

การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี
Health Care Reform in Korea

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ พบ. สม. MSc
สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
พฤษภาคม 2543

การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี

Health Care Reform in Korea

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ พบ. สม. MSc[®]

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

เกาหลีเป็นประเทศหนึ่งในเอเชียที่มีระดับการพัฒนาด้านเศรษฐกิจสูงและเป็นสมาชิกของประเทศกลุ่มความร่วมมือด้านการพัฒนาระบบเศรษฐกิจ (OECD) โดยสามารถให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนได้อย่างทั่วหน้าภายในระยะเวลาอันสั้นเพียง 12 ปี ด้วยมาตรการจำกัดชุดสิทธิประโยชน์และกำหนดอัตราเบี้ยประกันที่ต่ำ การขยายระบบประกันสุขภาพของเกาหลีมีบริบทที่สำคัญคือ บริบทด้านการเมืองและภาวะเศรษฐกิจของประเทศ การขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพและขยายชุดสิทธิประโยชน์เกิดขึ้นในช่วงที่ภาวะเศรษฐกิจของประเทศมีการเจริญเติบโตสูง ขณะเดียวกันบริบทด้านการเมืองก็มีส่วนผลักดันสำคัญ กล่าวคือการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าเกิดขึ้นในช่วงที่รัฐบาลทหารต้องการความชอบธรรมในการปกครองบ้านเมือง การรวมระบบประกันสุขภาพเกิดขึ้นในช่วงที่มีรัฐบาลใหม่ที่ได้รับการยอมรับจากประชาชน

ระบบบริการสุขภาพของเกาหลีนั้นอิงกับภาคเอกชนแบบแสวงหากำไรเป็นหลัก โดยร้อยละ 88.5 และ 83 ของโรงพยาบาลและเตียง เป็นของภาคเอกชนสะท้อนแนวคิด liberalization ตามแบบอเมริกัน ด้วยแรงจูงใจด้านกำไรเป็นหลักทำให้มีการกระจุกตัวของทรัพยากรสาธารณสุขในเขตเมือง ร้อยละ 92 ของเตียง และร้อยละ 95.8 ของแพทย์อยู่ในเขตเมืองในขณะที่มีประชากรเพียงร้อยละ 75.6 มีการแข่งขันกันลงทุนในเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีราคาแพง เกิดความซ้ำซ้อนของบริการ จำนวนเครื่อง CT scanner และ MRI ต่อล้านประชากรเท่ากับ 17.1 และ 4.8 ตามลำดับ ภาครัฐจึงจำเป็นต้องเข้าแทรกแซงโดยเข้าไปจัดบริการเองในชนบทและส่งเสริมการลงทุนด้านบริการสุขภาพของภาคเอกชนในภูมิภาค การมีชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันที่จำกัดทำให้ครัวเรือนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูงเมื่อไปใช้บริการแม้จะมีหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าแล้วก็ตาม รายจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการสูงถึงร้อยละ 55 ในปี 1996 ระบบการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลแบบตามปริมาณบริการ (Fee-for-service) แม้จะมีการควบคุมราคาโดยรัฐแต่ก็ไม่สามารถควบคุมรายจ่ายได้เนื่องจากมีการเพิ่มความถี่และปริมาณการใช้บริการที่ถูกกระตุ้นจากอุปทาน (supply induce demand) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้รายจ่ายเพิ่มขึ้นประกอบด้วย อัตราการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น (39%) การเพิ่มค่าบริการ (33%) การเพิ่มปริมาณบริการต่อครั้ง (21%) ในขณะที่เกิดจากการเพิ่มของจำนวนผู้มีสิทธิมีผลเพียง 6% นอกจากนั้นระบบที่ไม่มีการแยกการสั่งยาและการจ่ายยาออกจากกันในขณะที่การจ่ายค่าบริการและค่ายาแยกกัน โดยที่อัตราค่าบริการถูกกำหนดไว้ต่ำและราคายากำหนดตามราคาท้องตลาดซึ่งมี profit margin มากกว่าทำให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการสั่งและจ่ายยามากขึ้น มีผลให้มีการใช้ยาเกินจำเป็นและสัดส่วนรายจ่ายค่ายาค่อนข้างสูง (ร้อยละ 31 ของรายจ่ายด้านสุขภาพ) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรพร้อมกับวิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นและคุณภาพความเป็นอยู่ของประชาชนดีขึ้นทำให้ลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชนและพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนไป โรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาหลักได้เปลี่ยนเป็นโรคไม่ติดต่อซึ่งเรื้อรังและมีค่าใช้จ่ายสูง ในการพัฒนาที่ผ่านมาแม้เกาหลีจะสามารถให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทั่วหน้า และสถานะสุขภาพดีขึ้นแต่เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วอื่นๆในเอเชียด้วยกัน เกาหลีก็จวนจะด้อยกว่าในความสามารถของการยกระดับภาวะสุขภาพของประชาชนหากพิจารณาจากดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ

[®] สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

แรงผลักดันการปฏิรูปในช่วงหลังเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นและการขาดความมั่นคงของกองทุนระบบประกันสุขภาพประกอบกับภาวะวิกฤตด้านเศรษฐกิจ การขาดความพึงพอใจในระบบของประชาชนเนื่องจากการจำกัดสิทธิประโยชน์ทำให้ครัวเรือนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเมื่อไปใช้บริการค่อนข้างสูง การขาดความเท่าเทียมด้านการคลังของระบบประกันสุขภาพและด้านการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข โดยมีการปฏิรูปทั้งในด้านระบบประกันสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และด้านการส่งเสริมสุขภาพ

กลไกสำคัญของการปฏิรูปคือนโยบายของพรรคการเมืองและการออกกฎหมาย ทั้งนี้มาตรการที่ใช้มีทั้ง การขยายความครอบคลุมการมีหลักประกันและชุดสิทธิประโยชน์ การขยายระบบบริการไปยังในชนบทและพัฒนาคุณภาพระบบบริการ การปรับโครงสร้างของระบบประกัน มีการรวมระบบและองค์กรประกันสุขภาพ การปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ การแยกบทบาทระหว่างการค้าและการจ่ายยา และการลงทุนในบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในด้านความสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพนั้น กล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จในการขยายหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนทุกคนแต่ก็ยังคงมีปัญหที่ต้องแก้ไข สำหรับการปฏิรูปในช่วงหลังนั้นยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าจะประสบความสำเร็จเพียงใด ทั้งนี้ความสำเร็จดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้นอกจากตัวระบบที่เหมาะสมแล้วปัจจัยด้านการเมืองภายในระบบสุขภาพเองนับเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพต่างๆที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

Executive Summary

Korea is one of OECD countries in Asia, which had high economic growth and could achieve universal coverage of health care shortly, only 12 years of development by setting limited benefit package in addition to low contribution rate. Rapid expansion of insurance coverage and benefit package was accordance with country's high economic growth. In addition, political context is also crucial for the achievement, conflict between the North and South Korea and military regime tried to obtain legitimacy in the process of gaining political power, furthermore, integration of insurance schemes was succeeded during new popular political party become a government.

Private sector plays crucial role in service provision, especially private for profit, 88.5% of hospital and 83% of beds are in private sector reflecting American liberalization concept. According to profit incentives creates improper distribution of health resources, 92% of beds and 95.8% of physicians are in urban area with only 75.6% of population. Duplication of services and competing in high cost technologies are the other problems, number of CT scanners and MRI are relatively high comparing with other developed countries, 17.1 and 4.8 per million population respectively. The government has to intervene by expansion of public facilities in rural area and providing low interest loan for private sector that invests in rural area. According to limited benefit package, people have to pay really high out-of-pocket payment at the point of service use, 55% of total health expenditure in 1996. Fee-for-service payment system with fee schedule could not contain cost according to supplies induce demands. Increase in utilization, fee schedule, intensity of care, and number of beneficiaries accounted for 39%, 33%, 21% and 6% respectively. Integration of drug

prescribing and dispensing role in health facilities while they are separately disbursed and high profit margin for drugs induced high proportion of expenditure on drugs, 31% of total expense. Korea has been in the epidemiological transitions, there have been changes in disease patterns and health risk behavior according to demographic structure, progression of medical technologies and services, and improving living conditions. Communicable diseases have been decreased with increase in high cost noncommunicable diseases. Even achievement in health development in previous decade, Korea is still behind other developed Asian countries.

Needs for recent reform of the Korea health system came from escalation of cost, financial unsustainable of insurance funds in addition to economic downturn. Unsatisfaction of limited benefit package and high proportion of out-of-pocket payment, inequitable of finance and distribution of health resources also emphasized needs for reform in health insurance, health services system, and health promotion.

Legislation is the main mechanisms of reform in Korea in addition to strong political commitment. Strategies of reform included expansion of insurance coverage and benefit package, redeployment of health resources, quality improvement, structural reform of insurance system, reform of payment mechanisms and separation of drug prescribing and dispensing role, and increase investment in health promotion. Even Korea succeeded in achieving universal coverage some problems remained. For the recent reform, there is not enough evidence to show success and it's still too early to evaluate. Success in reform is determined not only by appropriate designed of the reform but also political factors, especially, political factor in the health sector.

การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี

1. บทนำ

ระบบสุขภาพ (Health System) หมายถึงระบบต่างๆในสังคมทั้งในด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และระบบบริการสุขภาพซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของคนในสังคม โดยเป้าหมายหลักของระบบสุขภาพก็คือเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ไม่ว่าจะเป็นมิติของสุขภาพที่กว้างหรือแคบก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพประชาชนนั้นนอกจากระบบบริการสุขภาพแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆอีกมาก เช่น สภาพเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมในการทำงาน วิถีชีวิต วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ ฯลฯ เป็นต้น โดยในกลุ่มหลังนี้อาจมีบทบาทมากกว่าตัวระบบบริการสุขภาพเองเสียอีก สำหรับการปฏิรูป (Reform) นั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนโครงสร้างหรือระบบการทำงานเพื่อที่จะทำให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการด้วยวิธีการที่ดีขึ้น ทั้งนี้เงื่อนไขทางปฏิบัติที่สำคัญของการปฏิรูปคือ ต้องมีการวิเคราะห์กิจกรรมที่จะทำการปฏิรูปอย่างชัดเจน ทราบถึงวัตถุประสงค์เดิมโดยรวมของกิจกรรมเหล่านั้น ทราบถึงปัญหาหรือสาเหตุที่ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการหรือผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้น มีกลยุทธ์ที่สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้และมีความเป็นไปได้ และประการสุดท้ายคือวัตถุประสงค์โดยรวมเดิมนั้นจะต้องคงอยู่แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์ของระบบย่อย (David-Seedhouse 1995)

การปฏิรูประบบสุขภาพ จึงหมายถึงการเปลี่ยนแปลงใหญ่ที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจเกิดขึ้นต่อระบบเศรษฐกิจ การเมือง สังคม รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสุขภาพ นอกจากนั้นแม้ระดับของ การเปลี่ยนแปลงจะเรียกได้ว่าเปลี่ยนแปลงมากแต่ก็จะอุบัติขึ้นอย่างต่อเนื่องอย่างสันติ อย่างไรก็ตามการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนานั้นพบว่า ส่วนใหญ่ก็จำกัดอยู่ในระบบย่อย คือ ระบบบริการสุขภาพ ระบบการคลังสำหรับบริการสุขภาพ หรือระบบการส่งเสริมสุขภาพ ฯลฯ เป็นต้น มากกว่าที่จะเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพในภาพใหญ่โดยรวม ทั้งนี้เนื่องจากในระบบสุขภาพนั้นประกอบด้วยระบบย่อยๆมากมายที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ นอกจากนั้นในระบบย่อยอื่นๆนั้นส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้มีวัตถุประสงค์หลักด้านสุขภาพ ในการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศเกาหลีนี้เป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ระบบการคลังสำหรับบริการสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพเป็นหลัก โดยอาศัยข้อมูลและเอกสารจากเอกสารวิชาการ รายงานการวิจัย รายงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ซึ่งมีอยู่ค่อนข้างจำกัดโดยเฉพาะประเด็นด้านกระบวนการปฏิรูปฯ

ประเทศสาธารณรัฐเกาหลีตั้งอยู่บนคาบสมุทรเกาหลี มีพื้นที่ 99,392 ตารางกิโลเมตร ร้อยละ 70 ของพื้นที่เป็นภูเขา ประชากรในปี 1997 เท่ากับ 46 ล้านคน (ประชากร 448 คนต่อตารางกิโลเมตร) อัตราการเพิ่มของประชากรปีละ 1% อัตราเกิดในปี 1995 เท่ากับ 16.1 : 1,000 ประชากร และอัตราตายเท่ากับ 5.4: 1,000 ประชากร ในปี 1998 ประชากรที่มีอายุระหว่าง 0-14 ปี เท่ากับร้อยละ 22 ร้อยละ 71.4 ของประชากรมีอายุระหว่าง 15-64 ปี และร้อยละ 6.6 มีอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 92.7 ของประชากรได้รับการศึกษาอย่างน้อยขั้นต่ำ(ระดับประถมศึกษา) และร้อยละ 37 ของผู้มีอายุมากกว่า 25 ปี จบการศึกษาระดับมัธยม ร้อยละ 23 ของประชากรอาศัยอยู่ในเมืองหลวงคือกรุงโซล เศรษฐกิจของประเทศในปัจจุบันขึ้นกับอุตสาหกรรมหนัก เช่น อุตสาหกรรมโลหะ การต่อเรือ อุตสาหกรรมเคมี รถยนต์ และเทคโนโลยีที่กำหนดขึ้นที่ต้องอาศัยทักษะ นอกจากนั้นอุตสาหกรรมบริการก็มีบทบาทมากขึ้น สาธารณรัฐเกาหลีได้เข้าร่วมกลุ่มประเทศ OECD ตั้งแต่ปี ตุลาคม1996 และประสบกับปัญหาเศรษฐกิจตกอยู่ในปลายปี 1997 และต้องขอรับการช่วยเหลือจาก IMF เช่นเดียวกับไทย (แต่ในปัจจุบันเศรษฐกิจของเกาหลีได้ฟื้นตัวแล้ว) ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติในปี

1997 เท่ากับ 437 billion US \$ (416.1 ล้านวอน) ลดลงร้อยละ 9 เมื่อเทียบกับปีก่อนหน้านั้น โดยมี GNP per capita \$ 9,511 ในปี 1997 ทั้งนี้ร้อยละ 60.5 ของประชากรวัยแรงงานมีงานทำ ในขณะที่อัตราการว่างงานในเดือนพฤษภาคม 1998 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.7 จาก 2.6 ในปี 1997

2. ระบบบริการทางการแพทย์ (Medical Care System)

บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในเกาหลีนั้นอิงกับปรัชญาและแนวคิดของกลไกตลาดเสรีและให้อยู่ในความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลและครัวเรือนเป็นหลัก (Ok Ryun Moon 1998, Hacheong Yeon 1996) ซึ่งสะท้อนออกมาในรูปของบทบาทที่สูงของภาคเอกชนทั้งในระบบการจัดบริการและระบบการคลังสาธารณสุขของประเทศ ลักษณะเด่นของระบบบริการสาธารณสุขของเกาหลีประกอบด้วย (1) ภาคเอกชนเป็นเจ้าของทรัพยากรในระบบบริการสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ (2) ระบบบริการประกอบด้วยบริการแผนตะวันตกและแผนตะวันออก (Western and Oriental Medicine) (3) มีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขในเขตเมืองและชนบท (4) ประชาชนต้องไปใช้บริการที่สถานพยาบาลปฐมภูมิ (primary care doctor or a hospital) และหากได้รับการส่งต่อจึงสามารถไปใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่ได้

สถานพยาบาลในเกาหลี ประกอบด้วย สถานพยาบาลที่จัดโดยรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น โรงเรียนแพทย์ และส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลของเอกชน ทั้งนี้ประเภทของสถานพยาบาลจะแบ่งตามขนาด เป็น General hospitals (มีมากกว่า 100 เตียง และมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านต่าง ๆ), hospitals (มีเตียงมากกว่า 30 เตียง), and clinics. โดยสถานพยาบาลด้านทันตกรรม และแพทย์แผนตะวันออก ก็จัดแบ่งในลักษณะเดียวกัน ส่วนในชนบท ประกอบด้วยสถานพยาบาลของรัฐคือ Health centers, health sub-centers, primary care health post. และรวมถึง ร้านยา โรงพยาบาล และคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลและคลินิกแพทย์ตะวันออก และผดุงครรภ์ ณ ปี 1996 มีโรงพยาบาลทั่วไป 271 แห่ง โรงพยาบาล 421 แห่ง คลินิก 15,242 แห่ง โรงพยาบาลทันตกรรม 14 แห่ง คลินิกทันตกรรม 8,761 แห่ง โรงพยาบาลแพทย์ตะวันออก 81 แห่ง คลินิกแพทย์ตะวันออก 6,172 และสถานผดุงครรภ์ 161 แห่ง

ตารางที่ 1 การจัดประเภทของสถานพยาบาลในสาธารณรัฐเกาหลี

	สถานพยาบาล	ผู้ป่วย	แพทย์
สถานพยาบาลปฐมภูมิ	- Public Health Center - Health Sub-center - PHC post - Special Clinic	ประชาชนที่มีภูมิลำเนาในบริเวณนั้น	แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แพทย์เฉพาะทางใน special Clinic
สถานพยาบาลทุติยภูมิ	- Hospital with 30-99 beds - Hospital with 100 – 699 beds	ผู้ป่วยนอกและในที่ส่งต่อมาจากสถานพยาบาลปฐมภูมิ	แพทย์เฉพาะสาขา
สถานพยาบาลตติยภูมิ	- Hospital with 700 or more beds - University hospital with 500 or more beds	ผู้ป่วยนอกและในที่ส่งต่อมาจากสถานพยาบาลปฐมภูมิและทุติยภูมิ	แพทย์เฉพาะสาขา
โรงพยาบาลพิเศษ	- Mental hospital - Rehabilitation Center - Cancer Hospital & Communicable Disease Hospitals etc.	ผู้ป่วยด้วยโรคเฉพาะนั้นๆ	แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค

ที่มา : Ministry of Health and Welfare, 1998

ทั้งนี้ร้อยละ 97 ของสถานพยาบาลเป็นคลินิก เมื่อสิ้นปี 1996 พบว่ามีเตียงทั้งหมด 190,151 เตียง โดยร้อยละ 53 อยู่ในโรงพยาบาลทั่วไปและร้อยละ 25 อยู่ในคลินิก โดยในส่วนของโรงพยาบาลนั้นเตียงส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชน แบบแสวงหากำไร รองลงมาเป็นเตียงของโรงพยาบาลที่ไม่แสวงหากำไร ส่วนภาครัฐนั้นมีบทบาทลดลง ในปี 1997 มีเตียงที่ดำเนินการโดยภาครัฐเพียงร้อยละ 18.9

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนโรงพยาบาลและเตียงตามความเป็นเจ้าของปี 1988, 1997

	จำนวนโรงพยาบาล (%)		จำนวนเตียง (%)	
	1988	1997	1988	1997
ของรัฐ	79 (14.9)	89 (11.5)	20,892 (25.1)	29,714 (18.9)
เอกชนไม่แสวงหากำไร	46 (8.6)	75 (9.8)	14,957 (17.9)	35,523 (22.54)
เอกชนแสวงหากำไร	406 (76.5)	607 (78.7)	47,474 (57.0)	92,423 (58.6)
รวม	531 (100)	771 (100)	83,323 (100)	157,660 (100)

ที่มา : Korean Hospital Association, Hospital Statistics, 1988, 1997

ณ.สิ้นปี 1996 มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวน 507,315 คน โดยในจำนวนนี้เป็นแพทย์ 59,399 คน, แพทย์ตะวันออก 9,299 คน ทันตแพทย์จำนวน 14,371 คน พยาบาล 127,145 คน ผู้ช่วยพยาบาล 197,788 คน ผดุงครรภ์จำนวน 8,447 คน เทคนิคการแพทย์ 85,517 คน และเวชสถิติจำนวน 5,349 คน ทั้งนี้สัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรในปี 1997 รวมแพทย์แผนตะวันออก คือ 1.56 : 1,000 ประชากร และคาดการณ์ว่าในปี 2000 จะมีสัดส่วน 2 : 1,000 ประชากร ทั้งนี้สัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอด กล่าวคือเพิ่มขึ้นถึง 4.1 เท่าระหว่างปี 1980-1996 ในปี 1996 ร้อยละ 58 ของแพทย์เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา

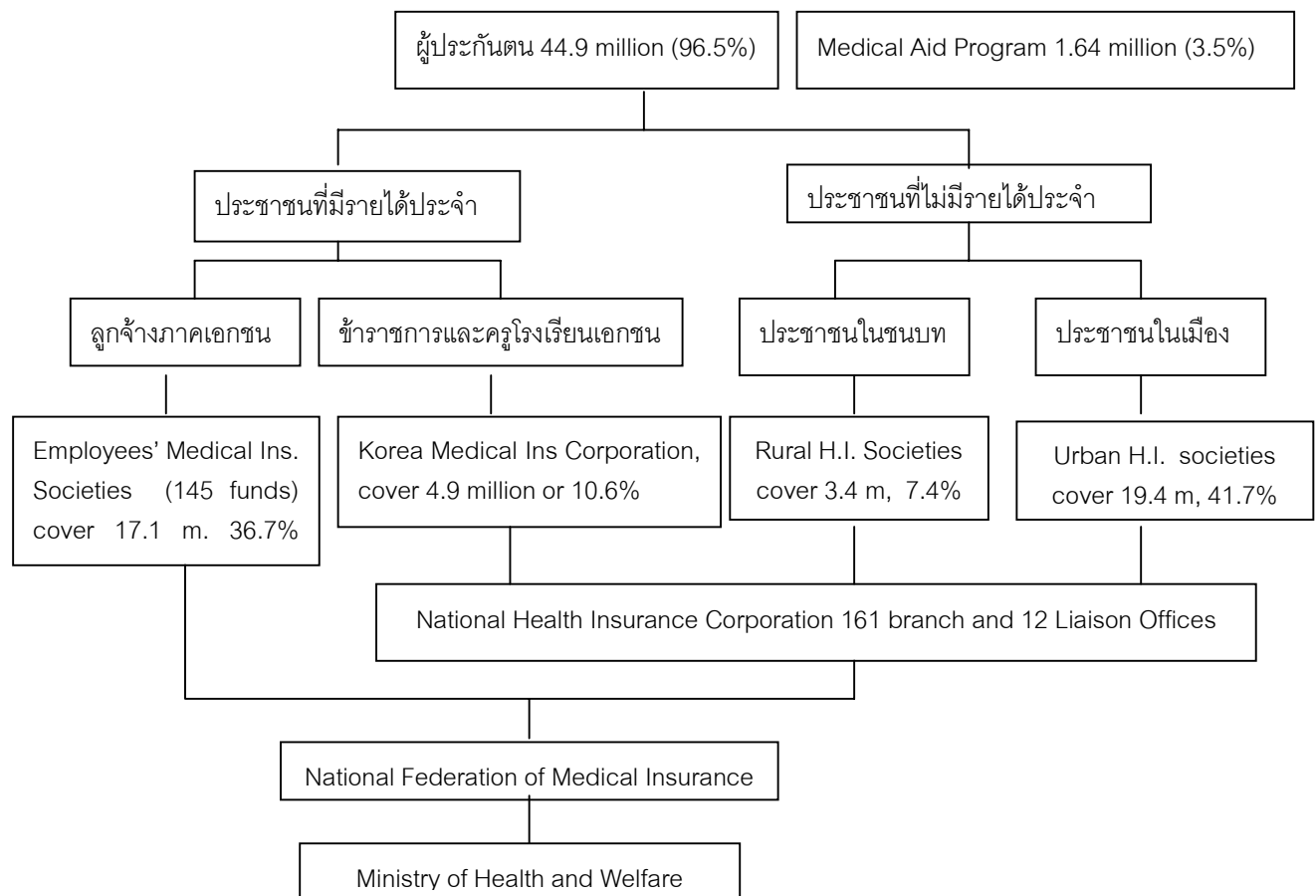
3. ระบบประกันสุขภาพ (The Korea Health Insurance System)

ประชาชนเกาหลีคุ้นเคยกับการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์มาแต่ต้น เนื่องจากรัฐให้เป็นภาระของแต่ละครัวเรือนเองในการดูแลสุขภาพของตนเอง จนในปี 1963 (GNP per capita ขณะนั้นเท่ากับ \$209) ก็เริ่มมีกฎหมายประกันสุขภาพเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามในช่วงแรก คือระหว่างปี 1963-1977 นั้นเป็นการประกันสุขภาพในลักษณะของภาคสมัครใจ เริ่มมีการประกันสุขภาพภาคบังคับในปี 1977 (GNP per capita ขณะนั้นเท่ากับ \$1,012) ในกลุ่มผู้มีรายได้ประจำภาคเอกชน โดยเริ่มจากสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 500 คนขึ้นไป และค่อยๆลดลงมาเป็น 300 และมากกว่า, 100 คนและมากกว่า, 16 คนและมากกว่า, และ 5 คนและมากกว่า ในปี 1979, 1981, 1983, และ 1988 ตามลำดับ ขณะเดียวกันใน 1977 ก็ได้มีการบังคับให้กลุ่มข้าราชการและครูในโรงเรียนเอกชนต้องมีประกันสุขภาพเช่นเดียวกัน และในปี 1989 (GNP per capita เท่ากับ \$4,994) ก็ได้มีการขยายการประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน

สำหรับระบบประกันสุขภาพของประเทศเกาหลีได้ก็คล้ายคลึงกับของประเทศญี่ปุ่น กล่าวคือมีการแบ่งกลุ่มประชากรเป็นพวกที่มีรายได้ประจำ (Wage Earners) และไม่มีรายได้ประจำ (Non-Wage Earners) พวกที่มีรายได้ประจำก็ยังสามารถแบ่งย่อยได้เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรมซึ่งมีประมาณ 16.6 ล้านคนหรือ 36.7% อยู่ภายใต้การบริหารของ Employees' Health Insurance societies (145 แห่ง) และกลุ่มพนักงานของรัฐและครู จำนวน 4.8 ล้านคนหรือ 10.5% อยู่ภายใต้การดำเนินงานของ Korea Medical Insurance Corporation ส่วนในกลุ่มพวกที่ไม่มีรายได้ประจำนั้นมีประมาณร้อยละ 49 ของประชากรยังแบ่งเป็นประชาชนที่อยู่ในเขตเมืองและชนบทและอยู่ภายใต้การดูแล

ของ Rural and Urban Health Insurance Societies. ในปี 1998 ได้มีการรวมกองทุนต่างๆของระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำเข้าเป็นกองทุนเดียวกัน และได้มีการประสานระบบประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มนี้เข้าด้วยกันกับระบบประกันสุขภาพของกลุ่มข้าราชการและครูโรงเรียนเอกชน เป็น National Health Insurance Corporation โดยทั้งหมดอยู่ภายใต้การดูแลของ National Federation of Medical Insurance โดยจะทำหน้าที่กำหนดและรับรองสถานพยาบาลที่จะให้บริการแก่ผู้ประกันตน ทบทุนและจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล ซึ่งองค์กรทั้งหมดนี้เป็นองค์กรกึ่งอิสระและต้องอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ นอกจากนี้ยังมีประชาชนอีกประมาณร้อยละ 3.6 ที่มีฐานะยากจนไม่สามารถช่วยตัวเองได้ก็จะอยู่ภายใต้การดูแลของ Medical Aid Program ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลกลางร้อยละ 80 และอยู่ภายใต้การดำเนินงานของรัฐบาลท้องถิ่นเป็นหลัก

ภาพที่ 1 แสดงโครงสร้างองค์กรระบบประกันสุขภาพสาธารณสุขเกาหลี



ที่มา : National Health Insurance Corporation, Health Insurance Statistic Yearbook 1998

เบี้ยประกัน รายได้ของระบบประกันสุขภาพนั้นมาจากเบี้ยประกันที่ประชาชนจะต้องจ่ายสมทบ ทั้งนี้โดยในกลุ่มประชาชนที่มีรายได้ประจำจ่ายสมทบตามสัดส่วนของเงินเดือน ร้อยละ 3.24 สำหรับลูกจ้างในบริษัทเอกชน และร้อยละ 3.8 สำหรับกลุ่มข้าราชการและครู ทั้งนี้โดยนายจ้างและลูกจ้างต้องจ่ายคนละครึ่งสำหรับในกลุ่มลูกจ้างเอกชนโดยไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ สำหรับกลุ่มข้าราชการและครูเอกชน นั้น รัฐจะจ่ายสมทบครึ่งหนึ่งสำหรับกลุ่มข้าราชการในฐานะนายจ้าง ส่วนในกลุ่มครูนั้นเจ้าของโรงเรียนจ่ายสมทบเพียงร้อยละ 30 และอีกร้อยละ 20 สนับสนุนโดยรัฐบาล สำหรับในกลุ่มประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำนั้นสืบเนื่องจากขาดข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ของรายได้ ดังนั้นการคำนวณ

อัตราเบี้ยประกันจึงคำนวณจากทั้งรายได้ ทรัพย์สินและขนาดของครัวเรือน โดยรัฐบาลจะช่วยสนับสนุนสมทบงบประมาณให้ทั้งในลักษณะของเบี้ยประกันสมทบและค่าบริหารจัดการของโครงการ ทั้งนี้ประมาณร้อยละ 30 ของรายจ่ายทั้งหมด ระหว่างกองทุนต่างๆจะมีการกระจายรายได้เพื่อเป็นการกระจายความเสี่ยงหรือเป็นการประกันชั้นที่สอง (Reinsurance mechanism) โดยจะมีการกระจายรายได้ใหม่ให้กับกองทุนต่างๆโดยพิจารณาจากรายจ่ายสำหรับบริการค่าใช้จ่ายสูง และสัดส่วนของผู้สูงอายุ การมีผู้สูงอายุมากขึ้น ประกอบกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่มีราคาแพงขึ้นและการขยายสิทธิประโยชน์ของโครงการทำให้รายจ่ายเพิ่มขึ้นมากและบั่นทอนความมั่นคงของฐานะการเงินของกองทุนต่างๆ

การบริหารกองทุน สืบเนื่องจากพัฒนาการที่แยกกลุ่มดังนั้นในระบบประกันสุขภาพของเกาหลีจะเป็นระบบหลายกองทุน อย่างไรก็ตามประชาชนไม่ได้มีสิทธิเลือกกองทุน เนื่องจากจะถูกกำหนดให้เข้ากองทุนตามลักษณะงานและที่อยู่ของตน ทำให้ไม่มีการแข่งขันระหว่างกองทุน ขณะเดียวกันกองทุนเหล่านี้ก็ไม่มีสิทธิเลือกทำสัญญากับผู้ให้บริการเอง เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ของ National Federation of Health Insurance ดังนั้นกองทุนเหล่านี้จึงทำหน้าที่เพียงแค่เป็นตัวกลางที่หักเงินก่อนที่จะจ่ายให้กับผู้ให้บริการและสถานพยาบาลเท่านั้น ไม่ได้ใช้อำนาจของผู้ถือเงินในการกำหนดระบบบริการแต่อย่างใด ในปีปัจจุบัน (1999) มีกองทุนเหลืออยู่ 141 กองทุน คือกองทุนของบริษัทเอกชน 140 แห่ง และ 1 National Health Insurance Corporation สำหรับกลุ่มข้าราชการ ครู และประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำ และขณะนี้ได้มีแผนที่จะรวมกองทุนทั้งหมดให้เป็นระบบกองทุนเดียวในปี 2000 เพื่อมุ่งหวังในการลดค่าบริหารจัดการ และเพื่อเพิ่มอำนาจต่อรองในฐานะผู้ซื้อรายเดียวในการกำหนดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีการจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการ สำหรับวิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการและสถานพยาบาลนั้นเป็นระบบตามปริมาณบริการ (Fee-for-service) โดยจะมีรายการบัญชีราคาบริการต่างๆที่กำหนดโดยรัฐบาล นั่นหมายความว่ากองทุนในระบบประกันสุขภาพมีบทบาทน้อยในการกำหนดรายจ่ายด้านสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากจะถูกกำหนดด้วยปริมาณบริการที่ผู้ให้บริการและผู้ป่วยใช้ในขณะที่ยังราคาถูกกำหนดโดยรัฐบาลอยู่แล้ว แต่เนื่องจากกองทุนต่างๆต้องจ่ายค่าบริการจากเบี้ยประกันที่เก็บได้ ดังนั้นหากต้องการควบคุมรายจ่ายเพื่อไม่ให้ต้องขึ้นเบี้ยประกันสิ่งที่ต้องดำเนินการก็คือ คัดค้านการเพิ่มสิทธิประโยชน์ ต้องตรวจสอบการเรียกเก็บว่าเหมาะสมหรือไม่ หรือต้องขอรับการสนับสนุนจากรัฐบาลเพิ่มขึ้น สำหรับสถานพยาบาลแล้ววิธีการจ่ายตามปริมาณบริการสร้างแรงจูงใจให้บริการผู้ป่วยทั้งในด้านจำนวนและปริมาณบริการที่ให้ต่อราย ในขณะที่เดียวกันโรงพยาบาลก็มีแรงจูงใจในการที่จะลงทุนด้านเครื่องมือทันสมัยต่างๆที่ไม่ครอบคลุมในรายการ เนื่องจากไม่มีการควบคุมราคา

ผู้ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข นั้นเป็นภาคเอกชนแบบแสวงหากำไรเป็นหลัก ซึ่งต่างจากในประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆซึ่งส่วนใหญ่เป็นเอกชนแบบไม่แสวงหากำไร บริการที่จัดของสถานพยาบาลในแต่ละระดับก็มีความซ้ำซ้อนกัน ภายในโรงพยาบาลก็จะเป็นระบบแบบปิดกล่าวคือจะมีพนักงานและบุคลากรของตนเองในการให้บริการ และเมื่อผู้ป่วยเข้ามาแล้วก็จะให้บริการแบบเบ็ดเสร็จทุกอย่าง ดังนั้นขนาดและปริมาณบริการแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลของเกาหลีจะสูงมาก แพทย์ที่ทำงานในคลินิกส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์เฉพาะทาง ประกอบกับวิธีการจ่ายเงินตามปริมาณบริการ ทำให้ระบบการส่งต่อและการประสานบริการไม่เกิดขึ้นระหว่างคลินิกและโรงพยาบาล เกิดการแข่งขันกันในการให้บริการเนื่องจากการส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลนั้นหมายความว่า เป็นการลดรายได้ของตนไป จากเหตุดังกล่าวทำให้ระบบการส่งต่อไม่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพและทำให้มีความซ้ำซ้อนของบริการที่มากเกินไปและมีความสูญเสีย มีสภาพผู้ป่วยไปแออัดกันที่โรงพยาบาลใหญ่เนื่องจากเข้าใจว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพดีกว่าและละเลยการใช้บริการในสถานพยาบาลปฐมภูมิ

สิทธิประโยชน์ สืบเนื่องจากความต้องการขยายความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพให้ได้ทั้งหมดโดยเร็วของรัฐบาล ในขณะที่เก็บเบี้ยประกันในอัตราที่ต่ำ ดังนั้นสิทธิประโยชน์ที่กำหนดให้ภายใต้ระบบประกันสุขภาพจึงค่อนข้างจำกัด และประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายที่ค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับระบบประกันสุขภาพของประเทศอื่นๆ สิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับประกอบด้วยผลประโยชน์ที่ไม่ใช่ตัวเงินและที่เป็นตัวเงิน ที่ไม่ใช่ตัวเงินคือ บริการผู้ป่วยนอก บริการในโรงพยาบาล บริการอนามัยแม่และเด็ก การผ่าตัด ยา การพยาบาล และค่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และยา(ทั้งที่มีใบสั่งยาและไม่มีใบสั่งยา) ซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับไปจนหลังจากสิ้นสุดสภาพการเป็นสมาชิกแล้วสามเดือน สำหรับผลประโยชน์ที่เป็นตัวเงินก็เช่น การเบิกคืนค่าบริการทางการแพทย์ไปรับบริการที่สถานพยาบาลนอกจากที่กำหนด ค่าบริการที่บ้าน และค่าจ่ายชดเชยกรณีการเจ็บป่วย การคลอด และงานศพ รวมถึงการจ่ายชดเชยค่ายาและค่ากายอุปกรณ์ต่างๆ สำหรับระยะเวลาของการคุ้มครองการเจ็บป่วยนั้นตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึงปี 1995 นั้นคุ้มครองให้เพียงไม่เกิน 180 วันเท่านั้น¹ ต่อมาได้มีการขยายเพิ่มเติมปีละ 30 วัน ซึ่งตั้งแต่ปี 2000 เป็นต้นไปประชาชนจะได้รับการคุ้มครองเต็มปีสำหรับบริการที่ยกเว้นไม่ครอบคลุมภายใต้ระบบประกันสุขภาพเกาหลีประกอบด้วย

- บริการพิเศษหรือไม่ได้กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์ เช่น MRI, Laser treatment
- โรคผิวหนังที่ไม่เป็นปัญหาต่อชีวิตประจำวัน
- ความพิการแต่กำเนิด ความพิการของระบบสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะ และโรกระบบสืบพันธุ์สตรีที่ไม่มีปัญหาต่อชีวิตประจำวันหรือการทำงาน
- การบำบัดการติดยาเสพติด
- ศัลยกรรมตกแต่ง
- ฟันปลอม, วัสดุทันตกรรม หรือการขูดหินปูน และกายอุปกรณ์
- การบาดเจ็บที่เกิดจากการทำร้ายตนเองหรือถูกทำร้าย
- ได้รับการชดเชยค่าใช้จ่ายจากแหล่งอื่นแล้ว
- การไปรับบริการเองโดยตรงที่ระดับตติยภูมิ
- ค่าห้องในกรณีพักห้องพิเศษที่มีเตียงน้อยกว่า 6 เตียงลงมา
- ระวังการใช้สิทธิในกรณีที่อยู่ในราชอาณาจักรทหาร ไปต่างประเทศ หากตรวจพบว่าการโกงค่าบริการ

สำหรับข้อยกเว้นนี้อาจแตกต่างกันในแต่ละระบบ นอกจากนั้นในการไปใช้บริการนั้นผู้ประกันตนจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายด้วยทุกครั้ง โดยสำหรับบริการผู้ป่วยในจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 20 ของค่าบริการทั้งหมด และสำหรับบริการผู้ป่วยนอกนั้นจะต้องมีส่วนร่วมจ่ายตามประเภทบริการ ระดับของโรงพยาบาลและขนาดของค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ร้อยละ 30-55 นอกจากนั้นประชาชนก็ยังต้องจ่ายค่าธรรมเนียมการส่งยาของแพทย์และมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่ายาด้วย และหากเป็นรายการที่ไม่ครอบคลุมในระบบประกันประชาชนก็ต้องจ่ายเอง จากสาเหตุดังกล่าวทำให้มีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนมีบทบาทค่อนข้างมากในระบบการคลังของระบบการคลังสาธารณสุขของประเทศ กล่าวคือในปี 1997 ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยในประชาชนจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือนเองร้อยละ 39.9 ของค่าใช้จ่ายรวม (เป็นบริการที่ครอบคลุม 15.7%

¹ ยกเว้นกลุ่มบุคคลต่อไปนี้ที่จะได้รับการคุ้มครองทั้งปี คือ ผู้ที่อายุมากกว่า 65 ปี ผู้พิการและทุพพลภาพที่ได้รับการขึ้นทะเบียนตามพรบ.สวัสดิการผู้พิการ บุคคลสำคัญของประเทศ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัณโรคและโรคที่มีความรุนแรงที่กำหนดตามประกาศ

และบริการที่ไม่ครอบคลุม 23.6%) บริการผู้ป่วยนอกร้อยละ 61.1 ของค่าใช้จ่ายรวม (บริการที่ครอบคลุม 36.9% และ บริการที่ไม่ครอบคลุม 24.2%)

ตารางที่ 3 ส่วนร่วมจ่ายของผู้ประกันตนในการไปรับบริการผู้ป่วยนอก ปี 1996

สถานพยาบาล	ค่าใช้จ่ายจนถึง W10,000/ W 12,000 ¹	ค่าใช้จ่ายเกิน W10,000 / W12,000 ¹
General Hospital	Consultation fee + [55% (total cost – consultation fee)]	
Hospital	Consultation fee + [55% (total cost – consultation fee)]	
County General Hospital	W 4,500	55% of total charges
County Hospital	W 4,500	40% of total charges
Clinic	W 3,000 (2,200 ²)	30% of total charges
Dental Clinic	W 3,500 (2,700 ³)	30% of total charges
Herb doctor's clinic	W 3,000	30% of total charges
Public Health Center	W 1,000 ⁴	30% of total charges
Public Health Subcenter	W 800 ⁴	30% of total charges
PHC Post	W 800 ⁵	30% of total charges
Pharmacy with prescription	W 800 ⁶	30% of total charges ⁷
Pharmacy without prescription	800 for 1 day or 1,500 for 3 days ⁸	40% of total charges ⁹

ที่มา : National Health Insurance Corporation 1996

¹ กรณีทันตกรรม ² เมื่อมีการออกไปสั่งยาและมูลค่าบริการรวมไม่เกิน 7,000 won

³ เมื่อมีการออกไปสั่งยาและมูลค่าบริการรวมไม่เกิน 9,000 won

⁴ เมื่อรับบริการไม่เกิน 3 วัน ⁵ เมื่อได้รับบริการ

⁶ เมื่อค่าใช้จ่ายไม่เกิน 3,000 won ⁷ เมื่อค่าใช้จ่ายเกิน 3,000 won

⁸ เมื่อค่าใช้จ่ายไม่เกิน 4,000 won ⁹ เมื่อค่าใช้จ่ายเกิน 4,000 won

4. สภาพและปัจจัยของปัญหาในระบบสุขภาพของเกาหลี

ระบบสุขภาพของเกาหลีประสบกับปัญหาซึ่งต่างจากประเทศพัฒนาอื่นๆที่สามารถจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนแบบทั่วหน้า คือถึงแม้จะสามารถให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคนแล้วก็ยังประสบกับปัญหาด้านความเป็นธรรม และประสิทธิภาพ ในด้านความเป็นธรรมมีปัญหาด้านการกระจายของทรัพยากร และการที่ระบบการคลังยังอิงกับรายจ่ายของครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการค่อนข้างสูง สำหรับด้านประสิทธิภาพของระบบพบว่า รายจ่ายสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นเร็วกว่าการเพิ่มของรายได้ประชาชาติ มีการขาดความมั่นคงด้านการเงินของกองทุน ในด้านบริการมีความซ้ำซ้อนของบริการ การขาดคุณภาพของการบริการปฐมภูมิและความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ขณะเดียวกันก็ยังมีปัญหาด้านการเปลี่ยนแปลงของลักษณะการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

4.1 ประเด็นด้านประสิทธิภาพ

แม้ว่าเกาหลียังมีรายจ่ายด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศยังต่ำกว่าประเทศพัฒนาแล้วหลายๆประเทศที่สามารถให้หลักประกันสุขภาพอย่างทั่วหน้าแก่ประชาชนของตน กล่าวคือยังต่ำกว่าร้อยละ 6 แต่รายจ่ายของระบบประกันสุขภาพและรายจ่ายด้านสุขภาพโดยรวมก็เพิ่มขึ้นเร็วกว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทำให้มีผลต่อฐานะด้านการเงินของกองทุนต่างๆ กล่าวคือในปี 1997 มีกองทุนถึงครึ่งหนึ่งที่ประสบปัญหาการขาดดุลงบมากกว่ารายรับ นอกจากนั้นสัดส่วนรายจ่ายของรัฐบาลและระบบประกันสุขภาพถึงแม้จะมีแนวโน้มสูงขึ้นแต่รายจ่ายจากครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการก็ยังค่อนข้างสูง

ตารางที่ 4 แสดงแนวโน้มการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพของเกาหลี (%) ระหว่างปี 1992 – 1996

ปี	รายจ่ายจากระบบประกันสุขภาพ	รายจ่ายสุขภาพรวม	ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ	ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพเทียบผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ
1992	16.56	20.1	11.43	5.32
1993	16.54	12.2	11.13	5.37
1994	12.63	14.2	14.53	5.35
1995	25.46	15.0	15.04	5.36
1996	24.08		10.8	

ที่มา : Myoung, JI. Trends in National Health Care Expenditure: 1985-1995, Korean Institute of Health Services Management, 1998. National Federation of Medical Insurance, Medical Insurance Statistics, 1997

ตารางที่ 5 แสดงฐานะด้านการเงินของโครงการประกันสุขภาพเกาหลี 1997 (หน่วย : billion won)

	ระบบประกันลูกจ้างเอกชน	ระบบประกันข้าราชการและครู	ระบบประกันกลุ่มไม่มีรายได้ประจำ	รวม
รายรับ	2,871	676	3,626	7,173
รายจ่าย	3,097	843	3,614	7,554
งบดุล	-226	-167	122	-381
เงินสะสม	2,550	397	885	3,832
การสนับสนุนของรัฐบาล	-	-	995	995
กองทุนที่มีรายจ่ายมากกว่ารายรับ	128/144 (88.9%)	1/1 (100%)	59/227 (26%)	188/372 (50.5)

ที่มา : Ministry of Health and Welfare, Korea, 1998

ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มของรายจ่าย

1. ปัจจัยด้านอุปสงค์

1.1 การเพิ่มของอุปสงค์จากการมีหลักประกันสุขภาพ

อุปสงค์ของบริการทางการแพทย์ของประชาชนเกาหลีนั้นได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตั้งแต่ก่อนที่จะมีหลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า โดยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในเขตเมืองก่อนส่วนในเขตชนบทนั้นก็เพิ่มขึ้นมากหลังจากที่หลักประกันสุขภาพครอบคลุมทั่วทุกพื้นที่ในเขตชนบท แสดงว่าคงมีปัจจัยอื่นอีกที่ทำให้อุปสงค์ของบริการเพิ่มขึ้นนอกจากการมีหลักประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามก็คงปฏิเสธปัจจัยด้านการมีหลักประกันสุขภาพไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากการเพิ่มในเขตเมืองก่อนนั้นอาจจะอธิบายจากการประกันภาคบังคับในกลุ่มลูกจ้างภาคเอกชนก่อน ส่วนการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในชนบทในช่วงหลังก็น่าจะสัมพันธ์กับการขยายหลักประกันให้กับกลุ่มไม่มีรายได้ประจำในชนบท ทั้งนี้เนื่องจากการมีหลักประกันสุขภาพจะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนลงในขณะที่ไปใช้บริการทำให้อุปสงค์ของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น

1.2 การเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ

ความก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบกับสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทำให้ภาวะโภชนาการและคุณภาพของบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขดีขึ้น อายุขัยเฉลี่ยของประชากรเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น โดยอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในปี 1960 ของเพศชายเท่ากับ 51.1 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 53.7 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 69.9 และ 77.4 ปี

ตามลำดับในปี 1995 ในขณะที่อัตราการตายอย่างหยาบและอัตราทารกตายก็ลดลงเป็นอันมาก นอกจากนั้นสาเหตุหลักของการตายก็ได้เปลี่ยนจากการตายจากโรคติดต่อเป็นการตายด้วยกลุ่มโรคเรื้อรังและมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพเป็นหลัก กล่าวคือ สาเหตุหลักของการตายในปี 1996 นั้นเป็นกลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง อุบัติเหตุ โรคตับเรื้อรัง และเบาหวาน ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้จะมีลักษณะเรื้อรังและมีค่ารักษาพยาบาลที่แพงขึ้น แม้ว่าดัชนีด้านสุขภาพของประเทศเกาหลีจะมีแนวโน้มดีขึ้นเป็นลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วในเอเชียด้วยกันก็พบว่า

ตารางที่ 6 อัตราการใช้บริการ (ครั้ง/คน/ปี) และการตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูก ระหว่างปี 1977 – 1992

ปี	เขตเมือง	เขตชนบท	รวม
อัตราการใช้บริการ			
1977	1.3	0.8	1.1
1981	5.3	2.0	-
1987	5.7	5.7	5.7
1989	6.7	5.7	6.4
1992	8.4	10.6	8.9
อัตราการใช้บริการได้รับการตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูก			
1989	18.5%	14.2%	17.4%
1992	29.2%	23.2%	28.1%

ที่มา : National Federation of Medical Insurance, KIHASA, National Health Survey, 1989 & 1992

ตารางที่ 7 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจสังคม และดัชนีด้านสุขภาพ ปี 1995-1997

	ญี่ปุ่น	เกาหลีใต้	สิงคโปร์	ไต้หวัน	ไทย
ขนาดประเทศ (ตร.กม.)	377,815	99,392	647.5	36,000	
จำนวนประชากร (ล้านคน)	126.28	46.11	3.47	21.5	60.6
อัตราเพิ่มประชากร(%)	0.5	1.1	2.0		1.9
ร้อยละประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปี	15.9	23.4	22.7		
ร้อยละของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปี	14.8	5.9	10.1	7.8	3.8
ร้อยละประชาชนในเขตเมือง	77.2	75.6	100		23
อัตราเกิดต่อพันประชากร	9.6	15.9	14.6	15.2	16.7
อัตราตายต่อพันประชากร	7.4	5.4	4.5	5.4	5.9
อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด	79.5	72.9	77.1	74	69
อัตราทารกตาย	4.3	8.56	3.6	6.7	5.2
อัตราการเจริญพันธุ์ของสตรี 15-49 ปี	1.42	1.74	1.71		2.3
Per Capita GNP (US\$)	32,400	10,076	24,530	11,604	1,570
GNP growth rate (%)	...	8.7	7.5		5.9
อัตราการรู้หนังสือของผู้ใหญ่	100	98	92.4		93
รายจ่ายด้านสุขภาพ (m.US\$)	26710 BY	2,600	2,662		
รายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัว (US\$)	213000Y	30	890	596	
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพต่อ GDP	7.3	5.89	3.2	5.5	
สัดส่วนแพทย์ต่อประชากรพันคน	1.91	1.47	1.58	1.2	0.27
สัดส่วนเตียงต่อประชากรพันคน	132.3	3.5	3.5	4.9	2.19
สัดส่วนเตียงในภาครัฐ	10	18.9	74	38.5	77.3

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

เกาหลีประสบความสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพในเชิงของดัชนีด้านสุขภาพแยกกว่าประเทศญี่ปุ่นและสิงคโปร์ หรือแม้แต่ไต้หวันซึ่งมีระดับการพัฒนาด้านเศรษฐกิจใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาในแง่ อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด อัตราตายของทารก อัตราตายรวมที่ปรับด้วยกลุ่มอายุ (Age-adjusted mortality) ทั้งนี้อัตราตายที่ปรับด้วยกลุ่มอายุของเกาหลีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

2. ปัจจัยด้านอุปทาน

2.1 รูปแบบการจ่ายเงินตามปริมาณและชนิดของบริการ (Fee-for-service) สร้างแรงจูงใจในการให้บริการมากเนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขของเกาหลีนั้นอิงกับสถานพยาบาลเอกชนแบบแสวงหากำไรเป็นหลัก ประกอบกับชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่ได้ครอบคลุมอย่างรอบด้านเบ็ดเสร็จและการควบคุมราคาบริการของชุดสิทธิประโยชน์ทำให้ผู้ให้บริการต้องพยายามเพิ่มจำนวนบริการและปริมาณบริการต่อครั้งหากต้องการเพิ่มรายได้ให้กับตนเอง และเปลี่ยนไปให้บริการที่ระบบประกันไม่ครอบคลุมแทนเนื่องจากไม่มีการควบคุมราคา

ด้วยวิธีการจ่ายดังกล่าวทำให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการต่างๆเพิ่มขึ้นตราบดีที่อัตราค่าบริการที่กำหนดนั้นสูงกว่าต้นทุน ทำให้อัตราการใช้บริการและปริมาณบริการที่ต่อคนไข้เพิ่มขึ้น ประกอบกับอัตราราคาที่กำหนดเพิ่มซ้ำกว่าอัตราเงินเพื่อทำให้ผู้ให้บริการต้องพยายามเพิ่มปริมาณบริการที่ให้เพื่อรักษาระดับรายได้ของตน นอกจากนั้นยังพบว่าสิทธิประโยชน์ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพของเกาหลีนั้นยังค่อนข้างจำกัด ระบบประกันสุขภาพจะจ่ายให้เฉพาะบริการที่กำหนดและมีการควบคุมราคา ดังนั้นผู้ให้บริการจึงมีแรงจูงใจในการที่จะให้บริการที่ไม่อยู่ในรายการแทนเนื่องจากได้รับผลตอบแทนดีกว่า และส่วนนี้ประชาชนต้องจ่ายเงิน ทำให้รายจ่ายสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นเร็วกว่ารายจ่ายของบริการที่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพเท่านั้น อย่างไรก็ตามในปัจจุบันได้มีการทดลองและพัฒนาดำเนินการเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายเพื่อให้เป็นลักษณะรวมหมู่และจ่ายแบบล่วงหน้าโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups) โดยยังอยู่ในระหว่างการศึกษา

ตารางที่ 8 การเพิ่มของราคาและรายจ่ายด้านสุขภาพ ระหว่างปี 1992 - 1997

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
ดัชนีราคา	100	105.2	111.0	117.5	131.8	138.3
จำนวนการเรียกเก็บ(Claims) ต่อผู้ประกันตน (ดัชนี)	3.546 (100)	3.872 (109.2)	4.005 (113.0)	4.460 (123.6)	4.882 (137.7)	5.198 (146.6)
ดัชนีรายจ่ายสำหรับบริการที่ครอบคลุมต่อครั้ง	100.0	99.5	113.0	123.6	139.7	149.4
ดัชนีรายจ่ายสำหรับบริการทั้งหมดต่อครั้ง	100.0	107.4	116.3	129.0	150.7	163.5

ที่มา : National Health Insurance Corporation, Trends in Health Insurance, 1998

2.2 การขาดประสิทธิภาพของระบบบริการทางการแพทย์

นอกจากนั้นระบบบริการที่มีความซ้ำซ้อนของบริการระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างซึ่งทำให้มีการแข่งขันการให้บริการกันแทนที่จะประสานการให้บริการเนื่องจากต้องการสร้างรายได้ให้กับตนเองโดยเฉพาะระหว่างคลินิกและโรงพยาบาล มีการแข่งขันกันในการสร้างเครื่องมือที่มีราคาแพง ประกอบกับไม่ได้มีการแยกบทบาทระหว่างแพทย์ในการสั่งยาของแพทย์และการจำหน่ายยา ทำให้ยากเป็นส่วนหนึ่งของรายได้ของผู้ให้บริการจึงทำให้มีการใช้ยาในอัตราที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ นอกจากนั้นยาที่ประชาชนซื้อเองจากร้านยาโดยที่ไม่มีใบสั่งยาจากแพทย์ก็

สามารถนำมาเบิกเงินจากระบบประกันสุขภาพได้ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้มีการใช้จ่ายในสัดส่วนที่สูง การบริโภคยาที่มากเกินไปก็มีผลกระทบต่ออัตราการต้านยาของเชื้อแบคทีเรียต่อยาปฏิชีวนะ เช่น การดื้อยาเพนิซิลินของเชื้อ นิวโมคอคคัส มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 70-77 ในเกาหลี

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบจำนวนเครื่องมือราคาแพงต่อประชากร 1,000,000 คนของประเทศพัฒนาแล้ว

ประเทศ	CT Scanner	MRI	Per Capita GNP (US \$) 1998
เกาหลี (1996)	17.1	4.8	7,970
ญี่ปุ่น (1990)	40.3	5.9	32,380
สหรัฐอเมริกา (1993)	14.54	5.84	29,340
เยอรมนี (1993)	12.87	3.65	25,850
ฝรั่งเศส (1990)	7.2	1.2	24,940
เดนมาร์ก (1992)	4.4	0.6	33,260
แคนาดา (1993)	8.12	1.13	20,020
อังกฤษ (1992)	2.2	0.3	21,400

ที่มา : National Committee on Health Care Reform, Health Policy Issues for the 21st Century, 1997.
Per Capita GNP 1998 from World Development Report 1999.

ตารางที่ 10 แสดงร้อยละของค่ายาต่อรายจ่ายด้านสุขภาพโดยรวม (%)

	ระบบที่แยกการสั่งยาและการจำหน่ายยา		ระบบไม่แยกการสั่งยาและการจำหน่ายยา	
	สหรัฐอเมริกา (1993)	อังกฤษ (1992)	ญี่ปุ่น (1993)	เกาหลี (1996)
% รายจ่ายค่ายา	11.3	16.4	29.1	31.1
% รายจ่ายค่ายาของ บริการผู้ป่วยใน	3.9	1.6	7.8	10.4
% รายจ่ายค่ายาของ บริการผู้ป่วยนอก	7.4	14.8	21.3	20.7

ที่มา : Korea Medical Insurance Corporation, Internal Report

4.2 ประเด็นด้านความเป็นธรรม

4.2.1 สัดส่วนรายจ่ายที่มาจากกระเป๋าครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการที่สูง

แม้ว่าเกาหลีจะสามารถขยายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนแล้วก็ตามพบว่า รายจ่ายด้านสุขภาพที่มากจากการจ่ายจากครัวเรือนโดยตรงเมื่อไปใช้บริการก็ยังคงมีสัดส่วนสูงแม้จะมีแนวโน้มลดลงก็ตาม กล่าวคือรายจ่ายจากครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการลดลงจากร้อยละ 92 ในปี 1970 เหลือร้อยละ 55 ในปี 1996 ที่เป็นเช่นนี้ก็เนื่องจากรัฐบาลต้องการขยายหลักประกันสุขภาพอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องกำหนดอัตราเบี้ยประกันที่ต่ำและจำกัดสิทธิประโยชน์ทำให้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่อนข้างสูงในการไปใช้บริการ ประกอบกับการที่เบี้ยประกันต่ำทำให้ต้องมีการจำกัดอัตราการจ่ายให้กับสถานพยาบาลที่ค่อนข้างต่ำทำให้เกิดความไม่พอใจขณะเดียวกันโรงพยาบาลใหญ่บางแห่งก็พัฒนาบริการที่ไม่ถูกควบคุมโดยระบบประกันทำให้ประชาชนต้องจ่ายเงินเองเมื่อไปใช้บริการ การที่ระบบการคลังสาธารณสุขอิงกับรายจ่ายจากครัวเรือนค่อนข้างสูงนั้นจะขาดความเป็นธรรมเนื่องจากการเข้าถึงบริการนั้นจะอิงกับความสามารถในการจ่ายของครัวเรือนค่อนข้างมากแทนที่ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการตามความจำเป็นด้านสุขภาพของตนเอง

แหล่งเงินหลักของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเกาหลีนั้นยังมาจากการจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือนเองถึงร้อยละ 55.1 ในปี 1996 รองลงมาเป็นเบี้ยประกันในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับร้อยละ 29.3 และการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐร้อยละ 15 โดยรัฐบาลจะสนับสนุนเบี้ยประกันและค่าบริหารจัดการเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้มีรายได้ประจำ โดยในปี 1995 รัฐสนับสนุนกลุ่มในชนบทประมาณร้อยละ 51 ของรายจ่ายและสนับสนุนกลุ่มในเมืองร้อยละ 33

ตารางที่ 11 แสดงรายจ่ายด้านสุขภาพของสาธารณรัฐเกาหลีตามแหล่งเงิน ระหว่างปี 1970-1996 (billion won)

ปี	งบประมาณ (%)	ประกันสุขภาพ (%)	ครัวเรือน (%)	รวม
1970	5.3 (8.2)	-	59.5 (91.8)	64.9
1975	31.0 (13.2)	-	204.1 (86.8)	235.0
1980	224.5 (15.8)	151.6 (10.7)	1,045.6 (73.5)	1,421.6
1985	500.8 (14.3)	710.9 (20.4)	2,078.3 (59.6)	3,490.0
1990	1,598.8 (17.3)	2,133.2 (23.1)	5,522.6 (59.7)	9,254.6
1995	2,780.8 (14.5)	5,281.9 (27.6)	11,090.4 (57.9)	19,153.1
1996	3,583.5 (15.6)	6,724.4 (29.3)	12,647.0 (55.1)	22,954.9

ที่มา : National Federation of Health Insurance 1997

4.2.2 การกระจายของทรัพยากรสาธารณสุข

สืบเนื่องจากระบบบริการนั้นอิงกับผู้ประกอบการภาคเอกชนเป็นหลัก (91% ของโรงพยาบาลและคลินิก 88.8% ของแพทย์ และ 91% ของเตียง) โดยส่วนใหญ่ก็เป็นเอกชนแบบแสวงหากำไร ดังนั้นส่วนใหญ่จึงกระจุกอยู่เฉพาะในเมือง ซึ่งมีอุปสงค์ของบริการสูงกว่าในเขตชนบท นอกจากระหว่างเขตเมืองและชนบทแล้วยังมีปัญหาการกระจายทั้งจำนวนแพทย์ (แปรผันตั้งแต่ 0.49 ถึง 1.5 : 1,000 ประชากรสำหรับแพทย์แผนตะวันตก) และเตียง (3.56 ถึง 4.99 : 1,000 ประชากร) ระหว่างจังหวัดและเมืองต่างๆ

ตารางที่ 12 แสดงการกระจายของแพทย์และเตียงตามเขตเมืองและชนบท สาธารณรัฐเกาหลี

	เขตเมือง (%)	เขตชนบท (%)
ประชากร	75.6	24.4
เตียงโรงพยาบาล	92.0	8.0
จำนวนแพทย์	95.8	4.2

ที่มา : Ministry of Health and Welfare, Yearbook of Health and Welfare Statistics, 1997

5. การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศเกาหลี

ระบบประกันสุขภาพของเกาหลีเริ่มตั้งแต่ปี 1963 ที่เริ่มมีกฎหมายอนุญาตให้มีแผนการประกันแบบสมัครใจสำหรับลูกจ้างแต่ไม่ประสบความสำเร็จทั้งในแง่ของคนที่เข้าร่วมและความอยู่รอดด้านการเงิน จนมาถึงปี 1976 ที่รัฐบาลออกกฎหมายประกันสุขภาพภาคบังคับ โดยในช่วงแรกได้มีการถกเถียงกันว่าใครควรได้รับเป็นกลุ่มแรก ซึ่งก็ได้มีการยอมรับกันว่าประชาชนกลุ่มเกษตรกรที่ยากจนและผู้ประกอบอาชีพอิสระเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพมากแต่สืบเนื่องมาจากปัญหาด้านการบริหารจัดการ ความเป็นไปได้ในด้านการเงิน และจำกัดของทรัพยากรสาธารณสุขในเขตชนบททำให้

ต้องเริ่มโครงการในกลุ่มลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดใหญ่ก่อน และค่อยๆ ขยายไปยังกลุ่มต่างๆ โดยใช้เวลา 12 ปี เกาหลีก็สามารถขยายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนในปี 1989 ทั้งนี้ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการผลักดันให้เกาหลีริเริ่มแรงในการขยายหลักประกันให้กับประชาชนทุกคนก็คือปัจจัยด้านการเมือง เนื่องจากมีสงครามกับเกาหลีเหนือซึ่งมีระบอบการปกครองแบบคอมมิวนิสต์ประกอบกับรัฐบาลเกาหลีในขณะนั้นเป็นรัฐบาลทหารจึงต้องการสร้างการยอมรับจากประชาชนจึงได้ผลักดันให้ประชาชนทุกคนได้รับหลักประกันด้านสุขภาพ

ตารางที่ 13 แสดงวิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพเกาหลี

ปี	การพัฒนาที่สำคัญ	ครอบคลุมประชากร	Per Capital GNP(US \$)
1977	การประกันภาคบังคับสำหรับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 500 คนขึ้นไป	14.5%	1,012
1979	- โครงการสวัสดิการรักษายาบาลสำหรับคนจน - การประกันภาคบังคับสำหรับข้าราชการและครูเอกชน - ขยายความครอบคลุมการประกันภาคบังคับไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 300 คนขึ้นไป	26.9%	1,644
1981	ขยายความครอบคลุมการประกันภาคบังคับไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 100 คนขึ้นไป	29.6%	1,734
1983	ขยายความครอบคลุมการประกันภาคบังคับไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 16 คนขึ้นไป	39.3%	2,002
1987	- ระบบประกันครอบคลุมบริการแพทย์แผนตะวันออกด้วย - บังคับการประกันสำหรับประชาชนในชนบท	79.1%	3,110 4,127
1988	ขยายความครอบคลุมการประกันภาคบังคับไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป	99.9%	4,994
1989	- บังคับการประกันสำหรับประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำในเขตเมือง - ครอบคลุมการชื้อยาจากร้านขายยา		
1994	มีการปฏิรูประบบประกันโดยขยายสิทธิประโยชน์เพื่อลดส่วนร่วมจ่ายจากครัวเรือนลง, แก้ปัญหาด้านการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข, และขยายระยะเวลาคุ้มครองจาก 180 ขึ้นอีกปีละ 30 วันตั้งแต่ปี 1995 (ครบเต็มปีในปี 2000) และคนแก่และผู้พิการขยายระยะเวลาการคุ้มครองเป็นหนึ่งปีเต็มในปี 1996		10,076
1995	ประกาศ พรบ.ส่งเสริมสุขภาพ		
1997	ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เน้นการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ และเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ		
1998	ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 1998 มีการปฏิรูปใหญ่ คือมีการประสานกองทุนกลุ่มประชาชนไม่มีรายได้ประจำและกองทุนสำหรับกลุ่มข้าราชการและครูเข้าด้วยกัน อยู่ภายใต้ the Korea Health Insurance Corporation, มีการปรับวิธีการคิดคำนวณเบี้ยประกันใหม่โดยเฉพาะกลุ่มไม่มีรายได้ประจำ, ขยายการทดลองนำรูปแบบการจ่ายเงินตาม DRGs มาใช้และพยายามจะแยกบทบาทการสั่งยาและการจ่ายยาออกจากกัน		

แหล่งข้อมูล: Ministry of Health and Welfare; Bank of Korea; Federation of Korean Medical Insurance Societies.

วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพของเกาหลีจะเห็นว่ามีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของระบบเศรษฐกิจ โดยในช่วงแรกนั้นเป็นการขยายกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก ส่วนในระยะหลังนั้นเป็นการขยายสิทธิประโยชน์หลักประกัน ในปี 1994 รัฐบาลก็ได้ตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องมีการปฏิรูประบบประกันสุขภาพ โดยได้ตั้งคณะกรรมการพิเศษด้านความมั่นคงด้านสุขภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อเพื่อความเป็นธรรมระหว่างกองทุนต่างๆ และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการระบบบริการสุขภาพและเพิ่มคุณภาพบริการ สำหรับปัจจัยและองค์ประกอบภายนอกที่มีผลต่อการกำหนดเป้าหมายของการปฏิรูประบบนั้นประกอบด้วย (1) *ภาวะเศรษฐกิจ* การขยายตัวอย่างรวดเร็วของระบบเศรษฐกิจทำให้มาตรฐานการดำรงชีพดีขึ้น ความคาดหวังของประชาชนเพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันความสามารถในการจ่ายก็เพิ่มขึ้น ความสำเร็จของการขยายความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพมีส่วนสัมพันธ์กับการขยายตัวของระบบเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ในช่วงที่ประเทศประสบภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในปลายปี 1998 ก็เป็นแรงผลักดันให้เห็นถึงความจำเป็นของการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (2) *ปัจจัยด้านการเมือง* การเปลี่ยนแปลงด้านการเมืองก็มีความสำคัญต่อการปฏิรูป เช่น การจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนเกิดจากการที่รัฐบาลทหารต้องการสร้างความชอบธรรมในการปกครองประเทศ การรวมระบบประกันสุขภาพของกลุ่มข้าราชการและกลุ่มประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระเกิดขึ้นในช่วงที่มีรัฐบาลใหม่ที่กำลังได้รับความนิยม (3) *ความก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์* ทำให้รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว (4) *การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร* วิทยาการทางการแพทย์ที่ดีขึ้นประกอบกับสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นทำให้ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ทำให้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (5) *ลักษณะการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไปเป็นโรคเรื้อรังและมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ*

5.1 การปฏิรูประบบสุขภาพในปี 1994

สำหรับประเด็นปัญหาหลักที่ต้องมีการปฏิรูปในปี 1994 ประกอบด้วย การมีสัดส่วนร่วมจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือนที่สูง; วิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการตามปริมาณบริการก่อให้เกิดแรงจูงใจในการให้บริการมากเกินไป เกิดความซ้ำซ้อนของบริการ มีการแข่งขันการให้บริการของสถานพยาบาลแต่ละระดับและให้บริการที่เกินจำเป็น; การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขที่ไม่เหมาะสมระหว่างเขตเมืองและชนบท; ความแตกต่างของฐานะด้านการเงินของแต่ละกองทุนสืบเนื่องจากแต่ละกองทุนมีสมาชิกที่แตกต่างกัน กองทุนในเขตชนบทที่สมาชิกส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยขณะเดียวกันก็มีสัดส่วนผู้สูงอายุมาก² ก็จะมีปัญหาด้านการขาดความมั่นคงด้านการเงิน นอกจากนั้นกองทุนในเขตชนบทก็จะมีค่าบริหารจัดการสูงกว่าสืบเนื่องจากความยากในการเก็บเบี้ยประกันและขนาดพื้นที่รับผิดชอบใหญ่กว่าในเมือง³ สำหรับมาตรการในการปฏิรูปประกอบด้วย

- การลดสัดส่วนร่วมจ่ายจากกระเป๋าครัวเรือน และขยายสิทธิประโยชน์ มีการขยายสิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมให้ทั้งในประเภทของบริการ และจำนวนวันที่คุ้มครอง และลดขนาดของสัดส่วนร่วมจ่าย การขยายชุดสิทธิประโยชน์ที่ให้และความครอบคลุมที่ขยายมีผลให้ต้องมีการขึ้นค่าเบี้ยประกันที่ประชาชนจะต้องร่วมจ่ายและการสนับสนุนของรัฐบาลต่อกองทุนในภูมิภาค นอกจากนั้นก็ต้องมีมาตรการในการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน

² สัดส่วนผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ในปี 1997 ของกองทุนในเขตชนบท เท่ากับ 10.7%; เขตเมือง 4.1% ; กองทุนข้าราชการและครู 8.7%; กองทุนลูกจ้างอุตสาหกรรม 6.8% ; และในภาพรวม 6.2%

³ ข้อมูลในปี 1993 พบว่าค่าบริหารจัดการของกองทุนในชนบทเท่ากับ 16.1%; กองทุนในเขตเมืองเท่ากับ 9.6%; 8.7% สำหรับกองทุนลูกจ้างอุตสาหกรรม; และ 6.7% สำหรับกองทุนกลุ่มข้าราชการและครู

- เพื่อแก้ปัญหาอุปทานกระตุ้นอุปสงค์จากวิธีการจ่ายเงินตามปริมาณบริการขณะนั้นรูปแบบการจ่ายเงินที่กำลังได้รับการพิจารณาในการที่จะนำมาใช้ประกอบด้วย Resource Based Relative Value Scale (RBRVS) และ Diagnosis Related Groups (DRGs) โดยรูปแบบแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ส่วนรูปแบบหลังนั้นกำลังทดลองในบางพื้นที่และมีแนวโน้มว่าจะถูกนำมาใช้ในการจ่ายให้กับสถานพยาบาล นอกจากนี้มาตรการในการตรวจสอบใบเคลมและกระบวนการให้บริการก็เป็นสิ่งที่ต้องมีการคัดกรอง
- ให้ความสำคัญกับระบบการส่งต่อ โดยเข้มงวดกับการที่ต้องมีใบส่งต่อจากสถานพยาบาลระดับล่างก่อนมาใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่ นอกจากนั้นก็มีการสนับสนุนการรวมกันของคลินิกเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการขณะเดียวกันก็ลดความซ้ำซ้อนของการลงทุน
- การส่งเสริมการกระจายทรัพยากรไปยังเขตชนบท โดยมีการให้เงินกู้ระยะยาวที่มีดอกเบี้ยต่ำสำหรับการลงทุนด้านบริการการแพทย์ในชนบท นอกจากนั้นก็มีการเสริมความเข้มแข็งและปรับบทบาทให้กับศูนย์บริการสาธารณสุขในชนบทเพื่อให้มารองรับบริการสำหรับผู้สูงอายุ และจะพัฒนาให้เป็นศูนย์สำหรับการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนั้นก็มีการยกระดับศูนย์สุขภาพขนาดเล็กในชนบทให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้น
- การลดความแตกต่างด้านการเงินของกองทุน มีการปรับสัดส่วนการสนับสนุนของรัฐบาลให้เป็นไปตามสัดส่วนของความสามารถในการเก็บเงินและผู้สูงอายุในแต่ละกองทุน และให้มีการประกันความเสี่ยงให้กับกองทุนต่างๆ นอกจากนั้นก็ให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการโดยให้มีการรวมของกองทุนขนาดเล็กมารวมกัน ซึ่งจากปี 1994 ถึง 1996 สามารถลดจำนวนกองทุนลงได้ 88 กองทุน จาก 417 กองทุนเหลือ 373 กองทุน

การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

เพื่อแก้ปัญหาการกระจายของทรัพยากรสาธารณสุขที่ไม่เป็นธรรม และสนองตอบต่ออุปสงค์ของบริการที่เพิ่มขึ้นจากการขยายหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน ดังนั้นรัฐบาลจึงต้องเข้าไปดำเนินการ โดยขยายสถานพยาบาลปฐมภูมิของรัฐในเขตชนบทและพื้นที่ที่ไม่มีแพทย์เพียงพอ ทั้ง Public Health Center, Health Sub-center, PHC post นอกจากนั้นก็ยังสนับสนุนให้มีเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย การให้กู้ยืมเงินดอกเบี้ยต่ำระยะยาวสำหรับการลงทุนสร้างสถานพยาบาลในพื้นที่ชนบท การยกเว้นการเข้ารับราชการทหารสำหรับแพทย์ที่ทำงานในพื้นที่ขาดแคลน เป็นต้น ในปี 1997 มี 244 Health Centers (มีแพทย์ 891 คน), 1,327 Health Sub-centers (มีแพทย์จำนวน 1,859 คน), และ 2,034 PHC Post (2,034 แพทย์เวชปฏิบัติชุมชน)

นอกจากนั้นก็มีการจัด ระบบบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตามกฎหมาย The Emergency Medical Treatment Law ซึ่งประกาศในปี 1994 โดยประกอบด้วย หน่วยกู้ชีพจำนวน 119 แห่ง เพื่อรับแจ้งข่าวสารของการเกิดอุบัติเหตุและฉุกเฉินและบริการรับส่งผู้ป่วย และมีศูนย์ข้อมูลฉุกเฉินทางการแพทย์อีก 126 ศูนย์ เพื่อให้คำแนะนำในการปฐมพยาบาล การเลือกใช้สถานพยาบาล วิเคราะห์การให้การช่วยเหลือผู้ป่วย จัดการด้านข้อมูลอุบัติเหตุ และให้การศึกษาแก่นักกู้ชีพ ทั้งนี้รัฐบาลมีแผนที่จะเปิดศูนย์รักษาพยาบาลฉุกเฉินใน 11 พื้นที่ และ ศูนย์รักษาพยาบาลเฉพาะทางสำหรับเฉพาะโรคในปี 1998 บริการด้านการดูแลผู้ป่วยที่บ้านก็เป็นอีกบริการหนึ่งที่กำลังได้รับการพัฒนา โดยได้เริ่มทดลองพัฒนารูปแบบในปี 1994 ใน 4 โรงพยาบาล และได้มีการขยายไปอีก 45 โรงพยาบาลระหว่างปี 1997-1999

เพื่อพัฒนาคุณภาพของบริการของโรงพยาบาล รัฐบาลได้เริ่ม โครงการประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาล (Hospital Service Evaluation Program) ในปี 1995 ทั้งนี้ในปี ดังกล่าว โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจำนวน 39 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีเตียงมากกว่า 400 เตียง จำนวน 50 แห่ง ได้รับการประเมินจากโครงการดังกล่าว

ในปี 1992 กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการได้ตั้งกอง การจัดการด้านการแพทย์ (Medical Management) ขึ้นเพื่อมุ่งหวังการลดความสับสนเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น medical malpractice, medical waste รวมทั้งความสับสนเปลี่ยนแปลงในบริการเสริมอื่นๆในโรงพยาบาล

บริการการแพทย์แผนตะวันออก เป็นบริการที่เป็นจุดเด่นของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของเกาหลี อย่างไรก็ตามเนื่องจากการขาดระบบและองค์กรที่เหมาะสมในการพัฒนาองค์ความรู้ทำให้บริการดังกล่าวขาดมาตรฐานและความทันสมัย ดังนั้น สำนักงานการแพทย์ตะวันออก (The Oriental Medicine Bureau; OMB) จึงได้ก่อตั้งขึ้นภายในกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการในปี 1996 เพื่อทำการพัฒนาและศึกษาวิจัยในด้านองค์ความรู้ต่างๆของการแพทย์แผนตะวันออก นอกจากนี้รัฐบาลก็สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยในด้านต่างๆเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศให้ก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

5.2 การออก พรบ.ส่งเสริมสุขภาพ และจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพ

รัฐบาลได้ออกกฎหมายส่งเสริมสุขภาพ ในเดือน มกราคม 1995 และได้ประกาศกฎและระเบียบต่างๆในเดือน สิงหาคมในปีเดียวกัน กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดกรอบแนวทางแก่องค์กร และให้ประชาชนได้มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในสุขภาพของตนเองมากขึ้น สาระสำคัญประกอบด้วย

- แผนการส่งเสริมสุขภาพของส่วนกลางและท้องถิ่น รัฐบาลได้ทดลองรูปแบบการจัดบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพในศูนย์บริการสาธารณสุขของรัฐตั้งแต่ปี 1995 ปัจจุบันมีศูนย์ 16 แห่งได้ทดลองรูปแบบดังกล่าวและจะมีการขยายไปทั่วประเทศเมื่อมีการประเมินว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสม
- โครงการโภชนาการและทันตสุขภาพ มีการจัดสถิติโครงการโภชนาการในศูนย์บริการสาธารณสุขของรัฐ และสร้างความตื่นตัวแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพฟัน
- ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน มีการจัดพิมพ์ หนังสือตำราด้านสุขภาพ และแนวทางการดูแลสุขภาพ และจัดทำฐานข้อมูลการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
- การรณรงค์ให้มีการลดการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา พยายามจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการจำกัดการสูบบุหรี่ การไม่ขายบุหรี่ให้กับเด็กและวัยรุ่น และให้กลุ่มประชาคมต่างๆเคลื่อนไหวในเรื่องนี้โดยการสนับสนุนงบประมาณ
- การจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพ รัฐบาลได้จัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพขึ้นโดยนำเงินรายได้จากการขายบุหรี่ (2 won per cigarette pack) และจากกองทุนประกันสุขภาพ (5% ของรายจ่ายด้านการป้องกันโรค) โดยสามารถระดมเงินได้ 13.7 billion won ในปี1997 และคาดว่าจะได้ 16 billion won เมื่อสิ้นปี 1998

5.3 การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปี 1997

ในปี 1996 ได้มีความจำเป็นสำหรับการปฏิรูปอีกครั้งโดยเกิดจากกดดันภายในระบบเป็นหลัก โดยเป็นการปฏิรูปเพื่อลดความขัดแย้งระหว่างกลุ่มต่างๆและปรับระบบบริการให้เหมาะสม เพื่อการนี้รัฐบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจสำหรับการปฏิรูปสาธารณสุขในเดือน พฤศจิกายน 1996 โดยได้มีการกำหนดเป้าหมายการปฏิรูปสำหรับปี 1997 เพื่อ *เพิ่มคุณภาพบริการ, ประกันการเข้าถึงบริการ, เพื่อจัดบริการที่รอบด้านเบ็ดเสร็จและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการ, เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ* สำหรับสาระสำคัญของร่างแผนการปฏิรูปประกอบด้วย

1. มาตรการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การจัดระบบการจัดการ การเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ, การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, จัดตั้งระบบการแก้ปัญหาความขัดแย้งในระบบการแพทย์, การแยกบทบาทหน้าที่การสั่งยาและการจ่ายยาออกจากกัน, พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการ, มีการจัดองค์กรใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการในปี 1998
2. การพัฒนาระบบการผลิตและมีกอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุข; การจัดการด้านการสอบ, การควบคุมคุณภาพการศึกษาจากต่างประเทศ, การควบคุมคุณภาพการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง, การควบคุมอุปทานด้านบุคลากร
3. มาตรการในระบบประกันสุขภาพ; ปฏิรูประบบบริการทางการแพทย์, เริ่มนำระบบการกำหนดส่วนจ่ายส่วนแรกมาใช้ (deductible) สำหรับค่าใช้จ่ายที่ไม่มากนัก, การกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน, การให้ประกันเอกชนมีบทบาทเสริมระบบประกันภาคบังคับหลัก, ปรับอัตราค่าบริการใหม่, รวมทั้งการปรับงบประมาณสนับสนุนโครงการสวัสดิการสำหรับคนจนและอัตราค่าบริการให้มีความใกล้เคียงกับระบบประกันสุขภาพ
4. แผนการจัดองค์กรเพื่อพัฒนาภาคอุตสาหกรรมบริการสุขภาพ; การจัดระบบสนับสนุนสถานพยาบาล, อุตสาหกรรมยา, สนับสนุนการค้นคว้าผลิตยาใหม่ๆ, พัฒนาการผลิตยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งการควบคุมราคาและการกระจาย, จัดระบบโครงสร้างการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ
5. แผนการพัฒนาการแพทย์แผนตะวันออก; สร้างองค์ความรู้และงานวิจัยด้านการแพทย์แผนตะวันออก, พัฒนาการตลาดและการควบคุมคุณภาพของสมุนไพร, ขยายความครอบคลุมระบบประกันไปยังการแพทย์แผนตะวันออก, สร้างความร่วมมือระหว่างการแพทย์แผนตะวันออกและตะวันตก

สำหรับความก้าวหน้าของการปฏิรูปในปี 1997 มีดังนี้

- การพัฒนาระบบบริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นที่ตั้ง; มีการพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน, การกดดันให้ต้องมีการกระจายทรัพยากรไปยังในชนบทมากขึ้น, มีการจัดตั้งองค์กรด้านการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะและการจัดการด้านความขัดแย้งในระบบ, มีโครงการบริการที่บ้านและเริ่มมีโครงการประเมินผลการให้บริการของโรงพยาบาล
- การจัดบริการด้านการป้องกันและบริการสาธารณสุขที่เบ็ดเสร็จ; มีการออกกฎหมายการส่งเสริมสุขภาพประชาชาติ, และดำเนินการโครงการส่งเสริมสุขภาพ, การจัดสวัสดิการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข, การส่งเสริมด้านโภชนาการ, ทันตสุขภาพ, การสุขศึกษา, การเคลื่อนไหวเพื่อลดการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา, มีการจัดตั้งกองทุนการส่งเสริมสุขภาพ, มีการออกกฎหมายและจัดระบบบริการด้านสุขภาพจิตทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน
- การพัฒนาวิทยาการทางการแพทย์และสาธารณสุขและเทคโนโลยี; มีการจัดตั้งองค์กรในการพัฒนาการศึกษาและวิจัยตลอดจนระบบข้อมูล

- ความปลอดภัยในอาหารและเวชภัณฑ์; จัดตั้งองค์กรและระบบในการตรวจสอบและควบคุมความปลอดภัยในอาหารและยา, สนับสนุนอุตสาหกรรมการผลิตยาและการค้นคว้ายาตัวใหม่ๆ, และการจัดระบบการบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ

5.4 การปฏิรูประบบประกันสุขภาพในปี 1998

- การปรับโครงสร้างองค์กรให้มีขนาดเล็กและมีประสิทธิภาพ (Structure reform in health insurance organization); พัฒนาบริการ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศการประกันสุขภาพ, จัดระบบการประเมินผล, จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อรวมระบบประกันสุขภาพเข้าด้วยกัน โดยมีการรวมระบบประกันสุขภาพของกลุ่มข้าราชการและครูเข้ากับระบบประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มที่ไม่มีรายได้ประจำ, และคณะกรรมการการทบทวนระบบประกัน, การทบทวนการเรียกเก็บ, การจัดสรรงบประมาณ, การจัดบริการ
- สร้างระบบที่มีความเป็นธรรมในการคิดเบี้ยประกันและการจ่ายของผู้ประกันตนภายใต้ระบบต่างๆ
- สร้างความมั่นคงให้กับระบบการเงินของระบบประกันสุขภาพ โดยลดความแตกต่างระหว่างระบบและสร้างกลไกในการควบคุมรายจ่ายให้เหมาะสม
- จัดระบบการตรวจสอบสำหรับการจ่ายที่เหมาะสม
- พัฒนานโยบายในการแยกบทบาทด้านการจ่ายยาโดยเภสัชกรและการสั่งยาโดยแพทย์

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในปี 1998 คือ การปรับเปลี่ยนองค์กร โดยมีการ **รวมระบบประกันสุขภาพ (Unification, Merging of health insurance schemes)** สำหรับผู้มีอาชีพอิสระและระบบประกันสุขภาพของกลุ่มข้าราชการและครูเข้าด้วยกัน โดยเกิดขึ้นในช่วงที่เริ่มมีรัฐบาลจากพรรคการเมืองใหม่ที่ขึ้นมามีอำนาจและสนับสนุนแนวคิดการรวมระบบประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามการรวมสองระบบเข้าด้วยกันนั้นก็เป็นการรวมเข้าอยู่ได้ร่วมกันเท่านั้น สืบเนื่องจากในระบบประกันของกลุ่มที่ไม่มีรายได้ประจำนั้นยากในการประเมินรายได้และเกรงว่าจะเป็นการกระทบกับกลุ่มที่มีรายได้ประจำจึงเป็นการรวมมาอยู่ภายใต้การบริหารจัดการเดียวกันเท่านั้น โดยหลักการแล้วที่จริงควรเป็นการรวมกลุ่มข้าราชการและครูกับระบบประกันของกลุ่มลูกจ้างมากกว่าเนื่องจากมีรายได้ประจำเหมือนกัน แต่ในทางปฏิบัติไม่ง่ายทั้งนี้เนื่องจากกองทุนกลุ่มลูกจ้างนั้นวางอยู่บนพื้นฐานการพึ่งตนเองเป็นหลักโดยรัฐไม่ได้สนับสนุนแต่กลุ่มข้าราชการและครูและกลุ่มที่ไม่มีรายได้ประจำนั้นต้องอาศัยการสนับสนุนจากรัฐอยู่ เป้าหมายการรวมระบบประกันสุขภาพนั้น ก็เพื่อต้องการเพิ่มอำนาจของผู้ซื้อรายใหญ่ในการควบคุมกำกับระบบประกันสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ ในระบบเดิมนั้นกองทุนต่างๆไม่ได้ทำหน้าที่ในการกำกับและกำหนดพฤติกรรมของผู้ให้บริการ ทำหน้าที่เป็นเพียงตัวกลางในการจ่ายเงินเท่านั้น ในการรวมระบบประกันสุขภาพนั้นได้มีการถกเถียงกันมานาน ตั้งแต่ในระยะแรกของการเริ่มต้นระบบประกันสุขภาพภาคบังคับประเด็นการรวมระบบประกันของกลุ่มลูกจ้างและกลุ่มข้าราชการเข้าด้วยกันได้มีการอภิปรายกันมากในปี 1979 แต่ครั้งนั้นผลออกมาเป็นการรวมกองทุนขนาดเล็กเข้าด้วยกันแทน เมื่อไม่สำเร็จประเด็นการรวมระบบประกันของกลุ่มข้าราชการและผู้ประกอบอาชีพอิสระจึงเกิดขึ้นแทนในปี 1983 แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จ ในปี 1988 ได้มีการรวมการประมวลและตรวจสอบการเรียกเก็บของระบบประกันสุขภาพต่างๆเข้าด้วยกันแทน (integration of claim reviewing function under the National Federation of Medical Insurance) ต่อมาได้มีการตั้งคณะกรรมการ (Medical Reform Committee) ขึ้นเพื่อพิจารณาประเด็นนี้ในปี 1994 หนึ่งชุด และในปี 1997 อีกหนึ่งชุด ข้อเสนอของคณะกรรมการชุดแรกนั้นเสนอให้มีการรวมระบบประกันสุขภาพทุกระบบเข้าด้วยกัน ส่วนคณะกรรมการชุดที่

สองนั้นไม่ได้เสนอให้รวมระบบประกันเพียงแต่เสนอให้ลดจำนวนและเพิ่มขนาดของกองทุน โดยเสนอให้รวมกองทุนของระบบประกันสุขภาพของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพอิสระเข้าด้วยกันจาก 227 กองทุนเป็น 16 กองทุนขนาดใหญ่แทน อย่างไรก็ตาม ดีพรครรัฐบาลในขณะนั้นได้ผ่านกฎหมายให้รวมกองทุน 227 แห่งของกลุ่มผู้ประกอบอาชีพอิสระเข้าเป็นกองทุนเดียวภายใน 1 ตุลาคม 1998 แต่รัฐบาลใหม่ภายหลังการเลือกตั้งได้ตัดสินใจรวมระบบประกันสุขภาพของกลุ่มข้าราชการและผู้ประกอบอาชีพอิสระเข้าด้วยกัน สำหรับความสำเร็จของการรวมระบบประกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการนั้นปรากฏว่าไม่บังเกิดผลเนื่องจากการเคลื่อนไหวของสภาพแรงงานของลูกจ้างในระบบประกันในการที่จะต้องถูกออกจากงาน ทำให้ไม่สามารถลดจำนวนลูกจ้างในระบบประกัน อย่างไรก็ตามก็ประสบความสำเร็จในการลดเงินเดือนของลูกจ้างในกลุ่มระบบประกันของข้าราชการและครูให้มาอยู่ในระดับเดียวกันกับลูกจ้างในระบบประกันของกลุ่มไม่มีรายได้ประจำซึ่งมีรายได้ต่ำกว่าประมาณ 10%

การปรับเปลี่ยนวิถีคิดเบี้ยประกัน (Setting of Contributions) ให้มามีภาระใกล้เคียงกันโดยในระบบของข้าราชการและครูมีการคิดเบี้ยประกันแบบอัตราคงที่เหมือนเดิม ส่วนในกลุ่มประชาชนในภูมิภาคนั้นมีการคิดเบี้ยประกันโดยใช้สูตรของรายได้และทรัพย์สินประกอบกัน การปฏิรูปลดค่าเบี้ยประกันให้ร้อยละ 61.5 ของครัวเรือนของกลุ่มไม่มีรายได้ประจำจ่ายเบี้ยประกันลดลงในขณะที่ยังร้อยละ 38.5 ของครัวเรือนต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มขึ้น ในการนี้ทำให้มีการประท้วงของครัวเรือนกลุ่มดังกล่าวประมาณหนึ่งล้านครัวเรือนมาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้นความไม่พร้อมของระบบคอมพิวเตอร์ในการประมวลข้อมูลเมื่อรวมระบบประกันเข้าด้วยกันทำให้การประมวลข้อมูลเพื่อเรียกเก็บเบี้ยประกันล่าช้า และรายได้รวมจากการเก็บเบี้ยประกันก็ลดลงร้อยละ 10 ทำให้จะต้องมีการปรับอัตราเบี้ยประกันใหม่อีกครั้ง และเกิดความสงสัยในความมั่นคงด้านการเงินของระบบประกันใหม่ที่เกิดขึ้น

รูปแบบการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลและผู้ให้บริการ (Provider Payment Mechanism) เป็นอีกประเด็นที่มีความพยายามในการปรับเปลี่ยนเนื่องจากรูปแบบดังกล่าวสร้างแรงจูงใจของผู้ให้บริการในการกระตุ้นอุปสงค์มากจากการที่ผู้ให้บริการเป็นผู้ตัดสินใจและกำหนดทั้งชนิดและปริมาณของบริการที่ผู้ป่วยแต่ละคนต้องได้รับ ได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มของรายจ่ายสุขภาพระหว่างปี 1990-1995 พบว่า การเพิ่มขึ้นของจำนวนครั้ง(claims) ปริมาณบริการต่อครั้ง และอัตราค่าบริการ เป็นปัจจัยหลักของการเพิ่มของค่าใช้จ่าย ในขณะที่การเพิ่มของจำนวนผู้ประกันตนมีบทบาทค่อนข้างน้อย จากข้อค้นพบดังกล่าวพบว่ารูปแบบการจ่ายเงินที่เหมาะสมจะสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆเหล่านั้นได้ยกเว้นการเพิ่มของจำนวนผู้ประกันตน

ตารางที่ 14 ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มของรายจ่ายในระบบประกันสุขภาพ 1990 – 1995

อัตราเพิ่มของปัจจัย	อัตราการเพิ่ม (%)	ผลจากการเพิ่มต่อรายจ่ายรวม (%)	หมายเหตุ
รายจ่ายสิทธิประโยชน์	15.9	100.0	
การเพิ่มจำนวนผู้มีสิทธิ	1.0	6.3	
การเพิ่มของจำนวน claims	6.2	39.0	
การเพิ่มค่าบริการ	5.3	33.3	
อื่นๆ	3.4	21.4	ปริมาณบริการ/ครั้ง

ที่มา: Korea Health Insurance Corporation, Trends in Health Insurance, July-August 1997

วิธีการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups, DRG) ได้ถูกนำมาทดลองใช้ตั้งแต่ กุมภาพันธ์ 1997 ในสถานพยาบาล 54 แห่ง ใน 5 กลุ่มโรค คือ cataract operation, tonsillectomy and adenoidectomy, appendectomy, cesarean section, และ normal delivery โดยมีการจัดแบ่งเป็น 29 กลุ่ม DRG เหตุผลที่เลือกเฉพาะ 5 กลุ่มนี้พิจารณาจาก การมีความแปรปรวนของค่ารักษาน้อย ไม่มีข้อโต้แย้งมากนักในวิธีการรักษาค่อนข้างได้ผลแน่นอนในผลลัพธ์ของการรักษา พบผู้ป่วย มีส่วนที่ประชาชนต้องจ่ายเองน้อย และไม่มีโอกาสที่จะเกิด DRG creeping น้อย สำหรับค่าใช้จ่ายที่รวมอยู่ในรายจ่ายตามกลุ่มโรคนี้ไม่รวม ค่าอาหารผู้ป่วย MRI sonogram ค่าแพทย์พิเศษ หรือค่าห้องพิเศษ ทั้งนี้เพื่อลดแรงต้านได้มีการกำหนดอัตราการจ่ายตามกลุ่มโรคนี้ให้อยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับการจ่ายตามปริมาณบริการ โดยประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 20 และในเดือน กุมภาพันธ์ 1998 ได้มีการขยายรูปแบบนี้ไปใช้ในโรงพยาบาลจำนวน 132 แห่ง สำหรับอัตราการจ่ายนั้นได้มีการแบ่งผู้ป่วยเป็นสามประเภทตามเกณฑ์จำนวนวันนอนคือ ผู้ป่วยนอนนานเกินปกติ ผู้ป่วยนอนนานต่ำกว่าเกณฑ์ และผู้ป่วยนอนนานเกินเกณฑ์ ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้โรงพยาบาลมีการคัดเลือกปฏิเสธผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่าจะต้องนอนนานเกินเกณฑ์ สำหรับเกณฑ์การคิดอัตราการจ่ายเป็นดังนี้

ผู้ป่วยนอนนานเกินปกติ = ราคามาตรฐาน X 0.8

ผู้ป่วยนอนนานต่ำกว่าเกณฑ์ = $0.4 \times \text{ราคามาตรฐาน} (1 + 1 \times \text{จำนวนวันนอนจริง} / \text{จำนวนวันนอนขั้นต่ำตามเกณฑ์})$

ผู้ป่วยนอนนานเกินเกณฑ์ = $0.8 \times \text{ราคามาตรฐาน} (1 + \frac{1}{2} \times .9 \times (\text{จำนวนวันนอนจริง} - \text{เกณฑ์นอนขั้นต่ำ}) / \text{จำนวนวันนอนเฉลี่ย})$

ผู้ป่วยร่วมจ่าย = ราคามาตรฐาน X 0.1 (1 + จำนวนวันนอนจริง / จำนวนวันนอนเฉลี่ย)

ทั้งนี้ 40% ของรายจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมนั้นถือเป็นต้นทุนคงที่ ส่วนที่เหลืออีก 40% เป็นต้นทุนที่แปรผันตามจำนวนวันนอนและบริการ สำหรับผู้ป่วยที่นอนนานเกินเกณฑ์นั้นส่วนที่เกินกองทุนจะจ่ายให้เพียง 90% ของต้นทุนแปรผัน การจ่ายร่วมของผู้ป่วยก็จ่ายสำหรับต้นทุนคงที่และต้นทุนแปรผันตามจำนวนวันนอน

จากการประเมินผลเบื้องต้น (Moon, O.R and Kwon, S 1998) พบว่าวิธีการจ่ายเงินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมสามารถลดปริมาณบริการที่ให้แก่ รายจ่ายต่อรายผู้ป่วย (ลดลงเฉลี่ย 10.3%) จำนวนวันนอน (ลดลงเฉลี่ย 10.2%) การใช้ยาปฏิชีวนะ (ลดลงเฉลี่ย 24%) สำหรับผลต่อคุณภาพบริการนั้นพบว่าวิธีการจ่ายดังกล่าวไม่มีผลเมื่อพิจารณาในด้าน ภาวะแทรกซ้อน การผ่าตัดซ้ำ และอัตราตาย นอกจากนั้นยังพบว่าค่าบริหารจัดการในการตรวจสอบการเรียกเก็บลดลง และสามารถจ่ายเงินได้เร็วขึ้นทำให้ผู้ป่วยบริการมีความพึงพอใจ

การแยกบทบาทการสั่งยาและการจ่ายยา (Separation of Prescribing and Dispensing Drugs) ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่กำลังเป็นเรื่องขัดแย้งระหว่างแพทย์และเภสัชกร ในระบบปัจจุบันของเกาหลีการสั่งยาและการจ่ายยานั้นมิได้มีการแยกบทบาทกัน ดังนั้นทั้งแพทย์และเภสัชสามารถทำหน้าที่ทั้งสองอย่างได้ เนื่องจากการเข้มงวดในการควบคุมค่าบริการทางการแพทย์ ในขณะที่ยานั้นสามารถทำกำไรได้ดีกว่าเนื่องจากการกำหนดราคายานั้นกำหนดภายใต้ราคาในตลาด ดังนั้นจึงสร้างแรงจูงใจแก่แพทย์ในการสั่งยาทั้งต่อจำนวนรายการและปริมาณ นอกจากนั้นรายการยาที่ซื้อจากเภสัชกรก็ได้รับความครอบคลุมภายใต้ระบบประกันจึงทำให้การใช้ยาของเกาหลีอยู่ในระดับสูง ทั้งกลุ่มแพทย์และเภสัชกรต่างพยายามเข้าแทรกแซงนโยบายด้านนี้และพยายามถ่วงให้การบังคับใช้ต้องเลื่อนออกไป ในขณะนี้ได้มีการจัดกลุ่มยาและรายการที่ต้องมีการแยกกันระหว่างการสั่งและการจ่าย (ยกเว้นยาฉีด) จัดทำรายละเอียดบทบาทของร้านยาในโรงพยาบาล ทั้งนี้การแยกนั้นจะแยกในสถานพยาบาลทุกประเภทยกเว้นในโรงพยาบาล (กำลังมีการโต้เถียงกันประเด็นนี้)

ในการส่งยานั้นแพทย์สามารถส่งทั้งที่เป็นชื่อสามัญและชื่อการค้า ในกรณีที่สูงเป็นชื่อการค้าและประทับตราว่าห้ามเปลี่ยนนั้นเภสัชกรจะเปลี่ยนได้ก็ต่อเมื่อมียาชื่อสามัญที่มีคุณสมบัติด้านชีวเคมีเหมือนกันเท่านั้น นโยบายดังกล่าวตามกฎหมายนั้นจะต้องมีผลบังคับใช้ กรกฎาคม 1999 แต่กลุ่มสมาคมแพทย์และเภสัชกรพยายามเคลื่อนไหวคัดค้านและต้องการให้เลื่อนออกไปอีกหนึ่งปี

ในขณะนี้ได้มี **การเคลื่อนไหวในการรวมระบบประกันสุขภาพทั้งหมดเข้าเป็นระบบเดียว** โดยมีการร่างกฎหมายการรวมระบบประกันสุขภาพต่างๆเข้าด้วยกันภายในปี 2000 นอกจากนั้นก็มีการวางแผนการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ในการตรวจสอบการเรียกเก็บ โดยแยกบทบาทการตรวจสอบออกจากองค์กรการประกันสุขภาพเพื่อให้มีความเป็นกลาง อย่างไรก็ตามในขณะนี้ได้รับการต่อต้านจากพรรคฝ่ายค้านและสหภาพแรงงานของระบบประกันสุขภาพ

6. ความสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพของเกาหลี

จากวิวัฒนาการของการปฏิรูประบบสุขภาพของเกาหลีจากกล่าวได้ว่า ในการปฏิรูปในช่วงแรกนั้นเป็นการขยายความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนเป็นหลักโดยอาศัยมาตรการด้านการบังคับด้วยกฎหมายและการกำหนดเบี้ยประกันที่ต่ำ ทั้งนี้เกาหลีสามารถขยายความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพได้อย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาอื่นๆ ประเทศเยอรมันใช้เวลาเกือบร้อยปีนับจากเริ่มมีกฎหมายประกันสุขภาพจึงจะสามารถขยายหลักประกันให้กับประชาชนเกือบทุกคน (เริ่มปี 1883 – 1972) ประเทศญี่ปุ่นก็ต้องใช้เวลาประมาณ 35 ปี (1927 – 1961) ในขณะที่เกาหลีใช้เวลาเพียง 12 ปีเท่านั้น ดังนั้นหากมองในระยะเวลานี้ก็นับว่าเกาหลีสามารถขยายหลักประกันสุขภาพได้ค่อนข้างเร็ว อย่างไรก็ตามมาตรการกำหนดเบี้ยประกันในอัตราที่ต่ำก็ทำให้รายจ่ายจากครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการสูงแม้จะสามารถให้หลักประกันกับประชาชนทุกคนแล้วก็ตาม

การปฏิรูปที่เกิดขึ้นในช่วงที่สองคือปี 1994 มุ่งเน้นประเด็นด้านความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ กล่าวคือมีการขยายจำนวนวันที่ผู้ประกันตนได้รับการคุ้มครองในปีจาก 180 เพิ่มขึ้นอีกปีละ 30 วันจนกว่าจะเต็มปี นอกจากนั้นก็มีมาตรการในการกระจายทรัพยากรไปยังพื้นที่ชนบทโดยบทบาทของภาครัฐ มีการขยายศูนย์บริการสาธารณสุขของรัฐในพื้นที่ชนบท การพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาลในภูมิภาค ส่วนในการปฏิรูปในระยะที่สามในปี 1997 เป็นต้นมานั้นจะเห็นว่ามาตรการต่างๆนั้นมุ่งเน้นการแก้ปัญหาด้านประสิทธิภาพของระบบเป็นหลัก มีการหามาตรการในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบ ตั้งแต่ระบบบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค การรวมระบบประกันสุขภาพเข้าด้วยกัน การปฏิรูปวิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล การปรับวิธีการคำนวณเบี้ยประกัน การแยกบทบาทด้านการสั่งยาและการจ่ายยา เป็นต้น

สำหรับความสำเร็จในการปฏิรูปของเกาหลีนี้นั้นหากมองในเชิงปริมาณการปฏิรูปในช่วงแรกนั้นเหมือนจะประสบความสำเร็จในการให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ ทำให้ประชาชนในชนบทเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามเนื่องจากมาตรการการกำหนดเบี้ยประกันในอัตราต่ำทำให้ประชาชนยังต้องมีส่วนร่วมจ่ายในการไปใช้บริการสูง และทำให้ค่าใช้จ่ายบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นการกระตุ้นอุปสงค์ของบริการ สำหรับการปฏิรูปในระยะที่สองและระยะที่สามนั้นยังไม่เห็นผลสำเร็จที่ชัดเจน ทั้งนี้ความสำเร็จดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้นอกจากตัวระบบที่เหมาะสมแล้วปัจจัยด้านการเมืองภายในระบบสุขภาพเองนับเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพต่างๆที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

ตารางที่ 15 สรุปผลลัพธ์ในประเด็นต่างๆของการปฏิรูปต่อระบบสุขภาพของเกาหลี

	Equity	Efficiency	Quality	Accountability	Cost
การขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	↗				↗
การขยายชุดสิทธิประโยชน์	↗				↗
กระจายบริการไปยังในชนบท	↗		↗		↗
พัฒนาระบบบริการ		↗	↗		⌚
การรวมระบบประกัน		↗			↘
การปรับเปลี่ยนวิธีการคิดเบี้ยประกัน	↗				
การเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงิน		↗	⌚		↘
การแยกการส่งยาและการจ่ายยา		↗		↗	↘
การตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพ		↗			

↗ = เพิ่มขึ้น

⌚ = อาจมีผลกระทบ

↘ = ลดลง

7. บทเรียนสำหรับประเทศไทย

- 1) ระบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ นั้นสะท้อนแนวคิดและปรัชญาของสังคมในการให้ค่าต่อบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพที่อิงกับรายจ่ายของครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการ และผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นภาคเอกชนแบบแสวงหากำไรสะท้อนแนวคิดการมองบริการสุขภาพเป็นเหมือนสินค้าและบริการทั่วไปและปล่อยให้มีความรับผิดชอบของครัวเรือนเองในการไปใช้บริการ
- 2) วิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพของเกาหลีเกิดในช่วงที่ประเทศเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบอุตสาหกรรมและมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูง การขยายความครอบคลุมและสิทธิประโยชน์จะเกิดมากในช่วงที่เศรษฐกิจมีการเติบโตสูง แต่หากช่วงใดที่มีปัญหาถดถอยด้านเศรษฐกิจจะเป็นแรงผลักดันให้ต้องมีการปรับระบบให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังจะเห็นได้ในช่วงหลังของการปฏิรูป
- 3) บริบทด้านการเมืองนับเป็นปัจจัยสำคัญต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ การขยายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนทุกคนนั้นเกิดในช่วงรัฐบาลทหารปกครองประเทศและมีความขัดแย้งกับประเทศเกาหลีเหนือ รัฐบาลทหารต้องการความชอบธรรมในการปกครองประเทศจึงผลักดันนโยบายดังกล่าว การรวมระบบประกันสุขภาพในช่วงหลังก็เกิดในช่วงรัฐบาลที่ได้รับการเลือกตั้งใหม่และได้รับความนิยมจากประชาชน
- 4) การมุ่งขยายหลักประกันสุขภาพอย่างรวดเร็วโดยใช้มาตรการเก็บเบี้ยประกันในอัตราที่ต่ำและจำกัดสิทธิประโยชน์ให้อยู่ในระดับต่ำ ไม่ได้ครอบคลุมบริการอย่างรอบด้าน ทำให้ระบบขาดความเป็นธรรม เนื่องจากยังต้องอิงกับรายจ่ายของครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการค่อนข้างมาก ไม่ได้เป็นไปตามลักษณะของการจ่ายตามความสามารถ
- 5) ระบบบริการที่อิงกับภาคเอกชนแบบแสวงหากำไรเป็นหลัก แรงจูงใจหลักในระบบจึงเป็นไปเพื่อการแข่งขันเพื่อกำไรของสถานพยาบาลของตนเป็นหลัก ละเลยประสิทธิภาพของระบบโดยรวม นอกจากนั้นยังละเลยประเด็นเรื่องการกระจายบริการให้กับประชาชนกลุ่มต่างๆอย่างเหมาะสม รัฐจึงจำเป็นต้องเข้าแทรกแซงเพื่อให้มีการกระจายของบริการให้กับประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน และการควบคุมกำกับเพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

- 6) สืบเนื่องจากบริการสุขภาพนั้นต่างจากสินค้าและบริการทั่วไป เนื่องจากอิงกับความจำเป็นด้านสุขภาพ ประกอบกับภาวะสุขภาพของประชาชนนั้นถือเป็นปัจจัยเบื้องต้นของทรัพยากรบุคคลในการที่จะไปพัฒนาระบบอื่นๆต่อไปในสังคม ไม่ว่าจะเป็นระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ดังนั้นการลงทุนด้านสุขภาพรัฐจึงควรต้องเข้าไปแทรกแซงไม่ปล่อยให้ไปเป็นไปตามกลไกของตลาดเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะในด้านการคลังสาธารณสุขเพื่อควบคุมกำกับพฤติกรรมของผู้ให้บริการและให้ระบบเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ ทั้งในด้านการเป็นธรรมในการกระจาย และประสิทธิภาพของระบบ
- 7) การบริหารจัดการกองทุนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ กองทุนประกันสุขภาพจำเป็นต้องใช้อำนาจในฐานะผู้ซื้อในการควบคุมกำกับและปรับพฤติกรรมของผู้ให้บริการเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม (Active purchaser) ในระบบประกันสุขภาพของเกาหลีนั้นกองทุนประกันสุขภาพไม่ได้มีบทบาทดังกล่าว กองทุนจึงทำหน้าที่เพียงตัวกลางในการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการเท่านั้น นอกจากนั้นบทบาทที่ต้องเสริมให้เข้มแข็งขึ้นคือระบบการตรวจสอบการเรียกเก็บและความเหมาะสมของบริการ (Claim and utilization review)
- 8) การมีกองทุนและระบบประกันที่หลากหลายจำเป็นต้องมีระบบการกระจายความเสี่ยงให้กับกองทุนเหล่านั้นเพื่อให้มีความเป็นธรรมระหว่างกองทุนและป้องกันการคัดกรองความเสี่ยงของผู้ประกันตนและประเภทของผู้ประกันตนจากกองทุนต่างๆ เนื่องจากความแตกต่างของฐานรายได้ประชาชน/ความจำเป็นด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มและแต่ละพื้นที่ต่างกัน โดยอาจเป็นระบบให้มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนหรือรัฐเข้าไปสนับสนุนกองทุนที่มีความเสี่ยงสูงและมีรายได้ต่ำ
- 9) องค์การที่มีความจำเป็นต้องมีในระบบประกันสุขภาพที่มีหลายระบบและหลายกองทุนหลายกองทุน คือ ระบบและหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจสอบ ประมวล และจ่ายเงิน ให้กับสถานพยาบาล (Clearing house) เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในการนี้หน่วยงานที่ทำหน้าที่ดังกล่าวควรเป็นกลาง ในระบบประกันสุขภาพของเกาหลีในระยะต้นนั้นอยู่ภายใต้องค์กรเดียวกันแต่ในช่วงหลังก็ได้มีการแยกออกมา
- 10) ระบบประกันสุขภาพที่มีวิธีการจ่ายแบบ fee-for-service จะทำให้มีปัญหาไม่สามารถควบคุมรายจ่ายได้จากการใช้/ให้บริการที่เกินจำเป็นทำให้ขาดประสิทธิภาพ ดังนั้นควรหลีกเลี่ยง วิธีการจ่ายที่จะสามารถควบคุมรายจ่ายและลดการใช้บริการที่เกินจำเป็นได้ควรเป็นวิธีการจ่ายในลักษณะรวมที่เหมาะสม (Aggregated payment) เช่นการจ่ายตามรายป่วย เช่น จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ซึ่งจากประสบการณ์ของเกาหลีพบว่าสามารถลดทั้ง รายจ่ายต่อการนอน จำนวนวันนอน และการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพบริการ นอกจากนั้นควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่สถานพยาบาลแต่ละระดับให้ชัดเจนลดความซ้ำซ้อนและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็งขึ้น
- 11) ระบบการตรวจสอบและการควบคุมคุณภาพบริการ (Auditing System and Quality Assurance) เป็นสิ่งจำเป็นในการเฝ้าระวังและตรวจสอบระบบให้มีคุณภาพและป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ให้บริการและจำเป็นต้องมีการพัฒนาขึ้น
- 12) มาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านอุปสงค์นั้นขาดประสิทธิผลและจะไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว นอกจากนั้นยังเป็นการผลักภาระให้กับประชาชน มาตรการที่จะมีประสิทธิผลมากกว่าคือมาตรการด้านการควบคุม

อุปทานหรือผู้ให้บริการ (จำนวน การกระจาย พฤติกรรมการให้บริการ วิธีการจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาล การควบคุมราคา ฯลฯ)

- 13) การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบนั้นนอกจากบริการด้านการรักษาพยาบาลแล้ว การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคซึ่งมีต้นทุนที่ถูกกว่าควรได้รับการส่งเสริมอย่างจริงจัง โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนให้เหมาะสมเพื่อลดการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่เรื้อรังที่สืบเนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทั้งนี้เนื่องจากมีต้นทุนการรักษาพยาบาลที่สูง
- 14) การปฏิรูประบบสุขภาพนั้นปัจจัยการเมืองโดยเฉพาะในระบบบริการสาธารณสุขและประกันสุขภาพ จะมีอิทธิพลต่อทิศทางการพัฒนาของระบบประกันสุขภาพและบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก ดังนั้นหากจะให้ระบบเป็นไปอย่างที่เหมาะสม จำเป็นต้องมีกลยุทธ์ในการดำเนินการทางการเมืองเพื่อถ่วงดุลย์อำนาจให้ระบบได้มีการพัฒนาไปอย่างเหมาะสมเพื่อประโยชน์ของประเทศและประชาชนโดยรวมมากกว่าตอบสนองต่อกลุ่มบุคคลใดกลุ่มหนึ่ง

8. บทสรุป

เกาหลีเป็นประเทศพัฒนาใหม่ในเอเชียที่สามารถขยายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาอื่นๆ ความสำเร็จของการขยายหลักประกันเกิดจากปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่มีการขยายเติบโตเร็วและนโยบายด้านการเมือง รวมทั้งมาตรการกำหนดเบี้ยประกันที่ต่ำและจำกัดชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ไม่รอบด้านก็ส่งผลต่อระบบที่ขาดความเป็นธรรมเนื่องจากครัวเรือนยังต้องมีส่วนร่วมจ่ายสูงเมื่อไปใช้บริการและก็ยังทำให้ระบบขาดประสิทธิภาพเนื่องจากผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการจะให้บริการที่ไม่ถูกครอบคลุมที่สามารถทดแทนกันได้และมีราคาสูงกว่าเนื่องจากไม่มีการควบคุมราคา ระบบบริการที่อิงกับภาคเอกชนแบบแสวงหากำไรเป็นหลักก็ทำให้ระบบขาดความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ กล่าวคือแรงจูงใจหลักของสถานพยาบาลดังกล่าวคือผลกำไรหรือค่าตอบแทนของตน ทำให้มีการแข่งขันกันในการลงทุนด้านเทคโนโลยีต่างๆ ทำให้มีความซ้ำซ้อนของบริการ และมักกระจุกตัวอยู่แต่ในเมือง ภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นนับเป็นแรงสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพที่ดีในการที่จะทำให้ระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้นดังจะเห็นได้จากการปฏิรูประบบสุขภาพของเกาหลีในช่วงหลังที่มุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบเป็นสำคัญ ทั้งในด้านการลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น การรวมระบบประกันสุขภาพ การพยายามปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินที่จะทำให้สามารถควบคุมรายจ่ายได้ และการแยกบทบาทระหว่างการส่งยาและการจ่ายยา อย่างไรก็ตามความสำเร็จของการปฏิรูปนั้นยังไม่สามารถเห็นผลชัดเจนและยังขึ้นกับการเมืองภายในระบบของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพต่างๆ

หากเปรียบเทียบกับบริบทของไทยแล้วจะพบว่ามีความแตกต่างกันหลายประการ ระบบประกันสุขภาพของไทยที่มีหลากหลายนั้นไม่ได้อยู่ภายในกรอบนโยบายและทิศทางเดียวกันที่มีเอกภาพ เกิดจากการพัฒนาแยกส่วนของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่มีกรอบนโยบายในระดับมหภาคที่ชัดเจน ดังนั้นหากจะขยายหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนไทยทุกคนหรือปฏิรูประบบสุขภาพของไทยให้มีประสิทธิภาพและเป็นธรรมจำเป็นต้องมีกรอบนโยบายและทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจนเป็นเบื้องต้น นอกจากนั้นบริบทด้านเศรษฐกิจของไทยในปัจจุบันนั้นก็อาจไม่เอื้อต่อการจัดหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนแบบถ้วนหน้า

References

- Eunyoung Choi, Jinsoo Kim, and Woobaik Lee (1998) Health Care System in Korea. Korea Institute for Health and Social Affairs
- Gendt, W.D. (1991) Managing Health Expenditure under National Health Insurance: The Case of Korea. World Bank: Washiton D.C
- Hacheong Yeon (1996) Future Reform Strategies of the Health Insurance Program in Korea. A paper presented at the International Symposium on Future Prospect of Health Insurance Program in Developing and Developed Countries hosted by United Nations University and Tokai University Tokyo, August 16-23, 1996
- Kim, B.W. and Kim, P.S. (1998) Korean Public Administration. Hollym Corporation: Seoul.
- Ministry of Health and Social Welfare. Major Programs for Health and Welfare; [http // www.mohw.go.kr](http://www.mohw.go.kr)
- Moon, O.R (1998) The Korea Health Insurance Program in Nittayarumphong S and Mills A (eds.) Achieving Universal Coverage of Health Care. Office of Health Care Reform, MOPH, Bangkok
- Moon, O.R and Kwon, S (1998) Recent Changes in Health Insurance – Health Sector Reform in Korea. A paper presented in Bangkok Symposium on Health Sector Reform in East Asia Country , November 16th 1998
- Moon, O.R. and Kwon, S (1998) Health Sector Reform in Korea, A paper presented in Tokyo Symposium on Health Sector Reform in East Asia Country, July 3rd 1998
- Moon, O.R. and Kwon, S (1999) Health Care Policy and Reform in Korea. A paper presented in the seminar on Health Sector Reform in East Asia; Designing of the welfare State in Four Little Tiger, March 1999
- National Federation of Medical Insurance (1996) Medical Insurance Act & Enforcement Decree. Republic of Korea.
- National Federation of Medical Insurance, Republic of Korea. (1996) Medical Insurance Act & Enforcement Decree.
- Yang, Bong-min. (1995) Issues in Health Care Delivery: The Case of Korea in D.W.Dunlop and JM. Martins (Eds.). An International Assessment of Health Care Financing: Lessons for Developing Countries. The World Bank; Washigton D.C.

ผลลัพธ์ของการปฏิรูปต่อระบบสุขภาพของประชาชน ; กรณีศึกษาประเทศเกาหลีใต้

เกาหลีใต้เป็นประเทศหนึ่งในเอเชียที่เป็นสมาชิกของประเทศกลุ่มความร่วมมือด้านการพัฒนาระบบเศรษฐกิจ (OECD) โดยสามารถให้หลักประกันสุขภาพกับประชาชนได้อย่างทั่วหน้าภายในระยะเวลาเพียง 12 ปี ด้วยมาตรการจำกัดชุดสิทธิประโยชน์และกำหนดอัตราเบี้ยประกันที่ต่ำ บริบทที่สำคัญที่เอื้อต่อการปฏิรูปคือ บริบทด้านการเมืองและภาวะเศรษฐกิจของประเทศ การขยายสิทธิประโยชน์และความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพเกิดในช่วงที่ประเทศมีการเจริญเติบโตด้านเศรษฐกิจสูง ขณะเดียวกันการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าเกิดในช่วงที่รัฐบาลทหารต้องการความชอบธรรมในการปกครองบ้านเมือง การรวมระบบประกันสุขภาพเข้าด้วยกันก็เกิดในช่วงที่มีรัฐบาลใหม่ที่กำลังได้รับการยอมรับจากประชาชน

ระบบบริการสุขภาพเกาหลีอิงกับภาคเอกชนแบบแสวงหากำไรเป็นหลัก สะท้อนแนวคิดระบบตลาดเสรีนิยมตามอเมริกา ทำให้มีการกระจุกตัวของทรัพยากรสาธารณสุขในเขตเมืองจากแรงจูงใจด้านผลตอบแทนเป็นสำคัญ ภาครัฐจึงจำเป็นต้องเข้าไปจัดบริการเองในชนบทและส่งเสริมการลงทุนของภาคเอกชนในภูมิภาค มีการแข่งขันกันในการลงทุนด้านเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงและเกิดความซ้ำซ้อนของบริการระหว่างโรงพยาบาลและคลินิก การมีชุดสิทธิประโยชน์ที่จำกัดทำให้ครัวเรือนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูงเมื่อไปใช้บริการ ระบบการจ่ายเงินให้สถานพยาบาลตามปริมาณบริการ (Fee-for-service) แม้จะมีการควบคุมราคาโดยรัฐแต่ไม่สามารถควบคุมรายจ่ายได้ เนื่องจากการเพิ่มความถี่และความหนาแน่นของบริการที่ให้จากแรงกระตุ้นของอุปทาน (supply induce demand) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้รายจ่ายเพิ่มขึ้นประกอบด้วย จำนวนครั้งของการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น (39%) การเพิ่มของราคา (33%) การเพิ่มความหนาแน่นของบริการ (21%) ในขณะที่เกิดจากการเพิ่มของจำนวนผู้มีสิทธิเพียง 6% นอกจากนั้นระบบที่ไม่มีการแยกการสั่งและจ่ายยาออกจากกันในขณะที่การจ่ายเงินแยกกันนั้นมีผลให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการสั่งและจ่ายยามากขึ้นจากการที่ค่าบริการถูกกำหนดไว้ต่ำส่วนราคายากำหนดตามราคาท้องตลาดมีผลให้มีการใช้ยาเกินจำเป็นและสัดส่วนรายจ่ายค่ายาสูงถึงร้อยละ 31 ของรายจ่ายด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรพร้อมกับวิทยาการทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าขึ้นและคุณภาพความเป็นอยู่ของประชาชนดีขึ้นทำให้เกิดลักษณะการเจ็บป่วยของประชาชนและพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนไป โรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาหลักได้เปลี่ยนเป็นโรคไม่ติดต่อซึ่งเรื้อรังและมีค่าใช้จ่ายสูง การพัฒนาที่ผ่านมาแม้เกาหลีจะสามารถให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนทั่วหน้าและสถานะสุขภาพดีขึ้นแต่เมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วอื่นๆในเอเชียด้วยกัน เกาหลีจัดว่าด้อยกว่าในความสามารถของการยกระดับภาวะสุขภาพของประชาชนหากพิจารณาจากดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพ

แรงผลักดันการปฏิรูปในระยะหลังเกิดจากภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นและการขาดความมั่นคงของกองทุนระบบประกันสุขภาพประกอบกับภาวะวิกฤตด้านเศรษฐกิจและบริบทด้านการเมือง โดยกลไกสำคัญของการปฏิรูปคือนโยบายของพรรคการเมืองและการออกกฎหมาย โดยมีการปฏิรูปทั้งในด้านระบบประกันสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และด้านการส่งเสริมสุขภาพ มาตรการที่ใช้มีทั้ง การขยายความครอบคลุมและชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ มาตรการกระจายบริการไปยังในชนบทและพัฒนาคุณภาพระบบบริการ การปรับโครงสร้างของระบบประกัน มีการรวมระบบและองค์กรประกันสุขภาพ การปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินให้กับ

ผู้ให้บริการ การแยกบทบาทระหว่างการผลิตและการจ่ายยา และการลงทุนในบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

ผลลัพธ์ของการปฏิรูปหากพิจารณาในประเด็น ด้านความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ คุณภาพบริการ ความรับผิดชอบและความโปร่งใส และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพนั้น ในการปฏิรูประบบสุขภาพของเกาหลีพบว่าในช่วงระยะแรกนั้นเป็นการขยายความครอบคลุมและสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพเป็นหลักและมุ่งเน้นการเพิ่มความเป็นธรรมให้เกิดขึ้นในระบบ ซึ่งจากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าประสบความสำเร็จคืออัตราการใช้บริการทางการแพทย์และการตรวจมะเร็งปากมดลูกของประชาชนในชนบทเพิ่มสูงขึ้นจนใกล้เคียงกับประชาชนในเมือง แต่ขณะเดียวกันก็พบว่าผลให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเพิ่มอุปสงค์ต่อบริการ การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขไปในชนบทและการปรับเปลี่ยนวิธีการคิดเบี้ยประกันในปี 1994 ก็มุ่งเน้นการกระจายความเป็นธรรม แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนที่บ่งชี้ถึงความสำเร็จ การปฏิรูปในช่วงหลังคือจากปี 1996 เป็นต้นมานั้นส่วนใหญ่เป็นการมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบประกันและระบบบริการสุขภาพ และการควบคุมค่าใช้จ่ายเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นการรวมระบบประกัน การปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงิน การแยกการผลิตและการจ่ายยาจากกัน รวมถึงการเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นโดยมีการออก พรบ.ส่งเสริมสุขภาพและการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามก็ดียังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนที่บ่งชี้ถึงความสำเร็จของการปฏิรูปในระยะหลัง ทั้งนี้ความสำเร็จดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้นอกจากตัวระบบที่เหมาะสมแล้วปัจจัยด้านการเมืองภายในระบบสุขภาพเองนับเป็นปัจจัยกำหนดที่สำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มวิชาชีพต่างๆที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบประกันสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ

สรุปผลลัพธ์ในประเด็นต่างๆของการปฏิรูปต่อระบบสุขภาพของเกาหลี

	Equity	Efficiency	Quality	Accountability	Cost
การขยายความครอบคลุมหลักประกันสุขภาพ	↗				↗
การขยายชุดสิทธิประโยชน์	↗				↗
กระจายบริการไปยังในชนบท	↗		↗		↗
พัฒนาระบบบริการ		↗	↗		⌚
การรวมระบบประกัน		↗			↘
การปรับเปลี่ยนวิธีการคิดเบี้ยประกัน	↗				
การเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงิน		↗	⌚		↘
การแยกการผลิตและการจ่ายยา		↗		↗	↘
การจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพ		↗			

↗ = เพิ่มขึ้น

⌚ = อาจมีผลกระทบ

↘ = ลดลง