

# การประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับองค์กร เครือข่ายสุขภาพเพื่อการจัดระบบบริการทางการแพทย์ ในระบบประกันสังคม: การวิจัยเชิงนโยบาย

ชนิตา เลิศพิทักษ์พงศ์\*

บุญสงค์ ทัพชัยยุทธ์†

ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย‡

ผู้รับผิดชอบบทความ: ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย

## บทคัดย่อ

องค์กรเครือข่ายสุขภาพ (health maintenance organization: HMO) เป็นรูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจในการตอบโจทย์ การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ของสำนักงานประกันสังคม จึงต้องมีการศึกษาความเป็นไปได้และแนวโน้มการยอมรับ ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อใช้ในการตัดสินใจวางแผนต่อไป **ระเบียบวิธีศึกษา** เป็นการวิจัยเชิงนโยบายเพื่อศึกษาความเป็นไป ได้และการยอมรับรูปแบบ HMO สามแบบจำลอง โดยสำนักงานประกันสังคมเปลี่ยนบทบาทเป็นการกำกับดูแลและติดตาม แบบจำลองที่หนึ่ง คือ HMO ผ่านเครือข่ายคือโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ แบบจำลองที่สอง HMO ผ่านระบบประกัน สุขภาพภาครัฐหรือระบบเขต แบบจำลองที่สาม HMO ผ่านบริษัทประกันเอกชน กลุ่มตัวอย่าง 4 กลุ่ม เลือกแบบเจาะจง ได้แก่ 1. ผู้บริหารในระดับนโยบายที่รับทำหน้าที่องค์กร HMO 2. ผู้ให้บริการ 3. ผู้รับบริการ และ 4. ผู้บริหารหรือผู้เชี่ยวชาญ ที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง ใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา **ผลการศึกษา** แบบ จำลอง HMO ที่สองมีความเป็นไปได้มากที่สุดทั้งด้านความครอบคลุมพื้นที่บริการ การประหยัดใช้ทรัพยากรร่วมในเขต การ มีประสบการณ์บริหารจัดการระบบสุขภาพ และความน่าเชื่อถือ เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังมีความท้าทายอื่น เช่น ศักยภาพ ของเขตสุขภาพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกังวลเรื่องค่าบริหารจัดการส่วนกลางจะทำให้ประโยชน์ที่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่ควร ได้รับลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน HMO ภาคเอกชนที่อาจมีวัฒนธรรมในการแสวงหาผลกำไร มีบางความคิดเห็นที่เสนอให้ มีการปรับปรุงระบบปัจจุบันให้ตรงจุดดีกว่าการจัดตั้ง HMO นอกจากนี้ไม่เห็นด้วยกับการนำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

\* ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

† สำนักงานประกันสังคม

‡ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Received 28 March 2021; Revised 4 October 2022; Accepted 6 March 2023

**Suggested citation:** Lertpitakpong C, Thapchaiyuth B, Hanvoravongchai P. Feasibility and acceptability of health maintenance organizations for medical care service under the social security system: policy research. Journal of Health Systems Research 2023;17(1):5-27.

ชนิตา เลิศพิทักษ์พงศ์, บุญสงค์ ทัพชัยยุทธ์, ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย. การประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับองค์กรเครือข่ายสุขภาพเพื่อการจัดระบบ บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคม: การวิจัยเชิงนโยบาย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2566;17(1):5-27.



ตำบลมาเป็นด่านแรกในบริการปฐมภูมิ เสมือนเป็นการลิดรอนสิทธิ์และเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ **สรุปและอภิปราย** แม้ว่าแบบจำลองที่สองมีความเป็นไปได้แต่อาจไม่เกิดการแข่งขันด้านการบริการเท่าที่ควร HMO อาจไม่ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเนื่องจากมีค่าบริหารจัดการและการลงทุนระยะยาวในบริการปฐมภูมิ การศึกษาครั้งต่อไปควรพิจารณาแบบจำลองการแข่งขันและองค์กร HMO ที่มีความเป็นไปได้อื่น เช่น เครือข่ายโรงเรียนแพทย์

**คำสำคัญ:** ระบบประกันสังคม, การจัดบริการทางการแพทย์, รูปแบบองค์กรเครือข่ายสุขภาพ, การบริการปฐมภูมิ, การวิจัยเชิงนโยบาย

## Feasibility and Acceptability of Health Maintenance Organizations for Medical Care Service under the Social Security System: Policy Research

Chanida Lertpitakpong<sup>\*</sup>, Boonsong Thapchaiyuth<sup>†</sup>, Piya Hanvoravongchai<sup>‡</sup>

<sup>\*</sup> Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand

<sup>†</sup> Social Security Office, Thailand

<sup>‡</sup> Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Thailand

**Corresponding author:** Piya Hanvoravongchai, piya.h@chula.ac.th

### Abstract

Health maintenance organization (HMO) is one of interesting models for responding to Social Security Office's (SSO) medical service developments. Therefore, feasibility and acceptability of stakeholders were needed to be studied for further planning decisions. **Methodology:** This policy research study was to assess the feasibility and acceptability of three proposed HMO models with the SSO transforming into supervisory and monitoring roles. Model one was the HMO through a large private hospital network; model two, HMO through the public health insurance or regional health system; and model three; HMO through a private insurance company. Four key informants groups were selected by using purposive sampling including 1) policy executives serving as HMOs, 2) service providers, 3) service users, and 4) executives or experts with relevant roles. Qualitative data were collected, and content analysis was performed. **Results:** HMO model two was the most feasible model regarding service area coverage, economies of scale, experiences of management and credibility, etc. However, there were other challenges such as regional health system capacity. Stakeholders concerned that insurer's overhead cost would take away the desirable benefits of service users, especially in private HMOs that might have a for-profit culture. Some opinions suggested on more precise improvements of the current system instead of establishing HMOs. In addition, they disagreed on the sub-district health promoting hospital acting as gatekeeper at primary care level, as this would deprive user's rights and create barrier of access to health services. **Conclusion and discussion:** Although the proposed HMO model two was considered the most possible, skeptics were on limited competitions within the HMOs. HMOs might not reduce the health expenditures because of overhead cost and long-term investment in primary care system. Further study should consider possible competitive HMO models or other HMOs in Thailand such as medical schools network.

**Keywords:** social security system, medical service, health maintenance organization (HMO), primary care, health policy research

## ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยมีแนวคิดในการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความยั่งยืน ประเด็นการปฏิรูปด้านการบริหารจัดการที่สำคัญประเด็นหนึ่งคือระบบการเงินการคลังมีความยั่งยืนและเพียงพอ โดยกำหนดในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560-2579 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบหลักประกันสุขภาพ<sup>(1,2)</sup> อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีของประชาชน และมีระบบสุขภาพที่ยั่งยืน<sup>(3)</sup> สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน มีหน้าที่ดูแลสวัสดิการสำหรับแรงงานในประเทศไทย มีเป้าหมายเพื่อให้กำลังแรงงานมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี รับผิดชอบในการพัฒนาระบบ รูปแบบ มาตรการและวิธีการในการประกันสังคม และพัฒนากองทุนเงินทดแทนให้มีประสิทธิภาพ มียุทธศาสตร์มุ่งยกระดับบริการสู่สากลที่ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม และพัฒนาสิทธิประโยชน์ที่เป็นสากล รวมถึงการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ภายใต้กองทุนประกันสังคมเพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับบริการที่มีคุณภาพ<sup>(4)</sup>

เมื่อพิจารณาการดำเนินงานที่ผ่านมา สำนักงานประกันสังคมใช้แนวคิดจัดบริการสุขภาพด้วยอำนาจทางการคลังสุขภาพโดยไม่ต้องจัดบริการสุขภาพเอง ทำให้สามารถแยกบทบาทหน้าที่ระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ (purchaser-provider split: PPS) ได้ชัดเจน และใช้หลักการกลไกตลาดให้เกิดการแข่งขัน (competition) ในกลุ่มผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการ<sup>(5,6)</sup> สำนักงานประกันสังคมในฐานะผู้ซื้อบริการวางระบบการบริหารและการเงินการคลัง และทำสัญญากับผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับการบริการที่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาพบว่ามีอุปสรรคในการบริหารจัดการที่ทำให้ผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามแนวคิดดังกล่าวหลายประการ สถานพยาบาลเครือข่ายของประกันสังคมมีความหลากหลายทั้งภาครัฐและเอกชน การไม่มีสถานพยาบาลภายใต้สังกัดของตนเอง ทำให้ยากที่

จะสามารถควบคุมกำกับให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและยังมีอำนาจจำกัดในการต่อรองกับโรงพยาบาลคู่สัญญา<sup>(7)</sup> โรงพยาบาลเอกชนมีแรงกดดันด้านผลประกอบการทางธุรกิจเป็นหลักและมีต้นทุนค่าบริการสูง บางแห่งก็ได้ยกเลิกการเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาเพื่อเอาตัวรอดในการดำเนินธุรกิจ ทำให้จำนวนสถานพยาบาลมีจำนวนลดลงและอาจไม่เพียงพอต่อผู้ประกันตนในพื้นที่ที่มีผู้ประกันตนหนาแน่น สถานพยาบาลที่เหลือแบกรับภาระผู้ประกันตนในระบบมากขึ้น อันอาจนำไปสู่ปัญหาหรือข้อร้องเรียนด้านคุณภาพการบริการ และความพึงพอใจของผู้ประกันตน<sup>(7)</sup> ผู้เข้าถึงระบบประกันสังคมส่วนใหญ่กระจุกตัวในเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร<sup>(8)</sup> นอกจากนั้น สำนักงานประกันสังคมยังต้องพัฒนาการติดตามประเมินผลที่เน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และพัฒนาการนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา หรือนำมาใช้ในการบริหารจัดการหรือตัดสินใจในระดับนโยบาย และปฏิบัติ เพื่อการปรับปรุงระบบการทำงานและกลไกการจ่ายเงินให้มีประสิทธิภาพ โดยต้องปรับกลไกการทำงานจากพื้นฐานความคิดเรื่องการเจ็บป่วยมาเป็นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และเตรียมรับแนวโน้มค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น<sup>(7,8)</sup>

สำนักงานประกันสังคมมีความพยายามพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และระบบการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพและมีมาตรฐาน โดยมีความพยายามพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาล สนับสนุนการจัดบริการให้มีคุณภาพด้วยการสร้างแรงจูงใจ จ่ายเงินเพิ่มให้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาที่ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เป้าหมายเพื่อให้โรงพยาบาลมีศักยภาพในการดูแลประชาชน ลดการส่งต่อ ลดจำนวนการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ แต่ในความเป็นจริงพบว่าร้อยละ 90 ของสถานบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพขั้นที่ 2 และ 3 หรือ JCI มีการดำเนินงานที่ยังไม่มีประสิทธิภาพนัก โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพขั้นที่ 3 ยังมีการส่งต่อผู้ประกันตนไปรับบริการบริการในระดับที่สูงกว่า<sup>(8)</sup>

ในขณะที่เดียวกันผู้ประกันตนมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคที่สามารถป้องกันได้มากขึ้น อายุเมื่อเริ่มเจ็บป่วยลดลง เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มโรคที่อยู่ในกลุ่มเหมาจ่ายและนอกเหนือกลุ่มโรคเหมาจ่าย อีกทั้งสำนักงานประกันสังคมแบกรับภาระค่าใช้จ่ายการเหมาจ่ายเพิ่มกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 26 กลุ่มโรค และการจ่ายเพิ่มให้กับผู้ป่วยในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี การจ่ายเงินที่ยังมีส่วนการจ่ายแบบตามบริการก็อาจมีความทับซ้อนกันในแต่ละโรค และเป็นการจ่ายตามความเจ็บป่วย ยังไม่ใช่การจ่ายตามคุณค่าของบริการ<sup>(8)</sup> อันอาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาบริการและความมั่นคงด้านงบประมาณในอนาคต

แนวทางหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาค่าใช้จ่าย และปัญหาโรคเรื้อรังหรือโรคที่สามารถป้องกันได้ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ การมุ่งเน้นบริการปฐมภูมิ แม้ว่าปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมจะเริ่มให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิก็ตาม แต่ก็ยังเป็นเพียงบริการตรวจเช็คร่างกายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 14 รายการ<sup>(9)</sup> ยังไม่มีการบูรณาการแนวคิดปฐมภูมิอย่างเต็มระบบ และไม่มีกลไกการจ่ายเงินที่เน้นให้เกิดบริการปฐมภูมิแทนระบบเดิม นอกจากนี้ แม้มีการใช้หลักการ purchaser-provider split (PPS) แต่สำนักงานประกันสังคมก็ไม่สามารถควบคุมกำกับโรงพยาบาลภายใต้เครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันได้ โดยเฉพาะไม่มีอำนาจในการต่อรองกับโรงพยาบาลเอกชนในอดีต มีการศึกษาแนวคิดการจัดตั้งโรงพยาบาลประกันสังคมว่าอาจจะเป็นทางออกหนึ่งหรือไม่ แต่ก็พบว่าผู้ไม่เห็นด้วยเพราะไม่คุ้มค่าในการลงทุน และขัดแย้งกับหลักการ PPS และสำนักงานประกันสังคมยังไม่มีอำนาจในการบริหารและจัดบริการทางการแพทย์เองโดยตรง<sup>(7)</sup> ดังนั้น ข้อเสนอประการหนึ่งในการแก้ปัญหาคือการหาองค์กรมาทำหน้าที่ในการบริหารจัดการระบบบริการ ทั้งภายในเครือข่ายตนเองและการซื้อบริการ แทนสำนักงานประกันสังคม ขณะที่สำนักงานประกันสังคมทำหน้าที่ในการวางนโยบายและการควบคุมกำกับติดตาม

แนวคิดการจัดการทางการแพทย์ในรูปแบบองค์กรเครือข่ายสุขภาพ หรือ health maintenance organization (HMO) หมายถึง องค์กรที่มีบทบาทหน้าที่ทั้งในส่วนของการให้บริการทางการแพทย์ (health care deliver) และการประกันสุขภาพ (health insurance) ภายในองค์กรเดียวกัน มีการบริหารจัดการขั้นพื้นฐานแก่สมาชิก โดยกำหนดสิทธิประโยชน์ที่ชัดเจนและครอบคลุม และให้บริการส่วนเสริมโดยมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมต่ำ มีค่าเบี้ยประกันจ่ายล่วงหน้า (prepaid) ในอัตราที่คงที่แบบเหมาจ่ายรายหัว (capitation) ไม่คำนึงถึงประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลหรือครอบครัวนั้นๆ มีเครือข่ายสถานพยาบาลของตนเอง เน้นการบริการแพทย์ปฐมภูมิ ป้องกันและควบคุมการส่งต่อ ใช้แรงจูงใจทางการเงินแก่ผู้ให้บริการหรือแพทย์ผู้ดูแลในระดับปฐมภูมิ (primary care physician: PCP) ที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ เปรียบเสมือนผู้รักษาประตู (gatekeeper) สมาชิกสามารถเลือกแพทย์ PCP ในเครือข่าย HMO ได้โดยใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยช่วยในการบริหารจัดการข้อมูลแบบเชื่อมประสานการรักษาระหว่างกลุ่มแพทย์ในเครือข่ายแบบบูรณาการ แลกเปลี่ยนแฟ้มประวัติ และทรัพยากรร่วมกัน มีกลไกการจ่ายเงินที่เน้นคุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ หรือ value-based care<sup>(10-13)</sup> สหรัฐอเมริกาได้นำแนวคิด HMO มาประยุกต์ใช้กว่าสี่สิบปีและประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งตั้งแต่เริ่มมีกฎหมาย HMO Act ปี พ.ศ. 2516 เพื่อแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงแทนระบบการจ่ายเงินตามบริการแบบ fee-for-service ที่นิยมอยู่ก่อนหน้านี้ ในระบบดังกล่าวองค์กร Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) ของรัฐบาลสหรัฐฯ จ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวให้แก่ HMO แล้ว HMO ที่มีเครือข่ายโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิบริหารจัดการให้บริการทางการแพทย์ให้แก่สมาชิก<sup>(14)</sup> ดังตัวอย่างเช่น Kaiser Permanente (KP) ที่เป็นบริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชนไม่หวังผลกำไร เป็นองค์กร HMO แบบกลุ่ม ที่มีสมาชิกมากที่สุด ดูแลสมาชิกทั้งจากภาครัฐในโปรแกรม Medicare Advantage ที่

ครอบคลุมผู้ที่อายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการและผู้ป่วยไตวาย และภาคเอกชนสำหรับนายจ้างซื้อประกันสุขภาพให้กับลูกจ้าง การจัดการของ KP มีการออกแบบระบบที่เอื้อต่อการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ เช่น ระบบ KP Oncall ให้คำแนะนำเบื้องต้นและนัดหมายสู่ระบบ แผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานหลีกเลี่ยงการบริการที่ไม่จำเป็น และระบบ Health Connect สำหรับดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ เป็นต้น มีแนวทางการควบคุมกำกับ ตรวจสอบและประเมินผลคุณภาพบริการของผู้ให้บริการ การวัดความปลอดภัยของผู้ป่วย และการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วย และรายงานผลในเว็บไซต์อย่างเปิดเผย เพื่อให้เป็นข้อมูลกับสมาชิกตัดสินใจเลือกสถานบริการ นอกจากนี้ยังมีแนวทางปฏิบัติในการจัดการความเสี่ยงและระบบร้องเรียนที่ชัดเจน<sup>(15-18)</sup>

จะเห็นได้ว่าองค์กร HMO อาจจะเป็นรูปแบบที่น่าสนใจ มีหลักการที่อาจจะตอบโจทย์ปัญหาของสำนักงานประกันสังคมทั้งการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดด้วยกลไกการจ่ายเงิน และการบริการที่เน้นระบบปฐมภูมิ และควบคุมเครือข่ายสถานพยาบาลในความดูแลให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการ แต่การจัดทำรูปแบบขององค์กรเครือข่าย HMO โดยนำองค์กรและเครือข่ายดังกล่าวมาทำหน้าที่เสมือนองค์กร HMO ในระบบประกันสังคมนั้น ยังไม่มีการศึกษามาก่อน จึงจำเป็นต้องมีการประเมินความเป็นไปได้ และแนวโน้มการยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้บริหารระดับนโยบายของสำนักงานประกันสังคมได้ใช้ในการตัดสินใจวางแผนหรือปรับเปลี่ยนระบบประกันสุขภาพของสำนักงานประกันสังคมให้มีความเหมาะสมและเกิดการยอมรับของทุกฝ่ายต่อไป

## ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงนโยบาย (policy research) ดำเนินการโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประเมินความเป็นไปได้และการยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วน

เสียที่เกี่ยวข้องต่อรูปแบบการจัดระบบ HMO ที่ประยุกต์สร้างขึ้นจากแนวคิด HMO คือ องค์กรที่มีเครือข่ายบริการทำหน้าที่ในการบริหารจัดการและมีแนวคิดปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับบริบทระบบสุขภาพในประเทศไทย ดังนี้

แบบจำลองที่ 1 การจัดการระบบ HMO ผ่านเครือข่ายระบบบริการ เช่น เครือข่ายโรงพยาบาลขนาดใหญ่

แบบจำลองที่ 2 การจัดการระบบ HMO ผ่านระบบประกันสุขภาพภาครัฐหรือระบบเขต

แบบจำลองที่ 3 การจัดการระบบ HMO ผ่านบริษัทประกันเอกชน

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา** ในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม การเลือกตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่สามารถให้ข้อมูลในเชิงลึกได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

1. ผู้บริหารในระดับนโยบายที่รับหน้าที่องค์กร HMO ในแบบจำลองที่ 1 ถึง 3 ได้แก่

1.1 ผู้บริหารจัดการเครือข่ายสถานพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ 1 คน

1.2 ผู้บริหารในระบบประกันสุขภาพภาครัฐหรือเขตสุขภาพ ได้แก่ ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และผู้บริหารเขตสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข แห่งละ 1 คน

1.3 ผู้บริหารบริษัทประกันเอกชน ได้แก่ บริษัทประกันเอกชน และบริษัทประกันวินาศภัย แห่งละ 1 คน

2. ผู้ให้บริการในเครือข่ายประกันสังคม ได้แก่ ผู้บริหารสถานพยาบาลภาคเอกชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง ขนาดเล็ก และคลินิก ขนาดละ 3 แห่ง แห่งละ 1 คน รวม 12 คน

3. ผู้รับบริการ ได้แก่

3.1 นายจ้าง หรือตัวแทนนายจ้าง 1 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน

3.2 ผู้ประกันตน 1 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน



4. ผู้บริหารหรือผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับ การบริหารจัดการระบบการคลังสุขภาพและการบริการ ทางการแพทย์ ได้แก่ ผู้บริหารสำนักงานประกันสังคม ผู้ บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้บริหาร กระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารเขตสุขภาพกระทรวง สาธารณสุข ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ผู้บริหาร โรงพยาบาลแห่งประเทศไทย ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน/ แพทย์ชุมชน ผู้บริหารเครือข่ายโรงเรียนแพทย์ แห่งละ 1 คน รวม 8 คน

**เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก**

1. ผู้บริหารองค์กรรับหน้าที่เป็นองค์กร HMO ใน แบบจำลอง

**เกณฑ์การคัดเลือก**

- เป็นผู้บริหารระดับสูงในระดับนโยบาย ทำหน้าที่ บริหารงาน วางแผน กำกับดูแลสถานพยาบาลที่มีการ จัดการและให้บริการทางการแพทย์ มาไม่น้อยกว่า 3 ปี
- เป็นผู้บริหารในองค์กรที่มีเครือข่ายสถาน พยาบาลขนาดใหญ่ภายใต้การกำกับดูแลของตนเอง

**เกณฑ์การคัดออก**

- ไม่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาชุดสิทธิ ประโยชน์ ระบบบริการสุขภาพ และระบบการเงินการคลัง สุขภาพมาก่อน

2. ผู้ให้บริการ

**เกณฑ์การคัดเลือก**

**ภาครัฐ**

- เป็นผู้บริหารในระดับสูง หรือหัวหน้างานที่ เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการประกันสุขภาพในสถาน พยาบาลภาครัฐ ในเครือข่ายประกันสังคม มาไม่น้อยกว่า 3 ปี

**ภาคเอกชน**

- เป็นผู้บริหารในระดับสูง หรือผู้จัดการที่ เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการประกันสุขภาพในสถาน พยาบาลภาคเอกชน ในเครือข่ายประกันสังคม มาไม่น้อย

กว่า 3 ปี

**เกณฑ์การคัดออก**

- ไม่ได้อยู่ในสถานพยาบาลในเครือข่ายประกัน สังคม
- ไม่สะดวกในการเดินทางมาให้ข้อมูล

3. ผู้รับบริการ

**เกณฑ์การคัดเลือก**

**นายจ้าง** หรือ **ตัวแทนนายจ้าง** หรือ **พนักงานฝ่าย บุคคลด้านแรงงานและสวัสดิการ**

- เป็นนายจ้าง หรือ ตัวแทนนายจ้าง หรือ พนักงานฝ่ายบุคคลด้านแรงงานและสวัสดิการ ในหน่วย งานที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป มาไม่น้อยกว่า 3 ปี

**ผู้ประกันตน**

- เป็นผู้ประกันตนภาคบังคับ หรือ ภาคสมัครใจ ตามมาตรา 33 มา ไม่น้อยกว่า 3 ปี

**เกณฑ์การคัดออก**

**นายจ้าง** หรือ **ตัวแทนนายจ้าง** หรือ **พนักงานฝ่าย บุคคลด้านแรงงานและสวัสดิการ**

- ไม่มีประสบการณ์บริหารระบบประกันสังคมมา ก่อน

- ไม่สะดวกในการเดินทางมาให้ข้อมูล

**ผู้ประกันตน**

- ไม่เคยมีประสบการณ์การใช้บริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมมาก่อน

- ไม่สะดวกในการเดินทางมาให้ข้อมูล

4. ผู้บริหารหรือผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับ การบริหารจัดการระบบการคลังสุขภาพและการบริการ ทางการแพทย์

**เกณฑ์การคัดเลือก**

- ผู้ที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการองค์กรที่ มีการจัดให้มีบริการทางการแพทย์ให้กับผู้ประกันตน หรือผู้ มีสิทธิในระบบการคลังสุขภาพภาครัฐ หรือเป็นผู้เชี่ยวชาญ ที่มีประสบการณ์ในการวางแผน กำกับดูแล หรือให้คำ

ปรึกษาแก่องค์กรภายใต้ระบบการคลังสุขภาพ หรือเป็นผู้ที่มีผลงานวิจัยและผลงานตีพิมพ์เกี่ยวข้องกับระบบการคลังสุขภาพต่างๆ ของไทย มาไม่น้อยกว่า 3 ปี

#### เกณฑ์การคัดออก

- การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระยะเวลา 6 เดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 ถึง มกราคม พ.ศ. 2562 เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากร 4 กลุ่ม เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และการยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง การเก็บข้อมูลในช่วงแรกแบ่งตามการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

- การสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ ผู้บริหารในระดับนโยบายที่รับหน้าที่องค์กร HMO ในแบบจำลอง และผู้บริหารหรือผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบการคลังสุขภาพและการบริการทางการแพทย์ ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 1 ชั่วโมงต่อคน

- การสนทนากลุ่ม ได้แก่ ผู้ให้บริการภาคเอกชน 1 กลุ่ม นายจ้างหรือตัวแทนนายจ้าง 1 กลุ่ม และผู้ประกันตน 1 กลุ่ม ระยะเวลาในการสนทนากลุ่ม กลุ่มละประมาณ 3 ชั่วโมง

หลังจากเก็บข้อมูลในรอบแรกเสร็จเรียบร้อยแล้ว เขียนผลการศึกษาเบื้องต้น แล้วนำเสนอในการประชุมระดมความเห็นในกลุ่มผู้บริหารหรือผู้เชี่ยวชาญที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการระบบการคลังสุขภาพและการบริการทางการแพทย์อีกครั้งเพื่อรับฟังความคิดเห็นต่อผลการศึกษาเบื้องต้น

การเก็บข้อมูลทำการขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการบันทึกเสียงด้วยเทปบันทึกเสียงและจดบันทึกในสมุดโน้ตทุกครั้ง หลังจากนั้นทำการถอดเทปการบันทึกเสียงแนวคำถามในการสัมภาษณ์เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ที่มีการวางแผนการสัมภาษณ์และมีการเตรียมกรอบคำถามตามประเด็นเนื้อหาเฉพาะต่อกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ ที่ครอบคลุมความเป็นไปได้และการยอมรับต่อระบบ HMO ในแบบจำลองทั้ง 3 แบบมาใช้ในระบบประกันสังคม

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

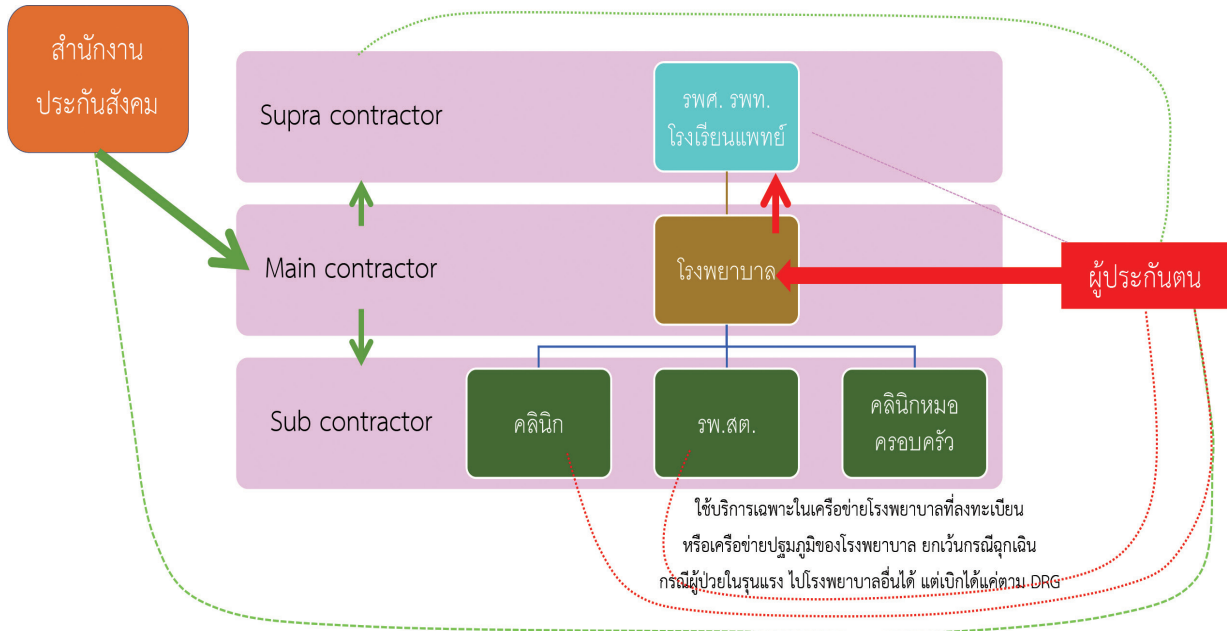
ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ตามแนวคิดของ Miles และ Huberman<sup>(19)</sup> ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) จากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน

#### การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หมายเลข IRB 424/61 เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2561

#### ผลการศึกษา

รูปแบบการบริหารจัดการของสำนักงานประกันสังคมในปัจจุบัน มีการทำสัญญากับสถานพยาบาลหลัก (main contractor) ทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนนำไปบริหารจัดการเอง และทำสัญญากับสถานพยาบาลในระดับสูง (supra contractor) เพื่อใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยหากเกินความสามารถของโรงพยาบาลหลัก รวมทั้งทำสัญญากับเครือข่ายบริการสุขภาพในระดับรอง (sub-contractor) เป็นเครือข่ายบริการ ดังภาพที่ 1 ผู้ประกันตนสามารถใช้สิทธิการรักษาได้ที่โรงพยาบาลหลักหรือเครือข่ายบริการสุขภาพที่เลือกหนึ่งแห่งตามความสะดวก ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน กรณีผู้ป่วยในรุนแรงให้ไปโรงพยาบาลอื่นได้ แต่เบิกได้เพียงตาม DRG หากระดับการรักษามีความรุนแรงมากขึ้นจะถูกส่งต่อไปยังสถานพยาบาลในระดับสูง ในด้านการเงินการคลัง ปัจจุบันนอกจากเงินเหมาจ่ายรายหัว (capitation) แล้ว มีการจ่ายเงินเพิ่มเติมให้กับ 26 โรคเสี่ยง การเจ็บป่วยรุนแรงที่มีน้ำหนักโรคและภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยใน (adjusted relative weight) มากกว่า 2 อุปกรณ์ราคาแพง และจ่ายเงินเพิ่มสำหรับโรคบางโรคในโรงพยาบาลตามความตกลง เป็นต้น<sup>(20)</sup>



DRG = diagnosis related group, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รพท. = โรงพยาบาลทั่วไป, รพศ. = โรงพยาบาลศูนย์

ภาพที่ 1 การบริหารจัดการสำนักงานประกันสังคมปัจจุบัน

แบบจำลองในการศึกษาครั้งนี้ สร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิด HMO กับบริบทระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ประกอบด้วย 3 รูปแบบ คือ HMO ผ่านเครือข่ายระบบบริการ HMO ผ่านระบบประกันสุขภาพภาครัฐหรือระบบเขต และ HMO ผ่านบริษัทประกันเอกชน มีการปรับเปลี่ยนบทบาทของสำนักงานประกันสังคมให้เป็นผู้กำกับติดตามและประเมินผล แต่คงบทบาทของคณะกรรมการประกันสังคมในการกำหนดนโยบาย สิทธิประโยชน์ และงบประมาณ แต่กระจายความรับผิดชอบในการจัดบริการและการควบคุมค่าใช้จ่ายให้กับองค์กรที่เข้ามารับบทบาท HMO ผลการศึกษาความเป็นไปได้และการยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง มีดังต่อไปนี้

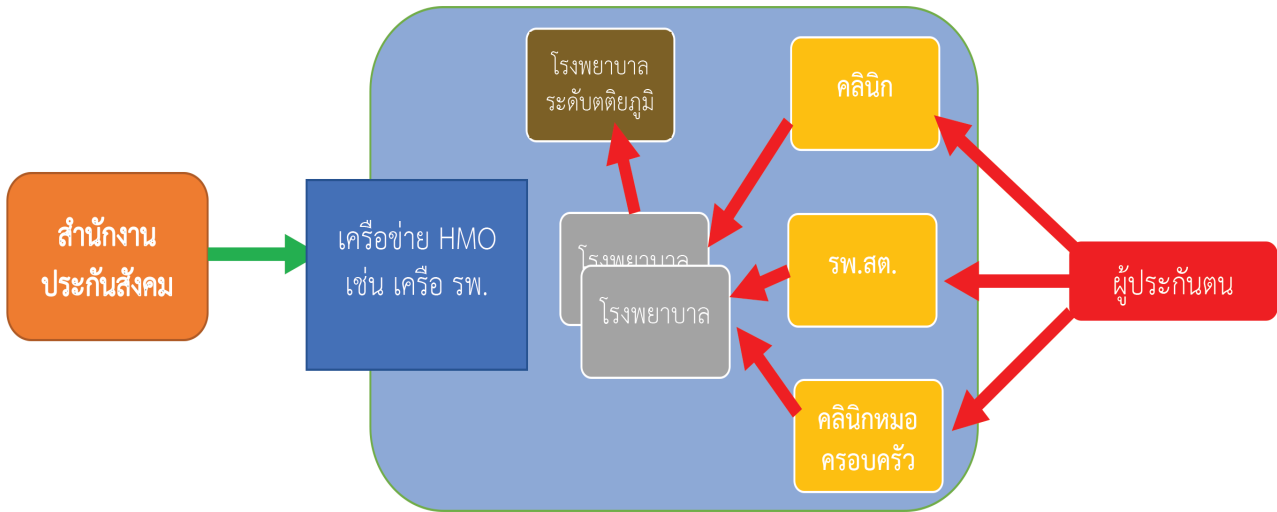
### แบบจำลองที่ 1 HMO ผ่านเครือข่ายระบบบริการ

#### ลักษณะของแบบจำลองที่ 1

สำนักงานประกันสังคมในฐานะผู้ซื้อบริการจัดทำ

สัญญากับ HMO ที่มีเครือข่ายระบบบริการของตนเอง เช่น เครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ มารับบทบาทในการบริหารจัดการ แบบจำลองนี้มีลักษณะเป็น HMO แบบ staff model ที่มีการบริหารจัดการและให้บริการในตัวเอง สำนักงานประกันสังคมทำหน้าที่จ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัวให้ HMO ไปบริหารจัดการบริการให้แก่ผู้ประกันตนเอง สถานพยาบาลภายในเครือข่ายมีตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิในการดูแล ความแตกต่างที่สำคัญกับระบบปัจจุบันคือ การทำสัญญากับผู้ให้บริการในลักษณะเครือข่ายเพิ่มและเน้นระบบปฐมภูมิ โดยมีคลินิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือคลินิกหมอครอบครัวเป็นด่านแรกในการดูแลรักษา (gatekeeper) และเพื่อลดเวลาการรอคอยที่โรงพยาบาล มีระบบการบริการที่เชื่อมโยงในการส่งต่อ ดังภาพที่ 2





HMO = health maintenance organization, รพ. = โรงพยาบาล, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ภาพที่ 2 HMO ผ่านเครือข่ายระบบบริการ

**เครือข่ายระบบบริการที่น่าจะมีความเป็นไปได้  
ได้แก่ เครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่  
ความเป็นไปได้**

ผู้บริหารเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ เห็นว่าความเป็นไปได้ในการรับบทบาทเป็นองค์กร HMO ขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ การตอบสนองต่อธุรกิจ และบทบาทหน้าที่การให้บริการต่อรัฐบาลและประชาชน คนไทยในฐานะโรงพยาบาลไทยที่เป็นงานความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งต้องไม่กระทบต่อการทำธุรกิจ

“...มี 2 เรื่องค่ะ เราทำ business ถ้ามันตอบคำถาม business ได้ ก็ไม่รู้จะปฏิเสธทำไม เรื่องที่ 2 เราอยู่ในประเทศไทย ยังไงถ้าเรามีส่วนจะได้ serve ทั้งรัฐบาล ทั้งคนไทย ในแง่ของหน้าที่ก็ควรจะทำส่วนหนึ่ง ในแง่ของ CSR [corporate social responsibility] ก็ทำได้อีกส่วนหนึ่ง...ให้เรายกทุนเยอะเราก็ไม่ยกทำอยู่แล้วแหละ...” (ผู้บริหารเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่)

การจัดทำระบบปฐมภูมิในเครือโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่สามารถปรับตัวได้ แต่ต้องใช้เวลาเนื่องจากเป็น

สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ (tertiary care) นอกจากนั้นการดำเนินงานด้านปฐมภูมิยังไม่มีมาตรฐานในการจัดทำ ขาดผู้รับผิดชอบ ไม่มีระบบการกำกับติดตาม และไม่มีรายงานผลการดำเนินการที่ดีและรวดเร็วในการแก้ปัญหา

“...เพราะว่าเราไปแบบฟอร์มยักษ์ค่ะ เพราะฉะนั้นถ้าจะทำ primary care เราต้องทำอีกแบบหนึ่ง แต่ถามว่าปรับเป็น primary care เลยได้ไหม ปรับได้ เครือเราเนีย เราไม่ได้เป็น secondary ใจคะ เราเป็น tertiary เพราะฉะนั้นการเป็น tertiary การทำ primary ก็ต้องปรับตัวอีกนิดหนึ่ง...” (ผู้บริหารเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่)

“...สิ่งที่กังวลคือ เรา implement แต่เราไม่มีระบบในการ monitor และ report ในการให้มันดีขึ้นและรวดเร็วพอที่จะแก้ปัญหา...” (ผู้บริหารเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่)

“...บอกเลยว่าการทำ primary care หลายๆ จุดนะมันยังหามาตรฐานไม่ได้ ไม่มีมาตรฐานและใครรับผิดชอบ...” (สมาคมโรงพยาบาลเอกชน)



มุมมองสำหรับภาคเอกชนเห็นว่าไม่ควรแยกบริการ  
ปฐมภูมิเหมือนในแบบจำลอง ไม่เช่นนั้นโรงพยาบาลคู่  
สัญญาอาจลาออกจากเครือข่ายมากขึ้นเพราะเป็นการแยก  
ส่วนไปทำให้คนไม่มาโรงพยาบาล ควรจัดบริการปฐมภูมิ  
ให้อยู่ในการควบคุมดูแลออกแบบของโรงพยาบาล โดย  
สำนักงานประกันสังคมสนับสนุนงบประมาณและแรงจูงใจ  
ในการลงทุนปรับระบบ การดำเนินการด้านปฐมภูมิไม่ได้  
เห็นผลในทันทีต้องใช้เวลาระยะยาว ซึ่งอาจไม่ได้ช่วยลดค่า  
ใช้จ่ายด้านสุขภาพได้จริง นอกจากนี้ไม่เห็นด้วยกับการที่  
HMO เหม่าผู้ประกันตนทั้งหมดในหนึ่งองค์กรไปใช้สิทธิใน  
โรงพยาบาลแห่งเดียวกัน เพราะหากเกิดความไม่พอใจใน  
การบริการจะถอนตัวทั้งองค์กร โรงพยาบาลอาจสูญเสียผู้  
ประกันตนทั้งหมดซึ่งหมายถึงการสูญเสียรายได้

“...การที่มีโรงพยาบาลบางแห่งลุยทำ *primary care*  
ดีๆ จะได้ไม่ต้องไปโรงพยาบาลเยอะเนี่ย ถ้าทำแบบนี้คนที่  
รับประกันสังคมลาออกหมดนะ ฉะนั้นถ้าคุณจะไปตั้ง เพิ่ม  
ต้นทุน เพิ่ม *primary care* ให้อีกเนี่ยแทนที่ *primary*,  
*secondary* เนี่ย อยู่ในที่เดียวกัน อย่างนี้เขายัง *control*  
ได้...” (สมาคมโรงพยาบาลเอกชน)

“... ทำได้ก็ต่อเมื่อคุณให้ทุนผม ให้ทุนผมสร้าง *pri-*  
*mary* มีต้นทุนเหมือน *fixed cost* อะไรแบบนี้ ให้ทุน  
สร้าง *primary* ผมก็ไปเช่าตึก ให้งบมาแล้วผมก็บริการ...”  
(สมาคมโรงพยาบาลเอกชน)

“...ถ้าคำตอบแทนคุณมีเสริมให้เรา คุณโอเค คุณออก  
ให้ หรืออะไรที่มีค่าใช้จ่าย มีงบสนับสนุนมา มันก็อาจจะ  
ได้ผลบ้าง เพราะว่ามันมีคำตอบแทน...” (ผู้ให้บริการโรง  
พยาบาลเอกชน)

“...ถามว่าต้นทุนคุณถูกกว่าจริงไหม จริงๆ แล้ว ไม่ได้  
ถูกกว่า...” (สมาคมโรงพยาบาลเอกชน)

“...ยากๆ ใ้เรื่อง *primary care* เป็นเรื่องในอุดมคติ  
ที่ไกลมากๆ มันจะเซฟยังไง...” (ตัวแทนนายจ้าง)

“...สมมุติ 20,000 คนเนี่ย มาเลือก รพ. ผม 20,000 ปี  
นี้ไม่พอใจปีหน้าหายหมด 20,000 ตายเลย...” (ผู้ให้บริการ  
โรงพยาบาลเอกชน)

ตัวแทนนายจ้างและผู้ประกันตนเห็นว่าทางเลือกใน  
การจัดบริการปฐมภูมิที่สถานประกอบการเป็นทางเลือกที่ดี  
กว่าการไป รพ.สต. สถานประกอบการหลายแห่งทำอยู่แล้ว  
เช่น มีหน่วยพยาบาลที่ดูแลโดยพยาบาลให้การดูแลรักษา  
เบื้องต้น หรือ มีการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น  
เพื่อช่วยให้ผู้ประกันตนไม่ต้องไปแออัดที่โรงพยาบาล การ  
จัดทำระบบใหม่อาจมีการจูงใจให้ผู้ประกอบการเกิดความ  
สนใจทำบริการปฐมภูมิ เช่น การให้รางวัล การลดหย่อน  
ภาษี

“ทำไมเราไม่ทำ *primary care* ในสถานประกอบการ  
การไปเลย ผมก็มองว่าเป็นโอเคทีเดียวดิเนะ ตอบโจทย์ตรงนี้  
ได้ดีมาก ใช้เงินน้อยกว่าเยอะ โรงงานเรากำหนดกฎหมาย  
หาแรงจูงใจในเรื่องสถิติ ในสถานประกอบการมีพยาบาล  
มีความรู้ ดูแลอย่างดี” (ตัวแทนนายจ้าง)

“บริษัทไหนเขามี *health care* คลินิก เพื่อการรักษา  
เนี่ย ถ้าเอาเงินมาเกี่ยว คุณก็ให้เขาลดหย่อนภาษีพิเศษสิ  
จากธรรมดาก็ได้ อันนี้พูดถึงว่าช่องที่ดึงดูดสนใจนักลงทุน  
นะครับ อันนี้คือเพราะอะไรเพราะเขามีคลินิกอยู่แล้ว เขา  
ไม่ต้องไป รพ. อันนี้เขาก็เดินไปก็รักษาได้อยู่แล้ว” (ตัวแทน  
ผู้ประกันตน)

บางมุมมองเห็นว่าโมเดลนี้ควรมีการนำร่องในเขต  
กรุงเทพฯ และปริมณฑลก่อน เนื่องจากมีผู้ประกันตน  
จำนวนมากและมีเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนเพียงพอ

“ถ้าจะทำระบบ HMO ควรเริ่มจากพื้นที่นำร่อง ใน  
เขตปริมณฑล ใกล้กรุงเทพฯ ฯ เนื่องจากมีผู้ประกันตนเยอะ  
มีโรงพยาบาลเอกชนคู่สัญญาประกันสังคมเพียงพอ น่าจะมี  
ความเป็นไปได้ที่จะนำระบบนี้เข้ามาใช้” (ผู้บริหารสมาคม  
นักรักษาพยาบาลแห่งประเทศไทย)

### การยอมรับ

ระบบที่ให้ผู้ประกันตนผ่านคลินิก รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว เป็นด่านแรกก่อนนั้น ทั้งผู้ให้บริการ นายจ้าง ผู้ประกันตน และผู้บริหาร/ผู้เชี่ยวชาญ เห็นตรงกันว่าทำให้เกิดการไม่ยอมรับของผู้ประกันตน เสมือนเป็นการลิดรอนสิทธิจากเดิมที่ผู้ประกันตนไปใช้บริการที่ไหนก็ได้ที่สะดวก เป็นการไม่ยุติธรรมเพราะผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบแต่ต้องใช้สิทธิเหมือนกับสิทธิบัตรทอง ผู้ประกันตนส่วนใหญ่อยู่ในเขตเมืองและแหล่งอุตสาหกรรม มักไปรักษาที่โรงพยาบาล หรือคลินิกที่มีขนาดใหญ่และได้มาตรฐาน ความรู้สึกของการได้พบแพทย์เป็นสิ่งสำคัญ รพ.สต. ไม่เหมาะสมทั้งในด้านกายภาพ เครื่องมือ และบุคลากรไม่เพียงพอ ดังนั้นไม่ควรมองระบบเป็นตัวตั้ง การวางระบบเช่นนี้จะ เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้ประกันตนที่อาจไม่ได้ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลง

“...ไปคลินิกก่อนแล้วส่งต่อ ผู้ประกันตน ผมว่า ผู้ประกันตนไม่ยอม...” (ผู้ให้บริการโรงพยาบาลเอกชน)

“...ใช่ๆ ลิดรอนสิทธิ...” (ผู้ให้บริการโรงพยาบาลเอกชน)

“...ส่วนมากคนที่อยู่ในการประกันตนเนี่ยเขาก็อยู่ในชุมชนเมืองคือกรุงเทพมหานคร และก็เหมือนอุตสาหกรรมนะครับ แต่ไปบังคับเขาเนี่ย ไม่ได้ ว่าถ้าไม่ผ่านเครือข่าย รพ.สต. หมอครอบครัว หรือคลินิกก่อนแล้ว รพ.ไม่รักษาเขาเนี่ยโดนฟ้องตายเลยประกันสังคม...” (ตัวแทนผู้ประกันตน)

“...บัตรทองกับ 30 บาท รักษาทุกโรคมันทำได้เพราะของฟรี ของฟรีอย่างที่ป้าบอกว่าเครือข่ายมันไปได้ แต่นี่เขาเสียตั้งค์ไ้...” (ตัวแทนผู้ประกันตน)

“...คือคำว่ามีหมอ คือขอคำนี้...” (ตัวแทนผู้ประกันตน)

“...ถ้ามีคลินิกใกล้บ้านแล้วต้องไปคลินิกก่อน ฉะนั้นอย่างนี้กลายเป็นว่า เอ๊ะ ทำไมแต่เดิมผมเดินเข้าโรงพยาบาล

ได้เลย...” (ตัวแทนนายจ้าง)

“...อันนี้คือ barrier ของ gatekeeper ชาวบ้านเรียกมันว่า barrier แล้วถามว่าอันนี้ลด cost จริงหรือเปล่า ลด cost เพราะ visit ที่ รพ.สต. ...” (ผู้บริหารหรือผู้เชี่ยวชาญ)

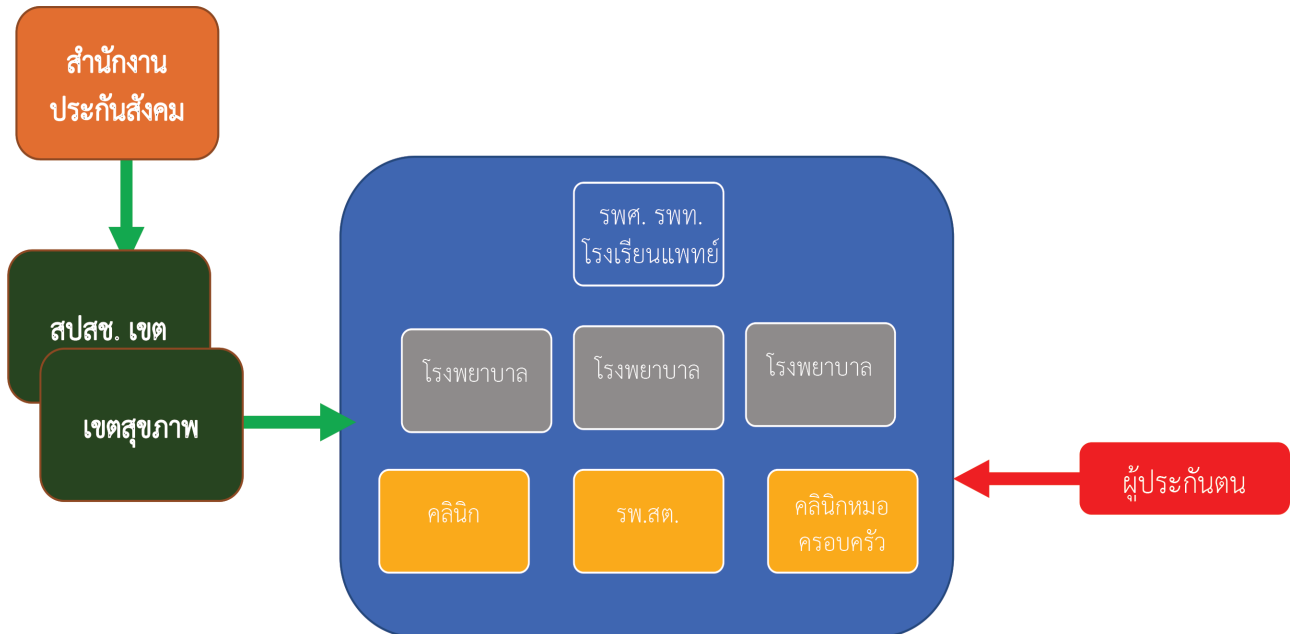
ด้านการสร้างสรรค์แนวคิดบริการปฐมภูมิ ต้องทำให้เกิด primary care concept สร้างกรอบความคิด (mindset) ของแพทย์ในการทำให้เกิดคุณค่าทางความรู้สึกรู้สึกสนุก และมีใจรักในการดูแลผู้ป่วยไม่ใช่คุณค่าที่เกิดจากโมเดลการเงินการคลัง (financial model) เป็นแรงจูงใจ

“สร้างสรรค์ primary care concept ในการดูแลคนไข้ และสร้างแรงจูงใจให้เกิด mindset ขึ้นกับแพทย์ ทำให้เกิดความรู้สึกสนุก มีคุณค่า ต้องมีใจรัก ไม่ใช่ financing model” (ผู้บริหารหรือผู้เชี่ยวชาญ)

**แบบจำลองที่ 2** HMO ผ่านระบบประกันสุขภาพภาครัฐ หรือระบบเขต

### ลักษณะของแบบจำลองที่ 2

เป็น HMO ที่มีลักษณะเป็น network model อาศัยองค์การบริหารจัดการที่มีประสบการณ์มาบริหารจัดการเครือข่ายระบบบริการ สำนักงานประกันสังคมทำสัญญาจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว สำนักงานประกันสังคมทำหน้าที่เป็นผู้ให้ทุน ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ HMO จัดทำข้อกำหนดพื้นฐาน เช่น กำหนดให้ผู้ประกันตนมีแพทย์ผู้ดูแลหลักที่เน้นบริการปฐมภูมิ มีระบบการสร้างแรงจูงใจสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ (primary care physician: PCP) ที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ เป็นต้น HMO รับความเสี่ยงด้านการเงินและรับผิดชอบการบริหารจัดการบริการ ทั้งในการติดต่อจัดหาและทำสัญญากับสถานพยาบาลต่างๆ ด้วยการซื้อบริการแบบ capitation หรือแบบผสมจากผู้ให้บริการในเขตทุกเขต ดังภาพที่ 3



HMO = health maintenance organization, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รพท. = โรงพยาบาลทั่วไป, รพศ. = โรงพยาบาลศูนย์, สปสช. = สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ภาพที่ 3 HMO ผ่านระบบประกันสุขภาพภาครัฐหรือระบบเขต

ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ หรือระบบเขตที่น่าจะมีความเป็นไปได้ ได้แก่ เขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต

#### ความเป็นไปได้

ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในการรับบทบาท HMO เพราะมีกฎหมายมาตรา 12 รองรับให้เขต สปสช. ทำได้ และมีประสบการณ์ในการบริหารจัดการระบบ แต่มีความกังวลว่าฝ่ายผู้จ้างจะกลัวว่า สปสช. จะเข้ามาควบคุมระบบมากเกินไป ขณะที่ผู้บริหารเขตกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) เห็นว่าความสนใจของเขตมีความเป็นไปได้

“...จริงๆ แล้วมันเป็นไปได้ เพราะว่ากฎหมายเราเนี่ยมันมีมาตรา 12 ให้เขามาจ้างเราบริหารอยู่แล้ว เพียงแต่ว่าผมไม่คิดว่าเรา ในบรรยากาศปัจจุบัน เวลาเรา raise เรื่องพวกเนี่ย เขากลัวว่าเราจะไปเหมือน take over ตรง

นั้นมากไป...” (ผู้บริหาร สปสช.)

“...แต่ประสบการณ์ที่รับคล้ายแบบนี้คือท้องถิ่นที่รับมาทั้งหมดเลย เขามีหน้าที่กำหนดสิทธิประโยชน์ ส่งเงินมา และ monitor...” (ผู้บริหาร สปสช.)

“... ความสนใจของระดับเขตคิดว่าเป็นไปได้...” (ผู้บริหารเขต สธ.)

ฝั่งสำนักงานประกันสังคมในการดำเนินงาน HMO รูปแบบนี้มีความเป็นไปได้ด้านของกฎหมาย คณะกรรมการการแพทย์มีอำนาจในการดำเนินการ สามารถออกแบบชุดสิทธิประโยชน์ วิธีการจ่ายเงิน และออกแบบกลไกการควบคุมติดตาม กำหนดตัวชี้วัดผลได้ที่ได้รับกับการจ่ายเงินให้เงินให้เงินไปตามสิ่งที่ต้องการ เนื่องจากมีอำนาจทางการเงิน (financial power) ทั้งนี้ควรมีการพิจารณากำหนดเพดานการจ่ายเงินและข้อตกลงสิ่งที่ควรได้รับให้ชัดเจน ยึดหลักการก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ประกันตนเป็นสำคัญ เพื่อ

ป้องกันการจัดการเพื่อเอื้อประโยชน์ให้กับตนเอง ส่วนแผน  
ควรมีการเขียนแบบไม่ลงรายละเอียดมากนัก และมีการจัด  
ตั้งข้อตกลงร่วมกันระหว่างเขตที่เป็นฉันทมติ

“ได้ๆ ผมอ่านในข้อกฎหมาย เขาบอกว่าสิทธิ  
ประโยชน์มีอะไร จะจ่ายอัตราอย่างไร มีหลักเกณฑ์อย่างไร  
เป็นไปตามมติคณะกรรมการการแพทย์ โดยความเห็นชอบ  
ของกรรมการ เพราะฉะนั้นถ้าถามว่าในข้อกฎหมาย ก็มี  
ทาง” (ผู้บริหารสำนักงานประกันสังคม)

“...ในเรื่องกฎหมายพระราชบัญญัติประกันสังคมไม่  
ได้ระบุลงไปรายละเอียดในเรื่องนี้ เพราะฉะนั้นสามารถ  
ดำเนินการได้ ก็แค่มีประกาศคณะกรรมการก็ดำเนินการได้  
เป็นอำนาจของกรรมการการแพทย์ในเรื่องของกฎหมาย...”  
(ผู้บริหารเขต สธ.)

“แต่มีสิ่งหนึ่งที่ผมต้องพูดไว้ชัดๆ เลย เพราะว่า  
เมื่อไหร่ที่มีคนกลาง แปลว่ามันมี cost การจัดการ อันนี้  
ให้ระมัดระวังเรื่องค่าใช้จ่ายของคนจัดการ ให้มันเป็นในสิ่ง  
ที่ควรจะเป็น ก็ต้องการันตีกันไว้ก่อนว่าค่าใช้จ่ายสำหรับ  
คนบริหารจัดการไม่ควรเกินเท่าไร” (ผู้บริหารสำนักงาน  
ประกันสังคม)

“ต้องการคนที่เข้าใจแล้วตั้งใจมาจัดการระบบให้  
กับชาวบ้านจริงๆ ไม่ใช่จัดการให้กับระบบของตัวเอง”  
(ผู้บริหารสำนักงานประกันสังคม)

“...ผู้จ้างมีสิทธิที่จะเป็นคนกำหนด ออกแบบ สิทธิ  
ประโยชน์ วิธีการรับบริการ วิธีการจ่ายเงิน ซึ่งเราก็แค่  
ดำเนินการตามที่เขากำหนด หากประกันสังคมต้องการ  
ออกแบบ คุณก็ต้องสร้างกลไกที่จะต้องทบทวนสิ่งที่มันเป็น  
ทุกปีภายใต้ contract ที่คุณให้ไป...” (ผู้บริหาร สปสช.)

“...จริงๆ แล้วจะเป็นใครก็ได้มารับทำหน้าที่ จะเป็น  
ระบบเดิมของประกันสังคมก็ได้ เพราะจริงๆ แล้วประกัน  
สังคมมี financial power อยู่แล้ว...” (ผู้บริหาร สปสช.)

“...ตัวแผนอย่าลง detail มากเกินไป คือผมถึงมองกลับ  
มาที่ว่า ประกันสังคมจ่ายเขาเท่านี้ยากได้อะไรจากเขา ตั้ง  
หลักใหญ่ๆ กบกดึกา...” (ผู้บริหาร สธ.)

“...ถ้าแบ่งไปที่เขตต้องเป็นรวมทุกเขตมาตกลงกันว่า

เป็นอย่างไร ... ทั้งกลุ่มต้องมีฉันทมติร่วมกันว่าจะยอมรับ  
ในส่วนนี้ร่วมกัน...” (ผู้บริหารเขต สธ.)

การจัดทำ HMO แบบเขต มีข้อดีหลายประการต่อ  
ระบบของสำนักงานประกันสังคม ได้แก่ ช่วยลดภาระการ  
บริหารจัดการ ลดปัญหาการส่งต่อโดยกำหนดข้อตกลง  
อัตราค่าบริการให้มีมาตรฐานเดียวกันในทุกระดับของ  
สถานพยาบาล การบริหารแบบเขตถือเป็นการใช้ทรัพยากร  
ร่วมกันในเขตทำให้ประหยัดต้นทุนลงได้ (economies of  
scale) และสามารถจัดการกับปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่  
แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมไม่เป็นการตัด  
เส้นโหลที่มาจากส่วนกลาง ช่วยสนับสนุนแนวความคิดการ  
ส่งเสริมป้องกันที่สำนักงานประกันสังคมกำลังเริ่มทำจาก  
เดิมระบบเน้นการรักษา นอกจากนั้นการเริ่มที่เขตกระทรวง  
สาธารณสุข จะมีความครอบคลุมพื้นที่ในการดำเนินงาน  
ถึงร้อยละ 80 ด้านผู้ประกันตนสามารถเลือกโรงพยาบาล  
ใดก็ได้ในเขต

แม้ว่าการจัดทำ HMO ผ่านเขตมีข้อดีคือครอบคลุม  
พื้นที่ส่วนใหญ่ดังกล่าว แต่มีบางความคิดเห็นเสนอว่าควร  
พิจารณาถึงการกระจายตัวของผู้ประกันตนด้วย เนื่องจาก  
ผู้ประกันตนมีการกระจายตัวหนาแน่นในบางพื้นที่เช่น  
ในเขตอุตสาหกรรมซึ่งต่างจากระบบเขตสุขภาพที่มีการ  
กระจายตัวของประชากรอยู่ทั่วทุกเขต

“...เปิดให้ผู้ประกันตนเลือกโรงพยาบาลไหนก็ได้ใน  
เขต และเมื่อเป็นในระดับเขต focus ลงไปที่ risk ลงไป  
เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ให้บริการ focus เรื่องปัจจัยเสี่ยง...”  
(ผู้บริหารเขต สธ.)

“...การส่งเสริมสุขภาพนี้เพิ่งแก้ ตอนแรกไม่มี ถ้าเป็น  
sense เดิมเนี่ย มันเป็นเรื่องการรักษาพยาบาลล้วนๆ...”  
(ผู้บริหาร สธ.)

“...พูดง่าย ๆ ว่า สมมุติ 100 โรงที่อยู่ในเครือข่ายที่จะ  
ให้บริการประกันสังคมอยู่ในระบบปกติ ถ้าเข้ามาบริหาร  
จัดการร่วมกันได้จริงๆ เรื่องธุรการ รพ. ทุก รพ. ตัดทิ้งไป  
ได้หมด เหลือ center อันเดียว ไม่ว่าเป็นยา เครื่องมือ ที่  
มันใช้ร่วมกันได้ ก็ยิ่งถูกลง...” (ผู้บริหาร สธ.)

“...ทำให้ส่วนกลางเนี่ยไม่ต้องคิดแบบ regulation ที่มันเป็นลือโฮล ถูกไหม...” (ผู้บริหาร สธ.)

“...โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยคิด DRG ใน status ของมหาวิทยาลัย แพงกว่า คนละเรท เพราะฉะนั้นข้าพเจ้าไปจากโรงพยาบาล ก. ถ้าให้ข้าพเจ้าส่งไปโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย โรงพยาบาล ก. ก็ไม่เอาแล้ว โดนไป 1.5 เท่า แต่วันนี้หากภายใต้ข้อตกลงคิดราคาเดียวกัน โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยต้องยอมคิดเท่าโรงพยาบาลอื่น เพราะฉะนั้นผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ก. ไปที่ไหนก็ได้ไม่มี difference...” (ผู้บริหาร สธ.)

“...เงินประกันสังคมเหมือนกันถูกมัย คนบริหารคือคนเดียวใช้มัย อยู่ในรูป board ก็แล้วแต่ สามารถจะ assign ได้ว่าต้องคิดราคาเดียวกันนะอย่างนี้เป็นต้น ได้ง่ายกว่า...” (ผู้บริหาร สธ.)

“...เริ่มคือ 80:20 อะ พุดง่าย ๆ ก็ถ้าคุณเริ่มที่เขตกระทรวงสาธารณสุข คุณได้ไปจำนวนใหญ่...” (ผู้บริหาร สธ.)

“...ระบบประกันสังคมไม่ได้เป็นแบบ UC [universal coverage] ที่มีกลุ่มเป้าหมายกระจายอยู่ทั่ว ผู้ประกันตนจะมีการกระจายอยู่บางพื้นที่ โดยเฉพาะเขตที่มีโรงงานอุตสาหกรรมและมีความหนาแน่นของประชากร ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมมากขึ้นว่าความเป็นไปได้ในการนำระบบ HMO มาใช้อย่างไร ต้องเกี่ยวข้องกับ scale แต่ละพื้นที่...” (ผู้บริหารสมาคมผู้บริหารโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย)

อย่างไรก็ตามภาคเอกชนเห็นว่าการปรับราคาค่าบริการให้เป็นมาตรฐานเดียวกันเป็นการไม่ยุติธรรมสำหรับภาคเอกชน ที่การปรับอัตราค่ารักษาพยาบาลโดยเทียบเคียงกับภาครัฐ เพราะการลงทุนของภาคเอกชนเป็นการลงทุนเองทั้งหมด ไม่มีการสนับสนุนจากภาครัฐเหมือนในโรงพยาบาลรัฐ

“...rate การรักษาไม่เท่ากันอยู่แล้ว ทุกอย่างของภาครัฐที่นำมาจับกับภาคเอกชนเนี่ยก็จะเป็น rate ของภาครัฐทั้งหมด ซึ่งก็เหมือนไม่ยุติธรรมสำหรับ รพ.เอกชนหลายๆ อย่างเนอะกับสิ่งที่พวกเราต้องเจอ...” (ผู้ให้บริการโรงพยาบาลเอกชน)

“...ของเอกชนเนี่ย เจ้าของ รพ. เขารับผิดชอบเองทั้งหมด แต่ในส่วนของภาครัฐนี่คือรัฐบาลเป็นคนรับผิดชอบ ซึ่งของเอกชนเนี่ยทำให้ต้องควบคุมค่าใช้จ่ายนะ ด้วยทุนนั่นนี่ มันก็เลยทำให้เอกชนที่มีผู้ประกันตนน้อยมีความเสี่ยงสูง...” (ผู้ให้บริการโรงพยาบาลเอกชน)

HMO แบบเขตมีข้อเสียหรือจุดอ่อนสำคัญ 4 ประการคือ ประการแรก ต้องมีการเสียค่าบริการจัดการส่วนกลางให้กับองค์กร HMO ประการที่สอง เขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขยังคงมีจุดอ่อน การกระจายอำนาจมีความชัดเจนในหลักการ แต่ในทางปฏิบัติยังไม่มีมีความชัดเจนและไม่มีศักยภาพเพียงพอ เจ้าหน้าที่เขตยังมีลักษณะการยืมตัวจากหน่วยงานต่างๆ มาทำงานแบบบางเวลา ยังไม่มีประสิทธิภาพ ขาดแนวคิดร่วมสมัย และขาดการประสานงานที่ดี ประการที่สาม ศักยภาพของเขตกระทรวงสาธารณสุขด้านความสำเร็จในการบรรลุตัวชี้วัดต่างๆ ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ ประการที่ 4 ความร่วมมือกับภาคเอกชนอาจยากหากนำมารวมเข้าในระบบเดียวกันภายใต้ระบบเขตสุขภาพ เพราะมีวัฒนธรรมองค์กรที่ต่างกัน โดยคำนึงถึงประโยชน์และผลเสียที่จะได้รับ การไม่ยอมรับในอัตราค่าบริการดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะเรื่องข้อมูลของสถานพยาบาลเอกชนที่ต้องถูกขนาไปใช้ให้กับเขต ซึ่งสถานพยาบาลเอกชนต้องการปิดเป็นความลับทางธุรกิจ แต่หากสามารถตกลงร่วมกันได้ก็ดี ได้ประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่าย

“...ไม่ดีเลย เพราะประกันสังคมมีเงินจ่ายเท่าไร หักค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ พอผ่าน สปสช. ก็ต้องหักเงินส่วนต่าง...” (ตัวแทนผู้ประกันตน)

“...ถ้าพุดง่าย ๆ ก็คือต้องมีเงินจ่ายคนไปจัดการแล้ว เขาก็คงต้องได้กำไรส่วนหนึ่ง...” (ผู้ให้บริการโรงพยาบาลเอกชน)

“...ตัวหนังสือยังชัดว่า ยังเชื่อการกระจายอำนาจออกไป ส่วนภาคปฏิบัติเอง กระทรวงสาธารณสุขเนี่ยอาจจะยังไม่มีความชัดเจนในการเคลื่อนให้มันเห็น progress วันนี้เขตในเชิง functional เชิงหลักการเนี่ยมันโอเคอยู่ เพียงแต่ว่าสิ่งที่เรารู้สึกว่ามันยังไม่ถึงสิ่งที่ควรจะเป็นอย่าง

สมบูรณ์คือว่าเขตไม่มีศักยภาพ...” (ผู้บริหาร สธ.)

“...ทฤษฎีมันทำได้ แต่ทางปฏิบัติก็ต้องทำตัวชีวิตด้วย ทุกวันนี้กระทรวงทำตัวชีวิตตัวไหนสำเร็จบ้าง ไข่มุมนั้นต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าคุณสำเร็จ...” (สมาคมโรงพยาบาลเอกชน)

“...โรงพยาบาลเอกชนคิดในส่วนที่เราได้ประโยชน์คืออะไร ส่วนที่เขายเสีย มีปัญหาคืออะไร ข้อมูลจะถูกเอาไป analyze แบบไหน อันนี้เป็นความลับทางธุรกิจของรพ.นะ...” (ผู้บริหาร สธ.)

ด้านความสัมพันธ์ระหว่าง supra contractor และ main contractor ภาครัฐ ในเขต หากโรงพยาบาลเครือข่ายกับโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มีการจับมือกันได้ดีจะยิ่งส่งผลกระทบต่อระบบบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น แพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจของโรงพยาบาลต่างๆ ในเขตร่วมมือกันทำงานได้ จัดสรรแพทย์ในเขตได้เต็มเวลา เปิดคลินิกนอกเวลา ผู้ประกันตนได้ประโยชน์ แต่บางแห่งมีสัมพันธ์ไม่ดีเนื่องจากนโยบาย 30 บาทนำเงินมาเป็นตัวตั้ง จากเดิมที่เคยร่วมมือกันทำงานเหมือนพี่น้อง ทำให้มีการแข่งขันกันเพื่อให้ได้เงินเพื่อให้ตนเองอยู่รอด นอกจากนั้นบางแห่งยังมีปัญหาการข้ามเขตบริการ

“...ถ้าคุณเอา 2-3 คนนี้ มา pool กัน ประกันสังคม ลูกจ้างได้ประโยชน์ ไม่นั่นนอกเวลาไม่มีหรือว่ามีบางวัน อันนี้ เขา pool กันบริการได้ อย่างมากอาจจะเน้นวันบางวัน ผมคิดว่าอันนี้ได้ประโยชน์แน่ๆ...” (ผู้บริหาร สธ.)

“...ตั้งแต่ 30 บาทมาเอาเงินเป็นตัวตั้ง รพ. แพทย์กับสาลูซุขที่เคยเป็นพี่เป็นน้องกันเสียหายไป เพราะทุกคนกลัวเงินในกระเป๋าไม่มี แยกเงินกันก็ต้องย้อนกลับไปจับพวงบริการกันใหม่ ที่แปลคือ รพ. แพทย์ [โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์] กับเขตพื้นที่เขว้กัน ไม่เป็นโซนเดียวกัน...” (เครือข่ายโรงเรียนแพทย์)

ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายโรงเรียนแพทย์ในฐานะที่เป็น supra contractor กับ main contractor กับภาคเอกชน พบว่า HMO รูปแบบนี้เอื้อต่อโรงเรียนแพทย์ด้านการ

รับส่งต่อ เนื่องจากเดิมมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีกับโรงพยาบาลภาคเอกชน มีการปิดไม่รับการส่งต่อจากภาคเอกชน เนื่องจากมีการเลือกส่งต่อผู้ป่วย (selection bias) ขณะเดียวกันโรงพยาบาลเอกชนมองว่าโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มีค่าบริการตรวจสูง เหมือนเป็นการถ่วงถ่วง เพราะโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์สามารถใช้ทรัพยากรได้อย่างไม่จำกัด

“...ถ้าเป็นเช่นนี้ รพ. แพทย์ [โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์] ชอบประกันสังคมในเชิงของรับ refer เดิมเราเคยบล็อกเอกชน ไม่รับวงกว้าง เพราะเอกชนมี selective bias...” (เครือข่ายโรงเรียนแพทย์)

“...มุมมองของเอกชนก็มองว่าโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ investigate เยอะ บางทีทำซ้ำแล้วซ้ำอีก โดยไม่ได้เจตนาหรอก แต่พอไปวางบิลภาคเอกชน เอกชนก็จะเห็นว่าทำไม lab เยอะ เอกชนก็มองว่าโรงพยาบาลรัฐไปแกล้งเขาหรือเปล่า...” (เครือข่ายโรงเรียนแพทย์)

“...อาจารย์ที่โรงพยาบาลแพทย์ก็จะใช้ยาดีเกินรพ. ต่างๆ ที่ส่งโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์เขาก็จะเสี่ยงจะส่งให้น้อยที่สุด ยกเว้นว่าไม่มีที่ไหนส่งได้ ถึงจะส่งเพราะเขารู้ว่า รพ.แพทย์จะไม่มี limit ในเรื่องของการใช้ resource...” (สมาคมโรงพยาบาลเอกชน)

ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน พบว่ายังมีการแข่งขันกันโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล และบทบาทของภาคเอกชนในการเข้ามาในระบบยังไม่ชัดเจน

“...แล้วเอกชนอยู่ตรงไหน ไข่มุมนั้น เพราะทุกวันนี้รัฐบาลกับเอกชนเนี่ย บางทีเป็นคู่แข่งกันด้วยซ้ำ เพราะว่าลูกค้าเขตเดียวกัน...” (สมาคมโรงพยาบาลเอกชน)

### การยอมรับ

ผู้ให้บริการภาคเอกชน ตัวแทนนายจ้างและผู้ประกันตนเห็นตรงกันว่า การมี HMO แบบเขตสำนักงานประกันสังคมต้องเสียเงินค่าจ้างเขตสุขภาพ เขตสุขภาพบริหารเงิน



เพื่อให้เหลือเงินส่วนต่างที่เป็นประโยชน์ต่อเขต ทำให้ผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ให้บริการและผู้ประกันตนลดน้อยลง แต่หากจะมีการจัดตั้ง HMO แบบเขตขึ้น ตัวแทนนายจ้างและภาคเอกชนเห็นตรงกันว่าควรเป็นองค์กรที่มีความน่าเชื่อถือ บริหารจัดการดีมีความเป็นมืออาชีพ แก้ไขปัญหาความแตกต่างของมาตรฐานการรักษา มีความเป็นธรรม และยุติธรรมแก่ผู้ประกันตนเพราะผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบ จึงต้องได้อะไรที่มากกว่าเขตทำให้กับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และต้องดีกว่าระบบประกันสังคมในปัจจุบัน องค์กรที่ผู้ให้บริการภาคเอกชนมีความเชื่อถือคือ สปสช.เขต เพราะไม่หวังผลกำไร บริหารจัดการรวดเร็วเป็นระบบ จ่ายเงินตามงวด แต่ต้องพิจารณาเงื่อนไขของ สปสช. อีกครั้งว่าเป็นอย่างไร ส่วนผู้ประกันตนไม่เห็นด้วยกับรูปแบบนี้เพราะแก้ปัญหาไม่ตรงจุด เห็นว่าประกันสังคมควรหันมาแก้ระบบเดิมให้ดีขึ้นมากกว่าการจัดตั้ง HMO เช่น จัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลผู้ประกันตน และออกแบบให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ประกันตน การให้คำปรึกษาแก่สถานพยาบาลให้สามารถอยู่รอดได้ เป็นต้น

“...ถ้าพูดง่ายๆ ก็คือต้องมีเงินจ่ายคนไปจัดการแล้ว เขาก็คงต้องได้กำไรส่วนหนึ่ง...” (ผู้ให้บริการโรงพยาบาลเอกชน)

“...ถ้าลองเปลี่ยนแล้วทุกอย่างเปลี่ยนระบบไปอีก ระบบหนึ่ง ค่าใช้จ่ายสูง...” (ตัวแทนนายจ้าง)

“...มันยุติธรรมด้วยนะ ไม่ใช่เป็นธรรมอย่างเดียว เขาจ่ายเยอะกว่าเขาต้องได้อะไรที่มากกว่า ถ้าของคุณไม่สามารถหาอะไร ให้อะไรที่ดีกว่า ของหลักประกันสุขภาพ สปสช. ผมว่าโครงการของคุณล้ม และดีกว่าหลักประกันสังคมที่มีอยู่ในปัจจุบันอย่างไร...” (สมาคมโรงพยาบาลเอกชน)

“...เพราะว่า สปสช. บริหารปุ๊บเนี่ย 1.ข้อมูลจะไวกว่า 2.การจ่ายหรืออะไรจะเป็นระบบกว่า แล้วก็ถ้าไม่มีการกินหัวคิวนะคะ เพราะว่าโรงพยาบาลก็ได้...” (ผู้ให้บริการโรงพยาบาลเอกชน)

“...ไม่ดีเลย เพราะประกันสังคมมีเงินจ่ายเท่าไร หักค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ พอผ่าน สปสช. ก็ต้องหักเงินส่วนต่าง ตรงนี้เราไม่แก้ต้นเหตุ เราไปแก้ที่ปลายเหตุ ไม่ตอบโจทย์การแก้ปัญหาที่แท้จริง ถามว่าใครได้ประโยชน์ ผู้ประกันตนจะไม่ได้ประโยชน์ สปสช. ก็ต้องพยายามให้เงินเหลือไว้...” (ตัวแทนลูกจ้าง)

“...การบริหารจัดการที่เหมาะสมกับผู้ประกันตน ควรดูที่ระบบเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มากกว่า ไม่ใช่การใช้ สปสช. เขต เข้ามาดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับผู้ประกันตนในแต่ละพื้นที่...” (ตัวแทนลูกจ้าง)

“...ให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลมากกว่าว่าควรทำอย่างไร ให้โรงพยาบาลไปได้ไม่ขาดทุน...” (ตัวแทนลูกจ้าง)

“...ถ้าเป็นแบบเขต แต่ส่วนที่สำคัญคือขออย่างหนึ่ง ให้เป็นมืออาชีพ อันนี้สำคัญที่สุด ต้องเป็นมืออาชีพมาบริหาร...” (ตัวแทนนายจ้าง)

“...สิ่งที่เรากำลังจะมาโดยตลอดคือมาตรฐานการรักษา มันคือมีความแตกต่างกันเยอะ...” (ตัวแทนนายจ้าง)

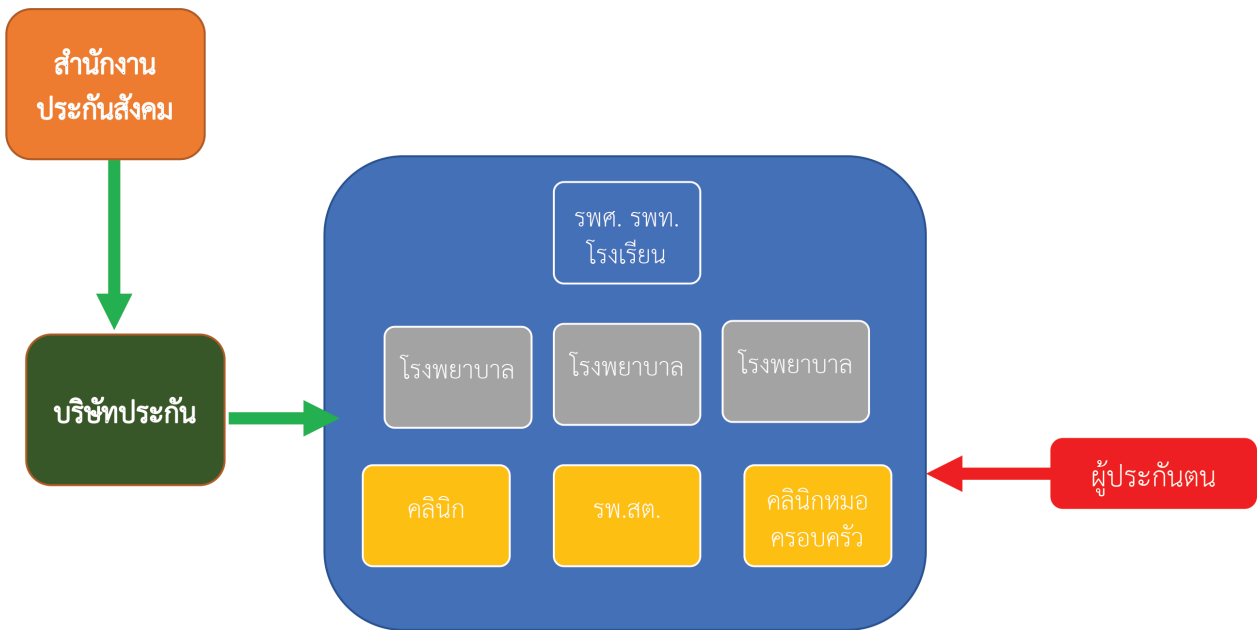
“...ไม่ว่าจะเป็นระบบไหนถ้าตอบสนองในการรักษา คนเนี่ย เท่าเทียม ฉันทคิดว่ามันได้ประโยชน์ เพียงแต่ว่าเราพร้อมกันหรือยัง” (ตัวแทนนายจ้าง)

### แบบจำลองที่ 3 HMO ผ่านบริษัทประกันเอกชน

#### ลักษณะของแบบจำลองที่ 3

HMO นี้คล้ายคลึงกับแบบที่ 2 คือไม่มีระบบบริการปฐมภูมิเป็นด่านแรก แต่ลักษณะเป็น group model สำนักงานประกันสังคมทำสัญญา จ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว และจัดทำข้อตกลงเบื้องต้นกับบริษัทประกันในการให้บริการแก่ผู้ประกันตน เช่น ผู้ประกันตนต้องมีแพทย์ประจำตัวในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เน้นบริการปฐมภูมิ มีระบบการสร้างแรงจูงใจสำหรับแพทย์ PCP ที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ มีการติดตามประเมินผลการทำงาน บริษัทประกันบริหารจัดการระบบจัดหาและทำข้อตกลงสัญญาเกี่ยวกับเครือข่ายสถานพยาบาล และจัดระบบการส่งต่อ เพื่อให้บริการแก่ผู้ประกันตน ดัง





HMO = health maintenance organization, รพ.สต. = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, รพท. = โรงพยาบาลทั่วไป, รพศ. = โรงพยาบาลศูนย์

ภาพที่ 4 HMO ผ่านบริษัทประกันเอกชน

ในภาพที่ 4 ผู้ประกันตนสามารถใช้บริการในเครือข่ายสถานพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดได้

**บริษัทประกันเอกชน** ที่น่าจะมีความเป็นไปได้ ได้แก่ บริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชน และบริษัทประกันวินาศภัย

**ความเป็นไปได้**

บริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชนในประเทศไทยในปัจจุบันไม่มีความสนใจที่จะเป็นเจ้าภาพ หรือเป็นผู้จัดทำระบบการเงินการคลัง HMO เนื่องจากขาดประสบการณ์ และไม่มีคนดูแลระบบ แต่อาจมีความสนใจหากทำภายใต้บริษัทประกันสุขภาพต่างชาติ เช่น United Health Care ที่เคยขยายเข้ามาในภูมิภาคเอเชีย เพื่อไม่ให้มีความเสี่ยงในการลงทุน นอกจากนี้ยังเห็นว่าภาครัฐไม่เห็นความสำคัญที่จะให้การสนับสนุนบริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชน

“...ความสนใจในการทำ HMO financing อาจจะไม่ยังมีบริษัทไหนในไทยถูก train มาเพื่อรองรับแบบนี้ ประกอบกับไม่มีคนดูแลแบบ HMO ในประเทศไทย แต่

จะสนใจในกรณี United Health Care มีการขยายเข้ามาในภูมิภาค Asia แล้วเปิดรับบริษัทประกันสุขภาพเอกชนที่สนใจเข้าร่วม บริษัทประกันสุขภาพของไทยเป็นลักษณะธุรกิจบริการคือ ขายอะไรที่ไม่ทำให้เกิดการขาดทุน ซึ่งแตกต่างกับ Kaiser ที่เป็นการบริการสังคม นอกจากนี้รัฐบาลไม่ส่งเสริมบริษัทประกันสุขภาพเอกชน...” (ผู้บริหารบริษัทประกันสุขภาพภาคเอกชน)

ในนามของสมาคมประกันวินาศภัยมีความสนใจเป็นเจ้าภาพจัดทำองค์กร HMO โดยจะเป็นแกนกลางในการประสานงานเครือข่ายบริษัทในการร่วมกันจัดทำระบบและเข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้บริหารโครงการ HMO ทั้งที่ทำในนามสมาคมเองหรือมีการจัดตั้งบริษัทขึ้นมาจัดการใหม่ คล้ายกับกรณีของบริษัทกลางที่บริหารระบบประกันอุบัติเหตุในกรณีผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งสมาคมมีประสบการณ์ในการออกแบบระบบและกลไก รวมทั้งชุดสิทธิประโยชน์กลางด้านการประกันสุขภาพมาก่อน และสามารถบริหารจัดการในด้านการให้บริการได้ค่อนข้างดีกว่า

ระบบของรัฐ การดำเนินการแบบ HMO จะสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ โดยการให้ผู้ประกันตนมีการร่วมจ่าย มีการให้รางวัลและลงโทษผู้ประกันตนเพื่อให้เกิดความตระหนักในการมาใช้บริการ

“...มีความสนใจเป็นเจ้าภาพทำ HMO หากสำนักงานประกันสังคมติดต่อสมาคมประกันภัยอย่างเป็นทางการ สมาคมจะเป็น center ในการประสานงานและคัดเลือกบริษัทประกันใดจะสามารถเข้ามามีบทบาทเป็นเจ้าของ HMO...” (สมาคมประกันวินาศภัย)

“...คิดว่าบริษัทกลาง น่าจะสามารถทำได้ เนื่องจากมีประสบการณ์ควบคุมค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลจำนวนมากมาก่อน โดยอาจต้องตั้งกรรมการบริหารจัดการ HMO สมาคมฯ ต่อรองรายละเอียดกับโรงพยาบาลคู่สัญญา แต่อยากให้มีทางรัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุม...” (สมาคมประกันวินาศภัย)

“...บริษัทประกันเอกชนมีความคล่องตัวและสามารถบริหารจัดการในด้านการให้บริการได้ดีกว่ารัฐ...” (สมาคมประกันวินาศภัย)

“...ระบบ HMO สามารถเข้ามาควบคุมเรื่องค่ารักษาพยาบาลได้ เพราะผู้ประกันตนมีส่วนร่วมกับการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดความตระหนักมากขึ้น...” (สมาคมประกันวินาศภัย)

“...บริษัทประกันจะเก็บค่าเบี้ยประกันเยอะขึ้นหากลูกจ้างมีการเข้ารับบริการทางการแพทย์มากขึ้น หรือบริษัทประกันจะเก็บค่าเบี้ยลดลงหากลูกจ้างมีการเข้ารับบริการทางการแพทย์ลดลง...” (สมาคมประกันวินาศภัย)

#### การยอมรับ

ตัวแทนนายจ้าง และตัวแทนผู้ประกันตนไม่เห็นด้วยกับ HMO รูปแบบนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ประกันตนไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เพราะเกรงว่าจะเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณและยังมีโอกาสถูกเอาเปรียบโดยบริษัทประกันที่คำนึงถึงผลกำไรเป็นสำคัญ กังวลว่าบริษัทประกันเอกชนเข้ามาครอบงำเพราะมีวิธีการคิดที่ต่างกัน นายจ้างเห็นว่าองค์กรที่น่าเชื่อถือมากที่สุดที่มารับบทบาทบริหารจัดการ

ควรเป็นเครือข่ายโรงเรียนแพทย์

“...แบบนี้ยิ่งหนักเข้าไปใหญ่ ประกันอย่าเอาเข้ามาเลย เปลืองเงินเฉยๆ เพราะเขาทำเพื่อให้เงินประกันเขาเหลือมากที่สุด...” (ตัวแทนผู้ประกันตน)

“...ผมเข้าใจว่าหลายๆ คนเนี่ยเท่าที่ฟังผู้ประกอบการเนี่ย ทุกคนกังวลอย่างเดียวว่าเรากลัวเอกชนมาครอบงำตรงนี้ นี่คือนี่ที่ทุกคนกังวลมากที่สุดนะครับ เพราะวิธีคิดก็จะต่างกัน...” (ตัวแทนนายจ้าง)

“...ผมยังคิดอย่างนี้ที่บอกไปว่าเครือข่ายศิริราช จุฬา เครือข่ายโรงเรียนแพทย์มารวมตัวกันเป็นหัวขังบนแล้วจัดโครงสร้างใหม่เนี่ย ผมว่าน่าจะโอเคนะ แล้วให้เขากำหนดราคา...” (ตัวแทนนายจ้าง)

“...ผมคิดว่าในประเทศไทยคนที่น่าเชื่อถือมากที่สุดคือบรรดาอาจารย์แพทย์ทั้งหลายเหล่านี้ละนะ แล้วในแต่ละภูมิภาคเนี่ยให้ รพ. ศูนย์ไหนเป็น รพ. รองลงมา...” (ตัวแทนนายจ้าง)

ผู้ให้บริการภาคเอกชนเห็นว่าเมื่อมีผู้จัดการส่วนกลาง สำนักงานประกันสังคมต้องเสียค่าบริการจัดการ และหน่วยงานที่เข้ามาบริหารจัดการก็ต้องจัดสรรผลกำไรให้กับหน่วยงานอีกทอดหนึ่ง ทำให้ผลประโยชน์ของสถานพยาบาลลดลงไป หากมีการจัดทำควมมองทั้งมุมมองความพึงพอใจของผู้ประกันตนและวิธีการจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการ สถานพยาบาลเอกชนมีความสนใจหากบริษัทประกันจ่ายโรงพยาบาลแบบ fee-for-service

“...เหมือนยี่ปี่ว มีคนกินหัวคิวอยู่ตรงกลาง...” (ผู้ให้บริการโรงพยาบาลเอกชน)

“...เอาในมุมมองผู้ประกันตนก่อนเขาจะแฮปปี้ใหม่ใช้ใหม่คะ ทางฝั่งของสถานพยาบาล ประกันสังคมจะมารับผิดชอบอยู่ หรือจะให้หมอหรืออะไรก็แล้วแต่ ประกันสังคมจ่ายมาที่ รพ. หรือบริษัทประกันจ่าย...” (ผู้ให้บริการโรงพยาบาลเอกชน)

“...บริษัทประกันจ่าย รพ. แล้ว รพ. ได้ราคาตามที่จริงผมก็ยอมนะ fee-for-service...” (ผู้ให้บริการโรงพยาบาลเอกชน)

## วิจารณ์และข้อยุติ

จากการศึกษาแบบจำลอง HMO ทั้งสามรูปแบบ แบบจำลองที่ 2 HMO ผ่านระบบประกันสุขภาพภาครัฐหรือระบบเขตสุขภาพมีแนวโน้มเป็นไปได้มากที่สุด ทั้งในด้านความสนใจขององค์กรระบบเขตสุขภาพภาครัฐ (เช่น สปสช. และ เขตของกระทรวงสาธารณสุข) ด้านกฎหมาย ด้านความครอบคลุมพื้นที่บริการ ด้านการประหยัดค่าใช้จ่ายทรัพยากรร่วมกันในเขต ด้านการตอบสนองต่อปัญหาในแต่ละพื้นที่ ด้านประสบการณ์การบริหารจัดการ และด้านความน่าเชื่อถือ เป็นต้น ซึ่งระบบนี้จะช่วยสนับสนุนระบบปฐมภูมิของสำนักงานประกันสังคมที่ปัจจุบันเน้นการรักษา อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นท้าทาย เช่น การปรับมาตรฐานการบริการภาครัฐกับเอกชน ศักยภาพเขต ความสัมพันธ์ของโรงพยาบาลและการส่งต่อ และรูปธรรมความสำเร็จด้านการบริการของเขต สำหรับการรับบทบาท HMO ผ่านเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ขึ้นกับการตอบสนองทางธุรกิจและต้องใช้เวลาในการปรับตัวด้านบริการปฐมภูมิเนื่องจากเป็นสถานบริการในระดับตติยภูมิ ส่วน HMO ผ่านบริษัทประกัน พบว่า บริษัทประกันสุขภาพมีความสนใจหากทำภายใต้บริษัทประกันสุขภาพต่างชาติเพื่อลดความเสี่ยงการลงทุน ขณะที่บริษัทประกันวินาศภัยมีความสนใจและมีประสบการณ์ ด้านการยอมรับ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ไม่ยอมรับการจัดการ HMO ทั้ง 3 รูปแบบในการเสียค่าใช้จ่ายค่าบริหารจัดการส่วนกลางให้กับองค์กรรับทำ HMO ซึ่งส่งผลกระทบต่อประโยชน์ของผู้ให้บริการและผู้ประกันตนที่ลดลงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในแบบจำลองที่ 3 บริษัทประกันเอกชนที่มีวัฒนธรรมองค์กรในการแสวงหาผลกำไร บางความคิดเห็นเห็นว่าควรปรับปรุงระบบปัจจุบันให้ดีขึ้นดีกว่าการจัด HMO ส่วนแบบจำลองที่ 1 ไม่ยอมรับในการที่ผู้ประกันตนต้องผ่านบริการปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. ก่อน เหมือนเป็นการลิดรอนสิทธิที่ระบบปัจจุบันที่ไปที่ไหนก็ได้และพบแพทย์ และเป็นการไม่ยุติธรรมเพราะผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบ แบบจำลองนี้ทำให้ระบบเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

หากมีการนำ HMO มาใช้ในสำนักงานประกันสังคม อาจจะช่วยในการสนับสนุนแนวคิด purchaser-provider split (PPS) มากขึ้น โดยสำนักงานประกันสังคมเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้กำกับควบคุมการทำงานขององค์กร HMO ตามข้อตกลงและมีการกำกับติดตามผลที่ต้องการได้รับ เนื่องจากมีอำนาจทางการเงิน อย่างไรก็ตามเพื่อให้เกิดการยอมรับในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการมากขึ้น อาจต้องมีการพิจารณาองค์กร HMO ที่เป็นองค์กรภาครัฐมีอาชีพ มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการ เช่น สปสช. โดยสร้างข้อกำหนดที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้ประกันตนเป็นหลัก ป้องกันการเอื้อประโยชน์ค่าบริหารจัดการขององค์กร HMO ซึ่งแนวคิด PPS สอดคล้องกับในสหรัฐอเมริกาที่ Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) จ่ายเงินให้กับหน่วยงาน HMOs เพื่อบริหารจัดการซื้อบริการให้กับประชาชน และ CMS คอยติดตามผลที่ได้รับจาก HMO<sup>(14)</sup> นอกจากนี้ประเทศไนจีเรียเป็นประเทศหนึ่งที่ได้มีการนำ HMO ไปใช้เพื่อให้เกิด PPS ขึ้น โดย HMO เป็นผู้ซื้อบริการให้กับกองทุนประกันสุขภาพ National Health Insurance Scheme (NHIS) โดยมุ่งหมายให้มีการทำงานที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ปิดช่องโหว่ของการบริหารจัดการที่ไม่มีคุณภาพของหน่วยงานภาครัฐ<sup>(21,22)</sup> อย่างไรก็ตามการจัดตั้งองค์กร HMO อาจต้องมีการทดลองจัดทำในพื้นที่นำร่องเพื่อกำหนดข้อตกลง เงื่อนไขและรูปแบบที่เหมาะสมในการดำเนินการต่อไป เพราะในระดับปฏิบัติการพบว่าการดำเนินการ HMO ในประเทศไนจีเรียมีฟังก์ชันการดำเนินงานที่ยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้สมาชิกไม่พึงพอใจต่อบทบาทหน้าที่ขององค์กร HMO<sup>(21)</sup> โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพ HMO ยังดำเนินการได้ไม่มีประสิทธิภาพ ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเพียงพอและไม่ตอบสนองความต้องการ<sup>(22)</sup>

ในการจัดทำ HMO นั้น สำนักงานประกันสังคมอาจไม่สามารถทำได้อย่างเต็มรูปแบบเหมือนในสหรัฐอเมริกาที่มีการแข่งขันของบริษัทประกันเอกชนหลายบริษัทในการจัดบริการให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพเพื่อดึงดูดผู้ใช้



บริการ เนื่องจากในประเทศไทย บทบาทของภาคเอกชนยังไม่ได้ได้รับการยอมรับและเข้ามามีบทบาทในระบบสุขภาพมากนัก ภาครัฐเป็นผู้มีบทบาทควบคุมกำกับระบบประกันสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ เช่นเดียวกับประเทศในแถบยุโรปที่ผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการทางการแพทย์เป็นหน่วยงานที่ไม่แสวงหาผลกำไร หน่วยงานถูกกำกับอย่างเข้มงวดจากรัฐ รัฐให้ความสำคัญกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความสำคัญกับรัฐบาลกลาง และภาคเอกชนมีบทบาทน้อย การแข่งขันระหว่างผู้ให้บริการและผู้ซื้อบริการถูกควบคุมอย่างเข้มงวดโดยโครงสร้างของรัฐ<sup>(21)</sup> จึงเป็นเรื่องยากสำหรับหน่วยงานเชิงพาณิชย์ที่แสวงหาผลกำไรในการขยายกิจการและเกิดการแข่งขันกันในตลาดที่สมบูรณ์เหมือนในสหรัฐอเมริกา<sup>(23,24)</sup> ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการแข่งขันในระบบและสำนักงานประกันสังคมมีทางเลือกไม่ผูกขาดเพียงองค์กรเดียว อาจพิจารณาหน่วยงานภาครัฐอื่นเพิ่มเติม เช่น เครือข่ายโรงเรียนแพทย์ หรือเปิดรับองค์กรภาคเอกชน เช่น บริษัทประกันวินาศภัย หรือ เครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ เข้ามาร่วมแข่งขันการจัดบริการที่ดีที่สุดให้กับผู้ประกันตน

หากมีการนำระบบ HMO มาใช้ในสำนักงานประกันสังคมอาจไม่ได้ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลง เนื่องจากต้องมีค่าบริหารจัดการส่วนกลางให้กับองค์กร HMO อีกทั้งการลงทุนและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเป็นการลงทุนระยะยาวในการปรับระบบที่ปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมเน้นด้านการรักษา<sup>(7,8)</sup> เช่นเดียวกับกับประสบการณ์ในสหรัฐอเมริกาในปี พ.ศ. 2555 ต้นทุนค่าใช้จ่าย Medicare Advantage Plus ในระบบ HMO มีมูลค่าน้อยกว่าระบบดั้งเดิม Medicare Fee-For-Service เพียงเล็กน้อย<sup>(25)</sup> นอกจากนี้ อาจเป็นไปได้ว่าระบบ HMO อาจกระตุ้นให้มีการแข่งขันกันดึงดูดคนที่มีความสุขภาพดีเข้าระบบ แทนที่จะเป็นการแข่งขันเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบด้วยบริการปฐมภูมิ<sup>(26)</sup> การพิจารณา HMO ผ่านระบบเขตภาครัฐอาจช่วยได้ระดับหนึ่งเพราะเห็นความสำคัญของบริการปฐมภูมิ แต่หากเป็นภาคเอกชนคงต้องใช้เวลาและ

งบประมาณในการปรับตัว นอกจากนั้นการให้แพทย์เป็นด่านแรกในการดูแล (gatekeeper) ผู้ประกันตนน่าจะดีกว่าการใช้ระบบเป็นตัวตั้งเหมือนแบบจำลองที่หนึ่งโดยเฉพาะที่ รพ.สต. ซึ่งหากต้องการลดการรอคอยที่โรงพยาบาลอาจทำได้สองทาง คือ ผู้ประกันตนสามารถนัดหมายและพูดคุยกับแพทย์ปฐมภูมิได้ผ่านทางระบบออนไลน์ หรือสามารถพบแพทย์ปฐมภูมิได้ในคลินิกหรือสถานประกอบการจะเป็นทางเลือกที่ผู้ประกันตนมีการยอมรับและสะดวกในการเข้าถึงบริการและลดการรอคอยที่โรงพยาบาลได้

จากผลการศึกษาที่มีความคิดเห็นจากหลายมุมมองที่ตรงกันว่าสำนักงานประกันสังคมอาจปรับปรุงระบบเดิมให้ดีขึ้นได้ โดยไม่ต้องมีการจัดตั้งองค์กร HMO ที่ต้องเสียค่าบริหารจัดการ เช่น การจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศระบบข้อมูลผู้ประกันตนที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ประกันตน โดยสำนักงานประกันสังคมอาจนำแนวคิด HMO มาปรับใช้ในการแก้ปัญหาในระบบปัจจุบันได้ เช่นเดียวกับในหลายประเทศที่ได้มีการนำรูปแบบ managed care และ HMO ของสหรัฐอเมริกาไปใช้ในรูปแบบที่หลากหลาย ในแถบภูมิภาคต่างๆ ได้แก่ สหภาพยุโรป เช่น อังกฤษ สวิตเซอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ แถบลาตินอเมริกา เช่น บราซิล ชิลี เปรู อาร์เจนตินา หรือแถบเอเชีย เช่น ฟิลิปปินส์<sup>(27)</sup> โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการนำหลักการและข้อดีของรูปแบบ managed care และ HMO ไปใช้ในการเพิ่มคุณภาพการบริการและควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ<sup>(28)</sup> ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นรูปแบบที่มีหรือไม่มี HMO สำนักงานประกันสังคมสามารถนำแนวคิดมาใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาระบบปัจจุบันที่สำคัญได้ เช่น ระบบเดิมโรงพยาบาลคู่สัญญาส่วนใหญ่ไม่เน้นบริการปฐมภูมิ การรักษาเป็นแบบตั้งรับที่อยู่บนพื้นฐานความเจ็บป่วย ดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราว ไม่ต่อเนื่อง ไม่เน้นคุณค่าบริการ มีความแออัดที่โรงพยาบาล มีปัญหาการส่งต่อ และการใช้ประโยชน์ด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการคุณภาพการบริการและระบบการจ่ายเงินยังมีไม่มากนัก<sup>(7,8)</sup> ดังนั้นจึงควรมีการปรับปรุงระบบโดยเน้นบริการปฐมภูมิ

ที่มีการส่งเสริมป้องกันที่เข้มแข็ง (primary care with strong promotion and prevention) ทำได้ตั้งแต่การกำหนดคู่สัญญาหลัก หลักเกณฑ์การจ่ายเงิน การติดตามประเมินผล อาจมีการกำหนดแพทย์ผู้ดูแลผู้ประกันตนประจำตัวเพื่อการดูแลรักษาแบบบูรณาการที่เน้นคุณค่าบริการ (integrated systems with value-based health care) ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีกลไกการจ่ายเงินแก่แพทย์ประจำตัวผู้ประกันตนที่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ขณะที่สามารถควบคุมการรักษาที่ไม่จำเป็นและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้ นอกจากนี้มีการวางแผนปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนบริการและการจัดการโรค (health information technology (IT) for system and disease management) เพื่อใช้ในการสนับสนุนระบบบริการแบบบูรณาการ ติดตามประเมินผลบริการ และกลไกการจ่ายเงินที่เน้นคุณภาพบริการ มีการใช้ระบบ IT ในการนัดหมาย การพูดคุยระหว่างแพทย์และผู้ป่วย telemedicine ส่งยาหรือผลทางห้องปฏิบัติการให้กับผู้ป่วย เพื่อลดการแออัดที่โรงพยาบาล<sup>(16-17,20,29)</sup>

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ทางเลือกระบบ HMO มีเพียง 3 แบบจำลอง ซึ่งอาจมีแบบจำลองที่มีความเป็นไปได้อื่นเช่นมีแบบจำลองที่มีคู่แข่ง ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้ต่อไปอาจมีการทบทวนวรรณกรรมการประยุกต์ใช้ HMO ในประเทศอื่นๆ เพิ่มขึ้น หรือเพิ่มตัวเลือกองค์กร HMO เพิ่มเติม เช่น มหาวิทยาลัย โรงเรียนแพทย์ เพื่อให้เกิดการแข่งขันการจัดคุณภาพในระบบบริการ ทำให้สำนักงานประกันสังคมเกิดความคุ้มค่าในการลงทุน พร้อมทั้งศึกษาความเป็นไปได้และการยอมรับแบบจำลองที่ไม่มีการตั้งองค์กร HMO แต่นำแนวคิดและกระบวนการของ HMO มาประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาาระบบของสำนักงานประกันสังคมให้ดีขึ้น นอกจากนี้ ข้อจำกัดอีกประการของการศึกษานี้คือ ขาดการนัดสัมภาษณ์เครือข่ายย่อยคลินิกเอกชน และเครือข่ายโรงพยาบาลภาครัฐ ทำให้ขาดมุมมองที่เป็นเครือข่ายสำคัญในการเข้าถึงบริการของผู้ประกันตน

## ข้อเสนอแนะ

การจัดระบบบริการทางการแพทย์ในรูปแบบองค์กรเครือข่ายสุขภาพ HMO โดยสำนักงานประกันสังคมปรับเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้กำกับนโยบายและควบคุมติดตามประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการ ความเป็นไปได้มากในแบบจำลองที่สอง อย่างไรก็ตามอาจไม่เกิดการแข่งขันในประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการเท่าที่ควร จึงควรมีการศึกษาขององค์กรอื่นที่มีความเป็นไปได้เพิ่มเติม เพื่อให้เกิดการแข่งขันการจัดบริการ การลงทุนบริการ ปฐมภูมิยังคงต้องใช้ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการปรับเปลี่ยนระบบ ควรมีการศึกษานำร่องในทางปฏิบัติ และไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด สำนักงานประกันสังคมสามารถนำแนวคิด HMO มาปรับใช้ในการแก้ปัญหาระบบปัจจุบันที่สำคัญได้ ได้แก่ การเน้นการบริการปฐมภูมิ การบริการแบบบูรณาการแบบเน้นคุณค่า และการลงทุนพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โดยควรมีการพิจารณาความเหมาะสมและสอดคล้องกับอีกสองกองทุนร่วมด้วย

## กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ขอขอบคุณกองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมเป็นอย่างสูงที่ได้ให้ทุนอุดหนุนการวิจัย ขอขอบคุณคณะกรรมการกำกับงานวิจัย ได้แก่ นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์ นายแพทย์สนธยา พริ้งลำภู นายแพทย์ณรงค์ฤทธิ์ มัชฌายานนท์ ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ และผู้อำนวยการกองวิจัยและพัฒนา ที่ได้ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการดำเนินการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ ขอขอบคุณ คุณรุ่งนภา ทองเมือง และคุณรุสมิณา นิมะ บุคลากรของสำนักงานจัดระบบบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม ที่ได้ให้ข้อมูลด้านการจัดระบบบริการทางการแพทย์ การจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ การบริหารจัดการสถานพยาบาลคู่สัญญาและสถานพยาบาลเครือข่ายในระบบประกันสังคม นอกจากนี้ขอขอบคุณผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม ผู้บริหาร



และผู้เชี่ยวชาญในการบริหารจัดการระบบการคลังสุขภาพ และการบริการทางการแพทย์ ตัวแทนและเครือข่าย โรงพยาบาลรัฐและเอกชนทุกระดับ ตัวแทนบริษัทประกัน เอกชน ตัวแทนนายจ้าง และตัวแทนผู้ประกันตน และขอ ขอบคุณศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Chula Unisearch) ที่ช่วยประสานงานวิชาการระหว่าง หน่วยงาน และขอขอบคุณ คุณนัฐริญา คงรอด ที่ช่วย ประสานงานโครงการ

## References

1. Pinprateep P. The direction of the health system reform in the current era: the 31<sup>st</sup> Honorable Aree Valyasevi Speech. Bangkok: 3D Printing Equipment; 2018. 42 p. (in Thai)
2. Pokpermddee P. Twenty-year national strategic plan for public health (B.E. 2561-2580). *Journal of Health Science* 2020;29(1):173-86. (in Thai)
3. Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Thai Public Health 2011-2015. Bangkok: WVO Office of the Printing Mill; 2016. 488 p. (in Thai)
4. Research and Development Division. Social Security Office Annual Report 2020 [internet]. Nonthaburi: Social Security Office; 2020 [cited 2022 Feb 28]. Available from: [https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files\\_storage/sso\\_th/b5ccdc72a0f03b95b8e3ac1df3f80025.pdf](https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/b5ccdc72a0f03b95b8e3ac1df3f80025.pdf).
5. Locock L. The changing nature of rationing in the UK National Health Service. *Public Administration* 2002;78(1):91-109.
6. Siverbo S. The purchaser-provider split in principle and practice: experiences from Sweden. *Financial Accountability & Management* 2004;20(4):401-20.
7. Piravej N, Sakunphanit T, Suknark K, Panyadee S, Aueasirivon B, Wongsin U, et al. Hospital management models for social security beneficiaries. Final report. Nonthaburi: Social Security Fund, Social Security Office; 2014. (in Thai)
8. Pichitpong S. The study to evaluate the effectiveness and efficiency of Medical Services System of Social Security Office. Final report. Nonthaburi: Social Security Fund. Social Security Office; 2016. (in Thai)
9. Medical Board Announcement according to the Social Security Act. Criteria and rates of health promotion and disease prevention fees for borne benefits in the case of suffering harm or illness being not due to work (No. 2) [internet]. Bangkok: Office of the official information commission; 2019 [cited 2022 Feb 28]. Available from: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER39/DRAWER075/GENERAL/DATA0000/00000796.PDF>. (in Thai)
10. Falkson SR, Srinivasan VN. Health Maintenance Organization. [updated 2022 Mar 9]. In: StatPearls [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554454/>.
11. Dorsey JL. The Health Maintenance Organization Act of 1973 (P.L. 93-222) and prepaid group practice plans. *Med Care* 1975;13(1):1-9.
12. Navarro RP, Cahill JA. Role of managed care in the U.S. Healthcare system. In: Navarro RP, editor. *Managed Care Pharmacy Practice*. 2<sup>nd</sup> ed. Canada, US: Jones and Bartlett Publishers; 2009. p. 1-16.
13. Fox PD, Kongstvedt PR. A history of managed health care and health insurance in the United States. In: Fox PD, Kongstvedt PR, editors. *The essentials of managed health care*. 6<sup>th</sup> ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Publishers; 2013. p. 1-36.
14. Gruber LR, Shadle M, Polich CL. From movement to industry: the growth of HMOs. *Health Aff (Millwood)* 1988;7(3):197-208.
15. Selevan J, Kindermann D, Pines JM, Fields WW. What accountable care organizations can learn from Kaiser permanente California's acute care strategy. *Popul Health Manag* 2015;18(4):233-6.
16. Carnoy J, Koo L. Kaiser-permanente: a model American health maintenance organization. *Int J Health Serv* 1974;4(4):599-615.
17. Pines J, Selevan J, Mestay F, George M, McClellan M. Kaiser permanente - California: a model for integrated care for the ill and injured [internet]. Washington, DC: The Brookings Institution; 2015 [cited 2022 Feb 28]. Available from: [https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/KaiserFormatted\\_150504RH-with-image.pdf](https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/KaiserFormatted_150504RH-with-image.pdf).
18. CalPERS Board of Administration, the Public Employees' Medical & Hospital Care Act (PEMHCA). Kaiser permanente basic plan: health maintenance organization (HMO). Sacramento, CA: CalPERS; 2018 [cited 2022 Dec 15] Available from: <https://www.calpers.ca.gov/docs/2018-kaiser-basic-evidence-coverage.pdf>.
19. Miles MB, Huberman M, Saldana J. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. 4<sup>th</sup> ed. Los Angeles: SAGE; 2020.
20. Hanvoravongchai P, Lertpitakpong C. Health maintenance organization (HMO): a guideline for organizing medical services in the form of health network organization for social security system. Final report. Nonthaburi: Social Security Fund. Social Security Office; 2017. (in Thai)

21. Obikeze E, Onwujekwe O. The roles of health maintenance organizations in the implementation of a social health insurance scheme in Enugu, Southeast Nigeria: a mixed-method investigation. *Int J Equity Health* 2020;19(1):33.
22. Akinbode JO, Sokefun EA, Aremu MO. Appraisal of health maintenance organisations' performance in the Nigerian healthcare service sector. *J Healthc Eng* 2019;2019:6820609.
23. Lagoe R, Aspling DL, Westert GP. Current and future developments in managed care in the United States and implications for Europe. *Health Res Policy Syst* 2005;3(1):4.
24. Erdmann Y, Renate Wilson. Managed care: a view from Europe. *Annual Review of Public Health* 2001;22(22):273–91.
25. Biles B, Casillas G, Guterman S. Does medicare advantage cost less than traditional medicare?. *Commonwealth Fund* Pub. 2016;issue brief 2(1858):1-9.
26. Hellinger FJ, Wong HS. Selection bias in HMOs: a review of the evidence. *Med Care Res Rev* 2000;57(4):405-39.
27. Tulchinsky TH, Varavikova EA. *The new public health*. 3<sup>rd</sup> ed. San Diego: Elsevier Academic Press; 2014.
28. L.E.K. Consulting. What the EU can learn about managed care from the US [internet]. 2019. [cited 2021 Jan 25]. Available from: <https://www.lek.com/sites/default/files/insights/pdf-attachments/US-Managed-Care-Solutions.pdf>.
29. Cotton P, Newhouse JP, Volpp KG, Fendrick AM, Oesterle SL, Oungpasuk P, et al. Medicare advantage: issues, insights, and implications for the future. *Popul Health Manag* 2016;19(S3):S1-S8.