

## การปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศเยอรมนี : กรณีศึกษา สำหรับการปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

นายรณชัย โตสมภาค  
วิทยาการชำนาญการ  
กลุ่มงานบริการวิชาการ 3 สำนักวิชาการ

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมีหลักประกันสุขภาพ ที่เป็นระบบประกันสังคม (Social security system) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ ให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสูง โดยไม่สิ้นเปลืองกำลังทรัพย์ รวมถึง ไม่จำกัดอายุ เพศ สถานภาพ รายได้ และความเสี่ยงทางสุขภาพของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ ประชากรเยอรมันทุกคนต้องทำประกันสุขภาพ โดยร้อยละ 90 ของประชากรทั้งหมด ต้องทำประกันกับ “กองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับ (Statutory Health Insurance funds)” ที่มีอยู่ทั่วประเทศ ในขณะที่ร้อยละ 9 ของประชากรที่เหลือต้องทำประกันกับบริษัทประกันเอกชน (Private insurance companies)

ระบบประกันสังคมประกอบของสหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ด้วยลักษณะ 4 ประการ ดังนี้

1. **ความสมานฉันท์ (Solidarity)** โดยสมาชิกทุกคนต้องถือหุ้นค้ำจุนกันและกัน ซึ่งหมายความว่า ผู้ที่มีรายได้มากกว่าต้องให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า ผู้มีงานทำต้องให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ไม่มีรายได้ ผู้อ่อนวัยที่มีสุขภาพแข็งแรงต้องให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้สูงวัยที่เจ็บไข้ได้ป่วย และผู้ที่มีสถานภาพโสดต้องให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีครอบครัวและเด็กเล็ก เป็นต้น ทั้งนี้ปริมาณของเงินที่นำเข้ากองทุน ควรเพิ่มขึ้นตามกำลังทรัพย์ของแต่ละบุคคลด้วย

2. **การระดมทุนด้วยเงินสมทบ (Contribution financing)** ซึ่งลูกจ้างและผู้เกษียณอายุที่มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย ต้องเข้าร่วมกองทุนประกันสุขภาพภาคบังคับทุกคน ในขณะที่ผู้มีรายได้มากกว่าเกณฑ์ สามารถเข้าร่วมกองทุนประกันสุขภาพหรือทำประกันกับบริษัทประกันสุขภาพของเอกชนก็ได้ โดยเบี้ยประกันของสมาชิกแต่ละคน ที่นำมาเป็นเงินสมทบในกองทุนผู้ป่วย (Sickness fund) จะมีที่มาจาก การหักเงินค่าจ้าง (payroll deductions) ของทั้งลูกจ้าง (Employees) และนายจ้าง (Employers) ในสัดส่วนที่เท่าเทียมกัน

3. **ความคุ้มครองแบบเต็มรูปแบบ (Comprehensive coverage)** โดยกองทุนประกันสุขภาพครอบคลุมบริการที่หลากหลาย ตั้งแต่การตรวจสุขภาพเชิงป้องกัน (Preventive care) การบำบัดรักษาโรค (Curative services) การจัดหา (Supply of drugs) การจัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Remedies and medical supplies) การดูแลรักษาในโรงพยาบาล (Hospital treatment) จนถึงเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Rehabilitation) ซึ่งผู้ป่วยสามารถเลือกรับบริการจากแพทย์และทันตแพทย์ทุกคนที่อยู่ในระบบกองทุนประกันสุขภาพอย่างอิสระ

4. **การกำกับและควบคุมตนเองขององค์กร (Self-governancy)** โดยรัฐบาลมีหน้าที่ออกกฎหมายและวางแนวทางสำหรับองค์กรด้านสาธารณสุข ในขณะที่บริการด้านสุขภาพจะมอบหมายให้องค์การนอกภาครัฐเป็นผู้ควบคุมและบริหารจัดการ อาทิ สมาคมแพทย์ (Association of physicians) และสมาคม

โรงพยาบาล (Association of hospitals) เป็นต้น ดังนั้น องค์การภาครัฐจึงไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประกันสุขภาพในเยอรมนี (Nadolski, 2002, p. 697–698)

ในด้านความเป็นมา ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากกองทุนบรรเทาทุกข์บนความสมานฉันท์สำหรับผู้ประกอบอาชีพ 5 ประเภทในสมัยกลาง (Solidarity-based relief funds) ได้รับการก่อตั้งขึ้น เมื่อปี ค.ศ. 1883 โดยพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ ค.ศ. 1883 (Health Insurance Act 1883) ภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรีออตโต ฟอน บิสมาร์ค (Chancellor Otto von Bismarck) เพื่อสร้างรัฐสวัสดิการและความเป็นปึกแผ่นทางสังคม โดยเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการตอบสนองทางการเมืองต่อการเคลื่อนไหวของขบวนการแรงงาน ทั้งนี้ การให้บริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จแก่แรงงานทั่วประเทศทำให้เกิดความสมานฉันท์ของประชากรชาวเยอรมัน และขจัดความไม่พอใจของกลุ่มประชาธิปไตยสังคมนิยมกับสหภาพแรงงานต่อรัฐบาลในขณะนั้น โดยมีพัฒนาการด้านความคุ้มครองต่าง ๆ ดังนี้

- ในปี ค.ศ. 1918 มีการขยายฐานสมาชิกและความคุ้มครองให้ครอบคลุมถึงผู้ว่างงาน
- ในปี ค.ศ. 1919 มีการขยายฐานสมาชิกและความคุ้มครองให้ครอบคลุมภรรยาและบุตรที่ไม่มีรายได้
- ในปี ค.ศ. 1930 มีการขยายฐานสมาชิกและความคุ้มครองให้ครอบคลุมผู้อยู่ในอุปการะเลี้ยงดูในครอบครัวทุกคน

ครอบครัวทุกคน

- ในปี ค.ศ. 1941 มีการขยายฐานสมาชิกและความคุ้มครองให้ครอบคลุมผู้เกษียณอายุทุกคน
- ในปี ค.ศ. 1972 มีการขยายฐานสมาชิกและบังคับให้เกษตรกรทุกคนต้องเข้าร่วมกองทุน
- ในปี ค.ศ. 1975 มีการขยายฐานสมาชิกและความคุ้มครองให้ครอบคลุมผู้พิการและนักศึกษา
- ในปี ค.ศ. 1981 มีการขยายฐานสมาชิกและความคุ้มครองให้ครอบคลุมศิลปินทุกแขนง

ถึงอย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการรวมประเทศในปี ค.ศ. 1990 เยอรมนีต้องเผชิญกับความท้าทายต่าง ๆ ด้านสาธารณสุข จนทำให้ระบบประกันสุขภาพต้องเจอกับภาวะงบขาดดุลต่อเนื่อง (Recurrent deficits) และภาระหนี้สินที่เพิ่มขึ้น (Increase debts) โดยมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย อาทิ การเข้าสู่ภาวะของสังคมผู้สูงอายุ อุปสงค์ต่อบริการสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น และพัฒนาการด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ล้ำสมัย เป็นต้น จึงมีความพยายามปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายเป็นการควบคุมรายจ่ายและการปรับปรุงประสิทธิภาพเชิงเทคนิค รวมถึง มีการส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันมากขึ้น โดยการอนุญาตให้ผู้ประกันตนสามารถตัดสินใจเลือกและเปลี่ยนกองทุนประกันสุขภาพในทุก ๆ ปี ในขณะเดียวกัน ก็พยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกภัย (Risk selection) ซึ่งผลกระทบอันไม่พึงประสงค์อื่น ๆ ที่เป็นผลมาจากการแข่งขันระหว่างกองทุน ด้วยการนำแผนปรับความเสี่ยงมาใช้ (Risk adjustment scheme) เพื่อจัดสรรเงินอุดหนุนให้สอดคล้องกับอัตราความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ประกันตนในกองทุนต่าง ๆ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้กองทุนประกันสุขภาพ สามารถรองรับสมาชิกที่มีรายได้ต่ำและมีความเสี่ยงของโรคสูง เช่นเดียวกับผู้ที่มีรายได้สูงและมีความเสี่ยงของโรคต่ำ ทั้งนี้ การใช้เหตุผลตัดสิน (Rationalization) ได้รับความสำคัญมากกว่าการจำกัดปริมาณของบริการสาธารณสุข (Rationing) โดยมีสิทธิประโยชน์เพียงเล็กน้อยเท่านั้น ที่ถูกนำออกจากชุดประกันสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีการนำยารักษาโรคและเทคโนโลยีใหม่ ๆ เพิ่มเข้าไปในชุดสิทธิประโยชน์

และเน้นบริการสาธารณสุขที่มุ่งเป้าไปยังการดูแลระยะยาว (Long-term care) และการดูแลเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative care) รวมถึงการเวชศาสตร์เชิงป้องกันมากขึ้นอีกด้วย

หลัง ปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา นโยบายด้านการควบคุมต้นทุนถูกลดความสำคัญลงไป โดยรัฐบาลมุ่งเป้าไปที่การส่งเสริมคุณภาพด้านบริการสาธารณสุขมากกว่า สืบเนื่องมาจากความไม่พึงพอใจของกลุ่มผู้ให้บริการสาธารณสุขต่อมาตรการควบคุมต้นทุนแบบรัดกุมที่ทำให้เกิดปัญหาด้านคุณภาพของการดูแลรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาในการประสานงานดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronically ill patients) ดังนั้น จึงมีการผ่อนปรนมาตรการควบคุมการแข่งขันระหว่างกองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ โดยรัฐบาลอนุญาตให้กองทุนผู้ป่วยกับผู้ให้บริการทางสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นพันธมิตรแบบลงนามในสัญญาที่ได้รับการคัดสรร (Selective contractual agreement) ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (Integrated healthcare) หมายความว่า กลุ่มผู้ให้บริการทางสาธารณสุขสามารถทำสัญญาข้อตกลงกับกองทุนผู้ป่วย เพื่อให้บริการด้านสาธารณสุขแบบไร้รอยต่อ (Service across sectoral boundaries) ในลักษณะการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน

ในปี ค.ศ. 2010 ยังมีการนำรูปแบบเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ ซึ่งกองทุนผู้ป่วยต้องเสนอทางเลือกแก่สมาชิกที่ตัดสินใจลงทะเบียนในโครงการดังกล่าว โดยผู้ที่เข้าร่วมระบบสาธารณสุขมูลฐาน จะได้รับการยกเว้นการร่วมจ่ายและลดระยะเวลาในการรอคอยพบแพทย์แต่ละครั้ง นอกจากนี้ ในทศวรรษเดียวกัน กองทุนผู้ป่วยยังได้รับสิทธิในการต่อรองเพื่อขอส่วนลดกับผู้ผลิตยา ทำให้สัดส่วนของส่วนลดทั้งหมดเกินกว่าค่าใช้จ่ายโดยรวมสำหรับผลิตภัณฑ์ยาถึงร้อยละ 10 โดยสามารถคิดมูลค่าได้มากถึงสามร้อยล้านยูโร ในส่วนของสิทธิประโยชน์ กองทุนผู้ป่วยได้รับสิทธิในการตั้งราคาทางเลือก (Choice of tariffs) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่สงวนไว้สำหรับบริษัทประกันสุขภาพเอกชนเท่านั้น โดยชุดสิทธิประโยชน์และราคาที่ต่างกันทำให้กองทุนต่าง ๆ สามารถปรับตัวเข้ากับความเป็นจริงของสมาชิกแต่ละราย อาทิ แผนการร่วมจ่ายเพื่อการรับบริการที่สูงขึ้น ซึ่งช่วยดึงกลุ่มผู้มีรายได้สูงและมีสุขภาพดีให้หันมาทำประกันกับกองทุนผู้ป่วยมากขึ้น เป็นต้น (Busse, Blumel, Knieps & Barnghausen, 2017, p. 883–891)

เนื่องจาก การควบคุมต้นทุนและการพัฒนาคุณภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนระบบประกันสุขภาพของเยอรมนี ด้วยเหตุนี้ ผู้ศึกษาจะขอกล่าวถึงการบริหารด้านการเงินและการพัฒนาคุณภาพจากงานวิจัยในต่างประเทศ โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

Carrera และคณะ (2008) ศึกษาเกี่ยวกับ “การปฏิรูปด้านการคลังของหลักประกันสุขภาพเยอรมนี การทบทวน วิธีคิดเชิงวิวัฒนาการ (Health Care Financing Reforms in Germany : The Case for Rethinking the Evolutionary Approach to Reforms)” พบว่า เยอรมนีต้องเผชิญกับต้นทุนทางสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น จนแซงหน้าการเจริญเติบโตของรายได้ประชาชาติ โดยการรวมประเทศและการแทนที่หลักประกันสุขภาพแบบคอมมิวนิสต์ในเยอรมันตะวันออก ด้วยระบบประกันสังคมของเยอรมันตะวันตก จำเป็นต้องใช้เงินลงทุนมหาศาล นอกจากนี้ ปัญหาการว่างงานจากสภาพเศรษฐกิจตกต่ำในช่วงกลางทศวรรษที่ 90s และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ก็ยิ่งทำให้ระบบประกันสังคมต้องเผชิญกับภาระทางการเงินที่สูงขึ้น ทั้งนี้ ความพยายามในการปฏิรูปที่ผ่านมา สามารถจำแนกตามสาระสำคัญ ดังนี้

1. การปฏิรูปที่มุ่งเน้นด้านอุปสงค์ (Demand-side reforms) คือการควบคุมการใช้บริการสาธารณสุขที่มีสิทธิประโยชน์ไม่จำกัดและปราศจากค่าใช้จ่าย โดยนำการร่วมจ่าย (Co-payment) การกำหนดสิทธิประโยชน์ตามหลักเหตุผล (Rationalization of benefits) และนำระบบการจ่ายแบบผสมผสานสำหรับผู้ป่วยในมาใช้ (Mixed-payment system) ทั้งนี้ กฎหมายปฏิรูปโครงสร้างได้เปลี่ยนรูปแบบการชำระเงินคืนแก่โรงพยาบาล จากการจ่ายค่าตอบแทนแบบรายวัน (Per-diem payments) ที่ประเมินจากค่าเฉลี่ยของจำนวนวันในการรักษาพยาบาลของโรคแต่ละชนิด เป็นการจ่ายแบบผสมผสานแทน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนผลผลิตและพัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารรายจ่ายของโรงพยาบาล ซึ่งภายใต้ระบบการจ่ายแบบผสมผสาน บริการทางการแพทย์และบริการทางเวชกิจฉุกเฉิน (Medical and paramedical care) จะได้รับการชำระเงินคืนในรูปแบบค่าตอบแทนคงที่ (Flat-rate payments) เฉพาะกรณีที่มีการกำหนดอัตราไว้ล่วงหน้าแล้ว หรือค่าตอบแทนแบบรายวัน ซึ่งประเมินตามอัตราที่แต่ละโรงพยาบาลตั้งไว้ ในขณะที่บริการที่ไม่เกี่ยวข้องทางการแพทย์ (Non-medical service) จะได้รับค่าตอบแทนรายวันแบบพื้นฐานเท่านั้น เช่น การอนุบาลบุคคลไร้ความสามารถ และการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ในส่วนของการร่วมจ่ายและการกำหนดสิทธิประโยชน์ตามหลักเหตุผล กองทุนผู้ป่วยได้เพิ่มอัตราการร่วมจ่ายของผู้ป่วยสำหรับการรับยาและการเข้ารับการรักษาพยาบาลในแต่ละครั้ง โดยภายใต้กฎหมายฉบับใหม่ การซื้อยาที่จำหน่ายหน้าเคาน์เตอร์ (Over the counter drugs) และการรักษาโดยการใส่ฟันปลอม (Denture treatment) ถูกนำออกจากชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อการควบคุมค่าใช้จ่ายที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. การปฏิรูปที่มุ่งเน้นด้านอุปทาน (Supply-side reforms) คือการจำกัดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ในส่วนของผู้ให้บริการสาธารณสุข โดยการจำกัดเพดานงบประมาณสำหรับแพทย์ (Budget caps for physicians) การควบคุมกำลังคนทางการแพทย์ (Control of the supply of physicians) และระบบค่าตอบแทนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related group payment system) ทั้งนี้ ภายใต้กฎหมายปฏิรูปโครงสร้าง ได้มีการวางสัดส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ต่าง ๆ ไว้อย่างชัดเจน โดยเขตที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก จะถูกห้ามไม่ให้มีการก่อตั้งสถานประกอบการขึ้นใหม่ภายในพื้นที่ นอกจากนี้ แพทย์ที่มีอายุเกิน 68 ปี ต้องเกษียณอายุการทำงาน โดยการเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมแก่ผู้ประกันตนในกองทุนผู้ป่วย และลดจำนวนนักศึกษาแพทย์ในโรงเรียนการแพทย์ รวมถึงขยายเวลาในการเป็นแพทย์ฝึกหัดในสถานพยาบาล ก่อนได้รับใบอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบการทางการแพทย์อย่างเต็มตัว ในส่วนของการนำระบบค่าตอบแทนตามกลุ่มวินิจฉัยโรครวมมาใช้ เป็นการคำนวณค่าตอบแทนจากค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ใช้ในการรักษาโรคแต่ละชนิด และนำมาตั้งเป็นราคามาตรฐานที่ใช้ในการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรสาธารณสุขในแต่ละครั้ง พบว่าสามารถลดระยะเวลาในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยในได้ถึงร้อยละ 4.1 มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสมมากขึ้น มีการประสานงานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลที่ดีขึ้น และมีการควรวรมสถานประกอบการทางการแพทย์มากขึ้น ถึงอย่างไรก็ตาม การจำกัดเพดานงบประมาณสำหรับแพทย์ ไม่ได้ผลเท่าที่ควรและถูกยกเลิกไปในที่สุด เพราะคุณภาพในการรักษาพยาบาลตกต่ำลง เนื่องจากต้นทุนที่ถูกจำกัดมากเกินไปนั่นเอง

**3. การปฏิรูปค่าใช้จ่ายด้านยา (Drug-spending reforms)** คือการจำกัดค่าใช้จ่ายด้านยา โดยใช้ระบบการกำหนดราคาอ้างอิง (Reference pricing system) การตัดราคายา (Drug price cut) และข้อบังคับด้านความเหมือน (Aut Idem regulation) ซึ่งยี่ห้อต่าง ๆ ที่มีตัวยาตัวเดียวกัน แต่มีราคาแตกต่างกัน สามารถนำมาสับเปลี่ยนทดแทนกันได้ ทั้งนี้ นอกจากการร่วมจ่ายค่ายาของผู้ประกันตนแล้ว รัฐบาลเยอรมัน ยังได้นำระบบการกำหนดราคาอ้างอิงและการตัดราคายามาใช้ เพื่อกำหนดราคามาตรฐานของยาแต่ละชนิดให้มีความสมเหตุสมผลมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่กำหนดราคากลาง โดยผู้ประกอบการอุตสาหกรรมยาต้องตั้งราคาไม่ให้เกินกว่าเพดานที่กำหนดสำหรับยาแต่ละชนิด นอกจากนี้ ยังมีการกำหนดข้อบังคับให้เภสัชกรในโรงพยาบาลมีหน้าที่ในการสับเปลี่ยนยี่ห้อยาที่มีตัวยาเดียวกัน แต่มีราคาถูกกว่าแก่ผู้รับบริการรักษาพยาบาล ยกเว้นแพทย์ผู้สั่งยาจะคัดค้าน ด้วยเหตุผลทางการแพทย์

**4. การปฏิรูปบนทางเลือก (Choice-based reforms)** คือการปฏิรูปโดยอาศัยกลไกทางเลือก ซึ่งประกอบด้วย การชำระเงินคืนสำหรับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกในสหภาพยุโรป (Reimbursement of EU ambulatory care) การปรับโครงสร้างความเสี่ยงของกองทุนผู้ป่วย (Risk structure adjustment) และการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health technology assessment) ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่เป็นประชากรเยอรมันมีสิทธิในการรับบริการรักษาพยาบาล ไม่ว่าจะอยู่ที่ใดในสหภาพยุโรป โดยกองทุนประกันสุขภาพต้องชำระเงินคืนแก่ผู้ป่วยที่ใช้บริการในประเทศอื่น นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลหรือผลวิจัย ที่จะนำไปสู่การสนับสนุนเชิงนโยบาย เพื่อลดต้นทุนในการประกอบกิจการทางการแพทย์ โดยการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้อย่างเหมาะสม ในส่วนของการรับมือกับการปรับโครงสร้างของระบบประกันสุขภาพ ที่อนุญาตให้ผู้ประกันตนสามารถเลือกกองทุนสุขภาพอย่างเสรี ทำให้เกิดแนวโน้มการกำหนดเกณฑ์คัดเลือกภัย ซึ่งเป็นผลกระทบที่ไม่ควรเกิดขึ้นอย่างยิ่ง ดังนั้น จึงมีการนำมาตรการการปรับโครงสร้างความเสี่ยงมาใช้ เพื่อลดแรงจูงใจในการคัดเลือกภัย โดยการจัดสรรอัตราส่วนของเงินทุนให้เท่าเทียมกันระหว่างกองทุนต่าง ๆ เพื่อชดเชยสัดส่วนที่ขาดหายไปกับกองทุนที่สมาชิกมีความเสี่ยงสูง

ในการนี้ สามารถสรุปบทเรียนที่ได้จากการศึกษาการปฏิรูปของหลักประกันสุขภาพในเยอรมนี ดังนี้

1. การนำระบบค่าตอบแทนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้ สามารถปรับปรุงระบบการคลังสาธารณสุขของเยอรมนีได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด
2. การจำกัดเพดานงบประมาณเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาในระยะยาว ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ เนื่องจาก ขาดมาตรการบังคับและบทลงโทษทางกฎหมายที่เด็ดขาด สำหรับการสั่งยาที่มากเกินไป
3. ความไม่สอดคล้องระหว่างมาตรการต่าง ๆ ทำให้เกิดช่องว่างในการปฏิรูป เช่น การสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันมากขึ้นระหว่างกองทุนผู้ป่วย ในขณะที่ชุดสิทธิประโยชน์ของกองทุนต่าง ๆ ยังคงไว้ซึ่งรูปแบบเดียวกัน เป็นต้น
4. ความไม่สม่ำเสมอของมาตรการต่าง ๆ ตลอดระยะเวลาของการปฏิรูป เช่น นโยบายการรักษาโดยการใส่ฟันปลอม ที่ถูกนำออกจากชุดสิทธิประโยชน์ แต่ถูกนำกลับเข้ามาอีกครั้ง ก่อนจะถูกยกเลิกไปจากกองทุนผู้ป่วยในที่สุด เป็นต้น (Carrera, Siemens & Bridges, 2008, p. 980–996)

Yaman (2014) ศึกษาเกี่ยวกับ “จุดแข็งและจุดอ่อนของการจัดหาเงินทุนในโรงพยาบาลของเยอรมนี (Strengths and Weaknesses of Financing Hospitals in Germany)” พบว่า เยอรมนีมีโรงพยาบาลอยู่ 3 ประเภท คือโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลมูลนิธิ และโรงพยาบาลเอกชน โดยมีการจัดหาเงินทุนแบบคู่ขนาน (Dual financing principle) ซึ่งเป็นแนวทางในการจัดสรรเงินทุนสำหรับการประกอบกิจการซึ่งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (Ongoing operational expenses) อาทิ ต้นทุนด้านบุคลากร และต้นทุนด้านวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ จะได้รับการจัดสรรจากกองทุนประกันสุขภาพ ในขณะที่ต้นทุนในการลงทุน (Investment costs) อาทิ ค่าก่อสร้างอาคาร และสินทรัพย์ถาวรที่มีอายุการใช้งานมากกว่าสามปี จะได้รับการสนับสนุนจากกองทุนภาครัฐของรัฐต่าง ๆ ในเยอรมนี ที่สถานประกอบการนั้นตั้งอยู่ ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายกองทุนแบ่งเป็นค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเป็นอันดับหนึ่ง ตามด้วยเภสัชภัณฑ์ (Pharmaceutical products) และอุปกรณ์การผ่าตัด (Surgical materials) และสุดท้ายคือค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โดยในปี ค.ศ. 2003 ได้มีการนำระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายตามตัวชี้วัดความสำเร็จของผลงาน (Performance-related lump-sum remuneration system) บนพื้นฐานของหลักการการแบ่งกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งมีรูปแบบมาจากระบบที่ใช้อยู่ในเครือรัฐออสเตรเลียมาใช้

การแบ่งกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เป็นระบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบมุ่งเน้นบริการของโรงพยาบาลเป็นหลัก (Service-oriented hospital reimbursement system) ซึ่งโรงพยาบาลจะได้รับค่าตอบแทนเป็นจำนวนเงินที่ตายตัวสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย ที่มีอาการเข้าข่ายโรคที่มีลักษณะเฉพาะตามบัญชีกลุ่มโรคด้วยเหตุนี้ ผู้เจ็บป่วยที่มีอาการเพียงเล็กน้อยจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อหัวน้อยกว่าผู้เจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรง โดยรายจ่ายที่ใช้เป็นค่าเฉลี่ย จะถูกคำนวณจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคชนิดเดียวกันหรือโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และนำมาบรรจุเป็นราคากลางสำหรับการเหมาจ่ายในแต่ละครั้ง ทั้งนี้ กรณีผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลนานกว่าระยะเวลาที่กำหนดไว้ โรงพยาบาลจะไม่ได้รับเงินชดเชย นอกเหนือจากราคาเหมาจ่ายที่ระบุในบัญชีกลุ่มโรค ดังนั้น จำนวนวันเฉลี่ยที่ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงลดลงอย่างเห็นได้ชัด รวมถึงคุณภาพในการรักษาพยาบาลก็ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพราะโรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องบริหารเงินทุนสำรองอย่างรอบคอบมากขึ้น เพื่อให้ระดับของรายรับและรายจ่ายเกิดความสมดุลมากที่สุด

ถึงอย่างไรก็ตาม การแบ่งกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ทำให้เกิดการทบทวนเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการจัดหาเงินทุนแบบคู่ขนาน โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำระบบมาตรฐานเดียวมาใช้ (Monistic system) โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

1. การจัดหาเงินทุนแบบคู่ขนานขาดความยั่งยืน เนื่องจาก การแบ่งแยกระหว่างค่าใช้จ่ายที่เป็นส่วนของการดำเนินงาน กับค่าใช้จ่ายในการลงทุน ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถดำเนินงานตามวัตถุประสงค์และแผนธุรกิจที่วางไว้ได้ เพราะการตัดสินใจด้านการลงทุนขึ้นอยู่กับปัจจัยทางการเมืองของรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้จัดหาเงินทุนแก่โรงพยาบาล ในกรณีนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับมาตรการการแบ่งกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมการจัดหาเงินทุนจากแหล่งเดียว คือกองทุนประกันสุขภาพ จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสม เพราะการคิดราคาเหมาจ่ายตามบัญชีกลุ่มโรค มีการประเมินค่าใช้จ่ายด้านการลงทุนที่ต้องจ่ายให้กับการรักษาพยาบาลรวมไว้ด้วย

2. การจัดหาเงินทุนจากแหล่งเดียว ตามมาตรการการแบ่งกลุ่มวินิจฉัยโรค จะช่วยลดบทบาทของรัฐบาลกลาง และรัฐบาลท้องถิ่น จากผู้วางแผนและกำหนดทิศทางธุรกิจของโรงพยาบาล มาเป็นผู้ดูแลด้านคุณภาพและความปลอดภัยทางการแพทย์

3. การจัดหาเงินทุนจากแหล่งเดียว ยังช่วยบรรเทาปัญหาที่เกิดจากการขาดแคลนเงินทุน (Investment shortfall) โดยที่ผ่านมา รัฐบาลในบางรัฐของเยอรมนี ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายด้านการลงทุน ส่งผลให้โรงพยาบาลหลายแห่ง ต้องแบ่งปันค่าตอบแทนจากการรักษาพยาบาล ที่รวบรวมจากกองทุนผู้ป่วย มาชดเชยในส่วนที่ขาดหายไป ด้วยเหตุนี้ บุคลากรทางสาธารณสุข จึงต้องเผชิญกับภาวะกดดันทางค่าใช้จ่ายที่หนักหน่วง ทำให้เกิดความแตกต่างด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลระหว่างรัฐที่มีงบประมาณมากกับรัฐที่มีงบประมาณน้อย ทั้งนี้ ภายใต้ระบบจ่ายค่าตอบแทน โดยยึดตามค่าสินไหมทดแทนในการใช้บริการ (Compensation system according to the claimed services) ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติการกับค่าใช้จ่ายด้านการลงทุนจะถูกกำหนดตามขอบเขตของการใช้บริการ เช่นนี้ค่าใช้จ่ายทั้งหมด ควรได้รับการชดเชยจากแหล่งเดียว คือกองทุนสุขภาพ เพื่อช่วยลดความแตกต่างด้านแหล่งเงินทุน ทำให้ระบบการคลังในโรงพยาบาลดีขึ้น ช่วยลดแรงกดดันทางค่าใช้จ่ายแก่บุคลากรทางสาธารณสุข และช่วยผลักดันให้เกิดความเท่าเทียมด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลทั่วประเทศ (Yaman, 2014, p. 3–15)

Breckenamp และคณะ (2007) ศึกษาเกี่ยวกับ “ความก้าวหน้าของการบริหารจัดการด้านคุณภาพของระบบสาธารณสุขเยอรมัน (Progress on quality management in the German health system)” พบว่า การปฏิรูปสาธารณสุขในเยอรมัน มีจุดประสงค์เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลถึงอย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการด้านคุณภาพ ถือเป็นส่วนสำคัญของการปฏิรูปเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหมวดหมู่ที่เกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาคุณภาพ มีดังนี้

1. การพัฒนาระบบบริหารจัดการภายในด้านคุณภาพในโรงพยาบาล
2. การบูรณาการระหว่างผู้ให้บริการและกองทุนประกันสุขภาพ
3. การนำรูปแบบเวชศาสตร์ครอบครัวมาใช้ โดยสร้างแรงจูงใจทางการเงินแก่ผู้รับบริการ
4. การนำบัญชียาที่มีประสิทธิภาพมาใช้แทนบัญชียาที่ขาดประสิทธิภาพ

โดยมีคณะกรรมการร่วมของรัฐบาลกลาง (Federal Joint Committee) กระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจในการตัดสินใจสูงสุด ซึ่งมีภาระหน้าที่ต่าง ๆ ดังนี้

1. การประเมินและการออกใบอนุญาตสำหรับแนวทางการตรวจโรคและการรักษาพยาบาลแบบใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยนอก (Ambulatory care)
2. การพัฒนาและการวางแนวทางการรักษาพยาบาล
3. การพิจารณาค่าตอบแทนด้านการใช้จ่ายในการบำบัดโรค (Medicament remuneration)
4. การพัฒนาและวางแนวทางในการบริหารจัดการด้านคุณภาพในการรักษาพยาบาลและบริการทันตกรรมสำหรับผู้ป่วยนอก (Ambulatory medical and dental care)
5. การตัดสินใจเกี่ยวกับมาตรการประกันคุณภาพ (Quality assurance measures) ในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองจากกองทุนประกันสุขภาพของเยอรมนี (GKV accredited hospitals)

6. มาตรการลงโทษทางการเงินแก่โรงพยาบาลที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางในการบริหารจัดการด้านคุณภาพ
  7. การจัดทำเนื้อหาและหมวดหมู่ของรายงานคุณภาพเพื่อแจกจ่ายให้โรงพยาบาล
- โดยที่ผ่านมา ได้มีการริเริ่มดำเนินการพัฒนาด้านคุณภาพผ่านโครงการต่าง ๆ ดังนี้

**1. ความร่วมมือเพื่อคุณภาพและความโปร่งใสในโรงพยาบาล (The Cooperation for Transparency and Quality in Hospitals)** เริ่มต้นขึ้นในปี ค.ศ. 1997 โดยความร่วมมือระหว่างแพทยสภา (Federal Chamber of physicians) และสมาคมประกันสุขภาพต่าง ๆ (The federal associations of various health insurance funds) รวมถึงสหพันธ์โรงพยาบาล (Hospital federation) และสภาการพยาบาลอีกด้วย (Nursing council) โดยมีพันธกิจในการเสริมสร้างความโปร่งใสด้านสมรรถนะของโรงพยาบาล ผ่านการจัดทำและแจกจ่ายข้อมูลที่ง่ายต่อการเข้าใจแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย ถึงอย่างไรก็ตาม ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ผลิตออกมา เน้นไปที่การตรวจสอบด้านคุณภาพของโครงสร้าง (Structural quality) แต่กลับละเลยการจัดการด้านคุณภาพในมิติอื่น ๆ

**2. โครงการต้นแบบการบริหารจัดการด้านคุณภาพในโรงพยาบาล (The Pilot Project Quality Management in Hospitals)** ซึ่งริเริ่มและสนับสนุนด้านเงินทุนโดยกระทรวงสาธารณสุข และมีวัตถุประสงค์เพื่อพิสูจน์ให้เห็นถึงคุณประโยชน์ที่กลุ่มผู้ให้บริการ กองทุนประกันสุขภาพ และกลุ่มผู้ป่วย จะได้รับการบริหารจัดการด้านคุณภาพ ทั้งนี้ ระหว่างปี ค.ศ. 1998-ค.ศ. 2001 โครงการนี้ได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาล 44 แห่ง ที่เริ่มนำระบบการบริหารจัดการด้านคุณภาพที่ครอบคลุมมาใช้ โดยมุ่งเน้นเป้าหมายไปที่ผู้ป่วยและบุคลากรด้านสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพและทุกระดับชั้น

**3. โครงการรูปแบบโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ (The Hospital Quality Model)** ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาเครื่องมือ เพื่อใช้ในการประเมินและเปรียบเทียบมุมมองด้านคุณภาพของการรักษาพยาบาลภายในโรงพยาบาลต่าง ๆ โครงการนี้ริเริ่มในปี ค.ศ. 1999 จากความร่วมมือระหว่างสหพันธ์กองทุนประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นกับโรงพยาบาล 20 แห่ง โดยมีเป้าหมายเพื่อกำหนดนิยามสำหรับตัวบ่งชี้ผลลัพธ์ที่น่าเชื่อถือด้วยแนวทางที่ครอบคลุมและแปลกใหม่ ผ่านการรวบรวมมุมมองของผู้รับบริการและผู้ให้บริการทางสาธารณสุขเข้าไว้ด้วยกันในชุดเครื่องมือที่พัฒนาขึ้น ทั้งนี้ ผลลัพธ์ของโครงการ ได้รับการยอมรับว่ามีส่วนสำคัญในการพัฒนาการบริหารจัดการภายในด้านคุณภาพของโรงพยาบาล รวมถึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการเปรียบเทียบคุณภาพระหว่างองค์กรอีกด้วย (External quality comparisons)

**4. ระบบคุณภาพและการพัฒนาเวชปฏิบัติ (The Quality and Development for Practice)** ซึ่งเป็นระบบบริหารจัดการด้านคุณภาพสำหรับแพทย์และนักจิตวิทยาบำบัด (Psychotherapists) ผู้ให้บริการผู้ป่วยใน (Ambulatory care) ที่ได้รับการรับรองจากกองทุนประกันสุขภาพของเยอรมนี โดยยึดตามตัวชี้วัดเพื่อการบริหารจัดการประเด็นเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้รับบริการสาธารณสุข (Patient safety and care) การเตรียมข้อมูลและเอกสารทางการแพทย์ (Information and documentation) ผู้ร่วมมือและประสานงาน (Collaborators) การจัดระบบองค์กรและสำนักงาน (Office organization) สถานภาพพื้นฐาน (Basic conditions) และการศึกษาต่อเนื่อง (Continuing education)



ทั้งนี้ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 เป็นต้นมา โรงพยาบาลทุกแห่ง ต้องยื่นรายงานด้านคุณภาพแก่กองทุนประกันสุขภาพทุกสองปี ซึ่งโครงสร้างและเนื้อหาของรายงานจะถูกวางรูปแบบตามกรอบที่คณะกรรมการร่วมของรัฐบาลกลางกำหนดไว้ โดยรายงานต้องได้รับการตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณะอย่างโปร่งใส ถึงอย่างไรก็ตามเนื้อหาของรายงานในช่วงแรกต้องประสบกับปัญหาในหลาย ๆ ด้าน อาทิ ไม่มีการกำหนดตัวชี้วัดด้านคุณภาพที่ชัดเจน ทำให้ไม่สามารถวัดประสิทธิผลของการบริหารจัดการด้านคุณภาพได้ และการใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์มากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นคนทั่วไปไม่สามารถเข้าใจเนื้อหาในรายงานได้ เป็นต้น นอกจากนี้แม้ว่ารายงานจะสนับสนุนให้เกิดการโต้แย้งเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านคุณภาพ แต่กลับไม่สนับสนุนให้เกิดการเปรียบเทียบด้านคุณภาพระหว่างองค์กร ดังนั้น จึงควรเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมมากขึ้นในการจัดทำรายงาน เพื่อให้เกิดคุณภาพและประสบความสำเร็จในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุผล (Breckenkamp, Wiskow & Laaser, p. 2-11)

### บทสรุปและข้อเสนอแนะของผู้ศึกษา

สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีมีหลักประกันสุขภาพ ที่เป็นระบบประกันสังคม ซึ่งประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสูง โดยไม่สิ้นเปลืองกำลังทรัพย์ รวมถึงไม่จำกัดอายุ เพศ สถานภาพรายได้ และความเสียหายทางสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยประชากรเยอรมันทุกคนต้องทำประกันสุขภาพกับกองทุนประกันสุขภาพที่มีอยู่ทั่วประเทศ ทั้งนี้ ระบบประกันสังคมของเยอรมันประกอบด้วยลักษณะสำคัญ 4 ประการคือความสมานฉันท์ การระดมทุนด้วยเงินสมทบ ความคุ้มครองแบบเต็มรูปแบบ และการกำกับและควบคุมตนเองขององค์กร ทั้งนี้ จากการศึกษาด้านการควบคุมต้นทุนและการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนระบบประกันสุขภาพของเยอรมนีมีข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อนำไปปรับใช้กับระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ดังนี้

1. ควรมีการควบคุมการใช้บริการสาธารณสุขที่มีสิทธิประโยชน์ไม่จำกัดและปราศจากค่าใช้จ่าย โดยนำการร่วมจ่าย (Co-payment) การกำหนดสิทธิประโยชน์ตามหลักเหตุผล (Rationalization of benefits) และนำระบบการจ่ายแบบผสมผสานสำหรับผู้ป่วยในมาใช้ (Mixed-payment system) ทั้งนี้ กฎหมายปฏิรูปโครงสร้างได้เปลี่ยนรูปแบบการชำระเงินคืนแก่โรงพยาบาล จากการจ่ายค่าตอบแทนแบบรายวัน (Per-diem payments) ที่ประเมินจากค่าเฉลี่ยของจำนวนวันในการรักษาพยาบาลของโรคแต่ละชนิด เป็นการชำระเงินคืนในรูปแบบค่าตอบแทนคงที่ (Flat-rate payments) ซึ่งประเมินตามอัตราที่ตั้งไว้

2. ควรมีการจำกัดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ในส่วนของผู้ให้บริการสาธารณสุข โดยการจำกัดเพดานงบประมาณสำหรับแพทย์ (Budget caps for physicians) การควบคุมกำลังคนทางการแพทย์ (Control of the supply of physicians) และระบบค่าตอบแทนตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related group payment system) ซึ่งเป็นการคำนวณค่าตอบแทนจากค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ใช้ในการรักษาโรคแต่ละชนิด และนำมาตั้งเป็นราคามาตรฐานที่ใช้ในการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรสาธารณสุขในแต่ละครั้ง ทำให้สามารถลดระยะเวลาในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย มีการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม และมีการประสานงานระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้บริหารโรงพยาบาลที่ดีขึ้น

3. ควรมีการวางสัดส่วนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ต่าง ๆ โดยชัดเจน ซึ่งเขตที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมากเกินไปเกินกำหนด ควรถูกห้ามไม่ให้มีการก่อตั้งสถานประกอบการขึ้นใหม่ในพื้นที่ และแพทย์ที่มีอายุเกิน 68 ปี ต้องเกษียณอายุการทำงาน โดยการเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

4. ควรมีการปฏิรูปค่าใช้จ่ายด้านยา โดยการนำระบบการกำหนดราคาอ้างอิง (Reference pricing system) การตัดราคายา (Drug price cut) และข้อบังคับด้านความเหมือนมาใช้ (Aut Idem regulation) ทั้งนี้การกำหนดราคาอ้างอิงและการตัดราคายา เป็นการกำหนดราคามาตรฐานของยาแต่ละชนิดให้มีความสมเหตุสมผลมากขึ้น โดยมีการกำหนดราคากลาง ซึ่งผู้ประกอบการ ต้องตั้งราคาไม่เกินกว่าเพดานที่กำหนดสำหรับยาแต่ละชนิด นอกจากนี้ ควรให้เภสัชกรในโรงพยาบาลมีอำนาจในการสับเปลี่ยนยี่ห้อยาที่มีตัวยาเดียวกัน แต่มีราคาถูกกว่าแก่ผู้รับบริการรักษาพยาบาล ยกเว้นกรณีที่แพทย์ผู้สั่งยาจะคัดค้าน ด้วยเหตุผลทางการแพทย์

5. ควรมีการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health technology assessment) โดยการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้อย่างเหมาะสม เพื่อลดต้นทุนในการประกอบกิจการทางการแพทย์

6. ควรนำระบบการแบ่งกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้ ซึ่งโรงพยาบาลจะได้รับค่าตอบแทนเป็นจำนวนเงินที่แน่นอนสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย ที่มีอาการเข้าข่ายโรคที่มีลักษณะเฉพาะตามบัญชีกลุ่มโรคด้วยเหตุนี้ ผู้เจ็บป่วยที่มีอาการเพียงเล็กน้อยจะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อหัวน้อยกว่าผู้เจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรง โดยรายจ่ายที่ใช้เป็นค่าเฉลี่ยจะถูกคำนวณจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคชนิดเดียวกันหรือโรคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และนำมาบรรจุเป็นราคากลางสำหรับการเหมาจ่ายในแต่ละครั้ง ทั้งนี้ กรณีผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเป็นเวลานานกว่าระยะเวลาที่กำหนดไว้ โรงพยาบาลจะไม่ได้รับเงินชดเชยนอกเหนือจากราคาเหมาจ่ายที่ระบุในบัญชีกลุ่มโรค ทำให้คุณภาพในการรักษาพยาบาลดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เพราะโรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องบริหารเงินทุนสำรองอย่างรอบคอบมากขึ้น เพื่อให้ระดับของรายรับและรายจ่ายเกิดความสมดุลมากที่สุด

7. ควรมีการจัดหาเงินทุนจากแหล่งเดียว เพื่อบรรเทาปัญหาที่เกิดจากการขาดแคลนเงินทุน ซึ่งทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งจำเป็นต้องแบ่งปันค่าตอบแทนจากการรักษาพยาบาล ที่รวบรวมจากกองทุนประกันสุขภาพ มาชดเชยในส่วนของเงินลงทุนที่ขาดหายไป ด้วยเหตุนี้ บุคลากรทางสาธารณสุข จึงต้องเผชิญกับภาวะกดดันทางค่าใช้จ่ายที่หนักหน่วง ทำให้เกิดความถดถอยด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ ภายใต้ระบบจ่ายค่าตอบแทน โดยยึดตามค่าสินไหมทดแทนในการใช้บริการ ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติการกับค่าใช้จ่ายด้านการลงทุนจะถูกกำหนดตามขอบเขตของการใช้บริการ เช่นนี้ ค่าใช้จ่ายทั้งหมด ควรได้รับการชดเชยจากแหล่งเดียว คือกองทุนประกันสุขภาพ เพื่อช่วยลดความแตกต่างด้านแหล่งเงินทุน ทำให้ระบบการคลังในโรงพยาบาลดีขึ้น ช่วยลดแรงกดดันทางค่าใช้จ่ายแก่บุคลากรทางสาธารณสุข และช่วยผลักดันให้เกิดความเท่าเทียมด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลทั่วประเทศ

8. ควรมีการพัฒนาด้านคุณภาพ โดยการจัดทำรายงานด้านคุณภาพและมีการตีพิมพ์เพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณชน อย่างโปร่งใส โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดด้านคุณภาพที่ชัดเจน มีการใช้ศัพท์ที่ง่ายต่อการเข้าใจ และสนับสนุนให้เกิดการเปรียบเทียบด้านคุณภาพระหว่างองค์กร รวมถึง เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมมากขึ้นในการจัดทำรายงาน เพื่อให้เกิดคุณภาพและประสบความสำเร็จในการนำไปปฏิบัติให้บรรลุผล

## บรรณานุกรม

- Breckenkamp, J., Wiskow, C., & Laaser, U. (2007). Progress on quality management in the German health system – a long and winding road. **Health Research Policy and Systems**, 5(7), 1–11
- Busse, R., Blumel, M., Knieps, F., & Barnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany : a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. **Lancet**, 390, 882–897
- Carrera, P.M., Siemens, K.K., & Bridges, J. (2008). Health Care Financing Reforms in Germany : The Case for Rethinking the Evolutionary Approach to Reforms. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, 33(5), 979–1005
- Nadolski, H. (2002). Budgeting and Rationing in the German Health Care System. **Journal of Contemporary Health Law and Policy**, 18(3), 697–702
- Yaman, K. (2014). Strengths and Weaknesses of Financing Hospitals in Germany. **Business and Economics Research Journal**, 5(4), 1–17