

หลักประกันสุขภาพ แบบสิงคโปร์

SINGAPOREAN HEALTH INSURANCE

• นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตikul
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
Dr. Anuwat Supachutikul
Health Systems Research Institute

บทความนี้เป็นอีกบทความหนึ่ง
ที่เสนอแนวทางการแก้ปัญหา
ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย
โดยชี้ให้เห็นถึงแนวคิดและรูปแบบ
การดำเนินงานด้านหลักประกันสุขภาพ
ของประเทศสิงคโปร์ ซึ่งมีมุมมอง
ในการแก้ปัญหาอีกรูปแบบหนึ่ง
และรูปแบบดังกล่าวอาจจะใช้เป็นทางเลือก
ในการแก้ปัญหาระบบบริการสุขภาพ
สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ถึง แม้จะมีกระแสเรียกร้องให้มีการขยายหลัก
ประกันสุขภาพแก่คนไทยทุกคนเพิ่มมากขึ้น
เรื่อยๆ ในช่วง 2-3 ปีหลัง แต่ก็ไม่สามารถหาข้อยุติได้
อย่างง่ายตายว่าเราควรจะทำต่อไปอย่างไร เนื่องจาก
การที่มีพื้นฐานของระบบที่หลากหลาย ในช่วงเวลานี้จึงมี
ความจำเป็นที่จะต้องระดมวิธีการคิด วิธีการปฏิบัติ
ตลอดจนข้อดีข้อเสียของประเทศต่างๆ ไปก่อน เพื่อให้มี
ข้อมูลเพียงพอสำหรับการตัดสินใจเมื่อถึงเวลาอันเหมาะสม

ทางเลือกที่ยังไม่นำพอใจ

ในขณะนี้มีการแบ่งวิธีการสร้างหลักประกันในการ
เข้าถึงบริการสุขภาพแก่สมาชิกของสังคมเป็น 2 กลุ่ม คือ
(1) การใช้รัฐสวัสดิการ กับ (2) การใช้ระบบประกัน
สุขภาพ

ศาสตราจารย์ Charles Norman ซึ่งสอน
เศรษฐศาสตร์อยู่ที่ London School of Hygiene and
Tropical Medicine ได้ตั้งข้อสังเกตว่า ไม่ว่าจะ
เป็นระบบรัฐสวัสดิการหรือระบบประกันสุขภาพ
เงินที่ใช้อยู่
นั้นก็มาจากสมาชิกในสังคมด้วยกันทั้งสิ้น วิธีหนึ่งผ่าน
ระบบภาษี อีกวิธีหนึ่งผ่านการจ่ายเบี้ยประกัน ข้อสังเกต
นี้ทำให้ต้องย้อนกลับมาคิดว่าอะไรคือความแตกต่างของ
วิธีการทั้งสอง

การใช้ระบบภาษีเพื่อจัดรัฐสวัสดิการมีพื้นฐานมาจากแนวคิดว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐานของสมาชิกในสังคมซึ่งรัฐบาลมีหน้าที่ที่จะต้องจัดให้แก่ประชาชนทุกคนโดยเท่าเทียมกัน ข้อดีคือสามารถทำให้เกิดความครอบคลุมได้ง่ายกว่า มีโอกาสที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีกว่า ข้อเสียคือจะต้องผ่านการแบ่งสรรทรัพยากรกับความต้องการอื่นๆ อาจเกิดความไร้ประสิทธิภาพเพราะแรงเฉื่อยของระบบราชการ และเงินภาษีอาจอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการ

ระบบประกันสุขภาพอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นหน้าที่ของสมาชิกในสังคมที่จะต้องเตรียมพร้อมสำหรับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต โดยการเฉลี่ยภาระนั้นร่วมกับผู้อื่น การประกันสุขภาพที่จะเทียบเคียงกับระบบรัฐสวัสดิการได้คือการประกันสุขภาพแห่งชาติหรือการประกันสุขภาพภาคบังคับ ข้อดีของระบบนี้คือมีเงินสำหรับกิจการนี้เป็นการเฉพาะชัดเจน

ในขณะที่ประเทศอุตสาหกรรม เช่น อังกฤษ สวีเดน มีเงินเพียงพอที่จะทำให้รัฐสวัสดิการประสบความสำเร็จ ประเทศยากจนทั้งหลายต้องพยายามหาแหล่งการเงินการคลังอื่นมาช่วยเสริม ธนาคารโลกได้พยายามสนับสนุนให้ประเทศเหล่านี้นำระบบเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วย (user charge) เข้ามาใช้โดยมุ่งเน้นการสร้างประสิทธิภาพของระบบ และส่งเสริมให้มีการนำระบบประกันสุขภาพเข้ามาใช้เพื่อเฉลี่ยความเสี่ยงไปพร้อมกับการมีระบบที่จะยกเว้นค่าบริการสำหรับผู้ที่ไม่สามารถจะจ่ายได้ ข้อเสนอนี้ถูกคัดค้านจากนักเศรษฐศาสตร์ซึ่งเห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นสิทธิพื้นฐาน แต่ธนาคารโลกก็ใช้อำนาจในฐานะผู้ให้ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางดังกล่าว

มีผู้เข้าใจว่าการใช้ระบบประกันสุขภาพเป็นการปลดปล่อยภาระของรัฐจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ผู้ที่พยายามชกแจงให้เกิดความเชื่อดังกล่าว เป็นทั้งบุคคลในภาครัฐเองที่ต้องการผลักดันภาระนี้ออกจากตนเอง และ

บุคคลที่มองเห็นว่าภาษีของประเทศมาจากคนส่วนเดียวของสังคม ไม่สมควรเอาภาษีไปรับภาระเรื่องบริการสุขภาพของคนทั้งสังคม แต่เบี้ยประกันสุขภาพก็คือเงินส่วนหนึ่งที่จะต้องเก็บจากคนในสังคมตามระดับรายได้ของบุคคลผู้นั้นนั่นเอง หากมีการแยกจัดระบบประกันสุขภาพให้คนแต่ละกลุ่มในสังคม ก็จะทำให้เกิดความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ระหว่างกลุ่มต่างๆ เนื่องจากจำนวนเงินแตกต่างกัน และยังมีคนกลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพได้

แนวคิดแบบสิงคโปร์

ประเทศสิงคโปร์มีความเชื่อว่าปัญหาเรื่องการเงินการคลังเพื่อสุขภาพไม่ใช่อยู่ที่ว่าใครเป็นผู้จ่าย ระหว่างรัฐบาล บริษัทประกัน หรือนายจ้าง เพราะไม่ว่าใครจะจ่ายก็ตาม ผลสุดท้ายก็ต้องเป็นภาระของประชาชนอยู่ดี ถ้ารัฐบาลจ่ายก็ต้องเก็บภาษีเพิ่ม ถ้าบริษัทประกันจ่ายก็ต้องเก็บเบี้ยประกันจากผู้เอาประกัน ถ้านายจ้างจ่ายก็ต้องบวกเข้าไปเป็นต้นทุนค่าแรงและไปหักค่าแรงส่วนอื่นลง ประเด็นที่แท้จริงจึงไม่ได้อยู่ที่ว่าใครจ่าย แต่อยู่ที่ว่าระบบใดที่จะกระตุ้นให้คนรักษาสุขภาพของตนเอง ใช้บริการสุขภาพอย่างประหยัด และกระตุ้นให้เกิดความพยายามที่จะลดความไร้ประสิทธิภาพและความสูญเปล่าในด้านผู้ให้บริการ

ก่อนที่จะพิจารณาในรายละเอียดของวิธีการต่อไปสมควรย้อนกลับมาดูปรัชญาในการจัดบริการสุขภาพของสิงคโปร์เสียก่อน รัฐบาลสิงคโปร์ตั้งเป้าหมายไว้ 5 ประการ คือ

1. การสร้างชาติให้มีสุขภาพดีโดยกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ
2. ส่งเสริมให้ประชาชนรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และหลีกเลี่ยงการพึ่งพิงระบบรัฐสวัสดิการหรือระบบประกันสุขภาพที่มากเกินไป
3. จัดให้มีบริการทางการแพทย์พื้นฐานที่ดีใน

ราคาที่เหมาะสมให้กับประชาชนทุกคน

4. ใช้การแข่งขันและกลไกตลาดเพื่อปรับปรุงบริการและเพิ่มประสิทธิภาพ

5. รัฐจะแทรกแซงเมื่อจำเป็นในกรณีที่เกิดตลาดไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายของระบบบริการสุขภาพได้

เป้าหมายแต่ละข้อมีความสำคัญในตัวเอง และมีความสัมพันธ์สนับสนุนกัน ประเด็นสำคัญที่สุดที่ฟังดูเหมือนธรรมดาแต่ไม่ธรรมดาคือเป้าหมายข้อ 2 ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองนี้รวมทั้งการระวังรักษาสุขภาพของตนเอง และความรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ลดการพึ่งพิงระบบสวัสดิการหรือระบบประกันสุขภาพ ตรงนี้คือความขาดตลาดที่จะสร้างสมดุลระหว่างข้อดีของระบบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน และไม่ตกหลุมเลือกเอาอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งมีโอกาสที่จะรับเอาข้อด้อยของระบบดังกล่าวเข้ามาด้วยระบบที่ได้จึงเป็นการผสมผสานทั้งระบบของ user charge, การอุดหนุนจากรัฐ และการประกันสุขภาพ ไปใช้กับประชาชนทุกคนตามแต่ระดับความจำเป็นโดยเน้นความรับผิดชอบต่อประชาชนเป็นหลักสำคัญ และอาศัยการอุดหนุนจากรัฐบาลเพื่อให้อัตราค่ารักษาพยาบาลอยู่ในระดับที่ประชาชนจ่ายได้ ร่วมกับการประกันสุขภาพสำหรับกรณีค่าใช้จ่ายสูงแต่เก็บเบี้ยประกันในราคาถูก การจ่ายร่วมถูกนำมาใช้แม้สำหรับผู้ที่ต้องพึ่งการอุดหนุนจากรัฐ ทั้งนี้เพื่อลดข้อด้อยของระบบการให้บริการฟรี

คำถามที่เกิดขึ้นคือ ทำไมสิงคโปร์จึงเน้นที่บทบาทความรับผิดชอบต่อบุคคล ในขณะที่ประเทศไทยพูดกันแต่เรื่องของการสร้างหลักประกันโดยรัฐหรือการประกันสุขภาพ สิงคโปร์เริ่มต้นจากระบบที่รัฐมีบทบาทสูงเช่นเดียวกับประเทศอังกฤษ เมื่อเห็นแนวโน้มของค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นจึงต้องพยายามนำกลไกทางการตลาดเข้ามาใช้กับระบบบริการสุขภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ผู้ซื้อหรือผู้ที่ได้รับผลประโยชน์จากบริการนั้นเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเองว่าจะเลือกบริการในระดับใด โดยมี

เงื่อนไขว่าการตัดสินใจนั้นต้องหมายถึงภาระที่จะต้องจ่ายด้วย หากการตัดสินใจนั้นไม่เกี่ยวข้องกับภาระที่จะต้องจ่ายแล้ว มักมีแนวโน้มของการตัดสินใจเลือกของที่มีราคาแพงที่สุด จึงพยายามที่จะไม่ให้คนหวังพึ่งเงินจากรัฐหรือจากประกันสุขภาพมากเกินไป

การสร้างหลักประกันผ่านการอุดหนุนสถานพยาบาล

รัฐบาลสิงคโปร์มีเป้าหมายที่จะจัดบริการพื้นฐานที่ดีในราคาที่เหมาะสมให้กับประชาชนทุกคน รัฐบาลใช้เงินเพื่ออุดหนุนโรงพยาบาลต่างๆของรัฐตามปริมาณและระดับการให้บริการของโรงพยาบาล รัฐบาลสิงคโปร์ถือว่าวิธีการนี้คือการสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการแก่ประชาชนด้วยวิธีหนึ่ง เนื่องจากสิงคโปร์ไม่ต้องการให้ประชาชนของตัวเองงอมืองอเท้า อย่างไม่เสียก็ต้องจ่ายค่าบริการไม่มากก็น้อย การให้มีบริการที่มีความสะดวกสบายในระดับต่างๆ และรัฐบาลให้การอุดหนุนแก่ผู้ที่ใช้บริการในระดับที่มีความสะดวกสบายน้อยกว่า จึงเป็นการจ่ายเงินอย่างมีเป้าหมายชัดเจน และสอดคล้องกับความต้องการ

โรงพยาบาลในสิงคโปร์จะจัดหผู้ป่วยเป็น 4 ระดับคือ

1) class A มีเตียง 1-2 เตียงในห้องปรับอากาศ ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาเต็มอัตรา

2) class B1 มีเตียง 4 เตียงในห้องปรับอากาศ รัฐบาลจะจ่ายค่ารักษาให้ 20%

3) class B2 มีเตียง 6 เตียงในห้องธรรมดา รัฐบาลจะจ่ายค่ารักษาให้ 65%

4) class C มีเตียง 30-40 เตียงในหอผู้ป่วยรวม รัฐบาลจะจ่ายค่ารักษาให้ 80%

ผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าจะใช้บริการในระดับใด โดยทั่วไป 85% ของประชาชนสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลใน class C ได้

สิ่งนี้ชวนให้กลับมาคิดถึงกระแสแนวคิดในประเทศไทยซึ่งไม่มองว่าระบบสังคมสงเคราะห์ที่โรงพยาบาลรัฐให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีบัตรสงเคราะห์ หรือผู้ป่วยประเภท ข. นั่นก็เป็นหลักประกันสุขภาพอย่างหนึ่งที่ตรงกลุ่มเป้าหมายที่สุด เป็นหลักประกันสำหรับกลุ่มคนที่ถูกเรียกว่าไม่มีหลักประกันสุขภาพจำนวนมาก ไม่เพียงแต่จะไม่มีการพัฒนาให้ระบบนี้ให้เป็นที่ยอมรับได้เหมาะสมยิ่งขึ้น เรื่องที่น่าเศร้าคือผลงานส่วนนี้ถูกลดทอนน้ำหนักในการจัดสรรเงินงบประมาณเหลือน้อยกว่า 50% ทำให้เป็นปัญหาทางการเงินแก่โรงพยาบาล

ระบบเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง

เพื่อช่วยให้คนสิงคโปร์สามารถรับผิดชอบต่อความต้องการด้านสุขภาพของตนเองได้ รัฐบาลได้นำเอาระบบต่าง ๆ มาใช้ดังนี้

1. แผนออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ (Medisave) เป็นระบบการออมทรัพย์แบบบังคับ เพื่อช่วยให้แต่ละคนสะสมเงินและจ่ายเงินสำหรับค่ารักษาพยาบาล

2. แผนคุ้มครองสุขภาพ (Medishield) เป็นการประกันสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยที่ต้องมีค่าใช้จ่ายมากในระดับที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครัวเรือน (catastrophic illness)

3. แผนกองทุนเพื่อสุขภาพ (Medifund) เป็นกองทุนที่รัฐบาลให้เงินประเดิมเพื่อนำดอกผลมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อย

การอุดหนุนจากรัฐบาล และระบบทั้ง 3 ข้างต้น จะช่วยเป็นหลักประกันในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์พื้นฐาน

1. แผนออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ (Medisave)

เป็นระบบการบังคับให้ออมทรัพย์สำหรับค่าใช้จ่าย

ในการรักษาพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้คนสิงคโปร์สะสมรายได้ของตนเองไว้ใช้สำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีอายุมากขึ้น การใช้เงินออมนี้อย่างฉลาดจะช่วยให้มีเงินเหลือเพื่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพไปตลอดชีวิต

ผู้ที่ทำงานทุกคน รวมทั้งผู้ประกอบการอาชีพอิสระจะต้องสะสมเงินเข้า Medisave ตามกฎหมาย แต่ละคนจะสะสมเงินเข้าในบัญชีของตนเอง เงินสะสมนี้สามารถใช้จ่ายค่ารักษาในการนอนโรงพยาบาลของตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว ระบบนี้ได้เริ่มนำมาใช้ตั้งแต่ปี 1984 ปัจจุบันมีประชากร 2.2 ล้านคนจาก 2.8 ล้านคน ที่มีบัญชี Medisave

การสะสมเงิน

อัตราการหักเงินเดือนสะสมเข้า Medisave อยู่ระหว่าง 6% ถึง 8% ขึ้นกับอายุของบุคคลนั้น กล่าวคือ 6% สำหรับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี 7% สำหรับผู้ที่มีอายุระหว่าง 35-44 ปี และ 8% สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป การหักเงินสะสมนี้จะหักจากนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละเท่า ๆ กัน โดยมีเพดานที่คำนวณจากอัตราเงินเดือน 6,000 เหรียญต่อเดือน

สำหรับผู้ประกอบอาชีพอิสระซึ่งมีรายได้มากกว่าปีละ 2,400 เหรียญจะจ่ายในอัตรา 3% ของรายได้สุทธิต่อปีซึ่งรัฐบาลกำหนดให้เพิ่มอัตราปีละ 1% จนถึง 6% ในปี 1996

ค่าใช้จ่ายส่วนนี้ได้รับการยกเว้นภาษีและเงินที่สะสมไว้เป็นเงินที่ได้รับดอกเบี้ยในอัตราเดียวกับกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

เงินส่วนที่เกินกว่า 16,000 เหรียญจะถูกโอนเข้าไปในบัญชีของกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ (Central Provident Fund) โดยอัตโนมัติ เงินออมที่เก็บไว้นี้สามารถที่จะมอบให้เป็นมรดกของผู้ใดผู้หนึ่งเมื่อเจ้าของบัญชีเสียชีวิตไปแล้ว

การใช้เงินจาก Medisave

ก่อนที่จะเข้านอนโรงพยาบาล ประชาชนได้รับคำแนะนำให้ถามเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลว่าจะมีค่าใช้จ่าย

เท่าไรสำหรับหออผู้ป่วยแต่ละระดับ ตรวจสอบเงินคงเหลือในบัญชี Medisave จำนวนเงินที่ Medisave จะคุ้มครองได้ และส่วนที่ต้องจ่ายเองเป็นเงินสด

โรงพยาบาลที่จะใช้ Medisave ได้แก่โรงพยาบาลของรัฐ รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งที่รัฐบาลรับรอง Medisave จะให้ความคุ้มครองค่าบริการต่างๆในโรงพยาบาล โดยกำหนดเพดานการจ่ายไว้ดังนี้ ค่าเตียง 300 เหรียญต่อวัน ค่าธรรมเนียมแพทย์ 50 เหรียญต่อวัน และกำหนดค่าผ่าตัดโดยแบ่งเป็น 7 กลุ่ม 21 อัตรา ตามระดับความซับซ้อนของการผ่าตัด

สำหรับการใช้บริการผู้ป่วยนอกนั้น Medisave จะให้ความคุ้มครองเพียงบางอย่าง เช่น การให้ภูมิคุ้มกัน Hepatitis B, radiotherapy, chemotherapy, renal dialysis การรักษาด้วย AZT

การจ่ายเงินจาก Medisave

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพเป็นผู้ดูแลรักษาบัญชี Medisave เจ้าของบัญชีจะต้องเซ็นใบมอบอำนาจที่จะให้กองทุนจ่ายเงินให้โรงพยาบาลเมื่อแรกเข้าอนโรงพยาบาล เมื่อกองทุนจ่ายเงินให้โรงพยาบาลแล้วจะส่งรายละเอียดการหักเงินให้กับเจ้าของบัญชีและผู้ป่วย

ความก้าวหน้าของระบบ

เมื่อเดือนมีนาคม 1994 Medisave มีเงินคงเหลือ 9.9 พันล้านเหรียญ จากระดับเริ่มต้น 3.1 พันล้านเหรียญในปี 1984 มีรายจ่าย 254 และ 272 ล้านเหรียญในปี 1992 และ 1993 สัดส่วนการเบิกเงินคิดเป็น 16% ของเงินที่ได้สะสมในแต่ละปี

เมื่อประชาชนมีเงินสะสมมากขึ้น พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงความต้องการในระดับของบริการไปสู่ระดับที่สูงขึ้น จากการเปรียบเทียบข้อมูลการใช้บริการระหว่างปี 1982 กับ 1993 พบว่ามีการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนและ class A เพิ่มขึ้น จาก 3.5% เป็น 32% มีการใช้บริการใน class C ลดลงจาก 66% เหลือเพียง 20%

ในปี 1993 มีการนำเอาระบบ accreditation

เข้ามาใช้กับโรงพยาบาล ซึ่งหากไม่ได้รับการรับรองจะไม่สามารถเบิกเงินจาก Medisave ได้

2. แผนคุ้มครองสุขภาพ (Medishield)

ระบบ Medisave ถูกออกแบบไว้ให้เพียงพอสำหรับการเจ็บป่วยซึ่งมีค่าใช้จ่ายพอประมาณ แต่ไม่เพียงพอสำหรับการเจ็บป่วยที่รุนแรง รัฐบาลจึงได้นำระบบ Medishield เข้ามาใช้เมื่อปี 1990 Medishield เป็นระบบประกันสุขภาพพื้นฐานโดยสมัครใจซึ่งมีเบี้ยประกันต่ำเพื่อช่วยให้สมาชิกของ Medisave สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นได้เมื่อป่วยหนัก ผู้เอาประกันสามารถที่จะเลือกทำประกันด้วยแผนใดแผนหนึ่งใน 3 แผนระหว่าง Medishield, Medishield Plus A และ Medishield Plus B ซึ่งจะมีอัตราการจ่ายเบี้ยประกันและสิทธิประโยชน์แตกต่างกันดังตารางที่ 1

Medishield กำหนดเพดานความคุ้มครองค่าใช้จ่ายทั่วไปและค่าผ่าตัดไว้ ส่วนที่เกินจากเพดานเป็นหน้าที่ของผู้ป่วย Medishield จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลต่อเมื่อค่ารักษาพยาบาลนั้นเกินระดับที่กำหนดไว้ซึ่งเรียกว่า 'deductible' โดยที่ Medishield จะจ่ายให้ 80% ของส่วนที่เกินนั้น และให้ผู้เอาประกันจ่ายในส่วน 20% ที่เหลือเป็น co-insurance ผู้เอาประกันอาจจะจ่ายส่วน deductible และ co-insurance จากบัญชี Medisave ของตน

เบี้ยประกันสำหรับระบบ Medishield จะมีอัตราต่ำมาก คือ 1 เหรียญต่อเดือนสำหรับผู้ที่มีอายุไม่เกิน 30 ปี จนถึง 11 เหรียญต่อเดือนสำหรับผู้ที่มีอายุ 66-70 ปี การจ่ายเบี้ยประกันนี้อาจจะหักจากบัญชี Medisave ได้

การประกันนี้ไม่คุ้มครองโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เดิมและได้รับการรักษาในช่วง 12 เดือนก่อนหน้าการเป็นสมาชิก และไม่คุ้มครองบริการบางประเภทที่กำหนดไว้ เช่น หัตถกรรม ศัลยกรรมตกแต่ง

กองทุนสำรองเลี้ยงชีพจะได้รับความคุ้มครองโดย Medishield โดยอัตโนมัติยกเว้นแต่จะแจ้งความจำนงแต่

ตารางที่ 1 รายละเอียดเบี้ยประกัน ความรับผิดชอบของผู้เอาประกัน และสิทธิประโยชน์

สิทธิและหน้าที่	Medishield	Medishield Plus	
		Plan A	Plan B
เบี้ยประกันต่อปี			
กลุ่มอายุ 30 ปีลงมา	\$12	\$36	\$60
กลุ่มอายุ 66-70 ปี	\$132	\$396	\$660
ความรับผิดชอบของผู้เอาประกัน			
Deductible ต่อปีกรมธรรม์	\$ 1,000 \$ 500 (class C)	\$2,500	\$4,000
Coinsurance (อัตราการจ่ายร่วม)	20%	20%	20%
เพดานความคุ้มครองโดย Medishield			
ค่าบริการปกติ	\$ 120ต่อวัน	\$ 300ต่อวัน	\$ 500ต่อวัน
ค่าบริการใน ICU	\$ 240ต่อวัน	\$ 500ต่อวัน	\$ 800ต่อวัน
ค่าผ่าตัด table 1	\$ 100	\$ 300	\$ 400
ค่าผ่าตัด table 7	\$ 600	\$ 4,500	\$ 5,500

หมายเหตุ ค่าบริการปกติและค่าบริการใน ICU รวมค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าธรรมเนียมแพทย์ ค่าตรวจวินิจฉัย และค่ายา

แรกว่าไม่ต้องการเข้าร่วม ซึ่งกองทุนจะหักเบี้ยประกันจากเงินในบัญชีสำรองเลี้ยงชีพของแต่ละคนในแต่ละปีจนกระทั่งอายุ 70 ปี สมาชิกที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปเป็นผู้ใช้กลุ่มใหญ่ของระบบ

3. แผนกองทุนเพื่อสุขภาพ (Medifund)

เป็นกองทุนซึ่งมีวัตถุประสงค์ช่วยค่ารักษาพยาบาลสำหรับชาวสิงคโปร์ซึ่งมีรายได้น้อย เป็นหลักประกันว่าชาวสิงคโปร์ทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ขั้นพื้นฐานได้ไม่ว่าจะมีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมเช่นไร

กองทุน Medifund เริ่มต้นเมื่อปี 1993 ด้วยเงินทุนเพิ่มเติม 200 ล้านดอลลาร์จากรัฐบาล และรัฐบาลจะเพิ่มเงินกองทุนปีละ 100 ล้านดอลลาร์ตามแต่สถานะเศรษฐกิจของประเทศ กองทุนนี้จะใช้เฉพาะดอกเบี้ยมาจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลสำหรับคนจน

โดยจัดสรรเงินจากดอกเบี้ยให้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง โรงพยาบาลของรัฐแต่ละแห่งจะมีคณะกรรมการ Medifund ของโรงพยาบาลซึ่งรัฐบาลเป็นผู้แต่งตั้งจากบุคคลทั่วไป เพื่อพิจารณาค่าขอและการใช้เงินกองทุน ผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถจ่ายค่ารักษาให้กับโรงพยาบาลได้ มีสิทธิที่จะยื่นคำขอต่อคณะกรรมการผ่านนักสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล

ประมาณ 4% ของผู้ป่วย class B2 และ C ได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนนี้ 99.5% ของคำขอได้รับการช่วยเหลือ

ข้อคิดที่น่าสนใจ

จุดเด่นที่สำคัญของแนวคิดการใช้วิธีการออมทรัพย์เป็นพื้นฐานเพื่อรองรับค่าใช้จ่ายแทนที่จะเป็นระบบประกันสุขภาพคือ

ก. ระบบออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ คือจิตวิทยาอย่าง

สูงที่จะทำให้บุคคลเต็มใจที่จะจ่ายเงินของตนเองเพื่อสุขภาพ มีแรงจูงใจที่จะรักษาสุขภาพของตนเอง และใช้บริการเท่าที่จำเป็น เพราะเงินที่ใช้นั้นเป็นเงินของตนเอง

ข. เป็นการเตรียมการสำหรับอนาคตว่าเมื่อมีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ประเทศจะไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุเหล่านี้ดังเช่นประเทศที่ใช้ระบบรัฐสวัสดิการทั้งหลายกำลังประสบอยู่

ค. ยังคงใช้หลักการของการเฉลี่ยความเสี่ยง แต่มิใช่การเฉลี่ยความเสี่ยงกับบุคคลอื่น เป็นการเฉลี่ยความเสี่ยงภายในช่วงชีวิตของแต่ละคนเอง

ง. ผู้ใช้บริการเองจะเป็นผู้ตรวจสอบความเหมาะสมและความจำเป็นของการตรวจรักษาต่าง ๆ ที่แพทย์สั่ง เพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับเงินในบัญชีของตนเอง

จ. ประชาชนมีโอกาสที่จะเลือกสถานพยาบาลของตนเอง

อย่างไรก็ตามหากใช้ระบบนี้เพียงอย่างเดียวก็อาจจะประสบปัญหาต่อไปนี้

ก. ประชาชนจะต้องสะสมเงินไว้จำนวนมากกว่าที่จำเป็น เพียงเพื่อรองรับโอกาสที่จะประสบปัญหาค่าใช้จ่ายที่แพงมาก ทำให้แรงจูงใจที่จะสะสมเงินลดลง

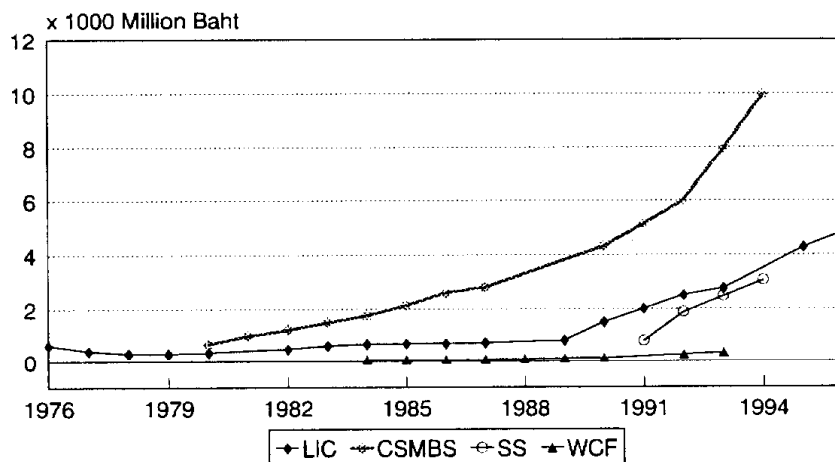
ข. การที่ประชาชนมีสิทธิที่จะใช้เงินในบัญชีของตนเอง อาจจะทำให้เกิดการให้บริการที่ไม่จำเป็นในช่วงสุดท้ายของชีวิตสำหรับการดูแลรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์

เพื่อให้ประชาชนไม่ต้องสะสมเงินไว้มากเกินไป การประสานระบบประกันสุขภาพเข้ามาจึงมีความจำเป็น ระบบที่สิงคโปร์นำมาเข้ามาใช้นั้นคิดเบี่ยงประกันในลักษณะที่สัมพันธ์กับโอกาสเจ็บป่วยในแต่ละกลุ่มอายุ คือเมื่อยิ่งอายุมาก มีโอกาสเจ็บป่วยมากขึ้น ก็จะมีเบี้ยประกันสูงขึ้น แต่ลักษณะพิเศษก็คือเป็นเบี้ยประกันในระดับที่ต่ำมาก เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้าเป็นสมาชิกได้ มีฐานการเฉลี่ยความเสี่ยงที่กว้างที่สุด แต่จะใช้เฉพาะในกรณีที่ค่าใช้จ่ายสูงถึงระดับหนึ่งเท่านั้น

ย้อนกลับมาดูปัญหาของประเทศไทย

ภาพที่ 1 แสดงการเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพในรูปแบบต่างๆ จะเห็นได้ชัดเลยว่ากราฟเส้นบนสุดคือค่าใช้จ่ายสำหรับสวัสดิการข้าราชการมีอัตราเพิ่มอย่างรวดเร็วในช่วง 2-3 ปีหลัง การเพิ่มนี้ไม่ได้เกิดจากการเพิ่มจำนวนข้าราชการและครอบครัวเพราะนโยบายจำกัดการขยายตัวของข้าราชการ แสดงว่ามีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการให้บริการและการให้บริการ ซึ่งระบบการ

ภาพที่ 1 เปรียบเทียบการเพิ่มค่าใช้จ่ายของโครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย (LIC), สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS), ประกันสังคม (SS) และกองทุนทดแทนแรงงาน (WCF)



จ่ายเงินแบบ retrospective reimbursement มีส่วนสำคัญที่กระตุ้นทั้งด้านผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ทำให้เกิดการให้บริการมากขึ้นเรื่อยๆ และไม่มีข้อมูลที่จะยืนยันว่าข้าราชการและครอบครัวมีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น

กราฟเส้นรองลงมาเป็นงบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรให้กับการสงเคราะห์ประชาชนกลุ่มต่างๆ ทั้งผู้มียายได้น้อย ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ รวมทั้งผู้มีสิทธิลดหย่อนต่างๆ ประมาณ 20 ล้านคน รวมทั้งการสงเคราะห์ผู้ป่วยประเภท ข. ซึ่งไม่ทราบฐานประชากรว่ามีจำนวนเท่าไร

กราฟเส้นที่ 3 เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยประกันสังคมจำนวนประมาณ 4 ล้านคน ซึ่งใช้เงินเกือบใกล้เคียงกับการสงเคราะห์ประชาชนกว่า 20 ล้านคน ในขณะที่มีเงินกองทุนประกันสังคมสะสมไว้กว่าหมื่นล้านบาท ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ไม่มีความรู้สึกว่าเป็นเงินของตน หรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใดๆ มากนัก นอกจากพยายามใช้สิทธิการรักษาพยาบาลให้มากที่สุดตามที่ควรจะได้ แม้ว่าการจ่ายเงินในระบบ capitation จะทำให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลไว้ได้ระดับหนึ่ง แต่ก็ยังคงมีปัญหาในเรื่องประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบ สถานการณ์ของการใช้ระบบ capitation แปรเปลี่ยนไปจากการที่ผู้ประกันตนไม่รู้สึกสิทธิ ไม่มาใช้บริการ ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ ได้กำไรจากการไม่ใช้บริการของผู้ประกันตน มาสู่การแข่งขันเอาใจผู้ประกันตนและให้บริการผู้ป่วยทั่วไปเสมือนผู้ป่วยชั้นสอง ผู้ประกันตนใช้สิทธิอย่างฟุ่มเฟือยและไม่มีการสร้างแรงจูงใจใดๆ เพื่อให้ผู้ประกันตนรักษาสุขภาพของตนเอง

ประสบการณ์ของประเทศสิงคโปร์ได้เปิดแนวคิดอีกแนวหนึ่งต่อการแก้ปัญหาในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันหลาย ๆ ประเทศที่พัฒนาแล้วก็กำลังประสบทางตันเป็นการตอกย้ำความคิดว่า ถ้าเรามุ่งเอาวัตถุประสงค์สำคัญคือสุขภาพของประชาชนอย่างเท่าเทียมกันเป็น

หลักแล้ว เราก็จะพบแนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์นั้นอย่างหลากหลาย และก่อนที่จะตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่งลงไป ควรพิจารณาไตร่ตรองทางเลือกที่มีอยู่ทั้งหมดให้ดีเสียก่อน

ผู้เขียนไม่ได้มีเจตนาที่จะด่วนสรุปในขณะนี้ว่าวิธีการของสิงคโปร์เป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย แต่ใครขอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบายและกลุ่มผู้ได้รับประโยชน์ ได้พิจารณาแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต และช่วยกันพิจารณาวิธีการที่เหมาะสมในการที่จะสร้างแรงจูงใจที่ถูกต้องสำหรับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในระบบสุขภาพ เราไม่ควรติดขัดในรายละเอียดปลีกย่อยจนละเลยเนื้อหาสาระของบทเรียนจากเพื่อนบ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการดูงานตามโครงการพัฒนาโรงพยาบาลชายแดน สิงหาคม 2538. (เอกสารอัดสำเนา)
2. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. สิ่งที่น่าเรียนรู้จากระบบประกันสุขภาพของเนเธอร์แลนด์และสิงคโปร์ นำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการพัฒนาระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 2 พฤศจิกายน 2538. (เอกสารอัดสำเนา).
3. Ministry of Health Singapore (1993) Affordable health care. SNP Publishers Pte Ltd. 1993.
4. Ministry of Health Singapore. A guide to Medisave.
5. Ministry of Health Singapore. Medishield/Medishield Plus.
6. Supachutikul A. Situation analysis on health insurance and future development (draft).

