



บทที่ 1

บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาของโครงการบัตรสุขภาพ

โครงการบัตรสุขภาพเป็นโครงการสำคัญโครงการหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุข โดยเริ่มทำการทดลองโครงการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2526 ในชื่อว่า "โครงการกองทุนอนามัยแม่และเด็ก โดยใช้บัตรสุขภาพ" ในระยะเริ่มแรกนี้ครอบคลุมพื้นที่ 7 จังหวัด 8 ตำบล 18 หมู่บ้าน ได้แก่ ขอนแก่น ลำพูน ร้อยเอ็ด นครสวรรค์ เพชรบุรี ราชบุรี และ สงขลา โดยจัดเป็นโครงการทดลองเพื่อหารูปแบบและความเป็นไปได้ในงานให้บริการสาธารณสุขโดยชุมชนเอง ซึ่งอาศัยการจัดตั้งกองทุนโดยชาวบ้านและชุมชน ทั้งนี้เพื่อรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน 4 ประการ ได้แก่ การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การให้ภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมโรคติดต่อ และการสุขศึกษา

สำหรับการดำเนินการนี้ประชาชนจะเข้าร่วมเป็นสมาชิกกองทุนบัตรสุขภาพโดยสมัครใจ ด้วยการซื้อบัตรสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ บัตรสุขภาพจึงเป็นเสมือนบัตรที่แสดงข้อผูกพันร่วมกันหรือพันธะร่วมกันระหว่างประชาชนผู้ถือบัตร กองทุนผู้ออกบัตร และหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ให้บริการด้านสาธารณสุข

ต่อมาปี พ.ศ. 2527 ซึ่งเป็นการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพในระยะที่สอง ได้มีการปรับปรุงแก้ไขเงื่อนไขบางประการ และใช้ชื่อว่า "โครงการบัตรสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข" มีการกำหนดพื้นที่เป้าหมายสำหรับปี พ.ศ. 2527 ให้ครบทุกจังหวัด ๆ ละ 1 ตำบล และในปี พ.ศ. 2528 ต้องขยายให้ได้ครบทุกอำเภอ ๆ ละ 1 ตำบล การดำเนินงานโครงการได้ดำเนินการมาจนถึงระยะที่ 3 (พ.ศ. 2528-2530) มีการตั้งเป้าหมายว่าจะขยายให้ได้ทุกตำบลในทุกอำเภอ

การที่ประชาชนจะเข้าเป็นสมาชิกกองทุนบัตรสุขภาพโดยสมัครใจด้วยการซื้อบัตรสุขภาพ โครงการในระยะที่สามนี้ บัตรที่จะจำหน่ายให้แก่สมาชิกสามารถจำแนกได้เป็น 3 ชนิด 3 ราคา คือ บัตรเพื่อการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นบัตรครอบครัว มูลค่า 300 บาท บัตรเพื่อการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นบัตรบุคคล มูลค่า 200 บาท และบัตรเพื่อการอนามัยแม่และเด็กและภูมิคุ้มกันโรค มูลค่า 100 บาท สำหรับบุคคลที่มีบัตรครอบครัว สมาชิกในครอบครัวสามารถใช้สิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี 6 ครั้งต่อปี และสำหรับบุคคลที่มีบัตรบุคคลใช้สิทธิรักษาพยาบาลฟรี 4 ครั้งต่อปี ซึ่งการรักษาพยาบาล 1 ครั้ง จะหมายถึง การรักษาต่อเนื่องจนหายจากโรคนั้น ๆ ในครั้งนั้น หรืออาจจะเลือกใช้สิทธิในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล โดยได้รับส่วนลดร้อยละ 10 โดยไม่จำกัดจำนวนครั้งของการรับบริการก็ได้ ส่วนการเข้ารับบริการต้องเข้ารับบริการยังสถานพยาบาลที่กำหนดไว้เท่านั้น กล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเป็นการกระจายผู้ป่วยตามระดับของสถานพยาบาล นับตั้งแต่สถานอนามัย โรงพยาบาลระดับอำเภอ ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลระดับจังหวัด ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง โรงพยาบาลเฉพาะโรค สังกัดกรมการแพทย์ กรมอนามัย และกรมควบคุมโรคติดต่อ และโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ซึ่งสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐ เป็นลำดับ ซึ่งแต่เดิมนั้นได้มีการจำกัดโรคที่จะเข้ารับการรักษาพยาบาลไว้ แต่ต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนเป็น ไม่จำกัดโรค (ยกเว้นศัลยกรรมตกแต่ง ทันตกรรมประดิษฐ์ และแว่นตา) ทั้งนี้ยังได้กำหนดวงเงินในการรักษาพยาบาลฟรีไว้ไม่เกิน 2,000 บาท ต่อครั้ง ถ้าเกินกว่านั้น ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเอง โดยได้รับส่วนลดร้อยละ 10 ซึ่งบัตรสุขภาพทุกประเภทจะมีอายุ 1 ปี โดยจะไม่มีการต่ออายุบัตร นอกจากนี้ สำหรับบัตรเพื่อการอนามัยแม่และเด็กนั้น ผู้ถือบัตรจะได้รับสิทธิในการดูแลรักษาตั้งแต่อ่อนคลอด บริการทำคลอด ดูแลหลังคลอด และบริการให้ภูมิคุ้มกันโรครวมทั้งดูแลรักษาเด็กเกิดใหม่จนอายุครบ 1 ปีบริบูรณ์

อย่างไรก็ดี ในระยะที่มีการปรับปรุงการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพในเขตชนบท เข้าสู่ระยะที่ 3 นี้ ได้มีการริเริ่มทดลองโครงการบัตรสุขภาพในเขตเมือง โดยยังคงอาศัยหลักการและวิธีการต่าง ๆ โดยทั่วไปที่ใช้อยู่ในโครงการบัตรสุขภาพในเขตชนบทเป็นหลัก แต่ได้มีการพิจารณาแบ่งพื้นที่ในเขตเมืองออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ชุมชนหนาแน่น (ย่านการค้าและตลาด มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี) ชุมชนแออัด (เขตสลัม มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน)

และชุมชนชานเมือง (แหล่งที่อยู่อาศัยคล้ายชนบท แต่อยู่ในเขตเทศบาลรอบนอกตัวเมือง) สำหรับ การบริหารงาน และการให้บริการเป็นความร่วมมือกันระหว่าง 3 หน่วยงาน คือ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลระดับจังหวัด และเทศบาลในถิ่นที่ โดยในขั้นแรกเป็นการทดลอง ใน 6 จังหวัด 7 เขตเมือง คือ เชียงใหม่ นครสวรรค์ นครราชสีมา ราชบุรี นครศรีธรรมราช และสงขลา (2 แห่งคือ เทศบาลเมืองหาดใหญ่ และเทศบาลเมืองสงขลา)

จากการดำเนินงานโครงการบัตรสุขภาพจนถึง ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2530 นั้น ปรากฏว่าจำนวนสมาชิกบัตรสุขภาพทั้งหมดในเขตชนบท 2,687,022 คน ใน 19,030 หมู่บ้าน 4,474 ตำบล 687 อำเภอ ในทุกจังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ซึ่งกล่าวได้ว่ามีอัตราการ ครอบคลุมถึงร้อยละ 100 ในระดับจังหวัด ร้อยละ 96.2 ในระดับอำเภอ ร้อยละ 69.8 ใน ระดับตำบล และร้อยละ 32.6 ในระดับหมู่บ้าน และมีขอบเขตครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 5.7 คิดเป็นเงินค่าบัตรสุขภาพประมาณ 183 ล้านบาท นอกจากนี้ยังได้มีการขยายโครงการบัตร สุขภาพในเขตเมืองเพิ่มขึ้นอีก ได้แก่ จังหวัดอ่างทอง (5 ชุมชนเมือง) จันทบุรี (1 ชุมชนแออัด) ลำพูน (6 หมู่บ้านในเขตเทศบาล) และกรุงเทพมหานคร (1 ชุมชนแออัด)

สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ โครงการบัตรสุขภาพได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 โดยในปี พ.ศ. 2527 ซึ่งอยู่ในช่วงโครงการบัตรสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขระยะที่ 2 ตั้งเป้าหมายการดำเนินงานในถิ่นที่ 4 อำเภอ 6 ตำบล 31 หมู่บ้าน และในเขตเมือง 2 กองทุน จนกระทั่งสิ้นปี พ.ศ. 2530 ซึ่งอยู่ในช่วงโครงการระยะที่ 3 นั้น ได้คาดหมายไว้ว่าจะ สามารถดำเนินการได้ครบทุกอำเภอและครอบคลุมหมู่บ้านได้ประมาณ 300 หมู่บ้าน อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลสถานภาพทั่วไปของโครงการบัตรสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่ ณ วันที่ 30 กันยายน 2531 นั้น ปรากฏว่าสามารถดำเนินการได้ 19 อำเภอ 73 ตำบล 210 หมู่บ้าน และมีจำนวนสมาชิก บัตรสุขภาพทั้งสิ้น 51,414 คน หรือคิดเป็นอัตราการครอบคลุมร้อยละ 90.48, 38.62, 13.26 และ 3.84 สำหรับในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน และประชากรตามลำดับ (ตาราง 1.1) ประกอบด้วยกองทุนบัตรสุขภาพ 203 กองทุน มีจำนวนเงินกองทุนทั้งสิ้น 3,417,700 บาท โดยมี สถานบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย สถานีอนามัย 79 แห่ง โรงพยาบาล

ชุมชน 15 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง ไว้คอยให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

ตารางที่ 1.1 : ข้อมูลเกี่ยวกับบัตรสุขภาพและอัตราการครอบคลุมของบัตรสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่ ณ 30 กันยายน 2531

	<u>อำเภอ</u>	<u>ตำบล</u>	<u>หมู่บ้าน</u>	<u>ประชากร</u>
ทั้งหมด	21	189	1,584	1,340,613
อยู่ในโครงการบัตรสุขภาพ	19	73	210	51,414
อัตราการครอบคลุม (ร้อยละ)	90.48	38.62	13.26	3.84

ที่มา : เทียนฉาย กิระสัมพันธ์ และคณะ (2533)

## 1.2 ความสำคัญของปัญหาที่จะวิจัย

การบริการด้านสาธารณสุขต่าง ๆ อาจจัดได้ว่าเป็นสินค้าประเภทกึ่งสาธารณะ หรือในบางครั้งอาจเรียกได้ว่าเป็นสินค้าคุณธรรมด้วย ดังนั้น การที่จะปล่อยให้ภาคเอกชนดำเนินการผลิตแต่เพียงภาคเดียว ปริมาณสินค้าสาธารณสุขดังกล่าวอาจจะน้อยกว่าความต้องการของสังคมได้ด้วยเหตุนี้ โครงการบัตรสุขภาพจึงเป็นเสมือนเครื่องมือของรัฐประเภทหนึ่งในการแทรกแซงกลไกตลาดสินค้าดังกล่าวทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่กลุ่มประชาชนที่ฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่าจะได้สามารถเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขตามความจำเป็นได้อย่างเพียงพอ ในขณะที่เดียวกันการให้บริการสาธารณสุขที่ดีและเพียงพอยังสะท้อนถึงผลได้จากการลงทุนประเภทหนึ่งด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลงทุนในทุนมนุษย์ กล่าวคือ ประชาชนที่มีสุขภาพอนามัยดีย่อมมีประสิทธิภาพการทำงานที่สูงขึ้นอันจะนำไปสู่สวัสดิการสังคมที่ดีขึ้นด้วย

นอกจากนี้ โครงการบัตรสุขภาพยังเป็นเสมือนเครื่องมือในการจัดสรรใหม่ของรายได้  
 ในรูปของการที่ประชาชนจะได้มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น กล่าวคือ การจัดสรรใหม่นี้อาจทำได้ 2 ทาง  
 ได้แก่ ทางที่หนึ่งถ้าการจ่ายเงินสดเข้ากองทุนบัตรสุขภาพแก่สถานบริการระดับต่าง ๆ ไม่  
 สามารถครอบคลุมต้นทุนที่สถานบริการให้แก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพแล้ว รัฐจำเป็นต้องนำรายได้จากการ  
 เก็บภาษี และรูปอื่น ๆ มาสนับสนุนต้นทุนของสถานบริการในส่วนนี้ ซึ่งเท่ากับเป็นการจัดสรร  
 ทรัพยากรใหม่ได้ทางหนึ่ง ส่วนทางที่สอง การจัดสรรทรัพยากรใหม่ที่มาจกสมาชิกบัตรสุขภาพที่  
 ยังมีสุขภาพดี ได้มีโอกาสช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วย โดยคาดว่าตนจะได้รับความช่วยเหลือบ้างใน  
 ภายหน้า จะสะท้อนให้เห็นถึงหลักการของการประกันสุขภาพ และการแบ่งรับความเสี่ยงร่วมกัน  
 ระหว่างสมาชิกกองทุนนั้น ดังนั้น ในแง่ของสังคมโดยรวมแล้ว รัฐยังคงต้องเสียค่าใช้จ่ายใน  
 งานสาธารณสุขส่วนนี้อีกมากแม้ว่าจะไม่มีโครงการบัตรสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความ  
 ช่วยเหลือแก่ประชาชนที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น โครงการสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย  
 เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นต้น

สำหรับในแง่ของสถานบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ที่อยู่ใโครงการบัตรสุขภาพนั้น การ  
 จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นระบบที่ช่วยกลั่นกรองผู้ป่วยให้แก่สถานบริการระดับสูงขึ้น ไป และเท่ากับเป็น  
 การใช้ประโยชน์จากสถานบริการนั้น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนเป็นการแบ่งเบา  
 ภาระจำนวนผู้ป่วยในสถานบริการระดับสูงให้ลดลงเพื่อจะได้นำไปใช้ประโยชน์ในด้านอื่น ๆ แทน  
 มากขึ้น อย่างไรก็ตาม เท่าที่ผ่านมามีภาระในด้านต้นทุนของการให้บริการผู้ป่วยบัตรสุขภาพมักจะตกอยู่กับ  
 สถานบริการระดับต่าง ๆ ในระบบส่งต่อค่อนข้างสูงแม้ว่าสถานบริการเหล่านี้จะได้รับเงินสดเข้า  
 ค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนบัตรสุขภาพในบางส่วนก็ตาม นอกจากนี้ จากการทำงานของระบบส่ง  
 ต่อผู้ป่วยเท่าที่ผ่านมามี ยังไม่สามารถกลั่นกรองผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร จึงทำให้ภาระ  
 ปริมาณผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับอำเภอและโรงพยาบาลระดับจังหวัด ยังคงอยู่ในปริมาณ  
 ค่อนข้างสูง นั่นเท่ากับว่าภาระทางด้านต้นทุนของการให้บริการแก่ผู้ป่วยเหล่านี้ย่อมสูงตามไปด้วย

อนึ่ง เงินสดเข้าค่ารักษาพยาบาลที่สถานบริการต่าง ๆ ได้รับมาจากกองทุนบัตรสุขภาพ  
 นั้น ก็มาจากรายได้ของกองทุนที่ได้จากการขายบัตรประเภทต่าง ๆ นั้นเอง โดยจะมีการกำหนด  
 การจัดสรรเงินตามสัดส่วนที่คณะกรรมการบริหารกองทุนได้ตกลงกันไว้ อย่างไรก็ตามก็จากการดำเนิน

งานเก่าที่ผ่านมากำหนดราคาบัตรสุขภาพประเภทต่าง ๆ โดยกระทรวงสาธารณสุขนั้น ยังไม่ได้กำหนดราคาบัตรจากเกณฑ์ทางเศรษฐศาสตร์ กล่าวคือยังไม่ได้มีการคิดราคาจากต้นทุนการผลิตที่แท้จริง ดังจะเห็นได้ว่าตั้งแต่ดำเนินโครงการมา 3 ระยะ ได้มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขเกี่ยวกับราคาบัตรอยู่ตลอดเวลาและเป็นไปอย่างไม่มีหลักเกณฑ์ ดังนั้น แม้ว่าการคิดต้นทุนในรายละเอียดซึ่งจะสะท้อนถึงผลตอบแทนของปัจจัยการผลิตทั้งหมดก็น่าจะเป็นประเด็นที่มีการศึกษาเพื่อให้รู้วราคาที่แท้จริงนั้นควรเป็นเท่าใด แต่การศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของสถานบริการระดับต่าง ๆ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมดก็น่าจะเป็นประเด็นหนึ่งที่ต้องศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาต้นทุนการผลิตที่แท้จริงต่อไป

สำหรับจังหวัด เชียงใหม่ นั้นได้ว่าเป็นจังหวัดที่มีระบบของการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับบัตรสุขภาพที่ค่อนข้างละเอียดและสมบูรณ์มาก กล่าวคือ มีการเก็บข้อมูลด้านค่าใช้จ่ายและการคำนวณในราคาทุกระบบเดียวกันหมดทั้งจังหวัด ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการนำไปใช้เพื่อการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลของสถานบริการในระดับต่าง ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพในจังหวัด เชียงใหม่

ด้วยเหตุผลและความสำคัญดังกล่าว จึงสมควรที่จะได้ทำการวิเคราะห์ ถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของสถานบริการในระดับต่าง ๆ ที่ให้แก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของค่าใช้จ่ายทั้งหมดในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาปรับปรุงราคาบัตร ตลอดจนเพื่อการปรับปรุงในเรื่องของการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนครั้งของการใช้สิทธิในแต่ละบัตร วงเงินสูงสุดในการใช้บริการแต่ละครั้งในบัตรสุขภาพ และอัตราการคืนทุนให้แก่สถานบริการในระดับต่าง ๆ ต่อไป

### 1.3 วัตถุประสงค์และขอบเขตของการวิจัย

โดยทั่วไปแล้ว การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทางเศรษฐศาสตร์สามารถวิเคราะห์ได้ 3 รูปแบบ คือ การวิเคราะห์ในรูปของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ค่าใช้จ่ายเพิ่มหรือค่าใช้จ่ายหน่วยสุดท้าย และค่าใช้จ่ายต่อหน่วย อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี ดังที่กล่าวแล้วว่า การบริการทางสาธารณสุขต่าง ๆ ถูกจัดว่า

เป็นสินค้ากึ่งสาธารณะ หรือในบางครั้งอาจจัดได้ว่าเป็นสินค้าคุณธรรมด้วย ดังนั้น การวิเคราะห์  
ค่าใช้จ่ายของสถานบริการในรูปของค่าใช้จ่ายต่อหน่วยจึงดูจะสอดคล้องกับทฤษฎีในทางเศรษฐศาสตร์  
และสามารถนำไปใช้ในเชิงนโยบายได้มากกว่าค่าใช้จ่ายในรูปอื่น ๆ

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยของสถานบริการ  
ระดับต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ถือบัตรสุขภาพ ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ โดยในที่นี้อาจ  
จำแนกการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยดังกล่าวออกได้ 5 ประเภท ซึ่งแต่ละประเภทก็จะสื่อความ  
หมายที่ต่างกันออกไป กล่าวคือ ประเภทที่หนึ่ง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการรับบริการ ซึ่งจะ  
ชี้ให้เห็นถึง ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละครั้งที่มารับบริการ โดยไม่คำนึงว่าจะ  
เป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้ป่วยนั้นอาจจะมารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง กว่าจะหายจาก  
โรคหนึ่ง ๆ รวมทั้งผู้ป่วยนั้นอาจเป็นสมาชิกผู้ถือบัตรหรือบุคคลในครอบครัวของสมาชิกนั้นก็ได้ ใน  
กรณีของบัตรครอบครัว ประเภทที่สอง ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วย จะชี้ให้เห็นถึง ค่าใช้จ่ายของ  
การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งผู้ป่วยรายนั้นไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน อาจจะมา  
รับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง หรือไม่รักษาเลยในแต่ละปี รวมทั้งอาจมารับการรักษามากกว่า  
1 โรคก็ได้ ประเภทที่สาม ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วย-วันนอน จะชี้ให้เห็นถึง ค่าใช้จ่ายของการ  
รักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่สถานบริการรับเข้านอนพักรักษาตัวในสถานบริการนั้น ๆ ผู้ป่วยในรายนั้น  
อาจจะเข้ารับการรักษาโรคใด ๆ มากกว่า 1 โรค รวมทั้งอาจต้องมาเข้ารับการรักษามากกว่า  
1 ครั้ง กว่าจะหายจากโรคหนึ่ง ๆ ก็ได้ ประเภทที่สี่ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่อบัตรสุขภาพจะชี้ให้เห็น  
ว่า ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ถือบัตรแต่ละประเภท 1 ใบนั้น มีมูลค่าเท่าใดในแต่ละ  
ปี ซึ่งค่าใช้จ่ายต่อบัตรสุขภาพหนึ่ง ๆ นั้นอาจจะมีมูลค่ามากกว่าหรือน้อยกว่าราคาบัตรประเภทนั้นก็ได้  
และประเภทที่ห้า ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่อกองทุน จะชี้ให้เห็นถึง ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยของการรักษา  
พยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ถือบัตรสุขภาพต่อกองทุนบัตรสุขภาพทั้งหมด ซึ่งจะสะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่ายด้าน  
การรักษาพยาบาลที่แต่ละกองทุนต้องรับไป โดยในความเป็นจริงแล้ว บางกองทุนอาจมีค่าใช้จ่ายที่  
เกิดขึ้นจริงสูงกว่าค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย ในขณะที่บางกองทุนอาจจะต่ำกว่าก็ได้ นั่นเป็นการชี้ให้เห็น  
ถึงความเหมาะสมในจำนวนของกองทุนทั้งหมดที่ดำเนินการอยู่ ตลอดจนเหตุผลและความจำเป็นที่  
จะต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเกณฑ์ของการจัดสรรเงินอุดหนุนสถานบริการระดับต่าง ๆ ต่อไป

อนึ่ง การวิจัยนี้จะมุ่งไปที่สถานบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ในโครงการบัตรสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ นอกจากนี้ ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ยังเป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลเฉพาะโรคต่าง ๆ นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขอีกหลายแห่ง ซึ่งอาจจะมีการรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากสถานบริการในจังหวัดอื่น ๆ ด้วย ดังนั้น ในที่นี้จึงทำการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยบัตรสุขภาพจากกองทุนในจังหวัดเชียงใหม่และที่ถูกลส่งต่อมาจากสถานบริการในเขตจังหวัดเชียงใหม่เท่านั้น โดยจะทำการศึกษาในรอบปีที่ผ่านมาคือ ช่วงระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2530 ถึง 31 ตุลาคม 2531

กล่าวโดยสรุปแล้ว การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อจะวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยของสถานบริการระดับต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบัตรสุขภาพ ซึ่งจะเน้นถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงหรือค่าใช้จ่ายในราคาทุนของการรักษาพยาบาลโดยจะอาศัยดัชนี 5 ดัชนี ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการรับบริการ ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายต่อผู้ป่วย-วันนอน ค่าใช้จ่ายต่อบัตรสุขภาพ และค่าใช้จ่ายต่อกองทุนบัตรสุขภาพเพื่อที่จะแสดงให้เห็นว่า สถานบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ ในเขตจังหวัดเชียงใหม่มีค่าใช้จ่ายต่อหน่วยของการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยบัตรสุขภาพเป็นอย่างไรในรอบปีที่ทำการศึกษา

#### 1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลของการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยบัตรสุขภาพของสถานบริการในระดับต่าง ๆ น่าจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงราคาบัตรสุขภาพแต่ละประเภท รวมทั้งเป็นแนวทางในการปรับปรุงเรื่องของการส่งต่อผู้ป่วยและเงื่อนไขต่าง ๆ ของบัตรสุขภาพ ตลอดจนการศึกษาทางด้านอัตราคืนทุนของสถานบริการและประสิทธิภาพของการดำเนินงานกองทุนบัตรสุขภาพต่อไป