



บทที่ 5

บทสรุป และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุป และอภิปรายผล

ประเทศไทยในปัจจุบันมีกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพอยู่ไม่น้อย ไม่ว่าจะเป็น โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล โครงการบัตรสุขภาพ กองทุนเงินทดแทน กองทุนประกันสังคม หรือสวัสดิการเพื่อการรักษาพยาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และลูกจ้างในธุรกิจเอกชนบางแห่ง ตลอดจน การประกันสุขภาพที่ดำเนินงานโดยเอกชน ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีทั้งในรูปแบบที่คล้ายกับการประกันสุขภาพ และในรูปแบบของสวัสดิการ หรือสิทธิประโยชน์ที่ก่อรูปแบบให้เปล่า มีทั้งที่เป็นไปโดยมีกฎหมายบังคับ และที่เป็นไปโดยสมัครใจ แต่กิจกรรมหรือโครงการต่าง ๆ เหล่านี้ก็ยังคงครอบคลุมเฉพาะประชากรเพียงบางกลุ่มเท่านั้น จึงเป็นการแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการขยายกิจกรรมด้านการประกันสุขภาพ ให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศอย่างทั่วถึงและเพียงพอ และระบบการประกันสุขภาพที่เหมาะสมที่สมควรจะต้องจัดให้มีขึ้นเพื่อคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชนนั้น ควรเป็นระบบที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีโอกาสเลือกรับบริการประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ได้บ้าง โดยให้ประชาชนร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลส่วนหนึ่งและรัฐบาลให้ความช่วยเหลืออีกส่วนหนึ่ง จึงเป็นการเหมาะสมอย่างที่สุด

ในบรรดากิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการประกันสุขภาพ ที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันนั้น โครงการบัตรสุขภาพมีความเป็นไปได้ที่จะขยายให้ครอบคลุมประชากรได้อย่างกว้างขวางทั้งในเขตชนบท และเขตเมือง รวมทั้งมีหลักการพื้นฐานที่อาจจะปรับให้เป็นวิธีหนึ่งของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจได้อย่างดี ดังนั้นจึงทำให้น่าพิจารณาว่าจะปรับกองทุนบัตรสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ ให้มีคุณสมบัติเป็นกองทุนประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจอย่างไร การวิเคราะห์ครั้งนี้จึงได้วิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ในแง่มุมต่างๆ เชิงเศรษฐกิจของกองทุนบัตรสุขภาพ

ที่อาจขยายเป็นรูปแบบของการประกันสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์แบ่งได้เป็น 4 ประเด็น คือ (1) ความเป็นไปได้ในประเด็นของการประกันโดยสมัครใจ (2) ความเป็นไปได้ในประเด็นของขนาดของกองทุนและราคาบัตร (เบี้ยประกัน) (3) ความเป็นไปได้ในประเด็นของการบริหารกองทุน และ (4) ความเป็นไปได้ในประเด็นของขอบข่ายการคุ้มครองของการประกัน ทั้งนี้ได้ใช้กองทุนบัตรสุขภาพเป็นหน่วยหลักของการวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลจาก โครงการวิเคราะห์เพื่อประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ดำเนินการตั้งแต่ เมษายน 2532 ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำมะโนกองทุนบัตรสุขภาพทุกจังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) และกำหนดวันที่ 30 กันยายน 2531 เป็นวันแฉ่งนับหรือวันสำมะโนและใช้ข้อมูลเต็มปีล่าสุดของกองทุนเป็นหลักในการวิเคราะห์

5.1.1 ความเป็นไปได้ในประเด็นของการประกันโดยสมัครใจ

การพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในประเด็นของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ นั้น เนื่องจากหลักการดำเนินงานของกองทุนบัตรสุขภาพในโครงการบัตรสุขภาพ จัดได้ว่ามีรูปแบบที่คล้ายกับการประกันสุขภาพโดยสมัครใจเป็นอย่างมาก และสาระสำคัญของความสมัครใจที่บุคคลจะประกันสุขภาพของตนและครอบครัวนั้น จะอยู่ที่การที่บุคคลนั้นทราบและเข้าใจในหลักการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการได้รับบริการรักษาพยาบาล กับการที่บุคคลนั้นตัดสินใจเลือกระหว่างการประกันสุขภาพของตน และครอบครัว โดยต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันเมื่อเปรียบเทียบกับผลตอบแทนที่พึงได้จากการประกันสุขภาพเมื่อยามที่ตนอาจเจ็บป่วยและต้องรับบริการรักษาพยาบาล ซึ่งถือได้ว่าเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจประกันสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างยิ่ง จากการศึกษาได้แสดงถึงความจำเป็นที่จะต้องมุ่งให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องในเรื่องของการประกันสุขภาพ เรื่องของกองทุน และขั้นตอนในการรักษาพยาบาล แก่ประชาชน โดยจะต้องให้ความสำคัญกับการประชาสัมพันธ์มากยิ่งขึ้น ควรมีการดำเนินการด้านประชาสัมพันธ์อย่างเหมาะสม และควรจัดการด้านบริการที่มีคุณภาพให้แก่สมาชิกและให้ เป็นไปตามเงื่อนไขที่ได้ประชาสัมพันธ์ไว้ตอนต้นด้วย เพื่อให้ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อระบบประกันสุขภาพอันจะนำมาซึ่งความสมัครใจในการประกันสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริงในที่สุด อีกทั้งเป็นการสมควรให้กองทุนสามารถขยายขอบข่ายการดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่ที่กว้างขวางมากขึ้น โดยอาจมีการรวมสมาชิกกองทุนจากหลาย ๆ หมู่บ้าน หรือหลาย ๆ ตำบล เพื่อที่กองทุนจะได้มีฐานประชากรที่เป็นสมาชิกในจำนวนที่มากขึ้นเพียงพอที่จะสามารถร่วมเฉลี่ยค่าใช้จ่าย ซึ่งจะมีผลทำให้บรรลุผลของหลักการเฉลี่ยความเสี่ยงมากขึ้น และเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมประชากรได้มากขึ้นอีกด้วย

สำหรับประเด็นการพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างค่าเบี้ยประกันกับผลประโยชน์ตอบแทนที่สมาชิกพึงได้รับจากการประกันสุขภาพนั้น ถ้าหากประชาชนรู้สึกคุ้มค่าต่อการจ่ายเบี้ยประกันเพื่อแลกกับผลประโยชน์ที่ตนจะได้รับจากการประกันครั้งนั้น ๆ ก็จะตัดสินใจประกันสุขภาพ ดังนั้น การพิจารณาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจประกันสุขภาพของประชาชน จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งพบว่าปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่ ลักษณะนิสัยของบุคคลในเรื่องของความต้องการเสี่ยง ราคาของเบี้ยประกัน ซึ่งควรเป็นราคาที่ไมแพงจนเกินไปนัก ควรเป็นราคาที่เหมาะสมกับสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันจะได้รับ และโอกาสที่จะเจ็บป่วยในปีนั้นเป็นสำคัญ

5.1.2 ความเป็นไปได้ในประเด็นของขนาดกองทุนและราคาบัตร

การที่กองทุนต้องมีฐานสมาชิกจำนวนมากพอที่จะร่วมเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งเฉลี่ยค่าใช้จ่ายนั้น การศึกษาในประเด็นนี้จึงได้พิจารณาถึงขนาดของกองทุนขั้นต่ำ และราคาบัตรประกันสุขภาพที่ควรกำหนด เพื่อให้กองทุนสามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจได้ ซึ่งการศึกษาได้นำกฎผลได้ต่อขนาดเข้ามาประยุกต์ใช้ในการพิจารณาจึงพบว่ากองทุนจะต้องมีขนาดที่ไม่ใหญ่และไม่เล็กจนเกินไปนัก นั่นคือหากคงราคาบัตรไว้ที่ราคา 300 บาท ดังเช่นราคาบัตรสุขภาพ ปรากฏว่า อย่างน้อยที่สุดกองทุนจะต้องขายบัตรให้ได้ 41 บัตร กองทุนจึงจะสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพได้ และในทางกลับกัน ถ้าหากพิจารณาว่าจำนวนบัตรที่ขายได้โดยเฉลี่ยต่อกองทุนที่เป็นอยู่ แสดงถึงโอกาสที่เป็นไปได้อย่างมากสำหรับการดำเนินงานแล้ว การที่กองทุนบัตรสุขภาพโดยเฉลี่ยขายบัตรได้ 31 บัตรนั้น สะท้อนให้เห็นว่า ควรต้องมีการปรับปรุงราคาบัตรให้สูงขึ้นเป็นราคาไม่ต่ำกว่าบัตรละ 400 บาท และหากเป็นกรณีที่กองทุนนำเงินที่ขายบัตรประกันสุขภาพได้ไปจัดหาผลประโยชน์ในระหว่างปีดำเนินงาน โดยได้รับผลตอบแทนในรูปจำนวนเงินก็จะเกิดผลดีต่อกองทุนโดยตรง และหากกองทุนได้รับผลตอบแทนในอัตราสูงขึ้น กองทุนก็จะมีโอกาสดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจได้มากขึ้น

สำหรับการพิจารณาความเหมาะสมทางด้านอุปสงค์ของการประกันสุขภาพนั้น พบว่าค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยเฉลี่ยของครัวเรือนมีจำนวนสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับราคาบัตรประกันสุขภาพที่ประมาณได้ จึงสรุปได้ว่าราคาบัตรประกันสุขภาพที่ประมาณไว้มีความเป็นไปได้เชิงเศรษฐกิจที่ประชาชนจะตัดสินใจเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพแทนการรักษาพยาบาลแบบเดิม ซึ่งตนและครอบครัวจะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการซื้อบัตรประกันสุขภาพเป็นจำนวนมาก

5.1.3 ความเป็นไปได้ในประเด็นของการบริหารกองทุน

การที่กองทุนจะสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดนั้น ส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับการบริหารกองทุนที่เหมาะสม จากการศึกษาความเป็นไปได้ของการบริหารกองทุนบัตรสุขภาพ พบว่า การบริหารกองทุนโดยชุมชนเองดังหลักการดำเนินงานของ โครงการบัตรสุขภาพที่ดำเนินงานอยู่จะเป็นการเหมาะสมอย่างยิ่ง เพราะประชาชนจะรู้สึกว่าเป็นเจ้าของกองทุน อีกทั้งยังเป็นการฝึกฝนทักษะในการบริหารจัดการแก่ชุมชน อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของประชากรอีกด้วย และคณะกรรมการกองทุนควรจะเข้าใจถึงสภาพความเป็นอยู่ของชุมชนนั้น ๆ เป็นอย่างดี ควรทราบถึงความต้องการและปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง เพื่อให้การบริหารกองทุนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาในประเด็นนี้โดยแบ่งกลุ่มของกองทุนออกตามขนาดในความหมายของจำนวนสมาชิกบัตรครอบครัว และจำนวนเงินกองทุนบัตรสุขภาพ ออกเป็น 16 กลุ่ม ได้แสดงให้เห็นว่ากองทุนบัตรสุขภาพโดยเฉลี่ยแล้วมีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บเงินจากการขายบัตรที่สูงมากจะมีก็แต่เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ยังคงมีปัญหาในการเรียกเก็บเงินจากการขายบัตรสุขภาพอยู่ จึงชี้ให้เห็นถึงสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้การเพิ่มของจำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพ ไม่สอดคล้องกับจำนวนเงินกองทุนนั่นเอง ดังนั้นการที่กองทุนจะมีจำนวนเงินกองทุนมากน้อยเพียงใดจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการขายบัตรให้แก่สมาชิกส่วนหนึ่ง และความสามารถในการเรียกเก็บเงินค่าขายบัตรแก่สมาชิกอีกส่วนหนึ่ง ส่วนการพิจารณาภาพรวมของสถานภาพของการจัดหาผลประโยชน์จากเงินกองทุนก็ปรากฏผลตอบแทนในทุกกลุ่ม จึงสะท้อนให้เห็นถึงข้อดีของการนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ในขณะที่ยังมีต้องจัดสรรให้แก่สถานบริการในทันทีที่ขายบัตรได้ แต่กองทุนบัตรสุขภาพในบางกลุ่มยังมีได้นำเงินไปจัดหาผลประโยชน์อย่างเต็มที่ ดังนั้นถ้าหากกองทุนมีการจัดการทางการเงินที่ดี มีการใช้ประโยชน์จากจำนวนเงินกองทุนอย่างเต็มที่ก็น่าจะทำให้กองทุนมีสถานภาพทางการเงินดีขึ้น แต่ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับความตัดสินใจอย่างถี่ถ้วนของคณะกรรมการกองทุนที่จะลงทุนในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างไรด้วย

สำหรับค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการนั้น ได้ปรากฏผลหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่ม ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายของกองทุนในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายที่กองทุนต้องจัดการมิได้มีกฎเกณฑ์ที่แน่นอน หรือตายตัวว่าจะต้องจัดสรรเงินกองทุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างไร ดังนั้นถ้าหากกองทุนสามารถบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพก็ย่อมจะเป็นการลด

ค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ลงได้ ส่วนการจ่ายเงินชดเชยของกองทุนให้แก่สถานบริการสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกนั้น ควรมีการปรับหลักเกณฑ์ในการจ่ายเงินชดเชยดังกล่าวให้เหมาะสมยิ่งขึ้นกว่ากรณีบัตรสุขภาพ โดยเพิ่มสัดส่วนในการจ่ายให้โรงพยาบาลชุมชน และลดสัดส่วนในการจ่ายให้แก่โรงพยาบาลทั่วไปลง ส่วนกรณีสถานอนามัยอาจยังคงสัดส่วนดังกล่าวไว้เช่นเดิม

เมื่อพิจารณาสถานภาพทางการเงินโดยรวมของกองทุนบัตรสุขภาพ ได้สะท้อนให้เห็นถึงสถานภาพทางการเงินที่มีปัญหาของกองทุนขนาดเล็ก (กลุ่มที่มีจำนวนเงินกองทุนไม่เกิน 5,000 บาท) เนื่องจากในภาพรวมกองทุนในกลุ่มเหล่านี้ ไม่สามารถจัดสรรค่าใช้จ่ายที่กองทุนจำเป็นต้องจ่ายให้แก่สถานบริการได้ครบถ้วนตามที่สถานบริการเรียกเก็บได้ และเมื่อพิจารณาถึงสถานภาพทางการเงินโดยรวมของกองทุนบัตรสุขภาพ ได้ปรากฏอย่างชัดเจนว่ากองทุนบัตรสุขภาพในกลุ่มที่มีจำนวนเงินกองทุนเป็นจำนวนมากกว่า มีรายรับสุทธิโดยเฉลี่ยต่อกองทุนที่สูงกว่า และมีสัดส่วนของรายจ่ายรวมเมื่อคิดเป็นร้อยละของรายรับรวมที่ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกองทุนบัตรสุขภาพที่มีจำนวนเงินกองทุนเป็นจำนวนที่ต่ำกว่า จึงสะท้อนให้เห็นว่าขนาดของกองทุน หมายถึงจำนวนเงินกองทุนนั้นมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุนเป็นอย่างยิ่ง นั่นคือกองทุนที่มีจำนวนเงินกองทุนเป็นจำนวนมาก จะมีโอกาสดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกองทุนที่มีจำนวนเงินกองทุนที่ต่ำกว่า และการที่กลุ่มของกองทุนที่มีจำนวนเงินกองทุนไม่เกิน 5,000 บาท ทุกกลุ่ม ล้วนแต่มีรายรับสุทธิโดยเฉลี่ยต่อกองทุนที่ต่ำกว่าศูนย์ จึงส่งผลให้กองทุนไม่สามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพขึ้นต่ำได้ ดังนั้น เพื่อให้การบริหารกองทุนประกันสุขภาพสามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว อย่างน้อยที่สุดกองทุนประกันสุขภาพควรจะต้องมีจำนวนเงินกองทุนมากกว่า 5,000 บาท และหากกองทุนนั้นมีจำนวนสมาชิกเป็นจำนวนมากก็จำเป็นอย่างยิ่งที่กองทุนจะต้องมีจำนวนเงินกองทุนสูงมากขึ้นให้สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนสมาชิกกองทุนด้วยเช่นกัน

5.1.4 ความเป็นไปได้ในประเด็นของขอบข่ายการคุ้มครองของการประกัน

ในส่วนของขอบข่ายการคุ้มครองของการประกันสุขภาพที่ได้ศึกษา โดยอาศัยขอบข่ายการคุ้มครองของบัตรประกันสุขภาพเป็นแนวทางหลักในการพิจารณากำหนด สำหรับชนิดและประเภทของการเจ็บป่วยที่อยู่ในขอบข่ายการคุ้มครองของบัตรนั้น ควรให้สิทธิคุ้มครองโดยมีขอบเขตเพียงให้การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และอาจรวมถึงการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ

อนามัย และการวางแผนครอบครัวด้วยก็น่าจะเพียงพอ เพราะเหล่านี้ก็ถือได้ว่าเป็นการดูแลรักษา เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยในระดับหนึ่งแล้ว (ส่วนกรณีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เป็นโรคเรื้อรัง หรือเป็นโรคร้ายแรง ก็อาจออกบัตรประกันสุขภาพเฉพาะชนิดของการเจ็บป่วยนั้น ๆ หรืออาจกำหนดเป็นรูปแบบของสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพ โดยผู้เอาประกันสามารถเลือกซื้อประกันที่คุ้มครองการรักษาพยาบาลเป็นการเฉพาะโรคได้โดยจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติมในอัตราแตกต่างกันไปในแต่ละชนิดและประเภทของโรค ซึ่งการคิดเบี้ยประกันสุขภาพจะต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของโรคนั้น ๆ เป็นการเฉพาะด้วยซึ่งจะต้องอาศัยการศึกษาในรายละเอียดต่อไป)

ส่วนนิกัดจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ใช้สิทธิได้อาจมีความจำเป็นที่จะต้องจำกัดจำนวนสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการคุ้มครองจากบัตรประกันสุขภาพ เพื่อให้กองทุนสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการง่ายต่อการคาดประมาณค่าใช้จ่ายต่อบัตรในการกำหนดราคาบัตรประกันสุขภาพอีกด้วย ซึ่งอาจพิจารณากำหนดจากนิกัดจำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อบัตรครอบครัวในกรณีบัตรสุขภาพ ซึ่งถ้าไม่รวมกรณีไม่จำกัดจำนวนสมาชิกแล้วเป็นประมาณ 5.43 คน แต่ทั้งนี้ การพิจารณาปรับเกณฑ์โดยจำกัดจำนวนสมาชิกให้น้อยกว่ากรณีบัตรสุขภาพ ก็จะส่งผลให้กองทุนดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจมากยิ่งขึ้น ซึ่งจากการศึกษาพบว่า บัตรประกันสุขภาพควรกำหนดนิกัดจำนวนสมาชิกต่อบัตรครอบครัวเป็น 5 คน

จากการที่กองทุนบัตรสุขภาพโดยส่วนใหญ่กำหนดนิกัดจำนวนครั้งต่อบัตรสุขภาพ ประเภทบัตรครอบครัวและประเภทบัตรบุคคลตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือ 6 ครั้งต่อปี และ 4 ครั้งต่อปี ตามลำดับ จึงเป็นการชี้ให้เห็นว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดดังกล่าวนี้เป็นที่ยอมรับของกองทุนโดยส่วนใหญ่ อีกทั้งการที่ปรากฏจำนวนบัตรสุขภาพที่ไม่ได้มีการใช้สิทธิในการรับบริการรักษาพยาบาลฟรีเลยในรอบปี โดยเฉลี่ยต่อกองทุนบัตรสุขภาพเป็นจำนวนถึง 10.01 บัตร ดังนั้นในขั้นต้น ถ้าหากบัตรประกันสุขภาพจะยังคงกำหนดนิกัดจำนวนครั้งต่อบัตรที่สมาชิกสามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีตามนิกัดของบัตรสุขภาพก็น่าจะเหมาะสม ส่วนนิกัดวงเงินขั้นสูงสุดสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลฟรีภายใต้การคุ้มครองและส่วนลดในค่ารักษาพยาบาลนั้น การวิเคราะห์ได้แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการปรับเงื่อนไขดังกล่าวให้กว้างขวางมากขึ้นกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดใช้ในกรณีบัตรสุขภาพ เพื่อเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการซื้อบัตร ถึงแม้ว่าจะเป็น การนำมาซึ่งภาระค่าใช้จ่ายต่อระบบประกันสุขภาพมากยิ่งขึ้นก็ตาม ประเด็นนี้จึงเป็นประเด็นที่ควรศึกษาในรายละเอียดต่อไป เพราะคงต้องอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับราคาค่ารักษาพยาบาลของการให้บริการแต่ละชนิด แต่ละประเภทในการกำหนดนั้นด้วย

5.2 ข้อเสนอแนะ

ถ้าหากมีความจำเป็นที่รัฐจะต้องสร้างหลักประกันด้านการดูแลสุขภาพอนามัยให้แก่ประชาชนอย่างทั่วถึงแล้ว ระบบประกันสุขภาพก็อาจเป็นระบบที่รัฐจำเป็นต้องจัด โดยมีบัตรประกันสุขภาพเป็นเครื่องมือในการสร้างหลักประกันดังกล่าว โดยราคาค่าบัตรประกันสุขภาพเป็นเสมือนหนึ่งเบี้ยประกันสุขภาพ ดังนั้น โครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันจึงมีความเป็นไปได้ที่จะปรับเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพในระดับหนึ่ง การศึกษาครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะโดยตรงต่อการพัฒนากองทุนบัตรสุขภาพให้เป็นกองทุนประกันสุขภาพที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจ คือ ราคาค่าบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งเปรียบเสมือนเบี้ยประกันสุขภาพและเป็นที่มาของเงินกองทุนประกันสุขภาพนั้นต้องมีราคาสูงพอเพียงกับค่าใช้จ่ายของกองทุนที่พึงเกิดขึ้น นั่นคือราคาค่าบัตรประกันสุขภาพควรมีราคาประมาณ 400 บาท หรือกว่านั้นขึ้นไป จำนวนสมาชิกของกองทุนประกันสุขภาพต้องมีจำนวนมากเพียงพอ สำหรับการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการร่วมกันรับภาระในเชิงการประกันสุขภาพ และจะต้องขายบัตรให้ได้ไม่น้อยกว่า 31 บัตร แต่ถ้าหากกำหนดราคาค่าบัตรประกันสุขภาพให้มีราคาเท่ากับบัตรสุขภาพแล้ว อย่างน้อยที่สุดกองทุนจะต้องขายบัตรได้ไม่ต่ำกว่า 41 บัตร ขนาดของกองทุนประกันสุขภาพเมื่อพิจารณาจากปริมาณเงินกองทุนนั้นต้องมีจำนวนเกินกว่า 5,000 บาทขึ้นไปด้วย และในการดำเนินงานของกองทุนนั้นควรให้กองทุนสามารถขยายขอบข่ายการดำเนินงานให้ครอบคลุมพื้นที่ที่กว้างขวางมากขึ้น โดยอาจมีการรวมสมาชิกจากหลาย ๆ หมู่บ้าน หรือ หลาย ๆ ตำบล เพื่อที่ในทางปฏิบัติแล้วกองทุนจะได้มีฐานประชากรที่เป็นสมาชิกเป็นจำนวนมากขึ้นเพียงพอที่จะสามารถร่วมเฉลี่ยค่าใช้จ่าย ซึ่งจะมีผลทำให้บรรลุผลของหลักการเฉลี่ยความเสี่ยงมากขึ้น และเป็นการให้บริการที่ครอบคลุมประชากรได้มากขึ้นอีกด้วย ส่วนขอบข่ายการคุ้มครองของการประกันสุขภาพนั้นจะต้องกำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อป้องกันมิให้เกิดความเหลื่อมล้ำ หรือข้อแตกต่าง หรือ ข้อได้เปรียบเสียเปรียบของสมาชิกในแต่ละกองทุน อันจะนำมาซึ่งการข้ามเขตเพื่อรับการรักษายาบาลของสมาชิกตามสิทธิคุ้มครองที่แตกต่างกันนั้น

สำหรับข้อเสนอแนะในการปรับรูปแบบกองทุนบัตรสุขภาพเข้าสู่กองทุนประกันสุขภาพนั้น อาจแบ่งเป็น 2 กรณี คือ 1) กองทุนบัตรสุขภาพที่มีการดำเนินงานสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ที่กองทุนจะสามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจ หมายถึง สามารถขายบัตรได้ไม่ต่ำกว่า 41 บัตร และมีเงินหมุนเวียนในกองทุนไม่ต่ำกว่า 5,000 บาท ให้จดทะเบียนเข้าเป็นกองทุนประกันสุขภาพได้ทันที 2) สำหรับกองทุนบัตรสุขภาพที่มีการดำเนินงานด้อยกว่าหลักเกณฑ์ดังกล่าว ให้ปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป จนกว่าจะสามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจได้ จากนั้นจึงให้จดทะเบียนเข้าเป็นกองทุนประกันสุขภาพต่อไปได้