

รายงาน
การศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ
กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ

ผศ. นพ. ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทสรุปสำหรับผู้บริหาร _____	3
2 ภาพรวมของระบบสุขภาพก่อน NHS ถึงปัจจุบัน _____	14
3 สภาพปัญหา ความจำเป็น แรงผลักดันให้เกิดการปฏิรูป _____	22
4 บริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป _____	31
5 สาระสำคัญของการปฏิรูป NHS _____	36
6 กระบวนการ ยุทธศาสตร์และเครื่องมือของการปฏิรูป _____	44
7 บทวิเคราะห์และบทเรียนสำหรับประเทศไทย _____	48
8 บทสรุป _____	55
9 ข้อเสนอแนะ _____	56
เอกสารอ้างอิง _____	58

บทที่ 1

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ประวัติของ NHS

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

ก่อนมี NHS การบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานโดยเอกชนที่กระจัดกระจาย ไม่มีสถาบันใดที่เป็นหลักในการจัดระบบสุขภาพ

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

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

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

สภาพปัญหาและแรงผลักดันในการปฏิรูป

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

1. ความขัดแย้งในเรื่องของนโยบายว่าจะรวมอำนาจหรือกระจายอำนาจของการบริหาร
2. ความขัดแย้งระหว่างรัฐกับแพทย์ รัฐเป็นผู้ที่ออกเงิน แต่แพทย์เป็นผู้ให้บริการและถือว่าตนเองมีความรู้ความสามารถ จึงต้องการอิสระทางวิชาชีพ

เพียงเวลาไม่กี่ปีหลังจากเริ่มก่อตั้ง NHS นั้น รัฐบาลเริ่มตระหนักคิดว่า ความสำเร็จของ NHS ได้กลายเป็นศัตรูของตัวเอง เมื่อรัฐได้ให้สัญญาว่าจะให้บริการสุขภาพฟรี ณ จุดให้บริการกับทุกคน โดยไม่คำนึงถึงฐานะแต่ตอบสนองตามความจำเป็นทางสุขภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นคือเงินที่จะ

ใช้ในการสนับสนุนการให้บริการไม่เพียงพอ กอปรกับการแพทย์เจริญขึ้น เทคโนโลยีทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกิดขึ้นมีราคาสูง ความต้องการของประชาชนมีมากขึ้น มีการกล่าวหากันในทุกสมัยว่ารัฐบาลไม่สนับสนุนการเงินอย่างเพียงพอกับ NHS

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

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

กระบวนการปฏิรูป

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

ปี ค.ศ. 1974 ได้มีการปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้น NHS จึงเริ่มเข้าสู่รูปเข้าร่วง มีการบูรณาการกันและมีการวางแผนกันมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่า NHS ยังไม่ประสบความสำเร็จ ไม่มีความพยายามอย่างจริงจังที่จะทำลายแพทย์ ซึ่งคือศูนย์กลางอำนาจที่แท้จริงของ NHS ในที่สุดความขัดแย้งก็ยังคงเดิมคือ ความขัดแย้งระหว่างหน่วยต่างๆ กับ ความเป็นอิสระของแพทย์ ไม่มีกลไกที่ชัดเจนที่จะให้แพทย์อธิบายสิ่งที่ตนเองทำหรือรับผิดชอบต่อนักบริหารที่ไม่ใช่แพทย์

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

ในปี ค.ศ. 1983 รัฐบาลอนุรักษนิยมได้นำอานักธุรกิจเข้ามาเป็นที่ปรึกษาอย่างมาก หนึ่งในจำนวนนั้นก็คือ Sir Roy Griffiths ซึ่งรัฐบาลได้มอบหมายให้เข้าไปตรวจสอบและนำเสนอรายงานการบริหารงานของ NHS โดยมีจุดมุ่งหมายคือเพื่อให้ NHS มีประสิทธิภาพมากขึ้น รายงานของ Sir Roy Griffiths ซึ่งมีเพียงแค่ 24 หน้า แต่ได้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ใน NHS เริ่มจากการนำอานักบริหารเข้ามาในระบบทันทีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 เริ่มมีการคัดกรองอำนาจของแพทย์

จนกระทั่งปี ค.ศ. 1988 นางมาร์กาเรต แทตเชอร์ นายกรัฐมนตรีอังกฤษในสมัยนั้นได้ประกาศว่าจะให้มีการระบบสุขภาพอย่างถอนรากถอนโคน และเป็นที่มาที่สำคัญของเอกสารนโยบาย (White Paper 1989) ที่ชื่อว่า *Working for Patients* ที่เสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอย่างที่ไม่เคยมีปรากฏในประเทศอังกฤษเลย และออกเป็นกฎหมาย *National Health Service and Community Care Act 1990* ในปีถัดมา

รัฐบาลของนางมาร์กาเร็ต แทตเชอร์ มีความเชื่อว่า สถาบันของรัฐ หรือระบบราชการเป็นระบบที่ไร้ประสิทธิภาพ มีความยืดหยุ่นน้อยมาก รัฐบาลของนางคิดว่าถ้าจะให้รัฐบาลบริการจัดการบริหารจัดการจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปใช้รูปแบบของเอกชนหรือระบบการตลาดมากขึ้น โดยมุ่งหวังที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ของการปฏิรูป NHS ค.ศ. 1990

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

กลยุทธ์ที่ใช้ในการปฏิรูปครั้งนี้คือ

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

สาระสำคัญของการปฏิรูป ค.ศ. 1990

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

ส่วน GP Fundholding ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการแทนประชาชน GPs จะได้รับงบประมาณก้อนหนึ่งซึ่ง GPs สามารถบริหารเอง และทำสัญญากับโรงพยาบาลไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลของเอกชนหรือโรงพยาบาลของรัฐบาลตามที่ GPs พอใจและคิดว่าจะดีที่สุดสำหรับประชากรคนนั้น และเมื่อบริหารจัดการเงินเหลือในแต่ละปี GPs สามารถใช้เงินนั้นในการพัฒนาคลินิกของตนได้ อำนาจนี้เป็นอำนาจใหม่ซึ่งไม่เคยมีในประวัติศาสตร์ของ GPs มาก่อน ทำให้ Primary Care เข้มแข็งขึ้น

สิ่งที่ผูกพันผู้ซื้อและผู้ให้บริการคือ สัญญา (Contract) ในการที่จะทำให้เกิดระบบการตลาดภายใน (Internal Market)

การลดอำนาจของแพทย์ในโรงพยาบาล ทำให้โดยรัฐบาลให้มีการตรวจสอบการทำงานของแพทย์มากขึ้น จึงได้นำระบบที่เรียกว่า Medical Audit นอกจากนี้แพทย์ยังต้องอธิบายสิ่งที่ตนทำและอยู่ในทีมบริหารด้านการเงินของโรงพยาบาล แพทย์ไม่สามารถที่จะมีอิสระในการทำอะไรตามใจชอบได้อีกต่อไป เพราะหากทำอะไรที่ไม่น่าพึงปรารถนาของประชาชนในท้องถิ่น โรงพยาบาลนั้นๆ อาจ ไม่มีผู้มาซื้อบริการ

บทวิเคราะห์

การปฏิรูประบบสุขภาพนั้นมีหัวข้อหลัก 2 เรื่องคือ

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

สรุปคือการปฏิรูประบบสุขภาพคือทำอย่างไรจะให้บริการคุณภาพดี มีราคาถูกลง ครอบคลุม และเสมอภาค หลักการที่มักใช้ในการปฏิรูปคือ การใช้ศาสตร์ของการบริหารจัดการ

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

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

ระบบการตลาดภายในซึ่งรัฐบาลหวังว่าจะเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการปฏิรูปก็มีปัญหาในตัวมันเองเช่น Skimming, Skimping และ Rationing

Skimming คือการคัดเอาของที่อยู่ที่ผิวหน้าออกไป ในความหมายทางการตลาดหมายถึงผู้ซื้อบริการสุขภาพจะเลือกคนไข้ที่มีสุขภาพค่อนข้างดี และมีค่าใช้จ่ายน้อยเพื่อจะได้ประหยัดและเหลือเงิน

Skimping คือขบวนการที่ผู้ซื้อและผู้ขายมีการตกลงกันว่าจะลดค่าใช้จ่ายของการรักษา โดยการประหยัดการรักษาหรือให้การรักษาที่ไม่เต็มที่ ปัญหา Skimping จะมีผลอย่างมากต่อผู้ใช้บริการที่ยากจน ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมและไม่เรียกร้องมากนัก ปัญหานี้จะบั่นทอนรากฐานและหลักการที่สำคัญของ NHS คือความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในการบริการสุขภาพ วิธีการหนึ่งที่ใช้ในการแก้ปัญหา Skimping คือการตรวจสอบทางการแพทย์ (Medical Audit) และการประกาศให้ผู้ป่วยรู้จักสิทธิของตัวเองและมีข้อมูลเกี่ยวกับการรักษามากขึ้น

Rationing คือการแบ่งสรรปันส่วนทรัพยากร เมื่อเงินมีจำกัด การเรียกร้องสูง ความต้องการสูง ความจำเป็นสูง สิ่งที่จะทำได้คือจะต้องมีระบบการคิดว่าใคร หรือโรคอะไรจะต้องรักษาตามลำดับก่อนหลัง ใครจะเป็นผู้ตัดสินใจเรื่องเหล่านี้ --- รัฐบาล แพทย์ ประชาชน หรือใครดี ในโลกนี้มีระบบการคิดหลายแบบ การแบ่งสรรปันส่วนนั้นควรจะเป็นอย่างไร ในที่สุดก็ยังไม่มีความตอบที่น่าพอใจ

วัตถุประสงค์อีกข้อหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ ค.ศ. 1990 คือต้องการให้พนักงาน NHS มีความสุขมากขึ้นกับการทำงาน แต่จากข้อมูลที่มีสำรวจพบว่าไม่เป็นความจริง แพทย์มีการต่อต้านมากขึ้น ส่วนสายอื่นก็มีกำลังใจน้อยลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมามีเป็นระลอก และเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ โดยพวกเขาไม่ได้รู้สึกว่าจะได้รับประโยชน์อะไร นอกจากต้องมีการกรอกบันทึกข้อมูล มีกระดาษมากขึ้น หลายคนถึงกับกล่าวว่า NHS ชุมนีทำงานกับกระดาษมากกว่าผู้ป่วย

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

แต่การปฏิรูปครั้งนี้ก็เป็นนิมิตหมายที่ดีเมื่อเทียบกับในอดีต เพราะประชาชนมีทางเลือกมากขึ้น แพทย์ถูกตรวจสอบ อีกทั้งยังถูกลดอำนาจและจะต้องอธิบายในสิ่งที่ตนกระทำมากขึ้น จึงน่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมในการให้บริการของคน

NHS หลัง ค.ศ. 1997

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

บทเรียนสำหรับประเทศไทย

สิ่งที่เราได้เรียนรู้จากประวัติศาสตร์ของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศอังกฤษคือ

1. การปฏิรูปเป็นสิ่งที่ยากยิ่งไม่ได้ เนื่องจากสถานการณ์ต่างๆ รอบด้านผลักดันให้เกิดการปฏิรูปขึ้นเองโดยธรรมชาติ โดยอาศัยการเคลื่อนไหวจากภายในสังคม
2. การปฏิรูปเกิดขึ้นได้เร็วถ้าใช้การเมืองนำดำเนินนโยบายและออกกฎหมายตาม

3. การปฏิรูปมิได้ทำให้ทุกอย่างดีขึ้นอย่างที่คาดหวัง แต่ถ้ามองอย่างเป็นธรรม มันก็ไม่ได้ทำให้ทุกอย่างเลวลง
4. สิ่งที่น่าสนใจคือ ทำไมประเทศอังกฤษจึงใช้ระบบภาษีทั่วไปในการสนับสนุนระบบสุขภาพ ในการปฏิรูปทุกครั้ง ไม่มีความคิดเห็นนอกเหนืออื่นจากการใช้ระบบภาษีรวมทั่วไปในการสนับสนุนระบบสุขภาพ ทั้งๆ ที่ประเทศอังกฤษอยู่ในยุโรป ซึ่งประเทศในทวีปยุโรปส่วนใหญ่จะใช้ระบบประกันสังคม จึงเกิดคำถามที่น่าสนใจว่า ระบบภาษีรวมนี้น่าจะมีข้อดีในการทำให้ระบบสุขภาพของอังกฤษมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ข้อเสนอแนะ

1. ศึกษาประวัติศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพของไทยอย่างละเอียด
2. ลดอำนาจแพทย์ให้ได้ มีขบวนการตรวจสอบแพทย์ที่เข้มแข็งขึ้น
3. จะต้องให้การเมืองและการเงินกำกับการปฏิรูปให้เป็นธรรม
4. ปลุกจิตสำนึกเรื่องการปฏิรูปสุขภาพให้เกิดเป็นวาระแห่งชาติ
5. ผลักดันให้ออกกฎหมายปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติให้สำเร็จ
6. วิจัยเรื่องการเงินการคลังของระบบสุขภาพให้ลึกซึ้ง
7. ผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปจะต้องทำให้ได้อย่างที่พูด

Executive Summary

History of NHS

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

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

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

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

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

Problems and drives that led to health care reform

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

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

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

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

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

Reform Process

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

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

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

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

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

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

Strategies of NHS reform 1990

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

The strategies for this 1990 reform were as follows:

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

Essence of 1990 reform

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

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

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

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

Analysis

Any health care reform would deal with two issues:

1. Funding mechanism
2. Delivery of the care.

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

The British government, in response to funding pressure, has brought about a policy: "The health of the Nation 1992" in order to reduce sickness. The health targets set are such as reducing coronary heart disease and stroke by 40%, breast cancer 25%, lung cancer 30% in men

and 15% in women, suicide 15% in year 2000. Community becomes more important with emphasis given to prevention as it is more economical.

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

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

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

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

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

NHS after 1997

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

Lessons for Thailand

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

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

Recommendations:

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

บทที่ 2

ภาพรวมระบบสุขภาพก่อน NHS ถึงปัจจุบัน

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

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

ยุคก่อนอุตสาหกรรม (Pre-industrial)

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

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

ในต้นศตวรรษที่ 19 การแพทย์เริ่มมีการปฏิบัติกันมากขึ้นในโรงพยาบาล มีการเปลี่ยนแปลงจากระบบคลินิกส่วนตัวสู่โรงพยาบาลมากขึ้น จากระบบเอกชนสู่ระบบที่รัฐเป็นผู้ให้บริการมากขึ้น จากที่ไม่มีการควบคุมเลขหรือต่างคนต่างทำสู่ระบบที่แพทย์เป็นผู้นำและเริ่มผูกขาดมากขึ้น

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

คนยากจนกลับไปทำงานโดยเร็วและมีค่าใช้จ่ายทางบริการสุขภาพถูกที่สุด จึงได้มีการจัดตั้งสถานซึ่งคล้ายๆ โรงพยาบาล เรียกว่า Nursing Home ไว้ดูแลคนยากจนซึ่งมักจะเป็นผู้ใช้แรงงานที่ป่วยเพื่อให้เขาหายเร็วและเสียเงินน้อยที่สุด

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

แต่ยังมีคนกลุ่มหนึ่งซึ่งรวยเกินกว่าจะใช้บริการของโรงพยาบาลการกุศล แต่ขณะเดียวกันก็จนหรือหิวกินกว่าที่จะใช้บริการระบบเอกชน คนเหล่านี้จึงมีความยากลำบากในการแสวงหาการบริการทางการแพทย์ ในขณะนั้นนอกจากโรงพยาบาลแล้ว ก็เริ่มมีแพทย์ซึ่งทำงานอย่างเป็นอิสระและเรียกตัวเองว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GPs) คนชั้นกลางเหล่านี้จึงหันไปใช้บริการกับ GPs และคนชั้นกลางเหล่านี้ได้มีการก่อตั้งสโมสรรวมกลุ่มกันเพื่อต่อรองกับ GPs และมีการต่อรองให้เหมารายเป็นรายหัวคล้ายระบบประกัน แต่เนื่องจากการจ่ายเงินน้อยและการต่อรองตัณญามีการกดดัน GPs มาก จึงทำให้คุณภาพนั้นไม่ค่อยดี ในช่วงปลายศตวรรษที่ 19 นั้น การแพทย์มีการพัฒนาให้เจริญมากขึ้น เริ่มค่อยๆ แยกจากระบบศาสนาหรือโบสถ์ และเป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น

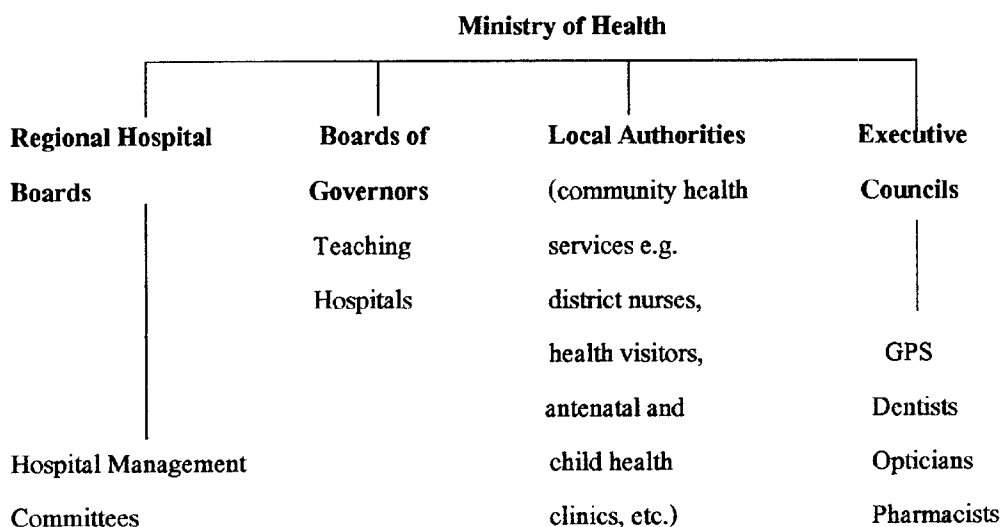
ปี ค.ศ. 1911 รัฐบาลนำโดยนาย Lloyd George ได้ออกกฎหมายที่ชื่อว่า *National Insurance Act* โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้บริการทางสุขภาพกับชนชั้นกรรมาชีพ ของประเทศ แต่กฎหมายนี้ครอบคลุมประชากรเพียงบางส่วน และไม่ครอบคลุมบุตรหรือภรรยาของผู้ใช้แรงงานเหล่านี้ โดยตอนนี้ก็เริ่มพบว่าระบบสุขภาพในประเทศอังกฤษเป็นระบบที่ต่างคนต่างทำกระจาย รัฐนั้นมีสวัสดิการโดยใช้ระบบประกันให้กับคนผู้ใช้แรงงานและคนยากจน แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ส่วนคนชั้นกลางหรือคนรวยก็ใช้ระบบเอกชน นอกจากนั้นแล้วยังมีโรงพยาบาลการกุศล รวมทั้งโรงพยาบาลของเทศบาลท้องถิ่น (Local Authorities) ซึ่งกระจายกันไปทั่วประเทศ

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

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

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

Structure of NHS 1948-74 (Ranade 1997)



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

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

NHS ในทศวรรษที่ 1950s และ 1960s

ในทศวรรษที่ 1950s NHS มีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ถึงแม้ว่าจะมีการปรับปรุงในบางส่วนก็ตาม ความต้องการบริการที่เพิ่มมากขึ้นก็ได้รับการตอบสนองโดยการเพิ่มการบริการไปเรื่อยๆ และ NHS ได้ตอบสนองโดยใช้กลไกสองอย่างคือ

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

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

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

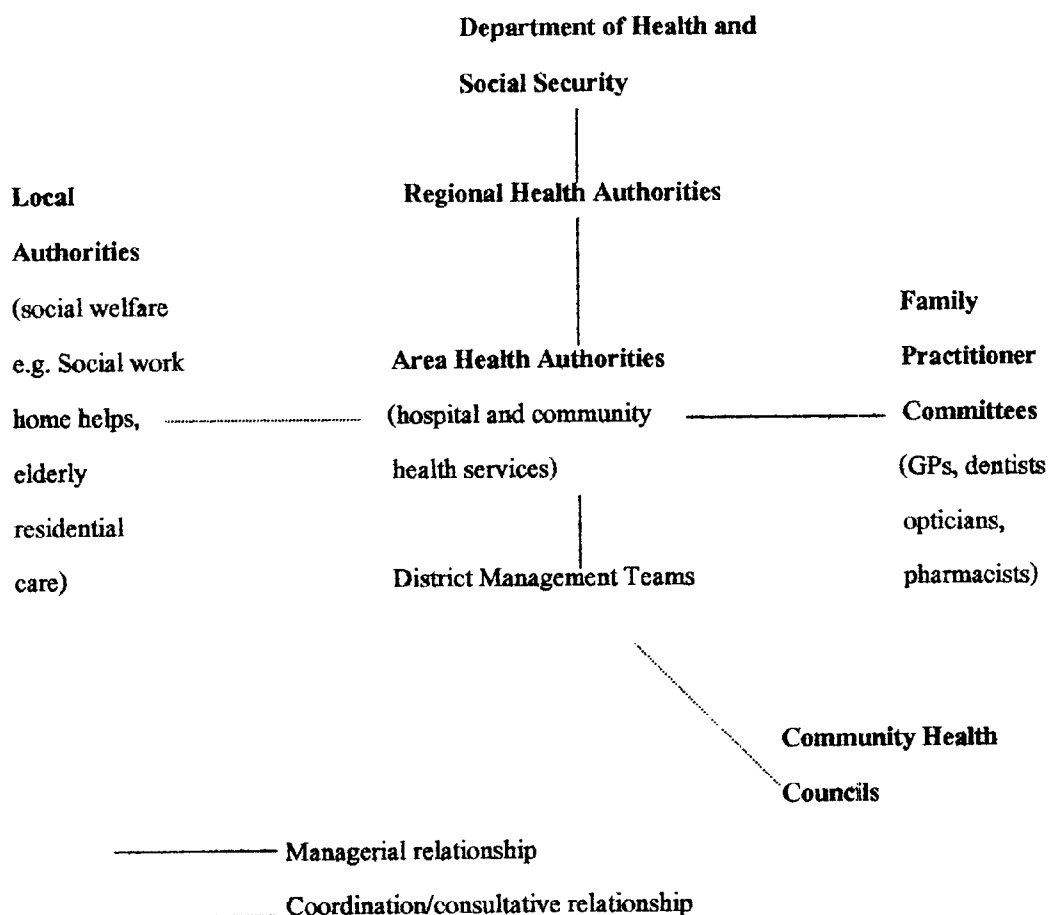
ดังนั้นในทศวรรษที่ 1960s จึงเป็นทศวรรษของการอภิปรายถกเถียงกันว่า ทำอย่างไรจึงจะให้ NHS บูรณาการหน่วยต่างๆ เข้ากันเป็นรูปเป็นร่างที่ชัดเจน (Rivett 1998)

Structural Reform 1974 (Ranade 1997)

ปี ค.ศ. 1974 รัฐบาลออกกฎหมายปฏิรูป NHS ให้จัดตั้ง Regional Health Authority (RHA) 14 หน่วย ซึ่งมีหน้าที่วางแผนการเงินและนำ Area Health Authority ซึ่งมี 90 หน่วยซึ่งอยู่ภายใต้ RHA องค์กรที่อยู่ภายใต้การกำกับของ Area Health Authority คือ Family Practitioner Committees (FPC) ซึ่งมีหน้าที่บริหารจัดการ GPs, ทันตแพทย์, เภสัชกร และนักดัดแว่น (Opticians) และสิ่งที่ตั้งขึ้นมาในโครงสร้างใหม่ก็คือ ให้โอน Local Community Health Care Services จากเทศบาลท้องถิ่น (Local Government) มาสู่ NHS

ภายใต้ Area Health Authority ก็มี District Management Team (DMT) และยังมีอีกองค์กรหนึ่งที่ชื่อว่า Community Health Councils ซึ่งเป็นองค์กรที่ตั้งขึ้นมาเพื่อเป็นเวทีให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการบริหารจัดการ NHS อย่างไรก็ตามบทบาทของ Community Health Councils น้อยมากและไม่โดดเด่น การวางแผนอย่างมีกลยุทธ์ (Strategic Planning) ถือเป็นหัวใจสำคัญในการปฏิรูปในปี ค.ศ. 1974

Structure of NHS 1974-82 (Ranade 1997)



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

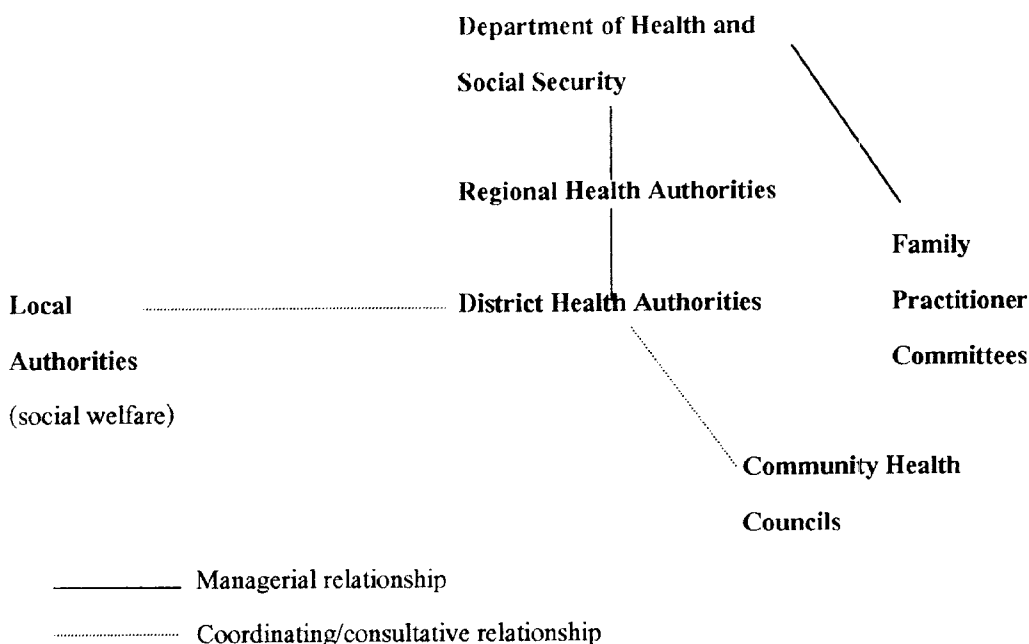
อย่างไรก็ตาม NHS ยังไม่ประสบความสำเร็จ เพราะเมื่อระดับของ NHS ที่สูงกว่ามีการคิดวางแผนแต่ระดับล่างก็ไม่อยากถูกควบคุม เช่นเมื่อ Area Health Authority วางแผนก็มักจะถูกท้าทายโดย District Management Teams หรือ FPCs ในทำนองเดียวกันก็มีความขัดแย้งระหว่าง Regional Health Authority กับ Area Health Authority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

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

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

NHS แบบเก่าเปรียบเสมือนหน่วยงานหน่วยหนึ่งซึ่งมีบุคคลหลายๆ อาชีพมาร่วมมือร่วมกันทำงาน แต่ไม่มีโครงสร้างการบริหารงานที่สามารถควบคุมได้อย่างชัดเจน หรืออีกนัยหนึ่งคือไม่มีกลยุทธ์ที่คืบหน้า การบริหารงานจึงไม่เกิดผลลัพธ์ที่ดี นี่เป็นเป้าหมายอันแรกเมื่อนางแทตเชอร์เข้ามาจัดการปฏิรูป NHS (Allsop 1998)

Structure of NHS 1982-90 (Ranade 1997)



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

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

จนกระทั่งปี ค.ศ. 1988 นางมาร์กาเร็ต แทตเชอร์ (Margaret Thatcher) นายกรัฐมนตรีอังกฤษในสมัยนั้นได้ประกาศว่าจะให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างถอนรากถอนโคน และเป็นที่มาที่สำคัญของเอกสารนโยบาย *White Paper 1989: Working for Patients* (DOH 1989) ที่เสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอย่างที่ไม่เคยมีปรากฏในประเทศอังกฤษเลย และออกเป็นกฎหมาย *National Health Service and Community Care Act 1990* (Parliament 1990) สาระสำคัญจะได้กล่าวในบทที่ 5 ต่อไป

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

รายละเอียดของสภาพปัญหา ความจำเป็นและบริบทต่างๆ ที่ผลักดันให้เกิดการปฏิรูปในช่วงต่างๆ ตั้งแต่ก่อน NHS จนถึงปัจจุบันนั้น จะได้กล่าวโดยละเอียดต่อไปในบทที่ 3 ต่อไป

บทที่ 3

สภาพปัญหา ความจำเป็น และ แรงผลักดันให้เกิดการปฏิรูป

ก่อนที่จะเข้าใจสภาพปัญหาและการเปลี่ยนแปลง เราจะต้องเข้าใจหลักการพื้นฐานของ NHS เสียก่อน

หลักการของ NHS

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

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

โดยที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GPs) มีคนไข้ ขณะที่แพทย์ในโรงพยาบาลมีเตียง ในประวัติศาสตร์ของระบบสุขภาพในประเทศอังกฤษมีความขัดแย้งกันมานานระหว่าง GPs กับแพทย์ในโรงพยาบาลตั้งแต่ก่อนเริ่มก่อตั้ง NHS

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

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

3. NHS ดำเนินงานและได้งบประมาณจากภาษีทั่วไปของราษฎร (General Taxation)

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

- ก. การใช้เงินภาษีทั่วไปในการสนับสนุน NHS มีประสิทธิภาพมากกว่า ระบบอื่นๆ ค่าใช้จ่ายในการจัดเก็บภาษีทั่วไปคิดเป็นประมาณ 2% ของภาษีที่เก็บได้ทั้งหมด

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

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

4. NHS เป็นระบบที่ครอบคลุมการบริการทางสุขภาพอย่างครบถ้วนและเสมอภาค (Comprehensive and Equitable)

การบริการสุขภาพครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การรักษาโรคและการฟื้นฟู จริงอยู่ถึงแม้ว่าจะอ้างว่าครอบคลุมครบถ้วน แต่รัฐบาลไม่ได้ออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมดในบริการบางอย่างเช่นโรคฟัน โรคทางสายตา การตัดผม

5. NHS เปิดให้กับทุกคนที่อยู่ในประเทศอังกฤษมีสิทธิมาใช้บริการ

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

6. รัฐบาลเป็นเจ้าของ NHS ทั้งหมด

ดังนั้นรัฐบาลเป็นผู้บริหารเอง ออกนโยบายเอง และ คุมเอง

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

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

ประวัติศาสตร์ของ NHS ตั้งแต่เริ่มก่อตั้งจนถึงปัจจุบัน จะพบว่านโยบายของรัฐบาลที่สลับเปลี่ยนไปเป็นเรื่องของการขัดแย้งระหว่างการรวมอำนาจหรือการกระจายอำนาจ

2. NHS นั้นก่อตั้งขึ้นมาบนความขัดแย้งที่สำคัญที่สุดก็คือ รัฐบาลกับแพทย์ รัฐบาลเป็นผู้ที่ออกเงิน ในขณะที่เดียวกันแพทย์เป็นผู้ให้บริการและถือว่าตนเองมีความรู้ความสามารถและจะต้องมีความอิสระทางวิชาชีพ ในประวัติศาสตร์แพทย์มักจะไม่อยากเข้าไปเกี่ยวข้องกับการบริหารการเงิน ดังนั้นจึงมีความขัดแย้งซึ่งเห็นได้ชัดว่าทางรัฐต้องการควบคุมนโยบายทางการเงิน ปริมาณเงินและการใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนแพทย์มักจะอ้างว่ารัฐมีหน้าที่หาเงิน คนมีหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ให้ดีที่สุด แพทย์ส่วนใหญ่จะไม่ค่อยคำนึงถึงประสิทธิภาพการครองชีพ ประสิทธิภาพการใช้เงิน การคุ้มครอง โดยถือว่าสิ่งเหล่านี้ไม่เกี่ยวข้องกับผู้คน ขณะเดียวกัน แพทย์ในฐานะบุคลากรที่ต้องการรายได้ ต้องการมีเวชปฏิบัติส่วนตัว ดังนั้นเมื่อเริ่มก่อตั้ง NHS ความขัดแย้งก็เกิดขึ้นมาตลอด และแพทย์มีอำนาจค่อนข้างมากในการตัดสินใจใน NHS

เมื่อเราเข้าใจปัญหาหลักสองประการคือ ความขัดแย้งระหว่างการรวมอำนาจกับการกระจายอำนาจ และความขัดแย้งระหว่างรัฐบาลกับแพทย์ เราก็จะเข้าใจสภาพความเปลี่ยนแปลงของ NHS ในแต่ละช่วงตลอดมาจนกระทั่งถึงปัจจุบัน (Klein 1998)

สภาพปัญหา และความจำเป็น

เงินสนับสนุนไม่เพียงพอ (Underfunding)

เพียงเวลาไม่กี่ปีหลังจากเริ่มก่อตั้ง NHS นั้น รัฐบาลเริ่มตระหนักคือว่า ความถลำเรื้อรังของ NHS ได้กลายเป็นศัตรูของตัวมันเอง (Rivett 1998) เมื่อรัฐได้ให้สัญญาว่าจะให้บริการสุขภาพฟรี ณ จุดให้บริการกับทุกๆ คนโดยไม่คำนึงถึงฐานะ แต่ตอบสนองตามความจำเป็นทางสุขภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นคือเงินที่จะใช้ในการสนับสนุนการให้บริการเช่นนี้เริ่มปรากฏให้เห็นว่าไม่เพียงพอ ประกอบกับเมื่อกาลเวลาผ่านไป การแพทย์เจริญขึ้นโดยเฉพาะตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เป็นต้นมา มีเทคโนโลยีใหม่ๆ เช่น CT Scan และเทคโนโลยีทางการแพทย์อื่นๆ ที่เกิดขึ้นมีราคาที่สูง และความต้องการของประชาชนมีมากขึ้น รัฐบาลในสมัยต่างๆ ไม่สามารถที่จะจัดหาเงินมาให้เพียงพอในการที่จะให้บริการตามที่ได้สัญญาไว้ ระบบการคอย (Waiting List) นั้นได้เกิดขึ้นมาพร้อมกับ NHS มีการกล่าวหากันในทุกสมัยว่า รัฐบาลไม่สนับสนุนการเงินอย่างเพียงพอกับ NHS

เมื่อรัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมนำโดยนางมาร์กาเร็ต แทตเชอร์ เข้ามาครองอำนาจตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 เป็นต้นมา ข้อกล่าวหาที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และเป็นจุดเริ่มต้นนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพในที่สุด

มีการกล่าวหากันว่า NHS ไม่ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพออย่างน้อยประมาณ 2,000 ล้านปอนด์ต่อปี ทั้งๆ ที่ทุกปีรัฐบาลใช้เงินเพิ่มประมาณ 2 % ถึงแม้ขณะนี้คือทศวรรษที่ 1990s เรื่องการให้เงินสนับสนุนไม่เพียงพอก็ยังเป็นประเด็นใหญ่ถึงแม้จะไม่รุนแรงเท่าในทศวรรษ

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

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

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

ความไม่พอใจในบริการ (Health Service Discontent)

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

สิ่งที่คนไม่พอใจอีกเรื่องหนึ่งคือ ความไม่เสมอภาคของการให้บริการ หลักการหนึ่งของ NHS เมื่อเริ่มก่อตั้งคือ การกระจายการให้บริการทางสาธารณสุขอย่างเสมอภาคให้กับชนทุกชั้น

ทุกวาระ แต่ในที่สุดก็มิได้เป็นเช่นนั้น ยังมีบางเขตที่มีความไม่เสมอภาคเกิดขึ้นในการให้บริการ มีการกระจุกตัวของแพทย์ที่เชี่ยวชาญในเมืองใหญ่ๆ และมีความแตกต่างระหว่างสถานะทางสุขภาพของคนร่ำรวยกับคนยากจนอย่างมาก คนร่ำรวยมีสุขภาพที่ดีและมีอายุยืนนานกว่า

เรื่องอื้อฉาวในสื่อสารมวลชน (Media Scandals)

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

จนกระทั่งถึงจุดที่ราชวิทยาลัยทางการแพทย์ถึง 3 ราชวิทยาลัยได้ร่วมกันเสนอและประณาม NHS ว่าอยู่ในฐานะที่จะล้มละลายอยู่แล้ว ซึ่งเป็นเสมือนฟางเส้นสุดท้ายที่ทำให้รัฐบาลของนางมาร์กาเรต แทตเชอร์ ได้ประกาศการปฏิรูป NHS ขนาดใหญ่

การบริหารจัดการใน NHS ที่ไร้ประสิทธิภาพ

รัฐบาลของนางมาร์กาเรต แทตเชอร์ มีความเชื่อว่า สถาบันของรัฐ หรือระบบราชการเป็นระบบที่ไร้ประสิทธิภาพ มีความอืดอาดยืดเยื้อมาก รัฐบาลของนางคิดว่าถ้าจะให้รัฐบาลที่ดี การบริหารจัดการจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปใช้รูปแบบของเอกชนหรือเหมือนธุรกิจมากขึ้น โดยมุ่งหวังที่จะเพิ่มประสิทธิภาพ (Allsop 1998)

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

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

แรงผลักดันให้เกิดการปฏิรูป

การตัดสินใจเพื่อเปลี่ยนแปลงปฏิรูป

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

สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้เกิดการประกาศนโยบายนี้เนื่องจากการผสมผสานระหว่างแรงกดดันทางการเมืองและความเชื่อทางการเมือง โดยเริ่มต้นมาจากการกล่าวหาทางการเมืองว่ารัฐบาลให้เงินสนับสนุน NHS น้อย และเป็นข่าวอยู่ตลอดเวลา

ในปลายฤดูใบไม้ผลิ ค.ศ. 1987 สื่อสารมวลชนของประเทศอังกฤษก็เสนอแต่ข่าวการปิดโรงพยาบาล การปิดหอดูผู้ป่วย ความไม่พอใจของแพทย์ และปัญหาทางการเงินที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก

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

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

การตัดสินใจที่จะหลีกเลี่ยงการปฏิรูปแบบปฏิวัติ (Revolutionary Reform)

คณะกรรมการมุ่งที่จะแก้ปัญหาทางการเงินและตั้งใจว่าจะไม่เปลี่ยนแปลงโครงสร้าง NHS มากนัก แต่ขณะเดียวกันนางแทตเชอร์ได้ประกาศว่า NHS ยังคงยึดหลักการเดิมคือจะให้บริการสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงฐานะ และการดำเนินงานของ NHS จะได้รับการสนับสนุนโดยภาษีประชาชนวิธีอื่นๆ ในการให้เงินสนับสนุน NHS ได้รับการพิจารณาโดยคณะกรรมการทบทวน NHS แต่ในที่สุดก็ถูกคัดออกไปเนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายในการที่จะดำเนินการเช่นนั้น (Robinson 1994)

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

อิทธิพลที่มีต่อคณะทำงานทบทวน NHS

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

บทบาทของ Enthoven และ Menard

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

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

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

Griffiths Report

จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น เมื่อรัฐบาลอนุรักษนิยมได้เข้ามาบริหารอำนาจ สิ่งหนึ่งที่รัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมของนางแทตเชอร์ได้ทำ จนกระทั่งเกิดคำพูดที่เรียกว่า “Thatcherite Policy” คือการปฏิรูปองค์กรของรัฐต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการขายให้เอกชน (Privatization) หรือเปิดให้เอกชนประมูลทำในธุรกิจหลายอย่างที่รัฐเคยทำมาก่อน รัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมเห็นชอบในการใช้การบริหารงานในรูปแบบของธุรกิจเข้ามาประยุกต์ในระบอบของรัฐ ในกรณีของ NHS รัฐบาลได้

ตั้ง Sir Roy Griffiths ซึ่งเป็นกรรมการผู้จัดการใหญ่ของ Sainsbury ซึ่งเป็น supermarket chain ที่ใหญ่แห่งหนึ่งเป็นที่ปรึกษา

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

รายงานของ Sir Roy Griffiths นั้นมีเพียง 24 หน้า แต่มีคำพูดที่เป็นอมตะหลายอย่างใน Griffiths Report เช่น ในตอนหนึ่งในรายงานได้กล่าวว่า “ถ้าฟลอเรนซ์ ในดิงเกิล ได้ถือตะเกียงของเธอมาดูในทางเดินของโรงพยาบาลของ NHS ในปัจจุบันนี้ เธอคงจะต้องพยายามมองหาว่าใครเป็นคนรับผิดชอบ NHS กันแน่” Griffiths ได้เสนอว่า “NHS มีแต่คำสั่ง (Directives) แต่ไม่มีทิศทาง (Direction)” (Ham 1999) นั่นคือมีแต่งงานจากเบื้องบนแต่ไม่มีการนำ ไม่มีใครรับผิดชอบต่อ NHS ทุกคนบ่นความรับผิดชอบต่อหมดเพราะถือว่าเป็นของส่วนรวม การบริหารซึ่งไม่มีสิ่งเรียกว่าผู้รับผิดชอบสูงสุด ไม่มีลำดับของการบริหารที่ชัดเจน ไม่มีประสิทธิภาพ

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

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

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

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

และที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากันเลยคือ เมื่อต้องการที่จะให้บริการฟรีที่ครอบคลุมและเสมอภาค ปัญหาใหญ่คือปัญหาทางเศรษฐศาสตร์ของการจัดการ การให้เงินสนับสนุนจะเป็นอย่างไร สถานการณ์ทางความก้าวหน้าทางการแพทย์ซึ่งเป็นไปอย่างรวดเร็ว การที่มีประชากรที่มีผู้สูงอายุ ซึ่งต้องได้รับการบริการทางสุขภาพมากขึ้น การที่ประชากรมีความคาดหวังมากขึ้น ปัญหาเหล่านี้ถูกกระพือด้วยระบบสื่อสารที่รวดเร็วทันสมัย

รัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมเชื่อในเรื่องของความเป็นอิสระของบุคคล คือบุคคลมีสิทธิที่จะเลือกและจะต้องรับผิดชอบในส่วนค่าใช้จ่ายของตน ในขณะที่รัฐบาลพรรคแรงงานเชื่อว่าสวัสดิการของรัฐนั้นน่าจะเป็นคำตอบ ทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดพลวัตรของการปฏิรูปซึ่งไม่สามารถแยกเรื่องใดเรื่องหนึ่งออกมาเป็นเรื่องเด่นได้เลย

ในบทที่ 4 ต่อไปจะได้กล่าวถึงบริบทต่างๆ เช่น สภาพทางเศรษฐกิจและการเมืองในช่วงปี ค.ศ. 1979–1989 ซึ่งถือว่าเป็นระยะเวลาสิบปีก่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ 1990 ที่สำคัญที่สุดตั้งแต่มีการก่อตั้ง NHS เลย์ที่เดียว

บทที่ 4

บริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

1. บริบททางเศรษฐกิจ

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

สิ่งที่สำคัญในบริบททางเศรษฐกิจคือ พื้นฐานความเชื่อของรัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมที่ว่านโยบายทางเศรษฐกิจและความอยู่รอดทางเศรษฐกิจของประเทศนั้นสำคัญเหนือสิ่งอื่นใด ถ้าปราศจากเศรษฐกิจที่ดีของชาติแล้ว ก็อย่าหวังว่าด้านอื่นๆ จะดีได้

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

2. บริบททางการเมือง

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

หลังจากชนะการเลือกตั้งในปี ค.ศ. 1979 รัฐบาลพรรคอนุรักษนิยมได้เข้ามามีการบริหารประเทศ และบริหารแผ่นดินติดต่อกันเรื่อยมาจนถึงปี ค.ศ. 1997 นับเป็นเวลาถึง 19 ปี ซึ่งถือเป็น การครองอำนาจที่ยาวนานเพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับที่สำคัญในด้านต่างๆ

ทางด้านการเมืองนโยบายของพรรคอนุรักษนิยมซึ่งถือว่าเป็นฝ่ายขวา โดยเฉพาะเมื่อนาง แทตเชอร์เข้ามามีการบริหารประเทศ เธอมีความเชื่อในเรื่องดังต่อไปนี้ (Allsop 1998)

หลักการที่ 1 รัฐบาลต้องการที่จะลดค่าใช้จ่ายทางภาครัฐ โดยต้องการลดการ สนับสนุนองค์กรของรัฐในการดำเนินงานกิจกรรมสาธารณะ

หลักการที่ 2 การบริหารงานของภาคเอกชนมีประสิทธิภาพมาก และควรจะนำ มาใช้ในองค์กรของภาครัฐ

หลักการที่ 3 ต้องลดอำนาจชนชั้นวิชาชีพ (Professions) ซึ่งมีอำนาจเบ็ดเสร็จ มากเกินไป การที่แพทย์มีอำนาจมากเกินไปใน NHS นี้จะเป็นผลเสียต่อประชาชน

หลักการที่ 4 รัฐบาลเชื่อว่าจะต้องสนับสนุนให้ประชากรช่วยเหลือตัวเองได้ และจะต้องเป็นภาระของรัฐให้น้อยที่สุด มีการถ่ายเทภาระของรัฐไปสู่ประชาชนมากขึ้น ในภาครัฐมีการสนับสนุนให้มีการประกันสุขภาพส่วนตัว มีการเพิ่มค่าของ NHS โดย ถือว่ารัฐมีหน้าที่ช่วยสนับสนุนให้ประชาชนมีงานมีรายได้มากขึ้น โดยพึ่งตัวเองให้มากขึ้น และพึ่งรัฐให้น้อยลง

หลักการที่ 5 รัฐบาลเชื่อว่าจะต้องสนับสนุนให้เกิดการแข่งขันกันโดยเฉพาะใน ด้านผู้ให้บริการสุขภาพ

ตอนนี้เราจะมาดูว่า การปฏิรูปการบริการสาธารณสุขในปี ค.ศ. 1990 เกิดขึ้นได้อย่างไร เมื่อรัฐบาลอนุรักษนิยมเข้ามามีอำนาจนั้นเริ่มแรกทีเดียวนักการเมืองของพรรคอนุรักษนิยมได้นำเอา นักธุรกิจที่ประสบความสำเร็จมาเป็นที่ปรึกษาของรัฐบาลว่า ทำอย่างไรจึงจะบริหารองค์กรของรัฐ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

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

ข้อเสนอของนักธุรกิจเหล่านี้ได้รับการตอบสนองโดยทันทีอย่างรวดเร็วโดยรัฐบาล มีการ เพิ่มตำแหน่งของนักบริหารมากขึ้น รัฐบาลเริ่มทำตามนโยบายโดยการเก็บค่ายาเพิ่มขึ้นตามลำดับ มีการเปิดให้มีการแข่งขันและเปิดประมูลการบริการต่างๆ ในองค์กรของรัฐ ใน NHS มีการประมูล งานที่ไม่เกี่ยวข้องกับทางด้านการรักษาออกไป เช่นการประมูลการซักผ้า การทำอาหาร และกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาโดยตรง งานทำความสะอาดได้ถูกเอกชนประมูลออกไป มากขึ้นเรื่อยๆ

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

เมื่อนางมาร์กาเร็ต แทตเชอร์ได้ออกรายการพาโนรามา (Panorama) ของสถานีโทรทัศน์บีบีซีในเดือนมกราคม ค.ศ. 1988 ขณะนั้นเองเมื่อถูกกดดันโดยผู้สัมภาษณ์ นางแทตเชอร์ได้ประกาศในรายการทีวีว่า รัฐบาลจะตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างถอนรากถอนโคน การประกาศของนางนั้นไม่ได้เป็นที่รับทราบกันมาก่อนในคณะรัฐมนตรี และสร้างความตกใจให้กับนักการเมืองอนุรักษนิยมด้วย แต่เมื่อนางแทตเชอร์ได้ประกาศไปเช่นนั้น จึงได้มีการตั้งคณะกรรมการขึ้นมาเพื่อทบทวนและดำเนินการปฏิรูประบบสุขภาพ (Klein 1998)

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

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

ในตอนแรกคนส่วนใหญ่เชื่อกันว่าคณะกรรมการที่ทำหน้าที่ปฏิรูประบบสุขภาพนั้นคงจะเสนอทางเลือกที่จะหาทางเพิ่มหรือปรับปรุงการให้เงินสนับสนุน NHS แต่ในขณะนั้นมีการพูดกันในคณะรัฐมนตรีถึงเรื่องการให้เงินสนับสนุน เช่นมีการเสนอว่าน่าจะมีการเปลี่ยนแผนจากการให้เงินสนับสนุนโดยใช้ภาษีเป็นหลักไปสู่ระบบประกันสุขภาพ แต่แผนนี้ได้ถูกล้มเลิกไป นางแทตเชอร์ได้เตือนถึงผลเสียทางการเมืองถ้าจะใช้ระบบนี้ขึ้นมา แผนการจึงเปลี่ยนไปเป็นการปฏิรูปควรจะเน้นการปรับปรุงเรื่องประสิทธิภาพจะดีกว่ามุ่งเน้นเรื่องการให้เงินสนับสนุน NHS ในที่สุดจึงได้สรุปว่าระบบที่ใช้การเก็บภาษีเพื่อให้ได้เงินสนับสนุน NHS นั้นยังเป็นระบบที่ดีในการควบคุมการใช้จ่ายและรัฐยังประหยัดอยู่ (Robinson 1994)

ในที่สุดคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพชุดนี้ได้เสนอความคิดเกี่ยวกับระบบตลาดภายใน (Internal Market) เพื่อให้เกิดการแข่งขันที่มีการควบคุม (Managed Competition) เป็นกลยุทธหลักที่จะก่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพครั้งยิ่งใหญ่

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

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

ความคิดทางด้านระบบการตลาดภายใน เป็นหัวใจของการปฏิรูป NHS 1990 คือมีการแบ่งระบบสุขภาพเป็นผู้ซื้อและผู้ให้บริการ ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไปในบทสาระสำคัญของการปฏิรูป

3. บริบทการปฏิรูประบบสุขภาพของนานาชาติ

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

ในการบริการสุขภาพทั่วโลกนั้น ไม่ว่าจะเป็นประเทศใด มักจะเป็นระบบที่ผสมผสานกันระหว่างการให้บริการของรัฐและเอกชนในบทบาทที่แตกต่างกันไป เมื่อเราพิจารณาถึงระบบสุขภาพ สิ่งที่สำคัญที่จะต้องพิจารณาคือ (Holliday 1995)

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

กลไกการให้เงินสนับสนุนนั้นแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

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

ไม่มีระบบสุขภาพของประเทศใดใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอย่างเดียว ถึงแม้ว่าระบบสุขภาพของประเทศอังกฤษนั้นเกือบจะใกล้เคียงกับรูปแบบที่ 1 มากที่สุด และระบบของประเทศสหรัฐอเมริกานั้นใกล้เคียงกับรูปแบบที่ 2 มากที่สุด

เมื่อพิจารณาถึงข้อกล่าวหาที่กล่าวหา NHS เรื่องให้เงินสนับสนุนไม่เพียงพอ (Underfunding) ในขณะที่ในประเทศอื่นเช่น สหรัฐอเมริกามีการพูดถึงเรื่องการใช้จ่ายเงินเพื่อสุขภาพมากเกินไป (Overfunding) ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของสหรัฐอเมริกานั้นสูงถึง 16 % ของ GDP แต่ในสหราชอาณาจักรใช้ประมาณ 6.8 % ของ GDP เมื่อเปรียบเทียบถึงผลที่ได้จากการใช้เงิน ไม่ว่าจะใช้มาตรการทางสุขภาพใดๆ เช่น Infant & Peri-mortality , Life Expectancy พบว่าประเทศอังกฤษก็จัดอยู่ในเกณฑ์ที่ดีทีเดียว แต่ถ้าถามคนอังกฤษว่าพอใจบริการของ NHS หรือไม่ จากการสำรวจทัศนคติ กลับพบว่าคนอังกฤษมีระดับความไม่พอใจเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ยังคงถ่วงอยู่ในใจของคนอังกฤษคือ NHS ควรเป็นแบบรัฐสนับสนุนเต็มรูปแบบ (State-funded) ตลอดไป

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

การปฏิรูปทั่วโลกจึงพบว่ามีหลายอย่างที่เหมือนกัน ในด้านของเงินสนับสนุนทั่วโลกต่างก็พยายามที่จะควบคุมค่าใช้จ่าย ในด้านของการให้บริการก็ใช้ระบบการตลาด โดยให้ความหลากหลายและตอบสนองต่อผู้ให้บริการ และให้ผู้ให้บริการมีสิทธิเลือกบริการมากขึ้น

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

4. บริบททางข้อมูลประชากรศาสตร์

จำนวนประชากรผู้สูงอายุมีมากขึ้น ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพมากขึ้น มีความต้องการการบริการทางสุขภาพสูงขึ้น ประชากรมีความรู้มากขึ้นเนื่องจากสื่อสารมวลชนและอยู่ในยุคของสารสนเทศจึงมีการติดต่อข้อมูลถึงกันอย่างรวดเร็ว

บทที่ 5

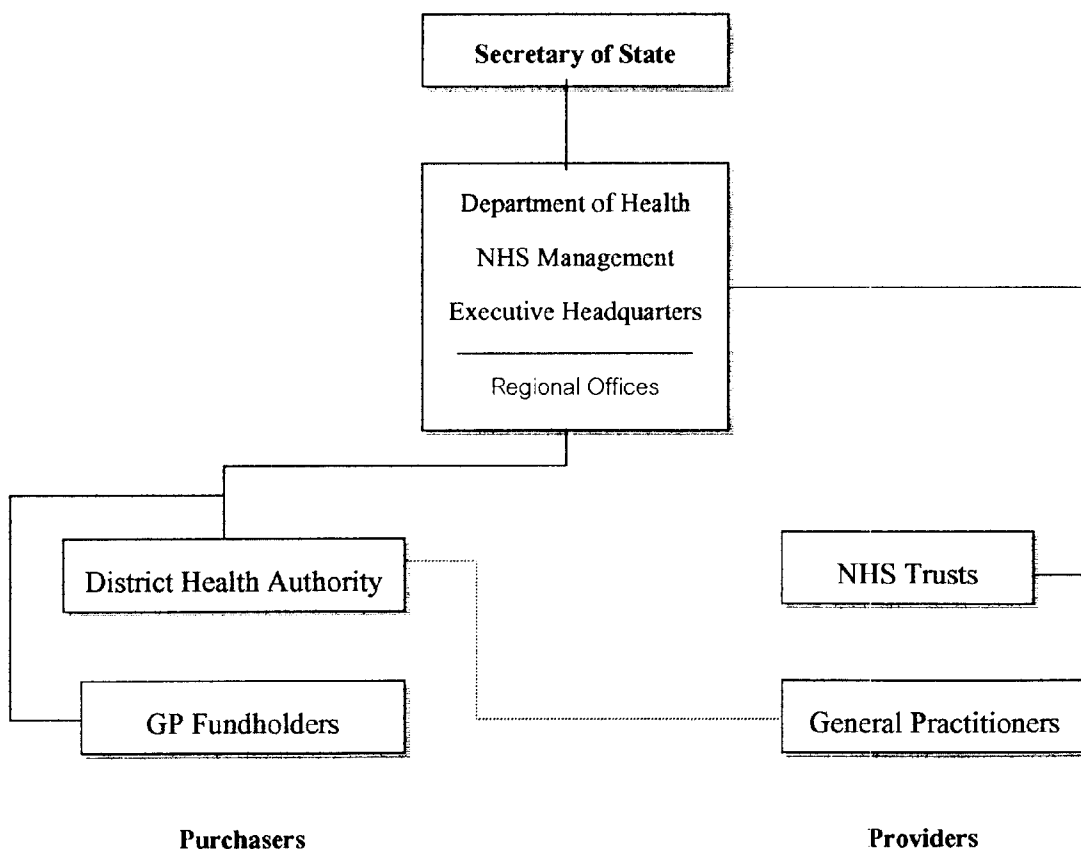
สาระสำคัญของการปฏิรูป NHS ในปี ค.ศ. 1990

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

Working for Patients (DOH 1997) มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญสองประการคือ

1. ต้องการให้ผู้ป่วยไม่ว่าจะอยู่ที่ใดในประเทศอังกฤษได้รับการบริการสุขภาพที่ดีขึ้น และมีทางเลือกมากขึ้น
2. ทำให้บุคลากรที่ทำงานใน NHS สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นในท้องถิ่นนั้น ทำงานได้อย่างมีความสุขมากที่สุด

New Structure of the NHS from 1991 (Ranade 1997)



สาระสำคัญของการปฏิรูปคือ

1. การกระจายอำนาจมาสู่การตัดสินใจในระดับท้องถิ่น

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

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

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

ผู้ซื้อบริการ (Purchaser) มี 3 พวกคือ

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

และผู้ให้บริการ (Provider) ก็มี 3 พวกคือ

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

สิ่งที่เชื่อมโยงระหว่าง ผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการคือสัญญา (contract)

GP Fundholders

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

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

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

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

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

โดยเริ่มต้น Fundholding สามารถซื้อบริการที่เป็นมาตรฐานและยังไม่แพงได้ รัฐบาลควบคุมโดยการให้มี

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

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

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

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

NHS Trust

NHS Trust เป็นโรงพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรอิสระและขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อจะได้มีอิสระในการบริหารงานและตัดสินใจในการทำธุรกรรมต่างๆ โดยไม่ขึ้นตรงต่อ District Health Authority และทำหน้าที่ให้บริการ โรงพยาบาลหรือ Secondary Care Unit ที่พร้อมและสามารถแสดงหลักฐานว่าสามารถบริหารทางการเงินได้ดีในปัจจุบันและอนาคต ก็สามารถที่จะเลือกเป็นอิสระจาก Health Authority และขึ้นตรงต่อรัฐมนตรีสาธารณสุข นี่ไม่ใช่การยกโรงพยาบาลให้เอกชนทำ (Privatization) แต่ยังคงเป็นของรัฐบาลอยู่ดี แต่ให้เป็นองค์กรอิสระที่สามารถควบคุมทรัพย์สินของตนเองได้ ในขณะที่เดียวกันโรงพยาบาลก็สามารถเลือกกลับ

เข้าไปอยู่ภายใต้การควบคุมของ Health Authority เมื่อไม่พอใจที่จะอยู่เป็น Trust แต่จนถึงปัจจุบันนี้ก็ยังไม่มีใครทำเช่นนั้น

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

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

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

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

District Health Authority

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

สัญญา (Contract)

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

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

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

บทบาทของ NHS Executive

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

NHS ประมาณ 2 ฉบับต่อสัปดาห์ ตัวอย่างเช่นมิจคหมายเวียนขอให้ GPs ทุ่มงบประมาณให้กับบางเรื่องมากขึ้น อย่างไรก็ตามเนื่องจาก GPs ก็ยังมีอำนาจโดยเฉพาะ GP ที่เป็น Fundholders และหากเป็น GPs ที่ค่อนข้างแข็งแกร่งก็อาจจะไม่ทำตามได้ สิ่งที่รัฐบาลจะทำได้คือ การกำหนดวิธีและประเภทของการใช้เงินให้จำกัดและเฉพาะเจาะจงมากขึ้น ดังนั้นการแบ่งแยกเป็นหน่วยย่อยในการปฏิบัติงานระหว่างหน่วยต่างกับ NHS Executive เป็นสิ่งที่น่าท้าทายเป็นอย่างยิ่ง (Spurgeon 1998)

The New NHS after 1997

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

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

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

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

สาระสำคัญของ *The New NHS*

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

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

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

The New NHS ได้สร้างกลยุทธ์ต่างๆ 5 ทางเพื่อให้แน่ใจว่าการบริการทางสุขภาพมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า คือ (Harrison 1998)

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

บทที่ 6

กระบวนการ ยุทธศาสตร์ และเครื่องมือของการปฏิรูป

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

ผู้เขียนได้ทำการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์ผู้ที่มีบทบาทในการปฏิรูป NHS ที่ประเทศอังกฤษ และมีข้อสรุปดังต่อไปนี้:

1. กระบวนการเปลี่ยนแปลง

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

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

2. ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการปฏิรูปครั้งนี้คือ

2.1 กระจายอำนาจให้ระดับปฏิบัติเป็นอิสระ

มีการกระจายอำนาจให้ระดับปฏิบัติเป็นอิสระมากขึ้น มีขั้นตอนน้อยลง ให้มีการตั้ง NHS Trust มีการตั้ง GP Fundholding ให้ District Health Authority จัดการในฐานะผู้ซื้อบริการให้ประชาชน ในขณะที่ตัวกันรัฐมนตรีก็มีหน้าที่ที่จะต้องอธิบายต่อรัฐสภา และรัฐสภาต่อประชาชน จึงมีขบวนการสร้างเส้นทางของการบริหารจัดการ (Line of Management Command and Control) เพื่อให้มีสายงานซึ่งถึงแม้ว่าจะมีการกระจายอำนาจก็ยังมียโยบายจากส่วนกลาง (Centralized Policy) โดยรัฐมนตรีและรัฐบาลได้ด้วย ดังนั้นรัฐบาลได้จัดเส้นทางของการบริหารจัดการขึ้นมาใหม่ที่ชัดเจน โดยยึดหลักว่า Centralized Policy แต่ Local Delivery (Ranade 1997)

2.2 การสร้างการแข่งขันขึ้นภายใน

รัฐบาลได้สร้างการแข่งขันขึ้นภายใน เพื่อที่จะลดอำนาจการผูกขาดของคนใดคนหนึ่ง และเพื่อให้ผู้ซื้อและผู้รับบริการ ไม่ต้องอยู่ในคนหรือองค์กรเดียวกัน รัฐบาลเชื่อว่าการแข่งขันจะทำให้คุณภาพดีขึ้น แต่การแข่งขันนั้นจะต้องไม่ใช่การแข่งขันแบบ Supermarket คือลดต้นทุนราคาทุกอย่างเต็มที่ แต่เป็น Internal Market ซึ่งมีการควบคุม

2.3 การจัดระบบเงินสนับสนุนใหม่

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

2.4 การคิดต้นทุนทรัพย์สินของ NHS

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

2.5 การปฏิรูปการบริหารในระดับต่างๆ

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

2.6 การลดอำนาจแพทย์

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

2.7 เสริมสร้างความแข็งแกร่งของ Primary Care ให้มากขึ้น

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

3. เครื่องมือที่ใช้ในการปฏิรูป

เครื่องมือที่รัฐบาลอังกฤษใช้ในการปฏิรูปให้เกิดขึ้น คือ การประกาศแผนนโยบาย (White Paper) และตามด้วยการออกกฎหมาย

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

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

กฎหมายนี้แบ่งเป็น 5 ส่วน

ส่วนแรก เป็นเรื่องของ NHS ในอังกฤษและเวลส์ โดยที่กฎหมาย

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

ส่วนที่สอง เป็นเรื่องของ NHS ในสกอตแลนด์ ซึ่งก็คล้ายกับส่วนแรก

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

ส่วนที่สี่ เป็นเรื่องของบริการชุมชนในสกอตแลนด์

ส่วนที่ห้า เป็นเรื่องเบ็ดเตล็ด เช่น กฎกระทรวง การอุทธรณ์ ภาษี ฯลฯ

กล่าวโดยสรุปคือ ในการปฏิรูประบบสุขภาพ 1990 เริ่มต้นโดยแรงกดดันของประชาชนที่มีต่อรัฐบาล รัฐบาลใช้การเมืองให้เกิดประโยชน์ และในที่สุดก็ใช้กฎหมายเพื่อที่จะบังคับใช้ให้เกิดผล

บทที่ 7

บทวิเคราะห์และบทเรียนสำหรับประเทศไทย

เราสามารถกล่าวโดยสรุปได้ว่า การปฏิรูประบบสุขภาพนั้นมีหัวข้อหลัก 2 เรื่อง (Holliday 1995) คือ

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

1. การเงินที่ใช้ในการสนับสนุนระบบสุขภาพ (Health Care Funding)

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

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

1. รัฐให้เงินสนับสนุน NHS ด้วยเงินภาษีทั่วไป

NHS ใช้ระบบนี้อยู่โดยเกิดประโยชน์มากมาย เช่น ต้นทุนในการเก็บภาษีทั่วไปต่ำ และถูก กระทรวงการคลังสามารถควบคุมงบประมาณการใช้จ่ายเงินเกี่ยวกับสุขภาพได้ โดยมีให้มีการใช้จ่ายเงินทางด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นจนมากเกินไป ดังเช่นที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา รวมทั้งการที่รัฐบาลเป็นศูนย์กลางในการจัดงบประมาณ จึงสามารถก่อให้เกิดความขัดข้องในการโยกย้ายงบประมาณและจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่จะต้องทำได้ นอกจากนี้กระทรวงการคลังยังสามารถหาเงินฉุกเฉินมาช่วยได้เมื่อจำเป็น แต่ถ้าจำเป็นอย่างยิ่งแล้วก็สามารถหาเงินด้วยการเพิ่มภาษีทั่วไปได้ และถือว่าเป็นความยุติธรรมในสังคมด้วย

กระนั้นก็ตามในระบบนี้ก็มีข้อด้อยบางประการคือ

1. รัฐไม่ค่อยตอบสนองต่อข้อเรียกร้องของสังคมมากนัก เพราะรัฐถือว่าปัญหาของระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาหลายอย่างของประเทศ มีปัญหาที่สำคัญกว่าเช่นปัญหาทางเศรษฐกิจ จะได้รับการจัดให้ความสำคัญก่อนอยู่ดี
2. การที่รัฐให้สวัสดิการทำให้ประชาชนมีข้อจำกัดในการเลือกกระบวนสุขภาพ

ถึงแม้ว่าเมื่อเปรียบเทียบแล้วจะเห็นว่าผลประโยชน์มีมากกว่า แต่เราก็อาจคิดว่าข้อดีของทั้งสองข้อนี้ไม่สำคัญ โดยเฉพาะในข้อแรกที่ NHS มักถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าไม่ค่อยตอบสนองต่อสังคม เนื่องจากรัฐบาลให้ความสำคัญกับด้านอื่นมากกว่า

2. ระบบระบบภาษีสุขภาพ (Health Tax)

วิธีนี้เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่นอกเหนือจากวิธีภาษีทั่วไป วิธีนี้เกิดขึ้นโดยรัฐบาลเก็บภาษีแยกเฉพาะสำหรับสุขภาพและระบุชัดเจนว่าภาษีส่วนนี้จัดเก็บเพื่อระบบสุขภาพ แทนที่กระทรวงการคลังจะเป็นผู้จัดสรรงบประมาณประจำปีโดยไม่ทราบว่า NHS จะได้เท่าไร วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้การแบ่งออกมาอย่างชัดเจนตั้งแต่ต้น วิธีนี้มีประโยชน์คือ ประชาชนได้รู้และไม่บ่น รัฐบาลจะได้อธิบายและวางแผนเกี่ยวกับภาษีสุขภาพและการใช้จ่ายทางด้านสุขภาพได้ดีขึ้นกว่าเดิม และเป็นวิธีที่เป็นประชาธิปไตยคือประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้นในการกำหนดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ แต่ข้อเสียของวิธีนี้คือความยืดหยุ่นในการโยกย้ายงบประมาณมีน้อย และค่าใช้จ่ายอาจจะถูกใช้ในส่วนที่ไม่จำเป็นโดยใช้เนื่องจากไปตามกระแสสังคมได้ ยังมีปัญหาอื่นๆ ที่ยังมีอยู่จากการใช้วิธีนี้คือ

1. ปัญหาทางด้านภาคปฏิบัติและการเมือง

ไม่มีรัฐบาลใดจะปล่อยให้คนดูแลการควบคุมงบประมาณ โดยเฉพาะงบประมาณก้อนใหญ่ ถ้าใช้วิธีนี้กระทรวงการคลังจะไม่มีอำนาจในการจัดสรรเงินเลย

2. มีความไม่แน่นอน

การทำเช่นนี้จะทำให้การให้เงินสนับสนุนระบบสุขภาพไม่แน่นอน ขึ้นๆ ลงๆ มากเกินไป คือในช่วงที่เศรษฐกิจดีอาจจะจัดเก็บภาษีได้มาก ในช่วงที่เศรษฐกิจตกต่ำอาจจัดเก็บได้น้อยลง แต่มีผู้คัดค้านว่า ถ้าเป็นกรณีนั้นรัฐบาลก็ควรอธิบายให้ประชาชนฟัง และเพิ่มภาษีสุขภาพให้มากขึ้น แต่รัฐบาลในยุคนั้นคงไม่เป็นที่นิยมของประชาชน

มีผู้เสนอว่าระบบนี้จะเป็นระบบในการให้เงินสนับสนุน NHS ที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับระบบเก่า เพราะนอกจากจะตอบสนองต่อประชาชนและเป็นประชาธิปไตยมากกว่า

3. ระบบประกันสังคม (Social Insurance)

ระบบนี้คล้ายๆ กับระบบภาษีสุขภาพ และเป็นระบบที่ใช้กันมากในทวีปยุโรป ถึงแม้ว่าระบบนี้จะคล้ายๆ กับระบบภาษีสุขภาพ แต่ก็มีแตกต่างระหว่างระบบการเก็บภาษีกับระบบประกันสังคม การใช้ภาษีเป็นการยืนยันว่าทุกคนมีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพ โดยหลักการของความเป็นประชาชน (Citizenship) และไม่ได้คำนึงถึงว่าทุกคนจะต้องจ่าย ในขณะที่ระบบประกันนั้นจะผูกพันเกี่ยวข้องกับระหว่างผู้จ่ายกับผู้มีสิทธิได้รับประกันสุขภาพ

ภาพ และระบบประกันจะคำนึงถึงความเสี่ยงด้วย รัฐบาลอังกฤษไม่นิยมระบบประกัน เพราะหลักการในการก่อตั้ง NHS ตั้งแต่ต้นคือ จะต้องเป็นระบบสุขภาพที่ทุกคนมีสิทธิได้รับบริการ

4. ระบบประกันสุขภาพโดยเอกชน

ระบบนี้เป็นระบบที่ใช้กันมากในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีบริการต่างๆที่แตกต่างกันไปแต่ละบริษัทประกัน แต่สิ่งที่ปัญหาที่สุดในระบบประกันโดยภาคเอกชนคือ เรื่องของศีลธรรม ประเทศสหรัฐอเมริกาใช้ระบบนี้ ถึงแม้ว่ารัฐบาลอเมริกาจะเข้ามาสนับสนุนระบบประกันที่จัดทำโดยภาครัฐก็ตาม แต่ชาวอเมริกันประมาณ 35 ล้านคนก็ยังไม่มีการประกันสุขภาพอยู่ดี ในประเทศอังกฤษมีความเชื่อกันว่ารัฐบาลโดยเฉพาะในสังคมที่พัฒนาแล้ว จะต้องไม่ยอมให้ประชาชนแม้แต่คนเดียวหลุดรอดจากการไม่มีการประกันสุขภาพได้เลย ฉะนั้นถือว่าประชาชนไม่มีสิทธิเลือกในเรื่องนี้คือทุกคนจะต้องได้รับการครอบคลุมในเรื่องของสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพส่วนบุคคลหรือเอกชนมีปัญหาใหญ่คือ เรื่องของค่าใช้จ่าย จากการที่ระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกามีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมากเนื่องจากระบบประกันแบบเอกชนนั่นเอง สาเหตุคือมีการเชื่อมโยงระหว่างผลประโยชน์ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ นั่นคือมีแรงจูงใจให้รักษา (Incentive to treat) พบว่าในระบบของสหรัฐอเมริกา นั้นแพทย์มีความอยากที่จะรักษาเนื่องจากแพทย์จะได้รับการจ่ายเงินเมื่อมีการให้บริการเกิดขึ้น นั่นคือถ้าให้การรักษายิ่งมากเท่าไรก็จะได้รับเงินมากขึ้นเท่านั้น ฉะนั้นรัฐบาลอังกฤษถือว่าการใช้ระบบนี้เป็นวิธีการที่ไม่ถูกต้องในการที่จะจัดการบริหารระบบสุขภาพ อังกฤษไม่เคยเปลี่ยนแปลงนโยบายนี้เลยไม่ว่าจะเป็นรัฐบาลของพรรคแรงงานหรือรัฐบาลของพรรคนิยม แม้ว่าระบบประกันเอกชนจะช่วยให้ประชากรมีทางเลือกมากขึ้นก็ตาม

เป้าหมายทางสุขภาพ (Health Target) (Harrison 1998)

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

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

4. ลดอัตราการฆ่าตัวตายลง 15 % ภายในปี ค.ศ. 2000
5. ลดการตายจากอุบัติเหตุลง 33 % ในผู้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี และลดลง 25 % ในผู้ที่อายุ 15 – 25 ปี ภายในปี ค.ศ. 2005 และอื่นๆ อีก

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

2. การบริการ

ถ้าเราดูจากวิวัฒนาการจะพอสรุปได้ว่า การบริหารจัดการเริ่มต้นจากบริหารแบบไร้ทิศทาง มาสู่การบริหารที่มียุทธศาสตร์มากขึ้น และในที่สุดก็นำไปสู่การใช้ระบบการตลาดที่มีการแข่งขันกันอย่างมีการจัดการ (Managed Competition) เมื่อรัฐบาลแรงงานได้เข้ามามีอำนาจตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 คำขอดีมนิยมคือ “คุณภาพ”

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

อีกรูปแบบหนึ่งคือระบบอู่ซ่อมรถ โดยอาศัยความเชื่อที่ว่าร่างกายของคนเราเปรียบเสมือนรถ เมื่อร่างกายเสียหรือต้องการซ่อมแซมก็พาไปที่อู่รถ ซึ่งอู่ซ่อมรถก็ควรจะมีการแข่งขันกัน โรงพยาบาลก็ควรทำหน้าที่เหมือนอู่ซ่อมรถ มีการแข่งขันกัน ไม่ต้องคำนึงถึงด้านจิตใจมากนักเพราะร่างกายก็คือเครื่องยนต์กลไก

ในที่สุดเราจะพบว่าทั้งสองแบบมีข้อดีและข้อเสียของตัวเอง การที่แพทย์ถือว่าตนเองรู้ดีที่สุดแล้วสั่งการหรือปฏิบัติต่อผู้รับบริการเสมือนหนึ่งว่าเขาไม่ควรมีความเสี่ยง เพราะแพทย์รู้ดีกว่าใครๆ สิ่งนี้มักจะก่อให้เกิดปฏิกิริยา ทำให้ระบบสุขภาพต้องหันไปหาระบบ “อู่ซ่อมรถ” มากขึ้น ฉะนั้นเราจึงควรใช้ทั้งสองระบบร่วมกันให้มีคุณภาพอย่างดี

ผลของการปฏิรูป

ในการที่เราจะประเมินวิเคราะห์ว่า การปฏิรูปได้ผลหรือไม่ ในที่นี้จะขอพิจารณาโดยใช้บริบทของการปฏิรูป 1990 เป็นหลัก เนื่องจากการปฏิรูปครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด

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

1. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ว่าจะอยู่ที่ใดของประเทศได้รับการบริการสุขภาพที่ดีและมีทางเลือกในการบริการมากขึ้น

2. เพื่อให้พนักงานที่ทำงานอยู่ใน NHS นั้นมีความพึงพอใจมากขึ้น และสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นในท้องถิ่นได้อย่างประสบความสำเร็จ

กล่าวโดยสรุปคือ ทั้งผู้บริหารและผู้ให้บริการจะต้องได้ประโยชน์จากการปฏิรูปครั้งนี้

(Klein 1998)

จากข้อมูลที่มีจนถึงปัจจุบัน เราจะวิเคราะห์ว่าการปฏิรูปครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่

1. ในด้านของผู้ป่วย

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

การเลือกแต่ของดี (Skimming)

Skimming คือการตัดเอาของที่อยู่ที่ผิวหน้าออกไป ในความหมายทางการตลาดหมายถึง ผู้ซื้อบริการสุขภาพจะเลือกผู้ป่วยใช้ที่มีสุขภาพค่อนข้างดี และมีค่าใช้จ่ายน้อยเพื่อจะได้ประหยัดและเหลือเงิน ดังเช่นที่เกิดขึ้นในกรณีของ GP Fundholders เนื่องจากจะได้ไม่ต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากนัก และในกรณีที่มีการจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation Fee) วิธีแก้ปัญหานี้คือ

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

การจำกัดจำเขี่ย (Skimping)

Skimping คือ การที่ผู้ซื้อและผู้ให้บริการมีการตกลงกันว่าจะลดค่าใช้จ่ายของการรักษา โดยการประหยัดการรักษาหรือให้การรักษาที่ไม่เต็มที่ สิ่งนี้เป็นปัญหาอย่างมากในระบบการตลาดของระบบสุขภาพ เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะรู้ว่าการรักษาที่ได้นั้นดีหรือไม่ อย่างไรก็ตามมีผู้ถกเถียงว่าในระบบการตลาดซึ่งมีการแข่งขันกันเพื่อชิงลูกค้าจะช่วยป้องกันปัญหานี้ได้ส่วนหนึ่ง แต่ก็ยังมีผู้คัดค้านในอีกแง่หนึ่งว่า ในกรณีที่มีการแข่งขันกันเกิดขึ้นจริงๆ แล้วผู้ให้บริการรวมหัวกัน คนที่จะต้องรับกรรมคือผู้ซื้อบริการ

ปัญหา Skimping จะมีผลอย่างมากต่อผู้ให้บริการที่ขาดทุน ผู้ซื้อโอกาสทางสังคมและไม่เรียกร้องมากนัก มันจะบั่นทอนรากฐานและหลักการที่สำคัญของ NHS คือความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในการบริการสุขภาพ วิธีการหนึ่งที่ใช้ในการแก้ปัญหา Skimping คือ การตรวจสอบ

ทางการแพทย์ (Medical Audit) และการประกาศให้ผู้ป่วยรู้จักสิทธิของตนเองและมีข้อมูลเกี่ยวกับการรักษามากขึ้น

การแบ่งสรรปันส่วน (Rationing)

Rationing คือการแบ่งสรรปันส่วนทรัพยากรเพื่อประชาชนในประเทศนั้น เมื่อเงินมีจำกัด การเรียกร้องสูง ความต้องการสูง ความจำเป็นสูง สิ่งที่จะทำได้คือจะต้องมีระบบการคิดเกี่ยวกับลำดับความสำคัญของการบริการ เช่นควรจะรักษาคณสูงอายุหรือเด็กก่อน โรคมะเร็งมีลำดับความจำเป็นในการรักษาก่อนพื้นฐานก่อน (Core Service) การทำศัลยกรรมตกแต่ง (Plastic Surgery) การลดความอ้วน ควรจะครอบคลุมด้วยหรือไม่ ระบบบัญชีหลักแห่งชาติก็อยู่ในส่วนหนึ่งของการแบ่งสรรปันส่วน (Rationing) เช่นเดียวกัน

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

ในอังกฤษมีการฟ้องร้องถึงชั้นศาลเป็นกรณีตัวอย่างแล้วคือ กรณีที่ศาลตัดสินว่า Health Authority ของ Cambridge and Huntingdon Health Commission กระทำถูกแล้วที่ปฏิเสธการรักษาเด็กผู้หญิงอายุ 10 ปีซึ่งกำลังจะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia) เนื่องจากเด็กคนนี้มีโอกาสรอดเพียง 2 % เท่านั้น กรณีนี้ได้ก่อให้เกิดการถกเถียงกันอย่างมากกว่า การแบ่งสรรปันส่วนนั้นควรจะคิดอย่างไร ในที่สุดก็ยังไม่มีความคืบหน้า

ฉะนั้นจึงถือได้ว่าการปฏิรูป NHS ค.ศ. 1990 ไม่บรรลุวัตถุประสงค์แรกที่ผู้ป่วยจะได้รับการบริการสุขภาพที่ดีและมีทางเลือกในการบริการมากขึ้น Professor Klein (Klein 1998) สรุปว่าการปฏิรูปก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผิวเผิน เช่นโรงพยาบาลสวยขึ้น สถานที่รอคอยของคนไข้ดีขึ้น พนักงานต้อนรับพูดสุภาพมากขึ้น แต่แพทย์จะให้บริการดีขึ้นอย่างไรก็ยังไม่สามารถตรวจสอบได้จริง

2. ในด้านพนักงาน NHS มีความสุขมากขึ้นกับการทำงานจริงหรือ

ข้อมูลที่มีสำรวจพบว่าไม่เป็นความจริง ในทางตรงกันข้าม แพทย์มีการต่อต้านมากขึ้น ส่วนพนักงานสายอื่นก็มีกำลังใจน้อยลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมามีเป็นระลอก โดยพวกเขาไม่ได้รู้สึกว่าจะได้รับประโยชน์อะไร นอกจากต้องมียานการกรอกบันทึกข้อมูล มีกระดาษมากขึ้น หลายคนถึงกับกล่าวว่า NHS ยุคนี้ทำงานกับกระดาษมากกว่าผู้ป่วย (Rivett 1998)

บทเรียนสำหรับประเทศไทย

นักวิชาการหลายท่านในประเทศอังกฤษกล่าวว่า การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นโรคระบาดที่ระบาดอยู่ในโลกของเราในปัจจุบัน ประเทศไทยของเราก็หนีไม่พ้นการติดเชื้อโรคระบาดอันนี้ ทั้งนี้มีใ้หมายความว่า การปฏิรูปไม่ดี แต่การที่ผู้รู้กล่าวเช่นนี้เราควรมาพิจารณาว่า เราได้รับบทเรียนอะไรจากประวัติศาสตร์ของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศอังกฤษบ้าง ขอสรุปเป็นข้อดังต่อไปนี้ :

1. การปฏิรูปคงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากสถานการณ์ต่างๆ รอบด้านผลักดันให้เกิดการปฏิรูปขึ้นเองโดยธรรมชาติ โดยอาศัยการเคลื่อนไหวกลไกต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคม
2. การปฏิรูปเกิดขึ้นได้เร็วถ้าใช้การเมืองนำ แล้วออกกฎหมายตาม
3. ประวัติศาสตร์อันยาวนานของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศอังกฤษชี้ให้เห็นว่าการปฏิรูปมิได้ทำให้ทุกอย่างดีขึ้นอย่างที่คาดหวัง แต่ล้มของอย่างยุติธรรม มันก็ไม่ได้ทำให้ทุกอย่างเลวลง
4. สิ่งที่น่าสนใจคือ ทำไมประเทศอังกฤษจึงใช้ระบบภาษีทั่วไปในการสนับสนุนระบบสุขภาพ นโยบายนี้ได้รับการสนับสนุนโดยทั้งรัฐบาลซึ่งมีความคิดแบบระบบทุนนิยม เช่น พรรคอนุรักษ์นิยม และรัฐบาลที่มีความคิดเรื่องรัฐสวัสดิการ คือ พรรคแรงงาน แม้กระทั่งจนถึงปัจจุบันนี้ในการปฏิรูปทุกครั้งไม่มีความคิดเห็นนอกเหนืออื่นจากการใช้ระบบภาษีรวมทั่วไปในการสนับสนุนระบบสุขภาพ ทั้งๆ ที่ประเทศอังกฤษอยู่ในยุโรป ซึ่งประเทศในยุโรปส่วนใหญ่จะใช้ระบบประกันสังคม จึงเกิดคำถามที่น่าสนใจว่า ระบบภาษีรวมนั้นน่าจะมีข้อดีในการทำให้ระบบสุขภาพของอังกฤษมีประสิทธิภาพ ผล ทำไมระบบภาษีจึงไม่เป็นที่นิยมในประเทศที่พัฒนาแล้วในยุโรป และประเด็นเหล่านี้จะนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยอย่างไร เช่น โครงสร้างฐานภาษี ภาษีทางตรงและทางอ้อมซึ่งต้องได้รับการปฏิรูปเช่นกัน รวมทั้งความเสมอภาคของการรับภาระทางสังคม

บทที่ 8

บทสรุป

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศอังกฤษล่าสุดอาศัยกลยุทธ์สองประการคือ

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

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

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

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

บทที่ 9

ข้อเสนอแนะ

1. ให้มีการศึกษาประวัติศาสตร์การปฏิรูปสุขภาพอย่างละเอียด

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทย เรามักจะมีความเชื่อว่าการปฏิรูปคือการทำให้ระบบที่เป็นอยู่นั้นดีขึ้นในด้านต่างๆ และมักจะพูดว่าจะต้องทำให้เห็นองค์รวมทั้งหมด แต่เมื่อทำจริงๆ แล้วมักจะเป็นการเสนอแนะที่ไปไม่ถึงรากเหง้าของปัญหา เนื่องจากไม่ได้ศึกษาประวัติศาสตร์ให้ถ่องแท้

จากรายงานนี้จะเห็นว่า การปฏิรูประบบสุขภาพของอังกฤษในรอบ 50 ปีที่ผ่านมา เป็นการแก้ปัญหาที่มีจุดตั้งต้นมาตั้งแต่เริ่มก่อตั้ง NHS เลย และระบบสุขภาพของไทยในปัจจุบันดูเหมือนว่าจะไม่แตกต่างจากระบบสุขภาพของอังกฤษในยุคก่อน NHS เท่าไรนัก

2. ลดอำนาจแพทย์ให้ได้

โดยให้มิชชันการตรวจสอบแพทย์ที่เข้มแข็งขึ้น ทั้งนี้มีใช้หมายความว่า จะต้องมีการส่งเสริมให้มีการฟ้องร้องแพทย์กันมากขึ้น แต่จะต้องสร้างกลไกที่บุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ตั้งแต่ประชาชนมีส่วนร่วมด้วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพอย่างแท้จริง

3. จะต้องให้การเมืองและการเงินกำกับการปฏิรูปให้เป็นธรรม

คงจะเห็นได้ว่าจากประวัติศาสตร์การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศอังกฤษ และเท่าที่ได้สอบถามผู้เชี่ยวชาญกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูป พบว่าในการที่จะให้เกิดการปฏิรูปสำเร็จจะต้องอาศัยการเมืองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ถึงแม้ว่าการเมืองของไทยจะไม่มั่นคง แต่ก็สำคัญและมีแนวโน้มพัฒนาไปสู่ความมั่นคงมากขึ้นจากผลของการปฏิรูปการเมืองและกระแสโลก

การเงินก็มีส่วนกำกับงานให้เกิดประสิทธิภาพและความสำเร็วนั้นก็ยังเป็นสิ่งที่จำเป็น เราจะต้องไม่ลืมว่าแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพไม่ใช่เป็นนักบุญทุกท่าน ฉะนั้นการใช้ระบบธุรกิจที่เป็นธรรมเป็นส่วนสำคัญในขบวนการของการปฏิรูป

4. ผลักดันให้ออกกฎหมายปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติให้สำเร็จ

โดยการปลูกจิตนึกเรื่องการปฏิรูปสุขภาพให้เกิดเป็นวาระแห่งชาติ และผลักดันให้มีการพูดถึงและมีการวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับเรื่องนี้ จนกระทั่งให้กลายเป็นกฎหมายให้สำเร็จให้ได้

5. สนับสนุนการศึกษาวิจัยเรื่องระบบการเงินการคลังของระบบสุขภาพให้ลึกซึ้ง

จะต้องมีการคิดกันอย่างถี่ถ้วนว่าเราจะหาเงินมาสนับสนุนให้มีการประกันสุขภาพกันอย่างไร หรือจะใช้ระบบภาษี หรือระบบผสมตามที่ได้กล่าวไว้อย่างสังเขปในรายงานข้างต้น

เรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญและควรสนับสนุนให้มีการวิจัยอย่างลึกซึ้งในเรื่องนี้ต่อไป สาเหตุที่เรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญมากกว่าเรื่องอื่นเนื่องจากประเทศไทยยังยากจนอยู่ ในการปฏิรูปใดๆ เรา

มักจะพูดถึงการใช้ระบบการจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการพูดถึงในแง่ของการบริการเสียเป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้จะมีการพูดถึงถึงเรื่องการจัดการทางการเงินก็ตาม

แต่ต้องยอมรับว่างบประมาณที่ใช้จ่ายทางด้านสุขภาพของประเทศไทยนั้นน้อยมาก ประชาชนจำนวนมากยังไม่ได้รับการครอบคลุมหรือได้รับการประกันทางสุขภาพ อย่างไม่เพียงพอ อันที่จริงไม่ควรจะมีประชาชนคนใดในประเทศต้องเกิดความรู้สึกเดือดร้อนหรือหยิบยืมเงินทอง หรือเป็นหนี้เป็นสินเมื่อประสบกับปัญหาทางสุขภาพ

6. ผู้เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปจะต้องทำให้ได้อย่างที่พูด

ที่สำคัญที่สุดจะต้องมีการกระตุ้น โดยทั่วไปแล้วเราคงจะมีการพูดอภิปราย การประชุม และเมื่อหลังประชุมอภิปรายมักจะไม่เกิดผลตามมา เนื่องจากผู้พูด ผู้อภิปราย ผู้ประชุม มักจะเป็นผู้ที่ไม่มีความสนใจในการตัดสินใจ หรือถ้ามีความสนใจก็ไม่กล้าที่จะตัดสินใจ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องผลักดันให้ผู้ที่มีความสนใจในการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายมีการกระทำอย่างกล้าหาญเด็ดเดี่ยว จึงจะทำให้การปฏิรูปนั้นเกิดผล

สรุป

การที่เราจะเน้นแต่เรื่องการปฏิรูประบบบริหารจัดการตามแนวทางของตะวันตกอย่างเดียว นั้น เปรียบเสมือนการนำเอาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคอ้วนมารักษาคนผอม นั่นคือ ในต่างประเทศเขาเริ่มต้นที่งบประมาณตั้งต้นและค่าใช้จ่ายที่มากกว่าเรามากนัก กระนั้นก็ตามเขาก็ยังมีปัญหาเรื่องการเงินของระบบสุขภาพ สำหรับประเทศไทยยิ่งแล้วใหญ่ เราจะต้องเรียงลำดับความสำคัญของการปฏิรูปให้ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ประเวศ วะสี (2539) การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สวรรศ

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541) ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน