

เรียนรู้ดูงานระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษ สู่... การพัฒนาในประเทศไทย (ตอนที่ 1)

นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ

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

ผู้เชี่ยวชาญ สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศอังกฤษ ได้รับการออกแบบให้มีการแข่งขันสูงสุด และมีการแบ่งเป็น “ผู้ซื้อ” และ “ผู้ให้” ในระบบบริการสุขภาพอย่างชัดเจน

พัฒนาการและโครงสร้างเพื่อการบริหารจัดการ

ต้นแบบการใช้จ่ายเงินภาษีเพื่อมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

National Health Service (NHS) หรือระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ที่ทำให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในประเทศอังกฤษเกิดขึ้นในปี ค.ศ.1948 ในขณะที่โครงสร้างที่เป็นกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในปัจจุบันเรียกว่า Department of Health (DH) มีพัฒนาการมาก่อนหน้านั้น

ในปี ค.ศ.1805 เริ่มมีหน่วยงานในระดับชาติที่ดูแลเรื่องสุขภาพ เรียกว่า Board of Health ต่อมาในปี ค.ศ. 1854 เรียก General Board of Health และกระทรวงสุขภาพหรือกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) เกิดขึ้น (เริ่มเรียกชื่อนี้) ในปี ค.ศ.1919 โดยที่มีกระทรวงประกันสังคม (Ministry of Social Security) เกิดมาก่อนตั้งแต่ปี ค.ศ.1911

ในปี ค.ศ.1968 กระทรวงสุขภาพและกระทรวงประกันสังคมถูกยุบรวมกัน ตั้งเป็นองค์กรใหม่เรียกว่า Department of Health and Social Security (DHSS) และอีก 20 ปีต่อมา (ปี ค.ศ.1988) แยกเป็น Department of Health (DH) และ Department of Social Security (DSS) อีกครั้งจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

สถานการณ์ก่อนมี NHS

ก่อนมี NHS การให้บริการปฐมภูมิเป็นไปอย่างกระจัดกระจาย ขาดการจัดระบบเพื่อการทำงานร่วมกันเป็นทีม บุคลากรที่ให้บริการในชุมชนประกอบด้วย

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เป็นแพทย์เอกชนเปิดคลินิกส่วนตัว (Medical centre) ในชุมชน มี Practice nurse ช่วยให้บริการด้านการพยาบาลภายในคลินิก (บางคลินิกไม่จ่ายยา) ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นชนชั้นกลางถึงชนชั้นสูง เนื่องจากต้องจ่ายค่านั่งเตียงเมื่อรับบริการ โดยมีทั้งการไปรับบริการที่คลินิก และตามแพทย์ให้ไปให้บริการที่บ้าน

พยาบาลชุมชน¹ ประกอบด้วย District nurse (พยาบาลเยี่ยมบ้านที่ให้การให้บริการด้านการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน) Midwife (ผดุงครรภ์ดูแลหญิงตั้งครรภ์และทำคลอด การทำคลอดมีทั้งทำที่บ้านและที่โรงพยาบาล) Health visitor (พยาบาลเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการส่งเสริมสุขภาพ) ทั้งหมดทำงานอยู่ในภาครัฐ (อยู่ภายใต้ Local authority ซึ่งไม่อยู่ในสายบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุข อาจอยู่ในสายบังคับบัญชาของกระทรวงมหาดไทยหรือรัฐบาลท้องถิ่น) มีสำนักงานที่ใช้ในการทำงานเรียกว่า Health centre การให้บริการมีทั้งในลักษณะของการให้บริการฟรี และมีบางกรณีที่ต้องจ่ายเงิน นอกจากนี้ยังมีนักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) ซึ่งมีทั้งที่เป็นข้าราชการและอาสาสมัคร ร่วมทำงานอยู่ด้วยในบาง Health centres

หมายเหตุ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์คลินิกเอกชนกับทีมพยาบาลชุมชนของหน่วยงานในภาครัฐค่อนข้างเปราะบาง (Bad relations) ต่างฝ่ายต่างทำงานยังไม่มีมีการประสานงานเพื่อการทำงานร่วมกันเป็นทีม (มีพัฒนาการของความสัมพันธ์ที่ไม่ค่อยดีมาก่อนช้านาน)

1 พยาบาลชุมชนของประเทศสหราชอาณาจักรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ต้องเรียนเพิ่มอีกประมาณ 1 ถึง 1½ ปี

ทันตแพทย์ มีสถานะคล้ายกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มักจ้างผู้ช่วยทันตแพทย์ (Dental surgery assistant) ให้เป็นผู้ช่วยทำงานในขณะที่ให้บริการในคลินิก และมีผู้ดูแลสุขภาพฟัน (Dental hygienist) ทำงานในชุมชนและมีสำนักงานซึ่งเป็นสถานที่ทำงานอยู่ที่ Health centre

เภสัชกร เปิดร้านขายยาในชุมชน ไม่ชัดเจนว่ามีความสัมพันธ์ในลักษณะร่วมมือหรือแข่งขันกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอย่างไร

โรงพยาบาล มี 3 ลักษณะคือ 1) โรงพยาบาลที่สร้างเพื่อการกุศล มีวัตถุประสงค์หลักคือให้บริการผู้ด้อยโอกาส (คนจน คนไม่มีบ้าน และผู้อพยพ) 2) โรงพยาบาลที่สร้างโดยรัฐบาล มีวัตถุประสงค์ของการให้บริการแก่ประชาชนทุกคน (ไม่มีช่วงไหนของพัฒนาการที่ระบุว่า OPD ของโรงพยาบาลแน่น) มีทั้งลักษณะของการให้บริการฟรี และที่ต้องจ่ายค่าบริการ และ 3) โรงพยาบาลเอกชน มีวัตถุประสงค์ชัดเจนในการจัดบริการที่เน้นไปยังกลุ่มคนรวย

ในช่วงปี ค.ศ.1910-1960 องค์ความรู้และวิทยาการด้านการแพทย์ในโรงพยาบาลเติบโตเร็วมาก (Full-time specialism) โดยที่ในปี 1920 เริ่มมีการแบ่งระดับบริการออกเป็น การให้บริการปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ²

สำหรับการให้บริการในระดับปฐมภูมิ มีการกล่าวถึงการทำงานร่วมกันเป็นทีมของผู้ให้บริการทั้งหมดในชุมชนไม่ว่าจะอยู่ในภาครัฐหรือเอกชน ถึงแม้จะเป็นจริงได้ยากมากในสถานการณ์ในขณะนั้นก็ตาม

แรงต้านก่อนเกิดและการเกิด NHS

ประกันสุขภาพสุขภาพในภาครัฐเริ่มต้นตั้งแต่ปี ค.ศ.1911 โดยรัฐบาลได้ออกกฎหมายประกันสุขภาพ (National Insurance Act) มีจุดมุ่งหมายที่จะใช้คุ้มครองกลุ่มผู้ใช้แรงงานเมื่อเจ็บป่วยหรือตกงานเท่านั้น โดยลูกจ้างเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันรวมทั้งมีการจ่ายสมทบโดยนายจ้างและรัฐ³

ต่อมาในปี ค.ศ.1942 Sir William Beveridge ซึ่งมีส่วนร่วมในการผลักดันกฎหมายประกันสุขภาพมาก่อนหน้านี้ ได้ตีพิมพ์รายงาน “Beveridge report” เพื่อนำเสนอรัฐบาล เนื้อหาที่สำคัญของรายงานคือ ประชาชนในวัยทำงานที่มีรายได้ ควรมีส่วนร่วมในการช่วย ผู้ป่วย ผู้ตกงาน เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้เกษียณอายุ รวมทั้งผู้ที่เป็นหม้าย⁴ โดยมีปรัชญาที่สำคัญคือ “below which no one should be allowed to fall (ประชาชนโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสไม่ควรถูกปล่อยให้ย่ำแย่จนชีวิตตกต่ำ)”⁵

กลุ่มที่ต่อต้านการนำแนวคิดนี้ไปออกเป็นกฎหมายมากที่สุดคือ “กลุ่มแพทย์”⁶ ด้วยความกังวลที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) อาจมีผลกระทบต่อรายได้ และ 2) กลัวมีผลกระทบต่อความอิสระในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม แต่ในที่สุดรัฐบาลสามารถเจรจาต่อรองกับกลุ่มแพทย์เป็นผลสำเร็จ และผ่านออกมาเป็นกฎหมายในปี ค.ศ.1946 ซึ่งมีผลบังคับใช้ทันทีทำให้เกิด National Health Service (NHS) หรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเป็นทางการในปี ค.ศ.1948 ทั้งนี้กฎหมายฉบับนี้ประกาศใช้สำหรับประชาชนทุกคน ซึ่งครอบคลุมไปถึงประชาชน (คนงาน) ที่อยู่ภายใต้ National Insurance Act ด้วย มีผลทำให้ประเทศอังกฤษมีกองทุนเพื่อสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนเพียงกองทุนเดียว (Single fund) ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

กลไกสำคัญที่ทำให้รัฐสามารถเข้าไปดูแลและบริหารจัดการ เพื่อให้มีบริการสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสคือ การนำงบประมาณที่เก็บมาจากภาษีทั่วไป (General tax)⁷ มาใช้ในการบริหารจัดการโดยไม่จำกัดว่าจะต้องจัดสรรไปยังภาครัฐเท่านั้น แต่สามารถจัดสรรไปยัง สถานบริการ และผู้ให้บริการ ในภาคเอกชนและองค์กรการกุศล ตลอดจนซื้อกิจการจากภาคเอกชนตามความจำเป็น

2 the germ of the primary/secondary/tertiary care distinction (The Dawson Report; London: HMSO, 1920)

3 กฎหมายฉบับนี้ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจาก “Bismarck model” (ประกันสุขภาพเชิงบังคับที่อยู่ในภาครัฐและเก็บเบี้ยประกันสุขภาพจากประชาชน: Insurance based) ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการครั้งแรกที่ประเทศเยอรมัน ตั้งแต่ปี ค.ศ.1853 ในสมัยที่นายกรัฐมนตรีชื่อ Bismarck และค่อยๆ ถูกนำไปใช้ตามประเทศต่างๆ ในแถบทวีปยุโรป

4 ในสมัยนั้นมีผู้เสียชีวิตจำนวนมากจากสงคราม ผู้ที่เป็นหม้ายในที่นี้จึงหมายถึง หญิงหม้าย เป็นหลัก

5 แรงผลักดันสำคัญมาจากความรู้สึกที่ว่า ชาวอังกฤษมีความแน่วแน่เด็ดเดี่ยว และร่วมกันเสียสละ จนกระทั่งชนะสงครามโลกครั้งที่ 2 รัฐจึงพยายามออกกฎหมายที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ด้อยโอกาส

6 จากการขอความเห็น (plebiscite) จากกลุ่มแพทย์ของ British Medical Association (BMA) ในเดือนมกราคม 2548 พบว่า 84% ของแพทย์ ลงคะแนน (vote) ว่าไม่เห็นด้วยหรือต่อต้านการเกิดขึ้นของ National Health Service (NHS) แต่ด้วยทักษะทางการเมืองของ Aneurin Bevan ทำให้กฎหมาย NHS ประกาศใช้ในเดือนกรกฎาคม ค.ศ.1948

ผลกระทบหลังมี NHS

โรงพยาบาล

โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนเชิงโครงสร้างน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในภาครัฐอยู่แล้ว ส่วนโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีอยู่ไม่มากนักนั้น ส่วนหนึ่งถูก NHS เข้าไปซื้อกิจการ โรงพยาบาลเอกชนที่ยังคงอยู่ได้ส่วนใหญ่อยู่เฉพาะในเมืองใหญ่ โดยมีกลุ่มเป้าหมายอยู่ที่คนรวยและผู้ที่มีข้อประกันสุขภาพจากภาคเอกชน (มีจำนวนน้อย)

แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ทำงานในโรงพยาบาล สถานะในฐานะข้าราชการไม่ได้เปลี่ยนไปจากเดิมมากนัก เพียงแต่อยู่ในระบบราชการที่ใหญ่ (เทอะทะ) มากขึ้นเท่านั้น อันทำให้เกิดปัญหาเรื่องการรอคิวงาน (Long waiting list) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าคิวเพื่อรอการผ่าตัดที่รอได้ (Elective surgery) ซึ่งกลายเป็นประเด็นทางการเมืองในระยะต่อมา

ในปี ค.ศ.1962 NHS มีการวางแผนเรื่องโรงพยาบาล ทำให้มี District General Hospitals เป็นโรงพยาบาลขนาดประมาณ 600-800 เตียง ดูแลประชากรประมาณ 150,000 ถึง 200,000 คน ด้วยแผนดังกล่าว มีผลให้โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งต้องปิดกิจการลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กที่อยู่ในเขตเมือง อย่างไรก็ตามในพื้นที่ห่างไกลได้มีการสร้างโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่ถูกจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของสถานบริการปฐมภูมิ และให้บริการโดยทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิ

การให้บริการในชุมชน “จุดเปลี่ยนสำคัญ”

การเปลี่ยนแปลงที่ชัดและมีผลกระทบต่อระบบบริการมากที่สุด คือการกำหนดให้ประชาชนทุกคนต้อง “เลือก (Choice)” เพื่อ “ขึ้นทะเบียน (Registration)” กับ “แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป” ซึ่งทั้งหมดอยู่ในภาคเอกชน (เปิดคลินิกเต็มเวลาดังที่กล่าวแล้วข้างต้น) โดยรัฐในนาม NHS เป็นผู้จ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์แทนประชาชน (รายละเอียดว่าจ่ายอย่างไรจะกล่าวถึงต่อไปในหัวข้อ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางการเงินกับ NHS อย่างไร) โดยที่ประชาชนได้สิทธินี้ก็ต้องไปใช้บริการกับแพทย์คนใดคนหนึ่งเลือกขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน สิทธินี้จะครอบคลุมการรับบริการกรณีฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลด้วย

ด้วยระบบนี้ เด็กเกิดใหม่ ผู้ย้ายเข้า และได้สิทธิเป็นประชาชนของประเทศสหราชอาณาจักร จะต้องมี (เลือก) แพทย์ประจำตัว (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) ทุกคนตามข้อบังคับของกฎหมาย

เมื่อไรก็ตามที่ประชาชนเลือกแพทย์คนใหม่ จะมีระบบที่ทำให้ “เวชระเบียน (Medical record)” ถูกส่งจากแพทย์คนเดิม ไปยังแพทย์คนใหม่ด้วยระบบภายในของ NHS (ไม่ใช่ให้คนไข้ถือไป) ทำให้ถึงแม้คนไข้จะเลือกเพื่อพบแพทย์คนใหม่ แต่ข้อมูลของคนไข้ยังคงมีความต่อเนื่อง

หลังจากมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การขึ้นทะเบียนกับสถานบริการในชุมชนจึงมี 2 ลักษณะคือ 1) การขึ้นทะเบียนในลักษณะแบ่งพื้นที่โดยรัฐ ซึ่งมีอยู่แล้วก่อนหน้านั้น โดยมีทีมงานใน Health centre รับผิดชอบประชาชนทุกคนในเขตพื้นที่ตามที่รัฐกำหนด และ 2) การขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งเกิดขึ้นใหม่ตามที่ประชาชนเลือกตามความสมัครใจ ด้วยระบบการขึ้นทะเบียนที่เกิดคู่ขนานเป็น 2 ลักษณะดังกล่าว ในระยะแรกของ NHS ยังไม่สามารถทำให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีมของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับทีมพยาบาลชุมชน ในลักษณะของการทำงานร่วมกันในชุมชนได้

การทำงานร่วมกันเป็นทีมในชุมชนเริ่มเป็นระบบและมีความชัดเจนมากขึ้นในปี ค.ศ.1965 และมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง กลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันเป็นทีมสรุปได้ดังนี้ 1) รัฐมีนโยบายให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถใช้งานบางส่วนในอาคารที่เป็น Health centre เป็นสถานที่เพื่อให้บริการประชาชน ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับพยาบาลชุมชน เริ่มมีสำนักงานที่ใช้ในการทำงานเพื่อให้บริการอยู่ในตัวอาคารเดียวกัน (ตัวอาคารของรัฐ) 2) การสร้างระบบให้พยาบาลชุมชนรับผิดชอบประชาชนตามบัญชีรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนไว้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปแต่ละคน (รับผิดชอบประชาชนตามระบบการขึ้นทะเบียนกับแพทย์) มากกว่าแบ่งเป็นกลุ่มประชากรตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ 3) มีการโอนบุคลากรที่อยู่ใน Health centre ซึ่งเดิมอยู่ภายใต้ Local authority เพื่อให้มาอยู่ภายใน NHS และ 4) ถึงจุด “สูงอม” ที่มีความจำเป็นที่จะต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม

ในส่วนของการร่วมมือกับเภสัชกร แพทย์จะเป็นผู้สั่งยาในใบสั่งยา คนไข้ไปรับยาที่ร้านขายยา (ที่ประเทศอังกฤษมักเรียกว่า Chemist หรือ Pharmacist) จากเภสัชกรซึ่งเป็นเอกชน โดยเภสัชกรจะเบิกเงินค่ายา (แบบ Cost plus: ราคาทุนที่บวกผลกำไรเท่าที่จำเป็น) จาก NHS รวมทั้งได้รับค่าตอบแทนการจ่ายยา (Dispensing fee) โดยที่ค่าตอบแทนการจ่ายยานี้จะได้รับเป็นเงินก้อนในลักษณะเหมาจ่ายเป็นรายปีผ่านสมาคมเภสัชกร

7 ในที่สุดจึงเรียกรูปแบบการนำภาษีมาใช้ในลักษณะนี้ว่า “Beveridge model” แต่ผู้ที่มีบทบาทในการออกแบบที่สำคัญคือ Aneurin Bevan ซึ่งเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น

เมื่อคนไข้เข้าไปสั่งยาเพื่อไปรับยาที่ร้านขายยา จะมีคนไข้บางกลุ่มที่จะต้องจ่ายเงินบางส่วนที่ร้านขายยา โดยจ่ายให้ NHS ผ่านร้านขายยา

ทันตแพทย์ (General dental practitioner) ต้องจ้างผู้ช่วยทันตแพทย์ (Dental surgery assistant) ทำงานในคลินิก ได้รับการส่งเสริมให้เข้าไปใช้ตัวอาคารของ Health centre เป็นสถานที่ทำงานเช่นเดียวกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยมีผู้ดูแลสุขภาพฟัน (Dental hygienist) ทำหน้าที่ให้บริการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพฟัน ซึ่งมีสถานที่ทำงานอยู่ที่ Health centre อยู่แล้ว

NHS ยังพัฒนาให้มีศูนย์ Lab และ X-Ray (เช่น ในช่วงปี ค.ศ.1990 โดยเฉลี่ยจะมี X-ray 1 เครื่องต่อประชากรประมาณ 30,000 คน) ซึ่งมักจะมีอยู่ที่ Health centre ขนาดใหญ่ และบางพื้นที่ที่ร่วมกับโรงพยาบาล รวมทั้ง NHS ได้สร้างระบบการบรรจุ Specimens ที่ได้มาตรฐาน (Standard specimen containers) แบบฟอร์มสำหรับการส่ง Lab รวมทั้งการรายงานผล ซึ่งตอบสนองในกรณีที่ต้องการผลอย่างเร่งด่วนด้วย สำหรับ Potable EKG สามารถทำได้โดยทั้ง general practitioners และ district nurses สำหรับรายละเอียดขององค์ประกอบและการให้บริการต่างๆ จะกล่าวถึงต่อไป

NHS: พัฒนาการที่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในระดับ “นโยบาย”

จากที่เริ่มก่อตั้ง NHS ในปี ค.ศ.1948 จนถึงปี ค.ศ.1974 มีการเปลี่ยนแปลง (เชิงการเมือง) เพื่อการบริหารจัดการภายใน NHS น้อยมาก หลักจากนั้นมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้

ในปี ค.ศ.1974 รัฐบาลออกกฎหมายโอนสถานบริการสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลและสถานบริการในชุมชนที่อยู่ภายใต้ Local authorities (สังกัดกระทรวงมหาดไทย หรือรัฐบาลท้องถิ่น) มาอยู่ภายใน NHS

ในปี ค.ศ.1986 ลดค่าตอบแทนในส่วนที่เป็นเงินเดือน (Basic allowance) และเพิ่มการจ่ายค่าตอบแทนเมื่อทำได้ครบตามเป้าหมาย (Target payments) ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมกิจกรรมการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (เนื่องจากก่อนหน้านี้แพทย์ให้ความสำคัญเฉพาะการรักษาโรค)

ในปี ค.ศ.1988 มีการบอกให้สาธารณชนรับรู้อย่างชัดเจนว่า รัฐบาลจะนำกลไกการตลาด (Internal market) มาใช้ใน NHS โดยเชื่อว่าในขณะนั้น NHS มีปัญหาขาดประสิทธิภาพ (ขาด efficiency) เพราะมีขนาดใหญ่เทอะทะไม่คล่องตัวเป็นต้นเหตุแห่งปัญหา และที่นำมาเป็นประเด็นการเมือง เช่น การรอคิวเพื่อการผ่าตัดนาน (Long waiting list), ใช้งบประมาณสูงขึ้นโดยที่รัฐให้เท่าไรก็ไม่พอ (Cost escalation), มีความเฉื่อยชาเนื่องจากมีขนาดใหญ่ เป็นต้น

กลไกสำคัญที่นำมาใช้ในการสร้างกลไกการตลาดคือ การแบ่ง NHS ออกเป็น 2 ส่วน กล่าวคือแบ่งเป็นส่วนที่เป็นผู้ให้บริการ (Provider) และส่วนที่เป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ซึ่งเรียกกันโดยทั่วไปว่า “Purchaser-Provider Split” โดยที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีแนวโน้มที่จะต้องเป็นทั้ง ผู้ให้ (บริการ primary care) และผู้ซื้อ (บริการ secondary and tertiary care)

จากการนำเสนอแนวคิดนี้ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจำนวนมากไม่เห็นด้วย ด้วยความกลัวที่ว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอาจจะถูกมองว่าไม่ได้เป็นเฉพาะ “หมอเท่านั้น” แต่เป็นทั้ง “หมอและนักธุรกิจ” ในเวลาเดียวกัน (Doctor as well as Businessman) ซึ่งอาจบั่นทอนความเชื่อมั่นหรือความศรัทธาที่คนไข้มีต่อหมอ อย่างไรก็ตาม ในที่สุด แนวคิดเรื่อง internal market ถูกพัฒนาจนกระทั่งกลายเป็นกฎหมาย

ในปี ค.ศ.1990 ประกาศใช้กฎหมายที่ทำให้เกิด Purchaser-Provider Split (กฎหมายฉบับนี้มีชื่อว่า National Health Service and Community Care Act) ทำให้แบ่ง NHS ออกเป็น 2 ส่วน คือ ผู้ให้บริการ และผู้ซื้อบริการ

ผู้ให้บริการประกอบไปด้วย 1) บุคลากรที่มีฐานเดิมของการเป็นข้าราชการ ซึ่งประกอบไปด้วย บุคลากรของโรงพยาบาลและสถานบริการที่อยู่ในชุมชนในส่วนที่โอนจาก Local authority มาอยู่ใน NHS จะอยู่ภายใต้โครงสร้างการบริหารจัดการเดียวกัน โดยออกแบบโครงสร้างของการบริหารจัดการแบบใหม่นี้เป็นลักษณะของ “Trust” โดยมีชื่อเรียกว่า NHS Trust และ 2) ผู้ให้บริการที่เดิมอยู่ภาคเอกชน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ เภสัชกร และทีมงาน

ผู้ซื้อบริการประกอบไปด้วย 1) สำนักงานสาธารณสุขที่ดูแลพื้นที่ (District Health Authority or Health Board) และ 2) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในการทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ มีชื่อเรียกว่า GP Fundholder

ด้วยระบบนี้ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ “ไม่เป็น” GP Fundholder เมื่อส่งคนไข้ไปยังโรงพยาบาล Health Board จะเป็นผู้จ่ายเงินให้โรงพยาบาล และ 2) กลุ่มที่ “เป็น” GP

Fundholder จะรับเป็น “เงินก้อน” ในส่วนที่ใช้เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการซื้อบริการมาถือไว้ (โดยมีฐานการคำนวณจากการใช้ตัวเลขในปีก่อน) และเป็นผู้จ่ายเงินเอง เมื่อส่งคนไข้ไปยังโรงพยาบาล โดยที่รัฐบาลในขณะนั้นมีนโยบายชัดเจน ที่จะส่งเสริมให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทุกคนรวมกลุ่มกัน เพื่อเป็น GP Fundholder โดยเชื่อว่า GP Fundholder จะเป็นกลไกสำคัญในการทำให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมใน NHS ไม่พุ่งสูงขึ้น (Cost containment)

สำหรับเงื่อนไขของการเป็น GP Fundholder คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะต้องรวมกลุ่มกันเอง “แบบสมัครใจ” จนกระทั่งทำให้มีประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบรวมกันไม่น้อยกว่า 11,000 คน ในปี ค.ศ.1992 เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรวมตัวกันง่ายขึ้น ในปี ค.ศ.1993 ได้ลดจำนวนประชากรลงเหลือ 7,000 คน และลดลงเหลือ 5,000 คน ในปี ค.ศ.1996

ส่วนแรงจูงใจหลักที่จะทำให้เกิด Cost containment คือ กรณีที่ GP Fundholder สามารถบริหารจัดการจนทำให้เงินที่ได้รับจัดสรรในส่วนนี้เหลือ (Refer คนไข้ไปโรงพยาบาลน้อย) เงินส่วนที่เหลือนี้ไม่สามารถนำไปใช้เป็นเงินส่วนตัวของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้ (ไม่สามารถนำเงินที่เหลือนี้เอาไปเข้ากระเป๋าตัวเอง) แต่สามารถนำไปใช้เพื่อการพัฒนาการให้บริการโดยรวมได้ เช่น การใช้ในการพัฒนาสถานที่ การเข้าร่วมฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ทางวิชาการ การซื้อเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นเพิ่ม เป็นต้น

ในปี ค.ศ.1993-1994 มีการสำรวจพบว่า GP Fundholder สามารถบริหารจัดการเพื่อให้เงินเหลือและนำเงินไปใช้ประโยชน์ด้านอื่นได้ถึง 64 ล้านปอนด์

จำนวนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เข้าร่วมการเป็น GP Fundholder มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งในปี ค.ศ.1999 ก่อนที่จะมีการประกาศยกเลิก GP Fundholder (ประกาศยกเลิกโดยรัฐบาลชุดใหม่) ยังคงมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ไม่เข้าร่วมเป็น GP Fundholder อยู่ประมาณ 5%

เหตุผลสำคัญที่ทำให้ยกเลิก GP Fundholder ที่มีการกล่าวถึงคือปัญหาเรื่อง ความเป็นธรรม (Equity) เนื่องจากเงินที่กระจายไป และที่เหลือที่อยู่กับ GP Fundholder ซึ่งดูแลประชากรจำนวนน้อย ถูกมองว่าเป็นการนำเงินงบประมาณไปใช้ในลักษณะเบียดหัวแตก (Fragmented) เป็นการใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนส่วนใหญ่ได้น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำไปใช้ประโยชน์กับผู้ด้อยโอกาส ซึ่งน่าจะมีคามจำเป็นในการใช้งบประมาณส่วนนี้มากกว่า

จากปี ค.ศ.1999 เป็นต้นมา โครงสร้างใหม่ที่มาแทน GP Fundholder ถูกออกแบบให้มีโครงสร้างเป็นลักษณะ Trust โดยมีชื่อเรียกว่า Primary Care Trust ซึ่งเป็นการจัดให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทุกคนที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน (ตาม Geographical area: Locality) อยู่ภายใต้โครงสร้าง Trust เดียวกัน โดยที่แต่ละ Primary Care Trust ดูแลประชากรประมาณ 150,000 ถึง 300,000 คน ทำให้กลไกการตลาด (Internal market) ภายใน NHS หมดไปโดยปริยาย อย่างไรก็ตาม Primary Care Trust ยังคงเป็นผู้จ่ายเงินไปยังโรงพยาบาล (มีชื่อโครงสร้างที่บริหารจัดการโรงพยาบาลว่า Acute Trust ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ NHS Trust และมี Trusts อื่นที่แยกย่อยออกไป เช่น Mental Health Trust, Ambulance Trust เป็นต้น) แต่ไม่ใช้กลไกการตลาด (มีการแข่งขันเชิงการตลาดน้อยลง) เพียงแต่เป็นลักษณะจ่ายเงินตามคนไข้ (Money follows patient) และเป็นองค์กรที่คอยดูแลแล้ว ในพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบมีปัญหาเรื่องการขาดหรือการกระจายของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือไม่

เนื่องจากงบประมาณส่วนใหญ่ (ประมาณ 75%) ของงบประมาณทั้งหมดของ NHS ถูกส่งมายัง Primary Care Trusts ทำให้ Primary Care Trust เป็นองค์กรสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการของประเทศสหราชอาณาจักรในปัจจุบัน โดยมีตัวแทนของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเข้ามาเป็นคณะกรรมการ เพื่อดูแลและบริหารจัดการงบประมาณในส่วนนี้ และมักมีการสร้างความร่วมมือกับ Local Authorities เพื่อการวางแผนและทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการบริการเชิงสังคม (Social service)

เมื่อไรก็ตามที่มีการตกลงความร่วมมือ (Agreement) ระหว่างหน่วยงานในสังกัดของ NHS กับ Local Authorities มีกฎหมายรองรับที่จะทำให้เกิดโครงสร้างใหม่โดยมีความคาดหวังที่จะเกิดการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายใน NHS กับองค์กรในพื้นที่มากยิ่งขึ้น ซึ่งปัจจุบันยังคงมีจำนวนน้อย และถูกคาดหวังว่าจะมีจำนวนมากขึ้นในอนาคต

ในปี ค.ศ.2002 มีการสร้างโครงสร้างใหม่ชื่อว่า Strategic Health Authority (STA) ดูแลประชากรประมาณ 1.5 ล้านคน และต่อมามีการรวม STAs เข้าด้วยกันทำให้ STA ดูแลประชากรเฉลี่ยประมาณ 5 ล้านคน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ามีการเชื่อมโยงและผสมผสานระหว่าง สิ่งที่รัฐบาลกลางให้ความสำคัญ (National priority) กับการวางแผนงานโดย PCT ซึ่งดำเนินการในระดับพื้นที่ (Local health plans)

ในปี ค.ศ.2004 ได้มีการพัฒนาให้เกิดโครงสร้างใหม่ (ภายใน NHS) เพื่อรองรับโครงสร้างที่จะเป็นอิสระเต็มที่ (Full autonomy) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง NHS trust ซึ่งโครงสร้างที่ทำหน้าที่บริหารจัดการโรงพยาบาล โดยชื่อเรียกว่า Foundation Trust

พัฒนาการของหมอชุมชน

“หมอชุมชน” เริ่มต้นเชิงวิชาการอย่างเป็นทางการ หลังจากที่ “หมอโรงพยาบาล” เข้มแข็ง

หลังจากที่ “วิทยาศาสตร์” เข้ามามีบทบาทสำคัญทางการแพทย์มีส่วนช่วยให้ “หมอตตามบ้าน” สามารถค้นพบวิทยาการสมัยใหม่อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับมีการ “ปฏิวัติการพยาบาล” ทำให้ “โรงพยาบาล” ซึ่งเดิมมีไว้สำหรับคนจน คนไม่มีบ้าน และผู้พวยพ กลายเป็นสถานบริการสำหรับประชาชนทุกคน และเป็นศูนย์กลางของระบบบริการ มีผลให้แพทย์ถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (จบแพทย์แต่ไม่เรียนต่อ เปิดคลินิกส่วนตัว ทำงานในชุมชน ลักษณะของการทำงานมีฐานที่มีพัฒนาการมาจากหมอตตามบ้าน) และแพทย์เฉพาะทาง (จบแพทย์แล้วเรียนต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง และให้บริการอยู่ในโรงพยาบาล) ถึงแม้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ทำงานในชุมชน มีศักดิ์ศรีเชิงวิชาการน้อยกว่า แต่ด้วยฐานของความสัมพันธ์ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องในลักษณะ “หมอกับคนไข้” ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (หมอชุมชน) ยังคงเป็นที่ศรัทธาและเป็นที่พึ่งหลักของประชาชน ทำให้ประเทศสหราชอาณาจักร (รวมทั้งประเทศในแถบตะวันตกโดยรวม) ไม่มีประสบการณ์ที่มีคนไข้แน่น OPD ของโรงพยาบาล

ปี ค.ศ.1910–1960 การแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลเติบโตอย่างก้าวกระโดด

ในปี ค.ศ.1946 มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปชื่อ Micheal Balint⁸ ได้เริ่มทำการวิจัย โดยเรียกวิธีการวิจัยนี้ว่า “Research seminar” โดยรวมกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ทำงานอยู่ในชุมชน นำ “กรณีที่น่าสนใจ” มานำเสนอในที่ประชุม เพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์สัปดาห์ละครั้ง (ช่วงบ่ายของวันทีว่าง) ต่อเนื่องกันเป็นเวลาประมาณ 3 ปี ผลของการวิจัยได้มีการนำเสนอเป็นกรณีศึกษา ที่ทำให้เห็นความจำเพาะเชิงวิชาการของการให้บริการในชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างไปจากการให้บริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นทางด้าน จิตใจ-สังคม (Psycho-social) วิธีการนำเสนอผลการวิจัยทำได้อย่างน่าสนใจโดยแบ่งเป็น การวินิจฉัย เช่น ปัญหาทั่วไป (General problems), คนไข้เสนอ หมอสนอง (The patient's Offers and the Doctor's Responses), ระดับของการวินิจฉัย (Level of diagnosis), การสมรู้ร่วมคิดที่จะปิดบัง (The collusion of Anonymity) และการรักษา เช่น ตัวหมอนั้นแหละแทนยา (Drug Doctor), การรักษาทางใจโดยไม่ต้องใช้ยา (Psychotherapy), เริ่มต้นอย่างไร เมื่อไหร่ถึงจะหยุด (How to start, when to stop) เป็นต้น ผลงานชิ้นนี้ได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ.1954 เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้การทำงานในชุมชนมีความท้าทายเชิงวิชาการ และมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในที่สุดมีศักดิ์ศรีเชิงวิชาการที่ไม่ด้อยไปกว่าการให้บริการในโรงพยาบาล

การเพิ่มศักดิ์ศรีและศักยภาพเชิงวิชาการของหมอชุมชน

การก่อตั้งราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (Royal College of General Practitioner: RCGP)

องค์กรแรกที่มีการก่อตั้งเพื่อเพิ่มศักดิ์ศรีเชิงวิชาการให้กับหมอชุมชน (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) คือ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (Royal College of General Practitioner ในช่วงแรกของการก่อตั้งมีลักษณะเป็นวิทยาลัยก่อน) ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1952 โดยมีวัตถุประสงค์ของการก่อตั้ง “... เพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพ ศิลปะ ทักษะการให้บริการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ด้วยการตั้งมาตรฐานไว้ในระดับสูง พร้อมสนับสนุนและช่วยให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปพัฒนาไปให้ถึง และคงมาตรฐานระดับสูงนั้นไว้... (...to improve the quality, the art, the skill of general practitioners by setting a high standard and by encouraging and helping general practitioners to reach and maintain it...)”

ในช่วงแรกของการก่อตั้ง ผู้ที่เป็นสมาชิก (Membership: มีตัวย่อต่อท้ายชื่อว่า MRCGP) จะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ของการเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในชุมชนมาเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี ต่อมาในปี ค.ศ.1965 การเป็นสมาชิกต้องผ่านการสอบ ในปี ค.ศ.1967 เริ่มมีระบบของการเป็นสมาชิกที่มีผลงานดีเด่น (Fellowship: มีตัวย่อต่อท้ายชื่อว่า FRCGP) โดยการประเมินจากการเสนอขึ้นมา (Recommendations) ของสมาชิกทั่วไป จนกระทั่งตั้งแต่ ค.ศ.1989 เป็นต้นมา มีกลุ่มที่ทำการประเมิน (Assessment groups) เพื่อที่จะให้ FRCGP แก่สมาชิก

ปัจจุบันราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีศักดิ์ศรีไม่แตกต่างไปจากราชวิทยาลัยที่สำคัญอื่นๆ เช่น ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ และอื่นๆ

8 Micheal Balint เป็นจิตแพทย์ชาวฮังการี แต่ย้ายถิ่นมาเปิดคลินิกส่วนตัว ทำหน้าที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอยู่ในกรุง London ประเทศอังกฤษ



การเกิดขึ้นของภาควิชาเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงเรียนแพทย์

การเรียนการสอนเวชปฏิบัติทั่วไป โดยเชิญแพทย์ที่อยู่ในชุมชนมาเป็นผู้สอน (Guest lecturer) ที่โรงเรียนแพทย์ และส่งนักศึกษาแพทย์ไปเรียน (ดูงาน) กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในชุมชน อยู่คู่กับการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ในประเทศสหราชอาณาจักรมานานกว่า 200 ปี

จนกระทั่งในปี ค.ศ.1956 จึงมีภาควิชาเวชปฏิบัติทั่วไปอย่างเป็นทางการแห่งแรกที่ Edinburgh University โดยภาควิชาฯ ใช้สถานที่ที่เป็นคลินิกของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมาก่อน เป็นสถานที่ตั้งของภาควิชา จนกระทั่งในปี ค.ศ.1986 จึงมีภาควิชาเวชปฏิบัติทั่วไปเกิดขึ้นในทุกโรงเรียนแพทย์ของประเทศสหราชอาณาจักร โดยที่จะมีสถานบริการที่ให้บริการปฐมภูมิที่ให้บริการโดยทีมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและทีมงาน โดยผู้ให้บริการทั้งหมดเป็นบุคลากรของโรงเรียนแพทย์

อย่างไรก็ตาม นอกจากสถานบริการปฐมภูมิที่เป็นของโรงเรียนแพทย์เป็นสถานที่สำหรับฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์แล้ว คลินิกหรือสถานบริการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ทำงานอยู่ในชุมชนจำนวนมาก ยังคงเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ด้วยเช่นกัน

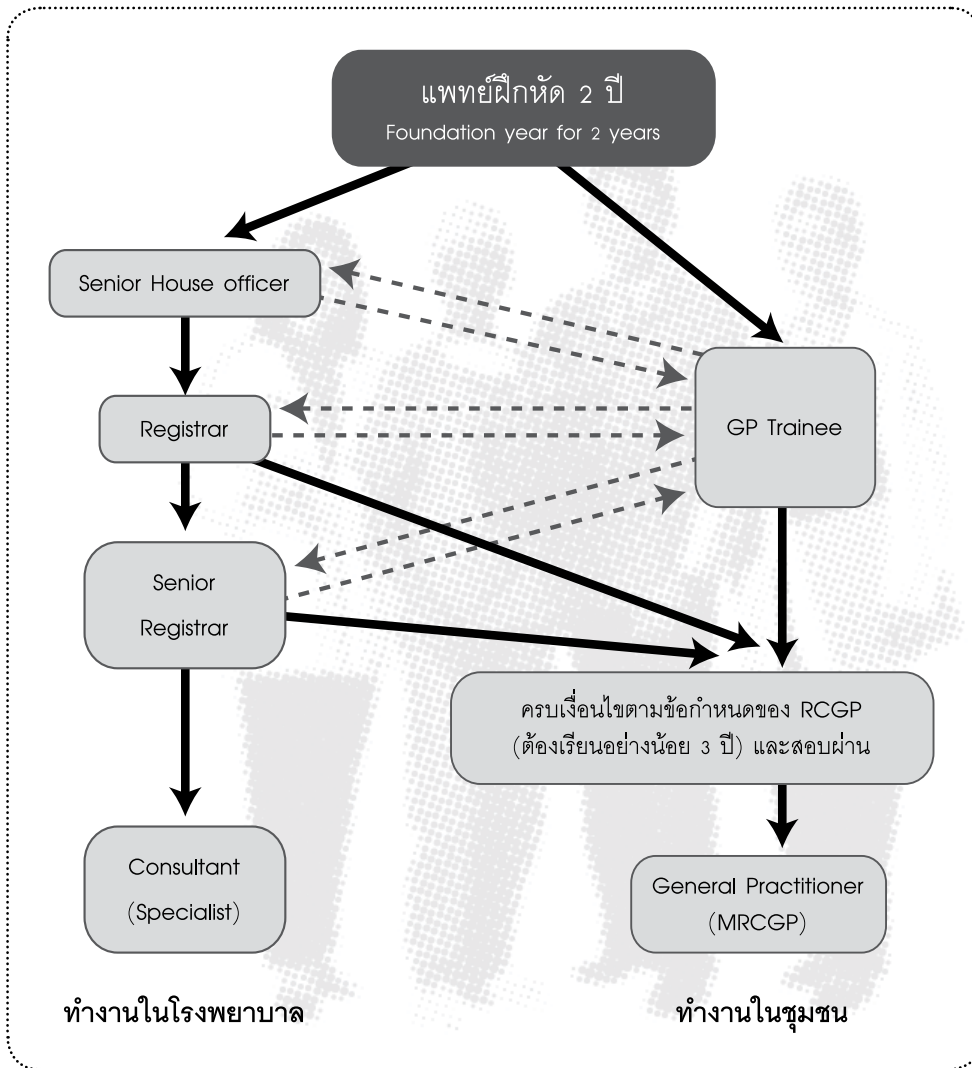
การเรียนการสอนหลังปริญญาของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

การขับเคลื่อนเพื่อให้มีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในระดับหลังปริญญา เกิดจากการผลักดันของราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในการโน้มน้าวให้โรงเรียนแพทย์ฯ ต่างๆ ยอมรับ โดยประสบความสำเร็จและทำให้มีการสอบเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญเวชปฏิบัติทั่วไปเพื่อเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยครั้งแรกในปี ค.ศ.1965 ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น และมีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนมาอย่างต่อเนื่อง

ในปัจจุบันการที่จะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยได้ จะต้องใช้เวลาเรียนในระดับหลังปริญญาเป็นอย่างน้อย 3 ปี ซึ่งประกอบไปด้วย อย่างน้อย 12 เดือนในภาควิชาและสถานบริการเวชปฏิบัติทั่วไป และมีประสบการณ์อย่างน้อย 6 เดือน ในแต่ละสาขาอย่างน้อย 2 สาขาของสาขาต่อไปนี้: general medicine, geriatric medicine, paediatrics, psychiatry, accident and emergency medicine or general surgery, obstetrics or gynecology or obstetrics and gynecology ส่วนที่เวลาเหลือเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นผู้เลือก ทั้งนี้ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรมทั้งหมดจะต้องไม่เกิน 7 ปี (ในบางช่วงผู้เข้ารับการฝึกอบรม สามารถเข้ารับการฝึกอบรมในลักษณะบางเวลา (part-time) ก็ได้)

ดังนั้นเส้นทางการเข้ารับการฝึกอบรมในระดับหลังปริญญา เพื่อในที่สุดสอบเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยจึงมีได้หลายเส้นทาง ลักษณะการเรียนการสอนจะเป็นลักษณะสะสมเครดิตว่าได้ครบตามกำหนดของราชวิทยาลัยหรือยัง โดยไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับว่าต้องผ่านภาควิชาหรือสาขาใดก่อนหลัง และสามารถเปลี่ยนใจได้ว่าจะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางในระหว่างการฝึกอบรม จึงมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหลายคนที่เป็นสมาชิกมากกว่าหนึ่งราชวิทยาลัย ที่พบบ่อยคือเป็นสมาชิกทั้งราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ (MRCGP & MRCP)

บางครั้งแพทย์ที่เข้ารับการฝึกอบรมมีความตั้งใจที่จะเป็นแพทย์เฉพาะทางตั้งแต่ต้น จนกระทั่งจบการฝึกอบรมและครบเงื่อนไขของการเป็นแพทย์เฉพาะทาง แต่ต้องรอให้ตำแหน่งในฐานะ Consultant (เป็น Specialist เต็มตัวทั้งความรู้และตำแหน่ง) ในโรงพยาบาลที่ต้องการทำงานว่างลง ซึ่งอาจจะต้องรอนานหลายปี แพทย์เฉพาะทางเหล่านี้บางคนอาจเปลี่ยนใจไม่รอ และหันมารับการฝึกอบรมและสอบเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ดังแสดงในแผนภาพ



ในระยะเริ่มต้นของการทำงาน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปโดยทั่วไปมีรายได้สูงกว่าแพทย์เฉพาะทางที่ทำหน้าที่เป็น Consultant ในโรงพยาบาล แต่โดยรวมตลอดชีวิตการทำงาน แพทย์เฉพาะทางและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีรายได้ใกล้เคียงกัน เนื่องจากรายได้แพทย์เฉพาะทางจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปรายได้ค่อนข้างคงที่ จะได้เพิ่มก็ต่อเมื่อการทำงานมากกว่า 7 ปี จากนั้น 14 ปี และ 21 ปี

พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse practitioner) เพิ่มศักยภาพให้กับบริการปฐมภูมิ

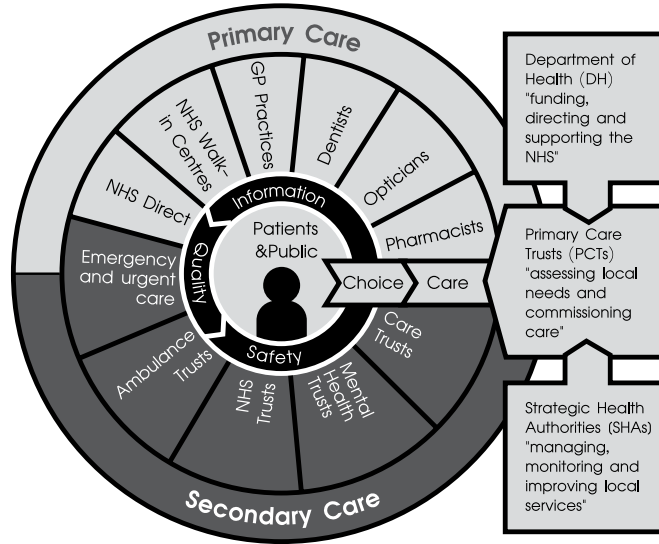
ราชวิทยาลัยการพยาบาล (Royal College of Nursing) ของประเทศสหราชอาณาจักรได้ให้ความหมายของพยาบาลเวชปฏิบัติไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1989 ว่า “an advanced level clinical nurse who through extra education and training is able to practice autonomously, making clinical decisions, and is fully accountable for her own practice”

ในประเทศสหราชอาณาจักรเริ่มต้นฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติในปี ค.ศ.1992 หลักสูตรโดยรวมใช้เวลาอีกประมาณ 2 ปี หลังจากจบเป็นพยาบาลวิชาชีพแล้ว¹⁰ โดยการเรียนรู้ส่วนใหญ่จะเป็นการเรียนรู้จากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้สอนและผู้สังเกต ซึ่งมีการเรียนการสอน ทั้งในลักษณะฝึกปฏิบัติร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (เรียนรู้ขณะแพทย์ดูคนไข้) ได้รับการนิเทศจากแพทย์ในขณะฝึกปฏิบัติด้วยการดูคนไข้ด้วยตัวเอง ตลอดจนการเรียนรู้ในห้องเรียน สำหรับการเรียนรู้ในห้องเรียนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ที่จะต้องมีตลอดหลักสูตร 2 ปี คือ 1) การเรียนที่ Health centre เป็นการเรียนรู้จากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งจะต้องมีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง เรียกว่า “an in-practice one hour tutorial each week”; และ 2) เรียนที่ Royal College of Nursing สัปดาห์ละ 1 วัน

สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติที่จบออกมาแล้ว จะทำงานที่ Health centre ร่วมทีมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทำให้คนไข้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น (ใช้เวลาในการรอน้อยลง) การทำงานร่วมกันเป็นทีมของพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner: NP) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner: GP) จนกระทั่งส่งต่อไปยังแพทย์เฉพาะทาง (Specialist) ในกรณีที่มีความจำเป็นที่จะต้องส่งต่อ

โครงสร้างเพื่อการบริหารจัดการในปัจจุบัน

โครงสร้างในระบบบริการด้านสาธารณสุขของประเทศอังกฤษได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่า มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยเกินไป เหตุผลสำคัญคือการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ทำให้ผู้ให้บริการต้องปรับตัวบ่อย โครงการการบริหารใช้หลักการของการถือประชาชนเป็นศูนย์กลาง ดังภาพ



ภาพแสดงโครงสร้างเพื่อการบริหารจัดการในปัจจุบัน

ทั้งนี้องค์ประกอบสำคัญที่ทำหน้าที่บริหารจัดการคือ หน่วยงานที่อยู่ทางด้านขวามือของภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย Department of Health, Strategic Health Authority, และ Primary Care Trust ส่วนองค์ประกอบที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการแบ่งอย่างง่ายออกเป็น Primary care และ Secondary care

Department of Health (DH)

Department of Health มีนักการเมืองที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุข เรียกว่า Secretary of State for Health (เทียบเท่ารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) และมีข้าราชการประจำที่อยู่ในตำแหน่งสูงสุดมี 2 ตำแหน่งประกอบด้วย

- 1) Permanent Secretary of DH (อาจเทียบได้กับปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ดูแลการบริหารจัดการภายใน DH รับผิดชอบการวางนโยบายและยุทธศาสตร์
- 2) Chief Executive of NHS (อาจเทียบได้กับเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) รับผิดชอบการจัดการ การจัดการ และควบคุมกำกับผลลัพธ์ของบริการ

หมายเหตุ ในช่วงปี ค.ศ.2000–2006 Permanent secretary of DH และ Chief Executive of NHS คือ บุคคลคนเดียวกัน ทั้งสองตำแหน่งขึ้นตรงต่อ Secretary of State for Health

ตำแหน่งทางวิชาการจะมี Chief professional officers เป็นตำแหน่งสูงสุด ซึ่งประกอบไปด้วย Chief Medical Officer, Chief Nursing Officer, Chief Dental Officer, Chief health professions officer, Chief pharmaceutical officer และ Chief Scientific Officer ซึ่งมีหน้าที่ผลิตองค์ความรู้ และให้ “Expert input” เพื่อการวางนโยบายและยุทธศาสตร์

คณะกรรมการ (Board) ของ DH ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ 14 คน

รัฐมนตรี (Secretary of state) ไม่มีตำแหน่งใน Board อย่างไรก็ตามบทบาทหลักของ Board คือ การกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายที่นโยบายของรัฐมนตรี

10 พยาบาลวิชาชีพที่ประเทศสหราชอาณาจักรมีหลักสูตรการเรียนการสอน 3 ปี สำหรับผู้ที่มาเรียนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ มักมีประสบการณ์การทำงานเป็น Practice nurse มาก่อน

สำหรับบาทที่เป็นหน้าที่หลักของ DH ประกอบด้วย

- 1) กำหนดทิศทางในภาพรวมของ NHS (Setting overall direction)
- 2) กำหนดมาตรฐานบริการ (Ensuring national standards are set)
- 3) ทำให้เกิดความมั่นใจว่ามีทรัพยากรที่จะนำมาใช้ใน NHS เพียงพอ (Securing resources)
- 4) ทำการตัดสินใจในกรณีที่มีการลงทุนที่ต้องใช้เงินจำนวนมาก (Making major investment decisions)
- 5) เพิ่มทางเลือกให้กับคนไข้และผู้ให้บริการ (Improving choice for patients and users)

ภายใต้ DH มีหน่วยงานที่ดูแลเฉพาะเรื่องเรียกว่า Arm's Length Bodies (ALBs) แบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะคือ

- 1) Executive agencies เช่น Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) ดูแลเรื่องยาและเครื่องมือทางการแพทย์ให้ปลอดภัยต่อประชาชน
- 2) Special Health Authorities กลุ่มนี้ถึงแม้จะอยู่ภายใต้ (ได้รับงบประมาณผ่าน) DH แต่มีความเป็นอิสระเนื่องจากมี Board เป็นของตนเอง เช่น Health Protection Agency, Information Center for Health and Social Care, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Postgraduate Medical Education and Training Board
- 3) Non-departmental public bodies ถูกตั้งขึ้นเมื่อรัฐมนตรีต้องการคำแนะนำ เช่น Commission for Patient and Public Involvement in Health

Strategic Health Authorities (SHAs)

ก่อนหน้าปี ค.ศ.2002 หน่วยงานที่เป็นโครงสร้างของ Strategic health authorities นี้มีชื่อว่า Regional health authorities ในประเทศอังกฤษเดิมมี Strategic health authorities ทั้งหมด 28 แห่ง ปัจจุบันลดลงเหลือเพียง 10 แห่ง (ค่อยๆ ลดลงตั้งแต่ปี ค.ศ.2006) ดูแลประชากรแห่งละประมาณ 2.5-7.5 ล้านคน (เทียบเท่าหน่วยงานในระดับเขตของไทย) มีหน้าที่ในการวางยุทธศาสตร์ที่สำคัญดังนี้

- 1) วางแผน พัฒนาและเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีขึ้น
- 2) ทำให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพของการให้บริการและองค์กรต่างๆ ภายในระบบบริการรวมทั้งมองไปข้างหน้าเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 3) เป็นตัวกลางในการช่วยเริ่มต้นงานนโยบาย และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามเป้าหมายของนโยบาย
- 4) ช่วยพัฒนา Trusts ต่างๆ ให้มีศักยภาพที่จะเป็น Foundation trust
- 5) เป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข ติดตามกำกับการบริหารในพื้นที่ที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความมั่นใจว่านโยบายที่สำคัญในระดับชาติสามารถผสมผสานกับแผนงานในพื้นที่ โดยเป็นผู้รับรองแผนที่จะนำไปปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งนำเสนอโดย PCT

Primary Care Trusts (PCTs)

Primary Care Trust (PCT) เป็นโครงสร้างใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาจาก Primary Care Group (เป็นโครงสร้างที่ทำหน้าที่ซื้อบริการที่พัฒนาต่อมาจาก GP fundholder) เชื่อมโยงกับโครงสร้างด้านการบริหารจัดการเดิมที่เรียกว่า District Health Authority

PCTs เดิมมีทั้งหมด 303 แห่ง ปัจจุบันมีลดลงเหลือ 152 แห่ง (ค่อยๆ ลดลงตั้งแต่ปี ค.ศ.2006) มีเจ้าหน้าที่ รวมผู้ให้บริการที่อยู่ในชุมชนที่เดิมเป็นข้าราชการ ทั้งหมดประมาณ 1,000 คน (ที่อยู่ในสำนักงานของ PCT มีประมาณ 200 คน) บริหารงบประมาณ ประมาณ 450 ล้านปอนด์ต่อปี ครอบคลุมประชากรแห่งละประมาณ 3 แสนคน เป็นหน่วยงานสำคัญที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อน NHS เนื่องจากจากจะต้องดูแลงบประมาณประมาณ 85% ของงบประมาณทั้งหมดของ NHS PCT มีคณะกรรมการ 2 ชุด คือ PCT Board และ Executive committee

Primary Care Trust Board (PCT board) พิจารณานโยบายและกำหนดทิศทางดำเนินการของ PCT คณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วย

1. ประธาน
2. รองประธาน และ ผอ.ด้าน strategic commissioning
3. Non-executive director
4. Non-executive director
5. Chief executive
6. ผู้อำนวยการด้านการเงินและข้อมูลข่าวสาร
7. ผู้อำนวยการด้านสาธารณสุข

8. รองประธาน และ ผู้อำนวยการด้าน provider services

9. Chair of executive committee

10. Nurse member of executive committee

11. GP member of executive committee

โดยลำดับที่ 1 ถึง 4 เป็นตัวแทนประชาชน (เป็นนักการเมืองท้องถิ่นหรือผู้ทรงคุณวุฒิ) ลำดับที่ 5-8 เป็นเจ้าหน้าที่ PCT และลำดับที่ 9-11 เป็นตัวแทนวิชาชีพผู้ให้บริการ

Executive committee เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง PCT senior managers กับตัวแทนของผู้ให้บริการในพื้นที่ คณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วย

1. Chief executive

2. ผู้อำนวยการด้านการเงินและข้อมูลข่าวสาร

3. ผู้อำนวยการด้านสาธารณสุข

4. Chair of executive committee

5. Nurse member of executive committee

6. GP member of executive committee

7. Primary Care Medical Director

8. Director of Performance & Planning

9. Head of Strategy, Performance and Commissioning, London Borough of Newham

10. Head of Adults Services

11. Head of Children's & Young People's Services

12. Assistant Director, Communications & Corporate Affairs

13. Trust Secretary

โดยลำดับที่ 1-3 และ 10-13 เป็น PCT senior managers และ ลำดับที่ 4-9 เป็นตัวแทนของผู้ให้บริการที่อยู่ในพื้นที่

หน้าที่รับผิดชอบหลักของ PCT ประกอบด้วย

1) วางแผนและทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่า ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบจะได้รับบริการตามความจำเป็นที่ต้องได้รับ (Planning and securing services) โดยได้รับมอบจากประชาชนผ่านรัฐ ในการทำหน้าที่เป็น "นายหน้า" โดยเป็นผู้ถือเงินเพื่อซื้อบริการแทนประชาชน (Commissioner or purchaser) เพื่อจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการหรือสถานบริการตามข้อตกลง (Agreements) ที่ทำกับผู้ให้บริการหรือสถานบริการนั้นๆ ทั้งที่อยู่ในและนอก NHS (ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการที่อยู่ภายใน NHS) รวมทั้งมีหน้าที่ดูแลให้ผู้ให้บริการมีจำนวนเพียงพอ

2) ประสานเพื่อให้เกิดความร่วมมือกับ Local authorities โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อการพัฒนาบริการเชิงสังคม (Social care)

3) สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ รวมถึงการลงทุน เครื่องมือ ระบบข่าวสารและเทคโนโลยี เพื่อที่จะให้มั่นใจได้ว่าบริการสุขภาพระดับพื้นที่ ได้รับการพัฒนา ทันสมัย และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การร่วมมือกับรัฐบาลท้องถิ่นตั้งเป็นกองทุนร่วม (Care Trusts) เพื่อจัดบริการเชิงสังคม (Social care)

Care Trusts คือโครงสร้างที่จัดให้มีขึ้นเพื่อรองรับการร่วมมือระหว่างองค์กรหรือหน่วยที่อยู่ภายใน NHS (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง PCT) กับ Local authorities บนพื้นฐานของการมีข้อตกลง (Agreement) ร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการให้บริการเชิงสังคม (Social services) ปัจจุบันจำนวน Care Trusts ยังคงมีจำนวนน้อย แต่ในระดับนโยบายมีความคาดหวังว่า จำนวน Care Trusts จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต

ฉบับหน้าพบกับเรื่อง การจัดการบริการ คุณภาพบริการ และกลไกการเงิน