

บทที่ 3

หลักมีส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุขของต่างประเทศและ ของประเทศไทย

การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ (Cost Sharing) ของแต่ละประเทศ มีหลักการ และวิธีการที่แตกต่างกันไปตามปรัชญาของระบบสุขภาพประเทศนั้น ๆ สามารถจำแนกออกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ 1) การร่วมจ่าย ณ จุดบริการให้กับผู้ให้บริการโดยตรง (Co-payment) 2) การร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ที่ราคาขั้นต้นระดับหนึ่ง (Deductible) 3) เบี้ยประกัน เป็นการร่วมจ่าย เข้ากองทุน (Premium) การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ (Cost Sharing) มีวัตถุประสงค์สำคัญ คือ 1) เพื่อลดการใช้บริการลง โดยเฉพาะบริการที่ไม่จำเป็นจะช่วยลดค่าใช้จ่ายสุขภาพ โดยเฉพาะ การร่วมจ่าย ณ จุดบริการให้กับผู้ให้บริการโดยตรง (Co-payment) และการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ที่ราคาขั้นต้นระดับหนึ่ง (Deductible) และ 2) เพื่อเป็นแหล่งรายได้ของกองทุนประกันสุขภาพ โดยเฉพาะเบี้ยประกัน เป็นการจ่ายร่วมเข้ากองทุน (Premium)

3.1 ส่วนร่วมจ่ายที่ขึ้นอยู่กับระบบฐานการจ้างงาน

ส่วนร่วมจ่ายที่ขึ้นอยู่กับฐานการจ้างงานนั้น จะมีส่วนร่วมจ่ายในลักษณะ เก็บจาก นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐออกให้บางส่วนแต่หลักสำคัญจะอยู่ที่นายจ้างและลูกจ้างที่ต้องมีส่วนร่วม จ่าย

3.1.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

การดูแลสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกานั้นไม่ใช่สิทธิตามกฎหมาย ระบบสุขภาพ ตั้งอยู่บนการประกันสุขภาพเป็นหลัก โดยมีระบบการประกันที่มีรูปแบบหลากหลายมาก เนื่องจาก ประชากรสหรัฐอเมริกาส่วนมากมีความแตกต่างของค่านิยม ส่งผลให้ประชากรส่วนใหญ่ใช้ประกัน เอกชน ผู้มีรายได้จากเงินเดือนมักใช้ประกันแบบกลุ่มที่ผูกอยู่กับการจ้างงาน¹ ในส่วนของรัฐนั้น จะให้หลักประกันสุขภาพแก่บุคคลบางกลุ่มในสังคมโดยผ่านโครงการหลัก 2 โครงการ คือ

¹ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). (2551, กันยายน). โครงการวิจัยการศึกษาผลกระทบของรายจ่าย เพื่อสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ/ลูกจ้างและพนักงานของรัฐต่อภาระทางการคลัง. ส่วนนโยบายการ คลังและงบประมาณ สำนักนโยบายการคลัง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง. หน้า 27-31.

1) Medicare ครอบคลุมผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตบางประเภท โครงการนี้บริหารโดย Health Care Financing Administration (HCFA) ภายใต้รัฐบาลสหพันธ์ (Federal Government คือ รัฐบาลกลาง) 2) Medicaid ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อย และเด็กในครอบครัวที่มีผู้ปกครองคนเดียวบางส่วนซึ่งเข้าเกณฑ์ที่กำหนด ดำเนินการโดยรัฐบาลมลรัฐ ภายใต้การสนับสนุนทางการเงินเป็นก้อนรวมจากรัฐบาลกลาง ส่วนประกันเอกชนมีทั้งประเภทที่แสวงกำไรและไม่แสวงกำไร องค์กรส่วนใหญ่ซื้อประกันแบบกลุ่ม ธุรกิจบางแห่งใช้วิธีการประกันตัวเอง (self-insured) คือจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลให้พนักงานเองโดยไม่ซื้อประกันสุขภาพ แต่เดิมนั้นบริษัทประกันสุขภาพส่วนใหญ่มีบทบาทเป็นผู้จ่ายค่าบริการ ไม่มีสัญญาผูกพันกับผู้ให้บริการ แต่ในทศวรรษที่ผ่านมา มีการประกันในระบบ managed care เพิ่มขึ้นมาก เป็นระบบที่องค์กรหรือบริษัทหนึ่งอาจเป็นทั้งผู้ประกันและผู้ให้บริการ หรือเป็นผู้ประกันและซื้อบริการจากผู้ให้บริการ มีสัญญาผูกพัน ลักษณะการจัดระบบมีรูปแบบหลากหลาย สำหรับการคลังของระบบนั้น ค่าเบี้ยประกันภาคเอกชนจ่ายโดยบุคคลและธุรกิจ ผู้ที่ซื้อประกันเอกชนรับผิดชอบการจ่ายเบี้ยประกันเอง ลูกจ้างอาจมีนายจ้างจ่ายให้หรือจ่ายสมทบ และผู้ป่วยอาจต้องจ่ายร่วมเมื่อใช้บริการ ทั้งนี้ขึ้นกับสัญญาที่ทำกับบริษัทประกันแต่ละราย ไม่มีบรรทัดฐานที่แน่นอน ในขณะที่กองทุน Medicare มาจากการหักเงินรายได้ของผู้อยู่ในวัยทำงาน และกองทุน Medicaid มาจากเงินภาษีโดยส่วนหนึ่งจากรัฐบาลกลางและอีกส่วนหนึ่งจากภาษีที่เก็บโดยรัฐบาลในแต่ละมลรัฐ เมื่อพิจารณาถึงมาตรการจ่ายค่าบริการนั้น ในส่วนระดับปฐมภูมิมีรูปแบบหลากหลาย การประกันทั่วไปแบบ indemnity insurance มักเป็นแบบผู้ป่วยจ่ายก่อนแบบจ่ายเงินให้ผู้ให้บริการแบบจ่ายตามรายการ (fee-for-service) แล้วจึงเบิกคืนจากประกันภายหลัง (retrospective reimbursement) กรณี managed care เป็นแบบค่าธรรมเนียมต่อคน (capitation) หรือ จ่ายเงินให้ผู้ให้บริการแบบจ่ายตามรายการ (fee for service) ที่มีการตกลงอัตรากันล่วงหน้า (negotiated fee schedule) แพทย์ซึ่งเป็นลูกจ้างของ Health Maintenance Organization (HMO) ได้รับค่าตอบแทนในรูปแบบเงินเดือน สำหรับกรณี Medicare มีการจ่ายค่าบริการแบบจ่ายตามรายการ รายโรค หรือ รายหัตถการ (fee schedule) ในระบบ resource-based relative value scheme (RBRVS) และกองทุน Medicaid ในแต่ละรัฐมีวิธีการจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกัน บางส่วนจ่ายแบบจ่ายตามรายการ รายโรค หรือรายหัตถการ (fee schedule) บางส่วนเป็นระบบใช้วิธีการจ่ายเงินต่อหัว (capitation) ภายใต้การซื้อบริการแบบการจัดการบริการ (managed care)²

² สมศักดิ์ ธรรมธิตวิวัฒน์. (2543). การศึกษาทบทวนประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกาในการปฏิรูประบบสุขภาพ. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

สำหรับผู้ให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมินั้น ประกันเอกชนจ่ายแบบจ่ายเงินให้ ผู้ให้บริการแบบจ่ายตามรายการ (fee-for-service) บางรายมีการเจรจาตกลงอัตราเป็นแบบจ่ายเงินให้ ผู้ให้บริการแบบจ่ายตามรายการ (fee schedule) กับผู้ให้บริการ สำหรับกองทุน Medicare และ Medicaid ในรัฐส่วนใหญ่จ่ายให้โรงพยาบาลโดยใช้ระบบวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group, DRG) คือ ระบบแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษแบบเหี้ยมปล้นในโรงพยาบาล เพื่อวัดผลผลิตของโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่จัดอยู่ในกลุ่มเดียวกันจะมีวันนอนในโรงพยาบาล (iso-length of stay) และใช้ทรัพยากรโรงพยาบาลเพื่อการรักษาใกล้เคียงกัน (iso-resource) มาตรการจ่ายค่าตอบแทน ผู้ให้บริการของ Medicaid แตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ เนื่องจากรัฐบาลระดับมลรัฐเป็นผู้บริหาร โครงการ³

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีประชากร 300 ล้านคน มีความเจริญก้าวหน้าในทุก ๆ ด้าน มีระบบสุขภาพที่เน้นภาคเอกชนเป็นหลัก แต่กลับมีผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพกว่า 45 ล้านคน ระบบสุขภาพมีข้อเด่นคือ Managed Care เป็นการผสมผสานระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ ที่มีรูปแบบย่อย ๆ ที่หลากหลาย ในที่นี้จึงจะเน้นเฉพาะระบบประกันสุขภาพที่เป็นของรัฐบาล 2 ระบบใหญ่ คือ Medicare และ Medicaid

3.1.1.1 ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

Medicare เป็นระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการ และผู้ป่วย ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย มีรัฐบาลกลาง (Federal Government) เป็นผู้บริหารจัดการหลัก Medicare ประกอบด้วย 4 ส่วนใหญ่ คือ

1) Medicare Part A (Hospital Insurance) ครอบคลุมบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลอื่น ๆ (Skilled Nursing Facilities, Hospice, Home Health Care) ผู้ประกันตนในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติม เนื่องจากได้เคยตัดจากเงินเดือนไปก่อนแล้ว

2) Medicare Part B (Medical Insurance) ครอบคลุมบริการผู้ป่วยนอก ค่าบริการแพทย์ และค่าบริการอื่น ๆ บางอย่างที่ Part A ไม่ครอบคลุม เช่น กายภาพบำบัด ผู้ประกันตนกลุ่มนี้ ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติม

3) Prescription Drug Coverage ผู้ประกันตนกลุ่มนี้ต้องเลือกชุดสิทธิประโยชน์ทางยาที่ต้องการ และส่วนใหญ่ต้องจ่ายเบี้ยประกันรายเดือน ผู้ที่อยู่ในโครงการ Medicare ทุกคน สามารถ

³ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ข. (2544). *ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ*. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2544. หน้า 83.

เลือกที่จะเข้าหรือไม่เข้า Prescription Drug Coverage ก็ได้ แต่เมื่อตัดสินใจไม่เข้าแต่เปลี่ยนใจภายหลัง อาจต้องเสียค่าธรรมเนียมเพิ่มเติม

เนื่องจาก Medicare ยังไม่สามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายสุขภาพของผู้ป่วยได้ทุกกรณี (Coverage Gap) จึงมีระบบประกันสุขภาพเสริม เรียกว่า Supplementary Insurance แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ Private Supplementation ของผู้ประกันตนเอง และ Public Supplementation จาก Medicaid เช่น โครงการ Qualified Medicare Beneficiary (QMB) ครอบคลุมผู้ประกันตนที่มีฐานะยากจน⁴ โดย Medicaid จะเป็นผู้จ่าย Premium⁵, Co-payment⁶, และ Deductible⁷ เข้า Medicare ให้ผู้ประกันตน

Medicaid ครอบคลุมประชาชน 2 กลุ่มใหญ่ คือ กลุ่ม Categorically Needy หมายถึงครอบครัวที่เข้าได้ ตามเกณฑ์ Aid to Families with Dependent Children (AFDC), หญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 133% ของ Federal Poverty Level (FPL), เด็กอายุ 6 - 9 ปี ที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่า 100% ของ FPL, ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี

⁴ เงินเดือนต่ำกว่า Federal Poverty Level (FPL) และทรัพย์สินไม่เกิน 2 เท่าของเกณฑ์สำหรับ Supplemental Security Income (SSI).

⁵ Premium หมายถึงเบี้ยประกัน ซึ่งเป็นการร่วมจ่ายเข้ากองทุน ตั้งแต่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ ซึ่งหากผู้ประกันตนต้องจ่ายเบี้ยประกันสูง ก็มักมีความคาดหวังสิทธิประโยชน์สูงตามไปด้วย และบางครั้งอาจมีการใช้บริการเกินจำเป็น (Moral Hazard) ตัวอย่างเช่น บริษัทประกันอาจกำหนดให้ผู้ประกันตน ต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันปีละ 2,000 บาท เพื่อซื้อแผนการประกันที่ครอบคลุมบริการฉุกเฉินเพียงอย่างเดียว แต่หากผู้ประกันตนต้องการความครอบคลุมบริการผู้ป่วยในห้องพักพิเศษ อาจต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันปีละ 3,000 บาท เป็นต้น.

⁶ Co-payment เป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ให้กับผู้ให้บริการโดยตรง ซึ่งอาจเป็นการกำหนดราคาตายตัว (Co-payment) หรือเป็นส่วนร้อยละของค่าใช้จ่ายที่ผู้ให้บริการเรียกเก็บ (Coinsurance) ซึ่งในการศึกษานี้จะใช้คำรวมว่า Co-payment โดยทั่วไปเป็นการอาศัยหลักการพื้นฐานทางเศรษฐศาสตร์จุลภาค (Microeconomics) ว่าผู้ซื้อจะลดปริมาณการใช้บริการลง (Quantity) หากตนเองต้องจ่ายค่าบริการเพิ่มขึ้น (Price) ซึ่งได้รับการพิสูจน์ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ Co-payment ในอดีต เช่น RAND Health Insurance Experiment ซึ่งพบว่า Co-payment มีผลทำให้การใช้บริการลดลง (Utilization) โดยวัดจากจำนวนครั้งที่มารับบริการผู้ป่วยนอก หรือ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล.

⁷ Deductible เป็นการร่วมจ่าย ณ จุดบริการ ที่ราคาขั้นต้นระดับหนึ่ง เปรียบเสมือนเป็นเกณฑ์ที่ผู้ประกันตนใช้เปรียบเทียบว่าการเจ็บป่วยนั้นๆ มีความรุนแรงถึงระดับที่ต้องเข้ารับบริการสุขภาพด้วยสิทธิที่มีอยู่หรือไม่ ซึ่งสามารถลดการบริการที่ไม่จำเป็นลงได้ แต่อาจมีข้อเสียในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถประเมินความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยที่มีอยู่ได้ดีมากพอ จนทำให้ได้รับการรักษาที่ไม่ทันเวลา ตัวอย่างเช่น บริษัทประกันอาจกำหนดให้ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการขั้นต่ำ 1,000 บาท เพื่อเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงและคิดว่าสามารถรักษาเองได้ หรือ ผู้ป่วยที่อาการรุนแรงแต่มีเงินไม่เพียงพอ อาจไม่เข้ารับบริการ.

ส่วน Medicaid กลุ่มที่สองคือ Medically Needy จะมีในบางรัฐ⁸ หมายถึงครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีความจำเป็นทางสุขภาพ กลุ่มนี้จะครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์จนถึง 60 วันหลังคลอด, เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี, เด็กแรกเกิด, คนตาบอด นอกจากนี้บางรัฐยังอาจเพิ่มความครอบคลุมได้อีกตามต้องการ โดยต้องได้รับความเห็นชอบจากรัฐบาลกลางด้วย เนื่องจากเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณสมทบ บริการสุขภาพของ Medicaid ทั้งสองกลุ่ม จะมีรายละเอียดต่างกันพอสมควร

State Children's Health Insurance Programs (SCHIP) เป็นระบบประกันสุขภาพระดับรัฐที่ครอบคลุมเด็กอายุต่ำกว่า 19 ปี ที่ผู้ปกครองมีรายได้สูงกว่าที่จะเข้าโครงการ Medicaid แต่ไม่สูงมากพอที่จะซื้อประกันสุขภาพเอกชนได้ ในบางรัฐถือเป็นส่วนหนึ่งของ Medicaid บางรัฐแยกออกมาจาก Medicaid และบางรัฐมีระบบผสม นอกจากนี้ยังมีกลุ่มพิเศษ (Special Groups) อื่น ๆ อีกด้วยค่าใช้จ่ายสุขภาพที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ จึงได้มีการออกมาตรการลดค่าใช้จ่ายโดยการลดบริการในชุดสิทธิประโยชน์ลงในปี พ.ศ. 2510 และ พ.ศ. 2513 แต่ต่อมาต้องยกเลิกเนื่องจากศาลตัดสินว่าขัดรัฐธรรมนูญ หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2515 ได้มีการออก 2 มาตรการลดค่าใช้จ่าย คือ 1) Prior Authorization คือการขออนุมัติก่อนเข้ารับบริการ และ 2) Co - payment สำหรับบริการผู้ป่วยนอก 2 ครั้งแรก สำหรับผู้ประกันตนที่มีรายได้หรือทรัพย์สินพอสมควร มาตรการที่ 2 นี้ ในช่วงแรกถือเป็นโครงการศึกษาวิจัยของรัฐ California ไปด้วยในตัว โดยมีสมมติฐานว่า ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นเกิดจากการใช้บริการมากเกินไป และการใช้บริการที่มากเกินไปนั้น สามารถลดลงได้โดยพิจารณาของแพทย์ในเรื่องการจ่ายเงิน โดยในช่วงนั้น มีผู้ประกันตนประมาณ 30% ที่ต้องจ่าย Co - payment โดยทาง Medi - Cal (California's Medicaid) จะหัก \$1 สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และ \$0.50 สำหรับค่ายา ออกจากเงินที่จะจ่ายให้ผู้ให้บริการ โดยไม่สนใจว่าทางผู้ให้บริการจะเก็บ Co - payment จากผู้ป่วยได้หรือไม่

3.1.2 ประเทศเยอรมนี

ระบบบริการสาธารณสุขในประเทศเยอรมนี เป็นระบบที่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณภาพและมีประสิทธิภาพสูงที่สุดแห่งหนึ่ง ประชาชนได้รับหลักประกันว่าจะได้รับการทางการแพทย์อย่างทั่วถึง มีระบบประกันสุขภาพเป็นตัวรองรับ ประกอบด้วยการประกันสุขภาพตามกฎหมาย (Statutory health insurance or Sickness Funds) และการประกันสุขภาพภาคเอกชน (Private health

⁸ Arkansas, California, Connecticut, District of Columbia, Florida, Georgia, Hawaii, Illinois, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Montana, Nebraska, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, North Dakota, Pennsylvania, Puerto Rico, Rhode Island, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia, Wisconsin.

insurance) การประกันสุขภาพตามกฎหมายเป็นการประกันสุขภาพภาคบังคับ กฎหมายกำหนดให้คนทำงานที่มีรายได้ไม่เกินระดับที่กำหนดต้องเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย (Sickness Fund) และจ่ายเข้ากองทุนตามสัดส่วนของรายได้ต่อเดือน สำหรับประชาชนที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กฎหมายกำหนดสามารถเลือกไปใช้ประกันเอกชนได้ ในส่วนของข้าราชการไม่ถูกบังคับให้เป็นสมาชิกโดยสามารถเลือกที่จะสมัครเป็นสมาชิกกองทุนหรือซื้อประกันเอกชน ทั้งนี้ผู้ที่ตัดสินใจซื้อประกันเอกชนแล้วจะไม่สามารถย้ายเข้าเป็นสมาชิกกองทุนการเจ็บป่วยในภายหลัง ข้อกำหนดนี้เป็นมาตรการป้องกันไม่ให้เพิ่มความเสี่ยงกับกองทุนการเจ็บป่วยในการต้องรับคนที่ถูกปฏิเสธจากประกันเอกชน กองทุนการเจ็บป่วยนี้จัดตั้งขึ้นโดยภาคเอกชนในลักษณะองค์กรอิสระที่ไม่แสวงกำไรภายใต้การกำกับของรัฐ อาจรวมตัวกันในลักษณะของอาชีพหรือตามภูมิลำเนาแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ คือกองทุนท้องถิ่น กองทุนบริษัท กองทุนช่างฝีมือ กองทุนทดแทน และกองทุนอื่น ๆ เนื่องจากหลักการของระบบประกันสุขภาพของประเทศเยอรมนีเป็นระบบพึ่งตนเองเป็นหลัก รายได้กองทุนมาจากเบี้ยประกันที่จ่ายโดยนายจ้างเท่านั้น ไม่ได้มีการอุดหนุนจากรัฐ กองทุนเหล่านี้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์สำหรับสมาชิกและกำหนดอัตราเบี้ยประกันเองได้ แต่ต้องอยู่ภายใต้เพดานที่กฎหมายกำหนด กองทุนทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ โดยทำความตกลงกับผู้ให้บริการต่าง ๆ

ประเทศเยอรมนีปกครองระบบสหพันธรัฐ นโยบายและกฎหมายด้านสาธารณสุขจะถูกกำหนดโดยรัฐบาลกลางร่วมกับรัฐบาลของมลรัฐ บทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุขของรัฐบาลกลาง คือ การออกกฎหมายต่าง ๆ เพื่อควบคุมกำกับระบบบริการสาธารณสุข รัฐบาลของมลรัฐมีบทบาทในการใช้กฎหมายต่าง ๆ ที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง และออกกฎหมายลูกของตน เพื่อบังคับใช้ในมลรัฐในการควบคุมกำกับการดำเนินงานขององค์กรอิสระที่ได้รับ การรับรองตามกฎหมาย ดำเนินกิจการโรงพยาบาลของมลรัฐ จัดทำแผนควบคุมและพัฒนาโรงพยาบาลในด้านศักยภาพทั้งรัฐและเอกชนควบคุมกำกับมาตรฐานการศึกษาทางการแพทย์ และรวมถึงไปถึงการควบคุมการผลิตแพทย์รัฐบาลท้องถิ่นรับผิดชอบในการให้บริการทางด้านสาธารณสุขต่าง ๆ เช่น การควบคุมป้องกันโรค บริหารจัดการโรงพยาบาลของท้องถิ่นเอง ใ้งบประมาณสนับสนุนด้านการลงทุนแก่โรงพยาบาล บริหารและสนับสนุนด้านงบประมาณแก่บ้านพักคนชราของรัฐ⁹

สำหรับแหล่งที่มาของงบประมาณนั้น เอกชนเป็นผู้รับภาระการจ่ายค่าบริการต่าง ๆ ผ่านกองทุนและประกันสุขภาพเอกชน รัฐสนับสนุนด้านการลงทุนจากภาษี ภาระทางการเงินของ

⁹ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ข. การปฏิรูประบบสุขภาพ. กรณีศึกษาประเทศสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมัน. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

ประชาชนหรือผู้ป่วย ประชาชนจ่ายค่าเบี้ยประกันเข้ากองทุนการเจ็บป่วยหรือซื้อประกันเอกชน โดยอัตราการจ่ายเข้ากองทุนสำหรับสมาชิกภายใต้การประกันสุขภาพภาคบังคับจะแตกต่างกันในแต่ละกองทุน แต่ต้องไม่ต่ำกว่าหรือเกินกว่าอัตราที่กฎหมายกำหนด คือ ร้อยละ 8.5 – 16.5 สำหรับลูกจ้างที่ทำงานในโรงงานหรือบริษัท เบี้ยประกันจะออกโดยนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละครึ่ง ส่วนผู้ประกอบการอิสระต้องจ่ายเองทั้งหมด ผู้ที่ว่างงานได้รับความคุ้มครองโดย Federal Labor Administration เป็นผู้จ่าย 2 ใน 3 ของเบี้ยประกัน และอีก 1 ใน 3 จ่ายโดยหน่วยงานสวัสดิการท้องถิ่น สำหรับกรณีของผู้เกษียณอายุแล้วเบี้ยประกันจะจ่ายโดยกองทุนเกษียณ (Pension fund)¹⁰

หลักการที่น่าสนใจอันหนึ่ง คือ รัฐธรรมนูญกำหนดให้ประชาชนในแต่ละรัฐ (Länder) มีสภาพความเป็นอยู่ (Living Condition) ที่เสมอภาคกัน โดยสุขภาพ (Health) เป็นองค์ประกอบหนึ่ง รัฐบาลกลางจึงไม่ได้มีบทบาทที่เด่นชัดมากนักเกี่ยวกับสุขภาพ ในขณะที่ระดับประเทศมีกระทรวงสุขภาพโดยเฉพาะรัฐ (Länder) ส่วนใหญ่ก็มีกระทรวงที่ดูแลสุขภาพของตนเอง มักมีหน้าที่ดูแลเรื่องแรงงานและสวัสดิการสังคมด้วย¹¹

3.1.2.1 ระบบประกันสุขภาพ

เยอรมนีเป็นประเทศแรกที่ใช้ระบบประกันสังคม เรียกว่า Statutory Social Insurance (Bismarck) เป็นระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบบังคับให้ผู้ถูกจ้างงานที่มีรายได้ไม่เกินระดับที่กำหนด ต้องเป็นสมาชิกของกองทุนการเจ็บป่วย (Sickness Fund) และต้องจ่ายเงินเข้ากองทุนตามสัดส่วนรายได้ต่อเดือนส่วนผู้ที่มีรายได้สูงกว่าระดับที่กฎหมายกำหนด สามารถเลือกประกันภาคเอกชนได้ แต่จะไม่สามารถเปลี่ยนใจกลับมาเข้าเป็นสมาชิก Sickness Fund ได้อีก ในภายหลัง ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศเยอรมนี มี Sickness Fund ทั้งหมด 453 กองทุนที่ไม่แสวงกำไร ครอบคลุมประชากร 72 ล้านคน และมีบริษัทประกันสุขภาพเอกชน 52 แห่ง ครอบคลุมประชากร 7.1 ล้านคน Sickness Fund สามารถแบ่งออกได้เป็น 7 กลุ่ม¹² ที่มีการบริหารจัดการของตนเอง จะเห็นได้ว่าการเข้าโครงการ Sickness Fund จะขึ้นอยู่กับพื้นที่อยู่อาศัยและลักษณะงานที่ทำ

¹⁰ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ข. หน้า 16.

¹¹ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). เล่มเดิม. หน้า 15 – 17.

¹² 1) General Regional Fund (Allgemeine Ortskrankenkassen, AOK) 17 กองทุน , 2) Substitute Fund (Ersatzkassen) 13 กองทุน , 3) Company-funded Funds (Betriebskrankenkassen, BKK) 359 กองทุน , 4) Guild Funds (Innungskrankenkassen, IKK) 42 กองทุน , 5) Farmers' Funds (Landwirtschaftliche Krankenkassen, LKK) 20 กองทุน , 6) Miners' Fund (Bundesknappschaft) 1 กองทุน , 7) Sailors' Fund (See-Krankenkasse) 1 กองทุน.”

Sickness Fund มีอำนาจปรับเปลี่ยนอัตราการจ่ายเบี้ยประกันและการร่วมจ่ายได้ตามกฎหมาย เพื่อให้สามารถครอบคลุมค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น จากข้อมูลปี พ.ศ. 2543 ผู้ถูกจ้างงานที่มีรายได้ไม่เกิน DM77,400 จะต้องเป็นสมาชิก Sickness Fund แต่หากมีรายได้เกินกว่านั้น จะขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ปัจจุบัน Sickness Fund ครอบคลุมประชากรประมาณ 88% ส่วนใหญ่ 74% เข้าโครงการตามภาคบังคับ และ 14% เข้าโครงการตามความสมัครใจ ส่วนประกันสุขภาพเอกชน ครอบคลุมประชากร 9% ในขณะที่ 2% ของประชากรที่เป็นตำรวจ ทหาร ได้รับบริการสุขภาพจากรัฐบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และเหลือผู้ที่ไม่มียกเว้นใด ๆ 0.1%

3.1.2.2 การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

การจ่ายเบี้ยประกันคิดตามรายได้ ปัจจุบันอยู่ที่อัตรา 13.5% ผู้จ้างและผู้ถูกจ้างร่วมกันจ่ายฝ่ายละ 6.75% ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า DM630 ผู้จ้างจะเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันที่อัตรา 10% การคำนวณอัตราการจ่ายนี้ จะคิดจากผลรวมของค่าใช้จ่ายสุขภาพเฉลี่ยของสมาชิกใน Sickness Fund ทุกกองทุน หาดด้วยเงินรายได้จากเบี้ยประกันทุกกองทุน การคำนวณด้วยวิธีนี้ ทำให้เกิดปรากฏการณ์ผู้ประกันตนย้ายออกจากกองทุนที่มีเบี้ยประกันมากเกินค่าเฉลี่ย ไปเป็นสมาชิกกับกองทุนที่มีเบี้ยประกันต่ำกว่า กลุ่มผู้ประกันตนที่ย้ายกองทุนมีเหตุผลหลัก 58% คือเพื่อให้ได้อัตราเบี้ยประกันที่ถูกลง ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้ย้าย ให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ที่จะได้รับมากกว่าอัตราเบี้ยประกัน อัตราการมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับบริการต่าง ๆ ทั้งนี้ ยกเว้น ผู้มีรายได้น้อย ผู้ว่างงาน และเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี การมีส่วนร่วมจ่ายจะมีเพดานอยู่ที่ 2% ของรายได้ก่อนหักภาษี นอกจากนี้ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้เคยจ่ายไปแล้วอย่างน้อย 1% ของรายได้และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี จะได้รับการยกเว้นเช่นกัน สำหรับการประกันสุขภาพเอกชน มีอยู่ 52 บริษัท จะมีวิธีการคิดเบี้ยประกันตามอายุ เพศ และประวัติโรค ประชากร 7.1 ล้านคนที่อยู่ในระบบนี้ ประกอบด้วยผู้ที่ออกจาก Sickness Fund เนื่องจากมีรายได้เกินระดับที่กำหนด ผู้ที่มีกิจการเป็นของตนเอง และเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ยังไม่มีสิทธิรับบริการสุขภาพฟรี ผู้ประกันตนในระบบนี้ จะต้องจ่ายค่าบริการสุขภาพเมื่อเข้ารับบริการ แล้วนำใบเสร็จมาเบิกเงินคืนภายหลัง แม้ว่ารัฐบาลจะกำหนดอัตราค่าบริการไว้แล้ว ในทางปฏิบัติผู้ให้บริการจะคิดค่าบริการเกินกว่านั้นอย่างน้อย ประมาณ 1.7 - 2.3 เท่า เป็นระดับที่สูงสุดที่จะสามารถเบิกคืนได้¹³

3.1.3 ประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นมีระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ เป็นระบบที่ผูกติดกับระบบความมั่นคงทางสังคม ระบบประกันสุขภาพมีสองประเภทหลัก ประเภทแรก คือ ระบบประกันสำหรับลูกจ้าง

¹³ ดูรายละเอียดได้ใน กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 35 - 39.

(Employee-based) ประกอบด้วย 2 ประเภทย่อย คือ ระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยรัฐบาล (Government-managed Health Insurance) และระบบประกันสุขภาพที่ดำเนินการโดยเอกชน แบบไม่แสวงกำไร (Society-managed Health Insurance) และประเภทที่ 2 คือ ระบบประกันสุขภาพในชุมชน (Community-based Insurance) หรือเรียกว่า ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance, NHI) สำหรับประชาชนที่ประกอบอาชีพอิสระ ทั้งสามกลุ่มครอบคลุมประชากรใกล้เคียงกันประมาณอย่างละหนึ่งในสาม เมื่อคนทำงานเกษียณก็จะออกจากระบบประกันสุขภาพแบบ Employee-based insurance และย้ายมาสู่ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้นกับกองทุน retired person insurance ถ้าอายุเกิน 70 ปี ก็ย้ายไปเข้ากองทุน Health services for the elderly ทั้งสองกองทุนจัดอยู่ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบันสัดส่วนจำนวนผู้ประกันตนที่เป็นผู้สูงอายุในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติสูงมาก การประกันสุขภาพบริหารโดยกองทุนต่าง ๆ จำนวนมากครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ กองทุนต่าง ๆ ไม่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกัน กองทุนมีสมาชิกที่มีอำนาจจ่ายมากก็สามารถให้สิทธิประโยชน์มากหรือลดอัตราดอกเบี้ยประกันของตนเอง ผู้ให้ประกันไม่ได้มีการทำสัญญาการซื้อขายบริการสุขภาพกับสถานพยาบาลโดยตรง แต่รัฐบาลจังหวัด (Prefecture government) เป็นผู้กำหนดว่าสถานพยาบาลใดจะเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการกับผู้ประกันตน โดยสถานพยาบาลเหล่านี้มีหน้าที่ในการให้บริการตามการควบคุมของรัฐบาล ค่าบริการจะจ่ายโดยองค์กรประกัน (กองทุน) ผ่านมายังองค์กรที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบประมวลผลการเรียกเก็บก่อนที่จะทำการจ่ายเงินให้ต่อไป เนื่องจากมีหน่วยงานที่เป็นผู้ให้การประกันจำนวนมาก ในขณะเดียวกันก็มีจำนวนมากถึงเกือบสองแสนแห่ง ในขณะที่ประชาชนมีอิสระในการใช้บริการ ดังนั้น จึงมีการจัดตั้งองค์กรใหม่ขึ้นเพื่อทำหน้าที่ในการตรวจสอบและคำนวณใบเรียกเก็บให้ในลักษณะของ Clearing house มีสองหน่วยงาน คือ Social Insurance Medical Fee Payment Fund ดูแลและให้บริการกับ Workplace-based Insurance และ Federation of National Health Insurance Association ให้บริการกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประโยชน์มีทั้งประเภทบังคับที่กำหนดตามกฎหมาย และสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมที่กองทุนแต่ละแห่งเพิ่มให้กับผู้ประกัน ประเภทของสิทธิประโยชน์ที่กำหนดตามกฎหมาย เช่น บริการทางการแพทย์ ค่ายาตามใบสั่งยา เงินชดเชยสำหรับการเจ็บป่วยและบาดเจ็บ การคลอด การดูแลบุตร รวมทั้งค่าเดินทางด้วย ไม่ครอบคลุมค่าห้องพิเศษ ค่าพยาบาลฝ้าไข้ และค่าวัสดุทันตกรรม การคุ้มครองรวมไปถึงครอบครัวของผู้มีสิทธิด้วย¹⁴ ระบบการประกันสุขภาพ

¹⁴ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ก. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศไทยญี่ปุ่น. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

ของญี่ปุ่นมีแหล่งที่มาของงบประมาณจากลูกจ้าง นายจ้าง สมทบเข้ากองทุน และงบประมาณรัฐ ผู้ที่มีเงินเดือนประจำทั้งภาครัฐและเอกชนถูกหักเบี้ยประกันจากเงินเดือนเป็นรายเดือน ลูกจ้างและนายจ้างจ่ายคนละครึ่ง อัตราเบี้ยประกันคำนวณตามรายได้ ทั้งนี้ มีการแบ่งเงินเดือนเป็นช่วงเรียกว่า รายได้มาตรฐาน (Standard remuneration) เป็น 40 ช่วง อัตราเบี้ยประกันจะเพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ที่เพิ่มขึ้น ไม่มีการกำหนดเพดานของเบี้ยประกันที่จะต้องจ่ายอัตราเบี้ยประกันจะแตกต่างกันตามแต่ละกองทุน แต่มีกฎหมายควบคุมระดับของเบี้ยประกัน¹⁵ สำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระ อยู่ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินการโดยรัฐบาลท้องถิ่น (Municipality government) ในการบริหารการเก็บเบี้ยประกันดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ เก็บเป็นเบี้ยประกันหรือเก็บเป็นภาษีประกันสุขภาพ มีเพดานและเมื่อใช้บริการผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมจ่ายประมาหรือละ 20 มาตรการจ่ายค่าบริการจะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ระดับผู้ให้บริการปฐมภูมิ ผู้ให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ระดับปฐมภูมิจะจ่ายแบบตามรายการร่วมจ่ายจากการเข้ารับบริการ (Fee-for-service) แบ่งเป็นสองส่วนคือ ค่าบริการทางการแพทย์และค่ายาและวัสดุ ค่าบริการทางการแพทย์ถูกกำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการในลักษณะสูตรคะแนนของบริการแต่ละประเภทและค่าบริการต่อหน่วย ค่าขานั้นมีการปรับให้สอดคล้องกับราคาตลาด และกำหนดราคาเฉลี่ยบวกอีกร้อยละ 5 ในขณะที่ผู้ให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมิการจ่ายค่าบริการให้กับโรงพยาบาลนั้นเป็นการจ่ายแบบตามรายการร่วมจ่ายตามการเข้ารับบริการ (Fee-for-service) มีการกำหนดเป็นจ่ายตามรายการ รายโรคหรือรายหัตถการ (fee schedule) มีการแยกประเภทเดียวที่เป็นการดูแลระหว่างการดูแลระยะเฉียบพลัน (acute care) และการดูแลระยะยาว (long term care) เพื่อให้มีความชัดเจนของประเภทผู้ป่วยแยกการจ่ายออกจากสถานพยาบาล การคำนวณค่าบริการทางการแพทย์นั้นพิจารณาจากทักษะและประเภทบริการ เช่น ทักษะในการให้บริการ ผ่าตัด เทคโนโลยี จำนวนบุคลากร ราคาของยาและค่าวัสดุการแพทย์ มีการให้น้ำหนักสำหรับทักษะของแพทย์ในการคำนวณอัตราค่าบริการที่จ่ายให้ เพื่อให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ ในปี พ.ศ. 2540 ได้มีการทบทวนเพื่อหามาตรการที่จะลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ในขณะนี้กำลังพิจารณานำกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) มาใช้¹⁶

3.1.3.1 ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพของประเทศมีพื้นฐานคล้ายกับ Sickness Fund ของประเทศเยอรมนี ดังจะเห็นได้จากกฎหมาย Health Insurance Law (Kenpo-ho) ปี พ.ศ. 2465 ที่ให้ความสำคัญกับผู้มีสุขภาพดี เนื่องจากเป็นกำลังสำคัญต่อการเพิ่มผลผลิตและการทหารของประเทศ

¹⁵ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ข. หน้า 51 – 52.

¹⁶ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). เล่มเดิม. หน้า 17 – 20.

ต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงอีกหลายครั้ง จนมาถึงกฎหมาย National Health Insurance Law ออกในปี พ.ศ. 2501 และบังคับใช้จริงจึงในปี พ.ศ. 2504 ทำให้ประเทศญี่ปุ่นมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาจนถึงปัจจุบัน จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2539 พบประมาณหลัก (84%) ที่ใช้สนับสนุนระบบประกันสุขภาพของประเทศมาจากเบี้ยประกันที่จ่ายจากผู้จ้างงาน ผู้ถูกจ้างงาน และรัฐบาล และมีการจ่ายค่าใช้จ่ายจริง (Out-of-pocket) ประมาณ 12% ประชาชนทุกคนอยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ (Kai Hoken) จะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกจ้างงานและผู้พึ่งพิง (Employee's Health Insurance) 2) ระบบประกันสุขภาพสำหรับเจ้าของกิจการ ผู้เกษียณอายุและผู้พึ่งพิง (National Health Insurance, Kokuho) และ 3) ระบบประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Health Insurance for the Elderly, Roken) นอกจากนี้ยังมี Sickness Fund อีกหลายร้อยกองทุน ที่ให้สิทธิประโยชน์ในรูปแบบเงินสดเพิ่มเติมด้วย

3.1.3.2 Employee's Health Insurance ประกอบด้วย 3 ประเภทย่อย

1) Society-managed Health Insurance (Kumiai) ครอบคลุมผู้ถูกจ้างงานในสถานประกอบการขนาดใหญ่ คิดเป็น 25.4% ของประชากร

2) Government-managed Health Insurance (Seikan) ครอบคลุมผู้ถูกจ้างงานในสถานประกอบการขนาดกลางและเล็ก ครอบคลุมประชากรที่เหลือ 30.7%

3) Mutual Aid Associations (Kyosai Kumiai) ครอบคลุมพนักงานของรัฐครูเอกชน และผู้พึ่งพิงคิดเป็น 9.2% ของประชากร อัตราเบี้ยประกัน 8.5% ผู้ป่วยในระบบนี้หากเป็นผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ 10% ในขณะที่ผู้พึ่งพิงของผู้ประกันตน ต้องจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน 20% และค่าบริการผู้ป่วยนอก 30%

National Health Insurance เป็นระบบประกันสุขภาพชุมชน (Community-based Health Insurance) ครอบคลุมผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพในสถานประกอบการ เช่น เจ้าของกิจการ ชาวนา ผู้เกษียณอายุ รวมทั้งผู้พึ่งพิง คิดเป็น 34.7% ของประชากร แม้ว่าจะมีสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพเหมือนกับ Employee's Health Insurance แต่ผู้ประกันตนในกลุ่มนี้จะมีส่วนร่วมจ่าย (cost sharing) ที่สูงกว่า และได้รับสิทธิประโยชน์ในรูปแบบเงินสดที่จำกัดกว่า อัตราการจ่ายเบี้ยประกันจะแตกต่างกันไปตามพื้นที่และขึ้นอยู่กับรายได้และทรัพย์สินที่มีอยู่ ผู้ป่วยในระบบนี้หากเป็นผู้ประกันตนต้องร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ 30% หากเป็นผู้เกษียณอายุต้องจ่าย 20% ในขณะที่ผู้พึ่งพิงของผู้เกษียณอายุต้องจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน 20% และค่าบริการผู้ป่วยนอก 30% สำหรับทั้งสองระบบข้างต้น ได้มีการกำหนดเพดานการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพไว้ที่ 64,000 เยนต่อเดือน สามารถต่ำกว่านี้ได้ หากมีฐานะยากจนมากหรือได้เคยจ่ายถึงระดับสูงสุดมาแล้ว 3 เดือน ใน 1 ปี

Health Insurance for the Elderly เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2526 เพื่อเป็นการกระจายความเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างกองทุนต่าง ๆ และเพื่อเป็นการมีส่วนร่วมจ่ายมากขึ้น ผู้ประกันตนในสองระบบแรกที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และผู้พิการที่มีอายุ 65 - 69 ปี จะต้องเข้าระบบนี้ จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2541 ผู้ป่วยต้องจ่าย 500 เยนต่อวัน (สูงสุดไม่เกิน 2,000 เยน ต่อเดือน) สำหรับบริการผู้ป่วยนอก และ 1,100 เยนต่อวัน สำหรับบริการผู้ป่วยใน เงินที่ได้จะเป็นเงินกองทุนสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ (Pooled Fund for the Elderly)¹⁷

3.1.4 ประเทศไต้หวัน

ประเทศไต้หวันใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบบังคับครอบคลุมประชากรทุกคนมีผู้ซื้อรายเดียว ค่าบริการจัดการโรงพยาบาลถูกจำกัดไว้ไม่ให้สูงกว่าร้อยละ 3.5 ของค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ สิทธิที่ผู้ประกันตนได้รับการรักษาพยาบาลทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การตรวจทางห้องปฏิบัติการและเอกซเรย์ ค่ายาตามใบสั่งแพทย์และยาจำหน่ายตามร้านขายยา (over-the-counter drug : OTC) ที่จำเป็นบางส่วน การทำฟัน การรักษากับแพทย์จีน การป้องกันโรค บริการเพื่อคัดกรองโรค ได้แก่ การตรวจร่างกาย ให้ผู้ที่เสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่พบบ่อย การดูแลก่อนคลอดการติดตามดูแลเด็กหลังคลอด และการดูแลรักษาที่บ้าน (Home care services)¹⁸

ระบบการประกันสุขภาพของไต้หวันมีแหล่งที่มาของเงินงบประมาณจากการหักจากเงินเดือนของผู้ที่มีรายได้รายเดือน สมทบด้วยส่วนของนายจ้าง และสมทบโดยรัฐจากภาษีทั่วไป และรายได้อื่น ๆ ของรัฐ เช่น จากการนำเงินไปลงทุน เงินรายได้จากสลากรัฐบาล (Social welfare lottery) และจากภาษีบุหรี่และไวน์ เงินทั้งหมดรวมเข้าเป็นกองทุนเดียว นอกจากนั้นมาจากการร่วมจ่ายค่าบริการของผู้ป่วย ทั้งนี้ อัตราการจ่ายค่าเบี้ยประกันสุขภาพได้ถูกกำหนดตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2537 แบ่งอัตราการจ่ายค่าเบี้ยประกันออกเป็น 6 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มรัฐจะให้เงินสมทบในอัตราที่แตกต่างกัน เช่น สำหรับกลุ่มผู้ยากจนและกลุ่มทหารผ่านศึกรัฐจ่ายให้ทั้งหมด กลุ่มครูโรงเรียนเอกชนจ่ายร้อยละ 40 ของค่าเบี้ยประกัน นายจ้าง (เจ้าของโรงเรียนเอกชน) จ่ายร้อยละ 30 รัฐจะจ่ายสมทบอีกร้อยละ 30 ในขณะที่กลุ่มของผู้ที่มีกิจการของตนเองและกลุ่มของนักวิชาชีพต้องจ่ายเองทั้งหมดรัฐไม่จ่ายเงินสมทบ เงินที่เก็บจากแต่ละกลุ่มรวมเข้าเป็นกองทุนเดียวโดยผู้ป่วยนอกต้องจ่ายค่าลงทะเบียนผู้ป่วย (registration free) และจ่ายค่าบริการในอัตราคงที่เมื่อรักษาที่โรงพยาบาลหรือคลินิกในพื้นที่ และต้องจ่ายเพิ่มเล็กน้อยเมื่อรักษาที่โรงพยาบาลของศูนย์เขตหรือจ่ายเพิ่มอีกจำนวน

¹⁷ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 41 – 44.

¹⁸ วิจิต เปานิล. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศไต้หวัน. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

หนึ่งเมื่อเข้ารับการรักษาในศูนย์การแพทย์โดยไม่ได้รับการรักษาตามระบบการส่งต่อผู้ป่วย ดังนั้น การไปพบแพทย์แต่ละครั้งผู้ป่วยต้องจ่ายเงินตนเอง ส่วนผู้ป่วยในต้องร่วมจ่ายร้อยละ 10 - 30 ของ ค่ารักษาพยาบาล ขึ้นกับระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและโรคที่เป็น หากพัก ในโรงพยาบาลนานต้องจ่ายร่วมในอัตราสูง แต่ทั้งนี้ได้กำหนดเพดานสูงสุดไว้ว่าผู้ป่วยจะจ่าย ไม่เกินระดับที่กำหนดต่อครั้ง ที่นอนโรงพยาบาล และไม่เกินเพดานต่อปีส่วนที่เกินกองทุนประกัน สุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบ สำหรับผู้ป่วยในกรณีที่มาคลอดบุตร การรักษาเพื่อป้องกันโรค การป่วย จากโรคที่ต้องเสียค่ารักษาสูง (Catastrophic diseases) รวมทั้งคนจน ทหารผ่านศึกและครอบครัว ผู้ที่อาศัยบริเวณภูเขาสูงและบนเกาะไม่ต้องร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่าย¹⁹

สำหรับมาตรการจ่ายค่าบริการนั้น จะจ่ายผู้ให้บริการปฐมภูมิแบบส่วนร่วมจ่ายโดยคิด จากการรับบริการแล้วสามารถเบิกโดยตรงจากแผนพัฒนาสุขภาพของรัฐ (Fee-for-service) ในขณะที่ ผู้ให้บริการทุติยภูมิและตติยภูมินั้น เดิมเป็นการร่วมจ่ายแบบคู่จากการเข้ารับบริการ (Fee-for-service) เช่นเดียวกัน ต่อมาได้นำเอาระบบการจ่ายเงินให้กับสถานบริการหลาย ๆ วิธีมาใช้ร่วมกัน (Multiple payment systems) ทั้งแบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) สำหรับบางโรค (Global budget) สำหรับการดูแลรักษาโรคพื้น และแบบเหมาจ่ายรายหัวสำหรับผู้ที่อยู่ในเกาะ เพื่อเพิ่มความ คล่องตัวในการทำงานของแพทย์และลดปัญหาการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่าย²⁰ ได้หวั่น มีกฎหมายบังคับ ว่า คนได้วันทุกคนต้องเสียภาษี เพื่อพัฒนาประเทศ แต่ถึงกระนั้นเวลาเจ็บป่วยก็ต้องร่วมจ่ายด้วย เช่นกัน²¹

3.1.4.1 การมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

การมีส่วนร่วมจ่ายของไต้หวัน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อกระตุ้นให้ผู้ประกันตนไปรับ บริการพื้นฐานที่สถานบริการขนาดเล็กและส่งเสริมการแพทย์แผนจีน ในระยะแรกของโครงการมี การเก็บส่วนร่วมจ่ายแบบพื้นฐาน (Basic Co-payment) ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นตามขนาดของ สถานพยาบาลที่ไปรับบริการ จะไม่มีการเก็บค่ายา ค่าตรวจวินิจฉัย และค่ารักษาเพิ่มเติม หลังจากนั้น ได้มีการปรับขึ้นอัตราส่วนร่วมจ่ายหลายครั้ง ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2540 ได้เริ่มเก็บค่าบริการผู้ป่วย นอกบางอย่าง ค่ากายภาพบำบัด ค่ายา และค่าบริการเพิ่มเติมสำหรับผู้ที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอก เกินกว่า 25 ครั้งต่อปี ต่อมาในปี พ.ศ. 2541 ได้เพิ่มอัตราส่วนร่วมจ่ายในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ และในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการปรับเพิ่มการเก็บค่าบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่โรงพยาบาล

¹⁹ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ข. หน้า 63 – 64.

²⁰ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). เล่มเดิม. หน้า 22 – 23.

²¹ กิจาพล วัฒนกุล. “สารจากผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์”. *หมอใหม่* 2555. สำนักงาน เลขาธิการแพทยสภา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 26.

ขนาดใหญ่และโรงเรียนแพทย์ มีผลทำให้ความพึงพอใจของประชาชนลดลงแต่ก็กลับดีขึ้นในเวลาต่อมา

3.1.4.2 การมีส่วนร่วมจ่ายได้รับการยกเว้นในกรณีต่อไปนี้

โรคที่รุนแรงและโรคเรื้อรัง (Catastrophic & Rare diseases) คลอดบุตร บริการทางการแพทย์ในถิ่นทุรกันดาร ครอบครัวยากได้น้อย ทหารผ่านศึก และเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี²²

3.2 ส่วนร่วมจ่ายที่ขึ้นอยู่กับระบบฐานประชากร

ส่วนร่วมจ่ายที่รัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบจ่ายค่ารักษาสุขภาพให้กับประชาชนภายในรัฐเป็นหลัก โดยถือว่าประชาชนเป็นผู้เสียภาษีให้รัฐ รัฐจำเป็นต้องจัดสวัสดิการให้ประชาชน พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในรัฐเหล่านี้ค่อนข้างสูง

3.2.1 ประเทศสหราชอาณาจักร

ประเทศสหราชอาณาจักรสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชากรตั้งแต่ปี ค.ศ. 1948 รัฐเป็นผู้จ่ายและจัดบริการโดยมีการบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service, NHS) เป็นองค์กรหลักในการจัดการประกันสุขภาพและบริการ โดยภาคเอกชนเป็นเพียงส่วนน้อย และระบบเสริมที่จัดโดยรัฐ²³ ระบบบริการด้านสุขภาพของประเทศสหราชอาณาจักรส่วนใหญ่เป็นระบบของรัฐ ให้ความคุ้มครองด้านบริการทางการแพทย์แก่ทุกคน ครอบคลุมทั้งทางด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม ไม่คำนึงถึงรายได้ของผู้มารับบริการ และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเมื่อไปรับบริการ เรียกว่าระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ มีการจัดองค์กรเป็นหลายระดับตั้งแต่ กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบในเรื่องการจัดหางบประมาณมาจากภาษีและกระจายไปสู่พื้นที่ต่าง ๆ แบ่งเป็น 14 เขตในอังกฤษ ดูแลโดย Regional Health Authorities: RHA ส่วนในกรณีของสกอตแลนด์ เวลส์ และไอร์แลนด์เหนือจะบริหารจัดการโดยสำนักงานแห่งชาติ (National Office) และมี District Health Authorities (DHA) ดูแลในระดับอำเภออีกทีหนึ่ง นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังให้งบประมาณแก่ Family practitioner committees (FPCs) ในการดำเนินการบริการสาธารณสุขแบบปฐมภูมิ และ Special Health Authorities (SHA) รับผิดชอบด้านการตั้งราคาและการฝึกอบรม สำหรับการคลังของระบบนั้น แหล่งรายได้สำหรับบริการด้านสุขภาพที่จัดโดยระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health service) มาจากภาษี

²² กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 69 – 71.

²³ วีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ. รายงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

ทั่วไป จากค่ายาและรายได้อื่นอีกเล็กน้อย งบประมาณมีการจัดสรรเป็นรายปี การใช้บริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่ายาตามใบสั่งยา ยาที่ซื้อเองโดยไม่มีใบสั่งยาและแว่นตาไม่ได้ครอบคลุม ในขณะที่การบริการภาคเอกชนมาจากการซื้อประกันเอกชน ต้องจ่ายเบี้ยประกันเอง ยกเว้นเด็ก คนชรา และผู้ป่วยบางกลุ่ม²⁴

ลักษณะของประเทศสหราชอาณาจักรเป็นเกาะที่มีประชากรอาศัยอยู่ 60 ล้านคน มีการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2491 รัฐบาลเป็นทั้งผู้ซื้อและผู้ให้บริการ มี National Health Service (NHS) เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการตามกฎหมาย National Health Service Act พ.ศ. 2520 ประชาชนทุกคนสามารถรับบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ในระบบสุขภาพของประเทศสหราชอาณาจักร มี Department of Health ทำหน้าที่กำหนดนโยบายสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งดูแล National Health service (NHS) นอกจากนี้ยังมีกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกักระบบสุขภาพอีก ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ได้รับการปฏิรูปเพื่อให้มีประสิทธิภาพและให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัสุขภาพมากขึ้น โครงสร้างปัจจุบัน จะมี Primary Care Groups (PCGs) หมายถึงกลุ่มของแพทย์เวชปฏิบัติที่รับผิดชอบสุขภาพของประชาชนตั้งแต่ 50,000 ถึง 250,000 คน ส่วนที่สองคือ National Health service Trusts เป็นคู่สัญญาที่มีหน้าที่ดูแลการให้บริการสุขภาพ ด้วยอัตราการเพิ่มงบประมาณผ่านกลไกภาษีที่น้อยกว่าอัตราการเพิ่มค่าใช้จ่ายสุขภาพ

3.2.1.1 ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ระบบสุขภาพของประเทศอังกฤษใช้เงินภาษีเป็นแหล่งงบประมาณหลัก และมีเงินจากระบบประกันสุขภาพ (National Insurance) เพิ่มเติมอีกเล็กน้อย ในขณะที่การมีส่วนร่วมได้จากค่ายา ค่าตรวจทางจักษุกรรม และค่าบริการทันตกรรมเพียงเล็กน้อย ในประเทศไอร์แลนด์พบว่า ประชาชนที่ไม่เคยต้องมีส่วนร่วมจ่าย ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการต้องมีส่วนร่วมจ่าย ในขณะที่ประชาชนที่ต้องมีส่วนร่วมจ่ายอยู่แล้วเห็นด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าควรเก็บค่าบริการเพิ่มหากมีการผิคนัด²⁵

3.2.2 ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลียมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้ Medicare ประชากรได้รับการคุ้มครองในสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามที่ระบุใน Medical Benefits Scheme (MBS) และ

²⁴ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). เล่มเดิม. หน้า 31 – 33.

²⁵ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 75 – 80.

Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) โครงสร้างของระบบมีการแยกระหว่างผู้ซื้อกับผู้ให้บริการ และมีความผูกพันโดยสัญญา (Contractual Mode) การบริหารจัดการเป็นระบบกองทุนเดียว คือ Medicare บริหารโดย Health Insurance Commission ทั้งนี้ Medicare ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ จ่ายค่าบริการพื้นฐานแก่ผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการภาครัฐหรือเอกชน ในทำนองเดียวกัน ผู้ที่ซื้อประกันสุขภาพเอกชนสำหรับบริการอื่น ๆ นอกrayการก็สามารถเลือกใช้บริการสุขภาพที่ให้ โดยรัฐหรือเอกชนได้เช่นกัน เนื่องจากมีระบบการเมืองเป็นแบบสหพันธรัฐจึงมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาลของมลรัฐและเขตปกครอง (State/Territory) ต่าง ๆ รัฐบาลกลางดูแลทางด้านนโยบายรวมสิทธิประโยชน์ของประชาชนทางด้านยาและบริการแพทย์ นอกโรงพยาบาล (nursing) รวมทั้งดูแลโรงพยาบาลรัฐและโครงการส่งเสริมสุขภาพบางส่วน ในขณะที่รัฐบาลของมลรัฐรับผิดชอบบริการสุขภาพในชุมชน โรงพยาบาลรัฐและโครงการต่าง ๆ²⁶ สำหรับการคลังของระบบนั้น ระบบการประกันสุขภาพของประเทศออสเตรเลียมีแหล่งที่มาของงบประมาณจากภาษีทั่วไปที่จัดเก็บโดยรัฐบาลกลาง เงินที่จัดสรรเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสุขภาพ ถูกแบ่งเป็น 2 ก้อน²⁷

- 1) รัฐบาลกลางจัดสรรให้กับรัฐบาลมลรัฐและเขตปกครองต่าง ๆ
- 2) รัฐบาลกลางจัดสรรให้โดยตรงแก่ผู้ให้บริการ เป็นค่าตอบแทนการให้บริการตามสิทธิประโยชน์ในโครงการ Medicare

ทั้งนี้ ในส่วนภาระทางการเงินที่เกิดกับประชาชนหรือผู้ป่วยนั้น กรณีการใช้บริการตามสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ผู้ป่วยต้องจ่ายร่วมร้อยละ 15 ของการจ่ายตามรายการ รายโรค หรือรายหัตถการ (schedule fee) สำหรับบริการที่คลินิก และร้อยละ 25 สำหรับบริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล ในกรณีที่รับบริการที่คลินิกของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งเป็นคู่สัญญากับ Medicare ที่ยอมรับอัตราการจ่ายเงินจาก Medicare ผู้ป่วยไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย ในกรณีที่รับบริการที่คลินิกของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เรียกเก็บอัตราเงินการจ่ายตามรายการ รายโรค หรือรายหัตถการ (Schedule fee) ผู้ป่วยต้องจ่ายส่วนที่เกินนั้นเอง มีระเบียบกำหนดเพดานต่อครั้ง บริการนอกเหนือจาก Medicare Benefits Scheme ผู้ป่วยต้องรับภาระเองทั้งหมด หรืออาจซื้อประกันเอกชนคุ้มครองก็ได้ ส่วนภาระค่ายาเป็นแบบที่มีการร่วมจ่ายและการรองรับด้วย safety net กล่าวคือ สำหรับผู้ป่วยทั่วไป ยาตามใบสั่งต้องร่วมจ่ายในอัตราคงที่ต่อรายการยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งยาหาซื้อ

²⁶ จเร วิชาไทย. การปฏิรูประบบสุขภาพ : กรณีศึกษาประเทศออสเตรเลีย. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2542.

²⁷ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). เล่มเดิม. หน้า 33 – 34.

ได้จากร้านยาต้องจ่ายเอง ทั้งนี้ สำหรับบริการผู้ป่วยในภายใต้ Medicare Benefits Scheme ไม่ต้องจ่ายค่าบริการใด ๆ รวมทั้งค่ายา²⁸

ประเทศออสเตรเลีย มีประชากร 20 ล้านคนส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมือง ปกครองในระบบรัฐบาลกลาง (Federal Government) ที่มี 8 มลรัฐ (States) ประชากรมีความหลากหลายทางวัฒนธรรมสูง โดยส่วนใหญ่เป็นผู้อพยพเข้าและมีคนพื้นเมืองประมาณ 2.4% ของประชากร ประชากรมีรายได้และสุขภาพต่ำกว่ามาตรฐานของประเทศ 46% ของค่าใช้จ่ายสุขภาพจ่ายโดยรัฐบาลกลาง และ 22% จ่ายโดยมลรัฐ และมีการจ่ายค่าใช้จ่ายจริง (Out-of-pocket) ประมาณ 20% ส่วนใหญ่เป็นค่ายา บริการทันตกรรม และค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ รัฐบาลกลางเป็นผู้ดูแลนโยบายสุขภาพหลักและงบประมาณที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่มลรัฐจะมีอิสระในการให้บริการสุขภาพ เนื่องจากถือเป็นเจ้าของโรงพยาบาลรัฐ และมีรัฐบาลท้องถิ่น (Local Government) ที่ดูแลเรื่องเกี่ยวกับการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังมีผู้ให้บริการเอกชนจำนวนหนึ่ง อย่างไรก็ตามบทบาทความรับผิดชอบเกี่ยวกับสุขภาพระหว่างรัฐบาลระดับต่าง ๆ หรือระหว่างรัฐกับเอกชนยังไม่ชัดเจน เนื่องจากการแปรรูปรัฐวิสาหกิจ (Privatization) มากขึ้นเรื่อย ๆ การปรับเปลี่ยนขนาดใหญ่ใด ๆ ต่อระบบสุขภาพของประเทศ จะต้องได้รับความเห็นชอบจากทั้งรัฐบาลกลางและมลรัฐ

3.2.2.1 ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2518 มีการเริ่มระบบประกันสุขภาพ Medibank และได้ก่อตั้ง Health Insurance Commission (HIC) ขึ้นเพื่อบริหารจัดการ กำหนดว่าผู้ป่วยอาจเลือกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์เองไปก่อน แล้วเบิกคืนได้ 85% ของราคากลางจาก Medibank หรือ แพทย์อาจเป็นผู้เบิกเงิน 85% นั้นเอง ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ จะเห็นได้ว่าแพทย์จะมีรายได้จากวิธีแรกมากกว่า ในช่วง 7 - 8 ปีต่อมา Medibank ได้รับการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ ๆ เช่น ประชาชนสามารถเลือกได้ว่าจะออกจากโครงการเพื่อไปซื้อประกันสุขภาพเอกชน หรือ จ่ายภาษี 2.5% เพื่อเป็นค่าเบี้ยประกันให้ Medibank ต่อมาทำให้เกิดปัญหาประชาชนขาดหลักประกันสุขภาพมากขึ้นเรื่อย ๆ จึงได้มีการรื้อฟื้นระบบประกันสุขภาพใหม่ เป็นแบบปัจจุบัน ใช้นาม Medicare ใช้เงินภาษีเป็นแหล่งงบประมาณหลัก ใช้อัตรา 1.5% ของรายได้ ผู้มีรายได้น้อยจะได้รับการยกเว้น ส่วนผู้ที่มีรายได้สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดแต่ไม่ได้ทำประกันสุขภาพเอกชนต้องจ่ายเพิ่มอีก 1% ของรายได้ Medicare ครอบคลุมประชาชนทุกคน ประชาชนชาวนิวซีแลนด์ที่อยู่ในประเทศ ตลอดจนนักท่องเที่ยวจากประเทศที่มีข้อตกลงร่วมกัน โดยหลักการผู้ประกันตนสามารถรับบริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและ

²⁸ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ข. หน้า 32-33.

ผู้ป่วยในจากโรงพยาบาลของรัฐได้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ส่วนการรับบริการจากที่อื่น ๆ จะใช้ Medical Benefits Schedule และ Pharmaceutical Benefits Schedule เพื่อช่วยสงเคราะห์ค่าบริการ และค่ายาบางอย่าง ยกเว้นบริการบางอย่าง เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว (IVF : in vitro fertilization) ศัลยกรรมตกแต่ง บริการทันตกรรมและการแพทย์ทางเลือกจากภาคเอกชน²⁹

3.2.3 ประเทศนิวซีแลนด์

ประเทศนิวซีแลนด์มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ระบบบริการสุขภาพ ภาพรวมยังถือว่าเป็นระบบบริการสุขภาพของรัฐ และบริหาร โดยองค์กรเดียว คือ Health Funding Authority (HFA) ภายใต้กระทรวงสุขภาพ ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการรายเดียว (single payer) จะทำสัญญาซื้อกับผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รัฐมีบทบาทหลักในการดูแลด้านสุขภาพ ทั้งนี้การกำหนดคสิทธิประโยชน์ในการได้รับบริการต่าง ๆ สำหรับประชากรไว้อย่างชัดเจน ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1) บริการสาธารณสุข 2) บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รวมถึงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป บริการอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน การวางแผนครอบครัว การให้วัคซีน การคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก การรักษาโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลเด็กและผู้ป่วย 3) บริการวินิจฉัยโรคเบื้องต้นการจ่ายยา รวมทั้งบริการสนับสนุนอื่น ๆ สามารถมีได้จากการส่งต่อของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 4) บริการดูแลตั้งครรภ์และการคลอด 5) บริการทันตกรรม เป็นบริการ การป้องกัน การให้สุขศึกษา รวมทั้งการอุดฟัน ให้บริการแก่เด็กในโรงเรียน ผู้ใหญ่โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย 6) บริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ และบริการผ่าตัด 7) บริการด้านจิตเวช 8) บริการสำหรับผู้ทุพพลภาพ³⁰ แหล่งงบประมาณหลักของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพคือได้มาจากรัฐ ใช้จ่ายประชาชน ในการสนับสนุนส่วนที่เหลือมาจากเงินที่บุคคลจ่ายสมทบและส่วนของประกันสุขภาพเอกชน

ส่วนร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการสาธารณสุข ผู้ป่วยใช้บริการฟรีในส่วนของ การป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ การดูแลหญิงมีครรภ์และการคลอด บริการทันตกรรมป้องกัน จิตเวช บำบัดยาเสพติด และบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ผู้ป่วยต้องจ่ายค่าบริการเวชปฏิบัติทั่วไป ตามระดับรายได้ของผู้ป่วย หากมีส่วนต่างของค่าบริการที่ให้ผู้บริการเรียกเก็บกับค่าบริการที่จ่ายตามระดับรายได้ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนนี้คือ รัฐบาลจะเป็นผู้จ่ายในส่วนนี้แทน นอกจากนี้ รัฐยังอุดหนุนให้กับผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่น ผู้มีรายได้น้อยและเด็กเป็นอัตราครั้ง ผู้ป่วย

²⁹ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 25.

³⁰ สงวน นิตยารัมพงส์. (2543). *การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศนิวซีแลนด์*. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ.2543.

ต้องร่วมจ่ายค่ายาตามจำนวนรายการยา มีเพดานค่าใช้จ่ายต่อปีกำหนดไว้รัฐรับผิดชอบเมื่อผู้ป่วยจ่ายเกินเพดาน และอัตราการรวมจ่ายเพิ่มขึ้นตามรายได้ของผู้ป่วยแต่ไม่เกินเพดานที่ต้องจ่ายต่อปี³¹

3.3 ส่วนร่วมจ่ายที่ขึ้นอยู่กับระบบฐานการจ้างงานและระบบรัฐบาลดูแล

ส่วนร่วมจ่ายที่ผสมระหว่างประกันสังคม และรัฐมีส่วนรับผิดชอบร่วม โดยรัฐจะมีส่วนร่วมจ่ายให้ ในระบบประกันสังคมหรือที่เรียกว่าระบบไตรภาคี (นายจ้าง ลูกจ้าง รัฐ) ระบบสวัสดิการข้าราชการ และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.3.1 ประเทศเกาหลีใต้

ประเทศเกาหลีใต้มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคบังคับ โดยชุดสิทธิประโยชน์มีลักษณะจำกัดเบี้ยประกันกำหนดในอัตราค่า บริการที่ครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์ เช่น บริการผู้ป่วยนอกบริการในโรงพยาบาล บริการอนามัยแม่และเด็ก ค่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและยา (ทั้งที่มีใบสั่งยาและไม่มีใบสั่งยา) และการแพทย์แผนตะวันออก เป็นต้น ระบบประกันสุขภาพบริหารโดยกองทุนจำนวนมาก ครอบคลุมประชากรเป้าหมายแตกต่างกัน คือ 1) กลุ่มผู้ใช้แรงงานในภาคอุตสาหกรรม อยู่ภายใต้การจัดการบริการของ Employees' Health Insurance Societies 2) กลุ่มพนักงานของรัฐและครู อยู่ภายใต้การดำเนินงานของ Korea Medical Insurance corporation และ 3) กลุ่มบุคคลที่ไม่มีรายได้ประจำ (ร้อยละ 49 ของประชากร) อยู่ภายใต้การดูแลของ Rural and Urban Health Insurance Societies³²

ในปี พ.ศ. 2541 ได้มีการรวมกองทุนประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มบุคคลที่ไม่มีรายได้ประจำเข้าเป็นกองทุนเดียวกัน และรวมเข้ากับประกันสุขภาพของกลุ่มข้าราชการและครูโรงเรียนเอกชนเป็น National Health Insurance Corporation ทั้งหมดอยู่ภายใต้การดูแลของ National Federation of Medical Insurance และในที่สุดรัฐบาลเกาหลีใต้กำหนดให้มีการรวมกองทุนประกันสุขภาพอีกครั้งให้เหลือเพียงกองทุนเดียวในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2543

ประชาชนไม่ได้สิทธิเลือกกองทุน ไม่มีการแข่งขันระหว่างกองทุน ขณะเดียวกันกองทุนเหล่านี้ก็ไม่มีสิทธิเลือกทำสัญญากับผู้ให้บริการเอง เนื่องจากเป็นบทบาทหน้าที่ของ National Federation of Health Insurance ดังนั้น กองทุนเหล่านี้จึงทำหน้าที่เพียงแต่เป็นตัวกลางที่פקเงินก่อนที่จะจ่ายให้กับผู้ให้บริการและสถานพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีประชาชนอีก

³¹ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ข. หน้า 41 – 43.

³² สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ก. การปฏิรูประบบสุขภาพ: กรณีศึกษาประเทศสาธารณรัฐเกาหลี. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

ประมาณร้อยละ 3.6 ที่มีฐานะยากจนอยู่ภายใต้การดูแลของ Medical Aid Program ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล³³

ระบบการประกันสุขภาพของเกาหลีใต้มีแหล่งที่มาของงบประมาณจาก 3 แหล่งที่สำคัญคือ บุคคลจ่ายเบี้ยประกันและร่วมจ่ายค่าบริการ นายจ้างสมทบค่าเบี้ยประกัน และรัฐใช้เงินภาษีสนับสนุนกองทุนและจ่ายในโครงการช่วยเหลือผู้ยากจน ทั้งนี้ ประชาชนหรือผู้ป่วยมีภาระทางการเงิน เบี้ยประกันจ่ายตามสัดส่วนของเงินเดือน ร้อยละ 3.24 สำหรับลูกจ้างในบริษัทเอกชน และร้อยละ 3.8 สำหรับกลุ่มข้าราชการและครู ทั้งนี้ นายจ้างและลูกจ้างต้องจ่ายคนละครึ่ง (นายจ้างออกร้อยละ 30) สำหรับในกลุ่มประชาชนที่ไม่มีรายได้ประจำคำนวณอัตราดอกเบี้ยประกันจากรายได้ทรัพย์สินและขนาดของครัวเรือน รัฐบาลช่วยสนับสนุนสมทบงบประมาณ ร้อยละ 30 ของรายจ่ายทั้งหมด ในส่วนของผู้ป่วยในนั้น ต้องมีส่วนร่วมจ่ายร้อยละ 20 ของค่าบริการ ผู้ป่วยนอกมีส่วนร่วมจ่ายตามประเภทบริการ ระดับของโรงพยาบาลและขนาดของค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ร้อยละ 30.55 เป็นต้นไป นอกจากนี้ ยังต้องจ่ายค่าธรรมเนียมการส่งยาของแพทย์และมีส่วนร่วมจ่ายสำหรับค่ายาด้วย และหากเป็นรายการที่ไม่ครอบคลุมในระบบประกันสุขภาพประชาชนก็ต้องจ่ายเอง สำหรับมาตรการจ่ายค่าบริการนั้น ทั้งผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ ผู้ให้บริการ ทุติยภูมิ และตติยภูมิจะได้รับค่าบริการแบบร่วมจ่ายตามการเข้ารับบริการ (Fee-for-service) ตามรายการบัญชีราคาบริการต่าง ๆ ที่กำหนดโดยรัฐบาล³⁴

3.3.1.1 ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

ประเทศเกาหลีใต้ได้ออก Medical Insurance Act ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2506 ต่อมาในปี พ.ศ. 2520 ก็ได้เริ่มโครงการประกันสุขภาพสำหรับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 500 คน และในอีก 2 ปีถัดมาได้ขยายความครอบคลุมไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 300 คน จนสามารถสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในปี พ.ศ. 2532 ต่อมาในปี พ.ศ. 2543 ได้ก่อตั้ง National Health Insurance Corporation (NHIC) โดยการควบรวมระบบประกันสุขภาพย่อย ๆ ทั้งหมดไว้ที่เดียว (Single Insurer) และมี Health Insurance Review Agency (HIRA) ทำหน้าที่ทบทวนการเบิกค่าใช้จ่ายจากผู้ให้บริการว่ามีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด

กองทุนที่ใช้บริหารจัดการ คือ เงินเบี้ยประกัน (Premium) จากสามส่วน คือ ผู้จ้าง ผู้ถูกจ้าง และเงินสมทบจากรัฐบาล

³³ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ข. หน้า 58 – 59.

³⁴ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). เล่มเดิม. หน้า 20 – 21.

ผู้ประกันตนแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) ผู้ถูกจ้างในภาครัฐและเอกชน (Employee in Private Sector & Government/Private School Employee) และ 2) เจ้าของกิจการในเมืองและชนบท (Self-employed Insured in Urban and Rural Areas) ในปี 2548 ประชาชน 47 ล้านคน (96.4%) ได้รับหลักประกันสุขภาพจากโครงการ National Health Insurance (NHI) ในขณะที่ผู้มีรายได้น้อยอีกกว่า 1.7 ล้านคน (3.6%) ได้รับความคุ้มครองในโครงการ Medical Aid Program คือได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ผู้ประกันตนประเภทที่ 1 จะใช้เงินเดือนเป็นฐานในการคำนวณ ส่วนผู้ประกันตนประเภทที่ 2 จะมีสูตรในการคำนวณ Contribution Points ตามรายได้และมูลค่าทรัพย์สินที่มีอยู่แล้วคูณกับ Value per point แล้วรัฐบาลจะรับผิดชอบครึ่งหนึ่งของจำนวนเงินที่คำนวณได้ ส่วนที่เหลือจะส่งเรียกเก็บจากผู้ประกันตน เงินสมทบที่รัฐบาลนำมาใช้ ส่วนหนึ่งมาจากภาษีทั่วไป (General Taxation) และอีกส่วนหนึ่งมาจากภาษีบุหรี่ (Tobacco Tax) ได้ช่วยทำให้สถานการณ์ทางการเงินดีขึ้นมากเมื่อเทียบกับก่อนปี พ.ศ. 2545 ในส่วนของชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit Package) ประกอบด้วย ประโยชน์ด้านการใช้บริการ (Service Benefits) และประโยชน์ด้านตัวเงิน (Cash Benefits) ประโยชน์ด้านการใช้บริการ (Service Benefit) ครอบคลุมค่าใช้จ่ายทุกประเภทตลอดกระบวนการรักษา ตั้งแต่ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัสดุทางการแพทย์ ค่ารักษา ค่าผ่าตัด ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมและป้องกันโรค ค่ากายภาพบำบัด รวมทั้งค่าเดินทาง ทั้งนี้ยกเว้นบริการที่ไม่จำเป็น เช่น การเสริมความงาม ส่วน Cash Benefits เป็นผลประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับในรูปแบบเงินสด ได้แก่ 1) การเบิกค่ารักษาคืนที่ได้สำรองจ่ายไปก่อนเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน 2) ค่าฌาปนกิจศพ (250,000 won) 3) การเบิกคืนเงินส่วนร่วมจ่ายหากได้จ่ายไปเกิน 1,200,000 won ใน 30 วัน 4) การกำหนดเพดานส่วนร่วมจ่ายโดยหากผู้ประกันตนได้จ่ายส่วนร่วมจ่ายไปเกิน 3,000,000 won ใน 6 เดือน จะได้รับการยกเว้นไม่ต้องจ่ายส่วนร่วมจ่ายอีกต่อไป 5) การเบิกคืนค่าอุปกรณ์สำหรับผู้พิการได้ 80%

ส่วนร่วมจ่ายของบริการผู้ป่วยนอกมีอัตราแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประเภทและที่ตั้งของสถานพยาบาล เพื่อจูงใจให้ใช้บริการที่สถานบริการขนาดเล็กก่อน ตัวอย่าง การใช้บริการที่คลินิก ผู้ประกันตนที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ต้องจ่ายค่าบริการ 3,000 won ผู้สูงอายุจ่าย 1,500 won ในกรณีที่ค่าใช้จ่ายไม่เกิน 15,000 won แต่หากเกินกว่านั้น ผู้ประกันตนต้องจ่าย 30% แต่หากเป็นที่โรงพยาบาลอัตราส่วนร่วมจ่ายจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ ส่วนบริการผู้ป่วยใน ผู้ประกันตนต้องจ่ายอัตราคงที่ 20% สำหรับบริการตรวจสุขภาพและคัดกรองโรครีอริง ผู้ประกันไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ใดๆ ส่วนบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง 5 ชนิด จะมีระบบส่วนร่วมจ่ายเฉพาะ National Health Insurance Corporation (NHIC) จะจ่าย 80% และผู้ประกันตนจ่าย 20% สำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งตับ แต่หากเป็นมะเร็งปากมดลูก

ผู้ประกันตนสามารถรับบริการได้ฟรี บริการที่ไม่ฉุกเฉินและไม่จำเป็น จะไม่ได้รับความครอบคลุมตามสิทธิประโยชน์³⁵

3.3.2 ประเทศสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์มีระบบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภาคบังคับ มีระบบการคลังที่เป็นเงินออมสำหรับบุคคลและครอบครัว (Medical Saving) เสริมด้วย safety net สำหรับค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลบุคคลในระดับสูงและสำหรับผู้ยากไร้ในสังคม ผ่านระบบกองทุนที่มีวัตถุประสงค์ต่างกันแต่เสริมกัน 3 กองทุน คือ (1) Medisave (2) Medishield และ (3) Medifund กองทุนเหล่านี้บริหารโดยรัฐบาล ลักษณะพิเศษ คือ กองทุน Medisave เป็นกองทุนที่บริหารรวมแต่เป็นบัญชีบุคคลใช้สำหรับจ่ายค่าบริการสุขภาพของบุคคลและครอบครัว นอกจากนี้รัฐเป็นผู้จัดบริการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพจำนวนมากให้เป็นบริการฟรี³⁶

ระบบ Medisave สิงคโปร์ได้สร้างขึ้นเพื่อให้ประชาชนไว้ใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการดำเนินการในรูปของเงินออมส่วนบุคคล กำหนดให้ประชาชนสิงคโปร์ ที่มีงานทำหรือทำงานอาชีพอิสระได้มีบัญชีเงินออมเพื่อใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นของตนเองและครอบครัวและต้องหักเงินสู่บัญชี Medisave การจ่ายเงินเข้าสู่บัญชีเงินออม Medisave จะหยุดเมื่อมีการสะสมเงินเข้าสู่บัญชีถึงระดับที่กำหนด

ระบบ Medisave ยืนอยู่บนหลักการของการช่วยเหลือตนเองและความรับผิดชอบต่อตัวเองและครอบครัว ระบบจึงถูกออกแบบมาเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนรักษาสุขภาพพลานามัย และป้องกันการใช้บริการทางการแพทย์เกินความจำเป็น รัฐจะอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในรูปแบบของสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยจ่ายเองและรัฐต้องจ่ายอุดหนุน เช่น หากผู้ป่วยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐระดับ C รัฐจะให้การอุดหนุนถึงร้อยละ 80 ของค่าใช้จ่ายและให้ผู้ป่วยจ่ายเองร้อยละ 20 และรัฐจะลดการอุดหนุนในกรณีผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า และไม่อุดหนุนในกรณีผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของรัฐระดับ A และโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงการเบิกเงินจากบัญชีเงินออม Medisave นี้ยังมีเพดานควบคุมอีกไม่ให้เบิกเกินกว่าที่กำหนดไว้

นอกจากระบบ Medisave ที่เน้นให้ประชาชนมีเงินฝากเป็นของตัวเองแล้ว สิงคโปร์ยังสร้างระบบรองรับสำหรับค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงมาก เรียกว่า Medishield มีลักษณะเป็นระบบ

³⁵ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 53 – 59.

³⁶ สุพัตรา ศรีวนิชชากร. (2543). *การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศสิงคโปร์*. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2543.

ประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ให้ประชาชนจ่ายสมทบเข้ากองทุนทุกปี ระบบนี้จะทำตัวเป็นเสมือนระบบประกันสุขภาพเอกชนที่เก็บเบี้ยประกันต่ำ และจะจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อจากกองทุน Medisave แต่การจ่ายค่ารักษาจะเริ่มจ่ายเมื่อผู้ป่วยจ่ายเงินเป็นค่ารักษาพยาบาลเอง (deductible) จากการที่เบิกเงินเพดานที่ Medisave กำหนด นอกจากระบบประกันสุขภาพทั้งสองแล้ว สิงคโปร์ยังได้จัดตั้งระบบประกันสุขภาพขั้นสุดท้ายเรียกว่า Medifund เป็นกองทุนที่มีไว้สำหรับผู้ยากจน หรือผู้ที่ไม่มีความสามารถจะจ่ายค่ารักษาพยาบาล³⁷ ประเทศสิงคโปร์กำหนดให้มีส่วนร่วมจ่ายในระบบประกันสุขภาพ เพราะเชื่อว่าเป็นวิธีเดียวที่จะทำให้คนจะหันมาดูแลสุขภาพตัวเอง เพราะเจ็บมาก ป่วยบ่อย ก็ต้องร่วมจ่ายทุกครั้ง³⁸

สำหรับการคลังของระบบนั้น ระบบ Medisave และ Medishield หักจากรายได้บุคคล และเงินสมทบจากนายจ้าง ประชาชนแต่ละคนถูกหักประมาณร้อยละ 6 - 8 ของเงินเดือนเข้าบัญชี Medisave (อัตราเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น มีการกำหนดมูลค่าขั้นต่ำและเพดาน) ในขณะที่ Medifund นั้นจ่ายจากเงินภาษี ทั้งนี้ การใช้บริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยรับผิดชอบค่าบริการเอง และบริการโรงพยาบาลมีการกำหนดเพดานค่าบริการที่เบิกได้ ผู้ป่วยที่ใช้บริการพื้นฐานที่กำหนดไม่ต้องร่วมจ่าย แต่ถ้าเลือกบริการโรงพยาบาลเอกชน หรือโรงพยาบาลรัฐที่เป็นหอผู้ป่วยระดับพิเศษต้องร่วมจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในส่วนที่เกินด้วย มาตรการจ่ายค่าบริการทั้งผู้ให้บริการปฐมภูมิ ผู้ให้บริการทุติยภูมิ และตติยภูมิจะจ่ายเป็นระบบร่วมจ่ายตามการเข้ารับบริการ (Fee-for-service) โดยรัฐกำหนดอัตราค่าบริการต่างกันในแต่ละระดับ และอุดหนุนกรณีรายรับโรงพยาบาลต่ำกว่าที่ตั้งไว้ โดยการชดเชยตามรายการ (subvention piece rate) และอุดหนุนให้ถึงเพดาน (revenue cap)³⁹

สำหรับระบบประกันสุขภาพเอกชนในประเทศสิงคโปร์นั้นมีสัดส่วนไม่มากนัก แม้ว่ารัฐจะสนับสนุนให้เอกชนเข้ามามีบทบาทในการให้บริการทางสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพเอกชนจะเป็นระบบ Managed care ระบบนี้จะเน้นให้ประชาชนไปใช้บริการชั้นปฐมภูมิในคลินิกและใช้ระบบการส่งต่อไปใช้บริการชั้นสูงต่อไป การจ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์เป็นแบบเหมาจ่าย ในส่วนของประเทศสิงคโปร์เป็นประเทศขนาดเล็ก มีประชากรเพียง 4 ล้านคน แต่มีเศรษฐกิจที่เจริญ ประชาชนมีรายได้และการศึกษาสูง ได้รับการจัดให้เป็นประเทศที่มีระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดแห่งหนึ่ง เนื่องจากใช้หลักการที่ว่า ประชาชนแต่ละคนมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนเอง ระบบประกันสุขภาพประเภทต่าง ๆ (Medisave

³⁷ รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report). หน้า 25 – 27.

³⁸ กิฎาพล วัฒนกุล. เล่มเดิม. หน้า 26.

³⁹ เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ข. หน้า 70 – 71.

MediShield, Medifund และ ElderShield⁴⁰) เป็นเพียงการ “ช่วย” ลดภาระค่าใช้จ่ายสุขภาพของประชาชนเท่านั้น

บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล แบ่งออกเป็นระดับต่าง ๆ คือ A, B1, B2 และ C เปรียบเสมือนหอผู้ป่วยพิเศษ ปานกลาง และสามัญตามลำดับ หลักการทั่วไปคือผู้ป่วยจะต้องจ่ายเงินเพิ่มหากต้องการรับบริการในระดับที่สูงขึ้น จะมีการกำหนดราคาของบริการระดับต่าง ๆ สำหรับโรคแต่ละโรคอย่างชัดเจน การกำหนดราคาค่าบริการระดับต่าง ๆ สำหรับการผ่าตัดใส่ตั้งปกติ การกำหนดราคาด้วยวิธีนี้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการได้ตามอย่างอิสระ ตามกำลังความสามารถในการจ่ายของตนเอง ทั้งนี้อนุมานว่าคุณภาพการดูแลรักษาโรคเดียวกันของแต่ละแห่ง ไม่แตกต่างกันมากนัก

3.3.2.1 ระบบประกันสุขภาพและการมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพ

1) Medisave เกิดขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2527 เป็นระบบการบังคับให้ประชาชนกันเงินเดือนส่วนหนึ่งไว้ในบัญชีธนาคารของตนเอง (Ordinary Account) เพื่อไว้สำหรับใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต จำนวนเงินที่เกิน \$33,500 สำหรับผู้ที่อายุไม่เกิน 55 ปี จะถูกนำไปไว้ใน Special Account ส่วนผู้ที่อายุ 55 ปีขึ้นไป จะถูกนำไปไว้ใน Retirement Account จนเมื่อมียอดเงินถึงระดับหนึ่ง ส่วนที่เกินก็จะนำกลับมาไว้ที่ Ordinary Account นอกจากนี้ ผู้ที่มีอายุครบ 55 ปี มีหน้าที่รักษายอดเงินขั้นต่ำในบัญชีไว้ที่ \$28,500 และสามารถถอนเงินส่วนเกินมาใช้ได้ เนื่องจากเงินดังกล่าวไม่ได้นำมาสร้างเป็นกองทุนประกันสุขภาพที่ส่วนกลาง จึงไม่อาจถือได้ว่าเป็นระบบประกันสุขภาพที่แท้จริง และประชาชนสามารถเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลได้ทุกแห่งที่ได้รับการรับรองจากโครงการ Medisave หากมีการรับเข้าไว้ในโรงพยาบาล จะเริ่มจากการประมาณค่าใช้จ่าย (financial counseling session) แล้วเทียบกับยอดเงินที่มีอยู่ในบัญชี Medisave ของผู้ป่วย เพื่อสรุปว่าผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเพิ่มเท่าใดโดยทางผู้ป่วยจะต้องเซ็นมอบฉันทะให้ทางโครงการ Medisave ตัดเงินในบัญชีมาจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ นอกจากนี้ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เงินหมดก่อนเวลาอันควร ยังมีการกำหนด Withdrawal Limit มากพอที่จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาที่ระดับ B2 และ C ได้ ในขณะที่ระดับ A และ B1 ผู้ป่วยต้องเสียเงินเพิ่มเอง

2) MediShield

เกิดขึ้นในปี 2533 เป็นระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance) สำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงครอบคลุมการรักษาที่ระดับ B2 และ C ประชาชนสามารถนำเงิน Medisave ของตนเอง

⁴⁰ การประกันภัยเพื่อดูแลคนชรา.

มาจ่ายค่าเบี้ยประกันได้ ประชาชนสามารถเลือกที่จะออกจากโครงการได้ตามความสมัครใจ เมื่อมีการรักษาเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะต้องจ่ายเบื้องต้น \$1,500 สำหรับระดับ B2 และ \$1,000 สำหรับระดับ C ค่าใช้จ่ายที่เหลือ 80 - 90% จะจ่ายโดย MediShield ที่มีการกำหนดเพดานไว้

อย่างไรก็ตาม MediShield ไม่ครอบคลุมโรครุนแรงที่เกิดขึ้นและได้รับการรักษาในช่วง 12 เดือนก่อนเข้าร่วมโครงการ ศัลยกรรมตกแต่ง ความพิการแต่กำเนิด และโรคทางจิตเวช

3) Medifund

เกิดขึ้นในปี 2536 กองทุนนี้เป็นกองทุนเงินบริจาคเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากจน ยากไร้ หรือบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือที่ไม่สามารถจ่ายค่าบริการแม้กระทั่งระดับ B2 หรือ C ได้ ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้จ่าย จะดำเนินการผ่านคณะกรรมการของโรงพยาบาลที่ทำการดูแลรักษา โดยจะพิจารณาเป็นราย ๆ ไป โดยผู้ป่วยที่เคยจ่ายค่าเบี้ยประกัน MediSave หรือ MediShield จะได้รับสิทธิพิเศษมากกว่า

4) Eldershield

เกิดขึ้นในปี 2545 เป็นระบบประกันสุขภาพสำหรับการดูแลผู้พิการ (severe disability) การจ่ายเงินช่วยเหลือรายเดือน ครอบคลุมประชาชนที่อยู่ในโครงการ MediSave ที่อายุ 40 ปีขึ้นไป โดยอัตโนมัติโดยจะมีการจ่าย 2 ประเภท คือ ElderShield300 (\$300 ต่อเดือน เป็นเวลา 60 เดือน) และ ElderShield400 (\$400 ต่อเดือน เป็นเวลา 72 เดือน)⁴¹

3.3.3 ประเทศไทย

ในประเทศไทย บุคคลที่มีสิทธิได้รับความคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องเป็นบุคคลที่มีสัญชาติไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักตามกฎหมาย มีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลประชากรของสำนักบริหารการทะเบียนกระทรวงมหาดไทย และจะต้องเป็นบุคคลที่ยังไม่มีสิทธิในหลักประกันสุขภาพอื่นใดที่รัฐจัดให้

3.3.3.1 ประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพหลัก ๆ แบ่งออกเป็น 4 ระบบ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงหลังจากที่รัฐบาลได้เริ่มใช้นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรคเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระบบบริหารจัดการ โดยเฉพาะการจัดการทางด้านวิธีการจ่ายบริการสุขภาพสำหรับประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

1) 30 บาทรักษาทุกโรค เป็นระบบที่ใหญ่ที่สุดการบริหารจัดการ บริหารจัดการ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้เสียภาษีเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ครอบคลุมบุคคลที่ไม่มีสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ

⁴¹ กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์. เล่มเดิม. หน้า 49 - 52.

2) ประกันสังคม มีขึ้นเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับลูกจ้างธุรกิจเอกชน รับผิดชอบค่าใช้จ่ายร่วมกัน โดยตัวลูกจ้าง นายจ้าง และผู้เสียภาษี บริหารงานโดยสำนักงานประกันสังคม

3)สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีขึ้นเพื่อสร้างหลักประกันให้กับข้าราชการซึ่งเป็นลูกจ้างของรัฐและครอบครัว รัฐบาลซึ่งเป็นนายจ้างใช้เงินภาษีจ่ายให้เป็นสวัสดิการ บริหารโดยกรมบัญชีกลาง

4) ประกันเอกชน เป็นระบบสมัครใจผู้ที่ต้องการได้สิทธิประโยชน์ตามข้อเสนอของบริษัทประกัน บริษัทประกันเอกชนแต่ละแห่งเป็นผู้บริหาร

3.3.3.2 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

- 1) เป็นการประกันสิทธิของประชาชนตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ
- 2) เป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้แก่ประชาชน
- 3) เป็นการแก้ปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนของงานระบบประกันสุขภาพในอดีต
- 4) เป็นการลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพด้วยระบบงานใหม่ที่มีประสิทธิภาพ

3.3.3.3 สิทธิของประชาชนตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

1) สิทธิการเข้ารับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

2) สิทธิเลือกหน่วยบริการประจำตัวที่มีมาตรฐาน และสะดวกในการเข้ารับบริการ

3) สิทธิได้รับบริการสาธารณสุขในกรณีฉุกเฉินที่สถานพยาบาลอื่น ๆ ได้นอกเหนือจากบริการที่ลงทะเบียน เป็นหน่วยบริการประจำตัว

4) สิทธิที่ได้รับการร้องเรียนเมื่อได้รับบริการสาธารณสุขที่ไม่ได้มาตรฐาน หรือเกิดความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข

5) สิทธิได้รับความช่วยเหลือเยียวยาเมื่อมีความเสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข

6) สิทธิในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ทั้งการกำหนดนโยบาย การจัดสรร การประเมิน การบริหารหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น

7) ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และบุคคลใดมีสิทธิในการเข้ารับบริการสาธารณสุขตามหลักเกณฑ์การได้รับสวัสดิการหรือตามสิทธิที่เคยได้รับก่อนมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้การใช้สิทธิเป็นไปตามหลักเกณฑ์เดิม เช่น ผู้พิการ

3.3.3.4 ชุดสิทธิประโยชน์หลัก (core package) ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) ชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะประกอบด้วยบริการพื้นฐานโดยอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการประกันสังคม เพิ่มเติมด้วยบริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค ที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว (personal and family preventive and promotive services) รวมทั้งบริการการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองการใช้บริการนอกเหนือจากชุดสิทธิประโยชน์หลักนี้ประชาชนหรือ/และนายจ้าง (กรณีที่เป็นลูกจ้างของ สถานประกอบการ) จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

2) บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการส่วนบุคคลและครอบครัว จะครอบคลุมทั้งบริการในสถานพยาบาล และการจัดบริการในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฯลฯ

3) บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคที่เป็นบริการสำหรับชุมชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่าง ๆ เช่น ผู้ติดยาเสพติด ฯลฯ การดำเนินงานกรณีที่มีการระบาดของโรค การบำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด สารเสพติด การรณรงค์เพื่อควบคุมโรคเอดส์ ฯลฯ จะไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์หลัก

3.3.3.5 ระบบบริการสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) หน่วยบริการระดับต้น หรือ เครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้น ที่จะรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้ จะต้องสามารถให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งบริการภายในและภายนอกสถานพยาบาล โดยมีแพทย์อย่างน้อย 1 คนร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ เป็นผู้ให้บริการ ปัจจุบันสถานพยาบาลที่ประชาชนจะสามารถเลือกขึ้นทะเบียนได้ คือ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลและศูนย์แพทย์ชุมชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำ) โรงพยาบาลและคลินิกเอกชน (ที่มีแพทย์ปฏิบัติงานเต็มเวลา)

2) โรงพยาบาลสามารถเป็นผู้ให้บริการระดับต้นและรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้ ทั้งนี้ต้องจัดระบบที่จะสามารถให้บริการแบบผสมผสานตามเงื่อนไขที่กำหนด

3) เพื่อให้สามารถดำเนินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ภายในเงื่อนไขเวลาที่กำหนดให้ถือว่าโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมด ได้มาตรฐานการให้บริการไปก่อน สำหรับสถานพยาบาลภาคเอกชนต้องผ่านการประเมินมาตรฐานเบื้องต้นก่อนเข้าร่วมให้บริการ

4) สถานพยาบาลของภาคเอกชนที่จะเข้าร่วมให้บริการ กรณีที่เป็นหน่วยบริการระดับต้น เช่น คลินิก จะต้องมีความสมบัติ และสามารถรับขึ้นทะเบียนประชาชนได้เฉพาะในอำเภอที่ตั้งและอำเภอใกล้เคียงที่ติดกัน กรณีโรงพยาบาลเอกชนจะจัดบริการระดับต้นได้ ต้องมีการจัดระบบที่จะสามารถให้บริการแบบผสมผสานตามเงื่อนไขที่กำหนด

3.3.3.6 การเก็บค่าธรรมเนียมส่วนร่วมจ่าย 30 บาท (co-payment)

จะเรียกเก็บส่วนร่วมจ่าย 30 บาทต่อครั้งของการไปรับบริการทางการแพทย์ และยกเว้นให้ “ผู้ยากไร้” และ “บุคคลที่แสดงความประสงค์ไม่จ่ายค่าบริการ” ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับบริการบริการสาธารณสุข⁴²

1) สิทธิประโยชน์ที่ได้รับจากการร่วมจ่าย 30 บาท ได้รับบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน เช่น

1.1) ตรวจรักษาทุกโรค

1.2) ผ่าตัดทุกโรค ทำคลอดรวมไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีที่บุตรมีชีวิตรอยู่ ทำหมัน ฉีดวัคซีนและเซรุ่มป้องกันโรคทั่วไป

1.3) อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัดโรค รวมทั้งค่าซ่อมแซม ยกเว้นอวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

1.4) การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

1.5) ค่าห้อง และค่าอาหาร ประเภทผู้ป่วยสามัญ

2) การรักษาพยาบาลที่ต้องจ่ายค่าบริการเพิ่ม

2.1) การผ่าตัดเสริมสวย

2.2) การตกแต่งฟันเพื่อความสวยงาม

2.3) แว่นตา

2.4) อวัยวะเทียมที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีพ

2.5) การรักษาภาวะมีบุตรยาก

2.6) การผสมเทียม

2.7) การเปลี่ยนเพศ

2.8) การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ

2.9) การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

2.10) โรคติดต่อที่ไม่ได้จัดเป็นบริการพื้นฐาน

2.11) การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต (ไตวายเรื้อรัง)

2.12) การทำแท้ง

2.13) การรักษาเพื่อช่วยชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

⁴² โปรดดูรายละเอียดได้ใน ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ พ.ศ. 2555.

2.14) ค่าห้องและค่าอาหารพิเศษ เป็นต้น

3.3.3.7 งบประมาณที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลไกการจ่ายเงินสถานพยาบาล

ในปีงบประมาณ 2556 สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับจัดสรรงบประมาณ 1,211,120,300⁴³ ล้านบาท เพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอัตราเหมาจ่าย 2,755.60 บาทต่อคนต่อปี สำหรับจำนวนประชากรผู้มีสิทธิทั้งสิ้นจำนวนกว่า 48 ล้านคน คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติงบประมาณสำหรับงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปีงบประมาณ 2556 วงเงินทั้งสิ้น 109,718,581,300 บาท ตามความเห็นของสำนักงบประมาณ ดังนี้⁴⁴

1) งบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วงเงิน 108,507,461,000 บาท จัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ในอัตรา 2,755.60 บาท ต่อหัวประชากร เป็นอัตราเดียวกับที่ตั้งในปีงบประมาณรายจ่าย พ.ศ. 2555

2) งบบริหารจัดการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วงเงิน 1,211,120,300 บาท ทั้งนี้ สำนักงบประมาณได้เสนอตั้งงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 รองรับไว้แล้ว

จากการศึกษาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและการกำหนดส่วนร่วมจ่ายในการรับบริการบริการสาธารณสุขแล้ว จึงสรุปได้ว่า การดูแลสุขภาพเป็นปัญหาใหญ่ของพลเมืองและเป็นโจทย์ข้อใหญ่ของรัฐบาลแต่ละประเทศต่างก็ตอบโจทย์นี้ด้วยระบบดูแลสุขภาพต่าง ๆ กันบางประเทศก็ยังแก้ปัญหาไม่ตก ส่วนบางประเทศดูเหมือนแก้ปัญหาได้ แต่ก็อาจจะยังมีข้อกังขาถึงความยั่งยืน แม้ประเทศไทยเองก็เช่นเดียวกัน ประเด็นหลัก ๆ คือ ใครได้รับการดูแลบ้าง ใครเป็นผู้ให้บริการ ใครรับภาระด้านการเงิน และคุณภาพของบริการเป็นอย่างไร ในประเทศสหรัฐอเมริกา ระบบของประเทศสหรัฐอเมริกา ฟังฟังโรงพยาบาลเอกชนเป็นหลักแม้ว่าจะมีหลายโปรแกรมแต่โดยรวม ๆ กันแล้ว ทั้งระบบไม่สามารถดูแลประชาชนได้ทั่วถึง ยังมีคนจนจำนวนหนึ่งตกออกจากระบบไป และค่ารักษาพยาบาลที่สูงถึงกับทำให้บางครอบครัวถึงกับล้มละลาย เป็นระบบทุนนิยมเกือบแท้ พลเมืองอเมริกันสรุปว่า ระบบที่ใช้อยู่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข และผู้สมัครรับเลือกตั้งเป็นประธานาธิบดีสมัยปีการเลือกตั้งเป็นประธานาธิบดี ค.ศ. 2012 ก็มีข้อเสนอปรับปรุง แต่ไม่ถึงขั้นจะปฏิรูประบบ ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศอังกฤษ สุดโต่งอีกด้านหนึ่งคือ เป็นระบบสวัสดิการเต็มรูปแบบ พลเมืองทุกคนได้รับการรักษาพยาบาลฟรีและเสมอภาคกัน เงินที่รัฐบาล

⁴³ เอกสารงบประมาณฉบับที่ 1. เล่มเดิม. หน้า 103.

⁴⁴ ผลการประชุมคณะรัฐมนตรี. เล่มเดิม.

อังกฤษ ใช้ในการดูแลสุขภาพของพลเมืองมาจากงบประมาณแผ่นดินทั้งหมด คือมาจากภาษีอากรที่รัฐบาลเก็บไป และโรงพยาบาลทั้งหมดในอังกฤษก็เป็นของรัฐทุกโรงพยาบาลได้รับคำรักษาเท่ากัน ไม่เลือกว่าโรงพยาบาลนั้นใหญ่หรือเล็ก เก่งหรือไม่เก่ง อังกฤษกำหนดให้คนไข้ต้องไปพบแพทย์ประจำบ้าน (Family Doctor) ก่อน ต่อจากนั้นแพทย์ประจำบ้าน เรียกว่า Gate Keeper หรือ นายด่าน จะเป็นผู้จ่ายคนไข้ไปหาหมอที่เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามความจำเป็นของโรค แพทย์ประจำบ้านได้เงินตามจำนวนคนที่ลงทะเบียน มีหน้าที่ดูแลไม่ให้คนป่วย โดยได้โบนัสจากการที่คนไม่ป่วยหรือหายป่วย ดังนั้นแพทย์ประจำบ้านของอังกฤษจึงทำงานที่เน้นด้านเวชศาสตร์ป้องกัน ระบบแพทย์ประจำบ้านนี้เมืองไทยเราก็เคยพูด ๆ กันอยู่ และมีคนอยากเรียน อยากเป็น แต่ว่าระบบของประเทศไทยไม่อำนวย เพราะแพทย์ที่เลือกเชี่ยวชาญด้านการเป็นแพทย์ประจำบ้านดูแลคนไข้ทั้งตัวไม่ได้เป็นที่ยอมรับเท่ากับเป็นแพทย์เฉพาะทาง เพราะประเทศไทยไม่มีระบบให้ใครต้องไปหาแพทย์ประจำบ้านก่อนเป็นด่านแรก คนไข้ทุกคนต่างก็วินิจฉัยอาการเบื้องต้นของตนเองแล้วเลือกหาแพทย์เฉพาะทาง ถ้าอยากเป็นแพทย์ประจำบ้านและพออยู่ได้ ก็ต้องเป็นแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐที่มีมหาวิทยาลัยด้วยเท่านั้น รัฐบาลอังกฤษพยายามปรับปรุงการให้สวัสดิการอยู่เสมอ ปัจจุบันคนไข้เลือกโรงพยาบาลได้ ทำให้โรงพยาบาลต้องแข่งกันให้บริการที่ดีเพื่อรักษาคนไข้ไว้ ไม่เช่นนั้นโรงพยาบาลก็ไม่มีรายได้ระบบแบบนี้เป็นระบบในฝันของพลเมือง เพราะแสนสบาย ป่วยไข้ไม่สบายก็ไม่ต้องจ่ายค่าหมอค่ายา หรือคำรักษาสักอย่าง เป็นพลเมืองจ่ายภาษีอย่างเต็มที่เหลือรัฐบาลจัดให้หมด แต่จะดูว่าระบบดีจริงหรือไม่ คงมองแต่ฝ่ายผู้รับบริการอย่างเดียวคงไม่ได้ ต้องมองจากทุกมุมและมองในระยะยาวด้วยว่า

1) รัฐบาลจะมีเงินจ่ายได้ตลอดไปหรือไม่ โดยที่ไม่มีปัญหาเรื่องงบประมาณการคลังเสียก่อน

2) สถานบริการทางการแพทย์จะมีกำไรพอเพียงจะพัฒนาบริการให้ดียิ่งขึ้นหรือไม่

3) จะมีบุคลากรทางการแพทย์พอเพียงหรือไม่

ส่วนในประเทศญี่ปุ่นและประเทศเยอรมนี สองประเทศนี้ ถึงจะแยกกล่าวแต่ละแห่งได้ แต่ส่วนที่เหมือนกันคือ เลือกใช้ระบบประกันสุขภาพที่ประชาชนเป็นผู้จ่าย แต่รัฐบาลมีส่วนร่วมดูแลด้วย ลักษณะสำคัญ ๆ คือ

1) ให้บริการสุขภาพแก่พลเมืองทุกคนในราคาและมาตรฐานเดียวกัน

2) ครอบคลุมเรื่องที่พักพลเมือง น่าจะต้องการบริการสุขภาพทุกอย่างหมด รวมถึงเรื่องสายตาและทำฟันด้วย

3) ทุกคนจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพให้กับบริษัทประกันเอกชนที่ตนเองเลือกเอง แต่ละบริษัทไม่มีสิทธิเลือกลูกค้า

4) โรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ โดยประชาชนผู้เอาประกันมีเสรีภาพในการเลือกโรงพยาบาล

5) รัฐบาลยื่นมือเข้าไปช่วยคนที่จนมากเกินกว่าจะจ่ายเบี้ยประกันได้

ในทั้งสองประเทศนี้ รัฐบาลมองเห็นข้อเสียของระบบเสรีในด้านการรักษาพยาบาล เพราะจะเกิดปัญหา การขาดความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการสุขภาพ รัฐบาลจึงรับหน้าที่เข้ามาเป็นคนกลางเจรจาต่อรองซื้อบริการจากผู้ให้บริการ (แพทย์และโรงพยาบาลเอกชน) ให้กับพลเมืองทุกคน เมื่อตกลงกำหนดค่าบริการไว้แค่นั้น สถานบริการทุกแห่งก็คิดได้แค่นั้น ค่ายา ก็มีการเจรจาเช่นเดียวกัน การเจรจาเป็นการเจรจาระหว่างผู้มีอำนาจต่อรองอยู่มิดชิดด้วยกันทั้งคู่ ระหว่างฝ่ายรัฐบาล เจรจาแทนประชาชนผู้ซื้อยากับบริษัทผลิตยา ล้วนเป็นยักษ์ใหญ่ทำกิจการข้ามชาติ ในสองประเทศนี้ อาจมีส่วนปลีกย่อยที่แตกต่างกัน เช่น ประเทศญี่ปุ่นให้การบริการฟรีทั้งหมด ประเทศเยอรมนีให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายค่าบริการด้วยบางส่วนเป็นต้น แต่ถ้าถามโรงพยาบาลในประเทศเหล่านี้ว่าประสบภาวะขาดทุนหรือไม่ ในบางประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่น โรงพยาบาลขาดทุน และในประเทศอังกฤษ โรงพยาบาลของรัฐเองก็มีบางแห่งที่ปิดลง ก็ต้องมีการคิดใหม่ในไม่ช้า เพราะว่าเป็นระบบที่จะเดินไปได้อย่างยั่งยืน ทุกคนต้องอยู่ได้ นั่นก็คือ ไม่มีแพทย์และผู้ประกอบการโรงพยาบาลที่มั่งคั่งร่ำรวยบนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย แต่ก็ไม่ได้มีการเรียกร้องให้แพทย์เสียสละอยู่ฝ่ายเดียว หรือให้โรงพยาบาลต้องขาดทุน ผู้ประกอบการต้องอยู่ได้อย่างยั่งยืน แม้ไม่ได้กำไรสูงสุด และแพทย์มีเงินเดือนที่อยู่ได้อย่างสมกับวิชาชีพที่ต้องใช้เวลาฝึกปรืออย่างยาวนานและต้องรับผิดชอบชีวิตผู้อื่นไม่มีคนไข้ที่หมดตัวเพราะเรื่องสุขภาพ แต่ก็ไม่มีคนไข้ที่ไปพบแพทย์หรือใช้ยาอย่างฟุ่มเฟือย รัฐบาลไม่มีผลกระทบด้านงบประมาณจากการพยายามให้การดูแลสุขภาพให้ทั่วถึง และเท่าเทียมกันบนพื้นฐานที่ว่า “ทุกคนต้องอยู่ได้” ในปี 2538 ได้หันไปสร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมาเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง หลังจากที่ไปศึกษาดูข้อดี ข้อเสียของระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ที่มีอยู่ในโลกมาแล้ว เป็นระบบที่น่าสนใจดูในรายละเอียดและเปรียบเทียบกับกับระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยอย่างยิ่ง

ตารางที่ 3.1 ภาพรวมของระบบสุขภาพประเทศต่าง ๆ

ประเทศ	ความครอบคลุม	การบังคับ	จำนวนระบบประกัน	ลักษณะหลักระบบ	บทบาทรัฐ
เยอรมนี	ถ้วนหน้า	บังคับ	2 (ระบบคู่ขนาน) 89% ประชากรใน sickness funds	ฐานการจ้างงาน	รัฐบาลกลาง : กำหนดกฎ กำกับมลรัฐ ท้องถิ่น : บริหาร รพ. ป้องกันโรค
อังกฤษ	ถ้วนหน้า	บังคับ	1+ (ระบบเสริม) 11% ประชากรมีประกันเอกชน	ฐานประชากร	กำหนดกฎ บริหารกองทุน จัดบริการ
ออสเตรเลีย	ถ้วนหน้า	บังคับ	1+ (ระบบเสริม)	ฐานประชากร	กำหนดกฎ บริหารกองทุน บริหาร รพ. ส่งเสริม ป้องกัน
ญี่ปุ่น	ถ้วนหน้า	บังคับ	3 : Gov-managed, Society-managed, NHI ครอบคลุม ประชากรอย่างละ 1 ใน 3	ฐานการจ้างงาน และ ฐานสังคม	กำหนดกฎ อัตราค่าบริการ
เกาหลีใต้	ถ้วนหน้า	บังคับ	3 : Employee's health insur society, NHI Corp, Medical aid	ฐานการจ้างงาน, ฐานสังคม, รัฐบาลดูแล	กำหนดกฎ อัตราค่าบริการ
ไต้หวัน	ถ้วนหน้า	บังคับ	1+ (ระบบเสริม)	ฐานการจ้างงาน	บริหารกองทุน จัดบริการ
สิงคโปร์	ถ้วนหน้า	บังคับ	3 : Medisave, Medishield, Medifund	ฐานการจ้างงาน และรัฐบาลดูแล	บริหารกองทุน จัดบริการ ส่งเสริม ป้องกัน สุขศึกษา
สหรัฐอเมริกา	ถ้วนหน้า	สมัครใจ	2+: Medicare, Medicaid, ประกันเอกชนหลายแบบ	ส่วนใหญ่ ฐานการจ้างงาน	รัฐบาลกลางบริหาร Medicare จัดบริการทหารผ่านศึก ชนพื้นเมือง มลรัฐ บริหาร Medicaid
นิวซีแลนด์	ถ้วนหน้า	บังคับ	1+ (เสริม), 37% ประชากรมีประกันเอกชน	ฐานประชากร	กำหนดกฎ บริหารกองทุน , ส่งเสริม ป้องกัน
ไทย	ถ้วนหน้า	บังคับ	3+: Gov-managed, ประกันเอกชน, สิทธิข้าราชการ	ฐานการจ้างงาน, รัฐบาลดูแล	สิทธิ 30 บาท รักษาฟรี , ข้าราชการ รัฐเป็นผู้ดูแล สวัสดิการ, ภาคเอกชน รัฐอุดหนุน ครั้งหนึ่งร่วมกับนายจ้าง

ที่มา: สรุปจาก เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ระบบประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ.

หมายเหตุ. รพ. แทน โรงพยาบาล, OTC แทน over-the-counter, Gov แทน Government, EPF แทน Employee Provident Fund, SOCSO แทน Social Security Organization, NHS แทน National Health Service, NHI แทน National Health Insurance

ตารางที่ 3.2 สิทธิประโยชน์ ภาระของประชาชน (ร่วมจ่าย)

ประเทศ	สิทธิประโยชน์	ภาระผู้ป่วย (ตามสิทธิ)
เยอรมนี	OP, IP, ยา ภายภาพ ฟันฟู	OP ฟรี, IP ร่วมจ่ายตามจำนวนวันนอน ร่วมจ่ายบางรายการ ยาฟรี (เบ็กกิน)
อังกฤษ	OP, IP, ยา ป้องกัน ฟันฟู	OP, IP : ฟรี ยา : ร่วมจ่าย (ยกเว้นคนบางกลุ่ม)
ออสเตรเลีย	OP, IP, ยา ตาม Medical + Pharmaceutical	GP ร่วม 15% + ส่วนเกินถึงเพดาน, OP รพ.ร่วม 25% , ฟันร่วม 15%, IP ฟรี, ยาร่วมจ่ายต่อรายการถึงเพดาน/ปี
ญี่ปุ่น	OP, IP, ยาในใบสั่งแม่และเด็ก เดินทาง บางกองทุน เพิ่มสิทธิ	ร่วมจ่าย 20 %
เกาหลีใต้	OP, IP, ยาใน + ยานอก ใบสั่ง แม่และเด็ก แพทย์ แผนตะวันออก เคลื่อนย้ายผู้ป่วย (คลุมกว้างแต่ร่วมจ่ายสูง)	OP ร่วมจ่าย 30-35%, IP ร่วม 20% , ยาร่วมจ่าย, prescribing fees
ไต้หวัน	OP, IP, ยาใน + ยานอก ใบสั่ง ฟัน แม่และเด็ก แพทย์ แผนจีน ดูแลก่อน + หลังคลอด คัดกรอง ภายภาพบำบัด	OP จ่ายต่อครั้ง ประมาณ 3-5 US\$. IP ร่วม 10-30 % ถึงเพดาน/ปี
สิงคโปร์	IP ป้องกัน ส่งเสริม	OP 100% (ของรัฐจ่ายต่อครั้ง เอกชนจ่ายต่อรายการ) IP ร่วมจ่าย
สหรัฐอเมริกา	หลากหลายแบบขึ้นกับประกันที่ใช้	หลากหลายรูปแบบ มีร่วมจ่ายขึ้นกับประกัน Medicaid ร่วมจ่าย
นิวซีแลนด์	OP, IP ยา ป้องกัน ส่งเสริม	GP ตามรายได้, OP รพ.ฟรี, IP จ่ายถึงเพดาน/ปี, ยาร่วมจ่ายต่อรายการถึงเพดาน/ปี
ไทย	OP,IP ยา ป้องกัน ส่งเสริม ฟันฟู ยาในบัญชี ฟรี ยานอกบัญชีจ่ายเองบางรายการ	ร่วมจ่าย 30 บาท ทุกรายการ เว้นแต่ แสดงความจำนงที่จะไม่ร่วมจ่าย

ที่มา: สรุปจาก เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ระบบประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ.

หมายเหตุ. GP แทน General practitioner(ผู้ป่วยทั่วไป), OP แทน out-patient (ผู้ป่วยนอก) ,IP แทน in-patient (ผู้ป่วยใน)

ตารางที่ 3.3 องค์กรผู้ให้หลักประกันสุขภาพ

ประเทศ	องค์กร	เจ้าของ	ลักษณะพิเศษ
เยอรมนี	Sickness fund	เอกชนไม่หากำไร	มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน (Structura equalization fund)
อังกฤษ	National Health Service (NHS)	รัฐ	
ออสเตรเลีย	Medicare : Health Insurance Commission	รัฐ	มลรัฐทำสัญญาการให้บริการและงบกับรัฐบาลกลางกำหนด 5 ปี
ญี่ปุ่น	รัฐ เทศบาล, NHI, Health Insur Society, Mutual Aid Asso	รัฐบาล เทศบาล เอกชนไม่หากำไร	มีองค์กรที่ทำหน้าที่ตรวจสอบและจ่ายเงิน (Clearing House)
เกาหลีใต้	Employees' Health Insurance societies, NHI Corp. Medical Aid Program	รัฐ เอกชนไม่หากำไร	มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน
ไต้หวัน	Bureau of National Health Insurance	รัฐ	
สิงคโปร์	Central Provident Fund บริหาร Medi-save กับ Medi-shield กระทรวงสุขภาพบริหาร Medifund	รัฐ	3 กองทุนเป็นระบบเสริมกัน Medisave เป็นบัญชีบุคคล จ่ายให้ครอบครัวได้
สหรัฐอเมริกา	Medicare : HCFA, Medicaid : กระทรวงสาธารณสุขของมลรัฐ, องค์กรประกันเอกชนต่างๆ	รัฐ + เอกชน	มีนวัตกรรมจำนวนมากทางด้านบริการระบบประกัน
นิวซีแลนด์	Health Funding Authority (HFA)	รัฐ	-
ไทย	รัฐ จัดสรรงบประมาณให้ สปสช., องค์กรประกันเอกชน	รัฐ+เอกชน	บริหารจัดการกองทุนโดย สปสช.เอง

ที่มา: สรุปจาก เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ระบบประกันสุขภาพ : ประสพการณ์จาก 10 ประเทศ.

หมายเหตุ. HCFA แทน Health Care Financing Administration.

ตารางที่ 3.4 ผู้ป่วยร่วมจ่าย

ประเทศ	ผู้ป่วยร่วมจ่าย
เยอรมนี	OP ฟรี, IP ร่วมจ่ายตามจำนวนวัน ร่วมจ่ายบางรายการ ยาฟรี (เบิกคืน)
อังกฤษ	OP,IP ฟรี, ยา ร่วมจ่าย (ยกเว้นคนบางกลุ่ม)
ออสเตรเลีย	GP ร่วม 15%+ส่วนเกินถึงเพดาน, OP รพ.ร่วม 25%, ฟันร่วม 15%, IP ฟรี, ยาร่วมจ่ายต่อรายการถึงเพดาน/ปี
ญี่ปุ่น	ร่วมจ่าย 20%
เกาหลีใต้	OP ร่วมจ่าย 30-35%, IP ร่วมจ่าย 20% ยาร่วมจ่าย, Prescribing fees
ไต้หวัน	OP จ่ายต่อครั้ง 3-5 US\$, IP ร่วมจ่าย 10-30% ถึงเพดาน/ปี
สิงคโปร์	OP 100% (ของรัฐจ่ายต่อครั้ง เอกชนต่อรายการ), IP ร่วมจ่าย
สหรัฐอเมริกา	หลากหลายแบบ มีร่วมจ่ายขึ้นกับประกัน , Medicaid ร่วมจ่าย
นิวซีแลนด์	GP ตามรายได้, OP รพ.ฟรี, IP จ่าย ถึงเพดาน/ปี, ยาร่วมจ่ายต่อรายการ ถึงเพดาน/ปี
ไทย	ผู้ยากไร้, ประกาศกระทรวงฯ ฟรี, ร่วมจ่ายตามใบสั่งยา

ที่มา: สรุปจาก เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ระบบประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ.

หมายเหตุ. GP แทน General practitioner(ผู้ป่วยทั่วไป) , OP แทน out-patient (ผู้ป่วยนอก) , IP แทน in-patient (ผู้ป่วยใน)

ตารางที่ 3.5 ผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ

ประเทศ	ความคุ้มครอง (% Coverage)	ความพึงพอใจ (Equity)	ความพึงพอใจ (Satisfaction)
เยอรมนี	เกือบ 100	พบ Cream skimming ในบางกองทุน ยึดหลัก social solidarity	ดี
อังกฤษ	100	กลุ่มรายได้น้อย เข้าถึง/ใช้ต่ำกว่า	โดยทั่วไปพอใจ แต่ไม่พอใจที่ต้องรอนาน
ออสเตรเลีย	100	ชนเผ่าพื้นเมืองและที่ห่างไกลเข้าถึงต่ำกว่า ทรัพยากรกระจุกตัวในเมือง	พอใจ Medicare แต่ไม่พอใจรอผ่าตัดคนาน
ญี่ปุ่น	เกือบร้อย	ไม่มีการกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน รัฐต้องเข้ามาทำหน้าที่สนับสนุน มีปัญหาการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข	ดี
เกาหลีใต้	เกือบ 100	ประชาชนมีการใช้จ่ายมาก และมีปัญหาการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข	ไม่ดี ประชาชนมีการใช้จ่ายมาก
ไต้หวัน	96 (ปี 1999)	ผู้อยู่ห่างไกล เกาะ เข้าถึงยากกว่าแต่ดีขึ้น	พอใจ
สิงคโปร์	เกือบ 100	ดี	ดี
สหรัฐอเมริกา	86-89	ผู้มีรายได้น้อย ชนกลุ่มน้อย ห่างไกล เข้าถึงต่ำกว่า คุณภาพบริการด้อย	โดยทั่วไปพอใจคุณภาพ บางส่วนไม่พอใจองค์กรดูแลด้านสุขภาพ
นิวซีแลนด์	100	ผู้มีรายได้น้อย ชนกลุ่มน้อย ได้รับการดูแลเป็นพิเศษจากรัฐบาล	ส่วนใหญ่ยังเห็นว่าต้องปรับปรุง
ไทย	เกือบ 100	ผู้ยากไร้ได้รับการยกเว้นร่วมจ่าย บางคนที่ไม่ยากไร้จริง แสดงความจำนงไม่ร่วมจ่าย	ความเสมอภาค ประสิทธิภาพ ความเป็นธรรม

ที่มา: สรุปรจาก เสาวคนธ์ รัตนวิจิตราศิลป์. ระบบประกันสุขภาพ : ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ.