

รายงานการศึกษาประสบการณ์การปฏิรูปของประเทศออสเตรเลียในประเด็น :

การประเมินเทคโนโลยีการแพทย์
ระบบการฟ้องร้องเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นเนื่องจากการรับบริการสุขภาพ
การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ป่วยโรค
การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ
และ
ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

รายงานนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานการทบทวนฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนแปลง และ รูปแบบที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพของออสเตรเลีย โดยมุ่งประเด็นความสนใจในเรื่องของการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูง ระบบการฟ้องร้องในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้บริโภคต่อการพัฒนานโยบายสุขภาพ และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

วิวัฒนาการระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพมีบทบาทมากขึ้นเป็นลำดับหลังจากที่รัฐบาลหลายประเทศตระหนักถึงค่าต้นทุนสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากการเติบโตที่รวดเร็วของเทคโนโลยีสุขภาพ จากข้อจำกัดของทรัพยากรสุขภาพทำให้รัฐบาลหรือกองทุนประกันสุขภาพจำเป็นต้องประเมินเทคโนโลยีและเลือกคุ้มครองเทคโนโลยีที่มี ต้นทุน-ประสิทธิผล มีความปลอดภัยจากการใช้ ความจำเป็นสำหรับการนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้ในประเทศ และผลกระทบต่อสังคมหากนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้หรือไม่ได้นำมาใช้

การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพเป็นกระบวนการหนึ่งในการทำวิจัยเชิงนโยบายเพื่อ กำหนดประเด็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีสุขภาพ ประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นกับการเลือกใช้เทคโนโลยีใดเทคโนโลยีหนึ่ง นำเสนองานวิจัยที่พบรวมทั้งข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อเป็นข้อมูลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย รูปแบบที่เปลี่ยนไปในช่วงหลายปีที่ผ่านมาต่อระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ ได้แก่ การใช้ multi-disciplinary based approach ซึ่งเป็นการใช้บุคลากรจากหลากหลายสาขามาช่วยประเมิน อย่างไรก็ตาม ระบบการประเมินจำเป็นต้องมีองค์การที่ผลักดันหรือเชื่อมโยงระหว่างผลจากการวิจัยและข้อเสนอแนะกับกลุ่มผู้ตัดสินใจนโยบาย

หากพิจารณาเฉพาะการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง ระบบการประเมินเทคโนโลยีดังกล่าวนี้ของออสเตรเลียแบ่งพิจารณาออกเป็นสองส่วนสำคัญ ส่วนแรกคือ Australian Health Ministers' Conference ซึ่งเป็นระดับชาติที่มีคณะทำงานรองรับและประสานในระดับรองลงมาได้แก่ Australian Health Ministers' Advisory Council ประกอบด้วยตัวแทนจากหลายฝ่ายและองค์กรตัวแทนประชาชน การที่จะเลือกประเมินเทคโนโลยีสุขภาพใดส่วนหนึ่งเกิดจากการประชุมในระดับชาติ อีกส่วนหนึ่งเกิดจากการร้องขอจากองค์กรวิชาชีพหรือบริษัทที่จะนำเข้าเทคโนโลยีสุขภาพนั้นๆ มายัง Medicare Services Advisory Committee (MSAC) หน่วยงานหลักประเมินเทคโนโลยีสุขภาพที่มีค่าต้นทุนสูง

ความสำคัญของ MSAC คือ เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งโดยรัฐบาลกลาง มีการทำงานเป็นแบบ multi-disciplinary team และ จะประเมินเฉพาะเทคโนโลยีที่ได้รับการร้องขอมาว่าสมควรจะได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพระดับชาติ (Medicare) หรือไม่ ข้อดีของการผูกโยงกับระบบประกันสุขภาพระดับชาติทำให้ผลลัพธ์จากการประเมินหากถูกทำให้เป็นนโยบายสามารถมั่นใจได้ว่าเป็น evidence-based policy และสร้างกลไกที่ควบคุมกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิวัฒนาการองค์กรประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ต้นทุนสูงของออสเตรเลียเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ถึงข้อจำกัดและข้อผิดพลาดในอดีต ซึ่งจากเดิมองค์กรประเมินเป็น National Health Technology Assessment Panel และเปลี่ยนเป็น Australian Health Technology Assessment Council แต่ทั้งสององค์กรประเมินเทคโนโลยีสุขภาพไม่ได้เลือกที่จะประเมินเทคโนโลยีที่เห็นว่าเป็นประเด็นที่ควรทำ แต่ประเมินเกือบทุกอย่างที่ร้องขอมา ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามเวลาที่กำหนด และมีการใช้งบประมาณจำนวนมาก จนกลุ่มตัดสินใจนโยบายซึ่งรวมถึงทั้งนักการเมือง และ เจ้าหน้าที่ของ

Commonwealth Health Department ไม่พอใจ สุดท้ายต้องเปลี่ยนเป็น MSAC และเลือกที่ประเมินเทคโนโลยีที่เป็น ประเด็นสังคมหรือควรจะได้รับ การคุ้มครองจาก Medicare หรือไม่ ช่วยให้สามารถทำงานได้ตามเวลาที่กำหนด และใช้ทรัพยากรในการประเมินน้อยลง

การพัฒนาระบบการฟ้องร้องความเสียหายจากงานบริการสุขภาพของออสเตรเลียอาศัยปรัชญาสองประการ คือ ความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ (Fault-based system and avoidable injuries) ประการที่สอง คือ ความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดที่ไม่ได้เกิดจากความผิดของฝ่ายใด และเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (No-fault based system and unavoidable injuries)

กระบวนการฟ้องร้องเริ่มตั้งแต่การตกลงร่วมกันระหว่างผู้เสียหายและผู้ให้บริการ หากเป็นความเสียหายที่ไม่ได้เกิดจากความผิดของฝ่ายใด แต่กรณีที่ผู้เสียหายสงสัยว่าเป็นความผิดพลาดของผู้ให้บริการ ผู้เสียหายสามารถยื่นเรื่องไปยังองค์กรตัวแทนวิชาชีพของผู้ให้บริการนั้นๆ เพื่อผ่านกระบวนการ Medical Tribunal ที่ประกอบด้วยผู้พิพากษา ตัวแทนผู้ให้บริการ และตัวแทนผู้บริโภค คำตัดสินของ Medical Tribunal เป็นบทลงโทษผู้ให้บริการ แต่ไม่สามารถบังคับให้ผู้ถูกฟ้องร้องต้องจ่ายค่าชดเชย หากเรื่องไม่สามารถยุติได้และผู้เสียหายต้องการได้รับค่าชดเชย ต้องยื่นเรื่องไปที่ Complaints Body ที่กระจายอยู่ในทุกรัฐ ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยให้ทั้งสองฝ่ายตกลงกันได้ กรณีตกลงกันไม่ได้และจำเป็นต้องผ่านกระบวนการศาล ก่อนที่จะถึงตรงนั้นต้องผ่านการพิจารณาจาก Medical Defence Organisation (MDO) ที่ผู้ให้บริการสุขภาพซื้อประกันความเสี่ยง โดยถ้า MDO พิจารณาแล้วพบว่า การฟ้องร้องมีข้อมูลชัดเจนว่าเป็นความผิดพลาดของผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่เรื่องจะยุติในขั้นนี้ เพราะ MDO จะเข้ามาชดเชยค่าเสียหายให้ทันที

ข้อเด่นของระบบการฟ้องร้องชดเชยค่าเสียหายในออสเตรเลีย ได้แก่ ประการแรก การมีคู่มือประชาชนและผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจถึงสิทธิหน้าที่พื้นฐานหากเกิดความเสียหายขึ้นในกรณีที่ผู้เสียหายหรือผู้ป่วยสงสัยว่าจะเกิด เนื่องจากการรับบริการสุขภาพ แล้วจะทำอย่างไร ซึ่งถือได้ว่าเป็นมาตรการขั้นต้นที่ป้องกันไม่ให้เกิดการฟ้องร้องเกิดขึ้นได้ดีที่สุด ประการที่สอง การมีหน่วยงานรับเรื่องฟ้องร้องขึ้นในแต่ละรัฐ (Complaints Authority) แทนการใช้โครงสร้างเดิมที่เป็นองค์กรวิชาชีพทำหน้าที่นี้ตามลำพัง ช่วยเพิ่มความโปร่งใสในการพิจารณาให้กับประชาชน อย่างไรก็ตามยังคงให้หน้าที่องค์กรวิชาชีพทำหน้าที่ให้คำปรึกษาอยู่เพื่อให้คำแนะนำทางเทคนิคมาประกอบเป็นข้อมูลในการพิจารณา

ประการที่สาม Complaints Authority ทั้งที่อยู่ในแต่ละรัฐและส่วนกลางทำหน้าที่รวบรวมข้อกรณีต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการพิจารณากรณีที่เกิดขึ้นในภายหลังที่คล้ายคลึงกัน และข้อมูลเหล่านี้ทุกฝ่ายควรที่จะสามารถเข้าถึงได้เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจ ประการที่สี่ การจัดตั้งกองทุนประกันความเสี่ยงให้กับผู้ให้บริการสุขภาพแบบบังคับ โดยเฉพาะในสาขาที่มีโอกาสทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยจากงานบริการได้ง่าย เป็นแนวทางการพัฒนาที่ช่วยคุ้มครองผู้ให้บริการเพื่อไม่ให้เกิดทัศนคติการให้บริการแบบป้องกันตนเอง ซึ่งผลเสียจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ และแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะมากขึ้น หากไม่มีระบบนี้เพราะผู้ป่วยอาจถูกตรวจวินิจฉัยด้วยเทคโนโลยีต่างๆเกินจำเป็น อย่างไรก็ตามข้อดีประการนี้อาจเป็นจุดอ่อนของระบบการฟ้องร้อง เพราะการมีกองทุนประกันความเสี่ยงอาจส่งผลด้านจิตใจทำให้ผู้ให้บริการไม่รอบคอบหรือตระหนักถึงการให้บริการที่มีคุณภาพ

แนวคิดการใช้ประชาสังคมและการให้องค์กรตัวแทนประชาชนมีส่วนร่วมกำลังเป็นที่นิยมสำหรับพัฒนาและดำเนินนโยบายสุขภาพในหลายประเทศ ออสเตรเลียก็เช่นเดียวกันที่รัฐบาลจัดตั้งองค์กรตัวแทนผู้บริโภคอย่างเป็นทางการให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสุขภาพ ซึ่งได้แก่ Consumers' Health Forum (CHF) ทำให้กระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับกลุ่มผู้บริโภคและตอบสนองต่อผู้บริโภคมากขึ้น การที่ Consumers' Health Forum ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพเป็นหลัก ทำให้โครงสร้างสนับสนุนผู้บริโภคต่อการพัฒนานโยบายสุขภาพชัดเจนขึ้นกว่าการใช้องค์กรเดิม Australian Consumers' Association ที่รับผิดชอบทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองยังคงมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของ Consumers' Health Forum แม้ว่าจะเป็นองค์กรอิสระเนื่องจากรัฐบาลกลางเป็นผู้สนับสนุนด้านการเงินเป็นหลักทำให้มีอำนาจจะเข้าไปแทรกแซงการทำงานขององค์กร

VicHealth เป็นองค์กรที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างรัฐบาล Victoria และ องค์กรตัวแทนประชาชนกลุ่มต่างๆ ที่มีการทำงานและการสื่อสารที่เป็นสองทางมากขึ้นระหว่างนักวิชาการและองค์กรชุมชนในพื้นที่ องค์กรนี้สามารถทำงานได้อย่างดีเนื่องจากได้ดึงเอาทรัพยากรจากชุมชนและเอกชนร่วมกับทรัพยากรจากรัฐบาล ทำให้เพิ่มความเป็นเจ้าของในการพัฒนาและการที่โครงสร้างองค์กร VicHealth มีตัวแทนจากพรรคการเมืองทุกพรรคทั้งฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายค้านร่วมด้วย ทำให้สามารถสร้างภูมิคุ้มกันระดับหนึ่งต่อการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวของเมืองขึ้น การทำงานของ VicHealth ต่างจาก CHF ตรงประเด็นที่จับโดย VicHealth เป็นประเด็นที่แคบและน้อยกว่า มีกลุ่มต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องน้อยกว่า ช่วยให้หลากหลายของความคิดน้อยกว่า จึงมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำงานร่วมกันสูง ขณะที่ CHF หน้าที่หลักจะเป็นการรวบรวมประเด็นสุขภาพจากทุกกลุ่มมากกว่าจะให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินนโยบาย

ประเด็นสุดท้ายในเรื่องการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ รายงานฉบับนี้ให้ความสนใจไปที่การพัฒนางานบริการสุขภาพทั่วไป (General Practice) เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีความเชื่อมโยงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การจัดตั้งคณะกรรมการศึกษาปัญหานาน GP โดยรัฐบาลกลาง เป็นผลสืบเนื่องจากการประชุม Health Ministers' Conference ที่สรุปประเด็นปัญหาความไม่เชื่อมโยงกันของระบบบริการสุขภาพในออสเตรเลีย โดยกลุ่มทำงานสรุปปัญหาดังกล่าวมีทั้งนักวิชาการจากฝั่งผู้ให้บริการ ตัวแทนผู้บริโภค และ ตัวแทนจากรัฐบาล ซึ่งสนับสนุนให้ความคิดของทั้งสามกลุ่มประสานและมองไปในแนวทางเดียวกัน สำหรับการปฏิรูปงาน GP ของออสเตรเลียเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มจากการทำโครงการทดลองในพื้นที่เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม ร่วมกับการพัฒนาแพทย์ GP ให้มีทักษะและความสามารถเพื่อพร้อมจะเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการผลักดันการเปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยต่อประเด็นการพัฒนาทั้งสี่ข้างต้นจากการทบทวนกรณีศึกษาของออสเตรเลียมีดังนี้

1. เราควรพัฒนาให้มีกลไกหรือกระบวนการที่เป็นเวทีให้ตัวแทนกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณา ปรับปรุง เพิ่มเติม แก้ไข ร่างข้อเสนอแนะนโยบาย และเป็นเวทีตัดสินใจนโยบายสุขภาพก่อนนำไปใช้ เช่น สถานการณ์สุขภาพแห่งชาติที่ประกอบด้วยตัวแทนจากองค์กรหลายฝ่าย ซึ่งจะเพิ่มโอกาสให้หลายฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจนโยบายสุขภาพอย่างแท้จริง

2. ควรจัดตั้งองค์กรตัวแทนผู้บริโภคที่เป็นอิสระได้รับการสนับสนุนการเงินจากรัฐบาลโดยตรงเพื่อทำหน้าที่รวบรวมประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มต่างๆ นำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย มีคณะทำงานที่เป็นนักวิชาการจากทั้งกลุ่มวิชาชีพสุขภาพ นักวิชาการด้านสังคมศาสตร์ เป็นต้น เพื่อสนับสนุนให้งานวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น
3. ประเด็นการปฏิรูปสุขภาพเป็นประเด็นที่นำไปสู่ประเด็นทางสังคมและเปิดโอกาสให้ตัวแทนหลายกลุ่มเข้ามีส่วนร่วมช่วยสนับสนุนให้การพัฒนาเพิ่มความเป็นเจ้าของต่อทุกกลุ่ม ความยั่งยืนต่อผลลัพธ์สุดท้าย อย่างไรก็ตาม หากประเด็นที่จะปฏิรูปมีจำนวนมาก เวลาที่ใช้อาจต้องใช้เวลานานและอาจมีความขัดแย้งของความคิดเห็นระหว่างกลุ่มต่างๆ ที่มีพื้นฐานวิชาการ ความคิด ความต้องการที่หลากหลาย ดังนั้นประเด็นการปฏิรูปสุขภาพน่าจะมีการจัดลำดับความสำคัญและมีเพียงไม่กี่ประเด็นที่เกิดจากความเห็นร่วมกันของทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การพัฒนาเป็นไปตามเวลาที่กำหนด และยังเพิ่มโอกาสความเป็นไปได้ในการปฏิรูปในเรื่องอื่นๆ เนื่องจากการกำหนดประเด็นที่น้อยช่วยลดความขัดแย้งทางความคิดของกลุ่มต่างๆ เพราะจำนวนองค์กรที่เกี่ยวข้องลดลง
4. การใช้ทรัพยากรของกลุ่มองค์กรต่างๆ รวมด้วยมากกว่าการใช้ทรัพยากรขององค์กรใดองค์กรหนึ่งเพียงลำพังเพื่อการปฏิรูปสุขภาพ น่าจะช่วยเพิ่มความเป็นเจ้าและส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากองค์กรตัวแทนต่างๆ อย่างแท้จริง เนื่องจากมีความเป็นไปได้ว่าหากทรัพยากรหรือเงินสนับสนุนที่ให้กับองค์กรต่างๆ เหล่านี้หมดไปอาจจะทำให้การพัฒนาหรือกระบวนการปฏิรูปต้องหยุดชะงัก
5. รัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุขควรผลักดันให้มีการสร้างกองทุนสุขภาพในระดับชาติ หรือในระดับที่เล็กลงไป เช่น ระดับภาคที่มีลักษณะการทำงานคล้ายคลึงกับ VicHealth เพื่อการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง มากกว่าการใช้งบประมาณที่คลุกรวมกันระหว่างงานรักษาและงานส่งเสริมสุขภาพ เพราะจะมีแนวโน้มที่งบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพมีสัดส่วนที่น้อยจนไม่สามารถผลักดันให้ผลลัพธ์การทำงานมีประสิทธิภาพได้
6. รูปแบบขององค์กรหลักที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีสุขภาพที่มีค่าต้นทุนสูงอาจจะเป็นรูปแบบองค์กรอิสระหรือเป็นองค์กรของรัฐก็ได้ แต่กระบวนการทำวิจัยและนำไปสู่ข้อเสนอควรมีคณะทำงานหรือคณะกรรมการที่ประกอบด้วยบุคคลที่มีความรู้จากหลายสาขาเพื่อทำให้การวิจัยเป็น multi-disciplinary
7. ระบบการประเมินเทคโนโลยีควรมีการประชาสัมพันธ์กับสื่อต่างๆ และประชาชนหรือองค์กรตัวแทนประชาชนเพื่อให้รับทราบว่าจะมีองค์กรประเมินกำลังประเมินเทคโนโลยีสุขภาพโดยอยู่ ตรงนี้ช่วยสร้างเงื่อนไขแก่กลุ่มตัดสินใจนโยบายว่าต้องตัดสินใจจากข้อมูลที่ได้จากองค์กรประเมิน ทำให้เป็น evidence-based policy มากขึ้น
8. ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพควรเชื่อมกับระบบการประกันสุขภาพเพื่อให้ผลลัพธ์จากการประเมินมีผลต่อการควบคุมกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น การพัฒนา clinical practice guidelines สามารถถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง หรือเชื่อมโยงไปถึงการใช้ Certificate of Need Law เพื่อกำหนดการกระจายเทคโนโลยีให้เป็นธรรมและใช้อย่างมีประสิทธิภาพ
9. องค์กรประเมินควรประสานร่วมมือกับองค์กรต่างประเทศ เช่น Cochrane collaboration เพื่อสนับสนุนการใช้ข้อมูลร่วมกัน และนำองค์ความรู้จากต่างประเทศมาปรับใช้ในประเทศซึ่งจะทำให้ผลลัพธ์จากการประเมินรวดเร็วขึ้น
10. แนวโน้มในอนาคตที่จะมีระบบการแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการสุขภาพออกจากกัน และการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยโครงสร้างนี้ บทบาทด้านการเงินน่าจะเป็นตัวหลักควบคุมคุณภาพการให้บริการสุขภาพของผู้ให้บริการ

อย่างไรก็ดีหน่วยงานซื้อบริการสุขภาพในอนาคต ซึ่งอาจเป็น regional หรือ provincial health authority ควรพัฒนาหน่วยงานเฉพาะในองค์กรของตน เช่น complaints unit เพื่อรับเรื่องฟ้องร้องและดำเนินกระบวนการให้กับประชาชน ในกรณีที่ผู้เสียหายต้องการจะฟ้องร้องควรมี legal aid สำหรับประชาชนทุกคน ทั้งในการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น และการจัดหาทนายเพื่อขอคำปรึกษาให้ complaints unit ยังควรทำงานด้านวิจัยหรือจัดจ้างให้หน่วยงานหรือกลุ่มบุคคล ใดๆ ทำงานวิจัยในระดับพื้นที่เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาคุณภาพงานบริการ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้กับผู้ให้ บริโภค และ กลุ่มผู้ให้บริการ

11. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดตั้ง Complaints unit เป็นศูนย์กลางที่ทำหน้าที่รวบรวมเรื่องฟ้องร้อง เก็บข้อมูล ประเมิน ผล และรายงานผลข้อมูลในระดับประเทศ ทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อพัฒนามาตรฐานการให้บริการ เช่น ใช้ข้อมูลกรณีฟ้องร้องที่เกิดขึ้นทั่วประเทศเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อพัฒนา clinical practice guidelines ร่วมกับองค์กรตัวแทนวิชาชีพในแต่ละสาขา หรือ พัฒนาคู่มือสำหรับประชาชนและผู้ให้บริการสุขภาพในแต่ละสาขา เช่น กรณีเกิดความเสียหายจากการให้บริการสุขภาพ ทั้งสองฝ่ายควรปฏิบัติตัวอย่างไรและสามารถขอคำปรึกษาได้จากหน่วยงานใด ข้อดีที่สำคัญประการหนึ่งของการจัดตั้ง complaints unit ในส่วนกลาง คือ การสร้างมาตรฐานเพื่อพิจารณากรณีฟ้องร้องในอนาคตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในระดับประเทศทำให้มีความหลากหลายของกรณีฟ้องร้อง
12. การพิจารณาเรื่องฟ้องร้องที่ดำเนินการโดย complaints unit ในแต่ละพื้นที่ควรมีหน้าที่ตั้งแต่ไกลเกลี่ย จัดตั้ง medical tribunal เป็นเฉพาะกรณีหากเรื่องไม่สามารถไกลเกลี่ยกันได้ จนถึงอำนวยความสะดวกทั้งด้านการเงินและการจัดการ ในระยะแรกหากเรื่องต้องดำเนินด้วยกระบวนการศาล
13. การจัดตั้ง Medical Defence Organisation (MDO) อาจเป็นแนวทางเลือกเพื่อการพัฒนาในอนาคต จะพัฒนาหรือไม่จำเป็นต้องพิจารณาจากข้อมูล เช่น จำนวนกรณีฟ้องร้องที่เกิดขึ้น มูลค่าความเสียหายที่ต้องชดเชย รูปแบบปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นแบบ defensive practice มากน้อยขนาดไหน เหล่านี้อาจเป็นตัวอย่างข้อมูลเบื้องต้นที่ต้องใช้ในการตัดสินใจว่าควรพัฒนากองทุนประกันความเสี่ยงสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพหรือไม่
14. หลักสูตรแพทย์ศาสตร์ หลักสูตรสาขาวิชาชีพอื่นๆ และหลักสูตรหลังปริญญา ควรสอดแทรกเนื้อหาวิชาเกี่ยวกับการจัดการด้านความเสี่ยง (Risk Management) หรือ เป็นการจัดอบรมระยะสั้น
15. การพัฒนาแพทย์ GP ในระดับนโยบายประเทศจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบที่แน่ชัดและได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายอย่างรวดเร็ว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโครงสร้างรองรับอื่นๆ เช่น ระบบการเงินการคลังสุขภาพหรือระบบการประกันสุขภาพที่สามารถสนับสนุนการพัฒนาแพทย์ GP ได้อย่างเป็นรูปธรรมเหมือนในหลายประเทศ หรือ ระบบการเชื่อมโยงระหว่างงาน GP กับงานบริการที่ระดับสูงขึ้น
16. ควรพัฒนาหลักสูตรผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปริญญาตรี โดยเฉพาะหลักสูตร GP ให้เป็น community-based program มากขึ้น การสอนควรเน้นการให้บริการที่เป็นเป็นทีมประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพอื่นๆ
17. การผลักดันนโยบายให้แพทย์ GP ต้องสอบหรือต้องเข้าอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ใบอนุญาตการเป็นแพทย์ GP ช่วยพัฒนาคุณภาพของงาน GP ให้กับผู้บริโภค
18. องค์กรผู้ซื้อบริการสุขภาพที่จะพัฒนาให้เกิดขึ้นในอนาคตที่อยู่ในรูปแบบ Provincial หรือ Area Health Authority ควรเป็นองค์กรหลักที่สำคัญ ทำหน้าที่ในการวางแผนและพัฒนานโยบายในระดับพื้นที่ ส่งเสริมการพัฒนางาน GP แพทย์ GP

รวมทั้งบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ และทำให้ระบบมีความเชื่อมโยงกันมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นระหว่างภาครัฐและเอกชน
ระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการ หรือ ระหว่างสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ

Executive Summary

The main purposes of doing the review of particular components of the Australian health system were to look into its development experiences and various features as time went by. This review was aimed at reviewing Australian health care technology assessment system, the system of health care complaints, community involvement in health policy development and the development of health manpower.

High growth rates of health care technology assessment led to governments' concern over high costs of health care resulted from costly technology and to their increasing awareness of being responsible for systematising health care technology assessment. They have attempted to establish the system in order to insure cost-effective technologies, technologies with safety in use to both providers and recipients and technologies with minimal impact on society.

Health care technology assessment is considered as part of doing the policy research through these following stages : determining what health care technology should be assessed, evaluating various impacts resulted from using a particular technology, reporting the results and giving policy recommendation to policy makers and disseminating them to public. For the past years, the development of the assessment system has been more on the use of multidisciplinary approach on which a variety of people from many backgrounds are involved in the evaluation process. Nevertheless, the important component of the system is the availability of an effective intermediary to link between the world of research and the world of policy making to promote evidence-based health policy.

The Australian health care technology assessment system is mainly composed of two components, the Australian Health Ministers' Conference (AHMC) and the Medicare Services Advisory Committee (MSAC). The AHMC with its advisory council are responsible for setting what technologies should be assessed by the MSAC. In the mean time, any groups in particular the medical group can request the MSAC to evaluate the technology they propose. If approved by the MSAC and later by the policy makers, the technology will be insured by the Medicare, the National Health Insurance. The use of financing measure linked with the health care technology assessment effectively controls the supply side, the providers, to provide care with their consciousness of cost-effectiveness and ensures that the technology is more equitably distributed and efficiently used.

One of the lessons learned from the evolution of the Australian health technology assessment system is that the assessment organisation should prioritise its work. Otherwise it is unable to complete their tasks on time and likely to blow up the use of budget eventually upsetting the policy makers. This happened to the National

Health Technology Assessment Panel and the Australian Health Technology Assessment prior to be the MSAC which later selectively assesses health care technologies under its financial and time feasibility.

The development of the health care complaint system in Australia is basically on the principles which are the fault-based system with avoidable injuries and the no-fault based system with unavoidable injuries. There are a number of degrees of complaints process in Australia. If the injuries caused by no one's fault, the case would be ended after both parties, the patient and the provider, reached an agreement. If the patient wonders his or her injuries or lost benefits were caused by the wrongdoing of the provider, he or she may report to the registration board to which the provider is registered. The board will set up the Medical Tribunal composed of the judge, the representative from the same specialty of the provider and the consumer representative. The tribunal will consider the case and if the provider did the wrong action to cause harm for the patient, the penalty will impose on the provider. Nevertheless, compensation for the patient can not be sought out through this process.

The compensation can be made to the patient if the patient lodge the complaint to the complaint body which is located in each state. The body will act as the third party to help both parties reach agreement with extent of compensation paid by the provider gone for the provider. If both cannot reach the agreement, prior to the court process, the Medical Defence Organisation (MDO) to which the provider paid the premium for haphazard malpractice insurance, will sanction by paying the compensation to the patient before the case taken to the court. However, the MDO will do so if finding the case strongly against the provider. On the contrary, the MDO may take a bet to proceed the case to the court.

The advantages of the Australian complaint process system are :

- the availability of patient and provider manual when the case of complaints arising or considered to be coming up, especially guiding both parties on what to do if faced with such a circumstance,
- the existence of the complaint body in each state instead of using the registration board in prevention of patients' suspicion over its transparency,
- the availability of legal aid for the patients suffering from the loss of benefits or injuries,
- the collection of cases by the complaint body and the central complaint body at the Commonwealth level potentially setting up standards of care and most cases accessible to the public in the form of either the electronic publication or hard copy to use as references for future cases consideration,
- the availability of the MDO discouraging the providers to perform defensive practice, as a cause of unnecessarily increasing health care costs; nevertheless, the MDO existence might psychologically persuade the providers to be unaware of care quality to some extent.

Community involvement has been increasingly used for developing health policy and implementing health policy in order to increase responsiveness to communities' needs and to support decentralised management of health system. The WHO also supported this approach by considering it as one of the important strategies of health promotion and prevention. The Australian Commonwealth Government has put that strategy into practice by setting up the Consumers' Health Forum (CHF) as a channel for NGOs and communities to be part of health policy development. An advantage of the CHF establishment rather using the Australian Consumers' Association is that more health issues are identified. Nevertheless, one of the cons of the CHF existence is the fact that it can be sanctioned by the government because the government is a main agency supporting the CHF's budget.

VicHealth is the collaboration between the Victorian Government and NGOs and communities to promote interactive communication between both parties, to strengthen the collaboration of health policy development and implementation and to share resources among such groups. Resources sharing led to ownership promotion among various groups and to increase a possibility of success of health policy implementation. Not only do the VicHealth involve NGOs and communities but also have politicians from all parties be the committee. With this feature, it is believed that the VicHealth is sustained in its development due to participation derived from a variety of groups.

One of the interesting differences between the VicHealth and the CHF is the VicHealth is able to do both work of developing and implementing health policy since a lower number of groups involved cause less conflicts among groups than conflicts arising at the national level. Therefore, the CHF tends to process its work for gathering various ideas from communities rather than allowing them to implement health policy. Additionally, the VicHealth's work is more effective since it is able to focus on less number of issues than that of the CHF.

The last context reviewed in this report is health manpower development in which the report specifically picks up the development of general practitioners in Australia. To promote more integrated and efficient health care system, the Commonwealth Government set up the review committee to determine Australian GP's problems. Originally, the necessity of determining GP problems was actually called out by the Australian Health Ministers' Conference. The review committee was composed of technicians from the supply side and representatives from consumer groups and the central government and state governments. The Australian GP development was started from the trial projects in several areas around the country so as to seek suitable models and develop general practitioners' skills and capacity to cope with changes.

A number of recommendations for Thailand based on the Australian review are as follows:

1. A measure of providing opportunities to various groups to be involved in health policy development should be established. The National Health Council might be one of the alternatives.
2. The health consumer organisation should be set up and financially supported by the government to gather and determine health issues around the nation. Either should the organisation be technically supported by academics to do the research or is able to commission technical groups to do research for them.
3. Health reform in Thailand should seriously prioritise health issues rather attempting to do the reform on all issues so as to increase the possibility of success.
4. Doing the reform in Thailand should get financial collaboration from the NGOs and communities in stead of solely utilising public resources in order to attain higher ownership for health reform from various groups.
5. The government or the Ministry of Public Health should establish the National Health Fund for supporting health promotion at the national level. If possible, the provincial health funds should also be set up to strengthen health promotion at provincial level.
6. The main organisation responsible for health care technology assessment should either be an independent or a public organisation whose assessment process is multidisciplinary based.
7. The assessment organisation should have connection with various forms of media in order to enhance public understanding to current issues of health technology assessment. As a consequence, health policy-making groups would be more shaped by the public to decide basically on evidence and inputs proposed by the assessment organisation.
8. The health care technology assessment should be linked with the health insurance system to effectively control the providers. With respect to this mechanism, clinical practice guidelines would be seriously put into practice and more equitable distribution and efficient use of technologies would be achieved.
9. The assessment organisation should establish collaboration with international health technology assessment agencies to enhance our research development.
10. In regard to the development of complaints process in Thailand, if the Thai health care system is moving to have either regional or provincial health authorities which will be supposed to act as the health purchaser for the communities, the complaint unit should be established in each authority.
11. Legal aid provided by the complaint unit will also be available for all when the patient determines to lodge the complaint.
12. The central complaint unit should be set up and responsible for collecting cases throughout the nation, analysing, summarising and reporting in the form of annual report. It should also make the manual of patients and providers to let them know about the complaint process. The case data of the central

complaint unit shall be used for developing clinical practice guidelines in consultation with the registration boards.

13. Cases processed by the complaints unit should be basically carried out through making an attempt to reach agreement by both parties and setting up the medical tribunal for consideration in case of failure to reaching the agreement.
14. The Medical Defence Organisation (MDO) might be an alternative for the future development. Nevertheless, whether we should develop that way depending upon information for instance number of cases arising annually, values of social costs and degrees of defensive practice among medical group.
15. Risk management subject should be integrated into normal curriculums of health professionals or should be set up as a short course for interested people.
16. Models of GP development in Thailand should be determined as quickly as possible for developing other components to enhance GP development.
17. Medical curriculum should be more community-based program rather hospital-based program.
18. All existing GPs or those who want to be GPs should be trained for being actual GPs so as to improve their quality of care.
19. Provincial or Area Health Authority which would be established in the future, should be directly responsible for planning and developing GP development in its area.

สารบัญ

เนื้อหา	หน้าที่
บทสรุปผู้บริหาร	I
Executive Summary	vii
สารบัญ	xii
สารบัญตาราง	xii
บทนำ	xiii
บทที่ 1 : การประเมินเทคโนโลยีการบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย	1
บทที่ 2 : ระบบการฟ้องร้องกรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพ	11
บทที่ 3 : การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้บริโภค	20
บทที่ 4 : การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ	26
บทที่ 5 : ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย	32
ภาคผนวกที่ 1 : ขั้นตอนการประเมินเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงาน บริการภายใต้ Medicare	36
ภาคผนวกที่ 2 : คู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ให้บริการในกรณีเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึง ประสงค์เนื่องจากการให้บริการสุขภาพ	42

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1 : เทคโนโลยีสุขภาพที่ NHTAP ได้ประเมิน และ หน่วยงานที่ร้องขอให้ ทำหน้าที่ประเมิน	4
ตารางที่ 4.1 : ความแตกต่างระหว่างการให้บริการของแพทย์ GP ในรูปแบบต่างๆ กับพื้นที่ที่เปิดบริการ	27

บทนำ

หลักการและเหตุผล

การทบทวนประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิรูปในต่างประเทศเป็นบทเรียนที่สำคัญเพื่อนำมาปรับใช้กับประเทศไทย แม้ว่าแต่ละประเทศมีโครงสร้างการเมือง การปกครอง เศรษฐกิจ สังคม ประชากร วัฒนธรรมที่ต่างกัน หากแต่เราจะสังเกตได้ว่าการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพในหลายประเทศมีทั้งที่คล้ายคลึงกันและต่างกัน อะไรเป็นปัจจัยที่เข้าไปเกี่ยวข้องและผลักดันให้เกิดรูปแบบที่หลากหลายหรือรูปแบบที่คล้ายกัน สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่น่าศึกษาเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยเหล่านี้กับประเทศไทย การศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์การปฏิรูปของหลายประเทศ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการทดลองขนาดใหญ่ โดยผู้ถูกทดลองคือประเทศต่างๆที่ได้ทำการศึกษาทบทวน

ขอบเขตการศึกษา

รายงานฉบับนี้เป็นฉบับที่สองต่อการทบทวนประสบการณ์การปฏิรูปในออสเตรเลียที่เน้นถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงของระบบการให้บริการสุขภาพและการสร้างระบบประกันสุขภาพ รายงานนี้จะเป็นการศึกษาถึง :

1. ระบบการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
2. ระบบการฟ้องร้องเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นเนื่องการรับบริการสุขภาพ
3. การมีส่วนร่วมของผู้บริโภคในการพัฒนานโยบายสุขภาพ และ
4. การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

รูปแบบศึกษาจะเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้ข้อมูลจากแหล่งที่อ้างอิงได้ เช่น ข้อมูลจากโฮมเพจขององค์กรในประเทศออสเตรเลียต่างๆ ร่วมกับเอกสารทางวิชาการที่ตีพิมพ์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อนำเสนอการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญๆ ของทั้งสี่ประเด็นที่กล่าวข้างต้นว่ามีที่ไปอย่างไร
2. เพื่อนำเสนอรูปแบบที่เกิดขึ้นของประเด็นทั้งสี่ว่ามีข้อดีข้อด้อยอย่างไร
3. เพื่อเสนอแนะการเปลี่ยนแปลงของประเด็นทั้งสี่สำหรับประเทศไทย

กรอบของเนื้อหา

บทที่ 1 เป็นการนำเสนอการเปลี่ยนแปลงหรือวิวัฒนาการขององค์กรที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ในออสเตรเลียจนถึงปัจจุบัน ว่ามีกลไกหรือปัจจัยอะไรที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

บทที่ 2 นำเสนอรูปแบบหรือระบบการฟ้องร้องเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสุขภาพ กล่าวถึงกฎหมายต่างๆที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ปรัชญาการพัฒนาระบบฟ้องร้อง กระบวนการฟ้องร้องที่ใช้มีกี่วิธี และแนวทางการพัฒนาต่อไปในอนาคตสำหรับประเทศออสเตรเลีย

บทที่ 3 กล่าวถึงจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่รัฐสนับสนุนให้เมืองค์กรผู้บริโภคระดับชาติที่รับผิดชอบหลักในการหาประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของผู้บริโภค โดยส่วนที่สองเป็นตัวอย่างศึกษาขององค์กรสนับสนุนการพัฒนาส่งเสริมป้องกันในรัฐ Victoria ที่ส่งเสริมให้มีการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนในการพัฒนางาน

บทที่ 4 ให้ความสนใจไปที่การพัฒนางานบริการสุขภาพทั่วไปที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาแพทย์ GP โดยตรง และการปฏิรูปงาน GP ของประเทศเพื่อต้องการให้บุคลากรสุขภาพทั้งหมดทำงานประสานกันและเพื่อให้ระบบมีความเชื่อมโยงมากขึ้น

บทที่ 5 เป็นการนำเสนอข้อเสนอแนะสำหรับการเปลี่ยนแปลงทั้งสี่ประเด็นข้างต้นในประเทศไทย

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานการทบทวนฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนแปลง และ รูปแบบที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพของออสเตรเลีย โดยมุ่งประเด็นความสนใจในเรื่องของการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูง ระบบการฟ้องร้องในกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้บริโภคต่อการพัฒนานโยบายสุขภาพ และการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

วิวัฒนาการระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพมีบทบาทมากขึ้นเป็นลำดับหลังจากที่รัฐบาลหลายประเทศตระหนักถึงค่าต้นทุนสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากการเติบโตที่รวดเร็วของเทคโนโลยีสุขภาพ จากข้อจำกัดของทรัพยากรสุขภาพทำให้รัฐบาลหรือกองทุนประกันสุขภาพจำเป็นต้องประเมินเทคโนโลยีและเลือกคุ้มครองเทคโนโลยีที่มี ต้นทุน-ประสิทธิผล มีความปลอดภัยจากการใช้ ความจำเป็นสำหรับการนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้ในประเทศ และผลกระทบต่อสังคมหากนำเทคโนโลยีดังกล่าวมาใช้หรือไม่ได้นำมาใช้

การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพเป็นกระบวนการหนึ่งในการทำวิจัยเชิงนโยบายเพื่อ กำหนดประเด็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีสุขภาพ ประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นกับการเลือกใช้เทคโนโลยีใดเทคโนโลยีหนึ่ง นำเสนองานวิจัยที่พบรวมทั้งข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อเป็นข้อมูลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย รูปแบบที่เปลี่ยนไปในช่วงหลายปีที่ผ่านมาต่อระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ ได้แก่ การใช้ multi-disciplinary based approach ซึ่งเป็นการใช้บุคลากรจากหลากหลายสาขามาช่วยประเมิน อย่างไรก็ตาม ระบบการประเมินจำเป็นต้องมีองค์การที่ผลักดันหรือเชื่อมโยงระหว่างผลจากการวิจัยและข้อเสนอแนะกับกลุ่มผู้ตัดสินใจนโยบาย

หากพิจารณาเฉพาะการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ที่มีต้นทุนสูง ระบบการประเมินเทคโนโลยีดังกล่าวนี้ของออสเตรเลียแบ่งพิจารณาออกเป็นสองส่วนสำคัญ ส่วนแรกคือ Australian Health Ministers' Conference ซึ่งเป็นระดับชาติที่มีคณะทำงานรองรับและประสานในระดับรองลงมาได้แก่ Australian Health Ministers' Advisory Council ประกอบด้วยตัวแทนจากหลายฝ่ายและองค์กรตัวแทนประชาชน การที่จะเลือกประเมินเทคโนโลยีสุขภาพใดส่วนหนึ่งเกิดจากการประชุมในระดับชาติ อีกส่วนหนึ่งเกิดจากการร้องขอจากองค์กรวิชาชีพหรือบริษัทที่จะนำเข้าเทคโนโลยีสุขภาพนั้นๆ มายัง Medicare Services Advisory Committee (MSAC) หน่วยงานหลักประเมินเทคโนโลยีสุขภาพที่มีค่าต้นทุนสูง

ความสำคัญของ MSAC คือ เป็นหน่วยงานที่จัดตั้งโดยรัฐบาลกลาง มีการทำงานเป็นแบบ multi-disciplinary team และ จะประเมินเฉพาะเทคโนโลยีที่ได้รับการร้องขอมาว่าสมควรจะได้รับการคุ้มครองจากระบบประกันสุขภาพระดับชาติ (Medicare) หรือไม่ ข้อดีของการผูกโยงกับระบบประกันสุขภาพระดับชาติทำให้ผลลัพธ์จากการประเมินหากถูกทำให้เป็นนโยบายสามารถมั่นใจได้ว่าเป็น evidence-based policy และสร้างกลไกที่ควบคุมกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ วิวัฒนาการองค์กรประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ต้นทุนสูงของออสเตรเลียเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ถึงข้อจำกัดและข้อผิดพลาดในอดีต ซึ่งจากเดิมองค์กรประเมินเป็น National Health Technology Assessment Panel และเปลี่ยนเป็น Australian Health Technology Assessment Council แต่ทั้งสององค์กรประเมินเทคโนโลยีสุขภาพไม่ได้เลือกที่จะประเมินเทคโนโลยีที่เห็นว่าเป็นประเด็นที่ควรทำ แต่ประเมินเกือบทุกอย่างที่ร้องขอมา ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามเวลาที่กำหนด และมีการใช้งบประมาณจำนวนมาก จนกลุ่มตัดสินใจนโยบายซึ่งรวมถึงทั้งนักการเมือง และ เจ้าหน้าที่ของ

Commonwealth Health Department ไม่พอใจ สุดท้ายต้องเปลี่ยนเป็น MSAC และเลือกที่ประเมินเทคโนโลยีที่เป็น ประเด็นสังคมหรือควรจะได้รับ การคุ้มครองจาก Medicare หรือไม่ ช่วยให้สามารถทำงานได้ตามเวลาที่กำหนด และใช้ทรัพยากรในการประเมินน้อยลง

การพัฒนาระบบการฟ้องร้องความเสียหายจากงานบริการสุขภาพของออสเตรเลียอาศัยปรัชญาสองประการ คือ ความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดของผู้ให้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ (Fault-based system and avoidable injuries) ประการที่สอง คือ ความเสียหายที่เกิดจากความผิดพลาดที่ไม่ได้เกิดจากความผิดของฝ่ายใด และเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (No-fault based system and unavoidable injuries)

กระบวนการฟ้องร้องเริ่มตั้งแต่การตกลงร่วมกันระหว่างผู้เสียหายและผู้ให้บริการ หากเป็นความเสียหายที่ไม่ได้เกิดจากความผิดของฝ่ายใด แต่กรณีที่ผู้เสียหายสงสัยว่าเป็นความผิดพลาดของผู้ให้บริการ ผู้เสียหายสามารถยื่นเรื่องไปยังองค์กรตัวแทนวิชาชีพของผู้ให้บริการนั้นๆ เพื่อผ่านกระบวนการ Medical Tribunal ที่ประกอบด้วยผู้พิพากษา ตัวแทนผู้ให้บริการ และตัวแทนผู้บริโภค คำตัดสินของ Medical Tribunal เป็นบทลงโทษผู้ให้บริการ แต่ไม่สามารถบังคับให้ผู้ถูกฟ้องร้องต้องจ่ายค่าชดเชย หากเรื่องไม่สามารถยุติได้และผู้เสียหายต้องการได้รับค่าชดเชย ต้องยื่นเรื่องไปที่ Complaints Body ที่กระจายอยู่ในทุกรัฐ ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยให้ทั้งสองฝ่ายตกลงกันได้ กรณีตกลงกันไม่ได้และจำเป็นต้องผ่านกระบวนการศาล ก่อนที่จะถึงตรงนั้นต้องผ่านการพิจารณาจาก Medical Defence Organisation (MDO) ที่ผู้ให้บริการสุขภาพซื้อประกันความเสี่ยง โดยถ้า MDO พิจารณาแล้วพบว่า การฟ้องร้องมีข้อมูลชัดเจนว่าเป็นความผิดพลาดของผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่เรื่องจะยุติในขั้นนี้ เพราะ MDO จะเข้ามาชดเชยค่าเสียหายให้ทันที

ข้อเด่นของระบบการฟ้องร้องชดเชยค่าเสียหายในออสเตรเลีย ได้แก่ ประการแรก การมีคู่มือประชาชนและผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจถึงสิทธิหน้าที่พื้นฐานหากเกิดความเสียหายขึ้นในกรณีที่ผู้เสียหายหรือผู้ป่วยสงสัยว่าจะเกิด เนื่องจากการรับบริการสุขภาพ แล้วจะทำอย่างไร ซึ่งถือได้ว่าเป็นมาตรการขั้นต้นที่ป้องกันไม่ให้เกิดการฟ้องร้องเกิดขึ้นได้ดีที่สุด ประการที่สอง การมีหน่วยงานรับเรื่องฟ้องร้องขึ้นในแต่ละรัฐ (Complaints Authority) แทนการใช้โครงสร้างเดิมที่เป็นองค์กรวิชาชีพทำหน้าที่นี้ตามลำพัง ช่วยเพิ่มความโปร่งใสในการพิจารณาให้กับประชาชน อย่างไรก็ตามยังคงให้หน้าที่องค์กรวิชาชีพทำหน้าที่ให้คำปรึกษาอยู่เพื่อให้คำแนะนำทางเทคนิคมาประกอบเป็นข้อมูลในการพิจารณา

ประการที่สาม Complaints Authority ทั้งที่อยู่ในแต่ละรัฐและส่วนกลางทำหน้าที่รวบรวมข้อกรณีต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการพิจารณากรณีที่เกิดขึ้นในภายหลังที่คล้ายคลึงกัน และข้อมูลเหล่านี้ทุกฝ่ายควรที่จะสามารถเข้าถึงได้เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจ ประการที่สี่ การจัดตั้งกองทุนประกันความเสี่ยงให้กับผู้ให้บริการสุขภาพแบบบังคับ โดยเฉพาะในสาขาที่มีโอกาสทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยจากงานบริการได้ง่าย เป็นแนวทางการพัฒนาที่ช่วยคุ้มครองผู้ให้บริการเพื่อไม่ให้เกิดทัศนคติการให้บริการแบบป้องกันตนเอง ซึ่งผลเสียจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ และแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะมากขึ้น หากไม่มีระบบนี้เพราะผู้ป่วยอาจถูกตรวจวินิจฉัยด้วยเทคโนโลยีต่างๆเกินจำเป็น อย่างไรก็ตามข้อดีประการนี้อาจเป็นจุดอ่อนของระบบการฟ้องร้อง เพราะการมีกองทุนประกันความเสี่ยงอาจส่งผลด้านจิตใจทำให้ผู้ให้บริการไม่รอบคอบหรือตระหนักถึงการให้บริการที่มีคุณภาพ

แนวคิดการใช้ประชาสังคมและการให้องค์กรตัวแทนประชาชนมีส่วนร่วมกำลังเป็นที่นิยมสำหรับพัฒนาและดำเนินนโยบายสุขภาพในหลายประเทศ ออสเตรเลียก็เช่นเดียวกันที่รัฐบาลจัดตั้งองค์กรตัวแทนผู้บริโภคอย่างเป็นทางการให้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสุขภาพ ซึ่งได้แก่ Consumers' Health Forum (CHF) ทำให้กระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับกลุ่มผู้บริโภคและตอบสนองต่อผู้บริโภคมากขึ้น การที่ Consumers' Health Forum ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพเป็นหลัก ทำให้โครงสร้างสนับสนุนผู้บริโภคต่อการพัฒนานโยบายสุขภาพชัดเจนขึ้นกว่าการใช้องค์กรเดิม Australian Consumers' Association ที่รับผิดชอบทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภค อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองยังคงมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของ Consumers' Health Forum แม้ว่าจะเป็นองค์กรอิสระเนื่องจากรัฐบาลกลางเป็นผู้สนับสนุนด้านการเงินเป็นหลักทำให้มีอำนาจจะเข้าไปแทรกแซงการทำงานขององค์กร

VicHealth เป็นองค์กรที่เกิดจากความร่วมมือระหว่างรัฐบาล Victoria และ องค์กรตัวแทนประชาชนกลุ่มต่างๆ ที่มีการทำงานและการสื่อสารที่เป็นสองทางมากขึ้นระหว่างนักวิชาการและองค์กรชุมชนในพื้นที่ องค์กรนี้สามารถทำงานได้อย่างดีเนื่องจากได้ดึงเอาทรัพยากรจากชุมชนและเอกชนร่วมกับทรัพยากรจากรัฐบาล ทำให้เพิ่มความเป็นเจ้าของในการพัฒนาและการที่โครงสร้างองค์กร VicHealth มีตัวแทนจากพรรคการเมืองทุกพรรคทั้งฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายค้านร่วมด้วย ทำให้สามารถสร้างภูมิคุ้มกันระดับหนึ่งต่อการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวของการเมืองขึ้น การทำงานของ VicHealth ต่างจาก CHF ตรงประเด็นที่จับโดย VicHealth เป็นประเด็นที่แคบและน้อยกว่า มีกลุ่มต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องน้อยกว่า ช่วยให้หลากหลายของความคิดน้อยกว่า จึงมีโอกาสประสบความสำเร็จในการทำงานร่วมกันสูง ขณะที่ CHF หน้าที่หลักจะเป็นการรวบรวมประเด็นสุขภาพจากทุกกลุ่มมากกว่าจะให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินนโยบาย

ประเด็นสุดท้ายในเรื่องการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ รายงานฉบับนี้ให้ความสนใจไปที่การพัฒนางานบริการสุขภาพทั่วไป (General Practice) เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพมีความเชื่อมโยงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น การจัดตั้งคณะกรรมการศึกษาปัญหานาน GP โดยรัฐบาลกลาง เป็นผลสืบเนื่องจากการประชุม Health Ministers' Conference ที่สรุปประเด็นปัญหาความไม่เชื่อมโยงกันของระบบบริการสุขภาพในออสเตรเลีย โดยกลุ่มทำงานสรุปปัญหาดังกล่าวมีทั้งนักวิชาการจากฝั่งผู้ให้บริการ ตัวแทนผู้บริโภค และ ตัวแทนจากรัฐบาล ซึ่งสนับสนุนให้ความคิดของทั้งสามกลุ่มประสานและมองไปในแนวทางเดียวกัน สำหรับการปฏิรูปงาน GP ของออสเตรเลียเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มจากการทำโครงการทดลองในพื้นที่เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม ร่วมกับการพัฒนาแพทย์ GP ให้มีทักษะและความสามารถเพื่อพร้อมจะเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการผลักดันการเปลี่ยนแปลง

ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยต่อประเด็นการพัฒนาทั้งสี่ข้างต้นจากการทบทวนกรณีศึกษาของออสเตรเลียมีดังนี้

1. เราควรพัฒนาให้มีกลไกหรือกระบวนการที่เป็นเวทีให้ตัวแทนกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณา ปรับปรุง เพิ่มเติม แก้ไข ร่างข้อเสนอแนะนโยบาย และเป็นเวทีตัดสินใจนโยบายสุขภาพก่อนนำไปใช้ เช่น สถานการณ์สุขภาพแห่งชาติที่ประกอบด้วยตัวแทนจากองค์กรหลายฝ่าย ซึ่งจะเพิ่มโอกาสให้หลายฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจนโยบายสุขภาพอย่างแท้จริง

2. ควรจัดตั้งองค์กรตัวแทนผู้บริโภคที่เป็นอิสระได้รับการสนับสนุนการเงินจากรัฐบาลโดยตรงเพื่อทำหน้าที่รวบรวมประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มต่างๆ นำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย มีคณะทำงานที่เป็นนักวิชาการจากทั้งกลุ่มวิชาชีพสุขภาพ นักวิชาการด้านสังคมศาสตร์ เป็นต้น เพื่อสนับสนุนให้งานวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น
3. ประเด็นการปฏิรูปสุขภาพเป็นประเด็นที่นำไปสู่ประเด็นทางสังคมและเปิดโอกาสให้ตัวแทนหลายกลุ่มเข้ามีส่วนร่วมช่วยสนับสนุนให้การพัฒนาเพิ่มความเป็นเจ้าของต่อทุกกลุ่ม ความยั่งยืนต่อผลลัพธ์สุดท้าย อย่างไรก็ตาม หากประเด็นที่จะปฏิรูปมีจำนวนมาก เวลาที่ใช้อาจต้องใช้เวลานานและอาจมีความขัดแย้งของความคิดเห็นระหว่างกลุ่มต่างๆ ที่มีพื้นฐานวิชาการ ความคิด ความต้องการที่หลากหลาย ดังนั้นประเด็นการปฏิรูปสุขภาพน่าจะมีการจัดลำดับความสำคัญและมีเพียงไม่กี่ประเด็นที่เกิดจากความเห็นร่วมกันของทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การพัฒนาเป็นไปตามเวลาที่กำหนด และยังเพิ่มโอกาสความเป็นไปได้ในการปฏิรูปในเรื่องอื่นๆ เนื่องจากการกำหนดประเด็นที่น้อยช่วยลดความขัดแย้งทางความคิดของกลุ่มต่างๆ เพราะจำนวนองค์กรที่เกี่ยวข้องลดลง
4. การใช้ทรัพยากรของกลุ่มองค์กรต่างๆ รวมด้วยมากกว่าการใช้ทรัพยากรขององค์กรใดองค์กรหนึ่งเพียงลำพังเพื่อการปฏิรูปสุขภาพ น่าจะช่วยเพิ่มความเป็นเจ้าและส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากองค์กรตัวแทนต่างๆ อย่างแท้จริง เนื่องจากมีความเป็นไปได้ว่าหากทรัพยากรหรือเงินสนับสนุนที่ให้กับองค์กรต่างๆ เหล่านี้หมดไปอาจจะทำให้การพัฒนาหรือกระบวนการปฏิรูปต้องหยุดชะงัก
5. รัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุขควรผลักดันให้มีการสร้างกองทุนสุขภาพในระดับชาติ หรือในระดับที่เล็กลงไป เช่น ระดับภาคที่มีลักษณะการทำงานคล้ายคลึงกับ VicHealth เพื่อการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง มากกว่าการใช้งบประมาณที่คลุกรวมกันระหว่างงานรักษาและงานส่งเสริมสุขภาพ เพราะจะมีแนวโน้มที่งบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพมีสัดส่วนที่น้อยจนไม่สามารถผลักดันให้ผลลัพธ์การทำงานมีประสิทธิภาพได้
6. รูปแบบขององค์กรหลักที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีสุขภาพที่มีค่าต้นทุนสูงอาจจะเป็นรูปแบบองค์กรอิสระหรือเป็นองค์กรของรัฐก็ได้ แต่กระบวนการทำวิจัยและนำไปสู่ข้อเสนอควรมีคณะทำงานหรือคณะกรรมการที่ประกอบด้วยบุคคลที่มีความรู้จากหลายสาขาเพื่อทำให้การวิจัยเป็น multi-disciplinary
7. ระบบการประเมินเทคโนโลยีควรมีการประชาสัมพันธ์กับสื่อต่างๆ และประชาชนหรือองค์กรตัวแทนประชาชนเพื่อให้รับทราบว่าจะมีองค์กรประเมินกำลังประเมินเทคโนโลยีสุขภาพโดยอยู่ ตรงนี้ช่วยสร้างเงื่อนไขแก่กลุ่มตัดสินใจนโยบายว่าต้องตัดสินใจจากข้อมูลที่ได้จากองค์กรประเมิน ทำให้เป็น evidence-based policy มากขึ้น
8. ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพควรเชื่อมกับระบบการประกันสุขภาพเพื่อให้ผลลัพธ์จากการประเมินมีผลต่อการควบคุมกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น การพัฒนา clinical practice guidelines สามารถถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวาง หรือเชื่อมโยงไปถึงการใช้ Certificate of Need Law เพื่อกำหนดการกระจายเทคโนโลยีให้เป็นธรรมและใช้อย่างมีประสิทธิภาพ
9. องค์กรประเมินควรประสานร่วมมือกับองค์กรต่างประเทศ เช่น Cochrane collaboration เพื่อสนับสนุนการใช้ข้อมูลร่วมกัน และนำองค์ความรู้จากต่างประเทศมาปรับใช้ในประเทศซึ่งจะทำให้ผลลัพธ์จากการประเมินรวดเร็วขึ้น
10. แนวโน้มในอนาคตที่จะมีระบบการแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการสุขภาพออกจากกัน และการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยโครงสร้างนี้ บทบาทด้านการเงินน่าจะเป็นตัวหลักควบคุมคุณภาพการให้บริการสุขภาพของผู้ให้บริการ

อย่างไรก็ดีหน่วยงานซื้อบริการสุขภาพในอนาคต ซึ่งอาจเป็น regional หรือ provincial health authority ควรพัฒนาหน่วยงานเฉพาะในองค์กรของตน เช่น complaints unit เพื่อรับเรื่องร้องเรียนและดำเนินกระบวนการให้กับประชาชน ในกรณีที่ผู้เสียหายต้องการจะฟ้องร้องควรมี legal aid สำหรับประชาชนทุกคน ทั้งในการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น และการจัดหาทนายเพื่อขอคำปรึกษาให้ complaints unit ยังควรทำงานด้านวิจัยหรือจัดจ้างให้หน่วยงานหรือกลุ่มบุคคล ใดๆ ทำงานวิจัยในระดับพื้นที่เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาคุณภาพงานบริการ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้กับผู้ให้บริการ และ กลุ่มผู้ให้บริการ

11. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดตั้ง Complaints unit เป็นศูนย์กลางที่ทำหน้าที่รวบรวมเรื่องร้องเรียน เก็บข้อมูล ประเมินผล และรายงานผลข้อมูลในระดับประเทศ ทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อพัฒนามาตรฐานการให้บริการ เช่น ใช้ข้อมูลกรณีฟ้องร้องที่เกิดขึ้นทั่วประเทศเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อพัฒนา clinical practice guidelines ร่วมกับองค์กรตัวแทนวิชาชีพในแต่ละสาขา หรือ พัฒนาคู่มือสำหรับประชาชนและผู้ให้บริการสุขภาพในแต่ละสาขา เช่น กรณีเกิดความเสียหายจากการให้บริการสุขภาพ ทั้งสองฝ่ายควรปฏิบัติตัวอย่างไรและสามารถขอคำปรึกษาได้จากหน่วยงานใด ข้อดีที่สำคัญประการหนึ่งของการจัดตั้ง complaints unit ในส่วนกลาง คือ การสร้างมาตรฐานเพื่อพิจารณากรณีฟ้องร้องในอนาคตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในระดับประเทศทำให้มีความหลากหลายของกรณีฟ้องร้อง
12. การพิจารณาเรื่องฟ้องร้องที่ดำเนินการโดย complaints unit ในแต่ละพื้นที่ควรมีหน้าที่ตั้งแต่ไกลเกลี่ย จัดตั้ง medical tribunal เป็นเฉพาะกรณีหากเรื่องไม่สามารถไกลเกลี่ยกันได้ จนถึงอำนวยความสะดวกทั้งด้านการเงินและการจัดการ ในระยะแรกหากเรื่องต้องดำเนินด้วยกระบวนการศาล
13. การจัดตั้ง Medical Defence Organisation (MDO) อาจเป็นแนวทางเลือกเพื่อการพัฒนาในอนาคต จะพัฒนาหรือไม่จำเป็นต้องพิจารณาจากข้อมูล เช่น จำนวนกรณีฟ้องร้องที่เกิดขึ้น มูลค่าความเสียหายที่ต้องชดเชย รูปแบบปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นแบบ defensive practice มากน้อยขนาดไหน เหล่านี้อาจเป็นตัวอย่างข้อมูลเบื้องต้นที่ต้องใช้ในการตัดสินใจว่าควรพัฒนากองทุนประกันความเสี่ยงสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพหรือไม่
14. หลักสูตรแพทย์ศาสตร์ หลักสูตรสาขาวิชาชีพอื่นๆ และหลักสูตรหลังปริญญา ควรสอดแทรกเนื้อหาวิชาเกี่ยวกับการจัดการด้านความเสี่ยง (Risk Management) หรือ เป็นการจัดอบรมระยะสั้น
15. การพัฒนาแพทย์ GP ในระดับนโยบายประเทศจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบที่แน่ชัดและได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายอย่างรวดเร็ว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโครงสร้างรองรับอื่นๆ เช่น ระบบการเงินการคลังสุขภาพหรือระบบการประกันสุขภาพที่สามารถสนับสนุนการพัฒนาแพทย์ GP ได้อย่างเป็นรูปธรรมเหมือนในหลายประเทศ หรือ ระบบการเชื่อมโยงระหว่างงาน GP กับงานบริการที่ระดับสูงขึ้น
16. ควรพัฒนาหลักสูตรผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปริญญาตรี โดยเฉพาะหลักสูตร GP ให้เป็น community-based program มากขึ้น การสอนควรเน้นการให้บริการที่เป็นเป็นทีมประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพอื่นๆ
17. การผลักดันนโยบายให้แพทย์ GP ต้องสอบหรือต้องเข้าอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ใบอนุญาตการเป็นแพทย์ GP ช่วยพัฒนาคุณภาพของงาน GP ให้กับผู้บริโภค
18. องค์กรผู้ซื้อบริการสุขภาพที่จะพัฒนาให้เกิดขึ้นในอนาคตที่อยู่ในรูปแบบ Provincial หรือ Area Health Authority ควรเป็นองค์กรหลักที่สำคัญ ทำหน้าที่ในการวางแผนและพัฒนานโยบายในระดับพื้นที่ ส่งเสริมการพัฒนางาน GP แพทย์ GP

รวมทั้งบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ และทำให้ระบบมีความเชื่อมโยงกันมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นระหว่างภาครัฐและเอกชน
ระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการ หรือ ระหว่างสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ

Executive Summary

The main purposes of doing the review of particular components of the Australian health system were to look into its development experiences and various features as time went by. This review was aimed at reviewing Australian health care technology assessment system, the system of health care complaints, community involvement in health policy development and the development of health manpower.

High growth rates of health care technology assessment led to governments' concern over high costs of health care resulted from costly technology and to their increasing awareness of being responsible for systematising health care technology assessment. They have attempted to establish the system in order to insure cost-effective technologies, technologies with safety in use to both providers and recipients and technologies with minimal impact on society.

Health care technology assessment is considered as part of doing the policy research through these following stages : determining what health care technology should be assessed, evaluating various impacts resulted from using a particular technology, reporting the results and giving policy recommendation to policy makers and disseminating them to public. For the past years, the development of the assessment system has been more on the use of multidisciplinary approach on which a variety of people from many backgrounds are involved in the evaluation process. Nevertheless, the important component of the system is the availability of an effective intermediary to link between the world of research and the world of policy making to promote evidence-based health policy.

The Australian health care technology assessment system is mainly composed of two components, the Australian Health Ministers' Conference (AHMC) and the Medicare Services Advisory Committee (MSAC). The AHMC with its advisory council are responsible for setting what technologies should be assessed by the MSAC. In the mean time, any groups in particular the medical group can request the MSAC to evaluate the technology they propose. If approved by the MSAC and later by the policy makers, the technology will be insured by the Medicare, the National Health Insurance. The use of financing measure linked with the health care technology assessment effectively controls the supply side, the providers, to provide care with their consciousness of cost-effectiveness and ensures that the technology is more equitably distributed and efficiently used.

One of the lessons learned from the evolution of the Australian health technology assessment system is that the assessment organisation should prioritise its work. Otherwise it is unable to complete their tasks on time and likely to blow up the use of budget eventually upsetting the policy makers. This happened to the National

Health Technology Assessment Panel and the Australian Health Technology Assessment prior to be the MSAC which later selectively assesses health care technologies under its financial and time feasibility.

The development of the health care complaint system in Australia is basically on the principles which are the fault-based system with avoidable injuries and the no-fault based system with unavoidable injuries. There are a number of degrees of complaints process in Australia. If the injuries caused by no one's fault, the case would be ended after both parties, the patient and the provider, reached an agreement. If the patient wonders his or her injuries or lost benefits were caused by the wrongdoing of the provider, he or she may report to the registration board to which the provider is registered. The board will set up the Medical Tribunal composed of the judge, the representative from the same specialty of the provider and the consumer representative. The tribunal will consider the case and if the provider did the wrong action to cause harm for the patient, the penalty will impose on the provider. Nevertheless, compensation for the patient can not be sought out through this process.

The compensation can be made to the patient if the patient lodge the complaint to the complaint body which is located in each state. The body will act as the third party to help both parties reach agreement with extent of compensation paid by the provider gone for the provider. If both cannot reach the agreement, prior to the court process, the Medical Defence Organisation (MDO) to which the provider paid the premium for haphazard malpractice insurance, will sanction by paying the compensation to the patient before the case taken to the court. However, the MDO will do so if finding the case strongly against the provider. On the contrary, the MDO may take a bet to proceed the case to the court.

The advantages of the Australian complaint process system are :

- the availability of patient and provider manual when the case of complaints arising or considered to be coming up, especially guiding both parties on what to do if faced with such a circumstance,
- the existence of the complaint body in each state instead of using the registration board in prevention of patients' suspicion over its transparency,
- the availability of legal aid for the patients suffering from the loss of benefits or injuries,
- the collection of cases by the complaint body and the central complaint body at the Commonwealth level potentially setting up standards of care and most cases accessible to the public in the form of either the electronic publication or hard copy to use as references for future cases consideration,
- the availability of the MDO discouraging the providers to perform defensive practice, as a cause of unnecessarily increasing health care costs; nevertheless, the MDO existence might psychologically persuade the providers to be unaware of care quality to some extent.

Community involvement has been increasingly used for developing health policy and implementing health policy in order to increase responsiveness to communities' needs and to support decentralised management of health system. The WHO also supported this approach by considering it as one of the important strategies of health promotion and prevention. The Australian Commonwealth Government has put that strategy into practice by setting up the Consumers' Health Forum (CHF) as a channel for NGOs and communities to be part of health policy development. An advantage of the CHF establishment rather using the Australian Consumers' Association is that more health issues are identified. Nevertheless, one of the cons of the CHF existence is the fact that it can be sanctioned by the government because the government is a main agency supporting the CHF's budget.

VicHealth is the collaboration between the Victorian Government and NGOs and communities to promote interactive communication between both parties, to strengthen the collaboration of health policy development and implementation and to share resources among such groups. Resources sharing led to ownership promotion among various groups and to increase a possibility of success of health policy implementation. Not only do the VicHealth involve NGOs and communities but also have politicians from all parties be the committee. With this feature, it is believed that the VicHealth is sustained in its development due to participation derived from a variety of groups.

One of the interesting differences between the VicHealth and the CHF is the VicHealth is able to do both work of developing and implementing health policy since a lower number of groups involved cause less conflicts among groups than conflicts arising at the national level. Therefore, the CHF tends to process its work for gathering various ideas from communities rather than allowing them to implement health policy. Additionally, the VicHealth's work is more effective since it is able to focus on less number of issues than that of the CHF.

The last context reviewed in this report is health manpower development in which the report specifically picks up the development of general practitioners in Australia. To promote more integrated and efficient health care system, the Commonwealth Government set up the review committee to determine Australian GP's problems. Originally, the necessity of determining GP problems was actually called out by the Australian Health Ministers' Conference. The review committee was composed of technicians from the supply side and representatives from consumer groups and the central government and state governments. The Australian GP development was started from the trial projects in several areas around the country so as to seek suitable models and develop general practitioners' skills and capacity to cope with changes.

A number of recommendations for Thailand based on the Australian review are as follows:

1. A measure of providing opportunities to various groups to be involved in health policy development should be established. The National Health Council might be one of the alternatives.
2. The health consumer organisation should be set up and financially supported by the government to gather and determine health issues around the nation. Either should the organisation be technically supported by academics to do the research or is able to commission technical groups to do research for them.
3. Health reform in Thailand should seriously prioritise health issues rather attempting to do the reform on all issues so as to increase the possibility of success.
4. Doing the reform in Thailand should get financial collaboration from the NGOs and communities in stead of solely utilising public resources in order to attain higher ownership for health reform from various groups.
5. The government or the Ministry of Public Health should establish the National Health Fund for supporting health promotion at the national level. If possible, the provincial health funds should also be set up to strengthen health promotion at provincial level.
6. The main organisation responsible for health care technology assessment should either be an independent or a public organisation whose assessment process is multidisciplinary based.
7. The assessment organisation should have connection with various forms of media in order to enhance public understanding to current issues of health technology assessment. As a consequence, health policy-making groups would be more shaped by the public to decide basically on evidence and inputs proposed by the assessment organisation.
8. The health care technology assessment should be linked with the health insurance system to effectively control the providers. With respect to this mechanism, clinical practice guidelines would be seriously put into practice and more equitable distribution and efficient use of technologies would be achieved.
9. The assessment organisation should establish collaboration with international health technology assessment agencies to enhance our research development.
10. In regard to the development of complaints process in Thailand, if the Thai health care system is moving to have either regional or provincial health authorities which will be supposed to act as the health purchaser for the communities, the complaint unit should be established in each authority.
11. Legal aid provided by the complaint unit will also be available for all when the patient determines to lodge the complaint.
12. The central complaint unit should be set up and responsible for collecting cases throughout the nation, analysing, summarising and reporting in the form of annual report. It should also make the manual of patients and providers to let them know about the complaint process. The case data of the central

complaint unit shall be used for developing clinical practice guidelines in consultation with the registration boards.

13. Cases processed by the complaints unit should be basically carried out through making an attempt to reach agreement by both parties and setting up the medical tribunal for consideration in case of failure to reaching the agreement.
14. The Medical Defence Organisation (MDO) might be an alternative for the future development. Nevertheless, whether we should develop that way depending upon information for instance number of cases arising annually, values of social costs and degrees of defensive practice among medical group.
15. Risk management subject should be integrated into normal curriculums of health professionals or should be set up as a short course for interested people.
16. Models of GP development in Thailand should be determined as quickly as possible for developing other components to enhance GP development.
17. Medical curriculum should be more community-based program rather hospital-based program.
18. All existing GPs or those who want to be GPs should be trained for being actual GPs so as to improve their quality of care.
19. Provincial or Area Health Authority which would be established in the future, should be directly responsible for planning and developing GP development in its area.

สารบัญ

เนื้อหา	หน้าที่
บทสรุปผู้บริหาร	I
Executive Summary	vii
สารบัญ	xii
สารบัญตาราง	xii
บทนำ	xiii
บทที่ 1 : การประเมินเทคโนโลยีการบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย	1
บทที่ 2 : ระบบการฟ้องร้องกรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพ	11
บทที่ 3 : การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้บริโภค	20
บทที่ 4 : การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ	26
บทที่ 5 : ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย	32
ภาคผนวกที่ 1 : ขั้นตอนการประเมินเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงาน บริการภายใต้ Medicare	36
ภาคผนวกที่ 2 : คู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ให้บริการในกรณีเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึง ประสงค์เนื่องจากการให้บริการสุขภาพ	42

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1 : เทคโนโลยีสุขภาพที่ NHTAP ได้ประเมิน และ หน่วยงานที่ร้องขอให้ ทำหน้าที่ประเมิน	4
ตารางที่ 4.1 : ความแตกต่างระหว่างการให้บริการของแพทย์ GP ในรูปแบบต่างๆ กับพื้นที่ที่เปิดบริการ	27

บทนำ

หลักการและเหตุผล

การทบทวนประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงหรือการปฏิรูปในต่างประเทศเป็นบทเรียนที่สำคัญเพื่อนำมาปรับใช้กับประเทศไทย แม้ว่าแต่ละประเทศมีโครงสร้างการเมือง การปกครอง เศรษฐกิจ สังคม ประชากร วัฒนธรรมที่ต่างกัน หากแต่เราจะสังเกตได้ว่าการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพในหลายประเทศมีทั้งที่คล้ายคลึงกันและต่างกัน อะไรเป็นปัจจัยที่เข้าไปเกี่ยวข้องและผลักดันให้เกิดรูปแบบที่หลากหลายหรือรูปแบบที่คล้ายกัน สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่น่าศึกษาเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยเหล่านี้กับประเทศไทย การศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์การปฏิรูปของหลายประเทศ อาจกล่าวได้ว่าเป็นการทดลองขนาดใหญ่ โดยผู้ถูกทดลองคือประเทศต่างๆที่ได้ทำการศึกษาทบทวน

ขอบเขตการศึกษา

รายงานฉบับนี้เป็นฉบับที่สองต่อการทบทวนประสบการณ์การปฏิรูปในออสเตรเลียที่เน้นถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงของระบบการให้บริการสุขภาพและการสร้างระบบประกันสุขภาพ รายงานนี้จะเป็นการศึกษาถึง :

1. ระบบการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
2. ระบบการฟ้องร้องเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นเนื่องการรับบริการสุขภาพ
3. การมีส่วนร่วมของผู้บริโภคในการพัฒนานโยบายสุขภาพ และ
4. การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

รูปแบบศึกษาจะเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ใช้ข้อมูลจากแหล่งที่อ้างอิงได้ เช่น ข้อมูลจากโฮมเพจขององค์กรในประเทศออสเตรเลียต่างๆ ร่วมกับเอกสารทางวิชาการที่ตีพิมพ์

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อนำเสนอการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญๆ ของทั้งสี่ประเด็นที่กล่าวข้างต้นว่ามีที่ไปอย่างไร
2. เพื่อนำเสนอรูปแบบที่เกิดขึ้นของประเด็นทั้งสี่ว่ามีข้อดีข้อด้อยอย่างไร
3. เพื่อเสนอแนะการเปลี่ยนแปลงของประเด็นทั้งสี่สำหรับประเทศไทย

กรอบของเนื้อหา

บทที่ 1 เป็นการนำเสนอการเปลี่ยนแปลงหรือวิวัฒนาการขององค์กรที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ในออสเตรเลียจนถึงปัจจุบัน ว่ามีกลไกหรือปัจจัยอะไรที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

บทที่ 2 นำเสนอรูปแบบหรือระบบการฟ้องร้องเพื่อชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสุขภาพ กล่าวถึงกฎหมายต่างๆที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ปรัชญาการพัฒนาระบบฟ้องร้อง กระบวนการฟ้องร้องที่ใช้มีกี่วิธี และแนวทางการพัฒนาต่อไปในอนาคตสำหรับประเทศออสเตรเลีย

บทที่ 3 กล่าวถึงจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างที่รัฐสนับสนุนให้เมืองค์กรผู้บริโภคระดับชาติที่รับผิดชอบหลักในการหาประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของผู้บริโภค โดยส่วนที่สองเป็นตัวอย่างศึกษาขององค์กรสนับสนุนการพัฒนาส่งเสริมป้องกันในรัฐ Victoria ที่ส่งเสริมให้มีการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนในการพัฒนางาน

บทที่ 4 ให้ความสนใจไปที่การพัฒนางานบริการสุขภาพทั่วไปที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาแพทย์ GP โดยตรง และการปฏิรูปงาน GP ของประเทศเพื่อต้องการให้บุคลากรสุขภาพทั้งหมดทำงานประสานกันและเพื่อให้ระบบมีความเชื่อมโยงมากขึ้น

บทที่ 5 เป็นการนำเสนอข้อเสนอแนะสำหรับการเปลี่ยนแปลงทั้งสี่ประเด็นข้างต้นในประเทศไทย

บทที่ 1 : การประเมินเทคโนโลยีบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย

บทนำ

บทนี้เป็น การนำเสนอระบบและโครงสร้างการประเมินเทคโนโลยีการให้บริการสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย โดยเน้นที่เทคโนโลยีที่มีต้นทุนสูง เนื้อหาประกอบด้วยแนวคิดพื้นฐานและความสำคัญของการพัฒนาระบบประเมินเทคโนโลยีสุขภาพทั่วไป และตามด้วยองค์กรต่างๆในออสเตรเลียที่เกี่ยวข้องที่สนับสนุนในระดับนโยบาย องค์กรที่ทำหน้าที่เชิงวิชาการ และวิวัฒนาการของระบบการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ในออสเตรเลีย

การประเมินเทคโนโลยีการแพทย์เป็นรูปแบบหนึ่งของการทำวิจัยเชิงนโยบายเพื่อ

- กำหนดประเด็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีการแพทย์
- ประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นกับการเลือกใช้เทคโนโลยีใดเทคโนโลยีหนึ่ง
- นำเสนองานวิจัยที่พบ

ผลจากการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์มีความสำคัญเนื่องจากเป็นข้อมูลต่อการตัดสินใจของกลุ่มผู้ตัดสินใจนโยบาย การประเมินเทคโนโลยีการแพทย์มีความสำคัญต่อระบบสุขภาพอย่างมากทั้งในปัจจุบันและอนาคตเนื่องจากวิวัฒนาการเทคโนโลยีการแพทย์มีความก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว แต่ละปีมีเทคโนโลยีการแพทย์ใหม่ๆออกมาและรวมถึงเทคโนโลยีเดิมที่ยังไม่สามารถสรุปผลจากการใช้อย่างแน่ชัด และต้นทุนเทคโนโลยีการแพทย์ที่สูงขึ้น เหล่านี้ทำให้เทคโนโลยีการแพทย์จำเป็นต้องมีการประเมินเพื่อความปลอดภัยจากการนำมาใช้ ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และทราบถึงผลกระทบต่อสังคม การประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ไม่ใช่เฉพาะที่ระดับการพัฒนาระบบสุขภาพ แต่ยังเป็น การสนับสนุนการพัฒนา clinical practice guidelines และ วิธีการอื่นๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพ เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาเทคโนโลยีการแพทย์ที่นิยมได้แก่ cost-effectiveness, evidence-based medicine, ความโปร่งใสและการยอมรับจากทุกฝ่าย (Battista and Hodge, 1999)

ความสำคัญของการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ไม่ใช่การทำวิจัยเพียงอย่างเดียว แต่มีลักษณะที่สำคัญสี่ประการดังนี้

1. ทำให้เกิดทิศทางของนโยบายซึ่งทำให้การประเมินไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มนักวิจัยเพียงอย่างเดียว
2. เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความรู้หลากหลายสาขาเข้ามาเกี่ยวข้องในการประเมิน
3. ผลลัพธ์จากการประเมินเป็นข้อเลือกที่เป็นไปได้
4. ผู้ที่เกี่ยวข้องในการประเมินต้องตระหนักถึงความสำคัญของการกระจายและการสื่อสารข้อมูลและผลลัพธ์ โดยใช้องค์กรใดองค์กรหนึ่งที่ช่วยผลักดันเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในเชิงนโยบาย

เพราะฉะนั้นกล่าวโดยสรุป การประเมินเทคโนโลยีการแพทย์เป็นเสมือนหนึ่งสะพานที่เชื่อมระหว่างโลกของการทำวิจัยและโลกของการตัดสินใจนโยบาย เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เป็นหลักการมากขึ้น

"Health technology assessment is a bridge between the world of research and the world of decision-making, particularly policy making" (Battista and Hodge, 1999)

ในประเทศออสเตรเลีย การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์มีหน่วยงานที่เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งการทำวิจัยและสนับสนุนระบบกระบวนการประเมินไปจนถึงการประสานระดับนโยบายดังนี้ National Health and Medical Research Council (NHMRC) และ Commonwealth Department of Human Services and Health การประสานงานทางด้านการวิจัยการ

แพทย์ในระดับประเทศเป็นหน้าที่ของ National Health and Medical Research Council (NHMRC) โดยประสานงานหลักกับ Commonwealth Department of Human Services and Health, NHMRC ได้รับเงินสนับสนุนจาก Commonwealth Government มีคณะกรรมการประสานเพื่อดูแลในแต่ละเรื่องต่างๆ ดังนี้

- การวิจัยด้านการแพทย์
- งานบริการสุขภาพ
- งานสาธารณสุข งานวิจัยด้านสาธารณสุข และการพัฒนา และ
- จริยธรรมด้านสุขภาพ

การทำงานของ NHMRC กับ Commonwealth Department of Human Services and Health เท่าที่ผ่านมาเป็นงานวิจัยด้านการรักษาโรคบางโรคที่เป็นกันมาก เช่น งานวิจัยเรื่องหอบหืด และ การประเมินงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้งในประเทศและต่างประเทศก่อนการสนับสนุนกลุ่มวิชาชีพว่าเทคโนโลยีดังกล่าวสมควรมีการนำมาใช้หรือไม่ (Hailey, 1995)

กลไกสำคัญที่ทำให้ State / Territory Governments และ Commonwealth Government ทำงานประสานกันในระดับนโยบายได้แก่ Australian Health Ministers' Conference (AHMC) เป็นการจัดประชุมทุกปี มีที่ปรึกษา คือ Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) ประกอบด้วยบุคลากรหลักสำคัญจากองค์กรที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ และประธานของ NHMRC เพื่อที่จะให้เกิดการพัฒนา นโยบายและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นร่วมกัน AHMAC สามารถจัดตั้งคณะทำงานต่างๆ ขึ้นมาในกรอบเวลาที่แน่นอนเพื่อประสานและพัฒนาในประเด็นต่างๆ ที่เห็นว่ามีมีความสำคัญ หรือมอบให้ให้องค์กรใดๆ องค์กรหนึ่งรับผิดชอบ (Hailey, 1995) ส่วนองค์กรหลักที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูงได้แก่ Medicare Services Advisory Committee ซึ่งจะกล่าวต่อไปในภายหลัง

เครื่องมือที่สำคัญที่ทำให้นโยบายสามารถผลักดันไปสู่การปฏิบัติได้

ระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพไม่ได้เสร็จสิ้นภายหลังมีการตัดสินใจนโยบาย แต่จะเข้าไปถึงกระบวนการที่จะทำอย่างไรให้นโยบายสามารถนำไปสู่การปฏิบัติให้ได้ ออสเตรเลียเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีปัญหาการต่อต้านจากกลุ่มวิชาชีพโดยเฉพาะจากกลุ่มแพทย์ มาตรการหลักในการควบคุมกลุ่มนี้เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์การดำเนินนโยบายมีดังนี้

1. การใช้เครื่องมือทางการเงินควบคุมการใช้เทคโนโลยีงานบริการสุขภาพ (Financial Controls)

เครื่องมือหลักที่สำคัญที่รัฐบาลนำมาใช้ในการควบคุม คือ กลไกทางการเงิน นั่นคือการประเมินเทคโนโลยีจะถูกติดกับสิทธิ์ประโยชน์ภายใต้โครงการประกันสุขภาพหลักของประเทศ Medicare ดังนั้นเทคโนโลยี ยาและผลิตภัณฑ์ที่ต้องการให้การคุ้มครองใน Medical Benefits หรือ PBS ต้องได้รับการประเมิน อย่างไรก็ตามกลไกทางการเงินอย่างเดียวไม่สามารถควบคุมการใช้เทคโนโลยีได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากผู้ให้บริการสุขภาพอาจมีแนวโน้มสั่งหรือให้มีการใช้เทคโนโลยีที่ได้รับการคุ้มครองจาก Medicare เพิ่มมากขึ้นเพื่อเพิ่มผลกำไร อย่างไรก็ตาม การควบคุมสามารถกระทำได้อีกชั้น เช่น Health Insurance Commission เข้มงวดกับการตรวจสอบและแจ้งเป็นระยะต่อผู้ให้บริการที่มีระดับการใช้เทคโนโลยีมากเกินไปเกินค่าเฉลี่ยของประเทศ (Hailey, 1995)

เครื่องมือทางการเงินประการที่สองที่รัฐบาลนำมาใช้ ได้แก่ การเลือกที่จะลงทุนเองโดยตรงกับเทคโนโลยีที่มีค่าต้นทุนสูง ซึ่งเป็นการร่วมกันลงทุนระหว่าง Commonwealth Government กับ State / Territory Governments โดยเป็นการจัดซื้อในปริมาณที่จำกัด เพื่อให้เกิดการร่วมกันใช้โดยสถานบริการหลายแห่ง และให้การคุ้มครองการใช้เทคโนโลยีดังกล่าวต่อผู้

ประกันตนเฉพาะงานบริการที่เกิดจากการลงทุนเทคโนโลยีนั้นจากภาครัฐ ซึ่งช่วยควบคุมการกระจายการใช้เทคโนโลยีที่มีค่าต้นทุนสูง เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด (AHTAC, 1991)

2. การออกกฎหมายบังคับควบคุม (Regulation of the Placement of Services)

State / Territory Governments ออกกฎหมายเพื่อควบคุมการสถานบริการที่สามารถให้บริการเทคโนโลยีบางอย่างที่เป็นงานบริการเฉพาะทาง การกำหนดว่าสถานบริการใดควรให้บริการเทคโนโลยีเฉพาะทางประเภทใด State / Territory Governments ได้รับคำแนะนำระดับนโยบายส่วนกลางเพื่อควบคุมการใช้เทคโนโลยีเฉพาะอย่าง เช่น รัฐ Victoria มีกฎหมายการใช้เทคโนโลยีด้านรังสี เพื่อกำหนดให้บางสถานบริการเท่านั้นที่สามารถให้บริการเทคโนโลยีด้านรังสีการแพทย์บางอย่าง เช่น สถานบริการใดที่ต้องการให้บริการการตรวจด้วยเครื่อง CT หรือ MRI ต้องได้รับอนุญาตจากรัฐบาลก่อน ถ้าได้รับอนุมัติจะได้รับ Certificate of Need ภายใต้ State Health Act ของ Victoria (Hailey, 1995)

3. การควบคุมคุณภาพ และการรับรองมาตรฐาน (Quality Control and Accreditation)

การควบคุมคุณภาพและการรับรองมาตรฐานของประเทศออสเตรเลียยังไม่ได้บังคับให้ทุกสถานบริการต้องถูกประเมิน และต้องผ่านมาตรฐาน Australian Council on Health Care Standards (ACHS) พัฒนาโดย Australian Hospital Association นโยบายของสมาคมนี้ต้องการให้สถานบริการทุกแห่งประเมินงานบริการของตนเองเพื่อให้เกิดการรับรองคุณภาพและมาตรฐานสถานบริการทุกแห่งในประเทศ กระทั่งปี 1993 มีประมาณ 379 โรงพยาบาลทั่วประเทศที่ผ่านการรับรองคุณภาพและมาตรฐาน คิดเป็นสัดส่วนของโรงพยาบาลเอกชน 73% และโรงพยาบาลรัฐ 59% (Hailey, 1995) อย่างไรก็ตามการไม่ผ่านการรับรอง ไม่ได้หมายความว่าสถานบริการนั้นจะไม่ได้รับเงินสนับสนุนจากโครงการประกันสุขภาพ Medicare หรือ การจัดสรรงบประมาณเพื่อการลงทุนจากรัฐ ดังนั้นการรองรับมาตรฐานของสถานบริการในออสเตรเลียยังไม่สามารถกระทำได้อย่างทั่วทุกสถานบริการ

วิวัฒนาการระบบการประเมินเทคโนโลยีการให้บริการสุขภาพที่มีค่าต้นทุนสูง

ในส่วนของความเชื่อมโยงระหว่างการทำวิจัยกับการตัดสินใจนโยบาย

ปลายทศวรรษที่ 1970 โดยคณะกรรมการ Committee on Applications and Cost of Modern Technology in Medical จัดตั้งโดยรัฐบาลกลางเพื่อจัดทำรายงานนำเสนอปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาค่าต้นทุนทางการให้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ และกล่าวว่าค่าต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากพัฒนาการของเทคโนโลยีไม่ได้ทำให้สถานะทางสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นมากอย่างมีนัยสำคัญ และปัญหาที่สำคัญคือทั้งกลุ่มแพทย์ และ ประชาชนเองมีแนวโน้มที่จะยอมรับการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ เพื่อการตรวจวินิจฉัยมากกว่าการตรวจทางคลินิกเพียงอย่างเดียว (Sax, 1978)

รายงานฉบับนี้นำเสนอแนวทางแก้ปัญหาดังนี้

- จำเป็นต้องมีการประเมินเทคโนโลยีการให้บริการสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหายาวเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพผลของการใช้เทคโนโลยีในระบบบริการสุขภาพ
- ต้องจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญในระดับชาติทำหน้าที่กำหนดขอบเขตของเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ว่าควรจะได้รับ การคุ้มครองใน Medicare หรือไม่ ถ้าได้รับการคุ้มครองก็ควรจะควบคุมให้มีการจัดบริการเฉพาะพื้นที่เพื่อให้เกิดการ ร่วมกันใช้ของสถานบริการที่ใกล้เคียงเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และรวมทั้งกำหนดแนวทางว่า เทคโนโลยีใดที่ควรยกเลิกการใช้ และทดแทนด้วยเทคโนโลยีใหม่ที่เหมาะสมกว่า (Sax, 1978)

กลางทศวรรษที่ 1980 รัฐบาลกลางจัดตั้ง National Health Technology Advisory Panel (NHTAP) ตามข้อเสนอในรายงาน มีสมาชิกประกอบด้วยตัวแทนจากกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มวิชาชีพ สมาคมโรงพยาบาล องค์ประกันสุขภาพทั้ง Medicare และ เอกชน ตัวแทนบริษัทที่ขายเทคโนโลยีทางการแพทย์ องค์การตัวแทนผู้บริโภค และ นักวิชาการที่มีความรู้ความสามารถในการประเมิน และมี Commonwealth Department of Health ทำหน้าที่เป็นประธาน และ เลขานุการของคณะนี้ หน้าที่หลักของ Panel นี้มีดังนี้

1. ค้นหาประเด็น รวบรวมข้อมูล และ ประเมินเทคโนโลยีการให้บริการสุขภาพใหม่ๆ ในประเด็นของความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ค่าต้นทุน การเข้าถึง และผลกระทบต่อสังคมในบริบทของระบบบริการสุขภาพทั้งหมด
2. ทบทวน และ ประเมินเทคโนโลยีสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้งในและต่างประเทศ
3. กำหนดวิธีการ และ จัดลำดับความสำคัญว่าเทคโนโลยีใดควรประเมิน และใช้วิธีการใด
4. ให้คำแนะนำที่อยู่บนพื้นฐานของงานวิจัยต่อรัฐมนตรีสุขภาพของรัฐบาลกลาง
5. ให้คำแนะนำในส่วนที่เป็นการให้ความรู้แก่ผู้บริโภค และ กลุ่มผู้ให้บริการเพื่อให้เข้าใจ และ ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีนั้นๆให้เหมาะสม (Hailey, 1992)

รายงานการประเมินเทคโนโลยีฉบับแรกของ NHTAP คือ รายงานการประเมิน MRI ในปี 1983 ลักษณะการทำงานจะเป็นการจัดตั้งคณะกรรมการเป็นชุดๆ เพื่อไปศึกษาหรือรวบรวมข้อมูลในบางแง่มุมเฉพาะของการใช้ MRI รวบรวมวิเคราะห์ และสังเคราะห์ รวมทั้งจัดทำรายงานที่มีทั้งส่วนที่เป็นการทบทวนงานวิจัยในต่างประเทศ การสัมภาษณ์เพื่อขอคำปรึกษาจากกลุ่มวิชาชีพ ผู้ผลิต MRI เจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยเน้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องทางคลินิก ความปลอดภัย และ ข้อมูลในการใช้ ตั้งแต่ปี 1983 จนถึง 1990 ประเด็นที่ NHTAP ได้ทำการประเมินดังแสดงในตารางที่ 1.1 เห็นได้ว่าองค์กรหลักที่ผลักดันหรือขอให้ NHTAP ทำการประเมิน ประกอบด้วย องค์กร NHTAP เอง AHMAC Commonwealth Department of Health และ องค์กรวิชาชีพ เป็นต้น

ตารางที่ 1.1 แสดงเทคโนโลยีสุขภาพที่ NHTAP ได้ประเมิน และ หน่วยงานที่ร้องขอให้ NHTAP ทำหน้าที่

ปี ค.ศ.	เทคโนโลยีสุขภาพที่ได้รับการประเมิน	หน่วยงานที่ร้องขอ
1983-90	MRI, MR spectroscopy	NHTAP
1984	Medical Cyclotron Facilities	Federal Minister
1985	Lasers in medicine	NHMRC
1985, 1987	Renal extracorporeal shock wave lithotripsy	DHSH
1986, 1989	Bone mineral assessment	DHSH
1986	Digital subtraction angiography Vestibular function testing Surgical stapling Lasers in gynecology Oxygen concentrators	DHSH DHSH Dep of Industry Professional body NHTAP
1987-90	Nonlaboratory pathology testing	AHMAC
1987	Endoscopy	Professional body
1988	Digital radiology CT scanning Portable fluoroscope Screening mammography	NHTAP NHTAP DHSH AHMAC

	Biliary extracorporeal shock wave lithotripsy Dynamometry for low back pain	NHTAP Accident Compensation Org
1989	Coronay angioplasty High energy radiotherapy equipment Computerised perimetry	NHTAP State Health Authority DHS
1990	Extracorporeal Membrane Oxygenation Cerebrovascular embolisation Position emission tomography	AHMAC AHMAC DHS

แหล่งที่มา : Hailey, 1994

ปัญหาของการประเมินเทคโนโลยีโดย NHTAP คือ

- ไม่สามารถควบคุมการทำงานให้อยู่ในกรอบเวลาที่กำหนดได้ ส่วนหนึ่งเกิดจากสมาชิกของ NHTAP แต่ละคนมีงานประจำ และไม่สามารถหาเวลาที่หลายคนว่างพร้อมกันได้ ทำให้มีการประชุมน้อย รายงานส่วนใหญ่มักเป็นข้อมูลที่ได้จากการขอคำปรึกษาจากกลุ่มต่างๆ มากกว่าเป็นการวิเคราะห์ในเชิงเศรษฐศาสตร์
- มักมีความขัดแย้งกับ AHMAC เพราะ AHMAC ต้องการคำแนะนำในเวลาที่ยาวนาน เพราะต้องตัดสินใจว่าเทคโนโลยีใดที่ควรได้รับการคุ้มครองจาก Medicare แต่ NHTAP ไม่สามารถให้ได้ตามเวลาที่กำหนด (Hailey, 1995)

ระหว่างปี 1987 ถึง 1988 Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) ก่อตั้งขึ้น และ NHTAP ถูกโอนเข้าสู่ AIHW โดย AIHW ทำหน้าที่เพียงสนับสนุนในฐานะเป็นเลขานุการ กระทั่งในปี 1990 NHTAP แยกตัวออกมาจาก AIHW ตั้งชื่อใหม่เป็น Australian Health Technology Advisory Committee (AHTAC) รายงานของ AHTAC ก่อนการตีพิมพ์จะผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจาก NHMRC ก่อน และตีพิมพ์เผยแพร่โดย NHMRC กล่าวอีกนัยหนึ่ง AHTAC ทำหน้าที่เป็น subcommittee ของ NHMRC นอกจากนั้นเพื่อให้การทำงานระหว่างทั้งสององค์กรมีความใกล้ชิดมากขึ้น เนื่องจากนักวิชาการส่วนใหญ่ของ NHMRC เป็นคณะกรรมการใน AHTAC รัฐบาลจึงหวังว่าการทำงานจะรวดเร็วขึ้นกว่าเดิมที่เป็นองค์กรอิสระแยกตัวออกไป เช่น NHTAP (Hailey, 1995)

อย่างไรก็ดีไม่เฉพาะ AHTAC เท่านั้นที่ทำหน้าที่ประเมิน AIHW ช่วยทำหน้าที่นี้ในบางประเด็น ส่วนใหญ่ขึ้นกับว่า AHMAC จะประสานให้หน่วยงานไหนทำเรื่องใด หรือบางครั้ง AIHW เองประสานให้ AHTAC ช่วยประเมินให้ในบางประเด็น เช่น การประเมินเทคโนโลยี Telemedicine หรือ การใช้ Laser ในการลอกกระจกตา เป็นต้น ทั้ง AHTAC และ AIHW ได้รับทุนวิจัยเพื่อการประเมินเทคโนโลยีจากรัฐบาลกลาง

ในปี 1994 AHTAC ได้รับเงินทุนต่อปีโดยตรงประมาณ 80,000 ดอลลาร์ออสเตรเลียจากรัฐบาลกลาง บวกกับ 90,000 ดอลลาร์ออสเตรเลียจาก AHMAC สำหรับงานเฉพาะกิจที่ AHMAC ติดต่อกับ AIHW โดยเฉพาะการทำ service guidelines ส่วน AIHW ได้รับเงินมากกว่าในปีเดียวกันได้รับประมาณ 400,000 ดอลลาร์ออสเตรเลีย เนื่องจาก AIHW ต้องทำหน้าที่งานบริหารจัดการเป็นส่วนใหญ่ ส่วนเงินที่เหลือมาจาก Commonwealth Department of Health หรือแหล่งทุนอื่นๆ ที่ต้องการให้ทั้ง AHTAC และ AIHW ทำงานในบางเรื่อง ในภาพรวมแล้ว ตลอดเวลาที่ผ่านมาเงินสนับสนุนเพื่อการประเมินเทคโนโลยีที่ทั้งสององค์กรได้รับเพิ่มขึ้นไม่มาก ทำให้ต้องเลือกที่จะจับประเด็นไหนเป็นประเด็นหลักในมากกว่าที่จะประเมินทุกเรื่อง (Hailey, 1995)

ปัจจุบัน AHTAC มีกรรมการประกอบที่มาจากสาขาต่างๆ ดังนี้ health economics, clinical practice, health service planning, และ health technology assessment บางส่วนเป็นตัวแทนของรัฐบาลกลาง และ State / Territory governments บางส่วนเป็นตัวแทนผู้บริโภคนั้น จนกระทั่งปี 1994 AHTAC โอนไปอยู่ภายใต้การกำกับของ Diagnostic and Technology Branch of the Federal Department of Health and Family Services ของรัฐบาลกลาง หน้าที่ของ AHTAC มีดังต่อไปนี้

1. ค้นหาประเด็นเทคโนโลยีสุขภาพที่ควรจะได้รับพิจารณาประเมิน
2. ตอบสนองต่อการร้องขอมาให้ประเมินจากองค์กรที่เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพระดับนโยบาย (Major Australian Health Advisory Bodies)
3. ให้คำแนะนำแก่ผู้ตัดสินใจในเชิงนโยบาย และ กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีสุขภาพ (Perry, et.al, 1998)

ระยะเวลาที่ใช้ในการทำงานแต่ละประเด็นที่ AHTAC ใช้ประมาณ 3 เดือนถึง 2 ปี วิธีการทำงานมีตั้งแต่

1. ประสานให้กลุ่มหรือนักวิชาการช่วยทำการศึกษาค้นคว้าให้
2. จัดตั้งกลุ่มทำงานที่ประกอบด้วยนักวิชาการเพื่อทำการศึกษาค้นคว้าเรื่องที่ต้องการ
3. ทบทวนและรวบรวมงานวิจัยต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ และสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย
4. ขอคำปรึกษาอย่างกว้างขวางจากกลุ่มต่างๆ
5. ตีพิมพ์เอกสาร รายงานเผยแพร่ ซึ่งรวมทั้งเผยแพร่แก่สาธารณชน (Perry et.al, 1998)

ความสำเร็จสำหรับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพออสเตรเลีย และ แนวทางการพัฒนา

ในช่วงต้นของการมีระบบประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เทคโนโลยีที่ได้รับการประเมินคือ MRI, medical cyclotrons และ renal lithotripsy ซึ่งรายงานการประเมินเทคโนโลยีทั้งสามโดย NHTAP ได้รับการพิจารณาเพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเชิงนโยบาย (Hailey, 1993) จากจำนวนทั้งหมด 20 รายงานที่จัดทำโดย NHTAP จนถึงปี 1988 มี 11 รายงานที่ให้ข้อเสนอเชิงนโยบายได้รับการพิจารณา และ ผลักดันออกมาเป็นนโยบายได้สำเร็จจากรัฐบาลกลาง ซึ่งถือว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง มี 16 รายงานที่ได้รับการพิจารณาว่าข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อสาธารณชน และ เพื่อการศึกษา จากจุดนี้ทำให้ความสนใจของหลายกลุ่มเพิ่มขึ้นที่ต้องการให้ NHTAP ช่วยประเมินเทคโนโลยีในบางอย่าง (Hailey, 1995)

Drummond และ คณะ (1991) ช่วยกันวิเคราะห์ความสำเร็จของการประเมินเทคโนโลยีของออสเตรเลียที่ประเมินโดย NHTAP, AIHW และ AHTAC และ ให้ข้อคิดเห็นว่าทั้งหมด 10 รายงานด้วยกันที่จัดได้ว่าบรรลุวัตถุประสงค์ ตั้งแต่สามารถตั้งคำถามการศึกษาได้ชัดเจน ให้ทางเลือกเทคโนโลยีอื่น มีการติดตามผลการศึกษาเป็นระยะๆ และ ส่งผลกระทบต่อตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งความสำเร็จที่เกิดขึ้นก็คล้ายคลึงกับหลายประเทศที่การประเมินต้องกระทำก่อนที่จะมีการกระจายและใช้เทคโนโลยี ถ้าหากเทคโนโลยีใดมีการกระจายการใช้แล้ว การตัดสินใจเชิงนโยบายเช่นให้ยกเลิกหรือจำกัดการใช้เทคโนโลยีมักไม่ได้ผล กล่าวโดยสรุป การประเมินเทคโนโลยีในช่วงทศวรรษ 1980 ประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ แต่ภายหลังจากนั้น เนื่องจากวิวัฒนาการเทคโนโลยีสุขภาพขยายขอบเขตและมีการเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรเพื่อการประเมินสำหรับ AHTAC และ AIHW ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดตามผลการใช้เทคโนโลยีที่ต้องกระทำเป็นระยะยาว

องค์กรหลักประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 20

ประเด็นปัญหาหลักต่อการทำงานของ AHTAC คือ งบประมาณที่ได้รับมีการเพิ่มขึ้นในอัตราที่ช้า เมื่อเทียบกับเทคโนโลยี การให้บริการสุขภาพที่มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว จนไม่สามารถประเมินเทคโนโลยีได้ทุกอย่าง และ ไม่สามารถทำงานภายใต้กรอบเวลาที่กำหนดให้เนื่องจากมีเทคโนโลยีจำนวนมากที่ได้รับการจ้างให้ประเมิน บ่อยครั้งที่หลายเทคโนโลยีด้านการ ให้บริการสุขภาพมีการใช้แล้ว ทั้งปัญหาเรื่องความล่าช้าในการประเมิน งานที่ล้นมือสำหรับ AHTAC และงบประมาณที่ลดลง ในที่สุดนี้อาจเป็นแรงผลักดันให้รัฐบาลกลางยุบ AHTAC อย่างเป็นทางการวันที่ 30 มิถุนายน 1998 โอนการทำงานทั้งหมดไปอยู่กับคณะกรรมการใหม่ที่ชื่อ Medicare Services Advisory Committee (MSAC) ที่มีบทบาทลดน้อยลงเพื่อให้ การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยให้เป็นคณะกรรมการประเมินเทคโนโลยีด้านบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่ ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรี Minister of Health and Aged Care ของรัฐบาลกลางว่าเทคโนโลยีใดควรรอยู่ในงานบริการพื้นฐานของ Medicare โดยใช้เกณฑ์ ความปลอดภัย ต้นทุน-ประสิทธิผล และ ในสถานการณ์ใดที่ Medicare ควรจะให้การคุ้มครอง

ช่วงเวลาของ MSAC ในการทำงานระยะแรกกำหนดเป็นเวลา 4 ปี มีงบประมาณที่จัดสรรให้ทั้งหมด 15 ล้านออสเตรเลีย ดอลลาร์ ตลอดทั้ง 4 ปี คณะกรรมการชุดนี้คาดหวังว่าต้องทั้งพบทบทวนงานวิจัยต่างๆที่เกิดขึ้นทั้งในประเทศและต่าง ประเทศ ในบางโอกาสต้องให้การสนับสนุนด้านการเงินแก่กลุ่มหรือองค์กรที่จ้างเพื่อทำการศึกษาระเมินเทคโนโลยี กล่าว โดยสรุปจะเป็นคณะกรรมการเลขานุการ โดยทำงานประสานและบริหารจัดการส่วนใหญ่ คณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วยนัก วิชาการหลายแขนง ทั้งด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมวิทยา ตัวแทนจากกลุ่มผู้บริโภค ตัวแทนผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องกับ เทคโนโลยีการแพทย์ แพทย์เฉพาะทางด้าน nuclear medicine internal medicine และ general medicine ตลอดจนนัก ระบาดวิทยา นักบริหารและจัดการด้านสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งทำให้คณะกรรมการชุดนี้สามารถให้ข้อมูลแก่รัฐมนตรีสุขภาพใน ทุกด้านของมุมมองได้มากที่สุด และ สร้างความเข้มแข็งให้กับกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มต่างๆในการนำเสนอเพื่อเป็น ข้อมูลในการตัดสินใจนโยบาย คณะกรรมการชุดนี้ได้พัฒนาแนวทางหรือกรอบการประเมินเทคโนโลยีด้านการให้บริการสุขภาพ เพื่อให้การประเมินทุกเทคโนโลยีอยู่บนพื้นฐานเดียวกันทั้งหมด (MSAC, 1999)

กระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านการแพทย์ของ MSAC เริ่มตั้งแต่การยื่นคำเรียกร้องให้ประเมินเพื่อขอรับอนุญาตให้ Medicare คุ้มครองหรือให้การสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีดังกล่าว มีขั้นตอนดังนี้

1. Department of Health and Aged Care ทำหน้าที่ตรวจสอบว่าผู้ที่ยื่นซึ่งได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีดังกล่าว เพื่อตรวจสอบว่าสมควรจะได้รับการพิจารณา การพิจารณาใช้เกณฑ์เบื้องต้นว่าหาก เทคโนโลยีนั้นๆไม่ได้เกี่ยวข้องกับงานบริการสุขภาพทางการแพทย์ที่อยู่ในชุดบริการบริการพื้นฐาน จะได้รับการ ปฏิเสธทันที
2. การประเมินในขั้นตอนที่สองเป็นการประเมินคร่าวๆ โดย Department of Health and Aged Care ว่าเทคโนโลยีนั้นๆ มีเกณฑ์อะไรบ้างที่ต้องถูกประเมิน เช่น ความปลอดภัย ต้นทุน-ประสิทธิผล กระบวนการใช้งานต่างๆ ความสำคัญต่อ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน กำไรสุทธิต่อสังคม เป็นต้น
3. เรื่องจะถูกส่งต่อไป MSAC เพื่อประเมินในเกณฑ์ต่างๆที่กำหนดเบื้องต้น ไม่ว่าจะเป็นการประเมินโดยจ้างให้คณะ ทำงานบางกลุ่มทำเพื่อพบทบทวนงานวิจัยที่เกิดขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีนี้ในต่างประเทศ และ หรือ การใช้การวิเคราะห์ เศรษฐศาสตร์ การขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพทางคลินิก และ กลุ่มบุคคลอื่นๆ หรือการทำวิจัยเพื่อประเมินใน สถานบริการบางแห่ง
4. จากนั้น MSAC จะทำรายงานเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อ Department of Health and Aged Care

5. รายงานจะตรวจสอบจาก Department of Health and Aged Care เพื่อนำเสนอต่อ Minister of Health and Aged Care เพื่ออนุญาตการรับรองเทคโนโลยีนั้นว่าสามารถได้รับการคุ้มครองหรืออยู่ในงานบริการพื้นฐานได้ (MSAC, 1999)

สรุป

การประเมินเทคโนโลยีที่มีค่าต้นทุนสูงและเกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพในออสเตรเลีย สามารถแบ่งโครงสร้างของระบบการทำงานเป็นสองส่วนที่สำคัญ ส่วนแรกเป็นระดับบนที่มีโครงสร้างของ Australian Health Ministers' Conference เป็น forum หลักในการประชุม มีคณะทำงานรองรับที่ประสานการทำงานในระดับบนลงมา หรือระดับล่างขึ้นไป คือ Australian Health Ministers' Advisory Council ที่มีบุคลากรตัวแทนจากหลายฝ่าย สามารถจัดตั้งคณะทำงานเพื่อทำงานในบางประเด็นหรือประสานต่อไปในเรื่อง

คณะกรรมการหลักที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีการให้บริการสุขภาพในปัจจุบัน คือ Medicare Services Advisory Committee และยื่นข้อเสนอเชิงนโยบายให้ต่อ Commonwealth Health Department ซึ่งเดิมหน้าที่ประเมินเป็นของ NHTAP และ AHTAC ที่เปลี่ยนชื่ออีกที สาระสำคัญที่เชื่อว่าทำให้ต้องเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรเป็น MSAC เนื่องจากเทคโนโลยีด้านสุขภาพมีการเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยบทบาทเดิมของ AHTAC ที่ต้องประเมินเทคโนโลยีเกือบทุกด้านที่ได้รับการร้องขอมา ไม่ว่าจะเป็นเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับงานบริการสุขภาพในชุดงานบริการพื้นฐานของ Medicare หรือไม่ทำให้เกิดภาระงานที่ล้นมือ ไม่สามารถทำงานได้ทันตามกำหนดเวลา บวกกับงบประมาณที่จำกัดทำให้ต้องเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรมาเป็น MSAC ที่ทำหน้าที่เฉพาะประเมินเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับงานบริการที่อยู่ในชุดบริการพื้นฐานเท่านั้น

ข้อดีของระบบประเมินการแพทย์ที่มีค่าต้นทุนสูงของออสเตรเลีย คือ

- รัฐบาลออสเตรเลียทั้ง Commonwealth และ State Governments เห็นความสำคัญของการมีระบบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ ดังเห็นได้จากรัฐบาลจัดสรรเงินให้อย่างต่อเนื่อง เหตุผลหลักน่าจะมาจากรัฐบาลต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และทำให้เชื่อว่าความเชื่อมโยงระหว่างโลกของการทำวิจัยและการตัดสินใจนโยบายมีความเชื่อมโยงมากขึ้นเพราะกลุ่มผู้ตัดสินใจนโยบายต้องการทางเลือกที่เป็น evidence-based
- การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในประเด็นการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพอาศัยกลไกหลักสามประการด้วยกัน คือ ประการที่หนึ่งการใช้กลไกด้านการเงินทั้งในเรื่องการประกันสุขภาพที่จำเป็นต้องประเมินเทคโนโลยีสุขภาพที่อยู่ในชุดบริการพื้นฐาน และการกำหนดให้รัฐบาลลงทุนค่าใช้จ่ายด้านเทคโนโลยีสุขภาพที่จำเป็นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความเสมอภาคของการใช้งาน ประการที่สอง การออกกฎหมายควบคุมการลงทุนเทคโนโลยีสุขภาพ ประการที่สาม คือ การพัฒนาระบบตรวจสอบและรองรับมาตรฐาน
- คณะกรรมการการประเมิน MSAC มีตัวแทนไม่จำเพาะนักวิชาการ แต่มีทั้งตัวแทนผู้บริโภค และตัวแทนผู้ประกอบการ เข้าไปมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ทำให้ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อ Commonwealth Health Department มีมุมมองหลายๆด้าน มากกว่ามุมมองจากกลุ่มผู้ให้บริการ หรือ ผู้เชี่ยวชาญสาขาใดสาขาหนึ่ง
- การผลักดันเพื่อให้เทคโนโลยีการแพทย์ใดๆที่เกี่ยวข้องกับงานบริการภายใต้ Medicare ต้องถูกประเมินในรูปคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากหลายฝ่าย ทำให้น่าเชื่อว่าการทำงานจะโปร่งใสมากขึ้น
- การประเมินเทคโนโลยีไม่จำเป็นต้องอยู่ในรูปของการทดลอง หรือการศึกษาที่อยู่บนพื้นฐานของ RCTs (Randomised Control Trials) เช่น การศึกษาโดยวิธี Meta-analysis หรือ การนำข้อมูลจากการให้บริการสุขภาพที่เก็บรวบรวมจาก

สถานบริการมายัง Medical Services Advisory Committee เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์และประเมินเทคโนโลยีการแพทย์บางชนิด หรือการทบทวนงานวิจัยที่เกิดขึ้นจากต่างประเทศ

ประเด็นที่ยังอาจเป็นคำถามสำหรับระบบการประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ของออสเตรเลีย เช่น การทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ เชื่อว่าทำให้การศึกษาเป็น multidisciplinary based มากขึ้น เพิ่มการยอมรับจากหลายกลุ่ม แต่ปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นสำหรับการทำงานในรูปแบบนี้ คือ ความยุ่งยากของการนัดให้ได้เวลาตรงกันเพื่อการประชุม และการหาข้อสรุปจากการทำงานร่วมกันเนื่องจากแต่ละคนมีพื้นฐานความรู้ในคนละสาขาทำให้การทำงานอาจใช้เวลามากขึ้น ในขณะที่การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพจำเป็นต้องให้ข้อมูลกับผู้ตัดสินใจภายใต้เวลาที่กำหนด ตรงนี้ข้อมูลจากการทบทวนไม่สามารถสรุปได้ว่าระบบการประเมินของออสเตรเลียเคยเจอปัญหาเหล่านี้หรือไม่และถ้าเจอจะแก้ปัญหายังไง ประเด็นที่สองคือรูปแบบการร่วมมือกับองค์กรประเมินเทคโนโลยีสุขภาพในต่างประเทศ เช่น Cochrane Collaboration หรือ องค์กรอื่นๆ กับ MSAC ไม่สามารถบอกได้ว่าเป็นอย่างไรเนื่องจากข้อมูลจากการทบทวนไม่มีตรงนี้ แต่เชื่อว่าจะมีความร่วมมือกับในระดับหนึ่งเพื่อการใช้ข้อมูลร่วมกันและพัฒนางานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- AHTAC (Australian Health Technology Advisory Committee). (1991). *Stereotactic Radiosurgery in Australia : Proposals for Nationally Funded Centers*. Australian Institute of Health : Canberra.
- Battista, R.N. and Hodge, M.(1999). The Evolving Paradigm of Health Technology Assessment : Reflections for the Millennium. *Canadian Medical Association Journal*. 160:1464-7.
- Daly, J. (1998). Politics and Paradox in Evaluating Medical Technology. In H. Gardner (Ed). *Health Policy in Australia*. pp.211-226. Oxford University Press : Melbourne.
- Drummond, M., Hailey, D., and Selby Smith, C. (1991). Maximising the Impact of Health Technology Assessment. In C. Selby Smith (Ed). *Economics and Health*. pp.234-271. Monash University : Melbourne.
- Hailey, D.M. and Slatyer, B. (1992). Evaluation and Policy Considerations in the Introduction of Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Health Policy*. 22 : 287-295.
- Hailey, D.M. (1993). The Influence of Technology Assessments by Advisory Bodies on Health Policy and Practice. *Health Policy*. 25: 243-254.
- Hailey, D.M. (1995). Health Care Technology in Australia. In H. David Banta, H. Gellband, R.N. Battista and E. Jonsson. (Eds.). *Health Care Technology and Its Assessment in Eight Countries*. pp.19-60. U.S. Government Printing Office : Washington, D.C.
- MSAC (Medicare Services Advisory Committee) (1999). *Assessment Guidelines (Part B)*. July 1999.
- Mitchell, A.S. (1993). The Australian Perspective on the Development of Pharmacoeconomic Guidelines. In F. Schubert (Ed). *Canadian Collaborative Workshop on Pharmacoeconomics*. pp 3-7. Excerpta Medica : Princeton.
- Ministry of Health and Aged Care. Information from the Internet at <http://www.health.gov.au/>
- Perry, S., Garder, E.M. and Hong, R. (1998). *Directory of Health Technology Assessment Organisations : Worldwide*. Medical Technology and Practice Patterns Institute. WHO Collaborating Center for Health Technology Assessment : Washington, D.C.
- Sax, S. (1978). *Report of the Committee on Applications and Costs of Modern Technology in Medical Practice*. Australian Government Publishing Service : Canberra.

บทที่ 2 : การฟ้องร้องกรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพ

บทนำ

บทที่สองเป็นการนำเสนอระบบและโครงสร้างการฟ้องร้องค่าเสียหายเนื่องจากการรับบริการสุขภาพ รูปแบบการนำเสนอจะแทรกเนื้อหาของกฎหมายที่สำคัญและเกี่ยวข้องในกระบวนการฟ้องร้อง ตลอดจนปรัชญาของการพัฒนาระบบการฟ้องร้อง เช่น ความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้และความเสียหายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งกระบวนการฟ้องร้องที่ใช้จะต่างกัน ส่วนที่สองเป็นการอธิบายถึงกระบวนการฟ้องร้องในออสเตรเลียว่ามีขั้นตอนอย่างไร เพิ่มเติมด้วยรายงานการทบทวนการพัฒนาระบบการฟ้องร้องของออสเตรเลียที่มีรายละเอียดน่าสนใจ

ระบบการฟ้องร้องกรณีได้รับความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพ

กฎหมายที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ

ในทุกประเทศจะมีกฎหมายว่าด้วยเรื่องการกระทำของบุคคลหนึ่งที่ทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย ไม่ว่าตั้งใจหรือไม่ กฎหมายนี้เป็นพื้นฐานสากลที่ทุกประเทศรวมทั้งออสเตรเลียเรียกว่า Tort Law ประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ คือ Negligence และ Informed Consent

Negligence

ส่วนของ Negligence ผู้ป่วยที่ต้องการฟ้องร้องเพื่อชดเชยค่าเสียหาย ต้องมีองค์ประกอบหลักทั้งสามร่วมกันดังนี้

1. ผู้ฟ้องร้องต้องแสดงให้เห็นว่าระหว่างตนเองกับผู้ให้บริการสุขภาพที่ถูกฟ้องร้องได้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการขึ้น
2. ผู้ฟ้องร้องต้องแสดงให้เห็นว่าได้รับความเสียหาย
3. ผู้ฟ้องร้องต้องแสดงให้เห็นว่าความเสียหายนั้นเกิดจากการกระทำของผู้ถูกฟ้องร้อง และเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ และเมื่อเปรียบเทียบในสถานการณ์เดียวกัน บุคคลอื่นที่มีหน้าที่รับผิดชอบเหมือนกับผู้ถูกฟ้องร้องสามารถตระหนักถึงความน่าจะเป็นที่จะเกิดความเสียหาย การพิจารณาต่งนี้ในกระบวนการทางศาลมักขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหรือกลุ่มวิชาชีพเดียวกับผู้ถูกฟ้องร้องว่าผู้ถูกฟ้องร้องกระทำผิดตามมาตรฐานวิชาชีพหรือไม่

ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเป็นความเสียหายด้านร่างกายอย่างเดียว อาจหมายถึงความเสียหายด้านจิตใจเพียงอย่างเดียวก็ได้ อย่างไรก็ตาม กรณีที่พบว่าผู้เสียหายไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้บริการ การชดเชยค่าเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับอาจเพียงครั้งเดียว หรือ ไม่ได้รับเลย (Kelly, 1995)

Informed consent

การให้บริการสุขภาพใดๆ แก่ผู้บรรลุนิติภาวะ จำเป็นต้องได้รับการยินยอมก่อน ซึ่งไม่เหมือนกับประเด็น negligence ที่ต้องให้เกิดความเสียหายก่อน การยินยอมอาจแสดงออกทางร่างกายเป็นนัย เช่น ผู้ป่วยยอมให้รับบริการโดยไม่ต่อต้าน หรือ นั่งลงบนเก้าอี้ในคลินิก หรือ การเลิกเสื้อเพื่อได้รับการฉายา เป็นต้น การยินยอมด้วยการมีลายลักษณ์อักษรเป็นหลักฐานที่ดีที่สุดเพื่อให้รู้ว่าการรักษาได้รับการยินยอมอย่างแท้จริง และช่วยให้กระบวนการในชั้นศาลใช้ในการพิจารณาได้ง่ายขึ้น แต่ก็เฉพาะเนื้อหาที่เขียนเท่านั้น อะไรที่นอกเหนือและไม่ได้เขียนไว้ เช่น ผู้ให้บริการให้การรักษาด้วยวิธีการที่ไม่ตรงกับที่อธิบายในใบยินยอม ถือว่าการรักษานั้นๆ ไม่ได้การยินยอมจากผู้ป่วย กรณีความผิดพลาดหรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นไม่ได้ระบุในใบยินยอม หรือ ไม่ได้บอกล่วงหน้า ถือว่าผู้ให้บริการต้องรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้น เนื่องจากไม่ได้บอกผู้ป่วยล่วงหน้า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยไม่ได้ตัดสินใจที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่เพียงพอ อย่างไรก็ตามการพิจารณาต้องเป็นกรณีไปขึ้นกับสภาพและเงื่อนไขหลายอย่าง (Kelly, 1995)

หากเป็นผู้ป่วยเด็ก การยินยอมต้องกระทำโดยผู้ปกครองที่ถูกต้องตามกฎหมาย กรณีผู้พิการทางสมองต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือใครก็ตามที่สามารถตัดสินใจแทนได้ และ ถูกต้องตามกฎหมาย ในรัฐ New South Wales กฎหมายให้บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป สามารถยินยอมให้ตัวเองได้รับการรักษาได้ ในขณะที่รัฐ South Australian กำหนดอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่กฎหมายเปิดช่องว่างว่า กรณีบุคคลต่ำกว่า 16 สามารถยินยอมตัวเองได้ ถ้าแพทย์มีความเห็นว่าบุคคลนั้นเข้าใจกระบวนการรักษา ทราบถึงผลสืบเนื่องจากการรักษา และรู้ว่าการรักษาให้เพื่อปรับปรุงให้ร่างกายมีสุขภาพดีขึ้น อีกกรณี คือ กรณีฉุกเฉิน กฎหมายของทุกรัฐปกป้องแพทย์ผู้ให้การรักษา โดยไม่จำเป็นต้องได้รับการยินยอมและการให้การรักษาไม่ถือว่าเป็นการทำร้ายร่างกาย (Kelly, 1995)

การบอกให้ผู้รับบริการรับทราบถึงข้อมูลเวชระเบียนจะอยู่ในกฎหมายเสรีภาพด้านข้อมูลข่าวสาร (Freedom of Information Acts) เนื้อหาส่วนหนึ่งระบุถึงสิทธิของผู้ป่วยต่อการรับข้อมูลด้านการรักษาของตนเอง อย่างไรก็ตามกฎหมายนี้ครอบคลุมเฉพาะสถานบริการของรัฐเท่านั้น ไม่ครอบคลุมเอกชน ดังนั้นถ้าผู้ป่วยต้องการรับทราบข้อมูลการรักษาของตนจากสถานบริการเอกชน มีวิธีการดังนี้

- คุยกับผู้ให้บริการที่รักษาตน โดยมากจะยินยอมให้ดูข้อมูลหรือถ่ายสำเนาบางส่วนหรือทั้งหมด
- ถ้าผู้ให้บริการเอกชนรายใดไม่ยินยอม ผู้ป่วยสามารถยื่นความจำนงค์ต่อผู้ให้บริการเป็นเอกสารและอ้างถึงกฎหมาย Freedom of Organisation Act แต่กฎหมายนี้มีกรณียกเว้นที่ผู้ให้บริการอาจไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้ทั้งหมดหรือบางส่วน หากเห็นว่าการให้ข้อมูลทั้งหมดอาจทำให้ผู้ป่วยมีความกลัว หรือ ได้รับความเสียหายทางจิตใจ
- หากผู้ป่วยยังไม่สามารถได้ข้อมูลเท่าที่ตนอยากทราบจากการเลือกทำข้อข้างต้น ผู้ป่วยอาจยื่นความจำนงค์แก่ Complaints Authority ในรัฐที่ตนอยู่เพื่อขอความช่วยเหลือ ซึ่ง Complaints Authority ทำหน้าที่ไกล่เกลี่ย หาทางออกให้ทั้งสองฝ่ายได้รับความพอใจ
- กรณีสุดท้ายคือการใช้กระบวนการทางศาล จะกล่าวในส่วนกระบวนการฟ้องร้องในส่วนต่อไป (Kelly, 1995)

กฎหมายหลักฐาน (Evidence Act) เป็นอีกกฎหมายที่ไม่ได้คุ้มครองผู้บริโภคโดยตรง แต่ช่วยควบคุมผู้ให้บริการสุขภาพต้องลงบันทึกการให้บริการสุขภาพ เพราะบันทึกเหล่านี้จะเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่สำคัญหากมีการฟ้องร้อง เนื่องจากแนวโน้มการฟ้องร้องโดยผู้บริโภคจากการวินิจฉัยและการรักษาที่ผิดพลาดมีมากขึ้นเรื่อยๆ Evidence Act ในทุกรัฐจัดกลุ่มข้อมูลบันทึกการรักษาสุขภาพเป็นข้อมูลธุรกิจประเภทหนึ่งเพื่อประโยชน์ในการบริหารจัดการ และสามารถเป็นหลักฐานในศาลได้ ซึ่งข้อมูลบันทึกการรักษาสุขภาพที่สามารถเป็นหลักฐานในชั้นศาลได้ต้องมีเกณฑ์ดังนี้

- ต้องเพียงพอและถูกต้อง ศาลใช้เกณฑ์ว่าข้อมูลบันทึกการรักษาที่ไม่เพียงพอจะนำไปสู่การรักษาที่ไม่เหมาะสม
- ต้องอยู่บนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ด้านการรักษา
- ไม่มีคำย่อที่ไม่เป็นที่ยอมรับอย่างเป็นสากล ยกเว้นเป็นที่ยอมรับกันในสถานบริการนั้นๆ
- ไม่มีรอยชูดลบหรือขีดฆ่าบนคำหรือประโยคที่เกี่ยวข้องกับการรักษา หากมีต้องมีลายเซ็นของผู้ที่แก้ไขเซ็นต์กำกับพร้อมทั้งเวลาและวันที่ทำการแก้ไข

การลงบันทึกการรักษามีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ให้บริการสุขภาพ ปัจจุบันสถานบริการทุกแห่งโดยเฉพาะโรงพยาบาลเห็นความสำคัญและย้าให้ลูกจ้างหรือผู้ให้บริการพึงระลึกเสมอว่ารายงานที่ตนเองเขียนบันทึกสามารถเป็นหลักฐานในชั้นศาลได้หมด ดังนั้นต้องมีความสมบูรณ์ในตัว ส่วนในกรณีที่การรักษาประกอบด้วยบุคลากรหลายคน แต่ละคนควรทำบันทึกต่างหากของตัวเอง (Kelly, 1995)

ในออสเตรเลีย องค์วิชาชีพ (Professional Body) มีบทบาทสำคัญต่อการควบคุมสมาชิกวิชาชีพ ในทางอ้อมจะให้การคุ้มครองผู้บริโภคจากงานบริการสุขภาพ องค์การตัวแทนวิชาชีพเข้าไปเกี่ยวข้องในการพิจารณาการฟ้องร้องจากผู้บริโภค และให้คำปรึกษาแก่ Complaints Body ที่มีอยู่ในทุกรัฐ (Kelly, 1995)

การพัฒนาที่สำคัญสำหรับการฟ้องร้องชดเชยความเสียหายในออสเตรเลีย

การประชุม Australian Health Ministers' Conference ในปี 1992 และให้ Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) จัดทำข้อเสนอแนะนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการฟ้องร้องของผู้ป่วยต่องานบริการสุขภาพ ซึ่ง AHMAC เสนอให้ควรมี Complaint Body ที่เป็นองค์อิสระขึ้นในทุกรัฐ ข้อตกลง 1993 – 1998 Health Care Agreements ระหว่าง Commonwealth Government และทุกรัฐได้บรรจุข้อตกลงร่วมกันให้ทุกรัฐจัดตั้งหน่วยงาน Complaint Body อยู่ภายใต้การทำงานของ National Council of Health Complaints Commissioner ของ Commonwealth Government เพื่อ

- การประสานด้านข้อมูล มาตรฐานการให้บริการระหว่างรัฐ
- เสนอรายงานแก่ Australian Minister's Advisory Council จะได้นำเรื่องเข้าสู่ Australian Health Ministers' Conference เพื่อพิจารณา
- จัดทำเอกสารที่สำคัญเผยแพร่แก่ผู้บริโภค และ ผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดความกระจ่างชัดในทั้งสองกลุ่มว่า การฟ้องร้องชดเชยความเสียหายที่เกิดจากการให้บริการสุขภาพในแต่ละรัฐเป็นเช่นไร เพื่อหลีกเลี่ยงการฟ้องร้อง หรือ ถ้าเกิดแล้วทั้งสองฝ่ายควรทำอย่างไร คู่มือฉบับนี้สำหรับคู่มือแนะนำผู้ให้-ผู้รับบริการในกรณีเกิดความเสียหายจากการให้บริการสุขภาพ

ภายหลังหน่วยงานเพื่อการฟ้องร้องจัดตั้งขึ้นในทุกรัฐ เช่น Health Services Commission ของรัฐ Victoria, Health Rights Commission ของรัฐ Queensland, Commission for Health Complaints ของ Australian Capital Territory และ Health Care Complaints Commission ของรัฐ New South Wales หน้าที่หลักของหน่วยงานเหล่านี้คือ

- รับเรื่องฟ้องร้องจากผู้บริโภคที่เกี่ยวข้องการรับบริการสุขภาพ พิจารณา และ หาข้อยุติโดยใช้กระบวนการไกล่เกลี่ยระหว่างสองฝ่ายเป็นหลัก
- นำข้อมูลการฟ้องร้องในแต่ละกรณีมาใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพงานบริการระดับรัฐ เช่น การจัดพิมพ์มาตรฐานหรือรหัสสิทธิผู้บริโภคด้านสุขภาพ ตัวอย่าง เช่น Health Rights Commission ในรัฐ Queensland และ Australian Capital Territory จัดทำรหัสของสิทธิผู้บริโภคด้านสุขภาพ (codes of health rights) เพื่อควบคุมมาตรฐานการให้บริการสุขภาพ และ ระบุความคาดหวังของผู้บริโภค ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการสุขภาพ และ สร้างเกณฑ์มาตรฐานให้ผู้บริโภคได้รับทราบเพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจว่างานบริการที่ได้รับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานหรือไม่
- รวบรวมข้อมูลและทำรายงานส่ง National Council of Health Complaints Commissioners (Department of Health and Aged Care (b))

กระบวนการฟ้องร้องของผู้ป่วยจากงานบริการสุขภาพในออสเตรเลีย มีวิธีด้วยกัน คือ

1. ตกลงยอมความกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

วิธีนี้ใช้ได้กรณีที่ความเสียหายที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากความผิดพลาดทุกฝ่าย เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาบางตัว ซึ่งรูปแบบการชดเชยที่ผู้รับบริการได้รับ เช่น

- คำอธิบายที่ชัดเจนจากผู้ให้บริการว่าเกิดจากสาเหตุใด และทำไมจึงเกิดขึ้น หรือ
- คำขอโทษ หรือ
- ผู้ให้บริการยินยอมที่จะให้การรักษาเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขความเสียหายที่เกิดขึ้น หรือ ส่งต่อให้ผู้ให้บริการผู้อื่นรักษาแก้ไข โดยไม่คิดค่าบริการเพิ่มเติม หรือ
- ผู้ให้บริการยินยอมยื่นข้อเสนอจ่ายค่าเสียหายในรูปเงิน

ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับความเสียหายเลือกวิธีไกล่เกลี่ยกันระหว่างสองฝ่าย บางครั้งผู้ป่วยควรปรึกษากับนักกฎหมายเพื่อขอความเห็นว่าการเสียหายที่เกิดขึ้นกับตนนั้นไม่ได้เกิดจากความผิดพลาดโดยตรงจากผู้ให้บริการซึ่งเป็นความผิดพลาดที่หลีกเลี่ยงได้ แต่เป็นความผิดพลาดที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และในกรณีที่ผู้ให้บริการยินยอมและให้ข้อเสนอ ผู้ป่วยควรปรึกษานักกฎหมายว่าควรจะยอมรับข้อเสนอหรือไม่ ถ้าไม่จะทำอย่างไรต่อไป (Department of Health and Aged Care (b))

2. ดำเนินการฟ้องร้องผ่านองค์กรวิชาชีพ (Registration Boards) ที่อยู่ในรัฐนั้น ๆ

กรณีนี้ ถ้าผู้รับบริการได้รับความเสียหายสงสัยว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นเกิดจากความผิดพลาดหรือบกพร่องของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการสามารถยื่นคำขอฟ้องร้องต่อ Registration Board ที่ผู้ให้บริการนั้นๆ เป็นสมาชิกอยู่เพื่อให้องค์กรวิชาชีพสอบสวนและตรวจสอบว่าผู้ให้บริการคนนั้นได้กระทำผิดจริงหรือไม่ ยกเว้นในรัฐ New South Wales การสอบสวนผู้ให้บริการที่สงสัยว่ากระทำผิดจะรายงานบรรณวิชาชีพผ่านหน่วยงาน Health Care Complaints Commission ก่อนจะมีการไต่สวนจาก Medical Tribunal

การไต่สวนโดยผ่าน Medical Tribunal ซึ่งประกอบด้วย ผู้พิพากษา 1 คน ผู้ให้บริการในสาขาเดียวกับผู้ถูกฟ้องร้อง 2 คน และ ตัวแทนที่ไม่ใช่มาจากวิชาชีพ 1 คน ผู้ได้รับความเสียหายหรือผู้ฟ้องร้องต้องให้หลักฐาน อาจใช้ทนายเป็นตัวแทนก็ได้ ซึ่งทุกองค์กรวิชาชีพต้องหาทนายให้กับผู้ฟ้องร้อง หากได้รับการเรียกขอโดยไม่คิดค่าบริการแต่อย่างใด ผลลัพธ์จากการไต่สวนจากองค์กรวิชาชีพมีดังนี้

- กำหนดเงื่อนไขต่อผู้ถูกฟ้องร้องถ้าต้องการจะปฏิบัติวิชาชีพต่อไป เช่น ต้องทำงานภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญวิชาชีพในสาขานั้นๆ ในช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อปรับปรุงคุณภาพงานบริการ
- สั่งเพิกถอนไม่ให้ปฏิบัติงานบริการที่ทำให้ผู้ฟ้องร้องได้รับความเสียหาย
- ไม่อนุญาตให้ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่กำหนด หรือจนกว่าจะได้รับอนุญาต
- เพิกถอนใบอนุญาตการปฏิบัติงานที่ผู้ถูกฟ้องร้องได้ลงทะเบียนกับองค์กรวิชาชีพในรัฐนั้น ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานในรัฐนั้นได้อีกต่อไป

อย่างไรก็ตามองค์กรวิชาชีพไม่สามารถบังคับให้มีการชดเชยค่าเสียหายอยู่ในรูปของตัวเงินต่อผู้เสียหายสำหรับการฟ้องร้องด้วยวิธีนี้ (Department of Health and Aged Care (a))

3. ดำเนินการฟ้องร้องผ่าน Complaints Authority

Health Complaints Authority ทำหน้าที่หลักในการไกล่เกลี่ย และมีเงื่อนไขว่าการไกล่เกลี่ยที่เป็นที่สิ้นสุดต้องได้รับการยินยอมทั้งฝ่ายผู้ฟ้องร้องและผู้ถูกฟ้องร้อง ซึ่ง Health Complaints Authority ไม่มีอำนาจบังคับให้ผู้ถูกฟ้องร้องหรือผู้ฟ้องร้องยอมรับในข้อตกลง

4. ดำเนินการฟ้องร้องโดยผ่านกระบวนการทางศาล

เป็นวิธีสุดท้ายที่ควรเลือกใช้เพราะมีค่าต้นทุนที่สูง ใช้เวลานานทั้งก่อนพิจารณาในศาลเพราะต้องการรวบรวมหลักฐานทั้งฝ่ายผู้ฟ้องร้องและผู้ถูกฟ้องร้อง และในศาล อาจกินเวลานานเป็นปีหรือหลายปี ผู้ได้รับความเสียหายที่ต้องการฟ้องร้องผ่านกระบวนการศาลต้องปรึกษากับนักกฎหมายก่อนว่ากรณีความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้น ถ้าต้องการเรียกร้องค่าเสียหายในรูปตัวเงินโดยผ่านกระบวนการศาล มีทางชนะมากน้อยขนาดไหน ถ้านักกฎหมายพิจารณาแล้วน่าจะชนะ ผู้ถูกฟ้องร้องควรดำเนินการในชั้นศาลได้ อย่างไรก็ดี กรณีที่ผู้ฟ้องร้องไม่มีเงิน ไม่ว่าจะค่าจ้างทนาย ค่าศาล (Court fee) และค่าธรรมเนียมหลักฐาน ทุกรัฐมี Legal Aid ให้ การช่วยเหลือตรงนี้หรือไม่ขึ้นกับพิจารณาจากทนายของรัฐก่อนว่ามีทางเป็นไปได้มากหรือไม่ที่ผู้เสียหายจะเป็นผู้ชนะในคดีนี้ ถ้ามีแนวโน้มเป็นไปได้ก็จะให้การช่วยเหลือ หากคดีนี้ผู้เสียหายชนะคดี ผู้ถูกฟ้องร้องต้องชดเชยค่าชดเชยและค่าใช้จ่ายจากกระบวนการศาลทั้งหมดตั้งแต่เริ่มต้น แต่จำแพ้รัฐต้องแบกรับภาระนี้ทั้งหมด

(Department of Health and Aged Care (a))

อย่างไรก็ตาม การฟ้องร้องในกระบวนการศาล เกิดขึ้นไม่มากในออสเตรเลีย เนื่องจาก Medical Dedence Organisations (MDOs) ที่ประกันความเสียหายที่เกิดขึ้นจากผู้ให้บริการแก่ผู้ให้บริการในทุกรัฐ ต้องพิจารณาว่ากรณีฟ้องร้องที่เกิดขึ้นต่อสมาชิกแพทย์คนนั้นที่ประกันกับ MDO มีโอกาสชนะคดีมากน้อยแค่ไหน ถ้าโอกาสน้อยมาก MDO มักจะยื่นความจำนงต่อผู้เสียหายเพื่อขอทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและยินดีชดเชยค่าเสียหาย ซึ่งหาก MDO ปล่อยให้ไปเป็นหน้าที่ของศาล และถ้าแพ้คดี MDOs ต้องชดเชยทั้งค่าเสียหายและค่าบริหารจัดการทั้งหมดที่เกิดขึ้น ถ้าไม่สามารถไกล่เกลี่ยได้ การใช้กระบวนการทางศาลจึงเป็นหนทางสุดท้าย (Department of Health and Aged Care (a))

Review of Professional Indemnity 1992 & 1994

รายงาน PIR (Professional Indemnity Report) ในปี 1992 เป็นรายงานชิ้นแรกที่สำคัญมากต่อการปฏิรูปกระบวนการฟ้องร้องจากการให้บริการสุขภาพ จัดทำโดยคณะทำงานที่ได้รับเงินสนับสนุนจาก Australian Health Ministers' Advisory Council PIR (Professional Indemnity Review) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของระบบการชดเชยค่าเสียหายเนื่องจากการให้บริการสุขภาพที่เป็นอยู่ขณะนั้น ปัญหาที่พบส่วนใหญ่มีดังนี้

- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายเนื่องจากการให้บริการสุขภาพและได้รับการชดเชยมีไม่มาก
- การใช้กระบวนการยุติธรรมโดยใช้กฎหมายมีค่าต้นทุนสูง และ ใช้เวลานาน
- ระบบชดเชยที่ต้องหาสาเหตุและผู้กระทำผิดที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้บริโภค บางครั้งไม่เหมาะสมกับงานสาธารณสุข เช่น การให้ภูมิคุ้มกันโรค
- ระบบที่เป็นอยู่ไม่สามารถป้องกันให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพ
- การให้ความคุ้มครองแก่ผู้ให้บริการสุขภาพกรณีทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้รับบริการยังไม่เพียงพอ
- ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกรณีการเรียกร้องค่าชดเชยยังไม่มีการจัดเก็บและวิเคราะห์ที่ดีเพื่อนำมาใช้เป็นเกณฑ์มาตรฐาน รวมถึงค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่ใช้ไปสำหรับแต่ละกรณี และข้อมูลกรณีที่ไม่ได้มีการฟ้องร้องชดเชยแต่เกิดความเสียหายขึ้นกับผู้

ป่วย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีความสำคัญมากต่อการพัฒนาระบบชดเชยค่าเสียหายเนื่องจากการบริการสุขภาพ
(Department of Health and Aged Care (b))

PIR กำหนดองค์ประกอบที่ศึกษามีดังนี้

- การป้องกันการเกิดผลเสียต่อผู้บริโภคจากการรับบริการสุขภาพ
- การจัดการด้านความเสี่ยงที่มีประสิทธิผลและการควบคุมคุณภาพงานบริการ
- การให้บริการผู้ป่วยที่พิการอย่างเป็นธรรม
- การคุ้มครองผู้ให้บริการสุขภาพอย่างพอเพียงในกรณีทำผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ
- ประสิทธิภาพของกฎหมายการทำผิดจรรยาบรรณวิชาชีพที่ส่งผลให้เกิดผลเสียต่อผู้รับบริการ

หัวใจหลักสำคัญของการปฏิรูปการชดเชยค่าเสียหายที่เกิดจากได้รับงานบริการสุขภาพ คือ การปฏิรูปเพื่อลดจำนวนกรณีหรือผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายเนื่องจากการได้รับงานบริการสุขภาพ นั่นก็คือการป้องกันให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด และ ลดค่าต้นทุนรวมทั้งหมดที่เกิดจากความเสียหายจากงานบริการสุขภาพ โดย PIR ใช้ปรัชญาในการพิจารณาว่าด้วยเรื่องการฟ้องร้องและชดเชยค่าเสียหายที่มีความสำคัญดังนี้

- การชดเชยที่อยู่บนพื้นฐานของการหาผู้กระทำผิด (Fault-based compensation) และ การชดเชยที่อยู่บนพื้นฐานของการไม่หาผู้กระทำผิด (No-fault based compensation)
- Tort system หรือ ระบบของการทำผิดโดยคนใดคนหนึ่งที่ทำให้อีกฝ่ายได้รับความเสียหาย ไม่ว่าจะตั้งใจหรือไม่ ซึ่งอาจจะผิดกฎหมายหรือไม่ผิด
- ผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์เนื่องจากการใช้ Tort system

ความเสียหายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยครอบคลุมกว้างตั้งแต่ ความเสียหายที่เกิดจากงานบริการสุขภาพนั้นๆ เช่น ผลข้างเคียงจากการให้ยาบางตัว ซึ่งกรณีถือว่าความเสียหายที่เกิดขึ้นหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไปจนถึงความเสียหายที่เกิดจากผู้ให้บริการให้บริการไม่ถูกต้องตามวิชาชีพหรือจรรยาบรรณ ทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย ซึ่งกรณีนี้สามารถหลีกเลี่ยงได้และป้องกันได้ ในทางปฏิบัติการแยกแยะกรณีความเสียหายว่าเกิดจากสาเหตุใดบางกรณีมีความยุ่งยาก และต้องพิจารณาเป็นกรณี แม้ว่าความเสียหายเหมือนกันจากงานบริการชนิดเดียวกัน ก็ไม่สามารถบอกได้ว่ามีสาเหตุอย่างเดียวกัน (Department of Health and Aged Care (b))

ในปี 1994 รายงาน PIR จัดทำฉบับที่สองที่เป็นข้อเสนอการพัฒนาคณะ Australian Health Ministers' Advisory Council ซึ่งการพัฒนาระบบการฟ้องร้องในออสเตรเลียจนถึงปัจจุบันยังคงใช้ข้อเสนอนี้เป็นหลัก มีใจความสรุประบบการฟ้องร้องชดเชยค่าเสียหายจากการรับบริการสุขภาพที่ดีควรจะ

1. แบ่งกรณีการเรียกร้องชดเชยค่าเสียหายออกเป็นสองกรณี คือ กรณีที่ไม่จำเป็นต้องหาว่าใครผิดใครถูกซึ่งอยู่บนพื้นฐาน no-fault based system เพื่อทำให้กระบวนการจบลงอย่างรวดเร็วเพื่อลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เนื่องจากเชื่อว่าไม่ทุกกรณีที่จำเป็นต้องหาสาเหตุและฝ่ายที่กระทำผิด ขณะเดียวกันกรณีที่จำเป็นต้องหาฝ่ายกระทำผิดจะอยู่บนพื้นฐานของ fault-based system
2. แก้ไขกฎหมายให้การชดเชยค่าเสียหายในกรณีที่มีการเสียหาย เช่น ทำให้ผู้ป่วยพิการ และ มีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพ ควรให้การชดเชยแบบจ่ายเป็นงวดๆ มากกว่าการจ่ายเป็นเงินก้อน (lump sum) เพื่อให้เกิดระบบสวัสดิการสำหรับบุคคลที่ได้รับความเสียหายตลอดชีวิตที่เหลืออยู่

3. พัฒนาปรับปรุงระบบการควบคุมคุณภาพงานบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะจากสถานบริการ หรือ นอกสถานบริการ เพื่อป้องกันและลดจำนวนกรณีผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพ
 4. พัฒนาและทดลองทำโครงการที่ใช้การจัดการด้านความเสี่ยง (risk management) เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการสุขภาพ และเพื่อช่วยควบคุมค่าต้นทุนดำเนินการในกระบวนการฟ้องร้อง
 5. พัฒนาหลักสูตรไม่ว่าในระดับปริญญาตรี หรือ หลังปริญญา หรือ จัดอบรมเป็นคอร์สระยะสั้น เพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีความชำนาญในการสื่อสารกับผู้ป่วยให้เข้าใจรายละเอียดของการรักษาและผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับการรับบริการสุขภาพในแต่ละประเภทที่เป็นทางเลือกต่างๆ รวมทั้งพัฒนากลไกให้ผู้บริโภคเข้าใจถึงผลเสียหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับการรับบริการสุขภาพชนิดใดชนิดหนึ่ง จะทำให้เกิดผู้บริโภคเข้าใจและลดกรณีการฟ้องร้องเรียกค่าชดเชยในกรณีที่มีความเสียหายเกิดจากงานบริการสุขภาพโดยตรง และ หลีกเลียงไม่ได้
 6. พัฒนาทางเลือกในรูปแบบต่างๆ ที่ไม่ใช่กระบวนการทางศาล เพื่อให้การฟ้องร้องยุติลงอย่างรวดเร็ว เกิดความพอใจต่อทุกฝ่าย และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้
 7. หน่วยงานการฟ้องร้อง (Complaint body) ควรแทนที่การทำงานของ Boards ของวิชาชีพต่างๆ ในกระบวนการฟ้องร้องชดเชยค่าเสียหายเพื่อป้องกันความลำเอียงในการพิจารณาต่อผู้ให้บริการ โดย Boards ทำหน้าที่เพียงเป็นผู้ให้คำปรึกษา และพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลกรณีการฟ้องร้องชดเชยค่าเสียหาย ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในแต่ละกรณี และอื่นๆ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบ และสามารถเป็นแหล่งข้อมูลกับทุกฝ่าย
 8. ผู้ให้บริการโดยเฉพาะแพทย์ ควรได้รับการคุ้มครองในรูปของการประกันกรณีที่กระทำผิดตามหลักวิชาชีพหรือจรรยาบรรณวิชาชีพ เพื่อลดความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก เพิ่มแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานหรือให้บริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหาย ซึ่งหากไม่มีการประกันคุ้มครอง ผู้ให้บริการมีแนวโน้มจะให้บริการแบบป้องกันตัวเอง (defensive provision) ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น เช่น การส่งตรวจวินิจฉัยจากห้องปฏิบัติการโดยไม่จำเป็น
 9. สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพกลุ่มอื่นๆ ควรได้รับการคุ้มครองอย่างเพียงพอ เช่นเดียวกัน
 10. Medical Defence Organisations ที่ทำหน้าที่ให้การคุ้มครองกับแพทย์ควรเป็นแบบบังคับ (ปัจจุบันเป็นแบบสมัครใจ) เพื่อให้การคุ้มครองผู้ให้บริการกรณีให้บริการแล้วผู้ป่วยได้รับความเสียหาย ไม่ว่าจะเกิดจากงานบริการนั้นๆ หรือ ไม่ รวมทั้งสถานบริการ เช่น โรงพยาบาลหรือนายจ้างต้องให้การคุ้มครองลูกจ้างที่เป็นผู้ให้บริการ ถึงแม้ว่าความเสียหายนั้นๆ สามารถรู้ชัดเจนว่าเกิดจากลูกจ้าง ซึ่งอาจจะให้การคุ้มครองค่าเสียหายทั้งหมด หรือ ลูกจ้างต้องซื้อประกันเพิ่ม หรือ จ่ายเอง ขึ้นกับเงื่อนไขตอนรับเข้ามาเป็นลูกจ้าง
 11. การแก้ไขและพัฒนารายละเอียดการคุ้มครองลูกจ้างที่เป็นผู้ให้บริการสุขภาพจากนายจ้างจะอยู่ในกฎหมาย Employees Liability Act
- อย่างไรก็ตาม PIR เสนอว่ากลไกการฟ้องร้องจากการรับบริการที่ดีที่สุดควรเริ่มต้นตั้งแต่ระดับการให้บริการ โดยทุกสถานบริการ และ คลินิกทุกแห่งควรมีกลไกที่เอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการได้แสดงความคิดเห็นหากรู้สึกว่าการบริการที่ตนได้รับต่ำกว่าเกณฑ์ที่คาดไว้ เพื่อนำข้อมูลนี้ไปพัฒนาคุณภาพงานบริการ และผู้บริโภคเองก็เพิ่มความมั่นใจระดับหนึ่งต่อสถานบริการนั้นๆ (Department of Health and Aged care (b))

สรุป

ประเด็นที่น่าสนใจของระบบของออสเตรเลียที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อปกป้องผู้บริโภคในกรณีที่ได้รับ ความเสียหายจากงานบริการสุขภาพที่สำคัญ คือ ความพยายามที่จะให้กระบวนการฟ้องร้องกินเวลาสั้นที่สุด ใช้กระบวนการที่ซับซ้อนน้อยที่สุด และสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นต่อทั้งฝ่ายที่ฟ้องร้องและถูกฟ้องร้อง ข้อเท็จจริงประการหนึ่ง คือ แนวโน้มการฟ้องร้องชดเชยความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ข้อเด่นของระบบในออสเตรเลียได้แก่

- การจัดทำคู่มือประชาชน และ ผู้ให้บริการสุขภาพ เพื่อให้เข้าใจถึงสิทธิหน้าที่พื้นฐานของทั้งสองฝ่ายจากการรับ-ให้บริการสุขภาพ และหากเกิดความเสียหายขึ้นในกรณีนี้ผู้เสียหายหรือผู้ป่วยสงสัยว่าจะเกิดเนื่องจากการรับบริการสุขภาพ แล้วจะอย่างไร ซึ่งถือได้ว่าเป็นมาตรการขั้นต้นที่ป้องกันไม่ให้เกิดการฟ้องร้องเกิดขึ้นได้ดีที่สุด
- การจัดตั้งหน่วยงานรับเรื่องฟ้องร้องขึ้นในแต่ละรัฐของออสเตรเลีย แทนโครงสร้างเดิมที่ใช้ออศกรวิชาชีพทำหน้าที่นี้ ช่วยสร้างความโปร่งใสในการพิจารณาให้กับประชาชน อย่างไรก็ตามยังคงให้หน้าที่ของอศกรวิชาชีพทำหน้าที่ให้คำปรึกษาอยู่เพื่อให้คำแนะนำทางเทคนิคมาประกอบเป็นข้อมูลในการพิจารณา
- หน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นยังสามารถทำหน้าที่รวบรวมข้อกรณีต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการพิจารณากรณีที่เกิดขึ้นในภายหลังที่คล้ายคลึงกัน และข้อมูลเหล่านี้ทุกฝ่ายควรที่จะสามารถเข้าถึงได้เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจ
- รัฐยังต้องเป็นองค์กรหลักที่ทำหน้าที่พัฒนาระบบฟ้องร้องเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค
- การพัฒนาให้ระบบการฟ้องร้องชดเชยค่าเสียหายไม่ซับซ้อนและสามารถตกลงกันได้ระหว่างสองฝ่ายให้ได้ก่อนที่จะผ่านเรื่องเข้าสู่ Medical Tribunal หรือ กระบวนการศาล
- การจัดตั้งกองทุนประกันความเสี่ยงให้กับผู้ให้บริการสุขภาพแบบบังคับ โดยเฉพาะในสาขาที่มีโอกาสทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยจากงานบริการได้ง่าย เป็นแนวทางการพัฒนาที่ช่วยคุ้มครองผู้ให้บริการเพื่อไม่ให้เกิดทัศนคติการให้บริการแบบป้องกันตนเอง ซึ่งผลเสียจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการที่มีคุณภาพ และแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะมากขึ้น หากไม่มีระบบนี้เพราะผู้ป่วยอาจถูกตรวจวินิจฉัยด้วยเทคโนโลยีต่างๆเกินจำเป็น
- การจัดอบรมเพิ่มเติมพิเศษสำหรับกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ หรือ สอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับระบบการฟ้องร้องในโรงเรียนแพทย์ หรือ บุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ

อย่างไรก็ตามจุดด้อยบางประการของระบบการฟ้องร้องในออสเตรเลียที่อาจจะเกิดขึ้น เช่น การมี MDOs สร้างกองทุนประกันความเสี่ยงสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพอาจส่งผลด้านจิตใจแก่ผู้ให้บริการไม่รอบคอบหรือตระหนักถึงการให้บริการที่มีคุณภาพ ซึ่งนี่คือผลเสียของระบบประกันความเสี่ยงทั่วไป ที่อาจทำให้จำนวนเรื่องฟ้องร้องเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในประเทศอเมริกา จากเนื้อหาการทบทวนไม่ได้มีรายละเอียดชัดเจนว่าในกรณีที่มีการฟ้องร้องเป็นแบบวิธีที่ Complaints Authority เข้ามาทำหน้าที่ไกล่เกลี่ย หากภายหลังสิ้นสุดลงและผู้ให้บริการเป็นฝ่ายผิดจริง Complaints Authority มีกลไกอะไรหรือไม่เพื่อประสานกับ Registration Boards เพื่อดำเนินมาตรการลงโทษต่อผู้ให้บริการ

เอกสารอ้างอิง

Department of Health and Aged Care (a). *Patient and Provider Information Guidelines in the Event of an Adverse Patient Outcome*. Information from the Internet : www.health.gov.au

Department of Health and Aged Care (b). *Professional Indemnity Review*. Information from the Internet : www.health.gov.au

Department of Health Family Services (1997). *TGA : Corporate Plan 1997 / 1998 to 1999 / 2000*. Information from the Internet : www.health.gov.au

Kelly, J. (1995). *Legal Issues for Managers in the Health Care Industry*. In M. Clinton and D. Scheiwe (Eds.). *Management in the Australian Health Care Industry*. Harper Education Publishers : NSW.

บทที่ 3 : การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้บริโภค

บทนำ

ยุทธศาสตร์การสร้างภาคีเพื่อการพัฒนาประเทศ (strategic alliance) ถูกนำมาใช้ในการพัฒนานโยบายสวัสดิการสังคม และนโยบายสุขภาพ และการร่วมกันทำงานระหว่างภาครัฐและองค์กรเอกชน มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสร้างความยั่งยืนในการดำเนินนโยบาย ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มต่างๆ เพิ่มขึ้น บทที่สามนี้จะกล่าวถึงวิวัฒนาการของกลุ่มองค์กรตัวแทนประชาชน หรือกลุ่ม NGOs อย่างสั้นๆ จุดเด่นที่สำคัญของการพัฒนาให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มต่างๆ เพื่อการพัฒนาประเทศ และพัฒนาสุขภาพของประชากร เนื้อหาส่วนถัดมาจะนำเสนอวิวัฒนาการของการพัฒนา Consumers' Health Forum ที่เป็นองค์กรตัวแทนของผู้บริโภคระดับชาติในเรื่องสุขภาพของออสเตรเลีย โดยเฉพาะหน้าที่ด้านการวิจัยของ Consumers' Health Forum ที่สุดท้ายต้องยกเลิกไป เนื่องจากปัจจัยหลักของการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง การนำรูปแบบการทำงานของ VicHealth มาประกอบในส่วนต่อมาเพื่อต้องการแสดงให้เห็นถึงรูปแบบการทำงานแบบองค์กรภาคีที่อาจช่วยให้การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพในรัฐ Victoria มีความยั่งยืนขึ้น

วิวัฒนาการของ NGOs และ ความสำคัญของ NGOs ต่อการพัฒนาประเทศ

กลุ่มองค์กรเอกชน เช่น กลุ่ม NGOs และกลุ่มตัวแทนประชาชนต่างๆ มีวิวัฒนาการเริ่มต้นในหลายประเทศต่อการเข้าไปช่วยเหลือประชาชนในด้านต่างๆ ที่รัฐบาลให้ความช่วยเหลือน้อยหรือไม่มี ในช่วงระหว่าง ค.ศ. 1970 – 1980 บทบาทของกลุ่ม NGOs และกลุ่มองค์กรตัวแทนประชาชนต่างๆ เพิ่มมากขึ้น และมีวัตถุประสงค์ที่หลากหลายขึ้นไม่เฉพาะเรื่องสวัสดิการประชาชน เช่น เรื่องสิ่งแวดล้อม เหตุที่บทบาททางสังคมเพิ่มขึ้นเนื่องจากความถดถอยของภาวะเศรษฐกิจทำให้รัฐบาลของหลายประเทศลดขนาดประมาณงบประมาณสวัสดิการสังคมและสุขภาพ กลุ่ม NGOs เองยังพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางด้านวิชาการและงบประมาณ จนทำให้เป็นกลุ่มใหญ่ที่มีอำนาจต่อรองกับรัฐบาล และส่วนใหญ่มิแนวโน้มที่จะมีความคิดเห็นตรงข้ามกับนโยบายรัฐบาล (Cardelle, 1999)

จุดเด่นประการสำคัญที่ผลักดันให้รัฐบาลในหลายประเทศที่พัฒนาแล้วจำเป็นต้องเปิดโอกาสให้กลุ่มองค์กรตัวแทนประชาชนที่มีวัตถุประสงค์ต่างๆ เข้ามาร่วมในการพัฒนานโยบายและบริหารจัดการในบางเรื่องเพราะ

- แนวโน้มการปกครองของหลายประเทศเป็นแบบประชาธิปไตยมากขึ้น
- กลุ่ม NGOs มีความสามารถทางด้านการวิชาการที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากความร่วมมือระหว่างประเทศ องค์ความรู้สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาประเทศได้
- กลุ่ม NGOs สามารถเป็นตัวแทนหรือเสียงของกลุ่มต่างๆ ได้ทั่วถึง ทำให้น่าเชื่อว่าการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่มีกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่ม NGOs จะช่วยตอบสนองความต้องการของกลุ่มต่างๆ ได้ดี
- ความอ่อนด้อยของการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพของรัฐบาลเนื่องจากองค์กรภาครัฐในอดีตมักมีขนาดใหญ่ ซึ่งหากการพัฒนาในบางประเด็น รัฐอนุญาตให้ NGOs เข้ามาดำเนินการจะช่วยให้การใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพสูงกว่า
- กลุ่ม NGOs มีงบประมาณเป็นของตัวเองไม่ว่าจะมาจากการสนับสนุนของสมาชิกในกลุ่มด้วยตนเอง หรือจากองค์กรต่างประเทศ ดังนั้นจะสามารถช่วยแบ่งเบาภาระงบประมาณของภาครัฐ

จากจุดเด้นดังกล่าวข้างต้น รัฐบาลหลายประเทศกำหนดยุทธศาสตร์ประชาสังคมในการพัฒนานโยบายและมีโครงการที่รัฐจัดสรรทรัพยากรให้กลุ่มองค์กรต่างๆ เข้ามาบริหารจัดการหรือดำเนินร่วมกันกับรัฐ (Cardelle, 1999)

ยุทธศาสตร์ประชาสังคมถูกนำมาใช้ในการพัฒนานโยบายสุขภาพและการจัดบริการสุขภาพโดยเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน ยุทธศาสตร์นี้ได้รับการสนับสนุนจาก World Health Organization (WHO) แนวคิดนี้ถูกผลักดันเริ่มต้นอย่างจริงจังในออสเตรเลียจากกลุ่ม NGOs ดังนี้

1. Australian Community Health Association,
2. Australian Consumers' Association,
3. Australian Council of Social Service,
4. Australian Federation of Consumer Organisations,
5. Australian Pensioner Federation,
6. Council of Social Services of New South Wales,
7. The Doctors' Reform Society, Health Issues Centre Victoria และ
8. The Rupert Public Interest Movement

ทั้ง 9 องค์กรลงรายชื่อยื่นข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปต่อรัฐมนตรีสุขภาพของรัฐบาลกลางในเดือนพฤษภาคม (Short, 1997)

ข้อเสนอมีใจความหลัก คือ ต้องการให้รัฐบาลเพิ่มโอกาสสำหรับกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพ หลักการนี้ได้รับอิทธิพลโดยตรงจากนโยบายของ WHO ในการพัฒนานโยบาย primary care (Short, 1997) รัฐมนตรีกระทรวงสุขภาพในตอนนั้น คือ Neal Blewett เดิมเป็นอาจารย์สอนการเมืองการปกครองที่ Flinders University รัฐ South Australia ให้การสนับสนุนข้อเสนอของ NGOs อาจเนื่องจากพื้นฐานการศึกษาด้านการเมืองและการปกครอง Blewett จ้างตัวแทนกลุ่มเหล่านี้ทำงานภายใต้ Commonwealth Department of Health ในระยะแรกเพื่อช่วยกันพัฒนากระบวนการและกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานโยบายสุขภาพ (Wadsworth, 1989)

Commonwealth Department of Health จ้างผู้เชี่ยวชาญด้าน Sociology ชื่อ Richard Mohr จัดทำข้อเสนอหน้าที่ และการทำงานของ Consumer Health Forum ที่จะจัดตั้งขึ้น การทำงานของ Mohr อาศัยกระบวนการขอคำปรึกษาจากหลายฝ่าย เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพในระดับต่างๆ กลุ่มตัวแทนประชาชนหลายกลุ่ม โดยใช้เวลาประมาณ 2 เดือน ได้ข้อสรุปในรายงานชื่อ "The Swinging Door" ตีพิมพ์ในปี 1985 มีข้อเสนอว่า CHF ควรทำหน้าที่

- เป็นตัวแทนความคิดของประชาชนเพื่อให้ข้อมูลโดยตรงต่อรัฐมนตรีสุขภาพ
- พัฒนาการสื่อสารกันระหว่างชุมชน กับ Department of Health
- ประสานและจัดประชุมเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดและรูปแบบการทำงานของกลุ่ม NGOs ทุกสองปี
- ติดตามความก้าวหน้ากลไก และ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สนับสนุนโดย Department of Health (Department of Health, 1985)

นอกจากงานในส่วนของการเป็นหน่วยงานเลขานุการแล้ว รายงานยังเสนอว่ารัฐบาลกลางควรให้การสนับสนุนด้านการเงินกับ CHF ซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักจ้างให้องค์กรชุมชนต่างๆ ไปทำการศึกษาและวิจัยในประเด็นที่กลุ่มใดก็ตามสนใจ (Department of Health, 1986) ปี 1987 CHF จัดตั้งขึ้นเป็นทางการเป็นองค์กรอิสระ งบประมาณส่วนหนึ่ง ดำเนินงานภายใต้

ได้โครงการ Consumer Research Development Funding Program เพื่อการวิจัย โครงการนี้บริหารจัดการโดยคณะกรรมการที่ประกอบด้วยตัวแทนจากชุมชน และ จาก Department of Health ข้างละ 4 คน CHF ได้รับเงินเพื่อการวิจัยประมาณ 60,000 ดอลลาร์ออสเตรเลียต่อปีกันไว้สำหรับเป็นเงินเพื่อการสนับสนุนงานวิจัยให้แก่องค์กรชุมชน และ NGOs ต่างๆ ซึ่งไม่มากนัก แต่ก็เริ่มจุดเริ่มต้นที่ดีที่ให้กลุ่มเหล่านี้ไปค้นหาความต้องการของกลุ่มที่ตัวเองเป็นตัวแทน (Short, 1997)

อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนด้านการเงินต่อ CHF เพื่อการวิจัยในโครงการ Consumer Research Development Funding Program สิ้นสุดภายหลังปี 1992 สาเหตุหลักเนื่องจากการเปลี่ยนตัวรัฐมนตรีสุขภาพจาก Blewett มาเป็น Howe ที่ความรู้พื้นฐานมาจากการบริหารจัดการ โดย Howe เห็นว่า Community Research Development Funding Program ประเมินผลโครงการยาก เนื่องจากความหลากหลายของงานวิจัย และ ส่วนหนึ่งซ้ำซ้อนกับการทำงานของ National Medical Research Council (NHMRC) ที่รัฐบาลกลางให้การสนับสนุนด้านการวิจัยอยู่แล้ว ที่สำคัญงานวิจัยของ NHMRC อยู่บนพื้นฐานหลักการวิจัยมากกว่างานวิจัยของกลุ่ม NGOs ในปี 1990 Howe หยิบประเด็นนี้เข้าสภาเพื่อพิจารณา ซึ่งผลการพิจารณาได้มีมติจากสภาว่าควรยกเลิกโครงการ Consumer Research Development Funding โดย CHF คงเหลือกิจกรรมหลักเฉพาะงานประสาน ให้ความรู้ และ สนับสนุนกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน (Short, 1997)

แนวคิดการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ

และกรณีศึกษาการสร้างองค์รภาคีเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน

ในทางปฏิบัติ มีวิธีการหลายวิธีที่นำมาใช้ร่วมกันในการสนับสนุนการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ แต่หลักการที่สำคัญคือต้องเป็นกระบวนการที่มุ่งพัฒนาสภาพแวดล้อม พัฒนาประชาชนในชุมชนให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการต้องเป็น collective actions มุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นปัจเจกบุคคล ใช้โครงสร้างหลักของสังคมและทรัพยากรในชุมชนนั้นๆ (Bracht, 1990) Rothman (1973) สรุปแนวทางในการพัฒนาองค์กรชุมชนเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพได้สามแนวทาง คือ

1. การพัฒนาในระดับชุมชน
2. การพัฒนาจากการวางแผนในระดับสังคม
3. การพัฒนาเพื่อให้เกิดการปฏิบัติในระดับสังคม

แนวทางการพัฒนาระดับชุมชนเป็นกระบวนการที่ให้ชุมชนกำหนดปัญหาขึ้นเองและแก้ไขปัญหาเอง ข้อเสียของวิธีการนี้คือ กินเวลานาน และประเด็นที่ได้อาจไม่ใช่ประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญ หรือ ถ้าใช่ อาจใช้แนวทางการแก้ไขที่ไม่เหมาะสม ส่วนการพัฒนาในแนวทางที่สามซึ่งเป็นการผลักดันให้เกิดการปฏิบัติในระดับสังคม เพื่อให้เกิดการสนับสนุนจากสังคม ตัวอย่างที่เห็นชัดในออสเตรเลีย คือ การผลักดันให้องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและประชาชนในระดับสังคมเห็นพ้องกันในปัญหาของความไม่ทัดเทียมกันของสถานะสุขภาพของ Aborigines แม้ว่าสังคมเห็นด้วยว่าเป็นประเด็นปัญหาของสังคม แต่เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ไม่ใช่ Aborigines จึงขาดการมีส่วนร่วมขององค์กรต่างๆ ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่รัฐเข้าผลักดันการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหา

ขณะที่ส่วนใหญ่การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพในออสเตรเลียใช้แนวทางการพัฒนาที่สองที่เป็นการวางแผน ใช้นักวิชาการนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นทางเลือกต่างๆ ให้แก่ชุมชน ใช้กระบวนการภาคี และใช้ทรัพยากรในระดับชุมชนเข้าร่วม VicHealth เป็นกรณีศึกษาของการมีส่วนร่วมชุมชนที่ใช้กระบวนการภาคี VicHealth เป็นชื่อย่อของ Victorian Health

Promotion Foundation ในรัฐ Victoria ตั้งขึ้นในปี 1987 เป็นองค์กรอิสระมีกฎหมายองค์กรเฉพาะ และเป็นหน่วยงานแรกของโลกที่ใช้เงินภาษีหรือทั้งหมดที่เก็บได้ในรัฐมาสนับสนุนการทำงานหน่วยงาน VicHealth มีบอร์ดบริหารที่มีสมาชิกที่มีความสามารถในหลายสาขา เช่น นักวิจัยด้านการแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญป้องกันโรคมะเร็ง นักสุขศึกษา ผู้เชี่ยวชาญสุขภาพด้านการกีฬา และ นักการตลาด เป็นต้น ที่สำคัญคือ สมาชิกในบอร์ดบริหารยังมีสมาชิกที่เป็นตัวแทนพรรคการเมืองทั้งสามพรรคที่อยู่ในรัฐ Victoria เพื่อช่วยสนับสนุนงานส่งเสริมด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและร่วมมือกันทำงานไม่ว่าจะเป็นพรรคการเมืองฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายค้าน

กระบวนการทำงานที่สำคัญของ VicHealth คือ การทำงานร่วมกับกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่ม NGOs ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพ บริษัทและห้างร้านเอกชน โรงเรียนทั้งของรัฐและเอกชน ชุมชนในที่ห่างไกล และ ชุมชนพื้นเมือง เช่น Aborigines และ รัฐบาลท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อช่วยกันพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในที่ต่างๆ เช่น ที่บ้าน ที่ทำงาน ในชุมชน ในโรงเรียน หลายโครงการที่ VicHealth ให้เงินสนับสนุนร่วมกับ NGOs ที่ทำงานในประเด็นส่งเสริมสุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือ รัฐบาลท้องถิ่น พัฒนาโครงการร่วมกัน การมีส่วนร่วมสนับสนุนด้านการเงินสำหรับโครงการมีส่วนช่วยเพิ่มศักยภาพความสำเร็จเนื่องจากกลุ่มที่ทำงานร่วมกับ VicHealth มีความเป็นเจ้าของต่อโครงการ ประการที่สอง ส่วนดีของกลุ่ม NGOs หรือ เจ้าหน้าที่สุขภาพของรัฐบาลท้องถิ่น คือ มีทักษะและความสามารถต่อการเข้าไปมีส่วนร่วมกับชุมชนเป้าหมายดีกว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มาจากรัฐบาลรัฐ (state government)

ปี 1997 บริษัทหรือทั้งหมดที่ทำการตลาดในรัฐ Victoria ยื่นเรื่องต่อศาลสูงรัฐ Victoria เพื่อทบทวนและยกเลิกการใช้ภาษีหรือมาสนับสนุนด้านการเงินสำหรับ VicHealth และในที่สุดศาลสูงตัดสินคำอุทธรณ์ให้บริษัทหรือชนะความ อย่างไรก็ตามนับตั้งแต่ก่อตั้งเป็นเวลา 10 ปีที่ใช้ภาษีหรือสนับสนุนการทำงานด้านส่งเสริมป้องกัน และประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี ทำให้หน่วยงานงบประมาณของรัฐบาลเห็นว่า ถ้าหากการจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับ VicHealth ต้องมาผ่าน Victorian Department of Health เชื่อว่าในระยะยาวแล้วสัดส่วนเงินเพื่องานส่งเสริมป้องกันจะถูกนำไปใช้เพื่องานรักษา เนื่องจากหน้าที่หลักของ Victorian Department of Health คือการควบคุมงานบริการโรงพยาบาลรัฐและเอกชน หน่วยงานงบประมาณจึงตัดสินใจให้การจัดสรรเงินสนับสนุน VicHealth โดยตรงเองไม่ผ่าน Department of Health ตั้งแต่นั้นมา

บทเรียนที่ได้จาก VicHealth

- งานส่งเสริมและป้องกันจะประสบผลสำเร็จต้องมีโครงสร้างที่ทำงานร่วมกันหลายฝ่าย หรือการทำงานเป็นแบบภาคีการมีส่วนร่วมด้วยการสนับสนุนการเงินโครงการร่วมกันช่วยเพิ่มโอกาสความสำเร็จได้
- แหล่งเงินเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านส่งเสริมป้องกันควรประกอบด้วยหลายแหล่ง มากกว่าที่จะพึ่งงบประมาณจากรัฐเพียงลำพัง เนื่องจากโอกาสที่งบประมาณของรัฐจะถูกนำไปสนับสนุนด้านการรักษามีความเป็นไปได้ ไม่ว่าจะเนื่องมาจากความคุ้นเคยต่อการประเมินผล วัฒนธรรมขององค์กรสุขภาพของรัฐที่เคยเป็นเน้นงานด้านรักษามาก่อน หรือ ปัจจัยด้านการเมือง เช่น จากพรรคการเมืองที่ต้องการเห็นรูปธรรมของผลงาน เนื่องจากการเน้นการรักษาจะเป็นผลงานได้เร็ว
- การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องมีแหล่งเงินสนับสนุนในระยะยาว มากกว่าในระยะสั้น เพราะกระบวนการทำงาน และ ผลลัพธ์ต้องใช้เวลา
- องค์กรหลักที่จะทำงานด้านป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ควรเป็นองค์กรที่มีสมาชิกบอร์ดบริหารมาจากตัวแทนหลายกลุ่ม ตัวแทนจากหลายสาขาวิชาซึ่งช่วยส่งเสริมให้มีการทำงานร่วมกัน และมองประเด็นปัญหาที่กว้างขึ้น นอกจากนั้น

การมีตัวแทนจากฝ่ายการเมืองของทุกพรรคช่วยสนับสนุนให้มีความต่อเนื่องของนโยบาย ไม่ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงพรรคการเมืองที่ขึ้นมาเป็นรัฐบาล (Galballby, 2000)

สรุป

ช่วงทศวรรษที่ 1980 แนวคิดการใช้ประชาสังคมของ WHO เพื่อนำมาใช้พัฒนานโยบายสุขภาพเข้ามาในประเทศออสเตรเลีย โดยกลุ่มนักวิชาการ ส่งผลให้มีแรงผลักดันจาก NGOs เพื่อให้รัฐบาลจัดตั้งองค์กรตัวแทนผู้บริโภคอย่างเป็นทางการเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสุขภาพ ในที่สุดรัฐบาลจัดตั้ง Consumers' Health Forum ทำให้กระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับกลุ่มผู้บริโภคและตอบสนองต่อผู้บริโภคมากขึ้น ประเด็นสำคัญที่ชี้ให้เห็นคือ Consumers' Health Forum ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพเป็นหลัก ทำให้โครงสร้างสนับสนุนผู้บริโภคต่อการพัฒนานโยบายสุขภาพถูกทำให้ชัดเจนขึ้นกว่าแต่ก่อนที่มี Australian Consumers' Association ทำหน้าที่รับผิดชอบทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้บริโภค

การเปลี่ยนแปลงรัฐมนตรีสุขภาพของ Commonwealth Government ที่มีแนวคิดแตกต่างจากคนเดิมทำให้งานหลักด้านการวิจัยของ Consumers' Health Forum ถูกยกเลิก การเปลี่ยนแปลงนี้ชี้ให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองยังคงมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของ Consumers' Health Forum แม้ว่าจะเป็นองค์กรอิสระ ครอบงำรัฐบาลกลางเป็นผู้สนับสนุนด้านการเงินย่อมมีอำนาจพอที่จะเข้าไปแทรกแซงการทำงานขององค์กร มองในมุมกลับกัน หากผลงานวิจัยของ Consumers Health Forum ส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่บนพื้นฐานของวิชาการอย่างที่กล่าวอ้าง การดัดนักวิชาการจำนวนหนึ่งเข้ามาทำงานในองค์กรน่าจะเป็นแนวทางแก้ไขเพื่อปรับปรุงคุณภาพงานวิจัยของ Consumers' Health Forum อย่างน้อยที่สุดเชื่อว่างานวิจัยขององค์กรจะสามารถสะท้อนความต้องการที่ครอบคลุมผู้บริโภคได้ทุกกลุ่มมากกว่า NHMRC ที่ส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการเป็นตัวแทนวิชาชีพมากกว่าตัวแทนผู้บริโภค

กรณีศึกษา VicHealth มีความแตกต่างในกระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพที่ต่างจาก Consumers' Health Forum ที่เป็นองค์กรระดับชาติ ขณะที่งานวิจัยของ Consumers' Health Forum ทำที่สุดต้องยกเลิกไป การเลือกใช้แนวทางการพัฒนานโยบายเป็นการวางแผนในระดับสังคมของ VicHealth ที่เสนอให้การทำงานมีการสื่อสารที่เป็นสองทางมากขึ้นระหว่างนักวิชาการและองค์กรชุมชนในพื้นที่ หลักการสำคัญคือพยายามให้มีการใช้ทรัพยากรจากชุมชนร่วมกับทรัพยากรจากรัฐบาลเพื่อเพิ่มความเป็นเจ้าของในการพัฒนา และจุดเด่นที่สำคัญ คือ การที่โครงสร้างองค์กร VicHealth ระดับบนมีตัวแทนจากพรรคการเมืองทุกพรรคทั้งฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายค้านร่วมด้วย ซึ่งอย่างน้อยที่สุดสามารถสร้างภูมิคุ้มกัน หากมีการเปลี่ยนแปลงชั่วคราวของการเมืองขึ้น

การทำงานของ VicHealth มีข้อแตกต่างที่ชัดเจนกับการทำงานของ CHF ตรงที่ประเด็นที่จับโดย VicHealth เป็นประเด็นที่แคบกว่า มีกลุ่มต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องน้อยกว่า ตรงนี้จะทำให้การทำงานของ VicHealth มีประสิทธิภาพมากกว่าเพราะความหลากหลายของความคิดเห็นมีน้อยกว่าและสามารถสร้างกระบวนการให้หลายกลุ่มทำงานร่วมกับภาครัฐ ขณะที่ความหลากหลายของความคิดเห็นที่เกิดขึ้นในระดับของ CHF ที่เป็นระดับชาติมีแนวโน้มส่งผลให้การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและการทำงานล่าช้า ด้วยปัญหานี้ทำให้เวลาและกิจกรรมส่วนใหญ่ของ CHF ได้แก่ การประสานและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทุกกลุ่มเห็นพ้องกันว่าประเด็นอะไรเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

- Bracht, N. (1990). *Health Promotion at the Community Level*. Sage Publications : California.
- Cardelle, A. (1999). *Democratization Health Care Reform and Non-government Collaboration : Catalyst of Constraints?. Health and Human Development in the Global Economy : Expresses, Opportunities and Risks in the Americas*. Workshop University of Texas Medical Branch : Texas.
- Department of Health. (1985). *The Swinging Door : The Review of Community Participation in the Commonwealth Department of Health*. AGPS : Canberra.
- Department of Health. (1986). *Report of the Better Health Commission*. Vol.1 AGPS : Canberra.
- Galbally, R. (2000). Placing Prevention at the Centre of Health Sector Reform. In A.L. Bloom (Ed). *Health Reform in Australia and New Zealand*. pp. 264-277. Oxford University Press : Singapore.
- Rothman, J. (1973). Three Models of Community Organization Practice. In Cox F. (Ed). *Strategies of Community Organization*. FE Peacock : New York.
- Short, S. (1997). Elective Affinities : Research and Health Policy and Development. In H. Gardner (Ed). *Health Policy in Australia*. pp. 65- 82. Oxford University Press : Melbourne.
- Wadsworth, Y. (1989). *Consumers' Health Forum Grants Programme, First Triennium, 1987-1989, Report of Internal Review*. Consumers' Health Forum : Canberra.

บทที่ 4 : การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

บทนำ

การพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่สำคัญในช่วง 4 - 5 ปีที่ผ่านมาของออสเตรเลีย คือ การพัฒนาแพทย์ GPs (General practitioners) เพื่อส่งเสริมให้ระบบสุขภาพทั้งหมดมีความเชื่อมโยงกันมากขึ้น เชื่อว่าจะทำให้งานบริการมีคุณภาพ และควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ บทนี้ได้นำเสนอกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับงานบริการทั่วไปที่เริ่มต้นตั้งแต่การรวบรวมปัญหาและข้อเสนอแนะ การพัฒนางาน GP (General practice) ในออสเตรเลียเริ่มขึ้นอย่างจริงจังจากความพยายามทดลองทำโครงการที่เรียกว่า Co-ordinated Care Trials ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ เพื่อหาข้อสรุปถึงรูปแบบที่ควรเป็นในอนาคต อย่างไรก็ตามส่วนที่เป็นส่วนสำคัญสำหรับการปฏิรูปงาน GP ในออสเตรเลีย คือ กลไกหรือเครื่องมืออะไรที่ทำให้รัฐบาลทั้งสองระดับ คือ Commonwealth และ State Governments ให้การสนับสนุนการพัฒนางาน GP อย่างจริงจัง

การพัฒนางาน general practice และการพัฒนาแพทย์ GP

แพทย์ในออสเตรเลียสามารถแบ่งออกเป็นได้สองกลุ่มง่ายๆ คือ กลุ่มแพทย์ทั่วไป และ กลุ่มแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ทุกคนที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชน (Community setting) เป็นแพทย์ทั่วไปทั้งหมด หลักสูตรแพทย์ต้องใช้เวลาเรียนอย่างน้อย 5 ปี ส่วนอีกหนึ่งปีเป็นการฝึกงานในโรงพยาบาลของรัฐ ในปัจจุบันมีบางมหาวิทยาลัยรับสมัครนักศึกษาที่จบปริญญาตรีสาขาอื่นๆ เรียนเพิ่มอีก 4 ปีและฝึกงานในโรงพยาบาลรัฐอีก 1 ปี

อัตราการเพิ่มจำนวนของแพทย์ GP ในประเทศออสเตรเลีย ระหว่างปี 1985 ถึง 1997 เฉลี่ย 1.53 % ต่อปี ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่าอัตราการเพิ่มของประชากร แต่ภายหลังจากปี 1997 มีอัตราการเพิ่มน้อยลง เนื่องจากนโยบายของรัฐบาลในการควบคุมจำนวน เช่น การควบคุมจำนวนผู้ที่จบแพทย์จากต่างประเทศที่ให้บริการในประเทศ โดยให้สัดส่วนที่ผู้สอบผ่านใบอนุญาตน้อยลง

จากรายงานการทบทวนของกลุ่ม (The Review Group) ที่ทำวิจัย ในปี 1996 เพื่อรวบรวมข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นกับการให้บริการ GP ในออสเตรเลีย และนำเสนอต่อ General Practice Working Group ที่จัดตั้งโดย General Practice Consultative Committee ภายใต้การทำงานของ Commonwealth Government, Review Group เป็นคณะทำงานมีตัวแทนจาก Australian Medical Association, Royal Australian College of General Practitioners และ จาก Commonwealth Department of Health, Housing and Community Services รายงานสรุปประเด็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับแพทย์ GP ในประเทศ ดังนี้

- ส่วนใหญ่แพทย์ GP ในเขตชนบทให้บริการที่กว้างขวางกว่าแพทย์ GP ในเขตเมือง ซึ่งแพทย์ GP ในเขตเมืองมักให้บริการที่เป็นการปรึกษาและให้บริการทางคลินิกเป็นส่วนใหญ่ ขณะที่แพทย์ GP เขตชนบทนอกจากงานบริการดังกล่าว ยังเข้าไปมีส่วนร่วมในการให้บริการงานสาธารณสุข เช่น การให้วัคซีนกับเด็กในโรงเรียน งานสุขภาพจิต สิ่งแวดล้อม และงานควบคุมและป้องกันโรคในชุมชน

- แพทย์ GP ในเขตชนบทเข้ามีส่วนเกี่ยวข้องและร่วมกันวางแผนการรักษากับแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลมากกว่าแพทย์ GP ในเขตเมืองอย่างเห็นได้ชัดเจน
- โดยเฉลี่ยแพทย์ GP เข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยที่ต้องการงานบริการเฉพาะทางน้อย ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของการให้บริการภายหลังจากผู้ป่วยถูกส่งต่อกลับมายังแพทย์ GP อีกทั้งไม่ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้เพิ่มเติมกับแพทย์ GP
- 60% ของสถานบริการ GP เป็นคลินิกที่มีแพทย์ GP เพียงหนึ่งหรือแค่สองคนเป็นเจ้าของ อีก 26% มี 3 – 5 คน ที่เหลือมีหกคนหรือมากกว่า รูปแบบการให้บริการที่เป็น Group practices ส่วนใหญ่เป็นผู้ลงทุนร่วมกันและกำไรแบ่งปันกันตามข้อตกลงที่ทำไว้เบื้องต้น ขณะที่แพทย์ GP ที่ไม่ได้เป็นเจ้าของใดๆจะเป็นลูกจ้างของสถานบริการ สัดส่วนหรือรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน แพทย์ GP นั้นๆมักได้รับประมาณ 50% ของค่าบริการ หรือ รับเป็นเงินเดือนกรณีลูกจ้างของโรงพยาบาล
- รูปแบบการให้บริการของแพทย์ GP มีแนวโน้มเป็นการทำงานแบบ group practices เนื่องจากผลตอบแทนมากกว่าแบบ solo practice จากตารางแสดงให้เห็นถึงค่าต้นทุนที่ต่ำกว่า กำไรสุทธิต่อคน และกำไรสุทธิต่องานบริการมากกว่ารูปแบบ solo practice อย่างไรก็ตามกำไรสุทธิต่อคนในพื้นที่ชนบทยังน้อยกว่าเขตเมืองและระดับจังหวัด

ตารางที่ 4.1 : แสดงความแตกต่างระหว่างการให้บริการของแพทย์ GP ในรูปแบบต่างๆ กับพื้นที่ที่เปิดบริการ

ที่ตั้งและขนาด	จำนวนบริการต่อหนึ่ง GP ต่อปี	ค่าต้นทุน (%)	กำไรสุทธิต่อหนึ่ง GP (\$)	กำไรสุทธิต่อหนึ่งงานบริการ (\$)
เขตเมือง				
Solo practice	6985	52.7	104771	15.00
2-4 GPs	6600	50.8	112211	17.00
4 ⁺ GPs	7476	61.7	145210	19.42
เขตจังหวัด				
Solo practice	5906	64.6	60770	10.29
2-4 GPs	6260	56.2	118510	18.93
4 ⁺ GPs	6888	51.8	145917	21.18
เขตชนบท				
Solo practice	9384	51.5	133936	14.27
2-4 GPs	7200	52.0	131485	18.26

หมายเหตุ \$ ออสตราเลียนดอลลาร์

ที่มา : RACGP, 1996

The Review Group ให้ความเห็นการวางแผนเพื่อกำหนดจำนวนแพทย์ GP ที่เหมาะสมสำหรับประชากรในประเทศเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก และคิดว่าตัวเลขที่ออกมาไม่สามารถเป็นคำตอบที่ถูกต้องได้ เนื่องจากมีปัจจัยต่างๆที่เข้ามาเกี่ยวข้องมาก เช่น ปริมาณเงินที่ใช้ในการสนับสนุนงานบริการ GP รูปแบบการจัดสรรเงินเพื่อคุ้มครองงานบริการ GP ความคาดหวังของรายได้ของกลุ่มแพทย์ GP สถานะสุขภาพของประชาชน ความต้องการของประชาชน และของบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ ปัจจัยด้านประชากรศาสตร์ต่างๆ โครงสร้างของระบบสุขภาพ บทบาทของกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพในสาขาต่างๆ จำนวนผู้

ให้บริการสุขภาพในสาขาต่างๆ ปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ การพัฒนา career pathway ของแพทย์ GP ในอนาคต และอื่นๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความต้องการด้านอุปสงค์และอุปทานของงานบริการ GP

คณะทบทวนให้ความสำคัญกับความจำเป็นที่ต้องพัฒนา General Practice Divisions ในพื้นที่ต่างๆ ให้มีความสำคัญมากขึ้นกว่าเดิมที่เป็นซึ่งส่วนใหญ่ทำหน้าที่พัฒนาความรู้ความสามารถบุคลากรด้านวิชาการ มาทำหน้าที่เพิ่มเติมในส่วนของการเก็บรวบรวมข้อมูลและการกระจายด้านกำลังคนของแพทย์ GP และบุคลากรสาขาอื่นๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน และกระจายให้กลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้องทราบ เช่น แพทย์ GP ในพื้นที่ เจ้าหน้าที่สุขภาพในพื้นที่ และเพื่อรวบรวมให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพทั้งในระดับรัฐ และระดับชาติ เพื่อให้ทำการวางแผนกำลังคนมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากข้อมูลเกิดจากการรวบรวมระดับล่างขึ้นมา

คณะทำงานทบทวนได้สรุปปัญหาหลักของงานบริการ GP ในออสเตรเลียดังนี้

- ระบบบริการสุขภาพขาดความเชื่อมโยงกันระหว่างปฐมภูมิกับงานบริการระดับสูง หรืองานบริการที่ให้โดยบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ
- แพทย์ GP เข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนและพัฒนานโยบายน้อย
- แพทย์ GP มีบทบาทในการดูแลสุขภาพทั่วทั้งระบบน้อยลง จากการมีสาขาเฉพาะทางการแพทย์เพิ่มขึ้นถึง 22 สาขา ซึ่งอาจทำให้บทบาทของแพทย์ GP ลดลง
- ระบบประกันสุขภาพ Medicare ที่มีกระจายแบบ fee-for-service สำหรับงานบริการทั่วไป ทำให้มีแรงจูงใจต่อแพทย์ทั่วไปให้บริการเกินจำเป็น และไม่มีแนวโน้มที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการหรือผู้ให้บริการที่เหมาะสม ส่งผลให้คุณภาพงานบริการที่ด้อยลง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องการงานบริการที่ซับซ้อนหรืองานบริการต่อเนื่องจะได้รับผลกระทบอย่างมาก
- เหตุที่ยังไม่มีระบบการลงทะเบียนให้ผู้ป่วยต้องไปรับบริการจากสถานบริการที่ลงทะเบียน ทำให้เกิดการให้บริการเกินจำเป็นในกลุ่มผู้บริโภคดี่าง่าย (Ministry of Health Aged Care, 1999)
- ยังมีความไม่ทัดเทียมกันในการกระจายแพทย์ GP โดยเฉพาะการขาดแคลนแพทย์ GP ในพื้นที่ห่างไกล

จากรายงานของคณะทำงานทบทวนที่นำเสนอขึ้นไปสู่ Council of Australian Governments ทำให้ทั้ง Commonwealth Government และ State Governments เห็นด้วยกับการพัฒนางาน GP ในประเทศ เพื่อให้

- เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงงานบริการทั่วไปได้ดีขึ้น
- เพื่อสนับสนุนให้เกิดความเชื่อมโยงกันในส่วนต่างๆของการให้บริการ
- เพื่อสนับสนุนให้คุณภาพงานบริการทั่วไปดีขึ้น
- เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดสรรเงินที่ทำให้ภาวะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น (Ministry of Health and Aged Care, 1999)

การพัฒนางาน GP มีดังต่อไปนี้

1. พัฒนาความรู้ความสามารถแพทย์ GP

การพัฒนาให้แพทย์ GP มีบทบาทที่สำคัญที่จะทำให้ระบบมีการเชื่อมโยงกัน สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้ให้บริการผู้อื่นหรือสถานบริการได้อย่างเหมาะสม และเป็นหน้าด่านสำหรับประชาชนที่จะเข้ามาสู่ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเมื่อเทียบกับรูปแบบเดิมที่แพทย์ทั่วไปส่วนใหญ่ยังเป็น solo practice ให้บริการเฉพาะอย่างเดียว แทนที่จะทำหน้าที่จัดการให้ผู้ป่วยคนหนึ่งสามารถได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดการเจ็บป่วย หรือ คนหนึ่งคนใดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งที่เจ็บป่วยหรือไม่หรือในกรณีในพื้นที่ห่างไกล แม้ว่า Community Health Centres สามารถให้บริการประชาชนโดยบุคลากรสุขภาพหลากหลายที่ทำงานเป็นทีม แต่หลายแห่งยังไม่มีแพทย์ GP ทำให้ขาดการยอมรับจากประชาชน และไม่สามารถพัฒนางานบริการ GP ให้มีคุณภาพมากขึ้น

2. ออกกฎหมายบังคับให้แพทย์ GP ต้องได้ใบอนุญาตเพื่อจะสามารถให้บริการที่คุ้มครองโดย Medicare

รัฐบาลกำหนดให้แพทย์ที่จบใหม่ตั้งแต่ปี 1996 ก่อนที่จะสามารถให้บริการที่ได้รับการคุ้มครองจาก Medicare ทุกคนต้องเข้ารับการฝึกงานจากโครงการของ Royal Australian Council of General Practitioners เพื่อได้รับ fellowship ที่จะสามารถให้บริการทั่วไปได้ อย่างไรก็ตามรัฐเปิดโอกาสให้กับแพทย์ที่จบมาก่อนหน้าปี 1996 สามารถให้บริการที่ได้รับการคุ้มครองได้จนถึงปี 2001 หลังจากนั้นทุกคนที่เป็นแพทย์ทั่วไปและต้องการให้บริการที่อยู่ภายใต้ Medicare ต้องได้รับใบอนุญาต ซึ่งเปิดโอกาสให้แพทย์เหล่านี้สอบเพื่อได้รับใบอนุญาต หรือ เข้ารับการฝึกอบรมเพื่อจะได้ไม่ต้องสอบ

3. ให้มีการลงทะเบียนและมีแพทย์ GP ประจำเพื่อเป็นช่องทางแรกของการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของประชาชน

การพัฒนาให้เกิดการลงทะเบียนและมีแพทย์ GP ประจำของแต่ละคน แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่มีระบบนี้ แต่ในทางปฏิบัติจากการทำวิจัยของ University of Western Australia ทำสำรวจการรับบริการของผู้ป่วยทั่วประเทศตลอดระยะเวลา 5 ปี ประมาณ 2 ใน 3 ของประชากรทั้งหมดเลือกไปพบแพทย์ GP คนเดิม ซึ่งทำให้เชื่อว่าการให้ผู้ป่วยเลือกแพทย์ GP ประจำไม่น่าจะถูกต่อต้านจากประชาชน และน่าจะได้รับการยอมรับ (Lloyd, Lupton and Donaldson, 1991)

4. การพัฒนารูปแบบการจ่ายเงิน

การเปลี่ยนแปลงการจ่ายเงินจากเดิมที่ Medicare จ่ายให้แพทย์ GP เป็น fee-for-service มาเป็นการจัดสรรเงินที่เพิ่มความรับผิดชอบต่อแพทย์ GP ให้ตระหนักถึงการใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และให้งานบริการที่มีคุณภาพ แนวคิดนี้นำไปสู่การนำเงินจากทุกๆ ส่วนที่ประชาชนได้รับประโยชน์จากบริการสุขภาพ เช่น Medical Benefits และ Pharmaceutical Benefits จาก Medicare เงินจากโปรแกรมสุขภาพที่สนับสนุนโดยรัฐบาลกลาง State Government และรัฐบาลท้องถิ่น มารวมกัน (Funds pooled) เพื่อคำนวณใหม่ว่าประชาชนแต่ละคนควรจะได้รับสิทธิประโยชน์เท่าไรต่อปี โดยใช้ General Practice Divisions ในแต่ละพื้นที่เป็นองค์กรซื้อบริการสุขภาพจากแพทย์ GP สำหรับประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย รูปแบบการจ่ายเงินจากเดิมเป็น fee-for-service มาเป็น capitation ให้กับสถานบริการ GP

5. การพัฒนางานของ GP Divisions ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ต่างๆ

General Practice Divisions ในพื้นที่ต่างๆ เพื่อทำหน้าที่ช่วยเหลือแพทย์ GP และบุคลากรสุขภาพสาขาต่างๆ ให้เกิดการทำงานร่วมกันให้บริการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด สามารถเป็นนายหน้าเพื่อว่าจ้างให้แพทย์ GP และ กลุ่มบุคลากรสุขภาพต่างๆ ในพื้นที่พัฒนาโครงการที่ได้รับเงินจากรัฐบาล นอกจากนั้นยังทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลที่สำคัญต่างๆ ในพื้นที่

และวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อให้การตัดสินใจอยู่บนพื้นฐานของหลักการ และส่งต่อไปกับ The Division's State Based Organisations ที่อยู่ในทุกรัฐเพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนการพัฒนาในภาพใหญ่ ประสานการทำงานของ Divisions ต่างๆ

6. การสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ GP ในพื้นที่ชนบท

การพัฒนาที่ท้าทาย คือ การสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ GP ทำงานในพื้นที่ห่างไกลและสามารถอยู่ได้นาน เหตุผลหลักใหญ่ที่แพทย์ GP เคลื่อนย้ายเข้ามาในเขตเมืองมากขึ้นคืองานที่ต้องทำในพื้นที่ที่มีจำนวนมากเกินกว่าที่จะปฏิบัติงานได้นานๆ ส่วนปัญหาด้านรายได้เป็นปัญหาที่น้อยมากจากการสำรวจของ The Review Group ดังนั้นการให้แพทย์ GP ในพื้นที่เหล่านี้เป็น care coordinator มีการเชื่อมโยงการให้บริการกับกลุ่มบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ มากกว่าที่เป็นแพทย์ที่ต้องให้บริการเบ็ดเสร็จโดยตัวคนเดียว จึงเป็นการพัฒนาที่เหมาะสมเพื่อลดภาระงาน และสร้างแรงจูงใจให้อยู่ในพื้นที่ได้นานๆ

7. การพัฒนาหลักสูตรในระดับปริญญาและหลังปริญญา

การพัฒนาที่ท้าทาย คือ การเปลี่ยนรูปแบบการฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์ในระดับปริญญาจากเดิมที่เน้น hospital-based training มาเป็น community-based training เช่น การให้สถานบริการที่เป็น group practice ในระดับชุมชนเป็นสถานที่ฝึกงานของนักศึกษา หรือ ผู้ที่ต้องการได้ fellowship จาก RACGP

8. การทำโครงการทดลองเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการให้บริการ GP

การทำโครงการทดลองมีความจำเป็นก่อนนำไปสู่การพัฒนาในระดับที่กว้างขึ้น ซึ่งในเดือนเมษายน ปี 1995 Council of Australian Governments ประกาศให้มีการปฏิรูปรูปแบบการบริการสุขภาพระดับชุมชนขึ้น และมีการทำโครงการที่เรียกว่า coordinated care trials มีรายละเอียดที่สำคัญ คือ

- ขอยกเว้นเป็นพื้นที่เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงการจ่ายเงิน โดยเงินจัดสรรและค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะใช้สำหรับงานบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่เป้าหมายหรือประชากรกลุ่มเป้าหมายมีการรวมกันเป็นก้อนเดียว ทั้งเงินจาก Medicare และ Pharmaceutical Benefits และ เงินโครงการต่างๆ
- ให้แพทย์ GP เป็นทั้งผู้ให้บริการ และ care coordinators
- มีองค์กรซื้อบริการสุขภาพที่เป็น General Practice Division ในพื้นที่ โดยคณะกรรมการของ GP Divisions มีตัวแทนจากผู้บริโภคร่วมด้วยและตัวแทนกลุ่มต่างๆในพื้นที่เพื่อสร้างความโปร่งใสในการทำงาน
- General Practice Divisions จะตรวจสอบค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นสำหรับประชาชนทุกคนที่จะเข้าร่วมในโครงการ เพื่อนำไปต่อรองกับการซื้อบริการจากแพทย์ GP และกำกับคุณภาพงานบริการจากแพทย์ที่อยู่ในโครงการทดลอง รวมทั้งประเมินผลโครงการเป็นระยะ โดยทั้งจากบุคลากรของ GP Divisions และ แพทย์ GP และ บุคลากรสุขภาพอื่นๆที่เข้าร่วมโครงการ

ปัจจุบันมีจำนวนโครงการทดลองทั้งหมด 21 แห่ง มีความแตกต่างกันในรายละเอียด เช่น บางแห่งกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุ บางแห่งใช้พื้นที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย แต่ทุกแห่งต้องมี control groups เพื่อเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบการจัดการบริการ GP แบบเดิม กับ รูปแบบใหม่ที่ใส่เข้าไป ซึ่งตามกำหนดกลางปี 2000 จะทำเสร็จสิ้นการประเมินผลโครงการทั้งในระดับของพื้นที่ และเปรียบเทียบกับโครงการอื่นๆ ในภาพรวมทั้งหมด

สรุป

ระบบสุขภาพของออสเตรเลียมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (dynamic system) เช่น การใช้ระบบประกันสุขภาพของออสเตรเลียที่มีมาตั้งแต่ปี 1983 ผลสืบเนื่องที่ตามมาคือ ความไม่เชื่อมโยงกันระหว่างส่วนต่างๆ โดยเฉพาะระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการด้วยกัน ทำให้ต้องมีการปฏิรูประบบบริการ GP เพื่อให้ระบบมีความเชื่อมโยงกันและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ลักษณะประการหนึ่งที่สำคัญของการพัฒนานโยบายสุขภาพในออสเตรเลีย ไม่แต่เฉพาะการปฏิรูประบบบริการ GP คือ รัฐบาลไม่ว่าทั้ง Commonwealth Government และ State Governments ให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนเพื่อแก้ไขปัญหา Australian Health Ministers' Conference ที่มีการประชุมทุกปี และมีตัวแทนกลุ่มองค์กรต่างๆ เข้าร่วมน่าจะเป็นเวทีที่ทำให้หลายฝ่ายได้ประชุมร่วมกันและเห็นถึงปัญหาของระบบสุขภาพคล้ายคลึงกัน อีกทั้งเป็นเวทีที่กระตุ้นให้หลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องรวมทั้งฝ่ายการเมืองมีพันธะกันและกันเพื่อจะแก้ไขปัญหา

การจัดตั้งคณะกรรมการศึกษาปัญหาของงาน GP โดย Commonwealth Government เป็นผลสืบเนื่องจากการประชุม Health Ministers' Conference และนำไปสู่การสรุปรวบรวมปัญหา และ ทำรายงานข้อเสนอเพื่อปรับปรุงงาน GP ประเด็นที่สำคัญอีกประการ คือ Review Group ที่ไปทำหน้าที่ทบทวนปัญหาและทำข้อเสนอมีนักวิชาการจากทั้งกลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้บริโภค และ ตัวแทนจากรัฐบาลร่วมด้วย จึงช่วยประสานความคิดระหว่างทั้งสามกลุ่ม และมองปัญหาและแนวทางแก้ไขที่น่าจะเป็นจริงในการปฏิบัติมากขึ้น การปฏิรูปที่เริ่มจากการทำโครงการทดลองเพื่อหารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในแต่ละพื้นที่ เป็นการเตรียมตัวการปฏิรูปที่เน้นการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปมากกว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประการสำคัญ การปฏิรูปต้องร่วมกับการพัฒนาแพทย์ GP ให้มีทักษะและความสามารถ เพื่อพร้อมที่จะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการผลักดันการปฏิรูป

เอกสารอ้างอิง

- Lloyd, P., Lupton, D. and Donaldson, C. (1991). Consumers in the Health Care Setting : an Exploratory Study of Factors Underlying the Selection and Evaluation of Primary Medical Services. *Australian Journal of Public Health*. 15(3): 194-201
- Ministry of Health and Aged Care (1999). *GP Strategy*. Information from the Internet at <http://www.health.gov.au>

บทที่ 5 : ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทย

ลักษณะที่ชัดเจนของการปฏิรูปหรือการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพในออสเตรเลีย คือ การมีกลุ่มต่างๆ เข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพ การกำหนดประเด็นปัญหาเกิดจากกลุ่มผู้บริโภคมามากขึ้น ตลอดจนมีกลไกการทำงานและการสื่อสารระหว่างกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้บริโภค กลุ่มนักวิชาการ กลุ่มเจ้าหน้าที่ระดับนโยบาย และกลุ่มนักการเมือง จึงน่าเชื่อว่าประเด็นปัญหาที่กำหนดเพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายน่าจะได้รับการยอมรับจากกลุ่มต่างๆ และเห็นว่าประเด็นปัญหานั้นๆ มีความสำคัญระดับต้นที่ควรพัฒนานโยบายต่อไป

สำหรับประเทศไทย แนวคิดการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมมาพัฒนานโยบายเริ่มนำมาใช้กันมากขึ้น เช่น การทำประชาพิจารณ์เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ และรัฐได้แสดงความคิดเห็นต่อโครงการที่จะทำ เช่นเดียวกัน การพัฒนาแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 ที่จะใช้ในปี พ.ศ. 2544 ได้เพิ่มบทบาทขององค์กรตัวแทนต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผน อย่างไรก็ตาม แผนพัฒนาสาธารณสุขไม่ได้กำหนดแนวทางอย่างชัดเจนว่าจะแก้ปัญหาในเรื่องใดเรื่องหนึ่งด้วยกลวิธีอย่างไร และกระบวนการตัดสินใจนโยบายใดนโยบายหนึ่ง อีกทั้งยังไม่มีกลไกหรือเครื่องมือใดที่สนับสนุนให้กลุ่มต่างๆ ได้เข้ามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อสร้างความมั่นใจกับประชาชนว่านโยบายที่ออกมามีความโปร่งใสและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ดังนั้นก่อนที่จะทำการปฏิรูปในประเด็นใดๆ ของระบบสุขภาพ ประเทศไทยควรพัฒนาให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นก่อน

- พัฒนาให้มีกลไกหรือกระบวนการที่เป็นเวทีให้ตัวแทนกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมเข้ามาพิจารณาปรับปรุง เพิ่มเติม แก้ไข ร่างข้อเสนอนโยบาย และเป็นเวทีตัดสินใจนโยบายสุขภาพก่อนนำไปใช้ ขณะที่ออสเตรเลียมีโครงสร้างหลักสำคัญ คือ Australian Health Ministers' Council ที่ช่วยให้องค์กรต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจระดับนโยบาย สำหรับประเทศไทยอาจอยู่ในรูปของ สภาสาธารณสุขแห่งชาติที่ประกอบด้วยตัวแทนจากองค์กรหลายฝ่าย ซึ่งจะเพิ่มโอกาสให้หลายฝ่ายได้เข้ามีส่วนร่วมในการกำหนดและตัดสินใจนโยบายสุขภาพอย่างแท้จริง
- ควรจัดตั้งองค์กรตัวแทนผู้บริโภคที่เป็นอิสระได้รับการสนับสนุนการเงินจากรัฐบาลโดยตรงเพื่อทำหน้าที่รวบรวมประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มต่างๆ นำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย มีคณะทำงานที่เป็นนักวิชาการจากทั้งกลุ่มวิชาชีพสุขภาพ นักวิชาการด้านสังคมศาสตร์ เป็นต้น เพื่อสนับสนุนให้งานวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น
- ประเด็นการปฏิรูปสุขภาพเป็นประเด็นที่นำไปสู่ประเด็นทางสังคมและเปิดโอกาสให้องค์กรตัวแทนหลายกลุ่มเข้ามีส่วนร่วมช่วยสนับสนุนให้การพัฒนาเพิ่มความเป็นเจ้าของต่อทุกกลุ่ม ความยั่งยืนต่อผลลัพธ์สุดท้าย อย่างไรก็ตาม หากประเด็นที่จะปฏิรูปมีจำนวนมาก เวลาที่ใช้จะต้องใช้เวลานานและอาจมีความขัดแย้งของความคิดเห็นระหว่างกลุ่มต่างๆ ที่มีพื้นฐานวิชาการ ความคิด ความต้องการที่หลากหลาย ดังนั้นประเด็นการปฏิรูปสุขภาพน่าจะมีการจัดลำดับความสำคัญและมีเพียงไม่กี่ประเด็นที่เกิดจากความเห็นร่วมกันของทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การพัฒนาเป็นไปตามเวลาที่กำหนด และยังเพิ่มโอกาสความเป็นไปได้ในการปฏิรูปในเรื่องนั้นๆ เนื่องจากการกำหนดประเด็นที่น้อยช่วยลดความขัดแย้งทางความคิดของกลุ่มต่างๆ เพราะจำนวนองค์กรที่เกี่ยวข้องลดลง

- การใช้ทรัพยากรของกลุ่มองค์กรต่างๆร่วมด้วยมากกว่าการใช้ทรัพยากรขององค์กรใดองค์กรหนึ่งเพียงลำพังเพื่อการปฏิรูปสุขภาพ น่าจะช่วยเพิ่มความเป็นเจ้าและส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากองค์กรตัวแทนต่างๆ อย่างแท้จริง เนื่องจากมีความเป็นไปได้ว่าหากทรัพยากรหรือเงินสนับสนุนที่ให้กับองค์กรต่างๆ เหล่านี้หมดไปอาจจะทำให้การพัฒนาหรือกระบวนการปฏิรูปต้องหยุดชะงัก
- รัฐบาลหรือกระทรวงสาธารณสุขควรผลักดันให้มีการสร้างกองทุนสุขภาพในระดับชาติ หรือในระดับที่เล็กลงไป เช่น ระดับภาคที่มีลักษณะการทำงานคล้ายคลึงกับ VicHealth เพื่อการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริง มากกว่าการใช้งบประมาณที่คลุกคลีกันระหว่างงานรักษาและงานส่งเสริมสุขภาพ เพราะจะมีแนวโน้มที่งบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพมีสัดส่วนที่น้อยจนไม่สามารถผลักดันให้ผลลัพธ์การทำงานมีประสิทธิภาพได้

แนวคิดการจัดตั้งองค์กรอิสระภายใต้พระราชบัญญัติองค์กรมหาชนคาดว่าจะเป็แรงผลักดันสำคัญสนับสนุนให้การทำงานของแต่ละองค์กรมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น และ เพิ่มความโปร่งใสในการทำงาน การจัดตั้งองค์กรอิสระเพื่อประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ในประเทศไทยอาจเป็นทางเลือกหนึ่งแต่ต้องได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากกลุ่มผู้ตัดสินใจนโยบายไม่ว่าจะเป็นข้าราชการหรือนักการเมือง และได้รับการสนับสนุนด้านการเงินอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง กระบวนการที่จะนำไปสู่การสนับสนุนจากกลุ่มเหล่านี้จะต้องอาศัยแรงผลักดันทางสังคมผ่านสื่อมวลชนเพื่อสร้างความเข้าใจต่อทุกกลุ่มโดยเฉพาะภาคประชาชนว่าประเทศไทยจำเป็นต้องมีระบบประเมินเทคโนโลยีสุขภาพเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและพัฒนาให้มีการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม กลุ่มนักวิชาการและตัวแทนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพต้องกระจายข้อมูลให้กับสื่อมวลชนเพื่อนำเสนอต่อประชาชนอีกที แรงผลักดันนี้ช่วยเร่งให้กลุ่มผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายเข้าใจถึงความจำเป็นต่อการพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพอย่างเป็นระบบ และกระตุ้นให้ใช้ข้อมูลและข้อเสนอของกลุ่มประเมินเทคโนโลยีประกอบการตัดสินใจ

รูปแบบขององค์กรหลักทำหน้าที่ประเมินอาจจะเป็นรูปแบบที่เป็นองค์กรอิสระหรือเป็นองค์กรของรัฐก็ได้ แต่กระบวนการทำวิจัยและนำไปสู่ข้อเสนอควรมีคณะทำงานหรือคณะกรรมการที่ประกอบด้วยบุคคลที่มีความรู้จากหลายหลายสาขาเพื่อทำให้การวิจัยเป็น multidisciplinary ถ้าหากความสัมพันธ์ระหว่างการทำวิจัยและร่างข้อเสนอโยบายนกับกลุ่มผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายไปในแนวทางเดียวกันด้วยแรงผลักดันจากที่กล่าวข้างต้น ก็น่าเชื่อว่าจะทำให้ระบบการประเมินในส่วนแรกมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แต่จะมาติดปัญหาตรงส่วนของการผลักดันนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ออสเตรเลียเป็นประเทศหนึ่งที่สร้างเงื่อนไขให้การประเมินเทคโนโลยีสุขภาพผูกติดกับระบบประกันสุขภาพ นั่นคือหากเทคโนโลยีใดๆที่จะอยู่ในชุดบริการพื้นฐานต้องได้รับการประเมินก่อนหรือเทคโนโลยีเดิมที่เป็นสิทธิ์ประโยชน์พื้นฐานก็ควรได้รับการประเมินอย่างต่อเนื่อง หากประเทศไทยกำลังจะมีระบบประกันสุขภาพระดับชาติที่ทุกคนอยู่ภายใต้ประกันรูปแบบนี้และเป็นการจ่ายเป็น prospective payment ด้วยวิธีนี้น่าจะเป็นทางเลือกที่เป็นไปได้ ซึ่งนั่นก็สามารถโยงไปถึงการใช้ Certificate of Need เพื่อกำหนดการกระจายเทคโนโลยีสุขภาพให้เป็นธรรมและเกิดการใช้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือแม้แต่การใช้ clinical practice guidelines เพื่อควบคุมคุณภาพการให้บริการและการใช้เทคโนโลยีสุขภาพที่เหมาะสม ในขณะที่การใช้ clinical practice guidelines เพียงลำพังโดยไม่ได้ผูกติดเงื่อนไขด้านการเงินจะไม่สามารถทำให้เกิดการยอมรับจากกลุ่มผู้ให้บริการมากนัก

นอกจากวิธีการทำงานที่ควรเป็นแบบ multidisciplinary based แล้ว เพื่อให้ผลการประเมินทันเวลาในการนำไปใช้ เช่น การทบทวนวรรณกรรม การรวบรวมความคิดเห็นจากหลายๆกลุ่ม การวิจัยเชิงปริมาณ และที่สำคัญคือองค์การประเมินควรประสานร่วมมือกับองค์กรต่างประเทศ เช่น Cochrane collaboration เพื่อสนับสนุนการใช้ข้อมูลร่วมกัน และนำองค์ความรู้จากต่างประเทศมาปรับใช้ในประเทศซึ่งจะทำให้ผลลัพธ์จากการประเมินรวดเร็วขึ้น

จากการทบทวนประสบการณ์ของออสเตรเลียในประเด็นการฟ้องร้องกรณีความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรับบริการสุขภาพ หลักการที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบนี้ คือ การป้องกันความเสียหายที่เกิดขึ้นถือว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยปรัชญาการพิจารณาเรื่องฟ้องร้องต้องสรุปให้ได้ว่าเป็นความเสียหายที่หลีกเลี่ยงได้ หรือ หลีกเลี่ยงไม่ได้ ระบบที่ดีต้องไม่ซับซ้อน ใช้เวลาในการพิจารณาสั้น และใช้กระบวนการนอกศาลเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามระบบการฟ้องร้องเพื่อเรียกร้องความเสียหายที่เกิดจากงานบริการสุขภาพ เชื่อว่ามุมมองของประชาชนคนไทยส่วนใหญ่ยังเป็นเรื่องที่ไม่คุ้นเคย แต่ในอนาคตกรณีการฟ้องร้องมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสังคมไทย ขณะที่ระบบการฟ้องร้องของประเทศไทย ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ เช่น ความล่าช้าในการพิจารณา และหลายครั้งผู้เสียหายเห็นว่าการตัดสินพิจารณามีความไม่เป็นธรรม และอาจคิดว่าการฟ้องกระบวนการศาลเป็นวิธีที่ดีที่สุด ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากการพิจารณาในหลายๆ กรณีอยู่ในความรับผิดชอบขององค์กรตัวแทนวิชาชีพเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาระบบการฟ้องร้องในประเทศไทยมีดังนี้

- เนื่องจากแนวโน้มในอนาคตที่จะมีระบบการแยกผู้ซื้อและผู้ให้บริการสุขภาพออกจากกัน และการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยโครงสร้างนี้ บทบาทด้านการเงินน่าจะเป็นตัวหลักควบคุมคุณภาพการให้บริการสุขภาพของผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามหน่วยงานซื้อบริการสุขภาพในอนาคต ซึ่งอาจเป็น regional หรือ provincial health authority ควรพัฒนาหน่วยงานเฉพาะในองค์กรของตน เช่น complaints unit เพื่อรับเรื่องฟ้องร้องและดำเนินกระบวนการให้กับประชาชนในกรณีที่ผู้เสียหายต้องการจะฟ้องร้อง เช่น มี legal aid สำหรับประชาชนทุกคนทั้งการรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น และการจัดหาทนายเพื่อขอคำปรึกษาให้ complaints unit ยังควรทำงานด้านวิจัยหรือจัดจ้างให้หน่วยงานหรือกลุ่มบุคคลใดๆ ทำงานวิจัยในระดับพื้นที่เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาคุณภาพงานบริการ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารให้กับผู้ให้บริการ และ กลุ่มผู้ให้บริการ
- กระทรวงสาธารณสุขควรจัดตั้ง Complaints unit เป็นศูนย์กลางที่ทำหน้าที่รวบรวมเรื่องฟ้องร้อง เก็บข้อมูล ประเมินผล และรายงานผลข้อมูลในระดับประเทศ ทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อพัฒนามาตรฐานการให้บริการ เช่น ใช้ข้อมูลกรณีฟ้องร้องที่เกิดขึ้นทั่วประเทศเป็นข้อมูลเบื้องต้นเพื่อพัฒนา clinical practice guidelines ร่วมกับองค์กรตัวแทนวิชาชีพในแต่ละสาขา หรือ พัฒนาคู่มือสำหรับประชาชนและผู้ให้บริการสุขภาพในแต่ละสาขา เช่น กรณีเกิดความเสียหายจากการให้บริการสุขภาพ ทั้งสองฝ่ายควรปฏิบัติตัวอย่างไรและสามารถขอคำปรึกษาได้จากหน่วยงานใด ข้อดีที่สำคัญประการหนึ่งของการจัดตั้ง complaints unit ในส่วนกลาง คือ การสร้างมาตรฐานเพื่อพิจารณารณีฟ้องร้องในอนาคตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในระดับประเทศทำให้มีความหลากหลายของกรณีฟ้องร้อง
- การพิจารณาเรื่องฟ้องร้องที่ดำเนินการโดย complaints unit ในแต่ละพื้นที่ควรมีหน้าที่ตั้งแต่ไกล่เกลี่ย จัดตั้ง medical tribunal เป็นเฉพาะกรณีหากเรื่องไม่สามารถไกล่เกลี่ยกันได้ จนถึงอำนวยความสะดวกทั้งด้านการเงินและการจัดการในระยะแรกหากเรื่องต้องดำเนินด้วยกระบวนการศาล

- การจัดตั้ง Medical Defence Organisation (MDO) อาจเป็นแนวทางเลือกเพื่อการพัฒนาในอนาคต จะพัฒนาหรือไม่จำเป็นต้องพิจารณาจากข้อมูล เช่น จำนวนกรณีฟ้องร้องที่เกิดขึ้น มูลค่าความเสียหายที่ต้องชดเชย รูปแบบปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นแบบ defensive practice มากน้อยขนาดไหน เหล่านี้ อาจเป็นตัวอย่างข้อมูลเบื้องต้นที่ต้องใช้ในการตัดสินใจว่าควรพัฒนากองทุนประกันความเสี่ยงสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพหรือไม่
- หลักสูตรแพทย์ศาสตร์ หลักสูตรสาขาวิชาชีพอื่นๆ และหลักสูตรหลังปริญญา ควรสอดแทรกเนื้อหาวิชาเกี่ยวกับการจัดการด้านความเสี่ยง (Risk Management) หรือ เป็นการจัดการบรณาระยะสั้น

งานบริการสุขภาพทั่วไป (General practice) เป็นอีกประเด็นปัญหาสำหรับประเทศไทยที่ควรมีการปฏิรูป อย่างไรก็ตาม การพัฒนางาน GP ต้องสอดคล้องกับการพัฒนาด้านอื่นโดยเฉพาะการพัฒนาระบบประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า ข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยมีดังนี้

- การพัฒนาแพทย์ GP ในระดับนโยบายประเทศจำเป็นต้องพัฒนาย៉ิงที่ตรงตามรูปแบบที่แน่ชัดและได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายอย่างรวดเร็ว เพื่อนำไปสู่การพัฒนาโครงสร้างรองรับอื่นๆ เช่น ระบบการเงินการคลังสุขภาพหรือระบบการประกันสุขภาพที่สามารถสนับสนุนการพัฒนาแพทย์ GP ได้อย่างเป็นรูปธรรมเหมือนในหลายประเทศ หรือ ระบบการเชื่อมโยงระหว่างงาน GP กับงานบริการที่ระดับสูงขึ้น
- ควรพัฒนาหลักสูตรผู้ให้บริการสุขภาพในระดับปริญญาตรี โดยเฉพาะหลักสูตร GP ให้เป็น community-based program มากขึ้น การสอนควรเน้นการให้บริการที่เป็นทีมประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพอื่นๆ
- การผลักดันนโยบายให้แพทย์ GP ต้องสอบหรือต้องเข้าอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ใบอนุญาตการเป็นแพทย์ GP ช่วยพัฒนาคุณภาพของงาน GP ให้กับผู้บริโภค
- องค์กรผู้ซื้อบริการสุขภาพที่จะพัฒนาให้เกิดขึ้นในอนาคตที่อยู่ในรูป Provincial หรือ Area Health Authority ควรเป็นองค์กรหลักที่สำคัญ ทำหน้าที่ในการวางแผนและพัฒนานโยบายในระดับพื้นที่ ส่งเสริมการพัฒนางาน GP แพทย์ GP รวมทั้งบุคลากรสุขภาพสาขาอื่นๆ และทำให้ระบบมีความเชื่อมโยงกันมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นระหว่างภาครัฐและเอกชน ระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการ หรือ ระหว่างสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ

ภาคผนวกที่ 1 : ขั้นตอนการประเมินเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับงานบริการสุขภาพที่ได้ รับการคุ้มครองจาก Medicare โดย MSAC

The assessment cycle involves a number of stages. The cycle outlined below describes the process from application to funding, although MSAC's role ends with the formulation of advice on the evidence, to the Minister for Health and Aged Care.

The first stage is an assessment by the Department of Health and Aged Care of the eligibility of an application for consideration by MSAC, in terms of the Government's current policy parameters for funding medical services under Medicare. This is discussed further in the next section.

The second involves an initial appraisal against a range of parameters including if the proposed procedure/test/service is new, regulatory requirements, public health significance of the condition to be managed by the procedure /test/service, clinical relevance of the procedure/test/service, quality of available evidence in relation to the safety and effectiveness of the procedure/test/service, and its cost effectiveness.

The third is consideration by MSAC of the findings of the initial appraisal and may involve commissioning of a systematic review of the literature and/or economic analysis, consultations with the medical profession on clinical aspects, and other stakeholders; and formulation of advice.

The fourth involves a submission, combining policy advice from the Department and MSAC's technical advice, to the Minister for Health and Aged Care, for consideration and decision on funding.

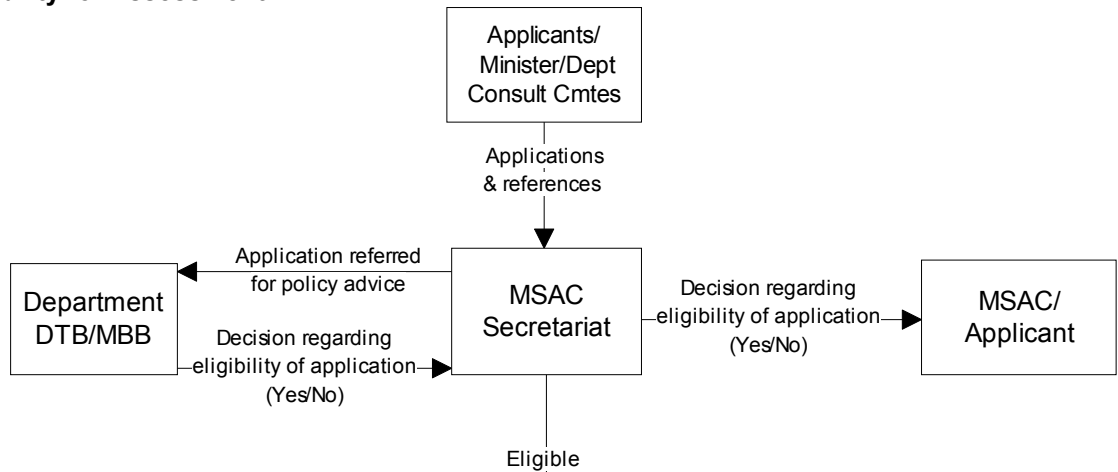
The fifth relates to implementation following a decision by the Minister for Health and Aged Care to fund a new medical technology or procedure. This could be supported via a number of mechanisms including the MBS. The development of new MBS items is undertaken by the MBCC, PSTC or CCDI, drawing on MSAC's findings.

Funding can also be supported through other arrangements, such as MSAC funds to assemble primary and/or secondary data to establish the evidence base of new medical technologies and procedures.

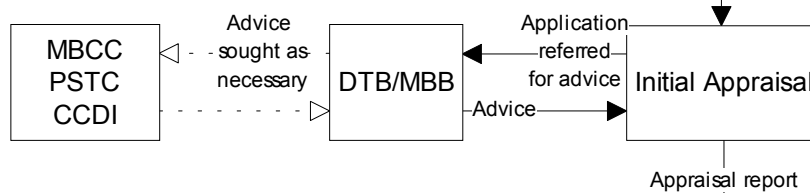
A flow chart showing the five stages is shown below.

Medicare Services Advisory Committee:
Draft outline of the evaluation cycle for new medical technologies and procedures

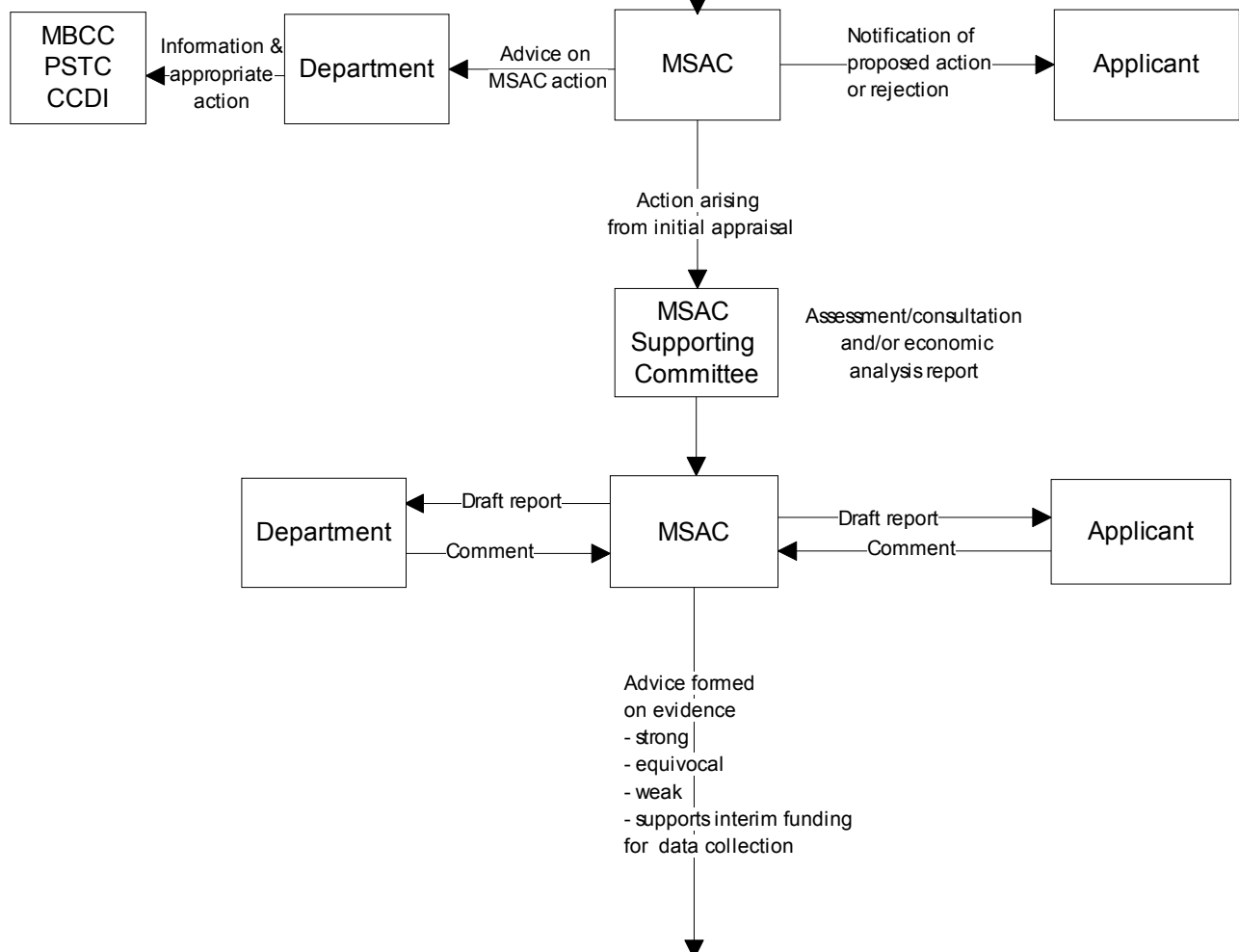
Stage 1: Eligibility for Assessment

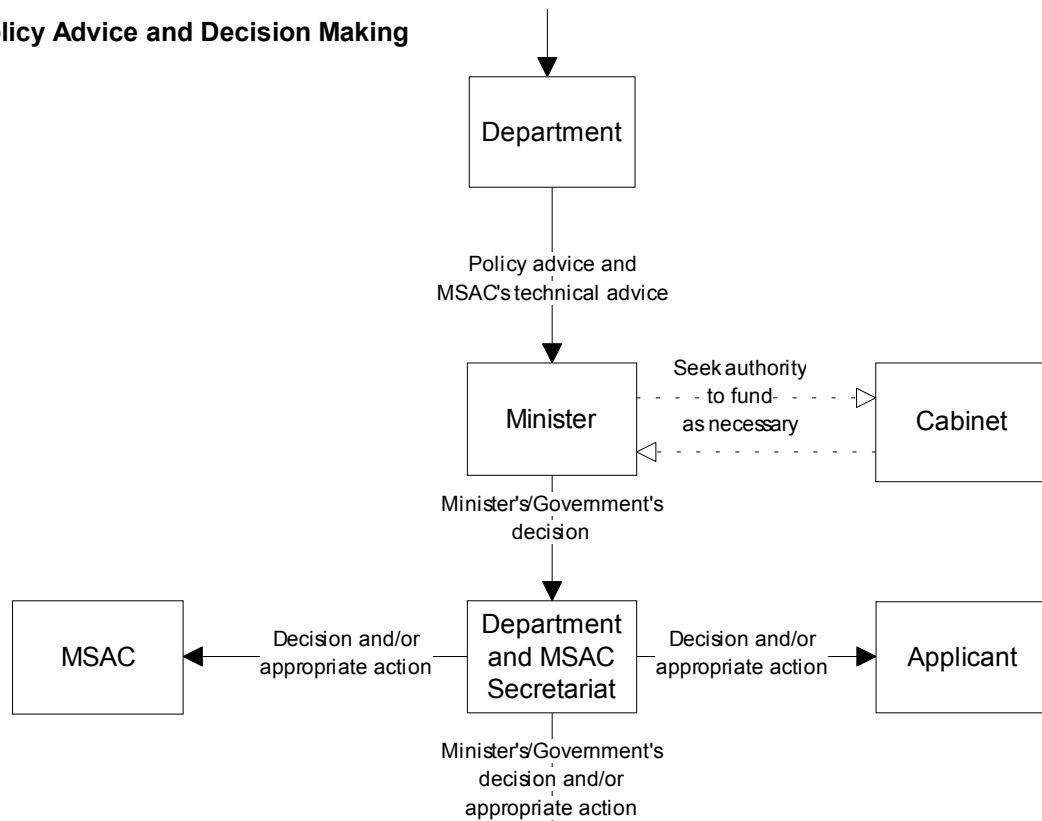


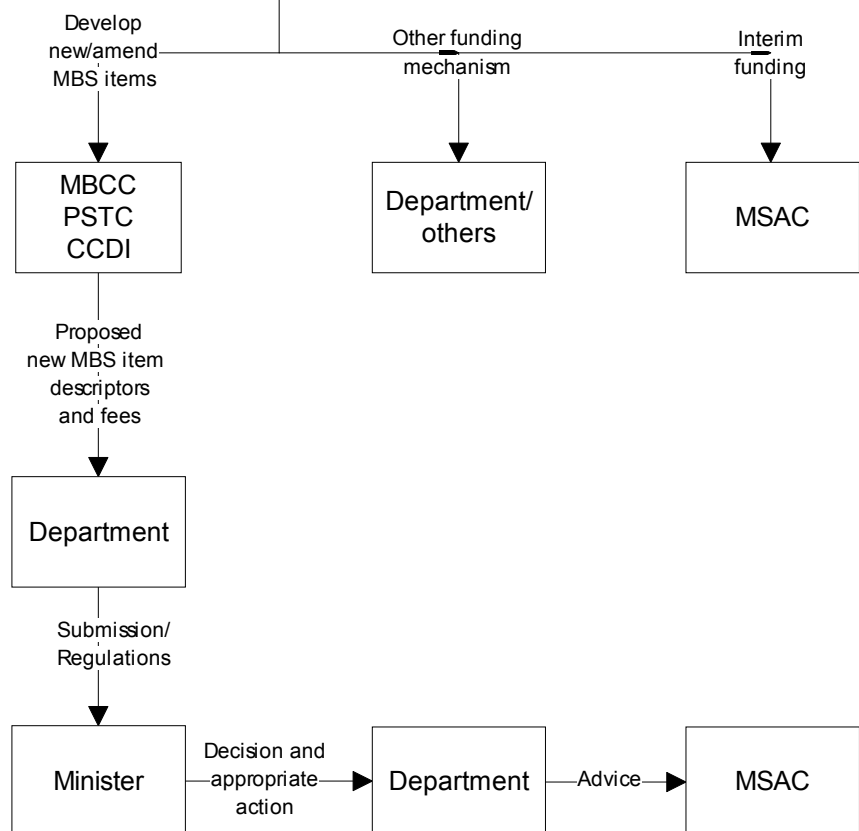
Stage 2: Initial Appraisal



Stage 3: MSAC Assessment



Stage 4: Policy Advice and Decision Making


Stage 5: Implementation


An application form has been developed by MSAC to assist applicants with assembling and submitting the information required for an assessment.

Applicants are asked to use these application guidelines to complete all parts of the application form before forwarding it, along with any supporting documents, to the MSAC Secretariat. Incomplete applications may be returned to the applicant for completion.

The application form can be obtained by downloading from MSAC's website, or in diskette and paper formats from the MSAC Secretariat. Address details are provided at the end of this section.

Who can apply

Applications can be made by the medical profession, medical industry and others with an interest in seeking Medicare funding for a new medical technology or procedure. It is not a process for seeking reimbursement of a service that has been provided and billed, and for which there is no current MBS item.

Applicants are asked to ensure that the medical technology or procedure for which an application is made, relates to professional services that are within the scope of services covered by the MBS. Please refer to part (ii) above for guidance on how to establish this. Alternatively, contact the Department of Health and Aged Care or the relevant medical college or specialty society responsible to which your proposed procedure/test/service would belong.

Applications that relate to ineligible services will not proceed to an assessment by MSAC.

For the purposes of the application and assessment guidelines, the descriptor used in the application form viz clinical procedure/diagnostic test/medical service is replaced in the guidelines by the generic term *service*.

Applicants should forward the completed application form directly to the MSAC Secretariat.

Applicants are asked to note that the Department of Health and Aged Care can only accept responsibility for the confidentiality of material in the application when it is lodged directly with the Department.

When to lodge an application

Presently, there is no specific cut off date for lodging applications.

MSAC is expected to meet at least four times a year. MSAC's Internet site lists the dates of the full meetings of the committee for 1999. An Executive Committee and supporting committees for each application have been formed to progress business out of session.

How long it will take

The MSAC Secretariat processes applications as soon as they are received. The time taken for an application to move through each stage will depend on a number of factors. These include the completeness of the application form, the quality of available evidence and the complexity of the service. As a general guide, the more complete the application and the more robust the evidence available, the easier it will be to progress.

To assist applicants to track the progress of their applications, MSAC provides an up to date table of applications and their status, that is, where they sit in the cycle, on its Internet site.

Criteria for determining the priority for evaluation of an application

MSAC recognises that although many applications may propose new medical services that are within the range covered by Medicare, it may not be possible to assess them all, and there may be a need to apply criteria for prioritising the assessments.

The criteria are:

- burden of the disease/condition to be treated;
- incidence and prevalence of the disease/condition to be treated;
- availability of a satisfactory alternative treatment or technology;
- likely utilisation;
- likelihood that the technology offers a significant advance in the management of the condition;
- cost of the technology and its components;
- likely benefit to arise from a health technology assessment (ie the benefit that can be expected from reduction in uncertainty about the effects of a technology); and
- other factors determined by the Committee, in particular, access and equity.

ภาคผนวกที่ 2 : คู่มือสำหรับผู้ป่วยและผู้ให้บริการในกรณีเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์เนื่องจากการให้บริการสุขภาพ

Purpose of the Guidelines:

These two sets of information guidelines were prepared as part of the work of the Commonwealth Government's Review of Professional Indemnity Arrangements for Health Care Professionals (the PIR) by the Victorian Health Services Commissioner and the Health Issues Centre Victoria to address recommendations made in the Interim Report of the PIR.

Recommendation 35 of the Interim Report of the PIR recommended:

"... that information guidelines be prepared for patients to ensure that they know how to find out information if an adverse patient outcome occurs; are aware of their various rights, for example, to complain to a complaints or disciplinary body and to seek damages in some circumstances; and are aware of any requirements to seek damages within a set period of time".

Recommendation 20 of the Interim Report of the PIR recommended: "... that consistent and clear advice for health care professionals on disclosure of information should be developed as a matter of urgency by lawyers and medical defence organisations involved in medical litigation. This will be important for both consumers and health care professionals in the event of an adverse patient outcome".

A patient's guide: what to do when you are not happy with your health care

Section 1: A good partnership promotes good health care

As a patient you receive health care from many people. Your doctor, dentist, pharmacist, chiropractor and optometrist are all **health care providers**. In a hospital you will receive health care from a variety of health care providers, including nurses and physiotherapists. You may also attend natural or complementary health practitioners such as naturopaths or acupuncturists. All the health practitioners who treat you – whether in or out of hospital – are health care providers. *This information guideline is about the relationship you have with health care providers and your rights in relation to the treatment they give you* together with your doctor, hospital team, or other health care provider – are partners in making sure you receive good health care. The partnership works best when you respect each other and communicate openly and honestly.

When you give your health care provider a full description of your symptoms and your medical history, when you agree on a diagnosis and you carry out a treatment plan such as taking medication, you are doing your part to make sure your health care works for you. Your health care provider should also do his or her part by making sure you feel comfortable talking about your illness or condition and by explaining the treatment options and making sure you understand all the risks and benefits of different treatments.

You are entitled to expect quality health care provided by competent health care professionals who respect you, listen to you, and pay attention to your wishes and choices about your health care. But sometimes things go wrong. Sometimes you may not be satisfied with your health care. Perhaps you have not had enough information to understand the diagnosis or treatment. Perhaps you feel injured or damaged by your treatment.

Section 2: If you are not happy with your health care you can take action

This information guideline tells you what your rights are and what you can do if you are dissatisfied with your health care What action you take will depend on what you want to achieve. This could include:

- an explanation of what happened and why;
- an apology for an unsatisfactory outcome;
- financial compensation for an injury;
- action to ensure that other people do not have to put-up with poor treatment from that particular health care provider or hospital.

Sometimes things go wrong in health care and it is nobody's fault. At other times, you might feel dissatisfied and not know whether someone is responsible. Most people can sort out their concerns about their health care very quickly by telling the practitioner or hospital that they are concerned about their health care. But sometimes talking it over won't be enough. You will want to take your concerns/ complaint further. *The information in later sections of this information guideline will tell you what you can do and where you can go for help.*

Section 3: Your rights in a good health care partnership

As a patient you are a consumer of health services. As such you have many rights and entitlements. A **Public Hospital Patients Charter** will set out what you can expect in a public hospital. Many hospitals will have a printed statement of **Patients Rights** which sets out what you can expect while you are receiving health care in that hospital. It should include information about where and how to lodge a complaint and how complaints are heard by an independent organisation. If you are going to be admitted to a public hospital, you can ask to see the hospital charter.

Regardless of whether you are a public or private patient you have:

- a right to be treated competently and with care and courtesy;
- a right to the most appropriate treatment regardless of gender, race, disabilities, or other characteristics;.
- a right to get a second opinion or to complain, or to take legal action if you are not satisfied with your health treatment. If you do, you have a right not to be penalised or deprived of the appropriate health care you need.

If you live in a rural or remote area you may find it more difficult to complain as there may be few alternatives to your usual local hospital or health care provider. In this situation the Health Complaints Authority in your State/Territory can advise you. You also have rights about *your* TREATMENT, *your* PRIVACY and *your* MEDICAL RECORDS.

Section 4: Do I have to accept the treatment my health care provider recommends?

Nobody can give you any medical/health treatment or procedure unless you give *informed consent*, that is, you agree to it after your health care provider has explained the benefits and risks, answered your questions or responded to your concerns, and told you what alternatives there are to that particular treatment.

To have any treatment you must give *informed consent* to it except in circumstances such as where there is an emergency and you are unconscious or you are an involuntary mental care patient. Your health care provider has a responsibility to help you decide by setting out all the options and the risks and benefits, and giving advice about what he or she considers is best for you.

But only you have the right to choose what sort of treatment you are willing to accept. You may have personal reasons for preferring one form of treatment over another. Or you might choose to refuse treatment, despite the advice of your health care provider, that it is necessary for your well being. Only you can decide on your treatment after considering all the information given to you. If any health care provider treats you without your permission you have a right to complain as this is an assault on you. If the assault causes you *damage* you might want an apology or financial compensation. Damage can be physical or psychological. In the following case the patient suffered psychological damage.

A consultant in a teaching hospital was doing his rounds with a group of medical students. He approached a patient whom he had never previously met and without any discussion proceeded to perform a rectal examination on him. The man who knew nothing about the consultant was outraged and felt publicly humiliated. He suffered psychological symptoms and lodged a complaint against the consultant.

Section 5: What if I do not understand what the health care provider is saying?

When you see your health care provider or go into hospital, the diagnosis and types of treatment available for your illness or condition should be explained to you in a way you can understand. If you don't understand English very well you can ask for a **Professional Interpreter** to interpret the information given to you. You are not required to get a member of your family or a friend to interpret for you and a professional interpreter should *not* be present when you are being examined or are talking to hospital staff or other health care providers unless you want them to be with you.

Also, you may not want your family to know the details of your health care. You may be embarrassed about discussing your illness in front of the family or you may be worried about the way your illness may affect them. If you feel your illness is a private matter and you don't want to involve your family, you should ask for a **Professional Interpreter** who will not reveal any information about you to anyone else.

But if you would rather have your family or some other helpful person like a friend involved in the discussion you have a right to ask them to be present. If you come from a country with a different approach to health care, health care providers should be sensitive to your beliefs and wishes.

Section 6: Is the information I give my doctor or health care provider confidential?

Confidentiality of any information passing between you and your health care providers is essential if you are to have a partnership based on trust. It is important that you be able to tell your health care provider private and sensitive things which affect your care. They have a responsibility as far as possible to keep confidential anything you say about your health. But there are some situations where health care providers may have to reveal some of your private health care matters to other people.

In a hospital there may be many people caring for you who need information about you. But they should not pass this information on to anyone who does not have a clear role to play in your care, or dealing with the administration of your care (like sending accounts).

Sometimes the law requires a doctor to report certain diseases to a central registry to assist in government health planning, or it obliges a doctor to report such things as child abuse. In these cases the doctor has to pass on information about you, even if you don't agree. However you should be told if he or she has to do this.

Medical research

Sometimes researchers will want to study a particular illness or type of treatment that you may have/have had. They may want access to information about your illness or treatment as part of a research study involving people with the same illness or treatment. In Australia, medical research can only be carried out after it has been approved by a hospital or institutional **Ethics Committee**. No researcher can have access to information about you unless his or her research has been *approved* by an Ethics Committee which imposes strict conditions to protect your privacy. In most cases the researcher should *request your permission* before obtaining information from the hospital about your illness or treatment. But in some cases this will not be possible particularly if the information the researcher wants relates to an illness or treatment that took place some time ago.

Whether or not the researcher asks for your permission, the hospital will usually only give information about you in a way that does not identify you and the researcher has a duty not to identify you in any way in any report that is written as part of the research. The researcher must not disclose anything about you or your health care to any other person and must make sure that all the information obtained about everyone in the research study is kept *secure and confidential*.

Section 7: Can I see the health care records kept about me?

To participate fully in your treatment or the progress you are making under treatment, you may want to know what is in the records kept by your doctor or hospital or other health care provider. Most health care providers know that making records available when requested by a patient promotes an open relationship. It encourages trust and helps avoid misunderstandings about a diagnosis or the outcome which can reasonably be expected from a particular treatment.

Although health care records remain the property of the health care provider, the Commonwealth Government and the State/Territory Governments have agreed that in public hospitals and community health centres, patients will be able to have access to their records in most situations. Depending on whether you are in a public hospital or community health centre you may have a legal right to have access to your patient records. Even where you do not have a legal right to see your records, health care providers may allow you to see the records and to correct any errors in them.

Access to records for a public hospital patient

In most States/Territories, if you are a patient in a public hospital or community health centre you are entitled to have access to the records of your treatment. To obtain your health care records you may need to make an application under the **Freedom of Information (FOI) legislation**. Your hospital or community health centre should give you information on how to go about making an **FOI application** or you can contact one of the organisations listed in the back of this guideline. If you make such an application you may not get access to all your records if they contain information which is subject to certain exemption provisions in the FOI legislation.

Access to health care records for a private patient

The FOI laws do not give you a right of access to health care records held in a private hospital or held by a private doctor, unless these documents are in the possession of a State/Territory Government or the Commonwealth Government and so come under the State/Territory or Commonwealth FOI laws.

If your doctor or private hospital does not allow you to see and make copies of your records, the health care provider might make a summary available or allow a doctor of your choice to see the records, even though

there is no legal obligation to do so. If there is a **Health Complaints Authority** in your State/Territory, the staff may also be able to help you get access to your health care records or a summary of them.

Sometimes the **Medical Board** for doctors in your State/Territory may help as well. Health care records are often confusing as they contain abbreviations, or unfamiliar medical or technical terms. They will usually include facts about your care, as well as opinion or medical speculation. For example, your practitioner might have made notes about possible diagnoses he or she wanted to investigate. For these reasons it is often helpful to have the person who wrote the record or another health care provider explain the information to you. You might wish to arrange this when requesting access to these records.

Section 8: If I am dissatisfied with my health care – what are my options?

Most patients are happy with the care they receive most of the time. Their health care providers communicate well and offer competent and courteous treatment. But sometimes things go wrong. A medical procedure or an operation may not have turned out as expected. It may not be anyone's fault. It may be an unfortunate accident. But you may not know that. All you know is that things haven't turned out as you had hoped. You may be confused, disappointed or angry about your treatment. You may not know what you want to do but feel you want to know more or that something should be done.

This section tells you what you can do if your health care has not lived up to your expectations. If you are dissatisfied with your health care you have a number of options. Which option you choose will depend upon why you are dissatisfied and what you think should be done.

Section 9: What can I do if I want more information?

You may not know whether a disappointing outcome from your treatment was completely unavoidable, whether it was an accident or whether someone was responsible for it. Your concerns about your treatment might be resolved by having a complete picture of what the treatment was intended to do and how it was carried out. Alternatively you may want more information to decide whether you should make a formal complaint about the treatment or whether you should take legal action. How you get the information you want can depend on whether you are a private patient or a hospital patient. *If you are thinking about legal action, you might want to consult a solicitor before taking any of the action suggested below.*

Private Patient

If you are unhappy with health care from a *private practitioner* you should make an appointment to see him or her at the surgery or clinic to discuss your fears, suspicions or concerns/complaint. You might like to take a friend or member of the family with you as it is sometimes difficult to take-in or remember everything that is

said, particularly if you are feeling confused or upset. It might also be useful to ask for a written explanation or to ask for diagrams describing the procedure to make the explanation clear.

You may also wish to see the health care records kept about you. While private practitioners are not legally required to show you these records, many will do so to help you understand what happened. If you are refused access to these records you might wish to request your records by making an application under FOI legislation if the records are kept by the Commonwealth or a State/Territory Government (see Section 7 above).

Hospital Patient

As a public hospital patient you have a right to see the health care records kept about you. See Section 7 above for information on how to do this. If you are a patient in a health care facility like a hospital, you could ask to speak to the person responsible for receiving complaints. You could also ask about the hospital's *complaints procedures*. You might be referred back to the person who treated you to discuss the matter further, or the hospital complaints officer might investigate your complaint. Regardless of who you speak to, you should be treated courteously and your concerns should be dealt with promptly.

Section 10: Am I entitled to an apology when things go wrong?

When you are disappointed with a treatment outcome you are entitled to a factual explanation of what happened and why. It is also common courtesy for a health practitioner to acknowledge your disappointment. **If your health care provider apologises for a less than expected treatment outcome, this is not an admission of liability.** They are not admitting that they have done anything wrong, unprofessional or negligent. They are simply showing you that they care about the effect the problem is having on you. In some cases a health care provider will give you a written apology or offer to take steps to minimise the damage. This could be by further treatment or referral to another practitioner. This may resolve the problem for you. But if you decide to take the matter further your health care provider's apology or offer to try and minimise the damage does not constitute an admission of legal liability.

Section 11: What can I do if I want to take further action over the way I was treated?

If you are not satisfied after talking with your health care provider and you want to take the issue further, you have a number of options. Which you take depends on the nature of your complaint and what you hope to achieve. Whatever action you take will require time and effort and it may not achieve your goal. However it is your right to take any of the following actions:

- lodge a complaint with the **Health Complaints Authority** in your State/Territory. New South Wales, the Australian Capital Territory, Queensland and Victoria have established complaints authorities;
- report the matter to the **Registration Board** which registers the health care provider to practice;

- take **Legal Action**.

These options and how to approach them are described in Section 12.

Section 12: Health Complaints Authorities

Most States/Territories now have a **Health Complaints Authority** set up by an Act of Parliament to investigate complaints from consumers of health services. These are **independent bodies** which can investigate all types of complaints, including how the health care provider dealt with you and the quality of the health care you received. If your complaint is against an individual practitioner the **Health Complaints Authority** will discuss the matter with the **Registration Board**, which registers the health care provider to practice, to determine whether the Complaints Authority or the Registration Board should **investigate** the complaint.

The Complaints Authority will usually **refer your complaint** to the Registration Board if it involves possible **disciplinary action** against the practitioner. However in New South Wales, the Health Care Complaints Commission investigates all complaints about health care practitioners. In investigating a complaint, the Health Complaints Authority might contact your health care provider to get a clear picture of what happened. The practitioner is not obliged to co-operate with the Authority but where the complaint is *serious*, they have the power to investigate without the agreement of the person about whom you have complained.

The Health Complaints Authority can also **conciliate** between you and the practitioner if you both agree to conciliation as a way of resolving the problem. Conciliation is a statutory process involving **private discussions** between the patient and the provider, **mediated by the Complaints Authority**. Everything said in conciliation is **confidential** and cannot be used in legal proceedings.

If you complain about the care you were given in a health care facility like a hospital or nursing home and you do not want anyone else to experience the problems you have had, the Health Complaints Authority can **recommend changes** to the practices in the hospital or nursing home to avoid the problem occurring again. Where you want a change in the way health care is delivered either in a particular facility or in the wider health care system, the Health Complaints Authority is best placed to deal with the issue.

Health Complaints Authorities have **different powers** in different States/Territories. However, generally they can help resolve your complaint by helping negotiate an agreement between you and the health practitioner which provides an **apology**, **financial compensation**, or some **other outcome** such as a change in practice standards.

Apology

An apology or acknowledgment that the health care was not satisfactory or the outcome of a procedure not ideal, is sometimes all you want from your health care provider. A concern that the problem should not recur and a belief that they were entitled to an apology motivated the family to complain in the following case:

A surgery patient (male) who was on very high doses of morphine for pain relief was re-admitted to hospital at the weekend. The specialist who was treating the patient was not on duty and the patient was put under the care of a junior doctor. The patient's family asked that he be given his usual high dose of morphine but the junior doctor considered this to be excessive or even dangerous and refused. The patient was in great pain and the family requested the staff to contact the specialist to get approval for the higher dose but this was also refused as the staff did not want to disturb the specialist at home. On the following Monday the specialist returned and was very concerned at the patient's treatment and immediately increased the morphine.

The family complained to the Health Complaints Authority who took the matter up with the specialist and the hospital. The hospital apologised to the patient and the family for the distress they had suffered and introduced new procedures to ensure that the problem did not recur.

Financial compensation

Financial Compensation is sometimes negotiated where there has been legal negligence by the health care provider. In the following case the family felt that financial compensation was the only fair way of redressing the problems they had suffered: A child with a hearing defect was admitted for minor corrective surgery at the same time as a child with a different ear problem requiring different surgery. Although both children were provided with identifying arm and leg tags no-one checked the name of the child with the hearing defect and she was treated with the procedure intended for the second child.

When the mistake was discovered she had to undergo a second operation in 24 hours to overcome the effects of the wrong surgery. Her parents complained to the Health Complaints Authority. A financial settlement was negotiated covering all the family's immediate medical expenses, future medical expenses and general pain and suffering for both parents and child. This was based on the acknowledgment that the hospital had been negligent in that it did not follow proper procedures in identifying patients for surgery.

Other compensation

Occasionally, where it is not clear whether anyone is at fault but there is good will all round, the Health Complaints Authority may be able to negotiate an agreement to provide services where a patient has special needs, or an agreement about paying for extra services. In the following case there was no proof that the

doctors or hospital staff had been negligent. The outcome, although very serious for the patient, was not caused by anyone's negligence or incompetence or failure to follow proper procedures:

A woman went into the operating theatre for a straightforward back procedure. After the operation she was paralysed but there was no proof that the operation was connected to or caused the paralysis. The hospital while not acknowledging that it was in any way responsible, arranged for her to have personal services and modifications to her house to make her as comfortable and independent as possible. *This is a very unusual case as the patient was compensated even though there was no proof of negligence.*

To obtain any kind of compensation, you usually have to prove that the practitioner or hospital was *negligent* in that proper procedures were not followed and that this caused the harm you have suffered. It is not enough to show you have been damaged. *You must prove that the damage was caused by negligence and is not simply an unfortunate accident.* If the Health Complaints Authority is able to negotiate an agreement involving a financial offer of settlement, you may want to get legal advice as to whether it is a fair offer and whether you should accept it.

If you accept the offer you may be prevented from going to court for further compensation. As well, you may have to keep all details of the case confidential and not disclose the agreement to anyone. You may want to talk to a lawyer before accepting an offer with these conditions.

Section 13: What can I do if there is no Health Complaints Authority in my State/Territory?

Under an agreement between the Commonwealth and State/Territory Governments all States/Territories should soon have a **Health Complaints Authority**. They may have different names like the Health Care Complaints Commissioner in New South Wales, the Health Rights Commissioner in Queensland, the Health Complaints Commissioner in the Australian Capital Territory, and the Health Services Commissioner in Victoria. But they all have essentially similar roles.

If there is no Health Complaints Authority in your State/Territory there are other options for dealing with your complaints about health care. You can:

- contact your **Local Member of Parliament** ;
- approach your **Ombudsman** if the complaint is about a State/Territory run health service;
- contact the **Health Department** and speak to the Complaints Unit.

Information about these agencies is included in Section 18 of this guideline.

Section 14: Registration Boards

All doctors and many other health professionals, such as nurses, must have professional qualifications and they must also be registered to practice in Australia. If you are concerned about the poor quality of the care

you received and/or you do not want anyone else to be treated in the same way, you may want to complain to the **Registration Board** which controls the practitioner's right to practice.

A Registration Board is set up under an **Act of Parliament** and is made up of members of the same profession and sometimes a lawyer and a non-professional representative. In those disciplines where registration is required, health professionals are subject to the rules laid down by the professional board. Under the Commonwealth and State/Territory mutual recognition legislation, once a health care provider is registered in one State/Territory he or she can practice anywhere else in Australia, providing they notify the local registration board and pay the fee for local registration. The arrangements for mutual recognition applies to a number of health professions including:

- doctors
- nurses
- dentists.

If you feel that a health care provider has acted in an unprofessional manner or has very poor standards of practice you can complain to the State/Territory Registration Board for his or her profession.

The role of the **Registration Board** is to protect the public from incompetent or immoral practitioners. It can investigate complaints from the public to determine if a person is fit to practice. What it considers to be poor clinical practice may be different from what you consider could put patients at risk.

If you **lodge a complaint** with the Registration Board it will investigate the complaint and it may hold a hearing, like a court hearing, to determine if the actions you are complaining about are below **acceptable professional standards**. The exception is in New South Wales, where all complaints are investigated by the Health Care Complaints Commission and heard before the **Medical Tribunal**.

The Medical Tribunal is an independent Tribunal consisting of a judge, two medical practitioners, and a non-professional representative. You may need to be present at the hearing to give evidence but you will *not* be able to have a lawyer represent you. The Registration Board may have a lawyer assisting and the practitioner against whom you have brought the complaint may be represented by a lawyer. As a result of the investigation the Registration Board can:

- discipline the health care provider and impose conditions on his or her right to practice;
- order him or her not to practice in a particular field;
- suspend him or her from practice;
- deregister the practitioner so that he or she cannot practice in the State/Territory.

A Registration Board cannot pay you compensation if you have been badly treated.

You will have to take other action if you want financial compensation for any injury or damage you have suffered at the hands of a health care practitioner. *Information on Registration Boards is included in Section 18 of this guideline.*

Section 15: What should I do if I want financial compensation for any injury or damage I suffered?

If you want financial compensation you have 3 options. You can:

- make a request direct to the provider;
- complain to a Health Complaints Authority;
- take legal action.

Approaching your health care provider

If only a small sum of money is involved you may want to approach the health care provider directly. This could occur when you need further surgery or treatment to correct an unsatisfactory result and you do not think you should have to pay for it. You could ask the practitioner to pay for the extra care made necessary because of the treatment you received.

Complaining to a Health Complaints Authority

The role of the Health Complaints Authority is set out in Section 12 above. If you complain to a Health Complaints Authority, it can conciliate a settlement of your complaint and part of this could involve financial compensation. But the Authority can only conciliate a matter if both parties agree. If the practitioner refuses to co-operate you will not be able to obtain financial compensation through the Health Complaints Authority.

Taking Legal Action

Taking legal action involves suing the health care provider for financial compensation where you have suffered damage from the treatment he or she gave you.

Section 16: When should I take legal action?

You should only take legal action after you have had **expert legal advice**. It is for your lawyer to advise whether you should sue in the courts or whether some other option such as conciliation through the Health Complaints Authority is preferable. Generally, there are two situations in which you might want to consider taking legal action. These are:

1. where you have not given informed consent to a treatment that has been carried out;
2. where the health care provider has been negligent in his or her treatment of you.

Where there has been no informed consent

It is very unusual for a health care provider to treat you without any agreement on your part. Most arguments are around the extent of the consent you gave and whether you had enough information to make an informed

consent. However, occasionally a procedure will be carried out without any consent. This may occur where it is presumed that you would want a procedure done even though it has not been discussed. The following case illustrates this:

A patient requested a surgeon to remove bunions from his feet. Whilst he was under the anaesthetic the surgeon discovered he had clawed toes and proceeded to straighten them, reasoning that it was in the patient's interest to have this done as he was already under an anaesthetic and it would avoid the necessity of undergoing another operation at a later date. Although the surgeon acted in what he believed to be the patient's best interest and carried out the operation according to established procedures, he committed an assault because the patient did not give **informed consent** to the procedure.

To show there has been an assault and successfully sue for compensation you only have to show that there was no consent, that the treatment was given and that you suffered damage. You do not have to show that the practitioner was unreasonable or that he or she breached some other duty of care. The damage could range from an extended hospital stay to nervous shock and pain and suffering. *Is very rare for a legal action to be brought against a health care provider claiming there was no informed consent. The issue of informed consent usually only arises as part of a negligence case.*

Where you believe you have not given a fully informed consent to a procedure you should consult a lawyer as legal action may not be the only way of dealing with your particular case.

Where a health care provider has been negligent

To win a medical negligence case in court you must prove that you have been injured or harmed by the actions of a health care provider who exercised inadequate care or failed to meet a legally acceptable standard of competence. It is not enough to show that you have suffered physical or psychological damage.

Even if you are very seriously disabled following treatment, that does not necessarily mean that you will win compensation. You must prove that the damage was not just an unfortunate or unavoidable result of the treatment, but that it was the *direct result* of the practitioner's failure to exercise his or her duty of care to you. It is not the extent of your injuries that determines whether you can obtain compensation but whether the doctor or other health carer provider was negligent in carrying out the treatment.

You must also show that the damage has caused you financial loss such as more medical expenses, the need for special care, pain and suffering or loss of wages or employment prospects. It is always a **big decision** to start a legal action. It can take months or even years before the case goes to court or is settled out of court. It is **stressful and time consuming** and there is **no guarantee** that you will succeed. *Before you decide to take legal action you should get expert legal advice.*

There are a number of **specialist lawyers** in most major cities who are expert in medical negligence law. They will often agree to give you preliminary advice about your chances of success before you commit a lot of money to a legal claim. Your lawyer should also explain what the **time limits** are on taking legal action in your State/Territory. Some lawyers will take on a case on the basis that they will only charge professional fees if you win. You will still bear the costs of obtaining medical reports to prove your case, court fees and any other expenses. Before entering a **contingency fee arrangement** like this you should check what fees are payable should you wish to withdraw from the arrangement. **Legal Aid** is also available for some people who have a good case and cannot afford to pay legal fees up front.

Your lawyer should explain in detail what is involved so that you can make an informed decision as to whether legal action will help solve your problem. Legal action involves suing the health care provider. He or she will usually be insured and the medical insurance fund will mainly direct how the practitioner handles the legal action.

Section 17: What can happen if I decide to take legal action?

The result of your legal action depends on the strength of your case and how you feel about going to court. If you have a strong case the insurer may decide not to defend it and make an offer of settlement. You will then need to decide whether to accept this offer or still proceed to court.

If you feel strongly that everybody should know what happened to you and that the health care provider was negligent, you might not accept their offer and continue with the court case. *Before making that decision you would need to consult your lawyer.* If the medical insurance fund considers that you do not have a strong case, it may decide to defend it in court. This could take a long time and may involve a lot of expense if you do not have Legal Aid or a solicitor who works on a contingency fee arrangement. You would need expert legal advice in this situation.

Sometimes a case can be settled even after the court hearing has commenced. The chances of this happening in your case should also be discussed with your lawyer. *In general, you should only decide to go to court to seek financial compensation after carefully considering all the issues and discussing them with your family/friends and your lawyer.*

Section 18: Where to go for help if you are not satisfied with your health care – a Victorian consumer's guide

If you want to complain about your general treatment: You can lodge a complaint about your general treatment or health care with any of the following organisations:

If you are a **Patient** in any **Public Hospital** or any of the following **Teaching Public Hospitals**:

- Royal Melbourne Hospital
- Royal Women's Hospital
- Alfred Hospital
- Austin Hospital
- St. Vincent's Hospital
- Monash Medical Centre

You can **Lodge a Complaint** with:

- the **Complaints Liaison Officer** or **Patient Advocate** by ringing the general hospital telephone number or by asking hospital staff to refer you to the Officer/Advocate;
- the **Victorian Department of Health and Community Services, Complaints Section**, Telephone: (03) 9616 7777.

If you are a **Public** or **Private Patient** of any **Health Care Provider** you can **Lodge a Complaint** with:

- the **Health Services Commissioner**, Telephone: (03) 9655 5200.

If you want to complain about professional conduct:

If you want to complain about your health care provider's **Professional Conduct** you can contact the **Registration Board** for that particular provider. For doctors, dentists and nurses these are:

Doctors:

The Medical Practitioners Board of Victoria Telephone: (03) 9616 8071

Dentists:

The Dental Board of Victoria Telephone: (03) 9654 7506

Nurses:

The Victorian Nursing Council Telephone: (03) 9616 8393

If you want information about privacy and health care:

If you want information about privacy and your health care or if you want information about your right to see health care records kept about you, contact:

- the **Federal Privacy Commissioner** Telephone: (02) 229 7600;
- the **Victorian Freedom of Information Office** Telephone: (03) 9603 4720.

If after contacting these organisations you are still dissatisfied with your health care or treatment: For complaints about **Government Health Services** you can contact: • the **Ombudsman of Victoria** Telephone: (03) 9603 8811;

- **Your Local Member of Parliament** Telephone: (03) 9651 8911.

If you have a mental illness or an intellectual disability or are elderly and incapacitated, you can in addition contact:

- the Office of Public Advocate Telephone: (03) 9660 1444.

If you need an interpreter: If you need an **Interpreter** you can ask your doctor or hospital to arrange one or you can contact the:

- Victorian Translating and Interpreting Service Telephone: (03) 9416 9999 or 1800 112 477;
- Victorian Ethnic Affairs Telephone: (03) 9412 6300.

If you need legal advice: If you need **Legal advice** or want a **Referral** to a lawyer you can contact: • the **Legal Aid Commission of Victoria** Telephone: (03) 9607 0234;

- the **Law Institute of Victoria** Telephone: (03) 9602 5000.

Specialist Legal Services:

In Victoria there are a number of **Specialist Legal Services** for people with special needs:

- **Intellectual Disability** Villamanta Legal Service Telephone: 008 014 111;
- **Mental Illness** Mental Health Legal Service Telephone: (03) 9417 459.

Provider Information Guidelines

What to do if your patient is not happy with your treatment or if something has gone wrong

Section 1: Introduction

Being a patient is a difficult time for anyone. Patients may be anxious, vulnerable, and *not at their best*. People worried about their health can have **unrealistic expectations** of their doctors or other health care providers. They may expect that you will be able to *cure* whatever is wrong with them – to make them feel *better*. When that does not happen, they can feel very confused, let-down and upset. Even if clinically they have achieved good results from your care, if the outcome is not what they expected, they may feel aggrieved.

If your patient does not have a good relationship with you then disappointment and sense of grievance can lead to a complaint about the care provided. Good health care involves a **partnership**. Open and honest **communication** between the patient and provider of health care is the basis of a good relationship which is vital for accurate diagnosis and the implementation of a treatment plan. When effective communication breaks down a poor relationship, unsatisfactory outcomes often result. In a good health care partnership, you and your patient understand the diagnosis and are committed to a treatment plan.

In this partnership, your role is to provide quality health care. You are expected to provide not only high quality clinical treatment, but to treat your patients kindly and sensitively, to listen to their wishes and concerns, and to explain carefully what is happening to them. Your patients also have a role to play in their successful treatment. They should be encouraged to offer as much information as is relevant or necessary to make a diagnosis or provide care and be as clear as possible about their expectations of the health care you provide.

Most of the time, the partnership between you and your patient works well. In some circumstances, how well it works depends on a number of things, including whether you speak the same language as the patient, understand each others' culture, and how the patient perceives his or her illness. But sometimes, things go wrong. When the health partnership has not worked for your patients they might complain to you.

They might feel you have not given enough information about treatment. They may be dissatisfied with your care, or believe it has caused an injury. *Most complaints can be resolved informally by you on the spot, if you take the time to deal with them appropriately.* However, if the complaint is serious, your patient might want to have his or her concerns investigated by an independent agency or Health Complaints Officer, established to deal with complaints about health care. He or she might also go to your professional registration board or to a lawyer. It is important to recognise that errors are an integral part of complex procedures. The fact that something has gone wrong, or a mistake has been made, does not mean that you are incompetent.

This information guideline has been developed to help you deal with these situations and to avoid problems in the future. Using it is part of good **risk management**.

Section 2: Preventing complaints

Good communication is an essential part of good health care and the most effective way to preclude patient complaints. Good communication involves giving patients all the information they need to be active participants in planning in their own care. It also involves helping them to understand the information you give them. Informed consent and where appropriate, cross cultural communication, are central to good communication and the avoidance of misunderstandings which generate complaints. *This section sets out the entitlements of patients in relation to their health care and makes suggestions about how to make the most of working with your patients to minimise the chance of misunderstandings and complaints.*

Informed consent and disclosure of risk

Before you commence any treatment or procedure on a patient you have a legal obligation to obtain *informed consent* from the patient. The only exceptions to this are express direction by the patient, in emergencies where intervention is necessary to preserve life or avoid serious harm, or where the person is an involuntary patient with a mental health problem. If the patient does not give *informed consent* your treatment or procedure is an assault on the patient. This can have serious consequences for your reputation and may result in financial compensation if it involves either physical or psychological damage.

As well as being a legal requirement, it is in your interests to **disclose the risks as well as the benefits** of the treatment you propose. Even when you believe that the treatment is clinically necessary and in your patient's best interest, in most cases it is up to the patient to make that choice. **You must provide the information, but the patient must choose.** The final decision and the responsibility for the consequences of that decision must lie with the patient.

Sometimes, treatment has unpredictable results, or involves known risks. The patient will generally be better able to handle any problems that emerge if you have both discussed them beforehand and clarified the patient's concerns. It is vital, for your sake as well as your patients', to communicate effectively. You need to allow your patients plenty of time to ask questions and express their concerns. You should remember that it is not a slight on your professional judgement if they ask for a second opinion. On the contrary, patients will respect you more if you accommodate their wishes. Sometimes, even if they do not ask for one, obtaining a second opinion before proceeding with treatment increases the patient's understanding of the treatment and their confidence in your care.

It is important to recognise that many complaints emerge from the different expectations patients and practitioners have of a particular treatment. As such, it is worthwhile spending time clarifying the patient's expectations and making sure the patient understands the possible consequences of the treatment and that he or she understands what is an acceptable outcome if the final result is not the expected *cure*. The National Health and Medical Research Council (NHMRC) Guidelines for medical practitioners on providing information to patients are a useful guide to **best practice** in obtaining **informed consent**.

Where a treatment is very minor or the effects are self-evident it may not be necessary to provide all the details in the NHMRC Guidelines. But you should ensure that the patient has a clear picture of what you propose to do, why you propose the procedure, and the consequences of doing or not doing it. If you follow the NHMRC Guidelines you can be confident that you have provided the necessary information for your patient to give **informed consent**.

The NHMRC Guidelines recommend that you discuss the following with your patient before commencing treatment:

- the possible or likely nature of the illness or disease;
- the proposed approach to investigation, diagnosis and treatment:
 - what the proposed approach entails,
 - the expected benefits,
 - common side-effects and material risks of any interventions,
 - whether the intervention is experimental,
 - who will undertake the intervention;
- other options for investigation, diagnosis and treatment;
- the degree of uncertainty about the therapeutic outcome;
- the likely consequences of not choosing the proposed diagnostic procedure or treatment, or of not having any procedure or treatment at all;
- any significant long term physical, emotional, mental, social, sexual or other outcome which may be associated with a proposed intervention;
- the time involved;
- the costs involved, including out of pocket costs.

Many practitioners are uncertain how much they should tell patients about the risks of treatment and fear that knowing all the very remote risks may deter patients from having necessary treatment. Since the High Court case of **Rogers v. Whitaker 1992**, you are required to disclose the risks of treatment that a patient in the circumstances would want to know. If the patient appears very anxious or has particular

questions you must address his or her concerns no matter how remote the risk may be. *You cannot withhold information from a patient for fear that the patient would refuse treatment.*

If you are uncertain about disclosure of risks you should follow the NHMRC Guidelines. These note that:

Known risks should be disclosed when an adverse outcome is common even though the detriment is slight, or when an adverse outcome is severe even though its occurrence is rare. A doctor's judgement about how to convey risks will be influenced by:

- the seriousness of the patient's condition, for example, the manner of giving information might need to be modified if the patient is too ill or badly injured to digest a detailed explanation;
- the nature of the intervention, for example, whether it is complex or straightforward, or whether it is necessary or purely discretionary. Complex interventions require more information, as do interventions where the patient has no illness;
- the likelihood of harm and the degree of possible harm. More information is required the greater the risk of harm and the more serious it is likely to be;
- the questions the patient asks. When giving information, doctors should encourage the patient to ask questions and should answer them as fully as possible. Such questions will help the doctor to find out what is important to the patient;
- the patient's temperament, attitude and level of understanding. Every patient is entitled to information, but these characteristics may provide guidance to the form it takes;
- current accepted medical practice.

Cross cultural communication

Patients cannot give informed consent unless they understand the information you give to them. Many **non-English speaking background (NESB) patients** will have difficulty understanding your medical explanations even if they cope reasonably well with English for everyday matters. Where you have any doubts about the capacity of a patient to follow your explanation of the diagnosis, treatment and risks and benefits of a procedure, you should arrange for an interpreter to be present at the consultation. Many patients will come to the surgery with a family member who may speak better English than they do.

While it may be convenient to rely on the family member to interpret for you this is not good practice and should be avoided. Your patient has a right to privacy. Some patients will be embarrassed discussing sensitive medical matters with a family member particularly of the opposite sex. Others will want to protect their family from the seriousness of the condition. Others may be fearful of the family's reaction to a particular condition. You need to be sensitive to these matters and unless the patient can assure you that he or she is happy for the family member to interpret, you should postpone any discussion about highly personal or complex matters until you can arrange for a qualified interpreter to assist.

Some NESB patients will have a history of personal dislocation and trauma. They may be refugees or survivors of torture. These experiences may affect their expression of symptoms and their acceptance of particular treatments. If you are likely to be treating a number of people with these characteristics you might find it helpful to talk to specialist services such as the **Centre for Ethnic Health** about their special needs. *Details about these services are included in Section 10 of this guideline.*

Patient access to records about their health care

Good professional practice requires that you keep clear and factual patient notes. Patient records should contain only relevant information and be *free of unnecessary comments* which might be offensive to the patient. Not only is this part of providing good quality care, it will also be very important if the patient makes a complaint or legal action is involved. Good records can protect you, as they can provide evidence of the quality of your care and be the key to a strong legal defence. A patient may want to know what is recorded about his or her medical treatment. Although medical records remain the doctor's property, greater emphasis on patient autonomy has led to review of laws dealing with patient access to health care records.

Public hospitals and community health centres are subject to **Freedom of Information (FOI)** laws, which gives all members of the community the right to access files and records containing personal information about them. There are some exceptions, such as where you think that disclosure would be harmful to the patient's health, or dangerous to someone else.

The FOI laws also give private patients a right to access their medical records where these are held by the Commonwealth Government or a State/Territory Government. Also, when the records of a private health practitioner or private hospital are the subject of a subpoena from a Court, you must make them available to the patient or the Court.

It can be in your interest to give patients access to records about their health care, even when you are not obliged to do this – unless, of course, you believe that to do so would damage their physical or mental health. Making health care records available to a disgruntled patient seeking information, can reduce the patient's anxiety and diffuse a potentially difficult situation. People who are denied access to their records can become suspicious and think you have something to hide. They could take legal action, simply to get access to their records. The international evidence on the factors which contribute to medical negligence claims suggests that **releasing patient records can decrease the likelihood of a patient taking legal action**. If you are open with patients and share the information in files with them you are more likely to sustain a good relationship with them and reduce the likelihood of their confusion generating a complaint and a complaint escalating into legal action.

Even if you consider that giving the record itself to the patient is not appropriate, you should always be prepared to provide a summary of the record, in language which the patient can understand, or make the record available to another doctor of his or her choosing who can make a summary report for them. *If you are uncertain about releasing a medical record, you should check with your indemnity organisation or professional association. It will have policies and advice on releasing medical records to patients.*

Confidentiality

Confidentiality between you and your patient is essential if you are to develop a partnership based on trust. It is important for good health care that your patient feels able to tell you the most private and sensitive things relevant to treatment in complete confidence. Whilst you must respect this confidence, there are some situations in which you will have to make information about the patient available to other people.

You are obliged to report certain conditions such as sexually transmitted diseases to a central register even without your patient's consent. In a hospital there may be many people caring for a patient who need information about them. But they have no authority to pass this information on to anyone who does not have a clear role to play in providing patient care.

Other people such as police, lawyers, social workers, or government officials like the Public Advocate may request information as part of an investigation they are carrying out or a case they are preparing. In some circumstances you have a legal obligation to provide information even though your patient has not consented to its release. *If you are uncertain about your duty to provide or withhold patient information where the patient has not consented to its release, you should contact your indemnity organisation or professional association and seek advice.*

Sometimes medical scientists will want to study a particular illness or type of treatment affecting your patient. They may want access to information about the patient's condition or treatment as part of a research study. In Australia no medical research can be carried out unless it has been approved by the **Ethics Committee** of a hospital or some other health facility. The Ethics Committee applying the NHMRC's guidelines on privacy in medical research will impose strict conditions on what information can be obtained and how it is to be managed to ensure that your patient is not identified and that information about him or her is kept secure and only accessed by approved researchers. *These conditions protect your patient's confidentiality but in most cases you should not release information to a researcher unless your patient has given consent.*

If you work for the Commonwealth Government or an Australian Capital Territory department or agency, you should become familiar with your responsibility to protect patient's personal information. The **Federal Privacy Act 1988** safeguards personal health information collected by Commonwealth and Australian Capital Territory agencies, and sets out principles of privacy which cover access to records, their accuracy, and use and disclosure by others. Patients may complain to the **Privacy Commissioner** if these are breached.

Section 3: Situations where a complaint may be made

There are lots of reasons why patients might complain about their health care. The most common situations in which patients complain include:

- they are not satisfied with the results of their treatment;
- they feel they have been treated badly;
- they have been injured or suffered harm from their health care.

A patient unhappy with the outcome of his or her health care may experience a mixture of emotions. He or she may feel confused, disappointed, vulnerable or angry. He or she may not be clear about the most appropriate way of dealing with an adverse outcome and may be uncertain about what it is he or she wants to achieve. How you deal with the early stages of the process of working through the patient's response to an adverse outcome can influence him or her in formulating goals. If you are rude or off-hand or perceived to be unsympathetic when a patient is feeling let-down or devastated, your attitude can convert distress into litigation.

The action the patient takes will depend on the result he or she ultimately wants to achieve. A dissatisfied patient may have one or a number of the following goals:

- to find out what happened;
- to get some acknowledgment or apology from you for the difficulties;
- to be compensated for the financial burdens caused by the injury or slower than expected recovery;
- to ensure that what happened does not happen to anyone else.

A patient dissatisfied about a health care outcome can:

- complain directly to you;
- lodge a complaint with a complaints authority such as the Health Care Complaints Commission in New South Wales, the Health Complaints Commission in the Australian Capital Territory, the Health Rights Commission in Queensland, or the Health Services Commission in Victoria;
- lodge a complaint with a professional registration board;
- seek legal advice on possible court action.

The following information is designed to help you deal with different cases and to suggest what you can do to help resolve an issue to everyone's satisfaction.

Notifying your indemnity organisation/insurer

You should always advise your defence organisation or insurer (or your employer if you are employed) where a patient is unhappy about a treatment outcome. On other occasions whilst you know that an outcome may not be ideal, the patient may not be immediately aware of this. Where a complaint could possibly be made you should notify your indemnity organisation/employer.

There are three key situations in which you should notify your indemnity organisation or employer about a case. These are where:

- a patient complains about your treatment or management of his or her health care and this may have legal implications;
- a *significant* incident has occurred even though the patient has not complained;
- you are uncertain about your obligations such as whether to release information to third parties.

It is important to alert your indemnity organisation/insurer or your employer as soon you are aware that an incident or outcome could lead to a complaint.

If a formal complaint against you has been lodged, you should notify your indemnity organisation immediately. It will have suggestions and procedures for dealing with patient complaints and can give you confidential advice on whether your actions are defensible and how you should respond.

If you are employed, you are probably indemnified as an employee through your employer's insurance policy. This is an alternative to drawing on your personal insurance policy, or your membership of an indemnity organisation where you are employed by another organisation but have both personal and employer provided insurance. If you are indemnified by your employer, you should find out what the insurance policy allows you to say to the patient about the issue. Saying sorry or giving a factual account of what happened is not an admission of liability. It may help in dealing with an upset patient.

Section 4: Managing complaints

A complaint may be made about the treatment or care provided in a health care facility, like a hospital, or by a private practitioner. Some complaints can be handled informally. Others require more formal processes, in particular complaints involving a Health complaints Authority, or a Registration Board, or the legal system.

Complaints to a health care facility

In a hospital, day procedure centre or other health care facility, clear procedures should be established to handle complaints. These procedures should focus on addressing patients' concerns promptly, sympathetically, and in a way which respects their rights. If you receive a complaint and you work in a facility like a hospital, you should be supported by proper procedures, and advice and training on responding to it.

Complaints systems should be **accessible** to patients and staffed by skilled people who understand their role. If possible, complaints should first be referred to the treating staff, who in turn should be trained to deal with complaints. **Health complaints officers** can also help staff resolve complaints.

Hospital management should demonstrate their commitment to these processes and ensure that information gained from complaints is used in quality assurance and risk management programs. *The information can prove extremely useful in improving the design and delivery of services.*

Complaints to an individual practitioner

When a patient's complaint is directed to you as an **individual practitioner**, it is in your interest to handle the matter from the beginning, in a way that will increase the chance of resolving the issue on the spot. This means being open, sensitive to the patient's concerns, and courteous, particularly when the patient is likely to be distressed.

Dealing with stressed patients

In dealing with patients who are dissatisfied with the results of their treatment, you should remember that they may believe that you, as their practitioner, could have prevented the problem. They may be angry, crying, in shock, frightened, or nervous. Different cultural backgrounds and beliefs are also likely to influence the way people react. You may feel their complaints are unfair or their expectations about a better outcome unreasonable. You too may be disappointed about the outcome and feel anxious about the patient's reaction.

However, you are trained to deal with **difficult situations** and, even though you might feel uncomfortable or angry, you need to stay in control of your own feelings and allow the patient to express his or her feelings and to complain to you. The more a person is able to express frustration or dissatisfaction initially, the easier it will be to deal with later. *You should remain calm and sympathetic and listen to the patient, even if you think he or she is being difficult or unreasonable.*

You should assure the patient that you are listening attentively and reflect back what has been said. It may help to acknowledge, in a sympathetic manner, that you understand that he or she is going through a difficult experience. If you can encourage the patient to explain his or her understanding of the situation you might create an opportunity to clarify a misapprehension. It is likely to help if you do not interrupt while they talk.

A patient's body language can offer clues to his or her thinking and yours can indicate sympathy, genuine concern, disinterest or defensiveness. Maintaining eye contact and using effective listening skills can reassure a patient that you are taking their concerns seriously and that you understand the problem from their point of view. This approach can promote an attitude of *working together* to resolve the problem. *A hurried discussion, evasive answers to questions or an off-hand attitude can prompt an already dissatisfied patient to take his or her problem to someone who will listen. This could be a Health Complaints Authority or a lawyer.*

People can only take in a limited amount of information when they are upset. In some cases you could draw a diagram explaining the situation for the patient to take home, or you can encourage him or her to write things down. It is also wise to make another appointment to see the person the next day or soon afterwards to explore any further issues. The more you can do at the beginning, the less will need to be done later on.

It is also important to use interpreters if patients are not comfortable expressing themselves in English. You need to be sensitive to the patient's family situation and involve them in the discussion if this is appropriate.

Responding to the patient's questions

Most, if not all of the indemnity organisations/insurers in Australia, now encourage their members or clients to provide a full explanation to a patient who complains and where appropriate, an apology in the event that something has gone wrong. Such an explanation should *not* include an admission of liability.

There is a difference between **apologising**, and admitting **legal liability** in the event of an adverse outcome. Explaining how an unwanted outcome occurred, acknowledging that a patient is unhappy with an outcome and expressing concern about the difficulties experienced by the patient as a result of the outcome, is not an admission of liability in the sense of accepting blame. For example, "I did it – it is all my fault", may be admitting liability. "I am really sorry that this happened to you. It happened because", is not. The patient should be given a **factual account** of what happened in a way which respects their culture and in a language they understand. You may need to involve a qualified interpreter in your discussions. If there are mitigating factors, it will do no harm to mention them.

Your attitude should show that you regret that a problem has been caused. Your patient will appreciate a genuine apology. Saying you are sorry that this has happened, without implying that you are responsible for it, is common courtesy and *does not* constitute an admission of liability. It might help to offer a written apology, including brief details of what steps will be taken to help minimise the damage and limit the chance that it will happen again.

You may also wish to refer your patient to other sources of advice or information, or suggest a second expert opinion which could reinforce your explanation. However, you need to be cautious about nominating specific practitioners, as such referrals can be misconstrued as collusion. It would be better to nominate an independent eminent specialist rather than your partner in the practice. Alternatively, you could offer to refer them to a doctor of their choice.

If you show your regret that they should have experienced such a bad result, empathise with their pain and anxiety, and give them a factual explanation of what happened, you will not be exposing yourself to any particular increased legal risk, and will be doing a lot to reduce it. International research suggests that patients whose concerns are taken seriously at the beginning are less likely to take legal action later on. If they are listened to, given the information that they are looking for without delay, and receive an acknowledgment that the outcome is less than expected, they are less likely to sue.

Action where a patient refuses to talk to the practitioner

In some situations, relations between you and your patient could deteriorate to the point where he or she is no longer willing to talk to you. In these circumstances, you may wish to involve an independent third party. In this way, lines of communication might be re-established, which can help resolve the situation.

In States/Territories with a **Health Complaints Authority**, you could suggest that the patient contact the Authority and consider conciliation. In a hospital, the **Patient Advocate** or **Complaints Officer** may assist as a mediator. *Details about these organisations are included in Section 10 of this guideline.*

Section 5: Formal mechanisms for dealing with complaints

A patient who is still dissatisfied after discussing the complaint with you has a number of options. He or she can go to one of several formal bodies responsible for dealing with complaints about health care. The dissatisfied patient can:

- complain to a Hospital Complaints Officer;
- complain to the independent statutory Health Complaints Authority in some States/Territories;
- lodge a complaint with a Registration Board;
- take legal action.

The result for the patient and the likely outcome for you, as the provider, will depend to some extent on which avenue the patient chooses to pursue his or her complaint.

Section 6: Hospital Complaints Officer

Under the Medicare Agreement, the States/Territories have made an agreement with the Commonwealth Government to develop **Public Patients' Hospital Charters**. The charters must include information explaining

how people can lodge complaints and how complaints will be dealt with independently. This is usually done by a **Hospital Complaints Officer**.

Patients dissatisfied with their hospital treatment can complain to the **Hospital Complaints Officer** or seek help from a **Patient Advocate**. The patient may be referred back to you for information to explain why the result occurred. The Complaints Officer may also investigate the complaint in accordance with established hospital procedures.

Section 7: Independent Health Complaint Authorities

A patient who does not want anyone else to put up with the kind of treatment he or she has had or who is still dissatisfied after talking to you may complain to a **Health Complaints Authority**. Under the Medicare Agreement the Commonwealth Government requires all States/Territories to establish independent Health Complaints Authorities which have powers to resolve complaints by consumers about public hospital services.

The Health Complaints Authorities also have a role in systemic change and in improving health care systems by recommending improvements in health services based on information from patient complaints. So far, New South Wales, the Australian Capital Territory, Queensland, and Victoria and have established complaints authorities which deal with complaints about public and private health care. *A list of these services is included in Section 10 of this guideline.*

Health Complaints Authorities are independent, and usually report to Parliament. They generally have quite extensive legal powers to investigate, or inquire into a complaint, but these powers are not used in every case. They are only used where the complaint is serious, and the Authority cannot get the required information in any other way. They do not themselves have powers to make a legally enforceable decision about who is right or wrong but they may take the complaint or refer it to a Board or tribunal which can.

If your patient complains to a Health Complaints Authority, the Authority will probably contact you to obtain your side of the story. You are not obliged to co-operate with the Authority at this stage. However, it will be in your best interests to do so, as this is often the most successful and least stressful method of clarifying the situation. If the complaint is not resolved at that point, you might become involved in an investigation to find out what happened, and if you agree, in conciliation.

The purpose of conciliation is to try and resolve the complaint between you and the patient. It is voluntary and informal. *Discussions occurring in conciliation are confidential and cannot be used in legal proceedings.* In most States/Territories when a complaint is lodged, the Health Complaints Authority will refer it to your

Registration Board if it involves possible disciplinary action against you. However in New South Wales, the Health Care Complaints Commissioner will investigate and prosecute breaches of professional standards.

Powers of a Health Complaints Authority

The Health Complaints Authorities have different powers in different States/Territories but generally they can resolve a complaint by obtaining an apology from you or assisting in the formulation of an agreement for financial or other compensation. If they hold a formal investigation they can also reach conclusions about the care you provided and make recommendations.

Apology

An apology or acknowledgment that the care was not satisfactory or the outcome of a procedure not ideal, is sometimes all a dissatisfied patient will seek from you or your hospital. A concern that the problem be acknowledged and that it should not recur motivated the family to complain in the following case:

A surgery patient (male) who was on very high doses of morphine for pain relief was re-admitted to hospital at the weekend. The specialist who was treating the patient was not on duty and the patient was put under the care of a junior doctor. The patient's family asked that he be given his usual high dose of morphine but the attending doctor considered that this was excessive or even dangerous and refused. The patient was in great pain and the family requested the staff to contact the specialist to get approval for the higher dose but this was also refused as the staff did not want to disturb him at home. On the following Monday the specialist returned and was very concerned at the patient's treatment and immediately increased the morphine.

The family complained to the Health Complaints Authority which took the matter up with the specialist and the hospital. The hospital apologised to the patient and the family for the distress they had suffered and introduced new procedures to ensure that the problem did not recur.

Financial compensation

The Health Complaints Authority can also negotiate financial compensation where you and your indemnity organisation agree to the complaint being resolved by the Authority as an alternative to going to court. In the following case financial compensation negotiated by the Health Complaints Authority satisfied the patient's family without recourse to court:

A child with a hearing defect was admitted for minor corrective surgery at the same time as a child with a different ear problem requiring different surgery. Although both children were provided with identifying arm and leg tags no one checked the name of the child with the hearing defect and she was treated with the procedure intended for the second child. When the mistake was discovered she had to undergo a second operation in twenty four hours to overcome the effects of the wrong surgery.

Her parents complained to the Health Complaints Authority which negotiated a financial settlement covering all their immediate medical expenses, future medical expenses and general pain and suffering for both the parents and the child. The settlement was based on the acknowledgment that the hospital staff had been negligent in not following proper procedures to identify patients for surgery.

Other compensation

Where it is not clear that you or anybody is responsible but an adverse outcome has followed treatment, the Health Complaints Authority can sometimes negotiate an agreement to provide needed services to the patient if there is good will all-round. In the following case there was no proof that the doctors or hospital had been negligent. The outcome, although very serious for the patient, was not clearly the result of anyone's incompetence or failure to follow proper procedures:

A woman went into the operating theatre for a straightforward back procedure. She came out paralysed but there was no proof that the operation was connected to or caused the paralysis. The hospital while not acknowledging that it was in any way responsible, arranged for her to have personal services and modifications to her house to make her as comfortable and independent as possible. *This is an unusual case as the investigations usually have to show that you or your colleagues were responsible before compensation can be negotiated*

Section 8: Registration Boards

If you are a registered health professional, patients may lodge a complaint concerning your professional conduct directly with your professional Registration Board. In some States/Territories your complaint may be referred to the Registration Board by the Health Complaints Authority. For doctors this will be the Medical Board. The primary role of registration boards and tribunals is to **protect the public**. They are made up of members of the profession and sometimes a lawyer or non-professional representative.

When a complaint is received, the Registration Board can deal with it in a number of ways either by investigating it or referring it to another suitable body. An example of how a Registration Board functions is that of the Medical Board in Victoria. In dealing with complaints the Medical Board can:

- forward it to the doctor for comment where there is no *prima facie* case of serious professional misconduct;
- refer it to the Health Services Commissioner if it appears appropriate for conciliation;
- refer it to the Registration Board's Investigating Officer (a doctor) for investigation;
- refer it directly to the Registration Board for consideration or an inquiry;
- refer it to the Government Solicitor in preparation for a formal disciplinary inquiry.

In investigating a complaint or conducting a hearing to determine whether you have maintained proper professional standards of practice the Registration Board does not assess whether you have been **negligent** in a legal sense, and the hearing does not result in compensation for patients. All complaints are considered at a meeting of the Registration Board. Some of these will be resolved between doctor and patient or by the Health Complaints Authority. Other serious complaints may be the subject of an inquiry by the Registration Board.

At an inquiry hearing you are entitled to be legally represented. The patient may be called to give evidence but will not be represented. The Registration Board itself may be assisted by a lawyer. Unlike other States/Territories, in New South Wales the Health Care Complaints Commission investigates every health complaint and prosecutes medical practitioners before the Medical Tribunal.

Powers of Registration Boards

Registration Boards have a range of powers from reprimand to deregistration. For example, in Victoria if a complaint is upheld the Medical Board can take one or more of the following actions:

- reprimand
- fine
- impose conditions on a practising certificate
- suspend from practice
- remove from the register, that is, deregister the practitioner.

The powers of a Registration Board are significant. However the Registration Board cannot order the payment of financial compensation to a patient who complains. Compensation can only be ordered by a court or negotiated by a Health Complaints Authority or by a lawyer who settles a legal case against you.

Section 9: Legal action

If your patient wants to be compensated for the harm he or she has suffered, he or she may decide to take legal action against you. This can be very stressful and difficult for you. Cases may take years to finalise and can cost a lot of your time and money. The process is likely to be distressing and you might feel that your professional reputation is damaged. You may also find that things affect you very personally. If you find yourself in this situation, try to remain objective and understand that the patient is not necessarily out to get you. Instead, he or she is using the legal system to get compensation for the damage caused.

Patients may take legal action to obtain financial compensation in two situations:

- where they believe they have been damaged by your negligence;
- where they believe there was no informed consent for a procedure.

Negligence

In the legal system, the word **negligence** does not have the same meaning as it does in ordinary every day speech. To succeed in a case of medical negligence, a patient must show that you as a health care provider had a duty of care to him or her and that you breached that duty. A *slip or error* is enough in some cases to constitute such a breach. The patient must also show that he or she has **suffered damage** which is quantifiable in financial terms.

Finally, the patient must establish that there was negligence as defined by the law, that is, that the practitioner has exercised **inadequate care**, or has fallen below the required standard of competence on that occasion and that the negligent act was the cause of the harm experienced by the patient.

Negligence can arise from your failure to act as well as from your active treatment. A doctor could be negligent in any aspect of medical practice such as:

- failing to diagnose when tests have been carried out, that is, misunderstanding a CT scan or nerve conduction tests or an ultrasound;
- failure to refer for specialist advice;
- failure to screen for reversible conditions such as not recommending a Pap smear where a delay in diagnosing cervical cancer may result;
- failure to treat competently such as not prescribing a necessary drug;
- failure to warn of the dangers of a drug especially in pregnancy or of the risks of a procedure.

Research indicates that it is actually quite difficult for a patient to establish a legal entitlement to compensation for negligence. Less than half of all medical negligence claims result in payment of compensation to the patient.

An action for negligence is a *civil* action. It has nothing to do with proof of criminal guilt. Even if the court finds that legally you are negligent in a specific case and awards financial compensation to your patient, you are not guilty in a *criminal* sense. Nor have you been found guilty of professional misconduct. Although you may be the subject of legal action, it does not necessarily follow that you are an inadequate practitioner. The incident, although classed as legally negligent may be the result of understandable human error, rather than an act which clearly demonstrates a pattern of incompetence. Very few cases actually reach court. Either the patient decides not to proceed, or your lawyer (or your insurers' lawyer) advises that the patient does have a strong case and suggests settling out of court to save time, stress, and money. Settling a case out of court does not mean that you have been found, or have admitted to, negligence or incompetence. If a case is settled out of court, it will nearly always involve a **confidentiality clause**, preventing the release of any details of the case, the names of the parties, the amount involved, or even that settlement was reached.

In contrast, a trial in a court is always public. You should bear this in mind when discussing with your indemnity organisation/insurer or legal adviser whether to settle the case or go to trial. Even if the patient is successful, it is important to remember that the size of an award does not reflect the extent of the practitioner's legal negligence. The size of the award is determined by the degree of damage the plaintiff has suffered and the financial cost of making amends. A very small mistake may still result in your insurer making a large payout if the patient's injury has been severe or had lasting results. The amount of money awarded reflects the needs of the patient not your moral culpability.

Absence of informed consent

In certain circumstances your patient can also take legal action for medical trespass or assault where he or she claims that no informed consent or insufficient consent was given for the procedure. A patient could successfully argue that he or she did not give informed consent where the surgeon amputated the wrong leg. This may seem an extreme case but the example above of the child undergoing the wrong ear surgery is a similar case. Another example of how a procedure can take place without the patient's consent is the following:

A consultant was doing his ward rounds accompanied by a group of students. He approached a patient who was unknown to him and without any discussion proceeded to perform a rectal examination for the observation of the students. The patient was outraged and felt his privacy had been invaded. He suffered psychological effects and lodged a complaint about the assault.

Whilst this is a case in which the patient could never be expected to gain any benefit from the unwanted procedure, in other cases even if you believe that it is in the patient's interest to have the procedure, if you act without informed consent you can be sued as the following case demonstrates: A patient was undergoing surgery for the removal of bunions from his feet when the surgeon observed that he had *clawed* toes. He proceeded to straighten the toes reasoning that it was in the patient's interest to have this procedure done when he was already under an anaesthetic and so avoid the necessity of having another anaesthetic at a later date. The patient had consented to the bunion removal but as there had been no discussion of the state of his toes he had not consented to that procedure. He suffered extra pain and suffering from the procedure and claimed damages for assault.

These cases where there was no informed consent at all are very unusual and rarely go to court. Most of the cases involve a dispute about the extent of the consent. *The issue of inadequate informed consent usually only arises as part of a negligence case.* It can be a factor in a medical negligence claim such as where a patient agrees to cosmetic surgery or breast reduction surgery but has not been told the full risks of scarring which may result and later sues for disfigurement caused by the scars arguing that if the full risks were known she would not have undergone the surgery. Unlike a negligence action, to succeed in a medical assault case

the patient only has to show that the procedure took place and that there was inadequate consent and that damage has resulted. This can be hospital expenses, loss of wages or pain and suffering.

The patient does not have to show that you acted unreasonably or that in carrying out the procedure or treatment you failed to follow established procedures or that you fell below acceptable professional standards. *However informed consent is usually only one of a number of issues considered by a court in deciding negligence claims. It is rarely the main issue in contention.*

The field of medical law is complex and you should always receive expert legal advice about any legal action brought by a patient. In addition, you should consult your indemnity organisation/insurer on any medico-legal action in which you may become involved.

Section 10: Medical practitioner's information guide to dealing with an adverse treatment outcome – A Victorian practitioner's guide Contacting your medical indemnity fund or insurer:

You should know the telephone "Hot Line" number to your indemnity organisation/insurer and use it even after hours to obtain advice where:

- a treatment Could lead to a complaint;
- a Patient has Complained about your care or treatment;
- Legal Action is commenced against you;
- you are uncertain about Releasing Patient Information to the patient or anyone else.

The Hot Line for my Medical Indemnity Fund is:

Obtaining advice from professional organisations:

You can obtain advice on your professional rights and responsibilities:

- from your Professional Association. Doctors in Victoria you can ring the "Hot Line" of the Victorian Branch, Australian Medical Association on (03) 280 8722.

Complaints bodies which assist dissatisfied patients:

A dissatisfied patient can complain to the:

- public hospital Complaints Officer or a Patient Advocate; The telephone number for the Complaints Officer or Patient Advocate in my hospital is:
- Health Services Commissioner Telephone: (03) 9655 5200;
- Medical Board of Victoria Telephone: (03) 9616 8071;
- Federal Privacy Commissioner Telephone: (02) 229 7600;
- Victorian Freedom of Information Office Telephone: (03) 9603 4720;
- Office of Public Advocate Telephone: (03) 9660 1444.

This agency will specifically assist people with an intellectual disability, a mental illness, brain damage or dementia. **Interpreter Services:** You should try to use **Professional Interpreters** when your patient has difficulty communicating in English. There should be professional interpreters in your hospital. If not, use the following services which should also be used by all private practitioners:

- the Victorian Translation and Interpreting Service Telephone: (03) 9416 9999 or 1800 112 477;
- the Victorian Ethnic Affairs Commission Telephone: (03) 9412 6300.

Cross cultural information and training groups:

Contact your professional association or Division of General Practice for information on organisations which can assist you in dealing with patients from a different culture. The following may also assist:

- the Centre for Ethnic Health Telephone: (03) 9427 8766;
- the Transcultural Psychiatry Unit Telephone: (03) 9417 4300.

This agency will specifically assist NESB patients with a suspected mental illness.

If you have patients with an intellectual disability, mental illness, brain damage or dementia, you can obtain advice on your responsibilities from:

- the Office of Public Advocate Telephone: (03) 9616 1444.