



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ความเป็นไปได้เชิงเศรษฐกิจของการปรับกองทุนบัตรสุขภาพ เข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพนี้ จะใช้ข้อมูลจากการสำมะโนกองทุนบัตรประกันสุขภาพทั่วประเทศ ณ วันที่ 30 กันยายน 2531 จากโครงการวิเคราะห์เพื่อประเมินโครงการบัตรสุขภาพ โดย เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะซึ่งได้ดำเนินการตั้งแต่ เมษายน 2532 และใช้กองทุนบัตรสุขภาพเป็นหน่วยการวิเคราะห์หลัก ส่วนการนำเสนอผลการวิเคราะห์ในบทนี้จะเสนอเป็นรายประเด็นตามลำดับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ข้างต้น คือ 1) การศึกษาความเป็นไปได้ในประเด็นของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ 2) การศึกษาความเป็นไปได้ในประเด็นของขนาดกองทุนและราคาบัตร 3) การศึกษาความเป็นไปได้ในประเด็นของการบริหารกองทุน และ 4) การศึกษาความเป็นไปได้ในประเด็นของขอบข่ายการคุ้มครองของการประกัน (coverage) รวมทั้งสรุปและอภิปรายผลในเชิงวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ และแนวทางในการปรับเปลี่ยนกองทุนบัตรสุขภาพที่ดำเนินงานอยู่เพื่อให้มีรูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผลการวิเคราะห์ปรากฏดังนี้

#### 4.1 การศึกษาความเป็นไปได้ในประเด็นของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

สืบเนื่องจากความจำเป็นที่สมควรจะต้องจัดให้มีระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมในการให้ความคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทั้งประเทศอย่างทั่วถึง และเปิดโอกาสให้ประชาชนเลือกรับบริการได้บ้าง ระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจจึงน่าจะเป็นระบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่สำหรับประเทศไทยอย่างที่สุด ดังนั้นในการพิจารณาปรับกองทุนบัตรสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ให้มีคุณสมบัติเป็นการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ประเด็นแรกที่จะพิจารณาก็คือ ความเป็นไปได้ในประเด็นของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ซึ่งจากหลักการดำเนินงานของกองทุนบัตรสุขภาพใน

โครงการบัตรสุขภาพจัดได้ว่ามีรูปแบบที่คล้ายกับการประกันสุขภาพโดยสมัครใจเป็นอย่างมาก ทั้งนี้จากการใช้หลักของความสมัครใจในการซื้อบัตรสุขภาพของสมาชิก ซึ่งเปรียบได้กับเบี้ยประกันเพื่อที่ตนและครอบครัวจะได้มีหลักประกันในเรื่องของสุขภาพอนามัย หมายถึง เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น โดยสมาชิกต้องจ่ายค่าบัตรสุขภาพเป็นการล่วงหน้า สมาชิกทุกคนจึงอยู่ในฐานะที่ต้องเฉลี่ยความเสี่ยงร่วมกัน ด้วยเหตุนี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงความใกล้เคียงกัน ในปรัชญาแนวคิดนี้ฐานของโครงการบัตรสุขภาพกับการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ แต่ทั้งนี้สาระสำคัญของความสมัครใจที่บุคคลจะประกันสุขภาพของตนและครอบครัวนั้น น่าจะอยู่ที่การที่บุคคลนั้นทราบและเข้าใจในหลักการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการได้รับบริการรักษาพยาบาลนั้นประการหนึ่ง กับการที่บุคคลนั้นตัดสินใจเลือกระหว่างการประกันสุขภาพของตน และครอบครัว โดยต้องจ่ายค่าเบี้ยประกัน (หรืออีกนัยหนึ่งค่าบัตรสุขภาพ) เมื่อเปรียบเทียบกับผลตอบแทนที่พึงได้รับจากการประกันสุขภาพเมื่อยามที่ตนอาจเจ็บป่วย และต้องรับบริการรักษาพยาบาลนั้นอีกประการหนึ่ง

สำหรับประเด็นของความเข้าใจในหลักการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการได้รับบริการรักษาพยาบาลนั้น ถือได้ว่าเป็นประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจประกันสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก เพราะจากข้อมูลของโครงการวิเคราะห์เพื่อประเมินโครงการบัตรสุขภาพที่เกี่ยวกับความเห็นต่ออุปสรรคในการดำเนินงานบัตรสุขภาพในปัจจุบัน ของสาธารณสุขจังหวัด และสาธารณสุขอำเภอ นั้น ปรากฏว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเหล่านั้นกล่าวถึงปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกกองทุนบัตรสุขภาพและที่เกี่ยวกับประชาชนทั่วไปว่านอกจากปัญหาความยากจนของประชาชนแล้ว ยังมีปัญหาอื่นที่สำคัญเช่นกัน กล่าวคือ ปัญหาประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจ ในโครงการ ทั้งด้านนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่ยังคลุมเครือ ไม่ชัดเจน ด้านระเบียบและขั้นตอนการขอรับบริการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะเรื่องของระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ค่อนข้างยุ่งยาก ก่อให้เกิดความสับสน ความไม่เข้าใจ ทำให้เกิดการลัดขั้นตอน และการใช้สิทธิที่ขึ้น รวมถึงปัญหาประชาชนไม่เห็นความสำคัญของการประกันสุขภาพ และปรากฏประชาชนอีกบางส่วนยังเข้าใจไม่ถูกต้องนัก เหล่านี้ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้เกิดปัญหาประชาชนไม่ศรัทธาในโครงการ ไม่เชื่อว่ากองทุนจะมีประสิทธิภาพเพียงพอ และเกิดปัญหาการขาดความร่วมมือจากประชาชน ปัญหาชุมชนขาดความพร้อมสำหรับการดำเนินงานของกองทุนขึ้น

ปัญหาต่าง ๆ ที่สาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอกล่าวถึงทั้งหมดนี้ล้วนแต่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อการตัดสินใจประกันสุขภาพของประชาชนทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2529) ที่ได้ศึกษาโครงการบัตรสุขภาพ ระยะที่สอง ของ 3 จังหวัด (นครศรีธรรมราช อุบลราชธานี และราชบุรี) พบว่า เหตุผลสำคัญที่ทำให้ประชาชน ตัดสินใจไม่ซื้อบัตรสุขภาพ ได้แก่ เหตุผลเรื่องการขาดแคลนเงิน ความไม่เชื่อถือและศรัทธาใน โครงการบัตรสุขภาพว่าดีจริง การประเมินว่าสมาชิกในบ้านไม่ค่อยเจ็บป่วย รวมทั้งความยุ่งยาก ในการรับบริการ ที่ต้องผ่านขั้นตอนการส่งต่อที่กำหนด

สำหรับปัญหาความยากจนของประชาชนนั้น ไม่น่าที่จะวิตกมากนัก เพราะเนื่องจากมี บัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยรองรับในส่วนนี้อยู่บ้างแล้ว ประกอบกับการอนุโลมของบางกองทุนให้ สมาชิกที่ยากจนสามารถผ่อนชำระเงินค่าบัตรสุขภาพได้บ้าง จึงเป็นการบรรเทาปัญหาดังกล่าวได้พอสมควรทีเดียว เพราะจากการศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน (คู่มือโครงการประกัน สุขภาพโดยความสมัครใจ จังหวัดน่าน สำหรับคณะกรรมการกองทุนฯ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุก ระดับ, 2531 : 17.) ที่กล่าวไว้ว่า จังหวัดน่านเป็นจังหวัดยากจนประชาชนส่วนใหญ่มีรายได้น้อย จากการขายผลิตผลทางการเกษตร แต่ก็ยังปรากฏประชาชนเป็นจำนวนมากให้ความสนใจต่อการ ประกันสุขภาพโดยยินดีจ่ายค่าบัตรสุขภาพเนื่องจากการอนุโลมให้ประชาชนยากจนชำระเงินค่าบัตร โดยผ่อนชำระได้ จึงส่งผลให้จังหวัดน่านเป็นจังหวัดที่มีการดำเนินงานบัตรสุขภาพที่ดีมากจังหวัดหนึ่ง ซึ่งเห็นได้จากข้อมูลเกี่ยวกับบัตรสุขภาพรายจังหวัด ณ 30 กันยายน 2531 (ตาราง 4.1 ) และ อัตราการครอบคลุมของบัตรสุขภาพรายจังหวัด (ตาราง 4.2 ) ที่ปรากฏสอดคล้องกับที่รายงานใน คู่มือโครงการข้างต้นว่าจังหวัดน่านเป็นจังหวัดที่มีจำนวนกองทุน จำนวนเงินกองทุน จำนวนเงิน เฉลี่ยต่อกองทุน จำนวนสมาชิก และจำนวนบัตรสุขภาพเป็นจำนวนมากเมื่อเปรียบเทียบกับจังหวัด อื่น ๆ และยังปรากฏอัตราครอบคลุมของบัตรสุขภาพในจังหวัดน่านที่สูงถึง ร้อยละ 91.67 ในระดับ อำเภอ ร้อยละ 94.19 ในระดับตำบล ร้อยละ 58.57 ในระดับหมู่บ้าน ร้อยละ 34.16 ของ ระดับครัวเรือน และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง อัตราครอบคลุมของประชากรในจังหวัด ได้แสดงถึงความ สมัครใจประกันสุขภาพของประชาชนอย่างชัดเจนที่สุด ซึ่งจากข้อมูล พบว่า จังหวัดน่านเป็นจังหวัด ที่มีอัตราครอบคลุมของประชากรสูงที่สุด คือ สูงถึงร้อยละ 35.19 ของประชากรในจังหวัด

ดังนั้นถ้าหากปัญหาความยากจนของประชาชนมิได้ส่งผลกระทบต่อความสมัครใจประกัน สุขภาพของประชาชนมากนัก ปัญหาสำคัญในประเด็นนี้จึงเป็นปัญหาในเรื่องของความเข้าใจที่ถูกต้อง ต่อการประกันสุขภาพ ต่อกองทุน ต่อสถานบริการในแต่ละระดับ และขั้นตอนในการรับการรักษาพยาบาลมากกว่า ปัญหาเหล่านี้ทางแก้ไขทางหนึ่ง คือ มุ่งให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ ประชาชน โดยเฉพาะความเข้าใจในหลักการเฉลี่ยความเสี่ยงว่าทุกคนที่จ่ายค่าเบี้ยประกันล่วงหน้า

ตาราง 4.1 : ข้อมูลเกี่ยวกับบัตรสุขภาพ รายจังหวัด 30 กันยายน 2531

จังหวัด	จำนวน กองทุน	จำนวน เงินกองทุน	จำนวนเงิน เฉลี่ยต่อกองทุน	จำนวน สมาชิกบัตร	จำนวนบัตรสุขภาพ		
					ครอบครัว	บุคคล	แม่และเด็ก
1 กระบี่	26	283,700	10,911.54	3,523	881	53	88
3 กาญจนบุรี	17	96,440	5,672.94	1,716	349	29	26
4 กาฬสินธุ์	144	1,745,500	12,121.53	32,232	5,697	23	138
5 กำแพงเพชร	148	1,011,800	6,836.49	12,231	3,113	207	365
6 ขอนแก่น	261	4,770,810	18,278.96	89,059	15,577	351	1,128
7 จันทบุรี	111	973,300	8,768.47	13,024	3,025	202	254
8 ฉะเชิงเทรา	50	539,600	10,792.00	6,214	1,630	204	98
9 ชลบุรี	165	341,585	2,070.21	4,250	887	146	461
10 ชัยนาท	191	530,900	2,779.58	8,642	1,687	62	110
11 ชัยภูมิ	132	1,121,900	8,499.24	19,853	3,516	15	641
12 ชุมพร	7	239,560	34,222.86	1,557	317	16	25
13 เชียงราย	53	7,749,300	146,213.21	109,122	24,889	701	1,424
14 เชียงใหม่	203	3,417,700	16,835.96	51,414	10,895	356	780
15 ตรัง	21	175,600	8,361.90	2,223	534	57	36
16 ตราด	93	721,600	7,759.14	11,173	2,254	68	318
17 ตาก	171	2,746,680	16,262.46	47,287	10,123	149	0
18 นครนายก	76	930,200	12,239.47	15,835	2,850	216	320
19 นครปฐม	136	678,500	4,988.97	10,229	2,035	111	458
20 นครพนม	359	3,162,156	8,808.23	88,880	14,224	134	718
21 นครราชสีมา	867	352,675	406.78	22,033	4,155	287	1,061
22 นครศรีธรรมราช	36	563,100	15,641.67	7,697	1,790	75	111
23 นครสวรรค์	375	3,568,928	9,517.14	46,316	11,856	586	469
24 นนทบุรี	90	169,500	1,883.33	2,655	508	56	59



## ตาราง 4.1 (ต่อ)

25	นราธิวาส	93	463,500	4,983.87	6,046	1,290	97	215
26	น่าน	427	9,474,200	22,187.82	151,145	30,653	317	2,153
27	บุรีรัมย์	22	384,300	17,468.18	7,937	1,263	2	50
28	ปทุมธานี	36	64,300	1,786.11	833	201	11	18
29	ประจวบคีรีขันธ์	25	181,700	7,268.00	2,873	571	8	84
30	ปราจีนบุรี	126	1,264,700	10,037.30	21,766	3,972	99	533
31	ปัตตานี	16	221,735	13,858.44	4,973	880	90	38
32	พะเยา	193	2,620,820	13,579.38	40,873	8,477	194	871
33	พังงา	69	668,300	9,685.51	8,113	1,968	271	237
34	พัทลุง	294	3,866,400	13,151.02	61,999	11,917	151	1,113
35	พิจิตร	108	977,700	9,052.78	12,495	3,093	142	214
36	พิษณุโลก	42	802,020	19,095.71	14,015	2,674	93	118
37	เพชรบุรี	103	711,200	6,904.85	10,060	2,235	145	117
38	เพชรบูรณ์	158	2,277,500	14,414.56	78,346	7,119	100	306
39	แพร่	223	4,257,600	19,092.38	67,231	13,580	314	1,208
40	ภูเก็ต	72	543,700	7,551.39	10,451	2,264	275	185
41	มหาสารคาม	201	2,201,300	10,951.74	65,738	10,968	30	444
42	มุกดาหาร	26	393,400	15,130.77	9,067	1,295	10	32
43	แม่ฮ่องสอน	46	167,900	3,650.00	1,661	510	36	123
44	ยโสธร	391	3,408,100	8,716.37	71,139	10,863	423	646
45	ยะลา	25	350,700	14,028.00	4,463	1,069	117	74
46	ร้อยเอ็ด	519	7,992,900	15,400.58	169,662	26,643	0	0
47	ระนอง	118	437,900	3,711.02	7,240	1,316	83	265
48	ระยอง	153	466,800	3,050.98	6,145	1,073	84	1,281
49	ราชบุรี	44	2,095,100	47,615.91	26,724	5,276	204	961
50	ลพบุรี	149	667,500	4,479.86	10,174	1,803	523	220
51	ลำปาง	11	438,500	39,863.64	4,466	1,445	73	0
52	ลำพูน	102	871,800	8,547.06	13,206	2,808	74	146

ตาราง 4.1 (ต่อ)

53	เลข	463	11,208,500	24,208.42	168,516	24,387	8,287	751
54	ศรีสะเกษ	37	499,800	13,508.11	10,583	1,627	6	116
55	สกลนคร	268	5,377,212	20,064.22	79,826	16,468	83	756
56	สงขลา	125	1,344,044	10,752.03	22,453	4,322	157	412
57	สตูล	22	249,000	11,318.18	3,284	783	82	83
58	สมุทรปราการ	49	191,600	3,910.20	2,202	577	97	72
59	สมุทรสงคราม	250	993,300	3,973.20	11,970	3,112	307	217
60	สมุทรสาคร	10	162,800	16,280.00	3,024	517	30	17
61	สระบุรี	44	519,400	11,804.54	21,938	1,699	109	185
62	สิงห์บุรี	353	435,690	1,234.25	8,377	1,400	88	568
63	สุโขทัย	141	1,732,425	12,286.70	32,740	6,866	1,462	671
64	สุพรรณบุรี	101	1,125,700	11,145.54	15,294	3,625	100	182
65	สุราษฎร์ธานี	87	1,232,700	14,168.96	16,055	3,885	222	228
66	สุรินทร์	160	1,664,892	10,405.58	33,623	6,126	172	302
67	หนองคาย	35	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	7,801	1,661	13	93
68	อยุธยา	54	307,400	5,692.59	4,817	948	100	65
69	อ่างทอง	197	1,081,300	5,488.83	16,746	3,363	120	484
70	อุตรธานี	255	2,799,000	10,976.47	53,853	8,593	60	2,091
71	อุตรดิตถ์	47	876,300	18,644.68	13,439	2,794	79	233
72	อุทัยธานี	192	1,629,600	8,487.50	20,126	5,157	260	305
73	อุบลราชธานี	271	2,159,030	7,966.90	65,165	29,348	2,237	230

ที่มา : เกียนฉาย กิระนันท์ และคณะ (2533) หน้า 41-43.

ตาราง 4.2 : อัตราการครอบคลุมของบัตรสุขภาพ รายจังหวัด 30 กันยายน 2531\*\*

จังหวัด	อัตราการครอบคลุม (%)				
	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	ครัวเรือน	ประชากร
1 กระบี่	100.00	46.55	28.88	2.26	1.71
3 กาญจนบุรี	40.00	8.14	2.53	0.33	0.26
4 กาฬสินธุ์	71.43	44.44	2.73	4.14	3.76
5 กำแพงเพชร	100.00	73.91	23.69	3.46	1.91
6 ขอนแก่น	90.00	57.30	14.51	5.98	5.42
7 จันทบุรี	100.00	69.12	24.28	4.73	3.72
8 ฉะเชิงเทรา	77.78	54.95	27.06	2.11	1.12
9 ชลบุรี	60.00	51.69	31.33	1.14	0.49
10 ชัยนาท	100.00	87.50	45.26	2.67	2.76
11 ชัยภูมิ	64.29	30.09	14.05	2.52	2.20
12 ชุมพร	62.50	11.11	1.57	0.89	0.42
13 เชียงราย	92.31	72.73	40.97	41.49	10.89
14 เชียงใหม่	90.48	38.62	13.26	3.69	3.84
15 ตรัง	42.86	12.64	3.49	0.80	0.54
16 ตราด	100.00	61.11	48.06	7.13	6.78
17 ตาก	100.00	73.21	38.17	15.47	14.16
18 นครนายก	100.00	55.00	39.07	8.74	7.89
19 นครปฐม	100.00	36.00	16.29	2.57	1.73
20 นครพนม	100.00	94.05	41.41	14.09	14.64
21 นครราชสีมา	100.00	99.58	31.42	2.51	1.00
22 นครศรีธรรมราช	35.29	14.65	3.78	3.18	0.56
23 นครสวรรค์	100.00	69.49	33.68	3.27	4.36
24 นนทบุรี	100.00	49.02	21.95	0.68	0.45

## ตาราง 4.2 (ต่อ)

25	นราธิวาส	100.00	57.33	19.91	4.44	1.52
26	น่าน	91.67	94.19	58.57	34.16	35.19
27	บุรีรัมย์	33.33	6.21	1.17	0.55	0.57
28	ปทุมธานี	28.57	24.14	6.99	0.38	0.20
29	ประจวบคีรีขันธ์	85.71	26.67	7.37	0.57	0.70
30	ปราจีนบุรี	92.31	71.82	36.55	4.59	2.93
31	ปัตตานี	36.36	9.82	3.10	1.29	0.97
32	พะเยา	71.43	42.11	30.74	18.88	8.32
33	พังงา	62.50	52.08	23.79	6.34	4.00
34	พัทลุง	100.00	100.00	56.32	44.98	13.83
35	พิจิตร	100.00	46.15	16.52	3.93	2.29
36	พิษณุโลก	88.89	25.88	5.17	2.00	1.84
37	เพชรบุรี	87.50	32.95	17.00	3.45	2.62
38	เพชรบูรณ์	100.00	38.61	15.77	7.97	8.48
39	แพร่	100.00	90.63	46.27	13.62	15.60
40	ภูเก็ต	100.00	100.00	67.92	7.52	7.19
41	มหาสารคาม	100.00	64.08	14.25	7.15	7.55
42	มุกดาหาร	71.43	29.41	6.59	3.01	3.40
43	แม่ฮ่องสอน	57.14	27.50	13.69	1.76	1.02
44	ยโสธร	100.00	92.11	53.49	14.09	13.99
45	ยะลา	100.00	21.28	4.82	2.57	1.88
46	ร้อยเอ็ด	100.00	75.45	27.25	14.05	15.27
47	ระนอง	100.00	100.00	100.00	10.06	9.45
48	ระยอง	100.00	82.35	54.34	3.20	1.46
49	ราชบุรี	100.00	42.31	31.57	4.40	3.79
50	ลพบุรี	100.00	42.15	15.46	1.82	1.40
51	ลำปาง	30.77	12.36	1.60	1.04	0.66
52	ลำพูน	50.00	51.02	23.62	3.06	3.26

ตาราง 4.2 (ต่อ)

53	เลข	100.00	98.75	63.95	67.38	32.71
54	ศรีสะเกษ	31.25	8.33	2.07	1.58	0.83
55	สกลนคร	93.75	77.39	23.82	9.96	8.58
56	สงขลา	80.00	41.80	13.03	4.41	2.18
57	สตูล	100.00	42.86	9.21	2.89	1.56
58	สมุทรปราการ	100.00	50.00	11.80	0.33	0.28
59	สมุทรสงคราม	100.00	100.00	89.93	9.95	5.91
60	สมุทรสาคร	100.00	17.50	5.78	0.88	0.90
61	สระบุรี	90.91	35.14	12.83	3.12	4.25
62	สิงห์บุรี	100.00	97.67	100.00	4.48	4.95
63	สุโขทัย	88.89	65.43	21.56	.785	5.60
64	สุพรรณบุรี	80.00	49.02	12.35	2.46	1.94
65	สุราษฎร์ธานี	94.44	37.90	9.86	3.79	2.67
66	สุรินทร์	23.08	25.53	9.32	3.60	2.68
67	หนองคาย	33.33	10.78	3.34	20.65	0.98
68	อยุธยา	56.25	13.94	4.46	1.06	0.73
69	อ่างทอง	100.00	83.56	39.56	8.17	7.59
70	อุดรธานี	90.91	50.27	18.78	5.55	3.31
71	อุตรดิตถ์	77.78	38.46	9.85	3.75	3.05
72	อุทัยธานี	100.00	90.63	38.25	8.16	6.84
73	อุบลราชธานี	72.73	33.62	9.05	28.77	3.55

ที่มา : เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ (2533) หน้า 45-47.

นั้น ต่างร่วมรับภาระในการเฉลี่ยความเสี่ยงร่วมกัน โดยทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันในการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเมื่อตนและครอบครัวเจ็บป่วย ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ เหล่านี้ จะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยการประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสม และจะต้องสามารถจูงใจให้ประชาชนสมัครใจ ประกันสุขภาพ การจูงใจประชาชนที่จะบรรลุผลสำเร็จได้นั้นก่อนอื่นจะต้องทราบถึงความต้องการ ความเชื่อ ของพวกเขาเหล่านั้นเสียก่อน เพื่อการประชาสัมพันธ์จะได้กระทำอย่างถูกต้อง ในการสร้างความเชื่อมั่นว่าระบบประกันสุขภาพจะสามารถตอบสนองความต้องการของพวกเขาได้ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่านได้ทำการรวบรวมไว้ในกรณีบัตรสุขภาพว่า สาเหตุที่ทำให้ประชาชนตัดสินใจประกันสุขภาพจะเนื่องจาก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ จังหวัดน่าน , 2531 : 17-18.)

- (1) เชื่อว่าตัวเขา หรือบุคคลในครอบครัว อาจมีโอกาเจ็บป่วยในปีนี้
- (2) เชื่อว่าการเจ็บป่วย ของตัวเขา หรือบุคคลในครอบครัว อาจทำให้มีการนอนพัก รักษาตัวเป็นเวลานาน ทำให้ต้องใช้จ่ายเงินทองเป็นจำนวนมาก ถ้าหากไม่ได้เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพแล้วจะทำให้เกิดความยากลำบาก
- (3) เชื่อว่าถ้าหากเขาเป็นสมาชิกบัตรสุขภาพแล้วจะได้รับสิทธิและผลประโยชน์ที่พึงได้รับ เช่น การบริการทางด่วน การบริการด้านอภยาครัยไมตรีที่ดี ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ได้รับการรักษาฟรี ได้รับผลประโยชน์ในหมู่บ้าน เช่น ได้เงินปันผล ได้มีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ต่อหมู่บ้าน
- (4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แพทย์ พยาบาล หรือบุคคลที่เป็นที่เคารพนับถือ ฯลฯ ให้คำแนะนำ กระตุ้นสนับสนุนให้ซื้อบัตรสุขภาพ
- (5) มีอายุ เพศ ฐานะ ที่เหมาะสมในการตัดสินใจที่จะเป็นสมาชิกบัตรสุขภาพ ในช่วงเวลาดังกล่าว มีรายได้จากผลผลิตของครอบครัวพอเพียงหรือไม่ หรือไม่มีภาระที่ต้องใช้จ่ายอื่น ๆ
- (6) ได้รับข่าวสารการชี้แจงเรื่องบัตรสุขภาพจาก วิทยุ หอกระจายข่าว เอกสาร โปสเตอร์ การประชุมของหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัคร ฯลฯ อย่างสม่ำเสมอ และเป็นข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง
- (7) เชื่อว่าเมื่อได้เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพแล้ว เขาจะรู้สึกมั่นคงปลอดภัย มีหลักประกันในการเจ็บป่วย ได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว ได้รับการยอมรับจากเพื่อนบ้าน เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ทำให้ตัวเองมีคุณค่าได้รับการดูแลเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่อย่างจริงใจ
- (8) ทำให้ตัวเองหรือบุคคลในครอบครัว สุขภาพดีไม่เจ็บป่วย ทำมาหาเลี้ยงชีพได้



- (9) เมื่อหมู่บ้านเปิดบัตรสุขภาพ ทำให้สถานอนามัย และโรงพยาบาลมีโอกาสพัฒนาคุณภาพของการบริการ และหมู่บ้านได้พัฒนาโดยอาศัยเงินส่วนหนึ่งของโครงการบัตรสุขภาพ

การประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสม นอกจากจะต้องพิจารณากระทำอย่างรอบคอบและต่อเนื่องแล้วนั้น ประเด็นที่สำคัญยิ่งที่ไม่อาจละเลยได้ก็คือ เรื่องของการให้บริการแก่สมาชิก ซึ่งควรจะต้องจัดให้บริการอย่างมีคุณภาพ และเป็นไปตามเงื่อนไขอย่างครบถ้วนตามที่ได้โฆษณาประชาสัมพันธ์ไว้ตอนต้น เพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและสร้างศรัทธาแก่ประชาชนในการประกันสุขภาพ อันจะนำมาซึ่งความสมัครใจในการประกันสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริงต่อไป

ส่วนแนวทางที่ต้องพิจารณาอีกทางหนึ่งก็คือพิจารณาด้านการดำเนินการของกองทุนว่าควรปรับเปลี่ยนหลักเกณฑ์และเงื่อนไขอย่างไรบ้าง เพื่อส่งเสริม และจูงใจให้ประชาชนหันมาสนใจประกันสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งเพื่อให้การประกันสุขภาพสามารถบรรลุในหลักของความสมัครใจอย่างแท้จริงด้วย ซึ่งจากหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดอัตราการครอบคลุมครัวเรือนขั้นต่ำในการจัดตั้งกองทุนบัตรสุขภาพ อีกทั้งการกำหนดเป้าหมายของโครงการให้มีกองทุนบัตรสุขภาพครอบคลุมทุกพื้นที่นั้น ดูจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการบังคับขายบัตรแก่ประชาชนขึ้น เพราะจากข้อมูลระดับและประเภทของกองทุนบัตรสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ (เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ, การวิเคราะห์เพื่อประเมินโครงการบัตรสุขภาพ, 2533 : 55.) ปรากฏว่าเมื่อพิจารณากองทุนบัตรสุขภาพที่ให้ข้อมูลในปีที่ดำเนินงานเต็มปีล่าสุดจำนวนทั้งสิ้น 9,582 กองทุนนั้น เป็นกองทุนระดับหมู่บ้าน (หมายถึง กองทุนที่สมาชิกมาจากประชาชนในหมู่บ้านเดียวกัน) ถึงร้อยละ 95.3 ส่วนที่เหลืออีกเพียงร้อยละ 4.7 จำแนกเป็นกองทุนระดับกลุ่มหมู่บ้าน (หมายถึง กองทุนที่สมาชิกเป็นประชาชนจากหลายหมู่บ้านในตำบลเดียวกัน) ร้อยละ 3.4 เป็นกองทุนระดับตำบล (หมายถึง กองทุนที่สมาชิกเป็นประชาชนจากทุกหมู่บ้านในตำบล) ร้อยละ 1.3 และเป็นกองทุนระดับกลุ่มตำบล (หมายถึง กองทุนที่สมาชิกเป็นประชาชนจากหลาย ๆ ตำบล) ร้อยละ 0.1 เท่านั้น การที่ปรากฏกองทุนบัตรสุขภาพโดยส่วนใหญ่เป็นกองทุนระดับหมู่บ้านนี้ ย่อมแสดงให้เห็นถึงฐานประชากรที่กองทุนจะสามารถครอบคลุมสมาชิกได้ในจำนวนไม่มากนัก ดังนั้น การที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดอัตราการครอบคลุมครัวเรือนขั้นต่ำในการจัดตั้งกองทุนขึ้นจึงส่งผลให้เกิดการบังคับขายบัตรแก่ประชาชนได้ การแก้ไขปัญหานี้ในประเด็นนี้ก็อาจจะลดความสำคัญของการเพิ่มจำนวนกองทุนลง คือไม่จำเป็นต้องมุ่งไปที่การก่อตั้งกองทุนใหม่ขึ้น แต่ให้เน้นปรับปรุงกองทุนที่เปิดดำเนินการอยู่แล้วให้สามารถดำเนินการต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้กองทุนสามารถขยายขอบข่ายการดำเนินงานที่ครอบคลุม

กลุ่มสมาชิกในพื้นที่ที่กว้างขวางมากขึ้นคือ อาจมีการรวมสมาชิกกองทุนจากหลาย ๆ หมู่บ้าน หรือหลาย ๆ ตำบล เพื่อที่กองทุนจะได้มีฐานประชากรที่เป็นสมาชิกในจำนวนที่มากขึ้นเพียงพอที่จะสามารถร่วมเฉลี่ยค่าใช้จ่ายซึ่งจะมีผลทำให้บรรลุผลของหลักการเฉลี่ยความเสี่ยงมากขึ้น และเป็น การให้บริการที่ครอบคลุมประชากรได้มากขึ้นอีกด้วย ดังข้อมูลที่ปรากฏว่ามีกองทุนในระดับสูงกว่าหมู่บ้านนั้นคือ กองทุนระดับกลุ่มหมู่บ้าน กองทุนระดับตำบล และกองทุนระดับกลุ่มตำบล ซึ่งแม้ว่าจะมีจำนวนไม่มากนัก แต่ก็ได้สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่กองทุนอาจจะต้องมีการขยายเขตพื้นที่ครอบคลุมให้กว้างขวางมากขึ้นเพื่อให้กองทุนสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นนั่นเอง

สำหรับประเด็นที่สอง คือประเด็นของการพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างค่าเบี้ยประกัน (ค่าบัตรประกันสุขภาพ) กับผลประโยชน์ตอบแทนที่สมาชิกพึงได้รับจากการประกันสุขภาพนั้น ถ้าหากประชาชนรู้สึกคุ้มค่าต่อการจ่ายเบี้ยประกัน เพื่อแลกกับผลประโยชน์ที่ตนจะได้รับจากการประกันครั้งนั้น ๆ ก็จะตัดสินใจประกันสุขภาพ ดังนั้นสิ่งที่ต้องพิจารณาในขั้นนี้ก็คือ บัจจยใดบ้างที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการพิจารณาเปรียบเทียบของบุคคลในการตัดสินใจประกันสุขภาพ บัจจยแรกที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจประกันสุขภาพของประชาชนเห็นจะได้แก่ลักษณะนิสัยของบุคคลในเรื่องของ ความต้องการเสี่ยง กล่าวคือถ้าหากเป็นคนจำพวกที่ชอบเสี่ยงบุคคลนั้นก็อาจตัดสินใจไม่ประกันสุขภาพ แต่ถ้าหากเป็นจำพวกที่ไม่ชอบเสี่ยง หรือชอบหลีกเลี่ยงความเสี่ยงแล้ว บุคคลนั้นก็ยินดีที่จ่ายค่าเบี้ยประกันเพื่อแลกกับความมั่นคงในเรื่องของสุขภาพอนามัยของตนและครอบครัวเพื่อให้สามารถได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วย ส่วนบัจจยที่สองที่เข้ามาเกี่ยวข้องก็คือ ราคาของเบี้ยประกัน ซึ่งควรจะเป็นราคาที่ไม่แพงจนเกินไปนัก ควรเป็นราคาที่เหมาะสมกับสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันจะได้รับ แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับรายได้ของประชาชนด้วย ถ้าหากบุคคลมีรายได้สูงมากพอ ก็อาจตัดสินใจประกันสุขภาพได้ไม่ยากนัก แต่ถ้าหากเป็นกรณีของผู้มีรายได้น้อย การจ่ายค่าเบี้ยประกันล่วงหน้าก็อาจเป็นการยากลำบากสำหรับบุคคลเหล่านั้น ส่วนบัจจยสุดท้ายที่น่าจะมีผลกระทบต่อตัดสินใจประกันสุขภาพของประชาชนก็คือ โอกาสที่จะเจ็บป่วยในปีนั้น เนื่องจากบัตรประกันสุขภาพจะให้สิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลแก่สมาชิก ภายในระยะเวลา 1 ปี ดังนั้นถ้าหากบุคคลใดมีโอกาสเจ็บป่วยในปีนั้นมากก็จะตัดสินใจประกันสุขภาพ เพราะคาดว่า การประกันสุขภาพจะให้ผลตอบแทนอย่างคุ้มค่า จึงได้ปรากฏผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแอ มีโรคประจำตัว สนใจประกันสุขภาพเป็นจำนวนมาก ดังนั้นถ้าหากบัตรประกันสุขภาพขยายสิทธิประโยชน์ให้กว้างขวางออกไป โดยให้การคุ้มครองตั้งแต่การรักษาพยาบาล รวมไปถึงการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพอนามัย อาทิเช่น การตรวจร่างกายประจำปี และทันตสาธารณสุข ด้วย ก็น่าจะสามารถจูงใจให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่ำหันมา

## ประกันสุขภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้นถ้าหากจะปรับกองทุนบัตรสุขภาพเข้าสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจต่อไป จึงควรพิจารณาปรับกฎเกณฑ์ในการขยายขอบข่ายการดำเนินงานของกองทุน และเงื่อนไขของโรคที่ให้สิทธิคุ้มครองรักษาพยาบาลแก่สมาชิก เพื่อให้ประเด็นของความสมัครใจมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และหากประกอบกับการประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสมด้วยแล้ว ก็ยิ่งน่าจะส่งผลให้ประชาชนเห็นความสำคัญและสมัครใจประกันสุขภาพกันอย่างทั่วถึง แต่ทั้งนี้ ถ้าหากยังคงปรากฏว่าประชาชนมิได้ให้ความสำคัญกับการประกันสุขภาพเท่าที่ควรก็อาจจะต้องหันมาพิจารณาถึงสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขของบัตรประกันสุขภาพต่อไปว่าควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมยิ่งขึ้นหรือไม่เพียงใด ซึ่งประเด็นของสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขของบัตรประกันสุขภาพจะขอกล่าวถึงรายละเอียดในส่วนท้ายของบทวิเคราะห์นี้

### 4.2 การศึกษาความเป็นไปได้ในประเด็นของขนาดกองทุนและราคาบัตร

ในการพิจารณากองทุนบัตรสุขภาพเพื่อปรับเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพนั้น สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงก็คือความมีประสิทธิภาพในเชิงเศรษฐกิจของกองทุน ซึ่งหลักเกณฑ์พื้นฐานที่สำคัญของระบบประกันสุขภาพ ทั้งในแง่ของการเฉลี่ยความเสี่ยง กับในแง่ของรายรับเมื่อเปรียบเทียบกับรายจ่ายของกองทุน ล้วนแต่จำเป็นที่กองทุนจะต้องมีฐานสมาชิกจำนวนที่มากพอที่จะร่วมเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งร่วมเฉลี่ยภาระค่าใช้จ่าย โดยจ่ายค่าเบี้ยประกันเท่ากับราคาบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งจะเป็นที่มาของรายได้สู่กองทุน ดังนั้นในประเด็นนี้จึงได้พิจารณาถึงขนาดของกองทุนในความหมายของจำนวนบัตรขั้นต่ำที่กองทุนพึงขายได้ และราคาบัตรขั้นต่ำที่ควรกำหนด เพื่อให้กองทุนสามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจเป็นสำคัญ

แนวความคิดทางเศรษฐศาสตร์ที่อาจนำมาเป็นแนวทางในการพิจารณาขนาดของกองทุนที่เหมาะสม ได้แก่ กฎผลได้ต่อขนาด (Law of Return to Scale) ที่กล่าวว่า ผลผลิตที่เพิ่มขึ้นจากการขยายขนาดการผลิต จะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามลำดับขั้น คือ ระยะแรก การขยายขนาดการผลิตจะทำให้ผลผลิตเพิ่มขึ้นในอัตราเร็วและสูงกว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของปัจจัยการผลิต ระยะแรกนี้เรียกว่า ระยะผลได้ต่อขนาดเพิ่มขึ้น (Increasing Return to Scale) ต่อมาถ้าขยายขนาดการผลิตต่อไป ผลผลิตจะเพิ่มขึ้นในอัตราคงที่ คือ ผลผลิตและปัจจัยการผลิตเพิ่มขึ้น

ในอัตราส่วนเดียวกัน ระยะนี้เรียกว่าระยะผลได้ต่อขนาดคงที่ (Constant Return to Scale) และถ้าหากยังขยายขนาดการผลิตต่อไปอีก ผลผลิตจะเพิ่มขึ้นในอัตราน้อยกว่าอัตราการเพิ่มขึ้นของปัจจัยการผลิต ซึ่งเป็นระยะที่เรียกว่า ระยะผลได้ต่อขนาดลดลง (Decreasing Return to Scale) (สุรักษ์ บุญนาค และวันรักษ์ มิ่งมณีนาคิน, 2520 : 93-95) จากกฎดังกล่าว ถ้าหากนำมาประยุกต์ใช้กับการพิจารณาขนาดของกองทุนโดยเปรียบกองทุนเป็นผู้ผลิต และผลผลิตคือบริการที่กองทุนให้แก่สมาชิก แล้ว กองทุนจะต้องมีจำนวนสมาชิกที่ไม่น้อยและไม่มากเกินไปนัก การที่กองทุนมีจำนวนสมาชิกน้อยเกินไปจะทำให้การเฉลี่ยความเสี่ยง และการเฉลี่ยค่าใช้จ่ายไม่เป็นผล และถ้าจำนวนสมาชิกมากเกินไปจนกระทั่งการผลิตอยู่ในระยะผลได้ต่อขนาดลดลงแล้ว ต้นทุนของการผลิตจะไม่ต่ำที่สุด

จากการที่กองทุนบัตรสุขภาพโดยทั่วไป มีรายได้จากการขายบัตรสุขภาพให้แก่สมาชิกและกองทุนสามารถนำจำนวนเงินกองทุนนั้นไปจัดหาผลประโยชน์ได้ในระหว่างปีดำเนินงาน จนกระทั่งสิ้นปีดำเนินงาน กองทุนจึงจัดสรรเงินส่วนหนึ่งเพื่อจ่ายสนับสนุนสถานบริการระดับต่าง ๆ ได้แก่ สถานีอนามัย(สอ.) โรงพยาบาลชุมชน(รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป(รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์(รพศ.) เพื่อเป็นค่ารักษายาบาลของสมาชิกบัตรสุขภาพที่เจ็บป่วย ซึ่งการจ่ายเงินให้แก่สถานบริการของกองทุนบัตรสุขภาพปรากฏในหลายลักษณะ ตั้งแต่ จ่ายตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นสัดส่วน คือ ร้อยละ 75 ของจำนวนเงินจากค่าขายบัตรของกองทุน จ่ายตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงจากการที่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพไปขอรับบริการยังสถานบริการนั้น ๆ หรือแม้แต่จ่ายเป็นจำนวนเงินที่แน่นอนจำนวนหนึ่งตามที่กองทุนได้ตกลงกับสถานบริการแต่ละระดับนั้น ๆ ไว้ และในการบริหารจัดการกองทุนนั้น กองทุนจะมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ค่าธรรมเนียมในการขายบัตรสุขภาพ ค่าบริหารกองทุน ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่สถานบริการ และถ้าหากกองทุนมีรายรับมากกว่าหรืออย่างน้อยเท่ากับรายจ่ายย่อมแสดงถึงความมีประสิทธิภาพในการดำเนินงานของกองทุน เพื่อที่จะชี้ให้เห็นต่อไปถึงความเป็นไปได้ของการบริหารกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดให้

$X$  = รายจ่ายของกองทุนในรอบ 1 ปีดำเนินงาน โดยจำแนกเป็น 2 ส่วน คือ

$X_1$  = ค่าตอบแทนสถานบริการระดับต่าง ๆ ในรอบปีดำเนินงาน

$X_2$  = ค่าบริหารจัดการกองทุนในรอบปีดำเนินงาน

หรือ  $X = X_1 + X_2$

$Y$  = จำนวนเงินกองทุนเมื่อสิ้นปีดำเนินงาน มาจาก 2 แหล่ง คือ

$Y_1$  = จำนวนเงินจากค่าขายบัตรในรอบปีดำเนินงาน

$Y_2$  = ผลตอบแทนสุทธิจากการจัดหาผลประโยชน์ในรอบปีดำเนินงาน

หรือ  $Y = Y_1 + Y_2$

และถ้า  $p$  = ราคาบัตร

$q$  = จำนวนบัตรที่ขายได้ในรอบปีดำเนินงาน

นั่นคือ  $Y_1 = p \cdot q$

ดังนั้นโดยหลักการแล้ว กองทุนจะสามารถดำเนินการได้โดยไม่ประสบปัญหาทางการเงินก็ต่อเมื่อมีรายรับที่มากกว่าหรืออย่างน้อยเท่ากับรายจ่าย

$$( Y \geq X )$$

$$( Y_1 + Y_2 \geq X_1 + X_2 )$$

$$( p \cdot q + Y_2 \geq X_1 + X_2 )$$

ในการคำนวณหาขนาดของกองทุนและราคาบัตรต่ำสุด ที่ทำให้กองทุนสามารถดำเนินการได้นั้น ได้ใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการคำนวณ ทั้งนี้เนื่องจากว่าหากจะมีการปรับกองทุนบัตรสุขภาพเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพต่อไปนั้น อย่างน้อยที่สุดการดำเนินงานของกองทุนไม่ควรจะอยู่ในสภาพที่ด้อยไปกว่าที่เป็นอยู่ และในการวิเคราะห์นี้ได้พิจารณาราคาบัตรประกันสุขภาพเป็นราคาเดียวโดยคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ ที่มุ่งให้การคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน อันถือเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานก่อน และเพื่อให้การวิเคราะห์ไม่สลับซับซ้อนเกินไปนัก

ด้วยหลักการและเงื่อนไขดังกล่าว จึงอาจวิเคราะห์ขนาดของกองทุนประกันสุขภาพและราคาบัตรประกันสุขภาพขั้นต่ำสุดที่ควรเป็น ดังนี้

แนวทางที่ 1 ถ้าหากกำหนดให้ราคาบัตรประกันสุขภาพมีเพียงราคาเดียว โดยใช้ราคาที่เป็นอยู่ปัจจุบัน จากการวิเคราะห์กองทุนบัตรสุขภาพ 7,824 กองทุน นั้นพบว่า ค่าเฉลี่ยของการใช้จ่ายต่างๆของกองทุนได้แก่ ก) ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยของกองทุนที่นำไป

จัดสรรให้แก่สถานบริการระดับต่าง ๆ หรือ  $X_1$  เป็นเงินประมาณ 9,300 บาท และ ข) ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยของกองทุนในการบริหารจัดการกองทุน หรือ  $X_2$  มีค่า ประมาณ 3,000 บาท

ตามแนวทางที่ 1 นี้ กองทุนประกันสุขภาพจะดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพต่อเมื่อ

$$p \cdot q + Y_2 \gg 9,300 + 3,000 \gg 12,300$$

- (1) ถ้าหากเป็นกรณีที่กองทุนมีได้นำเงินไปจัดหาผลประโยชน์ใด ๆ ในระหว่างปีดำเนินงานแล้ว  $Y_2$  จะมีค่าเท่ากับศูนย์ ก็หมายความว่ากองทุนประกันสุขภาพจะดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจ เมื่อจำนวนเงินกองทุนหรือรายรับรวมจากการขายบัตรเพียงอย่างเดียวต้องไม่น้อยกว่า 12,300 บาท โดยเฉลี่ยต่อกองทุน อย่างไรก็ตาม จำนวนเงินกองทุนหรือรายรับรวมนั้น เป็นผลลัพธ์ของราคาบัตรกับจำนวนบัตรที่ขายได้ ซึ่งอาจเป็นปฏิภาคกลับกันและกัน หมายความว่า ถ้ายียดวงเงินรายรับขั้นต่ำที่จะให้กองทุนบัตรสุขภาพดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว หากกองทุนขายบัตรได้น้อย หรือมีสมาชิกน้อย ก็คงต้องกำหนดราคาบัตรให้สูงขึ้น (ซึ่งจะพบว่าไม่น่าจะเป็นไปได้ เพราะยิ่งหากราคาบัตรสูงขึ้นมากเท่าใด บุคคลที่เป็นสมาชิกยิ่งจะพบว่าไม่คุ้มค่ากับความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และผลตอบแทนที่ได้รับจากการประกัน) ดังนั้นการคงราคาบัตรให้ต่ำลงจะทำได้ก็ต่อเมื่อกองทุนขายบัตรได้มาก หรือมีสมาชิกมาก เช่น หากคงราคาบัตรไว้ที่ราคา 300 บาท ก็ควรจะต้องขายบัตรได้ไม่น้อยกว่า 41 บัตร จึงจะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ตาราง 4.3) อนึ่งในทางกลับกัน ถ้าจะพิจารณาว่าจำนวนบัตรที่ขายได้หรือจำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ยต่อกองทุนที่เป็นอยู่แสดงถึงโอกาสที่เป็นไปได้อย่างมากสำหรับการดำเนินงานแล้ว จำนวนบัตรที่ขายได้ 31 บัตร โดยเฉลี่ยต่อกองทุนนั้นสะท้อนให้เห็นว่า ควรต้องมีการปรับปรุงราคาบัตรขึ้นไปอีกเล็กน้อย กล่าวคือเป็นราคาบัตรละประมาณ 400 บาท
- (2) แต่ถ้าหากในกรณีที่กองทุนนำเงินที่ขายบัตรประกันสุขภาพได้ไปจัดหาผลประโยชน์ในระหว่างปีดำเนินงาน โดยได้รับผลตอบแทนในรูปจำนวนเงิน หากกำหนดอัตราผลตอบแทนเป็นร้อยละ ทั้งนี้จากอัตราดอกเบี้ยเงินฝากธนาคารพาณิชย์อยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 7-12 จึงได้กำหนดอัตรากำไรจากการจัดหาผลประโยชน์ที่ศึกษาให้อยู่ในช่วง ร้อยละ 5-20 ในกรณีนี้ถ้าคงข้อมูลเดิมตามที่กำหนดในกรณี (1) แล้วอัตรากำไรที่พึงได้รับจากการนำเงินค่าขายบัตรประกันสุขภาพ ไปลงทุนหาผลประโยชน์จะมีผลกระทบต่อภาวะการดำเนินงานของกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจขั้นต่ำสุดได้เช่นกัน (ตาราง 4.4)



ตาราง 4.3 : ประมาณการจำนวนบัตรประกันสุขภาพที่พึงขาย แปรผันกับราคาบัตรประกันสุขภาพ

ราคาบัตรประกันสุขภาพ (บาท)	จำนวนบัตรประกันสุขภาพที่พึงขาย (บัตร)
300	41.00 $\approx$ 41
325	37.85 $\approx$ 38
350	35.14 $\approx$ 36
375	32.80 $\approx$ 33
400	30.75 $\approx$ 31
425	28.94 $\approx$ 29
450	27.33 $\approx$ 28
475	25.89 $\approx$ 26
500	24.60 $\approx$ 25
525	23.43 $\approx$ 24
550	22.36 $\approx$ 23
575	21.39 $\approx$ 22
600	20.50 $\approx$ 21

จะเห็นได้ว่าในกรณีที่กองทุนมีการนำเงินไปจัดหาผลประโยชน์และได้รับผลตอบแทนในรูปจำนวนเงินจะเป็นผลดีต่อกองทุนโดยตรง และหากกองทุนได้รับผลตอบแทนในอัตราที่สูงขึ้นแล้ว กองทุนจะมีโอกาสดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจได้มากขึ้น ดังเช่น ถ้ากำหนดให้ราคาบัตรประกันสุขภาพเป็น 400 บาท และกองทุนสามารถนำเงินไปจัดหาผลประโยชน์โดยได้รับผลตอบแทนในอัตราร้อยละ 5 กองทุนจะต้องขายบัตรให้ได้อย่างน้อย 30 บัตร แต่ถ้ากองทุนได้รับผลตอบแทนในอัตราที่สูงขึ้นเป็นร้อยละ 10 ร้อยละ 15 และร้อยละ 20 จำนวนบัตรประกันสุขภาพขั้นต่ำที่จะต้องขายได้จะเป็นเพียงประมาณ 28 บัตร 27 บัตร และ 26 บัตร ตามลำดับเท่านั้น ในขณะที่ ถ้ากองทุนมิได้นำเงินไปจัดหาผลประโยชน์ใดๆเลยกองทุนจะต้องขายบัตรให้ได้อย่างน้อย 31 บัตร จึงจะทำให้กองทุนดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพขั้นต่ำได้ เหล่านี้จึงสะท้อนให้เห็นถึงผลดี

ตาราง 4.4 : แสดงจำนวนบัตรประกันสุขภาพที่ขายได้จากการคาดประมาณเมื่อแปรผัน  
กับราคาบัตรประกันสุขภาพ กรณีที่กองทุนนำเงินไปจัดหาผลประโยชน์

อัตราผลตอบแทนจาก การหาผลประโยชน์ (%)	ราคาบัตรประกันสุขภาพ (บาท)	จำนวนบัตรประกันสุขภาพ ที่ขายได้ (บัตร)
(1) 5%	300	39.05 $\approx$ 40
	325	36.04 $\approx$ 37
	350	33.47 $\approx$ 34
	375	31.24 $\approx$ 32
	400	29.29 $\approx$ 30
	425	27.56 $\approx$ 28
	450	26.03 $\approx$ 27
	475	24.66 $\approx$ 25
	500	23.43 $\approx$ 24
	525	22.31 $\approx$ 23
	550	21.30 $\approx$ 22
	575	20.37 $\approx$ 21
	600	19.52 $\approx$ 20
(2) 10%	300	37.27 $\approx$ 38
	325	34.41 $\approx$ 35
	350	31.95 $\approx$ 32
	375	29.82 $\approx$ 30
	400	27.96 $\approx$ 28
	425	26.31 $\approx$ 27
	450	24.85 $\approx$ 25
	475	23.54 $\approx$ 24
	500	22.36 $\approx$ 23
	525	21.30 $\approx$ 22
	550	20.33 $\approx$ 21
	575	19.45 $\approx$ 20
	600	18.94 $\approx$ 19

ตาราง 4.4 (ต่อ)

อัตราผลตอบแทนจาก การหาผลประโยชน์ (%)		ราคาบัตรประกันสุขภาพ (บาท)	จำนวนบัตรประกันสุขภาพ ที่ขายได้ (บัตร)
(3)	15%	300	35.65 $\approx$ 36
		325	32.91 $\approx$ 33
		350	30.56 $\approx$ 31
		375	28.52 $\approx$ 29
		400	26.74 $\approx$ 27
		425	25.17 $\approx$ 26
		450	23.77 $\approx$ 24
		475	22.52 $\approx$ 23
		500	21.39 $\approx$ 22
		525	20.37 $\approx$ 21
		550	19.45 $\approx$ 20
		575	18.60 $\approx$ 19
		600	17.83 $\approx$ 18
(4)	20%	300	34.17 $\approx$ 35
		325	31.54 $\approx$ 32
		350	29.29 $\approx$ 30
		375	27.33 $\approx$ 28
		400	25.62 $\approx$ 26
		425	24.12 $\approx$ 25
		450	22.78 $\approx$ 23
		475	21.58 $\approx$ 22
		500	20.50 $\approx$ 21
		525	19.52 $\approx$ 20
		550	18.64 $\approx$ 19
		575	17.83 $\approx$ 18
		600	17.08 $\approx$ 18

ของการนำเงินไปจัดหาผลประโยชน์ของกองทุน ซึ่งจากข้อมูลการดำเนินงานของกองทุนบัตรสุขภาพ จากโครงการวิเคราะห์เพื่อประเมินโครงการบัตรสุขภาพแสดงให้เห็นว่าหลายกรณีกองทุนได้นำเงินไปฝากธนาคารพาณิชย์เพื่อหาดอกเบี้ย นำไปลงทุนบางอย่างเพื่อผลตอบแทนที่สูงขึ้น หรือให้สมาชิกกองทุนกู้ยืมโดยจ่ายดอกเบี้ย และปรากฏแม้แต่การนำเงินไปใช้ดำเนินธุรกิจการค้าโดยกองทุน เช่น เปิดร้านขายของในหมู่บ้าน หรือซื้อสุกรมมาเลี้ยงเพื่อขาย เป็นต้น การจัดหาผลประโยชน์จากเงินค่าขายบัตรของแต่ละกองทุนจึงค่อนข้างหลากหลาย และผลตอบแทนก็มีความมากน้อยแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถและการตัดสินใจของคณะกรรมการกองทุนเป็นสำคัญ หากพิจารณาข้อมูลเฉลี่ยของกองทุนบัตรสุขภาพจำนวน 9,582 กองทุน ได้สะท้อนให้เห็นถึงผลตอบแทนจากการนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ในจำนวนที่มากพอสมควรทีเดียว คือ กองทุนโดยเฉลี่ยมีรายได้จากการขายบัตรประมาณ 10,661.74 บาท และผลตอบแทนจากการหาผลประโยชน์เฉลี่ยต่อกองทุนเป็นประมาณ 2,041.54 บาท คิดเป็นผลตอบแทนในอัตราสูงถึงร้อยละ 19.15 ของจำนวนเงินรายได้จากการขายบัตรของกองทุน อย่างไรก็ตาม การนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์มิใช่จะประสบความสำเร็จ คือได้รับผลกำไรตอบแทนเสมอไป เพราะก็ปรากฏว่ามีกองทุนบัตรสุขภาพที่ประสบภาวะล้มเหลวเช่นกัน อาทิ ไม่ได้รับการชำระคืนเงินต้นบางส่วน หรือทั้งหมด จากการให้สมาชิกกู้ยืม หรือขาดทุนจากการดำเนินธุรกิจการค้า เหล่านี้จึงทำให้กองทุนประสบปัญหาทางการเงิน ส่งผลให้กองทุนไม่สามารถชำระเงินเพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพที่สถานบริการระดับต่าง ๆ เรียกเก็บได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการที่กองทุนประสบปัญหานี้ นอกจากจะทำให้กองทุนไม่สามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังส่งผลไปถึงสถานบริการระดับต่าง ๆ อีกด้วย ดังปรากฏยอดค้างชำระจากกองทุนบัตรสุขภาพในปีงบประมาณ 2531 ของสถานบริการระดับตำบล คือ สถานีอนามัย โดยเฉลี่ยเป็นจำนวน 6,532 บาท (ข้อมูลเฉลี่ยจาก สถานีอนามัยจำนวน 2,794 แห่ง) สถานบริการระดับอำเภอ คือ โรงพยาบาลชุมชน โดยเฉลี่ยเป็นจำนวน 28,963 บาท (ข้อมูลเฉลี่ยจากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 440 แห่ง) และสถานบริการระดับจังหวัด คือ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์โดยเฉลี่ยถึง 90,305 บาท (ข้อมูลเฉลี่ยจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 86 แห่ง)

ดังนั้นการจัดหาผลประโยชน์ของเงินกองทุนจึงควรพิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ต้องคำนึงถึงความเสี่ยงในการลงทุนนั้น ๆ ด้วย แต่เนื่องจากหลักการจ่ายเงินให้แก่สถานบริการต่าง ๆ นั้นส่วนใหญ่จ่ายเป็นอัตราส่วนของเงินค่าขายบัตร ซึ่งถ้าหากกองทุนเก็บเงินค่าขายบัตรได้ครบถ้วนแล้วกองทุนย่อมสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพแน่นอนจึงแสดงถึงความไม่จำเป็นที่กองทุนจะต้องนำเงินไปหาผลประโยชน์ที่ต้องเสี่ยงต่อการขาดทุนโดยได้รับผลตอบแทนในอัตราสูง ฉะนั้น

ทางที่ดีที่สุดต่อการจัดหาผลประโยชน์จากเงินกองทุนน่าจะเป็นวิธีที่เสี่ยงต่อการขาดทุนน้อยที่สุดถึงแม้จะได้รับผลตอบแทนในอัตราไม่สูงมากนักก็ตาม ตัวอย่างเช่น การนำเงินไปฝากธนาคารพาณิชย์ โดยได้รับดอกเบี้ย เป็นต้น

แนวทางที่ 2 ในทางตรงกันข้ามกับแนวทางที่ 1 ถ้าหากกำหนดจำนวนบัตรประกันสุขภาพขั้นต่ำที่กองทุนประกันสุขภาพจะต้องขายได้ ณ ระดับหนึ่งแล้วจะทำให้สามารถคาดประมาณราคาบัตรประกันสุขภาพที่พึงกำหนดได้เช่นกัน ซึ่งถ้าประมาณค่าโดยกำหนดให้กองทุนประกันสุขภาพขายบัตรได้อยู่ในพิสัยประมาณ 15 บัตร ถึง 50 บัตร ทั้งนี้โดยอ้างอิงจากข้อเท็จจริงว่า กองทุนโดยเฉลี่ยจากการสำมะโนกองทุนบัตรสุขภาพขายบัตรครบคร่าวได้ประมาณ 31 บัตรต่อกองทุน และด้วยข้อมูลกับเงื่อนไขเดิมที่ใช้ในการวิเคราะห์ก่อนหน้านี้ คือ ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อกองทุนที่นำไปจัดสรรให้แก่สถานบริการระดับต่าง ๆ ( $X_1$ ) เป็นเงินประมาณ 9,300 บาท และค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อกองทุนในการบริหารจัดการกองทุน ( $X_2$ ) เป็นเงินประมาณ 3,000 บาทแล้ว ก็อาจประมาณค่าของราคาบัตรประกันสุขภาพที่พึงขาย ซึ่งแปรผันกลับกับจำนวนบัตรประกันสุขภาพที่ขายได้เช่นกันว่าหากไม่มีการนำเงินกองทุนไปหาผลประโยชน์ตอบแทนใด ๆ ในเชิงการลงทุนแล้ว ยิ่งจำนวนบัตรที่ขายได้มีจำนวนน้อยเท่าใดราคาบัตรก็ยิ่งต้องสูงมากขึ้นเท่านั้น เช่น ถ้าขายบัตรได้เพียง 15 บัตรราคาต่อบัตรจะต้องสูงถึงประมาณ ไม่น้อยกว่า 820 บาท จึงจะทำให้สามารถดำเนินงานกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจได้ ตรงกันข้าม หากขายบัตรได้ 50 บัตร หรือนั้น (คือเมื่อกองทุนมีขนาดสมาชิกมากขึ้น) ราคาต่อบัตรอาจลดลงเหลือเพียงไม่น้อยกว่า 246 บาทต่อบัตร เท่านั้น เพื่อที่จะให้กองทุนดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจได้ (ตาราง 4.5 )

ตาราง 4.5 : แสดงราคาบัตรประกันสุขภาพโดยการคาดประมาณ แปรผันกับจำนวน  
บัตรประกันสุขภาพที่ขายได้

(ก) ถ้าไม่มีการนำเงินค่า

<u>ขายบัตรประกันสุขภาพ</u> <u>ไปหาผลประโยชน์ใดๆ</u>	<u>จำนวนบัตรประกันสุขภาพ</u> <u>ที่ขายได้ (บัตร)</u>	<u>ราคาบัตรประกันสุขภาพ</u> <u>(บาท)</u>
	15	820.00
	20	615.00
	25	492.00
	30	410.00
	35	351.43
	40	307.50
	45	273.33
	50	246.00

(ข) ถ้ามีการหาผลประโยชน์จาก

เงินค่าบัตรประกันสุขภาพ

(1) อัตราผลตอบแทน = 5%

15	780.95
20	585.71
25	468.57
30	390.48
35	334.69
40	292.86
45	260.32
50	234.29

(2) อัตราผลตอบแทน = 10%

15	745.45
20	559.09
25	447.27



ตาราง 4.5 (ต่อ)

	จำนวนบัตรประกันสุขภาพ ที่ขายได้ (บัตร)	ราคาบัตรประกันสุขภาพ (บาท)
	30	372.73
	35	319.48
	40	279.54
	45	248.48
	50	223.64
(3) อัตราผลตอบแทน = 15%	15	713.04
	20	534.78
	25	427.83
	30	356.52
	35	305.59
	40	267.39
	45	237.68
	50	213.91
(4) อัตราผลตอบแทน = 20%	15	683.33
	20	512.50
	25	410.00
	30	341.67
	35	292.86
	40	256.25
	45	227.78
	50	205.00

จะเห็นได้ว่าราคาบัตรสุขภาพที่ประมาณได้ข้างต้น จะขึ้นอยู่กับจำนวนบัตรที่กองทุนขายได้ และผลตอบแทนที่กองทุนได้รับจากการนำเงินไปจัดหาผลประโยชน์ ในทำนองเดียวกันจำนวนบัตรประกันสุขภาพที่กองทุนจะต้องขายได้จะขึ้นอยู่กับราคาบัตรประกันสุขภาพ และผลตอบแทนที่กองทุนจะได้รับจากการนำเงินไปจัดหาผลประโยชน์เช่นกัน หากพิจารณาราคาบัตรประกันสุขภาพที่ประมาณข้างต้นในแนวทางที่ 1 กับราคาบัตรสุขภาพประเภทบัตรครอบครัวซึ่งมีราคา 300 บาท ปรากฏว่า ถ้าราคาบัตรประกันสุขภาพเป็น 300 บาท เช่นเดียวกับบัตรสุขภาพแล้วอย่างน้อยที่สุดกองทุนประกันสุขภาพจะต้องขายบัตรประกันสุขภาพให้ได้ประมาณ 41 บัตร ในกรณีที่กองทุนไม่ได้นำเงินไปจัดหาผลประโยชน์ และเป็นประมาณ 40 บัตร 38 บัตร 36 บัตร และ 35 บัตร ในกรณีที่กองทุนนำเงินไปจัดหาผลประโยชน์โดยได้รับผลตอบแทนในอัตราร้อยละ 5 ร้อยละ 10 ร้อยละ 15 และ ร้อยละ 20 ตามลำดับ ซึ่งนับว่าจำนวนบัตรที่กองทุนประกันสุขภาพจะต้องขายให้ได้นี้เป็นจำนวนที่สูงมากทีเดียว เพราะเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ปรากฏจริงในกรณีของกองทุนบัตรสุขภาพในปี 2531 ซึ่งมีถึงประมาณร้อยละ 61 ของกองทุนบัตรสุขภาพทั้งหมด ที่สามารถขายบัตรสุขภาพประเภทบัตรครอบครัวได้เพียงไม่เกิน 30 บัตร

หากพิจารณาจำนวนบัตรประกันสุขภาพขั้นต่ำที่กองทุนประกันสุขภาพจะต้องขายได้จากการประมาณข้างต้นในแนวทางที่ 2 กับจำนวนบัตรครอบครัวที่กองทุนบัตรสุขภาพขายได้โดยเฉลี่ยประมาณ 31 บัตรนั้น ปรากฏว่า ถ้าหากกองทุนประกันสุขภาพขายบัตรประกันสุขภาพได้ใกล้เคียงกับกองทุนโดยเฉลี่ยจากการสำมะโนกองทุนบัตรสุขภาพ คือ กองทุนสามารถขายได้ 31 บัตร แล้วอย่างน้อยที่สุดราคาบัตรประกันสุขภาพจะต้องเป็นประมาณ 396.77 บาท ในกรณีที่กองทุนไม่ได้นำเงินไปจัดหาผลประโยชน์ และเป็นประมาณ 376.93 บาท 357.10 บาท 337.26 บาท และ 317.42 บาท ในกรณีที่กองทุนประกันสุขภาพนำเงินไปจัดหาผลประโยชน์ โดยได้รับผลตอบแทนในอัตรา ร้อยละ 5 ร้อยละ 10 ร้อยละ 15 และร้อยละ 20 ตามลำดับ จึงเป็นที่สังเกตได้ว่า ราคาบัตรประกันสุขภาพที่พึงกำหนด เพื่อให้กองทุนประกันสุขภาพดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจควรมีราคาสูงกว่าราคาบัตรสุขภาพประเภทบัตรครอบครัวที่กำหนดไว้ในปัจจุบัน ซึ่งมีราคาเพียง 300 บาท หรือมีเช่นนั้นต้องมีวิธีการจัดหาผลประโยชน์โดยได้รับผลตอบแทนเข้ากองทุนในอัตราไม่น้อยกว่า 20 % ของเงินกองทุน

ในการกำหนดราคาบัตรประกันสุขภาพนั้น นอกจากการพิจารณาความเหมาะสมทางด้านอุปทานของบัตรประกันสุขภาพ อันนำมาซึ่งการดำเนินการกองทุนที่มีประสิทธิภาพเพียงพอแล้ว ควรจะต้องพิจารณาความเหมาะสมทางด้านอุปสงค์ของการประกันสุขภาพด้วย เพราะมีเช่นนั้นแล้ว

ราคาบัตรประกันสุขภาพที่ประมาณได้นั้น อาจเป็นราคาที่ไม่เหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนก็เป็นได้ ดังนั้นเพื่อให้ราคาบัตรประกันสุขภาพมีความเป็นไปได้เชิงเศรษฐกิจอย่างแท้จริง จึงได้พิจารณาด้านอุปสงค์ของบัตรประกันสุขภาพด้วย โดยการศึกษาค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของครัวเรือนเปรียบเทียบกับราคาการประกันสุขภาพที่ประมาณไว้ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้ที่ประชาชนจะซื้อบัตรประกันสุขภาพ

ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของครัวเรือนที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2531 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรื ปรากฏดังตาราง 4.6

ตาราง 4.6 : ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยของครัวเรือน จำแนกรายภาค

ภาค	ร้อยละ ของครัวเรือน	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อนามัยของครัวเรือน (เฉลี่ยเป็นบาทต่อเดือน)	ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อนามัยของครัวเรือน (เฉลี่ยเป็นบาทต่อปี )
กทม.และปริมณฑล*	13.4	254	3,048
ภาคกลาง	18.1	158	1,896
ภาคเหนือ	22.7	110	1,320
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	33.7	113	1,356
ภาคใต้	12.1	164	1,968
รวมทั้งประเทศ	100.0	146	1,752

หมายเหตุ : รวมถึง กทม. จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี และ จังหวัดสมุทรปราการ.

จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยของครัวเรือนโดยเฉลี่ยทั้งประเทศ มีจำนวนถึง 146 บาท ต่อเดือน เมื่อจำแนกเป็นรายภาค ปรากฏว่า ครัวเรือนในเขต กทม.และปริมณฑล มี

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยสูงสุด คือ 254 บาทต่อเดือน รองลงมา ได้แก่ ครั้วเรือนภาคใต้ ครั้วเรือนภาคกลาง และครั้วเรือนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ 164 บาทต่อเดือน 158 บาทต่อเดือน และ 113 บาทต่อเดือน ตามลำดับ ส่วนครั้วเรือนภาคเหนือมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยต่ำที่สุด คือ 110 บาทต่อเดือน

การที่บัตรสุขภาพให้สิทธิแก่ผู้ถือบัตรในการรักษาพยาบาลตามเงื่อนไขตลอดระยะเวลา 1 ปีนั้น ถ้าหากบัตรประกันสุขภาพกำหนดเงื่อนไขในหลักการของบัตรสุขภาพเช่นเดิม คือ บัตรประกันสุขภาพจะให้สิทธิคุ้มครองแก่ผู้ถือบัตรภายในระยะเวลา 1 ปี แล้ว ก็จำเป็นต้องพิจารณาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยของครั้วเรือนโดยเฉลี่ยต่อปีในการเปรียบเทียบ จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยของครั้วเรือนโดยเฉลี่ยต่อปีไม่ว่าจะเป็นค่าเฉลี่ยของภาคใด ก็ล้วนแต่ปรากฏชัดเจนว่ามีจำนวนของค่าใช้จ่ายที่สูงมาก เมื่อเปรียบเทียบกับราคาบัตรประกันสุขภาพที่ประมาณได้ข้างต้น อย่างไรก็ตาม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยที่สำรวจไว้นั้น เป็นค่าใช้จ่ายที่รวมถึงรายจ่ายในการรักษาด้วยตัวเอง (self treatment) โดยเฉพาะการซื้อยารับประทานเอง (self-prescription) อยู่ด้วย โดยประมาณไว้ในการวิจัยก่อนหน้านี้ว่า อาจสูงได้ถึงกว่าร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยทั้งหมดของบุคคลและครั้วเรือน (Myers, et.al. 1985) กระนั้นแล้วก็ยังพบได้ชัดเจนว่าค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลสุทธิยังสูงกว่าราคาบัตรสุขภาพที่น่าจะพึงเป็น (ประมาณไม่ต่ำกว่า 397 บาทต่อบัตร) อีกมาก ดังนั้นจึงทำให้ราคาบัตรประกันสุขภาพที่ประมาณไว้มีความเป็นไปได้เชิงเศรษฐกิจที่ประชาชนจะตัดสินใจเลือกซื้อบัตรประกันสุขภาพแทนการรักษาพยาบาลแบบเดิม ซึ่งตนและครอบครัวจะต้องเสียค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าการซื้อบัตรประกันสุขภาพเป็นจำนวนมาก

#### 4.3 การศึกษาความเป็นไปได้ในประเด็นของการบริหารกองทุน

การบริหารกองทุนประกันสุขภาพ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งจะเห็นได้ว่าการที่กองทุนจะสามารถดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพเพียงใดนั้น ส่วนหนึ่งจะขึ้นอยู่กับการบริหารกองทุนที่เหมาะสม ดังนั้นในหัวข้อนี้จะพิจารณาถึงการบริหารกองทุนบัตรสุขภาพที่ดำเนินงานอยู่นับตั้งแต่ความเหมาะสมของการบริหารกองทุนโดยชุมชน ไปจนถึงการจัดการทางการเงินของกองทุน ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารกองทุนประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจถ้าหากจะมีขึ้นต่อไป

ข้อมูลที่ใช้ศึกษาในประเด็นนี้เป็นข้อมูลเฉลี่ยของกองทุนบัตรสุขภาพที่เกิดขึ้นจริง จำนวน 7,824 กองทุน จากโครงการวิเคราะห์เพื่อประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพ โดย เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ ที่ได้ดำเนินการตั้งแต่ เมษายน 2533. และเพื่อที่จะสะท้อนให้เห็นถึง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการบริหารจัดการกองทุนและก่อให้เกิดประสิทธิภาพของการบริหารกองทุน จึง ได้แบ่งกองทุนบัตรสุขภาพออกเป็นกลุ่ม ตามขนาดของกองทุนในความหมายของ จำนวนสมาชิกบัตร ครอบครัว และจำนวนเงินกองทุน แต่เนื่องจากการขายบัตรสุขภาพในรอบปีดำเนินงานล่าสุดของ กองทุนที่แจ่งนับได้ (เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ, 2533 : 73-74.) ปรากฏว่าโดยเฉลี่ย แล้วแต่ละกองทุนขายบัตรสุขภาพได้ 35.44 บัตร เป็นบัตรครอบครัว 31.44 บัตร บัตรบุคคล 1.12 บัตร และบัตรอนามัยแม่และเด็ก 2.88 บัตร จะเห็นได้ว่ามีถึงประมาณร้อยละ 88.71 ของบัตรสุขภาพที่ขายได้เป็นบัตรครอบครัว และยิ่งไปกว่านั้นปรากฏว่ามีถึงประมาณร้อยละ 67.00 ของกองทุนบัตรสุขภาพทั้งหมดที่ขายบัตรบุคคลไม่ได้เลย และร้อยละ 45.6 ของกองทุนบัตรสุขภาพ ทั้งหมดที่ขายบัตรอนามัยแม่และเด็กไม่ได้เลย ดังนั้นจำนวนบัตรบุคคลและบัตรอนามัยแม่และเด็ก จึง มีผลโดยรวมต่อจำนวนบัตรสุขภาพของกองทุนเพียงเล็กน้อย ในการแบ่งกลุ่มตามขนาดของกองทุนใน ความหมายของจำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพ จึงใช้เพียงจำนวนสมาชิกบัตรครอบครัวเท่านั้นในการแบ่ง กลุ่ม ก็น่าจะสะท้อนถึงขนาดของกองทุนบัตรสุขภาพที่แท้จริงได้เพียงพอแล้ว จึงได้แบ่งกองทุน บัตรสุขภาพตามขนาดของจำนวนสมาชิกบัตรครอบครัว ออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กองทุนบัตรสุขภาพ ที่มีสมาชิกตั้งแต่ 1 คน ถึง 100 คน จัดว่าเป็นกองทุนขนาดเล็ก กองทุนบัตรสุขภาพที่มีสมาชิก ตั้งแต่ 101 คน ถึง 200 คน และกองทุนบัตรสุขภาพที่มีสมาชิกตั้งแต่ 201 คน ถึง 300 คน จัดว่า เป็นกองทุนขนาดกลาง ส่วนกองทุนบัตรสุขภาพที่มีสมาชิกมากกว่า 300 คน จัดว่าเป็นกองทุน ขนาดใหญ่ เกณฑ์ในการแบ่งกองทุนออกเป็นกลุ่มย่อย ๆ ดังกล่าว ได้พิจารณาจำนวนกองทุนที่ตกอยู่ใน กลุ่มดังกล่าว ให้มีจำนวนใกล้เคียงกันด้วย เพื่อให้การวิเคราะห์ไม่มีอคติ และสามารถสะท้อนถึง ขนาดของกองทุนอย่างแท้จริง จำนวนและร้อยละของกองทุนบัตรสุขภาพในแต่ละกลุ่มได้แสดง ไว้ใน ตาราง 4.7

ตาราง 4.7 : จำนวนและร้อยละของกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกตามกลุ่มของจำนวนสมาชิกบัตรครอบครัว

<u>จำนวนสมาชิกบัตรครอบครัว</u>	<u>จำนวน</u>	<u>ร้อยละ</u>
1-100	3,205	40.87
101-200	1,908	24.33
201-300	1,141	14.55
>300	1,588	20.25
รวม	7,842	100.00

ส่วนการแบ่งขนาดของกองทุนในความหมายของจำนวนเงินกองทุนบัตรสุขภาพนั้น เกณฑ์ในการแบ่งคือ กองทุนบัตรสุขภาพที่มีจำนวนเงินกองทุนตั้งแต่ 0-5,000 บาท จัดเป็นกองทุนขนาดเล็ก กองทุนบัตรสุขภาพที่มีจำนวนเงินกองทุนตั้งแต่ 5,001-10,000 บาท และกองทุนบัตรสุขภาพที่มีจำนวนเงินกองทุนตั้งแต่ 10,001-20,000 บาท จัดเป็นกองทุนขนาดกลาง ส่วนกองทุนบัตรสุขภาพที่มีจำนวนเงินกองทุนมากกว่า 20,000 บาท จัดเป็นกองทุนขนาดใหญ่ จึงได้แบ่งกองทุนบัตรสุขภาพตามขนาดของจำนวนเงินกองทุน ออกเป็น 4 กลุ่ม ซึ่งนอกจากพิจารณากองทุนที่ตกอยู่ในกลุ่มต่าง ๆ ให้มีจำนวนใกล้เคียงกันแล้ว การที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ของหมู่บ้านที่จะได้รับอนุมัติให้เปิดหรือต่อเนื่องการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพได้ก็ต่อเมื่อร้อยละ 35 ของหลังคาเรือนพร้อมที่จะเข้าร่วมโครงการหรือเมื่อรวมเงินค่าเบี้ยประกันของกองทุนได้อย่างน้อย 20,000 บาท ดังนั้นการแบ่งขนาดของกองทุนในความหมายของจำนวนเงินกองทุนจึงได้กำหนดให้กองทุนที่มีจำนวนเงินมากกว่า 20,000 บาท เป็นกองทุนขนาดใหญ่ จำนวนและร้อยละของกองทุนบัตรสุขภาพในแต่ละกลุ่มดังกล่าวนี้ ได้แสดงไว้ใน ตาราง 4.8



ตาราง 4.8 : จำนวนและร้อยละของกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกรายกลุ่มของจำนวนเงินกองทุนบัตรสุขภาพ

<u>จำนวนเงินกองทุนบัตรสุขภาพ</u>	<u>จำนวน</u>	<u>ร้อยละ</u>
0-5,000	2,776	35.40
5,001-10,000	1,958	24.97
10,001-20,000	2,040	26.01
>20,000	1,068	13.62
รวม	7,842	100.00

เมื่อพิจารณาขนาดของกองทุนบัตรสุขภาพ ในความหมายของจำนวนสมาชิกบัตรครอบครัว และจำนวนเงินกองทุนบัตรสุขภาพพร้อม ๆ กันแล้วก็จะแบ่งกลุ่มตามขนาดของกองทุนออกได้เป็น 16 กลุ่ม ดังแสดงในตาราง 4.9

ตาราง 4.9 : ลักษณะของกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกรายกลุ่มของขนาดของกองทุน

กลุ่ม	จำนวนสมาชิกบัตรครอบครัว (คน)	จำนวนเงินกองทุน (บาท)
1	1-100	0-5,000
2	1-100	5,001-10,000
3	1-100	10,001-20,000
4	1-100	>20,000
5	101-200	0-5,000
6	101-200	5,001-10,000
7	101-200	10,001-20,000
8	101-200	>20,000
9	201-300	0-5,000
10	201-300	5,001-10,000
11	201-300	10,001-20,000
12	201-300	>20,000
13	>300	0-5,000
14	>300	5,001-10,000
15	>300	10,001-20,000
16	>300	>20,000

จากการศึกษาแนวทางการดำเนินงานของกองทุนบัตรสุขภาพในปัจจุบัน ปรากฏว่าได้เน้นถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการกองทุนเป็นผู้บริหารจัดการ โดยบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญของกรรมการกองทุนสามารถสรุปได้ดังนี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, โครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ จังหวัดน่าน, 2531, หน้า 14.) 1) เป็นผู้ประชาสัมพันธ์และสำรวจความต้องการของสมาชิกในหมู่บ้านหรือชุมชน 2) เป็นผู้จำหน่ายบัตรสุขภาพ 3) เป็นผู้เก็บรักษาเงินกองทุน 4) เป็นผู้บริหารและจัดการทางการเงินให้เป็นไปตามโครงการที่กำหนดไว้ 5) เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนในการขอรับบริการรักษาพยาบาลของสมาชิกบัตรสุขภาพ และ 6) เป็นผู้ทวงสิทธิอันชอบธรรมของสมาชิกบัตรสุขภาพ ในกรณีที่สถานบริการของรัฐไม่ปฏิบัติตามสัญญาหรือเงื่อนไขในบัตร

เมื่อพิจารณาบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการกองทุนบัตรสุขภาพดังกล่าวแล้วจะเห็นได้ว่าการบริหารกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพนั้น คณะกรรมการกองทุนควรจะเข้าใจถึงสภาพความเป็นอยู่ของชุมชนนั้น ๆ เป็นอย่างดี ทราบถึงความต้องการ และปัญหาของชุมชน อย่างแท้จริง ข้อมูลและรายละเอียดที่เกี่ยวกับชุมชนทั้งหมดจะมีส่วนสำคัญที่จะช่วยให้คณะกรรมการกองทุนบริหารกองทุนได้อย่างมีประสิทธิภาพไม่ว่าจะเป็นการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีแก่ประชาชน หรือแม้แต่การจัดสรรเงินกองทุนบัตรสุขภาพอีกทั้งยังปรากฏว่าได้มีการนำเงินกองทุนบัตรสุขภาพบางส่วนไปพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานแก่ประชาชนในชุมชนและบางส่วนก็นำไปพัฒนาหมู่บ้าน ซึ่งทั้งหมดย่อมขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของคณะกรรมการกองทุนที่จะตัดสินใจ ดังนั้นการบริหารกองทุนโดยชุมชนเองดังกล่าวการดำเนินงานของโครงการบัตรสุขภาพที่ดำเนินงานอยู่ดูจะเป็นการเหมาะสมอย่างยิ่ง เพราะประชาชนจะรู้สึกว่าเป็นเจ้าของกองทุนอีกทั้งยังเป็นการฝึกฝนทักษะในการบริหารจัดการแก่ชุมชนอันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของประชากรอีกด้วย

ในเรื่องของการบริหารจัดการทางการเงินของกองทุนบัตรสุขภาพ จะพิจารณาถึงสถานภาพทางการเงินของกองทุนเป็นหลัก เพราะเป็นการแสดงถึงความอยู่รอดของกองทุน อีกทั้งประสิทธิภาพในการบริหารจัดการกองทุนอีกด้วย โดยทั่วไปแล้วกองทุนบัตรสุขภาพจะมีรายได้จากการขายบัตรสุขภาพแก่สมาชิกจำนวนเงินกองทุนที่ได้รับจากการขายบัตรสุขภาพจะมีมากน้อยเพียงใดจึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการขายบัตรให้แก่สมาชิกส่วนหนึ่ง และความสามารถในการเรียกเก็บเงินค่าขายบัตรจากสมาชิกอีกส่วนหนึ่ง คณะกรรมการกองทุนบัตรสุขภาพสามารถนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ให้แก่กองทุนในระหว่างปีดำเนินงานได้ ต่อเมื่อสิ้นปีดำเนินงานจึงจัดสรรเงินเพื่อจ่ายสนับสนุนสถานบริการระดับต่างๆ เพื่อเป็นค่ารักษาพยาบาลสมาชิกบัตรสุขภาพที่เจ็บป่วย

ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ แต่ก็ปรากฏในหลายกรณีที่กองทุนได้กำหนดเป็นข้อตกลงกับสถานบริการต่าง ๆ เพื่อที่จะจ่ายให้แก่สถานบริการตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงจากการที่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพไปรับบริการยังสถานบริการระดับต่าง ๆ เหล่านั้น ดังนั้นจำนวนเงินค่าบัตรสุขภาพที่กองทุนเก็บได้ตั้งแต่ช่วงต้นปีดำเนินงานกองทุนสามารถนำไปใช้และจัดหาผลประโยชน์ได้ในระหว่างปีดำเนินงาน สำหรับค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากที่จะต้องจ่ายแก่สถานบริการแล้ว กองทุนยังคงมีค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกองทุนอีกด้วย จำแนกเป็นค่าใช้จ่ายในกิจกรรมหลัก ๆ ได้ดังนี้

- 1) ค่าธรรมเนียมตอบแทนในการขายบัตรสุขภาพ
- 2) ค่าบริหารกองทุน
- 3) ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่สถานบริการระดับต่าง ๆ ที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ และ
- 4) ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของกองทุน

ซึ่งแต่ละกองทุนก็มีความหลากหลายแตกต่างกันไป อาทิเช่น ชื่อวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับกองทุน เป็นต้น

กรณีที่มีบางกองทุนได้นำเงินไปจัดหาผลประโยชน์ในระหว่างปีดำเนินงานนั้น นับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการฝึกฝนให้ชุมชนรู้จักทำการค้าหรือลงทุน ให้ชุมชนได้รู้จักการใช้วิจรรย์ญาณในการพิจารณาถึงการจัดการทางการเงินอย่างรอบคอบ เพื่อที่จะได้มาซึ่งผลตอบแทนจากการลงทุนต่าง ๆ เหล่านั้น การจัดหาผลประโยชน์จากเงินกองทุนบัตรสุขภาพโดยส่วนใหญ่จะให้สมาชิกกู้ยืมโดยคิดดอกเบี้ยอัตราต่ำ นำไปลงทุนค้าขาย (เช่น เปิดร้านขายของในหมู่บ้าน ชื่อสุกรมาเลี้ยงเพื่อขาย) หรือนำไปฝากธนาคารพาณิชย์โดยได้รับดอกเบี้ย

สำหรับสถานภาพทางการเงินของกองทุนบัตรสุขภาพส่วนแรกที่จะต้องพิจารณาก็คือจำนวนเงินกองทุน ซึ่งในที่นี้จะหมายถึงจำนวนเงินที่กองทุนเรียกเก็บได้จริงจากการขายบัตรสุขภาพให้แก่สมาชิก และเมื่อพิจารณาจำนวนเงินที่กองทุนได้รับจริงจากการขายบัตรกับจำนวนเงินที่กองทุนคาดประมาณไว้ จะสะท้อนถึงความสามารถในการเรียกเก็บเงินของกองทุนบัตรสุขภาพ อันจะเป็นการนำมาซึ่งจำนวนเงินกองทุนนั่นเอง

จากการเปรียบเทียบข้อมูลที่แสดงถึงสถานภาพการเรียกเก็บเงินจากการขายบัตรสุขภาพที่แสดงในตาราง 4.10 อาจกล่าวได้ว่ากองทุนบัตรสุขภาพโดยเฉลี่ยแล้วมีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บเงินจากการขายบัตรที่สูงมาก โดยส่วนใหญ่จะมีจำนวนเงินที่ได้รับจากการขายบัตรสุขภาพเมื่อคิดเป็นร้อยละของจำนวนเงินที่ประมาณไว้จากยอดจำหน่ายบัตรฯ โดยเฉลี่ยสูงกว่าร้อยละ 85 โดยเฉพาะกองทุนในกลุ่มที่ 4 กลุ่มที่ 8 และ กลุ่มที่ 16 สามารถเรียกเก็บเงินจากการขายบัตรสุขภาพได้มากกว่าจำนวนเงินที่คาดประมาณไว้เสียอีก จะมีก็แต่เพียงกองทุนในกลุ่มที่ 5

ตาราง 4.10 : สถานภาพการเรียกเก็บเงินจากการขายบัตรสุขภาพ โดยเฉลี่ยต่อกองทุนบัตรสุขภาพ  
จำนวนรายกลุ่มของขนาดกองทุนบัตรสุขภาพ

( หน่วยเป็นบาท )

กลุ่ม	จำนวนเงินที่ประมาณไว้ จากยอดจำหน่ายบัตร	จำนวนเงินที่ได้รับจาก การขายบัตรสุขภาพ	จำนวนเงินที่ได้รับจากการขาย บัตรคิดเป็นร้อยละของจำนวน เงินที่ประมาณไว้
1	2,468.63	2,235.01	90.53
2	6,645.98	6,546.29	98.49
3	14,929.30	13,809.32	92.49
4	42,528.57	46,207.86	108.65
5	6,497.74	2,963.56	45.60
6	8,086.10	7,822.73	96.74
7	12,746.36	12,415.57	97.40
8	28,552.38	61,606.82	215.76
9	8,607.83	2,722.09	31.62
10	9,633.31	8,268.92	85.83
11	14,724.07	14,414.47	97.89
12	24,733.74	24,455.32	98.87
13	19,706.67	1,682.58	8.53
14	12,121.69	7,656.85	63.16
15	17,377.24	16,158.54	92.98
16	32,378.12	32,546.64	100.52

ตาราง 4.11 : จำนวนและร้อยละของกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกรายกลุ่มของขนาดของกองทุน

<u>กลุ่ม</u>	<u>จำนวนกองทุนบัตรสุขภาพ</u>	<u>ร้อยละ</u>
1	2,464	31.42
2	654	8.34
3	73	0.93
4	14	0.18
5	214	2.73
6	1,035	13.20
7	637	8.12
8	22	0.28
9	67	0.85
10	185	2.36
11	781	9.96
12	108	1.38
13	31	0.40
14	84	1.07
15	549	7.00
16	624	11.78
รวม	7,824	100.00

กลุ่มที่ 9 และ กลุ่มที่ 13 เท่านั้น ที่สามารถเรียกเก็บเงินจากการขายบัตรได้ต่ำกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนเงินที่คาดประมาณไว้ คือ ร้อยละ 45.60 ในกลุ่มที่ 5 ร้อยละ 31.62 ในกลุ่มที่ 9 และร้อยละ 8.53 ในกลุ่มที่ 13 สาเหตุนี้จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กองทุนต่างๆที่อยู่ในกลุ่มเหล่านี้มีจำนวนเงินกองทุนที่ต่ำ คือ อยู่ในช่วง 0-5,000 บาท เท่านั้น โดยเฉพาะกองทุนในกลุ่มที่ 13 มีจำนวนสมาชิกเป็นจำนวนมาก คือ มากกว่า 300 คน ก็น่าจะมีจำนวนเงินกองทุน ที่มากขึ้นด้วย แต่เมื่อสัดส่วนของจำนวนเงินที่ได้รับจากการขายบัตรคิดเป็นร้อยละ 8.53 ของจำนวนเงินที่ประมาณไว้จึงทำให้สรุปได้ว่าสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้การเพิ่มของจำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพไม่สอดคล้องกับจำนวนเงินกองทุน ก็เนื่องมาจากกองทุนมีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บเงินจากการขายบัตรที่ต่ำมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคณะกรรมการกองทุนที่กำหนดที่ดังกล่าวไม่มีความสามารถเพียงพอ ไม่ตั้งใจปฏิบัติหน้าที่ หรือปล่อยปละละเลยไม่สนใจที่จะติดตามสมาชิกที่ยังค้างชำระเงินค่าบัตรส่วนหนึ่ง และอีกส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะสมาชิกเองไม่สามารถชำระเงินค่าบัตรสุขภาพบางส่วนหรือทั้งหมดได้ เพราะมีฐานะยากจน หรืออาจเป็นไปได้ว่าสมาชิกจงใจที่จะไม่ชำระเงินค่าบัตรฯ เพราะมีความรู้สึกเสียดายเงินส่วนนั้น หรือเป็นเพราะเหตุผลอื่นจึงไม่ยอมชำระเงินค่าบัตร เมื่อกรรมการเรียกเก็บก็เป็นได้

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจำนวนเงินและร้อยละของกองทุนที่อยู่ในกลุ่มที่ 5 กลุ่มที่ 9 และกลุ่มที่ 13 จากตาราง 4.11 ปรากฏว่ามีจำนวนกองทุนตกอยู่ในกลุ่มเหล่านี้ไม่มากนัก คือ มีเพียง 214 กองทุน 67 กองทุน และ 31 กองทุน ตามลำดับ รวมทั้งสิ้นจึงเป็นเพียง 312 กองทุน หรือคิดเป็นร้อยละ 3.98 ของกองทุนบัตรสุขภาพทั้งหมดที่นำมาวิเคราะห์ครั้งนี้เท่านั้น จึงทำให้สรุปได้ว่า โดยส่วนใหญ่กองทุนบัตรสุขภาพมีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บเงินจากการขายบัตรสูงมาก จะมีก็แต่เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ยังคงมีปัญหาในการเรียกเก็บเงินจากการขายบัตรสุขภาพอยู่ ดังนั้นถ้าหากจะปรับกองทุนบัตรสุขภาพเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพต่อไป จึงควรแก้ไขและพิจารณาปรับปรุงการดำเนินงานของกองทุนในประเด็นนี้ด้วย

จำนวนเงินกองทุนที่ได้จากการขายบัตรสุขภาพเมื่อตอนต้นปีดำเนินงานนั้น ในหลายกรณี กองทุนบัตรสุขภาพได้นำเงินไปจัดหาผลประโยชน์ ซึ่งปรากฏทั้งกรณีที่กองทุนสามารถได้รับผลกำไรจากการหาผลประโยชน์ กรณีกองทุนไม่ได้รับผลกำไร และ กรณีที่กองทุนประสบภาวะขาดทุนเหล่านี้ ล้วนแล้วแต่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการบริหารจัดการของคณะกรรมการกองทุน เป็นสำคัญ

ในภาพรวมโดยเฉลี่ยสถานภาพของการจัดหาผลประโยชน์จากเงินกองทุน ก็ยังคงปรากฏผลตอบแทนในทุกกลุ่ม ดังแสดงในตาราง 4.12 และ ตาราง 4.13 ซึ่งย่อมจะสะท้อนให้เห็นถึงข้อดีของการนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ในขณะที่ยังมิต้องจัดสรรให้แก่สถานบริการในทันทีที่ขายบัตรได้ แม้ว่ากองทุนบัตรสุขภาพในบางกลุ่มยังมีได้นำเงินไปจัดหาผลประโยชน์อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกองทุนที่มีจำนวนเงินกองทุนเป็นจำนวนมาก ดังเช่น กองทุนในกลุ่มที่ 4 กลุ่มที่ 8 กลุ่มที่ 12 และ กลุ่มที่ 16 ซึ่งเป็นกองทุนที่มีจำนวนเงินกองทุนมากกว่า 20,000 บาท ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วกองทุนในกลุ่มเหล่านี้นำเงินไปจัดหาผลประโยชน์เพียง ร้อยละ 10.17 ร้อยละ 6.13 ร้อยละ 32.40 และร้อยละ 25.58 ตามลำดับเท่านั้น (ดังแสดงในตาราง 4.12) ดังนั้น ถ้ากองทุนมีการจัดการทางการเงินที่ดี มีการใช้ประโยชน์จากจำนวนเงินกองทุนอย่างเต็มที่ ก็น่าที่จะทำให้กองทุนมีสถานภาพทางการเงินที่ดียิ่งขึ้น แต่ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับการตัดสินใจอย่างถี่ถ้วนของคณะกรรมการกองทุนที่จะลงทุนในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างไรด้วย

สืบเนื่องจากข้อมูลใน ตาราง 4.10 ตาราง 4.12 และ ตาราง 4.13 นั้น ถ้าหากพิจารณาขนาดของกองทุนในความหมายของจำนวนเงินกองทุนแล้ว ไม่ว่าจะเป็นการพิจารณากองทุนในกลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกกองทุนตั้งแต่ 1-100 คน กลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกกองทุนตั้งแต่ 101-200 คน กลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกกองทุนตั้งแต่ 201-300 คน หรือ กลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า 300 คน ต่างก็ปรากฏอย่างสอดคล้องกันในทุกกรณีว่า กองทุนขนาดเล็ก มีจำนวนเงินที่ได้รับจากการขายบัตรไม่มากนัก (ตาราง 4.10) เนื่องจากกองทุนขายบัตรได้น้อย อีกทั้งประสิทธิภาพในการเรียกเก็บเงินจากการขายบัตรต่ำ และหากพิจารณาสถานภาพจากการหาผลประโยชน์จากเงินกองทุน (ตาราง 4.12) ปรากฏว่า กองทุนขนาดเล็กมีสัดส่วนของการให้สมาชิกกู้ยืม และลงทุนเมื่อคิดเป็นร้อยละของเงินกองทุนที่สูงมาก โดยเฉพาะส่วนของการให้สมาชิกกู้ยืม จึงเป็นการแสดงให้เห็นว่าสมาชิกของกองทุนขนาดเล็กมีความต้องการกู้เงินสูงมาก ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าสมาชิกที่ซื้อบัตรของกองทุนขนาดเล็กนั้นส่วนหนึ่งอาจมีจุดมุ่งหมายในการซื้อบัตรเพื่อกู้ยืมเงินกองทุนก็เป็นได้ และจากข้อมูลใน ตาราง 4.13 ก็ปรากฏในทำนองที่สอดคล้องกัน คือ กองทุนขนาดเล็ก ได้รับผลตอบแทนเมื่อคิดเป็นร้อยละของเงินกองทุนในสัดส่วนที่สูงกว่ากองทุนขนาดใหญ่ ทั้งนี้ก็ด้วยเหตุผลของการให้สมาชิกกู้ยืมเป็นจำนวนมาก และประกอบกับเงินกองทุนมีจำนวนไม่มากนัก ดังนั้นจึงปรากฏว่า กองทุนขนาดเล็ก มีผลตอบแทนเมื่อคิดเป็นร้อยละของเงินกองทุนเป็นสัดส่วนที่สูงกว่ากองทุนขนาดใหญ่



ตาราง 4.12 : สถานภาพการจัดหาผลประโยชน์จากเงินกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกรายกลุ่มของ  
ขนาดกองทุนบัตรสุขภาพ

( หน่วยเป็นบาท )

กลุ่ม	ให้สมาชิก กู้ยืม	ลงทุนใน กิจการ	รวมทั้งให้กู้ยืม และลงทุน	ให้กู้ยืมและลงทุนเป็น ร้อยละของเงินกองทุนฯ
1	1,071.87	575.15	1,647.02	73.69
2	2,235.80	739.14	2,974.94	45.44
3	2,635.89	70.37	2,706.26	19.59
4	4,200.83	500.00	4,700.83	10.17
5	2,240.75	2,213.39	4,454.14	150.29
6	2,742.38	1,941.37	4,683.75	59.87
7	4,542.75	2,007.70	6,550.45	52.75
8	2,623.75	1,157.50	3,781.25	6.13
9	1,175.19	1,540.74	2,715.93	99.77
10	1,307.91	2,914.30	4,222.21	51.06
11	4,076.94	2,096.69	6,173.63	42.82
12	5,910.49	2,014.62	7,925.11	32.40
13	2,057.14	4,573.57	6,630.71	394.07
14	883.82	3,307.76	4,191.58	54.74
15	3,381.70	3,196.38	6,578.08	40.64
16	5,381.33	2,946.73	8,328.06	25.58

ตาราง 4.13 : ค่าเฉลี่ยของรายรับของกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกรายกลุ่มของขนาดกองทุนบัตรสุขภาพ

( หน่วยเป็นบาท )

กลุ่ม	จำนวนเงิน กองทุนฯ	ผลตอบแทนจาก การหาผลประโยชน์	รายรับรวม	ผลตอบแทนเป็น ร้อยละของเงินกองทุนฯ
1	2,235.01	443.28	2,678.29	19.83
2	6,546.29	676.80	7,223.09	10.33
3	13,809.32	2,312.81	16,122.13	16.74
4	46,207.86	750.00	46,957.86	1.62
5	2,963.56	522.95	3,486.51	17.64
6	7,822.73	1,183.37	9,006.10	15.12
7	12,415.57	1,519.63	13,935.20	12.23
8	61,606.82	1,845.20	63,452.02	2.99
9	2,722.09	782.88	3,504.97	28.76
10	8,268.92	2,209.74	10,478.66	26.72
11	14,414.47	3,016.27	17,430.74	20.92
12	24,455.32	2,739.58	27,194.90	11.20
13	1,682.58	459.56	2,142.14	27.31
14	7,656.85	1,986.05	9,642.90	25.93
15	16,185.54	4,222.02	20,407.56	26.08
16	32,546.64	5,494.74	38,041.38	16.88

สำหรับการบริหารจัดการกองทุนบัตรสุขภาพนั้นสามารถจำแนกเป็นค่าใช้จ่ายในกิจกรรมหลัก ๆ คือ ค่าธรรมเนียมจากการขายบัตรสุขภาพ ค่าบริหารจัดการกองทุน ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่สถานบริการ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับกองทุน เป็นต้น (ตาราง 4.14) ซึ่งในภาพรวมโดยเฉลี่ยของกองทุนก็ปรากฏค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการในทุกกลุ่ม หลากหลายแตกต่างกันไป ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายของกองทุนในส่วนที่เป็นค่าใช้จ่ายที่กองทุนต้องจัดการมิได้มีกฎเกณฑ์ที่แน่นอนหรือตายตัวว่าจะต้องจัดสรรเงินกองทุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างไร ดังนั้นถ้าหากกองทุนสามารถบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพก็ย่อมจะสามารถลดค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ลงได้ เมื่อถึงสิ้นปีดำเนินงานกองทุนบัตรสุขภาพจะต้องจัดสรรเงินส่วนหนึ่งให้แก่สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ สถานีอนามัย (สอ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสมาชิกบัตรสุขภาพที่เจ็บป่วย (ตาราง 4.15) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดสัดส่วนเพื่อจ่ายชดเชยให้แก่สถานบริการไว้เป็นเกณฑ์คือ ร้อยละ 75 ของจำนวนเงินจากการขายบัตรสุขภาพ โดยแบ่งเป็นร้อยละ 30 จ่ายสนับสนุนแก่สถานบริการระดับจังหวัด ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 30 จ่ายสนับสนุนแก่สถานบริการระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และร้อยละ 15 จ่ายสนับสนุนแก่สถานบริการระดับตำบล ได้แก่ สถานีอนามัย แต่ก็ปรากฏในหลายกรณีที่กองทุนได้กำหนดเป็นข้อตกลงกับสถานบริการต่าง ๆ เพื่อที่จะจ่ายให้ตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง จากการที่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพไปขอรับบริการยังสถานบริการระดับต่าง ๆ เหล่านี้รวมทั้งกรณีที่กองทุนประสบปัญหาทางการเงินจึงทำให้ไม่สามารถจ่ายเงินชดเชยให้แก่สถานบริการได้ทั้งหมดหรือบางส่วน เหล่านี้จึงทำให้กองทุนบัตรสุขภาพโดยเฉลี่ยแล้วมิได้มีสถานการณ์การจ่ายเงินให้สถานบริการเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังปรากฏ ในตาราง 4.16 นั่นคือรายจ่ายให้สถานบริการเมื่อคิดเป็นร้อยละของเงินได้จากการขายบัตรของกองทุน ก็มีได้เป็นร้อยละ 75 แต่จะเป็นจำนวนที่หลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่ม โดยมีพิสัยประมาณร้อยละ 27.89 ถึงร้อยละ 614.21 สำหรับการจ่ายชดเชยให้สถานบริการระดับต่าง ๆ ของกองทุนบัตรสุขภาพก็ปรากฏหลากหลายเช่นกัน (ตาราง 4.15) ดังนั้นถ้าหากจะปรับเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพต่อไปจึงน่าจะพิจารณาหลักการในการจ่ายเงินชดเชยให้แก่สถานบริการระดับต่าง ๆ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามการจัดสรรเงินเพื่อจ่ายสนับสนุนแก่สถานบริการตามเกณฑ์ก็อาจเป็นการไม่ยุติธรรมแก่สถานบริการบางแห่ง ที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการมารับบริการของผู้ป่วยบัตรสุขภาพเป็นจำนวนมาก จึงอาจเปลี่ยนแปลงการจัดสรรเงินดังกล่าวให้เป็นไปตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง

ตาราง 4.14 : ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกองทุนฯ เฉลี่ยต่อกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกตามประเภทของกิจกรรม และรายกลุ่มของขนาดกองทุนบัตรสุขภาพ

( หน่วยเป็นบาท )

กลุ่ม	กิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้เงินกองทุน				รวม
	ค่าธรรมเนียม ขายบัตร	ค่าบริหาร กองทุนฯ	ค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่	อื่น ๆ	
1	194.58	778.44	550.42	465.42	1,988.86
2	309.61	1,108.57	795.27	443.09	2,656.54
3	438.18	1,475.58	1,217.32	706.50	3,837.58
4	687.42	2,148.33	1,833.33	52.92	4,722.00
5	383.79	1,329.37	986.75	341.36	3,041.27
6	315.06	1,335.72	1,028.38	449.37	3,128.53
7	373.06	1,556.89	1,147.24	596.88	3,674.07
8	694.94	1,075.69	1,112.44	8.50	2,891.57
9	296.63	1,110.22	778.00	160.73	2,345.58
10	409.34	1,384.98	867.64	1,049.35	3,711.31
11	355.30	1,803.75	1,205.43	553.96	3,918.44
12	336.06	2,066.23	1,317.30	243.51	3,963.10
13	484.57	1,558.79	1,201.75	473.00	3,718.11
14	446.66	1,454.35	1,146.16	157.85	3,205.02
15	484.29	1,767.27	1,272.87	383.45	3,907.88
16	323.14	1,946.66	1,444.06	395.61	4,109.47

ตาราง 4.15 : จำนวนเงินที่กองทุนบัตรสุขภาพจ่ายให้สถานบริการ เจลี่ยต่อกองทุนบัตรสุขภาพ  
 จำแนกรายระดับของสถานบริการ และรายกลุ่มของขนาดกองทุนบัตรสุขภาพ  
 ( หน่วยเป็นบาท )

กลุ่ม	สถานอนามัย	โรงพยาบาลชุมชน	โรงพยาบาลทั่วไป/ศูนย์	รวม
1	500.96	625.44	984.13	2,110.53
2	848.39	1,169.32	2,117.48	4,135.19
3	1,994.87	2,679.36	5,172.87	9,847.10
4	3,065.92	2,968.54	7,725.62	13,760.08
5	753.59	1,225.90	1,626.90	3,606.39
6	1,087.97	1,652.71	2,574.11	5,314.79
7	1,652.96	2,148.20	3,981.21	7,782.37
8	4,251.05	5,225.11	7,706.43	17,182.59
9	928.59	2,262.46	2,014.19	5,205.24
10	1,180.96	1,889.42	2,285.24	5,355.62
11	1,920.78	2,756.29	4,846.46	9,523.53
12	2,792.79	3,869.97	8,048.80	14,711.56
13	1,646.94	4,578.08	4,109.71	10,334.73
14	1,378.92	2,784.36	3,272.28	7,435.56
15	2,303.86	3,939.68	4,909.82	11,153.36
16	4,156.98	6,243.18	10,995.66	21,395.82

ตาราง 4.16 : สถานภาพการจ่ายเงินให้สถานบริการของกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกรายกลุ่ม  
ของขนาดกองทุนบัตรสุขภาพ

( หน่วยเป็นบาท )

กลุ่ม	เงินได้จากการ		คิดเป็น % ของเงินได้จาก การขายบัตรของกองทุน
	ขายบัตรของกองทุน	รายจ่ายให้สถานบริการ	
1	2,235.01	2,110.53	94.43
2	6,546.29	4,135.19	63.16
3	13,809.32	9,847.10	71.30
4	46,207.86	13,760.08	29.77
5	2,963.56	3,606.39	121.69
6	7,822.73	5,314.79	67.94
7	12,415.57	7,782.37	62.68
8	61,606.82	17,182.59	27.89
9	2,722.09	5,205.24	191.22
10	8,268.92	5,355.62	64.76
11	14,414.47	9,523.53	66.06
12	24,455.32	14,711.56	60.15
13	1,682.58	10,334.73	614.21
14	7,656.85	7,435.56	97.10
15	16,185.54	11,153.36	69.02
16	32,546.64	21,395.82	65.73

แต่ทว่าสถานบริการแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันในการคิดอัตราคืนทุน อีกทั้งการเรียกเก็บตามค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงนั้นกองทุนอาจไม่สามารถจ่ายตามที่สถานบริการเรียกเก็บได้และนำไปสู่ความไม่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานของกองทุนต่อไป ดังนั้นในขั้นต้นจึงควรกำหนดเกณฑ์ในการจัดสรรเงินเพื่อจ่ายสนับสนุนสถานบริการตามสัดส่วนของรายได้จากการขายบัตรของกองทุนโดยปรับเกณฑ์ดังกล่าวให้เป็นธรรมมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินกองทุนบัตรสุขภาพให้แก่สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ในจังหวัดเชียงใหม่ 2528-2531 พบว่าสัดส่วนของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการผู้ป่วยบัตรสุขภาพของสถานบริการระดับต่าง ๆ นั้น กรณีพิจารณาเฉพาะ 15 อำเภอ ที่มีโรงพยาบาลชุมชน พบว่า สัดส่วนของค่าใช้จ่ายเป็น ร้อยละ 16.5 จ่ายให้แก่สถานอนามัย ร้อยละ 64.3 จ่ายให้แก่โรงพยาบาลชุมชน และ ร้อยละ 19.2 จ่ายให้แก่โรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยคิดเป็นสัดส่วนของเงินจ่ายชดเชยแก่สถานบริการทุกระดับ ได้แก่ ร้อยละ 20 จ่ายสนับสนุนแก่สถานอนามัย ร้อยละ 40 จ่ายสนับสนุนแก่โรงพยาบาลชุมชน และ ร้อยละ 40 จ่ายสนับสนุนแก่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบจะเห็นได้ว่าสถานอนามัยมีภาระค่าใช้จ่ายในสัดส่วนต่ำกว่ารายรับที่ได้จากการจ่ายสนับสนุนของกองทุนบัตรสุขภาพ ในสัดส่วนไม่มากนัก คือ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายร้อยละ 16.5 และได้รับการจ่ายสนับสนุน ร้อยละ 20 ส่วนโรงพยาบาลชุมชนมีภาระค่าใช้จ่ายในสัดส่วนที่สูงกว่ารายรับที่ได้จากการจ่ายสนับสนุนของกองทุนบัตรสุขภาพมาก คือ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายถึงร้อยละ 64.3 แต่ได้รับการจ่ายสนับสนุนเพียง ร้อยละ 40 และสำหรับโรงพยาบาลทั่วไปนั้นปรากฏภาระค่าใช้จ่ายในสัดส่วนที่ต่ำกว่ารายรับที่ได้จากการจ่ายสนับสนุนของกองทุนบัตรสุขภาพมาก คือ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายเพียงร้อยละ 19.2 แต่ได้รับการจ่ายสนับสนุนถึง ร้อยละ 40 เหล่านี้จึงแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นต่อการปรับเกณฑ์ในการจัดสรรเงินชดเชยให้แก่สถานบริการดังกล่าวโดยการเพิ่มสัดส่วนในการจ่ายให้โรงพยาบาลชุมชน และลดสัดส่วนในการจ่ายให้แก่โรงพยาบาลทั่วไป ส่วนกรณีสถานอนามัยอาจจะคงสัดส่วนเดิม คือ ร้อยละ 20 ต่อไป เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายของสถานอนามัยใกล้เคียงกับสัดส่วนการจ่ายสนับสนุนจากกองทุนอยู่แล้ว

การพิจารณาถึงสถานภาพทางการเงินของกองทุนบัตรสุขภาพโดยเปรียบเทียบรายรับรวมของกองทุน กับรายจ่ายให้สถานบริการระดับต่าง ๆ จะสะท้อนให้เห็นถึงสถานภาพทางการเงินที่มีปัญหาอย่างมากของกองทุนในบางกลุ่ม เพราะแม้จะยังมีได้นำค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกองทุนเข้าร่วมพิจารณา (ตาราง 4.17) ก็ปรากฏ รายรับรวมเมื่อหักค่าใช้จ่ายให้สถานบริการเท่านั้น

ตาราง 4.17 : สถานภาพทางการเงินของกองทุนบัตรสุขภาพ<sup>1/</sup> จำแนกรายกลุ่มของขนาดกองทุนบัตรสุขภาพ

( หน่วยเป็นบาท )

กลุ่ม	รายรับรวม*	รายจ่ายให้ สถานบริการ	รายรับรวมหัก ค่าใช้จ่ายให้สถานบริการ	รายจ่ายให้สถานบริการ เป็น % ของรายรับรวม*
1	2,678.29	2,110.53	567.76	78.80
2	7,223.09	4,135.19	3,087.90	57.24
3	16,122.13	9,847.10	6,275.03	61.07
4	46,957.86	13,760.08	33,197.78	29.30
5	3,486.51	3,606.39	- 119.88	103.43
6	9,006.10	5,314.79	3,691.31	59.01
7	13,935.20	7,782.37	6,152.83	55.84
8	63,452.02	17,182.59	46,269.43	27.07
9	3,504.97	5,205.24	- 1,700.27	148.51
10	10,478.66	5,355.62	5,123.04	51.10
11	17,430.74	9,523.53	7,907.21	54.63
12	27,194.90	14,711.56	12,483.34	54.09
13	2,142.14	10,334.73	- 8,192.59	482.44
14	9,642.90	7,435.56	2,207.34	77.10
15	20,407.56	11,153.36	9,254.20	54.65
16	38,041.38	21,395.82	16,645.56	56.24

1/ กรณีพิจารณาเฉพาะค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้แก่สถานบริการเป็นค่ารักษาพยาบาลเท่านั้น  
รายรับรวม\* หมายถึง จำนวนเงินค่าขายบัตร รวมทั้ง ผลตอบแทนจากการหาผลประโยชน์จาก  
เงินกองทุนบัตรสุขภาพ



มีค่าต่ำกว่าศูนย์เสียแล้ว ซึ่งได้แก่ กองทุนในกลุ่มที่ 5 กองทุนในกลุ่มที่ 9 และ กองทุนในกลุ่มที่ 13 จึงส่งผลให้รายจ่ายให้สถานบริการเมื่อคิดเป็นร้อยละของรายรับรวม มีค่าสูงกว่า ร้อยละ 100.00 นั่นคือ ร้อยละ 103.43 ในกลุ่มที่ 5 ร้อยละ 148.51 ในกลุ่มที่ 9 และร้อยละ 482.44 ในกลุ่มที่ 13 ซึ่งกองทุนเหล่านี้ล้วนเป็นกองทุนขนาดเล็กทั้งสิ้น จึงเป็นการชี้ให้เห็นว่า กองทุนขนาดเล็ก ไม่สามารถจัดสรรค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายให้แก่สถานบริการได้ครบถ้วนตามที่สถานบริการเหล่านั้นเรียกเก็บได้อย่างแน่นอน จึงได้ปรากฏการค้างชำระเงินของกองทุนที่สถานบริการ แต่ในการศึกษานี้ไม่สามารถจัดเก็บข้อมูลยอดค้างชำระที่ระดับกองทุนได้ เนื่องด้วยข้อจำกัดของคาบเวลาของกองทุน ที่กำหนดวัน และเดือน ของปีดำเนินงานแต่ละกองทุนไม่ตรงกันในการเก็บข้อมูล จึงได้กำหนด "ปีดำเนินงานเต็มปีล่าสุด" ของกองทุนเป็นหลักนั่นเอง

หากพิจารณาถึงสถานภาพทางการเงินโดยรวมของกองทุนบัตรสุขภาพ หมายถึง รวมผลตอบแทนจากการนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ เข้าเป็นรายรับรวมของกองทุน และหักค่าใช้จ่ายที่กองทุนต้องจ่ายทั้งหมดในรอบปีดำเนินงาน ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่กองทุน จัดสรรให้แก่สถานบริการระดับต่างๆ และค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกองทุนแล้วนั้น สถานภาพทางการเงินโดยรวมของกองทุนปรากฏอย่างชัดเจนว่า กองทุนบัตรสุขภาพในกลุ่มที่มีจำนวนเงินกองทุนเป็นจำนวนมากกว่า จะมีรายรับสุทธิโดยเฉลี่ยต่อกองทุนที่สูงกว่า และเมื่อคิดรายจ่ายรวมเป็นร้อยละของรายรับรวมก็ปรากฏผลในทำนองที่สอดคล้องกัน นั่นคือ กองทุนที่มีจำนวนเงินกองทุนมากกว่าจะมีสัดส่วนของรายจ่ายรวมเมื่อคิดเป็นร้อยละของรายรับรวมต่ำกว่าโดยเปรียบเทียบในทุกกรณีดังต่อไปนี้ (ตาราง 4.18)

- (ก) กรณีกองทุนมีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 1-100 คน หมายถึงกองทุนในกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4 รายรับสุทธิโดยเฉลี่ยต่อกองทุนเท่ากับ - 1,421.10 บาท 431.36 บาท 2,437.45 บาท และ 28,475.78 บาท ตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนของรายจ่ายรวมเมื่อคิดเป็นร้อยละของรายรับรวมเท่ากับ 153.05 94.02 84.88 และ 39.35 ตามลำดับ
- (ข) กรณีกองทุนมีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 101-200 คน หมายถึง กองทุนในกลุ่มที่ 5 กลุ่มที่ 6 กลุ่มที่ 7 และ กลุ่มที่ 8 รายรับสุทธิโดยเฉลี่ยต่อกองทุนเท่ากับ - 3,161.15 บาท 562.78 บาท 2,478.76 บาท และ 43,377.86 บาท ตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนของรายจ่ายรวมเมื่อคิดเป็นร้อยละของรายรับรวมเท่ากับ 190.66 93.75 82.21 และ 31.63 ตามลำดับ

ตาราง 4.18 : สถานภาพทางการเงินของกองทุนบัตรสุขภาพ<sup>2/</sup> จำแนกรายกลุ่มของขนาดกองทุนบัตรสุขภาพ

				( หน่วยเป็นบาท )
กลุ่ม	รายรับรวม*	รายจ่ายรวม**	รายรับสุทธิ	รายจ่ายรวมคิดเป็นร้อยละของรายรับรวม
1	2,678.29	4,099.39	- 1,421.10	153.05
2	7,223.09	6,791.73	431.36	94.02
3	16,122.13	13,684.68	2,437.45	84.88
4	46,957.86	18,482.08	28,475.78	39.35
5	3,486.51	6,647.66	- 3,161.15	190.66
6	9,006.10	8,443.32	562.78	93.75
7	13,935.20	11,456.44	2,478.76	82.21
8	63,452.02	20,074.16	43,377.86	31.63
9	3,504.97	7,550.82	- 4,045.85	215.43
10	10,478.66	9,066.93	1,411.73	86.52
11	17,430.74	13,441.97	3,988.77	77.11
12	27,194.90	18,674.66	8,520.24	68.66
13	2,142.14	14,052.84	- 11,910.70	656.01
14	9,642.90	10,640.58	- 997.68	110.34
15	20,407.56	15,061.24	5,346.32	73.80
16	38,041.38	25,505.29	12,536.09	67.04

2/ กรณีพิจารณาค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกองทุนบัตรสุขภาพ

รายรับรวม\* หมายถึง จำนวนเงินค่าขายบัตร รวมทั้ง ผลตอบแทนจากการหาผลประโยชน์จากเงินกองทุนบัตรสุขภาพ

รายจ่ายรวม\*\* หมายถึง รายจ่ายให้สถานบริการ รวมทั้ง ค่าบริหารจัดการกองทุนบัตรสุขภาพ ได้แก่ ค่าธรรมเนียมขายบัตร ค่าบริหารกองทุนฯ ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ฯ

- (ค) กรณีกองทุนมีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 201-300 คน หมายถึง กองทุนในกลุ่มที่ 9 กลุ่มที่ 10 กลุ่มที่ 11 และกลุ่มที่ 12 รายรับสุทธิโดยเฉลี่ยต่อกองทุนเท่ากับ - 4,045.85 บาท 1,411.73 บาท 3,988.77 บาท และ 8,520.24 บาท ตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนของรายจ่ายรวมเมื่อคิดเป็นร้อยละของรายรับรวมเท่ากับ 215.43 86.52 77.11 และ 68.66 ตามลำดับ
- (ง) กรณีกองทุนมีจำนวนสมาชิกมากกว่า 300 คน หมายถึงกองทุนในกลุ่มที่ 13 กลุ่มที่ 14 กลุ่มที่ 15 และ กลุ่มที่ 16 รายรับสุทธิโดยเฉลี่ยต่อกองทุนเท่ากับ - 11,910.70 บาท - 997.68 บาท 5,346.32 บาท และ 12,536.09 บาท ตามลำดับ ในขณะที่สัดส่วนของรายจ่ายรวมเมื่อคิดเป็นร้อยละของรายรับรวมเท่ากับ 656.01 110.34 73.80 และ 67.04 ตามลำดับ

การที่ข้อมูลปรากฏชัดเจนทุกกรณีว่ากองทุนที่มีจำนวนเงินกองทุนเป็นจำนวนมากมีรายรับสุทธิโดยเฉลี่ยที่สูงกว่า และมีสัดส่วนของรายจ่ายรวมเมื่อคิดเป็นร้อยละของรายรับรวมที่ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกองทุนบัตรสุขภาพที่มีจำนวนเงินกองทุนเป็นจำนวนที่ต่ำกว่านั้นย่อมสะท้อนให้เห็นว่าขนาดของกองทุน หมายถึง จำนวนเงินกองทุน จะมีผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุน นั่นคือ กองทุนที่มีจำนวนเงินกองทุนเป็นจำนวนมาก จะมีโอกาสดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกองทุนที่มีจำนวนเงินกองทุนที่ต่ำกว่า และเป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มของกองทุนที่มีจำนวนเงินกองทุนไม่เกิน 5,000 บาท ทุกกลุ่ม ได้แก่ กองทุนในกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 5 กลุ่มที่ 9 และกลุ่มที่ 13 มีรายรับสุทธิโดยเฉลี่ยต่อกองทุนที่ต่ำกว่าศูนย์ ซึ่งหมายถึงภาพรวมของกองทุนในกลุ่มเหล่านี้มีรายจ่ายรวมสูงกว่ารายรับรวม แสดงถึงปัญหาของสถานภาพทางการเงินของกองทุนเหล่านี้ และส่งผลให้กองทุนไม่สามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพขั้นต่ำได้ ซึ่งถ้าหากจะบริหารกองทุนประกันสุขภาพให้สามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว อย่างน้อยที่สุดกองทุนประกันสุขภาพควรจะต้องมีจำนวนเงินกองทุนที่มากพอ คือจะต้องมากกว่า 5,000 บาท ขึ้นไป เพราะจากการศึกษากองทุนบัตรสุขภาพที่ดำเนินงานอยู่ปรากฏว่า ในภาพรวมของกองทุนที่มีจำนวนเงินกองทุนไม่เกิน 5,000 บาท จะประสบปัญหาในการดำเนินงานทั้งสิ้น นอกเหนือจากนั้น กองทุนในกลุ่มที่ 14 ก็เป็นกลุ่มของกองทุนอีกกลุ่มหนึ่งที่สถานภาพทางการเงินในภาพรวมมีปัญหาเช่นกัน ถึงแม้ว่าจะเป็นกลุ่มของกองทุนที่มีจำนวนเงินมากกว่า 5,000 บาท ก็ตาม แต่ปรากฏว่า กองทุนในกลุ่มที่ 14 มีจำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพเป็นจำนวนมาก คือ มากกว่า 300 คน โดยเฉลี่ยต่อกองทุน จึงสะท้อนให้เห็นว่าการที่กองทุนประกันสุขภาพจะสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น นอกจากต้องมีจำนวนเงินกองทุนมากกว่า 5,000

บาท แล้วถ้าหากกองทุนนั้นมีจำนวนสมาชิกเป็นจำนวนมาก ก็ยังมีความจำเป็นจะต้องให้มีจำนวนเงินกองทุนสูงขึ้น โดยให้สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนสมาชิกกองทุนนั้นด้วย

#### 4.4 การศึกษาความเป็นไปได้ในประเด็นของขอบข่ายการคุ้มครองของการประกัน

ขอบข่ายการคุ้มครองของการประกันสุขภาพที่ศึกษาในหัวข้อนี้ อาศัยขอบข่ายการคุ้มครองของบัตรประกันสุขภาพเป็นแนวทางหลักในการพิจารณากำหนด ไม่ว่าจะเป็นชนิด หรือประเภทของการเจ็บป่วยที่อยู่ในขอบข่ายการคุ้มครอง ซึ่งในกรณีบัตรสุขภาพที่กองทุนต่าง ๆ ใช้นั้นประกอบด้วย พิกัดจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ใช้สิทธิได้ พิกัดจำนวนครั้งของการรับบริการรักษาพยาบาล พิกัดวงเงินสูงสุดในการรักษาพยาบาลฟรี และส่วนลดในการรับบริการรักษาพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดขอบข่ายการคุ้มครองของบัตรสุขภาพเพื่อใช้ในกรณีทั่ว ๆ ไปทั้งประเทศ แต่ในระยะหลังๆ ได้มีการผ่อนปรนให้จังหวัดและกองทุนมีบทบาทในการปรับปรุงเกี่ยวกับเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ได้บ้างตามความเหมาะสม

##### 4.4.1 ชนิดและประเภทของการเจ็บป่วยที่อยู่ในขอบข่ายการคุ้มครอง

สำหรับชนิดและประเภทของการเจ็บป่วยที่บัตรสุขภาพให้สิทธิคุ้มครองการรักษาพยาบาลฟรีนั้น ปรากฏว่า การดำเนินการบัตรสุขภาพระยะที่ 1 ตั้งแต่เริ่มต้นในปี 2526 ไปจนถึงระยะที่ 3 ซึ่งเริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2528 เป็นต้นมานั้น ได้มีการเปลี่ยนแปลงหลักเกณฑ์ดังกล่าวถึง 2 ครั้ง โดยบัตรสุขภาพในระยะที่ 1 ได้กำหนดโรคที่ไม่ได้รับสิทธิคุ้มครองรักษาพยาบาลฟรีและอุบัติเหตุไว้ดังนี้ คือ 1) โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ 2) โรคมะเร็ง 3) โรคหาใส่ตัว เช่น กามโรค โรคติดยาเสพติด โรคพิษสุราเรื้อรัง และ 4) อุบัติเหตุ ในการรักษาในวงเงินไม่เกิน 5 เท่าของราคาบัตร (ราคาบัตรสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาลราคา 100 บาท) จำนวนเงินที่เกินให้จ่ายเองแต่คิดลด 10 % ต่อมาในระยะที่ 2 (ปี 2527 จนถึงก่อน 1 เมษายน 2528) ได้มีการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขของโรคที่ไม่ได้รับสิทธิคุ้มครองรักษาพยาบาลฟรีและอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นจากเดิมอีกคือ โรคอื่น ๆ ที่แพทย์ระบุและกรณีอุบัติเหตุจะให้การักษาพยาบาลฟรีในมูลค่าไม่เกิน 2,000 บาท หรือ 10 เท่าของราคาบัตร (ราคาบัตรสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาลราคา 200 บาท) ส่วนที่เกินให้จ่ายเองแต่คิดลด 10 % และในระยะที่ 3 (ตั้งแต่ 1 เมษายน 2528) เงื่อนไขดังกล่าวก็ได้มีการปรับเปลี่ยนอีกครั้งหนึ่งเป็นบัตรสุขภาพ

จะให้สิทธิคุ้มครองรักษาพยาบาลฟรีโดยไม่จำกัดโรค (ยกเว้นศัลยกรรมตกแต่ง ทันตกรรมประดิษฐ์ และแว่นตา) แต่ค่ารักษาพยาบาลกำหนดอัตราสูงสุดไว้คือ 2,๑๑๑ บาทต่อ 1 โรค จำนวนครั้งเท่ากับการมีสิทธิตามบัตรและส่วนเกินให้จ่ายเองแต่คิดลด 1๐ %

จากเงื่อนไขของชนิดและประเภทของการเจ็บป่วย ที่บัตรสุขภาพในระยะที่ ๓ ให้สิทธิคุ้มครองรักษาพยาบาลฟรีโดยไม่จำกัดโรคนั้น ถือได้ว่าเป็นขอบข่ายการคุ้มครองที่กว้างขวางมากจนอาจถือได้ว่าเป็นขอบข่ายการคุ้มครองที่ครอบคลุมชนิดของโรค และการเจ็บป่วยที่มากขึ้นไปก็เป็นที่น่าพอใจเพราะจากความเห็นของสาธารณสุขอำเภอบางแห่งได้กล่าวถึงปัญหาเกี่ยวกับสมาชิกกองทุนว่ามักจะเป็นผู้มีโรคประจำตัวอยู่แล้ว หรือป่วยเรื้อรัง (เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ, 2533, : 142.) ดังนั้นบัตรประกันสุขภาพที่จะมีขึ้นควรมีการจำกัดชนิดและประเภทของโรคที่ให้การรักษาพยาบาลฟรี เพื่อมิให้ผู้ป่วยจำพวกที่มีโรคประจำตัว หรือเป็นโรคเรื้อรัง หรือกรณีผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงที่จะต้องได้รับการรักษาพยาบาลด้วยเทคนิควิธีที่ซ้ำซ้อนมาก ๆ เข้ามาเป็นสมาชิกซึ่งจะเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายแก่ระบบเป็นอย่างมากอีกทั้งก่อให้เกิดการได้เปรียบเสียเปรียบในหมู่สมาชิกด้วยกันเอง ดังนั้นเพื่อให้อัตราประกันสุขภาพ ก่อให้เกิดการคุ้มครองในด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนอย่างเป็นธรรมมากที่สุด - ขอบข่ายการคุ้มครองของบัตร จึงน่าจะให้สิทธิคุ้มครอง โดยมีขอบเขตเพียงให้การักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และอาจรวมถึง การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพอนามัยและการวางแผนครอบครัวด้วยก็น่าจะเพียงพอเพราะเหล่านี้ก็ถือได้ว่าเป็นการดูแลรักษาเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยในระดับหนึ่งแล้ว (ส่วนกรณีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เป็นโรคเรื้อรัง หรือเป็นโรคร้ายแรง ก็อาจออกบัตรประกันสุขภาพเฉพาะชนิดของการเจ็บป่วยนั้นๆ หรืออาจกำหนดเป็นรูปแบบของสัญญาเพิ่มเติมประกันสุขภาพ โดยผู้เอาประกันสามารถเลือกซื้อประกันที่คุ้มครองการรักษาพยาบาลเป็นการเฉพาะโรคได้โดยจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติมในอัตราแตกต่างกันไปในแต่ละชนิดและประเภทของโรค ซึ่งการคิดเบี้ยประกันสุขภาพจะต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของโรคนั้น ๆ เป็นการเฉพาะด้วยซึ่งจะต้องอาศัยการศึกษาในรายละเอียดต่อไป)

#### 4.4.2 พิกัดจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ใช้สิทธิได้

จากบัตรสุขภาพประเภทบัตรครอบครัว ที่ได้กำหนดจำนวนบุคคล ที่เป็นสมาชิกครอบครัวที่อาจใช้สิทธิรับบริการรักษาพยาบาลได้ โดยแต่เดิมกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ไม่เกิน 8 คน ต่อมาได้ปรับเปลี่ยนเป็นไม่เกิน 6 คน แต่จากการผ่อนปรนให้จังหวัดและกองทุนสามารถปรับเปลี่ยนเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ได้บ้าง จึงทำให้ปรากฏความหลากหลายในพิกัด

ดังกล่าว (ตาราง 4.19) ที่สำคัญคือประมาณร้อยละ 22 ของกองทุนทั้งหมดกำหนดนิกัดไว้ไม่เกิน 4 คน ประมาณร้อยละ 21.5 กำหนดนิกัดไว้ไม่เกิน 6 คน ส่วนอีกประมาณร้อยละ 39 ของกองทุนทั้งหมดไม่จำกัดนิกัดจำนวนสมาชิกต่อบัตรครอบครัว

ตาราง 4.19 : การกระจายเป็นร้อยละของกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกตามนิกัดจำนวนสมาชิกต่อบัตรครอบครัว

<u>นิกัดจำนวนสมาชิกต่อบัตรครอบครัว (คน)</u>	<u>ร้อยละ</u>
2	0.1
3	0.3
4	22.4
5	5.8
6	21.5
7	3.5
8	7.0
ไม่จำกัด	39.5
รวม	100.0

การที่ปรากฏความหลากหลายในนิกัดจำนวนสมาชิกในครอบครัว ที่ใช้สิทธิได้ใน บัตรสุขภาพประเภทบัตรสุขภาพนี้ ทำให้นำพิจารณาถึงนิกัดที่เหมาะสม สำหรับบัตรสุขภาพ ซึ่งการพิจารณาในขั้นนี้แบ่งออกเป็น 3 กรณี คือ

1. หากบัตรสุขภาพ คำนึงถึงความเป็นธรรมในระหว่าง ประชาชนผู้รับ บริการ การกำหนดจำนวนสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการคุ้มครอง ก็อาจก่อให้เกิดการได้เปรียบ เสียเปรียบขึ้น เพราะขนาดครอบครัวของแต่ละครอบครัวไม่เท่ากัน ดังนั้นบัตรสุขภาพ อาจให้สิทธิคุ้มครอง เฉพาะรายบุคคล ส่วนบุคคลในครอบครัวของสมาชิกนั้นก็อาจจะอนุโลมให้ใช้สิทธิ ในบัตรได้ แต่คงต้องอยู่ในรูปของบัตรเสริม โดยเสียค่าเบี้ยประกันร่วมเพียงบางส่วนของราคา



บัตรประกันสุขภาพหลัก ราคาของบัตรเสริมคงต้องอาศัยการศึกษาในรายละเอียดต่อไป

2. หากบัตรประกันสุขภาพมุ่งที่จะให้ประชาชนได้รับการคุ้มครอง และมีหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยอย่างทั่วถึง ก็อาจไม่มีการจำกัดจำนวนสมาชิกครอบครัวที่ได้รับการคุ้มครองจากบัตรประกันสุขภาพไว้ เพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับสิทธิการคุ้มครองดังกล่าว โดยทั่วถึงกัน ถึงแม้ว่าจะเป็นข้อช่วยที่กว้างขวางมาก และอาจเป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้แก่ระบบอย่างมากก็ตาม แต่จากข้อมูลในตาราง 4.18 ได้แสดงให้เห็นว่ามีกองทุนบัตรสุขภาพที่ไม่จำกัดจำนวนสมาชิกในบัตรครอบครัวถึงร้อยละ 39.5 ของกองทุนทั้งหมด ดังนั้นกรณีนี้ก็ไม่น่าจะมีความเป็นไปได้ถ้าหากจะนำมาใช้กับบัตรประกันสุขภาพ แต่ทั้งนี้อาจต้องมีการกำหนดราคาบัตรประกันสุขภาพให้สะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นต่อไป

3. ถ้าหากแบ่งกลุ่มกองทุนบัตรสุขภาพออกเป็น 16 กลุ่ม ตามขนาดของจำนวนสมาชิกและจำนวนเงินกองทุน ดังตาราง 4.8 แล้ว ปรากฏว่า กองทุนในกลุ่มที่มีจำนวนเงินกองทุนมากกว่า จะมีจำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อบัตรครอบครัว 1 บัตร โดยเฉลี่ยต่อกองทุน ที่ต่ำกว่า ในทุกกรณีไม่ว่าจะเป็นกลุ่มของกองทุนที่มีจำนวนสมาชิกเป็นขนาดใด นั่นคือ (ตาราง 4.20)

1) กรณีกองทุนมีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 1-100 คน หมายถึงกองทุนในกลุ่มที่ 1 กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 4 มีจำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อบัตรครอบครัว 1 บัตร เป็น 5.43 4.33 1.64 และ 1.58 คน ตามลำดับ

2) กรณีกองทุนมีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 101-200 คน หมายถึง กองทุนในกลุ่มที่ 5 กลุ่มที่ 6 กลุ่มที่ 7 และกลุ่มที่ 8 มีจำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อบัตรครอบครัว 1 บัตร เป็น 6.62 5.81 4.45 และ 3.07 คน ตามลำดับ

3) กรณีกองทุนมีจำนวนสมาชิกตั้งแต่ 201-300 คน หมายถึงกองทุนในกลุ่มที่ 9 กลุ่มที่ 10 กลุ่มที่ 11 และกลุ่มที่ 12 มีจำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อบัตรครอบครัว 1 บัตร เป็น 8.08 7.98 5.64 และ 4.26 คน ตามลำดับ

4) กรณีกองทุนมีจำนวนสมาชิกมากกว่า 300 คน หมายถึงกองทุนในกลุ่มที่ 13 กลุ่มที่ 14 กลุ่มที่ 15 และกลุ่มที่ 16 มีจำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อบัตรครอบครัว 1 บัตร เป็น 10.60 7.75 7.21 และ 5.84 คน ตามลำดับ

และจากการวิเคราะห์ประเด็นของการบริหารกองทุน ในหัวข้อ 4.3 ที่แสดงให้เห็นว่ากองทุนที่มีจำนวนเงินกองทุนเป็นจำนวนมากจะมีโอกาสดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สูงกว่านั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า จำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อบัตรน่าจะมีความสัมพันธ์ต่อการดำเนินการของกองทุนอย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน เพราะ ข้อมูลปรากฏอย่างชัดเจนว่ากองทุนที่มีจำนวนเงินกองทุน



ตาราง 4.20 : จำนวนบัตรครอบครัว จำนวนสมาชิกบัตรครอบครัว และ จำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อบัตรครอบครัว 1 บัตร เฉลี่ยต่อกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกรายกลุ่มของกองทุนบัตรสุขภาพ

<u>กลุ่ม</u>	<u>จำนวนบัตรครอบครัว</u>	<u>จำนวนสมาชิกบัตรครอบครัว</u>	<u>จำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อบัตรครอบครัว 1 บัตร</u>
1	6.68	35.70	5.34
2	17.96	77.83	4.33
3	29.11	47.89	1.64
4	40.71	64.43	1.58
5	20.90	138.54	6.62
6	23.96	139.35	5.81
7	36.22	161.36	4.45
8	51.14	157.05	3.07
9	29.54	238.82	8.08
10	29.58	236.10	7.89
11	43.77	247.08	5.64
12	63.03	268.67	4.26
13	48.13	510.58	10.60
14	51.76	401.46	7.75
15	54.50	393.30	7.21
16	95.67	559.27	5.84

เป็นจำนวนเงินมากกว่า และมีค่าเฉลี่ยของจำนวนสมาชิกต่อบัตรครอบครัว 1 บัตรต่ำกว่า จะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่า เหล่านี้จึงอาจแสดงถึงความจำเป็นที่จะต้องจำกัดจำนวนสมาชิกครอบครัว ที่ได้รับการคุ้มครองจากบัตรประกันสุขภาพ เพื่อให้กองทุนสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นการง่ายต่อการคาดประมาณค่าใช้จ่ายต่อบัตรในการกำหนดราคาบัตรประกันสุขภาพอีกด้วย

ดังนั้น ถ้าหากจะต้องจำกัดจำนวนสมาชิก ที่ได้รับการคุ้มครองจากบัตรประกันสุขภาพ ก็อาจจะพิจารณาเกณฑ์ดังกล่าว จากนิกิตจำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อบัตรครอบครัว ในกรณีบัตรสุขภาพ ซึ่งถ้าไม่รวมกรณีไม่จำกัดจำนวนสมาชิกแล้วเป็นประมาณ 5.43 คน (เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ, 2533 : 67.) แต่ทั้งนี้การพิจารณาปรับเกณฑ์โดยจำกัดจำนวนสมาชิกให้น้อยกว่ากรณีบัตรสุขภาพ ก็จะส่งผลให้กองทุนดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจมากยิ่งขึ้น ดังนั้นเกณฑ์ที่อาจนำมาพิจารณาประกอบก็คือ ขนาดของครัวเรือนโดยเฉลี่ยของประเทศไทย ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจ และสังคมของครัวเรือน พ.ศ.2531 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี ปรากฏว่าขนาดของครัวเรือนโดยเฉลี่ยทั้งประเทศเป็น 4 คนเศษ และหากพิจารณาเป็นรายภาคก็ปรากฏขนาดของครัวเรือนโดยเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันในทุกภาค กล่าวคือขนาดของครัวเรือนโดยเฉลี่ย ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็น 3.5 คน 3.7 คน 4.0 คน 4.1 คน และ 4.5 คน ตามลำดับ โดยจะเห็นว่าขนาดของครัวเรือนโดยเฉลี่ยในทุกภาคล้วนแต่ไม่เกิน 5 คน อีกทั้งหลักเกณฑ์ของการกำหนดบุคคลในครัวเรือนกรณีหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาที่กำหนดให้สามารถหักลดหย่อนภาษีสำหรับ คู่สมรส และบุตรอีกไม่เกิน 3 คน (จินตนา สุนทรธรรม, 2529 : 39-41) จึงเป็นการแสดงถึงความเหมาะสมของบัตรประกันสุขภาพถ้าหากจะกำหนดนิกิตจำนวนสมาชิกต่อบัตรครอบครัวเป็น 5 คน

#### 4.4.3 นิกิตจำนวนครั้ง (episode) ของการรับบริการรักษาพยาบาล

สิทธิประโยชน์จากบัตรประกันสุขภาพอีกประการหนึ่ง ที่มีความสำคัญที่สมควรจะต้องพิจารณากำหนดอย่างถี่ถ้วนเพื่อให้เหมาะสมเช่นกัน คือ นิกิตจำนวนครั้ง (episode) ของการรักษาพยาบาล การวิเคราะห์ในส่วนนี้จึงพิจารณาความเหมาะสมของนิกิตที่กำหนดในบัตรสุขภาพเป็นหลัก เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนิกิตในบัตรประกันสุขภาพต่อไป

เนื่องจากบัตรสุขภาพมีทั้งที่เป็นบัตรเพื่อการรักษาพยาบาลประเภทบัตรครอบครัว และบัตรเพื่อการรักษาพยาบาลประเภทบัตรบุคคล นิกัดของบัตรทั้ง 2 ประเภทจึงแตกต่างกันออกไป โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้สมาชิกบัตรครอบครัว สามารถใช้สิทธิโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (ฟรี) เป็นจำนวน 8 ครั้งต่อปี ต่อมาปรับเปลี่ยนเป็น 6 ครั้งต่อปี และสมาชิกบัตรบุคคลสามารถใช้สิทธิรักษาพยาบาลฟรีเป็นจำนวน 4 ครั้งต่อปี จากการที่กระทรวงสาธารณสุขมีการผ่อนปรนให้จังหวัดและกองทุนสามารถปรับเปลี่ยนเงื่อนไข และสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ ได้บ้าง จึงทำให้ปรากฏความหลากหลายในนิกัดดังกล่าว (ตาราง 4.21 และตาราง 4.22)

ตาราง 4.21 : การกระจายเป็นร้อยละของกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกตามนิกัดจำนวนครั้งของการรักษาพยาบาลฟรีในบัตรครอบครัว

นิกัดจำนวนครั้งต่อบัตรครอบครัว (ครั้ง)	ร้อยละ
2	0.1
3	0.1
4	0.9
5	0.1
6	93.0
7	0.1
8	4.8
ไม่จำกัด	0.9
รวม	100.0

ตาราง 4.22 : การกระจายเป็นร้อยละของกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกตามพิกัดจำนวนครั้งของการรักษาพยาบาลฟรีในบัตรบุคคล

พิกัดจำนวนครั้งต่อบัตรบุคคล (ครั้ง)	ร้อยละ
2	0.2
3	0.0
4	83.4
5	0.1
6	12.9
7	0.0
8	1.5
ไม่จำกัด	1.8
รวม	100.0

จากข้อมูลในตาราง 4.21 แสดงให้เห็นว่ากองทุนบัตรสุขภาพโดยส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 93 ได้กำหนดพิกัดจำนวนครั้งต่อบัตรสุขภาพประเภทบัตรครอบครัวตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ 6 ครั้งต่อปี และจากข้อมูลในตาราง 4.22 ก็แสดงให้เห็นเช่นกันว่า กองทุนบัตรสุขภาพโดยส่วนใหญ่ คือร้อยละ 83.4 ได้กำหนดพิกัดจำนวนครั้งต่อบัตรสุขภาพประเภทบัตรบุคคล ตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ 4 ครั้งต่อปี จึงเป็นการชี้ให้เห็นว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดดังกล่าวนี้เป็นที่ยอมรับของกองทุนโดยส่วนใหญ่ ดังนั้นในขั้นต้น ถ้าหากบัตรประกันสุขภาพจะยังคงกำหนดพิกัดจำนวนครั้งต่อบัตรที่สมาชิกสามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีตามพิกัดของบัตรสุขภาพก็น่าจะเป็นไปได้ ส่วนประเด็นที่อาจจะพิจารณาเพิ่มจำนวนครั้งในการรับบริการรักษาพยาบาลฟรีให้มากกว่าพิกัดของบัตรสุขภาพนั้นก็ก็เป็นประเด็นที่ควรพิจารณาอย่างรอบคอบ เพราะการขยายขอบข่ายครอบคลุมของพิกัดที่กำหนดไว้เดิมนั้น เป็นการเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้แก่ระบบมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ปรากฏว่ามีจำนวนบัตรสุขภาพที่ไม่ได้มี

การใช้สิทธิในการรับบริการรักษาพยาบาลฟรีเลยในรอบปีโดยเฉลี่ยต่อกองทุนบัตรสุขภาพเป็นจำนวนถึง 10.01 บัตร และหากพิจารณาในรายละเอียดโดยจำแนกตามจำนวนบัตรที่ไม่ได้ใช้สิทธิเมื่อสิ้นปี ซึ่งปรากฏว่ามีกองทุนบัตรสุขภาพ ร้อยละ 51.4 ของกองทุนทั้งหมด มีบัตรที่ไม่ได้ใช้สิทธิเลยอยู่ในช่วง 1-10 บัตร ประมาณร้อยละ 16.7 ของกองทุนทั้งหมด มีบัตรที่ไม่ได้ใช้สิทธิเลยอยู่ในช่วง 11-20 บัตร และประมาณร้อยละ 12.2 มีบัตรที่ไม่ได้ใช้สิทธิเลยเมื่อสิ้นปีมากกว่า 20 บัตร ดังนั้นจะมีก็เพียงร้อยละ 19.8 ของกองทุนบัตรสุขภาพทั้งหมดเท่านั้น ที่ไม่ปรากฏบัตรสุขภาพที่ไม่ได้ใช้สิทธิเลยเมื่อสิ้นปี จึงแสดงให้เห็นว่าบัตรประกันสุขภาพในขั้นต้นนี้ ยังไม่ควรกำหนดจำกัดจำนวนครั้งในการรักษาพยาบาลฟรีให้สูงกว่านิกัตของบัตรสุขภาพแต่อย่างใดเพราะอย่างน้อยก็เป็นการพิสูจน์ให้เห็นแล้วว่านิกัตดังกล่าวสามารถเป็นไปได้ในกรณีบัตรสุขภาพ อีกทั้งการเพิ่มนิกัตดังกล่าวอาจก่อให้เกิดการรักษาพยาบาลเกินจำเป็นสูงขึ้นก็ได้ เนื่องจากการที่คนต้องจ่ายค่าเบี้ยประกันล่วงหน้าไปแล้วเขาย่อมอยากได้รับผลตอบแทนที่คุ้มค่า ดังนั้นการเพิ่มจำนวนครั้งในการรักษาพยาบาลอาจนำไปสู่การบริโภคเกินจำเป็น (over-consumption) และการจัดสรรทรัพยากรที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรอีกด้วย

#### 4.4.4 นิกัตวงเงินขั้นสูงสุดสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลฟรีภายใต้การคุ้มครองและส่วนลดในค่ารักษาพยาบาล

##### ก. นิกัตวงเงินขั้นสูงสุดสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

สำหรับเงื่อนไขของกองทุนบัตรสุขภาพ ที่นอกเหนือจากการกำหนดจำนวนครั้งของการรับบริการรักษาพยาบาลฟรีแล้วยังมีการกำหนดนิกัตวงเงินขั้นสูงสุดในการรักษาพยาบาลฟรีต่อครั้งไว้อีกด้วย คือ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดวงเงินค่ารักษาพยาบาลฟรีไว้ไม่เกิน 2,000 บาทต่อครั้ง แต่กระนั้นข้อมูลก็ปรากฏความแตกต่างในนิกัตนี้บ้างแต่ไม่มากนัก เพราะกองทุนส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 91.8 ของกองทุนบัตรสุขภาพทั้งหมด กำหนดนิกัตวงเงินขั้นสูงสุดในการรักษาพยาบาลฟรีต่อครั้งไว้ 2,000 บาท และมีเพียงประมาณร้อยละ 4.3 ของกองทุนทั้งหมดที่ไม่จำกัดวงเงินในการรักษาพยาบาลฟรีต่อครั้งไว้ ส่วนกองทุนบัตรสุขภาพนอกจากนั้นกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น (ตาราง 4.23)

ตาราง 4.23 : การกระจายเป็นร้อยละของกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกตามพิกัดวงเงินค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง

พิกัดวงเงินค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง		
(บาท)		ร้อยละ
2,000		91.8
2,500		0.5
3,000		2.2
4,000		0.1
อื่น ๆ		1.1
ไม่จำกัด		4.3
รวม		100.0

#### ข. ส่วนลดในการรักษาพยาบาล

นอกจากสมาชิกบัตรสุขภาพได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีภายใต้การคุ้มครองตามจำนวนครั้งที่กำหนดแล้ว สมาชิกอาจได้รับส่วนลดจากค่ารักษาพยาบาลที่เก็บตามจำนวนปกติในกรณีต่อไปนี้คือ

1. กรณีที่ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง สูงเกินกว่าพิกัดวงเงินที่อาจใช้สิทธิรักษาฟรีได้ ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินกว่าพิกัดนั้น สมาชิกบัตรสุขภาพจะต้องชำระแก่สถานบริการ โดยได้รับส่วนลดในอัตราหนึ่ง
2. กรณีที่สมาชิกบัตรสุขภาพใช้สิทธิรับบริการรักษาพยาบาล เกินกว่าพิกัดจำนวนครั้งที่กำหนด ครั้งของการรักษาที่เกินกว่าพิกัดที่กำหนดนั้นสมาชิกบัตรสุขภาพจะต้องรับผิดชอบชำระแก่สถานบริการ โดยได้รับส่วนลด และ
3. กรณีที่สมาชิกบัตรสุขภาพเลือกที่จะไม่ใช้สิทธิรับบริการรักษาฟรี (แม้ว่าจะยังไม่เกินพิกัดจำนวนครั้งหรือพิกัดวงเงินที่กำหนดก็ตาม) สมาชิกบัตรสุขภาพอาจเลือกชำระค่ารักษาพยาบาลนั้นเอง โดยได้รับส่วนลด

และจากข้อมูลปรากฏว่ากองทุนบัตรสุขภาพเพียงร้อยละ 4.2 ของกองทุนทั้งหมดเท่านั้นที่ไม่ให้สิทธิรับส่วนลดดังกล่าว ส่วนกองทุนบัตรสุขภาพอีกร้อยละ 95.8 ของกองทุนทั้งหมด ได้กำหนดส่วนลดในการรักษาพยาบาลแก่สมาชิกแตกต่างกันออกไป ดังแสดงในตาราง 4.24 (เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ, 2533 : 71.)

ตาราง 4.24 : การกระจายเป็นร้อยละของกองทุนบัตรสุขภาพ จำแนกตามอัตราส่วนลดที่ให้แก่สมาชิก (เฉพาะกองทุนที่ให้สิทธิรับส่วนลด)

อัตราร้อยละของส่วนลดที่ให้	ร้อยละ
5 %	0.1
10 %	96.5
15 %	3.0
20 %	0.3
อื่น ๆ	0.1
รวม	100.0

จากข้อมูลที่ปรากฏข้างต้น ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่ากองทุนบัตรสุขภาพได้กำหนดเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ในบัตรสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน คือกำหนดนิกัด้วงเงินชั้นสูงสุดในการรักษาพยาบาลฟรีต่อครั้งไว้ 2,000 บาท และให้ส่วนลดในการรักษาพยาบาลอีก 10% จากค่ารักษาพยาบาลที่เก็บตามปกติ ดังที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นเกณฑ์กลางไว้ แต่ทั้งนี้การปรากฏเงื่อนไขที่แตกต่างกันออกไปบ้าง โดยเฉพาะเงื่อนไขวงเงินชั้นสูงสุดสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มากกว่า 2,000 บาท และส่วนลดในการรักษาพยาบาลที่มากกว่า 10 % ได้แสดงให้เห็นถึงโอกาสในการปรับเงื่อนไขดังกล่าวให้กว้างขวางขึ้นกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดใช้ในกรณีบัตรสุขภาพ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการซื้อบัตร แต่กระนั้นเงื่อนไขดังกล่าวย่อมนำมาซึ่งภาระค่าใช้จ่ายต่อระบบประกันสุขภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการปรับขยายนิกัด้วงเงินชั้นสูงสุดในการรักษา



พยาบาลฟรีต่อครั้งและส่วนลดในการรักษาพยาบาลในส่วนที่สมาชิกต้องจ่ายเองจึงเป็นประเด็นที่ควรศึกษาอย่างละเอียดต่อไป เพราะคงต้องอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับราคาค่ารักษาพยาบาลของการให้บริการแต่ละชนิด แต่ละประเภทในการกำหนดนั้นด้วย