

# ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร\*

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล\*\*

บทความวิจัยเรื่องนี้ได้ศึกษาวิวัฒนาการของระบบประกันสุขภาพในประเทศไทยอย่างละเอียด นับแต่ปีพ.ศ. 2534-2539 ได้สะท้อนแนวโน้มการพัฒนาและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อไตรภาคีคือ รัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง รวมทั้งประชาชนโดยรวม โดยเฉพาะการพัฒนา นโยบาย แนวคิดและแนวทางปฏิบัติต่อไปที่มีรากฐานจากผลการศึกษาวิจัย อันจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพและส่งผลดีต่อกระบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุขของชาติต่อไป--  
บรรณาธิการ

## ความนำ

จากการประเมินในปีพ.ศ. 2538 พบว่า ระบบประกันสุขภาพและระบบสวัสดิการด้านสุขภาพสามารถครอบคลุมประชากรได้ประมาณ 40 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 67.8 ของประชากรทั้งหมดในประเทศไทย) คงเหลือประชากรประมาณ 19.1 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 32.2) ที่ระบบดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมไม่ถึง และจำเป็นต้องจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนด้วยตนเอง

## ประเภทของระบบประกันสุขภาพ

ระบบประกันสุขภาพที่ใช้ในประเทศไทยปัจจุบันประกอบด้วย

### 1. ระบบสวัสดิการสาธารณะ

ระบบนี้สามารถครอบคลุมประชากรร้อยละ 27 โดยอาศัยงบประมาณจากเงินภาษีรายได้ของรัฐเพื่อ

วัตถุประสงค์ที่จะให้บริการรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า ณ สถานพยาบาลของรัฐแก่ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ และนักเรียนระดับประถมศึกษา ระบบนี้ได้กำหนดจำนวนรายได้ต่อปีขั้นต่ำที่เรียกว่า “พออยู่ได้” และหากครอบครัวใดมีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์นี้จะมีสิทธิได้รับ “บัตรรักษาพยาบาลฟรี” ณ สถานพยาบาลที่กำหนดไว้ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้โดยมีเงื่อนไขว่าจะต้องรับบริการจากสถานอนามัย และส่งต่อมายังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ ตามลำดับ โดยมีหนังสือส่งต่อเป็นหลักฐาน

### 2. ระบบสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลแก่ข้าราชการ

ในปีพ.ศ. 2539 ระบบนี้สามารถครอบคลุมประชากรร้อยละ 10 และจำเป็นต้องอาศัยงบประมาณจากเงินภาษีรายได้ของรัฐเช่นเดียวกัน ข้าราชการทุกประเภท รวมทั้งบิดามารดา คู่สมรส และบุตร 3 คน ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี จะได้รับการคุ้มครองโดยระบบนี้ ในส่วนของพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวจะมีระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล

\*พ.บ. Ph.D สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

\*\*พ.บ. MPH. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

## ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ในลักษณะเดียวกันโดยอาศัยงบประมาณของรัฐวิสาหกิจเอง

### 3. ระบบประกันสังคมรวมทั้งกองทุนทดแทนแรงงาน

ในปีพ.ศ. 2539 ระบบนี้ครอบคลุมประชากรร้อยละ 7 และอาศัยงบประมาณไตรภาคีซึ่งจ่ายโดยรัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง ในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างโดยเท่าเทียมกัน เพื่อนำมารวมไว้เป็นกองทุน พนักงานหรือลูกจ้างในบริษัทที่มีพนักงานมากกว่า 10 คน จะพึงมีสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่จะได้รับการคุ้มครองเมื่อเจ็บป่วยซึ่งมิได้มีสาเหตุมาจากการทำงาน รวมทั้งสิทธิประโยชน์กรณีการคลอดบุตร ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิต สำหรับในกรณีการป่วย ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิต ซึ่งมีสาเหตุมาจากการปฏิบัติงาน พนักงานหรือลูกจ้างผู้นั้นจะได้รับสิทธิประโยชน์โดยอัตโนมัติจากกองทุนทดแทนแรงงาน ซึ่งนายจ้างเป็นผู้จ่ายเข้ากองทุน แต่เพียงฝ่ายเดียว

### 4. ระบบประกันสุขภาพโดยความสมัครใจหรือโครงการบัตรสุขภาพ

โครงการนี้ริเริ่มโดยกระทรวงสาธารณสุข และครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 5 ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในชนบท คราวเรือนที่สมัครใจเข้าอยู่ในโครงการนี้จะจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนครอบครัวละ 500 บาท โดยรัฐใช้เงินรายได้สมทบเข้ากองทุนให้อีกเท่าตัวหรือ 500 บาท ครอบครัวที่เป็นสมาชิกโครงการนี้จะได้รับบริการจากหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขนับตั้งแต่สถานีอนามัยขึ้นตามลำดับ โดยใช้ระบบส่งต่อซึ่งไม่ข้ามขั้นตอน

นอกเหนือจากระบบที่ใช้จำเพาะในประเทศไทย มีระบบที่พึงกล่าวในรายละเอียดเพื่อประโยชน์ในการศึกษา เปรียบเทียบการดำเนินการทั้งในระดับภูมิภาคและระดับนานาชาติ ได้แก่กองทุนทดแทนแรงงาน และระบบประกันสังคม

## กองทุนทดแทนแรงงาน

### ความเป็นมา

นับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2513 ได้มีความห่วงใยในการที่จะ

จัดตั้งระบบสวัสดิการสังคมเบ็ดเสร็จเพื่อสาธารณชน แต่ยังคงขาดแรงสนับสนุนทางการเมืองที่หนักแน่นจริงจัง จึงเริ่มพัฒนาได้เพียงระบบกองทุนทดแทนแรงงานซึ่งจัดตั้งได้ง่ายกว่า ในปีพ.ศ. 2516 โดยมีพระราชบัญญัติให้นายจ้างของบริษัทที่มีพนักงานหรือลูกจ้างมากกว่า 10 คน จ่ายเงินทดแทนกรณีเจ็บไข้ได้ป่วย ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิตจากการทำงาน รวมทั้งเงินชดเชยระหว่างการลาป่วย กองทุนทดแทนแรงงานนี้เริ่มขึ้นในกรุงเทพมหานครในปีพ.ศ. 2517 และสามารถขยายการครอบคลุมไปทั่วทั้ง 73 จังหวัดของประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2533

### ประชากรที่ได้รับการคุ้มครองและสถานะการเจ็บไข้ได้ป่วย

ก่อนที่จะมีการประกาศใช้ระบบสวัสดิการสังคมในปีพ.ศ. 2534 พบว่าจำนวนผู้ใช้แรงงานหรือพนักงานที่ได้รับการคุ้มครองโดยกองทุนทดแทนแรงงานมีน้อยกว่าที่เป็นจริง ทั้งนี้เป็นเพราะการบังคับใช้กฎหมายแรงงานยังไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ปรากฏว่าเคยมีผู้ถูกจำคุกเพราะละเมิดกฎหมายดังกล่าวเลย ในปีพ.ศ. 2533 จำนวนแรงงานที่ได้รับการคุ้มครองมีประมาณ 1.8 ล้านคน หลังจากมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสวัสดิการสังคม ได้มีการบังคับใช้กฎหมายนี้อย่างเข้มงวด ทำให้จำนวนแรงงานจากโรงงานหรือบริษัทที่มีพนักงานมากกว่า 20 คน มาลงทะเบียนเพิ่มขึ้นเป็น 2.8 ล้านคน จึงอาจกล่าวได้ว่าพระราชบัญญัติสวัสดิการสังคมมีผลช่วยให้การคุ้มครองโดยกองทุนทดแทนแรงงานเพิ่มมากขึ้น

หากจะมองถึงสถานะการเจ็บป่วยและสาเหตุการตาย รายงานจากสำนักงานกองทุนทดแทนแรงงานประจำปีพ.ศ. 2537 ได้ระบุว่า จากการเรียกrogateค่าทดแทน 186,394 รายการ มีเพียงร้อยละ 2 ที่เป็นกรณีของการเจ็บป่วยอันมีสาเหตุมาจากการทำงาน นอกเหนือจากนั้นเป็นกรณีของการเจ็บป่วยตามปกติ สาเหตุของการเจ็บป่วยจากการทำงานที่สำคัญ 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) การบาดเจ็บจากสิ่งของที่ตกลงมาทับหรือกระทบตัว (29%) 2) ของมีคมตัดหรือบาดเป็นแผล (24%) และ 3) วัตถุแปลกปลอมเข้าไปในตา

(16%) การเจ็บป่วยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องหามาตรการป้องกันระดับปฐมภูมิ การป้องกันตนเอง และมาตรการประกันความปลอดภัยในโรงงาน นอกจากนี้ จากจำนวนการตาย 863 ราย พบว่าร้อยละ 53 มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุจราจร โดยในกลุ่มนี้พบว่าคนงานก่อสร้างมีแนวโน้มการเสี่ยงต่อการป่วยและตายมากที่สุด

### การใช้บริการ

พนักงานและผู้ใช้แรงงานมีสิทธิที่จะเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชน จากการศึกษาวิจัยในปีพ.ศ. 2535 พบว่าร้อยละ 95.5 จะเลือกใช้บริการจากโรงพยาบาลเอกชน ในจำนวนนี้ร้อยละ 87 จะใช้บริการในฐานะคนไข้นอก ส่วนที่เหลือร้อยละ 13 จะเข้าใช้บริการในฐานะคนไข้ใน และอยู่โรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 7 วัน โรงพยาบาลที่ใช้บริการส่งใบเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลย้อนหลังไปยังสำนักงานกองทุนทดแทนแรงงานโดย “คิดราคาตามพื้นฐานของบริการที่ให้” เพดานค่าบริการสูงสุดที่เบิกได้สำหรับการเจ็บป่วยแต่ละครั้งคือ 30,000 บาท ถ้าเกินกว่านี้นายจ้างจะเป็นผู้รับผิดชอบ ในการนี้เพื่อป้องกันมิให้มีการตรวจรักษาเกินความจำเป็น ทางสำนักงานฯ จึงได้จัดให้มีระบบควบคุมกำกับเพื่อตรวจสอบใบเบิกให้เป็นไปอย่างเหมาะสม

ข้อมูลจากปีพ.ศ. 2533 ชี้ให้เห็นว่าร้อยละ 43 เป็นค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาลคนไข้นอกซึ่งการมาโรงพยาบาลแต่ละครั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายต่อหัวโดยเฉลี่ย 722 บาท และสำหรับคนไข้ในจะเสียค่าใช้จ่ายต่อหัวโดยเฉลี่ย 11,977 บาทต่อการเข้าพักรักษาพยาบาลแต่ละครั้ง ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลเอกชนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อผลประโยชน์จะสูงกว่าค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลของรัฐ หรือเอกชนซึ่งไม่มุ่งหวังผลประโยชน์

ปริมาณของพนักงานหรือแรงงานที่เจ็บไข้ได้ป่วยโดยมิได้เบิกเงินจากกองทุนทดแทนแรงงาน หากต้องเสียค่าใช้จ่ายเองนั้นยังไม่ทราบแน่นอน แต่มีการคาดคะเนว่านายจ้างบางรายอาจต้องการป้องกันตนเองจากการเสียค่าปรับในกรณีการเบิกจ่ายเกินพิกัด จึงเลือกชำระค่ารักษา

พยาบาลในลักษณะ “จ่ายทีละราย” ซึ่งเรื่องนี้จำเป็นต้องมีการศึกษาค้นคว้าในรายละเอียดต่อไป

### งบประมาณและการบริหารกองทุน

กองทุนทดแทนแรงงานได้รับงบประมาณจากนายจ้างเพียงฝ่ายเดียว โดยกำหนดอัตราจำเพาะเป็นรายกรณีบนพื้นฐานของความเสี่ยงในแต่ละกิจการ ในปีพ.ศ. 2517 ปรากฏว่ามีบริษัท 136 แห่ง ที่ถูกกำหนดให้ชำระเงินเข้ากองทุน ในอัตราร้อยละ 0.2-4.5 ของค่าจ้าง พอถึงในช่วงปีพ.ศ. 2532 และพ.ศ. 2535 อัตราเงินสมทบเข้ากองทุนมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 4.5 ลดลงเหลือระหว่างร้อยละ 2-3 ตามลำดับ แนวโน้มการลดลงของอัตราเงินสมทบเกิดขึ้นจากการที่กองทุนมีเงินเหลือสำรองจ่ายเป็นจำนวนมาก อีกทั้งฝ่ายบริหารเองต้องการโน้มน้าวให้ผู้ประกอบการตัดสินใจปฏิบัติตามกฎหมายแรงงานมากขึ้น

จากระเบียบการเงินของกองทุนเงินทดแทนแรงงานพบว่า กองทุนมีเงินสำรองเหลือจ่ายเป็นเวลา 14 ปีติดต่อกันหลังจากริเริ่มกองทุนในปีพ.ศ. 2517 ดอกเบี้ยที่เป็นรายได้สะสมของกองทุนสามารถชดเชยภาวะขาดทุนระหว่างปีพ.ศ. 2531-2533 และปีพ.ศ. 2535-2537 อีกช่วงหนึ่ง ในปีพ.ศ. 2538 รายจ่ายจากกองทุน 1,370 ล้านบาทเป็นเงินทดแทนกรณีลาป่วยร้อยละ 40 เงินทดแทนค่ารักษาพยาบาลร้อยละ 35 เงินทดแทนกรณีทุพพลภาพร้อยละ 24 และส่วนที่เหลือเป็นรายจ่ายเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายหรือเงินชดเชยกรณีถึงแก่กรรม

จนถึงปลายปีพ.ศ. 2538 กองทุนมีรายได้สะสม 701.8 ล้านบาท ซึ่งคาดว่าเงินจำนวนนี้สามารถจะชดเชยภาวะขาดทุนอันอาจมีขึ้นได้มากกว่า 10 ปี สำนักงานกองทุนทดแทนแรงงานอาจจะพิจารณาปรับอัตราเงินสมทบกองทุนต่อไปหรือกำหนดมาตรการควบคุมรายจ่ายเพื่อสร้างความมั่นคงทางการเงินในระยะยาว

มาตรการทางการเงินประการหนึ่งที่ได้ใช้ไปเพื่อสร้างความมั่นคงทางการเงินได้แก่ การพิจารณาลดอัตราเงินสมทบเข้ากองทุนสำหรับบริษัทที่มีการเบิกจ่ายกองทุนต่อปีน้อยกว่าเงินสมทบเข้ากองทุน และเพิ่มอัตราเงิน

## ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

สมทบสำหรับบริษัทที่มีหลักฐานการเบิกจ่ายมากกว่าเงินที่สมทบเข้ากองทุน ทั้งนี้โดยกำหนด Threshold margin ที่จะรักษาความมั่นคงทางการเงินไว้ที่อัตราการสูญเสียรายจ่ายจากกองทุนร้อยละ 70 ของเงินสมทบ

ในปีพ.ศ. 2537 พบว่าร้อยละ 73 ของบริษัทได้รับพิจารณาลดอัตราเงินสมทบเข้ากองทุน ร้อยละ 2 คงใช้อัตราเดิม และร้อยละ 25 ถูกปรับให้เสียเงินสมทบในอัตราสูงขึ้น ในขณะที่ผู้ประกอบการสาขาบริการ เช่น โรงแรม ภัตตาคาร และธุรกิจการค้า ได้รับพิจารณาให้ลดอัตราเงินสมทบลง ผู้ประกอบการสาขาการผลิต เช่น อุตสาหกรรมเหล็ก ผลิตภัณฑ์เหล็ก สารเคมี ก๊าซ ยาง และพลาสติก จะต้องชำระเงินสมทบเข้ากองทุนมากขึ้น ถึงแม้จะมีการคาดคะเนว่ามาตรการนี้จะช่วยเพิ่มความปลอดภัยและลดความเสี่ยงในสถานที่ทำงาน ก็ยังไม่มีหลักฐานเกี่ยวกับการนี้ให้เห็นเป็นรูปธรรม จึงน่าจะต้องมีมาตรการโดยตรงที่จะควบคุมสถานประกอบการหรือกระตุ่นการมีส่วนร่วมของผู้ใช้แรงงาน ตลอดจนมาตรการทางกฎหมายอื่นๆ ที่จะควบคุมผู้ประกอบการให้ดำเนินการในเรื่องนี้

## ระบบประกันสังคม

### ความเป็นมา

ในขั้นตอนการเตรียมการพัฒนาระบบประกันสังคมในปีพ.ศ. 2524 มีข้อเสนอแนะว่าเพื่อให้มีกองทุนเพียงพอที่จะจ่ายเงินตามสิทธิประโยชน์ 4 ประการได้แก่ การป่วย การคลอด ทูพพลภาพ และเสียชีวิต ควรจะมีการหักเงินร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างสมทบเข้ากองทุนในลักษณะไตรภาคี คือจ่ายทั้งโดยรัฐ ผู้ประกอบการ และผู้ใช้แรงงานเอง หลังจากนั้นจึงมีการตราพระราชบัญญัติว่าด้วยการประกันสังคมซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2533 และให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533 เป็นต้นไป ส่วนรัฐ ผู้ประกอบการ และผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการที่มีพนักงานลูกจ้างมากกว่า 10 คนขึ้นไป ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2534 เป็นต้นมาก็ได้ร่วมกันสมทบเงินเข้ากองทุนสวัสดิการสังคมในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง เงินสมทบ

จำนวนนี้จะหักจากรายได้รวมก่อนชำระภาษีภายหลังการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติภาษีเมื่อปีพ.ศ. 2533 ซึ่งมีข้อแตกต่างจากกองทุนทดแทนแรงงาน คือ สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลของกองทุนประกันสังคมจะครอบคลุมไปถึงบริการรักษาพยาบาลโดยหน่วยบริการตรวจคนใช้ นอกพื้นฐานของอัตราเงินสมทบกองทุนในระดับเดียวกัน

### ประชากรที่ได้รับการคุ้มครอง

จำนวนพนักงานและผู้ใช้แรงงานที่ลงทะเบียนรับบริการ ณ โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในปีพ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2539 มี 2.5 ล้านคน และ 4.2 ล้านคน ตามลำดับ สัดส่วนระหว่างการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนในปีพ.ศ. 2534 และพ.ศ. 2539 เท่ากับ 83 : 17 และ 40 : 60 ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไป โดยจะมีการเลือกใช้โรงพยาบาลเอกชนเพิ่มมากขึ้น

### การคิดค่าบริการเหมาจ่ายต่อหัวแทนการจ่ายตามบริการที่เป็นรายการณ

จากประสบการณ์การดำเนินงานของกองทุนทดแทนแรงงานและค่าใช้จ่ายในการบริหารกองทุนที่ค่อนข้างสูง คณะกรรมการกองทุนประกันสังคมมีมติเห็นชอบกับข้อเสนอของคณะกรรมการแพทย์ในการใช้ระบบคิดค่าบริการเหมาจ่ายต่อหัวเป็นเงิน 700 บาท แทนการจ่ายตามบริการที่ให้ เป็นรายการณ ทั้งนี้เพื่อป้องกันปัญหาในการควบคุมค่าใช้จ่ายมิให้เกิดรายรับอันอาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต อัตราค่าบริการดังกล่าวคำนวณโดยประมาณการจากค่าบริการต่อบุคคลโดยเฉลี่ยในแต่ละปี ซึ่งมี 2 ประเภทคือ

(1) บริการคนใช้นอกปีละ 3 ครั้ง และการเข้าเป็นคนใช้ใน 0.5 ครั้งต่อปี

(2) ค่าใช้จ่ายของบริการคนใช้นอกครั้งละ 150 บาท และคนใช้ในเฉลี่ยวันละ 600 บาท

### นายจ้างยังเป็นผู้เลือกใช้บริการมากกว่าลูกจ้าง

ภายใต้ระบบประกันสังคม ข้อปฏิบัติประการแรกใน

การใช้ค่าบริการต่อหัวคือ พนักงานหรือลูกจ้างจะต้องไปลงทะเบียนรับบริการจากโรงพยาบาลที่ประสงค์จะประกันตน แต่ในช่วงเตรียมการ 6 เดือนแรกสำนักงานประกันสังคมต้องรับผิดชอบดูแลบริษัทที่มีจำนวนมากถึง 30,255 แห่ง และผู้ใช้แรงงานประมาณ 1.8 ล้านคน จึงไม่มีเวลาพอที่จะติดต่อประสานงานหรือสอบถามความจำเป็นจากพนักงานแต่ละคน และประสานงานโดยผ่านทางผู้ประกอบการ ผลลัพธ์ก็คือผู้ประกอบการจะเป็นผู้เลือกโรงพยาบาลที่จะให้พนักงานลูกจ้างประกันสุขภาพ ข้อจำกัดของกระบวนการนี้คือเมื่อเริ่มดำเนินการไปแล้วปรากฏว่าอัตราการใช้สิทธิประโยชน์ของผู้ใช้แรงงานยังต่ำมาก จากการสอบถามพนักงานและลูกจ้างโดยไม่คำนึงถึงระดับการศึกษา ปรากฏว่าส่วนมากไม่ทราบชื่อโรงพยาบาลหรือไม่ก็ให้ชื่อโรงพยาบาลที่บริษัทของตนไปลงทะเบียนเพื่อใช้บริการไม่ถูกต้อง สาเหตุสำคัญอาจเป็นเพราะผู้ใช้แรงงานไม่ได้มีส่วนร่วมในขั้นตอนการคัดเลือกโรงพยาบาล และภาวะการขาดการสื่อสารระหว่างนายจ้าง หัวหน้าฝ่ายบุคคล และลูกจ้าง

#### การใช้บริการ ณ โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้

จากการศึกษาวิจัย 2 ครั้งเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานลูกจ้างผู้มีรายได้น้อย และผู้บริหารที่มีรายได้สูงที่จัดทำขึ้นในปีพ.ศ. 2536 และพ.ศ. 2537 บ่งชี้ว่าผู้มีรายได้น้อยร้อยละ 56 ใช้บริการของคลินิกผู้ป่วยนอก ณ สถานประกอบการหรือซื้อยากินเอง ในขณะที่ร้อยละ 18 ไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลซึ่งมิได้ขึ้นทะเบียนไว้ และร้อยละ 17 ไปรับบริการที่คลินิกเอกชนโดยเสียค่าบริการเอง ทั้งนี้มีการใช้บริการจากโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้เพียงร้อยละ 5 สำหรับผู้บริหารสถาบันการเงินที่มีรายได้สูงร้อยละ 43 จะใช้บริการคลินิกเอกชน ร้อยละ 31 ใช้บริการของโรงพยาบาลที่มีได้ขึ้นทะเบียนไว้ และมีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่รับบริการจากโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ ในส่วนของคนใช้ในร้อยละ 67 ของผู้มีรายได้น้อยจะใช้บริการของสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนไว้ ในขณะที่ผู้บริหารซึ่งมีรายได้สูงจะใช้บริการดังกล่าวเพียงร้อยละ 10 เพราะกลุ่มหลังนี้ส่วนใหญ่จะได้รับสิทธิประโยชน์ครอบคลุมโดยหลักประกันในหลายลักษณะ

การใช้บริการคนไข้ นอก ณ โรงพยาบาลเอกชนจะมากกว่าการใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ ในขณะที่อัตราการรับเข้าเป็นคนไข้ในมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการที่โรงพยาบาลสามารถควบคุมการรับเข้าคนไข้ได้ในระดับหนึ่ง เพื่อปกป้องผลประโยชน์จากการที่รับค่าบริการเป็นรายหัว ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน ประเด็นนี้จำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยในรายละเอียดเพื่อให้การจัดบริการคนไข้ที่คุ้มครองโดยกองทุนประกันสังคมเป็นไปอย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้ได้ปรากฏอุบัติการณ์ของการมีเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กที่ให้บริการเฉพาะกิจเกิดขึ้นในพื้นที่บริเวณชานเมืองและเขตอุตสาหกรรมแถบจังหวัดสมุทรปราการ นครปฐม และปทุมธานี ซึ่งจัดตั้งขึ้นมาเป็นธุรกิจรองรับโครงการประกันสังคมโดยเฉพาะ ความสนใจจำเพาะของโรงพยาบาลเฉพาะกิจเหล่านี้คือ การให้บริการคนไข้ นอก ซึ่งสามารถทำกำไรได้มากในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา

ข้อมูลจากการวิจัยบ่งชี้ด้วยว่า ผู้บริหารสถาบันการเงินมีอัตราเจ็บไข้ได้ป่วยสูงกว่าพนักงานลูกจ้างผู้มีรายได้น้อยคือจะเจ็บป่วยโดยเฉลี่ย 4.56 ครั้งต่อปี ในขณะที่กลุ่มหลังเจ็บป่วยโดยเฉลี่ย 1.68 ครั้งต่อปี (อัตราการเจ็บป่วยของประชากรทั่วประเทศเฉลี่ย 2.1 ครั้งต่อปี) นอกจากนี้อัตราการเป็นคนไข้ในของกลุ่มแรกจะสูงกว่ากลุ่มหลังประมาณ 4 เท่า

ข้อมูลที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ ร้อยละ 33 ของผู้ใช้แรงงานที่มีรายได้น้อยในจังหวัดนนทบุรี ไม่ทราบว่าค่าจ้างของตนเองถูกหักไปสมทบกองทุนประกันสังคม และสาเหตุของการไม่ไปใช้บริการ ณ โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้เป็นเพราะอยู่ไกลเกินไป คิดว่าบริการไม่ดี ไม่เป็นที่น่าพอใจหรือเป็นบริการที่ด้อยกว่าปกติ ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าโรงพยาบาลเอกชนในเขตกรุงเทพมหานคร และส่วนกลางที่มีสถานประกอบการภาคบริการเป็นจำนวนมากได้รับผลตอบแทนสูงจากการที่ผู้ขึ้นทะเบียนมารับบริการในอัตราต่ำเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาผู้มาใช้บริการน้อย สำนักงานประกันสังคมจึงได้ริเริ่มจัดตั้งเครือข่ายคลินิกแพทย์เอกชนหรือโรงพยาบาลขนาดเล็กเพื่อให้เข้าถึงบริการได้ง่าย รวมทั้งส่งเสริมให้พนักงานลูกจ้างเลือกโรงพยาบาลที่จะลง

## ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

### ทะเบียนรับบริการด้วยตนเอง

### บริการโรงพยาบาลยังได้รับความนิยมเหนือคลินิก บริการพื้นฐาน

ถึงแม้จะเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าค่าใช้จ่ายในการใช้  
บริการแผนกคนไข้นอกของโรงพยาบาลสูงกว่าการไปรับ  
บริการตรวจรักษาจากคลินิกแพทย์หรือคลินิกบริการพื้นฐาน  
ซึ่งจัดตั้งขึ้น ณ สถานประกอบการ แต่ระบบประกันสังคมก็  
ยังไม่สามารถแยกบริการผู้ป่วยนอกออกจากโรงพยาบาล  
เนื่องจากคลินิกแพทย์หรือหน่วยบริการขั้นพื้นฐานที่มี  
แพทย์ประจำยังมีไม่เพียงพอ การผลักดันที่จะแยกบริการผู้  
ป่วยนอกออกจากโรงพยาบาลเป็นผลให้เกิดโรงพยาบาล  
ขนาดเล็กประมาณ 100 เตียง แทนที่จะเป็นในรูปคลินิกผู้  
ป่วยนอก

จากการบังคับใช้พระราชบัญญัติโรงงาน สถาน  
ประกอบการที่มีพนักงานหรือลูกจ้างมากกว่า 200 คน  
จำเป็นต้องจัดตั้งคลินิกผู้ป่วยนอก ณ สถานที่ตั้งโดยมี  
พยาบาลประจำ และสำหรับสถานประกอบการที่มีพนักงาน  
ลูกจ้างมากกว่า 1,000 คน จะต้องมีแพทย์ประจำ คลินิก  
บริการพื้นฐานเหล่านี้ยังใช้ประโยชน์ไม่คุ้มค่า และสามารถ  
นำเข้ามาเป็นเครือข่ายให้บริการผู้ป่วยนอกของระบบ  
ประกันสังคมได้เป็นอย่างดี โดยอาจใช้งบประมาณจากกอง  
ทุนทำการปรับปรุงหน่วยบริการพื้นฐานเหล่านี้เพื่อสามารถ  
ให้บริการป้องกันรักษาแบบเบ็ดเสร็จ ซึ่งพนักงานลูกจ้างผู้  
ได้รับสิทธิประโยชน์จะเข้าถึงได้โดยง่าย

### ค่าบริการเหมาจ่ายต่อหัวเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ

จากปีพ.ศ. 2534 จนถึงพ.ศ. 2538 สำนักงาน  
ประกันสังคมสามารถรักษาระดับค่าบริการต่อหัวให้คงอยู่ที่  
700 บาท แม้ว่าจะมีแรงกดดันให้เพิ่มขึ้นจากสถานบริการที่  
ลงทะเบียนเข้าอยู่ในโครงการ อย่างไรก็ตาม เมื่อไม่นานมานี้  
ได้มีมาตรการสนับสนุนค่าบริการเหมาจ่ายต่อหัวเพิ่มขึ้น  
เป็นพิเศษสำหรับโรงพยาบาลที่มีผู้ประกันตนมารับบริการ  
คนไข้นอกและคนไข้ในเป็นจำนวนมาก โรงพยาบาลที่ลง  
ทะเบียนจะได้รับค่าบริการต่อหัวเพิ่มขึ้นอีก 30 บาทในกรณี

ที่ Caseload ของโรงพยาบาลอยู่ในพิสัยที่ 30 ของ Caseload  
ระดับชาติในภาพรวม และโรงพยาบาลที่มี Caseload มาก  
ขึ้นก็จะได้รับค่าบริการเหมาจ่ายต่อหัวเป็นกรณีพิเศษเพิ่ม  
มากขึ้นด้วย โดยมีเกณฑ์สูงสุดถึง 100 บาทต่อหัว

### บริการนอกเหนือสัญญา

ในกรณีฉุกเฉินซึ่งผู้ประกันตนจำเป็นต้องเข้ารับการ  
รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลซึ่งมิได้ประกันตนไว้ จะได้รับ  
การชดเชยสำหรับบริการผู้ป่วยนอก รวมทั้งการเข้าเป็นผู้  
ป่วยในหรือบริการศัลยกรรมในอัตราตายตัวที่กำหนดไว้  
ตามความจำเป็น อัตราดังกล่าวในขั้นต้นกำหนดไว้ค่อนข้าง  
ต่ำ แต่ได้รับการปรับให้สูงขึ้นปีต่อๆ มาเนื่องจากแรงกด  
ดันทางสังคม อย่างไรก็ตาม บริการนอกเหนือสัญญามีค่อนข้าง  
จำกัดและผู้ประกันตนจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสมทบมากพอ  
สมควร นอกจากนี้ยังมีปรากฏการณ์อันไม่พึงประสงค์คือ ผู้  
ที่มีรายได้ต่ำต้องเสียค่าใช้จ่ายสมทบด้วยตนเองมากกว่าผู้  
มีรายได้สูง อัตราการใช้บริการฉุกเฉินนอกเหนือสัญญามี  
ประมาณ 0.99 ครั้งต่อ 1,000 รายต่อปี โดยมีสาเหตุการ  
ป่วย 5 อันดับแรก ได้แก่ ไล่ตั้งอักเสบเฉียบพลัน บาดแผล  
จากอุบัติเหตุ กระดูกขาหัก โรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร  
และบาดเจ็บที่กะโหลกศีรษะ

อัตราค่าบริการของโรงพยาบาลรัฐในกรณีคนไข้คน  
คนไข้ใน และศัลยกรรม เฉลี่ยรายละ 294 บาท, 2,176 บาท  
และ 6,075 บาท ตามลำดับ สำหรับโรงพยาบาลเอกชนค่า  
ใช้จ่ายมากกว่าโรงพยาบาลรัฐ ประมาณ 2.3-3.3 เท่า

### สิทธิประโยชน์จากการคลอดบุตร

ในระยะเริ่มแรกพนักงานหรือลูกจ้างหญิง หรือภรรยา  
ของพนักงานหรือลูกจ้างชายซึ่งลาคลอด จะได้รับสิทธิ  
ประโยชน์รายละ 2,500 บาท ซึ่งครอบคลุมเฉพาะการคลอด  
2 ท้องแรก (ตามนโยบายวางแผนครอบครัว) แต่หลังจาก 28  
สิงหาคม 2535 อัตรานี้เพิ่มขึ้นเป็น 3,000 บาท อย่างไรก็ตาม  
จากการศึกษาวิจัยในปีพ.ศ. 2536 พบว่าแม่ที่ได้รับการ  
คุ้มครองเพียงร้อยละ 18 เท่านั้นที่ลาคลอด และส่วนใหญ่  
ได้รับการผ่าตัดทำคลอด ทั้งนี้มีสาเหตุมาจากความไม่มั่นคง

ของการจ้างงานคนงานหญิงและสิทธิประโยชน์การลาคลอดที่ค่อนข้างต่ำ โดยได้รับเพียงครึ่งหนึ่งของค่าจ้างเป็นเวลา 60 วัน หลังจากข้อบัญญัติที่ประกาศใช้เมื่อเดือนมีนาคม 2538 กองทุนประกันสังคมจ่ายเงินที่เป็นสิทธิประโยชน์จากการลาคลอดให้แก่ที่ประกันตนทุกคนในอัตราครึ่งหนึ่งของค่าจ้างเป็นเวลา 90 วันโดยอัตโนมัติ

ร้อยละ 82 ของแม่ที่ได้รับการคุ้มครอง คลอดที่โรงพยาบาลของรัฐ ส่วนที่เหลือคลอดที่โรงพยาบาลเอกชน อัตราค่าทำคลอดปกติและคลอดโดยผ่าตัดหน้าท้องที่โรงพยาบาลรัฐเฉลี่ยรายละ 1,696 บาท และ 5,267 บาทตามลำดับ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายดังกล่าวในโรงพยาบาลเอกชนโดยเฉลี่ยจะเป็น 11,423 บาท และ 22,491 บาทตามลำดับ

### สิทธิประโยชน์กรณีทุพพลภาพ

ในกรณีทุพพลภาพ จะได้รับสิทธิประโยชน์ตอบแทนในอัตราครึ่งหนึ่งของค่าจ้างโดยจ่ายเป็นรายเดือนต่อเนื่องกันไม่เกิน 15 ปี ภายหลังการตรวจวินิจฉัยท้ายสุด เงินตอบแทนนี้ไม่ปรับขึ้นตามค่าเงินเพื่อจูงใจเท่ากับลดค่าลงตามกาลเวลา นอกจากนี้สิทธิประโยชน์ค่ารักษาพยาบาลในอัตราเดือนละ 1,000 บาทยังเป็นจำนวนเล็กน้อยเมื่อเทียบกับรายจ่ายจริง อย่างไรก็ตาม นับตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา ผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์กรณีทุพพลภาพครึ่งหนึ่งของค่าจ้างไปจนตลอด

### การประกันตนโดยความสมัครใจ

ตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 39 ของพระราชบัญญัติประกันสังคม ผู้ใช้แรงงานที่มีอายุระหว่าง 15-60 ปี ที่ออกจากงานไปแล้วอาจจะเข้าร่วมประกันตนต่อเนื่องโดยความสมัครใจ แต่มีเงื่อนไขว่าจะต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนเป็นสองเท่าหรือร้อยละ 3 ของรายได้ซึ่งกำหนดไว้เดือนละ 4,800 บาท ทั้งนี้ โดยรัฐจะจ่ายสมทบในอัตราร้อยละ 1.5 ดังเดิม จำนวนผู้ใช้แรงงานที่ลาออกจากงานไปแล้วแต่ยังประกันตนโดยความสมัครใจยังมีน้อย แต่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ในปีพ.ศ. 2535 เงินประกันที่ระดมได้จากกลุ่มนี้มีประมาณ 0.83 ล้านบาท ซึ่งเพิ่มเป็น 6 ล้านบาท ในปีพ.ศ.

2538 ผู้ประกันตนโดยสมัครใจจะได้รับบริการทั้ง 4 แผน เช่นเดียวกับผู้ประกันตนโดยทั่วไป ไปทุกประการ

สำหรับผู้ใช้แรงงานซึ่งมีได้อยู่ในระบบนี้ หรือทำกิจการส่วนตัวก็อาจจะเข้าร่วมประกันตนโดยความสมัครใจ โดยจ่ายเงินสมทบกองทุนเป็นรายปี ปีละ 2,880 บาท ในระหว่างปีพ.ศ. 2537-2538 เงินประกันตนนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 3,110 และ 3,360 บาท ในช่วงปีพ.ศ. 2539-2540 และปี พ.ศ. 2541-2543 ในกรณีนี้ผู้ประกันตนจะได้รับเงินชดเชยการคลอดบุตร ทุพพลภาพและเงินสงเคราะห์กรณีเสียชีวิตเป็นเงินก้อน ส่วนสิทธิประโยชน์ในรูปของค่ารักษาพยาบาลและสวัสดิการให้แก่บิดามารดาที่ยังไม่ครอบคลุมสำหรับประโยชน์ตอบแทนกรณีทุพพลภาพครึ่งหนึ่งของรายได้ต่อเนื่องนั้นจะจ่ายเฉพาะในช่วงเวลาไม่เกิน 15 ปี เท่านั้น เนื่องจากสิทธิประโยชน์ของการประกันตนโดยความสมัครใจยังมีอยู่จำกัดจึงยังไม่เป็นที่นิยมเท่าที่ควร

### การบริหารกองทุน

กองทุนประกันสังคมบริหารจัดการโดยคณะกรรมการประกันสังคมไตรภาคี ซึ่งมีองค์ประกอบของกรรมการ 15 คน (กรรมการจากภาครัฐโดยตำแหน่ง 5 คน ตัวแทนจากนายจ้าง 5 คน และจากลูกจ้าง 5 คน) สำนักงานประกันสังคมซึ่งเป็นองค์กรเทียบเท่ากรมอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมจะแต่งตั้งคณะกรรมการฝ่ายแพทย์จำนวน 15 คน เพื่อรับผิดชอบกิจการที่เกี่ยวข้องกับแพทย์ทั้งหมด พระราชบัญญัติประกันสังคมบัญญัติให้ใช้งบบริหารกองทุนไม่เกินร้อยละ 10 และในกรณีที่ประสบภาวะขาดทุนรัฐบาลมีหน้าที่จัดสรรงบประมาณสมทบให้ตามความจำเป็น

ในการบริหารกองทุน เงินสมทบร้อยละ 1.5 ที่ระดมมาได้จะถูกแบ่งสัดส่วนสำหรับสิทธิประโยชน์ 4 ประการ ได้แก่ เงินทดแทนกรณีเจ็บป่วย คลอดบุตร ทุพพลภาพ และเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 0.88, 0.12, 0.44 และ 0.06 ตามลำดับ เงินกองทุนประกันสังคมที่ระดมมาได้ในระหว่างปีพ.ศ. 2534-2538 รวมทั้งสิ้น 42,114.6 ล้านบาท ในขณะที่

## ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย

ที่รายจ่ายในช่วงเวลาดังกล่าวรวมทั้งสิ้น 13,262.3 ล้านบาท จึงมีเงินเหลือจ่าย 28,852.8 ล้านบาท นอกจากนี้ยังมีรายได้อื่นๆ เข้ามาสมทบกองทุนอีกด้วย เช่น ดอกเบี้ยเงินฝาก ผลประโยชน์จากการลงทุนในสถาบันการเงินทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสิ้นประมาณ 5,495.5 ล้านบาท นับถึงเดือน ธันวาคม 2538 ขนาดของกองทุนสวัสดิการสังคมเท่ากับ 34,350.8 ล้านบาท รวมทั้งประโยชน์ตอบแทนจากกองทุน และสินทรัพย์ต่างๆ อีกร้อยละ 11.6

จากการแยกประเภทรายจ่าย ปรากฏว่ารายจ่าย เกี่ยวกับการคลอดมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่การใช้เงิน ทดแทนกรณีทุพพลภาพเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จากเงิน สมทบเข้ากองทุนร้อยละ 1.5 ได้ใช้เป็นเงินทดแทนกรณี คลอดบุตร 0.12 ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องมาจากข้อบัญญัติที่ ประกาศใช้เมื่อเดือนมีนาคม 2538 ที่ให้จ่ายเงินค่าจ้างครึ่ง หนึ่งแก่แม่เป็นเวลา 90 วันโดยอัตโนมัติ ในส่วนของเงิน ทดแทนค่ารักษาพยาบาลมีการใช้ไปเพียงร้อยละ 39.6 ของวงเงินที่จัดสรรไว้ในปีพ.ศ. 2538 ซึ่งสะท้อนให้เห็น อัตราการใช้สิทธิประโยชน์ที่ต่ำมาก

### ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาาระบบประกันสังคมโดยบังคับในประเทศไทยยังอยู่ในขั้นตอนของการดำริริเริ่ม และยังมีความจำเป็น ที่จะต้องศึกษาวิจัยในกระบวนการนี้อย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่ามีการปฏิรูปและปรับเปลี่ยนมาตรการในวงแคบๆ อยู่บ้างในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา และกองทุนยังมีความมั่นคงเป็นปึกแผ่นพอสมควร แต่ก็ยังมีข้อสังเกตต่างๆ ที่ควรจะได้รับการพิจารณา ดังต่อไปนี้

- การเลือกโรงพยาบาลที่จะขึ้นทะเบียนเพื่อรับ บริการยังกระทำโดยฝ่ายนายจ้างเป็นหลัก
- อัตราการใช้สิทธิประโยชน์จากกองทุนยังต่ำ
- สิทธิประโยชน์ยังไม่เป็นธรรม ระหว่างผู้มีรายได้ สูงและผู้มีรายได้น้อย
- การรับบริการยังเน้นหนักที่การรักษาพยาบาล
- คลินิกแพทย์และหน่วยบริการพื้นฐานประจำ

สถานประกอบการยังไม่เพียงพอที่จะทดแทนการให้บริการ ตรวจคนไข้นอกในโรงพยาบาลที่มีราคาแพง

- เงินทดแทนกรณีทุพพลภาพยังไม่เพียงพอและ ไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

- ขาดระบบประเมินผลงานโรงพยาบาลคู่สัญญา หรือเครือข่ายย่อยที่ให้บริการ รวมทั้งระบบตรวจสอบกลั่น กรองการเบิกเงินค่าบริการซึ่งอาจมีปัญหาใบบอกที่ผิดจาก ความเป็นจริง หรือเบิกเกินความจำเป็น เป็นต้น

ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติหรือการพัฒนานโยบาย ในขั้นต่อไป มีข้อเสนอแนะว่าจะต้องมีรากฐานมาจาก ผลการศึกษาวิจัย การพัฒนาฐานข้อมูลข่าวสารและระบบ ข้อมูลเพื่อการบริหารที่มีประสิทธิภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อที่จะให้การตัดสินใจทางการเมืองเป็นไปอย่างถูกต้อง สกัถักั้นการตัดสินใจโดยใช้แนวคิดของตนเองเป็นหลักบน พื้นฐานของการรักษาผลประโยชน์ให้แก่กลุ่มหรือทำเพื่อ การหาเสียง

ในการแก้ไขปัญหาค่าบริการผู้ป่วยนอกในโรง พยาบาลที่มีอัตราสูง คลินิกบริการพื้นฐานและหน่วยบริการ ประจำสถานประกอบการจำเป็นต้องได้รับการเร่งรัดและ ขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมทั่วถึง กองทุนประกันสังคมมี ศักยภาพที่จะสนับสนุนส่งเสริมและควบคุมดูแลให้สถาน บริการเบื้องต้นเหล่านี้ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและรักษา พยาบาลแบบเบ็ดเสร็จที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ การ วิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบของการจัดบริการขั้น พื้นฐานควรที่จะได้รับการสนับสนุนริเริ่ม เพราะมีความเป็น ไปได้ที่ระบบนี้จะป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการปฏิรูป ระบบสาธารณสุขในภาพรวมที่จะเกิดขึ้นในปลายศตวรรษนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Chotikirativet, S. (1993) *Health seeking behaviour of the insured workers of Social Security Act in Samutprakan province*. An unpublished master thesis. Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok.



2. Institute for Population and Social Research. (1989) *The morbidity and mortality differentials, ASEAN Population Programme Phase III. Thailand country study report.* Mahidol University, Bangkok.
3. Ministry of Interior. (1989) *The 1988 annual report of the Workmen Compensation Office.* Workmen Compensation Office, Department of Labour, Ministry of Interior, Bangkok.
4. Ministry of Interior. (1990) *Basic contribution rate by industries, the Ministerial Regulation Number 3.* Workmen Compensation Office, Department of Labour, Bangkok.
5. Panichprathompong, U. (1994) *Health seeking behaviour of the insured bank employee under the Social Security Scheme in inner Bangkok, 1993.* An unpublished master thesis. Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok.
6. Pannarunothai, S.; Tangcharoensathien, V. (1993) *Health financing reforms in Thailand.* Paper presented at "The Health Financing in Thailand" Workshop, 12-13 November 1993 at Dusit Resort and Polo Club, Petchaburi, Thailand.
7. Patichon, P. (1995) *Employee choice of registered hospitals in Nontaburi.* An unpublished master thesis. Faculty of Economics, Thammasat University, Bangkok.
8. Social Security Office. (1992) *Annual report of Social Security Office.* Ministry of Labour and Social Welfare, Bangkok.
9. Social Security Office. (1993) *Annual report of Social Security Office.* Ministry of Labour and Social Welfare, Bangkok.
10. Social Security Office. (1994) *Annual report of Social Security Office.* Ministry of Labour and Social Welfare, Bangkok.
11. Social Security Office. (1995) *Annual report of Social Security Office.* Ministry of Labour and Social Welfare, Bangkok.
12. Supachutikul, A.; Bennett, S.; Tangcharoensathien, V. et al. (1992) *Emergency care claims under the 1990 Social Security Act.* Health Insurance Monograph Series Number 3. Ministry of Public Health, Bangkok.
13. Supachutikul, A. (1995) Reference on SSS standard and assessment.
14. Supachutikul, A. (1996) *Situation analysis on health insurance and future development.* Health Systems Institute, Bangkok.
15. Tangcharoensathien, V.; Walee-Ittikul, S.; (1991) Social Security, who gains, who loses? *The Thai Medical Council Bulletin* 20(3): 215-235.
16. Tangcharoensathien, V.; Supachutikul, A. (1993) *Health insurance in Thailand: present & future.* Annual report of the Health Insurance Office. Ministry of Public Health, Bangkok.
17. Tangcharoensathien, V.; Nittayaramphong, S.; Bennett, S. (1993) *The maternity benefit under the 1990 Social Security Act.* Health Insurance Monograph Series Number 2. Health Planning Division, Ministry of Public Health, Bangkok.
18. Tangcharoensathien, V.; Khongswatt, S.; Uerchaikul, C. et al. (1995) *The diffusion of medical devices in Thailand in 1994.* Health Systems Research Institute, Bangkok.
19. Tangcharoensathien, V. (1996) *The policy reform of Civil Servant Medical Benefit Scheme.* Health Systems Research Institute, Bangkok.
20. Tangcharoensathien, V.; Khongswatt, S.; Tantigate,

- N. et al. (1996) *The 1992 private hospital census in Thailand*. Health Systems Research Monograph Series Number 6. Health Systems Research Institute, Bangkok.
21. Tangcharoensathien, V. editor. (1996) *Phase I: Payment Mechanism: efficiency and quality of care in the nine hospitals in Bangkok*. Report Volume I.: Background in formation, overview of hospital efficiency and quality of care.
22. Varophas, P. (1992) *Reimbursement and appropriate treatment under Workmen's Compensation Scheme*. A Master Thesis of Department of Economics, Chulalongkorn University, Bangkok.
23. Workmen Compensation Office (several years). *Annual report on the Workmen Compensation Scheme*. Ministry of Labour and Social Welfare, Bangkok.



**คมคำ ♦ ความคิด**

“...สิ่งคมไม่ใช่เครื่องจักรกลและไม่ใช่เครื่องคอมพิวเตอร์ สิ่งคมไม่อาจถูกลดขนาดลงให้กลายเป็นแค่อาร์ดแวร์ และซอฟต์แวร์พื้นฐานและโครงสร้างส่วนบนได้อย่างง่ายๆ ตัวแบบที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งกว่าคงจะให้ภาพของสิ่งคมว่าประกอบด้วยองค์ประกอบมากมาย ซึ่งล้วนแล้วแต่เชื่อมโยงเอาไว้ด้วยวงแหวนที่สลับซับซ้อนขนาดใหญ่ และมีปฏิริยากลับไปมาเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ยิ่งสิ่งคมมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นเท่าใด ความรู้ก็จะกลายเป็นปัจจัยหลักต่อความอยู่รอดทางเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เท่านั้น”

⇒ อัลวิน ทอฟฟเลอร์ “อารยธรรมใหม่: การเมืองในคลื่นลูกที่สาม”

ศุภศิริ-แปล