ

ในญี่ปุ่นมีผู้ให้บริการทางการแพทย์ทั้งหมด 17 ประเภท โดยทุกประเภทต้องได้รับใบประกอบวิชาชีพภายใต้การควบคุมของกฎหมาย ทั้งนี้โดยแพทย์และทันตแพทย์มีจำนวนเกินต้องการดังนั้นจึงมีมาตรการในการควบคุมปริมาณจำนวนแพทย์และทันตแพทย์โดยให้สถานศึกษาผลิตจำนวนนักเรียนแพทย์และทันตแพทย์ลงปีละ 10% สำหรับบุคลากรที่ขาดแคลนและจำเป็นต้องมีการผลิตเพิ่มคือพยาบาล สืบเนื่องจากการมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นทำให้มีความต้องการบริการด้านการพยาบาลเพิ่มมากขึ้น และบริการใน long term care นั้นต้องอาศัยพยาบาลเป็นหลัก ในช่วงที่ผ่านมาวิชาชีพพยาบาลถูกมองว่าด้อยกว่าพวกแพทย์และทันตแพทย์วิชาชีพนี้จึงไม่เป็นที่นิยมกัน ดังนั้นจึงได้มีมาตรการต่างๆในการเพิ่มจำนวนพยาบาล ตั้งแต่การผลิตเพิ่ม การเพิ่มการฝึกอบรม มาตรการในการป้องกันการออกจางาน ส่งเสริมการกลับเข้าทำงานใหม่ ปรับปรุงเงื่อนไขการทำงานให้ดีขึ้น ในปี 1995 มีพยาบาลปฏิบัติงานจริง 990,528 คน ในขณะที่ความต้องการนั้นประมาณ 1.055 ล้านคน จากมาตรการต่างๆที่ดำเนินการคาดว่าปริมาณพยาบาลที่ปฏิบัติงานจริงจะเท่ากับความต้องการในปี ค.ศ. 2000

ปัญหาที่ท้าทายของระบบบริการทางการแพทย์

1. ปริมาณและการกระจายของเตียงผู้ป่วย มีการกระจายไม่สม่ำเสมอของเตียงผู้ป่วย การมีจำนวนเตียงที่มากเกินไปในบางพื้นที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น สำหรับการแก้ไขในขณะนี้คือให้แต่ละจังหวัดต้องมีการจัดทำแผนความต้องการ (medical plan) และมีสิทธิเดือนหากยังคงมีการขอจัดตั้งหรือขยายเตียงอย่างไรก็ดีไม่ได้มีการบังคับห้าม มาตรการที่จะมีการพัฒนาและนำมาใช้คือการไม่อนุญาตให้สถานพยาบาลที่เปิดใหม่ในพื้นที่ที่มีเตียงเกินความต้องการแล้วให้บริการกับผู้ป่วยภายใต้การประกันสังคม นอกจากนั้นมาตรการในขณะนี้ที่ดำเนินการแล้วคือการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณเพิ่มขึ้นจากรัฐบาลสำหรับโรงพยาบาลที่ลดจำนวนเตียงลง เพื่อเพิ่มพื้นที่การให้บริการกับคนไข้
2. ปริมาณและการกระจายบุคลากร มีจำนวนแพทย์และทันตแพทย์ในภาพรวมที่มากเกินไปต้องการ ในขณะที่ก็ยังมีปัญหาการกระจายกว่าคือยังคงมีพื้นที่ห่างไกลบางแห่งที่ยังขาดแคลนแพทย์ นอกจากนั้นก็มีปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้านพยาบาล เนื่องจากมีความต้องการมากขึ้นจากบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและการพยาบาลระยะยาวที่มีมากขึ้น ปัญหาคือจะควบคุมจำนวนแพทย์และทันตแพทย์อย่างไร ในปัจจุบันแม้การจะประกอบวิชาชีพนี้ต้องได้รับใบอนุญาตจากรัฐบาลแต่ละจังหวัด แต่ในทางปฏิบัติไม่ได้มีการปฏิเสธการให้ใบอนุญาตถึงแม้จะมีจำนวนแพทย์เกินแล้วก็ตาม มาตรการที่กำลังจะนำมาใช้คือการให้ต้องมี internship ภายหลังจากการจบการศึกษาสองปีก่อนที่จะมาทำงานได้ และการลดจำนวนการผลิตลง สำหรับในพื้นที่ขาดแคลนแพทย์ก็ต้องจัดให้มีหน่วยบริการเคลื่อนที่ และเพิ่มการผลิตบุคลากรพยาบาลและเพิ่มแรงจูงใจในการทำงานให้มีสถานะด้านสังคมดีขึ้น
3. บทบาทในการให้บริการของสถานพยาบาลแต่ละประเภทมีความซ้ำซ้อนกัน ในขณะนี้ประชาชนมีเสรีที่จะไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ทำให้มีการแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลในขณะที่คลินิกมีการใช้บริการน้อย ในขณะนี้มีความพยายามที่จะให้มี primary care gate keeper แต่ก็ยังเป็นเพียง policy guideline ให้กับประชาชนเท่านั้น ไม่ได้มีการบังคับให้ต้องไปใช้บริการที่คลินิกก่อน เนื่องจากมีการทำประชาพิจารณ์กับประชาชนแล้วส่วนใหญ่ยังต้องการมีอิสระในการเลือกสถานพยาบาล ดังนั้นในขณะนี้ที่มีการดำเนินการคือการพัฒนาคุณภาพของคลินิกเพื่อให้ประชาชนมีความมั่นใจมากขึ้น
4. การให้ข้อมูลกับผู้ป่วย ในขณะนี้ผู้ให้บริการทุกรายต้องขออนุญาตในการกระทำกับผู้ป่วย และกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินการให้ผู้ให้บริการต้องให้ข้อมูลกับผู้ป่วยรวมถึงบันทึกของผู้ป่วยด้วย นอกจากนั้นกำลังพิจารณาการให้ข้อมูลการให้บริการของผู้ให้บริการแต่ละรายกับผู้ป่วยเพื่อพิจารณาการเลือกไปใช้บริการเพื่อมุ่งให้มีการแข่งขันในการพัฒนาคุณภาพบริการมากขึ้น

ระบบการประกันสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น (Medical Care Insurance)

ในปัจจุบันประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ แหล่งเงินสำหรับบริการทางการแพทย์จึงมาจากระบบประกันสุขภาพเป็นหลัก โดยระบบประกันที่ดำเนินการในปัจจุบันมีสองประเภทหลักคือ ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง (Employees' based) ซึ่งมีสองประเภทคือ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาล (Government managed Health Insurance) และ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชนแบบไม่หวังกำไร (Society managed Health Insurance) และ ระบบ

ประกันสุขภาพในชุมชน (Community-based Insurance) สำหรับประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระซึ่งเรียกว่า ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance, NHI) ทั้งสามกลุ่มครอบคลุมประชากรใกล้เคียงกันประมาณอย่างละหนึ่งในสาม นอกจากนั้นในกลุ่มที่เกษียณจากการทำงานแล้วในทุกระบบจะโอนมาอยู่ภายใต้การดูแลของรัฐ (Retired person insurance) และกลุ่มผู้สูงอายุ (70 ปีและมากกว่า และ 65 ปีที่ต้องนอนกับเตียง) ก็อยู่ภายใต้ระบบ NHI

นอกจากระบบประกันสุขภาพแล้วก็ยังมีระบบการให้บริการที่สนับสนุนโดยรัฐอีกสามประเภท ซึ่งอาจเป็นรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่น คือ (1) การชดเชยของรัฐ (Compensation by the state) ซึ่งจัดให้มีการเจ็บป่วยของทหารผ่านศึก (2) การป้องกันสำหรับสังคม (Social defense) สำหรับผู้ป่วยโดยโรคติดต่อและต้องมีการแยกรักษา และ (3) การให้หลักประกันด้านรายได้ (Income security) สำหรับผู้ที่มีฐานะและสังคมที่ด้อยเช่นคนจน ผู้พิการ และผู้สูงอายุ ทั้งนี้การให้การสนับสนุนของรัฐอาจเป็นในลักษณะที่

- รัฐเป็นผู้จ่ายทั้งหมด เช่นพวกทหารผ่านศึก ผู้ที่เจ็บป่วยจากระเบิดนิวเคลียร์
- ให้ระบบประกันเป็นผู้จ่าย เช่น พวกโรคติดต่อ
- ให้ระบบประกันจ่ายและส่วนที่ไม่ครอบคลุมด้วยระบบประกันรัฐจะจ่ายให้แทนเช่นส่วนร่วมจ่ายของผู้ป่วย (กลุ่มด้อยโอกาส)

ตารางที่ 4 ประเภทต่างๆของระบบประกันสุขภาพในประเทศญี่ปุ่น

ระบบประกัน	ผู้ประกันตน	ครอบคลุม (1,000)	ผู้ให้ประกัน	รัฐสนับสนุน
Government managed	ลูกจ้างในบริษัทขนาดเล็กและกลาง	38,213 (มีผู้สูงอายุ 5.4%)	National government	13% ของค่าใช้จ่าย
Society managed	ลูกจ้างในบริษัทขนาดใหญ่	31,975 (มีผู้สูงอายุ 2.9%)	1,814 Health Insurance Society	Y6.7 billion (คงที่)
Semen's insurance	ลูกจ้างประมง	292 (มีผู้สูงอายุ 7.3%)	National government	Y3.0 billion
Mutual aid	ลูกจ้างในรัฐบาลกลาง	11,579 (มีผู้สูงอายุ 4.1%)	27 Mutual Aid Associations	
Mutual aid	ลูกจ้างในรัฐบาลท้องถิ่น		54 Mutual Aid Associations	
Mutual aid	ครูและลูกจ้างในโรงเรียนเอกชน		1 Mutual Aid Association	
Agricultural and self employed	เกษตรกร และผู้ประกอบอาชีพอิสระ	-39,019 (municipalities) -4,669 (national Insurance Society) (มีผู้สูงอายุ 21.1%)	-3,249 municipalities, -166 National Health Insurance Association (NHI)	50% of costs 32-52% of costs
Retires from employees' insurance	ผู้ที่เกษียณจากการทำงาน		3249 municipalities (NHI)	
Health services for the elderly	ผู้สูงอายุมากกว่า 70 ปี และผู้สูงอายุมากกว่า 65 ที่นอนกับเตียง	12,761 3,511 employees' ins. 9,250 national health ins.	Municipalities (NHI)	16.4% of costs

ที่มา : JICWELS 1998

สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพ

สิทธิประโยชน์มีสองประเภทคือสิทธิประโยชน์บังคับที่กำหนดตามกฎหมาย และสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่ระบบประกันอาจเพิ่มเติมให้กับผู้ประกัน ทั้งนี้บุคคลที่จะได้รับการคุ้มครองนอกจากตัวลูกจ้างหรือหัวหน้าครัวเรือนแล้วก็รวมไปถึงบุคคลในครอบครัวด้วย สำหรับประเภทของสิทธิประโยชน์ที่กำหนดตามกฎหมายจำแนกได้ดังนี้

- สิทธิประโยชน์ในบริการทางการแพทย์ คือการได้รับบริการทางการแพทย์ (Benefits in kind) และการได้รับชดเชยคืนสำหรับบริการที่มีราคาแพง (reimbursement benefits for high-cost medical care)
- การได้รับเงินชดเชยสำหรับการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ (Sickness and injury allowance)
- การได้รับเงินชดเชยการคลอด (Maternity allowance)
- การได้รับเงินชดเชยการดูแลบุตร (Maternity and child-care lump sum allowance)
- การได้รับเงินชดเชยการจัดงานศพ (Burial or funeral expense)
- ค่าเดินทาง (Transportation costs)

รายการที่ไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันและผู้ป่วยต้องจ่ายเอง คือ ค่าห้องพิเศษ ค่าพยาบาลเฝ้าไข้ และค่าวัสดุทันตกรรม ในการไปรับบริการนั้นปกติประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ประมาณร้อยละ 20 จ่ายค่าอาหารในกรณีนอนในโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลราคาแพง และค่ายา สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนได้จากระบบประกันโดยรวมในปี 1996 ประมาณ ร้อยละ 85 กล่าวคือรายการที่เกิดขึ้นนั้นรับผิดชอบโดยระบบประกันร้อยละ 85 อีกร้อยละ 15 เป็นส่วนที่ประชาชนต้องร่วมจ่าย

ตารางที่ 5 สรุปสิทธิประโยชน์และส่วนร่วมจ่ายของประชาชนของระบบประกันสุขภาพญี่ปุ่น

		สิทธิประโยชน์ขั้นต่ำที่กำหนด				เพดานที่ต้องจ่ายสำหรับ ค่าใช้จ่ายสูง	สิทธิประโยชน์ที่ได้ รับจริงปี 1996		
ระบบประกัน (Health Insurance)	Society Managed	ผู้ประกันตน		80%		กรณีปกติ 63,600 Y ผู้มีรายได้น้อย 35,400 Y ถ้าต้องจ่ายหลายครั้งในปีเดียวกัน ครั้งที่สี่ขึ้นไปจ่าย เพียง 37,200 Y และผู้มีรายได้น้อยจ่าย 24,600Y	91.3%	85.6%	
		ครอบครัว	ผู้ป่วยใน		80%		79.1%		
			ผู้ป่วยนอก		70%				
	Government Managed	ผู้ประกันตน		80%		จ่าย เพียง 37,200 Y และผู้มีรายได้น้อยจ่าย 24,600Y	90.3%	84.5%	
		ครอบครัว	ผู้ป่วยใน		80%		76.0%		
			ผู้ป่วยนอก		70%				
National Health Insurance (Municipality)		ประชาชนทั่วไป				ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีค่าใช้จ่ายสูง จ่ายเพียง 10,000 Y ต่อครั้ง	79.4%	79.8%	
		ผู้เกษียณ	ผู้ประกันตน		80%		82.4%		
			ครอบครัว	ผู้ป่วยใน					80%
				ผู้ป่วยนอก					70%
Medical Insurance ทั้งหมด							85.0%		

ที่มา : JICWELS 1999

วิธีการคำนวณและเก็บเบี้ยประกันของระบบประกันสุขภาพ

สำหรับประชาชนที่มีเงินเดือนประจำทั้งภาครัฐและเอกชนการเก็บเบี้ยประกันจะเก็บเป็นรายเดือนโดยลูกจ้างและนายจ้างจะจ่ายคนละครึ่ง อัตราเบี้ยประกันจะคำนวณตามรายได้¹ ทั้งนี้มีการแบ่งเงินเดือนเป็นช่วงเรียกว่า รายได้มาตรฐาน (Standard remuneration) เป็น 40 ช่วง โดยอัตราเบี้ยประกันจะเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้น ไม่มีการกำหนดเพดานของเบี้ยประกันที่จะต้องจ่าย อัตราเบี้ยประกันจะแตกต่างกันตามผู้จัดหลักประกันแต่ละประเภทและแต่ละกองทุนแต่มีกฎหมายควบคุมระดับของเบี้ยประกัน ทั้งนี้ในการเก็บเบี้ยประกันนั้นนายจ้างได้รับอำนาจตามกฎหมายในการหักเงินของลูกจ้างและนำเงินส่งมอบให้กับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการจัดประกันสุขภาพให้

สำหรับในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งดำเนินการโดยรัฐบาลท้องถิ่น (Municipality government) ในการบริหารการเก็บเบี้ยประกันดำเนินการได้สองรูปแบบคือ เก็บเป็นเบี้ยประกันหรือเก็บเป็นภาษีประกันสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่จะเลือกเก็บแบบหลัง วิธีการคำนวณเบี้ยประกันหรือภาษีไม่ต่างกัน โดยขั้นแรกจะคำนวณเงินที่ต้องใช้สำหรับบริการทางการแพทย์จากข้อมูลรายจ่ายปีที่ผ่านมา ข้อมูลการสนับสนุนจากรัฐบาล (50%) ส่วนต่างคือส่วนที่จะต้องเก็บจากประชาชน และทำการแบ่งสัดส่วนว่าจะคำนวณจากเกณฑ์ใดเป็นจำนวนเท่าใด (เช่นกำหนด 40% จะนำมาจากรายได้ผู้ประกันตน แล้วถึงจะกำหนดว่าต้องคิดอัตราอย่างไรเพื่อให้ได้เงินจำนวนดังกล่าวที่กำหนด) แล้วคำนวณว่าผู้ประกันตนแต่ละคนต้องจ่ายเท่าใด ทั้งนี้จำนวนที่ผู้ประกันตนต้องจ่ายต่อปีสูงสุดไม่เกิน 530,000 Y สำหรับวิธีการคำนวณว่าผู้ประกันตนจะต้องจ่ายเท่าใด ซึ่งปกติจะคำนวณจากรายได้ ทรัพย์สิน จำนวนผู้มีสิทธิของครัวเรือน และค่าคงที่ที่แต่ละคนต้องจ่าย สำหรับวิธีการเก็บภาษีหรือเบี้ยประกันนั้นจะทำการคำนวณและเก็บเป็นสลิปรอบในเดือน เม.ย ก.ค ต.ค และ ม.ค ของทุกปี โดยจะมีการแจ้งจำนวนที่ต้องจ่ายให้กับประชาชนทราบ

การสนับสนุนของรัฐต่อระบบประกันสุขภาพ

โดยหลักการในระบบประกันสุขภาพรายจ่ายที่เกิดขึ้นควรรับผิดชอบด้วยระบบประกันเองโดยรัฐไม่ต้องสนับสนุน อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติมีปัญหาหลายประการ ในแต่ละระบบมีการค่าใช้จ่ายและความสามารถในการเก็บเบี้ยประกันต่างกัน อันสืบเนื่องจากโครงสร้างอายุของสมาชิก ความจำเป็นด้านสุขภาพ และฐานรายได้ที่ต่างกัน ดังนั้นรัฐบาลจึงต้องเข้ามาช่วยเหลือในบางกลุ่ม โดยเฉพาะใน National Health Insurance ซึ่งต้องรองรับคนที่เกษียณจากงานในระบบอื่นเข้ามาอยู่ นอกจากนั้นประชาชนที่อยู่ภายใต้ระบบนี้ก็มียาได้เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มอื่น สำหรับในระบบอื่นก็สามารถขอรับการสนับสนุนจากรัฐได้หากมีปัญหาด้านรายจ่ายที่ไม่สมดุลกับรายรับ นอกจากนั้นยังพบมีปัญหาด้านความแตกต่างกันของรายจ่ายของบริการทางการแพทย์ในระหว่างแต่ละพื้นที่ทั้งนี้ปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องคือ จำนวนเตียงและจำนวนแพทย์ที่มากเกินไปในบางพื้นที่เป็นหลัก

¹ รวมถึงเงินเดือน และสิทธิประโยชน์ต่างๆที่ได้รับ เช่น Family allowance, the absence benefit, the commuting allowance, over time payment, housing allowance, etc. แต่ไม่รวมถึงรายได้ที่ไม่ใช่ได้มาจากการทำงาน (retirement allowance, side job income, รายได้จากทรัพย์สิน) สำหรับโบนัสจะมีอัตราเบี้ยประกันพิเศษคิดแยกต่างหากในปัจจุบันคือ 1% นอกจากนั้นสิทธิประโยชน์ที่ได้รับที่ไม่ใช่ตัวเงินก็ต้องนำมาคำนวณด้วยเช่น ที่พัก อาหาร เสื้อผ้า โดยแปลงเป็นตัวเงินตามราคาตลาด คำนวณโดยรัฐบาล prefectures แต่ใน society plan อาจคำนวณในอัตราที่ต่างกัน

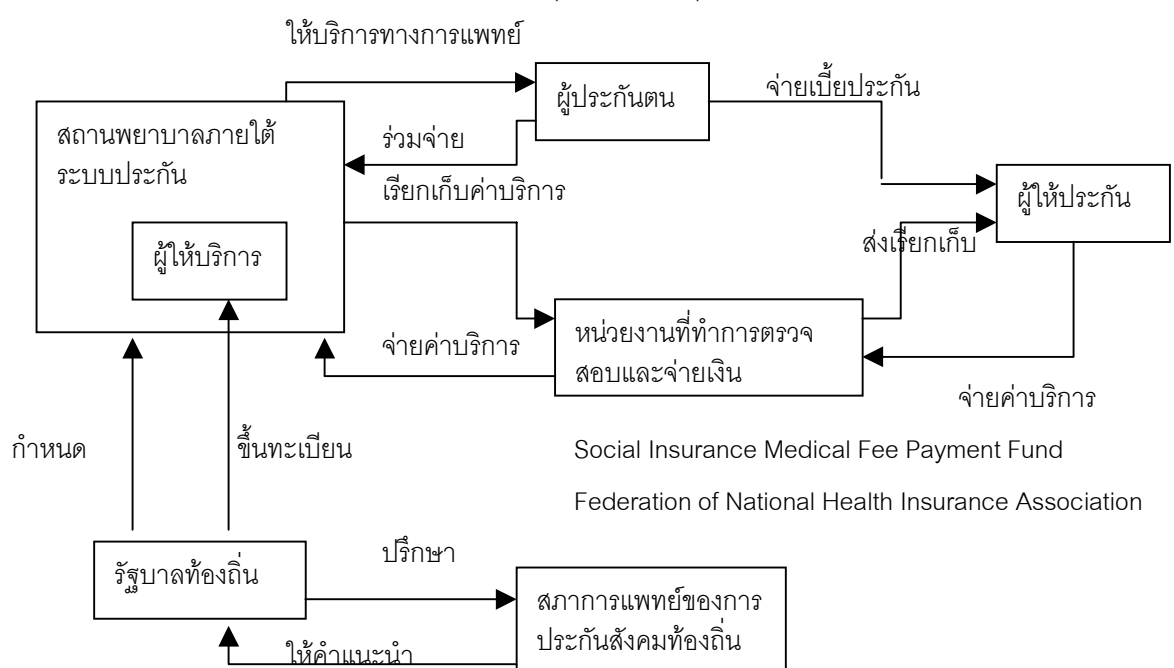
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบระบบประกันสุขภาพใหญ่สามประเภท

	National Health Insurance	Government managed insurance	Society managed insurance
จำนวนผู้มีสิทธิ (1,000)	43,688	38,213	31,975
อายุเฉลี่ย	49.8	36.4	33.1
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (1,000Y)		28.6	35.1
รายได้เฉลี่ย/ครัวเรือนปี (10,000 Y)	190	245	383
เบี้ยประกันเฉลี่ย/ครัวเรือน (10,000 Y)	14.9	14.2	14.6
รัฐบาลสนับสนุน (%)	50%	13%	Fixed amount
รัฐบาลสนับสนุน (billion Y in 1998 budget)	2,795.8	873.3	6.7
รายจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เฉลี่ย/คน (10,000 Y)	15.7	12.5	10.1

วิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ (Payment Methods to Providers)

ในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นนั้นผู้ให้ประกันไม่ได้มีการทำสัญญาการซื้อขายบริการกับสถานพยาบาลโดยตรง แต่รัฐบาลจังหวัด (Prefecture government) เป็นผู้กำหนดว่าสถานพยาบาลใดจะเป็นสถานพยาบาลในการให้บริการกับผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาลเหล่านี้มีหน้าที่ในการให้บริการตามการควบคุมของรัฐบาล ค่าบริการจะจ่ายโดยองค์กรประกันผ่านมายังองค์กรที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบ ประมวลผลการเรียกเก็บก่อนที่จะทำการจ่ายเงินให้ต่อไป สืบเนื่องจากมีหน่วยงานที่เป็นผู้ให้การประกันจำนวนมาก ในขณะเดียวกันก็มีจำนวนสถานพยาบาลจำนวนมากถึงเกือบสองแสนแห่ง ในขณะที่ประชาชนมีอิสระในการไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ ดังนั้นการที่จะให้สถานพยาบาลเรียกเก็บจากหน่วยงานที่รับประกันเองจึงเป็นสิ่งที่ยุ่งยากมาก จึงมีการจัดตั้งองค์กรใหม่ขึ้นเพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบและคำนวณใบเรียกเก็บให้ในลักษณะของ Clearing house ซึ่งมีสองหน่วยงานคือ Social Insurance Medical Fee Payment Fund ดูแลและให้บริการกับ Workplace based Insurance และ Federation of National Health Insurance Association ซึ่งจะให้บริการกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (Community based Insurance ; National Health Insurance) ซึ่งจะมีสำนักงานใหญ่ในโตเกียวและมีสาขาอยู่ในทุกท้องถิ่น (Prefectures)

ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ขององค์กรในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น



เมื่อสถานพยาบาลส่งใบเรียกเก็บมาให้ทำการประมวลและคำนวณจำนวนเงินที่สถานพยาบาลแต่ละแห่งจะได้รับแล้ว องค์การทั้งสองก็จะแยกส่งใบไปเรียกเก็บจากหน่วยงานที่ให้การประกัน สำหรับค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการนั้นได้มาจากหน่วยงานที่ให้การประกันต้องจ่ายให้ตามจำนวนใบและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากใบเหล่านั้นประมาณ 10% ของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลต่างๆเรียกเก็บ

สำหรับวิธีการจ่ายค่าบริการให้กับสถานพยาบาลนั้นอยู่บนพื้นฐานของวิธีการจ่ายตามปริมาณบริการ (Fee-for-service) โดยจะจ่ายให้สองส่วนคือ ค่าบริการทางการแพทย์ และค่ายาและวัสดุ ทั้งนี้ค่าบริการทางการแพทย์จะถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ในลักษณะสูตรคะแนนของบริการแต่ละประเภทและค่าบริการต่อหน่วย (10 เยนต่อคะแนน) การกำหนดอัตรานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความเหมาะสมตามความยากง่ายของประเภทบริการและอัตราเงินเพื่อ โดยในการกำหนดน้ำหนักคะแนนนั้นมีการศึกษาด้านการคลังของสถานพยาบาลทุกสองปี และพิจารณาปัจจัยอื่นประกอบ เช่น อัตราค่าแรง ความก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์ ในปี 1994 ได้มีการทบทวนและปรับอัตราการจ่าย โดยให้ความสำคัญกับบริการให้กับผู้สูงอายุมากขึ้น ในปี 1996 ได้มีการทบทวนโดยแยกเตียงที่เป็น acute care และ long term care เพื่อให้มีความชัดเจนของประเภทผู้ป่วย นอกจากนั้นก็มีการแยกการจ่ายยาออกจากสถานพยาบาล เนื่องจากค่ายามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีการให้น้ำหนักของทักษะของแพทย์มากขึ้นเพื่อให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ ในปี 1997 ได้มีการทบทวนอีกครั้งเพื่อหามาตรการในการที่จะลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลง เนื่องจากมีปัญหว่าผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลนานเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ การคำนวณค่าบริการทางการแพทย์ นั้นพิจารณาจาก ทักษะและประเภทบริการ (เช่น ทักษะในการให้บริการ ผ่าตัด เทคโนโลยีและทักษะ จำนวนบุคลากร) และราคาของยาและค่าวัสดุทางการแพทย์

สำหรับรายการและค่ายานั้นจะมีการปรับทุกสองปีเพื่อให้สอดคล้องกับราคาตลาด โดยจะมีการสำรวจตลาดทั้งนี้รายการและราคายานั้นได้มีการกำหนดตั้งแต่ปี 1950 และตั้งแต่ปี 1998 ราคายานั้นจะกำหนดโดยใช้ราคาเฉลี่ยบวกอีก 5% ทั้งนี้มีรายการยาที่ไม่ครอบคลุมโดยระบบประกัน คือ ยาที่ประชาชนสามารถซื้อได้ทั่วไปโดยไม่ต้องมีใบสั่งยา ไม่ได้ใช้ในวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาพยาบาล (ป้องกันโรคถ้าไม่อยู่ในรายการสิทธิประโยชน์ที่ให้แก่ผู้คุ้มครอง)

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบความมั่นคงด้านสังคมและระบบประกันสุขภาพ

ปัจจัยที่จะมีผลกระทบต่อระบบความมั่นคงด้านสังคมของญี่ปุ่นที่อยู่ในความสนใจของรัฐบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในขณะนี้คือการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากร ซึ่งจะมีผลกระทบอย่างมากต่อระบบในอนาคต

1. การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมของระบบความมั่นคงด้านสังคม

1.1 การเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุและการลดจำนวนของประชากรเด็ก

คาดว่าประชากรญี่ปุ่นจะมีจำนวนสูงสุดในปี 2007 (127.78 ล้านคน) หลังจากนั้นก็จะลดจำนวนลงเหลือ 120.91 ล้านในปี 2025 และ 100.5 ล้านในปี 2050 โดยประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14.6 ในปี 1995 เป็นร้อยละ 27.4 และ 32.3 ในปี 2025 และ 2050 ตามลำดับ และเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี จะลดลงจากร้อยละ 16 ในปี 1995 เป็นร้อยละ 15.82 และ 13.1 ในปี 2025 และ 2050 ตามลำดับ ปี 1997 เป็นปีที่สัดส่วนประชากรวัย 65 ปีขึ้นไปมีมากกว่าประชากรเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ทั้งนี้อัตราการเกิดของญี่ปุ่นลดลงเป็นลำดับ ปัจจุบันอัตราการเจริญพันธุ์ของญี่ปุ่นอยู่ที่ 1.43 สำหรับสาเหตุที่มีจำนวนประชากรเด็กน้อยลงก็เนื่องจากปัจจัยต่างๆเหล่านี้

- อายุเริ่มแต่งงานสูงขึ้นและคนโสดมากขึ้น ผู้หญิงที่ยังไม่แต่งงานในช่วงอายุ 25-29 ปีเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 50 ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา เหตุผลสำคัญคือ ผู้หญิงทำงานมากขึ้น มีความเข้มแข็งด้านเศรษฐกิจมากขึ้นไม่ต้องพึ่งชาย และต้องการเป็นอิสระ สำหรับเหตุผลหลักของผู้ชายที่แต่งงานช้าลงคือ การมีอิสระในชีวิต
- การลดลงของจำนวนบุตร และการมีจำนวนบุตรที่เป็นจริงน้อยกว่าที่คาดหวังของคู่สมรส (คาดหวัง 2.6 แต่มีจริง 2.2) สำหรับเหตุผลที่ผู้หญิงมีบุตรน้อยกว่าที่คาดหวังนั้น เหตุผลหลักคือ การมีลูกเพิ่มขึ้นนั้นมีราคาแพงมาก การศึกษาของบุตรราคาแพง และไม่ต้องการมีบุตรเมื่อมีอายุมากขึ้น
- แรงกดดันที่ว่า ผู้ชายทำงานและผู้หญิงดูแลบ้าน และการให้ความสำคัญกับงานมากกว่าครอบครัว ทำให้มีภาระกับผู้หญิงมากขึ้นโดยเฉพาะปัจจุบันผู้หญิงก็ทำงานนอกบ้านด้วย

การลดลงของเด็กจะมีผลกระทบด้านลบ ทั้งด้าน (1) เศรษฐกิจ เนื่องจากประชากรวัยแรงงานจะลดลงในอนาคต ภาระค่าใช้จ่ายของคนวัยทำงานสำหรับ บำนาญ บริการทางการแพทย์ และสวัสดิการทางสังคมและบริการสาธารณสุขอื่นๆสำหรับสังคมที่มีผู้สูงอายุมากจะเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และในบางกรณีรายได้สุทธิของประชากรวัยทำงานจะลดลง (2) ด้านสังคม การที่มีประชากรผู้สูงอายุอาศัยลำพังและครอบครัวไม่มีเด็กมีจำนวนมากขึ้น สภาพของครอบครัวจะเปลี่ยนไปอย่างมาก นอกจากนั้นในชนบทที่มีประชากรอยู่น้อยอยู่แล้วก็จะมีปัญหามากขึ้น ในขณะนี้มี 10% ของเมืองที่มีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 คาดว่าในปี 2050 จะมีเมืองร้อยละ 60 ที่มีประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 30

1.2 การเปลี่ยนแปลงของขนาดครัวเรือน

ครัวเรือนญี่ปุ่นมีขนาดเล็กลงเป็นลำดับ จาก 3.25 ในปี 1975 เหลือ 2.79 ในปี 1997 ในขณะเดียวกันพบว่าครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ในช่วงระยะจากปี 1975 ถึง 1997 สัดส่วนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 4.7 เท่า และมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังและอยู่กันสองคนตายายเพิ่มมากขึ้น

1.3 การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างการจ้างงานและประชากรวัยทำงาน

แรงงานในภาคเกษตรกรรมลดลงเป็นลำดับในขณะที่แรงงานในภาคอุตสาหกรรมและบริการเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ แรงงานสตรีมีมากขึ้นเนื่องจากการศึกษามากขึ้นแลพึ่งตนเองมากขึ้น ทำให้ผู้หญิงมีบทบาทในการทำงานและในสังคมเพิ่มมากขึ้น และจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรคาดการณ์ว่าในปี 2010 ประชากรวัยแรงงาน 15 -59 ปีจะลดลง ซึ่งจะมีผลให้แรงงานของประเทศโดยรวมลดลง

1.4 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ

การเติบโตด้านเศรษฐกิจของญี่ปุ่นพบว่ามีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ ช่วงปี 1965-74 มีอัตราการเติบโตปีละประมาณ 8% จากปี 1975-84 มีอัตราการเติบโตเฉลี่ยปีละ 3.8% จากปี 1985 - 89 มีอัตราการเติบโตปีละ 4.5% และในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 1990 - จนถึงปัจจุบันมีอัตราการเติบโตเพียง ปีละ 1.9%

2. สิทธิประโยชน์และภาระที่เกิดขึ้นของระบบความมั่นคงด้านสังคม

รายจ่ายด้านความมั่นคงด้านสังคมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งรายจ่ายที่เพิ่มขึ้นนี้เกิดจากรายจ่ายบำนาญเนื่องจากมีผู้สูงอายุมากขึ้นและรายจ่ายสำหรับบริการด้านการแพทย์เป็นหลัก ทั้งนี้รายจ่ายด้านบำนาญมากกว่ารายจ่ายด้านบริการทางการแพทย์ตั้งแต่ปี 1981 เป็นต้นการเพิ่มขึ้นของรายจ่ายในขณะที่การเติบโตด้านเศรษฐกิจขังกันมีผลให้รายจ่ายด้านนี้เมื่อเทียบกับรายได้ประชาชาติแล้วเพิ่มสูงขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในปี 1995 รายจ่ายด้านนี้สูงถึงร้อยละ 17.05

ของรายได้ประชาชาติ (ประมาณ 52% เป็นรายจ่ายสำหรับบำนาญ 37% เป็นรายจ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์และประมาณ 11 % เป็นรายจ่ายอื่นๆ)

สำหรับรายจ่ายของรัฐบาลในปี 1997 จำนวน 445,362 trillion yen แบ่งเป็นรายจ่ายสำหรับ

- รายจ่ายที่เกี่ยวกับระบบความมั่นคงด้านสังคม 33.3% (สวัสดิการสังคม 28.4%, ประกันสังคม 56.8%, โครงการสาธารณสุข 3.6%, มาตรการแก้ไขปัญหาการว่างงาน 3.8%, การช่วยเหลือจากภาครัฐ 7.4%)
- รายจ่ายด้านการส่งเสริมวัฒนธรรม การศึกษา และวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี 14.3%
- รายจ่ายด้านความร่วมมือทางเศรษฐกิจ 2.2%
- รายจ่ายด้านมาตรการในการควบคุมพลังงาน 1.5%
- รายจ่ายด้านการทำงานของภาครัฐ 20.2%
- อื่นๆ 17.4%

3. ความคาดหวังของประชาชนต่อการได้รับความมั่นคงด้านสังคมเพิ่มสูงขึ้น

จากการสำรวจพบว่าสิ่งที่ประชาชนคาดหวังได้รับจากรัฐ คือ ต้องการได้รับสวัสดิการและความมั่นคงในชีวิตมากขึ้นเป็นลำดับ ร้อยละ 76 คาดหวังว่าแหล่งรายได้ตอนแก่คือการได้รับบำนาญจากรัฐ สัดส่วนของรายได้ของครัวเรือนผู้สูงอายุนั้นมาจากบำนาญเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ในปี 1998 มีครัวเรือนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 58 ที่มีรายได้จากบำนาญอย่างเดียว

ระบบบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

สืบเนื่องจากการมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้นทำให้รายจ่ายด้านบริการทางการแพทย์เพิ่มสูงตามไปด้วย นอกจากนั้นสัดส่วนของรายจ่ายที่เกิดจากกลุ่มผู้สูงอายุก็พบว่ามีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากร้อยละ 25.4ของรายจ่ายของบริการทางการแพทย์เพิ่มเป็น ร้อยละ 36 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 54 ในปี 2025 เมื่อลองวิเคราะห์รายจ่ายที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 55 เกิดจากจำนวนผู้สูงอายุที่มากขึ้นและร้อยละ 45 เกิดจากค่าใช้จ่ายต่อรายที่เพิ่มขึ้น สำหรับในกลุ่มคนหนุ่มสาวนั้นพบว่ารายจ่ายที่เพิ่มขึ้นนั้นเกือบทั้งหมดเกิดจากการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายต่อคนเป็นหลัก

ในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นนั้นเมื่อคนทำงานเกษียณก็จะออกจากระบบประกันสุขภาพ (Employee based insurance) และย้ายมาสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้มีสัดส่วนจำนวนผู้ประกันตนที่เป็นผู้สูงอายุในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสูงมาก ดังนั้นเพื่อแก้ปัญหาจึงให้มีระบบประกันสุขภาพแยกต่างหากสำหรับผู้เกษียณแต่อายุยังไม่ถึง 70 ปี คือ retired person insurance ซึ่งดำเนินการโดยรัฐบาลท้องถิ่น

วิวัฒนาการของระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

เริ่มจากปี 1961 ที่ญี่ปุ่นมีความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน ในปี 1973 ซึ่งเป็นช่วงที่เศรษฐกิจมีการเจริญเติบโตมากก็ได้เริ่มให้บริการฟรีกับผู้สูงอายุ ซึ่งให้บริการฟรีมาได้ถึง 10 ปี ถึงปี 1983 ก็บริการะไม่ไหวก็เริ่มมีกฎหมายสำหรับการจัดบริการให้ผู้สูงอายุและกำหนดให้ต้องมีส่วนร่วมจ่าย ทั้งนี้เนื่องจากพบว่ารายจ่ายสำหรับบริการผู้สูงอายุนั้นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในปีแรกที่ให้บริการฟรีพบว่าเพิ่มขึ้นถึง 55% ในปี 1986 ก็ได้เริ่มมีการพัฒนาให้มีสถานพยาบาลถึงโรงพยาบาลถึงบ้านพักคนชรา ปี 1989 เริ่ม Gold Plan โดยเริ่มมีการขยายสถานพยาบาล

และบุคลากรสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุจำนวนมาก ในปี 1991 เริ่มมีบริการการให้บริการที่บ้านแก่ผู้สูงอายุ และปี 1997 ก็เริ่มมีแผนการจัดบริการแบบระยะยาว (Long term care)

ประเภทของบริการที่จัด

บริการสำหรับผู้สูงอายุนั้นแบ่งได้เป็นสองประเภทหลักคือ

1. บริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย

- สถานบริการสำหรับการจัดบริการผู้สูงอายุ
- การรักษาตัวในโรงพยาบาลที่มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ
- การเยี่ยมบ้านและการให้บริการที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุ
- การให้บริการในโรงพยาบาลจิตเวชสำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเสื่อม
- การให้บริการในคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ

2. บริการที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์ที่จัดให้ (ตั้งแต่คนที่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป)

- การให้สมุดดูแลสุขภาพ
- การให้ศึกษา
- การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ
- การฝึกอบรมสำหรับผู้ที่มีปัญหาด้านการช่วยเหลือตนเอง
- การให้บริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำ
- การตรวจสุขภาพ

ระบบการคลังสำหรับบริการด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุ

สืบเนื่องจากผู้สูงอายุนั้นมาจากระบบประกันสุขภาพต่างๆ ดังนั้นตามกฎหมายจึงกำหนดให้ทุกคนต้องร่วมรับผิดชอบ โดยเงินทุนสำหรับการจัดบริการนั้นจะมาจากทั้งรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น และระบบประกันสุขภาพต่างๆ ทั้งนี้ในภาพรวมร้อยละ 60 จะมาจากระบบประกันสุขภาพ ร้อยละ 30 มาจากการสนับสนุนของรัฐบาล และร้อยละ 10 มาจากส่วนร่วมจ่ายของผู้สูงอายุ โดยบริการทางการแพทย์นั้นจะจัดให้เฉพาะผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปที่นอนอยู่กับเตียง ส่วนบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์นั้นจัดให้กับผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยในการใช้บริการนั้นผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมจ่ายด้วย (ผู้ป่วยนอกจ่ายค่าธรรมเนียม 500Y ต่อครั้งจ่ายไม่เกิน 4 ครั้ง/เดือน, ผู้ป่วยในจ่ายค่าธรรมเนียม 1,100Y /วัน สำหรับผู้มีรายได้น้อย ที่ได้รับ old-age welfare pension จ่ายวันละ 500Y และต้องร่วมจ่ายค่ายาเหมือนในประกันอื่นๆ นอกจากนั้นการนอนในโรงพยาบาลก็ต้องจ่ายค่าอาหารวันละ 760Y สำหรับผู้มีรายได้น้อยถ้านอนไม่เกิน 90 วันในปีนั้นจ่ายวันละ 650Y ถ้านอนเกิน 90 วันในปีนั้นจ่ายวันละ 500Y สำหรับผู้มีรายได้น้อยที่ได้รับ old-age welfare pension จ่ายวันละ 300Y)

สำหรับกองทุนสำหรับบริการทางการแพทย์ (ร้อยละ 13 ของรายจ่ายทั้งหมด) นั้นครึ่งหนึ่งจะมาจากระบบประกันทุกประเภท โดยถือว่าระบบประกันทุกกองทุนมีส่วนของผู้สูงอายุเท่ากันหมดเพื่อให้ร่วมกันรับผิดชอบ โดยคำนวณสัดส่วนที่ต้องจ่ายโดยใช้ค่าเฉลี่ย หากกองทุนนั้นมีผู้ที่เกี่ยวข้องและมาอยู่ในกองทุนสำหรับการจัดบริการผู้สูงอายุน้อยก็ต้องใช้

จำนวนเฉลี่ยที่ได้ แต่ในทางปฏิบัติก็พบว่ามีการกำหนดเพดานการเพิ่มจากจำนวนที่มีจริง ในปี 1998 ได้มีการกำหนดสัดส่วนที่ปรับที่กองทุนต่างๆจะต้องจ่ายนั้นที่ระดับ 1.4% - 30% กล่าวคือถ้ามีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละน้อยและค่าเฉลี่ยมีค่าสูงมากกว่าที่มีจริงเกิน 30% ก็จ่ายแค่ 30% (เพดานที่กำหนดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เพิ่มขึ้นจาก 20% ในปี 1994)

สำหรับบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่บริการทางการแพทย์นั้นร้อยละ 70 มาจากระบบประกันสุขภาพ และร้อยละ 30 มาจากการสนับสนุนของรัฐ (สัดส่วนการสนับสนุนของรัฐนั้นมาจากรัฐบาลกลาง 1/3 มาจากรัฐบาล prefecture 1/6 และมาจากรัฐบาลท้องถิ่นอีก 1/6)

ปัญหาของระบบประกันสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์ของญี่ปุ่นเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเพิ่มเร็วกว่าการเพิ่มของรายได้ประชาชาติ (National Income) โดยรายจ่ายสุขภาพนั้นเพิ่มในอัตราที่สูงกว่ารายได้ประชาชาติมาตลอดตั้งแต่ปี 1991 เป็นต้นมา รายตารางที่ 7 แสดงรายจ่ายด้านสุขภาพรวมและของผู้สูงอายุ อัตราเพิ่ม และอัตราเพิ่มของรายได้ประชาชาติของญี่ปุ่น

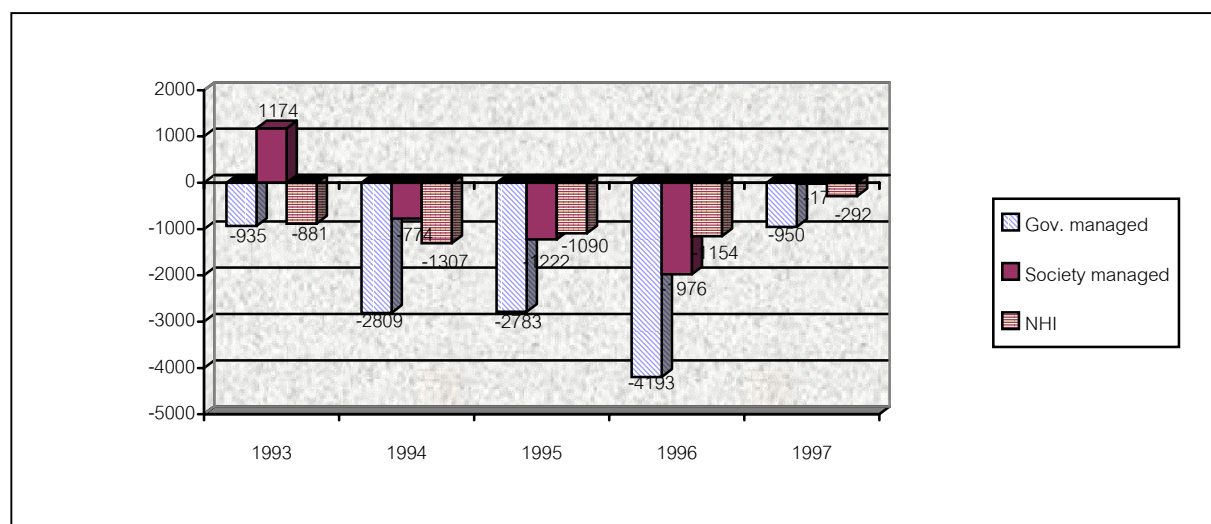
ยุค	ปี	รายจ่ายสุขภาพ		อัตราเพิ่มรายได้ประชาชาติ (%) (2)	ส่วนต่าง (1-2)	รายจ่ายสุขภาพผู้สูงอายุ		
		จ่ายจริง (trillion yen)	อัตราเพิ่ม (%) (1)			จ่ายจริง (trillion yen)	อัตราเพิ่ม (%)	สัดส่วนของรายจ่ายรวม (%)
ยุคแรกของการเพิ่มของรายจ่ายอย่างรวดเร็ว	1961-1965	0.5	22.3	14.7	7.6			
		1.1						
ช่วงของการคุมรายจ่ายให้คงที่	1966-1973	1.3	17.1	17.3	-0.2			
		3.9						
ช่วงที่ 2 ที่มีการเพิ่มของรายจ่ายมาก	1974-1982	5.4	15.0	9.6	5.3			
		13.9						
ช่วงที่มีการคุมรายจ่ายให้สมดุลผล	1983	14.5	4.9	5.2	-0.3	3.3	-	22.8
	1984	15.1	3.8	5.5	-1.8	3.6	8.8	23.9
	1985	16.0	6.1	6.8	-0.7	4.1	12.7	25.4
	1986	17.1	6.6	4.2	2.4	4.4	9.1	26.0
	1987	18.1	5.9	4.7	1.2	4.8	8.9	26.7
	1988	18.8	3.8	6.2	-2.4	5.2	6.8	27.5
	1989	19.7	5.2	6.2	-1.7	5.6	7.7	28.2
	1990	20.6	4.5	7.3	-2.9	5.9	6.6	28.8
	1991	21.8	5.9	5.0	0.9	6.4	8.1	29.4
ช่วงที่รายจ่ายเพิ่มขึ้นมากจากผู้สูงอายุ	1992	23.5	7.6	1.7	5.9	6.9	8.2	29.5
	1993	24.4	3.8	0.9	2.9	7.5	7.4	30.6
	1994	25.8	5.9	0.2	5.7	8.2	9.5	31.6
	1995	27.0	4.5	1.8	2.7	8.9	9.3	33.1
	1996	28.5	5.8	2.7	3.1	9.7	9.1	34.1
	1997	29.1	1.9	-0.2	2.1	10.3	5.7	35.4

แหล่งที่มา : JICWELS 1999

จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์ในปี 1996 เท่ากับ 28.5 trillion Yen (ร้อยละ 7.3 GDP) หรือเท่ากับ 227,000 Yen ต่อคน ทั้งนี้รายจ่ายด้านสุขภาพสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุ (>70 ปี) มีอัตราเพิ่มปีละประมาณ 9% และมีสัดส่วนของรายจ่ายสูงถึงหนึ่งในสามของทั้งหมด ดังนั้นเป้าหมายสำคัญในการควบคุมคือความต้องการควบคุมให้อัตราการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพนั้นสอดคล้องกับอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ และควรต้องต่ำกว่าอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ ทั้งนี้เนื่องจากระบบประกันสังคมควรยืนได้ด้วยตนเอง ในปี 1997 ในมีการทบทวนและมีมาตรการที่ควบคุมโดยเพิ่มส่วนร่วมจ่ายของประชาชนจาก 10% เพิ่มเป็น 20% ซึ่งจากมาตรการดังกล่าวพบว่าทำให้อัตราการใช้บริการลดลงและค่าใช้จ่ายลดลงเล็กน้อย

ภาระค่าใช้จ่ายของบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้นมีผลให้สถานะด้านการเงินของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆอยู่ในภาวะที่ติดลบมาตลอดเมื่อเทียบกับรายรับในปีตั้งแต่ปี 1993 (ภาพที่ 2) และต้องอาศัยการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ ทั้งนี้โดยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHI) มีภาระค่าใช้จ่ายในด้านการเงินที่ติดลบมากที่สุดและต้องได้รับการสนับสนุนในสัดส่วนที่มากที่สุดเนื่องจากมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

ภาพที่ 2 แสดงสถานะการเงินของระบบประกันสุขภาพญี่ปุ่น ระหว่างปี 1993 –1997 (หน่วย trillion Yen)



แหล่งที่มา Health Insurance Bureau, Ministry of Health and Welfare; Social Insurance Agency

ตารางที่ 8 โครงสร้างรายจ่ายด้านสุขภาพ 1997

ระบบ	ร้อยละ
ระบบประกันสุขภาพ	48.2
Government managed	14.1
Society managed	10.5
Mutual aid association	3.5
National Health Insurance	18.9
Accidental ins and others.	1.1
Medical Services for elderly	33.3
Publicly funded medical benefit	4.8
Patients' Co-payment	13.7
รวม	100

ตารางที่ 9 แหล่งที่มาของรายจ่ายด้านสุขภาพ 1997

แหล่งเงิน	ร้อยละ
Insurance contributions	54.0
Public funds	32.2
National government	24.4
Local government	7.8
Patients' Co-payment	13.8
รวม	100

ตารางที่ 10 แสดงรายจ่ายด้านสุขภาพไปยังสถาน

บริการประเภทต่างๆ 1997

สถานพยาบาล/บริการ	ร้อยละ
โรงพยาบาล	54.7
ผู้ป่วยใน	35.5
ผู้ป่วยนอก	19.2
คลินิก	25.0
ผู้ป่วยใน	1.6
ผู้ป่วยนอก	23.4
คลินิกทันตกรรม	8.7
ร้านยา	5.8
อาหารผู้ป่วยในสถานพยาบาลผู้สูงอายุ	3.7
สถานพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ	1.9
การให้บริการที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุ	0.2
รวม	100

ตารางที่ 11 แสดงประเภทของรายจ่ายปี 1997

ประเภทรายจ่าย	ร้อยละ
ค่าแรง	50.3
ค่ายาและเวชภัณฑ์	19.3
ค่าวัสดุการแพทย์	5.9
ค่าขนส่ง วัสดุ ไปรษณีย์	4.๓
รายจ่ายดำเนินการอื่นๆ	19.6
รวม	100

โครงสร้างของรายจ่ายบริการทางการแพทย์ของปี 1997 เมื่อพิจารณาตามระบบ แหล่งที่มาของเงิน ประเภทของบริการและ ประเภทของรายจ่ายพบว่า รายจ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์ทั้งหมดนั้นประมาณครึ่งหนึ่งเป็นรายจ่ายของระบบประกันสุขภาพ ร้อยละ 30 เป็นรายจ่ายเฉพาะสำหรับการจัดบริการให้ผู้สูงอายุ โดยมีส่วนร่วมจ่ายจากประชาชนประมาณร้อยละ 10 และเป็นการสนับสนุนงบประมาณช่วยเหลือประชาชนของรัฐอีกประมาณร้อยละ 5 เมื่อพิจารณาตามแหล่งที่มาของเงิน ระบบประกันสุขภาพก็ยังเป็นแหล่งเงินที่มีสัดส่วนมากที่สุดประมาณร้อยละ 56 รองลงมาเป็นแหล่งเงินสนับสนุนจากรัฐบาลจากภาษี ทั้งจากรัฐบาลกลางและท้องถิ่น ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสูงที่สุดในโรงพยาบาลร้อยละ 55 รองลงมาเป็นคลินิกร้อยละ 25 คลินิกทันตกรรม ร้อยละ 8.7 และร้านยาร้อยละ 6 ทั้งนี้รายจ่ายที่จ่ายไปยังบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนนั้นยังต่ำมาก เมื่อพิจารณาประเภทบริการจะพบว่าบริการผู้ป่วยนอกมีสัดส่วนของรายจ่ายสูงสุดร้อยละ 44 และบริการผู้ป่วยในร้อยละ 37 ทั้งนี้ประเภทของรายจ่ายประมาณครึ่งหนึ่งจ่ายเป็นค่าตอบแทนให้กับบุคลากรทางการแพทย์และประมาณร้อยละ 19 เป็นรายจ่ายค่ายา

สำหรับภาระของรายจ่ายตามกลุ่มโรคต่างๆ นั้นพบว่าในช่วงระยะที่ผ่านมาไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก โรคที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูงที่สุดคือโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ประมาณหนึ่งในสี่ของรายจ่าย และเมื่อพิจารณารายจ่ายพบว่ารายจ่ายที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีนั้นสูงถึงร้อยละ 46 ของรายจ่ายทั้งหมด และเมื่อลองคำนวณค่าใช้จ่ายที่ใช้สำหรับประชาชนต่อคนตลอดอายุขัยจะใช้ประมาณ 22 ล้านบาท และในจำนวนนี้ประมาณร้อยละ 49 จะเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังอายุ 70 ปี

ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มของรายจ่ายด้านบริการทางการแพทย์

สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์นั้นมาจากสาเหตุสี่ด้านหลักด้วยกันคือการเพิ่มขึ้นของค่าบริการทางการแพทย์และค่ายา การเพิ่มของประชากร สัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และปัจจัยด้านระบบบริการที่ขาดประสิทธิภาพ(โครงสร้างบริการ ปริมาณการให้/ใช้บริการ)และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทั้งนี้โดยคาดการณ์ว่าการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายนั้นครึ่งหนึ่งมาจากปัจจัยประการสุดท้าย (JICWELS,1999)

ตารางที่ 12 อัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายทางการแพทย์(%)จากปัจจัยต่างๆของระบบประกันสุขภาพญี่ปุ่น(JICWELS,1999)

ปี	อัตราการเพิ่ม	ค่าบริการ	จำนวนประชากร	สัดส่วนผู้สูงอายุ	ระบบบริการและเทคโนโลยี
1983	4.9	-1.3	0.7	1.2	4.3
1984	3.8	-2.0	0.6	1.2	4.0
1985	6.1	1.2	0.7	1.2	2.9
1986	6.6	0.7	0.5	1.2	4.1
1987	5.9	-	0.5	1.2	4.1
1988	3.8	0.5	0.4	1.3	1.6
1989	5.2	0.76	0.4	1.3	2.7
1990	4.5	1.0	0.3	1.6	1.5
1991	5.9	-	0.3	1.5	4.0
1983-1991	5.2	0.1	0.5	1.3	3.2
1992	7.6	2.5	0.3	1.6	3.0
1993	3.8	0.0	0.3	1.5	2.0
1994	5.9	1.95	0.2	1.5	2.1
1995	4.5	0.75	0.4	1.6	1.7
1996	5.8	0.8	0.2	1.7	3.0
1997	1.9	0.38	0.2	1.8	-0.4

เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อคนของกลุ่มผู้สูงอายุเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายต่อคนต่อปีสูงกว่ากลุ่มอื่นประมาณ 5 เท่า โดยค่าใช้จ่ายของบริการผู้ป่วยในเป็น 8 เท่า และบริการผู้ป่วยนอกเป็น 4.4 เท่า ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายที่สูงกว่านั้นเกิดจากอัตราการใช้บริการที่มากกว่าเป็นหลัก (ใช้บริการผู้ป่วยในเป็น 7.1 เท่า และบริการผู้ป่วยนอก 2.5 เท่า)

จากการวิเคราะห์อัตราการเพิ่มของปัจจัยด้านระบบบริการระหว่างปี 1990-1994 พบว่า รายจ่ายที่เพิ่มขึ้น 1,770 billion yens นั้นกว่าครึ่งหนึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นจากค่ายา ทั้งนี้ในการเพิ่มนั้นเกิดในสองลักษณะคือ การเพิ่มขึ้นเกิดการเพิ่มการใช้บริการ ไม่ว่าจะเป็นการจ่ายยา การตรวจ หรือการส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ลักษณะที่สองคือ การเพิ่มการให้บริการที่มีราคาแพงขึ้นแทนบริการที่มีราคาถูกกว่า

ตารางที่ 13 แสดงการเพิ่มของค่าบริการทางการแพทย์จากปัจจัยระบบบริการระหว่างปี 1990-1994 (billion yen)

บริการ	ค่าบริการที่เพิ่มขึ้น		รวม
	จากการโยกไปให้บริการที่มีราคาแพงขึ้น	จากการเพิ่มอัตราการให้บริการ	
ค่ายา (+ ยาฉีด)	240	830 (ยาฉีดอีก 370)	1,070
ค่ายาบาล	220	-	220
ค่านอนโรงพยาบาล	200	-	200
ค่าตรวจ	50	110	160
เอกซเรย์คอมพิวเตอร์		120	120
รวม	710	1,060	1,770

ที่มา : JICWELS 1999

นอกจากนั้นยังพบว่าการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในนั้นมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับจำนวนเตียงที่มีของแต่ละจังหวัด และเมื่อจำแนกอัตราการเพิ่มของค่าบริการทางการแพทย์ประเภทต่าง ๆ นั้นพบว่า ค่าบริการ

สำหรับการเยี่ยมบ้านมีอัตราการเพิ่มสูงที่สุด รองลงมาเป็นค่ายา และค่าบริการด้านการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ สำหรับค่าเยี่ยมบ้านและค่าฟื้นฟูสภาพที่เพิ่มขึ้นนั้นเกิดจากการปรับระบบบริการให้มีบริการด้านนี้เพิ่มขึ้นสำหรับผู้สูงอายุเพื่อลดต้นทุนการจัดบริการลง อย่างไรก็ตามทั้งสองบริการนี้คิดเป็นสัดส่วนของค่าใช้จ่ายต่ำมาก

ตารางที่ 14 อัตราการเพิ่มของเบี้ยประกันสุขภาพและการเพิ่มของบริการประเภทต่างๆ(%)

	เบี้ยประกันสุขภาพ	ค่าบริการทางการแพทย์				ค่ายา	ค่าโภชนาบำบัด	ค่าฟื้นฟูสภาพ	ค่าเยี่ยมบ้าน
		รวม	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ทันตแพทย์				
1995	4.9	1.7	0.1	3.1	1.3	18.3	3.7	25.7	111.2
1996	6.0	5.4	6.2	4.3	7.3	14.0	0.3	29.0	87.7
1997	1.5	0.2	2.3	-1.3	-1.1	15.8	-0.5	25.6	47.6
1998	2.6	1.1	3.3	-0.5	0	18.5	-0.2	21.3	34.0
1999	5.1	3.1	3.0	3.3	2.4	28.2	0.1	20.1	40.0

1999 ข้อมูลเดือนเมษายน

การปฏิรูประบบสุขภาพของญี่ปุ่น

ระบบบริการสุขภาพนั้นเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงด้านสังคม บริบทสำคัญที่ทำให้ต้องมีการปฏิรูประบบบริการ ระบบประกันสุขภาพ และระบบความมั่นคงด้านสังคมของญี่ปุ่นหากพิจารณาจากประวัติศาสตร์และวิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพและระบบความมั่นคงด้านสังคมจะเห็นว่า ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นเริ่มมาตั้งแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่สอง ในปี 1922 และเริ่มมีกฎหมายประกันสุขภาพในปี 1927 ในระยะแรกก่อนที่จะมีกฎหมายนั้นมีเฉพาะการจัดบริการให้กับลูกจ้างของภาคอุตสาหกรรมในลักษณะของสวัสดิการ การเกิดกฎหมายประกันสุขภาพเกิดจากการเคลื่อนไหวของแรงงานในการให้ต้องมีการประกันสุขภาพแก่ลูกจ้างเป็นสำคัญ ภายหลังการดำเนินงานปรากฏว่าเกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจเนื่องจากภาวะตกต่ำทางเศรษฐกิจของโลกหลังจากนั้นก็ดีขึ้นเมื่อภาวะเศรษฐกิจดีขึ้น มีการขยายหลักประกันสุขภาพในช่วงสงครามโลกครั้งที่สองเนื่องจากรัฐบาลต้องการให้ภาคแรงงานซึ่งเป็นกำลังการผลิตสินค้าที่สำคัญสำหรับการสนับสนุนกองทัพในสงครามได้มีสุขภาพที่ดีเพื่อให้ผลิตสินค้าอุปโภคบริโภคที่จำเป็นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภายหลังสงครามระบบความมั่นคงด้านสังคมได้เริ่มขึ้นและมีการพัฒนามาตลอด ระบบประกันสุขภาพก็เป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงด้านสังคม ในปี 1947 ได้เริ่มมี Labor Standard Law and Workers' Accident Compensation Law ในปี 1954 เป็นปีแรกที่ระบบประกันสุขภาพต้องประสบกับปัญหารายจ่ายมากกว่ารายรับและรัฐบาลต้องให้เงินสนับสนุนสำหรับระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาลเอง ปี 1961 เป็นปีที่ขยายระบบประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน ปี 1984 รัฐบาลได้วางหลักการสำคัญสำหรับการประกันสุขภาพคือ รักษาระดับของรายจ่ายให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และเริ่มให้มีส่วนร่วมจ่ายของประชาชน 10% และเริ่มมีระบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้เกษียณ นอกจากนั้นในปัจจุบันกำลังจะเพิ่มการมีส่วนร่วมจ่ายเพื่อให้มีความเป็นธรรมระหว่างคนหนุ่มสาวกับผู้สูงอายุเพื่อไม่ให้ระบบดังกล่าวเป็นภาระกับคนหนุ่มสาวมากเกินไป และเริ่มมีการปฏิรูปโครงสร้างเพื่อให้มีความสมดุลย์ของรายจ่ายระหว่างภูมิภาคต่างๆ (ในแต่ละพื้นที่มีรายจ่ายต่างกัน) โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะให้ระบบมีความมั่นคงมากขึ้น

ภาวะเศรษฐกิจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการปฏิรูป การขยายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน โดยทั่วหน้ารวมทั้งการขยายสิทธิประโยชน์ต่างๆให้กับประชาชนนั้นเกิดในช่วงที่มีภาวะการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูง และเมื่อมาถึงยุคที่ภาวะเศรษฐกิจเริ่มชะลอตัวก็ทำให้มีความจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการจำกัดภาวะรายจ่ายของระบบประกันสุขภาพ นอกจากนั้นสังคมที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากขึ้นก็เป็นบริบทสำคัญในการผลักดันให้ต้องมีการ

ปฏิรูปโครงสร้างระบบบริการทั้งในบริการทางการแพทย์ ระบบประกันสุขภาพ และระบบความมั่นคงด้านสังคม โดยวัตถุประสงค์หลักของการปฏิรูปจะเป็นในด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นหลัก และหามาตรการในการลดผลกระทบจากการมีสัดส่วนผู้สูงอายุมาก และหาทางเพิ่มจำนวนประชากรเด็ก ทั้งนี้ในการปฏิรูปนั้นกลวิธีที่ใช้หลักคือการออกกฎหมาย ทั้งนี้จะเห็นว่าในระบบความมั่นคงด้านสังคมของญี่ปุ่นนั้น การจัดบริการต่างๆนั้นจะมีกฎหมายกำหนดทั้งสิ้น

ตารางที่ 15 แสดงวิวัฒนาการของระบบสุขภาพของประเทศไทย

ยุค	เหตุการณ์สำคัญ
ช่วงก่อนสงคราม	1905 บริการสุขภาพจัดให้โดยโรงงานในลักษณะสวัสดิการ 1910 ออกกฎหมายโรงงาน (Factory Act) และระหว่างปี 1910-1920 มีการเคลื่อนไหวเรียกร้องของกลุ่มแรงงานมาก 1922 ออกกฎหมาย Health Insurance Law และบังคับใช้เต็มที่ปี 1927 ในโรงงาน กิจการเหมืองแร่ คมนาคม ที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป ไม่บังคับคนที่ไม่มีเงินเดือนมากกว่า 1,200 เยน 1934 ขยายหลักประกันไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป
ช่วงสงครามโลก	1937 Health Center Law 1938 มีการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ และ National Health Insurance Law 1939 Employee Health Insurance Law (ขยายไปยังกลุ่มลูกจ้างบริษัทที่มีลูกจ้างต่ำกว่า 10 คน), Semen's Insurance Law 1941 Workers Pension Insurance Law (สงครามโลกครั้งที่สองเริ่ม) 1942 ประสาน employees' Health Insurance schemes ทั้งหมด เริ่มให้มีส่วนร่วมจ่าย และขยายความครอบคลุมไปยังครอบครัวผู้ประกัน และเริ่มก่อตั้งสมาคมประกันสุขภาพแห่งชาติ
ช่วงการฟื้นฟูหลังสงคราม	1945 สิ้นสุดสงครามและเริ่มนำระบบความมั่นคงด้านสังคมมาใช้ 1947 บังคับใช้กฎหมาย ประกันสุขภาพการเจ็บป่วยในการทำงาน 1948 ตั้ง Social Insurance Medical Fee Payment Fund และให้รัฐบาลท้องถิ่น (เทศบาลเป็นผู้ดำเนินการ) 1953 บังคับใช้ Day Laborers' Health Insurance Law, และบังคับใช้กฎหมาย สวัสดิการสำหรับครูโรงเรียนเอกชน และลูกจ้างอื่นๆ 1954 รัฐบาลให้เงินสนับสนุนแก่ government-managed Health Insurance เป็นครั้งแรกจำนวน 1 billion yens
ช่วงเศรษฐกิจรุ่งโรจน์	1958 National Health Insurance Law Amendment (50% benefit covered) 1966 National Health Insurance Law Amendment (70% benefit introduced) 1969 System for dispatching helpers to homes of bedridden elderly, 1973 Free medical care for the elderly, Health Insurance Law Amendment (70% benefit for dependents, and high-cost medical care expenses), Pension system reform (y 50,000 pension, commodity price sliding scale system introduced)
สังคมผู้สูงอายุ	1977 ให้มีการคำนวณเบี้ยประกันพิเศษสำหรับโบนัสที่ได้รับ 1978 National health improvement measures, Implementation of day service and short- stay program 1980 แก้ไขกฎหมายประกันสุขภาพ เพิ่มสิทธิประโยชน์ให้กับสมาชิกครัวเรือนสำหรับการนอนโรงพยาบาลเป็น 80% เริ่มใช้ระบบการกำหนดเพดานค่ารักษาพยาบาลที่ยืดหยุ่นมากขึ้น และกำหนดเพดานอัตราค่าเบี้ยประกัน

ตารางที่ 15 (ต่อ) แสดงวิวัฒนาการของระบบสุขภาพของประเทศไทย

สังคมผู้สูงอายุ	1982 Long-term Plan concerning Measures for People with Disabilities, Home helpers (substantial increase, abolition of income restrictions), Health and Medical Service Law for the Aged 1984 Health Insurance Law amendment (90% benefit for insured persons, and medical care system for retirees) 1985 Medical Service Law amendment (medical care plan) 1986 Health and Medical Service Law for the Elderly amendment (health service facilities for the elderly) 1988 National Health Insurance Law amendment (stabilization of municipalities with management of high cost medical care) 1989 Gold Plan 1990 National Health Insurance Law amendment (established the insurance financial base stabilization system; เพิ่มการสนับสนุนของภาครัฐ และบทบาทของรัฐในการปรับค่าใช้จ่าย, ปรับการจ่ายสมทบของภาครัฐ ให้สมเหตุสมผลสำหรับบริการผู้สูงอายุ) 1992 Health and Medical Service Law for the Elderly amendment (home visit nursing care system), Waste Disposal Law amendment, Two laws on narcotic passed 1992 Health Insurance Law amendment (introduction of mid-term financial management), Medical Service Law amendment (Provision on the idea of providing medical care), Law to Promote the Securing of Manpower, Such as Nurses 1993 National Health Insurance Law amendment (systematization of the programs to support financial stabilization) 1994 Enactment of the Community Health Law (reinforcement of functions of health centers), Health Insurance Law amendment (review of the benefit for inpatient dietary therapy, discontinuance of nursing offered by nursing attendants), Formulation of Angel Plan, Formulation of New Gold Plan 1995 National Health Insurance Law amendment (expansion of the insurance premium (tax) reduction system), Formulation of the Government Action Plan for Persons with Disabilities. 1997 Amendment to the Health Insurance Law (เพิ่มส่วนร่วมจ่ายของผู้ประกันตน ส่วนร่วมจ่ายค่ายา เพิ่มอัตราเบี้ยประกันสำหรับ government-managed insurance เพิ่มส่วนร่วมจ่ายบริการผู้สูงอายุ ควบคุมรายจ่ายให้คงที่ ทบทวนอัตราการสนับสนุนของรัฐ และจัดตั้งสภาการประกันสุขภาพและสวัสดิการขึ้น) 1998 The National Health Insurance Law amendment ทบทวนอัตราการร่วมจ่ายสำหรับบริการผู้สูงอายุ
-----------------	--

การปฏิรูปโครงสร้างระบบความมั่นคงด้านสังคม (Structural Reform of the Social Security System)

ในการดำเนินงานนั้นมีการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงมาตลอด การปฏิรูปที่สำคัญที่กำลังจะเริ่มดำเนินการในปี ค.ศ. 2000 คือการปฏิรูปโครงสร้างการบริหารด้านสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม โดยเสนอให้มีการจัดระบบประกันสำหรับบริการระยะยาว (Long-term Care Insurance) สำหรับเหตุผลที่ทำให้ต้องมีการปฏิรูประบบความมั่นคงด้านสังคมของญี่ปุ่นก็ด้วยปัจจุบันระบบนี้มีความจำเป็นสำหรับความเป็นอยู่ของประชาชน ประกอบกับการที่มีผู้สูงอายุมากขึ้นและเด็กน้อยลงทำให้ระบบนี้จะเป็นภาระกับคนวัยทำงานมากขึ้นเนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายจะเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นปัจจัยด้าน

เศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างแรงงานและความเป็นอยู่ทำให้มีความจำเป็นต้องมีการปฏิรูป สำหรับแนวคิดในการปฏิรูปคือ

- ความจำเป็นของประชาชนชาวญี่ปุ่นต้องได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมพร้อมกับมีความสมดุลกับสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศ
- สร้างระบบที่มีประสิทธิภาพและสนองต่อผู้ใช้บริการ (user oriented) สำหรับการจัดบริการ เน้น การให้บริการที่บ้านเพื่อสนับสนุนให้ประชาชนสามารถช่วยตนเองได้อย่างเพียงพอ
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเอกชน ด้วยการผ่อนคลายระเบียบและมาตรการอื่นๆ ในขณะที่ยังรักษาความสมดุลระหว่างบทบาทของรัฐและเอกชน

ทั้งนี้เป้าหมายของการปฏิรูปคือการปรับโครงสร้างและรักษาระดับของรายจ่ายด้านความมั่นคงด้านสังคมให้ไม่เกินร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับรายได้ประชาชาติในช่วงที่มีประชากรวัยสูงอายุถึงจุดสูงสุด ทั้งนี้ในปี 1996 ภาระของประเทศเมื่อเทียบกับรายได้ประชาชาติ (national burden ratio compared to national income) อยู่ที่ 44.7 (National tax 14.6 + Local tax 8.9 + social security burden 13.2 + financial deficit 8.5)

ทั้งนี้ต้องการปรับระบบการจัดบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดสัดส่วนรายจ่ายด้านรักษาพยาบาลและบำนาญและเพิ่มสัดส่วนรายจ่ายสำหรับการจัดบริการเสริมที่มีต้นทุนถูกกว่า โดยจะเริ่มจาก Long-term care insurance ซึ่งจะเริ่มต้นในการที่จะทำให้ต้องมีการปรับระบบการจัดบริการทางการแพทย์และบำนาญให้สนองตอบต่อความจำเป็นของสังคมมากขึ้น

Long-term Care Insurance เหตุผลและความจำเป็นของการที่ต้องมีคือ ระยะเวลาที่ต้องใช้และความรุนแรงของการดูแลผู้ป่วยระยะยาวมีมากขึ้น ผู้ป่วยที่ต้องนอนอยู่กับเตียงหนึ่งในสองคนต้องนอนมากกว่า 3 ปี คนที่ดูแลและพยาบาลผู้ป่วยมากกว่าครึ่งที่มีอายุมากกว่า 60 ปี การลดลงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ประเมินการณ์ว่าจะมีถึงร้อยละ 54 การเพิ่มขึ้นของผู้หญิงที่ต้องทำงานนอกบ้าน และเพื่อสร้างระบบที่สิทธิประโยชน์และค่าใช้จ่ายมีความชัดเจนขึ้นและเพื่อให้สาธารณชนได้มีความเข้าใจมากขึ้น

แนวคิดคือ สร้างระบบที่ให้ผู้ให้บริการสามารถเลือกได้ เพื่อให้บริการทั้งทางด้านสังคมและบริการทางการแพทย์แก่ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการบริการในระยะยาว ส่งเสริมให้มีมีส่วนร่วมของบริษัทเอกชน สหกรณ์เกษตร และประชาชนในองค์กรไม่แสวงหากำไร และจัดบริการที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เปลี่ยนระบบบริการจากการจัดบริการในโรงพยาบาลเป็นบริการแบบหอพักผู้สูงอายุ (Sanatorium-type ward) ซึ่งจะมีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าสำหรับการพักอาศัยที่นาน

ทั้งนี้จะแยกระบบประกันสำหรับการดูแลนอกจากการประกันสุขภาพ และให้ผู้สูงอายุต้องรับภาระค่าใช้จ่ายด้านเบี้ยประกันในส่วนนี้เท่าที่เป็นไปได้ และให้มีการมีส่วนร่วมจ่าย 10% สำหรับการใช้บริการ

The New Gold Plan (1994) เป็นแผนทบทวน The Gold Plan ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 1989 ในการกำหนดมาตรการส่งเสริมบริการสุขภาพและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์คือเพื่อให้ประชาชนชาวญี่ปุ่นทุกคนสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมั่นคงในช่วงอายุที่สูงวัย โดยมีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับการจัดสวัสดิการและบริการสา

ธารณสุขแก่ผู้สูงอายุให้เพียงพอและกระจายให้ทั่วถึง ทั้งบริการที่บ้าน บริการในสถานพยาบาล และการผลิตบุคลากร สำหรับการสนับสนุนการจัดบริการ มีมาตรการสำหรับผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาบริการสำหรับผู้สูงอายุ ส่งเสริมกิจกรรมอาสาสมัครต่างๆ ฯลฯ

The Angel Plan มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบริการพื้นฐานสำหรับการรองรับและการให้การช่วยเหลือครัวเรือนที่มีบุตร เพื่อส่งเสริมให้ครัวเรือนไม่กลัวการมีบุตร (ให้มีบุตรมากขึ้น) วัตถุประสงค์ของแผนคือ การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีบุตรมากขึ้น สร้างระบบในการสนับสนุนครัวเรือนที่มีบุตร และพัฒนามาตรการในการสนับสนุนการเลี้ยงดูเด็ก ทั้งนี้มาตรการในการดำเนินการคือ การพัฒนาโครงสร้างในการรองรับการสนับสนุนให้ครัวเรือนมีเด็กมากขึ้น เช่น ศูนย์บริการเด็กอ่อน ศูนย์เด็กเล็ก ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนที่มีบุตร โดยมีการจัดระบบการจ่ายชดเชยค่าจ้างสำหรับการลาคลอดบุตร จัดบริการ อนามัยแม่และเด็ก การดูแลเด็ก การลดค่าใช้จ่ายในด้านการศึกษาโดยจัดให้มีเงินกู้/ทุนการศึกษาของบุตร

Government Action Plan for Persons with Disabilities เพื่อพัฒนาผู้พิการให้อยู่ในสังคมร่วมกับคนอื่นได้อย่างปกติสุข ปลอดภัย สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้อย่างไม่มีสิ่งกีดขวางโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้พิการ และจัดสวัสดิการและบริการต่างๆ ให้เพียงพอ โดยมีการจัดบริการต่างๆ ให้กับผู้พิการ ทั้งบริการที่บ้าน บ้านพักสำหรับเด็กที่มีความพิการรุนแรง ศูนย์พัฒนาผู้พิการ ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ฯลฯ

มาตรการต่อการเพิ่มขึ้นของค่าบริการทางการแพทย์

1. มาตรการที่ดำเนินการด้านระบบประกันสุขภาพ

- เข้มงวดกับแนวทางปฏิบัติและนิเทศสถานพยาบาลโดยรัฐบาลท้องถิ่นและส่วนกลาง
- ปรับปรุงและเน้นการตรวจสอบการเรียกเก็บโดยหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบ
- ปรับปรุงและเน้นการตรวจสอบการเรียกเก็บโดยหน่วยงานที่ให้ประกัน
- ปรับปรุงการรายงานค่าใช้จ่ายที่ใช้ให้กับผู้ประกันตนเพื่อทราบถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
- ปรับอัตราค่าจ่ายให้เหมาะสม
- ทบทวนอัตราค่ายาให้สอดคล้องกับราคาตลาด

2. มาตรการที่ดำเนินการสำหรับสถานพยาบาล

- พยายามให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น
- พยายามดำเนินการตามแผนการจัดบริการทางการแพทย์ (กำหนดจำนวนเตียงในแต่ละพื้นที่)
- จัดและจำแนกสถานพยาบาลให้มีความเหมาะสม เช่น สถานพยาบาลสำหรับ long term care
- ปฏิเสธการรับสถานพยาบาลเข้าร่วมในการให้บริการในพื้นที่ที่มีจำนวนเตียงเกินต้องการแล้ว
- ลดการผลิตแพทย์และทันตแพทย์
- จัดบริการที่ได้คุณภาพและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

บทสรุประบบความมั่นคงด้านสังคมและระบบประกันสุขภาพประเทศญี่ปุ่น

- ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจสูงและมีระบบประกันความมั่นคงด้านสังคมที่ครอบคลุมทุกด้านสำหรับประชาชนทุกคน ทั้งนี้ระบบความมั่นคงด้านสังคมของญี่ปุ่นมุ่งเน้นการจัดระบบสวัสดิการทั้งด้านสังคมและ

ด้านการแพทย์ให้กับประชาชนเพื่อมุ่งเน้นให้เกิดความมั่นคงด้านสังคมและเศรษฐกิจของประเทศเป็นหลัก เพื่อให้ระบบเศรษฐกิจสามารถพัฒนาไปได้อย่างมั่นคง ความมั่นคงด้านเศรษฐกิจดูเหมือนจะมีความสำคัญมากกว่าด้านสังคม ความพยายามในการแก้ปัญหาด้านการมีจำนวนผู้สูงอายุมากและมีเด็กน้อยก็คำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับระบบเศรษฐกิจของประเทศเป็นหลัก

- 2) ในระบบประกันสังคมของญี่ปุ่นนั้นรัฐบาลยังมีภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบร่วมค่อนข้างมาก รายได้ของกองทุนมาจากการจ่ายเบี้ยประกันของประชาชนเพียงประมาณร้อยละ 46 รัฐต้องจ่ายสนับสนุนประมาณร้อยละ 20 และที่เหลือเป็นรายได้จากอื่นๆ ในระบบประกันสุขภาพของรัฐก็ต้องจ่ายสนับสนุนถึงประมาณร้อยละ 30 ดังนั้นระบบจึงยังอิงกับการสนับสนุนของรัฐอยู่ค่อนข้างมาก รัฐจึงสามารถเข้าแทรกแซงและกำหนดสิ่งต่างๆ ได้
- 3) ภาระค่าใช้จ่ายสำหรับการจ่ายชดเชยให้กับประชาชนนั้นในช่วงแรกจ่ายสำหรับการบริการด้านการแพทย์จะสูงกว่ารายจ่ายด้านอื่นๆ แต่รายจ่ายชดเชยการเขียนจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และจะเป็นภาระหนักในระยะหลัง ในการดำเนินระบบประกันความมั่นคงด้านสังคมของญี่ปุ่นหลังจากเริ่มดำเนินการได้ 20 ปี ภาระค่าใช้จ่ายด้านการจ่ายเงินชดเชยการเขียนก็สูงกว่าภาระค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์
- 4) ระบบการประกันสังคมจะได้รับผลกระทบมากจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและโครงสร้างแรงงานในประเทศ หากมีจำนวนผู้สูงอายุมากและมีเด็กน้อยนั้นหมายความว่าภาระค่าใช้จ่ายในระบบสำหรับคนวัยทำงานจะเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันการมีเด็กน้อยนั้นหมายความว่าในอนาคตคนวัยแรงงานก็จะน้อยลงด้วย ซึ่งจะมีผลกระทบต่อทั้งระบบเศรษฐกิจและระบบประกันสังคม
- 5) ภาวะเศรษฐกิจของประเทศก็มีผลกระทบมากต่อระบบประกันสังคมมาก ภาวะเศรษฐกิจที่ดีจะกระตุ้นด้านความครอบคลุมประชากรและสิทธิประโยชน์ต่างๆ แต่หากช่วงที่มีภาวะเศรษฐกิจถดถอยรายได้ของระบบจะลดลง ในขณะที่รายจ่ายที่จะต้องจ่ายชดเชยให้กับทั้งระบบการชดเชยรายได้และรายจ่ายด้านสุขภาพก็จะเพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความมั่นคงด้านการเงินของระบบ
- 6) ระบบการจัดบริการด้านการแพทย์นั้นญี่ปุ่นถึงจะมีปัญหาด้านการมีจำนวนแพทย์และเตียงเกินความจำเป็นในภาพรวม ก็ยังมีพื้นที่อีกประมาณ 400 จุดที่มีปัญหาด้านการขาดแคลนจำนวนแพทย์ การที่มีจำนวนแพทย์และเตียงมากทำให้มีปัญหาค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์เพิ่มขึ้นสูงในพื้นที่ที่มีอุปทานมากเกินไป นอกจากนั้นการที่ประชาชนมีเสรีที่จะไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลใดก็ได้ไม่จำเป็นต้องผ่านแพทย์เวชปฏิบัติก่อน ร่วมกับวิธีการจ่ายค่าตอบแทนแบบ fee-for-service ก็ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงขึ้นจากการใช้บริการที่เกินจำเป็นและแรงจูงใจในการให้บริการ
- 7) สังคมที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐต้องมีแผนในการพัฒนาระบบการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับคนกลุ่มนี้เนื่องจาก อุปสงค์ของบริการสูง ต้องการสิ่งแวดล้อมที่อำนวยความสะดวกที่เหมาะสม หากไม่มีการพัฒนาจะมีการใช้โรงพยาบาลเป็นสถานที่สำหรับการให้ผู้สูงอายุพักฟื้นซึ่งมีต้นทุนสูงเกินไป นอกจากนั้นในสังคมที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุก็จำเป็นต้องมีการจัดบริการและสวัสดิการสนับสนุนเพื่อช่วยลดภาระของครัวเรือนลง

- 8) ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นมีหน่วยงานที่รับทำหน้าที่ให้หลักประกันและเก็บเบี้ยประกันจำนวนมากทั้งที่เป็นรัฐและเอกชน สิ่งหนึ่งที่เห็นได้ชัดคือการที่มีจำนวนผู้ให้ประกันมากเกินไปทำให้เกิดปัญหาเรื่องการบริหารจัดการ การมุ่งเน้นการปกป้องเฉพาะกลุ่มสมาชิกของตนมากกว่าที่จะเป็นในลักษณะของการเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในสังคม (Social solidarity) และมีการจัดคนที่มีความเสี่ยงสูงออก (selection bias) รัฐจึงต้องรับภาระในการให้หลักประกันกับคนที่มีความเสี่ยงสูงเช่น ผู้สูงอายุ ระบบ National Health Insurance มีสัดส่วนของผู้สูงอายุและกลุ่มที่ไม่ได้มีรายได้ประจำ (Informal sector; agriculture, self-employed) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีรายได้น้อย มากกว่าระบบอื่นๆ
- 9) ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นไม่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน กองทุนที่มีคนที่มีอำนาจจ่ายมากก็สามารถลดอัตราเบี้ยประกันของตนลงโดยคำนวณจากภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ต่อคนและมาคำนวณอัตราเบี้ยประกันที่แต่ละคนต้องจ่าย ดังนั้นจึงเป็นภาระของรัฐที่ต้องให้การสนับสนุนกับกองทุนที่มีประชาชนมีอำนาจจ่ายน้อย เช่น NHI ซึ่งรัฐต้องจ่ายเงินสนับสนุนถึงประมาณร้อยละ 50
- 10) วิธีการจ่ายเงินแบบ fee-for-service ประกอบกับสถานพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเอกชน หรือต้องพึ่งตนเอง สถานพยาบาลของรัฐเองแม้จะจ่ายค่าตอบแทนแพทย์เป็นเงินเดือนแต่ประมาณทั้งหมดที่จะได้รับก็ขึ้นกับรายได้ของตนในปีที่ผ่านมา ดังนั้นจึงเท่ากับสถานพยาบาลต้องพึ่งตนเองเป็นหลัก ดังนั้นจึงมีแรงจูงใจที่จะต้องหารายได้ให้ได้มากที่สุด จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะทำให้ภาระค่าใช้จ่ายของการประกันสุขภาพต้องเพิ่มขึ้น
- 11) ระบบที่มีหลายกองทุน ร่วมกับวิธีจ่ายแบบตามปริมาณบริการและประชาชนมีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการ มีความจำเป็นต้องมีหน่วยงานที่เป็นตัวกลางมาทำหน้าที่ในการเรียกเก็บและตรวจสอบ (Clearing house) เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพและมีความเป็นธรรมมากขึ้น
- 12) ญี่ปุ่นถึงแม้จะมีระดับการพัฒนาสูงและมีระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย สถานพยาบาลก็ยังต้องส่งบิลเรียกเก็บให้กับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบและจ่ายเงินเป็นกระดาษเพื่อเป็นหลักฐานการตรวจสอบ จึงมีการประสานสูงกับหน่วยงานดังกล่าว ระบบข้อมูลในโรงพยาบาลมีเพื่อมุ่งเน้นการเรียกเก็บจากผู้ให้ประกันเป็นหลัก มิได้มีไว้เพื่อตรวจสอบด้านคุณภาพหรือผลงานของแต่ละแผนกหรือผู้ให้บริการแต่ละราย
- 13) จากการศึกษาดูงานในญี่ปุ่นพบว่าไม่มีระบบการตรวจสอบ (Auditing system) และการพัฒนาคุณภาพบริการ (Quality assurance, accreditation) ทั้งในโรงพยาบาลและในหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบและจ่ายเงิน หน่วยงานที่ตรวจสอบและจ่ายเงินตรวจเพียงแต่ว่าการวินิจฉัยโรคและการให้บริการที่สถานพยาบาลส่งมาเรียกเก็บมีความสอดคล้องหรือเหมาะสมหรือไม่เท่านั้น รัฐบาลท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานในการออกใบอนุญาตและควบคุมก็ตรวจสอบเพียงด้านโครงสร้างเท่านั้น ไม่ได้มีระบบในการตรวจสอบด้านคุณภาพของบริการหรือผลลัพธ์ของบริการ
- 14) มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายนั้นมุ่งเน้นการควบคุมด้านอุปสงค์เป็นหลัก โดยการเพิ่มส่วนร่วมจ่ายของประชาชน ไม่ได้มีมาตรการที่มุ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรมในการให้บริการของสถานพยาบาลมากนัก สะท้อนถึงการมีอำนาจค่อนข้างสูงขององค์กรทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น ปัญหาต่างๆรวมถึงปัจจัยต่างๆที่เป็นอยู่เป็นสิ่งที่ผู้รับผิดชอบตระหนักและทราบอย่างไรก็ดีในการดำเนินการการแก้ไขนั้นสุดท้ายก็ไม่พ้นอำนาจทางการเมืองทั้งในและนอกกระบวนการกำหนด

ผลลัพธ์ของการปฏิรูปต่อระบบสุขภาพของประชาชน

สำหรับผลลัพธ์ของการปฏิรูปต่อระบบสุขภาพของประชาชนนั้น กล่าวได้ว่าในระยะแรกที่มีการขยายความครอบคลุมและสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพซึ่งเกิดในช่วงที่มีเศรษฐกิจรุ่งโรจน์นั้นมุ่งตอบสนองต่อความเป็นธรรมในการได้รับบริการพื้นฐานของประชาชนรวมทั้งด้านบริการสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันก็ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์และประกันสังคมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ทำให้มีความจำเป็นต้องมีการควบคุมรายจ่ายด้านประกันสังคม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และการกำหนดส่วนร่วมจ่ายของประชาชน เมื่อเข้าสู่ยุคผู้สูงอายุ (1990 -) ซึ่งพบว่ารายจ่ายด้านสุขภาพและประกันสังคมก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอีกเช่นกัน ขณะเดียวกันรัฐบาลก็ตระหนักถึงปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจที่จะได้รับผลกระทบจากการที่มีเด็กน้อยลงและจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูปใหญ่ของระบบประกันสังคม ทั้งในด้านการปฏิรูปโครงสร้างระบบ การปรับระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ บริการในชุมชน และมาตรการในการส่งเสริมให้มีจำนวนประชากรเด็กเพิ่มขึ้นเพื่อลดผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ ระบบประกันสังคม และผลลบด้านสังคม เริ่มระบบประกันการพยาบาลระยะยาว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุและภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นต่อระบบประกันสังคม กล่าวโดยสรุปการปฏิรูปของญี่ปุ่นมุ่งเน้นการแก้ปัญหาในภาพใหญ่ของระบบประกันสังคมมากกว่าที่จะมุ่งเน้นที่ระบบประกันสุขภาพเพียงด้านเดียว

ตารางที่ 16 สรุปผลลัพธ์ของการปฏิรูปต่อระบบสุขภาพของญี่ปุ่น

	Equity	Efficiency	Quality	Cost
ขยายความครอบคลุมและสิทธิประโยชน์ในช่วงเศรษฐกิจรุ่งโรจน์ (1961-1974)	++			↗↗
การควบคุมรายจ่ายจากเศรษฐกิจชะลอตัว (1975-1989) มีการทบทวนระบบความมั่นคงด้านสังคมทั้งในด้านบริการสุขภาพและสวัสดิการความเป็นอยู่อื่น ๆ มีการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด การมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนในการไปใช้บริการ และปรับเพิ่มอายุที่จะได้รับบำนาญและปรับบริการสำหรับผู้สูงอายุ		++		++
1. มีการปฏิรูปอย่างเบ็ดเสร็จสำหรับบริการสุขภาพและสวัสดิการ ● แผนปฏิรูปบริการผู้สูงอายุ (The Gold Plan and the New Gold Plan) ● แผนส่งเสริมการเพิ่มประชากรเด็ก (The Angle Plan and) ● แผนการจัดสวัสดิการสำหรับผู้พิการ (The Government Action Plan for Persons with Disabilities) ● ส่งเสริมการจัดบริการในชุมชน (community-based health activities)	++	++ + +	+ + +	++
2. เริ่มพัฒนาให้มี long-term care insurance	+	++	+	
3. การปฏิรูปโครงสร้างระบบความมั่นคงด้านสังคม โดยมีมาตรการในการปฏิรูปทั้งระบบประกันสุขภาพและบำเหน็จบำนาญ		++		

สำหรับความสำเร็จของการปรับโครงสร้างและการควบคุมค่าใช้จ่ายของญี่ปุ่นในยุคผู้สูงอายุนั้นข้อมูลที่มีอยู่จนถึงปี 1997 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุแสดงชัดเจนว่ายังไม่ประสบความสำเร็จ มาตรการด้านการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพ

ภาพนั้นพบว่าไม่เบ็ดเสร็จและไม่เข้มข้นพอในการควบคุมรายจ่าย รายจ่ายด้านสุขภาพยังคงเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าการเพิ่มของรายได้ประชาชน นอกจากนั้นความพยายามรักษาความเป็นผู้นำในระบบเศรษฐกิจของโลกก็ยังคงเป็นมูลเหตุหลักหนึ่งในความจำเป็นต้องมีการปฏิรูปนอกจากปัญหาภายในของระบบเอง

สรุปบทเรียนสำหรับประเทศไทย

- 1) จากประวัติศาสตร์ของการเกิดขึ้นของระบบประกันสังคมในญี่ปุ่นนั้นเกิดจากการที่ประเทศเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบอุตสาหกรรมและเป็นการต่อสู้และเรียกร้องของลูกจ้างเป็นหลัก ปัจจัยในการเร่งให้มีการพัฒนาและขยายของระบบความมั่นคงด้านสังคมเกิดจากภาวะความจำเป็นของรัฐในการต้องการพัฒนาสุขภาพและระบบเศรษฐกิจของประเทศเพื่อต่อสู้ในสงคราม และมีการขยายความครอบคลุมและสิทธิประโยชน์มากในช่วงที่เศรษฐกิจมีการเติบโตสูง แต่หากช่วงใดที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจจะมีปัญหากับระบบเกิดขึ้นมาก สำหรับประเทศไทยนั้นมิได้มีปัจจัยในการผลักดันให้ต้องเกิดระบบดังกล่าวสำหรับประชาชนทุกคน นอกจากนั้นปัญหาเศรษฐกิจที่ประสบในปัจจุบันคงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยากในการที่ระบบจะเกิด
- 2) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจะมีผลกระทบต่อระบบประกันสังคม และระบบบริการด้านการแพทย์ ดังนั้นหากจะนำระบบดังกล่าวมาใช้ในการสร้างสวัสดิการที่รอบด้านในประเทศ การเตรียมการรองรับเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ระบบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้สูงอายุได้รับบริการที่ได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสม
- 3) ระบบการประกันสุขภาพภาคบังคับเป็นสิ่งที่เป็นไปได้สำหรับกลุ่มประชาชนที่ไม่ได้มีรายได้ประจำ เช่นกลุ่มเกษตรกรและกลุ่มที่ประกอบอาชีพอิสระ จากประสบการณ์ของญี่ปุ่นโดยรัฐต้องเข้าไปจัดการและกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ ทั้งนี้อองค์กรปกครองท้องถิ่นต้องมีความเข้มแข็งและศักยภาพในการจัดการ โดยวิธีการคำนวณเบี้ยประกันและการจัดเก็บควรผนวกไปกับการเก็บภาษีท้องถิ่น
- 4) การมีกองทุนและระบบประกันที่หลากหลายจำเป็นต้องมีระบบการกระจายความเสี่ยงให้กับกองทุนเหล่านั้นเพื่อให้มีความเป็นธรรมระหว่างกองทุนและป้องกันการคัดกรองความเสี่ยงของผู้ประกันตนและประเภทของผู้ประกันตนจากกองทุนต่างๆ เนื่องจากความแตกต่างของฐานรายได้ประชาชน/ความจำเป็นด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มและแต่ละพื้นที่ต่างกัน โดยอาจเป็นระบบให้มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนหรือรัฐเข้าไปสนับสนุนกองทุนที่มีความเสี่ยงสูงและมีรายได้ต่ำ
- 5) องค์กรที่มีความจำเป็นต้องมีในระบบที่มีกองทุนหลายกองทุน ร่วมกับวิธีจ่ายแบบตามปริมาณบริการและประชาชนมีเสรีในการเลือกสถานพยาบาล คือ ระบบและหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ ประมวล และจ่ายเงิน ให้กับสถานพยาบาล (Clearing house) เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- 6) กรอบกฎหมายเป็นกลไกสำคัญในการปฏิรูประบบสาธารณสุข และมีความสำคัญในการควบคุมให้ระบบประกันสุขภาพและการจัดบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะกรณีกระจายอำนาจให้องค์กรและหน่วยงานเอกชนดำเนินการ หรือการให้โรงพยาบาลมีความเป็นอิสระในการบริหารจัดการ เนื่องจากจะเป็นตัวกำหนดและควบคุมกำกับให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเหมาะสม

- 7) ระบบบริการทางการแพทย์ที่ประชาชนสามารถไปรับบริการที่ไหนก็ได้ ประกอบกับวิธีการจ่ายแบบ fee-for-service จะมีข้อดีในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ให้เสรีภาพแก่ประชาชน และความพึงพอใจที่สูง แต่ทำให้มีปัญหาการเพิ่มของรายจ่ายอย่างมากจากการใช้/ให้บริการที่เกินจำเป็นทำให้ขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นควรหลีกเลี่ยงและควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่สถานพยาบาลแต่ละระดับให้ชัดเจนลดความซ้ำซ้อนและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็งขึ้น
- 8) ระบบข้อมูลเป็นสิ่งที่สำคัญมากในระบบประกันสุขภาพ ญี่ปุ่นมีระบบข้อมูลด้านการประกันที่ดี ในแง่ของข้อมูลการใช้บริการและค่าใช้จ่าย แต่ขาดข้อมูลด้านคุณภาพของบริการ มีการใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์และวางแผนระบบเป็น อย่างดี นอกจากนั้นเพื่อให้การบริหารระบบข้อมูลมีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 9) ระบบการตรวจสอบและการควบคุมคุณภาพบริการ (Auditing System and Quality Assurance) เป็นสิ่งจำเป็นในการเฝ้าระวังและตรวจสอบระบบให้มีคุณภาพและป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ให้บริการและจำเป็นต้องมีการพัฒนาขึ้น
- 10) มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านอุปสงค์นั้นขาดประสิทธิผลและจะไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว นอกจากนั้นยังเป็นการผลักภาระให้กับประชาชน มาตรการที่จะมีประสิทธิผลมากกว่าคือมาตรการด้านการควบคุมอุปทานหรือผู้ให้บริการ (จำนวน การกระจาย พฤติกรรมการให้บริการ วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล การควบคุมราคา ฯลฯ)
- 11) นอกเหนือจากระบบแล้วปัจจัยการเมืองโดยเฉพาะในระบบบริการสาธารณสุขเอง จะมีอิทธิพลต่อทิศทางการพัฒนาของระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพมาก ดังนั้นหากจะให้ระบบเป็นไปอย่างที่เราจะเป็นและเหมาะสม จำเป็นต้องมีกลยุทธในการดำเนินการทางการเมืองเพื่อถ่วงดุลย์อำนาจให้ระบบได้มีการพัฒนาไปอย่างเหมาะสมเพื่อประโยชน์ของประเทศและประชาชนโดยรวมมากกว่าตอบสนองต่อกลุ่มบุคคลใดกลุ่มหนึ่ง

บรรณานุกรม

- Daniel Maceira (1998) Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries. Major Applied Research 2 Working Paper 2, PHR
- David W. Kalisch, Tetsuya Aman and Libbie A. Buchele (1998) Social and Health Policies in OECD Countries: A Survey of Current Programmes and Recent Developments, Labour Market and Social Policy-occasional papers No.33 OECD
- Ministry of Health and Welfare (1997) Guidebook of Social Insurance in Japan, Tokyo
- Health and Welfare Bureau for the Elderly, Ministry of Health and Welfare of Japan, New Gold Plan
- Health Insurance and Health Insurance Society in Japan 1998
- Jacobzone S, Cambois E, Chaplain E., Robine J.M. (1999) The Health of Older Persons in OECD Countries: Is It Improving Fast Enough to Compensate for Population Aging? Labour Market and Social Policy Paper No.37 OECD

- JICWELS (1998) Textbook for The 8th Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators, 29 Sept4ember – 13 October 1998, Tokyo, Japan
- Lucy Gilson (1997) Implementing and Evaluating Health Reform Process: Lessons form the Literature. Major Applied Research 1: Working Paper 1, PHR
- Marie L.Lassey, William R. Lassey and Martin J. Jinks (1997) Health Care Systems Around the World; Characteristics, issues, reforms. Prentice Hall, New Jersey.
- Melissa Jee and Zeynep Or (1998) Health Outcomes in OECD Countries: A Framework of Health Indicators for Outcome-Oriented Policymaking. Labour Market and Social Policy – Occasional Paper No.36 OECD
- Ministry of Health and Welfare of Japan 1997, Annual Report on Health and Welfare 1995-1996
- Ministry of Health and Welfare of Japan 1997, Annual Report on Health and Welfare 1996-1997
- OECD (1998) The Caring World: National Achievements. Background documents for Meeting of the Employment, Labour and Social Affairs Committee at Ministerial Level on Social Policy. Paris 23-24 June 1998
- Ricardo Bitran and Winnie C. Yip (1998) A Review of Health Care Provider Payment Reform in Selected Countries in Asia and Latin America. Major Applied Research 2 Working Paper 1, PHR
- Roemer (1993) National Health System of the World Volume I and II. OUP New York
- Roger Goodman (1998) The Japanese-style welfare state and the delivery of personal social services in
Roger Goodman and Gordon White and Huck-ju Kwon (eds) The East Asia Welfare Model: Welfare Orientalism and the state. Routledge, London and New York
- Stephane Jacobzone (1999) Aging and Care for Elderly Persons : An Overview of International Perspective. Labour Market and Social Policy Paper No.38 OECD
- The Constitution of Japan
- Toshitaka Nakahara (1997) The Helath System of Japan in Marshall W. Raffel (eds) Health Care and Reform in Industrialized Countries. The Pennsylvania State University Press, Pennsylvania.

ผลลัพธ์ของการปฏิรูปต่อระบบสุขภาพประชาชน : กรณีศึกษาประเทศญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นเป็นประเทศในเอเชียประเทศแรกที่สามารถให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนได้อย่างทั่วหน้า และมีวิวัฒนาการมากกว่า 70 ปี ระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่นนั้นเกิดขึ้นก่อนระบบประกันสังคมโดยเกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวของกลุ่มผู้ใช้แรงงานเป็นหลัก เริ่มจากจัดบริการสุขภาพในโรงงานก่อนแล้วจึงมีกฎหมายประกันสุขภาพขึ้น ช่วงแรกก็จำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรม การขยายหลักประกันสุขภาพเกิดขึ้นมากในช่วงที่ประเทศญี่ปุ่นเข้าสู่สงครามโลกครั้งที่สอง สืบเนื่องจากรัฐบาลตระหนักว่าภาคการผลิตเป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนยุทธโศปกรณ์และสินค้าอุปโภคบริโภคที่จำเป็นสำหรับกองทัพ ภายหลังสงครามยุติลง ระบบประกันสังคมจึงกำเนิดขึ้นด้วยเหตุที่จำเป็นต้องมีการฟื้นฟูประเทศและประชาชนประสบกับความทุกข์ยาก การพัฒนาระบบประกันสุขภาพและระบบประกันสังคมของญี่ปุ่นมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับภาวะเศรษฐกิจของประเทศ การขยายสิทธิประโยชน์และความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพเกิดในช่วงที่ประเทศมีภาวะเศรษฐกิจที่รุ่งโรจน์ ยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงมากคือการเข้าสู่ยุคที่มีประชากรวัยผู้สูงอายุมากในขณะที่มีเด็คน้อย เนื่องจากมีผลกระทบต่อการใช้จ่ายของระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านบำนาญเพิ่มสูงขึ้นมาก ในขณะที่รายจ่ายด้านสุขภาพก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากการเพิ่มของรายจ่ายสำหรับผู้สูงอายุ การที่มีสัดส่วนเด็คน้อยลงจะทำให้ประชากรวัยแรงงานที่จะเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจน้อยลงในอนาคตซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมในอนาคต การมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากก็จะทำให้ภาระที่เกิดขึ้นกับสังคมและกลุ่มวัยทำงานที่ต้องแบกรับเพิ่มขึ้น จึงเป็นแรงผลักดันสำคัญในการปฏิรูประบบความมั่นคงด้านสังคมในปัจจุบัน โดยมีทั้งแผนการส่งเสริมการเพิ่มจำนวนประชากรเด็กโดยจัดสิ่งอำนวยความสะดวกและสิ่งแวดล้อมที่จะเอื้อให้ครัวเรือนมีบุตรมากขึ้น การพัฒนาและปรับโครงสร้างระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุให้สามารถจัดบริการได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การจัดให้มีการประกันการพยาบาลระยะยาว การจัดบริการในชุมชน กลไกสำคัญของการปฏิรูปคือ กฎหมาย ระบบบริการต่างๆของถูกกำหนดด้วยกฎหมายทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นระบบประกันสุขภาพ ประกันสังคม หรือระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้มาตรการที่ใช้มีทั้งการปรับโครงสร้างของระบบประกัน ระบบบริการ และมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์

สำหรับผลลัพธ์ของการปฏิรูปต่อระบบสุขภาพของประชาชนนั้น กล่าวได้ว่าในระยะแรกที่มีการขยายความครอบคลุมและสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพซึ่งเกิดในช่วงที่มีเศรษฐกิจรุ่งโรจน์นั้นมุ่งตอบสนองต่อความเป็นธรรมในการได้รับบริการพื้นฐานของประชาชนรวมทั้งด้านบริการสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันก็ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านบริการทางการแพทย์และประกันสังคมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน ทำให้มีความจำเป็นต้องมีการควบคุมรายจ่ายด้านประกันสังคม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ และการกำหนดส่วนร่วมจ่ายของประชาชน เมื่อเข้าสู่ยุคผู้สูงอายุ (1990 -) ซึ่งพบว่ารายจ่ายด้านสุขภาพและประกันสังคมก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วอีกเช่นกัน ขณะเดียวกันรัฐบาลก็ตระหนักถึงปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจที่จะได้รับผลกระทบจากการที่มีเด็คน้อยลงและจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูปใหญ่ของระบบประกันสังคม ทั้งในด้านการปฏิรูปโครงสร้างระบบ การปรับระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ บริการในชุมชน และมาตรการในการส่งเสริมให้มีจำนวนประชากรเด็กเพิ่มขึ้นเพื่อลดผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ ระบบประกันสังคม และผลลบด้านสังคม และเริ่มให้มีระบบประกันการพยาบาลระยะยาว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุและภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นต่อระบบประกันสังคม กล่าวโดยสรุปการปฏิรูปของญี่ปุ่นมุ่งเน้นการแก้ปัญหาในภาพใหญ่ของระบบประกันสังคมมากกว่าที่จะมุ่งเน้นที่ระบบประกันสุขภาพเพียงด้านเดียว

สรุปผลลัพธ์ของการปฏิรูปต่อระบบสุขภาพของญี่ปุ่น

	Equity	Efficiency	Quality	Cost
ขยายความครอบคลุมและสิทธิประโยชน์ในช่วงเศรษฐกิจรุ่งโรจน์ (1961-1974)	++			↗↗
การควบคุมรายจ่ายจากเศรษฐกิจชะลอตัว (1975-1989) มีการทบทวนระบบความมั่นคงด้านสังคมทั้งในด้านบริการสุขภาพและสวัสดิการความเป็นอยู่อื่นๆ มีการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด การมีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนในการไปใช้บริการ และปรับเพิ่มอายุที่จะได้รับบำนาญและปรับบริการสำหรับผู้สูงอายุ		++		++
1. มีการปฏิรูปอย่างเบ็ดเสร็จสำหรับบริการสุขภาพและสวัสดิการ ● แผนปฏิรูปบริการผู้สูงอายุ (The Gold Plan and the New Gold Plan) ● แผนส่งเสริมการเพิ่มประชากรเด็ก (The Angle Plan and) ● แผนการจัดสวัสดิการสำหรับผู้พิการ (The Government Action Plan for Persons with Disabilities) ● ส่งเสริมการจัดบริการในชุมชน (community-based health activities)	++	++ + + +	+ + +	++
2. เริ่มพัฒนาให้มี long-term care insurance	+	++	+	
3. การปฏิรูปโครงสร้างระบบความมั่นคงด้านสังคม โดยมีมาตรการในการปฏิรูปทั้งระบบประกันสุขภาพและบำนาญบำนาญ		++		

สำหรับความสำเร็จของการปรับโครงสร้างและการควบคุมค่าใช้จ่ายของญี่ปุ่นในยุคผู้สูงอายุนี้ ข้อมูลที่มีอยู่จนถึงปี 1997 โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุแสดงชัดเจนว่ายังไม่ประสบความสำเร็จ มาตรการด้านการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพนั้นพบว่าไม่เบ็ดเสร็จและไม่เข้มข้นพอในการควบคุมรายจ่าย รายจ่ายด้านสุขภาพยังคงเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าการเพิ่มของรายได้ประชาชน นอกจากนั้นความพยายามรักษาความเป็นผู้นำในระบบเศรษฐกิจของโลกก็ยังคงเป็นมูลเหตุหลักหนึ่งในความจำเป็นต้องมีการปฏิรูปนอกจากปัญหาภายในของระบบเอง