

การปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศเดนมาร์ก : กรณีศึกษาสำหรับการปรับปรุง  
ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย

นายรณชัย โตสมภาค  
วิทยากรชำนาญการ  
กลุ่มงานบริการวิชาการ 3 สำนักวิชาการ

ประเทศเดนมาร์กมีระบบสวัสดิการที่ยึดตามรูปแบบของกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย (Scandinavian welfare model) ซึ่งประชากรทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการเข้าถึงหลักประกันทางสังคม รวมถึงบริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง โดยปราศจากค่าใช้จ่าย เนื่องจากมีแหล่งเงินทุนที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบมาจากภาษีทั่วไป (General taxes) เงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง (Central government block grants) การชำระเงินคืน (Reimbursements) และเงินอุดหนุนเพื่อให้เกิดความเสมอภาค (Equalization Schemes) รวมถึง การร่วมจ่าย (Co-payments) ของผู้รับบริการบางกลุ่มด้วย ในด้านโครงสร้างมีการแบ่งการทำงานออกเป็นสามระดับ ประกอบด้วย ระดับรัฐบาลกลาง (State level) ระดับภูมิภาค (Regional level) และระดับท้องถิ่น (Municipalities or local level) โดยรัฐบาลกลางมีอำนาจหน้าที่ในการควบคุมและบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงกำกับดูแลภาพรวมของระบบสาธารณสุข ในขณะที่หน่วยปกครองส่วนภูมิภาค ซึ่งประกอบด้วย 5 เขต มีหน้าที่กำกับรับผิดชอบโรงพยาบาลและกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในระบบประกันสุขภาพ (General practitioners-GPs) และสุดท้ายคือหน่วยปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบหน่วยบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary healthcare services) ที่ให้บริการปฐมภูมิแก่ประชากรที่อาศัยในท้องถิ่นต่าง ๆ

ระบบสาธารณสุขมูลฐานของประเทศเดนมาร์ก เป็นการให้บริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ (Dentists) นักกายภาพบำบัด (Physiotherapists) และนักจิตวิทยา (Psychologists) รวมถึง เป็นหน่วยงานที่มีภารกิจในการรณรงค์ป้องกันโรค วางมาตรการส่งเสริมสุขภาพในระดับท้องถิ่น ให้บริการเวชศาสตร์ฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) และการดูแลผู้สูงอายุ (Home nursing) ซึ่งมีหน้าที่ให้บริการเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพ และเป็นผู้ประสานงานระหว่างหน่วยการแพทย์ปฐมภูมิ สถานพยาบาลและหน่วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยเป็นผู้พิจารณาส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในหน่วยการแพทย์ระดับต่าง ๆ ตามความเหมาะสม ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งนี้ ประชากรประเทศเดนมาร์กทุกคนต้องเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพ โดยมีหลักประกันให้เลือกสองกลุ่มใหญ่ ๆ คือ

กลุ่มที่ 1 โดยผู้ประกันตนกลุ่มแรกต้องทำการลงทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ และมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิโดยไม่ต้องมีค่าใช้จ่าย รวมถึงสิทธิในการเข้ารับการรักษาที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในคลินิกเอกชน (Private practice) เมื่อได้รับการส่งต่อ (Referral) จากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

กลุ่มที่ 2 ผู้ประกันตนมีสิทธิเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่ว่าจะอยู่ที่ใดของประเทศ และสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในคลินิกเอกชน โดยไม่จำเป็นต้องมีการส่งต่อจากแพทย์ปฐมภูมิ โดยผู้ประกันตนกลุ่มนี้ต้องร่วมจ่ายคูปองไปกับเงินอุดหนุนของรัฐบาลกลางที่มาจากภาษีทั่วไป

ในด้านการบริหารจัดการโรงพยาบาล หน่วยงานปกครองส่วนภูมิภาคเป็นผู้ดูแลและวางแผนด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป ในขณะที่รัฐบาลกลางจะดูแลรับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialized hospital services) และรัฐบาลกลางยังเป็นผู้กำหนดและวางโครงสร้างของหน่วยแพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศ โดยหน่วยแพทย์เฉพาะทางจะสังกัดอยู่หนึ่งในสามของโรงพยาบาลรัฐภายในภูมิภาคยกเว้นหน่วยแพทย์เฉพาะทางระดับสูง ที่จะสังกัดอยู่เพียงหนึ่งในสามของโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศ

ในด้านงบประมาณและการคลัง รัฐบาลกลางและหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดหาเงินทุนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของระบบหลักประกันสุขภาพ โดยหน่วยงานปกครองส่วนภูมิภาค จะได้รับเงินอุดหนุนที่เป็นวงเงินรวม (Block grant) และเงินอุดหนุนตามต้นทุนกิจกรรม (Activity-based subsidy) จากรัฐบาลกลาง รวมถึงเงินสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอีกด้วย เพื่อบริหารจัดการสถานพยาบาลที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแล ทั้งนี้ เงินอุดหนุนที่เป็นวงเงินรวมจะได้รับการจัดสรร เป็นจำนวนเท่ากันทุกภูมิภาค โดยคิดเป็นร้อยละ 75 ของเงินทุนทั้งหมด ส่วนเงินอุดหนุนตามต้นทุนกิจกรรม จะได้รับการจัดสรรตามเกณฑ์ที่สะท้อนความจำเป็นของแต่ละพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ (Demography) หรือ โครงสร้างทางสังคม (Social structure) ในส่วนของหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากเงินรายได้จากภาษีที่จัดหาเองแล้ว ยังได้รับเงินอุดหนุนที่เป็นวงเงินรวมจากรัฐบาลกลางอีกก้อนหนึ่ง เพื่อสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ โดยเงินอุดหนุนจะถูกแบ่งตามสัดส่วนของจำนวนฐานภาษีในแต่ละท้องถิ่น ในขณะที่เดียวกัน รัฐบาลกลางได้บรรจุเงินอุดหนุนเพื่อให้เกิดความเสมอภาคไว้ในวงเงินรวม เพื่อให้การบริหารจัดการหน่วยแพทย์ปฐมภูมิมีคุณภาพและสามารถรองรับประชากรที่มาใช้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกันทุกแห่ง

นอกจากนี้ ทุกปีจะมีการประชุมเจรจาระหว่างรัฐบาลกลาง หน่วยงานปกครองส่วนภูมิภาค และหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อบรรลุข้อตกลงทางการเงินประจำปี (Annual financial agreements) และกำหนดอัตราคงที่ของรายจ่ายสาธารณะ (Fixed level of public expenditure) ทั้งนี้ แม้จะให้อิสระเต็มที่ในการบริหารจัดการโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขมูลฐานในแต่ละภูมิภาคและท้องถิ่น แต่ข้อตกลงก็มีเงื่อนไขที่กำหนดให้สถานพยาบาลทุกแห่งต้องเพิ่มผลิตผลด้านบริการทางการแพทย์ ให้ได้อย่างต่ำร้อยละ 2 ต่อปี ซึ่งหากไม่สามารถบรรลุเป้าหมายนี้ได้ จะส่งผลให้งบประมาณในปีถัดไป ได้รับการจัดสรรที่น้อยลงตามลำดับ (Ministry of Health, 2017)

ในการศึกษาครั้งนี้ จะกล่าวถึงการพัฒนาคุณภาพและความรับผิดชอบด้านบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพของประเทศเดนมาร์กจากงานวิจัยในต่างประเทศ โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

Mainz และคณะ ศึกษาเกี่ยวกับ “การพัฒนาคุณภาพและความรับผิดชอบในระบบประกันสุขภาพของประเทศเดนมาร์ก (Quality improvement and accountability in the Danish health care system)” พบว่า รัฐบาลเดนมาร์กดำเนินการพัฒนาคุณภาพของระบบประกันสุขภาพ โดยอาศัยมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

1. หลักเกณฑ์ด้านการรักษาพยาบาลแห่งชาติ โครงการบริหารจัดการโรค และการริเริ่มแผนการดูแลผู้ป่วย (National clinical guidelines, disease management programs and pathway initiatives): ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศเดนมาร์ก มีการกำหนดแนวทางสำหรับการรักษาโรคแต่ละชนิดที่แตกต่างกัน ตามลักษณะเฉพาะของโรคนั้น ๆ ตั้งแต่ขั้นตอนเข้ารับการตรวจโรคไปจนถึงการติดตามอาการหลังการรักษา เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ทุกระดับ เป็นไปตามหลักการเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Evidence-based medicine) และช่วยลดความแตกต่างด้านคุณภาพการให้บริการ รวมถึงส่งเสริมให้เกิดมาตรฐานทางการแพทย์ที่สูงเท่าเทียมกันทั่วประเทศ นอกจากนี้ ยังกำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐาน สำหรับการดูแลรักษาโรคบางชนิด ที่จำเป็นต้องอาศัยการประสานงานระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ เพื่อให้เกิดกระบวนการรักษาที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

2. แบบสำรวจแห่งชาติว่าด้วยประสบการณ์ของผู้ป่วยในการรับบริการทางสาธารณสุข (National surveys on patient experiences of health care): กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานระดับภูมิภาค ทำการสำรวจประชากรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งคนไข้ในและคนไข้นอก เป็นประจำทุกปี ซึ่งคำถามในแบบสำรวจ จะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในการรับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (Clinical services) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Patient continuity) การติดต่อสื่อสารและการมีส่วนร่วมระหว่างกัน (co-involvement and communication) ข้อมูลข่าวสาร (Information) แนวทางปฏิบัติในการรักษา (Course of treatment) การจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge) และความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (Inter-sectoral cooperation) โดยผลสำรวจจะถูกนำไปใช้เพื่อกำหนดขอบเขตในการแก้ไขปรับปรุง แลกเปลี่ยนความรู้ และตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบการทำงาน

3. หน่วยงานแห่งชาติเพื่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย การรับเรื่องร้องเรียน และการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (National Agency for Patients' Rights and Complaints and reporting of Adverse Events): เมื่อเกิดความเสียหายจากการรับบริการทางสาธารณสุข ผู้ป่วยหรือญาติสามารถยื่นเรื่องร้องเรียนและเจรจาเพื่อหาข้อยุติกับโรงพยาบาล โดยผู้เสียหายมีสิทธิเลือกที่จะยุติเรื่องร้องเรียนหรือดำเนินการต่อไปกับทางหน่วยงาน นอกจากการยุติข้อพิพาท หน่วยงานยังมีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการระบบรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของภาคบริการสาธารณสุข เพื่อนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นอีกด้วย โดยรายงานต่าง ๆ จะถูกจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ในหน่วยงานระดับภูมิภาคหรือหน่วยงานระดับท้องถิ่นของสถานพยาบาลที่เกิดเหตุการณ์นั้นขึ้น และนำผลการวิเคราะห์ส่งไปยังหน่วยงานแห่งชาติต่อไป ทั้งนี้ กฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศเดนมาร์กบัญญัติให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกครั้ง โดยผู้รายงานจะไม่ถูกดำเนินการทางวินัย (Disciplinary investigation) และมาตรการบังคับทางอาญา (Criminal sanction) เนื่องจาก ระบบกฎหมายไว้วางหลักการของวัฒนธรรมที่ไม่ตำหนิกล่าวโทษกัน (No blame culture) จึงไม่มีการลงโทษเกิดขึ้น

4. **โครงการคุณภาพด้านบริการสาธารณสุขของเดนมาร์ก (The Danish Health Quality Programs):** เป็นการรับประกันคุณภาพของสถานพยาบาล ผ่านระบบการรับรองมาตรฐาน เพื่อพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ การวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น และการป้องกันความผิดพลาดและเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระบบสาธารณสุข

5. **ฐานข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ (National healthcare system monitoring using clinical databases):** ประเทศเดนมาร์กได้นำระบบฐานข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลมาใช้เพื่อวางแผนมาตรฐานในการวัดคุณภาพด้านการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีตัวบ่งชี้ด้านคุณภาพ (Indicator) เป็นเครื่องกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการรักษาโรคแต่ละชนิด ทั้งนี้ โรงพยาบาลทุกแห่งต้องเข้าร่วมและสนับสนุนฐานข้อมูล ทั้งที่เกี่ยวกับโรคและสถานการณ์รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละแห่งด้วย

6. **การรายงานคุณภาพในการบริการต่อสาธารณะ (Public reporting on quality of care):** ประเทศเดนมาร์กได้นำระบบอิเล็กทรอนิกส์สาธารณสุขมาใช้ เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลและระยะเวลาตรวจในโรงพยาบาล รวมถึงการจัดอันดับโรงพยาบาล โดยการออกเสียงลงมติของประชากรประเทศเดนมาร์กและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและเวชระเบียนของโรงพยาบาลกับหน่วยการแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอย่างปลอดภัยอีกด้วย (Mainz, et al., 2015)

Wadmann และคณะ ศึกษาเกี่ยวกับ “การประสานงานระหว่างสาธารณสุขมูลฐานและสาธารณสุขทุติยภูมิในเดนมาร์กและสวีเดน (Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden)” พบว่า มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ประกอบการด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิค่อนข้างจำกัด โดยมีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นทางการเพียงบางครั้ง นอกจากนี้ ข้อมูลสำคัญที่ต้องมีการประสานงานอย่างเร่งด่วน อาทิ การเปลี่ยนยา ก็มีความล่าช้าหรือขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทำให้เกิดสถานการณ์ที่ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปมาระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ โดยไม่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมถึง การใช้ทรัพยากรสาธารณสุขอย่างฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น เพราะผู้ป่วยต้องตรวจสอบสุขภาพซ้ำไปซ้ำมา ดังนั้น รัฐบาลเดนมาร์กจึงทำการแก้ไขพระราชบัญญัติสาธารณสุข (Health Act) เพื่อบรรเทาปัญหาดังกล่าว ด้วยการบัญญัติให้หน่วยปกครองระดับภูมิภาคกับหน่วยปกครองระดับท้องถิ่นทำข้อตกลงทางสาธารณสุข (Health Agreement) ตามกรอบความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (National Board of Health) เป็นผู้อนุมัติข้อตกลง

ตั้งแต่กลางทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา โรงพยาบาลและหน่วยปกครองระดับท้องถิ่นมีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ระดับนายแพทย์ให้ดำรงตำแหน่งที่ปรึกษาด้านการแพทย์ทั่วไป (General practitioner consultants) โดยทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมต่อนระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาลเพื่อปรับปรุงกระบวนการประสานงานและการติดต่อสื่อสารระหว่างภาคสาธารณสุขมูลฐานกับภาคสาธารณสุขทุติยภูมิ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยรายบุคคล รวมถึง จัดทำคู่มือสำหรับกระบวนการส่งต่อและการจำหน่ายผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ ยังได้มีการนำมาตรการทางการคลังมาใช้ ในรูปแบบของข้อตกลง

ระหว่างรัฐบาลกับหน่วยปกครองระดับภูมิภาค เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพด้านการบูรณาการของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ภายในประเทศ โดยใช้หลักการประเมินผลรายปีเป็นการภายใน ตามด้วยการประเมินผลจากหน่วยงานภายนอกทุก ๆ สามปี ซึ่งการตรวจสอบมีผลบังคับทางกฎหมายและต้องเปิดเผยข้อมูลให้สาธารณชนได้รับทราบ โดยเฉพาะการตรวจสอบการทำหน้าที่ของผู้ประสานงานสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล (Contact-person) ที่ต้องดูแลทั้งผู้ป่วยภายในและผู้ป่วยภายนอก รวมถึงขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนปฏิบัติงานอย่างเชื่อมโยง

ในขณะเดียวกัน องค์กรแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General practitioners' organization) และหน่วยปกครองระดับภูมิภาคได้มีการเจรจาเกี่ยวกับการจ่ายค่าธรรมเนียมสำหรับการบริการเฉพาะโรคที่ต้องได้รับความร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วน ซึ่งแพทย์จะได้รับค่าธรรมเนียมแบบครั้งเดียว เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ เป็นเงินประมาณ 1000 ยูโร โดยต้องรายงานข้อมูลผู้ป่วยในฐานข้อมูลรวม (Shared database) ของระบบสารสนเทศสาธารณสุขเดนมาร์ก (Digital health in Denmark) และส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาเชิงป้องกัน (Preventive treatment) ในสถานพยาบาลของภูมิภาค พร้อมติดตามความคืบหน้าอย่างละเอียด นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาแนวทางมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามลักษณะของโรค โดยมีการวางแผนกระบวนการรักษาอย่างเป็นขั้นตอน มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน มีการกำหนดหน้าที่ของผู้รักษาพยาบาลและผู้ประสานงานที่ชัดเจน และมีการวางระบบติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ทุกภาคส่วนสามารถบูรณาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถึงอย่างไรก็ตาม การสาธารณสุขมูลฐานของเดนมาร์กมีลักษณะเป็นการประกอบอาชีพแบบอิสระ (Self-employed) โดยแพทย์มีอำนาจในการบริหารจัดการสถานพยาบาลของตนเองตามความเหมาะสม การเข้าร่วมแผนการบูรณาการต่าง ๆ รวมถึง การวางระบบและการว่าจ้างเจ้าหน้าที่สารสนเทศ จึงขึ้นอยู่กับความเต็มใจของผู้ประกอบการ ส่งผลให้หน่วยแพทย์ปฐมภูมิที่เข้าร่วมโครงการต่าง ๆ มีความขาดแคลนเป็นอย่างมาก

ในส่วนของกรแพทย์ทุติยภูมิ การจัดสรรงบประมาณแบบกระจายอำนาจแก่หน่วยปกครองระดับภูมิภาคและโรงพยาบาลในสังกัด รวมถึงการกระจายอำนาจในการบริหารโรงพยาบาล ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเฉพาะกับการทำงานในแผนกของตน แต่ละเลยการติดต่อประสานงานกับส่วนอื่น ๆ ทั้งภายในโรงพยาบาลและหน่วยงานภายนอก ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ จึงต้องเผชิญกับระบบโรงพยาบาลที่ไม่มีเอกภาพ ดังนั้น ปัจจัยภายนอกที่สำคัญอย่างผู้บริหารระดับภูมิภาค จึงต้องแสดงบทบาทมากขึ้น ในการปรับปรุงกฎเกณฑ์ข้อบังคับ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการรวมศูนย์ในการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขมากขึ้น รวมถึง นำทุกมาตรการทางเศรษฐศาสตร์การคลังมาใช้ เพื่อลดความขัดแย้งในการแสวงหาผลประโยชน์แบบศูนย์กลางของสถานพยาบาลต่าง ๆ และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วนเพื่อบรรลุเป้าหมายด้านการรักษาพยาบาลร่วมกัน (Wadmann, et al., 2009)

Hansen และ Andriotti ศึกษาเกี่ยวกับ “การร่วมจ่ายสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในเดนมาร์ก โดยการวิเคราะห์ผ่านแนวคิดด้านนโยบายสองรูปแบบ (Co-payments for general practitioners in Denmark : an analysis using two policy models)” พบว่า หน่วยการแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งมีอยู่กระจายทั่วไป และทำหน้าที่เป็นด่านหน้าของระบบสาธารณสุขในประเทศเดนมาร์ก ได้รับการจัดสรรค่าใช้จ่าย

จากรัฐบาลในรูปแบบผสม คือการเบิกจ่ายค่าบริการตามที่เรียกเก็บจริง (Fee-for-service) และการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) แต่การเพิ่มรายจ่ายด้านสุขภาพ จากอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้รัฐบาลเกิดแนวคิดในการปฏิรูประบบการคลังสาธารณสุข โดยเสนอให้มีการนำระบบรายจ่ายด้านสุขภาพที่ต้องจ่ายเองมาใช้ (Out-of-pocket payment–OOP) ในลักษณะการร่วมจ่าย (Co-payment) ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีส่วนทำให้ค่าใช้จ่ายต่อปีด้านบริการสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกาลดลง ตามระดับอุปสงค์ที่อ่อนตัวลง และการใช้บริการที่เบาบางลง ทั้งนี้ ความเป็นไปได้ในบริบทของประเทศเดนมาร์ก สามารถวิเคราะห์ได้จากแนวคิดด้านนโยบายสองรูปแบบ คือ “ทฤษฎีแนวคิดนโยบายสุขภาพแบบสามเหลี่ยม (Health policy triangle theoretical framework) และแนวคิดตามรูปแบบคิงดอน (Kingdon Model)”

ในส่วนของทฤษฎี “นโยบายสุขภาพแบบสามเหลี่ยม” เป็นการวิเคราะห์แนวโน้มของนโยบายตามบริบทที่ประกอบด้วยสี่ปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factor) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ตามสถานการณ์รอบด้าน โดยวิกฤติเศรษฐกิจตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 ทำให้เดนมาร์กมีอัตราการว่างงานเพิ่มขึ้น ส่งผลให้รายได้ต่อครัวเรือนลดลง ดังนั้น หากนำระบบร่วมจ่ายมาใช้ รายได้ของประชากรจะยิ่งหดตัวลง ข้อเสนอดังกล่าว จึงได้รับการต่อต้านจากหลายฝ่าย

2. ปัจจัยด้านโครงสร้าง (Structural factor) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ตามโครงสร้างของระบบนโยบาย โดยการร่วมจ่ายนั้น ขัดแย้งต่อกฎหมายสาธารณสุขของประเทศเดนมาร์ก เนื่องจากมีการระบุไว้อย่างชัดเจนว่า ประชากรทุกคนต้องมีช่องทางที่ง่ายในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข ดังนั้น โครงสร้างของกฎหมาย จึงไม่เอื้อประโยชน์ต่อการนำนโยบายนี้มาใช้

3. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม (Cultural factor) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์อิทธิพลของวัฒนธรรมรอบด้าน ที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบาย ทั้งนี้ ระบบหลักประกันสุขภาพ เป็นสถาบันที่ก่อตั้งขึ้น ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1973 โดยประชากรส่วนใหญ่ มีความคุ้นเคยกับการรับบริการรักษาพยาบาลแบบไม่มีค่าใช้จ่าย ซึ่งกลายเป็นวัฒนธรรมที่ยังรากลึกในสังคมเดนมาร์ก เมื่อมีการเสนอแนวทางที่แตกต่างออกไป การปรับเปลี่ยนนโยบาย จึงเป็นไปได้ยาก

4. ปัจจัยด้านต่างประเทศ (International factor) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมในต่างประเทศที่ส่งผลต่อการขับเคลื่อนทางนโยบาย อาจส่งเสริมให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพของประเทศเดนมาร์ก เนื่องจาก ประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวียที่มีรูปแบบการบริหารจัดการทางสาธารณสุขที่คล้ายคลึง เช่น ประเทศนอร์เวย์และประเทศสวีเดน มีการร่วมจ่ายเป็นส่วนประกอบสำคัญในระบบหลักประกันสุขภาพของแต่ละประเทศ ด้วยเหตุผลนี้ ประชากรประเทศเดนมาร์กอาจถูกโน้มน้าวให้ยอมรับว่าการร่วมจ่าย สามารถลดภาระทางการคลังด้านสุขภาพ ดังที่เกิดขึ้นในประเทศเพื่อนบ้านของตน นอกจากนี้ การสำรวจรายงานขององค์การระหว่างประเทศ เช่น องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Co-operation and Development–OECD) ที่เสนอให้เดนมาร์ก นำระบบร่วมจ่ายมาใช้ เพื่อลดรายจ่ายสาธารณะ ยังช่วยสนับสนุนนโยบายของรัฐบาลได้อีกด้วย

ในขณะที่ “แนวคิดตามรูปแบบคิงดอน” จะเป็นการศึกษาความเป็นไปในการขับเคลื่อนนโยบายของรัฐบาล โดยอาศัยการวิเคราะห์กระแสทางความคิดสามสายที่ไหลมาบรรจบกัน จนเกิดเป็นนโยบาย (Policy window) อันประกอบด้วย

1. **กระแสสภาพปัญหา (Problem stream)** ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เกี่ยวกับมุมมองทั่วไปของประชากร ว่ารัฐบาลควรจัดการกับสภาพปัญหาปัจจุบันหรือไม่อย่างไร รวมถึง รัฐบาลมีความสามารถและแรงจูงใจใน การแก้ไขปัญหาเพียงใด ในส่วนของการแก้ไขปัญหาด้านรายจ่ายสาธารณะ รัฐบาลมีอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน แต่ปัจจัยด้านวัฒนธรรม ก็ทำให้เกิดอุปสรรคในการแก้ไขปัญหา โดยการนำเสนอนโยบายร่วมจ่ายในระบบสาธารณสุข

2. **กระแสนโยบาย (Policy stream)** ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ในมุมมองของสื่อมวลชนและนักการเมือง รวมถึงนักวิชาการ ว่ามีแนวโน้มในการสนับสนุนแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างน้อยเพียงใด โดยสื่อมวลชนได้แสดงจุดยืนที่ชัดเจน โดยไม่ยอมรับการนำระบบร่วมจ่ายมาใช้ในระบบหลักประสุขภาพ

3. **กระแสการเมือง (Political stream)** ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ความคิดเห็นของนักการเมือง ว่ามีการสนับสนุนหรือต่อต้านแนวนโยบาย โดยศึกษาจากอิทธิพลของปัจจัยด้านการเมืองรอบด้าน อาทิ ทศนคติของคนส่วนใหญ่ในประเทศ การรณรงค์หาเสียงเลือกตั้ง หรือการสับเปลี่ยนรัฐบาล เป็นต้น ทั้งนี้ รัฐบาลเดนมาร์กภายใต้การนำของฝ่ายซ้าย ไม่เห็นด้วยกับการนำระบบร่วมจ่ายมาใช้ ในขณะที่ฝ่ายค้านซึ่งเป็นนักการเมืองฝ่ายขวา มีการสนับสนุนการร่วมจ่ายอย่างเต็มที่ ถึงอย่างไรก็ตาม หากรายจ่ายสาธารณะยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ รัฐบาลเอง อาจมีความจำเป็นต้องกระทำการที่สวนทางกับความคิดเห็นส่วนใหญ่ของประชากร ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลภายหลังเลือกตั้ง อาจเปิดโอกาสให้นโยบายได้รับการยอมรับและนำไปปฏิบัติมากขึ้น

ในการนี้ จากการวิเคราะห์โดยอาศัยแนวคิดทั้งสองรูปแบบ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ประชากรเดนมาร์กส่วนใหญ่ ไม่เห็นด้วยกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบจ่ายด้วยเงินส่วนตัวของประชากร โดยร้อยละ 73 ของผู้ทำแบบสอบถาม ยืนยันว่าไม่ควรมีการจ่ายเงิน เมื่อต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจาก มีการจ่ายภาษีเงินได้ที่ค่อนข้างสูง ดังนั้น การเข้ารับบริการสาธารณสุข จึงต้องปราศจากค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ในขณะที่ ร้อยละ 1 ของผู้ทำแบบสอบถาม เห็นด้วยกับการร่วมจ่ายในระบบสาธารณสุข ในขณะที่ร้อยละ 14 ของผู้ทำแบบสอบถาม เสนอว่าควรมีการร่วมจ่ายตามระดับของรายได้ (Income-related co-payments)

2. กลุ่มผู้ประกอบการด้านการแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งมีองค์กรวิชาชีพเป็นของตนเอง สามารถโน้มน้าวการตัดสินใจเชิงนโยบายของรัฐบาล โดยการนำเสนอข้อมูลในวารสารทางวิชาการ (Scientific publications) และการให้สัมภาษณ์สื่อมวลชน รวมถึง การวิ่งเต้น (Lobbying) เพื่อผลักดันให้รัฐบาลลงมติยอมรับนโยบาย ที่เป็นผลประโยชน์ต่อองค์กรของตน ทั้งนี้ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปส่วนใหญ่ ไม่เห็นด้วยกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบควักกระเป๋าตนเอง โดยร้อยละ 78 ของผู้ทำแบบสอบถามจำนวน 458 คน เห็นว่าประชากรทั่วไป ไม่ควรเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการทางสาธารณสุข นอกจากนี้ ร้อยละ 60 ของผู้ทำแบบสอบถาม ยังเชื่ออีกว่าการร่วมจ่าย ทำให้ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำเสียโอกาสในการเข้ารับ

การรักษาพยาบาล ทั้งในยามจำเป็นและยามปกติ ส่งผลให้เกิดผลกระทบในเชิงลบต่อสุขภาพของประชากรโดยรวม

3. กลุ่มสื่อมวลชนในประเทศเดนมาร์ก ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบจ่ายด้วยเงินส่วนตัวของประชากร เพราะทำให้เกิดความไม่เสมอภาคทางสังคม และทำให้ความพึงพอใจในการเข้าใช้บริการลดลง โดยการตรวจพบโรคร้ายต่าง ๆ จะเป็นไปอย่างล่าช้า เพราะการเข้าถึงหน่วยบริการสาธารณสุขถูกจำกัดโดยสถานภาพทางการเงินของแต่ละบุคคล ถึงอย่างไรก็ตาม สื่อมวลชนบางแขนง โดยเฉพาะกลุ่มเสรีนิยมที่เป็นกระบอกเสียงให้กับพรรคการเมืองฝ่ายขวาที่สนับสนุนการร่วมจ่าย โดยให้ความเห็นในเชิงบวกว่าการจ่ายค่ารักษาพยาบาลจะทำให้ระบบการคลังของประเทศเดนมาร์กมีเสถียรภาพมากขึ้น และทำให้ประชากรชาวเดนมาร์กเสียภาษีลดลง

4. การร่วมจ่าย จะถูกนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่มีผลกระทบเชิงลบต่อระบบบริการสาธารณสุข ต่อเมื่อประชากรชาวเดนมาร์ก สามารถแยกแยะระหว่างความจำเป็นและความไม่จำเป็นในการพบแพทย์ เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพขึ้น (Hansen, & Andriotti, 2017)

### บทสรุปและข้อเสนอแนะของผู้ศึกษา

ประเทศเดนมาร์กมีระบบสวัสดิการที่ยึดตามรูปแบบของกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย (Scandinavian welfare model) ซึ่งประชากรทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการเข้าถึงหลักประกันทางสังคม รวมถึงบริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพสูง โดยระบบสาธารณสุขมูลฐานของเดนมาร์ก เป็นการให้บริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้รับผิดชอบ รวมถึง เป็นผู้พิจารณาส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในหน่วยการแพทย์ระดับต่าง ๆ ตามความเหมาะสม ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ในด้านการบริหารจัดการโรงพยาบาล หน่วยงานปกครองส่วนภูมิภาคเป็นผู้ดูแลและวางแผนด้านการรักษาพยาบาลทั่วไป ในขณะที่รัฐบาลกลางจะดูแลรับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Specialized hospital services) และเป็นผู้กำหนดและวางโครงสร้างของหน่วยแพทย์เฉพาะทางด้านต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศ นอกจากนี้ ในด้านงบประมาณและการคลัง มีแหล่งเงินทุนที่ใช้ในการบริหารจัดการระบบมาจากภาษีทั่วไป (General taxes) เงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง (Central government block grants) การชำระคืนเงิน (Reimbursements) และเงินอุดหนุนเพื่อให้เกิดความเสมอภาค (Equalization Schemes) ทั้งนี้ จากการศึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพและความรับผิดชอบต่อบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพของเดนมาร์ก มีข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อนำไปปรับใช้กับระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ดังนี้

1. มีการกำหนดแนวทางสำหรับการรักษาโรคแต่ละชนิดที่แตกต่างกัน ตามลักษณะเฉพาะของโรค นั้น ๆ ตั้งแต่ขั้นตอนเข้ารับการตรวจโรคไปจนถึงการติดตามอาการหลังการรักษา เพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ทุกระดับ เป็นไปตามหลักการเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน (Evidence-based medicine) และช่วยลดความแตกต่างด้านคุณภาพการให้บริการ รวมถึงส่งเสริมให้เกิดมาตรฐานทางการแพทย์ที่สูงเท่าเทียมกันทั่วประเทศ นอกจากนี้ ควรกำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐาน สำหรับการรักษาโรคบางชนิด ที่จำเป็นต้องอาศัยการประสานงานระหว่างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ เพื่อให้เกิดกระบวนการรักษาที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ



2. มีการสำรวจประชากรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งคนไข้ในและคนไข้นอก เป็นประจำทุกปี ซึ่งคำถามในแบบสำรวจ ควรเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในการรับบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย (Clinical services) ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Patient continuity) การติดต่อสื่อสารและการมีส่วนร่วมระหว่างกัน (co-involvement and communication) ข้อมูลข่าวสาร (Information) แนวทางปฏิบัติในการรักษา (Course of treatment) การจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge) และความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน (Inter-sectoral cooperation) โดยผลสำรวจต้องนำไปใช้เพื่อกำหนดขอบเขตในการแก้ไขปรับปรุง แลกเปลี่ยนความรู้ และตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบการทำงาน

3. มีการบริหารจัดการระบบรายงานเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของภาคบริการสาธารณสุข เพื่อนำความรู้ที่ได้มาไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยรายงานต่าง ๆ ควรจัดเก็บเป็นฐานข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ นอกจากนี้ กฎหมายควรบัญญัติให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกครั้ง โดยผู้รายงานจะไม่ถูกดำเนินการทางวินัย (Disciplinary investigation) และมาตรการบังคับทางอาญา (Criminal sanction) บนหลักการของวัฒนธรรมที่ไม่ตำหนิกล่าวโทษกัน (No blame culture)

4. มีการนำระบบฐานข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลมาใช้ เพื่อวางแผนมาตรฐานในการวัดคุณภาพด้านการป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีตัวบ่งชี้ด้านคุณภาพ (Indicator) เป็นเครื่องกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการรักษาโรคแต่ละชนิด ทั้งนี้ โรงพยาบาลทุกแห่งต้องเข้าร่วมและสนับสนุนฐานข้อมูล ทั้งที่เกี่ยวข้องโรคและสถานการณ์รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละแห่งด้วย

5. มีการนำระบบอิเล็กทรอนิกส์สาธารณสุขมาใช้ เพื่อรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลและระยะเวลาการตรวจในโรงพยาบาล รวมถึง การจัดอันดับโรงพยาบาล โดยการออกเสียงลงมติของผู้รับบริการและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและเวชระเบียนของโรงพยาบาลกับหน่วยการแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอย่างปลอดภัยอีกด้วย

6. การบริหารจัดการด้านสาธารณสุขมูลฐานที่ดี ควรมีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ระดับนายแพทย์ให้ดำรงตำแหน่งที่ปรึกษาด้านการแพทย์ทั่วไป (General practitioner consultants) โดยทำหน้าที่เป็นผู้เชื่อมต่อระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เพื่อปรับปรุงกระบวนการประสานงานและการติดต่อสื่อสารระหว่างภาคสาธารณสุขมูลฐานกับภาคสาธารณสุขทุติยภูมิ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยรายบุคคล รวมถึงจัดทำคู่มือสำหรับกระบวนการส่งต่อและการจำหน่ายผู้ป่วยด้วย

7. ควรนำมาตรการทางการคลังมาใช้ ในรูปแบบของข้อตกลงระหว่างรัฐบาลกับหน่วยปกครองระดับภูมิภาค เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพด้านการบูรณาการของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ภายในประเทศ โดยใช้หลักการประเมินผลรายปีเป็นการภายใน ตามด้วยการประเมินผลจากหน่วยงานภายนอกทุก ๆ สามปี ซึ่งการตรวจสอบมีผลบังคับทางกฎหมายและต้องเปิดเผยข้อมูลให้สาธารณชนได้รับทราบ โดยเฉพาะการตรวจสอบการทำหน้าที่ของผู้ประสานงานสำหรับผู้ป่วยรายบุคคล (Contact-person) ที่ต้องดูแลทั้งผู้ป่วยภายในและผู้ป่วยภายนอก รวมถึงขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนปฏิบัติงานอย่างเชื่อมโยง

8. มีการเจรจาเกี่ยวกับการจ่ายค่าธรรมเนียมสำหรับการบริการเฉพาะโรคที่ต้องได้รับความร่วมมือระหว่างหลายภาคส่วน ซึ่งแพทย์จะได้รับค่าธรรมเนียมแบบครั้งเดียว เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ โดยต้องส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาเชิงป้องกัน (Preventive treatment) ในโรงพยาบาลและติดตามความคืบหน้าอย่างละเอียด นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาแนวทางมาตรฐานในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามลักษณะของโรค โดยมีการวางแผนกระบวนการรักษาอย่างเป็นขั้นตอน มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน มีการกำหนดหน้าที่ของผู้รักษาพยาบาลและผู้ประสานงานที่ชัดเจน และมีวางระบบติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ทุกภาคส่วนสามารถบูรณาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. การร่วมจ่าย จะถูกนำมาใช้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทำให้ระบบการคลังของประเทศเดนมาร์กมีเสถียรภาพมากขึ้น และไม่มีผลกระทบเชิงลบต่อระบบบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความไม่เสมอภาคทางสังคม ที่ทำให้ประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับต่ำเสียโอกาสในการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงผู้รับบริการสามารถแยกแยะระหว่างความจำเป็นและความไม่จำเป็นในการพบแพทย์ เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพขึ้น

## บรรณานุกรม

- Hansen, C., & Andrioti, D. (2017). Co-payments for general practitioners in Denmark : an analysis using two policy models. *BMC Health Services Research*, 17(9), 1–7
- Mainz, J., Kristensen, S., & Bartels, P. (2015). Quality improvement and accountability in the Danish health care system. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(6), 523–527
- The Ministry of Health. (2007). *Healthcare in Denmark : An overview*. Denmark : Ministry of Health.
- Wadmann, S., Strandberg-Larsen, M., & Vrangbaek, K. (2009). Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care*, 9, 1–14