รายงาน

การศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ

กรณีศึกษาประเทศแคนาดา

ผศ. นพ. ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

บทนำ		3
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร		4
บทที่ 1	ภาพรวมและวิวัฒนาการของระบบสุขภาพของแคนาดา	12
บทที่ 2	หลักการของระบบสุขภาพ	21
บทที่ 3	การเงินและการคลังของระบบสุขภาพ	23
บทที่ 4	สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ	29
บทที่ 5	การจัดบริการสุขภาพ	35
บทที่ 6	การผลิตและพัฒนากำลังคน	38
บทที่ 7	การควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยีราคาแพง	45
บทที่ 8	บทบาทของผู้บริโภค การคุ้มครองผู้บริโภค และการชดใช้ค่าเสียหาย	46
บทที่ 9	บทวิเคราะห์และบทเรียนสำหรับประเทศไทย	53
เอกสารอ้างอิง		59
ภาคผนวก		62

บทนำ

หลักการและเหตุผล

การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นกระแสของสังคมโลก ประเทศต่างๆทั้งที่พัฒนาแล้วและที่กำลังพัฒนาได้มีการปฏิรูปสุขภาพ ประวัติศาสตร์การปฏิรูปอันยาวนานของต่างประเทศนั้นสามารถเป็นบทเรียนที่สำคัญที่จะนำมาใช้กับการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย แคนาดาซึ่งครั้งหนึ่งเคยได้รับการยกย่องว่าเป็นประเทศที่มีระบบสุขภาพที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งนั้นเป็นประเทศที่น่าศึกษา ฉะนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการทบทวนระบบสุขภาพและขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในแง่มุมต่างๆ ของประเทศแคนาดา

ขอบเขตของการศึกษา

รายงานฉบับนี้เป็นการทบทวนการปฏิรูประบบสุขภาพในแคนาดา โดยมุ่งเน้นทบทวนในเกือบทุกด้านตั้งแต่ระบบสุขภาพ หลักประกัน สิทธิประโยชน์ของประชาชน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ระบบประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพง การมีส่วนร่วมและการคุ้มครองผู้บริโภค การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ รูปแบบของการศึกษาจะเป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมโดยใช้แหล่งข้อมูลอ้างอิงที่เชื่อถือได้ เช่นข้อมูลจาก Home page ของ Health Canada และองค์กรทางสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งหนังสือและบทความที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพในแคนาดาเท่าที่จะหาได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งมีการสัมภาษณ์ผู้ที่มีการศึกษาชาวแคนาดา เพื่อจะทำให้ความคิดเห็นนั้นกว้างขวางขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อนำเสนอระบบสุขภาพของแคนาดาให้เป็นที่เข้าใจได้อย่างง่าย
2. เพื่อนำเสนอกระบวนการและประเด็นที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพของแคนาดา
3. เพื่อนำประเด็นต่างๆ มาวิเคราะห์และเสนอเป็นบทเรียนสำหรับประเทศไทย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ระบบสุขภาพของแคนาดาเป็นระบบที่ให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นจากแพทย์และโรงพยาบาลฟรี เป็นระบบที่ “จ่ายโดยรัฐ บริการโดยเอกชน ในช่วงเวลาที่ผ่านมาระบบสุขภาพของประเทศเกิดจากแผนประกันสุขภาพของแต่ละรัฐและเขตการปกครองที่บริหารภายใต้หลักการของระบบประกันสุขภาพของชาติ (National Health Insurance) ซึ่งชาวแคนาดาเรียกว่า “Medicare”

หลักการของระบบสุขภาพแห่งชาติของแคนาดา (Principles of Medicare)

1. บริหารโดยรัฐ (Public Administration)
2. ครอบคลุมครบถ้วน (Comprehensiveness)
3. ประกันสุขภาพทั่วหน้า (Universality)
4. เข้ารับบริการได้โดยง่าย (Accessibility)
5. เคลื่อนย้ายได้ (Portability)

วิวัฒนาการของการปฏิรูประบบสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพของแคนาดามีวิวัฒนาการมาจนถึงปัจจุบันเป็นเวลากว่า 50 ปี แรงผลักดันทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองส่งผลกระทบต่อช่วงเวลาและวิธีการที่รัฐเข้าไปสนับสนุนด้านการเงินของระบบ สิ่งที่ถกเถียงกันมานานในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพคือ เรื่องการแบ่งอำนาจรับผิดชอบระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่น ความสมดุลระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน และสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศในช่วงเวลาต่างๆ ในอดีต

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นในนโยบายสุขภาพของแคนาดา เริ่มตั้งแต่ ค.ศ. 1867 มีการออกกฎหมาย ***The British North America Act*** เพื่อให้แต่ละรัฐมีอำนาจอิสระในการรับผิดชอบการบริการสุขภาพในโรงพยาบาล ปี ค.ศ. 1921 เริ่มมีความคิดเรื่องการประกันสุขภาพของชาติเกิดขึ้นในโดยพรรค Liberal เป็นผู้เสนอแนวความคิดนี้ตามตัวอย่างของระบบสุขภาพของอังกฤษ แนวโน้มในการประกันสุขภาพซึ่งรัฐเป็นผู้สนับสนุนและทุกคนได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันเริ่มเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1947 เมื่อรัฐ Saskatchewan ได้เริ่มมีแผนประกันสุขภาพแบบทั่วหน้าสำหรับบริการในโรงพยาบาลแก่ประชาชน (universal hospital insurance) จากนั้นรัฐอื่นๆ ค่อยๆ เริ่มทำตามรัฐ Saskatchewan ต่อมาในปี ค.ศ. 1957 รัฐบาลกลางผ่านกฎหมาย ***Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*** เพื่อให้มีแผนประกันสุขภาพในโรงพยาบาลแบบทั่วหน้าในทุกรัฐ และให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาและการตรวจประมาณครึ่งหนึ่ง ในที่สุดในปี ค.ศ. 1961 ทุกรัฐได้ลงนามในข้อตกลงจัดตั้งแผนการประกันสุขภาพสำหรับการบริการในโรงพยาบาล

การประกันบริการสุขภาพจากแพทย์ที่ทั่วถึงทั้งในและนอกโรงพยาบาล (universal medical insurance) ได้เริ่มมีขึ้นเป็นครั้งแรกในรัฐ Saskatchewan ก่อน ต่อมารัฐบาลกลางจึงได้ออกกฎหมาย ***Medical Care Act*** ในปี ค.ศ. 1966 โดยช่วยออกค่าใช้จ่ายของการบริการทางการแพทย์ของแต่ละรัฐประมาณครึ่งหนึ่ง ในปี ค.ศ. 1971 จึงครอบคลุมทุกรัฐ ในปี ค.ศ. 1977 รัฐบาลกลางผ่านกฎหมาย ***Established Programmes Financing Act*** (EPF) เพื่อจัดสรรเงินของรัฐบาลกลางโดยไม่คิดตามค่าใช้จ่ายของแผนประกันสุขภาพของแต่ละรัฐโดยตรง แต่เปลี่ยนเป็นคิดต่อหัวตามจำนวนประชากรของแต่ละรัฐ เรียกว่า “block funding” ทำให้รัฐต่างๆ จึงมีความยืดหยุ่นในการลงทุนเพื่อบริการทางสุขภาพอื่นๆ เช่น ขยายบริการดูแลสุขภาพและศูนย์สาธารณสุขชุมชน หรือขยายการครอบคลุมประกันสุขภาพเสริม

หลังจากการจัดสรรเงินแบบ EPF ได้เกิดข้อกล่าวหาและเสียงวิจารณ์มากมาย ทำให้รัฐบาลกลางมีการทบทวนระบบสุขภาพโดย Royal Commission on Health Services ซึ่งมีนาย Hall เป็นประธาน Hall ได้รายงานว่าการสาธารณสุขของแคนาดาดีที่สุดในโลก แต่ได้เตือนเรื่องการเรียกเก็บเงินเพิ่มของแพทย์ หรือโรงพยาบาล (extra-billing) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากเงินที่แพทย์ได้รับจากการประกันของรัฐ และการเก็บเงินเพิ่มเป็นการคุกคามการเข้ารับบริการสุขภาพของประชาชน ดังนั้นในปี ค.ศ. 1984 รัฐจึงออกกฎหมาย ***Canadian Health Act*** เพื่อการประกันสุขภาพทั่วหน้าและครอบคลุม (Medicare)

ต้นทศวรรษที่ 1980s ความกดดันด้านการเงินและความสนใจในการส่งเสริมสุขภาพก่อให้เกิดการทบทวนระบบสุขภาพในหลายๆ ประเทศ ในแคนาดาเองมีการปฏิรูประบบสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ 1990s การปฏิรูปมุ่งเน้นไปที่การเปลี่ยนจากการบริการสุขภาพในสถาบันมาเป็นการให้บริการในชุมชนมากขึ้น คือ การแบ่งเขตบริการสุขภาพให้เล็กลง (Regionalization of health services) ตามสภาพทางภูมิศาสตร์เพื่อให้การบริการและการวางแผนสุขภาพได้ตรงต่อคนที่อาศัยในเขตนั้นมากยิ่งขึ้น และการลดจำนวนเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล แล้วหันมาเน้นเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนายุทธวิธีในการจัดการด้านกำลังคน เช่นการจ่ายเงินค่าตอบแทน การกระจายคนตามสภาพภูมิศาสตร์ และการใช้คนอย่างเหมาะสม

มีการเปลี่ยนแปลงสำคัญต่อระบบการคลังของระบบสุขภาพอีกครั้งในปี ค.ศ. 1997 เมื่อรัฐบาลกลางให้การสนับสนุนการบริการสุขภาพและสังคมโดยผ่านกฎหมาย ***Canada Health and Social Transfer*** เงินสนับสนุนของรัฐบาลกลางที่ให้กับแผนสุขภาพและสังคมของแต่ละรัฐจะรวมเป็น single block transfer ในรูปของเงินสดและระบบภาษี (tax points)

การจัดบริการสุขภาพและสิทธิประโยชน์ของประชาชน

ระบบสุขภาพของแคนาดาขึ้นอยู่กับแพทย์ที่ให้บริการปฐมภูมิ (เช่น GP) ซึ่งมีจำนวนประมาณ 51% ของจำนวนแพทย์ที่ทำงานทั้งหมดในแคนาดา GP เหล่านี้จะเป็นด่านแรกของระบบสุขภาพที่เป็นทางการ

และจะเป็นผู้ที่ควบคุมการส่งต่อให้กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ หรือผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ หรือส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยและเข้ารักษาในโรงพยาบาล

แพทย์ในแคนาดาส่วนใหญ่จะทำงานในคลินิคหรือรวมกันเป็นกลุ่มและมีอำนาจในการตัดสินใจเองสูง แพทย์บางคนทำงานในศูนย์สาธารณสุขชุมชน หรือทำเป็นกลุ่มแบบ hospital-based group หรือทำงานในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล แพทย์ในคลินิกเอกชนจะได้รับเงินโดยคิดจากการบริการ (fee-for-service) แล้วยื่นเบิกโดยตรงจากแผนประกันสุขภาพของรัฐ ค่าบริการนี้เกิดจากการต่อรองระหว่างสมาคมแพทย์และรัฐแต่ละรัฐ ส่วนแพทย์ที่ทำงานในลักษณะอื่นๆ ก็จะได้รับเงินโดยคิดจากการบริการเช่นกัน แต่มักจะอยู่ในรูปของเงินเดือน หรือค่าตอบแทนในรูปแบบอื่น

ส่วนใหญ่เมื่อประชาชนแคนาดาต้องการรับบริการทางแพทย์ เขามักจะไปพบแพทย์หรือคลินิกที่อยากไป และแสดงบัตรประกันสุขภาพที่รัฐออกให้กับผู้อยู่อาศัยที่มีสิทธิตามกฎหมาย ชาวแคนาดาไม่ได้จ่ายเงินโดยตรงให้กับโรงพยาบาลที่มีการประกันหรือการบริการของแพทย์ โรงพยาบาลในแคนาดากว่า 95% จะดำเนินการในลักษณะเอกชนที่ไม่หวังผลกำไรซึ่งทำงานโดยคณะกรรมการชุมชน องค์กรอาสาสมัครหรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลจะควบคุมการใช้จ่ายทรัพยากรของตน และขึ้นตรงต่อชุมชนที่ตั้งอยู่ มิใช่ขึ้นกับองค์กรในระดับรัฐ

นอกเหนือจากการบริการในโรงพยาบาลและแพทย์ที่รัฐประกันให้ รัฐบาลของแต่ละรัฐจะให้การประกันสุขภาพที่ครอบคลุมบริการสุขภาพอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจากการประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชากรบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ เด็กและผู้รับสวัสดิการสังคม การบริการสุขภาพอื่น การรักษาทางทันตกรรม การตรวจวัดสายตา เครื่องช่วยและอุปกรณ์ทางการแพทย์ (แขนขาเทียม ฟันปลอม เก้าอี้เข็น เป็นต้น) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และการบริการสุขภาพโดยบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ

แม้ว่ารัฐจะให้บริการสุขภาพอื่นนอกเหนือจากที่กำหนดในกฎหมายแล้ว ถ้าประชาชนต้องการการครอบคลุมบริการสุขภาพที่นอกเหนือไปจากที่รัฐประกันให้ ก็อาจจะซื้อประกันสุขภาพได้จากบริษัทประกันเอกชนขึ้นกับรายได้และความสามารถที่จะจ่ายของตัวผู้ป่วยเอง หรือได้จากการประกันกลุ่มที่ทำงาน รัฐจะไม่ให้บริษัทประกันเอกชนให้ประกันสุขภาพในส่วนที่เหมือนกับรัฐ แต่จะให้แข่งขันกันในด้านตลาดของการให้บริการสุขภาพเสริม

การคลังของระบบ

ระบบประกันสุขภาพของแคนาดาได้รับเงินสนับสนุนพื้นฐานมาจากเงินภาษี โดยการเก็บภาษีรายได้ส่วนบุคคลและนิติบุคคลของส่วนกลาง และของรัฐบาลท้องถิ่น มี 2 รัฐคือรัฐอัลเบอร์ตาและรัฐบริติชโคลัมเบีย ใช้วิธีเก็บเบี้ยประกันบริการสุขภาพเพิ่มจากประชาชน การเก็บเบี้ยประกันของทั้งสองรัฐไม่ขัดต่อ

กฎหมาย ***Canada Health Act*** เพราะไม่ได้คิดตามความเสี่ยงและการจ่ายเบี้ยประกันล่วงหน้าไม่ใช่เป็นข้อกำหนดก่อนการรับการบริการ

การใช้จ่ายสุขภาพ

ในปี ค.ศ. 1997 แคนาดาใช้จ่ายเพื่อสุขภาพประมาณ 8.9% ของ GDP ในปี ค.ศ. 1998 ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของแคนาดารวมเป็นเงินทั้งสิ้น 82.5 พันล้านดอลลาร์แคนาดาหรือ Cdn$2,694 ต่อคน (ประมาณ US$1785 ต่อคน) คิดเป็น 9.1 % ของ GDP ซึ่งลดลงจากช่วงสูงสุดของปี ค.ศ. 1992 คือ 10.1 % ของ GDP การใช้จ่ายเพื่อสุขภาพคิดเป็นประมาณ 1ใน 3 ของงบประมาณรายจ่ายของแต่ละรัฐ ปี ค.ศ. 1999 Canadian Institute for Health Information ได้คำนวณว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพของแคนาดาคิดเป็น $2,815 ต่อคน เพิ่มขึ้นประมาณ 4% (ยังไม่ปรับอัตราเงินเฟ้อ) ค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนรวมเป็นเงิน $86 พันล้านดอลลาร์ คิดเป็น 9.2% GDP

ลักษณะเด่นของการประกันสุขภาพของรัฐคือ กองทุนเดียว (single-payer) ทำให้รัฐต่างๆ รวมทั้งเขตการปกครองสามารถควบคุมการเติบโตของการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพในภาครัฐได้ดีกว่าการควบคุมการเติบโตในภาคเอกชน แต่ละรัฐมีอำนาจในการบริหารจัดการการใช้เงินเพื่อสุขภาพมาก

การผลิตและพัฒนากำลังคน

ระบบบริการทางสุขภาพถือว่าเป็นส่วนที่ใช้กำลังคนมาก และค่าใช้จ่ายทางด้านบุคลากรมีค่าประมาณ 70% ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งหมด พยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มีจำนวนมากที่สุดและมีหน้าที่หลากหลาย พยาบาลส่วนใหญ่ (62%) ทำงานในโรงพยาบาล พยาบาลในแคนาดาเริ่มมีอายุมากขึ้นและจำนวนคนหนุ่มสาวที่เข้ามาทำงานอาชีพนี้ลดลง

แพทย์เป็นกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มีมากเป็นอันดับสองรองจากกลุ่มพยาบาล จากข้อมูลสถิติในปี ค.ศ. 1998 พบว่ามีแพทย์พลเรือนจำนวน 56,000 คนทั้งที่ปฏิบัติงานทางคลินิกและ non-clinical practice ในประเทศแคนาดา แพทย์ที่อายุมากมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับพยาบาล สัดส่วนของแพทย์ที่เป็นหญิงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปี ค.ศ. 1964 แคนาดามีปัญหาขาดแคลนแพทย์ รัฐบาลจึงมีนโยบายเพิ่มจำนวนแพทย์อย่างมากในทศวรรษที่ 1960s และ 1970s มีการผลิตแพทย์เพิ่มเป็นจำนวนมากจนกระทั่ง ปี ค.ศ. 1984 Federal-Provincial Advisory Committee on Health Manpower ได้ให้ข้อสรุปว่าตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961-80 จำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นถึง 105%ในขณะที่จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นเพียง 33% ในช่วงเวลาเดียวกัน

ในรายงาน การประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขทั้งหมดในปี ค.ศ. 1991 Barer and Stoddart ได้รายงานว่าจำนวนแพทย์ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการ และรัฐต่างๆ ยังขาดความร่วมมือในการวางนโยบายในเรื่องนี้ระหว่างรัฐ หลังจากรายงานนี้ได้ออกมา ค.ศ. 1992 รัฐต่างๆ ได้ตกลงวางนโยบายเกี่ยวกับทิศทาง

และกลยุทธ์ในการวางแผนด้านจำนวนแพทย์ของแคนาดา ซึ่งส่งผลให้ในกลางปี ค.ศ. 1993 มีการลดจำนวนแพทย์ที่เริ่มเข้าเรียนในโรงเรียนแพทย์ลง 10% และลดตำแหน่งแพทย์ฝึกหัดหลังปริญญาลด 10%

มาตราการของแต่ละรัฐที่ใช้แก้ปัญหาด้านกำลังแพทย์

1. การจำกัดจำนวนแพทย์ที่สามารถเบิกเงินกับรัฐได้ (Restriction of Physician Billing Numbers)
2. ให้ค่าตอบแทนที่แตกต่างกัน (Differential fees) เพื่อส่งเสริมให้แพทย์ทำงานในพื้นที่ขาดแคลน
3. จำกัดการรับนักศึกษาเข้าเรียนในโรงเรียนแพทย์ (Restricting Medical School Enrollment)
4. จำกัดผู้ที่จบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ในต่างประเทศ (Restriction on Graduates of Foreign Medial Schools)
5. จำกัดตำแหน่งแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้าน (Restricting Intern and Residency Positions)
6. การใช้บุคลากรอื่นทดแทน (Use of Allied Health Professionals)

ผู้บริหารระบบสุขภาพ (Health service executives) มีหน้าที่บริหารจัดการ วางแผนสุขภาพ พัฒนาและกำหนดเป้าหมายขององค์กร วางนโยบาย แผนงานและระบบใหม่ๆ คัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน ประสานงานระหว่างแผนก แผนงาน หน่วยและภาคต่างๆ เป็นตัวแทนขององค์กรในการต่อรองและอื่นๆ จากการประมาณของ Canadian College of Health Services Executives (CCHSE) มีจำนวนผู้บริหารประมาณ 3000 คนในปี ค.ศ. 1995

การควบคุมและกำกับเทคโนโลยี

ประเทศแคนาดาใช้มาตราการทางการควบคุมงบประมาณในการกำกับ (Budgets limits) ในการกำกับการใช้และการกระจายของเทคโนโลยีที่มีราคาแพง การเสนอขยายแผนงาน การบริการ และ การขอหรือการแจกจ่ายเครื่องมือแพทย์ที่แพงและมีเทคโนโลยีสูงในระหว่างโรงพยาบาลภูมิภาค จะต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมาธิการของรัฐ เสียก่อนและตกลงกันล่วงหน้า เพื่อหลีกเลี่ยงการมีซ้ำซ้อนหรือการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือน้อยเกินไป งบประมาณในการซื้อเครื่องมือไม่รวมอยู่ในงบประมาณสุขภาพประจำปี ดังนั้นโรงพยาบาลไม่สามารถจัดซื้อได้ตามต้องการ แต่จะต้องยื่นเรื่องขอทุนจากกระทรวงสาธารณสุขและจะต้องดูตามความต้องการและความเหมาะสม

บทบาทของผู้บริโภค การคุ้มครองผู้บริโภคและการชดใช้ค่าเสียหาย

สื่อสารมวลชนเปรียบเสมือนตัวแทนของผู้บริโภคในกรณีที่เกิดปัญหากับผู้ให้บริการ สื่อสารมวลชนนั้นมีอำนาจในทางอ้อมมาก นอกจากนี้ยังมีองค์กรอิสระหลายองค์กรซึ่งเป็นตัวเชื่อมระหว่างผู้บริโภคกับผู้ให้บริการทางสุขภาพ เช่น สมาคมคุ้มครองผู้บริโภค, Canadian Institute for Health Information, Canadian Task Force on Preventive Health Care, Consumer Health Information Service (CHIS) ฯลฯ

การคุ้มครองผู้บริโภคสามารถทำได้หลายระดับคือ

1. จัดตั้งองค์กรและหน่วยงานเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค เช่น Health Protection Branch เป็นต้น
2. ใช้กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค เช่น ***Food and Drugs Act, Tobacco Act*** ฯลฯ
3. ผ่านขบวนการร้องเรียนต่อ College of Physicians and Surgeons ของแต่ละรัฐ ถ้าผู้บริโภคไม่พอใจในผลของการร้องเรียน ก็สามารถยื่นอุทธรณ์ต่อสภาของวิทยาลัยต่อไป

ถ้าผู้บริโภคต้องการเรียกร้องค่าเสียหายจะต้องฟ้องต่อศาลแพ่ง เท่าที่ผ่านมาเมื่อเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาแล้ว แคนาดามีการฟ้องร้องแพทย์น้อยมากๆ อาจจะเป็นเพราะระบบประกันสุขภาพที่ได้ผลดีและการควบคุมคุณภาพของแพทย์ที่ค่อนข้างเข้มงวด

บทวิเคราะห์และบทเรียนสำหรับประเทศไทย

1. กฎหมาย *Canada Health Act*

   การออกกฎหมายฉบับนี้นับเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ เพราะเป็นการให้อำนาจแก่รัฐบาลกลางในการทำหน้าที่บริหารและวางหลักการของระบบสุขภาพ มีการศึกษาเปรียบเทียบระบบสุขภาพของแคนาดา อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา พบว่า การควบคุมกำกับจากรัฐบาลเป็นกุญแจดอกสำคัญในการก่อให้เกิดระบบสุขภาพที่ดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2. ระบบการเงินและการคลัง

   ระบบสุขภาพของแคนาดาเป็นลักษณะ “Publicly funded, privately deliver” และจะเห็นได้ว่าแคนาดาใช้ระบบภาษีเป็นแหล่งการเงินที่ใช้ในการสนับสนุนระบบประกันสุขภาพ แคนาดาเป็นประเทศประชาธิปไตยที่ระบบเศรษฐกิจเป็นระบบทุนนิยม แต่เมื่อเป็นเรื่องของการบริการสุขภาพกลับใช้ระบบสังคมนิยม นั่นคือ ประเทศชาติหรือคลังหลวงเป็นผู้จ่ายเรื่องสุขภาพ นักวิชาการจำนวนมากของแคนาดาระบุว่า การที่แคนาดาประสบความสำเร็จในระบบสุขภาพนั้นเพราะ แคนาดามีระบบกองทุนเดียว (Single- payer) ทำให้ค่าการบริหารลดลง นักวิชาการและนักบริหารส่วนใหญ่ในแคนาดาก็ให้การสนับสนุนแนวคิดอันนี้โดยไม่เปลี่ยนแปลง

3. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบสุขภาพ

   ในอดีตแคนาดามีสองระบบคือ ระบบเอกชนและระบบรัฐ (two-tier system) แต่ก็มีการต่อต้านและไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก แต่ขณะนี้แคนาดามี one-tier system ซึ่งเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ชาวแคนาดามีสำนึกสูงในเรื่องความเป็นธรรม อันนี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจอีกเรื่องหนึ่ง ถึงแม้แคนาดาจะมีระบบเศรษฐกิจทุนนิยม แต่ความมีสำนึกในด้านความเป็นธรรม (Equity) สูงมาก จึงทำให้ระบบนี้อยู่รอดได้และได้รับการสนับสนุนจากประชาชนมากทีเดียว

4. การเคลื่อนย้ายได้ของประกัน (Portability)

ประชาชนในแคนาดามีความยืดหยุ่นสูงเมื่อมีประกันสุขภาพ คือถือบัตรอิเลกทรอนิคใบเดียวก็สามารถที่จะนำไปใช้บริการสุขภาพในรัฐต่างๆ ได้ การเคลื่อนย้ายได้ของสิทธิประโยชน์ในการได้รับบริการนั้น ยังครอบคลุมไปถึงเมื่อชาวแคนาดาเดินทางไปยังต่างประเทศด้วย

5. แคนาดามีระบบ Health Information ที่ดี
6. การควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยีราคาแพง

แคนาดามีการควบคุมที่ค่อนข้างเข้มแข็งจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลส่วนท้องถิ่น การซื้อเทคโนโลยีราคาแพงเป็นไปได้ไม่ง่าย จะต้องมีการตอบคำถามเรื่องความจำเป็นและความเหมาะสม และจะต้องขอเป็นงบประมาณต่างหาก

7. การมีส่วนร่วมของผู้บริโภค

แคนาดาก็มีระบบข้อมูลข่าวสารที่ให้กับผู้บริโภคเป็นอย่างมาก ผู้บริโภคมีโอกาสเลือก ผู้บริโภคมีการศึกษา ประเทศแคนาดามีการฟ้องร้องให้มีการชดใช้ค่าเสียหายทางการแพทย์น้อยมาก เมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านคือ สหรัฐอเมริกา ผู้บริโภคส่วนใหญ่ของแคนาดายังพอใจในระบบสุขภาพที่ตนเองได้รับอยู่ ทั้งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการควบคุมคุณภาพ (Quality Assurance) เป็นไปได้ด้วยดี

ประเด็นปัญหาของระบบสุขภาพของแคนาดา

1. ประเทศแคนาดามีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แต่แพทย์เวชปฏิบัติเหล่านี้ไม่มีความผูกพันโดยส่วนตัวหรือเป็นแพทย์ที่ดูแลครอบครัว (Family Practitioner) เหมือนในประเทศอังกฤษ
2. ความขัดแย้งระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่น ความขัดแย้งอันยาวนานเกิดขึ้นว่า จะมีการโอนถ่ายเงินให้การสนับสนุนจากรัฐบาลกลางไปยังรัฐบาลท้องถิ่นอย่างไร ระบบภาษีควรจะเก็บอย่างไรจึงจะยุติธรรม จะแบ่งสรรปันส่วนกันอย่างไร ใครเป็นผู้กำหนดนโยบาย
3. การถกเถียงกันว่ากฎหมายกลางของแคนาดาซึ่งกำหนดให้แผนประกันสุขภาพนั้นจะต้องให้บริการทางการแพทย์ที่มีความจำเป็น (medically necessary) มีการท้าทายให้นิยามคำว่า “medical necessity” ว่าคืออะไร ส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของความขัดแย้งทางวิชาการโดยตรง แต่อีกส่วนเป็นเรื่องของการที่รัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นไม่สามารถลงรอยกันได้ในเรื่องการสนับสนุนทางการเงิน

ระบบที่ดีในที่สุดก็ต้องเป็นศัตรูของตัวมันเอง เทคโนโลยีราคาสูงขึ้น ประชากรอายุมากขึ้น การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุมากขึ้นต้องใช้การรักษาพยาบาลที่แพงขึ้น สภาพเศรษฐกิจที่ไม่เสถียร ทั้งหมดนั้นทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า การปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีประเด็นใหญ่ที่สำคัญที่สุดอันหนึ่งคือ การควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost Containment)

กลยุทธ์ดังต่อไปนี้ได้ถูกนำมาใช้ในประเทศแคนาดาเพื่อลดค่าใช้จ่าย แต่ในขณะเดียวกันก็เพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบ คือ

1. เน้นเรื่อง evidence-based medicine
2. เน้นเรื่อง Health Information เมื่อคนเรามีข้อมูลมากขึ้น การป้องกันตัวเองก็ดีขึ้น การสูญเสียก็น้อยลง
3. เน้นเรื่อง Health Promotion เมื่อเจ็บป่วยน้อยลง ทุกอย่างก็สูญเสียน้อยลงตามมา
4. เน้นเรื่อง Primary Care
5. Integrated Services
6. Home Care การให้บริการที่บ้านถูกกว่าการให้บริการในสถาบัน
7. Role Substitution
8. การต่อรองระหว่างรัฐกับแพทย์

บทเรียนสำหรับประเทศไทย

ประเด็นต่างๆที่ได้กล่าวมาข้างต้นควรจะเป็นบทเรียนสำหรับประเทศไทยเป็นอย่างดี

1. เรื่องการใช้ระบบภาษีและมีกองทุนเดียวในการสนับสนุนระบบประกันสุขภาพ
2. ขบวนการตรวจสอบคุณภาพของแพทย์ต้องเข้มแข็งขึ้น
3. ประเทศไทยควรมีการพัฒนาเรื่องสารสนเทศทางสุขภาพ (Health Information) อย่างจริงจัง
4. การผลักดันออกกฎหมายปฏิรูประบบสุขภาพให้สำเร็จ
5. จะต้องให้การเมืองนำและกำกับการปฏิรูปให้เป็นธรรม

บทที่ 1
ภาพรวมและวิวัฒนาการของระบบสุขภาพของแคนาดา

ประเทศแคนาดาเป็นประเทศที่มีพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับหนึ่งของโลก (เคยเป็นอันดับสองรองจากสหภาพโซเวียตเมื่อยังไม่มีการแยกดินแดนในรัสเซีย) ส่วนกว้างของแคนาดาเริ่มจากเมืองวิคทอเรียในรัฐบริติชโคลัมเบียทางตะวันตกไปยังรัฐนิวฟาวด์แลนด์ซึ่งอยู่ทางตะวันออกซึ่งมีความยาวมากกว่า 8,000 กิโลเมตร ถ้าต้องการเดินทางข้ามแคนาดาโดยทางอากาศจากด้านตะวันตกไปทางด้านตะวันออกจะใช้เวลาในการเดินทางมากกว่า 6 ชั่วโมง แต่หากเดินทางโดยทางรถยนต์โดยที่ไม่มีการหยุดพักเลยจะใช้เวลาถึง 3 วัน

ประเทศแคนาดาเป็นประเทศที่ยิ่งใหญ่ประเทศหนึ่ง จะมีอายุครบ 133 ปีในปี ค.ศ. 2000 นี้ ในอดีตเริ่มแรกแล้วแคนาดามีอาณาเขตเล็กกว่าปัจจุบัน เป็นการรวมตัวกันของรัฐ 4 รัฐทางด้านตะวันออกและกลุ่มเชื้อชาติสองกลุ่มคืออังกฤษและฝรั่งเศสในปี ค.ศ. 1867 ต่อมาในปี ค.ศ. 1949 นิวฟาวด์แลนด์ได้รวมเป็นส่วนหนึ่งของแคนาดา ในปัจจุบันประเทศแคนาดาประกอบไปด้วยรัฐ (Province) 10 รัฐและ 3 เขตการปกครอง (Territory) ซึ่งอยู่ภายใต้การปกครองของรัฐบาลกลาง

แม้ว่าประเทศแคนาดาจะเป็นประเทศที่มีขนาดใหญ่ แต่มีจำนวนประชากรเพียง 30.9 ล้านคน (ค.ศ. 1999) เท่านั้น เป็นจำนวนประชากรที่ใช้ภาษาอังกฤษ 61% และอีก 26% ใช้ภาษาฝรั่งเศส ประชากรอาศัยอยู่ทางด้านตอนใต้อย่างหนาแน่น ส่วนทางตอนเหนืออยู่อาศัยกันค่อนข้างเบาบาง

ในปัจจุบันแคนาดาเป็นสังคมที่มีการผสมผสานทางด้านวัฒนธรรมอย่างกลมกลืน แม้ว่าประชากรส่วนใหญ่จะไม่ใช่ชาวพื้นเมืองของแคนาดาก็ตาม ผู้ที่มาตั้งรกรากในแคนาดาอพยพมาจากประเทศต่าง ๆ กัน เช่น ฝรั่งเศส อังกฤษ เยอรมัน โปแลนด์ ยูเครน และอิตาลี และเร็วๆ นี้ส่วนใหญ่มากจากอาฟริกา ตะวันออกกลาง อเมริกาใต้ และอินเดีย และกลุ่มอพยพล่าสุดคือจากเอเชียตะวันออก เอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแถบอินโดจีน

ประเทศแคนาดามีรูปแบบการปกครองแบบสหพันธรัฐ คือจะมีรัฐบาลกลางและรัฐบาลของอีก 10 รัฐ และ 3 เขตการปกครอง รัฐบาลกลางและรัฐบาลของรัฐต่างๆ มีระบบการบริหารแบบรัฐสภาของประเทศอังกฤษ ประชาชนจะเป็นผู้เลือกผู้แทนของตนเองและพรรคที่มีเสียงส่วนใหญ่จะมีหน้าที่ในการจัดตั้งรัฐบาล (1)

ภาพรวมของระบบสุขภาพของแคนาดา

ระบบสุขภาพของประเทศแคนาดาเป็นระบบที่ “จ่ายโดยรัฐ บริการโดยเอกชน” โดยแต่ละรัฐทั้ง 10 รัฐและ 3 เขตปกครองจะมีการบริหารจัดการระบบสุขภาพของตนเองโดยต้องสอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพคือ ***Canada Health Act*** และครอบคลุมประชากร 100% ชาวแคนาดาเรียกระบบสุขภาพของตนว่า

“Medicare” ซึ่งเป็นระบบสุขภาพสำหรับประชากรทั่วหน้าและครอบคลุมครบถ้วนทั้งการรักษาในโรงพยาบาลที่จำเป็น และการบริการทางการแพทย์ทั้งในฐานะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

ระบบการจัดการและการให้บริการสุขภาพเป็นหน้าที่รับผิดชอบของรัฐบาลแต่ละรัฐหรือเขตการปกครอง รัฐและเขตการปกครองต่างๆ จะวางแผน ให้เงินสนับสนุนและประเมินการให้การบริการของโรงพยาบาล การบริการของแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ และสาธารณสุขชุมชน

บทบาทของรัฐบาลกลางในด้านสาธารณสุขคือ รัฐบาลกลางจะบริหารและกำหนดหลักการหรือมาตราฐานของระบบสุขภาพ (เช่น ออกกฎหมาย Canada Health Act เป็นต้น) ช่วยสนับสนุนในด้านการเงินของการให้บริการสุขภาพของรัฐต่างๆโดยผ่านทางงบประมาณประจำปี ควบคุมและกำกับให้รัฐต่างๆ ปฏิบัติหน้าที่ให้สมบูรณ์ภายในขอบเขตที่กฎหมายกำหนด หน้าที่อีกประการหนึ่งคือการให้บริการสุขภาพโดยตรงกับกลุ่มคนบางกลุ่มเช่น ทหารผ่านศึก ชนพื้นเมืองซึ่งอาศัยอยู่ในเขตสงวน ข้าราชการทหาร นักโทษในเรือนจำกลาง และข้าราชการตำรวจ หน้าที่ของรัฐบาลกลางในงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพได้แก่ การปกป้องสุขภาพ (health protection) การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

ระบบสุขภาพของแคนาดามีลักษณะแบบกองทุนเดียว (single-payer) คือรัฐเป็นผู้จัดการระบบสุขภาพเพียงผู้เดียว ไม่มีระบบสุขภาพของเอกชน ลักษณะเช่นนี้ทำให้รัฐต่างๆ รวมทั้งเขตการปกครองสามารถควบคุมการเติบโตของการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพในภาครัฐได้ดีกว่าการควบคุมการเติบโตในภาคเอกชน แพทย์รับค่าตอบแทนในลักษณะ fee-for-service ค่าตอบแทนนี้เกิดจากการเจรจาตกลงระหว่างสมาคมแพทย์และรัฐบาลของแต่ละรัฐ (25)

วิวัฒนาการของการปฏิรูประบบสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพของแคนาดามีวิวัฒนาการมาจนถึงปัจจุบันเป็นเวลากว่า 50 ปี แรงผลักดันทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองส่งผลกระทบต่อช่วงเวลาและวิธีการที่รัฐเข้าไปสนับสนุนด้านการเงินของระบบ สิ่งที่ถกเถียงกันมานานในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพคือ เรื่องการแบ่งอำนาจรับผิดชอบระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐแต่ละรัฐ ความสมดุลระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน และสถานะทางเศรษฐกิจของประเทศในช่วงเวลาต่างๆ ในอดีต (19,31)

เหตุการณ์สำคัญที่เป็นจุดเปลี่ยนของอำนาจคือ ปี ค.ศ. 1867 ซึ่งมีการออกกฎหมาย ***British North America Act*** เป็นกฎหมายที่แยกอำนาจของรัฐจากรัฐบาลกลางอย่างชัดเจน ทำให้แต่ละรัฐมีอิสระในการบริหารจัดการกับระบบสุขภาพเอง (19,33,35) กฎหมายนี้ได้ให้อำนาจแก่รัฐบาลกลางในการเก็บภาษีเพื่อการฟื้นฟูชาติหลังจากสงครามกลางเมืองในอเมริกา (ค.ศ. 1861-1865) ในขณะที่รัฐบาลแต่ละรัฐมีอิสระในการจัดการด้านสุขภาพแต่ไม่มีอำนาจในการเก็บภาษีเพื่อมาใช้ในการให้บริการสุขภาพ นั่นคือมีอำนาจแต่ไม่มีเงิน ตรงข้ามกับรัฐบาลกลางซึ่งมีเงินแต่ไม่มีอำนาจในการจัดการกับระบบสุขภาพโดยตรง ประวัติศาสตร์ของการประกันสุขภาพในแคนาดาในช่วงนี้โดยเฉพาะตั้งแต่ทศวรรษที่ 1930s จึงเป็นเรื่องของความพยายามแก้ไขในปัญหานี้ (31)

แคนาดาเริ่มมีความคิดเรื่องการประกันสุขภาพของชาติเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1921 โดยพรรค Liberal เป็นผู้เสนอแนวความคิดนี้ตามตัวอย่างของระบบสุขภาพของอังกฤษ (33) ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในช่วงทศวรรษที่ 1930s มีผลกระทบอย่างมากต่อสุขภาพของประชากรที่ยากจน รัฐบาลกลางพยายามหามาตราการในการให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ผู้เดือดร้อนเหล่านี้ แต่ก็ไม่สามารถทำได้เนื่องจากจะเป็นการก้าวก่ายอำนาจหน้าที่และสิทธิในการจัดการด้านสุขภาพของรัฐบาลท้องถิ่น หลังจากนั้นรัฐบาลกลางจึงแต่งตั้งคณะกรรมการ Royal Commission on Dominion-Provincial Relations (Rowell-Sirois) ศึกษาในปัญหาเรื่องอำนาจของรัฐบาลกลางและท้องถิ่น ช่วงเริ่มสงครามโลกครั้งที่ 2 ปี ค.ศ. 1940 คณะกรรมการได้รายงานสรุปว่า แผนการประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นมีความเป็นไปได้ โดยรัฐบาลกลางเป็นผู้ให้เงินสนับสนุนในขณะที่รัฐบาลท้องถิ่นยังคงมีหน้าที่บริหารจัดการการให้บริการ ค.ศ. 1945 รัฐบาลกลางพยายามยื่นข้อเสนอในการออกกฎหมายประกันสังคมแต่ก็ไม่สำเร็จ เนื่องจากมีความขัดแย้งกันในเรื่องของอำนาจและการเก็บภาษี จากนั้นก็ไม่มีความพยายามใดๆ อีก (31)

ช่วงก่อนปลายทศวรรษที่ 1940s การบริการสาธารณสุขในแคนาดาดำเนินการโดยรัฐและเอกชนอย่างกระจัดกระจายไม่เป็นระบบ ซึ่งส่งผลให้การได้รับบริการขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายเงิน ความต้องการเตียงในโรงพยาบาลมีถึง 60,000 เตียงทั่วประเทศ จากการสำรวจ Gallup Poll 1947 พบว่าประชาชน 2 ใน 3 ต้องการให้มีโรงพยาบาลและคลินิกฟรีมากขึ้น

ในช่วงทศวรรษที่ 1940s ถึง 1950s เริ่มมีการประกันสุขภาพของเอกชนเกิดขึ้นอย่างมาก รัฐบาลท้องถิ่นพยายามให้การสนับสนุนด้านสุขภาพเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำหรือพวกที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น แนวโน้มในการประกันสุขภาพซึ่งรัฐเป็นผู้สนับสนุนและทุกคนได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกันจึงเริ่มเกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1947 เมื่อรัฐ Saskatchewan ได้เริ่มให้การประกันการบริการสุขภาพในโรงพยาบาลแก่ประชาชน (universal hospital insurance) รัฐอื่นๆ ค่อยๆ เริ่มทำตามรัฐ Saskatchewan เช่น รัฐ British Columbia ในปี ค.ศ. 1949 และรัฐ Alberta ในปี ค.ศ. 1950 (25,31)

ปี ค.ศ. 1957 รัฐบาลกลางพยายามสนับสนุนให้ทุกรัฐพัฒนาโครงการประกันการบริการสุขภาพในโรงพยาบาล และให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาและการตรวจประมาณครึ่งหนึ่ง โดยผ่านกฎหมาย ***Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*** เป็นกฎหมายเกี่ยวกับแผนประกันสุขภาพในโรงพยาบาลแบบทั่วหน้าในทุกรัฐ และในที่สุดในปี ค.ศ. 1961 ทั้ง 10 รัฐและ 2 เขตการปกครองได้ลงนามในข้อตกลงจัดตั้งแผนการประกันสุขภาพซึ่งให้การครอบคลุมแก่ประชาชนทุกคนเมื่อเจ็บป่วยต้องเข้าโรงพยาบาล (25)

ในปี ค.ศ. 1959 รัฐบาลพรรคสังคมนิยมของรัฐ Saskatchewan ได้ตัดสินใจให้มีการประกันบริการทางการแพทย์ (universal medical insurance) ซึ่งให้การครอบคลุมถึงการไปพบแพทย์และบริการสุขภาพที่ได้รับจากแพทย์ในคลินิกเอกชน ทำให้แพทย์ไม่พอใจเป็นอย่างมากและเป็นผลให้ในปี ค.ศ. 1961 รัฐบาลกลางต้องให้ Royal Commission on Health Services มีการทบทวนอนาคตของระบบสุขภาพอีกครั้ง และหลังจากแพทย์ประท้วงนานถึง 23 วัน รัฐบาลของรัฐ Saskatchewan จึงประกาศใช้แผนประกันบริการทาง

การแพทย์ในปี ค.ศ. 1962 ต่อมารัฐบาลกลางจึงได้ออกกฎหมาย ***Medical Care Act*** ในปี ค.ศ. 1966 โดยช่วยออกค่าใช้จ่ายของการบริการทางการแพทย์ของแต่ละรัฐประมาณครึ่งหนึ่ง และในปี ค.ศ. 1971 ทุกรัฐและเขตการปกครองได้ขยายครอบคลุมถึงการให้บริการของแพทย์ด้วย (31)

ในช่วง 20 ปีแรก รัฐบาลกลางสนับสนุนทางการเงินให้กับแต่ละรัฐประมาณครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพที่รัฐประกัน จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1977 รัฐบาลกลางออกกฎหมาย ***Established Programmes Financing Act*** เพื่อจัดสรรเงินของรัฐบาลกลางโดยไม่คิดตามค่าใช้จ่ายของแผนประกันสุขภาพของแต่ละรัฐโดยตรง แต่เปลี่ยนเป็นคิดต่อหัวตามจำนวนพลเมืองของแต่ละรัฐและเขตปกครอง ซึ่งเรียกว่า “block funding” ทำให้รัฐต่างๆ จึงมีความยืดหยุ่นในการลงทุนเพื่อบริการทางสุขภาพอื่นๆ เช่น ขยายบริการดูแลสุขภาพและศูนย์สาธารณสุขชุมชน หรือขยายการครอบคลุมประกันสุขภาพเสริม เช่น การรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง อุปกรณ์เทียม การสั่งยาสำหรับผู้สูงอายุ และการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็ก (25)

ในช่วงทศวรรษที่ 1970s ถึงต้นทศวรรษที่ 1980s มีผลที่เกิดขึ้น 3 ประการจากการจัดสรร EPF คือ เรื่องแรกรัฐบาลกลางถูกกล่าวหาว่าให้งบสนับสนุนการประกันสุขภาพของแต่ละรัฐลดลง (โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทุกปี) เรื่องที่สองการเปลี่ยนมาเป็น block funding ทำให้รัฐบาลกลางมีส่วนร่วมและบทบาทในการดูแลสุขภาพและควบคุมการใช้เงินของแต่ละรัฐน้อยลง จึงทำให้การประกันสุขภาพในบางรัฐแย่ลง และเรื่องที่สามแต่ละรัฐใช้เงินที่รัฐบาลกลางให้มาเพื่อการดูแลสุขภาพไปในทางอื่น

ดังนั้นในปี ค.ศ. 1979 รัฐบาลกลางจึงได้ให้ นาย Justice Hall ซึ่งเป็นประธานใน 1964 Royal Commission on Health Services ทำการทบทวนการให้บริการสุขภาพและทำเสร็จในปี ค.ศ. 1980 Hall ได้รายงานว่าการสาธารณสุขของแคนาดาจัดอยู่ในอันดับที่ดีที่สุดในโลก แต่ได้เตือนเรื่องการเรียกเก็บเงินเพิ่มของแพทย์หรือโรงพยาบาล (extra-billing) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มจากเงินที่แพทย์ได้รับจากการประกันของรัฐ และการเก็บเงินเพิ่มเป็นการคุกคามการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพของประชาชน(31)

รัฐบาลกลางรับฟังและตอบสนองต่อคำเตือนเหล่านี้ และเพิ่มความมั่นใจในนโยบายที่มุ่งมั่นให้เกิดระบบประกันสุขภาพที่ให้กับทุกคน รับบริการได้ง่าย ครอบคลุมครบถ้วนและเคลื่อนย้ายได้ (Universal, accessible, comprehensive, portable) โดยในปี ค.ศ. 1984 รัฐสภาแคนาดาได้ผ่านกฎหมาย ***Canada Health Act*** เพื่อกำหนดหลักการของระบบสุขภาพแห่งชาติ (Medicare) กฎหมายฉบับนี้ให้อำนาจรัฐบาลกลางในการลงโทษทางการเงินกับรัฐที่ไม่ทำตามหลักการของระบบสุขภาพแห่งชาติได้ และเพื่อเป็นการขัดขวางการเก็บเงินเพิ่มของแพทย์และโรงพยาบาลของรัฐต่างๆ รัฐบาลกลางสามารถหักเงินสนับสนุนรัฐต่างๆ แบบบาทต่อบาท ตามจำนวนเงินที่รัฐยอมให้แพทย์และโรงพยาบาลในรัฐของตนเก็บเงินเพิ่ม เป็นจำนวนเงินเท่ากับที่ได้เรียกเก็บจากคนไข้ (mandatory dollar-for-dollar penalty) ในที่สุดทุกรัฐจึงเลิกให้การสนับสนุนการเก็บเงินเพิ่มเพราะกลัวถูกหักเงินสนับสนุน(25)

กฎหมาย ***Canada Health Act*** เข้ามาแทนที่กฎหมาย ***Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*** และ ***Medical Care Act*** แต่อย่างไรก็ตาม มีการโต้วาทีกันอย่างเผ็ดร้อนหลังจากกฎหมายนี้ออกมาแล้ว

หลายรัฐกล่าวหาว่ากฎหมายนี้เป็นการก้าวก่ายอำนาจบริหารของรัฐท้องถิ่น และไม่ได้กล่าวถึงปัญหาที่แท้จริงของระบบนั่นคือการให้เงินสนับสนุนน้อย และรัฐบาลกลางไม่ได้ปรึกษากับแต่ละรัฐก่อนจะออกกฎหมายนี้อย่างพอเพียง อีกทั้งยังมีการวิพากวิจารณ์ว่ากฎหมายนี้ไม่สามารถขยายขอบเขตของการบริการที่รัฐประกันได้ และไม่ได้บอกถึงวิธีที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการสุขภาพ นอกจากนี้คำว่า “Medically necessary services” ไม่มีความชัดเจนเพียงพอ ซึ่งจะทำให้แต่ละรัฐสามารถผลักภาระเรื่องการให้บริการที่รัฐไม่ได้ประกันไปให้ภาคเอกชนทำ และรัฐท้องถิ่นยังชอบใช้คำนี้เป็นเพดานการให้บริการสุขภาพโดยอ้างว่าเป็นสิ่งที่รัฐสามารถทำได้เพียงแค่นั้น

การปฏิรูประบบสุขภาพ

ในต้นทศวรรษที่ 1980s ความกดดันด้านการเงินและความสนใจในการส่งเสริมสุขภาพก่อให้เกิดการทบทวนระบบสุขภาพหลายครั้ง การปฏิรูประบบสุขภาพมิได้เกิดขึ้นเมื่อทศวรรษที่ผ่านมาหรือเกิดในแคนาดาเท่านั้น แต่รัฐบาลและประชาชนทั้งโลกต่างก็เผชิญในสิ่งเดียวกัน ประเทศต่างๆ ส่วนใหญ่จะถกเถียงกันว่า ใครจะเป็นผู้จ่ายและจ่ายอย่างไร การบริหารจัดการและการให้บริการสุขภาพแบบใดจึงจะดีที่สุด การใช้งบประมาณสุขภาพอย่างไรจึงจะลดภาระหนี้สินและลดค่าใช้จ่ายของรัฐได้ และจะทำอย่างไรสังคมจึงจะดีและแข็งแรงขึ้น

อัตราการเปลี่ยนแปลงในแคนาดานั้นแตกต่างกันไปในแต่ละรัฐ แต่ต่างก็มีทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ การปฏิรูปมุ่งไปที่สุขภาพของประชาชนและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้นด้วยระบบสุขภาพที่ผสมผสานและตรวจสอบได้ โดยจะเน้นไปที่การเปลี่ยนจากการบริการสุขภาพในสถาบันมาเป็นการให้บริการในชุมชนมากขึ้น นั่นคือลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาล แล้วหันมาเน้นเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยเองที่บ้าน (Home care) และการพัฒนายุทธวิธีในการจัดการด้านกำลังคน เช่นการจ่ายเงินค่าตอบแทน การกระจายคนตามสภาพภูมิศาสตร์ และการใช้คนอย่างเหมาะสม

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้นคือ การแบ่งเขตบริการสุขภาพให้เล็กลง (Regionalization of health services) รัฐแต่ละรัฐและเขตการปกครองพยายามแบ่งเขตบริการสุขภาพออกเป็นเขตย่อยๆ (เรียกว่า Regional Health Authority) ตามสภาพทางภูมิศาสตร์เพื่อให้การบริการและการวางแผนสุขภาพได้ตรงต่อคนที่อาศัยในเขตนั้นมากยิ่งขึ้น

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการในระบบสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ 1990s คือการลดการบริการในระยะเฉียบพลัน (Acute care) ในโรงพยาบาล นั่นคือการลดจำนวนเตียงผู้ป่วยที่ใช้สำหรับการคลอด การผ่าตัด การรักษาโรคร้ายแรง ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาจำนวนเตียง จำนวนผู้เข้ารักษาในโรงพยาบาล และจำนวนวันที่รักษาในโรงพยาบาลลดลงทุกปีๆ เมื่อเทียบจำนวนเตียงในปี ค.ศ. 1984 กับปี ค.ศ.

1997 พบว่าลดลง 25% แต่การรักษาในแผนกฉุกเฉินและคลินิกเพิ่มขึ้น 9% การบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น 3 เท่า

มีการศึกษาชี้ให้เห็นว่า นอกจากความจำเป็นในการลดค่าใช้จ่ายและการใช้เตียงอย่างไม่เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วยเรื้อรังแล้ว พบว่าผู้ป่วยหลายรายสามารถรักษาให้หายได้โดยไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล การให้คนไข้กลับบ้านเร็วหลังคลอดก็เป็นสิ่งที่ยอมรับกันมากขึ้น มีการใช้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวเสร็จเพิ่มขึ้นซึ่งสามารถทำได้อย่างปลอดภัยและประหยัดค่าใช้จ่ายด้วย เรายังไม่สามารถสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลอย่างไรต่อชาวแคนาดา จากการสำรวจอย่างน้อย 2 แห่ง (ชนบทของรัฐ Saskatchewan และเมือง Winnipeg รัฐ Manitoba) พบว่าคุณภาพของบริการสุขภาพไม่ได้ลดลงหลังจากการลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาล โดยวัดจากอัตราตาย การกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลและแผนกฉุกเฉิน (19)

ช่วงต้นของทศวรรษที่ 1990s เป็นช่วงที่มีภาวะเศรษฐกิจถดถอยซึ่งทำให้อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจต่ำกว่าการใช้จ่ายในภาครัฐ และมีแรงกดดันทางการเมืองต้องการให้รัฐเก็บภาษีน้อยลงและลดค่าใช้จ่ายลงมากๆ ทำให้รัฐบาลกลางลดเงินสนับสนุนด้านสุขภาพ การศึกษาระดับอุดมศึกษาและสวัสดิการสังคมลง โดยในปี ค.ศ. 1996 รัฐบาลกลางออกกฎหมาย ***Canada Health and Social Transfer*** เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญต่อการจัดระบบการคลังของระบบสุขภาพ เงินสนับสนุนของรัฐบาลกลางที่ให้กับแผนประกันสุขภาพและสังคมของแต่ละรัฐจะจ่ายเป็นแบบเหมารวม (single block transfer) ในรูปของเงินสด (cash contributions) และระบบภาษีแบบ tax points(25,31) ทำให้รัฐต่างๆ มีอิสระในการจัดสรรเงินให้กับด้านสุขภาพและด้านสังคมอื่นๆ ตามลำดับความต้องการของแต่ละรัฐ(19)

หากรัฐบาลกลางยังคงลดเงินสนับสนุนเช่นนี้อยู่ต่อไปเรื่อยๆ จะทำให้อำนาจของรัฐบาลกลางในการควบคุมให้รัฐต่างๆ ปฏิบัติตามมาตราฐานของระบบสุขภาพแห่งชาติลดลง องค์กรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลายองค์กรได้แสดงความห่วงใยในเรื่องนี้ รัฐบาลกลางจึงกำหนดฐานการให้เงินสนับสนุนขั้นต่ำไว้ นโยบายนี้มุ่งเพื่อดำรงบทบาทของรัฐบาลกลางในฐานะผู้คุ้มครองมาตราฐานของระบบสุขภาพแห่งชาติ(31)

รัฐบาลกลางได้ทำให้ระบบสุขภาพมีความแข็งแกร่งขึ้นโดยประกาศในงบประมาณประจำปี ค.ศ. 1999 ว่าทุกรัฐและเขตการปกครองจะได้รับเงินสนับสนุนเพิ่มขึ้น 11.5 พันล้านดอลลาร์ในระยะเวลา 5 ปีงบประมาณ นอกเหนือจากการเพิ่มเงินสนับสนุนดังกล่าวแล้ว รัฐบาลกลางยังได้อัดฉีดเงินอีก $1.4 พันล้านดอลลาร์ในปีงบประมาณ ค.ศ. 1999 เพื่องานด้านข้อมูลข่าวสาร การวิจัยและเทคโนโลยี การดูแลสุขภาพของชนพื้นเมือง และการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ การลงทุนในระบบสุขภาพของแคนาดาครั้งนี้ถือเป็นการลงทุนครั้งใหญ่ของรัฐบาลซึ่งไม่เคยปรากฏมาก่อน (วิวัฒนาการของระบบสุขภาพของแคนาดาสามารถสรุปเป็นตารางดังแสดงไว้ท้ายบท)

ระบบสุขภาพของแคนาดายังคงมีวิวัฒนาการไปเรื่อยๆ แม้ว่าการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลและจากแพทย์ยังเป็นสิ่งที่สำคัญ แต่ก็มีการขยายขอบเขตของการให้บริการ ผู้ให้บริการและสถานที่ให้บริการให้กว้างขวางขึ้น โดยยังคงยึดหลักการสุขภาพของชาติใน ***Canada Health Act*** เป็นพื้นฐานในการพัฒนาระบบสุขภาพต่อไป (19,25)

วิวัฒนาการของระบบสุขภาพของแคนาดา				
ช่วงเวลา	**แรงผลักดันและสภาพปัญหา**	**การดำเนินการ**	**ผลจากการดำเนินการ**	**ผลแทรกซ้อนจากการดำเนินการ**
ค.ศ. 1867	แต่ละรัฐให้การสนับสนุนทางการเงินด้านสาธารณสุขน้อย เนื่องจากไม่มีอำนาจและความรับผิดชอบในการบริหารที่ชัดเจน	กฎหมาย *British North America Act* แยกอำนาจของรัฐบาลท้องถิ่นออกจากรัฐบาลกลาง และให้อำนาจในการเก็บภาษีแก่รัฐบาลกลาง	- รัฐบาลกลางสามารถเก็บภาษีได้มาก - แต่ละรัฐมีอิสระในการบริหารจัดการกับระบบสุขภาพเอง	มีความขัดแย้งระหว่างอำนาจของรัฐบากลางและรัฐบาลท้องถิ่นในการบริหารและการเก็บภาษีเพื่อใช้ในระบบสุขภาพ รัฐท้องถิ่นมีอำนาจแต่ไม่มีเงิน รัฐบาลกลางมีเงินแต่ไม่มีอำนาจ
ค.ศ. 1947	การบริการสุภาพส่วนใหญ่ดำเนินการโดยเอกชน การเข้ารับบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายเงิน	รัฐ Saskatchewan เริ่มการประกันสุขภาพในโรงพยาบาล (universal hospital insurance) เป็นแห่งแรกในแคนาดา	รัฐอื่น ๆ เริ่มทำตามรัฐ Saskatchewan เช่น British Columbia (1949), Alberta (1950)	แผนประกันสุขภาพของเอกชนเกิดขึ้นมาก
ค.ศ. 1957	ความไม่สมดุลในการกระจายการให้บริการสุขภาพในภาคต่างๆของประเทศ	ออกกฎหมาย *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* รัฐบาลกลางสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษาในโรง พยาบาลครึ่งหนึ่ง	ทุกรัฐมีการให้ประกันสุขภาพในโรงพยาบาลภายในปี ค.ศ. 1961	รัฐ Saskatchewan เริ่มพัฒนาการให้ประกันทางการแพทย์หลังจากที่ได้เงินสนับสนุนการประกันสุขภาพในโรงพยาบาลจากรัฐบาลกลาง
ค.ศ. 1962	ไม่มีการประกันสุขภาพเมื่อต้องไปพบแพทย์ที่คลินิกเอกชน	รัฐ Saskatchewan เริ่มให้มีการประกันการบริการทางการแพทย์ (universal medical insurance)	การประกันสุขภาพครอบคลุมถึงการไปพบแพทย์และรับบริการสุขภาพจากแพทย์นอกโรงพยาบาล	แพทย์ในรัฐ Saskatchewan ไม่พอใจมากและประท้วง รัฐบาลกลางสั่งให้มีการทบทวนระบบสุขภาพของชาติ
ค.ศ. 1966	รายงานการทบทวนระบบสุขภาพของ Hall เสนอให้มี national medical care insurance	ออกกฎหมาย *Medical Care Act* โดยรัฐบาลกลางออกค่าใช้จ่ายการบริการทางการแพทย์ของแต่ละรัฐประมาณครึ่งหนึ่ง	มีการประกันการให้บริการสุขภาพโดยแพทย์นอกโรงพยาบาลครบทุกรัฐในปี ค.ศ. 1971	แต่ละรัฐใช้เงินสนับสนุนได้เฉพาะการบริการสุขภาพโดยแพทย์และโรงพยาบาลเท่านั้นไม่สามารถใช้กับการบริการสุขภาพอื่นได้
ค.ศ. 1977	เงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลางไม่มีความยืดหยุ่น รัฐบาลกลางพยายามควบคุมค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทุกปีตามอัตราการเติบโตของ GDP	ออกกฎหมาย *Established Programs Financing Act (EPF)* เปลี่ยนการให้เงินสนับสนุนจาก cost-shared มาเป็น per capita block funding	รัฐต่างๆมีความยืดหยุ่นในการนำเงินสนับสนุนมาใช้เพื่อให้บริการสุขภาพอื่นๆได้	มีการเรียกเก็บเงินเพิ่มจากแพทย์และโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการคุกคามการเข้าถึงบริการ รัฐบาลกลางควบคุมการใช้เงินได้ลดลงทำให้บางรัฐอาจจะใช้เงินไปในทางอื่น

วิวัฒนาการของระบบสุขภาพของแคนาดา				
ช่วงเวลา	**แรงผลักดันและสภาพปัญหา**	**การดำเนินงาน**	**ผลจากการดำเนินงาน**	**ผลแทรกซ้อนจากการดำเนินงาน**
ค.ศ. 1984	- รัฐบาลกลางมีบทบาทในการดูแลสุขภาพและควบคุมการใช้เงินของแต่ละรัฐลดลง - มีการเรียกเก็บเงินเพิ่มของแพทย์และโรงพยาบาลเพื่อชดเชยรายได้ของแพทย์ แต่เป็นการคุกคามต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน - รัฐบาลกลางจำกัดการให้เงินแก่รัฐต่างๆ ซึ่งดูเหมือนลดลงเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้นทุกปีจึงทำให้คุณภาพของการประกันสุขภาพแย่ลง	ออกกฎหมาย *Canada Health Act* - กำหนดหลักการของระบบสุขภาพแห่งชาติ 1. public administration 2. comprehensiveness 3. universality 4. accessibility 5. portability - ให้อำนาจรัฐบาลกลางลงโทษด้าน การเงินกับรัฐที่ไม่สามารททำตามหลักการ เช่นหักเงินสนับสนุนรัฐ ต่างๆ เท่ากับจำนวนที่รัฐนั้นยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลเก็บเงินเพิ่ม	- รัฐต่างๆจัดการให้บริการสุขาภพตามหลักการของระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้ได้รับเงินสนับสนุนเต็มที่จากรัฐบาลกลาง - ทุกรัฐเลิกให้การสนับสนุนการเก็บเงินเพิ่มเพราะกลัวถูกหักเงิน	- มีการวิพากวิจารณ์ว่ากฎหมายนี้ไม่สามารถขยายขอบเขตของการบริการที่รัฐ ประกันได้และไม่ได้บอกถึงวิธีที่จะปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการสุขภาพ - คำว่า “Medically necessary services” ไม่มีความชัดเจน อาจทำให้ประชาชนต้องรับการบริการที่รัฐไม่ได้ประกันจากภาคเอกชน - หลายรัฐกล่าวหาว่ากฎหมายนี้เป็นการก้าวก่ายอำนาจบริหารของรัฐท้องถิ่น ไม่ได้ปรึกษากับแต่ละรัฐอย่างพอเพียง และไม่ได้กล่าวถึงปัญหาที่แท้จริงของระบบคือการให้เงินสนับสนุนน้อย
ทศวรรษที่ 1990s	- ความสนใจในการส่งเสริมสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป - กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วโลก	ปฏิรูประบบสุขภาพ - เปลี่ยนจากการเน้นที่ระบบการให้บริการสุขภาพมาเน้นที่ระบบสุขภาพโดยรวม - เปลี่ยนจากการให้บริการในสถาบันสุขภาพมาเป็นบริการในชุมชนมากขึ้น - แบ่งเขตบริการสุขภาพให้เล็กลง - ลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาล - เน้นการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ - เน้นการดูแลผู้ป่วยเองที่บ้าน (home care) - พัฒนายุทธวิธีการจัดการด้านกำลังคน	- จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันที่รักษาในโรงพยาบาลลดลง - การรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ในแผนกฉุกเฉินและคลินิกเพิ่มขึ้น	- ประชาชนบางกลุ่มกังวลเรื่องการให้บริการในแผนกฉุกเฉินและจำนวนแพทย์

วิวัฒนาการของระบบสุขภาพของแคนาดา				
ช่วงเวลา	**แรงผลักดันและสภาพปัญหา**	**การดำเนินงาน**	**ผลจากการดำเนินงาน**	**ผลแทรกซ้อนจากการดำเนินงาน**
ค.ศ. 1996/97	ภาวะเศรษฐกิจถดถอย และความกดดันด้านการเมืองที่ต้องการให้รัฐบาลลดค่าใช้จ่าย	ปรับการให้เงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลางโดยออกกฎหมาย *Canada Health and Social Transfer* (CHST) โดยให้เงินเพื่อสนับสนุนด้านสุขภาพ การศึกษาขั้นอุดมศึกษา และ สวัสดิการสังคม โดยจ่ายแบบเหมารวม (single block transfer) ในรูปของ cash contributions และ tax points	รัฐต่างๆ มีอิสระในการจัดสรรเงินเพื่อสุขภาพหรือด้านสังคมอื่นๆ ได้ตามลำดับความต้องการของแต่ละรัฐ	- แต่ละรัฐได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลกลางลดลง - อำนาจของรัฐบาลกลางในการควบคุมต่างๆให้ปฏิบัติตามมารตราฐานของการประกันสุขภาพแห่งชาติอาจจะลดลง - ไม่สามารถบอกได้ว่ารัฐท้องถิ่นจะจัดสรรเงินในกองทุน CHST อย่างไร
ค.ศ. 1999	องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกังวลว่า บทบาทของรัฐบาลกลางในการควบคุมมาตราฐานของระบบประกันสุขภาพอาจจะลดลง	- รัฐบาลกลางกำหนดฐานการให้เงินสนับสนุนขั้นต่ำ - ให้เงินอัดฉีดเพิ่มแก่รัฐต่างๆ จำนวน 11.5 พันล้านเหรียญในช่วงปี ค.ศ. 1999-2000 และ ค.ศ. 2003-2004	รัฐบาลกลางยังคงรักษาบทบาทและอำนาจในการควบคุมมาตราฐานไว้ได้	ยังเร็วเกินกว่าที่จะมีการประเมิน

บทที่ 2

หลักการของระบบสุขภาพของแคนาดา

กฎหมาย ***Canada Health Act*** ได้ระบุบรรทัดฐานซึ่งแผนประกันสุขภาพของแต่ละรัฐจะต้องปฏิบัติตาม เพื่อให้รัฐนั้นๆ มีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลกลาง เกณฑ์ห้าประการต่อไปนี้คือ “หลักการ” ของระบบสุขภาพแห่งชาติของแคนาดา (24,25)

Principles of Medicare

1. **บริหารโดยรัฐ (Public Administration)**
   แผนประกันสุขภาพของรัฐจะต้องบริหารและดำเนินงานบนพื้นฐานของการไม่หวังผลกำไร โดยหน่วยงานของรัฐซึ่งรับผิดชอบและรายงานต่อรัฐบาลของรัฐนั้นๆ

2. **ครอบคลุมครบถ้วน (Comprehensiveness)**
   แผนประกันสุขภาพจะต้องครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นทุกรูปแบบซึ่งให้บริการโดยโรงพยาบาลและแพทย์ การบริการในโรงพยาบาลที่จะต้องได้รับการประกัน หมายถึงการดูแลผู้ป่วยในที่อยู่ในหอผู้ป่วย (ยกเว้นแต่จำเป็นต้องได้รับการพักรักษาในห้องพิเศษหรือห้องกึ่งพิเศษ) รวมทั้งยารักษาโรคที่จำเป็นทุกชนิด เครื่องมือทางการแพทย์และการตรวจสอบเพื่อการวินิจฉัย และการบริการทางสุขภาพต่างๆ สำหรับผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ยังรวมถึงการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจจะมีค่าใช้จ่ายบางอย่างเช่นค่าที่พักรักษาเนื่องจากต้องนอนพักอยู่ในสถานพยาบาลเป็นระยะเวลานานหรือตลอดไป

3. **ประกันสุขภาพทั่วหน้า (Universality)**
   แผนประกันสุขภาพจะต้องให้สิทธิแก่ประชาชนทุกคนที่ได้รับการประกัน (เช่นผู้อยู่อาศัยที่มีสิทธิถูกต้องตามกฎหมาย) ได้รับบริการทางสุขภาพที่รัฐประกัน ด้วยกฎระเบียบและข้อบังคับที่เหมือนกัน

4. **เข้ารับบริการได้โดยง่าย (Accessibility)**
   ด้วยกฎระเบียบและข้อบังคับที่เหมือนกัน แผนประกันสุขภาพจะต้องจัดให้การเข้ารับบริการทางสุขภาพในโรงพยาบาลหรือแพทย์เป็นไปโดยง่ายไม่มีอุปสรรค ไม่อนุญาติให้คิดค่าบริการเพิ่มจากผู้ป่วยที่มีประกันซึ่งมารับบริการสุขภาพที่รัฐประกันไว้ ไม่มีการแบ่งแยกผู้ป่วยตามรายได้ อายุ สถานะทางสุขภาพ ฯลฯ

5. เคลื่อนย้ายได้ (Portability)

ประชาชนมีสิทธิที่จะได้รับการประกันสุขภาพที่ครอบคลุมแม้ว่าจะย้ายไปอาศัยในรัฐอื่น หรือเดินทางภายในประเทศแคนาดา หรือเดินทางไปต่างประเทศ ทุกรัฐมีข้อจำกัดในการครอบคลุมการประกันสำหรับบุคคลที่อยู่นอกประเทศแคนาดา และอาจจะต้องมีการอนุญาติล่วงหน้าสำหรับการบริการสุขภาพนอกเขตในกรณีไม่ฉุกเฉิน

นับตั้งแต่มีการออกกฎหมายให้ปฏิบัติตามหลักการดังกล่าวเป็นต้นมา พบว่าทำได้ดีโดยเฉพาะการครอบคลุมครบถ้วนและทั่วหน้าทำให้สถานะทางสุขภาพของประชาชนทั่วไปดีขึ้น การบริหารโดยรัฐและหลักการเคลื่อนย้ายได้ส่งผลดีในด้านเศรษฐกิจเนื่องจากความมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการประหยัดและควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดี ทำให้แคนาดามีข้อได้เปรียบในด้านการแข่งขันทางธุรกิจ ในปี ค.ศ. 1999 มีการศึกษาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการลงทุนธุรกิจในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป และญี่ปุ่น พบว่าแคนาดามีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด เพราะบริษัทในแคนาดาเสียค่าสวัสดิการเพื่อสุขภาพคนงานน้อยและแรงงานที่มีคุณภาพและสุขภาพดีมีการโยกย้ายได้ การประกันสุขภาพจะติดตัวไปทุกที่ คนงานจึงไม่ต้องกังวลว่าตนและครอบครัวจะสูญเสียความคุ้มครองเมื่อต้องเปลี่ยนงานหรือไปหางานใหม่ในรัฐอื่น ดังนั้นภาคธุรกิจของแคนาดาจึงสนับสนุนการประกันสุขภาพเป็นอย่างดี(25)

แต่หลักของการเข้าถึงได้ง่ายยังไม่สามารถทำได้อย่างสมบูรณ์นัก จากการวิจัยโดยสถาบันต่างๆในหลายรัฐพบว่าคนจนมีโอกาสในการไปพบแพทย์ได้เท่าเทียมกับคนรวยมากขึ้น แต่อัตราการส่งต่อผู้ป่วยในบางโรค(เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ) ยังแตกต่างกัน คือ ในถิ่นคนรวยมีการส่งต่อผู้ป่วยมากกว่าถิ่นคนจน ซึ่งการวิจัยไม่ได้บอกเหตุผลว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น ส่วนการรักษาทางทันตกรรมยังคงมีแนวโน้มเช่นเดิมคือ ผู้ที่มีรายได้ยิ่งมากจะไปพบทันตแพทย์มากขึ้น จากการสำรวจสุขภาพทั้งประเทศในปี 1998/99 พบว่าชาวแคนาดาที่มีรายได้ต่ำประมาณ 40 %เท่านั้นที่ได้รับบริการทันตกรรม เมื่อเทียบกับคนที่มีรายได้สูงประมาณเกือบ 80 %ที่ไปพบทันตแพทย์ (19) ทั้งนี้อาจจะเนื่องจากรัฐไม่ได้ให้ประกันสุขภาพในด้านทันตกรรม หรือให้จำกัดเฉพาะเด็กที่อายุต่ำกว่า 12 ปี หรือเฉพาะบางกลุ่ม (เช่นผู้สูงอายุ) ในบางรัฐ

อย่างไรก็ตาม ชาวแคนาดาถือว่าเรื่องการดูแลสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานและให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพของตนมาก รัฐบาล ผู้ให้บริการสุขภาพและชาวแคนาดาต่างก็เป็นพ้องต้องกันพยายามดำรงและส่งเสริมให้ระบบสุขภาพดีขึ้น และยึดมั่นในหลักการที่ได้วางไว้ในกฎหมาย ***Canada Health Act*** เป็นแนวทางของระบบประกันสุขภาพของชาติ

บทที่ 3
การเงินการคลังของระบบสุขภาพ

ในประเทศทางตะวันตกหลายประเทศรวมทั้งแคนาดา พยายามควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ การตรวจสอบได้ ความโปร่งใส และการให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย ร่วมกับความเข้าใจว่าการให้บริการทางการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งในหลายปัจจัยที่จะทำให้ประชากรมีสุขภาพดี สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก การปิดโรงพยาบาลหลายๆ แห่ง การลดขนาดโรงพยาบาลลง รวมทั้งการปฏิรูประบบบริการระยะยาวและการเน้นเรื่องระบบสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary health care) ดังนั้นเราจึงต้องหันกลับไปสู่ Community-based health care ในขณะเดียวกันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่มีมากขึ้น การที่ประชากรมีความรู้มากขึ้น ทำให้การบริการทางการแพทย์ซึ่งในอดีตหรือประเพณีที่ปฏิบัติกันมาเคยได้รับจากการบริการในสถาบันเช่น โรงพยาบาล หรือคลินิกต่างๆ เท่านั้น แต่ขณะนี้สามารถให้บริการได้ในชุมชนและประชากรสามารถที่จะช่วยดูแลตัวเองต่อไป (34)

ค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Health Spending)

เมื่อไม่นานมานี้ United Nations Development Programme ได้จัดให้แคนาดาเป็นประเทศที่อยู่ในอันดับเกือบสูงสุดในแง่การพัฒนาประเทศโดยวัดจากความก้าวหน้าทางสังคมเช่น ระดับรายได้สุทธิทั้งหมดของประเทศ (National income) การรู้หนังสือ และอายุขัยเฉลี่ยของประชากร (ดูตารางเปรียบเทียบ Human Development Index (HDI) และ Health System Performance (HSP) ในภาคผนวก) OECD ได้เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายสุขภาพกับ %GDP ของประเทศอุตสาหกรรม 22 ประเทศ ปรากฏว่าแคนาดาอยู่ในอันดับที่ 5 เมื่อปี ค.ศ. 1995

ในปี ค.ศ. 1997 แคนาดาใช้จ่ายเพื่อสุขภาพประมาณ 8.9% ของ GDP จัดเป็นอันดับที่ 4 ในกลุ่มประเทศ G-7 รองจากอเมริกา ฝรั่งเศส และเยอรมัน(19)

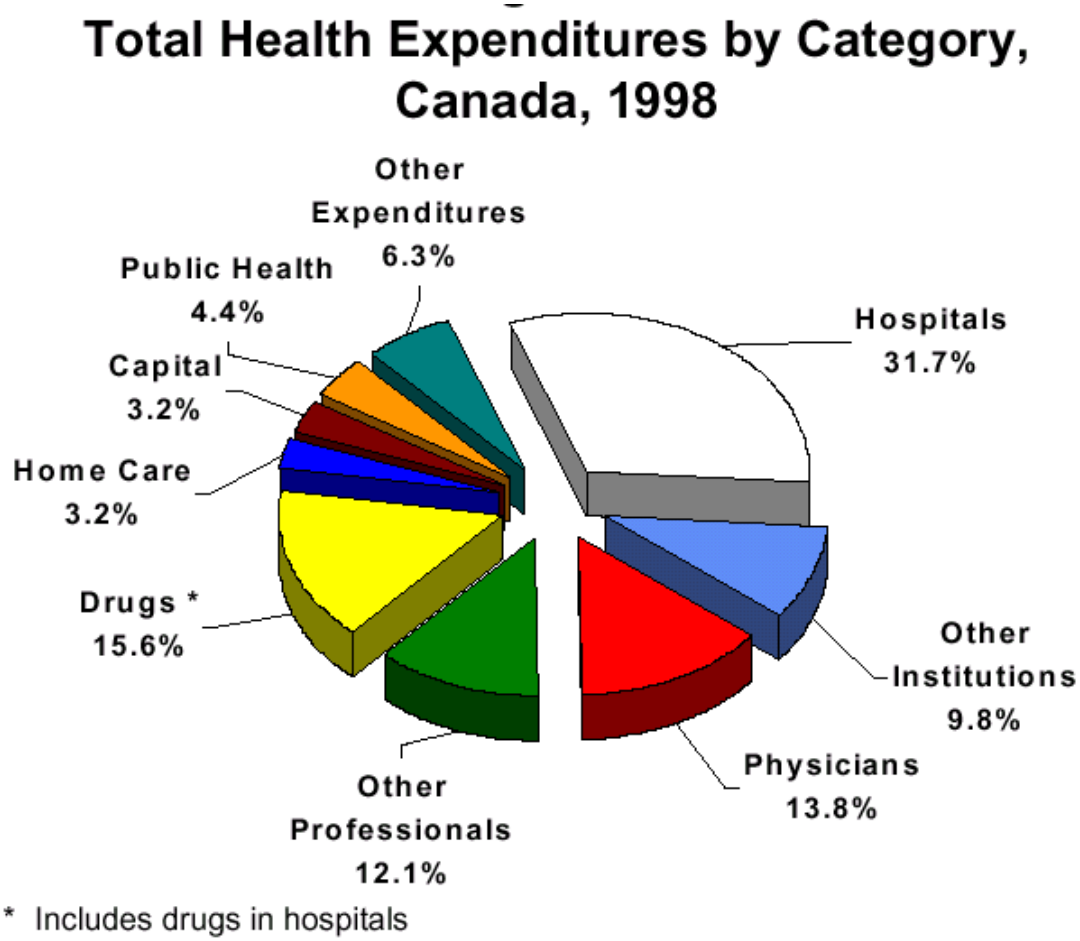
ในปี ค.ศ. 1998 ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของแคนาดารวมเป็นเงินทั้งสิ้น 82.5 พันล้านดอลลาร์แคนาดา หรือ Cdn$2,694 ต่อคน (ประมาณ US$1785 ต่อคน) คิดเป็น 9.1 % ของ GDP ซึ่งลดลงจากช่วงสูงสุดของปี ค.ศ. 1992 คือ 10.1 % ของ GDP การใช้จ่ายเพื่อสุขภาพคิดเป็นประมาณ 1ใน 3 ของงบประมาณรายจ่ายของแต่ละรัฐ(25)

ปี ค.ศ. 1999 Canadian Institute for Health Information ได้คำนวณว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพของแคนาดาคิดเป็น $2,815 ต่อคน เพิ่มขึ้นประมาณ 4% (ยังไม่ปรับอัตราเงินเฟ้อ) ค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนรวมเป็นเงิน $86 พันล้านดอลลาร์ คิดเป็น 9.2% GDP (19)

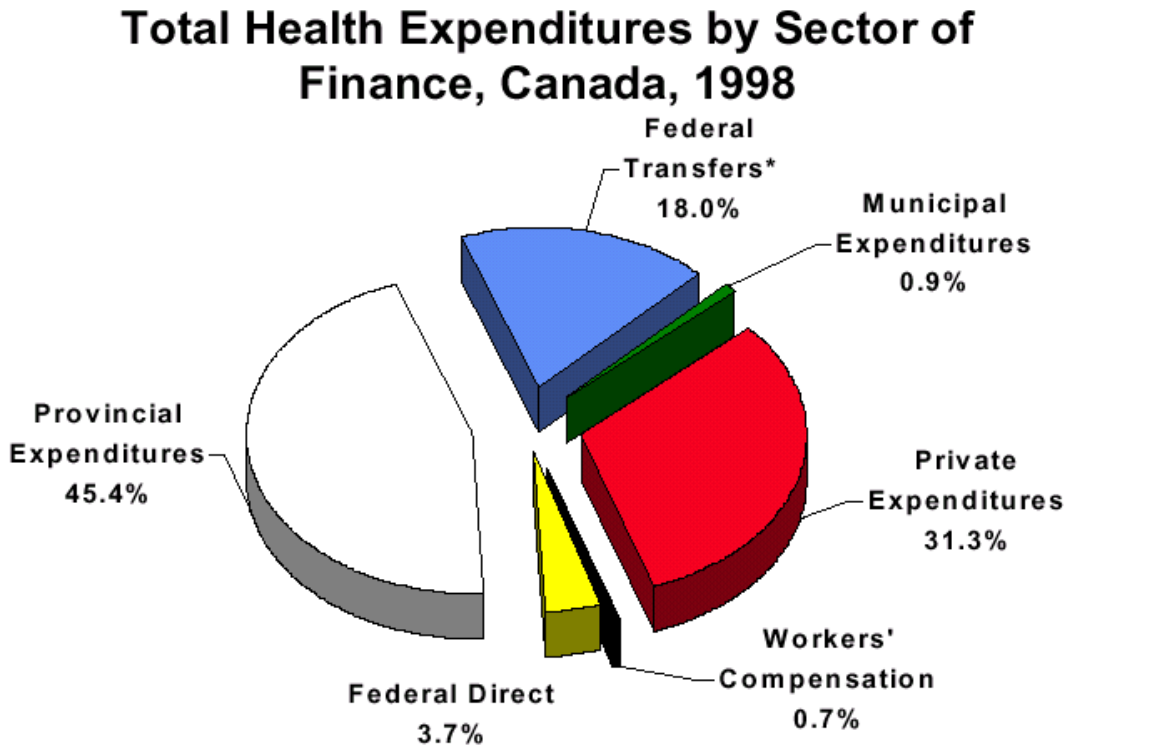
ค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างคงที่ตั้งแต่ ค.ศ. 1975 - ต้น 1990s แต่ลดลงในกลางทศวรรษที่ 1990s และกลับเพิ่มขึ้นอีกในปี 1997-98 ปัจจุบันประมาณ 70% ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดได้รับเงิน

สนับสนุนจากภาครัฐ แต่ค่ายาและค่ารักษาทางทันตกรรมประชาชนส่วนใหญ่ต้องจ่ายเอง อาจจะโดยการประกันสุขภาพเสริมหรือควักกระเป๋าจ่ายเอง(25) ค่าใช้จ่ายสุขภาพที่มากที่สุดคือโรงพยาบาล แต่ก็เริ่มลดลงทุกปีตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1970s จนถึงปัจจุบันคิดเป็น 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด ค่าบริการของแพทย์เพิ่มขึ้นและชะลอตัวลงในทศวรรษที่ 1990s ในปี ค.ศ. 1997 ค่ายาเริ่มแซงหน้าค่าบริการของแพทย์มาเป็นอันดับสองของค่าใช้จ่าย(19)

เราสามารถจำแนกการใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐและเอกชนตามค่าใช้จ่ายแต่ละประเภทได้ตามแผนภูมิ 1 และ 2 (25)



แผนภูมิ 1 แสดงค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมจำแนกตามประเภท (ค.ศ. 1998)



แผนภูมิ 2 แสดงค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐและเอกชนจำแนกตามประเภท (ค.ศ. 1998)

การคลังของระบบ (Funding System)

ระบบประกันสุขภาพของแคนาดาได้รับเงินสนับสนุนพื้นฐานมาจากเงินภาษี โดยการเก็บภาษีรายได้ส่วนบุคคลและนิติบุคคลของรัฐบาลกลาง ของรัฐบาลแต่ละรัฐหรือเขตการปกครอง และส่วนปกครองท้องถิ่น บางรัฐใช้วิธีสนับสนุนทางการเงินประกอบ (ancillary funding methods) เช่น ภาษีการขาย การชักส่วนจากเงินเดือน และสลากกินแบ่ง อย่างไรก็ตามเงินทุนเหล่านี้ไม่ได้ตั้งขึ้นโดยเฉพาะเพื่อสุขภาพ และจะถูกรวมเข้ากับรายได้กลางของรัฐ ดังนั้นเงินทุนเหล่านี้จึงมีบทบาทน้อยในการสนับสนุนทางการเงินของการสาธารณสุข

มี 2 รัฐคือรัฐอัลเบอร์ตาและรัฐบริติชโคลัมเบีย ใช้วิธีเก็บเบี้ยประกันบริการสุขภาพเพิ่มจากประชาชน การเก็บเบี้ยประกันของทั้งสองรัฐไม่ขัดต่อกฎหมาย ***Canada Health Act*** เพราะไม่ได้คิดตามความเสี่ยงและการจ่ายเบี้ยประกันล่วงหน้าไม่ใช่เป็นข้อกำหนดก่อนการรับการบริการ

ลักษณะเด่นของการประกันสุขภาพของรัฐคือ กองทุนเดียว (single-payer) ทำให้รัฐต่างๆ รวมทั้งเขตการปกครองสามารถควบคุมการเติบโตของการใช้จ่ายเพื่อสุขภาพในภาครัฐได้ดีกว่าการควบคุมการเติบโตในภาคเอกชน แต่ละรัฐมีอำนาจในการบริหารจัดการการใช้เงินเพื่อสุขภาพมาก

ในช่วงปี ค.ศ. 1977–1996 รัฐบาลกลางให้เงินสนับสนุนระบบสุขภาพแบบ block funding งบประมาณที่รัฐบาลกลางให้นี้ขึ้นกับสิทธิในการได้รับค่าใช้จ่ายต่อหัวที่เท่าๆ กัน ซึ่งจะปรับทุกปีตามการเปลี่ยนแปลงของ GDP และคำนวณค่าใช้จ่ายของแต่ละรัฐแยกจากกัน

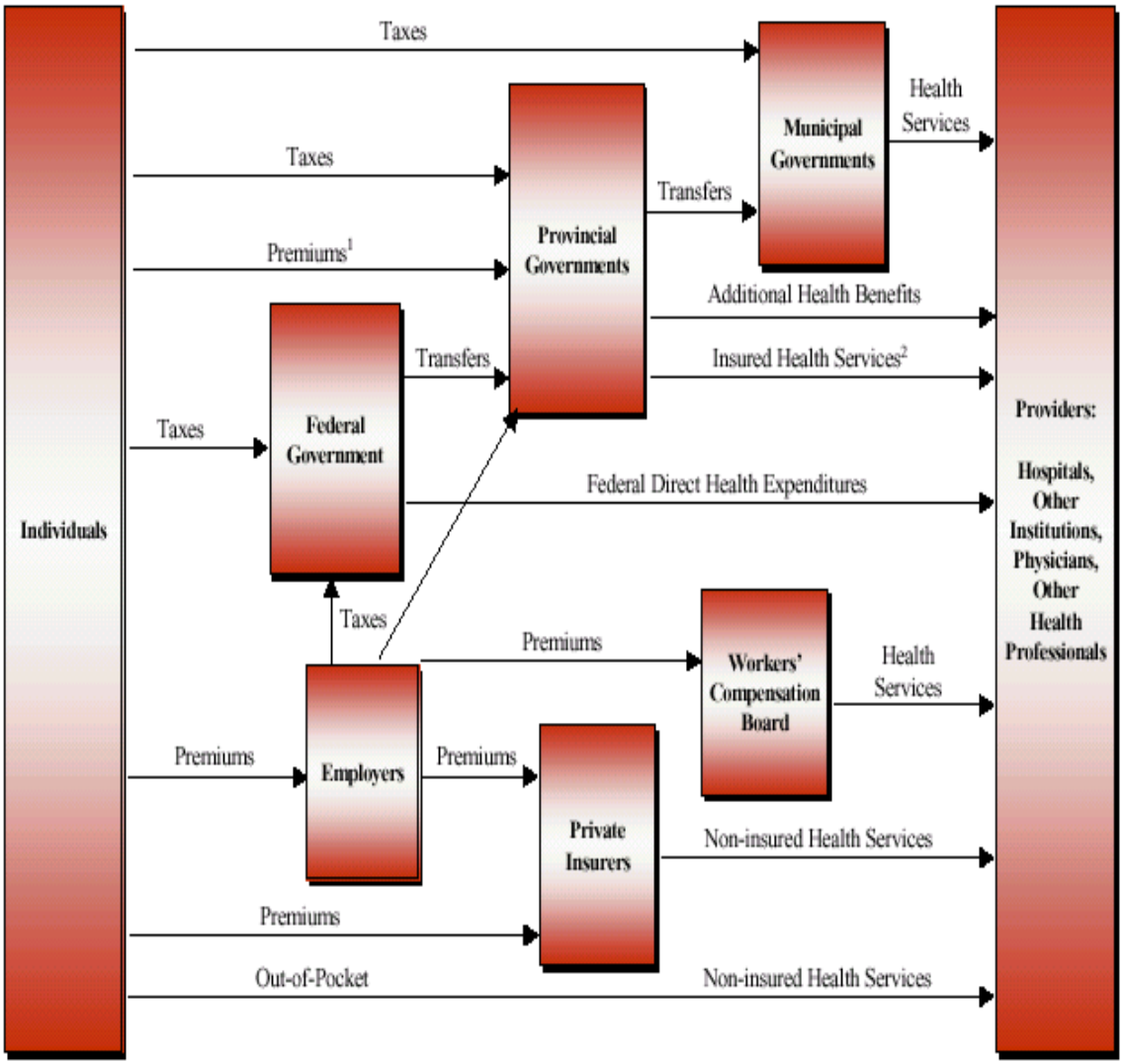
ตั้งแต่ปีงบประมาณ ค.ศ. 1996-1997 เงินสนับสนุนของรัฐบาลกลางที่ให้กับแผนสุขภาพและสังคมของแต่ละรัฐจะรวมเป็น single block transfer ตามกฎหมาย ***Canada Health and Social Transfer*** (CHST) เพื่อช่วยเหลือด้านบริการสุขภาพ การศึกษาขั้นอุดมศึกษา และสวัสดิการสังคม โดยอยู่ในรูปของการจ่ายเงิน (cash contributions) และระบบภาษีแบบ tax points แต่ละรัฐสามารถบริหาร CHST ได้ตามใจชอบ แต่แผนการประกันสุขภาพของแต่ละรัฐจะต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ได้ระบุในกฎหมาย ***Canada Health Act*** ทั้งนี้เพื่อให้มีสิทธิที่จะได้รับงบสนับสนุนเต็มจำนวน

รัฐบาลกลางได้ให้เงินอัดฉีดเพิ่มขึ้นในระบบสุขภาพเพื่อให้ระบบมีความแข็งแกร่งขึ้น โดยประกาศในงบประมาณประจำปี ค.ศ. 1999 ว่าทุกรัฐและเขตการปกครองจะได้รับเงินสนับสนุนเพิ่มขึ้น 11.5 พันล้านดอลลาร์ในระยะเวลาตั้งแต่ปีงบประมาณ ค.ศ. 1999-2000 ถึงปีงบประมาณ ค.ศ. 2003-2004 โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพภายใต้ ***Canada Health and Social Transfer*** (25)

ประเทศอื่นๆ ในกลุ่มประเทศ G-7 ยกเว้นสหรัฐอเมริกา รัฐบาลให้เงินสนับสนุนค่าใช้จ่ายสุขภาพมากกว่าแคนาดาทั้งสิ้น (อังกฤษให้มากที่สุดคือ 85% แต่อเมริกาให้น้อยที่สุด 46%) (19)

แผนภูมิโครงสร้างการเงินการคลังของระบบสุขภาพของแคนาดา แสดงถึงกระแสของเงินสนับสนุนจากประชาชน (ด้านซ้ายของแผนภูมิ) จะอยู่ในรูปของการเสียภาษีและการจ่ายเบี้ยประกันให้กับรัฐ นายจ้างและบริษัทประกันเอกชน ส่วนผู้ให้บริการสุขภาพจะอยู่ทางขวาของแผนภูมิ (25)

โครงสร้างทางการคลังของระบบสุขภาพ

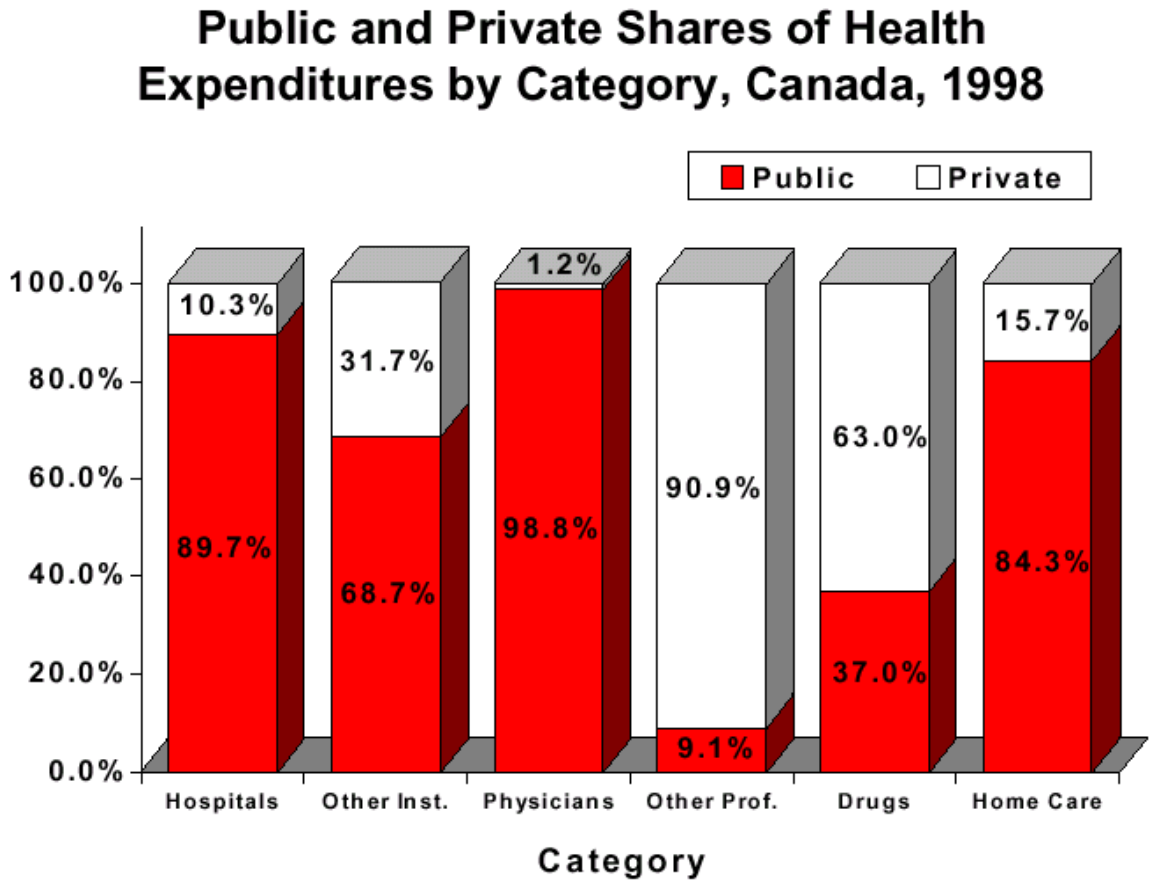


1. มี 2 รัฐที่เก็บเบี้ยประกันสุขภาพ คือ British Columbia และ Alberta

2. Medically necessary hospital and physician services

แผนภูมิ 3 แสดงโครงสร้างทางการคลังของระบบสุขภาพของแคนาดา

ถ้าจำแนกการใช้จ่ายสุขภาพตามส่วนต่างๆแล้วพบว่า เงินสนับสนุนจากรัฐทั้งหมดคิดเป็น 68.7 % ของรายจ่ายรวมเพื่อสุขภาพ ส่วนที่เหลืออีก 31.3 % เป็นเงินที่ได้จากภาคเอกชนโดยการประกันเสริม ส่วนกำไรที่นายจ้างจ่ายให้หรือมาจากผู้ป่วยควักกระเป๋าจ่ายเพิ่มโดยตรง (แผนภูมิ 4) การควบคุมแบบกองทุนเดียว (single-payer) ที่ใช้ในระบบสุขภาพนี้เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้การควบคุมรายจ่ายให้อยู่ในงบประมาณเป็นผลสำเร็จ (25)



แผนภูมิ 4 แสดงการเปรียบเทียบการใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐและเอกชน

โดยเฉลี่ยชาวแคนาดาจะจ่ายค่าประกันสุขภาพและที่ต้องจ่ายเองประมาณ $850 ต่อคน รวมแล้วค่าใช้จ่ายในภาคเอกชนคิดเป็น 26 พันล้านดอลลาร์ในปี ค.ศ. 1999 ค่าใช้จ่ายในภาคเอกชนส่วนใหญ่เป็นค่ายา (74% ของชาวแคนาดามีประกันสุขภาพเพื่อจ่ายค่ายา) ค่ารักษาทางทันตกรรมและค่ารักษาสายตา อัตราการเติบโตของค่าใช้จ่ายในภาคเอกชนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (19)

บทที่ 4
สิทธิประโยชน์ของประชาชนด้านสุขภาพ

แต่ละรัฐจะต้องมีแผนประกันสุขภาพที่ให้ความครอบคลุมการบริการสุขภาพพื้นฐาน (basic health services) ที่สอดคล้องกับ Medicare และการบริการเพิ่มเติม (extended health services) ซึ่งแตกต่างกันออกไป จะขอยกตัวอย่างแผนประกันสุขภาพของรัฐอัลเบอร์ตาซึ่งเป็นรัฐที่ค่อนข้างร่ำรวยกับรัฐนิวฟาวด์แลนด์แอนด์ลาบราดอร์ซึ่งเป็นรัฐทางฝั่งตะวันออกและค่อนข้างยากจนเพื่อให้เห็นตัวอย่างที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

รัฐอัลเบอร์ตา

รัฐอัลเบอร์ตาแบ่งการบริการสุขภาพเป็นองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น (Regional Health Authorities) 17 แห่งและองค์กรบริหารส่วนรัฐ (Provincial Health Authorities) 2 แห่ง มีการเงินการคลังของระบบสุขภาพจากการเก็บภาษีและการเก็บเบี้ยประกันร่วมด้วย แต่ไม่ขัดต่อกฎหมาย ***Canada Health Act*** เพราะการเก็บเบี้ยประกันไม่ได้คิดตามความเสี่ยง และการจ่ายเบี้ยประกันล่วงหน้าไม่ใช่เป็นข้อกำหนดก่อนการรับการบริการ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้จ่ายเบี้ยประกันก็ยังมีสิทธิได้รับบริการสุขภาพพื้นฐานอยู่ดี (9,12,13,14,15,17)

สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ

แผนประกันสุขภาพแก่ประชาชนของอัลเบอร์ตาเรียกว่า Alberta Health Care Insurance Plan หรือ AHCIP โดยรัฐให้การครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น (medically necessary) ทั้งหมดในโรงพยาบาลและการไปพบแพทย์ที่คลีนิค การบริการทางทันตกรรมบางชนิดโดยทันตแพทย์ในโรงพยาบาลโดยไม่ต้องจ่ายเงินทั้งค่าตรวจของแพทย์และการรักษา (3,5,8,16)

นอกจากนี้รัฐบาลอัลเบอร์ตายังให้การครอบคลุมทั้งหมดและ/หรือบางส่วนกับการบริการสุขภาพเหล่านี้ได้แก่

- การรักษาทางทันตกรรมและศัลยกรรมใบหน้าบางชนิดโดยทันตแพทย์
- การรักษาระยะยาว (long-term care)
- การบริการตามบ้าน (home care)
- การฉีดวัคซีนสำหรับเด็ก (immunization programs for children)
- การบริการทางจิตเวช (mental health services)
- บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการบาดเจ็บ
- การป้องกันอันตรายต่อสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม (environmental health hazards)
- community care and support
- respite care
- palliative care

- เครื่องมือทางการแพทย์พื้นฐาน (basic medical equipment)
- coordination of specialized treatment for tuberculosis and sexually transmitted diseases
- การตรวจตาและวัดสายตา(optometry services) และการวินิจฉัยโรคตาเฉพาะผู้มีอายุต่ำกว่า 19 ปี และผู้ที่มากกว่า 65 ปี
- chiropractic services
- podiatry
- กายภาพบำบัด (physical therapy)
- respiratory therapy
- occupational therapy
- speech pathology
- ค่ารักษาทางการแพทย์ที่จำเป็นในโรงพยาบาล
- ค่าห้องในโรงพยาบาล (Hospital Benefits) เฉพาะค่าห้องสามัญ (ward) ถ้าจะอยู่ห้องพิเศษต้องจ่ายเอง
- Alberta Aids to Daily Living เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการดำรงชีพสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังและคนพิการ
- การให้บริการเพิ่มเติม (Extended Health Benefits - EHB) โครงการนี้จะให้ความครอบคลุมเพิ่มเติมในส่วนของการรักษาทางตาและทางทันตกรรม เช่นค่าแว่นตาและฟันปลอม แต่ผู้ป่วยยังต้องเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน ผู้ที่ได้รับการครอบคลุมจากโครงการนี้คือ
    - ผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป)
    - สามีหรือภรรยาของผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในความอุปการะ
    - ผู้ที่เป็นหม้ายหญิง/ชาย (ผู้ที่มีอายุ 55 – 64 ปีและได้รับเงินสงเคราะห์ผู้เป็นหม้ายตามกฎหมาย ***Widow's Pension Act***)
    - ผู้ที่อยู่ในความอุปการะของผู้เป็นหม้าย

การบริการสุขภาพที่ไม่อยู่ในการครอบคลุมของแผนประกันสุขภาพ (4)

- บริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นทางการแพทย์ เช่น การทำศัลยกรรมตกแต่ง การรักษาที่เป็นส่วนหนึ่งของการทดลองหรือการวิจัย
- ค่าเดินทางของผู้ป่วย
- ค่าเดินทางของแพทย์
- การให้คำปรึกษาของแพทย์ทางโทรศัพท์
- การบริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย (medical-legal services)

- ค่าดมยาที่เกิดจาก Extended Health Benefit dental services และการบริการที่รัฐไม่ได้ประกัน
- ค่าโรงพยาบาลที่เกิดจากบริการที่รัฐไม่ได้ประกัน
- การตรวจวัดสายตาของบุคคลที่มีอายุระหว่าง 19 และ 64 ปี
- การบริการทันตกรรมปกติ (routine dental care) ฟันปลอม และแว่นตา (ยกเว้นส่วนที่อยู่ในการบริการสุขภาพเพิ่มเติม)
- เครื่องมือช่วยฟัง เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์และการผ่าตัด (ยกเว้นคนพิการและผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล)
- การบริการของนักจิตวิทยาคลินิก
- ค่ายา (ยกเว้นผู้ที่อยู่ในความครอบคลุมของ Alberta Blue Cross coverage และผู้ป่วยในโรงพยาบาล)
- third party services เช่น การตรวจสุขภาพเพื่อการจ้างงาน กิจกรรมนันทนาการ การเข้าโรงเรียน การตรวจสุขภาพเพื่อสอบใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ของบุคคลที่อายุต่ำกว่า 75 ปี และการฉีดวัคซีนก่อนการเดินทางหรือวัคซีนโรคไข้หวัด

หากผู้ป่วยต้องการได้รับการครอบคลุมบริการสุขภาพอื่นๆที่อยู่นอกเหนือจากการประกันของรัฐแล้ว อาจจะซื้อประกันเสริม (Supplementary Health Insurance) จากบริษัทประกันเอกชนโดยตรงหรือผ่านทางนายจ้างซึ่งซื้อประกันเอกชนอีกทีหนึ่ง หรืออาจจะซื้อประกันเสริมจาก AHCIP เองโดยผ่าน Alberta Blue Cross สำหรับค่ายาและการบริการที่รัฐไม่ได้ให้

ผู้มีสิทธิได้รับการประกันสุขภาพ

ผู้อยู่อาศัย (Residents)ในรัฐอัลเบอร์ตาทุกคนรวมทั้งผู้ที่อยู่ในความอุปการะ คำว่า “ผู้อยู่อาศัย” หมายถึงผู้ที่มีสิทธิถูกต้องตามกฎหมายที่จะอยู่ในประเทศแคนาดาซึ่งตั้งถิ่นพำนักในอัลเบอร์ตาตามปกติ ยกเว้นนักทัศนาจร ผู้อยู่อาศัยชั่วคราวและแขกที่มาเยี่ยม (tourists, transients and visitors) (7)

ผู้ที่อยู่ในความอุปการะหมายถึง

1. สามีหรือภรรยา และบุตรที่อายุต่ำกว่า 21 ปีและเป็นโสดและต้องพึ่งพิงบิดามารดา
2. บุตรบุญธรรมตามกฎหมาย (adopted children) บุตรเลี้ยง (foster children)และ wards ที่ผู้อยู่อาศัยสามารถนำมาลดหย่อนภาษีได้
3. บุตรโสดที่อายุเกิน 21 ปี และอยู่ในความดูแลของบิดามารดา เนื่องจากพิการทางกายหรือสมอง
4. บุตรโสดที่อายุต่ำกว่า 25 ปี และยังศึกษาอยู่ในสถาบันการศึกษาที่รัฐรับรอง
5. คู่สมรสที่แยกทาง (ซึ่งอาจเลือกที่จะจ่ายเบี้ยประกันต่างหาก)

หมายเหตุ ในกรณีหย่าหรือแยกทางกัน บุตรจะต้องขึ้นทะเบียนเป็นผู้อยู่ในอุปการะของผู้ปกครองที่ได้ครอบครองบุตร)

การเก็บเบี้ยประกันและอัตราการเก็บเบี้ยประกัน

ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับแผนประกันสุขภาพของอัลเบอร์ตา (AHCIP) จะต้องจ่ายเบี้ยประกันโดยตรงต่อรัฐบาล หรือจ่ายเบี้ยประกันผ่านทางนายจ้าง สภาลูกจ้าง(union) หรือองค์กร อัตราการเก็บเบี้ยประกันมี 2 อัตรา คือ อัตราสำหรับคนโสดซึ่งไม่มีผู้ที่อยู่ในอุปการะ และอัตราสำหรับครอบครัว (6)

สำหรับผู้ที่มีรายได้ต่ำอาจจะได้รับการสงเคราะห์ค่าเบี้ยประกัน(premium subsidies) ผู้สูงอายุอาจจะได้รับการลดหย่อนค่าเบี้ยประกันทั้งหมดหรือบางส่วน

รัฐนิวฟาวด์แลนด์แอนด์ลาบราดอร์

แผนประกันสุขภาพของรัฐนี้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของ Department of Health and Community Services แบ่งเป็น Medical Care Plan และ Hospital Insurance Plan แต่จะเรียกโดยรวมว่า MCP ซึ่งจะให้การประกันที่ครอบคลุมการบริการรักษาของแพทย์ที่จำเป็น และครอบคลุมการรักษาที่จำเป็นในโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (36,38,39,41)

การบริการทางการแพทย์ที่รัฐประกัน ได้แก่

- การไปพบแพทย์ที่คลินิก โรงพยาบาล หรือ บ้านของผู้ป่วย
- การตรวจ รักษา ผ่าตัดและดมยา และการผ่าตัดรักษาที่ทำเสร็จได้ในวันเดียว
- การดูแลก่อนและหลังผ่าตัด
- การผดุงครรภ์ การคลอดบุตร
- การแปลผลทางรังสีวิทยา
- การรักษาทางทันตกรรมที่จำเป็นต้องทำในโรงพยาบาลโดยทันตแพทย์หรือศัลยแพทย์ช่องปาก
- ห้องพักและอาหารในอัตราสามัญ ห้องพิเศษหรือกึ่งพิเศษในรายที่แพทย์สั่งหรือไม่มีห้องสามัญ
- การบริการจากพยาบาลในโรงพยาบาล
- การตรวจผลทางห้องทดลอง การตรวจทางรังสีและอื่นๆ เช่น EKG, Nuclear Medicine, Respiratory Therapy ในโรงพยาบาล
- ยาที่ใช้ในโรงพยาบาล หรืออยู่ในบัญชียาของแผนกผู้ป่วยนอก
- อุปกรณ์ทางการแพทย์และการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยใน
- การใช้เครื่องมือทางรังสีบำบัดหรือ radioactive isotopes (ถ้ามี)
- การรักษาฟื้นฟู เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด Audiology Speech Therapy

- ยา anti-rejectionในผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ ยา AZT ในผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS)

นอกจากนี้ยังมี Dental Health Plan (สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี) ด้วยซึ่งให้ครอบคลุมการบริการทางทันตกรรมเฉพาะภายในรัฐเท่านั้น ดังนี้

- การตรวจช่องปาก (ทุก 6 เดือน)
- การขูดหินปูนและขัดฟัน (ทุก 12 เดือน)
- การให้ฟลูออไรด์ (ในเด็กอายุ 6 – 12 ปีทุก 12 เดือน) ยาเว้นในพื้นที่ที่มีโครงการอมฟลูออไรด์ในโรงเรียน
- การตรวจทางรังสี (มีข้อจำกัด)
- การอุดและถอนฟัน
- การรักษาอื่นๆที่ได้รับความยินยอมก่อนการรักษา

การบริการทางการแพทย์ที่รัฐไม่ได้ประกันให้ คือ

- การปรึกษาแพทย์ทางโทรศัพท์
- วัคซีน ยาและอุปกรณ์การแพทย์ที่สั่งเพื่อใช้นอกโรงพยาบาล (ยกเว้นยาที่อยู่ในบัญชียาแผนกผู้ป่วยนอก)
- การเขียนใบสั่งยา
- การเตรียมเอกสารต่างๆ เช่น บันทึกผู้ป่วย รายงาน หรือใบรับรอง
- ค่าเดินทางและค่าเสียเวลาของแพทย์
- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยรถฉุกเฉินหรือพาหนะอื่น ยกเว้นการย้ายผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลหนึ่งไปอีกแห่งหนึ่ง เพื่อการตรวจหรือรักษาพิเศษแต่ยังเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลแรก
- การฝังเข็มหรือการบริการอื่นที่เกี่ยวข้อง
- การบริการสุขภาพที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (เช่นศัลยกรรมตกแต่ง การตรวจ x-ray เพื่อเข้าทำงานหรือประกันชีวิต การเข้าโรงเรียน การสอบใบขับขี่ เป็นต้น)
- การให้คำให้การของแพทย์ในศาล
- การตรวจสายตาเพื่อแก้ไขเลนส์
- การถอนฟันตามปกติในโรงพยาบาล (routine, in-hospital, dental extractions)
- ค่าใช้จ่ายที่ต่างกันระหว่างแพทย์ทั่วไปกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในรายของผู้ป่วยที่ไม่ได้ถูกส่งต่อ
- การบริการโดย chiropractors optometrists, podiatrists, naturopaths, osteopaths, นักกายภาพบำบัด พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ (paramedics)
- การขลิบอวัยวะเพศในเด็กแรกเกิด
- การรักษาโดยการสะกดจิต
- การปรึกษาแพทย์เนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาล

- การทำแท้งนอกแคนาดา หรือในสถานประกอบการในแคนาดาที่ไม่ได้รับการรับรองจากรัฐ
- การผ่าตัดแปลงเพศ ยกเว้นรายที่ได้รับคำแนะนำจาก the Clarke Institute of Psychiatry
- การทำเด็กหลอดแก้ว การกระตุ้นรังไข่ในสตรี และ การผสมเทียม
- การแก้หมัน
- ค่าห้องพิเศษ ในกรณีที่ขอเปลี่ยนเอง
- ค่าพยาบาลพิเศษ
- เครื่องอำนวยความสะดวกในห้องพัก เช่น โทรศัพท์ วิทยุ หรือโทรทัศน์ ที่ไม่ใช่เพื่อการสอน
- การบริการสุขภาพอื่นๆ ที่อยู่ภายใต้กฎหมายของรัฐบาลกลางหรือรัฐอื่น
- การบริการสุขภาพแก่ทหารหรือตำรวจซึ่งได้รับการคุ้มครองจากแผนประกันของรัฐบาลกลาง
- การบริการสุขภาพแก่ทหารต่างชาติซึ่งประจำการในรัฐตามข้อตกลงขององค์กรนาโต้ (NATO)

ผู้ที่มีสิทธิได้รับการประกันสุขภาพในรัฐนิวฟาวด์แลนด์

1. ชาวแคนาดาที่อยู่ในรัฐฯและบุตรรวมถึงบุตรบุญธรรม กลุ่มนี้จะต้องมีหลักฐานว่าเป็นผู้ถือสัญชาติแคนาดา เช่น ใบสูติบัตร หนังสือเดินทางของแคนาดา บัตรประกันสังคม
2. Landed Immigrants ต้องมีหลักฐานว่ายังคงเป็นผู้ถือสัญชาติแคนาดาในกรณีอยู่ต่างประเทศนานๆ หรือ บัตรประกันสุขภาพเก่า หรือ หลักฐานการออกจากราชการทหารหรือตำรวจ หรือ หลักฐานการถูกปล่อยตัวจากเรือนจำกลาง
3. แรงงานต่างชาติที่มาทำงานให้กับบริษัทในรัฐฯ ซึ่งต้องมี Work Visa ที่ได้รับก่อนเข้าประเทศ

จะเห็นได้ว่ารัฐนิวฟาวด์แลนด์ฯกับรัฐอัลเบอร์ตามีการบริการทางการแพทย์ที่รัฐประกันให้ขั้นพื้นฐานคล้ายกันแต่จะน้อยกว่าในบางเรื่องเช่นการฉีดวัคซีน การตรวจสายตา การให้บริการเพิ่มเติมสำหรับผู้สูงอายุหรือเป็นหม้าย การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังหรือคนพิการ เป็นต้น แต่รัฐนิวฟาวด์แลนด์ไม่ได้เก็บค่าเบี้ยประกันสุขภาพเหมือนรัฐอัลเบอร์ตา

บทที่ 5
การจัดบริการสุขภาพ

ส่วนใหญ่เมื่อประชาชนแคนาดาต้องการรับบริการทางแพทย์ เขามักจะไปพบแพทย์หรือคลินิกที่อยากไป และแสดงบัตรประกันสุขภาพที่รัฐออกให้กับผู้อยู่อาศัยที่มีสิทธิตามกฎหมาย ชาวแคนาดาไม่ได้จ่ายเงินโดยตรงให้กับโรงพยาบาลที่มีการประกันหรือการบริการของแพทย์ และไม่ต้องกรอกเอกสารสำหรับการบริการที่รัฐประกัน ไม่มีการนำไปหักภาษี การจ่ายร่วม หรือวงเงินจำกัดสำหรับการครอบคลุมบริการสุขภาพที่รัฐประกันให้(25)

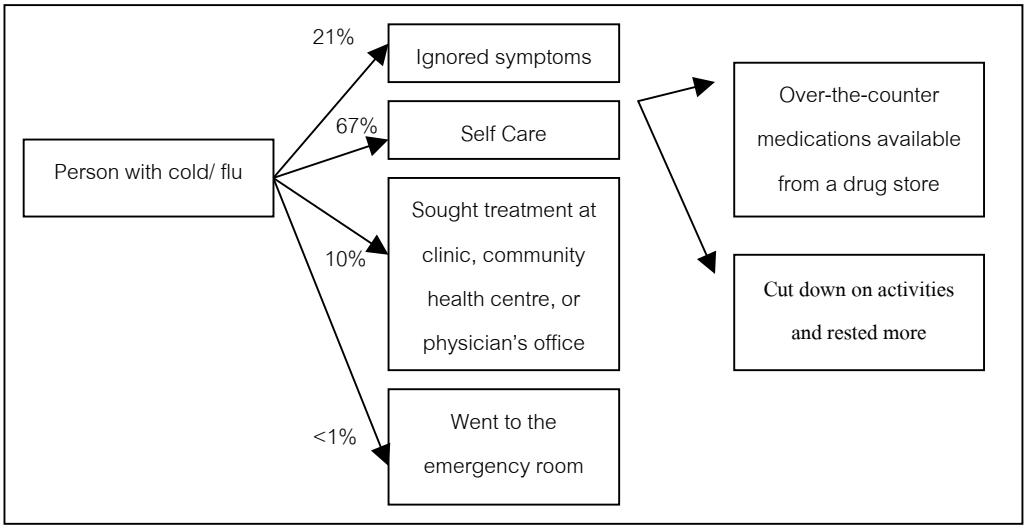
การบริการปฐมภูมิเป็นด่านแรกของระบบสุขภาพ ซึ่งมักจะเป็นคลินิกแพทย์ คลินิกสุขภาพและศูนย์สุขภาพชุมชน รายงานจาก *Towards a Healthy Future: Second Report on the Health of Canadians* ได้รายงานว่าประชาชนที่มีรายได้ต่ำมักจะอายุสั้นกว่าและเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าคนที่มีรายได้สูง แม้ว่าได้ขจัดความแตกต่างในเรื่องอายุ เพศ เชื้อชาติและถิ่นพำนักแล้วก็ตาม ในช่วงก่อนที่จะมีการประกันสุขภาพแบบทั่วหน้า คนรวยในแคนาดามักจะจ่ายเงินค่ารักษาและค่าทันตกรรมและได้รับการบริการที่มากกว่า แต่ปัจจุบันทุกคนมีโอกาสพบแพทย์ได้เท่าๆ กัน แต่คนจนก็ยังไปพบทันตแพทย์ได้น้อยกว่า (19)

ระบบสุขภาพของแคนาดาขึ้นอยู่กับแพทย์ที่ให้บริการปฐมภูมิ (เช่น GP) ซึ่งมีจำนวนประมาณ 51% ของจำนวนแพทย์ที่ทำงานทั้งหมดในแคนาดา พวก GP เหล่านี้จะเป็นด่านแรกของระบบสุขภาพที่เป็นทางการ และจะเป็นผู้ที่ควบคุมการส่งต่อให้กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ หรือผู้ให้บริการสุขภาพอื่นๆ หรือการเข้ารักษาในโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัยและการจ่ายยา

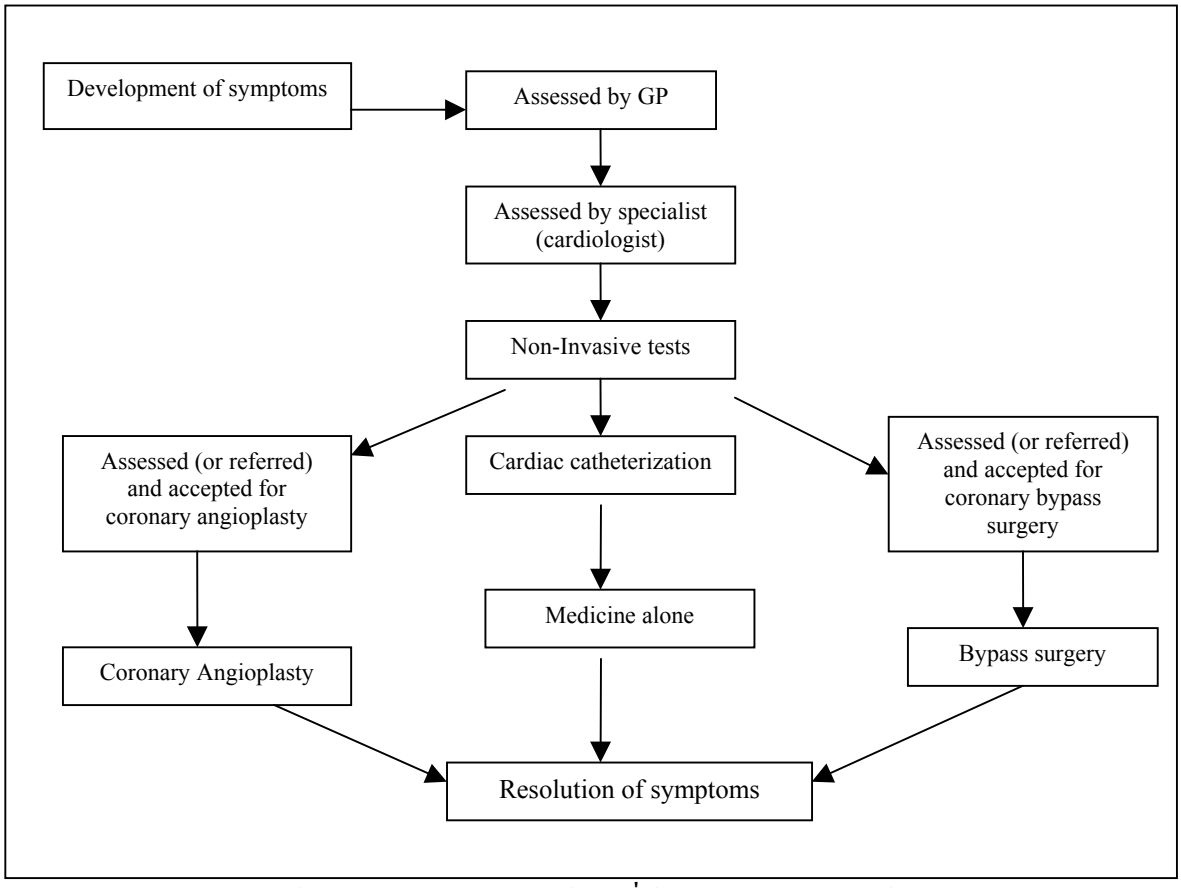
บุคลากรอื่นๆ ที่ให้บริการปฐมภูมิ เช่น ทันตแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เป็นต้น ทันตแพทย์จะทำงานเป็นอิสระจากระบบประกันสุขภาพ ยกเว้นการทำทันตกรรมในโรงพยาบาล โดยทั่วไปพยาบาลจะทำงานในโรงพยาบาล และเป็นผู้ให้บริการสุขภาพแก่ชุมชนซึ่งรวมถึง การดูแลที่บ้าน (Home care) และการบริการสาธารณสุขชุมชน เภสัชกรจะจ่ายยาตามใบสั่งยาและเตรียมยา รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความรู้อิสระโดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่งจ่าย หรือช่วยผู้ป่วยในการเลือกซื้อยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง

โรงพยาบาลในแคนาดากว่า 95% จะดำเนินการในลักษณะเอกชนที่ไม่หวังผลกำไรซึ่งทำงานโดยคณะกรรมการชุมชน องค์กรอาสาสมัครหรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลจะควบคุมการใช้จ่ายทรัพยากรของตน ซึ่งต้องอยู่ภายในงบประมาณที่ตั้งไว้โดย Regional health authority หรือองค์กรบริหารสุขภาพของรัฐ โรงพยาบาลจะขึ้นตรงต่อชุมชนที่ตั้งอยู่ มิใช่ขึ้นกับองค์กรในระดับรัฐ หน่วยที่สามารถทำรายได้ให้กับโรงพยาบาลมักจะเป็นหน่วยที่ให้การบริการในระยะยาวหรือการบริการพิเศษ เช่น ศูนย์บำบัดยาเสพติด

บางครั้งเมื่อชาวแคนาดามีอาการไม่สบายก็ไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์หรือเข้าโรงพยาบาลเสมอไป เช่นถ้ามีปัญหาสุขภาพเพียงเล็กน้อย (เช่น เป็นหวัด เจ็บคอ) ก็มักจะรักษาด้วยตนเอง ดังแผนภูมิที่ 5 สำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการส่งต่อแสดงได้ดังแผนภูมิที่ 6 (19)



แผนภูมิ 5 แบบจำลองพฤติกรรมการรักษาสุขภาพของชาวแคนาดาเมื่อป่วยเพียงเล็กน้อย



แผนภูมิ 6 แสดงการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่ต้องส่งรักษาต่อ เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ

นอกเหนือจากการบริการในโรงพยาบาลและแพทย์ที่รัฐประกันให้ รัฐบาลของแต่ละรัฐจะให้การประกันสุขภาพที่ครอบคลุมบริการสุขภาพอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจากโครงสร้างหลักของการประกันสุขภาพแห่งชาติแก่ประชากรบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ เด็กและผู้รับสวัสดิการสังคม การบริการสุขภาพอื่นจะรวมการให้ยาตามใบสั่งแพทย์ การรักษาทางทันตกรรม การตรวจวัดสายตา เครื่องช่วยและอุปกรณ์ทางการแพทย์ (แขนขาเทียม ฟันปลอม เก้าอี้เข็น เป็นต้น) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และการบริการสุขภาพโดยบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ เช่น podiatrists (เท้าบำบัด) และ chiropractors (การบำบัดโดยวิธีจับกระดูกสันหลัง)

แม้ว่ารัฐบาลของแต่ละรัฐจะให้บริการสุขภาพอื่นนอกเหนือจากที่กำหนดในกฎหมายแล้ว หากใครต้องการการครอบคลุมบริการสุขภาพที่นอกเหนือไปจากที่รัฐประกันให้ ก็อาจจะซื้อประกันสุขภาพได้จากบริษัทประกันเอกชน การจ่ายเงินจากกระเป๋าตัวเองของผู้ป่วยนี้ขึ้นกับรายได้และความสามารถที่จะจ่ายของตัวผู้ป่วยเอง แต่ละคนหรือครอบครัวสามารถมีการประกันสุขภาพโดยเอกชนได้โดยตรง หรือได้จากการประกันกลุ่มที่ทำงาน เพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพเสริมบางส่วน รัฐจะไม่ให้บริษัทประกันเอกชนให้ประกันสุขภาพในส่วนที่เหมือนกับรัฐ แต่จะให้แข่งขันกันในด้านตลาดของการให้บริการสุขภาพเสริม (25)

หลังจากการปฏิรูประบบสุขภาพในทศวรรษที่1990s มีการเปลี่ยนจากการให้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลมาเป็น Community-based health care โดยเน้นเรื่องการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพมากขึ้น มีการปิดโรงพยาบาลหลายแห่ง มีการทำให้โรงพยาบาลมีขนาดเล็กลงโดยลดจำนวนเตียง แต่หันมาให้บริการดูแลที่บ้าน (Home care) แก่ผู้ป่วยเรื้อรัง การติดตามผลการรักษา มีการศึกษาพบว่า home care เป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่าเงินมากกว่าให้ผู้ป่วยพวกนี้พักฟื้นในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนสามารถดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยหรือพิการ

ในช่วงการปฏิรูประบบสุขภาพ สถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น(วัดจากอายุเฉลี่ยและอัตราตาย) จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนและรายงานของสื่อมวลชนพบว่าประชาชนจำนวนมากรวมทั้งบุคลากรในระบบสุขภาพมีความกังวลเรื่องคุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประชาชนให้คะแนนความพอใจกับบริการที่ตนได้รับส่วนตัวมากกว่าระบบสุขภาพโดยรวม (19)

ประชาชนจะมีสุขภาพดีได้นั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับระบบสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยเช่น ปัจจัยทางเศรษฐานะ การศึกษา สิ่งแวดล้อม การมีงานทำ พันธุกรรมที่ติดตัวมา นิสัยส่วนตัวต่างๆ เช่นการสูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัย นิสัยการบริโภค ฯลฯ รวมไปถึงปัจจัยจากภาครัฐตั้งแต่การเก็บขยะจนถึงสวัสดิการสังคม แม้ว่ารัฐจะจัดระบบสุขภาพแบบทั่วหน้าแล้วก็ตาม ก็ยังคงมีความแตกต่างด้านสุขภาพในระหว่างชนกลุ่มต่างๆในสังคม สภาพทางภูมิศาสตร์และประชากรศาสตร์ด้วย ปัจจัยต่างๆเหล่านี้เป็นตัวผลักดันที่สำคัญต่อระบบสุขภาพในปัจจุบันรวมทั้งอนาคต (19, 23)

บทที่ 6
การผลิตและพัฒนากำลังคน

ถึงแม้แคนาดาจะมีระบบบริการสุขภาพที่พัฒนาไปมาก แต่ขณะเดียวกันก็เป็นประเทศที่มีการบริการสุขภาพในสถาบันทางการแพทย์มากที่สุดในโลกประเทศหนึ่ง นั่นคือมีการให้บริการในชุมชน หรือในบ้านหรือสถานที่ตั้งของผู้ป่วยน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วด้วยกัน เป็นที่ประจักษ์ชัดแจ้งแล้วว่าบริการสุขภาพนั้นมีความหมายมากกว่าการให้บริการในสถาบันทางการแพทย์ แต่จะรวมถึงการบริการสุขภาพด้านต่างๆ รวมทั้งการดูแลตนเอง การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการเกื้อกูลกันในชุมชน การบริการผู้ป่วยนอก รวมทั้งการรักษาพยาบาลในระยะฉับพลัน ระยะยาว และการฟื้นฟูสุขภาพ

ระบบบริการทางสุขภาพถือว่าเป็นส่วนที่ใช้กำลังคนมาก และค่าใช้จ่ายทางด้านบุคลากรมีค่าประมาณ 70% ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งหมด(34) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชุมชนจะมีค่าใช้จ่ายส่วนนี้ในอัตราส่วนที่มากขึ้น เนื่องจากในชุมชนเราจะใช้เทคโนโลยีน้อยลง ในการมองปัญหาเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพจะต้องคำนึงถึงการใช้ทรัพยากรบุคคล เราต้องให้ความสำคัญในเรื่องนี้ด้วย

ผู้ให้บริการสุขภาพและผู้บริหารนับเป็นแกนหลักของระบบบริการสุขภาพของแคนาดา ในสมัยก่อนการบริการสุขภาพจะจำกัดอยู่เฉพาะบุคคลบางคนในชุมชนและปฏิบัติสืบต่อกันมา แต่เมื่อประเทศมีความเจริญขึ้นจึงเริ่มมีกลุ่มบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพอย่างเป็นทางการเพิ่มขึ้น จนถึงขณะนี้มีบุคลากรสาธารณสุขมากกว่า 30 กลุ่มที่ให้บริการในแต่ละรัฐและอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมาย

แนวความคิด การใช้ทรัพยากร การพัฒนา การควบคุมจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการศึกษาเรื่อง Health Human Resources ซึ่งจัดพิมพ์โดยรัฐบาลแคนาดา Health Care Quality and Outcome Research Center, Department of Public Health Science ใน University of Alberta ได้มีการรวบรวมหลักฐานและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการจัดการกำลังคน และมีความคิดในเรื่องที่สำคัญดังต่อไปนี้: (34)

1. Health Human Resources continuum ความต่อเนื่องของกำลังคนทางด้านสุขภาพ

หลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพจากการเน้นเรื่องการรักษาในสถาบันมาเป็น Community-based services คือเน้นที่การส่งเสริมและป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การรักษาสุขภาพให้ดีอยู่เสมอ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและสุขภาพจิตและสังคมแล้ว บทบาทของ self-care providers และการดูแลโดยคนธรรมดา (informal caregivers) มีความสำคัญมากขึ้น รายงานการศึกษาหลายอันพบว่า การดูแลตัวเองและการดูแลสุขภาพโดยคนธรรมดาที่ไม่ใช่แพทย์นั้นเป็นประโยชน์และมีประสิทธิภาพ ถ้าคนเหล่านั้นได้รับการฝึกอบรมมาอย่างเหมาะสมก็สามารถให้คำปรึกษาทางการแพทย์ ความรู้ด้านสุขศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูและการรักษาผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพพอๆ กับแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข

เลยทีเดียว และมีความคุ้มค่าเงินถ้าการดูแลนั้นไม่ทำให้คนไข้แย่ลง แต่ก็มีคำถามว่าจะให้คนธรรมดาดูแลสุขภาพเองได้แค่ไหน ในสถานการณ์ใด ดังนั้นจึงต้องมองว่า self-care, informal care และ formal care นั้นควรจะมารวมกันอย่างไรและทำอย่างไรจึงจะเป็นการเกื้อกูลซึ่งกันและกันได้

2. Human Resources Substitution การใช้บุคลากรทดแทน

มีรายงานมากมายที่สนับสนุนการให้บริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการบริการปฐมภูมิ โดยผู้ให้บริการระดับกลาง เช่น พยาบาลวิชาชีพและผดุงครรภ์ และพบว่ามีความคุ้มค่าทางการเงิน การใช้บุคลากรทดแทนกันเป็นสิ่งที่ทำได้และมีประสิทธิภาพ ถ้าทำอย่างถูกต้องเหมาะสม แต่การศึกษาวิจัยเหล่านี้ทำในประเทศที่มีการเงินการคลังของระบบสุขภาพและการให้ค่าตอบแทนแพทย์ที่ต่างจากของแคนาดา ดังนั้นจึงต้องระวังในการอนุมานจากหลักฐานการวิจัยถ้าจะปรับใช้กับแคนาดา

เมื่อเปรียบเทียบแล้ว แคนาดามีความล้าหลังกว่าประเทศอื่นมากในการใช้นโยบายบุคลากรทดแทนกันเป็นเครื่องมือในการปฏิรูประบบสุขภาพ การใช้พยาบาลวิชาชีพมีน้อยมาก ยกเว้นในเขตตอนเหนือที่ห่างไกลหรือชุมชนที่โดดเดี่ยว ผดุงครรภ์ก็เพิ่งจะมีการยอมรับอย่างเป็นทางการเมื่อไม่นานมานี้เอง จริงๆ แล้วแคนาดาใช้บุคลากรกลับกัน (Reverse substitution) คือเอาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมาทำงานง่ายๆ ที่บุคลากรซึ่งมีทักษะน้อยกว่าก็ทำได้

การทดแทนกันของบุคลากรเป็นเครื่องมือที่จะทำให้เกิด Cost effectiveness แต่พึงระลึกไว้ว่าการทดแทนนั้นมิได้ทำเพื่อมุ่งลดค่าใช้จ่ายอย่างเดียว แต่ทำเพราะการบริการนั้นๆ สามารถทำได้โดยคนที่ไม่ต้องมีความเชี่ยวชาญมากๆ แต่ได้ผลและมีประสิทธิภาพเท่ากัน

3. Regulation of Health Occupations การกำกับควบคุมวิชาชีพ

รายงานหลายอันพบว่า การควบคุมที่เข้มงวดเกินไปทำให้ไม่กล้าใช้ผู้ให้บริการสุขภาพระดับกลาง มีหลักฐานชี้ให้เห็นว่า กฎระเบียบที่มากเกินไปจะเพิ่มค่าใช้จ่ายของบริการ แต่ลดการเข้าถึงบริการ การปฏิรูปกฎเกณฑ์การควบคุมวิชาชีพที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนากำลังคนของแคนาดา โดยเฉพาะเมื่อนโยบายเปลี่ยนจากการบริการในสถาบันมาเป็น Community-based health care มิฉะนั้นแล้วก็จะเป็นการยากที่จะใช้บุคลากรทดแทนกันหรือการใช้คนที่มีทักษะหลายด้าน

กฎเกณฑ์ด้านวิชาชีพเป็นส่วนหนึ่งของระบบการควบคุมวิชาชีพที่ซับซ้อน มีการควบคุมด้านอื่นๆ เช่น การรับรองวิทยาฐานะของสถาบันหรือแผนการศึกษา นโยบายของรัฐบาลและการประกันเมื่อเกิดการรักษาที่ไม่ถูกต้อง การปฏิรูปการควบคุมวิชาชีพมิใช่มุ่งเน้นเรื่องการแก้ไขมาตราฐานและกฎเกณฑ์เท่านั้น การเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ เหล่านี้จะต้องทำควบคู่กันไปด้วยจึงจะประสบผลสำเร็จได้

4. Health Workforce Management and Enhancement การบริหารและเพิ่มประสิทธิภาพของกำลังคน

มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การปรับเปลี่ยนหลักสูตรอบรมแพทย์และบุคลากรอื่นๆ เปลี่ยนสถานที่เรียนและการฝึกปฏิบัติงานจากในสถาบันมาเป็นในชุมชน การให้โอกาสในการเรียนในสิ่งแวดล้อมที่มีความหลากหลาย เหล่านี้ให้ผลในทางบวก และการวิจัยหลายอันยังพบว่า แพทย์ที่ทำงาน Home care และงานสาธารณสุขชุมชนมีความพอใจในงานของตน และบอกว่าการมีอำนาจในการตัดสินใจ ความยืดหยุ่นอิสระในการบริหารจัดการงานของตนและการได้สัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรงทำให้มีความสุขใจในการทำงานเป็นอย่างมาก

แม้ว่าผู้เชี่ยวชาญต่างก็เห็นพ้องว่าควรมีการปรับเปลี่ยนหลักสูตร แต่ก็ยังไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร การลองผิดลองถูกและการปรับปรุงที่ค่อยๆ เพิ่มขึ้นอาจจะเป็นวิธีที่รอบคอบที่จะเปลี่ยนหลักสูตรและบริหารจัดการ จนกว่าจะมีรูปแบบที่แน่นอน

กำลังคนในระบบสุขภาพของแคนาดา

ตารางแสดงจำนวนบุคลากรสาธารณสุขในทุกรัฐที่ขึ้นทะเบียนต่อจำนวนประชากร 100,000 คน และร้อยละของการเปลี่ยนแปลงในช่วงปี ค.ศ. 1989 – ค.ศ. 1997 (19)

	1989	1997	Change
Registered Nurses	804	762	-5%
Licensed Practical Nurses	301	255	-15%
Physicians	187	183	-2%
Pharmacists	67	76	+13%
Dentists	52	54	+4%
Physiotherapists	37	~48	+30%
Psychologists	32	~38	+19%
Dental Hygienists	29	~44	+52%
Chiropractors	12	15	+23%
Optometrists	11	~12	+9%

ความสามารถและหน้าที่ของบุคลากรสายต่างๆจะแตกต่างกันไป บ้างก็คาบเกี่ยวกัน เช่นในชุมชนทางตอนเหนือของประเทศ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ (specialist nurse) จะทำหน้าที่ดูแลสตรีตั้งครรภ์ ระหว่างคลอดและหลังคลอด แต่ในทางตอนใต้ของประเทศ สูตินรีแพทย์และแพทย์ประจำครอบครัวจะเป็นผู้ทำคลอดเอง แต่มาในระยะหลังผดุงครรภ์เริ่มมีบทบาทมากขึ้น ผดุงครรภ์ได้รับใบอนุญาตให้ทำคลอดที่บ้านและในโรงพยาบาลได้และขณะนี้เริ่มจะเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสุขภาพในหลายรัฐด้วย

บุคลากรสายพยาบาล

พยาบาลเป็นกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มีจำนวนมากที่สุดและมีหน้าที่หลากหลาย ในปี ค.ศ. 1998 มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพ (Registered Nurses) ทั่วประเทศทั้งสิ้นกว่า 227,000 คน ในจำนวนนี้ประมาณ 48% ทำงานไม่เต็มเวลา (part-time) ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 39% จากเมื่อ 5 ปีก่อน พยาบาลส่วนใหญ่ (62%) ทำงานในโรงพยาบาล แต่เนื่องจากบทบาทด้านการบริการแก่ชุมชนที่เพิ่มขึ้นทำให้มีพยาบาลหลายคนหันมาทำงานบริการสุขภาพนอกโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 ถึง ค.ศ. 1998 จำนวนสัดส่วนของ RNs ที่ทำงานในชุมชนและการบริการที่บ้านเพิ่มจาก 9.2% เป็น 11.5%

พยาบาลในแคนาดาเริ่มมีอายุมากขึ้นและจำนวนคนหนุ่มสาวที่เข้ามาทำงานอาชีพนี้ลดลง ในปี ค.ศ. 1998 จำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานมีอายุเฉลี่ยเกิน 50 ปี ซึ่งมากกว่าอายุเฉลี่ยของพยาบาลเมื่อ 5 ปีก่อนอยู่เกือบ 20% พยาบาลกลุ่มอายุนี้คิดเป็น 1ใน 4 ของพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานทั้งหมด ในทางตรงกันข้ามมีเพียงแค่ 10% เท่านั้นที่อายุต่ำกว่า 29 ปี (ลดลงจาก 5 ปีที่แล้ว 30%) (19)

บุคลากรสายแพทย์

แพทย์เป็นกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่มีมากเป็นอันดับสองรองจากกลุ่มพยาบาล จากข้อมูลสถิติในปี ค.ศ. 1998 พบว่ามีแพทย์พลเรือนจำนวน 56,000 คนทั้งที่ปฏิบัติงานทางคลินิคและ non-clinical practice ในประเทศแคนาดา ในช่วง 6 ปีที่ผ่านมาจำนวนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้นถึง 7.2% ในขณะที่จำนวนแพทย์ประจำครอบครัว (Family doctor) กลับลดลง 2.8% ในช่วงเวลาเดียวกัน แต่โดยภาพรวมแล้ว จำนวนแพทย์ต่อประชากรยังคงที่ตลอดช่วงทศวรรษที่ 1990s

จากการสำรวจพบว่า แพทย์ที่อายุมากมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับพยาบาล ในปี ค.ศ. 1993 แพทย์ที่อายุ 50-59 ปี มีเพียง 18% แต่ในปี ค.ศ. 1998 มี 22% และตัวเลขล่าสุดได้แสดงให้เห็นว่าขณะนี้แคนาดามีแพทย์ที่อายุมากกว่า 60 ปีอยู่ถึง 16% และมีจำนวนนักศึกษาแพทย์หญิงเพิ่มขึ้นเป็นผลให้สัดส่วนของแพทย์ที่เป็นหญิงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในปี ค.ศ. 1998 มีแพทย์บางส่วน (569 คน)ย้ายออกไปจากแคนาดา และมีบางส่วน(321 คน)เดินทางกลับมาจากต่างประเทศ ซึ่งในจำนวนนี้มีแพทย์ 125 คนที่เข้ามาโดยมีสัญญาทำงานเรียบร้อยแล้ว และแพทย์ต่างชาติก็เข้ามาทำงานโดยถือวีซ่าทำงานแบบชั่วคราว แพทย์ก็มีการย้ายถิ่นที่ทำงานภายในแคนาดาเองด้วย (19)

ถ้าย้อนดูประวัติศาสตร์จะพบว่า ในปี ค.ศ. 1964 Royal Commission on Health Services ได้ประกาศว่าแคนาดามีปัญหาขาดแคลนแพทย์และเสนอให้มีการเพิ่มโรงเรียนแพทย์ และเพิ่มการให้ทุนแก่นักเรียนแพทย์ รวมทั้งจัดโปรแกรมสำหรับการศึกษาขั้นหลังปริญญา รัฐบาลจึงมีนโยบายเพิ่มจำนวนแพทย์อย่างมากในทศวรรษที่ 1960s และ 1970s (31)

อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ. 1971 Hall Commission ได้คาดคะเนว่าแคนาดายังคงขาดแพทย์อีกจำนวนถึง 2,228 คนถ้าต้องการให้สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรเป็น 1:857 แต่ความจริงแล้วตัวเลขสัดส่วนระหว่างแพทย์ต่อประชากรก็ลดลงเรื่อยๆ จาก 1:977 ในปี ค.ศ. 1951, 1:857 ในปี ค.ศ. 1961, 1:661ในปี ค.ศ. 1971 และ 1: 518 ในปี ค.ศ. 1990

ในปี ค.ศ. 1984 Federal-Provincial Advisory Committee on Health Manpower ได้ให้ข้อสรุปว่าตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961-80 จำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นถึง 105% ในขณะที่จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นเพียง 33% ในช่วงเวลาเดียวกัน คณะกรรมการยังได้คำนวณไว้ว่าจะมีแพทย์มากเกินไปถึง 12% ในปี ค.ศ. 2000 ซึ่งเป็นแนวโน้มที่คล้ายคลึงกันประเทศอุตสาหกรรมตะวันตกหลายประเทศ

ในรายงานการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขทั้งหมดในปี ค.ศ. 1991 Barer and Stoddart ได้กล่าวย้ำอีกครั้งว่า ขณะนี้รวมทั้งก่อนหน้านี้จำนวนแพทย์ของแคนาดาได้เพิ่มขึ้นเร็วกว่าขนาดของประชากร และด้วยเหตุผลดังกล่าวรัฐบาลจึงไม่มีเหตุผลอันสมควรที่จะให้แนวโน้มเช่นนี้ดำรงอยู่ต่อไป Barer และ Stoddart ได้กล่าวว่าจำนวนแพทย์ควรจะสอดคล้องกับความต้องการ และรัฐต่างๆ ยังขาดความร่วมมือในการวางนโยบายในเรื่องนี้ระหว่างรัฐ (31)

หลังจากรายงานของ Barer and Stoddart ได้ออกมา มีการประชุมรัฐมนตรีสาธารณสุขอีกครั้งในปี ค.ศ. 1992 ได้ตกลงวางนโยบายเกี่ยวกับทิศทางและกลยุทธ์ในการวางแผนด้านจำนวนแพทย์ของแคนาดา ซึ่งส่งผลให้ในกลางปี ค.ศ. 1993 มีการลดจำนวนแพทย์ที่เริ่มเข้าเรียนในโรงเรียนแพทย์ลง 10% และลดตำแหน่งแพทย์ฝึกหัดหลังปริญญาลด 10% เช่นกัน

การรับนักเรียนแพทย์ในหลายรัฐลดลงตามนโยบายที่รัฐมนตรีสาธารณสุขได้ประกาศไว้ แม้ว่าจะรับนักเรียนลดลงแต่โรงเรียนแพทย์ยังได้รับงบประมาณเท่าเดิมซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของข้อตกลงกับรัฐ โรงเรียนแพทย์จึงนำเงินที่ได้ไปใช้ในเพิ่มประสิทธิภาพของการวิจัยและโปรแกรมการศึกษาอื่นๆในคณะแพทย์ โดยเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขชุมชน การบริหารและด้านระบาดวิทยาคลินิค

แต่โดยทั่วไปรัฐบาลแต่ละรัฐมิได้ยึดถือนโยบายแห่งชาติในเรื่องการลดการผลิตแพทย์มากเท่าไร แต่จะสนองนโยบายในลักษณะรัฐใครรัฐมันคือ จะดูตามปัญหาด้านกำลังแพทย์ที่ควรจัดการก่อนโดยทำงานร่วมกับบสมาคมแพทย์ต่างๆ

มาตราการของแต่ละรัฐที่ใช้แก้ปัญหาด้านกำลังแพทย์พอจะสรุปได้ดังนี้ (31, 32)

1. Restriction of Physician Billing Numbers

เป็นการจำกัดจำนวนแพทย์ที่สามารถเบิกเงินกับรัฐได้ ในรัฐ British Columbia แพทย์ต่อต้านวิธีการนี้และฟ้องร้องรัฐบาลว่า การจำกัดเช่นนี้ไม่เป็นไปตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ ในที่สุดศาลก็ยกเลิก รัฐ British Columbia เป็นรัฐเดียวที่ใช้วิธีการนี้ (วิธีนี้ไม่ใช่วิธีที่ Barer and Stoddart แนะนำให้ใช้ในการแก้ปัญหากำลังคนในปี ค.ศ. 1991)

2. Differential fees

เพื่อส่งเสริมให้แพทย์ทำงานในพื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์โดยเฉพาะในทางตอนเหนือ แพทย์เหล่านี้จะได้รับเงินตอบแทนมากขึ้น แต่มาตราการนี้ได้ผลน้อยเพราะแพทย์มักจะกลับมาทำงานทางตอนใต้หลังจากหมดสัญญา รัฐถูกวิพากวิจารณ์มากในการใช้วิธีนี้กับแพทย์จบใหม่ และคาดว่าแนวความคิดนี้อาจจะถูกยกเลิกไปในอนาคต

มาตราการทั้งข้อ 1 และ 2 ต่างก็มุ่งเป้าหมายไปที่แพทย์จบใหม่ เช่นในรัฐ Prince Edward Island แพทย์ที่จบใหม่ที่ไม่ได้ทำงานในโรงพยาบาลจะได้รับเงินเพียง 50% ของค่ารักษาที่ตกลงกันไว้ ส่วนที่รัฐ British Columbia ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ปี ค.ศ. 1994 แพทย์ใหม่จะได้รับเงินค่าตรวจเพียง 50% ของที่เคยจ่ายให้แพทย์เก่า หรือในรัฐ New Brunswick ไม่ยอมจ่ายให้แพทย์ที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อในโรงพยาบาลด้วย และใน Nova Scotia แพทย์ที่จะได้ billing number ใหม่จะต้องเป็นแพทย์ใหม่ที่ทำงานในสาขาขาดแคลนเท่านั้น (31)

3. Restricting Medical School Enrollment

Barer and Stoddart (1991) ได้เสนอวิธีจำกัดการรับนักศึกษาเข้าเรียนในโรงเรียนแพทย์เพื่อรักษาระดับสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากร

4. Restriction on Graduates of Foreign Medial Schools

จำกัดผู้ที่จบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์ในต่างประเทศ

5. Restricting Intern and Residency Positions

Barer and Stoddart (1991) ได้แนะนำให้ลดการอบรมแพทย์ฝึกหัดและแพทย์ประจำบ้านลง 10% และเสนอว่าเราควรคำนึงถึงความต้องการทางการศึกษาของแพทย์มากกว่าความต้องการด้านการบริการทางคลินิกของสถาบัน นอกจากนี้ยังแนะอีกว่า การบริการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นต่อการฝึกเฉพาะทางของแพทย์ประจำบ้าน ควรจะให้บุคลากรสาธารณสุขสายอื่นทำ (รวมถึงผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ด้วย)

6. Use of Allied Health Professionals

แม้ว่าจะมีหลักฐานว่า การให้บุคลากรสาธารณสุขอื่นให้บริการบางอย่างแทนแพทย์จะเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า แต่แผนประกันสุขภาพของรัฐก็ยังไม่ได้อนุมัติในเรื่องนี้ ผดุงครรภ์เป็นกลุ่มใหม่กลุ่มเดียวที่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ โดยจะให้เป็นเงินเดือน บุคลากรบางสายก็สามารถเบิกเงินค่ารักษาจากรัฐได้อยู่ก่อนแล้วแต่ในจำนวนที่จำกัด เช่น chiropractic, optometry, physiotherapy และ การรักษาทันตกรรมในโรงพยาบาล

นโยบายต่างๆ ในการแก้ปัญหาด้านกำลังแพทย์ซึ่งมุ่งเป้าไปยังแพทย์จบใหม่นี้ก่อให้เกิดความเครียดในหมู่อาชีพแพทย์ด้วยกัน เพราะแพทย์ใหม่มีความรู้สึกว่ากำลังในการหารายได้ของตนลดลง การควบคุมค่าใช้จ่ายรวม (Global expenditure caps) และการเพิ่มขึ้นของแพทย์ทำให้สมาคมแพทย์ต่างๆ (รวมทั้งรัฐบาล) เริ่มคิดที่จะตัดการบริการสุขภาพบางอย่างออกไปจากการประกันสุขภาพของรัฐ แล้วให้ส่วนที่ตัดออกนั้นไปอยู่ในการประกันสุขภาพของเอกชนแทน ซึ่งเป็นสิ่งที่ดึงดูดใจของแพทย์เพราะแพทย์สามารถมีรายได้เสริมนอกเหนือไปจากส่วนที่ได้อย่างจำกัดในระบบของรัฐ (31)

ผู้จัดการในระบบสุขภาพ

ผู้บริหาร (Health service executives) มีหน้าที่ (19)

1. บริหารจัดการให้ระบบสุขภาพของแคนาดาสามารถดำเนินไปวันต่อวัน รวมทั้งการวางแผนสุขภาพ
2. พัฒนาและกำหนดเป้าหมายขององค์กร วางนโยบาย แผนงานและระบบใหม่ๆ เพื่อตอบสนองกับความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น
3. คัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน
4. ประสานงานระหว่างแผนก แผนงาน หน่วยและภาคต่างๆ
5. เป็นตัวแทนขององค์กรในการต่อรองและอื่นๆ

เนื่องจากยังไม่มีขั้นตอนการจดทะเบียนผู้บริหารระบบสุขภาพอย่างเป็นทางการ เราจึงไม่ทราบจำนวนผู้บริหารเป็นตัวเลขที่แน่นอน แต่จากการประมาณของ Canadian College of Health Services Executives (CCHSE) มีจำนวนผู้บริหารประมาณ 3000 คนในปี ค.ศ. 1995

นักวิจัยได้สำรวจผู้บริหารที่ทำงานเต็มเวลา (ปี ค.ศ. 1999) ในรัฐ Quebec พบว่า ผู้บริหารส่วนใหญ่ (69%) มีอายุระหว่าง 45-54 ปี และทำงานในโรงพยาบาลทั่วไปและจิตเวช ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉลี่ยผู้บริหารแต่ละคนจะต้องดูแลผู้ร่วมงาน 28.6 คน ประมาณ 8% ต้องดูแลพนังงานมากกว่า 70 คน

บทที่ 7
การควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยีราคาแพง

ประเทศแคนาดาใช้มาตราการทางการควบคุมงบประมาณในการกำกับ (Budgets limits) ในการกำกับการใช้และการกระจายของเทคโนโลยีที่มีราคาแพง(2) การเสนอขยายแผนงานการบริการ และ การขอหรือการแจกจ่ายเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงและมีเทคโนโลยีสูง จะต้องได้รับความเห็นชอบจากรัฐเสียก่อนและตกลงกันล่วงหน้า งบประมาณในการซื้อเครื่องมือไม่รวมอยู่ในงบประมาณสุขภาพประจำปี ดังนั้นโรงพยาบาลไม่สามารถจัดซื้อได้ตามต้องการ แต่จะต้องยื่นเรื่องขอทุนจากกระทรวงสาธารณสุขและจะต้องดูตามความจำเป็นและความเหมาะสม (25, 32)

แคนาดามีคณะกรรมาธิการของรัฐบาลกลางและรัฐบาลของแต่ละรัฐ และคณะทำงาน Periodic Health Maintenance Task Force เป็นผู้ประเมินเทคโนโลยีและสร้างแนวทางในการใช้งาน เพื่อหลีกเลี่ยงการมีซ้ำซ้อนหรือการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือน้อยเกินไป นอกจากนี้ยังมีองค์กร Bureau of Medical Devices of Health and Welfare Canada ทำหน้าที่เฝ้าติดตามการใช้งานของเทคโนโลยีทางการแพทย์ต่างๆ ตามที่มีผู้ร้องเรียนมา

การประเมินเทคโนโลยีจะทำใน 3 ระดับคือ

1. ศึกษาลักษณะเฉพาะตัวและประโยชน์สัมพัธท์ของเทคโนโลยีที่มีต่อการปฏิบัติงนทางคลินิก
2. ประเมินผลและต้อนทุนในระยะยาวของเทคโนโลยีที่มีต่อสาธารณะ
3. เฝ้าติดตามการใช้งานเพื่อประกันการปฏิบัติตามมาตราฐานและกฎเกณฑ์เพื่อคุณภาพของบริการ

มีการศึกษาเรื่องการกระจายและปริมาณการใช้ของเทคโนโลยีด้านห้องปฏิบัติการและ CT scanner และ MRI ในรัฐ British Columbia พบว่า การเพิ่มขึ้นของการใช้เทคโนโลยีใหม่มีมากกว่าการลดลงของการใช้เทคโยโลยีเก่าที่ถูกแทนที่และไม่ได้เพิ่มขึ้นตามจำนวนของประชากร การกระจายตัวของการใช้การทดสอบทางห้องปฏิบัติการหรือเทคโนโลยีราคาถูกเป็นไปอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและชนบท และผู้สั่งใช้คือ GP ในขณะที่การกระจายตัวของ CT scanner และ MRI หรือเทคโนโลยีราคาแพงจะมีการกระจุกตัวเฉพาะในเขตเมืองและผู้สั่งใช้คือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (2)

การกระจายของเทคโนโลยีในแคนาดาเป็นไปได้ช้ากว่าในสหรัฐอเมริกา แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบแล้วก็ไม่ได้ส่งผลในแง่ลบต่อสุขภาพของคนทั่วไป ยิ่งไปกว่านั้น นโยบายการควบคุมการกระจายของเทคโนโลยีเป็นผลดีต่อสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพและช่วยลดค่าใช้จ่ายโดยรวม แต่ก็มีคนกล่าวว่า ระบบสุขภาพของแคนาดาไม่ได้ให้ผู้ป่วยเข้าถึงเทคโนโลยีที่จะ “ช่วยชีวิต” ของเขาได้เท่าสหรัฐอเมริกา (32)

บทที่ 8
บทบาทของผู้บริโภค การคุ้มครองผู้บริโภค และ การชดใช้ค่าเสียหาย

บทบาทของผู้บริโภค

ถึงแม้ว่าจะไม่มีคำนิยามที่เป็นที่ยอมรับกันอย่างสากลถึงความหมายของคำว่า "Community-based health care" แต่ทุกคนก็เข้าใจร่วมกันว่าคือการมีบริการสุขภาพที่ใกล้กับสถานที่ที่ประชากรตั้งอยู่มากที่สุด และเป็นการให้บริการภายนอกโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ การให้บริการโดยเน้นชุมชนเป็นหลักหมายถึง การที่ผู้บริโภคมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและเป็นส่วนหนึ่งของทีม เป็นการใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างมีเหตุมีผลมากขึ้น และหมายถึงการที่แต่ละคนต้องมีส่วนรับผิดชอบในสุขภาพของตนและการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

ในแคนาดานอกเหนือจากสื่อสารมวลชนเช่น หนังสือพิมพ์ โทรทัศน์ ซึ่งเปรียบเสมือนตัวแทนของผู้บริโภคในกรณีที่เกิดปัญหากับผู้ให้บริการ สื่อสารมวลชนนั้นมีอำนาจในทางอ้อมมาก นอกจากนี้ยังมีองค์กรอิสระหลายองค์กรซึ่งเป็นตัวเชื่อมระหว่างผู้บริโภคกับผู้ให้บริการทางสุขภาพโดยจะขอยกตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. สมาคมคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer's Association of Canada หรือ CAC)

CAC ก่อตั้งในปี ค.ศ. 1947 เป็นองค์กรอิสระที่ทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคในทุกเรื่องเช่น อาหาร สุขภาพ การค้า มาตรฐาน ฯลฯ โดยไม่หวังผลกำไรและดำเนินการโดยอาสาสมัคร มีคณะกรรมการดูแลในแต่ละเรื่อง จุดมุ่งหมายขององค์กรคือ

- เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารและให้การศึกษาแก่ผู้บริโภค
- เป็นตัวแทนของผู้บริโภคในการต่อรองกับรัฐบาลและภาคอุตสาหกรรม
- ทำงานร่วมกับรัฐบาลกับภาคอุตสาหกรรมเพื่อแก้ปัญหาของผู้บริโภคในทางที่เป็นประโยชน์

2. Canadian Mental Health Association – National Network for Mental Health

มีหน่วยงานที่กระจายในรัฐต่างๆด้วย

3. Canadian Institution for Health Information (CIHI)
4. Canadian Partnership for Consumer Food Safety Education
5. Canadian Task Force on Preventive Health Care
6. Consumer Health Information Service (CHIS)
7. Community Mental Health Evaluation Initiative
8. Dietitians of Canada

9. Electronic Child Health Network (eCHN)

2. Statistics Canada เป็นหน่วยงานที่ให้ข้อมูลสถิติที่เกี่ยวกับสุขภาพ

องค์กรและสมาคมเหล่านี้จะทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้บริโภค ในบางรัฐมีสมาคมอื่นๆอีก เช่น Alberta Consumer Health Information Society, The Health Line เป็นต้น

ในปี ค.ศ. 1994 มีการจัดตั้ง National Forum on Health เพื่อเป็นเวทีให้ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องในระบบสุขภาพได้อภิปรายถกเถียงและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบสุขภาพและทิศทางของสุขภาพในอนาคต เวทีนี้ได้เสนอรายงานและข้อแนะนำหลายข้อต่อรัฐบาล เช่น การดำรงอยู่ของกองทุนเดียว การปรับปรุงโครงสร้าง การคลังและการให้บริการของบริการปฐมภูมิ การเน้นบริการชุมชน การใช้ระบบอ้างอิงหลักฐาน (evidence-based system) ในระดับคลินิค การบริหารจัดการและนโยบาย และพัฒนาระบบการให้ข้อมูลสุขภาพแก่สาธารณะ ซึ่งรัฐบาลก็ตอบสนองต่อข้อเสนอแนะเหล่านี้ (25)

Forum เป็นเวทีกลางใน Internet ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขของแคนาดาได้จัดทำขึ้น เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ แสดงความคิดเห็นและหาการสนับสนุน มีผู้บริโภคแสดงความคิดเห็นมากมายผ่านเวทีนี้ แต่ข้อมูลต่างๆ ไม่ได้รับการคุ้มครองจาก Privacy Act

การคุ้มครองผู้บริโภค

1. **หน่วยงานของรัฐและองค์กรต่างๆ**

Health Canada เป็นหน่วยงานของรัฐ มีหน้าที่ช่วยเหลือและคุ้มครองสุขภาพของผู้บริโภค โดยทำงานร่วมกับหน่วยงานเช่นกระทรวงสาธารณสุขของรัฐต่างๆ ในการเฝ้าระวัง การป้องกันและการควบคุมและวิจัยเกี่ยวกับโรคในแคนาดาและทั่วโลก รวมทั้งควบคุมสุขภาพและความเสี่ยงที่เกี่ยวกับการซื้อขายยา อาหาร เคมีภัณฑ์ ยาฆ่าแมลง อุปกรณ์การแพทย์และผลิตภัณฑ์บางชนิด การใช้สารอันตรายในที่ทำงาน การตรวจสุขภาพนักบินและพนักงานในหอบังคับการบิน และการประเมินสุขภาพสิ่งแวดล้อม (environmental health) กระทรวงได้จัดตั้งองค์กรและหน่วยงานเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคดังนี้ (23)

1.1 Health Protection Branch (HPB)

เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ประเมินความปลอดภัย ความมีประสิทธิผลและคุณภาพของยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และคุ้มครองผู้บริโภคจากอันตรายต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากบุหรี่ เครื่องสำอาง อาหาร เครื่องมือกระจายรังสี ผลิตภัณฑ์บางชนิดและสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานและที่พักอาศัย HPB สามารถปฏิบัติหน้าที่โดยใช้กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค เช่น ***Food and Drugs Act, Tobacco Act*** และ ***Canadian Environmental Protection Act***

วิธีที่ใช้บริหารจัดการกับความเสี่ยงของผลิตภัณฑ์คือ การเรียกเก็บสินค้าคืนจากตลาด การไม่ให้นำเข้า หรือจับสินค้านำเข้าที่มีความเสี่ยง และประกาศให้สาธารณะรับทราบถึงสินค้าที่ไม่ปลอดภัย นอกจาก

นี้ยังร่วมกับบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล หน่วยวิจัยต่างๆทำการเฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงเพื่อป้องกันและควบคุมโรค

1.2 Occupational Health and Safety Agency

เป็นหน่วยงานพิเศษที่ดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของพนักงานของรัฐบาลกลาง ควบคุมดูแลเรื่องอาหารและน้ำที่บริการบนรถไฟ เครื่องบิน สวนสาธารณะ และตรวจสอบเรื่องหนูที่อาจมากับเรือต่างชาติ ตรวจประเมินสุขภาพความสมบูรณ์ของผู้ที่สอบเป็นนักบิน และประสานงานด้านสุขภาพของแขก VIPs ที่มาแคนาดา รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านสุขภาพและบริการสังคมในภาวะฉุกเฉิน

1.3 Patented Medicine Prices Review Board

ดูแลด้านสิทธิบัตรและราคายา

1.4 Hazardous Materials Information Review Commission

ดูแลเรื่องวัตถุอันตราย

2. **การออกกฎหมายต่างๆ**

รัฐบาลได้ออกกฎหมายและข้อบังคับต่างๆเพื่อใช้ในการคุ้มครองผู้บริโภคดังต่อไปนี้:

Canadian Centre on Substance Abuse Act

กฎหมายนี้ทำให้เกิด Independent Centre ภายใต้การอุปถัมภ์ของรัฐมนตรีสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมความสำนึกในเรื่องการใช้ยาและแอลกอฮอล์ โดยการให้ข้อมูลข่าวสารและรายการเพื่อการศึกษา

Canadian Environmental Protection Act

กฎหมายเกี่ยวกับสารพิษและสารที่ทำลายสิ่งแวดล้อม

Department of Health Act

กฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดอำนาจ หน้าที่ของรัฐมนตรีซึ่งต้องดูแลทุกเรื่องตั้งแต่การส่งเสริม การรักษาสถานะทางสุขภาพของประชาชนแคนาดา

Financial Administration Act

กฎหมายที่ให้อำนาจแก่ Health Protection Branch ในการกำหนดค่าธรรมเนียม ค่ายา

Food and Drugs Act

กฎหมายเกี่ยวกับอาหาร ยา เครื่องสำอางและเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำหน่ายในประเทศแคนาดา ไม่ว่าจะผลิตในประเทศหรือนำเข้าจากต่างประเทศ กำหนดมาตราฐานความปลอดภัย ส่วนประกอบ คุณค่าทางอาหารและฉลากบนอาหาร

Hazardous Materials Information Review Act

กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านการตรวจสอบความปลอดภัยของสารอันตรายและพิษวิทยาแก่ Hazardous Material Information Review Commission ภายใต้กฎหมายนี้

Hazardous Products Act

กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์อันตรายที่ผู้บริโภคใช้ (รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่อาจเกิดอันตรายสำหรับเด็ก เช่น ของเล่น เกมส์ และอุปกรณ์ต่างๆ) ซึ่งกฎหมายอื่นไม่ได้ครอบคลุม

Health Information Protection Act

กฎหมายคุ้มครองข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล

Narcotic Control Act

กฎหมายควบคุมสารเสพติด

Patent Act

กฎหมายควบคุมสิทธิบัตรยา

Quarantine Act

กฎหมายเกี่ยวกับการกักกันและตรวจสอบสินค้าและบุคคล เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อที่อาจติดมาด้วย

Tobacco Act

กฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์และการโฆษณายาสูบ รวมทั้งจำกัดการสูบบุหรี่ของเยาวชน การให้ข้อมูลสุขภาพบนห่อยาสูบ

Broadcasting Act

รัฐมนตรีสาธารณสุขสามารถควบคุมการโฆษณา เกี่ยวกับยา เครื่องสำอาง หรือ คำแนะนำด้านการป้องกันและรักษาโรคทางสื่อวิทยุและโทรทัศน์

National Transportation Act

กฎหมายนี้ให้บริษัทิเดินรถไฟอนุญาติให้กระทรวงสาธารณสุขติดป้ายที่เกี่ยวกับสุขภาพตามสถานีรถไฟและห้องน้ำบนขบวนรถ

Pest Control Products Act

กฎหมายควบคุมการผลิตและการนำเข้าผลิตภัณฑ์เพื่อควบคุมสัตว์ที่ก่อให้เกิดความรำคาญที่จำหน่ายหรือใช้ในแคนาดา

Radiation Emitting Devices Act

กฎหมายควบคุมการออกแบบ การสร้างและการใช้เครื่องมือกระจายรังสีที่นำเข้า ขายหรือให้เช่าในแคนาดา เช่น เตาอบไมโครเวฟ เครื่องมือเอกซ์เรย์ เครื่องมืออุลตร้าซาวน์ อุปกรณ์เลเซอร์ โทรทัศน์ และ sun-tanning lamps

Trade Marks Act

รัฐมนตรีสาธารณสุขสามารถประกาศใน Canada Gazette ว่า ยาตัวนั้นๆแตกต่างจากผลิตภัณฑ์ยี่ห้ออื่นๆที่มีอยู่ในท้องตลาด และอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพได้

กฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารระบบสุขภาพ

Canada Health Act

กฎหมายนี้กำหนดมาตราฐานและกฎเกณฑ์ที่แผนประกันสุขภาพของแต่ละรัฐจะต้องปฏิบัติตามเพื่อจะได้รับเงิน Canada Health and Social Transfer จากรัฐบาลกลาง มาตรฐาน 5 ประการคือ บริหารโดยรัฐ, ครบถ้วน, ทั่วหน้า, เคลื่อนย้ายได้ และเข้าถึงง่าย

Canada Medical Act

ใช้กับแพทยสภาของแคนาดา (Medical Council of Canada) ซึ่งมีหน้าที่กำหนดมาตราฐานของวิชาชีพแพทย์และขึ้นทะเบียนแพทย์

Health Resources Fund Act

กฎหมายเกี่ยวกับการให้เงินทุนในการก่อสร้างหรือปรับปรุงอาคาร ค่าใช้จ่ายในการวางแผนสุขภาพ

Medical Research Council Act

กฎหมายเกี่ยวข้องกับ Medical Research Council ซึ่งมีหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในแคนาดา

Pesticide Residue Compensation Act

3. **การร้องเรียน**

เมื่อผู้บริโภคต้องการร้องเรียนสามารถร้องเรียนต่อ College of Physicians and Surgeons ของแต่ละรัฐ ซึ่งมีหน้าที่ตรวจสอบการร้องเรียนที่เกี่ยวกับแพทย์ ตามกฎหมาย ***Medical Profession Act*** ส่วนใหญ่ขบวนการร้องเรียนกว่าจะสิ้นสุดจะใช้เวลาอย่างน้อย 4 เดือน (20, 21,22)

ที่วิทยาลัยฯ จะมีผู้ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้ร้องเรียน เรียกว่า Patient Advocate ซึ่งมีบทบาทดังต่อไปนี้

- รับฟังข้อร้องเรียน
- ตั้งคำถามเพื่อช่วยให้ข้อร้องเรียนกระจ่างขึ้น
- แนะนำถึงทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ซึ่งรวมถึงการร้องเรียนอย่างเป็นทางการต่อวิทยาลัย

ถ้าหากผู้บริโภคเลือกที่จะร้องเรียนอย่างเป็นทางการแล้ว Patient Advocate ก็มีหน้าที่ช่วยดังต่อไปนี้

1. จัดหาแบบฟอร์มร้องเรียนอย่างเป็นทางการ
2. พบกับผู้ป่วยเป็นการส่วนตัวเพื่อที่จะทำความเข้าใจกับข้อร้องเรียนให้มากขึ้นต่อไป
3. ตอบคำถามที่ผู้ป่วยสงสัยเกี่ยวกับกระบวนการร้องเรียน
4. เข้าร่วมประชุมและสรุปกับผู้ป่วยที่วิทยาลัย
5. ให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยได้รับการติดต่อจากวิทยาลัย

การสนทนาระหว่างผู้ป่วยกับ Patient Advocate ถือเป็นความลับระหว่างทั้ง 2 ฝ่ายเท่านั้น

ผลของการร้องเรียนอาจจะเป็น

- ถ้าหลักฐานไม่เพียงพอ การร้องเรียนก็ไม่เป็นผล
- ทางวิทยาลัยฯขอให้แพทย์ปรับปรุงตัว
- การไต่สวนอย่างเป็นทางการ (Formal hearing) อาจทำให้แพทย์ได้รับโทษ

ถ้าผู้บริโภคไม่พอใจในผลของการร้องเรียน ก็สามารถยื่นอุทธรณ์ต่อสภาของวิทยาลัย (College Council) ต่อไป สภามีอำนาจในการปรับและลงโทษแพทย์ที่ประพฤติเสียหาย รวมทั้งสั่งให้ตรวจสอบทักษะและความรู้ของแพทย์ได้ด้วย

ถ้าผู้บริโภคต้องการเรียกร้องค่าเสียหายจะต้องฟ้องต่อศาลแพ่ง โดยปกติแล้วผู้ป่วยจะไม่ถูกฟ้องกลับเมื่อร้องเรียนแพทย์ แต่ถ้าผู้ป่วยกระจายจดหมายร้องเรียนให้ผู้อื่น อาจถูกฟ้องหมิ่นประมาทได้

เท่าที่ผ่านมาเมื่อเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาแล้ว แคนาดามีการฟ้องร้องแพทย์น้อยมากๆ อาจจะเป็นเพราะระบบประกันสุขภาพที่ได้ผลดีและการควบคุมคุณภาพของแพทย์ที่ค่อนข้างเข้มงวด (35)

การตรวจสอบผู้รับบริการและผู้ให้บริการ (Beneficiary and Provider Audits)

การตรวจสอบผู้รับบริการ (Beneficiary Audit)

เมื่อมีการสงสัยว่าผู้บริโภคมารับบริการสุขภาพที่เกินความจำเป็นมากๆ กระทรวงสาธารณสุขของแต่ละรัฐจะมีหน่วยงานที่เรียกว่า Utilization Unit ทำการตรวจสอบผู้บริโภคเป็นรายๆ ไปตามสภาพการณ์และประวัติทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพมากจะไม่ถูกตรวจสอบ กฎหมายจะให้อำนาจรัฐในการตรวจสอบผู้ที่ใช้บริการสุขภาพในทางที่ผิด (abuse of services) และเรียกเงินค่าบริการคืนโดยผ่านกระบวนการทางศาล และอาจจะบังคับให้ผู้รับบริการผู้นั้นทำสัญญาจำกัดการเข้ารับบริการจากแพทย์เพียงคนเดียว (ในบางรัฐ) (37)

การตรวจสอบผู้ให้บริการ (Provider Audit)

แต่ถ้ามีการสงสัยว่าแพทย์เองเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้บริการสุขภาพที่เกินความจำเป็นและไม่สมควร แพทย์ผู้นั้นก็จะต้องถูกตรวจสอบด้วยโดย Audit Department ตาม Provider Audit Program ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนและกระบวนการตรวจสอบหลายๆ อย่าง เพื่อตรวจสอบแพทย์และทันตแพทย์ในเรื่องการเรียกเงินจากรัฐที่ผิดพลาด (detect misbilling) หรือ การให้บริการที่มากเกินความจำเป็น (excessive servicing or utilization) หรือ รูปแบบอื่นๆของการใช้ประกันสุขภาพในทางที่ผิด (other forms of abuse of the Plans) โดยจะได้ข้อมูลว่าควรจะตรวจสอบใครจาก (40)

1. Practice Profiles
   การวิเคราะห์ทางสถิติเพื่อหาว่าแพทย์ผู้นั้นมีรูปแบบของการให้บริการที่ผิดปกติที่ควรตรวจสอบหรือไม่

2. Targeted Fee Codes

แผนประกันสุขภาพจะมีรหัสของแต่ละการบริการสุขภาพเพื่อให้แพทย์ได้เรียกเก็บเงินจากรัฐบาล แต่ถ้ามีการเรียกเก็บเงินผิดพลาดก็จะต้องถูกตรวจสอบ

3. Beneficiary Verifications

รัฐจะมีการสอบถามไปยังผู้ที่ได้รับบริการสุขภาพว่าได้รับบริการนั้นๆ (ตามที่แพทย์ได้มาเรียกเก็บเงินจากรัฐ)จริงหรือไม่ โดยจะใช้วิธีสุ่มตัวอย่าง

4. Voluntary Information

บางครั้งจะมีพลเมืองดีส่งข้อมูลมาให้ ซึ่งรัฐก็จะทำการตรวจสอบต่อไป

การตรวจสอบผู้ให้บริการมี 2 ขั้นตอนคือ

1. การตรวจสอบขั้นต้น (Preliminary Audits)

ถ้ามีการตรวจสอบในขั้นต้นแล้วพบว่าไม่ผิดหรือผิดพลาดเพียงเล็กน้อย การตรวจสอบก็จะจบลง แต่ถ้าพบว่ามีความผิดจริงหรือต้องหาข้อมูลเพิ่มเติมก็จะต้องมีการตรวจสอบขั้นต่อไป

2. การตรวจสอบอย่างละเอียด (Comprehensive Audits)

ส่วนใหญ่การตรวจสอบในขั้นนี้เนื่องมาจากไม่ผ่านการตรวจสอบขั้นแรก ถ้าหลังจากการตรวจสอบอย่างละเอียดพบว่าไม่ผิดหรือผิดเพียงเล็กน้อย การตรวจสอบก็สิ้นสุด แต่ถ้าผิดจริงเนื่องจากผู้ให้บริการเองก็จะให้ผู้ให้บริการนั้นคืนเงินให้กับรัฐ

บทที่ 9
บทวิเคราะห์และบทเรียนสำหรับประเทศไทย

จากข้อมูลที่ได้นำเสนอในบทก่อนหน้านี้ เราสามารถที่จะนำมาวิเคราะห์ได้ดังต่อไปนี้

1. กฎหมาย *Canada Health Act*

การออกกฎหมายฉบับนี้นับเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ เพราะเป็นการให้อำนาจแก่รัฐบาลกลางในการทำหน้าที่บริหารและวางหลักการของระบบสุขภาพ (บริหารโดยรัฐ, ครอบคลุมครบถ้วน, บริการทั่วหน้า, เข้าถึงบริการได้ง่าย และ เคลื่อนย้ายได้) ก่อนหน้านี้รัฐบาลกลางมีแต่อำนาจในด้านการเงินการคลัง ส่วนการวางนโยบายของการให้บริการเป็นอำนาจของรัฐบาลท้องถิ่นซึ่งมีความหลากหลาย รัฐบาลกลางไม่อาจเข้าไปควบคุมหรือแทรกแซงได้ และเป็นประเด็นขัดแย้งมาตลอด ดังได้กล่าวมาแล้วในบทต้นๆ แต่เมื่อมีการออกกฎหมายนี้แล้ว รัฐบาลกลางจึงมีอำนาจในการกำหนดนโยบายหลักของระบบได้ รวมทั้งสามารถตั้งเงื่อนไขในการให้งบประมาณสนับสนุนโดยควบคุมให้รัฐต่างๆ ปฏิบัติตามแนวนโยบายที่วางไว้

มีการศึกษาเปรียบเทียบระบบสุขภาพของแคนาดา อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา พบว่า การควบคุมกำกับจากรัฐบาลเป็นกุญแจดอกสำคัญในการก่อให้เกิดระบบสุขภาพที่ดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (33)

2. ระบบการเงินและการคลัง

ระบบสุขภาพของแคนาดาเป็นลักษณะ “Publicly funded, privately deliver” และจะเห็นได้ว่าแคนาดาใช้ระบบภาษีเป็นแหล่งการเงินที่ใช้ในการสนับสนุนระบบประกันสุขภาพ แคนาดาเรียกระบบสุขภาพของตนเองว่า “National Health Insurance” ในขณะที่ประเทศอังกฤษเองซึ่งใช้ระบบภาษีในการสนับสนุนทางการเงินเหมือนกัน แต่เรียกระบบของตนว่า “National Health Service” ทั้งสองประเทศใช้ระบบภาษี แต่ก็ยังมีโครงสร้างที่แตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด นั่นคือ

- ประเทศอังกฤษไม่มีการกำหนดนิยามคำว่า “medically necessary” หรือ “การรักษาที่มีความจำเป็นทางการแพทย์” ที่เป็นพื้นฐานของการประกัน แต่ในแคนาดามีการกำหนดที่แน่ชัด
- อังกฤษจ่ายค่ายาตาม item ของยา ในขณะที่ชาวแคนาดาจ่ายค่ายาตามความเป็นจริง
- บางรัฐของแคนาดามีการเก็บค่าเบี้ยประกันเพิ่มเติม ในขณะที่อังกฤษไม่มี

และยังมีความแตกต่างกันอีกหลายด้าน

สิ่งที่ต้องการจะเน้นคือ แคนาดาเป็นประเทศประชาธิปไตยที่ระบบเศรษฐกิจเป็นระบบทุนนิยม แต่เมื่อเป็นเรื่องของการบริการสุขภาพกลับใช้ระบบสังคมนิยม นั่นคือ ประเทศชาติหรือคลังหลวงเป็นผู้จ่ายเรื่องสุขภาพ นักวิชาการจำนวนมากของแคนาดาระบุว่า การที่แคนาดาประสบความสำเร็จในระบบสุขภาพนั้นเพราะ แคนาดามีระบบกองทุนเดียว (Single payer) ทำให้ค่าการบริหารลดลง ใน

การประกันระบบสุขภาพนั้นสามารถที่จะใช้หลายกองทุนได้ดังเช่นในหลายประเทศ เช่น เยอรมัน ญี่ปุ่น แต่ของแคนาดาอ้างว่าไม่มีหลักฐานใดๆ ทั้งสิ้นที่แสดงว่าหลายกองทุนนั้นดีกว่ากองทุนเดียว ในทางตรงกันข้าม มีการพิสูจน์ให้เห็นชัดเจนว่าการมีกองทุนเดียวประสบความสำเร็จในการลดต้นทุน และเกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการสร้างระบบประกันสุขภาพขึ้นมา นักวิชาการและนักบริหารส่วนใหญ่ในแคนาดาก็ให้การสนับสนุนแนวคิดอันนี้โดยไม่เปลี่ยนแปลง (27)

3. ความเป็นธรรมในการเข้าถึงระบบสุขภาพ (Equity)

ในอดีตแคนาดามีสองระบบคือ ระบบเอกชนและระบบรัฐ (two-tier system) แต่ก็มีการต่อต้านและไม่เห็นด้วยเป็นอย่างมาก แต่ขณะนี้แคนาดามี one-tier system ซึ่งเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ชาวแคนาดามีสำนึกสูงในเรื่องความเป็นธรรม (29) จะเห็นได้ชัดว่า *Canada Health Act* ได้ก่อให้เกิดการล้มล้าง two-tier system โดยสิ้นเชิง นั่นคือ ถึงแม้คุณจะร่ำรวยแค่ไหน คุณก็ไม่สามารถใช้บริการแซงหน้าคนอื่นได้ หรือเข้าถึงบริการได้เร็วกว่าคนอื่น ถ้าคุณต้องการเข้าถึงบริการได้เร็วกว่าคนอื่นแม้จะเป็นกรณีไม่เร่งด่วนก็ตาม คุณจะต้องไปที่สหรัฐอเมริกา ถ้าหากยังอยู่ในประเทศแคนาดาก็จะต้องเข้าคิวตามระบบ การที่ *Canada Health Act* นั้นมีการลงโทษระบบ extra-billing ของแพทย์คือไม่ให้แพทย์เรียกเก็บเงินเพิ่มจากที่มีการกำหนดไว้ใน fee schedule แล้ว มาตราการทางด้านการเงินนี้ได้ผลในการทำให้ระบบ two-tier system นั้นหายไปจากประเทศแคนาดา

เรื่องนี้เป็นเรื่องที่น่าสนใจอีกเรื่องหนึ่ง ถึงแม้แคนาดาจะมีระบบเศรษฐกิจทุนนิยม แต่ความมีสำนึกในด้านความเป็นธรรม (Equity) สูงมาก จึงทำให้ระบบนี้อยู่รอดได้และได้รับการสนับสนุนจากประชาชนมากทีเดียว

4. การเคลื่อนย้ายได้ของประกัน (Portability)

ประชาชนในแคนาดามีความยืดหยุ่นสูงเมื่อมีประกันสุขภาพ คือถือบัตรอิเลกทรอนิคใบเดียวก็สามารถที่จะนำไปใช้บริการสุขภาพในรัฐต่างๆ ได้ การเคลื่อนย้ายได้ของสิทธิประโยชน์ในการได้รับบริการนั้น นอกเหนือจากระหว่างรัฐแล้วยังครอบคลุมไปถึงเมื่อชาวแคนาดาเดินทางไปยังต่างประเทศด้วย

5. แคนาดามีระบบ Health Information ที่ดี

เมื่อเราเข้าไปใน web site ต่างๆ ของเรื่องระบบสุขภาพ เราจะพบได้อย่างชัดเจน และเมื่อศึกษาระบบอย่างลึกซึ้งจะพบว่า แคนาดามีระบบสารสนเทศทางระบบสุขภาพที่ค่อนข้างมาก และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และถือเป็นประเด็นที่สำคัญที่รัฐบาลแคนาดามุ่งเน้นที่จะให้การพัฒนา สิ่งเหล่านี้เองสามารถที่จะทำให้การบริหารงานเรื่องระบบประกันดังกล่าวในประเด็นต่างๆ ข้างต้นประสบความสำเร็จได้

6. การควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยีราคาแพง

แคนาดามีการควบคุมที่ค่อนข้างเข้มแข็งจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลส่วนท้องถิ่น การซื้อเทคโนโลยีราคาแพงเป็นไปได้ไม่ง่าย จะต้องมีการตอบคำถามเรื่องความจำเป็นและความเหมาะสม

และจะต้องขอเป็นงบประมาณต่างหาก ซึ่งทำให้การกระจายตัวของเทคโนโลยีราคาแพงไม่ฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น

7. การมีส่วนร่วมของผู้บริโภค

ถึงแม้ว่าจะไม่มีองค์กรโดยเฉพาะที่จะปกป้องผู้บริโภคเรื่องสุขภาพโดยตรง หรือเป็นตัวแทนโดยตรง แต่แคนาดาก็มีระบบข้อมูลข่าวสารที่ให้กับผู้บริโภคเป็นอย่างมาก ผู้บริโภคมีโอกาสเลือก ผู้บริโภคมีการศึกษา ประเทศแคนาดามีการฟ้องร้องให้มีการชดใช้ค่าเสียหายทางการแพทย์น้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านคือ สหรัฐอเมริกา ผู้บริโภคส่วนใหญ่ของแคนาดายังพอใจในระบบสุขภาพที่ตนเองได้รับอยู่ ทั้งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) เป็นไปได้ด้วยดี

ประเด็นปัญหาของระบบสุขภาพของแคนาดา

- ประเทศแคนาดามีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แต่แพทย์เวชปฏิบัติเหล่านี้ไม่มีความผูกพันโดยส่วนตัวหรือเป็นแพทย์ที่ดูแลครอบครัว (Family Practitioner) เหมือนในประเทศอังกฤษ ชาวแคนาดาสามารถไปพบแพทย์ที่ไหนก็ได้ด้วยบัตรประกันสุขภาพของเขาเพียงใบเดียว ฉะนั้นการที่จะมีแพทย์ส่วนตัวประจำเป็นเรื่องของโอกาสมากกว่าที่จะเป็นเรื่องเฉพาะเจาะจงหรือถูกบังคับ

- แคนาดาเป็นประเทศที่เป็นสหพันธรัฐ ฉะนั้นจึงหลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะมีความขัดแย้งระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่น เริ่มตั้งแต่ในประวัติศาสตร์การตั้งประเทศแคนาดาขึ้น *The British North America Act* (1867) ให้อำนาจรัฐบาลท้องถิ่นในการจัดการบริการสุขภาพแต่ไม่มีอำนาจทางด้านการเงิน ในขณะที่รัฐบาลกลางมีอำนาจทางด้านการเงิน แต่ไม่มีหน้าที่ความรับผิดชอบเรื่องการแพทย์ ความขัดแย้งอันยาวนานเกิดขึ้นว่า จะมีการโอนถ่ายเงินให้การสนับสนุนจากรัฐบาลกลางไปยังรัฐบาลท้องถิ่นอย่างไร ระบบภาษีควรจะเก็บอย่างไรจึงจะยุติธรรม จะแบ่งสรรปันส่วนกันอย่างไร ใครเป็นผู้กำหนดนโยบาย

- ขณะนี้มีการถกเถียงกันว่ากฎหมายกลางของแคนาดาซึ่งกำหนดให้แผนประกันสุขภาพนั้นจะต้องให้บริการทางการแพทย์ที่มีความจำเป็น (medically necessary) แต่หลายรัฐบาลท้องถิ่นในขณะนี้มีความแตกต่างกันระหว่างการให้ประกันการแพทย์ที่มีความจำเป็นพื้นฐานนี้ บางรัฐให้มาก บางรัฐให้น้อย มีการท้าทายให้นิยามคำว่า “medical necessity” ว่าคืออะไร ส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของความขัดแย้งทางวิชาการโดยตรง แต่อีกส่วนเป็นเรื่องของการที่รัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นไม่สามารถลงรอยกันได้ในเรื่องการสนับสนุนทางการเงิน เมื่อขยายนิยามของคำว่า medical necessity ออกไปกว้างขึ้นก็หมายความว่าจะต้องใช้เงินมากขึ้นเป็นเงาตามตัว

ระบบที่ดีในที่สุดก็ต้องเป็นศัตรูของตัวมันเอง เทคโนโลยีราคาสูงขึ้น ประชากรอายุมากขึ้น การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุมากขึ้นต้องใช้การรักษาพยาบาลที่แพงขึ้น สภาพเศรษฐกิจที่ไม่เสถียร ทั้งหมดนั้นทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า การปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีประเด็นใหญ่ที่สำคัญที่สุดอันหนึ่งคือ การควบคุมราคา ทุกคนต้องการสินค้าดีราคาถูกทั้งสิ้น ดังนั้นมาตราการทางด้านการควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost Containment) จะต้องไม่ทำให้ประชาชนรู้สึกว่ารัฐบาลตระหนี่ถี่เหนียว ไม่ต้องการให้เห็นเรื่องนี้เป็นประเด็นใหญ่ ไม่มีใครกล้าพูดเรื่องนี้อย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา แต่ขบวนการต่างๆ ที่เกิดขึ้นก็มักจะมีเรื่องของ Cost Containment แอบแฝงอยู่เสมอนอกเหนือจากประเด็นอื่นๆ

กลยุทธ์ดังต่อไปนี้ได้ถูกนำมาใช้ในประเทศแคนาดาเพื่อลดค่าใช้จ่าย แต่ในขณะเดียวกันก็เพิ่มประสิทธิภาพให้กับระบบ คือ

1. เน้นเรื่อง evidence-based medicine การสูญเสียหลายอย่างที่เกิดขึ้นหลายอย่างเกิดขึ้นโดยไม่มีความจำเป็น ฉะนั้นแนวโน้มกลยุทธ์ที่รัฐบาลแคนาดาใช้คือ พยายามเสริมสร้างการใช้ evidence-based medicine ให้มากขึ้น มีองค์กรที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูล ทำวิจัยเรื่องการรักษา การคุ้มทุนต่างๆ
2. เน้นเรื่อง Health Information เมื่อคนเรามีข้อมูลมากขึ้น การป้องกันตัวเองก็ดีขึ้น การสูญเสียก็น้อยลง
3. เน้นเรื่อง Health Promotion เมื่อเจ็บป่วยน้อยลง ทุกอย่างก็สูญเสียน้อยลงตามมา
4. เน้นเรื่อง Primary Care หลายกรณีไม่มีความจำเป็นต้องไปถึงมือของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งทำให้สิ้นเปลืองและเป็นการไม่มีประสิทธิภาพในการใช้บริการทางการแพทย์ รวมทั้งไม่มีความผูกพันระหว่าง GP กับครอบครัว กับประชากรดังกล่าวมาข้างต้น ขณะนี้แคนาดาได้เริ่มให้มีการวิจัยและให้การสนับสนุนมาตราการทาง Primary Care มากขึ้น
5. Integrated Services พบว่าการให้บริการทางการแพทย์ไม่ใช่เฉพาะแพทย์เป็นผู้ให้บริการแต่ผู้เดียว แต่ยังมีบุคลากรอื่นๆ อีกเช่น ทันตแพทย์ เภสัชกร อาชีวบำบัด ฯลฯ ต่างก็กระจัดกระจายทำให้มีความไม่สะดวกและความไม่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้น ฉะนั้นมาตราการที่รัฐบาลแคนาดาจะใช้คือ เรื่องของ Integrated Services ให้มีการทำวิจัยมากขึ้น
6. Home Care มีการศึกษาการบริการผู้ป่วยเรื้อรังอย่างเดียวกัน พบว่าการให้บริการที่บ้านถูกกว่าการให้บริการในสถาบัน ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงผู้ที่จะดูแลอยู่ที่บ้านด้วย
7. Role Substitution มีการศึกษาดังที่กล่าวมาในบทก่อนหน้านี้ว่า มีการใช้พยาบาลเวชปฏิบัติเมื่อให้บริการโดยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ จะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลไม่ต่างจากการใช้แพทย์ในหลายกรณีในชุมชน และการพัฒนาความยืดหยุ่นระหว่างบุคลากรที่ให้บริการทางสุขภาพจะต้องเกิดให้มากขึ้นในโลกยุคปัจจุบัน
8. การต่อรองระหว่างรัฐกับแพทย์ ในการปฏิรูปสุขภาพที่ผ่านมาถึงแม้ว่าเราจะกล่าวอย่างไรก็ตาม สิ่งหนึ่งที่สำคัญและหลีกเลี่ยงไม่ได้คือ การลดอำนาจแพทย์ให้ได้ ซึ่งจะก่อให้เกิด

ประโยชน์หลายอย่าง การลดอำนาจแพทย์มิได้หมายถึง การลดความรู้ทางวิชาการทางการแพทย์ แต่หมายถึงว่า แพทย์มีอำนาจในทุกๆ เรื่องมากเกินไปจนไม่ได้เข้าถึงระบบรวม การลดอำนาจแพทย์ดูเหมือนว่าจะควบคู่ไปกับการเพิ่มอำนาจของประชาชน ซึ่งก็เป็นความจริง แต่กลับพบว่า แม้ว่าจะเพิ่มอำนาจประชาชนอย่างไรโดยไม่ลดอำนาจแพทย์ก็พบว่ายากที่จะก่อให้เกิดการปฏิรูปได้สำเร็จอย่างมาก

กลไกต่างๆ ที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว ไม่ว่าจะเป็นแคนาดาหรือประเทศอังกฤษ เช่นในเรื่อง evidence-based medicine, peer review, clinical practice guidelines เรื่องอื่นๆ นั้นเกิดขึ้นมาเพื่อผลประโยชน์ของประชาชนอย่างแท้จริง แต่ถ้ามองให้ลึกๆ แล้วจะพบว่า จริงๆ แล้วนั่นเป็นการลดอำนาจแพทย์ คือ ไม่ให้แพทย์ปฏิบัติในเวชปฏิบัติโดยไม่มีหลักฐานอ้างอิง หรือโดยไม่คำนึงถึงเรื่องอื่นๆ อีก

บทเรียนสำหรับประเทศไทย

ประเด็นต่างๆที่ได้กล่าวมาข้างต้นควรจะเป็นบทเรียนสำหรับประเทศไทยเป็นอย่างดี

1. เรื่องการใช้ระบบภาษีและมีกองทุนเดียวในการสนับสนุนระบบประกันสุขภาพ

   มีนักวิชาการถกเถียงกันมากมายว่า ระบบภาษีของไทยยังไม่เป็นธรรมโดยส่วนรวม ฉะนั้นการใช้ระบบภาษีจะยิ่งก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมมากขึ้น แต่ผู้วิจัยคิดว่าน่าจะมีการศึกษากันอย่างจริงจังว่า ทำไมประเทศที่ประสบความสำเร็จในระบบประกันสุขภาพเป็นอย่างดี เช่น อังกฤษและแคนาดาจึงใช้ระบบภาษี แทนที่เราจะกล่าวว่าประเทศเราไม่เป็นธรรมแล้วก็ไม่ทำ เราควรจะดูว่าเขาทำอย่างไรเขาจึงสำเร็จ แล้วทำไมเราจึงจะทำอย่างเขาไม่ได้บ้าง การศึกษาทั่วโลกได้วิเคราะห์ให้เห็นว่า ระบบภาษีเป็นระบบที่ยุติธรรมอยู่ถ้าทำได้ดี แน่นอนทีเดียวการปฏิรูประบบสุขภาพจะต้องเป็นไปควบคู่กับการปฏิรูปเรื่องอื่นๆ ในสังคม เช่นการปฏิรูปการศึกษา การปฏิรูประบบบริหาร การปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูประบบการเก็บภาษี
2. ขบวนการตรวจสอบคุณภาพของแพทย์ต้องเข้มแข็งขึ้น
3. ประเทศไทยควรมีการพัฒนาเรื่องสารสนเทศทางสุขภาพ (Health Information) อย่างจริงจัง การตั้งสถาบันที่ทำหน้าที่เรื่องนี้โดยเฉพาะ
4. การผลักดันออกกฎหมายปฏิรูประบบสุขภาพให้สำเร็จ

   จะเห็นว่าปัญหาต่างๆ ในประเทศแคนาดา เมื่อมีความขัดแย้งระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลท้องถิ่น ในที่สุดก็ประสบความสำเร็จ โดยกฎหมายที่เรียกว่า *Canada Health Act 1984* ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพของแคนาดาเลยทีเดียว

   แน่นอนกฎหมายไม่ใช่เรื่องใหญ่ที่สุดแต่ก็เป็นเรื่องสำคัญเรื่องหนึ่ง
5. จะต้องให้การเมืองนำและกำกับการปฏิรูปให้เป็นธรรม

จริงอยู่การปฏิรูปเป็นเรื่องของประชาชนทั่วไป แต่ผู้เขียนไม่เชื่อว่าภาครัฐหรือภาคเอกชนใดภาคเอกชนหนึ่งจะทำได้สำเร็จ หรือพูดกว้างๆ คือ ทุกคนต้องร่วมมือกันจึงจะก่อให้เกิดความสำเร็จ แต่ประวัติศาสตร์ชี้ให้เห็นชัดว่า การปฏิรูปจะต้องเริ่มเมื่อมีผู้นำที่กล้าหาญ เช่นในแคนาดาเริ่มต้นที่รัฐ Saskatchewan และใช้เวลาถึง 10 ปีกว่ารัฐอื่นจะตามมาในประเด็นๆ ทีละเรื่อง หรือพรรคกึ่งสังคมนิยมหรือ Liberal นั้นเป็นผู้นำ (ในประวัติศาสตร์ไม่เคยมีพรรคที่เป็นนายทุนหรือทุนนิยมเป็นผู้นำในเรื่องการปฏิรูปอย่างถอนรากถอนโคน) ขบวนการเปลี่ยนแปลงนั้นใช้เวลามาก ถ้าหากว่าปล่อยให้เกิดการร่วมมือกันของส่วนเล็กส่วนย่อยในแต่ละส่วน (Piecemeal) นั้นก็จะไม่เกิด คงจะต้องใช้การเมืองที่มีผู้นำร่วมกับผู้รู้ที่กล้าหาญเป็นผู้นำในการปฏิรูปอย่างแท้จริง พร้อมๆ ไปกับการให้การศึกษา การพัฒนาด้านอื่นๆ ของประชากร

เป็นที่น่าสังเกตว่าถึงแม้ชาวแคนาดาค้าขายแบบนายทุน แต่หัวใจรักความเป็นธรรมมาก เรื่องเหล่านี้จะปลูกฝังอย่างไรในประชากรของไทยเป็นเรื่องที่น่าคิดและติดตามต่อไป

สรุป

การที่เราจะเน้นแต่เรื่องการปฏิรูปการบริหารจัดการตามแนวตะวันตกอย่างเดียวนั้น อาจจะเปรียบเสมือนการนำเอาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคอ้วนมารักษาคนผอม นั่นคือ เราคงจะทราบว่าเราเลียนแบบในทุกเรื่องไม่ได้ ในต่างประเทศเขาเริ่มต้นที่งบประมาณตั้งต้นและค่าใช้จ่ายที่มากกว่าเรานัก กระนั้นก็ตามเขาก็ยังมีปัญหาเรื่องการเงินของระบบสุขภาพ สำหรับประเทศไทยยิ่งแล้วใหญ่ เราควรจะต้องเรียงลำดับความสำคัญของการปฏิรูปให้ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมไทย-แคนาดา. คู่มือการศึกษาในแคนาดา. กรุงเทพมหานคร:เอดิสัน เพรส โพรดักส์.
2. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ ชาญวิทย์ ทระเทพ. (2542) การจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์ประเภทคุรุภัณฑ์ราคาแพง: การทบทวนองค์ความรู้ระดับนโยบาย. กรุงเทพมหานคร: สวรส.
3. Alberta Health and Wellness. AHCIP/ Benefits. Http://www.health.gov.ab.ca/ ahcip/benefits.htm.
4. Alberta Health and Wellness. AHCIP/ Exclusions from AHCIP Coverage. Http://www.health.gov.ab.ca/ ahcip/exclusi.htm.
5. Alberta Health and Wellness. AHCIP/ other Health Services & Programs Funded by Alberta Health Care Insurance. Http://www.health.gov.ab.ca/ ahcip/other.htm.
6. Alberta Health and Wellness. AHCIP/ Premiums and Rates. Http://www.health.gov.ab.ca/ ahcip/premiums.htm
7. Alberta Health and Wellness. AHCIP/ Who is eligible for Coverage. Http://www.health.gov.ab.ca/ ahcip/eligible.htm.
8. Alberta Health and Wellness. Alberta Health Care Insurance. Http://www.health.gov.ab.ca/ ahcip.htm.
9. Alberta Health and Wellness. Alberta's Restructured Health System. Http://www.health.gov.ab.ca/ about/index.htm.
10. Alberta Health and Wellness. Funding/Budget Facts. Http://www.health.gov.ab.ca/ funding/funfact.htm.
11. Alberta Health and Wellness. Health Care Providers. Http://www.health.gov.ab.ca/ about/boutprov.htm.
12. Alberta Health and Wellness. How Alberta's Health System Works. Http://www.health.gov.ab.ca/ about/bouthow.htm.
13. Alberta Health and Wellness. Population-Based Funding. Http://www.health.gov.ab.ca/ funding/funpop.html.
14. Alberta Health and Wellness. Private Health Clinics. Http://www.health.gov.ab.ca/ about/boutpriv.htm.
15. Alberta Health and Wellness. Province-Wide Services Funding. Http://www.health.gov.ab.ca/ funding/funprov.htm.

16. Alberta Health and Wellness. Public Health Services. Http://www.health.gov.ab.ca/about/boutpub.htm.
17. Alberta Health and Wellness. RHAs/Funding Increases. Http://www.health.gov.ab.ca/rhas/rhafund..htm.
18. Alberta Health and Wellness. What People Think. Http://www.health.gov.ab.ca/about/boutwhat.htm.
19. Canadian Institute for Health Information, 2000. Health Care in Canada: A first annual report. Http://www.cihi.ca
20. College of Physicians & Surgeons of Alberta. Complaints. Http://www.cpsa.ab.ca/complaints.htm
21. College of Physicians & Surgeons of Alberta. Physicians and the Complaint Process. Http://www.cpsa.ab.ca/complaints/physician_complaint.htm
22. College of Physicians & Surgeons of Alberta. The Complaint Process. Http://www.cpsa.ab.ca/complaints/process.htm
23. Health Canada. About Health Canada. Http://www.hc-sc.gc.ca/english.about.htm.
24. Health Canada. Canada Health Act. Http://www.hc-sc..gc.ca/medicare/chaover.htm.
25. Health Canada. Canada's Health Care System. Http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/datahesa/E_sys.pdf.
26. Health Canada. Drug Costs in Canada. Http://www.hc-sc.gc.ca/datapcb/datahesa/E_drugs.htm
27. Health Canada. Speech on A Federal Perspective on Health care Reform Pulse'98 (Alan Nymark, 11 May 1998). Http://www.hc-sc.gc.ca
28. Health Canada. Towards a better informed consumer of prescription medicines. Http://www. hc-sc.gc.ca/hbb-dgps/therapeut/ztiles/english/consult/wkshd2ca/pmae_e.pdf.
29. Health Canada. Speech on Good Health and Quality Care…Moving Forward Together (Allan Rock, 17 Feb 1999). Http:// www.hc-sc.gc.ca/medicare/17feb99m.htm.
30. Beland, F. (1999). Preventive and Primary Care Access Systems: CLSCs as Neighborhood and Social Service Centers in Quebec. In Powell, F.D. & Wessen, A.F. (eds) *Health Care Systems in Transition: An International Perspective.* Part III. The Canadian Experience. pp. 173-200. California: Sage Publications.
31. Charles, C.A. & Badgley, R.F. (1999). Canadian National Health Insurance: Evolution and Unresolved Policy Issues. In Powell, F.D. & Wessen, A.F. (eds) *Health Care Systems in*

Transition: An International Perspective. Part III. The Canadian Experience. pp. 115-150. California: Sage Publications.

32. Fooks, C. (1999). Will Power, Cost Control, and Health Reform in Canada, 1987-1992. In Powell, F.D. & Wessen, A.F. (eds.) *Health Care Systems in Transition: An International Perspective.* Part III. The Canadian Experience. pp. 151-172. California: Sage Publications.
33. Hatcher, G. et al. (1984). Health Services in Canada. In Raffel, M. (ed.) *Comparative Health System.* pp. 86-132. Pennsylvania:The Pennsylvania State University Press.
34. Pong, R.W. et al (1995). Health Human Resources in Community-based Health Care: A review of the literature. Ottawa: Health Canada.
35. Roemer, A.C. (1991). National Health Systems of the World, Vol. I. Oxford: Oxford University Press.
36. Newfoundland Medical Care Plan. Dental Health Plan. Http://www.gov.nf.ca/mcp/dental.htm.
37. Newfoundland Medical Care Plan. Information for Beneficiaries. Http://www.gov.nf.ca/mcp/info_ben.html.
38. Newfoundland Medical Care Plan. Hospital Insurance Plan. Http://www.gov.nf.ca/mcp/health/htm.
39. Newfoundland Medical Care Plan. Medical Care Plan. Http://www.gov.nf.ca/mcp/mcp.htm.
40. Newfoundland Medical Care Plan. Provider Audits. Http://www.gov.nf.ca/mcp/paudit.htm.
41. Newfoundland Medical Care Plan. Surgical-Dental Plan. Http://www/gov.nf.ca/mcp/surgdent.htm.

ภาคผนวก

1. **Canada Health Act – Overview ***
2. **Legislation relevant to Health Canada ****
3. **ตารางเปรียบเทียบ Human Development Index (HDI)*****, **Health System Performance (HSP)****** และ **Health Account Indicators ******

* Canada Health Act. Http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/chaover.htm.

** About Health Canada. Http://www.hc-sc.ca/english.about.htm.

*** UNDP. Human Development Report 1997, 1998, 1999.

**** WHO Report 2000.

Canada Health Act – Overview

The ***Canada Health Act*** received Royal Assent on April 17, 1984, with the unanimous support of the House of Commons and the Senate. The ***Act***, which came into force on April 1, 1984, repealed the ***Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*** and the ***Medical Care Act***.

The purpose of the ***Canada Health Act*** is to:

> *"establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made."*

The criteria, conditions and provisions relating to **extra-billing** and **user charges** are set out in sections 7 through 12 and sections 13, 18 and 19 of the ***Act***. The criteria and extra-billing and user charge provisions apply to insured health services only, and do not pertain to extended health care services (EHCS). Only the conditions, as set out in section 13, relate to both insured health services and EHCS. The insured health services defined by the ***Canada Health Act*** include all medically necessary hospital services and medically required physician services, as well as medically or dentally required surgical-dental services requiring a hospital for their proper performance.

Extended health care services (EHCS) payments are made in respect of nursing home intermediate care, adult residential care, home care and ambulatory health care. The services are part of a broad range of health and social services offered by a variety of community and institutional programs and facilities to residents of a province. The majority of residents using these services are aged 65 and over.

The criteria and conditions that each provincial health insurance plan must meet in order to receive full federal cash contributions under the Canada Health and Social Transfer (CHST) in each fiscal year are:

Criteria

1. **Public Administration**

   Pursuant to section 8, the health care insurance plan must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority, responsible to the provincial government and subject to audit of its accounts and financial transactions.

2. **Comprehensiveness**

   Pursuant to section 9, the plan must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and, where permitted, services rendered by other health care practitioners.

3. **Universality**

   Section 10 requires that 100 percent of the insured persons of a province be entitled to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

4. **Portability**

   In accordance with section 11, residents moving to another province must continue to be covered for insured health services by the home province during any minimum waiting period imposed by the new province of residence not to exceed three months. For insured persons, insured health services must be made available while they are temporarily absent from their own provinces on the basis that:

   a. insured services received out of a province, but still in Canada, are to be paid for by the home province at host province rates unless another arrangement for the payment of costs exists between the provinces. Prior approval may be required for elective services;

   b. out-of-country services are to be paid, as a minimum, on the basis of the amount that would have been paid by the home province for similar services rendered in the province. Prior approval may also be required for elective services.

5. **Accessibility**

   By virtue of section 12, the health care insurance plan of a province must provide for:

   a. Insured health services on uniform terms and conditions and reasonable access by insured persons to insured health services unprecluded or unimpeded, either directly or indirectly, by charges or other means;
   b. Reasonable compensation to physicians and dentists for all insured health services rendered;
   c. Payments to hospitals in respect of the cost of insured health services.

Conditions

In addition to the aforementioned criteria, the conditions that provincial governments must meet in order to be eligible for the full cash portion of the federal contribution and payment in respect of insured health services, as well as extended health care services, are:

1. the provision of information that the Minister of Health may require for the purposes of this ***Act***, at the times and in the manner prescribed by the regulations; and
2. the appropriate recognition to the *Canada Health and Social Transfer* relating to insured health services and extended health care services in the province.

Other

The ***Canada Health Act*** also prescribes a consultation process in the case of compliance questions concerning the criteria or the information and visibility conditions. In the event that the federal Minister is of the opinion that a provincial plan does not satisfy any of the criteria or the information and visibility conditions, reductions to federal contributions may be made. Prior to referring the matter to the Governor in Council, the Minister must notify the province, seek clarification from the province, report on the findings, and, if requested by the provincial Health Minister, meet to discuss the matter. Only upon satisfaction of the Governor in Council that the province has ceased to satisfy any one of the criteria or conditions may an order be issued to reduce or withhold cash contributions to a province.

Regulations

The ***Act*** provides for the making of regulations for its administration, including regulations on:

A. **Extended Health Care Services**

The extended health care services regulations would provide for the definition in greater detail of those services listed in the ***Act*** as "extended health care services". The ***Act*** requires the agreement of each of the provinces prior to any regulations being made in this respect, unless the regulations are substantially the same as regulations made under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, as it read immediately before ***April 1, 1984***.

B. **Hospital Services Exclusions**

Hospital Services are defined in the ***Act*** (section 2) to be all medically necessary in-patient and out-patient services provided at a hospital, except those services specifically excluded by regulations. Under the ***Hospital Insurance and Diagnostic Services Act***, agreements between Canada and the provinces provided for certain "exclusions" to coverage. The purpose of the Hospital Services Exclusions Regulations under the ***Canada Health Act*** would be to embody established precedents and list those services that may be delivered in a hospital setting but that would not be considered insured hospital services.

Under the ***Canada Health Act***, agreement is required by all provinces in order to make regulations in respect of these exclusions. To date, no regulations for "Extended Health Care Services" or "Hospital Services" exclusions have been promulgated.

C. **Information**

Regulations may be established to prescribe the types of information the Minister may require for the purposes of the ***Act***, and the times at which and the manner in which the information shall be provided. Prior to regulations being made, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces. The Extra-Billing and User Charges Information Regulations are regulations of this type.

D. **Recognition of Contributions and Payments by Canada**

Regulations may be made regarding the form and manner in which the provinces are required to recognize federal contributions and payments under the *Canada Health and Social Transfer*. Prior to enactment of these regulations, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces.

Extra-Billing/User Charges Provisions

The ***Canada Health Act*** states that "*continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians*." This principle of accessibility is reflected by specific provisions in the ***Canada Health Act*** intended to discourage extra-billing and user charges. The ***Canada Health Act*** stipulates that a province may qualify for a full cash contribution in respect of insured health services for a fiscal year, only if no payments are made under the provincial health care insurance plan that have been subject to extra-billing. Additionally, the province must not permit user charges for insured health services under the plan, except as provided for under subsection 19 (2) respecting persons who require chronic care and who are more or less permanently residing in a hospital or other institution. If it has been determined that either extra-billing or user charges, or both, exist in a province, then a mandatory deduction is to be made from the federal cash contribution. The amount of such a deduction for a fiscal year is an amount that, on the basis of information provided by the province in accordance with the Extra-Billing and User Charges Information Regulations, the federal Minister of Health determines to have been charged through extra-billing or user charges. Where a province does not provide the information according to the Regulations, the amount of the deduction is an amount that the Minister estimates to have been so charged pursuant to subsections 20 (1), 20 (2) and 20 (3) of the ***Canada Health Act***.

Subsection 20 (5) of the ***Canada Health Act*** provided an incentive for the early elimination of these charges. A province that ended extra-billing or user charges within three years of the coming into force of the ***Canada Health Act***, that is, before April 1, 1987, was entitled to have the total amount of deductions refunded. All provinces in which direct charges existed did, in fact, establish or revise laws, regulations or practices to comply with the extra-billing and user charges conditions by the established deadline. Consequently, prior withheld funds were paid to the provinces as required under the ***Canada Health Act***. Deductions made beginning April 1, 1987 have not been refunded.

Canada Health Act Administration

The ***Canada Health Act*** aims to ensure that all residents of Canada have access to necessary health care on a prepaid basis by establishing criteria and conditions for the provinces and territories to satisfy in order to qualify for their full share of the federal transfers made by the Minister of Finance under the *Canada Health and Social Transfer* (CHST). The Minister of Health continues to be responsible for determining the amounts of any deductions or withholdings pursuant to the ***Canada Health Act***, including those for extra-billing and user charges.

On behalf of the Minister, the Canada Health Act Division of Health Canada ensures systematic monitoring of the criteria and conditions. Accordingly, during the year under review, a number of issues related to possible non-compliance were identified and resolved, while some cases are currently under review. As was done in the past, recommendations concerning potential deductions are presented to the Minister for approval. Once the Minister has authorized deductions, amounts are communicated to the Department of Finance. The Department of Finance makes the actual deductions from the twice monthly CHST payments to the provinces and territories. The Division also carries out the consultative, analytic and administrative functions pertaining to the administration of the ***Canada Health Act***.

Information

Ministers have agreed that the most efficient approach to information exchange is to fully utilize and, where necessary, build upon existing joint information systems. There are Extra-Billing and User Charges Information Regulations that were promulgated by the Governor in Council. Also, at the request of the federal Minister of Health, annual statements are provided by provincial Health Ministers. These statements describe operations of provincial plans in relation to the ***Canada Health Act*** and are incorporated in the production of the *Canada Health Act Annual Report*.

Legislation relevant to Health Canada

Part I

The Minister of Health has total or partial responsibility for the administration of the following legislation:

Canada Health Act

This Act establishes the criteria and conditions which provincial health insurance plans must meet to receive the full cash contributions under the Canada Health and Social Transfer. Five criteria -- public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility -- govern this Act.

Canada Medical Act

This Act created the Medical Council of Canada whose primary function is to establish national qualifications to practise medicine and to maintain a registry of medical practitioners.

Canadian Centre on Substance Abuse Act

This Act created an independent Centre under the auspices of the Minister of Health, to promote increased awareness of drug and alcohol abuse through a variety of information and educational programs.

Canadian Environmental Protection Act

The potential risks of environmental pollutants and toxic substances are evaluated under this Act.

Department of Health Act

This Act sets out the powers, duties and functions of the Minister which extend to all matters covering the promotion or preservation of the health of Canadians over which Parliament has jurisdiction.

Financial Administration Act

An Order adopted under this Act authorizes the Department's Health Protection Branch to charge fees for processing drug submissions and establishes fees for providing dosimetry services.

Fitness and Amateur Sport Act

To promote fitness and amateur sport in Canada, this Act provides for the authority of the Minister to

enter into grants, provincial cost sharing and the creation of the National Advisory Council on Fitness and Amateur Sport. In June 1993, responsibilities for Sport Canada were transferred to the Department of Canadian Heritage.

Food and Drugs Act

This Act applies to all food, drugs, cosmetics and medical devices sold in Canada, whether manufactured in Canada or imported. The Act and Regulations specify safety, compositional, nutritional and labelling requirements for food. New drugs cannot be marketed in Canada without a Notice of Compliance (NOC) from Health Canada verifying that the manufacture and sale of the new drug is in compliance with Food and Drugs Act Regulations. Medical devices, cosmetics and "old" drugs must also meet departmental safety standards. Parts III and IV of this Act involve regulations governing the sale of restricted and controlled drugs.

Hazardous Materials Information Review Act

The Department acts as scientific and toxicology advisor to the screening agent of the Hazardous Material Information Review Commission responsible for reviewing material safety data.

Hazardous Products Act

This Act controls the sale, labelling, advertising and importation of hazardous products used by consumers in the workplace that are not covered by other acts and listed as prohibited or restricted products. The Act covers consumer products which are poisonous, toxic, inflammable, explosive, corrosive, infectious, oxidizing or reactive; workplace hazardous materials; products intended for domestic or personal use, gardening, sports or other recreational activities, for lifesaving or for children (i.e., toys, games and equipment) which pose or are likely to pose a hazard to public health and safety because of their design, construction or contents.

Health Resources Fund Act

By this Act the Health Resources Fund was established within the federal government's Consolidated Revenue Fund to contribute to the cost of planning health training facilities or acquiring, constructing or renovating any buildings for this purpose in the provinces. It also established the Health Resources Advisory Committee to advise the Minister of Health on requests for contributions made under this Act.

Medical Research Council Act

This Act establishes the Medical Research Council responsible for promoting, supporting and conducting research into health science in Canada.

Narcotic Control Act

Under Part I of the Act, unauthorized possession of and trafficking in narcotics is prohibited, as is the cultivation of opium poppy and marijuana.

Patent Act

The amended Patent Act transferred responsibility for the Patent Medicine Prices Review Board to the Minister of Health. It abolished compulsory licensing for patents and extended the patent protection for innovators to 20 years. It also required that the issuance by the Drugs Directorate of a Notice of Compliance for a second entry drug be linked to the patent status of the original.

Pest Control Products Act

Under this Act, all products imported, manufactured, sold or used in Canada to control pests must be registered. A pest control product is not registered unless any associated health or environmental health risks have been determined to be acceptable and the product serves a useful purpose.

Pesticide Residue Compensation Act

For a farmer to receive compensation from the Minister of Agriculture for loss of revenue under this Act, he or she requires a certificate from the Minister of Health confirming the presence of pesticide residue and confirming that the sale of the product would infringe the Food and Drugs Act.

Quarantine Act

The Minister of Health is authorized to establish quarantine stations and inspect and detain cargo, goods and persons in order to prevent the introduction into Canada of infectious and contagious diseases.

Queen Elizabeth II Canadian Research Fund Act

This Act establishes a corporation to administer the Queen Elizabeth II Fund to research diseases in children. It is administered by the Medical Research Council.

Radiation Emitting Devices Act

This Act controls the design, construction and function of radiation-emitting devices imported, sold or leased in Canada such as microwave ovens, x-ray equipment, sun-tanning lamps, ultrasound equipment, laser devices and television.

Sport Pool and Loto Canada Winding-Up Act

This Act dissolves the Canadian Sport Pool Corporation and Loto Canada Inc.

Tobacco Act

This Act establishes powers to regulate tobacco products, to limit youth access to tobacco products, to

restrict the promotion of tobacco products, and to increases health information on tobacco packages. It replaces the Tobacco Products Control Act and the Tobacco Sales to Young Persons Act.

Part II

Acts and Regulations in which the Department is involved or has a special interest.

Aeronautics Act

The Department offers advice and assistance to the Department of Transport to ensure the operational fitness of air traffic controllers and pilots.

Atomic Energy Control Act

The Department appoints medical advisors to the Atomic Energy Control Board to protect the health and safety of atomic radiation workers by monitoring exposure to radiation.

Broadcasting Act

Under regulations adopted under this Act, the Minister must approve television and radio advertising for any drug, cosmetic or device under the Food and Drugs Act or any recommendation for prevention, treatment or cure of a disease or ailment.

Canada Labour Code

Aviation, Marine and On Board Trains Occupational Safety and Health Regulations adopted under the Canada Labour Code incorporate the Department's potable water safety standard.

Canada Shipping Act

Health Canada is responsible for the Medical Examination of Seafarers Regulations, and for food and water inspection under the Ships Crews Food and Catering Regulations.

Canadian Environmental Assessment Act

Once proclaimed, this Act will establish a new environmental assessment process for the federal government, replacing the 1984 Environmental Assessment Review Process (EARP) Guidelines Order.

Emergency Preparedness Act

The Minister of Health is responsible only for the health aspect of emergency planning, other ministers being responsible for their own areas.

Energy Supplies Emergency Act

Under this Act, the Minister must be consulted by the Energy Supplies Allocation Board regarding

possible health risks if regulations concerning high sulphur emissions in fuel are relaxed in an emergency situation.

Excise Tax Act

The Minister of Health may issue certificates to institutions responsible for the care of children, the aged, infirm or incapacitated which receive federal or provincial support, entitling them to tax refunds for certain materials purchased for the institution.

Feeds Act

This Act prohibits the manufacture, sale and import into Canada of feeds that might endanger human or animal health. The Department advises Agriculture and Agri-Food Canada of the impact of such feeds on human or animal health.

National Parks Act

Applicants for a business licence in a National Park may be required to obtain a certificate from a medical health officer or sanitary inspector.

National Transportation Act

A provision of this Act requires railway companies to permit the Department of Health to post health-related signs in stations and coach lavatories.

Trade Marks Act

The Minister of Health may publish a notice in the "Canada Gazette" that a pharmaceutical preparation is substantially different from an existing trade marked product and that this difference is likely to result in a hazard to health.

HUMAN DEVELOPMENT REPORT 1999

Human Development Index (HDI)

High human development	Medium human development		Low human development
1 Canada	46 Trinidad and Tobago	91 Ukraine	140 Lao People's Dem. Rep.
2 Norway	47 Hungary	92 Uzbekistan	141 Congo, Dem. Rep. of
3 United States	48 Venezuela	93 Maldives	142 Sudan
4 Japan	49 Panama	94 Jordan	143 Togo
5 Belgium	50 Mexico	95 Iran, Islamic Rep. of	144 Nepal
6 Sweden	51 Saint Kitts and Nevis	96 Turkmenistan	145 Bhutan
7 Australia	52 Grenada	97 Kyrgyzstan	146 Nigeria
8 Netherlands	53 Dominica	98 China	147 Madagascar
9 Iceland	54 Estonia	99 Guyana	148 Yemen
10 United Kingdom	55 Croatia	100 Albania	149 Mauritania
11 France	56 Malaysia	101 South Africa	150 Bangladesh
12 Switzerland	57 Colombia	102 Tunisia	151 Zambia
13 Finland	58 Cuba	103 Azerbaijan	152 Haiti
14 Germany	59 Mauritius	104 Moldova, Rep. of	153 Senegal
15 Denmark	60 Belarus	105 Indonesia	154 Côte d'Ivoire
16 Austria	61 Fiji	106 Cape Verde	155 Benin
17 Luxembourg	62 Lithuania	107 El Salvador	156 Tanzania, U. Rep. of
18 New Zealand	63 Bulgaria	108 Tajikistan	157 Djibouti
19 Italy	64 Suriname	109 Algeria	158 Uganda
20 Ireland	65 Libyan Arab Jamahiriya	110 Viet Nam	159 Malawi
21 Spain	66 Seychelles	111 Syrian Arab Republic	160 Angola
22 Singapore	67 Thailand	112 Bolivia	161 Guinea
23 Israel	68 Romania	113 Swaziland	162 Chad
24 Hong Kong, China (SAR)	69 Lebanon	114 Honduras	163 Gambia
25 Brunei Darussalam	70 Samoa (Western)	115 Namibia	164 Rwanda
26 Cyprus	71 Russian Federation	116 Vanuatu	165 Central African Republic
27 Greece	72 Ecuador	117 Guatemala	166 Mali
28 Portugal	73 Macedonia, TFYR	118 Solomon Islands	167 Eritrea
29 Barbados	74 Latvia	119 Mongolia	168 Guinea-Bissau
30 Korea, Rep. of	75 Saint Vincent and the Grenadines	120 Egypt	169 Mozambique
31 Bahamas	76 Kazakhstan	121 Nicaragua	170 Burundi
32 Malta	77 Philippines	122 Botswana	171 Burkina Faso
33 Slovenia	78 Saudi Arabia	123 São Tomé and Principe	172 Ethiopia
34 Chile	79 Brazil	124 Gabon	173 Niger
35 Kuwait	80 Peru	125 Iraq	174 Sierra Leone
36 Czech Republic	81 Saint Lucia	126 Morocco	
37 Bahrain	82 Jamaica	127 Lesotho	
38 Antigua and Barbuda	83 Belize	128 Myanmar	
39 Argentina	84 Paraguay	129 Papua New Guinea	
40 Uruguay	85 Georgia	130 Zimbabwe	
41 Qatar	86 Turkey	131 Equatorial Guinea	
42 Slovakia	87 Armenia	132 India	
43 United Arab Emirates	88 Dominican Republic	133 Ghana	
44 Poland	89 Oman	134 Cameroon	
45 Costa Rica	90 Sri Lanka	135 Congo	
		136 Kenya	
		137 Cambodia	
		138 Pakistan	
		139 Comoros	

Human Development Index 1998

	Life expectancy at birth (years) 1995	Adult literacy rate (%) 1995	Combined first-, second- and third-level gross enrolment ratio (%) 1995	Real GDP per capita (PPP$) 1995	Adjusted real GDP per capita (PPP$) 1995	Life expectancy index	Education index	GDP index	Human development index (HDI) value 1995	Real GDP per capita (PPP$) rank minus HDI rank
High human development	73.52	95.69	78.68	16241	6193	0.8087	0.9002	0.9809	0.8966	-
1 Canada	79.1	99	100	21916	6230.98	0.9008	0.9933	0.987	0.96	10
2 France	78.7	99	89	21176	6229.37	0.8948	0.9567	0.987	0.946	12
3 Norway	77.6	99	92	22427	6231.96	0.8758	0.9667	0.987	0.943	5
4 USA	76.4	99	96	26977	6259.29	0.8562	0.98	0.992	0.943	-1
5 Iceland	79.2	99	83	21064	6229.11	0.9028	0.9367	0.987	0.942	10
6 Finland	76.4	99	97	18547	6218.88	0.8563	0.9833	0.985	0.942	17
7 Netherlands	77.5	99	91	19876	6225.7	0.8747	0.9633	0.986	0.941	11
8 Japan	79.9	99	78	21930	6231	0.9142	0.92	0.987	0.94	2
9 New Zealand	76.6	99	94	17267	6197.05	0.8607	0.9733	0.982	0.939	17
10 Sweden	78.4	99	82	19297	6223.42	0.8895	0.9333	0.986	0.936	12
11 Spain	77.7	97.1	90	14789	6187.12	0.8783	0.9473	0.98	0.935	19
12 Belgium	76.9	99	86	21548	6230.21	0.8652	0.9467	0.987	0.933	0
13 Austria	76.7	99	87	21322	6229.71	0.8617	0.95	0.987	0.933	0
14 United Kingdom	76.8	99	86	19302	6223.44	0.864	0.9467	0.986	0.932	7
15 Australia	78.2	99	79	19632	6224.81	0.886	0.9233	0.986	0.932	5
16 Switzerland	78.2	99	76	24881	6254.05	0.887	0.9133	0.991	0.93	-12
17 Ireland	76.4	99	88	17590	6198.1	0.856	0.9533	0.982	0.93	8
18 Denmark	75.3	99	89	21983	6231.11	0.8388	0.9567	0.987	0.928	-9
19 Germany	76.4	99	81	20370	6227.27	0.8572	0.93	0.986	0.925	-3
20 Greece	77.9	96.7	82	11636	6140.28	0.8813	0.918	0.972	0.924	15
21 Italy	78	98.1	73	20174	6226.68	0.8828	0.8973	0.986	0.922	-4
22 Israel	77.5	95	75	16699	6195.11	0.8755	0.8833	0.981	0.913	6
23 Cyprus	77.2	94	79	13379	6178.34	0.8703	0.8897	0.979	0.913	8
24 Barbados	76	97.4	77	11306	6135.82	0.8502	0.9054	0.972	0.909	13
25 Hong Kong, China	79	92.2	67	22950	6232.88	0.9007	0.8379	0.987	0.909	-19
26 Luxembourg	76.1	99	58	34004	6286.9	0.851	0.8533	0.996	0.9	-25
27 Malta	76.5	91	76	13316	6177.83	0.8588	0.86	0.978	0.899	5
28 Singapore	77.1	91.1	68	22604	6232.28	0.8687	0.8325	0.987	0.896	-21
29 Antigua and Barbuda	75	95	76	9131	6102.08	0.8333	0.8867	0.966	0.895	16

30 Korea, Rep. of	71.7	98	83	11594	6139.72	0.779	0.9298	0.972	0.894	6
31 Chile	75.1	95.2	73	9930	6115.55	0.8355	0.8765	0.968	0.893	9
32 Bahamas	73.2	98.2	72	15738	6191.43	0.8028	0.8958	0.981	0.893	-3
33 Portugal	74.8	89.6	81	12674	6171.35	0.8305	0.8673	0.977	0.892	1
34 Costa Rica	76.6	94.8	69	5969	5968.72	0.8603	0.8613	0.945	0.889	28
35 Brunei Darussalam	75.1	88.2	74	31165	6282.54	0.8347	0.8363	0.995	0.889	-33
36 Argentina	72.6	96.2	79	8498	6090.16	0.7938	0.9045	0.964	0.888	11
37 Slovenia	73.2	96	74	10594	6125.71	0.8035	0.8867	0.97	0.887	1
38 Uruguay	72.7	97.3	76	6854	6048.8	0.7943	0.9016	0.958	0.885	14
39 Czech Republic	72.4	99	70	9775	6113.04	0.7897	0.8933	0.968	0.884	2
40 Trinidad and Tobago	73.1	97.9	65	9437	6107.42	0.8017	0.8702	0.967	0.88	3
41 Dominica	73	94	77	6424	6031.66	0.8	0.8833	0.955	0.879	15
42 Slovakia	70.9	99	72	7320	6062.94	0.7657	0.9	0.96	0.875	9
43 Bahrain	72.2	85.2	84	16751	6195.29	0.7868	0.8474	0.981	0.872	-16
44 Fiji	72.1	91.6	78	6159	6015.99	0.7845	0.8709	0.952	0.869	16
45 Panama	73.4	90.8	72	6258	6022.74	0.8065	0.8439	0.954	0.868	14
46 Venezuela	72.3	91.1	67	8090	6081.66	0.7885	0.829	0.963	0.86	2
47 Hungary	68.9	99	67	6793	6046.67	0.7317	0.8833	0.957	0.857	6
48 United Arab Emirates	74.4	79.2	69	18008	6209.19	0.8235	0.7592	0.984	0.855	-24
49 Mexico	72.1	89.6	67	6769	6045.81	0.7853	0.8213	0.957	0.855	5
50 Saint Kitts and Nevis	69	90	78	10150	6119	0.7333	0.86	0.969	0.854	-11
51 Grenada	72	98	78	5425	5425.12	0.7833	0.9133	0.857	0.851	19
52 Poland	71.1	99	79	5442	5441.57	0.7683	0.9233	0.86	0.851	17
53 Colombia	70.3	91.3	69	6347	6027.8	0.7557	0.8389	0.954	0.85	4
54 Kuwait	75.4	78.6	58	23848	6234.3	0.8402	0.7165	0.988	0.848	-49
55 Saint Vincent	72	82	78	5969	5969.35	0.7833	0.8067	0.945	0.845	6
56 Seychelles	72	88	61	7697	6072.63	0.7833	0.79	0.962	0.845	-6
57 Qatar	71.1	79.4	71	19772	6225.34	0.7683	0.7661	0.986	0.84	-38
58 Saint Lucia	71	82	74	6530	6036.47	0.7667	0.7933	0.956	0.839	-3
59 Thailand	69.5	93.8	55	7742	6073.72	0.7423	0.8098	0.962	0.838	-10
60 Malaysia	71.4	83.5	61	9572	6109.7	0.7737	0.7603	0.968	0.834	-18
61 Mauritius	70.9	82.9	61	13294	6177.65	0.7652	0.7552	0.978	0.833	-28
62 Brazil	66.6	83.3	72	5928	5928.15	0.693	0.795	0.938	0.809	1
63 Belize	74.2	70	74	5623	5622.82	0.8198	0.7119	0.889	0.807	1
64 Libyan Arab Jamahiriya	64.3	76.2	90	6309	6025.72	0.6553	0.8073	0.954	0.806	-6
Medium human development	67.47	83.25	65.61	3390	3390	0.7078	0.7737	0.5297	0.6704	-
65 Suriname	70.9	93	71	4862	4862	0.7657	0.8566	0.767	0.796	9
66 Lebanon	69.3	92.4	75	4977	4977.44	0.7377	0.8644	0.785	0.796	7

67 Bulgaria	71.2	98	66	4604	4604.04	0.7692	0.8733	0.725	0.789	8
68 Belarus	69.3	97.9	80	4398	4397.66	0.7387	0.9193	0.692	0.783	11
69 Turkey	68.5	82.3	60	5516	5516.31	0.7242	0.7504	0.872	0.782	-2
70 Saudi Arabia	70.7	63	57	8516	6090.51	0.7608	0.6093	0.964	0.778	-24
71 Oman	70.3	59	60	9383	6106.44	0.7543	0.5923	0.967	0.771	-27
72 Russian Federation	65.5	99	78	4531	4530.9	0.6745	0.92	0.713	0.769	5
73 Ecuador	69.5	90.1	71	4602	4602.45	0.7415	0.8359	0.725	0.767	3
74 Romania	69.6	98	62	4431	4430.73	0.7437	0.86	0.697	0.767	4
75 Korea, Dem. People's Rep. of	71.6	95	75	4058	4058.09	0.7773	0.8833	0.637	0.766	8
76 Croatia	71.6	98	67	3972	3972	0.7767	0.8767	0.623	0.759	10
77 Estonia	69.2	99	72	4062	4061.58	0.7373	0.9	0.638	0.758	5
78 Iran, Islamic Rep. of	68.5	69	67	5480	5480.16	0.7242	0.6841	0.866	0.758	-10
79 Lithuania	70.2	99	70	3843	3842.86	0.7528	0.8933	0.603	0.75	12
80 Macedonia, FYR	71.9	94	60	4058	4058.09	0.7822	0.8267	0.637	0.749	3
81 Syrian Arab Republic	68.1	70.8	62	5374	5374.25	0.7182	0.6786	0.849	0.749	-10
82 Algeria	68.1	61.6	66	5618	5617.92	0.7182	0.6316	0.888	0.746	-17
83 Tunisia	68.7	66.7	69	5261	5260.75	0.729	0.6736	0.831	0.744	-11
84 Jamaica	74.1	85	67	3801	3800.69	0.8183	0.7909	0.596	0.735	9
85 Cuba	75.7	95.7	66	3100	3100	0.8448	0.8592	0.483	0.729	18
86 Peru	67.7	88.7	79	3940	3939.71	0.7117	0.8567	0.618	0.729	2
87 Jordan	68.9	86.6	66	4187	4187.45	0.731	0.7972	0.658	0.729	-6
88 Dominican Republic	70.3	82.1	73	3923	3922.62	0.7542	0.7906	0.615	0.72	1
89 South Africa	64.1	81.8	81	4334	4334	0.6518	0.8169	0.682	0.717	-9
90 Sri Lanka	72.5	90.2	67	3408	3408	0.7915	0.8252	0.533	0.716	9
91 Paraguay	69.1	92.1	63	3583	3582.6	0.735	0.8248	0.561	0.707	5
92 Latvia	68	99	67	3273	3273.33	0.7172	0.8833	0.511	0.704	8
93 Kazakhstan	67.5	99	73	3037	3036.85	0.7085	0.9033	0.473	0.695	11
94 Samoa (Western)	68.4	98	74	2948	2948.45	0.724	0.9	0.459	0.694	12
95 Maldives	63.3	93.2	71	3540	3540.01	0.6383	0.8578	0.554	0.683	2
96 Indonesia	64	83.8	62	3971	3970.96	0.6492	0.7661	0.623	0.679	-9
97 Botswana	51.7	69.8	71	5611	5610.67	0.4457	0.7015	0.887	0.678	-31
98 Philippines	67.4	94.6	80	2762	2762.09	0.7068	0.897	0.429	0.677	11
99 Armenia	70.9	98.8	78	2208	2207.71	0.765	0.9187	0.339	0.674	24
100 Guyana	63.5	98.1	64	3205	3204.74	0.6423	0.8665	0.5	0.67	1
101 Mongolia	64.8	82.9	53	3916	3916	0.663	0.7287	0.614	0.669	-11
102 Ukraine	68.5	98	76	2361	2361.36	0.7247	0.9067	0.364	0.665	16
103 Turkmenistan	64.9	98	90	2345	2345	0.6648	0.9533	0.361	0.66	17
104 Uzbekistan	67.5	99	73	2376	2376.31	0.708	0.9033	0.366	0.659	13

105 Albania	70.6	85	59	2853	2853.34	0.7605	0.7633	0.443	0.656	3
106 China	69.2	81.5	64	2935	2934.93	0.7362	0.757	0.456	0.65	1
107 Namibia	55.8	76	83	4054	4053.86	0.5135	0.7823	0.637	0.644	-22
108 Georgia	73.2	99	69	1389	1388.78	0.803	0.89	0.207	0.633	33
109 Kyrgyzstan	67.9	97	73	1927	1927.33	0.7155	0.89	0.294	0.633	18
110 Azerbaijan	71.1	96.3	72	1463	1462.95	0.7675	0.882	0.219	0.623	28
111 Guatemala	66.1	65	46	3682	3682.08	0.6842	0.5854	0.577	0.615	-16
112 Egypt	64.8	51.4	69	3829	3828.6	0.6637	0.5726	0.6	0.612	-20
113 Moldova, Rep. of	67.8	98.9	67	1547	1547	0.7132	0.8827	0.233	0.61	23
114 El Salvador	69.4	71.5	58	2610	2610.09	0.7397	0.6686	0.404	0.604	-2
115 Swaziland	58.8	76.7	77	2954	2954.33	0.5628	0.7697	0.46	0.597	-10
116 Bolivia	60.5	83.1	69	2617	2616.72	0.5918	0.7834	0.405	0.593	-6
117 Cape Verde	65.7	71.6	64	2612	2611.84	0.6777	0.6906	0.404	0.591	-6
118 Tajikistan	66.9	99	69	943	942.86	0.6988	0.89	0.136	0.575	43
119 Honduras	68.8	72.7	60	1977	1976.99	0.7298	0.6855	0.302	0.573	7
120 Gabon	54.5	63.2	60	3766	3765.83	0.4917	0.6217	0.59	0.568	-26
121São Tomé and Principe	69	75	57	1744	1743.71	0.7333	0.69	0.265	0.563	11
122 Viet Nam	66.4	93.7	55	1236	1236.45	0.69	0.8083	0.183	0.56	26
123 Solomon Islands	71.1	62	47	2230	2230.04	0.7675	0.57	0.343	0.56	-2
124 Vanuatu	66.3	64	52	2507	2506.6	0.6887	0.6	0.387	0.559	-9
125 Morocco	65.7	43.7	48	3477	3476.63	0.6777	0.4497	0.544	0.557	-27
126 Nicaragua	67.5	65.7	64	1837	1837	0.7088	0.6515	0.28	0.547	3
127 Iraq	58.5	58	52	3170	3170.38	0.5585	0.5602	0.494	0.538	-25
128 Congo	51.2	74.9	68	2554	2554.09	0.436	0.7253	0.395	0.519	-14
129 Papua New Guinea	56.8	72.2	37	2500	2500.04	0.5305	0.6053	0.386	0.507	-13
130 Zimbabwe	48.9	85.1	69	2135	2135.02	0.3982	0.7958	0.328	0.507	-6
Low human development	56.67	50.85	47.09	1362	1362	0.5278	0.496	0.2032	0.409	-
131 Myanmar	58.9	83.1	48	1130	1130.24	0.5645	0.7129	0.166	0.481	22
132 Cameroon	55.3	63.4	45	2355	2354.93	0.5052	0.5739	0.363	0.481	-13
133 Ghana	57	64.5	44	2032	2032.45	0.5333	0.5755	0.311	0.473	-8
134 Lesotho	58.1	71.3	56	1290	1290.46	0.5517	0.6637	0.192	0.469	12
135 Equatorial Guinea	49	78.5	64	1712	1712.01	0.4002	0.7368	0.26	0.465	-1
136 Lao People's Dem. Rep.	52.2	56.6	50	2571	2570.76	0.454	0.5434	0.398	0.465	-23
137 Kenya	53.8	78.1	52	1438	1437.73	0.4805	0.6928	0.215	0.463	2
138 Pakistan	62.8	37.8	41	2209	2209.13	0.6295	0.3887	0.34	0.453	-16
139 India	61.6	52	55	1422	1421.99	0.6098	0.529	0.213	0.451	1
140 Cambodia	52.9	65	62	1110	1109.63	0.4643	0.6403	0.163	0.422	14
141 Comoros	56.5	57.3	39	1317	1317.23	0.5252	0.5113	0.196	0.411	3

142 Nigeria	51.4	57.1	49	1270	1269.8	0.4403	0.5457	0.188	0.391	5
143 Dem. Rep. of the Congo	52.4	77.3	41	355	355	0.4563	0.6513	0.041	0.383	31
144 Togo	50.5	51.7	60	1167	1166.58	0.4243	0.5437	0.172	0.38	6
145 Benin	54.4	37	38	1800	1800.33	0.4892	0.3719	0.274	0.378	-14
146 Zambia	42.7	78.2	52	986	986.46	0.2945	0.6955	0.143	0.378	11
147 Bangladesh	56.9	38.1	37	1382	1381.9	0.531	0.376	0.206	0.371	-4
148 Côte d'Ivoire	51.8	40.1	38	1731	1731.34	0.4472	0.3929	0.263	0.368	-15
149 Mauritania	52.5	37.7	38	1622	1621.81	0.4582	0.3792	0.245	0.361	-14
150 Tanzania, U. Rep. of	50.6	67.8	33	636	636.18	0.4265	0.5615	0.086	0.358	20
151 Yemen	56.7	38	49	856	856	0.5285	0.4163	0.122	0.356	12
152 Nepal	55.9	27.5	56	1145	1144.81	0.515	0.3704	0.168	0.351	-1
153 Madagascar	57.6	45.8	31	673	672.96	0.5433	0.4077	0.092	0.348	15
154 Central African Republic	48.4	60	27	1092	1092.1	0.3903	0.4915	0.16	0.347	2
155 Bhutan	52	42.2	31	1382	1382.24	0.4493	0.3845	0.206	0.347	-13
156 Angola	47.4	42	30	1839	1839.04	0.3738	0.3793	0.28	0.344	-28
157 Sudan	52.2	46.1	32	1110	1109.63	0.4525	0.4129	0.163	0.343	-3
158 Senegal	50.3	33.1	33	1815	1814.71	0.4213	0.3297	0.276	0.342	-28
159 Haiti	54.6	45	29	917	917.38	0.4932	0.3967	0.132	0.34	3
160 Uganda	40.5	61.8	38	1483	1482.91	0.2585	0.5393	0.223	0.34	-23
161 Malawi	41	56.4	76	773	772.52	0.2663	0.628	0.108	0.334	5
162 Djibouti	49.2	46.2	20	1300	1299.86	0.4035	0.3745	0.193	0.324	-17
163 Chad	47.2	48.1	27	1172	1172.4	0.3707	0.4112	0.173	0.318	-14
164 Guinea-Bissau	43.4	54.9	29	811	811.41	0.3065	0.4627	0.115	0.295	0
165 Gambia	46	38.6	39	948	947.73	0.35	0.3856	0.136	0.291	-5
166 Mozambique	46.3	40.1	25	959	958.72	0.3542	0.35	0.138	0.281	-7
167 Guinea	45.5	35.9	25	1139	1138.97	0.3417	0.3212	0.167	0.277	-15
168 Eritrea	50.2	25	29	983	982.82	0.4207	0.2621	0.142	0.275	-10
169 Ethiopia	48.7	35.5	20	455	454.85	0.395	0.3025	0.057	0.252	4
170 Burundi	44.5	35.3	23	637	636.51	0.3253	0.3113	0.086	0.241	-1
171 Mali	47	31	18	565	564.82	0.3672	0.2672	0.075	0.236	1
172 Burkina Faso	46.3	19.2	19	784	783.78	0.3555	0.1924	0.11	0.219	-7
173 Niger	47.5	13.6	15	765	765.07	0.375	0.1397	0.107	0.207	-6
174 Sierra Leone	34.7	31.4	30	625	624.85	0.1622	0.3089	0.084	0.185	-3
All developing countries	62.2	70.44	57.49	3068	3068	0.62	0.6612	0.4778	0.5864	-
Least developed countries	51.16	49.2	36.42	1008	1008	0.436	0.4494	0.1462	0.3439	-
Industrial countries	74.17	98.63	82.81	16337	6194	0.8195	0.9336	0.9811	0.9114	-
World	63.62	77.58	61.59	5990	5990	0.6437	0.7225	0.9482	0.7715	-

Human Development Index 1997

High Human Development

HDI rank	COUNTRY	Life expectancy at birth (yrs) 1994	Adult literacy rate (%) 1994	Combined 1st,2nd &3rd level gross enrolment ratio (%) 1994	Real GDP per capita (PPP$) 1994	Human Development Index (HDI) value 1994	Real GDP per capita (PPP$) rank minus HDI rank
1	Canada	79.0	99.0	100	21,459	0.960	7
2	France	78.7	99.0	89	20,510	0.946	13
3	<ALIGN=LEFTNorway	77.5	99.0	92	21,346	0.943	6
4	<ALIGN=LEFTUSA	76.2	99.0	96	26,397	0.942	-1
5	Iceland	79.1	99.0	83	20,556	0.942	9
6	Netherlands	77.3	99.0	91	19,238	0.940	13
7	Japan	79.8	99.0	78	21,581	0.940	0
8	Finland	76.3	99.0	97	17,417	0.940	15
9	New Zealand	76.4	99.0	94	16,851	0.937	15
10	Sweden	78.3	99.0	82	18,540	0.936	11
11	Spain	77.6	97.1	90	14,324	0.934	19
12	Austria	76.6	99.0	87	20,667	0.932	1
13	Belgium	76.8	99.0	86	20,985	0.932	-1
14	Australia	78.1	99.0	79	19,285	0.931	4
15	United Kingdom	76.7	99.0	86	18,620	0.931	5
16	Switzerland	78.1	99.0	76	24,967	0.930	-12
17	Ireland	76.3	99.0	88	16,061	0.929	8
18	Denmark	75.2	99.0	89	21,341	0.927	-8
19	Germany	76.3	99.0	81	19,675	0.924	-3
20	Greece	77.8	96.7	82	11,265	0.923	15
21	Italy	77.8	98.1	73	19,363	0.921	-4
22	Hong Kong	79.0	92.3	72	22,310	0.914	-17
23	Israel	77.5	95.0	75	16,023	0.913	3
24	Cyprus	77.1	94.0	75	13,071	0.907	8
25	Barbados	75.9	97.3	76	11,051	0.907	11
26	Singapore	77.1	91.0	72	20,987	0.900	-15
27	Luxembourg	75.9	99.0	58	34,155	0.899	-26
28	Bahamas	72.9	98.1	75	15,875	0.894	0
29	Antigua and Barbuda	74.0	96.0	76	8,977	0.892	16
30	Chile	75.1	95.0	72	9,129	0.891	13
31	Portugal	74.6	89.6	81	12,326	0.890	3
32	Korea, Rep. of	71.5	97.9	82	10,656	0.890	5
33	Costa Rica	76.6	94.7	68	5,919	0.889	27
34	Malta	76.4	86.0	76	13,009	0.887	-1
35	Slovenia	73.1	96.0	74	10,404	0.886	3
36	Argentina	72.4	96.0	77	8,937	0.884	10
37	Uruguay	72.6	97.1	75	6,752	0.883	15

38	Brunei Darussalam	74.9	87.9	70	30,447	0.882	-36
39	Czech Rep.	72.2	99.0	70	9,201	0.882	3
40	Trinidad and Tobago	72.9	97.9	67	9,124	0.880	4
41	Dominica	72.0	94.0	77	9,118	0.873	16
42	Slovakia	70.8	99.0	72	6,389	0.873	12
43	Bahrain	72.0	84.4	85	15,321	0.870	-14
44	United Arab Emirates	74.2	78.6	82	16,000	0.866	-17
45	Panama	73.2	90.5	70	6,104	0.864	14
46	Fiji	71.8	91.3	79	5,763	0.863	16
47	Venezuela	72.1	91.0	68	8,120	0.861	1
48	Hungary	68.8	99.0	67	6,437	0.857	5
49	Saint Kitts and Nevis	69.0	90.0	78	9,436	0.853	-9
50	Mexico	72.0	89.2	66	7,384	0.853	0
51	Colombia	70.1	91.1	70	6,107	0.848	7
52	Seychelles	72.0	88.0	61	7,891	0.845	-3
53	Kuwait	75.2	77.8	57	21,875	0.844	-47
54	Grenada	72.0	98.0	78	5,137	0.843	17
55	Qatar	70.9	78.9	73	18,403	0.840	-33
56	Saint Lucia	71.0	82.0	74	6,182	0.838	-1
57	Saint Vincent	72.0	82.0	78	5,650	0.836	6
58	Poland	71.2	99.0	79	5,002	0.834	14
59	Thailand	69.5	93.5	53	7,104	0.833	-8
60	Malaysia	71.2	83.0	62	8,865	0.832	-13
61	Mauritius	70.7	82.4	61	13,172	0.831	-30
62	Belarus	69.2	97.9	80	4,713	0.806	13
63	Belize	74.0	70.0	68	5,590	0.806	1
64	Libyan Arab Jamahiriya	63.8	75.0	91	6,125	0.801	-8
All Developing Countries		61.8	69.7	56	2,904	0.576	-
Least Developed Countries		50.4	48.1	36	965	0.336	-
Sub-Saharan Africa		50.0	55.9	42	1,377	0.380	-
Industrial Countries		74.1	98.5	83	15,986	0.911	-
World		63.2	77.1	60	5,798	0.764	-

Human Development Index 1997

Medium Human Development

HDI rank	COUNTRY	Life expectancy at birth (yrs) 1994	Adult literacy rate (%) 1994	Combined 1st,2nd &3rd level gross enrolment ratio (%) 1994	Real GDP per capita (PPP$) 1994	Human Development Index (HDI) value 1994	Real GDP per capita (PPP$) rank minus HDI rank
65	Lebanon	69.0	92.0	75	4,863	0.794	8
66	Suriname	70.7	92.7	71	4,711	0.792	10
67	<ALIGN=LEFTRussian Federation	65.7	98.7	78	4,828	0.792	7
68	<ALIGN=LEFTBrazil	66.4	82.7	72	5,362	0.783	0
69	Bulgaria	71.1	93.0	66	4,533	0.780	9
70	Iran, Islamic Rep. of	68.2	68.6	68	5,766	0.780	-9
71	Estonia	69.2	99.0	72	4,294	0.776	8
72	Ecuador	69.3	89.6	72	4,626	0.775	5
73	Saudi Arabia	70.3	61.8	56	9,338	0.774	-32
74	Turkey	68.2	81.6	63	5,193	0.772	-4
75	Korea, Dem. People's Rep. of	71.4	95.0	75	3,965	0.765	10
76	Lithuania	70.1	98.4	70	4,011	0.762	8
77	Croatia	71.3	97.0	67	3,960	0.760	10
78	Syrian Arab Rep.	67.8	69.8	64	5,397	0.755	-12
79	Romania	69.5	96.9	62	4,037	0.748	3
80	Macedonia, FYR	71.7	94.0	60	3,965	0.748	5
81	Tunisia	68.4	65.2	67	5,319	0.748	-12
82	Algeria	67.8	59.4	66	5,442	0.737	-17
83	Jamaica	73.9	84.4	65	3,816	0.736	7
84	Jordan	68.5	85.5	66	4,187	0.730	-3
85	Turkmenistan	64.7	97.7	90	3,469	0.723	12
86	Cuba	75.6	95.4	63	3,000	0.723	17
87	Dominican Rep.	70.0	81.5	68	3,933	0.718	1
88	Oman	70.0	35.0	60	10,078	0.718	-49
89	Peru	67.4	88.3	81	3,645	0.717	5
90	South Africa	63.7	81.4	81	4,291	0.716	-10
91	Sri Lanka	72.2	90.1	66	3,277	0.711	9
92	Latvia	67.9	99.0	67	3,332	0.711	6
93	Kazakstan	67.5	97.5	73	3,284	0.709	6
94	Paraguay	68.8	91.9	62	3,531	0.706	2
95	Ukraine	68.4	98.8	76	2,718	0.689	14
96	Samoa (Western)	68.1	98.0	74	2,726	0.684	12
97	Botswana	52.3	68.7	71	5,367	0.673	-30
98	Philippines	67.0	94.4	78	2,681	0.672	12
99	Indonesia	63.5	83.2	62	3,740	0.668	-7
100	Uzbekistan	67.5	97.2	73	2,438	0.662	14
101	Mongolia	64.4	82.2	52	3,766	0.661	-10

102	Albania	70.5	85.0	59	2,788	0.655	4
103	Armenia	70.8	98.8	78	1,737	0.651	24
104	Guyana	63.2	97.9	67	2,729	0.649	3
105	Georgia	73.1	94.9	69	1,585	0.637	31
106	Azerbaijan	71.0	96.3	72	1,670	0.636	25
107	Kyrgyzstan	67.8	97.0	73	1,930	0.635	18
108	China	68.9	80.9	58	2,604	0.626	3
109	Egypt	64.3	50.5	69	3,846	0.614	-20
110	Moldova, Rep. of	67.7	98.9	67	1,576	0.612	28
111	Maldives	62.8	93.0	71	2,200	0.611	7
112	El Salvador	69.3	70.9	55	2,417	0.592	3
113	Bolivia	60.1	82.5	66	2,598	0.589	-1
114	Swaziland	58.3	75.2	72	2,821	0.582	-10
115	Tajikistan	66.8	96.7	69	1,117	0.580	35
116	Honduras	68.4	72.0	60	2,050	0.575	7
117	Guatemala	65.6	55.7	46	3,208	0.572	-16
118	Namibia	55.9	40.0	84	4,027	0.570	-35
119	Morocco	65.3	42.1	46	3,681	0.566	-26
120	Gabon	54.1	62.6	60	3,641	0.562	-25
121	Viet Nam	66.0	93.0	55	1,208	0.557	26
122	Solomon Islands	70.8	62.0	47	2,118	0.556	0
123	Cape Verde	65.3	69.9	64	1,862	0.547	3
124	Vanuatu	65.9	64.0	52	2,276	0.547	-7
125	Sao Tome and Principe	67.0	67.0	57	1,704	0.534	3
126	Iraq	57.0	56.8	53	3,159	0.531	-24
127	Nicaragua	67.3	65.3	62	1,580	0.530	10
128	Papua New Guinea	56.4	71.2	38	2,821	0.525	-24
129	Zimbabwe	49.0	84.7	68	2,196	0.513	-10
130	Congo	51.3	73.9	56	2,410	0.500	-14

All Developing Countries	61.8	69.7	56	2,904	0.576	-
Least Developed Countries	50.4	48.1	36	965	0.336	-
Sub-Saharan Africa	50.0	55.9	42	1,377	0.380	-
Industrial Countries	74.1	98.5	83	15,986	0.911	-
World	63.2	77.1	60	5,798	0.764	-

Human Development Index 1997

Low Human Development

HDI rank	COUNTRY	Life expectancy at birth (yrs) 1994	Adult literacy rate (%) 1994	Combined 1st,2nd &3rd level gross enrolment ratio (%) 1994	Real GDP per capita (PPP$) 1994	Human Development Index (HDI) value 1994	Real GDP per capita (PPP$) rank minus HDI rank
131	Myanmar	58.4	82.7	48	1,051	0.457	25
132	Ghana	56.6	63.4	44	1,960	0.468	-8
133	Cameroon	55.1	62.1	46	2,120	0.468	-12
134	Kenya	53.6	77.0	55	1,404	0.463	5
135	Equatorial Guinea	48.6	77.8	64	1,673	0.462	-5
136	Lao People's Dem. Rep.	51.7	55.8	50	2,484	0.459	-23
137	Lesotho	57.9	70.5	56	1,109	0.457	14
138	India	61.3	51.2	56	1,348	0.446	5
139	Pakistan	62.3	37.1	38	2,154	0.445	-19
140	Comoros	56.1	56.7	39	1,366	0.412	1
141	Nigeria	51.0	55.6	50	1,351	0.393	1
142	Zaire	52.2	76.4	38	429	0.381	31
143	Zambia	42.6	76.6	48	962	0.369	15
144	Bangladesh	56.4	37.3	39	1,331	0.368	0
145	Cote d'Ivoire	52.1	39.4	39	1,668	0.368	-13
146	Benin	54.2	35.5	35	1,696	0.368	-17
147	Togo	50.6	50.4	50	1,109	0.365	4
148	Yemen	56.2	41.1	52	805	0.361	14
149	Tanzania, U. Rep. of	50.3	66.8	34	656	0.357	21
150	Mauritania	52.1	36.9	36	1,593	0.355	-15
151	Central Afr. Rep.	48.3	57.2	37	1,130	0.355	-2
152	Madagascar	57.2	45.8	33	694	0.350	16
153	Cambodia	52.4	35.0	58	1,084	0.348	1
154	Nepal	55.3	27.0	55	1,137	0.347	-6
155	Bhutan	51.5	41.1	31	1,289	0.338	-10
156	Haiti	54.4	44.1	29	896	0.338	5
157	Angola	47.2	42.5	31	1,600	0.335	-24
158	Sudan	51.0	44.8	31	1,084	0.333	-4
159	Uganda	40.2	61.1	34	1,370	0.328	-19
160	Senegal	49.9	32.1	31	1,596	0.326	-26
161	Malawi	41.1	55.8	67	694	0.320	7
162	Djibouti	48.8	45.0	20	1,270	0.319	-16
163	Guinea-Bissau	43.2	53.9	29	793	0.291	1
164	Chad	47.0	47.0	25	700	0.288	2
165	Gambia	45.6	37.2	34	939	0.281	-5
166	Mozambique	46.0	39.5	25	986	0.281	-9
167	Guinea	45.1	34.8	24	1,103	0.271	-14
168	Eritrea	50.1	25.0	24	960	0.269	-9
169	Burundi	43.5	34.6	31	698	0.247	-2

170	Ethiopia	48.2	34.5	18	427	0.244	4
171	Mali	46.6	29.3	17	543	0.229	1
172	Burkina Faso	46.4	18.7	20	796	0.221	-9
173	Niger	47.1	13.1	15	787	0.206	-8
174	Rwanda	22.6	59.2	37	352	0.187	1
175	Sierra Leone	33.6	30.3	28	643	0.176	-4
All Developing Countries		61.8	69.7	56	2,904	0.576	-
Least Developed Countries		50.4	48.1	36	965	0.336	-
Sub-Saharan Africa		50.0	55.9	42	1,377	0.380	-
Industrial Countries		74.1	98.5	83	15,986	0.911	-
World		63.2	77.1	60	5,798	0.764	-

Annex Table 10 Health system performance in all Member States, WHO indexes, estimates for 1997

Performance on health level (DALE)					Overall performance				
Rank	Uncertainty interval	Member State	Index	Uncertainty interval	Rank	Uncertainty interval	Member State	Index	Uncertainty interval
1	1 - 5	Oman	0.992	0.975 - 1.000	1	1 - 5	France	0.994	0.982 - 1.000
2	1 - 4	Malta	0.989	0.966 - 1.000	2	1 - 5	Italy	0.991	0.978 - 1.000
3	2 - 7	Italy	0.976	0.957 - 0.994	3	1 - 6	San Marino	0.988	0.973 - 1.000
4	2 - 7	France	0.974	0.953 - 0.994	4	2 - 7	Andorra	0.982	0.968 - 0.997
5	2 - 7	San Marino	0.971	0.949 - 0.988	5	3 - 7	Malta	0.978	0.965 - 0.993
6	3 - 8	Spain	0.965	0.946 - 0.980	6	2 - 11	Singapore	0.973	0.947 - 0.995
7	4 - 9	Andorra	0.964	0.942 - 0.980	7	4 - 8	Spain	0.972	0.959 - 0.985
8	3 - 12	Jamaica	0.956	0.926 - 0.986	8	4 - 14	Oman	0.961	0.938 - 0.985
9	7 - 11	Japan	0.945	0.926 - 0.963	9	7 - 12	Austria	0.959	0.946 - 0.972
10	8 - 15	Saudi Arabia	0.936	0.915 - 0.959	10	8 - 11	Japan	0.957	0.948 - 0.965
11	9 - 13	Greece	0.936	0.920 - 0.951	11	8 - 12	Norway	0.955	0.947 - 0.964
12	9 - 16	Monaco	0.930	0.905 - 0.948	12	10 - 15	Portugal	0.945	0.931 - 0.958
13	10 - 15	Portugal	0.929	0.911 - 0.945	13	10 - 16	Monaco	0.943	0.929 - 0.957
14	10 - 15	Singapore	0.929	0.909 - 0.942	14	13 - 19	Greece	0.933	0.921 - 0.945
15	13 - 17	Austria	0.914	0.896 - 0.931	15	12 - 20	Iceland	0.932	0.917 - 0.945
16	13 - 23	United Arab Emirates	0.907	0.883 - 0.932	16	14 - 21	Luxembourg	0.928	0.914 - 0.942
17	14 - 22	Morocco	0.906	0.886 - 0.925	17	14 - 21	Netherlands	0.928	0.914 - 0.942
18	16 - 23	Norway	0.897	0.876 - 0.914	18	16 - 21	United Kingdom	0.925	0.913 - 0.937
19	17 - 24	Netherlands	0.893	0.875 - 0.911	19	14 - 22	Ireland	0.924	0.909 - 0.939
20	15 - 31	Solomon Islands	0.892	0.863 - 0.920	20	17 - 24	Switzerland	0.918	0.903 - 0.930
21	18 - 26	Sweden	0.890	0.870 - 0.907	21	18 - 24	Belgium	0.915	0.903 - 0.926
22	19 - 28	Cyprus	0.885	0.865 - 0.898	22	14 - 29	Colombia	0.910	0.881 - 0.939
23	19 - 30	Chile	0.884	0.864 - 0.903	23	20 - 26	Sweden	0.908	0.893 - 0.921
24	21 - 28	United Kingdom	0.883	0.866 - 0.900	24	16 - 30	Cyprus	0.908	0.879 - 0.932
25	18 - 32	Costa Rica	0.882	0.859 - 0.898	25	22 - 27	Germany	0.902	0.890 - 0.914
26	21 - 31	Switzerland	0.879	0.860 - 0.896	26	22 - 32	Saudi Arabia	0.894	0.872 - 0.916
27	21 - 31	Iceland	0.879	0.861 - 0.897	27	23 - 33	United Arab Emirates	0.888	0.861 - 0.911
28	23 - 30	Belgium	0.878	0.860 - 0.894	28	26 - 32	Israel	0.884	0.870 - 0.897
29	23 - 33	Venezuela, Bolivarian Republic of	0.873	0.853 - 0.891	29	18 - 39	Morocco	0.882	0.854 - 0.905
30	23 - 37	Bahrain	0.867	0.843 - 0.890	30	27 - 32	Canada	0.881	0.868 - 0.894
31	28 - 35	Luxembourg	0.864	0.847 - 0.881	31	27 - 33	Finland	0.881	0.868 - 0.895
32	29 - 38	Ireland	0.859	0.840 - 0.879	32	26 - 34	Australia	0.878	0.861 - 0.891
33	27 - 40	Turkey	0.858	0.835 - 0.878	33	22 - 43	Chile	0.870	0.818 - 0.918
34	25 - 48	Belize	0.853	0.821 - 0.884	34	32 - 36	Denmark	0.862	0.848 - 0.874
35	33 - 40	Canada	0.849	0.832 - 0.864	35	31 - 41	Dominica	0.854	0.824 - 0.883
36	32 - 42	Cuba	0.849	0.830 - 0.866	36	33 - 40	Costa Rica	0.849	0.825 - 0.871
37	30 - 49	El Salvador	0.846	0.817 - 0.873	37	35 - 44	United States of America	0.838	0.817 - 0.859
38	28 - 52	Saint Vincent and the Grenadines	0.845	0.812 - 0.876	38	34 - 46	Slovenia	0.838	0.813 - 0.859
39	35 - 43	Australia	0.844	0.826 - 0.861	39	36 - 44	Cuba	0.834	0.816 - 0.852
40	36 - 44	Israel	0.841	0.825 - 0.858	40	36 - 45	Brunei Darussalam	0.829	0.806 - 0.849
41	39 - 47	Germany	0.836	0.819 - 0.852	41	38 - 45	New Zealand	0.827	0.815 - 0.840
42	33 - 54	Dominican Republic	0.834	0.806 - 0.863	42	37 - 48	Bahrain	0.824	0.804 - 0.845
43	37 - 53	Egypt	0.829	0.811 - 0.849	43	39 - 53	Croatia	0.812	0.792 - 0.837
44	41 - 50	Finland	0.829	0.812 - 0.844	44	41 - 51	Qatar	0.812	0.793 - 0.831
45	38 - 55	Algeria	0.829	0.805 - 0.850	45	41 - 52	Kuwait	0.810	0.789 - 0.830
46	41 - 55	Tunisia	0.824	0.803 - 0.844	46	41 - 53	Barbados	0.808	0.779 - 0.834
47	38 - 58	Yugoslavia	0.824	0.795 - 0.848	47	36 - 59	Thailand	0.807	0.759 - 0.852
48	40 - 61	Honduras	0.820	0.793 - 0.844	48	43 - 54	Czech Republic	0.805	0.781 - 0.825
49	37 - 63	Grenada	0.819	0.789 - 0.850	49	42 - 55	Malaysia	0.802	0.772 - 0.830
50	42 - 59	Uruguay	0.819	0.794 - 0.842	50	45 - 59	Poland	0.793	0.762 - 0.819
51	41 - 64	Colombia	0.814	0.787 - 0.843	51	38 - 67	Dominican Republic	0.789	0.735 - 0.845
52	42 - 65	Paraguay	0.813	0.785 - 0.842	52	41 - 67	Tunisia	0.785	0.741 - 0.832
53	43 - 64	Qatar	0.813	0.786 - 0.839	53	47 - 62	Jamaica	0.782	0.754 - 0.809
54	43 - 69	Saint Lucia	0.809	0.781 - 0.837	54	50 - 64	Venezuela, Bolivarian Republic of	0.775	0.745 - 0.803
55	41 - 70	Cape Verde	0.808	0.776 - 0.842	55	41 - 75	Albania	0.774	0.709 - 0.834
56	47 - 64	Armenia	0.806	0.785 - 0.823	56	51 - 65	Seychelles	0.773	0.747 - 0.797
57	51 - 61	Croatia	0.805	0.789 - 0.821	57	47 - 77	Paraguay	0.761	0.714 - 0.806
58	48 - 66	Iran, Islamic Republic of	0.805	0.783 - 0.827	58	55 - 67	Republic of Korea	0.759	0.740 - 0.776
59	45 - 73	Dominica	0.804	0.774 - 0.833	59	50 - 75	Senegal	0.758	0.711 - 0.800
60	49 - 67	Azerbaijan	0.803	0.781 - 0.820	60	53 - 73	Philippines	0.758	0.720 - 0.789
61	52 - 65	China	0.800	0.782 - 0.813	61	52 - 74	Mexico	0.755	0.719 - 0.789
62	55 - 68	Slovenia	0.797	0.781 - 0.813	62	54 - 73	Slovakia	0.754	0.721 - 0.781
63	58 - 73	Mexico	0.789	0.771 - 0.808	63	49 - 81	Egypt	0.752	0.707 - 0.798
64	55 - 78	Albania	0.789	0.766 - 0.808	64	50 - 80	Kazakhstan	0.752	0.699 - 0.802
65	61 - 72	Denmark	0.785	0.769 - 0.801	65	55 - 80	Uruguay	0.745	0.702 - 0.782
66	57 - 80	Sri Lanka	0.783	0.761 - 0.807	66	59 - 74	Hungary	0.743	0.713 - 0.765
67	57 - 80	Panama	0.783	0.759 - 0.807	67	53 - 81	Trinidad and Tobago	0.742	0.695 - 0.784
68	58 - 83	Kuwait	0.782	0.753 - 0.805	68	59 - 75	Saint Lucia	0.740	0.717 - 0.765
69	61 - 78	The former Yugoslav Republic of Macedonia	0.781	0.761 - 0.798	69	58 - 81	Belize	0.738	0.697 - 0.772
70	59 - 83	Bosnia and Herzegovina	0.780	0.754 - 0.803	70	60 - 81	Turkey	0.734	0.698 - 0.764
71	65 - 76	Argentina	0.779	0.762 - 0.794	71	55 - 85	Nicaragua	0.733	0.696 - 0.770
72	67 - 78	United States of America	0.774	0.758 - 0.789	72	64 - 84	Belarus	0.723	0.691 - 0.750
73	61 - 86	Bhutan	0.773	0.748 - 0.797	73	65 - 82	Lithuania	0.722	0.690 - 0.750
74	63 - 84	Nicaragua	0.772	0.750 - 0.793	74	63 - 83	Saint Vincent and the Grenadines	0.722	0.688 - 0.754
75	65 - 84	Iraq	0.770	0.752 - 0.791	75	66 - 81	Argentina	0.722	0.696 - 0.747
76	67 - 85	Brunei Darussalam	0.765	0.749 - 0.787	76	68 - 84	Sri Lanka	0.716	0.692 - 0.740
77	61 - 88	Suriname	0.765	0.740 - 0.795	77	68 - 85	Estonia	0.714	0.684 - 0.741
78	68 - 88	Brazil	0.761	0.745 - 0.787	78	57 - 99	Guatemala	0.713	0.642 - 0.774
79	70 - 84	Trinidad and Tobago	0.761	0.750 - 0.780	79	70 - 88	Ukraine	0.708	0.674 - 0.734
80	72 - 83	New Zealand	0.760	0.750 - 0.780	80	68 - 93	Solomon Islands	0.705	0.664 - 0.739
81	73 - 83	Czech Republic	0.760	0.749 - 0.779	81	70 - 92	Algeria	0.701	0.669 - 0.730
82	68 - 91	Yemen	0.761	0.733 - 0.789	82	75 - 88	Palau	0.700	0.679 - 0.719
83	72 - 88	Seychelles	0.759	0.739 - 0.778	83	75 - 88	Jordan	0.698	0.675 - 0.720
84	73 - 91	Georgia	0.758	0.736 - 0.778	84	75 - 91	Mauritius	0.691	0.665 - 0.719
85	73 - 89	Pakistan	0.757	0.736 - 0.777	85	74 - 96	Grenada	0.689	0.652 - 0.723
86	75 - 92	Malaysia	0.751	0.731 - 0.771	86	76 - 95	Antigua and Barbuda	0.688	0.657 - 0.718
87	77 - 92	Barbados	0.749	0.730 - 0.770	87	79 - 96	Libyan Arab Jamahiriya	0.683	0.655 - 0.707
88	85 - 92	Slovakia	0.742	0.729 - 0.757	88	69 - 111	Bangladesh	0.675	0.618 - 0.732
89	84 - 94	Poland	0.742	0.723 - 0.758	89	83 - 107	The former Yugoslav Republic of Macedonia	0.664	0.630 - 0.695
90	79 - 98	Indonesia	0.741	0.715 - 0.766	90	84 - 105	Bosnia and Herzegovina	0.664	0.632 - 0.694
91	85 - 99	Syrian Arab Republic	0.733	0.712 - 0.755	91	85 - 104	Lebanon	0.664	0.638 - 0.688
92	89 - 98	Bulgaria	0.733	0.717 - 0.747	92	85 - 107	Indonesia	0.660	0.632 - 0.689
93	89 - 103	Lithuania	0.724	0.705 - 0.742	93	83 - 110	Iran, Islamic Republic of	0.659	0.620 - 0.693
94	89 - 104	Libyan Arab Jamahiriya	0.723	0.699 - 0.746	94	87 - 108	Bahamas	0.657	0.625 - 0.687
95	89 - 105	Cook Islands	0.722	0.696 - 0.746	95	87 - 107	Panama	0.656	0.627 - 0.686
96	89 - 104	Ecuador	0.721	0.700 - 0.742	96	90 - 108	Fiji	0.653	0.630 - 0.674
97	91 - 105	Lebanon	0.719	0.697 - 0.740	97	76 - 123	Benin	0.647	0.573 - 0.710
98	93 - 107	Nepal	0.714	0.691 - 0.736	98	94 - 107	Nauru	0.647	0.630 - 0.664
99	93 - 107	Guatemala	0.714	0.691 - 0.735	99	92 - 110	Romania	0.645	0.624 - 0.666
100	94 - 107	Jordan	0.711	0.689 - 0.732	100	90 - 113	Saint Kitts and Nevis	0.643	0.611 - 0.675
101	97 - 106	Ukraine	0.711	0.695 - 0.726	101	92 - 114	Republic of Moldova	0.639	0.606 - 0.672
102	93 - 111	Thailand	0.710	0.682 - 0.736	102	94 - 113	Bulgaria	0.639	0.617 - 0.660
103	93 - 109	Bangladesh	0.709	0.684 - 0.735	103	91 - 117	Iraq	0.637	0.597 - 0.669
104	92 - 115	Guyana	0.704	0.672 - 0.738	104	86 - 128	Armenia	0.630	0.588 - 0.682
105	101 - 111	Hungary	0.695	0.682 - 0.714	105	94 - 118	Latvia	0.629	0.589 - 0.665
106	102 - 111	Republic of Moldova	0.695	0.680 - 0.710	106	94 - 120	Yugoslavia	0.629	0.588 - 0.664

World Health Report, page 1, 6/12/00, Annex Table 10.xls

World Health Report, page 2, 6/12/00, Annex Table 10.xls

107	100 - 113	Republic of Korea	0.894	0.874 - 0.711	107	95 - 121	Cook Islands	0.628	0.583 - 0.664
108	93 - 121	Niue	0.893	0.850 - 0.731	108	94 - 120	Syrian Arab Republic	0.628	0.589 - 0.661
109	103 - 116	Gambia	0.887	0.871 - 0.764	109	93 - 122	Azerbaijan	0.628	0.582 - 0.665
110	103 - 121	Micronesia, Federated States of	0.884	0.856 - 0.717	110	91 - 123	Suriname	0.623	0.571 - 0.671
111	107 - 117	Romania	0.882	0.868 - 0.696	111	88 - 125	Ecuador	0.619	0.568 - 0.654
112	107 - 119	Uzbekistan	0.881	0.862 - 0.700	112	105 - 115	India	0.617	0.599 - 0.635
113	105 - 120	Mauritius	0.879	0.857 - 0.702	113	95 - 127	Cape Verde	0.617	0.561 - 0.664
114	105 - 121	Tonga	0.877	0.851 - 0.704	114	103 - 121	Georgia	0.615	0.583 - 0.642
115	107 - 119	Estonia	0.877	0.857 - 0.694	115	94 - 130	El Salvador	0.608	0.544 - 0.667
116	109 - 119	Belarus	0.876	0.857 - 0.692	116	106 - 121	Tonga	0.607	0.582 - 0.632
117	109 - 121	Sao Tome and Principe	0.871	0.851 - 0.691	117	92 - 134	Uzbekistan	0.599	0.532 - 0.666
118	112 - 120	India	0.870	0.854 - 0.683	118	86 - 132	Comoros	0.592	0.509 - 0.659
119	111 - 123	Peru	0.865	0.843 - 0.686	119	114 - 126	Samoa	0.589	0.564 - 0.612
120	108 - 123	Vanuatu	0.865	0.839 - 0.682	120	92 - 140	Yemen	0.587	0.497 - 0.672
121	115 - 125	Latvia	0.855	0.831 - 0.677	121	114 - 129	Niue	0.584	0.549 - 0.614
122	114 - 127	Saint Kitts and Nevis	0.850	0.821 - 0.679	122	109 - 132	Pakistan	0.583	0.541 - 0.626
123	115 - 131	Antigua and Barbuda	0.841	0.806 - 0.676	123	114 - 131	Micronesia, Federated States of	0.579	0.543 - 0.610
124	120 - 133	Fiji	0.832	0.800 - 0.662	124	111 - 136	Bhutan	0.575	0.520 - 0.616
125	121 - 131	Palau	0.832	0.806 - 0.656	125	111 - 136	Brazil	0.573	0.528 - 0.619
126	122 - 131	Philippines	0.830	0.806 - 0.653	126	112 - 135	Bolivia	0.571	0.526 - 0.615
127	124 - 131	Russian Federation	0.823	0.806 - 0.638	127	115 - 135	Vanuatu	0.569	0.512 - 0.594
128	123 - 134	Tuvalu	0.815	0.794 - 0.644	128	119 - 140	Guyana	0.554	0.504 - 0.593
129	124 - 137	Myanmar	0.812	0.784 - 0.641	129	122 - 138	Peru	0.547	0.517 - 0.577
130	125 - 139	Viet Nam	0.811	0.787 - 0.624	130	126 - 139	Russian Federation	0.544	0.527 - 0.562
131	127 - 139	Samoa	0.802	0.779 - 0.626	131	115 - 145	Honduras	0.544	0.471 - 0.611
132	128 - 135	Senegal	0.801	0.784 - 0.620	132	114 - 147	Burkina Faso	0.543	0.472 - 0.611
133	129 - 139	Côte d'Ivoire	0.795	0.780 - 0.617	133	124 - 144	Sao Tome and Principe	0.535	0.482 - 0.575
134	128 - 140	Kyrgyzstan	0.795	0.775 - 0.620	134	119 - 151	Sudan	0.524	0.447 - 0.594
135	129 - 135	Kazakhstan	0.795	0.781 - 0.615	135	118 - 150	Ghana	0.522	0.452 - 0.596
136	129 - 139	Benin	0.790	0.776 - 0.616	136	130 - 145	Tuvalu	0.518	0.481 - 0.551
137	127 - 142	Bahamas	0.793	0.764 - 0.624	137	124 - 149	Côte d'Ivoire	0.517	0.463 - 0.572
138	132 - 144	Mongolia	0.781	0.755 - 0.607	138	120 - 152	Haiti	0.517	0.439 - 0.595
139	134 - 143	Haiti	0.780	0.761 - 0.599	139	129 - 149	Gabon	0.511	0.468 - 0.553
140	131 - 144	Marshall Islands	0.779	0.749 - 0.609	140	130 - 148	Kenya	0.505	0.461 - 0.549
141	137 - 145	Comoros	0.770	0.750 - 0.790	141	133 - 147	Marshall Islands	0.504	0.469 - 0.534
142	137 - 145	Bolivia	0.767	0.744 - 0.790	142	135 - 150	Kiribati	0.495	0.465 - 0.529
143	139 - 146	Gabon	0.759	0.738 - 0.779	143	125 - 157	Burundi	0.494	0.411 - 0.572
144	138 - 146	Kiribati	0.754	0.725 - 0.781	144	125 - 162	China	0.485	0.375 - 0.567
145	140 - 146	Tajikistan	0.751	0.723 - 0.780	145	134 - 154	Mongolia	0.483	0.429 - 0.531
146	141 - 149	Papua New Guinea	0.746	0.720 - 0.772	146	135 - 154	Gambia	0.482	0.427 - 0.533
147	144 - 154	Maldives	0.724	0.696 - 0.755	147	138 - 154	Maldives	0.477	0.439 - 0.516
148	148 - 153	Eritrea	0.721	0.704 - 0.738	148	137 - 159	Papua New Guinea	0.467	0.409 - 0.522
149	148 - 154	Sudan	0.719	0.696 - 0.743	149	136 - 158	Uganda	0.464	0.404 - 0.526
150	148 - 155	Afghanistan	0.707	0.685 - 0.747	150	138 - 159	Nepal	0.457	0.400 - 0.516
151	147 - 153	Mauritania	0.707	0.701 - 0.733	151	143 - 157	Kyrgyzstan	0.455	0.419 - 0.490
152	145 - 155	Turkmenistan	0.703	0.679 - 0.746	152	142 - 158	Togo	0.449	0.398 - 0.501
153	147 - 156	Democratic People's Republic of Korea	0.700	0.685 - 0.736	153	143 - 161	Turkmenistan	0.443	0.399 - 0.490
154	148 - 157	Somalia	0.696	0.680 - 0.730	154	147 - 163	Tajikistan	0.428	0.381 - 0.470
155	152 - 160	Lao People's Democratic Republic	0.689	0.666 - 0.710	155	143 - 167	Zimbabwe	0.427	0.352 - 0.497
156	154 - 162	Guinea-Bissau	0.681	0.662 - 0.699	156	145 - 166	United Republic of Tanzania	0.422	0.368 - 0.479
157	153 - 162	Cambodia	0.681	0.660 - 0.701	157	149 - 165	Djibouti	0.414	0.365 - 0.459
158	153 - 162	Ghana	0.679	0.657 - 0.700	158	152 - 170	Eritrea	0.399	0.359 - 0.446
159	155 - 164	Togo	0.672	0.652 - 0.692	159	149 - 170	Madagascar	0.397	0.329 - 0.463
160	157 - 164	Guinea	0.669	0.655 - 0.683	160	155 - 166	Viet Nam	0.393	0.366 - 0.420
161	158 - 165	Chad	0.665	0.644 - 0.687	161	155 - 170	Guinea	0.385	0.334 - 0.425
162	157 - 166	Burkina Faso	0.663	0.641 - 0.683	162	154 - 172	Mauritania	0.384	0.328 - 0.431

World Health Report, page 3, 6/12/00, Annex Table 10.xls

163	158 - 167	Djibouti	0.457	0.434 - 0.479	163	156 - 176	Mali	0.361	0.294 - 0.429
164	160 - 166	Central African Republic	0.454	0.436 - 0.470	164	150 - 181	Cameroon	0.357	0.248 - 0.466
165	159 - 167	Angola	0.453	0.433 - 0.473	165	157 - 178	Lao People's Democratic Republic	0.356	0.298 - 0.410
166	162 - 165	Nauru	0.446	0.424 - 0.464	166	160 - 176	Congo	0.354	0.302 - 0.401
167	164 - 170	Congo	0.433	0.411 - 0.454	167	157 - 180	Democratic People's Republic of Korea	0.353	0.278 - 0.414
168	164 - 172	Mozambique	0.424	0.399 - 0.450	168	155 - 180	Namibia	0.340	0.268 - 0.413
169	167 - 171	Ethiopia	0.418	0.400 - 0.435	169	164 - 179	Botswana	0.338	0.288 - 0.373
170	168 - 172	Mali	0.410	0.393 - 0.426	170	158 - 180	Niger	0.337	0.268 - 0.416
171	168 - 174	Burundi	0.403	0.374 - 0.435	171	163 - 180	Equatorial Guinea	0.337	0.277 - 0.394
172	169 - 174	Cameroon	0.399	0.375 - 0.421	172	161 - 182	Rwanda	0.327	0.268 - 0.389
173	170 - 174	Madagascar	0.394	0.376 - 0.410	173	164 - 181	Afghanistan	0.325	0.262 - 0.376
174	172 - 175	Equatorial Guinea	0.377	0.355 - 0.400	174	161 - 184	Cambodia	0.322	0.254 - 0.392
175	174 - 176	Nigeria	0.353	0.331 - 0.375	175	164 - 182	South Africa	0.319	0.251 - 0.374
176	175 - 176	Liberia	0.337	0.318 - 0.355	176	164 - 183	Guinea-Bissau	0.314	0.259 - 0.375
177	176 - 176	Niger	0.323	0.306 - 0.340	177	166 - 184	Swaziland	0.305	0.254 - 0.369
178	176 - 176	Kenya	0.320	0.295 - 0.343	178	167 - 183	Chad	0.303	0.251 - 0.363
179	179 - 180	Uganda	0.280	0.264 - 0.295	179	167 - 186	Somalia	0.256	0.199 - 0.369
180	179 - 180	United Republic of Tanzania	0.279	0.260 - 0.296	180	175 - 186	Ethiopia	0.278	0.215 - 0.326
181	181 - 185	Rwanda	0.240	0.214 - 0.265	181	172 - 188	Angola	0.275	0.198 - 0.343
182	181 - 185	South Africa	0.232	0.209 - 0.251	182	170 - 188	Zambia	0.269	0.204 - 0.339
183	181 - 185	Sierra Leone	0.230	0.213 - 0.247	183	174 - 188	Lesotho	0.268	0.205 - 0.319
184	181 - 186	Swaziland	0.229	0.205 - 0.255	184	170 - 187	Mozambique	0.260	0.188 - 0.330
185	182 - 187	Democratic Republic of the Congo	0.217	0.198 - 0.235	185	171 - 188	Malawi	0.251	0.174 - 0.332
186	183 - 188	Lesotho	0.211	0.187 - 0.236	186	180 - 189	Liberia	0.200	0.117 - 0.282
187	186 - 188	Malawi	0.196	0.181 - 0.211	187	183 - 189	Nigeria	0.178	0.094 - 0.251
188	187 - 189	Botswana	0.183	0.172 - 0.194	188	185 - 189	Democratic Republic of the Congo	0.171	0.100 - 0.232
189	188 - 189	Namibia	0.183	0.152 - 0.214	189	179 - 190	Central African Republic	0.158	0.000 - 0.306
190	190	Zambia	0.112	0.095 - 0.129	190	175 - 191	Myanmar	0.138	0.000 - 0.311
191	191	Zimbabwe	0.050	0.007 - 0.103	191	190 - 191	Sierra Leone	0.000	0.000 - 0.079

Annex Table 8 Selected national health accounts indicators for all Member States, estimates for 1997[a]

Member State	Total health expenditure as % of GDP	Public expenditure as % of total health expenditure	Private expenditure as % of total health expenditure	Out-of-pocket expenditure as % of total health expenditure	Tax-funded and other public expenditure as % of public expenditure on health	Social security expenditure as % of public expenditure on health	Public expenditure on health as % of all public expenditure	Total expenditure at official exchange rate	Out-of-pocket expenditure at official exchange rate	Total expenditure in international dollars	Public expenditure in international dollars	Out-of-pocket expenditure in international dollars
Afghanistan	3.2	40.6	59.4	59.4	100	...	...	2	1	28	11	17
Albania	3.5	77.7	22.3	22.3	82.5	17.5	9.5	26	6	63	49	14
Algeria	3.1	50.8	49.2	49.2	100	...	4.9	44	22	122	62	60
Andorra	7.5	86.7	13.3	13.3	100	...	38.5	1 368	182	1 216	1 055	162
Angola	3.6	59.6	40.4	40.4	100	...	18.2	...	...	47	28	19
Antigua and Barbuda	6.4	57.3	42.7	39.3	100	...	16.0	775	305	598	343	235
Argentina	8.2	57.5	42.5	32.6	39.6	60.4	21.6	676	220	823	473	268
Armenia	7.9	41.5	58.5	58.5	100	...	13.1	36	21	152	63	89
Australia	7.8	72.0	28.0	16.6	100	...	15.5	1 730	287	1 601	1 153	266
Austria	9.0	67.3	32.7	23.6	12.4	87.6	11.9	2 277	536	1 960	1 320	462
Azerbaijan	2.9	79.3	20.7	20.7	100	...	13.3	20	4	48	38	10
Bahamas	5.9	49.9	50.1	46.4	100	...	13.7	785	364	1 230	614	571
Bahrain	4.4	58.5	41.5	37.7	100	...	9.6	478	180	539	315	204
Bangladesh	4.9	46.0	54.0	54.0	100	...	9.1	13	7	70	32	38
Barbados	7.3	62.5	37.5	34.6	100	...	13.7	596	206	814	509	281
Belarus	5.9	82.6	17.4	17.4	100	...	10.0	78	14	283	209	44
Belgium	8.0	83.2	16.8	14.7	18.7	81.3	13.2	1 918	282	1 738	1 446	255
Belize	4.7	51.6	48.4	48.3	100	...	8.2	176	85	212	109	103
Benin	3.0	47.2	52.8	52.8	100	...	5.7	12	6	39	18	21
Bhutan	7.0	46.2	53.8	53.8	100	...	10.1	14	8	82	38	44
Bolivia	5.8	59.1	41.0	33.8	42.7	57.3	10.4	59	20	163	90	52
Bosnia and Herzegovina	7.6	92.6	7.5	7.5	100	...	...	77	6	145	135	11
Botswana	4.2	61.0	39.0	36.4	100	...	5.9	132	48	219	133	80
Brazil	6.5	48.7	51.3	45.6	100	...	9.4	319	145	428	208	195
Brunei Darussalam	5.4	40.6	59.4	59.4	100	...	4.5	...	...	857	348	509
Bulgaria	4.8	81.9	18.1	16.9	99.9	0.1	10.0	69	10	193	158	33
Burkina Faso	4.2	30.9	69.1	69.1	100	...	5.3	8	6	37	12	26
Burundi	4.0	35.6	64.4	64.4	19.2	80.8	6.6	6	4	26	9	17
Cambodia	7.2	9.4	90.6	90.6	100	...	7.0	21	19	73	7	66
Cameroon	5.0	20.1	79.9	79.9	100	...	0.7	31	24	86	17	69
Canada	8.6	72.0	28.0	17.0	98.9	1.1	15.3	1 783	304	1 836	1 322	313
Cape Verde	2.8	63.8	36.2	36.2	100	...	4.2	34	12	60	38	22
Central African Republic	2.9	68.9	31.1	31.1	100	...	6.4	8	3	34	23	11
Chad	4.3	79.3	20.7	20.7	100	...	13.2	7	1	35	28	7
Chile	6.1	49.0	51.0	48.6	24.0	76.0	13.5	315	153	581	295	282
China	2.7	24.9	75.1	75.1	100	...	5.5	20	15	74	18	55
Colombia	9.3	54.5	45.6	25.9	62.5	37.5	17.2	247	64	507	276	131
Comoros	4.5	68.2	31.8	31.8	100	...	8.7	14	4	47	32	15
Congo	5.0	36.6	63.4	63.4	100	...	4.6	58	37	101	37	64
Cook Islands	7.4	76.7	23.3	23.3	100	...	8.6	389	91	345	264	80
Costa Rica	8.7	77.1	23.0	22.3	16.2	83.8	20.1	226	50	489	377	109
Côte d'Ivoire	3.2	38.4	61.6	61.6	100	...	3.3	23	14	57	22	35

Annex Table 8 Selected national health accounts indicators for all Member States, estimates for 1997[a]

Member State	Health expenditure (%)							Per capita health expenditure (US$)				
	Total health expenditure as % of GDP	Public expenditure as % of total health expenditure	Private expenditure as % of total health expenditure	Out-of-pocket expenditure as % of total health expenditure	Tax-funded and other public expenditure as % of public expenditure on health	Social security expenditure as % of public expenditure on health	Public expenditure on health as % of all public expenditure	Total expenditure at official exchange rate	Out-of-pocket expenditure at official exchange rate	Total expenditure in international dollars	Public expenditure in international dollars	Out-of-pocket expenditure in international dollars
Croatia	8.1	79.7	20.3	20.3	2.4	97.6	22.3	362	71	410	327	83
Cuba	6.3	87.5	12.5	12.5	100	...	10.0	131	16	109	95	14
Cyprus	5.9	38.8	61.2	63.1	7.9	92.1	5.6	648	408	731	256	461
Czech Republic	7.6	92.3	7.7	7.7	17.6	82.4	15.9	391	30	640	591	50
Democratic People's Republic of Korea	3.0	83.7	16.4	16.4	100	...	...	37	6	39	33	6
Democratic Republic of the Congo	3.7	0.9	99.1	90.1	100	...	0.1	...	...	22	1	20
Denmark	8.0	84.3	15.7	15.7	100	...	12.9	2 574	403	1 940	1 636	304
Djibouti	2.8	72.9	27.1	27.1	100	...	5.7	23	6	48	35	13
Dominica	6.0	65.0	35.0	31.9	100	...	10.3	282	90	286	186	91
Dominican Republic	4.9	38.5	61.5	36.8	73.0	27.0	10.5	91	33	202	78	74
Ecuador	4.6	52.8	47.2	38.8	59.4	40.6	8.9	75	29	186	98	72
Egypt	3.7	27.0	73.1	73.1	100	...	3.3	44	32	118	32	86
El Salvador	7.0	37.2	62.8	62.8	48.5	51.5	21.2	182	114	228	86	143
Equatorial Guinea	3.5	57.2	42.9	42.9	100	...	7.9	40	17	89	51	38
Eritrea	3.4	55.7	44.3	44.3	100	...	3.4	6	3	24	13	11
Estonia	6.4	78.9	21.2	21.2	8.4	91.6	10.5	204	43	346	273	73
Ethiopia	3.8	36.2	63.8	63.8	100	...	6.1	4	3	20	7	13
Fiji	4.2	69.2	30.8	30.8	100	...	8.3	115	35	214	148	66
Finland	7.6	73.7	26.3	19.3	80.4	19.6	10.7	1 789	345	1 539	1 134	297
France	9.8	76.9	23.1	20.4	3.3	96.7	13.8	2 389	482	2 125	1 634	433
Gabon	3.0	66.5	33.5	33.5	100	...	6.2	138	46	196	130	66
Gambia	4.6	45.9	54.1	54.1	100	...	7.3	12	6	52	24	28
Georgia	4.4	8.6	91.4	91.4	100	...	3.4	45	41	94	8	86
Germany	10.6	77.5	22.5	11.3	23.4	76.6	14.7	2 713	306	2 365	1 832	267
Ghana	3.1	47.0	53.0	53.0	100	...	6.9	11	6	45	21	24
Greece	8.0	65.8	34.2	31.7	64.8	35.2	12.6	905	287	964	634	306
Grenada	6.3	46.6	53.4	49.2	100	...	10.2	305	150	298	139	147
Guatemala	2.4	62.5	37.5	29.9	53.7	46.3	12.2	41	12	87	55	26
Guinea	3.5	57.2	42.8	42.8	100	...	9.7	19	8	52	30	22
Guinea-Bissau	5.7	75.6	24.4	24.4	100	...	38.8	13	3	54	41	13
Guyana	5.1	79.1	21.0	19.7	100	...	11.1	45	9	130	103	26
Haiti	4.6	33.6	66.4	62.5	100	...	13.8	18	11	55	18	34
Honduras	7.5	36.0	64.0	60.1	74.6	25.5	13.0	59	35	156	56	94
Hungary	5.3	84.9	15.1	15.1	58.9	41.1	9.2	236	36	372	316	56
Iceland	7.9	83.8	16.2	16.2	68.8	31.2	18.9	2 149	347	1 757	1 473	284
India	5.2	13.0	87.0	84.6	100	...	3.9	23	19	84	11	71
Indonesia	1.7	36.8	63.2	47.4	100	...	3.0	18	8	56	21	26
Iran, Islamic Republic of	4.4	42.8	57.2	57.2	83.0	17.1	7.2	108	62	200	86	114
Iraq	4.2	58.9	41.1	41.1	100	...	...	251	103	110	65	45
Ireland	6.2	77.3	22.7	...	100	...	17.1	1 326	...	1 200	928	...
Israel	8.2	76.0	25.0	19.1	66.3	33.7	12.8	1 385	264	1 402	1 051	267
Italy	9.3	67.1	42.9	41.8	100	...	10.5	1 855	774	1 824	1 042	762
Jamaica	6.0	56.5	43.5	23.3	100	...	8.9	149	35	212	120	49
Japan	7.1	80.2	19.9	19.9	15.3	84.7	16.2	2 373	471	1 759	1 410	349

Annex Table 8 Selected national health accounts indicators for all Member States, estimates for 1997[a]

Member State	Health expenditure (%)							Per capita health expenditure (US$)				
	Total health expenditure as % of GDP	Public expenditure as % of total health expenditure	Private expenditure as % of total health expenditure	Out-of-pocket expenditure as % of total health expenditure	Tax-funded and other public expenditure as % of public expenditure on health	Social security expenditure as % of public expenditure on health	Public expenditure on health as % of all public expenditure	Total expenditure at official exchange rate	Out-of-pocket expenditure at official exchange rate	Total expenditure in international dollars	Public expenditure in international dollars	Out-of-pocket expenditure in international dollars [b]
Jordan	5.2	67.2	32.8	32.8	100	...	8.5	59	19	178	119	58
Kazakhstan	3.9	63.6	36.4	36.4	57.6	42.4	10.3	62	22	127	81	46
Kenya	4.6	64.1	35.9	35.9	100	...	11.2	17	6	58	37	21
Kiribati	9.9	99.3	0.7	0.7	100	...	14.0	122	1	152	151	1
Kuwait	3.3	87.4	12.6	12.6	100	...	8.4	572	72	605	529	76
Kyrgyzstan	4.0	69.6	30.4	30.4	95.3	4.7	9.7	15	5	66	46	20
Lao People's Democratic Republic	3.6	62.7	37.3	37.3	100	...	8.6	13	5	53	33	20
Latvia	6.1	61.0	39.0	39.0	48.3	51.7	9.0	140	54	246	150	96
Lebanon	10.1	29.6	70.4	53.8	100	...	7.8	461	248	563	167	303
Lesotho	5.6	72.6	27.4	27.4	100	...	12.4	28	8	100	73	27
Liberia	3.0	66.7	33.3	33.3	100	...	6.7	31	10	33	22	11
Libyan Arab Jamahiriya	3.4	54.2	45.8	45.8	100	...	2.7	296	136	221	120	102
Lithuania	6.4	75.7	24.3	24.3	18.7	81.3	11.4	167	40	273	207	66
Luxembourg	6.6	91.4	8.6	7.2	17.1	83.0	13.0	2 680	185	1 986	1 815	142
Madagascar	2.1	53.8	46.2	46.2	100	...	6.6	5	2	18	10	8
Malawi	5.8	59.2	40.8	36.7	100	...	13.3	15	5	49	29	18
Malaysia	2.4	57.6	42.4	42.4	100	...	5.1	110	46	202	116	85
Maldives	8.2	63.9	36.1	36.1	100	...	11.0	107	39	248	159	90
Mali	4.2	45.8	54.2	48.7	100	...	7.9	10	5	34	15	19
Malta	6.3	58.9	41.1	38.0	1.5	98.5	8.9	551	209	755	445	287
Marshall Islands	9.0	74.3	25.7	25.7	100	...	13.1	253	65	238	177	61
Mauritania	5.6	30.3	69.7	69.7	100	...	6.6	24	17	73	22	51
Mauritius	3.5	52.9	47.1	47.1	100	...	7.7	129	61	288	152	136
Mexico	5.6	41.0	59.1	52.9	26.4	73.6	6.0	240	127	421	172	222
Micronesia, Federated States of	7.4	92.3	7.8	7.8	100	...	46.3	242	19	234	216	18
Monaco	8.0	62.5	37.5	37.5	26.0	74.0	...	1 264	474	1 799	1 124	675
Mongolia	4.3	82.0	18.0	4.9	84.7	15.3	13.3	16	1	69	56	3
Morocco	5.3	40.7	59.3	59.3	48.8	51.2	6.5	66	39	159	65	95
Mozambique	5.8	71.3	28.7	19.6	100	...	9.3	5	1	50	36	10
Myanmar	2.6	12.6	87.4	87.4	100	...	3.7	100	88	78	10	69
Namibia	7.5	51.7	48.3	48.3	100	...	10.2	153	74	312	161	150
Nauru	5.0	99.0	1.0	1.0	100	...	9.1	593	6	602	596	6
Nepal	3.7	26.0	74.0	74.0	100	...	5.3	8	6	41	11	30
Netherlands	8.8	70.7	29.3	16.8	100	...	12.7	2 041	343	1 911	1 351	321
New Zealand	8.2	71.7	28.3	22.0	100	...	12.7	1 416	312	1 393	999	307
Nicaragua	8.0	53.3	46.7	39.9	80.1	20.0	13.0	35	14	150	80	60
Niger	3.5	46.6	53.4	53.4	100	...	6.0	5	3	27	13	14
Nigeria	3.1	28.2	71.8	71.8	100	...	5.4	30	22	35	10	25
Niue	5.7	87.6	12.4	12.4	100	...	...	91	11	92	81	11
Norway	6.5	82.0	18.0	18.0	100	...	12.1	2 283	412	1 708	1 400	308
Oman	3.9	54.5	45.5	35.9	...	...	5.6	370	133	334	182	120
Pakistan	4.0	22.9	77.1	77.1	100	...	2.9	17	13	71	16	55
Palau	6.0	90.0	10.0	10.0	100	...	15.0	552	55	569	503	66
Panama	7.5	74.0	26.0	26.0	44.5	55.5	20.7	238	62	449	332	117

Annex Table 8 Selected national health accounts indicators for all Member States, estimates for 1997[a]

Member State	Health expenditure (%)							Per capita health expenditure (US$)				
	Total health expenditure as % of GDP	Public expenditure as % of total health expenditure	Private expenditure as % of total health expenditure	Out-of-pocket expenditure as % of total health expenditure	Tax-funded and other public expenditure as % of public expenditure on health	Social security expenditure as % of public expenditure on health	Public expenditure on health as % of all public expenditure	Total expenditure at official exchange rate	Out-of-pocket expenditure at official exchange rate	Total expenditure in international dollars	Public expenditure in international dollars	Out-of-pocket expenditure in international dollars [b]
Papua New Guinea	3.1	77.6	22.4	22.4	100	...	7.5	36	8	77	59	17
Paraguay	5.6	35.6	64.4	55.4	49.8	50.2	14.6	106	59	206	73	114
Peru	5.6	39.7	60.3	50.2	44.2	55.8	13.0	149	75	246	98	123
Philippines	3.4	48.5	51.5	49.1	100	...	7.2	40	19	100	48	49
Poland	6.2	71.6	28.4	28.4	100	...	10.1	229	65	392	281	111
Portugal	8.2	57.5	42.5	40.9	100	...	10.8	846	345	1 060	609	433
Qatar	5.5	57.5	42.5	42.5	100	...	7.6	1 042	443	1 105	635	470
Republic of Korea	6.7	37.8	62.3	43.0	72.1	27.9	12.4	700	301	862	325	371
Republic of Moldova	8.3	75.1	24.9	24.9	100	...	12.4	35	9	133	100	33
Romania	3.8	60.3	39.8	39.8	100	...	6.7	59	23	136	82	54
Russian Federation	5.4	76.8	23.2	23.2	100	...	22.9	168	37	261	193	68
Rwanda	4.3	50.1	49.9	49.9	100	...	17.7	13	7	35	18	18
Saint Kitts and Nevis	5.0	51.5	48.5	44.7	100	...	10.4	404	181	489	252	219
Saint Lucia	4.0	65.1	34.9	32.2	100	...	9.0	211	68	218	142	70
Saint Vincent and the Grenadines	5.9	66.5	31.4	33.5	100	...	9.5	211	68	210	138	67
Samoa	3.8	88.9	11.1	11.1	100	...	9.1	47	5	108	96	12
San Marino	7.5	73.5	26.5	26.5	33.3	66.7	15.0	2 267	598	1 301	956	345
Sao Tome and Principe	4.0	75.0	25.0	25.0	100	...	4.3	13	3	45	34	11
Saudi Arabia	3.5	80.2	19.8	6.3	100	...	9.4	260	27	332	297	35
Senegal	4.5	55.7	44.3	44.3	100	...	13.2	23	10	71	40	32
Seychelles	5.9	76.2	23.8	23.8	100	...	8.4	424	101	470	358	112
Sierra Leone	4.9	9.7	90.3	90.3	100	...	3.1	11	10	31	3	28
Singapore	3.1	35.8	64.2	64.2	100	...	5.5	876	563	750	268	481
Slovakia	8.6	81.8	18.2	18.2	0.3	99.7	14.1	311	57	574	470	105
Slovenia	9.4	80.8	19.2	10.2	13.0	87.0	16.6	857	57	996	805	101
Solomon Islands	3.2	99.3	0.7	0.7	100	...	5.2	19	...	83	83	1
Somalia	1.5	71.4	28.6	28.6	100	...	...	11	3	11	8	3
South Africa	7.1	46.5	53.5	46.3	100	...	9.8	268	124	396	184	183
Spain	8.0	70.6	29.4	20.4	12.8	87.2	13.3	1 071	218	1 211	855	247
Sri Lanka	3.0	45.4	54.7	51.8	100	...	5.2	25	13	77	35	40
Sudan	3.5	20.9	79.1	79.1	100	...	9.6	13	10	43	9	34
Suriname	7.6	34.0	66.0	66.0	100	...	5.0	114	75	257	87	169
Swaziland	3.4	72.3	27.7	27.7	100	...	8.2	49	13	118	86	33
Sweden	9.2	78.0	22.0	22.0	100	...	11.5	2 456	540	1 943	1 516	427
Switzerland	10.1	69.3	30.7	29.7	22.1	77.9	13.3	3 564	1 057	2 644	1 833	784
Syrian Arab Republic	2.5	33.6	66.4	66.4	100	...	2.9	151	101	109	37	72
Tajikistan	7.6	87.8	12.2	12.2	100	...	39.6	11	1	94	82	11
Thailand	5.7	33.0	67.0	65.4	88.7	11.3	10.2	133	92	327	108	214
The former Yugoslav Republic of Macedonia	6.1	84.8	15.2	15.2	100	...	15.6	120	18	141	119	21
Togo	2.8	42.8	57.2	57.2	100	...	4.3	9	5	34	15	20
Tonga	7.8	46.0	54.0	54.0	100	...	13.2	141	76	257	118	139
Trinidad and Tobago	4.3	58.6	41.4	38.2	100	...	8.8	197	75	325	190	124
Tunisia	5.4	41.7	58.3	53.0	59.6	40.4	7.2	111	59	239	100	127
Turkey	3.9	74.0	26.0	23.3	65.1	34.9	10.9	118	27	231	171	54

Annex Table 8 Selected national health accounts indicators for all Member States, estimates for 1997[a]

Member State	Health expenditure (%)							Per capita health expenditure (US$)				
	Total health expenditure as % of GDP	Public expenditure as % of total health expenditure	Private expenditure as % of total health expenditure	Out-of-pocket expenditure as % of total health expenditure	Tax-funded and other public expenditure as % of public expenditure on health	Social security expenditure as % of public expenditure on health	Public expenditure on health as % of all public expenditure	Total expenditure at official exchange rate	Out-of-pocket expenditure at official exchange rate	Total expenditure in international dollars	Public expenditure in international dollars	Out-of-pocket expenditure in international dollars[b]
Turkmenistan	*4.3*	*86.0*	*14.0*	*14.0*	*100*	...	*13.9*	*24*	*3*	*90*	*77*	*13*
Tuvalu	*5.9*	*91.5*	*8.5*	*8.5*	*100*	...	*12.7*	*813*	*69*	*59*	*54*	*5*
Uganda	*4.1*	*35.1*	*64.9*	*48.2*	*100*	...	*9.9*	*14*	*9*	*44*	*17*	*27*
Ukraine	*5.6*	*75.5*	*24.5*	*24.5*	*100*	...	*9.6*	*54*	*13*	*128*	*96*	*31*
United Arab Emirates	*4.2*	*35.4*	*64.6*	*3.8*	*100*	...	*12.6*	*900*	*42*	*816*	*262*	*38*
United Kingdom	5.8	96.9	3.1	3.1	100	...	14.3	1 303	40	1 193	1 156	37
United Republic of Tanzania	*4.8*	*60.7*	*39.3*	*39.3*	*100*	...	*27.2*	*12*	*5*	*36*	*22*	*14*
United States of America	13.7	44.1	55.9	16.6	57.9	42.1	18.5	4 187	696	3 724	1 643	619
Uruguay	10.0	20.3	79.7	21.4	89.0	11.0	6.0	660	141	849	172	182
Uzbekistan	*4.2*	*80.9*	*19.1*	*19.1*	*100*	...	*10.3*	*24*	*5*	*109*	*88*	*21*
Vanuatu	*3.3*	*64.3*	*35.8*	*35.8*	*100*	...	*9.6*	*47*	*17*	*85*	*55*	*30*
Venezuela, Bolivarian Republic of	3.9	67.4	32.6	32.6	66.6	33.4	10.5	160	49	298	201	97
Viet Nam	*4.8*	*20.0*	*80.0*	*80.0*	*100*	...	*4.4*	*17*	*14*	*65*	*13*	*52*
Yemen	*3.4*	*37.9*	*62.1*	*62.1*	*100*	...	*3.3*	*12*	*7*	*33*	*12*	*20*
Yugoslavia	*4.5*	*64.8*	*35.2*	*35.2*	*100*	...	...	*127*	*28*	*127*	*98*	*28*
Zambia	*5.9*	*38.2*	*61.8*	*42.4*	*100*	...	*9.7*	*27*	*11*	*64*	*34*	*25*
Zimbabwe	6.2	43.4	56.6	38.2	100	...	10.2	46	24	130	62	67

[a] Normal typeface indicates complete data with high reliability.
Italics indicate incomplete data with high to medium reliability.
Grey figures indicate incomplete data with low reliability.
Measured expenditure and orders of magnitude only. All estimates are preliminary. As in every systems accounting build-up, the "first round data" are likely to be substantially modified in subsequent stages of the system's developmental process.

[b] Out-of-pocket expenditure in international dollars does not include voluntary health insurance and other private expenditures.
... Data not available or not applicable.