

การปฏิรูประบบสาธารณสุข ในประเทศสหราชอาณาจักร สวีเดน และเนเธอร์แลนด์

Health Care Reforms in UK, Sweden and the Netherlands

■ **อ.พ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุณไทย**
ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลพุทธชินราช
จังหวัดพิษณุโลก
Dr.Supasit Pannarunothai
Technical Section
Buddhachinaraj Hospital

เมื่อวันที่ 24 มกราคม ถึง 1 กุมภาพันธ์ 2537 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วยคณะผู้บริหารระดับสูงและนักวิชาการจำนวน 33 คน ได้ไปศึกษาดูงานการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขของ 3 ประเทศในทวีปยุโรป ผู้เขียนซึ่งเป็นหนึ่งในคณะได้เขียนสรุปรายงานการศึกษาดูงานครั้งนี้ไว้อย่างกระชับและชัดเจน เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย จึงนำบทสรุปย่อของรายงานดังกล่าวมาลงพิมพ์ไว้

เนื่องจากระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ยังไม่ให้หลักประกันด้านสุขภาพแก่ประชาชนไทยอย่างถ้วนหน้า ทั้งนี้ติดขัดด้วยปรัชญาขั้นพื้นฐานของการจัดบริการสาธารณสุข ระบบการเงิน การคลังสาธารณสุข กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ รวมทั้งการจัดรูปองค์กรบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ คณะผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง สำนักงานประมาณ และสำนักงาน ก.พ. จึงร่วมกันศึกษาดูงานการปฏิรูประบบสาธารณสุขของ 3 ประเทศในยุโรป ได้แก่ สหราชอาณาจักร สวีเดน และเนเธอร์แลนด์ ระหว่างวันที่ 24 มกราคม ถึง 1 กุมภาพันธ์ 2537 ได้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ดังต่อไปนี้

สิ่งที่เรียนรู้จาก ประเทศสหราชอาณาจักร

ระบบบริการ

1. ระบบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner, GP)
2. เน้นปรัชญาพื้นฐานว่า สิทธิที่ประชาชนทุกคนจะต้องได้คือบริการสาธารณสุข (universal coverage) รัฐบาลให้หลักประกันกับประชาชนทุกคนมากกว่า 40 ปีแล้ว

3. มีคำประกาศสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย (Patient's Charter) อย่างชัดเจน เพื่อให้ประชาชนติดตามควบคุมคุณภาพของบริการ

4. เน้นเสรีภาพของผู้บริโภคในการเลือกใช้บริการ (consumer choice) โดยสามารถเปลี่ยนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้

5. เพิ่มประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ โดยเพิ่มการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการภาครัฐด้วยกันเอง หรือแข่งขันกับภาคเอกชน และแบ่งหน้าที่กันระหว่างผู้ซื้อและผู้ขายบริการ

การเงินการคลัง

1. ใช้จ่ายส่วนใหญ่ของระบบสาธารณสุขอังกฤษมาจากการเก็บภาษีอากร ผู้ป่วยจ่ายเงินเพียงเล็กน้อยเมื่อได้รับใบสั่งยาจากแพทย์ หรือจ่ายเมื่อไปใช้บริการภาคเอกชน ระบบภาษีของอังกฤษ เป็นระบบที่รวมศูนย์อำนาจไว้ส่วนกลาง

2. รัฐบาลกลางจัดสรรงบประมาณตามรายหัวไปที่ district health authority (DHA) ซึ่ง DHA จ่ายเงินต่อให้แก่ผู้ให้บริการคือ จ่ายให้ GP ตามรายหัว และจ่ายไปที่โรงพยาบาลโดยการทำสัญญาล่วงหน้าว่าจะบริการรักษาโรคอะไร จำนวนเท่าไร (prospective contracting)

3. ผลลัพธ์ของระบบการคลังแบบนี้คือ ใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพของประเทศจะอยู่ในระดับต่ำ ประมาณร้อยละ 6-7 ของ GDP.

4. ระบบการแข่งขันทำสัญญาล่วงหน้าอาจเกิดผลกระทบต่อโรงพยาบาลขนาดเล็กที่เสียเปรียบในการแข่งขัน

การจัดรูปองค์กร

1. ระบบอังกฤษเน้นบทบาทของผู้บริหารทั้งในด้าน DHA ที่เป็นผู้ซื้อบริการ และโรงพยาบาลผู้ขายบริการ

2. ระบบที่มีผู้บริหารที่ไม่ใช่แพทย์ต้อง

โดยประเทศ
انسวอแกทกร
เนบปรัชญา
พันฐน่ว สิกธิ์
ประชาชนทุกภวะ
ต้องได้คือ บรทกร
สาธธรสสุ
(universal
coverage)
รัฐบลาท์หลัก
ประกัณกับ
ประชาชนทุกคณ
บทกวั 40 ปีแล้ว

การการสนับสนุนทางการเมืองอย่างสูง เพื่อเอาชนะแรงต้านจากแพทย์ ซึ่งต้องการเสรีภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ผู้บริหารต้องการให้งบประมาณเพียงพอสำหรับการบริการผู้ป่วยตามจำนวนที่ทำสัญญา

3. ภายในปี 2539 องค์กร DHA จะรวมกับ family health service authority (FHSA) เป็น commissioning agency ทำให้งานบริการโรงพยาบาลและเวชปฏิบัติทั่วไปใกล้ชิดกันยิ่งขึ้น

กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ

1. มีการออกกฎหมายเพื่อรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนว่า จะต้องได้รับบริการสาธารณสุขและบริการทางการแพทย์โดยฐานะเศรษฐกิจไม่เป็นอุปสรรคขัดขวาง

2. เมื่อปฏิรูประบบสาธารณสุข ให้โรงพยาบาลเป็น Self-Governing NHS Trust มีการกำหนดมาตรฐานว่า โรงพยาบาลใดจึงจะได้รับอนุญาตให้ดำเนินการอย่างอิสระ

3. มีระบบประกันคุณภาพของบริการ (quality assurance) สำหรับตรวจสอบคุณภาพของโรงพยาบาล

4. ในการทำสัญญาระหว่างผู้ซื้อกับผู้ขายบริการ ในสัญญาจะกำหนดคุณภาพของบริการไว้ด้วย DHA จะติดตามคุณภาพของบริการโรงพยาบาล และ FHSA ติดตามคุณภาพงานของ GP

5. ประกาศสิทธิที่ผู้ป่วยพึงได้ (Patient's Charter) ไว้อย่างชัดเจน เพื่อให้ประชาชนตรวจสอบคุณภาพของบริการอีกทางหนึ่ง

สิ่งที่เรียนรู้จากประเทศสวีเดน

ระบบบริการสาธารณสุข

1. รัฐบาลให้หลักประกันด้านสุขภาพ

แก่ประชาชนทุกคนอย่างทั่วถึง (universal coverage)

2. ทุกคนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพเท่าเทียมกันหมด (equity)

3. การปกครองของประเทศกระจายอำนาจให้ท้องถิ่นดำเนินการ บริการสาธารณสุขกระจายให้เป็นความรับผิดชอบของสภาเทศบาล (county council) มีความคล่องตัวในการบริหารงานให้เหมาะสมกับความต้องการของท้องถิ่น

4. การปฏิรูป เน้นให้ประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำตัว (house doctor) เพื่อปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับแพทย์ก่อนที่จะตรงไปโรงพยาบาล

5. แม้การปกครองจะกระจายอำนาจให้ท้องถิ่น แต่การปฏิรูประบบก็เป็นนโยบายสำคัญของพรรคการเมืองสำคัญของประเทศ และการเปลี่ยนแปลงผ่านการเห็นชอบของสภา ซึ่งการปกครองส่วนท้องถิ่นต้องยอมรับ

การเงินการคลัง

1. เงินเพื่อใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศมาจากภาษีของสภาเทศบาลเป็นส่วนใหญ่ (county tax) รัฐบาลกลางจัดงบประมาณให้เพิ่มเติม จากภาษีที่เก็บเข้ารัฐบาลกลาง (state taxes) เพื่อกระจายความเท่าเทียมไปยังเขตที่เก็บภาษีได้น้อย ใช้จ่ายอีกส่วนมาจากระบบประกันสังคม (social insurance) และส่วนน้อยมาจากการเก็บเงินค่าบริการ

2. ใช้จ่ายรวมด้านสุขภาพสูงกว่าอังกฤษ คือประมาณร้อยละ 7-8 ของ GDP. แต่มีแนวโน้มลดลง เพราะกระจายความรับผิดชอบงานบริการผู้สูงอายุให้การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับล่างลงไปอีก

3. เงินของระบบประกันสังคม ส่วนใหญ่ร้อยละ 90% ใช้สำหรับสิทธิประโยชน์ด้านสังคม (social benefit) ซึ่งมีอย่าง

กว้างขวาง ประมาณร้อยละ 10 ใช้จ่ายในการสาธารณสุข

4. มีระบบการแยกอำนาจระหว่างผู้ซื้อและผู้ขายบริการ และการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ เช่น GP คล้ายกับอังกฤษ แต่ยังไม่ชัดเจนเท่า การจ่ายเงินให้ GP ใช้ระบบเหมารายหัว แต่การจ่ายเงินให้โรงพยาบาลใช้ระบบราคากลางตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (diagnosis related group, DRG) ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนา

การจัดองค์กร

1. จุดเด่นคือการกระจายอำนาจการปกครองให้ส่วนท้องถิ่น ซึ่งการสาธารณสุขอยู่ในความรับผิดชอบของท้องถิ่น

2. ระบบการเมืองของสภาเทศบาล แสดงว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

3. สภาเทศบาลทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการจาก house doctor และจากโรงพยาบาล

4. ให้ house doctor เป็นผู้กลั่นกรองผู้ป่วยก่อนไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเอง จะเก็บค่าบริการเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อย

กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ

1. มีกฎหมายรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน (health and medical service act)

2. มีองค์กรประเมินประโยชน์ของเทคโนโลยีการแพทย์เพื่อแนะนำการใช้ และการกระจายของเทคโนโลยีนั้น ๆ อย่างถูกต้อง

3. มีระบบการประเมินคุณภาพบริการ และประกันคุณภาพของบริการ (quality assessment and quality assurance)

ประเทศสวีเดน
ทุกคนได้รับบริการ
สาธารณสุขที่มี
คุณภาพเท่าเทียม
กันหมด
การปกครอง
ของประเทศ
กระจายอำนาจให้
ท้องถิ่นดำเนินการ
บริการสาธารณสุข
กระจายให้สภา
เทศบาลรับผิดชอบ
มี ความ
คล่องตัว และ
เหมาะสมกับความ
ต้องการของ
ท้องถิ่น

สิ่งที่เรียนรู้จากประเทศเนเธอร์แลนด์

ระบบบริการสาธารณสุข

1. จุดต่างอย่างมากของระบบบริการในเนเธอร์แลนด์กับ 2 ประเทศข้างต้นคือ โรงพยาบาลในเนเธอร์แลนด์ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนแบบไม่แสวงกำไร ทั้งโรงพยาบาลทั่วไปและโรงเรียนแพทย์

2. ระบบบริการสาธารณสุขในเนเธอร์แลนด์ให้หลักประกันแก่ทุกคนว่า สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ที่มีคุณภาพได้ โดยรายได้ไม่เป็นอุปสรรค

3. มีระบบแพทย์ประจำตัว สำหรับประชาชนทุกคน ผู้ป่วยต้องผ่านการส่งต่อจากแพทย์ประจำตัวก่อน จึงจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

4. เน้นการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการ การแข่งขันระหว่างแพทย์ประจำตัวคนไข้

การเงินการคลัง

1. รายจ่ายสาธารณสุขมาจากระบบประกันเป็นส่วนใหญ่ ถ้ามีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์กำหนด ต้องทำประกันกับกองทุนการเจ็บป่วย แต่ถ้ามีรายได้เกินเกณฑ์ให้ทำประกันกับบริษัทประกันเอกชนได้

2. กองทุนการเจ็บป่วยสามารถควบคุมรายจ่ายให้กับแพทย์ประจำตัวและโรงพยาบาลได้ เพราะเป็นการจ่ายล่วงหน้า ถ้าโรงพยาบาลรักษาคนไข้มาก ปีถัดไปจึงจะได้รับงบประมาณปรับเพิ่มให้หรืออาจต้องเพิ่มเบี้ยประกันที่จะเก็บ

3. กองทุนการเจ็บป่วยจ่ายเงินให้แพทย์ประจำตัว ตามการเหมาจ่ายรายหัว แต่จ่ายให้โรงพยาบาลตามกิจกรรม (fee-for-service) บริษัทประกันเอกชนจ่ายให้แพทย์ประจำตัวผู้ป่วยรายได้สูงที่ทำประกันกับบริษัท

ในประเทศเนเธอร์แลนด์โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเอกชนแบบไม่แสวงกำไร ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยที่รายได้ไม่เป็นอุปสรรค รายจ่ายสาธารณสุขมาจากระบบประกันเป็นส่วนใหญ่

เอกชน และจ่ายให้โรงพยาบาลตามรายกิจกรรม แต่ด้วยอัตราเดียวกันกับที่กองทุนการเจ็บป่วยจ่าย

การจัดองค์กร

1. การจัดองค์กรประกัน เช่น กองทุนการเจ็บป่วย กองทุนภาคบังคับ ค่อนข้างซับซ้อนและมีมากเกิน การปฏิรูปมีเป้าหมายลดจำนวนกองทุนการเจ็บป่วยลง

2. กระทรวงสวัสดิการ สาธารณสุข และวัฒนธรรม ทำหน้าที่ควบคุมกำกับมากกว่าที่จะเป็นผู้ให้บริการเอง

3. สภากองทุนการเจ็บป่วย (sick found council) เป็นตัวแทนของหลายกลุ่ม ทั้งตัวแทนหน่วยงานรัฐและเอกชน เช่น ผู้ให้บริการ กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มประชาชน กลุ่มผู้บริโภค เพื่อเจรจาต่อรองเรื่องราคาและคุณภาพของบริการ

กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ

1. กระทรวงสวัสดิการ สาธารณสุข และวัฒนธรรม ทำหน้าที่ควบคุมดูแลมาตรฐานต่าง ๆ และเป็นผู้วางแผนจากส่วนกลาง ควบคุมการกระจายของทรัพยากรสาธารณสุขอย่างได้ผล

2. ให้ความสำคัญอย่างมากต่อการออกกฎหมายเพื่อบังคับใช้ ซึ่งก็คือกระบวนการประชาธิปไตยที่สมาชิกสภาผู้แทนต้องมีส่วนร่วม

เปรียบเทียบระบบสาธารณสุขของ 3 ประเทศ

ระบบสาธารณสุขของทั้ง 3 ประเทศ สามารถสรุปเปรียบเทียบได้ดังตารางต่อไปนี้

สหราชอาณาจักร	สวีเดน	เนเธอร์แลนด์
ระบบบริการสาธารณสุข		
<ul style="list-style-type: none"> ● GP เป็น gatekeeper ก่อนไป ร.พ. ● มีระบบ fundholder ให้รับผิดชอบการเงิน ● โรงพยาบาลรัฐได้รับอิสระในการบริหาร 	<ul style="list-style-type: none"> ● เริ่มระบบ GP มา 15 ปี แต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จนัก ● เริ่มใช้ระบบ fundholder ● เริ่มให้โรงพยาบาลรัฐใช้วิธีบริหารแบบเอกชน 	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบ GP เป็น gatekeeper เหมือนกับระบบของอังกฤษ ● ไม่ใช้ระบบ GP fundholder ● โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของเอกชนแบบไม่แสวงกำไร จึงคล่องตัว
การเงินการคลัง		
<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบการคลังมาจากภาษีอากรเป็นส่วนใหญ่ ● จ่ายเงินให้ GP โดยเหมาจ่ายรายหัว ● จ่ายเงินให้โรงพยาบาล โดยการทำสัญญาซื้อขายล่วงหน้า 	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบการคลังมาจากภาษีและการประกันสังคม (10%) ● county councils จ่าย GP โดยเหมาจ่าย แต่ประกันสังคมจ่ายตามที่แพทย์เบิก ● จะเริ่มระบบจ่ายให้ ร.พ. ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบการคลังมาจากประกันเป็นส่วนใหญ่ มาจากภาษีเพียง 12% ● sick funds จ่าย GP โดยเหมาจ่ายรายหัว ส่วน private insurance จ่าย GP ตาม fee-for-service ● ร.พ.ได้รับงบประมาณจากหลายองค์ประกอบรวมกัน เช่น จำนวนเตียง การรักษา การวิจัย การเรียนการสอน เป็นต้น
การจัดองค์กร		
<ul style="list-style-type: none"> ● กระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้งผู้จัดหาเงินและเป็นผู้ให้บริการ จึงแยกหน้าที่กัน ● จะยกเลิกองค์กรระดับเขตรวมองค์กรรับผิดชอบด้านสาธารณสุข โรงพยาบาล และ GP เข้าด้วยกัน เรียก commissioning agency 	<ul style="list-style-type: none"> ● เช่นเดียวกับระบบของอังกฤษ ● จะปรับ county councils ให้เหลือประมาณ 10 แห่ง โดยมีจำนวนประชากรใกล้เคียงกัน 	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบบประกันภาคบังคับ (sick fund) มีสภาพเป็นองค์กรอิสระอยู่แล้ว ร.พ.ก็เป็นของภาคเอกชน ● ลดจำนวนกองทุนการเจ็บป่วยลงให้เหลือประมาณ 20 กองทุน เพิ่มการแข่งขันระหว่างกองทุนตามค่าเบี้ยประกันชนิดคงที่

สหราชอาณาจักร	สวีเดน	เนเธอร์แลนด์
<p>กฎระเบียบ ข้อบังคับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำสัญญาซื้อขายบริการ ได้กำหนดคุณภาพ ราคา และปริมาณงานไว้อย่างชัดเจน - มีประกาศกฎบัตรผู้ป่วย เพื่อให้ประชาชนทราบว่า ตนจะได้รับการที่มีคุณภาพระดับไหน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบ quality assessment และ quality assurance ใน ร.พ.ของรัฐ - มีหน่วยงานประเมินประโยชน์ของเทคโนโลยี แนะนำการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - กระจายความรับผิดชอบของ quality assurance ให้ ร.พ.ดำเนินการ - มีกฎระเบียบหลายฉบับควบคุมการกระจายทรัพยากร และ ควบคุมอัตราค่าตอบแทนที่จ่ายให้แพทย์

ข้อกีดกัน ของผู้เขียนสำหรับ การปรับระบบ ในประเทศไทย

1. บริการสาธารณสุขเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนโดยไม่เลือกที่จะมั่งมีหรือยากจน ควรเป็นหลักการที่ประกาศอย่างชัดเจนในประเทศไทย

2. ควรรวบรวม หรือจัดหมวดหมู่ของสิทธิ หลักประกันด้านสุขภาพในไทยให้ง่าย และครอบคลุมคนส่วนใหญ่

3. ควรกำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนควรได้รับให้ชัดเจน และเป็นไปได้ทางการเงิน เพราะภาระภาษีของประเทศไทยยังไม่เทียบเท่าประเทศทางยุโรป

บริการสาธารณสุข
เป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน
ของประชาชน
ทุกคนโดยไม่เลือก
ที่จะมั่งมีหรือ
ยากจน ควรเป็น
หลักการที่ประกาศ
อย่างชัดเจนใน
ประเทศไทย

4. ควรเน้นประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ไม่ควรเน้นภาระภาษีให้มากขึ้น

5. ลักษณะปัญหาของประเทศไทยคือขาดแคลนทรัพยากรสาธารณสุข ควรระดมทรัพยากรให้มากขึ้น

6. ควรกระจายอำนาจให้โรงพยาบาลเพื่อดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. ควรกระจายข่าวสารให้ประชาชนทราบสิทธิของตนมากขึ้น เช่นเดียวกับ Patient's Charter

8. ควรเน้นบทบาทของ primary care เพื่อให้ระบบการให้บริการสาธารณสุขมีคุณภาพและประหยัด

