

เมเนจด์แคร์ : การดูแลรักษาภายใต้การจัดการ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์*

Sriratanaban J. Managed care. Chula Med J 1999 Sep; 43(9): 617-630

Managed care is an integrated form of health care financing and service delivery - a form of private health insurance which has been expanding and caused dramatic changes in the health services systems in the United States. For a while, it has also been introduced to other countries, including Thailand. Managed care has many different types and hybrids, such as health maintenance organizations (HMO), preferred provider organizations (PPO), etc. Each has different risk sharing provision, restriction of consumer selection of providers, utilization review programs and provider payment methods. Based on experiences in the United States, studies showed managed care was quite successful in controlling health care utilization and cost. However, favorable selection bias in membership enrollment was found. Findings of its impact on quality and patient satisfaction were mixed. We might benefit from learning applying some of its features.

Key words : *Managed care, Health insurance.*

Reprint request : Sriratanaban J. Department of Preventive and Social Medicine,
Faculty of Medicine, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. July 15, 1999.

เมนเนจด์แคร์ (Managed care) เป็นคำที่แพทย์รวมทั้งผู้สนใจที่อ่านบทความทางวิชาการในวารสารต่างประเทศ ตลอดจนผู้ที่อยู่ในวงการการบริการทางสุขภาพและประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน อาจได้ยินได้ฟังกันอยู่บ่อยครั้ง เมนเนจด์แคร์หรือ การให้การดูแลรักษาภายใต้การจัดการ เป็นรูปแบบของการประกันสุขภาพภาคเอกชนรูปแบบหนึ่งที่มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วและทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อย ๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งในปัจจุบันรูปแบบของเมนเนจด์แคร์นี้ได้ขยายไปสู่ประเทศอื่น ๆ เช่น ออสเตรเลีย สิงคโปร์ รวมทั้งประเทศไทยด้วย รูปแบบการประกันสุขภาพแบบเมนเนจด์แคร์มีทั้งข้อดีและข้อเสีย และมีหลายประเด็นที่น่าสนใจและน่าเรียนรู้เพื่อมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ในประเทศไทยได้ ในบทความนี้ผู้เขียนจะขอกล่าวถึงเมนเนจด์แคร์ในประเด็นที่น่าสนใจในหัวข้อต่อไปนี้คือ นิยามและพัฒนาการโดยสังเขป รูปแบบของเมนเนจด์แคร์ กลไกการทบทวนการใช้บริการและระบบผลตอบแทนที่นำมาใช้ อิทธิพลของเมนเนจด์แคร์ต่อการบริการและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

นิยามและพัฒนาการ

เมนเนจด์แคร์มักถูกนิยามว่าเป็น "ระบบที่มีการผสมผสานการคลังและการให้บริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมเข้าด้วยกัน (Integration of financing and delivery of appropriate medical care) โดยมีวิธีการที่มีลักษณะดังนี้

- 1) มีความรับผิดชอบตามกฎหมายในการให้บริการทางการแพทย์แก่สมาชิก โดยการทำสัญญากับแพทย์และโรงพยาบาลเป็นผู้ให้บริการเพื่อจัดการให้บริการทางสุขภาพอย่างเบ็ดเสร็จ เป็นเครือข่ายการให้บริการกับสมาชิกโดยปกติแลกเปลี่ยนกับการได้รับเบี้ยประกันภัยที่กำหนดไว้ล่วงหน้าเป็นรายเดือน
- 2) ผู้ให้บริการที่รับสัญญาตกลงยอมรับวิธีการควบคุมการใช้บริการและคุณภาพ (Utilization and quality control)
- 3) มีสิ่งจูงใจทางการเงิน (Financial incentives) ให้ผู้ป่วยใช้บริการจากผู้ให้บริการและสถานพยาบาลใน

เครือข่าย

- 4) การแบกรับความเสี่ยงทางการเงิน (Financial risk) บางประการโดยแพทย์ ซึ่งมีผลเปลี่ยนแปลงบทบาทของแพทย์จากการเป็นเพียงตัวแทนดูแลสวัสดิภาพของผู้ป่วย (Patient welfare) ไปสู่การสร้างสมดุลระหว่างสวัสดิภาพผู้ป่วยและความจำเป็นในการควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่าย" ^(1,2)

เมนเนจด์แคร์มีจุดเริ่มต้นมาจากแนวคิดกว่า 50 ปีมาแล้ว โดยยุคแรกอยู่ในรูปแบบ *prepaid group-practice plan* เช่นของ Group Health of Puget Sound และของ Kaiser Permanente Medical Care program ต่อมาในปี ค.ศ. 1971 (พ.ศ. 2514) รัฐบาลกลางของสหรัฐอเมริกาได้สนับสนุนแนวคิดของ *prepaid group practice* เป็นนโยบายว่าสามารถช่วยชะลอการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้และเรียกชื่อใหม่เป็น *Health maintenance organization (HMO)* และออกกฎหมายเพื่อกำกับ ควบคุม และสนับสนุนการขยายตัวของ HMO โดยเฉพาะ เรียกว่า "Health Maintenance Organization Act of 1973" ⁽¹⁾

ในช่วงหลัง ค.ศ. 1984 เมนเนจด์แคร์มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว รูปแบบใหม่ ๆ ของเมนเนจด์แคร์ได้พัฒนาออกมามากมาย จำนวนผู้ทำประกันใน HMO เพิ่มขึ้นจาก 6 ล้านคนในปี ค.ศ. 1976 เป็น 38.6 ล้านคนในปี ค.ศ. 1991 เมื่อย่างเข้าทศวรรษ 1990s การประกันสุขภาพในกลุ่มลูกจ้างบริษัทเอกชนในประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ในลักษณะของเมนเนจด์แคร์ ถึงร้อยละ 95 มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่แผนสวัสดิการด้านสุขภาพเป็นแบบอิสระ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเปลี่ยนแปลงนี้ ได้แก่ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศ ทำให้บริษัทนายจ้างผู้ให้สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลแก่ลูกจ้างเกิดความต้องการที่จะควบคุมสวัสดิการดังกล่าวและผลักดันให้มีการควบคุมค่าใช้จ่ายด้านนี้โดยตรง อย่างไรก็ตามการขยายตัวของ HMO ไม่เท่ากันในแต่ละมลรัฐของสหรัฐอเมริกา มลรัฐที่มีการขยายตัวของ HMO มากได้แก่ California, Colorado, Minnesota, Nevada และ Oregon ⁽¹⁾

การเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของธุรกิจของ HMOs เจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษ 1980s ทำให้เกิดการแข่งขันกันอย่างมาก แผนการประกันใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นต้องการช่วงชิงตลาดอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดการแข่งขันอย่างมากใน 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ ราคาหรืออัตราเบี้ยประกัน ภัย ทางเลือกในเรื่องผู้ให้บริการ และความครอบคลุมของสิทธิประโยชน์⁽³⁾ ในปี ค.ศ. 1987 มีเพียงร้อยละ 13 ของแผนการประกันใหม่และร้อยละ 38 ของแผนการประกันที่ดำเนินการอยู่แล้วเท่านั้นที่ได้กำไร ทำให้ในช่วงก่อนเข้าสู่ทศวรรษ 1990s มีการรวมตัวกันของ HMOs หลายแห่ง ส่งผลให้ส่วนแบ่งการตลาดในองค์กรหลายแห่งเพิ่มขึ้น ผลกำไรดีขึ้นโดยมีสัดส่วนของแผนการประกันที่ได้กำไรเพิ่มเป็นร้อยละ 66 ในปี ค.ศ. 1989⁽⁴⁾

สิทธิประโยชน์ด้านบริการทางสุขภาพโดยทั่วไปของแผนการประกันสุขภาพแบบแมนเนจด์แคร์จะครอบคลุมการให้บริการรักษาพยาบาลของแพทย์ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การอยู่โรงพยาบาล บริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา บริการฉุกเฉินและบริการนอกพื้นที่ การรักษาด้านสุขภาพจิตและการติดยา การดูแลพยาบาลระยะพักฟื้น และค่ายาผู้ป่วยนอก ทั้งนี้เป็นไปตามกฎหมายที่ HMOs จะต้องปฏิบัติตาม หาก HMOs นั้นต้องการได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายของรัฐบาลกลาง นอกจากนั้นในแผนการประกันบางแบบอาจมีความคุ้มครองเพิ่มเติม เช่น บริการดูแลผู้สูงอายุ บริการทันตกรรม สายตา พฤติกรรมสุขภาพ และความครอบคลุมเสริมสำหรับประกันผู้สูงอายุ MEDICARE ของรัฐ ให้เลือก⁽⁵⁾

รูปแบบของแมนเนจด์แคร์

แมนเนจด์แคร์มีอยู่หลายรูปแบบ มีชื่อเรียกต่าง ๆ กันไป ความแตกต่างระหว่างแมนเนจด์แคร์รูปแบบต่าง ๆ อาจพิจารณาได้จากประเด็นต่อไปนี้

- การรับความเสี่ยงทางการเงินจากการใช้บริการ (Bearing of financial risk) ทั้งนี้ใครจะเป็นผู้รับระหว่างผู้จ่ายเงินซื้อประกันตัวกลางหรือบริษัทประกัน และแพทย์ผู้ให้บริการ

- การจำกัดทางเลือกและอิสระของผู้บริโภคในการเข้าหาผู้ให้บริการ (Restriction of consumer selection of provider) ซึ่งในแผนการประกันสุขภาพแต่เดิมมักไม่มีการจำกัดอิสระในการเลือกผู้ให้บริการของผู้เอาประกันแต่ใน Managed care จะมีระบบที่จำกัดทางเลือกให้สมาชิกผู้เอาประกันเลือกใช้บริการในเครือข่ายของตน ทั้งนี้อาจโดยการจำกัดสิทธิประโยชน์ หรือการให้ผู้เอาประกันต้องมีส่วนร่วมจ่าย (Cost sharing) ในสัดส่วนต่าง ๆ กันไป

- การควบคุมการใช้บริการที่นำไปใช้กับผู้ให้บริการ (Utilization control) อันหมายถึงกลไกในการพิจารณาวิธีเวชปฏิบัติของแพทย์ผู้ให้บริการที่จะได้รับการชำระค่าสินไหมจากองค์กรผู้รับประกัน รูปแบบ วิธีการและความกว้างขวางของการใช้วิธีการนั้นมีความแตกต่างกันไป

- ความรับผิดชอบในการจัดให้มีการให้การดูแลรักษา (Obligation to arrange for care provision) โดยในแผนการประกันทั่ว ๆ ไป บริษัทหรือองค์กรการรับประกันไม่มีข้อผูกมัดที่ต้องรับผิดชอบจัดหาผู้ให้บริการแก่ผู้เอาประกันแต่มีหน้าที่เพียงชำระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ในขณะที่ในระบบแมนเนจด์แคร์นั้นองค์กรรับประกันมีความรับผิดชอบในการจัดหาผู้ให้บริการ⁽²⁾ ดังนั้นอาจจัดแมนเนจด์แคร์แบ่งออกได้เป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้ดังนี้

1. Health Maintenance Organization (HMO)

HMO เป็นต้นกำเนิดรูปแบบของ Managed care อย่างเป็นทางการ ซึ่งได้รับค่านิยามไว้ตาม Health Maintenance Act of 1973 (P.L. 93-222) และบทแก้ไข (P.L. 94-460) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ไว้ว่าเป็น "หน่วยงานตามกฎหมายหรือระบบการดูแลสุขภาพที่ได้รับการจัดตั้งขึ้น ที่มีการให้บริการโดยตรง หรือจัดให้มีบริการดูแลสุขภาพพื้นฐานและบริการเสริมอย่างบูรณาการ แก่ประชากรผู้สมัครเป็นสมาชิกขอรับบริการอย่างสมัครใจในพื้นที่หนึ่ง โดยแลกเปลี่ยนกับการชำระเงินล่วงหน้าในอัตราคงที่ตามช่วงเวลา"⁽⁶⁾ HMOs เป็นระบบการให้บริการสุขภาพที่มีการชำระเงินล่วงหน้าทั้งตัวองค์กร และแพทย์ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ (Primary care physicians) ต่าง

แบกรับความเสี่ยงทางการเงินจากการใช้บริการที่ให้กับสมาชิกกันเป็นบางส่วน การแบกรับความเสี่ยงของการใช้บริการอาจอยู่ในรูปการได้รับค่าตอบแทนที่เป็นเงินเดือน (แพทย์ทำงานมากหรือน้อยก็ได้รายได้เท่าเดิม) การจ่ายแบบเหมาเป็นรายหัว (Capitation) หรือการจ่ายตามการใช้บริการแต่มีส่วนหัก (Fee for service with withhold)

ลักษณะเด่นของ HMO อีกประการหนึ่งคือ การใช้แพทย์ระดับปฐมภูมิเป็นผู้รักษาประตู (Gatekeeper) คือเป็นผู้ให้บริการคนแรกที่จะดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกของ HMO จะไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Specialist) ได้ต่อเมื่อแพทย์ผู้รักษาประตูเป็นผู้ส่งไป⁽¹⁾ และในรูปแบบของ HMO ที่แท้จริงนั้นสมาชิกจะต้องมารับบริการได้เฉพาะภายในระบบที่จัดตั้งไว้เท่านั้น ไม่สามารถไปใช้บริการนอกเครือข่ายของระบบได้⁽²⁾

รูปแบบดั้งเดิมของ HMO มี 2 รูปแบบคือ *Prepaid group practices (PPGPs)* หรือ *closed-panel plan* และ *Independent practice associations* หรือ *open-panel plan* ซึ่ง PPGPs ในช่วงแรกนั้นมักก่อตั้งโดยกลุ่มของผู้บริโภคที่มีความสนใจเชิงสังคมนิยมเลียนแบบตามแนวทางของกองทุนการเจ็บป่วย (Sick fund) ของยุโรปอย่างง่าย ในปัจจุบัน HMO มีรูปแบบพื้นฐานใหญ่ ๆ ตามการจัดของ InterStudy อยู่ 5 รูปแบบ คือ

1.1 Staff model เป็น HMO ประเภทที่ให้บริการทางสุขภาพโดยแพทย์ที่จ้างไว้โดยองค์กร HMO นั้น แพทย์เหล่านี้มักได้รับค่าตอบแทนส่วนใหญ่เป็นเงินเดือนในจำนวนคงที่และมีส่วนร่วมในการรับความเสี่ยงทางการเงินจากการให้บริการด้วย

1.2 Group model เป็น HMO ประเภทที่ทำสัญญากับกลุ่มของแพทย์ผู้ชำนาญการหลายสาขา (Multi-specialty group practice) ขนาดใหญ่เพียงกลุ่มเดียวเป็นผู้ให้บริการแก่สมาชิก ทั้งนี้กลุ่มแพทย์เป็นองค์กรต่างหากจากองค์กรของ HMO ซึ่งจะทำสัญญากับ HMO นั้น โดยเฉพาะเพียงแห่งเดียว อาจมีบ้างที่กลุ่มแพทย์อาจรับผิดชอบในระบบจ่ายตามบริการ (Fee-for-service, FFS) ทั่วไปหรือผู้ป่วยของ PPO อยู่บ้าง แต่เป็นส่วนน้อย

1.3 Network model เป็น HMO ประเภทที่ทำสัญญากับกลุ่มของแพทย์ผู้ชำนาญการหลายสาขา (Multi-specialty group practice) หลาย ๆ กลุ่มในลักษณะเครือข่ายการให้บริการแก่สมาชิก มีส่วนน้อยที่อาจมีแพทย์อิสระอยู่ด้วย กลุ่มผู้ให้บริการใน HMO ลักษณะนี้มักสามารถให้บริการแก่กลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ นอก HMO ได้ด้วย

1.4 Individual Practice Association (IPA model) เป็น HMO แบบเปิดที่แพทย์แต่ละคนหรือกลุ่มของแพทย์ขนาดเล็กๆ ทำสัญญากับ HMO เพื่อให้การดูแลสมาชิก แพทย์ระดับปฐมภูมิมีสถานงานของตนเอง และอาจได้รับค่าตอบแทนเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) หรือเป็นแบบจ่ายตามบริการ (FFS) ที่มีการร่วมรับความเสี่ยงโดยการหักเงิน (Withhold) ส่วนหนึ่งไว้ก่อนตามที่มีการเจรจา กันไว้

1.5 Mixed model เป็น HMO ที่รวมเอารูปแบบ HMO ทั้ง 4 แบบข้างต้นมาผสมผสานกัน โดยไม่มีรูปแบบใดที่เด่นเป็นพิเศษ⁽⁷⁾

ในปี ค.ศ.1990 ประมาณร้อยละ 66 ของ HMO เป็นองค์กรเอกชนประเภทแสวงหาผลกำไร โดยมีส่วนแบ่งของผู้เอาประกันประมาณร้อยละ 47 ในขณะที่ร้อยละ 43 ของ HMO ทั้งหมดเป็นของบริษัทประกัน⁽⁴⁾ การก่อตั้ง HMO มักนิยมให้อยู่ในรูปของการร่วมทุน (Joint venture) ระหว่างบริษัทประกันกับองค์กรอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาล กลุ่มแพทย์ และนักลงทุน เป็นต้น⁽⁶⁾

การคำนวณเบี้ยประกันภัยของ HMO แต่เดิมที่กำหนดไว้ตามกฎหมายเป็นแบบอัตราชุมชน (Community rating) โดยไม่มีการปรับค่าใด ๆ ตามความเสี่ยงเฉพาะของกลุ่มนายจ้าง ซึ่งเป็นไปตามหลักการว่าเป็นการรวมความเสี่ยงเข้าด้วยกันในกลุ่มสมาชิกทั้งหมด เพื่อให้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของสิทธิประโยชน์อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ แต่ในระยะหลังนายจ้างหลายรายไม่ยอมเพราะเป็นการอุดหนุน (Cross-subsidization) ที่ไม่เหมาะสม จึงมีแรงผลักดันให้มีการแก้ไขกฎหมายข้อนี้ จึงมีการแก้ไขกฎหมายในปี ค.ศ.1988 ให้ HMO ที่จะได้รับการรับรองโดยรัฐ (Federally qualified HMO) กำหนดเบี้ยประกันภัยแบบ Adjusted

community rating ซึ่งใช้การกำหนดเบี้ยประกันภัยเฉพาะกลุ่มแบบล่วงหน้า (Prospective group-specific rating) ทั้งนี้มีข้อจำกัดไว้ว่าเบี้ยประกันภัยเฉพาะกลุ่มจะต้องไม่เกินกว่าร้อยละ 110 ของอัตราเบี้ยประกันภัยแบบ Community rating ตามมาตรฐานเดิม⁽⁴⁾

2. Preferred Provider Organization (PPO)

PPO เป็นระบบการให้บริการแบบผสมผสาน (Integrated delivery system) ที่ให้ตัวองค์กรทำหน้าที่เป็น Broker ระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ PPO จะทำสัญญากับเครือข่ายหรือกลุ่มของแพทย์เพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่สมาชิกผู้ทำประกันโดยจะให้ผลตอบแทนตามราคาค่าบริการและส่วนลดที่กำหนดไว้ล่วงหน้า PPO จะไม่กำหนดให้แพทย์ผู้ให้บริการเป็นแพทย์ผู้รักษาระดับสูงเช่น HMO สมาชิกมีทางเลือกว่าจะใช้บริการจากผู้ให้บริการในเครือข่าย หรือ "Preferred providers" โดยสมาชิกจะได้รับความคุ้มครองที่มากกว่าและเสียค่าใช้จ่ายร่วม ณ จุดรับบริการน้อยกว่าหากใช้บริการสุขภาพในเครือข่ายบริการที่ PPO จัดไว้ให้ ในทางกลับกันผู้ให้บริการอื่นได้แก่แพทย์ จะยอมรับการอยู่ภายใต้ระบบการจัดการให้บริการของ PPO เพื่อเข้าไปอยู่ในเครือข่าย ผู้ให้บริการมักจะได้รับการจ่ายค่าตอบแทนแบบตามบริการโดยมีส่วนลด (Discounted fee-for-service) ดังนั้นจึงไม่ได้รับความเสี่ยงทางการเงิน⁽²⁾

การก่อตั้ง PPO มักนิยมให้อยู่ในรูปของการร่วมทุน (Joint venture) ระหว่างบริษัทประกันกับองค์กรอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาล บริษัททำธุรกิจทบทวนการใช้บริการ และกลุ่มแพทย์เป็นต้น เช่นเดียวกับ HMO⁽³⁾ ในกลุ่มของ PPOs เองมีความแตกต่างกันไปหลากหลายรูปแบบ โดยทั่วไป PPOs สร้างความแตกต่างจากกัน 4 ด้านคือ

- ขอบเขตการนำการจัดการการใช้บริการมาใช้กับแพทย์
- ความสามารถในการรวบรวม วิเคราะห์และรายงานข้อมูลการเรียกร้องสินไหมและการใช้บริการซึ่งเป็นประโยชน์ต่อนายจ้างในการตัดสินใจ
- ความสนใจที่จะพัฒนาองค์ประกอบบริการใหม่ ๆ

เช่น การจัดการการขาดเซยการเจ็บป่วยและความพิการ บริการทางสุขภาพที่บ้าน (Home Healthcare) การรักษาทางจิตเวชและบำบัดผู้ติดยา

- การริเริ่มรูปแบบใหม่ ๆ เช่น Exclusive Provider Organization (EPO) หรือการรับความเสี่ยงทางการเงินซึ่งมักต้องมีการจัดการทางการเงินและการตั้งอัตราราคาต่าง ๆ ในรูปแบบที่ต่างไป⁽⁵⁾

หากจะกล่าวโดยรวบยอดแล้วความแตกต่างที่สำคัญที่สุดระหว่าง HMO และ PPO คือการแบกรับความเสี่ยงทางการเงินของแพทย์หรือกลุ่มของแพทย์ผู้ให้บริการแก่สมาชิกขององค์กรเมนเนจด์แคร์นั้นนั่นเอง ซึ่งในปัจจุบันนี้ความแตกต่างระหว่าง HMO และ PPO ลดลงเรื่อย ๆ โดย HMO เริ่มมีลักษณะเปิดกว้างคล้าย PPO มากขึ้น และองค์กร PPO แต่เดิมเริ่มมีการกระจายความเสี่ยงทางการเงินสู่ผู้ให้บริการมากขึ้นและลดอิสระในการเลือกแพทย์ผู้ให้บริการของสมาชิกลง

3. Managed Indemnity Plan (MIP)

MIP เป็นแผนการประกันสุขภาพประเภทที่บริษัทผู้รับประกันใช้วิธีการควบคุมการใช้บริการ (Utilization control) แบบต่าง ๆ เพื่อจัดการเวชปฏิบัติของผู้ให้บริการที่ผู้รับที่บริษัทจะต้องจ่ายค่าสินไหมให้ MIP ไม่ถือว่าเป็นระบบให้บริการแบบผสมผสาน (Integrated delivery system) เนื่องจาก MIP คล้ายกับแผนประกันสุขภาพที่รู้จักกันทั่วไปในประเทศไทยที่ไม่มีการจัดเครือข่ายผู้ให้บริการโดยเฉพาะให้กับสมาชิกผู้ทำประกัน แต่มีกระบวนการทบทวนการใช้บริการ (Utilization review) เป็นกลไกเพื่อควบคุมค่าใช้จ่าย Health Insurance Association of America ได้ตัด MIP ออกจากกลุ่มของเมนเนจด์แคร์และเรียกใหม่ MIP เป็น "Indemnity plan with utilization review"⁽²⁾

4. องค์กรและแบบของการประกันสุขภาพ เช่น

- Open-ended HMO หรือ Open-panel HMO (O/HMO) เป็น HMO ที่สมาชิกมีสิทธิหรือทางเลือกที่จะไปรับ

บริการนอกเครือข่ายได้เอง (Self-referring) เมื่อต้องการรับบริการ (point of service) แต่อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายเองเมื่อไปรับบริการในสัดส่วนที่สูงกว่าการใช้บริการกับผู้ให้บริการในเครือข่ายของ HMO มาก (เช่น เสียเป็น deductible) แผนการประกันสำหรับการใช้บริการนอกเครือข่ายอาจเป็นแบบ MIP หรือ PPO ดำเนินงานโดย HMO หรือ บริษัทแม่ ทั้งนี้องค์กรผู้รับประกันและแพทย์ระดับปฐมภูมิยังคงต้องรับความเสี่ยงร่วมกัน

- **Exclusive Provider Organization (EPO)** เป็น PPO ประเภทหนึ่งที่ผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกต้องไปใช้บริการกับผู้ให้บริการในเครือข่ายของ PPO เท่านั้น บางครั้งมีผู้เรียกลักษณะเช่นนี้ว่า "Lock-in provision" ⁽²⁾ Risk-sharing EPO (R/EPO) เป็นองค์กรที่คล้ายคลึงกับ Open-panel IPA-HMO เพียงแต่ไม่มีการร่วมกับแบกรับความเสี่ยงกับผู้ให้บริการ

- **Point-Of-Service plan (POS)** เป็นรูปแบบของการประกันที่สมาชิกมีสิทธิในการเลือกว่าจะใช้หรือไม่ใช้เครือข่ายขององค์กรการประกันนั้นก็ได้เมื่อไปรับบริการ แต่ POS จะมุ่งใจให้สมาชิกใช้บริการจากแพทย์ระดับปฐมภูมิหรือแพทย์บางคนโดยเฉพาะ สมาชิกมีอิสระที่จะใช้บริการจากแพทย์คนอื่นที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่าย แต่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเองในสัดส่วนที่สูงกว่าการใช้บริการตามช่องทางในเครือข่ายมาก POS มีอยู่ 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ (1) O/HMO (2) Triple-Option Plan (TOP) และ (3) "Unified" PPO ซึ่งเป็น PPO ที่รับความเสี่ยงทั้งจากการใช้บริการในเครือข่ายและนอกเครือข่าย

- **Social HMO (S/HMO)** เป็นรูปแบบ HMO ที่เป็นโครงการสวัสดิการของ Health Care Financing and Administration (HCFA) ของสหรัฐอเมริกา เป็นการขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม และการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ การจัดบริการภายในอาจเหมือนกับ HMO ^(6,9)

- **Triple-Option Plan (TOP)** เป็นแผนการประกันที่ให้ผู้บริโภคมีทางเลือกในการรับสิทธิประโยชน์ ณ เวลาที่สมัครเข้าเป็นสมาชิก โดยเลือกระหว่างการรับบริการจาก HMO, PPO หรือ MIP ภายใต้ร่มขององค์กรเดียว (ไม่ใช่ 3

องค์กรหรือแบบการประกัน) ข้อได้เปรียบสำคัญของ TOP คือการลดปัญหาความลำเอียงในการเลือกแผนการประกัน (biased selection) เพราะใช้บริษัทประกันเพียงแห่งเดียว ทำให้ไม่มีปัญหาด้านการกระจายความเสี่ยงเหมือนในกรณีที่ต้องใช้บริษัทประกันหลายแห่งที่แต่ละแห่งอาจเสนอเป็น HMO, PPO หรือ MIP อย่างใดอย่างหนึ่ง สำหรับ TOP ที่อาจให้ทางเลือกในการรับบริการแก่สมาชิกเมื่อไปรับบริการมักเรียกว่าเป็น POS

หากจะกล่าวโดยสรุปแล้ว Managed care เป็นระบบประกันสุขภาพที่มีการควบคุมการเข้าถึงบริการ (Access) ของผู้ป่วย คุณภาพของบริการ (Quality of services) และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้บริการ (Costs) โดยกลไกต่าง ๆ ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล การบริการ การสร้างเครือข่าย และการมุ่งใจทางการเงินให้สมาชิกผู้ทำประกันสุขภาพกับองค์กรให้บริการจากผู้ให้บริการในเครือข่ายที่จัดไว้ให้

กลไกการทบทวนการใช้บริการและระบบผลตอบแทนในระบบเมเนจด์แคร์

ความสำเร็จของเมเนจด์แคร์ขึ้นกับกลไกและความสามารถขององค์กรที่จะมีอิทธิพลต่อทางเลือกในการทำเวชปฏิบัติของแพทย์ โรงพยาบาลและผู้ให้บริการอื่นๆ ให้ไปในทางที่เพิ่มคุณค่าและมีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้โดยอาศัยกลไกสำคัญ 2 ประการคือการใช้กฎ (Rules) ผ่านทางกลไกการทบทวนการใช้บริการ (Utilization review) และการใช้สิ่งจูงใจ (Incentives)

การทบทวนการใช้บริการ (Utilization review) หรือการจัดการการใช้บริการ (Utilization management) เป็นกลไกที่ใช้ตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้บริการทางการแพทย์ ประเมินความจำเป็นสำหรับบริการและกลั่นกรองว่าการให้บริการนั้นทำไปในลักษณะที่สอดคล้องตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับและในเวลาที่เหมาะสม ⁽¹⁰⁾ การทบทวนการใช้บริการอาจมีชื่อเรียกในที่ต่าง ๆ แตกต่างกันไปได้ เช่น Clinical rules, Quality assurance, Treatment protocol, Treatment algorithms, Regulations, Adminis-

trative constraints, Practice guidelines และ Practice parameters รูปแบบการทบทวนการใช้บริการที่มีกรรมนำมาใช้มีมากมายหลายรูปแบบ ซึ่งอาจยกเป็นตัวอย่างในภาพกว้างได้ดังตารางที่ 1

การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผลของการทบทวนการใช้บริการที่มีต่อการใช้บริการและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์นั้น แสดงผลสำเร็จในการลดการใช้บริการและค่าใช้จ่ายในระดับต่างๆกันไป การศึกษาของ Wickizer และคณะ⁽¹⁾ ที่ทำการวิเคราะห์ข้อมูลการขอเบิกค่าสินไหมจากกลุ่มการประกัน 223 กลุ่มในระหว่างปี ค.ศ.1984 ถึง 1986 เพื่อประเมินผลของการทบทวนการใช้บริการของบริษัทประกันแห่งหนึ่งพบว่า การทบทวนการใช้บริการสามารถลดจำนวนการรับผู้ป่วย เข้าโรงพยาบาลลงได้ร้อยละ 13 ลดวันนอนผู้ป่วยในลงได้ร้อยละ 11 ลดค่าใช้จ่ายทั่วไปในโรงพยาบาลร้อยละ 7 ลดค่าใช้จ่ายบริการเกี่ยวเนื่อง (Ancillary services) ร้อยละ 9 และลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์โดยรวมลงได้ร้อยละ 6 และจากการศึกษาของ Feldstein และคณะ⁽²⁾ ในช่วงปี ค.ศ.1984-85 พบว่าการทบทวนการใช้บริการสามารถลดการรับเข้าโรงพยาบาลได้ร้อยละ 12.3 ลดวันนอนผู้ป่วยในร้อยละ 8.0 ลดค่าใช้จ่ายของโรง

พยาบาลร้อยละ 11.9 และลดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ทั้งหมดร้อยละ 8.3

การใช้สิ่งจูงใจ (Incentive) เป็นกลไกที่สำคัญอีกกลไกหนึ่งที่ต้องดัดแปลงเมเนจด์แคร์นำมาใช้เพื่อควบคุมการทำเวชปฏิบัติ การให้บริการทางการแพทย์และค่าใช้จ่าย กลไกการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่มีการใช้กันอยู่โดยทั่วไปมี 5 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

(1) ค่าตอบแทนตามบริการแบบมีส่วนลด (Discounted fee-for-service) วิธีการนี้ไม่สร้างแรงจูงใจใด ๆ ให้กับแพทย์เพื่อควบคุมราคาค่าใช้จ่ายหรือการใช้บริการของผู้ป่วย

(2) การกำหนดอัตราค่าบริการแบบมีเพดานสูงสุด (Capped fee schedule) วิธีการนี้มีข้อได้เปรียบเหนือกว่าวิธีการแรกคือ สามารถช่วยควบคุมการเพิ่มราคาค่าบริการของแพทย์ได้ และเป็นธรรมมากกว่าที่แพทย์ผู้คิดค่ารักษาแพงจะถูกตัดส่วนลดมากกว่าแพทย์ผู้คิดค่ารักษาในอัตราที่ต่ำกว่า

(3) การกำหนดอัตราค่าบริการแบบมียอดสูงสุด และมีส่วนหักไว้ล่วงหน้าก่อน (Capped fee schedule withhold) เป็นวิธีการที่องค์กร HMO จะหักค่าตอบแทนส่วน

ตารางที่ 1. ตัวอย่างวิธีการการทบทวนการใช้บริการ

| Inpatient review | Ambulatory (Outpatient) review |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Preadmission review • Emergency and urgent admissions review • Medical or surgical second opinion • Concurrent hospital review • Case management • Discharge planning • Retrospective hospital review • Hospital bill review • DRG validation • Psychiatric and chemical dependency review | <ul style="list-style-type: none"> • Medical and surgical service certification • Diagnostic tests • Review of highly discretionary prospective procedures, procedures with a high degree of geographic variation, large differences in billed charges, and routine occurrence of non-confirming second opinions • Case management • Medical necessity and appropriateness screening |

หนึ่งที่ต้องจ่ายให้กับแพทย์ไว้ส่วนหนึ่งก่อน และจะจ่ายคืนให้แก่แพทย์เมื่อสิ้นปี หากผลการดำเนินงานของแผนการประกันเป็นไปตามเป้าหมาย กลไกดังกล่าวเป็นแรงจูงใจไม่ให้แพทย์ให้บริการหรือสั่งการรักษาเกินจำเป็น

(4) การจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวสำหรับการดูแลรักษาแบบปฐมภูมิ (Primary care capitation) เป็นวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่แพทย์เป็นจำนวนคงที่ต่อเดือนต่อรายของผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้นั้น มีการกำหนดรายการการให้บริการตรวจรักษาในระดับปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้เงื่อนไขของค่าตอบแทนดังกล่าวไว้ก่อน ซึ่งมักจะไม่วางแผนการส่งผู้ป่วยต่อให้แก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือโรงพยาบาล

(5) การจ่ายแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวเต็มรูปแบบ (Full capitation) เป็นวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้าให้แก่แพทย์ เป็นจำนวนคงที่ต่อเดือนต่อรายของผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ผู้นั้น โดยไม่คำนึงว่าแพทย์จะให้บริการแก่ผู้ป่วยมากหรือน้อยอย่างไรในทุกกรณีรวมถึงการส่งผู้ป่วยต่อไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือเข้านอนโรงพยาบาล แพทย์จะได้รับเงินค่าตอบแทนในส่วนที่เหลือหลังจากหักค่าใช้จ่ายส่วนที่เป็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและโรงพยาบาลไปแล้ว⁽¹³⁾

อนึ่ง รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัวนี้อาจจ่ายให้กับแพทย์เป็นรายบุคคลโดยตรง (Two-tier system) หรือจ่ายให้กับกลุ่มแพทย์เพื่อนำไปกระจายให้กับแพทย์เป็นรายบุคคลอีกต่อหนึ่ง (Three-tier system) ก็ได้เช่นในกรณีของ Group HMO นอกจากนี้ใน HMO ประเภท Salary model ยังมีการจ้างแพทย์เป็นลูกจ้างประจำและจ่ายค่าตอบแทนในรูปของเงินเดือน (Salary) วิธีการนี้ทำให้แพทย์ไม่ต้องรับความเสี่ยงด้านการเงิน แต่ต้องรับความเสี่ยงในเรื่องแรงงานและเวลาที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้ค่าตอบแทนเพิ่มเติม

ส่วนการจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลนั้นแยกต่างหากจากการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ ส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายของการทดสอบเพื่อการวินิจฉัย

โรค ค่าวัสดุต่าง ๆ ค่าห้องและบริการ ค่าห้องผ่าตัด รวมทั้งค่าใช้จ่ายของบริการเกี่ยวเนื่องต่าง ๆ ซึ่งรูปแบบที่ใช้กันอยู่ทั่วไปของ HMOs และ PPOs มีอยู่ 4 ลักษณะ ได้แก่

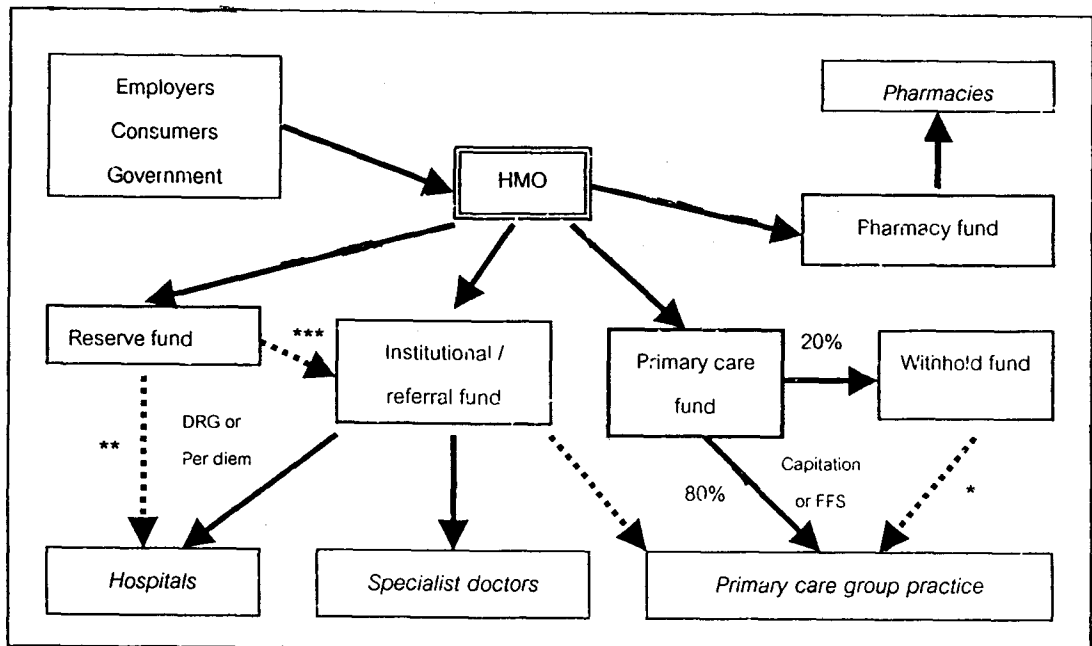
(1) จ่ายค่าบริการหักส่วนลด (Discounted charge) เป็นวิธีการจ่ายที่ยังนิยมใช้กันอยู่ เนื่องจากบริการในโรงพยาบาลทำให้เป็นมาตรฐานเดียวกันได้ยาก แต่วิธีนี้ไม่ได้สนับสนุนโรงพยาบาลที่มีต้นทุนต่ำ หรือลงโทษโรงพยาบาลที่มีต้นทุนสูง

(2) จ่ายเป็นรายวัน (Per diems) เป็นวิธีการจ่ายที่ใช้กันมากที่สุดในแมนเนจด์แคร์ทั้ง HMOs และ PPOs โรงพยาบาลจะได้รับเงินในอัตราคงที่เป็นรายวันโดยไม่คำนึงว่าแต่ละวันจะให้บริการอะไรแก่ผู้ป่วยบ้าง วิธีนี้ทำให้เกิดแรงจูงใจในการลดการใช้บริการในแต่ละวัน แต่อาจจะทำให้อัตราการนอนโรงพยาบาลยาวขึ้น

(3) จ่ายตามครั้งของการอยู่โรงพยาบาล (Per stay) เป็นวิธีการจ่ายในอัตราคงที่ต่อการอยู่โรงพยาบาล 1 ครั้งของผู้ป่วย ทำให้เกิดการจูงใจให้ควบคุมการใช้บริการและระยะเวลาวันนอน วิธีการนี้ไม่ค่อยเป็นที่นิยมนักเพราะโรงพยาบาลต้องแบกรับความเสี่ยงมาก

(4) เหมาจ่ายเป็นรายหัว (Capitation) เป็นวิธีการจ่ายเหมาซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจให้ควบคุมการใช้บริการระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลและการรับเข้าโรงพยาบาลด้วย วิธีนี้มักใช้เมื่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และโรงพยาบาลเป็นไปอย่างใกล้ชิด จึงไม่ค่อยเป็นที่นิยม

เนื่องจากการให้บริการทางสุขภาพแก่สมาชิกมีหลายองค์ประกอบ HMOs โดยทั่วไปจึงมักจัดสรรเงินในรูปของกองทุน (Funds) เพื่อใช้ในการชำระค่าใช้จ่ายในด้านต่าง ๆ โดยมีกองทุนสำหรับแพทย์ที่ให้บริการระดับปฐมภูมิเป็นกองทุนหลัก เนื่องจากแพทย์เหล่านี้ทำหน้าที่เป็นผู้รักษาประตู (Gatekeeper) ดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว นอกจากนี้จะจัดเป็นกองทุนอื่น ๆ แยกออกไปสำหรับค่ายา ค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและโรงพยาบาล รวมทั้งกองทุนสำรอง การไหลเวียนของเงินทุนของ HMOs อาจแสดงได้โดยสังเขปในรูปที่ 1



- * Only when there is a institutional / referral fund surplus.
- ** Only for expenses over stop-loss.
- *** Only if fund is over expended.

รูปที่ 1. รูปแบบตัวอย่างการจัดการกองทุนของ HMO

อย่างไรก็ตามโดยรวม HMO ที่ประสบความสำเร็จมักควบคุมต้นทุนโดยอาศัยวิธีการหลัก ๆ หลายวิธีการร่วมกัน ได้แก่ การจ่ายผู้ให้บริการแบบเหมาจ่ายเป็นรายหัว กำหนดเบี้ยประกันภัยที่ตรงกับค่าใช้จ่ายที่แท้จริง ใช้แนวทางการออกกรมธรรม์อย่างรัดกุมกระจายความเสี่ยงให้ผู้ให้บริการโดยการใช้ส่วนหัก (Withholds) และการร่วมรับความเสี่ยงในกองทุนโรงพยาบาล (Hospital pool) มีการควบคุมจัดการการใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีทั้งการขออนุมัติล่วงหน้า (Prior authority) และการทบทวนขณะให้บริการ (Concurrent review) ใช้เกณฑ์การเลือกแพทย์และกลุ่มแพทย์อย่างรอบคอบ ใช้ข้อกำหนดเรื่องแพทย์ผู้เป็นด้านหน้าของการบริการ (Gatekeeper) ที่เข้มแข็ง มีการควบคุมทางการเงินที่เหนียวแน่น มีค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการต่ำ โดยเฉพาะ เมื่อเทียบเป็นร้อยละของรายได้ และมีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾

อิทธิพลของเมเนจด์แคร์ที่มีต่อการบริการและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์

การขยายตัวของ HMO ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นอย่างมากในตลาดการประกันสุขภาพในสหรัฐอเมริกา เนื่องจากการให้ความคุ้มครองที่ต่างไปจากการประกันสุขภาพแบบทั่ว ๆ ไป มีความครอบคลุมมากกว่า และมักไม่ใช้มาตรการด้านการเงินเพื่อให้ผู้เอาประกันต้องมีส่วนร่วมจ่ายเมื่อมารับบริการ หากแต่จำกัดทางเลือกของผู้ใช้บริการในการเลือกผู้ให้บริการเป็นสำคัญ⁽⁶⁾

กลไกพื้นฐานที่ใช้ควบคุมต้นทุนประกอบด้วย การเลือกทำสัญญากับผู้ให้บริการที่มีประสิทธิภาพ การใช้วิธีการเบิกจ่ายชำระค่ารักษาพยาบาลที่เน้นการประหยัดทรัพยากร หรือการเจรจาเพื่อขอส่วนลด และการลดการใช้บริการที่ไม่เหมาะสมผ่านการทบทวนการใช้บริการ⁽⁶⁾ หลักฐานเกี่ยวกับอิทธิพลของเมเนจด์แคร์ในเรื่องการ

ประหยัดต้นทุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้นั้นมีเคล็ดลับกันไป การศึกษาในมลรัฐแคลิฟอร์เนียของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใช้ข้อมูลในช่วงปี ค.ศ. 1982 - 88 ได้ข้อสรุปว่าการที่ HMO สามารถเจาะตลาดได้ส่วนแบ่งเพิ่มขึ้นมาร้อยละ 10 จะส่งผลให้อัตราเพิ่มขึ้นของต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อการรับเข้าโรงพยาบาล 1 ครั้ง น้อยลงไปร้อยละ 9.4 ในช่วง 6 ปี⁽¹⁴⁾

มีผู้วิเคราะห์ว่าอิทธิพลของเมนเนจด์แคร์ที่มุ่งในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติของผู้ให้บริการนั้นขึ้นอยู่กับส่วนแบ่งตลาดเป็นสำคัญ และอิทธิพลดังกล่าวจะเกิดขึ้นใน 3 ระดับพร้อม ๆ กันคือ

(1) เครือข่ายเมนเนจด์แคร์แต่ละแห่งจะพยายามที่จะมีส่วนแบ่งตลาดที่เพียงพอ ให้สามารถเก็บข้อมูลของผู้ให้บริการและมีอิทธิพลต่อวิธีการปฏิบัติของผู้ให้บริการแต่ละรายได้ รวมทั้งถ่ายทอดวัฒนธรรมองค์กรของแผนการประกันนั้นไปสู่ผู้ให้บริการที่มาอยู่ร่วมเครือข่าย

(2) ส่วนแบ่งตลาดที่มารวมกันของเมนเนจด์แคร์ต่าง ๆ ในชุมชนหนึ่ง ๆ จะมีอิทธิพลต่อรูปแบบการทําเวชปฏิบัติโดยรวม เป็นมาตรฐานการปฏิบัติของชุมชนนั้นไป

(3) ส่วนแบ่งตลาดโดยรวมของแผนการประกันเมนเนจด์แคร์หนึ่ง ๆ จะมีผลต่อความสามารถของแผนการประกันที่รับแพทย์ที่มีแนวการประกอบเวชปฏิบัติสอดคล้องกับนโยบายและวัฒนธรรมองค์กรที่มี⁽¹⁵⁾

Miller และ Luft⁽¹⁶⁾ ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของเมนเนจด์แคร์ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการที่มีการทบทวนบทความ (Peer reviewed journal) ในระหว่างปี ค.ศ. 1980 ถึงปี 1993 ได้ข้อมูลจากการศึกษา 54 เรื่อง รวม 127 ตัวอย่าง และข้อมูลผลการดำเนินงาน 15 ด้าน พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับแผนการประกันแบบเรียกคืนค่าสินไหม (Indemnity plan) แล้ว HMO จะมี

- (1) อัตราผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลต่ำกว่า
- (2) ระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยสั้นกว่าร้อยละ 1-20
- (3) อัตราการพบแพทย์ของผู้ป่วย เท่ากันหรือมากกว่า

(4) การใช้วิธีการรักษาหรือการทดสอบที่มีราคาแพงน้อยกว่า

(5) การใช้บริการป้องกันโรคมากกว่า

(6) ผลการรักษา (Outcome) โดยเฉลี่ยของกลุ่มประชากรลดลงไป กล่าวคือ บ้างก็ดีกว่า บ้างก็ด้อยกว่า

(7) ความพึงพอใจของสมาชิกผู้เอาประกันที่มีต่อบริการต่ำกว่าบ้าง แต่ความพึงพอใจที่มีต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับที่สูงกว่า

รายละเอียดของผลการศึกษาดังกล่าวอาจแสดงโดยสังเขปตามตารางที่ 2 อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Miller และ Luft⁽¹⁶⁾ ไม่พบหลักฐานที่เพียงพอที่จะสนับสนุนว่ารูปแบบต่างๆของ HMO จะทำให้เกิดความแตกต่างกันด้านประสิทธิผลของการบริการดูแลสุขภาพ (Effectiveness of care) และได้แสดงข้อคิดเห็นว่าการศึกษานี้มีข้อจำกัดเรื่องการนำข้อสรุปไปใช้โดยทั่วไป (Generalization) เนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น ความลำเอียงในการเลือกที่ไม่สามารถวัดได้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วและความแตกต่างกันมากของสภาวะตลาดของแต่ละพื้นที่

มีผู้กล่าวสันนิษฐานอยู่บ้างว่าการที่ HMO สามารถลดการใช้บริการและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ลงได้นั้น เป็นเพราะ HMO มักดึงดูดคนที่มีอายุน้อยกว่าและมีสุขภาพดีกว่าเข้าสู่องค์กร แต่ในระยะ 10 กว่าปีแรกยังไม่มีการศึกษาวิจัยใดที่ยืนยันข้อสันนิษฐานดังกล่าวอย่างชัดเจน ซึ่งถึงแม้ว่าความลำเอียงในการรับผู้ป่วย (Biased patient selection) จะเกิดขึ้นได้แต่เมื่อองค์กรเมนเนจด์แคร์นั้นมีอายุมากขึ้นก็ย่อมต้องดึงดูดผู้ที่มีความเจ็บป่วยมาด้วย การศึกษาของ Luft และ Miller⁽⁹⁾ รายงานในปี ค.ศ. 1988 โดยการทบทวนการศึกษาอื่นๆที่ทำกันมาก่อนหน้านี้พบว่าหลักฐานเพียงพอจะสรุปได้ว่า HMO มีแนวโน้มรับประกันผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ (Favorable selection) ในกรณีของผู้ที่สมัครใหม่เมื่อพิจารณาจากการใช้บริการและค่าใช้จ่ายที่ผ่านมาในอดีตของผู้ซื้อประกัน แต่ไม่พบว่ามี Favorable selection เมื่อพิจารณาจากสภาวะทางสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มผู้ที่ประกันอยู่กับ HMO อยู่แล้วมีแนวโน้มที่จะมีสภาวะสุขภาพดีกว่าการประกันแบบที่จ่ายตามบริการ

ตารางที่ 2. อิทธิพลที่เมเนจด์แคร์ (โดยเฉพาะ HMO) มีต่อการให้บริการและค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เมื่อเทียบกับแผนการประกันแบบเรียกคืนค่าสินไหม (Indemnity plan)

| Performance dimensions | Studies and observations | Major findings |
|--|------------------------------------|--|
| <i>Utilization performance</i> | | |
| Hospital admission rates | 11 observations from 11 studies | <ul style="list-style-type: none"> • Lower for eight • Higher for three • In MOS study, lower by 26% to 37%⁽¹⁾ |
| Hospital length of stay | 16 observations from 13 studies | <ul style="list-style-type: none"> • 1 – 20% shorter (except one which was 1% longer) |
| Hospital day per enrollee | 8 observations from 6 studies | <ul style="list-style-type: none"> • Significantly lower for three (18-29%) • Insignificantly lower for five (2-15%) |
| Physician office visits per enrollee | 14 observations from 10 studies | <ul style="list-style-type: none"> • Lower for seven (three are significant) • Higher for seven (five are significant) • Recent data shows higher rates ,or little differences |
| Use of services that are expensive and/or have less costly alternative | 9 studies | <ul style="list-style-type: none"> • 18 of 20 comparisons shows an average of 22% fewer procedures, tests, or treatments that were expensive and/or had less costly alternative interventions. |
| <i>Charge, Expenditure, and Premium</i> | | |
| Hospital charges per stay | 8 observations from 7 studies | <ul style="list-style-type: none"> • small nonsignificantly lower hospital charges per stay |
| Hospital expenditures per enrollee | 3 HMO studies; 1 PPO study | <ul style="list-style-type: none"> • One PPO showed higher hospital expenditures per enrollee |
| Physician/outpatient expenditures per enrollee | 3 HMOs and 2 PPOs | <ul style="list-style-type: none"> • Lower for two HMOs; higher for one • PPOs showed conflicting results |
| Total expenditures per enrollee | 2 observations | <ul style="list-style-type: none"> • Significantly 13% lower expenditures • 11% lower in Medicare population |
| Premium level and growth | | <ul style="list-style-type: none"> • Inconclusive |
| <i>Prevention, Quality of care and Enrollee Satisfaction performance</i> | | |
| Prevention and health promotion | 7 observations from 6 studies | <ul style="list-style-type: none"> • Enrollees received more preventive tests, procedures and examinations or health promotion activities |
| Quality of care | 17 observations from 16 studies | <ul style="list-style-type: none"> • 14 of 17 shows either better or equivalent quality-of-care results |
| Enrollee satisfaction | 8 observations from 5 studies | <ul style="list-style-type: none"> • Fewer satisfied enrollees of perceived quality in 7 of 8 observations, but 4 of 5 got rated highly in most aspects • More satisfied with financial aspects in 5 of 5 observations |

หมายเหตุ (1) MOS = The Medical Outcomes Study (Greenfield, Nelson et al. 1992)

ที่มา: Miller and Luft (1994)

แต่กลุ่มที่ออกจากการประกันแบบ HMO มักเป็นกลุ่มที่ป่วยน้อยกว่าค่าเฉลี่ยเช่นกัน (Unfavorable disenrollment selection) อย่างไรก็ตามการใช้ข้อมูลการใช้บริการในการพิจารณาความลำเอียงในการเข้าและออกจากกองทุนประกันนั้นอาจมีข้อบกพร่องได้จากการที่ผู้เอาประกันหรือเลื่อนการให้บริการออกไประหว่างการตัดสินใจเปลี่ยนแผนการประกัน

การศึกษาทบทวนของ Hellinger⁽¹⁷⁾ พบว่าแผนการประกันทุกแบบที่มีการจำกัดการเลือกผู้ให้บริการของสมาชิกไม่ว่าจะเป็น Staff HMO, Group HMO, IPA HMO และ EPO จะได้ประโยชน์จากความลำเอียงในการเลือกแผนการประกัน (Favorable selection) ของสมาชิกทั้งในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ที่ยังไม่สูงอายุ เหตุผลสำคัญน่าจะเป็นจากการที่ผู้ที่ยังไม่สูงอายุไม่อยากเปลี่ยนแพทย์ เมื่อต้องเปลี่ยนแผนการประกัน นอกจากนี้เมเนเจอร์อาจดึงดูดผู้ที่มีสุขภาพดีได้มากเนื่องจากการให้บริการด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพที่มีบูรณาการมากกว่าแผนการประกันแบบเรียกคืนค่าสินไหม แต่ข้อสรุปจากการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดอยู่ที่เป็นการทบทวนจากการศึกษาจำนวนไม่มากนัก และมีแนวโน้มว่าการประมาณเรื่องประโยชน์ที่ HMO และ PPO ที่เกิดจากความลำเอียงในการเลือกแผนการประกัน อาจเกินความจริง หากเชื่อในปรากฏการณ์ที่เรียกว่า *Regression to the mean* กล่าวคือตามโอกาสความน่าจะเป็นในระยะยาวการใช้บริการของสมาชิกจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นไปที่ค่าเฉลี่ยของประชากรเองในที่สุด และจากการศึกษาของ Gabel และคณะ⁽¹⁸⁾ โดยการสำรวจสัมภาษณ์ผู้จัดการฝ่ายผลประโยชน์ลูกจ้างใน 771 บริษัท พบว่ามีน้อยคนมากที่เห็นว่าลูกจ้างผู้ที่สมัครเข้า PPO จะมีสุขภาพที่แข็งแรงกว่าแผนการประกันทั่วไป แต่เกือบร้อยละ 40 และร้อยละ 25 ของผู้จัดการเห็นว่า ผู้ที่สมัครเข้า IPA-HMO และ Group/Staff HMO นั้นมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่สมัครเข้าแผนการประกันแบบปกติที่เรียกคืนสินไหมตามลำดับ

นอกจากการควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ HMO มีค่าใช้จ่ายด้านการบริหารการประกันต่ำกว่าแผนการ

ประกันสุขภาพแบบทั่วไป โดย HMO ขนาดใหญ่จะมีค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการโดยเฉลี่ยประมาณร้อยละ 9.4 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด (Kaiser Permanente ร้อยละ 2.5) ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของอุตสาหกรรมมาก เหตุสำคัญที่ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านนี้ของ HMOs ต่ำ อาจมาจาก HMO ที่ได้รับการรับรองจากรัฐ (Federally qualified HMOs) มีบริการสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ผู้บริโภคมักมีส่วนร่วมจ่ายน้อยกว่าใช้โครงสร้างอัตราเบี้ยประกันภัยที่ต่ำกว่า ซึ่งโดยทั่วไปจะคิดมาจากอัตราชุมชน (Community rating) และกลไกการเบิกจ่ายง่ายกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประกันแบบอื่น ๆ สำหรับกลุ่มขนาดเล็ก⁽¹⁹⁾

ข้อมูลจากการสำรวจในระดับประเทศของ The Commonwealth Fund และ Henry J. Kaiser Family Foundation ในปี ค.ศ.1993 พบว่าความพึงพอใจของสมาชิกของ HMO นั้นไม่แตกต่างจากประกันในรูปแบบอื่น ๆ ที่เป็นการประกันที่ให้โดยนายจ้าง (ร้อยละ 83 vs. ร้อยละ 79 ตามลำดับ)⁽²⁰⁾ ในขณะที่การศึกษาของ Gabel และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่าเบี้ยประกันภัยสำหรับความคุ้มครองส่วนบุคคลและครอบครัวของ HMO นั้น ต่ำกว่าแผนการประกันแบบอื่น ๆ ประมาณร้อยละ 12 และร้อยละ 15 ตามลำดับและผู้เอาประกันต้องจ่ายร่วม (Co-pay) น้อยมากและรายงานผลการศึกษาของ Medical Outcomes Study ที่ศึกษาการให้การดูแลระดับปฐมภูมิ (Primary care) โดยการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างในระยะยาว (Longitudinal study) จำนวน 1208 คนที่มีโรคเรื้อรังจากสำนักงานของแพทย์ 303 แห่ง ในเมืองใหญ่ 3 เมือง บ่งชี้ว่าการเข้าถึงด้านการเงิน (Financial access) นั้นดีกว่าในแบบของการประกันประเภทที่จ่ายล่วงหน้า (Prepaid) เมื่อเทียบกับการจ่ายตามบริการ (Fee-for-service) แต่การเข้าถึงในด้านการจัดกร (Organizational access) ความต่อเนื่องของบริการ (Continuity) และการตรวจสอบได้ (Accountability) ดีกว่าในระบบจ่ายตามบริการ สำหรับ HMOs พบว่ามีการประสานงานกัน (Coordination) ดีที่สุด แต่มีบูรณาการ (Comprehensiveness) น้อยที่สุด⁽²¹⁾

ต้นทุนของบริการทางสุขภาพที่ยังสูงอยู่ทำให้เชื่อว่าเมนเนจด์แคร์เพียงแค่อำนาจการใช้จ่ายของ บริษัทประกันสุขภาพไปสู่ส่วนอื่น ๆ ของระบบ อันได้แก่ ผู้ให้บริการในรูปของการแบกรับความเสี่ยงและผู้บริโภค ในลักษณะของการมีส่วนร่วมจ่ายมากขึ้นเท่านั้น แม้แต่โครงการที่ Medicare ส่งเสริมให้ผู้ประกันตนสมัครใจ ย้ายจากการประกันแบบปกติไปอยู่กับแผนการประกันแบบ เมนเนจด์แคร์นั้น มีรายงานการศึกษาพบว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเช่นกัน ทำให้แนวคิดของ Social HMOs ที่หวังว่าจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้นั้น มีความไม่แน่นอน⁽²²⁾

สรุป

เมนเนจด์แคร์เป็นระบบการให้บริการทางสุขภาพที่มีการผสมผสานการคลังและการให้บริการไว้ในองค์กรเดียวกัน รูปแบบดังกล่าวมีประเด็นที่น่าสนใจและอาจเป็นประโยชน์สำหรับประเทศไทยดังต่อไปนี้

- การประกันสุขภาพและการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการ มีผลกระทบต่อระบบการให้บริการ พฤติกรรมการให้บริการและการใช้บริการของผู้บริโภค การวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพต้องคำนึงถึงกลไกการคลังสาธารณสุข (Health care financing) ด้วยเสมอ

- ระบบเมนเนจด์แคร์มีหลายรูปแบบ ซึ่งอาจพิจารณานำองค์ประกอบบางประการมาใช้เป็นรูปแบบตัวอย่างในการประยุกต์ใช้กับการจัดเครือข่ายการให้บริการในระบบประกันสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน รูปแบบที่ต่าง ๆ กันไปของเมนเนจด์แคร์แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวให้เข้ากับปัจจัยตลาดและความต้องการของผู้บริโภคที่แตกต่างกันไป

- การทำให้ผู้ให้บริการต้องรับความเสี่ยงด้านค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการของผู้ป่วย และถูกตรวจสอบโดยกระบวนการทบทวนการใช้บริการ เมื่อนำมาใช้ร่วมกับการจัดระบบบริการเป็นเครือข่ายอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในระบบการบริการและช่วยลดบริการ

และค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่จำเป็นได้

- การควบคุมค่าใช้จ่ายทางการแพทย์อย่างได้ผล จำเป็นต้องอาศัยกลไกและมาตรการต่าง ๆ หลายมาตรการร่วมกัน ทั้งมาตรการที่มีผลต่ออุปสงค์ (การจำกัดอิสระของผู้ป่วยในการใช้บริการ ให้ผ่านระดับของการดูแลที่เหมาะสม) และมาตรการต่ออุปทาน (การคัดเลือกผู้ให้บริการที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี การใช้กลไกการทบทวนการใช้บริการ และระบบค่าตอบแทนที่มีการร่วมรับความเสี่ยงของผู้ให้บริการ)

อย่างไรก็ตาม กลไกการควบคุมการใช้บริการ และการจ่ายค่าตอบแทนแบบการจ่ายล่วงหน้า หรือการหักส่วนลดดังกล่าวมาแล้ว อาจส่งผลในทางลบต่อคุณภาพของบริการได้ การจัดเครือข่ายของผู้ให้บริการ และระบบ Gatekeeper จำกัดอิสระในการเลือกผู้ให้บริการของผู้ป่วย และแม้ว่าเมนเนจด์แคร์จะแสดงให้เห็นว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้ ปรากฏการณ์นั้นส่วนหนึ่งอาจเป็นผลมาจากการเลือกความเสี่ยง (Risk selection) โดยการพยายามดึงดูกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำมาทำประกัน ได้เช่นกัน

ดังนั้นการนำรูปแบบการประกันสุขภาพหรือองค์ประกอบของกลไกต่าง ๆ ในเมนเนจด์แคร์มาใช้ประโยชน์ในประเทศไทย ควรได้มีการศึกษาวิจัยด้านระบบบริการ และผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างรอบคอบและรอบด้าน ในระบบประกันสุขภาพผลได้ในด้านหนึ่งอาจเกิดขึ้นจากการสูญเสียประโยชน์ในอีกด้านหนึ่งไป

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นการสรุปความเป็นเนื้อหาสำคัญในเรื่องเมนเนจด์แคร์จากรายงานการศึกษา เรื่อง "การประกันสุขภาพภาคเอกชน: ประสบการณ์ในต่างประเทศ" โดย จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ วิษย์ เกษมทรัพย์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2541

อ้างอิง

1. Iglehart JK. The American Health Care System. Managed care. N Engl J Med 1992 Sep 3; 327(10): 742-7
2. Weiner JP, de Lissovoy G. Razing a Tower of Babel: a taxonomy for managed care and health insurance plans. J Health Polit Policy Law 1993 Spring; 18(1): 75 - 112
3. Feldman R, Kralewski J. Health maintenance organizations. The beginning or the end? Health Serv Res 1989 Jun; 24(2): 191 - 211
4. Gold MR. HMOs and managed care. Health Aff 1991 Winter; 10(4): 189 - 206
5. Boland P. Evolving Managed Care Organizations and Product Innovation. In: Peter B, ed. Making Managed Care Work. New York: McGraw Hill, 1990: 151-92
6. Kelly MP, Bacon GT. Glossary of managed care terms. J Ambul Care Manag 1994; 17(1): 70-6
7. Porter MJ, Hamer RL. The InterStudy Competitive Edge. Excelsior, MN: InterStudy. 1993.
8. Gabel J, Jajich-Toth C, Williams K, Loughran S, Haugh K. The commercial health insurance industry in transition. Health Aff 1987 Fall; 6(3): 46-60
9. Luft HS, Miller RH. Patient selection in a competitive health care system. Health Aff 1988 Summer; 7(3): 97-119
10. Tischler GL. Utilization management and the quality of care. Hosp Comm Psychiatry 1990 Oct; 41(10): 1099-102
11. Wickizer T M, Wheeler JRC, Feldstein PJ. Does utilization review reduce unnecessary hospital care and contain cost. Med Care 1989 Jun; 27(6): 632 - 47
12. Feldstein PJ, Wickizer TM, Wheeler JR. Private cost containment. The effects of utilization review programs on health care use and expenditures. N Engl J Med 1988 May 19; 318(20): 1310-4
13. Gordon MK, Heman RP. Appropriate reimbursement methodologies for managed care systems. In: Peter B, ed. Making Managed Care Work. New York: McGraw Hill 1990: 331-66
14. Robinson JC. HMO market penetration and hospital cost inflation in California. JAMA 1991 Nov 20; 266(19): 2719 - 23
15. Hoy EW, Curtis RE, Rice T. Change and growth in managed care. Health Aff 1991 Winter; 10(4): 18-36
16. Miller RH, Luft HS. Managed care plan performance since 1980. A literature analysis. JAMA 1994 May 18; 271(19): 1512 - 9
17. Hellinger FJ. Selection bias in HMOs and PPOs: a review of the evidence. Inquiry 1995 Summer; 32(2): 135-42
18. Gabel J, DiCarlo S, Fink S, de Lissovoy G. Employer-sponsored health insurance in America. Health Aff 1989 Summer; 8(2):116-28
19. Thorpe K E. Inside the black box of administrative costs. Health Aff 1992 Summer; 11(2): 41 - 55
20. Davis K, Rowland D, Altman D, Collins KS, Morris C. Health insurance: the size and shape of the problem. Inquiry 1995 Summer; 32(2): 196-203
21. Safran DG, Tarlov AR, Rogers WH. Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems. Results from the Medical Outcome Study. JAMA 1994 May 25; 271(20): 1579 - 86
22. Smith BM. Trends in health care coverage and financing and their implications for policy. N Engl J Med 1997 Oct 2; 337(14): 1000-3