

## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และ การทบทวนวรรณกรรม

ในบทนี้จะกล่าวถึงแนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรม (Literature Review) ที่เกี่ยวข้องกับโครงการบัตรประกันสุขภาพ ดังต่อไปนี้

#### แนวคิด

1. ความหมาย หลักการ และแนวคิดของการประกันสุขภาพ
2. รากฐานของแนวคิดของการประกันสุขภาพ
3. พฤติกรรมการบริโภคบริการสาธารณสุข
4. วัตถุประสงค์ของโครงการบัตรประกันสุขภาพเริ่มแรก
5. แนวคิดพื้นฐานของโครงการบัตรประกันสุขภาพเริ่มแรก

#### ทฤษฎี

1. ผลประโยชน์สุทธิ (Net Benefit)
2. อัตราส่วนผลตอบแทนต่อต้นทุน (B/C Ratio)
3. วิธีมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value Method)

#### การทบทวนวรรณกรรม

1. การวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล
2. การดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ
3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการบัตรประกันสุขภาพ

## แนวคิด

### 1. ความหมาย หลักการ และแนวคิด ของการประกันสุขภาพ

ความหมายของการประกันสุขภาพ<sup>6</sup> หมายถึง การให้หลักประกันแก่ผู้เอาประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย โดยแยกเป็น 3 นัย ดังนี้

- ประกันทางตรง : ด้านการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาและค่ารักษาพยาบาล
- ประกันทางอ้อม : ด้วยการชดเชยส่วนของรายได้ที่ต้องสูญเสียไป อันเนื่องจากการบาดเจ็บ หรือ เจ็บป่วย เพราะอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น
- การคุ้มครองโดยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับการป้องกัน (Preventive Medicine) ซึ่งได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปี การให้ภูมิคุ้มกันโรค รวมถึงค่าใช้จ่ายในการอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการตั้งครรภ์และคลอดบุตรด้วย และในอีกบางกรณี การประกันสุขภาพอาจมีความหมายครอบคลุมเป็นระดับครอบครัวด้วย

หลักการของการประกันสุขภาพ<sup>7</sup> มีหลักการตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเฉลี่ยความทุกข์ ความสุข (Law of Average หรือ Social Solidarity) โดยการคุ้มครองและผู้ที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการ (Access to Personal Care) เมื่อมีความจำเป็น หรือเจ็บป่วยขึ้น โดยไม่คำนึงถึงรายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมจากการที่สามารถระดมทุนเช่นนี้ จึงจะมีเงินไปใช้ในการจัดบริการให้แก่ผู้เจ็บป่วย ซึ่งเป็นลักษณะ Cross-Subsidization และหากสามารถมีเงินและกำลังงานเหลือไปพัฒนางานด้านการป้องกันโรค จึงจะถือว่าโครงการประกันสุขภาพนั้นสำเร็จ ณ จุดรับบริการนั้น

<sup>6</sup> นายแพทย์ปรากรม วุฒิพงศ์ และคณะ, ระบบประกันสุขภาพไทย (ศูนย์บัตรสุขภาพ, 2532), หน้า 9.

<sup>7</sup> วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ทุกข์ สมุทัย ในระบบสาธารณสุข และ หลักประกันสุขภาพของคนไทย (สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2536), หน้า 9.

แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ<sup>8</sup> (Basic Concepts of Health Insurance) เริ่มจากการประกันความปลอดภัย และหลักการเฉลี่ยความเสี่ยงของกลุ่มคนงานในยุโรปที่ได้รวมตัวกันเป็นสมาคม และจัดตั้งกองทุนขึ้นเพื่อช่วยเหลือเพื่อนคนงานยามเจ็บป่วย เพราะการเจ็บป่วยส่งผลให้คนงานไม่สามารถทำงานเพื่อหารายได้ และต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ต่อมาในปลายศตวรรษที่ 18 ได้มีการรวมตัวกันของคนงานและชาวนา จัดตั้งเป็นกองทุนสำหรับการเจ็บป่วย (Sickness Fund) โดยสมาชิกจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนอย่างสม่ำเสมอ เมื่อเกิดเจ็บป่วยกองทุนจะจ่ายเงินเป็นค่ารักษาต่อมาได้พัฒนาให้มีการทำสัญญากับแพทย์เพื่อให้ดูแลสมาชิก ต่อมานายจ้างของกิจการที่มีความเสี่ยงสูงเห็นประโยชน์จึงเกิดการบังคับให้ลูกจ้างทำประกัน และต่อมามีความนิยมมาก จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1883 รัฐบาลเยอรมันได้ออกกฎหมายบังคับ ให้ลูกจ้างที่มีรายได้ต่ำกว่าระดับที่กำหนดในโรงงานบางประเภททำประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นการประกันสุขภาพแบบบังคับ (Compulsory Health Insurance) ซึ่งในที่สุดได้พัฒนาจนเกิดมีระบบประกันสุขภาพโดยสมัครใจ (Voluntary Health Insurance) ปัจจุบันมีการดำเนินการประกันสุขภาพทั้ง 2 แบบ และโครงการบัตรประกันสุขภาพในประเทศไทย เป็นการประกันสุขภาพแบบสมัครใจ ซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขรากฐานของแนวความคิดของการประกันสุขภาพ

## 2. รากฐานของหลักการและแนวความคิดของการประกันด้านสุขภาพอนามัย

สรุปได้ 2 แนว ดังนี้<sup>9</sup>

1. แนวคิดทางด้านเสรีนิยมที่ให้บุคคลมีเสรีภาพในการตัดสินใจและดำเนินการได้เองภายใต้โอกาสทางเศรษฐกิจที่ตนมีอยู่ โดยที่รัฐจะไม่เข้าไปก้าวก่าย เพียงแต่สนับสนุนและสร้างบรรยากาศในการแข่งขันด้านบริการให้เป็นการแข่งขันสมบูรณ์
2. แนวคิดด้านสังคมนิยมหรือรัฐสวัสดิการ กล่าวคือ รัฐพึงจัดให้มีการประกันสุขภาพในรูปของรัฐสวัสดิการโดยไม่คิดมูลค่า และต้องจัดบริการนี้ให้ครอบคลุมประชากรทั้งหมดอย่างเท่าเทียมกัน

<sup>8</sup> กองแผนงานสาธารณสุข, *โครงการบัตรสุขภาพ* (กระทรวงสาธารณสุข, 2531), หน้า 11-12.

<sup>9</sup> ศูนย์บัตรประกันสุขภาพ, *บัตรประกันสุขภาพ* (กระทรวงสาธารณสุข, 2532), หน้า 30.

เมื่อพิจารณาในแง่ของประเทศไทย จะเห็นได้ว่าใช้การผสมผสานแนวคิดทั้งสองนี้เข้าไว้ด้วยกัน ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดสองด้าน คือ ทางด้านประชาชนยังเป็นผู้มีรายได้ไม่มากพอ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังมีความเหลื่อมล้ำอยู่มาก ส่วนด้านรัฐนั้นก็ยังไม่สามารถจัดหาบริการให้ครอบคลุมโดยไม่คิดค่าบริการได้ ดังนั้นหลักประกันด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยจึงเข้าลักษณะของรัฐเป็นผู้จัดหา (Provider) และให้การอุดหนุน (Subsidies) ในขณะที่ประชาชนก็มีเสรีภาพในการเข้ารับบริการ โดยจ่ายค่าบริการตามสมควร

หลักการของการประกันสุขภาพโดยนัยนี้ ตามโครงการบัตรประกันสุขภาพจะมุ่งสร้างหลักประกันให้กับประชากรที่เป็นเป้าหมายหลัก คือ กลุ่มที่ยังไม่ได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลใด ๆ เช่น เกษตรกร ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ไม่ได้จัดเข้าอยู่ในหลักประกันสุขภาพอนามัยบางอย่าง เช่น กองทุนประกันสังคม ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นต้น

โครงการบัตรประกันสุขภาพจัดเป็นระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจในระบบนี้เป็นการที่ชุมชนหรือประชากรในชุมชนร่วมกันจัดและดำเนินการประกันสุขภาพของสมาชิกขึ้น โดยอาศัยหลักการและวิธีการของการเฉลี่ยความเสี่ยง (Risk Sharing) ต่อการเจ็บป่วยที่ใช้ในธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชน โดยเฉพาะในชุมชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลางที่สามารถซื้อประกันสุขภาพของรัฐได้ แต่ไม่สามารถซื้อประกันสุขภาพของเอกชนได้

### 3. พฤติกรรมการบริโภคบริการสาธารณสุข<sup>10</sup>

พฤติกรรมการบริโภคบริการสาธารณสุขนั้น เป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านผู้บริโภค ด้านผู้จัดบริการ

ปัจจัยด้านผู้บริโภค แบ่งเป็น ปัจจัยที่วัดได้เป็นตัวเงิน กับปัจจัยที่วัดไม่ได้เป็นตัวเงิน และวัดได้ยาก ตัวอย่างเช่น

- ระดับรายได้ของผู้บริโภค
- อัตราค่าบริการที่ผู้บริภคยินดีจะจ่าย
- ระดับความรู้ (ซึ่งอาจสัมพันธ์กับระดับรายได้)

<sup>10</sup> สมคิด แก้วสนธิ, พฤติกรรมการบริโภคสาธารณสุข (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533), หน้า 113.

- ความรู้ด้านสุขภาพของผู้บริโภคบริการ
- ประเภทและความรุนแรงของโรค
- ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ
- ระยะเวลาจากบ้านไปยังสถานบริการ
- บริการที่ทดแทนได้ซึ่งอยู่ไกล เช่น คลินิกเอกชน ร้านขายยา
- ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรค และเกี่ยวกับสถานบริการ

ปัจจัยด้านผู้จัดบริการ มีทั้งปัจจัยที่วัดได้เป็นตัวเงิน กับปัจจัยที่วัดไม่ได้เป็นตัวเงิน และวัดได้ยาก เช่นเดียวกัน ตัวอย่างเช่น

- ความสามารถทางวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์และผู้จัดบริการ
- การกำหนดค่ารักษาพยาบาล
- การกระจายบริการและการเข้าถึงประชาชน
- การจัดสถานที่สำหรับผู้ป่วยและระบบผู้ป่วย
- การปฏิบัติต่อผู้ป่วย
- ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุข

#### 4. วัตถุประสงค์ของโครงการบัตรประกันสุขภาพเริ่มแรก

วัตถุประสงค์เฉพาะของโครงการบัตรประกันสุขภาพที่ได้กำหนดไว้เมื่อเริ่มต้นนั้น มี 4 ประการสำคัญ<sup>11</sup> กล่าวคือ

1. เป็นการพัฒนางานด้านอนามัยแม่และเด็กและงานวางแผนครอบครัว  
ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพอนามัย ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล
2. เป็นการปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนให้เป็นผู้ริเริ่ม และมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและปรับเปลี่ยนบทบาทของเจ้าหน้าที่ให้เป็นฝ่ายสนับสนุนและให้บริการ
3. เป็นการพัฒนาคุณภาพของชุมชนให้สามารถบริหารจัดการ โดยเฉพาะในด้านการจัดสรรเงินและพัฒนาคุณภาพของเจ้าหน้าที่ และหน่วยบริการให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

<sup>11</sup>เทียนฉาย กิระนันท์ และคณะ, การประเมินผลโครงการบัตรสุขภาพ (กรุงเทพฯ : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2531), หน้า 1-2.

4. เป็นการให้ทรัพยากรทางสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยการให้บริการได้ใช้บริการอย่างเหมาะสมกล่าวคือ ให้สถานบริการระดับแรกบริการแก่ผู้ป่วยด้วยโรคธรรมดาไม่ให้เกิดรุนแรงมากขึ้นและลดปริมาณผู้ป่วยนอกอาการไม่รุนแรงในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ให้น้อยลง เพื่อให้สามารถนำทรัพยากรส่วนนั้นไปใช้เพื่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็นสูงกว่ามากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้บริการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

และด้วยวัตถุประสงค์เริ่มแรกทั้งสองข้างต้น อันเป็นหลักการและเหตุผลแรกของโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ในปี 2526 นั้น จึงสะท้อนให้เห็นถึงที่มาของแนวความคิดพื้นฐานที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

## 5. แนวความคิดพื้นฐานของโครงการบัตรประกันสุขภาพเริ่มแรก<sup>12</sup>

ประกอบด้วย 3 แนวความคิด ดังนี้

### 1. แนวความคิดเกี่ยวกับการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน

โดยมีปรัชญาสำคัญต่อการที่ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้ องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานในแง่ชุมชนแบ่งได้ 2 ลักษณะคือ งานสาธารณสุขมูลฐานที่สามารถดำเนินการให้แล้วเสร็จได้โดยชุมชน (เช่น งานสุขศึกษา งานโภชนาการ งานสุขาภิบาล และน้ำสะอาด การจัดหายาจำเป็น และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น) และงานสาธารณสุขมูลฐานที่ต้องอาศัยการสนับสนุนจากสถานบริการ (เช่น งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมและป้องกันโรคท้องถิ่น และการรักษาพยาบาลตามแนวทางการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน)

### 2. แนวความคิดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนบทบาทของฝ่ายที่เกี่ยวข้องในระบบสาธารณสุข

ในลักษณะที่ให้ชุมชนมีบทบาทริเริ่มในการช่วยเหลือตนเอง มีความสามารถในการบริหารจัดการ มีอำนาจหน้าที่และพลังต่อรองสูงขึ้น ตลอดจนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลืองบประมาณบางส่วนแก่สถานบริการ ส่วนเจ้าหน้าที่ของรัฐมีบทบาทในด้านวิชาการและการให้บริการ ทั้งนี้องค์ประกอบสำคัญในการดำเนินการ

<sup>12</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 2-3.

ดังกล่าวรวมถึงกรรมการ กำลังคนและกองทุน ซึ่งสร้างขึ้นจากการระดมทรัพยากร ภายในชุมชนนั่นเอง กิจกรรมเหล่านี้รวมถึงกองทุนยา กองทุนโภชนาการ และ กองทุนบัตรสุขภาพ เป็นต้น

### 3. แนวความคิดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

โดยการรักษาพยาบาลน่าจะต้องเริ่มจากระดับหมู่บ้านและมีระบบส่งต่อไป ถึงระดับจังหวัด และด้วยแนวคิดนี้โครงการบัตรสุขภาพจึงได้จัดให้มีระบบส่งต่อ และกลั่นกรองผู้ป่วย กับระบบช่องทางด่วนขึ้นโดยผู้ถือบัตรสุขภาพต้องเริ่มรับ บริการที่กองทุนยาในระดับหมู่บ้าน เมื่อเกินขีดความสามารถของสถานีนอามัยแล้ว จึงส่งผู้ป่วยต่อไปที่โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ แล้วจึงส่งต่อไปยัง โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์ในระดับจังหวัดเป็นลำดับ ในระบบส่งต่อ ผู้ป่วยนี้สถานบริการระดับล่างจะทำหน้าที่กลั่นกรองผู้ป่วยก่อนส่งต่อไปยังสถาน บริการระดับสูงขึ้นไป จึงเท่ากับเป็นการผนวกหลักการของการใช้ประโยชน์จาก ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

หลักการและเหตุผลของโครงการบัตรประกันสุขภาพยังคงเป็นเช่นนั้นต่อมา โดยมีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนเงื่อนไขการดำเนินงานและสิทธิประโยชน์ของบัตร สุขภาพหลากหลายมากขึ้นเป็นลำดับ จนถึงจุดเริ่มต้นแผนพัฒนาการสาธารณสุข ระยะที่ 6 (2530-2534) ที่ได้เริ่มผนวกหลักการของการประกันภัย โดยการปรับ แนวความคิดตามหลักการและเหตุผลของโครงการบัตรสุขภาพเดิมให้รวมหลักการ ของการเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการได้รับการรักษาพยาบาล การให้มี หลักประกันยามเจ็บป่วยว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลตามสมควร ซึ่งนับได้ว่า บัตรสุขภาพเริ่มแปรสภาพเข้าเป็นบัตรประกันสุขภาพตามหลักการของการ ประกันสุขภาพ ราคาบัตรสุขภาพเริ่มมีฐานะคล้ายกับเบี้ยประกันสุขภาพ โดยที่การ คำนวณราคาบัตรสุขภาพเริ่มคำนึงถึงการสะท้อนต้นทุนและค่าใช้จ่ายตาม ค่าเฉลี่ย ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในชุมชน ขนาดกองทุนคือจำนวนสมาชิกา บัตรสุขภาพในกองทุนหนึ่ง ๆ เริ่มมีบทบาทมากขึ้น เพราะมีผลกระทบต่อ การกระจายความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นตามแนวความคิดของการประกันภัย จนถึงกับมี ความพยายามศึกษาและประมาณขนาดของกองทุนที่เหมาะสม รวมไปถึงการ พิจารณารอบคอบมากขึ้นกับการจัดหาผลประโยชน์และการลงทุนจากเงินกองทุน ให้ได้รับประโยชน์มากขึ้น จนที่สุดได้เปลี่ยนชื่อ "บัตรสุขภาพ" เป็น "บัตรประกัน สุขภาพ"

โดยสรุปแล้ว หลักการและเหตุผลเดิมของโครงการบัตรสุขภาพนั้นมิได้ก่อตั้ง และไม่มีแนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพตามหลักการประกันภัยเลย วิวัฒนาการของโครงการบัตรสุขภาพในระยะต่อ ๆ มา ได้ผนวกหลักการและ เหตุผลอีกบางอย่างเข้าไปในโครงการบัตรสุขภาพด้วย และในที่สุดกระทรวง สาธารณสุขจึงได้เห็นว่าโครงการบัตรสุขภาพอาจจะพัฒนาเข้าหาหลักการประกัน ภัยและจัดให้เป็นโครงการบัตรประกันสุขภาพโดยสมบูรณ์ได้

ด้วยวัตถุประสงค์และแนวความคิดดังกล่าว บัตรประกันสุขภาพจึงเป็นบัตรที่ แสดงความผูกพันรวมกัน หรือการมีพันธะร่วมกันระหว่างประชาชนผู้ถือบัตร กอง ทุนผู้ออกบัตร และหน่วยงานของรัฐมีหน้าที่ให้บริการสนับสนุนทางด้านสุขภาพ อนามัย ผลการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพพบว่า ชุมชนสามารถจัดตั้งกอง ทุนบัตรสุขภาพให้มีความเชื่อมโยงกับกองทุนอื่นๆ จึงจัดได้ว่าเป็นการเริ่มต้น แนวทางการประกันสุขภาพได้วิธีหนึ่ง

## ทฤษฎี

เนื่องจากบัตรประกันสุขภาพมีอายุ 1 ปี ดังนั้นในการวิเคราะห์หาผลตอบแทน ของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพนั้น จึงต้องแบ่งการศึกษาออกเป็นแต่ละปีงบประมาณ ในที่นี้หมายถึง ผู้ศึกษาจะคำนวณหาผลตอบแทนของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ ทั้งหมด ประจำปีงบประมาณ 2539, 2540 และ 2541 โดยใช้หลักการทาง คณิตศาสตร์เบื้องต้นมาใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ผลตอบแทนในเชิงผล ประโยชน์สุทธิ (Net Benefit) และใช้หลักทางการเงินขั้นพื้นฐานมาวิเคราะห์เพิ่ม เดิมอีกบางส่วน คือ อัตราส่วนผลตอบแทนต่อต้นทุน (B/C Ratio) และวิธีคำนวณ หารมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value Method) ซึ่งจะได้กล่าวดังต่อไปนี้

- ผลประโยชน์สุทธิ (Net Benefit)
- อัตราส่วนผลตอบแทนต่อต้นทุน (B/C Ratio)
- วิธีมูลค่าปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value Method)



## 1. ผลประโยชน์สุทธิ (Net Benefit)

คือ การหาค่าผลต่างระหว่างผลตอบแทนและต้นทุนทั้งหมดของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ<sup>13</sup> โดยในที่นี้เป็นการวิเคราะห์ผลประโยชน์สำหรับผู้ถือบัตรประกันสุขภาพทั้งหมด (มิใช่พิจารณาเฉพาะรายใดรายหนึ่ง) เนื่องจากการมองภาพรวมของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพทุกคนในแต่ละปีงบประมาณ

$$\text{Net Benefit} = \text{Total Benefit} - \text{Total Cost}$$

โดย

Total Benefit หมายถึง ผลตอบแทนของผู้ถือบัตรทุกคน  
= ค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลคิดค่าบริการ แต่ไม่ได้เรียกเก็บเงินจากผู้มาใช้สิทธิเข้ารับการรักษาพยาบาลฟรีของผู้มีสิทธิในบัตร โดยต้นทุนของสถานพยาบาลเป็นต้นทุนทั้งหมดที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นต้นทุนค่ายา ต้นทุนค่าแพทย์ และค่าใช้จ่ายทางด้านการบริหารโครงการ (Administrative Cost)

Total Cost หมายถึง ต้นทุนของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพ  
= รายได้ที่โครงการบัตรประกันสุขภาพได้รับทั้งหมดจากการจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพให้แก่ประชาชนที่เข้าข่ายสามารถเข้าร่วมโครงการได้

การคำนวณหาผลตอบแทนโดยวิธี Net Benefit ของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพในที่นี้ เป็นการใช้หลักทางคณิตศาสตร์เบื้องต้นมาใช้ในพิจารณา โดยพิจารณาถึงผลประโยชน์สุทธิที่จะได้รับในเชิงมูลค่าเท่านั้น มิได้พิจารณาในแง่มูลค่าที่เปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา หรือไม่ได้พิจารณาถึงผลในเชิงคุณภาพที่ไม่สามารถวัดมูลค่าในรูปตัวเงิน อันอาจจะเป็นทั้งผลทางแง่บวก และแง่ลบ อันได้แก่ ความล่าช้า หรือ

<sup>13</sup> วิจารณ์ สิลละพัฒน์, "การวิเคราะห์ต้นทุนและรายได้บริการการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย", วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2539, หน้า 8-9.

คุณภาพของบริการที่ได้ผู้มาใช้สิทธิในบัตรได้รับจากสถานพยาบาลร่วมโครงการ เนื่องจากโครงการช่วยเหลือประชาชนในรูปแบบของโครงการบัตรประกันสุขภาพ บัตรประกันสังคม โครงการช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อย ของกรมประชาสงเคราะห์ก็ดี ผู้มาใช้บริการมักจะไม่ได้รับความเป็นธรรม เมื่อมารับบริการเจอกับผู้ป่วยเชิงพาณิชย์ทั่วไป ดังนั้นการศึกษาหาผลตอบแทนในรูปแบบของการหาผลประโยชน์ สุทธิในที่นี้ จึงเป็นการคำนึงถึงเฉพาะการวิเคราะห์เชิงตัวเลขเท่านั้น

## 2. อัตราส่วนผลตอบแทนต่อต้นทุน (Benefit:Cost Ratio, B/C Ratio)<sup>14</sup>

เป็นการหาอัตราส่วนระหว่างผลตอบแทนต่อต้นทุน 1 หน่วย ของผู้ถือบัตร ประกันสุขภาพ ซึ่งหาก B/C Ratio > 1 จะทำให้ทราบได้ว่า ผู้ถือบัตรประกัน สุขภาพได้รับผลตอบแทนสูงกว่าต้นทุน 500 บาท ที่จ่ายไป และถ้าหากการ คำนวณค่า B/C Ratio < 1 แสดงว่า ผู้ถือบัตรประกันสุขภาพได้รับผลตอบแทน ต่ำกว่าต้นทุน 500 บาท ที่จ่ายไป

$$B/C \text{ Ratio} = \text{Total Benefit} / \text{Total Cost}$$

การคำนวณหาอัตราส่วนผลตอบแทนต่อต้นทุนในที่นี้ เป็นหลักทางการเงิน เบื้องต้น เพื่อจะดูสัดส่วนโดยเฉลี่ยระหว่างผลตอบแทนและต้นทุนของผู้ถือบัตร ประกันสุขภาพ ในแต่ละปีงบประมาณ โดยมี ราคาบัตรประกันสุขภาพ เป็นฐานใน การพิจารณา คือ บัตรราคา 500 บาท หาก B/C Ratio > 1 แสดงให้ทราบได้ว่า ในแต่ละปีงบประมาณนั้น ๑ ให้ผลตอบแทนในเป็นมูลค่า มากกว่า 500 บาท แต่ หากในทางตรงกันข้าม B/C Ratio < 1 แสดงให้เห็นว่าในแต่ละปีงบประมาณนั้น ผู้มีสิทธิในบัตรไปใช้สิทธิตามบัตร คิดเป็นมูลค่าแล้ว ต่ำกว่ามูลค่า 500 บาท

<sup>14</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 9.

### 3. วิธีมูลค่างบปัจจุบันสุทธิ (Net Present Value Method)

เนื่องจากระยะเวลาในการศึกษา คือ ปีงบประมาณ 2539 – 2541 แต่บัตราอายุเพียง 1 ปี ดังนั้นในการคำนวณหาอัตราผลตอบแทน ผู้ศึกษาได้ใช้วิธี Present Value Method.<sup>15</sup> ในการคำนวณหาอัตราผลตอบแทน (Rate of Return) สำหรับผู้ถือบัตรประกันสุขภาพทั้งหมดในแต่ละปีงบประมาณ

โดยใช้แนวความคิดที่ว่า หากผู้ซื้อบัตรตอนต้นปี (เทียบได้กับกระแสเงินสดออกของผู้ซื้อบัตรตอนต้นปี) เพื่อจะได้มีสิทธิใช้บัตรประกันสุขภาพได้ตลอดทั้งปี (เทียบได้กับกระแสเงินสดเข้าตอนปลายปี) และเมื่อมาคำนวณมูลค่างบปัจจุบันของกระแสเงินสดเข้าปลายปีเทียบย้อนกลับมาตอนต้นปี แล้วนำมาเทียบเป็นอัตราส่วนกับกระแสเงินสดออกต้นปี แล้ว จะทำให้สามารถประมาณค่าผลตอบแทนในเชิงมูลค่างบปัจจุบันสุทธิในแต่ละปีงบประมาณได้

$$\text{Present Value} = \text{Future Value} / (1 + R)^n$$

โดยกำหนดให้

Present Value = Total Cost หรือต้นทุนการซื้อบัตรในต้นปี

Future Value = Total Benefit ผลประโยชน์ที่จะได้รับในปลายปี(ตัวเงิน)

R = อัตราผลตอบแทนแต่ละปีงบประมาณ

n = จำนวนปี ซึ่งในที่นี้ n = 1 ปี

อัตราผลตอบแทนที่ได้รับนี้ จะทำให้สามารถทราบได้ว่า ในแต่ละปีงบประมาณ ผู้ถือบัตรจะได้รับอัตราผลตอบแทน(%)มากน้อย เพียงใด

<sup>15</sup>สังวร ปัญญาติลก และคณะ, การเงินธุรกิจ (กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533), หน้า 36.

## การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับบัตรประกันสุขภาพในประเทศไทย พบว่า มีการศึกษามากมาย ซึ่งในที่นี้จะเลือกเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในหัวข้อต่อไปนี้

### 1. การวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล

รณภพ เอื้อพันธเศรษฐ<sup>16</sup> ได้วิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยประกันสังคมของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ปี 2539 เพื่อทราบค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน และจากการศึกษาพบว่า ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยประกันสังคมตลอดปี 2539 เท่ากับ 19,893,719 บาท เป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก 8,281,972 (41.63%) เป็นค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน 11,611,747 (58.37%) ค่าใช้จ่ายด้านยาของผู้ป่วยนอก คิดเป็น 81.53% ของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในมีค่าใช้จ่ายด้านยา คิดเป็น 31.22% ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อครั้ง เท่ากับ 247.25 บาท/ครั้ง มีผู้มาใช้บริการเท่ากับ 33,496 ครั้ง

วีระวรรณ สีละพัฒน์<sup>17</sup> ได้ทำการวิเคราะห์ต้นทุนและรายได้บริการการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2538 วิเคราะห์ต้นทุนโดยวิธีกระจายต้นทุนทางตรง (Direct Allocation) ผลการวิเคราะห์พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย เท่ากับ 91.46 บาทต่อครั้ง ต้นทุนทั้งหมดของบริการการแพทย์แผนไทย เท่ากับ 334,666.16 บาท ซึ่งประกอบด้วย ต้นทุนค่าแรง 263,075.36 บาท ต้นทุนค่าวัสดุ 35,587.84 บาท ต้นทุนค่าลงทุน 36,002.96 บาท คิดเป็นสัดส่วนระหว่างต้นทุนค่าแรง : ต้นทุนค่าลงทุน : ต้นทุนค่าวัสดุ เท่ากับ 7.39 : 1.01 : 1

<sup>16</sup>รณภพ เอื้อพันธเศรษฐ, "การวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยประกันสังคมของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2539", วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2541, หน้า 30.

<sup>17</sup>วีระวรรณ สีละพัฒน์, "การวิเคราะห์ต้นทุนและรายได้บริการการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย", หน้า 19.

## 2. การดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ

**สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์<sup>18</sup>** ศึกษาการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพของจังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2538 โดยศึกษาเกี่ยวกับความครอบคลุมการขยายบัตรประกันสุขภาพ การใช้บริการค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ของจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทย จำนวน 67 จังหวัด พบว่า การจำหน่ายบัตรมีความครอบคลุมประชากรถึงร้อยละ 7.85 โดยจังหวัดใหญ่ดำเนินการได้ร้อยละ 10 การใช้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 2.04 ครั้งต่อคน ซึ่งจังหวัดสุพรรณบุรีมีอัตราการให้บริการต่ำกว่า 1 ครั้งต่อคนปี อัตราการให้บริการผู้ป่วยในเฉลี่ย 0.09 ครั้ง/คน/ปี วันนอนเฉลี่ย 4.33 วันต่อครั้ง สัดส่วนการให้บริการที่ รพช. และ รพศ./รพท. เท่ากับ 53.5 และ 46.5% ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์เท่ากับ 1,523 บาท/บัตร โดยในจังหวัดสุพรรณบุรีมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า 500 บาท/บัตร ลักษณะการเจ็บป่วยส่วนใหญ่สมาชิกจะเป็นโรคเรื้อรัง

**ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา และคณะ<sup>19</sup>** ศึกษาการดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ จังหวัดสระบุรี ปี 2537 พบว่า การจำหน่ายบัตรประกันสุขภาพจังหวัดสระบุรี สร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน ร้อยละ 11.85 อัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก พบว่า ที่ระดับสถานีอนามัยสูงสุด ร้อยละ 132.54 ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกต่อครั้ง พบว่า ค่าใช้จ่ายสูงสุดที่สถานบริการต่างกองทุน เท่ากับ 836.51 บาทต่อครั้ง ส่วนค่าใช้จ่ายผู้ป่วยในต่อวัน พบว่า ค่าใช้จ่ายสูงสุดที่สถานบริการต่างกองทุนเช่นกัน เท่ากับ 663.02 บาทต่อวัน

<sup>18</sup> สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, "การดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพของจังหวัดสุพรรณบุรี ปี 2538", วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2539, หน้า 35.

<sup>19</sup> ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา และคณะ, "การดำเนินงานโครงการบัตรประกันสุขภาพ จังหวัดสระบุรี ปี 2537", วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2537, หน้า 27.

### 3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการบัตรประกันสุขภาพ

วรลักษณ์ หิมะกลัส<sup>20</sup> ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ 2 โดยเป็นการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Random Sampling จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มครัวเรือนที่ถือบัตรประกันสุขภาพในช่วงเดือนตุลาคม 2540 ถึงเดือนกันยายน 2541 จำนวน 200 ครัวเรือน และกลุ่มครัวเรือนที่ไม่ได้ถือบัตร จำนวน 200 ครัวเรือน การศึกษาได้ใช้กลุ่มครัวเรือนเขตอำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ ทั้งนี้เนื่องจากมีสัดส่วนของครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพมากที่สุด ในจังหวัดเชียงใหม่ จากการศึกษาพบว่าระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มข้างต้น กลุ่มที่มีบัตรประกันสุขภาพจะมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนหลายคนมีรายได้ต่อปีต่ำ และมีค่ารักษาพยาบาลต่อปีต่ำกว่า และเมื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ โดยใช้การประมาณค่าด้วยวิธี Logit Model ซึ่งใช้ประมาณค่าแบบวิธีภาวะความน่าจะเป็นสูงสุด (Maximum Likelihood Estimate) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพ คือ ปัจจัยทางด้านสังคม จิตวิทยา และด้านสวัสดิการรักษายาพยาบาลต่าง ๆ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ว่าด้วยการประกัน

ชรินทร์ ห่วงมิตร<sup>21</sup> ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพของเกษตรกร ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์ โดยการออกแบบสอบถาม กลุ่มผู้ซื้อบัตรสุขภาพ และกลุ่มไม่ซื้อบัตรสุขภาพ จำนวนกลุ่มละ 112 ตัวอย่าง ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ซื้อบัตรสุขภาพกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยร้อยละ 50.0 กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลลาดยาวร้อยละ 25.9 กับอาสาสมัครสาธารณสุขร้อยละ 17.9 และซื้อจากผู้นำชุมชน ร้อยละ 6.2 เหตุผลที่ซื้อ คือ เมื่อเจ็บป่วยแล้วไม่เสียเงินมากร้อยละ 48.2 เจ้าหน้าที่แนะนำให้ซื้อ ร้อยละ 31.3 มีโรคประจำตัวร้อยละ 16.0 มีสมาชิกในครอบครัวมาร้อยละ 3.6 และเป็นการช่วยเหลือผู้อื่นร้อยละ 0.8 กลุ่มที่ไม่ซื้อบัตรสุขภาพ เนื่องจากมีบัตรรักษาพยาบาลฟรี

<sup>20</sup>วรลักษณ์ หิมะกลัส, "ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการบัตรประกันสุขภาพ", วิทยานิพนธ์เศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2542, หน้า 31.

<sup>21</sup>ชรินทร์ ห่วงมิตร, "ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพของเกษตรกร ตำบลลาดยาว อำเภอลาดยาว จังหวัดนครสวรรค์", วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2539, หน้า 26.

อย่างอื่น ร้อยละ 64.3 ไม่ค่อยเจ็บป่วยร้อยละ 20.5 ไม่อยากซื้อร้อยละ 8.9 และไม่มีเงินร้อยละ 6.3

สุรัตน์ สีนะศิริมากุล และคณะ<sup>22</sup> ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการประกันสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ ช่วงเวลาการศึกษาเริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-เดือนมิถุนายน 2541 รวมระยะเวลา 45 วัน โดยการออกแบบสอบถามและทดสอบความเชื่อถือด้วยวิธี Test-retest โดยใช้การสำรวจตัดขวาง ในเขตพื้นที่ทำการสุ่มสำรวจจำนวน 7 อำเภอ 8 หน่วยงาน พบว่า การมีโรคเจ็บป่วยเรื้อรังของประชาชนไม่ได้มีอิทธิพลให้เกิดการซื้อบัตรประกันสุขภาพ แต่ความพึงพอใจต่อบริการที่ประชาชนได้รับจากโรงพยาบาลและการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์เรื่องบัตรประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการตัดสินใจซื้อบัตร

ประเสริฐ วันดี<sup>23</sup> ได้ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยศึกษาในปี พ.ศ. 2538 ผลการศึกษาพบความครอบคลุมของโครงการบัตรประกันสุขภาพ เท่ากับร้อยละ 24.48 ของครัวเรือน และร้อยละ 17.73 ของประชากร อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยนอก ในระดับสถานีนามัย เท่ากับ 1.98 ครั้ง/คน/ปี โรงพยาบาลชุมชน 1.10 ครั้ง/คน/ปี โรงพยาบาลศูนย์ 0.02 ครั้ง/คน/ปี ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยนอกในระดับสถานีนามัย เท่ากับ 50.43 บาท/ครั้ง โรงพยาบาลชุมชน 74.56 บาท/ครั้ง และโรงพยาบาลศูนย์ 404.64 บาท/ครั้ง ตามลำดับ

<sup>22</sup> สุรัตน์ สีนะศิริมากุล และคณะ, "ปัจจัยที่มีผลต่อการประกันสุขภาพโดยสมัครใจ กรณีศึกษาบัตรประกันสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่", วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ วิทยาลัยเขตลำพูน 2541, หน้า 32.

<sup>23</sup> ประเสริฐ วันดี, "สถานการณ์การดำเนินงานโครงการประกันสุขภาพโดยสมัครใจอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย", วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2539, หน้า 40.