

รายงาน
การศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ
กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ

ผศ. นพ. ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์
Teerakiat Jareonsettasin
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

บทนำ	3
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	4
Executive Summary	16
บทที่ 1 ภาพรวมของระบบสุขภาพก่อน NHS ถึงปัจจุบัน	26
บทที่ 2 สภาพปัญหา ความจำเป็น แรงผลักดันให้เกิดการปฏิรูป	34
บทที่ 3 บริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป	43
บทที่ 4 สาระสำคัญของการปฏิรูป NHS	48
บทที่ 5 กระบวนการ ยุทธศาสตร์และเครื่องมือของการปฏิรูป	56
บทที่ 6 การผลิตและพัฒนากำลังคน	60
บทที่ 7 การควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยี	66
บทที่ 8 บทบาทของผู้บริโภคและการคุ้มครองผู้บริโภค	71
บทที่ 9 การร้องเรียนและการชดเชยค่าเสียหาย	94
บทที่ 10 บทวิเคราะห์และบทเรียนสำหรับประเทศไทย	103
บทที่ 11 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	111
เอกสารอ้างอิง	114

บทนำ

หลักการและเหตุผล

การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นกระแสของสังคมโลก ประเทศต่างๆ ทั้งที่พัฒนาแล้วและที่กำลังพัฒนาได้มีการปฏิรูปสุขภาพ ประวัติศาสตร์การปฏิรูปอันยาวนานของต่างประเทศนั้นสามารถเป็นบทเรียนที่สำคัญที่จะนำมาใช้กับการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ประเทศอังกฤษเป็นประเทศที่มีระบบสุขภาพที่น่าศึกษาแห่งหนึ่ง ฉะนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการทบทวนระบบสุขภาพและกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในแง่มุมต่างๆ ของประเทศอังกฤษ

ขอบเขตของการศึกษา

รายงานฉบับนี้เป็นการรวมรายงานสองฉบับเข้าด้วยกัน โดยฉบับแรกเป็นการศึกษาทบทวนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศอังกฤษ ในเรื่องภาพรวมของระบบสุขภาพ กระบวนการปฏิรูปบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ และสาระสำคัญของการปฏิรูป ต่อมาทางสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้มีดำริให้ทบทวนเพิ่มเติมในเรื่องของการควบคุมกำกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพง การมีส่วนร่วมและการคุ้มครองผู้บริโภค การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ โดยเสนอเป็นรายงานฉบับที่สอง แต่ผู้วิจัยเห็นว่าการรวมรายงานทั้งสองฉบับเข้าด้วยกันจะทำให้การศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศอังกฤษมีความสมบูรณ์ครบถ้วน และสามารถใช้เป็นเอกสารอ้างอิงได้ต่อไปโดยไม่ต้องแยกเล่ม

รูปแบบของการศึกษาเป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากหนังสือ เอกสาร และแหล่งข้อมูลอ้างอิงที่เชื่อถือได้ อีกทั้งมีการสัมภาษณ์ผู้ที่มีการศึกษาชาวอังกฤษ กอปรกับประสบการณ์ที่ผู้วิจัยเคยทำงานในระบบสุขภาพของประเทศอังกฤษในช่วงที่เป็นรอยต่อของการปฏิรูประบบสุขภาพ ผู้วิจัยให้ความสำคัญในเรื่องปรัชญาแนวคิดของกระบวนการเปลี่ยนแปลง ไม่น้อยไปกว่ารายละเอียดของการเปลี่ยนแปลง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อนำเสนอระบบสุขภาพของประเทศอังกฤษให้ละเอียดและเป็นที่เข้าใจได้ง่าย
2. เพื่อนำเสนอกระบวนการและประเด็นที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพของอังกฤษ
3. เพื่อนำประเด็นต่างๆ มาวิเคราะห์และเสนอเป็นบทเรียนสำหรับประเทศไทย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประวัติของ NHS

ในประเทศอังกฤษระบบสุขภาพคือ National Health Service (NHS) ณ ปี ค.ศ. 1997 NHS มีพนักงานทั้งสิ้น 1 ล้านคน และใช้งบประมาณทั้งสิ้น 45,000 ล้านปอนด์ นับว่า NHS เป็นองค์กรที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของโลก

ก่อนมี NHS การบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานโดยเอกชนที่กระจัดกระจาย ไม่มีสถาบันใดที่เป็นหลักในการจัดระบบสุขภาพ

ปี ค.ศ. 1911 รัฐบาล ได้ออกกฎหมายที่ชื่อว่า *National Insurance Act* โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้บริการสุขภาพกับชนชั้นกรรมาชีพของประเทศ แต่กฎหมายนี้ไม่ครอบคลุมบุตรหรือภรรยาของผู้ใช้แรงงานเหล่านี้

ปี ค.ศ. 1942 Sir William Beveridge ได้เสนอรายงาน *Beveridge Report* ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการจะมีระบบสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด จนกระทั่งรัฐมนตรีสาธารณสุขของพรรคแรงงานคือนาย Aneurin Bevan เจรจาและต่อรองกับแพทย์ และผลักดันกฎหมาย *National Health Service* ได้สำเร็จเมื่อปี ค.ศ. 1946

NHS ถือกำเนิดขึ้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม ค.ศ. 1948 NHS ถือเป็นสถาบันที่คนอังกฤษมีความภาคภูมิใจและให้ความเคารพนับถือเป็นอันดับสองรองจากสถาบันพระมหากษัตริย์ Aneurin Bevan เปรียบเสมือนสถาปนิกที่ก่อให้เกิด NHS ซึ่งถือเป็นผลงานทางการเมืองที่สำคัญที่สุดของพรรคแรงงาน

สภาพปัญหาและแรงผลักดันในการปฏิรูป

หลักการของ NHS คือ การจัดระบบสุขภาพที่ให้บริการฟรีอย่างครอบคลุมทั้งหมดกับประชากรทั้งประเทศอย่างเสมอภาค NHS ได้งบประมาณจากภาษีทั่วไป (General Taxation) แรงผลักดันที่ทำให้เกิดการปฏิรูปและสภาพปัญหาต่างๆ เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง NHS เพราะเนื่องจากความขัดแย้งหลักสองประการคือ

1. ความขัดแย้งในเรื่องของนโยบายว่าจะรวมอำนาจหรือกระจายอำนาจของการบริหาร
2. ความขัดแย้งระหว่างรัฐกับแพทย์ รัฐเป็นผู้ที่ออกเงิน แต่แพทย์เป็นผู้ให้บริการและถือว่าตนเองมีความรู้ความสามารถ จึงต้องการอิสระทางวิชาชีพ

เพียงเวลาไม่กี่ปีหลังจากเริ่มก่อตั้ง NHS นั้น รัฐบาลเริ่มตระหนักดีว่า ความสำเร็จของ NHS ได้กลายเป็นศัตรูของตัวมันเอง เมื่อรัฐได้ให้สัญญาว่าจะให้บริการสุขภาพฟรี ณ จุดให้บริการกับทุก

คน โดยไม่คำนึงถึงฐานะแต่ตอบสนองตามความจำเป็นทางสุขภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นคือเงินที่จะใช้ในการสนับสนุนการให้บริการไม่เพียงพอ กอปรกับการแพทย์เจริญขึ้น เทคโนโลยีทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกิดขึ้นมีราคาสูง ความต้องการของประชาชนมีมากขึ้น มีการกล่าวหากันในทุกสมัยว่ารัฐบาลไม่สนับสนุนการเงินอย่างเพียงพอกับ NHS

เมื่อรัฐบาลของพรรคอนุรักษนิยมนำโดยนางมาร์กาเรต แทตเชอร์ เข้ามาครองอำนาจตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 เป็นต้นมา ข้อกล่าวหานี้ก็รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพในปี ค.ศ. 1990

รัฐบาลอังกฤษใช้เงินน้อยมากเพื่อการสาธารณสุข เมื่อเทียบกับระบบสุขภาพของประเทศที่พัฒนาแล้วอื่นๆ โดยรัฐใช้เงินสำหรับสาธารณสุขประมาณ 6.6 % ของ GDP ในขณะที่สหรัฐอเมริกาใช้ถึง 15-16 % และประเทศอื่นที่พัฒนาแล้วในยุโรปใช้ 8-9 % แต่ NHS ก็ให้ผลที่อยู่ในระดับที่น่าพอใจเมื่อเทียบกับงบประมาณที่ได้ แต่ชาวอังกฤษก็ยังไม่พอใจ

กระบวนการปฏิรูป

ในทศวรรษที่ 1950s NHS มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก NHS เริ่มต้องลอยไปอย่างไร้ทิศทาง ในปี ค.ศ. 1962 ซึ่งถือว่าเป็นครั้งแรกที่มีการคิดถึงการจัดการโดยใช้หลักของการบริหารแบบมีกลยุทธ์ (Strategic Management) ว่า NHS จะพัฒนาไปในทิศทางใด

ปี ค.ศ. 1974 ได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้น NHS จึงเริ่มเข้ารูปร่าง มีการบูรณาการกันและมีการวางแผนกันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่า NHS ยังไม่ประสบความสำเร็จ ไม่มีความพยายามอย่างจริงจังที่จะท้าทายแพทย์ ซึ่งคือศูนย์กลางอำนาจที่แท้จริงของ NHS ในที่สุดความขัดแย้งก็ยังคงเดิมคือ ความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานต่างๆ กับ ความเป็นอิสระของแพทย์ ไม่มีกลไกที่ชัดเจนที่จะให้แพทย์อธิบายสิ่งที่ตนเองทำหรือรับผิดชอบต่อนักบริหารที่ไม่ใช่แพทย์

ปี ค.ศ. 1979 จึงได้มีการคิดถึงการปฏิรูประบบสุขภาพอีกครั้งหนึ่ง จนเกิดเป็นการปฏิรูปโครงสร้าง (Structural Reform) ครั้งที่ 2 โดยในปี ค.ศ. 1982 มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ NHS บ้าง

ในปี ค.ศ. 1983 รัฐบาลอนุรักษนิยมได้นำเอานักธุรกิจเข้ามาเป็นที่ปรึกษาคนหนึ่ง ในจำนวนนั้นก็คือ Sir Roy Griffiths ซึ่งรัฐบาลได้มอบหมายให้เข้าไปตรวจสอบและนำเสนอรายงานการบริหารงานของ NHS โดยมีจุดมุ่งหมายคือเพื่อให้ NHS มีประสิทธิภาพมากขึ้น รายงานของ Sir Roy Griffiths ซึ่งมีเพียงแค่ 24 หน้า แต่ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ใน NHS เริ่มจากการนำเอานักบริหารเข้ามาในระบบทันทีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 เริ่มมีการต่อรองอำนาจของแพทย์

จนกระทั่งปี ค.ศ. 1988 นางมาร์กาเรต แทตเชอร์ นายกรัฐมนตรีอังกฤษในสมัยนั้นได้ประกาศว่าจะให้มีการระบบสุขภาพอย่างถอนรากถอนโคน และเป็นที่มาที่สำคัญของเอกสารนโยบาย (White Paper 1989) ที่ชื่อว่า *Working for Patients* ที่เสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ภาพอย่างที่ไม่เคยมีปรากฏในประเทศอังกฤษเลย และออกเป็นกฎหมาย *National Health Service and Community Care Act 1990* ในปีถัดมา

รัฐบาลของนางมาร์กาเร็ต แทตเชอร์ มีความเชื่อว่า สถาบันของรัฐ หรือระบบราชการเป็นระบบที่ไร้ประสิทธิภาพ มีความอืดอาดยืดเยื้อมาก รัฐบาลของนางคิดว่าถ้าจะให้รัฐบริการดี การบริหารจัดการจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปใช้รูปแบบของเอกชนหรือระบบการตลาดมากขึ้น โดยมุ่งหวังที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ของการปฏิรูป NHS ค.ศ. 1990

กระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากมีแรงกดดันจากสาธารณชนต่อรัฐบาลอย่างมากมาย กลยุทธ์ที่รัฐบาลคิดอยู่ตลอดเวลา คือ การใช้ระบบบริหารต่างๆ (Managerialism) ความคิดต่างๆ ทางด้านบริหารได้ถูกนำเข้ามาใช้อย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดในเรื่องของการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) การใช้ดัชนีชี้วัดผลผลิต (Performance Indicator) การบริหารจัดการอย่างเป็นเลิศ (Excellence) โดยทั่วไปเป็นการนำเอาความคิดทางระบบธุรกิจเพื่อมาประยุกต์กับองค์กรของรัฐ และพยายามที่จะสนับสนุนให้มีการแข่งขันซึ่งกันและกัน

กลยุทธ์ที่ใช้ในการปฏิรูปครั้งนี้คือ

1. กระจายอำนาจให้ระดับปฏิบัติเป็นอิสระมากขึ้น มีขั้นตอนน้อยลง ให้มีการตั้ง NHS Trust GP Fundholding
2. การสร้างการแข่งขันขึ้นภายใน
3. การจัดระบบเงินสนับสนุนใหม่
4. การลดอำนาจแพทย์
5. เสริมสร้างความแข็งแกร่งของ Primary Care ให้มากขึ้น จะเห็นได้จากการที่รัฐบาลให้ความสำคัญกับ GPs โดยมีการก่อตั้ง GP Fundholding

สาระสำคัญของการปฏิรูป ค.ศ. 1990

สาระสำคัญของการปฏิรูป ค.ศ.1990 คือ การกำหนดให้มีการแยกระหว่างผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการ โดยสนับสนุนให้โรงพยาบาลที่มีความพร้อมตั้งเป็น NHS Hospital Trust ซึ่งเป็นองค์กรอิสระในกำกับของรัฐมนตรีสาธารณสุข มีอิสระในการบริหารงานและตัดสินใจในการทำธุรกรรมต่างๆ ปัจจุบันนี้โรงพยาบาลในสหราชอาณาจักรได้กลายเป็น NHS Trust ทุกโรง

ส่วน GP Fundholding ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชน GPs จะได้รับงบประมาณก้อนหนึ่งซึ่ง GPs สามารถบริหารเอง และทำสัญญากับโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของเอกชนหรือโรงพยาบาลของรัฐก็ตามที่ GPs พอใจและคิดว่าดีที่สุดสำหรับประชากรคนนั้น และเมื่อบริหารจัดการเงินเหลือในแต่ละปี GPs สามารถใช้เงินนั้นในการพัฒนาคลินิกของตนได้ อำนาจนี้เป็นอำนาจใหม่ซึ่งไม่เคยมีในประวัติศาสตร์ของ GPs มาก่อน ทำให้ Primary Care เข้มแข็งขึ้น

สิ่งที่ผูกพันผู้ซื้อและผู้ให้บริการคือ สัญญา (Contract) ในการที่จะทำให้เกิดระบบการตลาดภายใน (Internal Market)

การลดอำนาจของแพทย์ในโรงพยาบาล ทำให้ได้โดยรัฐบาลให้มีการตรวจสอบการทำงานของแพทย์มากขึ้น จึงได้นำระบบที่เรียกว่า Medical Audit นอกจากนี้แพทย์ยังต้องอธิบายสิ่งที่ตนทำและอยู่ในทีมบริหารด้านการเงินของโรงพยาบาล แพทย์ไม่สามารถที่จะมีอิสระในการทำอะไรตามใจชอบได้อีกต่อไป เพราะหากทำอะไรที่ไม่น่าพึงปรารถนาของประชาชนในท้องถิ่น โรงพยาบาลนั้นๆ อาจไม่มีผู้มาซื้อบริการ

การผลิตและพัฒนากำลังคน

ปรัชญาเรื่องกำลังคน

เรื่องการให้บริการและการวางแผนทรัพยากรบุคคลเป็นสิ่งที่ต้องไปด้วยกัน นโยบายทางด้านกำลังคนของ NHS ยังไม่เป็นที่ชัดเจน โดยเฉพาะท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมากมายใน NHS ก่อนปลายทศวรรษ 1970s นั้นการให้บริการทางสุขภาพไม่มีการวางแผนที่ชัดเจน สายวิชาชีพแต่ละสายก็ดำเนินการไปตามทางของตน ในปี ค.ศ. 1980 มีรายงานจาก Medical Manpower Steering Group ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาหลายอย่างซึ่งทำให้การวางแผนบุคลากรทางด้านแพทย์เป็นไปได้ยากมาก เพราะความไม่แน่นอนในอนาคตของ NHS

กำลังคนด้านแพทย์ในอนาคต

ประเทศอังกฤษมีแพทย์ 102,610 คนใน NHS ในปี ค.ศ. 1996 คิดเป็น 1.7 ต่อประชากร 1000 คน ในรายงานของ **Medical Workforce Standing Advisory Committee** ซึ่งจัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข ในปี ค.ศ. 1997 รายงานนี้ศึกษาถึงรูปแบบทางสุขภาพและการให้บริการสุขภาพที่จะเกิดขึ้น การตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลง และได้ศึกษาเรื่องความต้องการแพทย์ในอนาคต การสูญเสียและการเกษียณอายุของแพทย์ รวมทั้งอัตราส่วนระหว่างแพทย์ที่จบภายในกับแพทย์จากต่างประเทศที่มาทำงานในประเทศอังกฤษ ประมาณ 76% ของแพทย์ที่ทำงานอยู่ใน NHS จบมาจากสถาบันแพทย์ในอังกฤษ

รายงานได้วิเคราะห์ว่าภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน โอกาสที่จะผลิตแพทย์เกินความต้องการนั้นมีน้อยมาก พบว่าจำนวนแพทย์ควรจะเพิ่มเฉลี่ยที่ 1.7% ต่อปี วิธีการที่จะใช้ในการเพิ่มจำนวนแพทย์เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการในอนาคตคือ

1. เปิดรับแพทย์จากนอกประเทศให้มากขึ้น
2. ปรับปรุงการครองชีพแพทย์ที่กำลังทำงานอยู่
3. ผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นโดย
 - 3.1 เพิ่มโรงเรียนแพทย์
 - 3.2 ขยายโรงเรียนแพทย์ที่มีอยู่แล้ว
 - 3.3 รับนักศึกษาแพทย์เพิ่ม รายงานเสนอปีละ 1000 คน

ทิศทางการพัฒนากำลังคนในอนาคต

ในปี ค.ศ. 1998 รัฐบาลได้ออกเอกสารชื่อ *Working Together: Securing A Quality of Workforce for the NHS* ได้ให้ทุกโรงพยาบาลและนายจ้างทุกคนต้องวางแผนนโยบายด้านกำลังคนประจำปีให้เสร็จสิ้นภายในเดือนเมษายนปี 2000 รวมทั้งแผนการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาขาวิชาชีพส่วนใหญ่ของ NHS เพื่อที่จะให้มีการเชื่อมโยงระหว่างภาคผลิตกับภาคบริการ

แต่เนื่องจากขณะนี้ข้อมูลไม่เพียงพอจึงทำให้การวางแผนทุกอย่างเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก มีปัญหาพื้นฐานเรื่องการมองทิศทางของภาคฝ่ายผลิต (Education) กับภาคบริการ (NHS) King's Fund มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้ :

1. จะต้องมีการประเมินตามความเป็นจริงว่า ในระยะยาวแผนกำลังคนควรจะเป็นอย่างไร การประเมินนี้ควรคำนึงถึงขอบเขตการแบ่งแยกระหว่างวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้ในการทำนายอนาคตว่าเราจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะอย่างไร จำนวนเท่าใด
2. ต้องมีการเชื่อมโยงระหว่างภาคผลิต หรือฝ่ายการศึกษา กับฝ่ายผู้ใช้ หรือ NHS อย่างเป็นรูปธรรม
3. ควรมีการเน้นเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบการให้บริการสุขภาพทั้งระบบ การทำงานร่วมกันระหว่างนักบริหารกับบุคคลสาขาวิชาชีพ
4. การวิเคราะห์ สังเคราะห์และรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรในทุกระดับทุกด้าน

การควบคุมกำกับการใช้เทคโนโลยี

การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ นั้นจะต้องตั้งอยู่บนการประเมินที่เข้มข้นและต่อเนื่องอย่างตลอดเวลาว่า มันได้ผลหรือไม่ คุ่มค่าหรือไม่ ต้นทุนเท่าไรและปลอดภัยอย่างไร และมีการเลือกใช้อย่างเหมาะสมในคนไข้ซึ่งจะได้ประโยชน์จริงๆ

เนื่องจากมีหลักฐานว่ามีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มากเกินไปจนความจำเป็นและใช้ไปในทางที่ผิด และมีหลักฐานเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ฉะนั้นรัฐบาลในประเทศตะวันตกส่วนใหญ่จึงมีระบบการประเมินตรวจสอบอย่างเข้มข้น การประเมิน 4 ด้านคือ

1. ความปลอดภัย (Safety)
2. ความมีประสิทธิภาพ (Efficacy status) ในกรณีที่เป็นอุดมคติ
3. ประสิทธิภาพในเวชปฏิบัติทั่วไปธรรมดา
4. ประสิทธิภาพและความคุ้มค่า

ประเทศอังกฤษใช้มาตรการจำกัดงบประมาณ (budget limits) มีองค์กรที่ชื่อ National Coordinating Centre for Health Technology Assessment ที่ Winchester ทำหน้าที่เกี่ยวกับ

ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินและการกระจายเทคโนโลยี นอกเหนือจากนี้ ราชวิทยาลัยแพทย์ต่างๆ ก็มีบทบาทในการขึ้นทะเบียนและแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเองก็มีคณะกรรมการที่ชื่อ Standing on Health Technology Assessment ทำหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องความจำเป็นในการกระจายเทคโนโลยีใหม่ๆ

แต่ขณะนี้ยังไม่มียุทธศาสตร์กลางที่จะเข้าไปควบคุมเทคโนโลยีราคาแพงโดยเฉพาะ นอกเหนือจากอาศัยการฟังคำแนะนำ ความร่วมมือกัน การเจรจาตกลง แรงกดดันจากกลุ่ม เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายที่จะควบคุม ในประเทศที่เป็นเสรีประชาธิปไตยเช่นนี้สิ่งที่ควบคุมการใช้เทคโนโลยีที่มากเกินไปคือภาวะทางการเงินและแรงกดดันในเรื่องของหลักฐานและความเป็นจริง สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดการควบคุมเทคโนโลยีทางการแพทย์ในที่สุด

บทบาทของผู้บริโภคและการคุ้มครองผู้บริโภค

ปรัชญาและวิวัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริโภคกับ NHS

หลักทั่วไปของการให้บริการทางสุขภาพมี 3 แบบคือ

แบบแรกคือแบบสินค้า ถ้าการให้บริการทางแพทย์เปรียบเสมือนสินค้าชนิดหนึ่งเช่นเดียวกับสินค้าอื่นๆ กลไกการตลาดในเรื่องอุปสงค์และอุปทาน (Demand – Supply) ก็ควรเป็นตัวกำหนดราคาของสินค้าและการให้บริการ ผู้บริโภคมีโอกาสที่จะได้เลือก อย่างไรก็ตามดูเหมือนว่าการให้บริการทางสุขภาพไม่ได้เป็นเช่นนั้น

แบบที่สองเกิดจากความเจริญรุ่งเรืองของศาสตร์ทางการแพทย์ ทำให้แพทย์นั้นกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Professional Model) ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าแพทย์มีความรู้มากที่สุด และเป็นผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

แบบที่สามคือแบบราชการ (Bureaucratic Model) นั่นคือ รัฐบาลคิดว่าไม่สามารถให้ผู้เชี่ยวชาญหรือกลไกการตลาดเป็นผู้ตัดสินใจอย่างเดียว เพราะจะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมและไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นของคนไข้ได้ จึงต้องใช้ระบบประชาธิปไตยเข้ามาเพื่อบริหารจัดการและควบคุมให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

ในกรณีประเทศอังกฤษมีการใช้แบบที่สองและแบบที่สามร่วมกัน แบบแรกหรือแบบของผู้บริโภคหรือการตลาดนั้นถึงแม้จะนำมาใช้ในการบริหารจัดการหลังการปฏิรูปสุขภาพ 1990 แต่ประชาชนก็ยังมีโอกาสได้น้อยมาก โดยเฉพาะการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพได้แค่ที่ GP กับที่โรงพยาบาลเท่านั้น และเมื่อผู้บริโภคเข้าไปพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับการรักษาแล้ว โอกาสที่เขาจะได้แสดงความคิดเห็นหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเขาเองนั้นน้อยมาก

ในขณะเดียวกันปัญหาในระดับภาพรวมก็ยังมีข้อจำกัดด้วยเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบกับองค์กรทางสาธารณะอื่นๆ แล้วถือว่าขาดการตรวจสอบได้โดยใช้วิธีการทางประชาธิปไตย เนื่องจากไม่มีตัวแทนที่ถูกเลือกเข้ามาเป็นตัวแทนของประชาชนดังเช่นกรณีของเทศบาลท้องถิ่น NHS ถูกจัดตั้งขึ้นมาเพื่อให้มีคำอธิบายต่อสาธารณะในทางอ้อมมากกว่าทางตรง โดย NHS ขึ้นตรงต่อรัฐ

มนตรีที่มาจากสภาผู้แทนราษฎรซึ่งมาจากการเลือกตั้ง ฉะนั้นจึงถือว่าอธิบายโดยตรงต่อประชาชน โดยผ่านทางรัฐสภา

ในปี ค.ศ. 1974 ซึ่งได้มีการก่อตั้ง Community Health Councils ขึ้นเพื่อเป็นตัวแทนของสาธารณชน ในการเปลี่ยนแปลงครั้งต่อๆ มาของ NHS ได้มีความพยายามให้สาธารณะหรือผู้บริโภคมีส่วนร่วมมากขึ้น

ในปี ค.ศ. 1983 รายงานของ Sir Roy Griffiths มีส่วนเป็นอย่างมากในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย โดยยึดเอาหลักการของธุรกิจและการให้บริการลูกค้าเป็นหลัก รายงานของ ตัวอย่างของคำกล่าวอันหนึ่งในรายงานชิ้นนี้ว่า

“นักธุรกิจรู้ว่าเขาจะดูแลลูกค้าของเขาอย่างไร นำสิ่งที่เดียวว่า NHS นั้นตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยหรือชุมชนได้หรือไม่ สิ่งนี้ยังเป็นที่น่ากังวลอยู่”

ในปี ค.ศ. 1991 รัฐบาลได้ออกธรรมนูญผู้ป่วย (Patient's Charter)

บทบาทของผู้บริโภค

มีประเด็นสำคัญ 3 ประเด็นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้บริโภค คือ

1. การที่ผู้บริโภคหรือคนไข้มีส่วนในการตัดสินใจในการรักษาของตน
2. การให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วมในการวางแผน พัฒนา ติดตามและตรวจสอบการให้บริการ
3. การมีส่วนร่วมของสาธารณะโดยทั่วไป

ปรัชญาเรื่องการให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วม การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเรื่องใหญ่ทีเดียว รัฐบาลนั้นไม่ค่อยคำนึงถึงเรื่องนี้มาก ยังให้การสนับสนุนน้อย และไม่มีกฎหมายใหม่ๆ ออกมา กระทรวงสาธารณสุขของอังกฤษเองได้ลงทุนจัดตั้ง **Centre for Health Information Quality**

โดยสรุปในประเด็นที่ให้สาธารณะมีส่วนร่วมนั้นมีประเด็นมากมาย และคงจะต้องอาศัยการพัฒนาอีกมาก วัฒนธรรมของการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่ตัดสินใจว่าอะไรดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยนั้นก็ไม่ใช่ที่ยอมรับต่อประชากรจำนวนมากอีกต่อไป ประชากรมีความต้องการข้อมูลข่าวสารและโอกาสมากขึ้นในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลตนเอง

วิธีการของสาธารณะในการมีส่วนร่วม

1. การจัดตั้งองค์กรทางสุขภาพ เช่น Community Health Council,
2. การแสดงความคิดเห็นของประชาชน
3. การตรวจสอบคุณภาพ
4. กลุ่มช่วยเหลือตนเองและกลุ่มรณรงค์

การร้องเรียนและการชดใช้ค่าเสียหาย

มีกลไกที่ใช้ในการร้องเรียนหลายเส้นทางซึ่งผู้บริโภคสามารถร้องเรียนและเรียกชดใช้ค่าเสียหายได้ตั้งแต่

1. Family Health Service Authority (FHSAs) มีหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ทันตแพทย์ เกสเซอร์ ซึ่งไม่ทำตามข้อตกลงที่มีไว้กับรัฐบาล
2. District Health Authorities จะต้องมีระบบที่จะรับเรื่องและตรวจสอบติดตามการร้องเรียนของผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

ในปี ค.ศ. 1979, Royal Commission on NHS ได้วิพากษ์วิจารณ์ระบบมีช่องทางที่ให้ร้องเรียนมากเกินไป ความจริงควรจะมีระบบที่ง่ายและประชาชนสามารถเข้าใจได้ และผู้บริโภคที่ใช้ NHS อยู่สามารถร้องเรียนเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น

ในปี ค.ศ. 1973 ได้เสนอให้มีระเบียบปฏิบัติระดับชาติในการจัดการกับเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล รวมทั้งเสนอให้มีผู้ตรวจสอบอิสระ แต่ข้อเสนอแนะนี้ไม่ได้รับการพิจารณาจนกระทั่งในปี ค.ศ. 1985 มีกฎหมายชื่อ *Hospital Complaints Act* เกิดขึ้นให้ Health Authorities จัดตั้งกระบวนการที่จะรับเรื่องร้องเรียนขึ้น นอกเหนือจากกระบวนการใน NHS แล้วก็ยังมียุทธศาสตร์ทางวิชาชีพซึ่งคอยติดตามตรวจสอบผู้ปฏิบัติวิชาชีพของตนเอง ที่สำคัญคือ แพทยสภา (General Medical Council) ของประเทศอังกฤษ และยังมี The United Kingdom Central Council for Nursing ซึ่งประชาชนสามารถที่จะร้องเรียนโดยตรงต่อสถาบันเหล่านี้ ท้ายสุด ศาลสถิตยุติธรรมก็ยังเป็นที่ซึ่งใช้ในการเรียกชดใช้ค่าเสียหายเมื่อเกิดปัญหา

อีกแห่งที่สามารถร้องเรียนได้คือ คณะกรรมการของรัฐสภาที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ถ้าหากจะดำเนินการผ่านคณะกรรมการนี้ ผู้ร้องเรียนจะต้องสัญญาว่าจะไม่เรียกชดใช้ค่าเสียหายทางกฎหมาย คณะกรรมการมีหน้าที่สืบสวนสอบสวนในเรื่องของการบริหารจัดการที่ผิดพลาด แต่จะไม่ยุ่งเกี่ยวกับเรื่องการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgement)

ในอดีตนั้นแพทย์จะต้องจ่ายค่าประกันใน Medical Defense Union ต่างๆหรือองค์กรที่ทำหน้าที่รับประกันความผิดพลาดที่เกิดจากเวชปฏิบัติ แต่ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา Health Authorities มีหน้าที่รับผิดชอบในการจ่ายสินไหมทดแทนในกรณีที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ถูกฟ้องร้องและจะต้องชดใช้ค่าเสียหาย และมีการศึกษาพบว่าผู้บริโภคร้องเรียนผ่านองค์กรต่างๆ หลายองค์กรในหลายๆแง่มุมมากขึ้นเรื่อยๆ

ผู้ตรวจการการบริหารสุขภาพ(Health Ombudsman)

ผู้ตรวจการสามารถสืบสวนเรื่องร้องเรียนต่างๆ จากประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการของ NHS ผู้ตรวจการไม่สามารถดำเนินการสอบสวนกรณีต่างๆ ซึ่งอยู่ในกระบวนการของศาลได้

ฉะนั้นถ้าจะร้องเรียนก็ต้องไม่ไปถึงกระบวนการของศาล กระบวนการศาลจะเป็นกระบวนการสุดท้ายที่ประชาชนสามารถไปฟ้องร้องโดยอิสระได้

อาวุธที่สำคัญของผู้ตรวจการคือการโฆษณาประชาสัมพันธ์ ทำให้เป็นข่าว ผู้ตรวจการจะตีพิมพ์ในเอกสารซึ่งตีพิมพ์ปีละ 2 ครั้งและได้รับการตีพิมพ์อย่างกว้างขวางในสื่อมวลชนต่างๆ รายงานของผู้ตรวจการจะได้รับการตรวจสอบโดยคณะกรรมการของรัฐสภาที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และคณะกรรมการนี้ทำให้เกิดการประชาสัมพันธ์ในวงกว้างมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มอำนาจของผู้ตรวจการในทางอ้อม คณะกรรมการของรัฐสภาสามารถเรียก Health Authorities หรือผู้ที่เกี่ยวข้องและซักถามผู้บริหารถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้นและการตอบสนอง ซึ่งทำให้คนที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนนั้นวิตกกังวลใจไปตามๆ กัน ฉะนั้นจึงเกิดแรงกดดันทางจิตใจแม้จะไม่มีแรงกดดันทางกฎหมายก็ตาม

กระบวนการร้องเรียน

การร้องเรียนในอดีตนั้นทำผ่านหลายช่องทางและสร้างความสับสน เช่นผ่านช่องทางของแพทย์สภา ผู้ตรวจการ ร้องเรียนโดยตรงกับโรงพยาบาล Family Health Services และยิ่งไปกว่านั้นในแต่ละระบบนั้นมีกระบวนการตรวจสอบที่ไม่เหมือนกัน บางระบบไม่สามารถตรวจสอบเรื่องทางแพทย์ บางระบบตรวจสอบเฉพาะเรื่องการบริหาร

มีการจัดตั้งระบบที่จะร้องเรียนอย่างบูรณาการ 3 ขั้นตอน ไม่ว่าผู้ป่วยหรือผู้บริโภคร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่อง Family Health Services โรงพยาบาล หรือ Community Health Services นอกจากนี้กระบวนการนี้ยังครอบคลุมไปถึงโรงพยาบาลเอกชนที่ทำงานในนามของ NHS ด้วย ระบบนี้ได้ถูกใช้อย่างเป็นทางการในปี ค.ศ. 1996 และมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1: การแก้ไขในท้องถิ่น (Local Resolution)

คือการพยายามแก้ไขปัญหาล้างภายในท้องถิ่นเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 : การตรวจสอบอิสระ (Independent Review)

หากผู้ร้องเรียนยังไม่พอใจผลของการแก้ปัญหาในท้องถิ่นหรือ ณ สถานที่เกิดเหตุได้นั้น ก็สามารถเรียกร้องให้มีการตรวจสอบอิสระจากภายนอกได้

ขั้นตอนที่ 3: ร้องเรียนผ่านผู้ตรวจการการบริการสุขภาพ (Health Ombudsman)

ผู้ตรวจการสุขภาพมีอำนาจหน้าที่ที่จะสามารถตรวจเรื่องการรักษาทางคลินิกได้ กระบวนการนี้เกิดขึ้นเมื่อผู้ร้องเรียนไม่พอใจใน 2 ขั้นตอนแรก

บทวิเคราะห์

การปฏิรูประบบสุขภาพนั้นมีหัวข้อหลัก 2 เรื่องคือ

1. เรื่องการเงินที่ใช้ในการสนับสนุนระบบสุขภาพ (Funding)
2. เรื่องการบริการ (Delivery)

สรุปคือการปฏิรูประบบสุขภาพคือทำอะไรจะให้บริการคุณภาพดี มีราคาถูกลง ครอบคลุม และเสมอภาค หลักการที่มักใช้ในการปฏิรูปคือ การใช้ศาสตร์ของการบริหารจัดการ

จากปัญหาเรื่องเงินสนับสนุนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดกระบวนการคิดที่ว่าทำอะไรจึงจะทำให้คนเจ็บป่วยน้อยลง รัฐบาลอังกฤษได้เริ่มตอบสนองโดยการประกาศนโยบาย *The Health of the Nation* ค.ศ.1992 โดยมีเป้าหมายทางสุขภาพคือ ลดอัตราการตายจาก Coronary Heart Disease และ Stroke ลง 40% มะเร็งเต้านม 25 % มะเร็งปอด 30 % ในผู้ชาย และ 15 % ในผู้หญิง การฆ่าตัวตาย 15 % ภายในปี ค.ศ. 2000 และอื่นๆ อีก เวชศาสตร์ชุมชนมีความสำคัญมากขึ้น มีการมุ่งเน้นในด้านการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาโรค เพราะประหยัดเงินได้มากกว่ามาก

เมื่อประเมินผลของการปฏิรูประบบสุขภาพ ค.ศ.1990 ข้อมูลทั้งหมดชี้ให้เห็นว่า การปฏิรูปครั้งนี้ยังไม่สามารถจะบรรลุวัตถุประสงค์ได้ ในแง่ของประชาชน การคอยการรักษา (waiting list) ก็ยังเหมือนเดิม คนไข้ไม่ได้มีทางเลือกมากขึ้นนัก District Health Authority ไม่ได้มีพฤติกรรมเลือกซื้อบริการเปลี่ยนไปจากเดิมเท่าใด เนื่องจากเมื่อมีงบประมาณจำกัด

ระบบการตลาดภายในซึ่งรัฐบาลหวังว่าจะเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการปฏิรูปก็มีปัญหาในตัวมันเองเช่น Skimming, Skimping และ Rationing

Skimming คือการตัดเอาของที่อยู่ที่ผิวหน้าออกไป ในความหมายทางการตลาดหมายถึง ผู้ซื้อบริการสุขภาพจะเลือกคนไข้ที่มีสุขภาพค่อนข้างดี และมีค่าใช้จ่ายน้อยเพื่อจะได้ประหยัดและเหลือเงิน

Skimping คือกระบวนการที่ผู้ซื้อและผู้ขายมีการตกลงกันว่าลดค่าใช้จ่ายของการรักษา โดยการประหยัดการรักษาหรือให้การรักษาที่ไม่เต็มที่ ปัญหา Skimping จะมีผลอย่างมากต่อผู้ใช้บริการที่ยากจน ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมและไม่เรียกร้องมากนัก ปัญหานี้จะบั่นทอนรากฐานและหลักการที่สำคัญของ NHS คือความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในการบริการสุขภาพ วิธีการหนึ่งที่ใช้ในการแก้ปัญหา Skimping คือการตรวจสอบทางการแพทย์ (Medical Audit) และการประกาศให้ผู้ป่วยรู้จักสิทธิของตนเองและมีข้อมูลเกี่ยวกับการรักษามากขึ้น

Rationing คือการแบ่งสรรปันส่วนทรัพยากร เมื่อเงินมีจำกัด การเรียกร้องสูง ความต้องการสูง ความจำเป็นสูง สิ่งที่จะทำได้ก็จะต้องมีระบบการคิดว่าใครหรือโรคอะไรจะต้องรักษาตามลำดับก่อนหลัง ใครจะเป็นผู้ตัดสินใจเรื่องเหล่านี้ --- รัฐบาล แพทย์ ประชาชน หรือใครดี ในโลกนี้มีระบบการคิดหลายแบบ การแบ่งสรรปันส่วนนั้นควรจะคิดอย่างไร ในที่สุดก็ยังไม่มีความคืบหน้าพอใจ

วัตถุประสงค์อีกข้อหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ ค.ศ. 1990 คือต้องการให้พนักงาน NHS มีความสุขมากขึ้นกับการทำงาน แต่จากข้อมูลที่มีสำรวจพบว่าไม่เป็นความจริง แพทย์มีการต่อต้านมากขึ้น ส่วนสายอื่นก็มีกำลังใจน้อยลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมาเป็นระลอก และเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ โดยพวกเขาไม่ได้รู้สึกว่าจะได้รับประโยชน์อะไร นอกจากต้องมีการ

กรอกบันทึกข้อมูล มีกระดากมากขึ้น หลายคนถึงกับกล่าวว่า NHS ยุคนี้ทำงานกับกระดากมากกว่าผู้ป่วย

ถึงแม้ว่าจะมีผู้กล่าวว่าการปฏิรูปครั้งนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผิว แต่ก็ยังไม่ถึงรากเหง้าของ NHS นั่นคือการที่ประชาชนพอใจในการบริการของแพทย์อย่างเต็มที่ Professor Klein ได้สรุปว่าความจริงแล้วผลของการปฏิรูปคือ มีการเปลี่ยนแปลงเพียงผิวเผิน เช่น โรงพยาบาลสวยขึ้น สถานที่รอคอยของคนไข้ดีขึ้น พนักงานต้อนรับพูดสุภาพมากขึ้น แต่แพทย์จะให้บริการดีขึ้นอย่างไรก็ยังไม่สามารถตรวจสอบได้จริง

แต่การปฏิรูปครั้งนี้ก็ถือเป็นนิมิตหมายที่ดีเมื่อเทียบกับในอดีต เพราะประชาชนมีทางเลือกมากขึ้น แพทย์ถูกตรวจสอบ อีกทั้งยังถูกลดอำนาจและจะต้องอธิบายในสิ่งที่ตนกระทำมากขึ้น จึงน่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมการให้บริการของตน

NHS หลัง ค.ศ. 1997

เมื่อพรรคแรงงานได้เข้ามาเป็นรัฐบาลในปี ค.ศ. 1997 ได้ประกาศนโยบายโดยประกาศนโยบายที่สำคัญ *White Paper* ที่ชื่อว่า ***The New NHS : Modern, Dependable*** ให้มีการยกเลิก GP Fundholding และส่งเสริมให้ GPs รวมตัวกันก่อตั้ง Primary Care Groups สนับสนุนให้หน่วยต่างๆ ของ NHS ร่วมมือกันแทนที่จะแข่งขันกันเช่นแต่ก่อน เน้นเรื่องคุณภาพของการให้บริการ แต่อย่างไรก็ตามรัฐบาลยังเห็นว่า ระบบตลาดที่ให้มีการแข่งขันภายในภายใต้การจัดการยังมีประสิทธิภาพอยู่ จึงให้คงระบบแบ่งแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการทางสุขภาพไว้

บทบาทของผู้บริโภค

ขณะนี้พบว่าผู้บริโภคในอังกฤษมีบทบาทมากขึ้น โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้น มีช่องทางในการแสดงบทบาทและการร้องเรียนมากขึ้น กล่าวโดยสรุปคือมีอำนาจต่อรองเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่า การที่ผู้บริโภคมีอำนาจมากขึ้นจะทำให้แพทย์มีอำนาจลดลง สมการหาเป็นเช่นนั้นไม่ กระบวนการตรวจสอบแพทย์ด้วยตนเองโดยวิธีประกันคุณภาพต่างๆ ยังคงเป็นวิธีการเพิ่มอำนาจผู้บริโภคทางอ้อม และลดอำนาจแพทย์โดยตรง

การผลิตและพัฒนากำลังคน

อังกฤษยังมีปัญหาในด้านการวางแผนและพัฒนากำลังคน เนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่ได้คิดมาตั้งแต่ต้นเมื่อก่อตั้ง NHS เพิ่งเริ่มคิดและวางแผนอย่างจริงจังในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาเท่านั้น คงจะต้องเป็นบทเรียนที่สำคัญสำหรับประเทศไทยด้วย

การควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยี

เป็นที่น่าสังเกตว่าอังกฤษไม่มีกฎหมายควบคุมและกำกับเทคโนโลยี แต่ใช้วิธีทางด้านงบประมาณและประเมินความจำเป็นและการกระจายของเทคโนโลยีโดยหลายองค์กร ซึ่งส่งผลให้มีแรงกดดันให้มีการควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยีทางอ้อม

บทเรียนสำหรับประเทศไทย

สิ่งที่เราได้เรียนรู้จากประวัติศาสตร์ของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยคือ

1. การปฏิรูปเป็นสิ่งที่ไม่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากสถานการณ์ต่างๆ รอบด้านผลักดันให้เกิดการปฏิรูปขึ้นเองโดยธรรมชาติ โดยอาศัยการเคลื่อนไหวกลไกต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคม
2. การปฏิรูปเกิดขึ้นได้เร็วถ้าใช้การเมืองนำดำเนินนโยบายและออกกฎหมายตาม
3. การปฏิรูปมิได้ทำให้ทุกอย่างดีขึ้นอย่างที่คาดหวัง แต่ต้องมองอย่างเป็นธรรม มันก็ไม่ได้ทำให้ทุกอย่างเลวลง
4. สิ่งที่น่าสนใจคือ ทำไมประเทศไทยจึงใช้ระบบภาษีทั่วไปในการสนับสนุนระบบสุขภาพ ในการปฏิรูปทุกครั้งไม่มีความคิดเห็นนอกเหนือจากการใช้ระบบภาษีรวมทั่วไปในการสนับสนุนระบบสุขภาพ ทั้งๆ ที่ประเทศไทยอยู่ในยุโรป ซึ่งประเทศในทวีปยุโรปส่วนใหญ่จะใช้ระบบประกันสังคม จึงเกิดคำถามที่น่าสนใจว่า ระบบภาษีสรรพสามิตน่าจะมีส่วนดีในการทำให้ระบบสุขภาพของอังกฤษมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
5. จะต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบในเรื่องของการเตรียมกำลังคนสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต
6. จะต้องมีการควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ราคาแพงจากส่วนกลาง ทั้งนี้โดยคำนึงถึงผลการประเมินประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า
7. จะต้องส่งเสริมให้ผู้บริโภคและประชาชนมีบทบาทมากขึ้น โดยผ่านองค์กรอิสระต่างๆ รวมทั้งการให้การศึกษาและข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้ผู้บริโภคมีอำนาจมากขึ้น
8. จะต้องมีการบูรณาการการเรียนที่เป็นระบบที่สาธารณะทั่วไปรับรู้และเข้าถึงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาประวัติศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยอย่างละเอียด
2. ลดอำนาจแพทย์ให้ได้ มีกระบวนการตรวจสอบแพทย์ที่เข้มแข็งขึ้น
3. จะต้องเพิ่มอำนาจของผู้บริโภคโดยการเพิ่มความรู้และข้อมูล
4. จะต้องให้การเมืองและการเงินกำกับการปฏิรูปให้เป็นธรรม
5. ปลุกจิตสำนึกเรื่องการปฏิรูปสุขภาพให้เกิดเป็นวาระแห่งชาติ
6. ผลักดันให้ออกกฎหมายปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติให้สำเร็จ
7. วิจัยเรื่องการเงินการคลังของระบบสุขภาพให้ลึกซึ้ง
8. จัดตั้งองค์กรกลางที่มีอำนาจร่วมกับรัฐในการปฏิรูประบบสุขภาพ
9. ผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปจะต้องทำให้ได้อย่างที่พูด

Executive Summary

History of NHS

In England, the health system is national Health service (NHS). In 1997, NHS had about one million employees with a budget of 45 billion pounds, making it one of the largest organizations in the world.

Before the NHS, health care was in the form of fragmented services run by various organizations. There was no single main institution responsible for coordinating the services.

In 1911 the government enacted the law “National Insurance Act” with the aim to serve the work force, but the provision did not cover their immediate family members.

In 1942 Sir William Beveridge gave a report which was the start of the policy of comprehensive health care for all people. Aneurin Bevan, Secretary of State for Health of the Labour government, succeeded in negotiating with the doctors and brought about the law to start National Health Service in 1946.

NHS was originated on July 5th 1948. NHS is the second institution next to the Monarchy that the British people take pride in. Aneurin Bevan was the architect of it and was considered the best political achievement by the Labour party.

Problems and drives that led to health care reform

The principle of the NHS is free comprehensive health care at the point of use regardless of the status of the people, i.e. equity. NHS is funded by general taxation. The problems and drives to reform the NHS can be traced back to the beginning of NHS due to two original conflicts:

1. The conflict between centralized and autonomous management of its organization structures.
2. The conflict between the medical profession and the government. The government funds NHS and wants some control but the doctors give service and want professional autonomy without scrutiny from the government.

NHS success became its own enemy in a few years of it running. When the government promised to give free delivery of care, the obvious problem was the inability to meet the financial obligations when faced with increasing health care cost and demand. There have been accusations all along that every government has not given enough funding to the NHS.

The complaints had increased since Margaret Thatcher came into power in 1979, leading to the radical reform in 1990.

The British government spends less money for health system compared to that of other developed European countries, amounting to 6.6% of GDP whereas other developed European countries spend about 8-9% and the USA, 15-16%. NHS has produced comparative health outcomes to other countries; however, the British people are still not satisfied.

Reform Process

NHS changed very little during the 1950s and NHS drifted without clear direction until 1962 when strategic management was introduced to guide the development.

In 1974, there was the first structural reform, introducing more planning and integration of the services. The reform was apparently unsuccessful. There was no genuine attempts to challenge the medical profession, which was the centre of real power in the NHS. Eventually the conflict between the doctors and management remained. There was no mechanism to get the doctor to account for their work to the management.

In 1979, there was another attempt to reform NHS, leading to the second structural reform in 1982. However there were only a few changes to the organization.

In 1983, the conservative government brought in successful businessmen as advisers. One of them was Sir Roy Griffith, who was asked by the government to report on the conditions and ways to improve the efficiency of NHS. The 24-page report by Sir Roy Griffith was very powerful in bringing about huge changes in NHS. General managers were speedily introduced into NHS in 1984, commencing the era of bargaining with the medical profession.

In 1988, Margaret Thatcher announced a radical reform, leading to the significant White Paper: Working for Patients, which proposed unprecedented radical reform of health system. It was followed by the National Health Service and Community Care Act 1990 to start the reform.

One of Thatcher's political ideals is that government institutions and bureaucracy are inefficient and need transformation into a more corporate and market system in order to be more efficient.

Strategies of NHS reform 1990

The process of change was inevitable because of mounting public pressures to the government. The main strategies used was managerialism. All kinds of management techniques were used such as quality assurance, performance indicators, management for excellence, etc. Market competition was instituted.

The strategies for this 1990 reform were as follows:

1. Delegation of power and setting up of autonomous bodies such as NHS Trusts and GP fundholding
2. Internal market.
3. New funding system
4. Decreasing the power of medical profession
5. Strengthening primary care system by giving importance to GPs and creating GP fundholding.

Essence of 1990 reform

The essence of 1990 reform was the creation of the split between providers and purchasers of health care. Hospitals were encouraged to become autonomous by being a NHS trust, answerable directly to the Secretary of State for Health. At present all hospitals in England are autonomous NHS trusts.

GP fundholding would act as purchasers of health care on behalf of the patient. It received and could manage its own budgets and could enter into contracts with any provider the GP fundholder saw as giving the best deal.. If the money was saved from the efficient management of the budget. The fundholder could use the money left for developing the practice, which was a new power they never had before.

What bound the provider and the purchaser was a contract, leading to an internal market.

The process of decreasing the power of the doctors was done by having systems like medical audit and doctors' accountability of their actions to the management. The doctors was no longer free to do whatever they like as it may cause purchasers not to buy the hospital services.

Human Resources and Manpower Development

Philosophy of human resources

Services and human resources planning have to go together. The policy about human resources in NHS is still not clear in the midst of many changes that are taking place in NHS. Prior to 1970s there had been no clear direction of the services. Each health care profession was quite independent of one another. In 1980 the Medical Manpower Steering Group reported that planning for medical manpower was extremely difficult due to the uncertain future of the NHS.

Future Medical Manpower

There were 102610 doctors in the NHS in 1996 which was 1.7 per one thousand population.. According to the Medical Workforce Standing Advisory Committee report by the Department of Health, a study on future delivery patterns and needs for doctors, it found that 76%

of NHS doctors were British graduates. It also recommended that , under the present situations, the chance of having a surplus of doctors was slim and there should be 1.7% annual increase of the number of doctors. The methods to achieve this aim were as follows:

1. to recruit more overseas doctors.
2. to maintain the number of present working doctors.
3. To produce more doctors by
 - 3.1 increasing the number of medical schools
 - 3.2 expanding the existing medical schools
 - 3.3 increasing the new intake of medical students by 1,000 per year.

Future Direction of Manpower Development

In 1998, the government produced a document called **Working Together: Securing A Quality of Workforce for the NHS**, which stated that every hospital trust and employer would have to complete the manpower planning by April 2000, including the plan for producing and developing most health care professionals in the NHS to have a link between the education of manpower and the delivery of services.

Because of inadequate data, planning was very difficult. However King's Fund had the following recommendation:

1. There must be a long term and realistic planning , taking into consideration the boundaries between health care professionals so that there may be ways to predict the number of professionals needed.
2. There must be a concrete link between the training of health care professionals and the services requirement in the NHS.
3. There should be emphasis on overall management of the NHS system and the cooperation between the managers and the professionals.
4. There should be a comprehensive analysis and synthesis of data and research on human resources.

Technology Control and Regulation

New technology has to be assessed strongly and continually for its cost effectiveness, efficiency , safety and use-appropriateness.

There has been increasing evidence that some technology is unnecessary and misused. Most western developed countries have a system of intensive regulation of medical technology in four dimensions:

1. Safety
2. Efficacy Status
3. Effectiveness in general practice
4. Efficiency

England uses the budgets limit measure to regulate medical technology. An organization, called National Coordinating Centre for Health Technology Assessment at Winchester, is responsible for disseminating information about technology assessment and distribution. In addition, the Royal Colleges of various medical specialties have their own registration of medical equipment and training of the use of medical technology. The Department of Health also has a committee called Standing on Health Technology Assessment to advise on the need for new technology.

However there is no central body to control expensive medical technology. Nor is there a law for such matter. Only through advice, cooperation, negotiation and peer pressure is control and regulation being done.

Consumer Roles and Protection

Philosophy and evolution of the relation between NHS and its Consumers

There are three models for health care system:

1. Market Model: health care is treated as a kind of goods which is regulated by market mechanism of demand and supply. Consumers have choice to choose the goods, but in reality health care does not seem to follow the market mechanism alone.
2. Professional Model: This is based on the fact that doctors know best and should make the decision for the patients
3. Bureaucratic Models: The state must intervene to provide health care in order to have equality and to protect the best interest of the public.

England uses the mixture of second and third models, although it seems that the first model has been in operation since the 1990 reform. In fact the public still have little choice. People have some choices regarding GP and hospital accessibility but once they are with the professional, they are hardly involved in making decision about the care.

Compared to other public organizations, NHS lacks direct democratic accountability as there is no public representative unlike local authorities, etc. NHS has indirect accountability through the House of Commons, which accounts for the public through health ministers.

In 1974 Community Health Councils were set up to represent the public so that people and consumers were more involved in health care.

In 1983 the Griffiths's Report greatly affected the relationship between professionals and patients as market mechanism was introduced into the health care system. An example in the report: "Businessmen have a keen sense of how well they are looking after their customers. Whether the NHS is meeting the needs of the patient, and the community, and can prove that it is doing so, is open to question".

In 1991 the government introduced the Patient's Charter.

Consumers 's Roles

There are three issues regarding the role of the consumer:

- 1 Involvement in decision making process the care
2. Involvement in planning, developing, monitoring and auditing the services
3. Public Involvement

Consumer Protection is a big issue although the government is not very concerned gives little support with no new law. However the Department of Health has established the Centre for Health Information Quality.

In summary the public needs to be more involved and requires further developments. The culture of "doctors know best" is no longer acceptable by the people. People want information so that they can be more involved in making decisions.

Ways of Public Involvement

1. Community Health Councils
2. Public Opinions
3. Quality Assurance
- 4 Self- Help and Campaign Groups

Complaints and Compensations

There are several ways that consumers can voice their complaints and seek redress:

1. Family Health Service Authorities would accept complaints about general practitioners, dentists, pharmacists that do not comply with the agreement.
2. District Health Authorities have mechanism to accept and monitor complaints about hospitals and community services.

In 1979, the Royal Commission on NHS criticized that the complaint pathways were too complicated and there should be a simple system that people could understand and consumers could voice their complaints.

In 1973 Davies Committee proposed a national practice guideline on how to manage complaints in the hospital as well as setting up the independent health ombudsman. The proposal had been ignored until 1985 the Hospital Complaints Act required health authorities to set up a system to deal with complaints. In addition to NHS mechanism, there are professional bodies like the General Medical Council, the United Kingdom Central Council for Nursing, to which people can submit their grievances directly. Ultimately people can go to court to seek redress and compensations.

The House Committee on Public Health is another place where people can voice their complaints on the condition that complainants would not go to court for compensations. The committee would deal with public mismanagement and would not interfere with clinical judgement.

In the past doctors had to pay premium to a Medical Defence Union to cover their malpractice insurance. However since the 1990 reform, health authorities would have to bear the malpractice compensations in case there is a legal case against doctors. There is evidence of increasing complaints against doctors through various organizations.

Health Ombudsman

Health ombudsman could deal with any complaints about the NHS services except cases that are in court. The main “ weapon” of health ombudsman is publicity. Health ombudsman would publish two reports annually and these would be circulated to various media. The reports will also be studied by the House Committee on Health with increasing publicity. Which in turn increase the power of health ombudsman. The House Committee could summon the Health Authorities to account for the management and the response to the complaints, which could be quite disconcerting despite the lack of legal power.

Complaint Process

Previously the complaint process was quite complicated through several channels such as Family Health Services, General Medical Council, Hospital Trusts. Each channel has different mechanism. In 1996 , a new integrated complaint mechanism was formally proposed:

1. First Step: Local Resolution.

2. Second Step: Independent Review. If the complainant is not satisfied, he or she can request an independent review.
3. Third Step: Health Ombudsman. If the previous two steps have not brought satisfactory resolution, the health ombudsman could be requested for help

Analysis

Any health care reform would deal with two issues:

1. Funding mechanism
2. Delivery of the care.

In essence, the reform would aim at good quality of care at low cost, which is comprehensive and equitable.. The strategy often used is managerialism.

The British government, in response to funding pressure, has brought about a policy: “The health of the Nation 1992” in order to reduce sickness. The health targets set are such as reducing coronary heart disease and stroke by 40%, breast cancer 25%, lung cancer 30% in men and 15% in women, suicide 15% in year 2000. Community becomes more important with emphasis given to prevention as it is more economical.

The evaluation of the 1990 reform indicated that the reform did not achieve the objectives. Waiting list remained as long as before. People did not have more choices as promised by the reform. District Health Authorities had not changed their policy of purchasing care due to limited budget.

The internal market had created its own problems like skimming, skimping and rationing. Skimming occurred when the purchasers would accept only healthy people because of cheaper investment and hence money was saved.

Skimping happened mainly to the providers which want to save the money by not giving full treatment. It especially affected the disadvantaged patients who did not know their right or had no power to voice their complaints, undermining the original principle of NHS of equity. Medical audit and the patient’s charter would be ways to reduce skimping. Rationing was inevitable with limited resources and high demand. The main problem is how to prioritize and who will make decision about the priority. There is still no satisfactory answer to this question.

The other objective of 1990 reform was to increase the satisfaction of the health care personnel. This had not happened as there was more resistance from the doctor and other health professional personnel had been demoralized by more and more changes without apparent benefits apart from more paper work.

Professor Klein had summarized that this reform had brought about superficial changes in that hospital became more beautiful, furniture was new, receptionists were more polite. He questioned whether there was any real change in how the doctor treated the patient. However this reform was a good start for people to demand accountability from the doctor, hoping that it would eventually lead to better services.

NHS after 1997

When the Labour party took office in 1997, it announced a new White Paper: The new NHS : Modern, Dependable. GP fundholding was abolished and GPs would form primary Care Groups. However it had not abolished the internal market. Emphasis was given to quality with more cooperation than competition amongst the health care units.

Consumers' Roles

Nowadays consumers have more power through increased information. There are more channels to voice their complaints and to seek redress. That does not necessarily mean that the power of doctors is automatically reduced. Reduction of the power of doctors is to be achieved by various self regulation, quality assurance, peer reviews, etc.

Manpower Training and Development

England still faces the problem of manpower planning and development because there has been no systematic planning since the start of NHS. Only for the last 20 years has there been an attempt for serious planning.. This is an important lesson for Thailand.

Technology Control and Regulation

It is noticeable that England has no law to control and regulate technology, but uses the means of budget limits and technology assessment by several organizations with indirect pressure for technology control and regulation.

Lessons for Thailand

What we can learn from the reform in England is as follows:

1. Reform is inevitable due to natural increasing pressures from the society.
2. Reform will take place quicker if political parties are involved and law ensues.
3. Reform will not make everything better but , to be fair, it has not worsened everything.
4. What is interesting is why the British government, whether Conservative or Labour party, still uses general taxation as the main funding mechanism of NHS although other developed European countries use social insurance to fund health system.

General taxation has served England well and it is interesting to see the effect if it were to be adopted by Thailand.

5. There must be a systematic future planning for manpower development.
6. There must be control and regulation of expensive technology with consideration of efficacy, effectiveness and efficiency and safety.
7. Consumers and the public have to be more involved through independent organizations and increased information.
8. There must be a simple mechanism for the public to voice complaints and seek redress.

Recommendation:

1. To study in detail the history of health system in Thailand.
2. To decrease the power of medical profession and demand their accountability.
3. To increase the power and information of consumers.
4. To use politics and finance to direct reform justly.
5. To raise awareness of health care reform to be a national agenda.
6. To work together for the Health System Reform Law.
7. To research on health economics more thoroughly.
8. To set up an autonomous organization to work with the government for the health system reform.
9. To put into practice what is agreed upon.

บทที่ 1

ภาพรวมระบบสุขภาพก่อน NHS ถึงปัจจุบัน

ในประเทศอังกฤษระบบสุขภาพคือ National Health Service (NHS) ในการที่จะเข้าใจ NHS ได้เป็นอย่างดีนั้นจะต้องเข้าใจระบบบริการสุขภาพในช่วงก่อน NHS เสียก่อน

ก่อนมี NHS การบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานโดยเอกชนที่กระจัดกระจาย ไม่มีสถาบันใดเป็นหลักในการจัดระบบสุขภาพ จนกระทั่งถึงศตวรรษที่ 19 จึงค่อยเริ่มมีโครงสร้างขึ้นมาทีละเล็กละน้อย แต่โรงพยาบาลนั้นเริ่มเป็นสถานที่ที่สำคัญในการให้บริการทางสุขภาพเมื่อประมาณ 250 ปีที่ผ่านมา (White 1996)

ยุคก่อนอุตสาหกรรม (Pre-industrial)

ในยุคก่อนอุตสาหกรรม ระบบบริการสุขภาพนั้นจะดำเนินงานโดยโบสถ์ของศาสนาคริสต์ โดยการจัดตั้งสถานที่ที่เรียกว่า Place of resort คำว่า Place of resort เป็นความหมายดั้งเดิมของโรงพยาบาล โรงพยาบาลเหล่านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการให้ทานตามแนวความเชื่อของศาสนาคริสต์ จึงถือว่าระบบสุขภาพสมัยใหม่ (Modern Health Care) เริ่มต้นในศตวรรษที่ 18 แต่กระนั้นก็ตามก็ยังไม่มีการให้การรักษาในโรงพยาบาล เพราะแพทย์ส่วนใหญ่ที่มุ่งสนใจคนรวยเป็นรายบุคคล จากนั้นแพทย์จึงค่อยๆ ทำงานให้ชนชั้นกลาง เมื่อคนร่ำรวยเหล่านั้นมาเห็นใจคนจนและก่อตั้งโรงพยาบาลเพื่อการกุศล (voluntary hospitals) แพทย์ก็มาทำงานให้โรงพยาบาลเหล่านี้โดยไม่คิดเงิน แต่มีมูลเหตุจูงใจแอบแฝงอยู่เบื้องหลังคือ เพื่อเอาใจคนร่ำรวย หรือรัฐ หรือคนที่อยู่ในสถานะทางสังคมชั้นสูง เพื่อจะได้สร้างชื่อเสียงและทำมาหากินในคลินิกส่วนตัวให้บริการคนร่ำรวยเหล่านี้ต่อไป ในสมัยนั้นคนจนไม่มีสิทธิเรียกร้องใดๆ ทั้งสิ้น ไม่ถือว่าเป็น “ลูกค้า” ดังเช่นสมัยนี้ อย่างไรก็ตามการให้บริการแบบนี้มีข้อดีคือ แพทย์มองเห็นคนไข้ยากจนอย่างมีกาวินัย (objective) และยึดความคิดเห็นของตัวเองที่ด้อยร้น้อยลง จึงเริ่มเป็นที่มาของการแพทย์ที่ตรงไปตรงมาและเวชปฏิบัติแบบมีหลักฐานมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นจุดเริ่มต้นของโรงเรียนแพทย์มาจวบจนปัจจุบันนี้ (Morrice 1996)

ยุค New Poor Law to National Insurance (ค.ศ. 1837 – 1911)

ในต้นศตวรรษที่ 19 การแพทย์เริ่มมีการปฏิบัติกันมากขึ้นในโรงพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงจากระบบคลินิกส่วนตัวสู่โรงพยาบาลมากขึ้น จากระบบเอกชนสู่ระบบที่รัฐเป็นผู้ให้บริการมากขึ้น จากที่ไม่มีการควบคุมเลยหรือต่างคนต่างทำสู่ระบบที่แพทย์เป็นผู้นำและเริ่มผูกขาดมากขึ้น

ในปี ค.ศ. 1815 มี *Apothecaries Act* คือเริ่มมีการให้ใบอนุญาต (license) เพื่อกำหนดคุณสมบัติของผู้จ่ายยา และมีการก่อตั้งสมาคมของผู้จ่ายยา ในปี ค.ศ. 1837 รัฐบาลได้ออกกฎหมายชื่อ *New Poor Law* จุดมุ่งหมายของกฎหมายนี้เพื่อแก้ปัญหาความยากจน โดยจริงๆ แล้วรัฐต้องการให้

คนยากจนกลับไปทำงานโดยเร็วและมีค่าใช้จ่ายทางบริการสุขภาพถูกที่สุด จึงได้มีการจัดตั้งสถานซึ่งคล้ายๆ โรงพยาบาล เรียกว่า Nursing Home ไว้ดูแลคนยากจนซึ่งมักจะเป็นผู้ใช้แรงงานที่ป่วยเพื่อให้เขาหายเร็วและเสียเงินน้อยที่สุด

ค.ศ. 1867 มีกฎหมายชื่อ *Metropolitan Poor Act* ได้มีการให้จัดตั้ง Fever and Mental Hospitals ในกรุงลอนดอน ช่วงปี ค.ศ. 1891–1901 จำนวนเตียงในโรงพยาบาลการกุศล (voluntary beds) มีเพิ่มมากขึ้นในอังกฤษและเวลส์ โดยเพิ่มจาก 29,000 ถึง 43,000 เตียง โรงพยาบาลการกุศลเหล่านี้เป็นที่นิยมของคนไข้ยากจน เพราะมักจะให้บริการฟรี หรือเก็บเงินน้อยมาก การเก็บเงินนั้นเริ่มจากโรงพยาบาลเซนต์ทอมัส ซึ่งเริ่มเก็บเงินบ้างในปี ค.ศ. 1881 โดยมีเตียงพิเศษให้คนไข้ที่สามารถจ่ายเงินได้ และต่อมาโรงพยาบาล Guy ก็ทำตาม โดยเฉพาะในปี ค.ศ. 1890 นั้น 15% ของรายได้มาจากเตียงพิเศษ แม้ว่าจะมีการเก็บเงินบ้าง แต่โรงพยาบาลเหล่านี้ต้องให้บริการคนจนและพบอุปสรรคที่ยิ่งใหญ่คือ เรื่องของการเงิน รายได้ไม่พอกับรายจ่าย และมีการตรวจสอบพบว่าปัญหาบางส่วนเกิดจากการที่ระบบบัญชีและการบันทึกค่าใช้จ่ายยังไม่เป็นแบบมืออาชีพ

แต่ยังมีคนกลุ่มหนึ่งซึ่งรวยเกินกว่าจะใช้บริการของโรงพยาบาลการกุศล แต่ขณะเดียวกันก็จนหรือหิ่เกินกว่าที่จะใช้บริการระบบเอกชน คนเหล่านี้จึงมีความยากลำบากในการแสวงหาการบริการทางการแพทย์ ในขณะนั้นนอกจากโรงพยาบาลแล้ว ก็เริ่มมีแพทย์ซึ่งทำงานอย่างเป็นอิสระและเรียกตัวเองว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GPs) คนชั้นกลางเหล่านี้จึงหันไปใช้บริการกับ GPs และคนชั้นกลางเหล่านี้ได้มีการก่อตั้งสโมสรรวมกลุ่มกันเพื่อต่อรองกับ GPs และมีการต่อรองให้เหมาจ่ายเป็นรายหัวคล้ายระบบประกัน แต่เนื่องจากการจ่ายเงินน้อยและการต่อรองสัญญา มีการกดดัน GPs มาก จึงทำให้คุณภาพนั้นไม่ค่อยดี ในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 นั้น การแพทย์มีการพัฒนาให้เจริญมากขึ้น เริ่มค่อยๆ แยกจากระบบศาสนาหรือโบสถ์ และเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น

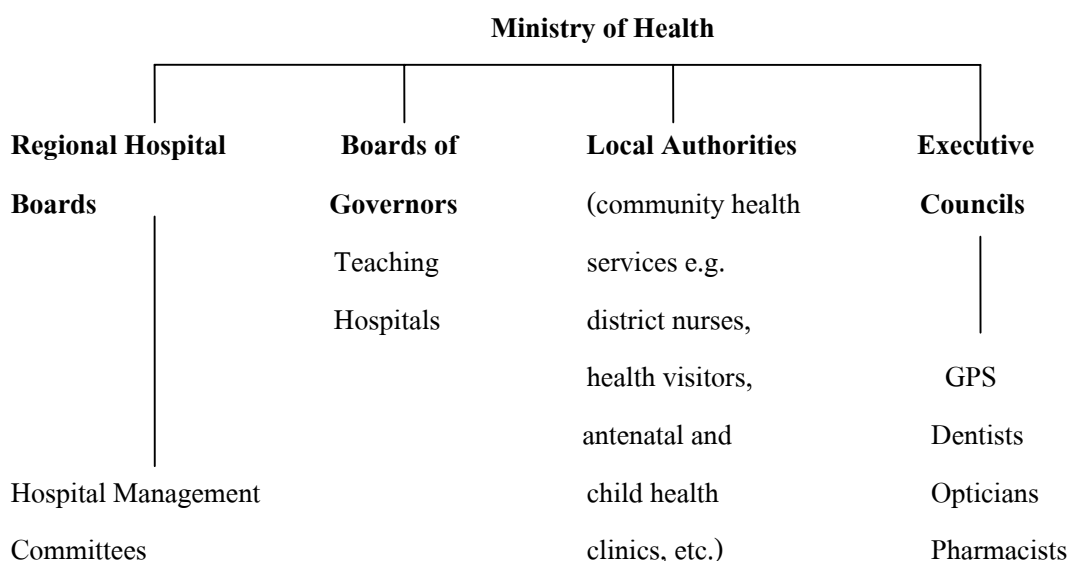
ปี ค.ศ. 1911 รัฐบาลนำโดยนาย Lloyd George ได้ออกกฎหมายที่ชื่อว่า *National Insurance Act* โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้บริการทางสุขภาพกับชนชั้นกรรมาชีพ ของประเทศ แต่กฎหมายนี้ครอบคลุมประชากรเพียงบางส่วน และไม่ครอบคลุมบุตรหรือภรรยาของผู้ใช้แรงงานเหล่านี้ โดยตอนนี้ก็เริ่มพบว่าระบบสุขภาพในประเทศอังกฤษเป็นระบบที่ต่างคนต่างทำกระจายกระจาย รัฐบาลนั้นมีสวัสดิการโดยใช้ระบบประกันให้กับคนผู้ใช้แรงงานและคนยากจน แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ส่วนคนชั้นกลางหรือคนรวยก็ใช้ระบบเอกชน นอกจากนั้นแล้วยังมีโรงพยาบาลการกุศลรวมทั้งโรงพยาบาลของเทศบาลท้องถิ่น (Local Authorities) ซึ่งกระจายกระจายกันไปทั่วประเทศ

นักการเมือง แพทย์และผู้นำทางสังคม ได้มีการพูดถึงระบบบริการสุขภาพที่จะครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ มีการขัดแย้งกันระหว่างกลุ่มแพทย์กับรัฐ โดยทางแพทย์ก็อยากได้เงิน แต่ขณะเดียวกันก็กลัวว่ารัฐนั้นจะเข้ามาวุ่นวายกับอิสระภาพในการตัดสินใจทางคลินิก ฉะนั้นตั้งแต่ ค.ศ. 1911 จนถึง ค.ศ. 1948 นั้นจึงเป็นทั้งยุคแห่งความขัดแย้งและความร่วมมือกัน โดยเฉพาะ

บุคคลต่างๆ ได้ร่วมมือกันอย่างดีในช่วงที่มีสงครามโลก ในปี ค.ศ. 1920 โรงพยาบาลการกุศล ต้องขอให้รัฐบาลช่วยด้านการเงินเป็นจำนวนถึง 1 ใน 3 ของรายได้

ในปี ค.ศ. 1942 Sir William Beveridge ได้เสนอรายงานซึ่งเรียกว่า *Beveridge Report* ที่เป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการจะให้ระบบสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด โดยตั้งใจจะให้เทศบาลท้องถิ่นคุมและรับผิดชอบโรงพยาบาลทั้งหมดและยกเลิกระบบประกัน แต่สมาคมแพทย์ของประเทศอังกฤษ (BMA) และราชวิทยาลัยทางการแพทย์ต่างๆ ไม่ยอม เนื่องจากกลัวว่าเทศบาลท้องถิ่นนั้นจะมาปกครองและควบคุมตน จนกระทั่งรัฐมนตรีสาธารณสุขหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 คือ นาย Aneurin Bevan ต้องเข้ามาเจรจาและต่อรองกับแพทย์ และในที่สุดก็เสนอให้แพทย์ไม่ต้องขึ้นกับเทศบาลท้องถิ่น แต่ให้มีคณะกรรมการบริหารประจำภาค (Regional Board) พิเศษซึ่งทำหน้าที่ควบคุมบริหารงานโรงพยาบาลและขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีสาธารณสุข รัฐมนตรีเป็นผู้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารนี้ แต่แพทย์ยังต่อรองเรื่องค่าตอบแทนจนเป็นความขัดแย้ง ในที่สุด Bevan ก็ยอมตามข้อต่อรองของแพทย์ในเรื่องอิสระภาพทางวิชาชีพและการมีส่วนร่วมในด้านงบประมาณ จนผลักดันกฎหมาย *National Health Service* ได้สำเร็จเมื่อปี ค.ศ. 1946 มีการกล่าวกันว่า Bevan พูดว่าสาเหตุที่เขาทำสำเร็จเพราะเขาได้ “stuffed the doctors’ mouth with gold” (Allison 1987) หรือเอาเงินอุดปากแพทย์นั่นเอง Bevan สามารถประสานผลประโยชน์ของฝ่ายต่างๆ คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GPs) แพทย์ในโรงพยาบาล ทันตแพทย์ เกษักร และเทศบาลท้องถิ่น ในที่สุด NHS ก็เกิดขึ้นโดยมีองค์ประกอบ 3 กลุ่มคือ 1.กลุ่มที่อยู่ในการบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) คือ GPs ทันตแพทย์ เกษักร ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น 2.แพทย์ในโรงพยาบาล 3. เทศบาลท้องถิ่น ซึ่งในขณะนั้นดูแลการบริการสุขภาพในชุมชนเช่น Health Visitors, Antenatal Care, การฉีดวัคซีน และอื่นๆ ทั้ง 3 ส่วนเป็นอิสระต่อกันและขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

Structure of NHS 1948-74 (Ranade 1997)



NHS ถือกำเนิดขึ้นมาเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม ค.ศ. 1948 NHS ถือเป็นสถาบันที่คนอังกฤษมีความภาคภูมิใจและให้ความเคารพนับถือเป็นอันดับสองรองจากสถาบันพระมหากษัตริย์ Aneurin Bevan จากพรรคแรงงานเปรียบเสมือนสถาปนิกที่ก่อให้เกิด NHS และชาวอังกฤษมีความภาคภูมิใจมาก จึงถือว่า NHS เป็นผลงานทางการเมืองที่สำคัญที่สุดของรัฐบาลพรรคแรงงาน (Klein 1998)

หลักการของ NHS คือ การจัดระบบสุขภาพที่ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการให้บริการฟรีอย่างครอบคลุมทั้งหมด กับประชากรทั้งประเทศอย่างเสมอภาค เมื่อเป็นเช่นนี้จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าจากสภาพทางเศรษฐกิจสังคมการแพทย์และการเมืองที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง NHS จึงจำเป็นต้องปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาตั้งแต่เมื่อเริ่มก่อตั้งในปี ค.ศ. 1948 และมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเรื่อยมา ณ ปี ค.ศ. 1997 NHS มีพนักงานทั้งสิ้น 1 ล้านคน และใช้งบประมาณทั้งสิ้น 45,000 ล้านปอนด์ นับว่า NHS เป็นองค์กรที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของโลก (Klein 1998)

NHS ในทศวรรษที่ 1950s และ 1960s

ในทศวรรษที่ 1950s NHS มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ถึงแม้ว่าจะมีการปรับปรุงในบางส่วนก็ตาม ความต้องการบริการที่เพิ่มมากขึ้นก็ได้รับการตอบสนองโดยการเพิ่มการบริการไปเรื่อยๆ และ NHS ได้ตอบสนองโดยใช้กลไกสองอย่างคือ

1. ให้แพทย์ตัดสินใจว่าใครสมควรจะได้รับการรักษาหรือไม่
2. ระบบคอย (Waiting List) วิธีนี้มีมาตั้งแต่เริ่มต้นตั้ง NHS แต่ได้กลายเป็นประเด็นทางการเมืองในทศวรรษที่ 1980s

ด้วยวิธีการทั้งสองอย่างนี้เองที่ทำให้ NHS เริ่มล่องลอยไปอย่างไร้ทิศทาง เพราะเป็นการตอบสนองเฉพาะกิจและปล่อยให้คนไข้คอยไปเรื่อยๆ จนกระทั่งรัฐมนตรีสาธารณสุขนาย Enock Powell ในรัฐบาลของนาย Harold Macmillan ได้วางแผนซึ่งเรียกว่า Hospital Plan ในปี ค.ศ. 1962 ซึ่งถือว่าเป็นครั้งแรกที่มีการคิดถึงการจัดการแบบมีกลยุทธ์ (Strategic Management) ในการบริหารจัดการ NHS

วิธีการของ Powell คือใช้การวางแผนบริหารที่มีกลยุทธ์ว่า NHS จะพัฒนาไปในทิศทางใด ในที่สุดก็พบว่า NHS ไม่มีกลไกใดๆ เลยที่จะให้พัฒนาและใช้แผนกลยุทธ์นี้ได้สำเร็จ เพราะ NHS ไม่มีโครงสร้างทางการบริหารมาตั้งแต่ต้น

ดังนั้นในทศวรรษที่ 1960s จึงเป็นทศวรรษของการอภิปรายถกเถียงกันว่า ทำอย่างไรจึงจะให้ NHS บูรณาการหน่วยต่างๆ เข้ากันเป็นรูปเป็นร่างที่ชัดเจน (Rivett 1998)

การปฏิรูปในปี ค.ศ. 1974 ได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมในปี ค.ศ. 1976 โดยมีการคิดสูตรใหม่ในการกระจายงบประมาณ NHS สูตรนี้เรียกว่า Resource Allocation Working Party (RAWP) ก่อนหน้า RAWP การกระจายงบประมาณนั้นจะพิจารณาจากปริมาณงานและประเพณี (Tradition) ของการเสนอขึ้นมาตามลำดับขั้นตอนว่าโรงพยาบาลต้องการใช้เงินเท่าไร คือถ้าใช้มากก็ได้มาก แต่ก็เกิดความเหลื่อมล้ำกันมาก จนกระทั่ง RAWP เข้ามาจัดการแก้ไขปัญหาโดยการแบ่งเงินตามอายุ เพศ และความยากจนของท้องถิ่นต่างๆ รวมทั้งจำนวนประชากร ผลที่เกิดขึ้นทันทีคือเงินไหลจากส่วนกลางคือกรุงลอนดอนออกไปยังต่างจังหวัด และสามารถลดความไม่เป็นธรรมได้ ดังนั้นในปี ค.ศ. 1976 NHS จึงเริ่มเข้ารูปร่าง มีการบูรณาการกันมากขึ้น มีการวางแผนดีขึ้น

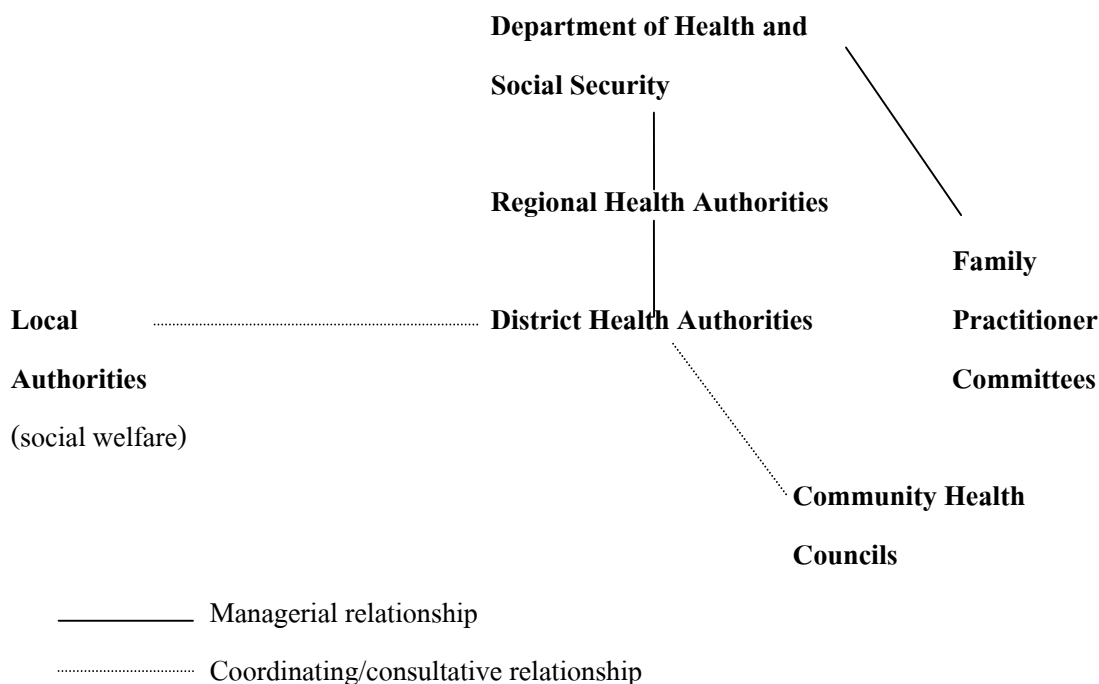
อย่างไรก็ตาม NHS ยังไม่ประสบความสำเร็จ เพราะเมื่อระดับของ NHS ที่สูงกว่ามีการคิดวางแผนแต่ระดับล่างก็ไม่อยากถูกควบคุม เช่นเมื่อ Area Health Authority วางแผนก็มักจะถูกท้าทายโดย District Management Teams หรือ FPCs ในทำนองเดียวกันก็มีความขัดแย้งระหว่าง Regional Health Authority กับ Area Health Authority และไม่มีความพยายามอย่างจริงจังที่จะท้าทายแพทย์ ซึ่งคือศูนย์กลางอำนาจที่แท้จริงใน NHS ในที่สุดความขัดแย้งก็ยังคงเดิมคือ ความขัดแย้งระหว่างหน่วยต่างๆ กับ ความเป็นอิสระของแพทย์ (Ranade 1997)

การปฏิรูปโครงสร้าง NHS ค.ศ. 1982 (Structural Reform 1982)

ปี ค.ศ. 1979 รัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมของนางแทตเชอร์ได้ประกาศนโยบายที่ชื่อว่า *White Paper : Patient First* นโยบายนี้มุ่งเพียงแค่ปรับปรุง NHS ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ในตอนนั้นนางแทตเชอร์ปฏิเสธการปฏิรูปอย่างถอนรากถอนโคน ขณะนั้นรัฐบาลรับรู้แล้วว่าปัญหาที่สำคัญคือ มีความล่าช้าในระบบราชการมาก ฉะนั้นในปี ค.ศ. 1982 รัฐบาลจึงยกเลิก Area Health Authority เสีย และจัดตั้ง District Health Authority ภายใต้ Regional Health Authority กระจายไปทั่วประเทศอังกฤษ รัฐบาลทำให้การวางแผน NHS มีความยุ่งยากน้อยลงโดยการกระจายอำนาจลงไปให้กับผู้จัดการในโรงพยาบาลแต่ละโรง นอกเหนือจากนี้ก็ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก การปฏิรูปครั้งนี้เป็นการปรับปรุงการปฏิรูปในปี ค.ศ. 1974 เพื่อให้ทำงานได้ดีขึ้นโดยใช้การกระจายอำนาจ

NHS แบบเก่าเปรียบเสมือนหน่วยงานหน่วยหนึ่งซึ่งมีบุคคลหลายๆ อาชีพมารวมมือร่วมกันทำงาน แต่ไม่มีโครงสร้างการบริหารงานที่สามารถควบคุมได้อย่างชัดเจน หรืออีกนัยหนึ่งคือไม่มีกลยุทธ์ที่ดีนั่นเอง การบริหารงานจึงไม่เกิดผลลัพธ์ที่ดี นี่เป็นเป้าหมายอันแรกเมื่อนางแทตเชอร์เข้ามาจัดการปฏิรูป NHS (Allsop 1998)

Structure of NHS 1982-90 (Ranade 1997)



ในปี ค.ศ. 1983 รัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมได้นำเอานักธุรกิจเข้ามาเป็นที่ปรึกษาคนหนึ่ง ในจำนวนนั้นก็คือ Sir Roy Griffiths ซึ่งขณะนั้นเป็นผู้บริหารของ Sainsbury ซึ่งเป็น Food chain supermarket ที่ใหญ่แห่งหนึ่งของประเทศอังกฤษ รัฐบาลได้มอบหมายให้ Sir Roy Griffiths เข้าไปตรวจสอบและนำเสนอรายงานการบริหารงานของ NHS โดยมีจุดมุ่งหมายคือเพื่อให้ NHS มีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากในสมัยนั้นมีการร้องเรียนและมีข่าวอยู่ตลอดเวลาว่า รัฐบาลให้เงินสนับสนุน NHS ไม่เพียงพอและ NHS ให้บริการไม่ดี รัฐก็เชื่อว่าเป็นเพราะการบริหารงานที่ไร้ประสิทธิภาพ (Allsop 1998)

รายงานของ Sir Roy Griffiths ซึ่งมีเพียงแค่ 24 หน้า ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ใน NHS เริ่มจากการนำเอานักบริหารเข้ามาในระบบทันทีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 เริ่มมีการต่อรองอำนาจของแพทย์ ซึ่งจะได้กล่าวถึงรายละเอียดต่อไปในบทที่ 3 และ 4 เมื่อพูดถึงสภาพปัญหาและความจำเป็นและบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป

จนกระทั่งปี ค.ศ. 1988 นางมาร์กาเร็ต แทตเชอร์ (Margaret Thatcher) นายกรัฐมนตรีอังกฤษในสมัยนั้นได้ประกาศว่าจะให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างถอนรากถอนโคน และเป็นที่มาที่สำคัญของเอกสารนโยบาย *White Paper 1989: Working for Patients* (DOH 1989) ที่เสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอย่างที่ไม่เคยมีปรากฏในประเทศอังกฤษเลย และออกเป็นกฎหมาย

National Health Service and Community Care Act 1990 (Parliament 1990) สาระสำคัญจะได้กล่าวในบทที่ 5 ต่อไป

ปี ค.ศ. 1997 พรรคแรงงานชนะการเลือกตั้ง และได้เข้ามาบริหารงานแผ่นดิน ตอนแรกก็ตั้งใจว่าจะมาเปลี่ยนแปลงการปฏิรูประบบสุขภาพ NHS 1990 ค่อนข้างมาก แต่เมื่อเข้ามาบริหารงานแล้วก็พบว่าบางอย่างที่เกิดเนื่องจากการปฏิรูปในปี ค.ศ. 1990 นั้นเป็นสิ่งดีและมีประสิทธิภาพ แต่ขณะเดียวกันก็ได้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่สำคัญคือ ให้ยกเลิก GP Fundholding และให้เน้นความร่วมมือกันแทนที่จะเน้นการแข่งขันทางด้านตลาด เป็นการเปลี่ยนแปลงซึ่งถือว่ามีความสำคัญอีกครั้งหนึ่ง (Harrison 1998)

รายละเอียดของสภาพปัญหา ความจำเป็นและบริบทต่างๆ ที่ผลักดันให้เกิดการปฏิรูปในช่วงต่างๆ ตั้งแต่ก่อน NHS จนถึงปัจจุบันนั้น จะได้กล่าวโดยละเอียดต่อไปในบทที่ 2 ต่อไป

บทที่ 2

สภาพปัญหา ความจำเป็น และ แรงผลักดันให้เกิดการปฏิรูป

ก่อนที่จะเข้าใจสภาพปัญหาและการเปลี่ยนแปลง เราจะต้องเข้าใจหลักการพื้นฐานของ NHS เสียก่อน

หลักการของ NHS

ชาวอังกฤษนั้นภูมิใจในระบบสุขภาพที่เรียกว่า NHS มาก ระบบบริการสุขภาพทั่วโลกนั้น มีการดำเนินการในหลายรูปแบบ แต่ NHS นั้นมีลักษณะเด่นอยู่ 6 ประการคือ : (Allsop 1998, Holliday 1995)

1. NHS มีการแยกระบบบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) จาก ระบบบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) อย่างชัดเจน

โดยที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GPs) มีคนไข้ ขณะที่แพทย์ในโรงพยาบาลมีเตียง ในประวัติศาสตร์ของระบบสุขภาพในประเทศอังกฤษมีความขัดแย้งกันมานานระหว่าง GPs กับแพทย์ในโรงพยาบาลตั้งแต่ก่อนเริ่มก่อตั้ง NHS

2. NHS ให้บริการฟรี ณ จุดที่ให้บริการ (Free at the point of use)

NHS เป็นการบริการทางสุขภาพที่เกือบฟรี ถึงแม้ว่ารัฐบาลพรรคแรงงานซึ่งเป็นผู้ก่อตั้ง NHS นั้นจะเป็นผู้เริ่มต้นในการเก็บเงินค่าแวนดาก่อน และรัฐบาลของพรรคอนุรักษนิยมได้เริ่มเก็บเงินค่ายา โดยตอนแรกคิดค่ายาต่อใบสั่งยา 1 ใบ แต่ต่อมามีการเปลี่ยนแปลงโดยคิดเพิ่มเป็นต่อหน่วยของยาในใบสั่งยา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 ค่ายาได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่รัฐบาลก็มีข้อยกเว้นให้กับผู้ป่วยจำนวนมาก เช่น คนชรา เด็ก ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง และอื่นๆ ค่ายานี้ครอบคลุมเพียงแค่ 5% ของรายจ่ายทั้งหมดของ NHS ดังนั้นจึงไม่ใช่องค์ประกอบที่สำคัญในแง่ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดของ NHS เลย

3. NHS ดำเนินงานและได้งบประมาณจากภาษีทั่วไปของราษฎร (General Taxation)

ตั้งแต่ก่อตั้งและในการปฏิรูป NHS ทุกครั้งมีการถกเถียงกันว่า การให้เงินสนับสนุน (Funding) นั้นควรจะมาจากแหล่งใด มีการคิดหลายรูปแบบเช่น ระบบประกัน (Insurance System) หรือ ระบบภาษีท้องถิ่น (Local Tax) หรือ ระบบภาษีสามัญทั่วไปซึ่งเก็บเป็นรายปี ในที่สุดรัฐบาลพรรคแรงงานในสมัยที่มีการก่อตั้ง NHS ได้ตัดสินใจว่างบประมาณ NHS ต้องมาจากภาษีทั่วไป นโยบายนี้ยังไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงและไม่คิดว่ามีผู้ใดที่คิดจะเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ เนื่องจากสาเหตุใหญ่ดังต่อไปนี้คือ

- ก. การใช้เงินภาษีทั่วไปในการสนับสนุน NHS มีประสิทธิภาพมากกว่า ระบบอื่นๆ ค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บภาษีทั่วไปคิดเป็นประมาณ 2% ของภาษีที่เก็บได้ทั้งหมด

แต่ถ้าใช้ระบบประกันสังคมนั้น ค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บภาษีจะสูงขึ้นถึง 5-10% ของรายได้ และในบางระบบของการประกันสุขภาพของเอกชน จะมีต้นทุนถึง 30% ของรายรับทั้งหมดที่เข้ามา

ข. ระบบภาษีทั่วไปเป็นระบบที่มีความเสมอภาค เนื่องจากการเก็บภาษีนั้น ใครมีรายได้มากจะต้องจ่ายมากกว่า ในขณะที่ระบบภาษีท้องถิ่น (Local Taxation) มักจะเก็บภาษีแบบอัตราเดียวกันหมด (Flat Rate) และระบบประกันมักจะเก็บตามความต้องการบริการ ซึ่งทำให้เกิดความไม่เสมอภาคขึ้น

4. NHS เป็นระบบที่ครอบคลุมการบริการทางสุขภาพอย่างครบถ้วนและเสมอภาค (Comprehensive and Equitable)

การบริการสุขภาพครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การรักษาโรคและการฟื้นฟู จริงอยู่ถึงแม้ว่าจะอ้างว่าครอบคลุมครบถ้วน แต่รัฐบาลไม่ได้ออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมดในบริการบางอย่างเช่นโรคฟัน โรคทางสายตา การตัดแว่น

5. NHS เปิดให้กับทุกคนที่อยู่ในประเทศอังกฤษมีสิทธิมาใช้บริการ

ก่อนปี ค.ศ. 1985 มีคนต่างชาติจำนวนมากที่เข้ามาใช้บริการ NHS จนถึงขั้นที่เรียกว่า NHS ถูกใช้ในทางที่ผิด (Abuse) เนื่องจากว่าไม่มีการตรวจสอบและเป็นบริการฟรี เพราะถือว่าใครก็ตามที่อยู่ในประเทศอังกฤษมีสิทธิที่จะใช้บริการนี้ได้หมด จนกระทั่งปี ค.ศ. 1985 รัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมได้ให้มีการเก็บเงินคนต่างชาติที่มาใช้บริการ หากบริการนั้นไม่ใช่เป็นบริการฉุกเฉิน การบริการฉุกเฉินยังเปิดให้กับทุกคนโดยไม่เลือกว่าเป็นใครที่อยู่ในประเทศอังกฤษ

6. รัฐบาลเป็นเจ้าของ NHS ทั้งหมด

ดังนั้นรัฐบาลเป็นผู้บริหารเอง ออกนโยบายเอง และ คุมเอง

การก่อตั้ง NHS และประวัติศาสตร์ของความขัดแย้งเป็นแรงผลักดันที่ก่อให้เกิดการปฏิรูป Professor Klein (Klein 1998) ได้บรรยายว่า สิ่งที่เกิดขึ้นกับ NHS ในปัจจุบัน รวมไปถึงแรงผลักดันที่ทำให้เกิดการปฏิรูปและสภาพปัญหาต่างๆ นั้น เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง NHS เพราะเนื่องจากความขัดแย้งหลักสองประการคือ

1. มีความขัดแย้งในเรื่องของนโยบายว่าจะรวมศูนย์ (Centralized) หรือกระจายอำนาจ NHS นั้นเป็นการบริการที่รวมศูนย์กลางจากรัฐ เพราะฉะนั้นการบริการจะต้องตอบสนองกับประชาชน นักการเมืองมาจากประชาชน นักการเมืองเป็นผู้ก่อตั้งรัฐบาล ดังนั้นรัฐสภาจะเป็นผู้ตรวจสอบ (Accountable to the Parliament) ได้ ดังนั้นนโยบายต่างๆ น่าจะมาจากส่วนกลาง (Centralized Policy) ในขณะที่ผู้ให้บริการที่แท้จริงในระดับล่างนั้นอ้างว่า การบริการที่ดีจะต้องมีความอิสระในระดับท้องถิ่น (Local Autonomy) จะต้องมีการกระจายอำนาจเกิดขึ้น ถ้าเราดูประวัติ

ศาสตร์ของ NHS ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งจนถึงปัจจุบัน จะพบว่านโยบายของรัฐบาลที่สลับเปลี่ยนไปเป็น เรื่องของการขัดแย้งระหว่างการรวมอำนาจหรือการกระจายอำนาจ

2. NHS นั้นก่อตั้งขึ้นมาบนความขัดแย้งที่สำคัญที่สุดก็คือ รัฐบาลกับแพทย์ รัฐบาลเป็นผู้ที่ออกเงิน ในขณะที่แพทย์เป็นผู้ให้บริการและถือว่าตนเองมีความรู้ความสามารถและจะต้องมีความ อิสระทางวิชาชีพ ในประวัติศาสตร์แพทย์มักจะไม่อยากเข้าไปเกี่ยวข้องกับการบริหารการเงิน ดังนั้นจะมีความขัดแย้งซึ่งเห็นได้ชัดว่าทางรัฐต้องการควบคุมนโยบายทางการเงิน ปริมาณเงินและการ ใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนแพทย์มักจะอ้างว่ารัฐมีหน้าที่หาเงิน ตนมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ให้ดีที่สุด แพทย์ส่วนใหญ่จะไม่คำนึงถึงประสิทธิภาพการครองเตียง ประสิทธิภาพการ ใช้เงิน การกักตุน โดยถือว่าสิ่งเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้องกับตน ขณะเดียวกัน แพทย์ในฐานะปณิก ก็ต้องการรายได้ ต้องการมีเวชปฏิบัติส่วนตัว ดังนั้นเมื่อเริ่มก่อตั้ง NHS ความขัดแย้งก็เกิดขึ้นมา ตลอด และแพทย์มีอำนาจค่อนข้างมากในการตัดสินใจใน NHS

เมื่อเราเข้าใจปัญหาหลักสองประการคือ ความขัดแย้งระหว่างการรวมอำนาจกับการกระจาย อำนาจ และความขัดแย้งระหว่างรัฐบาลกับแพทย์ เราก็จะเข้าใจสภาพความเปลี่ยนแปลงของ NHS ในแต่ละช่วงตลอดมาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน (Klein 1998)

สภาพปัญหา และ ความจำเป็น

เงินสนับสนุนไม่เพียงพอ (Underfunding)

เพียงเวลาไม่กี่ปีหลังจากเริ่มก่อตั้ง NHS นั้น รัฐบาลเริ่มตระหนักได้ว่า ความสำเร็จของ NHS ได้กลายเป็นศัตรูของตัวมันเอง (Rivett 1998) เมื่อรัฐได้ให้สัญญาว่าจะให้บริการสุขภาพฟรี ณ จุดให้บริการกับทุกๆ คนโดยไม่คำนึงถึงฐานะ แต่ตอบสนองตามความจำเป็นทางสุขภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นคือเงินที่จะใช้ในการสนับสนุนการให้บริการเช่นนี้เริ่มปรากฏให้เห็นว่าไม่เพียงพอ ประกอบกับเมื่อกาลเวลาผ่านไป การแพทย์เจริญขึ้นโดยเฉพาะตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา มี เทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น CT Scan และเทคโนโลยีทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกิดขึ้นมีราคาที่สูง และความ ต้องการของประชาชนมีมากขึ้น รัฐบาลในสมัยต่างๆ ไม่สามารถที่จัดหาเงินมาให้เพียงพอในการที่ จะให้บริการตามที่ได้สัญญาไว้ ระบบการคอย (Waiting List) นั้นได้เกิดขึ้นมาพร้อมกับ NHS มีการกล่าวหากันในทุกสมัยว่า รัฐบาลไม่สนับสนุนการเงินอย่างเพียงพอกับ NHS

เมื่อรัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมนำโดยนางมาร์กาเร็ต แทตเชอร์ เข้ามาครองอำนาจตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 เป็นต้นมา ข้อกล่าวหานี้ก็รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การปฏิรูประบบ สุขภาพในที่สุด

มีการกล่าวหากันว่า NHS ไม่ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพออย่างน้อยประมาณ 2,000 ล้าน ปอนด์ต่อปี ทั้งๆ ที่ทุกปีรัฐบาลใช้เงินเพิ่มประมาณ 2 % ถึงแม้ขณะนี้คือทศวรรษที่ 1990s

เรื่องการให้เงินสนับสนุนไม่เพียงพอก็ยังเป็นประเด็นใหญ่ถึงแม้จะไม่รุนแรงเท่าในทศวรรษที่ 1980s ก็ตาม รัฐบาลให้งบประมาณกับ NHS เพิ่มขึ้นตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 งบประมาณ NHS เพิ่มขึ้นจาก 7.8 พันล้านปอนด์ในปี ค.ศ. 1979 ไปจนถึง 39.4 พันล้านปอนด์ในปี ค.ศ. 1995 และเพิ่มเป็น 45 พันล้านปอนด์ในปี ค.ศ. 1997

สรุปว่า แม้ว่าจะมีการกล่าวหาว่ากันก็จริง แต่งบประมาณที่ให้กับ NHS นั้นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และเพิ่มมากกว่าอัตราเงินเฟ้อเสียอีก และเมื่อมองในแง่ประสิทธิภาพ NHS บริการมีการเพิ่มขึ้นอย่างมากตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 เป็นต้นมา กล่าวคือถึงแม้ว่าโรงพยาบาลจะปิดเตียงลงในอัตราประมาณ 10,000 เตียงต่อปี ทำให้ทั้งประเทศสามารถลดปริมาณเตียงลงเหลือประมาณ 283,000 เตียงในปี ค.ศ. 1993 แต่จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกลับเพิ่มมากขึ้น NHS มีผู้ป่วยใน (In-patient) ประมาณปีละเกือบ 6 ล้านคน แต่จำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลนั้นลดลงจาก 20 วันในปี ค.ศ. 1979 มาเป็น 8 วัน ในปี ค.ศ. 1995 ในแต่ละปีมีการนัดคนไข้นอกประมาณ 60 ล้านครั้ง

แม้ว่ารัฐบาลอังกฤษใช้เงินเพื่อการสาธารณสุขเมื่อเทียบกับระบบสุขภาพของประเทศอื่นๆ ในโลกตะวันตกแล้ว ถือว่ารัฐบาลอังกฤษนั้นใช้เงินน้อยมากในระบบสุขภาพที่ได้ผลทัดเทียมกับประเทศอื่นๆ ที่พัฒนาแล้ว โดยรัฐใช้เงินสำหรับสาธารณสุขประมาณ 6.6 % ของ GDP ในขณะที่สหรัฐอเมริกาใช้ถึง 15-16 % และประเทศพัฒนาแล้วในยุโรปใช้ 8-9 % แต่ NHS ก็ให้ผลที่อยู่ในระดับที่น่าพอใจ ดังนั้น NHS ถือว่าคุ้มค่าเมื่อเทียบกับผลที่ได้จากระบบ แต่ชาวอังกฤษก็ยังไม่พอใจ (Holliday 1995)

ความไม่พอใจในบริการ (Health Service Discontent)

ถึงแม้ว่า NHS จะเป็นสถาบันที่ได้รับความนิยมสูง แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องยังมีความไม่พอใจใน NHS ในทุกด้าน ในช่วงปีทศวรรษที่ 1960s GPs เป็นผู้ที่ยึดมั่นมากที่สุดเพราะถือว่าตนมีสถานะด้อยกว่าแพทย์ในโรงพยาบาล จนกระทั่งมีการผลักดันให้มีธรรมนูญสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP's Charter) เกิดขึ้นในปี ค.ศ. 1966 ที่มีการพูดถึงว่ารัฐบาลจะเพิ่มจำนวน GP ขึ้นเท่าใด รายรับของ GPs จะเป็นอย่างไร สิ่งเหล่านี้มีส่วนทำให้ความไม่พอใจลดลงบ้างบางส่วน แต่ความไม่พอใจกลับเกิดมากขึ้นในส่วน of โรงพยาบาลเองในทศวรรษที่ 1970s นั้นแพทย์และพนักงานของ NHS ได้รับผลกระทบจากการปฏิรูปเมื่อปี ค.ศ. 1974 และไม่พอใจเกี่ยวกับเงินสนับสนุนจากรัฐบาลที่ไม่เพียงพอ ในขณะนั้นมีสหภาพแรงงานเกิดขึ้นทั่วไปในองค์กรต่างๆ ของรัฐ ซึ่งสหภาพแรงงานเหล่านี้มักเผชิญหน้ากับรัฐบาลพรรคแรงงาน พยาบาลมีการนัดหยุดงานกันในช่วงนั้น ในปี ค.ศ. 1978 พนักงานของ NHS มีการประท้วงหยุดงานเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของ NHS

สิ่งที่คนไม่พอใจอีกเรื่องหนึ่งคือ ความไม่เสมอภาคของการให้บริการ หลักการหนึ่งของ NHS เมื่อเริ่มก่อตั้งคือ การกระจายการให้บริการทางสาธารณสุขอย่างเสมอภาคให้กับชนทุกชั้น ทุก

วรรณะ แต่ในที่สุดก็ได้เป็นเช่นนั้น ยังมีบางเขตที่มีความไม่เสมอภาคเกิดขึ้นในการให้บริการ มีการกระจุกตัวของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเมืองใหญ่ๆ และมีความแตกต่างระหว่างสถานะทางสุขภาพของคนร่ำรวยกับคนยากจนอย่างมาก คนร่ำรวยมีสุขภาพที่ดีและมีอายุยืนนานกว่า

เรื่องอื้อฉาวในสื่อสารมวลชน (Media Scandals)

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 เป็นต้นมาจนกระทั่งถึงทศวรรษที่ 1980s มีเรื่องราวที่ไม่ดีงามหลายอย่างรายงานตามหน้าหนังสือพิมพ์และสื่อสารมวลชนอื่นมากมาย เกี่ยวกับปัญหาสารพัดของ NHS ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเงินสนับสนุนไม่เพียงพอ การปิดโรงพยาบาล การปิดหอผู้ป่วย การที่คนไข้ต้องรอนาน การที่คนไข้ต้องเสียชีวิตจากการรอคอยโดยไม่จำเป็น มีเสียงบ่นของประชาชนผู้ให้บริการเป็นอย่างมาก (Allsop 1998)

จนกระทั่งถึงจุดที่ราชวิทยาลัยทางการแพทย์ถึง 3 ราชวิทยาลัยได้ร่วมกันเสนอและประณาม NHS ว่าอยู่ในฐานะที่จะล้มละลายอยู่แล้ว ซึ่งเป็นเสมือนฟางเส้นสุดท้ายที่ทำให้รัฐบาลของนางมาร์กาเร็ต แทตเชอร์ ได้ประกาศการปฏิรูป NHS ขนานใหญ่

การบริหารจัดการใน NHS ที่ไร้ประสิทธิภาพ

รัฐบาลของนางมาร์กาเร็ต แทตเชอร์ มีความเชื่อว่า สถาบันของรัฐ หรือระบบราชการเป็นระบบที่ไร้ประสิทธิภาพ มีความอืดอาดยืดเยื้อมาก รัฐบาลของนางคิดว่าถ้าจะให้รัฐบาลบริการดี การบริหารจัดการจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปใช้รูปแบบของเอกชนหรือเหมือนธุรกิจมากขึ้น โดยมุ่งหวังที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ (Allsop 1998)

ความจริงแล้วการปฏิรูปในปี ค.ศ. 1974 ได้มีการนำเอานักบริหารเข้ามา แต่ในขณะนั้นอำนาจของแพทย์ยังมีมากอยู่ ระบบบริหารยังเป็นระบบมีความเห็นร่วมกัน (Consensus Management) นั่นคือในแต่ละทีมสมาชิกทุกคนมีสิทธิที่จะคัดค้านการตัดสินใจได้ การตัดสินใจจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีความเห็นชอบร่วมกันในทีม นักบริหารจึงทำหน้าที่เป็นเสมือนนักการทูตที่จะประนีประนอมระหว่างแพทย์กับบุคคลต่างๆ ใน NHS และทำตามความประสงค์ของแพทย์ให้เกิดขึ้น ต่อมารัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมได้นำนักบริหารเข้ามามากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะหลัง Griffiths Report ซึ่งจะได้อธิบายต่อไป

NHS ได้มีการนำเอานักบริหารเข้ามาบริหารจัดการ โดยหวังว่าการทำเช่นนี้จะเพิ่มประสิทธิภาพขององค์กร ความคิดต่างๆ ทางด้านบริหารได้ถูกนำเข้ามาใช้อย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นแนวคิดในเรื่องของการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) การใช้ดัชนีชี้วัดผลผลิต (Performance Indicator) การบริหารจัดการอย่างเป็นเลิศ โดยทั่วไปเป็นการนำเอาความคิดทางระบบธุรกิจเพื่อมาประยุกต์กับองค์กรของรัฐ และพยายามที่จะสนับสนุนให้มีการแข่งขันซึ่งกันและกัน (Ranade 1997)

แรงผลักดันให้เกิดการปฏิรูป

การตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงปฏิรูป

นโยบายทางสาธารณสุขก็เหมือนนโยบายทางอื่นๆซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยหลายประการ ในนโยบายการหาเสียงของพรรคอนุรักษนิยมเมื่อปี ค.ศ. 1987 ไม่มีการพูดถึงการปฏิรูประบบสุขภาพขั้นพื้นฐานเลย ขณะนั้นเชื่อกันว่ารัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมตั้งใจที่จะเลื่อนการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ออกไป แต่ในเดือนมกราคม ค.ศ. 1988 ซึ่งเพียงแค่ 6 เดือนให้หลังจากการเลือกตั้ง นางแทตเชอร์ก็ประกาศว่าจะมีการทบทวนการปฏิรูประบบสุขภาพขนานใหญ่ ซึ่งในที่สุดก็ทำให้เกิดการประกาศนโยบาย *White Paper : Working for Patients* (DOH 1989)

สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดการประกาศนโยบายนี้เนื่องจากการผสมผสานระหว่างแรงกดดันทางการเมืองและความเชื่อทางการเมือง โดยเริ่มต้นมาจากการกล่าวหาทางการเมืองว่ารัฐบาลให้เงินสนับสนุน NHS น้อย และเป็นข่าวอยู่ตลอดเวลา

ในปลายฤดูใบไม้ผลิ ค.ศ. 1987 สื่อสารมวลชนของประเทศอังกฤษก็เสนอแต่ข่าวการปิดโรงพยาบาล การปิดหอผู้ป่วย ความไม่พอใจของแพทย์ และปัญหาทางการเงินก็เพิ่มขึ้นอย่างมาก

ในเดือนธันวาคมปี ค.ศ. 1987 เมื่อประธานของราชวิทยาลัยทางการแพทย์ 3 ราชวิทยาลัยได้แสดงความห่วงใยปัญหาทางการเงินของ NHS โดยพุ่งความสนใจไปยังเด็กซึ่งมีพยาธิโรคหัวใจ และต้องรอคอยเป็นเวลานาน รวมทั้งปัญหาทางการเงินของโรงพยาบาลเด็กที่เมืองเบอร์มิงแฮม รัฐบาลจึงตอบสนองโดยทันทีโดยทุ่มเงินมาให้จำนวน 101 ล้านปอนด์ แต่จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าเงินจำนวนนี้ไม่เพียงพอที่จะเอาชนะปัญหาได้

เมื่อเจอปัญหาและอุปสรรคมากขึ้น นางแทตเชอร์จึงตัดสินใจทิ้งบทบาทของตนซึ่งนั่งเงียบในเรื่องนี้ และแสดงบทบาทของตัวเองที่เด่นชัดมากขึ้นทันที ในรายการพาโนรามา (Panorama) ของสถานีโทรทัศน์บีบีซี เมื่อวันที่ 25 มกราคม ค.ศ. 1988 นางแทตเชอร์ได้ประกาศว่าจะมีคณะทำงานทบทวน NHS โดยนางจะเป็นประธานเอง ให้ประชาชนทั้งประเทศได้รับทราบ รวมทั้งรัฐบาลของนางเองซึ่งตอนแรกไม่ได้คิดว่านางจะทำเช่นนั้น การประกาศนี้ทำให้ทุกคนประหลาดใจ (Klein 1998)

การตัดสินใจที่จะหลีกเลี่ยงการปฏิรูปแบบปฏิวัติ (Revolutionary Reform)

คณะทำงานมุ่งที่จะแก้ปัญหาด้านการเงินและตั้งใจว่าจะไม่เปลี่ยนแปลงโครงสร้าง NHS มากนัก แต่ขณะเดียวกันนางแทตเชอร์ได้ประกาศว่า NHS ยังคงยึดหลักการเดิมคือจะให้บริการสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงฐานะ และการดำเนินงานของ NHS จะได้รับการสนับสนุนโดยภาษีประชาชน วิธีอื่นๆ ในการให้เงินสนับสนุน NHS ได้รับการพิจารณาโดยคณะทำงานทบทวน NHS แต่ในที่สุดก็ถูกตัดออกไปเนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายในการที่จะดำเนินการเช่นนั้น (Robinson 1994)

การใช้ภาษีอากรจะทำให้กระทรวงการคลังสามารถตรวจสอบการใช้จ่ายเงินของ NHS ได้เป็นอย่างดี และวิธีการที่ถูกที่สุดในการที่จะจัดเงินทุนให้กับระบบสุขภาพ นโยบายนี้เป็นนโยบายอันเดียวที่แม้แต่ฝ่ายขวาจัดของ Thatcherite Conservatism ไม่สามารถที่จะทำให้การนั้นไปตกอยู่ที่ประชาชนได้ (Allsop 1998)

อิทธิพลที่มีต่อคณะทำงานทบทวน NHS

คณะทำงานทบทวน NHS ได้รับคำแนะนำมากมาย อันที่จริงใน ค.ศ.1988 เป็นปีที่มีการอภิปรายถกเถียงและประชาพิจารณ์กันมากที่สุดในเรื่องของสุขภาพ รัฐบาลเสนอให้ทุกคนไม่ว่าจะเป็นใครจากสถาบันไหนก็ตาม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการในเรื่องสุขภาพ

บทบาทของ Enthoven และ Menard

ผู้เชี่ยวชาญที่ชื่อ Professor Alain Enthoven ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญระบบสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เสนอความคิดเกี่ยวกับการตลาดภายใน (Internal Market) โดยยึดหลักของ Health Maintenance Organization (HMO) ของอเมริกาซึ่งมีคนไข้ 50,000 คนในแต่ละ HMO โดยตั้ง GP Fundholders ให้มีฐานะเหมือนผู้ซื้อบริการ (Purchaser) จากโรงพยาบาลซึ่งมีฐานะเหมือนกับผู้ให้บริการ (Provider) และรัฐมนตรีสาธารณสุขในขณะนั้นคือนาย Kenneth Clark ชอบใจในแนวความคิดนี้ Enthoven ได้แนวความคิดในการแบ่งแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการใน NHS ในช่วงที่เขาทำวิจัยในประเทศอังกฤษในกลางทศวรรษที่ 1980 และเขาก็ได้รับความสนใจพอสมควร

สิ่งที่แตกต่างกันเพียงสิ่งเดียวระหว่างความคิดของ Enthoven กับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในการตลาดภายใน ของ NHS คือ Enthoven คิดว่าจำนวนคนไข้ขั้นต่ำที่สุดในฐานะ ผู้ซื้อบริการควรมีประมาณ 50,000 คน แต่ GP Fundholders ใน NHS นั้นดำเนินการโดยมีคนไข้ขั้นต่ำประมาณ 5,000 คนเท่านั้น และรัฐบาลจะลดเงื่อนไขนี้ลงไปเรื่อยๆ ถึงแม้จำนวนคนไข้น้อยลงก็สามารถตั้งเป็น Fundholding ได้

แนวความคิดของ Enthoven นั้นใกล้เคียงกับแนวคิดของผู้เชี่ยวชาญชาวอังกฤษที่ชื่อว่า Alan Maynard ซึ่งได้พัฒนาแนวความคิดของ Enthoven ต่อไป โดยแนะนำว่าผู้ซื้อบริการมีขนาดเล็กลงได้ และ Maynard เป็นผู้มีอิทธิพลต่อ นาย Kenneth Clark รัฐมนตรีสาธารณสุขในขณะนั้นมาก (Robinson 1994)

Griffiths Report

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อรัฐบาลอนุรักษนิยมได้เข้ามาบริหารอำนาจ สิ่งหนึ่งที่รัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมของนางเทตเชอร์ได้ทำ จนกระทั่งเกิดคำพูดที่เรียกว่า “Thatcherite Policy” คือการปฏิรูปองค์กรของรัฐต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการขายให้เอกชน (Privatization) หรือเปิดให้เอกชนประมูลทำในธุรกิจหลายอย่างที่รัฐเคยทำมาก่อน รัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมเห็นชอบในการใช้การบริหารงานในรูปแบบของธุรกิจเข้ามาประยุกต์ในระบบของรัฐ ในกรณีของ NHS รัฐบาลได้ตั้ง

Sir Roy Griffiths ซึ่งเป็นกรรมการผู้จัดการใหญ่ของ Sainsbury ซึ่งเป็น supermarket chain ที่ใหญ่แห่งหนึ่งเป็นที่ปรึกษา

Sir Roy Griffiths พร้อมกับทีมงานได้เข้ามาตรวจสอบ NHS โดยใช้เวลาเพียงไม่กี่เดือน และได้เสนอแนวคิดที่ถือว่าเป็นต้นแบบของการปฏิรูป NHS เลย์ที่เดียวในปี ค.ศ. 1983

รายงานของ Sir Roy Griffiths นั้นมีเพียง 24 หน้า แต่มีคำพูดที่เป็นอมตะหลายอย่างใน Griffiths Report เช่น ในตอนหนึ่งในรายงานได้กล่าวว่า “ถ้าฟลอเรนซ์ ในดิงเกิล ได้ถือตะเกียงของเธอมาเดินอยู่ในทางเดินของโรงพยาบาลของ NHS ในปัจจุบันนี้ เธอคงจะต้องพยายามมองหาว่าใครเป็นคนรับผิดชอบ NHS กันแน่” Griffiths ได้เสนอว่า “NHS มีแต่คำสั่ง (Directives) แต่ไม่มีทิศทาง (Direction)” (Ham 1999) นั่นคือมีแต่งงานจากเบื้องบนแต่ไม่มีการนำ ไม่มีใครรับผิดชอบอย่างชัดเจนต่อ NHS ทุกคนปิดความรับผิดชอบหมดเพราะถือว่าเป็นของส่วนรวม การบริหารซึ่งไม่มีสิ่งๆที่เรียกว่าผู้รับผิดชอบสูงสุด ไม่มีลำดับของการบริหารที่ชัดเจน ไม่มีประสิทธิภาพ

เดิมทีนั้น Griffiths ได้เสนอให้มีการจัดระบบของการบริหารใหม่หมด โดยขอให้รัฐบาลแต่งตั้งผู้จัดการทั่วไป (General Managers) เข้ามาเพิ่มมากขึ้น และมีการเสนอให้ตั้ง NHS Supervisory Board ซึ่งในขณะนั้นถูกเปลี่ยนชื่อมาเป็น NHS Policy Board ส่วนอีกองค์กรที่ได้เสนอให้มีการก่อตั้งขึ้นด้วยก็คือ NHS Management Board ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อมาเป็น NHS Management Executive

Griffiths ถูกโจมตีจากแพทย์เป็นอย่างมากว่า เป็นผู้ที่นำเอานักบริหารเข้ามาควบคุมแพทย์ ซึ่งภายหลังจาก Griffiths Report หลายปี Griffiths เองได้ออกมากล่าวว่า “แพทย์เข้าใจรายงานของเขาผิดเป็นอย่างมาก สิ่งที่เขาต้องการคืออยากจะให้แพทย์มีบทบาทในการบริหารมากขึ้น และอยากจะให้ผู้บริหารที่เป็นแพทย์มีมากขึ้น วัตถุประสงค์ใหญ่ๆนั้นไม่ได้ต้องการที่จะนำเอาผู้บริหารจากภายนอกเข้ามาใน NHS มากมายเลย” (Allsop 1998)

กล่าวโดยสรุปคือ สภาพปัญหานั้นเกิดขึ้นแล้วเมื่อเริ่มมีการก่อตั้ง NHS เลย์ที่เดียว เมล็ดพันธุ์ของความขัดแย้งซึ่งนำไปสู่ความจำเป็นและแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิรูปนั้นเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่มีการก่อตั้ง NHS แล้ว และแม้ว่าเวลาจะผ่านไปถึง 50 ปี แรงผลักดันเหล่านี้ก็ยังมิได้เปลี่ยนแปลงไป นั่นคือ

1. ความขัดแย้งระหว่างการรวมอำนาจและการกระจายอำนาจ รัฐบาลเชื่อว่าจะต้องมีนโยบายจากส่วนกลาง (Centralized Policy) แต่มีอิสระในการปฏิบัติในระดับท้องถิ่น (Decentralized Work) สิ่งนี้พูดง่ายแต่ทำยาก ในความเป็นจริงทางปฏิบัติมีความขัดแย้งกันอยู่เสมอ ซึ่งการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศอังกฤษที่ผ่านมาจะมุ่งอยู่ที่ที่จะกระจายอำนาจอย่างไรจึงจะเหมาะสม
2. ความขัดแย้งระหว่างรัฐกับแพทย์ว่าใครควรจะทำอะไร ใครควรควบคุมใครจะทำงานร่วมกันอย่างไร

และที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากันเลยคือ เมื่อต้องการที่จะให้บริการฟรีที่ครอบคลุมและเสมอภาค ปัญหาใหญ่คือปัญหาทางเศรษฐศาสตร์ของการจัดการ การให้เงินสนับสนุนจะเป็นอย่างไร สถานการณ์ทางความก้าวหน้าทางการแพทย์ซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็ว การที่มีประชากรที่มีผู้สูงอายุ ซึ่งต้องได้รับการบริการทางสุขภาพมากขึ้น การที่ประชากรมีความคาดหวังมากขึ้น ปัญหาเหล่านี้ถูกกระพือด้วยระบบสื่อสารที่รวดเร็วทันสมัย

รัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมเชื่อในเรื่องของความเป็นอิสระของบุคคล คือบุคคลมีสิทธิที่จะเลือกและจะต้องรับผิดชอบในส่วนค่าใช้จ่ายของตน ในขณะที่รัฐบาลพรรคแรงงานเชื่อว่าสวัสดิการของรัฐนั้นน่าจะเป็นคำตอบ ทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดพลวัตรของการปฏิรูปซึ่งไม่สามารถแยกเรื่องใดเรื่องหนึ่งออกมาเป็นเรื่องเด่นได้เลย

ในบทที่ 4 ต่อไปจะได้กล่าวถึงบริบทต่างๆ เช่น สภาวะทางเศรษฐกิจและการเมืองในช่วงปี ค.ศ. 1979 – 1989 ซึ่งถือว่าเป็นระยะเวลาลิบปีก่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ 1990 ที่สำคัญที่สุดตั้งแต่มีการก่อตั้ง NHS เลย์ทีเดีย

บทที่ 3

บริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

1. บริบททางเศรษฐกิจ

ผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อนโยบายสาธารณสุขและระบบสุขภาพนั้นเป็นเรื่องที่ซับซ้อนแต่ก็ไม่ใช่เรื่องที่เข้าใจ ในประเทศอังกฤษ ระบบสุขภาพถือเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของรัฐบาล ในขณะที่ช่วงกันอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพนั้นได้กลายเป็นอุตสาหกรรมที่นับว่ายิ่งใหญ่ที่สุดในยุคกลางทศวรรษที่ 1970 อุตสาหกรรมยาและเครื่องมือแพทย์ได้รับการวิจัยและพัฒนาขึ้นอย่างมากโดยบริษัทข้ามชาติต่างๆ ที่กล่าวว่าซับซ้อนเนื่องจากดูเหมือนว่า NHS นั้นดำเนินการโดยรัฐบาลแต่เพียงผู้เดียว แต่ความจริงหาเป็นเช่นนั้นไม่ หลายฝ่ายมีผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับ NHS เช่น GP ทันตแพทย์ ร้านขายยา ร้านแว่น รวมทั้งอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาเครื่องมือแพทย์ต่างๆ ให้กับโรงพยาบาล

สิ่งที่สำคัญในบริบททางเศรษฐกิจคือ พื้นฐานความเชื่อของรัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมที่ว่านโยบายทางเศรษฐกิจและความอยู่รอดทางเศรษฐกิจของประเทศนั้นสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด ถ้าปราศจากเศรษฐกิจที่ดีของชาติแล้ว ก็อย่าหวังว่าด้านอื่นๆ จะดีได้

เมื่อมีการเลือกตั้งในปี ค.ศ. 1979 นโยบายการเลือกตั้งของพรรคอนุรักษนิยมได้เสนอว่าอังกฤษเป็นประเทศที่ล้มเหลว คุณค่าได้ถูกกัดกร่อน เศรษฐกิจตกต่ำและการบริการสาธารณะเป็นภาระของผู้เสียภาษีเป็นอย่างมาก (Allson 1998) ดังนั้นรัฐบาลตั้งใจว่าจะเข้ามาจัดระบบทางเศรษฐกิจใหม่ให้เป็นระบบเศรษฐกิจที่มีการแข่งขันแบบทุนนิยมอย่างเต็มที่ รัฐบาลจะเข้ามาจัดการการเงินหรือระบบการคลังใหม่ รัฐบาลจะตัดค่าใช้จ่ายในภาครัฐลง และทำให้ทุกอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

2. บริบททางการเมือง

NHS ถูกก่อตั้งโดยรัฐบาลของพรรคแรงงานเมื่อปี ค.ศ. 1948 และมีการบริหารสลับกันไปมาระหว่างรัฐบาลอนุรักษนิยมและรัฐบาลแรงงาน โดยมีได้มีการปฏิรูปมากมายนัก นอกจากในปี ค.ศ. 1972 และปี ค.ศ. 1982 ซึ่งเป็นการปฏิรูปโดยหวังจะเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการของ NHS แต่โดยพื้นฐานของการดำเนินงานนั้นแทบจะยังคงอยู่เหมือนเดิม จนกระทั่งปี ค.ศ. 1979 เป็นต้นมา จะเริ่มสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของการบริหารจัดการของ NHS ซึ่งนำไปสู่การปฏิรูประบบ NHS อย่างถอนรากถอนโคนในปี ค.ศ. 1989 (Klein 1998)

หลังจากชนะการเลือกตั้งในปี ค.ศ. 1979 รัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมได้เข้ามาบริหารประเทศ และบริหารแผ่นดินติดต่อกันเรื่อยมาจนถึงปี ค.ศ. 1997 นับเป็นเวลาถึง 19 ปี ซึ่งถือเป็นการครองอำนาจที่ยาวนานเพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับที่สำคัญในด้านต่างๆ

ทางด้านการเมืองนโยบายของพรรคอนุรักษนิยมซึ่งถือว่าเป็นฝ่ายขวา โดยเฉพาะเมื่อนางแทตเชอร์เข้ามาบริหารประเทศ เธอมีความเชื่อในเรื่องดังต่อไปนี้ (Allsop 1998)

หลักการที่ 1 รัฐบาลต้องการที่จะลดค่าใช้จ่ายทางภาครัฐ โดยต้องการลดการสนับสนุนองค์กรของรัฐในการดำเนินงานกิจกรรมสาธารณะ

หลักการที่ 2 การบริหารงานของภาคเอกชนมีประสิทธิภาพมาก และควรจะนำมาใช้ในองค์กรของรัฐ

หลักการที่ 3 ต้องลดอำนาจชนชั้นวิชาชีพ (Professions) ซึ่งมีอำนาจเบ็ดเสร็จมากเกินไป การที่แพทย์มีอำนาจมากเกินไปใน NHS นี้จะเป็นผลเสียต่อประชาชน

หลักการที่ 4 รัฐบาลเชื่อว่าจะต้องสนับสนุนให้ประชาชนช่วยเหลือตัวเองได้ และจะต้องเป็นภาระของรัฐให้น้อยที่สุด มีการถ่ายเทภาระของรัฐไปสู่ประชาชนมากขึ้น ในภาครัฐมีการสนับสนุนให้มีการประกันสุขภาพส่วนตัว มีการเพิ่มค่าของ NHS โดยถือว่ารัฐมีหน้าที่ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนมีงานมีรายได้มากขึ้น โดยพึ่งตัวเองให้มากขึ้นและพึ่งรัฐให้น้อยลง

หลักการที่ 5 รัฐบาลเชื่อว่าจะต้องสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันกันโดยเฉพาะในด้านผู้ให้บริการสุขภาพ

ตอนนี้เราจะมาดูว่า การปฏิรูปการบริการสาธารณสุขในปี ค.ศ. 1990 เกิดขึ้นได้อย่างไร เมื่อรัฐบาลอนุรักษนิยมเข้ามามีอำนาจนั้นเริ่มแรกที่เดิวนักการเมืองของพรรคอนุรักษนิยมได้นำเอาหลักการที่ประสบความสำเร็จมาเป็นที่ปรึกษาของรัฐบาลว่า ทำอย่างไรจึงจะบริหารองค์กรของรัฐให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เริ่มต้นคือนักการเมืองได้ให้นาย Derek Rayner ซึ่งเป็นกรรมการของ Marks & Spencer เข้ามาทำการแนะนำองค์กรของรัฐต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในขณะที่นาย Roy Griffiths กรรมการผู้จัดการใหญ่ของ Sainsbury ซึ่งเป็น supermarket ขยายปลีกที่ใหญ่ของประเทศไทย เป็นผู้ดำเนินการเข้ามาตรวจสอบการบริหารงานของ NHS

ข้อเสนอของนักธุรกิจเหล่านี้ได้รับการตอบสนองโดยทันทีอย่างรวดเร็วโดยรัฐบาล มีการเพิ่มตำแหน่งของนักบริหารมากขึ้น รัฐบาลเริ่มทำตามนโยบายโดยการเก็บค่ายาเพิ่มขึ้นตามลำดับ มีการเปิดให้มีการแข่งขันและเปิดประมูลการบริการต่างๆ ในองค์กรของรัฐ ใน NHS มีการประมูลงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ออกไป เช่นการประมูลการซักผ้า การทำอาหาร และกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยตรง งานทำความสะอาดได้ถูกเอกชนประมูลออกไปมากขึ้นเรื่อยๆ

อย่างไรก็ตามในทศวรรษที่ 1980s เป็นต้นมาก็มีข่าวปรากฏตามหน้าหนังสือพิมพ์ว่า NHS นั้นกำลังจะล่มสลาย การบริการแย่ รัฐบาลอัดฉีดเงินไม่พอ ถึงแม้รัฐบาลจะเพิ่มเงินลงไปแล้ว แต่เสียงบ่นและข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์นั้นได้สร้างความหวั่นไหวให้กับรัฐบาลเป็นอย่างมาก จนกระทั่งเมื่อฟางเส้นสุดท้ายคือ ราชวิทยาลัยของแพทย์ 3 ราชวิทยาลัย ได้เสนอว่ารัฐบาลจะต้องตัดสินใจทำอะไรสักอย่าง มิฉะนั้น NHS ก็จะถึงการล่มสลาย

เมื่อนางมาร์กาเรต แทตเชอร์ได้ออกรายการพาโนรามา (Panorama) ของสถานีโทรทัศน์บีบีซีในเดือนมกราคม ค.ศ. 1988 ขณะนั้นเองเมื่อถูกกดดันโดยผู้สัมภาษณ์ นางแทตเชอร์ได้ประกาศในรายการทีวีว่า รัฐบาลจะตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างถอนรากถอนโคน การประกาศของนางนั้นไม่ได้เป็นที่รับทราบกันมาก่อนในคณะรัฐมนตรี และสร้างความตกใจให้กับนักการเมืองอนุรักษ์นิยมด้วย แต่เมื่อนางแทตเชอร์ได้ประกาศไปเช่นนั้น จึงได้มีการตั้งคณะทำงานขึ้นมาเพื่อทบทวนและดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ (Klein 1998)

การประกาศของนางแทตเชอร์ในรายการทีวี นั้นไม่ได้อยู่ในนโยบายการหาเสียงในปี ค.ศ. 1987 ของพรรคอนุรักษนิยมด้วยซ้ำไป ความจริงแล้วนโยบายในการหาเสียงของรัฐบาลอนุรักษนิยมเมื่อปี ค.ศ. 1987 นั้นได้ประกาศว่ารัฐบาลต้องการปฏิรูประบบ NHS แต่ไม่ถึงขั้นถอนรากถอนโคน และไม่ถือว่าเป็นการปฏิรูปใหญ่ จะมีเพียงการปรับปรุงให้ดีขึ้น ฉะนั้นการประกาศของนางแทตเชอร์ครั้งนี้จึงถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่คาดฝันมาก่อน

อย่างไรก็ตาม 1 ปีหลังจากนั้น ในปี ค.ศ. 1989 ก็ได้มีแผนนโยบาย (White Paper) ที่สำคัญที่สุดที่นำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพในปี ค.ศ. 1990 แผนนโยบายนี้มีชื่อเรียกว่า *Working for Patients* (DOH 1989) ซึ่งเสนอทางที่ไม่คาดฝันอีกเช่นกันในการปฏิรูประบบสุขภาพของอังกฤษ

ในตอนแรกคนส่วนใหญ่เชื่อกันว่าคณะทำงานที่ทำหน้าที่ปฏิรูประบบสุขภาพนั้นคงจะเสนอทางเลือกที่จะหาทางเพิ่มหรือปรับปรุงการให้เงินสนับสนุน NHS แต่ในขณะนั้นมีการพูดคุยกันในคณะรัฐมนตรีถึงเรื่องการให้เงินสนับสนุน เช่นมีการเสนอว่าน่าจะมีการเปลี่ยนแผนจากการให้เงินสนับสนุนโดยใช้ภาษีเป็นหลักไปสู่ระบบประกันสุขภาพ แต่แผนนี้ได้ถูกล้มเลิกไป นางแทตเชอร์ได้เตือนถึงผลเสียทางการเมืองถ้าจะใช้ระบบนี้ขึ้นมา แผนการจึงเปลี่ยนไปเป็นการปฏิรูปควรจะเน้นการปรับปรุงเรื่องประสิทธิภาพจะดีกว่ามุ่งเน้นเรื่องการให้เงินสนับสนุน NHS ในที่สุดจึงได้สรุปว่าระบบที่ใช้การเก็บภาษีเพื่อให้ได้เงินสนับสนุน NHS นั้นยังเป็นระบบที่ดีในการควบคุมการใช้จ่ายและรัฐยังประหยัดอยู่ (Robinson 1994)

ในที่สุดคณะทำงานปฏิรูประบบสุขภาพชุดนี้ได้เสนอความคิดเกี่ยวกับระบบตลาดภายใน (Internal Market) เพื่อให้เกิดการแข่งขันที่มีการควบคุม (Managed Competition) เป็นกลยุทธ์หลักที่จะก่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งยิ่งใหญ่

รัฐมนตรีสาธารณสุขในขณะนั้นคือนาย Kenneth Clark ซึ่งเป็นผู้นำในคณะกรรมการปฏิรูปชอบความคิดนี้มาก จึงได้เลือกเอาเส้นทางนี้เป็นหัวใจหลักในการปฏิรูประบบสุขภาพในปี

ค.ศ. 1990 โดยแทบจะไม่ได้ปรึกษากับผู้ที่มีผลประโยชน์เกี่ยวข้องทั้งหลาย (Stakes Holders) เช่น แพทย์ หรือผู้ที่ทำงานอยู่ใน NHS เลย และเมื่อถูกซักถาม นาย Kenneth Clark กลับตอบว่า รัฐบาลตั้งใจที่จะทำอย่างรวดเร็ว และการมัวแต่ถามความคิดเห็นหรือการขอประชามตินั้นเป็นเรื่องของความอ่อนแอ (Allsop 1998)

Professor Klein จึงเรียกยุคทางการเมืองก่อนหน้านี้ที่จะมีการปฏิวัติครั้งใหญ่ว่าเป็น Politics of Value for Money แต่เมื่อเกิดการปฏิรูปในปี ค.ศ. 1990 นั้นท่านเรียกว่าเป็น Politics of the Big Bang นั่นคือการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมาอย่างรวดเร็ว ใหญ่ และกระทันหัน

ความคิดทางด้านระบบการตลาดภายใน เป็นหัวใจของการปฏิรูป NHS 1990 คือมีการแบ่งระบบสุขภาพเป็นผู้ซื้อและผู้ให้บริการ ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไปในบทสาระสำคัญของการปฏิรูป

3. บริบทการปฏิรูประบบสุขภาพของนานาชาติ

ในทศวรรษที่ 1980s และ 1990s NHS ได้ประสบกับการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายที่สำคัญใหม่หลายอย่าง บางส่วนก็มาจากความคิดของรัฐบาลพรรคอนุรักษนิยม แต่หลายส่วนก็เกิดในบริบทของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและวัฒนธรรม และที่จะหลีกเลี่ยงมิได้คือการเปลี่ยนแปลงในบริบทของนานาชาติ (Holliday 1995)

ในการบริการสุขภาพทั่วโลกนั้น ไม่ว่าจะเป็นประเทศใด มักจะเป็นระบบที่ผสมผสานกันระหว่างการให้บริการของรัฐและเอกชนในบทบาทที่แตกต่างกันไป เมื่อเราพิจารณาถึงระบบสุขภาพ สิ่งที่สำคัญที่จะต้องพิจารณาคือ (Holliday 1995)

1. กลไกของการให้เงินสนับสนุน (Funding Mechanism)
2. กลไกของการให้บริการสาธารณสุข (Health Care Delivery Mechanism)

กลไกการให้เงินสนับสนุนนั้นแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. ประเทศที่รัฐจ่ายค่าบริการเต็มที่ 100 % (Fully Funded by the State)
2. ประชาชนแต่ละคนเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมด
3. ระบบประกันสุขภาพ (Health Insurance) ซึ่งรัฐเป็นผู้จัดหาให้โดยตรง
4. รัฐมีการประกันในภาคบังคับให้กับประชากรทุกคน

ไม่มีระบบสุขภาพของประเทศใดใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอย่างเดียว ถึงแม้ว่าระบบสุขภาพของประเทศอังกฤษนั้นเกือบจะใกล้เคียงกับรูปแบบที่ 1 มากที่สุด และระบบของประเทศสหรัฐอเมริกาใกล้เคียงกับรูปแบบที่ 2 มากที่สุด

เมื่อพิจารณาถึงข้อกล่าวหาที่กล่าวหา NHS เรื่องให้เงินสนับสนุนไม่เพียงพอ (Underfunding) ในขณะที่ในประเทศอื่นเช่น สหรัฐอเมริกามีการพูดถึงเรื่องการใช้จ่ายเงินเพื่อสุข

ภาพมากเกินไป (Overfunding) ค่าใช้จ่าย ทางสุขภาพของสหรัฐอเมริกานั้นสูงถึง 16 % ของ GDP แต่ในประเทศอังกฤษใช้ประมาณ 6.8 % ของ GDP เมื่อเปรียบเทียบกับผลที่ได้จากการใช้เงิน ไม่ว่าจะใช้มาตรการทางสุขภาพใดๆ เช่น Infant & Peri-mortality , Life Expectancy พบว่าประเทศอังกฤษก็จัดยังอยู่ในเกณฑ์ที่ดีทีเดียว แต่ถ้าถามคนอังกฤษว่าพอใจบริการของ NHS หรือไม่ จากการสำรวจทัศนคติ กลับพบว่าคนอังกฤษมีระดับความไม่พอใจเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ยังคงอยู่ถาวรในใจของคนอังกฤษคือ NHS ควรเป็นแบบรัฐสนับสนุนเต็มรูปแบบ (State-funded) ตลอดไป

เพราะฉะนั้นเมื่อพูดถึงการปฏิรูปทั่วโลกซึ่งมุ่งเน้นอยู่ 2 ประการคือ เรื่องของเงินสนับสนุน (Funding) และการให้บริการ (Health Care Delivery) สิ่งทั่วโลกต้องการในการปฏิรูปคือ ของดีราคาถูก

การปฏิรูปทั่วโลกจึงพบว่ามีหลายอย่างที่เหมือนกัน ในด้านของเงินสนับสนุนทั่วโลกต่างก็พยายามที่จะควบคุมค่าใช้จ่าย ในด้านการให้บริการก็ใช้ระบบการตลาด โดยให้ความหลากหลายและตอบสนองต่อผู้ใช้บริการ และให้ผู้ใช้บริการมีสิทธิเลือกบริการมากขึ้น

สิ่งที่ตกเป็นเป้าที่สำคัญในการปฏิรูปทั่วโลกคือ อีกระบบการแพทย์ ในประเทศอังกฤษ การพยายามลดบทบาทของแพทย์จะเห็นได้ชัดจากการปฏิรูปการบริหารจัดการ การใช้การแข่งขัน และกระบวนการตรวจสอบ (Audit) ในนามของการพัฒนาคุณภาพ ฉะนั้นการปฏิรูป NHS จึงไม่ได้เป็นสิ่งที่ เป็นเอกลักษณ์โดดเด่นหรือเป็นปรากฏการณ์ที่แปลกของประเทศอังกฤษ เพราะทั่วโลกก็เจอปัญหาคล้ายกันหมด เพียงแต่สิ่งที่ชาวอังกฤษกลัวคือ การปฏิรูปจะก่อให้เกิดการให้เงินสนับสนุน(Funding) ที่น้อยเกินไป (inexpensive) และการให้บริการ (Delivery) ที่ไม่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน (unresponsive) (Robinson 1994)

4. บริบททางข้อมูลประชากรศาสตร์

จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีมากขึ้น ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพมากขึ้น มีความต้องการการบริการทางสุขภาพสูงขึ้น ประชากรมีความรู้มากขึ้นเนื่องจากสื่อสารมวลชนและอยู่ในยุคของสารสนเทศ จึงมีการติดต่อข้อมูลถึงกันอย่างรวดเร็ว

บทที่ 4

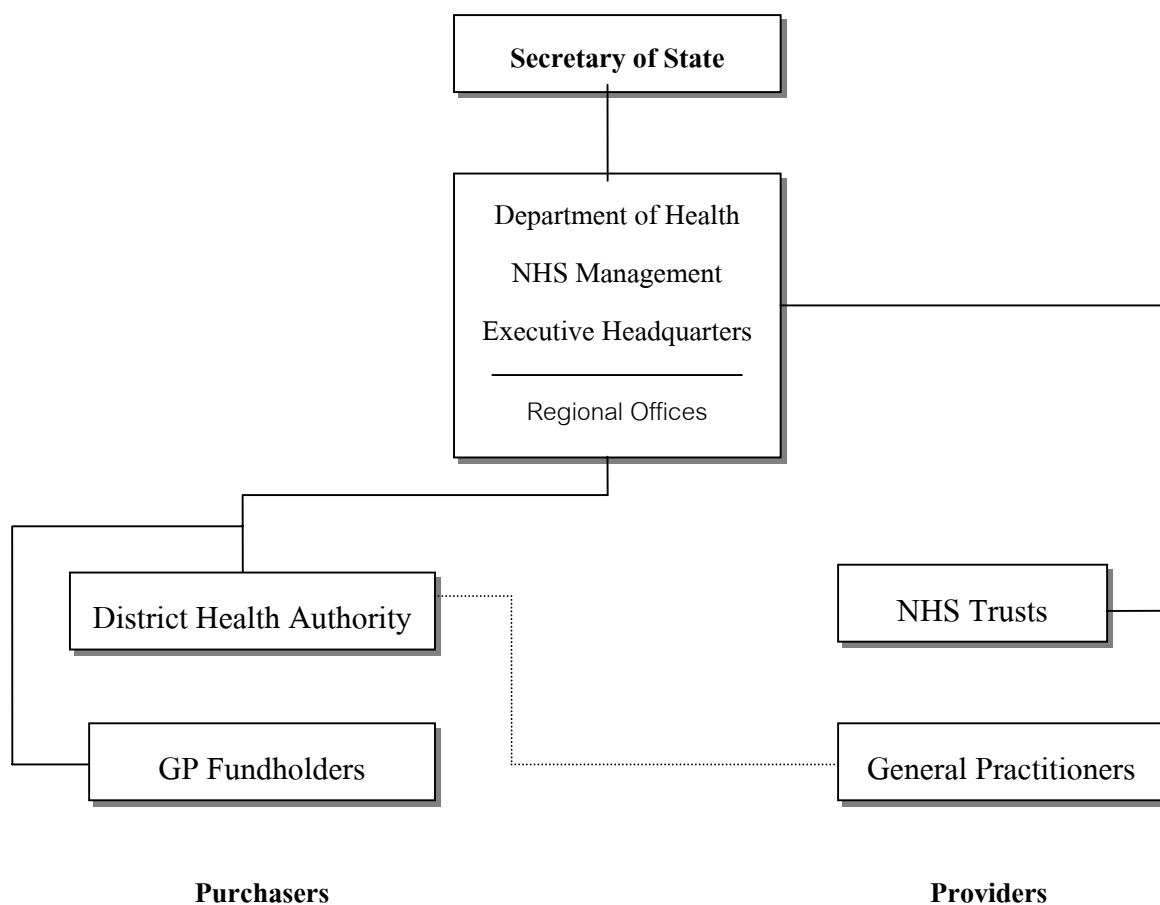
สาระสำคัญของการปฏิรูป NHS ในปี ค.ศ. 1990

แผนนโยบายปฏิรูป NHS ในปี ค.ศ. 1989 (White Paper) ที่มีชื่อว่า *Working for Patients* นั้นเป็นแผนแม่บทของการปฏิรูปซึ่งนำไปสู่กฎหมายการปฏิรูป *National Health Service and Community Care Act 1990* (แนบมาพร้อมกับรายงานนี้)

Working for Patients (DOH 1997) มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญสองประการคือ

1. ต้องการให้ผู้ป่วยไม่ว่าจะอยู่ที่ใดในประเทศอังกฤษได้รับการบริการสุขภาพที่ดีขึ้น และมีทางเลือกมากขึ้น
2. ทำให้บุคลากรที่ทำงานใน NHS สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นในท้องถิ่นนั้น ทำงานได้อย่างมีความสุขมากที่สุด

New Structure of the NHS from 1991 (Ranade 1997)



สาระสำคัญของการปฏิรูปคือ

1. การกระจายอำนาจมาสู่การตัดสินใจในระดับท้องถิ่น

จากการทบทวนประวัติศาสตร์ของ NHS พบว่า เมื่อเริ่มก่อตั้ง NHS นั้นมีฝ่ายบริหารสูงสุดคือ Regional Board ในปี ค.ศ. 1972 การปฏิรูปได้จัดโครงสร้างใหม่โดยเริ่มตั้งแต่ Regional Health Authority มาสู่ Area Health Authority สู่ District Management Team การวางแผนและการปกครองเป็นแบบการวางแผนอย่างมีกลยุทธ์ (Strategic Planning) และ Consensus Management นั่นคือเมื่อเริ่มมีแผนงานตั้งแต่ระดับบนลงสู่ล่าง และเมื่อผู้ที่อยู่ระดับล่างต้องการอะไร District Management Team ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักบริหารและฝ่ายการเงิน โดยทุกๆ ฝ่ายจะรวมกันเป็น 1 unit มีหน้าที่ในการตัดสินใจ และต่างคนต่างมีสิทธิออกเสียงยับยั้ง (Veto) ซึ่งกันและกันได้ ต่อเมื่อมีความเห็นพ้องต้องกันจึงจะเสนอและตกลงวางแผนงานขึ้นไปตามลำดับขั้นตอน แต่ในสายงานบังคับบัญชามีระยะยาวไกล ปี ค.ศ. 1982 รัฐบาลได้จัด Area Health Authority ออกไปเพื่อให้มีสายงานบังคับบัญชาสั้นขึ้น (Ranade 1997)

แม้ว่าจะเปลี่ยนแปลงอย่างไรก็ตาม นโยบายยังคงเป็นจากบนลงล่าง นโยบายทางสุขภาพยังถูกวางแผนโดย District Health Authority ซึ่งมีหน้าที่ควบคุมและบริหารโรงพยาบาล ดังนั้นจะเห็นว่า NHS เป็นทั้งผู้วางแผนการให้บริการและผู้ให้บริการ เมื่อเป็นเช่นนี้รัฐบาลโดยเฉพาะรัฐบาลพรรคอนุรักษนิยม (ดังได้กล่าวแล้วในบทที่ 4) จึงเห็นว่า เมื่อใดก็ตามที่องค์กรใดมีอำนาจและผูกขาดมากเกินไป องค์กรนั้นจะบริหารงานเพื่อส่วนตัวมากกว่าเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ดังนั้นขั้นแรกของการปฏิรูปก็คือ การกระจายอำนาจโดยให้โรงพยาบาล GPs และ Health Authority เป็นอิสระ

2. การแบ่งแยกระหว่าง “ผู้ซื้อ” และ “ผู้ให้บริการ” (Purchaser - Provider Distinction)

ผู้ซื้อบริการ (Purchaser) มี 3 พวกคือ

1. District Health Authorities
2. GP Fundholders
3. คนใช้ส่วนตัวเอง

และผู้ให้บริการ (Provider) ก็มี 3 พวกคือ

1. โรงพยาบาลที่เป็น NHS Trust
2. โรงพยาบาลที่ยังไม่ยอมเป็น Trust
3. โรงพยาบาลเอกชน

สิ่งที่เชื่อมโยงระหว่าง ผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการคือสัญญา (contract)

GP Fundholders

GP Fundholders คือหน่วยหนึ่งที่มีงบประมาณของตนเองและสามารถให้ทั้งบริการ (Provider) และซื้อบริการสุขภาพ (Purchaser) ให้กับคนไข้ของตนได้ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เป็น Fundholding นั้นถือเป็น Provider ซึ่งผู้ซื้อบริการก็คือ Health Authority นั่นเอง

ก่อนหน้านี้ GP เป็นองค์กรอิสระองค์กรหนึ่งใน NHS ซึ่งมีสัญญาบางส่วนกลางโดยตรงในการทำหน้าที่ให้บริการในด้าน Primary Care ให้กับประชากร จึงจัดอยู่ในฐานะของผู้ให้บริการอันหนึ่งในอดีต ในการปฏิรูปครั้งนี้รัฐบาลมองเห็นว่า GPs เป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับประชาชน และควรจะต้องเห็นความจำเป็นความต้องการของประชาชนได้มากกว่า District Health Authority เสียอีก รัฐบาลต้องการที่จะสร้างอำนาจให้ GPs มากขึ้นโดยหวังว่า ในที่สุดต้องการให้ GPs เป็นผู้ตัดสินใจแทนความต้องการของประชาชน เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดในด้านสุขภาพ จึงให้มี GP Practice ที่พร้อมโดยเริ่มต้นมีคนไข้รวมมากกว่า 5,000 คนขึ้นไปสามารถขอเป็นองค์กรที่เรียกว่า GP Fundholding

GPs จะได้รับงบประมาณก้อนหนึ่งซึ่ง GPs สามารถบริหารเอง และทำสัญญากับโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของเอกชนหรือโรงพยาบาลของรัฐตามที่ GPs พอใจที่คิดว่าจะดีที่สุดสำหรับประชากรคนนั้น และเมื่อบริหารจัดการเงินเหลือในแต่ละปี GPs สามารถใช้เงินนั้นในการพัฒนา Practice ของตนได้

การที่รัฐบาลตั้ง GP Fundholding ขึ้นมาทำให้ GPs มีอำนาจมากขึ้นมาก อำนาจนี้เป็นอำนาจใหม่ซึ่งไม่เคยมีในประวัติศาสตร์ของ GP มาก่อน แพทย์ในโรงพยาบาลต้องจ้าง GPs มากขึ้นเพื่อจะทำให้โรงพยาบาลนั้นได้สัญญาจาก GPs นั้นๆ ผลที่เกิดขึ้นในทางอ้อมคือ Primary Health Care มีความสำคัญขึ้นมาใหม่อีกครั้งหนึ่ง

ความแตกต่างระหว่าง Fundholding กับ Non-fundholding คือ Fundholding Practice นั้นสามารถที่จะเลือกซื้อ (shop around) ในตลาดของการบริการสุขภาพ เพื่อที่จะเลือกซื้อบริการให้คนไข้ของตนเอง โดยไม่ฟังการตัดสินใจในการซื้อบริการทางสุขภาพของ Health Authority ในตอนแรกรัฐบาลกำหนดให้ GP Fundholding มีการเลือกซื้อ (shopping) ได้อย่างจำกัด

โดยเริ่มต้น Fundholding สามารถซื้อบริการที่เป็นมาตรฐานและยังไม่แพงได้ รัฐบาลควบคุมโดยการให้มี

1. ให้มีรายการของสิ่งที่สามารถซื้อและสิ่งที่ไม่สามารถซื้อได้
2. จำกัดให้คนไข้แต่ละคนใช้จ่ายไม่เกินคนละ 6,000 ปอนด์ต่อปีงบประมาณ และเมื่อคนไข้คนใดต้องจ่ายเงินเกินนี้ ผู้ที่จะรับผิดชอบก็คือ Health Authority จึงเป็นการป้องกันไม่ให้ Fundholder ใช้จ่ายเงินต่อคนไข้มากเกินไปและไม่ให้เกิดความเสี่ยงนับตั้งแต่ ค.ศ. 1991 รายการที่ Fundholders สามารถใช้จ่ายซื้อหาบริการได้ก็ได้เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

กลไกการเป็น Fundholding นั้นง่ายมาก หาก GP ท่านใดต้องการที่จะเป็นก็สามารถสมัครไปที่ Health Authority ซึ่งในปี ค.ศ. 1990 ได้กำหนดไว้ว่า GP ท่านนั้นต้องมีคนไข้อย่างน้อย 11,000 คน และ เมื่อเดือนเมษายน ค.ศ. 1992 เงื่อนไขนี้ได้ลดลงมาเหลือ 9,000 คน ในปี ค.ศ. 1993 ก็ลดลงมาเหลือ 7,000 คน และปี ค.ศ.1996 ก็ลดลงอีกเหลือเพียง 5,000 คนเท่านั้นก็สามารถเป็น Fundholder ได้แล้ว จำนวน Fundholding ก็เพิ่มจำนวนขึ้นไปเรื่อยๆ เมื่อเป็น Fundholders แล้วรัฐบาลจะให้เงินมาจำนวนหนึ่ง ซึ่งในปัจจุบันนี้มากกว่า 1 ล้านปอนด์ต่อปี อย่างไรก็ตามเงินก้อนนี้รัฐบาลได้ตัดออกจากส่วนๆ ที่รัฐตั้งใจจะให้ Health Authority ดังจะเห็นได้ว่า Fundholding กำเนิดขึ้นมาโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะแทนที่ Health Authority ในที่สุด งบประมาณของ Fundholders นั้นจะถูกกำหนดโดยจำนวนคนไข้ที่อยู่ในความดูแล รวมทั้งอายุและ Health Profile ของคนไข้ และคำนวณจากค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางสุขภาพในท้องถิ่นนั้นด้วย (Holliday 1995)

รัฐบาลทำให้ Fundholders เป็นที่น่าสนใจต่อ GPs โดยการให้ GPs ที่สามารถบริหารเงินจนเหลือสามารถนำเงินที่เหลือนั้นมาใช้ประโยชน์อื่นๆ ได้ เช่น สามารถใช้ในการพัฒนาคลินิกของตัวเอง หรือใช้ในการประชุมหรือเดินทางไปประชุมในต่างประเทศ เมื่อ Audit Commission ไปตรวจสอบ Fundholders ในปี ค.ศ. 1993-94 พบว่า GP Fundholders สามารถบริหารเงินแล้วเหลือเงินที่ตนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้รวมทั้งสิ้น 64 ล้านปอนด์ หรือประมาณ 3.5 % ของงบประมาณทั้งหมด มี Fundholders บางคนสามารถประหยัดเงินได้ถึง 20 % โดยเหลือเงินกว่าแสนปอนด์ต่อปี ประมาณ 35 % ของเงินที่เหลือนี้ ส่วนใหญ่ใช้ในการปรับปรุงคลินิกของตนเอง รัฐบาลได้ทำให้การเป็น Fundholders น่าสนใจไปกว่านั้นอีก โดยให้เงินก้อนแรกมาเพื่อเริ่มต้นในการจัดตั้ง Fundholders ในการปรับปรุงอุปกรณ์ต่างๆ ในคลินิกของตนให้ทันสมัยมากขึ้น และยังมีเงินค่าบริหาร ให้อีกปีละ 35,000 ปอนด์ (Holliday 1995)

แต่จนกระทั่งปัจจุบันนี้ ยังมี GPs ประมาณ 5% ที่ไม่ยอมเข้าร่วม Fundholding โดย GPs เหล่านี้ถือว่า Fundholding ก่อให้เกิดความไม่เท่าเทียมกัน เมื่อพรรคแรงงานเข้ามามีอำนาจในปี ค.ศ. 1997 จึงประกาศยกเลิก GP Fundholding อย่างสิ้นเชิงโดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 1999

NHS Trust

NHS Trust เป็นโรงพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรอิสระและขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเลย เพื่อจะได้มีอิสระในการบริหารงานและตัดสินใจในการทำธุรกรรมต่างๆ โดยไม่ขึ้นตรงต่อ District Health Authority และทำหน้าที่ให้บริการ โรงพยาบาลหรือ Secondary Care Unit ที่พร้อมและสามารถแสดงหลักฐานว่าสามารถบริหารทางการเงินได้ดีในปัจจุบันและอนาคต ก็สามารถที่จะเลือกเป็นอิสระจาก Health Authority และขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีสาธารณสุข นี่ไม่ใช่การยกโรงพยาบาลให้ออกชนทำ (Privatization) แต่ยังคงเป็นของรัฐบาลอยู่ดี แต่ให้เป็นองค์กรอิสระที่สามารถควบคุมทรัพย์สินของตนเองได้ ในขณะที่เดียวกันโรงพยาบาลก็สามารถเลือกกลับเข้าไปอยู่

ภายใต้การควบคุมของ Health Authority เมื่อไม่พอใจที่จะอยู่เป็น Trust แต่จนถึงปัจจุบันนี้ก็ยังไม่มีใครทำเช่นนั้น

NHS Trust จะได้รับเงินที่เรียกว่า Block Grant ที่จะครอบคลุมค่าใช้จ่ายหลัก (Core Expenditure) โดยตรงมาจากกระทรวงสาธารณสุข และเงินสนับสนุนจากการสอนนักศึกษาแพทย์ ฯลฯ

การที่เป็น NHS Trust นั้นจะทำให้โรงพยาบาลมีอิสระ สามารถที่จะตั้งระดับเงินเดือนของตนเอง และสามารถที่จะเลือกจ้างบุคลากรและกระทำการธุรกรรมใดๆ ก็ตามที่ก่อให้เกิดรายได้ แต่รายได้หลักได้มาจากสัญญาการที่จะจัดให้บริการ (contract) ที่ทำต่อ District Health Authorities และ GP Fundholders บทหลักการทำงานของ Trust คือ ไม่เป็นการแสวงหากำไร ถึงแม้จะไม่เป็นการแสวงหากำไรแต่เงินที่เหลือจากรายได้นั้นยังคงอยู่ใน Trust และสามารถใช้จ่ายต่อไปได้ หน่วยงานต่างๆ ได้สมัครกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อต้องการเป็น Trust มากขึ้น ในขณะนี้ Trust มีหลายแบบ เช่น

1. Acute Services
2. Community Services
3. Mental Health and Mental Handicapped Services
4. Specialist Hospital
5. Ambulance Services

ตอนเริ่มต้นนั้นมี NHS Trust ที่ก่อกำเนิดขึ้นมา 57 แห่งโดยครอบคลุมเพียงทั้งหมด 41,000 เตียงจากจำนวนเตียงทั้งหมดของ NHS 300,000 เตียง และได้นำเข้าพนักงานจำนวน 110,000 คน จากจำนวนประมาณ 1 ล้านคนของ NHS ออกไปสู่ Trust และในการสมัครเป็น Trust รอบที่ 2 (Second wave) ก็มี NHS Trust เกิดขึ้นอีก 99 แห่ง จนกระทั่งในปัจจุบันทุกโรงพยาบาลได้กลายเป็น NHS Trust ทั้งหมด และสิ่งนี้เป็นสิ่งที่รัฐบาลพรรคแรงงานเห็นด้วยและไม่คิดที่จะล้มเลิก เพียงแต่ต้องการปรับปรุงประสิทธิภาพของ Trust ให้ดีขึ้น แทนที่จะมีการแข่งขันก็ให้มีความร่วมมือกันมากขึ้น และให้มีสัญญา (Contract) ที่ยาวนานขึ้น (Harrison 1998)

District Health Authority

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า District Health Authorities นั้นก่อนการปฏิรูปทำหน้าที่เป็นทั้งผู้จัดการงบประมาณและผู้บริหารโรงพยาบาลเอง รัฐบาลเห็นว่าในการปฏิรูปครั้งนี้จะให้ District Health Authority ทำหน้าที่แทนประชาชนในการเลือกซื้อบริการ และบริหารเงินที่รัฐจัดสรรให้มาให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชนในท้องถิ่น โดยรัฐบาลหวังว่าการทำเช่นนี้จะทำให้ District Health Authority สามารถตอบสนองต่อประชาชนมากขึ้น ประชาชนจะได้มีทางเลือกมากขึ้น ฉะนั้น District Health Authority จึงอยู่ในส่วนของผู้ซื้อ

สัญญา (Contract)

สิ่งที่ผูกพันผู้ซื้อและผู้ขายไว้คือสัญญา (Contract) ตลาดภายในจะทำให้เกิดการแข่งขันขึ้น สัญญาอาจจะออกมาในหลายรูปแบบเช่น District Health Authority อาจจะตกลงกับ NHS Trust หรือ รูปของการเหมาจ่ายรายหัว (Block Contract) หรือจ่ายเงินเมื่อมีการใช้บริการเกิดขึ้น

จะเห็นได้ว่าสาระสำคัญของการปฏิรูปครั้งนี้ได้นำเอาระบบบริหารงานธุรกิจของเอกชนเข้ามาใช้อย่างเต็มที่ เพียงแต่ด้วยความอาลัยรัฐบาลจึงได้เปลี่ยนคำจากคำว่า “Buyer” มาเป็น “Purchaser” และต่อมาก็เปลี่ยนมาเป็น “Commissioner” และคำว่า “Seller” (ผู้ขาย) มาเป็นคำว่า “Provider” (ผู้ให้บริการ) คำว่า “Budgets” ก็เปลี่ยนเป็น “Funds” คำว่า “Marketing” ก็เปลี่ยนเป็นคำว่า “Needs Assessment” ฯลฯ เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี (Robinson 1994) แต่จริงๆ แล้วก็เพื่อทำให้มีระบบตลาดที่มีการแข่งขันกันในการให้บริการเกิดขึ้น รัฐบาลก็ต้องการควบคุมเช่นกัน จึงเป็นแค่ Managed Competition องค์กรอิสระไม่ว่าจะเป็น NHS Trust หรือ GP Fundholding จึงไม่มีความเป็นอิสระอย่างแท้จริง เพราะมีมาตรการที่ควบคุมด้านการเงินต่างๆ เช่น ไม่ให้ใช้จ่ายในบางอย่าง หรือถ้าตั้งงบประมาณเกินบางส่วน จะต้องขออนุมัติจากรัฐมนตรีสาธารณสุขเสียก่อน เป็นต้น

สาระสำคัญของการปฏิรูปครั้งนี้มีอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญคือ การลดอำนาจของแพทย์ในโรงพยาบาล โดยรัฐบาลต้องการให้มีการตรวจสอบการทำงานของแพทย์มากขึ้น จึงได้นำระบบที่เรียกว่า Medical Audit ขึ้นมา อันที่จริงในตอนแรกรัฐบาลมีความคิดว่าต้องการให้ผู้บริหารกับแพทย์ทำงานร่วมกัน และการทำงานของแพทย์จะต้องตรวจสอบโดยผู้บริหารได้ ทีมตรวจสอบ (Audit Team) จะต้องมาจากผู้บริหารด้วย แต่เมื่อทำไปปรากฏว่า แพทย์ (ซึ่งตามประวัติศาสตร์ได้ต่อต้านและขัดขวางการเปลี่ยนแปลงที่ลดอำนาจของตัวเองมาโดยตลอด) ได้ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งโดยทำให้การตรวจสอบนั้นเปลี่ยนเป็น Medical Audit หรือ Peer Review คือทำโดยแพทย์ด้วยกัน อย่างไรก็ตามในการปฏิรูปครั้งนี้ นอกจากมี Medical Audit แล้ว แพทย์ยังต้องอธิบายสิ่งที่ตนทำและอยู่ในทีมบริหารด้านการเงินของโรงพยาบาลมากขึ้น แพทย์ไม่สามารถที่จะมีอิสระที่จะทำอะไรตามชอบใจได้อีกต่อไป เพราะหากทำอะไรที่ไม่น่าพึงปรารถนาของประชาชนในท้องถิ่น โรงพยาบาลนั้นๆ อาจต้องเสียการตลาดไปก็ได้ (Spurgeon 1998)

บทบาทของ NHS Executive

ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะกระจายอำนาจและปล่อยให้ระบบการตลาดดำเนินไปใน NHS แต่การกำหนดนโยบายจาก NHS Executive ก็ยังคงเป็นสิ่งที่จำเป็น ประชาชนชาวอังกฤษต้องการเห็นรัฐบาลเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพ NHS ก็ยังคงเป็นประเด็นทางการเมืองอย่างไม่มีที่สิ้นสุด แต่ถ้าการควบคุมมีมากเกินไป นโยบายการตลาดและการกระจายอำนาจก็อาจถูกบั่นทอนได้ ในขณะนี้รัฐบาลควบคุม NHS โดยผ่าน NHS Executive ด้วยการมีจดหมายเวียนถึงหน่วยงานต่างๆ ใน

NHS ประมาณ 2 ฉบับต่อสัปดาห์ ตัวอย่างเช่นมีจดหมายเวียนขอให้ GPs ที่มุ่งงบประมาณให้กับบางเรื่องมากขึ้น อย่างไรก็ตามเนื่องจาก GPs ก็ยังมีอำนาจโดยเฉพาะ GP ที่เป็น Fundholders และหากเป็น GPs ที่ค่อนข้างแข็งแกร่งก็อาจจะไม่ทำตามได้ สิ่งที่รัฐบาลจะทำได้คือ การกำหนดวิธีและประเภทของการใช้เงินให้จำกัดและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น ดังนั้นการแบ่งแยกเป็นหน่วยย่อยในการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยล่างกับ NHS Executive เป็นสิ่งที่น่าท้าทายเป็นอย่างยิ่ง (Spurgeon 1998)

The New NHS after 1997

พรรคแรงงานเมื่อได้เข้ามาเป็นรัฐบาลในปี ค.ศ. 1997 ได้ประกาศนโยบายที่สำคัญ (White Paper) ที่ชื่อว่า *The New NHS : Modern, Dependable* โดยเริ่มต้นจากประโยคที่ว่า “รัฐบาลนี้ตั้งใจที่จะให้ประชาชนในประเทศนี้มีระบบสุขภาพที่ดีที่สุดในโลก” (DOH 1997)

หลักการของ *The New NHS: Modern, Dependable* มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้ :

1. รัฐบาลต้องการให้ NHS เป็นองค์กรของชาติ ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการฟรี อย่างเท่าเทียมกันและเสมอภาค
2. ถึงแม้ NHS จะมีมาตรฐานระดับชาติ แต่ความรับผิดชอบด้านบริการจะต้องเป็นของท้องถิ่น (Local Responsibility) เพราะบุคลากรทางการแพทย์ในท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นแพทย์หรือพยาบาล รู้ดีที่สุดว่าประชาชนในท้องถิ่นต้องการอะไร
3. รัฐบาลตั้งใจจะให้องค์กรต่างๆ ที่อยู่ภายใต้การกำกับของ NHS ทำงานร่วมกัน โดยถือว่าเป็นหุ้นส่วนซึ่งกันและกัน (Partnership)
4. NHS จะปรับปรุงเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) โดยการลดสายงานการบริหารที่ซับซ้อนลงไป และใช้เวลาในการบริการดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มที่มากขึ้น
5. NHS จะต้องเน้นที่คุณภาพ (Quality) ให้มีการบริการที่เป็นเลิศ (Excellence)
6. NHS จะต้องทำให้สาธารณชนมั่นใจ (Public Confidence)

ดังนั้นคำต่อไปนี้เป็นหัวใจของ The New NHS ภายใต้การนำของรัฐบาลพรรคแรงงาน คือ National Service, Local Responsibility, Partnership, Efficiency, Excellence, Public Confidence.

สาระสำคัญของ The New NHS

1. รัฐบาลให้ยกเลิก GP Fundholders ให้หมด ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 1999 เพราะรัฐบาลถือว่าการที่ GPs บางส่วนเป็น Fundholding และบางส่วนไม่เป็นนั้น ก่อให้เกิดการแบ่งแยกและเกิดความไม่เป็นธรรมของการให้บริการสุขภาพ

เมื่อได้ยกเลิก GP Fundholders แล้ว รัฐบาลได้ให้มีการพัฒนา Primary Care Groups ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มของ GPs ที่กลุ่มใหญ่ขึ้น มีคณะกรรมการบริหาร Primary Care Groups ที่ประกอบด้วย GPs ที่มาร่วมตัวกัน เจ้าหน้าที่จาก Health Authority และประชาชน เพื่อที่จะตัดสินใจเลือกบริการและให้บริการทางสุขภาพแก่ประชาชน

2. รัฐบาลกำหนดภาระหน้าที่ของ Health Authority โดยให้เน้นการวางแผนป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และทำวิจัยหาความจำเป็นทางสุขภาพ (Health Need) ของประชากรในเขตที่ตัวเองรับผิดชอบอยู่ นอกเหนือจากการเน้นเรื่องการซื้อบริการทางสุขภาพอย่างเดียว Health Authority จะต้องควบคุมตรวจสอบบริการที่ได้ซื้อมาด้วย และจะต้องประสานงานให้ระบบการบริการปฐมภูมิ (Primary Care) และการบริการสุขภาพในชุมชนต่างๆ รวมทั้งระบบสวัสดิการสังคมให้ทำงานประสานกันอย่างดี
3. เรื่องการทำสัญญา (Contracting) รัฐบาลต้องการให้โรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการต่างๆ ทำงานร่วมกันมากขึ้น มีการทำสัญญาซื้อขายบริการที่ยาวนานขึ้น แทนที่จะเป็นปีต่อปีก็สามารถขยายเป็น 3 ปี 5 ปี หรือ 10 ปี

The New NHS ได้สร้างกลยุทธ์ต่างๆ 5 ทางเพื่อให้แน่ใจว่าการบริการทางสุขภาพมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า คือ (Harrison 1998)

1. ให้มีการวิจัยและพัฒนา “Research Development Programme” ในเรื่องของการวิจัยเกี่ยวกับ Cost Effectiveness and Quality of Care
2. ให้มีโปรแกรมสำหรับพัฒนา Evidence-based National Service Frameworks เพื่อศึกษารูปแบบระบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยพิเศษบางประเภท
3. ให้มีการจัดตั้งสถาบันใหม่ที่เรียกว่า National Institute of Clinical Excellence (NICE) ซึ่งมีหน้าที่ส่งเสริมให้เกิด Clinical and cost effectiveness ในการจัดทำ Clinical Guidelines และ Audits และให้กระจายผลการจัดทำนี้ไปทั่ว NHS
4. ให้จัดตั้งสถาบันใหม่ชื่อ Commission for Health Improvement เป็นตัวแทนของประชาชนในการให้การสนับสนุนและตรวจสอบคุณภาพของ Clinical Governance และการให้บริการทางการแพทย์
5. ส่งเสริมให้สาขาอาชีพต่างๆ ใน NHS มีกฎเกณฑ์ที่เข้มแข็งขึ้นในการตรวจสอบตนเอง (Professional Self Regulation)

บทที่ 5

กระบวนการ ยุทธศาสตร์ และเครื่องมือของการปฏิรูป

นับตั้งแต่มีการก่อตั้ง NHS เป็นต้นมา การปฏิรูปในปี ค.ศ. 1990 นั้นถือว่าการปฏิรูปที่มีการเปลี่ยนโฉมหน้าของ NHS มากที่สุดในประวัติศาสตร์ รัฐบาลใช้เวลาเพียงแค่ 1 ปีคือตั้งแต่ปี ค.ศ. 1988 เมื่อนางมาร์กาเรต แทตเชอร์ ได้ประกาศจะตั้งคณะกรรมการปฏิรูป NHS จนกระทั่งปี ค.ศ. 1989 เกิด *White Paper* ที่ชื่อว่า *Working for Patients* ขึ้นมา และในปี ค.ศ. 1990 รัฐบาลได้ออกกฎหมายเพื่อให้ *White Paper* นี้เป็นผลในทางปฏิบัติ จึงถือว่าใช้เวลาสั้นมากในการเปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็วในการปฏิรูปครั้งนี้ จึงเป็นสิ่งที่น่าศึกษา

ผู้เขียนได้ทำการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์ผู้ที่มีบทบาทในการปฏิรูป NHS ที่ประเทศอังกฤษ และมีข้อสรุปดังต่อไปนี้ :

1. กระบวนการเปลี่ยนแปลง

ในด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากมีแรงกดดันจากสาธารณชนต่อรัฐบาลอย่างมากมาย สิ่งที่ประชาชนกดดันและต้องการให้รัฐบาลมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ ต้องการให้รัฐบาลเพิ่มเงินสนับสนุน NHS ให้มากขึ้น แต่ก็เป็นไปได้ในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน เนื่องจากรัฐบาลไม่มีเงินเพียงพอ และถึงแม้จะเพิ่มขึ้นไปเท่าไรก็ไม่เพียงพออยู่ดี แต่ยุทธศาสตร์ที่รัฐบาลคิดอยู่ตลอดเวลา คือ การใช้ระบบบริหารต่างๆ (Managerialism) รวมกับนโยบายแนวคิดของอนุรักษนิยมซึ่งไม่ต้องการให้รัฐต้องเสียเงินในการให้บริการมากมายอยู่แล้ว

จนกระทั่งแรงกดดันทางการเมืองสูงจนหลีกเลี่ยงไม่ได้ในปี ค.ศ. 1988 เมื่อถูกกดดันอย่างหนัก นางแทตเชอร์จึงประกาศนโยบายปฏิรูป ใหม่ๆ ที่ก่อนหน้านี้ไม่ได้มีอยู่ในนโยบายการหาเสียงเลย และเมื่อได้ประกาศแล้วก็ได้มีการกระทำอย่างรวดเร็ว การที่มีการกระทำได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจาก ความคิดต่างๆ ไม่ใช่ของใหม่ มีการศึกษาและมีการเสนอกันมาแล้ว รัฐบาลอาศัยความกล้าหาญทางการเมืองอย่างมาก เนื่องจากมีความมั่นใจและได้ชัยชนะจากการเลือกตั้งมา 3 สมัยติดต่อกัน รวมกับความเป็นคนที่มีความมั่นใจในตัวเองสูงของนางมาร์กาเรต แทตเชอร์ และ นาย Kenneth Clark ทำให้การหยั่งเสียงบุคคลทุกคนหรือประชาพิจารณ์แทบจะไม่เกิดขึ้นในการปฏิรูปครั้งนี้เลย (Robinson 1994)

2. ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการปฏิรูปครั้งนี้คือ

2.1 กระจายอำนาจให้ระดับปฏิบัติเป็นอิสระ

มีการกระจายอำนาจให้ระดับปฏิบัติเป็นอิสระมากขึ้น มีขั้นตอนน้อยลง ให้มีการตั้ง NHS Trust มีการตั้ง GP Fundholding ให้ District Health Authority จัดการในฐานะผู้ซื้อบริการให้ประชาชน ในขณะที่เดียวกันรัฐมนตรีก็มีหน้าที่จะต้องอธิบายต่อรัฐสภา และรัฐสภาต่อประชาชน จึงมีกระบวนการสร้างเส้นทางของการบริหารจัดการ (Line of Management Command and Control) เพื่อให้มีสายงานซึ่งถึงแม้ว่าจะมีการกระจายอำนาจก็ยังมีนโยบายจากส่วนกลาง (Centralized Policy) โดยรัฐมนตรีและรัฐบาลได้ช่วย ดังนั้นรัฐบาลได้จัดเส้นทางของการบริหารจัดการขึ้นมาใหม่ที่ชัดเจน โดยยึดหลักว่า Centralized Policy แต่ Local Delivery (Ranade 1997)

2.2 การสร้างการแข่งขันขึ้นภายใน

รัฐบาลได้สร้างการแข่งขันขึ้นภายใน เพื่อที่จะลดอำนาจการผูกขาดของคนใดคนหนึ่ง และเพื่อให้ผู้ซื้อและผู้รับบริการไม่ต้องอยู่ในคนหรือองค์กรเดียวกัน รัฐบาลเชื่อว่าการแข่งขันจะทำให้คุณภาพดีขึ้น แต่การแข่งขันนั้นจะต้องไม่ใช่การแข่งขันแบบ Supermarket คือลดต้นทุนราคากันอย่างเต็มที่ แต่เป็น Internal Market ซึ่งมีการควบคุม

2.3 การจัดระบบเงินสนับสนุนใหม่

ในเรื่องของการจัดระบบการให้เงินสนับสนุนใหม่ (New Funding Arrangement) ในเอกสาร *White Paper* ได้มีแนวคิดหรือกลยุทธ์ว่า เงินจะต้องตามผู้ป่วย (HFMA 1998) หมายความว่า ถ้าหากผู้ที่ทำหน้าที่ซื้อบริการเห็นว่า ผู้ป่วยควรจะได้รับบริการ ณ สถานที่ใดสถานที่หนึ่ง ถึงแม้จะไกลออกไป เงินสนับสนุนนั้นก็จะต้องตามผู้ป่วยออกไป ในอดีตถือว่าผู้ป่วยอยู่ที่ใดก็ต้องได้รับบริการที่นั่น ในปัจจุบันนี้เงินสามารถที่จะข้ามเขตได้ และไปตามที่ที่ผู้ซื้อเห็นว่าดี โดยรัฐบาลหวังว่าผู้ซื้อจะเป็นผู้สะท้อนความต้องการประชาชนได้เป็นอย่างดี

2.4 การคิดต้นทุนทรัพย์สินของ NHS

รัฐบาลได้ใช้กลยุทธ์การคิดต้นทุนทรัพย์สินของ NHS โดยใช้ระบบสารสนเทศที่ทันสมัย เพื่อที่จะทำให้ระบบของการคำนวณหาต้นทุนต่างๆ นั้นมีประสิทธิภาพและหน่วยงานต่างๆ ใน NHS กันสามารถแข่งขันเสมือนอยู่ในระบบตลาดจริงได้ (HFMA 1998)

2.5 การปฏิรูปการบริหารในระดับต่างๆ

รัฐบาลได้ปฏิรูปการบริหารตั้งแต่ NHS Executive Board, Regional Health Authority, District Health Authority ให้ลดขนาดลง และดำเนินการบริหารตามแนวทางของธุรกิจ คณะกรรมการบริหาร (Board) ซึ่งประกอบไปด้วย Executive และ Non-executive Directors ในแต่ละหน่วย ในทุกระดับ

2.6 การลดอำนาจแพทย์

ข้อนี้ถือว่าสำคัญมาก รัฐบาลถือว่าชนชั้นใดปกครองตัวเองและไม่อธิบายให้ผู้อื่นฟังจะทำให้ประชาชนไม่ได้รับการปกป้องผลประโยชน์อย่างแท้จริง มีการตั้ง Audit Commission ขึ้นและในที่สุดได้นำไปสู่ Medical Audit โดย Peer Review แพทย์จะต้องอธิบายการกระทำและการตัดสินใจของตนเองได้ แพทย์จะต้องคำนึงถึงระบบการเงินของโรงพยาบาลด้วย และจะต้องทำงานร่วมกับนักบริหารของโรงพยาบาลได้เป็นอย่างดี จึงมีการกานอำนาจซึ่งกันและกันเป็นอย่างดี (Allsop 1998)

2.7 เสริมสร้างความแข็งแกร่งของ Primary Care ให้มากขึ้น

จะเห็นได้จากการที่รัฐบาลให้ความสำคัญกับ GPs มีการก่อตั้ง GP Fundholding เกิดขึ้น ซึ่ง GP Fundholding จะคล้ายกับ HMOs ในสหรัฐอเมริกา รัฐบาลต้องการให้ GP Fundholding มีความแข็งแกร่งและต้องการให้ GPs ทุกคนกลายเป็น GP Fundholding เพื่อที่จะได้ทำหน้าที่แทน District Health Authority ในที่สุด

3. เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิรูป

เครื่องมือที่รัฐบาลอังกฤษใช้ในการปฏิรูปให้เกิดขึ้น คือ การประกาศแผนนโยบาย (White Paper) และตามด้วยการออกกฎหมาย

ในทุกครั้งของการปฏิรูปจะเริ่มขึ้นโดยการที่รัฐบาลตั้งคณะทำงาน และในที่สุดคณะทำงานนั้นๆ จะเสนอเป็นแผนนโยบายที่เรียกว่า White Paper ในปี ค.ศ. 1989 *White Paper* ที่มีชื่อว่า *Working for Patients* ได้วางแนวนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปให้เกิดขึ้น เป็นแผนแม่บท หลังจากนั้น 1 ปีรัฐบาลใช้เครื่องมือผ่านทางรัฐสภาโดยการออกกฎหมาย *National Health Service and Community Care Act 1990* ที่ระบุถึงรายละเอียดและกลไกวิธีการปฏิบัติต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม และให้มีผลบังคับใช้ในเดือนเมษายน ค.ศ. 1991

สาระสำคัญของ กฎหมาย *National Health Service and Community Care Act 1990*

กฎหมายนี้แบ่งเป็น 5 ส่วน

ส่วนแรก เป็นเรื่องของ NHS ในอังกฤษและเวลส์ โดยที่กฎหมาย

1. ให้มีการให้นิยามและภาระหน้าที่ของ Regional and District Health Authorities, Family Health Services Authority, NHS contracts
2. ให้มีการจัดตั้ง NHS trust การถ่ายโอนพนักงานจากโรงพยาบาลเดิมไปสู่ NHS trust การถ่ายโอนทรัพย์สินและการบริหารการเงินของ trust
3. ให้มีการจัดตั้ง GP Fundholding หน้าที่และการจัดการด้านการเงินของ GP fundholding

ส่วนที่สอง เป็นเรื่องของ NHS ในสกอตแลนด์ ซึ่งก็คล้ายกับส่วนแรก

ส่วนที่สาม เป็นเรื่องของการบริการชุมชน ในอังกฤษและเวลส์ โดยให้มีการจัดการ เรื่องการบริการ สาธารณสุขชุมชน ทั้งของฝ่ายสาธารณสุข(District Health Authority) และฝ่ายเทศบาลท้องถิ่น (Local Authority)

ส่วนที่สี่ เป็นเรื่องของการบริการชุมชนในสกอตแลนด์

ส่วนที่ห้า เป็นเรื่องเบ็ดเตล็ด เช่น กฎกระทรวง การอุทธรณ์ ภาษี ฯลฯ

กล่าวโดยสรุปคือ ในการปฏิรูประบบสุขภาพ 1990 เริ่มต้นโดยแรงกดดันของประชาชนที่มี ต่อรัฐบาล รัฐบาลใช้การเมืองให้เกิดประโยชน์ และในที่สุดก็ใช้กฎหมายเพื่อที่จะบังคับใช้ให้เกิด ผล

บทที่ 6

การผลิตและพัฒนากำลังคน

ปรัชญาเรื่องกำลังคน

ในการที่จะกำหนดว่า NHS ต้องการบุคลากรเท่าไร และบทบาทของบุคลากรควรจะเป็นอย่างไร รวมถึงการให้การศึกษาเพื่อฝึกอบรมบุคลากรควรจะเป็นอย่างไร สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อเรารู้ว่าระบบบริการสุขภาพในอนาคตจะเป็นอย่างไร ต้องการทักษะด้านใดถึงจะทำให้การบริการจึงจะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สุด นั่นคือเรื่องของการบริการและการวางแผนทรัพยากรบุคคลจะต้องไปด้วยกัน (Harrison&Dixon 2000)

แต่ในภาคปฏิบัติเป็นสิ่งที่บรรลุได้ยากยิ่ง เมื่อเกือบสองศตวรรษที่แล้ว คณะกรรมการพิเศษของสภาผู้แทนราษฎรได้รายงานไว้ว่า “ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะขอให้ Health Authority ประเมินนโยบายทางด้านกำลังคนเพื่อที่จะใช้ในการวางแผนในการให้บริการทางสุขภาพ ดูเหมือนว่าทั้งสองด้านจะไม่ไปด้วยกันตามที่ควรจะเป็น เช่นทางตอนเหนือคณะกรรมการได้รับรายงานจาก Health Authority จะต้องวางแผนใหม่เนื่องจากได้รับการจัดสรรตำแหน่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยที่ทาง Health Authority นั้นไม่ต้องการ” (Harrison& Dixon 2000)

นโยบายทางด้านกำลังคนของ NHS ยังไม่เป็นที่ชัดเจน โดยเฉพาะท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมากมายใน NHS การเตรียมกำลังคนนั้นไม่เคยมีการกระทำอย่างเป็นระบบมาก่อนเลย ในแง่แพทย์แล้ว โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะทำงานกับแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมและจัดสรรมาจากกลุ่มวิชาชีพของแพทย์เอง ส่วนสายวิชาชีพอื่นแล้วยังไม่ต้องกล่าวถึงเพราะมักจะได้รับการทอดทิ้ง

สายวิชาชีพแต่ละวิชาชีพนั้นยังมีระบบให้การศึกษาเพื่อให้เกิดบุคลากรใหม่ๆ ของตนเอง แต่ละสายวิชาชีพก็มีขอบเขตของตนที่จะแยกแยะวิชาชีพของตนออกจากวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์พยาบาล แต่ละวิชาชีพจะมีการกำหนดมาตรฐานของตน อย่างไรก็ตามในช่วงหลายปีที่ผ่านมา NHS ได้พยายามค้นหาให้ได้ว่า NHS ต้องการวิชาชีพอย่างไร เริ่มต้นโดยการทบทวนหัวข้อดังต่อไปนี้

ปริมาณความต้องการ

นับตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 1970s เป็นต้นมา NHS เพิ่งเริ่มมีภาระกิจที่จะทำการวิจัยค้นหาอย่างเป็นระบบว่า ทรัพยากรบุคคลที่ต้องการนั้นคืออะไร มีจำนวนเท่าไร จริงๆ แล้วเรื่องนี้ควรจะ เป็นหัวใจของการบริหารจัดการของ NHS เลยทีเดียว สิ่งนี้ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนปลายทศวรรษ 1970s เนื่องจากก่อนหน้านี้การให้บริการทางสุขภาพไม่มีการวางแผนที่ชัดเจน ถึงแม้ว่าจะต้องมีการวางแผน แต่สายวิชาชีพแต่ละสายก็ดำเนินการไปตามทางของตน แพทย์ไปทาง พยาบาลไปทาง ยกตัวอย่างสายพยาบาลสายเดียว กระทรวงสาธารณสุขของอังกฤษ ได้รายงานในปี ค.ศ. 1983 มีข้อมูลที่

เป็นระบบน้อยมากเกี่ยวกับพยาบาล คือไม่รู้ว่ามี การเคลื่อนย้ายไปมาระหว่าง NHS และภาคเอกชน รวมทั้งไม่ทราบจำนวนว่า จำนวนพยาบาลที่จบการศึกษาทำงานอยู่ใน NHS เท่าไร ผลกระทบของการใต้ตำแหน่งตำแหน่งของพยาบาล NHS เป็นอย่างไร จากนั้นก็ยังมี การรายงานของภาครัฐหลายชิ้นไม่ว่าจะเป็น Public Accountants Committee ได้รายงานสรุปในลักษณะเดียวกันว่า ยังมีปัญหาอยู่ใน NHS และแสดงความแปลกใจว่าทำไม NHS ถึงไม่เริ่มทำการวิเคราะห์เรื่องนี้อย่างเป็นระบบเสียที (Harrison & Dixon 2000)

ปัญหาเดียวกันก็เกิดขึ้นในการวางกำลังคนทางด้านแพทย์เช่นกัน ในปี ค.ศ. 1980 มีรายงานจาก Medical Manpower Steering Group ได้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาหลายอย่างซึ่งทำให้การวางแผนบุคลากรทางด้านแพทย์เป็นไปได้ยากมาก เพราะความไม่แน่นอนในอนาคตของ NHS และลักษณะของการให้บริการที่จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งการใช้บุคลากรทดแทน เช่น ใช้พยาบาลเวชปฏิบัติทดแทนแพทย์ในบางกรณี แม้ว่าจะบอกว่ามีปัญหามากมายและมีความไม่แน่นอน รายงานนี้เสนอว่า ควรจะผลิตแพทย์เพิ่มประมาณปีละ 1-1.7 % แต่ตัวเลขที่ได้มาไม่ทราบว่าได้มาอย่างไรจึงทำให้เกิดความไม่แน่ใจและไม่แน่นอนขึ้น นอกเหนือจากที่ข้อมูลมีน้อย ไม่แน่นอน ไม่ชัดเจน ทำให้ Medical Manpower Steering Group ยังไม่สามารถแนะนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรได้อย่างชัดเจน อีกปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นคือ ประเด็นของการผลิตผู้เชี่ยวชาญ

กำลังคนด้านแพทย์ในอนาคต

ประเทศอังกฤษมีแพทย์ 102,610 คนใน NHS ในปี ค.ศ. 1996 คิดเป็น 1.7 ต่อประชากร 1000 คน กระทรวงสาธารณสุขได้มีการศึกษาความต้องการแพทย์ในอนาคต ในรายงานของ **Medical Workforce Standing Advisory Committee** ซึ่งจัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, 1997) ในปี ค.ศ. 1997 ได้ชี้ให้เห็นปัญหาเดียวกัน แต่ไม่ได้เสนอแนวทางใหม่ใดๆ ในการแก้ไขปัญหารายงานนี้แนะนำว่าควรจะเพิ่มจำนวนแพทย์ขึ้นเท่าไรโดยที่ข้อมูลมีน้อยมากหรือตั้งอยู่บนความไม่แน่นอน

รายงานของ **Medical Workforce Standing Advisory Committee** มีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

รายงานนี้ศึกษาถึงรูปแบบทางสุขภาพและการให้บริการสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และการเปลี่ยนแปลงนี้จะได้รับการตอบสนองโดยแพทย์ได้อย่างไร รายงานยังได้ศึกษาเรื่องความต้องการแพทย์ในอนาคต การสูญเสียและการเกษียณอายุของแพทย์ รวมทั้งอัตราส่วนระหว่างแพทย์ที่จบภายในกับแพทย์จากต่างประเทศที่มาทำงานในประเทศอังกฤษ โดยที่ประมาณ 76% ของแพทย์ที่ทำงานอยู่ใน NHS จบมาจากสถาบันแพทย์ในอังกฤษ รายงานได้วิเคราะห์อย่างระมัดระวังว่า ภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน โอกาสที่จะผลิตแพทย์เกินความต้องการนั้นมีน้อยมาก การเพิ่มจำนวนนักศึกษาแพทย์อีกปีละ 1000 คนก็จะไม่ทำให้จำนวนแพทย์ล้นเกินความต้องการในปี ค.ศ. 2020

พบว่าจำนวนแพทย์ควรเพิ่มระหว่าง 1.4%- 2.0% โดยที่มีค่าเฉลี่ยที่ 1.7% ต่อปี วิธีการที่จะใช้ในการเพิ่มจำนวนแพทย์เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการในอนาคตมีดังต่อไปนี้

1. เปิดรับแพทย์จากนอกประเทศให้มากขึ้น แพทย์จากต่างประเทศมักจะอยู่ในช่วงอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นการได้แพทย์ที่มีคุณภาพดีจากต่างประเทศ แล้วให้ได้รับการฝึกอบรมที่มีมาตรฐานสูงจะเป็นประโยชน์ต่ออังกฤษเอง
2. ปรับปรุงการคงอาชีพแพทย์ที่กำลังทำงานอยู่ ขณะนี้มีการสูญเสียแพทย์ประมาณปีละ 3.5% อันเนื่องมาจากการเกษียณอายุ การเสียชีวิต และการออกจากสายวิชาชีพแพทย์ไปทำงานอื่น
3. ผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นแต่อาจจะมีปัญหาในเรื่องทรัพยากรที่จะต้องใช้ ทั้งนี้ทำได้โดย
 - 3.1 เพิ่มโรงเรียนแพทย์
 - 3.2 ขยายโรงเรียนแพทย์ที่มีอยู่แล้ว
 - 3.3 รับนักศึกษาแพทย์เพิ่ม รายงานนี้มีการเสนอให้มีการรับนักศึกษาแพทย์ 1000 คนต่อปี

อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่มีความซับซ้อนขึ้นไปอีก เนื่องจากมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ความเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากร ความรู้ การบริหารจัดการองค์กร แพทยศาสตร์ศึกษาแนวใหม่ รวมทั้งการเริ่มผสมผสานระหว่างสายวิชาชีพต่างๆ ดังนั้นการวางแผนเรื่องทรัพยากรบุคคลนั้นยิ่งยากขึ้น ในอดีตคนส่วนใหญ่ที่จบแพทย์ก็ยังคงอยู่ในสายวิชาชีพแพทย์จนเกือบตลอดชีวิต ในขณะที่ปัจจุบัน แพทย์จบใหม่ประมาณ 1 ใน 4 ไม่ได้อยู่ในสายวิชาชีพแพทย์อีกต่อไป แพทย์ก็ไม่ได้อยู่ในสายอาชีพยาวนานดังเช่นในอดีต ยิ่งไปกว่านั้นในบรรยากาศนานาชาติ แพทย์ในอังกฤษจะต้องถือเป็นส่วนหนึ่งของยุโรป ซึ่งมีการเคลื่อนย้ายไปมาอย่างมากระหว่างแพทย์จากยุโรปเข้ามาในอังกฤษ ในอดีต NHS ต้องพึ่งพาอาศัยแพทย์ในเครือจักรภพเก่าซึ่งมาศึกษาต่อและพำนักอาศัยต่อในประเทศอังกฤษ ขณะนี้รูปแบบเปลี่ยนไป มีแพทย์จากยุโรปเข้ามาทำงานในอังกฤษมากขึ้น รวมทั้งมีการเคลื่อนย้ายแลกเปลี่ยนแพทย์จากสหรัฐอเมริกาและ South Africa นั่นคือมีการค้นพบว่า แพทย์ที่ทำงานในอังกฤษประมาณ 1 ใน 4 นั้นจบแพทย์จากต่างประเทศ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์จะเริ่มมีลักษณะเหมือนตลาดแรงงานอื่นๆ อีก ซึ่งมีการเคลื่อนย้ายไปมาาก ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเคลื่อนย้ายคือ ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม

แพทยศาสตร์ศึกษามีการเปลี่ยนแปลงไปมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาความเชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ประเด็นนี้ยิ่งทำให้เกิดความยุ่งยากในการทำนายความต้องการผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ย่อยเล็กลงไปอีกว่า แต่ละสาขาดังกล่าว Royal College of Physicians ออกมายอมรับว่าประเด็นของความต้องการระหว่างแพทย์ทั่วไปกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ยังไม่ได้รับการวิเคราะห์อย่าง

เป็นระบบ นอกเหนือจากนี้เนื่องจากขอบเขตซึ่งมีชัดเจนระหว่างผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ทำให้มีความยากลำบากยิ่งในการสับเปลี่ยนบทบาทไปมา แม้ว่าบางบทบาทจะอยู่ก้ำกึ่งกันก็ตาม

ความยืดหยุ่นของกำลังคน

ขณะนี้มีความพยายามที่จะใช้ Role Substitution คือมีการทดแทนและสับเปลี่ยนบทบาทกัน มีการขยายบทบาทของวิชาชีพ และให้ทำงานทดแทนกันได้ (Harrison&Dixon 2000) ตัวอย่างเช่น Nurse Practitioner หรือ Community and Specialist Nurses ในโรงพยาบาลเป็นตัวอย่างที่ดีที่แสดงให้เห็นว่า ขอบเขตของวิชาชีพกำลังได้รับการทลายลง เกิดรูปแบบของการให้บริการแบบใหม่ ในเอกสารที่ชื่อ *Future NHS Workforce* ได้แนะนำว่า

1. สายวิชาชีพต่างๆ ควรจะแยกแยะทักษะของตนเองออกมาว่า ตนเองทำอะไรได้บ้างและแตกต่างจากสาขาวิชาอื่นอย่างไร และเป้าหมายสุดท้ายเพื่อจะให้เป็น Health Care Professional นั่นคือทุกคนสามารถให้บริการทางสุขภาพได้
2. ควรจะมีรูปแบบใหม่ในการฝึกอบรมและทำให้บุคลากรสามารถเปลี่ยนเส้นทางสายอาชีพของตนเองได้ ถึงแม้จะมีอายุมากขึ้นก็ตาม
3. ควรมีการพัฒนาการศึกษาแบบ Multiprofessional Education and Training
4. ควรลดบทบาทของกฎหมายในการแยกแยะสายวิชาชีพต่างๆ

การวิเคราะห์ของ King's Fund พบว่าเนื่องจากบุคลากรสายวิชาชีพต่างๆ นั้นต่างก็ถูกฝึกฝนโดยกลุ่มสมาคมสาขาอาชีพของตน ส่วนใหญ่แล้วสายวิชาชีพมักจะมุ่งเน้นฝึกฝนให้ทำงานในวิชาชีพนั้นได้เท่านั้น เช่นแพทย์ก็มุ่งฝึกเรื่องการรักษาผู้ป่วยเป็นรายๆ ไป ซึ่งจะนำไปสู่การไม่ได้รับการฝึกฝนในประเด็นซึ่งพบและปรากฏอยู่ในทุกสายวิชาชีพ และจะมีผลต่อการให้บริการในอนาคต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเรียนรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการ การจัดการบริหาร การติดตามและประเมินผลของบริการ

ทิศทางการพัฒนากำลังคนในอนาคต

ในทศวรรษที่ 1990s มีความพยายามที่จะสร้างความเชื่อมโยงในความเข้าใจในการให้บริการระหว่างความจำเป็นของบริการกับผู้ที่มีรับผิดชอบในการผลิตกำลังคน *NHS Community Care Act 1990* ได้มอบความรับผิดชอบในการวางแผนด้านกำลังคนที่ไม่เกี่ยวข้องกันกับแพทย์ให้กับ Regional Health Authority เมื่อมีการกระจายอำนาจกันมากขึ้น และจากรายงานของ Functions and Manpower Review นโยบายการวางแผนบุคลากรที่ไม่เกี่ยวข้องกันกับแพทย์ที่อยู่ในวงการสาธารณสุขนั้น ได้ถูกมอบให้อยู่ในความรับผิดชอบของ Education and Training Consortia ซึ่งเป็นตัวแทนของ Health Authority โรงพยาบาล ผู้ที่ทำงานอยู่ใน NHS มากกว่าเป็นตัวแทนของบุคลากรสาขาอาชีพใด

อาชีพหนึ่ง มุ่งเน้นที่จะผลิตบุคลากรซึ่งตอบสนองต่อหน่วยให้บริการมากกว่าที่จะผลิตบุคลากรตามความต้องการขององค์กรสาขาวิชาชีพที่คิดเอาเองว่าจะไร้อรรถาธิบาย สิ่งนี้ก่อให้เกิดความขัดแย้งและบทบาทใหม่ใน NHS งานของ NHS Executive ในปี ค.ศ. 1996 ซึ่งแนะนำเรื่อง Education and Training Planning Guidance ได้กล่าวไว้ว่า “ NHS Executive นั้นเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการบูรณาการระหว่างการวางแผนทรัพยากรบุคคลทั้งฝ่ายแพทย์และไม่ใช่แพทย์ และสิ่งนี้จะนำไปสู่การบรรลุถึงการทำงานร่วมกันของสาขาวิชาชีพ และทำให้บทบาทซึ่งเชื่อแต่เดิมว่าจะต้องแยกจากกันนั้นจะมีการผสมผสานและทดแทนกันได้มากขึ้น การวางแผนเรื่องทรัพยากรบุคคลและกำลังคนนั้นจำเป็นต้องจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนว่า การให้บริการจะเป็นอย่างไรในอนาคต และจะมีการพัฒนาไปในทิศทางใด” ดูเหมือนว่ามีทิศทางชัดเจนแต่ในทางปฏิบัติยังไม่ได้เป็นไปตามนั้น เนื่องจากยังไม่ทราบว่าการพัฒนาการให้บริการต่อไปในอนาคตจะเป็นอย่างไร ที่ยังไม่เป็นที่เข้าใจมากนักคือ ทำไมจะต้องมีการแยกแพทย์ออกจากผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ บุคลากรสาขาอาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ และที่บอกว่าให้มีการผสมผสานกันอย่างพอดี สมดุล ผู้ผลิตบุคลากรให้บริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมินั้นมีความหมายอย่างไรในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง

เรื่องนี้สามารถกล่าวโดยสรุปคือ มีความล้มเหลวในการที่จะเชื่อมโยงระหว่างฝ่ายวางแผนที่ตอบสนองต่อการให้บริการ และฝ่ายผลิตและพัฒนากำลังคน ข้อสรุปนี้ NHS Director of Human Resources ได้ยอมรับและได้ตอบข้อซักถามต่อคณะกรรมการสาธารณสุขของรัฐสภาว่า เรามีความจำเป็นที่จะต้องเชื่อมโยงฝ่ายวางแผนนโยบายกับฝ่ายผลิตกำลังคน (Harrison&Dixon 2000)

ในที่สุดรัฐบาลได้ออกเอกสารชื่อ *Working Together: Securing A Quality of Workforce for the NHS* ซึ่งตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1998 ได้ให้ทุกโรงพยาบาลและนายจ้างทุกคนต้องวางแผนนโยบายด้านกำลังคนประจำปีให้เสร็จสิ้นภายในเดือนเมษายนปี 2000 (Harrison 1998) รวมทั้งแผนการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาขาวิชาชีพส่วนใหญ่ของ NHS นั้นคือรัฐบาลพยายามตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในเรื่องนโยบายการผลิตกำลังคน โดยการที่จะให้มีการเชื่อมโยงระหว่างภาคผลิตกับภาคบริการ โดยภาคผลิตรัฐบาลได้จัดตั้ง Education and Training Consortia ขึ้นเพื่อที่จะเชื่อมโยงกับภาคบริการ และขณะนี้มีความกังวลว่า การพัฒนาแบบผสมผสานเรื่องทักษะใหม่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้ Primary Care Act 1997 เช่นเริ่มมีโครงการนำร่องให้พยาบาลมีสิทธิสั่งยาบางชนิดได้ แต่ก็ยังมีการปฏิบัติต่อแพทย์แตกต่างกันออกไปต่างหากอยู่ดี

ในเอกสารที่ชื่อ *Modernizing Health and Social Services : Developing the Workforce* ซึ่งตีพิมพ์ในเดือน พฤษภาคม 1999 นั้นยอมรับว่า แผนกำลังคนกับกลยุทธ์ในการผลิตนั้นจะต้องเชื่อมโยงกับการให้บริการและการวางแผนการให้บริการที่จะพัฒนาต่อไป เนื่องจากขณะนี้ข้อมูลไม่เพียงพอจึงทำให้การวางแผนทุกอย่างเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก มีปัญหาพื้นฐานเรื่องการมองทิศทางของภาคฝ่ายผลิต (Education) กับภาคบริการ (NHS) ฝ่ายผลิตหรือกระทรวงศึกษาธิการก็มียุทธวิธีต่างๆ เช่น QA, Accreditation ทางฝ่าย NHS มีการควบคุมในเรื่องเหล่านี้ค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม

เป็นที่ยอมรับกันในขณะนี้ว่า จะต้องมีการบูรณาการเข้าด้วยกันให้ได้ King's Fund มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้ :

1. จะต้องมีการประเมินตามความเป็นจริงว่า ในระยะยาวแผนกำลังคนควรจะเป็นอย่างไร การประเมินนี้ควรจะคำนึงถึงขอบเขตการแบ่งแยกระหว่างวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้ในการทำนายอนาคตว่าเราจำเป็นต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะอย่างไร จำนวนเท่าใด
2. ต้องมีการเชื่อมโยงระหว่างภาคผลิต หรือฝ่ายการศึกษา กับฝ่ายผู้ใช้ หรือ NHS อย่างเป็นรูปธรรม
3. ควรมีการเน้นเกี่ยวกับการบริหารจัดการระบบการให้บริการสุขภาพทั้งระบบ การทำงานร่วมกันระหว่างนักบริหารกับบุคคลสายวิชาชีพ
4. การวิเคราะห์ สังเคราะห์และรวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรในทุกระดับทุกด้าน

บทที่ 7

การควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยี

ในการดูแลรักษาสุขภาพบางครั้งจำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีที่ใหม่ๆ ไม่ว่าจะเป็นยา เครื่องมือ วิธีการ ซึ่งจะก่อให้เกิดการประหยัดแล้วยังก่อให้เกิดการรักษาที่ดีขึ้น และเปรียบเทียบแล้วเกิดความคุ้มค่าขึ้น หลายครั้งที่คิดว่าถึงแม้ว่าจะมีผลการรักษาที่ดีขึ้น แต่ก็มีค่าใช้จ่ายที่สูงมากขึ้นเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างสิ่งที่เป็นไปได้กับสิ่งที่สามารถจ่ายได้ ยกตัวอย่างเช่น ยาต้านมะเร็งใหม่ที่มีชื่อว่า Taxol ซึ่งดูเหมือนว่าจะทำให้อัตราการรอดชีวิตในโรคมะเร็งรังไข่เพิ่มขึ้นจาก 1 ปีเป็น 3 ปีในการทดลองที่ประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ค่ายามีราคาประมาณ 9,000 ปอนด์ต่อคนไข้ 1 คน มีคนไข้ในประเทศอังกฤษทั้งหมดประมาณ 5,500 รายต่อปี และรายงานวิจัยได้แสดงให้เห็นว่ายาตัวนี้ยังเป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคมะเร็งเต้านมซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีในประเทศอังกฤษ คือประมาณ 24,000 รายต่อปี ดังนั้นเมื่อรวมค่ายาทั้งหมดจะประมาณ 200 ล้านปอนด์ต่อปี ฉะนั้นจะอย่างไรจึงจะมีมาตรการในการควบคุมการใช้ยาใหม่ๆ รวมทั้งยาที่มีอยู่แล้ว มาตรการเหล่านี้เป็นเรื่องเร่งด่วน (Ranade 1997)

ประมาณ 50 % ของค่าใช้จ่ายสุขภาพที่เพิ่มขึ้นในอเมริกานั้นมิใช่เกิดเนื่องจากการที่มีเทคโนโลยีที่เพิ่มขึ้นอย่างเดียว (Ranade 1997) แต่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีที่มีอยู่แล้วอย่างไม่เหมาะสมและมากเกินไปด้วย เนื่องจากสื่อสารมวลชนมักจะโฆษณาเกี่ยวกับความมหัศจรรย์ของเทคโนโลยีสมัยใหม่ในทางการแพทย์ ฉะนั้นจึงทำให้ประชาชนเกิดความคาดหวังเป็นอย่างมากขึ้น เป็นเงาตามตัวว่า เทคโนโลยีใหม่ๆ หรือการค้นพบใหม่ๆ จะนำมาซึ่งความมหัศจรรย์ในการรักษา เทคโนโลยีที่แพงๆ เช่น เครื่อง CT, MRI scanners นั้นสามารถที่จะดึงดูดการสนับสนุนทางการเงินโดยผ่านทางองค์กรกุศลต่างๆ ได้เป็นอย่างมาก ยิ่งไปกว่านั้น สาธารณชนมีความรู้สึกในทางลบหรือต่อต้านในกรณีที่ผู้ป่วยถูกปฏิเสธไม่ได้รับการรักษาเนื่องจากการรักษานั้นแพงแต่มีความจำเป็น ยกตัวอย่างที่ชัดเจนในกรณีของเด็กที่ชื่อ Jemmy Bowden ซึ่งพ่อของเขาได้ฟ้องร้อง Cambridge and Huntingdon Health Authority ต่อศาล เพราะ Health Authority ดังกล่าวปฏิเสธที่จะให้มีการทำ Bone marrow transplant ครั้งที่ 2 ในการรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวของ Jemmy Bowden แต่ผู้คนจำนวนมากก็ทราบกันดีจากประสบการณ์ส่วนตัวว่า การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ไม่เหมาะสมและไม่ก่อให้เกิดผลนั้นยังจะทำให้ความทุกข์มากขึ้นไปโดยไม่จำเป็น

สิ่งที่เรียกว่าเทคโนโลยีใหม่ในยุคปัจจุบันจะกลายเป็นเทคโนโลยีเก่าในโลกอนาคต นอกเหนือจากนี้ค่าใช้จ่ายและผลประโยชน์ที่เกิดจากเทคโนโลยีใหม่ๆ นั้นยังเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา เมื่อเทคโนโลยีนั้นได้แพร่กระจายกว้างขวางอยู่และเมื่อเทียบกับการรักษาที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เป็นทางเลือกอยู่ ดังนั้นอาจจะบอกว่าเทคโนโลยีใหม่นั้นช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายเมื่อเทียบกับการรักษาแบบ

เก่า แต่ในขณะเดียวกันก็อาจเป็นการเพิ่มค่าใช้จ่ายเมื่อคิดรวมทั้งหมด เนื่องจากเมื่อมีคนใช้มากขึ้น ค่าใช้จ่ายก็เพิ่มขึ้น

สมมุติฐานที่ไม่ถูกต้องอีกประการคือ การวินิจฉัยจะนำไปสู่การรักษา และการรักษาจะนำไปสู่การหายขาด ฉะนั้นผู้ที่รณรงค์เพื่อที่จะต้องการเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อใช้ในการวินิจฉัย เช่น การใช้ CT Scan ทั้งร่างกาย หรือการใช้ MRI นั้นมักจะตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่า หากวินิจฉัยได้เร็ว ก็จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ขั้นสุดท้ายของคนไข้ แต่มีหลักฐานยืนยันสมมุติฐานนี้น้อยมาก และมีหลายครั้งที่การวินิจฉัยได้ชี้ให้เห็นว่าโรคนั้นรักษาไม่ได้และนำไปสู่ความพยายามที่จะรักษาไปในทางที่ผิดด้วยซ้ำไป เทคโนโลยีใหม่หลายครั้งไม่ได้ทำให้คนไข้ดีขึ้นหรืออาจจะดีขึ้นชั่วคราว และบางครั้งยังทำให้พิการมากขึ้นกว่าเดิมด้วยซ้ำ การรักษาที่เข้มข้น (Intensive Care) และการรักษามะเร็งหลายอย่างตกอยู่ในข่ายนี้

สรุปคือ การใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ นั้นจะต้องตั้งอยู่บนการประเมินที่เข้มข้นและต่อเนื่องอย่างตลอดเวลาว่า มันได้ผลหรือไม่ คุ่มค่าหรือไม่ ต้นทุนเท่าไรและปลอดภัยอย่างไร และมีการเลือกใช้เหมาะสมในคนไข้ซึ่งจะได้ประโยชน์จริงๆ (Ranade 1997)

เทคโนโลยีใหม่ทางการแพทย์หลายอย่างที่ใช้ในปัจจุบันไม่ได้รับการประเมินหรือไม่มีมาตรฐานการประเมินหรือผ่านการวิจัยทางวิทยาศาสตร์ถึงผลของมันอย่างจริงๆ จังๆ มีผู้กล่าวว่าถึงแม้ว่าการแพทย์หลายอย่างตั้งอยู่บนความไม่รู้ ความสับสนและการคาดเดา เทคโนโลยีหลายอย่างได้รับการนำมาใช้อย่างรีบเร่งและกระตือรือร้นเนื่องด้วยความรู้สึกว่ามันเป็นเทคโนโลยีขั้นสูง ถ้าจะพูดให้ยุติธรรมคือ บางทีหลักฐานการประเมินยากและสร้างความสับสนเหมือนกัน

เนื่องจากมีหลักฐานว่ามีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์มากเกินไปจนเกินความจำเป็นและใช้ไปในทางที่ผิด และมีหลักฐานเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ฉะนั้นรัฐบาลในประเทศตะวันตกส่วนใหญ่ตอบสนองด้วยการมีระบบการประเมินตรวจสอบอย่างเข้มข้น (Ranade 1997)

การประเมิน 4 ด้านที่ใช้คือ

1. ความปลอดภัย (Safety) : เทคโนโลยีใหม่นี้จะก่อให้เกิดความเสี่ยงในระดับที่ยอมรับได้ในผู้ป่วยหรือไม่
2. ความมีประสิทธิภาพ (Efficacy status) : เทคโนโลยีใหม่ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นหรือไม่ เมื่อใช้ในกรณีที่เป็นอุดมคติคือทุกอย่างพร้อม
3. ประสิทธิภาพ : เทคโนโลยีใหม่ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นหรือไม่เมื่อใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไปธรรมดา
4. ประสิทธิภาพ : เทคโนโลยีใหม่ที่ใช้นั้นคุ้มค่าหรือไม่

มาตรฐานอุดมคติที่ใช้ในการประเมินว่าเทคโนโลยีใหม่นั้นปลอดภัยหรือได้ผลคือ การทำ Randomized control trial ซึ่งเปรียบเทียบระหว่างเทคโนโลยีใหม่กับเทคโนโลยีที่มีอยู่แล้ว การทดลองเช่นนี้ทำได้ไม่ถ้ง่ายนัก และทำในสภาพที่เป็นอุดมคติ ฉะนั้นบางทีมันไม่ตอบคำถามว่าในเวช

ปฏิบัติทั่วไปธรรมดาสามัญที่ใช้กันอยู่จะได้ผลและปลอดภัยตามสภาพการณ์อุดมคติหรือไม่ นั่นคือเรายังต้องอาศัยการศึกษาการวิจัยที่เพิ่มมากขึ้นอีก ถึงแม้ว่าจะปลอดภัย ได้ผลทั้งในทางอุดมคติและในทางปฏิบัติทั่วไป แต่ก็ยังต้องถามว่ามันคุ้มเงินหรือไม่ การจะประเมินว่าคุ้มเงินหรือไม่เป็นการประเมินทางเศรษฐศาสตร์อย่างเดียวซึ่งพูดถึงผลที่ได้ เงินที่จะประหยัด นั่นคือเป็นการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ในระบบสุขภาพ

การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ในการบริการสุขภาพ

1. Cost Effectiveness Analysis

เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบว่าถ้าเรามีการรักษาหลายๆ อย่างเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน อันไหนใช้เงินมากกว่ากัน ตัวอย่างเช่น ในการที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายการฉีดวัคซีนในเด็กสามารถทำได้หลายอย่างเช่น นัดพ่อแม่เด็ก หรือไปฉีดวัคซีนที่โรงเรียน หรือให้ Health visitors ไปเยี่ยมบ้านแล้วฉีด ผลลัพธ์ก็มีเป้าหมายเดียวกันแต่ค่าใช้จ่ายต่างกันในแต่ละวิธีการ cost effectiveness จะดูเส้นทางที่ถูกที่สุดและ/หรือได้ผลมากที่สุด

2. Cost Utility Analysis

แนวคิดนี้เป็นแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ที่พยายามตอบคำถามเรื่องความพึงพอใจ ตัวอย่างเช่น QALY (Quality Adjusted Life Years) เป็นการประเมินว่าผู้ที่ได้รับการรักษาจะมีชีวิตยืนยาวแค่ไหนหลังการรักษาชนิดหนึ่ง แล้วคูณด้วยดัชนีชี้วัดคุณภาพของชีวิต

(ในเรื่องคุณภาพของชีวิตมี 4 ด้านคือ การเคลื่อนไหวทางกาย การดูแลตนเองได้ การปราศจากความเจ็บปวด การปรับตัวทางสังคม)

ตัวอย่างเช่น การรอดชีวิตแต่อยู่ในสภาพโคม่าเป็นเวลา 5 ปี จะได้คะแนนน้อยกว่าการอยู่รอดชีวิตในสภาพปกติเป็นเวลา 3 ปี ฉะนั้นการคำนวณคิดแบบนี้คือ การนำค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษา แล้วหารด้วยค่าคะแนน QALY จะทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า Cost per Quality Adjusted Life Year ฉะนั้นตัวเลขเหล่านี้สามารถนำมาใช้เปรียบเทียบการรักษาโรคชนิดต่างๆ ได้ว่า การรักษาแบบใดได้ประโยชน์มากกว่ากัน มีการคำนวณว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาเพื่อให้ได้ 1 คะแนนของ QALY สำหรับ Renal Analysis เท่ากับ 19 ของการเปลี่ยนข้อ Hip หรือเทียบเท่ากับ 190 sessions ของการที่ GP แนะนำคนไข้ให้เลิกสูบบุหรี่

3. Cost Benefit Analysis

คือการวัด input และ output ของการรักษาโดยใช้เงินเป็นหลักแล้วเปรียบเทียบกัน Cost ในต้นทุนคือทุกสิ่งทุกอย่างที่เห็นได้ชัด เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าดูแล รวมทั้งต้นทุนของคนไข้ด้วย ครอบครัว สังคมโดยทั่วไป ซึ่งรวมถึงการที่ไม่ได้ทำงานแล้วขาดรายได้ การที่รัฐต้องเสียค่าจ่ายทดแทน (state benefits) การที่ครอบครัวต้องเสียหายหรือทำไม่ได้เนื่องจากผลข้างเคียงของการรักษา Benefits หมายถึงประโยชน์หรือการที่คนไข้กลับมาสู่สภาวะปกติ และสามารถทำงานได้

การที่ในวงการสุขภาพมีการเคลื่อนไหว คือมีทิศทางที่จะมุ่งสู่การให้บริการทางสุขภาพที่มีหลักฐานและตั้งอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่แท้จริง (Knowledge-based Health Service) นั้นได้กลายเป็นเป้าหมายที่สำคัญของ NHS หลังจากที่มีการละเลยกันเป็นเวลา 40 ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เริ่มมีกลยุทธ์แห่งชาติในปี ค.ศ. 1991 ซึ่งถือว่าเป็นความพยายามครั้งแรกในการก่อให้เกิดการวิจัยและพัฒนา (R & D) อย่างครอบคลุมกว้างขวางที่เท่าที่จะเป็นไปได้ในระดับระบบสุขภาพของชาติ ได้มีการตั้งเป้าหมายว่าจะใช้เงินที่ใช้จ่ายในเรื่องของการบริการสุขภาพประมาณ 1.5% ใช้ในเรื่องการวิจัยและพัฒนา (R&D) ขณะนี้ในทุกระดับทุกเขตได้มีการรณรงค์เพื่อให้ใช้เงินในเรื่องของการวิจัยและพัฒนาให้มากขึ้น เพื่อต้องการตอบคำถามของการเพิ่มประสิทธิภาพและการคุ้มค่าของการใช้เงินในระบบสุขภาพ ในเรื่องซึ่งการวิจัยและพัฒนาจะเข้าไปดูแลคือ การจัดตั้ง NHS Standing Group ในการประเมินและติดตามเทคโนโลยีใน NHS และจะดูว่าเทคโนโลยีไหนควรให้ลำดับความสำคัญก่อนหลัง นอกจากนี้ยังมี NHS Centre for Reviewing and Dissemination โดยจัดตั้งที่ Nuffield Centre ใน Leeds เพื่อดูในเรื่องความมีประสิทธิภาพและ cost effectiveness ของการใช้เทคโนโลยีทั้งใหม่และที่มีอยู่ในปัจจุบัน

ปัญหาที่พบคือ เมื่อมีการประเมินและวิจัยแล้ว ผลของการวิจัยนั้นๆ จะนำไปสู่ภาคปฏิบัติอย่างไร ที่จะช่วยให้แพทย์และผู้บริหารตัดสินใจในชีวิตประจำวัน มีหลักฐานมากมายที่ชี้ให้เห็นว่าการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการตัดสินใจ อาจจะเนื่องจากแพทย์ไม่มีเวลาอ่านข้อมูล รวมทั้งการต่อต้านทางวัฒนธรรมจากองค์กร กระทรวงสาธารณสุขของอังกฤษใช้วิธีการที่กดดันให้ฝ่ายผู้ซื้อบริการ (purchasers) มีหน้าที่รับผิดชอบที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้ซื้อบริการจะต้องเป็นผู้ที่ยืนยันและกำหนดในสัญญาที่จะซื้อบริการให้ประชาชนว่าสิ่งที่ผู้ให้บริการจะให้บริการนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานของการมีหลักฐาน (Evidence-based) ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการรักษา การป้องกัน หรือการรักษาโรคชนิดใดชนิดหนึ่ง ฉะนั้นปัญหาในระดับท้องถิ่นคือ การประเมินข้อมูล การจัดลำดับความสำคัญนั้นไม่่ง่ายนัก และยังคงเจอกับความขัดแย้งจากทางฝ่ายแพทย์อีกด้วยเพราะแพทย์กลัวว่าการกระทำเช่นนี้จะเป็นการควบคุมพวกตน ซึ่งพบว่าเริ่มเกิดกรณีเช่นนี้แล้วในสหรัฐอเมริกา แพทย์ในประเทศอังกฤษก็ไม่ต้องการเช่นนั้น ในสหรัฐอเมริกาเริ่มมีปรากฏการณ์ที่เรียกว่า ผู้รับประกัน บริษัทประกันไม่ยอมจ่ายเงินให้กับวิธีการทางการแพทย์หรือเทคโนโลยีซึ่งไม่มีเหตุผลเพียงพอที่จะรองรับ และก่อให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า Disease Management Protocol เพิ่มมากขึ้น มี Clinical Guidelines Practice มากขึ้น

เป็นที่เห็นได้ชัดว่าปัญหาต่างๆ ต้องได้รับการแก้ไข และวิธีการที่ใช้ในการแก้ไขคือเคลื่อนเข้าไปสู่การบริการสุขภาพที่ตั้งอยู่บนความรู้ (Knowledge-based Health Care Service) ที่จะทำให้เราฝ่าฟันอุปสรรคความยุ่งยากในอนาคตได้ แม้ว่าจะยุ่งยากอย่างไรก็ตาม

การควบคุมและกำกับเทคโนโลยี

ประเทศอังกฤษใช้มาตรการจำกัดยอดวงเงินงบประมาณ (budget limits) โดยไม่คำนึงถึงรายละเอียดว่าจะใช้ในทางใดบ้าง การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ในทางเศรษฐศาสตร์ไม่ใช่เรื่องบังคับ นั่นคือผลการประเมินไม่จำเป็นสำหรับการตัดสินใจทางการบริหาร แม้ว่าประเทศสหราชอาณาจักรจะมีการวางแผนแนวทางในการทำการประเมินไว้โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐ แต่แนวทางดังกล่าวเป็นเพียงแนวทางกว้างๆและสั้นๆเท่านั้น(จิรุตม์และชาญวิทย์ 2542)

ในประเทศอังกฤษมีองค์กรที่ชื่อ National Coordinating Centre for Health Technology Assessment ที่ Winchester ทำหน้าที่เกี่ยวกับให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินและการกระจายเทคโนโลยี นอกเหนือจากนี้ ราชวิทยาลัยแพทย์ต่างๆ ก็มีบทบาทในการขึ้นทะเบียนและแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเองก็มีคณะกรรมการที่ชื่อ Standing on Health Technology Assessment ทำหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องความจำเป็นในการกระจายเทคโนโลยีใหม่ๆ (Baggott 1998)

แต่ขณะนี้ยังไม่มียุทธศาสตร์กลางที่จะเข้าไปควบคุมเทคโนโลยีราคาแพงโดยเฉพาะ นอกเหนือจากอาศัยการฟังคำแนะนำ ความร่วมมือกัน การเจรจาตกลง แรงกดดันจากกลุ่ม เนื่องจากยังไม่มีกฎหมายที่จะควบคุม แต่ละโรงพยาบาลหรือท้องถิ่นสามารถที่จะซื้ออุปกรณ์ราคาแพงได้ถ้ามีความจำเป็น หรืออาจจะมีการยกเว้นหรือองค์กรการกุศลมาสนับสนุนให้มีการจัดซื้อและการใช้เครื่องมือเหล่านี้ แต่สิ่งที่เกิดขึ้นคือ เนื่องจากการดูแลสุขภาพในปัจจุบันเคลื่อนไปสู่การบริการที่ตั้งอยู่บนองค์ความรู้ที่แท้จริง (Evidence-based) ดังกล่าวข้างต้น ขณะนี้มีคณะกรรมการและองค์กรหลายหน่วยที่ถูกจัดตั้งขึ้นมาเพื่อประเมินและให้มีการใช้เทคโนโลยีให้ถูกต้อง รัฐบาลเองก็ได้กดดันฝ่ายผู้ซื้อในระบบการตลาดใน NHS ให้เป็นผู้ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จะมีการควบคุมเทคโนโลยี

สรุปคือ ขณะนี้ยังไม่มีกฎหมายควบคุม ในประเทศที่เป็นเสรีประชาธิปไตยเช่นนี้สิ่งที่ควบคุมการใช้เทคโนโลยีที่มากเกินไปคือภาวะทางการเงินและแรงกดดันในเรื่องของหลักฐานและความเป็นจริง สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดการควบคุมเทคโนโลยีทางการแพทย์ในที่สุด

บทที่ 8

บทบาทของผู้บริโภคและการคุ้มครองผู้บริโภค

มีความเชื่อกันว่าถ้าถือว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะทำให้การรักษานั้นจะดีขึ้น ถ้าหากว่าประชาชนมีส่วนร่วมในเรื่องสุขภาพ ประชาชนจะมีการพัฒนาสุขภาพและมีการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนดีขึ้น ทุกคนในประเทศอังกฤษได้รับผลกระทบจาก NHS แน่นนอน และเป็นผู้ที่จ่ายภาษี ประชาชนคิดอย่างไรเกี่ยวกับ NHS เรามีโอกาสแสดงความคิดเห็นเมื่อใด และผลประโยชน์ของเขาได้รับการปกป้องอย่างไร

ปรัชญาและวิวัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริโภคร่วมกับ NHS

หลักทั่วไปของการให้บริการทางสุขภาพมี 3 แบบคือ (Spurgeon 1998)

แบบแรกคือแบบสินค้า ถ้าการให้บริการทางแพทย์เปรียบเสมือนสินค้าชนิดหนึ่งเช่นเดียวกับสินค้าอื่นๆ กลไกการตลาดในเรื่องอุปสงค์และอุปทาน (Demand – Supply) ก็ควรเป็นตัวกำหนดราคาของสินค้าและการให้บริการ ผู้บริโภคมีโอกาสที่จะได้เลือก อย่างไรก็ตามดูเหมือนว่าการให้บริการทางสุขภาพไม่ได้เป็นเช่นนั้น เพราะถูกกระทบโดยแบบที่สองที่จะกล่าวต่อไป

แบบที่สองเกิดจากความเจริญรุ่งเรืองของศาสตร์ทางการแพทย์ ทำให้แพทย์นั้นกลายเป็นผู้เชี่ยวชาญ (Professional Model) ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าแพทย์มีความรู้มากที่สุด และเป็นผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย

แบบที่สามคือแบบราชการ (Bureaucratic Model) นั่นคือ รัฐบาลคิดว่าไม่สามารถให้ผู้เชี่ยวชาญหรือกลไกการตลาดเป็นผู้ตัดสินใจอย่างเดียว เพราะจะทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมและไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นของคนไข้ได้ จึงต้องใช้ระบบประชาธิปไตยเข้ามาเพื่อบริหารจัดการและควบคุมให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

ในกรณีประเทศอังกฤษมีการใช้แบบที่สองและแบบที่สามร่วมกัน แบบแรกหรือแบบของผู้บริโภคหรือการตลาดนั้นถึงแม้จะนำมาใช้ในการบริหารจัดการหลังการปฏิรูปสุขภาพ 1990 แต่ประชาชนก็ยังมีโอกาสได้น้อยมาก โดยเฉพาะการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพได้แค่ที่ GP กับที่โรงพยาบาลเท่านั้น และเมื่อผู้บริโภคเข้าไปพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อรับการรักษาแล้ว โอกาสที่เขาจะได้แสดงความคิดเห็นหรือมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับตัวเขาเองนั้นน้อยมาก นั่นคือปัญหาในระดับบุคคล

ในขณะเดียวกันปัญหาในระดับภาพรวมก็ยังมีข้อจำกัดด้วยเช่นกัน เมื่อเปรียบเทียบ NHS กับองค์กรทางสาธารณะอื่นๆ แล้วถือว่าขาดการตรวจสอบได้โดยใช้วิธีการทางประชาธิปไตย เนื่องจากไม่มีตัวแทนที่ถูกเลือกเข้ามาเป็นตัวแทนของประชาชนดังเช่นกรณีของเทศบาลท้องถิ่น NHS ถูกจัดตั้งขึ้นมาเพื่อให้มีคำอธิบายต่อสาธารณะในทางอ้อมมากกว่าทางตรง โดย NHS ขึ้นตรงต่อรัฐ

มนตรีที่มาจากสภาผู้แทนราษฎรซึ่งมาจากการเลือกตั้ง ฉะนั้นจึงถือว่าอธิบายโดยตรงต่อประชาชน โดยผ่านทางรัฐสภา (Allsop 1998)

ในขณะที่ทางด้านผู้บริโภคเองก็มีการเคลื่อนไหวเช่นกัน เช่นการเคลื่อนไหวของกลุ่มผู้บริโภคอย่างเข้มแข็งในตอนต้นของทศวรรษที่ 1970s ซึ่งก่อให้เกิดสภาคุ้มครองผู้บริโภคเกิดขึ้นที่เรียกว่า National Consumer Council

ในทศวรรษที่ 1960s และ 1970s เรื่องของการมีส่วนร่วมของผู้บริโภคได้รับความสนใจเป็นอย่างมากแต่ก็เงียบไปในทศวรรษที่ 1980s แต่ในทศวรรษที่ 1990s เรื่องนี้ได้กลับมาอยู่ในความสนใจของสาธารณชนอย่างเด่นชัดอีกครั้งหนึ่ง โครงสร้างของ NHS ได้เปลี่ยนไปเป็นอย่างมากในช่วงเวลาที่ผ่านมา แต่ความสัมพันธ์ระหว่าง NHS กับผู้บริโภคมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก มีการปฏิรูปโครงสร้างครั้งใหญ่ของ NHS เรื่อยมา ในปี ค.ศ. 1974 ซึ่งได้มีการก่อตั้ง Community Health Councils ขึ้นเพื่อเป็นตัวแทนของสาธารณชน ในการเปลี่ยนแปลงครั้งต่อๆ มาของ NHS ได้มีความพยายามให้สาธารณะหรือผู้บริโภคมีส่วนร่วมมากขึ้น ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งต่อๆ มาที่ไม่ได้มีผลกระทบโดยตรงต่อสาธารณะแต่ทำให้สาธารณะต้องเข้ามาเกี่ยวข้องมากขึ้น

ในปี ค.ศ. 1983 รายงานของ Sir Roy Griffiths มีส่วนเป็นอย่างมากในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล และผู้ป่วย โดยยึดเอาหลักการของธุรกิจและการให้บริการลูกค้าเป็นหลัก รายงานของ Griffiths ได้เสนอข้อเสนอแนะต่างๆ หลายข้อ แก่รัฐบาลซึ่งโดยทั่วไปเกี่ยวกับการบริหารจัดการ NHS และเสนอให้นำเอาระบบธุรกิจแบบเอกชนเข้ามาใช้ในการจัดการ ถือเป็นการตลาดและให้ความสำคัญกับลูกค้า ตัวอย่างของคำกล่าวอันหนึ่งในรายงานชิ้นนี้ว่า

“นักธุรกิจรู้ว่าเขาจะดูแลลูกค้าของเขาอย่างไร น่าสงสัยทีเดียวว่า NHS นั้นตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยหรือชุมชนได้หรือไม่ สิ่งนี้ยังเป็นที่น่ากังขาอยู่” (Allsop 1998)

NHS ตอบสนองต่อข้อเสนอแนะนี้โดยให้มีการสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยมากขึ้น ซึ่งได้มีการปฏิบัติมาจนกระทั่งปัจจุบันนี้ มีการแต่งตั้งบุคลากรซึ่งจะมาดูแลรับผิดชอบทางด้านนี้โดยเฉพาะ เช่น Quality Managers หรือ Consumer's Relations Officers

หลังจากที่มีการปฏิรูป NHS ในปี ค.ศ. 1990 แล้ว ระบบการตลาดภายในที่ให้มีการแบ่งแยกระหว่างผู้ซื้อกับผู้ขายบริการนั้น District Health Authorities ได้รับมอบหมายให้มีการซื้อบริการในนามของประชาชน ในเอกสารจาก NHS Management Executive ในปี ค.ศ. 1992 ที่ชื่อว่า *Local Voices* ได้นำเรื่องผู้บริโภคขึ้นมาเป็นเรื่องที่สำคัญ โดยเอกสารฉบับนี้ได้แนะนำว่า การตัดสินใจในการซื้อบริการต่างๆ ของ Health Authorities จะต้องสะท้อนความต้องการ ความจำเป็น และความห่วงใยของประชาชน *Local Voices* ได้ตั้งจุดมุ่งหมายไว้ว่าจะต้องให้ประชากรในท้องถิ่นมีโอกาสมากขึ้นที่จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการซื้อบริการทางสุขภาพ

ในการปฏิรูป 1990 ซึ่งมีการจัดตั้ง GP Fundholding (ในปัจจุบันยกเลิกไปแล้ว) เป็นการส่งเสริมให้ GP Fundholding สนใจความต้องการของผู้บริโภคมากขึ้นกว่าในสมัยที่ GP ยังไม่ได้เป็น Fundholding

ในปี ค.ศ. 1991 ในสมัยรัฐบาลของนาย John Major ซึ่งเป็นยุคแห่งธรรมนูญ (Charters) องค์การสาธารณะอีก 40 แห่งออก Charters ภายใต้ **Citizen's Charters** จุดมุ่งหมายของ Charters ต่างๆ เหล่านี้คือเพื่อยกระดับมาตรฐานของการบริการและทำให้ผู้บริโภครับรู้ว่ามีมาตรฐานเหล่านี้มีอะไร หนึ่งในธรรมนูญเหล่านี้คือ **Patient's Charter**

Patient's Charter ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและมาตรฐานใน NHS ในปี ค.ศ. 1995 มีการปรับปรุงและเพิ่มสิทธิและมาตรฐานใหม่ๆ เข้าไป ในบรรดาสิทธิและมาตรฐานทั้งหลายที่อยู่ในธรรมนูญนั้น สิทธิหนึ่งซึ่งถือเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างถอนรากถอนโคนในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสายอาชีพ (เช่น แพทย์ พยาบาล) อย่างมากคือ ผู้ป่วยต้องได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนเกี่ยวกับการรักษาที่แพทย์จะกระทำให้ รวมทั้งอัตราเสี่ยงและทางเลือกอื่นๆ ก่อนที่ผู้ป่วยจะตัดสินใจว่าจะยอมรับการรักษาหรือไม่ ดังนั้นจึงชัดเจนว่าต่อไปนี้แพทย์จะต้องบอกผู้ป่วยว่าการรักษาเป็นอย่างไร และผู้ป่วยจะต้องตกลง นั่นคือผู้ป่วยมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองมากขึ้น

ต่อมาในปี ค.ศ. 1996 NHS Executive ได้ออกเอกสารแนะนำชื่อว่า **Patient Partnership: Building a Collaborative Strategy** ซึ่งย้ำอีกครั้งหนึ่งว่า จะต้องให้ผู้บริโภคหรือผู้ป่วยมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจในการรักษาของตน

Patient Partnership ได้เสนอกลยุทธ์เพื่อตอบสนองต่อจุดมุ่งหมาย 4 ประการดังต่อไปนี้ คือ (Spurgeon 1998)

1. เพื่อให้ผู้บริโภคมีส่วนในการตัดสินใจในการดูแลการรักษาของตนเอง และในฐานะที่เป็นผู้เคียงข้างผู้ให้บริการ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการดูแลตนเอง และการตัดสินใจของตนเองขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้ทั้งหมด
3. เพื่อทำให้คุณภาพของการให้บริการดีขึ้น โดยการให้บริการควรจะตอบสนองต่อความต้องการและความจำเป็นของผู้บริโภค
4. เพื่อให้แน่ใจว่าผู้บริโภคมีความรู้และมีทักษะในการที่จะมีอิทธิพลต่อนโยบายและการวางแผนของ NHS

ในเอกสาร **Patient Partnership** ได้เสนอว่าในการที่จะให้มีการตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ดังกล่าวจะต้องมีกลยุทธ์ดังต่อไปนี้

1. จะต้องผลิตและกระจายข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพให้กับผู้บริโภค

2. จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง องค์กร รวมทั้งทรัพยากรต่างๆ เพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะของผู้บริโภค
3. จะต้องสนับสนุนผู้ให้บริการในการบรรลุถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริโภคกับผู้ให้บริการในการพัฒนาการให้บริการร่วมกัน
4. มีการวิจัยและการประเมินว่าสิ่งเหล่านี้ได้ผลหรือไม่

จากพัฒนาการดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวกับผู้บริโภคสามารถสรุปได้ว่าจริงๆ แล้วไม่มีการเปลี่ยนแปลงทางกฎหมายที่จะกระทบความสัมพันธ์ระหว่าง NHS และผู้บริโภคตั้งแต่มีการก่อตั้ง Community Health Councils ในปี ค.ศ. 1974 การเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมามีเพียงแค่คำแนะนำจากผู้บริหาร NHS คือ NHS Executive เช่น *Local Voices* หรือ *Patient Partnership* แต่ไม่มีอะไรผูกมัดให้ผู้ให้บริการจะต้องทำตามกฎหมายว่าจะปฏิบัติในสิ่งซึ่งคำแนะนำนั้นบอกให้ทำ

ในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 1997 **Centre for Health Information Quality** ได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนา *Patient Partnership* โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับคุณภาพของข้อมูลที่จะให้กับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เพื่อจะทำให้คนเหล่านั้นมีอำนาจรับผิดชอบต่อ NHS ผู้ป่วยและตัวแทน รวมทั้งองค์กรช่วยเหลือตัวเองต่างๆ การพัฒนาข้อมูลต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้คือ

1. การสื่อสารจะต้องอ่านได้ง่าย เข้าใจได้ง่าย
2. มีหลักฐาน
3. การให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วม
4. การพัฒนาข้อมูลต่างๆ ที่ผู้ป่วยจะได้ใช้

ในเดือนมิถุนายน ค.ศ. 1998 รัฐบาลได้ออกเอกสารชื่อ *Service First* ขึ้นมาใหม่ ซึ่งพูดถึงการให้บริการที่มีคุณภาพดีขึ้น การเน้นถึงการทำงานร่วมกันซึ่งกันและกัน การตอบสนองต่อผู้บริโภค การให้บริการนั้นเข้าถึงประชาชนได้ และขยายเวลาให้บริการออกไป ใช้ภาษาที่เรียบง่ายและเทคโนโลยีที่ใหม่ เปลี่ยนการเน้นจากความคุ้มค่าเป็นเรื่องการใช้ทรัพยากรให้ได้ผลมากยิ่งขึ้น และปฏิบัติต่อทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

รัฐมนตรีสาธารณสุขได้จัดตั้ง *People's Panel* ซึ่งประกอบด้วยประชากรทั่วประเทศ 5000 คน ซึ่งประชากรเหล่านี้ได้รับการปรึกษาเมื่อจะมีการจัดตั้ง Public Services ในแง่ของ NHS เองรัฐบาลในนโยบายใหม่ที่ชื่อว่า *The New NHS* (Department of Health 1998) ซึ่งรัฐบาลพรรคแรงงานได้ประกาศขึ้นนั้น ก็ได้กล่าวไว้ว่า รัฐบาลจะดำเนินการหลายอย่าง เพื่อให้ประสบการณ์ความรู้สึกรักใคร่ของผู้บริโภคเป็นศูนย์กลางการทำงานของ NHS หนึ่งในมาตรการนั้นคือการสำรวจประจำปีเพื่อรายงานว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกอย่างไรต่อสิ่งที่ NHS ได้ให้ โดยจะกระทำในระดับ Health Authorities และจะมีการตีพิมพ์ผลการสำรวจนี้ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ โดย NHS ได้อ้างว่าเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของ NHS ที่จะมีการบันทึกตรวจสอบอย่างเป็นระบบและ

มาตรฐาน เพื่อให้การบริการทางด้านสุขภาพนั้นได้วัดว่าตัวเองดีสมคั้งที่ผู้บริโภคต้องการหรือไม่

อีกมาตรการหนึ่งที่ใช้คือ การใช้ *National Performances Assessment Framework* ซึ่งจะมีการรวบรวมเอาความรู้สึกของผู้บริโภคและผู้ให้บริการร่วมด้วยเช่น การตอบสนองต่อความจำเป็นรายบุคคล ทักษะและความต่อเนื่องของการให้บริการ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง การให้ข้อมูล การให้โอกาสในการเลือก ระยะเวลาในการรอคอย บรรยากาศทางกายภาพของโรงพยาบาลและองค์กร White Paper ฉบับนี้ยังกล่าวด้วยว่า ความจำเป็นของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของระบบใหม่ นั่นคือมีมาตรการต่างๆ เพื่อที่จะทำให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วมเข้ามาตรวจสอบ แนะนำให้เกิดความโปร่งใส มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและมีความมั่นใจใน NHS มากยิ่งขึ้น มีการเน้นเรื่องคุณภาพ เน้นเรื่องความเป็นและความต้องการของผู้บริโภค

ธรรมนูญผู้ป่วย

ในปี ค.ศ. 1991 รัฐบาลได้ออกธรรมนูญผู้ป่วย (*Patient's Charter*) ซึ่งออกมาร่วมกับธรรมนูญอื่นๆภายใต้ *Citizen's Charter* รัฐบาลพยายามบอกว่าหลักการที่ใช้ในธรรมนูญผู้ป่วย ถึงแม้จะเป็นเรื่องง่ายแต่ก็เข้มข้นและเอาจริง สิ่งนี้เป็นที่ยอมรับกันมากขึ้น องค์กรสาธารณะต่างๆ ควรให้ประชาชนได้รับทราบถึงมาตรฐานและผล ทำให้เกิดการแข่งขันและประชาชนมีทางเลือก เพื่อในที่สุดมันจะไปเพิ่มคุณภาพของการบริการ การตอบสนอง และความคุ้มค่าในการใช้บริการอันนั้น และเป็นการทำให้ประชาชนมีอำนาจมากขึ้นในการเลือก วิธีที่กล่าวมาดังกล่าวเป็นตัวอย่างที่ปรากฏในธรรมนูญประชาชน (*The Citizen's Charter*)

รัฐบาลได้ให้องค์กรสาธารณะต่างๆ พัฒนามธรรมนูญองค์กรของตน กล่าวโดยทั่วไปธรรมนูญต่างๆจะกล่าวถึงสิทธิ มาตรฐานและเป้าหมาย แต่ส่วนใหญ่มักจะกล่าวถึงมาตรฐานและเป้าหมายมากกว่าเรื่องของสิทธิ คนไข้ใน NHS มีสิทธิหลายอย่างที่เฉียวเช่น สิทธิในการได้รับการรักษา สิทธิในการเปลี่ยนแพทย์ สิทธิในการแสวงหาความคิดเห็นที่สอง ฯลฯ อย่างไรก็ตามการใช้สิทธินั้นขึ้นอยู่กับว่ามีโอกาสหรือไม่ และยังขึ้นอยู่กับความรู้ของผู้ป่วยเองและการตัดสินใจของบุคลากรสายวิชาชีพ ตัวอย่างเช่น ในปี ค.ศ. 1991 สมาคมคุ้มครองผู้บริโภคได้พบว่า ผู้ป่วย 1 ใน 10 คนที่ขอให้มีความคิดเห็นที่ต่างจากแพทย์ประจำครอบครัว (*Family Doctor*) ได้รับการปฏิเสธ

ใน *Citizen's Charter First Report* ได้พูดถึงหลักการขององค์กรสาธารณะ 6 ประการคือ

1. มาตรฐาน
2. ข้อมูลและการเปิดเผยข้อมูล
3. ทางเลือกและการให้คำปรึกษา
4. ความสุภาพและความเป็นมิตร

5. การแก้ไขในสิ่งผิดให้ถูก

6. การกั้มค่าเงิน

จุดมุ่งหมายคือต้องการให้มีการบริหารงานขององค์กรสาธารณะให้ดีขึ้น เพื่อจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำโดยการยกให้เอกชนทำ การใช้ระบบการตลาด เรื่องของสัญญาที่มีการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลผลิต และการเปิดเสรีให้มีการแข่งขันขึ้น

สาระสำคัญของ Patient's Charter

1. การเข้าถึงบริการ

สิทธิ

- มีสิทธิได้รับการบริการสุขภาพที่จำเป็นตามความต้องการทางการแพทย์ โดยไม่ขึ้นกับความสามารถในการจ่ายเงิน การดำรงชีวิต หรือปัจจัยอื่นๆ
- มีสิทธิขึ้นทะเบียนกับ GP และสามารถเปลี่ยน GP ได้ง่ายและรวดเร็ว
- มีสิทธิตรวจสุขภาพฟรีกับ GP ผู้ป่วยที่อายุ 16-74 ปีมีสิทธิได้ตรวจสุขภาพถ้าไม่ได้พบแพทย์มา 3 ปี สำหรับผู้ป่วยอายุ 75 ปีขึ้นไปจะได้รับการตรวจสุขภาพทุกปี
- ได้รับการสั่งยาที่เหมาะสม (ผู้ป่วยบางกลุ่มมีสิทธิได้รับยาฟรี)
- ได้รับการรักษาทางการแพทย์ในกรณีฉุกเฉิน
- มีสิทธิขอคำแนะนำหรือความเห็นที่สองจากแพทย์อื่น (second opinion)

การประกันจากรัฐ

ผู้ป่วยจะรอไม่เกิน 18 เดือนถ้าต้องรักษาในโรงพยาบาล

มาตรฐานที่คาดหวังได้

- ทุกคนควรได้รับการบริการของ NHS ได้ง่าย
- เด็กควรได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยเด็ก
- Health Authorities ควรช่วยให้ผู้ป่วยมี GP ประจำตัวภายใน 2 วันทำการ
- Health Authorities ควรส่งข้อมูลเกี่ยวกับคนไข้ให้กับ GP ใหม่ภายใน 2 วันทำการในรายฉุกเฉิน หรือ 6 สัปดาห์ในรายทั่วไป
- รักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ coronary artery bypass grafts ภายใน 1 ปี
- ไม่ควรยกเลิกการผ่าตัดเมื่อถึงกำหนดหรือหลังจาก admission ถ้าจำเป็นต้องผ่าตัดควรได้รับการนัดอีกครั้งภายใน 1 เดือน
- เมื่อผู้ป่วยถูกส่งต่อมาโรงพยาบาลโดย GP หรือทันตแพทย์ ผู้ป่วย 9 ใน 10 คนควรจะได้พบแพทย์ภายใน 13 สัปดาห์หรือทั้งหมด 26 สัปดาห์ แต่ถ้าผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ที่มีคนไข้มาก ผู้ป่วยอาจต้องรอนานเกินเวลาที่กำหนดได้
- เมื่อมารักษาในแผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยจะได้พบแพทย์และได้รับการประเมินการรักษาทันที

- เมื่อมารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยจะได้รับการนัดและจะได้พบแพทย์ภายใน 30 นาทีจากเวลานัด
- กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องอยู่โรงพยาบาล จะได้เตียงโดยเร็วที่สุดหรือภายใน 2 ชั่วโมง
- ก่อนถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจว่าต้องการได้รับการดูแลต่ออีกหรือไม่

2. การเคารพความคิดเห็นส่วนบุคคล

สิทธิ

- ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกว่าต้องการให้วิจัยหรือให้นักศึกษาแพทย์เรียนจากตนหรือไม่
- มีสิทธิรู้ว่าตนจะอยู่หอผู้ป่วยรวมก่อนเข้าโรงพยาบาลยกเว้นกรณีฉุกเฉิน

มาตรฐานที่คาดหวังได้

- NHS ควรเคารพความเป็นส่วนตัว ศักดิ์ศรี ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วยตลอดเวลาและทุกสถานที่
- เมื่อผู้ป่วยต้องอยู่ในหอผู้ป่วยรวม ควรแยกห้องน้ำและอ่างล้างหน้า
- ผู้ป่วยสามารถขอเอกสารอธิบายเกี่ยวกับอาหารของโรงพยาบาล นโยบายด้านสุขภาพ และโภชนาการและมาตรฐานการบริการด้านโภชนาการของโรงพยาบาล
- สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลควรสะอาดและปลอดภัย ควรมีมาตรการในการป้องกันความปลอดภัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ควรมีอุปกรณ์ในการรักษาความปลอดภัยของทรัพย์สินเงินทอง ควรมีป้ายบอกและมีจุดสอบถามที่ชัดเจน

3. ข้อมูลข่าวสาร

สิทธิ

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะ :

- ได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นอย่างชัดเจน
- มีสิทธิทราบข้อมูลสุขภาพของตนและรู้ว่า NHS มีหน้าที่ตามกฎหมายในการรักษาความลับของผู้ป่วย
- ร้องเรียนต่อ NHS ได้และได้รับจดหมายตอบจากผู้บริหารภายใน 4 สัปดาห์
- รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการบริการสุขภาพท้องถิ่น ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่ต้องคอยและบริการของ GP

มาตรฐานที่คาดหวังได้

- ผู้ป่วยในแผนกฉุกเฉินหรือเวชควรรได้รับการดูแลจากพยาบาลหรือผดุงครรภ์ที่มีมาตรฐาน และผู้ป่วยควรทราบชื่อของผู้ที่ดูแลตนด้วย
- ญาติและเพื่อนๆ ควรได้รับทราบความก้าวหน้าของการรักษา ถ้าผู้ป่วยต้องการ

4. Community health services

มาตรฐานที่คาดหวังได้

- ผู้ป่วยที่ต้องการให้ health visitor พยาบาล หรือผดุงครรภ์มาเยี่ยมบ้าน ควรได้รับการปรึกษาเรื่องเวลาที่สะดวก และมาเยี่ยมภายใน 2 ชั่วโมงตามเวลาที่นัด ถ้าบอกล่วงหน้า 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยควรจะได้นัดตามวันที่ต้องการ
- ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมจากคนที่อยู่ในทีมพยาบาลเขตภายใน 4 ชั่วโมงเมื่อถูกส่งต่อฉุกเฉิน หรือ ภายใน 2 วันในรายทั่วไป
- สตรีมีครรภ์ควรมีผดุงครรภ์มาเยี่ยมทั้งก่อนและหลังคลอดบุตร ถ้าจำเป็น และควรได้รับการเยี่ยมบ้านจาก health visitor ภายใน 10-14 วันหลังคลอดบุตร
- health visitor ควรมาเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายใน 5 วันทำการ ถ้าผู้ป่วยเพิ่งจดทะเบียนกับ GP และมีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี

5. บริการอื่นๆ

สิทธิ

- มีสิทธิได้รับคำแนะนำและการรักษาในกรณีฉุกเฉิน ถ้าผู้ป่วยขึ้นทะเบียนกับทันตแพทย์ของ NHS
- มีสิทธิได้ใบสั่งตัดแว่นและเลือก optician เองได้
- เลือกร้านขายยาเองได้ และได้รับยาทันที

มาตรฐานที่คาดหวังได้

- เมื่อได้รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (999 call) รถฉุกเฉินจะไปถึงที่เกิดเหตุภายใน 8 นาที ถ้าเหตุฉุกเฉินนั้นเป็น อันตรายถึงชีวิต สาธารณะสามารถคาดหวังได้ว่าบริการจะประสบผลสำเร็จ 75% ภายในปี ค.ศ. 2001 สำหรับเหตุฉุกเฉินทั่วไป รถฉุกเฉินจะบริการใน 14 นาที ในเขตเมือง และ 19 นาทีในเขตชนบท
- ผู้ป่วยสามารถคาดหวังจาก health authority ให้ตอบสนองคำขอร้องให้ช่วยหาทันตแพทย์ของ NHS ภายใน 5 วันทำการ
- ผู้ป่วยควรได้รับแจ้งค่าใช้จ่ายในการรักษาทางทันตกรรมล่วงหน้า

- ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำจาก optometrists ว่าสามารถได้รับการตรวจสายตาจาก NHS และเรื่องการได้รับเงินช่วยเหลือค่าแว่นตาหรือ คอนแทกเลนส์
- ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจตาอย่างละเอียด ทั้งการตรวจหาพยาธิสภาพและความผิดปกติ
- optometrist ควรบอกผู้ป่วยเมื่อพบว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษาและควรส่งต่อตามความเหมาะสม
- ผู้ป่วยที่ใส่คอนแทกเลนส์แบบติดแน่นควรได้รับข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย การใช้และบำรุงรักษา รวมทั้งความถี่ในการมาตรวจติดตามผล
- ผู้ป่วยควรได้รับยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บรรจุในหีบห่อที่เหมาะสมและเขียนบอกคำแนะนำในการใช้อย่างชัดเจน และเมื่อผู้ป่วยไม่แน่ใจก็สามารถถามเภสัชกรให้อธิบายคำแนะนำได้
- ผู้ป่วยสามารถได้รับคำชี้แจงในความล่าช้าของการพบเภสัชกร และควรทราบว่ายาดามใบสั่งจะเสร็จเมื่อใด ถ้ายาหมด ผู้ป่วยควรทราบว่าเมื่อใดยาจึงจะมา ถ้าร้านขายยาไม่เปิด ควรจะติดป้ายประกาศการเปิดทำการนอกเวลาไว้บนประตูหรือหน้าต่างให้ชัดเจน

เมื่อรัฐบาลพรรคแรงงานเข้ามาได้มีการปรับปรุงทบทวน Charter เช่นการกำหนดมาตรฐานการรอคอยการเข้ารับบริการ เดือนกรกฎาคม ค.ศ. 1997 รัฐมนตรีสาธารณสุขได้ประกาศว่าจะต้องมีการประเมินหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินใหม่ แบบเก่านั้นเพียงแค่อำนาจให้เกิดการบริการที่เรียกว่า “Hello Nurse” นั่นคือบริการโดยพยาบาลที่มีบุคลิกและกิริยามารยาทดีแต่ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยดีขึ้น ฉะนั้นจึงได้มีการประกาศหนังสือเวียนของ NHS Executive กล่าวถึงมาตรฐานใหม่ว่า ถ้าผู้ป่วยไปที่ห้องฉุกเฉินเราจะต้องได้รับการดูแลทันทีภายใน 15 นาทีหลังจากที่มาถึง หลังจากนั้นผู้ป่วยจะได้รับการจัดให้อยู่ในประเภทของความเร่งด่วนว่า ผู้ป่วยควรจะได้รับ การรักษาภายในระยะเวลาเท่าไร รัฐบาลยังได้ประกาศยกเลิกตึกผู้ป่วยที่มีเพศปะปนกัน เช่นขอให้มีการจัดการให้ได้มาตรฐานของความเป็นส่วนตัว และมาตรฐานของความรู้สึกรู้สึกความมีเกียรติของผู้ป่วย รวมทั้งจัดให้มีห้องน้ำแยกกันภายในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชด้วย รัฐบาลได้ประกาศในปี ค.ศ. 1997 และเมื่อมีการสำรวจในเดือนเมษายน ค.ศ. 1999 โรงพยาบาลจำนวนมากก็ยังไม่สามารถทำตามมาตรฐานนี้ได้ จึงเลื่อนเวลาออกไปให้เป็นปี ค.ศ. 2002

ในเดือนตุลาคม ค.ศ. 1997 Greg Dyke ซึ่งเป็นประธานของ Pearson TV ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นประธานของ **Patient's Charter Advisory Group** มีหน้าที่พัฒนา Charter อันใหม่ที่จะเน้นเกี่ยวกับการวัดความสำเร็จในทุกๆ ด้าน โดยจะเน้นสิ่งที่สำคัญกับประชากร มาตรฐานในการดูแลการให้บริการที่วัดได้ ให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญได้เพื่อใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตน สิทธิของผู้ป่วยในการได้รับการบริการที่มีคุณภาพอย่างดียิ่งจะต้องได้รับการส่งเสริมให้เพิ่มมากขึ้น

ขึ้น อย่างไรก็ตามสิทธินั้นจะต้องควบคู่ไปกับหน้าที่ด้วย นั่นคือ ผู้ป่วยจะต้องตรงต่อเวลาและปฏิบัติตามบุคลากรของ NHS อย่างให้เกียรติ

King's Fund (Harrison 1998) ได้ทำการสำรวจว่าบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลทั่วไปคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับ **Patient's Charter** ฝ่ายที่สนับสนุนและบอกว่ามีประโยชน์คิดว่า

1. Charter ยกกระดับความรู้เกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยและประเด็นต่างๆ
2. ช่วยให้รัฐมีการจัดมาตรฐานและเรียงลำดับความสำคัญของการให้บริการ
3. ทำให้สามารถเปรียบเทียบมาตรฐานที่ใช้ในการตรวจสอบผลงานได้
4. ช่วยให้เกิดวัฒนธรรมใหม่ของ NHS ในการมุ่งไปสู่ผู้บริโภค

ข้อด้อยของ Charter ปัจจุบันคือ

1. ไม่มีความชัดเจนของเป้าหมาย ทำให้เกิดข้อสงสัยมากมาย
2. ใน Charter ให้ผู้บริโภคหรือแม้กระทั่งพนักงานของ NHS เข้ามาเกี่ยวข้องกับการร่าง Charter น้อยเกินไป
3. มีการเน้นมาตรฐานเชิงปริมาณมากเกินไป
4. มาตรฐานนี้ไม่สนใจมาตรฐานทางด้านคลินิกและผลลัพธ์ของการรักษา
5. บางมาตรฐานไม่เกี่ยวข้องกับความจำเป็นของผู้ป่วยอย่างแท้จริงเลย
6. ยากที่จะตรวจสอบและติดตามผล และบางครั้งการติดตามผลทำให้เกิดการสิ้นเปลืองและแพง
7. เน้นการบริการในโรงพยาบาลมากกว่าการบริการปฐมภูมิ (Primary Care)
8. ผู้ป่วยรู้เกี่ยวกับเรื่อง Charter น้อย
9. บางครั้งทำให้ความคาดหวังของผู้ป่วยสูงขึ้นโดยไม่เป็นไปตามความเป็นจริง
10. ไม่เน้นเรื่องหน้าที่ของผู้ป่วย เน้นแต่เรื่องสิทธิ

ผู้ป่วยหรือผู้บริโภคมักจะลืมหลักสำคัญดังต่อไปนี้

- ผู้ป่วยต้องการการเข้าถึงทางบริการและคุณภาพของบริการอย่างเท่าเทียมกัน
- ผู้ป่วยต้องการข้อมูลอย่างครบถ้วนและเข้าใจได้
- ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากร NHS
- ต้องการได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐาน
- ต้องการเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น
- ต้องการเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ

ในขณะที่บุคลากรของ NHS เองเน้นด้าน

- คุณภาพทางคลินิก
- การบริการที่ตอบสนอง

- การให้ข้อมูลกับคนไข้
- เน้นกลุ่มที่ถูกทอดทิ้ง
- เรื่องเกียรติและศักดิ์ศรี
- เรื่องความรับผิดชอบหรือหน้าที่ของผู้ป่วย

ถึงแม้ว่าบางข้อจะอยู่ทั้งในสิ่งที่ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรต้องการด้วยกัน แต่จะเห็นว่าทางด้านผู้ป่วยให้ความสำคัญกับทางเลือกและการเข้าถึงบริการ ในขณะที่บุคลากรสายอาชีพเน้นทางด้านความรับผิดชอบหรือหน้าที่ของผู้ใช้บริการหรือผู้บริโภค รายงานของ King's Fund จึงเน้นเรื่องความชัดเจนและความครอบคลุม โดยสิทธิ คุณค่า วัตถุประสงค์เป้าหมายของแต่ละคำพูดจะต้องชัดเจน ต้องมีการตรวจสอบได้และมีความเสมอภาค ต้องมีการเน้นเรื่อง Primary and Community Care ให้ชัดเจน นอกจากสิทธิของผู้ป่วยและยังต้องเน้นเรื่องหน้าที่ของผู้ป่วยด้วย เน้นการประชาสัมพันธ์ Charter ให้มากขึ้น และมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ (Harrison 1998)

บทบาทของผู้บริโภค

ผู้บริโภคในวงการสุขภาพถือเป็นผู้บริโภคที่ตื่นตัว (active) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 หลังการปฏิรูประบบสุขภาพได้ก่อให้เกิดความคิดในการใช้แนวธุรกิจหรือการตลาดภายในมาใช้ในการจัดการการให้บริการทางสุขภาพ ทำให้มีการแข่งขันกันระหว่างองค์กรต่างๆ ใน NHS นั่นคือ โรงพยาบาลจะต้องแข่งขันเพื่อให้ได้สัญญาในการรักษาคนไข้ ในทางทฤษฎีแล้วโรงพยาบาลซึ่งไม่มีคนไข้เพียงพอจะต้องปิดตัวลง มองอีกแง่หนึ่งคือการปฏิรูปครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมให้ผู้บริโภคแต่ละคนมีบทบาทมากขึ้น

ในปี ค.ศ. 1983 ในรายงานของ Griffiths ได้เน้นให้ทาง NHS ใส่ใจคนไข้ในรูปแบบของผู้บริโภคมากขึ้น Griffiths ประกาศว่าผลประโยชน์ของผู้บริโภคจะต้องมาเหนือสิ่งอื่นใดในการตัดสินใจทางการให้บริการทางสุขภาพ ผู้จัดการจะต้องไปหาผู้ใช้บริการหรือผู้บริโภคโดยตรงเพื่อถามความเห็น คนไข้จะต้องมีข้อมูลมากขึ้นและได้รับคำปรึกษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ Griffiths นั้นเสนอความคิดว่ากระบวนการที่จะไปปรึกษา Community Health Councils เพื่อให้ได้ข้อมูลและความคิดเห็นของชุมชนเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เป็นเรื่องที่ซับซ้อนยุ่งยากและไม่ก่อให้เกิดผลมากนัก

หลังจากมีรายงาน Griffiths Report แล้ว รัฐบาลได้ตั้งบุคลากรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเรื่องคุณภาพโดยตรงใน Health Authorities ต่างๆ เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วย การสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยและในชุมชนเป็นวิธีการที่ได้รับการส่งเสริม เพื่อช่วยให้ผู้จัดการโรงพยาบาลตัดสินใจ

ณ ปัจจุบันนี้ในระบบตลาดภายในถือว่า GP ทำหน้าที่แทนผู้บริโภค (Proxy consumer) ฉะนั้นมีนักวิชาการเสนอว่า GP ควรเป็นผู้ที่เรียกร้องให้กับประชาชน อย่างไรก็ตามกระบวนการนี้ก็ยังได้รับการพัฒนาไปไม่ได้ไกลมากนัก

มีประเด็นสำคัญ 3 ประเด็นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้บริโภค คือ (Allsop 1998)

1. การที่ผู้บริโภคหรือคนไข้มีส่วนในการตัดสินใจในการรักษาของตน

ถ้าผู้ป่วยจะต้องมีส่วนในการตัดสินใจในการรักษาของตน แพทย์หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์จะต้องเรียนรู้ที่จะให้ข้อมูลมากขึ้นและอธิบายเกี่ยวกับการตัดสินใจของตน ในอดีตบุคลากรทางการแพทย์มักจะรอให้ผู้ป่วยถามก่อนจึงจะบอก แต่ตอนนี้เขาจะต้องบอกผู้ป่วยและให้โอกาสผู้ป่วยในการซักถามหรืออภิปรายเกี่ยวกับการรักษา ฉะนั้นการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์จะต้องเปลี่ยนแปลงและผู้ที่ให้บริการจะต้องนำสิ่งเหล่านี้มาเป็นมาตรฐานของการให้บริการด้วย รวมทั้งผู้ซื้อบริการจะต้องติดตามตรวจสอบความก้าวหน้าทางด้านนี้

ถึงแม้ดูเหมือนว่าสิ่งเหล่านี้จะเป็นเรื่องตรงไปตรงมา แต่ก็มิใช่ว่าจะไม่มีปัญหาเสียเลย แพทย์หลายคนยังยืนยันว่าคนไข้จำนวนมากคาดหวังให้แพทย์ตัดสินใจแทนเพราะว่าแพทย์เป็นผู้เชี่ยวชาญ แพทย์อ้างว่าคนไข้ไม่ต้องการได้รับข้อมูลทางเทคนิคมากมายจนเกินไป และตกใจโดยไม่จำเป็นเกี่ยวกับตัวเลขและสถิติต่างๆ ของผลข้างเคียงของการรักษาหรือผลของการรักษา หรือไม่สามารถที่จะตัดสินใจได้ เพราะจริงๆ แล้วกฎหมายก็สนับสนุนความคิดของแพทย์ทางด้านนี้ ได้เคยมีการตัดสินใจว่าการที่จะให้ข้อมูลแก่คนไข้อย่างไรนั้นถือเป็นเรื่องของ การตัดสินใจทางคลินิก (Clinical judgement) ของแพทย์

แม้ว่าการสำรวจความเห็นของคนไข้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 เป็นต้นมาได้แสดงให้เห็นว่าคนไข้ต้องการข้อมูลมากขึ้น แต่ก็ไม่มีการศึกษาที่บอกว่าคนไข้ประเภทใดต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในบรรดาการวิจัยที่มีอยู่อันน้อยนิดได้แสดงให้เห็นว่า คนไข้ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา แต่การมีส่วนร่วมนั้นมีมากบ้างน้อยบ้างต่างกัน เช่น มีการศึกษารายงานเปรียบเทียบระหว่าง การที่แพทย์ใช้วิธีการบอกคนไข้ว่าจะรักษาอย่างไร กับการที่แพทย์ให้คนไข้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเทียบกันดูว่า ผู้ป่วยพอใจแค่ไหน พบว่าผู้ป่วยพอใจในแบบแรกมากกว่าคือให้แพทย์บอกว่าจะรักษาอย่างไร โดยเฉพาะในกรณีที่โรคทางกายอย่างฉับพลัน แต่ถ้าเป็นโรคที่ซับซ้อนหรือเกี่ยวข้องกับทางจิตใจหรือโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมักจะชอบการตัดสินใจแบบที่มีการปรึกษาหารือกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการศึกษาเรื่องความคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเสี่ยงเมื่อต้องตัดสินใจ เช่น O'Meara et al. ได้พบว่าผู้ป่วยที่เป็น Deep vein thrombosis ไม่ต้องการที่จะยอมรับความเสี่ยงชั่วคราวแม้แต่น้อยนิด ถ้าจะต้องมีเลือดออกในสมองแม้ว่านั่นจะเป็นการรักษาที่ดีที่สุด คือถ้ามีความเสี่ยงผู้ป่วยจะไม่เอา ในขณะที่ McNeil et al. พบว่าคนไข้ที่ป่วยเป็นมะเร็งปอดจำนวนมากจะไม่ยอมรับการรักษาโดยการผ่าตัด เพราะอาจจะเสี่ยงถึงตายแม้ว่าผลการรักษาจะดีกว่าการรักษาด้วยรังสีก็ตาม จะเห็นว่าถ้าหากว่าความ

คิดของคนไข้เรื่องอัตราเสี่ยงนั้นต่างจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว เราควรตัดสินใจอย่างไร เราควรตัดสินใจโดยถือประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง หรือเราควรจะให้ผู้ป่วยเป็นคนเลือกว่าจะเอาอย่างไรถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่เห็นด้วยกับเรา ในปัจจุบันนี้วัฒนธรรมชี้ไปในทางที่ว่า แพทย์ควรจะตัดสินใจแทนผู้ป่วยน้อยลงไปเรื่อย ๆ

2. การให้ผู้บริโภคร่วมในการวางแผน พัฒนา ติดตามและตรวจสอบการให้บริการ

ในตอนต้นทศวรรษที่ 1980s นั้นได้มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยมากขึ้น ๆ จนถึงขั้นว่าจะให้ผู้บริโภคร่วมเกี่ยวข้องในการวางแผนการให้บริการ และการประเมินการให้บริการอย่างไร ผลนี้คงจะเกิดเนื่องจากการพบว่าผู้ป่วยไม่ค่อยพอใจการให้บริการ และพบว่าอาจจะเป็นการคุ้มค่ากว่าถ้าจะพัฒนาการให้บริการไปในทิศทางซึ่งจะตอบสนองต่อผู้บริโภคมากกว่าที่จะมาแก้ไขในภายหลัง

โรงพยาบาลต่างๆ และ GP ได้มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย ในขณะเดียวกันก็มีการวิพากษ์วิจารณ์จากทั้งวงการวิชาการและผู้ที่อยู่ในสายการปฏิบัติ นักวิชาการมักจะตั้งคำถามเกี่ยวกับแนวความคิดที่เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วย และวิธีการสำรวจของงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ได้ทำว่ามีความถูกต้องเพียงไร แต่เมื่อมีการสร้างแบบสอบถามที่ได้มาตรฐาน เช่น การสำรวจความคิดเห็นของคนไข้เกี่ยวกับการผ่าตัดและเกี่ยวกับคนไข้ใน กลับพบว่ามีความสนใจกันน้อยมาก อันที่จริงแล้วความสนใจที่จะสร้างแบบสอบถามที่ได้มาตรฐานยังมีน้อย ในขณะเดียวกันผู้ให้บริการจำนวนมากก็ไม่อยากเข้าร่วมในการสำรวจแห่งชาติ เนื่องจากกลัวว่าข้อมูลต่างๆ จะถูกใช้ในการเปรียบเทียบซึ่งกันและกัน ผู้ให้บริการยังได้ตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะได้รับการสำรวจในเชิงปริมาณ เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการเชิงคุณภาพในการให้ได้ความเห็นจากผู้ป่วยโดยตรงเกี่ยวกับคุณภาพของการให้บริการ ดังนั้นผู้สำรวจหลายคนแทนที่จะใช้วิธีการสำรวจ จึงใช้วิธีการพบกับกลุ่มย่อย (Focus Group) ต่างๆ แล้วใช้เทคนิคในการสำรวจความคิดเห็นของผู้บริโภคแทนที่จะวัดว่าเขาพอใจมากน้อยแค่ไหน ฉะนั้นในวงการการสำรวจผู้บริโภคจึงมีทั้งการสำรวจในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

3. การมีส่วนร่วมของสาธารณะโดยทั่วไป

ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนที่สุด ในขณะที่ในการพัฒนาการให้บริการนั้นเป็นที่ชัดเจนว่าประชาชนควรมีส่วนเกี่ยวข้องว่าเราจะพัฒนากันอย่างไร แต่คำถามคือประชาชนส่วนใหญ่ซึ่งไม่เคยใช้บริการเลย หรือไม่สนใจในเรื่องเหล่านี้ เราจะทำให้เขามีส่วนเกี่ยวข้องอย่างไร

เหตุผลที่ประชาชนควรมีส่วนเกี่ยวข้องมีสองประการคือ

1. ในฐานะผู้เสียภาษี ประชาชนมีสิทธิที่จะรู้ว่าเงินของเขาได้ใช้ไปอย่างไร เรื่องของความโปร่งใส และเรื่องของประชาธิปไตยโดยทั่วไป

2. เกี่ยวข้องกับข้อแรกคือ คนที่ไม่ได้สนใจในเรื่องของการให้บริการ อาจจะมีข้อคิดเห็นซึ่งไม่เหมือนใครและอาจจะมีประโยชน์ก็ได้

อย่างไรก็ตามก็ยังมีประเด็นที่ยังมีปัญหาอยู่ เช่น ในบางกรณีมีความชัดเจนว่าผู้บริโภคนั้นใคร ถ้าเราให้สาธารณะโดยทั่วไปมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงจะมีผลได้อย่างไร สาธารณะโดยทั่วไปซึ่งไม่ใช่ผู้บริโภคโดยตรงจะรู้เรื่องมากน้อยเพียงใดเกี่ยวกับบริการอันนั้น งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ออกไปเป็นในเชิงสำรวจประชากรโดยทั่วไป มักจะได้รับความเห็นจำนวนมากจากผู้คนจำนวนมาก แต่ความเห็นเหล่านั้นอาจจะเป็นความเห็นที่ไม่ได้ตั้งอยู่บนรากฐานของข้อมูลเลยก็ได้ ยกเว้นในการสำรวจนั้นให้ข้อมูลไปพร้อมๆ กันด้วย ในการวางแผนการให้บริการนั้นประเด็นต่างๆ มักจะซับซ้อน และถึงแม้ว่าจะมีข้อมูลแล้วก็แทบจะเป็นไปไม่ได้ว่า การตัดสินใจของประชาชนในขณะที่สำรวจนั้นจะดีและถูกต้อง

เรื่องราวต่างๆ ที่สาธารณะควรจะมีส่วนร่วมมีมากมาย ประจักษ์เรื่องการให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วม การคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเรื่องใหญ่ทีเดียว รัฐบาลนั้นไม่ค่อยคำนึงถึงเรื่องนี้มาก ยังให้การสนับสนุนน้อย และไม่มีกฎหมายใหม่ๆ ออกมา กระทรวงสาธารณสุขของอังกฤษเองได้ลงทุนจัดตั้ง **Centre for Health Information Quality** และมีการแต่งตั้งตำแหน่ง **Coordinator** เพื่อส่งเสริมเรื่อง **Patient Partnership** คงจะต้องมีการอภิปรายและทำประชาพิจารณ์กันต่อไประหว่าง NHS กับสาธารณะ และเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้มีการทำซ้ำซ้อนกัน ประชาพิจารณ์ระดับนี้ควรทำในระดับชาติ

จากเรื่องราวที่เกิดขึ้นที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เรื่องของการคุ้มครองผู้บริโภคมักจะเป็นเรื่องของ การให้คำอธิบายหรือเรื่องของความโปร่งใสในการตัดสินใจ มากกว่าที่จะให้ผู้บริโภคหรือสาธารณะมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ **Health Authorities** และโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักจะวิตกกังวลในเรื่องการตัดสินใจของตนเองโดยการพยายามแสดงให้เห็นว่าได้รับการสนับสนุนจากผู้บริโภค และพยายามอธิบายการตัดสินใจของตนกับสาธารณะแทนที่จะให้สาธารณะมีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจของตน (ตัดสินใจเรียบร้อยแล้วจึงพยายามชักจูงให้เห็นด้วย)

โดยสรุปในประเด็นที่ให้สาธารณะมีส่วนร่วมนั้นมีประเด็นมากมาย และคงจะต้องอาศัยการพัฒนาอีกมาก วัฒนธรรมของการตัดสินใจของบุคลากรทางการแพทย์ที่ตัดสินใจว่าอะไรดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยนั้นก็ไม่ใช่ที่ยอมรับต่อประชากรจำนวนมากอีกต่อไป ประชากรมีความต้องการข้อมูลข่าวสารและและโอกาสมากขึ้นในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลตนเอง

วิธีการของสาธารณะในการมีส่วนร่วม

- การจัดตั้งองค์กรทางสุขภาพ

- การแสดงความคิดเห็นของประชาชน
- การตรวจสอบคุณภาพ
- กลุ่มช่วยเหลือตนเองและกลุ่มรณรงค์

การจัดตั้งองค์กรทางสุขภาพที่สำคัญ (Allsop 1998, Harrison 1998)

1 Community Health Councils

ในปี ค.ศ. 1974 Community Health Councils (CHCs) เกิดขึ้นเพื่อเป็นการพยายามนำประชาธิปไตยมาใช้และเป็นตัวแทนของเสียงของผู้บริโภคใน NHS องค์กรนี้ได้รับการจัดตั้งขึ้นมาโดยกฎหมายเพื่อเป็นตัวแทนของผู้บริโภค แต่เป็นที่น่าประหลาดใจว่า 23 ปีผ่านมากระทั่งปี ค.ศ. 1997 สมาคมของ CHCs เองก็ยอมรับว่าสาธารณชนส่วนใหญ่แทบจะไม่มีรู้จักว่าองค์กรนี้มีอยู่เลย และบทบาทของ CHCs นั้นยังคงสับสน

คณะกรรมการของ Community Health Councils จำนวน 1 ใน 3 นั้นมาจากองค์กร NGO ต่างๆ และครึ่งหนึ่งมาจากเทศบาล และ 1 ใน 6 มาจากประชาชนทั่วไป คณะกรรมการประกอบด้วยกรรมการประมาณ 18 ถึง 24 ท่าน ขึ้นอยู่กับจำนวนประชากร

Community Health Councils มีบทบาทสำคัญสองประการคือ

1. คอยตรวจสอบการให้บริการสุขภาพในชุมชนของตนและเสนอแนะความเห็นเพื่อไปปรับปรุงแก้ไข คณะกรรมการนี้มีสิทธิที่จะไปเยี่ยมโรงพยาบาลแต่ไม่มีสิทธิที่จะไปเยี่ยมคลินิกของ GP และมีสิทธิที่จะเข้าถึงข้อมูลต่างๆ คณะกรรมการเหล่านี้จะต้องถูกขอให้คำปรึกษาในการวางแผนเกี่ยวกับการบริการสุขภาพต่างๆ และมีสิทธิที่จะคัดค้านการปิดโรงพยาบาล ซึ่งในกรณีที่มีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นเรื่องที่จะต้องส่งให้กับรัฐมนตรีสาธารณสุขในการตัดสินใจขั้นสุดท้าย
2. เป็นแหล่งข้อมูลและแนะนำสาธารณชน โดยเฉพาะเรื่องความจำเป็นเฉพาะด้าน (Special needs) และการช่วยเหลือผู้ป่วยในการร้องเรียน

มีการศึกษาเรื่อง Community Health Councils (CHCs) แสดงให้เห็นว่ามีปัญหาหลายอย่าง คือ

1. ไม่เป็นตัวแทนของประชากรที่แท้จริง

มีผู้วิจารณ์ว่า CHCs จะเป็นตัวแทนของประชากรได้อย่างไร ในเมื่อส่วนใหญ่นั้นผู้ที่มาทำงานเป็นอาสาสมัครมักจะเป็นชนชั้นกลางผิวขาวและสูงอายุ กรณีนี้อาจจะก่อให้เกิดความขัดแย้งในตัวเองขึ้นมาได้ สิ่งนี้ไม่น่าจะเป็นปัญหาถ้าอาสาสมัครเหล่านี้สามารถรวบรวมความเห็นของคนในส่วนกว้างทั่วไป แต่บ่อยครั้งที่เดียวที่คนเหล่านี้ไม่ค่อยรู้เรื่องวิธีการสำรวจความคิดเห็น และงบประมาณที่ใช้สนับสนุน CHCs มีน้อยมาก เทียบแล้วน้อยกว่า 0.1% ของงบประมาณของ NHS ทั้งหมด

2. ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่าง CHCs กับ Health Authorities เอง

บุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่ทำงานบริหาร NHS ไม่มีความชัดเจนว่าเขาจะมีความสัมพันธ์กับ CHCs ได้อย่างไร พวกเขาเหล่านั้นตระหนักดีว่า เขาจะต้องปรึกษากับ CHCs เมื่อจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงการให้บริการใหญ่ แต่กลไกในการที่จะปรึกษากันนั้นก็ไม่ว่าจะทำอย่างไร

3. บทบาทของ CHCs ไม่ชัดเจน

เมื่อ Regional Health Authorities ถูกยกเลิกในปี ค.ศ. 1996 ภาระความรับผิดชอบ CHCs จึงตกไปอยู่ที่ Regional Office ของ NHS Executive ในขณะเดียวกัน NHS Executive ได้ให้มีคณะกรรมการทบทวนการบริหารจัดการของ CHCs รายงานที่ได้มาเป็นรายงานที่เป็นประเด็นแห่งความได้แย้งคือ รายงานนั้นเสนอให้มีการลดกิจกรรมของ CHCs ลง และเสนอให้ CHCs ทำความกระจ่างให้ชัดเจนว่าตนเองมีความสัมพันธ์กับองค์กรต่างๆ ใน NHS อย่างไร เช่น NHS Trusts, GPs หรือแม้แต่กับ Executive เอง จะได้ว่าบทบาทของตัวเองเป็นอย่างไร บทบาทของ CHCs ควรจะร่วมมือกับฝ่ายบริหารของ NHS โดยการให้ข้อมูลกับผู้บริหารท้องถิ่นหรือ หรือ CHCs ควรคัดค้านการเปลี่ยนแปลงโดยเอาผลประโยชน์ของผู้บริโภคเป็นที่ตั้ง CHCs มีบทบาทช่วยในการวางแผนด้วยฝ่ายบริหารจะต้องปรึกษา CHCs ด้วย นั่นคือ บทบาทของ CHCs เองนั้นยังไม่ชัดเจน

มีการศึกษาโดย Royal Commission on NHS 1979 พบว่า

1. ถ้าจะให้ CHCs ปกป้องผู้บริโภคได้ดังนี้ CHCs ไม่ควรจะเป็นส่วนหนึ่งของการให้คำปรึกษาในแง่ของการบริหารจัดการ ไม่ควรทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลกับสาธารณะ แต่ควรทำหน้าที่เฉพาะกิจในนามของ Health Authorities ควรแนะนำผู้ป่วยว่าจะร้องเรียนอย่างไรมากกว่าที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทำหน้าที่ร้องเรียนโดยตรง
2. CHCs ได้รับการสนับสนุนทางการเงินน้อยมากจากรัฐบาล มีคนทำงานเต็มเวลาใน CHCs น้อย ส่วนใหญ่พึ่งองค์กรเอกชนที่เป็นคณะกรรมการของ CHCs อยู่
3. CHCs มีความแตกต่างกันมากในวิธีการปฏิบัติ บาง CHC ก็ใช้วิธีการสำรวจความคิดเห็น บาง CHC ก็ใช้วิธีการณรงค์ ไม่มีแบบแผนแน่นอนว่าจะอะไรได้ผล อะไรไม่ได้ผล

แต่ทั้งรัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมของนาย John Major และรัฐบาลของพรรคแรงงานต่างก็ไม่ยอมรับข้อเสนอแนะของรายงานนี้ สิ่งที่ยังรายงานนี้ได้เสนอที่เป็นแก่นคือ รัฐบาลควรจะทำให้บทบาทของ CHCs ชัดเจนขึ้น

โดยสรุป Community Health Councils เป็นกลไกทางกฎหมายที่ให้สาธารณะมีส่วนร่วมใน NHS แต่บทบาทอันจำกัดของ CHCs เองร่วมกับการที่สาธารณะและผู้บริโภคมีความคาดหวังมากขึ้นว่าจะได้รับการปรึกษาหารือในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จึงก่อให้เกิดการทดลองนวัตกรรมใหม่ๆ และถึงแม้ว่าจะมีการตั้ง *Centre for Health Information Quality* ก็ตาม กระทั่งปัจจุบันการให้สาธารณะมีส่วนร่วมก็ยังอยู่ในระหว่างการพัฒนาอยู่ งานวิจัยก็ยังมีย่อยที่จะใช้ในการ

ประเมินว่าวิธีการใดดี และสถานการณ์ตอนนี้ก็ไม่ได้ต่างอะไรมากมายอย่างถอนรากถอนโคนไปจากเมื่อต้นทศวรรษที่ 1980s และผู้ที่เข้ามาก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่มีงานหนักหนาสาหัส การมีส่วนร่วมนั้นยังมีน้อยมาก

มีวิธีการหลายอย่างที่ CHCs และบุคลากรทางการแพทย์ใช้ในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้บริโภคและสาธารณะ วิธีการต่างๆ มีวัตถุประสงค์ที่ต่างกันไป ส่วนใหญ่จะมีวิธีการสองวิธีใหญ่ๆ คือ วิธีแรกได้จากการวิจัยทางสังคม (Social Science) ส่วนอีกวิธีก็เป็นวิธีที่ไม่เป็นทางการ คือให้ผู้บริการคิดขึ้นมาเอง

วิธีการหนึ่งที่ใช้กันในการวิจัยเชิงคุณภาพคือ การสัมภาษณ์อย่างละเอียด และใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ ในต้นทศวรรษที่ 1990s ได้มีแรงกดดันมากขึ้นต่อ Health Authorities ที่จะให้สาธารณะหรือผู้บริโภคมีส่วนเกี่ยวข้องมากขึ้น จึงก่อให้เกิดการพัฒนาวิธีการใหม่ๆ ขึ้นมา

วิธีการใหม่ในการให้สาธารณะมีส่วนร่วม

วิธีการแรกคือวิธีที่เรียกว่า **Groups or Panels of Public** ยกตัวอย่างเช่น Somerset Health Authority มีกลุ่มถึง 8 กลุ่มๆ ละ 12 คน ซึ่งพบกันประมาณ 3 ครั้งต่อปีเพื่อที่จะอภิปรายกันเรื่องลำดับความสำคัญของการให้บริการสุขภาพ กลุ่มนั้นเป็นตัวแทนจากประชาชนให้กว้างขวางที่สุดที่จะเป็นไปได้ แต่ละกลุ่มมีอายุงาน 1 ปี กลุ่มจะได้ข้อมูลจาก Health Authority ก่อน และช่วงที่มีการประชุมกันมีการบันทึกเทปการประชุมและนำไปวิเคราะห์ต่อไป

วิธีการใหม่ที่สองคือ การใช้ **Citizen's Jury** คือคณะลูกขุนของประชาชน มีการทดลองใช้ในเชิงนำร่องโดย Institute of Public Policy Research และโดย King's Fund แนวคิดอันนี้เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกาและเยอรมันก่อนเป็นเวลา 20 ปี คณะลูกขุนของประชาชนประกอบด้วยกลุ่มคนจำนวน 12-20 คน ซึ่งได้รับการเชิญมาเพื่อเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด กลุ่มนี้จะได้คำถามที่จะต้องตอบและในระยะเวลา 4 วันที่เขาประชุมกันก็จะได้ข้อมูล และจะฟังหลักฐาน ประจักษ์พยานต่างๆ และอภิปรายถกเถียงถึงประเด็น และในที่สุดก็เสนอข้อคิดเห็น

ในประเทศอังกฤษมีการทดลองกันในเชิงนำร่องของคณะลูกขุนเหล่านี้ ได้ทำการทดลองที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนและนโยบาย ตัวอย่างเช่น การจัดลำดับความสำคัญของการดูแลโรคมะเร็งยาว ทำอย่างไรจึงจะให้การบริการที่เกี่ยวกับโรคมะเร็ง เกี่ยวกับสุขภาพสตรี ทำอย่างไรจึงจะให้บริการเกี่ยวกับโรคปอดหลัง เป็นต้น ข้อเสนอแนะที่ออกโดยคณะลูกขุนนี้ ถึงแม้ว่าจะไม่ผูกพัน Health Authority ก็ตามแต่จะต้องได้รับการนำมาพิจารณาอย่างจริงจัง เพราะคณะลูกขุนส่วนใหญ่ได้รับการประชาสัมพันธ์อย่างมากในชุมชน Health Authority จะต้องหาคำอธิบายให้ได้ว่าทำไมจึงปฏิบัติตามข้อเสนอแนะนี้ไม่ได้

ดังนั้นวิธีการใหม่ทั้งสองที่เรียกว่า **Citizen's Jury** และ **Health Panels** นั้นมีข้อดีกว่าการทำประชาพิจารณ์ (Public Meeting) เพราะผู้ที่เข้าร่วมนั้นมีข้อมูลที่จะพิจารณา มีการใช้เวลาพอสมควรเกี่ยวกับประเด็นคำถาม และมีการส่งเสริมให้มีการคิดและอภิปรายกันมากขึ้น ดังนั้น **Citizen's Jury** ใช้เวลามากกว่าเพราะฉะนั้นจึงแพงกว่า **Groups Discussion** หรือ **Panels** แนนอน เพราะผู้ที่เข้ามาอยู่ในคณะลูกขุนได้รับการจ่ายค่าตอบแทนเป็นเวลา 4 วันที่เข้ามาทำงาน แต่ก็ทำให้คณะลูกขุนมีโอกาสคิดเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง เนื่องจากวิธี **Citizen's Jury** มีค่าใช้จ่ายสูงจึงใช้วิธีนี้ในบางประเด็นเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามก็ควรจะเป็นไปได้ที่เดียวว่าเราควรดัดแปลงวิธีการเหล่านี้มาใช้ในกรณีอื่นๆ ด้วย ประชาพิจารณ์จะดีขึ้นถ้ามีข้อมูลและมีเวลามากขึ้น

2. สถาบัน NICE

รัฐบาลได้มีการจัดตั้ง **National Institute of Clinical Excellence (NICE)** สถาบัน NICE นี้ได้ถูกตั้งขึ้นโดย White Paper ที่ชื่อว่า **The New NHS** จัดตั้งขึ้นเพื่อให้บทบาททางด้านข้อมูลทางคลินิก ค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่า (Cost effectiveness) สถาบันแห่งนี้จะส่งเสริมให้มีการกระจาย Clinical Guidelines ที่มีหลักฐานเกี่ยวกับ Cost effectiveness ทางด้านคลินิก รวมทั้งวิธีการตรวจสอบ (audit) ทางคลินิกต่างๆ และ NICE ยังทำหน้าที่ประเมินข้อมูลอย่างเป็นระบบว่า การตัดสินใจเพื่อให้เกิดความคุ้มค่าจะต้องมีหลักฐานและมีแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) ในแต่ละระดับ NICE จะส่งเสริมให้เกิด guidelines ซึ่งจะใช้ในระดับชาติ NICE มีหน้าที่ในการพัฒนาการจัดการกับโรคต่างๆ ทุกด้านตั้งแต่ Self care จนถึง Primary care, Secondary care หรือแม้กระทั่ง Specialist care

รัฐบาลอ้างว่าเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ของ NHS ที่รัฐบาลทำงานร่วมกับฝ่ายแพทย์ในการประเมินการรักษาทางการแพทย์อย่างเป็นระบบก่อนที่การรักษานั้นจะถูกใช้ใน NHS และแนวทางในการรักษาที่ชัดเจน ถูกต้องและคุ้มค่าจะถูกเสนอให้กับแพทย์ที่เป็นด่านแรกในการรักษา NICE จะให้แพทย์ พยาบาลและผดุงครรภ์ต่างๆ มีข้อมูลในการช่วยในการตัดสินใจที่ซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาได้มากขึ้น สรุปคือ NICE เกิดขึ้นมาเพื่อผู้ที่ให้การดูแลรักษา แต่ในที่สุดก็เพื่อเป็นผลประโยชน์ต่อผู้บริโภคเอง

3. องค์กร CHIMP

อีกองค์กรหนึ่งที่ถูกจัดตั้งขึ้นมาก็คือ **Commission for Health Improvement (CHIMP)** องค์กรนี้ถูกจัดตั้งโดยกฎหมายให้เป็นองค์กรอิสระที่ขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีสาธารณสุข บทบาทของ CHIMP คือ เพื่อให้เกิดความเป็นเลิศใน NHS รัฐบาลจึงจัดตั้งองค์กรนี้ขึ้นเพื่อที่จะนำไปสู่สิ่งที่เรียกว่า Clinical Governance รัฐบาลตระหนักดีว่าคุณภาพของ NHS นั้นยังแปรเปลี่ยนไปมา ดังนั้นองค์กร CHIMP ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่ถูกจัดตั้งขึ้นมาอย่างถูกต้องตามกฎหมายเพื่อตรวจสอบคุณภาพโดย

เฉพาะ ซึ่งตรงข้ามกับ NICE นั่นคือ NICE มีหน้าที่ให้ข้อมูล แต่ CHIMP มีหน้าที่ตรวจสอบและแก้ไขปัญหาคือ เช่นมีบางกรณีที่มีการล่าช้าในการแก้ไขปัญหา กรณีเช่นนี้รัฐมนตรีสาธารณสุขสามารถขอให้ CHIMP เข้าไปตรวจสอบปัญหาและเสนอวิธีการแก้ปัญหาขึ้นมา แต่การทำเช่นนี้จะเกิดขึ้นเมื่อมีความเสียหายจริงๆ ในเรื่องของคุณภาพของการให้บริการ และองค์กรของ NHS จะต้องเปิดเผยข้อมูลเพื่อช่วยให้ CHIMP ในการตรวจสอบ นั่นคือ CHIMP เปรียบเสมือน External Auditor ทางคลินิกของ NHS

4. องค์กร Charter Unit

ปี ค.ศ. 1993 องค์กรที่เรียกว่า Charter Unit ได้จัดตั้งคณะกรรมการพิเศษเพื่อศึกษาว่า ทำอย่างไรจึงจะจัดการกับการร้องเรียนในองค์กรสาธารณะ เพื่อที่จะให้เป็นไปตามหลักการของธรรมนูญ ในปลายปีนั้นเองคณะกรรมการนี้ได้ตีพิมพ์หลักการที่ผู้จัดการโรงพยาบาลสามารถใช้ในการประเมินว่าบุคลากรของตนทำงานได้ดีเพียงไร หลักการดังกล่าวคือ

- ระบบนั้นจะต้องเข้าถึงได้
- มีการประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึง
- ประชาชนสามารถเข้าใจและใช้อย่างง่าย
- มีการจัดการการร้องเรียนอย่างรวดเร็ว
- มีการกำหนดระยะเวลา
- มีการสืบสวนสอบสวนอย่างยุติธรรม
- มีการเคารพความปรารถนาของผู้ป่วยที่ต้องการจะปิดเป็นความลับ
- ตอบให้ตรงประเด็น
- ตอบสนองและแก้ไขอย่างเหมาะสม
- ให้ข้อมูลกับฝ่ายบริหารเพื่อที่จะใช้ในการปรับปรุงบริการต่อไป
- ส่งเสริมให้ผู้บริหารใช้ความคิดเห็นของผู้บริโภคในการปรับปรุงบริการ

ภายใต้กระแสของผู้บริโภคทำให้ NHS ได้รับการตรวจสอบจากสาธารณะมากขึ้น ให้ข้อมูลมากขึ้นในการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติการ ในการตั้งมาตรฐานและการปรับปรุงคุณภาพ และทำให้ผู้ใช้บริการมีอิสระในการตัดสินใจดีขึ้น ขณะเดียวกันก็มีนักวิชาการบางส่วนได้วิพากษ์วิจารณ์การไปพึ่งการแข่งขันและธรรมนูญ โดยบอกว่าเป็นวิธีการของ supermarket แต่การบริการทางสุขภาพไม่ใช่ supermarket ธรรมนูญจะมีประโยชน์ก็ต่อเมื่อประชากรมีข้อมูลข่าวสารที่ดีและมีเงินในกระเป๋า

การแสดงความคิดเห็นของประชาชน (Spurgeon 1998)

ประชาชนคิดอย่างไรเกี่ยวกับ NHS ตั้งแต่ปีทศวรรษที่ 1970s เป็นต้นมาได้มีการสำรวจเพื่อที่ว่าประชาชนคิดอย่างไรต่อ NHS และพบว่าผู้บริโภครส่วนใหญ่สนับสนุน NHS และมีความพอใจในระดับสูง เช่น Royal Commission on NHS นั้นได้ทำการสำรวจ 2 ครั้งทั้งในผู้บริโภครและผู้ป่วย พบว่าในผู้บริโภครทั่วไปมีระดับความพอใจในการบริการทางสาธารณสุขอยู่ในระดับสูง ขณะเดียวกันในการศึกษาในผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริการในโรงพยาบาล พบว่า 80% ของผู้ป่วยในคิดว่าบริการที่ได้รับนั้นดี และดีมาก ยังมีการศึกษาในด้านสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary care) ในคนสูงอายุและเด็กในชนบทและบริเวณชุมชนแออัด พบข้อสรุปอย่างเดียวกันคือผู้บริโภครส่วนใหญ่พอใจ

ในการศึกษาเดียวกันนี้ได้แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ว่าระดับความพอใจนั้นจะสูง แต่ก็ยังมีการบ่นเฉพาะเรื่องอยู่หลายเรื่อง เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยนอกมากกว่า 25% บ่นว่าไม่ค่อยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางการรักษาของตนเอง และมี 31% ของคนไข้ในที่บ่นเช่นนี้ คนไข้ผู้ใหญ่ 1 ใน 4 คนบอกว่าเวลาที่แพทย์พูดคุยกับเขาเกี่ยวกับเรื่องโรคของเขาเสมือนหนึ่งว่าเขาไม่ได้อยู่ที่นั่นเลย การรอคอยก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจคือยังต้องรอนาน 16% ของคนไข้ก็ต้องรอเป็นเวลากว่า 1 ชั่วโมงจึงจะได้พบแพทย์ ในขณะที่อีก 8% ต้องรอประมาณ 45 นาที คนไข้ยังบ่นในเรื่องของการขาดความเป็นส่วนตัวและมีการปลูกให้ต้นขึ้นมาแต่เข้าในโรงพยาบาล เกือบครึ่งหนึ่งบ่นว่าถูกปลูกเข้าเกินไปจริงๆ แล้ว 44% ของคนไข้ในถูกปลูกก่อนหกลำพิก และ 76% ถูกปลูกก่อนหกโมงครึ่งตอนเช้า

ดังนั้น Royal Commission ที่ทำการสำรวจจึงได้รายงานว่า ดูเหมือนว่ารายงานนี้เป็นตัวอย่างที่ดีที่แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลมักจะดำเนินการตามความสะดวกของบุคลากรในโรงพยาบาลมากกว่าของผู้ป่วย คณะกรรมการไม่เชื่อว่าเราสามารถจะให้คนไข้ในต้นขึ้นตามเวลาปกติของเขาได้

สิ่งที่น่าประหลาดใจคือ เป็นไปได้อย่างไรที่มีการบ่นมากทั้งๆที่ระดับความพอใจที่ผู้บริโภครายงานมากก็อยู่ในระดับสูงด้วย ในเรื่องของ NHS แล้วดูเหมือนว่าผู้บริโภครจะเป็นฝ่ายตั้งรับเสียมากกว่า มีผู้เชี่ยวชาญได้เคยกล่าวว่า เบื้องหลังความพึงพอใจซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รายงานนั้น จะเห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยยอมรับโดยดุษฎีคือเฉยเมยไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้นก็ช่าง พบว่าผู้บริโภครนั้นขาดความรู้และขาดความตั้งใจที่จะประเมินการรักษาที่เขาได้รับอย่างใช้เหตุใช้ผล พวกเขาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมากกว่าเป็นผู้บริโภคร ส่วนใหญ่มักจะบ่นเกี่ยวกับเรื่องการบริหารในด้านความสะดวกสบายเมื่อเข้าไปโรงพยาบาล(Hotel aspects) ของ care มากกว่าเรื่องการรักษาโดยตรงไปตรงมาจริงๆ ซึ่งพวกเขาไม่มีความรู้ที่จะวิพากวิจารณ์หรือตัดสินใจ มองอีกด้านหนึ่งคือ ระบบสุขภาพสามารถทำให้ผู้รับบริการรักดีต่อระบบนี้ คนไข้ส่วนใหญ่ยอมรับอะไรก็ได้ที่เขาได้รับ ผู้เชี่ยวชาญบางท่านกล่าวว่าคนอังกฤษไม่ค่อยวิพากวิจารณ์ในเรื่องของการบริการด้านสุขภาพเหมือนคนในทวีปอเมริกาเหนือ (Allsop 1998)

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983 The British Social Attitude Survey (BSAS) ได้เปิดเผยรายงานประจำปีเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้บริโภคเกี่ยวกับ NHS รายงานล่าสุดได้กล่าวถึงแนวโน้มที่เป็นไปได้หลายอย่าง และพบว่าผู้บริโภคส่วนใหญ่ยังสนับสนุนให้ NHS ได้รับเงินสนับสนุนจากภาษี และความพึงพอใจยังคงมีอยู่ในระดับที่ดี แต่สัดส่วนของคนที่ไม่พอใจมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ คนส่วนใหญ่จะไม่พอใจการบริการในโรงพยาบาลมากกว่าในการบริการระดับปฐมภูมิ (primary care) และคนหนุ่มสาวจะวิพากษ์วิจารณ์มากกว่าประชากรกลุ่มอื่น

ยังมีการศึกษาอีกหลายครั้งที่พบว่าบุคลากรของ NHS ไม่ตอบสนองต่อความจำเป็นของผู้ป่วยเท่าที่ควร ความไม่พอใจ NHS นั้นทำให้ผู้บริโภคหลายรายหันไปใช้บริการทางสุขภาพของเอกชน แต่นั่นก็มีค่าใช้จ่ายเป็นของดีเสมอไป เพราะผู้ป่วยยังไม่สามารถที่จะประเมินระดับคุณภาพของการบริการในภาคเอกชนได้อยู่ดี ความจริงแล้วการสำรวจความคิดเห็นของผู้บริโภคได้รับการนำมาใช้มากขึ้นเรื่อยๆ โดยโรงพยาบาลต่างๆ ส่วนใหญ่กระทำโดย Health Authorities และบางครั้งก็ด้วยการสนับสนุนจาก Community Health Councils และมักจะสำรวจเรื่องความพึงพอใจในโรงพยาบาล ในอดีตผู้ป่วยมากกว่าที่จะสำรวจผู้ป่วยหรือผู้บริโภคความต้องการการบริการแบบไหนกันแน่ และสิ่งใดที่ผู้บริโภคให้ความสำคัญ

การตรวจสอบคุณภาพ (Harrison 1998)

1. การตรวจสอบได้ทางประชาธิปไตย

โดยทางทฤษฎีแล้ว รัฐมนตรีสาธารณสุขต้องรับผิดชอบและอธิบายต่อสภาในหลายๆ ด้านของ NHS แต่อย่างไรก็ตามตั้งแต่มีการปฏิรูปมาเรื่อยๆ ตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ 1980s และในปี ค.ศ. 1990 ได้มีการจัดตั้ง NHS Executive ขึ้นและแต่ละโรงพยาบาลเป็นอิสระ คือ เป็น Trust ที่เรียกว่าเป็น autonomous การตัดสินใจต่างๆ เกิดขึ้นในระดับล่างในลักษณะการกระจายอำนาจลงไป เน้นอนที่เดียวรัฐมนตรีจะต้องสามารถตอบคำถามในรัฐสภาในเรื่องต่างๆ มีคณะกรรมการที่จัดตั้งขึ้นมาเฉพาะกิจมากมายเพื่อเข้าไปทำการตรวจสอบเรื่องราวที่เป็นปัญหาต่างๆ และยังมีสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินซึ่งคอยตรวจสอบการใช้จ่ายเงินของสาธารณะด้วย ไม่ว่าจะมีการควบคุมการดังกล่าวมาข้างต้นตรวจสอบซึ่งกันและกันแล้ว แต่ในแง่ของการรับผิดชอบทางประชาธิปไตยแล้ว ยังถือได้ว่านโยบายสาธารณสุขไม่ได้มีตัวแทนจากประชาชนโดยตรงดังเช่นกรณีของเทศบาลท้องถิ่น (ในสังคมอื่นๆ) การตัดสินใจต่างๆ มักจะไม่เป็นที่รับรู้ของประชาชนโดยทั่วไป ประชาชนยังมีส่วนร่วมน้อยมากในเรื่องของนโยบาย

2. การตรวจสอบได้ในท้องถิ่น (Local Accountability)

ในประเทศอังกฤษการจัดการทางด้านนโยบายทางสังคมหรือการให้บริการทางสังคม (Social services) ทำโดยเทศบาลท้องถิ่น (Local authorities) แต่สุขภาพนั้นเป็นข้อยกเว้น เทศบาล

ท้องถิ่นได้รับการเลือกตั้งมาจากประชาชนในท้องถิ่นเพื่อดูแลผลประโยชน์ทางด้านการสังคมและสุขภาพซึ่งดูแลโดย Health Authorities Health Authorities นี้ไม่ได้มาจากการเลือกตั้ง เรื่องนี้เป็นที่รู้กันตั้งแต่เริ่มมีการก่อตั้ง NHS โดย Aneurin Bevan ซึ่งก็เข้าใจปัญหานี้และพยายามแต่งตั้งประชาชนธรรมดาสามัญทั่วไปเข้ามาเป็นตัวแทนปกป้องผลประโยชน์ของตนเองในคณะกรรมการโรงพยาบาล (Hospital Management Committees) หรือ Regional Hospital Board คณะกรรมการเหล่านี้เต็มไปด้วยแพทย์ กาลเวลาได้พิสูจน์ว่า ประชาชนมีอิทธิพลน้อยมากต่อการตัดสินใจของคณะกรรมการเหล่านี้ การแก้ไขปัญหของ Bevan ในการจัดการปัญหาการให้บริการสุขภาพนั้นตั้งอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า คงจะไม่มีปัญหา การให้บริการทางสุขภาพเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะแพทย์

ในปี ค.ศ. 1993 Holit ได้ข้อสรุปจากการศึกษาเรื่องการตรวจสอบคุณภาพพบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาหรือมากขึ้นกว่าในอดีต แต่มักจะเป็นการปรึกษาในเรื่องการบริการที่มีในปัจจุบันเป็นอย่างไร มากกว่าที่จะให้แสดงความคิดเห็นว่าในอนาคตสิ่งที่ต้องการคืออะไร และให้ผู้ป่วยหรือผู้บริโภคนำหนดและประเมินคุณภาพ

3. Professional Self Regulation

ถึงแม้ว่าข้อเสนอที่กล่าวมาข้างต้นจะเป็นเสมือนการทำทนายต่อวงการแพทย์และสาธารณสุข แต่รัฐบาลได้กล่าวว่า รัฐบาลจะส่งเสริมให้องค์กรเหล่านี้ตรวจสอบกันเองภายใน และถือว่าการตรวจสอบกันเองภายในเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการก่อให้เกิดคุณภาพในการบริการ รัฐบาลต้องการให้องค์กรวิชาชีพเหล่านี้แสดงให้เห็นประชาชนมั่นใจว่า กระบวนการตรวจสอบตนเองนั้นยังดีอยู่ การตรวจสอบตนเองทางสายวิชาชีพจะต้องเปิดเผยต่อสาธารณชนให้ตรวจสอบได้ และต้องตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของการรักษาและการให้บริการ อธิบายได้ในระดับชาติ และต้องมีมาตรการที่ทำให้มาตรฐานนั้นยังคงอยู่ต่อไป

4. Clinical Governance

สิ่งที่ถือว่าเป็นเรื่องใหม่ใน *The New NHS* คือคำที่เรียกว่า “Clinical Governance” ซึ่งในเอกสารนั้นได้พูดถึงในหลายทิศทาง แต่มีความชัดเจนว่ารัฐบาลต้องการจะให้มีความมาตรการที่กำหนดไว้ข้างต้นปรากฏเป็นรูปธรรมเด่นชัดในการให้บริการประจำวัน และต้องการให้โรงพยาบาลรับเอาแนวความคิด Clinical Governance เพื่อคุณภาพจะเป็นแกนกลางของการบริการ มาตรการทั้งหมดที่กล่าวมาจะเห็นได้ชัดว่าจุดมุ่งหมายของรัฐบาลคือต้องการที่จะเข้าไปจัดการปัญหาทางคลินิกอย่างตรงๆและรวดเร็วกว่ารัฐบาลก่อนๆ ที่ผ่านมา เพื่อที่จะทำให้แพทย์รับผิดชอบต่อการใช้ทรัพยากรที่อยู่ภายในมือของตน

กล่าวโดยสรุปคือมาตรการทั้งหมดเป็นเหมือนจุดสุดยอดซึ่งดูเหมือนว่ารัฐบาลชุดก่อนๆ ไม่กล้าทำนั่นคือ การเข้าไปให้มีการตรวจสอบทางคลินิกและการรักษาของแพทย์ให้เป็นกิจวัตรประจำวัน ความคิดที่ว่าทำให้การรักษาจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานที่มี การให้บริการจะต้องได้มาตรฐานด้านคุณภาพ รัฐบาลมีทิศทางที่ชัดเจนแต่วิธีการที่จะทำอย่างไรมันยังกว้างขวางอยู่ และ

ยังมีการต่อต้านและมีอุปสรรค ในระดับชาติการให้นิยาม คำจำกัดความ หรือการตีความถึงเรื่องเกี่ยวกับ Clinical Performance ก็ยังเป็นปัญหาทางด้านเทคนิค และในระดับท้องถิ่นยังมีปัญหาในแต่ละด้านของวิชาชีพและสาขาวิชาชีพย่อยลงไปอีก ซึ่งต้องมีการเปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคอื่นอีกเช่น การขาดความเข้าใจว่าสิ่งเหล่านี้สำคัญ การขาดทรัพยากร การมองแค่ระยะสั้น ความขัดแย้งของการให้ลำดับความสำคัญ ความยากลำบากในการวัดผล การขาดทักษะที่จำเป็น และการที่ไม่เคยมีประวัติการทำงานร่วมกันในหลายๆ สาขาวิชาชีพมาก่อน การขาดหลักฐานว่าได้ผลจริง การตอบแทนที่ไม่ถูกต้องและ การสนับสนุน เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่มีข้อเสนอจากรัฐบาลให้มีการตรวจสอบทางด้านคลินิกของแพทย์จริงๆ และเป็นศูนย์กลางของกระบวนการทั้งหมดที่จะมุ่งไปสู่คุณภาพ

กลุ่มช่วยเหลือตัวเอง (Self Help) และกลุ่มรณรงค์ (Allsop 1998)

กลุ่มช่วยเหลือตัวเองโดยวิธีการทั้งแผนปัจจุบันและวิธีการทางเลือก ได้มีกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น เช่น กลุ่มที่ติดเชื้อ HIV กลุ่มสตรี กลุ่มโรคทางจิตเวชบางชนิด กลุ่มเบาหวาน ฯลฯ มีกลุ่มที่เรียกว่าเป็นผู้บริโภคที่เชี่ยวชาญที่ตั้งองค์กรและสมาคมต่าง เช่น สมาคมผู้ป่วย (The Patients Association) กลุ่มสิทธิทางสุขภาพ (Health Rights) กลุ่มผู้เคราะห์ร้ายจากอุบัติเหตุทางการแพทย์ (Association of Victim in Medical Accident) ฯลฯ กลุ่มเหล่านี้ได้ทำการรณรงค์เพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วย และอ้างว่าได้บรรลุผลพอสมควรในการเปลี่ยนแปลงนโยบาย เช่นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 แพทยสภาของประเทศไทยได้เพิ่มวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการจัดการกับแพทย์ที่ประพฤติมิชอบ ตัวแทนของประชาชนมีบทบาทมากขึ้นและได้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการต่างๆ เช่นคณะกรรมการทางด้านจริยธรรมของการวิจัยของแพทยสภา รวมทั้งอยู่ในองค์กรต่างๆซึ่งทำหน้าที่ให้ใบอนุญาตในการทำวิจัยใน Embryo กลุ่มสุขภาพสตรีมีกิจกรรมมากในการเผยแพร่ข้อมูลในการดูแลสุขภาพตัวเอง ขณะนี้มีการกระจายข้อมูลอย่างมากในทุกสื่อ รวมทั้งทางอินเทอร์เน็ตด้วย

บทที่ 9

การร้องเรียนและการชดเชยค่าเสียหาย

การร้องเรียน (Allsop 1998)

ในต้นทศวรรษที่ 1970s เริ่มเกิดกระบวนการที่ต้องอธิบายแบบโปร่งใสต่อสาธารณะ และจะต้องให้ผู้บริโภคเป็นตัวแทนใน NHS ด้วย สิ่งนี้เกิดเนื่องจากความวิตกกังวลของสาธารณะว่าผลประโยชน์ของคนไข้มักไม่ค่อยได้รับการตอบสนอง โดยมีรายงานที่ไม่ดีต่างๆ ในสื่อสารมวลชนเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกที่ NHS ขาดกระบวนการทางประชาธิปไตย มาตราการนี้ก่อให้เกิดการจัดตั้ง Community Health Councils ในปี ค.ศ. 1974 แต่ก่อนหน้านั้นในปี ค.ศ. 1973 รัฐบาลได้มีการจัดตั้ง Health Service Commissioner หรือเรียกอีกชื่อหนึ่งว่า Health Ombudsman ซึ่งแปลว่าผู้ตรวจการเรื่องการบริการทางสุขภาพ Health Ombudsman นี้มีหน้าที่ในการตรวจสอบข้อร้องเรียนจากสาธารณะเกี่ยวกับการบริหารจัดการที่ไม่ดี ซึ่งเมื่อตอนเริ่มต้นนั้นผู้ตรวจการเหล่านี้ไม่มีสิทธิที่จะตรวจสอบเรื่องการตัดสินใจทางคลินิกของแพทย์หรือวิธีการรักษาทางการแพทย์ นอกเหนือจากเรื่องการบริหารจัดการเท่านั้น แต่ต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงเรื่องนี้อย่างจะกล่าวต่อไป

มีกลไกที่ใช้ในการร้องเรียนหลายเส้นทางซึ่งผู้บริโภคสามารถร้องเรียนและเรียกร้องค่าชดเชยได้ตั้งแต่

1. Family Health Service Authority (FHSAs) ซึ่งเมื่อก่อนเรียกว่า Family Practitioner Committee เป็นคณะกรรมการตามกฎหมาย มีหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับแพทย์และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ทันตแพทย์และเภสัชกร ซึ่งไม่ทำตามข้อตกลงที่มีไว้กับรัฐบาล
2. District Health Authorities จะต้องมีระบบที่จะรับเรื่องและตรวจสอบติดตามการร้องเรียนของผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน และมีกลไกที่จะทำการสืบสวนต่อถ้าจำเป็น ความจริงแล้วก็ยังมีกระบวนการที่ซับซ้อนในการสืบสวนเรื่องร้องเรียนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา และมีกระบวนการทางวินัยที่จะจัดการกับบุคลากรที่อยู่ใน NHS เมื่อเทียบแล้วได้มีการจัดการกับแพทย์เรื่องวินัยน้อยมาก

ในปี ค.ศ. 1979, Royal Commission on NHS ได้วิพากษ์วิจารณ์ระบบมีช่องทางที่ให้ร้องเรียนมากเกินไป ความจริงควรจะมียุทธวิธีที่ง่ายและประชาชนสามารถเข้าใจได้ และผู้บริโภคที่ใช้ NHS อยู่สามารถร้องเรียนเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้น

อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้บริโภคก็ยังถกเถียงว่ากระบวนการร้องเรียนนั้นยังไม่ได้มีการประชาสัมพันธ์เท่าที่ควร และซับซ้อนเกินไป ส่วนใหญ่คนไข้เข้าไม่ถึงกระบวนการร้องเรียนเพราะไม่

มีความรู้ ระบบยุ่งยากล่าช้า ขาดความยุติธรรม และดูเหมือนเป็นกระบวนการที่น่ากลัวและคุกคามต่อผู้บริโภค ถึงแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายครั้งแต่ก็ยังไม่มากนัก

ในปี ค.ศ. 1973 ได้มีการเสนอให้มีระเบียบปฏิบัติระดับชาติในการจัดการกับเรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล รวมทั้งเสนอให้มีผู้ตรวจสอบอิสระ แต่ข้อเสนอแนะนี้ไม่ได้รับการพิจารณาจนกระทั่งในปี ค.ศ. 1985 มีกฎหมายชื่อ *Hospital Complaints Act* เกิดขึ้นซึ่งบอกให้ Health Authorities จัดตั้งกระบวนการที่จะรับเรื่องร้องเรียนขึ้น อย่างไรก็ตาม ในปี ค.ศ. 1994 มีการสำรวจเกี่ยวกับการร้องเรียนใน NHS พบว่าจะต้องมีการยกเครื่องระบบการร้องเรียนใหม่อีกครั้งหนึ่ง นอกเหนือจากกระบวนการใน NHS แล้วก็ยังมีสถาบันทางวิชาชีพซึ่งคอยติดตามตรวจสอบผู้ปฏิบัติวิชาชีพของตนเอง ที่สำคัญคือ แพทยสภา (General Medical Council) ของประเทศอังกฤษ และยังมี The United Kingdom Central Council for Nursing ซึ่งประชาชนสามารถที่จะร้องเรียนโดยตรงต่อสถาบันเหล่านี้ ท้ายสุด ศาลสถิตยุติธรรมก็ยังเป็นที่ซึ่งใช้ในการเรียกร้องค่าชดเชยเมื่อเกิดปัญหา เช่น เกิดอุบัติเหตุ

เรื่องของการชดเชยเมื่อมีการผิดพลาดหรือปฏิบัติหน้าที่ไม่ถูกต้องของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ จะต้องจัดตั้งกระบวนการนี้ขึ้นมา ขณะนี้ยังไม่มีระบบที่เรียกว่า No Fault Compensation คือผิดหรือไม่ผิดก็ไม่รู้ แต่จ่ายเมื่อเกิดความเสียหายขึ้น ระบบนี้ยังไม่เกิดขึ้นในประเทศอังกฤษแม้ว่าจะมีผู้เสนอแล้วก็ตาม

อีกแห่งที่สามารถร้องเรียนได้คือ คณะกรรมการของรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ถ้าหากจะดำเนินการผ่านคณะกรรมการนี้ ผู้ร้องเรียนจะต้องสัญญาว่าจะไม่เรียกร้องค่าชดเชยทางกฎหมาย คณะกรรมการมีหน้าที่สืบสวนสอบสวนในเรื่องของการบริหารจัดการที่ผิดพลาด แต่จะไม่ยุ่งเกี่ยวกับเรื่องการตัดสินใจทางคลินิก (clinical judgement) กระบวนการนี้จะยืดเยื้อแต่ช้า

ในปี ค.ศ. 1983 ทางด้าน *Mental Health Act* หรือด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลโดยที่ตัวเองไม่ต้องการก็สามารถร้องเรียนไปได้ โดยมีคณะกรรมการคอยติดตามสืบสวนเรื่องนี้

นอกเหนือจากการร้องเรียนแล้วก็มีองค์กรที่คอยตรวจสอบการให้บริการแก่ผู้บริโภคว่ามีคุณภาพหรือไม่ เช่น **The Health Advisory Service (HAS)** มีจุดมุ่งหมายเพื่อคอยดูแลคุณภาพของการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยทางจิต ปัญญาอ่อน เป็นต้น องค์กร HAS จัดตั้งขึ้นมาเนื่องจากพบว่าการดูแลผู้ป่วยทางด้านนี้ค่อนข้างแย่ในปลายทศวรรษ 1960s และต้นทศวรรษที่ 1970s คณะกรรมการชุดนี้จะมีผู้เชี่ยวชาญซึ่งเข้าไปตรวจสอบตาม Health Districts และให้คำแนะนำ นิเทศเกี่ยวกับเรื่องมาตรฐาน นโยบายต่างๆ แต่เนื่องจากการกระทำเช่นนี้ยังไม่ได้ถือเป็นข้อบังคับหรือกฎหมาย และยังมีรายงานล่าสุดที่วิพากษ์วิจารณ์ HAS ว่าล้มเหลวในการจัดตั้งมาตรฐานการรักษาในระดับชาติขึ้นมา

แนวโน้มในการใช้บริการร้องเรียน

ใน NHS มีกลไกการร้องเรียนได้นอกเหนือจากการฟ้องร้อง การร้องเรียนต่อแพทยสภาและการร้องเรียนต่อศาล ในกรณีที่เป็นการดูแลของภาคเอกชนสามารถร้องเรียนต่อแพทยสภาและฟ้องศาลได้ ได้มีการศึกษาพบว่าค่าจ่ายสินไหมทดแทนที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์พยาบาลได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา Health Authorities มีหน้าที่รับผิดชอบในการจ่ายสินไหมทดแทนในกรณีที่แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ถูกฟ้องร้องและจะต้องชดเชยค่าเสียหาย ในอดีตนั้นแพทย์จะต้องจ่ายค่าประกันใน Medical Defense Union ต่างๆหรือองค์กรที่ทำหน้าที่รับประกันความผิดพลาดที่เกิดจากเวชปฏิบัติ และมีการศึกษาพบว่าผู้บริโภคร้องเรียนผ่านองค์กรต่างๆ หลายองค์กรในหลายๆแง่มุมมากขึ้นเรื่อยๆ

ในปี ค.ศ. 1998 ได้มีการพัฒนาข้อมูลของทางราชการที่ชื่อว่า Handling Complaints การจัดการเกี่ยวกับข้อร้องเรียนและการตรวจสอบข้อร้องเรียนใน NHS เอกสารฉบับนี้ชี้ให้เห็นว่าปกติแล้วใน (Harrison 1998)

- ทุกๆการดูแลที่เกี่ยวข้องกับโรคที่เฉียบพลัน 10,000 ราย จะมีข้อร้องเรียนประมาณ 38 ราย
- 6 รายในทุกๆ 10,000 รายที่มีการดูแลในหัตถุฉุกเฉินมักจะมีข้อร้องเรียนโดยเฉลี่ย 1 ราย
- มีข้อร้องเรียนต่อทันตแพทย์ประมาณ 1 ต่อ ทันตแพทย์ 3 คน
- ข้อร้องเรียนประมาณ 2 ใน 3 ได้รับการแก้ไขในส่วนท้องถิ่นภายใน 4 สัปดาห์
- ในส่วนของ Family Health Services มีจำนวนข้อเรียกร้องให้มีการตรวจสอบอย่างอิสระประมาณ 1 ใน 5 ได้รับการส่งต่อไปห้้องค์กรอิสระตรวจสอบ

การจัดการกับข้อร้องเรียน

สภาคุ้มครองผู้บริโภคแห่งชาติ (National Health Consumer Council) ได้ตีพิมพ์รายงาน NHS Complaints Procedures และหลังจากที่มีการใช้ระบบใหม่มาเป็นเวลา 1 ปี พบว่าการแก้ไขปัญหาในท้องถิ่นดูเหมือนว่าจะได้ผลดี ขณะเดียวกันรายงานฉบับนี้ก็พบว่า พนักงานหลายคนจะต้องเปลี่ยนทัศนคติเรื่องการถูกร้องเรียน และทัศนคติต่อผู้ร้องเรียน และในบรรดาข้อร้องเรียนจำนวน 400 ข้อที่มาถึง Health Service Commissioner พบว่า 353 เรื่องเป็นเรื่องร้องเรียนว่าทางหน่วยงานไม่ยอมเสนอเรื่องให้มีการตรวจสอบอย่างอิสระโดยองค์กรอิสระ

แต่ถ้าดูข้อมูลจาก Medical Defense Union ซึ่งได้ทบทวนข้อร้องเรียนต่อ GP นั้น Medical Defense Union ได้ศึกษาข้อร้องเรียนทั้งหมด 2159 ที่เกี่ยวข้องกับ GP ในช่วงเวลา 21 เดือนตั้งแต่เมษายน ค.ศ. 1996 ถึง ธันวาคม ค.ศ. 1997 ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ข้อร้องเรียนส่วนใหญ่ได้รับการ

แก้ไขอย่างเป็นที่น่าพอใจ ณ สถานที่ตั้ง มีข้อร้องเรียนเพิ่มขึ้นมากทีเดียวในช่วงเวลาสั้นๆ นี้ จุดเด่นของรายงานนี้คือ

1. มีการรายงานว่า 92% ของการร้องเรียนได้รับการแก้ไขในระดับท้องถิ่น
2. มีการเพิ่มขึ้นอย่างมากของการร้องเรียน GP ในช่วงเวลาดังกล่าว
3. การไม่สามารถวินิจฉัยหรือวินิจฉัยล่าช้าเป็นเหตุผลหลักของการร้องเรียนแพทย์ GP ซึ่งคิดเป็น 27% ของทั้งหมด
4. 13% ของการร้องเรียนเกี่ยวข้องกับทัศนคติที่ไม่ดีของพนักงานหรือของแพทย์

มีการศึกษาต่อไปพบว่าชาวลอนดอนเป็นผู้ที่ร้องเรียนมากที่สุด ในขณะที่ชาวสกอตแลนด์ร้องเรียนน้อยที่สุด

ในปี ค.ศ. 1998 คณะกรรมการพิเศษเกี่ยวกับการบริหารราชการได้ทบทวนศึกษารายงานเกี่ยวกับเรื่อง Health Service และได้ข้อสรุปว่าถึงแม้ว่าจะมีวิธีใหม่ในการจัดการกับการร้องเรียน แต่โดยพื้นฐานแล้วมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก และที่น่าแปลกใจในรายงานนี้คือ คณะกรรมการได้เสนอว่า ถึงแม้จะมีข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดการร้องเรียนใน NHS ทุกปีนับตั้งแต่ ค.ศ. 1976 แต่จากการตรวจสอบของ Ombudsman (ผู้ตรวจสอบ) ได้พบว่ามีข้อผิดพลาดที่ต้องแก้ไข สรุปว่าสาเหตุเป็นเพราะวิธีการจัดการขั้นพื้นฐานและรวมทั้งภาวะความเป็นผู้นำของผู้บริหารระดับสูงที่จัดการกับเรื่องนี้มีตำ่ อันดับแรกคือจากข้อมูลที่เป็นกลางพบว่า มีตัวอย่างมากมายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลที่ไม่ดี การจัดการไม่ดี และที่น่าเสียใจก็คือบางครั้งเป็นเรื่องง่ายที่จะขอโทษเมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่สิ่งเหล่านี้กลับถูกละเลย ดังนั้นคณะกรรมการจึงมีความรู้สึกเป็นกังวลเกี่ยวกับการบริหารจัดการและความเป็นผู้นำในด้านนี้ มีกรณีที่แย่ไปกว่านั้นคือเมื่อผู้ป่วยฟ้องร้องว่าการบริหารจัดการเกี่ยวกับเรื่องนี้ยังเป็นที่ไม่น่าพอใจ และพบว่ามีจำนวนมากทีเดียวในกรณีที่ตกลงกันไม่ได้เมื่อผู้ป่วยมีการฟ้องร้องเรื่องการละเลยทางการแพทย์ (Medical Negligence) ทางโรงพยาบาลเองมักจะปกป้องอย่างเต็มที่ซึ่งทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมาก

ในปี ค.ศ. 1997 Lord Chancellor's Department เสนอให้มีวิธีการใหม่ในการจัดการกับการฟ้องร้องเรื่อง Clinical Negligence แต่ในขณะเดียวกันได้เสนอให้มีการตั้ง Clinical Disputes Forum ขึ้นมาเพื่อนำผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด รวมทั้งนักกฎหมาย ทนายของ NHS และ Medical Defense Union ต่างๆ และ Negotiation Board เพื่อให้มาตกลงปรึกษาหารือกัน มีการตกลงกันในด้านวิธีการที่จะใช้ในการจัดการกับปัญหา จริงๆ แล้วมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายได้พบกันก่อนที่จะเริ่มต้นกระบวนการจริง ซึ่งในที่สุดอาจจะลดการที่ต้องใช้กระบวนการทางศาลลงได้

Lord Wolf คือผู้ที่เสนอรายงาน Clinical Disputes Forum ได้กล่าวไว้ในรายงานของตนว่า กระบวนการฟ้องร้องทางแพ่งไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟ้องร้องที่เกี่ยวกับ Clinical Negligence ของแพทย์ แม้ว่าการฟ้องร้องจะยุ่งยากเพียงใดก็ตาม แต่ค่าใช้จ่ายและผู้

ประสบความสำเร็จในการฟ้องร้องด้านนี้มีเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นอีก ค่าใช้จ่ายอาจเพิ่มขึ้นถึง 1,000 ล้านปอนด์ได้

ไม่เป็นที่น่าแปลกใจเลยเมื่อรัฐมนตรีสาธารณสุขได้ทำจดหมายถึงทุกคนที่เกี่ยวข้องให้

1. ช่วยแนะนำว่าทำอะไรจึงจะลดการร้องเรียนลง
2. ทำอย่างไรจึงจะทำให้ผู้ป่วยใน NHS มีความคาดหวังจาก NHS อย่างเหมาะสม
3. ทำอย่างไรจึงจะช่วยให้ NHS จัดการกับการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายได้ในกรณีที่เกิดขึ้นจริงๆ

Sir Peter Middleton ได้เสนอแบบ No Fault Compensation Scheme หมายถึงผู้ป่วยควรได้รับการชดเชยถ้าผู้ป่วยได้รับความเสียหายไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม จะได้ไม่ต้องมีการฟ้องร้องว่าใครทำผิด เพราะอย่างไรเสียผู้ป่วยก็ได้รับความเสียหาย เรื่อง No Fault Compensation Scheme นั้นได้รับการสนับสนุนอย่างมากในเวลาต่อมา โดยเฉพาะสมาคมแพทย์ BMA ได้สนับสนุนอย่างเป็นทางการว่า BMA สนับสนุนการชดเชยแบบ No Fault Scheme ที่จะให้ผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากข้อผิดพลาดทางการแพทย์ได้รับการชดเชยโดยไม่ต้องหันไปพึ่งกระบวนการทางศาล ไม่ได้หมายความว่า BMA นั้นส่งเสริมหรือไม่ต้องการให้ผู้ที่ต้องการจะฟ้องร้องแสวงหายุติธรรมดำเนินต่อไปในชั้นศาล ถ้าถึงนั้นเป็นสิ่งที่ผู้นั้นประสงค์ แต่อย่างไรก็ตามรัฐมนตรีสาธารณสุขได้ปฏิเสธวิธีการนี้ เพราะรัฐบาลเองเห็นว่า NHS นั้นควรจ่ายค่าชดเชยก็ต่อเมื่อตัวเองเป็นคนผิด ต้องการจะใช้จ่ายของ NHS ให้กับการดูแลคนไข้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และไม่สามารถจ่ายเงินให้คนไข้ในกรณีซึ่งไม่มีหลักฐานว่า NHS เป็นผู้ผิด

ผู้ตรวจการการบริการสุขภาพ (Health Ombudsman)

บทบาทของผู้ตรวจการได้ขยายกว้างขึ้นตั้งแต่เริ่มมีการก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1973 ผู้ตรวจการสามารถสืบสวนเรื่องร้องเรียนต่างๆ จากประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับการให้บริการของ NHS ผู้ตรวจการไม่สามารถดำเนินการสอบสวนกรณีต่างๆ ซึ่งอยู่ในกระบวนการของศาลได้ ฉะนั้นถ้าจะร้องเรียนก็ต้องไม่ไปถึงกระบวนการของศาล กระบวนการศาลจะเป็นกระบวนการสุดท้ายที่ประชาชนสามารถไปฟ้องร้องโดยอิสระได้ (Allsop 1998)

ผู้ตรวจการเป็นขั้นตอนที่ 3 ของกระบวนการร้องเรียนซึ่งถือว่าใหม่ในปัจจุบันและเพิ่งเริ่มใช้ในปี ค.ศ. 1996 ก่อนหน้านั้นผู้ตรวจการสามารถสืบสวนสอบสวนได้เฉพาะเรื่องที่ไม่เกี่ยวกับทางคลินิกและห้ามตรวจสอบ GPs ด้วย แต่ในสมัยนี้สถานการณ์ได้เปลี่ยนไป ผู้ตรวจการสามารถเสนอแนะเรื่องค่าชดเชยค่าเสียหายต่างๆที่เกิดขึ้น แต่ไม่สามารถบีบบังคับให้ Health Authorities หรือโรงพยาบาลทำตามข้อเสนอแนะนี้ ผู้ตรวจการสามารถที่จะรื้อฟื้นกรณีต่างๆ ขึ้นมาได้ในกรณีที่ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจการไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร อาวุธที่สำคัญของผู้ตรวจการคือการโฆษณา

ประชาสัมพันธ์ ทำให้เป็นข่าว ผู้ตรวจการจะตีพิมพ์ในเอกสารซึ่งตีพิมพ์ปีละ 2 ครั้งและได้รับการตีพิมพ์อย่างกว้างขวางในสื่อมวลชนต่างๆ รายงานของผู้ตรวจการจะได้รับการตรวจสอบโดยคณะกรรมการของรัฐสภาที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และคณะกรรมการนี้ทำให้เกิดการประชาสัมพันธ์ในวงกว้างมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มอำนาจของผู้ตรวจการในทางอ้อม คณะกรรมการของรัฐสภาสามารถเรียก Health Authorities หรือผู้ที่เกี่ยวข้องและซักถามผู้บริหารถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้นและการตอบสนอง ซึ่งทำให้คนที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนนั้นวิตกกังวลใจไปตามๆ กัน ฉะนั้นจึงเกิดแรงกดดันทางจิตใจแม้จะไม่มีแรงกดดันทางกฎหมายก็ตาม

โดยทั่วไปงานของผู้ตรวจการได้รับการยอมรับว่าประสบความสำเร็จพอสมควร การวิพากษ์วิจารณ์เพียงอย่างเดียวเกิดขึ้นจากข้อจำกัดทางอำนาจที่จะบังคับให้มีการชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้น

กระบวนการร้องเรียน

การร้องเรียนที่ได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นใน NHS ในช่วงทศวรรษที่ 1980s และต้นทศวรรษที่ 1990s เหลือแล้วมากกว่า 50,000 ครั้งต่อปี ตัวเลขนี้อาจจะเป็นภาพสะท้อนของการที่ประชาชนอยากจะร้องเรียนมากขึ้นและรู้ว่าควรจะร้องเรียนอย่างไร แต่อย่างไรก็ตามเป็นการสะท้อนให้เห็นว่ามีความไม่พอใจอย่างมากของ NHS รัฐบาลของพรรคอนุรักษนิยมนำโดยนาย John Major นั้นก็รับรู้และวิตกกังวลเกี่ยวกับการร้องเรียนที่เพิ่มมากขึ้นว่า จะทำให้ฝ่ายตรงกันข้ามใช้เป็นอาวุธในการเล่นงานรัฐบาลของตน ดังนั้นรัฐบาลจึงพยายามสร้างกลไกต่างๆ ในการที่จะทำให้การร้องเรียนนั้นจบลงอย่างไม่เป็นทางการในห้องถ้ำ ในขณะที่เดียวกันก็มีความเชื่อมากขึ้นใน NHS ว่าจริงๆ แล้วเราก็สามารถใช้ประโยชน์จากกระบวนการร้องเรียนได้ เพราะมันเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการปรับปรุงบริการ สมาคมวิชาชีพต่างๆ มีความห่วงใยเกี่ยวกับเรื่องกระบวนการร้องเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีที่มีการสืบสวนสอบสวนการร้องเรียนในลักษณะที่เป็นปฏิบัติ ในขณะที่เดียวกันกลุ่มผู้บริหารและผู้ป่วยได้รณรงค์เพื่อให้มีระบบการร้องเรียนที่ง่ายและเป็นมิตรมากขึ้น โดยจะต้องมีองค์กรอิสระเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ทุกคนมีความเห็นร่วมกันว่าการปฏิรูปเป็นสิ่งที่จำเป็น แต่ในอดีตมีหลักฐานว่า การปฏิรูปจะไม่ประสบความสำเร็จถ้าไม่ได้รับความร่วมมือจากองค์กรวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ ความพยายามเบื้องต้นในตอนแรกที่มีการก่อตั้งผู้ตรวจการขึ้นมาเห็นได้ชัดว่าไม่สามารถเข้าไปตรวจสอบเรื่องการรักษาทางการแพทย์ได้

การร้องเรียนในอดีตนั้นทำผ่านหลายช่องทางและสร้างความสับสน เช่นผ่านช่องทางของแพทย์สภา ผู้ตรวจการ ร้องเรียนโดยตรงกับโรงพยาบาล Family Health Services และยิ่งไปกว่านั้นในแต่ละระบบนั้นมีกระบวนการตรวจสอบที่ไม่เหมือนกัน บางระบบไม่สามารถตรวจสอบเรื่องทางแพทย์ บางระบบตรวจสอบเฉพาะเรื่องการบริหาร

ในปี ค.ศ. 1993 มีคณะกรรมการชื่อ Wilson ได้ถูกแต่งตั้งขึ้นมาโดยกระทรวงสาธารณสุขเพื่อศึกษาและรายงานเกี่ยวกับเรื่องกระบวนการร้องเรียน ข้อเสนอของคณะกรรมการชุดนี้ได้รับการ

ตอบสนองโดยทันทีจากรัฐบาลของพรรคอนุรักษนิยม ข้อเสนอแนะนั้นคือให้มีการจัดตั้งระบบที่จะร้องเรียนอย่างบูรณาการ 3 ขั้นตอน ไม่ว่าผู้ป่วยหรือผู้บริโภคร้องเรียนเกี่ยวกับเรื่อง Family Health Services โรงพยาบาล หรือ Community Health Services นอกจากนี้กระบวนการนี้ยังครอบคลุมไปถึงโรงพยาบาลเอกชนที่ทำงานในนามของ NHS ด้วย ระบบนี้ได้ถูกใช้อย่างเป็นทางการในปี ค.ศ. 1996 และมีขั้นตอนดังต่อไปนี้ (Harrison 1998)

ขั้นตอนที่ 1: การแก้ไขในท้องถิ่น (Local Resolution)

คือการพยายามแก้ไขปัญหาลูกค้าให้จบสิ้นภายในท้องถิ่นเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น โดยการแก้ไขนั้นจะต้องยุติธรรม ยืดหยุ่นและปลอดภัยสำหรับผู้บริโภค กรณีการร้องเรียนของ GPs ก็เป็นหน้าที่ของ GPs โดยตรงที่จะแก้ไขปัญหาให้ลูกค้าไป ในกรณีที่มีการร้องเรียนต่อ Health Authorities หรือ Trust นั้น ถ้าเป็นการร้องเรียนเรื่องเล็กน้อย ปัญหาจะถูกแก้ไขโดยพนักงานที่อยู่ด้านหน้า แต่ในกรณีที่เป็นเรื่องใหญ่เรื่องจะถูกส่งขึ้นไปให้ผู้จัดการที่ได้รับมอบหมายให้จัดการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียน หรืออาจจะถึง Chief Executive (CEO)

ถ้าการร้องเรียนกระทำโดยทางเอกสาร ผู้บริหารสูงสุดจะต้องตอบการร้องเรียนนั้นโดยเอกสารเช่นกัน รายงานของผู้ตรวจการจะตั้งข้อสังเกตว่าผู้บริหารสูงสุดหลายรายที่ไม่ทำตามระเบียบนี้ ถ้าการร้องเรียนมาถึงจุดที่จะฟ้องร้องขึ้นศาล กระบวนการตอบสนองในขั้นแรกนั้นจะหยุดไปทันทีโดยอัตโนมัติ

ขั้นตอนที่ 2 : การตรวจสอบอิสระ (Independent Review)

หากผู้ร้องเรียนยังไม่พอใจผลของการแก้ปัญหาในท้องถิ่นหรือ ณ สถานที่เกิดเหตุได้นั้น ก็สามารถเรียกร้องให้มีการตรวจสอบอิสระจากภายนอกได้ กระบวนการนี้ดำเนินการโดยกรรมการที่เป็น Non-executive ของ Health Authorities หรือ Trust ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน ผู้ประสานงานจะปรึกษาประชาชนอิสระคนหนึ่งซึ่งได้มาจากรายชื่อประชาชนที่เหมาะสมที่อยู่ในรายชื่อของ Regional Office ประชาชนคนนี้จะกับผู้ประสานงานท่านนี้จะตัดสินใจร่วมกันว่าได้มีการแก้ไขปัญหามา ณ สถานที่เกิดเหตุอย่างสมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว และนั่นผู้ตรวจสอบอิสระจึงช่วยมีบทบาทในการแก้ไขข้อร้องเรียนนี้ ผู้ร้องเรียนไม่มีสิทธิโดยอัตโนมัติในการเรียกร้องให้เกิดการตรวจสอบอิสระได้ ปัจจัยว่าจะได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับผู้ประสานงานนี้ และผู้ประสานงานนี้สามารถส่งเรื่องกลับไปยังสถานที่เกิดได้เพื่อพิจารณาใหม่ ถ้าหากว่าผู้ประสานงานท่านนี้คิดว่าการตรวจสอบอิสระเป็นเรื่องที่จำเป็น บุคคลที่เป็นประชาชนอิสระที่ถูกเลือกมาจะได้รับการเสนอชื่อจากผู้ประสานงานให้เป็นประธานของคณะกรรมการตรวจสอบอิสระ จากนั้นจะมีบุคคลที่สามเข้าร่วมในคณะกรรมการนี้ ในกรณีของ Trust บุคคลที่สามจะเป็น GP Fundholder ในกรณีของ Health Authorities บุคคลที่สามจะเป็นกรรมการ Non-executive ในกรณีที่เป็นการร้องเรียนต่อ Health Authorities ก็จะเป็นบุคคลหนึ่งที่เป็นประชากรธรรมดาจาก Regional List ในกรณีที่มีการร้องเรียนนั้นเกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์หรือการตัดสินใจทางคลินิก การตรวจสอบอิสระสามารถขอ

ให้มีผู้ประเมินที่มีคุณสมบัติครบเหมาะสมได้ แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญจะต้องมาจากภายนอกพื้นที่ แต่ในตอนเริ่มแรกทีเดียวคณะกรรมการตรวจสอบที่เป็นอิสระสามารถขอคำแนะนำจากแพทย์ภายใน Health Authorities หรือ Trust ที่มีเรื่องราวนั้นเอง แต่แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นจะต้องไม่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนนี้ไม่ว่าทางใดก็ตาม

คณะกรรมการนี้จะทำการสืบสวนสอบสวนตามความเหมาะสม และในที่สุดประธานจะเป็นคนตัดสินใจ การสืบสวนสอบสวนจะต้องกระทำในทางลับเท่านั้น และทุกฝ่ายจะต้องมีโอกาสแสดงความคิดเห็น และคณะกรรมการชุดนี้จะรายงานข้อสรุปและข้อเสนอแนะซึ่งผู้ร้องเรียนและผู้บริหารสูงสุดของสถาบันที่ถูกร้องเรียนจะได้รับด้วย ผู้บริหารนั้นจะต้องเขียนจดหมายถึงผู้ร้องเรียนว่าจะดำเนินการต่อไปอย่างไร

กระบวนการทั้งหมดตั้งแต่ผู้ร้องเรียนขอให้มีการตรวจสอบอิสระจนถึงการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะต่อข้อเสนอแนะของคณะกรรมการอิสระนี้จะต้องเสร็จสิ้นภายใน 120 วันทำการ ถ้าเป็นการร้องเรียน GPs แล้วกระบวนการนี้จะต้องเสร็จสิ้นภายใน 8 สัปดาห์เท่านั้น การแก้ไขปัญหาให้เสร็จสิ้นภายในท้องถิ่นให้ลุล่วงไปและเป็นการร้องเรียนต่อ Health Authorities หรือ Trust จะต้องเสร็จสิ้นภายใน 4 สัปดาห์ หรือไม่เกิน 10 วันทำการในกรณีที่ร้องเรียนต่อ GPs ขณะเดียวกันก็ยังมีข้อจำกัดสำหรับผู้ร้องเรียนด้วยคือ การร้องเรียนจะต้องร้องเรียนภายใน 6 เดือนหลังจากที่รู้เรื่องและเริ่มรับทราบว่ามีปัญหาเกิดขึ้น ผู้ร้องเรียนสามารถใช้ขั้นตอนที่สองคือให้มีกระบวนการตรวจสอบอิสระได้และจะต้องทำภายใน 28 วันหลังจากที่ไม่พอใจต่อผลของการแก้ไขปัญหา ณ ที่เกิดเหตุ

ขั้นตอนที่ 3: ร้องเรียนผ่านผู้ตรวจการสุขภาพ (Health Ombudsman)

ดังที่กล่าวมาข้างต้นว่าขณะนี้ผู้ตรวจการสุขภาพมีอำนาจหน้าที่ที่จะสามารถตรวจเรื่องการรักษาทางคลินิกหรือทางการแพทย์ได้ กระบวนการนี้เกิดขึ้นเมื่อผู้ร้องเรียนไม่พอใจใน 2 ขั้นตอนแรกและขณะเดียวกันพนักงานของ NHS ก็มีสิทธิที่จะร้องเรียนต่อผู้ตรวจการได้ ถ้าคิดว่าข้อร้องเรียนของผู้ร้องเรียนนั้นไม่เป็นเหมาะสมหรือยุติธรรม

ความสำเร็จของกระบวนการร้องเรียนขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย คือ

1. สาธารณะจะต้องรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการนี้ว่าจะร้องเรียนอย่างไร รู้ระยะเวลาและวิธีการร้องเรียน
2. ความมีประสิทธิภาพของการแก้ปัญหา ณ ที่เกิดเหตุเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในกระบวนการร้องเรียน เพราะจะมีผลต่อขั้นตอนถัดไป ถ้าขั้นตอนแรกไม่ได้รับการใช้อย่างถูกต้องครบถ้วน ขั้นตอนต่อไปก็จะมีงานหนักมากขึ้น แล้วประสิทธิภาพที่ได้จะน้อยลง
3. กระบวนการที่คณะกรรมการอิสระ และการตอบสนองของผู้บริหารของสถาบันที่ถูกร้องเรียน หรือบุคลากรฝ่ายวิชาชีพต่อข้อเสนอแนะของคณะกรรมการอิสระชุดนี้

ขณะนี้ยังเร็วเกินไปที่จะสรุปว่าระบบใหม่นี้ได้ผลหรือไม่ ถึงแม้ว่าจะมีหลักฐานในแง่บวกบ้าง เช่นพบว่าผู้บริหารและบุคลากรสายวิชาชีพให้ความสนใจและให้คุณค่ากับการร้องเรียนมากขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามมีบางคนที่ยพยายามอย่างยิ่งที่จะหยุดยั้งกระบวนการนี้ซึ่งเป็นการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข (Allsop 1998)

บทที่ 10

บทวิเคราะห์และบทเรียนสำหรับประเทศไทย

เราสามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า การปฏิรูประบบสุขภาพนั้นมีหัวข้อหลัก 2 เรื่อง (Holliday 1995) คือ

1. การเงินที่ใช้ในการสนับสนุนระบบสุขภาพ (Funding)
2. การบริการ (Delivery)

1. การเงินที่ใช้ในการสนับสนุนระบบสุขภาพ (Health Care Funding)

NHS ได้รับเงินสนับสนุนจากภาษี คณะกรรมการของนางแทตเชอร์ที่ก่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพปี ค.ศ. 1990 ไม่ได้เปลี่ยนแปลงนโยบายการให้เงินสนับสนุน NHS เลย และการที่การให้เงินสนับสนุน NHS ด้วยเงินภาษีเป็นนโยบายเดียวที่ทุกส่วนและทุกพรรคการเมืองมีความเห็นตรงกันเป็นเสียงเดียว อย่างไรก็ตามสาธารณชนก็ยังแสดงความไม่พอใจต่อการให้เงินสนับสนุน NHS อยู่ดี โดยกล่าวหาว่ารัฐบาลยังให้เงิน NHS ไม่เพียงพอ ประชาชนหันไปใช้บริการประกันสุขภาพจากเอกชนมากขึ้น

หากเราลองพิจารณาว่า ถ้า NHS ยังคงดำเนินงานต่อไปโดยจะให้ฟรี ณ จุดบริการ (Free at the point of use) ระบบการให้เงินสนับสนุนจะมีทางเลือกอย่างไรได้บ้าง

1. รัฐให้เงินสนับสนุน NHS ด้วยเงินภาษีทั่วไป

NHS ใช้ระบบนี้อยู่โดยเกิดประโยชน์มากมาย เช่น ต้นทุนในการเก็บภาษีทั่วไปต่ำ และถูก กระทรวงการคลังสามารถควบคุมงบประมาณการใช้จ่ายเงินเกี่ยวกับสุขภาพได้ โดยมีให้มีการใช้จ่ายเงินทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นจนมากเกินไป ดังเช่นที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา รวมทั้งการที่รัฐบาลเป็นศูนย์กลางในการจัดงบประมาณ จึงสามารถก่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการโยกย้ายงบประมาณและจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่จะต้องทำได้ นอกจากนี้กระทรวงการคลังยังสามารถหาเงินฉุกเฉินมาช่วยได้เมื่อจำเป็น แต่ถ้าจำเป็นอย่างยิ่งยวดแล้วก็ยังสามารถหาเงินด้วยการเพิ่มภาษีทั่วไปได้ และถือว่าเป็นความยุติธรรมในสังคมด้วย

กระนั้นก็ตามในระบบนี้ก็มีข้อด้อยบางประการคือ

1. รัฐไม่ค่อยตอบสนองต่อข้อเรียกร้องของสังคมมากนัก เพราะรัฐถือว่าปัญหาของระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาหลายอย่างของประเทศ มีปัญหาที่สำคัญกว่าเช่นปัญหาทางเศรษฐกิจ จะได้รับการจัดให้มีความสำคัญก่อนอยู่ดี
2. การที่รัฐให้สวัสดิการทำให้ประชาชนมีข้อจำกัดในการเลือกระบบสุขภาพ

ถึงแม้ว่าเมื่อเปรียบเทียบแล้วจะเห็นว่าผลประโยชน์มีมากกว่า แต่เราก็มีอาจคิดว่าข้อด้อยทั้งสองข้อนี้ไม่สำคัญ โดยเฉพาะในข้อแรกที่ NHS มักถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าไม่ค่อยตอบสนองต่อสังคม เนื่องจากรัฐบาลให้ความสำคัญกับด้านอื่นมากกว่า

2. ระบบระบบภาษีสุขภาพ (Health Tax)

วิธีนี้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่นอกเหนือจากวิธีภาษีทั่วไป วิธีนี้เกิดขึ้นโดยรัฐบาลเก็บภาษีแยกเฉพาะสำหรับสุขภาพและระบุชัดเจนว่าภาษีส่วนนี้จัดเก็บเพื่อระบบสุขภาพแทนที่กระทรวงการคลังจะเป็นผู้จัดสรรงบประมาณประจำปีโดยไม่ทราบว่า NHS จะได้เท่าไร วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้การแบ่งออกอย่างชัดเจนตั้งแต่ต้น วิธีนี้มีประโยชน์คือ ประชาชนได้รู้และไม่บ่น รัฐบาลจะได้อธิบายและวางแผนเกี่ยวกับภาษีสุขภาพและการใช้จ่ายทางด้านสุขภาพได้ดีขึ้นกว่าเดิม และเป็นวิธีที่เป็นประชาธิปไตยคือประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้นในการกำหนดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ แต่ข้อเสียของวิธีนี้คือความยืดหยุ่นในการโยกย้ายงบประมาณมีน้อย และค่าใช้จ่ายอาจจะถูกใช้ในส่วนที่ไม่จำเป็นโดยใช้เนื่องจากไปตามกระแสสังคมได้ ยังมีปัญหาอื่นๆ ที่ยังมีอยู่จากการใช้วิธีนี้คือ

1. ปัญหาทางด้านภาคปฏิบัติและการเมือง

ไม่มีรัฐบาลใดจะปล่อยให้ตนสูญเสียการควบคุมงบประมาณ โดยเฉพาะงบประมาณก้อนใหญ่ ถ้าใช้วิธีนี้กระทรวงการคลังจะไม่มีอำนาจในการจัดสรรเงินเลย

2. มีความไม่แน่นอน

การทำเช่นนี้จะทำให้การให้เงินสนับสนุนระบบสุขภาพไม่แน่นอน ขึ้นๆ ลงๆ มากเกินไป คือในช่วงที่เศรษฐกิจดีอาจจะจัดเก็บภาษีได้มาก ในช่วงที่เศรษฐกิจตกต่ำอาจจัดเก็บได้น้อยลง แต่มีผู้คัดค้านว่า ถ้าเป็นกรณีนั้นรัฐบาลก็ควรอธิบายให้ประชาชนฟัง และเพิ่มภาษีสุขภาพให้มากขึ้น แต่รัฐบาลในยุคนั้นคงไม่เป็นที่นิยมของประชาชน

มีผู้เสนอว่าระบบนี้จะระบบในการให้เงินสนับสนุน NHS ที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับระบบเก่า เพราะนอกจากจะตอบสนองต่อประชาชนและเป็นประชาธิปไตยมากกว่า

3. ระบบประกันสังคม (Social Insurance)

ระบบนี้คล้ายๆ กับระบบภาษีสุขภาพ และเป็นระบบที่ใช้กันมากในทวีปยุโรป ถึงแม้ว่าระบบนี้จะคล้ายกับระบบภาษีสุขภาพ แต่ก็มีความแตกต่างระหว่างระบบการเก็บภาษีกับระบบประกันสังคม การใช้ภาษีเป็นการยืนยันว่าทุกคนมีสิทธิได้รับการทางสุขภาพโดยหลักการของความเป็นประชาชน (Citizenship) และไม่ได้คำนึงถึงว่าทุกคนจะต้องจ่าย ในขณะที่ระบบประกันนั้นจะผูกพันเกี่ยวข้องระหว่างผู้จ่ายกับผู้มีสิทธิได้รับประกันสุขภาพ

และระบบประกันจะคำนึงถึงความเลียงด้วย รัฐบาลอังกฤษไม่นิยมระบบประกันเพราะหลักการในการก่อตั้ง NHS ตั้งแต่ต้นคือ จะต้องเป็นระบบสุขภาพที่ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการ

4. ระบบประกันสุขภาพโดยเอกชน

ระบบนี้เป็นระบบที่ใช้กันมากในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีบริการต่างๆที่แตกต่างกันไปแต่ละบริษัทประกัน แต่สิ่งที่เป็นปัญหาที่สุดในระบบประกันโดยภาคเอกชนคือเรื่องของศีลธรรม ประเทศสหรัฐอเมริกาใช้ระบบนี้ ถึงแม้ว่ารัฐบาลอเมริกาจะเข้ามาสนับสนุนระบบประกันที่จัดทำโดยภาครัฐก็ตาม แต่ชาวอเมริกันประมาณ 35 ล้านคนก็ยังไม่มีการประกันสุขภาพอยู่ดี ในประเทศอังกฤษมีความเชื่อกันว่ารัฐบาลโดยเฉพาะในสังคมที่พัฒนาแล้ว จะต้องไม่ยอมให้ประชาชนแม้แต่คนเดียวหลุดรอดจากการไม่มีการประกันสุขภาพได้เลย ฉะนั้นถือว่าประชาชนไม่มีสิทธิเลือกในเรื่องนี้คือทุกคนจะต้องได้รับการครอบคลุมในเรื่องของสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพส่วนบุคคลหรือเอกชนมีปัญหาใหญ่คือ เรื่องของค่าใช้จ่ายจากการที่ระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมากเนื่องจากระบบประกันแบบเอกชนนั่นเอง สาเหตุคือมีการเชื่อมโยงระหว่างผลประโยชน์ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ นั่นคือมีแรงจูงใจให้รักษา (Incentive to treat) พบว่าในระบบของสหรัฐอเมริกานั้น แพทย์มีความอยากที่จะรักษาเนื่องจากแพทย์จะได้รับการจ่ายเงินเมื่อมีการให้บริการเกิดขึ้น นั่นคือถ้าให้การรักษายิ่งมากเท่าไรก็จะได้รับเงินมากขึ้นเท่านั้น ฉะนั้นรัฐบาลอังกฤษถือว่า การใช้ระบบนี้เป็นวิธีการที่ไม่ถูกต้องในการที่จะจัดการบริหารระบบสุขภาพ อังกฤษไม่เคยเปลี่ยนแปลงนโยบายนี้เลยไม่ว่าจะเป็นรัฐบาลของพรรคแรงงานหรือรัฐบาลของพรรคนิยม แม้ว่าระบบประกันเอกชนจะช่วยให้ประชากรมีทางเลือกมากขึ้นก็ตาม

เป้าหมายทางสุขภาพ (Health Target) (Harrison 1998)

จากปัญหาเรื่องการให้เงินสนับสนุนไม่เพียงพอ ทำให้เกิดกระบวนการคิดที่ว่าทำอะไรก็จะทำให้คนเจ็บป่วยน้อยลง ทำอย่างไรจึงจะบรรลุเป้าหมายทางสุขภาพ รัฐบาลอังกฤษได้เริ่มตอบสนองโดยการประกาศนโยบาย *The Health of the Nation* ในปี ค.ศ. 1992 นโยบายนี้ได้ประกาศเป้าหมายทางสุขภาพดังต่อไปนี้ :

1. ลดอัตราการตายจาก Coronary Heart Disease และ Stroke ลง 40% ภายในปี ค.ศ. 2000
2. ลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านม ลง 25 % ภายในปี ค.ศ. 2000
3. ลดอัตราการตายจากมะเร็งปอด ลง 30 % ในผู้ชาย และ 15 % ในผู้หญิง ภายในปี ค.ศ. 2000
4. ลดอัตราการฆ่าตัวตายลง 15 % ภายในปี ค.ศ. 2000

5. ลดการตายจากอุบัติเหตุลง 33 % ในผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี และลดลง 25 % ในผู้ที่อายุ 15 – 25 ปี ภายในปี ค.ศ 2005 และอื่นๆ อีก

สิ่งที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายทางสุขภาพคือ การป้องกันโรค (Disease Prevention) ซึ่งทำให้เวชศาสตร์ชุมชน (Public Health) มีความสำคัญมากขึ้น มีการมุ่งเน้นในด้านการป้องกันโรคมกกว่าการรักษาโรค เพราะเมื่อคิดแล้วจะทำให้ประหยัดเงินได้มากกว่ามาก

2. การบริการ

ถ้าเรารู้จากวิวัฒนาการจะพอสรุปได้ว่า การบริหารจัดการเริ่มต้นจากบริหารแบบไร้ทิศทาง มาสู่การบริหารที่มียุทธศาสตร์มากขึ้น และในที่สุดก็นำไปสู่การใช้ระบบการตลาดที่มีการแข่งขันกันอย่างมีการจัดการ (Managed Competition) เมื่อรัฐบาลแรงงานได้เข้ามามีอำนาจตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 คำขอดนิยมนี้อาจเรียกว่า “คุณภาพ”

ในเรื่องของการบริการ Professor Klein (Klein 1998) ได้สรุปสาระสำคัญเรื่องใครเป็นผู้จัดการให้บริการ โดยกล่าวถึงรูปแบบ 2 รูปแบบใหญ่ๆ คือ ระบบวัด และระบบอยู่ซ่อมมรด ระบบสุขภาพแบบแรกคือแบบที่เรียกว่า Church หรือแบบวัด ถือว่าผู้ให้บริการรู้ดีที่สุด เป็นการให้เปล่าจากรัฐ เป็นลักษณะเหมือนพ่อปกครองลูก แพทย์เปรียบเหมือนผู้รู้หรือพ่อ และผู้รับบริการคือลูก

อีกรูปแบบหนึ่งคือระบบอยู่ซ่อมมรด โดยอาศัยความเชื่อที่ว่าร่างกายของคนเราเปรียบเสมือนรถ เมื่อร่างกายเสียหรือต้องการซ่อมแซมก็พาไปที่อู่รถ ซึ่งอยู่ซ่อมมรดก็ควรจะมีการแข่งขันกัน โรงพยาบาลก็ควรทำหน้าที่เหมือนอยู่ซ่อมมรด มีการแข่งขันกัน ไม่ต้องคำนึงถึงด้านจิตใจมากนักเพราะร่างกายก็คือเครื่องยนต์กลไก

ในที่สุดเราจะพบว่าทั้งสองแบบมีข้อดีและข้อเสียของตัวเอง การที่แพทย์ถือว่าตนเองรู้ดีที่สุดแล้วสั่งการหรือปฏิบัติต่อผู้รับบริการเหมือนหนึ่งว่าเขาไม่ควรมีปากมีเสียง เพราะแพทย์รู้ดีกว่าใครๆ สิ่งนี้น่าจะก่อให้เกิดปฏิกิริยา ทำให้ระบบสุขภาพต้องหันไปหาระบบ “อยู่ซ่อมมรด” มากขึ้น ฉะนั้นเราจึงควรใช้ทั้งสองระบบร่วมกันให้มีคุณภาพอย่างดี

บทบาทของผู้บริโภค

ขณะนี้พบว่าผู้บริโภคในอังกฤษมีบทบาทมากขึ้น โดยการได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้น มีช่องทางในการแสดงบทบาทและการร้องเรียนมากขึ้น กล่าวโดยสรุปคือมีอำนาจต่อรองเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่า การที่ผู้บริโภคมากขึ้นจะทำให้แพทย์มีอำนาจลดลง สมการหาเป็นเช่นนั้นไม่ กระบวนการตรวจสอบแพทย์ด้วยตนเองโดยวิธีประกันคุณภาพต่างๆ ยังคงเป็นวิธีการเพิ่มอำนาจผู้บริโภคทางอ้อม และลดอำนาจแพทย์โดยตรง

การผลิตและพัฒนากำลังคน

แม้กระทั่งในอังกฤษเองก็ยังมีปัญหาในการวางแผนและพัฒนากำลังคน เนื่องจากเป็นสิ่งที่ไม่ได้คิดมาตั้งแต่ต้นเมื่อก่อตั้ง NHS เพิ่งเริ่มคิดและวางแผนอย่างจริงจังในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาเท่านั้น คงจะต้องเป็นบทเรียนที่สำคัญสำหรับประเทศไทยด้วย

การควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยี

เป็นที่น่าสังเกตว่าอังกฤษไม่มีกฎหมายควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยี แต่ใช้วิธีทางด้านการเงินและการประเมินความจำเป็นของเทคโนโลยีโดยองค์กรหลายองค์กร ซึ่งส่งผลให้มีแรงกดดันให้มีการควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยีราคาแพงทางอ้อม

ผลของการปฏิรูป

ในการที่เราจะประเมินวิเคราะห์ว่า การปฏิรูปได้ผลหรือไม่ ในที่นี้จะขอพิจารณาโดยใช้บริบทของการปฏิรูป 1990 เป็นหลัก เนื่องจากเป็นการปฏิรูปครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด

ในนโยบาย *White Paper “Working for Patients”* มีวัตถุประสงค์สำคัญ 2 ประการคือ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ว่าจะอยู่ที่ใดของประเทศได้รับการบริการสุขภาพที่ดีและมีทางเลือกในการบริการมากขึ้น
2. เพื่อให้พนักงานที่ทำงานอยู่ใน NHS นั้นมีความพึงพอใจมากขึ้น และสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นในท้องถิ่นได้อย่างประสบความสำเร็จ

กล่าวโดยสรุปคือ ทั้งผู้บริหารและผู้ให้บริการจะต้องได้ประโยชน์จากการปฏิรูปครั้งนี้

(Klein 1998)

จากข้อมูลที่มีจนถึงปัจจุบัน เราจะวิเคราะห์ว่าการปฏิรูปครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่

1. ในด้านของผู้ป่วย

ข้อมูลทั้งหมดชี้ให้เห็นว่า การปฏิรูปครั้งนี้ไม่สามารถจะบรรลุวัตถุประสงค์ในด้านนี้ การคอยการรักษา (waiting list) ก็ยังเหมือนเดิม และเพิ่มมากขึ้นด้วยซ้ำจนเป็นประเด็นใหญ่ทางการเมือง ผู้ป่วยไม่ได้มีทางเลือกมากขึ้นนัก เนื่องจากเมื่อมีงบประมาณจำกัด District Health Authority ไม่ได้มีพฤติกรรมเลือกซื้อบริการเปลี่ยนไปจากเดิมเท่าใด เนื่องจาก District Health Authority มีสายสัมพันธ์ที่ดี กับโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตท้องถิ่นมายาวนาน ระบบการตลาดยังก่อให้เกิดปรากฏการณ์ “Skimping”, “Skimming” and “Rationing” (Holliday 1995)

การเลือกแต่ของดี (Skimming)

Skimming คือการดึงเอาของที่อยู่ที่ผิวหน้าออกไป ในความหมายทางการตลาดหมายถึง ผู้ซื้อบริการสุขภาพจะเลือกผู้ป่วยไข้ที่มีสุขภาพค่อนข้างดี และมีค่าใช้จ่ายน้อยเพื่อจะได้ประหยัดและ

เหลือเงิน ดังเช่นที่เกิดขึ้นในกรณีของ GP Fundholders เนื่องจากจะได้อะไรโดยไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากนัก และในกรณีที่มีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation Fee) วิธีแก้ปัญหานี้คือ

1. ให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือก GP
2. การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation Fee) จะต้องมีการให้น้ำหนักตามอายุ ประวัติของครอบครัว ประวัติทางการแพทย์ อาชีพ ฯลฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อที่จะให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้รับการครอบคลุมด้วย

การจำกัดจ่าย (Skimping)

Skimping คือ การที่ผู้ซื้อและผู้ให้บริการมีการตกลงกันว่าจะลดค่าใช้จ่ายของการรักษา โดยการประหยัดการรักษาหรือให้การรักษาที่ไม่เต็มที่ สิ่งนี้เป็นปัญหาอย่างมากในระบบการตลาดของระบบสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะรู้ว่าการรักษาที่ได้นั้นดีหรือไม่ อย่างไรก็ตาม มีผู้เถียงว่าในระบบการตลาดซึ่งมีการแข่งขันกันเพื่อชิงลูกค้าจะช่วยป้องกันปัญหานี้ได้ส่วนหนึ่ง แต่ก็มีผู้คัดค้านในอีกแง่หนึ่งว่า ในกรณีที่มีการแข่งขันกันเกิดขึ้นจริงๆ แล้วผู้ให้บริการรวมหัวกัน คนที่จะต้องรับกรรมคือผู้ซื้อบริการ

ปัญหา Skimping จะมีผลอย่างมากต่อผู้ใช้บริการที่ยากจน ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมและไม่เรียกร้องมากนัก มันจะบั่นทอนรากฐานและหลักการที่สำคัญของ NHS คือความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในการบริการสุขภาพ วิธีการหนึ่งที่ใช้ในการแก้ปัญหา Skimping คือ การตรวจสอบทางการแพทย์ (Medical Audit) และการประกาศให้ผู้ป่วยรู้จักสิทธิของตัวเองและมีข้อมูลเกี่ยวกับการรักษามากขึ้น

การแบ่งสรรปันส่วน (Rationing)

Rationing คือการแบ่งสรรปันส่วนทรัพยากรเพื่อประชาชนในประเทศนั้น เมื่อเงินมีจำกัด การเรียกร้องสูง ความต้องการสูง ความจำเป็นสูง สิ่งที่จะทำได้คือจะต้องมีระบบการคิดเกี่ยวกับลำดับความสำคัญของการบริการ เช่นควรจะรักษาคนสูงอายุหรือเด็กก่อน โรคมะเร็งมีลำดับความจำเป็นในการรักษาขั้นพื้นฐานก่อน (Core Service) การทำศัลยกรรมตกแต่ง (Plastic Surgery) การลดความอ้วน ควรจะครอบคลุมด้วยหรือไม่ ระบบบัญชียาหลักแห่งชาติก็อยู่ในส่วนหนึ่งของการแบ่งสรรปันส่วน (Rationing) เช่นเดียวกัน

ใครจะเป็นผู้ตัดสินใจเรื่องเหล่านี้ --- รัฐบาล แพทย์ ประชาชน หรือใครดี ในโลกนี้มีระบบการคิดหลายแบบ Health Authority บางแห่งไม่จ่ายเงินสำหรับคำรักษาบางอย่างเช่น การผ่าตัดรักษาเส้นเลือดขอด (Varicose Vein surgery) การลบรอยสัก (Tattoo removing) หรือ การผ่าฟันคุด (Wisdom tooth removing) หรือ การทำเด็กหลอดแก้ว (In vitro fertilization) โดยที่ประชาชนจะต้องจ่ายเอง

ในอังกฤษมีการฟ้องร้องถึงขั้นศาลเป็นกรณีตัวอย่างแล้วคือ กรณีที่ศาลตัดสินว่า Health Authority ของ Cambridge and Huntingdon Health Commission กระทำถูกแล้วที่ปฏิเสธการรักษา

เด็กผู้หญิงอายุ 10 ปีซึ่งกำลังจะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) เนื่องจากเด็กคนนี้มีโอกาสรอดเพียง 2 % เท่านั้น กรณีนี้ได้ก่อให้เกิดการถกเถียงกันอย่างมากกว่า การแบ่งสรรปันส่วนนั้นควรจะคิดอย่างไร ในที่สุดก็ยังไม่มีความคืบหน้า

ฉะนั้นจึงถือได้ว่าการปฏิรูป NHS ค.ศ. 1990 ไม่บรรลุวัตถุประสงค์แรกที่ว่าผู้ป่วยจะได้รับการบริการสุขภาพที่ดีและมีทางเลือกในการบริการมากขึ้น Professor Klein (Klein 1998) สรุปว่าการปฏิรูปก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผิวเผิน เช่น โรงพยาบาลสวยขึ้น สถานที่รอกคอยของคนไข้ดีขึ้น พนักงานต้อนรับพูดสุภาพมากขึ้น แต่แพทย์จะให้บริการดีขึ้นอย่างไรก็ยังไม่สามารถตรวจสอบได้จริง

2. ในด้านพนักงาน NHS มีความสุขมากขึ้นกับการทำงานจริงหรือ

ข้อมูลที่มีสำรวจพบว่าไม่เป็นความจริง ในทางตรงกันข้าม แพทย์มีการต่อต้านมากขึ้น ส่วนพนักงานสายอื่นก็มีกำลังใจน้อยลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมามีเป็นระลอก โดยพวกเขาไม่รู้สึกว่าจะได้รับประโยชน์อะไร นอกจากต้องมียานการกรอกบันทึกข้อมูล มีกระดาษมากขึ้นหลายคนถึงกับกล่าวว่า NHS ยุคนี้ทำงานกับกระดาษมากกว่าผู้ป่วย (Rivett 1998)

บทเรียนสำหรับประเทศไทย

นักวิชาการหลายท่านในประเทศอังกฤษกล่าวว่า การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นโรคระบาดที่ระบาดอยู่ในโลกของเราในปัจจุบัน ประเทศไทยของเราก็หนีไม่พ้นการติดเชื้อโรคระบาดอันนี้ ทั้งนี้หมายความว่า การปฏิรูปไม่ดี แต่การที่ผู้รู้กล่าวเช่นนี้เราควรมาพิจารณาว่า เราได้รับบทเรียนอะไรจากประวัติศาสตร์ของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศอังกฤษบ้าง ขอสรุปเป็นข้อดังต่อไปนี้ :

1. การปฏิรูปเป็นสิ่งที่ไม่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากสถานการณ์ต่างๆ รอบด้านผลักดันให้เกิดการปฏิรูปขึ้นเองโดยธรรมชาติ โดยอาศัยการเคลื่อนไหวกลไกต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคม
2. การปฏิรูปเกิดขึ้นได้เร็วถ้าใช้การเมืองนำ แล้วออกกฎหมายตาม
3. ประวัติศาสตร์อันยาวนานของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศอังกฤษชี้ให้เห็นว่าการปฏิรูปมิได้ทำให้ทุกอย่างดีขึ้นอย่างที่คาดหวัง แต่ถ้ามองอย่างยุติธรรม มันก็ไม่ได้ทำให้ทุกอย่างเลวลง
4. สิ่งที่น่าสนใจคือ ทำไมประเทศอังกฤษจึงใช้ระบบภาษีทั่วไปในการสนับสนุนระบบสุขภาพ นโยบายนี้ได้รับการสนับสนุนโดยทั้งรัฐบาลซึ่งมีความคิดแบบระบบทุนนิยม เช่น พรรคอนุรักษ์นิยม และรัฐบาลที่มีความคิดเรื่องรัฐสวัสดิการ คือ พรรคแรงงาน แม้กระทั่งจนถึงปัจจุบันนี้ในการปฏิรูปทุกครั้งไม่มีความคิดเห็นนอกเหนือจากการใช้ระบบภาษีรวมทั่วไปในการสนับสนุนระบบสุขภาพ ทั้งๆ ที่ประเทศอังกฤษอยู่ในยุ

ยุโรป ซึ่งประเทศในยุโรปส่วนใหญ่จะใช้ระบบประกันสังคม จึงเกิดคำถามที่น่าสนใจว่า ระบบภาษีรวมนี้น่าจะมีข้อดีในการทำให้ระบบสุขภาพของอังกฤษมีประสิทธิภาพหรือไม่ ระบบภาษีจึงไม่เป็นที่นิยมในประเทศที่พัฒนาแล้วในยุโรป และประเด็นเหล่านี้จะนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยอย่างไร เช่น โครงสร้างฐานภาษี ภาษีทางตรงและทางอ้อมซึ่งต้องได้รับการปฏิรูปเช่นกัน รวมทั้งความเสมอภาคของการรับภาระทางสังคม

5. จะต้องมีการวางแผนอย่างเป็นระบบในเรื่องของการเตรียมกำลังคนสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต
6. จะต้องมีการควบคุมและกำกับการใช้เทคโนโลยีการแพทย์ราคาแพงจากส่วนกลาง ทั้งนี้โดยคำนึงถึงผลการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่า
7. จะต้องส่งเสริมให้ผู้บริโภคและประชาชนมีบทบาทมากขึ้น โดยผ่านองค์กรอิสระต่างๆ รวมทั้งการให้การศึกษาและข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยให้ผู้บริโภคมีอำนาจมากขึ้น
8. จะต้องมีการรื้อระบบการร้องเรียนที่เป็นระบบที่สาธารณะทั่วไปรับรู้และเข้าถึงได้

บทที่ 11

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บทสรุป

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยล่าสุดอาศัยกลยุทธ์สองประการคือ

1. การใช้ศาสตร์การบริหารจัดการ (Managerialism) NHS ให้มีประสิทธิภาพ
2. ระบบการตลาดภายใน (Internal Market Mechanism)

ตั้งแต่ ค.ศ. 1990 รัฐบาลได้ใช้ระบบการตลาดภายใน (Internal Market) ใน NHS โดยที่ NHS ได้ถูกแบ่งให้มีหน้าที่สองด้านคือ ด้านหนึ่งเป็นผู้ซื้อ อีกด้านหนึ่งเป็นผู้ให้บริการ โดยผูกพันกันด้วยสัญญา (Contract)

การปฏิรูประบบสุขภาพของ NHS ในปี ค.ศ. 1990 ถือว่าเป็นการปฏิรูปที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมายอย่างถอนรากถอนโคน มีนักวิชาการพยายามประเมินผลของการปฏิรูปครั้งนี้ และได้ข้อสรุปว่าผลของการปฏิรูปนั้นยังไม่ได้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างแท้จริงนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ของการบริการทางสุขภาพ จริงอยู่โรงพยาบาลได้รับการตกแต่งให้สวยงาม ผู้ป่วยบางคนที่อยู่กับ GP Fundholders ได้รับการรักษาที่เร็วขึ้น มีทางเลือกมากขึ้น แต่การปฏิบัติของแพทย์ต่อผู้ป่วยก็ยังคงเป็นเหมือนเดิม Waiting List กลับยาวนานขึ้นถึงแม้รัฐบาลได้ทุ่มเงินแล้วและตั้งเป้าหมายว่าจะลด Waiting List ลงให้ได้ แต่ก็ดูเหมือนว่ายังไม่ประสบความสำเร็จ ขวัญและกำลังใจของบุคลากรที่ทำงานอยู่ใน NHS เริ่มสั่นคลอนและอยู่กับความไม่แน่นอน มีการต่อต้านจากแพทย์เป็นอย่างมาก มีการแตกแยกของระบบการให้บริการออกเป็นส่วนๆ เนื่องจากต่างคนต่างเป็นอิสระและต้องการจะเอาตัวรอดในบรรยากาศของการแข่งขันทั้งสิ้น และประเด็นที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะใช้ระบบตลาด แต่ในความเป็นจริงระบบตลาดก็ได้เป็นระบบตลาดที่เสรีแบบเอกชนอย่างแท้จริง เนื่องจากรัฐบาลมีเงินให้จำกัด เมื่อ Health Authority หรือผู้ซื้อหมดเงินซึ่งมักจะหมดประมาณกลางปี การดำเนินงานต่อไปในการซื้อบริการทางสุขภาพก็จบสิ้นลงและไม่สามารถเคลื่อนไหวอะไรต่อได้มากนัก

ถึงแม้ว่าจะมีการใช้ระบบการตรวจสอบ ระบบประกันคุณภาพ พยายามที่จะพัฒนาองค์กรของ NHS ให้มากขึ้น ไม่ว่าจะเป็น TQM, Hospital Accreditation, Quality Assurance ระบบต่างๆ แต่ประชาชนก็ยังไม่รู้สึกถึงผลกระทบของคุณภาพที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง (Ranade 1997) ถึงแม้ว่าจะมีผู้กล่าวว่า การปฏิรูปครั้งนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับผิว แต่ก็ยังไม่ถึงรากเหง้าของ NHS นั่นคือการที่ประชาชนพอใจในการบริการของแพทย์อย่างเต็มที่ การปฏิรูปครั้งนี้ถือเป็นนิมิตหมายที่ดีเมื่อเทียบกับในอดีต เพราะประชาชนมีทางเลือกมากขึ้น แพทย์ถูกตรวจสอบและเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น แพทย์ถูกลดอำนาจและจะต้องอธิบายในสิ่งที่ตนกระทำมากขึ้น (Klein 1998)

ข้อเสนอแนะ

1. ให้มีการศึกษาประวัติศาสตร์การปฏิรูปสุขภาพอย่างละเอียด

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย เรามักจะมีความเชื่อว่า การปฏิรูปคือการทำให้ระบบที่เป็นอยู่นั้นดีขึ้นในด้านต่างๆ และมักจะพูดว่าจะต้องทำให้เห็นองค์รวมทั้งหมด แต่เมื่อทำจริงๆ แล้ว มักจะเป็นการเสนอแนะที่ไปไม่ถึงรากเหง้าของปัญหา เนื่องจากไม่ได้ศึกษาประวัติศาสตร์ให้ถ่องแท้

จากรายงานนี้จะเห็นว่า การปฏิรูประบบสุขภาพของอังกฤษในรอบ 50 ปีที่ผ่านมา เป็นการแก้ปัญหาที่มีจุดตั้งต้นมาตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง NHS เลย และระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบันดูเหมือนว่าจะไม่แตกต่างจากระบบสุขภาพของอังกฤษในยุคก่อน NHS เท่าใดนัก

2. ลดอำนาจของแพทย์และเพิ่มอำนาจของประชาชนให้ได้

โดยให้มีกระบวนการตรวจสอบแพทย์ที่เข้มแข็งขึ้น ทั้งนี้มีใจหมายความว่าต้องมีการส่งเสริมให้มีการฟ้องร้องแพทย์กันมากขึ้น แต่จะต้องสร้างกลไกที่บุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตั้งแต่ประชาชนมีส่วนร่วมด้วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพอย่างแท้จริง

3. จะต้องให้การเมืองและการเงินกำกับการปฏิรูปให้เป็นธรรม

ดังจะเห็นได้ว่าจากประวัติศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศอังกฤษ และเท่าที่ได้สอบถามผู้เชี่ยวชาญกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป พบว่าในการที่จะให้เกิดการปฏิรูปสำเร็จจะต้องอาศัยการเมืองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถึงแม้ว่าการเมืองของไทยจะไม่มั่นคง แต่ก็สำคัญและมีแนวโน้มพัฒนาไปสู่ความมั่นคงมากขึ้นจากผลของการปฏิรูปการเมืองและกระแสโลก

การเงินก็มีส่วนกำกับการให้เกิดประสิทธิภาพและความสำเร็จนั้นก็ยังเป็นสิ่งที่จำเป็น เราจะต้องไม่ลืมว่าแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพไม่ใช่เป็นนักบุญทุกท่าน ฉะนั้นการใช้ระบบธุรกิจที่เป็นธรรมเป็นส่วนสำคัญในกระบวนการของการปฏิรูป

4. ผลักดันให้ออกกฎหมายปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติให้สำเร็จ

โดยการปลูกจิตนึกเรื่องการปฏิรูปสุขภาพให้เกิดเป็นวาระแห่งชาติ และผลักดันให้มีการพูดถึงและมีการวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับเรื่องนี้ จนกระทั่งให้กลายเป็นกฎหมายให้สำเร็จให้ได้

5. สนับสนุนการศึกษาวิจัยเรื่องระบบการเงินการคลังของระบบสุขภาพให้ลึกซึ้ง

จะต้องมีการคิดกันอย่างถี่ถ้วนว่าเราจะหาเงินมาสนับสนุนให้มีการประกันสุขภาพกันอย่างไร หรือจะใช้ระบบภาษี หรือระบบผสมตามที่ได้อ้างไว้อย่างสังเขปในรายงานข้างต้น

เรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญและควรสนับสนุนให้มีการวิจัยอย่างลึกซึ้งในเรื่องนี้ต่อไป สาเหตุที่เรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญมากกว่าเรื่องอื่นเนื่องจากประเทศไทยยังยากจนอยู่ ในการปฏิรูปใดๆ เรามักจะพูดถึงการใช้ระบบการจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการพูดถึงในแง่ของการบริการเสียเป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้จะมีการพูดถึงถึงเรื่องการจัดการทางการเงินก็ตาม

แต่ต้องยอมรับว่างบประมาณที่ใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศไทยนั้นน้อยมาก ประชาชนจำนวนมากยังไม่ได้รับการครอบคลุมหรือได้รับการประกันทางสุขภาพ อย่างไม่เพียงพอ อันที่จริงไม่ควรมิประชาชนคนใดในประเทศต้องเกิดความรู้สึกเดือดร้อนหรือหิбыืมเงินทอง หรือเป็นหนี้เป็นสินเมื่อประสบกับปัญหาทางสุขภาพ

6. จัดตั้งองค์กรกลางที่มีอำนาจร่วมกับรัฐในการปฏิรูป

องค์กรนี้จะทำหน้าที่ศึกษาวิจัย สร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป และควรมีอำนาจร่วมกับรัฐในการผลิตและพัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพ ประเมินควบคุมกำกับการใช้เทคโนโลยีการแพทย์

7. ผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปจะต้องทำให้ได้อย่างที่พูด

ที่สำคัญที่สุดจะต้องมีการกระทำเกิดขึ้น โดยทั่วไปแล้วเรามักจะมีการพูดอภิปราย การประชุม และเมื่อหลังประชุมอภิปรายมักจะไม่ได้เกิดผลตามมา เนื่องจากผู้พูด ผู้อภิปราย ผู้ประชุมมักจะเป็นผู้ที่ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ หรือถ้ามีอำนาจก็ไม่กล้าที่จะตัดสินใจ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องผลักดันให้ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายมีการกระทำอย่างกล้าหาญเด็ดเดี่ยว จึงจะทำให้การปฏิรูปนั้นเกิดผล

สรุป

การที่เราจะเน้นแต่เรื่องการปฏิรูประบบบริหารจัดการตามแนวทางของตะวันตกอย่างเดียว นั้น เปรียบเสมือนการนำเอาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคอ้วนมารักษาคนผอม นั่นคือ ในต่างประเทศเขาเริ่มต้นที่งบประมาณตั้งต้นและค่าใช้จ่ายที่มากกว่าเรามากนัก กระนั้นก็ตามเขาก็กังมีปัญหาเรื่องการเงินของระบบสุขภาพ สำหรับประเทศไทยยิ่งแล้วใหญ่ เราควรจะต้องเรียงลำดับความสำคัญของการปฏิรูปให้ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

Allsop, J. (1998) Health Policy and the NHS Towards 2000. London : Longman.

Baggot, R. (1998) Health and Health Care in Britain. Hampshire: Macmillan.

Department of Health. (1989) Working for Patients. London : DOH.

Department of Health. (1991) The patient's charter. London : HMSO.

Department of Health - Medical Workforce Standing Advisory Committee. (1997)
Planning the Medical Workforce – Third Report. London : HMSO.

Department of Health.(1997) The New NHS : Modern, Dependable. London : HMSO.

Ham, C. (1999) Innovations in Organization of Health Service Delivery, Country Case
Study: The United Kingdom. Paper prepared for The World Bank.

Harrison, A. (1998) Health Care UK 1997/98. London : King's Fund

Harrison, A. and Dixon, J. (2000) The NHS: Facing the future. London: King's Fund

HFMA. (1998) Introductory Guide to NHS Finance in the UK. London : HFMA.

Holliday, I. (1995) The NHS Transformed. Manchester : Baseline Books.

Klein, R. (1998) The New Politics of the NHS. London : Longman.

Morrice, A., White, T. (1996) Medicine before the NHS in Textbook of Management for Doctors. London: Churchill Livingstone.

Parliament. (1990) National Health Service and Community Care Act 1990. London : HMSO.

Ranade, W. (1997) a future for the NHS? Health Care for the Millennium. London : Longman.

Rivett, G. (1998) From Cradle to Grave, Fifty years of the NHS. London: King's Fund.

Robinson, R., Grand, J. (1994) Evaluating the NHS Reform. London : King's Fund.

Spurgeon, P. (1998) The New Face of the NHS. London : The Royal Society of Medicine Press.

White, T., Allen, D. (1996) The evolution of the NHS in Textbook of Management for Doctors. London: Churchill Livingstone.

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ ชาญวิทย์ ทระเทพ (2542) การจัดการเทคโนโลยีทางการแพทย์ ประเภทคุณลักษณะราคาแพง: การทบทวนองค์ความรู้ระดับนโยบาย. กรุงเทพฯ : สวรศ

ประเวศ วะสี (2539) การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สวรศ

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน