

บทที่ 3

ระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เพื่อบริการสาธารณสุขของประชาชนในต่างประเทศ

จากแนวความคิดและหลักการพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิในการรับบริการสาธารณสุขจากรัฐ ซึ่งส่งผลทำให้รัฐมีการจัดระบบบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน ในบทนี้จึงเป็นการศึกษาเกี่ยวกับวิวัฒนาการและรูปแบบการจัดระบบบริการสาธารณสุขให้แก่ประชาชนต่างประเทศ โดยเลือกศึกษาเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศสิงคโปร์ และประเทศอังกฤษ ว่ามีการจัดระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขของประชาชนอย่างไร

3.1 ระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา

3.1.1 วิวัฒนาการระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา

ระบบการบริการสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกานี้มีประวัติศาสตร์ที่ยาวนาน เริ่มต้นเมื่อ ค.ศ. 1798 มีการทำประกันสุขภาพเกิดขึ้นเป็นครั้งแรก โดยที่รัฐสภาบังคับให้โรงพยาบาลทหารเรือของรัฐทำการประกันสุขภาพกลาสีทุกคนด้วยการหักเงินเดือนบางส่วนไว้เป็นเบี้ยประกันสุขภาพ ต่อมา ในปี ค.ศ. 1870 และ ค.ศ. 1880 มีการซื้อสุขภาพให้กับคนงานของภาคเอกชน ทำให้การประกันสุขภาพจากภาคเอกชนเจริญรุ่งเรืองขึ้น และทำให้เกิดการประกันสุขภาพหมู่เป็นครั้งแรกใน ค.ศ. 1910 และเริ่มมีแนวคิดในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยผ่านการประกันสังคม แต่แนวคิดนี้ได้ถูกคัดค้านจากแพทย์สมาคมของสหรัฐอเมริกาและประชาชนส่วนใหญ่ จึงได้ล้มเลิกไปในที่สุด

ค.ศ. 1920 เกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำทั่วโลก ประธานาธิบดีรูสเวลท์ จากพรรคเดโมแครต มีความคิดในการปฏิรูประบบสวัสดิการเพื่อแก้ไขปัญหาการว่างงาน ความล้มเหลวของเกษตรกรรม การล้มละลายของระบบธนาคารและการเงิน รวมถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจโดยรวม ประธานาธิบดีรูสเวลท์จึงให้นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ รวมตัวกันเพื่อศึกษาและดำเนินการดังกล่าว

และได้แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจขึ้น โดยที่คณะกรรมการดังกล่าวได้เสนอให้มีการประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนทั่วทุกคน ต่อมาในปี ค.ศ. 1935 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิเศษของคณะรัฐมนตรีขึ้น เพื่อพิจารณาข้อเสนอการประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนทั่วทุกคน เพื่อทบทวนสถานการณ์ของสวัสดิการสังคม การมีงานทำ สุขภาพของเด็ก และความยากจน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และมีข้อเสนอต่อการปรับปรุงสวัสดิการสังคมและการมีงานทำ ซึ่งประธานาธิบดีรูสเวลท์ไม่แน่ใจว่าแนวความคิดดังกล่าวจะได้รับการสนับสนุนรวมทั้งเกรงว่าจะได้รับการต่อต้านจากแพทยสมาคมของสหรัฐอเมริกา และพันธมิตรของแพทยสมาคมต่างๆ จนอาจทำให้เกิดผลเสียต่อการปฏิรูปสวัสดิการสังคมโดยรวม จึงไม่ได้เสนอแผนการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นทางการ ปล่อยให้กระบวนการปฏิรูปเกิดขึ้นเพียงในรัฐสภา ซึ่งไม่ได้รับความสนับสนุนมากนัก⁴⁹

ค.ศ. 1948 ประธานาธิบดีแฮร์รี ทรูแมน ชนะการเลือกตั้ง โดยมีนโยบายการประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหลัก แต่ถูกต่อต้านจากประชาชนทั้งในช่วงก่อนและหลังการเลือกตั้ง เนื่องจากประชาชนเชื่อว่าการประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแนวคิดสังคมนิยม แนวคิดคอมมิวนิสต์ จึงทำให้แนวคิดการประกันสุขภาพแห่งชาติไม่ประสบความสำเร็จ ประธานาธิบดีแฮร์รี ทรูแมน จึงเปลี่ยนแนวคิดจากการประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นเพียงแผนการประกันสุขภาพแก่ผู้ได้รับสิทธิประโยชน์จากการประกันสังคม ซึ่งต่อมาก็คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) ต่อมา ในปี ค.ศ. 1965 โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) และโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid) ได้ถือกำเนิดขึ้นเพื่อช่วยสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับคนชราและคนจน ตามลำดับ โดยรัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนการเงินของสองโครงการนี้ทั้งหมด และถือได้ว่าเป็นครั้งแรกที่รัฐบาลได้เข้ามามีบทบาทอย่างมากในระบบบริการสุขภาพและต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน แม้ว่ารัฐบาลจะใช้โครงการทั้งสองเป็นแนวทางในการแทรกแซงเพื่อให้มีการประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรมากที่สุดก็ตาม แต่ก็ยังมีประชากรอีกร้อยละสิบห้าที่ไม่มีการประกันสุขภาพเลย

ค.ศ. 1970 ได้มีแนวคิดในการประกันสุขภาพแห่งชาติอีกครั้ง โดยมีการนำเสนอกฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพหลายฉบับ เช่น ร่างกฎหมายว่าด้วยการประกันสุขภาพที่ทำให้ล้มละลายทางการเงิน (Catastrophic proposal) และร่างกฎหมายว่าด้วยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ล้มเหลวเนื่องจากไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอในรัฐสภา

⁴⁹ สมศักดิ์ ธรรมธิตวิวัฒน์. (2543). การทบทวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ. หน้า 24-25.

ปัจจุบันประเทศสหรัฐอเมริกา มีระบบบริการสาธารณสุขหลากหลายรูปแบบ โดยมีการประกันสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับการทำงานเป็นหลัก รัฐจะให้หลักประกันสุขภาพแก่บุคคลบางกลุ่มในสังคมเท่านั้น โดยผ่านโครงการหลัก 2 โครงการ คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) และโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid) ซึ่งหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ ได้แก่ Centers for Medicare and Medicaid Service (CMS) อยู่ภายใต้ Department of Health and Human Service

3.1.2 รูปแบบของระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกามีระบบหลักประกันสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับการทำงานเป็นหลัก โดยในภาคเอกชน บริษัทหรือผู้ว่าจ้างจะจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ลูกจ้าง ซึ่งลูกจ้างอาจต้องจ่ายเบี้ยประกันบางส่วน หรือบริษัทผู้ว่าจ้างเป็นผู้จัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้ลูกจ้างเอง (self-insured) โดยที่ลูกจ้างไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ส่วนการจัดระบบประกันสุขภาพของภาครัฐนั้น ได้มีการจัดระบบหลักประกันสุขภาพแก่บุคคลบางกลุ่ม ซึ่งรัฐจะเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายให้ผ่านทางโครงการหลัก 2 โครงการ คือ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) และโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid)

1. โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare)

(1) ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) ได้แก่

- ก. ประชาชนที่อายุ 65 ปีขึ้นไป
- ข. ผู้พิการอย่างถาวร โดยไม่จำกัดช่วงอายุ
- ค. ผู้ที่เป็นโรคไตระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกไตหรือผ่าตัดเปลี่ยนไต (โดยไม่จำกัดช่วงอายุ) จัดบริการให้แก่ทหารผ่านศึก

(2) องค์กรที่มีอำนาจบังคับบัญชาหรือกำกับดูแล

โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) เป็นโครงการประกันสุขภาพภาคบังคับ อยู่ภายใต้การบริหารของรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกา ได้แก่ Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้ US Department of Health and Human Services

การบริหารโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) ใช้งบประมาณที่ได้จากการเรียกเก็บภาษีเฉพาะจากประชาชนที่มีรายได้จากการทำงาน

(3) สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับภายใต้โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) จะประกอบไปด้วยโครงการย่อย ดังต่อไปนี้

ก. Medicare Part A

ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการ Medicare Part A จะได้รับการอุดหนุนสำหรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน การบริการในสถานพยาบาลที่มีพยาบาลที่มีทักษะ (skilled nursing facilities) และการรักษาพยาบาลที่บ้าน (home health care) รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (hospice) และบริการเยี่ยมบ้าน

ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการ Medicare Part A เมื่อมีอายุครบ 65 ปี จะมีสิทธิภายใต้โครงการนี้ทันที โดยที่ผู้มีสิทธิไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากผู้มีสิทธิได้จ่ายเงินสมทบเข้าโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) มาแล้วในรูปแบบของภาษี ในขณะที่ตนหรือคู่สมรสอยู่ในวัยทำงาน ในกรณีที่ไม่เคยจ่ายค่าภาษีสำหรับโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) มาก่อน ถ้าต้องการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยนั้นจะต้องซื้อประกัน Medicare Part A นี้

แหล่งที่มาของรายได้สำหรับใช้ในการบริหารจัดการ Medicare Part A ส่วนใหญ่มาจากภาษีรายได้ ซึ่งผู้ที่ทำงานร่วมจ่าย และบริษัทผู้ว่าจ้างจ่ายสมทบในจำนวนที่เท่ากัน การจ่ายคืนค่าตอบแทนสำหรับบริการใน Part A เป็นแบบ Prospective Payment System โดยผู้ป่วยในจะจ่ายตาม Diagnosis Related Groups (DRG)

ข. Medicare Part B

Medicare Part B เป็นบริการเสริมที่ผู้มีสิทธิสามารถเลือกซื้อเพิ่มเติมได้ โดย Medicare Part B จะครอบคลุมค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ส่วนค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ที่ Medicare Part A ไม่ได้ครอบคลุม เช่น ค่ากายภาพบำบัด การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจเช็คมวลกระดูก การฉีดวัคซีนป้องกันหวัด และปอดบวม การตรวจเช็ครังสีกระดูกเชิงกราน โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน เป็นต้น ซึ่งผู้มีสิทธิจะต้องจ่ายค่าบริการเพิ่มเติมเป็นรายเดือน จำนวนร้อยละ 25 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ส่วนค่าใช้จ่ายอีกร้อยละ 85 ที่เหลือได้มาจากภาษีทั่วไปของรัฐ⁵⁰

สิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการ Medicare Part B จะครอบคลุมรวมถึงค่าบริการทางการแพทย์ ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (รวมการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน) ค่ารถพยาบาล ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจโรคเพื่อการป้องกันบางประเภท (เช่น ตรวจเต้านมด้วยวิธี mammography ตรวจหามะเร็งด้วยวิธี pap smear) การรักษาด้วยรังสี การล้างไต และผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ

⁵⁰ จีรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร. (2552). สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐ : ศึกษาเฉพาะกรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา. หน้า 80.

ค่าอุปกรณ์การแพทย์ และการรักษาพยาบาลที่บ้าน นอกจากนี้ Medicare Part B ยังครอบคลุมไปถึงผลิตภัณฑ์ยา และผลิตภัณฑ์ชีววัตถุบางอย่างที่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ด้วยตนเองได้ เช่น วัคซีน สำหรับไขหวัดใหญ่และไวรัสตับอักเสบบี ยาควบคุมความดัน และยาสำหรับรักษาโรคมะเร็ง

แหล่งที่มาของรายได้สำหรับใช้ในการบริหารจัดการ Medicare Part B ส่วนใหญ่มาจากภาษีทั่วไป และค่าบริการเพิ่มเติมที่เก็บจากผู้มีสิทธิ ส่วนการจ่ายค่าตอบแทนสำหรับการให้บริการจะเป็นไปตามบัญชีค่าตอบแทน (fee schedule)

ค. Medicare Part C

Medicare Part C เป็นบริการเสริมที่ผู้มีสิทธิสามารถเลือกซื้อเพิ่มเติมจาก Medicare Part A และ Medicare Part B เป็นการบริการที่จัดให้โดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชนที่ได้รับการรับรองจาก CMS โดยมีการทำข้อตกลงกับบริษัทประกันสุขภาพ ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของ Health Maintenance Organizations (HMOs) หรือ Preferred Provider Organizations (PPOs) หรือรูปแบบที่เป็น Fee for Service Health Plan ก็ได้ โดยบริษัทประกันสุขภาพเอกชนจะเสนอแผนการประกันเสริมอื่น ๆ เพิ่มเติม นอกเหนือจากที่ Medicare Part A และ Medicare Part B ครอบคลุม ซึ่งส่วนมากบริษัทเหล่านี้จะให้บริการ ส่วนค่าเบี้ยประกันที่จ่ายให้กับบริษัทขึ้นอยู่กับแผนการประกันสุขภาพที่ผู้มีสิทธิเลือก

แหล่งที่มาของรายได้สำหรับใช้ในการบริหารจัดการ Medicare Part C มาจากโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) โดยที่บริษัทประกันสุขภาพเอกชนทำข้อตกลงกับโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) และจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาต่อคนต่อปีให้แก่บริษัท

ง. Medicare Part D

Medicare Part D เป็นบริการเสริมที่ผู้มีสิทธิสามารถเลือกซื้อเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ด้านยา ซึ่งการบริการเสริม Medicare Part D กำหนดให้ผู้มีสิทธิสามารถแสดงความจำนงที่จะใช้บริการ Medicare Part D ภายในช่วงเวลา 3 เดือน ก่อนและหลังจากเกิด เมื่ออายุครบ 65 ปี บริบูรณ์ ในกรณีที่ผู้มีสิทธิแสดงความประสงค์ช้ากว่าช่วงเวลาดังกล่าวเกินกว่า 63 วัน ผู้มีสิทธิรายนั้นจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันในอัตราที่สูงขึ้น⁵¹

แหล่งที่มาของรายได้สำหรับใช้ในการบริหารจัดการ Medicare Part D มาจากผู้มีสิทธิจ่ายเบี้ยค่าประกัน

⁵¹ ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา. (ม.ป.ป.). รายงานการศึกษาส่วนร่วมจ่ายค่ายาในระบบประกันสุขภาพของ 10 ประเทศ. หน้า 74.

2) โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid)

(1) ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid) ได้แก่

ก. ผู้ที่มีรายได้น้อย

ข. เด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองเพียงบางส่วนซึ่งเข้าเกณฑ์ที่กำหนด

ค. ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางการแพทย์ตามที่กำหนด

ผู้มีสิทธิภายใต้โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid) มีการผูกโยงถึงด้านคุณสมบัติของผู้มีสิทธิไว้กับระบบการจ่ายเงินช่วยเหลือของสวัสดิการสังคมซึ่งผู้มีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์จะต้องพิสูจน์ว่าตนเองมีฐานะยากจนหรือเป็นผู้มีรายได้น้อย⁵²

(2) องค์กรที่มีอำนาจบังคับบัญชาหรือกำกับดูแล

โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid) ดำเนินการโดยรัฐบาลมลรัฐ ซึ่งรัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดนโยบาย ขณะที่รัฐบาลมลรัฐเป็นผู้พิจารณาการบริหารจัดการสวัสดิการของตน แต่ละมลรัฐมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาของตนเองว่าใครจะเป็นผู้มีสิทธิภายใต้โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid) โดยพิจารณาจากรายได้ส่วนบุคคล หรือรายได้ของครอบครัวต่อปี และกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และยา ดังนั้น แม้ทุกมลรัฐจะรับนโยบายหลักจากรัฐบาลกลางมาเหมือนกัน แต่การบริหารจัดการขึ้นกับแต่ละมลรัฐ จึงทำให้สิทธิประโยชน์ในการได้รับการบริการสาธารณสุขมีความแตกต่างกันไปในแต่ละมลรัฐ ทั้งนี้ อาจพบประชาชนบางส่วนที่เป็นผู้มีสิทธิภายใต้ทั้งโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) และโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid) ได้

(3) สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับภายใต้โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid)

โดยทั่วไปแล้วสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลที่โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid) ให้แก่ผู้มีสิทธิอาจแตกต่างกันไปในแต่ละมลรัฐ อย่างไรก็ตามจะมีบริการพื้นฐานบางส่วนที่เหมือนกัน เนื่องจากเป็นเงื่อนไขของมลรัฐที่จะได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง เช่น บริการตรวจรักษาสำหรับผู้ป่วยในและตรวจรักษาผู้ป่วยนอก บริการฝากครรภ์ และวางแผนครอบครัว บริการด้านวัคซีนให้เด็ก การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการฉายรังสี เป็นต้น ส่วนที่เป็นบริการเสริมซึ่งแต่ละรัฐตัดสินใจให้บริการแก่ผู้ป่วย เช่น

⁵² จีรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร. เล่มเดิม. หน้า 80.

บริการตรวจวินิจฉัย บริการสำหรับผู้ป่วยพิการทางสมอง บริการด้านยา บริการตรวจวัดสายตา และ ประกอบแว่น บริการกายภาพบำบัด เป็นต้น

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่ใช้สิทธิของทั้ง โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ (Medicare) และ โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid) จะได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อให้ซื้อประกันเสริมของ Medicare Part D ซึ่งจะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid)

(4) แหล่งที่มาของรายได้สำหรับใช้ในการบริหารจัดการภายใต้โครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid)

การบริหารงานของโครงการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแก่ผู้ยากจนหรือมีรายได้น้อย (Medicaid) จะได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งจากภาษีที่เก็บโดยรัฐบาลในแต่ละมลรัฐ

3.2 ระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประชาชนในประเทศสิงคโปร์

3.2.1 วิวัฒนาการระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประชาชนในประเทศสิงคโปร์

เริ่มแรกระบบการบริการสาธารณสุขของประเทศสิงคโปร์ รัฐจะเป็นผู้ให้บริการทางการแพทย์เกือบทั้งหมด และชาวสิงคโปร์แทบไม่เสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ แต่เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของสิงคโปร์ โดยกำหนดให้การให้บริการสุขภาพอยู่บนพื้นฐานของการร่วมจ่ายของประชาชนผู้ให้บริการ ซึ่งถ้าใครต้องการบริการที่พิเศษกว่าปกติก็ต้องจ่ายเงินมากขึ้น ในขณะเดียวกัน รัฐก็สนับสนุนการบริการโดยการร่วมอุดหนุนค่ารักษาพยาบาล อันประกอบด้วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน การบริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพจำนวนมากก็มีการให้บริการโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายเช่นกัน⁵³

เมื่อ ปี ค.ศ. 1983 ประเทศสิงคโปร์ได้มีการจัดตั้งระบบกองทุน Central Provident Fund (CPF) และมีการพัฒนาเป็นลำดับ ระบบกองทุน Central Provident Fund (CPF) เป็นการออมภาคบังคับสำหรับบุคคลและครอบครัว เพื่อบังคับการสะสมเงินออมไว้ใช้หลังเกษียณ โดยทุกเดือน ลูกจ้างและนายจ้างจะสมทบเงินเข้ากองทุนของลูกจ้างในบัญชี 3 บัญชีภายใต้ CPF ได้แก่

⁵³ ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา. เล่มเดิม. หน้า 25.

(1) Ordinary account เป็นบัญชีที่ใช้ซื้อบ้าน ลงทุนในกิจการที่รัฐอนุญาต ซื้อประกัน ใช้สำหรับการเรียนของบุตรและร่วมจ่ายในบัญชีเกษียณของบุพการี

(2) Special account เป็นบัญชีที่ใช้สำหรับผู้สูงอายุ เหตุฉุกเฉิน และการลงทุน

(3) Medisave เป็นบัญชีที่ใช้เบิกจ่ายสำหรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นหลัก จ่ายสำหรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกบางบริการ และรวมถึงใช้จ่ายค่าบริการในการซื้อประกัน จาก Medishield

ระบบประกันสุขภาพของประเทศสิงคโปร์มักจะถูกเรียกรวม ๆ ว่า Medisave แต่จริง ๆ แล้วระบบประกันสุขภาพของประเทศสิงคโปร์ประกอบไปด้วย 3Ms เป็นชื่อเรียกขานของระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศสิงคโปร์ ซึ่งได้แก่ Medisave Medishield และ Medifund

3.2.2 รูปแบบของระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประชาชนในประเทศสิงคโปร์

1) Medisave ซึ่งเป็นบัญชีเงินออมสำหรับตนเองและครอบครัวเป็นหลัก

(1) ผู้มีสิทธิภายใต้กองทุน Medisave

กองทุน Medisave เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1984 เป็นระบบที่บังคับให้ผู้ทำงานทุกคนจะต้องแบ่งเงินส่วนหนึ่งจากค่าจ้างเพื่อเข้าบัญชีออมที่เก็บไว้เพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลในอนาคต (compulsory saving) และนายจ้างก็ถูกกำหนดให้สมทบเงินส่วนหนึ่งมาเข้าบัญชีนี้ ต่อมาในปี ค.ศ. 1992 รัฐได้บังคับให้ผู้ที่มิใช่กิจการเป็นของตนเอง และมีรายได้เกิน 6,000 เหรียญสิงคโปร์ เข้ามาในระบบนี้ด้วย รัฐเป็นผู้กำหนดว่านายจ้างและลูกจ้างจะต้องสมทบเงินเข้ากองทุนเท่าใด ในปี ค.ศ. 2010 สัดส่วนเงินสมทบเข้ากองทุนอยู่ระหว่างร้อยละ 6.5-9 ของเงินเดือน และต่างกันตามอายุของลูกจ้าง ประเทศสิงคโปร์ไม่ได้มีการตั้งองค์กรใหม่ขึ้นมาเพื่อออมเงินไว้ใช้ในยามชรา (Compulsory savings scheme for old age) ซึ่งจัดตั้งมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1955 ซึ่งระบบเดิมบังคับให้ผู้ทำงานสมทบเงินจากค่าจ้างมาไว้ในบัญชี 2 บัญชี ซึ่งถูกเรียกว่า Ordinary Account และ Special Account ชาวสิงคโปร์จะถอนเงินจากบัญชีเหล่านี้ได้เพื่อจุดประสงค์บางอย่างตามที่รัฐกำหนดไว้เท่านั้น เช่น เพื่อซื้อบ้าน Central Provident Fund (CPF) ซึ่งเป็นผู้บริหารเงินใน 2 บัญชีนี้ก็ได้ออกหมายให้บริหาร Medisave ด้วย เมื่อคิดรวมกันทั้งหมด ลูกจ้างส่วนมากจะสมทบเงินประมาณร้อยละ 34 ของค่าจ้างเข้ามาในบัญชีออมเงิน

(2) สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับภายใต้กองทุน Medisave

ภายใต้กองทุน Medisave รัฐอนุญาตให้ใช้จ่ายได้เฉพาะกรณีคนไข้ใน ส่วนคนไข้นอก อนุญาตเฉพาะไม่กี่กรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น MRI CT scan เบาหวาน วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี ผู้มีสิทธิภายใต้กองทุน Medisave สามารถเลือกสถานรักษาพยาบาล และห้องพักระดับที่ต้องการได้

แต่รัฐจะให้การสนับสนุนที่ต่างกัน โดยที่ประเทศสิงคโปร์เน้นว่าทุกคนจะได้รับบริการทางการแพทย์ตามมาตรฐานเดียวกัน มีเพียงความสะดวกสบายเท่านั้นที่อาจจะต่างกัน เช่น ในห้องพักรวม คนไข้จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองเพียงร้อยละ 20 แต่ถ้าคนไข้ต้องการห้องพักที่มีความเป็นส่วนตัวสูงและติดเครื่องปรับอากาศ คนไข้จะต้องจ่ายเองทั้งหมด สำหรับการให้บริการของคนไข้นอก รัฐคิดว่าค่าใช้จ่ายส่วนนี้ไม่ได้สูงนัก และคนทั่วไปมีความสามารถที่จะจ่ายเองได้ ดังนั้น คนไข้นอกอนุญาตเฉพาะไม่กี่กรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงเท่านั้น ส่วนกรณีคนที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้ สามารถไปรับบริการที่คลินิกของรัฐ (เรียกว่า polyclinics) ซึ่งรัฐให้การสนับสนุนร้อยละ 50 สำหรับคนทั่วไป และร้อยละ 75 สำหรับเด็กและผู้สูงอายุ

ผู้มีสิทธิภายใต้กองทุน Medisave จะเลือกใช้บริการได้อย่างเสรีราบใตที่ยังไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้ อย่างไรก็ตามการเบิกจ่ายจากบัญชี Medisave นั้น รัฐมีการกำหนดเพดานจำนวนเงินที่เบิกได้ในกรณีของคนไข้ใน ตัวเพดานนี้ถูกกำหนดมาจาก Diagnostic Related Groups (DRGs) เช่น สำหรับคนไข้ที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด สามารถเบิกค่าห้องพักได้ 300 เหรียญสิงคโปร์ต่อวัน ส่วนเพดานเบิกจ่ายค่าผ่าตัด (ซึ่งรวมถึงค่าศัลยแพทย์ ค่าวางยาสลบ ค่าห้องผ่าตัด และค่าเครื่องมือ) ถูกกำหนดตามความซับซ้อนของการผ่าตัดเป็น 21 ชั้น ชั้นต่ำสุด เช่น การผ่าตัดที่ผิวหนังที่ไม่ยากนักสามารถเบิกได้ไม่เกิน 250 เหรียญสิงคโปร์ ส่วนระดับที่ซับซ้อนมาก เช่น การผ่าตัดหัวใจหรือเปลี่ยนอวัยวะ รัฐอนุญาตให้เบิกได้ถึง 7,550 เหรียญสิงคโปร์ การเบิกจ่ายในกรณีคนไข้นอกก็มีการกำหนดเพดานไว้เช่นกัน ตัวอย่างเช่น ค่ายาเพื่อใช้ในผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์สามารถเบิกได้ 550 เหรียญสิงคโปร์ต่อเดือนต่อคน ค่า MRI CT และ PET scans สามารถเบิกได้ 600 เหรียญสิงคโปร์ต่อปี

(3) แหล่งที่มาของรายได้สำหรับใช้ในการบริหารจัดการกองทุน Medisave

กองทุน Medisave จะเป็นการหักเงินจากเงินเดือนแต่ละเดือนของผู้ประกันตน เพื่อนำส่งเข้ากองทุน Central Provident Fund (CPF)

กองทุน Medisave ผู้ประกันตนจะจ่าย 22% และนายจ้างจ่าย 18% ซึ่งเงินก้อนดังกล่าวจะถูกแบ่งกระจายไปสะสมใน Medisave 6%-8% ขึ้นอยู่กับช่วงอายุและสถานะของผู้ประกันตนด้วย เช่น ผู้ประกันตนเป็นลูกจ้างหรือทำงานส่วนตัวหรือเป็นผู้เกษียณมีบ้านอายุแล้ว จำนวนปีที่ป็นสมาชิก เป็นต้น การจ่ายเงินเข้ากองทุน Medisave ผู้ประกันตนก็ต้องสะสมเงินในบัญชีไม่ให้ต่ำกว่าระดับต่ำสุดที่กำหนด เพื่อให้มั่นใจว่าเมื่อเจ็บป่วยจะมีเงินฉุกเฉินที่เบิกมาใช้ได้ ทั้งนี้ กองทุน Medisave กำหนดเพดานยอดเงินสะสมในบัญชี (Medisave Contribution Ceiling) ให้ไม่เกินปีละ 72,000 เหรียญต่อบัญชี เพื่อควบคุมไม่ให้มีเงินสะสมมากเกินไป อันจะนำไปสู่การให้บริการที่

ไม่จำเป็น และในกรณีที่อยู่ระหว่างรับการรักษา หากเงินออมในกองทุน Medisave มีไม่เพียงพอต่อการจ่ายค่ารักษา ผู้ป่วยต้องจ่ายเองเป็นเงินสด

นอกจากนี้ ผู้ประกันตนสามารถนำเงินจากกองทุน Medisave มาใช้ในเรื่องอื่นได้ เมื่ออายุครบ 55 ปี ซึ่งค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่สามารถเบิกมาใช้ได้ก่อนเกษียณ คือ กรณีซื้อประกันงานองบ้าน การลงทุนใน Blue chip และค่าใช้จ่ายสำหรับการเรียนของบุตร หากเจ้าของบัญชีเสียชีวิต เงินออมในบัญชีจะกลายเป็นมรดกที่สามารถมอบให้แก่ครอบครัว เพื่อน หรือมูลนิธิได้

2) Medishield ซึ่งเป็นประกันสุขภาพสำหรับผู้ประกันตนที่มีค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลค่อนข้างสูง

(1) ผู้มีสิทธิภายใต้กองทุน Medishield

กองทุน Medishield เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1990 เนื่องจากรัฐเห็นว่า เงินในบัญชี Medisave อาจจะไม่พอสำหรับผู้ที่เกิดเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลสูงมาก เช่น การล้างไต หรือรักษามะเร็ง (catastrophic illness) รัฐบาลจึงนำระบบ Medishield มาใช้ โดยที่ระบบ Medishield ไม่ได้บังคับให้ทุกคนที่มีบัญชี Medisave เข้าสู่ระบบ Medishield โดยอัตโนมัติ แต่จะเป็นกรณีสมัครเข้าสู่ระบบตามความสมัครใจ โดยจะต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มต่างหาก

หลักประกัน Medishield นี้มีลักษณะคล้ายกับกรมธรรม์ของบริษัทเอกชน ผู้ถือประกันสามารถเบิกเงินจากบัญชี Medisave ของตนมาเป็นค่าใช้จ่ายได้ เบี้ยประกันของ Medishield คิดตามความเสี่ยงของผู้ประกัน นั่นคือ ผู้ที่มีอายุมากจะถูกเก็บเรียกเก็บค่าประกันสูงขึ้น และมีข้อกำหนดว่าผู้ที่สามารถซื้อหลักประกันนี้ได้จะต้องมีอายุไม่เกิน 75 ปี และหลักประกันนี้จะครอบคลุมผู้ถือประกันถึงอายุ 85 ปีเท่านั้น โดยผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี เบี้ยประกัน 33 เหรียญสิงคโปร์ต่อปี ผู้ที่มีอายุ 61-65 ปี เบี้ยประกัน 332 เหรียญสิงคโปร์ต่อปี และเบี้ยประกันสำหรับผู้ที่มีอายุเกิน 80 ปีขึ้นไป สูงเกิน 1000 เหรียญสิงคโปร์ต่อปี

(2) สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับภายใต้กองทุน Medishield

กองทุน Medishield ครอบคลุมโรคที่ร้ายแรงหรือการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่สูง โดยกองทุน Medishield จะกำหนดเพดานความคุ้มครองค่าใช้จ่ายทั่วไปและค่าผ่าตัดไว้ ส่วนที่เกินจากเพดานเป็นหน้าที่ของผู้ป่วย กองทุน Medishield จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่อเมื่อค่ารักษาพยาบาลนั้นเกินระดับที่กำหนดไว้ซึ่งเรียกว่า deductible โดยที่กองทุน Medishield จะจ่ายให้ 80% ของส่วนที่เกินนั้น และให้ผู้เอาประกันจ่ายในส่วนที่ 20% ที่เหลือ ซึ่งการประกันนี้ไม่คุ้มครองโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เดิมและได้รับการรักษาในช่วง 12 เดือน

ก่อนหน้าการเป็นสมาชิก และไม่คุ้มครองบริการบางประเภทที่กำหนดไว้ เช่น ทัศนกรรม ศัลยกรรมตกแต่ง⁵⁴

(3) แหล่งที่มาของรายได้สำหรับใช้ในการบริหารจัดการ Medishield การจ่ายเงินเข้าสู่กองทุน Medishield นั้น ผู้ประกันตนต้องจ่ายค่าเบี้ยประกัน โดยอาจจ่ายเป็นเงินสดหรือใช้เงินจากกองทุน Medisave มาจ่ายก็ได้

3) Medifund ซึ่งเป็นกองทุนสงเคราะห์หรือเป็น safety net ที่รัฐจัดเตรียมให้สำหรับกรณีผู้ป่วยที่ยากจน ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยเงินในบัญชี Medisave หรือด้วยเงินสดของตนเองได้

(1) ผู้มีสิทธิภายใต้กองทุน Medifund

Medifund เป็นกองทุนที่ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1993 เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยากจน มีลักษณะคล้ายองค์กรการกุศล โดยเป็นกองทุนสงเคราะห์ที่รัฐบาลเตรียมให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ให้บริการแก่ประชาชนผู้ที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ โดยโรงพยาบาลของรัฐแต่ละแห่งจะมีคณะกรรมการ Medifund ของโรงพยาบาลซึ่งรัฐบาลเป็นผู้แต่งตั้งจากบุคคลทั่วไป เพื่อพิจารณาจากคำขอและการใช้เงินกองทุน ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลได้ มีสิทธิที่จะยื่นคำขอต่อคณะกรรมการผ่านนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล⁵⁵ ดังนั้น ผู้ที่ต้องการได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากเจ้าหน้าที่ของรัฐก่อนว่าสมควรได้รับความช่วยเหลือหรือไม่⁵⁶

(2) สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับภายใต้โครงการ Medifund ผู้ที่ยากจนไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง และผู้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่กำหนดเท่านั้น โดยครอบคลุมการรักษาเบื้องต้นทั่วไป นอกจากนี้ กองทุนนี้ยังให้การสงเคราะห์ในกรณีเข้ารับการรักษาเฉพาะทางด้วย

(3) แหล่งที่มาของรายได้สำหรับใช้ในการบริหารจัดการ Medifund

สำหรับกองทุน Medifund จะมาจากภาษีประชาชนที่จ่ายให้แก่รัฐบาล โดยที่รัฐไม่ได้มีการจัดสรรงบประมาณประจำปีเพื่อเข้ากองทุนนี้ แต่จะใช้วิธีตั้งกองทุนโดยมีเงินเริ่มต้นอยู่ที่ 200 ล้านดอลลาร์สิงคโปร์ มีการเพิ่มขึ้นของเงินทุนประมาณ 100 ล้านดอลลาร์ต่อปี และเมื่อผู้ป่วยที่

⁵⁴ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. (2538, กรกฎาคม-กันยายน). “หลักประกันสุขภาพแบบสิงคโปร์.” *วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข*, 3 (3). หน้า 156.

⁵⁵ แหล่งเดิม. หน้า 157.

⁵⁶ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2554). *แนวทางจำกัดค่าใช้จ่ายเพื่อสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ* (รายงานผลการวิจัย). หน้า 135.

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลของตนได้ก็จะนำดอกเบี้ยจากเงินในกองทุนนี้มาจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล⁵⁷ ในปี ค.ศ. 2008 เงินกองทุนนี้ได้เพิ่มขึ้นถึง 1.69 พันล้านเหรียญสิงคโปร์ โดยมีการจัดสรรเงินจากดอกเบี้ยให้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง

นอกจากกองทุน Medisave Medishield และ Medifund แล้ว ประเทศสิงคโปร์ยังมีหลักประกันอื่นๆ ที่เพิ่มเข้ามาภายหลัง เช่น Medishield Plus เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1994 โดยเป็นการขยายหลักประกัน Medishield ให้สามารถครอบคลุมถึงห้องพักของโรงพยาบาลเอกชน หรือห้องพักชั้นสูงในโรงพยาบาลของรัฐ หลักประกันนี้จัดขึ้นเพื่อกลุ่มคนที่มีรายได้สูง มีการคิดเบี้ยประกันที่สูงกว่า Medishield นอกจากนี้ ยังมีหลักประกัน Medifund-Silver เพื่อช่วยผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และ Eldersshield ที่เพิ่งเริ่มในปี ค.ศ. 2002 เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความพิการอย่างรุนแรงและต้องการการดูแลรักษาในระยะยาว⁵⁸

3.3 ระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประชาชนในประเทศอังกฤษ

3.3.1 วิวัฒนาการระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประชาชนในประเทศอังกฤษ

ในยุคก่อนอุตสาหกรรม (Pre-industrial) ระบบบริการสุขภาพนั้นจะดำเนินงานโดยโบสถ์ของศาสนาคริสต์ โดยการจัดตั้งสถานที่ที่เรียกว่า Place of resort คำว่า Place of resort เป็นความหมายดั้งเดิมของโรงพยาบาล โรงพยาบาลเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการให้ทานตามแนวความเชื่อของศาสนาคริสต์ จึงถือว่าระบบสุขภาพสมัยใหม่ (Modern Health Care) เริ่มต้นในศตวรรษที่ 18 แต่กระนั้นก็ตามก็ยังไม่มียาแพทย์มาให้บริการในโรงพยาบาล เพราะแพทย์ส่วนใหญ่ในยุคนั้นมุ่งสนใจคนรวยเป็นรายบุคคล จากนั้นแพทย์จึงค่อย ๆ ทำงานให้ชนชั้นกลาง เมื่อคนร่ำรวยเหล่านั้นมาเห็นใจคนจนและก่อตั้งโรงพยาบาลเพื่อการกุศล (voluntary hospitals) แพทย์ก็มาทำงานให้โรงพยาบาลเหล่านี้โดยไม่คิดเงิน⁵⁹

ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 ประชาชนส่วนใหญ่ซื้อประกันสุขภาพ ซึ่งดำเนินการโดยภาคเอกชนด้วยเงินของตนเอง ส่วนผู้ที่ไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพได้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากรัฐและองค์กรการกุศล หลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 ความเห็นทางการเมือง

⁵⁷ ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา. เล่มเดิม. หน้า 40.

⁵⁸ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. เล่มเดิม. หน้า 135.

⁵⁹ ริระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. (ม.ป.ป.). การปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ (รายงานการวิจัย). หน้า 26.

ส่วนใหญ่เห็นว่า ประเทศอังกฤษสมัยใหม่ควรเป็นรัฐสวัสดิการ ซึ่งผู้ที่มีมาตรฐานการครองชีพต่ำ ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างมีศักดิ์ศรี กลุ่มที่จะเสี่ยงต่อกรณีข้างต้นนี้ ได้แก่ ผู้ที่เจ็บป่วย ผู้ที่ขาดเงิน ผู้ที่ว่างงาน ผู้ชรา เป็นต้น เมื่อนำความเสี่ยงดังกล่าวเข้ามาอยู่ภายในโครงการ ประกันสังคมทำให้โครงการประกันสังคมครอบคลุมเรื่องการมีที่อยู่อาศัย การศึกษาบริการสุขภาพ และการมีงานทำสำหรับทุกคนในสังคม

ค.ศ. 1815 ได้มีการออก Apothecaries Act กล่าวคือ เริ่มมีการให้ใบอนุญาตเพื่อกำหนด คุณสมบัติของผู้จ่ายยา และมีการก่อตั้งสมาคมของผู้จ่ายยาขึ้น และต่อมาในปี ค.ศ. 1837 รัฐบาลได้ออกกฎหมายชื่อ New Poor Law จุดมุ่งหมายของกฎหมายนี้เพื่อแก้ปัญหาความยากจน โดยจริง ๆ แล้วรัฐต้องการให้คนยากจนกลับไปทำงานโดยเร็ว และมีค่าใช้จ่ายทางบริการสุขภาพที่ถูกที่สุด จึงได้มีการจัดตั้งสถานที่ซึ่งคล้ายกับโรงพยาบาล เรียกว่า Nursing Home ไว้ดูแลคนยากจนซึ่งมักจะเป็นผู้ใช้แรงงานที่ป่วย เพื่อให้เขาหายเร็วและเสียเงินน้อยที่สุด

ค.ศ. 1867 มีกฎหมายชื่อ Metropolitan Poor Act ได้มีการให้จัดตั้ง Fever and Mental Hospitals ซึ่งเป็นโรงพยาบาลการกุศล เป็นที่นิยมของคนไข้ยากจน เพราะมักจะให้บริการฟรี หรือเก็บเงินน้อยมาก จนกระทั่งปลายศตวรรษที่ 19 การแพทย์มีการพัฒนาให้เจริญมากขึ้น เริ่มค่อย ๆ แยกจากระบบศาสนาหรือโบสถ์และเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น ต่อมา ในปี ค.ศ. 1911 รัฐบาล Lloyd George พรรค Liberal ออกพระราชบัญญัติ National Insurance Act ถึงแม้ว่ากฎหมายฉบับนี้จะใช้ชื่อซึ่งดูเหมือนเป็นการสร้างระบบประกันที่ครอบคลุมทั้งประเทศ แต่จุดมุ่งหมายเป็นการสร้างหลักประกันสำหรับผู้ใช้แรงงานเท่านั้น ทั้งยังไม่ได้รวมถึงครอบครัวของผู้ใช้แรงงานด้วย ระบบที่เกิดขึ้นจากกฎหมายฉบับนี้คือ การที่รัฐจัดสวัสดิการให้แก่ผู้ใช้แรงงานและคนยากจน ส่วนผู้ที่สามารถที่จะจ่ายก็ใช้บริการในระบบเอกชน ระยะต่อมารัฐเพิ่มบทบาทด้านสุขภาพโดยการสนับสนุนทางการเงินแก่โรงพยาบาลที่ให้บริการเพื่อการกุศล

ค.ศ. 1942 ประเทศอังกฤษได้นำข้อเสนอแนะของ The Beveridge Report⁶⁰ โดยเปลี่ยนระบบที่เป็นอยู่อย่างไม่มีการเปรียบเทียบของการประกันสังคมและความช่วยเหลือที่มีอยู่อย่างกระจัด

⁶⁰ รายงานของ Sir William Beveridge ที่เป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการจะให้ระบบสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด

หลักการของ Beveridge คือ ความเสี่ยงต่อมาตรฐานครองชีพที่ลดลงในลักษณะต่าง ๆ ควรได้รับการดูแลโดยโครงการประกันสังคมแห่งชาติ ซึ่งดำเนินการโดยหน่วยงานส่วนกลาง (รัฐบาลส่วนกลาง) ในที่นี้คือ กระทรวงประกันสังคม ซึ่งทำให้ระบบบริการสุขภาพเป็นแบบรัฐสวัสดิการอย่างเต็มที่สิทธิประโยชน์ที่ผู้ใช้ใหญ่ได้รับถูกกำหนดให้เหมือน ๆ กัน หากมีบุตรที่ต้องอุปการะจะได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มแก่บุตรด้วย บุคคลที่ไม่อยู่ในวัยแรงงานและไม่มียานทำ (ยกเว้นคนชรา) จะได้รับสิทธิประโยชน์จากการว่างงาน ลูกจ้างและนายจ้างจ่ายเงินสมทบที่คงให้กับโครงการ โดยมีกระทรวงการคลังจ่ายเงินสมทบด้วย

กระจายมาเป็นระบบเดียวกัน โดยที่ระบบใหม่มีองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ คือ บริการสุขภาพ และบริการฟื้นฟูสุขภาพควรจัดสรรให้กับประชากรอย่างกว้างขวาง จนกระทั่งเมื่อปี ค.ศ. 1946 มีการออก National Health Service Act ต่อมาในปี ค.ศ. 1968 แนวคิดนี้ได้ถูกนำมาปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยมีการจัดตั้ง National Health Service (NHS) เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม ค.ศ. 1948 NHS ถือเป็นสถาบันที่คนอังกฤษมีความภาคภูมิใจและให้ความเคารพนับถือเป็นอันดับสองรองจากสถาบันพระมหากษัตริย์ หลักการสำคัญของ NHS คือการจัดระบบสุขภาพที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการให้บริการฟรีอย่างครอบคลุมทั้งหมดแก่ประชากรทั้งประเทศอย่างเสมอภาค⁶¹

ค่าใช้จ่ายของ NHS ในแต่ละปีกำหนดโดยคณะรัฐมนตรีโดยอาศัยการสำรวจค่าใช้จ่ายภาครัฐประจำปี เงินงบประมาณที่จัดสรรให้กับกระทรวงสาธารณสุขแยกเป็นบริการสุขภาพระดับครอบครัว และบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลและชุมชน ซึ่งบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลและชุมชนใช้งบประมาณสูงถึงสองในสามของทั้งหมดและมีเพดานจำกัด ขณะที่บริการสุขภาพระดับครอบครัวไม่มีเพดานจำกัด งบประมาณแต่ละปีมักจะสูงกว่าปีก่อน เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของค่าจ้างและระดับราคาของสินค้าและบริการทั่วไป เมื่องบประมาณได้กำหนดมาแล้ว การเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมระหว่างปีจะกระทำไม่ได้ การวางแผนงบประมาณประจำปีอาศัยการพยากรณ์ค่าใช้จ่ายและการจัดสรรเพิ่มเติมที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงในขนาดและราคาบริการสุขภาพที่ไม่อาจคาดหมายได้ อย่างไรก็ตาม มีความพยายามที่จะควบคุมขนาดและราคาของบริการสุขภาพ

3.3.2 รูปแบบของระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของประชาชนในประเทศอังกฤษ

1) สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ

ระบบสุขภาพของประเทศอังกฤษ เป็นการสร้างประกันสุขภาพทั่วหน้าให้แก่ประชากรที่ถือกำเนิดมาตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม ค.ศ. 1948 เป็นต้นมา โดยมีการตราพระราชบัญญัติ National Health Service และก่อตั้ง National Health Service : NHS มีหลักการเพื่อจัดระบบสุขภาพที่ตั้งอยู่

คุณสมบัติของผู้ที่จะได้รับสิทธิประโยชน์จากการประกันสังคมคือการมีประวัติการส่งเงินสมทบที่น่าพอใจ แต่ไม่มีการทดสอบเกณฑ์ทางรายได้ ระบบประกันสังคมทำงานร่วมกับระบบความช่วยเหลือแห่งชาติ ผู้ที่ไม่ผ่านคุณสมบัติที่จะได้รับสิทธิประโยชน์จากระบบประกันสังคมอาจได้รับความช่วยเหลือจากระบบความช่วยเหลือแห่งชาติ แต่จะต้องมีการทดสอบเกณฑ์รายได้ เมื่อระบบประกันสังคมเข้มแข็งขึ้น ระบบความช่วยเหลือก็จะลดลงจนไม่ต้องใช้ในที่สุด.

⁶¹ วีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. เล่มเดิม. หน้า 26.

บนพื้นฐานของการให้บริการฟรีอย่างครอบคลุมทั้งหมดแก่ประชากรทั้งประเทศอย่างเสมอภาค ซึ่งระบบบริการสุขภาพของประเทศส่วนใหญ่รัฐเป็นผู้จ่ายและจัดบริการให้ โดยให้ความคุ้มครองด้านบริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแก่บุคคลทุกคน ครอบคลุมทั้งทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมโดยไม่คำนึงถึงรายได้ของผู้มารับบริการและไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เมื่อเข้ารับบริการ แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยยังต้องร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่ง (ยกเว้น เด็ก คนชราและผู้ป่วยบางกลุ่ม) ตลอดจนยาที่ซื้อเองโดยไม่มีใบสั่งยา และแว่นตาซึ่งไม่ได้รับความคุ้มครอง⁶²

ในด้านของระบบบริการ ซึ่งเป็นทางเลือกในการใช้บริการของผู้บริโภค การเข้าสู่ระบบ หรือการส่งต่อนั้น หากประชาชนได้รับการเจ็บไข้ได้ป่วยอาจไปพบแพทย์เพื่อทำการตรวจ วินิจฉัยโรค หรือพบเภสัชกร เพื่อซื้อยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยา หรือจะเลือกติดต่อไปยังแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลก็ได้ และประชาชนส่วนใหญ่จะขึ้นทะเบียนไว้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับ National Health Service : NHS ซึ่งแต่ละคนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติที่ตนเองต้องการได้หรือจะปรับเปลี่ยนแพทย์เวชปฏิบัติคนใหม่ก็ได้ สำหรับการบริการป้องกันโรคบางอย่างแพทย์เวชปฏิบัติจะทำหน้าที่เป็นนายทวารผู้รักษาประจำของระบบบริการ เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นคนไข้นอกและเป็นผู้ตัดสินใจหลักในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือโรงพยาบาลหลังจากการตรวจรักษาได้โดยอิสระตามแต่จะเลือกและเห็นสมควร ซึ่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจส่งต่อผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล หรือส่งกลับไปให้แพทย์เวชปฏิบัติ หรือส่งต่อไปยังหน่วยบริการในชุมชนอื่นๆ เช่น Nursing Home และแพทย์เวชปฏิบัติอาจเป็นผู้ให้บริการด้านการป้องกันโรคต่าง ๆ แก่ประชาชน เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค การวางแผนครอบครัว และการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ซึ่งระบบนี้จะช่วยส่งเสริมให้แพทย์รู้จักผู้ป่วยของตนเป็นอย่างดีและยังเป็นการให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกแพทย์เวชปฏิบัติให้เป็นแพทย์ประจำครอบครัว⁶³

2) องค์กรที่มีอำนาจบังคับบัญชาหรือดูแล

ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศอังกฤษมีการจัดองค์กรแบ่งออกเป็นหลายระดับ เริ่มตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) ซึ่งมีหน้าที่และความรับผิดชอบในเรื่องการจัดหางบประมาณทั้งหมด และคณะกรรมการบริหารประจำภาค (Regional Board) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมบริหารงานโรงพยาบาลและขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กระจายไปสู่พื้นที่ต่างๆ โดยแบ่งออกเป็น 14 เขต (Region) โดยในประเทศอังกฤษดูแล

⁶² จีรวัดน์ ตั้งเจริญถาวร. เล่มเดิม. หน้า 84.

⁶³ แหล่งเดิม. หน้า 86.

โดย Regional Health Authorities : RHA มีหน้าที่ในการวางแผนในพื้นที่ของตนเพื่อการจัดการบริการและการจัดสรรทรัพยากร จัดตั้งสภาสุขภาพประจำชุมชน (Community Health Council : CHC) รวมทั้งกำกับผลการดำเนินงาน ทำสัญญากับที่ปรึกษาโรงพยาบาลต่าง ๆ และกำหนดงบประมาณสำหรับอำเภอ ซึ่งแต่ละอำเภอจะมี District Health Authorities : DHA ทำหน้าที่เป็นตัวจักรสำคัญในการรับผิดชอบดูแลทางด้านสุขภาพของประชาชน

3) แหล่งที่มาของงบประมาณ

ในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติของประเทศอังกฤษมีแหล่งที่มาของเงินงบประมาณส่วนใหญ่ ได้มาจากเงินภาษีอากรทั่วไปเป็นหลักและจำนวนเงินที่ได้รับจากค่ายาและรายได้อื่น ๆ อีกเล็กน้อย ซึ่งเงินงบประมาณจะมีการจัดสรรให้กับระบบบริการสุขภาพแห่งชาติเป็นรายปี แต่แต่ละปีจะกำหนดโดยคณะรัฐมนตรี โดยอาศัยการสำรวจค่าใช้จ่ายภาครัฐประจำปี