

รายงาน  
การศึกษาประสิทธิภาพการปฏิรูประบบสุขภาพ  
กรณีศึกษาประเทศออสเตรเลีย



วิจัยสุขภาพกับวิจัยระบบสาธารณสุข

โดย  
กนิตแพทยธร วิชาไทย  
สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข  
สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ตุลาคม 2542

|        |                    |
|--------|--------------------|
| เลขที่ |                    |
| เลขที่ | 150640 02          |
| วันที่ | 20 เดือน ๙ ปี ๒๕๔๓ |

## Executive Summary

In Australia, equity of access to health care among the poor was a social and political concern since the country was independent from the UK. For the past, the reforming of national health insurance aimed at improving equity of access to health care had been experienced with conflicts rather than consensus. Two interest groups which were influential to the reforming of health insurance, were political parties and the medical profession. The Labour and the Liberal, the two major parties were distinct in their ideologies of national health insurance while the medical profession was at the same side of the Liberal. It was undoubted that changes to the context of national health insurance policy were often made in correspond with who won the seats of the parliament. The reforming highlighted the parliamentary process in which Health Insurance Act was developed and on and off corrected to support the policy. This process resulted in little public support for the policy due to a lack of various interest groups' consultation.

Community participation and establishment of interest groups' partnership became a key concept of health care reform and policy development since the 1980s. It was believed that this reforming process would make more sustained and transparent policy. Simply said, health policy development is increasingly shifted to collaborations and consensus creation in expecting for sustained policy. The reforming of health care financing and general practice in Australia showed the implementation of such a process. As a comparable case study for health care reform in Thailand, important points of the Australian experience are made as follows;

- once problems are analysed and identified, they are made to be a social issue which illustrated impact on all interest groups.
- allowing them or their representatives to be part of the reforming process is the next step of getting various ideas of the reform and increasing their ownership;
- project model development is an experimental process which should be made parallel to the community participation and partnership establishment in support for evidence based health care reform.
- Continuous public relation on outcomes of the project model development and all things about the progress of the reforming is beneficial for increasing public support for health care reform.
- Commitment from the central government in the form of being leadership and playing a major role of financial support to ensure the public confidence is necessary.

## บทสรุปผู้บริหาร

ความไม่ทัดเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัญหาหลักใหญ่ในระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลีย ในช่วงต้นของการก่อตั้งประเทศ ประสบการณ์ของออสเตรเลียต่อการปฏิรูปประกันสุขภาพเพื่อช่วยลดความไม่ทัดเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพยังแสดงถึงความขัดแย้งกันในกลุ่มหลักใหญ่สองกลุ่ม คือ กลุ่มนักการเมือง และ กลุ่มแพทย์ พรรคการเมืองสองพรรคใหญ่ ได้แก่ พรรคแรงงาน และ พรรคเสรีนิยม ถึงแม้ว่าให้การสนับสนุนต่อประกันสุขภาพระดับชาติ แต่รูปแบบของการประกันที่ทั้งสองพรรคต้องการให้เป็นมีความแตกต่างกันอย่างมาก ในขณะที่กลุ่มแพทย์ให้การสนับสนุนในรูปแบบของพรรคเสรีนิยม จากความขัดแย้งที่เด่นชัดระหว่างสองพรรคการเมือง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาการประกันสุขภาพค่อนข้างบ่อยตลอดหลายทศวรรษ สิ่งหนึ่งที่ชัดเจน คือ กระบวนการทางสภาอย่างเดียวเพื่อออกกฎหมายประกันสุขภาพแต่ไม่มีกระบวนการให้ทุกกลุ่มและประชาชนได้มีส่วนร่วมในการปฏิรูป ทำให้รูปแบบการประกันสุขภาพไม่ยั่งยืนและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เนืองๆ

การสร้างกระบวนการประชาสังคม และให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการทำประชาพิจารณ์ในรูปแบบการปฏิรูป เป็นแนวทางใหม่ที่ออสเตรเลียนำมาใช้ในการปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพ และ การปฏิรูปงานเวชปฏิบัติทั่วไป ด้วยมีวัตถุประสงค์หลักคือ ต้องการได้นโยบายที่ยั่งยืน กรณีศึกษาประสบการณ์การปฏิรูประบบบริการของออสเตรเลียให้ข้อเสนอแนะต่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทยดังนี้

- ปัญหาเรื่องระบบบริการสุขภาพต้องทำให้เป็นประเด็นทางสังคม และ ทำให้ทุกกลุ่มและประชาชนรับทราบถึงปัญหาและผลกระทบต่อกลุ่มตน
- ต้องทำให้เกิดกระบวนการที่ให้ตัวแทนกลุ่มได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิรูปเพื่อจะได้ความหลากหลายของรูปแบบ และ แนวทางแก้ไขปัญหา นอกจากนั้นยังสร้างความเป็นเจ้าของต่อการปฏิรูป
- ควรทำโครงการในพื้นที่ทดลองเพื่อให้บทเรียนที่สำคัญต่อรูปแบบที่อาจเป็นไปได้สำหรับการปฏิรูป
- การประชาสัมพันธ์ความก้าวหน้าต่างๆ ทั้งหมดในกระบวนการปฏิรูป และความก้าวหน้าของโครงการทดลองในพื้นที่ ช่วยทำให้ประชาชนสนับสนุนการปฏิรูป
- รัฐบาลต้องแสดงความจริงใจที่จะปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ด้วยการแสดงบทบาทการเป็นผู้นำและสนับสนุนด้านการเงิน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อสาธารณชน และทำให้ประเด็นการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจของทุกกลุ่ม

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณบุคคลเหล่านี้ที่ได้ช่วยให้การทบทวนประสบการณ์การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลียสามารถสำเร็จลุล่วงลงได้

นายแพทย์ สุภกร บัวสาย ที่ติดต่อและให้โอกาสผมเขียนรายงานการศึกษานี้

Professor Simon Barraclough อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ ประจำภาควิชานโยบายสุขภาพ

มหาวิทยาลัย La Trobe ประเทศออสเตรเลีย ท่านได้ช่วยให้ข้อคิดเห็น และส่งเอกสารที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลียให้ อีกทั้งยังช่วยทำให้การทบทวนครั้งนี้ ได้ทั้งรายละเอียด และเกิดความสมบูรณ์

คุณ ดาวร ล้อกา ที่ได้สละเวลาให้ผมอย่างมากในการค้นหาข้อมูล และส่งหนังสือที่ผมต้องการมา

ให้จากประเทศออสเตรเลีย ขณะนี้คุณดาวรกำลังศึกษาปริญญาเอกสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ประเทศออสเตรเลีย

นอกจากนั้นขอขอบคุณบุคลากรทุกคนของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขที่สนับสนุนในการเขียนรายงานฉบับนี้ สุดท้ายขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนการศึกษานี้

## สารบัญ

|                                                                                                             | หน้า |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| บทสรุปผู้บริหารภาษาอังกฤษ                                                                                   | i    |
| บทสรุปผู้บริหารภาษาไทย                                                                                      | ii   |
| กิตติกรรมประกาศ                                                                                             | iii  |
| สารบัญ                                                                                                      | iv   |
| สารบัญตารางและรูปภาพ                                                                                        | v    |
| บทนำ                                                                                                        | a    |
| บทที่ 1 ระบบบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย                                                                  | 1    |
| บทที่ 2 วิวัฒนาการระบบบริการสุขภาพ และการปฏิรูปที่สำคัญจนถึงทศวรรษที่ 80                                    | 13   |
| บทที่ 3 การปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพ : Casemix-based Funding                                           | 26   |
| บทที่ 4 การปฏิรูปงานเวชปฏิบัติทั่วไป                                                                        | 35   |
| บทที่ 5 ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศไทย                                                | 47   |
| ภาคผนวก Australian Health Care Agreement between<br>the Commonwealth of Australia and the State of Victoria | 49   |

## สารบัญตาราง

|              |                                                                                                                       | หน้า |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| ตารางที่ 1.1 | ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นสัดส่วนของ GDP ในบางประเทศในกลุ่ม OECD ในปี 1960, 1970, 1980, 1990 และ 1997                   | 2    |
| ตารางที่ 1.2 | ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อคนต่อปีในบางประเทศในกลุ่ม OECD เมื่อปรับด้วยการใช้ค่า PPP ในปี 1960, 1970, 1980, 1990 และ 1997 | 2    |
| ตารางที่ 1.3 | หน้าที่ของ Federal Government และ State / Territory Governments ต่องานบริการสุขภาพที่สำคัญ                            | 5    |
| ตารางที่ 2.1 | จำนวนครั้งของการนำเสนอบัญหาโดยตรงต่อรัฐบาลกลางจากกลุ่มต่างๆ ระหว่างปี ค.ศ.1981 ถึง 1985                               | 22   |
| ตารางที่ 3.1 | รูปแบบการจัดสรรเงินในโครงการ Medicare สำหรับงานบริการผู้ป่วยในในแต่ละรัฐในปี 1996                                     | 32   |
| ตารางที่ 4.1 | แผนการปฏิรูปรงานเวชปฏิบัติทั่วไป                                                                                      | 36   |

## สารบัญรูปภาพ

|            |                                                                 |    |
|------------|-----------------------------------------------------------------|----|
| รูปที่ 1.1 | แสดงการไหลของการจัดสรรเงินเพื่องานบริการสุขภาพ                  | 8  |
| รูปที่ 2.1 | กรอบกระบวนการปฏิรูปการประกันสุขภาพในออสเตรเลียที่ผ่านมา         | 24 |
| รูปที่ 4.1 | ผังโครงสร้างการทำงานของการทำงานของการปฏิรูปรงานเวชปฏิบัติทั่วไป | 41 |

## บทนำ

### หลักการและเหตุผล

การปฏิรูประบบสุขภาพเป็นการเปลี่ยนแปลงใหญ่ที่สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชาติ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจเกิดขึ้นต่อระบบเศรษฐกิจ การเมือง สังคม รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ นอกจากนั้นแล้วการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมักจะเป็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การปฏิรูประบบสุขภาพเกิดขึ้นแล้วในหลายประเทศทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและกลุ่มกำลังพัฒนา ประสบการณ์ของแต่ละประเทศมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน อาจกล่าวได้ว่าทิศทางการปฏิรูปที่เกิดขึ้นกำลังนำพาให้ระบบสุขภาพของนานาประเทศมีความคล้ายคลึงกันมากขึ้น หรืออาจมีลักษณะที่ต่างออกไปอย่างมาก

ด้วยเหตุผลที่โลกมีการขยายตัวทางด้านเทคโนโลยีโดยเฉพาะการสื่อสาร ทำให้ระบบสุขภาพของแต่ละประเทศมีความเชื่อมโยงกันมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งมีทั้งรูปแบบของการแข่งขันและความร่วมมือ การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยจำเป็นต้องคำนึงทิศทางการเปลี่ยนแปลงที่เป็นระบบสุขภาพสากล ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีช่วยกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้สะดวกมากขึ้น ดังนั้นกลุ่มหรือบุคลากรที่ต้องการปฏิรูปในประเทศไทยจึงควรใช้วิธีการสื่อสารสมัยใหม่ในการประมวลประสบการณ์การปฏิรูปสุขภาพในต่างประเทศเพื่อเรียนรู้และประยุกต์ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่

เนื่องจากว่าที่ผ่านมาการศึกษาประสบการณ์การปฏิรูปในต่างประเทศมักเน้นที่คุณลักษณะของระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ภายหลังจากการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการปฏิรูปเท่านั้น ความจริงการปฏิรูปเป็นอนุกรมของเหตุการณ์จากสภาพปัญหาที่ปรากฏ ผ่านกระบวนการหลายขั้นตอนจนถึงสภาพปัจจุบัน จึงอาจกล่าวได้ว่าประสบการณ์ที่แต่ละประเทศผ่านขั้นตอนต่าง ๆ มานั้นคือเนื้อหาส่วนสำคัญของการปฏิรูปเช่นกัน

### ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาประสบการณ์การปฏิรูปในประเทศออสเตรเลีย เน้นไปที่การศึกษากระบวนการการปฏิรูปมากกว่ารูปแบบการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากที่เกิดที่ปฏิรูปเสร็จแล้ว ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยอาศัยการค้นคว้าจากเอกสารที่ตีพิมพ์ทั้งหนังสือและวารสาร ข้อมูลจาก Internet และการติดต่อบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ หรือเอกสารที่ไม่สามารถนำมาอ้างอิงได้ซึ่งจะเป็นปัญหาด้านกฎหมาย ดังนั้นไม่ทั้งหมดของเนื้อหาในรายงานนี้เป็นการนำเสนอข้อเท็จจริงจากข้อมูลปฐมภูมิ เอกสารในรูปอิเล็กทรอนิกส์ที่ดาวน์โหลดผ่านทางอินเทอร์เน็ต จากโฮมเพจของกระทรวงสุขภาพของรัฐบาลกลางของออสเตรเลีย (Commonwealth Government) เป็นแหล่งข้อมูลที่ดีมาก

อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนขอทำความเข้าใจว่าการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลียมีประเด็นเนื้อหาหลักมากมายที่เกิดขึ้นตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน คงไม่ใช่สองหรือสามประเด็นที่นำเสนอในการศึกษารั้งนี้ เนื่องจากเวลาที่ใช้ในการศึกษามีจำกัด และ

เนื้อหาที่ได้รับในบางประเด็นมีข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้ต้องตัดในบางประเด็นออกไป ทั้งนี้ทั้งนั้น การตัดสินใจของผู้เขียนว่าจะนำเสนอการปฏิรูปในประเด็นใด ผู้เขียนใช้เหตุผลประกอบพิจารณาดังนี้

1. ในแต่ละประเด็นหลักที่ปฏิรูป ประเด็นที่ประกอบด้วยปัจจัยด้านองค์ประกอบ เครื่องมือ และกระบวนการ ที่มีความหลากหลายจะถูกเลือกพิจารณาว่าน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา
2. ประเด็นที่มีความครบถ้วนของข้อมูลมากที่สุด เพื่อความมั่นใจในระดับหนึ่งว่าเนื้อหาในการทบทวนครั้งนี้มีส่วนที่ปิดเบือนจากข้อเท็จจริงน้อยที่สุด
3. ประเด็นที่เลือกมาจะคล้ายคลึงกับประเด็นหลักที่ระบบบริการสุขภาพของไทยได้ทำการปฏิรูปอยู่ในปัจจุบัน

#### วัตถุประสงค์

1. เสนอวิวัฒนาการโดยสังเขปของระบบสุขภาพของประเทศออสเตรเลีย
2. เสนอประสบการณ์ กระบวนการและเครื่องมือที่ช่วยในการปฏิรูประบบสุขภาพออสเตรเลีย
3. เสนอข้อเสนอแนะสำหรับการนำประสบการณ์มาพิจารณาใช้

#### หัวข้อการศึกษาและพิจารณา

1. ระบบสุขภาพของประเทศออสเตรเลียที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
2. สภาพปัญหา ความจำเป็น แรงผลักดันให้เกิดการปฏิรูป เหตุการณ์สำคัญที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการปฏิรูป
3. สาเหตุสำคัญของการปฏิรูป
4. กระบวนการ ยุทธศาสตร์ และเครื่องมือของการปฏิรูป หน่วยงานหรือกลุ่มที่ผลักดันในการปฏิรูป
5. บทวิเคราะห์ และข้อเสนอแนะ

#### กรอบและภาพกว้างของเนื้อหา

การศึกษาการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของออสเตรเลียในรายงานนี้ ประกอบด้วย 5 บท มีรายละเอียดอย่างย่อๆดังนี้  
บทที่ 1 เป็นการทบทวนระบบบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลียที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และในตอนท้ายของบทจะเป็นการสรุปให้เห็นถึงประเด็นที่น่าสนใจต่อรูปแบบระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลีย

บทที่ 2 กล่าวถึงวิวัฒนาการระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลีย ลักษณะของเนื้อหาเป็นการเรียงลำดับตั้งแต่อดีตเป็นต้นมา และมุ่งไปที่ประเด็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในเรื่องการประกันสุขภาพ มีการนำเสนอช่วงเหตุการณ์ที่สำคัญๆ และได้สรุปให้เห็นถึงกระบวนการที่ทำให้เกิดการปฏิรูปการประกันสุขภาพในออสเตรเลีย และ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพในออสเตรเลียตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 80 ที่รัฐบาลสนับสนุนให้ประชาชน และกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และสนใจ ได้เข้ามีส่วนร่วมในการนำเสนอปัญหา และการปฏิรูป

บทที่ 3 เป็นการนำเสนอประสบการณ์การปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพ โดยยกตัวอย่างการปฏิรูปการจัดสรรเงินสำหรับการให้บริการผู้ป่วยในในโครงการประกันสุขภาพ Medicare ประเด็นที่สำคัญต่อการปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพ คือ การใช้กระบวนการเตรียมความพร้อมทางด้านเทคนิค วิชาการ การประชาสัมพันธ์และการทำประชาพิจารณ์ ซึ่งช่วย

ทำให้ประชาชนได้เข้าใจ รับทราบความก้าวหน้าของการปฏิรูป และแสดงความคิดเห็น ด้วยกระบวนการนี้เชื่อว่าจะทำให้การปฏิรูปมีความต่อเนื่อง โปร่งใส และมีความยั่งยืน

บทที่ 4 นำเสนอในรายละเอียดของแผนการปฏิรูปงานเวชปฏิบัติทั่วไป และประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ลักษณะที่คล้ายคลึงกัน

กับการปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพ คือ การใช้กระบวนการประชาสังคม มีการสร้างภาคีกับองค์กรต่าง เพื่อเป็นการทำงานร่วมกัน ตอนท้ายของบทได้สรุปแผนระยะยาวสำหรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในอนาคตของประเทศออสเตรเลีย

บทที่ 5 เป็นส่วนที่สรุปและสังเคราะห์ในภาพรวมของการศึกษา โดยเลือกจากประเด็นที่สำคัญและน่าจะเป็นข้อเสนอแนะ

สำหรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทย

อย่างไรก็ตามรายงานการศึกษาการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในฉบับนี้ เฉพาะในส่วนการสังเคราะห์และข้อเสนอแนะต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นความคิดจากผู้เขียนโดยตรง ผู้เขียนเชื่อว่าส่วนที่เป็นเนื้อหายังมีสาระที่สามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญอีกจำนวนมากที่ทั้งเหมือนและแตกต่างจากผู้เขียน เพื่อให้รายงานฉบับนี้เป็นกรณีศึกษาและให้ประโยชน์สูงสุดต่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพของไทย ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาทุกส่วนในรายงานจะได้รับการอ่านอย่างพิถีพิถันหรืออย่างละเอียด

## บทที่ 1 : ระบบบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย

### ประเทศออสเตรเลียโดยสังเขป

ประเทศออสเตรเลียตั้งอยู่บนทวีปออสเตรเลีย เดิมมีประชากรกลุ่ม Aborigines ตั้งรกรากอยู่มาก่อน ประมาณ ค.ศ.1788 ถูกยึดครองโดยชาวอังกฤษ ปัจจุบันมีประชากรประมาณ 18.7 ล้านคนประกอบด้วยประชากรหลายเชื้อชาติ ประมาณ 80% อาศัยในเขตเมือง ประกาศเป็นประเทศที่ไม่อยู่ในอาณานิคมตั้งแต่ปี ค.ศ.1901 จากนั้นมีรัฐธรรมนูญที่กำหนดให้มี Federal หรือ Commonwealth Government และ State / Territory Governments แบ่งการปกครองตามหลักภูมิศาสตร์ที่ประกอบด้วย 6 รัฐ และ 2 เขต ดังนี้ New South Wales, Victoria, Western Australia, Southern Australia, Tasmania, Queensland, Northern Territory และ Capital Territory ทั้ง Commonwealth และ State / Territory Governments ใช้ระบบ Westminster นั่นคือพรรคการเมืองหรือรัฐบาลผสมใดที่มีเสียงข้างมากในสภาล่างหรือสภาผู้แทนราษฎรสามารถจัดตั้งรัฐบาล รัฐมนตรีมาจากสมาชิกในคณะรัฐบาลหรือสมาชิกที่นั่งในวุฒิสภา<sup>1</sup>

### ระบบบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลีย

#### ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในออสเตรเลีย

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศออสเตรเลียในปี 1997 เป็น 8.3% ของค่า GDP เมื่อเทียบกับประเทศในกลุ่ม OECD ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของออสเตรเลียถือว่าอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย (Median = 9.3 %) ดังแสดงในตารางที่ 1.1<sup>1</sup> ในช่วงระยะสิบกว่าปีที่ผ่านมามีแนวโน้มว่า สัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อค่า GDP อยู่ในอัตราที่มีการเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นไม่มาก และสอดคล้องกับหลายประเทศในกลุ่ม OECD ด้วยกัน ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสามารถแบ่งพิจารณาขึ้นกับแหล่งเงินที่มาได้เป็นจากภาครัฐ และ ภาคเอกชน โดยที่สัดส่วนใหญ่มาจากภาครัฐเกิดจากการร่วมกันจ่ายระหว่าง Federal Government และ State / Territory Governments อย่างไรก็ตามสัดส่วนเงินที่เกิดจากการสนับสนุนโดยรัฐลดลงต่อเนื่องตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 80 เช่น ช่วงระหว่างปี 1985 ถึง 1991 รัฐสนับสนุนลดลงจาก 71% เป็น 69% ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ที่เหลือมาจากภาคเอกชน<sup>2</sup>

ตารางที่ 1.2 ที่แสดงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อคนต่อปีเมื่อเปรียบเทียบโดยใช้การกำหนดอัตราแลกเปลี่ยนโดยเปรียบเทียบอำนาจซื้อ (Purchasing Power Parity) พบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อคนต่อปีของออสเตรเลียน้อยกว่าประเทศ คานาดา ฝรั่งเศส เยอรมัน แต่สูงกว่า นิวซีแลนด์ และสหราชอาณาจักร ขณะที่สหรัฐอเมริกามีค่าสูงที่สุด<sup>3</sup> จากข้อมูลของ Australian Bureau of Statistics ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อครัวเรือนอยู่ในอัตราที่เพิ่มขึ้น 39% ตั้งแต่ปี 1984<sup>4</sup>

ตารางที่ 1.1 แสดงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเป็นสัดส่วนของค่า GDP ในบางประเทศในกลุ่ม OECD ในปี 1960, 1970, 1980, 1990 และ 1997

| ประเทศ        | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 1997 |
|---------------|------|------|------|------|------|
| ออสเตรเลีย    | 4.9  | 5.7  | 7.3  | 8.3  | 8.3  |
| แคนาดา        | 5.5  | 7.1  | 7.3  | 9.2  | 9.3  |
| ฝรั่งเศส      | 4.2  | 5.8  | 7.6  | 8.9  | 9.9  |
| เยอรมัน       | 4.8  | 6.3  | 8.8  | 8.7  | 10.4 |
| ญี่ปุ่น       | NA   | 4.4  | 6.4  | 6.0  | 7.3  |
| นิวซีแลนด์    | 4.3  | 5.2  | 6.0  | 7.0  | 7.6  |
| สหราชอาณาจักร | 3.9  | 4.5  | 5.6  | 6.0  | 6.7  |
| สหรัฐอเมริกา  | 5.2  | 7.3  | 9.1  | 12.6 | 14.0 |

แหล่งที่มา : OECD Health Data ,1998

ตารางที่ 1.2 แสดงค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อคนต่อปีในบางประเทศในกลุ่ม OECD เมื่อปรับด้วยการใช้ค่า PPP\* ในปี 1960, 1970, 1980, 1990 และ 1997

| ประเทศ        | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 1997 |
|---------------|------|------|------|------|------|
| ออสเตรเลีย    | 94   | 207  | 663  | 1320 | 1805 |
| แคนาดา        | 103  | 251  | 717  | 1696 | 2095 |
| ฝรั่งเศส      | 72   | 206  | 701  | 1539 | 2103 |
| เยอรมัน       | 68   | 175  | 649  | 1279 | 2339 |
| ญี่ปุ่น       | 26   | 131  | 524  | 1082 | 1741 |
| นิวซีแลนด์    | 92   | 177  | 458  | 937  | 1352 |
| สหราชอาณาจักร | 74   | 144  | 444  | 955  | 1347 |
| สหรัฐอเมริกา  | 149  | 357  | 1086 | 2799 | 4090 |

แหล่งที่มา : OECD Health Data ,1998

\*Purchasing Power Parity (PPP) – เป็นหน่วยแสดงหน่วยเงินของประเทศใดประเทศหนึ่งที่สามารถซื้อสินค้าและบริการในตลาดในประเทศ ค่า PPP สามารถนำมาเปรียบเทียบได้ว่าประชากรของประเทศใดมีกำลังซื้อมากกว่าหรือน้อยกว่า

ประมาณ 43.2 พันล้านออสเตรเลียดอลลาร์ที่ใช้จ่ายในด้านสุขภาพระหว่างปี 1996 – 1997 แยกเป็นส่วนดังนี้

- Federal Government จ่าย 19.7 พันล้านออสเตรเลียดอลลาร์ หรือประมาณ 45.5%
- State / Territory Governments จ่ายรวมกันทั้งหมด 10 พันล้านออสเตรเลียดอลลาร์ หรือประมาณ 23.2%
- ภาคเอกชน รวมทั้งการจ่ายจากกระเป๋าตนเอง จ่ายรวมกันเป็น 13.5 พันล้านออสเตรเลียดอลลาร์<sup>1</sup>

สัดส่วนเงินที่ใช้จ่ายไปทั้งหมดสามารถแยกเป็นรายละเอียดดังนี้

- จ่ายไปยังโรงพยาบาล (รัฐและเอกชนรวมกัน) เป็น 37%
- จ่ายสำหรับงานบริการทางการแพทย์ หรือ Medicare Benefits Schemes ในโครงการ Medicare เป็น 19%
- จ่ายสำหรับ Pharmaceutical Benefits Scheme ในโครงการ Medicare เป็น 11%
- งานบริการสุขภาพอื่นๆที่ไม่ใช่จากสถานบริการ เป็น 12%
- งานบริการสุขภาพจากบุคลากรสุขภาพอื่นๆ เป็น 3%
- งานบริการ nursing homes เป็น 7%
- ค่าใช้จ่ายในการลงทุนก่อสร้าง เป็น 6%
- อื่นๆ เป็น 5%<sup>1</sup>

หน้าที่ในระบบบริการสุขภาพของ Commonwealth และ State / Territory Governments

Federal Government ทำหน้าที่ตัดสินใจในเชิงนโยบาย เช่น งานสาธารณสุข งานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบาย การบริหารจัดการทางด้านข้อมูล และที่สำคัญคือการประกันสุขภาพระดับชาติที่เรียกว่า Medicare หน่วยงานหลักที่ดูแลเรื่องสุขภาพของ Federal Government ได้แก่ Department of Health and Aged Care โปรแกรมหลักแปดโปรแกรมที่ Federal Government ดูแลมีดังนี้

- Health advancement ได้แก่ การควบคุมการติดยาเสพติด มาตรฐานสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และ งานสุขภาพในระดับระหว่างประเทศ
- Home and community care ได้แก่ งานบริการชุมชนและที่บ้าน
- Residential care for older people ได้แก่ การประเมินผู้ที่ต้องช่วยเหลือสำหรับที่พักอาศัย การสนับสนุนด้านการเงิน มาตรฐานงานบริการที่พักอาศัย
- Assistance for people with disabilities ได้แก่ การจัดการงานบริการทั่วไป การจ้างงาน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน
- Health care access ได้แก่ การสนับสนุนด้านการเงินเพื่องานบริการสุขภาพส่วนบุคคลในโปรแกรมประกันสุขภาพ Medicare การสนับสนุนการเงินสำหรับสิทธิประโยชน์ค่ายาในโครงการ Pharmaceutical Benefits Scheme การสนับสนุนการเงินสำหรับค่าแพทย์ผู้ให้บริการในโครงการ Medicare และ การจัดการบริการสุขภาพ
- Housing and urban development ได้แก่ การวางแผนและพัฒนาที่พักอาศัย
- Services for families with children

- Corporate management ได้แก่ การวางแผนและพัฒนา การวิเคราะห์การประเมินผล เพื่อให้มีการบริหารจัดการหน่วยงานเป็นแบบนิติบุคคล<sup>4</sup>

หน่วยงานสำคัญอื่นๆ ของ Federal Government ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีดังนี้

- Australian Institute of Health and Welfare เป็นหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการโดย Commonwealth Government แต่เป็นหน่วยงานอิสระมีอำนาจในการบริหารจัดการ หน้าที่หลักกำหนดอยู่ในกฎหมาย Australian Institute of Health and Welfare Act 1987 หน้าที่หลักคือพัฒนาและเก็บรวบรวมข้อมูลรายงานที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของทั้งประเทศ พัฒนาการเก็บข้อมูลทางสถิติในเรื่องสุขภาพทั้งหมด ตรวจสอบและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
- Health Insurance Commission จัดตั้งในปี 1974 โดย Health Insurance Commission Act ทำหน้าที่ดูแลบริหารจัดการทั้งหมดในโครงการ Medicare
- National Health and Medical Research Council ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาและปฏิรูปรายงานสุขภาพ งานวิจัยสาธารณสุข งานวิจัยสุขภาพ และควบคุมและดูแลจรรยาบรรณทางการแพทย์<sup>4</sup>

หน่วยงานรองที่สำคัญในการพัฒนานโยบายสุขภาพ

- Australian Medical Association (AMA) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่รัฐบาล และเป็นหน่วยงานตัวแทนแพทย์ทั้งหมดในออสเตรเลีย เพราะฉะนั้นเป็นเสียงสะท้อนที่ดีต่อความต้องการของกลุ่มวิชาชีพนี้
- Australian Council of Health Care Standards ทำหน้าที่ดูแลและควบคุมมาตรฐานงานบริการสุขภาพ
- Consumers' Health Forum ให้คำปรึกษาแก่รัฐบาลโดยเฉพาะส่วนที่เป็นความคิดเห็นและความต้องการของประชาชน
- Australian Health Ministers' Advisory Council ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาในการประชุม Australian Health Ministers' Conference

Australian Health Ministers' Conference เป็นการประชุมสำหรับรัฐมนตรีสุขภาพทั้งหมดที่มาจาก Commonwealth Government และ State / Territory Governments และ ตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ เช่น ตัวแทนจากกลุ่มผู้บริโภค เป็นเวทีให้คำปรึกษา แก้ไขปัญหาสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนแปลงแก้ไขในข้อตกลง Medicare Agreements ที่ได้ทำไว้เบื้องต้นถ้ามีความจำเป็น<sup>1</sup>

บทบาทโดยย่อของ Federal Government และ State / Territory Governments ที่รับผิดชอบแสดงในตารางที่ 1.3

ตารางที่ 1.3 แสดงหน้าที่ที่ Federal Government และ State / Territory Governments รับผิดชอบในงานบริการสุขภาพที่สำคัญ

|                                                                                  |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Public hospitals                                                                 | Federal และ State |
| Pharmaceuticals (non-hospitals)                                                  | Federal           |
| Medical benefits for GPs, specialists, diagnostics<br>(outside public hospitals) | Federal           |
| Home and community care program                                                  | Federal / State   |
| Community health services                                                        | State             |
| Public health services                                                           | State             |
| National health promotion program                                                | Federal / State   |
| National community health program                                                | Federal           |
| Family planning                                                                  | Federal / State   |
| AIDs control                                                                     | Federal / State   |
| Health services for Aborigines                                                   | Federal           |
| Health / Medical research                                                        | Federal           |
| Nursing homes for aged                                                           | Federal           |
| Rehabilitation services                                                          | Federal           |
| Psychiatric services                                                             | State             |
| Contribution to private health reinsurance pool                                  | Federal           |

แหล่งที่มา : State Health Authorities, 1991

#### *Australian Health Care Agreements*

เป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลางเองกับ State / Territory Governments ข้อตกลงนี้มีอายุการใช้งาน 5 ปี (ปีงบประมาณ) รายละเอียดดูได้จากภาคผนวกที่เป็นตัวอย่างข้อตกลงร่วมกันระหว่างรัฐบาลกลางกับรัฐบาล Victoria, Federal Government กำหนดการจัดสรรเป็นแบบ block grants ให้กับทุกรัฐ หรือเรียกว่า Financial Assistance Grants ตัวอย่างข้อตกลงร่วมกันระหว่าง Federal Government และ Victoria Government ในภาคผนวกแสดงให้เห็นว่าเงินจัดสรรนี้ต้องการให้ใช้กับงาน Mental health, Palliative care, และ การพัฒนาคุณภาพ นอกจากนั้นยังมีเงินช่วยเหลือที่ใช้ในการปฏิรูปงานสุขภาพ เงื่อนไขต่างๆ ที่รัฐบาลแต่ละรัฐต้องปฏิบัติเพื่อให้ได้เงินก้อนนี้ หรือ ให้นำผลงานที่ปฏิบัติงานมาแสดง เช่น ต้องรายงานข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน สถานสุขภาพของประชาชนบางกลุ่ม เช่น กลุ่ม Aborigines เป็นต้น

### โครงสร้างการให้บริการงานสุขภาพ

แพทย์แบ่งออกเป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งมีสัดส่วนที่มากที่สุดส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชนมีใช้คลินิกเป็นสถานพยาบาล แพทย์กลุ่มนี้ลงทะเบียนกับโครงการประกันสุขภาพ Medicare และได้รับอนุญาตให้บริการแก่ประชาชนทุกคนที่มีประกันสุขภาพ Medicare มีส่วนน้อยที่เป็นลูกจ้างของรัฐบาลให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งรัฐให้เงินเดือนในอัตราที่สูง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจให้ไปปฏิบัติงานในพื้นที่ดังกล่าว<sup>1</sup>

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถเป็นคู่สัญญากับโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนก็ได้เพื่อให้บริการงานปฐมภูมิ เป็นต้นว่าดูแลผู้ป่วยทั้งหลังออกจากโรงพยาบาล หรือเตรียมคนไข้ก่อนเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือแพทย์ที่เป็นเจ้าของห้องทดลองทางพยาธิวิทยาหรือคลินิกตรวจวินิจฉัยทางรังสีสามารถเป็นคู่สัญญากับโรงพยาบาลรัฐ สำหรับกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ ส่วนใหญ่เป็นอยู่ในภาคเอกชนและเป็นเจ้าของสถานบริการเอง มีจำนวนไม่มากที่เป็นลูกจ้างของรัฐ<sup>1</sup> แพทย์กลุ่มที่สองเป็นแพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่อยู่ในโรงพยาบาลและเป็นลูกจ้างของรัฐ อย่างไรก็ตามแพทย์กลุ่มนี้สามารถให้การรักษานักผู้ป่วยเอกชนที่รับบริการที่โรงพยาบาลรัฐได้

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศเป็นโรงพยาบาลของรัฐ และบางส่วนจัดตั้งโดยกลุ่มศาสนาหรือกลุ่มเพื่อการกุศล แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลเหล่านี้ได้รับเงินจัดสรรโดยตรงจากรัฐบาลเพื่อดำเนินการ โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนไม่มาก เดิมให้บริการที่นอกเหนือ หรือ เพิ่มเติมจากงานบริการพื้นฐานที่กำหนดใน Medicare ปัจจุบันแนวโน้มโรงพยาบาลเอกชนจัดบริการแบบรัฐเพิ่มมากขึ้น นั่นคือสามารถให้บริการที่เป็นสิทธิ์ประโยชน์พื้นฐานได้ และได้รับการจ่ายจาก Medicare

ส่วนใหญ่เตียงผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ในโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลของรัฐเหล่านี้มักให้งานบริการระดับทุติยภูมิ งานบริการสุขภาพจิตอยู่ในภาครัฐและให้บริการในโรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือโรงพยาบาลทั่วไป และสถานบริการในระดับชุมชน กรณีงานบริการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การให้ที่พัก งานบริการจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ อาหาร การดูแลที่บ้าน และการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไปยังสถานบริการระดับสูงขึ้น ส่วนใหญ่ให้บริการโดย NGOs และประมาณครึ่งหนึ่งเป็นแบบไม่เอาผลกำไรและได้รับงบประมาณส่วนใหญ่จากรัฐบาล<sup>1</sup>

ร้านขายยาส่วนใหญ่อยู่ในภาคเอกชนและได้รับเงินสนับสนุนโดยตรงจากโครงการ Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) ในโครงการ Medicare ขณะที่โรงพยาบาลรัฐจ่ายยาฟรีให้กับผู้ป่วยในที่เป็นแบบรัฐ แต่ก็ไม่ได้อยู่ในโครงการ PBS ยาที่ไม่ต้องใช้ใบสั่งแพทย์สามารถซื้อตามร้านขายยาทั่วไป หรือซูเปอร์มาร์เก็ต<sup>1</sup>

### การเงินการคลังด้านสุขภาพ

เงินภาษีทั่วไปทั้งหมดที่รัฐบาลกลางจัดเก็บได้จากทั่วประเทศ ใช้เพื่อสนับสนุนงานด้านสุขภาพ และ โครงการประกันสุขภาพ Medicare เป็นประมาณ 20% เงินก้อนนี้ถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่มหลักได้แก่

1. เงินที่รัฐบาลกลางจัดสรรให้โดยตรงแก่ State / Territory Governments ที่สำคัญคือ Financial Assistance Grants ปริมาณเงิน FAGs ที่จัดสรรขึ้นกับปัจจัยโครงสร้างด้านประชากร อัตราการมีประกันสุขภาพเอกชน เป็นต้น การคำนวณกระทำโดย Australian Federal Government Grants Commission เงินก้อนนี้กำหนดให้ใช้งานได้บ้าง ขึ้นกับรายได้

ละเยียดในข้อตกลงใน Agreements ระหว่าง Federal และ State / Territory Governments เช่น ใช้ในงาน Mental Health และ การพัฒนาคุณภาพงานบริการสุขภาพ นอกจากนั้นยังมีเงินจัดสรรเพื่อการปฏิบัติงานบริการสุขภาพ ที่สทบเพิ่ม

2. Medical Benefits ในโครงการ Medicare เป็นเงินจัดสรรที่ให้โดยตรงต่อผู้ให้บริการ เป็นเงินที่จ่ายสนับสนุนสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนในโครงการประกันสุขภาพ Medicare ผ่านหน่วยงานรัฐบาลกลาง คือ Health Insurance Commission รูปที่ 1 แสดงการจัดสรรเงินเพื่อบริการสุขภาพ "

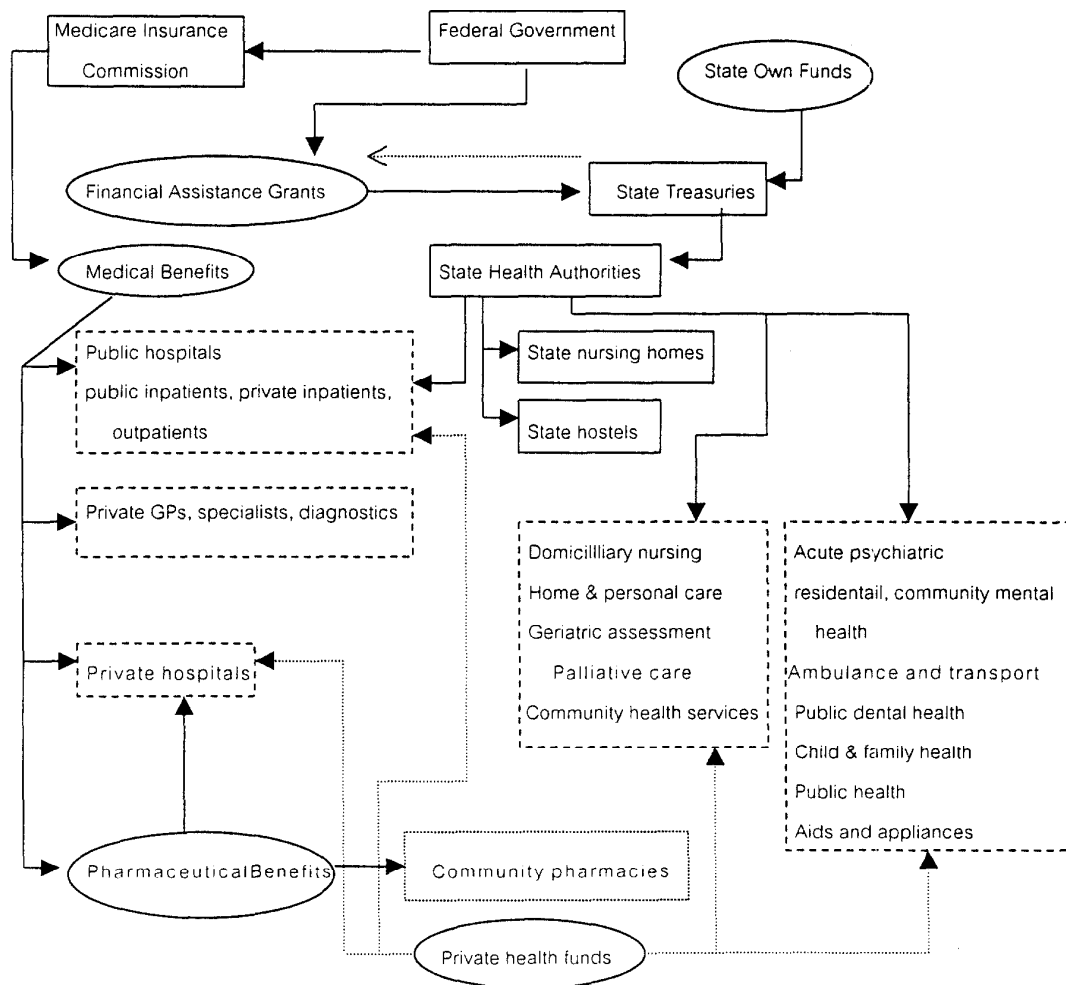
#### Medicare

ตามรัฐธรรมนูญของประเทศออสเตรเลียกำหนดว่าหน้าที่หลักของ Federal Government คือต้องจัดให้มีหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนที่เป็นชาวออสเตรเลีย ระบบประกันสุขภาพระดับชาติหรือที่เรียกว่า Medicare เป็นโครงการที่อยู่ในความรับผิดชอบโดยตรงของรัฐบาลกลาง และมีกฎหมายประกันสุขภาพรองรับ (Health Insurance Act 1973) Medicare ใช้การจัดเก็บภาษีเพื่อรวบรวมเป็นแหล่งเงินทุนประกันสุขภาพ สิทธิประโยชน์ในโครงการนี้มีชื่อว่า Medicare Benefits Scheme (MBS) ส่วนสิทธิประโยชน์สำหรับยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์มีชื่อว่า Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) ขณะที่ State / Territory Governments มีหน้าที่หลักในการจัดสรรเงินบางส่วนเพิ่มเติมและควบคุมการให้บริการสุขภาพในภาครัฐ และรัฐบาลท้องถิ่นเน้นการดูแลและควบคุมสิ่งแวดล้อมและงานบริการในชุมชนรวมทั้ง home care "

#### ประกันสุขภาพเอกชน

แม้ว่าระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลียมีจุดเด่นที่มีการประกันสุขภาพอย่างทั่วหน้าด้วย Medicare แต่รัฐบาลยังต้องการให้ Medicare อยู่ร่วมกับการมีการประกันสุขภาพเอกชน การมีประกันสุขภาพเอกชน ช่วยทำให้ภาระที่รัฐต้องรับลดลง เช่น จำนวนคิวสำหรับงานบริการผู้ป่วยในที่ไม่ฉุกเฉิน ให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการ สำหรับงานบริการผู้ป่วยในที่เป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐาน รัฐบาลกลางให้การสนับสนุนการประกันสุขภาพเอกชนด้วยการจ่ายในอัตรา 75% ของ schedule fee สำหรับงานบริการผู้ป่วยในที่เป็นแบบเอกชน นั่นคือชนิดงานบริการยังอยู่ในสิทธิประโยชน์พื้นฐาน แต่ผู้ป่วยต้องการสิทธิพิเศษเพิ่มเติม เช่น เลือกนอนในห้องพักรักษา หรือ สามารถเลือกแพทย์ที่ให้บริการ การสนับสนุนจากรัฐส่วนหนึ่ง และจากภาคเอกชนส่วนหนึ่ง การประกันสุขภาพเอกชนยังให้การคุ้มครองงานบริการเพิ่มเติมอื่นๆ เช่น งานทันตกรรมที่ไม่ได้เป็นงานบริการขั้นพื้นฐาน

รูปที่ 1.1 แสดงการจัดสรรเงินเพื่องานบริการสุขภาพ



หมายเหตุ : หมายถึง แหล่งเงินที่ได้มาจากการซื้อประกันสุขภาพเอกชน

หมายถึง การควบคุมด้วย Agreement ระหว่าง Federal Gov. และ State Gov.

แหล่งที่มา : Clinton, M. and Scheiwe, D. (1995). *Management in the Australian Health Care Industry*. Australian Print Group : Maryborough.

### สิทธิประโยชน์ Medicare และการจ่ายเงินไปยังผู้ให้บริการ

Medicare ให้การคุ้มครองประชาชนทุกคนที่อาศัยในออสเตรเลียและต้องเป็นชาวออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ผู้ที่ถือวีซ่าเข้าประเทศออสเตรเลียเป็นการถาวร และนักท่องเที่ยวหรือผู้ที่เดินทางมาจากประเทศที่รัฐบาลของประเทศนั้นๆ มีข้อตกลงร่วมกับรัฐบาลออสเตรเลียที่จะให้การคุ้มครองสุขภาพ ถ้าประชาชนของทั้งสองประเทศเดินทางไปพำนักร่วมกันประเทศหนึ่ง สิทธิประโยชน์สำหรับงานบริการสุขภาพ หรือเรียกว่า Medicare Benefits Scheme พิจารณาตามราคาค่าบริการ (schedule fee) ที่รัฐเป็นผู้กำหนดงานบริการแต่ละอย่างมีค่าบริการเป็นเท่าไร ราคาค่าบริการผู้ป่วยนอกออกเป็นสองระดับ นั่นคือราคาที่ผู้ให้บริการเป็นแพทย์เฉพาะทางมีราคาสูงกว่าและงานบริการนั้นเป็นงานบริการที่อยู่สาขาเฉพาะทางของแพทย์ที่ให้บริการ แต่มีข้อแม้ว่าคนไข้ได้รับการคุ้มครองก็ต่อเมื่อถูกส่งต่อมาจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ส่วนอีกระดับในอัตราที่ต่ำกว่าเป็นงานบริการที่ให้โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

### สิทธิประโยชน์สำหรับงานบริการผู้ป่วยนอกมีส่วนที่สำคัญดังนี้

- กรณีงานบริการผู้ป่วยนอกให้ที่คลินิก Medicare จ่ายให้แก่ผู้ให้บริการโดยตรง 85% ของค่า schedule fee ส่วนที่เหลือผู้ป่วยต้องจ่ายจากกระเป๋าตัวเองแก่ผู้ให้บริการ
- สำหรับงานบริการผู้ป่วยนอกให้ที่โรงพยาบาล Medicare จ่ายโดยตรงให้ผู้ให้บริการที่อัตรา 75% ของค่า schedule fee ส่วนที่เหลือจ่ายจากกระเป๋าตัวเอง หรือ ในกรณีนี้กฎหมายประกันสุขภาพอนุญาตให้ประชาชนสามารถซื้อประกันสุขภาพเอกชนครอบคลุมส่วนที่เหลือ 25% หรือ มากกว่า
- กรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการจ่ายค่าบริการใดๆ ถ้ารับบริการผู้ป่วยนอกจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่คลินิกที่เป็นคู่สัญญากับ Medicare ว่าจะเรียกเก็บจาก Medicare แบบ Bulk-Billing นั่นหมายความว่าแพทย์คนนั้นยินยอมที่จะรับค่าบริการในอัตราที่ Medicare ให้นั่นคือ 85% โดยไม่เรียกเก็บเพิ่มใดๆกับผู้ป่วย
- กรณีงานบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานอื่นๆ ที่ให้โดยผู้ให้บริการที่ไม่ใช่แพทย์ เช่น ทันตแพทย์ Medicare จ่ายให้ผู้ให้บริการในอัตรา 85% เช่นกัน
- กรณีเป็นงานบริการที่นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ของ Medicare ประชาชนต้องจ่ายจากกระเป๋าตัวเอง หรือ ซื้อประกันสุขภาพเอกชนคุ้มครอง
- สิทธิประโยชน์กำหนดว่าส่วนที่เหลือที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเองนั้นในหนึ่งครั้งไปรับบริการ แพทย์ไม่สามารถเรียกเก็บเกิน 50.40 ดอลลาร์ออสเตรเลียดอลลาร์
- แพทย์สามารถเรียกเก็บค่าบริการได้มากกว่าอัตราที่กำหนดใน schedule fee ค่าที่เรียกเก็บเพิ่มขึ้นคนไข้ต้องจ่ายจากกระเป๋าตัวเองหรือจากประกันสุขภาพเอกชนขึ้นกับเงื่อนไขในข้อตกลงที่ทำไว้กับบริษัทประกันสุขภาพเอกชนว่าจะจ่ายให้หรือไม่ ปัจจุบันพบว่าแพทย์ที่เก็บเกินกว่าอัตรา schedule fee มีประมาณ 20% ของงานบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่เกิดขึ้นต่อปี อีกประมาณ 10% เก็บเท่ากับอัตราที่กำหนด และอีก 70% เรียกเก็บแบบ bulk-billing<sup>1</sup>

### กรณีงานบริการผู้ป่วยใน แยกการพิจารณาได้ดังนี้

- งานบริการผู้ป่วยในที่เป็นแบบรัฐ (งานบริการที่เป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐานของ Medicare) ไม่ว่าที่โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน โรงพยาบาลได้รับการจ่ายเงินจาก Medicare โดยตรงตามอัตรา schedule fee นั่นหมายความว่าผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายค่าบริการใดๆ

- กรณีเป็นผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพเอกชนครอบคลุมค่าใช้จ่ายบางส่วนสำหรับงานบริการผู้ป่วยในแบบเอกชน เช่น สามารถเลือกรับบริการจากแพทย์ที่ต้องการในโรงพยาบาลรัฐ ห้องพักฟื้นพิเศษในโรงพยาบาลรัฐ หรืองานบริการผู้ป่วยในเอกชนจากโรงพยาบาลเอกชน Medicare จ่ายให้โรงพยาบาลในอัตรา 75% ของ schedule fee สำหรับทุก items ที่เป็นสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ผู้ป่วยได้รับ อีก 25% กองทุนประกันสุขภาพเอกชนจ่าย ซึ่งกฎหมายประกันสุขภาพระบุว่า กองทุนเอกชนไม่สามารถจ่ายเกิน 25% ดังนั้นที่เหลือต้องจ่ายจากกระเป๋าของผู้ป่วยโดยตรง<sup>5</sup>

การจ่ายตามอัตราที่กำหนด (schedule fee) สำหรับงานบริการผู้ป่วยใน ในหลายรัฐ เช่น Victoria และ South Australia ใช้ระบบการจ่ายเป็นแบบ DRG-based funding แทน fee-for-service ซึ่งใช้เฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐ ขณะที่อีกหลายรัฐกำลังพัฒนาการใช้ DRG-based funding

Pharmaceutical Benefits Scheme เป็นการคุ้มครองค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ประกันตน Medicare แยกเป็นกรณีดังนี้

- กรณีประชาชนทั่วไปจะถูกเรียกเก็บค่าใช้จ่ายร่วมด้วย (co-payment) จากรายขายยาในอัตราเพดานสูงสุดที่กำหนดไว้ กำหนดไว้ 20 ออสเตรเลียนดอลลาร์ต่อหนึ่งใบสั่งยาสำหรับผู้ป่วยทั่วไป (อัตราในปี 1997) ส่วนที่เหลือจ่ายโดย Medicare ถ้าหากยังไม่ครบปีผู้ป่วยรายนั้นจ่ายค่าใช้จ่ายรวมเกินกว่า 612 ออสเตรเลียนดอลลาร์ ค่าจ่ายรวมจะลดลงทันทีที่เกิน 612 ออสเตรเลียนดอลลาร์
- ถ้าเป็นกลุ่มประชากรที่มีบัตรสงเคราะห์ เช่น กลุ่มที่รับบำนาญ กลุ่มทหารผ่านศึก จะจ่ายร่วมน้อยกว่ามากนั่นคือ 3.2 ออสเตรเลียนดอลลาร์ต่อหนึ่งใบสั่งยา (อัตราในปี 1997) และถ้าจ่ายรวมครบ 166.4 ออสเตรเลียนดอลลาร์และยังไม่ครบหนึ่งปี ค่าที่เกินกว่านั้น Medicare จะจ่ายให้หมด ทั้ง MBS และ PBS รัฐบาลมีงบโดยไม่ cap เอาไว้ ดังนั้นค่าใช้จ่ายในโครงการ Medicare จะมากหรือน้อยขึ้นกับความต้องการของประชาชน<sup>1</sup>

งานบริการที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจาก Medicare มีข้อพิจารณาอย่างสังเขปดังนี้

- การให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
  - งานบริการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อความสวยงาม เช่น การยกหน้า ทำตาสองชั้น ดัดไขมัน เป็นต้น
  - งานนวดต่างๆ ที่ให้โดยนักกายภาพบำบัด ถึงแม้ว่าผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ให้รับบริการจากนักกายภาพบำบัด
  - การทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยการร้องขอจากผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย และต้องเสียชีวิตในไม่ช้า
  - งานที่ได้รับการคุ้มครองจากประกันสุขภาพเอกชนอยู่แล้ว หรือได้รับการชดเชยจากกองทุนประกันใดๆ
  - เป็นการตรวจร่างกาย เพื่อวัตถุประสงค์ในการซื้อประกันชีวิต การรับสมัครงาน หรือ การเป็นสมาชิกของหน่วยงานใดๆ
- รายละเอียดของสิทธิประโยชน์ของ Medicare แสดงในภาคผนวกที่ 2

### สรุปและการสังเคราะห์

ลักษณะการปกครองของออสเตรเลียที่เป็นระบบรัฐ นั่นคือมี Federal Government และ State / Territory Governments ทำให้รัฐธรรมนูญต้องกำหนดให้ชัดเจนว่า Federal government และ State / Territory Governments มีหน้าที่อะไร ในเรื่องของสุขภาพก็เช่นเดียวกัน เพื่อให้เกิดการประสานงานการกำหนดนโยบาย และการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ในออสเตรเลีย

เลีย Federal Government มีหน้าที่หลักในการกำหนดนโยบายการประกันสุขภาพ Medicare และเป็นผู้จ่ายเงินสนับสนุนรายใหญ่ในการประกันสุขภาพระดับประเทศ และให้การคุ้มครองเรื่องสุขภาพแก่กลุ่มที่สังคมควรให้การช่วยเหลือ ส่วน State / Territory Governments มีหน้าที่หลักในการจัดบริการ ควบคุม เพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นไปตามเงื่อนไขที่ตกลงในเบื้องต้นระหว่างรัฐบาลทั้งสองระดับ ในขณะที่งานบริการในระดับชุมชน หลายอย่างเกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐบาลทั้งสอง

รูปแบบการประกัน Medicare ถือได้ว่าเป็นระบบรัฐสวัสดิการที่ใช้ระบบการจัดเก็บภาษีและมิกกองทุนหลักกองทุนเดียว มีข้อดีคือสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายสำหรับการบริหารจัดการ มีอำนาจต่อรองในการซื้อบริการจากผู้ให้บริการ และ จาก State / Territory Governments ให้ปฏิบัติตามเงื่อนไข เช่น เรื่องคุณภาพงานบริการ การจัดบริการให้ทั่วถึง สามารถกำหนดราคามาตรฐาน และ สิทธิประโยชน์พื้นฐาน เกิดการกระจายความเสี่ยงที่ดี กลุ่มคนวัยสนับสนุนกลุ่มประชาชนที่เงิน และกองทุนมีความยั่งยืน

Medicare ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกับการให้บริการภาคเอกชนได้เนื่องจากกองทุนที่มีขนาดใหญ่สามารถเพิ่มอำนาจในการต่อรอง การให้ประชาชนมีสิทธิเลือกบริการ ทำให้เกิดการแข่งขันของตลาดให้บริการ ผลักดันให้กลุ่มผู้ให้บริการต้องพัฒนาคุณภาพงานบริการของตน อย่างไรก็ตามการยังไม่มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วยที่ชัดเจน หรือการมีผู้ให้บริการประจำครอบครัว อาจทำให้ขาดการส่งเสริมการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งระบบการจ่ายผู้ให้บริการสำหรับงานบริการผู้ป่วยนอกที่เป็นแบบ fee-for-service ที่ถึงแม้ว่ารัฐจะกำหนดราคามาตรฐาน แต่ก็ยังสามารถสร้างแรงจูงใจในกลุ่มผู้ให้บริการให้บริการเกินจำเป็นเพื่อสร้างผลกำไรสูงสุด อย่างไรก็ตามการให้ประชาชนร่วมจ่ายด้วย ช่วยควบคุมการใช้บริการเกินจำเป็นในฝั่งของผู้รับบริการได้

การร่วมจ่ายในโครงการ Pharmaceutical Benefits และรองรับด้วยการมี safety net สำหรับกลุ่มที่จำเป็นต้องใช้ยาในปริมาณที่มาก เป็นนโยบายที่ดี การใช้ DRG-based funding สำหรับงานบริการผู้ป่วยในช่วยควบคุมค่าต้นทุนสำหรับงานบริการผู้ป่วยใน และสร้างแรงจูงใจให้โรงพยาบาลเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร สิทธิประโยชน์ของ Medicare ที่ให้การคุ้มครองสำหรับงานบริการผู้ป่วยนอก ที่ผู้รับบริการต้องพบแพทย์ GP ก่อน มิฉะนั้นจะไม่ได้รับการคุ้มครอง ช่วยส่งเสริมระบบการส่งต่อได้ดี ลดปัญหาความแออัดที่สถานบริการระดับสูง และลดค่าต้นทุนการให้บริการ กฎหมายประกันสุขภาพที่อนุญาตให้กองทุนประกันสุขภาพเอกชนคุ้มครองเฉพาะบริการที่นอกเหนืองานบริการขั้นพื้นฐาน ช่วยส่งเสริมให้ระบบประกันสุขภาพระหว่างรัฐและเอกชนไม่แยกจากกัน

จุดเด่นของระบบบริการสุขภาพของออสเตรเลียที่อาจนำมาพิจารณาสำหรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย

- มีระบบการประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าที่มีกองทุนหลักกองทุนเดียว
- มีกฎหมายประกันสุขภาพที่กำหนดรายละเอียดทั้งส่วนโครงสร้างการให้บริการ การบริหารจัดการ สิทธิประโยชน์พื้นฐาน การจ่ายเงินไปยังกลุ่มผู้ให้บริการ
- หน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา และพัฒนางานด้านวิจัย มีการบริหารจัดการที่เป็นอิสระ
- มีลักษณะโครงสร้างที่แบ่งแยกระหว่างผู้ซื้อบริการ และผู้ให้บริการ เพื่อจะได้ควบคุมซึ่งกันและกัน

- การเปิดโอกาสให้กลุ่มต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสุขภาพ ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ การประชุมประจำปีของรัฐมนตรีกระทรวงสุขภาพของทุกรัฐ และ เจ้าหน้าที่ ร่วมกับตัวแทนกลุ่มต่างๆ

#### เอกสารอ้างอิง

1. Commonwealth Department of Health and Aged Care. (1999). The Australian Health Care System : An Outline. Information on the Internet at <http://www.health.gov.au/ha/pub/ozhealth/>
2. Australian Institute of Health and Welfare. (1992). *Australia's Health 1992. The Third Biennial Report of the Australian Institute of Health and Welfare*. AGPS : Canberra.
3. Grant, C. and Lapsley, H.M. (1992). *The Australian Health Care System*. Australian Studies in Health Service Administration : Sydney.
4. Clinton, M. and Scheiwe, D. (1995). *Management in the Australian Health Care Industry*. Australian Print Group : Maryborough.
5. General Notes for Guidance of Users : Schedule Fees and Medicare Benefits. Information on the Internet at <http://www.health.gov.au/ha/pub/ozhealth/>

## บทที่ 2 : วิวัฒนาการระบบบริการสุขภาพและการปฏิรูปที่สำคัญจนถึงทศวรรษที่ 80 (1980 –1989)

วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพในออสเตรเลียมีความเกี่ยวข้องกับประวัติศาสตร์การก่อตั้งประเทศ นับตั้งแต่ออสเตรเลียเป็นอาณานิคมของประเทศอังกฤษและถูกใช้เป็นสถานกักกันนักโทษจากประเทศอังกฤษ ช่วงแรกของระบบสุขภาพเริ่มจากรัฐบาลอังกฤษส่งบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นลูกจ้างรัฐให้บริการแก่กลุ่มนักโทษและเจ้าหน้าที่ของรัฐกลุ่มต่างๆ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก งานบริการสุขภาพที่ให้ออกจากสถานพยาบาลของรัฐฟรีทั้งหมดแต่คุณภาพไม่ดี หลังจากประชากรจากอังกฤษอพยพเข้ามาเพิ่มขึ้น กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการแบบเอกชนมีมากขึ้น ซึ่งบางคนเป็นทั้งลูกจ้างรัฐในโรงพยาบาลและเปิดสถานบริการเองเรียกเก็บค่าบริการ ปรากฏว่าแรงจูงใจของแพทย์ต่อการพัฒนางานบริการแบบเอกชนมีมากกว่าส่งผลให้คุณภาพงานบริการของรัฐด้อยกว่างานบริการสุขภาพแบบเอกชน

ปี ค.ศ.1855 รัฐบาลอังกฤษลดการสนับสนุนด้านการเงินต่อภาคบริการสุขภาพของออสเตรเลียเป็นจำนวนกว่าครึ่ง ทำให้ผู้สำเร็จราชการของรัฐบาลอังกฤษในประเทศออสเตรเลียเปลี่ยนแปลงนโยบาย โดยผู้ใดต้องการรับบริการฟรีจากโรงพยาบาลรัฐต้องยื่นคำร้องขอรับบัตรเพื่อยกเว้นค่าบริการ ปลาย คริสตวรรษที่ 1880 ก่อนขึ้นคริสตวรรษที่ 1890 กลุ่มแพทย์รวมตัวกันเปิดโรงพยาบาลเอกชนมากขึ้นเพื่อให้บริการแก่กลุ่มประชาชนที่มีรายได้ปานกลางและสูง

ปี ค.ศ. 1900 ประเทศออสเตรเลียประกาศเป็นอิสระจากการปกครองของรัฐบาลอังกฤษ มีรัฐบาลของตนเองในการปกครองประเทศ และมีรัฐธรรมนูญที่ชื่อ Commonwealth of Australian Constitution Act 1900 เนื้อหาหลักคือต้องการให้มีการประสานการทำงานระหว่าง Commonwealth Government และ State / Territory Governments เนื้อหาในส่วนสุขภาพของรัฐธรรมนูญกำหนดให้ State / Territory Governments มีบทบาทในการจัดการสำหรับงานบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนที่อยู่ในแต่ละรัฐ ส่วน Commonwealth Government ทำหน้าที่ดูแลให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ และสามารถเข้าถึงบริการได้ ซึ่งระบุอยู่ใน Section 51(xiv) และ Section 96 ระบุว่า Commonwealth Government ต้องสนับสนุนด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพแก่ State / Territory Governments

หลังจากปี ค.ศ. 1900 เป็นต้นมา การประกันสุขภาพเป็นประเด็นทางสังคมและมีการพัฒนาเกิดกองทุนประกันสุขภาพที่ไม่หวังผลกำไรจำนวนหนึ่งขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือประชากรที่ยากจน รายได้ของกองทุนส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและการบริจาค จำนวนสมาชิกกองทุนเหล่านี้มีมากขึ้นทำให้กองทุนประกันสุขภาพมีความสามารถต่อรองกับกลุ่มแพทย์ที่เป็นผู้ให้บริการได้ในระดับหนึ่ง แต่ทว่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มแพทย์กับกลุ่มประกันสุขภาพสำหรับผู้ด้อยโอกาสทางสังคมเป็นไปไม่ค่อยดีนักเนื่องจากการจ่ายเงินของกองทุนต่อแพทย์ที่ให้บริการแก่สมาชิกกองทุนมักเป็นแบบ capitation มากกว่าแบบ fee-for-service ซึ่งทำให้กลุ่มแพทย์มองว่ากองทุนเหล่านี้จำกัดสิทธิ์ในการให้บริการสุขภาพของกลุ่มตน

ในปี ค.ศ. 1910 George Knibbs เป็นนักสถิติและเป็นที่ปรึกษาให้กับ Commonwealth Government เสนอรายงานแก่รัฐบาลเพื่อต้องการปฏิรูปให้เกิดการประกันสุขภาพที่เป็นแบบรัฐจัดสวัสดิการโดยใช้ระบบการจัดเก็บภาษี หลังจากที่เขาได้รวบรวมและทบทวนระบบประกันสุขภาพในหลายประเทศทางฝั่งยุโรป Commonwealth Government ที่มีพรรค Labour เป็นรัฐ

บาลสนับสนุนความคิดนี้และต้องการให้เกิด Nationalised Health Care Program ที่ให้ทุกคนสามารถเข้าถึงงานบริการได้ หลังจากนั้นมีการทำโครงการทดลองในพื้นที่รัฐ New South Wales

ปี ค.ศ.1918 กลุ่มแพทย์ประท้วงระบบประกันสุขภาพดังกล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตามการปฏิรูประบบประกันสุขภาพระดับชาติไม่สามารถพัฒนาไปได้มากเท่าไรก็ต้องหยุดชะงักลงเนื่องจากเกิดสงครามโลกครั้งที่ 1 หลังจากสงครามโลกปรากฏว่าฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศออสเตรเลียดีขึ้นอย่างมากเมื่อเทียบกับประเทศทางฝั่งยุโรปที่ร่วมสงครามอย่างเต็มที่ ซึ่งรายได้หลักของประเทศเกิดจากการส่งออกสินค้าทางเกษตรกรรมอย่างมากของประเทศในแถบยุโรป ทำให้ฐานะรายได้ของประชากรดีขึ้นและมีประชากรที่ยากจนน้อยลง ขณะนั้น Commonwealth Government มีรัฐบาลผสมเป็นรัฐบาล และไม่ต้องการให้มีการปฏิรูป Nationalised Health Program ต่อไปเพราะพิจารณาว่าเป็นการจำกัดสิทธิเสรีภาพของประชากร และมองว่างานบริการสุขภาพไม่ต่างจากการซื้อขายสินค้าทั่วไป ผลปรากฏว่างานบริการสุขภาพในภาคเอกชนเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนกลุ่มที่ยากจนยังจำเป็นต้องพึ่งกองทุนประกันสุขภาพที่จัดตั้งโดยหน่วยงานที่ต้องการหวังผลกำไร และพึ่งได้เฉพาะโรงพยาบาลของรัฐเพียงเท่านั้น

ปี ค.ศ. 1931 รัฐบาลผสมของ Commonwealth Government ต้องการตัดงบการจ่ายของรัฐบาลทุกอย่างและให้เกิดการจ่ายจากภาคเอกชนมากขึ้นเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ เนื่องจากเศรษฐกิจโลกและของออสเตรเลียเข้าสู่ภาวะถดถอยอย่างรุนแรง ในปี 1938 Casey เสนอกฎหมาย National Health and Pensions Bill เข้าสภาเพื่อให้รัฐบาลเรียกเก็บภาษี 2% ของรายได้ลูกจ้าง และ 2% ของรายได้นายจ้างทั่วประเทศเพื่อเป็นกองทุนประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามไม่ได้รวมประชากรกลุ่มอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตามปรากฏว่าเกิดการประท้วงอีกครั้งอย่างกว้างขวางจากกลุ่มแพทย์ด้วยเหตุที่กลัวว่าต้องถูกจำกัดการกำหนดราคาบริการสุขภาพ จากกลุ่มผู้ใช้แรงงานและกลุ่มนายจ้างด้วยเหตุผลของภาวะเศรษฐกิจถดถอยแต่ยังต้องถูกหักภาษีเพิ่มอีก และกลุ่มหน่วยงานเพื่อสังคมที่รับผิดชอบการประกันสุขภาพและกลุ่มประชากรที่ยากจนด้วยเหตุผลที่คิดว่าถ้าหากมีนโยบายดังกล่าวจะทำให้กองทุนประกันสุขภาพของกลุ่มยากจนมีปริมาณเงินลดลง

อย่างไรก็ตามรัฐบาลไม่ได้ฟังเสียงสะท้อนของแต่ละกลุ่ม และให้ร่างกฎหมายผ่านในสภาออกเป็น National Health and Pensions Insurance Act ทันทีที่ประกาศใช้กฎหมาย National Health and Pensions Insurance Act ในปี 1938 รัฐบาลไม่สามารถดำเนินนโยบายได้เพราะแพทย์ผู้ให้บริการทั่วทั้งประเทศจากการสนับสนุนจาก Australian Medical Association ประท้วงด้วยการไม่ให้บริการแต่อย่างใดแก่ผู้ที่เป็นสมาชิกประกันสุขภาพแบบนี้ และทำให้นโยบายนี้ต้องหยุดไปโดยปริยาย

ปี ค.ศ. 1941 นายกรัฐมนตรี John Curtin จากพรรค Labour ต้องการผลักดันให้เกิด National Health Services อีกครั้งหลังจากล้มเหลวมาครั้งหนึ่งในสมัยที่พรรคตนเป็นรัฐบาล ซึ่งเป็นช่วงเวลารายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ครั้งนี้ประเทศออสเตรเลียเข้าร่วมสงครามอย่างเต็มที่ ฐานะทางเศรษฐกิจของประเทศตกต่ำลงอย่างมาก งานบริการสุขภาพเป็นงานสาธารณะส่วนหนึ่งที่รัฐบาลต้องพัฒนาและให้การช่วยเหลือประชาชน National Health Services หรือระบบรัฐจัดสวัสดิการเป็นทางเลือกที่รัฐบาลต้องการให้เกิดขึ้น

กฎหมาย National Health Services Act ผ่านสภาและประกาศใช้ แม้ว่าได้รับการท้าทายจากฝ่ายค้านและกลุ่มนายจ้างและลูกจ้างเพราะมองว่าจะเสียเปรียบอย่างมากเนื่องจากต้องถูกหักรายได้เพิ่มขึ้น บาง State Governments ปฏิเสธที่จะดำเนิน

นโยบายนี้โดยเฉพาะรัฐบาลที่ไม่ใช่มาจากพรรค Labour สุดท้าย Commonwealth Government ในปี ค.ศ. 1944 ตัดสินใจให้มีการลงคะแนนเสียงจากประชาชนทั้งหมดว่าเห็นด้วยกับหมายฉบับใหม่หรือไม่ (referendum) ผลลัพธ์คือรัฐบาลแพ้การลงคะแนนเสียงทำให้กฎหมายฉบับนี้ต้องตกไป ส่วนหนึ่งเป็นเพราะทั้งเศรษฐกิจของประเทศและประชากรส่วนใหญ่ฐานะไม่ดีและไม่ต้องการจ่ายภาษีเพิ่มมากขึ้นเพื่อกองทุนประกันสุขภาพ

ปี ค.ศ. 1949 ภายใต้การบริหารงานของรัฐบาลผสมระหว่างพรรค Liberal และ Country และมี Robert G. Menzies เป็นนายกรัฐมนตรี โดยมี Earle Page เป็นรัฐมนตรีกระทรวงสุขภาพ เดิม Earle Page เป็นนักการการเงินการคลัง ก่อนการเลือกตั้งทั่วไปในปี 1949 พรรค Liberal ชูนโยบาย Comprehensive Health Insurance Plan ที่ต้องการให้มีระบบรัฐสวัสดิการ และต้องการให้สมาชิกในสังคมมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพตัวเองในระดับหนึ่ง โดยให้มีการใช้ Means-test เพื่อค้นหากลุ่มที่ยากจนเพื่อให้สิทธิการประกันสุขภาพโดยสามารถใช้บริการฟรีจากสถานบริการของรัฐ แต่กองทุนของรัฐนี้จ่ายไม่เกิน 90% ของ schedule fee ที่กำหนดโดยรัฐ และแพทย์มีอิสระในการเรียกเก็บในส่วนที่เหลือซึ่งอาจมากกว่า schedule fee ก็ได้ ภายหลังพบว่าการเรียกเก็บจากกระเป๋าผู้ป่วยโดยตรงอย่างมากมาย ประมาณว่าเพียง 11% ของค่าบริการทั้งหมดที่จ่ายจากกองทุนของประกันสุขภาพของรัฐ ปรากฏว่าประชาชนส่วนใหญ่ที่พึ่งระบบประกันของรัฐไม่สามารถเข้าถึงบริการได้เนื่องจากไม่มีเงินจ่ายค่าเรียกเก็บจากแพทย์

ปี ค.ศ. 1968 เดือนกันยายน นักเศรษฐศาสตร์สองคนชื่อ Scotton และ Deebie ทำรายงานอิสระยื่นต่อรัฐบาล เนื้อหาหลักในรายงานเสนอให้

- ทุกคนต้องมีประกันสุขภาพ
- เป็นการบริหารโดยภาครัฐโดยใช้ระบบการจัดเก็บภาษีเพราะเชื่อว่าจะทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและเกิดความทัดเทียมกันในการเข้าถึงบริการ
- กำหนดงานบริการผู้ป่วยนอกและงานบริการผู้ป่วยในที่เป็นมาตรฐานและให้ในโรงพยาบาลของรัฐ
- งานบริการพื้นฐานดังกล่าวต้องฟรี
- มี Health Insurance Commission ทำหน้าที่บริการเงินกองทุนที่มาจาก 1.25% ของรายได้ที่หักภาษีได้และเงินงบประมาณที่รัฐจัดสรร และส่วนหนึ่งจากกองทุนชดเชยลูกจ้าง
- แพทย์ผู้ให้บริการสามารถเรียกเก็บค่าบริการจาก Health Insurance Commission ได้โดยตรงที่เรียกว่า bulk-billing แต่สามารถเรียกเก็บได้ในอัตรา 85% นั้นหมายความว่าแพทย์ยอมรับเงินเพียง 85% แต่ถ้าไม่ bulk-bill ก็สามารถเรียกตามราคาที่กำหนด (schedule fee) จากรัฐบาล โดยการคำนวณจากต้นทุนงานบริการแต่ละชนิด และ บวกเพิ่มส่วนที่เป็นกำไรให้แก่ผู้ให้บริการ โดยอีก 15% ผู้ป่วยต้องจ่ายเองจากกระเป๋าตัวเองหรือซื้อประกันสุขภาพเอกชนเพื่อจ่ายส่วนนั้น

การให้ผู้ป่วยรับผิดชอบต่อที่เหลือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการใช้บริการที่เกินความจำเป็น โดยที่ทั้งสองเชื่อว่าด้วยระบบที่เสนอนี้จะทำให้ค่าต้นทุนบริการสุขภาพในประเทศทั้งหมดจะลดลง ทั้งสองยังเสนอรายงานนี้ต่อฝ่ายค้านด้วย ซึ่ง Whitlam จากพรรค Labour ที่ขณะนั้นเป็นหัวหน้าฝ่ายค้านเห็นด้วยเป็นอย่างยิ่งกับความคิดของทั้งสองและนั่นเป็นจุดเริ่มต้นความคิดระบบประกันสุขภาพทั้งหมดของพรรค Labour

ขณะที่รัฐบาลนำความคิดของ Scotton และ Deeble ไปเพียงบางส่วน คณะกรรมการของรัฐบาลที่ศึกษาเรื่องระบบประกันสุขภาพทำรายงานสรุปและตีพิมพ์ออกมาในเดือนมีนาคม ปี 1969 กล่าวว่าระบบที่เป็นอยู่ซับซ้อนเกินไป สิทธิประโยชน์ที่สมาชิกได้รับต่ำกว่าค่าต้นทุนบริการ สิทธิประโยชน์ที่สมาชิกกองทุนได้รับมีไม่มาก คณะกรรมการเสนอว่าต้องให้มีผู้ป่วยในที่เป็นมาตรฐานและมีแพทย์ที่จ้างในรูปของเงินเดือน โดยที่งานบริการดังกล่าวต้องฟรีทั้งหมด และมีการกำหนดค่าบริการที่เป็นมาตรฐาน รวมทั้งจัดตั้ง National Health Insurance Commission ที่เป็นหน่วยงานอิสระทำหน้าที่บริหารจัดการระบบงานประกันสุขภาพ และยังคงต้องการให้มีการประกันสุขภาพแบบสมัครใจสำหรับงานบริการที่นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์พื้นฐาน

#### *Medibank*

จากการนำเอาความคิดของ Scotton และ Deeble มาเป็นนโยบายหลักของพรรคฝ่ายค้าน ส่วนหนึ่งแล้วทำให้พรรค Labour ได้รับเสียงสนับสนุนอย่างมากจากกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำซึ่งเป็นฐานเสียงจำนวนมาก การเลือกตั้งทั่วประเทศในปี ค.ศ. 1972 พรรคฝ่ายค้านได้รับเลือกเป็นรัฐบาลและรัฐบาลจัดตั้ง Hospitals and Health Services Commission และ Health Insurance Planning Commission ทันทีเพื่อวางแผนปฏิรูประบบประกันสุขภาพ ซึ่งทั้ง Scotton และ Deeble เป็นสมาชิกอยู่ใน Health Insurance Planning Commission ด้วย

ปี ค.ศ. 1973 Health Insurance Planning Commission ทำรายงานที่ชื่อ Green Paper เป็นแผนแม่บทของการปฏิรูประบบประกันสุขภาพที่ชื่อ Medibank ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพระดับชาติให้ความคุ้มครองกับประชาชนชาวออสเตรเลียทุกคน โดยไม่ต้องเสียค่าเบี้ยประกันแต่ใช้ระบบการจัดเก็บภาษี เนื้อหาทั้งหมดของ Medibank เหมือนกับรายงานเสนอการปฏิรูปของ Scotton และ Deeble ตั้งแต่ต้น โดยที่เงินกองทุนมาจาก 1.35% ของรายได้ที่เรียกเก็บภาษีได้ บวกกับ 1.5% ที่มาจากรายได้รัฐบาล อีกส่วนได้รับจากการสนับสนุนจากกองทุนชดเชยลูกจ้างและกองทุนอุบัติเหตุทางรถยนต์ สำหรับกลุ่มที่ยากจนไม่ต้องจ่ายค่าใดๆ

Medibank ถูกต่อต้านอย่างมากจาก Australian Medical Association (AMA) เนื่องจากกลุ่มแพทย์ถูกจำกัดสิทธิต่างๆ ลง โดยเฉพาะอิสระในการเรียกเก็บค่าแพทย์ และจำนวนสมาชิกประกันสุขภาพเอกชนที่ต้องลดลงอย่างแน่นอน กลุ่มแพทย์ไม่ให้ความร่วมมือและยังคงเรียกเก็บค่าแพทย์จากผู้รับบริการในอัตราที่สูงกว่า schedule fee ประมาณ 25-29% ที่สุดรัฐบาลต้องต่อรองกับ AMA และได้ข้อตกลงที่ 20% ไม่เกินกว่านั้น

#### *การเมืองกับการปฏิรูป*

การเลือกตั้งวุฒิสภาสมาชิกในปี ค.ศ. 1973 พรรค Liberal-Country ได้จำนวนที่นั่งในสภาสูงหรือวุฒิสภามากกว่าพรรค Labour ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพรรค Liberal-Country กับ AMA ทำให้กลุ่มแพทย์สามารถชักจูงวุฒิสมาชิกไปปิดกั้นไม่ให้ร่างกฎหมาย Health Insurance Commission Bill ที่จะรองรับระบบประกันสุขภาพ Medibank ผ่านในสภา ซึ่งที่สุดร่างกฎหมายนี้ไม่ผ่านสภาในเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 1973

เดือนเมษายน ปี ค.ศ. 1974 รัฐบาลเสนอร่างกฎหมายนี้เข้าไปอีกครั้งและก็ไม่ผ่านเป็นครั้งที่สอง ฝ่ายค้านกดดันรัฐบาลด้วยการข่มขู่ว่าไม่ว่าร่างกฎหมายใดๆ ที่เสนอโดยรัฐบาลจะขัดขวางไม่ให้ผ่าน Whitlam นายกรัฐมนตรีต้องขอร้องให้ Governor-

General ที่ได้รับแต่งตั้งจากรัฐบาลอังกฤษประจำประเทศออสเตรเลียประกาศยุบสภาทั้งสภาผู้แทนราษฎร และ วุฒิสภา โดยใช้อำนาจตาม Section 57 ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ เนื่องจากว่ารัฐบาลไม่มีอำนาจในการบริหารอีกต่อไป ถ้าไม่สามารถผ่านกฎหมายออกมาใช้ได้

ระหว่างการเลือกตั้งทั่วไปในปี ค.ศ. 1974 พรรค Liberal-Country ประกาศนโยบายการประกันสุขภาพแบบสมัครใจและรัฐจัดสวัสดิการให้แก่กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน ขณะที่พรรค Labour ประกาศนโยบายประกันสุขภาพแบบบังคับ และมีเนื้อหาตามที่ปรากฏในร่างกฎหมายประกันสุขภาพ พรรค Labour ชนะการเลือกตั้งทั่วไป ในขณะที่ที่นั่งในสภาสูงทั้งสองพรรคได้จำนวนสมาชิกที่เท่ากัน ทำให้สภาล่างมีอำนาจในการควบคุมเสียงในสภาทั้งหมดได้ อย่างไรก็ตามในเดือนมิถุนายน ปี ค.ศ. 1975 วุฒิสมาชิกหนึ่งท่านจากพรรค Labour เสียชีวิตและได้ตัวแทนจากพรรค Liberal-Country แทน ทำให้รัฐบาลเสียการควบคุมอำนาจในสภาสูงอีกครั้งหนึ่ง เพื่อที่จะให้ร่างกฎหมายสามฉบับของรัฐบาลผ่านในสภา ได้แก่ Health Insurance Commission Bill, Health Insurance Levy Bill และ Health Insurance Levy Assessment Bill รัฐบาลจัดให้มีการพิจารณาร่างกฎหมายเกิดขึ้นพร้อมกันทั้งสภาสูงและสภาล่าง เพื่อบีบเสียงสนับสนุน ในที่สุด Health Insurance Commission Bill ผ่าน แต่ร่างอีกสองฉบับ ฝ่ายค้านต้องการให้รัฐบาลสนับสนุนกองทุนประกันสุขภาพด้วยการจัดเก็บภาษีเพียงอย่างเดียว โดยที่ไม่รวมกับกองทุนอื่น เช่น กองทุนเงินชดเชยของกลุ่มลูกจ้าง รัฐบาลตกลงและสามารถประกาศใช้กฎหมายทั้งสามฉบับได้ โครงการ Medibank เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 1975 เป็นต้นมา

อีกครั้งที่ State / Territory Governments ที่มีพรรค Liberal-Country เป็นรัฐบาลไม่เห็นด้วยกับ Medibank แต่ Commonwealth Government ยืนยันใจว่าถ้าไม่เซ็นในข้อตกลงที่จะดำเนินโครงการ Medibank รัฐบาลกลางจะไม่สนับสนุนด้านการเงินทั้งหมดแก่โรงพยาบาลรัฐ ซึ่งทำให้รัฐบาลเหล่านี้ต้องรับเงื่อนไขโดยปริยาย การต่อต้านยังคงเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ให้บริการ ปรากฏว่าทั้งบอร์ดบริหารโรงพยาบาลรัฐและกลุ่มแพทย์ไม่ทำการคัดเลือกแพทย์ที่จะจ้างประจำเพื่อรับเงินเดือน รวมทั้งกลุ่มประกันสุขภาพเอกชนก็ให้การสนับสนุนด้วย

*ความไม่ยั่งยืนของ Medibank เนื่องจากการเมืองไม่มั่นคง*

ฝ่ายค้านกลับมาใช้ยุทธศาสตร์เดิมด้วยการข่มขู่รัฐบาลว่าจะกันไม่ให้ร่างกฎหมายใดๆ ผ่านสภาอีกต่อไป เพราะพรรคตนกุมเสียงข้างมากในสภาสูง Governor-General เกรงว่ารัฐบาลจะไม่สามารถบริหารประเทศได้ จึงใช้อำนาจตามรัฐธรรมนูญอีกครั้งประกาศให้พรรค Labour ออกจากการเป็นรัฐบาล และแต่งตั้ง Malcolm Fraser หัวหน้าพรรค Liberal-Country เป็นนายกรัฐมนตรีแทน Whitlam ในปี 1975 รัฐบาลของ Fraser ยังคงต้องการให้มี Medibank แต่เพิ่มเติมให้ประชาชนที่ซื้อประกันสุขภาพแบบเอกชนครอบคลุมงานบริการที่นอกเหนือ ได้รับสิทธิลดหย่อนภาษีรายได้

Fraser กล่าวว่าโครงการ Medibank เดิมของรัฐบาลที่แล้วใช้มีค่าใช้จ่ายสูงมาก และเกิดแรงจูงใจที่ทำให้มีการใช้บริการสุขภาพเกินความจำเป็น ในปีค.ศ. 1977 ประมาณ 58.5% ของประชากรทั้งหมดมีประกันสุขภาพเอกชน และประชากรส่วนนี้ได้รับการลดหย่อนภาษีรายได้ ผลกระทบทางอ้อมที่เกิดขึ้นทำให้เงินกองทุนของ Medibank มีไม่มากที่จะจัดบริการฟรีกับประชากรที่เป็นสมาชิก Medibank ได้ทั้งหมด ทำให้คุณภาพงานบริการและอัตราการเข้าถึงบริการของสมาชิก Medibank น้อยลงไป รายงานของ Commission of Inquiry into the Efficiency and Administration of Hospitals ที่ได้รับการ

สนับสนุนด้านการเงินให้ทำการศึกษาโดย Commonwealth Government พบว่าค่าต้นทุนงานบริการในโรงพยาบาลทั่วประเทศมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นมาก และการบริหารจัดการในโรงพยาบาลขาดประสิทธิภาพอย่างเห็นได้ชัด

ปี ค.ศ. 1981 Commonwealth Government ผ่านร่างกฎหมายแก้ไข Health Acts ที่เรียกว่า Health Acts Amendment of 1981 จากเดิมที่ Commonwealth Government จัดสรรค่าต้นทุนบริการในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศในอัตราครึ่งหนึ่งของค่าต้นทุนที่เกิดขึ้นทั้งหมด มาเป็นการจัดสรรแบบ block granting เพื่อให้ State / Territory Governments และโรงพยาบาลรัฐมีความรับผิดชอบมากขึ้นในการใช้จ่ายเงินให้มีประสิทธิภาพ

#### *การเปลี่ยนชั่วคราวเมืองกับ Medicare*

การปฏิรูปในช่วงต้นทศวรรษนี้ยังคงเป็นการปฏิรูปที่ต่อเนื่องจากระบบประกันสุขภาพ Medibank ปี ค.ศ. 1983 เดือนมีนาคม ภายหลังการเลือกตั้งทั่วไป พรรค Labour กลับมาเป็น Commonwealth Government ส่วนหนึ่งของชัยชนะครั้งนี้เนื่องจากความไม่พอใจของประชาชนที่มีรายได้ปานกลางและรายได้น้อยต่อโครงการ Medibank ที่เปลี่ยนไปตั้งแต่ได้พรรค Liberal-Country เป็นรัฐบาล และรัฐบาลของพรรคนี้อาจไม่สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้อย่างที่พูดไว้ ความเพียงพอของระบบประกันสุขภาพเอกชนทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น และยังมีประชากรบางส่วนที่ยังมีอัตราการเข้าถึงบริการต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

ถึงแม้ทำให้รัฐลดรายจ่ายได้แต่ไม่ทำให้ค่าต้นทุนงานบริการสุขภาพลดลงและผลรวมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั่วประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วแต่กลับไม่ส่งเสริมให้ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีอัตราการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น

รัฐบาลพรรค Labour ต้องการปฏิรูประบบประกันสุขภาพอีกครั้งให้เหมือนกับ Medibank ที่เป็นฉบับดั้งเดิม โดยผลักดัน Health Legislation Amendment Bill เข้าพิจารณาในสภาและสามารถผ่านในสภา เนื้อหาที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

- แก้ไขให้ประชากรทุกคนมีประกันสุขภาพภายใต้ระบบการประกันสุขภาพที่ชื่อว่า Medicare
- เงินกองทุนได้จากการจัดเก็บภาษี บริหารโดย Health Insurance Commission เหมือนเดิม
- สัดส่วนที่เหลือระหว่าง 85% ของค่าบริการ กับ schedule fee ที่กองทุนประกันสุขภาพเอกชนสามารถครอบคลุมในส่วนนี้ได้ให้ยกเลิกไปและไม่ให้แพทย์เก็บเกินกว่าค่า schedule fee แต่กำหนดค่าสูงสุดเป็น 150 ดอลลาร์ออสเตรเลียต่อคนสามารถจ่ายได้ในแต่ละปี และถ้าหากยังไม่ครบปีแต่จ่ายเกินกว่าเพดานสูงสุด Medicare จะชดเชยให้
- ใช้ Medicare Agreements ซึ่งเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่าง Commonwealth Government กับ ทุก State / Territory Governments ข้อตกลงนี้กำหนดรายละเอียดในการจัดสรรเงินและมีเงื่อนไขอะไรบ้างที่ต้องปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งที่ต้องนำไปใช้พัฒนาโครงการที่กำหนด มีอายุ 5 ปี หลังจากนั้นจะมีการปรับ แก้ไขใหม่ ฉบับแรกเริ่มใช้ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ปี 1983 ถึง สิ้นเดือนมิถุนายน ปี 1987 (ข้อตกลงฉบับปัจจุบัน ได้เปลี่ยนชื่อใหม่เป็น Australian Health Care Agreement เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ปี 1998 สิ้นสุดในวันที่ 30 มิถุนายน 2002)
- การแก้ไขปรับปรุง Agreements สามารถกระทำได้ถึงแม้ว่ายังอยู่ระหว่างการใช้ แต่ต้องเกิดขึ้นจากรัฐบาลทั้งฝ่ายเห็นชอบคือจากทั้งรัฐมนตรีกระทรวงสุขภาพของทั้ง Commonwealth และ State / Territory Governments

ตั้งแต่ดำเนินโครงการ Medicare มีการปรับแก้ไขเนื้อหาอย่างต่อเนื่อง เช่น ตั้งแต่เริ่มประกาศใช้ Australian Medical Association คัดค้าน Medicare เฉพาะในส่วน Section 17 of Health Insurance Act ที่ไม่ให้แพทย์เก็บเกินค่า schedule fee โดยยื่นหนังสือเพื่อให้รัฐบาลทบทวน Section นี้ อย่างไรก็ตามเพื่อที่จะลดแรงกดดันและป้องกันไม่ให้กลุ่มแพทย์ด้วยการไม่ให้บริการเช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในอดีต ทำให้ Commonwealth Government ยินยอมแก้ไขอีกครั้งและให้แพทย์สามารถเรียกเก็บได้เกิน schedule fee และให้กองทุนประกันสุขภาพเอกชนจ่ายครอบคลุมส่วนนี้ได้ ในปี 1987 งานบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล Medicare จ่ายให้เพียง 75% ส่วนงานบริการที่นอกโรงพยาบาลยังเป็น 85%

#### อำนาจรัฐกับการควบคุมโรงพยาบาลรัฐ

โครงการการประกันสุขภาพ Medicare ทำให้อัตราค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว วนหนึ่งเกิดจากจากทั้งผู้ให้บริการหรือสถานบริการและผู้รับบริการมีแรงจูงใจที่จะให้บริการและรับบริการมากเกินไปและเป็นงานรักษาส่วนใหญ่ การปฏิรูปเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 80 เกิดจากความต้องการแรกเริ่มในระดับ Commonwealth Government และ State / Territory Governments ที่ต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายของ Medicare ประจวบกับภาวะเศรษฐกิจโลกและของประเทศออสเตรเลียเริ่มเข้าสู่ภาวะถดถอย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในโครงการ Medicare

การศึกษาของ Commission of Inquiry into the Efficiency and Administration of Hospitals ที่ได้เงินสนับสนุนจากรัฐบาล เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการให้บริการของโรงพยาบาล กล่าวถึงปัญหาการขาดประสิทธิภาพการบริหารงานระดับโรงพยาบาล และย้ำถึงความจำเป็นที่ต้องปฏิรูปเพื่อให้เกิด

- ความเข้มแข็งกับ State / Territory Governments เพื่อจะได้ควบคุมการให้บริการและการกระจายงานสุขภาพของรัฐ เพื่อให้ระบบบริการทั้งหมดมีประสิทธิภาพและความเสมอภาคมากขึ้นต่อการเข้าถึงบริการ
- ความเชื่อมโยงระหว่างงานบริการสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐและระบบสุขภาพภายนอกโรงพยาบาล
- ความสามารถในการควบคุมค่าต้นทุนงานบริการของโรงพยาบาลรัฐ และการจัดสรรเงินให้ควรอยู่บนพื้นฐานของการจ่ายตามผลงาน รวมทั้งพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย<sup>2</sup>

ตามกฎหมาย State Hospital Acts ทุก State / Territory Governments มีบทบาทควบคุมและบริหารโรงพยาบาลรัฐ มีอำนาจแต่งตั้งและถอดถอนสมาชิกบอร์ดบริหารโรงพยาบาลได้ รวมทั้ง CEO (Chief Executive Officer) ซึ่ง State Hospital Acts ครอบคลุมถึงการจัดสรรเงินให้กับโรงพยาบาลรัฐขึ้นกับเงื่อนไขและข้อตกลงที่โรงพยาบาลได้ทำกับรัฐบาล กฎหมายนี้นำมาใช้เป็นเครื่องมือของรัฐบาลและสร้างความเข้มแข็งมากขึ้นในการควบคุมให้โรงพยาบาลปฏิบัติตามเงื่อนไขที่รัฐบาลกำหนด เช่น New South Wales Government แก้ไข Public Hospital Act 1929 โดยกำหนดหน้าที่ของบอร์ดบริหารใหม่ และมาตรฐานงานบริการรักษาเพื่อพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพ รวมไปถึงกำหนดให้มีการกระจายของเตียงผู้ป่วยให้มีความทัดเทียมกันมากขึ้นระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท เช่น ตั้งแต่ปี 1983 รัฐบาลท้องถิ่น Sydney ลดจำนวนเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาล Sydney และเพิ่มในโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกล หรือลดขนาดงานบริการโรงพยาบาลและกำหนดให้โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้กันหรือในเขตเดียวกันให้บริการสุขภาพเฉพาะอย่าง สร้างความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลด้วยกันเพื่อการส่งต่อกับสถานบริการระดับล่างทั้ง community health centres และแพทย์ทั่วไปที่เป็นเอกชน<sup>2</sup>

การจัดตั้งบอร์ดบริหารใหม่ขึ้นมาโดย State / Territory Governments ที่เรียกว่า Area Health Boards และ District Health Boards เกิดขึ้นในรัฐ New South Wales ปี ค.ศ.1986 แทนการทำงานของ regional health offices ของ Health Department เนื่องจากว่าการทำงานของเจ้าหน้าที่รัฐของ regional offices ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ดีนัก ขณะที่การใช้ Area / District Health Boards คาดว่าสามารถแก้ไขปัญหานี้ได้เนื่องจากสมาชิกส่วนหนึ่งของบอร์ดบริหารมาจากตัวแทนชุมชนและกลุ่มประชาชนที่ด้อยโอกาสทางสังคม เช่น กลุ่มพื้นเมือง Aborigines เจ้าหน้าที่ของบอร์ดดังกล่าวรับผิดชอบงานบริหารและการวางแผนงานสุขภาพและงานสุขภาพระดับชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ หมายความว่าสามารถรับผิดชอบต่อวางแผนและบริหารได้มากกว่าหนึ่งโรงพยาบาล ดังนั้นความเชื่อมโยงระหว่างงานบริการในโรงพยาบาล ในคลินิก และ community health services จะได้รับการพัฒนาขึ้น อย่างไรก็ตามบอร์ดบริหารของโรงพยาบาลซึ่งทำหน้าที่บริหารโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการประชาชนในพื้นที่ แต่ไม่มีอำนาจบริหารจัดการด้านการเงินและการควบคุมงานบริการสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ

#### อำนาจรัฐกับการควบคุมโรงพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนในประเทศออสเตรเลียส่วนใหญ่ให้งานบริการผู้ป่วยในที่ไม่ซับซ้อน มีจำนวนวันนอนไม่มากและได้รับเงินจัดสรรจากโครงการ Medicare กรณีให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เป็นงานบริการแบบรัฐ โดยที่โรงพยาบาลต้องเป็นคู่สัญญา กับ Medicare ส่วนใหญ่รายได้มาจากเงินประกันสุขภาพเอกชนและค่ารักษาที่เรียกเก็บจากผู้รับบริการโดยตรง ประเด็นปัญหาของการให้บริการโรงพยาบาลเอกชนที่ควรรอบรู้และทำการศึกษาโดย Senate Select Committee on Private Hospitals และรายงานต่อ Commonwealth Government ในปี 1987 ได้แก่

- รัฐไม่สามารถควบคุมโรงพยาบาลเอกชนเพื่อให้บริการงานสุขภาพที่เป็นมาตรฐานและมีคุณภาพ โดยที่มีโรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้ให้ Australian Council on Healthcare Standards ตรวจสอบมาตรฐาน
- ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลเอกชนกับสถานบริการของรัฐยังไม่มีที่เชื่อมโยงอย่างชัดเจน
- งานบริการโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้มีการวางแผนงานกับระบบบริการสุขภาพในภาพรวมทั้งหมด และพบว่ามีบริการให้บริการเกินความจำเป็นจำเป็น (overservicing) เพื่อหวังผลกำไรเกินควร

รายงานฉบับนี้ทำให้รัฐบาลแต่ละรัฐเพิ่มการควบคุมมากขึ้นเพราะเป็นหน้าที่ของรัฐบาลที่ต้องควบคุมการทำงานทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยเน้นไปที่ไม่ให้เกิดการให้บริการเกินความจำเป็น ตัวอย่างการแก้ไขปัญหานี้ เช่น New South Wales Government ออกกฎหมาย Private Health Establishment Act ในปี 1982 มีสาระสำคัญดังนี้

- ผู้ให้บริการที่มีฐานะเป็นเจ้าของหรือมีส่วนได้ส่วนเสียต่อโรงพยาบาลเอกชนต้องแจ้งฐานะของตนให้ผู้รับบริการทราบก่อน
- รัฐอนุญาตการจัดตั้งและการดำเนินการโรงพยาบาลเอกชน แต่ผู้ประกอบการโรงพยาบาลเอกชนต้องยินยอมให้รัฐกำกับและควบคุมจำนวนเตียงในโรงพยาบาล

ขณะที่การแก้ไขกฎหมายเพื่อเพิ่มอำนาจการควบคุมโรงพยาบาลรัฐไม่พบว่ามีผลกระทบต่อด้านจากกลุ่มแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐถูกจ้างในรูปเงินเดือนซึ่งการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารไม่มีผลกระทบต่อรายได้ แต่ความพยายามของรัฐที่เข้าไปแทรกแซงธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนซึ่งถือว่าเป็นแหล่งรายได้ที่สำคัญของแพทย์ ปรากฏว่า Australian Medical Association (AMA) ต่อต้านและไม่เห็นด้วยกับกฎหมาย Private Health Establishment Act

โดย AMA กล่าวว่าไม่ได้มีส่วนรับรู้ในกระบวนการร่างกฎหมายฉบับนั้นแต่อย่างใดและรัฐบาลก็ไม่ปรึกษา AMA ก่อนที่จะออกกฎหมาย อย่างไรก็ตามรัฐบาล New South Wales ท้ายที่สุดแล้วเปลี่ยนใจไม่ใช้กฎหมาย ด้วยเชื่อว่า AMA ยังคงไม่พอใจต่อ Medicare และรัฐบาล New South Wales ที่มาจากพรรค Labour เพราะกลุ่มแพทย์สูญเสียผลประโยชน์จากการมี Medicare แต่ยังคงให้ความร่วมมือกับรัฐบาล หากต้องถูกจำกัดเสรีภาพมากขึ้นอาจทำให้ AMA ไม่ให้การความร่วมมือโครงการ Medicare และประท้วงด้วยการไม่ให้บริการสุขภาพดังที่เคยทำมาอยู่เนื่องๆ<sup>2</sup>

#### *การมีส่วนร่วมของชุมชนและกลุ่มตัวแทนที่สำคัญต่อการปฏิรูป*

การปฏิรูปที่สำคัญในช่วง ค.ศ.1980 - 1989 และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการปฏิรูปในทศวรรษที่ 90 คือการเปิดโอกาสให้ประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการปฏิรูป เนื่องจากที่ผ่านมาประชาชนเป็นกลุ่มที่แทบไม่ได้มีบทบาทในการปฏิรูประบบสุขภาพ จุดเริ่มต้นเกิดจากการเรียกร้องของตัวแทนผู้บริโภคหลายชื่อประชาชนเพื่อเรียกร้องให้ Commonwealth Government หากกระบวนการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพ ซึ่ง Commonwealth Department of Health ตอบตกลงและจัดตั้ง Consumers Health Forum ในปี ค.ศ. 1987 ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานปรึกษา (advisory body) ให้กับ Commonwealth Department of Health หน่วยงานนี้ได้รับการสนับสนุนการเงินจาก Commonwealth Government มีสมาชิกประกอบด้วยตัวแทนกลุ่มผู้บริโภค และตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพ เช่น

- Australian Council on Ageing
- Australian Council of Social Services
- Australian Community Health Association และ
- National Health Medical Research Council<sup>3</sup>

กระบวนการทำงานที่สำคัญของ Consumers' Health Forum ได้แก่

- การจัดประชุมในรัฐและพื้นที่ต่างๆ โดยกลุ่มทำงานกลุ่มย่อยทำหน้าที่รวบรวมประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพ จัดลำดับและเลือกกิจกรรมหรือโครงการสุขภาพที่สำคัญ และควรได้รับการจัดสรรเงินเพื่อการพัฒนา เสนอรูปแบบการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเกี่ยวข้องกับกฎหมายด้วย จากนั้นรวบรวมทำเป็นรายงานเสนอกับรัฐมนตรี Commonwealth Department of Human Services and Health
- จัดทำวารสารรายสัปดาห์ชื่อ Health Forum และตีพิมพ์เพื่อให้ประชาชนและผู้สนใจรับทราบถึงความก้าวหน้าต่างๆ ของการทำงานของ Consumers' Health Forum

นอกจาก Consumers Health Forum ยังมีหน่วยงานต่างๆ อีกที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่ State Governments เช่น

- District Health Councils ในรัฐ Victoria
- Health and Welfare Councils ในรัฐ South Australia
- Consumer Advisory Network of Western Australia
- District Health Forums ในรัฐ Tasmania
- Health Issues Centre ใน Melbourne
- Public Interest Advocacy ใน Sydney<sup>4</sup>

รัฐธรรมนูญของ Commonwealth และ State / Territory Governments เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวแทนองค์กรต่างๆหรือบุคคลใดก็ได้สามารถยื่นหนังสือต่อสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรหรือวุฒิสมาชิก เพื่อแสดงความต้องการ เช่นให้มีการทบทวนนโยบายบางอย่างที่ได้ดำเนินการอยู่ หรือเพื่อการประเมินนโยบายใดๆ โดยให้สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรหรือวุฒิสมาชิกทำหน้าที่เสนอเรื่องดังกล่าวเข้าในที่ประชุมสภาเพื่อพิจารณา ตารางที่ 3 แสดงจำนวนครั้งของการยื่นเรื่องให้ Commonwealth Government พิจารณาในสภาระหว่างปี ค.ศ.1981 ถึง 1985 และอาจนำไปสู่การจัดตั้งกลุ่มที่ปรึกษาหรือคณะทำงานต่อไป

ตารางที่ 2.1

| กลุ่มที่ยื่นหนังสือ               | ระหว่างปี 1981-1985         |                   |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------|
|                                   | ยื่นต่อสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร | ยื่นต่อวุฒิสมาชิก |
| Commonwealth / State gov.         | 30                          | 14                |
| Local governments                 | 10                          | 3                 |
| Voluntary organisations           | 24                          | 2                 |
| Community service org.            | 30                          | 3                 |
| Providers                         | 20                          | 46                |
| Consumers                         | 25                          | 6                 |
| Private hospitals / nursing homes | 5                           | 38                |
| Public hospitals                  | 32                          | 7                 |
| Individuals                       | 27                          | 29                |

แหล่งที่มา Howe, 1991

### สรุปและการสังเคราะห์

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลียที่ผ่านมา พิจารณาจากประเด็นที่ต้องการให้เกิดการปฏิรูปในระยะแรกที่ต้องการให้เกิดความขัดแย้งกันในการเข้าถึงบริการ และระยะที่สองมีประเด็นการปฏิรูประสิทธิภาพในการให้บริการ การปฏิรูปการประกันสุขภาพเกิดจากปัญหาหลักที่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่เป็นกลุ่มจนไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งงานบริการสุขภาพในภาครัฐที่รัฐจัดสวัสดิการให้ไม่เพียงพอ

หนึ่งในหลายบทบาทของรัฐบาลกลางที่เขียนอยู่ในรัฐธรรมนูญ คือการทำให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ และเป็นปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาประเทศ อย่างไรก็ตามแรงผลักดันเริ่มต้นของการประกันสุขภาพ ไม่ได้เกิดขึ้นในภาครัฐก่อน แต่เป็นองค์กรประกอบการที่ไม่หวังผลกำไรและองค์กรการกุศล ที่จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพให้กลุ่มที่ยากจน และไม่สามารถซื้อบริการสุขภาพเอกชนได้ เงินสนับสนุนกองทุนได้จากเงินการกุศล และ เงินสนับสนุนจากรัฐบาล

การใช้อำนาจเหล่านี้มาบริหารกองทุนช่วยลดภาระที่รัฐต้องจัดตั้งหน่วยงานเพื่อบริหารกองทุนเอง และสามารถใช้อนุพันธ์ของความรู้ และทักษะที่เข้าใจถึงชุมชนขององค์กรเหล่านี้ กองทุนประกันสุขภาพสำหรับกลุ่มจนสามารถสร้างพลังการต่อรองต่อกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพเอกชนได้เป็นอย่างดี โครงสร้างของระบบที่มีผู้ซื้อบริการเป็นตัวแทนสำหรับกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มจน และเชื่อมโยงกับกลุ่มผู้ให้บริการในรูปของสัญญา ช่วยทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนกลุ่มนี้ดีขึ้น อย่าง

ไรก็ตามข้อเสียที่ปรากฏชัดเจน คือ ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการ โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์และกลุ่มผู้รับบริการเสื่อมถอยลง และเป็นความสัมพันธ์คล้ายกับการซื้อและการขายเหมือนสินค้าทั่วไป

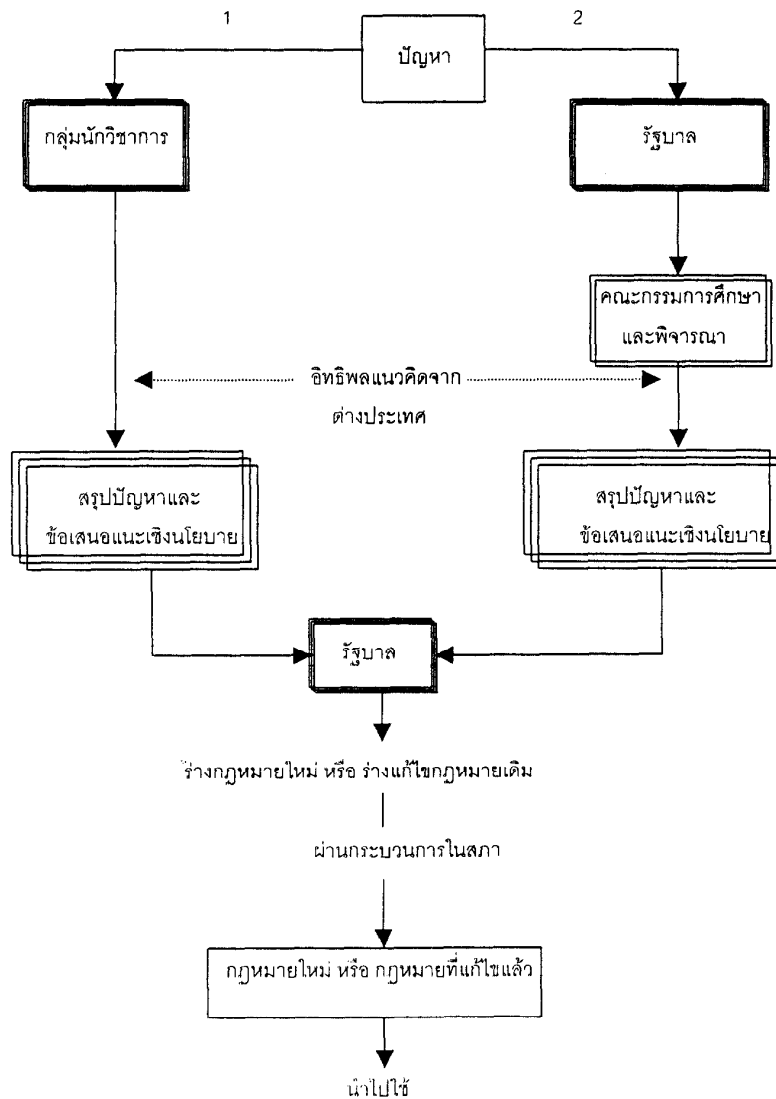
แรงผลักดันที่ต้องการให้เกิดการประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้าที่เป็นระบบรัฐสวัสดิการในออสเตรีย เกิดจากในกลุ่มนักวิชาการมาก่อนที่ได้รับอิทธิพลทางความคิดของระบบประกันสุขภาพจากประเทศในทวีปยุโรป รายงานและข้อเสนอเชิงนโยบายได้รับความสนใจจากนักการเมืองทั้งฝ่ายรัฐบาลและฝ่ายค้าน การตอบสนองต่อข้อเสนอเชิงนโยบายยังเป็นกระบวนการพัฒนานโยบาย ที่ต้องการให้เกิดกฎหมายรองรับขึ้น ซึ่งใช้กระบวนการในสภาเป็นสำคัญ

เหตุการณ์สำคัญต่างๆ ของการปฏิรูประบบประกันสุขภาพของออสเตรีย ชี้ให้เห็นถึงความไม่ลงรอยกันในความคิดและรูปแบบการประกันสุขภาพระหว่างสองพรรคการเมือง เนื้อหาและรูปแบบการประกันสุขภาพระดับชาติมักจะเปลี่ยนแปลง เมื่ออีกพรรคการเมืองได้เข้ามาเป็นรัฐบาล พรรคการเมืองสองพรรคใหญ่ ได้แก่ พรรค Labour และ พรรค Liberal โดยทั่วไปทั้งสองพรรคมีหลักการพื้นฐานในการพัฒนานโยบายที่แตกต่างกัน พรรค Labour ให้ความสำคัญต่อการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชนในสังคม ขณะที่พรรค Liberal ให้ความสำคัญต่อปัจเจกบุคคล อิสระในการดำรงชีพ และความรับผิดชอบของแต่ละคน หลักการพื้นฐานของทั้งสองพรรคมีอิทธิพลต่อแนวคิดเรื่องรูปแบบการประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

ความแตกต่างในแนวคิดไม่ได้อยู่ที่แค่ระดับรัฐบาลกลาง แต่ทั้ง State / Territory Governments และ Federal Government มีพรรคการเมืองที่เป็นรัฐบาลแตกต่างกัน ยิ่งทำให้เกิดปัญหาอย่างมากในการดำเนินนโยบายที่มาจากรัฐบาลกลาง นอกจากความขัดแย้งทางความคิดของทั้งสองพรรคแล้ว ยังมีกลุ่มแพทย์ที่เป็นกลุ่มหลักและมีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบายอย่างมาก อย่างไรก็ตามแนวคิดของกลุ่มนี้โน้มเอียงไปที่พรรค Liberal เนื่องจากรูปแบบการประกันของพรรคนี้เอื้อต่อผลประโยชน์ของกลุ่มแพทย์

รูปที่ 2.1 แสดงกรอบกระบวนการการปฏิรูประกันสุขภาพในออสเตรีย ผลลัพธ์จากการดำเนินกระบวนการทางสภาที่ออกมาเป็นกฎหมาย เป็นเครื่องมือการปฏิรูปที่สำคัญช่วยสนับสนุนให้เกิดการดำเนินนโยบายได้ แต่เหตุการณ์ในประวัติศาสตร์ให้บทเรียนว่ากฎหมายเพียงอย่างเดียวไม่ได้ประกันว่าจะเกิดการดำเนินนโยบายอย่างกว้างขวาง การประท้วงจากกลุ่มแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายของรัฐบาลกลาง จนทำให้รัฐต้องผ่อนปรนและยอมทำตามเงื่อนไข และแก้ไขกฎหมายประกันสุขภาพ หรือ เมื่ออีกพรรคการเมืองได้เป็นรัฐบาล มักตามมาด้วยการแก้ไขกฎหมายประกันสุขภาพอยู่เนืองๆ ทั้งหมดนี้เกิดจากความไม่ลงรอยกันในความคิด และ ต้องการที่จะเอาชนะซึ่งกันและกันมากกว่าพิจารณาถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นแก่ประชาชนที่เป็นกลุ่มใหญ่ที่สุด

รูปที่ 2.1 แสดงกระบวนการปฏิบัติการประกันสุขภาพในออสเตรเลียที่ผ่านมาในอดีต



การพัฒนานโยบายประกันสุขภาพตลอดมา ไม่ได้เปิดโอกาสให้มีกระบวนการที่ชัดเจนสำหรับการร่วมกันปรึกษาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสม และ เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางจากทุกกลุ่ม ขณะที่ความสำเร็จของ Medicare เกิดจากพลังหนุนของประชาชนเป็นหลักสำคัญที่เห็นชอบกับรูปแบบการประกันสุขภาพ Medicare การล่าถอยและไม่ต่อต้านจากพรรคการเมืองฝ่ายค้าน และ กลุ่มแพทย์ เกิดเนื่องจากไม่ต้องการสว่นกระแสความนิยมของประชาชนที่มีต่อ Medicare ท้ายที่สุด

Medicare กลายเป็นที่ยอมรับจากทั้งสองกลุ่ม บทสรุปตรงนี้แสดงให้เห็นว่า หากมีการยอมรับจากทุกกลุ่มหรือกลุ่มหลักใหญ่ ที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินนโยบายแล้ว นโยบายดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะมีความยั่งยืน

บทเรียนในอดีต ทำให้รัฐรู้ว่ากระบวนการในสภา และ การใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือตามลำพัง ไม่ได้สนับสนุนให้นโยบายมีความยั่งยืนแต่อย่างใด การที่รัฐบาลเปิดโอกาสให้กลุ่มต่างๆ และ ประชาชนได้เข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบาย ด้วยการจัดตั้งกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ให้เป็นหน่วยงานปรึกษาของรัฐบาลกลาง และกำหนดรูปแบบที่เห็นร่วมกันจากทุกกลุ่มน่าจะเป็นกระบวนการที่สำคัญและส่งเสริมให้นโยบายมีความยั่งยืน ซึ่งแนวโน้มการใช้กระบวนการนี้เพิ่มมากขึ้นในการพัฒนานโยบายในออสเตรเลีย ในอีกสองบทต่อไปที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพ และ การปฏิรูประบบเวชปฏิบัติทั่วไป ได้แสดงถึงกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนและกลุ่มต่างๆ ได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง

1. Preker, A.S. (1998). The Introduction of Universal Access to Health Care in the OECD. World Bank. Unpublished paper
2. Palmer, G.R. and Short, S.D. (1996). *Health Care & Public Policy : An Australia Analysis 2<sup>nd</sup>* MacMillan : Melbourne.
3. Howe, A. (1993). Participation in Policy Making : the Case of Aged Care. In H. Gardner. *Health Policy : Development, Implementation, and Evaluation in Australia*. pp.237-272. Longman : Singapore.

### บทที่ 3 : การปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพ : Casemix-based Funding

ตั้งแต่ ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศออสเตรเลียเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งรัฐบาล Commonwealth ทราบดีถึงปัญหาเรื่องนี้และตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพในโครงการ Medicare บัณฑิตเสริมสำคัญที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในโครงการจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่

- โครงสร้างประชากรมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น
- วิวัฒนาการทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและค่าต้นทุนบริการที่เพิ่มสูงขึ้น
- อัตราเงินเฟ้อที่เพิ่มขึ้นบวกกับแนวโน้มเศรษฐกิจมีการชะลอตัวตั้งแต่กลางปีทศวรรษที่ 80 เป็นต้นมา ผลกระทบทำให้ฐานะและรายได้ประชากรลดลง และมีสัดส่วนประชากรที่พึ่ง Medicare มีมากขึ้น

นโยบายของรัฐบาล Commonwealth ในการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรมตั้งแต่ต้นปี ค.ศ.1990 ได้แก่ ควบคุมปริมาณเงินจัดสรรในโครงการ Medicare ที่ให้แก่ State / Territory Governments ซึ่งให้เพิ่มขึ้นแต่ในอัตราลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา เพื่อให้ State / Territory Governments หาทางควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของตนในโครงการ Medicare ซึ่งรัฐบาลเองผลกระทบทางอ้อมเพื่อให้โรงพยาบาลรัฐปฏิบัติงานบริการของตนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ผลที่เกิดขึ้นคือโรงพยาบาลรัฐหลายแห่งเลือกที่จะผลักภาระส่วนนี้ไปยังผู้บริโภค เช่น ขยายคิวรับบริการผู้ป่วยในที่ไม่เร่งด่วนให้นานขึ้น ลดจำนวนวันนอนลง ในภาพรวมกลับทำให้ทำให้คุณภาพงานบริการของรัฐและการเข้าถึงบริการแย่ลง

รายงานของ National Health Strategy ในปี 1991 ที่ชื่อ Hospital Services in Australia : Access and Financing เสนอแนวทางการปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพของโครงการ Medicare ด้วยการจัดสรรเงินให้สอดคล้องกับผลงานจริงมากกว่าจัดสรรแบบเดิมที่ใช้ historical basis ซึ่งไม่ทำให้เกิดแรงจูงใจการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ และไม่สามารถแก้ไขความไม่ทัดเทียมกันในการจัดสรรเงินระหว่างโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามรายงานเสนอให้ว่าต้องพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการรักษาให้และเป็นมาตรฐานเดียวกัน และสามารถนำมาใช้ประโยชน์เพื่อการจัดสรรงบประมาณสอดคล้องกับผลของงาน

#### *การปฏิรูปและวิวัฒนาการของ DRGs และ Casemix-based Funding ในระยะแรก*

ความคิดการปฏิรูปเพื่อใช้ DRGs และ casemix-based funding ในออสเตรเลีย ความจริงเริ่มต้นตั้งแต่ในต้นทศวรรษที่ 80 ซึ่งปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วหลายประเทศรวมทั้งออสเตรเลีย แต่การปฏิรูปที่เกิดขึ้นครั้งแรกและเป็นแม่แบบให้กับหลายประเทศ ได้แก่ การประกาศใช้ casemix-based funding ในโครงการ Medicare ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1983 ซึ่งเป็นปีเดียวกันที่ออสเตรเลียประกาศดำเนินโครงการ Medicare

ประวัติศาสตร์ของ casemix-based funding ในออสเตรเลีย เริ่มจาก Professor George Palmer ถือว่าเป็นบุคคลสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลง เขาได้ทุนเรียนที่อเมริกาในช่วงต้นปีทศวรรษที่ 80 ทำงานร่วมกับ Fetter และ Thompson ทั้งสองท่านเป็นผู้พัฒนา DRGs และการใช้ casemix-based funding ในอเมริกา Palmer ได้นำเอาความคิดเกี่ยวกับ DRGs และ casemix

funding มาเผยแพร่ในออสเตรเลียทั้งจัดประชุมสำหรับผู้สนใจ เขียนบทความวิชาการตีพิมพ์เผยแพร่ ซึ่งแรกเริ่มเป็นกลุ่มเล็กๆ ไม่กี่คนที่มีความสนใจเรื่องนี้ ภายหลังจากที่อเมริกาเริ่มทดลองทำในโครงการ Medicare ความสนใจเรื่องนี้ได้กระจายออกเป็นวงกว้างขึ้น Commonwealth Government เองก็มีความสนใจเรื่องนี้

ปี ค.ศ. 1984 Commonwealth Government ให้การสนับสนุนจัด workshop เรื่อง DRG ทั้ง Palmer และ Stephen Duckette ซึ่งในขณะนั้นเป็น Head of Research ของ Planning Division of the Victorian Health Department และเป็นลูกศิษย์ของ Palmer ด้วย Duckette เองเห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่ประเทศออสเตรเลียจะพัฒนาการใช้ casemix-based funding แทนการจัดสรรแบบเดิม เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการจัดสรรเงินมากขึ้นและเป็นการจัดสรรตามจริงต่อผลผลิตการทำงาน อย่างไรก็ตามก็ต้องมีการเตรียมตัวในหลายๆเรื่องด้วยกัน ผลจากการทำ workshop ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเห็นร่วมกันว่าต้องทำการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำ DRG classification และ casemix-based funding มาใช้

ปี ค.ศ. 1985 รัฐบาล Victoria ต้องการเป็นรัฐแรกที่ปฏิรูปการจัดสรรเงินในโครงการ Medicare โดยพัฒนาการใช้ข้อมูล DRGs ก่อน ความพยายามครั้งนี้เกิดขึ้นเพราะ Duckette ซึ่งเป็นหัวหน้าวิจัยของ Victorian Health Department เองต้องการผลักดันเรื่องนี้ โดยที่ Commonwealth Government เองให้เงินรัฐบาล Victoria ศึกษาและพัฒนาการใช้ข้อมูล DRG ในการวางแผนและการจัดการระบบการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐ Victoria การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แบ่งออกเป็นสองส่วนด้วยกัน ได้แก่

- ส่วนแรกศึกษาว่าการใช้ DRGs classification ในประเทศอเมริกาว่าเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลรัฐใน Victoria หรือไม่
- ส่วนที่สองศึกษาการประมาณค่าต้นทุนตามการใช้ข้อมูล DRGs โดยใช้ตัวอย่างศึกษาจากโรงพยาบาลในรัฐ Victoria โดยจ้าง Fetter ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มและพัฒนาการใช้ DRGs จากอเมริกามาช่วยศึกษา รายงานการศึกษาของ Fetter ระบุว่ามีความจำเป็นต้องพัฒนาการใช้ข้อมูล DRGs เพื่อการประเมินผลและการควบคุมการทำงานของโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ แต่ก็ยังเร็วไปสำหรับรัฐ Victoria และรัฐอื่นๆ ที่จะพัฒนาการใช้ DRGs เพื่อการจัดสรรงบประมาณ เพราะต้องการการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานต่างๆอีกมากมายเพื่อป้องกันผลกระทบทางลบ

ความสนใจของการใช้ DRGs classification และ casemix-funding ขยายเป็นวงกว้างขึ้นเรื่อยๆ ตั้งแต่ในช่วงกลางทศวรรษที่ 80 จนถึงต้นปีทศวรรษที่ 90 เนื่องจากปัจจัยที่สำคัญดังนี้

- มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ DRGs ทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ตีพิมพ์ออกมาในเอกสารวิชาการเป็นจำนวนมาก เช่น นิตยสาร Australian Health Review ที่ตลอดช่วงเวลาดังกล่าวมีบทความวิชาการที่เกี่ยวข้องกับ DRGs มากมาย
  - มีการจัด Australian Health Conferences ต่างๆ ที่เกี่ยวกับ Casemix เป็นประจำ
  - State และ Territory Governments ให้เงินสนับสนุนเพื่อการศึกษาเรื่องการประมาณต้นทุนกับการใช้ข้อมูล DRGs
- อย่างไรก็ตามความรู้ต่างๆ จำกัดอยู่ในวงวิชาการและกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับงานบริการสุขภาพ ขณะที่กลุ่มผู้รับบริการและประชาชนยังรู้น้อยมากในช่วงเวลาดังกล่าว

#### *Casemix Development Program และ 2<sup>nd</sup> Medicare Agreement*

- ปี ค.ศ. 1987 Commonwealth Government อ้าง Fetter และ Hindle ทำการศึกษาการใช้ DRGs เพื่อการจัดสรรงบประมาณในประเทศออสเตรเลีย
- ปี ค.ศ. 1988 Commonwealth Government จัด International DRG Conference ที่เมือง Sydney และทั้ง Fetter และ Hindle นำเสนอผลงานการศึกษาในที่ประชุม การประชุมครั้งนี้มีผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศและผู้ที่มีความสนใจมาแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์จากการใช้ Casemix-funding
- ในที่ประชุม Dr Neal Blewett รัฐมนตรีกระทรวง Human Services and Health ของ Commonwealth Government แสดงจุดยืนว่า Commonwealth Government ต้องการปฏิรูปการจัดสรรเงินในโครงการ Medicare โดยใช้ casemix-based funding ในโรงพยาบาลรัฐ และเหตุที่ว่า 1<sup>st</sup> Medicare Agreement กำลังจะหมดอายุในปี 1987 Commonwealth Government จึงต้องการพัฒนาโครงการ casemix ให้ทันในข้อตกลงฉบับที่สอง 2<sup>nd</sup> Medicare Agreement ระหว่างปี 1988 – 1993
- เดือนเมษายน ปี ค.ศ. 1988 Dr Neal Blewett บอกล่วงหน้าให้ State / Territory Governments ทราบว่า Commonwealth Government จะให้โครงการพัฒนา casemix อยู่ใน 2<sup>nd</sup> Medicare Agreement
- การประชุม Premiers' Conference ก่อนที่จะมีการใช้ 2<sup>nd</sup> Medicare Agreement ในเดือนกรกฎาคม มีข้อสรุปว่ารัฐบาลทุกฝ่ายเห็นด้วยกับการพัฒนาโครงการ casemix ที่มี Commonwealth Government ให้เงินสนับสนุนโครงการรวมทั้งหมดประมาณ 29.3 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลียเพื่อไปพัฒนาการใช้ cost-based information system และพัฒนาโครงการนำร่องในโรงพยาบาลรัฐเพื่อใช้ casemix systems เพื่อการบริหารจัดการในโรงพยาบาลในระยะแรก
- ในปี ค.ศ. 1989 โครงการพัฒนา Casemix (Casemix Development Program) เปิดตัวเป็นทางการในการประชุม National Casemix Conference ที่ Commonwealth Government จัดและจากนั้นเป็นต้นมามีการจัด National Casemix Conference ขึ้นทุกปี

Casemix Development Program (CDP) ระยะแรกหรือใน 2<sup>nd</sup> Medicare Agreement เน้นไปที่การศึกษาและพัฒนาการใช้ข้อมูล DRGs สำหรับงานบริการผู้ป่วยในในโรงพยาบาลเพื่อให้กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมดคุ้นเคยกับข้อมูล DRGs และการใช้ข้อมูลเพื่อการประเมินการทำงานทั้งภายในโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาลด้วยกัน และการคิดค่าต้นทุนด้วยการใช้ข้อมูล DRGs ในช่วงระหว่างปี 1988 – 1992 มีการศึกษา casemix ในประเทศออสเตรเลียเกิดขึ้นมากมาย โดยเฉพาะจากรัฐ Victoria และ South Australia ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะมีบุคลากรที่เป็นแกนหลักในเรื่อง Casemix ได้แก่ Professor Duckette ในรัฐ Victoria และทำงานให้กับ Victorian Health Department ขณะที่ South Australia ทาง South Australian Health Commission ให้ Hindle และ Fitter พัฒนาการใช้ข้อมูล DRGs และ casemix –based funding

ในปี ค.ศ. 1990 งานตีพิมพ์ของ Owens และ Scotton ผู้ซึ่งมีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงระบบประกันสุขภาพในออสเตรเลียในอดีต เสนอว่าโรงพยาบาลรัฐหลายแห่งพร้อมแล้วที่จะได้รับเงินจัดสรรตามราคาที่คิดบนพื้นฐานของข้อมูล DRGs อีกงานศึกษาของ Palmer ที่สนับสนุนให้ใช้ casemix-based funding แต่เสนอให้หาวิธีการจัดกลุ่มและจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลกรณีผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มปกติของ DRG classification เช่น งานบริการผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและงานฉุกเฉินที่อาจทำให้วันนอนมีมากกว่าปกติ

#### Casemix Development Program และกระบวนการปฏิรูปในทศวรรษ 90

ในเดือนกันยายนปี ค.ศ. 1991 มีการประชุมของ Australian Ministers' Council ซึ่งเป็นการประชุมของรัฐมนตรีกระทรวงต่างๆรวมทั้งกระทรวงสุขภาพของทุก states และ territories สำหรับงานด้านสุขภาพ มีประเด็นหลักคือต้องการปรับบทบาทของโครงการ CDP โดยที่ Commonwealth Department of Community Services and Health เสนอให้จัดตั้งกลุ่มแกนหลักที่ปรึกษาของ Australian Health Ministers' Council หรือมีชื่อเต็มว่า Australian Health Ministers' Advisory Council Body ไปทำแผนพัฒนาโครงการ CDP ที่เป็นโครงการต่อเนื่องเพื่อนำเสนอในที่ประชุมของ Australian Health Ministers' Council ครึ่งหน้า แผนพัฒนา Casemix Development Program (CDP) ที่เสนอโดย Advisory Council Body ประกอบด้วย 6 โครงการย่อย ได้แก่

1. โครงการพัฒนามาตรฐานข้อมูลเพื่อใช้กับโรงพยาบาลทั้งหมดในออสเตรเลีย
2. โครงการประมาณการค่าต้นทุนและแบบจำลอง
3. โครงการพัฒนาระบบการจ่ายเงิน
4. โครงการพัฒนาคุณภาพงานบริการและการตรวจสอบ
5. โครงการเผยแพร่ความรู้และการอบรมที่เรียกว่า National Casemix Education Series
6. โครงการพัฒนา casemix classification ใช้ในประเทศที่เรียกว่า Australian National Diagnosis Related Groups (AN-DRGs) สำหรับงานบริการผู้ป่วยใน

Australian Health Ministers' Council จัดตั้ง Casemix Implementation Project Board ทำหน้าที่ดูแลและกำกับทิศทางในภาพใหญ่ และให้คำแนะนำทางวิชาการแก่ Commonwealth Government ประกอบด้วยกลุ่มนักวิชาการที่มีความรู้เรื่อง casemix อย่างดีจากรัฐต่างๆ จากภาคเอกชน และจาก AMA จากนั้นจัดตั้ง Australian Casemix Clinical Committee ทำงานร่วมกับ Project Board ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากกลุ่มวิชาชีพทางคลินิกและกลุ่มพยาบาลทำหน้าที่ประสานให้เกิดการพัฒนาการใช้ข้อมูลทางด้านคลินิกให้เป็นมาตรฐาน และสามารถจัดตั้งคณะทำงานตามที่เห็นว่าเหมาะสมเพื่อไปพัฒนาในแต่ละโครงการย่อยๆ

โครงการ CDP ภายใต้ Medicare Agreements ฉบับที่ 3 ปี 1993-1998 มีการปรับแผนอีกครั้งโดย Australian Health Ministers' Council ปลายปี ค.ศ. 1993 มีเป้าหมายในการพัฒนาที่สำคัญสามอย่างด้วยกัน ได้แก่

- พัฒนา casemix classification และระบบข้อมูลเพื่อเป็นพื้นฐานในการจัดสรรเงิน
- ใช้ข้อมูลที่เก็บบนพื้นฐานของ casemix เพื่อประเมินผลการทำงานของโรงพยาบาลและมีการจ่าย bonus เป็นแรงจูงใจ
- ใช้ AN-DRGs เพื่อคิดค่าบริการกรณีผู้ป่วยข้ามไปรับบริการจากรัฐอื่น

ตั้งแต่ปี 1993 เป็นต้นมารัฐ Victoria, Queensland และ South Australia เริ่มทยอยใช้ casemix-based funding ในโรงพยาบาลรัฐ รัฐแรกที่ใช้ได้แก่รัฐ Victoria ในขณะที่รัฐอื่นๆ ในระยะแรกของ 3 " Medicare Agreements ต้องการพัฒนาและใช้ข้อมูล casemix เพื่อการบริหารและจัดการเท่านั้น

กระบวนการเผยแพร่ความรู้เรื่อง casemix และความก้าวหน้าในการปฏิรูปเรื่องนี้เป็นสิ่งสำคัญเพราะทำให้กลุ่มที่เข้ามาเกี่ยวข้องได้มีความเข้าใจเรื่องนี้มากยิ่งขึ้น กระบวนการที่โครงการ CDP กระทำมีดังนี้

- จัดประชุม Casemix Conference ทุกปีโดยเวียนไปในรัฐต่างๆ
- Commonwealth Department of Human Services and Health ทำหนังสือชื่อ Casemix Bulletin รายงานความคืบหน้าต่างๆ และข้อมูลทางวิชาการในเรื่อง casemix โดยออกเป็นประจำทุกเดือน
- พัฒนาศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ casemix ในด้านต่างๆ และบรรจุในหลักสูตรปริญญาตรีและหลังปริญญา เช่น หลักสูตร Health Information Management ที่มหาวิทยาลัย Sydney ในคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ รวมทั้งจัด workshop เป็นเวลาสองวันให้การอบรมสำหรับผู้สนใจแต่มีเวลาน้อย
- จัดตั้ง Centre for Hospital Management and Information Systems Research ที่มหาวิทยาลัย New South Wales เพื่อการวิจัยและเผยแพร่งานวิชาการ
- ผลิตคู่มือ casemix educational material ที่เหมาะสมกับกลุ่มบุคลากรสายสุขภาพต่าง ๆ เช่น กลุ่มพยาบาล กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มนักบัญชีในโรงพยาบาล และกลุ่มแพทย์ โดยเนื้อหาแตกต่างกันออกไปและจำหน่ายในราคาถูก โครงการ CDP ยังให้เงินสนับสนุน Consumers' Health Forum ตีพิมพ์คู่มือ Casemix Consumer Information Kit แจกฟรีสำหรับประชาชนทั่วไป
- การขอคำปรึกษาจากกลุ่มประชากรทั่วไปและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับ casemix-based funding กับกลุ่มประชากรก่อนที่จะให้มีการใช้ casemix-based funding ในแต่ละรัฐ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ปี 1993 และสิ้นสุดในปี 1994 ใช้เวลาประมาณ 6 เดือน มีการประชุมทั้งหมด 27 ครั้ง ในรัฐ New South Wales, Victoria, South Australia และ Queensland

#### *ประสบการณ์ของ casemix-based funding ในรัฐ Victoria และปัจจัยของการปฏิรูป*

Victoria จัดว่าเป็นรัฐที่มีความก้าวหน้าในการปฏิรูปการจัดสรรเงินโดยใช้ casemix-based funding ประสบการณ์ในการทำปฏิรูปเป็นตัวอย่างศึกษาในหลายๆ รัฐในออสเตรเลีย ก่อนที่ 2<sup>nd</sup> Medicare Agreement จะหมดอายุการใช้งานลงในเดือนมิถุนายน ปี ค.ศ.1993 Victorian Health Department ทำรายงานแสดงความจำเป็นที่จะปฏิรูปการจัดสรรเงินไปยังโรงพยาบาลรัฐให้เป็นแบบ casemix-based funding สำหรับงานบริการผู้ป่วยใน ส่วนงานอื่นๆ เช่น งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการที่เกี่ยวข้องกับการสอน และงานวิจัย และค่าต้นทุน overhead เป็นการ จัดสรรแบบ grant-funding โดยที่รัฐบาลต้องมีงบกันไว้ส่วนหนึ่งที่ไว้ช่วยป้องกันผลกระทบในช่วงการเปลี่ยนแปลง (cushion money) และแสดงจุดยืนชัดเจนว่าโรงพยาบาลรัฐใน Victoria ความพร้อมแล้วที่จะใช้การจัดสรรดังกล่าวและต้องการให้เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม ค.ศ.1993 เพื่อให้ทันพอดีกับ 3<sup>rd</sup> Medicare Agreement (1993 – 1998)

ปัจจัย 5 ประการที่สำคัญด้วยกันที่รองรับและนำไปสู่การปฏิรูปเพื่อให้เกิด casemix-based funding ในรัฐ Victoria

1. สถานการณ์ทางการเมืองเอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากตั้งแต่ต้นปี 1993 รัฐ Victoria ได้รัฐบาลใหม่ที่มีพรรค Liberal เป็นรัฐบาล และเป็นจังหวัดที่สถานการณ์ทางการเงินของรัฐอยู่ในช่วงย่ำแย่ รัฐบาลใหม่จำเป็นต้องลดการใช้งบประมาณ และลดค่าใช้จ่ายในโครงการ Medicare โดยเฉพาะงานบริการ acute care ที่มีค่าต้นทุนสูง การปฏิรูปเพื่อให้เกิดการใช้ casemix-based funding ถูกกำหนดในร่างนโยบายที่จะทำ รัฐมนตรี Victorian Department of Health ประกาศเป็นทางการว่าจะไม่สนใจการประท้วงใดๆ จากกลุ่มโรงพยาบาล ถ้าโรงพยาบาลใดไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและต้องขาดทุน ถ้าจำเป็นก็ต้องปิดหรือยุบไปรวมกับโรงพยาบาลอื่น

2. การปฏิรูปเริ่มต้นจากกลุ่มที่มีอิทธิพลในกระบวนการพัฒนานโยบายสุขภาพและเข้าไปเกี่ยวข้องกับการพัฒนาข้อมูล DRGs และ DRG-costing และมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง กลุ่มดังกล่าวได้แก่ Victorian Hospital Association และ Victorian Department of Health กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลไม่ต่อต้านการใช้ casemix funding และก็ไม่ได้แสดงออกชัดเจนว่าสนับสนุนการใช้ อย่างไรก็ตามไม่ได้แสดงความคิดที่จะสนับสนุนการตั้งงบประมาณสำหรับ acute care ในโรงพยาบาล แต่บอกว่าถ้ารัฐบาลจำเป็นต้องลดงบประมาณจริงๆ casemix-based funding เป็นทางเลือกที่ดีที่สุด

3. การปฏิรูปเกิดจากความร่วมมือกันตั้งแต่ต้นของเจ้าหน้าที่ระดับสูงของ Victorian Health Department, Victorian Hospital Association และ บุคลากรที่เป็นตัวหลัก เช่น Professor Duckette โดยที่ระยะเวลาในการพัฒนาการใช้ casemix classification ใช้เวลาเกือบ 5 ปี ตลอดจนมีการตีพิมพ์ข้อมูลโรงพยาบาลรัฐที่ใช้ DRGs เป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความคุ้นเคยกับ casemix system

4. รายงานที่จัดทำโดย Victorian Health Department เพื่อเสนอให้มีการใช้ casemix-based funding เป็นรายงานที่นำเสนอตัวเลขและข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและน่าเชื่อถือ สามารถทำให้ผู้อ่านเข้าใจถึงข้อเสียของการจัดสรรแบบเดิมโดยมีการนำข้อมูลของปี 1991-1992 มาลองคำนวณดูถ้าใช้ casemix-based funding จะสามารถประหยัดเงินได้เท่าไร แล้วสามารถนำเงินที่เหลือไปปรับปรุงงานบริการและการเข้าถึงงานบริการสุขภาพของกลุ่มผู้ที่อยู่ในเขตชนบทและกลุ่มชนพื้นเมือง รายงานฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากกลุ่มผู้บริโภครายการที่ Victorian Health Department มีข้อมูลการวิเคราะห์ทุกโรงพยาบาลอย่างละเอียดซึ่งโรงพยาบาลหลายแห่งยังไม่มี เพราะฉะนั้นแล้วการต่อรองจากโรงพยาบาลเพื่อของบโดยวิธีเดิมไม่สามารถทำได้บนพื้นฐานของวิชาการ ซึ่งปรากฏว่าอำนาจต่อรองเปลี่ยนมือจากกลุ่มโรงพยาบาลมาที่ Victorian Health Department เนื่องจากมีข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลอย่างละเอียด

5. Victorian Health Department ใช้เวทีประชาพิจารณ์ในวันที่ 1 เมษายน 1993 เพื่อนำเสนองานศึกษาของตนและรับฟังเสียงสะท้อนเพื่อนำไปปรับปรุงก่อนที่จะประกาศใช้ casemix-based funding จริงในเดือนกรกฎาคม 1993 กระบวนการนี้สามารถเพิ่มความโปร่งใสของทุกกลุ่มได้ในระดับหนึ่งและทำให้ทุกกลุ่มมีความเข้าใจต่อนโยบายนี้ชัดเจนขึ้น

ในเดือนธันวาคม ปี ค.ศ.1993 หลังจากไม่กี่เดือนที่ใช้ casemix-based funding ในรัฐ Victoria, Commonwealth Government ประกาศหาทีมประเมินผล casemix-based funding และได้ Victorian Solutions ซึ่งเป็นบริษัทเอกชนมาประเมิน โครงการประเมินผลเริ่มในเดือนกรกฎาคม ปี 1994 หรือหนึ่งปีหลังจากการใช้ รายงานการประเมินผลสรุปว่า

- ❑ casemix-based funding ในรัฐ Victoria มีการวางแผนการทำงานที่ดีและใช้ระยะเวลาอันสั้นเพื่อผลักดันให้เกิดการปฏิรูป
- ❑ การบริหารและจัดการในโรงพยาบาลเปลี่ยนไปในด้านที่มุ่งเน้นประสิทธิภาพและคุณภาพมากขึ้น
- ❑ ประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจโดยเฉพาะคิวเพื่อรอรับบริการผู้ป่วยในสั้นลง
- ❑ แนวโน้มที่โรงพยาบาลรัฐให้ความสนใจที่จะพัฒนาความเชื่อมโยงกับระบบบริการในระดับชุมชนหรือระดับล่างมีมากขึ้น เพื่อรองรับงานบริการผู้ป่วยในทั้งก่อนและภายหลังการให้บริการในโรงพยาบาล ดังนั้นการปฏิรูปขั้นตอนต่อไปต้องปฏิรูประบบสุขภาพระดับชุมชน (health and community services)

จนกระทั่งปี ค.ศ.1996 ในรัฐ Victoria และ South Australia เท่านั้นที่ได้จัดสรรเงินให้แก่โรงพยาบาลรัฐเป็นแบบ casemix-based funding อีกรัฐคือ Queensland กำลังที่จะใช้ casmix-based funding ดังแสดงในตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 แสดงรูปแบบการจัดสรรเงินในโครงการ Medicare สำหรับงานบริการผู้ป่วยในในแต่ละรัฐในปี 1996

| รัฐ                          | รูปแบบการจัดสรรเงิน                    |
|------------------------------|----------------------------------------|
| New South Wales              | Population resource allocation formula |
| Victoria                     | casemix                                |
| South Australia              | casemix                                |
| Western Australia            | Modified purchase of service contract  |
| Queensland                   | Transition to casemix                  |
| Tasmania                     | Population resource allocation formula |
| Australian Central Territory | Historic funding                       |
| Northern Territory           | Historic funding                       |

แหล่งที่มา Swerissen & Duckett. 1997

#### สรุปและการสังเคราะห์

การปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพในออสเตรเลีย เกิดจากปัญหาที่สำคัญ คือ อัตราค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เมื่อเทียบกับอัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจ ดังนั้นรัฐบาลกลางในฐานะผู้รับผิดชอบและบริหารจัดการโครงการประกันสุขภาพ Medicare จำเป็นต้องควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้ได้ ประสบการณ์การควบคุมเงินที่สนับสนุนโครงการไม่สามารถทำให้เกิดผลสำเร็จได้ ตรงกันข้ามส่งผลกระทบทำให้ประชาชนได้รับงานบริการที่มีคุณภาพด้อยลง

รายงานเรื่องประสิทธิภาพของงานบริการสุขภาพในโรงพยาบาลทั้งหมดในออสเตรเลียของ National Health Strategy ในปี 1991 เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดการรับทราบทั้งจากรัฐบาลเอง และ จากประชาชน ว่าการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ของออสเตรเลียยังไม่สามารถใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นยังมีช่องว่างหรือโอกาสที่ระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลสามารถพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพได้มากกว่าเดิม

อย่างไรก็ตามข้อเสนอแนะของรายงานต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้วยการใช้การจัดสรรเงินให้แก่โรงพยาบาลด้วย casemix-based funding นั้นเป็นรูปแบบแนวคิดจากประเทศอเมริกาที่ได้ทดลองใช้ในโครงการ Medicaid และประสบผลสำเร็จได้ในระดับหนึ่ง การนำแนวคิดนี้มาขยายในประเทศออสเตรเลีย เริ่มต้นมาก่อนที่รายงานของ National Health Strategy (NHS) จะตีพิมพ์เป็นเวลา 4-5 ปี แต่เป็นประเด็นที่ยังอยู่ในกลุ่มนักวิชาการ กลุ่มผู้ให้บริการที่สนใจ และมีแนวโน้มที่จะขยายวงกว้างขึ้น ดังนั้นข้อเสนอในการแก้ไขที่ปรากฏในรายงานไม่ใช่เรื่องใหม่สำหรับกลุ่มนักวิชาการ และกลุ่มผู้ให้บริการ แต่อาจเป็นเรื่องใหม่สำหรับประชาชนทั่วไป

การปฏิรูป casemix-based funding ในออสเตรเลียสามารถสรุปเป็นประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

- ภายหลังจากรายงานของ NHS ตีพิมพ์ออกสู่สาธารณะ และ นำเสนอต่อรัฐบาลกลาง กระบวนการที่น่าสนใจที่รัฐบาลกลางได้ดำเนินการ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์เรื่องนี้อย่างกว้างขวาง รวมทั้งในกลุ่มประชาชนเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ตัวอย่างที่น่าสนใจ ได้แก่ การจัดทำชุดหนังสือเผยแพร่ความรู้เรื่อง casemix-based funding ที่เรียกว่า National Casemix Education Series ช่วยทำให้ประเด็นที่เป็นเทคนิค เป็นเรื่องที่เข้าใจได้ง่ายสำหรับประชาชน สามารถทำให้เกิดความโปร่งใสเพิ่มขึ้น และประชาชนจะรู้ว่าจะได้รับประโยชน์อะไรจากการปฏิรูป หรือ การเวียนจัดประชุม casemix conference ไปในรัฐต่างๆ ก็เป็นการเพิ่มโอกาสให้ประชาชนในแต่ละรัฐได้มีส่วนร่วมในการแสดงข้อคิดเห็น
- โครงการ Casemix Development Program ได้รับการสนับสนุนอย่างดี ทั้งด้านการเงิน และช่วยในการบริหารจัดการจากรัฐบาลกลาง ด้วยการจัดตั้งคณะทำงานต่างๆ เพื่อทำงานในแต่ละเรื่องเฉพาะไป โดยเฉพาะให้ความสำคัญในการเตรียมการในประเด็นทางเทคนิคสำหรับบุคลากรในสาขาที่เกี่ยวข้องต่างๆ หรือการจัดหลักสูตรอบรมในสถาบันการศึกษา หรือ บรรจุหลักเรื่องนี้ในหลักสูตรทั้งระดับปริญญาตรีและโท
- โครงการ CDP ต้องการพัฒนาโครงการทดลองในพื้นที่หรือรัฐบาลแห่งที่มีความพร้อมแล้วจึงขยายออกไป เช่น การทดลองทำในรัฐ Victoria ในระยะเริ่มต้น และประเมินผล ที่สำคัญผลการประเมินผลจะไม่มีมีการปกปิด แต่พร้อมที่จะเปิดเผยต่อสาธารณะ และให้กลุ่มต่างๆ ที่สนใจรับทราบ

นอกจากปัจจัยหลักเรื่องความพร้อมเรื่องเทคนิค บุคลากร และการเตรียมประชาชน ที่ทำให้การปฏิรูปประสบผลสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งเสริมอื่นที่สามารถสังเคราะห์ได้ เช่น

- ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่อยู่ในภาวะถดถอยเป็นตัวเร่งที่ดีที่ทำให้รัฐบาลเองต้องการให้การปฏิรูปประสบผลสำเร็จ และยินดีที่จะรับบทบาทหลัก และสร้างความเชื่อมั่นต่อสาธารณะชน
- การมีบุคลากรที่เป็นแกนหลัก มีความรู้เรื่อง casemix-based funding อย่างดี และเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการปฏิรูปอย่างเต็มตัว
- เงื่อนไขของเวลาที่เหมาะสม บางครั้งมีอิทธิพลอย่างมาก เช่น การปฏิรูปในรัฐ Victoria เกิดขึ้นในจังหวะที่ได้รัฐบาลใหม่ที่มีความตั้งใจที่ต้องการสร้างผลงานต่อประชาชน เพราะฉะนั้นการปฏิรูปใดๆ ที่ส่งผลดีต่อประชาชนส่วนใหญ่ รัฐบาลใหม่มีแนวโน้มที่จะสนับสนุนอย่างเต็มที่

สุดท้ายสำหรับบทนี้ก็คือ การใช้กระบวนการการเตรียมความพร้อมในทุกส่วนและความพร้อมในกลุ่มต่างๆ ซึ่งความหมายกลุ่มนี้รวมถึงตั้งแต่ กลุ่มประชาชน กลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นกลุ่มวิชาชีพต่าง กลุ่มตัวแทนผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มข้าราชการ กลุ่มนักวิชาการ เป็นต้น การเตรียมความพร้อมนี้ คือ การทำให้ทุกกลุ่มมีความเข้าใจต่อการปฏิรูปและเข้าใจบทบาทหน้าที่กลุ่มตนที่ต้องปฏิบัติในกระบวนการปฏิรูป เราก็จะสามารถเปลี่ยนหรือลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นเนื่องจากความไม่เข้าใจต่อประเด็นการปฏิรูป ตลอดจนผลดีผลเสียที่อาจได้รับผลกระทบ และอาจได้รับแรงผลักดันจากกลุ่มเหล่านี้ที่ส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิรูปให้ประสบผลสำเร็จ และมีแนวโน้มที่จะมีความยั่งยืน

## เอกสารอ้างอิง

*Australia Casemix Bulletin.* (1993). August, 5(4).

*Australia Casemix Bulletin.* (1993). December, 5(4).

*Australia casemix Bulletin.*(1997). March, 8(4).

Clinton, M. and Scheiwe, D. (1995). *Management in the Australian Health Care Industry.* Harper Colins : NSW.

Commission of Inquiry into the Efficiency and Administration of Hospitals. (1981). *Final Report Vols. 1-3.*

Australian Government Publishing Service : Canberra.

Deeble, J. (1986). Comment on the Economics and Financing of Hospitals in Australia. *The Australian Economic Review.* 3<sup>rd</sup> Quarter. pp. 73-4.

Heilscher, L.A. (1980). Cost Control in Queensland Hospitals. In R.L. Mathews. (Ed). *Hospital Funding.*

Australian National University : Canberra.

Jago, H. (1982). How Sydney Hospitals has Survived to Fight Today. *The Sydney Morning Herald.* 5 may. P.30.

Ministry of Health and Aged Care. (1999). *Payment and Funding by Casemix.* Information from the Internet at <http://www.health.gov.au/>

National Health Strategy. (1991). *Hospital Services in Australia : Access and Financing, Issue Paper. No.2*

National Health Strategy : Melbourne.

Palmer, G.R. Aisbett, C., Ng, L-M. and Lohmann, J. (1992). *Casemix Costs in Seven Sydney Teaching Hospitals*

*Round 2.* The Centre for Hospital Management and Information Systems Research. The University of New South Wales : Sydney.

Palmer, G.R. and Short, S.D. (1996). *Health Care and Public Policy : An Analysis.* 2<sup>nd</sup> MacMillan : Melbourne.

Swerissen, H. and Duckette, S. (1997). Health Policy and Planning. In H. Gardner (Ed). *Health Policy in Australia.* pp.13-45. Oxford University Press : Melbourne.

Victoria, Health Department and the Victorian Hospital's Association. (1987). *Diagnosis Related Groups.* Health Department Victoria : Melbourne.

#### บทที่ 4 : การปฏิรูปงานเวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice)

ปี ค.ศ.1992 National Health Strategy ทำรายงานสรุปปัญหาในงานบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในออสเตรเลียและเสนอให้มีการปฏิรูป รายงานนั้นมียี่ห้อว่า The Future of General Practice : a Strategy for the Nineties and Beyond รายงานเสนอประเด็นปัญหาหลักสามสิ่งได้แก่

1. ระบบบริการสุขภาพยังขาดการเชื่อมโยงกันระหว่างงานบริการขั้นปฐมภูมิกับงานบริการระดับที่สูงขึ้น
2. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ GP กับ allied health professionals ไม่เป็นที่น่าพอใจและไม่มีความเชื่อมโยงในการทำงานอย่างชัดเจน
3. แพทย์ GP เข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนและพัฒนานโยบายค่อนข้างน้อย

รายงานเสนอว่าหน่วยงานหลักที่ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิรูปคือ

- Australian Medical Association
- Royal Australian College of General Practitioners
- Department of Health, Housing and Community Services

โดยที่ตัวแทนทั้งสามหน่วยงานทำงานร่วมกันในรูปของคณะกรรมการที่ปรึกษามียี่ห้อว่า General Practice Consultative Committee

Commonwealth Government เห็นด้วยกับข้อเสนอของ National Health Strategy ในปีงบประมาณ 1992 – 1993 Commonwealth Government จัดสรรงบประมาณหนึ่งเพื่อการปฏิรูปงาน GP โดยใช้ชื่อการปฏิรูปครั้งนี้ว่า General Practice Strategy มียุทธศาสตร์หลักที่ต้องปฏิรูปดังนี้

1. คุณภาพงาน GP
2. กำลังคน
3. การเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพ
4. การเงินการคลัง และการจ่ายเงิน

ระยะเริ่มต้น Commonwealth Department of Health, Housing and Community Services จัดตั้ง General Practice Consultative Committee ตามข้อเสนอในรายงานของ National Health Strategy ประกอบด้วยตัวแทนจาก AMA, Royal Australian College of General Practitioners, และตัวแทนจาก Commonwealth Department of Health, Housing and Community Services จากนั้นคณะกรรมการนี้ไปจัดตั้งทีมทำงานขึ้นที่ชื่อ General Practice Working Group ที่ประกอบด้วยบุคลากรระดับทำงานจากทั้งสามหน่วยงาน โดยทีมงานนี้สามารถตั้งคณะทำงานย่อยๆ ที่ทำหน้าที่เฉพาะอย่างที่เรียกว่า steering groups ได้ตามความเหมาะสม แผนงานการปฏิรูปที่จัดทำโดย Commonwealth Department of Health, Housing and Community Services แสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงแผนการปฏิรูปงานเวชปฏิบัติทั่วไป

| ประเด็น             | สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในปี 1998                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| คุณภาพงาน GP        | มีหลักสูตรอบรม GP และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง<br>มีการขึ้นทะเบียนผู้ที่จบหลักสูตร GP<br>รับรองคุณภาพงาน GP ที่ให้บริการโดยผู้ที่จบจากหลักสูตร GP<br>สร้างมาตรฐานคุณภาพงาน GP และการควบคุม<br>(GP accreditation and Quality assurance)                                                                                                                                   |
| กำลังคน             | การประเมินผลการให้บริการของแพทย์ GP<br>สร้างเครื่องมือควบคุมปริมาณแพทย์ที่มีแนวโน้มว่าจะล้นตลาด<br>มีโครงการเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แพทย์ไปปฏิบัติงานในเขตชุมชนห่างไกล                                                                                                                                                                                                   |
| การเชื่อมโยงกับระบบ | จัดตั้ง Divisions of General Practice Program ในหลายๆพื้นที่เป็นหน่วย<br>งานรับผิดชอบเพื่อทำให้งาน GP เชื่อมโยงกับระบบบริการ<br>หน่วยงานอื่นๆ และผู้ให้บริการกลุ่มอื่น                                                                                                                                                                                                |
| การเงินการคลัง      | ให้ Divisions บริหารจัดการโดยจ่ายให้แพทย์ GP เป็นเงินเดือน แทนแบบ<br>fee-for-service<br>ทดลองใช้รูปแบบการจ่ายเงินและการให้บริการ GP แบบต่างๆ ในพื้นที่<br>ทดลอง เช่น budget holding โดยแพทย์ GP หรือกลุ่มแพทย์ GP<br>กำหนดอัตราค่าตอบแทนที่ต่างกันระหว่างแพทย์ GP (แพทย์ที่จบ<br>หลักสูตร GP และได้รับการลงทะเบียน) กับแพทย์ที่ไม่ได้รับการ<br>อบรมและไม่ได้ลงทะเบียน |

กระบวนการปฏิรูปที่สำคัญได้แก่การขอคำปรึกษาจากหน่วยงานหลายฝ่ายอย่างต่อเนื่อง เช่น การขอคำปรึกษาจากกลุ่มแพทย์ GP ตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงาน GP กลุ่มผู้บริโภค และ Health Departments ของรัฐและเขตต่างๆ รูปแบบอาจจัดเป็นการพบปะกันอย่างไม่เป็นทางการ จนถึงการจัดสัมมนา การทำ workshops และทำงานวิจัยร่วมกัน

#### ความขัดแย้งของ GP strategy

การปฏิรูปที่ต้องการให้หลายฝ่ายเข้าเกี่ยวข้องเป็นสิ่งที่ดีและแนวโน้มว่าจะได้รับการยอมรับจากหลายฝ่ายและทำให้การปฏิรูปมีความยั่งยืน อย่างไรก็ตามการที่ Commonwealth Government ต้องการปฏิรูปให้เกิดเป็นผลงานขึ้นในช่วงที่พรรคตนเป็นรัฐบาล แต่ขณะที่ GP working group และผู้ที่ทำการวิจัยต้องการให้ได้ข้อมูลและผลลัพธ์จากการปฏิรูปอยู่บนพื้นฐานของวิชาการซึ่งต้องใช้เวลาพอสมควร และงานบางอย่างล่าช้ามาก เช่น การทำ accreditation ของงาน GP แต่รัฐบาลเร่งรัดให้ได้คำตอบตามเวลาที่กำหนด ที่สุดแล้วความไม่พอใจเกิดขึ้นทั้งสองฝ่ายและไม่สามารถทำงานประสานกันได้ ในปี ค.ศ.1994 ความไม่ลงรอยปรากฏชัดเจนเมื่อ Commonwealth Government ประกาศขึ้นอัตราเงินทดแทนต่องานบริการ GP

เพียง 50 % ของค่า CPI (consumer price index) โดยไม่ปรึกษาและขอความเห็นจากกลุ่ม GP ก่อน แต่งานบริการอย่างอื่น เช่น งานเฉพาะทาง รัฐบาลปรับขึ้นให้ตามอัตราที่เพิ่มขึ้นของค่า CPI ในที่สุดกลุ่ม GP ประท้วงด้วยการยื่นหนังสือให้ Commonwealth Government ทบทวนนโยบายและแก้ไขใหม่ แต่ก็ไม่ได้รับการแก้ไขใดๆ

#### *GP Strategy กับบทบาทการทำงานใหม่*

GP working group ทบทวนบทบาทตัวเองใหม่เพราะเห็นว่าอย่างไรงาน GP ต้องทำการปฏิรูป การทำงานที่ผ่านมามีปัญหาเนื่องจากว่าความพยายามที่จะให้ตัวแทนจากรัฐบาลเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิรูปทั้งๆที่กลุ่มนี้ในสภาพความเป็นจริงต้องการเฉพาะคำตอบว่าการปฏิรูปจะเดินไปในทางใดและเป็นอย่างไร มากกว่าที่จะมารับทราบขั้นตอนของการทำงานทุกขั้นตอน

ในปี ค.ศ.1995 GP working group ตั้งคณะทำงานขึ้นมาใหม่ชื่อว่า General Practice Coordinating Group ทำหน้าที่ประสานและให้คำแนะนำต่อรัฐบาล และกลุ่มต่างๆ กลุ่มประสานนี้ประกอบด้วย ตัวแทนจากองค์กร GP ต่างๆ ตัวแทนจากกลุ่มผู้บริโภค ตัวแทนจาก Commonwealth Department of Human Services and Health อย่างไรก็ตามปัญหาการทำงานยังคงเกิดขึ้น เนื่องจากว่า GP Coordinating Group ประกอบด้วยบุคลากรหลายคน และแต่ละคนไม่สามารถหาเวลาว่างที่ตรงกันได้ใน การเข้าร่วมประชุม ปรากฏว่าตลอดสองปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี 1995 ถึง 1996 มีการประชุมกันแค่สองครั้ง น้อยมาก และไม่สามารถผลักดันให้เกิดการทำงานได้อย่างชัดเจน

#### *การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองกับการปฏิรูปงาน GP*

การปฏิรูปงาน GP จะถึงลงในช่วงก่อนการเลือกตั้งทั่วไปในปี ค.ศ.1996 ภายหลังการเลือกตั้ง พรรค Liberal ได้เป็นรัฐบาล หรือเรียกว่า Howard Government ตามชื่อหัวหน้ารัฐบาล เพื่อผลักดันให้การปฏิรูปงาน GP ต่อเนื่องในรัฐบาลใหม่ Royal Australian College of General Practice และ AMA เขียนจดหมายถึง Dr Michael Wooldridge ซึ่งเป็นรัฐมนตรี Commonwealth Department of Health and Family Services (เดิมชื่อ Human Services and Health เปลี่ยนชื่อภายหลังการเลือกตั้ง) เพื่อถามว่าการปฏิรูปงาน GP จะมีต่อหรือไม่ และจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่และอย่างไร Dr Michael กล่าวในที่ประชุม Australian Health Ministry's Council ในเดือนตุลาคม ปี ค.ศ.1997 ว่ามีความจำเป็นต้องทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในงาน GP ใหม่อีกครั้งรวมทั้งยุทธศาสตร์ที่ใช้ในแผนงานที่ผ่านมาว่าจะเข้ากับบริบทที่คาดว่าจะเป็นไปได้ในคริสต์ศักราช 2000 หรือไม่

Dr Woodridge กล่าวว่าขึ้นในส่วนที่จำเป็นต้องทำการทบทวน และกระบวนการในการปฏิรูปมีดังนี้

- ทบทวนคุณค่าของงาน GP เช่น โครงสร้างและปัจจัยที่จำเป็นสำหรับการทำ GP consultation และสิทธิประโยชน์ของงาน GP ที่อยู่ในชุดบริการพื้นฐานว่าอาจต้องปรับเปลี่ยนจำนวนงานเข้าไปหรือไม่ เป็นต้น
- พัฒนาเครื่องมือหรือกลไกที่สามารถใช้ประเมินชุดบริการพื้นฐานได้อย่างต่อเนื่อง
- ทบทวน Australian Health Care Agreements ฉบับปัจจุบันจะหมดอายุในวันที่ 30 มิถุนายน 1998 เพราะฉะนั้นจำเป็นต้องทบทวนและปรับใหม่

- การพัฒนาให้มี National Public Health Partnership ระหว่าง Commonwealth Government และ State / Territory Governments เพื่อให้การปฏิรูปทุกงานไม่เฉพาะงาน GP เป็นระบบมากขึ้น สามารถกำหนดให้ทั่วทั้งประเทศว่าอะไรมีความสำคัญก่อนหลังเหมือนกัน และมีทิศทางไปในทางเดียวกัน
- ทบทวนโครงการวิจัยที่ทดลองทำมาตั้งแต่เริ่มต้นโดยเฉพาะการวิจัยเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงกันระหว่างงาน GP กับงานอื่นๆในระบบ
- ทบทวนการจัดการอบรมงาน GP เพื่อปรับหลักสูตรอบรมให้ทันสมัย และนำไปแพทย์ที่ผ่านการอบรมว่าถ้าเลือกทำงานในพื้นที่ห่างไกลจะได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมอะไรบ้างเพื่อเป็นแรงจูงใจ และกำหนด career pathway ของแพทย์ GP ให้ชัดเจน

อย่างไรก็ตามข้อสรุปจากการประชุม Australian Health Ministers' Council ครั้งนี้ รัฐมนตรีกระทรวงสุขภาพของทุกรัฐบาลเห็นร่วมกันว่าในปีงบประมาณ 1997-1998 ประเด็นที่จัดอยู่ในความสำคัญที่ต้องปฏิรูปต่อไปในระดับประเทศและต่อเนื่องมาจากการทำ GP Strategy ตั้งแต่ปี 1992 ได้แก่

- พัฒนาให้งานวิจัยทางสุขภาพมีคุณภาพมากยิ่งขึ้นหมายความว่า งานวิจัยต้องอยู่บนพื้นฐานของวิชาการที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น หน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ได้แก่ National Health Medical Research Council ที่ได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐบาล Commonwealth เรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ ได้แก่ โครงการนำร่องที่เกี่ยวกับ coordinated care ทั้ง 12 โครงการที่อยู่ในทั้ง 5 รัฐ และอีก 1 Territory
- การปฏิรูปงาน GP ต้องมีการจัดตั้ง GP divisions ขึ้นในพื้นที่เพื่อสร้างเครือข่ายการพัฒนางาน GP พัฒนาศักยภาพของแพทย์ GP ส่งเสริมให้มีประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายในระดับพื้นที่ และทดลองการจ่ายเงินแก่แพทย์ GP เป็นแบบ single block contracts หรือแบบอื่นๆ รวมทั้งต้องมีการประเมินผลการทำงานในกิจกรรมต่างๆ
- พัฒนาเพื่อให้เกิดภาคี เช่น National Public Health Partnerships ที่มีจำนวนสมาชิกที่เป็นตัวแทนมากกว่ากลุ่มที่มาจากรัฐบาล แต่รวมถึงจากกลุ่มต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในภาครัฐและเอกชนและมาจากทุกรัฐ เพื่อให้เกิดการทำงานที่ประสานกันมากขึ้นในทุกระดับ และให้เกิดความยั่งยืนต่อโครงการสุขภาพต่างๆ

Dr Michael Woodridge ตั้งข้อสังเกตว่าปัญหาการทำงานที่เกิดขึ้นตลอดมาอาจเป็นเพราะการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ทุกกลุ่มมีความเข้าใจถึงปัญหาและความจำเป็นต้องมีการปฏิรูปไปในทิศทางเดียวกันยังขาดอยู่มาก ทำให้การทำงานไม่สามารถประสานกันได้เท่าที่ควร ถึงแม้ว่าเขาเองในฐานะเป็นรัฐมนตรี Health and Family Services ใน Commonwealth Government ถึงแม้ให้การสนับสนุนการปฏิรูปงาน GP แต่ไม่ต้องการทำหน้าที่เป็นผู้นำหรือกำหนดทิศทางนโยบายไว้ล่วงหน้าเหมือนรัฐบาลชุดที่แล้ว ปลายปี ค.ศ. 1996 Dr Woodridge ประกาศ Terms of Reference เพื่อการทบทวนยุทธศาสตร์การปฏิรูปงาน GP ใน Terms of Reference ต้องการให้กลุ่มที่ทำหน้าที่ทบทวนมีหน้าที่ดังนี้

1. ทบทวนความก้าวหน้าการปฏิรูปงาน GP จนถึงปัจจุบัน
2. ค้นหาว่ามีส่วนไหนประสบผลสำเร็จไปแล้วและตรงไหนต้องได้รับการปฏิรูปต่อเนื่องอีก
3. ให้คำแนะนำถึงทิศทางต่อไปของงาน GP

กลุ่มที่ทำหน้าที่นี้หรือ Review Group ประกอบด้วยสมาชิกทั้งหมด 16 คน มีดังต่อไปนี้

- 11 คนเป็นแพทย์ GP จากทุกรัฐและเขต
- 2 คนเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์งาน GP และมีประสบการณ์เข้าไปเกี่ยวข้องกับการผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้องกับ GP มาก่อน
- 2 คนเป็นตัวแทนจาก Commonwealth Department of Health and Family Services
- 1 คนเป็นตัวแทนจากกลุ่มผู้บริโภคร

#### ขั้นตอนการทบทวน (The Review Process)

Review Group ต้องทำหน้าที่อย่างมากเพื่อกำหนดประเด็นที่คาดว่าจะอยู่ในความสนใจและต้องการปฏิรูปและนำไปสู่การจัดตั้งกลุ่มหรือคณะทำงานย่อยๆ เพื่อให้ประเด็นที่กำหนดอยู่ในความสนใจของทุกกลุ่ม เดือนสิงหาคม ปี ค.ศ.1997 Review Group ปิดประกาศโฆษณากระจายทั่วประเทศว่าต้องการขอความคิดเห็นจากประชาชนในทุกๆรัฐโดยใช้ทั้งสื่อหนังสือพิมพ์ วิทยุ และสื่อต่างๆ นอกจากนั้นยังออกจดหมายถามไปยังบุคคลที่คิดว่าเกี่ยวข้องและมีบทบาทต่องาน GP เพื่อขอความคิดเห็นเกี่ยวกับการทำงาน GP และประเด็นที่คิดว่าจำเป็นต้องมีการปฏิรูป การขอความคิดเห็นจากประชาชนอย่างกว้างขวางนี้ยังช่วยผลักดันประเด็นการปฏิรูปงาน GP ไปเป็นประเด็นทางสังคมและประชาชนเกิดความกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วม

กระบวนการขอความคิดเห็นจากสาธารณะจัดขึ้นที่เมืองหลวงของทุกรัฐ ตัวแทนและบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เข้ามาในกระบวนการ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ State / Territory Governments, Royal Australian College General Practice, Australian Medical Association, Rural Doctors Association of Australia ที่อยู่ประจำแต่ละรัฐ ตลอดจนตัวแทนจากมหาวิทยาลัยและกลุ่มประชาชนที่สนใจเข้าร่วมด้วย เช่น กลุ่มตัวแทนผู้บริโภคร กลุ่มตัวแทนชาวพื้นเมือง Aborigines เป็นต้น หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการในแต่ละแห่ง Review Group ทำรายงานความก้าวหน้าและผลที่ได้ และตีพิมพ์เป็นบทความในหนังสือรายสัปดาห์ที่ชื่อ Australian Doctor Weekly รวมทั้งทำ Home page ของ Review Group เพื่อให้ทุกคนที่สนใจสามารถเข้ามาเพื่ออ่านข้อมูลต่างๆ และความก้าวหน้าการปฏิรูปงาน GP

ตามร่าง TOR ที่กำหนด Review Group ต้องจัดทำรายงานความก้าวหน้าทั้งหมด ข้อเสนอเชิงนโยบายในการปฏิรูปงาน GP ให้เสร็จสิ้นภายในเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 1997 อย่างไรก็ตามด้วยเหตุที่จำเป็นต้องเสียเวลาอย่างมากกับการค้นหาบุคลากรที่จะมาเป็นสมาชิกของ Review Group และข้อตกลงร่วมกันเบื้องต้นของกลุ่มว่าจะทำงานกันอย่างไร ทำให้รายงานสรุปสุดท้ายเสร็จล่าช้ากว่าที่กำหนดหนึ่งเดือน โดยไปเสร็จสิ้นในต้นปี ค.ศ. 1998

#### ประเด็นปัญหาที่รวบรวมได้และข้อเสนอกระบวนการปฏิรูปในรายงาน General Practice Strategy

รายงานสรุปของ Review Group ที่จัดทำเสร็จตอนต้นปี 1998 ยังใช้ชื่อเดิมว่า General Practice Strategy ส่วนแรกของเนื้อหาครอบคลุมถึงประเด็นปัญหาที่รวบรวมได้จากกระบวนการขอคำปรึกษาจากกลุ่ม โดย Review Group จัดแบ่งปัญหาออกเป็นสองส่วน คือ ปัญหาที่เกิดจากผู้ให้บริการที่เป็นแพทย์ GP ซึ่งปัญหาลึกได้แก่

- ความน้อยเนื้อต่ำใจของกลุ่มแพทย์ GP เมื่อเทียบกับแพทย์เฉพาะทางทั้งในเรื่องรายได้และการยอมรับจากสังคม
- ความสัมพันธ์ที่มีต่อกลุ่มผู้ให้บริการงานอื่นมีน้อย

- โอกาสความก้าวหน้าในหน้าที่การทำงานยังไม่มีทิศทางที่แน่ชัด
- โอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมกับการพัฒนานโยบายและวางแผนงานสุขภาพยังมีน้อย
- การที่ยังไม่มีการให้ประชากรต้องลงทะเบียนกับแพทย์ GP ทำให้การแข่งขันมีสูงมาก บวกกับผู้ป่วยมีโอกาเลือกหาแพทย์ผู้ให้บริการตามใจชอบทำให้ประสิทธิภาพของระบบบริการทั้งหมดลดลง
- โอกาสค่อนข้างจำกัดที่จะให้แพทย์ GP ได้พัฒนาศักยภาพตัวเอง เนื่องจากมีความเป็นไปได้มากที่ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยมากจะไปพบแพทย์เฉพาะทางมากกว่าแพทย์ GP ที่ตัวเองใช้บริการเป็นประจำ ซึ่งจากเหตุผลนี้ยังทำให้ความเชื่อมโยงที่มีจำกัดระหว่างแพทย์ GP และงาน GP กับงานบริการที่โรงพยาบาล

ส่วนที่สองของปัญหาได้จากกลุ่มประชาชน ที่สำคัญได้แก่

- ความกังวลในเรื่องคุณภาพงาน GP ที่ให้โดยแพทย์ GP
- ความต้องการให้รัฐบาลยังคงให้มี Bulk Billing ต่องาน GP เพราะมองว่าเป็นนโยบายที่ดีที่ทำให้ประชากรสามารถเข้าถึงงานบริการ GP ได้
- อยากให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมต่อการปฏิรูปงาน GP มากขึ้น เนื่องจากว่าผู้รับบริการจะได้รับผลกระทบโดยตรงจากการปฏิรูป
- ต้องการให้ข้อมูลการรักษาเป็นความลับ และผู้ป่วยมีสิทธิ์ที่จะรับทราบข้อมูลการรักษาของตนได้ทั้งหมด

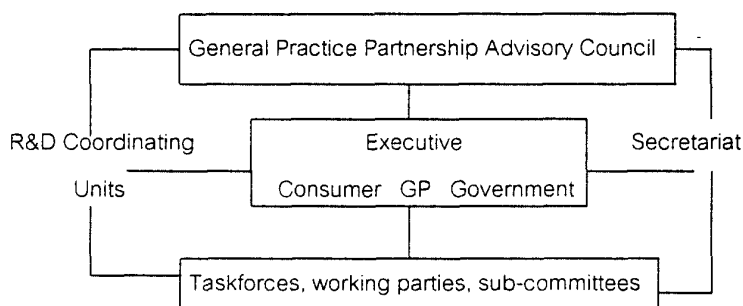
ส่วนที่สองของรายงาน GP Strategy ได้แก่ข้อเสนอกระบวนการปฏิรูป มีรายละเอียดดังนี้

#### ❑ สร้าง Partnership เพื่อการปฏิรูป

รายงาน General Practice Strategy ระบุถึงแผนการทำงานว่าต้องสร้าง Partnership ให้เกิดขึ้นกับทุกกลุ่มเพื่อให้มีความเชื่อมโยงกันระหว่างคณะทำงานกับกลุ่มต่างๆ โดยให้ทุกกลุ่มมีส่วนร่วมมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ตามที่กำหนดในแผนงานช่วงระหว่างปี 1998 –1999 Review Group เสนอให้กระทรวงสุขภาพของ Commonwealth Government จัดตั้ง General Practice Partnership Advisory Council โดยสมาชิกทั้งหมดได้รับการแต่งตั้งจากรัฐมนตรี Commonwealth Department of Health and Family Services สมาชิกมีทั้งหมด 16 คน ประกอบด้วย

- 2 คนเป็นตัวแทนจากกลุ่มผู้บริโภคร
- 2 คนเป็นตัวแทนรัฐบาล Commonwealth
- 4 คนเป็นแพทย์ GP
- 8 คนเป็นตัวแทนจากองค์กร GP ที่มาจาก Australian Medical Association, Royal Australian College of General Practitioners, Rural Doctors Association, Australian Association of General Practitioners, Australian Divisions of General Practice, General Practice Forum, Australian Federation of Medical Women และ National Registrars Association

รูปที่ 4.1 แสดงผังโครงสร้างการทำงานของกรปฏิรูปงานเวชปฏิบัติทั่วไป



การประชุมของ GP Partnership Advisory Council ต้องเกิดขึ้นเกิดขึ้นประมาณ 1-2 ครั้งต่อปีเนื่องจากเป็นกลุ่มใหญ่ และปล่อยให้ R&D Coordinating Units ทำหน้าที่ประสานเพื่อให้เกิดกลุ่มงานที่จะไปพัฒนาในส่วนงานวิจัยและการพัฒนา ส่วน Secretariat ทำหน้าที่สนับสนุนการทำงานของ Council โดยที่ Secretariat เป็นหน้าที่ของ Commonwealth Department of Health and Family Services

บทบาทของ Council มีดังนี้

1. ให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดวิสัยทัศน์ต่อการปฏิรูป
2. ให้คำแนะนำต่อรัฐมนตรี Commonwealth Department of Health and Family Services
3. พัฒนาระบบงานที่จะสร้าง Partnership
4. ควบคุมและติดตามผลการสร้าง Partnership
5. พัฒนาเนื้อหาหรือกิจกรรมเพื่อการวิจัยทุกส่วนที่จะดึงเอาแต่ละกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน
6. จัดตั้งคณะทำงานเพื่อทำงานวิจัยและพัฒนาในเนื้อหาแต่ละส่วน
7. พัฒนา TOR เพื่อให้ R&D Coordinating Units รับไปประสานต่อ
8. ควบคุมและติดตามผลการทำงานทุกหน่วยงานและคณะทำงานทุกกลุ่ม

Commonwealth Government ให้เงินสนับสนุน GP Partnership Advisory Council และกิจกรรมต่างๆที่เป็นงานวิจัยที่สำคัญได้แก่

- a) การให้ตัวแทนกลุ่มผู้บริโภคร่วมกันมาในบอร์ดบริหารของ Divisions of General Practice
- b) วิจัยในพื้นที่เพื่อหารูปแบบความเชื่อมโยงระหว่างงาน GP และแพทย์ GP กับงานบริการในชุมชน งานบริการที่โรงพยาบาล เพื่อให้การบริการเกิดจากทีมงานที่มีจากบุคลากรที่หลากหลาย (multi-disciplinary team)
- c) วิจัยในพื้นที่เพื่อหารูปแบบความสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างประชาชนกับแพทย์ GP

#### ข้อเสนอเพื่อการพัฒนางาน GP และแพทย์ GP

1. จัดอบรมงาน GP หลังปริญญา เช่น Fellowship of the Royal Australian College of General Practitioners และมีกฎหมายรองรับว่างาน GP เป็นศาสตร์อีกแขนงหนึ่งเทียบเท่ากับแพทย์เฉพาะทางและงานบริการ GP ทั้งหมดที่ให้โดยแพทย์ที่ผ่านการอบรมจะได้รับเงินทดแทนจาก Medicare อีกทั้งในหลักสูตรปริญญาตรีต้องเพิ่มส่วนเนื้อหา GP และให้นักศึกษาเข้าใจถึงบทบาทของแพทย์ GP โดยให้ Australian Medical Association รับผิดชอบในการทบทวนเนื้อหาหลักสูตรปริญญาตรีทั้งหมด
2. The Divisions of GPs ต้องให้การสนับสนุนบทบาทของแพทย์ GP เพื่อให้เชื่อมโยงกับระบบและผู้ให้บริการกลุ่มอื่นมากที่สุด ตลอดจนให้แพทย์ GP เข้ามีบทบาทในการวางแผนและการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น
3. การจัดสรรเงินนั้นเป็นไปได้ว่าจะจัดสรรเงินเพื่องานบริการ GP และงานสาธารณสุขทั้งก่อนให้กับ Divisions of General Practice เพื่อไปจ่ายกับแพทย์ GP อีกที Divisions จะทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของแพทย์ GP และพัฒนาทั้งทักษะและความสามารถในด้านสาธารณสุขให้กับแพทย์ GP การจ่ายเงินให้กับแพทย์ GP ควรเป็นในรูปแบบ sessional หรือ hourly payment
4. Royal Australian College of General Practitioners ทำงานร่วมกับองค์กรต่างๆ ที่เป็นตัวแทน GP กลุ่มผู้บริโภค รัฐบาลทั้งในระดับท้องถิ่น รัฐ และ Commonwealth และกลุ่มผู้ให้บริการกลุ่มอื่นๆ เพื่อกำหนดบทบาทของแพทย์ GP และงานบริการที่เป็นงาน GP และมีความจำเป็นที่ต้องให้สื่อต่างๆ ที่ออกมาแล้วสามารถสื่อให้ทุกกลุ่มเข้าใจอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการสื่อกับกลุ่มผู้บริโภค

#### การปฏิรูประบบสุขภาพในภาพรวมปัจจุบันและอนาคต

ในเดือนตุลาคม ปี ค.ศ. 1997 การประชุม Australian Health Ministry's Council ครั้งเดียวกันกับที่รัฐบาลใหม่ประกาศยืนยันจะปฏิรูปงาน GP ต่อไป การประชุมครั้งนี้ Commonwealth Government แจ้งในที่ประชุมรับทราบถึงแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพในภาพรวมต่อไปในอนาคต และต้องการให้เป็นแนวทางหลักใน Medicare Agreements ฉบับที่ 4 หรือชื่อใหม่ว่า Australian Medicare Agreements ที่จะใช้ในปี 1998 ถึงปี 2002 โดยการปฏิรูปที่จะเกิดขึ้นต่อไปมีเป้าประสงค์หลักระดับชาติคือ

- พัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ต่อการปฏิรูป
- การตัดสินใจการดำเนินนโยบายใดๆ ต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักการและเหตุผลที่รองรับ
- สนับสนุนให้เกิดรูปแบบบริการที่มีความเชื่อมโยงของงานสุขภาพในทุกระดับและเป็นแบบต่อเนื่อง และสัมพันธ์กับการปฏิรูปงาน GP
- สนับสนุนและสร้างเสริมให้มีประชาสังคมอย่างกว้างขวาง
- พัฒนางานบริการสุขภาพของรัฐเพื่อรองรับกับความต้องการที่เพิ่มขึ้นของประชากร

ปีงบประมาณ 1998 – 1999 สำหรับ Australian Medicare Agreements รัฐบาลกลางเพิ่มงบประมาณพิเศษให้ในส่วนแต่ละโครงการดังมีรายละเอียดดังนี้

- จัดสรรเงินให้แต่ละรัฐในโครงการ Medicare เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในโครงการพัฒนาคุณภาพงานบริการ การป้องกัน งานบริการต่อเนื่อง การปฏิรูปให้เกิดกลไกตลาดบริการสุขภาพ และโครงการที่ช่วยเหลือกลุ่มที่ต้องการช่วยเหลือและกลุ่มด้อยโอกาสทางสังคม และเตรียมงบเพื่อโครงการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ
- สนับสนุนเงินเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการแพทย์ให้แก่ National Medical Research Centre
- ขยายเครือข่ายบริการในโครงการ Medicare ในพื้นที่ห่างไกลเพื่อให้ผู้รับบริการมีสะดวกเพิ่มขึ้น เช่น ให้ผู้ที่ต้องการยื่นขอเงินชดเชยในโครงการ Medicare สามารถกระทำได้ด้วยการ fax จากรายขายยาและสาขาของ Health Commission จะโอนเงินเข้าบัญชีภายในห้าวันทำการ และการเพิ่มจำนวนแพทย์ในพื้นที่ห่างไกลและขาดแคลนด้วยการให้แพทย์ที่จบจากต่างประเทศฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่ดังกล่าวเป็นเวลา 5 ปี หลังจากนั้นสามารถรับใบประกอบโรคศิลป์ทันที
- ให้งบประมาณเพิ่มเติมประมาณ 57 ล้านดอลลาร์เลียนดอลลาร์ เพื่อนำไปพัฒนา GP strategy การอบรมแพทย์ GP และจ้างแพทย์ GP ในรูปเงินเดือน แทนที่การจ่ายแบบเดิมที่เป็น fee-for-service
- จัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นตลอดทั้งสี่ปีของปีงบประมาณเพื่อพัฒนางานบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มด้อยโอกาสทางสังคม

เดือนมีนาคม ปี 1999 Commonwealth Department of Health and Aged Care (ชื่อเดิมคือ Department of Health and Family Services ที่เปลี่ยนชื่อในปี 1999) ทำรายงานชื่อ Reforming the Australian Health Care System : the Role of Government เพื่อเป็นแนวทางหลักของ State / Territory Governments ที่สำคัญในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพต่อไปในอนาคต ซึ่งมีหลักการที่สำคัญดังนี้

- เปลี่ยนการพิจารณาจากกลุ่มผู้ให้บริการมาเป็นผู้รับบริการเป็นตัวตั้งในการปฏิรูป

#### การปฏิรูป

- ประเมินและควบคุมให้ระบบตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งในด้านคุณภาพและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอันได้แก่สถานะสุขภาพ
- รัฐต้องทำหน้าที่เป็นหน่วยงานให้ข้อมูลแก่กลุ่มผู้รับบริการเพื่อที่จะตัดสินใจในการเลือกรับบริการอย่างสมเหตุสมผล (rational choice) เพื่อลดการได้รับข้อมูลการบริการทางสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม (information asymmetry)
- ควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ

#### การปฏิรูป

- เปลี่ยนแปลงการจ่ายเงินไปยังผู้ให้บริการที่เป็นแบบ fee-for-service มาเป็นการจ่ายด้วยวิธีที่วัดจากผลงาน เช่น พัฒนาการใช้ข้อมูล DRG และการใช้ casemix-based funding ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หรือการใช้สถานะทางสุขภาพของประชากรที่ดีขึ้นตามเกณฑ์กำหนดมาเป็นเกณฑ์ในการจ่ายเงิน หรือการทดลองจ่ายเงินแพทย์ GP เป็นแบบ sessional payment หรือเงินเดือน
- ควบคุมสิทธิประโยชน์ในโครงการ Medicare ให้เป็นงานบริการและยาที่ได้รับการตรวจสอบแล้วว่ามีประสิทธิภาพ
- ให้มี co-payments ต่อกลุ่มผู้รับบริการที่เหมาะสมเพื่อลดแรงจูงใจของผู้รับบริการที่อาจใช้สิทธิเกินความจำเป็น

- การควบคุมค่าใช้จ่ายต้องไม่ทำให้คุณภาพงานบริการสุขภาพด้อยลงไป

#### การปฏิรูป

- ดัดงานบริการที่เกินจำเป็นหรือไม่เหมาะสมออกไปจากโครงการ Medicare
- สนับสนุนการพัฒนาและขยายงานส่งเสริมและป้องกันเพิ่มมากขึ้น
- ปฏิรูปงาน GP อย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาทักษะแพทย์ GP คุณภาพงานบริการ และให้งาน GP เชื่อมโยงกับงานบริการทุกระดับ
- งาน GP ที่เป็นโครงการทดลองในพื้นที่ต่างๆ ควรมุ่งเน้นไปในชุมชนที่ประชาชนส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง และแหล่งชุมชนที่อยู่ห่างไกลและมีอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพต่ำ
- งานบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

#### การปฏิรูป

- ใช้ nursing homes และ hostels เป็นสถานที่ให้บริการงานสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ และสนับสนุนงานบริการชุมชนต่างๆ
- เพื่อให้งานบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่เป็นงานที่รัฐจัดสวัสดิการให้มีความยั่งยืน อาจมีการตรวจสอบฐานะและรายได้ของผู้สูงอายุเพื่อเรียกเก็บค่าบริการมากขึ้นตามฐานะ
- ให้ Aged Care and Accreditation Agency ที่เพิ่งจัดตั้งขึ้นในปี 1997 เพิ่มความเข้มงวดในการตรวจสอบคุณภาพงานบริการสำหรับผู้สูงอายุ
- แนวโน้มที่รัฐต้องเพิ่มการระดมเงินในโครงการ Medicare เพิ่มขึ้นเนื่องจากสัดส่วนประชากรที่เป็นสมาชิกประกันสุขภาพลดลง

#### การปฏิรูป

- เพิ่มแรงจูงใจให้ประชาชนเป็นสมาชิกประกันสุขภาพเอกชนโดยให้รัฐช่วยจ่าย 30% ของค่าเบี้ยประกัน
- หาท่างำจัดไม่ให้มีการจ่ายจากกระเป๋าของสมาชิกประกันสุขภาพเอกชนด้วยการทำสัญญากับผู้ให้บริการ
- จัดตั้งหน่วยงานอิสระทำหน้าที่ควบคุมการประกันสุขภาพเอกชนในเรื่อง การกำหนดค่าเบี้ยประกัน และการขายทอดตลาดของบริษัทประกันเอกชน หรือการเข้าถือครองหุ้นส่วนบางส่วนหรือทั้งหมดของบริษัทเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดตลาดผูกขาด
- งานส่งเสริมสุขภาพของประชาชนเพื่อเปลี่ยนหรือลดพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

#### การปฏิรูป

- จัดสรรเงินงบประมาณเพิ่มขึ้นในด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่อง การสูบบุหรี่ สุราและแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย ยาเสพติด โรคติดต่อต่างๆ ที่สำคัญ เช่น เอชไอวี และโภชนาการ
- จัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นเพื่อสนับสนุนให้มีการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ
- ปัญหาเรื่องสุขภาพของประชาชนกลุ่มน้อยที่อยู่ในที่ห่างไกล

#### การปฏิรูป

- จัดสรรเงินงบประมาณเพิ่มขึ้นเพื่อพัฒนางานบริการสุขภาพและงานสนับสนุนในชุมชนสำหรับกลุ่มนี้

- หาแนวทางที่สร้างแรงจูงใจที่จะทำให้แพทย์และกลุ่มผู้ให้บริการอยู่ปฏิบัติในพื้นที่ชุมชนได้เป็นระยะเวลานานๆ เช่น พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานในการให้บริการสุขภาพรองรับให้เพียงพอ และอนุญาตให้แพทย์ที่จบการศึกษาจากต่างประเทศแต่ยังไม่ได้รับใบประกอบโรคศิลป์ของประเทศออสเตรเลียได้ปฏิบัติหน้าที่ในชุมชนห่างไกลเป็นเวลาอย่างน้อยห้าปี หลังจากนั้นสามารถได้ใบประกอบโรคศิลป์โดยอัตโนมัติ
- งานวิจัยต่างๆที่จำเป็นต่อการปฏิรูป

#### การปฏิรูป

- ส่งเสริมและสนับสนุนงานวิจัยด้วยการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นเพื่องานวิจัยที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายและการตัดสินใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

อย่างไรก็ตาม Commonwealth Government ยังยืนยันว่าการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศออสเตรเลียต้องค่อยเป็นค่อยไปมากกว่าการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และกลุ่มต่างๆ ของสังคมได้เข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการปฏิรูปเพื่อให้เกิดความเข้าใจ เสนอความต้องการและแนวทางแก้ไข และสุดท้ายมีความเห็นชอบต่อนโยบายที่จะเปลี่ยนไป มิฉะนั้นแล้วการต่อต้านต่อการปฏิรูปอาจเกิดขึ้นและไม่สามารถปฏิรูปได้สำเร็จ

#### สรุปและการสังเคราะห์

ปัญหาที่เกิดขึ้นในการให้บริการสุขภาพได้รับการตอบสนองโดย National Health Strategy ที่เป็นหน่วยงานจัดตั้งโดยเงินจากรัฐบาลกลาง และมีการบริหารเป็นอิสระ ปัญหาหลักที่ NHS รวมรวมและทำเป็นรายงานเสนอต่อสาธารณชน และรัฐบาล ได้แก่ การให้บริการสุขภาพยังขาดการเชื่อมโยงในระดับต่างๆ การเชื่อมโยงกับกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพกลุ่มต่างๆ และ กลุ่มแพทย์ GP มีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสุขภาพจำกัด

ประเด็นสำคัญสำหรับการปฏิรูปงาน GP ที่สังเคราะห์ได้มีดังนี้

- ยุทธศาสตร์การปฏิรูปที่สำคัญสำหรับการปฏิรูปงาน GP คือ ให้กลุ่มหลักที่ทำงาน หรือ กลุ่ม Review Group ที่ประกอบด้วยตัวแทนจากองค์กรต่างๆ ทั้งจากกลุ่มผู้ให้บริการ กลุ่มผู้บริโภค และ รัฐบาล
- กลุ่มทำงานนี้ได้รับการแต่งตั้งจากรัฐบาลกลาง มีระยะเวลาการทำงานที่แน่นอน สามารถจัดตั้งคณะทำงานศึกษาในเรื่องต่างๆ ได้ด้วยตนเองที่เป็น ad hoc committee นอกจากนั้นยังกำหนดประเด็นที่ต้องการจะปฏิรูป โดยใช้กระบวนการขอคำปรึกษาจากกลุ่มต่างๆ ที่คิดว่าเกี่ยวข้องและมีบทบาทต่องาน GP
- กระบวนการขอความคิดเห็นจากประชาชนเพื่อผลักดันให้เกิดเป็นประเด็นทางสังคม และทำให้ประชาชนเข้าใจว่ากำลังจะเกิดอะไรขึ้น ติดตามความเคลื่อนไหวการปฏิรูปอย่างต่อเนื่อง มองอีกทางหนึ่งเป็นเครื่องมือที่ดีในการควบคุมรัฐบาล และกลุ่มองค์กรภาคีที่เป็นแกนหลักในการปฏิรูปต้องดำเนินการปฏิรูปอย่างต่อเนื่อง และทำการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบถึงความก้าวหน้าของการปฏิรูปอย่างต่อเนื่อง
- การปฏิรูปงาน GP ใช้การทำโครงการในพื้นที่ที่มีความพร้อม เหมือนหนึ่งการทดลองเพื่อปรับรูปแบบการปฏิรูปต่างๆ ให้มีความเหมาะสมมากที่สุด ก่อนที่จะมีการขยายออกไปอย่างกว้างขวาง
- มีการประชาสัมพันธ์ความก้าวหน้าของโครงการ และแผนงานในอนาคตว่าจะทำอะไรต่อไปให้สาธารณชนรับทราบ

กระบวนการการปฏิรูปงาน GP และการเงินการคลังด้านสุขภาพที่ได้กล่าวไปในบทที่แล้ว เป็นกระบวนการหนึ่งในทางเลือกที่รัฐบาลออสเตรเลียนำมาใช้ในการพัฒนานโยบายระดับมหภาคเป็นจำนวนมากขึ้น ซึ่งเชื่อว่าจะช่วยสนับสนุนให้เกิดความโปร่งใสสำหรับประชาชน และกลุ่มต่างๆ ในสังคม กระบวนการปฏิรูปที่เปิดโอกาสให้กลุ่มต่างๆ มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการพัฒนานโยบายและการปฏิรูปคาดว่าจะช่วยทำให้นโยบายมีความยั่งยืน เพราะสามารถลดแรงต่อต้านจากกลุ่มต่างๆ ทางสังคม และอาจเปลี่ยนแรงต้านนั้นเป็นแรงผลักดันในการปฏิรูป

#### เอกสารอ้างอิง

Ministry of Health and Aged Care. (1999). *GP Strategy*. Information from the Internet at <http://www.health.gov.au/>

Ministry of Health and Aged Care. (1999). *Reforming the Australian Health Care System : The Role of Government. Occasional Paper : New Series No 1*. Information from the Internet at <http://www.health.gov.au/>

## บทที่ 5 : ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

การศึกษาประสบการณ์การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในต่างประเทศช่วยให้เราเข้าใจถึงถึงกระบวนการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ปัจจัยส่งเสริมและสนับสนุน และเครื่องมือที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการปฏิรูป การเปรียบเทียบประสบการณ์การปฏิรูปในแต่ละประเทศที่มีความหลากหลายมีข้อดีที่สำคัญ คือ เปิดโอกาสให้การปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทยได้มีทางเลือกของกระบวนการเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นคือ ระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศอยู่บนพื้นฐานของสภาพของสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน ปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ดังนั้นการนำแนวทางและกระบวนการปฏิรูปในประเทศหนึ่งไปใช้กับอีกประเทศหนึ่ง ผลลัพธ์ที่ได้อาจไม่เท่ากันหรืออาจไม่ประสบผลสำเร็จเลย นี่คือข้อเท็จจริงที่กลุ่มหรือบุคคลที่มีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายต้องตระหนักถึง เพราะฉะนั้นแล้วการศึกษาเปรียบเทียบเป็นเสมือนหนึ่งการสร้างโอกาสทางเลือกสำหรับกระบวนการการปฏิรูป และนำเอาข้อดีต่างๆ มาเป็นข้อพิจารณา และนำเสนอเป็นแนวทางการปฏิรูปในระบบบริการสุขภาพไทย

การศึกษากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในประเทศออสเตรเลียทั้งหมดที่นำเสนอได้ให้รายละเอียดของวิวัฒนาการการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และเหตุการณ์ที่สำคัญที่เข้าไปเกี่ยวข้องต่อการปฏิรูป ตลอดจนปัจจัยที่ส่งเสริมและสนับสนุน หากพิจารณาปัญหาของระบบบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อเนื่องให้เกิดกระบวนการปฏิรูปที่ได้นำเสนอในการศึกษานี้ แบ่งการพิจารณาได้ดังนี้

1. ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการรับรู้ของประชาชนส่วนใหญ่ ตัวอย่างได้แก่ปัญหาเรื่องความไม่ทัดเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มที่ด้อยโอกาสทางสังคม ปัญหานี้ได้รับการตอบสนองจากองค์กรที่ไม่ต้องการหวังผลกำไร กลุ่มตัวแทนประชาชน และหน่วยงานที่ต้องการช่วยเหลือสังคม เพื่อผลักดันเป็นประเด็นทางสังคม และเพิ่มแรงกดดันให้รัฐเข้ามาแก้ไขในระดับนโยบาย อย่างไรก็ตามการปฏิรูปการประกันสุขภาพของออสเตรเลียยังไม่มีกระบวนการที่ส่งเสริมให้กลุ่มต่างๆ ได้เข้ามาพัฒนานโยบาย แต่เป็นกระบวนการทางสมาคมกว่า
2. ปัญหาเกิดจากการรับรู้โดยรัฐบาล ตัวอย่างได้แก่ปัญหาเรื่องข้อจำกัดของเงินงบประมาณรัฐที่สนับสนุนโครงการประกันสุขภาพ Medicare และความต้องการที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพด้วยการปฏิรูปการเงินการคลังด้านสุขภาพ สิ่งต่างจากข้อแรก คือ ทิศทางการพัฒนานโยบายเริ่มจากรัฐ และรัฐเองได้สนับสนุนให้เกิดเป็นประเด็นทางสังคม เกิดการรับรู้รับทราบจากประชากร และกลุ่มต่างๆ อย่างทั่วถึง และการปฏิรูปเริ่มแบบค่อยเป็นค่อยไป รวบรวมพร้อมทุกอย่าง และการปฏิรูปเกิดขึ้นในระดับพื้นที่ และ รัฐ ก่อนที่จะมีการขยายไปในทุกรัฐ
3. ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการรับทราบของกลุ่มผู้ให้บริการและนักวิชาการ ตัวอย่างได้แก่การปฏิรูปงานเวชปฏิบัติทั่วไป จากจุดเริ่มต้นของปัญหาในกลุ่ม ถูกทำให้เป็นปัญหาและประเด็นที่รัฐบาลเข้ามาสนับสนุน รับบทบาทหลักในการทำให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมกันคิดร่วมกันทำในกลุ่มต่างๆ ของสังคม

ประสบการณ์การปฏิรูประบบบริการสุขภาพในออสเตรเลีย ให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญต่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย ดังนี้

- กระบวนการการปฏิรูปมีแนวโน้มที่จะใช้กระบวนการเตรียมการปฏิรูป (preconditional reform) มากขึ้น ได้แก่ การเตรียมความพร้อมให้กับประชาชน และกลุ่มต่างๆ ให้รับรู้รับทราบ การทำคู่มือประชาชนเพื่อการเผยแพร่ความรู้ในภาษาที่เข้าใจง่ายๆ ช่วยได้อย่างมาก แม้ว่าประเด็นที่จะปฏิรูปจะเป็นประเด็นทางเทคนิค และเปิดโอกาสให้มีการทำประชาพิจารณ์
- การปฏิรูปที่เกิดจากการกระบวนการสร้างองค์ภาคีและให้กลุ่มต่างๆ ได้เข้ามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบาย น่าจะเป็นยุทธศาสตร์ที่ทำให้ผลลัพธ์ของการปฏิรูปและนโยบายมีความยั่งยืน
- การปฏิรูปต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล ทั้งทางด้านการเงิน และเจตนารมณ์เพื่อแสดงความตั้งใจต่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ
- การปฏิรูปต้องค่อยเป็นค่อยไป การดำเนินงานควรทำเป็นโครงการในพื้นที่ที่มีความพร้อมก่อน และขยายออกไปเป็นวงที่กว้างขึ้น ในขณะที่การทำความเข้าใจกับกลุ่มต่างๆ และประชาชนต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ผลจากการทำโครงการและการประเมินผลต้องดีพิมพ์ และ กระจายข้อมูลให้กลุ่มต่างๆ และ ประชาชนได้รับทราบ
- เงื่อนไขของเวลา เป็นปัจจัยที่ทั้งอาจส่งเสริม และ ชัดขวางการปฏิรูป เช่น นโยบายใดก็ตามที่บังคับให้ประชาชนต้องจ่ายเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ภาวะเศรษฐกิจของประเทศตกต่ำ อาจไม่ได้รับการตอบสนองที่ดีจากประชาชน หรือในขณะที่มีรัฐบาลที่เพิ่งได้รับการเลือกตั้ง อาจจะเป็นเวลาที่เหมาะสมควรที่รัฐบาลต้องการสร้างผลงาน และยังสร้างความเชื่อมั่นได้ในระดับหนึ่งว่ารัฐบาลสามารถอยู่ในได้นานที่สุด ก่อนที่จะมีการเลือกตั้งใหม่ ปัจจัยนี้ช่วยทำให้การปฏิรูปมีความต่อเนื่องมากที่สุด

ประเด็นที่เด่นชัดที่สุดสำหรับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในออสเตรเลียและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ การใช้กระบวนการประชาสังคม แนวคิดการใช้กระบวนการนี้เป็นแนวทางเลือกหนึ่งและค่อนข้างใหม่สำหรับกระบวนการพัฒนานโยบายในประเทศไทย แต่มีแนวโน้มมากขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งการนำเอากระบวนการประชาสังคมมาใช้ในการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทยก็น่าจะเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับสภาพสังคมไทยในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะความต้องการรับรู้และรับทราบของประชาชนที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามสิ่งหนึ่งที่ยังต้องการอย่างมาก คือ การแสดงบทบาทความเป็นผู้นำจากรัฐบาลที่มีต่อสาธารณชนไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความตั้งใจที่จะปฏิรูปและให้การสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย

**ภาคผนวก**  
**รายงานการศึกษาประสพการณ์การปฏิรูประบบสุขภาพ**  
**กรณีศึกษาประเทศออสเตรเลีย**



**โดย**  
**กนิษฐาเพทย์จร วิชาไทย**  
**สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข**  
**สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**

**ตุลาคม 2542**

|            |                   |
|------------|-------------------|
| เลขที่     |                   |
| เลขทะเบียน | 45.99.6.82        |
| วันที่     | 20 เดือน 10 ปี 42 |

## **ภาคผนวก**

### **Australian Health Care Agreement between The Commonwealth of Australia and The State of Victoria**

#### **TABLE OF CONTENTS**

##### **PART 1 – INTRODUCTION**

|             |                |
|-------------|----------------|
| Clauses 1-3 | Preamble       |
| Clause 4    | Objectives     |
| Clause 5    | Interpretation |

##### **PART 2 – TERM OF AGREEMENT, VARIATION AND TERMINATION**

|             |                                           |
|-------------|-------------------------------------------|
| Clauses 6-7 | Term of Agreement                         |
| Clause 8    | Variation or Termination of the Agreement |
| Clause 9-12 | Resolution of Disputes Protocol           |

##### **PART 3 – PRINCIPLES OF THE AGREEMENT**

|           |            |
|-----------|------------|
| Clause 13 | Principles |
|-----------|------------|

##### **PART 4 – ROLES AND RESPONSIBILITIES OF GOVERNMENTS UNDER THIS AGREEMENT**

|               |                                                   |
|---------------|---------------------------------------------------|
| Clauses 14-15 | National Health Policy                            |
| Clauses 16-17 | Roles of the Commonwealth and Victoria            |
| Clauses 18-25 | Responsibilities of the Commonwealth and Victoria |

##### **PART 5 – REFORM**

|               |                                     |
|---------------|-------------------------------------|
| Clause 26     | Reform                              |
| Clauses 27-28 | Measure and Share Reform Proposals  |
| Clauses 29-30 | Quality Improvement and Enhancement |
| Clauses 31-32 | National Health Development Fund    |
| Clauses 33-34 | Information Technology Reform       |
| Clause 35     | Pharmaceutical Policy Reform        |

##### **PART 6 – FINANCIAL ASSISTANCE**

|               |                                                                          |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Clauses 36-47 | Financial Assistance to Victoria                                         |
| Clause 48     | National Program Funds                                                   |
| Clause 49     | Roll-over of Financial Assistance to Victoria and National Program Funds |

## **PART 7 – PRIVATE HEALTH INSURANCE**

Clauses 50-52          Private Health Insurance

## **PART 8 – PATIENT ELECTION**

Clauses 53-55          Patient Election

## **PART 9 – CHARGES FOR PUBLIC HOSPITAL SERVICES**

Clause 56              Public Patient Charges

Clauses 57-58          Charges for Patients Other Than Public Patients

Clauses 59-60          Patients Recommended for Residential Aged Care

Clauses 61-64          Cross Border Adjustments

## **PART 10 – SUPPLY OF DATA AND PERFORMANCE INFORMATION**

Clauses 65-72          Data and Performance Information

## **SCHEDULES**

Schedule A          Definitions

Schedule B          Mental Health Reforms

Schedule C          Performance Measures and Information

Schedule D          Public Patients' Hospital Charter and Complaints Body

Schedule E          Funding

## **PART 1 – INTRODUCTION**

### **Preamble**

1.            In recognition of the co-operative relationship between the Commonwealth and Victoria in the provision of health services, this Australian Health Care Agreement is an agreement to provide and jointly fund health care for eligible persons who choose to use State funded health services.
2.            The Commonwealth and Victoria jointly commit to improving the health of the Australian population. This commitment includes striving for continuous improvement in State funded health services and developing an agreed broad strategy for the reform and improvement of mental health and palliative care services across Australia.
3.            The Commonwealth and Victoria recognise and support the significant and legitimate role that the private sector plays in the provision of health services in Australia and the right of Australians to choose private health care.

#### Objectives

4. The Commonwealth and Victoria are committed to ensuring that the Australian health care system is a world class system which:
- ☐ maximises the health of individuals and the community;
  - ☐ reflects a balance between investment in the health of individuals and the health of the community;
  - ☐ responds flexibly to community and consumer needs;
  - ☐ is integrated and co-ordinated;
  - ☐ achieves best practice, evidence based health care; and
  - ☐ matches proven health services with health services priorities.

#### Interpretation

5. In this Agreement, unless the contrary intention appears, words and phrases are to be interpreted by reference to Schedule A.
6. PART 2 - TERM OF AGREEMENT, VARIATION AND TERMINATION

#### Term of Agreement

6. This Agreement will commence on 1 July 1998 and will continue in force until 30 June 2003, unless terminated at an earlier date in accordance with clause 8.
7. This Agreement constitutes the entire agreement between the Commonwealth and Victoria and supersedes all earlier written or oral representations, agreements, statements and understandings. It is made subject to the Commonwealth *Health Care (Appropriation) Act 1998*.

#### Variation or Termination of the Agreement

8. This Agreement may be varied or terminated by further written agreement:
- ☐ of the parties; or
  - ☐ on behalf of the parties to it by the Commonwealth and the State Ministers for Health.

Variations may include but are not limited to Commonwealth provision of additional financial assistance to Victoria in the event of unforeseen and catastrophic circumstances which would significantly increase the cost of providing public hospital services. These circumstances would include, but are not limited to, natural disasters and epidemics.

#### **Resolution of Disputes Protocol**

9. The Commonwealth and Victoria agree that where either party considers that either:
  - ☐ there has been a substantial breach of a term of the Agreement; or
  - ☐ there is evidence of adverse financial impact arising from a change in any health services policy (by either party on the other) of such a magnitude as to warrant a variation in financial assistance under this Agreement
  - ☐ they will raise the matter with the other party and suggest a course of action. If agreement on a course of action cannot be reached in three months, the parties may agree to refer the matter to an independent person appointed under clause 10.
10. An independent person may be proposed by either the Commonwealth or Victoria to the other party. If agreement on an independent person cannot be reached within eight weeks of the proposal, the Productivity Commission may be asked to appoint a person.
11. The independent person will consider material presented by both the Commonwealth and Victoria, and produce a report as expeditiously as possible recommending on an appropriate course of action, including where necessary amendments to this Agreement. The parties will use their best endeavours to reach a settlement within the spirit of the Agreement.
12. The Commonwealth and Victoria agree that the Commonwealth may not reduce the amount of financial assistance to be provided to Victoria under this Agreement except:
  - ☐ where there is agreement with Victoria; or
  - ☐ where an independent person appointed under clause 10 or clause 63 has reported that a reduction is appropriate.

#### **PART 3 - PRINCIPLES OF THE AGREEMENT**

13. This Agreement commits the Commonwealth and Victoria to the following principles.

- ☐ Eligible persons must be given the choice to receive public hospital services free of charge as public patients.
- ☐ Access to public hospital services by public patients is to be on the basis of clinical need and within a clinically appropriate period.
- ☐ Eligible persons should have equitable access to public hospital services, regardless of their geographical location.

The Commonwealth and Victoria agree that principles 2 and 3 are met if Victoria is using its best endeavours to achieve the outcomes sought in those principles to the greatest extent practicable.

#### **PART 4 - ROLES AND RESPONSIBILITIES OF GOVERNMENTS UNDER THIS AGREEMENT**

##### **National Health Policy**

14. The Commonwealth and Victoria agree that the national interest encompasses those objectives, programs and policy parameters which:

- ☐ should be consistent across Australia for reasons of efficiency, effectiveness and equity;
- ☐ have implications for wider national social and economic objectives; or
- ☐ have implications for international relations.

A national approach to health policy is founded on four key issues: equity of access, standards of access and care, patient outcomes and the cost effective use of health resources.

15. The Commonwealth and Victoria recognise that there are elements of health policy that can be best advanced by a national approach, and other elements that may benefit by approaches determined within each jurisdiction.

##### **Roles of the Commonwealth and Victoria**

16. The roles of the Commonwealth are to:

- contribute to the cost of State funded health services for eligible persons;
- fund and develop policy in relation to health services for which the Commonwealth has direct responsibility; and

- work collaboratively with all States and Territories to develop and co-ordinate national health policy.

17. The roles of Victoria are to:

- ensure that public hospital services are provided in accordance with the terms of this Agreement;
- work in collaboration with the Commonwealth and other States and Territories to develop and co-ordinate national health policy; and
- ensure that eligible persons are able to access public hospital services as public patients.

#### Responsibilities of the Commonwealth and Victoria

18. The Commonwealth and Victoria share responsibility for meeting the costs of State funded health services, facilitating national health reform and the sharing of information to gain a better understanding of the changing dynamics of the Australian health system. They will work together, and with other States and Territories as appropriate, to:

- ☐ implement the Second National Mental Health Plan in line with Schedule B;
- ☐ implement an agreed National Palliative Care Strategy;
- ☐ participate in a forum convened by the Commonwealth to advise on overall directions for the Casemix Program; and
- ☐ explore options to assess the impact of Reciprocal Health Care Agreements on State funded health services, and confirm the consultation procedures already in place under the arrangements for international treaties.

The Commonwealth and Victoria will implement this Agreement consistent with the principles outlined in the Aboriginal and Torres Strait Islander Health Framework Agreement.

19. Recognising the co-operative relationship between themselves, the Commonwealth and Victoria agree that they will not institute or sanction arrangements which unreasonably impose an additional financial burden on the other party. However, where it can be demonstrated that a change in service delivery arrangements would improve patient care or patient outcomes the Commonwealth

and Victoria undertake to implement such changes and modify financial responsibilities by agreement.

20. The responsibilities of the Commonwealth are to:

- ❑ ensure that the Commonwealth contribution to funding is made on time and at a level specified in the Agreement; and
- ❑ report and share information on a regular basis and contribute to the development of national performance indicators with particular focus on health outputs and outcomes, as set out in Schedule C.

21. The responsibilities of Victoria are to:

- ❑ ensure that eligible persons are able to access public hospital services as public patients;
- ❑ deliver services in accordance with the principles of this Agreement; and
- ❑ report and share information on a regular basis and contribute to the development of national performance indicators with particular focus on health outputs and outcomes, as set out in Schedule C.

22. In 1998-99 Victoria commits to provide services to public patients at an indicative public patient weighted separation rate of 276.76/1000 applicable weighted population. In subsequent grant years the rate will be increased for utilisation drift of 2.1% per annum.

23. If the number of weighted separations provided in any grant year to residents of Victoria is less than 95% of the indicative public patient weighted separation rate, the Commonwealth and Victoria will review the reasons for the shortfall. This will include consideration of factors which are beyond the reasonable control of Victoria including industrial action. If, following review, the Commonwealth is satisfied that the reduction is ongoing and not a result of action by Victoria providing public hospital services in other settings, the Commonwealth may propose a variation to the Agreement to reflect the changed pattern of service delivery.

24. Victoria accepts responsibility for the services previously funded in Victoria under the former Commonwealth programs: the Artificial Limbs Scheme; the Nationally Funded Centres; the Commonwealth Pathology Laboratories; and the Australian Bone Marrow Donor Registry - funding for which has been incorporated under this Agreement into the Health Care Grant.

25. Victoria accepts responsibility for maintaining a Public Patients' Charter and an independent Complaints Body as outlined in Schedule D.

#### **PART 5 – REFORM**

26. Victoria and the Commonwealth are committed to continuing their own reforms and to working in partnership to achieve agreed service delivery reform.

##### **Measure and Share Reform Proposals**

27. The Commonwealth and Victoria recognise the need for service delivery reform and ongoing exploration of additional initiatives under a measure and share model. Victoria will work with the Commonwealth in evaluating the outcomes from the Co-ordinated Care Trials to provide information to guide future directions for the reform of health service delivery.
28. The Commonwealth and Victoria will consider proposals which move funding for specific services between Commonwealth and State funded programs on the basis that each proposal meets the following criteria:
- ☐ the proposal must be consistent with accepted evidence based best practice care models;
  - ☐ there should be a sound basis for believing that the reform will lead to improved patient outcomes and/or more cost effective care;
  - ☐ the impact of the proposal should be measurable in terms of change in services delivered and costs to the health system as a whole and to each party to this Agreement;
  - ☐ if the proposal is expected to lead to net savings, these should be shared equitably between the Commonwealth and Victoria;
  - ☐ the proposal should have potential to be replicated, be on a scale such that extension can be realistically tested and be evaluated in terms of such extension; and
  - ☐ the proposal must preserve eligible persons' current access to Medicare Benefits Schedule services or their equivalent.

Reform proposals may result in the cashing out of State funded programs and/or Commonwealth funded programs, including the Medicare Benefits Schedule and Pharmaceutical Benefits Scheme.

#### Quality Improvement and Enhancement

29. The Commonwealth and Victoria agree that there is a need for national commitment, in partnership with clinicians and consumers, to health care safety and quality improvement and recognise that there are some safety and quality issues which are best dealt with at a national level.
30. Within this context, the Commonwealth and Victoria are committed to the development and implementation of quality improvement and enhancement practices which reward or promote quality in the delivery of public hospital services. Accordingly, the Commonwealth and Victoria agree that:
- ☐ the Commonwealth will support quality improvement and enhancement of public hospital services through the provision of funding under this Agreement;
  - ☐ the State Minister and the Commonwealth Minister will jointly agree, in the first grant year of the Agreement, a strategic plan to advance quality improvement and enhancement of public hospital services during the term of this Agreement; and
  - ☐ the Commonwealth and Victoria will jointly review progress under the plan during the 2000-01 financial year.

#### National Health Development Fund

31. The Commonwealth and Victoria acknowledge that significant health system restructuring is necessary to improve the performance of the system. Accordingly, the Commonwealth will establish a National Health Development Fund to pursue projects and programs consistent with the strategic plan in clause 32 which:
- ☐ improve patient outcomes in relation to such services;
  - ☐ improve the efficiency and effectiveness, or reduce the demand for, the delivery of public hospital services; or
  - ☐ improve integration of care between public hospital services and broader health and community care services.
32. The State Minister and the Commonwealth Minister will jointly agree, in the first grant year of the Agreement, a strategic plan for use of the National Health Development Fund paid under the

Agreement. The Commonwealth and Victoria will jointly review progress under the plan during the 2000-01 financial year.

#### **Information Technology Reform**

33. The Commonwealth and Victoria agree that priority should be given to investment in information technology and information management across the health system to improve patient outcomes and system efficiency.
34. The Commonwealth and Victoria agree to work in collaboration with other jurisdictions to:
- ☐ develop standards for the design and implementation of electronic data interchange between jurisdictions and related standards for the effective integration of health information systems and service provision within Australia; and
  - ☐ address information privacy, confidentiality and security requirements in the design and implementation of electronic data interchange between jurisdictions.

#### **Pharmaceutical Policy Reform**

35. Subject to agreement between the Commonwealth and Victoria on issues including the rate of reimbursement, appropriate clinical guidelines, data requirements and risk sharing arrangements, pharmaceuticals may be provided through the Pharmaceutical Benefits Scheme to admitted public and private patients on discharge and non-admitted patients.

### **PART 6 - FINANCIAL ASSISTANCE**

#### **Financial Assistance to Victoria**

36. In 1998-99 the Commonwealth will pay Victoria a Base Health Care Grant of \$1,327,893,696, which includes:
- ☐ \$12,229,526 for mental health;
  - ☐ \$7,044,551 for palliative care; and
  - ☐ \$18,869,332 for quality improvement.
37. For 1999-2000 the Commonwealth will pay Victoria a Base Health Care Grant of \$1,344,826,510 (in 1998-99 prices), which includes:
- ☐ \$12,229,526 for mental health;

- ❑ \$7,044,551 for palliative care; and
- ❑ \$25,159,109 for quality improvement;

and will be indexed in accordance with clause 39 for population growth and ageing, change in output costs, change in private health insurance coverage, change in the entitled veterans' population, and demand growth.

38. For each of the years 2000-01 to 2002-03 the Commonwealth will pay Victoria a Base Health Care Grant based on the grant payable in the previous grant year, plus an annual increment in the quality improvement funds of \$6,289,777 (in 1998-99 prices), indexed in accordance with clause 39.

39. There will be two indices, A and B.

Index A is to apply to 83.928% of the base grant in 1998-99 excluding the identified components for mental health, palliative care and quality improvement, and will adjust for:

- a) change in Victoria's applicable weighted population;
- b) movement in the hospital output cost index; and
- c) a utilisation growth factor of 1.021.

Index B is to apply to:

- ❑ 16.072% of the base grant in 1998-99 excluding the identified components for mental health, palliative care and quality improvement;
- ❑ mental health;
- ❑ palliative care; and
- ❑ quality improvement;

and will adjust for

- a) growth in Victoria's weighted population; and
- b) movement in the hospital output cost index.

40. The Commonwealth and Victoria commit to work together on the development of a suitable index for adjusting Health Care Grants to reflect changes in hospital output costs.
41. If the Commonwealth and Victoria cannot identify and agree on a suitable index because of serious technical impediments by 31 March 1999, the cost index applied will be 1.005. In this case either party may invoke clause 10 to review the cost index.
42. If the agreed hospital cost index in the relevant grant year falls below 0.97943, (being the inverse of the utilisation growth factor of 1.021), the Commonwealth and Victoria agree that the hospital cost index will remain at 0.97943 for the relevant grant year. If an independent person is used under clause 41, the independent person cannot recommend a cost index at lower than 0.97943 for the relevant grant year.
43. In addition to the Base Health Care Grant payable in accordance with clauses 36 to 39, the Health Care Grant payments to Victoria will include adjustments of the following amounts (in 1998-99 prices):
- ☐ an increase of \$38,111,756 in 1998-99
  - ☐ an increase of \$6,000,000 in 1999-2000
  - ☐ a decrease of \$6,000,000 in 2001-02
  - ☐ a decrease of \$13,000,000 in 2002-03
- indexed to current year prices using Index B as described in clause 39.
44. In addition to the Base Health Care Grant and adjustments payable under this part, the Commonwealth will make \$63,000,000 available to Victoria from the National Health Development Fund over the life of the Agreement in accordance with clause 31. Funds drawing will be linked to cash flow requirements for projects identified by the State and consistent with the agreed strategic plan.
45. The Commonwealth and Victoria agree that it is appropriate for amounts payable in relation to mental health, adjustments under clause 43 and the National Health Development Fund to be quarantined from horizontal fiscal equalisation processes, noting that the programs broadbanded under clause 24 in 1998-99 have been appropriately treated by the Commonwealth Grants Commission in the construction of the relativities that apply in 1998-99.

46. Arrangements for funding and provision of health care for entitled veterans in Victoria will be the subject of a separate Commonwealth-State agreement. In addition, the Commonwealth and Victoria agree Victoria may provide preferential access for entitled veterans provided care of public patients is not impaired, consistent with Principle 2 of clause 13.
47. Methodology and timing of payments, together with further details on indexation, funding adjustments and acquittance requirements are set out in Schedule E.

#### **National Program Funds**

48. In addition to the financial assistance to Victoria, the Commonwealth will provide funds for the following national programs as set out in Schedule E:
- ☐ the Casemix Program - to develop systems for the classification of health services and associated cost weights;
  - ☐ national mental health projects; and
  - ☐ national palliative care projects.

#### **Roll-over of Financial Assistance to Victoria and National Program Funds**

49. Any financial assistance payable under this Agreement in any relevant grant year, which is not paid in that year, is to be made available on the same terms in the subsequent grant year. Conversely, any payment provided in excess of Victoria's entitlement is to be recovered in the subsequent grant year. A grant year is a period of twelve months which starts on 1 July.

#### **PART 7 – PRIVATE HEALTH INSURANCE**

50. In recognition of the relationship between the costs of public hospital services and levels of private health insurance, the Commonwealth and Victoria agree to adjust funding to reflect movements in private health insurance. Adjustments to funding will be made through the calculation of the applicable weighted population as set out in Schedule E. The Commonwealth and Victoria agree that based on current estimates of movements in population, and the cost index and assuming that those leaving insurance have the same age/sex profile as those remaining, a 1% national uniform fall in private health insurance will provide approximately \$82,000,000 in additional funding nationally.
51. The Commonwealth and Victoria agree that adjustments in funding will be made to reflect changes in the private health insurance participation rate relative to the December 1998 level, except that

there will be no reduction in financial assistance for increases in the insurance participation rate in Victoria between the December 1998 level and 32.2%. The methodology for determination of the private health insurance participation rate is detailed in Schedule E.

52. The Commonwealth will work with Victoria to explore the relationship between private health insurance participation and utilisation of hospital services as a private patient. This will include consideration of the difference between utilisation and participation rates by examining the use by persons with private health insurance of public and private hospitals as public and private patients in Victoria. The Commonwealth will also work with the States and Territories to ensure that health insurance fund data collected by the Private Health Insurance Administration Council accurately measure the different insurance product types (with particular reference to front end deductible and exclusionary products).

## **PART 8 - PATIENT ELECTION**

### **Patient Election**

53. Victoria will ensure that all eligible persons may elect to receive public hospital services as a public or private patient.
54. A patient election in relation to admitted patient services:
- ☐ will be exercised by written election before, at the time of, or as soon as practicable after, admission;
  - ☐ will not be made until the patient or legal guardian is fully informed of the consequences of election;
  - ☐ will not be directed by a hospital employee towards a particular decision; and
  - ☐ may only be reversed as a result of unforeseen circumstances. Examples of unforeseen circumstances include:
    - a) patients who are admitted for a particular procedure but are found to have complications requiring additional procedures; or
    - b) patients whose length of stay has been extended beyond those originally planned.

55. Agreed national standards of information for patients relating to admission and patient election forms will be maintained over the life of the Agreement.

## **PART 9 - CHARGES FOR PUBLIC HOSPITAL SERVICES**

### **Public Patient Charges**

56. Victoria agrees to ensure that where an eligible person receives public hospital services as a public patient no charges will be raised, subject to the following exceptions. Notwithstanding principle (1) in clause 13, fees may be charged for the following services provided to non-admitted patients and admitted patients upon discharge:
- ☐ dental services;
  - ☐ spectacles and hearing aids;
  - ☐ surgical supplies;
  - ☐ prostheses - however, this does not include the following classes of prostheses, which must be provided free of charge:
    - a) artificial limbs – in accordance with clause 24;
    - b) prostheses which are surgically implanted, either permanently or temporarily;
  - ☐ pharmaceuticals at a level consistent with the Pharmaceutical Benefits Scheme statutory copayments;
  - ☐ aids, appliances and home modifications; and
  - ☐ other services as agreed between the Commonwealth and Victoria.

### **Charges for Patients Other Than Public Patients**

57. Private patients, compensable patients and ineligible persons may be charged an amount for public hospital services as determined by Victoria.
58. However, pharmaceutical services to private patients, while they receive services as admitted patients, will be provided free of charge and cannot be claimed against the Pharmaceutical Benefits Scheme.

#### Patients Recommended for Residential Aged Care

59. Within the context of the on-going development of policy on meeting community needs for residential aged care, the Commonwealth and Victoria recognise the need to develop a fair and effective framework to facilitate the transfer of admitted patients recommended by an Aged Care Assessment Team for residential aged care, to an appropriate care setting. The Commonwealth and Victoria agree they will work jointly on such a framework during the term of the Agreement.
60. The Commonwealth will pursue regulatory amendment to permit Victoria to charge residential care charges up to the level assessed on the same basis, as those applicable in a Commonwealth funded nursing home to patients who:
- ☐ are assessed by Victoria against agreed criteria as no longer needing acute care; and who
  - ☐ qualify for nursing home care, on the basis of an Aged Care Assessment Team recommendation,
- providing that Victoria puts in place legislative appeal rights on a basis agreed with the Commonwealth for patients who wish to challenge an assessment that they are no longer in need of acute care.
- Nursing Home Type Patients who do not qualify for nursing home care on the basis of an Aged Care Assessment Team recommendation may be charged a patient contribution as determined by the Commonwealth Minister for Health under paragraph (b) of the definition of patient contribution in sub-section 3(1) of the *Health Insurance Act 1973*.

#### Cross Border Adjustments

61. A mechanism will be agreed by Victoria with other States and Territories to adjust for costs incurred where admitted patient services are delivered to eligible persons who are residents of other States/Territories.
62. Victoria may enter into a bilateral arrangement with another State or Territory to adjust for costs of non-admitted services of the type covered by this Agreement.
63. Any dispute between Victoria and any other State or Territory will be resolved by referring the matter to an independent person agreed by the disputing States/Territories. In the event that the States can not agree on an independent person within eight weeks of one State seeking the appointment of the independent person, then the matter can be referred by either Minister(s) to the

Productivity Commission to appoint an independent person. The independent person will consider material presented by both States/Territories and produce a report recommending on an appropriate course of action.

64. Victoria agrees that if after the report of the independent person, a State or Territory fails to make relevant payments, the Commonwealth may divert grant payments to meet any outstanding obligation under this section.

#### PART 10 - SUPPLY OF DATA AND PERFORMANCE INFORMATION

65. The Commonwealth and Victoria will comply in a timely way with any reasonable request by the other to supply, or arrange to make available, data or information about the utilisation of health services or the costs of provision of health services.
66. The Commonwealth and Victoria will share with the other and with all other States any data element identified in the National Health Data Dictionary as a component of the national minimum data set.
67. The Commonwealth and Victoria agree to continue the development of performance indicators on efficiency, quality, appropriateness, accessibility and equity of health services.
68. Victoria agrees to report on selected high level performance indicators with a particular focus on health outputs and outcomes at the national level. Victoria is committed to working towards improving performance against a range of broad indicators as set out in Schedule C.
69. Victoria will provide statistical data and de-identified unit record data on public and private hospital activity in accordance with Schedule C.
70. The Commonwealth will provide to Victoria de-identified unit record data on Medicare Benefits Schedule and Pharmaceutical Benefits Scheme utilisation and costs for medical and pharmaceutical services provided within Victoria in accordance with Schedule C.
71. The Commonwealth and Victoria agree that they will share data relevant to proposed measure and share initiatives.
72. The Commonwealth and Victoria will:
- ☐ develop and implement a non-admitted patient morbidity data set by 30 June 2003; and

- work towards expanding the admitted patient hospital morbidity data set to gain an improved understanding of the components of admitted patient episodes.

## SCHEDULE A - DEFINITIONS

1. In this Agreement, unless otherwise specified, words and phrases are to be interpreted as follows.

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>admitted patient</i>                 | means, as defined in the National Health Data Dictionary version 6, data element no 23 'Admitted patient', a patient who undergoes a hospital's formal admission process as either an over-night stay patient or a same-day patient, and excludes unqualified babies as defined in that data element.                                                                                                                                                                                                                                  |
| <i>admitted patient services</i>        | means services of the kind defined in the National Health Data Dictionary version 6, data element numbers 332 to 333 relating to 'Type of admitted patient care'.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <i>Agreement</i>                        | means this document including Schedules A to E inclusive.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <i>applicable weighted population</i>   | means the weighted uninsured population excluding persons entitled to comprehensive medical and allied health treatment for all medical conditions at the expense of the Department of Veterans Affairs as defined in clause 12 of Schedule E.<br><br><i>Note: the calculation of the applicable weighted population in 1998-99 will be adjusted to reflect the number of additional persons who become members of the entitled veterans' population as a result of the introduction of the Gold Card extension on 1 January 1999.</i> |
| <i>casemix weighted separations</i>     | means the sum of admitted public patient separations in a specific period where separations are weighted by the AN-DRG version 3.0 national public cost weights.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <i>Commonwealth Minister</i>            | has the same meaning as the term 'Commonwealth Minister for Health'                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>Commonwealth Minister for Health</i> | means the Minister for Health and Family Services or any other Commonwealth Minister who administers matters to which this Agreement relates, and includes any other Commonwealth Minister who may be acting for and on behalf of any of those Ministers.                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <i>compensable patient</i>              | means an eligible person who is: <ul style="list-style-type: none"> <li>● receiving public hospital services for an injury, illness or disease;</li> <li>and</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

- who has received, or has established a right to receive, payment by way of compensation or damages (including payment in settlement of a claim for compensation or damages) under a law that is or was in force in a State or States (other than Veterans' Affairs legislation) in respect of the injury, illness or disease for which he or she is receiving care and treatment; provided that
- the order under subsection 6(2) of the *Health Insurance Act 1973* dated 11 January 1984 remains in force, or a replacement order remains in force

*Note: the order referred to above excludes compensable patients from eligibility for Medicare in relation to public hospital services related to the compensable injury, illness or disease.*

*Co-ordinated Care Trials*

means those trials established by the Commonwealth in 1996-97, in co-operation with the States and other parties, to test new models for funding and co-ordination of health and related services to specific populations.

*eligible person*

means, as defined in section 3 of the *Health Insurance Act 1973* (the Act), an Australian resident or an eligible overseas representative, and includes:

- a person, or a class of persons, declared by the Commonwealth Minister for Health to be treated as an eligible person, under section 6 of the Act; and
- persons to whom a reciprocal health care agreement relates, under section 7 of the Act, to the extent required or implied by the reciprocal health care agreement.

*emergency services*

means services of the kind defined in category A9.1 of the National Health Data Dictionary version 6, data element no 231 'Type of non-admitted patient care'.

*entitled veteran*

means any person entitled to comprehensive medical and allied health treatment for all medical conditions at the expense of the Department of Veteran's Affairs as defined in clause 12 of Schedule E.

*grant year*

means a period of twelve months which starts on 1 July.

*indicative public patient*

means the indicative rate of casemix weighted separations

*weighted separation rate*

per 1000 applicable weighted population for a specific grant year.

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>ineligible person</i>                   | means any person who is not an eligible person.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>mental health services</i>              | refers to services as defined in the Second Mental Health Plan.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>non-admitted patient</i>                | means, as defined in the National Health Data Dictionary version 6, data element no 31 'Non-admitted patient', a patient who does not undergo a hospital's formal admission process.                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <i>non-admitted patient services</i>       | means services of the kind defined in the National Health Data Dictionary version 6, data element no 231 'Type of non-admitted patient care', and includes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• emergency services;</li> <li>• outpatient services; and</li> <li>• other non-admitted patient services.</li> </ul>                                                                                                                            |
| <i>nursing home type patient</i>           | has the same meaning as in section 3 of the <i>Health Insurance Act 1973</i> (the 35 day rule) provided, however, that the order made pursuant to subsection 6(2) of the <i>Health Insurance Act 1973</i> dated 11 January 1984 remains in force, or a replacement order remains in force.<br><i>Note: the order referred to above excludes a nursing home type patient from being an eligible person in relation to public hospital services.</i> |
| <i>other non-admitted patient services</i> | means services of the kind defined in categories A9.12 to A9.14 of the National Health Data Dictionary version 6, data element no 231 'Type of non-admitted patient care'.                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <i>outpatient services</i>                 | means services of the kind defined in categories A9.2 to A9.11 of the National Health Data Dictionary version 6, data element no 231 'Type of non-admitted patient care'.                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <i>palliative care services</i>            | refers to services as defined in the National Palliative Care Strategy.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>patient election forms</i>              | means those forms completed by patients or their legal representatives to answer a series of questions in order to confirm patient election status.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <i>private patient</i>                     | means an eligible person who: elects to be treated as a private patient; and elects to be responsible for paying fees of the type referred to in clause 57.<br><i>Note: an eligible person who has been referred to receive services from a medical specialist exercising a right of private practice under</i>                                                                                                                                    |

*the terms of employment or a contract with a hospital which provides public hospital services, is not a patient of the hospital.*

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>public hospital services</i>      | means services of a kind or kinds (including admitted patient services and non-admitted patient services) that are currently provided or were so provided on 1 July 1998 by hospitals that are wholly or partly funded by a State or Territory (whether those services are provided directly or via one or more intermediate persons or bodies). |
| <i>public patient</i>                | means an eligible person who receives or elects to receive a public hospital service free of charge.                                                                                                                                                                                                                                             |
| <i>State Minister</i>                | has the same meaning as the term 'State Minister for Health'.                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <i>State Minister for Health</i>     | means the State Minister for Health or any other State Minister who administers, for the State, matters to which this Agreement relates, and includes any other State Minister who may be acting for and on behalf of any of those State Ministers.                                                                                              |
| <i>States</i>                        | includes the Australian Capital Territory and the Northern Territory.                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Veterans' Affairs Legislation</i> | means legislation administered from time to time by the Commonwealth Minister for Veterans' Affairs or the Repatriation Commission or any of their successors.                                                                                                                                                                                   |
| <i>weighted population</i>           | means the raw population weighted as set out in Schedule E of this Agreement.                                                                                                                                                                                                                                                                    |

2. A reference in this Agreement to the *Health Insurance Act 1973* or the *National Health Act 1953* is a reference to the Acts as at 1 July 1998.

3. Words and phrases which are not defined in this Agreement are as defined in the *Health Insurance Act 1973*.

## SCHEDULE B – MENTAL HEALTH REFORMS

### Introduction

1. All Health Ministers have endorsed the National Mental Health Policy, the Second National Mental Health Plan and the Mental Health Statement of Rights and Responsibilities, which together constitute the renewed National Mental Health Strategy. The National Mental Health Policy is an agreed broad strategy for the reform of the mental health sector across all States and Territories. The Second National Mental Health Plan outlines a five year program of action in specific areas. The Commonwealth and Victoria will work towards the development of output based performance

indicators and targets over the life of the Agreement. Both the Policy and the Plan represent a co-operative approach to mental health reform in Australia.

#### Definitions

2. Within this Schedule the following definitions apply unless the contrary intention appears:

"Agreed Data" means that data agreed by the Working Group or between the Commonwealth and Victoria, as amended from time to time, as being appropriate and feasible for States and Territories to provide annually for analysis and publication by the Commonwealth in the National Mental Health Report;

"Plan" means the Second National Mental Health Plan, as agreed by Health Ministers;

"Policy" means the National Mental Health Policy agreed by Health Ministers at their conference in April 1992;

"Strategy" means the National Mental Health Strategy, which comprises the National Mental Health Policy, the Second National Mental Health Plan, the Mental Health Statement of Rights and Responsibilities and this Schedule; and

"Working Group" means the Australian Health Ministers' Advisory Council National Mental Health Working Group, which comprises representatives from each of the States and Territories, the

Commonwealth, a consumer or carer representative, and the Chair of the Mental Health Council of Australia.

3. Unless the contrary intention appears, all terms used in this Schedule will carry the same meaning as those used in the Plan.

#### Operation of the Schedule

4. The Commonwealth and Victoria agree to pursue a program of mental health reform consistent with the objectives of the Policy and the strategies outlined in the Plan.
5. Within three months of the end of each grant year, Victoria will forward to the Commonwealth an acquittal on the use of mental health reform funding in a form agreed between the Commonwealth and Victoria.
6. By 31 December in 1998-99, and by 30 June prior to each subsequent grant year, the Commonwealth and Victoria will agree on indicators and performance targets in the areas of:
  - ☐ promotion and prevention;
  - ☐ partnerships in service reform and delivery; and
  - ☐ quality and effectiveness.
7. The performance indicators and targets developed under clause 6 of this Schedule will cover, but not be restricted to, Victoria's activity in relation to:
  - ☐ collection of data for the National Mental Health Minimum Data Set;
  - ☐ implementation of National Standards for Mental Health Services;
  - ☐ collection of consumer outcome and satisfaction data; and
  - ☐ maintenance and enhancement of consumer and carer involvement at State and local levels.
8. Victoria agrees to establish, and maintain over the term of this Agreement, a separate program budget for mental health services covering relevant services provided in public hospitals, psychiatric hospitals and the community.
9. Victoria agrees that Commonwealth funds will not be used to replace, or lead to a reduction in, existing Victorian expenditure on mental health.

10. Victoria agrees to maintain a mental health consumer advisory group to provide open and independent advice to the Victorian Minister and the Victorian Department on mental health issues.

#### National Monitoring and Reporting

11. The Commonwealth and Victoria agree that within the term of the Agreement, a national system of reporting on mental health activity and progress in implementing the Strategy will be maintained through the production of a National Mental Health Report to be published by the Commonwealth as soon as practicable in the year following each grant year.
12. To facilitate publication of the National Mental Health Report, Victoria will provide to the Commonwealth, no later than six months after the end of each year or after receiving the format, whichever is the latest, Agreed Data for the preceding grant year including:
- ☐ progress against the objectives of the Strategy;
  - ☐ performance against indicators and targets developed in accordance with clauses 6 and 7 of this Schedule;
  - ☐ National Minimum Data Set - Institutional Mental Health Care and National Minimum Data Set - Community Mental Health Care data collected by Victoria; and
  - ☐ details on other mental health activity undertaken by Victoria as agreed between the Commonwealth and Victoria.

#### SCHEDULE C – PERFORMANCE MEASURES AND INFORMATION

##### Introduction

1. The Commonwealth and Victoria agree that the publication of performance against agreed indicators should occur to demonstrate that overall funding is contributing to better health outcomes for all Australians.
2. Publication of this information will enable the Commonwealth and States and Territories to compare performance within the acute health sector and to set benchmarks which are intended to:
- ☐ stimulate improvement in service performance and health outcomes;
  - ☐ inform national and State acute health policy development and, where possible, consumer decisions; and

- ☐ facilitate best practice service delivery.

### Scope of Performance Measures

3. The Commonwealth and Victoria agree to work together to develop and refine appropriate high level performance indicators where these do not presently exist. These indicators could include:
  - ☐ waiting times for access to services;
  - ☐ indicators of Aboriginal and Torres Strait Islander health;
  - ☐ indicators of integration of care processes and indicators of access to primary care;
  - ☐ measures of quality of care, including patient satisfaction;
  - ☐ indicators of effort in medical training and medical research;
  - ☐ mental health reform indicators; and
  - ☐ indicators of access to and quality of palliative care services.
4. In the first instance Victoria agrees to report waiting times for access to emergency department services and elective surgery. The report will be based upon definitions in the appropriate version of the National Health Data Dictionary.
5. The parties agree to a suite of performance indicators for emergency department and elective surgery waiting times not less than those agreed in the 1997-98 Performance Targets document under Schedule D1 of the 1993-98 Medicare Agreement.
6. Victoria agrees to provide data on emergency department and elective surgery waiting times to the Commonwealth on multilaterally agreed performance indicators three months after the end of the quarter. The Commonwealth undertakes to publish the data on a quarterly basis.
7. The Commonwealth and Victoria note that in August 1997 all Health Ministers agreed to report against a set of Aboriginal and Torres Strait Islander health performance indicators, noting that further refinement was required. In March 1998 the Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) endorsed a refined set of indicators. All jurisdictions will report annually, but refinement will continue over the next two years. This work will be funded by the Commonwealth.

8. The Commonwealth and Victoria agree that if there is multilateral agreement to additional performance information over the life of the Agreement, then they will work with other States and Territories to collect and report on agreed performance indicators.

#### Data

9. Victoria will provide to the Commonwealth de-identified unit record data on public and private hospital utilisation, including as a minimum all items in the Institutional Health Care minimum data set and relevant items from the Waiting List minimum data set and any other items necessary for use by an agreed DRG grouper, no later than six months after the end of each financial year.
10. Victoria will also provide to the Commonwealth quarterly hospital activity data, in a form no less than that required for the 1997-98 Performance Targets document, agreed under clause 5.2 of Schedule D1 of the 1993-98 Medicare Agreement, within three months of the end of the quarter in an agreed format.
11. The Commonwealth will provide to Victoria, Commonwealth de-identified unit record data, in accord with privacy requirements, on Medicare Benefit Schedule and Pharmaceutical Benefits Scheme utilisation and costs within Victoria no later than six months after the end of each financial year.

### SCHEDULE D – PUBLIC PATIENTS' HOSPITAL CHARTER AND COMPLAINTS BODY

#### Background

1. Under clause 4 of the 1993-98 Medicare Agreements all States and Territories agreed to:
  - ☐ develop Public Patients' Hospital Charters as statements of what consumers should expect from public hospital services; and
  - ☐ establish complaints bodies independent of the public hospital system to resolve complaints made by eligible persons in respect of public hospital services received by them.

#### The Public Patients' Hospital Charter

2. Victoria agrees to:
  - ☐ review and update the existing Public Patients' Hospital Charter to ensure its relevance to public hospital services;
  - ☐ develop the Public Patients' Hospital Charter in appropriate community languages; and

- ☐ develop and implement strategies for distributing the Charter to public hospital service users.

3. Victoria agrees to the following minimum standards:

- ☐ the Public Patients' Hospital Charter will be promoted and made publicly available wherever public hospital services are provided;
- ☐ the Charter will set out:
  - a) how the Principles in clause 13 of this Agreement are to apply to the provision of public hospital services in Victoria;
  - b) the process by which eligible persons can lodge complaints about the provision of public hospital services to them; and
  - c) how complaints may be referred to an independent complaints body.

4. Victoria agrees that the updated Charter will be publicly available by no later than 1 July 1999.

#### Independent complaints body

5. Victoria agrees to maintain an independent complaints body to resolve complaints made by eligible persons about the provision of public hospital services to them.

6. Victoria agrees to the following minimum standards:

- ☐ the complaints body must be independent of bodies providing public hospital services and Victoria's health department;
- ☐ the complaints body must be given powers to investigate, conciliate and/or adjudicate on complaints received by it; and
- ☐ the complaints body must be given the power to recommend systemic and specific improvements to the delivery of public hospital services.

7. The Commonwealth and Victoria agree that the powers of the complaints body will not interfere with or override the operation of registration boards or disciplinary bodies in Victoria and that the exercise of powers by the complaints body will not affect rights that a person may have under common law or statute law.

8. To assist in making recommendations and taking action to improve the quality of public hospital services, Victoria agrees to implement a consistent national approach, to be agreed between the Commonwealth and all States, to collecting and reporting health complaints data.

## SCHEDULE E – FUNDING

### PART 1 – CALCULATION OF GRANTS TO VICTORIA

#### Introduction

1. This schedule sets out the basis for the calculation of the financial assistance which, subject to other provisions in this Agreement, will be paid to Victoria in each grant year covered by this Agreement.
2. The following forms of financial assistance will be available:
  - ☐ a Base Health Care Grant which includes identified amounts for mental health, palliative care and quality improvement;
  - ☐ adjustments to the Health Care Grant; and
  - ☐ funding from the National Health Development Fund.
3. This Schedule also sets out the basis for the calculation of funding for national programs. These national programs include casemix, mental health and palliative care.

#### Base Health Care Grant

4. In the 1998-99 grant year the Commonwealth will pay Victoria a Base Health Care Grant of \$1,327,893,696, which includes:
  - ☐ \$12,229,526 for mental health;
  - ☐ \$7,044,551 for palliative care; and
  - ☐ \$18,869,332 for quality improvement.
5. For each of the years 1999-2000 to 2002-03, the Base Health Care Grant will be indexed to adjust for population growth and ageing, change in hospital output costs, change in private health insurance coverage, change in the entitled veterans' population, and demand growth through the application of two indices calculated by the following formulae:

$$\text{INDEX A} = ( \frac{\text{AWPOP}}{\text{CI}} * 1.021 )$$

AWPOP-1

where:

AWPOP is the applicable weighted population for the relevant grant year determined in accordance with clause 12 of this Schedule;

AWPOP-1 is the applicable weighted population for the previous grant year; and

CI is a hospital output cost index for the relevant grant year determined in accordance with clause 40 to 42 of this Agreement.

$$\text{INDEX B} = \left( \frac{\text{WPOP}}{\text{WPOP-1}} * \text{CI} \right)$$

where:

WPOP is the weighted population for the relevant grant year, and is an estimate of the Victorian population as at 31 December of the relevant grant year provided by the Australian Bureau of Statistics, weighted in accordance with clause 14 of this Schedule;

WPOP-1 is the weighted population for the previous grant year; and

CI is a hospital output cost index for the relevant grant year determined in accordance with clause 40 to 42 of this Agreement.

6. For the 1999-2000 grant year the Commonwealth will pay Victoria a Base Health Care Grant of \$1,344,826,510 (in 1998-99 prices), which includes (in 1998-99 prices):

- ❑ \$12,229,526 (in 1998-99 prices) for mental health;
- ❑ \$7,044,551 (in 1998-99 prices) for palliative care; and
- ❑ \$25,159,109 (in 1998-99 prices) for quality improvement;

These amounts will be brought to 1999-2000 prices as follows:

- the mental health component by the formula

$$\$12,229,526 * \text{INDEX B}$$

- the palliative care component by the formula

$$\$7,044,551 * \text{INDEX B}$$

- the quality improvement component by the formula

$$\$25,159,109 * \text{INDEX B}$$

- the remaining component by the formula

$$(\$1,091,394,109 * \text{INDEX A}) + (\$208,999,215 * \text{INDEX B})$$

7. For the 2000-01 grant year the Commonwealth will pay Victoria a Base Health Care Grant which is the sum of the following components:

- a mental health component calculated by the formula

$$\text{MH-1} * \text{INDEX B}$$

where MH-1 is the mental health component for 1999-2000

- a palliative care component calculated by the formula

$$\text{PC-1} * \text{INDEX B}$$

where PC-1 is the palliative care component for 1999-2000

- a quality improvement component calculated by formula

$$\$31,448,886 * \text{INDEX B1} * \text{INDEX B2}$$

where INDEX B1 and INDEX B2 are INDEX B for 1999-2000 and 2000-01 respectively.

- the remaining component calculated by the formula

$$(RC-1 * 0.83928 * INDEX A) + (RC-1 * 0.16072 * INDEX B)$$

where RC-1 is the remaining component for 1999-2000

8. For the 2001-02 grant year the Commonwealth will pay Victoria a Base Health Care Grant which is the sum of the following components:

- ☐ a mental health component calculated by the formula

$$MH-1 * INDEX B$$

where MH-1 is the mental health component for 2000-01

- ☐ a palliative care component calculated by the formula

$$PC-1 * INDEX B$$

where PC-1 is the palliative care component for 2000-01

- ☐ a quality improvement component calculated by the formula

$$\$37,738,666 * INDEX B1 * INDEX B2 * INDEX B3$$

where INDEX B1, INDEX B2 and INDEX B3 are INDEX B for 1999-2000, 2000-01 and 2001-02 respectively

- ☐ an other component calculated by the formula

$$(RC-1 * 0.83928 * INDEX A) + (RC-1 * 0.16072 * INDEX B)$$

where RC-1 is the remaining component for 2000-01

9. For the 2002-03 grant year the Commonwealth will pay Victoria a Base Health Care Grant which is the sum of the following components:

- ☐ a mental health component calculated by the formula

$$MH-1 * INDEX B$$

where MH-1 is the mental health component for 2001-02

- a palliative care component calculated by in the formula

$$PC-1 * INDEX B$$

where PC-1 is the palliative care component for 2001-02

- a quality improvement component calculated by the formula

$$\$44,028,441 * INDEX B1 * INDEX B2 * INDEX B3 * INDEX B4$$

where INDEX B1, INDEX B2, INDEX B3 and INDEX B4 are INDEX B for 1999-2000, 2000-01, 2001-02 and 2002-03 respectively

- an other component calculated by the formula

$$(RC-1 * 0.83928 * INDEX A) + (RC-1 * 0.16072 * INDEX B)$$

where RC-1 is the remaining component for 2001-02

#### Health Care Grant Adjustment

10. In addition to the Base Health Care Grant payable in accordance with clauses 4 to 9 of this Schedule, the Health Care Grant payments to Victoria will include adjustments of the following amounts:

- an increase of \$38,111,756 in 1998-99

- an increase in 1999-2000 calculated by the formula

$$\$6,000,000 * INDEX B1$$

- a decrease in 2001-02 calculated by the formula

$$\$6,000,000 * INDEX B1 * INDEX B2 * INDEX B3$$

- a decrease in 2002-03 calculated by the formula

$$\$13,000,000 * \text{INDEX B1} * \text{INDEX B2} * \text{INDEX B3} * \text{INDEX B4}$$

where INDEX B1, INDEX B2, INDEX B3 and INDEX B4 are INDEX B in respect of 1999-2000, 2000-01, 2001-02 and 2002-03 respectively.

#### National Health Development Fund

11. In addition to the Base Health Care Grant and adjustments, the Commonwealth will make \$63,000,000 available to Victoria from the National Health Development Fund over the life of the Agreements. Funds drawing will be linked to cash flow requirements for projects identified by Victoria and consistent with the agreed strategic plan.

#### Population definitions

12. The "applicable weighted population" (AWPOP) is calculated by the formula:

$$\text{AWPOP} = \text{WPOP} - \text{WINPOP} - \text{WVPOP}$$

where:

WPOP is the weighted population for the relevant grant year, and is an estimate of the Victorian population as at 31 December of the relevant grant year provided by the Australian Bureau of Statistics, weighted in accordance with clause 14 of this Schedule;

WINPOP is the weighted insured population for the relevant grant year, calculated in accordance with clause 13 of this Schedule; and

WVPOP is the entitled veterans' population for the relevant grant year, and is the number of persons entitled to comprehensive medical and allied health treatment for all medical conditions, irrespective of whether they are war caused or not, at the expense of the Department of Veterans' Affairs (currently holders of a gold coloured "Repatriation Health Card - For All Conditions") in Victoria as at 31 December of the relevant grant year, as notified by Department of Veterans'

Affairs, weighted in accordance with clause 14 of this Schedule. For 1998-99, WVPOP will equal:

- the number of such persons in Victoria, as at 31 December 1998; plus
- the number of such persons who receive such entitlements as a result of the Commonwealth Government decision to extend such entitlements to World War II servicemen with qualifying service from that conflict, as at 31 December 1999.

13. The weighted insured population will be calculated as follows:

- If the private health insurance participation rate as at 31 December in the relevant grant year in Victoria is lower than or equal to the participation rate for Victoria as at 31 December 1998, then the weighted insured population for the relevant grant year will be equal to the number of persons in Victoria covered by an Applicable Benefit Arrangement under paragraph 5A(1)(a) of the *National Health Act 1953* as at 31 December of the relevant grant year as notified by the Private Health Insurance Administration Council, weighted in accordance with clause 14 of this Schedule.
- If the private health insurance participation rate as at 31 December in the relevant grant year in Victoria is higher than the participation rate for Victoria as at 31 December 1998, but less than or equal 32.2%, then the following formula will apply in order to calculate the weighted insured population:

$$\frac{\text{WINPOP}}{\text{RRATE}} \times \text{RATE98}$$

where:

WINPOP is the number of persons in Victoria covered by an Applicable Benefit Arrangement under paragraph 5A(1)(a) of the *National Health Act 1953* as at 31 December of the relevant grant year as notified by the Private Health Insurance Administration Council, weighted in accordance with clause 14 of this Schedule.

RATE98 is the private health insurance participation rate as at 31 December 1998.

RRATE is the private health insurance participation rate as at 31 December of the relevant grant year.

- If the private health insurance participation rate as at 31 December in the relevant grant year in Victoria is higher than 32.2%, then the following formula will apply in order to calculate the weighted insured population:

$$\text{APOP} * (1 - \frac{0.322 - \text{RATE98}}{\text{RRATE}})$$

where:

APOP is the actual number of persons in Victoria covered by an Applicable Benefit Arrangement under paragraph 5A(1)(a) of the *National Health Act 1953* as at 31 December of the relevant grant year as notified by the Private Health Insurance Administration Council, weighted in accordance with clause 14 of this Schedule;

RRATE is the private health insurance participation rate as at 31 December of the relevant grant year; and

RATE98 is the private health insurance participation rate as at 31 December 1998.

#### Population weights

14. The following weights will be used to calculate "weighted population" wherever required within this Schedule:

##### Males

| Age     | Weight   |
|---------|----------|
| 0 - 4   | 0.874032 |
| 5 - 14  | 0.237617 |
| 15 - 19 | 0.328502 |
| 20 - 39 | 0.455793 |

|      |            |
|------|------------|
| 40 - | 590.864987 |
| 60 - | 641.885101 |
| 65 - | 692.634457 |
| 70 - | 743.541862 |
| 75 - | 794.395498 |
| 80 - | 845.175927 |
| 85+  | 5.864020   |

#### Females

| Age    | Weight     |
|--------|------------|
| 0 - 4  | 0.694806   |
| 5 - 14 | 0.180782   |
| 15 -   | 190.437328 |
| 20 -   | 390.908562 |
| 40 -   | 590.894467 |
| 60 -   | 641.424386 |
| 65 -   | 691.957997 |
| 70 -   | 742.528326 |
| 75 -   | 793.301255 |
| 80 -   | 844.080193 |
| 85+    | 4.855440   |

Note: These weights have been derived by applying the estimated resident Australian population as at 31 December 1995 to hospital separation data for public and private hospitals from the 1995-96 national hospital morbidity data collection.

## PART 2 - ADMINISTRATIVE ARRANGEMENTS

### Provisional Grants

15. Pending the availability of all data necessary to determine Victoria's Health Care Grant entitlements under this Agreement, the Commonwealth Minister will determine provisional Health Care Grants in respect of each grant year.
16. The Commonwealth Minister will make a determination of provisional grants to Victoria before the start of each grant year based on the best estimate of the final grant entitlement for Victoria under the terms of this Agreement.

17. The Commonwealth Minister may revise the provisional Health Care Grant at any time so that it more accurately reflects Victoria's estimated grant entitlement under the terms of this Agreement.

#### **Final Grant Entitlement**

18. When all necessary data is available the Commonwealth Minister will issue a determination of Victoria's final grant entitlement under the terms of this Agreement.
19. If the final grant determination is made after the end of the relevant grant year, any variation between the final grant entitlement and the provisional grant actually paid in the relevant grant year will become a liability payable by the Commonwealth or Victoria as appropriate.

#### **20 Cash Flow**

20. When determining provisional grants, the Commonwealth Minister will also determine cash flow arrangements in respect of the provisional grants.

21. The cash flow arrangements for Health Care Grants:

☐ must provide for at least 95% of Victoria's provisional grant entitlement to be paid weekly in:

- 51 equal instalments of  $\frac{7}{365}$ ths of the provisional grant entitlement; and
- one payment for the balance of the entitlement.

22. National Health Development Fund payments will be linked to the cash flow requirements of projects nominated by Victoria and consistent with the approved Strategic Plan.

#### **Acquittal of Grants**

23. Victoria agrees to provide to the Commonwealth the following reports, within five months of the end of each grant year:

- ☐ a statement to acquit the amount of funds provided under this Schedule in the relevant grant year as Health Care Grants under the terms of this Agreement;
- ☐ a certification that the Health Care Grant funding received in the relevant grant year was expended on the provision of public hospital services; and

- ☐ separate acquittance statements in respect of funds provided from the National Health Development Fund.

24. Victoria agrees that the reports referred to in clause 23 of this Schedule will be in a form agreed between Victoria and the Commonwealth from time to time.

### PART 3 - NATIONAL PROGRAMS

25. The Commonwealth will make funding available for casemix, mental health and palliative care national programs.

26. In the 1998-99 grant year the Commonwealth will make the following amounts available in respect of national programs:

- ☐ \$5,141,500 for casemix;
- ☐ \$10,000,000 for mental health; and
- ☐ \$2,000,000 for palliative care.

27. In each of the years 1999-2000 to 2002-03, the Commonwealth will make amounts available in respect of each of the above national programs in accordance with the following formula:

$$\text{FUNDS-1} * \text{INDEX C}$$

where:

FUNDS-1 is the funding for the relevant national program in the previous grant year; and

INDEX C is the national program index for the relevant grant year calculated by the formula:

$$\frac{\text{NWPOP}_t}{\text{NWPOP-1}} * \text{WCI-1}$$

where:

NWPOP is the Australian total weighted population for the relevant grant year, and is an estimate of the Australian population as at 31 December of the relevant grant year

provided by the Australian Bureau of Statistics, weighted in accordance with clause 14 of this Schedule;

NWPOP-1 is the Australian total weighted population for the previous grant year; and

WCI-1 is the most recent estimate, as at 1 June in the grant year prior to the relevant grant year, of the movement in the Wage Cost Index No 1 (WCI-1) as defined in the Commonwealth Department of Finance Estimates Memorandum 1995/16.