

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ในประเทศอิสราเอล

โดย ผศ.ดร.อาทร รุ่งไพบูลย์
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รายงานโครงการวิจัย ซึ่งได้รับทุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
พฤษภาคม 2545

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

อิสราเอลเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วมีภาวะเศรษฐกิจที่ดี มีประชากรประมาณ 6 ล้านคนแต่มีพัฒนาการและสถานะทางการเมืองรวมทั้งการพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุขที่ลักษณะเฉพาะ นับแต่การอพยพของชาวยิวเข้าไปอยู่ในดินแดนที่จะก่อตั้งเป็นประเทศในปัจจุบัน ผู้ที่เข้าไปรวมกรในงานเกษตรกรรมได้รวมตัวเป็นองค์กรเพื่อช่วยเหลือกันเอง ซึ่งรวมทั้งการเจ็บป่วยด้วย สวัสดิการการรักษาพยาบาลได้พัฒนาเป็นงานที่ดำเนินการโดยกองทุนสุขภาพทั่วไป (Kupat Holim Clit) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสหพันธ์แรงงาน (Histadrut) กองทุนสุขภาพมีสถานบริการสาธารณสุขเป็นของตนเองจึงทำหน้าที่ทั้งในฐานะผู้ให้ประกัน ผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงิน ทั้งยังได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลด้วย สหพันธ์แรงงานนี้มีความสัมพันธ์กับพรรคแรงงาน ในฐานะแหล่งสนับสนุนทั้งด้านฐานเสียงและการเงิน พัฒนาการด้านนโยบายสาธารณสุขของประเทศจึงมีความสัมพันธ์และเป็นผลของการต่อสู้กันทางการเมืองของพรรคการเมืองอย่างชัดเจน

ประชาชนทุกคนได้รับสวัสดิการทั่วไปโดยการบริหารของสถาบันประกันแห่งชาติ (National Insurance Institute) ประกอบด้วยการจ่ายเงินช่วยเหลือแก่ผู้ทำงานไม่ได้เช่นผู้สูงอายุ พิการ หญิงหม้าย การชดเชยการว่างงาน การช่วยเหลือบุตร การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการหรือสูงอายุ ก่อนการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งสำคัญในปี 1995 มีกองทุนสุขภาพ ทั้งหมด 4 กองทุน Kupat Holim Clit เป็นกองทุนที่มีสมาชิกและเครือข่ายการให้บริการที่ใหญ่ที่สุด มีจำนวนเตียงผู้ป่วยในคิดเป็นร้อยละ 36 สำหรับด้านสุขภาพประชาชนร้อยละ 96 มีหลักประกันสุขภาพอยู่แล้ว กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในฐานะผู้ให้บริการ (provider) น้อยกว่าเอกชน คือจำนวนเตียงผู้ป่วยในที่เป็นของสถานบริการของรัฐคิดเป็นร้อยละ 45 ของทั้งหมด

แนวคิดในการปฏิรูประบบสุขภาพที่มุ่งเน้นการจัดระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นในประเทศอิสราเอลมาโดยตลอดนับแต่การก่อตั้งประเทศ แต่แนวคิดในรายละเอียดอาจแบ่งได้เป็นแนวคิดของพรรคการเมืองนิยมซ้ายซึ่งต้องการให้มีระบบประกันแบบบังคับและให้มีการจัดบริการโดยหน่วยงานที่หลากหลาย ส่วนแนวคิดของพรรคนิยมขวาต้องการให้หน่วยที่จัดบริการเป็นของรัฐทั้งหมด ซึ่งแนวคิดนี้ขัดกับของพวกนิยมขวาทั่วไปซึ่งส่งเสริมการค้าเสรี แต่กรณีของอิสราเอลเป็นแนวคิดเฉพาะที่มีเบื้องหลังที่ต้องการแยกสถานบริการภายใต้ Kupat Holim Clalit ซึ่งเป็นแหล่งเงินสนับสนุนของพรรคแรงงานออกไป การพยายามปฏิรูปได้เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์การเมืองในการเป็นรัฐบาลของพรรคการเมืองดังกล่าว กระทั่งในปี 1990 ได้มีการเสนอแนวคิดที่สำคัญต่อการปฏิรูปคือผลการศึกษาของคณะทำงานเนทันยาฮู (Natanyahu Commission) แนวคิดหลายอย่างที่สำคัญได้แก่การแบ่งแยกความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ (purchaser-provider split) รวมทั้งการออกกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ ในระยะนี้กองทุนสุขภาพ Kupat Holim Clalit อยู่ในภาวะวิกฤติด้านการเงินทั้งจากการพยายามรัดรอนงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลที่นำโดยพรรคการเมืองฝ่ายขวาและจากสถานการณ์ของการระบบสาธารณสุขเอง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นเนื่องจากประชาชนมีอายุชัวยาวขึ้น อุปสงค์ต่อการบริการมากขึ้น มีการใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพงมากขึ้น รวมทั้งแนวคิดการเรียกร้องความเป็นธรรมด้านบริการสุขภาพมากขึ้นด้วย จนกระทั่งปี 1992 พรรคแรงงานกลับมาจัดตั้งรัฐบาลใหม่ ได้มีการผลักดันกฎหมายปฏิรูปสุขภาพ (National Health Insurance Law) ออกมามีผลบังคับใช้ในปี 1995 มีผลให้เกิดภาวะการประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป้าหมายคือ การเข้าถึงบริการ (accessible) การครอบคลุมถ้วนหน้า (universal)

การให้บริการที่จำเป็นครบถ้วน (comprehensive) และสิทธิในการโยกย้ายการเป็นสมาชิกกองทุนสุขภาพ (portability) มีการดำเนินงานด้านนโยบายโดยสภาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Council) การบริหารด้านการคลังที่มีแหล่งจากเบี้ยประกันจากผู้ที่มีรายได้ ภาษีสุขภาพที่จ่ายโดยนายจ้าง งบประมาณ และเงินร่วมจ่าย ดำเนินการโดยสถาบันประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีอยู่เดิม กองทุนสุขภาพแปรสถานะจากที่เคยเป็นทั้งผู้ให้ประกัน ผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงิน เป็นองค์กรบริหารสุขภาพ (Managed care organisation) ที่มีหน่วยให้บริการเป็นของตนเอง กระทรวงสาธารณสุขลดสถานะลงเป็นผู้ควบคุมกำกับบริการ โรงพยาบาลในสังกัดก็มีความเป็นอิสระในตัวเอง

ในขั้นตอนของการปฏิรูปมีการวางแผนเพื่อรองรับผลกระทบที่จะเกิดขึ้น ได้แก่การประเมินผลการปฏิรูป การศึกษาผลกระทบต่อการพัฒนาบุคลากรแพทย์ ที่สำคัญคือการออกกฎหมายสิทธิผู้ป่วยในปี 1996 เพื่อเป็นหลักประกันให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ เป็นธรรมอย่างมีศักดิ์ศรี

บทเรียนของประเทศไทยที่สรุปเป็นข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย ได้แก่

1. กลยุทธ์ในการสร้างการยอมรับกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเริ่มนำออกใช้คือการไม่กำหนดรายละเอียดมากเกินไปลดการต่อต้านจากผู้เกี่ยวข้องที่อาจเสียประโยชน์
2. การกำหนดให้มีกฎหมายสิทธิผู้ป่วยอยู่ในแผนงานของการปฏิรูประบบสุขภาพคือตรากฎหมายสิทธิผู้ป่วยต่อเนื่องจากกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติในปัดมา
3. การกำหนดให้มีการประเมินการปฏิรูประบบสุขภาพโดยการกำหนดไว้ชัดเจนพร้อมงบประมาณและระยะเวลาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการปฏิรูป
4. การมีการศึกษาผลกระทบของการปฏิรูประบบสุขภาพต่อระบบการศึกษาของบุคลากรสาธารณสุขเป็นการเตรียมการรองรับการปฏิรูป
5. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ) ซึ่งจะต้องบริหารจัดการในการให้บริการของโรงพยาบาลต่างๆในสังกัด น่าจะมีบทบาทคล้ายกองทุนสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์กรบริหารสุขภาพ (Managed care organization) สมควรศึกษาบทบาทของกองทุนสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดของอิสราเอลคือ Cupat Holim Clalit
6. ในส่วนของโรงพยาบาลที่ขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุขก็มีพัฒนาการที่น่าสนใจในการปรับตัวเพื่อสามารถแข่งขันกับโรงพยาบาลในสังกัดกองทุนสุขภาพ เช่นมีการจัดตั้งบริษัท โดยสมาคมโรงพยาบาลของรัฐ (Society of Public Hospital) เป็นผู้ถือหุ้น ทำหน้าที่ให้บริการต่างๆแก่โรงพยาบาล

อย่างไรก็ตามระบบสาธารณสุขของอิสราเอลก็มีทั้งข้อเด่นและข้อด้อย ในส่วนที่เป็นประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์สมควรจะได้มีการศึกษาในรายละเอียดเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อประเทศไทยต่อไป

สารบัญ

1.	สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ.....	1
2.	หลักประกันด้านสุขภาพและการจ่ายเงิน	1
2.1	สถาบันประกันแห่งชาติ (National Insurance Institute)	1
2.2	ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ	3
3.	การจัดบริการสุขภาพ.....	5
3.1	บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข	5
3.2	กองทุนสุขภาพ	6
3.3	Kupat Holim Clalit	6
3.4	บทบาทของแพทย์ที่ระดับบริการปฐมภูมิในการเป็นผู้ควบคุมการใช้บริการระดับสูง.....	8
3.5	การพัฒนาการบริหารจัดการในการบริการระดับปฐมภูมิ	9
4.	การปฏิรูประบบสุขภาพ	9
4.1	การปฏิรูประบบสุขภาพในมุมมองของตลาดการดูแลสุขภาพ (Health care market).....	9
4.2	พรรคการเมืองกับระบบสุขภาพ	12
4.3	การเมืองในการปฏิรูประบบสุขภาพ.....	15
4.4	ขั้นตอนในการผลักดันกฎหมาย	16
4.5	การประเมินผลการปฏิรูป	19
5.	การผลิตและพัฒนากำลังคน	23
6.	การควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยี.....	24
7.	บทบาทของผู้บริโภคและการคุ้มครองผู้บริโภค.....	25
7.1	กฎหมายว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย	25
7.2	สมาคมเพื่อสิทธิผู้ป่วยแห่งประเทศไทย.....	27
8.	การชดเชยค่าเสียหายจากผลเสียของการบริโภคผลิตภัณฑ์	28
9.	ตัวอย่างของสารบัญญัติในกฎหมาย	28
10.	วิจารณ์	29
11.	ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย	30
12.	สรุป	31
13.	เอกสารอ้างอิง	31

โครงการศึกษาการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ในประเทศอิสราเอล

ประเทศอิสราเอลได้ก่อตั้งเมื่อ 14 พฤษภาคม 1948 ด้วยขนาดประชากร และพื้นที่จัดได้ว่าเป็นประเทศขนาดเล็ก จำกัดด้วยทรัพยากรธรรมชาติ แต่ด้วยลักษณะเฉพาะของประชากรและการเมือง ทำให้มีการพัฒนาประเทศไปอยู่ในกลุ่มที่พัฒนาแล้วและเป็นผู้นำทางเทคโนโลยี ในระบบสุขภาพก็มีพัฒนาการที่จำเพาะและน่าสนใจ ถึงแม้ว่าจะนำประสบการณ์ของอิสราเอลมาประยุกต์ได้เพียงบางส่วน แต่ก็ทำให้เข้าใจพัฒนาการของนโยบายสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของความสัมพันธ์กับระบบการเมือง

1. สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ

ชาวอิสราเอลมีทัศนคติว่าควรเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญที่จะได้รับการบริการด้านสุขภาพซึ่งรัฐจะต้องถือว่าเป็นความรับผิดชอบขั้นพื้นฐาน (primarily a collective responsibility) ความเชื่อนี้ได้เป็นจริงเมื่อกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติได้ผ่านรัฐสภา Knesset ในปี 1994¹

2. หลักประกันด้านสุขภาพและการจ่ายเงิน

2.1 สถาบันประกันแห่งชาติ (National Insurance Institute)^{2, 3}

เพื่อให้เข้าใจที่มาของระบบประกันสุขภาพควรจะต้องเข้าใจระบบประกันสังคมซึ่งเป็นพื้นฐานและเชื่อมโยงกับระบบประกันสุขภาพเสียก่อน สถาบันประกันแห่งชาติ (National Insurance Institute; NII) ได้ถูกจัดตั้งขึ้นในปี 1953 เพื่อบริหารจัดการระบบประกันสังคม (Social security system) ของประเทศ เนื่องจากระยะนั้นเป็นช่วงเริ่มก่อตั้งประเทศใหม่ และได้มีการอพยพเข้าของผู้ที่มีเชื้อสายยิวจากประเทศต่างๆ จำนวนมาก ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา สถาบันประกันแห่งชาติได้ทำหน้าที่ในการจ่ายเงินช่วยเหลือทั้งในลักษณะการประกันถ้วนหน้า (Universal) และเฉพาะกลุ่ม (Entitlement basis) รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือในลักษณะเครือข่ายทางสังคมที่จำเป็น (Indispensable social net) แก่กลุ่มประชากรที่ยังช่วยตนเองไม่ได้

ภารกิจหลักของสถาบันประกันแห่งชาติ ครอบคลุม 4 ด้านคือ

- ◆ การชดเชยรายได้ (Income maintenance program) สำหรับผู้ที่ไม่ได้อยู่ในวัยหรือสภาพที่ทำงานได้ เช่น สูงอายุ พิการ เป็นหม้าย มูลค่าความช่วยเหลือนี้ไม่สัมพันธ์กับรายได้ที่เคยได้รับก่อนการได้เงินช่วยเหลือจากโครงการนี้
- ◆ การชดเชยค่าแรงหรือประกันการว่างงาน (Wage substitution program) สำหรับผู้ที่ว่างงานชั่วคราว
- ◆ การช่วยเหลือบุตร (Child allowance) สำหรับครอบครัวที่มีรายได้ตามปกติ
- ◆ การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation and maintenance program) สำหรับผู้พิการ หรือผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล (ที่ไม่ใช่การรักษา) อย่างต่อเนื่องตลอดไป

การประกันทั้ง สี่ด้านดังกล่าวสามารถแบ่งเป็นประเภทย่อยได้ดังนี้

- Basic Old-age Pension
- Basic Survivors' Pension
- Long-Term Care Benefit
- General Disability Benefit
- Attendance Allowance
- Income Support Benefits
- Ailmony
- Children Allowance
- Maternity Insurance Benefit
- Unemployment Benefit
- Reserve Service Benefit
- Maximum Daily Work Injury Allowance and Disability Benefit

สัดส่วนของมูลค่าการจ่ายเงินช่วยเหลือมีดังนี้

Old-age survivors' pensions	35%
Child allowances	20%
Disability pensions	11%
Unemployment insurance	8%
Work injuries and hostile action casualties	6%
Maternity grants and allowances	6%
Income support payments	6%
Reserve service payments	4%
Long-term care payments	4%

แหล่งที่มาของเงินของสถาบันประกันแห่งชาติ ได้มาจาก 4 แหล่งใหญ่คือ

- ◆ เบี้ยประกันซึ่งผู้ซื้อประกันอาจเป็นลูกจ้างหรือไม่ก็ได้ กรณีของลูกจ้างนายจ้างเป็นผู้ดำเนินการเก็บส่งโดยการจ่ายร่วมกันของทั้งนายจ้างและลูกจ้าง
- ◆ เงินสมทบจากรัฐบาลสำหรับบางโปรแกรม (Government participation in financing insurance branches)
- ◆ เงินสนับสนุนจากรัฐบาล ในโปรแกรมที่ไม่มีผู้จ่ายเบี้ยประกัน (Government financing of non-contributory benefits)
- ◆ ผลตอบแทนจากการลงทุน

โครงสร้างของสถาบันประกันแห่งชาติ อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงแรงงานและกิจการสังคม (Labour and Social Affairs) และตรวจสอบโดยผู้ตรวจเงินแผ่นดิน (State Comptroller) การดำเนินงานของสถาบันประกันแห่งชาติ เป็นไปในลักษณะกระจายอำนาจ (Decentralized) ไปยังสำนักงานหลัก 18 แห่ง และสาขา 80 แห่ง

2.2 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ⁴

ได้มีการผ่านกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Health Insurance Law) ออกมาเมื่อปี 1995 ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal coverage) แก่ประชาชนทุกคน

โครงสร้างของระบบ ภายใต้กฎหมายนี้กำหนดให้มีการก่อตั้งสภาการสาธารณสุขแห่งชาติ (National Health Council) มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน มีสมาชิกทั้งหมด 46 คน ประกอบด้วย ข้าราชการจากกระทรวงสาธารณสุขโดยการแต่งตั้งของรัฐมนตรี 6 คน จากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมและสถาบันประกันแห่งชาติ แห่งละ 2 คนโดยการแต่งตั้งของรัฐมนตรีกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม จากกระทรวงยุติธรรม 1 คน จากกรมแพทยทหาร 1 คน ผู้อำนวยการด้านการแพทย์ การบริหาร เศรษฐศาสตร์ จริยธรรมการแพทย์ และสังคมศาสตร์ อย่างละ 1 คน ตัวแทนจากกองทุนสุขภาพ 10 คน จากแพทยสมาคม 2 คน จากสมาคมวิชาชีพและองค์กรแรงงานที่เกี่ยวข้องรวม 11 คน ตัวแทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน 1 คน จากตัวแทนองค์กรผู้ป่วย 2 คน สภาฯ มีอายุการทำงาน 4 ปี ต้องมีการประชุมอย่างน้อยทุกๆ 3 เดือน

หน้าที่ของสภาการสาธารณสุขแห่งชาติ

- ให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในด้านต่างๆ เช่น อัตราเบี้ยประกัน การเปลี่ยนแปลงรายการบริการในชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐาน ประเด็นด้านจริยธรรม เป็นต้น
- ติดตามการดำเนินการตามพรบ.ประกันสุขภาพแห่งชาติ ดำเนินวิจัย สำรวจ ผ่านองค์กรที่แต่งตั้ง
- ตีพิมพ์เผยแพร่ข้อมูลความเคลื่อนไหว

แหล่งที่มาของเงินที่จ่ายในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ

- ◆ เบี้ยประกัน (Progressive health insurance premiums) หักจากเงินเดือน โดยนายจ้างหรือผู้ดำเนินกิจการของตนเองเป็นผู้ดำเนินการเก็บส่งให้สถาบันประกันแห่งชาติ ในอัตราเบี้ยประกัน 3.1% ของรายได้ส่วนที่เท่ากับครึ่งหนึ่งของค่าแรงเฉลี่ย (Average wage) และ 4.8% ของรายได้ส่วนที่เกินยอดแรก
- ◆ ภาษีสุขภาพที่จ่ายโดยนายจ้าง หรือผู้มีกิจการเป็นของตนเอง (Health tax or Parallel tax))
- ◆ กองทุนประกันแห่งชาติ (National Insurance Institute funds)
- ◆ งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข
- ◆ เงินร่วมจ่ายจากผู้ใช้บริการ (Consumer participation payments or co-payments)

สาระสำคัญของกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติประกอบด้วย

- ◆ ประชากรทุกคนจะต้องลงทะเบียนเป็นสมาชิกของกองทุนสุขภาพ (ซึ่งทำหน้าที่เสมือนบริษัทประกันรับช่วงแต่มีเครือข่ายของสถานพยาบาลที่ให้บริการเป็นของตนเอง) กองทุนใดกองทุนหนึ่งในจำนวนสี่แห่งที่มีอยู่

- ◆ กองทุนสุขภาพจะต้องรับสมาชิกที่สมัครไม่ว่าสมาชิกจะมีอายุเท่าใดหรือภาวะสุขภาพเป็นเช่นไร
 - ◆ สถานะของกองทุนสุขภาพทั้งสี่แห่งเท่าเทียมกัน
- การบริการสุขภาพที่ประชากรจะต้องได้รับตามกฎหมายประกอบด้วย**
- ◆ การตรวจวินิจฉัยและการรักษา
 - ◆ การป้องกันโรคและการให้สุขศึกษา
 - ◆ การรับบริการในฐานะผู้ป่วยใน (general, maternity, psychiatric and chronic)
 - ◆ การผ่าตัดและการเปลี่ยนอวัยวะ (ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการดำเนินการในต่างประเทศ หากไม่มีบริการดังกล่าวภายในประเทศ)
 - ◆ ทันตกรรมป้องกันสำหรับเด็ก
 - ◆ ปฐมพยาบาลและส่งต่อไปยังสถานพยาบาล
 - ◆ การบริการรักษาพยาบาลในสถานที่ทำงาน
 - ◆ การรักษาการติดยาและติดยาเรื้อรัง
 - ◆ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาล
 - ◆ การรักษาทางสูตินรีเวชและการเจริญพันธุ์
 - ◆ การรักษาการบาดเจ็บที่เกิดจากความไม่สงบในสังคม
 - ◆ การรักษาโรคเรื้อรัง
 - ◆ การรักษาที่ดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เช่น กายภาพบำบัด อาชีวบำบัด
 - ◆ การรักษาอื่นๆที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข

การเป็นสมาชิกของกองทุนสุขภาพ

- สมาชิกสามารถเปลี่ยนกองทุนได้หลังจากสมัครเป็นสมาชิก 6 เดือนขึ้นไป
- คู่สมรสอาจเป็นสมาชิกต่างกองทุนกันได้
- บุตรอายุต่ำกว่า 18 ปีต้องเป็นสมาชิกกองทุนเดียวกับบิดาหรือมารดาผู้ซึ่งได้รับเงินช่วยเหลือบุตรจากประกันสังคม

การบริหาร

- กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแลในด้านความเท่าเทียม (Equality) และการจัดบริการต่างๆแก่ผู้ใช้บริการ (Availability) ของกองทุนสุขภาพ
- กองทุนสุขภาพต้องรายงานรายเงินแก่กระทรวงสาธารณสุขทุก 3 เดือนและเปิดเผยต่อสาธารณชน
- กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการสอบสวนกรณีมีผู้ร้องเรียน

กลยุทธ์⁵

กลยุทธ์ในการสร้างการยอมรับกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเริ่มนำออกใช้คือการไม่กำหนดรายละเอียดมากเกินไปเพื่อลดการต่อต้าน และสามารถทำการแก้ไขได้ในภายหลัง ประเด็นเหล่านี้ได้แก่

- การตัดสินใจให้กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบงานป้องกันโรค (Preventive medicine) แทนที่จะเป็นกองทุนสุขภาพ
- การกำหนดให้รัฐบาลสามารถเข้าไปตรวจสอบด้านการเงินของกองทุนสุขภาพที่ขาดทุน

- การกำหนดกรอบค่าใช้จ่ายของกองทุนสุขภาพในการโฆษณาแข่งขันกัน
- กองทุนสุขภาพแต่ละแห่งสามารถเพิ่มรายการในชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐาน (Standard benefit package) เพื่อการแข่งขัน
- กองทุนสุขภาพแต่ละแห่งสามารถเพิ่มชุดการประกันเพิ่มเติมได้ (Supplemental insurance)
- กองทุนสุขภาพแต่ละแห่งมีสิทธิเสนอปรับปรุงราคาค่าร่วมจ่าย (co-payments) ทั้งนี้ต้องผ่านการอนุมัติของรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการการเงินของรัฐสภา (Paliametal Finance Committee)
- สูตรการคำนวณการจ่ายงบประมาณรายหัว (Capitation formula) สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยความเห็นชอบของรัฐสภา ที่ผ่านมากองทุนสุขภาพเคยเสนอให้ปรับปรุงโดยเพิ่มตัวแปรด้านระยะทางจากศูนย์กลางของประเทศและสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม

3. การจัดบริการสุขภาพ

ประเทศอิสราเอลมีประชากรประมาณ 6 ล้านคน มีเชื้อสายยิวประมาณ ร้อยละ 81 ที่เหลือส่วนใหญ่เป็นชาวอาหรับ อายุเฉลี่ยของผู้หญิง 79.5 ปี และของผู้ชาย 75.5 ปี มีโรงพยาบาลทั่วไป 47 แห่ง คิดเป็น 13,000 เตียง สัดส่วนของเตียงร้อยละ 45 ดำเนินการโดยโรงพยาบาลของรัฐและเทศบาล ร้อยละ 36 ดำเนินการโดยกองทุนสุขภาพทั่วไป (Kupat Holim Clalit) ที่เหลือร้อยละ 19 เป็นของโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่หวังผลกำไรหรือองค์กรการกุศล นอกจากนี้ยังมีเตียงสำหรับโรคเรื้อรังและโรคชราอีก 14,000 เตียง และสำหรับผู้ป่วยจิตเวชอีก 7,000 เตียง อัตราส่วนของเตียงทั้งหมดกับประชากร เท่ากับ 5.95 ต่อประชากร 1,000 คน กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดค่าบริการ ผู้ป่วยในกำหนดราคามูลค่าพื้นฐานการให้บริการต่อวัน (average per-diem rate) ต่อมาในปี 1991 จึงได้เริ่มการใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

นับแต่ปี 1995 สูตรพื้นฐานการคำนวณการจ่ายเงินให้โรงพยาบาลได้แก่ จำนวนผู้ป่วย จำนวนวันนอน การรักษาเฉพาะแบบต่างๆ (differential treatments) และชนิดของผู้ป่วยนอก (ambulatory services) การใช้จ่ายงบประมาณของโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 2 หมวดคือค่าแรงแพทย์และกิจกรรมอื่นๆ ค่าแรงแพทย์ถูกแบ่งออกตามลักษณะการจ้างเป็นแบบต่าง เช่น การดูแลผู้ป่วย การวิจัย การสอน ค่าจ้างแพทย์อาจมีแหล่งที่มาของงบประมาณจากแหล่งอื่นๆอีกตามลักษณะการจ้างเช่นโครงการวิจัย (โดยปกติแพทย์และพยาบาลรับค่าตอบแทนเป็นเงินเดือน มีแพทย์บางส่วนที่รับเป็นรายหัว (per capita basis)) โรงพยาบาลมีความอิสระในการบริหารจัดการงบประมาณระดับหนึ่ง¹

สำหรับสถานบริการระดับต้นในลักษณะคลินิกชุมชนสำหรับผู้ป่วยนอกมีจำนวน 2,000 แห่งทั่วประเทศ ศูนย์บริการสุขภาพแม่และเด็ก 850 แห่ง ซึ่งในจำนวนนี้ ประมาณ 460 แห่ง ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขที่เหลือดำเนินการโดยเทศบาลและกองทุนสุขภาพโดยการสนับสนุนงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุข

3.1 บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข⁶

ภายใต้ระบบที่มีการประกันสุขภาพถ้วนหน้า สถาบันประกันแห่งชาติเป็นผู้รวบรวมเงินให้กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้บริหารและจ่ายค่าบริการแก่หน่วยงานที่ให้บริการ กระทรวงสาธารณสุขของอิสราเอลมีบทบาทหลักในการวางแผน ประสานงานและความคุมกำกับ รวมทั้งยังให้บริการด้านการรักษาและการส่ง

เสริมป้องกันซึ่งรวมทั้งการส่งเสริมป้องกันเฉพาะราย (personal services) และสาธารณะ งานด้านรักษาพยาบาลก็ยังมีอยู่ในสัดส่วนประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนเตียงทั่วประเทศ

การบริหารสาธารณสุขนอกจากส่วนกลางแล้ว มีสำนักงานในระดับภูมิภาคและจังหวัด ดูแลด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายบุคคล นอกจากนี้ยังมีสถานบริการสาธารณสุขที่สังกัดเทศบาลทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไปและคลินิก เช่นคลินิกอนามัยแม่และเด็ก

3.2 กองทุนสุขภาพ

ประเทศอิสราเอลมีรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุขที่ค่อนข้างมีลักษณะเฉพาะ ในแบบที่เรียกว่ากองทุนสุขภาพ (Sick Fund) ซึ่งในภาษาฮีบรูเรียกว่า Kupat Holim กองทุนสุขภาพในอดีตทำหน้าที่ เป็นทั้งบริษัทประกัน ผู้ให้บริการและนายจ้าง (insurers, healthcare providers and employers) ภายใต้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติที่เริ่มใช้ในปี 1995 กองทุนสุขภาพทำหน้าที่เพียงผู้ให้บริการในรูปองค์กรบริหารสุขภาพ (Managed care organization) ที่มีโรงพยาบาลและคลินิกเป็นของตนเองในการให้บริการในส่วนหนึ่ง (สมาชิกมีสิทธิเลือกใช้สถานบริการนอกสังกัดกองทุนสุขภาพที่สังกัดได้) ปัจจุบันมีกองทุนสุขภาพ 4 แห่งคือ

- Kupat Holim Clalit
- Kupat Holim Maccabi
- Kupat Holim Meuhedet
- Kupat Holim Leumit

ในที่นี้ขอกล่าวถึงรายละเอียดเฉพาะ Kupat Holim Clalit ซึ่งเป็นกองทุนที่ใหญ่และมีบทบาทมากที่สุด

3.3 Kupat Holim Clalit⁷

Kupat Holim Clalit (KHC) ซึ่งมีความหมายว่ากองทุนสุขภาพทั่วไป (General Sick Fund) เป็นกองทุนที่ใหญ่ที่สุด เป็นกองทุนที่ตั้งขึ้นเป็นแห่งแรกเมื่อปี 1911 (เกิดขึ้นโดยการรวมตัวชาวยิวอพยพก่อนการก่อตั้งประเทศอิสราเอล) โดยกลุ่มกรรมกรในไวกุลุ่มเล็กๆ ประมาณ 150 คน ร่วมมือกันเพื่อช่วยกันแก้ปัญหาสุขภาพ โดยหักเงินค่าแรงส่วนหนึ่งมารวมกันเป็นกองทุนเพื่อสุขภาพ ต่อมาในปี 1920 สหพันธ์แรงงานทั่วไป (General Federation of Labor) หรือในภาษาฮีบรูเรียกว่า Histadrut ได้มาเป็นผู้นำดำเนินการแทน

KHC เป็นกองทุนที่ใหญ่ที่สุด มีสมาชิกมากที่สุด บุคลากรประกอบด้วยแพทย์ 5,500 คน พยาบาล 8,500 คน นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ (laboratory technician) 1,500 คน เภสัชกร 1,000 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (paramedical professional) 1,800 คน และเจ้าหน้าที่บริหาร 4,500 คน ลักษณะเด่นของ KHC คือ การที่ดำเนินกิจการครบวงจรของการบริการสุขภาพ ได้แก่

- ◆ คลินิกบริการระดับต้น (primary care clinic) 1,200 แห่ง คลินิกนี้มีสภาพคล้ายโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่ได้รับผู้ป่วยใน เนื่องจากผู้ให้บริการนอกจากจะมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (family doctor) แล้วยังมีกุมารแพทย์ ห้องแล็บ เอ็กซเรย์และห้องยา ให้บริการผ่านการนัดทางโทรศัพท์เพื่อไม่ให้เสียเวลารอ ในคลินิกจัดการให้บริการเป็นที่มียาประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ (medical and paramedical professionals) ให้บริการตรวจรักษา ให้สุขศึกษา การป้องกันโรค การตรวจคัดกรอง (screening) การดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล (post hospital care) และการดูแลที่บ้าน (home care)

- ◆ ศูนย์บริการสุขภาพเฉพาะทาง (Specialty care health centres) คลินิกประเภทนี้จะตั้งอยู่ในเขตเมืองให้บริการโดยแพทย์เฉพาะทาง เช่น ตา หัวใจ สมอง
- ◆ Comprehensive specialized health centres เป็นคลินิกที่ให้บริการเฉพาะกลุ่มเช่น Women's Health Care Centre, Pediatric health Care Centre, Multi-specialty Centres for Adolescents, Health Centres for Travelers
- ◆ โรงพยาบาลทั่วไป 8 แห่ง
- ◆ โรงพยาบาลจิตเวช 2 แห่ง
- ◆ โรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ 1 แห่ง
- ◆ โรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังที่มีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ 2 แห่ง
- ◆ โรงพยาบาลทุกแห่งมีสถานะเป็นแหล่งฝึกงานของโรงเรียนแพทย์ (university affiliated))
- ◆ Schneider Children's Medical Research Center of Israel (SCMCI) ซึ่งให้บริการตติยภูมิตั้งแต่ 224 เดียว
- ◆ Basil and Gerald Felsenstein Medical Research Center
- ◆ เครือข่ายสถานบริการเภสัชกรรมชุมชน (ร้านยา) ทั่วประเทศ ซึ่งมีเภสัชกรปฏิบัติงานมากกว่า 1,000 คน
- ◆ บริการการแพทย์ทางเลือก ซึ่งประกอบด้วย การแพทย์จีน, chiropractices, biofeedback, shiatsu, acupuncture, homeopathy, hypnosis, Bach flower remedies, Feldenkra system, reflexology, naturopathy, lymphatic massage and aromatherapy (เป็นการบริการที่ต้องจ่ายค่าประกันเพิ่มเติมจากบริการพื้นฐาน เรียกว่า complementary insurance program)
- ◆ Shila Ltd. เป็นบริษัทที่ให้บริการด้านทันตกรรมครบวงจร
- ◆ ด้านการจัดการศึกษา KHC ได้ร่วมกับมหาวิทยาลัยก่อตั้ง Tel Aviv University School of Dentistry, Ben Gurion University Faculty of Health Sciences นอกจากนี้ยังมี nursing school, school of X-ray และโรงเรียนทางวิทยาศาสตร์การแพทย์อื่นรวมทั้งหลักสูตรระยะสั้นในลักษณะการศึกษาต่อเนื่องและ in-service courses ซึ่งรวมไปถึงการร่วมกับกระทรวงการต่างประเทศให้การฝึกอบรมแก่ประเทศกำลังพัฒนาด้วย
- ◆ MOR Institute for Medical Data Ltd. ให้บริการวินิจฉัยและการรักษาที่ใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น เลเซอร์ MRI
- ◆ NEPHROMOR Ltd ให้บริการด้าน community dialysis unit
- ◆ VITAMED Ltd ดำเนินการโรงงานเภสัชกรรม
- ◆ MOR SIUD Ltd and NVE-SHVA Ltd ให้บริการจัดตั้งและบริหาร geriatric and complex care
- ◆ MOR Research Applications Ltd. ให้บริการด้านการดำเนินการและบริหารโครงการวิจัยรวมทั้งการวิจัยทางคลินิก
- ◆ TEL BAR Industries for Health Institutions Ltd ให้บริการด้านซักรีด วัสดุปราศจากเชื้อ การเก็บรักษาเวชระเบียน (central archive services) และการกำจัดขยะติดเชื้อ

- ◆ Cure Medical Production and Marketing (1996) Ltd ผลิตและจำหน่าย สารละลายปราศจากเชื้อและวัสดุการแพทย์อื่นๆ
- ◆ DILKA Insurance Company Ltd เป็นบริษัทประกันเสริมเช่นการประกันที่ครอบคลุมการแพทย์ทางเลือก
- ◆ CLALIT Bio-medical Engineering, Ltd. ให้บริการที่ครบวงจรด้านเครื่องมือแพทย์ตั้งแต่การให้คำปรึกษาวางแผน จัดทำ ติดตั้ง และการบำรุงรักษา
- ◆ MOR Eilat Ltd ให้บริการทางการแพทย์ในเขต Eilat

3.4 บทบาทของแพทย์ที่ระดับบริการปฐมภูมิในการเป็นผู้ควบคุมการให้บริการระดับสูง⁸

ในอิสราเอล เนื่องจากการแข่งขันกันระหว่างกองทุนสุขภาพ ทุกกองทุนจึงให้สิทธิผู้ป่วยที่จะข้ามการรับบริการจากแพทย์ที่ระดับบริการปฐมภูมิ (primary care physician) ซึ่งได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว กุมารแพทย์ และอายุรแพทย์ (family physicians, pediatricians and internals) ไปยังแพทย์เฉพาะทางได้เลย แม้จะมีกฎหมายประกันสุขภาพแล้ว สภาวะดังกล่าวก็ยังไม่เปลี่ยนแปลง จนกระทั่งปลายปี 1997 จึงได้มีการศึกษาความเป็นไปได้ในการให้แพทย์ที่ระดับบริการปฐมภูมิ เป็นผู้ควบคุมการให้บริการระดับที่สูงขึ้นของผู้ป่วย (gate keeper) การศึกษาดังนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารกองทุนสุขภาพและสมาคมแพทย์แห่งอิสราเอล จำนวน 20 คน ซึ่งได้ผลการวิจัยว่าผู้บริหารเหล่านั้นส่วนใหญ่ต้องการให้แพทย์ที่ระดับบริการปฐมภูมิมีบทบาทในการเป็นศูนย์กลางของการจัดบริการแก่ผู้ป่วยในระบบสาธารณสุข แต่ก็คิดว่าจะมีผลด้านลบตามมาด้วย จึงมีเพียงประมาณครึ่งหนึ่งที่ต้องการให้ดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบ อุปสรรคที่คาดว่าจะพบในการดำเนินการได้แก่

- การยอมรับของแพทย์ที่ระดับบริการปฐมภูมิของผู้ใช้บริการและวงการแพทย์ยังอยู่ในระดับต่ำ
 - การขาดแคลนแพทย์ที่ระดับบริการปฐมภูมิทั้งปริมาณและคุณภาพ (การฝึกอบรมอย่างเพียงพอ)
 - การต่อต้านจากแพทย์เฉพาะทาง
 - การแข่งขันกันในหมู่กองทุนสุขภาพที่จะดึงดูดสมาชิกโดยการยอมให้ข้ามขั้นตอนการพบแพทย์ที่ระดับบริการปฐมภูมิ
 - พฤติกรรมการใช้บริการที่ต้องการพบแพทย์หลายคนเพื่อให้แน่ใจในผลการรักษา
- ข้อเสนอในการแก้ไขคือ
- การดำเนินการ fundholding clinics
 - การให้การศึกษแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์ของแพทย์ที่ระดับบริการปฐมภูมิ
 - การดำเนินการด้านการตลาดของแพทย์ที่ระดับบริการปฐมภูมิ
 - การจัดการฝึกอบรมให้แก่แพทย์ที่ระดับบริการปฐมภูมิ
 - การดำเนินการเพื่อให้บรรลุบทบาทของแพทย์ที่ระดับบริการปฐมภูมิ ของรัฐควรเป็นไปในลักษณะการจูงใจมากกว่าการบังคับ

3.5 การพัฒนาการบริหารจัดการในการบริการระดับปฐมภูมิ⁹

ประสบการณ์การบริหารจัดการเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายนี้ดำเนินการในคลินิกบริการปฐมภูมิ (primary care clinics) ที่อยู่ภายใต้กองทุนสุขภาพ Kupat Holim Clalit โดยเริ่มเป็นโครงการนำร่องตั้งแต่ปี 1990 กำหนดให้คลินิกบริการปฐมภูมิ 9 แห่ง มีสถานะหน่วยอิสระในการจัดการงบประมาณ (autonomous budget-holding unit) โดยมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

- ระบบงบประมาณ เปลี่ยนแปลงจากเดิมที่ใช้งบประมาณร่วมกันในกลุ่มที่อยู่ในเขตอำเภอเดียวกัน เป็นการจัดสรรให้แต่ละคลินิก แบ่งเป็นค่าแรง ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน (hospitalization) การวินิจฉัยโรค การส่งต่อ ยา และการบริหารและบำรุงรักษา เกณฑ์การจัดสรรคำนวณบนพื้นฐานรายหัว (per capita) ตามจำนวนสมาชิกที่ขึ้นทะเบียนไว้ การใช้จ่ายสามารถย้ายกลุ่มได้ไม่เกินร้อยละ 20 ยกเว้นค่าแรงที่ห้ามโยกย้าย
- จัดทำระบบฐานข้อมูลในการจัดทำรายงานการเงิน ระบบนี้สามารถจัดทำรายงานสถานะการเงินเป็นรายเดือน
- การเพิ่มอำนาจในการตัดสินใจ ตัวอย่างเช่นการจัดซื้อเครื่องมือราคาแพงได้จากเงินที่ประหยัดได้จากงบประมาณที่ได้รับ การจ้างแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติม การจัดซื้อของจากหน่วยงานนอกสังกัดกองทุน และส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลนอกสังกัดกองทุน
- ผลตอบแทนจากการประหยัด (incentives to economize) เงินที่ได้จากการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพจะได้รับสิทธิในการใช้จ่ายโดยการตัดสินใจของคลินิกเอง

ได้มีการรายงานว่ามีการประเมินในปี 1991-1992 แต่ไม่สามารถสรุปผลได้อย่างชัดเจนเนื่องจากไม่มีข้อมูลเปรียบเทียบที่จะสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นผลจากโครงการดังกล่าว อย่างไรก็ตามก็ตีพิมพ์รายงานสรุปว่าโครงการดังกล่าวน่าจะมีศักยภาพในการควบคุมค่าใช้จ่าย

4. การปฏิรูประบบสุขภาพ

4.1 การปฏิรูประบบสุขภาพในมุมมองของตลาดการดูแลสุขภาพ (Health care market)¹⁰

กล่าวได้ว่าแนวคิดในการจัดตั้งการประกันสุขภาพแห่งชาติมีมาตั้งแต่การก่อตั้งประเทศ¹¹ ได้มีความพยายามปฏิรูประบบสุขภาพเป็นระยะ ระบบการจัดบริการสุขภาพตั้งแต่อดีตของอิสราเอลมีระบบที่ค่อนข้างเป็นไปในระบบที่เรียกว่า managed competition เนื่องจากมีกองทุนสุขภาพเป็นผู้จัดการบริการให้สมาชิก อย่างไรก็ตาม ก่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในปี 1995 กองทุนสุขภาพซึ่งอยู่ในรูปแบบองค์กรบริหารสุขภาพ (managed care organization) มีความแตกต่างจากรูปแบบ managed competition (ดูกรอบที่ 1) ที่เสนอโดยทั่วไป เนื่องจากการรับสมาชิกใหม่และการโยกย้ายกองทุนสุขภาพยังไม่สามารถทำได้โดยเสรี กองทุนสุขภาพมีเงื่อนไขเฉพาะในการเลือกผู้ให้บริการเข้าเป็นเครือข่าย ราคาค่าบริการก็เป็นไปตามข้อตกลงระหว่างกองทุนและผู้ให้บริการ แทนที่จะเป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดโดยรัฐบาล

ในกลางทศวรรษ 1970 คณะทำงานชุดหนึ่งได้เสนอแนวคิดว่าสาเหตุของปัญหาภาวะค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูง คือการจัดบริการที่หลากหลาย (pluralism) เกินไป ได้เสนอให้มีการจัดเป็นระบบการบริการสุขภาพ

ภาพแห่งชาติในแนวคิดเดียวกับของประเทศอังกฤษ แต่ได้รับการต่อต้านจากกองทุนสุขภาพ แนวคิดนี้จึงไม่ได้รับการสานต่อ และเริ่มมีการศึกษาใหม่ในปลายทศวรรษ 1970 นับตั้งแต่ปี 1977 ได้มีคณะที่ปรึกษาชุดต่างๆ ศึกษาแนวทางการปฏิรูป ส่วนหนึ่งได้เสนอแนวคิดให้จัดสมดุลงบประมาณระหว่างรัฐบาลและกองทุนสุขภาพ โดยให้รวมแหล่งการคลังสุขภาพไว้ที่รัฐบาล แนวคิดนี้ได้รับการต่อต้านจากกองทุนสุขภาพด้วยเกรงว่าจะนำไปสู่การแปรสภาพกองทุนสุขภาพจากสถานะทั้งผู้จ่ายและผู้ให้บริการ เหลือเพียงผู้ให้บริการอย่างเดียว นอกจากนี้ยังมีแนวคิดในการลดบทบาทของรัฐจากผู้ให้บริการเหลือเพียงผู้กำหนดนโยบายและควบคุมกำกับ จวบจนในปี 1990 คณะทำงานเนทันยาฮู (State Judicial Commission of Inquiry, the Netanyahu Commission) ได้เสนอผลการศึกษารายการให้ปรับโครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพได้แก่กระทรวงสาธารณสุข กองทุนสุขภาพ และโรงพยาบาล โดยแบ่งแยกบทบาทหน้าที่จากกัน ซึ่งเป็นแนวคิดที่แบ่งแยกความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ ที่เรียกว่า purchaser-provider split โดยสามารถพิจารณาเป็นประเด็นย่อยดังนี้

The finance/ insurance split

หมายถึงการที่กองทุนสุขภาพไม่เป็นผู้เก็บเบี้ยประกันโดยตรงสำหรับกรมธรรม์ที่เป็นการคุ้มครองขั้นต่ำ (basic coverage) โดยให้มีหน่วยงานกลางเป็นผู้ดำเนินการแทน เหตุผลเฉพาะในประเด็นนี้คือการป้องกัน การที่กองทุนสุขภาพทั่วไป (Kupat Holim Clalit) ซึ่งเป็นของสหพันธ์แรงงาน (Histadrut) จะนำรายได้ไปใช้ในกิจการของสหพันธ์แรงงาน ซึ่งผิดวัตถุประสงค์ เหตุผลประกอบอื่น ๆ คือต้องการให้เกิดมีการแข่งขันด้านราคา (price competition) และเกิดจิตสำนึกด้านต้นทุน (cost consciousness) ตามมา

The basic/ supplemental split

หมายถึงการแยกประเภทการให้การคุ้มครองให้อยู่ภายใต้การบริหารขององค์กรที่แยกจากกัน เนื่องจากการที่ให้นิยามงานรับประกันให้บริการทั้งประเภทการคุ้มครองมาตรฐานขั้นต่ำ (standard/ basic coverage) ร่วมกับการคุ้มครองเพิ่มเติม (supplemental benefits/policies) อาจก่อให้เกิดการให้บริการที่มีคุณภาพแตกต่างกันระหว่างผู้ประกันตนเฉพาะการคุ้มครองมาตรฐานขั้นต่ำ และการคุ้มครองมาตรฐานขั้นต่ำ ร่วมกับการคุ้มครองเพิ่มเติม หรือการไม่เต็มใจรับสมาชิกที่จะประกันเฉพาะประเภทการคุ้มครองมาตรฐานขั้นต่ำ หรือการเลือกรับอย่างมีอคติ (bias selection)

The insurer/ provider split

หมายถึงการแยกผู้รับประกันออกจากหน่วยงานให้บริการ ซึ่งเป็นการลดอำนาจต่อรองทางการตลาด (concentrated market power) ทำให้เกิดการแข่งกันอย่างเป็นธรรม รวมทั้งเป็นการป้องกันไม่ให้หน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงให้บริการจำกัดเพียงเฉพาะผู้รับบริการที่เป็นสมาชิกของหน่วยงานประกันในเครือข่ายตนเอง

The government/ market split

หมายถึงการแบ่งแยกบทบาทของรัฐและตลาด อยู่บนหลักการของการแบ่งระหว่าง “หน้าที่ (function)” และ “อำนาจ (power)” ได้แก่การแยกหน้าที่ในฐานะผู้ปฏิบัติ ออกจากหน่วยงานที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับ ตัวอย่างเช่น การกำหนดขอบเขตของชุดบริการมาตรฐาน (basic basket) เพื่อประชาชนทุกคนได้รับอย่างเท่าเทียม ต้องกำหนดโดยรัฐ ให้ผู้บริการปฏิบัติตาม โดยไม่ต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้ให้บริการในตลาด ปล่อยให้บทบาทของกลไกตลาด

กล่าวได้ว่าระบบสุขภาพของอิสราเอลมีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี บุคลากรมีรายได้ดี แต่เป็นระบบที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในระหว่างทศวรรษที่ 1980 ระดับอุปสงค์ (consumer demand) สูงมากเนื่องจากผู้บริโภคเพิ่ม

ความคาดหวัง และมีการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร ในขณะที่เดียวกันรัฐบาลได้พยายามจำกัดค่าใช้จ่ายงบประมาณที่เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจึงเพิ่มขึ้นในอัตราที่จำกัดด้วย ส่งผลให้รายได้ของบุคลากรลดลง ยังผลให้เกิดการประท้วงขึ้นบ่อยครั้ง แม้ว่ากองทุนสุขภาพจะให้บริการที่ใกล้เคียงกับภาวะการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแบบครบถ้วน (nearly universal and ostensibly comprehensive coverage) แต่ประชาชนส่วนหนึ่งก็ไปใช้บริการจากสถานบริการเอกชนอื่นแม้จะต้องจ่ายเงินเอง (out-of-pocket) เพียงเพื่อจะได้รับการที่ดีขึ้น ค่าใช้จ่ายส่วนนี้เพิ่มจากร้อยละ 20 ในปี 1979 เป็นเกือบร้อยละ 30 ในปี 1987 และค่าใช้จ่ายของกองทุนสุขภาพก็เพิ่มมากขึ้นด้วย ในช่วงนี้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GNP) ตัวเลขนี้แม้ไม่สูงมากเมื่อเทียบกับประเทศกลุ่ม OECD แต่ก็เป็นสัญญาณเตือนว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพนี้กำลังจะเพิ่มขึ้นอย่างมากในอนาคต ในสถานการณ์การคลังสาธารณะสุขภาพที่กล่าวมาประกอบกับความไม่พอใจในระบบการบริการที่เป็นอยู่ของประชาชนได้เป็นแรงผลักดันให้เกิดแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ

สำหรับข้อเสนอของคณะทำงานเนทันยาฮูนี้มีการดำเนินการได้เพียงบางส่วนคือการให้โรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง (5 แห่ง) เป็นอิสระ จากนั้นมีการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง พรรคลิคุดซึ่งเป็นผู้เสนอแนวทางดังกล่าวไม่ได้เป็นรัฐบาล ข้อเสนอดังกล่าวนี้จึงไม่ได้รับการสานต่อ

กรอบที่ 1 Theory of Managed Competition¹⁰

Theory of managed competition มีเป้าหมายในการปรับปรุงความล้มเหลวของตลาดในรูปแบบระบบกลไกตลาดเสรี (free market approaches) ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะที่เรียกว่า "guild free" systems ระบบนี้จ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการตามกิจกรรมการบริการ (fee-for-service) โดยที่ Theory of managed competition เสนอให้มีการจัดตั้งกลุ่มของหน่วยงานหรือสถาบัน ซึ่งจะกระตุ้นพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพของผู้ให้บริการ (motivate efficient behavior by providers) เป็นการจัดสมดุลงของอำนาจการต่อรองใหม่ระหว่าง

- ผู้ซื้อบริการ (purchasers) ได้แก่ รัฐบาล นายจ้าง และผู้ป่วยที่จ่ายเงินเอง
- ผู้จ่ายเงิน (payers) ได้แก่ รัฐบาลและบริษัทประกัน
- ผู้ให้บริการ (providers)

ภายใต้ทฤษฎีนี้ได้เพิ่มอำนาจการต่อรองให้ผู้จ่ายเงินในการเสนอรูปแบบการจ่ายเงินอื่นนอกเหนือจากจ่ายตามการบริการและการเลือกใช้บริการจากผู้ให้บริการที่ให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ และยังได้เพิ่มอำนาจการต่อรองให้แก่ผู้ซื้อบริการในการเปลี่ยนผู้ให้บริการและการกำหนดขีดจำกัดของงบประมาณค่าใช้จ่ายด้วย การเพิ่มอำนาจการต่อรองให้แก่ผู้ซื้อบริการได้แก่ การแบ่งแยกความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์ระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ (purchaser-provider split) ธุรกรรมคือการที่รัฐบาลดำเนินการให้โรงพยาบาลของรัฐเป็นอิสระ เพื่อรัฐบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการเพียงอย่างเดียว

4.2 พรรคการเมืองกับระบบสุขภาพ¹

กล่าวได้ว่าพัฒนาการของระบบสาธารณสุขเป็นเพียงผลพลอยได้ของการประลองกำลังทางการเมืองระหว่างพรรคคู่แข่ง (developments in health care systems are the by-product of power struggles between political forces)¹ การปฏิรูปมิได้เกิดบนเหตุผลด้านการเงินหรืองบประมาณ หรือค่านิยมทางสังคม (social value) เพียงอย่างเดียว แต่เป็นการริเริ่มและผลักดันโดยการแข่งขันกันแสดงอำนาจทางการเมือง (political power contest) ด้วย วิกฤติด้านการงบประมาณ (fiscal crises) เป็นเพียงหน้าต่างของโอกาส (windows of opportunity) หรือ trigger ของการเคลื่อนไหวการเมืองให้บรรลุเป้าหมายเร็วขึ้น เหล่านี้อาจเรียกอีกอย่างว่าเป็นการเล่นเกมส์ทางการเมือง (political game) (ดังพื้นฐานทฤษฎีในกรอบที่ 2)

รูปแบบระบบสาธารณสุขของอิสราเอลได้รับอิทธิพลและมีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงแบบของอเมริกา ถึงแม้จะมีเหตุผลเบื้องหลังที่แตกต่างกันก็ตาม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของอิสราเอล คิดเป็นประมาณร้อยละ 8.6 ของ GDP อย่างไรก็ตามอิสราเอล ก็มีปรัชญาในการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพ 4 ประการคือ

- Accessible หมายถึงไม่มีอุปสรรคขัดขวางการเข้าถึงบริการ ภาษีสุขภาพหรือค่าประกันขึ้นอยู่กับระดับรายได้ ไม่มีการจ่ายเงินเพิ่มในการใช้บริการ (additional user fee) ไม่มีความแตกต่างในการจัดบริการหรือการเข้าถึง (availability or access) ระหว่างภูมิภาค
- Universal หมายถึงครอบคลุมประชากรทุกคน

- Comprehensive health care service หมายถึงการให้บริการทางการแพทย์ที่จำเป็นทั้งหมด
- Portability สามารถโยกย้ายการเป็นสมาชิกของกองทุนสุขภาพ

ก่อนการมีกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ (1995) ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายข้อที่ 2 และ 3 เพราะยังมีประชากรอีกร้อยละ 4 ที่ไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพ และการบริการบางอย่างเช่น hospital visit ยังต้องจ่ายเงินเพิ่มในการใช้บริการ

ก่อนการมีกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบบริการสาธารณสุขเป็นแบบการกระจายโดยมีกองทุนสุขภาพ 4 แห่งเป็นผู้รับประกันและจัดบริการ เมื่อใช้กฎหมายระบบได้เปลี่ยนเป็นการรวมศูนย์ ผู้จ่ายเงิน (payer) เหลือเพียงที่เดียวคือผ่านกลไกของสถาบันประกันแห่งชาติ จ่ายเงินเป็นรายหัวให้กองทุนสุขภาพเป็นผู้จัดบริการ

พรรคแรงงานเป็นผู้ผลักดันกฎหมายประกันสุขภาพได้สำเร็จด้วยหลักการและเหตุผลทางสังคม (การแก้ปัญหาในระบบสาธารณสุขเพื่อประชาชน) แต่ผลประโยชน์เบื้องหลังที่พรรคแรงงานได้รับคือผลตอบแทนด้านการเงิน เพราะกองทุนสุขภาพ Kupat Holim Clalit ซึ่งเป็นแหล่งเงินของพรรคกำลังอยู่ในภาวะล้มละลาย เพราะขาดทุนหลายร้อยล้านเหรียญ หากไม่มีกฎหมายฉบับนี้ออกมาช่วยแก้สถานการณ์ หากกองทุนนี้ล้ม จะเกิดปัญหาต่อระบบสาธารณสุขของประเทศอย่างมากเพราะเป็นกองทุนใหญ่ที่สุด มีสมาชิกคิดเป็นร้อยละ 65 ของประชากร ระบบการเก็บเงินตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกที่จะเพิ่มรายรับเข้ามาแก้ปัญหาการขาดดุลย์ของกองทุนดังกล่าว

กรอบที่ 2 การเมืองและการกำหนดนโยบาย¹

พื้นฐานทางทฤษฎี

ปัจจัยหลักในกระบวนการกำหนดนโยบายคือ ผู้แสดงบทบาท (actors) แรงจูงใจ (motivations) ทรัพยากร (resources) และ สถานที่ (sites) สิ่งเหล่านี้เป็นตัวกำหนดการแข่งขันกันทางการเมือง (political contest) หรือ การประลองพลัง (power struggle) ในทางกลับกันการประลองพลังทางการเมืองก็เป็นตัวกำหนดในการสร้างนโยบาย นโยบายที่กำหนดจะได้รับการยอมรับและสนับสนุนมากน้อยอย่างไรขึ้นกับหน้าต่างแห่งโอกาส (window of opportunity) ซึ่งหน้าต่างแห่งโอกาสนี้ขึ้นกับ อารมณ์ความรู้สึกของสาธารณะ (public mood) กลุ่มผลประโยชน์ (interest groups) และการเปลี่ยนแปลงในเชิงปรัชญาหรือการบริหาร (changes in administration or ideology) ฉะนั้นการจัดการรักษายาบาลในระบบสาธารณสุขมิได้เกิดขึ้นเพราะเหตุว่ามีคนเจ็บป่วยเท่านั้น แต่เกิดขึ้นจากปัจจัยทางการเมืองภายนอกด้วย

พรรคการเมืองกับกองทุนสุขภาพ

ก่อนการเปลี่ยนแปลงในปี 1995 กองทุนสุขภาพที่มีอยู่ในอิสราเอล อย่างน้อยสามในสี่กองทุนมีความเชื่อมโยงกับพรรคการเมือง อิสราเอลมีพรรคการเมืองหลักอยู่ 2 พรรค คือพรรคแรงงาน (Labour Party) ซึ่งเป็นพรรคฝ่ายซ้าย และพรรคลิคุด (Likud Party) ซึ่งเป็นพรรคฝ่ายขวา

พรรคแรงงานมีสายสัมพันธ์และผลประโยชน์เกี่ยวเนื่องอยู่กับสหพันธ์แรงงานและกองทุนสุขภาพ Kupat Holim Clalit ซึ่งเป็นกองทุนที่ใหญ่ที่สุด Kupat Holim Clalit อยู่ในฐานะหน่วยหาทุนให้พรรคแรงงาน ผู้ที่จะเป็นสมาชิก Kupat Holim Clalit จะต้องเป็นสมาชิกสหพันธ์แรงงานที่เรียกว่า Histadrut และจ่ายค่าสมาชิก ส่วน National Fund เป็นกองทุนที่ให้บริการสมาชิกพรรค Likud ซึ่งเป็นพรรคฝ่ายขวา อีกกองทุนคือ United Fund เป็นกองทุนของแนวร่วมฝ่ายขวาเช่นกัน กองทุนสุขภาพที่เกือบจะไม่มีสายสัมพันธ์กับพรรคการเมืองคือ Kupat Holim Maccabi ตั้งขึ้นในปี 1941 โดยแพทย์ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกสหภาพแรงงาน แต่เป็นการรวมกลุ่มกันบนพื้นฐานของวิชาชีพ อย่างก็ดี Maccabi มีความเชื่อมโยงกับ World Maccabi Association และเชื่อมโยงอย่างอ่อนๆกับพรรคเสรีนิยม (Liberal Party) ซึ่งปัจจุบันได้ยุบตัวไปรวมกับพรรค Likud

พรรคแรงงานมีอำนาจต่อเนื่องระหว่าง 1948-1977 ในฐานะรัฐบาลได้จัดระบบที่ถ่ายทอดงบประมาณไปสู่กองทุนสุขภาพ Kupat Holim Clalit งบประมาณของ Kupat Holim Clalit มากกว่าของกระทรวงสาธารณสุขเกือบ 2 เท่า

กองทุนทั้งสี่ได้ต่อต้านการออกกฎหมายการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะตัดผลประโยชน์ทางการเงินและอำนาจจากการที่กองทุนได้เก็บเงินโดยตรงจากสมาชิก (direct taxation) เหมือนกับระบบประชาธิปไตยทั่วไปพรรคการเมืองคู่แข่งได้ต่อสู้กันในเรื่องที่การเลือกตั้งและรัฐสภา การปฏิรูปก็เป็นประเด็นหนึ่งทางการเมือง ได้พยายามมีการผลักดันกฎหมายสุขภาพแห่งชาติหลายครั้งแต่ก็ล้มเหลว ไม่สามารถผ่านการอนุมัติของรัฐสภา (Knesset) ได้แก่ ในปี 1973, 1981, 1982, 1989, และ 1992 ความพยายามครั้งใหญ่เกิดขึ้นในปี 1981 โดยการเสนอของพรรค Likud ซึ่งมีบทบาทน้อยในระบบสาธารณสุขเพราะสองกองทุนที่มีสายสัมพันธ์กับพรรคมีสมาชิกคิดเป็นเพียง

ร้อยละ 18 แต่ก็ถูกขึ้นมาสู่โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อตัดกำลังของพรรคแรงงานเพราะร่างกฎหมายที่เสนอจะปรับเปลี่ยนการเก็บเงินภาษีสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ Kupat Holim Clalit อันเป็นแหล่งทุนของพรรคแรงงานนั่นเอง

4.3 การเมืองในการปฏิรูประบบสุขภาพ¹¹

โดยทั่วไปการดำเนินการให้มีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะต้องพิจารณาในแง่มุมที่หลากหลาย เช่น

- การวิเคราะห์ด้านเศรษฐศาสตร์ (economic considerations and availability of resources)
- ค่านิยมและปทัสฐานของสังคม (prevailing values and social norms)
- การต่อสู้กันทางการเมือง (political struggles and conflicts over powerholds)
- การเมืองหรือการต่อสู้ของชนชั้นในสังคม (group politics or class struggle)

ในกรณีของอิสราเอลมีภาพของการต่อสู้กันทางการเมืองของพรรคการเมืองผ่านการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างชัดเจน ประเด็นการก่อตั้งการประกันสุขภาพแห่งชาติได้เป็นประเด็นสำคัญอันดับต้น (top of the political agenda) ตลอดมา จนถึงก่อนปี 1994 การต่อสู้นั้นก็ไม่มีฝ่ายใดประสบความสำเร็จ จึงเป็นที่น่าประหลาดใจกันว่าอิสราเอลจัดได้ว่าเป็นประเทศที่มีรัฐสวัสดิการ (welfare state) แต่ไม่มีการประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวคิดหลักในการปฏิรูประบบสุขภาพแบ่งเป็น 2 ขั้วคือ

- แนวคิดของพรรคฝ่ายซ้าย เสนอให้มีการประกันสุขภาพแบบบังคับ แต่ยังคงให้มีการจัดการบริการทางการแพทย์ที่หลากหลายตามเดิม (pluralism of health services) ได้แก่ การมีโรงพยาบาลเป็นของรัฐ กองทุนสุขภาพต่างๆ และโรงพยาบาลเอกชนทั้งที่มุ่งและไม่มุ่งผลกำไร (existing multiple medical institutions)
- แนวคิดของพรรคฝ่ายขวา เสนอให้รวมสถานบริการทั้งหมดมาอยู่ภายใต้หน่วยงานกลางของรัฐในการควบคุมดูแลให้เป็นหน่วยงานของรัฐ (nationalization of health services regardless of organizational affiliation) เป็นที่น่าแปลกใจว่าแนวคิดนี้เป็นของกลุ่มนิคมขวา ซึ่งโดยทั่วไปจะสนับสนุนการค้าเสรีและกระจายกิจการจากรัฐสู่เอกชน (free enterprise and social decentralization) แต่เหตุผลที่อยู่เบื้องหลังแนวคิดนี้คือเป้าหมายการตัดปีกของพรรคแรงงาน เพราะพรรคแรงงานมีแหล่งเงินจากกองทุนสุขภาพ Kupat Holim Clalit ผ่านทางสหพันธ์แรงงาน (Histadrut) เป้าหมายนี้ดูจะมีความสำคัญมากกว่าเป้าหมายทางเศรษฐกิจของประเทศ

สามารถแบ่งกลุ่มทางการเมืองที่มีบทบาทต่อการผลักดันนโยบายการประกันสุขภาพแห่งชาติ ออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

- องค์กรด้านการแพทย์ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และกองทุนสุขภาพต่างๆ
- พรรคการเมือง ซึ่งของอิสราเอลมีลักษณะเฉพาะคือมีสายสัมพันธ์กับกองทุนสุขภาพ
- กลุ่มผลประโยชน์ (interest groups) ซึ่งกลุ่มที่เป็นหลักได้แก่แพทยสมาคมแห่งอิสราเอล (Israeli Medical Association; IMA)

ในกรณีของ IMA ได้มีการก่อตั้งตั้งแต่ปี 1912 สมาชิกส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกองทุนสุขภาพ Kupat Holim Clalit ผู้นำของ IMA มักจะแสดงตัวอย่างเปิดเผยในการมีสายสัมพันธ์กับพรรคการเมือง อย่างไรก็ตาม IMA มีบทบาทต่อนโยบายสาธารณสุขค่อนข้างน้อย จากเอกสารที่ตีพิมพ์ในปี 1982¹¹ สรุปว่าที่ผ่านมา IMA ให้ความสนใจต่อการกฎหมายเพียง 2 ฉบับคือ Anatomy and Pathology Law และร่างกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับการร่างกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติ IMA ได้แสดงจุดยืนดังนี้

- การประกันสุขภาพแห่งชาติควรครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ บริหารโดยรัฐ สถาบันประกันแห่งชาติเป็นผู้บริหารการเงิน
- การประกันสุขภาพแห่งชาติ จะต้องปลอดจากการเมือง หรือองค์กรที่สายสัมพันธ์กับการเมือง (politicized trade unions)
- ให้มีอิสระในการเลือก (freedom of choices) สำหรับผู้ป่วยในการเลือกและโยกย้ายการเป็นสมาชิกของกองทุนสุขภาพ และอิสระสำหรับแพทย์ในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพ (ในลักษณะ Managed care organization) และบริหารสถานบริการสุขภาพ
- แพทย์โดยองค์กร IMA ควรจะเป็นผู้มีบทบาทหลักในการร่างกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติ (major carriers of the NHI) และได้รับโอกาสให้เสนอความคิดเห็นในกฎหมายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

โดยความเป็นจริงภายใน IMA ก็มีกลุ่มผลประโยชน์ย่อยได้แก่กลุ่มที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและกองทุนสุขภาพ (ประมาณร้อยละ 60 และ 40 ตามลำดับ) และอีกมิติหนึ่งคือกลุ่มที่ทำงานในโรงพยาบาลและทำงานในคลินิก (ประมาณหนึ่งในสาม และสองในสามส่วน ตามลำดับ) ก่อนที่มีข้อสรุปดังกล่าวข้างต้นก็มีการต่อสู้ทางความคิดกันภายในเพื่อปกป้องผลประโยชน์เฉพาะกลุ่มกันมาก่อน

4.4 ขั้นตอนในการผลักดันกฎหมาย^{1, 11}

การต่อสู้ผลักดันในการออกกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ระยะได้แก่ **ระยะที่หนึ่ง** นับแต่เริ่มแนวคิดภายหลังการก่อตั้งประเทศในปี 1948 จนถึงปี 1969 มีการศึกษาโดยคณะทำงานสาธารณะ (public committees) แต่ข้อเสนอไม่ได้รับการตอบสนองจนถึงขนาดแปรเปลี่ยนเป็นการเคลื่อนไหวทางการเมือง

ระยะที่สอง (1970-1974) มีการเสนอร่างกฎหมายโดยรัฐบาล ร่างนี้มีการแบ่งแยกความรับผิดชอบของรัฐมนตรีระหว่างกระทรวงแรงงานที่มีอำนาจสูง และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอำนาจน้อย

ระยะที่สาม (1976) มีการดำเนินการจนร่างกฎหมายเกือบจะผ่าน แต่ก็ได้มีการต่อสู้กันทางการเมือง พรรคแรงงาน ผู้เสนอร่าง ได้รับการต่อต้านจนร่างกฎหมายนี้ถูกแขวนไว้ชั่วคราว

ระยะที่สี่ (1977-1992) มีการเปลี่ยนบทบาทผู้นำในการผลักดันร่างกฎหมายเป็นพรรคลิคุด ซึ่งได้รับเลือกเป็นรัฐบาลต่อเนื่องกันสองสมัย หลังจากก่อนหน้านี้เป็นรัฐบาลที่บริหารโดยพรรคแรงงานนานราว 3 ทศวรรษ ในช่วงปี 1977 ถึงต้นทศวรรษ 1990 ไฟทางการเมืองได้เปลี่ยนไปเพราะพรรคลิคุด ซึ่งเป็นพรรคฝ่ายขวาได้เป็นรัฐบาล เป้าหมายหนึ่งคือการทอนพลังของพรรคแรงงานโดยการตั้งงบประมาณของรัฐที่ให้แก่การดูแลสุขภาพ เริ่มตั้งแต่เป็นรัฐบาลในปี 1977 จาก ร้อยละ 58 ลดลงเหลือหนึ่งในสามของประมาณ ปี 1980 เหลือร้อยละ 25 และลดเหลือเพียงร้อยละ 1.5 ในช่วงท้ายของการเป็นรัฐบาล ทั้งๆที่ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขได้เพิ่มมากขึ้น ผลกระทบเกิดแก่กองทุนสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Kupat Holim Clalit ซึ่งมีสมาชิกสูงอายุนานมาก การจัดการบริการในพื้นที่ห่างไกล รวมทั้งมีคลื่นของการอพยพจากการล่มสลายของสหภาพโซเวียต เข้าเป็นสมาชิก Kupat Holim Clalit เป็นกองทุนที่ใหญ่มีอุปกรณ์เครื่องมือและทรัพยากรจำนวนมากซึ่งต้องการเงินสนับสนุนในการซ่อมบำรุง ก็ยิ่งทำให้เกิดการขาดสภาพคล่องมากขึ้นไปอีก ก่อให้เกิดคุณภาพการบริการที่ลดลง การขาดทรัพยากรที่จำเป็น การประท้วง การผิดจริยธรรมของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้บริการอื่นๆ สมาชิกบางส่วนย้ายออกไป

รายได้ก็ลดลงอีกกลายเป็นวงจรแห่งหายนะ ยิ่งกว่านั้นแนวคิดของสังคมได้แปรเปลี่ยนไปจากการเกิดสถานภาพการล่มสลายของสังคมนิยมในสหภาพโซเวียตและยุโรปตะวันออก ยุคของการบุกเบิกประเทศที่ประชาชนต้องสมานฉันท์ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ก็ได้ผ่านไป แนวคิดตลาดแข่งขันเสรีได้เข้ามาแทนที่ ก็เป็นการเสริมให้พรรคฝ่ายขวาทำลายสหพันธ์แรงงานได้ง่ายขึ้น ซึ่งก็เท่ากับเป็นการทำลายพรรคแรงงานนั่นเอง ในช่วงนั้น Kupat Holim Clalit ขาดทุนอยู่ถึง 1.5 พันเหรียญอิสราเอล (NIS) หรือ 500 เหรียญสหรัฐ ตั้งแต่ปี 1989 ถึงต้นทศวรรษที่ 1990 Kupat Holim Clalit อยู่ในภาวะใกล้ล้มละลาย ซึ่งหากมีการล้มละลายเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อพรรคแรงงานอย่างมาก

พรรคลิกุดได้เสนอร่างใหม่ของพรรค เน้นที่การรวมศูนย์การจัดบริการสุขภาพเป็นของรัฐ (ดูรอบที่ 3) ซึ่งจะส่งผลเป็นการบั่นทอนกองทุนสุขภาพ Kupat Holim Clalit นั่นก็คือการทำลายพรรคแรงงานทางอ้อมนั่นเอง กองทุนสุขภาพ Kupat Holim Clalit จึงต่อต้านร่างฉบับนี้โดยการพูดว่าจะประท้วงโดยการหยุดงานและลดการบริการทางการแพทย์ มาตรการที่สองคือการลดการสนับสนุนสหภาพแรงงาน (trade unions) ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 13 แห่ง ภายใต้สหพันธ์แรงงาน (Histadrut) องค์การเหล่านี้มีอิทธิพลต่อเศรษฐกิจของประเทศอย่างมาก เมื่อร่างกฎหมายผ่านสภาครั้งแรก กองทุนสุขภาพ Kupat Holim Clalit ได้จัดการประท้วงหยุดงาน 1 วัน แต่ไม่กล้าดำเนินการมากกว่านั้นด้วยเกรงว่าจะเสียคะแนนนิยม เพียงแต่ประกาศว่าถ้าพรรคแรงงานกลับมาเป็นรัฐบาลจะยกเลิกร่างนี้ อย่างไรก็ตามแม้พรรคลิกุดได้ผลักดันแนวคิดการปฏิรูปในแนวทางของพรรคโดยเริ่มที่การให้อำนาจในการบริหารจัดการในรูปองค์กรอิสระแก่โรงพยาบาลชุดแรก 5 โรงพยาบาลได้สำเร็จในเดือนมกราคม 1992 แต่การผลักดันร่างกฎหมายซึ่งผ่านสภาในรอบแรกแล้วต้องยุติไปเมื่อมีการเลือกตั้งทั่วไปในปี 1992

ระยะที่ห้า (1992-1995) เป็นระยะที่พรรคแรงงานกลับมามีอำนาจอีกครั้งในรัฐบาลผสม National Unity โดยร่วมกับพรรคเล็กอีกหลายพรรค แต่ก็ไม่สามารถกลับไปใช้นโยบายสังคมนิยมแบบเดิมได้ จำเป็นต้องแยกสายสัมพันธ์ออกจากสหพันธ์แรงงาน (Histadrut) และแยกการเป็นสมาชิกกองทุนสุขภาพ Kupat Holim Clalit ออกจากการผูกติดกับการเป็นสมาชิกสหภาพแรงงาน เมื่อได้ผลักดันกฎหมายประกันสุขภาพจนผ่านสภาในปี 1994 ร่างกฎหมายฉบับนี้คล้ายคลึงกับร่างที่เสนอโดยพรรคลิกุดในปี 1981 ซึ่งถูกพรรคแรงงานที่เป็นพรรคฝ่ายค้านขณะนั้นต่อต้านจนตกไป สถานการณ์เช่นนี้ดูเหมือนพรรคแรงงานจะสูญเสียประโยชน์แต่ในความเป็นจริงพรรคแรงงานได้รับการชดเชย (trade-off) จากการที่ Kupat Holim Clalit ซึ่งกำลังจะล้มละลาย ได้รับรายได้จากการเก็บภาษีตามกฎหมายใหม่ เนื่องจากประชาชนร้อยละ 65 เป็นสมาชิกของกองทุนสุขภาพ Kupat Holim Clalit สถานการณ์มีปัจจัยที่เป็นเหตุสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพคือในช่วงนี้คือ

- อายุขัยของประชากรยาวขึ้น
- มีการใช้เทคโนโลยีราคาแพงมากขึ้น
- ประชาชนมีความรู้และให้ความสำคัญด้านสุขภาพมากขึ้นทำให้อุปสงค์ทางการแพทย์สูงขึ้น
- ในด้านค่านิยมและแนวคิดทางสังคม (values and social considerations) ก็มีบทบาทที่สำคัญต่อการผลักดันการปฏิรูป ประเด็นเหล่านี้ได้แก่ ความเป็นธรรมด้านสุขภาพในหมู่ผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุ ความสนใจของประชาชนในความเป็นอิสระในการเลือกใช้บริการ (freedom of choice) รวมทั้งผู้ที่สนับสนุนการเมืองทั้งสองข้างก็ให้ความสำคัญของความมั่นคงของระบบสุขภาพ จึงทำให้การต่อสู้ทางการเมืองมาถึงจุดที่มุ่งเน้นผลประโยชน์ของประชาชน (public interest) ที่แท้จริงมากขึ้น บนสถานการณ์ที่ไม่มีใครได้ใครเสียประโยชน์ ("no winner-no loser" situation)

การปฏิรูประบบสุขภาพมีเป้าหมายให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เป็นธรรมมากขึ้นและให้การตลาด (market force) มีบทบาทในระบบบริการสุขภาพมากขึ้น การปฏิรูปประกอบด้วย¹²

- การออกกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ปรับปรุงโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขโดยลดบทบาทจากการเป็นผู้ให้บริการโดยตรง เป็นการกำหนดนโยบายและการควบคุมกำกับ
- โรงพยาบาลในสังกัดของรัฐจะถูกรับให้สามารถปกครองตนเองมากขึ้นมีสถานะเป็นองค์กรที่ไม่มุ่งเน้นผลกำไร ให้สามารถแข่งขันกับโรงพยาบาลในสังกัดกองทุนสุขภาพได้มากขึ้น
- กำหนดให้กองทุนสุขภาพทุกกองทุนปรับโครงสร้างโดยกระจายอำนาจออกเป็น 5-6 เขต ให้แต่ละเขตมีอิสระในการบริหารทางการเงิน

ข้อสังเกตหนึ่งของการปฏิรูปได้แก่โดยทั่วไปเป็นการรวมศูนย์ในการจัดการระบบ แต่ก็มี การให้อำนาจการปกครองตนเอง (autonomy) แก่โรงพยาบาลและคลินิกในการจัดการด้านการเงินของตนเอง ซึ่งบางแห่งก็ได้พัฒนาการหารายได้เช่นการเป็นศูนย์วิจัย ภาวะเช่นนี้เรียกว่า decentralization-within-decentralization เกิดขึ้นจากการต่อสู้ (power struggles) ของกลุ่มผลประโยชน์ (interest groups) ระดับต่างๆภายในระบบ เช่น องค์กรของแพทย์และพยาบาล¹

กฎหมายที่มีผลในปี 1995 ได้กำจัดการควบคุมระบบสาธารณสุขที่ซ้อนกันอยู่ระหว่างรัฐบาลและกองทุนสุขภาพของสหพันธ์แรงงาน (Kupat Holim Clalit) ให้เหลือแต่เพียงกระทรวงสาธารณสุข การเก็บภาษีซึ่งเริ่มต้นที่ 4.8% นั้นเพิ่มขึ้นจากเดิม และชุดบริการพื้นฐานก็ลดลง แต่ก็มีข้อที่เป็นประโยชน์กับสมาชิกเช่นการโยกย้ายกองทุนทำได้สะดวกทำให้มีการแข่งขันการให้บริการมากขึ้น การจ่ายเงินให้กองทุนสุขภาพในลักษณะการคำนวณตามจำนวนสมาชิก (capitation formula) เป็นการเปลี่ยนแปลงของกองทุนอย่างมาก แต่เดิมกองทุนจะได้เงินจากคนรวยมากกว่าคนจน

ข้อสังเกตอีกประการคือ แม้ว่าปรัชญาพื้นฐานของการปฏิรูประบบสุขภาพคือการมุ่งสู่การจัดบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม (equity in the provision of health care) ไม่ว่าผู้รับบริการจะมีเศรษฐกิจหรือสถานะอื่นๆต่างกันอย่างไรก็ตาม ส่งผลให้ความแตกต่างระหว่างการบริการโดยทั่วไปของกองทุนสุขภาพลดลง อย่างไรก็ตามความแตกต่างระหว่างการให้การรักษาในฐานะผู้ป่วยใช้สิทธิประกัน และผู้ป่วยพิเศษที่ซื้อประกันเพิ่มเติม (two-tier service) ที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลเดียวกันก็ยังมีอยู่ แต่ว่าเมื่อเปรียบเทียบกับบริการบรรลุเป้าหมายหลักสี่ประการได้แก่ accessible, universal, comprehensive และ portable แล้ว ประเด็นการบริการสองระดับ (two-tier service) ที่กล่าวมานี้ก็เป็นที่ยอมรับได้

กรอบที่ 3 ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพที่เสนอโดยในปี 1990 เปรียบเทียบกับระบบเดิม

Comparison of the 1990 Netanyahu proposals with the previous Israeli system	
Proposed Reform	Previous System
Competition among regionalized, decentralized sickness funds	Competition among national, centralized sickness funds
Centralized collection of health system revenues and risk-based capitation	Fragmented collection system with earmarked employer tax distributed on a partially age-based formula. Labor federation receives 30% of KHC-labor federation unified tax.
A basic, standard, minimum benefits package	Benefits varying across sickness funds, ambiguity regarding rights to service
Universal access and open enrollment	Sickness funds screen applicants
MOH concentrates on policy planning and regulation	MOH engages in centralized operation of services, especially hospitalization.
MOH = Ministry of Health; KHC = Hupat Holim Clalit, or General Sickness Fund	

4.5 การประเมินผลการปฏิรูป⁵

การประเมินผลการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นและมักดำเนินการโดยนักวิจัยและหน่วยงานนอกประเทศต่างๆ ที่แยกต่างหากจากโครงการปฏิรูป ในกรณีของประเทศไทยอิสราเอลเป็นหนึ่งในบรรดาไม่กี่ประเทศที่ได้กำหนดการประเมินผลการปฏิรูปเอาไว้ในแผนการปฏิรูปอย่างชัดเจน นั่นคือในกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดให้มีการตั้งงบประมาณร้อยละ 0.1 ของงบประมาณด้านสาธารณสุขไว้สำหรับการวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมาย โดยให้สถาบันแห่งชาติด้านนโยบายสาธารณสุขและวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ การประเมินที่ได้ดำเนินการโดย JDC-Brookdale Institute คือ การประเมินโครงการ (Program evaluation) ซึ่งประกอบด้วย Formative Evaluation และ Summative evaluation

Formative Evaluation เน้นที่ระบบการให้ข้อมูลในระหว่างการดำเนินการแก่ผู้บริหารเพื่อให้เกิดการปรับปรุงการดำเนินโครงการให้บรรลุวัตถุประสงค์ เช่น รวบรวมข้อมูลการดำเนินงานเสนอผู้บริหารเป็นระยะอย่างทันเหตุการณ์ ให้ข้อมูลในการนำเสนอต่อสาธารณะ (Public policy debate) ในประเด็นเหตุผลความจำเป็นของการปฏิรูป ตรวจสอบผลด้านลบที่ไม่ได้คาดการณ์หรือไม่พึงปรารถนา รวมทั้งให้คำแนะนำแก่องค์กรที่เกี่ยวข้องในการเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพ

Summative evaluation เป็นการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบ รวมทั้งความเชื่อมโยงไปถึงตัวแปรอิสระหรือสาเหตุของผลลัพธ์

ในการประเมินผลได้เริ่มจากการสร้างแบบจำลองของการเปลี่ยนแปลง (Model of Change) (ดังในรูปที่ 1) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

การดำเนินการโครงการ (Intervention)

- การประเมินการดำเนินการจริง ได้แก่ การตอบคำถามเกี่ยวกับ สิ่งที่ได้ดำเนินการจริง ปัญหา อุปสรรคที่พบ กฎระเบียบ ขั้นตอน การติดตามผล สิ่งที่ได้ปรับเปลี่ยนไปจากแผนงานในระหว่าง ดำเนินโครงการ
- การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อระบบ เพื่อยืนยันว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดจากการปฏิรูประบบสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียวหรือไม่

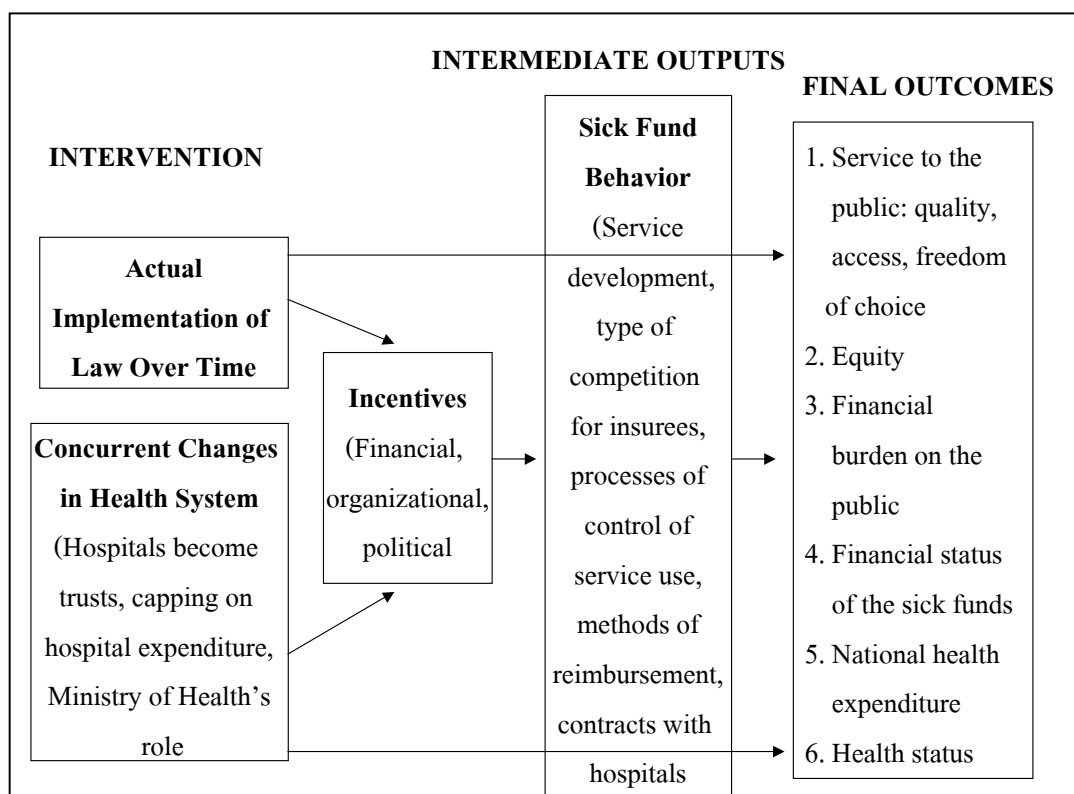
ผลลัพธ์ขั้นกลาง (Intermediate outputs)

- การประเมินการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานของกองทุนสุขภาพ

ผลลัพธ์ขั้นปลาย (Final outcomes)

- ผลกระทบของการปฏิรูปต่อการบริการสาธารณสุข ซึ่งหมายถึงความรวมถึงคุณภาพการบริการ และความเป็นอิสระในการเลือกกองทุนและสถานบริการของประชาชน
- ความเป็นธรรม (Equity) ได้มุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้ด้อยโอกาส (disadvantaged groups) ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ คนยากจน และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การปฏิรูปสุขภาพได้ให้ความสำคัญแก่กลุ่มคนเหล่านี้โดยการจัดผลตอบแทนให้เป็นที่ดึงดูดแก่กองทุนสุขภาพที่จะจัดบริการให้
- ผลกระทบต่อภาระทางการเงินของรัฐ (financial burden on the public) ประเด็นที่ถูกเฟื่องถึงคือการปฏิรูปสุขภาพจะนำไปสู่การเคลื่อนย้ายภาระทางการเงินของกองทุนสุขภาพ ไปยังภาครัฐแทน
- สถานะทางการเงินของกองทุนสุขภาพ

รูปที่ 1 Model for Evaluating the National Health Insurance Law⁵



ที่กล่าวมานี้เป็นการเสนอภาพรวมของการประเมินผลโดย JDC-Brookdale Institute ซึ่งเป็นหน่วยงานวิจัยอิสระของอิสราเอล ในบทความนี้ได้เสนอผลของการประเมินย่อย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภาพรวมดังกล่าว แต่ผู้วิจัยมีขีดจำกัดในการติดตามรายงานผลการวิจัยฉบับเต็ม จึงขอเสนอเพียงรายงานผลอย่างย่อที่น่าเสนอไว้ในบทความที่อ้างถึงเรื่องการประเมินผลการปฏิรูปนี้

มีการประเมินผลผู้ให้บริการหลังการออกกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า ร้อยละ 78 ตอบว่าการบริการของกองทุนสุขภาพไม่มีการเปลี่ยนแปลง ร้อยละ 18 ตอบว่าการบริการดีขึ้น และร้อยละ 4 ตอบว่าการบริการแย่กว่าเดิม ในด้านความพึงพอใจต่อการให้บริการของกองทุนสุขภาพ ร้อยละ 84 ตอบว่าพึงพอใจถึงพึงพอใจมาก มีการประเมินการบรรลุวัตถุประสงค์ของกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติในด้าน progressive health tax พบว่าบรรลุผลที่ต้องการให้ครอบครัวที่รายได้สูงต้องจ่ายมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ

มีการศึกษาผลของการที่ยอมให้กองทุนสุขภาพให้บริการประกันเสริม (supplemental insurance) ได้ พบว่าการซื้อประกันสุขภาพเสริม ไม่สัมพันธ์กับระดับรายได้และการศึกษา ซึ่งตรงกันข้ามกับความสัมพันธ์ในการซื้อประกันเอกชน (commercial insurance)

นอกจากนี้ยังมีการประเมินหรือศึกษาวิจัยในเชิงระบบที่ดำเนินการหลังจากมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วดังนี้

การประเมินทัศนคติของแพทย์ต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ¹² โดยหลังจากที่กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้ไม่นาน ได้มีการสำรวจความคิดเห็นของแพทย์จำนวน 2000 คน (อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 47) ผลการสำรวจโดยสรุปพบว่า

- แพทย์ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการปฏิรูป
- โดยคาดว่าจะทำให้คุณภาพของการดูแลสุขภาพในชุมชนและการเข้าถึงดีขึ้น (community-based care) แต่คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยในและการป้องกันโรคอาจลดลงเล็กน้อย
- การปฏิรูปจะก่อให้เกิดผลอันไม่พึงปรารถนา (adverse effect) ในเวชปฏิบัติ

มีการศึกษาภาวะการพบแพทย์เกินความจำเป็น (excess visits)¹³ พบว่าเกิดเหตุการณ์การพบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเกินความจำเป็น แบ่งเป็นแบบตั้งใจ (anticipated excess visits) และแบบไม่ตั้งใจ (random excess visits) ซึ่งการแก้ไขแบบที่ตั้งใจนี้ผู้วิจัยได้เสนอให้ใช้วิธีการเก็บเงินในการแบ่งรับภาระ (deductible payments)

การสำรวจทัศนคติของแพทย์ต่อการบริการที่ควรรวมอยู่ในการบริการพื้นฐานภายใต้การประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁴ ด้านความคิดเห็นทั่วไปผู้ตอบร้อยละ 60 เห็นด้วยกับโครงการ แต่ ร้อยละ 73 คิดว่างบประมาณน้อยเกินไป รายการบริการที่เสนอให้ครอบคลุมในการประกันพื้นฐานได้แก่ การเปลี่ยนอวัยวะ ตามด้วยการรักษาการมีบุตรยาก (fertility treatment)

นอกจากนี้ยังมีงานการศึกษาวิจัยเชิงระบบที่ดำเนินการโดย The Israel Institute for Health Policy and Health Services Research (<http://www.israelhpr.org.il/>)¹⁵ ที่เกี่ยวข้องในลักษณะการประเมินผลของการมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติดังชื่อเรื่องงานวิจัยต่อไปนี้

- The Risk Factor in the Israeli capitation formula
- Adjusting the capitation formula to the Negev region

- Accessibility and availability of health services: Has the gap between the south and the other areas of Israel Diminished since implementation of the National Health Insurance Law?
- Inequalities in ambulatory health care services utilization
- Medication use in the elderly population before and after the implementation Of the National Health Insurance Law
- The basket of health services of the Israeli sick funds prior to enactment of the national health insurance law - updating mechanisms and values
- The Effect of the Israeli Compulsory Health Insurance Law on Health Education Services in Health Maintenance Organizations (HMOs)
- The Accessibility and Availability of Health Services: Has the Gap between the South and Other Regions in Israel Been Curtailed in the Wake of the National Health Insurance Law?
- Complementary Health Insurance: A Survey of Complementary Health Insurance Schemes in Europe and Implications For Complementary Health Insurance in Israel
- Evaluating Capitation Formula for Mental Health Services Under the National Health Insurance Law
- The Impact of National Insurance Legislation on After-hours Health Services in the Southern District of Kupat Holim Clalit
- A Proposed Model for Managing and Updating The National List of Reimbursed Pharmaceuticals (NLRP) Based on Clinical and Economic Considerations
- The Basket of Developmental Services for Children with Disabilities: Adequacy and Provision of Services Following Implementation of the National Health Insurance Law
- Social and Economic Aspects of Dental Care in Israel in the Era of National Health Insurance Findings from a National Telephone Survey
- Toward the Inclusion of Health Status In the National Capitation Formula First Year Report
- Should Alternative Medicine Be Included in the Basic Basket of Services Under National Health Insurance
- Arabs' and Jews' Perceptions and Use of the Health System 2.5 Years Following Implementation of the National Health Insurance law
- Impact of the Health Reform on the Utilization of Services by the Mental Health Outpatient Population
- Hospital Utilization and Expenditure on the Part of Israeli Sick Funds in an Era of Health Care Reform
- Direct Versus Primary Care Physician Referred Visits to Specialists for Common Problems
- Home Hospitalization in the Israeli Health System

- Measuring Public Priorities for National Health Insurance Coverage
- Progressivity in the Finance of the National Health Expenditure in Israel
- Risk Reduction in the Capitation System
- Adjusting the Capitation Formula to the Negev - Part I

5. การผลิตและพัฒนากำลังคน

ทั่วประเทศมีแพทย์ประมาณ 26,000 คน คิดเป็น 4.6 คนต่อประชากร 1,000 คน มีโรงเรียนแพทย์จำนวน 4 แห่ง โรงเรียนทันตแพทย์ 2 แห่ง เภสัชศาสตร์ 1 แห่ง และ พยาบาล 20 แห่ง

โรงเรียนแพทย์จำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย

- ◆ Hebrew University Medical School
- ◆ Tel Aviv University Medical School
- ◆ Technion Medical School
- ◆ Ben-Gurion University Medical School

การวางแผนด้านกำลังคนที่น่าสนใจในช่วงการปฏิรูปสุขภาพของอิสราเอล ได้แก่ หลังจากที่มีรายงานการศึกษาแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่ดำเนินการโดย Netanyahu Commission ซึ่งรายงานนี้มีผลสืบเนื่องให้เกิดการออกกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 1995 แล้ว ได้มีการศึกษาผลที่คาดว่าจะกระทบต่อระบบแพทยศาสตร์ศึกษาอันเนื่องมาจากการข้อเสนอการปฏิรูปดังกล่าว¹⁶ ผลการศึกษารูปว่าจะเกิดผลกระทบดังนี้

1. การลดคุณค่าของโรงเรียนแพทย์ เป็นผลเนื่องมาจากการพยายามลดต้นทุนของโรงพยาบาล พร้อมทั้งเพิ่มการดูแลผู้ป่วยในลักษณะผู้ป่วยพิเศษ (ลดโอกาสในการดูแลผู้ป่วยของนักศึกษาแพทย์) และในลักษณะผู้ป่วยนอก (โอกาสการดูแลและศึกษาจากผู้ป่วยน้อยลงเมื่อเทียบกับการเป็นผู้ป่วยใน) มากขึ้น
2. การลดเวลาสำหรับการสอน เนื่องจากระบบการบริหารมุ่งเน้นไปที่การให้บริการที่สร้างรายได้ให้โรงพยาบาล
3. ผลงานการวิจัยลดลง เนื่องมาจากงบประมาณจำกัดมากขึ้น และเวลาสำหรับการสอนซึ่งมีผลต่อเนื่องถึงงานวิจัยลดลง
4. เกิดการขัดแย้งในการบริหาร ผลจากการควบคุมต้นทุนของโรงพยาบาลและการพยายามขยายงานบริการเพื่อสร้างรายได้ก่อให้เกิดการขยายความขัดแย้งระหว่างเป้าหมายของโรงเรียนแพทย์และการบริหารโรงพยาบาลมากขึ้น เพราะทั้งสองมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน

ผู้ศึกษาได้เสนอทางแก้ไขสำหรับผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ตัวอย่าง เช่น

- ◆ การกำหนดให้บทบาทของแพทยศาสตร์ศึกษามีความสำคัญต่อชาติ (national priority) โดยการยอมรับร่วมกันของรัฐบาล หน่วยงานที่จัดสรรงบประมาณ ระบบสาธารณสุข รวมทั้งโรงเรียนแพทย์เองและองค์กรวิชาชีพ
- ◆ การเพิ่มการสื่อสารระหว่างโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาล เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรทั้งสองเป็นลักษณะลูกผสมมีแนวโน้มถึงความไม่มั่นคงในเชิงการบริหารจัดการองค์กร (เพราะการกำหนดบทบาทหน้าที่การบริการผู้ป่วยและการสอน และแหล่งที่มาของงบประมาณสนับสนุนมาจากคนละแหล่ง มาสู่

ผู้ปฏิบัติเดียวกัน ซึ่งอาจขัดแย้งกันเอง) จึงมีแนวโน้มของการขัดผลประโยชน์ (conflict of interest) ฉะนั้นจึงจำเป็นต้องเพิ่มและเน้นการสื่อสารระหว่างกันให้มากขึ้นเพื่อให้เกิดการปรับตัวให้สอดคล้องกันมากขึ้น

- ◆ สร้างระบบการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดการศึกษาแพทยศาสตร์ให้ชัดเจน
- ◆ พัฒนาระบบที่กระตุ้นให้ผู้ทำงานด้านคลินิกให้ความสนใจด้านการสอนและวิจัย
- ◆ พัฒนาโปรแกรมการผลิตผู้เชี่ยวชาญการบริการสุขภาพระดับต้น (primary care specialties)
- ◆ ขยายเนื้อหาการสอนให้ครอบคลุมด้านนโยบายและการจัดบริการสาธารณสุข
- ◆ ทบทวนและประเมินความจำเป็นต่อการขยายจำนวนโรงพยาบาลที่ใช้ฝึกด้านคลินิก (affiliated hospitals)

6. การควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยี¹⁷

ในระบบสาธารณสุขของอิสราเอลภายหลังใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบริการสุขภาพที่ได้รับการประกันจะอยู่ในรายการชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน (basic basket) กองทุนสุขภาพจึงแข่งขันหาสมาชิกที่จะลงทะเบียนกับกองทุนของตนด้วยการแข่งขันด้านคุณภาพ ในอีกทางหนึ่งคือการแข่งขันกันนำเสนอการประกันเสริม (supplemental insurance) ซึ่งมีการแข่งขันกันทั้งด้านราคาและการบริการ

ในด้านการบริการที่อยู่ในรายการ basic basket กฎหมายประกันสุขภาพได้กำหนดเอาไว้ว่ารัฐมนตรีสาธารณสุขสามารถเพิ่มเติมการบริการใน basic basket ได้ แต่หากการเพิ่มเติมนั้นมีการใช้งบประมาณเพิ่มจะต้องได้รับความเห็นชอบจากรัฐมนตรีกระทรวงการคลังในด้านการจัดสรรงบประมาณ โดยที่รัฐมนตรีสาธารณสุขจะมีสภาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Council) ซึ่งจัดตั้งตามกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้เสนอแนะ

จากประสบการณ์การดำเนินงาน 3 ปี ภายหลังการมีการประกันสุขภาพแห่งชาติมีการพิจารณานำยาเพิ่มเข้าใน basic basket เพียง 1 รายการคือ Interferon beta มาตรการอีกอย่างในการที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในความพยายามที่จะจำกัดการใช้ยาได้แก่การกำหนดว่ายาที่เสนอเพิ่มเข้า basic basket จะต้องมีการ clinical guidelines กำหนดไว้ อย่างไรก็ดี การใช้ clinical guidelines ก็ยังมีอุปสรรคเนื่องจากในกรณีผู้ป่วยรู้ดีกว่า การใช้ clinical guidelines นี้ไม่ยุติธรรมเป็นการปิดกั้น การที่จะใช้ยาตัวอื่นๆ ที่อยู่ใน basic basket ซึ่งการได้แบบนี้ได้มีการนำขึ้นพิจารณาในศาล แต่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ (จากเอกสารที่ตีพิมพ์ในปลายปี 1999)

ในปี 1997 รัฐบาลได้กำหนดให้มีการเพิ่มยาเข้าใน basic basket จำนวน 15 รายการ ซึ่งต้องมีการเพิ่มค่าใช้จ่าย ประมาณ 45 ล้านเหรียญสหรัฐ ในกระบวนการคัดเลือกกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ priority list of drugs โดยใช้วิธีการประเมินเทคโนโลยี (technology assessment studies) และในปี 1999 ก็มีการดำเนินการเพิ่มรายการ ด้วยวิธีการทำนองเดียวกันนี้อีก แต่มีการจัดตั้งคณะกรรมการสาธารณะ (public committee) ขึ้นมาเป็นผู้พิจารณาการจัดสรรงบประมาณ

กล่าวโดยสรุปในประเทศอิสราเอล กระบวนการด้าน Market approach, global budget, technology assessment และ ศาล (court) ได้เข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจพิจารณาปรับปรุงรายการบริการใน basic basket โดยข้อมูลจากกระบวนการดังกล่าวข้างต้น public committee จะเป็นผู้ประมวลเข้าด้วยกันในการประกอบการตัดสินใจ ในคณะกรรมการนี้จะมีตัวแทนจากสาธารณะ (public representatives) ร่วมอยู่ด้วย วิธีการที่กล่าวมาเป็นการพิจารณาบนเหตุผลอย่างเปิดเผย (explicit rationing process)

7. บทบาทของผู้บริโภคและการคุ้มครองผู้บริโภค

7.1 กฎหมายว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย^{18, 19}

ประเทศอิสราเอลได้ออกกฎหมายว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย (Patient Right Law) มาบังคับใช้ในเดือน พฤษภาคม 1996 หลังจากที่มีความพยายามผลักดันเป็นเวลานานถึง 9 ปี จากพื้นฐานในอดีตที่สหภาพแรงงาน (Labour Unions) มีบทบาทหลักต่อระบบสุขภาพเนื่องจากเป็นทั้งผู้รับประกันและผู้ให้บริการ โดยผ่านกองทุนสุขภาพซึ่งเป็นของสหภาพแรงงาน บนพื้นฐานของระบบนี้ จึงไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการทางการแพทย์ในเชิงการจ่ายเงินหรือการซื้อสินค้า (Financial or consumer-like relationship) ในประเด็นของการควบคุมประกอบวิชาชีพอย่างเหมาะสม ในอดีตนับแต่ปี 1952 ผู้ที่สำเร็จจากโรงเรียนแพทย์จะต้องปฏิญาณตนที่เรียกว่า "Oath of the Hebrew" ซึ่งสังคมได้พิจารณาว่าไม่เพียงพอสำหรับระบบการแพทย์ในอิสราเอล ถึงแม้จะมีการออกกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Medical Health Insurance) มาบังคับใช้ในปี 1995 ประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการดังกล่าวก็ยังไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง จึงได้มีการผลักดันจนเกิดกฎหมายว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย ดังกล่าวขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อกำกับ (regulate) ความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนผู้ต้องการการบริการทางสุขภาพและบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการ กฎหมายได้กำหนดข้อพึงปฏิบัติและข้อบังคับ (norms and code) ของการดำเนินการทางการแพทย์ที่คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย

ปฏิกริยาของแพทยสมาคมแห่งอิสราเอล ในช่วงการผลักดันกฎหมาย ได้แสดงท่าทีสนับสนุนในหลักการ เนื่องจากได้เล็งเห็นคุณค่า (intrinsic positive value) ของกฎหมายว่าจะสามารถเพิ่ม autonomy ของผู้ป่วย และระดับของการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในด้านการวินิจฉัยและการรักษา

แนวคิดและปรัชญา

แนวคิดและปรัชญาของกฎหมายคือ ข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ที่ว่าผู้ป่วยและผู้ให้บริการเป็นหุ้นส่วนกันในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยคือบุคคลที่มีสติปัญญา และวิจารณญาณ (cognitive) สามารถที่จะเรียกร้องสิทธิของตนเองในการที่จะได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสมได้ ในอารัมภบทของกฎหมายเขียนไว้ว่า "กฎหมายฉบับนี้มีเป้าหมายในการกำหนดสิทธิของบุคคลทุกคนซึ่งเรียกร้องการดูแลสุขภาพหรือบุคคลที่เป็นผู้ถูกกำหนดให้เป็นผู้รับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งการปกป้องศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัว (This act aims to establish the rights of every person who requests medical care or who is in receipt of medical care, and to protect his dignity and privacy.)"

สาระหลัก

กฎหมายว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย ประกอบด้วยเนื้อหาหลัก 3 ส่วน คือ

- ◆ ส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการรับการรักษาพยาบาล การยินยอมและข้อมูลของผู้ป่วย
- ◆ ส่วนที่ว่าด้วยคณะกรรมการที่เป็นกลไกการบังคับใช้กฎหมาย
- ◆ ส่วนที่ว่าด้วยความรับผิดชอบของหน่วยงานรักษาพยาบาลในการปฏิบัติต่อการใช้สิทธิของผู้ป่วย

สาระว่าด้วยสิทธิในการรับการรักษาพยาบาล การยินยอมและข้อมูลของผู้ป่วย แบ่งเป็น 12 ด้านคือ

1. **สิทธิที่จะได้รับการดูแลทางการแพทย์อย่างเท่าเทียม** เป็นการประกันว่าประชาชนทุกคนจะไม่ถูกกีดกันในการรับบริการทั้งในด้านสถานบริการ เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือวิธีการรักษา แม้ว่าผู้รับบริการจะมีลักษณะที่แตกต่างกัน เช่น เชื้อชาติ ศาสนา เพศ แหล่งกำเนิด เป็นต้น
2. **สิทธิที่จะได้รับการดูแลทางการแพทย์ที่เหมาะสม** ผู้ป่วยจะต้องได้รับการที่เป็นมาตรฐานทางวิชาชีพที่ดีที่สุดและมีคุณภาพ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เหมาะสม (proper personal relations)
3. **สิทธิที่จะทราบชื่อและสถานะทางวิชาชีพของผู้ให้บริการทางการแพทย์** สิทธินี้ครอบคลุมถึงผู้บริการทางแพทย์ทุกวิชาชีพและทุกคน
4. **สิทธิที่จะแสวงหาความเห็นทางการแพทย์จากผู้อื่น (second opinion)** ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะแสวงหาข้อมูลจากผู้ให้บริการทางการแพทย์อื่นเพื่อพิจารณาเปรียบเทียบในการตัดสินใจรับบริการ โดยที่ผู้ให้บริการจะต้องอำนวยความสะดวกในการแสวงหาความเห็นดังกล่าว
5. **สิทธิที่จะได้รับการดูแลที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง** ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนผู้ให้บริการ หรือสถานที่ให้บริการ ทั้งผู้ให้บริการและสถานที่ ทั้งเดิมและใหม่จะต้องให้ความร่วมมือเพื่อให้เกิดการรักษาที่เหมาะสม อย่างต่อเนื่อง
6. **สิทธิที่จะได้รับการบริการอย่างมีศักดิ์ศรี (dignity)**
7. **สิทธิในความเป็นส่วนตัว (the privacy of the patient)**
8. **สิทธิในการได้รับการดูแลในภาวะฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤต (grave danger)** เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือภาวะวิกฤต จะต้องได้รับการดูแลอย่างไม่มีเงื่อนไขใดๆ และผู้ให้บริการจะต้องให้บริการอย่างเต็มความสามารถ หากเกินความสามารถก็ต้องส่งต่อไปยังที่มีขีดความสามารถในการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา แพทย์ควรให้การรักษาที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยแม้จะขัดกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ทั้งนี้ต้องได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมก่อน
9. **สิทธิในการได้รับการขอความยินยอม (informed consent)** การรักษาใดๆ ที่ให้กับผู้ป่วย จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย โดยที่การขอความยินยอมจะต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อประกอบการพิจารณา เช่นการวินิจฉัยโรค กระบวนการรักษา ความเสี่ยง อาการข้างเคียง การรักษาที่เป็นทางเลือก หรือการไม่รับการรักษาใดๆ แพทย์จะต้องให้ข้อมูลตั้งแต่เริ่มต้นในการรักษา โดยใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการทำให้อุปกรณ์เข้าใจและให้อิสระอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจของผู้ป่วย
10. **สิทธิในการเข้าถึงข้อมูลในการรักษา (access to medical information)** ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอข้อมูลในบันทึกการรักษาพร้อมขอถ่ายสำเนา ในกรณีข้อมูลนั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพและชีวิตของผู้ป่วย แพทย์สามารถปฏิเสธการให้ข้อมูลทั้งนี้ต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรม
11. **สิทธิในการรักษาความลับทางการแพทย์ (medical confidentiality)** แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้องในสถานพยาบาลจะต้องรักษาข้อมูลของผู้ป่วยเป็นความลับ

12. การเปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลที่สาม (third party) อนุญาตให้แพทย์หรือสถานพยาบาลให้ข้อมูลแก่ผู้อื่นที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยและได้แสดงหนังสือที่ระบุว่าผู้ป่วยยินยอม หรือต้องให้ข้อมูลแก่หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือเป็นการให้ข้อมูลเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง

หน่วยงานควบคุมภายใน (Internal control authorities)

เพื่อเป็นหลักประกันของการดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย ได้มีการจัดตั้งองค์กรที่มีอำนาจควบคุม (Internal control authorities) ในรูปคณะกรรมการ 3 ชุดคือ

- ◆ **คณะกรรมการสอบสวน (Investigative Committee)** ทำหน้าที่สอบสวนข้อร้องเรียนของผู้ป่วย หรือเหตุการณ์การละเลยต่อหน้าที่ที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล บันทึกการสอบสวนนี้จะไม่เปิดเผยต่อผู้ป่วยเว้นแต่จะมีอำนาจศาลสั่งการให้เปิดเผย
- ◆ **คณะกรรมการควบคุมคุณภาพ (Quality Control Committee)** คณะกรรมการชุดนี้ทำหน้าที่ประเมินการรักษาพยาบาล (medical procedure) เพื่อปรับปรุงคุณภาพ
- ◆ **คณะกรรมการจริยธรรม (Ethics Committee)** กำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมขึ้นในทุกสถานบริการสุขภาพ โดยการแต่งตั้งของกระทรวงสาธารณสุข (General Director of the Ministry of Health) คณะกรรมการจริยธรรมประกอบด้วย ประธานคือผู้พิพากษาศาล (District court judge) กรรมการคือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 2 คน นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ และผู้แทน 1 คน จากองค์กรสาธารณะหรือองค์กรศาสนา

ผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบด้านสิทธิผู้ป่วย

กฎหมายได้กำหนดให้หัวหน้าสถานบริการสาธารณสุขดำเนินการแต่งตั้งผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบด้านสิทธิผู้ป่วย โดยให้ทำหน้าที่

- ◆ ให้คำแนะนำและช่วยเหลือผู้ป่วยด้านสิทธิผู้ป่วยที่พึงได้รับตามกฎหมาย
- ◆ ดำเนินการรับเรื่องราวร้องทุกข์ หากเป็นเรื่องเกี่ยวกับคุณภาพของการให้การดูแลทางการแพทย์ก็จะส่งเรื่องต่อให้ผู้อำนวยการสถานพยาบาลนั้นเป็นผู้พิจารณา
- ◆ ให้การชี้แนะและให้ความรู้แก่บุคลากรและผู้บริหาร ด้านกฎหมายว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย

7.2 สมาคมเพื่อสิทธิผู้ป่วยแห่งประเทศอิสราเอล¹⁸

ได้มีกลุ่มบุคคลประกอบด้วยทั้งชายและหญิง จากวิชาชีพต่างๆทั้งด้านการแพทย์และไม่เกี่ยวกับการแพทย์ ซึ่งมีความคิดตรงกันที่สมควรจะต้องมีองค์กรอิสระที่ทำหน้าที่ช่วยปกป้องสิทธิของผู้ป่วย ตั้งแต่ปี 1987 กลุ่มคนกลุ่มนี้ได้เข้าร่วมในการริเริ่มการผลักดันกฎหมายว่าด้วยสิทธิผู้ป่วย และหลังจากกฎหมายสิทธิผู้ป่วยถูกบังคับใช้เพียง 6 สัปดาห์ กลุ่มบุคคลดังกล่าวก็ได้ดำเนินการก่อตั้งสมาคมเพื่อสิทธิผู้ป่วยแห่งประเทศอิสราเอล (The Society for Patient's Rights in Israel) ขึ้นอย่างเป็นทางการ ในปี 1996 เป็นองค์กรอาสาสมัครที่เป็นอิสระ บุคลากรที่ร่วมดำเนินการไม่มีเงินเดือน และองค์กรไม่รับเงินสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพหรือสถานบริการด้านสุขภาพ ภาระกิจหลักคือการเพิ่มสำนึกด้านสิทธิผู้ป่วยทั้งในหมู่บุคลากรทางการแพทย์และ

ประชาชนทั่วไป และเพื่อที่จะลดความขัดแย้งและการเผชิญหน้า ที่มีแนวโน้มอย่างสูงที่จะเกิด สมาคมกำหนดหลักการในการทำงานคือการร่วมกันทำงานมิใช่การทำงานเพื่อต่อต้านกัน กิจกรรมของสมาคม มี 4 ด้านหลักคือ

- การเผยแพร่ข้อมูล กลุ่มเป้าหมายของการเผยแพร่มีนอกเหนือจากผู้รับบริการแล้วยังรวมไปถึงผู้ให้บริการทางการแพทย์ด้วย ในรูปแบบของการจัดประชุม สัมมนา เพื่อเป็นการกระตุ้นความเข้าใจและการให้ความสำคัญต่อสิทธิผู้ป่วยในหมู่ผู้ให้บริการ
- การดำเนินการช่วยเหลือเมื่อมีการร้องเรียน เช่นการบริการโทรศัพท์สายด่วน เมื่อได้รับเรื่องก็ดำเนินการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- การให้บริการแนะนำเป็นการส่วนตัวเฉพาะราย (Personal guidance)
- การเคลื่อนไหวทางสังคม (Lobbying and public action)

8. การชดเชยค่าเสียหายจากผลเสียของการบริโภคผลิตภัณฑ์

การเรียกร้องค่าเสียหายจากผลเสียที่ได้รับของผู้ป่วยเป็นเรื่องสืบเนื่องจากเรื่องสิทธิของผู้ป่วยซึ่งในประเทศอิสราเอล นับได้ว่ามีกรอบการเรียกร้องการชดเชยอย่างกว้างขวาง ดังกรณีตัวอย่างต่อไปนี้

กรณีการชดเชยผลเสียจากการรักษากลาก (ringworm)²⁰ ในช่วงของการอพยพเข้าสู่อิสราเอลตั้งแต่ระยะก่อตั้งประเทศ ในปี 1946 ผู้อพยพซึ่งมาจากอัฟริกาเหนือ เอเชียและตะวันออกกลาง เกือบทุกคนต้องได้รับการฉายรังสี เมื่อเดินทางมาถึงค่ายผู้อพยพเพื่อฆ่าเชื้อราที่เป็นสาเหตุของกลากที่อาจติดมากับผู้อพยพ ต่อมาผู้ที่ได้รับการฉายรังสีเหล่านั้นส่วนใหญ่เกิดเป็นมะเร็ง กลุ่มผู้ป่วยได้ร้องเรียนขึ้น เมื่อมีการศึกษาทางระบาดวิทยาสรุปลี้ได้ว่าการฉายรังสีเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็ง รัฐบาลอิสราเอลจึงได้ผ่านกฎหมายการชดเชยให้มีการจ่ายเงินแก่ผู้ป่วยโดยอาจจ่ายครั้งเดียวหรือจ่ายเป็นรายเดือนเหมือนเงินบำนาญ

กรณีผู้ป่วยในกระโดดตึกฆ่าตัวตาย²¹ ผู้ป่วยรายหนึ่งที่พยายามฆ่าตัวตายได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จนกระทั่งปลอดภัย ในวันที่ 12 นับจากเข้ารับการรักษาส่งผู้ป่วยได้กระโดดออกจากหน้าต่างตึกลงมาเสียชีวิต โรงพยาบาลได้ทำการสอบสวนแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง ต่อมาญาติผู้ป่วยได้ฟ้องโรงพยาบาลว่าประมาทเลินเล่อ และขอชดเชยงานการสอบสวนของโรงพยาบาล โรงพยาบาลปฏิเสธที่จะให้ดู ศาลตัดสินว่าญาติผู้ป่วยมีสิทธิที่จะดูได้ ต่อมาโรงพยาบาลอุทธรณ์ สุดท้ายศาลฎีกาพิพากษายืนตามศาลชั้นต้น และให้โรงพยาบาลเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้อง

9. ตัวอย่างของสารบัญญัติในกฎหมาย

กฎหมายที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพคือกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติและกฎหมายสิทธิผู้ป่วย ผู้วิจัยได้แนบสำเนากฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับภาษาอังกฤษที่ครบสมบูรณ์ และได้ระบุรายละเอียดของกฎหมายสิทธิผู้ป่วยเอาไว้ในรายงาน สามารถใช้เป็นตัวอย่างในการกำหนดสารบัญญัติของกฎหมายเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพของไทยได้ อย่างไรก็ตามขอยกประเด็นที่น่าสนใจมาเสนอ ณ ที่นี้ส่วนหนึ่ง

การเปลี่ยนการบริการในชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐาน (health service basket) มีข้อที่น่าสนใจได้แก่

- มิให้เพิ่มรายการการบริการในชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐานโดยไม่มีการจ่ายเงินหรือจ่ายเงินน้อยกว่าต้นทุน ถ้าไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงที่มาของแหล่งเงินในการเพิ่มการบริการดังกล่าว หรือถ้าไม่สามารถแสดงว่าที่มาของแหล่งเงินมาจากการยกเลิกบางกิจกรรมหรือการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการ

- ให้กระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบของสภาการสาธารณสุข (Health Council) แต่งตั้งคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญ ภายในสองปีหลังจากการบังคับใช้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ เพื่อทำหน้าที่พิจารณารายการบริการพิเศษเฉพาะด้านที่จะเพิ่มเข้าไปในรายการชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐาน ซึ่งรายการที่เพิ่มขึ้นนี้ต้องระบุ ระยะเวลาที่ต้องรอคอย (waiting time) การเข้าถึงบริการ (ระยะทางจากบ้านไปยังสถานที่ที่จะจัดบริการดังกล่าวให้) ใครจะเป็นผู้ให้บริการ ใครเป็นผู้ตัดสินใจว่าผู้ป่วยควรได้รับการบริการ จะให้บริการอย่างไร และคุณภาพขนาดไหน
- รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะไม่อนุมัติหากการบริการที่เสนอโดยคณะทำงานผู้เชี่ยวชาญข้างต้น มีต้นทุนมากกว่าเงินที่แหล่งที่ระบุไว้ แต่รัฐมนตรีจะต้องตีพิมพ์การตัดสินใจดังกล่าวในราชกิจจานุเบกษา
- ต้นทุนของการบริการในชุดสิทธิประโยชน์มาตรฐานจะต้องได้รับการปรับตามการเพิ่มของดัชนีราคาค่าบริการทางสุขภาพ (index of health service cost) ทุกปี

10. วิจารณ์

ในระบบสาธารณสุขของอิสราเอลจากทบทวนเอกสารและการไปดูงานและสัมภาษณ์ มีประเด็นที่เป็นข้อเด่นข้อด้อยดังนี้

- ◆ ในระบบบริการได้มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอย่างมากเช่น Tele-medicine ผู้วิจัยได้ชมการสาธิตการติดต่อกับสหรัฐอเมริกาของโรงพยาบาลขนาดเล็กที่อยู่ห่างจากเมืองหลวง ซึ่งปกติจะมี case conference ร่วมกัน หรือการใช้คอมพิวเตอร์ขนาดเล็กในการบันทึกข้อมูลและอ่านประวัติผู้ป่วยในการ round ward โดยไม่ต้องเขียนลงกระดาษ
- ◆ การให้อิสระแก่ประชาชนในการเปลี่ยนกองทุนสุขภาพที่เป็นสมาชิก โดยไม่จำกัดถิ่นที่อยู่ ซึ่งคล้ายกับของประเทศออสเตรเลียที่ไม่ต้องลงทะเบียนกับแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเหตุผลที่ทำเช่นนี้ได้อาจเป็นเพราะมีประชากรน้อย ประเทศเล็ก มีเทคโนโลยีการบริหารจัดการข้อมูลที่ดี
- ◆ มีการประยุกต์ใช้เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเป็นเครื่องมือในการบริหารมากพอสมควรจากการที่ผู้วิจัยได้ไปดูงานที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้บรรยายการประยุกต์ใช้เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในโรงพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรมและเข้าใจง่าย นอกจากนี้การคลังสาธารณสุขก็มีบทบาท ตัวอย่างเช่นรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ เล่าว่าโรงพยาบาลได้ถูกลดการจ่ายค่าดูแลผู้ป่วย Stroke โดยลดจำนวนวันของการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลต้องคิดค้นวิธีการแก้ปัญหารายได้ที่ลดลงโดยการลดค่าใช้จ่ายโดยให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น และให้ผู้ป่วยกลับมาใช้บริการแบบมาเข้าเย็น กลับเรียกวิธีการดูแลแบบนี้ว่า Day hospital
- ◆ มีนักวิชาการที่หลากหลายในวงการสาธารณสุข เห็นได้จากมีผลงานทางวิชาการที่วิจารณ์ระบบสาธารณสุขในมุมมองของเศรษฐศาสตร์ เช่นตลาดสุขภาพ และที่ไม่พบบ่อยนักได้แก่ความสัมพันธ์ของระบบสาธารณสุขกับการเมือง
- ◆ จากการที่การเมืองหรือพรรคการเมืองมีความสัมพันธ์กับผู้มีบทบาทที่สำคัญในระบบสุขภาพคือกองทุนสุขภาพ จึงมีอิทธิพลอย่างชัดเจนในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข ซึ่งบางครั้งได้แสดงถึงเป้าหมายของนโยบายเพื่อประโยชน์ของพรรคการเมืองเอง หรือยินยอมให้กองทุนสุขภาพดำเนินการเพื่อเพิ่มผลประโยชน์

ซึ่งก็จะส่งผลถึงพรรคการเมืองด้วย รูปธรรมได้แก่การแข่งขันกันระหว่างกองทุนเพื่อตั้งดุสสมาชิกโดยให้ผู้ป่วยสามารถเข้ามารับการบริการปฐมภูมิไปยังแพทย์เฉพาะทางได้เลย

- ◆ ระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในอิสราเอลก้าวหน้าพอสมควร ผู้วิจัยได้ไปดูงานที่คลินิกปฐมภูมิแห่งหนึ่งได้พบแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่เคยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชปฏิบัติครอบครัวขององค์การอนามัยโลก และเคยไปเป็นที่ปรึกษาในการวางระบบที่ประเทศจีน แต่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในอิสราเอลก็ไม่ได้อยู่ในฐานะ gate keeper ของระบบ

11. ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

1. กลยุทธ์ในการสร้างการยอมรับกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติเมื่อเริ่มนำออกใช้คือการไม่กำหนดรายละเอียดมากเพื่อลดการต่อต้าน และทำการแก้ไขในระยะต่อมาเช่นการตัดสินใจให้กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบงานป้องกันโรค (Preventive medicine) แทนที่จะเป็นกองทุนสุขภาพ การกำหนดให้รัฐบาลสามารถเข้าไปตรวจสอบด้านการเงินของกองทุนสุขภาพที่ขาดทุน การกำหนดกรอบค่าใช้จ่ายของกองทุนสุขภาพในการโฆษณาแข่งขันกัน ซึ่งในกรณีของประเทศไทยผู้ที่ได้รับผลกระทบและอาจต่อต้านได้แก่กองทุนประกันสังคม และข้าราชการซึ่งจะเป็นผู้ที่เสียประโยชน์ หากจะมีการรวมกองทุนทั้งหมดเข้าด้วยกัน รัฐบาลควรจะต้องประเมินประนีประนอมก่อนในช่วงแรก
2. การกำหนดให้มีกฎหมายสิทธิผู้ป่วยอยู่ในแผนงานของการปฏิรูประบบสุขภาพคือตรากฎหมายสิทธิผู้ป่วยต่อเนื่องจากกฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติในปีถัดมา การที่ประเทศไทยได้ทำการประกาศสิทธิผู้ป่วยแล้วนั้นยังไม่เป็นรูปธรรมและเป็นหลักประกันเพียงพอ
3. การกำหนดให้มีการประเมินการปฏิรูประบบสุขภาพโดยการกำหนดไว้ชัดเจนพร้อมงบประมาณและระยะเวลาเป็นส่วนหนึ่งของโครงการปฏิรูป เช่นกำหนดไว้ในกฎหมายการประกันสุขภาพแห่งชาติว่าให้ใช้งบประมาณร้อยละ 0.3 ของงบประมาณสาธารณสุขสำหรับการวิจัยกฎหมายประกันสุขภาพ และกำหนดว่า 3 ปีแรกของการใช้กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นระยะเปลี่ยนผ่าน (Transition period) หมายถึงให้มีการปรับปรุงได้
4. การมีการศึกษาผลกระทบของการปฏิรูประบบสุขภาพต่อระบบการศึกษาในการผลิตบุคลากรสาธารณสุขเป็นการเตรียมการรองรับการปฏิรูป ทุกสถาบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงเรียนแพทย์จะต้องมีการปรับตัวในระบบสุขภาพที่ปฏิรูปใหม่ การที่ต้องปรับตัวนี้จะขัดแย้งกับการบริหารการจัดการศึกษามากน้อยแค่ไหน และจะสามารถผลิตบุคลากรออกไปปฏิบัติงานในระบบสุขภาพที่ปฏิรูปแล้วได้อย่างมีคุณภาพมากน้อยแค่ไหน เป็นประเด็นที่สำคัญยิ่งในระยะยาว ในพรบ.สุขภาพแห่งควรบรรจุสาระที่เกี่ยวกับระบบการศึกษาด้านแพทย์และสาธารณสุขเอาไว้ด้วยทั้งในด้านเป้าหมายของการจัดการศึกษาและงบประมาณสนับสนุน หากให้ระบบการสร้างบุคลากร แยกออกไปโดยสิ้นเชิง ย่อมก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขได้ในระยะยาว
5. คณะกรรมการสาธารณสุขระดับพื้นที่ (กสพ) ซึ่งจะต้องบริหารจัดการในการให้บริการของโรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัด น่าจะมีบทบาทคล้ายกองทุนสุขภาพ คือเป็นองค์กรบริหารสุขภาพ (Managed care organization) ซึ่งกองทุนสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดของอิสราเอลคือ Cupat Holim Clalit มีพัฒนาการมาจากสหพันธ์แรงงาน ไม่ใช่องค์กรธุรกิจเพื่อมุ่งเน้นกำไรโดยตรง การดำเนินงานของกองทุนสุขภาพ

Cupat Holim Clalit นี่มีรายละเอียดที่น่าสนใจในเชิงการบริหารจัดการ ที่อาจนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานของ กสพ. หากจะยังดำรงอยู่ในขณะเดียวกันก็ต้องไม่ละเลยการควบคุมการแข่งขันที่เกินขอบเขต เช่นการแข่งขันกันสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยโดยสามารถรับบริการโดยไม่ต้องผ่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งผิดหลักการที่ดี

6. ในส่วนของโรงพยาบาลที่ขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุขก็มีพัฒนาการที่น่าสนใจในการปรับตัวเพื่อสามารถแข่งขันกับโรงพยาบาลในสังกัดกองทุนสุขภาพ เช่นมีการจัดตั้งบริษัท SAREL ซึ่งสมาคมโรงพยาบาลของรัฐ (Society of Public Hospital) เป็นผู้ถือหุ้น SAREL ขายสินค้าและบริการให้กับโรงพยาบาลคิดเป็นจำนวนกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนเตียงทั้งหมดในอิสราเอล มีระบบบริการ One-Stop Shopping รูปแบบนี้เป็นตัวอย่างการนำแนวคิดและวิธีการทางธุรกิจเข้าปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานในองค์กรที่เป็นของรัฐ ว่าสามารถทำได้ เพียงแต่ต้องระมัดระวังจุดยืนว่ายังเป็นหน่วยงานรัฐที่ให้บริการประชาชน ไม่ใช่ธุรกิจที่มุ่งหวังกำไรเต็มตัว ในส่วนของโรงพยาบาลที่สังกัด กองทุนสุขภาพที่ได้ทดลองรูปแบบ Autonomous hospital เป็นแนวทางเดียวกับทิศทางในประเทศไทย เพียงแต่ของ ประเทศอิสราเอลไม่ข้อมูลสรุปผลที่ชัดเจน

12. สรุป

กล่าวโดยสรุปประสบการณ์ของประเทศอิสราเอล เป็นประสบการณ์ที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์กับประเทศไทยทั้งในด้านการนำมาประยุกต์ใช้และในการแง่ของการเรียนรู้ทำให้เข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ สมควรจะได้มีการศึกษาเจาะลึกในรายละเอียดแต่ละด้านต่อไป

13. เอกสารอ้างอิง

1. Geva-May I, Maslove A. What prompts health care policy change? On political power contests and reform of health care systems (the case of Canada and Israel) [In Process Citation]. J Health Polit Policy Law 2000;25(4):717-41.
2. National Insurance Institute of Israel. Available from: www.btl.gov.il/English/overview.htm. [Accessed: 15/03/2001]
3. Social Insurance. Available from: www.israel-mfa.gov.il/mfa/go.asp?MFAH00mk0. [Accessed: 15/03/01]
4. National Health Insurance. Available from: www.israel-mfa.gov.il/mfa/go.asp?MFAH00km0. [Accessed: 15/03/01]
5. Gross R, Rosen B, Chinitz D. Evaluating the Israeli health care reform: strategy, challenges and lessons. Health Policy 1998;45(2):99-117.
6. Ministry of Health. Ministry of Health. Available from: <http://www.israel-mfa.gov.il/mfa/go.asp?MFAH00ht0>. [Accessed: 6 May 2002]

7. Clalit Health Services. Available from :www.clalit.co.il/english/newenglish.htm.
[Accessed:15/03/01]
8. Tabenkin H, Gross R. The role of the primary care physician in the israeli health care system as a 'gatekeeper' - the viewpoint of health care policy makers. *Health Policy* 2000;52(2):73-85.
9. Gross R, Nirel N, Boussidan S, Zmora I, Elhayany A, Regev S. The influence of budget-holding on cost containment and work procedures in primary care clinics. *Soc Sci Med* 1996;43(2):173-86.
10. Chinitz DP. Reforming the Israeli health care market. *Soc Sci Med* 1994;39(10):1447-57.
11. Yishai Y. Politics and medicine: the case of Israeli National Health Insurance. *Soc Sci Med* 1982;16(3):285-91.
12. Wilf-Miron R, Rotstein Z, Noy S, Turjeman A, Israeli A. Newly implemented health system reform in Israel: physicians' attitudes. *Health Policy* 1999;49(3):137-47.
13. Glazer J, Zenhlinger J, Mazor M, Applebaum T, Rotstien Z, Eckstein Z. Excess visits by patients in Israel. Available from: <http://www.israelhpr.org.il/>. [Accessed:15 May 2002]
14. Pilpel D. Measuring physicians' priorities for coverage under national health insurance. Available from: <http://www.israelhpr.org.il/>. [Accessed:15 May 2002]
15. The Israel Institute for Health Policy and Health Services Research. Annual research report. Available from: <http://www.israelhpr.org.il/>. [Accessed:15 May 2002]
16. Marvis DM. Health reform and medical education in Israel: Possible impacts of the Netanyahu Commission. Jerusalem: JDC-Brookdale Institute; 1995.
17. Chinitz D, Israeli A. Rationing: how and who? *Isr Med Assoc J* 1999;1(3):210-4.
18. Marx A. The Society for Patient's Rights in Israel. *Nurs Ethics* 1999;6(2):167-72.
19. Mester R, Mozes T, Spivak B, Blumensohn R, Ben-Amitay G, Kotler M. The patient's right to know, in the 1996 Israel law for the rights of the patient: the pains of progress. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2000;37(2):95-102.
20. Israel compensates for ringworm treatment. *BMJ* 1995;310(11 February 1995):350-1.
21. Israel doctors and patients face conflict. *BMJ* 1995;311(16 December 1995):1592-3.