

**ระบบประกันสุขภาพ:
องค์ประกอบและทางเลือก**

โดย

ดร. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

2545

คำนำ

นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคซึ่งเป็นความพยายามในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนทุกคน ได้จุดประเด็นความสนใจต่อเรื่องระบบประกันสุขภาพขึ้นในสังคมไทย จากการที่ได้ติดตามประเด็นที่มีการอภิปรายในช่วงระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา ทั้งในวงการสาธารณสุข วงการนิติบัญญัติ ตลอดจนความเห็นสาธารณะ ด้วยการพูดคุยโดยตรงและโดยผ่านสื่อมวลชน ทำให้ผู้เขียนอยากเห็นเนื้อหาการอภิปรายที่เปิดประเด็น**ทางเลือกนโยบาย**ที่กว้างขวางมากขึ้นกว่านี้ เนื่องจากองค์ประกอบของระบบประกันสุขภาพแต่ละองค์ประกอบสามารถออกแบบได้หลายแบบ แต่ละแบบก็มีจุดแข็งจุดอ่อนแตกต่างกัน ไม่ใช่จำกัดเพียงรูปแบบหรือทางเลือกที่มีการนำเสนอมาเท่านั้น การอภิปรายสาธารณะซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมทางเลือกที่กว้างขวางขึ้น มีการวิเคราะห์ที่ลึกซึ้งมากขึ้น น่าจะเป็นสิ่งที่สะท้อน**การพัฒนาทางปัญญาของสังคม**

นโยบายของรัฐเป็นสิ่งที่ผลกระทบต่อคนจำนวนมาก นโยบายจึงควรต้องมีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีความเหมาะสมอยู่เสมอ เชื่อว่าทุกคนอยากเห็นระบบประกันสุขภาพของไทย ที่นอกจากจะสามารถให้หลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนแล้ว ยังเป็นระบบที่ให้บริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ สร้างความพึงพอใจในการใช้บริการ ตลอดจนเป็นกลไกสำคัญของสังคมในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนโดนทั่วนั่นในในระยะยาว

หลายปีก่อน เมื่อครั้งที่ผู้เขียนไปประชุมเรื่องนโยบายที่กรุงซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย ได้มีโอกาสเดินทางกลับพร้อมกับท่านอาจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ในระหว่างการเดินทางนั้น ได้รับคำแนะนำที่มีคุณค่าหลายอย่างจากท่าน หนึ่งในคำแนะนำเหล่านั้นก็คือ นักวิชาการควรมีการเขียนงานในภาษาที่เป็นที่เข้าใจง่ายสำหรับคนทั่วไป เพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจทางวิชาการสู่คนในวงกว้าง คำชี้แนะของท่านอาจารย์นี้เป็นส่วนหนึ่งของความตั้งใจในการเขียนหนังสือเล่มนี้ขึ้น โดยหวังว่า การพยายามเรียบเรียงเรื่องประกันสุขภาพซึ่งมีศัพท์เทคนิคมากออกมาในรูปแบบที่อธิบายด้วยภาษาที่ง่ายขึ้น จะมีส่วนช่วยเสริมการตั้งประเด็นและคำถามนโยบาย การสำรวจและวิเคราะห์ทางเลือกต่างๆ สำหรับการอภิปรายสาธารณะให้กว้างขวางมากขึ้นบ้าง ตามหน้าที่ที่พึงมีของนักวิชาการ

ผู้เขียนใคร่ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ผู้ซึ่งให้คำแนะนำซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแรงบันดาลใจในการเขียนหนังสือเล่มนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมกระบวนการทางนโยบายสาธารณะที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการนำองค์ความรู้ทางวิชาการมาปรับใช้ ขอขอบคุณนายแพทย์สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ นายแพทย์ ดร.สุภกร บัวสาย เกสัชกรหญิงวิมล อนันสกุลวัฒน์ คุณงามจิตต์ จันทรสาทิต คุณกุลธิดา จันทรเจริญ คุณกุลธิดา ศรวิจิตร ผู้มีส่วนช่วยเหลือในรูปแบบต่าง นอกจากนี้ ผู้เขียนใคร่ขอขอบคุณ คุณอรัญญา คำพรมมา ผู้จัดทำภาพประกอบที่สวยงามสำหรับหนังสือและตรวจความเรียบร้อยของเอกสารในทุกทุกชั้นตอน

เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์

คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ธันวาคม 2545

สารบัญ

บทที่ 1 นโยบายรัฐกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ.....	5
1. การปรับเปลี่ยนทิศทางนโยบายสาธารณสุข: จากรัฐจัดบริการสู่รัฐจัดระบบประกัน	5
2. การสร้างหลักประกันสุขภาพกับระบบประกันสุขภาพ	6
3. ลักษณะหลักของระบบประกันสุขภาพ	6
4. องค์ประกอบของระบบประกันสุขภาพ	10
บทที่ 2 ภาพรวมของระบบประกันสุขภาพ.....	11
1. ระบบหลักประกันสุขภาพแบบต่างๆ	11
1.1 ประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)	11
1.2 ประกันสังคม (Social Insurance)	12
1.3 ประกันเอกชน (Private Insurance)	13
1.4 สวัสดิการของการจ้างงาน (Employment Medical Benefits)	14
1.5 บัญชีเงินเงินออม (Medical Saving Account).....	14
1.6 การสำรองโดยบุคคลและครอบครัว.....	15
2. ฐานของการสำรองเงินในการสร้างหลักประกันสุขภาพ	16
2.1 ระบบประกันแบบอิงประชากร (population-based insurance)	16
2.2 ระบบประกันแบบอิงการจ้างงาน (employment-based insurance).....	17
2.3 ระบบประกันแบบอิงชุมชน (community-based insurance)	17
3. ประกันสุขภาพ: แบบบังคับกับแบบสมัครใจ	17
3.1 การประกันสุขภาพแบบบังคับ (mandatory health insurance).....	17
3.2 การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (voluntary health insurance)	18
4. จำนวนระบบประกัน	18
4.1 ระบบเดี่ยว.....	18
4.2 ระบบคู่ขนาน	19
4.3 ระบบซ้อน	19
4.4 ระบบผสมแบบขนานและแบบซ้อน	19
4.5 หลายระบบ	19
5. ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในเรื่องจำนวนระบบประกัน	21
บทที่ 3 สิทธิและหน้าที่ของผู้มีสิทธิและผู้ให้บริการ.....	23
1. ผู้มีสิทธิในระบบประกัน	23

2. ชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit Package).....	23
2.1 ชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน	23
2.2 สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม	24
2.3 สิทธิประโยชน์และประเภทของความเจ็บป่วย.....	25
2.4 ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์	26
3. สิทธิในการเลือกผู้ให้บริการ	27
3.1 เหตุผลในการกำหนดการเลือกผู้ให้บริการ.....	27
3.2 รูปแบบการกำหนดการเลือกผู้ให้บริการ.....	28
3.3 ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการกำหนดสิทธิการเลือกผู้ให้บริการ	29
4. ความรับผิดชอบของผู้เอาประกันหรือผู้มีสิทธิ	29
5. ส่วนร่วมจ่าย (Cost sharing).....	30
5.1 เหตุผลในการกำหนดส่วนร่วมจ่าย	30
5.2 วิธีการเก็บส่วนร่วมจ่าย.....	30
5.3 ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการกำหนดส่วนร่วมจ่าย.....	31
 บทที่ 4 การเงินการคลังระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance Financing).....	34
1. การรวบรวมเงิน	34
1.1 แหล่งที่มาของเงิน (Sources of Fund)	34
1.2 การรวบรวมเงินแบบผสมผสาน.....	38
1.3 ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในเรื่องการรวบรวมเงิน.....	38
2. การจ่ายค่าบริการสุขภาพ	39
2.1 วิธีการต่างๆในการจ่ายค่าบริการ	40
2.2 การจ่ายเงินแบบล่วงหน้าและย้อนหลัง	43
2.3 จุดแข็ง-จุดอ่อนของวิธีการจ่ายเงินแบบต่างๆ.....	44
2.4 การผสมผสานวิธีการจ่ายเงินแบบต่างๆ.....	48
2.5 กลไกควบคุมผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของวิธีการจ่ายเงินแบบต่างๆ.....	49
2.6 กลไกควบคุมผลกระทบต่อคุณภาพบริการของวิธีการจ่ายเงินแบบต่างๆ	51
 บทที่ 5 การจัดองค์กร.....	53
1. องค์กรบริหารระบบประกัน	53
1.1 บทบาทขององค์กรประกัน.....	53
1.2 จำนวนกองทุน	54
1.3 การบริหารความเสี่ยงระหว่างกองทุน	55

1.4 ขนาดของกองทุน	56
1.5 การซื้อบริการสุขภาพ.....	56
1.6 การกำหนดอัตราค่าบริการสุขภาพ.....	57
1.7 กลไกการจ่ายค่าบริการสุขภาพ.....	58
1.8 ระดับการกระจายอำนาจขององค์กรประกัน.....	59
2. องค์กรผู้ให้บริการ	59
2.1 รูปแบบความสัมพันธ์ขององค์กรผู้ให้บริการ	61
2.2 จุดแข็งและจุดอ่อนของรูปแบบการจัดองค์กรต่างๆ	64
บทที่ 6 หลักการในสถาปัตยกรรมระบบประกันสุขภาพ.....	66

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1.1	รูปแบบการจ่ายค่าบริการในกรณีไม่มีประกันสุขภาพ.....	7
ภาพที่ 1.2	รูปแบบทั่วไปของการจ่ายค่าบริการในกรณีที่มีประกันสุขภาพ	7
ภาพที่ 1.3	การถ่ายโอนเงินระหว่างกลุ่มในระบบประกันสุขภาพ	9
ภาพที่ 2.1	ลักษณะทั่วไปของประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	12
ภาพที่ 2.2	ลักษณะทั่วไปของประกันสังคม.....	13
ภาพที่ 2.3	ลักษณะทั่วไปของประกันสุขภาพเอกชน	14
ภาพที่ 2.4	ลักษณะทั่วไปของบัญชีเงินออม	15
ภาพที่ 2.5	ระดับของการกระจายความเสี่ยงในระบบประกันสุขภาพแบบต่างๆ	16
ภาพที่ 2.6	ช่องว่างและความซ้ำซ้อนระหว่างสิทธิประกันสุขภาพ	21
ภาพที่ 4.1	การกระโดดของ DRG ในระบบ Medicaid ของรัฐ South Carolina สหรัฐอเมริกา	45
ภาพที่ 5.1	ลักษณะทั่วไปของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการแบบกระจาย	61
ภาพที่ 5.2	ลักษณะทั่วไปของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการแบบขั้น.....	62
ภาพที่ 5.3	ลักษณะทั่วไปของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการแบบแบ่ง.....	63
ภาพที่ 6.1	การจัดความสมดุลระหว่าง “3 ค”	69

บทที่ 1

นโยบายรัฐกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ

1. การปรับเปลี่ยนทิศทางนโยบายสาธารณสุข: จากรัฐจัดบริการสู่รัฐจัดระบบประกัน

นโยบายของรัฐทางด้านสาธารณสุขในทุกยุคทุกสมัย มุ่งหมายที่จะให้ประชากรเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง แต่วิธีการที่รัฐใช้ในการขยายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขนั้น มีวิวัฒนาการปรับเปลี่ยนแนวทางและวิธีการที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ในอดีต โดยเฉพาะช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับต้นๆ ในช่วง 20-40 ปีก่อน ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เน้นการสร้างสิ่งก่อสร้างโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructures) ในแผนพัฒนาประเทศ รัฐบาลเลือกใช้แนวทางที่เน้นการจัดบริการเอง และการสร้างสถานพยาบาล เช่น สร้างโรงพยาบาลและสถานีอนามัยให้มากขึ้น จัดหาบริการรูปแบบต่างๆ ไปให้บริการประชาชน ผลิตบุคคลากรให้มากขึ้นและให้กระจายไปยังชนบท แต่ในหนึ่งถึงสองทศวรรษที่ผ่านมา ได้เพิ่มวิธีการที่เป็นการสร้างระบบประกันสุขภาพขึ้นมา กระทรวงสาธารณสุขเริ่มใช้ระบบประกันสุขภาพในโครงการบัตรประกันสุขภาพเมื่อปีพ.ศ. 2526 ภายใต้ระบบนี้ โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ และช่วงต่อมา รัฐบาลก็มีการใช้ระบบประกันสุขภาพสำหรับลูกจ้างเอกชน โดยการออกเป็นพระราชบัญญัติประกันสังคมปีพ.ศ. 2533 ซึ่งโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชนสามารถให้บริการผู้ประกันตน โดยเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาได้ แนวโน้มของการปรับเปลี่ยนนโยบายไปในแนวทางประกันสุขภาพนี้ ยิ่งเห็นชัดเจนมากขึ้นเมื่อรัฐบาลประกาศใช้นโยบาย “30 บาทรักษาทุกโรค”

นโยบายที่มีมาแต่เดิมนั้น เป็นมาตรการในแนวทางของการจัดให้บริการทางสาธารณสุขโดยตรง (health service delivery) โดยรัฐเป็นผู้จัดหาให้ เป็นนโยบายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ประเทศยังขาดแคลนสถานพยาบาล บุคลากร เครื่องไม้เครื่องมือต่างๆ ทางสาธารณสุขมาก นโยบายนี้สร้างหลักประกันทางสุขภาพโดยการจัดหาสิ่งเหล่านี้มาให้บริการ ทำให้เกิดมีทรัพยากรเหล่านี้ไว้ใช้ (availability) และให้กระจายออกไปในชนบท เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย (easy access) ปัญหาเรื่องความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (ability to pay) ได้รับการจัดการโดยรัฐอุดหนุนในการจัดบริการผ่านโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้สามารถเก็บค่าบริการในอัตราที่ไม่สูงมาก และยกเว้นการเก็บค่าบริการสำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่ม เช่นผู้มีรายได้น้อย ในระยะต่อมา ความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐานมีมากขึ้น ไม่ประสบกับปัญหาความขาดแคลนดังเช่นในยุคก่อน แต่ต้นทุนของบริการสูงขึ้น ทำให้ต้องใช้งบประมาณของรัฐในการอุดหนุนมาก หากมีการเก็บค่าบริการที่สูงขึ้น ก็อาจมีปัญหาในเรื่องการเข้าถึงบริการเนื่องจากความสามารถในการจ่ายของประชากรบางกลุ่มไม่เพียงพอ การสร้างหลักประกันสุขภาพให้ทั่วถึง จึงมีการนำนโยบายตามแนวทางใหม่คือการประกันสุขภาพมาใช้เพิ่มขึ้น

การประกันสุขภาพ เป็นมาตรการที่เน้นการใช้กลไกทางการเงิน (financing mechanisms) เป็นหลัก และมีกลไกด้านอื่นๆ อีกหลายด้าน ในการนำเอาระบบประกันสุขภาพมาใช้ รัฐบาลปรับเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้จัดหาบริการเป็นหลัก ไปเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์ของการประกัน และอาจเป็นผู้บริหารระบบ

ประกัน ซื้อบริการสุขภาพเอง หรือมอบหมายให้องค์กรอื่นเป็นผู้บริหารหรือผู้ซื้อบริการก็ได้ โดยที่รัฐไม่ได้มุ่งเน้นที่จะสร้างโครงสร้างพื้นฐานเพิ่มเติมในรูปแบบของสถานพยาบาลดังเช่นแต่ก่อน แต่ใช้กลไกทางการเงินให้เกิดการบริการโดยสถานพยาบาลที่มีอยู่แล้ว ทั้งของรัฐและเอกชน

2. การสร้างหลักประกันสุขภาพกับระบบประกันสุขภาพ

การสร้างหลักประกันสุขภาพหมายถึงการดำเนินการให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ปัญหาของการเข้าถึงโดยทั่วไปมี 2 สาเหตุคือ

1) ปัญหาทางกายภาพ เช่น การที่ไม่มีสถานพยาบาลหรือแหล่งให้บริการด้านสุขภาพที่อยู่ในที่ๆจะไปใช้บริการได้โดยสะดวก ไม่ไกลเกินไป มีประเภทของบริการที่ครอบคลุมหลายด้านเพียงพอ เปิดบริการในเวลาที่เหมาะสม เป็นต้น

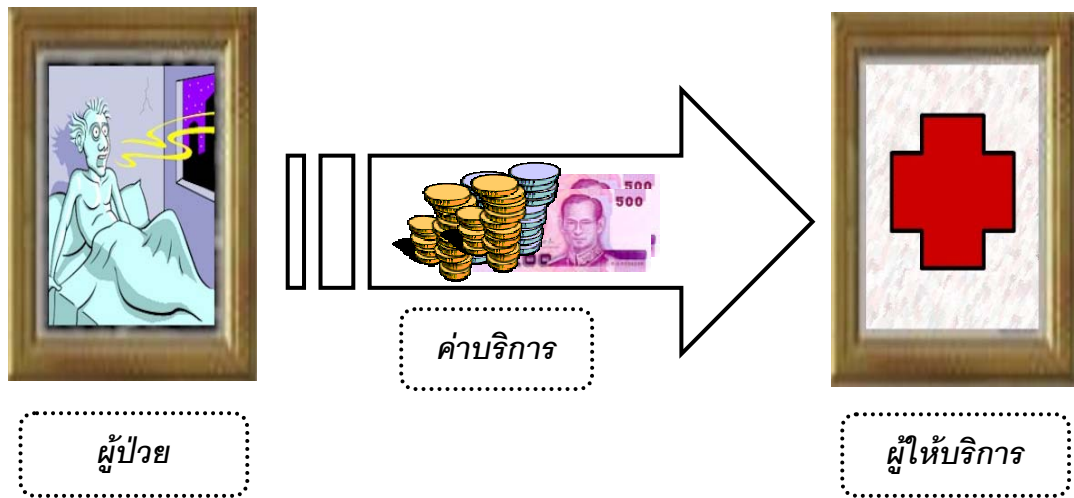
2) ปัญหาทางการเงิน เป็นปัญหาที่บริการราคาสูงเกินกว่าความสามารถของผู้ใช้บริการจะจ่ายได้ การสร้างหลักประกันสุขภาพคือการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาทั้งสองนี้นั่นเอง แนวทางการดำเนินการหลักๆมีอยู่ 2 แนวทาง คือ การสร้างสถานพยาบาลและหน่วยบริการอื่นๆเพิ่มขึ้น และให้กระจายไปเพียงพอที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ ซึ่งเป็นแนวทางหลักที่รัฐบาลไทยใช้ในยุคก่อน ส่วนอีกแนวทางหนึ่งคือการลดค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องแบกรับในการใช้บริการด้านสุขภาพ วิธีการสำคัญในการดำเนินการตามแนวทางนี้คือการประกันสุขภาพ (health insurance)

3. ลักษณะหลักของระบบประกันสุขภาพ

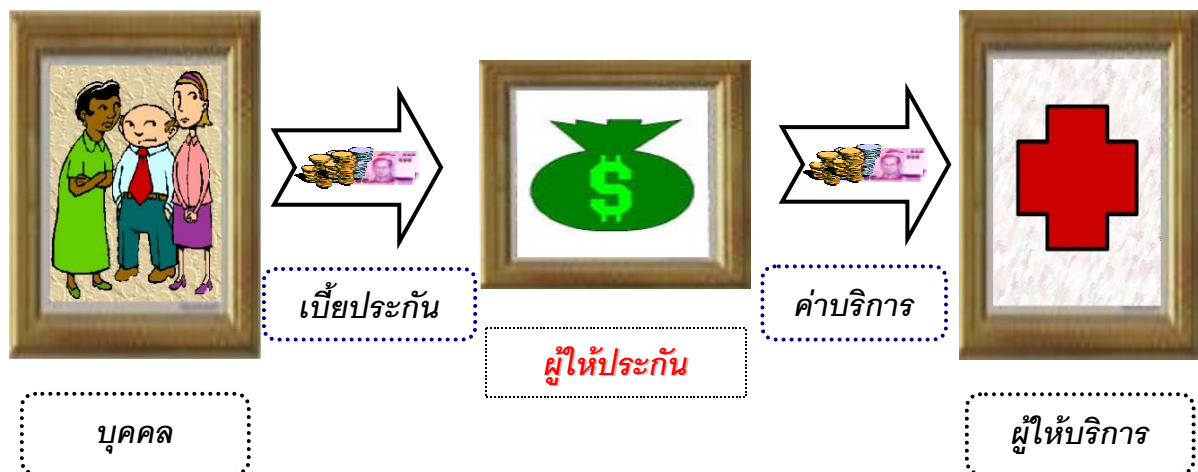
รูปแบบการใช้และการให้บริการสุขภาพซึ่งเป็นที่คุ้นเคยและใช้โดยคนส่วนใหญ่ นั่น เมื่อผู้เจ็บป่วยเลือกไปใช้บริการสุขภาพจากสถานพยาบาลประเภทใดประเภทหนึ่ง ก็มีการจ่ายค่าบริการให้กับผู้ให้บริการโดยตรง (หรือขอยกเว้นกรณีสังคมสงเคราะห์ กรณีการกุศล หรืออื่นๆ) ในแบบนี้ มีผู้ที่เกี่ยวข้องหลักอยู่ 2 ฝ่ายคือ ผู้ใช้บริการ (user) ซึ่งได้แก่ตัวผู้ป่วย และผู้ให้บริการ (provider) ซึ่งได้แก่ตัวแพทย์ โรงพยาบาล หรือบุคลากรสาธารณสุขประเภทอื่น เงินที่จ่ายให้เป็นค่าตรวจ ค่ายา ค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น เป็นเงินที่ผู้ให้บริการจ่ายให้ผู้ให้บริการเอง ซึ่งภาษาทางประกันสุขภาพก็มีศัพท์เฉพาะเรียกว่า เงินจ่ายจากกระเป๋า (out-of-pocket payment)

ในระบบประกันสุขภาพ ผู้เกี่ยวข้องหลักของระบบ นอกจากจะมีผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการดังข้างต้นแล้ว ยังมีอีกประเภทหนึ่งซึ่งเป็นบุคคลที่ 3 หรือที่ศัพท์ทางประกันเรียกว่าฝ่ายที่ 3 (third party) เพิ่มเข้ามาคือ ผู้ให้ประกัน (insurer) ผู้ให้ประกันเป็นผู้มีบทบาทหน้าที่เข้ามาจัดการโดยออกข้อกำหนดเกี่ยวกับการจ่ายค่าบริการ และบางครั้งอาจมีการกำหนดกติกาอื่นๆ เช่นข้อกำหนดเกี่ยวกับการเลือกผู้ให้บริการด้วย ในระบบนี้ จะมีการกำหนดกติกาเรื่องการเงินและสิทธิประโยชน์ (insurance benefits) ก่อนที่จะเกิดการให้บริการทางด้านสุขภาพ

ภาพที่ 1.1 รูปแบบการจ่ายค่าบริการในกรณีไม่มีประกันสุขภาพ



ภาพที่ 1.2 รูปแบบทั่วไปของการจ่ายค่าบริการในกรณีที่มีประกันสุขภาพ



การประกันสุขภาพมีผลไปเปลี่ยนความสัมพันธ์ทางการเงินระหว่างผู้ใช้บริการกับผู้ให้บริการ กล่าวคือ แทนที่ผู้ให้บริการจะต้องจ่ายค่าบริการเต็มจำนวนเมื่อไปใช้บริการดังในแบบการจ่ายออกจากกระเป๋าที่กล่าวข้างต้น เมื่อผู้ให้บริการมีประกันสุขภาพ ก็อาจไม่ต้องจ่ายค่าบริการเลย หรือร่วมจ่ายเพียงจำนวนน้อยเท่านั้น ค่าบริการทั้งหมด หรือส่วนต่างระหว่างค่าบริการเต็มจำนวนกับส่วนที่ร่วมจ่าย ผู้ให้ประกันจะเป็นผู้จ่าย ซึ่งการจ่ายอาจมีวิธีที่แตกต่างกันไป โดยผู้ให้ประกันจ่ายผู้ให้บริการโดยตรง หรือผู้ใช้บริการจ่ายเงินไปก่อนแล้วเบิกคืนจากผู้ให้ประกันก็ได้

การประกันสุขภาพถูกสร้างขึ้นบนหลักการที่ว่า ความเจ็บป่วยที่รุนแรงของแต่ละบุคคล เป็นสิ่งที่คาดการณ์ได้ยากว่าจะเกิดหรือไม่ และเกิดเมื่อใด เมื่อความเจ็บป่วยที่รุนแรงเกิดขึ้นกับบุคคลใด บุคคลนั้นจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาที่หนัก พร้อมกับมักจะสูญเสียความสามารถในการทำงานหารายได้

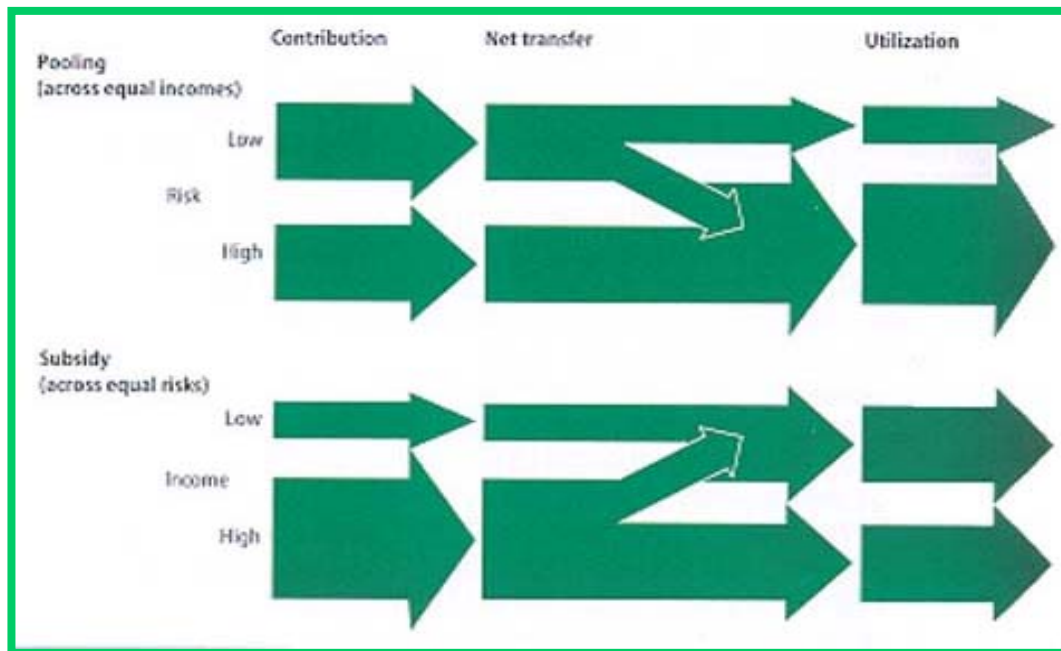
ในทางตรงข้าม อัตราการเกิดความเจ็บป่วยของประชากรทั้งหมดหรือกลุ่มใหญ่สามารถที่จะคาดการณ์ได้ ฉะนั้นค่าใช้จ่ายโดยรวมที่ต้องใช้ในการรักษาพยาบาล จึงสามารถประมาณการได้ด้วยวิธีการทางสถิติ

ภาระทางการเงินที่บุคคลจะต้องแบกรับเพื่อรักษาความเจ็บป่วยเป็นความเสี่ยง (risk) ประเภทหนึ่ง ความแตกต่างของการมีและไม่มีประกันสุขภาพก็คือ การจัดการกับความเสี่ยงนี้ด้วยวิธีที่แตกต่างกัน ในกรณีที่ไม่มีประกันสุขภาพ ความเสี่ยงคือภาระทางการเงินทั้งหมดที่เกิดจากการเจ็บป่วยนั้น เป็นส่วนของบุคคลหรือผู้ป่วย และเกิดขึ้น ณ จุดบริการ ระบบประกันสุขภาพทำหน้าที่ในการรวมเอาเงินที่จะเป็นค่าใช้จ่ายหรือความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นเมื่อภาระการเจ็บป่วยของแต่ละคนเกิดขึ้น มารวมไว้ในกองเดียวกัน และจัดระบบให้เกิดการเฉลี่ยหรือกระจายความเสี่ยงนั้น ในกรณีนี้ ภาระทางการเงินของบุคคลจะเกิดขึ้นก่อนที่เกิดการเจ็บป่วย โดยที่บุคคลจ่ายเบี้ยประกัน (หรือโดยการจ่ายภาษี) เข้าสู่กองทุนประกันสุขภาพตามอัตราที่กำหนดก่อน เมื่อเจ็บป่วย เงินจากกองทุนดังกล่าวก็就会被นำมาใช้เป็นค่าใช้จ่ายของบริการที่เกิดขึ้น ภาระทางการเงินของผู้ป่วย ณ จุดที่ใช้บริการจึงต่ำมากหรือไม่มีเลย หากบุคคลใดไม่มีการเจ็บป่วยหรือเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยในระหว่างช่วงเวลาที่มิประกัน เงินส่วนที่เหลือจากส่วนต่างของจำนวนที่บุคคลนั้นจ่ายเข้ากองทุนกับส่วนที่ใช้เป็นค่าบริการสุขภาพ ก็จะถูกนำไปเป็นค่าใช้จ่ายของบุคคลอื่นซึ่งเจ็บป่วยมากกว่า ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า

การประกันสุขภาพเป็นมาตรการที่มีขึ้นเพื่อปกป้องบุคคลจากภาระความเสี่ยงทางการเงินที่เกิดจากการเจ็บป่วย โดยลดหรือขจัดความเสี่ยงทางภาระทางการเงินของแต่ละบุคคลหรือครอบครัว โดยการจัดระบบให้มีการกระจายความเสี่ยงของบุคคลหรือครอบครัวจำนวนมาก ด้วยวิธีรวบรวมและสำรองเงินค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้านั่นเอง

ระบบประกันสุขภาพที่ดี คือระบบที่มีความสามารถในการกระจายความเสี่ยงได้ดี ภาพที่ 1.3 แสดงแนวคิดการกระจายความเสี่ยงระหว่างบุคคลต่างกลุ่มกันตามหลักของระบบประกันสุขภาพที่ดี ลูกศรในชุดแรก แสดงการถ่ายโอนของเงินระหว่างบุคคล 2 กลุ่มที่มีรายได้เท่ากัน แต่ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน กลุ่มแรกมีความเสี่ยงต่ำ กลุ่มหลังมีความเสี่ยงสูง สมมติว่าบุคคลแต่ละคนในสองกลุ่มนี้จ่ายเงินเข้ากองทุนเท่าๆกัน บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงกว่าย่อมมีความจำเป็นที่จะต้องใช้บริการด้านสุขภาพมากกว่า เงินของบุคคลที่มีความเสี่ยงต่ำกว่าจึงถูกถ่ายโอนภายในระบบไปเป็นค่าใช้จ่ายของคนที่มีความเสี่ยงสูงกว่า ส่วนในลูกศรชุดที่ 2 นั้น แสดงการถ่ายโอนเงินในกรณีที่กลุ่มผู้มีสิทธิมีรายได้ต่างกัน แต่ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเท่ากัน บุคคลแต่ละกลุ่มจ่ายเงินเข้ากองทุนในจำนวนที่แตกต่างกันตามรายได้ของแต่ละคน กลุ่มแรกมีรายได้ต่ำกว่ากลุ่มหลัง จึงจ่ายเงินเข้ากองทุนในมูลค่าต่อหัวต่ำกว่า สมมติว่าบุคคลทั้งสองกลุ่มนี้มีความเสี่ยงเท่ากัน หมายความว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพเท่ากัน เงินกองทุนจากบุคคลที่มีรายได้สูงกว่าก็จะถูกถ่ายโอนไปให้เป็นค่าใช้จ่ายของบุคคลที่มีรายได้ต่ำกว่า

ภาพที่ 1.3 การถ่ายโอนเงินระหว่างกลุ่มในระบบประกันสุขภาพ



ที่มา: WHO. World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO. 2000

การจัดระบบประกันสุขภาพที่ดี เป็นมาตรการหนึ่งในการสร้างความเท่าเทียมกันในสังคม ในหลายประเทศ ดังเช่นประเทศต่างๆในยุโรปตะวันตก ถือเป็นปรัชญาหลักในการกำหนดนโยบายทางสังคม หากระบบประกันสุขภาพออกแบบไม่ดี นอกจากอาจไม่มีส่วนช่วยให้เกิดความเท่าเทียมกันในสังคมแล้ว ยังอาจมีผลต่อด้านอื่นๆ เช่น ใช้ทรัพยากรไม่มีประสิทธิภาพ คุณภาพบริการไม่ดี เป็นต้น

โดยสรุป การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นความพยายามจัดระบบให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยการให้บุคคลในสังคมไม่ว่าจะมีเศรษฐกิจฐานะ อายุหรืออาชีพที่แตกต่างกัน สามารถใช้บริการสุขภาพได้โดยไม่มีอุปสรรคจากข้อจำกัดต่างๆ โดยเฉพาะทางการเงิน และตอบสนองต่อหลักการด้านอื่นๆ เช่น ความเท่าเทียมของคนกลุ่มต่างๆ การช่วยเหลือเจือจานกันของคนในสังคม ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรของระบบ เป็นต้น การจัดระบบประกันสุขภาพนี้ มีองค์ประกอบของนโยบายหลายด้านและมีความซับซ้อน การออกแบบของระบบต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้าน เนื่องจากทางเลือกแต่ละแบบมีจุดแข็งจุดอ่อนที่ต่างกัน สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ บริการสุขภาพทั้งหมดต้องมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และสร้างความพึงพอใจให้ผู้ใช้บริการ

4. องค์ประกอบของระบบประกันสุขภาพ

การจัดระบบให้มีการกระจายความเสี่ยงในการใช้บริการสุขภาพ ต้องดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่างๆของระบบสุขภาพ ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้ให้ประกัน มีด้านหลักๆดังต่อไปนี้

- 1) ชุดสิทธิประโยชน์ (Benefits package) และสิทธิอื่นๆของผู้ใช้บริการ
- 2) การคลังของระบบ (Financing)
- 3) องค์การประกันสุขภาพ (Insurance organizations)
- 4) การจัดระบบบริการ (Delivery)

ในบทต่อไปจะกล่าวถึงภาพรวมของระบบประกันสุขภาพ และรายละเอียดขององค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้ ความสำคัญและบทบาทของแต่ละองค์ประกอบต่อระบบประกันสุขภาพ รูปแบบการจัดโครงสร้างของแต่ละองค์ประกอบมีทางเลือกอะไรบ้าง ลักษณะของแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร จุดแข็ง-จุดอ่อนของทางเลือกแต่ละทางเลือกเป็นอย่างไร รวมถึงตัวอย่างและประสบการณ์ของระบบประกันสุขภาพในต่างประเทศ

บทที่ 2

ภาพรวมของระบบประกันสุขภาพ

การสร้างหลักประกันสุขภาพหมายถึงการสร้างระบบของการบริหารจัดการที่บุคคลมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ โดยไม่ต้องมีอุปสรรคเนื่องจากไม่มีเงินไม่พอจ่ายค่าบริการ การประกันสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งในการสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยที่เป็นระบบที่ใช้การกระจายความเสี่ยงเป็นกลไกของการสร้างหลักประกัน มีผู้ที่เกี่ยวข้องหลักเป็น 3 ฝ่ายดังที่ได้กล่าวไว้ในบทก่อน นอกจากการประกันสุขภาพแล้ว การสร้างหลักประกันสุขภาพก็มีวิธีอื่นๆอีกเช่น รัฐจัดบริการให้เพียงพอ การให้บริการฟรี เป็นต้น

การจัดโครงสร้างของระบบเพื่อให้มีหลักประกันสุขภาพที่ใช้กันในประเทศต่างๆมีรูปแบบที่หลากหลาย ในบทนี้จะกล่าวถึงประเด็นหลักๆที่เป็นภาพรวมของการสร้างหลักประกันสุขภาพ ส่วนรายละเอียดขององค์ประกอบต่างๆของระบบจะพิจารณาในบทต่อไป

1. ระบบหลักประกันสุขภาพแบบต่างๆ

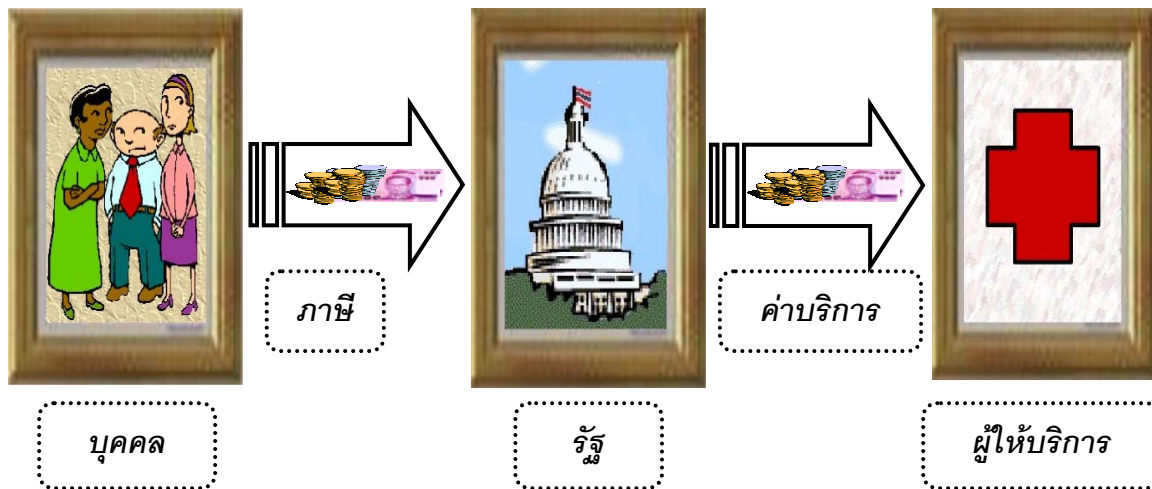
เมื่อพิจารณาจากโครงสร้างการจัดการในการสร้างหลักประกันสุขภาพของประเทศต่างๆ สามารถแบ่งระบบหลักประกันสุขภาพออกเป็นแบบหลักๆได้ดังนี้

1.1 ประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance)

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นชื่อที่เรียกทั่วไปสำหรับระบบประกันสุขภาพทั่วหน้าที่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ และเป็นระบบประกันหลักระบบเดียวของประเทศ มีรัฐ หรือหน่วยงานที่รัฐจัดตั้งขึ้นเป็นผู้บริหารระบบประกัน ประกันสุขภาพแห่งชาติส่วนใหญ่ใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินหลักของการประกัน ตัวอย่างของประเทศที่ใช้ระบบนี้มี อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ส่วนระบบของบางประเทศใช้แหล่งเงินภาษีบวกแหล่งเงินอื่น เช่นการเก็บเบี้ยประกันโดยหักจากเงินเดือน และรัฐเป็นผู้บริหารระบบ เช่น จีน ไต้หวัน นอกจากนี้ ยังมีอาจมีระบบในบางประเทศที่ใช้ชื่อเดียวกัน แต่โดยลักษณะการออกแบบระบบ ไม่ได้จัดอยู่ในประเภทนี้

ในกรณีที่ใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินหลักของประกันสุขภาพแห่งชาติ บุคคลในฐานะประชาชนเสียภาษีในรูปแบบต่างๆให้กับรัฐบาล แล้วรัฐบาลจัดสรรเงินเป็นงบประมาณสำหรับการประกันสุขภาพ โดยแหล่งเงินสำคัญมาจากภาษีทั่วไป ซึ่งประเทศส่วนใหญ่มักจะเป็นการเก็บในอัตราก้าวหน้า ตามหลักการ ในระบบนี้ประชาชนทุกคนมีสิทธิในการใช้บริการสุขภาพเท่ากัน ไม่ว่าจะเสียภาษีเท่าใดหรือไม่เสียภาษีก็ตาม ส่วนในกรณีของเบี้ยประกัน จะมีหลักการเช่นเดียวกับประกันสังคมที่จะกล่าวในข้อ 2 บุคคลจ่ายในจำนวนที่อาจแตกต่างกัน แต่สิทธิในการใช้บริการสุขภาพเท่ากัน

ภาพที่ 2.1 ลักษณะทั่วไปของประกันสุขภาพแห่งชาติ

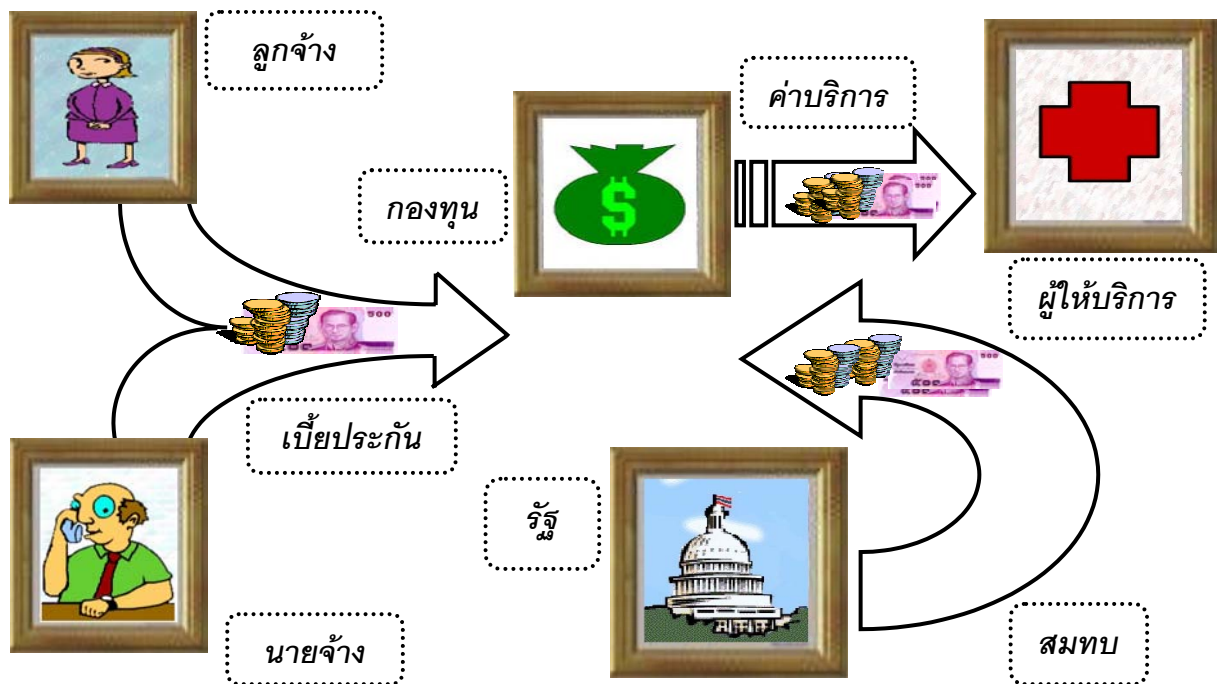


1.2 ประกันสังคม (Social Insurance)

การสำรองเงินประกันสุขภาพในระบบนี้มีการจัดตั้งกองทุนเฉพาะขึ้นมา ไม่รวมกับภาษีอื่นๆ หลักการของระบบนี้คือ ผู้มีสิทธิ หรือผู้ที่กฎหมายกำหนดให้เข้าร่วม เป็นผู้จ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสุขภาพตามรายได้หรือความสามารถในการจ่ายของตน การเก็บเบี้ยประกันมักทำโดยหักจากเงินเดือนในอัตราที่เป็นสัดส่วนคงที่ของเงินเดือน ฉะนั้น ผู้ที่มีรายได้หรือเงินเดือนสูง ต้องจ่ายเงินค่าประกันมากกว่าผู้มีรายได้น้อยกว่า แต่มีสิทธิในการใช้บริการเท่ากัน บางประเทศกำหนดให้นายจ้างจ่ายสมทบเข้ากองทุนด้วย และรัฐบาลก็อาจจ่ายสมทบเข้ากองทุนด้วยเช่นกัน

หลายๆประเทศใช้ระบบนี้ร่วมกับระบบอื่นๆ ตัวอย่างของประเทศไทยเช่น ประกันสังคม ซึ่งใช้การหักเงินเดือนลูกจ้างเป็นเบี้ยประกัน สมทบโดยนายจ้างและรัฐบาล ในเยอรมนี ก็ใช้ระบบในลักษณะนี้เช่นกัน

ภาพที่ 2.2 ลักษณะทั่วไปของประกันสังคม



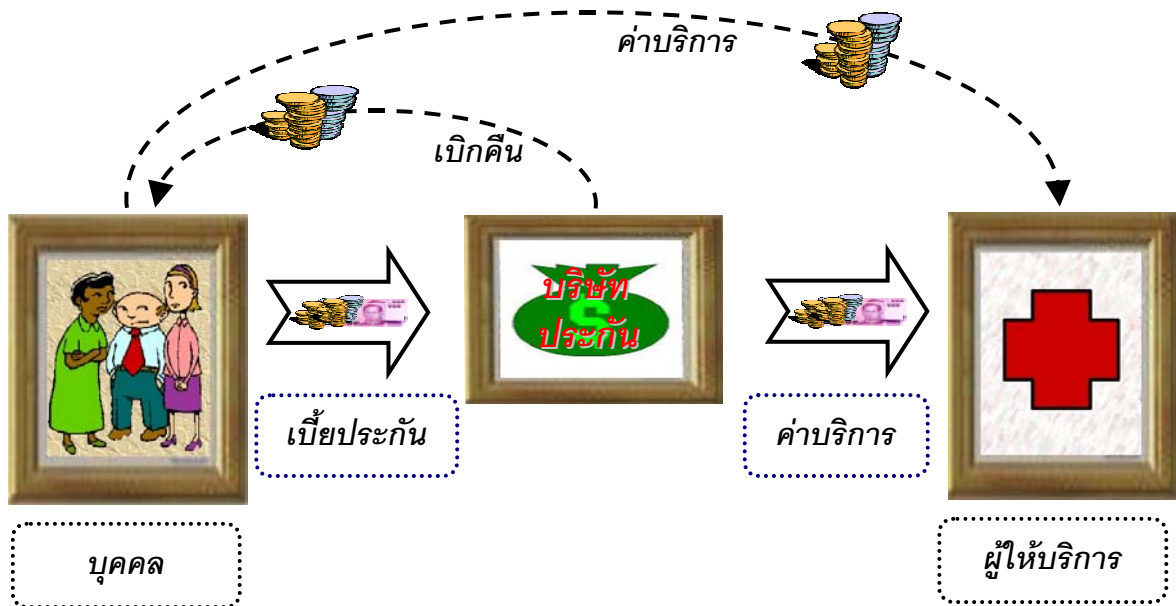
1.3 ประกันเอกชน (Private Insurance)

การประกันเอกชนเป็นธุรกิจประเภทหนึ่ง จึงเป็นระบบที่ใช้วิธีให้ความรับผิดชอบทางการเงินของบุคคลสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น หมายความว่า ผู้ที่เจ็บป่วยมากต้องรับผิดชอบเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ที่คาดว่าจะป่วยน้อย การสำรองเงินของประกันเอกชนทำโดยการเก็บเบี้ยประกัน (premium) ซึ่งกำหนดมาจากการคำนวณความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เอาประกันหรือกลุ่มของผู้เอาประกัน ฉะนั้น ผู้ที่มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าต้องจ่ายเบี้ยประกันสูงกว่า เช่นผู้สูงอายุต้องจ่ายเบี้ยประกันมากกว่าบุคคลที่อายุน้อยกว่า

ในการประกัน ผู้เอาประกันกับผู้ให้บริการทำสัญญา (contract) ซึ่งระบุข้อกำหนดเกี่ยวกับอัตราระยะเวลาการจ่ายเบี้ยประกัน และสิทธิในการใช้บริการสุขภาพ รวมทั้งเงื่อนไขอื่นๆ ในระบบนี้ ผู้เอาประกันแต่ละคนจึงอาจจ่ายเบี้ยประกันไม่เท่ากัน และอาจมีสิทธิในการใช้บริการสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามสัญญาที่ทำขึ้น

หลายประเทศใช้ประกันเอกชนเป็นส่วนเสริมกับระบบประกัน เช่น อังกฤษ ออสเตรเลีย ในขณะที่บางประเทศใช้ประกันเอกชนเป็นระบบหลัก เช่น สหรัฐอเมริกา

ภาพที่ 2.3 ลักษณะทั่วไปของประกันสุขภาพเอกชน



1.4 สวัสดิการของการจ้างงาน (Employment Medical Benefits)

สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลมักถูกใช้เป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งของการจ้างงานที่นายจ้างให้กับลูกจ้าง โดยที่นายจ้างอาจเป็นบริษัทเอกชน รัฐบาล รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรรูปแบบอื่นๆ

วิธีการที่ใช้ในการให้สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลมักพบมี 2 รูปแบบคือ

1) การซื้อประกันให้ลูกจ้าง ในแบบนี้ นายจ้างจ่ายค่าเบี้ยประกันทั้งหมดหรือสมทบบางส่วน ซึ่งมักเป็นการซื้อประกันเอกชน จึงจัดอยู่ในประเภทประกันเอกชนดังในข้อ 3

2) การจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ลูกจ้างเมื่อมีความจำเป็นต้องใช้บริการ โดยไม่ได้ซื้อประกัน แบบนี้มักเรียกว่าสวัสดิการรักษายาบาล หรืออาจเรียกการประกันตนเอง (self insurance) ในกรณีนี้นายจ้างอาจจัดสรรเงินเป็นกองทุนสำหรับค่ารักษาพยาบาลแยกต่างหากจากงบประมาณอื่นๆหรือไม่ก็ได้

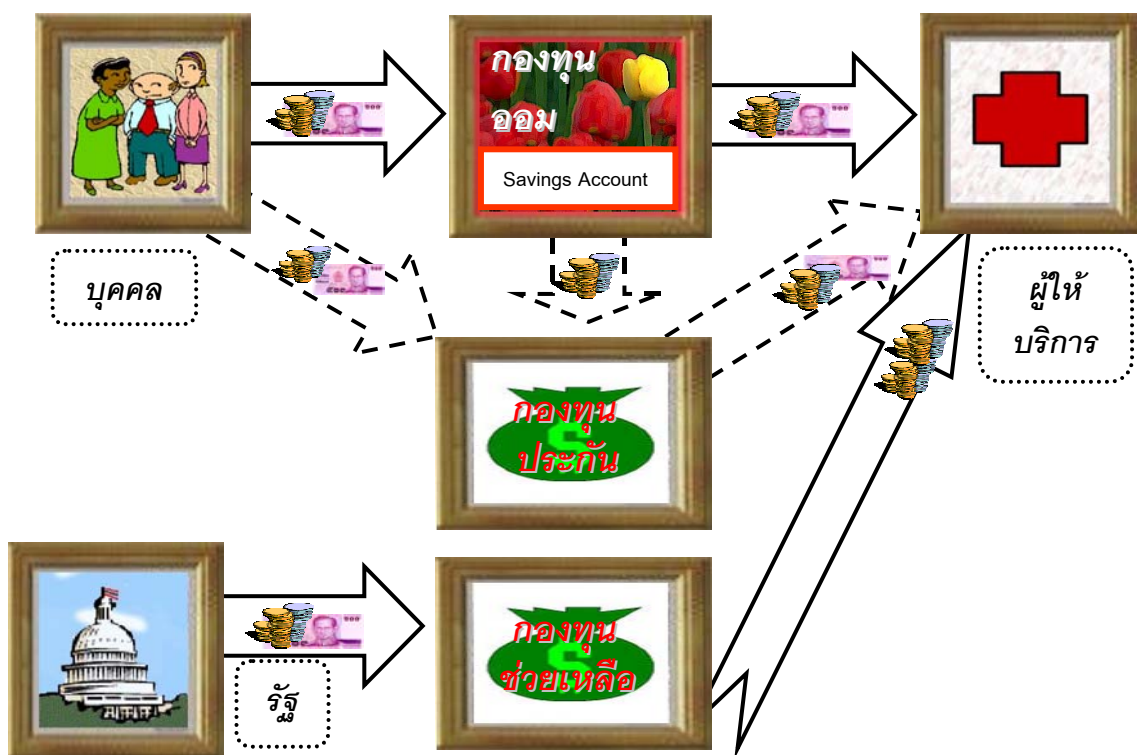
ตัวอย่างเช่นสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของไทย สวัสดิการบริษัทเอกชนจำนวนมากในสหรัฐอเมริกา

1.5 บัญชีเงินออม (Medical Saving Account)

เป็นวิธีการสำรองเงินที่มีการกันเงินหรือจัดเก็บเงินจากบุคคลเป็นรายเดือนหรือรายปีเข้าสู่บัญชีประกันเฉพาะตัวของบุคคลผู้นั้นเอง ไม่ไปรวมกับเงินที่เก็บจากผู้เอาประกันรายอื่นๆ เมื่อมีการใช้บริการสุขภาพ จะมีการหักเงินจากบัญชีของบุคคลผู้นั้นเอง ไม่ใช่จากกองทุนที่มีการรวมเงินสำรอง การเก็บเงินสำรองไว้ก่อนเพื่อใช้เมื่อจำเป็นในแบบนี้ จะเกิดขึ้นได้เมื่อมีกฎหมายหรือระเบียบที่กำหนดให้มีการสำรองเงิน ระบบนี้จึงเป็นระบบที่บังคับออมยามที่ไม่เจ็บป่วยเพื่อใช้ในเวลาที่เจ็บป่วย

ระบบนี้เป็นระบบหนึ่งที่ใช้ในสิงคโปร์ เป็นแบบที่ใช้การสำรองเงินเป็นบัญชีบุคคล แต่สามารถโอนใช้กันระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ด้วย การออกแบบระบบเช่นนี้ รัฐบาลสิงคโปร์ใช้หลักการที่ว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพควรเป็นสิ่งที่บุคคลมีส่วนรับผิดชอบเป็นหลัก รัฐช่วยเหลือเมื่อจำเป็น และนอกจากนี้ ยังเป็นระบบที่ตั้งอยู่บนหลักของวัฒนธรรมค่านิยมของเอเชีย (Asian value) ที่เน้นการช่วยเหลือพึ่งพากันในครอบครัวด้วย ขณะนี้ ในสหรัฐอเมริกาได้มีความสนใจวิธีนี้และพิจารณาความเหมาะสมของการใช้ระบบบัญชีเงินออมนี้เป็นทางเลือกหนึ่งของโครงการ Medicare แต่เป็นประเด็นทางเลือกสำหรับบุคคลเฉพาะคน ไม่มีประเด็นเรื่องการโอนกันในครอบครัวดังเช่นในสิงคโปร์

ภาพที่ 2.4 ลักษณะทั่วไปของบัญชีเงินออม



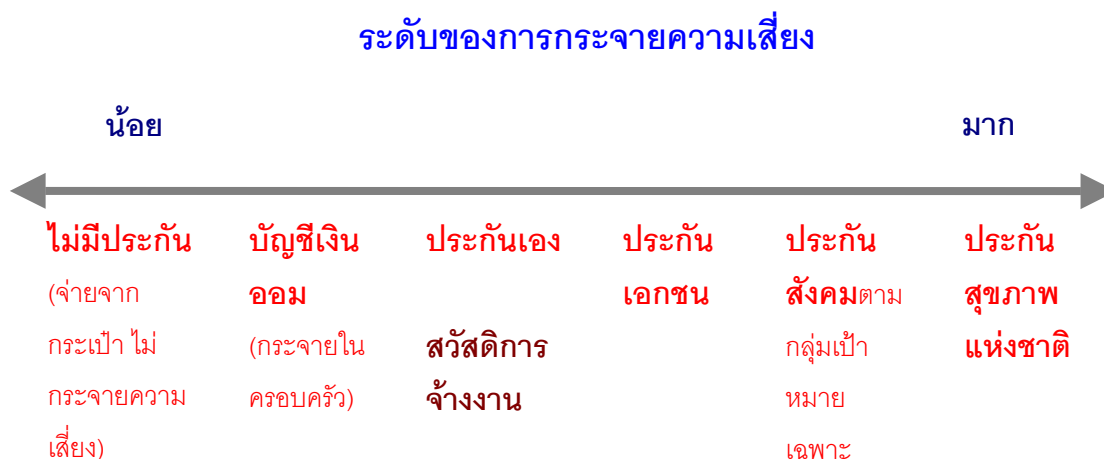
1.6 การสำรองโดยบุคคลและครอบครัว

เป็นแบบที่บุคคลและครอบครัวรับผิดชอบในการสำรองเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพเอง ไม่มีการบังคับออม และไม่เป็นการประกันสุขภาพ เมื่อต้องไปใช้บริการสุขภาพ ผู้ป่วยหรือครอบครัวก็จ่ายค่าบริการจากกระเป๋าเอง

การสร้างหลักประกันสุขภาพแบบที่ 5 และ 6 ไม่จัดเป็นการประกันสุขภาพ (insurance) ตามความหมายเฉพาะของการประกัน เนื่องจากไม่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างบุคคล ส่วนแบบที่ 4 นั้น อาจจัดเป็นระบบประกันหรือไม่จัดเป็นระบบประกันก็ได้ เพราะมองในแง่ของการกระจายความเสี่ยง อาจถือได้ว่านายจ้างเป็นผู้จัดการให้เกิดการกระจายความเสี่ยงสำหรับลูกจ้าง แต่หากมองในอีกแง่หนึ่ง ถ้านายจ้างเป็น

ผู้ที่ไม่ได้มีการดำเนินการทำข้อตกลงใดๆกับผู้ให้บริการ เพียงจ่ายเงินเมื่อมีการใช้บริการเกิดขึ้นเท่านั้น ก็เท่ากับเป็นการเปลี่ยนภาระการจ่ายออกจากกระเป๋าจากกระเป๋าของลูกค้าไปเป็นกระเป๋าของนายจ้างเท่านั้น

ภาพที่ 2.5 ระดับของการกระจายความเสี่ยงในระบบประกันสุขภาพแบบต่างๆ



ระดับของการกระจายความเสี่ยงโดยทั่วไประหว่างสมาชิกในกลุ่มประกันแต่ละระบบมีความแตกต่างกันดังแสดงในภาพที่ 2.5 โดยที่ปลายสุดทางด้านซ้ายมือเป็นแบบที่บุคคลหรือครอบครัวจ่ายออกจากกระเป๋า และแบบการใช้บัญชีเงินออม ไม่ใช่หลักการประกัน ไม่มีการกระจายความเสี่ยง ในขณะที่แบบที่สมาชิกในระบบประกอบด้วยบุคคลจำนวนน้อยหรือเฉพาะกลุ่ม จะมีระดับการกระจายความเสี่ยงน้อยกว่าแบบที่ใช้ระบบเดียวกันสำหรับประชากรทั้งหมด ซึ่งมักจะจ่ายโดยภาษี

2. ฐานของการสำรองเงินในการสร้างหลักประกันสุขภาพ

ในอีกแง่หนึ่ง ระบบประกันสุขภาพอาจจัดแบ่งตามฐานของการรวบรวมเงินสำรองและกลุ่มเป้าหมายของผู้มีสิทธิออกเป็น 3 แบบดังนี้

2.1 ระบบประกันแบบอิงประชากร (population-based insurance)

เป็นแบบที่สิทธิการเข้าร่วมประกันสุขภาพขึ้นกับสถานะการเป็นพลเมืองของประเทศ บางประเทศอาจครอบคลุมผู้อาศัยบางกลุ่มที่ไม่ใช่พลเมืองด้วย ส่วนใหญ่ใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินทุน เช่น ระบบของอังกฤษ และแคนาดา

2.2 ระบบประกันแบบอิงการจ้างงาน (employment-based insurance)

ในระบบนี้ สิทธิการเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพมาจากการเป็นลูกจ้างของหน่วยงานที่กำหนด อาจเป็นบริษัทเอกชน รัฐบาล รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรประเภทอื่น การระดมเงินเพื่อใช้ในระบบอาจมาจากการหักเงินเดือนลูกจ้าง บวกกับส่วนที่นายจ้างจ่ายสมทบ หรือนายจ้างจ่ายทั้งหมดให้เป็นสวัสดิการ ตัวอย่างเช่น บางส่วนของกองทุนสำหรับการเจ็บป่วยของเยอรมนี (Sickness Fund) บางส่วนของระบบประกันสุขภาพของจีนไต้หวัน ประกันสุขภาพส่วนใหญ่ของสหรัฐอเมริกา

2.3 ระบบประกันแบบอิงชุมชน (community-based insurance)

การมีสิทธิเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพในแบบนี้ขึ้นกับที่อยู่อาศัยในเขตทางภูมิศาสตร์ โดยอาจแบ่งตามเขตการปกครองส่วนท้องถิ่น หรือโดยชอบเขตตามการจัดตั้งของชุมชน แหล่งที่มาของเงินในระบบนี้มักมาจากภาษีท้องถิ่น อาจสมทบด้วยภาษีทั่วไปจากรัฐบาลกลางก็ได้ หรืออาจเป็นการเก็บเบี้ยประกันจากคนในท้องถิ่นก็ได้ ตัวอย่างเช่น ระบบ community-based insurance สำหรับเกษตรกรของญี่ปุ่น

3. ประกันสุขภาพ: แบบบังคับกับแบบสมัครใจ

การประกันสุขภาพสามารถแบ่งตามสิทธิในการเลือกเข้าร่วมเป็น แบบบังคับ กับแบบสมัครใจ

3.1 การประกันสุขภาพแบบบังคับ (mandatory health insurance)

เป็นแบบที่รัฐกำหนดให้บุคคลทั้งหมดที่เป็นกลุ่มเป้าหมายต้องเข้าร่วมในระบบประกัน กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวนี้อาจครอบคลุมเพียงคนบางกลุ่มในสังคม เช่น ลูกจ้าง ครู หรือครอบคลุมประชากรทั้งประเทศก็ได้ ตัวอย่างเช่น ระบบประกันสังคมของไทย ครอบคลุมลูกจ้างในบริษัทเอกชนที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป (โดยมีข้อยกเว้นสำหรับการจ้างงานบางประเภท) ส่วนระบบของอังกฤษ ออสเตรเลีย แคนาดา จีน ไต้หวัน ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ ประเทศที่จัดให้มีการประกันสุขภาพทั่วหน้าได้ ต้องใช้การประกันแบบบังคับ คือออกข้อกำหนดให้ทุกคนเข้าร่วมหรือมีสิทธิที่จะได้รับการครอบคลุมจากระบบประกัน

สภาพการบังคับนี้ ไม่ได้หมายความว่า เป็นการบังคับให้บุคคลในกลุ่มเป้าหมายต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพเสมอไป และไม่ได้หมายความว่าต้องไปใช้บริการตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น ใช้ที่อื่นไม่ได้ แต่เป็นไปในลักษณะที่ ข้อกำหนดในเรื่องหลักประกันสุขภาพได้รับการตราเป็นกฎหมายหรือระเบียบที่มีผลบังคับใช้ กำหนดว่ากลุ่มเป้าหมายคือใคร มีหน้าที่อะไร มีสิทธิที่จะใช้บริการอะไร สามารถเลือกที่ใช้สถานพยาบาลที่กำหนดใดเมื่อร่วมระบบประกัน ตัวอย่างเช่น ระบบของอังกฤษไม่ได้เก็บเบี้ยประกันโดยตรง แต่ใช้ภาษีเป็นแหล่งงบประมาณหลักสำหรับประกันสุขภาพ ชาวอังกฤษจึงไม่ได้มีหน้าที่จ่ายค่าประกันสุขภาพในรูปของเบี้ยประกัน แต่จ่ายในรูปภาษี ส่วนของผู้ประกอบอาชีพอิสระในจีนไต้หวันและในเกาหลีใต้ ของลูกจ้างในระบบประกันสังคมของไทย ถูกหักเงินเดือนส่วนหนึ่งเพื่อใช้เป็นค่าเบี้ยประกัน เป็นแบบบังคับตามข้อกำหนดของพระบัญญัติ

สำหรับประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าในเกือบทุกประเทศ ประชาชนไม่มีสิทธิในการเลือกระบบประกัน ยกเว้นของเยอรมนี เฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้สูงและข้าราชการไม่ถูกบังคับให้ประกันภายใต้ระบบกองทุนสำหรับการเจ็บป่วย (sickness funds) เท่านั้นที่มีสิทธิเลือกที่จะเข้าเป็นสมาชิกของกองทุนสำหรับการเจ็บป่วยหรือไม่ก็ได้ ส่วนในประเทศที่ไม่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้า เช่น สหรัฐอเมริกา ประชาชนส่วนใหญ่ในวัยทำงานมีสิทธิที่จะเลือกเข้าระบบประกันหรือไม่ก็ได้ หรือจะเลือกระบบใดก็ได้ แต่ผู้ทำงานต้องจ่ายเงินสำรองเข้าระบบ Medicare เพื่อใช้เป็นประกันสุขภาพในยามชรา

3.2 การประกันสุขภาพแบบสมัครใจ (voluntary health insurance)

เป็นแบบที่ไม่มีกฎหมายบังคับว่าจะต้องเข้าร่วม บุคคลสามารถเลือกที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมก็ได้ หากจะเข้าร่วมก็ต้องมีการจ่ายค่าเบี้ยประกัน ตัวอย่างเช่น ประกันสุขภาพเอกชน โครงการบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

ระบบแบบบังคับและแบบสมัครใจสามารถอยู่ร่วมกันได้ในประเทศเดียวกัน ผู้มีสิทธิในประกันแบบบังคับอยู่แล้ว อาจซื้อประกันสุขภาพเพิ่มเติมได้โดยสมัครใจ เช่น ลูกจ้างในภาคธุรกิจของไทยแม้จะมีประกันสังคมอยู่แล้ว บางคนก็ซื้อประกันเอกชนเพิ่ม คนในอังกฤษ แม้จะมีประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่แล้ว ก็อาจซื้อประกันเอกชนเพิ่มเพื่อสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมบางอย่าง หรือในสหรัฐอเมริกา ผู้สูงอายุซึ่งมีสิทธิในระบบประกัน Medicare ก็อาจซื้อประกันเอกชนที่ครอบคลุมการจ่ายยาตามใบสั่ง (prescription drugs) เพิ่มเติม

4. จำนวนระบบประกัน

เนื่องจากระบบประกันสุขภาพมีลักษณะแตกต่างกันหลายแบบ การใช้ระบบประกันในแต่ละประเทศอาจใช้แบบใดแบบหนึ่งหรือหลายแบบร่วมกันก็ได้

คำว่าระบบเดียวหรือหลายระบบหมายถึง การกำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิ แหล่งเงิน มาตรการจ่ายเงินที่แตกต่างกันก็แบบ แต่ไม่ได้หมายถึงจำนวนกองทุน (ดูบทที่ 5) ใน 1 ระบบอาจมีหลายกองทุนก็ได้ จำนวนระบบประกันที่กล่าวถึงในหัวข้อนี้ นับเฉพาะจำนวนระบบประกันสุขภาพหลักในประเทศหนึ่งๆ

4.1 ระบบเดียว

ในอังกฤษและประเทศเครือจักรภพอิตอาณานิคมของอังกฤษ เช่นออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ใช้ระบบที่คล้ายกันคือ มีระบบประกันหลัก 1 ระบบที่ครอบคลุมประชากรทุกคน ในขณะที่เดียวกันก็เปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิที่จะซื้อประกันเอกชนเสริม เพื่อความครอบคลุมในบริการบางด้านที่ระบบหลักมิได้จัดให้ ระบบของประเทศทั้ง 3 นี้เป็นแบบที่สิทธิในการมีหลักประกันขึ้นกับความเป็นประชากร (population-based) ไม่เกี่ยวกับการจ้างงาน จีนไต้หวันมีระบบประกันสุขภาพที่อิงการจ้างงาน (employment-based) คืออัตราและวิธีการเก็บเบี้ยประกันขึ้นกับอาชีพและการจ้างงาน แต่ก็ยังเป็นระบบเดียวเช่นกัน และเปิดโอกาสให้มีประกันเสริมกับระบบหลักได้

4.2 ระบบคู่ขนาน

เยอรมนีมีระบบประกัน 2 ระบบเป็นแบบคู่ขนาน กล่าวคือ มีระบบหลักคือ กองทุนสำหรับการเจ็บป่วย (sickness funds) ที่เป็นภาคบังคับสำหรับประชากรส่วนใหญ่และอิงกับการจ้างงาน แต่ยกเว้นให้ประชากรบางกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ที่มีรายได้สูงและข้าราชการ เลือกที่จะเข้าระบบหลักหรือจะซื้อประกันเอกชนเอง โดยที่หากเลือกที่จะไม่เข้าระบบหลัก จะไม่สามารถกลับไปเข้าสู่ระบบหลักในภายหลัง ทั้งนี้ เป็นการป้องกันไม่ให้ระบบหลักต้องรับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากการที่มีคนที่ซื้อประกันเอกชนในช่วงที่ไม่ป่วยหรือตอนอายุน้อย ซึ่งเบี้ยประกันต่ำ แล้วเปลี่ยนเข้าสู่ sickness funds เมื่อป่วยหรือสูงอายุ

4.3 ระบบซ้อน

สิงคโปร์สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยมี 3 ระบบ ที่มีลักษณะแตกต่างกัน คือ Medisave เป็นบัญชีการออมที่หักจากเงินเดือนแบบบังคับโดยผ่านระบบการจ้างงาน Medishield เป็นระบบประกันที่เสริมในกรณีที่ระบบแรกไม่เพียงพอ และประชาชนมีสิทธิเลือกในการเข้าร่วม สำหรับกลุ่มคนที่ยากจนและไม่สามารถเข้าสู่ระบบประกัน 2 แบบดังกล่าวได้ รัฐบาลจัดระบบ Medifund ให้โดยเฉพาะ เป็นแบบสวัสดิการสังคม

4.4 ระบบผสมแบบขนานและแบบซ้อน

ญี่ปุ่นจัดประกันสุขภาพเป็น 2 ประเภทหลัก ประเภทแรกคือ ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง (Employment-based) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระบบคือ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาล (Government-managed Health Insurance) และระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชนแบบไม่แสวงกำไร (Society-managed Health Insurance) ประเภทที่ 2 คือ ระบบประกันสุขภาพในชุมชน (Community-based Insurance) หรือเรียกว่า ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance, NHI) (ลักษณะโครงสร้างของระบบนี้ของญี่ปุ่น แตกต่างจากประกันสุขภาพแห่งชาติตามที่กล่าวถึงในหัวข้อ 1 ข้างต้น) แต่ละระบบครอบคลุมประชากรที่แตกต่างกันตามที่อยู่อาศัย การจ้างงาน หรืออายุ สำหรับประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระ เมื่อคนทำงานเกษียณก็จะออกจากระบบประกันสุขภาพแบบ Employment-based insurance และย้ายมาสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นกับกองทุนผู้เกษียณ (retired person insurance) ถ้าอายุเกิน 70 ปี ก็ย้ายไปเข้ากองทุนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (health services for the elderly) ทั้งสองกองทุนจัดอยู่ในระบบ NHI ด้วย

4.5 หลายระบบ

บางประเทศมีระบบประกันสุขภาพที่มีลักษณะแตกต่างกันมากมายหลายแบบ การที่มีหลายระบบ อาจเกิดจากการที่รัฐบาลไม่มีนโยบายในการจำกัดรูปแบบและ/หรือจำนวนระบบประกันสุขภาพ แต่เปิดเสรี

ให้มีระบบประกันแบบต่างๆ ได้ หรือเกิดจากการที่นโยบายของรัฐบาลให้มีระบบประกันหลายระบบซึ่งมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันก็ได้

ตัวอย่างเช่นในประเทศไทยมีระบบประกันจำนวนมากซึ่งครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายต่างๆ มีแหล่งเงิน ข้อกำหนดและรูปแบบการคลังที่ต่างกัน บริหารจัดการโดยหน่วยงานต่างๆ กันด้วยวิธีการที่ต่างกัน เช่น ประกันเอกชน ระบบประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สวัสดิการรักษายาบาลพนักงานรัฐวิสาหกิจ สงเคราะห์ผู้ป่วยรายได้น้อยและบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โครงการบัตรประกันสุขภาพ (ซึ่งต่อมาได้รวมเข้ากับโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) เป็นต้น

ประเทศมาเลเซียไม่มีหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าสำหรับประชากร แต่เป็นแบบที่มีประกันหลายระบบอยู่ร่วมกัน ในขณะที่มีประชากรจำนวนมากไม่ได้เข้าสู่ระบบประกันด้วย ระบบประกันขนาดใหญ่ในประเทศครอบคลุมผู้ใช้แรงงานเป็นหลัก สำหรับผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพหากใช้บริการด้านสุขภาพก็ต้องจ่ายเอง โดยในภาคเอกชนราคาค่าบริการจะสูงกว่าภาครัฐ สำหรับผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ก็ใช้บริการภาครัฐซึ่งสามารถยกเว้นค่าใช้จ่ายได้ นั่นหมายถึงการที่รัฐจัดบริการเป็นระบบที่ช่วยเหลือแก่ผู้ด้อยโอกาส

สหรัฐอเมริกา มีระบบประกันสุขภาพหลายแบบ ระบบใหญ่ๆ เป็นของรัฐมี 2 ระบบคือ Medicare ซึ่งครอบคลุมผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางกลุ่ม ดูแลโดยรัฐบาลกลางคือรัฐบาลสหพันธ์ (Federal government) Medicaid ซึ่งครอบคลุมผู้มีรายได้น้อยและครอบครัวผู้ปกครองคนเดียว บริหารโดยรัฐบาลของมลรัฐ นอกจากนี้ ในภาครัฐยังมีระบบประกันสุขภาพของทหาร ส่วนในภาคเอกชนก็มีประกันสุขภาพจำนวนมาก ส่วนใหญ่เป็นแบบที่อยู่บนฐานของการจ้างงาน

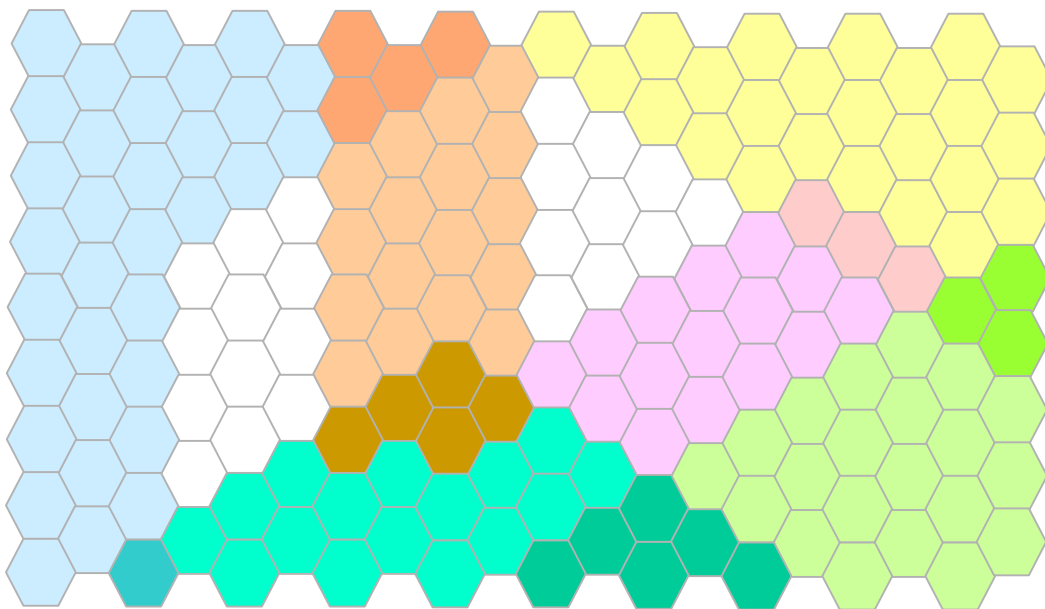
การจะมีระบบประกันสุขภาพระบบเดียวหรือหลายระบบนั้น ปัจจัยในการกำหนดขึ้นกับ แหล่งเงิน โครงสร้างอาชีพของประชาชน และวิธีการจัดเก็บรายได้สำหรับการจัดหลักประกันสุขภาพ และประวัติศาสตร์การพัฒนา ประเทศที่อิงกับแหล่งเงินใดแหล่งเงินเดียว มักจะมีระบบประกันสุขภาพระบบเดียว เช่น ประเทศที่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่มีรายได้ประจำ เช่น อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ที่ใช้เงินจากภาษีอากรเป็นหลัก และเยอรมนีที่ใช้ระบบประกันสังคมแต่ไม่มีปัญหาความยุ่งยากในการจัดเก็บ แต่สำหรับประเทศที่ต้องอิงแหล่งเงินมากกว่าหนึ่งแหล่ง มีประชาชนจำนวนมากอยู่ในภาคที่ไม่มีรายได้ประจำ เช่น ภาคเกษตรกรรม มักจะมีระบบประกันสุขภาพมากกว่าหนึ่งระบบ เช่น ญี่ปุ่น โดยจะมีการแบ่งกลุ่มประชาชนตามลักษณะของการมีรายได้หรืออาชีพ เช่น ภาคอุตสาหกรรมและบริการที่มีรายได้ประจำ กลุ่มประชาชนในภาคเกษตรกรรมหรืออาชีพอิสระ และกลุ่มข้าราชการ เป็นต้น การมีมากกว่าหนึ่งระบบนั้นอาจเนื่องมาจากความเหมาะสมในการจัดเก็บและการคิดอัตราการจัดเก็บรายได้เข้าสู่ระบบประกันเป็นสำคัญ ทั้งนี้ การเข้าสู่ระบบประกันจะถูกกำหนดตามลักษณะกลุ่มอาชีพของประชาชนโดยปริยายไม่สามารถเลือกเข้าระบบเอง การมีหลายระบบในลักษณะนี้จึงมิใช่เรื่องของการให้มีการแข่งขันระหว่างระบบหรือทางเลือกกับประชาชน

5. ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในเรื่องจำนวนระบบประกัน

ระบบประกันสุขภาพมีขึ้นเพื่อลดภาระทางการเงินของบุคคล โดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในระหว่างประชากรต่างๆของสังคม จึงควรเป็นระบบที่มีการกระจายความเสี่ยงของความเจ็บป่วยที่ดี จึงจะสามารถมีความยั่งยืนในการดำเนินการได้ (sustainable) การจัดระบบในบางลักษณะส่งผลให้โอกาสของการกระจายความเสี่ยงด้อยลงไป หรือมีการเกี่ยวภาระระหว่างระบบ เช่น

- การมีประกันสุขภาพหลายระบบในประเทศเดียวกัน อาจทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของสิทธิประโยชน์ และเมื่อมีการค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น ระบบประกันระบบหนึ่ง อาจจ่ายเบี่ยงการจ่ายค่าบริการ เช่นอาจให้ไปเบิกเงินทดแทนจากหลักประกันของรัฐก่อน เช่นที่พบในประเทศไทย ในส่วนของการคุ้มครองตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535

ภาพที่ 2.6 ช่องว่างและความซ้ำซ้อนระหว่างสิทธิประกันสุขภาพ



- การแบ่งประชากรเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ที่อยู่ในข่ายของประกันสุขภาพภาคบังคับ และอีกกลุ่มเป็นผู้ที่มีรายได้สูง ไม่ต้องอยู่ในการประกันภาคบังคับ ปล่อยให้มีความสมัครใจในการซื้อประกันภาคเอกชน เป็นการจำกัดโอกาสในการให้ผู้มีรายได้สูงกระจายความเสี่ยงกับประชาชนส่วนใหญ่
- ประเทศที่มีหลายระบบและแต่ละระบบมีวิธีการจ่ายค่าบริการต่างกัน อาจส่งผลให้ผู้ให้บริการมีพฤติกรรมโยกย้ายต้นทุน (cost shifting) คือคิดค่าบริการแพงกว่าสำหรับกลุ่มผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันแบบที่ไม่ใช่เหมาจ่าย ตัวอย่างเช่น ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของไทยจ่ายค่าบริการตามรายการ ส่วนโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคเหมาจ่ายต่อหัว โรงพยาบาลมีแรงจูงใจทางการเงินที่จะลดต้นทุนในการให้บริการผู้ป่วยภายใต้โครงการ 30 บาท และเพิ่มค่าบริการผู้ป่วยสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

- ในกรณีที่มีการแยกกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงออกมาต่างหากเป็นคนละระบบหรือจ่ายเงินจากกองทุนที่แยกกัน เช่น กองทุนประกันสุขภาพผู้เกษียณและกองทุนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในญี่ปุ่น เป็นการรวมเอาผู้สูงอายุมาอยู่ภายใต้กองทุนเดียวกัน และแยกจากของบุคคลผู้มียุ่่น้อยกว่า กลายเป็นกองทุนที่มีค่าใช้จ่ายสูงที่สุดในบรรดากองทุนทั้งหมด รัฐต้องอุดหนุนด้วยเงินภาษีเป็นจำนวนมาก โดยหลักการกระจายความเสี่ยง เมื่อมีผู้สูงอายุในระบบประกัน ก็ควรมีผู้ที่อยู่ในวัยทำงานด้วย เพราะความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุนี้นมาก ในขณะที่เดียวกันก็มีแหล่งที่มาของรายได้ที่เพียงพอ ควรต้องประกอบด้วยบุคคลจากหลายๆกลุ่มอาชีพ และเศรษฐกิจ

บทที่ 3

สิทธิและหน้าที่ของผู้มีสิทธิและผู้ให้บริการ

เนื่องจากการประกันสุขภาพเป็นการจัดความสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นข้อตกลงหรือสัญญา ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องหลัก 3 ราย คือ ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้ให้ประกัน จึงต้องมีการกำหนดสิทธิและหน้าที่สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละราย เนื้อหาในบทนี้ครอบคลุมในส่วนของผู้ใช้บริการ

1. ผู้มีสิทธิในระบบประกัน

ผู้ที่จะมีสิทธิได้รับประโยชน์จากการครอบคลุมของประกันสุขภาพมักแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ 1) ผู้เอาประกัน (insured) ซึ่งเป็นผู้ที่จ่ายเงินให้กับผู้ให้ประกันเพื่อสำรองสำหรับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยตรง อาจใช้วิธีซื้อประกันสุขภาพเอกชน โดยการจ่ายเงินซึ่งเรียกว่า เบี้ยประกัน (premium) ในอัตราที่กำหนดแก่บริษัทประกัน หรืออาจใช้วิธีจ่ายเงินหรือหักจากเงินเดือนเข้ากองทุนที่กฎหมายกำหนด ซึ่งในบางกรณีนายจ้างและรัฐบาลจ่ายสมทบด้วย 2) ผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ (beneficiary) เนื่องจากมีคุณสมบัติเข้าเกณฑ์ตามกลุ่มเป้าหมายที่กฎหมายหรือระเบียบของรัฐบาลกำหนด และไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกัน เช่นผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ข้าราชการ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าความหมายเฉพาะของศัพท์ 2 คำนี้จะแตกต่างกัน แต่มักพบว่าคำว่าผู้เอาประกันและผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์มีการใช้แทนกันโดยทั่วไป

2. ชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit Package)

ชุดสิทธิประโยชน์หมายถึง ชนิดของบริการสุขภาพที่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพ ซึ่งผู้ให้ประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมดหรือบางส่วน บริการเหล่านี้ส่วนใหญ่รวมถึงการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และ/หรือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ยา วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับการครอบคลุม อาจได้รับการกำหนดในลักษณะที่ผู้ให้ประกันจัดทำเป็นรายการของบริการ ยา เครื่องมือและอุปกรณ์ ที่เบิกได้ (positive list) หรืออาจกำหนดเป็นรายการยกเว้น คือ เบิกไม่ได้ (negative list) อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้ง 2 อย่าง

2.1 ชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน

การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ในบางประเทศเป็นเรื่องของผู้ให้ประกันแต่ละรายที่จะกำหนดเองโดยอิสระ ในขณะที่บางประเทศ รัฐบาลอาจกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานหรือชุดบริการหลัก (basic benefits package or core health services) ที่ครอบคลุมโดยระบบประกัน คือกำหนดว่า ระบบประกัน หรือผู้ให้ประกันแต่ละราย ต้องรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายของบริการใดบ้างตามรายการที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์ ซึ่งถือว่าเป็นบริการพื้นฐานที่จำเป็น

ระบบประกันสุขภาพในประเทศต่างๆมักให้สิทธิประโยชน์ที่ครอบคลุมกว้างขวาง (comprehensive) แก่สมาชิก โดยส่วนใหญ่ให้สิทธิประโยชน์ทั้งบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ยา บริการทันต

กรรม การฉีดวัคซีน เป็นต้น ระบบประกันสุขภาพของหลายประเทศในเอเชีย ให้สิทธิประโยชน์บางอย่างที่มีเอกลักษณ์แตกต่างจากประเทศในทวีปอื่น เช่น ประกันสุขภาพแห่งชาติของจีนได้หวั่น ของญี่ปุ่น และของเกาหลีใต้ครอบคลุมการแพทย์แผนตะวันออกด้วย ซึ่งถือเป็นการเปิดทางเลือกให้กับผู้มีสิทธิเพิ่มขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็เป็นการส่งเสริมการแพทย์ที่พัฒนาจากภูมิปัญญาดั้งเดิมของชาติ หากมีระบบกำกับที่ดีในการเบิกจ่ายค่าบริการเหล่านี้ น่าจะมีผลทางด้านเศรษฐกิจในระยะยาวด้วย นอกจากนี้ บางประเทศยังให้สิทธิประโยชน์ที่ไม่เกี่ยวกับการแพทย์โดยตรง เช่น ในญี่ปุ่นและเกาหลีใต้ ให้เบิกค่าเดินทางไปและกลับจากโรงพยาบาลและค่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้

ในส่วนประเภทบริการที่ยกเว้น หรือที่ระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ให้เบิก มักประกอบด้วย บริการทางการแพทย์ประเภทที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาความเจ็บป่วยหรือความเสียหายจากการเจ็บป่วย เช่น ศัลยกรรมตกแต่ง แว่นตา เป็นต้น

2.2 สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม

การกำหนดให้มีชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานก็เพื่อเป็นการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัด ให้ใช้สำหรับชนิดของบริการที่ถือว่าจำเป็น เป็นการจำกัดรายการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น ในอีกด้านหนึ่ง การที่แสดงรายการว่าบริการใดบ้างที่ผู้ให้ประกันจะต้องรับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน ก็เป็นการระบุว่า อย่างน้อยที่สุด ผู้ที่ได้รับการครอบคลุมจะได้รับหลักประกันอะไรจากระบบประกันบ้าง

เนื่องจากการตัดสินใจเลือกว่าบริการประเภทใดควรเป็นบริการพื้นฐานที่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกัน เป็นการใช้อำนาจของผู้นำประกันหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมักตัดสินบนพื้นฐานของความต้องการของสังคมหรือของระบบประกันโดยรวม อาจมีความแตกต่างจากความต้องการของบุคคลแต่ละคน หากจำกัดให้ทุกคนจำเป็นต้องอยู่ภายใต้กรอบของชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานโดยไม่มีทางเลือกอื่น ก็จะไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่มีความแตกต่างหลากหลายของบุคคลได้ ด้วยเหตุนี้ ระบบประกันสุขภาพจึงควรเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีความประสงค์จะได้รับบริการเพิ่มเติมนอกเหนือไปจากที่ระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน และมีกำลังที่จะจ่ายได้ สามารถจะมีทางเลือกที่จะซื้อบริการเพิ่มเติม โดยอาจเป็นในรูปแบบของการจ่ายเงินค่าบริการส่วนที่เกินจากสิทธิพื้นฐานให้กับผู้ให้บริการเมื่อไปใช้บริการ หรืออาจเป็นไปในรูปแบบของการซื้อประกันสุขภาพสมทบ โดยที่บุคคลที่ต้องการใช้บริการเพิ่มเติมเป็นผู้ซื้อประกันสมทบเอง หรือนายจ้างซื้อสมทบให้เป็นสวัสดิการการจ้างงานก็ได้

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการให้โอกาสการใช้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมก็คือ การเคลื่อนย้ายทรัพยากรภายในระบบ เนื่องจากโอกาสที่จะได้รับเงินจ่ายเพิ่มหากมีผู้ใช้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติมเป็นแรงจูงใจทางการเงินแบบหนึ่งสำหรับผู้ให้บริการ โดยเฉพาะในกรณีที่มีการจ่ายเงินค่าบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายต่อหัว มีโอกาสเป็นไปได้ที่สถานพยาบาลอาจจำกัดค่าใช้จ่ายโดยการจำกัดให้ทรัพยากรเช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เครื่องมือในการตรวจรักษา เป็นต้น ไปใช้ในการให้บริการแก่ผู้ใช้สิทธิพิเศษในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ใช้สิทธิพื้นฐาน หากเป็นเช่นนั้น จะเป็นการบิดเบือนการจัดสรรทรัพยากรของระบบบริการ ฉะนั้นระบบประกันต้องบริหารให้เกิดความสมดุลระหว่างการเปิดให้มีทางเลือก (choice) ที่หลากหลายแก่ผู้ใช้

บริการ กับความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรภายในระบบ (equity) โดยควรต้องกำหนดให้มีหลักเกณฑ์ในการควบคุมและตรวจสอบการให้สิทธิพิเศษเพิ่มเติม เพื่อป้องกันการจัดสรรที่ไม่เป็นธรรม

2.3 สิทธิประโยชน์และประเภทของความเจ็บป่วย

ความเจ็บป่วยแต่ละชนิดก่อให้เกิดภาระต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาไม่เท่ากัน ความเจ็บป่วยบางชนิดมีค่าใช้จ่ายต่ำ เช่น ไข้หวัด โรคกระเพาะ โรคปวดหลัง บางชนิดมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในทั่วไป กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ในขณะที่บางชนิดเป็นกลุ่มโรคที่ต้องใช้การรักษาแพงมาก เช่น มะเร็ง การผ่าตัดหัวใจ และโรคไต

ความเจ็บป่วยที่เป็นบ่อยแต่ค่าใช้จ่ายต่ำ อาจเกิดขึ้นปีละหลายครั้ง การดูแลรักษาทำได้ง่าย อาจสามารถดูแลรักษาเองหรือใช้บริการรักษาพยาบาลในระดับต้น (ปฐมภูมิ หรือ primary care) ได้ มีค่ารักษาไม่แพง โดยทั่วไป บุคคลหรือครอบครัวมีความสามารถที่จะจ่ายค่ารักษานั้นได้ ส่วนการเจ็บป่วยที่มีโอกาสเป็นไม่มากแต่ค่าใช้จ่ายสูงมาก ต้องได้รับการดูแลรักษาโดยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง มักต้องใช้บริการของโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายสูง บุคคลหรือครอบครัวอาจไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ บางรายอาจต้องกู้หนี้ยืมสินมาจ่ายค่ารักษาพยาบาล จนมีชื่อเรียกกลุ่มความเจ็บป่วยเหล่านี้ว่า ความเจ็บป่วยแบบหายนะ (catastrophic illness)

ไข้หวัดและมะเร็งเป็นตัวอย่างของความเจ็บป่วยที่อาจจัดได้ว่าอยู่คนละขั้วของความเจ็บป่วยในแง่ของภาระทางการเงินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ระหว่างสองโรคนี้ ก็มีโรคอื่นๆอีกเป็นจำนวนมากที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงทางการเงินต่อผู้ป่วยในระดับต่างกัน คำถามแรกๆที่ต้องพิจารณาในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ก็คือ จะให้ระบบประกันครอบคลุม (หมายถึงรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่าย) ของความเจ็บป่วยที่เป็นบ่อยแต่ค่าใช้จ่ายต่ำ หรือของความเจ็บป่วยที่มีโอกาสเป็นไม่มากแต่ค่าใช้จ่ายสูง หรือทั้ง 2 ประเภท ในระดับใด

โดยปกติ ผู้ใช้บริการมักต้องการให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมสำหรับทุกโรคและค่าใช้จ่ายทั้งหมด เช่น นิยมการครอบคลุมโรคที่พบบ่อย โรคเฉียบพลัน แต่ไม่ร้ายแรง โดยเฉพาะกลุ่มผู้อายุน้อยที่ยังไม่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ ผู้ใช้บริการมักไม่นิยมประกันที่กำหนดให้ผู้ให้บริการต้องจ่ายส่วนแรกจนถึงระดับหนึ่งก่อน (deductible) เกินกว่านั้นประกันจึงจะจ่าย แต่หากพิจารณาทั้งระบบ โดยเฉพาะระบบประกันที่อุดหนุนด้วยภาษี ทรัพยากรย่อมมีจำกัด การนำเงินไปจ่ายค่ารักษาโรคไม่ร้ายแรงมากขึ้น ก็หมายความว่าเงินไปจ่ายค่ารักษาโรคร้ายแรกลดลง การนำเงินไปใช้ทางด้านประกันสุขภาพมากขึ้น ย่อมเป็นการดึงเงินที่อาจนำไปจ่ายในกิจกรรมที่จำเป็นอื่นๆไป ส่วนในระบบที่ใช้เบี้ยประกัน การครอบคลุมมากอาจหมายถึงต้องเก็บเบี้ยประกันสูงขึ้น การจัดสรรทรัพยากรที่ต้องเลือกในแง่ี้ จึงมีประเด็นพิจารณาว่า ระบบประกันสุขภาพจะให้การครอบคลุมตั้งแต่เงินบาทแรกหรือครอบคลุมโรคเบื้องต้น (first dollar, front-end coverage) หรือไม่ หรือจะให้ครอบคลุมเฉพาะในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายสูงปานกลางและค่าใช้จ่ายหายนะ (catastrophic insurance) เท่านั้น

ระบบประกันสุขภาพของประเทศส่วนใหญ่ มักจัดให้ครอบคลุมโรคทั้งประเภทที่ค่าใช้จ่ายต่ำ ปานกลาง และสูง แต่ปรัชญาการให้บุคคลรับผิดชอบโรคค่าใช้จ่ายต่ำเอง และระบบประกันรับผิดชอบโรคค่าใช้จ่ายสูง ได้รับการนำมาใช้ในภาคปฏิบัติในบางประเทศ ตัวอย่างเช่น สิงคโปร์ ซึ่งเป็นประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่สิทธิประโยชน์ของระบบประกันหลักคือ Medisave ครอบคลุมบริการผู้ป่วยใน และยกเว้นบริการผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่ ซึ่งมักเป็นการดูแลความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ส่วนฝรั่งเศส กำหนดให้ผู้ใช้บริการร่วมจ่ายค่ายา 65% สำหรับรักษาความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ แต่สำหรับโรคอื่นที่ร้ายแรงกว่า ผู้ใช้บริการร่วมจ่ายค่ายาเพียง 35% หรือไม่ต้องจ่ายเลย ขึ้นกับกลุ่มโรค

ในทางตรงข้าม ประกันสุขภาพเอกชนจำนวนมากกำหนดข้อยกเว้นการครอบคลุมโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงมากประเภทหายน่ะ เพื่อลดภาระความเสี่ยงของบริษัทประกันเอง หรืออาจแยกขายเป็นประกันต่างหากออกจากประกันสุขภาพทั่วไป และเก็บเบี้ยประกันในอัตราสูง

2.4 ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์

- เนื่องจากบริการสุขภาพ ยา อุปกรณ์และอื่นๆ ที่ได้รับการจัดอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์สามารถเบิกได้ จึงมักจะได้รับการใช้มากกว่าประเภทที่เบิกไม่ได้ หากกำหนดให้บริการ ยา อุปกรณ์ และอื่นๆ ที่เบิกได้มีจำนวนมาก จะทำให้ระบบประกันมีค่าใช้จ่ายมาก แต่ถ้าหากจำกัดรายการหรือจำนวนเงินที่เบิกได้ให้อยู่ในระดับต่ำ ก็อาจเป็นการสร้างภาระให้กับผู้ป่วยมากเกินไป และอาจส่งผลให้บริการที่จำเป็นบางอย่างไม่ได้รับการใช้ ฉะนั้น การออกแบบชุดสิทธิประโยชน์จึงต้องคำนึงถึงความสมดุลของด้านต่างๆ
- โรคบางโรครักษาให้หายได้ ในขณะที่บางโรครักษาไม่หาย หรือหายเองโดยไม่ต้องรักษา เนื่องจากการครอบคลุมโรคใดในระบบประกันหมายถึงการเปิดโอกาสให้ใช้ทรัพยากรของระบบสำหรับโรคนั้น จึงต้องคำนึงถึงความสามารถของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการจัดการกับความเจ็บป่วยต่างๆ และพิจารณาว่า การรักษาแต่ละวิธีช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้มากน้อยเพียงใดเมื่อเปรียบเทียบกับอาการหรือโรคอื่น หรือเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้วิธีการดูแลรักษาแบบอื่น
- บริการสุขภาพบางประเภทหากไม่ได้มีการใช้อย่างเพียงพอ อาจก่อให้เกิดผลเสียระยะยาว หรือผลเสียในวงกว้าง เช่น การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค การบริการดูแลหญิงมีครรภ์เพื่อช่วยให้มารดาและเด็กที่จะเกิดมามีสุขภาพแข็งแรง จึงควรจัดชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการประเภทเหล่านี้ เนื่องจากมีผลกระทบสำคัญต่อบุคคลและสังคม
- การกำหนดสิทธิประโยชน์ประกันสุขภาพอาจนำมาใช้ส่งเสริมนโยบายบางอย่างของรัฐ เช่น หากมีนโยบายส่งเสริมการวางแผนครอบครัวและโครงสร้างประชากร ก็ให้มีการเบิกค่ายาคุมกำเนิดได้จากระบบประกัน

- หากมีการกำหนดให้การรักษาแบบผู้ป่วยในเบิกได้แต่แบบผู้ป่วยนอกเบิกไม่ได้ ก็อาจทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลมากขึ้น ทั้งที่อาจไม่จำเป็น ซึ่งเป็นการทำให้ค่าใช้จ่ายรวมสูงขึ้น การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์จึงต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ใช้และผู้ให้บริการด้วย

3. สิทธิในการเลือกผู้ให้บริการ

ประเด็นในเรื่องของการกำหนดสิทธิในการเลือกผู้ให้บริการเกี่ยวข้องกับการพิจารณาว่า เมื่อเจ็บป่วย ผู้มีสิทธิหรือผู้เอาประกันจะไปใช้บริการที่ใดจึงจะสามารถเบิกจากประกันสุขภาพได้

สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการของไทยกำหนดให้ผู้มีสิทธิเบิกได้ถ้าใช้สถานพยาบาลของรัฐในกรณีปกติโดยไม่จำกัดว่าเป็นสถานพยาบาลแห่งใดโดยเฉพาะ ส่วนลูกจ้างซึ่งมีสิทธิในระบบประกันสังคมต้องเลือกสถานพยาบาลเฉพาะแห่งในรายชื่อที่ประกันสังคมรับรอง และใช้สถานพยาบาลเฉพาะในเครือข่ายที่เลือกจึงจะเบิกได้ หากใช้ที่อื่นจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน

ในประเทศเยอรมนี อังกฤษ ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ ผู้มีสิทธิเมื่อเจ็บป่วย ต้องพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งเป็นผู้ให้บริการระดับต้นก่อน หากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเห็นว่าควรส่งต่อ จะเป็นผู้ทำการส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทางหรือไปโรงพยาบาลต่อไป ผู้ป่วยไม่มีสิทธิเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานพยาบาลในระดับกลาง (ทุติยภูมิ หรือ secondary care) หรือระดับสูง (ตติยภูมิ หรือ tertiary care) ได้เองโดยไม่มีการส่งต่อ (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน) ทั้งนี้ เพื่อให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นหน้าด่านในการพิจารณาความเหมาะสมของบริการที่ควรได้รับ บทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในเรื่องนี้จึงเป็นเสมือนหนึ่งผู้รักษาประตู (gatekeeper) ที่ทำหน้าที่กั้นกรองไม่ให้มีการใช้บริการในระดับสูงกว่าซึ่งมีราคาแพงโดยไม่จำเป็น

ระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ในเอเชีย ทั้งประเทศที่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้าและที่ไม่มีระบบประกันถ้วนหน้า เช่น ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และมาเลเซีย ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกใช้บริการจากแหล่งใดก็ได้ ไม่มีข้อกำหนดในเรื่องผู้รักษาประตู สำหรับในเกาหลีใต้จะมีข้อกำหนดให้พบแพทย์ทั่วไปหรือแผนกผู้ป่วยนอกก่อน แต่ในทางปฏิบัติก็ไม่มีความเข้มงวดมากนัก ส่วนของจีนได้หันให้สิทธิในการเลือกพบแพทย์ระดับใดก็ได้ เพียงแต่อัตราส่วนร่วมจ่ายในการพบแพทย์ระดับเฉพาะทางก่อนโดยข้ามระบบส่งต่อจะสูงกว่าการไปตามขั้นตอนการส่งต่อ

3.1 เหตุผลในการกำหนดการเลือกผู้ให้บริการ

การจำกัดสิทธิการเลือกผู้ให้บริการมีขึ้นด้วยเหตุผลหลัก 2 อย่างคือ

- 1) เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย: ต้นทุนในการให้บริการระดับสูงแพงกว่าการให้บริการระดับต้น การให้ผู้ป่วยไปพบแพทย์โดยไม่จำกัด หรือการไปใช้บริการโรงพยาบาลก่อน ทำให้มีค่าใช้จ่ายมาก
- 2) เพื่อความสะดวกในการบริหารการเงินการคลังของระบบประกัน: ประกันสุขภาพที่ใช้วิธีการจ่ายเงินผู้ให้บริการแบบเหมาจ่ายต่อหัว จำเป็นต้องคำนวณเงินค่าใช้จ่ายในปีหนึ่งๆ ให้ผู้ให้บริการแต่ละรายโดยรู้

ว่าผู้มีสิทธิคนใดไปใช้บริการจากสถานพยาบาลใด จึงต้องจัดระบบที่มีการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิกับสถานพยาบาล

3.2 รูปแบบการกำหนดการเลือกผู้ให้บริการ

การจำกัดสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลมีทางเลือกที่จะทำได้หลายรูปแบบ และมีความเข้มงวดในระดับที่แตกต่างกัน ตัวอย่างที่พบในระบบของประเทศต่างๆมีเช่น

1) ไม่บังคับ: โดยให้ผู้ใช้บริการสามารถเลือกผู้ให้บริการได้ในแต่ละครั้ง ไม่ได้จำกัดว่าต้องเป็นผู้ให้บริการเฉพาะรายใดรายหนึ่งที่ขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น และสามารถใช้บริการระดับใดก่อนก็ได้หากผู้ให้บริการเลือกที่จะใช้ พบในประกันสุขภาพแห่งชาติของญี่ปุ่น จีนไต้หวัน และฝรั่งเศส ในระบบของจีนไต้หวัน ให้แรงจูงใจในการใช้บริการระดับต้นก่อนโดยการกำหนดส่วนร่วมจ่ายที่ต่ำ แต่ถ้าใช้บริการระดับสูงก่อนต้องร่วมจ่ายมากดังที่ได้กล่าวแล้ว

2) บังคับระดับต้น-ไม่เฉพาะราย: การกำหนดให้ใช้บริการระดับต้นก่อนแบบบังคับ โดยให้ผู้ใช้บริการสามารถเลือกผู้ให้บริการได้ในแต่ละครั้ง ไม่ได้จำกัดว่าต้องเป็นผู้ให้บริการเฉพาะรายใดรายหนึ่งที่ขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น แต่ไม่สามารถไปใช้บริการระดับอื่นได้หากไม่ได้รับการส่งต่อ ตัวอย่างเช่น ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของออสเตรเลีย

3) บังคับ-เฉพาะรายในระดับต้น: การกำหนดให้ใช้บริการระดับต้นก่อน โดยให้ผู้ให้บริการต้องเลือกผู้ให้บริการเฉพาะรายใดรายหนึ่งที่ขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น มิฉะนั้นจะเบิกจากประกันไม่ได้ ส่วนการส่งต่อไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือโรงพยาบาลนั้น เป็นการหารือระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ระดับต้น โดยไม่จำกัดว่าต้องส่งต่อไปยังแพทย์คนใด สังกัดใด หรือโรงพยาบาลใดโดยเฉพาะ ตัวอย่างเช่น ระบบกองทุนสำหรับการเจ็บป่วยในเยอรมนี

4) บังคับ-เฉพาะรายทุกระดับ: เป็นการกำหนดให้ใช้บริการเฉพาะในเครือข่ายสถานพยาบาลที่ผู้มีสิทธิได้ขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น หากใช้นอกเครือข่าย ผู้ป่วยต้องจ่ายเอง (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน) ตัวอย่างเช่น ระบบประกันสังคมและโครงการ 30 บาทของไทย

การกำหนดแบบที่ง่ายที่สุดในการบริหารการจ่ายเงินค่าบริการ สะดวกแก่ผู้ให้ประกันมาก คือการกำหนดให้ผู้ใช้บริการเลือกสถานพยาบาลแห่งเดียวหรือเครือข่ายเดียว สำหรับบริการทุกประเภทและทุกระดับ แต่นั่นหมายความว่า ผู้ใช้บริการมีความสะดวกน้อยลง การกำหนดในลักษณะนี้ จึงเป็นการจำกัดสิทธิในการเลือกสถานพยาบาลของผู้มีสิทธิเนื่องจากสาเหตุในการบริหารการเงินของผู้ให้ประกัน อย่างไรก็ตาม ควรต้องจัดให้เกิดความสมดุลระหว่างสิทธิในการเลือกและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ กับความสะดวกในการบริหารเงินและความสามารถในการควบคุมค่าใช้จ่ายของผู้ให้ประกัน

เนื่องจากการให้บริการสุขภาพมีหลายประเภทและหลายระดับ การให้สิทธิ หรือกล่าวในอีกแง่มุมหนึ่ง การจำกัดสิทธิในการเลือกของผู้มีสิทธิ จึงสามารถมีส่วนผสมผสานที่หลากหลายได้ ระบบการให้ผู้มีสิทธิเลือกเครือข่ายสถานพยาบาลเครือข่ายใดเครือข่ายหนึ่ง โดยสถานพยาบาลหลักเป็นผู้กำหนดว่าผู้ป่วยมีสิทธิไป

ให้บริการแต่ละประเภท แต่ละระดับจากที่ใดบ้าง เป็นแบบที่มีระดับของการจำกัดสิทธิที่เข้มงวดมากที่สุด ส่วนการแยกเลือกหรือจำกัดสิทธิในการเลือกบริการในแต่ละระดับหรือแต่ละประเภทแยกจากกัน เป็นการจำกัดในระดับที่น้อยกว่า วิธีการกำหนดสิทธิการเลือกแบบผสมผสานมีเช่น ใช้แบบที่มีผู้รักษาประตู กำหนดให้ผู้ให้บริการเลือกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเฉพาะราย โดยการขึ้นทะเบียนกับแพทย์ประเภทนี้รายใดรายหนึ่ง สำหรับบริการทางการแพทย์ระดับต้นหรือที่เรียกว่าระดับปฐมภูมิ และให้มีสิทธิที่จะเลือกใช้บริการระดับต้นประเภทอื่น เช่น เภสัชกรรมและทันตกรรมได้ต่างหาก โดยที่ร้านยาและคลินิกทันตแพทย์นั้นๆไม่จำเป็นต้องอยู่ในสังกัดเดียวกันกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ขึ้นทะเบียน ในทำนองเดียวกัน เมื่อมีการส่งต่อ จะใช้วิธีการปรึกษากับแพทย์ที่เป็นผู้รักษาประตุนั้น ว่าแพทย์คนใดเหมาะสมที่สุด โดยไม่ถูกจำกัดว่าแพทย์ผู้นั้นสังกัดเครือข่ายหรือไม่ เป็นต้น

3.3 ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการกำหนดสิทธิการเลือกผู้ให้บริการ

- ผู้ป่วยต้องมีสิทธิเลือกในระดับหนึ่ง หากมีการจำกัดในระบบผู้รักษาประตู ผู้มีสิทธิในระบบประกันควรมีสิทธิที่จะเลือกผู้ให้บริการแบบต่างๆ หรือเครือข่ายผู้ให้บริการ อย่างน้อยภายในช่วงเวลาที่เหมาะสม เช่น ปีละหนึ่งครั้งดังเช่นประกันสังคมของไทย หรือไตรมาสละหนึ่งครั้งดังเช่นกองทุนสำหรับการเจ็บป่วยของเยอรมนี และต้องมีสิทธิที่จะเปลี่ยนได้หากพบปัญหาของการให้บริการ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้ให้บริการพัฒนาบริการของตนเพื่อจูงใจให้ผู้มีสิทธิเลือกใช้
- สิทธิในการเลือกกับวัฒนธรรมการให้บริการ: หากมีการกำหนดข้อจำกัดเข้มงวดมาก ผู้ป่วยซึ่งไม่มีความพึงพอใจในผู้ให้บริการรายนั้นๆ และมีเงินที่จะจ่าย อาจไปใช้บริการนอกระบบ โดยจ่ายออกจากกระเป๋าเอง ส่วนผู้ที่ไม่พอใจแต่ไม่มีเงินจ่าย ก็มีทางเลือกน้อย ปรัชญาการณีนี้น่าจะหนึ่งอาจมองได้ว่าเป็นสิทธิของผู้ใช้บริการ แต่ในอีกแง่หนึ่ง ก็สะท้อนว่าระบบไม่อาจตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้บริการได้ และยังก่อให้เกิดการอุดหนุนข้ามกลุ่ม (cross subsidization) แบบแอบแฝงอีกด้วย

4. ความรับผิดชอบของผู้เอาประกันหรือผู้มีสิทธิ

โดยทั่วไป สมาชิกของระบบประกันสุขภาพ ซึ่งเราเรียกว่าผู้เอาประกันหรือผู้มีสิทธิหรือผู้รับสิทธิประโยชน์นั้น มีหน้าที่ทางการเงินต่อระบบใน 2 ส่วนคือ 1) การจ่ายเงินสำรองเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพและอื่นๆเข้าสู่ระบบก่อนที่จะมีการใช้บริการ ซึ่งอาจอยู่ในรูปของเบี้ยประกันหรือภาษี 2) การจ่ายส่วนร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการ

ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะเรื่องเกี่ยวกับส่วนร่วมจ่าย รายละเอียดในส่วนของวิธีจัดการเงินสำรองจะพิจารณาในบทที่ ๖ ด้วยการเงินการคลังประกันสุขภาพ

5. ส่วนร่วมจ่าย (Cost sharing)

ส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันหมายถึง เงินที่ผู้ใช้บริการจ่ายให้แก่ผู้ให้บริการ ณ จุดที่ใช้บริการ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายในการให้บริการ ส่วนร่วมจ่ายมักเป็นสัดส่วนจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับค่าบริการทั้งหมด

5.1 เหตุผลในการกำหนดส่วนร่วมจ่าย

การกำหนดส่วนร่วมจ่ายมีขึ้นด้วยวัตถุประสงค์ 2 อย่าง คือ 1) ป้องกันไม่ให้ผู้มีสิทธิใช้บริการมากเกินไปจนจำเป็น 2) สมทบเป็นค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งสำหรับบริการสุขภาพ เพื่อจะได้ไม่ต้องเก็บเบี้ยประกันหรือจัดสรรภาษีเพื่อการประกันสุขภาพสูงเกินไป

สำหรับระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ วัตถุประสงค์แรกมักจะเป็นวัตถุประสงค์หลักของการเก็บส่วนร่วมจ่าย ทั้งนี้เพราะพบว่า คนที่ได้รับการคุ้มครองด้านการประกันสุขภาพและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเมื่อไปใช้บริการ มักมีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการมากกว่าตอนที่ตัวเองต้องจ่ายเงินเอง โดยอาจเป็นการใช้บริการที่เกินจำเป็น ส่งผลให้รายจ่ายเพื่อบริการด้านสุขภาพสูงเกินควร

พฤติกรรมการใช้บริการมากขึ้นเมื่อมีประกัน หรือที่เรียกว่า Moral hazard เป็นที่ถกเถียงกันมานานว่าเกิดขึ้นจริงหรือไม่ ด้วยเหตุที่สินค้าและบริการสุขภาพจัดเป็นสินค้าที่อุปสงค์ (demand) ได้รับผลกระทบจากราคาไม่มากนักเมื่อเทียบกับสินค้าอื่น (inelastic) เนื่องจากถือว่าเป็นสินค้าและบริการที่มีความจำเป็นและผู้ใช้บริการไม่สามารถตัดสินใจเลือกได้เองมากนัก การต้องตรวจรักษาและดูแลอาการต่างๆด้วยวิธีใด ขึ้นอยู่กับคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก แต่การวิจัยหลายชิ้นในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีประกันสุขภาพ มีอัตราการใช้บริการมากกว่า โดยเฉพาะการวิจัยที่ออกแบบในแบบการทดลองซึ่งทำโดย Rand Corporation ในสหรัฐอเมริกา ยืนยันว่าพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นจริง การมีส่วนร่วมจ่ายจึงเป็นมาตรการที่จะช่วยไม่ให้อัตราการใช้บริการเมื่อมีประกันสุขภาพสูงมากนัก

นอกจากเหตุผลเพื่อลดอัตราการใช้บริการแล้ว ระบบประกันบางระบบยังใช้การเก็บส่วนร่วมจ่ายเพื่อเป็นการลดค่าเบี้ยประกันและภาษีอีกส่วนหนึ่งด้วย เช่น ระบบประกันแห่งชาติของเกาหลีใต้ กำหนดให้มีการจ่ายส่วนร่วมจ่ายในอัตราที่สูงมาก คิดเป็นสัดส่วนโดยเฉลี่ยสูงถึงประมาณร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายบริการที่เกิดขึ้น

5.2 วิธีการเก็บส่วนร่วมจ่าย

การเก็บเงินส่วนร่วมจ่ายทำได้หลายวิธีดังต่อไปนี้ แต่ละวิธีก็มีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันไป

- 1) อัตราคงที่ (flat rate): เป็นการจ่ายเงินจำนวนคงที่จำนวนหนึ่งต่อหน่วยของบริการแบบหนึ่ง เช่น ต่อการพบแพทย์ 1 ครั้ง ต่อใบสั่งยา 1 ใบ ต่อการนอนโรงพยาบาล 1 วัน ตัวอย่างเช่น เก็บ 30 บาท ต่อครั้งของการพบแพทย์
- 2) อัตราร้อยละ (coinsurance or % copayment): จ่ายเป็นร้อยละของค่าบริการ เช่น ร้อยละ 20 ของค่าแพทย์ต่อครั้ง ร้อยละ 35 ของค่ายาต่อใบสั่ง หรือต่อรายการ

- 3) การจ่ายส่วนแรก (deductible): เป็นแบบที่กำหนดให้ผู้ใช้บริการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนแรกเป็นเงินจำนวนหนึ่ง ส่วนที่เกินจากนั้นประกันจึงจะจ่ายให้ แบบนี้มักพบในประกันเอกชน เช่น ระบุว่าผู้ให้บริการต้องจ่ายค่ารักษาส่วนแรก 200 บาทต่อครั้ง ถ้าค่ารักษาจริงคิดเป็นเงิน 180 บาท ผู้ให้บริการต้องจ่ายเองทั้งหมด ถ้าค่ารักษาเป็นเงิน 800 บาท ผู้ให้บริการต้องจ่าย 200 บาท และผู้ให้ประกันจ่าย 600 บาท
- 4) การจ่ายส่วนเกินจากอัตรากำหนด (excess or difference): เป็นวิธีการที่ให้ผู้ให้บริการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของค่าบริการ ค่าห้อง ค่ายา หรือค่าเครื่องมือ ในส่วนที่สูงเกินมูลค่าที่ระบบประกันครอบคลุมให้ เช่น ค่าห้องพิเศษส่วนที่เกินจากค่าห้องปกติ
- 5) การจ่ายสินค้าบริการที่ไม่ครอบคลุม (exclusion): ระบบประกันมักมีการกำหนดว่าบริการประเภทใดประกันจะรับผิดชอบค่าใช้จ่าย หรือประเภทใดประกันจะไม่รับผิดชอบ ผู้ให้บริการจึงต้องทำหน้าที่จ่ายส่วนที่ระบบประกันไม่รับผิดชอบ หรือที่เรียกว่าไม่ครอบคลุมเอง บริการและสินค้าที่มักถูกยกเว้นจากรายการครอบคลุมมีเช่น ค่าแว่นตา ค่าบริการจัดฟันบางประเภท ส่วนนี้อาจเรียกว่าค่าบริการต่างหากหรือ user charge

การกำหนดส่วนร่วมจ่ายในรูปแบบต่างๆ อาจใช้ผสมผสานกันไปสำหรับบริการประเภทต่างๆ ไม่จำกัดว่าจะต้องใช้แบบใดแบบหนึ่งเท่านั้น

ตารางที่ 3.1 วิธีการเก็บส่วนร่วมจ่ายสำหรับบริการประเภทต่างๆ

วิธีเก็บส่วนร่วมจ่าย	ประเภทของบริการ			
	ผู้ป่วยนอก/คลินิก	ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล	ยา	วัสดุ อุปกรณ์
อัตราคงที่	ต่อครั้ง	ต่อวัน หรือต่อครั้ง	ต่อรายการ หรือต่อใบสั่งยา	ต่อรายการ หรือต่อใบสั่ง
อัตราร้อยละ	ของค่าบริการ	ของค่าบริการ	ของราคา	ของราคา
ส่วนเกินอัตรากำหนด	ของค่าบริการ	ของค่าบริการ	ของราคา	ของราคา
รายการที่ไม่ครอบคลุม	ทั้งหมดของค่ารักษา	ค่าห้องพิเศษ	ทั้งหมดของยานอก รายการเบิกจ่าย	ทั้งหมดของวัสดุ อุปกรณ์ นอก รายการเบิกจ่าย

ที่มา: ปรับจาก C. Normand & A. Weber. Social Health Insurance: A Guidebook for Planning. Geneva: WHO/ILO. 1994.

5.3 ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการกำหนดส่วนร่วมจ่าย

- ภาระต่อผู้ให้บริการ

เนื่องจากความสามารถในการจ่ายของประชากรแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน การไม่เก็บส่วนร่วมจ่ายเลย หรือการเก็บส่วนร่วมจ่ายเท่าๆกันสำหรับบุคคลทุกกลุ่ม ในแง่มุมหนึ่งอาจถือว่าไม่เท่าเทียม ด้วยเหตุที่ส่วนร่วมจ่ายในอัตราที่เท่ากัน ย่อมเป็นภาระต่อผู้มีรายได้น้อยกว่าผู้มีรายได้ต่ำ ฉะนั้น การตัดสินใจในมูลค่าหรืออัตราร่วมจ่าย ก็เช่นเดียวกับการตัดสินใจด้านอื่นๆของนโยบาย คือต้องมีการชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีกับข้อเสีย (tradeoff) ซึ่งในที่นี้ คือการชั่งน้ำหนักระหว่างการลดอัตราการใช้บริการกับภาระต่อผู้ใช้บริการ

วิธีการที่มีการนำมาใช้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้มีรายได้น้อยหรือบุคคลเฉพาะกลุ่มต้องรับภาระเกินควรจากการต้องจ่ายส่วนร่วมจ่ายมีเช่น

- 1) กำหนดให้จ่ายส่วนร่วมจ่ายไม่เท่ากันสำหรับผู้มีสิทธิแต่ละกลุ่ม ยกเว้นผู้มีรายได้น้อยไม่ต้องจ่ายส่วนร่วมจ่าย ตัวอย่างเช่น ระบบสิทธิประโยชน์ทางด้านยา (Pharmaceutical Benefits Scheme) ในระบบประกันแห่งชาติของออสเตรเลีย ผู้ป่วยทั่วไปต้องจ่ายค่ายาเองไม่เกิน 22 เหรียญต่อรายการ ในขณะที่ผู้ป่วยที่ได้รับการสงเคราะห์ (concessional) ต้องจ่ายค่ายาเองเพียงไม่เกิน 3.60 เหรียญต่อรายการ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษซึ่งเก็บส่วนร่วมจ่ายต่อใบสั่งยาในอัตรา 6.4 ปอนด์ต่อใบสั่ง มีการยกเว้นผู้สูงอายุ เด็ก หญิงมีครรภ์ ผู้มีสิทธิในสังคมสงเคราะห์ และผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ไม่ต้องจ่ายส่วนร่วมจ่ายนี้
 - 2) กำหนดเพดาน (ceiling) ของส่วนร่วมจ่ายต่อปี โดยกำหนดว่า เมื่อผู้ป่วยได้จ่ายส่วนร่วมจ่ายเป็นจำนวนตามที่กำหนดในปีนั้นๆแล้ว สามารถได้รับการยกเว้นการจ่ายเมื่อไปใช้บริการหลังจากนั้นจนถึงสิ้นปี เช่น ในระบบของออสเตรเลีย นอกจากจะมีการกำหนดส่วนร่วมจ่ายไม่เท่ากันในแต่ละกลุ่มผู้ป่วยแล้ว ยังมีการกำหนดเพดานการจ่ายออกจากกระเป๋าต่อปี เป็นการคุ้มครองทางการเงินของผู้ป่วย (safety net) โดยที่ผู้ป่วยทั่วไปต้องรับผิดชอบค่ายาเองไม่เกินปีละ 686.40 เหรียญ ผู้ป่วยที่ได้รับการสงเคราะห์ต้องรับผิดชอบค่ายาเองไม่เกินปีละ 182 เหรียญ ค่ายาส่วนที่เกินจากนี้ ระบบประกันแห่งชาติเป็นผู้จ่ายให้ ระบบนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ป่วยต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องพบแพทย์หลายครั้งในหนึ่งปี และเป็นโรคที่มักเกิดกับผู้ป่วยที่สูงอายุซึ่งอาจไม่มีรายได้แล้ว การให้แบกภาระส่วนร่วมจ่ายสูงเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ไปรับการรักษาเมื่อจำเป็น
- นโยบายเกี่ยวกับส่วนร่วมจ่ายอาจใช้เป็นมาตรการในการส่งเสริมการให้บริการบางชนิดหรือลดอัตราการใช้บริการบางชนิดก็ได้ เช่น อาจกำหนดว่าไม่ต้องร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการป้องกันโรคหรือตรวจสุขภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ใช้บริการเหล่านั้น หรืออาจเก็บส่วนร่วมจ่ายสูงกว่าปกติกรณีที่ผู้ป่วยไปใช้บริการของผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อ หรือร่วมจ่ายค่ายาบางประเภทสูงกว่ายาอื่น เป็นต้น เพื่อลดการใช้บริการที่แพงหรือไม่จำเป็น ดังตัวอย่างระบบประกันสุขภาพของจีนไต้หวัน ฝรั่งเศส และเดนมาร์ก

- ในขณะที่การกำหนดส่วนร่วมจ่ายสูงเกินไปจะมีผลลบต่อกลุ่มผู้มีรายได้น้อย การกำหนดส่วนร่วมจ่ายต่ำมากก็อาจไม่เกิดประโยชน์ เพราะส่วนร่วมจ่ายที่ต่ำอาจไม่ส่งผลในการลดการใช้บริการ นอกจากนี้ ประเด็นที่ควรต้องคำนึงถึงอีกเรื่องหนึ่งซึ่งมักไม่มีผู้กล่าวถึงก็คือ การเก็บส่วนร่วมจ่ายมีต้นทุนในการบริหารจัดการ ฉะนั้น หากเก็บในอัตราต่ำมาก เช่น 10 บาท อาจไม่คุ้มกับต้นทุนรวมของสังคมที่ต้องเสียไปในการเก็บเงินจำนวนนี้ เช่น ค่าแรง ค่าเอกสารและเครื่องใช้สำนักงานที่ใช้ในการเก็บเงินแต่ละครั้ง รวมถึงค่าเสียเวลาของผู้ให้บริการในการเข้าคิวจ่ายเงินด้วย ในกรณีเช่นนี้ การยกเว้นส่วนร่วมจ่ายน่าจะดีกว่า

บทที่ 4

การเงินการคลังระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance Financing)

การเงินการคลังระบบประกันสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับกระแสของเงิน (flow of funds) ในระบบ จากแหล่งเงินผ่านองค์กรประกันถึงผู้ให้บริการ ประกอบด้วยภารกิจหลักคือ การจัดหาหรือรวบรวมเงิน จัดสรรเงิน และจัดซื้อบริการสุขภาพต่างๆภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

1. การรวบรวมเงิน

ตามที่ได้กล่าวถึงในบทก่อนว่า การประกันเป็นวิธีการที่ผู้ให้บริการจ่ายเงินเข้าสู่ระบบประกันก่อนที่จะไปใช้บริการสุขภาพ แทนการจ่ายเงินโดยตรงแก่ผู้ให้บริการในเวลาที่ใช้บริการ การเก็บรวบรวมเงินเพื่อนำมาสำรองเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับซื้อบริการสุขภาพจึงจัดเป็นภารกิจหลักอย่างแรกของการคลังระบบประกัน ประเด็นหลักที่ต้องพิจารณาในเรื่องการรวบรวมเงินคือ แหล่งที่มาของเงินว่าจะนำเงินมาจากแหล่งไหน จะมีวิธีการเก็บรวบรวมอย่างไร

1.1 แหล่งที่มาของเงิน (Sources of Fund)

ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีแหล่งเงินหลักที่นำมาใช้ในการประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน บางระบบใช้เงินภาษีทั่วไปเป็นค่าใช้จ่าย บางระบบใช้การเก็บเบี้ยประกัน บางระบบใช้การสมทบโดยลูกจ้าง นายจ้างและรัฐ แต่ละวิธีก็มีข้อดีและข้อด้อยต่างกัน การรวบรวมเงินอาจใช้แหล่งใดแหล่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว หรือใช้หลายแหล่งผสมผสานกันในส่วนที่ต่างกันก็ได้

1.1.1 ภาษี

การใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินสำหรับประกันสุขภาพมีรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งในแง่ประเภทของภาษีที่ใช้ และวิธีการจัดสรร ภาษีที่ใช้อาจมาจากภาษีประเภทต่างๆ เช่น ภาษีเงินได้ ภาษีจากการขายสินค้าและบริการ ภาษีท้องถิ่น ภาษีมลรัฐ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังอาจมีการนำส่วนหนึ่งของภาษีหรืออากรของสินค้าบางชนิดเช่น บุหรี่ สุรา มาสมทบเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพด้วย

1) ภาษีทั่วไป (General Tax)

ระบบประกันสุขภาพหลักของอังกฤษ ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ ซึ่งเป็นระบบแบบอิงประชากร (population-based) และจัดการโดยรัฐ มีแหล่งงบประมาณหลักมาจากภาษีทั่วไป การใช้ภาษีทั่วไปเป็นแหล่งเงินสำหรับประกันสุขภาพมีข้อดีคือ เป็นระบบที่ง่าย ค่าบริหารจัดการต่ำ เนื่องจากไม่ต้องตั้งหน่วยงานหรือสร้างระบบจัดเก็บแยกต่างหาก ขณะเดียวกัน หากโครงสร้างรายได้จากภาษีส่วนใหญ่มาจากภาษีรายได้ส่วนบุคคล ซึ่งใช้แบบอัตราก้าวหน้า กล่าวคือคนรวยจ่ายมากกว่าคนจน ทำให้สามารถนำเงินภาษีที่เก็บจากคนรวยไปสนับสนุนกลุ่มคนที่มีรายได้น้อยกว่าได้ แต่ทว่า การใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินหลักของการ

ประกันสุขภาพ ก็มักพบปัญหาในเรื่องของการที่ต้องไปแย่งกับค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆของรัฐบาล เช่นการศึกษา การเกษตร การทหาร เป็นต้น คำถามที่ว่า จะจัดสรรภาษีเท่าใดให้เป็นเงินกองทุนประกันสุขภาพ จะจัดสรรเท่าใดให้กับกิจกรรมอื่นๆของรัฐ เป็นคำถามที่จะมีขึ้นทุกรอบงบประมาณ การจัดสรรเงินจึงขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาลแต่ละชุดและปัจจัยทางการเมืองอื่นๆ ทำให้หลักประกันว่าจะมีเงินเพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพจะด้อยกว่าระบบที่มีการเก็บเงินสำหรับการประกันสุขภาพโดยเฉพาะ นอกจากนี้ การใช้ภาษีทั่วไปเพียงแหล่งเดียวยังเป็นการเสียโอกาสการระดมเงินประกันสุขภาพโดยเฉพาะจากกลุ่มผู้ที่มีความพร้อมมาสนับสนุนระบบ

2) ภาษีท้องถิ่น (Local Tax)

การจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพในเยอรมนี ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ มีแบบที่จัดตั้งตามพื้นที่ด้วย เช่นระบบกองทุนชุมชนในญี่ปุ่นที่อิงชุมชนเป็นฐานในการจัดประกันสุขภาพ (community-based) มีวิธีการรวบรวมงบประมาณเข้ากองทุน 2 วิธี คือการเก็บเบี้ยประกันหรือการเก็บภาษีท้องถิ่น ซึ่งดำเนินการโดยองค์กรหรือรัฐบาลท้องถิ่นเอง การบริหารจัดการเก็บ 2 วิธีนี้ในระดับท้องถิ่นไม่มีความแตกต่างกันเท่าใดนัก การจัดการทางด้านการคลังในลักษณะนี้ เหมาะสำหรับประเทศที่มีรัฐบาลท้องถิ่นที่เข้มแข็ง หรือมีภาคการเกษตรเป็นภาคใหญ่ และมีสำมะโนประชากรที่สมบูรณ์พอที่จะจัดเก็บได้

นอกจากการระดมเงินเข้าสู่ระบบประกันแล้ว ยังมีระบบการคลังสุขภาพโดยท้องถิ่น (community financing) อีกแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการระดมทรัพยากรประเภทต่างๆจากชุมชน ทั้งที่เป็นตัวเงินและสิ่งอื่นเพื่อนำมาใช้สำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพ กล่าวคือ สมาชิกของชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายสุขภาพของสมาชิกชุมชนด้วยกันเอง โดยอาจให้เป็นเงิน สิ่งของ หรือแรงงาน รวมเป็นกองทุนชุมชนที่เป็นเจ้าของร่วมกัน ชุมชนอาจใช้เงินกองทุนซื้อบริการสุขภาพจากผู้ให้บริการ (โดยที่กองทุนมิได้เป็นเจ้าของ) หรืออาจจัดบริการสุขภาพเองโดยกองทุนเป็นเจ้าของก็ได้ เช่น สร้างคลินิกชุมชนเอง แล้วจ้างแพทย์มาประจำ โดยแพทย์ได้รับเงินเดือนของกองทุน เป็นต้น

3) ภาษีการบริโภคและการประกอบกิจการบางประเภท (Consumer Tax)

พฤติกรรมการบริโภคและกิจกรรมบางอย่าง รวมถึงธุรกิจบางประเภทอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ เป็นเหตุให้ผู้ที่มีพฤติกรรมหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากกิจกรรมประเภทเหล่านั้นมีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าปกติ และทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงขึ้น จึงอาจมีการเก็บภาษีเฉพาะสำหรับกิจการที่เกี่ยวข้องเป็นแหล่งรายได้แหล่งหนึ่งของการประกันสุขภาพ ดังเช่น

- หลายประเทศนำเงินภาษีสุราหรือและสุรามาเป็นแหล่งงบประมาณสำหรับสุขภาพด้วย เช่น จีน ไต้หวัน แคนาดา เป็นต้น ภาษีประเภทนี้มักถูกเรียกว่า “ภาษีบาป” (sin tax) เนื่องจากผลิตภัณฑ์เหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายอย่างซึ่งจะกลายเป็นภาระของระบบสุขภาพในระยะยาว การนำภาษีประเภทนี้มาเป็นค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ จึงเป็นมาตรการที่มีความ

สมเหตุสมผล เป็นทางเลือกที่น่าสนใจในการเป็นแหล่งเงินเสริมสำหรับการคลังของระบบสุขภาพ

- ความเจ็บป่วยบางประเภทมีส่วนเกี่ยวข้องกับลักษณะของงานในอาชีพต่างๆ หรืออาจเป็นผลจากกิจการทางธุรกิจบางประเภท ระบบประกันอาจกำหนดให้นายจ้างต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับกลุ่มความเจ็บป่วยที่อาจเกิดจากการปฏิบัติหน้าที่ในงาน โดยการจ่ายเงินจำนวนหนึ่งเข้ากองทุนสุขภาพ เพื่อเป็นการชดเชยที่กิจการนั้นๆ เป็นเหตุให้กองทุนต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในบางกรณี อาจมีการประเมินธุรกิจแต่ละรายว่ามีมาตรการลดเหตุอันอาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุหรือไม่ เพียงใด เพื่อกำหนดจำนวนหรืออัตราเงินชดเชยที่เรียกเก็บจากธุรกิจนั้น การให้จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวนี้ จึงมีผล 2 ทาง คือ เป็นเงินส่วนเพิ่มเพื่อนำมาใช้ในค่าใช้จ่ายสุขภาพ และเป็นมาตรการที่ส่งเสริมให้ผู้ประกอบการเพิ่มมาตรการด้านความปลอดภัยในการทำงาน วิธีการเก็บเงินอาจทำในรูปภาษีเฉพาะประเภท หรือรูปแบบอื่น ตัวอย่างเช่น ในฝรั่งเศส มีการกำหนดให้นำเงินค่าเบี้ยประกันรถส่วนหนึ่งไปเข้ากองทุนประกันสุขภาพ

1.1.2. เบี้ยประกัน (Premium)

เบี้ยประกันหมายถึงเงินที่ผู้เอาประกันจ่ายให้แก่ผู้ให้ประกันล่วงหน้าก่อน เพื่อให้ได้รับสิทธิครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพ ระบบนี้แตกต่างจากระบบภาษีคือ การมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพผูกพันโดยตรงกับการจ่ายเบี้ยประกัน หมายความว่า เมื่อจ่ายเบี้ยประกันก็มีสิทธิ หากไม่จ่ายก็ไม่มีสิทธิ (ทั้งนี้ อาจมีข้อยกเว้นในกรณีที่มีข้อกำหนดพิเศษ เช่น การมีสิทธิในประกันสุขภาพเป็นระยะไม่น้อยกว่า 6 เดือนหลังการเลิกจ้างงาน หากยังไม่มียานใหม่ หรือการที่สิทธิครอบคลุมบุคคลในครอบครัว โดยที่เก็บเบี้ยประกันจากผู้ทำงาน ไม่เก็บจากบุคคลในครอบครัวโดยตรง เป็นต้น) ส่วนในระบบภาษีนั้น การจ่ายภาษีกับการมีสิทธิในหลักประกันสุขภาพไม่ได้สัมพันธ์กันโดยตรง ผู้ที่จ่ายภาษีกับผู้ที่ไม่ต้องจ่ายภาษีมีสิทธิเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม บางประเทศใช้เงินจากภาษีกับจากเบี้ยประกันร่วมกันเป็นแหล่งเงินสำหรับระบบประกันเดียวกัน

ระบบที่มีการใช้เบี้ยประกันอาจเป็นแบบสมัครใจหรือแบบบังคับก็ได้ ระบบประกันสุขภาพที่ใช้เบี้ยประกันเป็นแหล่งหลักมี

1) ประกันเอกชน (Private Insurance)

การที่บุคคลนำเงินไปซื้อประกันเอกชน หรือการที่นายจ้างซื้อประกันเอกชนให้กับลูกจ้างโดยสมัครใจเอง ในกรณีนี้ ผู้ซื้อประกันตกลงกับบริษัทประกันว่าต้องการได้ประกันแบบใด ต้องจ่ายเบี้ยประกันเท่าใด แล้วทำสัญญากับบริษัทประกันเอง

อัตราเบี้ยประกันของประกันเอกชนมักขึ้นกับความมากมายของสิทธิประโยชน์ อายุ อาชีพ หรือตัวบ่งชี้อื่นๆ ของสถานะสุขภาพของผู้เอาประกัน รวมทั้งจำนวนของผู้เอาประกันในกลุ่มเดียวกัน เป็นต้น

2) ประกันสังคม (Social Insurance)

ในหลายประเทศ รัฐบาลออกกฎหมายหรือกำหนดระเบียบให้บุคคลหรือผู้ประกอบการจะต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนประกันสุขภาพสำหรับตนเองหรือสำหรับลูกจ้างในธุรกิจ วิธีรวบรวมเงินที่มักใช้ในระบบนี้ คือ การหักจากเงินเดือนของลูกจ้าง และจ่ายสมทบโดยนายจ้าง ซึ่งถือเป็นเบี้ยประกันด้วยเช่นกัน

อัตราเบี้ยประกันของประกันสังคมอาจกำหนดได้หลายแบบ

- เป็นจำนวนเงินเท่ากันทุกคน (flat rate): การจ่ายเบี้ยประกันแบบเท่าๆกันทุกคนมักไม่พบในทางปฏิบัติในระดับประเทศ เนื่องจากบุคคลแต่ละคนมีความสามารถในการจ่ายไม่เท่ากัน การจ่ายเท่าๆกันจึงอาจเป็นการะหนักสำหรับผู้มีรายได้น้อย ถือว่าไม่เป็นธรรม
- เป็นสัดส่วนของเงินเดือน หรือรายได้: การจ่ายแบบเป็นสัดส่วนของเงินเดือน ใช้มากในระบบประกันที่อิงการจ้างงาน (employment-based insurance) ซึ่งสามารถเก็บเบี้ยประกันจากธุรกิจภาคการ การสามารถหักเงินเดือนของลูกจ้างได้ง่าย ตัวอย่างเช่น ประกันสังคมของไทย การเก็บเบี้ยประกันจากลูกจ้างในจีนได้หวั่น ใช้วิธีหักจากเงินเดือนในอัตราที่กำหนด นั่นหมายความว่า ในกรณีที่กำหนดอัตราเดียวกัน ผู้ที่มีเงินเดือนสูงจะถูกหักเข้ากองทุนเป็นจำนวนเงินที่มากกว่าผู้ที่มีเงินเดือนต่ำกว่า
- ขึ้นกับคนแต่ละกลุ่ม เช่น กลุ่มอาชีพ หรือท้องถิ่นที่อยู่อาศัย: วิธีเก็บเบี้ยประกันตามกลุ่มอาชีพหรือท้องถิ่น มักพบในประเทศที่มีกองทุนจำนวนมาก แยกย่อยไปตามกลุ่มหรือท้องถิ่นต่างๆ เช่น กองทุนสำหรับการเจ็บป่วย (sickness fund) ของเยอรมนี และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของญี่ปุ่น ซึ่งสมาชิกในกลุ่มอาชีพบางอาชีพจะมีระบบการเก็บเบี้ยประกันของตัวเองหรือในแต่ละท้องถิ่น ผู้อยู่อาศัยจ่ายเบี้ยประกันเข้ากองทุนท้องถิ่น (หรือในบางกรณี อาจจ่ายเป็นภาษีท้องถิ่นก็ได้ เช่นในญี่ปุ่น ซึ่งวิธีการเก็บก็ไม่ต่างกันนัก ดังได้กล่าวแล้วในหัวข้อ 1.1)
- ปัจจัยอื่นๆ: เช่นการรวบรวมเบี้ยประกันในระบบของเกาหลีใต้ มีการใช้ทรัพย์สิน และขนาดของครอบครัวในสูตรการคำนวณด้วย

1.1.3 ส่วนร่วมจ่าย (Copayment)

ส่วนที่ผู้ใช้บริการต้องร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการเป็นแหล่งเงินแหล่งหนึ่งสำหรับค่าใช้จ่ายสุขภาพ เงินนี้เป็นการที่ผู้ใช้บริการจ่ายโดยตรงให้กับผู้ให้บริการโดยไม่ผ่านผู้ให้ประกัน แต่อัตราหรือจำนวนเงินที่ต้องจ่ายในแต่ละครั้งควรกำหนดโดยความเห็นชอบจากผู้ให้ประกัน เพื่อไม่ให้เป็นการะหนักเกินควรแก่ผู้ใช้บริการ ดังรายละเอียดในบทที่ 3

ส่วนร่วมจ่ายมักเป็นสัดส่วนจำนวนไม่สูงนักของแหล่งเงินในระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่ ยกเว้นบางระบบ เช่น ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของเกาหลีใต้ ซึ่งส่วนร่วมจ่ายโดยเฉลี่ยเป็นเงินถึงเกือบร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายสำหรับค่าบริการ

1.1.4 แหล่งเงินอื่นๆ

นอกจากภาษีและเบี้ยประกันแล้ว ระบบประกันอาจหารายได้จากแหล่งอื่นมาใช้จ่ายในการประกันสุขภาพเพิ่มเติม เช่น จีนได้หันมาใช้วิธีการออกสลากเป็นมาตรการหารายได้เข้าสู่กองทุนประกันสุขภาพอีกวิธีหนึ่งด้วย นอกเหนือจากการเก็บเบี้ยประกันและภาษี

1.2 การรวบรวมเงินแบบผสมผสาน

ระบบประกันสุขภาพจำนวนมากสำรองเงินโดยการรวบรวมจากแหล่งเงินหลายๆแหล่งผสมผสานในสัดส่วนต่างๆกัน เช่นการเก็บเงินจากลูกจ้าง นายจ้าง สมทบด้วยภาษี ดังเช่นระบบประกันสังคมของไทย ภาษีจากรัฐเป็น 1 ใน 3 ของงบประมาณ อีก 1 ใน 3 ส่วนมาจากการเก็บจากลูกจ้างและอีก 1 ใน 3 จากนายจ้าง ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของจีนได้หันมาใช้เงินจาก 3 แหล่งนี้ แต่มีการกำหนดสัดส่วนที่เก็บจากกลุ่มประชากรต่างๆและการสมทบด้วยภาษีในสัดส่วนที่ซับซ้อนกว่า สิงคโปร์เลือกใช้วิธีให้บุคคลจ่ายเบี้ยประกันเข้าสู่กองทุน Medisave และ Medishield โดยมีเงื่อนไขต่างกัน แล้วรัฐใช้ภาษีเฉพาะสำหรับส่วนของ Medifund เพื่อผู้มีรายได้น้อย สหรัฐอเมริกาให้บุคคลวัยทำงานจ่ายเข้าสู่กองทุน Medicare เพื่อใช้ในยามชรา และใช้ภาษีของรัฐบาลสหพันธรัฐกับภาษีของมลรัฐสำหรับกองทุน Medicaid ในออสเตรเลีย รัฐบาลสหพันธ์กับรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองอิสระมีหน้าที่ใช้ภาษีของแต่ละส่วนในการสนับสนุนระบบประกันสุขภาพและเงินลงทุนของโรงพยาบาลในแต่ละรัฐตามข้อกำหนดร่วมกัน

1.3 ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในเรื่องการรวบรวมเงิน

ไม่ว่าแหล่งเงินงบประมาณสุขภาพจะเก็บมาจากแหล่งใดหรือด้วยวิธีการใด ถึงที่สุดแล้ว ผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่ายก็คือประชาชนหรือบุคคลที่เป็นสมาชิกระบบประกัน ประเด็นสำคัญในการจัดการองค์ประกอบของระบบในด้านของแหล่งงบประมาณก็คือการคำนึงถึงการกระจายภาระทางการคลัง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันและกันในสังคม การตอบสนองของความต้องการของผู้มีสิทธิ และประสิทธิภาพในการบริหารการคลัง การพิจารณาในเรื่องของแหล่งเงินที่จะสนับสนุนระบบประกันสุขภาพมีประเด็นหลักๆที่ต้องคำนึงถึงดังนี้

■ การกระจายภาระการคลัง

การใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินหลัก เป็นวิธีที่ช่วยกระจายภาระการคลัง เนื่องจากโดยปกติภาษีเงินได้มักเก็บในอัตราก้าวหน้า ผู้มีรายได้สูงต้องจ่ายมากกว่าผู้มีรายได้น้อย ส่วนในระบบที่เก็บเบี้ยประกัน การกระจายภาระที่ต้องจ่ายเงินเข้าสู่ระบบประกันขึ้นอยู่กับวิธีเก็บ หากมีการหักเงินเดือนเป็นเบี้ยประกันในอัตราเท่ากัน ก็กระจายได้ระดับหนึ่ง เนื่องจากจำนวนเงินที่ถูกหักจากผู้มีเงินเดือนสูงจะมากกว่าผู้มีเงินเดือนต่ำ หากหักเงินเดือนในอัตราก้าวหน้า จะยิ่งลดภาระผู้มีเงินเดือนน้อยได้มากขึ้นอีก หากเก็บเป็นจำนวนเงินเท่ากันหมด ก็จะเป็นภาระแก่ผู้มีเงินเดือนน้อยหนักกว่า ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น

นั่นหมายความว่า ไม่ว่าจะใช้ภาษีหรือเบี้ยประกันเป็นแหล่งเงินหลักก็ตาม ก็สามารถกระจายภาระการคลังตามปรัชญาของการจัดหลักประกันสุขภาพได้ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการกำหนดอัตราการรวบรวมเงิน

■ ต้นทุนการรวบรวมเงิน

หากใช้ภาษีเป็นแหล่งเงินสำหรับประกันสุขภาพ ค่าบริหารจัดการในการรวบรวมเงินเข้าสู่กองทุนประกันสุขภาพจะต่ำ เพราะจัดเก็บภายใต้ระบบเก็บภาษีซึ่งมีอยู่แล้ว ไม่ต้องสร้างระบบการจัดเก็บใหม่ ส่วนการเก็บเบี้ยประกัน ต้องมีระบบจัดเก็บต่างหาก จึงทำให้มีต้นทุนในส่วนนี้ด้วย

- ความแน่นอนของงบประมาณ

การนำเงินภาษีไปใช้ในกิจกรรมใดๆก็ตาม วงเงินที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละปีขึ้นกับการพิจารณาในกระบวนการงบประมาณในปีนั้นๆ ซึ่งต้องแข่งขันกับกิจกรรมอื่นๆ ฉะนั้น การใช้ภาษีสันับสนุนการประกันสุขภาพจึงมีความไม่แน่นอนในแง่ของความเพียงพอของเงินเมื่อเปรียบเทียบกับ การเก็บเบี้ยประกัน เนื่องจากการถูกกระทบจากนโยบายของรัฐบาลในแต่ละช่วงเวลาและจากการต่อรองทางการเมืองค่อนข้างมาก

การเก็บเบี้ยประกันสุขภาพมีระบบการระดมเงินเข้าสู่กองทุนสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยเฉพาะ จึงมีหลักประกันในเรื่องของความแน่นอนของแหล่งเงินมากกว่าแบบภาษี

- การตอบสนองความต้องการ

การเก็บเบี้ยประกันเพื่อใช้สำหรับประกันสุขภาพ เป็นการระบุดูวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สมาชิกของระบบทราบว่าเงินจำนวนที่จ่ายไปนั้น นำไปเพื่อทำอะไร จะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกองทุนมากกว่า ติดตามการบริหารกองทุนใกล้ชิดกว่า ผู้บริหารกองทุนจึงมักต้องพิจารณาความต้องการของสมาชิกมากกว่าความต้องการของนักการเมือง

- เงื่อนไขความพร้อม

ประสิทธิภาพของวิธีการรวบรวมเงินแต่ละแบบขึ้นอยู่กับเงื่อนไขความพร้อมและสภาพสังคมด้วย สำหรับประกันเอกชน เป็นความสมัครใจในการติดต่อทำสัญญาระหว่างผู้เอาประกันกับบริษัทประกัน การเก็บเบี้ยประกันจึงมักไม่เป็นปัญหา แต่ประกันสังคมเป็นระบบบังคับให้มีการจ่ายเบี้ยประกัน จำเป็นต้องอาศัยวิธีการรวบรวมเบี้ยประกันที่ง่ายและมีประสิทธิภาพ ฉะนั้น ประเทศที่จะใช้ระบบประกันที่อิงการจ้างงานเป็นตัวจักรหลักในการสร้างประกันสุขภาพทั่วหน้า จะต้องมีการกระจายการจ้างงานภาคทางการเป็นส่วนใหญ่ และมีภาคการจ้างงานที่ไม่ใช่ทางการในสัดส่วนที่น้อยเท่านั้น จึงจะมีความยั่งยืน แต่สำหรับประเทศที่มีประชากรส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในภาคการจ้างงานที่เป็นทางการ เช่นเกษตรกร การบริหารจัดการระบบในแบบอิงการจ้างงานทั้งหมดเป็นไปได้ยาก จำเป็นต้องใช้วิธีอื่นเสริมด้วย เช่นการรวบรวมเงินจากท้องถิ่น แต่นั่นหมายความว่า ต้องมีองค์กรท้องถิ่นและระบบล้าสมัยในประชากรที่มีความพร้อมเพียงพอ

ประกันสุขภาพที่ใช้แหล่งภาษีเป็นหลัก ต้องอาศัยระบบการเก็บภาษีที่ดี มีฐานภาษีที่ใหญ่พอและเก็บได้ง่าย สังคมที่มีการจ้างงานในภาคทางการเป็นส่วนใหญ่จะมีฐานภาษีในลักษณะนี้ แต่สังคมที่มีภาคเกษตรเป็นหลัก อาจต้องอาศัยภาษีอื่นเช่นภาษีท้องถิ่นประกอบด้วย

2. การจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ปลายอีกด้านหนึ่งของกระแสเงินในระบบประกันสุขภาพ คือการจ่ายค่าบริการ รูปแบบและวิธีการจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการในการจัดบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของระบบและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ภาพ ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการจ่ายเงินวิธีต่างๆสร้างแรงจูงใจทางการเงินซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการในลักษณะที่แตกต่างกัน

การจ่ายเงินให้แก่ผู้ให้บริการอาจเป็นการจ่ายแก่บุคลากรที่ให้บริการโดยตรง เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เป็นต้น หรือจ่ายให้กับสถานพยาบาล แล้วสถานพยาบาลนำไปจ่ายให้กับบุคลากรที่ให้บริการอีกทอดหนึ่ง วิธีการที่ผู้ให้ประกันจ่ายให้กับสถานพยาบาล และวิธีการที่สถานพยาบาลจ่ายให้กับบุคลากร อาจเหมือนหรือต่างกันได้ เช่น ผู้ให้ประกันอาจจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในแบบตามรายโรค ด้วยอัตราตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมให้กับสถานพยาบาล แต่สถานพยาบาลอาจจ่ายให้กับบุคลากรโดยให้เป็นเงินเดือนก็ได้

2.1 วิธีการต่างๆในการจ่ายค่าบริการ

วิธีการจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการที่ใช้กันมากมี 6 วิธีหลักๆดังนี้

2.1.1 จ่ายตามรายการ (per item)

หมายถึงการจ่ายตามชนิดและปริมาณรายการกิจกรรมที่ให้บริการ หรือรายการของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้เป็นค่าตรวจเลือด ค่าเอกซเรย์ ค่ารักษา ค่ายาแต่ละชนิด ตามปริมาณที่ใช้ เป็นต้น สำหรับค่าบริการทางแพทย์ วิธีนี้มักเรียกว่า fee-for-service ซึ่งอาจแบ่งแยกวิธีการจ่ายได้เป็นวิธีย่อยดังนี้

- 1) การจ่ายตามจำนวนเงินที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ (charge) เป็นแบบที่ผู้ให้บริการคิดอัตราหรือเรียกเก็บมาเท่าใด ผู้ใช้บริการหรือผู้ให้ประกันก็จ่ายเท่าจำนวนนั้น วิธีนี้ใช้ในระบบที่ผู้ป่วยจ่ายออกจากกระเป๋าสอง และในระบบสวัสดิการรักษายาของโรงพยาบาลของไทย
- 2) การจ่ายตามอัตราที่ตั้งไว้ (fee schedule, fee scheme, price list) เป็นแบบที่ผู้ให้ประกันมีการตั้งราคาค่าบริการแต่ละรายการ ค่ายาแต่ละชนิด ค่าวัสดุแต่ละอย่างเอาไว้ เป็นราคาเพดาน เมื่อผู้ให้บริการส่งใบเบิกมา ผู้ให้ประกันจะจ่ายให้ไม่เกินราคาเพดานที่ตั้งไว้ ในเยอรมนีราคาที่ผู้ให้ประกันตั้งไว้ จะเป็นราคาที่ผู้ให้บริการตั้งเบิก และจะเก็บเงินเพิ่มจากผู้ป่วยไม่ได้ ส่วนในออสเตรเลีย ผู้ให้บริการอาจคิดค่าบริการหรือค่ายาสูงกว่าอัตราที่ผู้ให้ประกันตั้งไว้ โดยผู้ป่วยจ่ายส่วนต่างหรือส่วนเกินนั้นแก่ผู้ให้บริการเมื่อไปรับบริการ หลังจากนั้น ผู้ให้บริการจะตั้งเบิกตามอัตราที่กำหนดจากผู้ให้ประกันในส่วนที่เหลือ
- 3) การจ่ายตามคะแนน (point system): เป็นวิธีที่มีฐานมาจากวิธีการจ่ายตามรายการ โดยที่กำหนดให้บริการแต่ละชนิดมีจำนวนคะแนนที่แตกต่างกันไป ตามความยากง่ายหรือทรัพยากรที่ต้องใช้สำหรับบริการแต่ละชนิด จำนวนเงินที่จ่ายจริงจะมาจากการคูณคะแนนที่สะสมในช่วงเวลาหนึ่งกับอัตราจำนวนเงินต่อคะแนน การคิดบริการเป็นคะแนนง่ายต่อการปรับอัตราค่าบริการตามอัตราเงินเฟ้อ โดยสามารถคูณอัตราเงินเฟ้อในแต่ละปีกับคะแนนที่กำหนดไว้ โดยไม่ต้องพิจารณาปรับราคาทีละรายการ

2.1.2 จ่ายตามรายโรค (per case or per diagnosis)

เป็นการจ่ายให้ตามครั้งของการให้บริการสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยไม่แยกว่าในการตรวจรักษา ครั้งนั้น มีกิจกรรมในการตรวจหรือรักษาที่รายการ ใช้เครื่องมือ จ่ายยาอะไร จำนวนเท่าใด การจ่ายแบบนี้ สามารถแบ่งเป็นวิธีย่อยได้ 2 แบบ คือ

- 1) การจ่ายอัตราเดียวกันสำหรับทุกราย: ในแบบนี้ ผู้ให้ประกันจ่ายในราคาเดียวไม่ว่าจะเป็นการรักษาอาการป่วยอะไรก็ตาม จ่ายเท่ากันหมด วิธีนี้มีการใช้ในกรณีผู้ป่วยนอกสำหรับโรคไม่ร้ายแรงบ้าง แต่ไม่นิยม เนื่องจากโรคแต่ละชนิดมีค่ารักษาที่แตกต่างกันได้มาก
- 2) การจ่ายในอัตราตามความยากง่ายของโรค: เป็นวิธีการจ่ายเงินกำหนดอัตราตามค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาโรคแต่ละโรค โรคที่รักษาง่าย ค่าใช้จ่ายถูก ก็กำหนดอัตราจ่ายที่ต่ำ ส่วนโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาแพง ก็กำหนดอัตราจ่ายสูง วิธีนี้นิยมใช้สำหรับผู้ป่วยใน โดยมักมีการจัดโรคต่างๆเป็นกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group ย่อว่า DRG) เพื่อเป็นบรรทัดฐานในการกำหนดอัตราจ่ายค่าบริการ

2.1.3 จ่ายตามรายหัวหรือจ่ายต่อหัว (capitation)

เป็นการจ่ายตามจำนวนคนที่ประกัน เป็นอัตราเหมาจ่ายรายปีโดยประมาณการอัตราจากค่าใช้จ่ายสำหรับบริการสุขภาพ บวกค่าบริการและอื่นๆ ที่ผู้มีสิทธิในประกันแต่ละคนต้องใช้โดยเฉลี่ยต่อปี (ทั้งนี้ อาจเป็นการจ่ายปีละ 1 ครั้ง หรือแบ่งจ่ายจากเงินก้อนเดียวกันปีละหลายครั้งก็ได้) การจ่ายโดยวิธีนี้ต่างจาก 2 วิธีข้างต้นคือ เป็นการจ่ายก่อนการเกิดการให้บริการ ผู้มีประกันอาจไปใช้บริการหรือไม่ก็ได้ แต่มีการจ่ายเงินต่อหัวไปแล้ว หากผู้มีประกันใช้บริการมาก สถานพยาบาลก็เก็บเพิ่มไม่ได้ (ยกเว้นกรณีมีส่วนร่วมจ่าย) โดยมากการจ่ายแบบต่อหัว มักใช้ระบบการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิกับสถานพยาบาล ตัวอย่างของระบบที่ใช้การจ่ายแบบนี้มีระบบประกันสังคมและระบบประกันตามโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของไทย บริการผู้ป่วยนอกของอังกฤษ ประกันสุขภาพแบบ Health Maintenance Organization (HMO) ในสหรัฐอเมริกา เป็นต้น โดยที่การคิดอัตราเหมาจ่ายต่อหัวรวมทุกอย่างทั้งบริการตรวจรักษาและยาด้วย พบเฉพาะในระบบประกันสังคม โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของไทย และ HMO เท่านั้น ซึ่งระบบของไทยและของสหรัฐอเมริกา มีสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกันมาก

การจ่ายต่อหัวอาจแบ่งเป็นวิธีย่อยได้ดังนี้

- 1) การจ่ายอัตราเดียวกันสำหรับทุกคน: ผู้ให้ประกันจ่ายผู้ให้บริการโดยเขาจำนวนคนที่ขึ้นทะเบียนกับผู้ให้บริการรายนั้นๆคูณกับอัตราค่าใช้จ่ายต่อคน
- 2) การจ่ายในอัตราตามปัจจัยความเสี่ยง: โดยเหตุผลที่ว่า บุคคลบางกลุ่ม เช่น เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ มีความเสี่ยงในการเจ็บป่วยมากกว่าบุคคลในวัยทำงาน จึงอาจมีการคำนวณอัตราเหมาจ่ายตามกลุ่มอายุ เช่น ผู้สูงอายุมีอัตราเหมาจ่ายต่อหัวสูงกว่ากลุ่มอื่น

2.1.4 จ่ายตามรายวัน (daily charge)

เป็นการจ่ายแบบราคาเดียว (flat rate) ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายต่อวัน แล้วคูณด้วยจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล

2.1.5 จ่ายตามรายปีแบบงบประมาณ (budget)

เป็นวิธีจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลแบบล่วงหน้า โดยจ่ายเป็นงบประมาณรายปี วิธีนี้มักใช้เป็นวิธีจ่ายเงินในระบบที่รัฐบาลเป็นผู้จัดบริการ โรงพยาบาลของรัฐได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็นรายปี แต่ก็พบในระบบที่การประกันดำเนินการโดยกองทุนและโรงพยาบาลที่ไม่ใช่ของรัฐ โดยการทำสัญญาระหว่างกองทุนกับโรงพยาบาล เช่น ในหลายประเทศในยุโรป มีวิธีแยกย่อยดังนี้

- 1) งบประมาณแบบรายการ (line-item budget) คำนวณประมาณการค่าใช้จ่ายทั้งหมด (รวมหมวดค่าแรง วัสดุอุปกรณ์ และค่าดำเนินการต่างๆ) โดยระบุเป็นรายละเอียดล่วงหน้าว่าจะมีค่าใช้จ่ายอะไร จำนวนเท่าใด เช่น ต้องซื้อยาชนิดใด จำนวนเท่าใด ราคาหน่วยละเท่าใด ใช้ฟิล์มเอกซเรย์ชนิดใด จำนวนเท่าใด ราคาแผ่นละเท่าใด เป็นต้น แล้วรวมกันเป็นประมาณการจำนวนเงินที่ต้องใช้ในปีงบประมาณนั้น การใช้จ่ายต้องจ่ายตามรายการหรือหมวดรายการที่ตั้งไว้
- 2) งบประมาณยอดรวม (global budget) คำนวณประมาณการค่าใช้จ่ายทั้งหมดเป็นก้อนรวม โดยไม่ต้องแจกแจงรายละเอียดย่อยๆ ที่ละรายการ โรงพยาบาลมีอิสระในการใช้จ่ายเงินสำหรับค่าใช้จ่ายด้านต่างๆภายใต้งบก้อนนี้

วิธีนี้มีความคล้ายคลึงกับวิธีการจ่ายต่อหัวในแง่ที่เป็นวิธีที่คำนวณค่าใช้จ่ายล่วงหน้า โดยที่หากฐานการคำนวณของวิธีแบบงบประมาณยอดรวมคิดโดยการคูณค่าเฉลี่ยที่ต้องใช้ในการให้บริการต่อคน ก็จะเป็นวิธีคำนวณในทำนองเดียวกันกับแบบต่อหัว แต่วิธีแบบงบประมาณยอดรวมใช้การประมาณจำนวนประชากรที่มาใช้บริการ ไม่ได้ใช้วิธีขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิดังในแบบจ่ายต่อหัว ในขณะเดียวกัน ผู้มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลก็ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาล

2.1.6 จ่ายตามรายเดือน (salary)

หมายถึงการจ่ายบุคลากรที่ให้บริการเป็นเงินเดือน

2.1.7 จ่ายเป็นค่าตอบแทนพิเศษ (bonus)

มักใช้เป็นวิธีเสริม เพื่อสร้างแรงจูงใจบางด้านแก่บุคลากรทางแพทย์

วิธีการจ่ายค่าบริการแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic-Related Group ย่อว่า DRG)

เป็นวิธีจ่ายเงินต่อโรคสำหรับการดูแลความเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ในระบบนี้ โรค อาการต่างๆ และการรักษาพยาบาลอื่นๆ เช่นการคลอด จะถูกจัดเป็นกลุ่มๆ เรียกว่ากลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) โรคและอาการที่มีความคล้ายกันจะจัดอยู่ในกลุ่มเดียวกัน กลุ่มเหล่านี้จะถูกเรียงลำดับและใส่ตัวเลขตามระดับของทรัพยากรที่ต้องใช้ในการดูแลรักษาโรคและอาการแต่ละชนิด ตัวเลขนี้เรียกว่า รหัสกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG code) โดยจะให้ตัวเลขมากสำหรับโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลรักษา มาก และตัวเลขน้อยสำหรับโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรน้อย ตัวเลขรหัสนี้ถือเป็นหน่วย DRG กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมอาจมีจำนวนที่แตกต่างกันไปตามความเหมาะสมและการเปลี่ยนแปลงในเทคโนโลยีที่ต้องใช้ในการตรวจรักษา ในประเทศไทยมีการพัฒนาขึ้นและปรับปรุงหลายครั้ง ชุดที่ใช้อยู่มีจำนวนกลุ่มประมาณ 510 กลุ่ม และอาจปรับเปลี่ยนจำนวนเป็น 1200 กลุ่มต่อไป

เมื่อมีการกำหนดตัวเลขรหัส DRG แล้ว ผู้ให้ประกันจะกำหนดอัตราการจ่ายต่อหน่วย DRG ซึ่งเป็นตัวเลขอีกตัวหนึ่ง ที่ระบุว่า 1 หน่วย DRG จะได้รับการจ่ายค่าบริการเท่าใด อัตราการจ่ายสามารถได้รับการปรับให้เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลาหรือสำหรับแต่ละท้องถิ่น เช่น ในปีนี้กำหนด 100 บาทต่อ DRG ปีต่อไปอาจเพิ่มการจ่ายโดยเพิ่มตัวเลขอัตราต่อหน่วยเป็น 105 บาทก็ได้ หรืออาจกำหนดว่า อัตราจ่ายสำหรับโรงพยาบาลที่อยู่ในเมืองที่มีค่าครองชีพสูงเป็น 105 บาทต่อ DRG ในขณะที่โรงพยาบาลในเมืองที่มีค่าครองชีพต่ำเป็น 100 บาทในปีเดียวกันก็ได้

การจ่ายค่าบริการจะทำโดยการดูว่าโรคที่รักษานั้น ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคใด ค่าบริการจะคำนวณจากอัตราการจ่ายต่อหน่วยคูณด้วยรหัสของ DRG ตัวอย่างเช่น หากแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรค ซึ่งมีรหัส DRG = 100 และผู้ให้ประกันกำหนดไว้ว่าอัตราการจ่ายต่อหน่วย = 100 บาท ค่าบริการที่จ่าย = $100 \times 100 = 10,000$ บาท สำหรับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนั้น โดยไม่คำนึงถึงว่านอนโรงพยาบาลกี่วัน ให้การรักษาอะไร หรือใช้ยา เครื่องมือ อุปกรณ์อะไรบ้าง

วิธีนี้ส่วนใหญ่ใช้สำหรับการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน หลักการนี้สามารถนำมาใช้ในการจ่ายค่าบริการผู้ป่วยนอกได้เช่นเดียวกัน

ในบางระบบ อาจมีการกำหนดว่าในกรณีของผู้ป่วยที่อาการหนัก ใช้ค่าใช้จ่ายมาก ผู้ให้ประกันอาจตั้งสูตรการคิดค่าใช้จ่ายส่วนเพิ่มให้กับโรงพยาบาล

2.2 การจ่ายเงินแบบล่วงหน้าและย้อนหลัง

วิธีการจ่ายเงินยังอาจแบ่งตามเวลาของการจ่ายเทียบกับเวลาที่ให้บริการเป็น การจ่ายเงินล่วงหน้า (prospective payment) และการจ่ายเงินย้อนหลัง (retrospective payment)

การจ่ายเงินแบบต่อหัวและแบบงบประมาณ เป็นวิธีการจ่ายเงินล่วงหน้า คือใช้วิธีคำนวณค่าใช้จ่ายต่อปี แล้วผู้ให้ประกันจ่ายเงินแก่ผู้ให้บริการโดยที่ยังไม่จำเป็นต้องมีการใช้บริการเกิดขึ้น ส่วนการจ่าย

เงินแบบตามรายการ รายโรค รายวัน และแบบคะแนน เป็นวิธีการจ่ายเงินซึ่งจะทราบได้ว่าต้องจ่ายเท่าใดก็ต่อเมื่อมีการให้บริการเกิดขึ้นแล้วเท่านั้น จึงเป็นวิธีการจ่ายเงินแบบย้อนหลัง¹

2.3 จุดแข็ง-จุดอ่อนของวิธีการจ่ายเงินแบบต่างๆ

วิธีการจ่ายเงินแต่ละวิธีนั้นมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการ และส่งผลกระทบต่อปริมาณของบริการ ต้นทุน และค่าใช้จ่ายสุขภาพ เนื่องจากแต่ละวิธีสร้างแรงจูงใจทางการเงินในลักษณะที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ แต่ละวิธียังมีความเหมาะสมภายใต้เงื่อนไขของลักษณะระบบประกันที่แตกต่างกัน

จุดแข็งและจุดอ่อนของวิธีการจ่ายเงินผู้ให้บริการแบบต่างๆที่จะวิเคราะห์ในที่นี้ เน้นในเรื่องแรงจูงใจทางการเงินและการบริหารจัดการเป็นหลัก แรงจูงใจทางการเงินเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งในหลายๆปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยของผู้ให้บริการ จึงยังมีปัจจัยอื่นๆที่มีผลต่อพฤติกรรมผู้ให้บริการซึ่งมิได้กล่าวในที่นี้ด้วย

2.3.1 การจ่ายตามรายการ

เป็นวิธีการจ่ายที่คนไทยคุ้นเคย เมื่อได้รับการตรวจอะไร ได้ยาอะไร ก็จ่ายตามราคาของชนิดและจำนวนของการตรวจและยานั้นๆ ในวิธีนี้ โดยทั่วไปผู้ให้บริการ เช่นแพทย์ มักไม่มีข้อกังวลว่าการสั่งตรวจมากชนิดหรือสั่งการรักษามากรายการจะมีผลกระทบในแง่ลบทางการเงินต่อสถานพยาบาล จึงสามารถสั่งการตรวจรักษาตามที่เห็นสมควรได้ ในทางตรงข้าม หากมีการสั่งการตรวจรักษามาก ผู้ให้บริการมักจะได้รับผลตอบแทนทางการเงินเพิ่มขึ้น จึงมีแรงจูงใจให้มีการเพิ่มการสั่งการตรวจรักษามากชนิดขึ้น และหากว่าการตรวจรักษาในรายการที่มีราคาสูง มีส่วนในการเพิ่มรายได้ ก็มีแนวโน้มที่จะมีการใช้เทคโนโลยีที่แพงขึ้นในที่สุด จะมีผลกระทบที่ทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น จากการศึกษาในหลายๆประเทศ เช่นในสหรัฐอเมริกา เยอรมนี พบหลักฐานของอิทธิพลจากแรงจูงใจดังกล่าวนี้จริง ในแง่ของการเพิ่มขึ้นของจำนวนชนิดและปริมาณของการตรวจรักษาในแต่ละชนิด ตลอดจน การใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง จนมีการเรียกการให้บริการที่สูงเนื่องจากสาเหตุนี้ว่า “ความต้องการที่เกิดจากการเหนี่ยวนำโดยแพทย์” (*physician-induced demand*)

2.3.2 การจ่ายตามรายโรค

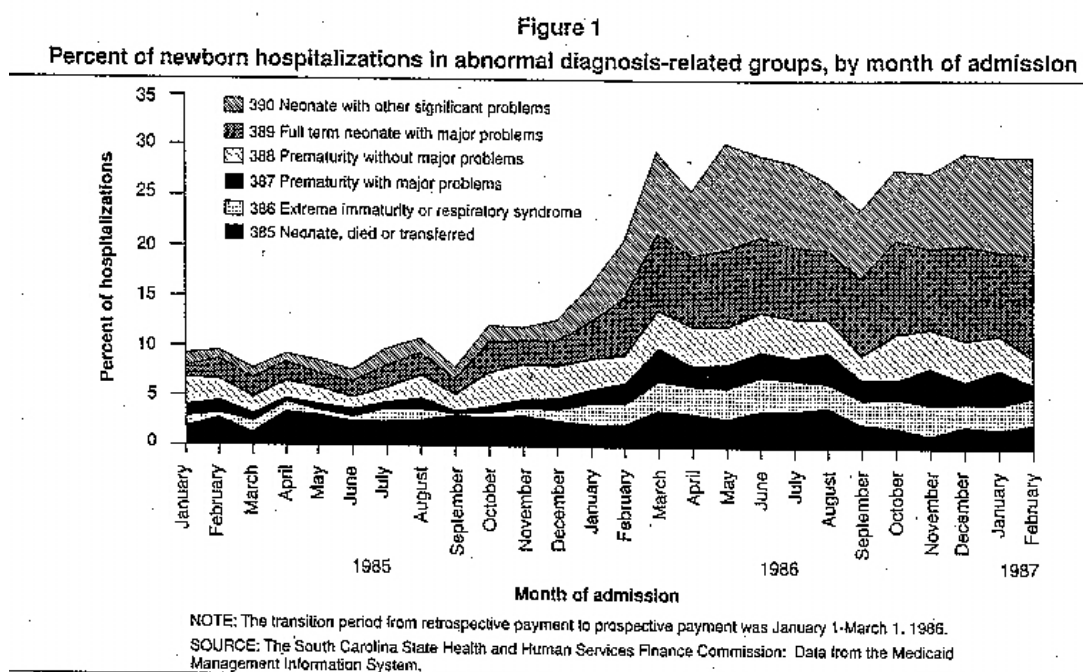
วิธีจ่ายค่าบริการแบบตามรายโรคพัฒนาขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ปัญหาของวิธีการจ่ายค่าบริการแบบตามรายการ โดยทำให้เป็นการเหมาจ่ายต่อโรค เพื่อผู้ให้บริการปรับปรุงประสิทธิภาพของการบริการ โดยทั่วไป ค่าบริการจะจ่ายเท่ากันสำหรับโรคหนึ่งๆ ไม่ขึ้นกับจำนวนและชนิดของบริการที่ให้ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ให้บริการมีการปรับพฤติกรรมของการตรวจรักษาในแบบต่างๆ เช่น ลดปริมาณของ

¹ Medicare ของสหรัฐอเมริกาเรียกการจ่ายแบบตามรายโรคว่าเป็นการจ่ายเงินแบบล่วงหน้า เนื่องจากมีข้อกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้วว่าเป็นโรคใด จะได้รับค่าตอบแทนบริการเท่าใด เป็นนิยามในความหมายที่ต่างกัน

บริการต่อครั้ง ลดการให้การตรวจรักษาที่มีราคาแพง ให้ออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น เพิ่มจำนวนครั้งของบริการ เช่นอาจนำผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลบ่อยขึ้น ที่เรียกว่า admit เข้าผู้ป่วยรายเดิม และในกรณีที่การรักษาผู้ป่วยในจ่ายแบบตามรายโรคแต่ผู้ป่วยนอกจ่ายแบบตามรายการ อาจมีการทำการรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น แทนที่จะรับเป็นผู้ป่วยใน ดังที่พบในระบบ Medicare ของสหรัฐอเมริกาหลังจากเริ่มใช้ DRG ในปีค.ศ. 1982 พฤติกรรมดังกล่าวเรียกว่า *การโยกย้ายต้นทุน (cost shifting)*

นอกจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางการแพทย์แล้ว ยังพบว่ามีผู้ให้บริการบางรายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรายงานผลการวินิจฉัยเพื่อขอเบิกค่าบริการ คือรายงานผู้ป่วยป่วยเป็นกลุ่มโรคที่มีความรุนแรงหรือซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากกลุ่มโรคที่รุนแรงกว่าให้ผลตอบแทนสูงกว่า ตัวอย่างเช่นที่พบในหลักฐานการวิจัยตามภาพที่ 4.1 ผู้วิจัยพบว่า หลังจากที่มีการเริ่มใช้ระบบ DRG รายงานการวินิจฉัยโรคของผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ Medicaid ในรัฐ South Carolina สหรัฐอเมริกา มีสัดส่วนของการคลอดที่มีปัญหาแทรกซ้อนเพิ่มสูงขึ้นมากเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการจ่ายค่าตอบแทนผู้ป่วยในแบบ DRG นั้นหมายความว่า ผู้ให้บริการจะได้รับการจ่ายค่าบริการให้สำหรับกรณีกลุ่มโรคที่ซับซ้อนกว่า ในอัตราที่สูงกว่า จึงมีการตั้งชื่อปรากฏการณ์นี้ว่า “การคืบคลานสูงขึ้นของ DRG” (*DRG creep*) หรือ “การกระโดดของ DRG” (*DRG jump*)

ภาพที่ 4.1 การกระโดดของ DRG ในระบบ Medicaid ของรัฐ South Carolina สหรัฐอเมริกา



นอกจากนี้ ปรากฏการณ์ที่พบในสหรัฐอเมริกาหลังจากการใช้การจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมยังมีกรรายงานขอเบิกค่าใช้จ่ายโดยแยกโรคแต่ละโรคเป็นโรคย่อยๆ (*unbundling*) ตัวอย่างเช่น อาจแยกราย

งานการผ่าตัดซึ่งตัดมดลูกและรังไข่ในการผ่าตัดครั้งเดียว ออกเป็นการผ่าตัดมดลูกและผ่าตัดรังไข่ ซึ่งทำให้ได้ค่าตอบแทนบริการสำหรับสองโรค

ในแง่ของการบริหารจัดการ การรายงานในระบบ DRG มีความซับซ้อนเชิงเทคนิคค่อนข้างสูง ต้องใช้ข้อมูลจำนวนมาก จึงต้องอาศัยระบบการบริหารที่มีความพร้อมในการจัดการทางเทคนิคเหล่านี้

2.3.3 การจ่ายตามรายหัว

ความมุ่งหมายหลักของการใช้วิธีนี้ก็เพื่อให้ประหยัดและสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายรวมของระบบได้ การจ่ายแบบต่อหัวสร้างแรงจูงใจในการลดค่าใช้จ่าย เนื่องจากผู้ให้บริการต้องรับภาระความเสี่ยงทางการเงิน หากค่าใช้จ่ายสูงเกินจำนวนเงินทั้งหมดที่ได้รับสำหรับปีหนึ่งๆ ผู้ให้บริการจะขาดทุน หากสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้จนมีเงินเหลือ จะเป็นกำไรของผู้ให้บริการเอง ฉะนั้น วิธีการนี้จึงมีข้อด้อยในแง่โอกาสที่จะเกิดปัญหาคุณภาพของบริการ จากการที่มีแรงจูงใจในการประหยัดค่าใช้จ่าย โดยการลดปริมาณบริการที่จัดให้ผู้ป่วยแต่ละรายและบริการที่มีราคาแพงเพื่อลดต้นทุนในการจัดบริการ ในขณะที่ผู้ป่วยมีข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยน้อย ต้องอาศัยบุคลากรทางแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยและตรวจรักษาต่างๆ ประเด็นในเรื่องคุณภาพจึงเป็นข้อกังวลที่สำคัญสำหรับการจ่ายแบบนี้

นอกจากนี้ ผู้ให้บริการจะมีแรงจูงใจในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นทะเบียนกับตนเองเพราะจะทำให้มีรายได้เพิ่มขึ้น เนื่องจากรายได้ที่ได้รับมาจากการคูณอัตราต่อคนกับจำนวนผู้ขึ้นทะเบียน และด้วยเหตุที่ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยของผู้ขึ้นทะเบียนหมายถึงความเสี่ยงในเรื่องต้นทุนของผู้ให้บริการ จึงมีแรงจูงใจในการเลือกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำและปฏิเสธการรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยด้วยโรครุนแรง ซึ่งเรียกว่าพฤติกรรมในการเลือกกลุ่มเสี่ยง (*risk selection*) หรือการเลือกแต่หัวกะทิ (*cream skimming*) หรือการคัดสรรแต่ผลที่ดี (*cherry picking*) รัฐบาลจึงต้องออกข้อกำหนดการห้ามกีดกันผู้มีสิทธิ เป็นมาตรการป้องกันไม่ให้ผู้ให้บริการปฏิเสธการเข้าร่วมระบบประกัน หรือการขึ้นทะเบียนกับผู้ให้บริการรายใดรายหนึ่งหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง เพื่อไม่ให้เกิดการคัดเลือกเฉพาะกลุ่ม

ในทางตรงข้าม แรงจูงใจในเรื่องการลดต้นทุนอาจถูกใช้ไปในการให้บริการในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ตลอดจนการใช้การแพทย์ทางเลือกซึ่งมีค่าใช้จ่ายถูกกว่าการรักษาแบบการแพทย์แผนปัจจุบัน

ในแง่ของการบริหารจัดการ การจ่ายแบบรายหัวมีผลอย่างน้อยใน 3 ด้านคือ 1) จำเป็นต้องมีขั้นตอนและต้นทุนการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิกับสถานพยาบาลที่เลือกเพิ่มขึ้น ซึ่งขั้นตอนนี้วิธีการจ่ายเงินแบบอื่นไม่จำเป็นต้องมี 2) การบริหารเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายทำได้ง่าย เนื่องจากวิธีการจ่ายเงินทำได้โดยการคูณจำนวนคนกับอัตราต่อหัว 3) แต่อย่างไรก็ตาม การบริหารการจ่ายเงินที่ง่ายนี้ ทำให้การบริหารเรื่องการติดตามประเมินคุณภาพทำได้ยาก เนื่องจากผู้ให้ประกันขาดข้อมูลในเรื่องของการให้บริการเพื่อใช้ในการตรวจสอบควบคุมคุณภาพบริการ หากใช้วิธีนี้ มีความจำเป็นจะต้องสร้างระบบตรวจสอบต่อเนื่องที่เข้มแข็ง มิฉะนั้นอาจไม่สามารถประกันคุณภาพของบริการที่ผู้ป่วยได้รับพอ และด้วยเหตุที่ผู้ป่วยไม่สามารถจะทราบรายละเอียดในด้านคุณภาพการตรวจรักษา การอาศัยเพียงระบบร้องเรียนจากผู้ป่วยจึงไม่เพียงพอ เมื่อใช้

วิธีการจ่ายแบบรายหัว จึงต้องสร้างระบบข้อมูลในเชิงรุก และต้องการข้อมูลมาก ไม่ใช่ข้อมูลน้อยดังที่เข้าใจกันโดยทั่วไป

2.3.4 การจ่ายตามรายวัน

การจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยและเก็บผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลนานขึ้น

2.3.5 การจ่ายตามรายปีแบบงบประมาณ

งบประมาณแบบรายการมีวัตถุประสงค์หลักในการควบคุมค่าใช้จ่าย แต่เนื่องจากการใช้จ่ายแต่ละอย่างต้องตรงตามรายการและหมวดค่าใช้จ่าย จึงเกิดปัญหาในเรื่องของการขาดความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ หากวางแผนรายละเอียดยิบย่อยเกินไปหรือมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดหมายเกิดขึ้นในระหว่างปี อาจทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินการได้ ส่วนงบประมาณยอctrวมจะมีความยืดหยุ่นในการบริหารมากกว่างบประมาณแบบรายการ

เช่นเดียวกับการจ่ายแบบต่อหัว การจ่ายค่าบริการแบบงบประมาณนั้น ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจในการลดปริมาณงานทั้งจำนวนผู้ป่วยและจำนวนบริการที่จัดให้แต่ละราย และยังมีแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการลดชนิดของบริการที่มีราคาแพงเพื่อลดต้นทุนในการจัดบริการ ส่งเสริมให้มีการควบคุมค่าใช้จ่าย ในขณะเดียวกัน หากเป็นผู้ให้บริการที่มีความสามารถ การใช้ทรัพยากร การใช้งบประมาณยอctrวมจะเปิดโอกาสให้เพิ่มประสิทธิภาพ

ในส่วนของผู้ให้ประกันนั้น วิธีนี้บริหารจัดการง่าย เพราะเพียงอาศัยข้อมูลเฉลี่ยต่อปีก็สามารถคำนวณงบที่จะจ่ายต่อปีได้

ผลกระทบหลักของแรงจูงใจทางการเงินต่อบริการและรายได้ของผู้ให้บริการสำหรับวิธีจ่ายเงินแบบต่างๆ ดังสรุปในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แรงจูงใจของผู้ให้บริการในการจัดบริการต่อวิธีการจ่ายเงินวิธีต่างๆ

วิธีการจ่ายเงิน	ผลกระทบของแรงจูงใจทางการเงิน			
	ปริมาณบริการต่อครั้ง	จำนวนครั้งของบริการ	ชนิดของบริการที่มีราคาแพง	บริการกับรายได้สุทธิ
ตามรายการ	↑↑	↑	↑	ให้บริการมาก รายได้เพิ่ม
ตามรายโรค	↓	↑	↓	ให้บริการมาก รายได้ลด
รายวัน	↓	↔ ↑	↔	ให้อยู่นาน รายได้เพิ่ม
ตามรายหัว	↓↓	↓	↓↓	ให้บริการมาก รายได้ลด
งบประมาณ	↓	↓	↓	ให้บริการมาก รายได้ลด

หมายเหตุ: ↑ เพิ่มขึ้น ↓ ลดลง ↔ ไม่เปลี่ยนแปลง หรือไม่ชัดเจน อาจเป็นทางใดทางหนึ่ง
บริการหมายถึง การตรวจรักษา ยา เครื่องมือวัสดุต่างๆ

2.4 การผสมผสานวิธีการจ่ายเงินแบบต่างๆ

จากรายละเอียดในหัวข้อข้างต้นจะเห็นว่า วิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพแต่ละวิธีล้วนมีจุดแข็งจุดอ่อนไม่ว่าจะเป็นวิธีไหน การจ่ายเงินบางวิธีมีขึ้นเพื่อแก้จุดอ่อนของวิธีอื่น แต่เมื่อนำมาใช้แล้ว ก็พบในระยะต่อมาว่า วิธีใหม่อาจแก้ปัญหาเก่าได้ แต่ก็สร้างปัญหาใหม่ขึ้น จึงต้องมีมาตรการแก้ไขเพิ่มเติม เนื่องจากขณะนี้ยังไม่พบว่ามีวิธีใดที่สมบูรณ์แบบ ดังนั้นการประยุกต์ใช้โดยการผนวกวิธีการจ่ายเงินวิธีต่างๆเข้าด้วยกันมากกว่าหนึ่งวิธี จะสามารถออกแบบให้ใช้ประโยชน์จากจุดแข็งและแก้ไขจุดอ่อน ตลอดจนผลกระทบในแง่ลบที่อาจเกิดขึ้น ให้ระบบเกิดความสมดุลกันระหว่างคุณภาพและค่าใช้จ่ายของบริการ ตัวอย่างของการใช้วิธีการจ่ายเงินแบบผสมผสานมีเช่น

1) การผนวกวิธีจ่ายตามรายการกับงบประมาณยอดรวมโดยใช้คะแนน

โดยผู้ให้ประกันกำหนดคะแนนสำหรับบริการสุขภาพ ยา วัสดุอุปกรณ์แต่ละรายการ แล้วกำหนดเพดานงบประมาณสำหรับค่าใช้จ่ายสุขภาพในปีหนึ่งๆ จากนั้น เอาจำนวนคะแนนของบริการทั้งหมดหารด้วยงบประมาณค่าใช้จ่ายที่ตั้งไว้ เพื่อคำนวณอัตราจำนวนเงินต่อคะแนน ฉะนั้น หากผู้ให้บริการสั่งการตรวจ สั่งยา หรือให้การรักษามากในปีนั้น อัตราจำนวนเงินที่ได้ต่อบริการแต่ละอย่างก็จะลดน้อยลง จำนวนเงินต่อคะแนนดังกล่าวนี้ อาจใช้สำหรับคำนวณอัตราค่าบริการในปีนั้น หรือในปีถัดไปได้

วิธีนี้เป็นการควบคุมค่าใช้จ่ายรวมของระบบ แต่ลดความกังวลเรื่องต้องจำกัดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละครั้ง ตัวอย่างระบบที่ใช้วิธีผสมผสานแบบนี้มีเช่น บริการผู้ป่วยนอกของกองทุนสำหรับการเจ็บป่วยในเยอรมนี และระบบประกันสุขภาพทั่วหน้าในรัฐ Manitoba และ Ontario ของแคนาดา

2) การผนวกวิธีจ่ายตามรายการกับการจ่ายตามรายหัว

ในอังกฤษ บริการสุขภาพระดับต้นได้รับการจ่ายแบบต่อหัว แต่ค่ายาจ่ายตามรายการ ค่าบริการด้านวัคซีนป้องกันโรค การคัดกรองโรค และการผ่าตัดเล็กก็จ่ายตามรายการเช่นกัน ทั้งนี้ เพื่อให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยระดับต้นไม่ให้สูงเกิน โดยให้เป็นวงเงินต่อหัว แต่ในขณะเดียวกัน การจ่าย

ตามรายการเพื่อส่งเสริมให้มีการป้องกัน การคัดกรองโรค และส่งเสริมให้การผ่าตัดเล็กทำในสถานพยาบาลระดับต้น ไม่ต้องส่งเข้าโรงพยาบาล โดยการจ่ายตามรายการด้วย เป็นการป้องกันการโยกย้ายต้นทุนจากผู้ป่วยนอกไปยังผู้ป่วยใน

2.5 กลไกควบคุมผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของวิธีการจ่ายเงินแบบต่างๆ

กลไกที่นำมาใช้เพื่อควบคุมผลกระทบด้านลบของแรงจูงใจทางการเงินที่เกิดจากวิธีการจ่ายเงินแบบต่างๆมีหลายกลไก การผสมผสานรูปแบบวิธีการจ่ายเงิน (หัวข้อ 2.4) เป็นวิธีหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีกลไกที่อาจสร้างเพิ่มเติมสำหรับระบบประกันสุขภาพ เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายรวมของระบบสุขภาพอีกหลายกลไก ดังนี้

2.4.1 การควบคุมราคา

เป็นการกำหนดราคาที่จะเบิกจ่ายสำหรับบริการตรวจ รักษา ยา วัสดุ อุปกรณ์ แต่ละชนิดไว้ล่วงหน้า เมื่อได้รับใบเบิกจากผู้ให้บริการหรือผู้ใช้บริการ ก็จ่ายค่าบริการต่อหน่วยไม่เกินราคาที่กำหนดไว้

การควบคุมราคาในส่วนของผู้ให้ประกัน อาจเป็นเพียงการกำหนดว่าผู้ให้ประกันจะจ่ายค่าบริการหนึ่งในอัตราเท่าใด โดยไม่ได้มีข้อบังคับว่าผู้ให้บริการจำเป็นต้องคิดค่าบริการในอัตราดังกล่าว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการจ่ายส่วนตัวเอง บางระบบอาจมีข้อกำหนดเป็นกฎหมาย ให้ผู้ให้บริการคิดค่าบริการไม่เกินอัตราที่ผู้ให้ประกันกำหนด การควบคุมราคาสามารถใช้กับบริการหลายชนิด เช่น Medicare ของสหรัฐอเมริกา มีราคาการเบิกจ่ายของบริการการตรวจรักษาต่างๆ ชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านยาของฝรั่งเศส สวีเดน อิตาลี นอร์เวย์ เยอรมนี ออสเตรเลีย ใช้มาตรการต่างๆในการกำหนดราคาเบิกจ่ายของยา

การควบคุมราคาอาจทำได้โดยการให้บริการแต่ละรายการเป็นตัวตั้ง หรืออาจใช้โรคเป็นตัวตั้งก็ได้ เช่นการกำหนดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ดังที่ใช้ในบริการผู้ป่วยในของระบบประกันในหลายประเทศ หรือการกำหนดการเบิกจ่ายค่ายาตามกลุ่มโรคบางกลุ่ม ดังที่ใช้ในชุดสิทธิประโยชน์ทางด้านยาของออสเตรเลีย โดยการระบุว่า สำหรับอาการหรือโรคบางชนิดซึ่งสามารถรักษาได้ด้วยยาหลายชนิด แต่ทว่า ยาแต่ละชนิดให้ผลไม่ต่างกันนัก เช่นความดันโลหิตสูง จะกำหนดอัตราราคาเบิกจ่ายค่ายาสำหรับอาการหรือโรคนั้นเป็นอัตราเดียว แม้จะใช้ยาต่างชนิดกันซึ่งราคาไม่เท่ากัน ประกันก็จ่ายในอัตราเดียวกันนั้น ส่วนต่างผู้ป่วยต้องจ่ายเอง

2.4.2 การควบคุมปริมาณบริการ

ค่าใช้จ่ายสำหรับบริการมาจากปริมาณของบริการคูณกับราคาของบริการ (ซึ่งหมายถึงรวมถึงยาและวัสดุ อุปกรณ์ต่างๆด้วย) การควบคุมราคาจึงเป็นการควบคุมเพียงด้านเดียว นอกจากนี้ ประสิทธิภาพของต่างประเทศยังแสดงว่า ปริมาณการให้บริการเพิ่มขึ้นเมื่อมีการควบคุมราคา ฉะนั้น จึงควรต้องมีกลไกในเรื่องปริมาณบริการเข้ามาเสริมด้วย เช่น กำหนดว่าประกันสุขภาพจะไม่จ่ายการตรวจด้วยเครื่องมือบางชนิดหากใช้เกินกี่ครั้งต่อปี กำหนดไม่จ่ายค่ายาบางชนิดหากมีการใช้เกินจำนวนเท่าใดต่อครั้ง (volume restriction) เป็นต้น

2.4.3 การควบคุมชนิดของบริการ

การควบคุมราคาของแต่ละรายการเพียงอย่างเดียวมีข้อจำกัดในแง่ของการไม่สามารถควบคุมไม่ให้ใช้เทคโนโลยีใหม่ที่มีราคาแพง ยกเว้นการควบคุมราคาตามกลุ่มโรค นอกจากนี้ เทคโนโลยีบางชนิดมีผู้ผลิตหรือผู้ขายรายเดียว จึงมีอำนาจในการกำหนดราคามากกว่าชนิดที่มีการแข่งขันกับรายอื่น เช่น ยาที่มีสิทธิบัตร มีผู้จำหน่ายเพียงรายเดียว หากมีการใช้ยาประเภทนี้มาก ย่อมหมายถึงค่าใช้จ่ายโดยรวมที่สูงขึ้น วิธีการที่นำมาใช้ควบคุมชนิดของบริการมีเช่น

- 1) การกำหนดชนิดของบริการที่ครอบคลุมโดยประกันสุขภาพ เช่น ให้เบิกจ่ายได้เฉพาะเหตุการณ์ที่ได้รับการพิสูจน์ว่าได้ผลคุ้มค่าเท่านั้น
- 2) การกำหนดบัญชียาที่ครอบคลุมโดยประกันสุขภาพ ยาใดที่อยู่ในรายการ จะสามารถเบิกจ่ายได้จากผู้ให้ประกัน ยาที่ไม่อยู่ในบัญชียาผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเอง วิธีนี้ใช้ในหลายๆ ประเทศ เช่น ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สวีเดน อิตาลี นอร์เวย์ แคนาดา และระบบประกันแบบ managed care ในสหรัฐอเมริกา
- 3) การกำหนดชนิดของบริการที่ต้องได้รับอนุมัติเป็นกรณีพิเศษผู้ให้ประกันจึงเบิกจ่ายให้ เช่น ออสเตรเลีย มีการกำหนดให้การส่งจ่ายยาบางชนิดต้องได้รับการอนุมัติล่วงหน้า (prior authorization) จากสำนักงานประกันสุขภาพก่อนจึงจะเบิกจ่ายค่ายาให้
- 4) การใช้ระบบอนุมัติบัตร (certificate of need) สำหรับการลงทุนในเครื่องมือราคาแพง วิธีนี้เคยใช้ในสหรัฐอเมริกา โดยกำหนดให้โรงพยาบาลที่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐขออนุมัติการลงทุนต่างๆจากหน่วยงานของรัฐก่อน จึงดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างได้

การกำหนดชนิดบริการที่ให้เบิกจ่ายได้ นอกจากจะเป็นการควบคุมงบประมาณแล้ว ยังเป็นมาตรการที่ส่งเสริมคุณภาพด้วย เนื่องจากการจัดทำรายการเป็นการประเมินเทคโนโลยีให้มีการใช้อย่างเหมาะสมด้วย โดยที่กระบวนการพิจารณาว่าเหตุการณ์ใด ยาชนิดใด วัสดุอุปกรณ์ใด ควรได้รับการครอบคลุม ต้องมีการประเมินว่าชนิดใดได้ผลดี ชนิดใดไม่ได้ผลดีโดยคณะผู้เชี่ยวชาญ จึงเป็นการป้องกันไม่ให้มีการใช้วิธีการตรวจ การรักษา ยา และอุปกรณ์ที่อาจไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ หรือก่อให้เกิดผลเสียตามมาได้อีกชั้นหนึ่ง มาตรการดังกล่าว เป็นกลไกควบคุมทั้งราคาและคุณภาพที่อำนาจในการกำหนดนโยบายอยู่ที่ผู้ให้ประกัน แทนที่จะปล่อยให้ตลาดสินใจว่าจะเลือกให้บริการโดยอยู่ที่ผู้ให้บริการแต่ละราย ซึ่งอาจเกิดผลทั้งการให้บริการมากเกินไปหรือน้อยเกินกว่าความจำเป็นก็ได้

2.4.4 การควบคุมค่าใช้จ่ายรวมต่อปี

เป็นการกำหนดงบประมาณรวมสำหรับค่าใช้จ่ายสุขภาพไว้ล่วงหน้าว่าจะใช้จ่ายเป็นค่าบริการสุขภาพเป็นจำนวนเงินเท่าใดในปีหนึ่งๆ

การควบคุมค่าใช้จ่ายรวมต่อปีทำได้ง่ายในวิธีการจ่ายเงินแบบงบประมาณและแบบจ่ายต่อหัว เนื่องจากสามารถกำหนดได้ล่วงหน้าในรอบการเงินหนึ่งๆ ส่วนการควบคุมยอดรวมสำหรับวิธีการจ่ายเงินค่า

บริการแบบอื่น มีการใช้มาตรการเสริม เช่น การใช้ระบบคะแนนควบคู่กับวิธีการจ่ายเงินแบบตามรายการตั้งได้กล่าวข้างต้น หรือการกันค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งไว้ก่อนสำหรับบริการผู้ป่วยในภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของไทย ซึ่งใช้วิธีการจ่ายเงินแบบกลุ่มรักษาโรคร่วม

2.6 กลไกควบคุมผลกระทบต่อคุณภาพบริการของวิธีการจ่ายเงินแบบต่างๆ

การสังตวรจรักษามากเกินจำเป็น และการสังตวรจรักษาน้อยเกินไป เนื่องจากแรงจูงใจทางการเงินต่างกัน ล้วนแต่มีผลกระทบต่อคุณภาพของบริการทั้งคู่

การควบคุมและป้องกันปัญหาเรื่องคุณภาพอาจทำได้โดย

2.6.1 การตรวจสอบ

การตรวจ วินิจฉัย และให้การรักษาโรคและอาการต่างๆ ต้องเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมกับความจำเป็นของโรคและผู้ป่วย การตรวจสอบการให้บริการ เป็นการพิจารณารายละเอียดของการให้บริการในขั้นตอนต่างๆว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ กระบวนการดังกล่าวเรียกว่า *การทบทวนการใช้บริการ (utilization review)* ซึ่งต้องการหลักฐานที่เป็นเอกสารเช่น เวชระเบียนผู้ป่วย ใบสั่งตรวจ ใบสั่งยา เป็นต้น ส่วนใหญ่มักใช้การตรวจสอบย้อนหลัง เนื่องจากทำได้ง่ายกว่าการตรวจสอบในกระบวนการขณะที่ผู้ป่วยกำลังรับการรักษาอยู่

การตรวจสอบควรต้องดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ แต่วิธีการจ่ายเงินที่ต่างกันมีผลให้ทำการตรวจสอบได้ยากง่ายต่างกัน สำหรับวิธีจ่ายเงินแบบตามรายการ จะสามารถดำเนินการตรวจสอบรายละเอียดได้ง่ายที่สุด โปรงใสที่สุด เพราะผู้ให้บริการ (อาจรวมถึงผู้ใช้บริการ) ต้องส่งรายละเอียดของบริการไปยังผู้ให้ประกันเพื่อเบิกค่าบริการ หลักฐานและเอกสารต่างๆเกี่ยวกับชนิดและปริมาณของการตรวจ การรักษาต่างๆ จึงอยู่ในมือของผู้ให้ประกัน สามารถสุ่มเลือกมาตรวจสอบได้เป็นระยะๆอย่างสม่ำเสมอ สำหรับการจ่ายตามรายโรค ผู้ให้บริการจะได้รับรายงานที่มีรายละเอียดในระดับของการวินิจฉัย เพื่อการเบิกจ่ายเงิน ส่วนรายละเอียดในการตรวจรักษาแต่ละรายการอาจไม่ได้หรือไม่สมบูรณ์ การตรวจสอบทำได้ยากมากยิ่งขึ้น สำหรับการจ่ายเงินโดยวิธีจ่ายต่อหัวและแบบงบประมาณ ซึ่งเป็นการเหมาจ่ายไปให้ผู้ให้บริการเป็นรายปี ผู้ให้บริการไม่จำเป็นต้องส่งรายละเอียดเพื่อเบิกค่าบริการ ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการจึงอยู่ที่ผู้ให้บริการทั้งหมด ถึงแม้ว่าผู้ให้ประกันอาจกำหนดกฎเกณฑ์ให้มีการส่งรายงานหรือรายละเอียดการรักษาก็ตาม แต่ในทางปฏิบัตินั้นทำได้ยาก เนื่องจากไม่มีแรงจูงใจให้มีการรายงานรายละเอียดของบริการ การติดตามทวงถามข้อมูลจากผู้ให้บริการแต่ละรายย่อมมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น การสุ่มตรวจสอบในสถานพยาบาลเองก็ทำได้ยากในทางปฏิบัติเช่นเดียวกัน เมื่อผนวกกับแรงจูงใจทางการเงินที่จะลดบริการเพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายสำหรับวิธีการเหมาจ่ายแล้ว ประเด็นเรื่องคุณภาพบริการจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึง

ในระยะยาว คุณภาพบริการที่ไม่ดี หมายถึงการส่งผลเสียต่อสุขภาพของผู้ป่วย และอาจนำมาซึ่งการต้องจ่ายค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้น รวมถึงผลเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอื่นๆด้วย

2.6.2 การรับรองมาตรฐานผู้ให้บริการ

ผู้ให้ประกันหรือหน่วยงานมาตรฐานกลางควรมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพและระบบตรวจสอบผู้ให้บริการ และให้มีข้อกำหนดว่า ผู้ให้บริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจและได้รับการรับรองมาตรฐานเท่านั้น จึงจะเข้าร่วมเป็นผู้ให้บริการในระบบประกันสุขภาพได้

การให้การรับรองมาตรฐานควรมีการกำหนดระยะเวลาจำกัด เช่น 2 ปี 3 ปี เป็นต้น และให้มีการต่ออายุได้ หลังจากที่มีการตรวจซ้ำ นอกจากนี้ ยังอาจต้องมีระบบสุ่มตรวจเป็นระยะด้วย

อย่างไรก็ตาม การตรวจรับรองมาตรฐานเป็นการตรวจเป็นครั้งคราว จึงจำเป็นต้องใช้ร่วมกับการสร้างกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของสถานพยาบาลและการตรวจสอบคุณภาพจากภายนอก

2.6.3 การให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกผู้ให้บริการ

การเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการมีอิสระในการเลือกผู้ให้บริการเป็นมาตรการสำคัญอันหนึ่งในการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ให้บริการเอาใจใส่ในการดูแลผู้ป่วย การเปิดโอกาสการเลือกนี้ ทำได้ง่ายที่สุดในวิธีการจ่ายเงินแบบตามรายการ ตามรายโรค รายวัน แบบงบประมาณ ส่วนการจ่ายเงินแบบต่อหัว จะต้องใช้ระบบลงทะเบียนกับผู้ให้บริการเฉพาะราย ในระบบนี้ ควรต้องเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการเลือกและเปลี่ยนผู้ให้บริการได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ เช่น ปีละครั้งหรือครึ่งปีครั้ง

2.6.4 การร้องเรียน

แม้ว่าจะมีระบบการควบคุมตรวจสอบคุณภาพอย่างไรก็ตาม ก็มีความเป็นไปได้ที่จะพบปัญหาของการให้บริการ ระบบประกันสุขภาพจึงต้องจัดให้มีระบบการร้องเรียน และการพิจารณากรณีที่ร้องเรียน ที่มีความโปร่งใส เป็นกลาง และเป็นอิสระจากอิทธิพลของผู้ให้บริการ

อย่างไรก็ตาม การมีระบบร้องเรียนไม่สามารถทดแทนระบบตรวจสอบจากผู้ให้ประกันหรือหน่วยงานภายนอกอื่นๆได้ เนื่องจากบริการทางแพทยมีลักษณะทางเทคนิคที่ซับซ้อน การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญเป็นวิธีการป้องปรามพฤติกรรมที่มีผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพ แทนที่จะผลักดันไปให้ผู้ป่วย

บทที่ 5 การจัดองค์กร

การจัดองค์กรในระบบ โดยเฉพาะลักษณะและความสัมพันธ์ขององค์กรบริหารระบบประกันและองค์กรผู้ให้บริการมีความสำคัญต่อการบรรลุผลการกระจายความเสี่ยง การสร้างความเท่าเทียมในสังคม การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดบริการที่มีคุณภาพ ในบทนี้จะกล่าวถึงรูปแบบขององค์กร 2 ประเภทนี้

1. องค์กรบริหารระบบประกัน

องค์กรผู้ให้ประกัน หรืออาจเรียกว่าองค์กรบริหารระบบประกัน หรือองค์กรประกัน มีบทบาทหลักในการกำหนดรายละเอียดและดำเนินงานของประกันสุขภาพ องค์กรผู้ให้ประกันในบางระบบอาจมีองค์กรเดียวทำหน้าที่หลายอย่าง ในบางระบบอาจแบ่งหน้าที่กระจายให้หลายองค์กร สถานะขององค์กรบริหารระบบประกันสุขภาพนั้น สำหรับประกันเอกชนก็จะเป็นบริษัทประกัน สำหรับประกันสุขภาพถ้วนหน้าและระบบประกันของรัฐบาล อาจตั้งเป็นหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอิสระที่อยู่ภายใต้การกำกับของรัฐ การจัดระบบองค์กรผู้ให้ประกันมีข้อพิจารณาหลายประการดังนี้

1.1 บทบาทขององค์กรประกัน

ในประเทศที่รัฐมีบทบาทในการจัดระบบประกันหรือมีประกันสุขภาพถ้วนหน้า บทบาทหน้าที่ขององค์กรประกันมักเป็นสิ่งที่ระบุในกฎหมายหรือแผนแห่งชาติ บทบาทเหล่านี้แตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ โดยทั่วไป องค์กรบริหารระบบประกันทำหน้าที่หลักในด้านต่างๆคือ กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ กำหนดอัตราเบี้ยประกันและประมาณการค่าใช้จ่าย หรือจัดทำงบประมาณในกรณีที่แหล่งเงินมาจากภาษี รวบรวมเงิน บริหารความเสี่ยง และซื้อบริการ

การกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้มีสิทธิพึงได้และอัตราเบี้ยประกัน เนื่องจากมีผลต่อการตอบสนองความต้องการของผู้มีสิทธิและต่อค่าใช้จ่าย ในระบบประกันสุขภาพของรัฐ จึงมักดำเนินการโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิและอาจมีการรับฟังความเห็นในวงกว้าง ข้อกำหนดที่ได้มักมีการตราเป็นกฎหมายหรือระเบียบของรัฐบาล

ในด้านการรวบรวมเงิน (Revenue collection) ที่มีแหล่งอื่นนอกเหนือจากภาษีจากส่วนกลาง องค์กรประกันอาจเป็นผู้รวบรวมเงินจากประชาชนที่ตนดูแลอยู่โดยตรง หรืออาจอาศัยองค์กรท้องถิ่นในการจัดการในเขตพื้นที่ต่างๆ เช่นในระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น ในกรณีของการใช้แหล่งเงินจากภาษีในการจัดประกันสุขภาพ ไม่มีความจำเป็นต้องสร้างระบบรวบรวมเงินต่างหาก เนื่องจากมีระบบในการเก็บภาษีและการจัดสรรภาษีอยู่แล้ว

การบริหารความเสี่ยงต้องอาศัยความรู้ทางเทคนิคเกี่ยวกับการประกันและข้อมูลเกี่ยวกับผู้มีสิทธิระบอดิทยา และการให้บริการ ในระบบที่มีกองทุนจำนวนมาก ต้องมีทั้งการบริหารความเสี่ยงของแต่ละกองทุนและการบริหารความเสี่ยงระหว่างกองทุน ซึ่งจะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

บทบาทขององค์กรประกันมีส่วนสำคัญต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบ องค์กรประกันที่ทำหน้าที่เป็นเพียงตัวกลางการรวบรวมเงิน และผ่านเงินโดยเบิกจ่ายไปสู่ผู้ให้บริการเท่านั้น ไม่ได้มีส่วนพัฒนาประสิทธิภาพในการจัดการด้านค่าใช้จ่ายและคุณภาพของบริการสุขภาพดังที่ควรจะเป็น องค์กรประกันควรทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการที่ชาญฉลาด (prudent purchaser) ทำการคัดเลือก เปรียบเทียบราคา ตลอดจนกำกับตรวจสอบคุณภาพของผู้ให้บริการด้วย

ในเกาหลีใต้ก่อนการรวมกองทุน องค์กรประกันมีบทบาทที่จำกัดเป็นเพียงองค์กรที่รวบรวมค่าเบี้ยประกันและเงินที่หักเข้าหรือสมทบเข้ากองทุน และการจ่ายเงินค่าบริการเท่านั้น สำหรับญี่ปุ่นซึ่งมีกองทุนจำนวนมาก แต่ละกองทุนมีการแข่งขันกันในการให้สิทธิประโยชน์พิเศษแก่สมาชิก แต่ก็มิได้มีบทบาทในฐานะผู้ซื้อบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ แตกต่างจากองค์กรประกันในเยอรมนี อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการเชิงรุก คือมีบทบาทในการต่อรองอัตราการจ่ายค่าบริการกับผู้ให้บริการด้วย ส่วนของจีนไต้หวันและสิงคโปร์ องค์กรประกันกำหนดอัตราการจ่ายค่าตอบแทนบริการ รวมถึงการกำหนดอัตราการจ่ายร่วมของผู้ใช้บริการด้วย

1.2 จำนวนกองทุน

เงินที่เก็บจากแหล่งเงินต่างๆเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพจะถูกรวบรวมไว้เป็นกองทุน เพื่อนำไปใช้ในการซื้อบริการสุขภาพและบริหารจัดการระบบ กองทุนเป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการระบบสุขภาพ บางประเทศใช้ระบบกองทุนจำนวนน้อยๆ เช่นระบบของอังกฤษ และจีนไต้หวันมีเพียง 1 กองทุน เป็นของประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระบบของอังกฤษ แหล่งเงินหลักมีแหล่งเดียวคือภาษี จัดสรรมาสำหรับกองทุนเดียว แต่ของจีนไต้หวันนั้น รวบรวมเงินจากหลายแหล่ง ด้วยวิธีที่ต่างกัน เก็บในอัตราที่ต่างกัน แต่รวมเข้าเป็นกองทุนเดียวกัน

การมีเพียงกองทุนจำนวนน้อยมีข้อดีในแง่ของความเรียบง่ายไม่ซับซ้อน (simplicity) บริหารจัดการง่าย การกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆทำได้พร้อมกันทีเดียว และมีต้นทุนในการจัดการโดยรวมต่ำกว่า เนื่องจากไม่มีการซ้ำซ้อนกันระหว่างงานที่มีลักษณะเดียวกันเช่นการบริหารโดยหลายๆกองทุน นอกจากนี้ การมีกองทุนเดียวหรือจำนวนน้อย ทำให้มีฐานสมาชิกขนาดใหญ่ สามารถกระจายความเสี่ยงตามหลักของการประกันได้ดี ในอีกด้านหนึ่ง การมีกองทุนเดียวทำให้ไม่เกิดการเปรียบเทียบระหว่างกองทุน ทำให้แรงผลักดันในการพัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารจัดการน้อยกว่าระบบที่มีหลายกองทุนและต้องแข่งขันกัน

มีหลายประเทศที่ใช้ระบบประกันที่มีกองทุนจำนวนมาก เช่นในเยอรมนี มีกองทุนสำหรับการเจ็บป่วยประมาณ 960 กองทุน ญี่ปุ่น มีกองทุนประมาณ 5310 กองทุน ส่วนเกาหลีใต้เคยมี 141 กองทุน แต่เพิ่งรวมกันเป็นกองทุนเดียวเมื่อไม่นานมานี้ (กรกฎาคม ค.ศ. 2000) กองทุนเหล่านี้มีการจัดตั้งโดยแบ่งตามอาชีพ ตามพื้นที่ หรือตามอายุ การมีกองทุนจำนวนมาก ไม่ได้หมายความว่าต้องมีระบบประกันจำนวนมาก

ด้วย ตัวอย่างเช่น ในเยอรมนี กองทุนเก็บเงินกองทุนเป็นกองทุนสำหรับการเจ็บป่วย (sickness funds) ที่จัดตั้งขึ้นในระบบเดียวกัน ภายใต้กฎหมายเดียวกัน มีการกระจายอำนาจให้กับกองทุน มีอิสระในการกำหนดสิทธิประโยชน์ของตนเอง รวมถึงอัตราเบี้ยประกันที่จัดเก็บ ภายใต้กฎหมายที่กำหนด

การมีกองทุนย่อยๆ จำนวนมากมีข้อดีในแง่ที่ หากเปิดโอกาสให้ผู้บริโภคมีสิทธิในการเลือกกองทุน และผู้ให้ประกันมีอิสระในการกำหนดสิทธิประโยชน์และนโยบายบริการได้ระดับหนึ่ง จะทำให้เกิดการแข่งขันกันระหว่างกองทุนในการพัฒนาประสิทธิภาพของการจัดการ โดยอาจมีการให้สิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น หรือพยายามลดเบี้ยประกัน เพิ่มทางเลือกให้กับผู้บริโภค การจัดกองทุนสำหรับแต่ละอาชีพหรือแต่ละพื้นที่ ทำให้มีสมาชิกที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน กองทุนสามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่มได้ง่ายกว่าการที่มีสมาชิกที่มีความแตกต่างกันมาก แต่การมีกองทุนจำนวนมากก็มีข้อเสียในแง่ที่การแข่งขันนี้อาจเป็นไปได้ในลักษณะที่แต่ละกองทุนพยายามคัดเลือกรายสมาชิกที่มีความเสี่ยงน้อยกว่า กีดกันบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมในระบบ การให้กองทุนมีสิทธิกำหนดนโยบายจ่ายเงินผู้ให้บริการต่างกัน อาจส่งผลให้ผู้มีสิทธิจากกองทุนที่ต่างกันได้รับบริการที่มีคุณภาพแตกต่างกัน ทำให้ไม่เป็นธรรม อีกทั้งกองทุนอาจแข่งขันให้สิทธิประโยชน์ประเภทที่ไม่มีความจำเป็นมากนัก โดยอาจเสนอบริการที่อาจให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำ เช่น ในระบบประกันสุขภาพของเยอรมนี มีการแข่งขันในการเพิ่มสิทธิประโยชน์อื่นๆ เช่น บริการสปา เป็นการจูงใจ แต่มีผลให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมสูงขึ้น

นอกจากนี้ การมีหลายกองทุนที่แยกกันบริหาร ทำให้มีความซ้ำซ้อน แต่ละองค์กรประกันที่บริหารกองทุนจำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือเครื่องมือของตนเอง ทำให้การบริหารจัดการของระบบโดยรวมสูงกว่าการบริหารโดยองค์กรเดียว ในอีกด้านหนึ่ง หากแต่ละกองทุนกำหนดระเบียบและเอกสารการส่งเบิกจ่ายเงินที่แตกต่างกันจากผู้ให้บริการ จะเป็นเหตุให้ผู้ให้บริการเกิดความยุ่งยากในการจัดการเรื่องการเบิกจ่ายค่าบริการในกรณีที่รับดูแลรักษาผู้มีสิทธิจากกองทุนต่างๆ กันด้วย

1.3 การบริหารความเสี่ยงระหว่างกองทุน

การมีกองทุนจำนวนมาก ความเสี่ยงของกองทุนและความสามารถในการบริหารของแต่ละกองทุนอาจไม่เท่ากัน จำเป็นต้องมีระบบกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุนเกิดขึ้น เพื่อป้องกันปัญหาที่บางกองทุนอาจไม่สามารถที่จะอยู่รอดได้ กลไกที่ใช้มีต่าง ๆ กันเช่น การตั้งกองทุนเพื่อเกลี่ยความเสี่ยง (equalization fund) การอุดหนุนโดยรัฐบาล (government subsidization) การประกันซ้ำ (reinsurance) เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ในประเทศเนเธอร์แลนด์ และประเทศโคลัมเบีย มีระบบประกันสุขภาพแบบที่มีกองทุนจำนวนมาก มีการใช้ระบบกองทุนกลางสำหรับการเกลี่ยความเสี่ยง (central risk equalization fund) ระหว่างกองทุนต่างๆ ในญี่ปุ่น ซึ่งแยกประกันสุขภาพของผู้สูงอายุออกมาเป็นกองทุนต่างหากจากประชากรกลุ่มอื่น ยังเป็นปัญหาในเรื่องความเสี่ยงมากขึ้น ไม่เป็นไปตามหลักการกระจายความเสี่ยงของระบบประกัน กองทุนดังกล่าวประสบปัญหาทางการเงินมาก รัฐบาลต้องให้การอุดหนุนเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากองทุนอื่นๆ

1.4 ขนาดของกองทุน

ขนาดของกองทุน หมายถึงจำนวนเงินที่นำมารวมกันเพื่อใช้สำหรับประกันสุขภาพ เมื่อพิจารณาเฉพาะขนาดของกองทุน กองทุนขนาดใหญ่มีข้อดีเหนือกองทุนขนาดเล็กด้วยเหตุผลหลัก 4 ข้อ คือ

- 1) การระดมเงิน: กองทุนขนาดใหญ่มีฐานของประชากรมากกว่า สามารถระดมเงินในจำนวนมากกว่า เสี่ยงต่อความผันผวนของรายรับรายจ่ายน้อยกว่า
- 2) การบริหารความเสี่ยง: เนื่องจากการเกิดความเจ็บป่วยมีความไม่แน่นอน จึงไม่สามารถกำหนดภาระทางการเงินอย่างแน่นอนได้ล่วงหน้า ในการบริหารความเสี่ยง จึงมีความจำเป็นในการกันเงินเพื่อไว้ใช้ในกรณีที่ภาระทางการเงินเพิ่มขึ้นฉุกเฉิน กองทุนขนาดใหญ่มีทรัพยากรมากกว่า จำนวนเงินที่ต้องกันไว้สำหรับกรณีฉุกเฉินต่อจำนวนเงินทั้งหมดจึงมีสัดส่วนน้อยกว่า
- 3) การซื้อบริการ: กองทุนขนาดใหญ่มีอำนาจต่อรองกับผู้ให้บริการในการซื้อบริการได้มากกว่า สามารถกำหนดประเภทและอัตราค่าบริการได้ดีกว่า (รายละเอียดในหัวข้อต่อไป)
- 4) การบริหารจัดการ: การบริหารจัดการต้องอาศัยความเชี่ยวชาญด้านระบบประกัน กองทุนใหญ่มีทรัพยากรในการจัดหาผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆมากกว่ากองทุนเล็ก

กล่าวโดยสรุป การจัดกองทุนไม่ว่าจะโดยแบ่งตามเขตพื้นที่หรือกลุ่มประชากรเป้าหมายก็ตาม ความครอบคลุมต้องมีขนาดใหญ่เพียงพอที่จะให้มีการกระจายความเสี่ยงได้ มีอำนาจการซื้อเพียงพอ มีความสามารถดึงดูดบุคลากรบริหารที่มีความเชี่ยวชาญ นอกจากนี้ ในกรณีที่มีการแบ่งเขตประกันตามพื้นที่ ในเขตหนึ่งๆควรมีผู้ให้บริการแบบต่างๆที่เพียงพอทั้งในแง่จำนวน และความเชี่ยวชาญ และเครื่องมือต่างๆอย่างใดก็ตาม ถึงแม้ว่าโดยหลักการของการจัดหลักประกัน การมีกองทุนย่อยๆจำนวนมากเป็นเบี้ยหัวแตก ทำให้ความสามารถในการดำเนินงานเกี่ยวกับบทบาททางการเงินการคลังประกันสุขภาพด้อยลงไป กองทุนยิ่งมีขนาดใหญ่จะยิ่งดีในแง่ของการประหยัดเนื่องจากความได้เปรียบของขนาด (economy of scale) แต่ประโยชน์ของการเพิ่มของขนาดในองค์กรที่มีขนาดใหญ่เกินระดับหนึ่งอาจมีไม่มากนัก

1.5 การซื้อบริการสุขภาพ

การรวมเงินจากการที่ผู้ป่วยแต่ละรายต้องจ่ายค่าใช้จ่ายสุขภาพเอง มาอยู่ในมือของผู้ให้ประกัน เป็นการเพิ่มอำนาจการต่อรองให้กับองค์กรประกันในการซื้อบริการในลักษณะของอำนาจผู้ซื้อรายใหญ่ ทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่าย กำหนดจุดเน้นของประเภทบริการได้

การซื้ออาจทำได้ทั้งในเชิงรับและในเชิงรุก ในการซื้อเชิงรับ ผู้ซื้อบริการไม่แสดงบทบาทในการกำหนดว่าต้องการบริการแบบใด และจ่ายค่าบริการตามที่ได้รับใบเบิกมา สำหรับในเชิงรุกนั้น ผู้ซื้อบริการคัดเลือกชนิดของบริการที่ซื้อ กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้บริการ และกำหนดมาตรการในการจ่ายค่าบริการ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

หน้าที่ในการซื้อบริการนั้นอาจเป็นหน้าที่ขององค์กรประกันที่บริหารแต่ละกองทุนโดยตรง หรือกองทุนต่างๆอาจเพียงทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมเงินและให้การดูแลคุ้มครองสมาชิกของตน และมอบหมายให้องค์กรที่ตั้งขึ้นเพื่อซื้อบริการโดยเฉพาะ เป็นผู้ดำเนินการก็ได้

กองทุนสำหรับการเจ็บป่วยที่หลากหลายของเยอรมนีนั้น แม้ว่ากองทุนจะทำหน้าที่กำหนดสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม กำหนดเบี้ยประกันของตนเอง แต่การซื้อบริการทำการซื้อรวม โดยสมาคมกองทุนสำหรับการเจ็บป่วย (Association of sickness funds) เป็นผู้ทำหน้าที่ต่อรองกับสมาคมแพทย์ และสมาคมโรงพยาบาล ในประเทศญี่ปุ่นซึ่งมีระบบประกันสุขภาพมากกว่าหนึ่งระบบ และมีกองทุนที่หลากหลายเช่นเดียวกัน ในการซื้อบริการนั้น กระทรวงสาธารณสุขของญี่ปุ่นมีการกำหนดอัตราและวิธีการจ่ายเงินมาตรฐานสำหรับทุกกองทุน

1.6 การกำหนดอัตราค่าบริการสุขภาพ

การจ่ายค่าบริการด้วยวิธีต่างๆ จะกำหนดอัตราการจ่ายต่อหน่วยเป็นเท่าใด ใครเป็นผู้มีอำนาจในการกำหนด เช่น ราคาค่าตรวจเลือด ตรวจเต้านม ค่ายาชนิดหนึ่งๆ ควรเป็นเท่าใด สำหรับการจ่ายตามรายการหรือค่าผ่าตัดไส้ติ่ง ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ค่าทำคลอด ควรเป็นเท่าใด สำหรับการจ่ายตามรายโรค หรือค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อหัวต่อปี ควรเป็นเท่าใด ควรมีอัตราที่แตกต่างกันหรือไม่ ระหว่างเด็ก บุคคลในวัยทำงาน และผู้สูงอายุ สำหรับการจ่ายแบบตามรายหัว เป็นประเด็นคำถามเชิงนโยบายของระบบประกันสุขภาพ

วิธีการกำหนดอัตราค่าบริการสุขภาพ รวมถึงการจ่ายที่ใช้ในระบบประกันสุขภาพต่างๆ พอจะประมวลได้เป็น 3 วิธีดังนี้

- 1) ผู้ให้บริการเป็นผู้กำหนด: คือการจ่ายตามอัตราที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ (charges) ปกติเป็นการจ่ายแบบตามรายการ
- 2) ผู้ให้ประกันเป็นผู้กำหนด: ในแบบนี้ ผู้ให้ประกัน (หรือผู้ซื้อประกัน ในกรณีแยกกันเป็นคนละองค์กร) เป็นผู้จัดทำอัตราเบิกจ่าย โดยเป็นได้ทั้งแบบต่อรายการ ต่อโรค ต่อวัน ต่อหัว ต่อปี ตามวิธีที่กฎหมายหรือระเบียบกำหนด การกำหนดอัตราอาจใช้วิธีประมาณการจากต้นทุน การใช้ตัวเลขเดิมเป็นตัวตั้งต้น หรือมีสูตรในการคำนวณโดยเฉพาะ

การกำหนดอัตราค่าบริการสุขภาพในแบบที่ผู้ซื้อประกันเป็นผู้กำหนดเองนั้น ในทางปฏิบัติ เป็นไปได้เฉพาะในกรณีของผู้ซื้อประกันรายใหญ่เท่านั้น เช่น สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงจะมีอำนาจเพียงพอในการดำเนินการแบบนี้

- 3) กำหนดร่วมกันจากการต่อรองระหว่างผู้ให้ประกันกับผู้ให้บริการ: ในรูปแบบที่พื้นฐานที่สุด เป็นการที่ผู้ซื้อประกันแต่ละราย เช่นบริษัทประกันเอกชน เจรจากับผู้ให้บริการแต่ละราย เช่นโรงพยาบาล ในบางระบบ กำหนดอัตราค่าบริการจากการเจรจาต่อรองระหว่างตัวแทนผู้ให้ประกันกับตัวแทนของผู้ให้บริการ เช่น ในเยอรมนี เป็นการเจรจาของตัวแทนสมาคมวิชาชีพของแพทย์ กับสมาคมของกองทุนสำหรับการเจ็บป่วย ในออสเตรเลีย มีการเจรจาระหว่าง Pharmacy Guild of Australia ตกลงกับ Pharmaceutical Benefit Scheme เพื่อ

กำหนดอัตราค่าจ่ายยา (dispensing fee) ในแคนาดา สมาคมแพทย์และสมาคมโรงพยาบาล เจรจาอัตราการจ่ายต่อรายการกับหน่วยงานกองทุนสุขภาพของมลรัฐ (provincial fund holding agency) ส่วนในอังกฤษ สำนักงานบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service) ซึ่งเป็นองค์กรกลางบริหารระบบประกันสุขภาพเจรจากับสมาคมของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพื่อกำหนดค่าตอบแทนของแพทย์กลุ่มนี้ ซึ่งเป็นผู้ให้บริการระดับต้น โดยมีการกำหนดระดับของเงินเดือน อัตราการจ่ายต่อหัว และอัตราต่อรายการสำหรับบริการที่มีการจ่ายต่อรายการ เช่นการฉีดวัคซีน

1.7 กลไกการจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบอาจมีกลไกการจ่ายค่าบริการให้กับผู้ให้บริการในรูปแบบต่าง ๆ กันพอจะประมวลได้ดังนี้

- 1) จ่ายโดยตรง: ผู้ให้ประกันหรือผู้ซื้อประกันเป็นผู้จ่ายค่าบริการโดยตรงให้กับผู้ให้บริการสุขภาพ
- 2) จ่ายผ่านสมาคมผู้ให้บริการ: เช่นในเยอรมนี สมาคมวิชาชีพทำหน้าที่เป็นผู้จ่ายค่าตอบแทนให้แก่สมาชิกเอง โดยผู้ให้ประกันตัดโอนงบประมาณให้กับสมาคมไปตามที่ตกลงกันในแต่ละปี เป็นการจ่ายต่อรายการควบคู่ไปกับการกำหนดงบประมาณรวมของกองทุนสำหรับการเจ็บป่วยเป็นยอดรวมรายปี และใช้ระบบคะแนนในการคำนวณจำนวนเงินที่ต้องจ่ายให้กับบริการแต่ละบริการในปีนั้น วิธีนี้ นอกจากจะช่วยให้การบริหารจัดการเรื่องการจ่ายค่าบริการของกองทุนสะดวกขึ้น ยังเปิดโอกาสให้กลุ่มวิชาชีพตรวจสอบและคานอำนาจในหมู่สมาชิกกันเองด้วย
- 3) จ่ายผ่านผู้ให้บริการระดับต้น: วิธีนี้พบในอังกฤษ เป็นแบบที่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมายผู้ให้บริการระดับต้นเป็นผู้ซื้อบริการในระดับกลางและระดับสูง โดยจ่ายเป็นเงินก้อนให้ผู้ให้บริการระดับต้น แล้วผู้ให้บริการระดับต้นเจรจาต่อรองกับผู้ให้บริการระดับถัดไปในเรื่องอัตราและวิธีการจ่ายค่าบริการเอง
- 4) จ่ายผ่านหน่วยงานตรวจสอบและจ่ายเงิน: แบบนี้พบในญี่ปุ่น เนื่องจากมีหน่วยงานที่เป็นผู้ให้ประกันจำนวนมาก ในขณะเดียวกันก็มีจำนวนสถานพยาบาลจำนวนมากถึงเกือบสองแสนแห่ง ในขณะที่ผู้ป่วยมีอิสระในการไปพบแพทย์ที่ไหนก็ได้ ดังนั้นการที่จะให้สถานพยาบาลเรียกเก็บจากหน่วยงานที่รับประกันเองจึงเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก จึงมีการจัดตั้งองค์กรใหม่ในลักษณะของ clearing house ขึ้น เพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบและคำนวณใบเรียกเก็บค่าบริการให้ clearing house ที่จัดตั้งขึ้นมีสองหน่วยงานคือ Social Insurance Medical Fee Payment Fund และ Federation of National Health Insurance Association แต่ละแห่งจะบริหารการเบิกจ่ายให้กับระบบประกันคนละกลุ่มกัน โดยเป็นผู้รับใบเรียกเก็บจากผู้ให้บริการ ทำการตรวจสอบ แล้วรวบรวมเพื่อส่งเรียกเก็บจากผู้ให้ประกัน จากนั้นจึงรวบรวมส่งต่อไปยังผู้ให้บริการอีกทอดหนึ่ง

1.8 ระดับการกระจายอำนาจขององค์กรประกัน

การจัดองค์กรผู้ให้ประกันสุขภาพสามารถพิจารณาได้ในแง่มุมของการรวมหรือกระจายอำนาจในการบริหารระบบเป็นแบบต่างๆได้ดังนี้

- 1) แบบกระจายอำนาจ: แบบนี้ผู้ให้ประกันเป็นหน่วยงานที่มีความเป็นเจ้าของ (ownership) แยกกัน มักเป็นองค์กรอิสระหรือบริษัทเอกชน มีอิสระในการบริหารจัดการเอง แต่อยู่ภายใต้กฎหมายเดียวกัน เช่น กองทุนสำหรับการเจ็บป่วยในเยอรมนี และประกันเอกชนในสหรัฐอเมริกา
- 2) แบบรวมศูนย์: เป็นแบบที่มีองค์กรเดียวในการบริหารทั้งระบบ อาจเป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งประเทศ เช่น สำนักงานบริหารระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (Bureau of National Health Insurance) ของจีนไต้หวัน หรือเป็นระบบประกันสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น Health Care Financing Administration ทำหน้าที่บริหารระบบ Medicare ในสหรัฐอเมริกา
- 3) แบบกระจายอำนาจบางส่วน: เป็นแบบที่มีการจัดองค์กรในลักษณะที่มีหน่วยงานส่วนกลางและหน่วยงานบริหารของแต่ละพื้นที่ ระบบที่พบในประเทศต่างๆ มีทั้งแบบที่กำหนดหลักเกณฑ์ร่วมต่างๆโดยรัฐบาลกลาง แต่บริหารโดยมลรัฐ เช่น ระบบประกันสุขภาพของแคนาดา และระบบ Medicaid ของสหรัฐอเมริกาซึ่งบริหารโดยรัฐบาลมลรัฐ กับแบบที่มีองค์กรส่วนกลางและองค์กรภูมิภาคหรือเขตเป็นสาขา เช่น ในอังกฤษและนิวซีแลนด์

ตัวอย่างการจัดโครงสร้างลักษณะนี้ในระบบประกันสุขภาพของอังกฤษมีสำนักงานบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Services ย่อว่า NHS) เป็นองค์กรส่วนกลางในการบริหารจัดการ และมีหน่วยงานระดับภูมิภาคโดยแบ่งเป็นเขต NHS เป็นผู้ดำเนินการเจรจากำหนดอัตราค่าบริการสำหรับบริการระดับต้น ส่วนในการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพระดับกลาง (ทุติยภูมิ) ขึ้นไปให้กับโรงพยาบาล ใช้วิธีการจัดสรรเป็นเงินก้อนไปยังหน่วยงานภูมิภาค โดยใช้สูตรคำนวณค่าใช้จ่ายต่อหัวของประชากรที่ครอบคลุม โดยคำนึงถึงลักษณะของประชากร ขนาดของเขตแต่ละเขต และให้น้ำหนักความเสี่ยง ในการจัดสรรเงินก้อนดังกล่าว จากนั้น สำนักงานระดับภูมิภาคก็จะใช้วิธีทำนองเดียวกันในการคำนวณค่าใช้จ่ายต่อหัวเพื่อจ่ายให้กับกลุ่มของผู้ให้บริการระดับต้น (Primary Care Trust) ในเขตของตน เพื่อให้ไปซื้อบริการโรงพยาบาลจากกลุ่มของโรงพยาบาล (Hospital Trust) การจัดสรรเงินก้อนนี้เป็นเงินเฉพาะส่วนที่จะเป็นค่าใช้จ่ายบริการโรงพยาบาลเท่านั้น ไม่รวมค่าใช้จ่ายบริการระดับต้นซึ่งบริหารโดยส่วนกลาง

2. องค์กรผู้ให้บริการ

การประกันสุขภาพเป็นการลดอุปสรรคทางการเงินต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ประเด็นที่ว่า ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการสุขภาพอะไร อย่างไร ที่ไหน คุณภาพเป็นอย่างไร จึงเป็นประเด็นคำถามที่สำคัญในการบริหารระบบ

บริการสุขภาพมีหลายประเภท และมีระดับความซับซ้อนที่แตกต่างกัน จัดโดยองค์กรผู้ให้บริการหลากหลายประเภท เช่น คลินิกแพทย์ คลินิกทันตแพทย์ ร้านยา สถานเอนามัย สถานผดุงครรภ์ โรงพยาบาลระดับต่างๆ การจัดให้ผู้ป่วยไปใช้บริการให้ถูกที่เป็นหลักเบื้องต้นของการจัดการให้ได้รับบริการที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของระบบ ตัวอย่างเช่น การให้ผู้ป่วยโรคหัวใจธรรมดาไปพบแพทย์ที่คลินิก ไปปรึกษาเภสัชกรที่ร้านยา หรือไปที่สถานเอนามัยเมื่อเริ่มไม่สบาย หากไม่มีอาการซับซ้อนก็ทำการดูแลรักษาในระดับต้นนั้น แต่หากพบว่าอาการมีความซับซ้อนจึงส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับสูงกว่า วิธีนี้ย่อมเหมาะสมกับสภาพของโรค และประหยัดมากกว่าการให้ไปพบแพทย์เฉพาะทางหรือไปโรงพยาบาลในครั้งแรก ในทางตรงข้าม ผู้ป่วยโรคหัวใจควรได้รับการดูแลจากแพทย์เฉพาะทาง หากสภาวะผู้ป่วยต้องการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล แพทย์ระดับต้นก็ไม่ควรจะเก็บผู้ป่วยไว้ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ

การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้ใช้บริการที่เหมาะสมดังในตัวอย่างข้างต้น รวมถึงการบริหารงานด้านต่างๆของการดูแลสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นด้านการรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ เป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญในด้านและในระดับที่ต่างกัน เครื่องไม้เครื่องมือที่ต่างกัน และต้องเสียค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน การบริหารจัดการเพื่อให้มีบริการที่เหมาะสมกับความจำเป็นของแต่ละกรณีจึงมีความสำคัญต่อการตอบสนองของความต้องการของผู้ใช้บริการ และการประหยัดทรัพยากรพร้อมๆกัน

แต่เดิมมานั้น ระบบสุขภาพของไทยเปิดโอกาสให้ผู้ใช้บริการมีอิสระในการเลือกผู้ให้บริการที่ตนต้องการ ผู้ป่วยจึงสามารถเลือกได้ว่าจะไปซื้อยาที่ร้านยา ไปที่สถานเอนามัย ไปที่คลินิกแพทย์ หรือไปโรงพยาบาลก่อน ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายและกำหนดโครงสร้างของระบบในลักษณะที่ให้การส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลระดับต้น เช่นสถานเอนามัย ไปสู่สถานพยาบาลระดับสูงกว่า แต่เป็นนโยบายที่ครอบคลุมเฉพาะในภาครัฐ โดยเฉพาะในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ส่วนของร้านยาและโรงพยาบาลเอกชน อยู่นอกขอบเขตรูปธรรมของนโยบายดังกล่าว นอกจากนี้ ในทางปฏิบัติก็มักพบว่า การใช้ระบบการส่งต่อน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ขณะนี้ระบบประกันสุขภาพหลายระบบ เช่น ประกันสังคมและโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค กำหนดให้ผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์ในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ แล้วให้มีระบบส่งต่อกันในเครือข่าย หากไปใช้บริการของคลินิกแพทย์หรือร้านยา ซึ่งไม่ได้อยู่ในเครือข่าย ก็ต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเอง

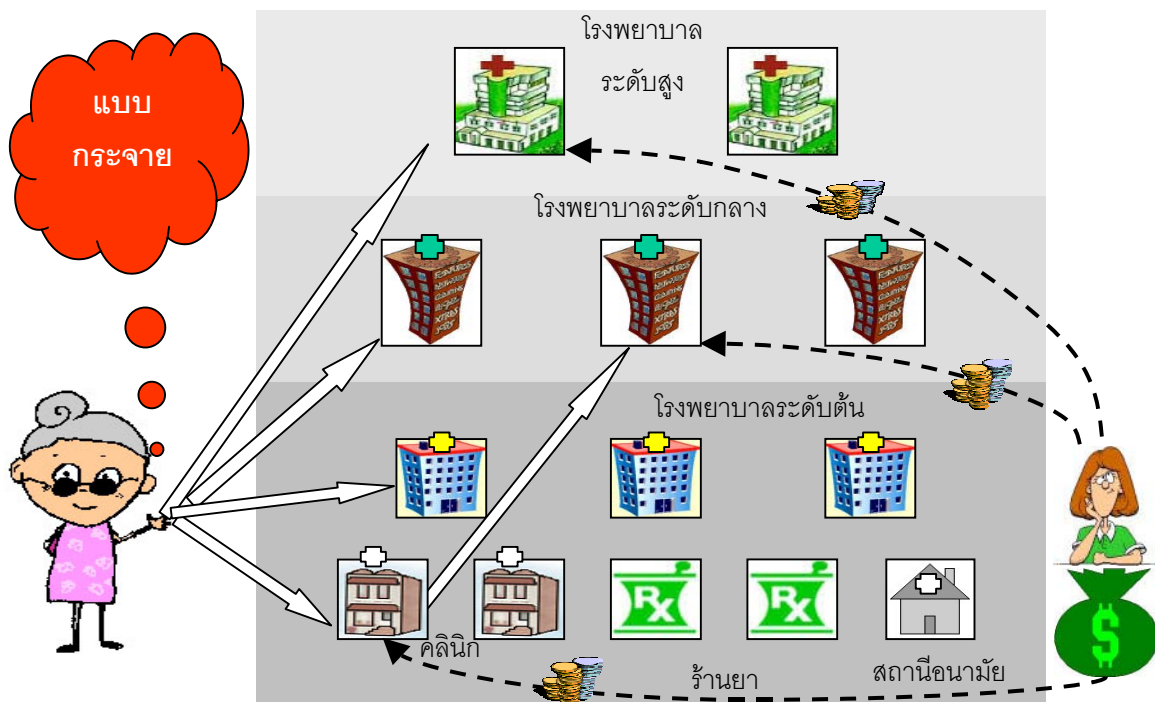
รูปแบบทั้งสองเป็นวิธีการจัดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน ความเปลี่ยนแปลงในการจัดรูปแบบดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากวิธีการจ่ายเงินในระบบประกันสุขภาพ การมีระบบประกันสุขภาพนอกจากจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์รูปแบบใหม่ขึ้นระหว่างผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการ และผู้ให้ประกันแล้ว บางระบบ เช่น ประกันสังคม ก็เป็นปัจจัยให้เกิดความสัมพันธ์ในรูปแบบของสัญญาะหว่างผู้ให้บริการด้วยกันเอง คือมีการทำสัญญาะหว่างกันของสถานพยาบาลประเภทต่างๆเช่น โรงพยาบาลกับคลินิกแพทย์หรือคลินิกทันตแพทย์ และสถานพยาบาลในระดับต่างๆ เช่น โรงพยาบาลทั่วไปกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตลอดจนระหว่างโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลของรัฐ

2.1 รูปแบบความสัมพันธ์ขององค์กรผู้ให้บริการ

ในบทที่ 3 ได้กล่าวถึงสิทธิในการเลือกผู้ให้บริการของผู้ใช้บริการ รูปแบบการจัดความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการเป็นการมองจากมุมอีกด้านหนึ่งของการบริการสุขภาพ รูปแบบการจัดความสัมพันธ์ขององค์กรผู้ให้บริการสุขภาพในประเทศต่างๆ พอจะประมวลโดยพิจารณาตามระดับและประเภทของบริการสุขภาพ ได้ 3 แบบหลักดังข้างล่างนี้ ในแต่ละแบบจะพิจารณาความแตกต่างกันในด้าน (1) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ (2) สิทธิในการเลือกผู้ให้บริการของผู้ป่วย (3) การส่งต่อผู้ป่วย และ (4) การจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพ

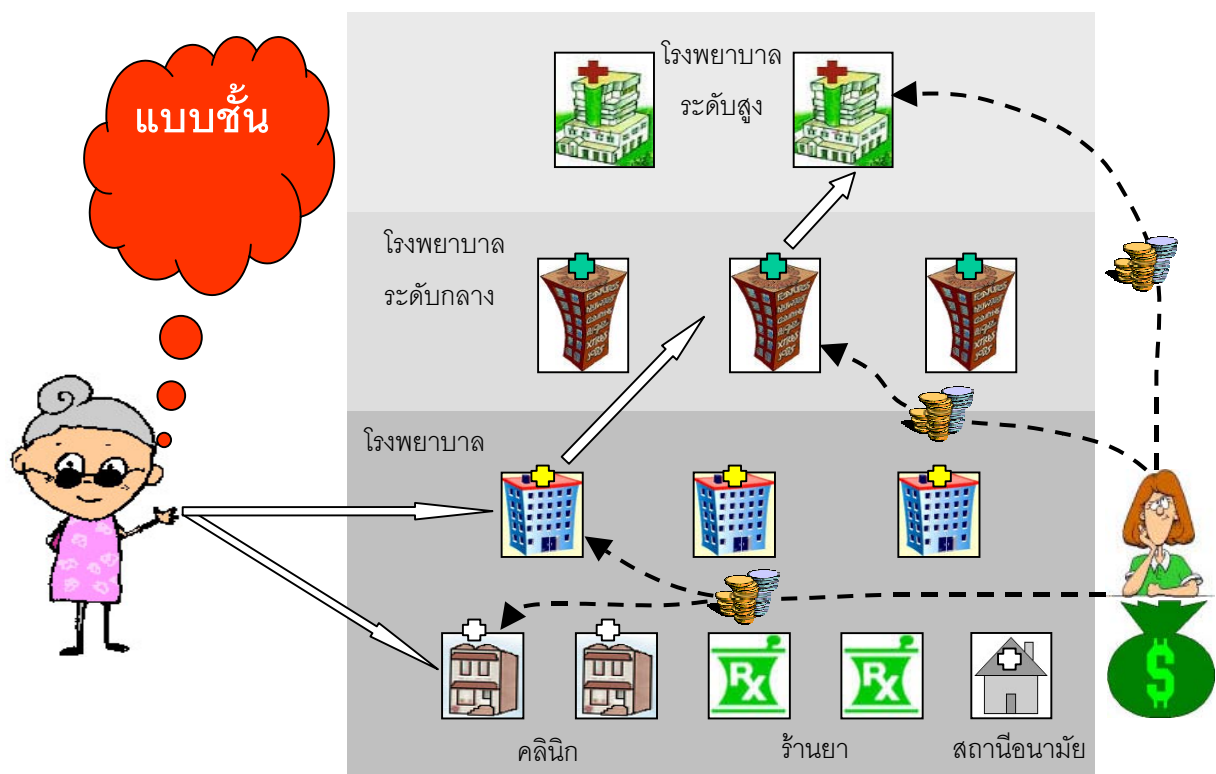
1) แบบกระจาย: เป็นแบบที่ผู้ให้บริการแต่ละแห่งดำเนินงานโดยอิสระจากกัน รูปแบบนี้พบในระบบที่เปิดให้ผู้ป่วยสามารถเลือกไปใช้บริการจากสถานพยาบาลที่ต้องการได้โดยอิสระ เช่นอาจเริ่มจากไปซื้อยาที่ร้านยา หรือไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยไม่ไปที่คลินิกหรือโรงพยาบาลระดับต้นก่อน ในกรณีที่มีการส่งต่อจากสถานพยาบาลระดับต้นไปสู่ระดับที่สูงกว่า การส่งต่อมักเป็นการปรึกษาหารือระหว่างผู้ป่วยและบุคคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยรายนั้นๆ การเลือกสถานพยาบาลแห่งใดที่จะส่งต่อไม่ขึ้นกับว่าสถานพยาบาลระดับต้นมีสัญญา กับสถานพยาบาลระดับสูงแห่งนั้นหรือไม่ ค่าใช้จ่ายในการบริการภายใต้ระบบประกันได้รับการจ่ายจากผู้ให้ประกัน (หรือผู้ที่ผู้ให้ประกันมอบหมาย) ไปยังผู้ให้บริการแต่ละราย รูปแบบนี้พบในญี่ปุ่น จีนไต้หวัน ในประกันสุขภาพบางระบบของสหรัฐอเมริกา และบางระบบของไทย

ภาพที่ 5.1 ลักษณะทั่วไปของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการแบบกระจาย



2) แบบขั้น: เป็นระบบที่มีการจัดระดับของสถานพยาบาลเป็นระดับต่างๆ เช่น ระดับต้น (ปฐมภูมิ หรือ primary care) ระดับกลาง (ทุติยภูมิ หรือ secondary care) ระดับสูง (ตติยภูมิ หรือ tertiary care) ตามความซับซ้อนของวิทยาการทางการแพทย์ที่ต้องใช้ มักมีการกำหนดว่าผู้ป่วยต้องไปยังสถานพยาบาลระดับต้นก่อน โดยที่บางระบบเปิดให้เลือกผู้ให้บริการระดับต้นรายใดก็ได้โดยอิสระ แต่บางระบบอาจให้มีการเลือกขึ้นทะเบียนกับผู้ให้บริการระดับต้นรายใดรายหนึ่ง หากผู้ดูแลทางการแพทย์ระดับต้นพิจารณาว่าจำเป็นก็มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลระดับสูงกว่าตามลำดับ การเลือกว่าจะส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งใดขึ้นกับการหารือระหว่างผู้รักษากับผู้ป่วย โดยไม่ขึ้นกับว่าสถานพยาบาลนั้นๆ มีสัญญา กับสถานพยาบาลที่จะส่งผู้ป่วยไปหรือไม่ สถานพยาบาลอาจดำเนินการโดยอิสระต่อกัน หรืออาจมีการทำข้อตกลงในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย แต่มักเป็นไปในลักษณะหลวมๆ ไม่ใช่ข้อตกลงแบบสัญญาที่เกี่ยวข้องทางการเงิน ผู้ให้ประกันจ่ายค่าบริการไปยังสถานพยาบาลแต่ละรายแยกกันตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น รูปแบบนี้พบในหลายประเทศในยุโรป

ภาพที่ 5.2 ลักษณะทั่วไปของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการแบบขั้น



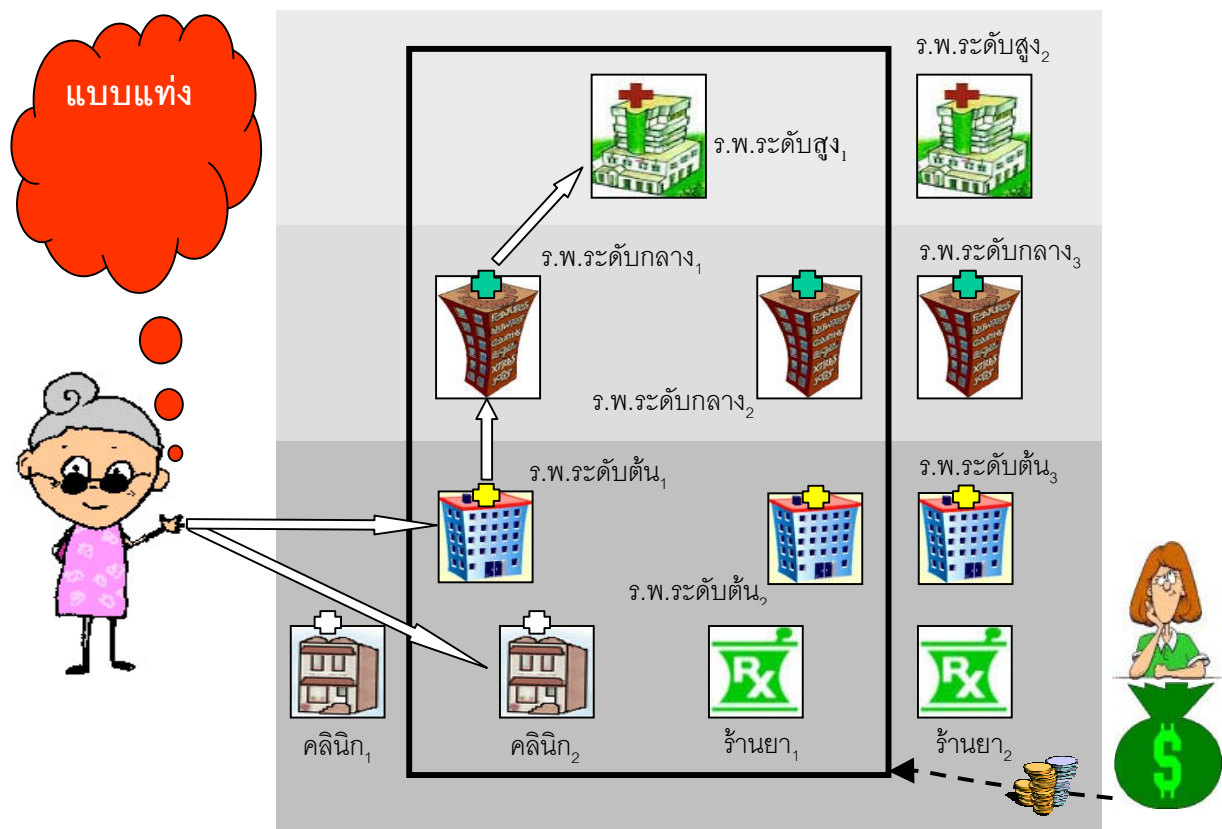
3) แบบแพ่ง: รูปแบบนี้เป็นระบบที่มักเกิดขึ้นควบคู่กับระบบประกันที่ใช้วิธีการจ่ายเงินแบบจ่ายต่อหัว (capitation) สถานพยาบาลมักมีการรวมตัวเป็นเครือข่าย โดยมีสัญญาสัญญาระหว่างกันในเรื่องของการส่งต่อผู้ป่วยและการชำระค่าบริการที่เกิดขึ้น โดยที่สถานพยาบาลแห่งหนึ่งทำหน้าที่เป็นคู่สัญญาหลัก (main contractor) กับผู้ให้ประกัน ส่วนสถานพยาบาลอื่นๆ ทำสัญญากับคู่สัญญาหลักในเรื่องการให้บริการและการจ่ายเงิน สถานพยาบาลคู่สัญญาอาจให้บริการระดับต่ำกว่า (sub-contractor) หรือในระดับที่สูง

กว่า (supra-contractor) ปกติเครือข่ายหนึ่งๆมักจะมีทั้งสามระดับ สถานพยาบาลแห่งหนึ่งอาจเป็นสมาชิกของเครือข่ายได้มากกว่าหนึ่งเครือข่ายก็ได้

ในระบบนี้ ผู้มีสิทธิต้องขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลเครือข่ายใดเครือข่ายหนึ่ง เมื่อเจ็บป่วย ต้องไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลตามที่กำหนดในเครือข่าย การส่งต่อผู้ป่วยโดยทั่วไปเป็นการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่อยู่ในเครือข่าย ผู้ป่วยไม่มีทางเลือกว่าจะถูกส่งต่อไปยังสถานพยาบาลใดมากนัก ผู้ให้ประกันจ่ายเงินค่าบริการไปยังสถานพยาบาลซึ่งเป็นคู่สัญญาหลักตามข้อตกลงเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ ค่าใช้จ่ายบริการที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่าย เป็นหน้าที่ของคู่สัญญาหลักที่จะนำจ่ายค่าบริการต่ออีกทอดหนึ่ง ส่วนค่าใช้จ่ายบริการที่เกิดในสถานพยาบาลนอกเครือข่าย เช่นในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือกรณีเฉพาะอื่นๆ อาจมีข้อกำหนดของผู้ให้ประกันกำกับวิธีการจ่ายเงินต่างหากอีกส่วนหนึ่ง

รูปแบบนี้พบในระบบประกันสังคมและโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคของไทย และระบบ health maintenance organization ของสหรัฐอเมริกา

ภาพที่ 5.3 ลักษณะทั่วไปของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการแบบแบ่ง



2.2 จุดแข็งและจุดอ่อนของรูปแบบการจัดองค์กรต่างๆ

เช่นเดียวกับด้านอื่นๆของระบบประกันสุขภาพ การจัดองค์กรผู้ให้บริการแต่ละแบบมีจุดแข็งจุดอ่อนในตัวเอง ในหัวข้อนี้จะพิจารณาในแง่ค่าใช้จ่ายสุขภาพ ความสะดวกในการใช้บริการ คุณภาพของการบริการ การบริหารจัดการ และผลกระทบต่อธุรกิจ

1) ค่าใช้จ่ายสุขภาพ: ในรูปแบบกระจาย ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคฟื้นฟู อาจเลือกไปใช้บริการในสถานพยาบาลระดับสูงซึ่งมีต้นทุนในการบริการสูงกว่า การใช้บริการในลักษณะนี้ มีผลให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพสูงทั้งที่อาจไม่คุ้มค่า รูปแบบที่กำหนดให้มีการส่งต่อไปตามลำดับขั้น เช่น แบบขั้นและแบบแท่ง ช่วยประหยัดทรัพยากรได้ดีกว่า

2) ความสะดวกในการใช้บริการและการเลือกของผู้ป่วย: เนื่องจากรูปแบบกระจายเปิดให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้โดยอิสระ จึงเป็นแบบที่สะดวกต่อผู้ป่วยมากที่สุด ส่วนแบบขั้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเลือกผู้ให้บริการเป็นลำดับขั้นโดยไม่จำกัดเฉพาะสถานพยาบาลในเครือข่าย แต่โดยให้ปรึกษากับแพทย์ผู้ทำการรักษา จึงให้ความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยในแง่ความสะดวกได้รองลงมา ส่วนแบบแท่ง เป็นแบบที่การตัดสินใจในการเลือกผู้ให้บริการทำได้เฉพาะระดับเครือข่าย และมักมีโอกาเลือกได้เพียงปีละครั้ง ส่วนการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลแห่งใดนั้น ผู้ให้บริการเป็นผู้เลือกสมาชิกเครือข่ายกันเอง ผู้ป่วยจึงมีสิทธิเลือกผู้ให้บริการได้น้อยที่สุด

3) คุณภาพของการบริการ: คุณภาพบริการขึ้นกับปัจจัยต่างๆจำนวนมาก ในแง่ของการจัดรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการต้องพิจารณาว่า รูปแบบหนึ่งๆเอื้อต่อการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลที่มีบุคลากรซึ่งมีความเชี่ยวชาญ มีเครื่องมือเครื่องมือและยาเหมาะสมที่จะดูแลผู้ป่วยในรายนั้นๆได้ดีหรือไม่ ในกรณีของแบบกระจาย การเลือกของผู้ป่วยและการส่งต่อไปโดยอิสระ ส่วนการจ่ายเงินเป็นลักษณะของการจ่ายสำหรับผู้ให้บริการแต่ละราย ผู้ให้บริการจึงมักไม่มีความกังวลในเรื่องข้อจำกัดทางต้นทุนค่าบริการในการตัดสินใจเลือกการรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ส่วนการจัดองค์กรผู้ให้บริการแบบขั้น ผู้ให้บริการระดับต้นทำหน้าที่คัดกรองในเรื่องการส่งต่อ และเป็นไปโดยอิสระ ส่วนการจ่ายค่าบริการก็จ่ายให้กับผู้ให้บริการแต่ละรายเช่นเดียวกัน จึงมักไม่เกิดปัญหาในเรื่องข้อจำกัดทางการเงินในการตัดสินใจเลือกการรักษาเช่นเดียวกัน

ส่วนการจัดความสัมพันธ์แบบแท่งเป็นแบบที่ใช้ควบคู่กับการเหมาจ่ายค่าบริการแบบต่อหัวเป็นรายปีไปให้ผู้ให้บริการที่เป็นคู่สัญญาหลัก และให้จ่ายต่อกันเองในเครือข่าย ด้วยวิธีการเช่นนี้ ผู้ให้บริการแต่ละรายจึงรับภาระความเสี่ยงทางการเงินในการให้บริการด้วย หากการกำหนดวิธีการหรืออัตราการจัดจ่ายค่าบริการไม่เหมาะสม อาจเป็นเหตุให้มีแรงจูงใจในการที่สถานพยาบาลระดับล่างตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยน้อยหรือมากกว่าความเหมาะสมก็ได้ เช่น ถ้าสถานพยาบาลระดับล่างต้องจ่ายค่าตอบแทนให้กับสถานพยาบาลระดับสูงกว่าด้วยราคาแพงหากส่งผู้ป่วยไป สถานพยาบาลระดับล่างอาจพยายามลดการส่งต่อ ในทางตรงข้าม ถ้าสถานพยาบาลระดับล่างต้องจ่ายค่าตอบแทนให้กับสถานพยาบาลระดับสูงกว่าด้วยราคาที่ต่ำเกินไป สถานพยาบาลระดับล่างอาจพยายามเพิ่มจำนวนการส่งต่อ เนื่องจากประหยัดสำหรับสถานพยาบาลของตนมากกว่า ในกรณีแรก จะทำให้เกิดปัญหาคุณภาพของการบริการที่ต่ำลง เพราะผู้ป่วยที่ควรต้องได้รับการ

จากผู้เชี่ยวชาญหรือเครื่องมือในระดับที่สูงกว่า จะไม่ได้รับตามที่ควรจะเป็น ในกรณีหลัง จะทำให้การใช้ทรัพยากรรวมของระบบไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เพราะส่งผู้ป่วยไปสู่สถานพยาบาลซึ่งแพงกว่า

การป้องกันหรือแก้ปัญหาเช่นนี้ทำได้ยากในทางปฏิบัติ ถึงแม้จะมีการกำหนดกฎเกณฑ์ต่างๆไว้ แต่ก็อาจไม่ได้รับการปฏิบัติเท่าที่ควร ในขณะเดียวกัน ผู้ป่วยมักไม่ทราบความจำเป็นในการรักษาเพียงพอ การตรวจสอบจึงทำได้ยาก และมักเป็นการตรวจสอบที่ทำหลังจากมีปัญหาเกิดขึ้นและมีผู้พบปัญหาแล้ว ซึ่งบางครั้งก็สายเกินไป

4) การบริหารจัดการ: การบริหารความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการด้วยกันเองในรูปแบบกระจายและแบบชั้นทำได้โดยง่าย เนื่องจากเป็นเรื่องของการประสานส่งต่อผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อจำเป็น ผู้ให้บริการไม่ต้องจัดการเรื่องการเงินระหว่างกัน

ส่วนในระบบที่เป็นแบบแท่งนั้น ในกรณีที่ผู้ให้บริการต่างระดับกันเป็นคนละเจ้าของกัน จะมีค่าบริหารจัดการในระหว่างผู้ให้บริการที่สูง เพราะนอกจากต้องมีการทำข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักกับผู้ให้ประกันแล้ว ยังต้องมีการทำข้อตกลงในเรื่องของวิธีการส่งต่อผู้ป่วย วิธีการตามไปจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลที่ได้รับการส่งต่อ ระหว่างสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักกับสถานพยาบาลในเครือข่ายแต่ละแห่งอีกด้วย โดยปกติ สถานพยาบาลเป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นเพื่อทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพเป็นหลัก การให้สถานพยาบาลแต่ละแห่ง แต่ละเครือข่าย ไปบริหารจัดการการจ่ายเงินกับสถานพยาบาลที่มีสัญญาต่อกันเอง เป็นการเพิ่มภาระของต้นทุนค่าใช้จ่ายการบริหารให้แก่สถานพยาบาล

ในส่วนของผู้ให้ประกัน การจ่ายค่าใช้จ่ายบริการในแบบกระจายและแบบชั้น ต้องจัดการเกี่ยวกับการเบิกจ่ายเป็นรายๆไป นั่นหมายถึงว่า ใน 2 แบบนี้ ผู้ให้ประกันมีภาระการจัดการในเรื่องจ่ายค่าบริการมากกว่าแบบที่จ่ายแก่คู่สัญญาเท่านั้นในแบบแท่ง แต่การตรวจสอบคุณภาพบริการสำหรับระบบบริการแบบกระจายและแบบชั้นทำได้ง่ายกว่าการตรวจสอบในแบบแท่ง เนื่องจากผู้ให้ประกันมีข้อมูลการรักษาผู้ป่วยแต่ละรายอยู่ในมือ

5) ผลต่อธุรกิจ: สถานพยาบาลทุกแห่งหรือเกือบทุกแห่งเป็นกิจการขนาดเล็กและขนาดกลาง ในระบบที่มีการจัดความสัมพันธ์แบบกระจายและแบบชั้น สถานพยาบาลแต่ละแห่งมีอิสระจากกัน จึงมีสภาพแข่งขันกันในแต่ละราย ส่วนการจัดความสัมพันธ์แบบแท่งซึ่งมีการจัดรูปแบบเครือข่ายนั้น สถานพยาบาลแต่ละแห่งต้องมีการทำสัญญาต่อกัน โรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่าจะมีอำนาจต่อรองมากกว่า ในสถานการณ์เช่นนี้ ผู้ประกอบการขนาดเล็กเช่น โรงพยาบาลขนาดเล็ก คลินิกแพทย์ คลินิกทันตแพทย์ ร้านยา และศูนย์แล็บต่างๆ ซึ่งมีอำนาจต่อรองน้อยกว่า อาจต้องทำตามเงื่อนไขของสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้อิสระในการประกอบวิชาชีพลดลง และหากสถานพยาบาลขนาดใหญ่ขยายกิจการในรูปแบบต่างๆเอง ผู้ประกอบการขนาดเล็กจะได้รับผลกระทบมาก

บทที่ 6

หลักการในสถาปัตยกรรมระบบประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพเป็นมาตรการที่มีขึ้นเพื่อปกป้องบุคคลจากภาระความเสี่ยงทางการเงินที่เกิดจากการเจ็บป่วย โดยลดภาระค่าใช้จ่ายของบุคคลหรือครอบครัว ด้วยการจัดระบบให้มีการกระจายความเสี่ยงของบุคคลหรือครอบครัวจำนวนมาก โดยการรวบรวมและสำรองเงินค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้า

การจัดระบบประกันสุขภาพ มีองค์ประกอบหลายส่วนและมีความซับซ้อนทางนโยบาย การออกแบบระบบต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้าน เนื่องจากทางเลือกแต่ละแบบมีจุดแข็งจุดอ่อนที่แตกต่างกัน สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงคือ บริการสุขภาพทั้งหมดต้องมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และสร้างความพึงพอใจให้ผู้ใช้บริการ

องค์ประกอบหลักๆของระบบประกันสุขภาพมีความหมาย ทางเลือกและข้อพิจารณาดังได้กล่าวถึงในรายละเอียดในบทก่อนๆ ซึ่งสรุปประมวลได้ดังนี้

1. สิทธิประโยชน์

ระบบประกันสุขภาพมีการกำหนดชนิดของบริการสุขภาพที่ได้รับการครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพ ซึ่งผู้ให้ประกันจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมดหรือบางส่วน บริการเหล่านี้ส่วนใหญ่รวมถึงการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และ/หรือ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ยา วัสดุ อุปกรณ์ต่างๆ บางระบบอาจกำหนดเป็นรายการยกเว้นที่จะจ่ายก็ได้

ชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานเป็นการกำหนดว่าสิทธิประโยชน์ใดที่ถือว่าจำเป็นสำหรับทุกคน เพื่อเป็นการจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดให้ใช้สำหรับชนิดของบริการที่ถือว่าจำเป็น เป็นการจำกัดรายการเพื่อความคุ้มค่าค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น ในอีกด้านหนึ่ง การที่แสดงรายการว่าบริการใดบ้างที่ผู้ให้ประกันจะต้องรับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน ก็เป็นการระบุว่า อย่างน้อยที่สุด ผู้ที่ได้รับการครอบคลุมจะได้รับหลักประกันอะไรจากระบบประกันบ้าง

การออกแบบชุดสิทธิประโยชน์จึงต้องคำนึงถึงความสมดุลของผลกระทบต่อด้านต่างๆ หากกำหนดให้บริการ ยา อุปกรณ์ และอื่นๆ ที่เบิกได้มีจำนวนมาก จะทำให้ระบบประกันมีค่าใช้จ่ายมาก แต่ถ้าหากจำกัดรายการหรือจำนวนเงินที่เบิกได้ให้อยู่ในระดับต่ำ ก็อาจเป็นการสร้างภาระให้กับผู้ป่วยมากเกินไป นอกจากนี้ ควรจัดชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมบริการสุขภาพประเภทที่หากไม่ได้รับการให้อย่างเพียงพอ อาจก่อให้เกิดผลเสียระยะยาว หรือผลเสียในวงกว้าง เช่น โรคระบาดด้วย

1. ส่วนร่วมจ่าย

การกำหนดส่วนร่วมจ่ายมีขึ้นด้วยวัตถุประสงค์หลักเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้มีสิทธิใช้บริการมากเกินไป เนื่องจากความสามารถในการจ่ายของประชากรแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน การตัดสินใจในมูลค่าหรืออัตราส่วนร่วมจ่ายต้องมีการชั่งน้ำหนักระหว่างการลดอัตราการใช้บริการกับภาระต่อผู้ให้บริการ ระบบประกันจำนวน

มากใช้วิธีให้มีส่วนร่วมจ่ายสำหรับบุคคลทั่วไป แต่ยกเว้นผู้มีรายได้น้อยไม่ต้องจ่ายส่วนร่วมจ่ายและมีการกำหนดเพดานส่วนร่วมจ่ายต่อปี

นโยบายเกี่ยวกับส่วนร่วมจ่ายอาจใช้เป็นมาตรการในการส่งเสริมการใช้บริการบางชนิดหรือลดอัตราการใช้บริการบางชนิดก็ได้ เช่น อาจกำหนดว่าไม่ต้องร่วมจ่ายเมื่อไปใช้บริการป้องกันโรคหรือตรวจสุขภาพ หรืออาจเก็บส่วนร่วมจ่ายสูงกว่าปกติกรณีผู้ป่วยไปใช้บริการของผู้เชี่ยวชาญโดยไม่ผ่านระบบการส่งต่อ หรือร่วมจ่ายค่ายาบางประเภทสูงกว่ายาอื่น เป็นต้น

2. แหล่งที่มาของเงิน

แหล่งเงินหลักที่นำมาใช้สำรองเป็นค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพต่างๆ ประกอบด้วย ภาษีทั่วไป ภาษีท้องถิ่น ภาษีการบริโภคและภาษีกิจการบางประเภท ภาษีมลรัฐ เบี้ยประกัน การสมทบจากนายจ้าง ส่วนร่วมจ่าย หรือแม้แต่สลาก แต่ละแหล่งก็มีข้อดีและข้อด้อยต่างกัน อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าแหล่งเงินงบประมาณสุขภาพจะเก็บมาจากแหล่งใดหรือด้วยวิธีการใด ถึงที่สุดแล้ว ผู้แบกรับภาระค่าใช้จ่ายก็คือประชาชนหรือบุคคลที่เป็นสมาชิกระบบประกัน ฉะนั้น ประเด็นสำคัญในการจัดการองค์ประกอบของระบบในด้านของแหล่งงบประมาณก็คือการคำนึงถึงการกระจายภาระทางการเงิน การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในสังคม การตอบสนองความต้องการของผู้มีสิทธิ และประสิทธิภาพในการบริหารการคลัง

การรวบรวมเงินสำหรับประกันสุขภาพจากหลายๆ แหล่งผสมผสานกัน เช่น ภาษีประเภทต่างๆ และเบี้ยประกัน ตามความเหมาะสมของประชากรกลุ่มต่างๆ ในสังคม จะเป็นการกระจายภาระทางการเงินสำหรับประชาชนและช่วยให้ระบบมีความยั่งยืนทางการเงินด้วย

3. วิธีการจ่ายค่าบริการ

วิธีการจ่ายเงินค่าบริการสุขภาพมีวิธีหลักๆ คือ การจ่ายตามรายการ ตามรายโรค ตามรายหัว ตามรายวัน ตามรายปี และตามรายเดือน รูปแบบและวิธีการจ่ายเงินผู้ให้บริการในการจัดบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อค่าใช้จ่ายและคุณภาพของบริการสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากวิธีการจ่ายเงินวิธีต่างๆ สร้างแรงจูงใจทางการเงินซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของผู้ให้บริการในลักษณะที่แตกต่างกัน

เนื่องจากขณะนี้ยังไม่พบว่ามีวิธีใดที่สมบูรณ์แบบ การใช้วิธีใดวิธีหนึ่งเพียงอย่างเดียวในการจ่ายค่าบริการทุกประเภท เช่น จ่ายตามรายการทั้งหมด หรือเหมาจ่ายรายหัวโดยรวมบริการสุขภาพและยาทุกอย่าง ย่อมทำให้เกิดผลเสียในแง่คุณภาพหรือค่าใช้จ่ายหรือทั้งสองอย่าง ดังนั้นการประยุกต์ใช้โดยการผนวกวิธีการจ่ายเงินวิธีต่างๆ เข้าด้วยกันมากกว่าหนึ่งวิธี จะสามารถออกแบบให้ใช้ประโยชน์จากจุดแข็งและแก้ไขจุดอ่อน ตลอดจนลดผลกระทบในแง่ลบที่อาจเกิดขึ้น ให้ระบบเกิดความสมดุลกันระหว่างคุณภาพและค่าใช้จ่ายของบริการ

4. การควบคุมค่าใช้จ่าย

กลไกที่อาจสร้างเพิ่มเติมเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายรวมของระบบสุขภาพมีเช่น การควบคุมราคา การควบคุมปริมาณบริการ การควบคุมชนิดของบริการ การควบคุมค่าใช้จ่ายรวมต่อปี กลไกเหล่านี้หากมีการนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมจะสามารถช่วยควบคุมผลกระทบด้านลบของแรงจูงใจทางการเงินที่เกิดจากวิธีการจ่ายเงินแบบต่างๆได้

5. การตรวจสอบคุณภาพ

การสังวรรักษามากเกินไปและการสังวรรักษาน้อยเกินไป เนื่องจากแรงจูงใจทางการเงินต่างกัน ล้วนแต่มีผลกระทบด้านลบต่อคุณภาพของบริการทั้งคู่ จึงต้องมีการสร้างกลไกในการควบคุมและป้องกันปัญหาเรื่องคุณภาพซึ่งทำได้โดย การตรวจสอบการให้บริการ เป็นการพิจารณารายละเอียดของการให้บริการในขั้นตอนต่างๆว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ การรับรองมาตรฐานผู้ให้บริการ การให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกผู้ให้บริการ และการร้องเรียน กลไกเหล่านี้ ต้องสร้างให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพ มีผู้รับผิดชอบที่มีอำนาจตรวจสอบและประเมินบริการและสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง

6. องค์การผู้ให้ประกัน

โดยทั่วไป องค์การบริหารระบบประกันทำหน้าที่หลักในด้านต่างๆคือ กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ กำหนดอัตราเบี้ยประกันและประมาณการค่าใช้จ่าย หรือจัดทำงบประมาณในกรณีที่แหล่งเงินมาจากภาษีรวบรวมเงิน บริหารความเสี่ยง และซื้อบริการ

บทบาทขององค์กรประกันมีส่วนสำคัญต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพของระบบ องค์การประกันที่ทำหน้าที่เป็นเพียงตัวกลางการรวบรวมเงิน และผ่านเงินโดยเบิกจ่ายไปสู่ผู้ให้บริการเท่านั้น เป็นบทบาทในเชิงรับที่ไม่ช่วยพัฒนาประสิทธิภาพในการจัดการด้านค่าใช้จ่ายและคุณภาพของบริการสุขภาพดังที่ควรจะเป็น องค์การผู้ให้ประกันต้องมีบทบาทในเชิงรุก ควรทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการที่ชาญฉลาด (prudent purchaser) ทำหน้าที่แทนผู้ใช้บริการในการคัดเลือกชนิดของบริการ ชนิดของยา และประเมินเทคโนโลยี การตรวจรักษา คัดเลือกผู้ให้บริการ เจรจาต่อรอง ตลอดจนกำกับตรวจสอบคุณภาพของผู้ให้บริการด้วย

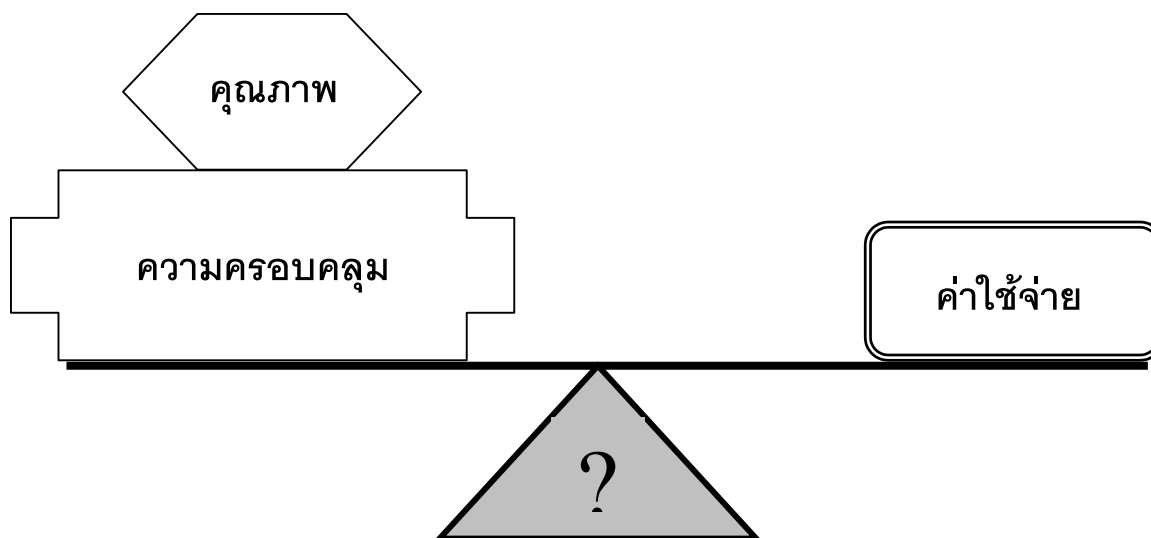
7. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรผู้ให้บริการ

บริการสุขภาพมีหลายประเภท ไม่ว่าจะเป็นด้านการรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพ และมีระดับความซับซ้อนที่แตกต่างกัน ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญในด้านและในระดับที่ต่างกัน เครื่องไม้เครื่องมือที่ต่างกัน และต้องเสียค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน จัดโดยองค์กรผู้ให้บริการหลากหลายประเภท การจัดระบบให้ผู้ป่วยสามารถไปใช้บริการให้ถูกที่และมีการส่งต่อที่ดี เป็นหลักเบื้องต้นของการจัดการให้ได้รับบริการที่ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรของระบบ

การจัดความสัมพันธ์ขององค์การผู้ให้บริการในแบบกระจาย แบบชั้น และแบบแท่ง มีจุดแข็งจุดอ่อนในแง่ค่าใช้จ่ายสุขภาพ ความสะดวกในการใช้บริการ คุณภาพของการบริการ การบริหารจัดการ และผลกระทบต่อธุรกิจแตกต่างกัน การจัดความสัมพันธ์แบบชั้นเป็นแบบที่สามารถตอบสนองความต้องการในแง่ความสะดวกและคุณภาพของบริการ ตลอดจนความจำเป็นในแง่ค่าใช้จ่ายและการบริหารจัดการได้ดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับอีกสองแบบ

การออกแบบระบบ (system design) หรือ สถาปัตยกรรมระบบ (system architecture) และการบริหารจัดการระบบประกันสุขภาพ มีส่วนอย่างสำคัญต่อการบรรลุผลในการให้ระบบที่มีประสิทธิภาพ ให้บริการที่มีคุณภาพ สะดวก เป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ เนื่องจากระบบประกันสุขภาพมีองค์ประกอบและทางเลือกต่างๆจำนวนมาก แต่ละทางเลือกก็มีจุดแข็งจุดอ่อนไม่เหมือนกัน การนำทางเลือกขององค์ประกอบต่างๆมาประกอบกันเพื่อสร้างให้เป็นระบบๆหนึ่ง นอกจากจะต้องพิจารณาจุดแข็งจุดอ่อนของแต่ละทางเลือกแล้ว ยังต้องพิจารณาความเข้ากันได้ของแต่ละส่วน รวมถึงสภาวะแวดล้อม เงื่อนไขความพร้อมของระบบด้วย

ภาพที่ 6.1 การจัดความสัมพันธ์ระหว่าง “3 ค”



การประกันสุขภาพเป็นการจัดโครงสร้างของการบริหารจัดการแบบหนึ่งเพื่อลดภาระของบุคคลในสังคมจากความเสียหายทางการเงินที่เกิดจากความเจ็บป่วย การจัดการนี้มีหลักสำคัญที่ต้องคำนึงถึงประมวลได้เป็นหลัก “3 ค” คือ

- 1) ความครอบคลุมของระบบประกัน: มีความหมายใน 2 แง่ แง่หนึ่งหมายถึงขนาดหรือสัดส่วนของประชากรที่ได้รับสิทธิประโยชน์จากระบบประกัน ระบบใดที่ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศจัดเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universality) ในอีกแง่หนึ่ง หมายถึง จำนวนและความมากมาย

ของชนิดหรือประเภทบริการสุขภาพที่ระบบประกันมีส่วนรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่าย รวมถึงสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่ระบบประกันรับผิดชอบด้วย (comprehensiveness)

- 2) คุณภาพของบริการสุขภาพ
- 3) ค่าใช้จ่ายโดยรวมของระบบประกันสุขภาพ

การจัดระบบประกันสุขภาพเป็นการจัดโครงสร้างและวิธีการบริหารระบบเพื่อให้เกิดความสมดุลของประเด็นเหล่านี้คือ ให้บริการอะไร แก่ประชากรกลุ่มไหน จำนวนเท่าใด มีคุณภาพระดับใด โดยให้สมดุลกับจำนวนเงินค่าใช้จ่ายอย่างไร ระบบที่มีค่าใช้จ่ายสูง ไม่ได้หมายถึงว่าเป็นระบบที่ให้ความครอบคลุมกว้างขวางและมีคุณภาพที่ดีเสมอไป แต่การจัดโครงสร้างและวิธีบริหารจัดการที่ดีมีส่วนช่วยให้สามารถจัดระบบที่มีคุณภาพแก่ประชากรจำนวนมากและมีความยั่งยืนทางการเงิน