

การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน
Health Care Reform in Germany

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ พบ.สม. วทม.
สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
พฤษภาคม 2543

การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน

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

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมันเป็นประเทศแรกๆ ที่ประสบความสำเร็จในการจัดหลักประกันด้านสังคมและสุขภาพให้แก่ประชาชนด้วยระบบประกันสังคมหรือประกันภาคบังคับ ปรัชญาและหลักการพื้นฐานสำคัญของระบบการเมืองเยอรมัน คือ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในสังคม (Solidarity) การกระจายอำนาจและบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงานรัฐ (ส่วนกลาง ภูมิภาค) และเอกชน (Subsidiarity) เป็นพื้นฐานการพัฒนาองค์กรทางสังคมจากล่างขึ้นบน กระจายอำนาจในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้กับหน่วยงานท้องถิ่นหรือภาคเอกชนในการดำเนินการ และแนวคิดหลักที่สามคือ การมีส่วนร่วม (Corporatist organization) ที่มีตัวแทนทั้งสองประเภทคือทั้งจากตัวแทนวิชาชีพ และตัวแทนที่มาจากการเลือกตั้ง ในระบบสุขภาพเองก็ตั้งอยู่บนพื้นฐานดังกล่าว ระบบบริการสุขภาพของเยอรมันนั้น ภาครัฐมีบทบาทหลักในการสร้างกรอบกฎหมายในการควบคุมกำกับ ในขณะที่การดำเนินงานนั้นกระจายให้องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเป็นผู้ดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนด ไม่ว่าจะเป็นกองทุนการเจ็บป่วย และการจัดบริการ ทั้งนี้จะมีการกำกับกันและปฏิสัมพันธ์กันผ่านทางองค์กรที่เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม เช่น สมาคมกองทุนการเจ็บป่วย (Association of Sickness funds) สมาคมแพทย์ (Association of Panel Doctors) ฯลฯ

ประเทศเยอรมันมีวิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพที่ยาวนาน ตั้งแต่ปี 1883 และใช้เวลาเกือบร้อยปีกว่าจะสามารถขยายหลักประกันให้กับประชาชนทุกคน ซึ่งถือว่าเป็นต้นแบบของระบบประกันสุขภาพภาคบังคับของประเทศต่างๆ ช่วง 50 ปีแรกของการพัฒนา(ค.ศ. 1883 – 1993) เป็นการขยายความครอบคลุมของหลักประกัน โดยแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้เกิดกฎหมายประกันสุขภาพ คือ ปรัชญาและแนวคิดของคนในสังคม แรงผลักดันด้านการเมือง การเคลื่อนไหวของกลุ่มแรงงาน และภาวะเศรษฐกิจของประเทศที่กำลังประสบภาวะตกต่ำหลังสงคราม ส่วนการเปลี่ยนแปลงในช่วงของรัฐบาลนาซี (ค.ศ. 1933 – 1945) มีการปรับโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการโดยรัฐเข้าไปควบคุมระบบประกันสุขภาพรวมถึงโครงการประกันสังคมอื่นๆ ผู้อำนวยการโครงการต่างๆจะถูกแต่งตั้งจากรัฐบาลและต้องรายงานต่อรัฐบาล และมีการขยายหลักประกันเพิ่มขึ้นโดยเกิดจากแรงผลักดันด้านการเมืองและการต้องการให้ได้รับการยอมรับของรัฐบาลเป็นหลัก ในระยะหลังสงคราม (ค.ศ. 1945 – 1977) เยอรมันนี้ต้องแยกเป็นสองส่วนที่มีระบบการปกครองต่างกัน โดยเยอรมันตะวันตกมีออกมีการปกครองโดยพรรคคอมมิวนิสต์และมีการรวบอำนาจในการควบคุมองค์กรต่างๆโดยรัฐ ส่วนเยอรมันตะวันออกมีการต่อต้านอำนาจรัฐในการควบคุมระบบประกันสังคม และกระจายอำนาจให้องค์กรต่างๆบริหารจัดการเหมือนก่อนรัฐบาลนาซี และในระยะหลัง (ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1977 เป็นต้นมา) การปฏิรูปหลักที่เกิดขึ้นก็คือการควบคุมค่าใช้จ่าย โดยแรงผลักดันสำคัญคือ ภาระค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพที่เพิ่มขึ้นสูงกว่าการเพิ่มของรายได้ประชาชน

เครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการปฏิรูป คือการออกกฎหมาย โดยมีการกำหนดกรอบกฎหมายให้องค์กรต่างๆต้องปฏิบัติตามเนื่องจากในระบบของเยอรมันนั้นกระจายอำนาจให้องค์กรต่างๆของทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นผู้ดำเนินการเอง สำหรับบริบทที่สำคัญของการปฏิรูป คือภาวะด้านเศรษฐกิจของประเทศ ในการขยายความครอบคลุมหลักประกันและ

^{*} สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สิทธิประโยชน์ต่างๆนั้นจะเป็นช่วงที่ประเทศกำลังมีการเติบโตด้านเศรษฐกิจค่อนข้างมาก ในภาวะที่ประเทศประสบกับภาวะเศรษฐกิจถดถอยก็จะมีผลกระทบไปด้วยทั้งนี้เนื่องจาก ระบบดังกล่าวอิงกับระบบเบี้ยประกันซึ่งมาจากรายได้ของประชาชน นอกจากบริบทด้านเศรษฐกิจแล้วที่สำคัญอีกประการคือ บทบาทและอำนาจของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ โดยเฉพาะองค์กรวิชาชีพ วิทยาลัย ซึ่งสะท้อนออกมาจากรูปแบบการจ่ายเงินและสัมฤทธิ์ผลของการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ไม่ประสบความสำเร็จในระยะแรกจากอิทธิพลของกลุ่มดังกล่าว เนื่องจากมาตรการที่นำมาใช้นั้นกำหนด สำหรับมาตรการที่ใช้ในการควบคุมรายจ่ายในปี 1993 มีการกำหนดมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างเบ็ดเสร็จและรอบด้าน คือ นโยบายให้รายจ่ายผูกกับรายได้ของระบบประกันสุขภาพ และเน้นมาตรการควบคุมปัจจัยด้านอุปทานเป็นหลัก

การปฏิรูปในเยอรมันนั้นมุ่งเน้นการให้ประโยชน์กับประชาชนและสังคมโดยรวมเป็นที่ตั้ง การกำหนดให้มีกฎหมายประกันสุขภาพทำให้ประชาชนกลุ่มต่างๆได้รับหลักประกันด้านสุขภาพแบบถ้วนหน้า ในขณะที่การกำหนดความสัมพันธ์ขององค์กรต่างๆในสังคมก็เพื่อเป็นการคานอำนาจและการตรวจสอบซึ่งกันและกัน ทำให้ระบบโปร่งใสขึ้น การปฏิรูปช่วงหลังที่มุ่งเน้นการควบคุมรายจ่ายนั้นก็เป็นความพยายามในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ให้บริการและโรงพยาบาลเป็นหลัก เพื่อควบคุมไม่ให้รายจ่ายด้านสุขภาพนั้นเพิ่มมากกว่ารายได้ของประชาชน กล่าวโดยสรุปความสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพของเยอรมันนั้นเกิดจาก ปรัชญาและหลักการพื้นฐานของสังคม เป็นหลัก ในขณะที่บริบทด้านการเมือง ภาวะเศรษฐกิจ อิทธิพลของกลุ่มต่างๆ และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนั้นเป็นแรงผลักดันสำคัญของการปฏิรูป

Executive Summary

Germany was the first country to institute nationwide insurance-based social and health programs. Three powerful ideas or principles underlie the development of German health insurance and medical care policy, *Solidarity, Subsidiarity, and Corporatist organization*. The main roles of government (State and Federal governments) are providing legal framework and regulation while providing of services and insurance are delegated to self-governance agencies, sickness funds, various associations (Association of Sickness Funds, Association of Panel doctor, etc), and health care carriers.

Germany adopted the Health Insurance Act in 1883 and spent more than 100 years before achieving universal coverage and is being used as a prototype of social insurance in various countries. Development of the social health insurance in Germany can be categorized into four phases. Enactment of law and Expansion of coverage during the first fifty year of development (1883 – 1993) came from social values, political pressure, labor union movement, and moving to industrialized economy. During the Nazi regime (1933 – 1945) dismantled the labor- and management- controlled self-governance structure of sickness funds and other insurance programs, appointing a director for each program who reported to the central authorities in addition to improving of benefit and coverage. It is acknowledged that the Nazi regime tried to obtain its popularity by expansion of benefit and coverage. After the war period (1945 – 1977), two separate German states evolved that pursued entirely different ideological goals and established different political regimes. In East Germany, the communist Party gained a monopoly of power and control over all social and political institutions. West Germany moved away from Hitler's legacy of central control and administration, returning to

the decentralized system of pre-Nazi days. Confronting a huge number of people in need of economic and social protection after the war, the Allies in the three zones unwillingly allowed West German political leaders to restore statutory health insurance with the governance model of labor and management control. Since 1977, escalation of cost was the prime concern related to social health insurance and many cost containment mechanisms has been implemented.

Legislation is the main tool of reform, the state provides legal framework and delegates the role of implementing to self-governance bodies. National economic status is crucial for the reforms, expansion of benefit and coverage was consistent with high economic growth of the country and more need for cost containment during economic recession according to decrease in collected revenue. Political groups especially, professional bodies and pharmaceutical groups determine success of the reform, less success of containing cost in the early phase reflecting the power of these groups. The 1993 reform consisted of more comprehensive strategies, limiting expenditure not exceed collected revenue and using more supply side control.

The German reform aimed to achieve overall social benefits. Enactment of laws achieved universal access to health care and delegation of public roles to various self-governance bodies enable accountability and transparency of the system. The later reforms intended to control increase of medical care cost to be not exceeding level of income growth and more emphasized on controlling provider and hospital behavior. By conclusion, success of the German health system reform is according to values and principles of the society while economic, political context and increase of health care expenditure determine the need for reform.

บทนำ

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

การปฏิรูประบบสุขภาพ จึงหมายถึงการเปลี่ยนแปลงใหญ่ที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในประเทศ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ อาจเกิดขึ้นต่อระบบเศรษฐกิจ การเมือง สังคม รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสุขภาพ นอกจากนั้นแม้ระดับของการเปลี่ยนแปลงจะเรียกได้ว่าเปลี่ยนแปลงมากแต่มักจะอุบัติขึ้นอย่างต่อเนื่องอย่างสันติ อย่างไรก็ตามการปฏิรูประบบสุขภาพที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนานั้นพบว่า ส่วนใหญ่ก็จำกัดอยู่ในระบบย่อย คือ ระบบบริการสุขภาพ ระบบการคลังสำหรับบริการสุขภาพ หรือระบบการส่งเสริมสุขภาพ ฯลฯ เป็นต้น มากกว่าที่จะเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพในภาพใหญ่โดยรวม ทั้งนี้เนื่องจากในระบบสุขภาพนั้นประกอบด้วยระบบย่อยๆมากมายที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ นอกจากนั้นในระบบย่อยอื่นๆนั้นส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจไม่ได้มีวัตถุประสงค์หลักด้านสุขภาพ ในการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศเยอรมันนี้ส่วนใหญ่ก็เป็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และระบบการคลังสำหรับบริการสุขภาพเป็นหลัก โดยอาศัยข้อมูลและเอกสารจากการที่ผู้วิจัยเข้าร่วมสัมมนาหลักสูตรการพัฒนาและดำเนินการระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมัน (International Seminar on Health Insurance Development and Implementation) เป็นเวลาสองอาทิตย์ ณ กรุงเบอร์ลิน ประเทศเยอรมันเมื่อเดือนธันวาคม 1996 และข้อมูลเพิ่มเติมจากเอกสารวิชาการ รายงานการวิจัย รายงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ

ประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมันตั้งอยู่ใจกลางยุโรปเป็นสะพานเชื่อมระหว่างยุโรปตะวันออกและยุโรปตอนกลางและสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมันตะวันตกและตะวันออกได้รวมเป็นหนึ่งเดียวกันเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม ค.ศ. 1990 มีพื้นที่ 357,000 ตารางกิโลเมตร ประชากร 81.5 ล้านคนในปี 1995 มีระบอบการเมืองการปกครองเป็นแบบประชาธิปไตยและประกอบด้วยมลรัฐต่างๆจำนวน 16 รัฐ แต่ละรัฐจะมีอิสระในการปกครองตนเอง มีรัฐสภา (State Parliaments) รัฐบาลมลรัฐ (State Governments) และกฎหมายของตนเอง ทั้งนี้มีกรอบที่กฎหมายพื้นฐาน (Germany's Basic Law) หรือกฎหมายรัฐธรรมนูญกลางกำหนดไว้ ในส่วนกลางก็จะมีรัฐสภากลาง (The Federal German Parliament) รัฐบาลกลาง (Federal Government) และศาลรัฐธรรมนูญ (Federal Constitutional Court) โดยรัฐสภาจะประกอบไปด้วยสภาสูงซึ่งสมาชิกมาจากตัวแทนของรัฐบาลมลรัฐต่างๆและสภาล่างซึ่งมาจากการเลือกตั้งของประชาชน ทั้งสองสภาจะทำหน้าที่

ออกกฎหมายต่างๆ รัฐสภากลางจะเป็นผู้ออกกฎหมายที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ การป้องกันประเทศ รวมถึงกฎหมายที่เกี่ยวกับบริการด้านการสื่อสาร ศุลกากร และการเงิน ที่เหลือรัฐสภาของมลรัฐต่างๆสามารถบัญญัติกฎหมายของตนเองได้ (รวมทั้งในด้านสาธารณสุข) แต่ก็ต้องอยู่ภายใต้กรอบกฎหมายพื้นฐานกำหนด เศรษฐกิจของประเทศขึ้นกับอุตสาหกรรมการผลิต (Producing Industry) เป็นหลัก รองลงมาเป็นการบริการ (Service companies) ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross National Product) ในปี 1995 เท่ากับ DM. 3,459 billion หรือเท่ากับ US\$ 2,419 billion และเมื่อคิดเทียบต่อหัวประชากรจะได้เท่ากับ DM 42,429 หรือ US\$ 29,671 /คน/ปี

โครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขของเยอรมัน

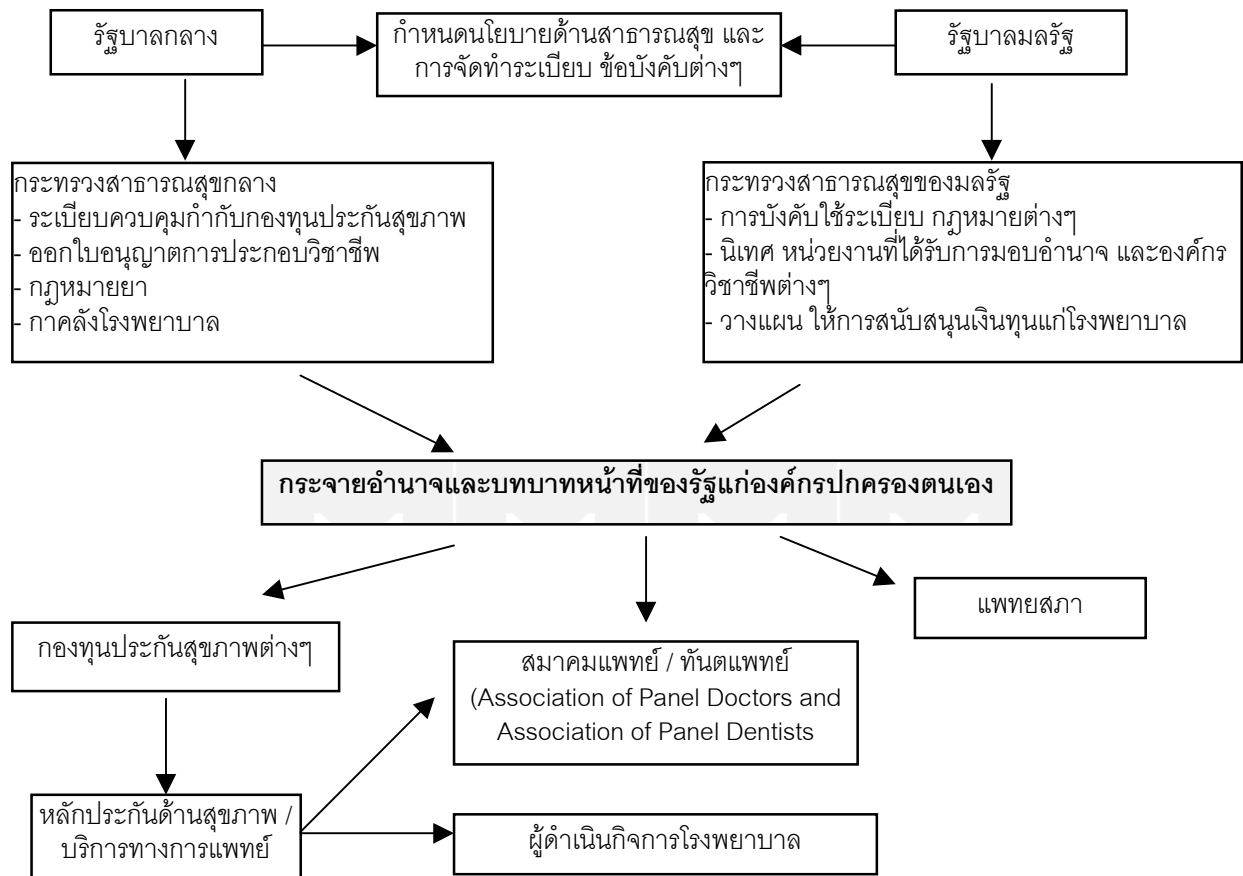
ปรัชญาและแนวคิดหลักสำคัญของการพัฒนาระบบประกันสุขภาพและระบบบริการด้านสาธารณสุขของเยอรมันซึ่งได้มีการระบุไว้อย่างชัดเจนทั้งในกฎหมายและในทางปฏิบัติคือ *ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในสังคม (Solidarity)* ซึ่งในบริบทด้านสุขภาพแสดงถึงความยินดีของคนที่มีสุขภาพดีจะจ่ายเพื่อคนป่วย คนโสดจ่ายช่วยคนที่มีครอบครัว คนหนุ่มสาวจ่ายช่วยคนแก่ แนวคิดที่สองคือ *การกระจายอำนาจระหว่างหน่วยงานกลางและภูมิภาค (Subsidiarity)* เป็นการสร้างองค์กรทางสังคมและพัฒนาสังคมจากล่างขึ้นบน กระจายอำนาจในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้กับหน่วยงานท้องถิ่นหรือภาคเอกชนในการดำเนินการ และแนวคิดหลักที่สามคือ *การมีองค์กรร่วม (Corporatist organization)* โดยในการดำเนินกระบวนการทางการเมืองนั้นจะมีตัวแทนทั้งสองประเภทคือทั้งจากตัวแทนของอาชีพและวิชาชีพ และตัวแทนที่มาจากการเลือกตั้ง

ระบบสาธารณสุขของเยอรมันนั้นมีจุดเด่นสามประการคือ นโยบายและกฎหมายด้านสาธารณสุขจะถูกกำหนดโดยรัฐบาลกลางร่วมกับรัฐบาลของมลรัฐ โดยในส่วนของรัฐบาลกลางจะมีกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) เป็นผู้รับผิดชอบหลักร่วมกับกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (Ministry of Labour and Social Affairs) กระทรวงสิ่งแวดล้อม (Ministry of Environment, Nature Conservation and Nuclear Safety) และกระทรวงการวิจัยและเทคโนโลยี (Ministry of Research and Technology) ทำหน้าที่ร่วมกันในการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ โดยมี **สภาสาธารณสุขของประเทศ (Federal Health Council)** เป็นผู้ให้คำปรึกษา ทั้งนี้ **บทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง**คือ การออกกฎหมายต่างๆเพื่อควบคุมกำกับให้ระบบบริการสาธารณสุขดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม เช่น กฎหมายควบคุมกำกับกับการดำเนินงานของกองทุนการเจ็บป่วย (Statutory sickness funds), การออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ, กฎหมายด้านยาและสารเสพติดต่างๆ, พระราชบัญญัติการคลังโรงพยาบาล, กฎหมายการควบคุมและป้องกันโรค เป็นต้น

สำหรับรัฐบาลของมลรัฐจะมีบทบาทในการตรวจสอบกฎหมายที่ออกโดยรัฐบาลกลางโดยผ่านทางตัวแทนของมลรัฐในรัฐสภากลาง การบังคับใช้กฎหมายต่างๆที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง และออกกฎหมายลูกของมลรัฐตนเองเพื่อบังคับใช้ ควบคุมกำกับกับการดำเนินงานขององค์กรอิสระที่ได้รับการรับรองตามกฎหมาย (Autonomous self-governed bodies under public law) ดำเนินกิจการโรงพยาบาลของมลรัฐ จัดทำแผนควบคุมและพัฒนาโรงพยาบาลในด้านศักยภาพทั้งของรัฐและเอกชน ควบคุมกำกับมาตรฐานด้านการศึกษาทางการแพทย์ และรวมไปถึงการควบคุมการผลิตแพทย์

รัฐบาลท้องถิ่น(Local government) จะรับผิดชอบในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขต่างๆ เช่นการควบคุม ป้องกันโรค บริหารจัดการโรงพยาบาลของท้องถิ่นเอง ให้สนับสนุนด้านการลงทุนแก่โรงพยาบาล บริหารและสนับสนุน ด้านงบประมาณแก่บ้านพักคนชราของรัฐ (public nursing home)

แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ขององค์กรในระบบบริการสาธารณสุขสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน



ในการดำเนินงานนั้นได้มีการกระจายบทบาทหน้าที่ให้องค์กรอิสระที่ได้รับมอบหมายอำนาจและภารกิจในการจัดระบบบริการ ซึ่งมีอิสระในการดำเนินงานแต่ต้องอยู่ภายใต้กรอบกฎหมาย ซึ่งประกอบด้วย

- **กองทุนการเจ็บป่วยตามที่กฎหมายกำหนด (Statutory sickness funds)** ทำหน้าที่ในการให้หลักประกันสุขภาพแก่สมาชิกเมื่อเจ็บป่วย จะเก็บรวบรวมเงินจากสมาชิกเป็นตามสัดส่วนของรายได้ต่อเดือนตามเพดานอัตราที่รัฐบาลกลางกำหนด และต้องจัดให้มีบริการทางการแพทย์สำหรับที่ประชาชนจะไปใช้บริการได้เมื่อเจ็บป่วย เช่นบริการผู้ป่วยนอก การรักษาตัวในโรงพยาบาล ทันตกรรม เภสัชกรรม บริการพยาบาลต่อเนื่อง การจ่ายชดเชยยามเจ็บป่วย ฯลฯ เป็นต้น
- **สมาคมแพทย์และสมาคมทันตแพทย์ของกองทุนการเจ็บป่วย (Association of sickness fund physicians and association of sickness fund Dentists)** เป็นองค์กรอิสระตามกฎหมายเพื่อทำหน้าที่ในการจัดระบบและควบคุมการจัดบริการปฐมภูมิ (Ambulatory care) ให้มีการกระจายอย่างทั่วถึงและให้หลักประกันด้านคุณภาพและการเข้าถึงบริการปฐมภูมิสำหรับประชาชนและควบคุมกำกับจัดการบริการของแพทย์และทันตแพทย์สมาชิก องค์กรนี้จะทำหน้าที่ในการต่อรองเจรจากับกองทุนการเจ็บป่วยในการกำหนดวงเงินและอัตราค่าจ่ายสำหรับบริการปฐมภูมิใน

แต่ละปี และรับทำหน้าที่บริหารจัดการเงินดังกล่าวสำหรับจ่ายให้กับแพทย์และทันตแพทย์สมาชิกตามผลงานการให้บริการ กรรมการของสมาคมจะมาจากการเลือกตั้งของสมาชิก

- **แพทยสภา (Medical councils)** ทำหน้าที่ในการจัดให้มีการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ การออกใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ การควบคุมกำกับ/นิเทศงานแก่แพทย์สมาชิก เป็นกระบอกเสียงสำหรับการออกความคิดเห็นต่างๆ การให้คำแนะนำในฐานะผู้เชี่ยวชาญ
- **ผู้ดำเนินการกิจการของโรงพยาบาล (Carriers of hospitals)** อาจะดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐเอง เช่น เทศบาล หรือองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เช่น องค์กรทางศาสนา หรือดำเนินการโดยเอกชนแบบแสวงหากำไร

หากพิจารณาจากโครงสร้างในระบบสาธารณสุขดังกล่าวแล้วจะเห็นว่าเน้นการกระจายอำนาจให้แก่หน่วยงานเอกชนเป็นผู้ดำเนินงานภายใต้กรอบของกฎหมายโดยองค์กรภาครัฐจะทำหน้าที่ในการควบคุมกำกับมากกว่าที่จะเป็นผู้ดำเนินการเอง

ระบบการจัดบริการสาธารณสุข

การจัดบริการด้านสาธารณสุขของเยอรมันนั้นเป็นการจัดบริการโดยภาคเอกชนเป็นหลักภายใต้การควบคุมกำกับของภาครัฐหรือหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจากรัฐในการดำเนินบทบาทหน้าที่ดังกล่าวเช่น สมาคมแพทย์ แพทยสภา สำหรับระบบการจัดบริการนั้นประกอบด้วยบริการหลักๆคือ บริการผู้ป่วยนอก ทันตกรรม บริการยา บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล บริการพยาบาลโรคเรื้อรัง และบริการอื่นๆ

บริการผู้ป่วยนอก (Outpatient care)

บริการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกนั้นดำเนินการโดยแพทย์เฉพาะทาง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และทันตแพทย์ ซึ่งทั้งหมดจะเป็นแพทย์เอกชนที่ทำงานในคลินิกของตนเองหรืออาจรวมกันเพื่อเปิดคลินิกร่วมกันภายใต้บัญชีเดียวกันร่วมเช่าพื้นที่ทำคลินิกร่วมกัน ร่วมลงทุนเพื่อบริการเครื่องมือแพทย์ราคาแพงหรือการตรวจชันสูตรโรค หรือร่วมกันเปิดคลินิกที่มีเตียงผู้ป่วยในด้วย เนื่องจากประชาชนเกินกว่าร้อยละ 90 อยู่ภายใต้กองทุนการเจ็บป่วย ดังนั้นแพทย์/ทันตแพทย์ที่ให้บริการกับผู้ประกันตนได้จะต้องได้รับใบอนุญาตและเป็นแพทย์สมาชิกของกองทุนฯ โดยสมาคมแพทย์/ทันตแพทย์ จะเป็นผู้ดูแลกำกับ ปกติแพทย์ที่ทำงานในคลินิกจะไม่สามารถไปดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ การทำงานจะแยกกันโดยเด็ดขาดทำให้มีปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนของการให้บริการและการตรวจวินิจฉัยโรค

ในปี 1995 มีจำนวนแพทย์ในเยอรมันทั้งหมด 3.3 แสนคน ในการนี้ประมาณ 1/3 หรือประมาณ 1.1 แสนคนเป็นแพทย์ที่ทำงานให้บริการผู้ป่วยนอก ซึ่งในจำนวนนี้กว่าร้อยละ 98 เป็นแพทย์สมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย มีไม่ถึงร้อยละ 2 ที่ให้บริการอิสระ ประมาณ 1/3 ของแพทย์ทำงานในโรงพยาบาล และที่เหลือทำงานบริหารหรืออื่นๆรวมทั้งแพทย์ที่ไม่ได้ทำเวชปฏิบัติซึ่งมีประมาณร้อยละ 18 สัดส่วนจำนวนแพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติในปี 1994 เท่ากับ 3.3 คนต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งนับว่ามีสัดส่วนที่สูงเมื่อเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ จำนวนแพทย์/ทันตแพทย์ที่ให้บริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอด ทำให้ต้องมีมาตรการในการควบคุมกำกับจำนวนและการกระจายของแพทย์ เนื่องจากการมีจำนวนแพทย์/ทันตแพทย์มากขึ้นจะทำให้มีการกระตุ้นอุปสงค์ของบริการทางการแพทย์มากขึ้นซึ่งจะมีผลทำให้มีการใช้บริการและค่าใช้จ่ายแพงขึ้นนี้เป็นเหตุผลที่ พรบ.ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขปี 1993 กำหนดเป้าหมายในการควบคุมจำนวนแพทย์ให้อยู่ในระดับที่กำหนดภายในปี 1999 และกำหนดให้การเกษียณอายุแพทย์ที่อายุ 68 ปี

เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของแพทย์ที่ทำงานในคลินิกในลักษณะของเวชปฏิบัติครอบครัวตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 1994 จึงกำหนดให้แพทย์ที่จะให้บริการแก่สมาชิกในกองทุนฯต้องฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้าน general medicine หลังจบแพทย์ก่อนจึงจะทำงานภายใต้ระบบประกันสุขภาพได้ สำหรับสัดส่วนของแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยนอกพบว่ามีสัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางสูงขึ้นกล่าวคือในปี 1995 ร้อยละ 67 ของแพทย์ที่ทำงานในคลินิกเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาใดสาขาหนึ่ง การที่มีแพทย์เฉพาะทางมากขึ้นในการให้บริการผู้ป่วยนอกทำให้มีการขยายตัวของการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นมากในการให้บริการผู้ป่วยนอก (ตารางที่2)

ตารางที่ 1 อัตราการเพิ่มเฉลี่ยต่อปีของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างปี 1970 - 1991 (%)

	1970 - 1977	1977 - 1991
แพทย์ที่ทำงานเวชปฏิบัติ	3.9	3.5
บริการผู้ป่วยนอก	1.7	2.3
บริการในโรงพยาบาล	7.1	3.9
ทันตแพทย์ที่ทำเวชปฏิบัติ	- 0.1	1.6
เภสัชกร	3.7	2.4
จำนวนเตียงในโรงพยาบาล	0.8	- 0.7
บุคลากรในโรงพยาบาล	3.8	1.8
พยาบาล	5.6	4.4

แหล่งที่มา : BASYS

ประชาชนภายใต้กองทุนการเจ็บป่วยจะมีอิสระในการเลือกแพทย์และทันตแพทย์ที่จะใช้บริการ กล่าวคือในช่วงต้นของแต่ละไตรมาสสมาชิกจะได้รับใบรับรองการมีประกันสุขภาพให้ (health insurance certificate) และจะยื่นใบรับรองดังกล่าวให้กับแพทย์ที่ตนเลือกไปใช้บริการครั้งแรก และภายในระยะของบัญชีรอบ 3 เดือน (Accounting period) จะต้องไปรับบริการเฉพาะกับแพทย์/ทันตแพทย์ที่ตนได้ยื่นใบรับรองดังกล่าวให้เท่านั้น แพทย์ดังกล่าวอาจส่งต่อไปหาแพทย์ท่านอื่นได้เพื่อการตรวจวินิจฉัยพิเศษ ในบางกองทุนฯผู้ป่วยอาจสามารถเปลี่ยนแพทย์/ทันตแพทย์ได้ภายใต้บัญชีของตนเองในระหว่างไตรมาส ประชาชนจะได้รับประกันว่าบริการผู้ป่วยนอกจะสามารถเข้าถึงได้ตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีนอกเวลาทำการของคลินิกและวันหยุดประชาชนสามารถไปรับบริการได้จากหน่วยบริการฉุกเฉิน หลังการให้บริการข้อมูลจะถูกส่งให้แพทย์เจ้าของผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อ เมื่อครบไตรมาสแพทย์/ทันตแพทย์นั้นก็จะส่งบันทึกและใบรับรองดังกล่าวไปยังสมาคมแพทย์เพื่อการเรียกเก็บเงินต่อไป

ตารางที่ 2 แสดงการกระจายและจำนวนเครื่องมือแพทย์ขนาดใหญ่ในเยอรมัน ณ.วันที่ 31 มีนาคม 1993

ประเภทของเครื่องมือ	เขตเยอรมันตะวันตกเดิม			เขตเยอรมันตะวันออกเดิม		
	โรงพยาบาล	คลินิก	รวม	โรงพยาบาล	คลินิก	รวม
Left-ventricle catheter measuring unit	237	19	256	20	1	21
CT scanners	491	410	901	111	45	156
Nuclear-spin tographic scanners	130	159	289	8	12	20
PET	10	0	10	0	0	0
Linear accelerators	165	16	181	29	0	29
Telecobalt units	133	15	148	15	0	15
Nephrolithotriptors and cholelthotriptors	87	7	94	23	0	23
รวม	1,253	626	1,879	206	58	264

ที่มา : The Federal Ministry of Health

บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Inpatient services)

โรงพยาบาลในเยอรมันจะให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพแก่ประชาชนทุกคนทั้งในลักษณะของบริการแบบเต็มรูปแบบ หรือบริการแบบบางส่วนเช่นบริการดูแลก่อนการผ่าตัดหรือการดูแลหลังการผ่าตัดทั้งนี้เพื่อเป็นการลดระยะเวลาอนอนในโรงพยาบาลลงตามพระราชบัญญัติการปฏิรูประบบสุขภาพ ผู้ป่วยภายใต้กองทุนการเจ็บป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการของโรงพยาบาลหากการเจ็บป่วยนั้นมีความจำเป็นต้องได้รับบริการในโรงพยาบาลโดยต้องเป็นการส่งต่อจากแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยนอกหรือแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลเท่านั้น ผู้ป่วยไม่สามารถเลือกไปรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้โดยตรง

จำนวนโรงพยาบาลในเยอรมันมีทั้งแบบโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลจิตเวช จำนวนโรงพยาบาลในปี 1993 มีทั้งหมด 2,354 แห่ง จำนวน 628,658 เตียง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป 2,112 แห่ง และโรงพยาบาลเฉพาะ 242 แห่ง โดยมีเตียงในโรงพยาบาลทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 92 ของเตียงทั้งหมด สำหรับโรงพยาบาลทั่วไปนั้นร้อยละ 59 ของเตียงดำเนินการโดยรัฐ ร้อยละ 36 เป็นโรงพยาบาลเอกชนแบบไม่แสวงหากำไร และมีประมาณร้อยละ 5 อยู่ในโรงพยาบาลเอกชนแบบแสวงหากำไร โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลจิตเวชจะมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลต่างกัน โดยเฉลี่ยจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลทั่วไปเท่ากับ 14.6 วัน ในปี 1991 และในโรงพยาบาลจิตเวชเท่ากับ 80.4 วัน ทั้งนี้จำนวนวันนอนเฉลี่ยของโรงพยาบาลทั้งสองประเภทในเยอรมันจะสูงกว่าฝั่งตะวันตก ในด้านการกระจายของจำนวนเตียงโรงพยาบาลพบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ ในปี 1990 รัฐ Hesse มีจำนวนเตียงต่อประชากรสูงสุดคือ 113.5 เตียงต่อประชากร 10,000 คน รองลงมาคือ Saarland (109.4) Berlin bremen Hamburg (108.5) และรัฐที่มีความหนาแน่นของเตียงต่ำสุดคือ รัฐ Brandenburg มีจำนวน 93.2 เตียงต่อประชากร 10,000 คน

แพทย์ที่ทำงานในโรงพยาบาลจะเป็นลูกจ้างของโรงพยาบาลและได้รับเงินเดือนเป็นค่าตอบแทนตามสาขาและเวลาในการทำงาน ปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ (current expenditure) ของโรงพยาบาลจะได้รับจากกองทุนการเจ็บป่วย ใน 3 ลักษณะคือ อัตราคงที่ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (flat fees per diagnosis related group) อัตรายอดรวมสำหรับบริการที่มีราคาแพง (global fees for particularly costly services) และการจ่ายแบบรายวัน (per diem rate) สำหรับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยการจ่ายแบบรายวันนั้นจะครอบคลุมค่าที่พัก ค่าอาหาร และค่าบริการสำหรับแผนก ส่วนค่าใช้จ่ายในการลงทุนนั้นจะได้รับจากรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น ทั้งนี้รัฐบาลของมลรัฐจะจัดทำแผนการสนับสนุนโรงพยาบาล (hospital plan) หากการขอสนับสนุนของโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนสอดคล้องกับแผนดังกล่าวจึงจะได้รับการสนับสนุนทั้งนี้เพื่อเป็นการควบคุมการกระจายของเตียงและเครื่องมือแพทย์

ผู้ให้บริการอื่นๆ

- ร้านขายยาดำเนินการโดยเภสัชกร จะทำหน้าที่จ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยตามใบสั่งแพทย์ แพทย์ในคลินิกไม่สามารถจำหน่ายยาให้ผู้ป่วยได้ทำได้เพียงออกใบสั่งยาให้ผู้ป่วยไปซื้อจากร้านขายยา
- การพยาบาลในลักษณะ home care หรือ nursing home ในปี 1992 มีศูนย์ให้บริการที่บ้านจำนวนประมาณ 4,500 แห่งโดยจะมีพยาบาลเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย คนชรา หรือผู้พิการ ซึ่งกองทุนจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในกรณีที่แพทย์เวชปฏิบัติให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยต้องได้รับบริการดังกล่าว บริการที่จัดให้คือการจัดส่งอาหารให้ การพยาบาล การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา เป็นต้น ปกติหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนด้านเงินทุนแก่บริการดังกล่าวคือองค์กรด้านการสังคมสงเคราะห์และรัฐบาลท้องถิ่น นอกจากบริการดูแลที่บ้านแล้วก็มี บ้านพักสำหรับคนชราและผู้พิการ

ที่ไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ซึ่งปกติจะมีสองลักษณะคือสำหรับคนชราที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และผู้ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในปี 1992 มีจำนวนบ้านพักดังกล่าวประมาณ 10,000 แห่ง

ระบบการคลังสาธารณสุขของประเทศ (Health Care Financing)

ระบบการคลังสาธารณสุขของเยอรมันนั้นอิงกับระบบประกันสังคม (Social security system) ซึ่งได้รับการพัฒนาอย่างยาวนานกว่าร้อยปี กล่าวคือในปี 1883 เริ่มมีกฎหมายบังคับให้ประชาชนต้องมีหลักประกันสุขภาพ และต่อมาได้ขยายไปถึงการประกันการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ (1884) การหยุดงานและพิการ(1889) ในปัจจุบันนี้ระบบประกันสังคมของเยอรมันครอบคลุม 5 สาขา คือ

1. ประกันการเกษียณงาน (pension insurance)
2. ประกันสุขภาพ (health insurance)
3. ประกันการว่างงาน (unemployment insurance)
4. ประกันการเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุจากการทำงาน (accident insurance)
5. และประกันการพยาบาล (nursing insurance)

โดยหลักการพื้นฐานที่สำคัญที่ยึดถือในระบบประกันสังคมของเยอรมันคือ

- ✍ การปกครองตนเองภายใต้การกำกับของรัฐบาล (self-government)
- ✍ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและช่วยเหลือซึ่งกันและกันและกันในสังคม (Solidarity)
- ✍ การจ่ายเงินตามสัดส่วนของรายได้ (Apportionment procedure) เช่นร้อยละของเงินเดือนและค่าจ้าง จากทั้งนายจ้างและลูกจ้าง (ยกเว้นการประกันอุบัติเหตุจากการทำงานที่นายจ้างเป็นผู้จ่ายฝ่ายเดียว)

1. แหล่งเงินสำหรับการจัดบริการด้านสุขภาพ (Sources of finance)

เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่คือร้อยละ 89 ในปี 1994 อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับดังนั้นแหล่งเงินสำคัญคือ เงินจากกองทุนการเจ็บป่วย (Statutory sickness funds โดยมีสัดส่วนสูงถึงเกือบร้อยละ 50 ของรายจ่ายเพื่อสุขภาพทั้งหมดโดยกองทุนจะจ่ายให้กับ แพทย์/ทันตแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยนอก นักกายภาพบำบัด และโรงพยาบาล และบางส่วนของการจ่าย

รองลงมาเป็นรายจ่ายของนายจ้าง (Employers) ร้อยละ 15 ที่ต้องจ่ายเพื่อชดเชยการขาดรายได้จากการเจ็บป่วยของลูกจ้างในระยะ 6 สัปดาห์แรกของการขาดรายได้จากการทำงานไม่ได้ (ไม่นับระยะเวลาที่รักษาตัวในคลินิกฟื้นฟูสภาพ) ทั้งนี้การจ่ายต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของรายได้เดิม แต่ปกติจะจ่ายให้เต็ม 100 (ตามข้อตกลงสหภาพแรงงานและนายจ้าง)

อันดับสามของแหล่งเงินคือ งบประมาณของรัฐ (State budgets) โดยเป็นการจ่ายสำหรับการลงทุนสำหรับกิจการของโรงพยาบาลและการจัดบริการด้านสาธารณสุข เช่น สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค การควบคุมป้องกันโรค ฯลฯ โดยในปี 1994 มีสัดส่วนร้อยละ 14

ส่วนร่วมจ่ายของครัวเรือนเมื่อไปใช้บริการเพื่อควบคุมอุปสงค์ของบริการไม่ให้มากเกินไปในปี 1994 มีสัดส่วนประมาณร้อยละ 8 เช่นส่วนร่วมจ่ายสำหรับการทำกายภาพบำบัด(ร้อยละ 15 ของค่าบริการ) ค่ายา การนอนรักษาตัวใน

โรงพยาบาล 14 วันแรก (17 DM ต่อวัน) การรักษาตัวในคลินิกฟื้นฟูสภาพใน 14 วันแรก (17 DM ต่อวันถ้าย้ายไปจากโรงพยาบาล และ 25 DM ต่อวันหากไม่ได้นอนในโรงพยาบาลมาก่อน) เป็นต้น

กองทุนประกันการเกษียณงาน(Statutory pension fund) จะจ่ายให้แก่สมาชิกเป็นค่ารักษาตัวในคลินิกฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation clinics) และจ่ายชดเชยรายได้ให้แก่ผู้ป่วยด้วยในระหว่างการรักษาตัวในคลินิก ปกติกองทุนจะจ่ายให้ร้อยละ 75 ของรายได้ปกติในกรณีที่มีบุตร 1 คน สัดส่วนของแหล่งรายจ่ายนี้ประมาณร้อยละ 8 ในปี 1994

แหล่งเงินจากประกันสุขภาพเอกชน ประชาชนที่มีรายได้เกินระดับที่กำหนดจะไม่ถูกบังคับตามกฎหมาย ดังนั้นสามารถไม่ทำประกันสุขภาพแบบสมัครใจกับบริษัทประกันสุขภาพเอกชนได้ ในปี 1994 ประชาชนประมาณร้อยละ 9 อยู่ภายใต้ระบบประกันนี้ในขณะที่รายจ่ายส่วนนี้ประมาณร้อยละ 5 แหล่งเงินสุดท้ายคือ กองทุนประกันอุบัติเหตุมีส่วนจ่ายให้กับบริการด้านสุขภาพในปี 1994 ประมาณร้อยละ 3 สำหรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุในการทำงาน

ตารางที่ 3 แสดงสัดส่วนของแหล่งเงินของรายจ่ายด้านสุขภาพประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมันปี 1994

แหล่งเงิน	จำนวนเงิน (DM billions)	ร้อยละ
กองทุนการเจ็บป่วยตามกฎหมาย	225.0	47.9
นายจ้าง (ชดเชยการเจ็บป่วย)	69.1	14.7
งบประมาณของรัฐ (ประเทศ, มลรัฐ, รัฐบาลท้องถิ่น)	63.0	13.4
ครัวเรือนของประชาชน (ส่วนจ่ายร่วม)	36.3	7.7
กองทุนการประกันการเกษียณงาน (ฟื้นฟูสภาพ)	35.9	7.7
บริษัทประกันเอกชน	24.8	5.3
กองทุนประกันอุบัติเหตุตามกฎหมาย	15.4	3.3
รวมทั้งหมด	469.6	100

ที่มา Statisticsches Bundesamt 1997

2. การบริหารจัดการ (Management of finance)

2.1 กองทุนการเจ็บป่วย (Statutory sickness funds) จุดเริ่มต้นของกองทุนนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หลักประกันแก่ประชาชนเฉพาะกลุ่มแต่ในช่วงหลังได้มีการขยายโครงการให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ลูกจ้างและแรงงานที่มีรายได้ไม่เกินระดับที่กำหนดจะถูกบังคับตามกฎหมายให้ต้องเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย (ในปี 1996 ผู้ที่มีรายได้ต่อปีไม่เกิน DM 72,000 ในเยอรมันตะวันตกและไม่เกิน DM 61,200 ต่อปีในเยอรมันตะวันออก) ประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กฎหมายกำหนดสามารถเลือกไปประกันกับเอกชนได้ ประชาชนกลุ่มที่ถูกบังคับตามกฎหมายให้ต้องเป็นสมาชิกครอบคลุมถึงกลุ่ม เกษตรกร นักเรียน กรรมกร คนว่างงาน และคนที่เกษียณแล้วแต่เคยเป็นสมาชิกกองทุนมาก่อน กองทุนให้การคุ้มครองไปถึงคู่สมรส (ที่มีรายได้ไม่เกินระดับที่กำหนด) และบุตรที่อายุไม่เกิน 18 ปี หรือ 25 ปีสำหรับคนที่ยังอยู่ในภาคการศึกษา สำหรับผู้ประกอบการอิสระ ข้าราชการจะไม่ถูกบังคับให้เป็นสมาชิกนอกจากสมัครใจเองหรือไม่ก็ต้องไปซื้อประกันเอกชน

กองทุนเหล่านี้จัดตั้งขึ้นโดยภาคเอกชนในลักษณะองค์กรอิสระที่ไม่แสวงหากำไรภายใต้การควบคุมกำกับของภาครัฐ อาจรวมตัวกันในลักษณะกลุ่มวิชาชีพ ลักษณะของอาชีพ หรือตามภูมิลำเนา ดังนั้นจึงพบว่ามีกองทุนอยู่จำนวนมาก โดยหลักการสำคัญของระบบประกันสุขภาพเยอรมันนั้นต้องพึ่งตนเองเป็นหลัก กล่าวคือรายได้จะมาจากเบี้ยประกันที่จ่ายโดยนายจ้างและลูกจ้างเท่านั้นไม่ได้มีการอุดหนุนจากรัฐ กองทุนเหล่านี้จะกำหนดอัตราเบี้ยประกันเองได้แต่ต้องอยู่

ในพาดานที่กฎหมายกำหนดตลอดจนการกำหนดคุณสมบัติประโยชน์สำหรับสมาชิก ในระยะหลังได้มีการรวมกันของกองทุนเล็กๆทั้งหลายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเพื่อความอยู่รอดทางการเงิน ในปี 1995 พบว่ามีกองทุนทุกประเภทรวมกันจำนวน 960 กองทุน กองทุนการเจ็บป่วยนั้นสามารถแบ่งเป็นสองกลุ่มหลักคือ

- กองทุนปฐมภูมิ (Primary funds) ประกอบด้วยกองทุนท้องถิ่น กองทุนบริษัท กองทุนวิชาชีพ และกองทุนของกลุ่มเกษตรกร ประมง หรือเหมืองแร่ ซึ่งสมาชิกของกองทุนกลุ่มนี้จะถูกบังคับตามกฎหมายให้ต้องเข้าระบบตามลักษณะของที่อยู่ สถานะของการจ้างงาน หรือกลุ่มอาชีพ
- กองทุนแทน (Substitute funds) เปิดให้สมาชิกกลุ่มผู้มีเงินเดือน(white collar) และเฉพาะผู้ใช้แรงงาน (wage earners) บางกลุ่มเท่านั้นที่สามารถสมัครเป็นสมาชิกได้หากมีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยปกติกลุ่มผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ(professional) และกลุ่มผู้มีเงินเดือนส่วนใหญ่สามารถเลือกเข้าเป็นสมาชิกได้ ส่วนกลุ่มผู้ใช้แรงงานนั้นส่วนใหญ่จะไม่มีสิทธิเลือก (การปฏิรูปในปี 1996 กำหนดให้กองทุนแทนไม่สามารถจำกัดการเข้าเป็นสมาชิกของประชาชนและส่งเสริมให้มีการแข่งขันระหว่างกองทุนต่างๆ)

ตารางที่ 4 ประเภทของกองทุนและร้อยละของความครอบคลุมสมาชิกภายใต้ระบบประกันภาคบังคับของเยอรมันปี 1993

ประเภทของกองทุนการเจ็บป่วยตามกฎหมาย	สมาชิกภาพ	ร้อยละสมาชิก
กองทุนท้องถิ่น (Local funds AOK)	270 กองทุนกระจายตามพื้นที่ต่างๆ ครอบคลุมผู้ใช้แรงงานที่ได้ค่าแรงรายวันที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากกองทุนอื่น ผู้ตกงาน และผู้พิการ	43.5
กองทุนการเจ็บป่วยของบริษัท (Company sickness funds BKK)	743 กองทุน ที่จัดตั้งโดยบริษัทต่างๆที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 450 คนขึ้นไป เพื่อให้หลักประกันแก่ลูกจ้าง	11.5
กองทุนช่างฝีมือ (Guild sickness funds IKK)	176 กองทุน สำหรับแรงงานช่างฝีมือต่างๆ	5.2
กองทุนอื่นๆ (other funds)	26 กองทุน สำหรับเกษตรกร ประมง แรงงานในเหมืองแร่	4.4
กองทุนแทน (Substitute funds)	26 กองทุน สำหรับลูกจ้างที่กินเงินเดือนและคนที่มีค่าแรงสูงที่ขอเข้าร่วมโดยสมัครใจ	35.4
รวม	1,241 กองทุน	100

ที่มา : the Federal Ministry of Health, Bonn, Germany.

บทบาทหน้าที่หลักของกองทุนคือการเก็บรวบรวมเบี้ยประกันที่กำหนดเป็นสัดส่วนของเงินเดือนหรือรายได้ต่อเดือนและจัดสรรเงินให้แก่ผู้ให้บริการต่างๆ (โรงพยาบาล ร้านขายยา ทันตแพทย์ การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) และจ่ายให้สมาคมแพทย์ (APD) ในลักษณะยอดรวมเพื่อทำการจัดสรรให้แก่แพทย์เวชปฏิบัติต่อไป

2.2 อัตราการจ่ายเข้ากองทุน (Contribution) อัตราการจ่ายเข้ากองทุนสำหรับสมาชิกภายใต้การประกันสุขภาพภาคบังคับจะแตกต่างกันของแต่ละกองทุนแต่ต้องไม่เกินกว่าที่กฎหมายกำหนด คือ 8.5 - 16.5% ในปี 1996 อัตราเฉลี่ยที่ประชาชนในเยอรมันตะวันตกจะต้องจ่ายเข้ากองทุนต่อเดือนเท่ากับ 12.8% ของรายได้ และในเยอรมันตะวันออก 13.4% และอีก 1.7% สำหรับการประกันการพยาบาลโรคเรื้อรัง (Nursing insurance) ทั้งนี้ผู้ที่ทำงานในโรงงานหรือบริษัทที่มีนายจ้างเบี้ยประกันดังกล่าวจะออกโดยนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละครึ่ง สำหรับผู้ประกอบการอิสระต้องจ่ายเองทั้งหมด ผู้ที่ว่างงาน 2/3 จะจ่ายโดย Federal Labor Administration และอีก 1/3 จ่ายโดยหน่วยงานสวัสดิการท้องถิ่น สำหรับของเกษียณแล้วเบี้ยประกันจะจ่ายโดยกองทุนเกษียณงาน(pension fund)

3. วิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการ(Payment mechanisms)

3.1 การจ่ายเงินให้แก่บริการผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) สมาคมกองทุนการเจ็บป่วย (Association of sickness funds) จะทำการเจรจาต่อรองกับสมาคมแพทย์ (Association of sickness fund physicians) ทุกปีเพื่อกำหนดวงเงินสำหรับจ่ายให้บริการผู้ป่วยนอกและสมาคมแพทย์จะทำหน้าที่จ่ายให้แก่แพทย์สมาชิกที่ให้บริการแก่ผู้ประกันตนเป็นไตรมาสตามผลงานรวมการให้บริการของสมาชิกแต่ละคนที่คำนวณตามปริมาณบริการและอัตราค่าบริการที่กำหนดภายใต้งบประมาณยอดรวมที่ได้รับ (point system from volume of services and fee schedule)

3.2 การจ่ายให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Hospital care) กองทุนการเจ็บป่วยจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลใน 3 ลักษณะคือ อัตราคงที่ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (flat fees per diagnosis related group) อัตรายอดรวมสำหรับบริการที่มีราคาแพง (global fees for particularly costly services) และการจ่ายแบบรายวัน (per diem rate) สำหรับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

3.3 การจ่ายสำหรับบริการอื่นๆ เช่น ค่ายา (จ่ายให้ตามรายการและราคาที่กำหนด โดยประชาชนต้องจ่ายไปก่อนแล้วมาเบิกคืนที่หลัง) กายภาพบำบัด (จ่ายให้ตามอัตราที่กำหนด) การฟื้นฟูสภาพ (จ่ายให้คลินิกเป็นอัตรารายวัน) การพยาบาลโรคเรื้อรัง ฯลฯ ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายด้วย

4 รายจ่ายของกองทุนการเจ็บป่วย

ตารางที่ 5 แสดงรายจ่ายสำหรับบริการประเภทต่างๆของกองทุนการเจ็บป่วยใน West German ปี 1995

ประเภทรายจ่าย	จำนวน (DM billions)	ร้อยละ
ค่าบริการผู้ป่วยนอก รวมทันตกรรม	50.1	25
ยาและกายอุปกรณ์ต่างๆ	33.2	16
บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล	66.1	33
จ่ายชดเชยรายได้จากการเจ็บป่วย	15.2	8
บริการรักษาพยาบาลอื่นๆ	18.8	9
บริการอนามัยมารดา ก่อน ระหว่าง และหลังการตั้งครรภ์	3.9	2
Cures/spa	3.0	1
การบริหารจัดการและอื่นๆ	12.4	6
Total	202.7	100

ที่มา: Statistisches Bundesamt 1997

จากข้อมูลการจ่ายเงินของกองทุนการเจ็บป่วยในเยอรมันตะวันตกในปี 1995 พบว่า สัดส่วนรายจ่ายที่สูงที่สุดคือการจ่ายสำหรับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลประมาณ 1/3 ของรายจ่ายทั้งหมด รองลงมาเป็นรายจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและทันตกรรม ส่วนรายจ่ายสำหรับค่ายาสูงเป็นอันดับสามและมีสัดส่วนถึงร้อยละ 16 และกองทุนมีค่าบริหารจัดการประมาณร้อยละ 6

ปัญหาของระบบบริการสาธารณสุขเยอรมัน

เนื่องจากระบบการคลังสาธารณสุขของเยอรมันอิงกับระบบประกันสังคม แหล่งเงินของระบบบริการสาธารณสุขจึงมาจากประชาชนทั้งที่เป็นลูกจ้าง นายจ้าง และประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระที่จะต้องจ่ายให้กับกองทุนตามสัดส่วนของรายได้แต่ละเดือน ดังนั้นการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพจึงมีผลกระทบโดยตรงต่อประชาชนทุกคน ปัญหาหลักของ

ระบบบริการสาธารณสุขเยอรมันที่ทุกฝ่ายให้ความสำคัญจึงเป็นเรื่องที่ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศเพิ่มขึ้นตลอดเวลาและเพิ่มในอัตราที่สูงกว่าการเพิ่มของรายได้ประชาชน เมื่อพิจารณาอัตราการเพิ่มของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติภายในประเทศในช่วงปี 1970-1977 พบว่าเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 8.5% ในขณะที่รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นปีละ 14.4% (ตารางที่ 6 และ 9) และเมื่อพิจารณาสัดส่วนของรายจ่ายด้านสุขภาพในบริการแต่ละประเภทจะเห็นว่าอัตราการเพิ่มของรายจ่ายสำหรับบริการประเภทต่างๆนั้นไม่ต่างกันมากนัก และหากพิจารณาอัตราการเพิ่มจริงของรายจ่ายด้านสุขภาพโดยใช้ราคาคงที่ปี 1970 (ตารางที่ 7) เพื่อดูว่าปริมาณการใช้บริการด้านใดที่เพิ่มมากจะเห็นว่าอัตราการเพิ่มที่สูงคือบริการผู้ป่วยนอก ยา และทันตกรรม ในขณะที่บริการผู้ป่วยในนั้นเพิ่มในอัตราที่ต่ำกว่าแสดงว่ารายจ่ายด้านบริการผู้ป่วยในที่เพิ่มมากขึ้นนั้นส่วนใหญ่เป็นการเพิ่มด้านราคามีใช้ปริมาณการใช้บริการ

ตารางที่ 6 รายจ่ายด้านสุขภาพเยอรมันแยกตามประเภทบริการ ระหว่างปี 1970-1992 (หน่วย: ล้าน DM)

ปี	บริการผู้ป่วยนอก	ทันตกรรม	ยา	บริการผู้ป่วยใน	อื่นๆ ¹	รวม ²	ร้อยละ GDP
1970	7,327	3,946	7,124	12,014	5,687	36,098	5.35
1971	9,156	4,884	8,142	14,854	6,817	43,853	5.85
1972	10,313	5,652	9,176	17,426	8,020	50,587	6.14
1973	11,660	6,666	10,431	21,123	9,613	59,493	6.48
1974	13,519	8,004	11,956	25,302	11,267	70,048	7.12
1975	14,624	11,035	13,226	28,578	12,911	80,374	7.83
1976	15,516	12,528	14,094	30,337	14,909	87,384	7.80
1977	16,261	13,234	14,547	32,252	16,051	92,345	7.72
1978	17,298	14,302	15,743	34,551	17,744	99,638	7.76
1979	18,652	15,741	16,753	36,364	18,824	106,334	7.66
1980	20,207	17,424	18,536	40,082	20,671	116,920	7.94
1981	21,879	19,084	19,851	43,517	22,511	126,842	8.26
1982	22,530	7,898	20,792	45,287	23,269	119,776	8.17
1983	23,370	17,738	22,010	46,724	24,728	134,570	8.06
1984	24,642	18,975	23,323	49,558	27,076	143,574	8.20
1985	25,706	19,631	24,938	52,912	29,044	152,231	8.35
1986	26,624	19,555	25,992	55,771	31,171	159,113	8.26
1987	27,798	19,017	27,508	58,182	33,783	166,288	8.33
1988	28,964	24,015	29,566	60,946	36,790	180,281	8.57
1989	30,649	21,046	29,891	62,601	37,522	181,709	8.17
1990	33,100	21,915	31,984	68,524	39,830	195,353	8.15
1991	36,131	24,620	35,182	74,877	42,733	213,543	8.27
1992 ³							
อัตราการเพิ่มเฉลี่ยต่อปีตามราคาปีนั้นๆ (ร้อยละ)							
1970-	12.1	18.8	10.7	15.2	16	14.4	
1977-	5.9	4.6	6.5	6.2	7.5	6.2	

¹. รวมอุปกรณ์และวัสดุทางการแพทย์ การดูแลการเจ็บป่วยเรื้อรัง และบริการอื่นๆ

². รายจ่ายรวมนี้ไม่รวมไปถึง การจ่ายเงินชดเชย การบริหารจัดการ การก่อสร้าง การวิจัยและพัฒนา

³. การประมาณการณ์ในปี 1992 และอัตราการเพิ่ม 1977-1992 เป็นรายงานเบื้องต้น

แหล่ง : BASYS

ตารางที่ 7 อัตราการเพิ่มจริงของรายจ่ายด้านสุขภาพของเยอรมัน ระหว่างปี 1971-1992 แยกประเภทบริการ

ปี	บริการผู้ป่วยนอก	ทันตกรรม	ยา	บริการผู้ป่วยใน ¹	รวม ²
1971	8.4	16.9	9.0	4.5	9.7
1972	6.6	13.1	8.2	2.5	8.4
1973	7.3	13.5	8.9	3.2	9.7
1974	7.5	11.1	9.7	4.2	8.7
1975	5.4	26.9	5.8	0.5	8.6
1976	3.0	9.2	4.6	1.2	5.3
1977	0.7	2.9	0.3	2.4	2.1
1978	4.8	5.3	5.9	2.0	4.8
1979	4.5	5.9	2.4	0.1	2.5
1980	5.5	7.4	5.2	2.0	4.5
1981	3.9	4.5	4	-0.5	2.6
1982	3.2	-7.5	0.8	0.2	0
1983	2.8	-2.5	1.7	0.1	1.2
1984	3.6	4.9	3.3	3.4	4.3
1985	2.4	2.4	3.8	4.0	3.6
1986	3.7	-2	3.6	4.2	3.6
1987	6.9	-4.8	5.0	0.9	3.6
1988	10.7	18.9	5.5	4.1	8.4
1989	1.4	-9.7	-0.3	1.5	-0.7
1990	4.1	1.1	5.5	3.7	4.5
1991	5.6	9.3	8.1	3.5	5.6
1992 ³					
อัตราเพิ่มเฉลี่ยต่อปี					
1970-1977	5.5	13.2	6.6	2.6	7.5
1977-1992 ³	4.5	2	3.8	2.1	3.4

1 แยกบริการผู้ป่วยเรื้อรัง(long term care) ออกไปบางส่วน

2 ไม่รวมรายจ่ายเพื่อการจ่ายเงินชดเชย ค่าบริหารจัดการ การก่อสร้าง การวิจัยและพัฒนา

3 เป็นประมาณการในปี 1992 และอัตราเพิ่มระหว่างปี 1977-1992 เป็นข้อมูลเบื้องต้น

แหล่ง : BASYS

ปัญหาประการที่สองของระบบบริการสาธารณสุขของเยอรมันคือ การขาดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการของกองทุนประเภทต่างๆ เนื่องจากมีการกีดกันและการคัดเลือกสมาชิกของกองทุนแทน(Substitute funds) ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในโอกาสการแข่งขันของกองทุนประเภทต่างๆ และกองทุนท้องถิ่นมีแต่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและรายได้ต่ำทำให้ต้องมีการเพิ่มอัตราการจ่ายเข้ากองทุนซึ่งเป็นภาระสำหรับผู้มีรายได้น้อย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านอุปสงค์ (Demand side factors)

- โครงสร้างประชากร (Demographic structure) ที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทำให้มีความจำเป็นด้านสุขภาพและอุปสงค์ต่อบริการมากขึ้น ขณะเดียวกันก็มีผลต่อลักษณะการเจ็บป่วยของประเทศ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีภาวะการเจ็บป่วย (pattern of disease) และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ โดยเฉพาะในช่วงท้ายของชีวิต สัดส่วนของจำนวนผู้มีอายุมากกว่า 65 ปีของเยอรมันเพิ่มจาก 12% ในปี 1965 เป็น 14.5%, 14.8%, และ 15.4% ในปี 1975, 1985, และ 1995 ตามลำดับ

- การที่ระบบการคลังสาธารณสุขของประเทศอิงกับระบบผู้จ่ายที่สาม (third party payment) ทำให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการขาดการตระหนักถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และไม่มีแรงจูงใจในการจำกัดการใช้หรือการให้บริการ

ปัจจัยด้านอุปทาน (Supply side factors)

- การมีจำนวนแพทย์ที่ให้บริการและเตียงของโรงพยาบาลมากเกินไป (Over supply of physicians and hospital beds) สัดส่วนจำนวนแพทย์และจำนวนเตียงต่อประชากรของเยอรมันสูงกว่าประเทศอื่นๆ หลายๆ ประเทศ สัดส่วนจำนวนแพทย์ที่ทำงานเวชปฏิบัติอยู่ในปี 1994 เท่ากับ 3.3 คนต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งสูงเป็นอันดับต้นๆ ของกลุ่มประเทศ OECD การมีสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรเพิ่มขึ้นทำให้เกิดการกระตุ้นอุปสงค์ของบริการทางการแพทย์โดยผู้ให้บริการมากขึ้น (supply induce demand) เพื่อรักษาระดับรายได้ของตน นอกจากนั้นการที่มีสัดส่วนจำนวนแพทย์เฉพาะทางมากขึ้นก็ทำให้มีการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาแพงมากขึ้นก็ยิ่งเป็นการทำให้ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เพิ่มสูงมากขึ้น จำนวนเตียงในโรงพยาบาลในปี 1993 เมื่อเทียบกับประชากร 1,000 คนคือ 7.74 เตียง ซึ่งสูงที่สุดในกลุ่มประเทศ OECD ซึ่งเมื่อประกอบกับวิธีการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลแบบรายวันก็ทำให้จำนวนวันนอนเฉลี่ยของ acute care ต่อครั้งของการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยต่อประชากรของเยอรมันสูงที่สุด (ตารางที่ 8)
- แรงจูงใจที่เกิดขึ้นด้านการเงิน (Financial incentives) เนื่องจากวิธีการจ่ายเงินให้แก่แพทย์ โรงพยาบาล หรือบริการอื่นๆ แต่ละวิธีจะมีแรงจูงใจเกิดขึ้นต่างกัน ในระบบการคลังสาธารณสุขของเยอรมันนั้นจ่ายให้แก่บริการผู้ป่วยนอกแบบ fee-for-services ซึ่งในช่วงหลังก็ได้มีการกำหนดให้มีเพดานยอดรวมของรายจ่ายทั้งหมดซึ่งก็แปลงมาเป็นแบบ point system ซึ่งด้วยวิธีการจ่ายแบบนี้จะทำให้ผู้ให้บริการต้องพยายามเพิ่มปริมาณผู้ป่วยและบริการที่จัดให้แต่ละรายเพื่อเพิ่มรายได้ของตน อัตราการพบแพทย์ของประชาชนชาวเยอรมันจึงค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ (ตารางที่ 8) การจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลในลักษณะตามจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลก็เป็นอีกประการหนึ่งที่ทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยของประชาชนชาวเยอรมันสูงที่สุดในกลุ่มประเทศ OECD การที่ระบบการคลังอิงกับระบบผู้จ่ายที่สามก็เป็นเหตุผลอีกประการทำให้ผู้ให้บริการไม่ต้องกังวลกับการให้บริการจึงอาจมีการให้บริการที่เกินจำเป็น และให้บริการที่อาจมีผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำแต่ให้ผลตอบแทนด้านรายได้ของผู้ให้บริการสูง
- การขาดประสิทธิภาพเชิงการจัดสรร (Allocative inefficiency) การกำหนดสิทธิประโยชน์ที่กว้างขวางมากแม้บางอย่างที่อาจไม่มีประสิทธิผลที่ชัดเจนต่อสุขภาพ นอกจากนั้นการแข่งขันกันระหว่างกองทุนต่างๆ ก็มุ่งแต่การแข่งขันในด้าน การเพิ่มสิทธิประโยชน์และบริการมากกว่าจะแข่งขันกันในด้านประสิทธิภาพ อัตราการจ่ายที่กำหนด (fee schedule) ก็ทำให้เกิดการเอนเอียงไปยังบริการด้านการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลหรือพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่าการที่จะให้ประชาชนดูแลตนเองหรือรักษาตัวที่บ้าน หรือใช้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รวมไปถึงการดูแลต่อบริภาระยะยาว(long term care) การซ้ำซ้อนของการจัดบริการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและโรงพยาบาลเนื่องจากไม่อนุญาตให้แพทย์เวชปฏิบัติตามไปดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล เช่นการมีเครื่องมือแพทย์ราคาแพง การชันสูตรวินิจฉัยโรคที่ซ้ำซ้อนกันเป็นต้น

ตารางที่ 8 แสดงรายจ่ายด้านสุขภาพ จำนวนแพทย์/ประชากร ความยืนยาวของชีวิต และอัตราการให้บริการทางการแพทย์ กลุ่มประเทศ OECD 1994

Countries	Health exp. on % share of GDP	Practicing physicians /1,000 pop	Life expectancy Females at birth Years	Life expectancy Males at birth Years	Consultation per capita per person # contracts	Admission in-patient share % population	Admission Acute care share % population	Average LOS in-patient care days	Average LOS acute care days
Australia	8.5	NA	80.9	75	10.2*	25.5	24.8*	10.0*	4.9*
Austria	9.7	2.6	79.7	73.3	6.2	26.5	22.4	10.3	9
Belgium	8.2	3.7	79.8*	73.1*	8.0*	19.8	17.7*	12.3*	8.2*
Canada	9.8	2.2	81.2*	74.9*	6.9*	12.8*	11.4*	12.6*	NA
Czech Republic	7.6	2.9	76.6	69.5	NA	20.7	19.3	13.5	10.8
Denmark	6.6	2.9	77.8*	72.4*	NA	20.4	19.7	7.5	6.1
Finland	8.3	2.7	80.2	72.8	4	25.1	19.8	13.1	5.6
France	9.7	2.8	81.8	73.7	6.1*	22.8	20.3	11.7	6.4
Germany	9.5	3.3	79.3*	73.8*	12.8*	19.9	NA	13.9*	12.6*
Greece	5.2	4	79.6*	74.6*	NA	NA	NA	9.2*	NA
Hungary	7	3.4	74.2	64.8	14	22.8	19.9	11.3	9
Iceland	8.1	3	81	77.1	4.9*	28	17.8	16.8*	6.3
Ireland	7.9	2	78.2*	72.6*	NA	15.4	14.6	7.7*	6.9
Italy	8.3	1.7*	81.2	74.7	NA	16	NA	11.2*	NA
Japan	6.9	1.8	83	76.6	16.3	8.9	NA	45.4	NA
Luxembourg	5.8	2.1*	78.5*	71.9*	NA	20.5	19.0*	16.5*	10.3*
Mexico	5.3	1.3	75.8	69.4	1.9	4.7	NA	3.9	NA
Netherlands	8.8	NA	80.3	74.6	5.7	11.2	10.4	32.8	10.1
New-Zealand	7.5	2.1	78.9*	73.1	NA	12.5	NA	8.2*	NA
Norway	7.3	3.2*	80.6	74.8	NA	16.5	NA	NA	6.6
Portugal	7.6	2.9	78.2	71.2	3.2	11.5	11.3	9.5	7.7
Spain	7.3	4.0*	81	73.3	NA	10	10	11.5*	9
Sweden	7.7	3	81.4	76.1	3	19	16.7	8.2	5.3
Switzerland	9.6	3.1	81.6	75.1	11.0*	15	14.9*	NA	12
Turkey	4.2	1.1	70	65.4	1.0*	6	6.9*	6.9*	4.2
United Kingdom	6.9	1.5*	79.5	74.2	5.8*	21.6	19.9	12.4*	4.8
United States	14.3	2.5*	79	72.3	5.9*	13	13.0*	8.8*	7.1*

source OECD Health Data 1996 (* ข้อมูลปี 1992)

การปฏิรูประบบสุขภาพของเยอรมัน

ประเทศเยอรมันนี้เป็นประเทศแรกที่สามารถขยายระบบประกันด้านสังคมและสุขภาพทั่วประเทศแก่ประชาชน โดยเริ่มกฎหมายประกันสุขภาพในปี 1883 กฎหมายประกันอุบัติเหตุจากการทำงานในปี 1884 กฎหมายชราภาพในปี 1889 ทั้งนี้กฎหมายเหล่านี้เป็นกลยุทธ์ส่วนหนึ่งด้านการเมืองในการต่อสู้กับระบบสังคมนิยม โดยใช้เป็นหลักการพื้นฐานในการพัฒนานโยบายด้านสังคมและสุขภาพในประเทศนี้จนถึงปัจจุบัน ทั้งระบบการคลังบริการสุขภาพ ระบบประกันสังคม กฎหมายแรงงาน และภาวะเศรษฐกิจของประเทศ มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด การเปลี่ยนแปลงของระบบใดระบบหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบอื่นๆด้วย และเนื่องจากระบบประกันสุขภาพของเยอรมันนั้นอยู่บนพื้นฐานของการพึ่งตนเองเป็นหลัก รายได้ของกองทุนมาจากการจ่ายของนายจ้างและลูกจ้าง การเพิ่มขึ้นของรายจ่ายหากไม่สมดุลย์

กับการเพิ่มขึ้นของรายได้ประชาชนก็จะส่งผลกระทบต่อสังคมในวงกว้าง ตารางที่ 9 แสดงแนวโน้มของภาวะเศรษฐกิจและรายจ่ายด้านสุขภาพของเยอรมันนี้ระหว่างปี 1970 - 1992

ตารางที่ 9 แสดงแนวโน้มภาวะเศรษฐกิจของประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมันและรายจ่ายด้านสุขภาพ ปี 1970-1992

	1970-1977	1977-1983	1983-1989	1989-1992
Percentage of growth rate:				
Gross Domestic Product(GDP)	8.5	5.0	5.4	8.2
GDP volume (constant 1980 price)	2.7	1.6	2.8	4.1
GDP prices	5.7	4.1	2.2	3.9
Consumer prices	5.5	4.4	1.5	3.1
Wages ¹	9.4	4.5	3.8	7.7
Average level:				
Rate of unemployment	2.6	5.5	8.9	7.1
Rate of return on capital	3.6	2.8	4.2	5.3
Nominal and real growth of health expenditure ² in percentage:	14.4	6.5	5.1	5.8
Nominal prices (value)	7.5	2.6	3.7	5.1
Constant 1980 prices (volume)	6.4	3.8	1.3	2.7

¹ includes fringe benefits.

² health expenditure as defined here does not include cash benefits, administration, construction, research and development

Source: BASYS

ในปี 1885 กฎหมายประกันสุขภาพสามารถครอบคลุมประชาชนกลุ่มผู้ใช้แรงงานระดับล่างได้เพียงร้อยละ 26 หรือร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ต่อมาในปี 1901 จึงได้มีการขยายไปยังกลุ่มลูกจ้างในระบบธุรกิจและคมนาคม อีก 10 ปีต่อมาจึงขยายไปยังกลุ่มแรงงานในภาคเกษตรกรรมและป่าไม้ และข้าราชการท้องถิ่น ในปี 1914 ครอบคลุมกลุ่มข้าราชการทั้งหมด ในปี 1918 จึงได้ขยายไปยังกลุ่มผู้ว่างงาน และกลุ่มประมงในปี 1927 จนถึงปี 1930 จึงได้ขยายไปยังบุคคลในครอบครัวทั้งหมด และในปี 1941 จึงได้ผ่านกฎหมายอนุญาตให้บุคคลที่มีรายได้มากกว่าเพดานที่กำหนดสามารถเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้แบบสมัครใจ และในปีเดียวกันก็ขยายไปยังกลุ่มบุคคลที่เกษียณจากงาน ลูกจ้างปศุสัตว์และพนักงานขายได้รับหลักประกันในปี 1966 และขยายต่อไปยังกลุ่มเกษตรกรอิสระและครอบครัวในปี 1972 นักเรียนและผู้พิการในปี 1975 ในการบริหารกองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ นั้นมีการบริหารจัดการแยกกันของแต่ละกองทุน และประชาชนต้องเข้าเป็นสมาชิกของกองทุนต่างๆแบบบังคับตามลักษณะของสังคมและอาชีพเป็นหลัก อย่างไรก็ตามตั้งแต่ปี 1997 เป็นต้นมาประชาชนสามารถเลือกสมัครเข้าเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วยได้โดยไม่ถูกจำกัด

กฎหมายในปี 1983 ได้ให้อำนาจกับกองทุนการเจ็บป่วยสามารถเลือกทำสัญญากับแพทย์แต่ละบุคคล ทำให้กลุ่มวิชาชีพแพทย์ไม่พอใจเนื่องจากถูกจำกัดการเข้ามาให้บริการจากกองทุนต่างๆเนื่องจากกองทุนจะเป็นผู้กำหนดรับแพทย์เอง จึงมีการเคลื่อนไหวของกลุ่มวิชาชีพ และมีการประท้วงหยุดงานหลายครั้ง จนในที่สุดในปี 1913 ก็มีการตกลงกันได้ระหว่างกองทุนและกลุ่มวิชาชีพว่าจะมีการต่อรองกันในลักษณะรวมกลุ่มในการกระจายใบอนุญาตให้แพทย์เข้ามาให้บริการตามสัดส่วนจำนวนผู้ประกันตนในแต่ละพื้นที่ และรายได้ของแพทย์ก็จะเป็นการเจรจาต่อรองกันระหว่างกองทุนการเจ็บป่วยกับสมาคมแพทย์ในภาพรวม ซึ่งข้อตกลงนี้ก็ได้มีการกำหนดใน National Insurance Code และวิธีการนี้ก็ได้รับการใช้มาจนถึงปัจจุบัน โดยได้มีการเจรจาต่อรองปรับปรุงหลายครั้งด้วยกัน

การขึ้นมามีอำนาจของฮิตเลอร์ในปี 1933 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในเยอรมัน รัฐบาลนาซีได้ยกเลิกการปกครองตนเองของกลุ่มแรงงานและระบบประกันสังคมต่างๆ รัฐเข้าไปมีบทบาทในการควบคุมกำกับมากขึ้น และมีการแต่งตั้งผู้บริหารโดยรัฐบาลเอง ขณะเดียวกันก็ได้มีการพัฒนาด้านสังคมและระบบประกันสุขภาพต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อนโยบายด้านการเมืองของรัฐบาลนาซีหลายอย่างด้วยกัน ตั้งแต่การขยายสิทธิประโยชน์ให้ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ ในปี 1941 ได้มีการขยายหลักประกันไปยังกลุ่มผู้ได้รับบำนาญ และในปี 1942 ผู้มีรายได้ทุกคนก็ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายประกันอุบัติเหตุจากการทำงานโดยไม่จำกัดอาชีพ และเลิกการจำกัดระยะเวลาของการได้รับสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ ให้มารดาที่คลอดบุตรได้รับการคุ้มครองการจ้างงานและได้รับการชดเชยการหยุดงานครบ 12 สัปดาห์ การล่มสลายของประเทศ ในปี 1945 ก็ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่อีกครั้ง โดยเยอรมันตะวันออก ได้เข้าสู่ระบบคอมมิวนิสต์ รัฐบาลเข้าควบคุมกำกับกิจการทุกอย่างเป็นการผูกขาดการดำเนินงานและลดบทบาทของภาคเอกชน ในขณะที่เยอรมันตะวันตกได้กลับไปสู่ระบบการกระจายอำนาจเหมือนเดิมก่อนที่รัฐบาลนาซีจะมีอำนาจ ทั้งนี้สืบเนื่องจากภาวะหลังสงครามประชาชนจำนวนมากประสบกับภาวะความต้องการได้รับการปกป้องด้านเศรษฐกิจและสังคม จึงเกิดการต่อต้านรัฐบาลในการควบคุมกำกับระบบแรงงานและการบริหารจัดการ ขณะเดียวกันกลุ่มวิชาชีพแพทย์ซึ่งมีบทบาทมากในช่วงยุคนาซีก็ได้มีอิทธิพลด้านการเมืองมากขึ้นในเยอรมันตะวันตก ในช่วงหลังสงครามเป็นยุคของการปรับโครงสร้างความสัมพันธ์ขององค์กรต่างๆ ในสังคม มีการจัดระเบียบความสัมพันธ์ต่างๆ และบทบาทของแต่ละองค์กร เช่น สมาคมกองทุนการเจ็บป่วย การจัดตั้งศาลด้านสังคมสำหรับการตัดสินความขัดแย้งต่างๆ ในสังคม นอกจากนี้ก็มีการขยายสิทธิประโยชน์และความครอบคลุมเพิ่มเติม

ตารางที่ 10 ลำดับเหตุการณ์การสำคัญการออกกฎหมายด้านสังคมและสุขภาพหลังสงครามโลกในเยอรมัน

1951	แก้ไขกฎหมายปรับปรุงองค์กรอิสระในการดำเนินงานระบบประกันสุขภาพของรัฐ
1953	เริ่มมีการจัดตั้งศาลด้านสังคม (Social courts)
1954	มีกฎหมายของประเทศในการกำหนดการคิดค่าบริการ (Federal regulation of user charges)
1955	มีการจัดตั้งสมาคมกองทุนการเจ็บป่วย (Regional and national sickness funds associations)
1955	มีกฎหมายกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และกองทุนประกัน (Federal regulation of relationship between doctors and insurance funds)
1957	ปฏิรูปการประกันการเจ็บป่วยให้มีการจ่ายค่าจ้างบางส่วนระหว่างมีทุพพลภาพ (Reform of sickness insurance with partial wages during period of disability)
1969	มีการจ่ายค่าจ้างเต็มในระหว่างทุพพลภาพ ปฏิรูปกฎหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับบทบาทของรัฐบาลกลางในระบบสาธารณสุข
1970	มีการกำหนดเพดานรายได้สำหรับการประกันภาคบังคับ และเริ่มครอบคลุมการตรวจสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค
1972	ขยายความครอบคลุมการประกันภาคบังคับไปยังกลุ่มเกษตรกรอิสระ และมีการออกกฎหมายและข้อบังคับให้รัฐบาลกลางและรัฐบาลของมลรัฐต้องร่วมรับผิดชอบด้านการลงทุนให้แก่โรงพยาบาล
1974	รัฐบาลกลางออกข้อบังคับกำหนดอัตราค่าบริการของโรงพยาบาล
1975	มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายแบบสมัครใจสำหรับแพทย์ โดยมีการกำหนดรายการค่าบริการ
1977	รัฐบาลกลางออกพระราชบัญญัติการควบคุมค่าใช้จ่าย
1981	มีพระราชบัญญัติควบคุมค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลร่วมกับมีการกระจายอำนาจการกำหนดอัตราค่าบริการ
1982	มีการกำหนดให้ต้องมีส่วนร่วมจ่ายจากประชาชนในการใช้บริการเป็นครั้งแรก

- 1983 แก้ไขพระราชบัญญัติงบประมาณและขยายส่วนร่วมจ่าย
- 1984 แก้ไขพระราชบัญญัติงบประมาณอีกครั้งร่วมกับขยายเพดานส่วนร่วมจ่าย
- 1985 รัฐบาลมลรัฐเริ่มรับผิดชอบการสนับสนุนด้านการลงทุนให้แก่โรงพยาบาลเพียงฝ่ายเดียว
- 1986 รัฐบาลกลางออกข้อกำหนดอัตราค่าบริการของโรงพยาบาลและเริ่มใช้งบประมาณแบบล่วงหน้า
- 1986 พระราชบัญญัติกำหนดให้ต้องมีการวางแผนอัตราค่าคลังแพทย์สำหรับกองทุนการเจ็บป่วย
- 1988 พระราชบัญญัติการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ขยายความครอบคลุมบริการด้านการตรวจร่างกายเพื่อป้องกันโรค บริการที่บ้าน และมีการกำหนดราคาอ้างอิงสำหรับยา
- 1993 พระราชบัญญัติการปฏิรูปโครงสร้างบริการสุขภาพ มีการกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายสำหรับบริการในสำนักงานบริการของโรงพยาบาล ยา และมีการกำหนดระบบการคิดอัตราค่าบริการของโรงพยาบาลใหม่ซึ่งจะเริ่มใช้ตั้งแต่ 1 มกราคม 1996 และมีการปรับโครงสร้างของกองทุนการเจ็บป่วยและความสัมพันธ์ระหว่างกองทุน
- 1994 แก้ไขข้อบังคับการคิดอัตราค่าบริการของโรงพยาบาล
- 1995 เริ่มนำระบบการประกันภาคบังคับสำหรับบริการพยาบาล และมีการแก้ไขข้อบังคับการคิดอัตราค่าบริการของโรงพยาบาล
- 1996 แก้ไขข้อบังคับการคิดอัตราค่าบริการของโรงพยาบาลเพิ่มเติม
- 1996 มีการออกกฎหมายกำหนดให้มีการคงระดับค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลให้อยู่คงที่ที่ปี 1996 และมีการออกพระราชบัญญัติให้ลดอัตราจ่ายเข้ากองทุนเริ่มในปี 1997
- 1996 เริ่มกำหนดพระราชบัญญัติการปรับโครงสร้างการประกันภาคบังคับให้มีการเพิ่มอัตราส่วนร่วมจ่ายสำหรับกองทุนที่มีความจำเป็นต้องเพิ่มอัตราส่วนร่วมจ่าย
- 1997 ปรับพระราชบัญญัติการปรับโครงสร้างการประกันภาคบังคับครั้งที่สอง โดยยกเลิกงบประมาณสำหรับบริการปฐมภูมิและยา การกำหนดเป้าหมายสำหรับบริการปฐมภูมิจะเป็นการต่อรองระหว่างองค์กรทั้งสองคือสมาคมกองทุนการเจ็บป่วยและสมาคมแพทย์

ที่มา: Alber (1988), Altenstetter (1987) and Altenstetter (1999)

ตั้งแต่ปี 1977 เป็นต้นมา มีการออกกฎหมายหลายฉบับในการปฏิรูประบบสุขภาพ อย่างไรก็ตามการปฏิรูปส่วนใหญ่มีใช้การเปลี่ยนแปลงที่ใหญ่โต ส่วนใหญ่เป็นการปรับเปลี่ยนเป็นเฉพาะส่วนเท่านั้น สำหรับวัตถุประสงค์หลักของการปฏิรูปในระยะนี้คือการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพเป็นหลัก โดยตั้งเป้าหมายที่จะรักษาระดับการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับการเพิ่มของค่าจ้างและเงินเดือนของสมาชิกกองทุนการเจ็บป่วย (income oriented expenditure growth) ทั้งนี้ต้องไม่มีผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน และความก้าวหน้าของวิทยาการทางการแพทย์ โดยมาตรการหลักที่พยายามใช้คือการวางแผนกำหนดยอดเงินรวมสำหรับบริการแต่ละประเภท เพื่อควบคุมรายจ่าย

สาระสำคัญการปฏิรูประบบสุขภาพในเยอรมัน เท่าที่ผ่านมาพอสรุปได้ดังนี้

1. การออกพระราชบัญญัติการควบคุมบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขปี 1977 (The 1977 Health Care Containment Act) โดยมุ่งเน้นการควบคุมค่าใช้จ่าย ทั้งนี้มีมาตรการที่สำคัญคือ
 - * มีนโยบายให้ใช้หลักการพื้นฐานของรายรับกำหนดรายจ่าย (income-oriented expenditure policy)

- * จัดให้มีการประชุมร่วมกันเป็นประจำทุกปีของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเช่นตัวแทนกองทุนการเจ็บป่วยและสมาคมแพทย์เพื่อกำหนดและวางแผนรายจ่ายด้านสุขภาพ (The Concerted Action for Health Affairs)
- * นำวิธีการจ่ายเงินล่วงหน้าเป็นก้อนของกองทุนการเจ็บป่วยให้แก่สมาคมแพทย์ (Prospective global budget)
- * เสริมความเข้มแข็งให้กับระบบการทบทวนการให้บริการของแพทย์(utilization review)
- * กำหนด/เพิ่มส่วนร่วมจ่าย สำหรับการส่งจ่ายยาของแพทย์ เปลี่ยนจากร้อยละ 20ของค่ายา(ไม่เกิน DM 2.5) เป็น DM 1 ต่อยาแต่ละรายการ ค่ารถพาหนะ พ้นปลอม กำหนดให้การเบิกจ่ายได้เพียง 80%
- * การมีบัญชียาที่กองทุนจะปฏิเสธการจ่าย (negative list)
- * ให้มีการประกันชั้นที่สองของในกรณีการเกษียณงานระหว่างกองทุนการเจ็บป่วยต่างๆ (risk-sharing scheme for pensioners)

2. แก้ไขเพิ่มเติม พรบ.การควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพปี 1981 และ 1982 ได้มีมาตรการเพิ่มเติม

- * ลดอัตราค่าบริการสำหรับทันตกรรมปีละ 5% และเปลี่ยนวิธีการจ่ายสำหรับฟันปลอม โดยประกันจ่ายค่าบริการของทันตแพทย์ 100% และไม่เกิน 60% สำหรับค่าวัสดุและค่าห้องปฏิบัติการ
- * ให้มีส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์และกายอุปกรณ์ และราคาที่เบิกจ่ายให้จะคงที่จนถึง 31 ธันวาคม 1983 และเพิ่มส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่ายาเป็น DM 1.5 และสำหรับกายภาพบำบัดและแว่นตาเป็น DM 4
- * จำกัดสิทธิประโยชน์ เช่น แว่นตาใหม่จะเบิกได้ต้องอย่างน้อย 3 ปีหลังการเบิกครั้งก่อนหากระดับสายตาไม่เปลี่ยน การรักษาด้วยความร้อน (thermal cures) จะให้ทุกๆ 3 ปี
- * ผู้พิการสามารถเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วยของสังคมได้ถ้าหากเขาหรือญาติเป็นสมาชิกของกองทุนมาไม่น้อยกว่า 3 ปีในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมา
- * จำนวนวันนอนเฉลี่ยสำหรับการคลอดบุตรกำหนดให้ไม่เกิน 6 วัน (จากเดิม 10 วัน)
- * กำหนดให้มีส่วนร่วมจ่าย DM 5 สำหรับค่าเดินทางของผู้ป่วยในการมาพบแพทย์

3. กฎหมายในการควบคุมค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล (The 1981 and 1982 Hospital Cost-Containment Act) สาระสำคัญของมาตรการคือ

- * เร่งรัดการลดจำนวนเตียงของโรงพยาบาลโดยการจ่ายเงินสนับสนุน
- * ให้มีส่วนร่วมของสมาคมของกองทุนการเจ็บป่วยและสมาคมของโรงพยาบาลในการกำหนดแผนการควบคุมและพัฒนาโรงพยาบาล
- * ขยายความรับผิดชอบของการจัดประชุม Concerted Action ไปยังโรงพยาบาลด้วย

4. การเปลี่ยนแปลง พรบ.งบประมาณ (1983 and 1984 Amended Budget Act)

- * ผู้ป่วยต้องจ่าย DM 5 ต่อวันสำหรับการนอนโรงพยาบาล (จ่ายไม่เกิน 14 วัน)
- * เพิ่มส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่ายาเป็น DM 2 ต่อรายการ

- * รายจ่ายสำหรับบริการช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านอาจเบิกจ่ายได้หากจำเป็นเพื่อลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล
- * ระบบประกันจะไม่จ่ายสำหรับรายการยาของการเจ็บป่วยเล็กน้อยตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 1983
- * เบี้ยประกันสำหรับกองทุนการเจ็บป่วยสังคมจะคิดรวมถึงรายได้พิเศษด้วย เช่น โบนัส ค่าทิป ฯลฯ
- * ผู้ป่วยที่ได้รับการจ่ายชดเชยสำหรับการเจ็บป่วยต้องจ่ายเบี้ยประกันสำหรับประกันสูงอายุและการว่างงานด้วย ซึ่งเบี้ยประกันจะแยกต่างหาก

5. **กฎหมายการคลังโรงพยาบาลปี 1985 และกฎหมายการควบคุมวิธีการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลปี 1986** (The 1985 Hospital Financing Act, The 1986 Federal Hospital Payment Regulation) สำหรับสาระสำคัญคือ

- * ให้การลงทุนในด้านโรงพยาบาลกลับไปอยู่ในความรับผิดชอบของมลรัฐแต่ฝ่ายเดียวแทนที่จะเป็นการร่วมรับผิดชอบระหว่างมลรัฐและรัฐบาลกลาง
- * กองทุนการเจ็บป่วยและโรงพยาบาลอาจจ่ายสำหรับการลงทุนพิเศษบางอย่างได้จาก per diem rate
- * การนำวิธีการจ่ายเงินแบบยอดรวมล่วงหน้าสำหรับชดเชยต้นทุนดำเนินการของโรงพยาบาลมาใช้ โดยให้เป็นการเจรจาต่อรองระหว่างตัวแทนของกองทุนกับโรงพยาบาลโดยการกำหนดอัตราจ่ายรายวันนั้น กำหนดจากข้อมูลต้นทุนการผลิตของโรงพยาบาลและอัตราการครองเตียง หากตกลงกันไม่ได้ให้ arbitration board เป็นผู้ตัดสิน
- * มีการนำค่าอัตราเฉลี่ยรายวันที่จ่ายสำหรับโรงพยาบาลต่างๆมาเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูง
- * การจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลนั้น โรงพยาบาลที่มีผลงานต่ำกว่าที่คาดการณ์ไว้จะได้รับเงินเพียง 75% ของอัตราที่กำหนดสำหรับส่วนที่ขาดไปจากที่คาดการณ์ ส่วนโรงพยาบาลที่มีผลงานมากกว่าที่คาดการณ์จะได้รับชดเชยเพิ่ม 25% ของอัตราที่กำหนดสำหรับส่วนที่เกินจากที่คาดการณ์
- * กำหนดให้โรงพยาบาลสามารถเก็บรักษาเงินส่วนที่เหลือจ่ายหรือกำไรไว้สำหรับปีต่อไปได้
- * ในกรณีที่มีข้อขัดแย้งกันให้มีกระบวนการที่เป็นกลางในการแก้ปัญหาแทนที่จะเป็นการตัดสินใจของรัฐบาลมลรัฐฝ่ายเดียว
- * ให้สามารถจ่ายเป็นแบบรายป่วย (cost-per-case payment) สำหรับบางโรค บางรายการที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- * โรงพยาบาลต้องมีระบบการเก็บข้อมูลด้านการเจ็บป่วย การรักษา จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อประโยชน์ในการพัฒนาระบบการจ่ายเงินแบบรายป่วยในอนาคต

6. **กฎหมายการวางแผนด้านกำลังคน (The 1986 Need Planning Law)** เพื่อให้สมาคมกองทุนและสมาคมแพทย์ปิดรับแพทย์ใหม่ในพื้นที่ที่มีแพทย์มากเกินไปมาตรฐานที่กำหนด 50% ของแต่ละสาขา และส่งเสริมให้มีการเกษียณอายุของแพทย์ให้เร็วขึ้นเพื่อควบคุมปริมาณของแพทย์

7. **กฎหมายการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขปี 1989 (The 1989 Health Care Reform Act)** กฎหมายดังกล่าวมุ่งเน้นด้านการควบคุมค่าใช้จ่ายและการเปลี่ยนแปลงด้านการสนับสนุนแกสิทธิประโยชน์บางอย่าง สาระสำคัญสรุปได้ดังนี้

① กำหนดให้ผู้ให้บริการต้องมีการพัฒนาประสิทธิภาพ

- * กำหนดราคาอ้างอิงสำหรับผลิตภัณฑ์ยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆที่มีราคาต่ำสุด โดยยาตัวใดที่มีราคาอ้างอิงแล้วกองทุนจะจ่ายให้ตามราคาที่กำหนด แต่แพทย์ยังคงมีอิสระในการสั่งยาหากยาที่แพทย์สั่งมีราคาเกินราคาที่กำหนดผู้ป่วยต้องเป็นผู้จ่ายส่วนตัวเอง ยาตัวใดที่มีการกำหนดราคาอ้างอิงแล้วไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับการสั่งยาและเพิ่มส่วนร่วมจ่ายจาก DM 2 เป็น 3 สำหรับยาตัวที่ยังไม่มีราคาอ้างอิง
- * ตรวจสอบพฤติกรรมกรรมการสั่งยาของแพทย์ และให้เภสัชกรสามารถเปลี่ยนยาที่สั่งโดยแพทย์เป็นยาชื่อสามัญที่มีตัวยาเดียวกันได้
- * ให้กองทุนสามารถยกเลิกสัญญากับโรงพยาบาลที่ขาดประสิทธิภาพ
- * โรงพยาบาลต้องมีการแสดงอัตราบริการและแพทย์ต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพของการส่งต่อผู้ป่วย
- * ให้มีการประสานงานระหว่างบริการผู้ป่วยนอกและในมากขึ้นเพื่อลดการนอนโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นลง โดยเป็นการทำสัญญากันระหว่างกองทุนฯ โรงพยาบาล และ สมาคมแพทย์ และให้มีคณะกรรมการเครื่องมือแพทย์พิจารณาหาแนวทางการลดความซ้ำซ้อนของการมีเครื่องมือแพทย์ในโรงพยาบาลและบริการผู้ป่วยนอก
- * รัฐบาลมลรัฐจะจัดงบประมาณสนับสนุนให้แก่โรงพยาบาลเพื่อลดจำนวนเตียงที่เกินความจำเป็น
- * กองทุนฯแต่ละกองทุนมีสิทธิที่จะนำบริการใหม่ๆมาทดลองและนำมาทดสอบนำร่อง

② ทบทวนอัตราการร่วมจ่าย

- * เพิ่มค่าบริการในการนอนโรงพยาบาลจาก DM 5 เป็น DM 10 ตั้งแต่วันที่ 1991
- * จำกัดและเข้มงวดสำหรับการจ่ายชดเชยค่าเดินทางของผู้ป่วย
- * ทบทวนเงื่อนไขการยกเว้นการเก็บค่าบริการจากประชาชนใหม่และกำหนดเพดานการจ่ายของประชาชนแต่ละคนรายปีตามระดับของรายได้

③ เปลี่ยนแปลงสิทธิประโยชน์

- * ยกเลิกสิทธิประโยชน์เล็กๆน้อยๆบางอย่าง
- * ขยายสิทธิประโยชน์ไปยังบริการด้านการป้องกันโรค เช่น ทันตกรรมป้องกัน การตรวจสุขภาพ
- * ขยายคุ้มครองบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีการจ่ายเงินให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการจ่ายสำหรับผู้ให้บริการในการไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

④ ปรับปรุงการควบคุมกำกับ

- * นำโครงการประกันคุณภาพมาใช้ทั้งในบริการผู้ป่วยนอกและโรงพยาบาล
- * รัฐบาลมลรัฐถูกผลักดันให้ต้องเข้าไปควบคุมการรับนักศึกษาแพทย์ของโรงเรียนแพทย์ในแต่ละปี
- * เข้มงวดการกำหนดเงื่อนไขสำหรับแพทย์ที่จะเข้ามาเป็นแพทย์ผู้ให้บริการของกองทุน

⑤ เปลี่ยนแปลงอัตราการจ่ายเข้ากองทุน

- * มีการกำหนดเพดานรายได้สำหรับผู้ใช้แรงงาน (blue collar worker) ที่ต้องอยู่ในระบบประกันแบบบังคับ โดยให้ได้สิทธิเช่นเดียวกับกลุ่มผู้ทำงานกินเงินเดือน (white collar workers)
- * เพิ่มอัตราการจ่ายเข้ากองทุนของผู้เกษียณให้เท่ากับอัตราของคนที่กำลังทำงานอยู่
- * การประกันสุขภาพแบบบังคับขยายไปยังกลุ่มที่อยู่ในภาคการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

- * ยกเลิกการประกันสุขภาพแบบบังคับเฉพาะสำหรับกลุ่มอาชีพอิสระบางประเภท
- * เชื่อมวัดกับการกำหนดคุณสมบัติของผู้ที่จะเข้าเป็นสมาชิกกองทุนการเจ็บป่วยสังคมแบบสมัครใจ เช่น กำหนดระยะเวลาที่ผู้เกษียณต้องเป็นสมาชิกของกองทุนก่อนหน้าเกษียณจึงจะสมัครเป็นสมาชิกกองทุนได้

8. พระราชบัญญัติปฏิรูประบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข (The 1993 Health Care Reform Act)

พรบ.ฉบับนี้ประกอบด้วยนโยบายสองส่วน ส่วนแรกเป็นนโยบายระยะสั้นที่มุ่งเน้นการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพเพื่อรักษาระดับอัตราการจ่ายของประชาชน ส่วนที่สองเป็นนโยบายระยะสั้นมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสาธารณสุขในส่วนต่างๆ ในพรบ.ฉบับนี้มุ่งเน้นการควบคุมอุปทานของบริการสาธารณสุขเป็นหลักซึ่งจะต่างจากพรบ.ก่อนหน้าที่มีส่วนใหญ่มุ่งเน้นการควบคุมอุปสงค์ นอกจากนั้นนโยบายทั้งสองส่วนก็มีผลต่อทุกส่วนของระบบสาธารณสุข กล่าวคือ ให้มีการแข่งขันกันมากขึ้นในส่วนของกองทุนฯ และนำเอาการจัดสรรงบประมาณแบบยอctrวมมาใช้ชั่วคราวสำหรับทั้งบริการผู้ป่วยนอก ทันตกรรม โรงพยาบาล และบริการอื่นๆ การลดราคาของยาและเพิ่มส่วนร่วมจ่ายสำหรับบริการต่างๆมากขึ้น

8.1 การปฏิรูปการแข่งขันของกองทุนการเจ็บป่วย (Competitive Reform)

จุดประสงค์ต้องการให้มีการแข่งขันของกองทุนฯมากขึ้นเพื่อมุ่งหวังการเพิ่มประสิทธิภาพ ทั้งนี้ในระบบเดิมนั้นพบว่าข้อจำกัดของการแข่งขันและบิดเบี้ยวไปทำให้ขาดประสิทธิภาพ ซึ่งปัญหาประการแรกคือ กองทุนแทน(substitute funds) จะจำกัดรับเฉพาะสมาชิกกลุ่มที่กินเงินเดือนไม่รับผู้ได้รับค่าแรง และกองทุนท้องถิ่น(Local sickness funds) มักต้องเป็นแหล่งรับภาระสำหรับคนที่กองทุนประเภทอื่นไม่รับ เช่นผู้ว่างงาน ผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือจากสังคม และสมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงาน ทำให้มีการได้เปรียบเสียเปรียบกันในการแข่งขัน ปัญหาประการที่สองคือการแข่งขันนั้นบิดเบี้ยวไปเป็นการแข่งขันกันในการหาสมาชิกที่มีความเสี่ยงต่ำและมีรายได้สูงแทน(cream skinning) ปัญหาประการสุดท้ายคือการแข่งขันนำไปสู่การที่ต้นทุนบริการสูงขึ้น เช่นกองทุนแทนจะจ่ายค่าบริการให้แพทย์สูงกว่ากองทุนท้องถิ่นทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับการบริการของประชาชน

มาตรการที่นำมาใช้ในการแก้ปัญหาทั้งสองประการคือ ลดการได้เปรียบเสียเปรียบของกองทุนโดยให้ มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน (risk structure equalization scheme) โดยกองทุนที่มีความเสี่ยงต่ำและรายได้สูงจะถูกบังคับตามกฎหมาย (ตั้งแต่ปี 1994) ให้ต้องสนับสนุนด้านการเงินให้แก่กองทุนที่มีสมาชิกที่มีความเสี่ยงสูงและรายได้ต่ำ ทั้งนี้พิจารณาจากปัจจัยด้าน รายได้ อายุ และเพศของสมาชิกเป็นหลัก ทั้งนี้ก็มีวัตถุประสงค์ที่จะจัดปัญหาการคัดเลือกสมาชิกของกองทุนและลดความได้เปรียบเสียเปรียบในการแข่งขัน มาตรการประการที่สองคือตั้งแต่ปี 1996 กองทุนแทนถูกบังคับให้ต้องรับสมาชิกทุกประเภทจะเลือกรับเฉพาะกลุ่มไม่ได้ ยกเว้นกองทุนช่างฝีมือและกองทุนบริษัทที่ยังสามารถเลือกรับเฉพาะสมาชิกที่อยู่ในกลุ่มของตนเอง ทั้งนี้เพื่อขจัดข้อจำกัดของทางเลือกแก่ประชาชนไม่ต้องจำกัดเฉพาะในเขตพื้นที่และวิชาชีพของตน ทั้งนี้มาตรการทั้งสองมุ่งเน้นที่จะขจัดความไม่เท่าเทียมกันของกองทุนและต้องการให้สามารถแข่งขันกันได้มากขึ้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ

8.2 ปฏิรูปบริการผู้ป่วยนอก

- ควบคุมรายจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกโดยกำหนดให้อัตราเพิ่มของรายจ่ายส่วนนี้ต้องไม่เกินอัตราการเพิ่มของรายได้ประชาชนต่อปีระหว่างปี 1993 - 1995 โดยใช้ฐานข้อมูลปี 1991 และอัตราเพิ่มระหว่างปี 1992-1993 เป็นตัวกำหนดงบประมาณสำหรับปี 1993
- ส่งเสริมและสนับสนุนคลินิกที่มีประสิทธิภาพสูง บริการด้านการป้องกันโรค และบริการในส่วนเยอรมันตะวันออกเนื่องจากมีความจำเป็นด้านสุขภาพสูง โดยกำหนดให้งบประมาณสำหรับกลุ่มนี้มีอัตราเพิ่มของค่าใช้จ่ายสูงกว่าบริการผู้ป่วยนอกทั่วไป
- ในการควบคุมรายจ่ายจะมีการคำนวณหาอัตราการจ่ายตามน้ำหนักบริการ สำหรับแต่ละปี หากปริมาณบริการในช่วงสองไตรมาสแรกสูงกว่าคาดการณ์ก็จะมี การเปลี่ยนค่าอัตราการจ่ายต่อน้ำหนักใหม่เพื่อคุมค่าใช้จ่ายส่วนนี้
- ควบคุมจำนวนแพทย์ที่ให้บริการและแพทย์แต่ละสาขาต่อจำนวนประชากรและให้มีการปิดรับแพทย์ที่จะเข้ามาใหม่สำหรับพื้นที่ที่มีจำนวนแพทย์เกินแล้ว

8.3 การปฏิรูปโรงพยาบาล (Hospital Reforms) มาตรการที่สำคัญคือ

- การยกเลิกการแยกบริการผู้ป่วยนอกและโรงพยาบาลออกจากกันอย่างเด็ดขาด เพื่อลดความซ้ำซ้อนของบริการที่จัดและให้มีการประสานการจัดบริการมากขึ้น เช่นการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลหลังการผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยโรค ปัญหาประการหนึ่งที่ยังคงดำรงอยู่คือการขาดหน่วยงานที่จะจัดบริการพยาบาลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาลทำให้มีการใช้เตียงผิดประเภท
- การจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลในอดีตเป็นการจ่ายให้ตามต้นทุนการจัดบริการของแต่ละโรงพยาบาลจึงไม่มีแรงจูงใจให้โรงพยาบาลต้องเพิ่มประสิทธิภาพดังนั้นระหว่างปี 1993 - 1995 งบประมาณยอครวมที่กำหนดตายตัวสำหรับบริการส่วนนี้จะถูกนำมาใช้แทนงบประมาณที่ต่อรองกันปีต่อปี โดยกำหนดให้อัตราเพิ่มต้องไม่เกินอัตราเพิ่มของรายได้ประชาชนและกำหนดให้โรงพยาบาลสามารถมีเงินกำไรสำหรับการลงทุนได้เพื่อให้มีแรงจูงใจในการเพิ่มประสิทธิภาพ และตั้งแต่ปี 1996 เป็นต้นไปจะเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินให้โรงพยาบาลจากงบประมาณยอครวมเป็นการจ่ายแบบล่วงหน้าตามรายป่วย (prospective case-based payment) และงบประมาณสำหรับแผนก(department budget) ในกรณีที่ไม่สามารถคำนวณรวมจ่ายแบบรายป่วยได้
- เนื่องจากโรงพยาบาลในเยอรมันตะวันออกขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆดังนั้นจึงให้มีการร่วมมือกันในการสนับสนุนการลงทุนของโรงพยาบาลในส่วนนี้ระหว่างรัฐบาลกลาง รัฐบาลของมลรัฐและกองทุนฯในสัดส่วน 2 : 2 : 1

8.4 การปฏิรูปด้านยา (Pharmaceutical Reform) มีมาตรการสำคัญสองประการ

- ลดราคาขายที่ยังไม่มีอัตราค่าอ้างอิงลง 5% ในปี 1993 และ 1994 และลดราคาขายที่วางขายตาม counter ทั่วไปลง 2% และกำหนดให้มีส่วนร่วมจ่ายของประชาชนด้วยแม้ในยาที่มีราคาอ้างอิงแล้วทั้งนี้ส่วนร่วมจ่ายในช่วงแรกให้แปรตามราคาขายแต่ตั้งแต่ปี 1994 จะแปรตามปริมาณยาแทน
- เพิ่มการตรวจสอบพฤติกรรมการสั่งยาของแพทย์ และกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายสำหรับยาในปี 1993 เท่ากับ \$ 14.5 billion หากรายจ่ายส่วนนี้เกินไปเท่าไรภายในวงเงินไม่เกิน \$170 ล้าน จะถูกนำไปหักจากวงเงินที่จะจ่ายให้สำหรับบริการผู้ป่วยนอกในปี 1994 ส่วนที่เกินจาก \$170 ล้าน บริษัทยาต่างๆจะต้องจ่ายคืนให้แก่กองทุนฯ และแพทย์จะถูกตรวจสอบการสั่งยาหากท่านใดสั่งยามากเกินกว่า 25% ของค่าเฉลี่ยในสาขาเดียวกันจะถูกลดรายได้โดยอัตโนมัติยกเว้นมีเหตุผลในการอธิบาย

สรุปวิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพและแรงผลักดันของการปฏิรูป

โดยสรุปการปฏิรูประบบบริการสุขภาพและระบบประกันสุขภาพของเยอรมันนั้นสามารถแบ่งเป็นเป็นช่วงๆคือในช่วงแรกเป็นระยะการพัฒนาและการขยายตัว (1883 – 1933) โดยแรงผลักดันในการเปลี่ยนแปลงก็คือ นโยบายด้านการเมือง การปกครอง ภาวะเศรษฐกิจที่อำนวยความสะดวกของการขยายตัวของระบบประกันสังคม ในระยะที่สองคือช่วงรัฐบาลนาซี (1933 – 1945) มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการโดยรัฐบาลเข้าไปควบคุมกำกับและลดบทบาทภาคประชาชน ประกอบกับการขยายสิทธิประโยชน์และความครอบคลุม แรงผลักดันหลักก็เป็นด้านการเมือง ระยะที่สามคือช่วงของการฟื้นฟูระบบประกันสุขภาพ (1945 – 1977) ต้องมีการฟื้นฟูประเทศและระบบเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันกลุ่มองค์กรต่างๆก็เริ่มต่อต้านการครอบงำของภาครัฐ จึงต้องมีการปรับโครงสร้างความสัมพันธ์ขององค์กรต่างๆในระบบประกันสุขภาพ แรงผลักดันของการปฏิรูปก็จะเป็นความจำเป็นหลังภาวะสงคราม การเคลื่อนไหวของกลุ่มอำนาจและกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ปี 1977 เป็นต้นมาเป็นการเปลี่ยนแปลงเพื่อการควบคุมรายจ่ายเป็นหลัก การที่รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าอัตราการเพิ่มของรายได้ประชาชนทำให้ประชาชนต้องแบกรับภาระมากขึ้นเพื่อให้มีสมดุลของรายรับและรายจ่ายด้านสุขภาพนั่นคือประชาชนจะต้องจ่ายให้แก่กองทุนในอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น การเพิ่มของอัตราที่ประชาชนจะต้องจ่ายเข้ากองทุนจึงเป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อทุกคนและทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา โดยเฉพาะในช่วงที่เกิดภาวะเศรษฐกิจถดถอยมีการว่างงานเกิดขึ้นมากก็จะมีแรงกดดันต่อระบบการคลังสาธารณะสูงขึ้นเนื่องจากความสามารถในการจ่ายของประชาชนโดยรวมลดลงในขณะที่รายจ่ายด้านสุขภาพยังคงเพิ่มสูงขึ้น แรงผลักดันที่ทำให้ต้องมีการปฏิรูปจึงมักเกิดขึ้นในช่วงที่มีการถดถอยของเศรษฐกิจของประเทศ มีคนตกงานมากขึ้นทำให้คนที่สมควรจะร่วมจ่ายเข้ากองทุนลดลงทำให้ต้องมีการเพิ่มอัตราการจ่ายเข้ากองทุน

ผลสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพของเยอรมัน

วัตถุประสงค์หลักของการปฏิรูปของเยอรมันที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่ามุ่งการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพเป็นหลัก ดังนั้นสิ่งที่สำคัญที่จะต้องทำความเข้าใจคือองค์ประกอบที่ทำให้รายจ่ายเพิ่มขึ้นซึ่งโดยหลักการแล้วประกอบด้วยสองส่วนหลักๆคือ ราคาหรือต้นทุนบริการและปริมาณบริการที่เพิ่มขึ้น ราคาหรือต้นทุนของบริการนั้นจะกำหนดโดยผลผลิตภาพของการจัดบริการเป็นหลักว่ามีประสิทธิภาพมากน้อยแค่ไหน คือ ปริมาณปัจจัยนำเข้าต่อบริการ(Quantity of inputs per unit of services) และราคาของปัจจัยนำเข้า(Price of inputs) ส่วนปริมาณบริการนั้นก็ขึ้นกับทั้งปัจจัยด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ คือจำนวนครั้งของบริการ(Volume of services) และความเข้มข้นของการบริการ (Intensity of services) ดังนั้นในการจะควบคุมรายจ่ายจำเป็นต้องมีมาตรการที่เหมาะสมทั้งในด้านการควบคุมประสิทธิภาพของการจัดบริการและการควบคุมปัจจัยด้านแรงจูงใจของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ตารางที่ 11 สรุปมาตรการต่างๆที่ใช้ในการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพทั้งมาตรการที่ใช้สำหรับควบคุมด้านอุปสงค์และอุปทาน หากพิจารณาการปฏิรูปของเยอรมันที่ผ่านมาโดยเฉพาะในช่วงแรกๆจะเห็นว่าการปฏิรูปเฉพาะด้านเฉพาะส่วนไม่ได้ดำเนินการแบบเบ็ดเสร็จทุกด้านดังนั้นความสำเร็จที่ได้จึงมักเป็นช่วงสั้นๆทำให้ต้องมีมาตรการออกมาเป็นระยะๆ และมาตรการที่ใช้ส่วนใหญ่ก็มุ่งการควบคุมราคาและการควบคุมปัจจัยด้านอุปสงค์เป็นหลัก ในขณะที่ปริมาณของปัจจัยนำเข้าก็เพิ่มมากขึ้นเช่นจำนวนแพทย์ที่ให้บริการ ทำให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจสูงที่จะต้องเพิ่มจำนวนและปริมาณบริการให้มากขึ้นเพื่อรักษาระดับรายได้ของตนเอง จึงนับว่าเป็นข้อจำกัดของการปฏิรูป ในระยะหลังของการปฏิรูปจะมุ่งเน้นการควบคุมปัจจัยด้านอุปทานมากขึ้นและครอบคลุมทั้งในส่วนของปริมาณของปัจจัยนำเข้า ราคา ขนาดและปริมาณ

ของบริการ จากภาพที่ 1 จะเห็นว่าอัตราการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพในแต่ละปีนั้นมีเพียงระยะสั้นๆเท่านั้นที่สามารถควบคุมรายจ่ายไม่ให้เพิ่มเกินกว่าอัตราการเพิ่มของรายได้ประชาชน ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นถึงประสิทธิผลของมาตรการที่ออกมา นั้นไม่ดีเท่าที่ควร ดังในกล่าวข้างต้นว่ามาตรการที่ออกมาในระยะแรกนั้นมุ่งเน้นการควบคุมอุปสงค์และเป็นเพียงมาตรการการควบคุมราคา ทำให้มีการเพิ่มปริมาณการให้บริการเพื่อรักษาระดับรายได้ของผู้ให้บริการ สำหรับมาตรการในการปฏิรูปปี 1993 จะเป็นมาตรการที่ค่อนข้างเบ็ดเสร็จและรอบด้านมากขึ้นอย่างไรก็ดียังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนที่จะบ่งชี้ถึงผลสำเร็จของการปฏิรูป สำหรับมาตรการต่อบริการแต่ละด้านพอสรุปได้ดังนี้

ตารางที่ 11 แสดงมาตรการของการปฏิรูประบบสุขภาพของเยอรมันในการควบคุมค่าใช้จ่ายในช่วงที่ผ่านมา

	บริการผู้ป่วยนอก				บริการผู้ป่วยใน				บริการยา				บริการทันตกรรม			
	Q	P	V	I	Q	P	V	I	Q	P	V	I	Q	P	V	I
1977 HC Cost Containment Act		S	S	S								D			D	D
1981,82 Supplementary HCCCA								S			D	D		S	D	D
1981,82 Hospital Cost-Containment Act					S		S	S								
1983,84 Amended Budget Act							d	D				D				
1985,86 Hospital Financing Act					S	S	S	S								
1986 Need Planning Law	S				S											
1989 Health Care Reform Act	S				S	S	D	D		S	Ds	D				
1993 Health Care Reform Act	S	S	S	S	S	S	S	S		S	S	S				

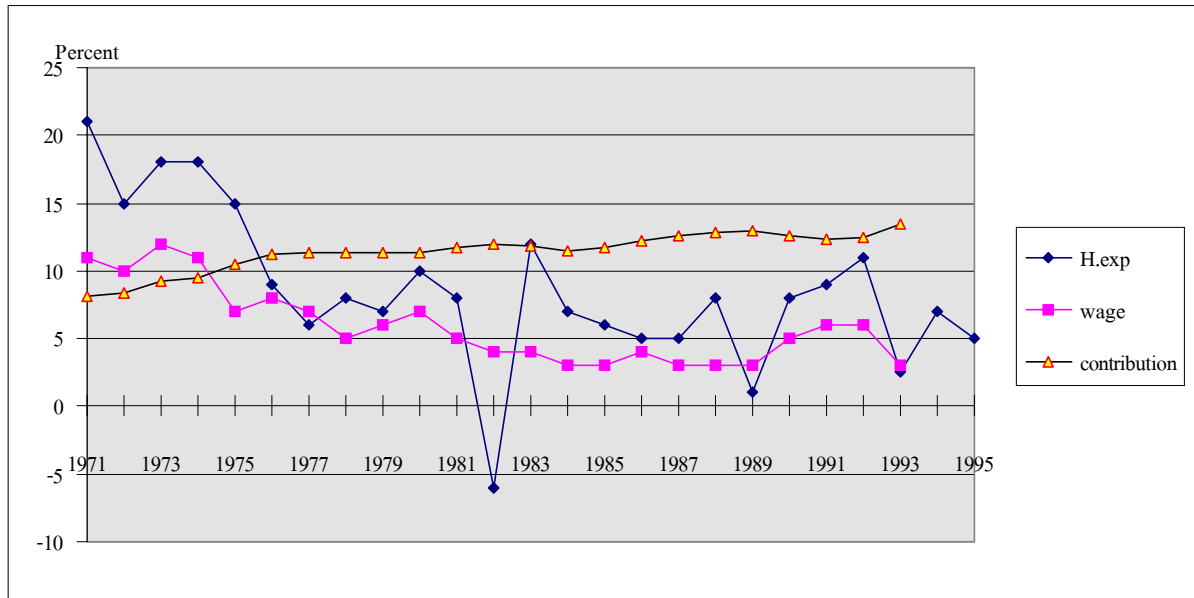
Q = ปริมาณของปัจจัยการผลิต , P = ราคาของปัจจัยการผลิต , V = จำนวนครั้งบริการ , I = ความเข้มข้นของบริการ, S = ปัจจัยด้านกาอุปทาน , D = ปัจจัยด้านอุปสงค์

มาตรการต่อบริการผู้ป่วยนอก มาตรการในการควบคุมรายจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยนอกนั้นมุ่งควบคุมราคาเป็นหลัก ซึ่งเป็นผลให้อัตราการเพิ่มของราคาระหว่างปี 1977 - 1991 เท่ากับ 1.3% ต่อปี ในขณะที่อัตราการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพรวมในช่วงเดียวกันเท่ากับ 5.9% ต่อปี ในช่วงระยะเวลาเดียวกันนี้พบว่าจำนวนแพทย์ที่ให้บริการกลับมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึงปีละ 2% ปฏิกริยาการตอบสนองของแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยนอกจึงออกมาในลักษณะที่ต้องเพิ่มความเข้มข้นของบริการ (Intensity of care) โดยเฉพาะบริการที่มีต้นทุนส่วนที่เพิ่มขึ้น(marginal cost)ต่ำ เช่นบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อรักษาระดับรายได้ของตน การกำหนดเพดานรายจ่ายสำหรับบริการด้านนี้นับเป็นมาตรการที่สำคัญในการที่จะควบคุมรายจ่ายแต่ก็ยังไม่สามารถแก้ประเด็นเรื่องการเพิ่มความเข้มข้นของการบริการได้ นอกจากนั้นหากไม่มีการควบคุมปริมาณแพทย์ที่ทำงานด้วยแล้วก็จะมีความลำบากในการควบคุมมากขึ้น

มาตรการต่อบริการทันตกรรม รายจ่ายต่อหัวประชากรสำหรับบริการทันตกรรมในเยอรมันนั้นกล่าวได้ว่าสูงที่สุดในโลกทั้งนี้เนื่องจากมีรายจ่ายที่สูงสำหรับฟันปลอมซึ่งได้รับการครอบคลุมเกือบทั้งหมดจากการประกันสุขภาพตั้งแต่ปี 1974 อัตราการเพิ่มของรายจ่ายด้านนี้ในระยะก่อนปี 1977 สูงถึงปีละ 18.8% ภายหลังที่มีมาตรการในการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพพบว่าประสบความสำเร็จ อัตราการเพิ่มของรายจ่ายด้านนี้เพิ่มในอัตราที่ต่ำกว่าอัตราการเพิ่มของจำนวนทันตแพทย์ที่ทำงานให้บริการในเยอรมัน แม้ว่าจะไม่มีการกำหนดเพดานสำหรับรายจ่ายด้านทันตกรรมแต่ก็พบว่าอัตรา

การเพิ่มของรายจ่ายด้านนี้(ไม่รวมค่าฟันปลอม)ต่ำกว่าที่ Concert Action for Health Affair ได้แนะนำไว้ ที่เป็นเช่นนี้ อธิบายได้จากโครงสร้างค่าบริการที่กำหนดสำหรับการรักษาฟันต่ำเมื่อเทียบกับฟันปลอมและการครอบฟัน(ซึ่งไม่ได้รวมอยู่ในรายจ่ายนี้) ทำให้ทันตแพทย์มีแรงจูงใจในการที่จะใส่ฟันปลอมหรือครอบฟันมากกว่าที่จะรักษาอย่างอื่น ในปี 1986 ได้มีการปรับปรุงโครงสร้างและอัตราค่าบริการใหม่และได้ลดอัตราค่าบริการสำหรับฟันปลอมลง

ภาพที่ 1 แสดงอัตราการเพิ่มของรายได้ประชาชน รายจ่ายด้านสุขภาพ และอัตราการจ่ายเข้ากองทุนของเยอรมันระหว่างปี 1970 - 1995



มาตรการด้านยาและเวชภัณฑ์ พบ.ควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพปี 1977 ต้องการให้องค์กรระดับประเทศของ กองทุนการเจ็บป่วยและสมาคมแพทย์กำหนดงบประมาณสูงสุดสำหรับค่ายา อย่างไรก็ตามเมื่อพบว่าอัตราการเพิ่มของค่ายา เพิ่มสูงผิดปกติก็ไม่มีมาตรการในการควบคุมป้องกันที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามหลังปี 1977 พบว่าอัตราการเพิ่มจริงของรายจ่าย ค่ายาลดลงเป็นครั้งแรกของก่อนหน้านี้ แต่ถึงกระนั้นก็ยังถือว่ารายจ่ายด้านนี้ของเยอรมันก็ยังค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศ อื่นๆในยุโรปทั้งนี้เนื่องจากอัตราการสั่งยาของแพทย์และราคายาที่สูง รัฐบาลได้พยายามหามาตรการในการผลักดันให้มีการ แข่งขันด้านราคาในตลาดยา อย่างไรก็ตามก็คืออัตราการเพิ่มของราคายาก็ยังเพิ่มสูงกว่าดัชนีผู้บริโภคระหว่างปี 1983- 1989 พบ.การปฏิรูประบบสุขภาพปี 1989 ได้มีการกำหนดราคาอ้างอิงตามชื่อสามัญของยา การกำหนดราคาอ้างอิงของ ยาในครั้งแรกนั้นกำหนดที่ 70% ของราคายาซื้อการค้าในตลาดในช่วงนั้น บริษัทยาได้มีการลดราคายาลงตามราคายา อ้างอิง ในเดือนธันวาคม 1989 พบว่าราคายาตามรายการยาอ้างอิงลดลง 21% ในขณะที่ราคาของยาที่ไม่มีการกำหนด เพิ่ม 2.1% นอกจากการกำหนดราคาอ้างอิงของยาแล้วยังส่งเสริมให้มีการจ่ายยาชื่อสามัญทดแทนชื่อการค้า ทั้งนี้แพทย์ผู้ สั่งยาต้องระบุว่าอนุญาตให้เภสัชกรสามารถเปลี่ยนยาที่แพทย์สั่งเป็นยาชื่อสามัญตัวเดียวกันได้หรือไม่ ซึ่งพบว่าการสั่งยา ชื่อสามัญเพิ่มขึ้นจาก 7.2% ในปี 1981 เป็น 21.9%ในปี 1990 ในปี 1993 จึงได้มีมาตรการเพิ่มเติมในการควบคุมพฤติ กรรมในการสั่งยาของแพทย์ที่ชัดเจนขึ้นมีการลงโทษในรายที่มีการสั่งยามากเกินกว่าปกติมาก

มาตรการต่อบริการผู้ป่วยใน การควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพของบริการผู้ป่วยในไม่สามารถดำเนินการได้ อย่างมีประสิทธิภาพใน Concert Action for Health Affair (CAHA) ทั้งนี้เนื่องจากระบบการคลังของโรงพยาบาลที่แยกเป็น

สองส่วนระหว่างงบดำเนินการและงบลงทุน นอกจากนั้นการมีเตียงมากเกินไป(จำนวนเตียงต่อประชากรของเยอรมันสูงที่สุดในกลุ่มสหภาพยุโรปด้วยกัน) วิธีการจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลแบบรายวันตามต้นทุนของแต่ละโรงพยาบาลรวมทั้งการไม่มีบริการรองรับสำหรับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังทำให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลสูง ในปี 1994 เริ่มขยายให้สิทธิประโยชน์สำหรับการรักษาตัวที่บ้านเพื่อหวังการลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลลง และในปี 1996 เริ่มมีบ้านพักสำหรับการรักษาโรคเรื้อรัง คนชรา โดยประชาชนทุกคนต้องจ่ายเข้ากองทุนสำหรับการประกันส่วนนี้เพิ่มขึ้นด้วย การเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินเป็นในรูปของรายป่วยซึ่งจะเริ่มในปี 1996 คงต้องรอดูผลต่อไปว่าจะประสบความสำเร็จเพียงใด

มาตรการด้านการแข่งขันระหว่างกองทุนต่างๆ ในปี 1993 ได้มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือการกำหนดมาตรการที่จะทำให้กองทุนต่างๆมีโอกาสในการแข่งขันกันมากขึ้น และเลิกการกีดกันกลุ่มผู้ใช้แรงงานให้สามารถเลือกกองทุนที่จะประกันด้วยได้ นอกจากนั้นการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนก็จะช่วยให้ลดการได้เปรียบเสียเปรียบระหว่างกองทุนและมีการแข่งขันกันได้มากขึ้น ผลสำเร็จของมาตรการนี้ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะสรุปได้คงต้องรอดูผลต่อไป

บทเรียนสำหรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพสำหรับประเทศไทย

ระบบบริการสุขภาพและระบบการคลังสุขภาพของประเทศต่างๆนั้นจะต้องปรับให้เข้ากับระบบการเมือง เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของประเทศนั้นๆ การที่จะวางแผนและดำเนินการระบบประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องใช้เวลา ระบบประกันสุขภาพภาพของประเทศเยอรมัน มีวิวัฒนาการมากกว่าร้อยปี และต้องใช้เวลากว่า 70 ปีถึงจะสามารถทำให้ครอบคลุมประชากรได้เกือบครบทุกคน การเจริญเติบโตของระบบเศรษฐกิจจะกระตุ้นการพัฒนา ระบบประกันสุขภาพเนื่องจากประชาชนจะเข้าสู่แรงงานในระบบมากขึ้นทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพมากขึ้น และมีความเป็นไปได้ในการเก็บเบี้ยประกันและการประมาณการณารายรับสำหรับบริการด้านสุขภาพ

แนวคิดและปรัชญาของคนในสังคมเป็นตัวกำหนดโครงสร้างและกลยุทธในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเยอรมันนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดหลักสำคัญสามประการคือ ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในสังคม การกระจายอำนาจให้กับหน่วยงาน/องค์กรระดับต่างๆในสังคมมีบทบาทและอำนาจหน้าที่ในการดำเนินงาน และการมีตัวแทนจากกลุ่มองค์กรต่างๆและจากการเลือกตั้งเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาตลอดจนการตรวจสอบด้านผลประโยชน์ ดังนั้นการพัฒนาที่ประสบความสำเร็จขึ้นกับ การมีนโยบายและทิศทางการพัฒนาที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของกลุ่มคนต่างๆในสังคม และการกระจายอำนาจให้องค์กรต่างๆเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานภายใต้กรอบกฎหมายที่กำหนด

ระบบการกระจายอำนาจ บทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบให้กับองค์กรต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพและระบบการคลังสุขภาพ ประกอบกับการรวมตัวกันของกลุ่มต่างๆ เช่น สมาคมกองทุนการเจ็บป่วย สมาคมแพทย์ปฐมภูมิ สมาคมทันตแพทย์ สมาคมโรงพยาบาล จะทำให้ระบบมีการตรวจสอบ ตรวจสอบและคานอำนาจกันเอง มีความโปร่งใสและประชาธิปไตย ซึ่งจะนำไปสู่ความสมดุลย์ของประโยชน์ที่ประชาชนในสังคมโดยรวมจะได้รับ อย่างไรก็ตามก็ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของภาครัฐ ซึ่งยังคงต้องเข้าไปมีบทบาทในกรณีที่ไม่สามารถตกลงกันได้

การเมืองการคลังและกองทุนในการดำเนินงานด้านการให้หลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนนั้น มีข้อดีในการส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน อย่างไรก็ตามก็มีความเสี่ยงต่อการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

ของกองทุน และอาจก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมเกิดขึ้นในสังคม ดังนั้นจำเป็นที่รัฐจะต้องเข้าไปควบคุมกำกับและต้องมีนโยบายด้านการกระจายความเสี่ยงให้กับกองทุนที่ต้องดูแลประชาชนที่มีความเสี่ยงไม่เท่ากัน

การกระจายอำนาจด้านการคลังให้ไปอยู่ในความดูแลและรับผิดชอบของสมาคมวิชาชีพ เช่นสมาคมแพทย์ ทันตแพทย์ โรงพยาบาล จะทำให้มีการควบคุมกำกับและการตรวจสอบเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยมีความเท่าเทียมกันด้านข้อมูล สามารถกำหนดการกระจายของบริการและตรวจสอบควบคุมกำกับพฤติกรรมบริการได้ เนื่องจากมีผลกระทบต่อผลประโยชน์โดยรวมของกลุ่ม

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นสามารถนำไปสู่และส่งเสริมนโยบายด้านความเป็นธรรมและความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในสังคม อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีข้อจำกัดที่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติต้องการคือ ระบบธนาคารที่มีเครือข่ายทั่วประเทศที่มีขีดความสามารถสูง ศักยภาพในการบริหารจัดการและจัดการที่สูง ระบบบัญชีและระบบการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพ

วิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้สถานพยาบาลและผู้บริการแต่ละวิธีจะมีผลต่อความต้องการข้อมูลและค่าบริหารจัดการที่ต่างกัน นอกจากนั้นก็จะมีผลต่อพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการซึ่งจะมีผลต่อการควบคุมหรือการกระตุ้นให้มีการเพิ่มของรายจ่ายด้านสุขภาพ การจ่ายแบบ fee-for-services นั้นควรหลีกเลี่ยงเนื่องจากจะควบคุมรายจ่ายลำบากแต่มีข้อเด่นด้านเสรีภาพของผู้รับบริการและการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน การนำเอาวิธีการจ่ายแบบนี้มาผนวกกับงบประมาณยอตรวมเป็นระบบ Point system จะทำให้สามารถตอบสนองต่อทั้งด้านเสรีภาพประชาชนและการควบคุมค่าใช้จ่าย การจ่ายแบบยอตรวมหรือเหมาจ่ายรายหัวอาจเป็นวิธีที่เหมาะสมกว่าโดยเฉพาะในประเทศที่ยังมีขีดจำกัดด้านศักยภาพในการบริหารจัดการระบบข้อมูลและความครอบคลุมของการมีหลักประกัน อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะมีวิธีการจ่ายเงินแบบใดก็ตามต้องมีการควบคุมและติดตามข้อมูลด้านคุณภาพของบริการอย่างใกล้ชิด

การแข่งขันมีศักยภาพที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการด้านสาธารณสุข อย่างไรก็ตามก็การควบคุมของภาครัฐก็นับเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะให้ได้ผลสำเร็จจากการใช้มาตรการด้านการแข่งขันสำหรับการจัดสรรทรัพยากรที่ขาดแคลน ไม่ว่าจะเป็นภายในภาครัฐเอง หรือตลาดเอกชน การแข่งขันกันในด้านของระบบการคลังสาธารณสุขนั้นอาจมีข้อขัดแย้งกับแนวคิดด้านความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันแต่หากจะให้มีการแข่งขันก็จำเป็นต้องให้โอกาสในการแข่งขันเท่าเทียมกันจึงจะสามารถก่อให้เกิดผลดีต่อระบบสาธารณสุข สำหรับการแข่งขันด้านการจัดบริการนั้นจากข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าได้ผลดีในการเพิ่มประสิทธิภาพหากอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับให้ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของนโยบายด้านสาธารณสุขของประเทศ

รัฐบาลควรต้องพิจารณาอย่างรอบคอบในระบบบริการสาธารณสุขและระบบการคลังสาธารณสุขปัจจุบันของประเทศก่อนที่จะกระโดดไปสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติและไม่ควรมองว่าระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นการผลักภาระด้านรักษาพยาบาลออกไปจากรัฐบาล นอกจากนั้นในการสร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติบทบาทและภารกิจหลักของรัฐบาลคือการกำหนดนโยบาย การกำหนดกรอบกฎหมาย และควบคุมกำกับให้มีการดำเนินการภายใต้กรอบที่กฎหมายกำหนดเพื่อให้เกิดผลดีต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของประชาชน

การปฏิรูประบบสุขภาพนั้นจำเป็นต้องมีการพิจารณาและดำเนินการอย่างรอบด้านและเบ็ดเสร็จจึงจะประสบความสำเร็จ แรงผลักดันในการปฏิรูปของเยอรมันที่ผ่านมาเกิดจาก แรงผลักดันด้านการเมือง ภาวะเศรษฐกิจ กลุ่มอำนาจ

ต่างๆ และภาระค่าใช้จ่ายสำหรับระบบประกันสุขภาพเป็นหลัก กลไกในการปฏิรูปหลักคือการออกกฎหมาย และให้กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบ นอกจากนี้ขึ้นกับมาตรการที่เชื่อว่ามีความรอบด้านและเบ็ดเสร็จเพียงใด ในการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพจะเห็นว่าในระยะแรกนั้นมุ่งเน้นการควบคุมเฉพาะส่วน เฉพาะด้านทำให้ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร การควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีการควบคุมทั้งปัจจัยด้านอุปสงค์และอุปทานและวิธีการจ่ายเงินที่เป็นแบบยอตรวมจะดีควบคุมรายจ่ายได้ดีกว่าการจ่ายแบบตามรายการหรือแยกส่วน

บทสรุป

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมันประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนเกือบทุกคนและสามารถควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพได้ดีพอสมควรเมื่อเทียบกับสหรัฐอเมริกา ระบบดังกล่าวให้เสรีภาพแก่ทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการพอสมควร ทั้งในด้านระบบการคลังสาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุข(การเลือกกองทุนและการเลือกผู้ให้บริการ) ระบบของเยอรมันเป็นตัวอย่างที่ดีของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public-Private Mix) การกระจายบทบาทหน้าที่ของรัฐให้กับภาคเอกชนในการดำเนินการทั้งในด้านการคลังสาธารณสุขและการจัดบริการ และการมีกรอบกฎหมายและระบบการควบคุมกำกับและศักยภาพที่เข้มแข็งของภาครัฐในการควบคุมกำกับ อย่างไรก็ตามสิ่งหนึ่งที่จะต้องตระหนักคือถึงแม้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นอาจมีข้อดีในแง่ที่ทำให้มีแหล่งเงินที่ชัดเจนสำหรับบริการสุขภาพและประชาชนส่วนใหญ่มีส่วนร่วม แต่ทั้งนี้ระบบดังกล่าวจะดำเนินไปได้ก็ต้องอาศัยระบบเศรษฐกิจและการเมืองที่มั่นคง ลักษณะเด่นประเด็นนี้ก็จะเป็แรงกดดันให้ต้องมีการควบคุมรายจ่ายและปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุขของประเทศดังเช่นที่เห็นในระบบของเยอรมันในช่วงที่มีภาวะถดถอยด้านเศรษฐกิจและรายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นสูงกว่ารายได้ประชาชน การปฏิรูปที่ผ่านมานี้ในระยะแรกจะเกิดจากแรงผลักดันด้านการเมืองและภาวะเศรษฐกิจเป็นหลัก แต่ในระยะหลังแรงผลักดันเกิดจากการต้องการควบคุมรายจ่ายให้สมดุลกับรายได้ของประชาชน ทั้งนี้ความสำเร็จในการควบคุมค่าใช้จ่ายนั้นจำเป็นต้องมีมาตรการที่เบ็ดเสร็จและรอบด้านในการควบคุมอุปสงค์และอุปทาน

บรรณานุกรม

- Advisory Council for the Concerted Action in Health Care (1994) Health Care and Health Insurance 2000, Individual-responsibility, Subsidiarity and solidarity in a changing environment. Expert Opinion Report 1994 Abbreviated Version
- Advisory Council for the Concerted Action in Health Care (1995) Health Care and Health Insurance 2000, A Closer Orientation towards Results, Higher Quality Services and Greater Economic Efficiency. Summary and Recommendation of the Special Expert Opinion Report 1995
- Advisory Council for the Concerted Action in Health Care (1996) The Health Care System in Germany, Cost Factor and Branch of the Future, Volume 1: Demographics, Morbidity, Efficiency Reserves and Employment. Special Report 1996 Summary
- Albert MA, C and Mc. Guire (1997) Optimal Health Insurance and Provider Payment, The American Economic Review, 87; 4; 685-704
- Alberto Infante (1997) Health Systems; Health sector reform: priorities and packages. World Health Forum Vol. 18:169-175

- Altenstetter Christa (1999) From Solidarity to Market Competition? Values, Structure, and Strategy in German Health Policy, 1903-1997 in Powell, D. Francis and Wessen, F. Albert (Eds.) Health Care System in Transition; An International Perspective. SAGE Publication, California.
- Ching-To Albert and Thomas G. McGuire (1997) Optimal Health Insurance and Provider Payment. The American Economic Review: 87(4): 685-704
- Daniel Maceira (1998) Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries. Major Applied Research 2 Working Paper 2, PHR
- David-Seedhouse (1995) Reforming Health Care: The Philosophy and Practice of International Health Reform. John Wiley & Sons Ltd, Chichester.
- David W. Kalisch, Tetsuya Aman and Libbie A. Buchele (1998) Social and Health Policies in OECD Countries: A Survey of Current Programmes and Recent Developments, Labor Market and Social Policy-occasional papers No.33 OECD
- DSE (1996) Proceeding of Seminar in Health Insurance Development and Implementation. 25 Nov.- 4 Dec. 1996 Berlin, Germany.
- GAO/HRD (1993) 1993 German Health Reforms; New Cost Control Initiatives. report to the Chairman, Committee on Government Affairs, U.S. Senate
- Hartmut Reiners (1994) Patterns and objectives of negotiations in the system of statutory sickness funds in Germany. Antidotum Supplement, No.1, 1994
- Jacobzone S, Cambois E, Chaplain E., and Robine J.M. (1999) The Health of Older Persons in OECD Countries: Is It Improving Fast Enough to Compensate for Population Aging? Labor Market and Social Policy Paper No.37 OECD
- John K. Iglehart (1991) Health Policy Report: German's Health Care System Part 1 and 2. The New England Journal of Medicine: 324(7); 503-8 and vol. 324(24);1750-6
- Juan R. Nanagas (1995) The German Health Insurance System; Impressions and lessons to be learned for the Philippines, Technical Brief No. 5 January 1995
- Kirkman-Liff Bradford (1999) Health Care Cost Containment in Germany in Powell, D. Francis and Wessen, F. Albert (Eds.) Health Care System in Transition; An International Perspective. SAGE Publication, California.
- Klaus-Dirk Henke, Margaret A. Murray, and Caudia Ade (1994) Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States, Health Affairs 1 fall: 7-24
- Lucy Gilson (1997) Implementing and Evaluating Health Reform Process: Lessons form the Literature. Major Applied Research 1: Working Paper 1, PHR
- Marie L. Lassey, William R. Lassey and Martin J. Jinks (1997) Health Care Systems Around the World; Characteristics, issues, reforms. Prentice Hall, New Jersey.
- Markus Schneider Evaluation of Cost-Containment Acts in Germany

- Melissa Jee and Zeynep Or (1998) Health Outcomes in OECD Countries: A Framework of Health Indicators for Outcome-Oriented Policymaking. Labor Market and Social Policy – Occasional Paper No.36 OECD
- OECD (1993) The Reform of Health Care in Germany in The Reform of Health Care A Comparative Analysis of Seven OECD Countries.
- OECD (1998) The Caring World: National Achievements. Background documents for Meeting of the Employment, Labor and Social Affairs Committee at Ministerial Level on Social Policy. Paris 23-24 June 1998
- Oliver Schoffski and J. Matthias Graf Von Der Schulenburg (1997) Unintended Effects of a Cost-Containment Policy: results of a natural experiment in Germany. Social Science and Medicine; 45; 10: 1537-1539
- Ricardo Bitran and Winnie C. Yip (1998) A Review of Health Care Provider Payment Reform in Selected Countries in Asia and Latin America. Major Applied Research 2 Working Paper 1, PHR
- Robert Seitz The German Health Care System, Strengths, Weakness, and Health Care Reform
- Roemer (1993) National Health System of the World Volume I and II. OUP New York
- Scharf Bradley (1999) German Unity and Health Care Reform in Powell, D. Francis and Wessen, F. Albert (eds) Health Care System in Transition; An International Perspective. SAGE Publication, California.
- Stephane Jacobzone (1999) Aging and Care for Elderly Persons : An Overview of International Perspective. Labour Market and Social Policy Paper No.38 OECD
- The Federal Ministry for Health (1995) Health Care in Germany: The Health Care System in the Federal Republic of Germany, Bonn.
- The National Association of Statutory Health Insurance Physicians (NASHIP), Legal position and responsibilities
- Ulrich K. Hoffmeyer (1994) The Health Care System in Germany in Ulrich K. Hoffmeyer and Thomas R. McCarthy (eds) Chapter 6 Financing Health Care Volume 1, National Economic Research Association, London.
- Uwe E. Reinhardt (1993/4) Global Budgeting in German Health Care: Insights for Americans, Domestic Affairs 2, Winter 1993/4
- Uwe E. Reinhardt(1993) The German Health System: Providing Equitable, Universal Access to Health Care and Controlling Its Costs. Paper presented in the Senior Policy Seminar on Health Financing in China, Beijing, People Republic of China, July 29-31 1993
- Volker Ulrich Expenditure on Drugs and Reference Pricing: The Case of Germany, Department of Economics University of Mannheim.
- Wolfgang Greiner and J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg(1997) The Health System in Germany in Marshall W. Raffel (eds) Health Care and Reform in Industrialized Countries. The Pennsylvania State University Press, Pennsylvania.

ผลลัพธ์ของการปฏิรูปต่อระบบสุขภาพประชาชน: กรณีศึกษาประเทศเยอรมัน

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมันเป็นประเทศแรกที่ประสบความสำเร็จในการจัดหลักประกันด้านสังคมและสุขภาพให้แก่ประชาชนอย่างทั่วหน้า ปรัชญาและหลักการพื้นฐานสำคัญของระบบการเมืองและระบบสุขภาพคือ *ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในสังคม (Solidarity)* การกระจายอำนาจและบทบาทหน้าที่ระหว่างหน่วยงานรัฐ (ส่วนกลาง ภูมิภาค) และเอกชน (*Subsidiarity*) และ *การมีองค์กรร่วม (Corporatist organization)* ที่มีตัวแทนทั้งสองประเภทคือจากกลุ่มวิชาชีพและจากการเลือกตั้ง ในระบบบริการสุขภาพนั้นภาครัฐมีบทบาทหลักในการสร้างกรอบกฎหมายในการควบคุมกำกับ ในขณะที่การดำเนินงานกระจายให้องค์กรอิสระเป็นผู้ดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนด เช่น กองทุนการเจ็บป่วย สมาคมแพทย์ และผู้ดำเนินกิจการโรงพยาบาล ฯลฯ ทั้งนี้การกำกับกันและปฏิสัมพันธ์ผ่านทางองค์กรที่เป็นตัวแทนของแต่ละกลุ่ม เช่น สมาคมกองทุนการเจ็บป่วย (Association of Sickness funds) สมาคมแพทย์ (Association of Panel Doctors) ฯลฯ

ประเทศเยอรมันมีวิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพที่ยาวนานเป็นต้นแบบของประเทศอื่น โดยใช้เวลาเกือบร้อยปีกว่าจะสามารถขยายหลักประกันให้กับประชาชนทุกคน มีการปฏิรูปที่สำคัญเป็นสี่ช่วงคือ ช่วงแรกระหว่าง ค.ศ. 1883 – 1993 เป็นการขยายความครอบคลุมของหลักประกัน โดยแรงผลักดันสำคัญคือ ปรัชญาและแนวคิดของคนในสังคม แรงผลักดันด้านการเมือง การเคลื่อนไหวของกลุ่มแรงงาน และภาวะเศรษฐกิจของประเทศที่ก้าวสู่ระบบอุตสาหกรรม ช่วงรัฐบาลนาซี ระหว่างปี ค.ศ. 1933 – 1945 มีการปรับโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการโดยรัฐเข้าไปควบคุมระบบประกันสุขภาพรวมถึงโครงการประกันสังคมอื่นๆ มากขึ้น การขยายความครอบคลุมช่วงนี้เกิดจากการต้องการให้ได้รับการยอมรับจากประชาชนของรัฐบาลเป็นหลัก ระยะที่สามคือช่วงหลังสงคราม (ค.ศ. 1945 – 1977) เยอรมันต้องแยกเป็นสองส่วนที่มีระบบการปกครองต่างกัน โดยเยอรมันนีตะวันออกมีการปกครองโดยพรรคคอมมิวนิสต์และมีการรวบอำนาจในการควบคุมองค์กรต่างๆโดยรัฐ ส่วนเยอรมันนีตะวันตกมีการต่อต้านอำนาจรัฐในการควบคุมระบบประกันสังคม และกระจายอำนาจให้องค์กรต่างๆบริหารจัดการเหมือนก่อนรัฐบาลนาซี และในระยะหลัง (ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1977 เป็นต้นมา) การปฏิรูปหลักที่เกิดขึ้นก็คือการควบคุมค่าใช้จ่าย โดยแรงผลักดันสำคัญคือ ภาระค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพที่เพิ่มขึ้นสูงกว่าการเพิ่มของรายได้ประชาชน

กฎหมายถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิรูป รัฐมีการบทบาทหลักคือกำหนดกรอบกฎหมายให้องค์กรต่างๆต้องปฏิบัติตาม การขยายความครอบคลุมหลักประกันและสิทธิประโยชน์ต่างๆเกิดในช่วงที่ประเทศกำลังมีการเติบโตด้านเศรษฐกิจค่อนข้างมาก ในภาวะที่ประเทศประสบกับภาวะเศรษฐกิจถดถอยมีผลกระทบต่อระบบดังกล่าวเนื่องจากรายได้มาจากเบี้ยประกันซึ่งอิงกับรายได้ของประชาชน บทบาทและอำนาจของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ โดยเฉพาะองค์กรวิชาชีพและบริษัทก็มีผลต่อความสำเร็จของการปฏิรูป การควบคุมค่าใช้จ่ายที่ไม่ประสบความสำเร็จในระยะแรกเกิดจากอิทธิพลของกลุ่มดังกล่าว เนื่องจากมาตรการที่นำมาใช้นั้นกำหนดเฉพาะส่วนไม่รูด้าน การควบคุมรายจ่ายในปี 1993 มีการกำหนดมาตรการในการควบคุมค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างเบ็ดเสร็จและรอบด้าน คือ นโยบายให้รายจ่ายผูกกับรายได้ของระบบประกันสุขภาพ และเน้นมาตรการควบคุมปัจจัยด้านอุปทานเป็นหลัก

การปฏิรูปในเยอรมันนั้นมุ่งเน้นการให้ประโยชน์กับประชาชนและสังคมโดยรวมเป็นที่ตั้ง การกำหนดให้มีกฎหมายประกันสุขภาพทำให้ประชาชนกลุ่มต่างๆได้รับหลักประกันด้านสุขภาพแบบถ้วนหน้า ในขณะที่การกำหนดความสัมพันธ์ขององค์กรต่างๆในสังคมก็เพื่อเป็นการคานอำนาจและการตรวจสอบซึ่งกันและกัน ทำให้ระบบโปร่งใสขึ้น การปฏิรูปช่วงหลังที่มุ่งเน้นการควบคุมรายจ่ายนั้นก็เป็นความพยายามในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ให้บริการและโรงพยาบาลเป็นหลัก เพื่อควบคุมไม่ให้รายจ่ายด้านสุขภาพนั้นเพิ่มมากกว่ารายได้ของประชาชน สำหรับผลลัพธ์ของการปฏิรูปต่อระบบสุขภาพของประชาชนนั้น เนื่องจากระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมของเยอรมันนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในสังคมและสามารถให้หลักประกันกับประชาชนทุกคนมาเกือบ 30 ปี ดังนั้นประเด็นด้านความเป็นธรรมจึงไม่ค่อยมีการพูดถึงมากนัก มีเพียงในปี 1993 ที่มีการปฏิรูปโครงสร้างระบบกองทุนการเจ็บป่วยมีระบบการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนและส่งเสริมให้มีการแข่งขันกันห้ามไม่ให้มีการกีดกันหรือคัดเลือกลักษณะ ซึ่งสะท้อนแนวคิดทั้งด้านการกระจายความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบโดยรวม นอกนั้นมาตรการต่างๆล้วนเป็นไปเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายและปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบสุขภาพเป็นหลัก อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อมูลชัดเจนที่แสดงถึงความสำเร็จของการปฏิรูปในระยะหลัง

	Equity	Efficiency	Quality	Cost
1997 Health Care Cost Containment Act		+		++
1981,1982 Hospital Cost Containment Act		++		+
1989 Health Care Reform Act		+	+	+
1993 Health Care Reform Act				
● Competitive Reform	+	+		
● Ambulatory Care Reform		++		++
● Hospital Reform		+	+	++
● Pharmaceutical Reform		+		++

ความสำเร็จของการปฏิรูประบบสุขภาพของเยอรมันในระยะต้นที่ผ่านมาเกิดจาก ปรัชญาและหลักการพื้นฐานของสังคม เป็นหลัก ในขณะที่บริบทด้านการเมือง ภาวะเศรษฐกิจ อิทธิพลของกลุ่มต่างๆ และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนั้นเป็นแรงผลักดันสำคัญของการปฏิรูป