บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัยและข้อสนเทศบางประการจากการประเมินโครงการบัตรสุขภาพ

3.1 กรอบการวิเคราะห์

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการปรับกองทุนบัตรสุขภาพเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพโดยใช้กองทุนบัตรสุขภาพเป็นหน่วยของการวิเคราะห์หลัก (unit of analysis) ซึ่งจะวิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ในประเด็นต่าง ๆ 4 ประเด็นดังนี้คือ

1. ความเป็นไปได้ในประเด็นของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ โดยจะศึกษาถึงหลักการและวัตถุประสงค์ของการดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพ เพื่อพิจารณาถึงแนวคิดที่อยู่บนพื้นฐานของการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ และศึกษาถึงการดำเนินงานของกองทุนบัตรสุขภาพในการขายบัตรสุขภาพให้แก่สมาชิก รวมถึงอัตราการครอบคลุมประชากรเป้าหมายของโครงการบัตรสุขภาพในปัจจุบัน เพื่อที่จะได้หาลู่ทางในการปรับการดำเนินงานของกองทุนบัตรสุขภาพให้สามารถครอบคลุมประชากรทั้งประเทศโดยอยู่ภายใต้หลักของความสมัครใจในการประกันสุขภาพอย่างแท้จริง

2. ความเป็นไปได้ในประเด็นของขนาดของกองทุนและราคาบัตร (เบี้ยประกัน) โดยศึกษาถึงขนาดของกองทุนและราคาบัตรขั้นต่ำสุด ที่กองทุนจะสามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจได้ โดยขนาดของกองทุนที่ศึกษาจะเป็นขนาดในความหมายของจำนวนสมาชิก และปริมาณเงินกองทุน ในประเด็นนี้จะพิจารณาทั้งในด้าน อุปสงค์ และ อุปทานของการประกันสุขภาพ โดยพิจารณาในฐานะที่อยู่บนฐานของการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นสำคัญ เนื่องจากโครงการบัตรสุขภาพมิได้เป็นโครงการที่แสวงหากำไรแต่อย่างใด ราคาบัตรสุขภาพจึงควรเป็นราคาที่สะท้อนถึงต้นทุนของโครงการ จากการพิจารณาต้นทุนของโครงการบัตรสุขภาพทั้งหมดจะเห็นว่ากระทรวงสาธารณสุขรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนของค่าใช้จ่ายลงทุนอันรวมถึง ที่ดิน

สิ่งก่อสร้าง อาคารสถานพยาบาล ครุภัณฑ์ในการรักษาพยาบาล และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจึงทำให้ต้นทุนที่เกิดขึ้นของบัตรสุขภาพมีเพียงค่าใช้จ่ายในการดำเนินการที่เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในการบริหารกองทุนบัตรสุขภาพเท่านั้น ค่ารักษาพยาบาลในที่นี้จะหมายถึง ค่าใช้จ่ายที่กองทุนบัตรสุขภาพได้ส่งมอบให้แก่สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ สถานีอนามัย(สอ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) เพื่อสนับสนุนเป็นค่ารักษาพยาบาลของสมาชิกบัตรสุขภาพที่เจ็บป่วย ดังนั้นขนาดของกองทุนและราคาบัตรขั้นต่ำสุดที่จะเป็นไปได้ จึงควรเป็นค่าที่คาดประมาณจากค่าใช้จ่ายของกองทุนบัตรสุขภาพ และใช้วิธี Sensitivity Analysis เพื่อพิจารณาถึงค่าที่เหมาะสมโดยการเปลี่ยนข้อสมมุติแล้ววัดผลที่เกิดขึ้นโดยดูผลสรุปว่าจะเปลี่ยนแปลงหรือไม่เพื่อความมั่นใจในการนำผลไปใช้วิเคราะห์ต่อไป

สำหรับด้านอุปสงค์ของการประกันสุขภาพนั้น จะพิจารณาถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดอุปสงค์ซึ่งน่าจะได้แก่ รายจ่ายเพื่อสุขภาพอนามัยโดยปกติ และราคาบัตรเป็นสำคัญ เนื่องจากการที่สมาชิกจะตัดสินใจซื้อบัตรหรือไม่นั้น สิ่งแรกที่เขาพิจารณาก็คือราคาบัตร ดังนั้นการวิเคราะห์ส่วนนี้จึงได้วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างรายจ่ายเพื่อสุขภาพอนามัยโดยปรกติ กับราคาบัตรเพื่อเป็นการแสดงถึงราคาที่พิจารณาความเหมาะสมทั้งด้านอุปสงค์และด้านอุปทาน ของการประกันสุขภาพ

3. ความเป็นไปได้ในประเด็นของการบริหารกองทุนจะศึกษาถึงหลักการบริหารกองทุนบัตรสุขภาพโดยชุมชนที่ดำเนินการอยู่ว่ามีความเหมาะสมเพียงใด รวมถึงการบริหารจัดการกองทุนและการจัดการทางการเงินของกองทุน ซึ่งจะพิจารณาตั้งแต่ การขายบัตรสุขภาพ การจัดเก็บเงินจากการขายบัตร การใช้เงินกองทุน ทั้งเพื่อการบริหารจัดการกองทุนฯ และเพื่อการจัดสรรเงินกองทุนฯให้แก่สถานพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ รวมถึงการจัดหาผลประโยชน์จากเงินกองทุน เพื่อที่จะพิจารณาแนวทางในการบริหารจัดการกองทุนประกันสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเชิงเศรษฐกิจต่อไป

4. ความเป็นไปได้ในประเด็นของขอบข่ายการคุ้มครองของการประกัน (Coverage) โดยจะพิจารณาถึงขอบข่ายการคุ้มครองของบัตรสุขภาพที่ใช้อยู่ถึงความเหมาะสมในการที่จะปรับเข้าสู่การประกันสุขภาพ ซึ่งจะพิจารณาถึงชนิดและประเภทของการเจ็บป่วยที่อยู่ในขอบข่ายการคุ้มครอง จำนวนบุคคลหรือสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการคุ้มครอง วงเงินสูงสุดสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลฟรีภายใต้การคุ้มครอง จำนวนครั้ง (episode) ที่สมาชิกสามารถใช้สิทธิรักษาฟรีและอัตราส่วนลดในกรณีที่สมาชิกต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเกินกว่าวงเงินขั้นสูงสุด ที่ได้รับ

สิทธิรักษาฟรี หรือกรณีที่ผู้ถือบัตรไม่ใช้สิทธิในการรักษาฟรีโดยเลือกจ่ายค่ารักษาพยาบาลครั้งนั้นเอง

ทั้งนี้เพื่อชี้ให้เห็นถึงความเป็นไปได้และแนวทางในการปรับขยายกองทุนบัตรสุขภาพเข้าสู่การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

3.2 ข้อมูลและตัวแปร

การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการปรับกองทุนบัตรสุขภาพในประเด็นต่าง ๆ นั้น จะใช้ข้อมูลจาก "โครงการวิเคราะห์เพื่อประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข" ซึ่งกองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ดำเนินการตั้งแต่ เมษายน 2532 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำมะโนกองทุนบัตรสุขภาพทุกจังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) โดยให้เจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขในแต่ละจังหวัดเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและได้มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เหล่านั้นก่อนที่จะดำเนินการเก็บข้อมูลอีกด้วย อีกทั้งได้มีการติดตามผลการเก็บข้อมูลและนิเทศเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูล โดยเลือกติดตามและนิเทศเป็นบางจังหวัดและบางพื้นที่โดยเจ้าหน้าที่จากส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงของการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานของกองทุนบัตรสุขภาพทุกกองทุน ที่ปรากฏดำเนินงานอยู่ ณ วันที่ 30 กันยายน 2531 การกำหนดวันที่ 30 กันยายน 2531 เป็นวันแจงนับหรือวันสำมะโน เนื่องจากแต่ละกองทุนเริ่มต้นดำเนินงานไม่พร้อมกัน กำหนดวันและเดือนที่เริ่มต้นปีดำเนินงานและสิ้นสุดปีดำเนินงานของแต่ละกองทุนบัตรสุขภาพก็แตกต่างกัน จึงต้องกำหนดวันดังกล่าวเพื่ออ้างถึงข้อมูลในฐานเดียวกันเพื่อการวิเคราะห์เปรียบเทียบ

อย่างไรก็ตามการที่กองทุนบัตรสุขภาพแต่ละกองทุนมีกำหนดวันดำเนินงานไม่ตรงกันจึงทำให้การแจงนับและวิเคราะห์ข้อมูลมีอุปสรรคพอสมควร เพื่อลดอุปสรรคดังกล่าวนั้นจึงได้กำหนดให้ปีดำเนินงานเต็มปีล่าสุดของแต่ละกองทุนเป็นหลักของการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งปีดำเนินงานเต็มปีล่าสุดนั้น หมายถึง ปีดำเนินงานของกองทุนบัตรสุขภาพปีใดก็ตามที่ได้สิ้นสุดปีดำเนินงานนั้นแล้วเป็นปีล่าสุดหรือปีสุดท้ายก่อนเดือน เมษายน 2532

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับรายจ่ายของครัวเรือนที่ใช้จ่ายเพื่อสุขภาพอนามัยโดยปกติ ในการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในประเด็นของขนาดของกองทุน และราคาบัตร และข้อมูลเกี่ยวกับขนาด

ของครัวเรือน ในการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในประเด็นของขอบข่ายการคุ้มครอง จะใช้ข้อมูลในปี พ.ศ. 2531 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ปรากฏเป็นตัวแปรและข้อมูลในแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

1. <u>เกี่ยวกับการประกันโดยสมัครใจ</u>

ก. ตัวแปรที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการศึกษาในประเด็นนี้ ได้แก่

- จำนวนกองทุนบัตรสุขภาพ รายจังหวัด
- จำนวนเงินกองทุนบัตรสุขภาพ รายจังหวัด
- จำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพ รายจังหวัด
- จำนวนบัตรสุขภาพ ประเภทบัตรครอบครัว บัตรบุคคล และบัตรอนามัยแม่และเด็ก รายจังหวัด
- อัตราการครอบคลุมของบัตรสุขภาพ ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ครัวเรือน และประชากร รายจังหวัด

ข. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในประเด็นนี้ ได้แก่

- ระดับของกองทุนบัตรสุขภาพ ได้แก่ ระดับหมู่บ้าน ระดับกลุ่มหมู่บ้าน ระดับตำบล และระดับกลุ่มตำบล
- จำนวนหมู่บ้านในกองทุนบัตรสุขภาพ หมายถึง จำนวนหมู่บ้านที่กองทุนบัตรสุขภาพ นั้น ๆ ครอบคลุมการดำเนินงานอยู่

2. <u>เกี่ยวกับขนาดของกองทุนและราคาบัตร</u>

ก. ตัวแปรที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการศึกษาในประเด็นนี้ ได้แก่

- ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของกองทุนบัตรสุขภาพ หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่กองทุนจ่ายให้แก่สถานบริการได้แก่ สถานีอนามัย (สอ.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) เพื่อสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลของสมาชิกบัตรสุขภาพที่เจ็บป่วย
- ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกองทุนบัตรสุขภาพ

- ราคาบัตรสุขภาพ
- จำนวนบัตรครอบครัว หมายถึง จำนวนบัตรครอบครัวที่ขายได้

ข. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในประเด็นนี้ ได้แก่

- ยอดค้างชำระจากกองทุนบัตรสุขภาพในปีงบประมาณ 2531 ของสถานีอนามัย
- ยอดค้างชำระจากกองทุนบัตรสุขภาพในปีงบประมาณ 2531 ของโรงพยาบาลชุมชน
- ยอดค้างชำระจากกองทุนบัตรสุขภาพในปีงบประมาณ 2531 ของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์
- รายจ่ายของครัวเรือนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยเฉลี่ยทั้งประเทศและรายภาค

ค. <u>เกี่ยวกับการบริหารกองทุน</u>

ก. ตัวแปรที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการศึกษาในประเด็นนี้ ได้แก่

- จำนวนเงินที่ประมาณไว้จากยอดจำหน่ายบัตร
- จำนวนเงินกองทุนบัตรสุขภาพ
- ผลตอบแทนจากเงินกองทุนบัตรสุขภาพ หมายถึง ผลตอบแทนหรือผลประโยชน์ที่ได้รับจากการนำเงินกองทุนให้กู้ยืมหรือลงทุน เฉพาะที่เป็นจำนวนเงิน
- จำนวนบัตรครอบครัว
- จำนวนสมาชิกบัตรครอบครัว
- จำนวนเงินที่กองทุนจ่ายให้แก่สถานีอนามัย
- จำนวนเงินที่กองทุนจ่ายให้แก่โรงพยาบาลชุมชน
- จำนวนเงินที่กองทุนจ่ายให้แก่โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์
- ค่าธรรมเนียมขายบัตร
- ค่าบริหารกองทุน
- ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่สถานบริการ
- จำนวนเงินให้สมาชิกกู้ยืม
- จำนวนเงินลงทุนในกิจการต่าง ๆ

ง. <u>เกี่ยวกับขอบข่ายการคุ้มครอง</u>

ก. ตัวแปรที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการศึกษาในประเด็นนี้ ได้แก่

- จำนวนคนในครอบครัวสูงสุดที่อาจใช้สิทธิได้
- จำนวนบัตรครอบครัว
- จำนวนสมาชิกบัตรครอบครัว
- จำนวนครั้งสูงสุดที่อาจใช้สิทธิรักษาฟรีได้
- วงเงินขั้นสูงสุดที่อาจใช้สิทธิรักษาฟรีได้ต่อครั้งของการรักษาพยาบาล
- อัตราส่วนลดในกรณีที่ผู้ถือบัตรไม่ใช้สิทธิรักษาฟรี หรือกรณีที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเกินกว่าวงเงินขั้นสูงสุดที่ได้รับสิทธิรักษาฟรี

ข. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในประเด็นนี้ ได้แก่

- จำนวนบัตรสุขภาพที่ไม่ได้ใช้สิทธิรักษาฟรี หมายถึง จำนวนบัตรสุขภาพที่ไม่ได้ใช้สิทธิรักษาฟรี จนกระทั่งสิ้นปีดำเนินงาน
- ขนาดของครัวเรือนโดยเฉลี่ยทั้งประเทศ และรายภาค

3.3 <u>ข้อสนเทศบางประการจากการประเมินโครงการบัตรสุขภาพ ณ 30 กันยายน 2531</u>

3.3.1 <u>สถานภาพของโครงการบัตรสุขภาพ</u>

ภาพรวมเกี่ยวกับสถานภาพของโครงการบัตรสุขภาพในวันที่ 30 กันยายน 2531 มีกองทุนบัตรสุขภาพเปิดดำเนินงานอยู่ 10,685 กองทุน มีวงเงินกองทุนทั้งสิ้น 119,752,262 บาท มีบัตรสุขภาพในกระแสหมุนเวียนทั้งหมด 458,218 บัตร มีสมาชิกบัตรสุขภาพ 2,107,838 คน จำแนกเป็นบัตรครอบครัว 407,276 บัตร บัตรบุคคล 22,141 บัตร และบัตรอนามัยแม่และเด็ก 28,801 บัตร ณ วันที่ 30 กันยายน 2531 มีการดำเนินงานบัตรสุขภาพครบทุกจังหวัด แต่ประมาณร้อยละ 17 ของอำเภอ และร้อยละ 32 ของตำบลที่เคยดำเนินงานบัตรสุขภาพมาตั้งแต่ปี 2526 ได้เลิกดำเนินงานบัตรสุขภาพไปแล้วก่อน 30 กันยายน 2531 กองทุนที่เปิดดำเนินงานอยู่ในวันที่ 30 กันยายน 2531 จึงเป็นเพียงร้อยละ 57 ของกองทุนบัตรสุขภาพทั้งหมดที่เคยเปิด

ดำเนินงานมา (เมื่อพิจารณารวมกองทุนที่เลิกดำเนินงานไปก่อนหน้านั้น และกองทุนที่เพิ่งเปิดดำเนินงานใหม่เป็นจำนวนกองทุนสุทธิแล้ว) การดำเนินงานบัตรสุขภาพได้ลดขอบข่ายลงค่อนข้างชัดเจนในระยะ 1 ปีระหว่าง กันยายน 2530 ถึง กันยายน 2531 แต่ก็มิอาจระบุชัดเจนได้ว่ากองทุนได้เลิกดำเนินงานไปเท่าใดเพราะก็มีกองทุนเริ่มเปิดดำเนินงานใหม่เป็นครั้งแรกในช่วงปีนั้นเช่นกัน ขนาดของกองทุนบัตรสุขภาพที่เปิดดำเนินงานอยู่ในวันที่ 30 กันยายน 2531 นั้นปรากฏว่าเป็นมูลค่าเงินทุน ประมาณ 11,244 บาทต่อกองทุน สมาชิกประมาณ 198 คนต่อกองทุน บัตรสุขภาพทุกประเภทประมาณ 33 บัตรต่อกองทุน โครงการบัตรสุขภาพที่ดำเนินงานอยู่ ณ 30 กันยายน 2531 นั้น จัดว่าครอบคลุมร้อยละ 80 ของอำเภอทั้งประเทศ ร้อยละ 48 ของตำบลทั้งประเทศ ร้อยละ 20 ของหมู่บ้านทั้งประเทศ และร้อยละ 4.49 ของประชากรทั้งประเทศ สถานภาพการดำเนินงานบัตรสุขภาพในแต่ละจังหวัด และแต่ละเขตสาธารณสุข มีความหลากหลายแตกต่างกันค่อนข้างมาก

3.3.2 สถานภาพของกองทุนบัตรสุขภาพ

กองทุนบัตรสุขภาพทั่วประเทศที่เปิดดำเนินงาน ณ 30 กันยายน 2531 จำนวน 10,685 กองทุนนั้น ปรากฏข้อมูลการแจงนับการดำเนินงานเต็มปีที่เป็นปีล่าสุดของกองทุนต่าง ๆ 9,582 กองทุน นอกจากนั้นเป็นกองทุนตั้งใหม่ที่ยังดำเนินงานไม่ครบปีเต็มหรือดำเนินงานครบปีเต็มมาแล้วแต่ข้อมูลสูญหายหรือไม่ได้รวบรวมไว้ จากกองทุนบัตรสุขภาพ 9,582 กองทุนนั้น เกือบทั้งหมดเป็นกองทุนระดับหมู่บ้าน แม้จะมีกองทุนระดับกลุ่มหมู่บ้าน และระดับตำบลอยู่บ้างก็ตาม ประมาณร้อยละ 97.6 เป็นกองทุนนอกเขตเทศบาล โดยเฉลี่ยแล้วมีอายุการดำเนินงานเพียงปีเศษ มีเพียงร้อยละ 0.4 ของกองทุนทั้งหมดเท่านั้นที่ดำเนินงานมาเป็นปีที่ 5 กองทุนส่วนใหญ่ดำเนินงานต่อเนื่องมาโดยตลอดนับตั้งแต่เริ่มแรกเปิดดำเนินงาน กองทุนบัตรสุขภาพเหล่านี้ในปีดำเนินงานเต็มปีล่าสุด มีสมาชิกประมาณ 194 คนโดยเฉลี่ย เป็นสมาชิกประเภทบัตรครอบครัว 190 คน นอกจากนั้นเป็นสมาชิกประเภทบัตรบุคคล และบัตรอนามัยแม่และเด็ก กองทุนเหล่านี้มีสมาชิกในครัวเรือนต่างๆ ประมาณร้อยละ 40 ของครัวเรือนในหมู่บ้านหรือชุมชนที่กองทุนนั้นตั้งอยู่ กองทุนต่าง ๆ เหล่านี้มีการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขและสิทธิประโยชน์ของบัตรสุขภาพอยู่บ้างในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในพิกัดจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาจใช้สิทธิได้ ในบัตรครอบครัว 1 บัตร ในการดำเนินงานเต็มปีล่าสุดนั้น กองทุนโดยเฉลี่ยกำหนดพิกัดจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาจใช้สิทธิได้ในบัตรครอบครัว 1 บัตร ประมาณ 5.43 คน กำหนดพิกัดจำนวนครั้งของการใช้สิทธิรักษาพยาบาลฟรีสำหรับบัตรครอบครัว ประมาณ 6.07 ครั้ง และประมาณ

4.33 ครั้งสำหรับบัตรบุคคล กำหนดพิกัดวงเงินค่ารักษาพยาบาลที่อาจใช้สิทธิฟรีได้ต่อครั้ง (episode) 2,020 บาทโดยประมาณ และกำหนดให้ส่วนลดในค่ารักษาพยาบาล หากสมาชิกประสงค์หรือต้องชำระค่ารักษาพยาบาลเองไว้ประมาณร้อยละ 10 ในเกือบทุกกองทุน

ในปีดำเนินงานเต็มปีล่าสุดแต่ละกองทุนโดยเฉลี่ยขายบัตรครอบครัวได้ 31.44 บัตร บัตรบุคคล 1.12 บัตร และบัตรอนามัยแม่และเด็ก 2.88 บัตร กับมีบัตรต่ออายุ (ข้ามปีดำเนินงาน) อีกประมาณ 3.8 บัตรต่อกองทุน สมาชิกบัตรสุขภาพของแต่ละกองทุนใช้สิทธิรับบริการประเภทผู้ป่วยนอกจากสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุขประมาณ 207 ครั้ง (episode) เป็นบริการจากสถานีอนามัย 91 ครั้ง จากโรงพยาบาลชุมชน 68 ครั้ง และจากโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ 48 ครั้ง กับได้ใช้สิทธิรับบริการประเภทผู้ป่วยในประมาณ 9 ครั้ง (episode) โดยเฉลี่ยต่อกองทุน ซึ่งเป็นบริการจากสถานีอนามัย (บางแห่ง) 0.35 ครั้ง อย่างไรก็ดี ในรอบปีดำเนินงานล่าสุดแต่ละกองทุนก็มีบัตรสุขภาพที่ไม่ได้ใช้สิทธิเลยประมาณ 10 บัตร โดยเฉลี่ยต่อกองทุน กองทุนบัตรสุขภาพมีรายได้จากค่าขายบัตรสุขภาพกองทุนละ 10,661 บาท โดยเฉลี่ย และมีรายได้ซึ่งเป็นผลตอบแทนจากการลงทุนในกิจการต่าง ๆ เฉลี่ยกองทุนละ 2,041 บาท ซึ่งเมื่อหักยอดเงินที่แต่ละกองทุนได้จ่ายชดเชยให้สถานบริการระดับต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังปรากฏรายรับสุทธิอีกถึงกองทุนละ 3,385 บาท โดยประมาณ แต่ยอดเงินที่กองทุนบัตรสุขภาพนำไปใช้ลงทุนในกิจการต่างๆ นั้นก็เป็นเพียงประมาณร้อยละ 9 ของเงินที่ได้จากการขายบัตรเท่านั้น ในขณะที่รายจ่ายอื่นของกองทุนมีสูงถึงกว่าร้อยละ 50 ของเงินได้จากการขายบัตร

3.3.3 สถานภาพของสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข

ในปีงบประมาณ 2531 นั้นสถานีอนามัยแต่ละแห่งโดยเฉลี่ยมีสมาชิกบัตรสุขภาพมาใช้บริการประมาณ 233 ครั้ง ในจำนวนนี้สถานีอนามัยได้กลั่นกรองให้บริการแล้วและได้ส่งต่อไปรับบริการยังสถานบริการระดับที่สูงกว่าโดยเฉลี่ย 87 ราย หรือประมาณร้อยละ 37.5 ค่าใช้จ่ายในราคาตลาดในการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพ ซึ่งสถานีอนามัยแต่ละแห่งรับผิดชอบเป็นประมาณ 6,225 บาท ภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมดนี้เป็นส่วนของสมาชิกบัตรครอบครัวร้อยละ 91 บัตรบุคคลร้อยละ 3 และบัตรอนามัยแม่และเด็กร้อยละ 6 เมื่อเฉลี่ยค่าใช้จ่ายทั้งหมดต่อการมารับบริการ 1 ครั้ง (cost per visit) ตกประมาณ 26.70 บาท สถานีอนามัยแต่ละแห่งได้รับเงินส่วนแบ่งจากกองทุนบัตรสุขภาพเพื่อชดเชยค่าใช้จ่ายในการให้บริการแต่สมาชิกบัตรสุขภาพ

ประมาณ 14,041 บาท และกองทุนบางแห่งก็ยังค้างชำระอยู่คิดเป็นวงเงินประมาณ 6,532 บาท ขณะเดียวกันสถานีอนามัยมีรายรับจากส่วนที่เรียกเก็บจากผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพด้วยประมาณ 3,408 บาท โดยเฉลี่ยต่อแห่ง เมื่อประมาณความคุ้มทุนจากรายรับเทียบกับค่าใช้จ่ายแล้วปรากฏว่าในการให้บริการสมาชิกบัตรสุขภาพนั้น สถานีอนามัยมีอัตราการคืนทุนถึงร้อยละ 280 ซึ่งถ้ารวมหนี้ค้างชำระจากกองทุนด้วยแล้ว อัตราการคืนทุนนี้จะสูงถึงร้อยละ 385 และสถานีอนามัยโดยทั่วไปได้ใช้ทรัพยากรไปในการส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมของโครงการบัตรสุขภาพบ้างแต่ไม่มากนัก ส่วนในแง่กำลังคนนั้น สถานีอนามัยโดยเฉลี่ยใช้กำลังคนช่วยในงานบัตรสุขภาพประมาณ 86 คน-ชั่วโมงต่อเดือน (man-hours per month) หรือประมาณ 0.54 คน

โรงพยาบาลระดับอำเภอ หรือโรงพยาบาลชุมชนนั้น ในปีงบประมาณ 2531 มีสมาชิกบัตรสุขภาพมาใช้บริการประมาณ 1,251 ครั้งต่อโรงพยาบาล กับมีสมาชิกบัตรสุขภาพมาใช้บริการประเภทผู้ป่วยในประมาณ 127 รายต่อโรงพยาบาล ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการระดับล่างโดยเฉพาะจากสถานีอนามัย โดยเฉลี่ย 603 ครั้ง และเป็นผู้ป่วยในประมาณ 76 รายต่อโรงพยาบาล อัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่ รพช. รับไว้ต่อแห่งคิดเป็นร้อยละ 48.24 ของจำนวนครั้งทั้งหมด และร้อยละ 59.85 ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพในจำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพที่มารับบริการที่ รพช. ทั้งหมดนี้ รพช. ได้ส่งต่อไปยัง รพท./รพศ. ประมาณ 36 รายต่อแห่ง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 2.85 ของจำนวนครั้งทั้งหมด และร้อยละ 5.90 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดที่ รพช. รับไว้ให้บริการ ค่าใช้จ่ายในราคาตลาดในการให้บริการผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพ ซึ่ง รพช. แต่ละแห่งรับผิดชอบเป็นประมาณ 170,885 บาทต่อโรงพยาบาล ซึ่งภาระค่าใช้จ่ายนี้เป็นส่วนของสมาชิกบัตรครอบครัวร้อยละ 92 บัตรบุคคลร้อยละ 2 และบัตรอนามัยแม่และเด็กร้อยละ 6 โดยประมาณ ร้อยละ 60 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมดเป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการประเภทผู้ป่วยนอก และร้อยละ 40 เป็นค่าใช้จ่ายในการให้บริการประเภทผู้ป่วยใน เมื่อเฉลี่ยค่าใช้จ่ายทั้งหมดต่อครั้ง (cost per visit) ตกประมาณ 137 บาท และค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อผู้ป่วยใน 1 คน (in - patient cost per in - patient) ตกประมาณ 444 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อครั้ง (out - patient cost per visit) ตกเพียงประมาณ 66 บาท ขณะเดียวกันในปีงบประมาณ 2531 รพช. โดยเฉลี่ยมีรายรับจากกองทุนบัตรสุขภาพเป็นส่วนแบ่งประมาณ 46,733 บาท แต่ก็ยังมียอดค้างชำระจากบางกองทุนอีกประมาณ 28,963 บาท ในขณะที่ รพช. แต่ละแห่งได้รับค่าบริการโดยตรงจากผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพด้วยคือประมาณ 22,700 บาท เมื่อประมาณความคุ้มทุนจากรายรับเทียบกับค่าใช้จ่ายแล้ว จึงปรากฏว่า ในการให้บริการสมาชิกบัตรสุขภาพนั้น รพช. ใน

ภาพรวมมีอัตราการคืนทุนประมาณร้อยละ 40.63 ทั้งนี้หากรวมหนี้ค้างชำระจากกองทุนต่าง ๆ ด้วยแล้วอัตราการคืนทุนก็จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 57.58 รพช. ได้ใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ของตนไปในการบริการส่งเสริมและสนับสนุนงานบัตรสุขภาพอยู่บ้างแต่ไม่มากนัก แต่ในแง่ของกำลังคนแล้ว รพช. โดยเฉลี่ย ได้ใช้กำลังคนช่วยในงานบัตรสุขภาพที่นอกเหนือจากการให้บริการรักษาพยาบาล ประมาณ 136 คน-ชั่วโมงต่อเดือน หรือประมาณ 0.85 คน

โรงพยาบาลระดับจังหวัด หรือโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์นั้น ในปีงบประมาณ 2531 มีสมาชิกบัตรสุขภาพมาใช้บริการประมาณ 5,530 ครั้งต่อโรงพยาบาล และใช้บริการประเภทผู้ป่วยใน 905 รายต่อโรงพยาบาล ในจำนวนนี้เป็นผู้ที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการระดับล่าง คือ รพช. หรือ สถานีอนามัย โดยเฉลี่ย 2,607 ครั้ง และผู้ป่วยใน 810 รายต่อโรงพยาบาล อัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่รับเข้ายัง รพท./รพศ. แต่ละแห่งรับผิดชอบประมาณ 1.18 ล้านบาท ต่อโรงพยาบาล ซึ่งจำแนกเป็นส่วนของสมาชิกบัตรครอบครัวร้อยละ 85 บัตรบุคคลร้อยละ 5 และบัตรอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ 10 โดยประมาณ เมื่อเฉลี่ยค่าใช้จ่ายทั้งหมดต่อครั้ง (cost per visit) ตกประมาณ 213 บาท และค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อผู้ป่วยใน 1 คน (in-patient cost per in-patient) ตกประมาณ 877 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกต่อครั้ง (out-patient cost per visit) ตกเพียงประมาณ 51 บาท ในปีงบประมาณ 2531 นั้น รพท./รพศ. โดยเฉลี่ยมีรายรับจากกองทุนบัตรสุขภาพเป็นส่วนแบ่งประมาณ 332,342 บาท แต่ก็ยังมียอดค้างชำระจากกองทุนอีกประมาณ 90,305 บาท ในขณะที่ รพท./รพศ.แต่ละแห่งได้รับค่าบริการโดยตรงจากผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกบัตรสุขภาพด้วยคือประมาณ 187,614 บาทต่อโรงพยาบาล เมื่อประมาณความคุ้มทุนจากรายรับเทียบกับค่าใช้จ่ายแล้วจึงปรากฏว่าในการให้บริการสมาชิกบัตรสุขภาพนั้น รพท./รพศ. ในภาพรวมมีอัตราการคืนทุน ประมาณร้อยละ 46.59 เมื่อไม่รวมหนี้ค้างชำระจากกองทุน และถ้ารวมหนี้ค้างชำระจากกองทุนด้วยแล้ว อัตราการคืนทุนก็จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 54.25 รพท./รพศ. ได้ใช้ทรัพยากรต่างๆ ของตนไปในการบริการส่งเสริมและสนับสนุนงานบัตรสุขภาพอยู่บ้างแต่ไม่มากนัก ส่วนในแง่กำลังคนของ รพท./รพศ.ที่ช่วยในงานบัตรสุขภาพนอกเหนือไปจากการให้บริการรักษาพยาบาลนั้น มีถึงประมาณ 206 คน-ชั่วโมงต่อเดือน (man-hours per month) โดยเฉลี่ยต่อโรงพยาบาล

3.3.4 ความเห็นของผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับจังหวัดและอำเภอต่อโครงการบัตรสุขภาพ

จากการประมวลความเห็นของผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับปฏิบัติ ในพื้นที่ประกอบการประเมินโครงการบัตรสุขภาพ ในอัตราร้อยละ 94.4 ของสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด และร้อยละ 84.6 ของสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด สรุปได้ว่า ร้อยละ 85 ของ สสจ./สสอ. เห็นว่าตนเองมีบทบาทระดับปานกลาง หรือค่อนข้างน้อย ในการส่งเสริมและดำเนินงานบัตรสุขภาพ ในระยะปีงบประมาณ 2531 โดยใช้เวลากับกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบัตรสุขภาพเพียงประมาณ 3 ชั่วโมงเศษ ต่อสัปดาห์โดยเฉลี่ยเท่านั้น ประมาณร้อยละ 85 ของ สสจ./สสอ. ได้มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ของสำนักงานปฏิบัติภารกิจต่างๆเกี่ยวกับบัตรสุขภาพ โดยใช้เพียง 1-2 คน และแต่ละคนใช้เวลาไม่มากนัก ส่วนมากเป็นการปฏิบัติงานร่วมกับภารกิจในกิจกรรมอื่นๆ ควบคู่กันไป และได้ใช้วัสดุอุปกรณ์ของสำนักงานเพื่องานบัตรสุขภาพอยู่บ้างแต่ก็ไม่มากนัก ส่วนที่ใช้เงินของสำนักงานนั้นคิดเป็นประมาณ 3,830 บาทโดยเฉลี่ยในช่วงปีงบประมาณ 2531

สสจ./สสอ.ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64) เห็นด้วยกับหลักการเดิมของโครงการบัตรสุขภาพ และประมาณร้อยละ 31 ไม่เห็นด้วย ส่วนปัญหาสำคัญของการดำเนินงานบัตรสุขภาพนั้น ส่วนใหญ่เห็นว่ามีปัญหาอุปสรรคมากที่กองทุนบัตรสุขภาพ และปัญหาเกี่ยวกับตัวสมาชิกบัตรสุขภาพเป็นสำคัญ ร้อยละ 60 ของ สสจ./สสอ.ทั้งหมดเห็นว่าควรดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพต่อไปโดยปรับปรุงบางประเด็นให้เหมาะสมยิ่งขึ้น กับอีกร้อยละ 11 เห็นว่าควรดำเนินงานต่อไปตามที่เป็นอยู่เดิม และประเด็นที่ควรแก้ไขปรับปรุงนั้น ที่สำคัญ ๆ คือ ประเด็นเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และเงื่อนไขของบัตรสุขภาพและที่เกี่ยวกับกองทุนบัตรสุขภาพโดยตรง

3.4 วิธีการวิเคราะห์

การวิจัยนี้จะแยกวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในแต่ละประเด็นตามวัตถุประสงค์ ทั้งในเชิงพรรณนา และในเชิงปริมาณ ซึ่งจะแสดงในรูปของอัตราส่วน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย รวมถึงเสนอแนวทางในการปรับการดำเนินการของกองทุนบัตรสุขภาพ ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะปรับเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพต่อไป

1173106688