

พฤติกรรมการใช้บริการและค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ ในโครงการบัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ ปี 2537 ของจังหวัดสระบุรี

HEALTH SEEKING BEHAVIOUR AND EXPENDITURE OF CARD MEMBER IN INSURANCE CARD PROGRAMME BY WILLINGNESS IN 1994 OF SARABURI PROVINCE

• นพ.ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา
รวีวรรณ ศิริสมบูรณ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
Dr. Sakchai Kanjanawatana
Rawewan Sirisomboon
Saraburi Provincial Health Office

การศึกษานี้เป็นตัวอย่างหนึ่งของ
การประกันสุขภาพโดยสมัครใจ
ในรูปแบบของบัตรสุขภาพ
ภายใต้โครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ ของ
กระทรวงสาธารณสุข วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้
คือการนำผลการศึกษามาพัฒนา
รูปแบบการประกันสุขภาพโดยสมัครใจในจังหวัด
ให้สอดคล้องกับสภาพท้องถิ่น
เพื่อให้เกิดศักยภาพในการบริหารจัดการกองทุน
และการบริการที่เกิดประโยชน์กับสมาชิกบัตร
ได้อย่างครอบคลุม

บทนำ

ตาม บัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย
มาตรา 41 ว่าด้วย "บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับ
บริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้
รับการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้ตามที่
กฎหมายบัญญัติ" หมายความว่าบุคคลทุกคนมีสิทธิที่จะ
ได้รับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน
ซึ่งในภาครัฐ กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่
เกี่ยวข้องได้ดำเนินงานตามแนวทางที่รัฐธรรมนูญกำหนด
อย่างเป็นรูปธรรม⁽¹⁾ โดยการสร้างหลักประกันสุขภาพให้
กับประชาชนในหลายรูปแบบ ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม
คือ⁽²⁾

1. กลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้แก่ผู้
ด้อยโอกาสและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล
2. กลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ
ลูกจ้าง และพนักงานรัฐวิสาหกิจ
3. กลุ่มการประกันสุขภาพเชิงบังคับ
4. กลุ่มการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ

จากข้อมูลแสดงระบบประกันสุขภาพและ
สวัสดิการด้านสุขภาพต่างๆ ของประชาชนทั้งประเทศ
ปี 2536 พบว่ายังมีประชาชนผู้ที่ยังไม่มีหลักประกัน
สุขภาพใดๆ อยู่ถึงร้อยละ 41.9 หรือประมาณ 23.7 ล้าน
คน ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้อยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะต้องจ่ายเงินเพื่อ

การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยสูง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการมีและการใช้เทคโนโลยีของสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน และการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการเจ็บป่วยจากภาวะโรคติดเชื้อและโรคติดเชื้อเฉียบพลันไปสู่ภาวะโรคไม่ติดเชื้อและโรคเรื้อรัง จากเหตุผลที่ว่าสังคมจะมั่นคงและสงบสุขได้ คนในสังคมต้องมีความแตกต่างกันน้อยในเรื่องรายได้และความเป็นอยู่⁽³⁾ ดังนั้นเพื่อสร้างความมั่นคงในสังคม และความเสมอภาคในการมีโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็นและได้มาตรฐานรัฐบาลจึงได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินโครงการบัตรประกันสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนผู้ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ โดยความสมัครใจตั้งอยู่บนหลักการที่ว่า ให้มีการเฉลี่ยภาระหรือความเสี่ยงให้กับสมาชิกทุกคน ซึ่งสมาชิกจะได้รับหลักประกันด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นและได้มาตรฐานเป็นการตอบแทนแต่จุดอ่อน⁽⁴⁾ ของโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ คือ ประชาชนที่สมัครเข้าเป็นสมาชิก มักเป็นผู้ที่เคยป่วยหรือป่วยหนักมาแล้ว โครงการฯ จึงอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการขาดทุน และไม่เกิดความเป็นธรรมแก่สถานบริการที่ให้บริการแก่สมาชิกบัตรประกันสุขภาพ จากการศึกษาก่อนเริ่มดำเนินการโครงการบัตรสุขภาพทั่วประเทศ ประเภทบัตร และราคาบัตรที่เป็นธรรม คือบัตรประเภทครอบครัวราคาบัตรละ 1,000 บาท สมาชิกบัตรละไม่เกิน 5 คน อายุบัตร 1 ปี โดยรัฐบาลร่วมรับภาระเฉลี่ยความเสี่ยงกับประชาชนที่สมัครเป็นสมาชิกบัตรละ 500 บาท สมาชิกออกเงินเพียงบัตรละ 500 บาท ในปี 2536 โดยสถานบริการทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเฉพาะภายในจังหวัดสระบุรี เป็นผู้ให้บริการเปิดขายบัตรให้สมาชิกงวดเดียว ราคาและงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนคือบัตรละ 500 บาท เมื่อครบปี⁽⁵⁾ กองทุนสามารถจ่ายเงินค่าตอบแทนการให้บริการของสถานบริการได้อย่างเกินทุน แต่ในปี 2537 กระทรวงสาธารณสุขได้

สั่งให้มีการขยายสิทธิของสมาชิกโดยสามารถรับบริการได้ในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ รวมทั้งสถานบริการเฉพาะทางที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยให้กองทุนจ่ายเงินค่าตอบแทนการให้บริการของสถานบริการต่างกองทุนและสถานบริการเฉพาะทางตามเรียกเก็บ พร้อมทั้งให้ดำเนินการจัดทำบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัว โดยมีเงื่อนไขว่ารัฐบาลจะจัดเงินสนับสนุนให้สถานบริการบัตรละ 1,000 บาท นั้นย่อมนัยความว่ากองทุนบัตรประกันสุขภาพต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น ในขณะที่เดียวกันการสนับสนุนงบประมาณยังไม่สามารถระบุได้ว่า จะได้รับการสนับสนุนตรงกับเงื่อนไขและระยะเวลาที่สมควรหรือไม่ และจะเพียงพอที่จะจ่ายเป็นค่าตอบแทนสถานบริการได้อย่างเป็นธรรมหรือไม่ ซึ่งปี 2537 การจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพแบ่งเป็น 2 งวด คือ งวดแรก เจ้าหน้าที่ในสถานบริการที่ให้บริการเป็นผู้จัดจำหน่าย และงวดที่สอง ผู้จัดจำหน่ายบัตรคือ เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สำนักงานเกษตรและสำนักงานสหกรณ์การเกษตร เป้าหมายคือกลุ่มเกษตรกร

จากประเด็นปัญหาดังกล่าว ทำให้มีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจของจังหวัดสระบุรี ปี 2537 เพื่อจะได้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานโครงการฯ ในปีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้บริการของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพของจังหวัดสระบุรี
2. เพื่อศึกษาถึงอัตราการใช้บริการสัดส่วนการให้บริการ และค่าใช้จ่ายของสถานบริการในการให้บริการแก่สมาชิกบัตรประกันสุขภาพของจังหวัดสระบุรี
3. เพื่อศึกษาถึงอัตราความครอบคลุมประชากร

ของโครงการฯ และการบริหารในเรื่องการเงิน การคลัง ของกองทุนบัตรประกันสุขภาพ ในปี 2537

วิธีดำเนินการ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยการรวบรวมข้อมูลจาก

1. ข้อมูลประชากร จากแบบสำรวจการมีหลักประกันสุขภาพของประชาชนปี 2537 มีประชากรในพื้นที่ดำเนินการ จำนวน 381,177 คน

2. ข้อมูลจำนวนบัตรประกันสุขภาพแบบต่างๆ

ประเภทที่ 1 จำนวน 5,680 บัตร

สมาชิก 23,489 คน

ประเภทที่ 2 จำนวน 2,931 คน

สมาชิก 9,428 คน

ประเภทที่ 3 จำนวน 4,331 คน

สมาชิก 12,249 คน

รวมทั้งสิ้น 12,942 บัตร

สมาชิก 45,166 คน

3. ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยบัตรประกันสุขภาพ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของสถานบริการที่เรียกเก็บกับกองทุนบัตรประกันสุขภาพ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุข 12 แห่ง สถานีอนามัย 126 แห่ง และสถานบริการต่างกองทุน ตามการเรียกเก็บทั้งหมด

4. ข้อมูลการได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก ส่วนกลางให้สถานบริการในปี 2537

ผลการศึกษา

ด้านการบริหารกองทุน

พบว่าโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจปี 2537 ของจังหวัดสระบุรี สร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน ร้อยละ 11.85 ซึ่งแยกการมีหลักประกัน

สุขภาพตามประเภทบัตรดังนี้

บัตรประเภทที่ 1 สำหรับประชาชนทั่วไป ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 6.16

บัตรประเภทที่ 2 สำหรับผู้นำชุมชน ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 2.47

บัตรประเภทที่ 3 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 3.21

ด้านสถานบริการ

พบว่าสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ ไปใช้บริการทั้งในสถานบริการภายในจังหวัดสระบุรี และสถานบริการต่างกองทุนดังนี้

1. อัตราการใช้บริการ

การใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า สมาชิกทั้งหมดมีอัตราการใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 18.84 ครั้ง ระดับโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 17.84 ระดับโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 44.45 ระดับสถานีอนามัยสูงสุดร้อยละ 132.54 ส่วนสถานบริการต่างกองทุนพบเพียงร้อยละ 0.28

2. สัดส่วนผู้ป่วยนอกและสัดส่วนผู้ป่วยใน

การใช้บริการผู้ป่วยนอกของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ พบสัดส่วนการใช้บริการที่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 8.81 ระดับโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 8.34 ระดับโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 20.78 ระดับสถานีอนามัยสูงสุดร้อยละ 61.95 ส่วนสถานบริการต่างกองทุนร้อยละ 0.13

สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยในของสมาชิกฯ พบที่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 32.65 ระดับโรงพยาบาลทั่วไปสูงสุดร้อยละ 36.49 ระดับโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 29.11 ส่วนในสถานบริการต่างกองทุนเพียงร้อยละ 1.75

3. อัตราการรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล

สมาชิกบัตรประกันสุขภาพ มีอัตราการเจ็บป่วยที่ต้องรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลที่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 9.88 ระดับโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 11.67

สถาน บริการ	อัตราการใช้บริการ	สัดส่วนผู้ป่วย		อัตรา การรับไว้	จำนวน วันนอน	ค่าใช้จ่ายผู้ป่วย นอกต่อครั้ง	ค่าใช้จ่ายผู้ป่วย ในต่อวัน
		นอก	ใน				
รพศ.	18.84	8.81	32.65	9.88	8.68	161.10	522.10
รพท.	17.84	8.34	36.49	11.67	11.67	156.22	357.10
รพช.	44.45	20.78	29.11	3.74	3.13	79.92	270.24
สอ.	132.54	61.95	-	-	-	31.90	-
ต่างกองทุน	0.28	0.13	1.75	35.16	11.89	836.51	663.02

ระดับโรงพยาบาลชุมชนต่ำสุดร้อยละ 3.74 และในสถาน
บริการต่างกองทุนสูงสุดถึงร้อยละ 35.16

4. จำนวนวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

พบว่าสมาชิกที่ป่วยและถูกรับไว้รักษาตัวใน
สถานบริการระดับต่างๆ ระยะเวลาพักรักษาตัวโดยเฉลี่ย
ดังนี้ ระดับโรงพยาบาลศูนย์ 8.68 วันต่อคน ระดับ
โรงพยาบาลทั่วไป 11.67 วันต่อคน ระดับโรงพยาบาล
ชุมชน 3.13 วันต่อคน และในสถานบริการต่างกองทุน
11.89 วันต่อคน

5. ค่าใช้จ่ายต่อครั้งของผู้ป่วยนอก และค่าใช้จ่ายต่อวัน ของผู้ป่วยใน

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายจากการเรียกเก็บของ
สถานบริการทุกแห่ง ตามเงื่อนไขที่ส่วนกลางกำหนดไว้ คือ
การเรียกเก็บตามราคาทุน พบว่าค่าใช้จ่ายของสมาชิกที่
แผนกผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาลศูนย์ 161.10 บาทต่อ
ครั้ง ระดับโรงพยาบาลทั่วไป 156.22 บาทต่อครั้ง ระดับ
โรงพยาบาลชุมชน 79.92 บาทต่อครั้ง ระดับสถานี
อนามัยต่ำสุด 31.90 บาทต่อครั้ง และสถานบริการต่าง
กองทุนสูงสุดถึง 836.51 บาทต่อครั้ง

ในส่วนค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในต่อวันของสมาชิกบัตร
ประกันสุขภาพที่ต้องพักรักษาตัวในสถานบริการ พบว่า
ค่าใช้จ่ายจากการเรียกเก็บตามเงื่อนไขที่ระดับโรงพยาบาล
ศูนย์มีจำนวน 522.10 บาทต่อวัน ที่ระดับโรงพยาบาลทั่ว
ไป 357.10 บาทต่อวัน ระดับโรงพยาบาลชุมชน 270.24

บาทต่อวัน และในสถานบริการต่างกองทุนสูงสุดถึง 663.02
บาทต่อวัน

6. เฉลี่ยค่าใช้จ่ายต่อบัตร

ค่าใช้จ่ายเมื่อคิดเป็นค่าเฉลี่ยต่อบัตรแล้ว พบว่า
สมาชิกบัตรประกันสุขภาพใช้บริการรักษาพยาบาลใน
สถานบริการทุกระดับ คิดเป็นค่าใช้จ่ายบัตรละ 978.37 บาท

ด้านการบริหารการเงิน

เมื่อพิจารณาด้านการเงิน การคลังของโครงการ
บัตรประกันสุขภาพ โดยความสมัครใจ ปี 2537 ของ
จังหวัดสระบุรี ตามเงื่อนไขที่ส่วนกลางกำหนดไว้ คือ
บัตรประกันสุขภาพประเภทประชาชนทั่วไป ค่าลง
ทะเบียนของประชาชนบัตรละ 500 บาท เงินงบประมาณ
สนับสนุนสถานบริการจากส่วนกลาง บัตรละ 500 บาท
และเงินงบประมาณสนับสนุนฯ บัตรประเภทผู้นำชุมชน
และอาสาสมัครสาธารณสุข บัตรละ 1,000 บาท แล้ว
กองทุนจะมีเงินเพื่อการสนับสนุนสถานบริการทั้งสิ้นจำนวน
12,374,000 บาท เมื่อตัดจ่ายเงินให้สถานบริการต่างกอง
ทุนตามเงื่อนไข คือ จ่ายจริงตามเรียกเก็บแล้ว พบว่า
สถานบริการภายในกองทุนจะได้รับค่าตอบแทนการ
บริการไม่สอดคล้องกับรายจ่ายที่ได้ให้บริการแก่ผู้ป่วย
สมาชิกบัตรประกันสุขภาพ ดังนี้

ระดับ สถานบริการ	ค่าใช้จ่ายตาม เรียกเก็บ	ค่าตอบแทนที่ ควรได้รับ	คิดเป็น ร้อยละ
ต่างกองทุน	461,786	461,786	100
ภายในกองทุน	12,464,856	11,912,214	95.97

แต่ในความเป็นจริงแล้ว กองทุนบัตรประกันสุขภาพของจังหวัดสระบุรีไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนตามเงื่อนไขและระยะเวลาที่ควรจะเป็น ซึ่งอาจพอสรุปได้ว่ากองทุนบัตรประกันสุขภาพปี 2537 ของจังหวัดสระบุรีจะได้รับงบประมาณสนับสนุนรวมทั้งสิ้น 5,592,100 บาท และเมื่อคิดเป็นค่าตอบแทนการให้บริการของสถานบริการภายในกองทุนแล้ว จะทำให้สถานบริการภายในกองทุนขาดทุนในภาพรวม ร้อยละ 55.14

ด้านความพึงพอใจของประชาชน

จากการสำรวจความคิดเห็นและความพึงพอใจของสมาชิกบัตรประกันสุขภาพ ในปี 2537 ของจังหวัดสระบุรี จำนวน 450 ราย พบว่า

ร้อยละ 61.80 สมาชิกบัตรประกันสุขภาพที่รายได้อยู่ระหว่าง 2,000 ถึง 5,000 บาท

ร้อยละ 94.88 เห็นว่าโครงการบัตรประกันสุขภาพเป็นโครงการที่ดี สามารถช่วยเหลือสมาชิกได้เมื่อเจ็บป่วย

ร้อยละ 92.67 เห็นว่าการสมัครเป็นสมาชิกสามารถใช้สิทธิได้คุ้มค่า

ร้อยละ 96.90 มีความพึงพอใจเมื่อไปรับบริการที่ระดับสถานีอนามัย

ร้อยละ 91.81 มีความพึงพอใจเมื่อไปรับบริการที่ระดับโรงพยาบาลชุมชน

ร้อยละ 87.45 มีความพึงพอใจเมื่อไปรับบริการที่ระดับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์

ร้อยละ 79.44 ได้รับความสะดวกเมื่อไปใช้บริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินต่างกองทุน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลที่ได้ พบว่าในด้านประชาชน โครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ เป็นโครงการที่ดีสามารถให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกเมื่อเจ็บป่วยได้มาก แต่เมื่อพิจารณาอัตราการใช้บริการและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นพบว่า ค่อนข้างสูงมาก แสดงได้ว่าสมาชิกส่วนใหญ่ใช้บริการคนละหลายครั้ง ซึ่งอาจเกิดจากสมาชิกมีพฤติกรรมไม่พึงปรารถนาเนื่องจากไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเมื่อไปใช้บริการ คือไม่ระมัดระวังดูแลสุขภาพของตนเอง หรือมีการใช้บริการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น ด้านอัตราการรับไว้รักษาตัว จำนวนวันอยู่โรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายต่อครั้งของผู้ป่วยนอกและต่อวันผู้ป่วยใน โดยภาพรวมค่อนข้างสูงมากในสถานบริการระดับสูง แสดงได้ว่าสมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยหนักและรุนแรงที่ต้องได้รับการรักษาในสถานบริการระดับสูงและสถานบริการเฉพาะทาง และผลตามมาก็คือ กองทุนบัตรประกันสุขภาพต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงด้านการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางแล้ว ความไม่สามารถจ่ายเงินสนับสนุนตามเงื่อนไข และระยะเวลาที่ควรจะเป็น ทำให้โครงการบัตรประกันสุขภาพฯ มีแนวโน้มที่จะไม่สร้างความเป็นธรรมให้กับสถานบริการภายในกองทุน และมีโอกาสที่ผู้บริหารของสถานบริการจะเกิดการไม่ยอมรับโครงการฯ ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อโครงการในอนาคต

จากผลการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะในด้านการบริหารงานของกองทุนว่า ควรมีการปรับปรุงโครงการทั้งในด้านการหาสมาชิกให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ฐานของสมาชิกกว้างขึ้น แทนการได้สมาชิกที่เป็นผู้เจ็บป่วยมาก่อน ด้านสถานบริการควรทำการประชาสัมพันธ์ ถึงขีดความสามารถในการให้บริการและความพร้อมในการให้บริการต่อสมาชิก เพื่อความมั่นใจของประชาชน และเป็นการช่วยเหลือกองทุนในการหาสมาชิกให้ได้เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้ลดภาวะเสี่ยงต่อการขาดทุนของสถานบริการเอง ในด้านการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลาง ขอให้

การสนับสนุนให้ทันตามกำหนดเวลาและตรงตามเงื่อนไข และควรพิจารณาช่วยเหลือในกรณีที่ให้กองทุนรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายของสถานบริการต่างกองทุนตามเรียกเก็บ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดจากสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง หรือโรคที่ต้องรักษาด้วยการรักษาเฉพาะทาง ซึ่งพบว่าแม้ สัดส่วนการให้บริการในสถานบริการต่างกองทุนจะน้อย แต่ค่าใช้จ่ายต่อครั้งของผู้ป่วยนอก และต่อวันของผู้ป่วย ในสูงมาก หรือควรกำหนดอัตราค่าใช้จ่ายสูงสุดต่อครั้งที่ กองทุนต้องรับผิดชอบ เพื่อให้สมาชิกมีส่วนรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นด้วย ซึ่งวิธีนี้จะเป็นผลดีในการให้สมาชิกเกิดการยับยั้งชั่งใจในการใช้บริการ หรืออีกกรณีหนึ่งคือ เพิ่มเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับสมาชิกที่มีประวัติความเจ็บป่วย บางโรค ในด้านระยะเวลาการเปิดขายบัตรฯ นั้น ถึงแม้ว่าจะมีความต้องการในการขายบัตรฯ ให้ได้จำนวนมาก แต่หลักการประกันสุขภาพคือการเฉลี่ยความเสี่ยงล่วงหน้า และหากมีการเปิดขายบัตรตลอดเวลา และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การขายบัตรโดยหน่วยงานอื่นแล้ว จำนวนบัตร ที่เพิ่มขึ้นก็คือการได้สมาชิกที่เป็นผู้ป่วยแล้วหรือกำลังจะป่วย ซึ่งนโยบายนี้เป็นการส่งเสริมให้มีการดักดวงผลประโยชน์ มากกว่าเป็นการช่วยให้เกิดการประกันสุขภาพ และไม่เป็น ผลดีต่อโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ในปีต่อๆ ไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ทำการศึกษา ขอขอบพระคุณนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของจังหวัดสระ-

บุรีทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนข้อมูล ขอขอบคุณนาย แพทย์วรัญญู เทียนส่ง นายแพทย์ 5 กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสระบุรี ที่กรุณาช่วยเหลือให้การศึกษาครั้งนี้ เสร็จจุล่งไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ความ เป็นมางานประกันสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2538.
2. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. การ ประกันสุขภาพในประเทศไทย: ปัจจุบันและอนาคต: ผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2535. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร ผ่านศึก, 2535.
3. นิคม จันทรวิฑูร. กฎหมายประกันสังคม: 35 ปีแห่ง การฟันฝ่าจน "ฝันเป็นจริง". กรุงเทพมหานคร: โรง พิมพ์สยามรัฐ, 2533.
4. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. ระบบประกันสุขภาพ. คลินิก 2538;11:413-422.
5. ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา, รวีวรรณ ศิริสมบุญ. การ ประเมินผลงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ ปี 2536 ของจังหวัดสระบุรี. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สระบุรี, 2537. (เอกสารอัดสำเนา)

