

# เรียนรู้ดูงานระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษ สู่... การพัฒนาในประเทศไทย (ตอนที่ 2)

นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ

Primary Care Component Manager, Thai-European Health Care Reform Project

ผู้เชี่ยวชาญ สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในฉบับที่แล้วเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการและโครงสร้างเพื่อการบริหารจัดการของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศอังกฤษ ในฉบับนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับการจัดบริการและคุณภาพบริการ

## 1. บริการปฐมภูมิ (Primary care)

บริการปฐมภูมิในที่นี้หมายถึง บริการทั้งหมดที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ NHS (National Health Service-NHS) หรือระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ

### 1.1 เวชปฏิบัติทั่วไป (GP Practices)

ประเทศอังกฤษมีประชากรประมาณ 50 ล้านคน มีบุคลากรที่ทำงานอยู่ใน GP Practices ในลักษณะของเอกชน (มีฐานของการเป็นผู้ให้บริการและสถานบริการที่เป็นเอกชน) ที่เป็นคู่สัญญากับรัฐ ในปี 2005 ประกอบด้วย

- แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioners) 35,302 คน
- พยาบาล (Practice nurses) 22,904 คน
- บุคลากรอื่นๆ (Other practice staff) อีก 89,190 คน ประกอบด้วย practice managers, receptionists, IT support and notes summarizers, physiotherapists, podiatrists, counselors, phlebotomists and health care assistants

GP practices มีฐานของการเป็นคลินิกเอกชน เดิมแพทย์เท่านั้นเป็นผู้ทำสัญญากับรัฐและเป็นผู้จ้างบุคลากรต่างๆ รวมทั้งอาจเป็นผู้ลงทุนสร้างตัวอาคารที่ใช้เป็นสถานที่ให้บริการด้วยตนเอง แต่ในปัจจุบันการทำสัญญาเป็นไปในลักษณะเครือข่าย ในลักษณะของรัฐทำสัญญากับเครือข่ายของ แพทย์-พยาบาล-และ Practice manager ทั้งนี้ในเครือข่ายนั้นอย่างน้อยต้องมีแพทย์ร่วมอยู่ด้วย

นอกจากนี้ รัฐบาลยังส่งเสริมให้ PCTs สร้างตัวอาคาร (Health centers) ที่มีขนาดเหมาะสม ในการทำให้บุคลากร เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ มาอยู่ภายในตัวอาคารเดียวกัน เช่น GP practices (แพทย์, Practice nurses, และบุคลากรอื่นๆ) พยาบาลชุมชน (Districts nurses, Midwives, Health visitors) ทันตแพทย์ เกล็ดขกร X-ray เครื่องมือการตรวจทางหัวใจ เครื่องมือการตรวจทางตา เป็นต้น โดยเรียกตัวอาคารที่มีคุณสมบัติในลักษณะนี้ว่า One-stop health centres ซึ่งคาดว่าจะในปี 2008 นี้จะมีประมาณ 750 แห่ง

ยิ่งไปกว่านั้นรัฐบาลยังมีแผนที่จะให้ PCTs ทำสัญญากับภาคเอกชน (บริษัทเอกชน เช่น Tesco, Boots ซึ่งมีกิจการอื่นประมูลเข้ามาแล้ว) ในลักษณะที่ต้องการเพิ่มการแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการปฐมภูมิด้วยกัน โดยคาดหวังให้ภาคเอกชนนี้เข้ามาช่วยบริหารผู้ให้บริการปฐมภูมิทั้งหมด ครอบคลุมประชากรประมาณ 2-3 หมื่นคน (หวังเพิ่มประสิทธิภาพ) โดยเรียกคู่สัญญาของรัฐในลักษณะนี้ว่า Practice-Based-Commissioning แต่การทำให้มีคู่สัญญาแบบนี้ นี้ ยังคงมีกระแสของการต่อต้านจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เนื่องจากเกรงว่าจะบั่นทอนความสัมพันธ์ที่มีพัฒนาการมายาวนานระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป กับผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปที่อยู่ในชุมชน

บริการที่ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีที่เป็นกรณีนัด (ไม่ฉุกเฉิน) จะพบแพทย์ไม่เกิน 48 ชั่วโมง และพยาบาลเวชปฏิบัติไม่เกิน 24 ชั่วโมง หลังจากที่มีการนัด โดยในช่วง 8.30-11.30 และ

15.00-18.00 เป็นการให้บริการในสถานบริการ ในช่วงเวลา  
11.30-15.00 เป็นการเยี่ยมบ้านหรือให้บริการที่บ้าน และในช่วง  
18.00-08.30 เป็นการให้บริการนอกเวลา (Out of Hour)

#### การให้บริการนอกเวลา (Out of Hour: OOH)

การให้บริการนอกเวลา ในช่วงเวลา 18.00 น. ถึง 08.30  
ของวันถัดไป ผู้รับบริการหรือญาติสามารถเจรจา เพื่อขอให้แพทย์ไป  
ให้บริการที่บ้านตามความจำเป็น ซึ่ง NHS เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย  
โดยมีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบตามพื้นที่ของแต่ละ Practice แพทย์ที่  
อยู่ใน Practice เดียวกันจะหมุนเวียนเพื่อสลับกันอยู่เวร ถ้า  
Practice ใดมีแพทย์คนเดียว แพทย์คนนั้นต้องอยู่เวรทุกวัน

ต่อมาได้มีการจัดระบบการรับจ้างอยู่เวร ซึ่งมีพัฒนาการจน  
กระทั่งมีการรวมตัวกันอย่างเป็นทางการ ผู้ที่เป็นผู้รับจ้างอยู่เวร  
ส่วนใหญ่มี 2 ลักษณะคือ 1) เป็น GPs ทำงาน Part-time; และ  
2) ที่ยังเป็น Trainees อยู่ (จบแพทย์แล้วแต่กำลังเรียนเพื่อเป็น GP)  
หรือเป็น GP ที่จบแล้วแต่ยังไม่ได้รับขึ้นทะเบียนประชาชนอย่างเป็นทางการ  
ถึงแม้ในระบบนี้ NHS ให้การยอมรับ แต่ความรับผิดชอบ  
ยังคงเป็นของ GP ที่รับขึ้นทะเบียนกับประชาชนอย่างเป็นทางการ  
โดยจ่ายค่าบริการให้กับผู้รับจ้างอยู่เวรตามภาระงาน การรวมตัวกัน  
เพื่อจัดบริการนอกเวลาอย่างเป็นทางการนี้เรียกว่า GP-OOH  
Co-Operatives

GP-OOH Co-Operatives มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ และ  
บริหารจัดการเองทั้งหมดโดยไม่มุ่งหวังผลกำไร ค่าบริการถูกกว่าจ้าง  
แพทย์เอกชนทั่วไป เน้นการทำตามมาตรฐาน มีการตรวจสอบและ  
ควบคุมกันเองอย่างเป็นทางการ อย่างไรก็ตามมีประชาชนบางส่วน  
ยังคงต้องการพบแพทย์ GP ของตนเอง แม้แต่ในช่วงนอกเวลา ทั้งนี้  
ส่วนใหญ่ยอมรับการให้บริการนอกเวลาว่าไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์ที่  
ตนเองขึ้นทะเบียนด้วย

#### 1.2 ศูนย์การให้บริการที่ไม่ต้องมีการนัดหมายล่วงหน้า (NHS Walk-in Centres)

Walk-in Centre เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 1999 ลักษณะ  
เด่นคือไม่จำเป็นต้องมีการนัดหมาย สามารถเดินเข้ามาใช้บริการได้  
เลย ส่งผลให้ผู้ป่วยสะดวกและเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ปัจจุบัน  
ทั่วประเทศต้องกฤษมีอยู่ 89 แห่ง ส่วนใหญ่ให้บริการโดยพยาบาลที่มี  
ประสบการณ์ มี 7 แห่งที่มี GP อยู่ในทีมงาน เปิดให้บริการตั้งแต่  
เข้าถึงเย็น เป็นการให้บริการทั้งการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ และ  
ป้องกันโรค หลังการรับบริการ ข้อมูลของการให้บริการทั้งหมดจะ  
ถูกส่งไปยัง GP ที่ผู้รับบริการขึ้นทะเบียนอยู่

#### 1.3 การให้บริการทางโทรศัพท์ และ Interactive Websites โดยไม่ผ่าน GP (NHS direct)

การให้บริการทางโทรศัพท์เปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง  
เป็นการให้บริการโดยพยาบาล มีการลงทะเบียน สอบถามอาการ  
ซักประวัติ และให้คำแนะนำ ในกรณีที่จำเป็นต้องปรึกษาแพทย์จะขอ  
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ และลง Record ไว้ในระบบคอมพิวเตอร์  
หลังจากนั้นแพทย์ที่อยู่เวรหรือแพทย์ผู้รับผิดชอบจะดึงข้อมูลจาก  
คอมพิวเตอร์ออกมาดู และโทรกลับไปหาผู้รับบริการ เมื่อให้คำ  
แนะนำแล้วทั้งโดยแพทย์หรือพยาบาล จะส่งข้อมูลกลับไปหา GP ที่

เป็นแพทย์ประจำของผู้รับบริการ ถ้ามีอาการหนักจะโทรศัพท์เรียกร  
รถพยาบาลฉุกเฉิน ในบางรายเมื่อพูดคุยแล้วจำเป็นต้องการดูอาการ  
จะขอให้ผู้รับบริการมาหาที่ Walk-in Centre หรือบางรายต้องมีการ  
จ่ายยาแพทย์จะเขียนใบสั่งยาฝากไว้ให้กับพยาบาล หรือฝากไว้ที่  
แผนกต้อนรับ ในกรณีที่มีการนัดจะนัดให้ไปพบ GP เพื่อติดตาม  
ผู้รับบริการรายนั้นต่อไป อาการ 10 อันดับแรกที่มาใช้บริการทาง  
โทรศัพท์ประกอบด้วย ไข้ ปวดท้อง อาเจียน เป็นผื่น ไอ ท้องเสีย  
ปวดหัว เป็นหวัด ปวดฟัน และเจ็บหน้าอก

สำหรับ Website NHS ได้เปิด Interactive Website  
เพื่อให้ประชาชนเข้าไปใช้บริการได้ที่ [www.nhsdirect.nhs.uk](http://www.nhsdirect.nhs.uk) ซึ่งมี  
บริการสำคัญที่อยู่ใน Website ดังนี้

- แนวทางการดูแลตนเองสำหรับปัญหาที่พบบ่อยที่บ้าน
- แนวทางการค้นพบปัญหาโดยดูจากอาการ
- ศูนย์รวมความรู้ด้านสุขภาพมีการรวบรวมไว้มาก  
กว่า 400 เรื่อง
- การตอบคำถามที่มีการถามเข้ามา โดยตอบเป็นราย  
คำถามของแต่ละบุคคล
- ระบบการค้นหาข้อมูลของ โรงพยาบาล การให้  
บริการในชุมชน GP-practices ทันตแพทย์ การให้  
บริการตรวจตา และร้านยา

#### 1.4 บริการในชุมชน (Community services)

ผู้ให้บริการปฐมภูมิในชุมชน ในที่นี้เน้นในส่วนที่เดิมเป็น  
ข้าราชการ ซึ่งมีมาตั้งแต่ก่อนมี NHS ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ซึ่งใน  
ปัจจุบันมีผู้ให้บริการที่หลากหลาย และรับเงินเดือนจาก PCTs  
ประกอบด้วย

**Community หรือ District nurses** คือพยาบาลวิชาชีพ  
(Registered nurses: เรียน 3 ปี) ที่ต้องเรียนต่ออีกประมาณปีครึ่ง  
อาจมีพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยพยาบาลเป็นผู้ช่วย ให้การดูแลด้าน  
การพยาบาล (Nursing care) แก่ผู้รับบริการตามบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่  
เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นการดูแลร่วมกับ  
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปส่งมาให้ช่วยดูแล)  
ประมาณหนึ่งในสี่เป็นการส่งต่อมาจากโรงพยาบาล (ดูแลต่อจาก  
โรงพยาบาลร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) และอีกประมาณหนึ่งในสี่  
เป็นการให้บริการที่เกิดจากเรียกร้องจากผู้ป่วยหรือญาติโดยตรง

**Community matrons** คือพยาบาลชุมชนที่มี  
ประสบการณ์ของการให้บริการมายาวนาน สามารถใช้เทคนิคด้าน  
การบริหารจัดการและการพยาบาล ในการทำให้ผู้ป่วยสามารถรับ  
บริการที่บ้านได้มากขึ้น

**Health visitors** คือพยาบาลวิชาชีพหรือผดุงครรภ์ที่เรียน  
เพิ่มทางด้าน Child health, Health promotion, และ Education  
อีกประมาณ 1.5-2 ปี มีหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพแม่และเด็กที่  
บ้านหลังคลอดจนกระทั่งเด็กอายุ 5 ปี โดยใช้หลักการของ Child-  
centred และ Family focus approach เป็นหลัก

**Midwives** คือผดุงครรภ์มีหน้าดูแลหญิงมีครรภ์ในช่วง  
ระยะก่อนคลอดทั้งที่บ้าน และสถานบริการที่อยู่ในชุมชน เป็นผู้  
ทำคลอดที่โรงพยาบาล ในกรณีที่เป็นการคลอดปกติ (Normal  
labour)

**Specialist nurses** คือพยาบาลเฉพาะทางที่ให้บริการในชุมชนที่พบบ่อยจะเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้าน การให้อาหาร (Stoma care) การควบคุมการปัสสาวะและการขับถ่าย (Continence services) และดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care) ซึ่งต้องการการดูแลในระยะยาว

**นักสังคมสงเคราะห์ (Social workers)** คือ ผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแล ผู้พิการ ผู้ปัญหาเรื่องบ้าน ผู้มีปัญหาด้านการเงิน เด็กเกเร เด็กหนีโรงเรียน รวมไปถึง Unwanted pregnancies ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิ

สำหรับบริการปฐมภูมิอื่นๆ ที่มีในชุมชน ที่นอกเหนือไปจากที่กล่าวแล้วข้างต้น (แต่มีการเชื่อมโยงกัน) ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ NHS ที่สำคัญประกอบด้วย

**School nursing** (การพยาบาลหรืออนามัยโรงเรียน) ให้บริการโดย Health visitors และบุคลากรด้านทันตอนามัย (Community dentistry and dental public health)

**Podiatry (การดูแลเท้า)** ส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานที่มีอายุมากกว่า 65 ปี นอกจากบริการที่มีอยู่แล้วในภาครัฐ ยังมีการทำสัญญากับผู้ให้บริการที่อยู่ในภาคเอกชน ในลักษณะเป็น Independent contractors ให้เข้ามาช่วยให้บริการใน NHS ด้วย

**Occupational therapy** (การให้การดูแลความผิดปกติที่เกิดจากอาชีพ) ส่วนใหญ่เกิดจากความร่วมมือระหว่างรัฐบาลท้องถิ่นกับ NHS

**Speech and language therapy** (การให้การดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางการพูดและการใช้ภาษา) เป็นการให้บริการทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ที่มีปัญหาในเรื่องของ การสื่อสาร การดื่มหรือการกลืน

**Community rehabilitation** (การให้บริการด้านกายภาพบำบัดในชุมชน) ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นอัมพฤกษ์หรืออัมพาตและผู้ป่วยโรคหัวใจ ทั้งนี้การให้บริการส่วนใหญ่เป็นการผสมผสานทั้งการให้บริการที่บ้านและในชุมชน

### 1.5 บริการทันตกรรม (Dental services)

การให้บริการด้านทันตกรรม ถือว่าล่าช้าเมื่อเทียบกับการให้บริการอื่นๆ ที่อยู่ใน NHS ด้วยกัน ประชาชนจำนวนมากยังคงต้องไปใช้บริการทันตกรรมกับทันตแพทย์ที่อยู่ในภาคเอกชน และมีคลินิกทันตกรรมจำนวนมาก ที่ให้บริการทั้งในลักษณะเป็นคลินิกส่วนตัวโดยรับเงินโดยตรงจากผู้รับบริการบางส่วน พร้อมทั้งให้บริการภายใต้หรือรับค่าตอบแทนผ่าน NHS อีกบางส่วน ทำให้ยังมีปัญหาในลักษณะคนจนยังเข้าไม่ถึงบริการ

การมารับบริการด้านทันตกรรมของประชาชน ประมาณ 2 ใน 3 มารับบริการก็ต่อเมื่อมีปัญหาแล้ว การให้บริการด้านส่งเสริมและป้องกันยังไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันมีจำนวนทันตแพทย์ที่ทำงานในระดับบริการปฐมภูมิมากขึ้น (ในปี 2005 มี Primary care dentists จำนวน 20,890 คน) โดยมีความพยายามที่ขยายกรอบการให้บริการด้วยการระบุในสัญญาทำระหว่าง NHS (ผ่าน PCT) กับทันตแพทย์และทีมงานที่ให้บริการด้านทันตกรรมด้วยกัน ให้บริการนั้นครอบคลุมการให้บริการทั้งด้านการรักษา ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพฟัน ตลอดจนมีเวลาให้กับผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น

### 1.6 บริการเภสัชกรรมชุมชน (Community Pharmacy)

เภสัชกรรมหรือร้านยาชุมชนนั้น ต้องมีเภสัชกรชุมชนเป็นหลักในฐานะคู่สัญญากับ NHS อาจแบ่งบริการได้เป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ

- บริการตามความจำเป็น (Essential services) ซึ่งเป็นการให้บริการโดยเภสัชกรชุมชนมานาน ประกอบด้วย การจ่ายยาตามใบสั่งยาของแพทย์ การขายยาตามกรอบภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมาย และการสนับสนุนการดูแลตนเองของประชาชน ทั้งนี้รวมถึงการให้บริการที่เป็นการจ่ายยาเดิม (Repeat-prescribing) ได้ถึง 1 ปี โดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ในการขอใบสั่งยาเพื่อมารับยา
- บริการก้าวหน้า (Advance or enhance services) เป็นบริการอยู่ในร้านยาที่ตัวอาคารและลักษณะของการให้บริการผ่านการตรวจสอบ พร้อมกับมีเภสัชกรชุมชนที่ผ่านการรับรอง (Accreditation) มาแล้ว ซึ่งมีบริการเพิ่มจากบริการตามความจำเป็น เช่น สามารถให้บริการผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย (Minor ailment schemes) บริการเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ (Smoking-cessation) เป็นต้น รายละเอียดของคำตอบแทนและการดำเนินการขึ้นอยู่กับข้อตกลงที่อยู่ในสัญญาที่ทำกับ PCT

ในปัจจุบันภายใต้การดูแลของ NHS มีจำนวนและการกระจายของร้านยาชุมชน จนทำให้ประชาชนเข้าถึงได้ภายในเวลาไม่เกิน 20 นาที ทั้งนี้ร้านยาชุมชนบางแห่งอยู่ภายในตัวอาคารเดียวกับสถานที่ปฏิบัติงานของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิอื่นๆ รวมไปถึงทันตแพทย์

### 1.7 บริการตรวจตาและวัดสายตา (Optical services)

บุคคลากรที่ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการทางตาและเป็นผู้คู่สัญญากับ PCT เรียกว่า Registered Opticians (คนตรวจและดูแลตา) ที่ให้บริการอยู่ในชุมชนมี 2 ชนิด

- Optometrists-or ophthalmic opticians (นักตรวจวัดสายตาและดูแลตา) จะต้องผ่านการเรียน 3-4 ปี ด้านการวัดสายตา (Optometry) พร้อมกับมีประสบการณ์ในทางปฏิบัติภายใต้การนิเทศงานอีก 1 ปี และสอบเพื่อเป็นสมาชิกของ General Optical Council จึงจะประกอบอาชีพเป็น Optometrist ได้ ซึ่งมีหน้าที่ในการตรวจวัดสายตาเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้แว่นและ Contact lens พร้อมทั้งสามารถตรวจหาอาการ (Signs) ที่บ่งบอกถึงการโรคทางตาโดยทำงานร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือแพทย์เฉพาะทางทางตา (Ophthalmologists) ซึ่งให้บริการอยู่ที่โรงพยาบาลได้
- Dispensing opticians (ผู้ประกอบแว่น) คือผู้ประกอบและขายแว่น หลังจากที่ได้รับบริการตรวจมาจาก Optometrist แล้ว ไม่สามารถตรวจตาได้ บางคนสามารถให้บริการการใช้ Contact lens ได้ ภายใต้การดูแลของ Optometrists

หมายเหตุ มีแพทย์บางคนที่มีความชำนาญด้านการวัดและการดูแลตา และเป็นสมาชิกของ General Optical Council จะเรียกว่า Ophthalmic medical practitioners ซึ่งจะให้บริการในลักษณะเดียวกับ Optometrists

## 2 บริการทุติยภูมิ (Secondary care)

### 2.1 NHS Trusts

NHS Trusts ที่เป็นโครงสร้างหลักที่สร้างขึ้นมารองรับการบริหารจัดการโรงพยาบาลให้มีความเป็นอิสระมากขึ้นมีอีกชื่อหนึ่งเรียกว่า Acute Trust เป็นโครงสร้างรองรับตั้งแต่มีนโยบาย Purchaser-provider split ในปี 1990 ต่อมาในปี ค.ศ. 1997 ได้มีการพัฒนากลไกทางการเงินใน NHS ขึ้นมาใหม่เรียกว่า Private Finance Initiative (PFI) โดยรัฐส่งเสริมให้สถาบันการเงินปล่อยกู้เพื่อการลงทุนให้กับสถานบริการที่อยู่ใน NHS โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาล (NHS Trusts) โดยตรง โดยให้มีการใช้นี้คืนให้กับสถาบันการเงินด้วยการผ่อนส่งในระยะยาว เพื่อส่งเสริมความอิสระทางการเงินการลงทุนให้กับสถานบริการมากขึ้น

ปัจจุบันรายได้หลักของ NHS Trust มาจากการให้บริการด้วยการรับเงินผ่านการทำข้อตกลงกับ PCT และ Practice-based-commissioners รัฐบาลมีเป้าหมายให้ NHS Trusts ทั้งหมดกลายเป็น Foundation Trusts (องค์กรอิสระ NHS) ในปี 2008 ทั้งนี้รัฐบาลมีนโยบายที่จะพัฒนาบริการ ที่เดิมเคยอยู่ที่โรงพยาบาลไปสู่การจัดบริการใกล้บ้านหรือในชุมชนมากขึ้น

### Foundation Trusts

Foundation Trusts เป็นโครงสร้างใหม่ที่พัฒนาขึ้นมารองรับ โครงสร้างเดิมภายใน NHS ให้มีอิสระเต็มที่ (Full autonomy) โดยที่ไม่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมในกรอบของ NHS โดยมีวัตถุประสงค์ให้เป็นองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร (Non-profit making organization) ที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมบริหารระบบบริการในพื้นที่ โดยที่ Secretary of State for Health ไม่มีอำนาจสั่งการ และไม่มีอำนาจในการแต่งตั้งคณะกรรมการ (Board members) ซึ่งคณะกรรมการมี 2 ระดับคือ คณะกรรมการปกครอง (Board of Governor) ซึ่งมาจากการเลือกตั้งของสมาชิก (ประชาชนในพื้นที่) และกรรมการบริหาร (Board of Management) ซึ่งมีโครงสร้างในลักษณะเดียวกับคณะกรรมการบริหารของ Trust อื่นๆ โดยที่ Board of Governor จะไม่เข้าดูในรายละเอียด แต่จะเป็นผู้ให้นโยบายและกำหนดยุทธศาสตร์ โดยมี Independent regulator ซึ่งขึ้นตรงต่อรัฐสภา (House of Parliament) ออกใบอนุญาตให้ Foundation Trust ทำหน้าที่ได้ตามกฎหมาย โครงสร้างที่ได้รับการคาดหมายให้เป็น Foundation trusts ทั้งหมดคือ NHS trusts

### 2.2 Ambulance Trusts

การให้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินทั่วเกาะอังกฤษมีประมาณ 250,000 ครั้งต่อปี เดิมมี Ambulance Trusts ทั้งหมด 32 แห่ง ปัจจุบัน (ตั้งแต่ 2006) รวมตัวเชื่อมโยงกันเป็น 11 องค์กร การให้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินมีมาตรฐานการให้บริการดังนี้

- กรณีฉุกเฉินที่มีผลต่อชีวิต (Life threatening: Category A) รถพยาบาลจะไปถึงภายใน 8 นาที
- กรณีฉุกเฉินที่ไม่อันตรายถึงชีวิต (Non-life threatening: Category B) รถพยาบาลจะไปถึงในเขตเมืองภายใน 14 นาที ส่วนเขตชนบทภายใน 19 นาที
- กรณีที่เรียกโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป รถจะไปถึงโรงพยาบาลภายใน 15 นาทีหลังจากได้รับการดูแลจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป
- การบริการเพื่อละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis: clot-busting drugs) บริการที่ไปกับรถพยาบาลจะไปถึงภายใน 60 นาที

ในปัจจุบันมี Emergency Care Practitioner ที่สามารถให้บริการกรณีฉุกเฉินได้ถึงที่เกิดเหตุ ทำให้ลดอัตราการใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (A&E department) และลดจำนวนการใช้รถพยาบาล อีกทั้งยังช่วยให้บริการร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในช่วงนอกเวลาได้อีกด้วย

### 2.3 Mental Health Trusts

สุขภาพจิตเป็นสิ่งที่รัฐบาลอังกฤษให้ความสำคัญ การให้บริการด้านสุขภาพจิตผสมผสานอยู่ในทั้งบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และบริการเชิงสังคม ทั้งนี้ PCTs มีหน้าที่หลักในการเป็นนายหน้าจัดหาบริการด้านสุขภาพจิตเหล่านี้มาให้บริการประชาชน อย่างไรก็ตาม รัฐบาลอังกฤษได้แยกศูนย์การให้บริการด้านสุขภาพจิตออกมาต่างหากเรียกว่า Mental Health Trusts ซึ่งมีทั้งหมด 39 แห่ง ซึ่งมีการให้บริการทั้งในโรงพยาบาล สนับสนุน และร่วมให้บริการกับทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิในชุมชน

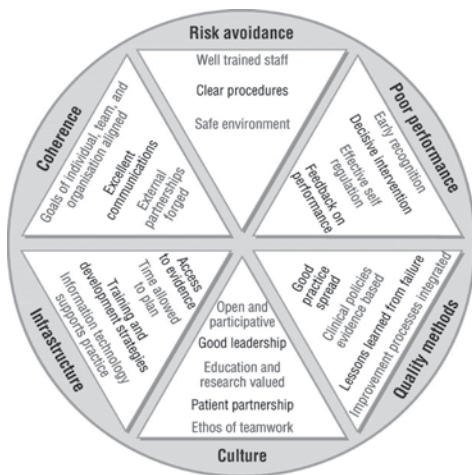
## 3. คุณภาพบริการ

### 3.1 ธรรมชาติทางคลินิก (Clinical governance)

กลไกคุณภาพปัจจุบันใช้หลักการ "ธรรมชาติทางคลินิก (Clinical governance)" เป็นแนวทางสำคัญ ทั้งเพื่อกำหนดมาตรฐาน ประกันคุณภาพ และพัฒนาคุณภาพบริการ โดยใช้ควบคุมสถานบริการทั้งหมดทั้งที่รับเงินผ่านและไม่รับเงินผ่าน NHS โดยมีการตั้งหน่วยงานขึ้นมาใหม่เพื่อควบคุมดูแล และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ หน่วยงานนี้มีชื่อว่า Health Care Commission และมีทีมสนับสนุนให้เกิดกระบวนการ Clinical governance เรียกว่า Clinical governance support team

การนำแนวคิดเรื่อง Clinical governance มาใช้ ถือเป็นปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อเสียงสะท้อนของสาธารณะ ที่ตั้งคำถามมาอย่างต่อเนื่องถึงคุณภาพเชิงคลินิก (Clinical quality) หลังจากที่มีและทำการพัฒนา NHS มากกว่า 50 ปี ซึ่งดูเหมือนว่าคุณภาพเชิงคลินิกค่อยๆ ถูกบ่อนเซาะจนกระทั่งมีผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของสาธารณะ เหตุผลสำคัญที่เป็นประเด็นที่ทำให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์มากที่สุดคือ การเกิดขึ้นของความรู้สึกที่ว่า เงินเป็นเรื่องเด่นที่มีการพูดถึงหรือให้ความสำคัญมากกว่าเรื่องใดๆ มาตลอด จึงจำเป็นที่ NHS ต้องสร้างสมดุลด้วยการพัฒนาและเพิ่มคุณภาพบริการให้เห็นจนเป็นที่ประจักษ์

กิจกรรมสำคัญที่เป็นกลไกทำให้เกิด Clinical governance พัฒนารับมาจากกระบวนการที่เป็นกลไกพื้นฐานเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการที่มีอยู่แล้ว (ดังภาพ) เช่น การตรวจสอบเชิงคลินิก (Clinical audit), การบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk management) และผสมผสานกับกลไกอื่นๆ เช่น เสียงสะท้อนและการร้องเรียนจากผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (Patient feedback and complaints) การตรวจสอบภายในองค์กร (Organisational audit) การนำตัวชี้วัดที่เป็นตัวอย่างของความสำเร็จของบางองค์กรมาใช้เปรียบเทียบกับระหว่างองค์กร (Benchmarking) เป็นต้น ถือเป็นการพัฒนากรอบคุณภาพเชิงกว้าง เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมพัฒนาและร่วมรับรู้ของบุคลากรหรือผู้ให้บริการที่อยู่ในระบบและประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ การกำหนดเป้าหมายโดยรัฐ การพัฒนาและกำหนดมาตรฐานบริการ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการ



ภาพแสดงองค์ประกอบของธรรมาภิบาลทางคลินิก (Clinical governance)

### 3.2 กรอบการเชื่อมผลลัพธ์ทางคุณภาพกับการจ่ายค่าตอบแทน (Quality Outcome Framework: QOF)

QOF คือโปรแกรมที่พยายามเชื่อมคุณภาพบริการทางคลินิก กับค่าตอบแทนของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (เวชปฏิบัติทั่วไป) เริ่มต้นแบบสมัครใจตั้งแต่ปี 2004 ด้วยการวัดคุณภาพออกมาเป็นคะแนน มีคะแนนเต็ม 1,000 คะแนน โดยให้ค่าตอบแทนคะแนนละ 124.60 ปอนด์ มี 135 ตัวชี้วัดที่เป็นการวัดผลการปฏิบัติงานโดยตรง และอีก 1 ตัวชี้วัดเป็นการวัดผลรวมของบริการซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นหมวด (Domains) ได้ดังนี้

- หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการทางคลินิก (Clinical domain) คิดเป็น 655 คะแนน
- หมวดที่เป็นการวัดจากการจัดการในองค์กร (Organizational domain) คิดเป็น 181 คะแนน
- หมวดที่เป็นการวัดจากประสบการณ์ของผู้รับบริการ (Patient experience domain) คิดเป็น 108 คะแนน
- หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการเพิ่มเติม (Additional services domain) คิดเป็น 36 คะแนน

- หมวดที่เป็นการวัดจากให้บริการแบบองค์รวม (Holistic care domain) คิดเป็น 20 คะแนน

หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการทางคลินิกมี 80 ตัวชี้วัด จาก 19 clinical areas ในทางปฏิบัติมีโปรแกรมสำเร็จรูปที่ช่วยเตือนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ให้ปฏิบัติตามตัวชี้วัดดังกล่าวซึ่งประกอบไปด้วย

- Coronary heart disease (10 ตัวชี้วัด)
- Heart failure (3 ตัวชี้วัด)
- Stroke and transient ischaemic attack (8 ตัวชี้วัด)
- Hypertension (3 ตัวชี้วัด)
- Diabetes mellitus (16 ตัวชี้วัด)
- Chronic obstructive pulmonary disease (5 ตัวชี้วัด)
- Epilepsy (4 ตัวชี้วัด)
- Hypothyroidism (2 ตัวชี้วัด)
- Cancer (2 ตัวชี้วัด)
- Palliative care (2 ตัวชี้วัด)
- Mental Health (6 ตัวชี้วัด)
- Asthma (4 ตัวชี้วัด)
- Dementia (2 ตัวชี้วัด)
- Depression (2 ตัวชี้วัด)
- Chronic kidney disease (4 ตัวชี้วัด)
- Atrial fibrillation (3 ตัวชี้วัด)
- Obesity (1 ตัวชี้วัด)
- Learning disabilities (1 ตัวชี้วัด)
- Smoking (2 ตัวชี้วัด)

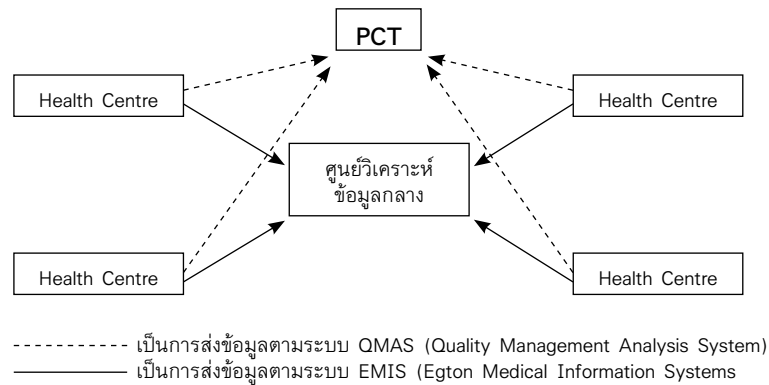
หมวดที่เป็นตัวชี้วัดเกี่ยวกับการจัดการในองค์กรมี 43 ตัวชี้วัด จาก 5 Organisational areas ประกอบด้วย

- การบันทึกและข้อมูลข่าวสาร (12 ตัวชี้วัด)
- ข้อมูลสำหรับผู้ป่วย (4 ตัวชี้วัด)
- การศึกษาและฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ (8 ตัวชี้วัด)
- การจัดการในสถานบริการ (10 ตัวชี้วัด)
- การบริหารจัดการยา (9 ตัวชี้วัด)

หมวดที่เป็นการวัดจากประสบการณ์ของผู้รับบริการมี 4 ตัวชี้วัด ซึ่งเกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่แพทย์ตรวจ การให้คำปรึกษา และการสำรวจความคิดเห็นของคนไข้

หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการเพิ่ม มี 8 ตัวชี้วัดจาก 4 กลุ่ม ประกอบด้วย

- การให้บริการตรวจหาหามะเร็งปากมดลูก (Cervical screening: 4 ตัวชี้วัด)
- การเฝ้าระวังสุขภาพเด็ก (Child health surveillance: 1 ตัวชี้วัด)
- การให้บริการแม่ (Maternity services: 1 ตัวชี้วัด)
- การให้บริการวางแผนครอบครัว (Contraceptive services: 2 ตัวชี้วัด)



หมวดที่เป็นการวัดจากการให้บริการแบบองค์รวม วัดจากผลรวมของทุกตัวชี้วัดในกลุ่มการให้บริการทางคลินิก เช่น ถ้าในการดูแลคนไข้ได้คะแนนสูงสุดในเกือบทุกตัวชี้วัด ก็จะได้คะแนนในหมวดนี้สูงไปด้วย

หมายเหตุ รายได้ที่เกิดจากการให้บริการตาม QOF เป็นรายได้ของสถานบริการ (Practice) ไม่ใช่รายได้ของรายบุคคล เงินที่ได้ตามกรอบ QOF นี้คิดเป็นประมาณ 20% ของเงินทั้งหมดที่แต่ละ Practice จะได้รับ ถ้า Practice ไหนทำคะแนนได้น้อยกว่า 30% (น้อยกว่า 300 คะแนน) Practice นั้นจะถูกยกเลิกสัญญา ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการยกเลิกสัญญาเนื่องจากได้คะแนนน้อย

### 3.3 ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information Technology) เพื่อควบคุมกำกับ พัฒนาคุณภาพบริการ และจ่ายเงินตาม QOF

ก่อนที่จะนำ Computer มาใช้ในการให้บริการปฐมภูมิ NHS ใช้ข้อมูลที่มีการบันทึกลงในใบสั่งยาเป็นหลัก (บันทึกด้วยการเขียน) ในการนำมารีวิเคราะห์ เพื่อใช้ควบคุมกำกับและประเมินผลการให้บริการปฐมภูมิของประชาชน พร้อมกับเก็บข้อมูลแนวทางการให้บริการและการจ่ายยาของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พร้อมกับส่งกลับไปยังแต่ละสถานบริการเพื่อให้สถานบริการและผู้ให้บริการได้รับรู้

Computer เริ่มถูกนำมาใช้ในการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการที่สถานบริการ (Practices or Health Centres) ตั้งแต่ปี 1990 (ถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนหน้านี้) พร้อมกับมีการพัฒนา Software ให้มีความเหมาะสมในการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการทุกราย จนกระทั่งในปี 2004 สถานบริการทุกแห่งใช้ Computer เพื่อบันทึกข้อมูลผู้รับบริการทุกราย การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อจ่ายเงินตาม QOF จึงเป็นการพัฒนาขึ้นมาจากการใช้ Computer บันทึกข้อมูลผู้รับบริการทุกรายดังกล่าว

ปัจจุบันการนำข้อมูลจาก Computer ของแต่ละ Health Centre ไปใช้ประโยชน์ แบ่งเป็นสองระบบใหญ่ๆ คือ 1) ระบบที่เป็นการส่งข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลกลาง (Central Egton Groups: CEG) เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ด้านต่างๆ ดังกล่าวมาบ้างแล้วข้างต้น เรียกระบบการใช้และการไหลเวียนของข้อมูลในลักษณะนี้ว่า Egton Medical Information Systems (EMIS) และ 2) ระบบที่เป็นการส่งข้อมูลไปยัง Primary Care Trusts (PCTs) เพื่อนำไปคิดคะแนนและจ่ายค่าตอบแทนตาม QOF เรียกระบบใช้และการไหล

เวียนของข้อมูลในลักษณะนี้ว่า Quality Management Analysis System (QMAS)

ถึงแม้แต่ละ Health Centre อาจใช้ Software ที่ต่างกัน แต่ทุก Software ใช้รหัสเป็นระบบเดียวกัน เช่น การกำหนดรหัสโรค รหัสกิจกรรมการให้บริการ และอื่นๆ เหมือนกัน ดังนั้นจึงไม่มีปัญหาในการเชื่อมต่อและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในระบบ EMIS และ QMAS

หมายเหตุ ในระบบที่เป็นการบันทึกข้อมูลที่เชื่อมกับการได้รับค่าตอบแทน (QMAS) จะมีการสุ่มตรวจเพื่อดูว่าข้อมูลที่บันทึกไปนั้นเป็นความจริงหรือไม่ ถ้าพบว่าไม่เป็นความจริง (บันทึกเพียงหวังเพื่อให้ได้ค่าตอบแทน) ผู้บันทึก (ผู้ให้บริการ) จะถูกยึดใบประกอบโรคศิลป์ หรือใบอนุญาตให้เป็นผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการ

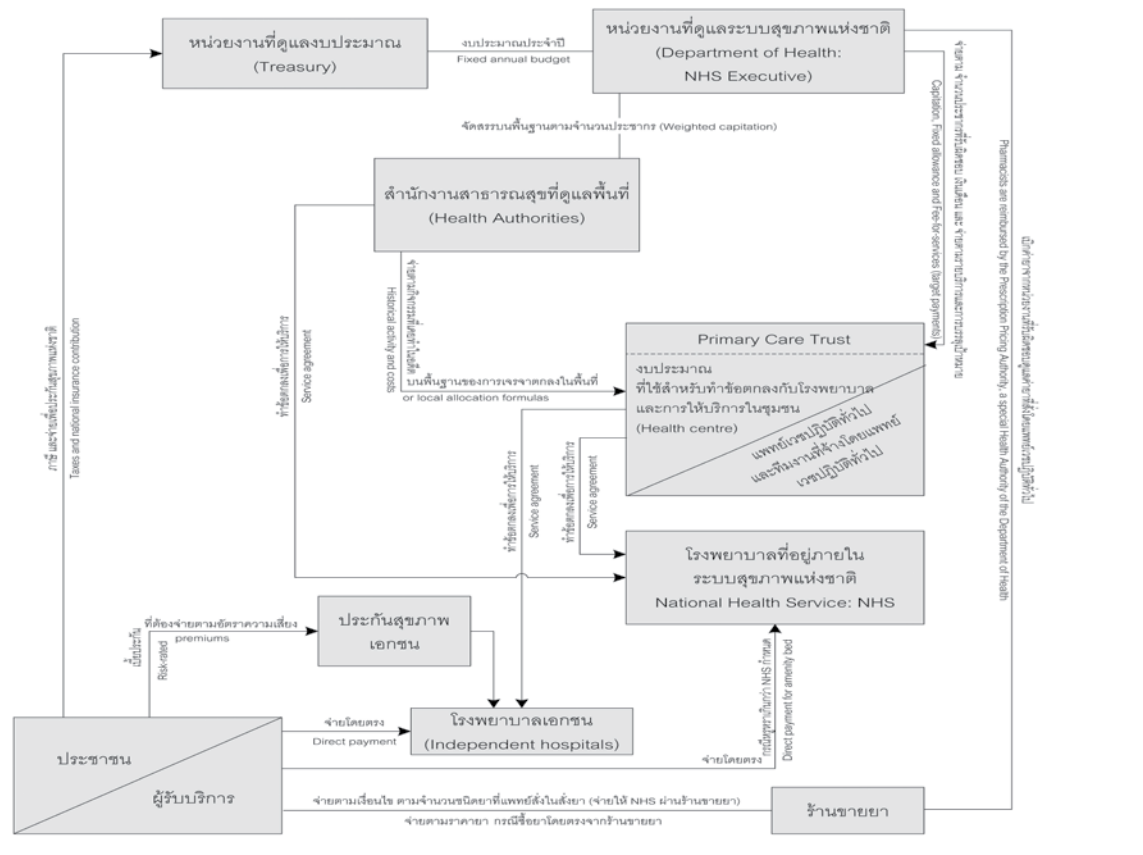
## 4. กลไกการเงิน

### 4.1 แหล่งเงินและการไหลเวียนของเงินในระบบบริการ

แหล่งเงินที่เข้ามาในระบบบริการทั้งหมด (ทั้ง NHS และ non-NHS หรือทั้งภาครัฐและเอกชน) ประมาณ 95% มาจากภาครัฐ และที่เหลือประมาณ 5% มาจากภาคเอกชน (ประกอบไปด้วยการจ่ายค่าบริการของประชาชนเมื่อไปรับบริการที่ภาคเอกชน และประกันสุขภาพภาคเอกชน) สำหรับในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงแหล่งเงินที่เข้ามาใน NHS เท่านั้น

เงินเข้ามาใน NHS ประกอบไปด้วย 1) เงินภาษีทั่วไป (General taxes) ประมาณ 83%; 2) เงินประกันสุขภาพแห่งชาติ (National Insurance Contribution) ประมาณ 12%; 3) เงินที่ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายประมาณ 3%; และ 4) ดอกเบี้ยและอื่นๆ อีกประมาณ 2%

ข้อดีที่มีการกล่าวถึงการนำเงินภาษีมาใช้ใน NHS คือ การไม่ต้องลงทุนเพื่อสร้างกลไกในการเก็บเงินจากประชาชนเอง (ลดต้นทุนลงในภาพรวม) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเมื่อระบบภาษีของประเทศมีลักษณะที่เป็นแบบก้าวหน้า (Progressive) อยู่แล้ว (ผู้มีรายได้มาก จ่ายตามสัดส่วนเมื่อเทียบกับรายได้ มากกว่าผู้มีรายได้น้อยอยู่แล้ว)



สำหรับการไหลเวียนของเงินในระบบบริการสาธารณสุขประเทศอังกฤษ สามารถแสดงได้ดังภาพ

**4.2 แนวโน้มใหม่ “การจ่ายตามผลลัพธ์ (Payment by results)”**

ในอนาคตรัฐบาลมีนโยบายการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลแบบใหม่ มีชื่อเรียกว่า “Payment by results” เป็นการจ่ายให้กับสถานบริการโดยยึดที่ผลลัพธ์ หรือ Output เป็นหลัก โดยที่ Input และ Process เป็นหน้าที่รับผิดชอบของสถานบริการ ซึ่งผู้ทำหน้าที่จ่ายเงินจะไม่ให้ความสำคัญมากนัก เช่น ในระยะเวลาเท่ากัน แต่ให้บริการได้มากกว่า (เช่น ผ่าตัด Elective surgery ได้มากกว่า หรือ คนไข้ใช้เวลาในการรอน้อยลง) จะได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม มีการจัดกลุ่มและกำหนดเป็นค่าตอบแทน โดยใช้ชื่อวิธีการจัดกลุ่มลักษณะนี้ว่า Healthcare Resource Groups (HRG)<sup>1</sup> การกำหนดราคาจะถูกกำหนดโดยส่วนกลาง (National tariff) ซึ่งผู้วางนโยบายมีความคาดหวังว่าค่าใช้จ่ายโดยรวมจะไม่เพิ่มขึ้น และการจ่ายเงินแบบใหม่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเจรจาเพื่อต่อราคา (Transaction cost)

ในระยะแรกจะใช้วิธีการจ่ายเงินแบบนี้กับ Elective Surgery ก่อน โดยเริ่มจาก 6 Specialties: Ophthalmology, Cardiothoracic surgery, ENT, Trauma & orthopaedics, General surgery, Urology วิธีการจ่ายเงินแบบเดิมเรียกว่า “Block contracts” เป็นการเจรจาและตกลงราคาในระดับพื้นที่ เปลี่ยนเป็น “Service Level Agreements (SLAs)” เป็น “ข้อตกลง” ที่เชื่อมระหว่าง “ผลลัพธ์” ที่ได้จากการให้บริการกับ “ราคา” ที่กำหนดขึ้นมาจากส่วนกลาง

**4.3 วิธีการมีส่วนร่วมจ่ายของผู้รับบริการ (Co-payment)**

ในขณะเริ่มต้น NHS ประชาชนทุกคนรับบริการฟรี ณ จุดที่รับบริการ ระบบการมีส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) กับประชาชนบางกลุ่ม เริ่มนำมาใช้ในปี 1952

โดยพื้นฐานของระบบภายใต้ NHS ประชาชนไม่ต้องจ่ายค่าบริการใดๆ โดยตรงให้กับผู้ให้บริการในขณะรับบริการ แต่เป็นการจ่ายโดยอ้อมผ่านระบบภาษี และประชาชนบางกลุ่มต้องมีส่วนร่วมจ่าย (Co-payment) ในขณะไปรับบริการให้กับ NHS แต่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศได้รับบริการฟรี (ไม่ต้องจ่าย Co-payment)

กลุ่มที่รับบริการฟรีประกอบด้วย ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ (ชาย > 65 ปี หญิง > 60 ปี) อายุต่ำกว่า 16 ปี อายุ 16-19 ปี ที่เป็นนักศึกษาที่จะต้องเรียนเต็มเวลา หญิงมีครรภ์ หญิงที่มีบุตรอายุน้อยกว่า 12 เดือน ทหารผ่านศึก และผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังบางโรค เช่น Permanent fistula, Hypoadenalinism (Addison's disease), Hypopituitarism (Diabetes insipidus), Diabetes mellitus, Hypoparathyroidism, Myasthenia gravis, Myxedema, Epilepsy เป็นต้น

ส่วนที่เหลือเป็นกลุ่มประชากรที่จะต้องมีส่วนร่วมจ่าย ต้องจ่ายตามจำนวนชนิด (Items) ของยาที่แพทย์สั่งมาในใบสั่งยา โดยประชาชนต้องจ่ายประมาณ 6.20 ปอนด์ ต่อ ยาหนึ่งชนิด โดยไม่คำนึงถึงปริมาณยา (จำนวนเม็ดหรือปริมาตรของยา) แพทย์สั่งยามากชนิดประชาชนต้องจ่ายมากขึ้นตามจำนวนชนิดของยา เช่น แพทย์สั่งยา 1 ชนิด ประชาชนจ่าย 6.20 ปอนด์, 2 ชนิดจ่าย

1 พัฒนารูปร่างมาจากการจ่ายเงินในลักษณะที่เรียกว่า Case mix: วิธีการจ่ายเงินแบบ Case mix (เป็นคำที่ใช้ในประเทศอังกฤษ) เป็นวิธีเดียวกันกับการจ่ายเงินแบบ DRG (เป็นคำที่ใช้ในประเทศอเมริกา)

12.40 ปอนด์, 3 จ่าย 18.60 ปอนด์ เป็นต้น ทั้งนี้ในกรณีแพทย์มีความเห็นว่า ยาที่คนไข้จำเป็นต้องรับประทาน มีราคาสูงกว่า 6.20 ปอนด์ และเป็นยาที่คนไข้สามารถซื้อได้เองโดยตรงจากร้านขายยา แพทย์มักจะไม่เขียนชื่อยาด่วนั้นลงในใบสั่งยา เป็นการช่วยทำให้คนไข้จ่ายน้อยกว่า (เป็นการซื้อยาโดยตรงจากร้านขายยา) เช่น กรณีที่แนะนำให้ใช้ยา Paracetamol, Calamine lotion หรือ Bromhexine เป็นต้น ดังนั้นเมื่อไรก็ตามที่แพทย์สั่งยาบางใบสั่งยามากชนิด คนไข้จะต้องมีส่วนร่วมในการจ่ายมากขึ้นตามจำนวนชนิดของยาไปด้วย โดยที่แพทย์ไม่ได้รับประโยชน์ใดๆ

นอกจากนี้คนไข้ที่อยู่ในกลุ่มที่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย สามารถซื้อบัตร (Season ticket) ราคาประมาณ 25 ปอนด์ สำหรับบริการฟรีเป็นเวลา 4 เดือน และราคาประมาณ 60 ปอนด์ เพื่อรับบริการฟรีเป็นเวลา 1 ปี

ด้วยระบบนี้ทำให้ “ใบสั่งยา” ทุกใบที่หมอสั่งจ่ายยาให้คนไข้ ถูกรวบรวมอย่างเป็นระบบโดย NHS และเป็น “เครื่องมือ” สำคัญที่ทำให้ NHS มีข้อมูลที่น่าไปวิเคราะห์ พฤติกรรมการจ่ายยาของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป รวมทั้งส่งมูลที่เป็นภาพรวมของพฤติกรรมการจ่ายยาของแพทย์ เช่น ค่าเฉลี่ยของจำนวนชนิดยาที่สั่งในใบสั่งยาในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย รวมทั้งมีการส่งข้อมูลเป็นลักษณะเดือนไปยังแพทย์ที่จ่ายมากกว่าปกติ (จ่ายยาเกินจำเป็น) ถือเป็นอีกกลไกที่สำคัญอันหนึ่งที่ใช้ในการควบคุมและกำกับพฤติกรรมการจ่ายยาของแพทย์

#### 4.4 ความสัมพันธ์ทางการเงินของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับ NHS

จากการที่กลุ่มแพทย์ทั้งหมดโดยรวม ต่อต้านการเกิดขึ้นของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างชัดเจน และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นกลุ่มที่มีความ “กังวล” เรื่อง “รายได้” มากที่สุดว่า หลังมี NHS เกิดขึ้นจะทำให้รายได้โดยรวม “ลดลง” จึงน่าสนใจว่า หลังจากที่มีรัฐบาลสามารถเจรจาต่อรองสำเร็จ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้รับค่าตอบแทนจาก NHS อย่างไร

ค่าตอบแทนของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับจาก NHS แบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆ คือ 1) เหม่าจ่ายตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ (Capitation fee) 2) ได้รับเป็นเงินเดือน แต่การคำนวณส่วนหนึ่งยังคงอิงอยู่กับจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ (Allowance which is like salary) และ 3) ค่าตอบแทนตามรายการของการให้บริการ (Fee for certain item of service) ซึ่งมีการพัฒนาขึ้นมาในภายหลัง

**ลักษณะที่หนึ่ง** เหม่าจ่ายตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ โดยจะได้ค่าตอบแทนสูงขึ้น ถ้าดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีปัญหาหรืออยู่ในถิ่นทุรกันดาร เช่น การให้ค่าตอบแทนตามอายุของประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม มากกว่า 75 ปี (35 ปอนด์); ระหว่าง 65-74 ปี (18 ปอนด์); และน้อยกว่า 65 ปี (14 ปอนด์) ส่วนค่าตอบแทนสำหรับการดูแลประชาชนในเขตที่มีปัญหาหรือทุรกันดาร (พื้นที่แพทย์ไม่เอากไปอยู่ เช่น ชนบทห่างไกล พื้นที่ที่มีการใช้ยาเสพติด พื้นที่เสี่ยงภัย เป็นต้น) โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะได้รับค่าตอบแทนเป็นรายหัวเพิ่มมากกว่าอัตราปกติ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ สูง (ได้เพิ่ม 10 ปอนด์) กลาง (ได้เพิ่ม 7 ปอนด์) และต่ำ (ได้เพิ่ม 5 ปอนด์) เป็นต้น

**ลักษณะที่สอง** จ่ายในลักษณะเงินเดือน จำนวนเงินเดือนที่ได้รับมีที่มาจาก 2 แหล่งคือ 1) จากจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ

กล่าวคือ เมื่อมีจำนวนประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบมากขึ้น จำนวนเงินเดือนโดยรวมเพิ่มขึ้น แต่อัตราอัตราเงินเดือนเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมดจะลดลง เช่น ได้รับค่าตอบแทนสูงสุดในประชากร 400 คนแรก (เช่น 8 ปอนด์ต่อคน) 200 คนถัดมาได้รับลดลง (เช่น 6 ปอนด์ต่อคน) และลดลงไปเรื่อยๆ จนเกินกว่าที่กำหนด เช่น กำหนดว่าจำนวนประชากรในส่วนที่เกินกว่า 1200 คน จะไม่นำมาคำนวณเพื่อคิดเป็นเงินเดือน และ 2) จากจำนวนปีที่ทำงานเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ถ้าทำงานมาต่ำกว่า 7 ปี ไม่ได้รับเงินเดือนในส่วนนี้ ทำงานมา 7-14 ปี (400 ปอนด์), 14-21 ปี (2500 ปอนด์), และมากกว่า 21 ปี (5000 ปอนด์)

**ลักษณะที่สาม** จ่ายค่าตอบแทนตามรายการของการให้บริการ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่หนึ่ง จ่ายเพิ่มเมื่อทำได้เกินกว่าเป้าหมายที่กำหนด (Target payments) ประกอบด้วย การให้วัคซีนในเด็กเล็ก (เช่น ถ้าได้เกินเป้าหมายได้รับ 1800 ปอนด์ ถ้าไม่ถึงได้รับ 600 ปอนด์) การ booster ในเด็กก่อนวัยเรียน (เช่น ถ้าได้เกินเป้าหมายได้รับ 600 ปอนด์ ถ้าไม่ถึงได้รับ 200 ปอนด์) การตรวจหาหะเร็งปากมดลูก (เช่น ถ้าได้เกินเป้าหมายได้รับ 2400 ปอนด์ ถ้าไม่ถึงได้รับ 800 ปอนด์) กลุ่มที่สอง จ่ายตามกิจกรรมที่ทำตามช่วงเวลา (Sessional payments) ประกอบด้วย การทำคลินิกส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion clinics: 45 ปอนด์), การผ่าตัดเล็ก (Minor surgery: 100 ปอนด์), และการสอนนักศึกษาแพทย์ กลุ่มที่สาม จ่ายตามแต่ละรายการของการให้บริการ (Item-of-service fee) ประกอบด้วย การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค (5 ปอนด์) การให้บริการวางแผนครอบครัว (15 ปอนด์) และการใส่ห่วงอนามัย (IUD: 45 ปอนด์)

นอกจากนี้ ยังมีกิจกรรมการให้บริการอื่นๆ ที่ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีรายได้เพิ่มขึ้น เช่น การให้บริการกรณีฉุกเฉิน (Emergency treatment fees: 20 ปอนด์) การให้บริการที่บ้านในเวลากลางคืน (Night visit มี high rate: 45 ปอนด์ กับ low rate: 15 ปอนด์) เป็นต้น

ด้วยระบบการจ่ายค่าตอบแทนโดยรัฐให้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (อย่างซับซ้อน) ในลักษณะนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ยังคงมองว่าตนเองยังคงอยู่ในภาคเอกชนและทำงานอิสระในลักษณะเป็นเจ้านายตัวเอง (Doctor is his/her own boss)

ในกรณีที่ถ้าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ลงทุนเองด้วยการซื้อหรือเช่าตัวอาคารเพื่อทำคลินิกส่วนตัว จะสามารถเบิกในลักษณะค่าเช่าตัวอาคารจาก NHS ได้บางส่วน (ประมาณ 70% ของราคามาตรฐาน) รวมทั้งถ้าจ้างบุคลากรสามารถเบิกคืนจากการจ้างบุคลากรได้ไม่เกิน 2 คน ซึ่งมักจะเป็น พยาบาลที่ช่วยหมอในคลินิก (Practice nurse) และพนักงานต้อนรับ (Receptionist) โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถเบิกคืนจาก NHS ได้ประมาณคนละไม่เกิน 70% ของเงินเดือนของบุคลากรแต่ละชนิดที่จ้าง ถ้าแพทย์เวชรวมกลุ่มกัน (Group practice) สามารถจ้างบุคลากรได้หลายคน และมักจะมีผู้จัดการคลินิก (Practice Manager) ด้วย เพื่อดูแลในภาพรวมรวมถึงการติดต่อเชื่อมโยงกับ NHS ให้มีความคล่องตัว และบริหารจัดการการดำเนินการภายในสถานบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

นอกจากนี้ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อยา เครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้เพื่อการให้บริการ (GP dispensing payments) รวมทั้งเพื่อซื้อ หรือ Up-grade computer (Computer costs reimbursement) ตามเงื่อนไขที่ NHS กำหนดได้อีกด้วย ■