

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



บททวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาหนังสือ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำเสนอตามลำดับหัวข้อ
ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์
3. การประกันสังคม และพระราชบัญญัติประกันสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประกันสังคม

พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์

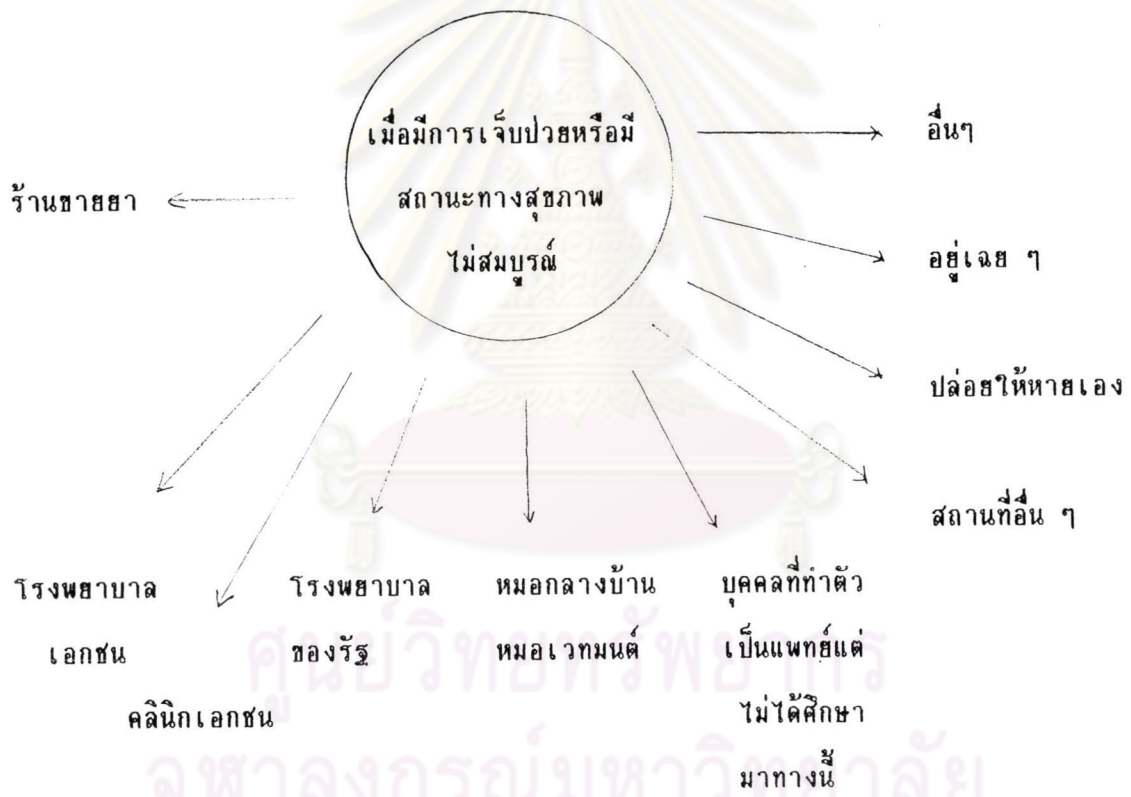
พฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior)

ตามแนวความคิดของ Kasl S. และ Cobb S. (1966 อ้างถึงในประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2532) ได้ให้คำนิยามของพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยไว้ว่า หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือความรู้สึกของบุคคลนั้นต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วยโดยพยายามอธิบายหรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง การปรึกษาเพื่อน ญาติ พี่น้องและพยายามแสวงหาความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ นานา เพื่อให้อาการเหล่านั้นหมดไป

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย จึงได้แก่ การตอบสนองต่ออาการทางร่างกาย แสวงหาความคิดเห็น และคำแนะนำจากบุคคลอื่นซึ่งตัวเองมีความเชื่อว่า เขามีความชำนาญด้านสุขภาพโดยไม่คำนึงว่าบุคคลเหล่านั้นจะเป็นที่ยอมรับจากสังคมส่วนใหญ่หรือไม่ (เช่น หมอพื้นบ้าน, ผู้บำบัดโรคที่ไม่ใช่วิชาชีพ, ญาติพี่น้อง, เพื่อนบ้าน, มิตรสหาย, ผู้ร่วมงาน) การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคมและรวมถึงพฤติกรรมที่บุคคลนั้นไม่ทำอะไรเลย ซึ่งขณะเดียวกันก็จะคอยสังเกตอาการว่า อาการผิดปกติจะหายไปเองได้หรือไม่

เมื่อบุคคลเจ็บป่วย หรือมีความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจหรือสังคมแล้ว บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไปซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษาโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ชนบทรวมเนียมประเพณี ความสนใจค่านิยม สถานบริการที่มีในชุมชน ฯลฯ เป็นต้น การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยนี้อาจจะมีได้หลายอย่าง ตั้งแต่การไปรับบริการรักษาพยาบาลตามสถานที่ต่าง ๆ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยการไปตรวจตามนัด ฯลฯ เป็นต้น การปฏิบัติดังกล่าวนี้รวมเรียกว่า พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

ในด้านการปฏิบัติของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย หรือมีสถานะทางสุขภาพไม่ปกตินั้น อาจจะทำได้หลายประการ ดังนี้



ปัจจัยที่มีผลต่อการไปใช้บริการทางการแพทย์

วสันต์ ศิลปสุวรรณ (2531) ได้รวบรวมพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ โดยกล่าวว่า นักพฤติกรรมศาสตร์ ได้สรุปปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการสุขภาพออกเป็น 7 ประการใหญ่ๆ คือ

1. คุณลักษณะทางประชากร (Demographic Factors) มีการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่พบว่าคุณลักษณะของประชากรมีอิทธิพลต่อการใช้บริการสาธารณสุขทั้งด้านป้องกันส่งเสริมสุขภาพ และการรักษาพยาบาล คุณลักษณะของประชาชนนี้รวมถึงอายุ เพศ ขนาดของครอบครัว และสถานภาพสมรส
2. ปัจจัยโครงสร้างทางสังคม (Social Structural Factors) ปัจจัยทางสังคมประกอบด้วยการศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น
3. ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) ปัจจัยทางจิตวิทยาสังคมที่เกี่ยวกับการใช้บริการสุขภาพที่ส่วนใหญ่จะพิจารณาคับค่านิยมทางสุขภาพ (Health Value) บรรทัดฐานทางสังคม (Social norm) เกี่ยวกับสุขภาพทัศนคติและความเชื่อของประชาชนที่มีต่อเรื่องสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล (Life Styles) และแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคล
4. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจหรือทรัพยากรของครอบครัว (Family Resources) ปัจจัยทางเศรษฐกิจของครอบครัว จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลหรือครอบครัวนั้น ๆ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้หรือไม่ ปัจจัยดังกล่าวนี้รวมถึงรายได้ของครอบครัวส่วนรวม หรือของหัวหน้าครอบครัว
5. ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในชุมชน ปัจจัยนี้จะมุ่งพิจารณาและให้ความสำคัญสิ่งอำนวยความสะดวก หรือการบริการที่มีอยู่ในชุมชนเป็นสำคัญ ในการนี้รวมถึงชนิดหรือประเภทของบริการจำนวนบุคลากรที่ให้บริการ และสภาพภูมิศาสตร์ของสถานบริการและที่อยู่อาศัยของหมู่บ้านว่าห่างไกลกันมากน้อยเพียงใด ตลอดจนการคมนาคมสะดวกสบายหรือไม่
6. ปัจจัยด้านการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพ (Organization Factors) ปัจจัยนี้รวมถึงการจัดรูปแบบ กระบวนการการให้บริการสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงเรื่องราคาค่าบริการและพฤติกรรม การให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วย

7. ปัจจัยระบบสาธารณสุขของประเทศ (Health System) ปัจจัยนี้จะพิจารณาและให้ความสนใจระบบสาธารณสุขทั้งหมดของแต่ละแห่ง ซึ่งนับตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า (Input) อันได้แก่ นโยบายสาธารณสุขด้านการเมือง และงบประมาณหรือทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรมาให้เพื่อใช้ในการดำเนินการสุขภาพของประชาชน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์

ในประเทศได้มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการไปใช้บริการทางการแพทย์ แต่ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในพื้นที่ชนบท ดังเช่น งานวิจัยของ Day และ Boonlert Leoprapai, 1977 ศึกษาแบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทไทยที่จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการใช้บริการของโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ ได้แก่ เพศ โดยเพศหญิงจะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอในอัตราส่วนที่มากกว่าเพศชาย ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจภาวะอนามัย การแสวงหาและการใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพใน 20 จังหวัด ของกองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข(2522) เกี่ยวกับการเลือกใช้แหล่งบริการสาธารณสุขของคนไทยในชนบท พบว่าเพศหญิงไปใช้บริการที่สถานอนามัยเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าเพศชายเล็กน้อย ในขณะที่เพศชายใช้บริการร้านขายยาและรักษาตนเองมากกว่าเพศหญิง

เบญจา สอดคำเนิน และคณะ (2523) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของประชาชนในหมู่บ้านที่อำเภอหางฉัตร จังหวัดลำปาง พบว่า ปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเลือกใช้บริการสาธารณสุข คือ ความรุนแรง หรือความมากน้อยของการเจ็บป่วยแต่ละครั้ง ถ้ามีอาการน้อยก็จะรักษาด้วยตนเอง อาการมากขึ้นก็จะพึ่งหมอในท้องถิ่น ได้แก่ หมอกลางบ้าน หมอพระ หรือเจ้าหน้าที่สถานอนามัย และถ้ามีอาการรุนแรงถึงพึ่งโรงพยาบาลเป็นแหล่งสุดท้าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรรถวิทย์ รวยอาจิม และบุญช่วย จันท์เอี่ยม (2525) พบว่าถ้าชาวบ้านรับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยที่มีอาการรุนแรงจะไม่ไปสถานอนามัย แต่จะไปโรงพยาบาล นอกจากนี้เบญจา สอดคำเนิน และคณะ (2523) ยังพบว่าผู้ป่วยจะไปรับบริการจากผู้ใดนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อในสาเหตุของการเจ็บป่วย ถ้าเชื่อว่าโรคมีสาเหตุมาจากอำนาจเหนือธรรมชาติ ก็จะรักษาโดยวิธีแผนโบราณ แต่ถ้าเชื่อว่าโรคมีสาเหตุมาจากธรรมชาติก็จะรักษาโดยวิธีแผนปัจจุบัน และพ่อ

แม้ ญาติ หรือเพื่อนบ้านผู้ป่วยจะมีส่วนช่วยเหลือแนะนำในการเลือกแหล่งบริการรักษาพยาบาล และตัดสินใจในการเลือกใช้บริการมากกว่าตัวผู้ป่วยเอง

อรรถัย รวชอาจิณ และบุษย์ชัย จันทร์เอี่ยม (2525) ศึกษาวิจัยเรื่องสังคมจิตวิทยาในการใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง โดยศึกษาถึงปัจจัยที่ประชาชนนิยมใช้หรือไม่ นิยมใช้บริการของรัฐในชนบท พบปัจจัยต่าง ๆ สรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านกายภาพเกี่ยวกับสถานที่ตั้งของสถานอนามัย พบว่าประชาชนนิยมไปใช้สถานอนามัยที่มีทางคมนาคมสะดวก และที่นิยมที่สุดคือสถานอนามัยที่ตั้งอยู่ศูนย์กลางของชุมชน หรือที่ตั้งอยู่ริมคลอง

2. ปัจจัยด้านเวลา พบว่า ประชาชนต้องเสียเวลาไปรอรับบริการและรับคำแนะนำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ในช่วงเวลาที่เขาจะต้องทำงานประกอบอาชีพ ซึ่งนับว่ามีผลกระทบกระเทือนต่อเวลาที่ใช้ในการประกอบอาชีพ ซึ่งตรงกันข้ามกับการไปซื้อยาจากร้านขายยา หรือหมอกกลางบ้านที่ใช้เวลาเพียงเล็กน้อย สะดวกและรวดเร็ว

3. ปัจจัยทางสังคม สถานภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นข้าราชการ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ จากการสำรวจพบว่า หากเจ้าหน้าที่เอาใจใส่และรับผิดชอบต่อผู้รับบริการดี ประชาชนจะมาใช้บริการมาก

4. ปัจจัยด้านราคาค่าบริการ ประชาชนส่วนใหญ่คิดว่า ราคาค่าบริการของบริการสาธารณสุขของรัฐค่อนข้างสูง

นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ประชาชนที่ใช้บริการสาธารณสุขในท้องถิ่นให้เหตุผลที่ใช้เพราะเดินทางไปมาสะดวก เจ้าหน้าที่สามารถรักษาให้หายได้ ส่วนเหตุผลที่ไม่ใช้บริการสาธารณสุขของรัฐในชนบทเป็นเพราะเดินทางไม่สะดวก เคยไปแล้วเจ้าหน้าที่ไม่อยู่ เจ้าหน้าที่ไม่มีความสามารถ ป่วยเพียงเล็กน้อยจึงซื้อยารักษาเอง ซึ่งผลการศึกษานี้มีส่วนใกล้เคียงกับการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2526 อ้างถึงใน ชื่นชม เจริญสุทธ, 2522) ได้ศึกษาแบบแผนการให้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศ พบว่าการที่ประชาชนจะไปใช้หรือไม่ใช้สถานบริการของรัฐมีสาเหตุมาจาก

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย

1.2 ความรู้ว่ามีบริการด้านการแพทย์และอนามัย

- 1.3 เวลาที่มี
 - 1.4 ประสบการณ์ในอดีต และความสนิทสนมคุ้นเคยกับผู้ให้บริการ
 - 1.5 การเดินทาง แนวโน้มที่จะไปยังที่อื่น ๆ
 - 1.6 เงินทอง
 - 1.7 ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม
2. ปัจจัยแทรกซ้อน
 - 2.1 ระยะทางไกล
 - 2.2 สถานพาหนะสำหรับเดินทาง สภาพของถนน, ทางน้ำ
 - 2.3 ความคิดเห็นของเพื่อนและญาติ
 - 2.4 สถานบริการอื่น ๆ ที่จะเลือกไปรับบริการ
 3. ลักษณะของสถานบริการ
 - 3.1 คุณภาพของการให้บริการและชื่อเสียง
 - 3.2 เครื่องมือ, วิชาการรักษาพยาบาล
 - 3.3 ความเป็นกันเองกับประชาชนและชุมชน
 - 3.4 ค่าใช้จ่ายในการมารับบริการ
 - 3.5 เวลาที่คอย

พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์

ในประเทศไทยมีข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับ การใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาลของ ประชาชนคือการสำรวจสภาวะอนามัย การแสวงหา และการใช้บริการสาธารณสุขของชุมชน ปี พ.ศ.2513 , พ.ศ.2522 และ พ.ศ.2528 โดยศึกษาตัวอย่างทั่วประเทศของกองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (อ้างอิงใน ลือชัย ศรีเงินทอง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ซื้อยากินเอง ร้อยละ 51.4 และ 42.3 ในปี 2513 และ 2522 ตามลำดับ แต่ในปี 2528 ประชาชนส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 32 ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ รองลงมาคือซื้อยากินเองร้อยละ 22.3 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี พ.ศ.2529 ซึ่งได้ศึกษา พฤติกรรมเมื่อประชาชนเจ็บป่วยพบว่าในภาคกลาง(ไม่รวมกทม.) ร้อยละ 49.29 ของประชาชน

ผู้ขอเข้ารับประทานเอง รองลงมาคือใช้บริการโรงพยาบาลรัฐ(ร้อยละ 22.85) ส่วนประชาชนใน กทม. มีการใช้บริการในคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุดร้อยละ 42.03

ชินชม เจริญสุข, 2522 ศึกษาปัจจัยที่กำหนดการเลือกไปใช้บริการสาธารณสุขประเภท ต่าง ๆ ของประชาชนในชนบท จังหวัดชัยภูมิ และในตำบลที่มีสถานอนามัย จำนวน 8 ตำบล ผลการศึกษาพบว่า วิธีการรักษาตัวของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยที่นิยมมากที่สุดคือ รักษาตัวเองหรือ รักษาตนเองโดยญาติหรือเพื่อนบ้าน ซึ่งไม่ใช่หมอร้อยละ 30.3 รองลงมาคือใช้บริการของรัฐร้อยละ 26.5 ใช้บริการเอกชนร้อยละ 22.1 และใช้การรักษาแผนโบราณร้อยละ 10.1 ซึ่งวิธีการ รักษา นั้นจะขึ้นอยู่กับลักษณะของความเจ็บป่วยด้วย คือ ถ้าเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยจะใช้วิธีการ เองร้อยละ 54.9 ถ้าเจ็บป่วยเรื้อรังและรุนแรงจะใช้บริการของรัฐร้อยละ 31.7 และ 38.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการศึกษาของ ชินชม เจริญสุข, 2522 ยังพบอีกว่า ระยะทางมีความ สัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการ กล่าวคือผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ใกล้สถานบริการจะมีการใช้บริการมากกว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ห่างไกลออกไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Day และ Boonlert Leoprapai (1966) ที่พบว่าประชาชนเลือกใช้แหล่งบริการที่ใกล้ตัวที่สุดก่อน นอกจากนี้การศึกษา ของ สำลี เปลีสนบางช้าง และคณะ (2521) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสังคมจิตวิทยาของการใช้บริการ สาธารณสุขของรัฐในชนบทภาคกลาง พบว่าประชาชนจะเลือกใช้บริการที่สถานอนามัยที่อยู่ใกล้และ เดินทางไปได้สะดวกเช่นกันอีกด้วย

Day และ Boonlert (1977) ศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้ที่อยู่อาศัยในเขต เมืองมีอัตราการใช้บริการที่คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลจังหวัดสูงกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท ซึ่งใช้ บริการหมอตำแย หมอฉีดยา แพทย์ประจำตำบล พนักงานอนามัยของรัฐ และโรงพยาบาล

ในด้านการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น การศึกษาของพิมพ์วิไล ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (2530) ซึ่งศึกษาในชนบทจังหวัดนครราชสีมา ในด้านพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของชาวชนบท พบว่าความเจ็บป่วยที่ชาวบ้านประเมินว่าอาการเล็กน้อยร้อยละ 96.3 จะใช้การดูแลรักษาตนเองเพียงอย่างเดียว แต่สำหรับโรคที่มีอาการรุนแรงปานกลาง หรืออาการรุนแรงมาก จะมีสัดส่วนการดูแลรักษาตนเองต่ำลงอย่างเห็นได้ชัด แต่แม้ในอาการ ป่วย เช่นนี้ก็จะรักษาตนเองก่อน เมื่อไม่หายจึงหันไปใช้บริการอื่น ๆ ก็มีสัดส่วนที่สูง

Colson (1971 : 226) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการรักษาได้แก่ ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เช่น เกี่ยวกับการศึกษา Day และ Leoprapai (1977 : 66) สันทัดและไรลีย์ (1975)

ปัจจัยเกี่ยวข้องกับในการใช้บริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนจังหวัดนนทบุรี ปี 2533 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี, 2535) โดยสัมภาษณ์หัวหน้าครอบครัวหรือผู้แทน ในเขตเมือง กึ่งเมือง และชนบทอย่างละเท่า ๆ กันตามสัดส่วนของบ้านในเขตต่างๆ โดยทำการสุ่มตามวิธีทางสถิติ จำนวน 600 คน ทั้งนี้เพื่อศึกษาวิเคราะห์การใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี ให้ได้ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการปรับปรุงบริการสาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนเมื่อเจ็บป่วยจะรักษากันเองโดยซื้อยากินเองมากที่สุดรองลงมาคือการใช้สถานพยาบาลของทางราชการ และเอกชนในปริมาณใกล้เคียงกันเพียง 2 ใน 3 ของการซื้อยากินเอง ปัจจัยสำคัญที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการคือลักษณะโรค และเขตที่อยู่อาศัย คือเจ็บป่วยเล็กน้อย จะซื้อยากินเองมากที่สุด แต่ถ้าเจ็บป่วยรุนแรงจะซื้อยากินเองน้อยลงแต่จะใช้บริการของเอกชน และราชการมากขึ้น ในขณะที่เจ็บป่วยเรื้อรังจะใช้บริการของราชการมากที่สุด เกี่ยวกับเขตที่อยู่อาศัย ในเขตเมืองประชาชนจะซื้อยากินเองเป็น 6 เท่าของการใช้บริการของเอกชน และ 4 เท่าของการใช้บริการของราชการ แต่เขตกึ่งเมืองจะซื้อยากินเองน้อยลง เป็นเท่าครึ่งของการใช้บริการเอกชน และ 5 เท่าของการใช้บริการของทางราชการ ส่วนในเขตชนบท จะให้บริการของราชการมากที่สุด และซื้อยากินเองลดหลั่นลงมา ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับอายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ พบว่ามีผลต่อการเลือกใช้บริการของประชาชนพอสมควร

Rodney M. Coe and Albert F. Wessen (1965) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทางด้านจิตวิทยาสังคมที่มีผลต่อการใช้บริการอนามัยในท้องถิ่น พบว่าประชาชนที่ไม่ไปรับบริการจากแพทย์นั้นเนื่องจากการที่ไม่ทราบถึงความรุนแรงของอาการที่เจ็บป่วย และมีความกลัวตลอดจนวิตกกังวลกลัวจะต้องเสียค่ารักษาพยาบาลในราคาแพง ส่วนประชาชนที่ไปรับบริการจากแพทย์โดยปกติแล้วถึงแม้จะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยก็มีแนวโน้มที่จะไปใช้บริการอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังพบว่าปฏิภณิธาของประชาชนที่มีต่อความเจ็บป่วยนั้นยังแตกต่างกันไปตามอายุ เพศ และเชื้อชาติ และส่วนใหญ่เพศหญิงจะไปใช้บริการมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้ อัตราการให้บริการจะเพิ่มขึ้นตามอายุทั้งสองเพศ พวกชนชั้นสูงซึ่งมีฐานะดีจะไปใช้บริการมากกว่าประชาชนที่มีรายได้น้อย จากการศึกษา

ยังพบอีกว่าการไปใช้บริการอนามัยยังขึ้นอยู่กับระยะทางด้วย กล่าวคือ ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานบริการมักจะไปใช้บริการมากกว่าประชาชนที่อยู่ไกลสถานบริการ

Aday Lu Ann (1975) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการทางการแพทย์ พบว่าประชาชนที่อายุคนจะใช้บริการการแพทย์ในอัตราที่น้อยกว่าคนที่ร่ำรวย ถึงแม้ว่าจะมีความจำเป็นหรือเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงเท่า ๆ กัน นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาการเดินทางและการเสียเวลารอคอยพบแพทย์ก็มีผลต่อการไปใช้บริการเช่นกัน กล่าวคือ ประชาชนที่อยู่ใกล้สถานบริการจะไปรับบริการมากกว่าประชาชนที่อยู่ห่างไกล ยกเว้นในกรณีที่เขามีความจำเป็นจริง ๆ เท่านั้น

การศึกษาวิจัยทั้งหมดที่ทบทวนข้างต้น ให้ข้อสรุปได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาลแบบต่าง ๆ ด้วย ปัจจัยเหล่านี้ คือ อายุ การศึกษา อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บและการรักษาพยาบาล และลักษณะของความเจ็บป่วยซึ่งแตกต่างกันในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท

เป็นที่น่าสังเกตว่าพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของประชาชนในแต่ละการศึกษา นั้น มีการให้ค่าจำกัดความของการเจ็บป่วยแตกต่างกัน ระยะเวลาในการสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยย้อนหลังไม่เท่ากัน ศึกษาเกี่ยวกับประชากรในพื้นที่ต่าง ๆ กัน ช่วงเวลาที่ศึกษาต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วยต่างกัน ดังนั้นในการพิจารณาเปรียบเทียบกัน จำเป็นต้องพิจารณาข้อมูลข้างต้นประกอบด้วย

การประกันสังคมและพระราชบัญญัติประกันสังคม

การประกันสุขภาพ การประกันสังคม และความมั่นคงทางสังคม

การประกันสุขภาพ เป็นประเภทหนึ่งของการประกันสังคม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงทางสังคม ศักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์ ได้ให้คำนิยามของคำว่า ระบบความมั่นคงทางสังคมไว้ว่า "คือระบบสวัสดิการที่รัฐสร้างขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชนว่า เขาจะได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจในระดับหนึ่ง หากเขาต้องประสบกับภาวะการสูญเสียรายได้ การมีรายจ่ายพิเศษเพิ่มขึ้นหรือการไม่มีรายได้ อันจะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของเขา และครอบครัว"

แนวคิดเกี่ยวกับการประกันสุขภาพ (Basic Concepts of Health Insurance) พื้นฐานความคิดของการประกันสุขภาพ ตั้งอยู่บนทฤษฎีการกระจายความสูญเสีย และกำจัดปัจจัยเสี่ยง (Theory of Distribution of Losses and Elimination of Risk) อันนำไปสู่กฎของการเฉลี่ยความเสี่ยงภัย (Law of Average) ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความสุขและความทุกข์ในหมู่ประชาชนด้วยกันเองโดยรัฐเป็นผู้เสริมแรง (Enforcer) การประกันสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม ซึ่งเป็นการส่งเสริมระบบความมั่นคงทางสังคมวิธีหนึ่ง โดยให้ความคุ้มครองประเภทของผู้ที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการเมื่อมีความจำเป็นยามเจ็บป่วย ไม่คำนึงถึงรายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Access to personal health care)

ระบบความมั่นคงทางสังคมอาศัยหลักการสร้างหลักประกันด้วยวิธี 3 วิธีคือ

1. หลักการสงเคราะห์ หรือสาธารณูปการ (Social Assistance) ซึ่งมีกิจกรรมที่ดำเนินการอยู่ คือการสังคมสงเคราะห์ (Social Welfare) และการประชาสงเคราะห์ (Public Welfare) ซึ่งทั้งสองคำนี้มีความคล้ายคลึงกัน แต่คำว่าสังคมสงเคราะห์มีความหมายกว้างกว่า

2. หลักการบริการสังคม (Social Service) เช่น การจัดโครงสร้างพื้นฐานและบริการ เช่น โรงเรียนและการศึกษา โรงพยาบาลและการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชน

3. หลักการประกันสังคม (Social Insurance) ซึ่งเป็นโครงการบริหารทางสังคมในระยะยาวอีกแบบหนึ่งที่รัฐเป็นผู้จัดดำเนินการ เพื่อให้จะให้ความคุ้มครองป้องกันประชาชนมิให้ได้รับความเดือดร้อนในความเป็นอยู่ของชีวิต โดยมีหลักการสำคัญที่จะช่วยตนเองช่วยครอบครัว และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยจัดให้มีกองทุนกลางโดยมีนายจ้างและรัฐช่วยออกเงินสมทบ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ, 2533)

การประกันสังคมตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเฉลี่ยความทุกข์ความสุข (Law of average) หรือ ความมั่นคงทางสังคม (Social Solidarity) โดยการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ร่วมในการประกัน สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อมีความจำเป็นทางด้านสุขภาพหรือมีการเจ็บป่วย โดยไม่คำนึงถึงรายได้หรือสถานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การจ่ายเงินค่าประกันสังคมโดยเฉลี่ยจากประชาชนทุกคน (Coverage fee) จึงเป็นการจ่ายเพื่อเป็นการเฉลี่ยภาระหรือความเสี่ยงแก่ผู้ประกันตนทุกคน ซึ่งจะได้หลักประกันเป็นผลตอบแทนเมื่อเกิดมีความต้องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ในขณะเดียวกันหากไม่เกิดความ

ต้องการนั้น การจ่ายเงินค่าประกันก็เป็นการจ่ายแบบที่ตนเองจะไม่ได้ผลประโยชน์ตอบแทนใดๆ กลับคืน การจ่ายชนิดนี้จะเป็นการจ่ายเพียงจำนวนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับรายรับของผู้จ่าย ต่างกับการจ่ายเงินค่าใช้บริการเมื่อเจ็บป่วย (User fee) ซึ่งจะจ่ายเฉพาะเมื่อเกิดมีความต้องการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเป็นคราว ๆ และจะไม่ต้องจ่ายเมื่อไม่เกิดความต้องการแต่ขณะเดียวกันภาระการจ่ายในแต่ละครั้งอาจจะเป็นจำนวนมาก ซึ่งทำให้ผู้ไม่สามารถแบกรับภาระโดยเฉพาะคนยากจนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ แม้จะมีความต้องการทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นจนอาจถึงแก่ชีวิตก็ตาม การประกันบนหลักการดังกล่าวจึง เป็นสิ่งดีที่จะทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ได้มีหลักประกันสำหรับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอัน เป็นความจำเป็นอย่างหนึ่งของชีวิต

ความหมาย

การประกันสังคม (Social Insurance) หมายถึง ระบบที่ทั้งนายจ้าง และรัฐบาล ได้เข้ามามีส่วนร่วมกันดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการ และความจำเป็นของลูกจ้าง โดยทั้งสามฝ่ายเข้าร่วมส่งเงินสมทบเข้ากองทุน ทั้งนี้เพื่อให้คนในสังคมของลูกจ้างและของผู้ ประกันตนมีความมั่นคง โดยให้ประชาชนที่อยู่ในข่ายถูกบังคับ ตามมาตรา 103 คือ นายจ้างและ ลูกจ้างที่อยู่ในกิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป นับแต่วันที่ 2 กันยายน 2533 และให้ใช้บังคับ แก่กิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปนับแต่วันที่ 3 กันยายน 2536 ได้ให้ความช่วยเหลือผู้ ประสบความเดือดร้อน อันเนื่องมาจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวกับการทำงาน กุพพลภาพ คลอดบุตร ตาย ชราภาพ สงเคราะห์บุตร และว่างงานนั่นเอง

ความเป็นมาของการประกันสังคมในต่างประเทศ

การประกันสังคมได้เริ่มใช้เป็นครั้งแรกในประเทศเยอรมัน เมื่อ พ.ศ. 2426 ประมาณ 107 ปีมาแล้ว ในสมัยเจ้าชายบิสมาร์คเป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่งปรากฏว่าได้ผลดีทำให้สังคมมีมั่นคง ขึ้นอย่างมาก ต่อมาในประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวียและอังกฤษได้นำวิธีการประกันสังคมของ เยอรมันไปปรับปรุงใช้กับประเทศของตน สำหรับประเทศอื่นในยุโรปนั้นได้นำหลักการประกัน สังคมไปใช้หลังสงครามโลกครั้งที่ 1 จนเป็นที่แพร่หลาย



ทางด้านทวีปอเมริกา สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศแรกที่เริ่มใช้การประกันสังคมในสมัยประธานาธิบดีแฟรงคลิน ดี รูสเวลท์ ในปี พ.ศ. 2478 หลังจากที่สหรัฐอเมริกาได้นำวิธีการประกันสังคมมาใช้ไม่นานนัก ประเทศอื่นๆในทวีปอเมริกาก็นำระบบการประกันสังคมไปใช้ในประเทศของตนบ้าง ส่วนทวีปออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ได้จัดการประกันสังคมจนมีความก้าวหน้าทัดเทียมประเทศในทวีปยุโรปและอเมริกา สำหรับทวีปแอฟริกาก็มีการจัดการประกันสังคมกันในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศในตะวันออกกลาง

ทางด้านทวีปเอเชีย ญี่ปุ่นเป็นชาติแรกที่เริ่มการประกันสังคมโดยเริ่มจากการประกันอุบัติเหตุ และโรคอันเกิดจากการทำงานใน พ.ศ. 2454 และขยายเป็นการประกันที่สมบูรณ์ใน พ.ศ. 2490 สำหรับประเทศอื่น ๆ ได้เริ่มการประกันสังคมหลังสงครามโลกครั้งที่สอง และได้มีการพัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบันประเทศเอเชียที่มีกฎหมายประกันสังคมรวมทั้งหมด 18 ประเทศ โดยไทยเป็นประเทศที่ 18 ในเอเชีย แต่ที่มีการพัฒนาระบบพอๆกับประเทศยุโรปและอเมริกามี 2 ประเทศ คือ ญี่ปุ่นและอิสราเอล

ปัจจุบันนี้ มีประเทศต่าง ๆ ประมาณ 140 ประเทศ ที่มีกฎหมายประกันสังคม โดยในเอเชียก็มีกฎหมายประกันสังคมใช้อยู่ใน 17 ประเทศ โดยประเทศไทยจะเป็นประเทศที่ 18 ในเอเชีย หรือประเทศที่ 141 ของโลกที่น่าเอากฎหมายประกันสังคมมาใช้อย่างจริงจัง

ความเป็นมาของการจัดระบบประกันสังคมในประเทศไทย

แนวความคิดในการจัดระบบการประกันสังคมมีขึ้นในประเทศไทยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2495 โดยรัฐบาลซึ่งมีจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีนโยบายที่จะให้ประชาชนได้มีหลักประกันที่มั่นคงทางสังคม จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นชุดหนึ่งชื่อว่า "คณะกรรมการสังคมนสงเคราะห์" โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานและมีกรรมการอีก 11 คน มีหน้าที่พิจารณาหาวิธีการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ประชาชนในด้านสวัสดิการทางสังคม คณะกรรมการชุดนี้ได้พิจารณาเห็นว่าควรนำวิธีการประกันสังคมมาใช้ในประเทศไทย จึงได้นำเสนอหลักการและวิธีการประกันสังคมต่อรัฐบาล ในที่สุดรัฐบาลได้เสนอร่างกฎหมายประกันสังคมต่อรัฐสภา และรัฐสภาได้ตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ออกใช้บังคับเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2497 พร้อมกับตั้งกรมประกันสังคมขึ้นในกระทรวงการคลังด้วย

ตาม พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2497 นั้น ผู้เข้าประกันตนจะต้องมีรายได้นับตั้งแต่เดือน
 ละ 500 บาทขึ้นไป โดยลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาลจะออกเงินสมทบเข้ากองทุนตามอัตราที่
 กำหนดไว้ซึ่งแตกต่างกันตามรายได้และส่วนรับผิดชอบ ทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้มีอาชีพส่วนตัว และผู้
 ที่ไม่มีงานทำสามารถสมัครเข้าประกันตนได้ พระราชบัญญัติฉบับนี้ให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้เอาประกัน
 รวม 6 ประเภทด้วยกัน ได้แก่ การประกันการคลอดบุตร การสงเคราะห์บุตร การเจ็บป่วย การ
 พิการทุพพลภาพ การชราภาพ และการฌาปนกิจ โดยกรมประกันสังคมได้เตรียมการต่าง ๆ ไว้
 เพื่อให้กฎหมายพร้อมจะบังคับใช้ได้ในปี พ.ศ. 2499

อย่างไรก็ตาม ก่อนที่กฎหมายจะมีผลใช้บังคับนั้น ได้มีเสียงคัดค้านจากประชาชนและสื่อ
 มวลชนต่าง ๆ มาก ทั้งนี้เพราะการประกันสังคมเป็นเรื่องใหม่ ในขณะนั้นประชาชนเองยังไม่แน
 ใจว่าจะได้รับประโยชน์จริง และบริษัทห้างร้านที่เป็นนายจ้างก็ไม่พอใจที่ต้องจ่าย เงินสมทบรวมทั้ง
 บริษัทประกันต่าง ๆ ก็ขัดขวาง จอมพล ป. พิบูลสงคราม ในฐานะนายกรัฐมนตรีจึงมีคำสั่งให้
 ระงับการบังคับใช้โดยไม่มีกำหนด และต่อมากกรมประกันสังคมก็ถูกยุบไปเหลือเป็นกองความมั่นคง
 แห่งสังคม ในสังกัดกรมประชาสัมพันธ์

ในสมัยรัฐบาลจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ นั้นกระทรวงมหาดไทยได้เสนอให้แต่งตั้งคณะกรรมการ
 การพิจารณาปรับปรุงแก้ไข พ.ร.บ. ประกันสังคมเสียใหม่ เมื่อคณะรัฐมนตรีเห็นชอบแล้วคณะ
 กรรมการชุดนี้ได้นำ พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2497 ไปพิจารณาและเสนอร่าง พ.ร.บ. ประกัน
 สังคมใหม่ต่อคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 23 มิถุนายน พ.ศ. 2507 คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้สภาวิจัย
 แห่งชาติศึกษาข้อเท็จจริงและเสนอความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณา สภาวิจัยแห่งชาติได้เสนอ
 รายงานในปี 2508 ระบุว่า การประกันสังคมที่ให้ประชาชนรู้จักช่วยตัวเองนั้นเป็นสิ่งจำเป็นที่จะ
 ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของทางราชการได้ แต่ประชาชนที่ยากจนจะต้องเดือดร้อน
 จากการเสียเบี้ยประกัน ส่วนผู้มีรายได้มากก็ใช้บริการแพทย์ได้ตามความต้องการอยู่แล้วซึ่งอาจ
 ไม่เห็นความจำเป็น ในส่วนนายจ้างต้องจ่ายเงินสมทบเป็น 2 เท่าของลูกจ้าง อันจะเป็นการเพิ่ม
 ต้นทุนการผลิตและต้องปรับราคาสินค้าซึ่งทำให้ประชาชนเดือดร้อนได้ สภาวิจัยฯ ได้เสนอรัฐบาล
 ว่า ควรให้งดการใช้ พ.ร.บ. ประกันสังคมไว้ก่อนจนกว่าจำนวนคนงานมากขึ้นหรือมีการเรียกร้อง
 หรือถ้าจะใช้ พ.ร.บ. ประกันสังคมก็ต้องให้เริ่มด้วยลักษณะการทดลองโดยวิधिสมัครใจ คณะรัฐมนตรี
 จึงได้มีมติให้งดใช้บังคับไว้ก่อน

ในปี 2515 คณะปฏิวัติได้ออกประกาศฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 กำหนดให้ม็อกกองทุนเงินทดแทนเพื่อจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซึ่งเกิดจากการทำงาน อันถือได้ว่าเป็นวิธีการหนึ่งของการประกันสังคม กองทุนเงินทดแทนนี้เรียกเก็บเงินสมทบเฉพาะจากนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปในอัตราร้อยละ 0.2 ถึงร้อยละ 4.5 ของค่าจ้าง ตามประเภทกิจการของนายจ้าง ทั้งนี้มีสำนักงานกองทุนเงินทดแทนซึ่งเปิดดำเนินการเมื่อปี 2517 เป็นองค์การที่รับผิดชอบการบริหารงาน ขึ้นกับกรมแรงงานซึ่งในปี 2534 อัตราเงินสมทบจะเรียกเก็บเพียงร้อยละ 0.2 ถึงร้อยละ 3.0 ของค่าจ้างเท่านั้น

การประกันสังคมได้รับการหยิบยกขึ้นมาพิจารณาอีกครั้งหนึ่งในปี 2518 โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบตามข้อเสนอของกรมประชาสัมพันธ์ให้ตั้งคณะกรรมการเตรียมการประกันสังคมขึ้น โดยมีอธิบดีกรมประชาสัมพันธ์เป็นประธาน คณะกรรมการชุดนี้ได้จัดให้มีการสัมมนาไตรภาคีขึ้นในเดือนมิถุนายน 2520 เรื่องการประกันสังคม และได้สรุปผลเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์นำไปศึกษาวิจัยเพิ่มเติม คณะกรรมการเตรียมการประกันสังคมได้จัดสัมมนาไตรภาคีอีกครั้งหนึ่งในเดือนเมษายน 2521 ในหัวข้อ การประกันสังคมและการพัฒนาประเทศโดยความร่วมมือขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ ซึ่งผลการสัมมนาให้คณะกรรมการจัดตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจขึ้น 2 ชุด เพื่อพิจารณาขอบเขตขั้นตอนประโยชน์ทดแทนอัตราเงินสมทบ ตลอดจนการบริหารและสถานพยาบาลที่เหมาะสมกับการให้บริการ คณะกรรมการเตรียมการประกันสังคมได้เสนอผลการพิจารณาของคณะกรรมการเฉพาะกิจไปยังคณะรัฐมนตรีพร้อมกับร่าง พ.ร.บ.ประกันสังคมที่แก้ไขใหม่ต่อคณะรัฐมนตรีในเดือนกุมภาพันธ์ 2522 พร้อม ๆ กับที่สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ได้เสนอผลการศึกษาวิจัยต่อคณะรัฐมนตรีด้วย

ความเห็นของคณะกรรมการเตรียมการประกันสังคมนั้น เห็นว่าการประกันสังคมควรเริ่มด้วยโครงการสุขภาพโดยให้ประโยชน์เรื่องการเจ็บป่วยและคลอดบุตร ต่อมาจึงขยายไปสู่การให้ด้านชราภาพทุพพลภาพ และว่างงาน เงินสมทบนั้นเก็บจากฝ่ายนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลรวมกันให้ได้ร้อยละ 4.5 ของรายได้เฉลี่ยของลูกจ้าง โดยเริ่มในเขตกรุงเทพฯ และ 5 จังหวัดใกล้เคียง สำหรับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป และให้มีการบริหารงานในลักษณะไตรภาคีเป็นหน่วยงานอิสระ

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ยังได้เสนอความเห็นว่าการประกันสังคมเป็นสิ่งจำเป็นซึ่งเมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านแล้วไทยยังล้าหลังอยู่มาก การประกันสังคมจึงควรจัดตั้งขึ้นในประเทศไทย โดยในช่วง 5 ปีแรกควรเริ่มด้วยการประกันสุขภาพ ช่วง 5 ปีที่ 2 เป็นการประกันทุพพลภาพ ชราภาพ และตาย หลังจากนั้นจึงให้มีการประกันการว่างงาน ทั้งนี้โดยให้จัดตั้งสำนักงานประกันแห่งชาติ ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการไตรภาคีเป็นผู้บริหารงาน

คณะรัฐมนตรีได้พิจารณาเรื่องนี้ในเดือนมีนาคม 2522 แต่ก็ยังไม่ได้ตัดสินใจเพราะเห็นว่าเป็นระยะที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาล จึงรอให้รัฐบาลชุดต่อไปเป็นผู้พิจารณา

รัฐบาลชุดต่อมาซึ่งมี พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้มีมติรับหลักการโครงการประกันสังคมในเดือนธันวาคม 2523 และได้แต่งตั้งคณะกรรมการเตรียมการประกันสังคมขึ้นเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2524 โดยมีปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นประธานและมีคณะกรรมการอีก 4 คณะ ประกอบด้วยอนุกรรมการ ด้านการแพทย์ ด้านกฎหมาย ด้านการเงิน และการบริหาร และให้พิจารณาปรับปรุงแก้ไข พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2497 ด้วย

คณะกรรมการชุดนี้ได้สรุปผลเสนอต่อคณะรัฐมนตรีผ่านกระทรวงมหาดไทยว่าการประกันสังคมควรเริ่มดำเนินการกับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปใน 10 จังหวัด โดยระยะแรกจะประกันการเจ็บป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การทุพพลภาพ การคลอดบุตร และการตาย และจะขยายไปสู่การให้บริการคนไข้นอก เงินสมทบนั้นให้เก็บในอัตราส่วนเท่ากันคือ ร้อยละ 1.5 ของรายได้ลูกจ้าง มีสำนักงานประกันสังคมซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการประกันสังคมบริหารภายใต้ไตรภาคี และมีข้อยกเว้นให้ลูกจ้างในกิจการที่นายจ้างจัดสวัสดิการเป็นเงินสูงกว่า หรือให้บริการดีกว่าที่กำหนดไว้ยังคงมีสิทธิคงเดิม คณะรัฐมนตรีได้มีมติอนุมัติหลักการที่เสนอเมื่อเดือนกันยายน 2525 แต่ให้คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการและระเบียบบริหารราชการแผ่นดินพิจารณารายละเอียดอีกชั้นหนึ่ง คณะกรรมการปฏิรูปฯ ได้ให้ความเห็นมาว่าควรขยายขอบเขตงานกองทุนเงินทดแทนออกไปให้ทั่วถึงทุกจังหวัดก่อนเพื่อเป็นการวางรากฐานการประกันสังคม ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบเมื่อเดือนพฤษภาคม 2527 ให้ขยายกองทุนออกไปให้ทั่วถึงในปี 2528

ในระหว่างที่ยังไม่มีการประกันสังคมอยู่นี้ กระทรวงการคลังได้พยายามส่งเสริมให้กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ โดยออกกฎกระทรวงฉบับที่ 162 ตามความในประมวลรัษฎากรว่าด้วยกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ และให้มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2527 ทั้งนี้เพื่อให้ นายจ้าง

และลูกจ้างร่วมกันจัดตั้งกองทุนสำรองเลี้ยงชีพขึ้นด้วยความสมัครใจ โดยมีเงินสมทบจากทั้งสองฝ่ายเพื่อให้ลูกจ้างได้รับเงินจำนวนหนึ่งเมื่อออกจากงาน และในปี 2530 คณะรัฐมนตรีก็ได้เสนอ พ.ร.บ. กองทุนสำรองเลี้ยงชีพเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎร ซึ่งสภาฯ ได้มีมติรับหลักการ แต่ก็ยังมีข้อกังวติงจากหลายฝ่ายว่ากองทุนสำรองเลี้ยงชีพมีขอบเขตที่แคบเกินไป และอาจเป็นอุปสรรคในการพัฒนาการประกันสังคม

ในเดือนสิงหาคม 2530 กระทรวงมหาดไทยได้เสนอเรื่องการประกันสังคมให้คณะรัฐมนตรี ซึ่งมีพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี พิจารณาอีกครั้งหนึ่ง ในครั้งนั้นคณะรัฐมนตรีรับหลักการโดยให้กระทรวงมหาดไทยร่าง พ.ร.บ. ประกันสังคม โดยให้ครอบคลุมทุกประเภทของการประกัน แล้วส่งให้คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาในเดือนพฤศจิกายน 2530 ซึ่งคณะกรรมการกฤษฎีกาได้พิจารณาเสร็จเมื่อเดือนสิงหาคม โดยใช้ชื่อว่าร่าง พ.ร.บ. กองทุนสวัสดิการแรงงาน คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบร่างที่คณะกรรมการกฤษฎีกาเสนอเมื่อเดือนตุลาคม 2531 และให้นำเสนอสภาผู้แทนราษฎรต่อไป

ที่มาของกฎหมายประกันสังคม พ.ศ. 2533

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มิใช่มีที่มาจากร่างของฝ่ายรัฐบาลเพียงร่างเดียว โดยมีหลายฝ่ายร่วมกันเสนอเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎรรวมทั้งหมด 5 ร่าง คือ

1. คณะรัฐมนตรีเสนอในชื่อว่า "ร่าง พ.ร.บ. กองทุนสวัสดิการแรงงาน"
2. หัวหน้าพรรคฝ่ายค้าน (คุณณรงค์ วงศ์วรรณ) เสนอในชื่อว่า "ร่าง พ.ร.บ. ประกันสังคม"
3. คุณชวลิต โอสถานุเคราะห์ กับคณะ เสนอในชื่อว่า "ร่าง พ.ร.บ. ประกันสังคม"
4. คุณเดือนใจ นุอุปละ กับคณะ เสนอในชื่อว่า "ร่าง พ.ร.บ. ประกันสังคม"
5. คุณเจริญ เข้าวประสูร กับคณะ เสนอในชื่อว่า "ร่าง พ.ร.บ. กองทุนเจ็บป่วยนอกงาน"

ที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎรได้มีมติเป็นเอกฉันท์เห็นชอบในหลักการให้รับร่าง พ.ร.บ. ทั้ง 5 ฉบับ เมื่อวันที่ 17 พฤษภาคม 2532 โดยเฉพาะร่าง พ.ร.บ. เกี่ยวกับการประกันสังคมนั้นให้นำมาพิจารณารวมกัน โดยตั้งคณะกรรมการวิสามัญสภาผู้แทนราษฎรขึ้นพิจารณา และให้แปรญัตติให้เสร็จภายใน 15 วัน คณะกรรมการชุดนี้มี นายประสพ บุขราคม เป็นประธาน และ นายนิคม จันทรวิฑูร เป็นรองประธาน

คณะกรรมการวิสามัญของสภาผู้แทนราษฎรได้ประสานแนวความคิด และหลักการของ ทั้ง 5 ร่างเข้าไว้ด้วยกัน ในชื่อว่า "พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ." และสภาผู้แทนราษฎรได้มีมติรับรองวาระ 3 เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2532 เมื่อร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้เข้าสู่ การพิจารณาของวุฒิสภา ปรากฏว่าในวาระที่ 1 วุฒิสภามีมติรับหลักการ แต่ในวาระที่ 2 มีการ แก้ไขจนเนื้อหาแตกต่างไปจากเดิมมาก จึงต้องตั้งคณะกรรมการร่วม 2 สภาขึ้นพิจารณาตาม ขั้นตอนของรัฐธรรมณู ซึ่งคณะกรรมการร่วมได้แก้ไขกลับคืนสู่ร่างเดิมของสภาผู้แทนราษฎร ดังนั้นเมื่อร่างกฎหมายฉบับนี้กลับสู่การพิจารณาของวุฒิสภาในวาระที่ 3 วุฒิสภามีมติไม่รับ หลักการด้วยคะแนนเสียง 105 ต่อ 56 เรื่องจึงผลัดกลับเข้ามาพิจารณาในสภาผู้แทนราษฎรมี มติรับรอง และได้มีมติยืนยันผ่านร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมด้วยคะแนนเสียงเป็นเอกฉันท์ (330 ต่อ 0) โดยสภาผู้แทนราษฎร เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2533 ซึ่งด้วยคะแนนเสียงยืนยันเกิน กว่ากึ่งหนึ่งของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรทั้งหมด ทำให้ร่าง พ.ร.บ. ฉบับนี้มีผลบังคับใช้เป็นกฎหมาย ต่อไป โดยได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่เสาร์ที่ 1 กันยายน 2533 และมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2533 เป็นต้นมา

สาระโดยย่อของ พ.ร.บ. ประกันสังคม พ.ศ. 2533

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 นี้ ได้มีบทบัญญัติที่มุ่งสร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่นใด โดยการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้น เพื่อให้การช่วยเหลือแก่ลูกจ้างหรือบุคคลอื่นที่เป็นผู้ประกันตนในเรื่องการประสบอันตราย การคลอดบุตร การว่างงาน การทุพพลภาพ ซึ่งสามารถเกิดขึ้นแก่ลูกจ้างหรือบุคคลโดยทั่วไป และการให้หลักประกันในกรณีการเจ็บป่วย ชราภาพ และการตายซึ่งเกิดขึ้นกับทุก ๆ คน พระราชบัญญัติได้กำหนดแน่ชัดถึงหลักประกันที่ให้แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่น ในส่วนของลูกจ้างนั้นเป็นลักษณะของการบังคับโดยให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างและตั้งแต่สี่สิบคนขึ้นไป ส่งเงินสมทบเข้ากองทุนร่วมกับลูกจ้างในสถานประกอบการนั้น นอกจากนี้ยังให้ใช้บังคับแก่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างสี่สิบคนขึ้นไป เมื่อพ้นกำหนดสามปีนับแต่วันที่กฎหมายนี้ใช้บังคับ ส่วนกรณีของบุคคลอื่น ๆ นั้นการสมัครเป็นผู้ประกันตนถือเป็นเรื่องสมัครใจ ซึ่งอาจต้องรอในปีที่ 4 นับแต่ กม. ประกันสังคมมีผลบังคับใช้

แม้กฎหมายฉบับนี้จะใช้บังคับทั่วไป แต่ก็มีข้อยกเว้นสำหรับลูกจ้างบางประเภท คือ ข้าราชการ และลูกจ้างประจำของทางราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ลูกจ้างของ

รัฐบาลต่างประเทศ หรือองค์การระหว่างประเทศ ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศ แต่ไปประจำทำงานในต่างประเทศ และครูของโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียน เอกชน สำหรับในกรณีครูเอกชนนั้นได้มีกฎหมายบังคับใช้เฉพาะซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันแต่รัฐบาล จ่ายมากกว่า คือ ครู : เจ้าของโรงเรียน : รัฐบาล = 3:3:6

ข้อยกเว้นนอกจากนี้ยังรวมไปถึงกรณีของสถานประกอบการที่มีการจัดสวัสดิการ หรือให้ ประโยชน์ทดแทนก่อนหน้าการบังคับใช้กฎหมาย และให้ประโยชน์มากกว่าที่กำหนดในกฎหมายก็ให้ ขอล่วงลดได้ตามมาตรา 55 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

พระราชบัญญัติประกันสังคมฉบับนี้ได้กำหนดหลักเกณฑ์ที่สำคัญไว้ดังนี้

(1) คณะกรรมการประกันสังคม

กฎหมายฉบับนี้พูดถึงคณะกรรมการไว้ 3 คณะ คือ คณะกรรมการประกันสังคม คณะกรรมการแพทย์ และคณะกรรมการอุทธรณ์ คณะกรรมการประกันสังคมถือเป็นคณะบุคคลที่มีความสำคัญเนื่องจากทำหน้าที่กำกับ กำหนดแนวทาง และเสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีว่าด้วยงาน ประกันสังคม อำนาจหน้าที่สำคัญอื่น ๆ ก็มี อาทิ การกำหนดระเบียบการรับเงิน จ่ายเงิน การ เก็บรักษาเงินกองทุน และการหาประโยชน์จากกองทุนฯ สำหรับองค์ประกอบของคณะกรรมการชุด นี้มีระบุให้เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมเป็นประธานกรรมการ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประมาธ เป็นกรรมการ ทั้งนี้ให้มีผู้แทน จากฝ่ายนายจ้างและฝ่ายลูกจ้างเป็นกรรมการ โดยให้มีจำนวนเท่ากันคือฝ่ายละห้าคน

นอกจากนี้กฎหมายยังให้อำนาจรัฐมนตรีที่จะแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิอีกไม่เกินห้าคน ให้เป็นที่ปรึกษาแก่คณะกรรมการได้ ในส่วนของคณะกรรมการแพทย์ กฎหมายได้จัดตั้งขึ้นเพื่อทำ หน้าที่เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการในเรื่องเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ ตลอดจนการ ให้ความเห็นในด้านการแพทย์ต่อคณะกรรมการอุทธรณ์และคณะกรรมการประกันสังคม

คณะกรรมการชุดสุดท้ายที่กฎหมายกำหนดให้ก็คือ คณะกรรมการอุทธรณ์ คณะ กรรมการชุดนี้แต่งตั้งโดยรัฐบาล เพื่อพิจารณาค่าอุทธรณ์ที่ยื่นคัดค้านคำสั่งของเลขาธิการหรือ หน้าที่สำนักงานประกันสังคม ค่าอุทธรณ์ที่วินิจฉัยแล้ว หากผู้ร้องไม่เห็นด้วยก็สามารถนำไปสู่ศาล แร่งงานเพื่อพิจารณาคัดต่อไปได้ อย่างไรก็ตามให้ถือคำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์เป็นที่สุด ในกรณีที่ผู้ร้องไม่นำคดีไปสู่ศาลแรงงานในระยะเวลาที่กำหนด

(2) สำนักงานประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมเป็นองค์กรทำหน้าที่บริหารงานกองทุนประกันสังคม โดยทำหน้าที่เก็บรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการประกันสังคม รวมทั้งปฏิบัติงานธุรการให้แก่คณะกรรมการชุดต่าง ๆ หน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือการจัดทำทะเบียนนายจ้างและผู้ประกันตน

(3) กองทุนประกันสังคม

หลักการสำคัญอีกประการหนึ่งของการประกันสังคมก็คือ การจัดตั้งกองทุนขึ้นเพื่อนำมาจ่ายเป็นประโยชน์ทดแทนประเภทต่าง ๆ ตามที่กฎหมายกำหนด แหล่งที่มาประกอบด้วย เงินสมทบที่เรียกจากสามฝ่าย (นายจ้าง, ลูกจ้าง และรัฐบาล) เงินเพิ่ม, ผลประโยชน์ของกองทุน, เงินค่าธรรมเนียม, เงินที่ได้รับจากการบริจาคหรืออุดหนุน และเงินอุดหนุนหรือเงินทศรองราชการที่รัฐบาลจ่าย และรายได้อื่น ๆ

เงินกองทุนที่เก็บตามกฎหมายระบุให้เป็นของสำนักงาน และไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้แผ่นดิน คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจจัดสรรเงินกองทุนไม่เกินร้อยละสิบของเงินสมทบแต่ละปี เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสำนักงานประกันสังคม อย่างไรก็ตามหากกรณีเงินกองทุนไม่พอ กฎหมายระบุให้รัฐบาลจ่ายเงินอุดหนุนหรือเงินทศรองราชการให้ตามความจำเป็น

เงินกองทุนของสำนักงานนี้ จะต้องมี การควบคุม และจัดระเบียบเกี่ยวกับการรับจ่ายและการเก็บรักษา รวมตลอดจนถึงการนำไปใช้ประโยชน์ และรัฐมนตรีมีหน้าที่เสนอบุคคลและรายงานการรับจ่ายเงินกองทุนที่ผ่านการตรวจสอบแล้วต่อนายกรัฐมนตรี เพื่อนำเสนอต่อรัฐสภาเพื่อทราบ

(4) การเป็นผู้ประกันตน

การเป็นผู้ประกันตน พระราชบัญญัติฉบับนี้ยึดแนวทางคล้าย ๆ พระราชบัญญัติประกันสังคมปี พ.ศ. 2497 กล่าวคือ นอกจากลูกจ้างจะเข้าเป็นผู้ประกันตนไว้แล้ว ยังให้โอกาสผู้ประกอบการอาชีพอิสระสมัครใจเข้าร่วมประกันตนได้ภายใน 4 ปี นับแต่กฎหมายมีผลใช้บังคับ

ในกรณีที่นายจ้างใดจัดสวัสดิการ เกี่ยวกับการประกันสังคมได้ดีกว่าที่ระบุไว้ในกฎหมาย นายจ้างสามารถนำหลักฐานมาขอลดส่วนอัตราเงินสมทบในประเภทประโยชน์ทดแทนที่

นายจ้างได้จัดสวัสดิการไว้ให้ได้ และกฎหมายนี้ใช้บังคับแก่สถานประกอบการทั่วประเทศที่มีลูกจ้างตั้งแต่สิบคนขึ้นไป ต่อเมื่อมีการใช้กฎหมายไปแล้ว 3 ปี จะขยาสการใช้บังคับไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างสิบคนขึ้นไป

(5) เงินสมทบ

นายจ้าง ผู้ประกันตน และรัฐบาลจะต้องออกเงินสมทบเข้ากองทุนฝ่ายละเท่า ๆ กันตามอัตราที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง

(6) ประโยชน์ทดแทน

พระราชบัญญัติฉบับนี้กำหนดประโยชน์ทดแทนไว้ 7 ประการคือ

1. ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการ
2. ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร
3. ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ
4. ประโยชน์ทดแทนในกรณีตายอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน
5. ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ
6. ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน
7. ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร

(7) การอุทธรณ์

ในกรณีที่นายจ้างผู้ปฏิบัติงาน หรือบุคคลอื่นใดไม่พอใจคำสั่งของเลขาธิการหรือพนักงานซึ่งสั่งการตามกฎหมายนี้ ให้ผู้นั้นมีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง

คณะกรรมการอุทธรณ์ ซึ่งทำหน้าที่พิจารณาคำคัดค้าน ให้ประกอบด้วยคณะบุคคลซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งประกอบด้วยกรรมการจากผู้แทนในลักษณะไตรภาคีมีจำนวนรวมกันไม่เกินสิบสามคน โดยให้อยู่ในตำแหน่งคราวละสองปี และให้คณะกรรมการอุทธรณ์มีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อช่วยเหลือในการดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งได้

(8) บทกำหนดโทษ

กฎหมายฉบับนี้เป็นกฎหมายเกี่ยวกับความสงบเรียบร้อย จึงมีบทกำหนดโทษแก่ผู้ซึ่งไม่ให้ข้อคำไม่ส่งเอกสารหลักฐานหรือข้อมูลที่จำเป็นตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะอนุกรม



การ และพนักงานเจ้าหน้าที่ ตลอดจนมีเจตนาไม่กรอกรายการสำรวจ หรือกรอกโดยรู้ว่าเป็นเท็จ ต้องระวางโทษจำคุกหรือปรับตามกฎหมาย

ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อ่านวสความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ ต้องระวางโทษจำคุกหรือปรับเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม หากเห็นว่าผู้กระทำผิดไม่ควรรับโทษถึงจำคุก หรือไม่ควรถูกฟ้องร้องสำหรับความผิดที่มีโทษปรับสถานเดียว หรือความผิดที่มีโทษปรับ หรือจำคุกไม่เกินหกเดือน เลขาธิการ หรือผู้ได้รับมอบหมายในการเฝ้าความผิดที่เกิดขึ้นในกรุงเทพฯ และผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้รับมอบหมายในกรณีต่างจังหวัด มีอำนาจเปรียบเทียบปรับ ถ้ากรณีผู้กระทำผิดไม่ยินยอมให้เปรียบเทียบปรับ หรือยินยอมแล้วไม่ชำระภายในกำหนดเวลา ก็ให้ดำเนินคดีทางอาญาต่อไป

การจัดบริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

สำหรับประเทศไทยในการดำเนินงานประกันสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้จัดระบบการให้บริการทางการแพทย์ โดยใช้สถานบริการของภาครัฐหรือเอกชนที่มีอยู่แล้ว (Indirect System) โดยที่สำนักงานประกันสังคมไม่มีโรงพยาบาลของตนเอง ทั้งนี้ ในปี 2534 ได้มีโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main-contractor) เข้าร่วมในการจัดบริการทางการแพทย์จำนวน 134 แห่ง เป็นโรงพยาบาลของรัฐบาล 118 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 16 แห่ง สำหรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมเป็นวิธีเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) อันหมายถึง การที่กองทุนประกันสังคมจ่ายเงินให้แก่ผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลเป็นรายปีในอัตราเหมาจ่าย 700 บาท /ลูกจ้างหนึ่งคน/ปี โดยที่โรงพยาบาลจะรับผิดชอบในการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนไว้จนถึงที่สุดสำหรับโรคและบริการที่อยู่ในความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคม โดยกำหนดหลักเกณฑ์การไปรับบริการทางการแพทย์ 3 กรณี คือ

1. กรณีปกติ ไปรับบริการทางการแพทย์กับสถานพยาบาล ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานประกันสังคม โดยนายจ้างเป็นผู้เลือกให้
2. กรณีประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไปรับบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลอื่นได้ โดยผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินล่วงหน้าไปก่อน และเบิกคืนภายหลังจากสำนักงานประกันสังคม โดยสามารถสรุปหลักเกณฑ์ ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม

ค่าใช้จ่าย	ฉบับที่ 1	ฉบับที่ 2	ฉบับที่ 3
กรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน	(1 มิถุนายน 2534)	(14 พฤศจิกายน 2534)	(28 สิงหาคม 2535)
ผู้ป่วยนอก	40 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 80 บาท/ปี	75 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 150 บาท/ปี	100 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 200 บาท/ปี
ผู้ป่วยใน	500 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 1,000 บาท/ปี	500 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 1,000 บาท/ปี	800 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 1,600 บาท/ปี
ผ่าตัดใหญ่	6,000 บาท/ครั้ง	6,000 บาท/ครั้ง	6,000 บาท/ครั้ง

หมายเหตุ จำนวนเงินทดแทนตามประกาศฉบับที่ 1 และ 2 ถ้าผู้ประกันตนไปใช้บริการผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาลที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานประกันสังคม สามารถเบิกค่ารักษาได้ตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งหนึ่งของที่กำหนด

หลักเกณฑ์ข้างต้น บังคับใช้ตั้งแต่ 1 มิถุนายน 2534 ถึง 14 มกราคม 2536 ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ต่อมาได้มีการปรับปรุง แก้ไขหลักเกณฑ์ และอัตราเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในกรณีที่ผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลอื่น นอกจากสถานพยาบาลที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดให้สำหรับผู้ประกันตน ตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ (ฉบับที่ 4) ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 15 มกราคม 2536 เป็นต้นไป โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

2.1 ในกรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และไม่สามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่สำนักงานกำหนดให้ สำหรับผู้ประกันตนนั้น ให้ผู้ประกันตนหรือสถานพยาบาลมีสิทธิได้รับเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์จากสำนักงานได้ ดังนี้

2.1.1 กรณีจำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์อย่างฉุกเฉิน ให้ผู้ประกันตนสำรองจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ไปก่อน แล้วเบิกคืนจากสำนักงานได้ ดังนี้

2.1.1.1 ประเภทผู้ป่วยนอก

ให้ได้รับเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินสองร้อยบาทต่อครั้ง และไม่เกินสี่ร้อยบาทต่อปี

2.1.1.2 ประเภทผู้ป่วยใน

ให้ได้รับเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินหนึ่งพันบาทต่อครั้ง และไม่เกินสามพันสองร้อยบาทต่อปี สำหรับกรณีจำเป็นต้องผ่าตัดฉุกเฉินและเป็นการผ่าตัดใหญ่ ให้ได้รับเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทต่อครั้ง

2.1.2 กรณีจำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์เพราะเกิดอุบัติเหตุให้สถานพยาบาลเบิกจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนจากสำนักงานโดยตรง หรือให้ผู้ประกันตนสำรองจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ไปก่อน แล้วเบิกคืนจากสำนักงานได้ ดังนี้

2.1.2.1 สถานพยาบาลของรัฐ

ให้ได้รับค่าบริการทางการแพทย์ เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็น ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรกโดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ

2.1.2.2 ให้ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะกรณีที่มีการผ่าตัดใหญ่และเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็น ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรก โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท

3. กรณีคลอดบุตร กำหนดหลักเกณฑ์เหมาจ่าย ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีคลอดบุตรตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม

ค่าใช้จ่าย	ฉบับที่ 1	ฉบับที่ 2	ฉบับที่ 3
กรณีคลอดบุตร	(1 มิถุนายน 2534)	(14 พฤศจิกายน 2534)	(28 สิงหาคม 2535)
คลอดบุตร (ไม่เกิน 2 ครั้ง)	เหมาจ่าย 2,500 บาท/ครั้ง		เหมาจ่าย 3,000 บาท/ครั้ง

ทั้งนี้จากจัดบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตน ได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อที่ขึ้นอยู่กับความพร้อมของโรงพยาบาล เช่น การจัดคลินิกประกันสังคมโดยเฉพาะ ซึ่งมีเงื่อนไขว่าต้องมีจำนวนผู้ประกันตนมารับบริการมากพอ การจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยประกันสังคม การเปิดคลินิกทั่วไปนอกเวลาราชการ เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักยังต้องพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยการใช้ระบบการประสานเครือข่าย เพื่อจัดบริการทางการแพทย์

ระบบการจัดเครือข่ายให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน เป็นระบบที่อำนวยความสะดวก และสามารถทำให้ผู้ประกันตนเข้าถึงบริการได้สะดวกโดยโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main-contractor) เป็นผู้รับผิดชอบต่อการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่เลือก และลงทะเบียนไว้โดยมีโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงในระดับตติยภูมิ (Supra-contractor) หากผู้ประกันตนต้องการรับบริการทางการแพทย์ที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก รวมทั้งการกำหนดให้มีโรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับต้น (Sub-contractor) เพื่อให้ผู้ประกันตนไปรับบริการ ณ สถานพยาบาลที่ใกล้ภูมิลำเนาหรือสถานที่ทำงาน อันเป็นการประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การลดภาระงานบริการทางการแพทย์ระดับต้นที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก รวมทั้งยังเป็นการสนับสนุนระบบการส่งต่อที่มีอยู่แล้ว ทั้งนี้เครือข่ายของรัฐในการให้บริการทางการแพทย์ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีทั้งสิ้น 19 เครือข่าย ประกอบด้วย

1. โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main-contractor) เป็นศูนย์กลางของเครือข่าย
2. โรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับต้น (Sub-contractor) ประกอบด้วย
 - (1) โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/โรงพยาบาลสาขา ในเขตจังหวัดนั้น
 - (2) โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดใกล้เคียงที่ผู้ประกันตนซึ่งเครือข่ายรับผิดชอบมี

ภูมิลำเนาอยู่

3. โรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับตติยภูมิ (Supra-contractor) ประกอบด้วย
 - (1) โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ใกล้เคียง
 - (2) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภูมิภาคนั้น
 - (3) โรงพยาบาลหรือสถาบันเฉพาะทางของกระทรวงสาธารณสุข
 - (4) โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีขีดความสามารถที่เหมาะสม

ในปีแรกสถานพยาบาลของโรงพยาบาลของรัฐทุกโรงพยาบาล ที่เป็นโรงพยาบาลซึ่งมีขนาดอย่างต่ำเทียบเท่ามาตรฐาน โรงพยาบาลจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุขเป็นสถานพยาบาลหลักตามมติคณะรัฐมนตรี รวมทั้งสิ้น 118 แห่ง และมีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วม 18 แห่ง ในปี พ.ศ. 2534 และเพิ่มเป็น 27 แห่งในปี พ.ศ. 2535 จำนวนผู้ประกันตนของสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 414,215 คน หรือ 16.4% ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 965,450 คน หรือ 40.21 % ในปี พ.ศ. 2535 เนื่องจากในปีแรก สถานพยาบาลเอกชนบางส่วนยังไม่มั่นใจในผลกำไรที่จะได้รับ จึงไม่ได้เข้าร่วมมากนักโดยเข้าร่วมเพียง 18 แห่ง หลังจาก 1 ปีผ่านไป ปรากฏว่าสถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมในการประกันสังคมได้รับผลกำไรทำให้มีผู้เข้าร่วมจำนวนมากขึ้น

นอกจากการเข้าร่วมมากขึ้นแล้วสถานพยาบาลบางแห่ง ยังมีการทำเครือข่ายกว้างขวาง ในลักษณะครอบคลุมพื้นที่มากขึ้นบางเครือข่ายจะครอบคลุมจำนวนสถานพยาบาลขนาดเล็กถึง 20-30 แห่ง อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแนวโน้มการพัฒนาที่ดีขึ้นในเชิงของโครงสร้าง แต่คุณภาพของบริการก็ยังไม่ได้มีการพัฒนาให้ดีขึ้นจนถึงระดับที่น่าพอใจ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ Sara Bennett, 2535)

ในการนำรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาลโดยวิธีที่เหมาะสมจากรายหัว ได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบการจัดบริการทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ให้บริการทางการแพทย์ อันหมายถึงโรงพยาบาลสามารถควบคุมต้นทุนได้สะดวก โดยใช้ฐานการคำนวณต้นทุนจากจำนวนผู้ประกันตนที่มาลงทะเบียนเทียบกับจำนวนเงินเหมาจ่ายรายหัว

2. โรงพยาบาลมีแนวโน้มที่จะลดการให้บริการ และการตรวจวินิจฉัยโรคที่ไม่จำเป็น เนื่องจากระบบเหมาจ่ายรายหัวไม่ได้สร้างแรงจูงใจสำหรับแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น

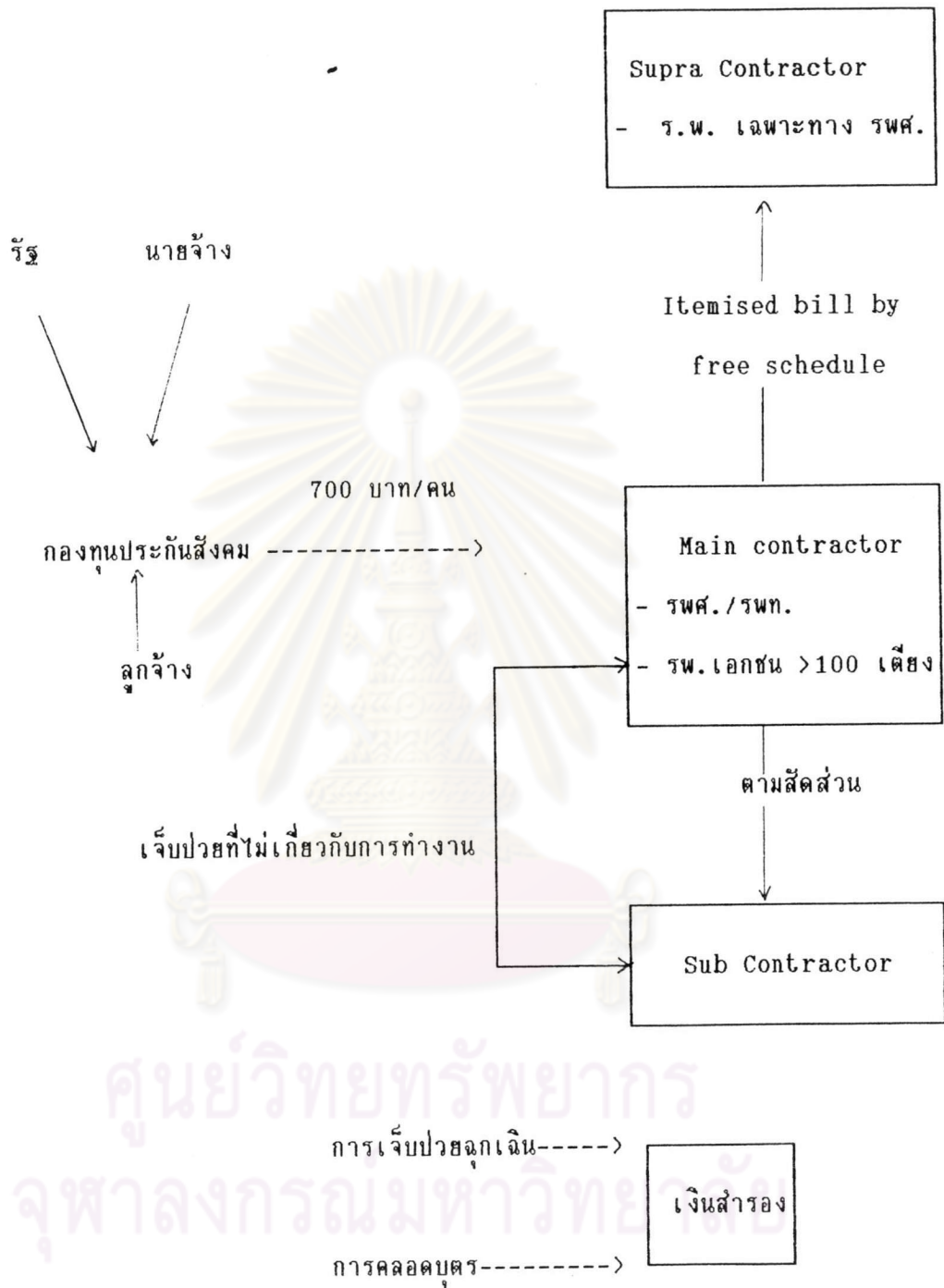
3. มีมาตรฐานการรักษาที่หลากหลายและยากต่อการควบคุม เพราะคุณภาพจะมีความแตกต่างกันในแต่ละแห่งขึ้นกับโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

4. เมื่อมีการประกันสุขภาพ ผู้ประกันตนมีแนวโน้มที่จะมารับบริการทางการแพทย์สูงกว่าก่อนที่จะมีการประกันสุขภาพ และมีความคาดหวังต่อบริการการแพทย์ไว้สูงมาก

ระบบผู้ให้บริการจะได้รับค่าตอบแทนตามรายหัวของผู้รับบริการที่ตนเองรับผิดชอบ ในระยะเวลาหนึ่ง ๆ ตามที่ตกลงกันระหว่างผู้ให้บริการกับกองทุนประกันสังคม รูปแบบนี้จะทำให้เกิดการควบคุมด้านต้นทุนค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่ดีกว่า แต่จะมีปัญหาในด้านคุณภาพของการให้บริการ เนื่องจากผู้ให้บริการจะมีแนวโน้มให้บริการน้อยที่สุด

กองทุนประกันสังคม ได้รับเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย คือฝ่ายนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล ฝ่ายละเท่าๆกัน ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง คณะกรรมการการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคม มีมติให้กองทุนประกันสังคมจ่ายเหมาให้สถานพยาบาลประกันสังคมที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main Contractor) ในอัตรา 700 บาทต่อคนต่อปี เงินเหมาจ่ายนี้จะคุ้มครองโรคที่ไม่เกี่ยวกับการทำงาน ยกเว้นโรคหรือภาวะที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง ส่วนการคลอดบุตร และการเจ็บป่วยฉุกเฉินจะเบิกจากเงินสำรองของกองทุนประกันสังคมโดยตรงตามอัตราที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

เมื่อผู้ประกันตนเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวกับการทำงานไปใช้บริการที่สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักหรือสถานพยาบาลเครือข่าย (Sub Contractor) ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน ค่ารักษาพยาบาลจะอยู่ในวงเงิน 700 บาทต่อคนต่อปี โดยสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักจะมีระบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับต้น (Sub Contractor) ตามปริมาณผู้ประกันตนที่มารับบริการในแต่ละโรงพยาบาลถ่วงด้วยน้ำหนักต้นทุนของโรงพยาบาลแต่ละระดับ และจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับตติยภูมิ (Supra Contractor) ตามรายการในใบเรียกเก็บเงินซึ่งต้องเป็นไปตามอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับโรงพยาบาลประกันสังคม (Itemise bill by free schedule) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1



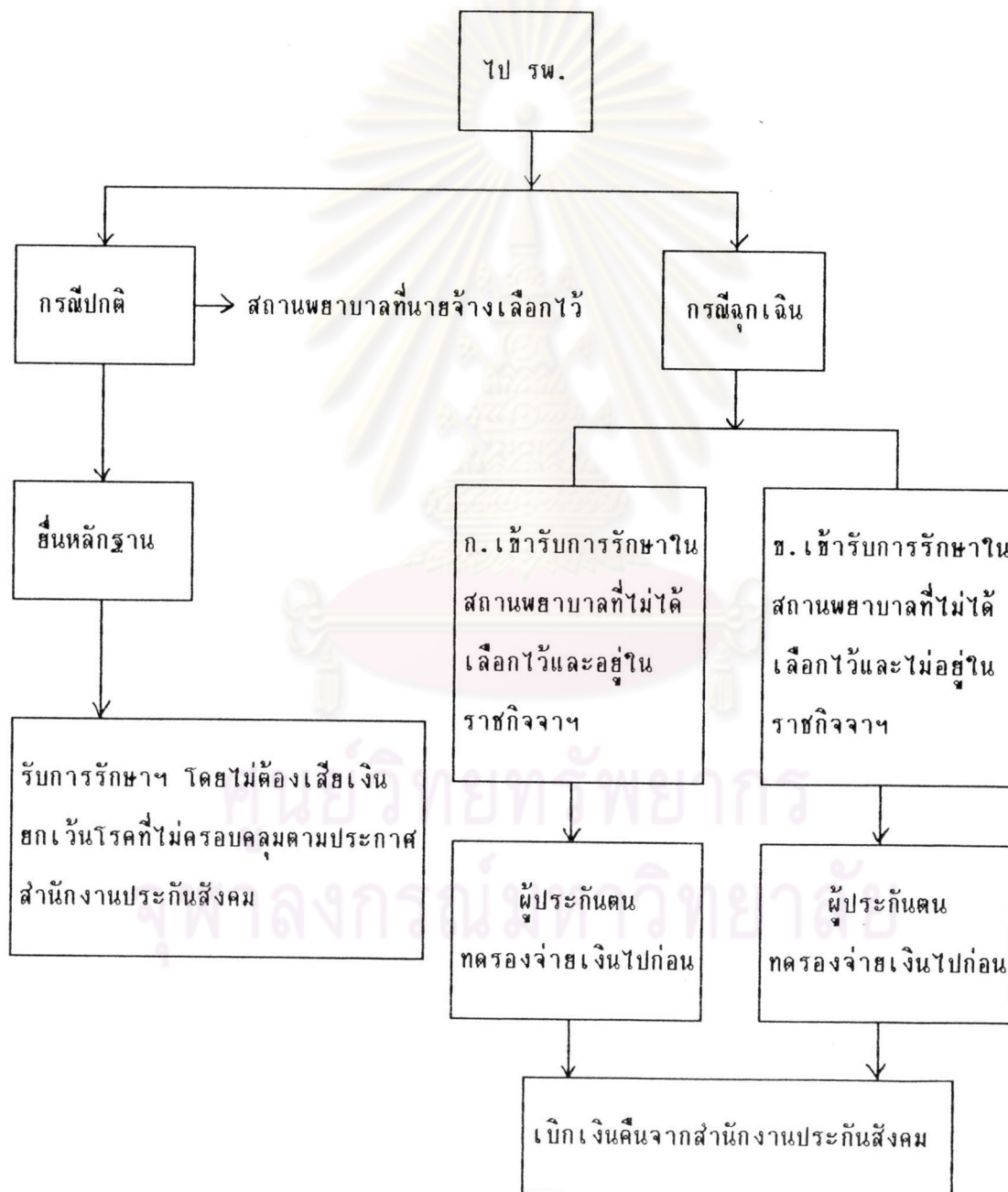
แผนภูมิที่ 2.1 การบริหารกองทุนของสถานพยาบาลประกันสังคม

สำหรับผู้ประกันตนที่มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เมื่อประสงค์จะไปรับบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ ควรสอบถาม นายจ้างเกี่ยวกับชื่อสถานพยาบาลที่เลือกไว้ ตรวจสอบสิทธิในการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับจำนวนวัน ของการจ่ายเงินสมทบ และเตรียมหลักฐานในการขอรับบริการทางการแพทย์ให้พร้อม ดังแสดง ในแผนภูมิที่ 2.2



แผนภูมิที่ 2.2 คำแนะนำสำหรับผู้ประกันตนที่มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทน

การใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาล สำหรับการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวกับการทำงานกรณีปกติในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ ผู้ประกันตนรับการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ยกเว้นโรคที่ไม่ครอบคลุม ส่วนกรณีฉุกเฉินที่ไม่เกี่ยวกับการทำงาน ที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นๆที่อยู่ในราชอาณาจักรนอก และไม่อยู่ในราชอาณาจักร ผู้ประกันตนจะต้องออกเงินทศรองจ่ายไปก่อน แล้วจึงนำหลักฐานมาเบิกคืนจากสำนักงานประกันสังคมในอัตราที่กำหนด ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.3



แผนภูมิที่ 2.3 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลเมื่อไปใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน

ผู้ประกันตนซึ่งประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ด้วยเหตุหรือกลุ่มโรคและบริการดังต่อไปนี้ ไม่มีสิทธิ์ได้รับบริการทางการแพทย์ คือ

1. โรคจิต สกเว้นกรณีเจ็บป่วยซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาในการรักษาไม่เกินสิบห้าวัน
2. โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
3. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ใน เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันในหนึ่งปี
4. การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต สกเว้นกรณีความเจ็บป่วยที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกินหกสิบวัน
5. การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
6. การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
7. การรักษาภาวะมีบุตรยาก
8. การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ
9. การตรวจใด ๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น
10. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ
11. การเปลี่ยนเพศ
12. การผสมเทียม
13. การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น
14. ทันตกรรม
15. แว่นตาและเลนส์เทียม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประกันสังคม

จากการสำรวจ ความพร้อมของนายจ้างและลูกจ้าง ซึ่งมหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับกรมแรงงานและจังหวัดสมุทรปราการ (2527 อ่างใน ปราบกรม วุฒิพงษ์ และคณะ, 2532) พบว่าความคิดเห็นของนายจ้างและลูกจ้าง ในจังหวัดสมุทรปราการเมื่อเดือนกันยายน 2527 นาย



จ้างร้อยละ 67 และลูกจ้างถึงร้อยละ 92 เห็นด้วยกับโครงการที่จะให้มีการประกันการเจ็บป่วย และอุบัติเหตุต่อนอกงานในรูปของกองทุนสุขภาพ และนายจ้างได้ให้ข้อสังเกตว่า รัฐควรออกกฎหมาย บังคับให้ปฏิบัติโดยทั่วถึงกัน เพราะหากเป็นประกันโดยสมัครใจแล้ว จะก่อให้เกิดความ เหลื่อมล้ำ และเสียเปรียบกันในด้านต้นทุนการผลิต โดยหลักสากลส่วนใหญ่จะดำเนินการในลักษณะ บังคับ ทั้งนี้เนื่องจากการประกันสุขภาพในรูปของกองทุนสุขภาพนี้ เป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและ กัน เป็นการเฉลี่ยสุขและทุกข์ระหว่างผู้มีรายได้น้อย และผู้มีรายได้น้อย ระหว่างผู้ที่แข็งแรง ไม่ค่อยเจ็บป่วยกับผู้ที่เจ็บป่วยบ่อย เงินเบี่ยประกันหรือเงินที่จ่ายสมทบ จัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพนั้น จึงควรมาจากทุกคนที่อยู่ในขอบข่าย หากจะดำเนินการโดยสมัครใจก็จะมีเฉพาะผู้มีรายได้น้อย และเจ็บป่วยเท่านั้นที่จะสมัครเข้าร่วมโครงการ เงินสมทบที่เก็บได้ก็ย่อมจะไม่เพียงพอเป็นค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล และในที่สุดรัฐก็ต้องรับภาระในส่วนค่าใช้จ่ายที่ไม่เพียงพอนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ (2529) ศึกษาความต้องการและความพร้อม ของนายจ้างและลูกจ้างในการประกันสังคม พบว่า นายจ้างและลูกจ้างส่วนใหญ่มีความต้องการ เข้าร่วมการประกันสังคม และเห็นว่าการประกันการเจ็บป่วยมีความสำคัญเป็นอันดับแรก การ ประกันทุพพลภาพเป็นอันดับรองลงไปและการประกันการคลอดบุตรมีความจำเป็นน้อยที่สุด

อรพรรณ หันจางสิทธิ์ (2522) ซึ่งศึกษาทัศนคติของประชาชนต่อการประกันสุขภาพ ตามโครงการประกันสังคมแห่งประเทศไทย โดยศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยการสัมภาษณ์ พบว่าประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้ยินการประกันสุขภาพ ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการ ประกันสุขภาพ แต่คิดว่าการประกันสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็น มีประโยชน์ต่อส่วนรวม เมื่อมีการ เจ็บป่วยไข้จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่ต้องวิตกกังวลเรื่องเงินทอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการประกันสุขภาพพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และสภาวะสุขภาพมีความ สัมพันธ์กับทัศนคติต่อการประกันสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่พบว่า ผู้ไม่มีสวัสดิการในการรักษา พยาบาลมีทัศนคติที่เห็นด้วยต่อการประกันสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีสวัสดิการส่วนรายได้ และพฤติกรรม การป้องกันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการประกันสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ สรุปได้ว่า เงื่อนไขของสภาพการทำงานรายได้ และพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดทัศนคติ ต่อการประกันสุขภาพตามโครงการประกันสังคมแห่งประเทศไทย

บุญศรี อัมพรจรัส (2529) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมในโครงการประกัน การคลอดบุตรของลูกจ้าง โดยการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและการวิจัยภาคสนาม โดย

การออกแบบสอบถามลูกจ้างบริษัทในเครือสหพัฒน์เพ็ญผล จำกัด จำนวน 285 คน พบว่า การศึกษา สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความต้องการในการเข้าร่วมโครงการ ส่วนเพศ ลักษณะงานการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความพร้อมที่จะเข้าร่วมในโครงการประกันการคลอดบุตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพรรณ หันจางสิทธิ์ (2522)

Aviva Ron (1990) ศึกษา ประโยชน์ทดแทนทางการรักษาพยาบาลภายใต้การประกันสังคม พบว่า การซื้อประกันสุขภาพจะแตกต่างกันไปตามอายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษา

อัตราการใช้บริการของผู้ประกันตนเทียบกับจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมด อาจใช้เป็นเครื่องชี้วัดการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนได้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2535) ได้คำนวณหาอัตราการมาใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่สถานพยาบาลของรัฐโดยอาศัยข้อมูลการเจ็บป่วยจากการศึกษาของศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล (2534) คำนวณได้ว่า จำนวนครั้งที่ประชาชนจะมารับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐมีค่าเท่ากับ 0.6 เท่าของจำนวนครั้งที่เจ็บป่วย ดังนั้นหากประมาณว่ากลุ่มผู้ใช้แรงงานมีอัตราป่วยเท่ากับ 1.8 ครั้ง/เดือน/ปี แล้ว อัตราการมาใช้บริการน่าจะเท่ากับ 1.1 ครั้ง/คน/ปี ซึ่งควรเป็นอัตราต่ำสุดสำหรับผู้ประกันตน ส่วนอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ประกันตนควรจะอยู่ระหว่าง 2-9 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี หรือค่าเฉลี่ย 5 ครั้งต่อ 100 คนต่อปี

นอกจากนี้จากการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการใช้บริการของผู้ประกันตนในปี 2534 พบว่าอัตราการใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ย 1 ใน 3 ของอัตราที่ควรจะเป็นเท่านั้น (0.32 ครั้ง/คน/ปี) และยิ่งลดต่ำลงเหลือ 1 ใน 5 เมื่อต้นปี 2535 และพบว่าในเขตกรุงเทพฯ และ 5 จังหวัดปริมณฑลมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกค่าที่ต่ำสุด สำหรับผู้ป่วยใน ปี 2534 พบว่าในกรุงเทพฯ มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยในเพียง 1 ใน 3 ของอัตราต่ำสุดที่ควรจะเป็น (0.007 ครั้ง/คน/ปี) และ 5 จังหวัดปริมณฑลและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการให้บริการแบบผู้ป่วยใน ต่ำกว่าอัตราต่ำสุดที่ควรจะเป็น (0.013 ครั้ง/คน/ปี) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 อัตราการใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
ของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม

ประเภทของบริการ	ผู้ป่วยประกันสังคม	
	2534	2535
ผู้ป่วยนอก (ครั้ง/คน/ปี)	0.32	0.22
ผู้ป่วยใน (ครั้ง/คน/ปี)	0.016	0.012

ที่มา : สำนักงานประกันสุขภาพ (อ้างถึงใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2535)

ในด้านพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในประเทศไทยนั้น สงวน และคณะ (2534) ได้ประเมินการใช้บริการทางด้านกายภาพและสาธารณสุข โดยสำรวจจากสถานพยาบาลหลักทั้งรัฐและเอกชนรวม 134 แห่ง ทั่วประเทศ ไม่รวมข้อมูลจากโรงพยาบาลในเครือชาย พบว่าอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยประกันสังคมต่ำกว่าที่ประมาณไว้มาก โดยอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็น 23.7-32 ครั้งต่อพันคนต่อเดือน หรือ 0.28 - 0.38 ครั้งต่อคนต่อปี ซึ่งต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมในปี 2528 ซึ่งพบว่าโดยทั่วไปคนไทยป่วยต้องการบริการทางด้านกายภาพ 2.1 ครั้งต่อคนต่อปี (Institute for Population and Social Research, 1988) และต่ำกว่าประมาณการในการกำหนดเงินเหมาจ่าย 700 บาท ซึ่งคาดไว้ประมาณ 3 ครั้งต่อคนต่อปี สำหรับอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยในพบว่าประมาณ 1.7-1.8 รายต่อพันคนต่อเดือน หรือ 0.02 ครั้งต่อคนต่อปี จำนวนวันป่วยโดยเฉลี่ย 4.5 วันต่อคนต่อเดือน หรือ 0.01 วันต่อคนต่อปี ซึ่งน้อยกว่าประมาณการโดยเงินเหมาจ่ายคือ 0.5 วันต่อคนต่อปี และอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีอัตราการใช้บริการโดยเฉลี่ยค่อนข้างสูงในโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ประกันตนน้อย

โรงพยาบาลที่มีลูกจ้างลงทะเล เบียดไขว้ น้อย จะมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกสูงกว่า
 โรงพยาบาลที่มีลูกจ้างลงทะเล เบียดไขว้ มาก ส่วนอัตราการให้บริการผู้ป่วยในนั้นไม่แตกต่างกัน
 ระหว่างโรงพยาบาลที่มีลูกจ้างลงทะเล เบียดไขว้ มากหรือลงทะเล เบียดไขว้ น้อย นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหา
 อีกมากมาย ได้แก่ ผู้ป่วยประกันสังคมและนายจ้างไม่เข้าใจสิทธิประโยชน์ที่ได้รับการคุ้มครอง
 ความไม่เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติของผู้ประกันตนในการรับบริการทางการแพทย์ ความไม่พร้อม
 ของโรงพยาบาลในการให้บริการ โรงพยาบาลไม่สามารถนำเงินเหมาจ่ายมาใช้ในการบริหารจัดการ
 จัดการให้เกิดความคล่องตัวในการให้บริการได้ ผู้ป่วยมีความเข้าใจว่ายาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ
 ไม่ดี ไม่มีคลินิกพิเศษแก่ผู้ป่วยประกันสังคม ทำให้บริการได้ไม่ดีพอ

ข้อมูลการใช้สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักต่ำสนับสนุนมากขึ้นโดยการศึกษาของ วิไลเดือน
 (2535) ซึ่งได้สัมภาษณ์ผู้ประกันตนในสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดใหญ่ ในจังหวัด
 สมุทรสาคร จำนวนกลุ่มละ 400 คน รวมตัวอย่าง 800 คน โดยสัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วย
 ใน 4 เดือนที่ผ่านมาว่า ผู้ประกันตนมีพฤติกรรมการใช้บริการอย่างไรบ้าง ผลการวิจัยปรากฏว่า
 ผู้ประกันตนเพียง 27% ถึง 34% ในสถานประกอบการขนาดกลางและใหญ่ในจังหวัดสมุทรสาคร
 ไปใช้บริการในสถานพยาบาลหลักของตนเอง ในขณะที่การไปคลินิกแพทย์และการซื้อยากินเอง
 เป็นทางเลือกที่ใช้บ่อยมากกว่าเมื่อเจ็บป่วย สาเหตุที่การใช้สถานพยาบาลหลักของผู้ประกันต่ำ
 อาจจะเป็นเนื่องจากความไม่สะดวกในการไปใช้บริการยังสถานพยาบาล ซึ่งนายจ้างเป็นผู้เลือกแล้ว
 ว่าจะเสียเวลาการทำงานและถูกตัดเบี้ยชยัน การไม่รู้สิทธิของตนเองอย่างเพียงพอรวมทั้งการ
 ไม่พึงพอใจในคุณภาพบริการที่ตนเองได้รับ เช่น รอนาน เจ้าหน้าที่บริการไม่ดี คิดว่ายาไม่ดี

การศึกษาดังกล่าวพบว่าผู้ประกันตนในโรงพยาบาลขนาดกลางและขนาดใหญ่ ไม่ไปใช้
 สิทธิในการใช้บริการทางการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ แต่พบว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดย
 ในโรงงานขนาดกลางมีผู้ประกันตน ไปใช้บริการต่ำกว่าโรงงานขนาดใหญ่คือร้อยละ 27 และ
 55.7 ตามลำดับ นอกจากนี้ความพึงพอใจของผู้ป่วยประกันสังคมในจังหวัดสมุทรสาคร เมื่อไปใช้
 บริการในโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักในโรงงานขนาดกลาง และขนาดใหญ่มีความพึงพอใจแตกต่างกัน
 อย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับสาเหตุของการที่มีอัตราการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคมต่ำ
 เมื่อเทียบกับอัตราที่คาดการณ์ไว้ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2535) ได้สรุปไว้ดังนี้

1. เนื่องจากระบบประกันสังคมเป็นระบบที่เกิดขึ้นใหม่ และเพิ่งเริ่มดำเนินการในเวลาอันสั้น โดยเริ่มให้บริการทางการแพทย์ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2534 ทำให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการยังไม่เข้าใจและเกิดความสับสนในขั้นตอนการปฏิบัติ
2. ลูกจ้างอาจไม่ทราบสิทธิของตน หรือไม่ทราบว่าตนเองลงทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลใด เพราะในปีแรกนั้นนายจ้างเป็นผู้เลือกโรงพยาบาลแทนลูกจ้าง
3. โรงพยาบาลที่นายจ้างเลือกให้อาจไม่สอดคล้องกับสภาพทางภูมิศาสตร์ของที่พัก และที่ทำงานของลูกจ้าง หรือลูกจ้างต้องเดินทางหรือเปลี่ยนที่ทำงานบ่อย ๆ ทำให้ไม่สะดวกหรือไม่สามารถเดินทางไปรับบริการทางการแพทย์ได้
4. โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก ส่วนน้อยที่จัดให้มีโรงพยาบาล Sub-contractor ได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ในโรงพยาบาลที่ยังดำเนินการจัดซื้อยายังไม่แล้วเสร็จ จึงทำให้ผู้ประกันตนสามารถไปใช้บริการได้เพียงแห่งเดียว ซึ่งอาจอยู่ไกลบ้านพัก หรือมีความไม่สะดวกในการไปใช้บริการได้
5. โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก จำนวนน้อยมากที่จัดให้มีคลินิกพิเศษเฉพาะผู้ป่วยประกันสังคม โดยที่โรงพยาบาลบางแห่งยังไม่สามารถสำรองเตียงไว้รับผู้ป่วยประกันสังคม รวมทั้งการปฏิเสธผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินหรือเจ็บป่วยหนัก การไม่เพิ่มคุณภาพบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น จนการลดคุณภาพบริการ ทั้งนี้เพื่อที่จะประหยัดค่าใช้จ่ายเพราะเกรงว่าจะขาดทุนหรือไม่ได้กำไร ทำให้ผู้ป่วยประกันสังคมไม่สะดวกและไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ
6. ลูกจ้างมีประสบการณ์จากการใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนสำหรับการเจ็บป่วยที่สืบเนื่องจากการทำงานที่คุ้มครองโดยกองทุนเงินทดแทน แต่ในระบบประกันสังคมนั้นโรงพยาบาลของรัฐเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ถึง 117 แห่ง จากจำนวนทั้งสิ้น 134 แห่ง เมื่อเป็นเช่นนั้นแล้ว ภาพพจน์เกี่ยวกับความสะดวกสบายในการใช้บริการในสาขาของผู้ประกันตนนั้น โรงพยาบาลของรัฐย่อมดีอกว่าโรงพยาบาลเอกชน
7. ในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2534 ปรากฏปัญหาการร้องเรียนเนื่องจากผู้ป่วยประกันสังคมไม่พอใจการจัดบริการทางการแพทย์ ดังปรากฏในหนังสือพิมพ์และสื่อมวลชนทั่วไป เช่น การเปลี่ยนยาต่อหน้าผู้ป่วยประกันสังคม, เจ้าหน้าที่ปฏิเสธการรักษา, การเรียกเก็บเงินเพิ่ม, โดยตีความว่าเป็นการเจ็บป่วยที่สืบเนื่องจากการทำงาน เป็นต้น ทำให้ผู้ประกันตนเห็นว่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคมเป็น "บริการชั้นสอง"

8. สื่อมวลชนได้ขยายภาพพจน์ของการจัดบริการทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ ไม่ถูกต้องต่อนโยบายสุขภาพหลักแห่งชาติ และคุณภาพของบริการทางการแพทย์ส่งผลกระทบต่อ ระบบประกันสังคมโดยรวม

สภาพปัญหาของการดำเนินงานประกันสังคม จากการนิเทศติดตามผลการปฏิบัติงาน ของสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในรายงานผลการดำเนินงานสำนักงานประกันสุขภาพ ปี 2535 (2535) พบปัญหาและอุปสรรค 4 ประการดังนี้ คือ

1. ปัญหาด้านสถานพยาบาล
2. ปัญหาด้านผู้ประกันตน (ลูกจ้าง)
3. ปัญหาด้านสถานประกอบการ (นายจ้าง)
4. ปัญหาด้านสำนักงานประกันสังคม

1. ปัญหาด้านสถานพยาบาล

1.1 ทางสำนักงานประกันสังคมส่งรายชื่อผู้ประกันตนและหลักฐานต่าง ๆ ไม่ ครบถ้วนทันเวลา ก่อให้เกิดปัญหาในการตรวจสอบสิทธิของผู้ประกันตน ในการมารับบริการทาง การแพทย์

1.2 ความไม่พร้อมของการใช้บัตรประกันสังคม (บัตรใหม่ เริ่มใช้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2535 เป็นต้นไป) และบัตรรับรองสิทธิรับการรักษาพยาบาลชั่วคราว (บัตรเก่า เริ่ม ใช้ 1 มิถุนายน 2534-31 ธันวาคม 2534) ทำให้เกิดความสับสนทั้งในแผนเวชทะเบียนของ โรงพยาบาลและผู้ประกันตนมากเพราะในบัตรใหม่บางบัตรไม่ระบุชื่อสถานพยาบาล/ชื่อผู้ประกันตน

1.3 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการยังไม่เข้าใจหลักเกณฑ์ เงื่อนไขเกี่ยวกับสิทธิประ โยชน์ของผู้ประกันตน ขั้นตอนปฏิบัติงานและสาระสำคัญของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ดัพอ

1.4 การบริหารจัดการยังไม่พร้อม เจ้าหน้าที่รับผิดชอบมีน้อยไม่พอเพียงกับงาน โดยเฉพาะกรณีในจังหวัดที่มีผู้ประกันตนจำนวนมาก เช่น บางจังหวัดมีผู้ประกันตนจำนวน 2 แสนคนเศษ เป็นต้น

1.5 ความเข้าใจและการตีความเกี่ยวกับประเด็นสิทธิประโยชน์ทดแทน จาก กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน (กรณีเจ็บป่วยนอกเวลาทำงาน และเจ็บป่วยในเวลา ทำงาน) ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้ประกันตนไม่ตรงกัน ทำให้มีปัญหาขัดแย้ง

1.6 อัตราเงินค่าบริการทางการแพทย์ที่ผู้ประกันตนได้รับในกรณีประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉินต่ำกว่าความเป็นจริง

1.7 การเบิกเงินค่าคลอดบุตร ควรให้โรงพยาบาลเบิกเงินโดยตรงจากสำนักงานประกันสังคม เพราะผู้ประกันตนบางรายไม่มีเงินตรงจ่ายล่วงหน้าไปก่อน

1.8 มีปัญหาการออกไปรับรองแพทย์เพื่อลาป่วย โดยผู้ประกันตนบางรายต้องการให้แพทย์ระบุอาการเจ็บป่วยเกินจริง

2. ปัญหาด้านผู้ประกันตน (ลูกจ้าง)

2.1 ขาดความรู้ที่พอในเรื่องเงื่อนไข สิทธิประโยชน์ทดแทน ขั้นตอนการใช้สิทธิการเลือกและใช้สถานที่พยาบาล โดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยนอกเวลาทำงาน และเจ็บป่วยในเวลาทำงาน การครอบคลุมโรคตามพระราชบัญญัติประกันสังคม

2.2 ปัญหาความไม่พึงพอใจต่อบริการของรัฐ ในเรื่องความล่าช้า วาจาไม่สุภาพ ความไม่สะดวกมีมากกว่าปกติ เพราะผู้ประกันตนถือว่าตนเองจ่ายเงินเบี้ยประกันทุกเดือน

2.3 เรียกร้องสิทธิเกินกว่ากฎหมายกำหนด เช่นบางรายต้องการรับบริการพิเศษ ห้องพิเศษ อาหารพิเศษ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ผู้ประกันตนมาจากสถานประกอบการโรงแรม เคยได้รับบริการที่ดีอยู่ก่อนพระราชบัญญัติประกันสังคมบังคับใช้

2.4 ไม่พอใจที่สำนักงานประกันสังคม กรณีกำหนดให้นายจ้างเป็นผู้เลือกสถานพยาบาล

2.5 อัตราการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุ และเป็นคนไข้นอกได้เพียงครั้งละ 75 บาท ปีละไม่เกิน 150 บาท เป็นอัตราที่ต่ำเกินไป

2.6 ผู้ประกันตนบางอาชีพ เช่น ผู้แทนขายยา คนงานก่อสร้าง พนักงานขายต่างจังหวัดต้องเดินทางออกต่างจังหวัดบ่อย หรือย้ายที่ทำงานบ่อยครั้งในรอบปี มีปัญหาในการใช้สถานพยาบาลที่สถานประกอบการเลือกไว้

2.7 ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วย ความจำเป็นที่ต้องตรวจเพิ่ม เช่น เอกซเรย์ ตรวจระบบคอมพิวเตอร์ ไม่ตรงกับความเห็นของแพทย์

3. ด้านสถานประกอบการ (นายจ้าง)

3.1 นายจ้างบางแห่งยังไม่แจ้งรายชื่อลูกจ้าง ไม่เลือกสถานพยาบาล ทำให้สำนักงานประกันสังคมออกบัตรประกันสังคมไม่ได้

3.2 นายจ้างบางแห่งยังไม่ไปปรับบัตรประกันสังคม (ใหม่) จากสำนักงานประกันสังคม/ประกันสังคมจังหวัด ตามที่ทางสำนักงานประกันสังคมประกาศ เกิดปัญหาดังข้อ 3.1

3.3 นายจ้างบางรายชี้ให้ผู้ประกันตนใช้สิทธิในกองทุนประกันสังคมแทนใช้สิทธิในกองทุนเงินทดแทนในกรณีที่เกิดเจ็บป่วยในงาน สาเหตุเพราะนายจ้างต้องจ่ายเงินจำนวนมากขึ้นถ้ามีค่างานเจ็บป่วยในเวลาทำงานมารายในสถานประกอบการของตน

4. ด้านสำนักงานประกันสังคม

4.1 ความไม่พร้อมของฐานข้อมูลผู้ประกันตน โดยเฉพาะการประมวลผลข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ เพื่อส่งรายชื่อผู้ประกันตนที่มีสิทธิรับประโยชน์ทางการแพทย์ประเภทต่าง ๆ ให้แก่โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ ได้ทันตามกำหนดระยะเวลาอย่างครบถ้วน

4.2 ความไม่พร้อมของการใช้บัตรประกันสังคม (บัตรใหม่เริ่มใช้ตั้งแต่ 1 มกราคม 2535) และบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล (บัตรรับรองใช้ตั้งแต่ 1 มิถุนายน - 31 ธันวาคม 2534) ทำให้เกิดความสับสนทั้งในแผนกเวชระเบียนของโรงพยาบาลและผู้ประกันตน

4.3 ความไม่พร้อมด้านการบริหารจัดการ เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมมีเวลาเพียง 180 วัน (หลังประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษา) ในการเตรียมการดำเนินงาน

โดยสรุป พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์มีความแตกต่างกันในแต่ละประชากร และมีปัจจัยในการเลือกใช้บริการแตกต่างกัน แต่ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวในผู้ประกันตนน้อยมาก ดังนั้นผู้วิจัยเห็นว่าควรจะมีการศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงานในชุมชนเมืองที่มีลักษณะ เฉพาะและแตกต่างจากประชาชนกลุ่มอื่นๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

การที่ประกันสังคมในประเทศไทยเพิ่งเริ่มต้น ทำให้พบกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานหลายประการ จึงจำเป็นต้องดำเนินการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในหลายๆด้าน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งปัญหาสำคัญและเร่งด่วนคือการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนที่ยังไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ของหลักการประกันสังคม จึงน่าจะมีการศึกษาอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลประกันสังคม และสาเหตุที่ไม่ไปใช้บริการจากผู้ประกันตนเองโดยตรง เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ปัญหาต่อไป