

## ความไม่แน่นอนของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

Uncertainty Factors : UF

### การเปลี่ยนแปลงของระบบอภิบาลและการบริหารหลักประกันสุขภาพภาครัฐ โดยให้ภาคเอกชนเข้ามาดำเนินการ

นิพิฐ พิรเวช

#### ประเด็นที่น่าสนใจ

- ระบบประกันสุขภาพเอกชนในประเทศไทยส่วนใหญ่มีลักษณะสัญญา สิทธิประโยชน์ที่คล้ายกัน บนโครงสร้างของสัญญาประกันภัยที่ชัดเจนความเสียหายแบบดั้งเดิม (Traditional indemnity) ไม่รับรองการรับประกัน (Non-guaranteed issuing) และไม่รับรองการต่ออายุสัญญาเมื่อครบกำหนด (Non-guaranteed renewal) แต่เพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายจะมีการนำแนวทางการจัดการใหม่ๆ มาใช้ เช่น แนวทางบริการสุขภาพที่มีการจัดการ (Managed care) การใช้ระบบเครือข่ายสถานพยาบาล หลักแบบ Preferred provider การบริหารการใช้ทรัพยากรการแพทย์ (Utilization management) การบริหารเครือข่ายสถานพยาบาล (Provider management) งานระบบสารสนเทศและข้อมูลเพื่อการบริหาร (Management information) งานบริหารการเบิกจ่ายผลประโยชน์และค่าบริหารสุขภาพ (Claim & Reimbursement management) งานบริหารการเงินประกันสุขภาพ (Financial management) และการต่อต้านทุจริต (Anti-frauds) ทำให้บริษัทรายใหญ่อยู่ในสถานะมีกำไร
- ทิศทางที่ภาคเอกชนอาจมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพภาครัฐ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ (1) ภาคเอกชนไม่มีส่วนร่วมโดยตรง อันเป็นสถานการณ์ปัจจุบัน
- (2) ภาคเอกชนมีส่วนร่วมแบบองค์กรเอกชนบริหารจัดการโดยไม่รับความเสี่ยงทางการเงิน ซึ่งอาจมีส่วนช่วยเพิ่มความพึงพอใจ คุณภาพและการเข้าถึงบริการได้ แต่ต้นทุนอาจสูงขึ้น
- (3) ภาคเอกชนมีส่วนร่วมแบบองค์กรเอกชนรับความเสี่ยงแบบรับประกันภัยต่อ ซึ่งน่าจะทำให้ความเสี่ยงและเสถียรภาพทางการเงินของกองทุนดีขึ้น ซึ่งหากเป็นแบบรับจ้างบริหารจัดการด้วย คุณภาพและการเข้าถึงบริการอาจดีขึ้น แต่ต้นทุนอาจสูงขึ้นและอาจมีแรงกดดันระหว่างกองทุนรัฐที่เลือกใช้ หรือไม่เลือกใช้ภาคเอกชน
- (4) ภาคเอกชนมีส่วนร่วมแบบองค์กรเอกชนรับความเสี่ยงแบบรับประกันภัยตรง ผู้มีสิทธิอาจมีความเสี่ยงมากขึ้นเนื่องจากการใช้โครงสร้างสิทธิประโยชน์แบบมีเพดานทุกหมวดรายการ และต้องระวังเรื่องเสถียรภาพทางการเงินซึ่งขึ้นกับจำนวนประชากรและโอกาสเกิด Adverse selection และหากเป็นแบบประกันสุขภาพเสริมสิทธิ (Supplemental insurance plan) จะมีประเด็นด้านความเป็นธรรมในการเข้าถึงความคุ้มครอง อย่างไรก็ตามหากใช้แนวทางแบบ Managed care plan ประเด็นส่วนเกินสิทธิอาจน้อยกว่าแบบอื่น
- ในการให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะต่างๆ ระบบอภิบาลของกองทุนภาครัฐจะต้องมีการปรับตัว และปรับบทบาทการทำงานให้เหมาะสม สอดคล้องกันด้วย



## 1. สถานการณ์ทั่วไป

### หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเทศไทยได้รับรองสิทธิการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน (ที่มีได้เกิดจากอุบัติเหตุในการทำงาน หรือจากอุบัติเหตุภัยรถยนต์) โดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2544 ซึ่งดำเนินการผ่าน 3 กองทุนรัฐ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ 47 ล้านคน) กองทุนประกันสังคม (ครอบคลุมผู้ประกันตนประมาณ 9 ล้านคน) และกองทุนสวัสดิการข้าราชการ (ครอบคลุมผู้มีสิทธิประมาณ 7 ล้านคน) โดยอาศัยแหล่งเงินหลักจากภาษีอากร และมีแหล่งเงินรองจากเงินสมทบของลูกจ้าง-นายจ้างในระบบประกันสังคม

### ระบบจ่ายค่าบริการ

ลักษณะสำคัญประการหนึ่งของการบริหารจัดการกองทุนรัฐทั้ง 3 ข้างต้น คือ ระบบจ่ายค่าบริการแก่ผู้ให้บริการ โดยกองทุนประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เลือกใช้ระบบเหมาจ่าย ทั้งต่อคนต่อปี (Capitation หรือ CAP) หรือต่อโรคต่อครั้ง (ผ่าน Diagnosis Related Group หรือ DRG) บนงบประมาณจำกัด (Global Budgeting) เป็นหลัก ในขณะที่กองทุนสวัสดิการข้าราชการใช้ระบบการจ่ายค่าบริการตามรายการที่ใช้จริง (Fee for Service หรือ FFS) ที่ผ่านมา ค่าบริการสุขภาพของกองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ภายใต้การควบคุมในระดับต่ำ ในขณะที่ของกองทุนสวัสดิการข้าราชการมีการขยายตัวที่รวดเร็วในระดับสูง

### การบริหารความเสี่ยงทางการเงิน

การบริหารจัดการส่วนสำคัญของกองทุนสุขภาพใด ๆ คือค่าใช้จ่ายในการบริหารความเสี่ยงจากการใช้บริการที่ไม่เหมาะสม อาทิ ใช้เกิน หรือ ใช้ผิด การใช้ระบบเหมาจ่ายค่าบริการ ซึ่งเป็นระบบที่มีการจำกัดความเสี่ยงทางการเงินกับกองทุน จึงส่งผลให้การบริหารจัดการกองทุนโดยรวมอยู่ในระดับต่ำไปด้วย ซึ่งเป็นสถานการณ์ของกองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

### ระบบเหมาจ่าย

ในบริบทการรับค่าบริการสุขภาพแบบเหมาจ่าย ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีระบบบริหารความเสี่ยงจากการให้บริการที่ไม่เหมาะสมที่ดีพอ จึงจะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายให้สอดคล้องกับค่าบริการที่ได้รับ เมื่อความพร้อมและทักษะในการจัดการดังกล่าวยังไม่ดีพอ ย่อมก่อให้เกิดความเสี่ยง 2 ประการ คือ เสี่ยงต่อการใช้จ่ายเกินรายรับ และเสี่ยงต่อการให้บริการที่ต่ออายุคุณภาพเนื่องจากทรัพยากรไม่พอ ซึ่งกระทบต่อผลลัพธ์และเสถียรภาพระบบได้ และด้วยแรงกดดันดังกล่าว ผู้ให้บริการสุขภาพโดยธรรมชาติจึงมักไม่นิยมระบบเหมาจ่าย

### ระบบ FFS

ในบริบทการจ่ายค่าบริการแบบ FFS กองทุนจำเป็นต้องลงทุนในงานบริหารเชิงรุกเพื่อดูแลให้บริการของสถานพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม งบประมาณจึงจะอยู่ภายใต้กรอบที่พึงประสงค์โดยทั่วไป ค่าบริหารจัดการความเสี่ยงของกองทุน FFS จึงมักสูงกว่ากองทุนแบบเหมาจ่าย แต่อันที่จริงแล้วที่สำคัญคือ ผู้ให้บริการในระบบนี้มีแรงกดดันน้อยกว่าในการลดบริการทางสุขภาพแก่ผู้มีสิทธิ ดังนั้นความเสี่ยงที่ผู้มีสิทธิจะได้รับบริการที่ต่ำกว่าความจำเป็นจึงน้อยลงด้วยโดยปริยาย แต่เนื่องจากกองทุน



สวัสดิการข้าราชการที่ใช้ระบบ FFS ยังมีได้ทำการบริหารความเสี่ยงเชิงรุกเท่าที่ควร ค่าบริหารจัดการจึงยังอยู่ในระดับที่ต่ำ ซึ่งก็อาจถือว่าชดเชยกับค่าบริการสุขภาพที่สูงกว่ากองทุนเหมาจ่ายทั่วไปได้ในบางส่วน โดยธรรมชาติ ผู้ให้บริการสุขภาพจะนิยมรับค่าบริการแบบ FFS

#### หลักประกันสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะ

อย่างไรก็ตาม ยังมีกลุ่มประชากรเฉพาะบางกลุ่มที่หลักประกันสุขภาพอยู่นอกระบบปกติข้างต้น ประกอบด้วย กลุ่มข้าราชการการเมืองในส่วนสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานองค์อิสระในกำกับของรัฐบางแห่ง พนักงานของบริษัทเอกชนที่มีได้เข้าร่วมในระบบประกันสังคม ตั้งแต่แรกเนื่องจากมีสวัสดิการที่เทียบเท่า กลุ่มประชากรเฉพาะเหล่านี้ ส่วนใหญ่ใช้ประกันสุขภาพเอกชน (Private Health Insurance หรือ PHI) ร่วมกับระบบสวัสดิการที่องค์กรบริหารเอง (Self Insured, Self Managed)

#### ระบบประกันภัยภาคบังคับอื่นที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ

นอกจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าข้างต้นแล้ว ยังมีการประกันภัยภาคบังคับสำคัญอีก 2 ระบบที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองค่ารักษาพยาบาล ได้แก่

1.7.1 ระบบคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉพาะการบาดเจ็บที่เกิดจากรถยนต์ ในแบบจำกัดเขตความคุ้มครอง ดำเนินการโดยบริษัทประกันวินาศภัย โดยเจ้าของรถเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกัน และใช้วิธีจ่ายค่าบริการสุขภาพแบบ FFS

1.7.2 ระบบกองทุนเงินทดแทน ซึ่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลเฉพาะการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงานของลูกจ้างในระบบประกันสังคมในแบบจำกัดเขต ความคุ้มครองดำเนินการโดยสำนักงานกองทุนเงินทดแทน โดยนายจ้างเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกัน และใช้วิธีจ่ายค่าบริการสุขภาพแบบ FFS

#### ระบบประกันสุขภาพเอกชน (PHI)

##### ความเป็นมา

เกิดขึ้นในประเทศไทยไม่น้อยกว่า 20 ปี โดยผู้นำเป็นกลุ่มบริษัทประกันชีวิตที่ขายประกันสุขภาพเป็นสัญญาเพิ่มเติมจากกรมธรรม์ประกันชีวิตหลัก เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการซื้อประกันชีวิต ต่อมาบริษัทประกันวินาศภัยเริ่มให้ความสนใจและมีส่วนร่วมมากขึ้น และมีบริษัทประกันสุขภาพเฉพาะทางเกิดขึ้นด้วย ลักษณะสัญญาและสิทธิประโยชน์มีลักษณะคล้ายกันแทบทุกบริษัทบนโครงสร้างของสัญญาประกันภัยที่ชดเชยความเสียหายแบบดั้งเดิม (Traditional Indemnity) มีทั้งแบบรายสามัญ (บุคคล) และรายกลุ่ม มีการพิจารณารับประกัน (เว้นรายกลุ่มส่วนใหญ่) ไม่รับรองการรับประกัน (Non-guaranteed Issuing) และไม่รับรองการต่ออายุสัญญาเมื่อครบกำหนด (Non-guaranteed Renewal) มีช่วงอายุเริ่มและสิ้นสุดการคุ้มครอง แม้ในปัจจุบันอายุที่เริ่มรับประกันจะลดต่ำลงมากถึง 1 เดือน และเริ่มมีสัญญาคุ้มครองตลอดชีพบ้างแล้ว สิทธิประโยชน์ส่วนใหญ่เป็นแบบชดเชยตามหมวดบริการสุขภาพที่มีเขตจำกัดในแต่ละหมวด (Itemized Benefits with Inner Limits) แต่ก็มีบริษัทที่เริ่มให้ค่าคุ้มครองแบบตามจริงภายใต้เขตรวม (As Charged within Global Limit) ซึ่งมักเป็นกรณีประกันสุขภาพกลุ่ม สำหรับกรณีรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก การคุ้มครองจะเป็นผลประโยชน์สูงสุดต่อครั้ง 20-30 ครั้งต่อปี มีข้อยกเว้นการคุ้มครองซึ่งคล้ายคลึงกันแทบทุกบริษัทเพื่อให้เบี้ยอยู่เกณฑ์ที่ตลาดยอมรับได้



สำหรับอัตราเบี้ยประกัน ใช้ระบบแปรผันตามชั้นอายุ ในรายที่มีปัญหาสุขภาพก่อนทำประกัน อาจรับประกันโดยเพิ่มเบี้ย หรือกำหนดภาวะที่มีเป็นข้อยกเว้นเฉพาะตัว การพิจารณารับประกันดังกล่าว มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนเพื่อมิให้เกิดการเลือกปฏิบัติ ในปัจจุบันบริษัทประกันเอกชนยังมีการให้ความคุ้มครองอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เช่น สัญญาชดเชยแบบเหมาจ่ายรายวันกรณีผู้ป่วยใน สัญญาโรคร้ายแรงที่จ่ายผลประโยชน์เป็นเงินก้อนหากผู้เอาประกันได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือภาวะตามที่ระบุกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุส่วนบุคคล หรือ PA ที่มีหมวดคำรักษาพยาบาลอันเกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ เป็นต้น นอกจากนี้ บริษัทบางแห่งยังเริ่มนำบริการด้านตรวจสุขภาพและป้องกันโรคบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์อีกด้วย โดยทั่วไปการรับประกันแบบกลุ่มจะมีเบี้ยประกันภัยต่อรายที่ต่ำกว่า ตลอดจนมีความยืดหยุ่นของเงื่อนไขที่มากกว่าแบบรายสามัญ ในการออกกรมธรรม์ใหม่หรือการปรับผังเบี้ยประกันภัยสัญญาเก่าของบริษัท ต้องได้รับการอนุมัติจากหน่วยงานของรัฐที่กำกับธุรกิจประกันภัย (คปภ)

#### ประสบการณ์ธุรกิจ

ในช่วงแรก ตลาดประกันสุขภาพเอกชนของไทยมีการเติบโตของเบี้ยประกันอย่างรวดเร็วอันเป็นผลจากการไม่มี หรือความไม่เข้มแข็งของระบบหลักประกันสุขภาพโดยรัฐ ประกอบกับข้อจำกัดของระบบสถานพยาบาลรัฐ และการขยายตัวอย่างรวดเร็วของสถานพยาบาลเอกชน ที่เสนอตัวเป็นทางเลือกแก่ผู้บริโภคที่ต้องการความสะดวกและรวดเร็ว ในทางกลับกัน การเรียกร้องสินไหมประกันสุขภาพมีระดับสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จนในช่วงคริสต์ทศวรรษที่ 80-90 บริษัทที่ดำเนินงานด้านประกันสุขภาพต่างประสบกับภาวะขาดทุน ในกลุ่มบริษัทประกันชีวิตได้เกิดภาวะประกันชีวิตอุดหนุนประกันสุขภาพขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งไม่พึงประสงค์ในการบริหารงานด้านประกันภัย บริษัทที่เป็นผู้นำในขณะนั้น จึงเริ่มปฏิรูประบบ โดยนำการบริหารเชิงรุกเข้ามาจัดการธุรกิจอย่างครบวงจร โดยอิงแนวทางบริการสุขภาพที่มีการจัดการ (Managed Care) ของบริษัทประกันสุขภาพในตลาดสหรัฐอเมริกาเป็นหลัก ประกอบกับการใช้ระบบเครือข่ายสถานพยาบาลหลักแบบ Preferred Providers ทำให้ผลประโยชน์ที่ขึ้นจนเข้าสู่ภาวะมีกำไรโดยไม่ต้องอาศัยการเพิ่มเบี้ยประกันตรงเพื่อหนีขาดทุน สมรรถนะสำคัญที่ได้พัฒนาขึ้นในขณะนั้น รวมถึง การบริหารการใช้ทรัพยากรการแพทย์ (Utilization Management) งานบริหารเครือข่ายสถานพยาบาล (Provider Management) งานระบบสารสนเทศและข้อมูลเพื่อการบริหาร (Management Information) งานบริหารการเบิกจ่ายผลประโยชน์และค่าบริการสุขภาพ (Claim & Reimbursement Management) งานบริหารการเงินประกันสุขภาพ (Financial Management) การต่อต้านทุจริต (Anti-Frauds) ในปัจจุบัน บริษัทที่ทำธุรกิจด้านประกันสุขภาพรายใหญ่ต่างอยู่ในสถานะที่มีกำไร

#### การเชื่อมโยงระบบรัฐ-เอกชน

ในช่วงที่ประกันสุขภาพเอกชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น ได้เคยมีความสนใจที่จะนำระบบประกันสุขภาพเอกชนเข้ามาบทบาทในระบบสวัสดิการข้าราชการ โดยพิจารณาทั้งเป็นกรณีซื้อประกันตรงซื้อประกันภัยต่อ และจ้างบริหารจัดการ แต่ก็มิได้บรรลุข้อสรุป ต่อมาเมื่อต้นปี 2550 ได้มีการพูดคุยกับกลุ่มบริษัทประกันภัยชั้นนำในตลาด พบว่ามีความสนใจและมีความพร้อมในระดับหนึ่งที่บริษัทเหล่านี้จะสามารถเข้ามาเสนอความคุ้มครองตรง (Direct Insurance) ในเงื่อนไขเดียวกันกับระบบประกันสังคม เพื่อเป็นทางเลือกแก่ผู้ประกันตน แต่ตราจบจนปัจจุบัน ยังไม่มีการขับเคลื่อนในทิศทางดังกล่าวจากภาค



นโยบาย อย่างไรก็ตามการผลักดันที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของภาคเอกชนเอง ก็ยังไม่ได้อยู่ในระดับที่สูงจนทำให้เกิดแรงกดดันเชิงนโยบายเช่นกัน

## 2. ทิศทางหลักของปัจจัยความไม่แน่นอน

ภาคเอกชนอาจมีบทบาทในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ในหลายแนวทาง ซึ่งทิศทางและรูปแบบการมีส่วนร่วมยังมีความไม่แน่นอนสูง เนื่องจากแรงขับเคลื่อนและแรงต้านจากผู้มีส่วนในระบบปัจจุบันยังขาดความชัดเจน อย่างไรก็ตาม พอสรุปทิศทางที่ภาคประกันภัยเอกชนจะมีส่วนร่วมในระบบโดยใช้การวิเคราะห์ 2 ข้อของแกนแห่งความไม่แน่นอนได้ดังนี้

### **ทิศทาง 1 ภาคประกันสุขภาพเอกชนไม่มีส่วนร่วมตรง (Private Shut-out Scenario)**

**สรุปภาพทิศทาง 1** ประกันสุขภาพเอกชนคงเป็นระบบที่แยกเป็นอิสระจากหลักประกันสุขภาพภาครัฐ กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ ประชากรรายได้ตั้งแต่ระดับกลางขึ้นไปที่ต้องการใช้บริการจากสถานพยาบาลเอกชนเป็นหลัก และนายจ้างที่ต้องการเสริมภาพลักษณ์องค์กร หรือเพิ่มความสามารถในการดึงดูดพนักงานที่มีศักยภาพสูงรวมถึงผู้บริหารต่างชาติ บริษัทประกันภัยมีความสนใจในการขยายตลาดในระดับปานกลาง เพราะยังมีความกังวลด้านการควบคุมอัตราสินไหมอยู่บ้าง โดยบริษัทประกันชีวิตยังคงเป็นผู้นำตลาด ด้วยได้อานิสงส์จากการมีช่องทางจัดจำหน่ายที่หลากหลายและมีศักยภาพสูง ตลอดจนเบี้ยประกันที่ได้รับการลดหย่อนภาษีบุคคลธรรมดา 50,000 บาท ต่อปี (รวมในเบี้ยประกันชีวิต) และไม่มีภาษีมูลค่าเพิ่ม ลักษณะสัญญาที่มีความผูกพันระยะยาว (มากกว่าแบบปีต่อปีของประกันวินาศภัย) ทำให้เบี้ยประกันภัยปรับขึ้นช้ากว่า โดยรวมความคุ้มครองจะมีนวัตกรรมเพิ่มขึ้นบ้าง แต่ยังมีรูปแบบชดเชยความเสียหาย (Indemnity) เช่น อาจขยายอายุการคุ้มครอง ปรับโครงสร้างและเพดานด้านสิทธิประโยชน์ เพื่อให้สอดคล้องความเป็นจริง บูรณาการสิทธิประโยชน์เสริมด้านโรคร้ายแรง ทันตกรรม คลอดบุตร ตรวจสุขภาพ ป้องกันโรค ช่วยเหลือฉุกเฉินทางการแพทย์ ประกันภัยการเดินทางและให้การคุ้มครองทั่วโลก เป็นต้น การพิจารณารับประกันภัย และการต่อสัญญาต่าง ๆ ยังคงใช้แนวทางเดิมแม้ว่าจะมีแนวโน้มขยายอายุการรับประกันออกไปเรื่อย ๆ จนตลอดชีพ เบี้ยประกันรวมเฉลี่ยต่อผู้เอาประกันภัยมีแนวโน้มสูงขึ้นตามปัจจัยทางเศรษฐกิจ โดยเบี้ยประกันทั้งระบบคงเติบโตได้ในอัตราไม่น้อยกว่า 10% ต่อปี

**หมายเหตุ** ทิศทางนี้เป็นสถานะการณ์ที่เป็นอยู่ในระบบปัจจุบันของไทย

### **ทิศทาง 2 ภาคประกันสุขภาพเอกชนมีส่วนร่วมตรง (Private Participation Scenario)**

**สรุปภาพทิศทาง 2** กองทุนในหลักประกันสุขภาพของรัฐ อาจเปิดช่องให้บริษัทประกันภัยเข้ามามีส่วนร่วมในระบบของตน โดยอิงแนวคิดการเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลด้วยการใช้บริการจากภายนอก หรือ Outsourcing ซึ่งเป็นที่นิยมมากขึ้นของหน่วยงานภาครัฐทั่วโลก กองทุนที่มีโอกาสเลือกใช้แนวทางนี้ก็คือกองทุนที่ยังไม่มีสมรรถนะหลัก หรือขาดบุคลากรในการบริหารจัดการกองทุน หรือในการให้บริการด้านประกันสุขภาพ หรือไม่ต้องการสร้างภาระงานแก่องค์กรในกิจกรรมที่ไม่ใช่งานยุทธศาสตร์ หรือต้องการจำกัดความเสี่ยงทางการเงิน ในการนี้ หน่วยงานผู้ให้บริการจะกำหนดวิธีการกำกับดูแล รวมถึง





ดัชนีชี้วัดด้านคุณภาพมาตรฐานบริการต่าง ๆ ผ่านสัญญาที่ทำกับองค์กรผู้เชี่ยวชาญภาคเอกชนที่เข้ามา รับงาน จากประสบการณ์ในตลาดอื่น ภาคเอกชนอาจสามารถให้บริการได้หลายรูปแบบ ดังต่อไปนี้

### ทิศทาง 2.1 องค์กรเอกชนไม่รับความเสี่ยงทางการเงินหากรับจ้างบริหารจัดการเท่านั้น

#### (Non-risk Taking Management-Admin Service ONLY)

สรุปภาพทิศทาง 2.1 กองทุนรัฐจ้างบริษัทประกันสุขภาพเอกชน หรือ บริษัทที่รับบริหารจัดการงาน ประกันสุขภาพเป็นการเฉพาะ (Management-Admin Service Organization หรือ MSO) ให้ทำงานด้าน บริหารจัดการกองทุนของตนโดยไม่มีการรับประกันภัยใด ๆ งานที่นิยมจ้างให้เอกชนดำเนินการ ได้แก่ งานทะเบียนและเก็บเงินสมทบ งานบริการผู้มีสิทธิ งานพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการ งานบริหาร การแพทย์ งานเบิกจ่ายค่าบริการสถานพยาบาล งานระบบสารสนเทศและข้อมูลบริหาร งานประเมินและ ตรวจสอบ ตลอดจนงานวิจัยและพัฒนาต่าง ๆ ในการนี้ กองทุนรัฐอาจ Outsource งานบริหารจัดการแก่ เอกชนเพียงส่วนน้อย จนถึงส่วนมาก หรือทั้งหมดก็ได้

หมายเหตุ ทิศทางนี้ยังไม่มีตัวอย่างเทียบเคียงในระบบปัจจุบันของไทย แต่เป็นระบบที่ใช้มากในตลาด ที่หน่วยงานรัฐนิยมจ้างองค์กรภายนอกในงานบริหารจัดการ เช่น สหรัฐอเมริกา

### ทิศทาง 2.2 องค์กรเอกชนรับความเสี่ยงแบบรับประกันภัยต่อ (Reinsurance Risk Taking)

สรุปภาพทิศทาง 2.2 กองทุนรัฐซื้อประกันภัยต่อจากบริษัทประกันภัย โดยบริษัทจะเข้ารับความเสี่ยงทาง การเงินเมื่อค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของกองทุนสูงเกินระดับที่กำหนดไว้ในสัญญา ในการนี้ กองทุนรัฐนั้น อาจเลือกทำประกันภัยต่อสำหรับภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพโดยรวมจากทุกสิทธิประโยชน์ของกองทุน นั้น หรือจะเลือกทำประกันภัยต่อเฉพาะความคุ้มครองเพียงบางสิทธิประโยชน์ก็ได้ เช่น ทำประกันภัยต่อ เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดจากโรคร้ายแรงบางโรคที่ระบุ เป็นต้น นอกจากนี้ กองทุนอาจเลือกทำประกันภัย ต่อกับบริษัทรายเดียว หรือจะให้บริษัทหลายรายเสนอกรรมธรรม์ประกันภัยต่อร่วมกันก็ได้ ทิศทางนี้ ยังอาจแยกออกเป็นอีก 2 แนวทางย่อยที่มีความเป็นไปได้มาก ดังนี้

#### ทิศทาง 2.2.1 องค์กรเอกชนรับประกันภัยต่อ-เท่านั้น (Reinsurance ONLY)

สรุปภาพทิศทาง 2.2.1 กองทุนรัฐซื้อประกันภัยต่อ ไม่ว่าจะเป็นการประกันต่อสำหรับค่าใช้จ่าย สุขภาพโดยรวม หรือเฉพาะบางสิทธิประโยชน์ จากบริษัทประกันสุขภาพเพียงอย่างเดียว บริษัท ไม่มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ หรือให้บริการอื่นใด

หมายเหตุ ทิศทางนี้ยังไม่มีตัวอย่างเทียบเคียงในระบบปัจจุบันของไทย

#### ทิศทาง 2.2.2 องค์กรเอกชนรับประกันภัยต่อ-พร้อมรับจ้างบริหารจัดการ

##### (Reinsurance plus Management-Admin Services)

สรุปภาพทิศทาง 2.2.2 กองทุนรัฐซื้อประกันภัยต่อจากบริษัทประกันภัย พร้อมจ้างให้บริษัทนั้น บริหารจัดการงานด้านประกันสุขภาพบางส่วน หรือทั้งหมดด้วย เป็นรูปแบบที่ได้รับความนิยม ในองค์กรภาคเอกชนในต่างประเทศที่บริหารระบบประกันสุขภาพของตนเอง (Self Insured) เนื่องจากบริษัทประกันภัยมีส่วนได้ส่วนเสียกับการที่กองทุนผู้ซื้อประกันภัยต่อ จะมีการอภิบาล



กองทุนที่พึงประสงค์โดยตรง การเข้ามารับบริหารจัดการกองทุนจึงเป็นความร่วมมือแบบครบวงจร ทั้งนี้ กองทุนรัฐต้องกำหนดวิธีการกำกับดูแล และดัชนีชี้วัดผลงานเพื่อคุ้มครองผู้มีสิทธิอย่างเพียงพอ

หมายเหตุ ทิศทางนี้ยังไม่มีตัวอย่างเทียบเคียงในระบบปัจจุบันของไทย แต่เป็นระบบที่มีในตลาดที่ระบบการเงินและการประกันภัยเข้มข้น เช่น สหรัฐอเมริกา และกลุ่มลาตินอเมริกาบางประเทศ ซึ่งความนิยมมีขึ้นและลงตามสถานการณ์ของผลประกอบการ

### ทิศทาง 2.3 องค์กรเอกชนรับความเสี่ยงแบบรับประกันภัยตรง (Insurance Risk Taking)

สรุปภาพทิศทาง 2.3 กองทุนรัฐเปิดโอกาสให้บริษัทประกันภัยเอกชนรับประกันสุขภาพของผู้มีสิทธิในระบบของตน โดยอาจ (1) ให้เป็นระบบทางเลือก (ยังมีระบบที่ดำเนินการโดยกองทุนรัฐแบบดั้งเดิมอยู่ควบคู่กับการมีระบบที่ดำเนินการโดยเอกชนที่กองทุนรัฐสมทบเบี้ยประกันภัยให้ผู้มีสิทธิทั้งหมด หรือบางส่วน) หรือ (2) ให้เป็นระบบหลัก (ผู้มีสิทธิต้องเลือกระบบที่ดำเนินการโดยเอกชนเท่านั้น กองทุนรัฐเพียงสมทบเบี้ยประกันพื้นฐานให้ทั้งหมด หรือบางส่วน และทำหน้าที่อภิบาลระบบ แต่มักให้มีบริษัทประกันภัยเข้าร่วมโครงการมากกว่า 1 รายเพื่อให้เกิดการแข่งขัน) ในการนี้ กองทุนรัฐจะทำหน้าที่เป็นผู้กำกับระบบ แล้วให้บริษัทประกันภัยที่ได้รับการคัดเลือก และยอมที่จะปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดเข้าเสนอแผนประกันสุขภาพโดยครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทั้งหมด หรือเพียงบางส่วนของกองทุนนั้นแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ กองทุนรัฐอาจเลือกร่วมมือกับบริษัทประกันภัยเพียงรายเดียวเพื่อควบคุมเบี้ยประกันภัยให้อยู่ในระดับต่ำด้วยการต่อรองราคา หรือเปิดโอกาสให้มีบริษัทเข้าร่วมมากกว่า 1 รายเพื่อให้เกิดการแข่งขันด้านราคาและบริการ โดยกองทุนรัฐจ่ายเบี้ยประกันพื้นฐานให้บริษัท หากเบี้ยประกันของบริษัทสูงกว่าเบี้ยพื้นฐานดังกล่าว ผู้มีสิทธิที่เลือกบริษัทนั้นต้องจ่ายเบี้ยส่วนเกินเอง แต่มีสิทธิประโยชน์ด้านภาษีส่วนบุคคล และ/หรือองค์กร (Corporate and/or Personal Income Tax Rebate) การเข้าร่วมรับประกันสุขภาพของบริษัท อยู่ภายใต้สัญญาที่มีการกำหนดระยะเวลา และเงื่อนไขที่ชัดเจน ประเทศที่เลือกใช้แนวทางนี้ในการดำเนินงานภาคประกันสังคม หรือประกันสุขภาพภาคบังคับของรัฐ เช่น สหรัฐอเมริกา ในโครงการ Medicare Advantage สวิตเซอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ โคลัมเบีย ชิลี ซาอุดีอาระเบีย ออสเตรเลีย คานาดา ซึ่งทิศทางนี้ ยังอาจแยกออกเป็นอีก 3 แนวทางย่อยที่มีความเป็นไปได้มาก ดังนี้

#### ทิศทาง 2.3.1 ประกันสุขภาพกลุ่มครบสิทธิแบบชดเชยความเสียหายที่มีบริหารจัดการ (Managed Indemnity Health Plan)

สรุปภาพทิศทาง 2.3.1 กองทุนรัฐปรับสิทธิประโยชน์ให้เป็นไปตามโครงสร้างชดเชยตามหมวดรายการแบบมีเพดานในแต่ละหมวด (Itemized Benefits with Inner Limits) ซึ่งคล้ายคลึงกับแผนประกันสุขภาพของภาคเอกชนในปัจจุบัน แล้วกำหนดกฎเกณฑ์ให้บริษัทประกันภัยเข้าร่วมในการเสนอแผนประกันสุขภาพแบบกลุ่มแก่ผู้มีสิทธิ ทั้งนี้ อาจรวมข้อกำหนดด้านเบี้ยประกันภัย (แบบอิงประสบการณ์ หรือ Experience Rating หรือแบบอิงกลุ่ม หรือ Community Rating) ด้านแนวทางการรับประกัน ด้านการต่อสัญญา ตลอดจนกรอบข้อยกเว้นความคุ้มครองได้ บริษัท



ประกันภัยจะใช้แนวทางการบริหารบริการสุขภาพเชิงรุกเพื่อรักษาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม นอกจากนี้ บริษัทประกันภัยอาจเสนอสัญญาเสริมสิทธิ (ทิศทาง 2.3.3) แก่ผู้เอาประกันภัยที่เลือกระบบของตนโดยเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติม

**หมายเหตุ** ทิศทางนี้มีลักษณะเดียวกับระบบหลักประกันสุขภาพของข้าราชการการเมืองกลุ่มสมาชิกวุฒิสภาและพนักงานรัฐวิสาหกิจบางแห่งของไทยในปัจจุบัน นอกจากนี้ ยังคล้ายคลึงกับระบบคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถด้วย ตัวอย่างในต่างประเทศ เช่น ในประเทศสวีตเซอร์แลนด์และเนเธอร์แลนด์

### ทิศทาง 2.3.2 ประกันสุขภาพกลุ่มครบสิทธิแบบบริการสุขภาพที่มีการจัดการ (Managed Care Plan)

**สรุปภาพทิศทาง 2.3.2** กองทุนรัฐกำหนดให้บริษัทประกันภัยเอกชนต้องให้การคุ้มครองแบบกลุ่มตามโครงสร้างสิทธิประโยชน์ที่ค่อนข้างเบ็ดเสร็จแบบที่ใช้อยู่ในกองทุนประกันสังคมและกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน แต่อนุญาตให้เอกชนใช้ระบบหน่วยบริการหลักและการเหมาจ่ายค่าบริการแบบต่าง ๆ แก่ผู้ให้บริการในระบบของตน นอกจากนี้ ยังมีข้อตกลงด้านเบี้ยประกันภัย ด้านแนวทางการรับประกัน ด้านการต่อสัญญา ตลอดจนกรอบข้อยกเว้นความคุ้มครองได้ บริษัทประกันภัยอาจเสนอสัญญาเสริมสิทธิ (ทิศทาง 2.3.3) แก่ผู้เอาประกันภัยที่เลือกระบบของตนโดยเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่มเติม

**หมายเหตุ** ทิศทางนี้ยังไม่มีตัวอย่างเทียบเคียงในระบบปัจจุบันของไทย แต่กลุ่มบริษัทผู้นำในระบบประกันภัยไทยเคยให้ความเห็นในการทำ Focus Group ของ สวปก เมื่อต้นปี 2550\* ว่า สามารถดำเนินการได้ โดยเบี้ยประกันสุขภาพควรเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันระหว่างบริษัทที่เข้าร่วมโครงการ ตัวอย่างในต่างประเทศ เช่น ในโครงการ Medicare Advantage ของสหรัฐอเมริกา

### ทิศทาง 2.3.3 ประกันสุขภาพเสริมสิทธิ (Supplement Insurance Plan)

**สรุปภาพทิศทาง 2.3.3** กองทุนรัฐเห็นประโยชน์ของการให้มีการเสริมสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบสำหรับบริการที่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานของรัฐ เช่น การใช้ห้องพิเศษ การใช้นอกบัญชีปกติของกองทุนรัฐ อุปกรณ์การแพทย์ หรือการผ่าตัดด้วยเทคโนโลยีใหม่ที่กองทุนรัฐยังไม่คุ้มครอง การตรวจรักษานอกหน่วยบริการ หรือเครือข่ายบริการหลัก โดยเฉพาะในสถานพยาบาลเอกชน การขยายสิทธิการตรวจรักษาอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ณ นอกหน่วยบริการหลัก บริการทันตกรรมนอกสิทธิประโยชน์หลัก วัคซีนพิเศษ การรักษาภาวะมีบุตรยาก การเลือกแพทย์ผู้รักษา และการตรวจรักษาในต่างประเทศ เป็นต้น นอกจากนี้ ในกรณีกองทุนรัฐที่ใช้การจ่ายค่าบริการแบบตามรายการ (FFS) ประกันสุขภาพเสริมสิทธิยังอาจใช้ช่วยจ่ายส่วนเกินสิทธิจากอัตราเพดานที่กองทุนรัฐให้การคุ้มครองอยู่อีกด้วย ทั้งนี้ กองทุนรัฐสนับสนุนให้ภาคประกันภัยเอกชนเข้ามาพัฒนาความคุ้มครองเพื่อเสนอแก่ผู้มีสิทธิอย่างเป็นระบบ และมีการคุ้มครองผู้บริโภค โดยกองทุนดังกล่าวสามารถกำหนดกรอบประเภทความ





คุ้มครองที่เสริมสิทธิได้ ลักษณะเบี้ยประกันภัย การรับประกัน และการต่อสัญญา ทั้งนี้ รัฐให้สิทธิประโยชน์ด้านภาษีในรูปแบบหักลดหย่อนเบี้ยประกันภัย (Tax Rebate) แก่ผู้ซื้อประกันเสริมสิทธินี้ (Corporate and/or Personal Income Tax)

หมายเหตุ ทิศทางนี้คล้ายคลึงการจ่ายค่าบริการกำหนดหน่วยบริการโดยตรงโดยผู้มีสิทธิเมื่อขอรับบริการที่เพิ่มเติมจากสิทธิพื้นฐาน เช่น ห้องพิเศษ หรือ การผ่าตัดด้วยอุปกรณ์พิเศษ แต่เป็นระบบที่ยังมีสิทธิประโยชน์จำกัด ไม่มีการเฉลี่ยความเสี่ยงแบบประกันภัยรองรับ และไม่ได้เชื่อมโยงการลดหย่อนทางภาษี ในประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าบางประเทศมีการส่งเสริมให้เกิดระบบเสริมสิทธิอย่างจริงจังด้วยเหตุผลในการเพิ่มประสิทธิภาพการระดมทรัพยากร และการให้ทางเลือกแก่ประชาชน เช่น ประเทศออสเตรเลีย และแคนาดา

### 3. ผลกระทบ

ในการประเมินผลกระทบของทิศทางความไม่แน่นอนที่เกี่ยวข้องกับการมีบทบาทของภาคประกันภัยเอกชนในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐ อาศัยการวิเคราะห์ถึงผลกระทบต่อคุณค่าหลัก ได้แก่ การเข้าถึง คุณภาพ ต้นทุน ความเป็นธรรม ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ความพึงพอใจ การมีทางเลือก การระดมทรัพยากร การบริหารความเสี่ยงทางการเงินการคลัง และการเอื้อต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทั้งในเชิงคุณภาพ (Qualitative) และในเชิงปริมาณ (Quantitative) เชิงรูปธรรม และนามธรรม นอกจากนี้ยังควรประเมินในแง่การแลกเปลี่ยนระหว่างการเพิ่มขึ้นของคุณค่าหลักบางกลุ่ม กับการลดลงของคุณค่าหลักกลุ่มอื่น โดยมองคุณค่าหลักข้างต้นเป็นกลุ่มเป้าประสงค์ที่สัมพันธ์กัน มากกว่าแยกอิสระจากกันอย่างสิ้นเชิง ผลกระทบอาจแยกเป็น 2 ประเด็น คือ (1) ผลกระทบต่อกลุ่มคุณค่าหลัก (2) ผลกระทบต่อระบบอภិบาลและการบริหาร

#### ทิศทาง 1 ภาคประกันสุขภาพเอกชนไม่มีส่วนร่วมตรง (Private Shut-out Scenario)

##### สรุปผลกระทบ

1. ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก การเข้าถึง คุณภาพ ต้นทุน ความเป็นธรรม ความพึงพอใจ การระดมทรัพยากร และการเอื้อต่อความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี เป็นไปตามแนวโน้มเดิม เนื่องจากเป็นทิศทางที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ปัจจุบัน
2. ผลกระทบต่อการอภิบาล ไม่มีผลกระทบโดยตรง เนื่องจากเป็นทิศทางที่ไม่เปลี่ยนแปลงจากสถานการณ์ปัจจุบัน

#### ทิศทาง 2.1 องค์กรเอกชนไม่รับความเสี่ยงทางการเงินหากรับจ้างบริหารจัดการเท่านั้น

##### (Non-risk Taking Management-Admin Services ONLY)

##### สรุปผลกระทบ

1. ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก คุณค่าที่เกี่ยวข้องกับบริการของกองทุนรัฐ ทั้งในส่วนที่มีต่อผู้ให้บริการ (ความพึงพอใจ) และผู้มีสิทธิ (การเข้าถึง คุณภาพ ความพึงพอใจ) จะมีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งนี้ขึ้นกับประเภทงานที่จ้างให้เอกชนดำเนินการ แต่ต้นทุนอาจสูงขึ้น คุณค่าอื่นไม่กระทบนัก



2. ผลกระทบต่อการอภิบาล ระบบอภิบาลของกองทุนรัฐต้องปรับให้สามารถกำกับการจ้างงานและทำงานร่วมกับภาคเอกชนได้ดี

### ทิศทาง 2.2.1 องค์กรเอกชนรับประกันภัยต่อ-เท่านั้น (Reinsurance ONLY)

#### สรุปผลกระทบ

1. ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก การบริหารจัดการความเสี่ยงและเสถียรภาพทางการคลังดีขึ้น ยังผลให้สามารถพัฒนาความคุ้มครองแก่ผู้มีสิทธิได้อย่างมั่นคง แต่ต้นทุนอาจเพิ่มขึ้นในระยะสั้น
2. ผลกระทบต่อการอภิบาล ระบบอภิบาลของกองทุนรัฐต้องปรับให้มีสมรรถนะในการพิจารณาเลือกซื้อประกันภัยต่อและทำงานร่วมกับภาคเอกชนได้ดี

### ทิศทาง 2.2.2 องค์กรเอกชนรับประกันภัยต่อ-พร้อมรับจ้างบริหารจัดการ

#### (Reinsurance plus Management-Admin Services)

#### สรุปผลกระทบ

1. ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก การบริหารจัดการความเสี่ยงและเสถียรภาพทางการคลังดีขึ้น คุณค่าที่เกี่ยวข้องกับบริการของกองทุนรัฐ ทั้งในส่วนที่มีต่อผู้ให้บริการ (ความพึงพอใจ) และผู้มีสิทธิ (การเข้าถึง คุณภาพ ความพึงพอใจ) จะมีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งนี้ ขึ้นกับประเภทงานที่จ้างให้เอกชนดำเนินการ แต่ต้นทุนอาจสูงขึ้น นอกจากนี้ อาจมีแรงกดดันระหว่างกองทุนรัฐที่เลือกใช้และไม่ใช้บริการจากภาคเอกชน
2. ผลกระทบต่อการอภิบาล ระบบอภิบาลของกองทุนรัฐต้องปรับให้มีสมรรถนะในการพิจารณาเลือกซื้อประกันภัยต่อ กำกับงานที่จ้างเอกชนทำ และสามารถทำงานร่วมกับภาคเอกชนได้ดี

### ทิศทาง 2.3.1 ประกันสุขภาพกลุ่มครบสิทธิแบบชดเชยความเสียหายที่มีบริหารจัดการ (Managed

#### Indemnity Health Plan)

#### สรุปผลกระทบ

1. ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก มีโอกาสสร้างผลกระทบสุทธิทั้งบวกและลบต่อระบบ ขึ้นกับสมรรถนะความชำนาญของบริษัทประกันภัยที่เข้าร่วมโครงการ โดยทั่วไป คุณค่าที่เกี่ยวกับบริการ การเอื้อต่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ ความคล่องตัวน่าจะมีแนวโน้มดีขึ้น ความเสี่ยงทางการคลังภาครัฐน้อยลง แต่ผู้มีสิทธิอาจมีความเสี่ยงมากขึ้นเนื่องจากโครงสร้างสิทธิประโยชน์เป็นแบบมีเพดานทุกหมวดรายการ จึงต้องมีแผนรองรับการเจ็บป่วยชั้นล้มละลาย นอกจากนี้ เสถียรภาพทางการเงินของบริษัทที่รับความเสี่ยงอาจเป็นปัญหา ขึ้นกับจำนวนประชากรที่เข้าสู่ระบบ และโอกาสเกิด Adverse-selection โดยทั่วไป ถ้าเป็นการรับประกันแบบทั้งกลุ่มประชากร ปัญหานี้จะน้อยลงมาก
2. ผลกระทบต่อการอภิบาล กองทุนรัฐต้องพัฒนาสมรรถนะในการกำกับระบบ เกณฑ์การกระจายอำนาจบางส่วนแก่เอกชน การใช้กลไกการแข่งขันเพื่อประโยชน์ผู้บริโภค และการทำงานร่วมกับเอกชนอย่างมาก ตลอดจนถึงต้องมีแนวทางป้องกัน Adverse Selection ในระบบด้วย ปัญหาที่เกิดขึ้น



กับระบบประกันสุขภาพของสมาชิกรัฐสภา (หาบริษัทเข้าร่วมยาก) และระบบคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (ปัญหาการใช้สิทธิ การปรับเบี้ยตามประสบการณ์) เป็นกรณีศึกษาที่ดี นอกจากนี้ เมื่อกองทุนรัฐได้เริ่มให้เอกชนเข้ามามีบทบาทในการรับประกันสุขภาพตรง ก็อาจส่งแรงกดดันต่อกองทุนรัฐอื่น ด้วยเหตุผลเชิงเทียบเคียงโดยเฉพาะด้านบริการและทางเลือก

### **ทิศทาง 2.3.2 ประกันสุขภาพกลุ่มครบสิทธิแบบบริการสุขภาพที่มีการจัดการ**

#### **(Managed Care Plan)**

##### **สรุปผลกระทบ**

1. **ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก** คล้ายคลึงกับกรณี 2.3.1 แต่ด้วยโครงสร้างสิทธิประโยชน์ที่ใกล้เคียงหรือเหมือนกับของกองทุนรัฐเดิม ปัญหากรณีส่วนเกินสิทธิจากการเจ็บป่วยจะน้อยกว่า แต่เสถียรภาพทางการเงินของบริษัทที่รับความเสี่ยงอาจเป็นปัญหามากกว่า ขึ้นกับจำนวนประชากรที่เข้าสู่ระบบ และโอกาสเกิด Adverse-selection โดยทั่วไป ถ้าเป็นการรับประกันแบบทั้งกลุ่มประชากร ปัญหานี้จะน้อยลงมาก
2. **ผลกระทบต่อการอภิบาล** กองทุนรัฐต้องพัฒนาสมรรถนะในการกำกับระบบ เกณฑ์การกระจายอำนาจบางส่วนแก่เอกชน การใช้กลไกการแข่งขันเพื่อประโยชน์ผู้บริโภค และการทำงานร่วมกับเอกชนอย่างมาก ตลอดจนต้องมีแนวทางป้องกัน Adverse Selection ในระบบด้วย นอกจากนี้ เมื่อกองทุนรัฐได้เริ่มให้เอกชนเข้ามามีบทบาทในการรับประกันสุขภาพตรง ก็อาจส่งแรงกดดันต่อกองทุนรัฐอื่น ด้วยเหตุผลเชิงเทียบเคียงโดยเฉพาะด้านบริการและทางเลือก

### **ทิศทาง 2.3.3 ประกันสุขภาพเสริมสิทธิ (Supplement Insurance Plan)**

##### **สรุปผลกระทบ**

1. **ผลกระทบต่อคุณค่าหลัก** เนื่องจากสิทธิที่เสริมขึ้นต้องเสียเบี้ยประกันภัยเพิ่ม ซึ่งผู้มีสิทธิบางส่วนอาจไม่สามารถเข้าถึงความคุ้มครองได้ อีกทั้งสิทธิที่เสริมให้ก็มีแนวโน้มในการเพิ่มความสะดวกหรือช่วยให้เข้าถึงเทคโนโลยีที่ใหม่เป็นการเฉพาะ จึงมีความอ่อนไหวในประเด็นความเท่าเทียม แม้การเสริมสิทธิเองจะมีสาเหตุหลักของความไม่เท่าเทียมนี้ ในทางกลับกัน ระบบประกันเสริมสิทธิช่วยการระดมทรัพยากรเพิ่มให้แก่ระบบ โดยเฉพาะในฝ่ายผู้ให้บริการ เพิ่มความพึงพอใจแก่ผู้มีสิทธิ (บางกลุ่ม) และแก่ผู้ให้บริการ พร้อมทั้งเอื้อต่อความก้าวหน้าทางการแพทย์
2. **ผลกระทบต่อการอภิบาล** กองทุนรัฐต้องพัฒนาสมรรถนะในการกำกับระบบ เกณฑ์การกำหนดสิทธิประโยชน์เสริม การใช้กลไกการแข่งขันเพื่อประโยชน์ผู้บริโภค และการทำงานร่วมกับเอกชนอย่างมาก นอกจากนี้ เมื่อกองทุนรัฐได้เริ่มให้เอกชนเข้ามามีบทบาทในการรับประกันสุขภาพเสริมสิทธิ ก็อาจส่งแรงกดดันต่อกองทุนรัฐอื่น ด้วยเหตุผลเชิงเทียบเคียงโดยเฉพาะด้านสิทธิประโยชน์และบริการ

