

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัย เรื่อง การศึกษาความพึงพอใจของผู้ประกันตนตามโครงการประกันสังคมต่อการให้บริการของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการประกอบการศึกษาไว้ดังนี้

1. ความเป็นมาของโครงการประกันสังคม
2. การบริหารจัดการโครงการประกันสังคม
3. มาตรฐานของสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน
4. การให้บริการต่อผู้ประกันตนของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
5. ความรู้เกี่ยวกับหลักกฎหมายประกันสังคม
6. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
  - 6.1 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
  - 6.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการ
  - 6.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความเป็นมาของโครงการประกันสังคม

ย้อนกลับไปในช่วงกลางศตวรรษที่ 18 ประเทศเยอรมันได้เผชิญกับภาวะวิกฤตของสังคม และความตกต่ำทางเศรษฐกิจ ประชากรพลเมืองในขณะนั้นได้แปรสภาพเป็นคนอนาถา คนขอทาน ไม่มีงานทำ คนพิการ และอาชญากรกลาดเคลื่อนไปหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดการปฏิวัติอุตสาหกรรม แรงงานยิ่งถูกกดขี่ ชั่วโมงการทำงานเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ค่าจ้างจ่ายให้เพียงเล็กน้อย ขณะเดียวกันแรงงานเด็กและสตรีกลับเป็นที่ต้องการของนายจ้างจำนวนมาก เนื่องจากค่าแรงถูก สวัสดิการต่าง ๆ ของผู้ใช้แรงงานเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทูพพลภาพ ว่างงานก็ไม่มีหรือแม้แต่ในยามแก่เฒ่าก็จะไม่ได้รับความช่วยเหลือใด ๆ นอกจากอาศัยบรรดาญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง หรือองค์กรการกุศลต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน สำหรับรัฐบาลเองถึงจะพยายามแก้ไขปัญหามา แต่ปัญหาดังกล่าวยังคงมีอยู่และทวีความรุนแรงขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวจึงเป็นที่มาของความพยายามที่จะให้มีการประกันสังคมขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศเยอรมันเมื่อปี พ.ศ. 2422 ภายใต้การปกครองของ Reich Chancellor Bismarck โดยหลักการในสมัยนั้นต้องการให้นายจ้างและรัฐเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายของการประกันสังคม

ร่วมกับลูกจ้างในการจ่ายเงินสมทบ สำหรับการเจ็บป่วย ทุพพลภาพ และการได้รับบำนาญ โดยใช้วิธีหักเงินสมทบจากค่าจ้างสุทธิ แต่แนวคิดนี้ถูกต่อต้านตั้งแต่ครั้งแรก เนื่องจากตัวกฎหมายในขณะนั้นทำให้การประกันสังคมที่จัดขึ้นโดยภาครัฐไม่น่าเชื่อถือ มีผลให้ผู้จ้างแรงงานในระยะแรกไม่เข้าใจ จึงไม่ยอมรับระบบใหม่ที่จะเกิดขึ้น พร้อมกับได้พยายามขยายกองทุนสำหรับการช่วยเหลือคนงานด้วยตนเองออกไปมากขึ้น

ปี พ.ศ. 2426 ประเทศเยอรมันได้ตรากฎหมายประกันสังคมฉบับแรกขึ้นบังคับใช้เพื่อให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในเรื่องการรักษาพยาบาล ข้าราชการและให้ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วย เมื่อผู้ประกันตนเจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้เป็นระยะเวลา 13 สัปดาห์ โดยลูกจ้างที่อยู่ในความคุ้มครองจะต้องมีค่าจ้างหรือรายได้ไม่เกิน 2,000 มาร์คต่อปี และลูกจ้างจะต้องจ่ายเงินสมทบเข้าโครงการด้วย 2 ส่วน ในขณะที่นายจ้างจ่ายเพียง 1 ส่วนของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ต่อมาในปี พ.ศ. 2427 การประกันเกี่ยวกับการประสบอันตรายที่เกิดจากการทำงานก็ได้เกิดขึ้น โดยในระยะแรกได้เริ่มใช้ในภาคอุตสาหกรรมบางสาขาก่อนเพื่อนายจ้างรับผิดชอบต่อการประสบอันตรายที่เกิดจากการทำงานของลูกจ้าง การประกันประเภทนี้ได้ให้ความคุ้มครองในเรื่องของค่าใช้จ่ายกรณีเจ็บป่วยจากการทำงานของลูกจ้างรวมไปถึงการจ่ายบำนาญให้แก่ผู้อยู่ในอุปการะในกรณีที่ลูกจ้างเคราะห์ร้ายเสียชีวิต ซึ่งจะรวมการจ่ายค่าทำศพด้วย

ในปี พ.ศ.2432 จึงได้มีการตรากฎหมายให้ความคุ้มครองแก่ผู้ทุพพลภาพและคนชราขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อจ่ายบำนาญให้คนงานที่เคยรับเงินเดือนหรือค่าจ้างแล้วต่อมาได้สูญเสียความสามารถในการทำงาน และให้มีการจ่ายเงินบำนาญแก่ผู้ที่มีอายุ 70 ปี ตามที่กำหนดเพราะมักจะกลายเป็นผู้ทุพพลภาพหรือไม่ก็เสียชีวิตไปก่อน ส่วนอัตราบำนาญในขณะนั้นค่อนข้างต่ำมาก แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าในสมัยนั้นการบริหารงานตามกฎหมายฉบับนี้ จะมืองค์การบริหารเป็นของตนเอง โดยมีผู้แทนจากนายจ้างและลูกจ้างเป็นผู้บริหารค่าใช้จ่ายที่นำมาใช้จ่ายจากเงินสมทบของนายจ้างครึ่งหนึ่งลูกจ้างครึ่งหนึ่ง โดยมีรัฐบาลให้การอุดหนุนบางส่วนเท่านั้น

ถึงแม้กฎหมายประกันสังคมของเยอรมันในขณะนั้นจะมีข้อบกพร่องอยู่มาก แต่อย่างไรก็ตามการประกันสังคมของเยอรมันถือเป็นนโยบายทางสังคมที่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเป็นระบบ เป็นประเทศแรกในโลกทำให้ประเทศต่าง ๆ นำรูปแบบไปปรับใช้ในเวลาต่อมาอย่างแพร่หลาย ส่วนทางด้านเอเชีย ญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกที่นำระบบประกันสังคมในเรื่องการประกันการประสบอันตรายและโรคเนื่องมาจากการทำงานมาใช้เมื่อปี พ.ศ. 2454 ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากในปี 2454 ญี่ปุ่นได้ออกกฎหมายโรงงานและบังคับใช้ในปี 2459 โดยมีหลักการสำคัญคือให้นายจ้างมีหน้าที่รับผิดชอบต่ออุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับคนงาน แต่ปรากฏว่าเกิดแผ่นดินไหวครั้งใหญ่ที่เมืองคันโตในปี พ.ศ. 2466 ทำให้ญี่ปุ่นได้รับความเสียหายหนัก ดังนั้นกฎหมายประกันสุขภาพจึงต้องเลื่อนเวลา

การใช้บังคับออกไปถึงปี 2470 และหลังจากที่ได้ใช้บังคับกฎหมายแล้วก็ได้มีการปรับปรุงแก้ไขกันเรื่อยมา ด้วยเหตุที่ทางการญี่ปุ่นเล็งเห็นว่ายังมีปัญหาที่สำคัญและจำเป็นต้องเร่งปรับปรุงแก้ไขเป็นการด่วน 4 ประการด้วยกันคือ

1. การปรับปรุงระบบประกันสังคมให้เป็นโครงการถาวรของชาติให้สามารถคุ้มครองประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกับโครงการของประเทศตะวันตกซึ่งเจริญก้าวหน้าไปไกลกว่า

2. ประชาชนญี่ปุ่นยังไม่ได้รับความคุ้มครองจากการประกันสังคมอีกจำนวนหลายสิบล้าน

3. การขาดแคลนเงินที่จะนำมาใช้จ่ายในการขยายงานในโครงการประกันสุขภาพให้เป็นผลดีแก่สมาชิกผู้ประกันตน เนื่องจากโครงการนี้จะได้รับเงินเฉพาะเงินสมทบส่วนที่ผู้ประกันตนและนายจ้างออกเท่านั้น ส่วนการให้ความช่วยเหลือของรัฐมีเพียงค่าบริหารงานที่จำเป็น

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการประกันสังคมกับแพทย์มีปัญหา เนื่องจากแพทย์ญี่ปุ่นไม่พอใจค่าตอบแทนการปฏิบัติงานที่ได้รับจากการประกันสังคม ทำให้มีการเรียกร้องค่าตอบแทนให้สูงขึ้น รวมทั้งยังประสบปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทที่ห่างไกล

สุดท้ายญี่ปุ่นได้ประกาศใช้การประกันการว่างงานในปี 2490 นับว่าประเทศญี่ปุ่นได้ก้าวหน้าไปมากกว่าประเทศใด ๆ ในเอเชีย โดยหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ประเทศอินเดีย พม่า ฟิลิปปินส์ ปากีสถาน ฯลฯ จึงได้เริ่มนำระบบการประกันสังคมเข้ามาใช้

สำหรับประเทศไทย การประกันสังคมได้เริ่มมีบทบาทและเข้ามาสู่ประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ.2495 โดยรัฐบาลในสมัยนั้นได้แต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง ชื่อว่า “คณะกรรมการสังคมสงเคราะห์” เพื่อให้พิจารณาวิธีดำเนินการให้ความช่วยเหลือประชาชนทางด้านสวัสดิการสังคม โดยคณะกรรมการดังกล่าวประกอบด้วย จอมพล ป.พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรีเป็นประธานและกรรมการอื่น ๆ อีก 11 คน ทั้งนี้ คณะกรรมการชุดนี้มีความประสงค์ที่จะส่งเสริมให้ประชาชนได้มีที่ดินและบ้านเรือนเป็นของตนเอง ประกอบสัมมาอาชีพเป็นหลักฐาน และจัดเรื่องสงเคราะห์เพื่อคุ้มครองตนเองและครอบครัวให้ประสบความสำเร็จและมีหลักประกันในความเป็นอยู่แห่งชีวิต เช่น ในกรณีที่มีบุตรมาก การคลอดบุตร พิการทุพพลภาพ ชราภาพ และเสียชีวิต ฯลฯ ดังนั้น คณะกรรมการชุดนี้จึงมีความเห็นว่าการจะช่วยเหลือประชาชนให้มีหลักประกันความมั่นคงอย่างแน่นอนและสม่ำเสมอตลอดไปนั้น จำเป็นต้องดำเนินการด้วยวิธีการประกันสังคมและได้แต่งตั้งคณะกรรมการสังคมสงเคราะห์ ประกอบด้วย พลตรีประยูร ภมรมนตรี เป็นประธาน มีนายเสวตร เปี่ยมพงศ์สานต์ และนายสุขุม มกราภิรมย์ เป็นอนุกรรมการ เพื่อให้พิจารณาเสนอหลักการและวิธีการดำเนินการดังกล่าว

เมื่อการพิจารณาเสร็จสิ้นคณะกรรมการสังคมสงเคราะห์จึงได้นำเสนอความเห็นต่อประธานคณะกรรมการสังคมสงเคราะห์พร้อมกับเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม ในวันที่ 27 ธันวาคม 2495 ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการสังคมสงเคราะห์ ร่วมกับสภาเศรษฐกิจแห่งชาติไทย และคณะกรรมการกฤษฎีกา ได้พิจารณาเห็นว่าบุคคลในชาติแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ประเภทที่ช่วยตัวเองได้ ได้แก่ ผู้ที่มีร่างกายสมบูรณ์ มีความขยันหมั่นเพียร ประกอบอาชีพมั่นคงสามารถหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัว ตลอดจนสามารถออมทรัพย์ไว้ได้โดยไม่ต้องร้อ

2. ประเภทที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ได้แก่ ผู้ที่อวัยวะพิการ ไม่มีทรัพย์สินเป็นหลักฐานหรือร่างกายพิการ หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้เลี้ยงดูครอบครัวเสียชีวิต หรือผู้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ฯลฯ

ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้ถือเป็นภาระและหน้าที่ของรัฐบาลจะต้องเข้าช่วยเหลือเพื่อให้พ้นทุกข์ยากและถ้ามีบุคคลประเภทที่ 2 เพิ่มมากขึ้นเพียงใด ย่อมเป็นภาระอันยิ่งใหญ่แก่สังคมที่จะต้องอุปการะเลี้ยงดู ฉะนั้นจึงเป็นการจำเป็นต้องจัดและป้องกันบุคคลประเภทที่กล่าวนี้ให้ลดน้อยลง หรือหมดสิ้นไป ซึ่งนานาชาติได้ยึดหลักการสังคมสงเคราะห์ (Social Security) เป็นทางปฏิบัติได้ผลสำเร็จมาเป็นลำดับ โดยแยกการสงเคราะห์ออกเป็น 2 สาขาใหญ่ ๆ คือ การประกันสังคม (Social Insurance) และการประชาสงเคราะห์ (Social Assistance)

ต่อมาเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2497 ได้มีการตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 และมีประกาศพระราชบัญญัติจัดตั้งกรมประกันสังคมขึ้นสังกัดอยู่ในกระทรวงการคลัง โดยในวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2497 ได้มีพระบรมราชโองการแต่งตั้งพลโทประยูร ภมรมนตรี ดำรงตำแหน่งอธิบดีกรมประกันสังคมเป็นคนแรก และในวันที่ 9 มีนาคม 2497 ได้เปิดทำการกรมประกันสังคมขึ้น ณ อาคาร 9 บนชั้น 2 ถนนราชดำเนิน มุมอนุสาวรีย์ประชาธิปไตย โดยมีจอมพล ป.พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรีเป็นประธานในพิธี ต่อมาในต้นปี พ.ศ.2498 ได้ย้ายที่ทำการมาอยู่ ณ อาคารสร้างใหม่ ถนนหลานหลวง ซึ่งปัจจุบันเป็นที่ตั้งของกรมประชาสงเคราะห์

สาระสำคัญของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2497 ได้กำหนดหลักการประกันสังคมไว้เฉพาะลูกจ้างที่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 500 บาทขึ้นไป และให้ผู้ประกันตน ผู้ว่าจ้าง และ รัฐบาล ออกเงินสมทบเข้าไว้ในกองทุนประกันสังคมเป็นจำนวนตามบัญชีอัตราเงินสมทบ โดยการกำหนดอัตราเงินสมทบจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับช่วงรายได้ เพศ และส่วนแห่งความรับผิดชอบ โดย ผู้ทำงานรับจ้างหรือผู้ประกันตนจะต้องออกเงินสมทบมากกว่าผู้ว่าจ้างหรือนายจ้าง ส่วนผู้ว่าจ้างก็ต้องออกเงินสมทบมากกว่ารัฐบาล แต่ทั้งนี้ อัตราเงินสมทบบังกล่าว มิได้แตกต่างกันมากนัก

สำหรับสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับประกอบด้วยประโยชน์ทดแทนเพื่อการคลอดบุตร เพื่อการสงเคราะห์บุตร เพื่อการเจ็บป่วย เพื่อการพิการหรือทุพพลภาพ เพื่อการชราภาพ

และเพื่อการฉ้อโกง ทั้งนี้ประโยชน์ทดแทนประเภทใด จะใช้เมื่อใดให้ประกาศโดยพระราชกฤษฎีกาเช่นกัน

เมื่อกรมประกันสังคมได้เตรียมงานต่าง ๆ เสร็จเรียบร้อยแล้ว และพร้อมที่จะบังคับใช้กฎหมายได้ในกลางปี พ.ศ. 2499 โดยในระยะแรกให้บังคับใช้ใน 2 จังหวัดก่อน คือ พระนครและธนบุรี แต่ในระหว่างที่รอการประกาศพระราชกฤษฎีกากำหนดเขตพื้นที่บังคับใช้ใน 2 จังหวัดนั้นก็ได้มีการคัดค้านและโจมตีจากประชาชนอย่างรุนแรง ไม่เห็นด้วยกับการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคม มีการเดินขบวนต่อต้าน และมีการวิพากษ์วิจารณ์ว่า รัฐบาลนาระบบประกันสังคมมาใช้เพื่อแข่งขันกับการประกันชีวิตและมีความประสงค์ที่จะให้บริษัทประกันชีวิตของเอกชนต้องเลิกล้มไปโดยปริยาย

เนื่องจากความเห็นของประชาชนส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยรัฐบาล ในสมัยนั้นจึงเห็นว่าควรให้ยับยั้งพระราชบัญญัติประกันสังคมไว้ชั่วคราวแต่ในที่สุด 18 มกราคม 2499 เมื่อสมาชิกพรรคเสรีมนั่งคณาซึ่งเป็นลูกพรรคของนายกรัฐมนตรีและเป็นพรรคสนับสนุนที่มีเสียงข้างมากได้ให้การสนับสนุนการดำเนินการตามพระราชบัญญัติประกันสังคมต่อ เนื่องจากเห็นว่าไม่กระทบกระเทือนต่อฐานเสียงในต่างจังหวัดแต่อย่างใด เพราะจะมีการประกาศใช้เพียง 2 จังหวัดเท่านั้น กรมประกันสังคมจึงยังคงเดินหน้าต่อไป มีการสั่งจ้างพิมพ์สมุดปีประกันสังคม รวมไปถึงการบรรจุข้าราชการ และจ้างผู้เชี่ยวชาญชาวสวีเดน (Mr.Kurt Mauritzon) มาให้คำปรึกษาแนะนำ โดยมีกำหนดระยะเวลา 3 ปี พร้อมทั้งขอความช่วยเหลือทางวิชาการจากองค์การกรรมระหว่างประเทศ ให้จัดส่งผู้เชี่ยวชาญ การประกันสังคมจำนวน 3 คน มาให้ความช่วยเหลือในด้านการบริหารงาน การจ่ายประโยชน์ทดแทน และการบริการทางการแพทย์ ทั้งนี้ในการสั่งพิมพ์สมุดปีประกันสังคม อธิบดีกรมประกันสังคม (พล.ท.ประยูร ภมรมนตรี) ซึ่งมีตำแหน่งเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขด้วยนั้น ได้ยืมเงินทศรองจากบริษัท สหชนกิจ ซึ่งเป็นบริษัทเอกชนที่ พล.ท.ประยูร ภมรมนตรี เป็นที่ปรึกษาอยู่มาใช้ โดยให้บริษัท สหชนกิจ เป็นตัวแทน สั่งพิมพ์สมุดปีประกันสังคมจากต่างประเทศ

21 มกราคม พ.ศ. 2499 มีการไต่สวนที่ท้องสนามหลวง โจมตีว่าพระราชบัญญัติประกันสังคมเป็นการเก็บภาษีแบบใหม่ ที่แปลงรูปมาในรูปพระราชบัญญัติช่วยเหลือประชาชน

22 มกราคม พ.ศ. 2499 ประชาชนนับหมื่น ได้เดินขบวนประท้วงคัดค้านการใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม นายกรัฐมนตรีจึงมีคำสั่งให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและอธิบดีกรมประกันสังคม เข้าพบปะหารือเป็นการเร่งด่วน และในวันรุ่งขึ้นหนังสือพิมพ์ได้รายงานข่าวว่า “ปัญหาเกี่ยวกับการบังคับการประกันสังคมนี้ทำให้ จอมพล ป.พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรี ต้องตกอยู่ในฐานะที่กระอักกระอ่วนใจอย่างยิ่งและตกลงให้ระงับการนำร่างพระราชบัญญัติ

ประกาศ พระราชกฤษฎีกาบังคับใช้ประกันสังคมแก่ประชาชนในจังหวัดพระนครและธนบุรี” และบางกระแสข่าวก็ได้โจมตีอย่างรุนแรงว่า “เรื่องการประกันสังคมนี้ ทำให้ จอมพล ป.พิบูลสงคราม อยู่ในฐานะที่วางตัวลำบากยิ่ง เพราะจอมพลเองก็ให้เห็นด้วยในหลักการ จะให้มีการวิ่งเต้น ออกกฎหมายไปจนแล้วเสร็จ หากจะเลิกเสียกลางคันก็เป็นการเสียเหลี่ยม นอกจากนี้วงการเดียวกัน ยังกล่าวด้วยว่า หากจอมพลตัดสินใจเลิก จอมพลก็ต้องสูญเสียเงินก้อนใหญ่ที่เคยคาดว่าจะได้จาก ประชาชนมาจับจ่ายใช้สอยนอกเหนือจากภาษีอากรธรรมดาด้วย”

24 มกราคม พ.ศ. 2499 สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรสังกัดพรรคเสรีมนั่งคิตลาจำนวนหนึ่ง ได้เสนอกฎหมายให้ยกเลิกการบังคับใช้พระราชบัญญัติประกันสังคมต่อพรรค

25 มกราคม พ.ศ. 2499 กรมประกันสังคมเตรียมการที่จะผ่อนคลาย ความรู้สึกเป็น ปฏิปักษ์ของประชาชนด้วยการลดอัตราเงินสมทบลง โดยในกลุ่มคนที่มีรายได้เดือนละ 500 – 999 บาท ให้นายจ้าง ลูกจ้าง รัฐบาล จ่ายเงินสมทบคนละ 10 บาทต่อเดือน จากเดิมให้นายจ้าง ลูกจ้าง จ่าย 20 บาท รัฐบาลสมทบ 12 บาท ส่วนคนที่มีรายได้ระหว่าง 1,000 – 1,499 บาท ให้นายจ้าง ลูกจ้างรัฐบาล จ่ายเงินคนละ 15 บาทต่อเดือน จากเดิมให้นายจ้าง ลูกจ้างจ่าย 40 บาท รัฐบาลจ่าย สมทบ 25 บาท

อย่างไรก็ตามเมื่อมีการคัดค้านมากขึ้น และสมาชิกในพรรคเสรีมนั่งคิตลา ซึ่งเป็น ลูกพรรคของนายกรัฐมนตรีเอง จำนวนหนึ่งก็ได้เริ่มคัดค้านด้วย ในที่สุด จอมพล ป.พิบูลสงคราม จึงได้สั่งให้ระงับการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคมไว้โดยไม่มีกำหนด

ถึงแม้จะมีคำสั่งระงับการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคม แต่กรมประกันสังคมก็ยัง พยายามที่จะผลักดันต่อไป และในวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2499 ที่กระทรวงมหาดไทย ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ลำพูน อุบลราชธานี นครศรีธรรมราช สมุทรสงคราม สมุทรปราการ ผู้ว่าราชการ ภาค 4 และมหาดไทยภาค 9 ได้มีการอภิปรายในการประชุมผู้ว่าราชการจังหวัด ทั่วประเทศ ในหัวข้อเรื่อง การประกันสังคม โดยมีรองอธิบดีกรมประกันสังคม ผู้เชี่ยวชาญและ เลขาธิการที่ประชุมเป็นผู้ชี้แจงประกอบ ซึ่งผลการประชุม สรุปได้ว่าควรสนับสนุนให้กรม ประกันสังคมดำเนินการตามพระราชบัญญัติประกันสังคม และชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจ และเห็น คุณค่าของหลักการประกันสังคม

สิงหาคม พ.ศ. 2499 พล.ท.ประยูร ภมรมนตรี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและ อธิบดีกรมประกันสังคม ได้ปรับปรุงและเตรียมการที่จะนำการประกันสังคมเข้ามาใช้ใหม่ โดย หนังสือพิมพ์ได้เสนอข่าวว่ากรมประกันสังคมเตรียมการบังคับใช้กฎหมายประกันสังคมแก่ ประชาชนอย่างแน่นอนในปี พ.ศ. 2500 และในเดือนตุลาคมต่อมา พล.ท.ประยูร ภมรมนตรี ได้ สั่งการให้เจ้าหน้าที่เตรียมการต่อไป โดยในขั้นแรกให้เผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการ

ประกันสังคมด้วยการจัดทำหนังสือพิมพ์รายวันชื่อ “ประชาสังคม” ออกจำหน่ายให้แก่ประชาชนในราคา 50 สตางค์ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่และสนับสนุนการประกันสังคม

ต่อมาหลังจากที่จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ทำรัฐประหารล้มรัฐบาล จอมพล ป.พิบูลสงคราม ในปี พ.ศ. 2500 ก็ได้มีการออกพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 6) ลงวันที่ 29 สิงหาคม พ.ศ. 2501 ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับลงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2501 ให้อยุบหน่วยราชการบางหน่วยรวมทั้งยุบกรมประกันสังคม โดยมีเหตุผลว่า ราชการบางกระทรวง ทบวง กรม ไม่เหมาะสมและไม่ประหยัด ราชการบางหน่วยไม่สมควรจัดตั้งเป็นกระทรวงหรือกรม ราชการบางหน่วยมีลักษณะอย่างเดียวกันและไม่สำคัญ จึงเห็นสมควรให้อยุบหรือรวมกันไว้กระทรวงหรือกรมเดียวกัน และจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ก็ได้มีดำริให้เลิกพระราชบัญญัติประกันสังคมในปี พ.ศ. 2501 แต่ความคิดดังกล่าวถูกยับยั้งโดย ดร.ปกรณ อังศุสิงห์ อธิบดีกรมประชาสงเคราะห์ และ ดร.มาลัย หุวะนันทน์ ได้เสนอให้คงกฎหมายไว้ ส่วนการเลิกกรมประกันสังคม ดร.ปกรณ อังศุสิงห์ ได้ขอให้คงหน่วยงานในระดับกองไว้ เพื่อจะได้ศึกษาปัญหาและหาช่องทางที่จะเริ่มโครงการประกันสังคมให้เหมาะสมกับสภาพบ้านเมือง ซึ่งจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ได้เห็นชอบด้วย คณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติให้โอนงานกองวิชาการกรมประกันสังคม พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่มาสังกัดกรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย โดยให้เปลี่ยนชื่อเป็นกองความมั่นคงแห่งสังคมในปี พ.ศ. 2501 ให้มีหน้าที่พิจารณาปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 และเตรียมงานต่าง ๆ ให้พร้อมที่จะดำเนินการประกันสังคมต่อไป โดยนายนิคม จันทรวิฑูร ซึ่งเป็นผู้ได้รับทุนรัฐบาลไปศึกษาด้านประชาสงเคราะห์และด้านประกันสังคมที่สหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2494 – 2498 ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้ากองความมั่นคงเป็นคนแรก เป็นอันว่าพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2497 ไม่เคยมีการบังคับใช้แต่ประการใด

หลังการผลักดันอันยาวนาน สำนักงานประกันสังคมก็ได้เกิดขึ้นอีกครั้งหลังจากที่จอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ มีคำสั่งยุบกรมประกันสังคมสังกัดกระทรวงการคลังในครั้งนั้น และตั้งแต่วันที่สำนักงานประกันสังคมก่อตั้งขึ้นผู้บริหารในยุคแรกก็ได้วางรากฐานระบบงานประกันสังคม เพื่อสืบสานเจตนารมณ์ของกฎหมายซึ่งถือเป็นกฎหมายของลูกจ้าง ผู้ใช้แรงงานที่มีเหตุผลในการประกาศใช้ว่า “เนื่องจากมีประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2497 มาเป็นเวลานานแต่ในขณะนั้นสภาพเศรษฐกิจและสังคมยังไม่อำนวยให้นำกฎหมายนั้นมาใช้บังคับ ปัจจุบันนี้การพัฒนาในด้านเศรษฐกิจและสังคมได้ก้าวหน้าไปมาก สมควรสร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้างและบุคคลอื่น ซึ่งประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพ เสียชีวิต อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้งกรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และสำหรับกรณีว่างงาน ซึ่งให้หลักประกันเฉพาะลูกจ้าง จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้” และเนื่องจากการโอนงานของสำนักงาน

กองทุนเงินทดแทน กรมแรงงาน มาอยู่ในสังกัดของสำนักงานประกันสังคม ดังนั้นนอกเหนือจากการสร้างหลักประกันดังกล่าวแล้ว สำนักงานประกันสังคมยังให้หลักประกันแก่ลูกจ้างในระหว่างการปฏิบัติงานให้แก่นายจ้าง โดยคุ้มครองการประสบอันตรายหรือการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุเนื่องมาจากการทำงาน รวมถึงการสูญเสียอวัยวะ ทูพพลภาพ และเสียชีวิตหรือสูญหาย อันเนื่องมาจากการทำงานให้แก่นายจ้างอีกด้วย

ตลอดระยะเวลาที่ล่วงเลยมา 12 ปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มีผลใช้บังคับ เมื่อมองย้อนกลับไปผ่านการบริหารงานของผู้บริหารในแต่ละช่วงจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคมมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นขั้นเป็นตอนและหากมองตามการบริหารงานในแต่ละช่วงก็จะเห็นได้ชัดเจนว่าการดำเนินงานของสำนักงานประกันสังคมผ่านไปแล้ว 4 ช่วง คือ “ช่วงก่อร่างสร้างฐาน ปรับปรุงงานขยายผล สืบสานเจตนารมณ์ และมุ่งสู่สากล” ซึ่งเป็นผลให้งานประกันสังคมของประเทศไทยก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเพียง 12 ปี (พ.ศ. 2533 – 2544) ดังนี้

### 1.1 ความครอบคลุมของระบบประกันสังคมไทย

ในช่วงแรกของการดำเนินงาน สำนักงานประกันสังคมได้เริ่มจากการให้ความคุ้มครองลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป และเมื่อดำเนินการไปได้ระยะหนึ่งจึงได้ขยายความคุ้มครองลงมายังสถานประกอบการขนาดเล็กที่มีลูกจ้างจำนวน 10 คนขึ้นไปในปี พ.ศ. 2536 ส่วนผู้ประกอบการอาชีพอิสระที่ประสงค์จะประกันตนเองโดยความสมัครใจ สำนักงานประกันสังคมก็ได้เปิดโอกาสให้ทำได้ในปี พ.ศ. 2537 และในเดือนเมษายน พ.ศ. 2545 ก็ได้ขยายความคุ้มครองไปถึงนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ นายจ้างขนาดเล็กได้รับการดูแล และมีหลักประกันความมั่นคงเช่นเดียวกับลูกจ้างในสถานประกอบการขนาดใหญ่ยังผลให้คุณภาพชีวิตของลูกจ้างเหล่านี้อยู่ในระดับมาตรฐานที่ดีขึ้น

### 1.2 ประเภทประโยชน์ทดแทน

การขยายประเภทประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคมจะดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน โดยในระยะแรกจะให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตนเฉพาะ 4 กรณี คือ กรณีเจ็บป่วย ทูพพลภาพ เสียชีวิต และคลอดบุตร สำหรับกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพได้เริ่มดำเนินการเมื่อระบบประกันสังคมดำเนินการไปแล้วระยะหนึ่งในปี พ.ศ. 2541 และหลังจากที่ได้ดำเนินการในเรื่องสงเคราะห์บุตรและชราภาพแล้ว สำนักงานประกันสังคมก็ได้เตรียมในเรื่องการขยายความคุ้มครองการประกันสังคมกรณีว่างงาน ซึ่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม (นางลดาวัลลิ์ วงศ์ศรีวงศ์) มีนโยบายให้ดำเนินการประกาศพระราชกฤษฎีกาภายในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2545 โดยให้มีผลบังคับใช้ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2546 ส่วนในช่วงปี



พ.ศ. 2545 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2546 เป็นการเตรียมการด้านระบบสารสนเทศ ทั้งนี้เมื่อมีการประกาศใช้ประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานเมื่อใด ประเทศไทยก็จะมีการประกันครบทุกประเภทตามหลักการสากล คือ ประกันกรณีเจ็บป่วย ทูพพลภาพ เสียชีวิต คลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงานที่ไม่เนื่องมาจากการทำงาน

### 1.3 ประโยชน์ทดแทนที่เพียงพอ

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาสำนักงานประกันสังคมได้มีการเพิ่มและปรับปรุงสิทธิประโยชน์ให้แก่ลูกจ้างผู้ประกันตนทั้งในส่วนของกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทนไม่ว่าจะเป็นสิทธิประโยชน์ทั้งในรูปแบบตัวเงินและสิทธิประโยชน์ทางด้านบริการทางการแพทย์ อาทิเช่น การเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน ในช่วงเริ่มโครงการหากผู้ประกันตนไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่ไม่ได้อยู่ในโครงการประกันสังคม ผู้ประกันตนจะสามารถเบิกค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยนอกได้ 200 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 400 บาทต่อปี ส่วนผู้ป่วยในเบิกได้ 250 บาทต่อครั้งและไม่เกิน 500 บาทต่อคนต่อปี แต่ในปัจจุบันผู้ประกันตนสามารถไปรับการรักษาจากสถานพยาบาลใดก็ได้ภายใน 72 ชั่วโมงแรกแล้วนำมาเบิกกับสำนักงานประกันสังคมได้ตามที่จ่ายจริง ในกรณีที่ได้รับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐ ส่วนสถานพยาบาลเอกชนเบิกได้ตามค่าใช้จ่ายจริงแต่ต้องไม่เกินอัตราที่กำหนด นอกจากนี้สำนักงานประกันสังคมยังได้ขยายวงเงินสำหรับการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษมาโดยตลอด เช่น กรณีใช้เคมีบำบัดและหรือรังสีรักษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งได้มีการปรับค่ารักษาเพิ่มจากรายละไม่เกิน 12,000 บาทในปี พ.ศ. 2534 เป็น 20,000 บาทในปี พ.ศ. 2537 และปรับเป็น 30,000 บาทในปี พ.ศ. 2540 กรณีรักษาโรคคลื่นหัวใจโดยใช้สายบอลลูนผ่านทางผิวหนังได้ปรับเพิ่มจาก 15,000 บาทเป็น 20,000 บาทในปี พ.ศ. 2539 ส่วนโรคยกเว้นที่ไม่ได้อยู่ในความคุ้มครองของการประกันสังคมต่อมาก็ได้มีการขยายให้ความคุ้มครองแก่ผู้ประกันตนเพิ่มขึ้น เช่น การถอนฟัน อุดฟัน และการขูดหินปูน การปลูกถ่ายไขกระดูก การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกเลือดสัปดาห์ละไม่ต่ำกว่า 2 ครั้ง

สำหรับเงินทดแทนการขาดรายได้สำนักงานประกันสังคมก็ได้ปรับเพิ่มมาโดยตลอด เช่น ค่าคลอดบุตรเหมาจ่ายในช่วงแรกผู้ประกันตนจะได้รับเพียง 2,500 บาทต่อครั้ง แต่ต่อมามีการปรับเพิ่มเป็น 3,000 บาทในปี 2535 ปรับเป็น 4,000 บาทในปี พ.ศ. 2538 และปรับเป็น 12,000 บาทในปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน เงินทดแทนการขาดรายได้กรณีทุพพลภาพซึ่งจ่ายให้ไม่เกิน 15 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 ก็ได้ปรับเป็นจ่ายให้ตลอดชีวิตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็นต้นมา รวมทั้งให้ค่ารักษาพยาบาล ค่าทำศพและเงินสงเคราะห์ทายาท ส่วนค่าทำศพได้ปรับเพิ่มจากรายละ 10,000 บาท เป็น 11,500 บาทในปี พ.ศ. 2535 และปรับเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปีจนในปี พ.ศ. 2538 ปรับเป็น

20,000 บาท ในปี พ.ศ. 2540 ปรับเป็น 30,000 บาท และในปี พ.ศ. 2550 ปรับเป็น 40,000 บาท นอกจากนี้ยังได้เพิ่มเงินสงเคราะห์ทายาทในกรณีที่ผู้ประกันตนเสียชีวิตด้วยอีกจำนวนหนึ่งจากเดิมที่ได้รับค่าทำศพเพียงอย่างเดียว สำหรับเงินสงเคราะห์บุตรซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2541 คณะกรรมการประกันสังคมได้มีมติเห็นชอบให้มีการปรับเพิ่มวงเงินเหมาจ่ายจากเดือนละ 150 บาท ต่อบุตร 1 คน เป็นเดือนละ 200 บาท ต่อบุตร 1 คน และในปัจจุบันปรับเพิ่มวงเงินเหมาจ่ายเป็นเดือนละ 350 บาท ต่อบุตร 1 คน ส่วนเงินบำนาญตกทอดให้แก่คู่สมรส หรือที่เรียกว่า Survivor Benefits ก็เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่สำนักงานประกันสังคมได้หยิบยกขึ้นมาพิจารณาศึกษา เพื่อให้ครอบครัวของผู้ประกันตนได้รับความคุ้มครอง หลักการสูญเสียหัวหน้าครอบครัว เนื่องจากในปัจจุบันครอบครัวของผู้ประกันตนที่เสียชีวิตจะได้รับเงินค่าทำศพและเงินสงเคราะห์ทายาท ซึ่งเป็นลักษณะการให้เป็นเงินก้อน โดยในปัจจุบันผู้มีสิทธิได้สูงสุดประมาณ 40,000 บาท เท่านั้น (เนื่องจากค่าจ้างสูงสุดที่ใช้ในการคำนวณเงินสมทบและประโยชน์ทดแทนรายเดือนจะไม่เกิน 15,000 บาท) แต่ในความจริงแล้วบางครอบครัวอาจตกอยู่ในสภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ตัวอย่างเช่น หญิงหม้ายที่ยังไม่มีงานทำและต้องดูแลบุตรหลังจากที่ผู้นำครอบครัวเสียชีวิต ก็น่าจะต้องได้รับการคุ้มครองในเรื่องของเงินทดแทนการขาดรายได้ อีกส่วนหนึ่งจนกว่าจะแต่งงานใหม่ หรือจนกว่าบุตรจะจบการศึกษาในระดับอาชีวศึกษาหรืออายุ 18 ปี เช่นเดียวกับที่นานาชาติประเทศถึงปฏิบัติอยู่ ซึ่งเรื่องนี้เป็นสิ่งที่สำนักงานประกันสังคมต้องศึกษาในรายละเอียดต่อไป

ในส่วนของกองทุนเงินทดแทน ได้เพิ่มค่าทำศพจากเดิมให้ค่าทำศพเป็น 3 เท่าของค่าจ้างรายเดือนแต่ไม่เกิน 10,000 บาท เป็น 100 เท่าของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน ซึ่งปัจจุบันประมาณ 20,300 บาท และเพิ่มค่ารักษาพยาบาลจากเดิมกำหนดให้จ่ายจริงตามความจำเป็นแต่ไม่เกิน 35,000 บาท เป็นไม่เกิน 45,000 บาท และเพิ่มค่ารักษากรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของลูกจ้างที่มีลักษณะรุนแรงหรือร้ายแรงและต้องผ่าตัดอวัยวะที่ยุ่งยากให้สามารถเบิกเพิ่มได้อีกไม่เกิน 300,000 บาท นอกจากนี้ยังได้ขยายระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพจาก 10 ปี เป็น 15 ปี และสำนักงานประกันสังคมยังมีนโยบายที่จะขยายระยะเวลาการจ่ายค่าทดแทนจาก 15 ปี เป็นตลอดชีวิต เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายประกันสังคม รวมไปถึงการปรับเปลี่ยนการคำนวณเงินทดแทนกรณีสูญเสียสมรรถภาพ จากเดิมที่ใช้วิธีการประเมินการสูญเสียเป็นรายอวัยวะ เช่น สูญเสียแขน ขา สูญเสีย นิ้วมือ ฯลฯ ให้เปลี่ยนมาเป็นการประเมินการสูญเสียโดยคิดเป็นเปอร์เซ็นต์การสูญเสียของทั้งร่างกาย

นอกเหนือจากที่กล่าวมานี้ยังมีสิทธิประโยชน์อีกมากมายหลายอย่างที่สำนักงานประกันสังคมได้ดำเนินการปรับปรุงและปรับเพิ่ม เพื่อช่วยให้ลูกจ้างผู้ประกันตนสามารถดำรงชีพอยู่ได้อย่างเหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจในขณะนั้น

#### 1.4 พัฒนาการให้บริการ

ในขั้นตอนของงานบริการจ่ายประโยชน์ทดแทนระยะแรก มิได้นำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ ทำให้เกิดความล่าช้าและความไม่สะดวกในการมารับบริการ ซึ่งต่อมาได้มีการพัฒนาให้บริการประโยชน์ทดแทนทางไปรษณีย์และจ่ายเงินประโยชน์ทดแทนทางธนาคารอัตโนมัติเพิ่มขึ้นหรือหากผู้ประกันตนต้องการให้ออนเงินเข้าบัญชีธนาคารก็จะมีบริการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทยให้ด้วย ขณะเดียวกันในปี พ.ศ. 2546 ก็ได้มีการพัฒนาระบบการจ่ายประโยชน์ทดแทนโดยนำคอมพิวเตอร์ระบบออนไลน์มาใช้ในการทำงาน มีการกระจายอำนาจให้ข้าราชการระดับต่าง ๆ มีอำนาจสั่งการแทนเลขธิการตามความเหมาะสม เพื่อลดขั้นตอนการทำงานและให้บริการเป็นไปด้วยความสะดวกรวดเร็วและผู้ประกันตนสามารถขอรับเงินประโยชน์ทดแทนได้ภายในวันเดียว

ในปี พ.ศ. 2542 สำนักงานประกันสังคมได้เพิ่มทางเลือกให้แก่ผู้ประกันตนในเรื่องบริการจ่ายประโยชน์ทดแทนทางโทรศัพท์ และหลังจากที่ผู้ประกันตนส่งหลักฐานครบถ้วนถูกต้องแล้วสำนักงานประกันสังคมก็จะจ่ายเงินเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารให้เลย ไม่ต้องยุ่งยากแต่ประการใดนอกจากนี้

ในปี พ.ศ. 2545 สำนักงานประกันสังคมยังได้ขยายการให้บริการรับเงินสมทบและจ่ายประโยชน์ทดแทนผ่านธนาคาร โดยมีธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) เข้าร่วมโครงการเพิ่มอีกหนึ่งแห่ง และเริ่มให้บริการในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลตั้งแต่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2545 จากเดิมที่ให้บริการได้เฉพาะธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) เพียงแห่งเดียว

ในปี พ.ศ. 2551 สำนักงานประกันสังคม ได้เพิ่มทางเลือกให้แก่ผู้ประกันตนในการบริการจ่ายประโยชน์ทดแทนผ่านธนาคารเป็น 11 ธนาคาร ได้แก่ ธนาคารกรุงเทพ ธนาคารทหารไทย ธนาคารไทยพาณิชย์ ธนาคารนครหลวงไทย ธนาคารอิสลามแห่งประเทศไทย เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ

#### 1.5 งานประกันสังคมระหว่างประเทศ

ในปี พ.ศ. 2538 สำนักงานประกันสังคมได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกสมาคมประกันสังคมระหว่างประเทศ (International Social Security Association : ISSA) ซึ่งทำให้ประเทศไทยได้มีโอกาสส่งเจ้าหน้าที่ร่วมประชุมทางวิชาการ ฝึกอบรม และสัมมนาในระดับระหว่างประเทศที่สมาคม ISSA จัดขึ้นทุกปี โดยประสบการณ์ที่ได้รับสามารถนำมาปรับปรุงงานประกันสังคมของไทยให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ประเทศไทยยังอยู่ในกลุ่มประเทศอาเซียนที่เป็นแกนนำในการจัดตั้งสมาคมประกันสังคมอาเซียน (ASEAN Social Security Association : ASSA) ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2540 และในช่วงปี พ.ศ. 2544 – 2545 นับเป็นครั้งแรกที่เลขธิการสำนักงานประกันสังคมของประเทศไทย

(นายสมชาย วัฒนา) ได้ดำรงตำแหน่งประธานสมาคม ASSA นับเป็นเกียรติประวัติอันน่าภาคภูมิใจยิ่ง การเป็นสมาชิกทั้งสมาคม ISSA และ ASSA นับว่ามีประโยชน์ต่อการพัฒนางานประกันสังคมของ ไทยเป็นอย่างมาก เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร สามารถติดตามความ เคลื่อนไหวในการพัฒนางานประกันสังคมของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก รวมไปถึงได้ทราบแนวโน้ม และทิศทางการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกในเรื่องการประกันสังคม ทำให้สำนักงานประกันสังคม สามารถปรับตัวและกำหนดนโยบายทิศทางการดำเนินงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสภาพ เศรษฐกิจและสังคมไทย

ส่วนในปี พ.ศ. 2545 บทบาทที่สำคัญของสำนักงานประกันสังคมอีกบทบาทหนึ่งก็คือ ได้ทำความตกลงร่วมในการแลกเปลี่ยนดูแลผู้ประกันตนระหว่างประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศ ไทย เพื่อให้ผู้ประกันตนทั้ง 2 ประเทศ ยังคงได้รับสิทธิประโยชน์ด้านประกันสังคมของประเทศ ตนเองได้ในกรณีที่ผู้มีสิทธิไปพำนักอยู่ในประเทศคู่สัญญา จึงนับได้ว่าเป็นก้าวที่สำคัญอีกก้าวหนึ่ง ที่มุ่งไปสู่ความเป็นสากล

“กล่าวได้ว่า ช่วงเวลาที่ผ่านมาสมาสำนักงานประกันสังคมได้เติบโตขึ้นพร้อม ๆ กับการ สังคมประชาการณ จึงทำให้งานประกันสังคมก้าว ไปอย่างมั่นคงเคียงคู่สังคมไทยมานับกว่า 10 ปี และด้วยความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบมาอย่างต่อเนื่องก็เพื่อที่จะส่งเสริมให้คนในสังคมไทยได้มี ส่วนช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และเพื่อให้ระบบสามารถให้การคุ้มครอง ประชาชนคนทำงานส่วนใหญ่ หรือทั้งหมดให้มีความมั่นคงในชีวิต โดยหวังว่าประกันสังคมจะ สามารถพัฒนาศักยภาพทั้งหมดให้เป็นระบบหลักของประเทศ เพื่อให้คนในสังคมไทยมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งนั่นก็คือเป้าหมายสูงสุดที่จะก้าวต่อไป ...” (กองวิชาการและแผนงาน สำนักงาน ประกันสังคม, 2545 : 27-39)

โครงการประกันสังคม (Social insurance) เป็นการให้หลักประกันทางสังคมใน ระยะยาวระบบหนึ่งที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการ โดยการให้ประชาชนผู้มีรายได้แต่ละคนได้มีส่วนช่วย ตนเอง หรือครอบครัว โดยร่วมกันเสี่ยงภัยหรือช่วยเหลือบำบัดทุกข์ยาก เดือดร้อนซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้มีรายได้ด้วยการออกเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคม โดยมีนายจ้าง ลูกจ้างและใน บางประเทศมีรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนนี้ด้วย กองทุนนี้จะจ่ายประโยชน์ทดแทนให้แก่ ผู้ส่งเงินสมทบเมื่อเกิดเคราะห์กรรมหรือความเดือดร้อน เช่น เจ็บป่วย คลอดบุตร ว่างาน ชราภาพ เป็นต้น ทั้งนี้รัฐเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ ดังนั้น การประกันสังคมจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ยึดหลักการ พึ่งตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันของประชาชน โดยมีความมุ่งหมายที่จะเป็นหลักประกันและ คุ้มครองความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีความมั่นคงในการดำเนินชีวิต แม้มีเหตุการณ์ที่ทำให้ต้อง ขาดแคลนรายได้ก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข (สำนักงานประกันสังคม, 2550 : ออนไลน์)

## 2. การบริหารจัดการโครงการประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคม เป็นหน่วยงานระดับกรม สังกัดกระทรวงแรงงาน (สำนักงานประกันสังคม, 2550 : 5 - 7) มีบทบาทหน้าที่ดังปรากฏในแผนยุทธศาสตร์ดังนี้

### 2.1 วิสัยทัศน์สำนักงานประกันสังคม

“เป็นองค์กรชั้นนำในการให้บริการทางด้านประกันสังคม อันเป็นที่ต้องการของสังคม โดยมีการบริหารองค์กรที่ดี มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั่วประเทศ มีบุคลากรที่มีทักษะสูง และมีการบริหารกองทุนที่มีประสิทธิภาพ”

### 2.2 พันธกิจ

“ให้บริการทางด้านประกันสังคมที่มีคุณภาพสูงแก่สมาชิกและครอบครัว ซึ่งจะก่อประโยชน์ต่อประเทศและสังคมโดยรวม”

### 2.3 อุดมการณ์

“จิตสำนึกในการให้บริการ การทำงานร่วมกัน มุ่งมั่นสู่ความสำเร็จ คุณธรรมและความซื่อสัตย์”

### 2.4 หน้าที่ความรับผิดชอบของสำนักงานประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมเป็นหน่วยงานราชการ จัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 3 กันยายน พ.ศ. 2533 ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยโอนงานของกรมประชาสงเคราะห์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประกันสังคมและงานสำนักงานกองทุนเงินทดแทนของกรมแรงงาน มาอยู่ในสังกัดสำนักงานประกันสังคม ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย ต่อมาการจัดตั้งกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เมื่อวันที่ 23 กันยายน พ.ศ. 2536 สำนักงานประกันสังคมจึงได้โอนมาอยู่ในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ได้มีการปฏิรูประบบราชการ โดยตัดโอนภารกิจด้านสวัสดิการสังคมออกและเปลี่ยนชื่อเป็นกระทรวงแรงงาน

**2.5 สำนักงานประกันสังคมมีภารกิจหลัก** คือ การบริหารกองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังต่อไปนี้

1. ให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิต อันเนื่องมาจากการทำงานให้แก่ชายจ้างตามกฎหมายเงินทดแทน
2. ให้ความคุ้มครองและหลักประกันแก่ลูกจ้าง ผู้ประกันตนที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพหรือเสียชีวิต อันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน รวมทั้งการคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน ตามกฎหมายประกันสังคม

3. เสนอนโยบายและแนวทางเกี่ยวกับการประกันสังคมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพการณ์
4. เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการประกันสังคม ให้แก่ลูกจ้าง ผู้ประกันตน นายจ้าง และประชาชนทั่วไป
5. ดำเนินการเกี่ยวกับการจัดเก็บเงินสมทบ จ่ายเงินทดแทน และประโยชน์ทดแทน ตามกฎหมายเงินทดแทนและกฎหมายประกันสังคม
6. ตรวจสอบและดำเนินการให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายเงินทดแทน และกฎหมายประกันสังคม
7. ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพให้ลูกจ้าง ผู้ประกันตนที่พิการ สามารถกลับเข้าทำงานหรือสามารถประกอบอาชีพได้ตามความเหมาะสม
8. ดำเนินการจัดหาผลประโยชน์ของกองทุนเงินทดแทนและกองทุนประกันสังคม
9. ดำเนินการเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์แก่ลูกจ้าง ผู้ประกันตนตามโครงการประกันสังคม
10. ปฏิบัติราชการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน

## 2.6 การบริหารงานสำนักงานประกันสังคม

การบริหารงานของสำนักงานประกันสังคม แยกออกเป็น 2 กองทุน คือ กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน มีการบริหารงานด้วยระบบไตรภาคี ประกอบด้วย รัฐบาล นายจ้าง ลูกจ้าง ในรูปคณะกรรมการซึ่งแต่งตั้งโดย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน มีหน้าที่ในการให้ คำปรึกษาแนะนำและเสนอความเห็นเชิงนโยบายเพื่อนำไปสู่การพัฒนางานประกันสังคม ทั้งนี้ คณะกรรมการประกอบด้วย

### 1. คณะกรรมการพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มี 3 คณะดังนี้

1.1 คณะกรรมการประกันสังคม ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงแรงงาน เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม ผู้แทนกระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานงบประมาณ ผู้แทนฝ่ายนายจ้างและลูกจ้างฝ่ายละ 5 คน และผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านระบบงานประกันสังคม ด้านแรงงาน ด้านการแพทย์ ด้านกฎหมาย และด้านอื่น ๆ ไม่เกิน 5 คน เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการ ทำหน้าที่เสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและมาตรการประกันสังคม ตลอดจนให้ความเห็นต่อรัฐมนตรีในการตราพระราชกฤษฎีกา การออกกฎกระทรวง และระเบียบต่าง ๆ รวมถึงการวางระเบียบโดยความเห็นชอบของกระทรวงการคลังเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินกองทุนการจัดหาผลประโยชน์ และการพิจารณาบังคับ การรายงานการเงินของกองทุน และผลการปฏิบัติงาน

1.2 คณะกรรมการการแพทย์กองทุนประกันสังคม ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ไม่เกิน 16 คน ทำหน้าที่เสนอความเห็นด้านบริการทางการแพทย์ ต่อคณะกรรมการประกันสังคมและคณะกรรมการอุทธรณ์ กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนด้านการบริการทางการแพทย์

1.3 คณะกรรมการอุทธรณ์ ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านกฎหมาย ด้านการแพทย์ ด้านระบบงานประกันสังคม ด้านแรงงาน ผู้แทนฝ่ายนายจ้างและลูกจ้าง ฝ่ายละ 3 คน รวมไม่เกิน 13 คน ทำหน้าที่พิจารณาวินิจฉัยคำอุทธรณ์ของนายจ้าง ผู้ประกันตน หรือบุคคลอื่นใดที่ไม่พอใจในคำสั่งเลขาธิการหรือพนักงานเจ้าหน้าที่

## 2. คณะกรรมการตามพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 มี 2 คณะ ดังนี้

2.1 คณะกรรมการกองทุนเงินทดแทน ประกอบด้วย เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ ด้านนิติศาสตร์ ด้านเศรษฐศาสตร์ ด้านการคลัง ด้านการประกันสังคมหรือประกันภัย ผู้แทนนายจ้างและลูกจ้าง ฝ่ายละ 3 คน รวมไม่เกิน 14 คน ทำหน้าที่เสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายการบริการกองทุนและการจ่ายเงินทดแทน ตลอดจนให้ความเห็นต่อรัฐมนตรีในการออกกฎกระทรวงและระเบียบต่าง ๆ รวมถึงการวางระเบียบเกี่ยวกับการ รับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินกองทุน การจัดหาผลประโยชน์ของกองทุน การพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์

2.2 คณะกรรมการการแพทย์กองทุนเงินทดแทน ประกอบด้วย กรรมการผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ ไม่เกิน 15 คน ทำหน้าที่เสนอความเห็นต่อคณะกรรมการเกี่ยวกับการดำเนินงานให้บริการทางการแพทย์ รวมถึงการให้ความเห็นต่อสำนักงานในการออกกฎกระทรวง และประกาศกระทรวงฯ

สภาวะการเจ็บป่วยเป็นความผิดปกติของร่างกายที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดขึ้นเมื่อใดและจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพเพื่อคืนสู่สภาพปกติได้ในวงเงินเท่าใด นอกจากนี้ ประชาชนโดยทั่วไปไม่อาจตัดสินใจได้ว่าตนจะได้รับบริการการรักษาพยาบาลได้ดีแค่ไหน ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นประชาชนจึงอาจถูกเอาเปรียบเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลได้ง่าย นอกจากนี้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศยังมีฐานะที่ยากจน เมื่อมีภาวะที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สูงทั้งในส่วนสถานพยาบาลของรัฐบาลหรือสถานพยาบาลของเอกชนก็จะเป็นภาระแก่ครอบครัว ด้วยเหตุนี้รัฐจึงได้พยายามจัดการเอาเปรียบในการรักษาพยาบาล โดยการให้สถานประกอบการทุกที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปต้องขึ้นทะเบียนประกันสังคม โดยมีกองทุนร่วมดังนี้

### 2.2.1. กองทุนเงินทดแทน

ตามประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2515 กองทุนเงินทดแทนเป็นกองทุนที่รัฐบาลจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นทุนให้มีการจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้างเมื่อลูกจ้างเจ็บป่วย หรือ ประสบอันตราย พุพลภาพ สูญหาย หรือ เสียชีวิต อันเนื่องมาจากการทำงานหรือป้องกันรักษาผลประโยชน์ให้นายจ้าง ปัจจุบันมีพระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ลงวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2537 ใช้ประกาศแทนประกาศคณะปฏิวัติฉบับดังกล่าว ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2537

นายจ้างเป็นคนจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนเพียงฝ่ายเดียว โดยจ่ายปีละ 1 ครั้ง มีลักษณะเหมือนเบี้ยประกัน เงินสมทบจะคำนวณจากค่าจ้างที่นายจ้างจ่ายให้แก่ลูกจ้างทั้งปีรวมกัน คูณด้วยอัตราเงินสมทบของประเภทกิจการนั้น ซึ่งนายจ้างแต่ละประเภทกิจการจะจ่ายเงินสมทบในอัตราที่ไม่เท่ากัน ระหว่าง 0.2% ถึง 1.0% ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเสี่ยงภัยในการทำงานของสถานประกอบการนั้น (สำนักงานประกันสังคม, 2550 : ออนไลน์)

### 2.2.2. กองทุนประกันสังคม

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างหลักประกันและความมั่นคงในการดำรงชีวิตให้แก่ประชาชน โดยการเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข ร่วมกันรับผิดชอบต่อสังคมด้วยการออมและเสียสละเพื่อส่วนรวมมีหลักการสำคัญที่มุ่งให้ประชาชนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือตนเองและครอบครัวในยามที่ไม่มีรายได้ รายได้ลดลงหรือมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น โดยไม่เป็นภาระให้ผู้อื่นและสังคม การประกันสังคมจึงเป็นมาตรการหนึ่งซึ่งก่อให้เกิดความมั่นคงในชีวิต (สำนักงานประกันสังคม, 2550 : ออนไลน์)

ดังนั้นกองทุนเงินทดแทนกับกองทุนประกันสังคมจะต่างกันตรงที่กองทุนเงินทดแทนจะมีสิทธิใช้หรือเบิกได้เฉพาะกรณีประสบอุบัติเหตุหรืออันตรายจากการทำงานเท่านั้น แต่กองทุนประกันสังคมมีสิทธิใช้ได้ทุกกรณีตามที่ระบุไว้ในข้อกำหนดของกองทุนประกันสังคม อันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน

## 2.7 ข้อร้องเรียนที่มักพบจากผู้ประกันตน

### 1. ข้อร้องเรียนเชิงบริหาร และความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา

1.1 โฆษณาหรือจูงใจให้รับบริการ และหรือเลือกสถานพยาบาล ไม่ถูกต้อง เช่น โฆษณา จูงใจให้เลือกสถานพยาบาลของตน ซึ่งสำนักงานประกันสังคมพิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นการกระทำไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ.2541 สำนักงานประกันสังคมจึงให้โรงพยาบาลดำเนินการแก้ไข



1.2 ไม่ควบคุมสถานพยาบาลเครือข่ายให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณีสถานพยาบาลเครือข่ายหลีกเลี่ยงการให้บริการ หรือให้บริการแต่เรียกเก็บค่ารักษา โดยอ้างว่าไม่ได้เป็นเครือข่ายกับสถานพยาบาลหลัก ซึ่งข้อเท็จจริงพบว่าสถานพยาบาลยังเป็นเครือข่ายกับสำนักงานประกันสังคมจึงแจ้งเตือนโรงพยาบาลหลักและให้คืนเงินแก่ผู้ประกันตน

1.3 ไม่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล เช่น ประวัติการรักษาเวชระเบียน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผลตรวจพิเศษตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบรับรองแพทย์ ใบเสร็จรับเงิน หนังสือชี้แจง ฯลฯ

กรณีสำนักงานประกันสังคมมีหนังสือขอข้อมูลโรงพยาบาล แต่ไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควรทำให้เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

(1) ส่งข้อมูลล่าช้า ยืด / ถ่วงเวลา

1. เกินวันที่กำหนด เป็นเวลา 2 สัปดาห์
2. เกินวันที่กำหนด เป็นเวลา 1 เดือน
3. เกินวันที่กำหนด เป็นเวลาตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปส่งข้อมูลไม่ครบถ้วน

ทำให้ต้องเสียเวลาขอข้อมูลเพิ่มเติม

(2) ส่งข้อมูลไม่ชัดเจน และหรือลายมือของแพทย์ไม่สามารถอ่านได้ ทำให้เสียเวลาต้อง ขอให้คัดลอกใหม่

(3) ไม่ยินยอมให้ข้อมูล

1.4 ค้างชำระหนี้ค่ารักษาพยาบาลแก่สถานพยาบาลที่ทำความตกลงกันทั้ง Supra contractor และ Sub contractor

กรณีสำนักงานประกันสังคมมีคำสั่งให้จ่ายเงินค้างชำระค่ารักษาแก่สถานพยาบาลที่รับช่วงการให้บริการทางการแพทย์ ทั้ง Supra contractor และ Sub contractor แล้วโรงพยาบาลไม่ดำเนินการตามกำหนดเวลา

1.5 ไม่ปฏิบัติตามข้อสั่งการ จึงถูกหักเงินค่าบริการทางการแพทย์

กรณีสำนักงานประกันสังคมมีคำสั่งให้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลผู้ประกันตน แต่โรงพยาบาลไม่ดำเนินการตามคำวินิจฉัย จึงถูกหักเงินเหมาจ่ายเพื่อชำระค่ารักษาให้ผู้ประกันตน

1.6 ไม่จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ และหรือเปลี่ยนยา

กรณีห้องยาไม่จ่ายยาตามที่แพทย์สั่ง หรือเปลี่ยนเป็นยาอื่นจ่ายให้ผู้ประกันตน โดยอ้างว่าไม่ครอบคลุมสิทธิประกันสังคม หรืออ้างว่าเป็นนโยบายของโรงพยาบาล

1.7 เรียกเก็บเงินค่ายา และหรือค่ารักษาจากผู้ประกันตน ทั้งที่เป็นการรักษาซึ่งอยู่ในความคุ้มครองสิทธิประกันสังคม โรงพยาบาลเก็บเงินค่ายา หรือค่ารักษา โดยอ้างว่าเป็นโรค

ยกเว้น / อ้างว่าเป็นยานอภัยสัญญาหลัก / หรือแนะนำให้ผู้ประกันตนไปซื้อยาเองทั้งภายในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล ซึ่งสำนักงานประกันสังคมต้องประสานให้โรงพยาบาลจ่ายเงินคืนให้ผู้ประกันตน

1.8 เปลี่ยนแปลงแก้ไข / เพิ่มเติม ข้อความเอกสารเวชระเบียน หรือทำลายข้อมูลหลักฐาน

1.9 อื่น ๆ

## 2. ข้อร้องเรียนเชิงพฤติกรรมบริการ

2.1 การบริการไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความไม่พอใจ จึงไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่นแพทย์ / พยาบาล / เจ้าหน้าที่ พูดยาไม่ดี แสดงกิริยาท่าทางไม่เหมาะสม ไม่เต็มใจให้บริการไม่สนใจ / ไม่ดูแลเอาใจใส่ / ไม่แนะนำการบริการเหมือนเช่นผู้ป่วยอื่นทั่วไปที่เสียค่ารักษาเองรอแพทย์ตรวจนาน (แพทย์ไม่เพียงพอ / แพทย์ยังไม่ออกตรวจ) ไม่มีแพทย์ไปตรวจรักษาเจ้าหน้าที่ต้องนัดไปตรวจใหม่ ทำให้ต้องกลางานไม่มีแพทย์ไปตรวจรักษา ขณะให้ออนสังเกตอาการหรือขณะเป็นผู้ป่วยในเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ระมัดระวัง ทำให้ได้รับความกระทบกระเทือนอาการเจ็บป่วยมากขึ้นการบริการระบบส่งต่อและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยล่าช้าทำให้ผู้ประกันตนมีอาการมากขึ้นไม่ได้รับการรักษาทันที่สำนักงานประกันสังคมจึงแจ้งให้โรงพยาบาลปรับปรุงมาตรฐานให้บริการแก่ผู้ประกันตนให้เหมาะสมบกร่องในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล และผู้รับบริการแพทย์มีการวางแผนการรักษาในเวชระเบียน แต่ไม่อธิบายชี้แจงการรักษาแนวทางการรักษา การดำเนินของโรค ให้ญาติและผู้ประกันตนทราบและเข้าใจแพทย์ / พยาบาล ไม่แนะนำหรือให้คำปรึกษาอาการเจ็บป่วยไม่แจ้งให้ผู้ประกันตนหรือญาติทราบก่อน กรณีโรงพยาบาลรับย้ายผู้ประกันตนกรณีฉุกเฉินจากโรงพยาบาลอื่นเพื่อมารักษาต่อ แต่กลับส่งไปรักษาที่ Supra contractor โดยไม่ได้ติดต่อแจ้งให้ญาติทราบ ทำให้ไม่พอใจการบริการและไม่มั่นใจการรักษาของโรงพยาบาลหลัก และ Supra contractor

## 3. ข้อร้องเรียนเชิงมาตรฐาน

3.1 วินิจฉัยโรคไม่ได้ ไม่สร้างความเชื่อมั่นให้ผู้ประกันตน เมื่ออาการผู้ประกันตนไม่ดีขึ้น จึงไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่นบันทึกเวชระเบียนไม่สมบูรณ์ ไม่มีการบันทึกซักประวัติ / การตรวจร่างกาย / การวินิจฉัยโรครักษาตามอาการ ไม่มีการส่งตรวจเพิ่มเติมวิเคราะห์หาสาเหตุของโรคให้การรักษายังไม่สิ้นสุด ผู้ประกันตนไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง

3.2 หลีกเลี่ยงการรักษากรณีไม่ฉุกเฉิน มีเจตนาปฏิเสธการรักษา หรือเลือกปฏิบัติ เช่น

- (1) ให้การรักษาไม่เต็มกำลังความสามารถ / หลีกเลี่ยงการรักษา
- (2) ให้การรักษาตามอาการหลายครั้ง รักษาแบบประวิงเวลายานาน เป็นเหตุให้ผู้ประกันตนมีอาการรุนแรงมากขึ้น จึงไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น
- (3) แพทย์วินิจฉัยโรคได้ และวางแผนทำผ่าตัด แต่ไม่กำหนดนัดวันผ่าตัดแน่นอน หรือนัดผ่าตัดนานเกินความเหมาะสม หรือเลื่อนนัด โดยไม่มีเหตุผล ทำให้ผู้ประกันตนวิตกกังวลโรคที่เป็นอยู่ จึงไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น
- (4) หลีกเลี่ยงการรักษาทั้งที่ทราบอาการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ประกันตนไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นมาแล้ว จนผู้ประกันตนต้องร้องขอให้ตรวจรักษา
- (5) ให้การรักษาแบบเลือกปฏิบัติ ผู้ประกันตนแจ้งใช้สิทธิประกันสังคม แพทย์จะให้การรักษาแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไปที่เสียค่ารักษาเอง

### 3.3 หลีกเลี่ยงการรักษากรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน

- (1) แพทย์วินิจฉัยว่าตั้งครรถ์นอกมดลูก แต่โรงพยาบาลให้หรือฉีคว่าตัด
- (2) ให้การรักษาไม่เต็มที่ พยาบาลรายงานอาการเปลี่ยนแปลงหลายครั้ง แพทย์สั่งการรักษาทางโทรศัพท์โดยไม่ได้ไปดูอาการผู้ป่วย ทำให้ผู้ประกันตนมีอาการหนักมาก และเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต
- (3) รักษาไม่ได้มาตรฐานเป็นเหตุให้เกิดผลเสียหายต่อผู้ประกันตน
- (4) รักษาไม่ได้มาตรฐานที่ดีที่ถูกต้องตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ / คณะกรรมการการแพทย์วินิจฉัยโรคผิดพลาดไม่ส่งตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคทำให้อาการผู้ประกันตนไม่ดีขึ้นจนต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น โดยเสียค่าใช้จ่ายเอง
- (5) รักษาไม่ได้มาตรฐานจนเป็นผลให้พิการ / เสียชีวิต คือแพทย์ให้การรักษาไม่ได้มาตรฐานตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ / คณะกรรมการการแพทย์ / ราชวิทยาลัยฯ / แพทยสภา จนเป็นเหตุให้ผู้ประกันตนพิการหรือเสียชีวิต

## 2.8 หลักเกณฑ์การพิจารณาสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า ประจำปี พ.ศ. 2552 (Supra Contractor)

สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า หมายถึง สถานพยาบาลที่สถานพยาบาลคู่สัญญา กับสำนักงานประกันสังคมมีการส่งต่อผู้ประกันตนเพื่อเข้ารับการรักษาหรือสถานพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรค เพื่อให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่เกินขีดความสามารถที่สถานพยาบาลคู่สัญญาจะให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนได้

## 1. คุณสมบัติของสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า (Supra Contractor)

1.1 เป็นสถานพยาบาลในภาครัฐบาลกรุงเทพฯ ปริมาณอย่างน้อยต้องเป็นสถานพยาบาลเทียบเท่าระดับโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงเรียนแพทย์ ส่วนภูมิภาคอย่างน้อยต้องเป็นสถานพยาบาลเทียบเท่าระดับโรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงเรียนแพทย์

1.2 หากเป็นสถานพยาบาลในภาคเอกชน จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะโรค

1.3 เป็นสถานพยาบาลในภาครัฐ หรือเอกชน ตามข้อ 1 และข้อ 2 ที่มีสถานที่ตั้งในจังหวัดเดียวกันหรือจังหวัดใกล้เคียงกับสถานพยาบาลคู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคม กรณีที่ไม่สามารถจัดหาสถานพยาบาลดังกล่าวได้ ให้จัดหาสถานพยาบาลในจังหวัดอื่นได้ ทั้งนี้ ให้คำนึงความสะดวกของผู้ประกันตนที่จะเข้ารับการรักษา

## 2. เอกสารประกอบการพิจารณา

ข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลหลัก (Main Contractor) กับสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า (Supra Contractor) ซึ่งในข้อตกลงจะต้องมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ขอบเขตการให้บริการทางการแพทย์

2.2 กำหนดระยะเวลาของข้อตกลง

## 3. บุคคลที่มีอำนาจลงนามในข้อตกลง

3.1 สถานพยาบาลหลัก คือ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลของสถานพยาบาลหลัก

3.2 สถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า คือ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลของสถานพยาบาลในระดับที่สูงกว่า

## 2.9 หลักเกณฑ์การพิจารณาสถานพยาบาลเครือข่ายประจำปี พ.ศ. 2552 (Sub contractor)

สถานพยาบาลเครือข่าย (Sub Contractor) หมายถึง สถานพยาบาลระดับรองที่ได้ตกลงกับสถานพยาบาลหลักในการรับช่วงในการให้บริการทางการแพทย์ เพื่อให้ประโยชน์และเป็นการอำนวยความสะดวกในการรับบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน สถานพยาบาลหลักจึงต้องควบคุมและดำเนินการให้สถานพยาบาลเครือข่ายให้บริการผู้ประกันตนตามเงื่อนไขในสัญญาจ้างให้บริการทางการแพทย์ ที่ทำไว้กับสำนักงานประกันสังคม

1. ประเภทสถานพยาบาลเครือข่ายให้บริการกรณีเจ็บป่วย

2. หลักเกณฑ์

2.1 เป็นสถานพยาบาลที่อยู่ในเขตจังหวัดเดียวกันหรือในจังหวัดใกล้เคียงที่เป็นรอยต่อ

2.2 มีบริการทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน และเป็นสถานพยาบาลที่สามารถ

ให้บริการด้วยบุคลากรที่ได้รับการรับรองโดยให้บริการแก่ผู้ประกันตนเต็มศักยภาพ

2.3 สถานพยาบาลเครือข่ายที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จะต้องให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

2.4 ให้บริการผู้ประกันตนตลอดระยะเวลาทั้งปี การยกเลิกสถานพยาบาลเครือข่ายระหว่างปีจะกระทำได้เฉพาะกรณีเลิกกิจการหรือเครือข่ายไม่ให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพอาจทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้รับบริการ พร้อมทั้งให้จัดหาสถานพยาบาลเครือข่ายที่มี ศักยภาพ และที่ตั้งใกล้เคียงกับสถานพยาบาลเครือข่ายที่ยกเลิกไปเป็นการทดแทน

2.5 ให้มีระบบตรวจสอบรายชื่อผู้ประกันตนที่สำนักงานประกันสังคมส่งให้แก่สถานพยาบาลหลัก และสามารถปรับข้อมูลดังกล่าวได้เป็นปัจจุบัน เช่น จัดหาระบบคอมพิวเตอร์เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการดังกล่าว โดยที่สถานพยาบาลหลักเป็นผู้ให้ข้อมูลรายชื่อผู้ประกันตนแก่สถานพยาบาลเครือข่าย

### 3. เอกสารประกอบการพิจารณา

#### 3.1 หนังสือตกลงการเป็นสถานพยาบาลเครือข่าย ระบุ

- (1) ประเภท (เจ็บป่วย)
- (2) ที่ตั้ง
- (3) จำนวนเตียงผู้ป่วย (ถ้ามี)
- (4) เวลาทำการ
- (5) การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (ใช้สิทธิไม่จำกัดจำนวนครั้งและค่าใช้จ่าย)
- (6) สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)
- (7) หลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล ประจำปี พ.ศ. 2551 (ส.พ.12)
- (8) สำเนาใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล (ส.พ.19)
- (9) สำเนาหนังสือจดทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท พร้อมวัตถุประสงค์ของสถานพยาบาลหลักและเครือข่าย (ถ้ามี) จำนวนอย่างละ 1 ชุด
- (10) แผนที่ตั้งสถานพยาบาลเครือข่าย
- (11) บุคคลที่มีอำนาจลงนามข้อตกลงจะต้องเป็นบุคคลดังต่อไปนี้  
สถานพยาบาลหลัก คือ ผู้มีอำนาจกระทำการแทนนิติบุคคลของสถานพยาบาลหลักตามที่ระบุในหนังสือจดทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท  
สถานพยาบาลเครือข่าย คือ ผู้ที่มีชื่อได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล (ส.พ.7)

(12) เอกสารที่เป็นสำเนาทุกฉบับต้องรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้มีอำนาจลงนาม

**3. มาตรฐานของสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน** (กองประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม. 2548 : ประกาศ)

### 3.1 มาตรฐานทั่วไป

1. มีอาคารสถานที่อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการบริการทางการแพทย์และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมแก่ชุมชน

1.1 มีสถานที่ที่สอดคล้องและเหมาะสมกับการบริการทางการแพทย์

(1) มีสถานที่อำนวยความสะดวก และส่งเสริมความปลอดภัยในการบริการผู้ป่วย เช่น ที่จอดรถ ทางลำเลียงผู้ป่วยไปสู่จุดบริการ และห้องพัก ช่องทางหนีไฟ สำหรับผู้ป่วย เป็นต้น

(2) มีความสะอาดของสถานที่ มีน้ำสะอาดสำหรับบริโภคและอุปโภคอย่างเพียงพอ

(3) มีระบบไฟสำรองฉุกเฉิน

(4) มีเครื่องดับเพลิงที่ใช้การได้

1.2 มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

(1) มีระบบหรือวิธีกำจัดขยะ (ทั้งประเภทติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ ที่ถูกสุขลักษณะ)

(2) มีระบบบำบัดน้ำเสีย

2. มีเจ้าหน้าที่เพียงพอทั้งในด้านจำนวนและคุณภาพ

2.1 แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

2.2 ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ต้องเป็นสมาชิกของชมรม หรือสมาคมวิชาชีพ หรือราชวิทยาลัยที่ได้รับการรับรองจากองค์กรที่ควบคุมวิชาชีพนั้น ๆ

2.3 มีจำนวนแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ไม่น้อยกว่าที่กำหนดในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล

### 3.2 มาตรฐานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

1. มีความพร้อมของอาคารสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์ รวมทั้งยานพาหนะสำหรับส่งผู้ป่วย

1.1 สถานที่มีความเหมาะสมและเห็นได้ง่าย

(1) อย่างน้อยรับผู้ป่วยได้ไม่น้อยกว่า 2 เตียง

(2) มองเห็นได้ง่ายทั้งจากภายนอกและภายในอาคาร โดยมีเครื่องหมายแสดงอย่างชัดเจน

(3) รถพยาบาลเข้าถึงได้โดยสะดวกทั้งรับและส่งต่อผู้ป่วย ประตูอาคารกว้างมากพอสำหรับรถเข็นผู้ป่วย

(4) มีการรักษาความสะอาดและมีระบบถ่ายเทอากาศที่ถูกต้องลักษณะ

1.2 มีความพร้อมในด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการ และมีความพร้อมที่จะใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(1) สำหรับบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่จำเป็น เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยในกรณีต่าง ๆ เช่น CARDIAC ARREST, IMPAIRED AIRWAY, BURN, ACCIDENT, POISONING, SHOCK, HEMORRHAGE, CARDIA CARRHYTHMIA, CONVULSIVE DISORDER, OTHER EMERGENCY MEDICAL CASES ซึ่งมีครุภัณฑ์ที่จำเป็น ได้แก่

1. เครื่องให้ออกซิเจน
2. เครื่องดูดเสมหะ
3. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
4. เครื่องกระตุ้นหัวใจ (DEFIBRILLATOR)
5. โคมไฟผ่าตัด และเตียงผ่าตัดฉุกเฉิน

(2) มีชุดเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติการทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้แก่ ชุด SUTURE, DIAGNOSTIC LAVAGE, VENESECTION, TRACHEOSTOMY, CHEST DRAIN

(3) มีรถเข็นพื้นซีฟผู้ป่วย (EMERGENCY CART) ซึ่งบรรจุเครื่องมือและยาที่สามารถใช้ปฏิบัติงานได้ทันที

(4) มีชุดเครื่องมือสำหรับป้องกันการติดเชื้อสำหรับเจ้าหน้าที่ เช่น MASK หมวก แวนตา ถุงมือ พลาสติกกันเปื้อน

1.3 มีรถพยาบาลที่พร้อมจะรับ – ส่ง ผู้ป่วยหนัก

(1) รถอยู่ในสภาพดี พร้อมใช้งานอย่างน้อย 1 คัน พร้อมคนขับ

(2) มีอุปกรณ์ครบถ้วนและพร้อมที่จะปฏิบัติงานที่จำเป็น ได้แก่ SUCTION, AMBU BAG, ENDOTRACHEL TUBE, OXYGEN, LARYNGOSCOPE, MOUTH GAG

(3) มีเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพที่พร้อมจะปฏิบัติงานประจำรถตลอดเวลาทำการ

2. มีกำลังคนด้านการแพทย์ที่พร้อมจะปฏิบัติงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ

2.1 มีแพทย์ประจำตลอด 24 ชั่วโมง 1 คน

2.2 มีพยาบาลอย่างน้อย 2 คน ในแต่ละเวร ตลอด 24 ชั่วโมง และอย่างน้อย 1 คน ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ

2.3 เจ้าหน้าที่ทุกคนมีความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพและได้รับการฟื้นฟู ความรู้อย่างสม่ำเสมอ

### 3.3 มาตรฐานการบริการผู้ป่วยนอก

1. มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสมและสะดวกสำหรับผู้รับบริการ

1.1 ห้องตรวจ

- (1) จำนวนห้องตรวจเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย
- (2) ทางเข้าห้องตรวจกว้างพอสำหรับรถนั่งหรือรถเข็นผู้ป่วยผ่านได้สะดวก

1.2 เครื่องหมาย

- (1) มีป้ายบอกชื่อหน่วยบริการชัดเจน และมีขนาดที่มองเห็นได้จากระยะที่สมควร
- (2) มีเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่

2. มีระบบบริหารและบริการที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดย ระยะเวลาที่ใช้สำหรับการรอคอย การพบแพทย์ และอื่น ๆ ต้อง ไม่นานเกินกว่าเวลาที่ต้องใช้ในการ ลงทะเบียนและทำบัตรผู้ป่วยไม่เกิน 30 นาทีระยะเวลาการตรวจโรคไม่เกิน 1 ชั่วโมงระยะเวลาอธิบายและชำระเงิน ไม่เกิน 30 นาทีเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยพบแพทย์ในการตรวจไม่ต่ำกว่าคนละ 5 นาที ระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทั้งหมดไม่เกิน 3 ชั่วโมง ในกรณีการตรวจทั่วไป

### 3.4 มาตรฐานเวชระเบียน

1. มีอาคารสถานที่และอุปกรณ์ที่เหมาะสมและพร้อมสำหรับบริการ

1.1 สถานที่เก็บเวชระเบียนเป็นสัดส่วน ไม่เสี่ยงต่ออันตรายจากสัตว์ หรือปัจจัยทาง กายภาพ

1.2 มีพื้นที่เพียงพอที่จะเก็บเวชระเบียนได้อย่างน้อย 5 ปี

2. มีเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพในจำนวนที่เหมาะสม มีเจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการ จัดเก็บเวชระเบียนและควรมีการบันทึกรหัสโรค

3. มีระบบเวชระเบียนที่เหมาะสมและสามารถใช้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1 มีความสมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนสำหรับผู้ป่วยใน ได้แก่

- (1) ข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย
- (2) บันทึกการตรวจร่างกาย
- (3) การวินิจฉัยโรคและการสั่งการรักษา
- (4) รายงานสิ่งตรวจพบ



1. รายงานสิ่งตรวจพบจากการตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษาจะต้องได้รับการบันทึกไว้ในเวชระเบียน

2. รายงานการผ่าตัดต้องประกอบด้วย สิ่งที่พบ เทคนิคการผ่าตัดชิ้นเนื้อที่ถูกตัดออกมาและการวินิจฉัยโรคหลังการผ่าตัด

(5) รายงานสรุป

1. มีการสรุปรายงานภายในระยะเวลาที่เหมาะสม
2. การวินิจฉัยโรคแรกเริ่มและวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย
3. เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล
4. แผนการรักษาผู้ป่วยหลังจากการจำหน่าย

3.2 ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียน มีเพียงพอที่จะอธิบายเหตุผลในการสั่งการรักษาของแพทย์ที่ทราบความเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่สำคัญของผู้ป่วยและแพทย์ผู้อื่นสามารถให้การรักษาต่อไป

- (1) คำสั่งการรักษาเหมาะสม
- (2) มีบันทึกการเปลี่ยนแปลงสม่ำเสมอ
- (3) มีบันทึกการวินิจฉัยโรคที่ปรับปรุงตลอดเวลาเมื่อมีข้อมูลใหม่เพิ่มเติม
- (4) แพทย์ผู้อื่นสามารถให้การรักษาต่อได้
- (5) แพทย์ที่ได้รับการปรึกษาจะต้องบันทึกคำให้การปรึกษาเป็นลายลักษณ์อักษร

3.3 มีระบบการจัดเก็บและการค้นหาเวชระเบียนที่เหมาะสม และการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาการให้บริการ

- (1) ระบบการจัดเก็บและการค้นหาเวชระเบียน
  1. มีการทำระบบดัชนีเพื่อค้นหาเวชระเบียนที่ต้องการได้
  2. สามารถค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยนอกโดยใช้ชื่อหรือเลขประจำตัวผู้ป่วย

ได้ภายใน 15 นาที

3. สามารถค้นหาเวชระเบียนผู้ป่วยในโดยใช้ชื่อหรือเลขประจำตัวผู้ป่วยได้

ภายใน 30 นาที

4. สามารถค้นพบเวชระเบียนผู้ป่วยทั้งนอกและใน ไม่น้อยกว่า 80%

(2) การบันทึกสรุปและวิเคราะห์ข้อมูล

1. มีการบันทึกสรุปผู้ป่วยใน
2. มีการจัดทำเวชระเบียนผู้ป่วยเสียชีวิตพร้อมการวินิจฉัยโรค
3. มีการจัดทำรายงานต่อไปนี้

- จำนวนผู้ป่วยรับใหม่และจำหน่ายของแต่ละงาน คลินิกบริการ
- จำนวนผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคหรือกลุ่มโรค
- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประเภทต่าง ๆ
- ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลตามการวินิจฉัยโรค

### 3.5 มาตรฐานบริการผู้ป่วยใน

1. มีอาคารหอผู้ป่วยและอุปกรณ์ประจำตึกพร้อมที่จะให้บริการผู้ป่วยในได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.1 มีพื้นที่เพียงพอและได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง ระยะห่างระหว่างเตียง ไม่น้อยกว่า 1 เมตร ระยะห่างระหว่างท้ายเตียง ไม่น้อยกว่า 2.5 เมตร

1.2 ห้องน้ำห้องส้วมได้สัดส่วนกับจำนวนเตียง (อย่างน้อยห้องส้วม 1 ห้อง ต่อเตียงผู้ป่วย 6 เตียง)

1.3 มีอ่างล้างมือที่สะดวกในการใช้

1.4 มีโครงสร้างความปลอดภัยสำหรับตึกสูงตั้งแต่ 3 ชั้นขึ้นไป ตั๋วอาคารจะต้องมีบันไดหนีไฟ ลิฟต์หรือทางลาด

1.5 มี OXYGEN SUPPLY และเครื่อง SUCTION สำหรับให้กรณีที่เป็น

1.6 มีอุปกรณ์สำหรับขอความช่วยเหลือจากพยาบาลทุกเตียง เช่น กริ่งกดเรียกและควรมีสัญญาณทั้งระบบเสียงและแสดงตรงหน้าที่ทำการพยาบาล

1.7 มีม่านกันเป็นสัดส่วนระหว่างเตียง

1.8 จำนวนเตียงไม่มากกว่า 35 เตียง สำหรับห้องรวมทั่วไป

1.9 มีระบบรักษาความสะอาด ระบบถ่ายเทอากาศ ระบบแสงสว่าง และมีเครื่องมือดับเพลิง

1.10 มีห้องรักษาพยาบาล (TREATMENT ROOM)

1.11 มีห้อง NURSE STATION

1.12 มีรถพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินประจำหอผู้ป่วย (EMERGENCY CART)

2. มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในจำนวนที่เหมาะสมไว้บริการผู้ป่วยใน

2.1 แพทย์เวรในอย่างน้อย 1 คน

2.2 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในบริการผู้ป่วยใน พยาบาลและพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ต่อเตียง = 1 : 8 สำหรับแต่ละเวร และแต่ละเวรจะต้องมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน (หรือคิดเป็นสัดส่วน 1 คน : 30 เตียง)

### 3.6 มาตรฐานบริการผู้ป่วยหนัก

1. มีความพร้อมของอาคารสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์
  - 1.1 เป็นสถานที่ที่แยกจากหน่วยงานอื่น มีระบบป้องกันการติดเชื้อ
  - 1.2 จำนวนเตียง ICU ได้สัดส่วนกับจำนวนเตียงของโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ต่อ 50 และไม่น้อยกว่า 4 เตียง
  - 1.3 มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่พร้อมและเหมาะสม
    - (1) RESPIRATOR 1 เครื่อง ต่อเตียง ICU 2 เตียงและอย่างน้อยไม่น้อยกว่า 4 เตียง
    - (2) EKG MONITOR พร้อม CPR CART อย่างน้อย 1 ชุด
    - (3) ARTERIAL BLOOD GAS (ส่งตรวจได้)
    - (4) PIPELINE SYSTEM ข้างเตียงทุกเตียง หรือมีระบบการจ่าย MEDICAL GAS
    - (5) DIFRIBRILLATOR
2. มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในจำนวนที่เหมาะสม
  - 2.1 แพทย์รับผิดชอบอย่างน้อย 1 คน
  - 2.2 พยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 คน ต่อเวรพยาบาลและพนักงานผู้ช่วย : เตียง = 1 : 2 สำหรับแต่ละเวร

### 3.7 มาตรฐานบริการศัลยกรรมทั่วไป

- มีสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์เพียงพอสำหรับให้บริการศัลยกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ
1. สถานที่ที่กว้างพอและสัดส่วนเหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย
    - 1.1 ห้องผ่าตัด มีพื้นที่ที่ปฏิบัติการให้
    - 1.2 จำนวนห้องผ่าตัด มีอย่างน้อย 1 ห้อง : 50 เตียง และไม่น้อยกว่า 2 ห้อง ไม่นับรวมห้องคลอด
    - 1.3 มีที่พักรอผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
    - 1.4 มีที่เก็บเครื่องมือ ยา วัสดุการแพทย์ และวัสดุอื่น ๆ
    - 1.5 มีห้องพักและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่
  2. ระบบอุปกรณ์ในห้องผ่าตัดมีเพียงพอและเหมาะสม
    - 2.1 มีระบบแก๊สทางการแพทย์ และเครื่องดูดที่ไม่ได้มาตรฐานมีระบบแสงที่ได้มาตรฐานมีระบบไฟฟ้าสำรองสำหรับกรณีฉุกเฉิน
  3. เครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัดประจำห้องแต่ละห้องมีชุดผ่าตัดเพียงพอสำหรับการให้บริการที่จำเป็น มีเครื่องมือสำหรับช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

### 3.8 มาตรฐานบริการวิสัญญี

มีอาคารสถานที่ที่เหมาะสมและมีเครื่องมือที่พอเพียงสำหรับให้บริการวิสัญญีวิทยาและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย มีห้องพักฟื้น มีเตียงพักฟื้น 1 เตียง ต่อห้องผ่าตัด 1 ห้อง เครื่องมือและอุปกรณ์สำหรับให้บริการ ได้แก่ เครื่องดมยาสลบ 1 เครื่องต่อ 1 ห้องผ่าตัด เครื่องดูด (SUCTION) อุปกรณ์สำหรับ MONITOR ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง ได้แก่ ECG MONITOR อุปกรณ์สำหรับช่วยชีวิตที่พร้อมจะใช้งานได้ตลอดเวลา

### 3.9 มาตรฐานบริการรังสีวิทยา

1. สถานที่ที่มีความพร้อมและเหมาะสมในการให้บริการ
  - 1.1 มีการตรวจสอบวัดระดับรังสีที่ตัวบุคคลอย่างสม่ำเสมอ
  - 1.2 มีระบบการป้องกันอันตรายจากไฟฟ้า กลไก และรังสีที่เหมาะสม
  - 1.3 ต้องได้รับการตรวจสอบและอนุญาตจากกองป้องกันอันตรายจากรังสีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
  - 1.4 มีป้ายคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายของรังสี
2. เครื่องมือที่พร้อมจะให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
  - 2.1 มีเครื่องมือที่สามารถใช้งานได้ดี ได้แก่ PORTABLE X-RAY 1 เครื่อง X-RAY 300 MA WITH FLUOROSCOPY 1 เครื่อง FLUOROSCOPY 1 เครื่อง ULTRASOUND 1 เครื่อง
  - 2.2 มีเครื่องมือป้องกันอันตรายจากรังสีที่จำเป็น ได้แก่ เสื้อกั๊กมือ ฉากป้องกันรังสี
  - 2.3 มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตและยาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่แพ้สารทึบรังสี (เช่น EMERGENCY CART, ADRENALINE , AMBU BAG)
  - 2.4 มีการตรวจสอบและบำรุงรักษาเครื่องมือทางรังสีเป็นระยะ พร้อมทั้งมีบันทึกผลการตรวจสอบและบำรุงรักษาทุกครั้ง
3. มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถและจำนวนเพียงพอ มีรังสีแพทย์ประจำเต็มเวลาหรือประจำบางเวลาในปริมาณที่เหมาะสม มีเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิคที่ผ่านการอบรมครบหลักสูตรปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง

### 3.10 มาตรฐานพยาบาลวิทยาและชันสูตร

1. มีอาคารสถานที่สะดวกและปลอดภัย รวมทั้งอุปกรณ์และเครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างสอดคล้องเหมาะสม และถูกต้อง
  - 1.1 สถานที่สะดวกปลอดภัย
    - (1) มีระบบระบายอากาศเพียงพอที่จะได้รับอากาศบริสุทธิ์ และระบายควันและไอที่เกิดขึ้น

(2) มีแสงสว่างเพียงพอ

1.2 เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ช่วยในการวินิจฉัยได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

(1) MICROSCOPE

(2) SPECTROMETER

(3) CENTRIFUGE

(4) INCUBATOR

(5) AUTOCLAVE

(6) ELECTORLYTE ANALYSER

(7) BLOOD GAS ANALYSER

1.3 มีระบบป้องกันอันตราย ได้แก่ มีการต่อสาย GROUND สำหรับเครื่องมือที่ใช้ ไฟฟ้า

1.4 ระบบบริการโลหิต

(1) การจัดหาโลหิต

1. โรงพยาบาลสามารถจัดหาเลือดหรือส่วนประกอบของเลือดที่

จำเป็นต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยได้โดยการรับบริจาคเอง หรือการจัดหาจากคลังโลหิตอื่น ทั้งนี้โดยมีการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตอย่างเหมาะสมด้วย

2. โลหิตทุกหน่วยได้รับการตรวจว่าปลอดจากเชื้อตับอักเสบบี เชื้อ HIV

และโรคติดต่ออื่น ๆ

(2) การเก็บเลือด ได้แก่

1. มี BLOOD BANK REFRIGERATOR และมีเลือดสำรองไว้เพียงพอ

### 3.11 มาตรฐานบริการเภสัชกรรม

1. สถานพยาบาลมีอุปกรณ์และสถานที่ที่เหมาะสม สำหรับการเก็บรักษาและการเตรียมยา

1.1 มีระบบการเก็บรักษายาในคลังยาที่เหมาะสม

(1) มีการแยกเก็บยาอย่างเป็นสัดส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาม่าเชื้อ ยาอันตรายต่าง ๆ และยาใช้สำหรับภายนอกต้องเก็บแยกจากยากินและยาฉีด

(2) มีการเก็บยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิอย่างเหมาะสม ผู้เฝ้าที่เก็บสามารถรักษาระดับอุณหภูมิที่ต้องการได้

(3) มีการเก็บยาหมดอายุแยกไว้ต่างหาก

1.2 มีระบบการเก็บรักษายาในหอผู้ป่วยและหน่วยบริการอื่น ๆ อย่างเหมาะสม

(1) มีการแยกเก็บยาอย่างเป็นสัดส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาม่าเชื้อ ยาอันตราย และยาใช้สำหรับภายนอก ต้องเก็บแยกจากยากินและยาฉีด

- (2) มีการเก็บยาหมดอายุไว้ต่างหาก
- (3) มีการเก็บยาฉุกเฉินไว้พอเพียงและเหมาะสม
2. มีเภสัชกรปริญญาที่มีความรู้ความสามารถเหมาะสมเป็นหัวหน้าควบคุมดูแลงานบริการเภสัชกรรม และมีเจ้าหน้าที่พอเหมาะกับขนาดของโรงพยาบาล
3. มีระบบบริการและระบบบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.1 มีรายการยาที่จำเป็นพอเพียงแก่การให้บริการซึ่งเป็นยาที่มีคุณภาพโดยผลิตจากโรงงานที่ได้มาตรฐาน GMP
- 3.2 มียาฉุกเฉินและ ANTIDOTE พอเพียงในคลังยา
- 3.3 ในการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยจะต้องมีการเขียนฉลากยาที่สมบูรณ์ (ชื่อยา ชื่อผู้ป่วย วิธีการและขนาดการใช้ยา วันที่) (สำนักงานประกันสังคม, 2550 : 53 – 61)
4. การให้บริการต่อผู้ประกันตนของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
- โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ตั้งอยู่เลขที่ 46/1 ถนนอุทอง หมู่ที่ 4 ตำบลประตูลำดวน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นสถานพยาบาลของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีขนาดและการให้บริการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ (โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, 2550 : รายงานประจำปี พ.ศ. 2550)
- 4.1 ขนาดของโรงพยาบาล
- |  |     |       |
|--|-----|-------|
| (1) จำนวนเตียงที่ขออนุญาตจัดตั้งและดำเนินการ | 433 | เตียง |
| (2) จำนวนเตียงที่เปิดบริการจริงในปัจจุบัน    | 445 | เตียง |
- 4.2 บริการผู้ป่วยนอก
- |   |    |      |
|---|----|------|
| (1) มีห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกทั้งหมด                                  | 24 | ห้อง |
| (2) มีการแยกห้องตรวจโรคตามสาขาวิชา                                  |    |      |
| (3) มีการแยกห้องตรวจโรคสำหรับผู้ป่วยประกันสังคมโดยเฉพาะจำนวน 1 ห้อง |    |      |
- 4.3 บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- |                        |   |       |
|------------------------|---|-------|
| (1) มีเตียงปฐมพยาบาล   | 8 | เตียง |
| (2) มีเตียงสังเกตอาการ | 8 | เตียง |
- 4.4 บริการผู้ป่วยหนัก
- |                                      |    |           |
|--------------------------------------|----|-----------|
| (1) มีหอพักผู้ป่วยหนักทั้งหมด        | 3  | หอผู้ป่วย |
| (2) มีเตียงผู้ป่วยหนักรวมทั้งหมด     | 26 | เตียง     |
| (3) มีการแยกหอผู้ป่วยหนักตามสาขาวิชา |    |           |

#### 4.5 บริการห้องผ่าตัด

- |  |         |
|--|---------|
| (1) มีจำนวนห้องผ่าตัดใหญ่<br>(เปิดบริการจริง 7 ห้อง) | 10 ห้อง |
| (2) มีจำนวนห้องผ่าตัดเล็ก                            | 1 ห้อง  |

#### 4.6 บริการทันตกรรม

- |   |           |
|---|-----------|
| (1) จำนวนหน่วยทำฟัน                                       | 10 ยูนิต  |
| (2) จำนวนการให้บริการทันตกรรม แก่ผู้ป่วยทั่วไปเฉลี่ย      | 65 คน/วัน |
| (3) จำนวนการให้บริการทันตกรรม แก่ผู้ป่วยประกันสังคมเฉลี่ย | 18 คน/วัน |
| (4) จำนวนคลินิกเครือข่าย                                  | 24 แห่ง   |

#### 4.7 บริการกรณีคลอดบุตร

- |                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| (1) จำนวนห้องตรวจฝากครรภ์        | 3 ห้อง    |
| (2) จำนวนเตียงคลอด               | 8 เตียง   |
| (3) จำนวนผู้ป่วยทั่วไปคลอดเฉลี่ย | 12 คน/วัน |
| (4) จำนวนผู้ประกันตนเฉลี่ย       | 5 คน/วัน  |

4.8 นโยบายของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ที่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนตามโครงการประกันสังคม มีดังต่อไปนี้

##### 1. การใช้จ่าย

1.1 โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กำหนดบัญชียาที่ใช้สำหรับผู้ป่วยทุกคน และทุกสิทธิการรักษาเป็นบัญชีเดียวกันทั้งโรงพยาบาล

1.2 โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กำหนดนโยบายการใช้จ่ายนอกบัญชีหลักแก่ผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษา ดังนี้

(1) กรณีเป็นยานอกบัญชียาหลักที่อยู่ในบัญชียาของโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับยาทุกตัวตามคำสั่งแพทย์

(2) กรณีเป็นยานอกบัญชียาหลักและอยู่นอกบัญชียาของโรงพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้มีความเห็นว่าจำเป็นต้องใช้ ทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อจัดหาให้จากภายนอก

1.3 โรงพยาบาลมีระบบตรวจสอบมาตรฐานยา ดังนี้

(1) มีคณะกรรมการคัดเลือกยาเพื่อใช้ในโรงพยาบาล ประกอบด้วย คณะทำงานกำหนดคุณลักษณะเฉพาะ และคณะกรรมการคัดเลือกยา ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากวิชาชีพต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล

(2) มีการเฝ้าระวังคุณภาพที่ใช้ในโรงพยาบาลโดยการแจ้งอุบัติการณ์คุณภาพฯ นำเสนองานคลังเวชภัณฑ์ เพื่อแลกเปลี่ยนและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคัดเลือกยาต่อไป

## 2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางรังสี และการตรวจพิเศษ

2.1 โรงพยาบาลกำหนดนโยบายในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางรังสี และการตรวจพิเศษให้แก่ผู้ป่วยทุกคน และทุกสิทธิการรักษา ดังนี้

(1) กรณีเป็นการตรวจวินิจฉัยภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการตรวจทุกชนิดตามแผนการรักษาของแพทย์

(2) กรณีเป็นการตรวจวินิจฉัยภายนอกโรงพยาบาล เมื่อแพทย์เจ้าของไข้มีความเห็นว่าจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัย ทางโรงพยาบาลจะเป็นผู้ดำเนินการประสานงานเพื่อส่งตรวจวินิจฉัยให้ เช่น การตรวจชิ้นเนื้อ (พยาธิวิทยา) การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็ก (MRI) เป็นต้น

2.2 โรงพยาบาลกำหนดนโยบายการรักษาด้วยการผ่าตัด ให้แก่ผู้ป่วยทุกคนและทุกสิทธิการรักษา ดังนี้

(1) กรณีเป็นการผ่าตัดภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ตามความเห็นของแพทย์เจ้าของไข้ ที่พิจารณาตามมาตรฐานการดูแลและแนวทางที่กำหนด

(2) กรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด แต่โรงพยาบาลไม่มีศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลในโรคดังกล่าว แพทย์เจ้าของไข้จะพิจารณาส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพียงพอ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม และปลอดภัย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง เป็นต้น

## 4.9 ระบบการบริการผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจัดไว้สำหรับผู้ป่วยประกันสังคมมีการจัดระบบบริการและแยกระบบการให้บริการระหว่างผู้ป่วยประกันสังคมกับผู้ป่วยทั่วไป

### 1. การตรวจสอบสิทธิประกันสังคม

โรงพยาบาลได้พัฒนาระบบการตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยด้วยระบบคอมพิวเตอร์ อ้างอิงจากรายชื่อที่สำนักงานประกันสังคมจัดส่งให้ ทำให้สามารถค้นหาข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว และครอบคลุม

### 2. การลงทะเบียน และการคัดกรองเข้ารับการรักษา



แผนกผู้ป่วยนอกมีระบบการลงทะเบียนและคัดกรองผู้ป่วยให้เข้ารับการตรวจรักษา เช่น เกี่ยวกับผู้ป่วยทั่วไป และส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษากับแพทย์เฉพาะทาง แยกตามสาขาโรคที่เป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง เหมาะสม

### 3. การจัดห้องตรวจโรค

โรงพยาบาลได้จัดให้มีห้องตรวจโรคทั่วไปไว้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยประกันตน เพื่อให้ได้รับความสะดวกและรวดเร็วในการรับบริการ

### 4. จำนวน และคุณภาพของแพทย์ที่จัดไว้สำหรับการตรวจรักษา

โรงพยาบาลมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจรักษาเกือบทุกสาขา ออกตรวจทุก ๆ วัน ซึ่งสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยประกันสังคมให้ตามความเหมาะสมของโรคที่เป็น กรณีที่จำเป็นต้องรับการตรวจรักษาด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา

งานผู้ป่วยนอกมีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาระหว่างแผนก และมีช่องทางด่วนบริการสำหรับการส่งปรึกษาหารือระหว่างแผนก

### 5. การรับยา

โรงพยาบาลได้กำหนดให้มีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยประกันตน ในการรอรับยาในช่วงเช้า โดยให้รับยาที่ห้องจ่ายยาชั้น 2 ซึ่งแยกจากผู้ป่วยนอกทั่วไป ทำให้สามารถรับยาได้รวดเร็วขึ้น

4.10 ระบบบริการผู้ป่วยประกันตนที่เป็นผู้ป่วยใน สถานพยาบาลจัดไว้สำหรับผู้ป่วยประกันสังคม มีบริการดังนี้

#### 1. หอผู้ป่วย และจำนวนเตียง

มีหอผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยประกันสังคม โดยเฉพาะ จำนวน 24 เตียง

#### 2. ภาพรวมโครงสร้างทางกายภาพของห้อง หรือหอผู้ป่วย

2.1 ลักษณะห้องเป็นห้องพิเศษ จำนวน 2 เตียง

2.2 สิ่งอำนวยความสะดวก

ห้องพิเศษคู่ (ติดเครื่องปรับอากาศ) ซึ่งประกอบด้วย อุปกรณ์เฉพาะบุคคล อาทิเช่น เตียง ตู้เสื้อผ้า ราวตากผ้า Bed pan และ Urinal และอุปกรณ์ที่ใช้รวม : โทรทัศน์ ตู้เย็น ห้องน้ำ (ฝักบัวและชักโครก)

#### 2.3 อัตราค่าห้อง

ห้องพิเศษคู่ ไม่เสียค่าบริการ

(1) กิจวัตรการเยี่ยมเพื่อการตรวจรักษาของแพทย์ และพยาบาล

แพทย์ : ตรวจรักษาอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และพิจารณาตามสภาพอาการผู้ป่วย

พยาบาล : ตรวจเยี่ยมอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตามพิจารณาตามสภาพอาการผู้ป่วย

4.11 สาขาโรคหรือการรักษาที่สถานพยาบาลไม่สามารถให้บริการผู้ป่วยประกันสังคม เนื่องจากเกินขีดความสามารถ จะต้องส่งต่อสถานพยาบาลระดับสูงกว่า (โรคและสถานพยาบาลที่ส่งต่อ)

#### 1. โรค

สาขาโรคที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ไม่สามารถให้บริการได้ เนื่องจากเกินขีดความสามารถจะต้องส่งต่อสถานพยาบาลระดับสูงกว่า ได้แก่ สาขาศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบหัวใจและหลอดเลือด และ โรคมะเร็งที่ต้องรับการรักษาด้วยการฉายแสงหรือเคมีบำบัด

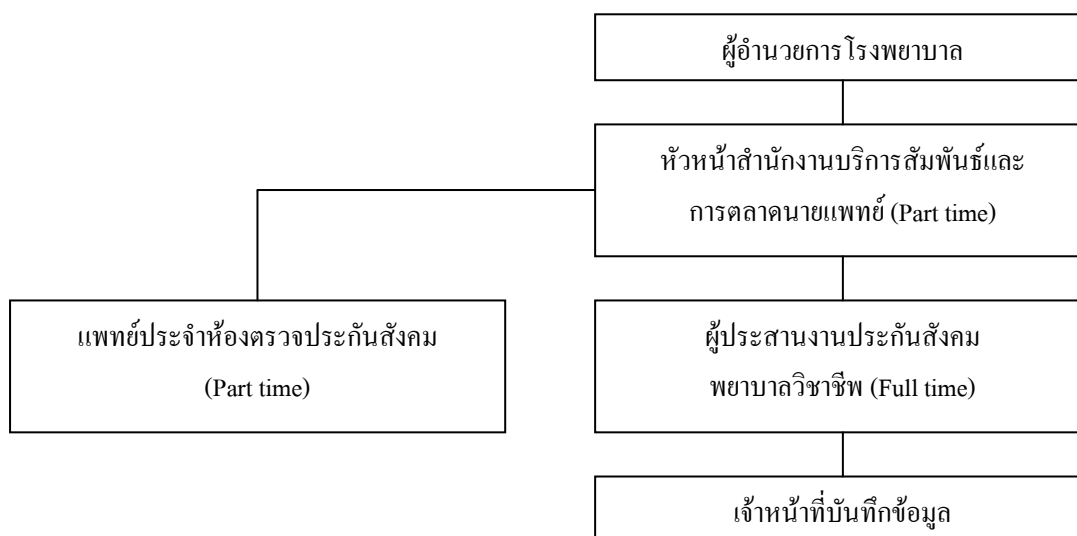
#### 2. สถานพยาบาลที่ส่งต่อ

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีนโยบายในการส่งต่อผู้ประกันตนไปรับการรักษาในทุกสถานพยาบาลของรัฐบาลที่มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยในสาขาโรคที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาล

#### 4.12 การจัดจำหน่ายงานที่รับผิดชอบงานประกันสังคมในโครงสร้างและอัตรากำลัง

1. ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานบริการสัมพันธ์และการตลาด
2. อัตรากำลัง ประกอบด้วย นายแพทย์ (Part time) 1 คน พยาบาลวิชาชีพ (Full time) 1 คน และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล 5 คน

#### 3. โครงสร้างของหน่วยงาน



ภาพประกอบ 2 โครงสร้างของสำนักงานบริการสัมพันธ์และการตลาด

4.13 ระบบการรับซื้อร้องเรียนและระบบการแก้ไขปัญหาของผู้ประกันตน ซื้อร้องเรียนที่เกิดจากการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน

1. ผู้รับความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ที่มีประจำทุกจุดให้บริการ
2. การเขียนบันทึกและการร้องเรียนโดยตรงต่อสำนักงานผู้อำนวยการ สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานบริการสุขภาพและประกันสังคม เวชกรรมสังคม งานผู้ป่วยนอก งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประชาสัมพันธ์ และกลุ่มการพยาบาล
3. แผนกผู้ป่วยนอก มอบหมายพยาบาลผู้ประสานงานผู้ป่วยนอก ทำหน้าที่เดิน Round เพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหา
4. แผนกผู้ป่วยใน
  - 4.1 มีการตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยเป็นระยะในแต่ละเวร
  - 4.2 การ Quick Round หอผู้ป่วยหลังรับเวร 15 นาที เพื่อรับข้อมูลเชิงรุก

4.14 สิทธิพิเศษสำหรับผู้ประกันตนที่เลือกสถานพยาบาลหลักเป็น โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ผู้ประกันตนที่เลือกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก จะได้รับสิทธิพิเศษ ดังนี้

1. ผู้ประกันตนที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจะได้พักในห้องพิเศษคู่ (หอผู้ป่วยพิเศษ 2) (ติดเครื่องปรับอากาศ) โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย กรณีถ้าหอผู้ป่วยพิเศษ 2 เต็ม จะรับไว้ที่หอผู้ป่วยสามัญก่อนในเบื้องต้น โดยทั้งนี้ เป็นไปตามระเบียบการรับผู้ป่วยของหอผู้ป่วยพิเศษ 2 และถ้าสามารถย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษได้ จะจัดหอผู้ป่วยพิเศษ 3 สำรองไว้
2. การรับบริการด้านทันตกรรม ตามข้อกำหนดของสำนักงานประกันสังคม คือ ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน ไม่จำกัดจำนวนครั้ง และวงเงินค่ารักษาพยาบาล คลินิกเครือข่ายประกันสังคม โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง ศูนย์แพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
3. คลอดบุตร และฝากครรภ์ คลินิกเครือข่ายประกันสังคม โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง ศูนย์แพทย์ และสถานอนามัยทุกแห่งของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

4.15 ระบบสถานพยาบาลเครือข่ายสำหรับบริการผู้ประกันตน

เพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับความสะดวก และรวดเร็ว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจึงจัดสถานพยาบาลเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ไว้รองรับการให้บริการของผู้ประกันตน ดังนี้

1. โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลเสนา
2. โรงพยาบาลชุมชน 14 แห่ง คือ

- 2.1 โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชฯ
- 2.2 โรงพยาบาลบางปะอิน
- 2.3 โรงพยาบาลบางไทร
- 2.4 โรงพยาบาลมหาราช
- 2.5 โรงพยาบาลภาชี
- 2.6 โรงพยาบาลท่าเรือ
- 2.7 โรงพยาบาลวังน้อย
- 2.8 โรงพยาบาลผักไห่
- 2.9 โรงพยาบาลบางบาล
- 2.10 โรงพยาบาลลาดบัวหลวง
- 2.11 โรงพยาบาลบ้านแพรก
- 2.12 โรงพยาบาลอุทัย
- 2.13 โรงพยาบาลบางซ้าย
- 2.14 โรงพยาบาลบางปะหัน
3. ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา 4 แห่ง คือ
  - 3.1 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา (วัดอินทาราม)
  - 3.2 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา (ป้อมเพชร)
  - 3.3 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยา (วัดตึก)
  - 3.4 ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครนครศรีอยุธยา
4. ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว
5. คลินิกตรวจโรค 1 แห่ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา)
6. สถานีนอนมัย 206 แห่งใน 16 อำเภอ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
7. คลินิกเอกชนที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายประกันสังคมของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

24 แห่ง คือ

- 7.1 สหเวชโพธิ์คลินิก
- 7.2 สุรางค์คลินิกเวชกรรม
- 7.3 สมชัยสหคลินิกเวชกรรม
- 7.4 ไชยยศ – กิตติยา คลินิก
- 7.5 คลินิกหมอประสิทธิ์
- 7.6 คลินิกหมอเนาวรัตน์ – โชคชัย

- 7.7 คลินิกหมอวิวัฒน์
- 7.8 เวชกรรมเลิศชัย โพลีคลินิก
- 7.9 แพทย์ณัฐพลคลินิก
- 7.10 คลินิกลาดบัวหลวงการแพทย์
- 7.11 เจ้าพรหมคลินิกแพทย์ (คลินิกหมอณรงค์)
- 7.12 คลินิกหมอสามารถ
- 7.13 คลินิกหมอดวงพรเวชกรรม
- 7.14 คลินิกเวชกรรมหมอสุรัชย์ – หมอชาตรี
- 7.15 สหคลินิกแพทย์สุวิทย์ – เกศินี เวชกรรม
- 7.16 คลินิกสูติแพทย์
- 7.17 คลินิกแพทย์ภัทรวดี – กิติชัย
- 7.18 คลินิกวิวัฒน์การแพทย์
- 7.19 คลินิกอายุรกรรมหมอกาญจน์
- 7.20 คลินิกแพทย์วุฒิสักดิ์
- 7.21 สหคลินิกหมอธวัชชัย – พัชรา
- 7.22 อุทัยโพลีคลินิก
- 7.23 คลินิกหมอรติพงษ์ (แก้ว)
- 7.24 หมอวราห์ – หมอกมลชนก คลินิก

4.16 นโยบายของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์ มีการดำเนินการเพื่อรับรองคุณภาพ เช่น การทำ Hospital Accreditation การรับรองด้วยมาตรฐาน ISO 9000 โดยโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ได้รับการรับรองคุณภาพ (Hospital Accreditation) จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 9 มีนาคม พ.ศ. 2548 (โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, 2550 : รายงานประจำปี พ.ศ. 2550)

## 5. ความรู้เกี่ยวกับหลักกฎหมายประกันสังคม

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2533 กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป และ ในภายหลังได้ขยายออกไปเป็นสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2536 และขยายไปยังสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2545 เป็นต้นมา (สำนักงานประกันสังคมจังหวัดพระนครศรีอยุธยา, 2550 :12-18)

ตามกฎหมายประกันสังคมได้แบ่งประเภทของผู้ประกันตนออกเป็น 2 ประเภท คือ

### 5.1 ผู้ประกันตนโดยบังคับ

ลูกจ้างเป็นผู้ประกันตนโดยบังคับตามกฎหมายประกันสังคมผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2538 เป็นต้นไป กำหนดให้ลูกจ้างที่จะเริ่มเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ (มาตรา 33 วรรค 1) ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายคุ้มครองแรงงานซึ่งห้ามใช้แรงงานเด็ก สำหรับลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนอยู่ก่อนวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2538 แม้จะมีอายุต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์ หรือเกิน 60 ปีบริบูรณ์ ก็ยังคงเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายต่อไป ส่วนลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ประกันตนอยู่แล้ว แม้จะอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ แต่ยังคงเป็นลูกจ้างซึ่งอยู่ในบังคับของกฎหมายประกันสังคมนี้ ให้ถือว่าลูกจ้างนั้นเป็นผู้ประกันตนต่อไป (มาตรา 33 วรรค 2) อย่างไรก็ตาม นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปนั้นมีหน้าที่จะต้องขึ้นทะเบียนประกันสังคมกับสำนักงานประกันสังคมในท้องที่สถานประกอบการของนายจ้างตั้งอยู่โดยไม่มีข้อกำหนดเกี่ยวกับอายุลูกจ้าง แต่การขึ้นทะเบียนดังกล่าวกำหนดเฉพาะที่มีคุณสมบัติเท่านั้น คือมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี บริบูรณ์ และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์

### 5.2 ผู้ประกันตนโดยสมัครใจ

ผู้ประกันตนโดยสมัครใจอาจแยกได้ออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนโดยบังคับ (มาตรา 39) และบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ลูกจ้าง (มาตรา 40) พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (สำนักงานประกันสังคม, 2550 : 47)

1. ผู้ที่เคยเป็นผู้ประกันตนโดยบังคับ หมายถึง ลูกจ้างที่ได้เคยเป็นผู้ประกันตนโดยกฎหมายบังคับซึ่งจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน และต่อมากลายเป็นผู้ประกันตนได้สิ้นสุดลง ถ้าประสงค์จะเป็นผู้ประกันตนต่อไป ให้แสดงความจำนงต่อสำนักงานประกันสังคมที่ประสงค์จะจ่ายเงินสมทบตามแบบแสดงความจำนงของผู้ประกันตนตามมาตรา 39 (แบบ สปส. 1-20) ทั้งนี้ภายใน 6 เดือน นับตั้งแต่วันสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตน โดยต้องจ่ายเงินสมทบในอัตราเดือนละ 432 บาท (ปี พ.ศ. 2550)

2. บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ลูกจ้าง หมายถึง ผู้ประกันตนซึ่งไม่ใช่ลูกจ้าง คือผู้ที่ประกอบอาชีพอิสระที่สมัครเป็นผู้ประกันตน หรือเรียกว่าเป็นผู้ประกันตน ตามมาตรา 40

ส่วนลูกจ้างที่ไม่อยู่ในข่ายบังคับตามพระราชบัญญัติประกันสังคม มีดังนี้

- 2.1 ข้าราชการและลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายวันและรายชั่วโมงของส่วนราชการ
- 2.2 ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศ หรือ องค์การระหว่างประเทศ
- 2.3 ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศ และ ไปประจำทำงานในต่างประเทศ
- 2.4 ครูหรือครูใหญ่ และลูกจ้างของโรงเรียนเอกชน

2.5 นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิต นักศึกษา หรือ แพทย์ฝึกหัดซึ่งเป็นลูกจ้างของโรงเรียน มหาวิทยาลัย หรือ โรงพยาบาล

2.6 ลูกจ้างของสหประชาชาติ

2.7 ลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจ

2.8 ลูกจ้างของกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และ เลี้ยงสัตว์ ที่มีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปี และ ไม่มีงานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย

2.9 ลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างครั้งคราว หรือ เป็นไปตามฤดูกาล

2.10 ลูกจ้างงานบ้านซึ่งไม่มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย

2.11 ลูกจ้างของสถาบันวิจัยจุฬาภรณ์

#### 4.18 สิทธิของผู้ประกันตน

เมื่อขึ้นทะเบียนประกันสังคมแล้ว ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับบัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลจากสำนักงานประกันสังคม และเมื่อประสบเคราะห์ภัย หรือเข้ากรณีที่จะได้รับความคุ้มครองโดยปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดไว้แล้ว ผู้ประกันตนย่อมมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนต่าง ๆ ตามกฎหมาย ดังนี้

##### 1. กรณีเจ็บป่วย

ได้รับการรักษาพยาบาล โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เมื่อเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิหรือเครือข่ายของสถานพยาบาลนั้น และได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ร้อยละ 50 ของค่าจ้าง โดยได้รับตามที่หยุดงานจริงตามคำสั่งแพทย์ แต่ไม่เกิน 90 วันต่อครั้ง และไม่เกิน 180 วันต่อปี เว้นแต่ ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ไม่เกิน 365 วัน

หลักฐานที่ต้องใช้เมื่อไปรับการรักษาพยาบาล

1. บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้ออกให้

2. บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่น ที่ทางราชการออกให้ซึ่งมีรูปถ่ายด้วย

หากไม่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ระบุไว้ตามบัตรฯ จะรักษาที่อื่นได้โดย ผู้ประกันตนจะเข้ารับการรักษาได้ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้น โดยมีเหตุผลอันสมควร

1. กรณีประสบอันตราย คือ การพบกับเหตุการณ์หรืออุบัติเหตุที่ทำให้บาดเจ็บ อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ โรคหรืออาการของโรคซึ่งเกิดขึ้น โดยเฉียบพลัน ที่มีลักษณะรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเป็นการด่วน

ถ้าเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นและผู้ประกันตนได้ทดลองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน สามารถเบิกคืนจากสำนักงานประกันสังคมในอัตราที่กำหนดดังนี้

2.1 เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ ไม่ว่ากรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเบิกได้ดังนี้

(1) ผู้ป่วยนอก สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง ยกเว้น ค่าห้องและค่าอาหารเบิกได้ไม่เกินวันละ 700 บาท

(2) ผู้ป่วยใน สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง ยกเว้น ค่าห้องและค่าอาหารเบิกได้ไม่เกินวันละ 700 บาท

กรณีประสบอันตราย ผู้ประกันตนสามารถขอรับค่าบริการทางการแพทย์คืนได้ โดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้ประกันตนสามารถขอรับค่าบริการทางการแพทย์คืนได้ ประเภทผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในประเภทละไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี

2.2 เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชน ไม่ว่ากรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถเบิกได้ดังนี้

(1) กรณีผู้ป่วยนอก

1. สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท

2. สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงเกิน 1,000 บาทได้

หากมีการตรวจรักษาตามรายการในประกาศ ฯ ดังนี้ การให้เลือดหรือส่วนประกอบของเลือด การฉีดสารต่อต้านพิษจากเชื้อบาดทะยัก การฉีดวัคซีนหรือเซรุ่มป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเฉพาะเข็มแรก การตรวจอัลตราซาวด์ กรณีที่มีภาวะฉุกเฉินเฉียบพลันในช่องท้อง การตรวจด้วย CT-SCAN หรือ MRI จ่ายตามเงื่อนไขที่กำหนด การขูดมดลูกกรณีตกเลือดหลังคลอดหรือตกเลือดจากการแท้งบุตร ค่าพินคินซีฟ และกรณีที่มีการสังเกตอาการในห้องสังเกตอาการตั้งแต่ 3 ชั่วโมงขึ้นไป

(2) กรณีผู้ป่วยใน

1. ค่ารักษาพยาบาล กรณีที่ไม่ได้รักษาในห้อง ICU เบิกได้ไม่เกินวันละ 2,000 บาท

2. ค่าห้องและค่าอาหารไม่เกินวันละ 700 บาท

3. ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาล กรณีที่รักษาในห้อง ICU เบิกได้ ไม่เกินวันละ 4,500 บาท



4. กรณีที่มีความจำเป็นต้องผ่าตัดใหญ่ เบิกได้ไม่เกินครั้งละ 8,000 – 16,000 บาท ตามระยะเวลาการผ่าตัด
5. ค่าพินคินซีฟรวมค่ายาและอุปกรณ์ เบิกได้ไม่เกิน 4,000 บาท
6. ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและหรือเอกซเรย์เบิกได้ในวงเงินไม่เกินรายละ 1,000 บาท
7. กรณีมีความจำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยพิเศษ ได้แก่ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง การตรวจคลื่นสมอง การตรวจอัลตราซาวด์
8. การสวนเส้นเลือดหัวใจและเอกซเรย์ การส่องกล้องการตรวจด้วยการฉีดสี การตรวจด้วย CT-SCAN หรือ MRI จ่ายตามเงื่อนไขที่กำหนด

กรณีมีความจำเป็น ต้องรับหรือส่งตัวผู้ป่วยไปตรวจวินิจฉัยหรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่นภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมง สามารถเบิกค่าพาหนะตามอัตรา ดังนี้

1. ภายในเขตจังหวัดเดียวกัน สำหรับค่ารถพยาบาลหรือเรือพยาบาล จ่ายตามจำนวนเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง และ 300 บาทต่อครั้ง สำหรับพาหนะรับจ้างหรือส่วนบุคคล
2. ในกรณีข้ามเขตจังหวัด จ่ายเพิ่มจากกรณีภายในเขตจังหวัดเดียวกันอีกตามระยะทางกิโลเมตรละ 6 บาท (ตามระยะทางกรมทางหลวง)

เมื่อผู้ประกันตนเข้ารับการรักษา ในสถานพยาบาลอื่น ผู้ประกันตนหรือญาติหรือผู้เกี่ยวข้องจะต้องรีบแจ้งให้โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ทราบโดยด่วน เพื่อจะได้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อไป สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นก่อนการแจ้งให้โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ ทราบ สำนักงานประกันสังคมจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายใน 3 วัน (72 ชั่วโมง) ตามประเภทและอัตราที่ประกาศกำหนด ส่วนค่าใช้จ่ายที่เกินอยู่ในความรับผิดชอบของสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิฯ นับตั้งแต่วันที่สถานพยาบาลตามบัตรฯ ได้รับแจ้ง

กรณีไม่มีบัตรรับรองสิทธิฯ สำหรับผู้ประกันตนที่จ่ายเงินสมทบครบเงื่อนไขเวลา ก่อให้เกิดสิทธิแล้ว แต่ยังไม่มียบัตรรับรองสิทธิฯ สามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลได้ กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐ สามารถเบิกค่าบริการทางแพทย์ได้เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของเอกชน สามารถเบิกค่าบริการทางการแพทย์ได้ตามประกาศฯ กำหนด

### 3. กรณีทันตกรรม

กรณีทันตกรรมจะได้สิทธิ ดังนี้

3.1. กรณีถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน ได้รับค่าบริการทางการแพทย์ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกิน 250 บาทต่อครั้ง และไม่เกิน 500 บาทต่อปี

3.2. กรณีใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ฐานอคริลิก จะได้รับค่าบริการทางการแพทย์ และค่าฟันเทียมเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นในวงเงินไม่เกิน 1,400 บาท ภายในระยะเวลา 5 ปี นับแต่วันที่ใส่ฟันเทียม ดังนี้ 1) 1-5 ซี่ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกิน 1,200 บาท 2) มากกว่า 5 ซี่ เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกิน 1,400 บาท

โรคที่ไม่อยู่ในข่ายคุ้มครอง (โรคที่ยกเว้นการรักษาฟรี)

1. โรคจิต ยกเว้นกรณีเฉียบพลัน ซึ่งต้องทำการรักษาในทันที และระยะเวลาของรักษาไม่เกิน 15 วัน

2. โรคหรือการประสบอันตราย อันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

3. โรคเดียวกันที่ต้องใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ใน ระยะเวลาเกิน 180 วัน ใน 1 ปี

4. การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hem dialysis) ยกเว้น

4.1 กรณีไตวายเฉียบพลัน ที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน ให้มีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์

4.2 กรณีเจ็บป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายให้มีสิทธิได้รับการบริการทางการแพทย์ โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และอัตราที่กำหนดในประกาศ สำนักงานประกันสังคม

5. การกระทำใด ๆ เพื่อความงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

6. การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

7. การรักษาภาวะมีบุตรยาก

8. การตรวจเนื้อเยื่อ เพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ ยกเว้น

การปลูกถ่ายไขกระดูก

9. การตรวจใด ๆ ที่เกินความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น ๆ

10. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ

11. การเปลี่ยนเพศ

12. การผสมเทียม

13. การบริการระหว่างพักรักษาตัวแบบพักฟื้น

14. ทันตกรรม ยกเว้น กรณีอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน

15. แว่นตา และ เลนส์เทียม ยกเว้นการผ่าตัดใส่เลนส์เทียมในลูกตา ให้จ่ายเป็นค่าเลนส์เทียมในอัตราข้างละ 4,000 บาท

## 2. กรณีคลอดบุตร

ผู้ประกันตนหญิง ซึ่งจ่ายเงินสมทบในส่วนของกรณีคลอดบุตรมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนวันคลอดบุตรมีสิทธิได้รับค่าคลอดบุตร เหมาจ่ายครั้งละ 12,000 บาท และเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรเหมาจ่ายในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นระยะเวลา 90 วัน

ผู้ประกันตนชาย ซึ่งจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือน มีสิทธิได้รับค่าคลอดบุตร เหมาจ่ายครั้งละ 12,000 บาท สำหรับภรรยาที่จดทะเบียนสมรสหรือหญิงที่อยู่กินกันฉันสามีภรรยา โดยเปิดเผยแต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับค่าคลอดบุตรคนละ 2 ครั้ง

สำหรับกรณีที่สามีและภรรยาเป็นผู้ประกันตนทั้งคู่ ให้ใช้สิทธิในการเบิกค่าคลอดบุตรรวมกันไม่เกิน 4 ครั้ง โดยบุตรที่นำมาใช้สิทธิเบิกค่าคลอดบุตรแล้ว ไม่สามารถนำมาขอรับค่าคลอดบุตรได้อีก

## 3. กรณีทุพพลภาพ

ผู้ประกันตน ซึ่งจ่ายเงินสมทบในส่วนของกรณีทุพพลภาพมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน ระยะเวลา 15 เดือน ก่อนวันที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดให้เป็นผู้ทุพพลภาพ มีสิทธิได้รับ

3.1 ได้รับเงินทดแทนขาดรายได้ เป็นรายเดือนตลอดชีวิต ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้าง

3.2 ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท

3.3 ได้รับค่าใช้จ่ายในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ทุพพลภาพทางร่างกาย จิตใจ และอาชีพ ตามประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ อัตราค่าฟื้นฟูของผู้ทุพพลภาพเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น ไม่เกิน 40,000 บาทต่อราย

3.4 ผู้ประกันตนที่ทุพพลภาพตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม 2538 เป็นต้นไป หากเสียชีวิต จะได้รับค่าทำศพ และเงินสงเคราะห์กรณีเสียชีวิตเช่นเดียวกับกรณีเสียชีวิต

## 4. กรณีเสียชีวิต

ผู้ประกันตน ซึ่งจ่ายเงินสมทบมาในส่วนของกรณีเสียชีวิต มาแล้วไม่น้อยกว่า 1 เดือน ภายในระยะเวลา 6 เดือน ก่อนเสียชีวิต สำนักงานประกันสังคมจ่ายประโยชน์ทดแทน ดังนี้

#### 4.1 ค่าทำศพ

เป็นเงิน 40,000 บาท จ่ายให้ผู้จัดการศพ ผู้จัดการศพ คือ บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้เป็นผู้จัดการศพ หรือ คู่สมรส บิดา มารดา หรือบุตรของผู้ประกันตน หรือบุคคลอื่น ซึ่งมีหลักฐานแสดงว่าเป็นผู้จัดการศพผู้ประกันตน

#### 4.2 เงินสงเคราะห์

จ่ายให้บุคคลซึ่งผู้ประกันตนทำหนังสือระบุให้รับสิทธิ หรือ ญาติจ่ายให้กับทายาทของผู้ประกันตน ตามระยะเวลาการจ่ายเงินสมทบของผู้ประกันตนก่อนเสียชีวิตดังนี้

1. ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมาแล้ว ตั้งแต่ 36 เดือน ขึ้นไป จะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้างประมาณหนึ่งเดือนครึ่ง

2. ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบมาแล้ว 10 ปี ขึ้นไป จะได้รับเงินสงเคราะห์เท่ากับค่าจ้างประมาณ 5 เดือน

#### 5. กรณีสงเคราะห์บุตร

เงื่อนไขการเกิดสิทธิ จะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 12 เดือน ภายในระยะเวลา 36 เดือน ก่อนเดือนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 หรือ มาตรา 39 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (สำนักงานประกันสังคม, 2550 : 44)

ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร เงินสงเคราะห์บุตรเหมาจ่ายเดือนละ 350 บาท ต่อบุตรหนึ่งคน

เงื่อนไขของบุตรที่ได้รับการสงเคราะห์ เงินสงเคราะห์บุตรสำหรับบุตรโดยชอบด้วยกฎหมาย ซึ่งมีอายุไม่เกิน 6 ปี บริบูรณ์ จำนวนคราวละไม่เกิน 2 คน ( บุตรโดยชอบด้วยกฎหมายดังกล่าว ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม หรือ บุตรซึ่งได้ ยกให้เป็นบุตรบุญธรรมของบุคคลอื่น )

ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร สำหรับบุตรที่มีอายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ เว้นแต่ผู้ประกันตนเป็นผู้ทุพพลภาพหรือเสียชีวิต ในขณะที่บุตรมีอายุไม่เกิน 6 ปีบริบูรณ์ จะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนต่อจนอายุ 6 ปีบริบูรณ์

#### หลักเกณฑ์การใช้สิทธิ

1. ในกรณีที่บิดามารดาเป็นผู้ประกันตน ให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนเพียงฝ่ายเดียว

2. ผู้ประกันตนมีสิทธิขอรับประโยชน์ทดแทน สำหรับบุตรคราวละไม่เกิน 2 คน โดยนับลำดับการเกิดก่อนหลัง

3. เมื่อผู้ประกันตนมีการจดทะเบียนหย่า หรือแยกกันอยู่ และบุตรอยู่ในอุปการะของผู้ประกันตนฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ฝ่ายนั้นมีสิทธิรับประโยชน์ทดแทน

4. ในกรณีที่ผู้ประกันตนชายไม่ได้จดทะเบียนสมรส การขอรับประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรสามารถทำได้ 3 วิธี คือ

4.1 จดทะเบียนสมรส

4.2 จดทะเบียนรับรองบุตร (ตามที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์)

4.3 ยื่นเรื่องต่อศาลให้พิพากษารับรองบุตร

#### 6. กรณีชราภาพ

เงื่อนไขการเกิดสิทธิเงินบำนาญชราภาพ จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 180 เดือน ไม่ว่าระยะเวลา 180 เดือน จะติดต่อกันหรือไม่ก็ตาม และมีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์ และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง

เงื่อนไขการเกิดสิทธิเงินบำเหน็จชราภาพ จ่ายเงินสมทบไม่ครบ 180 เดือน และ ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลง และมีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์ หรือเป็นผู้ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต

#### 6.1 เงินบำเหน็จชราภาพ

1. กรณีจ่ายเงินสมทบต่ำกว่า 12 เดือน ให้จ่ายเงินบำเหน็จชราภาพเท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจ่าย สมทบเข้ากองทุน

2. กรณีจ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป ให้จ่ายเงินบำเหน็จชราภาพเท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนและนายจ้างจ่ายสมทบเข้ากองทุนพร้อมผลประโยชน์ตอบแทนตามที่สำนักงานประกันสังคมกำหนด

#### 7. กรณีว่างงาน

ประโยชน์ทดแทนจะจ่ายให้เมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนการว่างงานและต้องเป็นผู้ที่อยู่ในเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด ซึ่งจะจ่ายให้ตั้งแต่วันที่ปลดนับแต่วันว่างงานจากการทำงานกับนายจ้างรายสุดท้าย จากหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวง มาตรา 78-79 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (สำนักงานประกันสังคม, 2550 : 45)

#### 7.1 ความสิ้นสุดของผู้ประกันตน

ความสิ้นสุดของผู้ประกันตนอาจแยกพิจารณาได้ 2 กรณีตามประเภทของผู้ประกันตน คือ กรณีผู้ประกันตนโดยบังคับ มาตรา 38 วรรค 1 และผู้ประกันตนโดยสมัครใจ มาตรา 39 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 (สำนักงานประกันสังคม, 2550 : 45)

### 1. ความสิ้นสุดของผู้ประกันตนโดยบังคับ

ผู้ประกันตนที่เป็นลูกจ้างตามกฎหมายกำหนดให้ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงเมื่อเสียชีวิตหรือสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้าง กรณีสิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างนี้ยังได้รับความคุ้มครองในสิทธิประโยชน์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย กรณีทุพพลภาพ กรณีคลอดบุตร และกรณีเสียชีวิตต่อไปอีก 6 เดือน นับแต่วันที่สิ้นสภาพการเป็นลูกจ้างหากผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบครบตามระยะเวลาที่ ก่อให้เกิดสิทธิ มาตรา 38 วรรค 2 นอกจากนี้ยังมีสิทธิสมัครเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจได้

### 2. ความสิ้นสุดของผู้ประกันตนโดยสมัครใจ

ผู้ประกันตนที่เป็นลูกจ้างตามกฎหมายกำหนดให้ความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงเมื่อ 1) เสียชีวิต 2) ได้เป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 33 อีก คือ มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ แต่ยังเป็นลูกจ้างของนายจ้างซึ่งอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายประกันสังคม 3) ลาออกจากความเป็นผู้ประกันตนโดยแสดงความจำนงต่อสำนักงานประกันสังคมตามแบบแจ้งสิ้นสุดความเป็นผู้ประกันตนโดยสมัครใจ (แบบ สปส 1-21) 4) ไม่ส่งเงินสมทบ 3 เดือนติดต่อกัน 5) ภายในระยะเวลา 12 เดือน ส่งเงินสมทบมาแล้วไม่ครบ 9 เดือน

โดยสรุป แนวคิดและหลักกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิของผู้ใช้แรงงาน แนวคิดนี้ได้เสนอในเรื่องของกฎหมายไทยที่คุ้มครองสิทธิของผู้ใช้แรงงาน โดยเป็นแนวคิดที่โยงไปถึงเรื่องของสิทธิมนุษยชน ที่ผู้ใช้แรงงานทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับเท่าเทียมกัน เป็นการตระหนักถึงความสำคัญของผู้ใช้แรงงาน รวมถึงเป็นการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น โดยสิทธิของผู้ใช้แรงงานที่จะได้รับอย่างชอบธรรมตามกฎหมาย ซึ่งมีความครอบคลุมในหลายส่วน เช่น ในเรื่องของค่าจ้างตอบแทนในการทำงาน การได้รับสวัสดิการตามกฎหมายการได้รับการปฏิบัติจากนายจ้างอย่างเสมอภาคกัน นอกจากนี้ยังรวมถึงในเรื่องของการได้รับคุ้มครองตามกฎหมายแรงงานและกฎหมายประกันสังคม

## 6. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ประกันตนตามโครงการประกันสังคมต่อการให้บริการของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการกำหนดแนวคิดในการศึกษา โดยจะนำเสนอหัวข้อ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับ

### 6.1 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความพึงพอใจมีทั้งความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ความพึงพอใจของผู้บริโภคเมื่อได้รับสินค้าหรือบริการ ฯลฯ โดยมีผู้ให้ความหมายและแนวคิดไว้ พอสรุปได้ดังนี้

กฤษณ์กมล กมลลาศน์ (2546 : 17) ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจไว้ว่า ความพึงพอใจคือ การที่มีความรู้สึกดี เมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล โดยอาจแบ่งตามปัจจัยที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจได้ 2 แบบ คือ ความพึงพอใจที่เกิดจากปัจจัยเบื้องต้น ได้แก่ ความพึงพอใจที่ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค และความพึงพอใจที่เกิดจากปัจจัยระดับสูง ได้แก่ ความพึงพอใจที่ได้รับการตอบสนองความรู้สึกภายใน เช่น ความรู้สึกรัก ชอบ โกรธเกลียด เป็นต้น

ความพึงพอใจอาจวัดได้ดังที่มีพิลเลต (Millet. 1954 :19)กล่าวไว้ว่า การวัดความพึงพอใจที่มีต่อการบริการ สามารถวัดได้ดังนี้

1. การใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นวิธีการที่นิยมใช้กันแพร่หลายวิธีหนึ่ง โดยการขอรับรองหรือขอความร่วมมือจากกลุ่มบุคคลที่ต้องการแสดงความคิดเห็นลงในแบบฟอร์มที่กำหนดคำตอบไว้ให้เลือกตอบหรือเป็นคำตอบอิสระ โดยคำถามที่ถามอาจจะถามถึงความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ที่หน่วยงานกำลังให้บริการอยู่ เช่น ลักษณะของการให้บริการ สถานที่ให้บริการ ระยะเวลาในการให้บริการ เป็นต้น

2. การสัมภาษณ์ เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการที่จะได้ทราบถึงระดับความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการ ซึ่งเป็นวิธีการที่ต้องอาศัยเทคนิคและความชำนาญพิเศษของผู้สัมภาษณ์ที่จะจงใจให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบคำถามให้ตรงกับข้อเท็จจริง การวัดความพึงพอใจโดยวิธีสัมภาษณ์นับว่าเป็นวิธีการที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพมากอีกวิธีหนึ่ง

3. การสังเกต เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะได้รับทราบถึงระดับความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการได้โดยวิธีการสังเกตจากพฤติกรรมทั้งก่อนมารับบริการ ขณะขอรับบริการและหลังจากการได้รับบริการแล้ว เช่น การสังเกตกิริยาท่าทาง การพูด สีหน้า และความถี่ของการมาขอรับบริการ เป็นต้น การวัดความพึงพอใจโดยวิธีผู้วัดจะต้องกระทำอย่างจริงจังและมีแบบแผนที่แน่นอน จึงจะสามารถประเมินถึงระดับความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการได้อย่างถูกต้อง

ดวงตะวัน พงษ์รูป (2549 : 35) กล่าวว่า ความพึงพอใจ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อได้รับในสิ่งที่ต้องการตามความคาดหวัง หรือเป็นสภาพความรู้สึกหรือทัศนคติที่ดีของบุคคลที่มีต่อการใช้บริการตามที่คาดหวังมากกว่าที่คาดหวังหรือน้อยกว่าที่คาดหวังอาจเปลี่ยนแปลงได้โดยขึ้นกับระยะเวลา หรือสภาพแวดล้อม โดยที่บุคคลในที่นี้ หมายถึง ผู้ใช้บริการ

คอตเลอร์ (Kotler. 2000 : 259) ให้แนวคิดเรื่องความพึงพอใจของลูกค้า ไว้ว่าความพึงพอใจเป็นความรู้สึกหลังการซื้อของบุคคลหรือลูกค้า ซึ่งเป็นผลมาจากการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ต่อการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ หรือประสิทธิภาพของสินค้า (Perceived performance) กับการให้บริการที่ลูกค้าคาดหวังให้ โดยถ้าผลที่ได้รับจากสินค้า หรือบริการต่ำกว่าความคาดหวังของลูกค้าทำให้ลูกค้าเกิด

ความไม่พึงพอใจแต่ถ้าระดับของผลที่ได้รับจากสินค้า หรือบริการตรงกับความคาดหวังของลูกค้าจะทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจ (Satisfied customer) และถ้าผลที่ได้รับจาก สินค้า หรือบริการสูงกว่าความคาดหวังที่ลูกค้าตั้งไว้ ก็จะทำให้ลูกค้าเกิดความประทับใจ (Delighted customer)

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2546 : 90) กล่าวว่า ความพึงพอใจของลูกค้า (Customer satisfaction) เป็นความรู้สึกของลูกค้าว่าพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการเปรียบเทียบระหว่างการรับรู้ในการทำงานของผลิตภัณฑ์กับความคาดหวังของลูกค้า ถ้าผลลัพธ์ของผลิตภัณฑ์ ต่ำกว่าความคาดหวังลูกค้าก็จะไม่พึงพอใจ ถ้าผลการทำงานของผลิตภัณฑ์เท่ากับความคาดหวังของลูกค้าจะเกิดความพึงพอใจ และถ้าผลการทำงานของผลิตภัณฑ์เท่ากับความคาดหวังลูกค้าจะเกิดความพึงพอใจอย่างยิ่ง

เฟรช (French, 1964 : 28-31) ให้ความเห็นว่า การที่คนทำงาน ลูกจ้างในหน่วยงานหรือองค์กรใดจะบังเกิดความพึงพอใจในงานของเขาหรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับคุณประโยชน์ของเขาเองว่างานที่เขาทำนั้น โดยส่วนรวมแล้วได้สนองความต้องการในด้านต่าง ๆ เพียงไร และได้จำแนกปัจจัยต่าง ๆ ที่สนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ของคนงานและลูกจ้างที่จะพึงก่อให้เกิดความพึงพอใจไว้ดังนี้

1. มีความมั่นคงในอาชีพ
  2. เงินเดือนหรือค่าจ้างที่เป็นธรรม หรือเป็นไปตามหลักงานมากเงินมาก
  3. การควบคุมบังคับบัญชาที่ดี หมายถึง ผู้บริหารมีใจเป็นธรรม และมีหลักมนุษยสัมพันธ์
  4. สวัสดิการและประโยชน์เกื้อกูลที่ดี
  5. เงื่อนไขการทำงานที่ดี
  6. มีโอกาสก้าวหน้า ได้เลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง ขึ้นค่าจ้างเงินเดือน หรือเพิ่มพูนคุณวุฒิ
- สรุปได้ว่าความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการจะเกิดจากการได้รับการตอบสนองจากปัจจัยพื้นฐาน และจากการได้รับการตอบสนองจากความรู้สึกภายใน ทำให้เกิดความสุขทั้งทางกายและทางจิตใจ โดยจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับในสิ่งที่ต้องการตามความคาดหวัง หรือเป็นสภาพความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อการใช้บริการ โดยถ้าผลที่ได้รับจากการบริการต่ำกว่าความคาดหวัง จะก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ แต่ถ้าสูงกว่าความคาดหวัง ก็จะก่อให้เกิดความประทับใจ ซึ่งสามารถวัดความพึงพอใจได้จาก แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสังเกต เพื่อสามารถประเมินระดับความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการได้อย่างถูกต้อง

## 6.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการ

จำเป็นอย่างยิ่งที่องค์กรต่าง ๆ ที่ให้บริการต้องให้ความสำคัญกับผู้ให้บริการ หรือผู้มารับบริการ โดยการค้นหาความต้องการที่แท้จริง เพื่อกำหนดแนวทางการบริการที่ถูกต้อง



ผู้ใช้บริการซึ่งนับได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการบริการ เนื่องจากว่าเป้าหมายสูงสุดของการบริการก็คือ การสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการ กิจกรรมบริการใดทำได้ก็ถือว่าเป็นประสบความสำเร็จก้าวหน้า มีความมั่นคงในการดำเนินการ นอกจากนี้การศึกษาความพึงพอใจของผู้มาใช้บริการจึงก่อให้เกิดคุณค่าทั้งในแง่ของการสร้างและรักษาความพึงพอใจของบุคคลต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการทั้งในฐานะของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งมีผู้ให้แนวคิดไว้ สรุปได้ดังนี้

วีเบอร์ (Weber. 1994 : 23 กล่าวใน นุชบา เชื้อวงศ์. 2545 : 16) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับการให้บริการว่า การจะให้บริการมีประสิทธิภาพ และประโยชน์ต่อประชาชนมากที่สุด คือการให้บริการโดยไม่คำนึงถึงตัวบุคคล หรือเป็นการให้บริการที่ปราศจากอารมณ์ ไม่มีความชอบเป็นพิเศษ ทุกคนได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน ตามหลักเกณฑ์เมื่อมีอยู่ในสภาพที่เหมือนกัน

มิลเลท (Millet. 1954 : 196 กล่าวใน อรรถนุรักษ์. 2550 : 46) ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับความพึงพอใจในการให้บริการ (Satisfactory services) หรือความสามารถในการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ โดยการพิจารณาจากองค์ ประกอบ 5 ด้านดังนี้ คือ

1. การให้บริการอย่างเสมอภาค (Equitable services) หมายถึง ความยุติธรรมในการบริหารงานของรัฐที่มีฐานคติที่ว่าคนทุกคนเท่าเทียมกัน ดังนั้นประชาชนทุกคนจะได้รับการปฏิบัติในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคลที่ใช้มาตรฐานการให้บริการเดียวกัน

2. การให้บริการอย่างทันเวลา (Timely service) หมายถึง ในการบริการจะต้องมองว่าการให้บริการสาธารณะจะต้องตรงเวลา ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ จะถือว่าไม่มีประสิทธิผลเลยถ้าไม่มีการตรงต่อเวลา ซึ่งจะสร้างความไม่พึงพอใจให้แก่ประชาชน

3. การให้บริการอย่างเพียงพอ (Amble services) หมายถึง การให้บริการสาธารณะต้องมีลักษณะมีจำนวนการให้บริการและสถานที่ให้บริการเหมาะสม (The right quantity at the geographical) มิลเลทเห็นว่า ความเสมอภาค หรือการตรงต่อเวลาจะไม่มี ความหมายเลย ถ้ามีจำนวนการให้บริการที่ไม่เพียงพอ และสถานที่ตั้งที่ให้บริการสร้างความไม่ยุติธรรมให้เกิดขึ้นแก่ผู้ให้บริการ

4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous services) หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยยึดประโยชน์ของสาธารณะเป็นหลัก ไม่ใช่ยึดความพอใจของหน่วยงานที่ให้บริการว่า จะให้หรือหยุดบริการเมื่อใดก็ได้

5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive services) หมายถึง การให้บริการสาธารณะที่มีการปรับปรุงคุณภาพและผลการปฏิบัติงาน กล่าวอีกนัยหนึ่ง คือ การเพิ่มประสิทธิภาพหรือความสามารถที่จะทำหน้าที่ได้มากขึ้น โดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิม

วิทยา ด้านธำรงกุล (2547 : 52) ได้กล่าวถึงหัวใจการบริการสู่ความสำเร็จหรือที่อยู่ในสูตรสำเร็จว่า V-SERVE ซึ่งได้แก่

V คือ Vision หรือการมีวิสัยทัศน์แห่งบริการ (Service Vision) เป็นการมองการบริการจากมุมมองของผู้ใช้บริการ การยึดผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางแห่งงานบริการ การสดับรับฟังผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ การให้บริการที่สร้างประสบการณ์ที่ดีแก่ผู้ให้บริการ รวมทั้งการวางแผนบนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากการฟังเสียงของผู้ให้บริการจะนำมาซึ่งความสำเร็จให้แก่งานบริการได้

S คือ Skills หรือทักษะในงานบริการ ซึ่งพนักงานผู้ให้บริการต้องได้รับการฝึกฝนเพื่อให้การบริการที่น่าประทับใจแก่ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะการมีทักษะในการสื่อสาร ทักษะในการรับมือและจัดการกับข้อร้องทุกข์ของลูกค้า

E คือ Empathy หรือความเข้าใจผู้มาใช้บริการ ต้องเข้าใจขนาดสามารถเข้าไปนั่งในใจของผู้ใช้บริการ สามารถให้บริการอย่างแตกต่างกันเป็นรายบุคคลได้ ต้องสามารถสร้างการบริการที่เกินความคาดหวังของผู้ใช้บริการได้อยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้การบริการแบบนี้ขึ้นอยู่กับใจของผู้ให้บริการได้ที่ต้องมีการสะสมข้อมูล เพื่อการเรียนรู้ตัวตนที่แท้จริงของผู้ใช้บริการและพยายามสร้างบริการแบบเจาะจงตรงใจ

R คือ Responsiveness หรือการตอบสนองอย่างเต็มใจและรวดเร็ว ทำให้ผู้ให้บริการรู้สึกว่าผู้ให้บริการคือ เพื่อนที่ดี พร้อมจะสร้างจุดแห่งการสัมผัสในงานบริการ (touch points) ทุก ๆ จุดให้เป็นประสบการณ์ที่ดีเสมอ รวมถึงการใช้วิธีการที่ถูกต้องในการกอบกู้การบริการเมื่อเกิดความผิดพลาดใด ๆ ขึ้นกับการบริการ

V คือ Vigor หรือการสร้างความเข้มแข็งในงานบริการ บริการที่ดีเกิดจากพนักงานที่มีความเข้มแข็งทั้งกายและใจ ความเข้มแข็งดังกล่าวเริ่มต้นตั้งแต่จุดแรกคือ การคัดเลือกพนักงานบริการ การพัฒนาฝึกอบรม การจ่ายค่าตอบแทน การให้อำนาจแก่พนักงาน รวมไปถึงการมีผู้นำที่เข้มแข็งในงานบริการ และการสร้างวัฒนธรรมที่เข้มแข็งเพื่อการขับเคลื่อนบริการที่เป็นเลิศ การสร้างความเข้มแข็งนี้เกี่ยวข้องกับการบริการภายใน (Internal Service) เป็นส่วนใหญ่

E คือ Evaluation หรือการประเมินผลการบริการ เป็นการตรวจสอบว่าบริการที่ส่งมอบให้ผู้ให้บริการสร้างความสุขและความประทับใจให้ลูกค้าได้มากน้อยเพียงใด นอกจากนั้น คือ การผูกใจผู้ให้บริการหรือกับกิจการที่มีความเป็นเลิศในบริการ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขให้มีความเป็นเลิศยิ่งกว่า และการรักษาผู้ให้บริการไว้ได้อย่างยาวนาน

แคท และ เดนิส (Katz and Danet, 1973 : 5) เสนอความเห็นว่ หลักการสำคัญของการบริการผู้ให้บริการที่ควรปฏิบัติทั้งในองค์กรของรัฐบาลและเอกชน ควรยึดหลักการปฏิบัติดังนี้

1. การติดต่อเฉพาะงาน (Specificity) หมายถึง การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ใช้บริการ และหน่วยงานจะจำกัดเฉพาะเรื่องงานเท่านั้น พนักงานไม่ควรนำเรื่องส่วนตัวนอกเหนือจากหน้าที่มาเกี่ยวข้อง

2. การปฏิบัติโดยเสมอภาค เท่าเทียม (Universality) หมายความว่า พนักงานจะต้องปฏิบัติต่อลูกค้าโดยยึดหลักความเป็นธรรม ไม่ถือเอาถือเอา เช่น การให้บริการตามลำดับก่อนหลัง ใครมาก่อนได้รับบริการก่อน เป็นต้น

3. การวางตนเป็นกลาง (Affective neutrality) หมายถึง พนักงานจะต้องให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ โดยไม่เอาอารมณ์ส่วนตัวเข้ามาเกี่ยวกับงาน ปฏิบัติงานด้วยเหตุผล และใช้หลักการความถูกต้องไม่ขู่ตะคอก หรือหาเหตุชวนวิวาทกับผู้ใช้บริการ

นอกจากนี้ แคมและเดนิส ยังกล่าวอีกว่าองค์ประกอบในการพิจารณาสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ใช้บริการกับองค์กร ประกอบด้วย ปัจจัยที่ใช้การพิจารณาศึกษาสัมพันธภาพดังกล่าว มีอยู่ 3 ประการ คือ

1. องค์ประกอบจากสภาวะแวดล้อม (Environmental Factors) หมายถึง ลักษณะทางวัฒนธรรมหรือธรรมเนียมปฏิบัติทั่วไปในสังคมที่ประกอบเป็นสภาพแวดล้อมของเจ้าหน้าที่องค์กรและผู้ใช้บริการ เช่น ค่านิยม มารยาทในสังคม ฯลฯ

2. องค์ประกอบภายในองค์กร (Organizational Factors) หมายถึง ลักษณะที่เกิดขึ้นภายในองค์กรเอง เช่น เป้าหมายขององค์กร ระเบียบ คำสั่ง แนวทางในการปฏิบัติงาน ระดับของพนักงานผู้ใช้บริการ การควบคุมบังคับบัญชา ฯลฯ

3. องค์ประกอบของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการติดต่อ (Situational Factors) เช่น ช่วงเวลาที่พบปะ สภาพสถานที่ ความสนิทสนมใกล้ชิดเป็นส่วนตัว ฯลฯ

อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen. 1971 : 38) นักวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลของศูนย์บริการสุขภาพในสหรัฐอเมริกา เมื่อ ค.ศ. 1970 โดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนจำนวน 4,966 ราย พบว่า เรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุด คือความไม่สะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ซึ่ง อเดย์ และแอนเดอร์เซน ได้ชี้ถึงปัจจัยพื้นฐาน 6 ประการที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและความรู้สึกของผู้รับบริการที่ได้รับจากการบริการ มีดังนี้

1. ความสะดวกที่ได้รับจากการบริการ (Convenience) แบ่งออกเป็น

1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)

1.2 การได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความต้องการ (Availability or care when need)

1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care)

2. การประสานงานของการบริการ (Co-ordination) แบ่งออกเป็น
    - 2.1 การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่เดียวกัน (Getting all needs met as one place) คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
    - 2.2 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้รับบริการ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (Concern of doctors for overall health)
    - 2.3 แพทย์มีการติดตามผลการรักษา (Follow up care)
  3. อหยาสัยและความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอหยาสัยที่ดี ท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการ และแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้รับบริการ
  4. ข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical information) แยกเป็น 2 ประเภท คือ
    - 4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)
    - 4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้รับบริการ (Information about treatment)
 เช่น การปฏิบัติตนของผู้รับบริการ และการใช้ยา เป็นต้น
  5. คุณภาพของการบริการ (Quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้รับบริการได้รับในทัศนคติของผู้รับบริการที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล
  6. ค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมกับการบริการและไม่แพงเกินไป
- สรุปได้ว่า การบริการจะมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ จะเกิดจากการให้บริการที่เสมอภาค ทันต่อเวลา เพียงพอ ต่อเนื่อง และก้าวหน้า โดยมีวิสัยทัศน์ ทักษะ และความเข้าใจในการให้บริการ พร้อมจะตอบสนองด้วยความเต็มใจและรวดเร็ว ช่วยในการสร้างความเข้มแข็งในการบริการและมีการประเมินผลการบริการ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อรักษาผู้ให้บริการให้เข้ารับบริการที่ยาวนาน

### 6.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

จากการศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของมนุษย์ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจของมาสโลว์ และทฤษฎีความพึงพอใจของเฮลลีย์ มาเป็นส่วนประกอบของการวิจัย ดังนี้

#### 1. ทฤษฎีลำดับความต้องการของ มาสโลว์

ทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) (กรรณิกา ทองแสง, 2549 : 24) กล่าวว่าความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ไม่แตกต่างกัน โดยความต้องการของมนุษย์มีลักษณะลำดับขั้นจากระดับต่ำสุดไปยังระดับสูงสุด และมีความต้องการมาตรฐานทุกประการจะทำให้มนุษย์มีความสุขมีความเป็นอยู่อย่างปลอดภัยความต้องการเหล่านี้ประกอบด้วย

1.1 ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physical needs) หมายถึง ความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นต่อการอยู่รอดได้แก่ อาหาร การพักผ่อน ความอบอุ่น การออกกำลังกาย รวมทั้งที่พักอาศัย ความต้องการขั้นพื้นฐานจะช่วยให้ร่างกายมีภาวะทางสรีรวิทยาเป็นปกติ นั่นคือ ความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย

1.2 ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs) หมายถึง ความต้องการเกี่ยวกับความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต และทรัพย์สินและการงาน

1.3 ความต้องการความเป็นเจ้าของ (Belongingness needs) หมายถึง ความต้องการที่สูงขึ้นแสดงความเป็นเจ้าของในสิ่งต่าง ๆ ที่เข้าพวกเข้าหมู่ และมีฐานะในกลุ่ม

1.4 ความต้องการความรัก (Love needs) หมายถึง มนุษย์ต้องการความรัก คือ การรักคนอื่นและ ปรารถนาให้ตนเป็นที่รักของคนอื่นด้วย

1.5 ความต้องการชื่อเสียงและการสรรเสริญ (Extreme needs) หมายถึง ความต้องการที่จะแสดงสมรรถภาพในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับของคนอื่น ๆ และความต้องการเข้าใจและยอมรับตนเอง (Self-actualization need) หมายถึง เป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์ หากมนุษย์เข้าใจตนเองและยอมรับสมรรถภาพของตนเองเป็นอย่างดีแล้วยอมทำให้ดำรงชีวิตด้วยความสุข เมื่อมนุษย์อยู่ในภาวะเจ็บป่วย มนุษย์ต้องการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ก็เพื่อทำให้ชีวิตสามารถดำรงต่อไปได้ ความต้องการในระดับต้น ๆ โดยเฉพาะด้านร่างกาย และ ด้านความปลอดภัย จึงมีความสำคัญในขณะที่ผู้ป่วยมนุษย์ไม่สามารถตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง จึงจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือเพื่อให้ความต้องการได้รับการตอบสนอง

Physical Needs

ความต้องการทางด้านร่างกาย

- ที่อยู่อาศัย, ภาระงาน

ภาพประกอบ 3 ลำดับขั้นตอนของแสดงความต้องการของ Maslow

ที่มา : กรรณิกา ทองแสง. 2549 : 24

## 2. ทฤษฎีความพึงพอใจของเชลลี (Shelly. 1975 : 252-268)

ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกสองแบบของมนุษย์คือ ความรู้สึกในทางบวกและความรู้สึกในทางลบ ความรู้สึกทางบวกเป็นความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้เกิดความสุข ความสุขนี้เป็นความรู้สึกที่แตกต่างจากความรู้สึกทางบวกอื่นๆ กล่าวคือ เป็นความรู้สึกที่มีระบบย้อนกลับความสุขสามารถทำให้เกิดความสุขหรือความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นได้อีก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความสุขเป็นความรู้สึกที่สลับซับซ้อน และความสุขนี้จะมีผลต่อบุคคลมากกว่าความรู้สึกทางบวกอื่น ๆ ความรู้สึกทางบวกและความสุขมีความสัมพันธ์กันอย่างสลับซับซ้อนและระบบความสัมพันธ์มากกว่าความรู้สึกทางลบ

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ เมื่อมนุษย์ต้องการสิ่งๆ ที่ตนเองอยากได้ และทำแล้วมีความสุข จะทำให้มนุษย์มุ่งมั่นที่จะทำเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง หรือทำให้ตนเองบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุรสิทธิ์ ศรีแก้ว และคณะ (2549 : บทคัดย่อ) ศึกษา ความพึงพอใจของผู้มารับบริการงานประกันสังคมที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนครสวรรค์ ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 397 ตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า สถานะทางสังคม มีผลต่อระดับความพึงพอใจจากปัจจัยด้านสถานที่ / สิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ ความสะอาดของสำนักงาน จำนวนห้องน้ำ และความสะดวกของการเดินทางมารับบริการ ปัจจัยด้านระบบงานบริการ ได้แก่ การบริการด้วยความเต็มใจ การกระตือรือร้นให้บริการ การให้คำอธิบายถูกต้อง การต้อนรับ การบริการด้วยความรวดเร็ว การรู้ตอบคำถาม จำนวนบุคลากรจัดไว้บริการพอเพียง การประชาสัมพันธ์ การบริการตามลำดับก่อนหลัง ระบบการ ติดตามและตรวจสอบ ปัญหาและการใช้ระบบคอมพิวเตอร์ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านสถานที่ / สิ่งแวดล้อม ระดับความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการงานประกันสังคม ได้แก่ การบริการน้ำดื่ม การบริการวารสาร / สิ่งพิมพ์ และจำนวนห้องน้ำเพียงพอ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยด้านระบบการบริการบุคลากร ได้แก่ การบริการด้วยความเต็มใจ การกระตือรือร้นบริการ การรับฟังความคิดเห็น การอธิบายถูกต้อง การต้อนรับ การบริการรวดเร็ว การมีความรู้ตอบข้อซักถาม จำนวนบุคลากรเพียงพอ การประชาสัมพันธ์กับระดับความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการงานประกันสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นารี ลดาคม (2546 : บทคัดย่อ) ศึกษา ความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเมืองสมุทร อำเภอมือง จังหวัดสมุทรปราการ ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 200 คน ที่เลือกโรงพยาบาลเมืองสมุทร ปี พ.ศ. 2546 พบว่า ผู้ประกันตนมีความรู้ในการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลของสำนักงานประกันสังคม อยู่ในระดับปานกลาง การรับข้อมูลข่าวสาร ผู้ประกันตนจะรับข่าวสารจากสถานประกอบการ การเลือกสถานพยาบาลใช้หลักเกณฑ์เลือกใกล้บ้าน และใกล้ที่ทำงาน เพื่อสะดวกในการรับบริการรักษาพยาบาล การเข้ารับการรักษาพยาบาล ผู้ประกันตนพอใจจะเข้ารับรักษาโรงพยาบาลเมืองสมุทร ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิเข้ารับรักษาในลักษณะ ผู้ป่วยนอก กรณีป่วยมากกว่ากรณีฉุกเฉิน เมื่อผู้ประกันตนไปรักษาแล้วไม่พอใจการให้บริการผู้ประกันตนจะขอเปลี่ยนสถานพยาบาล รองลงมาคือ ร้องเรียนต่อผู้บริหารของสถานพยาบาล โดยภาพรวมของการรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลแล้ว ส่วนใหญ่พอใจมากกว่าไม่พอใจ แต่ผู้ประกันตนมีความคาดหวังและต้องการให้โรงพยาบาลปรับปรุง คือ ให้แพทย์มีการตรวจให้ละเอียดและวินิจฉัยโรคให้ชัดเจน ต้องการให้รับยาที่มีคุณภาพเหมือนผู้ป่วยทั่วไปต้องการความสะดวก รวดเร็ว และต้องการให้มีการบริการระหว่างผู้ประกันตนกับผู้ป่วยทั่วไปเท่าเทียมกัน

กรณีศึกษา ทองแสง (2549 : บทคัดย่อ) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการใช้บริการ โรงพยาบาลของผู้ประกันตนในเขตสวนอุตสาหกรรมโรจนะ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยพื้นฐานของผู้ประกันตนด้านทัศนคติและความเชื่อ ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเข้าถึงบริการ มีผลพอสมควรในการใช้บริการโรงพยาบาล ผู้ประกันตนมีความพึงพอใจในการใช้บริการ โรงพยาบาลในระดับมาก ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ ด้านการบริการที่รวดเร็วทันเวลา ด้านค่าใช้จ่าย ผู้ประกันตนมีความคาดหวังในการใช้บริการ โรงพยาบาลทุกประเด็นอยู่ในระดับมาก การเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการของผู้ประกันตน พบว่า ผู้ประกันตนที่มีอายุ การศึกษา ตำแหน่งงาน รายได้ และอายุการทำงาน ต่างกันมีระดับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการต่างกัน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความพึงพอใจ พบว่า ปัจจัยพื้นฐานมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในระดับสูง วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังกับความพึงพอใจ พบว่า ความคาดหวังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในระดับปานกลาง

วิโรจน์ หัตถา (2547 : บทคัดย่อ) ศึกษา การรับรู้ต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) ของประชาชนอายุ 15 – 60 ปี อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลหนองคาย ปี พ.ศ. 2546 ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 422 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 36 – 40 ปี ร้อยละ 15.2 รองลงมา มีอายุ 15-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.7 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 64.5 รองลงมาเป็นโสดคิดเป็นร้อยละ 27.0 วุฒิการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.5 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา คิดเป็น

ร้อยละ 27.7 อาชีพหลักส่วนใหญ่เป็นธุรกิจส่วนตัวและค้าขายร้อยละ 54.5 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 27.5 สิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่มีบัตรทอง 30 บาทร้อยละ 71.6 รองลงมาบัตรทอง 30 บาท “ท” ร้อยละ 13.3 และผู้ยังไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลร้อยละ 5.9 การรับรู้ต่อการประชาสัมพันธ์ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้จากสื่อบุคคล ได้แก่ การแนะนำของผู้นำชุมชนหรือ อสม. ร้อยละ 77.5 การแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 70.4 นอกจากนี้เป็นการทราบข่าวจากการดูโทรทัศน์ ร้อยละ 69.2 การรับรู้ในเรื่องการขึ้นทะเบียนและสิทธิประโยชน์ พบว่า ประชาชนรับรู้ในระดับดีร้อยละ 45.9 ระดับปานกลางร้อยละ 41.7 และระดับต่ำร้อยละ 12.3 ในขณะที่การรับรู้ต่อการใช้บริการทางการแพทย์ที่ต้องจ่าย 30 บาท ระดับดีพบเพียงร้อยละ 33.9 ส่วนการใช้บริการทางการแพทย์ที่ใช้สิทธิบัตรทองได้ รับรู้ระดับดีร้อยละ 30.3

นอกจากนี้พบว่า สื่อประชาสัมพันธ์ที่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) กับการรับรู้ต่อการขึ้นทะเบียนบัตรทอง คือ หอกระจายข่าว การแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คำแนะนำจากผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครสาธารณสุข การแนะนำจากญาติหรือผู้ใกล้ชิด และพบว่า สื่อวิทยุ โทรทัศน์ การแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการแนะนำจากญาติหรือผู้ใกล้ชิด มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ ) กับการรับรู้การบริการทางการแพทย์ที่ต้องจ่าย 30 บาท ส่วนการรับรู้การบริการทางการแพทย์ที่ใช้สิทธิบัตรทองได้ไม่พบความสัมพันธ์ทางสถิติกับสื่อประชาสัมพันธ์

สำหรับความคิดเห็นต่อโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ประชาชนมีความต้องการเปลี่ยนสถานพยาบาลประจำครอบครัว ร้อยละ 11.4 รองลงมาเป็นปัญหาการมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 8.3 ความไม่เหมาะสมของวัสดุอุปกรณ์ คิดเป็นร้อยละ 8.1 ปัญหาการขึ้นทะเบียนบัตรทองยังมีร้อยละ 4.9 และความไม่พึงพอใจต่อการบริการร้อยละ 2.4 ดังนั้นเห็นได้ว่าต้องเร่งประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิประโยชน์ในการใช้บัตรทองให้ประชาชนมีความเข้าใจเพิ่มขึ้นโดยผ่านสื่อในท้องถิ่น

ชุดิมา เรื่องเดชนันต์ (2547 : บทคัดย่อ) ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ จำนวน 250 คน ผลการวิจัยพบว่า การเข้าร่วมในโครงการประกันสุขภาพอื่นมีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม ส่วนประเด็นระดับความรู้เกี่ยวกับการประกันสังคมพบว่า ผู้ประกันตนมีความรู้ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามปัจจัยนี้ไม่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคม สำหรับประเด็น



ความพึงพอใจพบว่า ผู้ประกันตนในโครงการประกันสังคมซึ่งเคยใช้บริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสังคมมีความพึงพอใจในระดับปานกลางต่อการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการประกันสังคม และเมื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่มีต่อการให้บริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสังคมเปรียบเทียบกับโครงการประกันสุขภาพอื่นพบว่า ผู้ประกันตนรู้สึกพึงพอใจต่อการบริการทางการแพทย์ในโครงการประกันสังคมสูงกว่าโครงการประกันสุขภาพอื่นในประเด็นดังต่อไปนี้ ได้แก่ การเป็นหลักประกันทางสุขภาพ คุณภาพของยาและเวชภัณฑ์ การต้อนรับและการให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ การบริการล่าช้า และ เวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพต่ำและปริมาณไม่เพียงพอ ความรู้เกี่ยวกับการประกันสังคมของเจ้าหน้าที่และบุคลากรและความรู้ ความสามารถของพยาบาลและแพทย์ในการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ

จากงานวิจัยเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ประกันตนหรือผู้มาใช้บริการที่มารับบริการจากโรงพยาบาลหรือสถานบริการต่าง ๆ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ อาทิเช่น ด้านสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก ระบบงานบริการ ระบบติดตามและตรวจสอบระบบการบริการ บุคลากร ความรู้ในการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากโครงการประกันสังคม ด้านทัศนคติและความเชื่อ ด้านเศรษฐกิจ ด้านการเข้าถึงการบริการ ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ ด้านการบริการที่รวดเร็วทันเวลา ด้านค่าใช้จ่าย การรับรู้ต่อการประชาสัมพันธ์ การรับรู้ในเรื่องการขึ้นทะเบียนและสิทธิประโยชน์ โดยสามารถสรุปผลการวิจัยได้ว่าผู้ประกันตนมีความพึงพอใจต่อการบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลตามโครงการประกันสังคม ในด้านการบริการด้วยความเต็มใจ การกระตือรือร้นบริการ การรับฟังความคิดเห็น การอธิบายถูกต้อง การต้อนรับ การบริการรวดเร็ว แพทย์ตรวจรักษาอย่างละเอียดและวินิจฉัยโรคได้ชัดเจน การให้ยาที่มีคุณภาพเหมือนกับผู้ป่วยทั่วไป การให้บริการระหว่างผู้ประกันตนกับผู้ป่วยทั่วไปเท่าเทียมกัน ด้านข้อมูลที่ได้รับจากการบริการและคำนึงถึงความรู้เกี่ยวกับการประกันสังคมของเจ้าหน้าที่และบุคลากร และความรู้ความสามารถของแพทย์และพยาบาลที่ให้การรักษา ซึ่งหากผู้ประกันตนเกิดความไม่พึงพอใจต่อการให้บริการของสถานพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาการมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานพยาบาล ความไม่เหมาะสมของวัสดุอุปกรณ์ และปัญหาการขึ้นทะเบียน การบริการล่าช้า ยาและเวชภัณฑ์มีคุณภาพต่ำและให้ในปริมาณที่ไม่เพียงพอ เมื่อผู้ประกันตนไปรักษาแล้วเกิดความไม่พอใจในการให้บริการผู้ประกันตนจะขอเปลี่ยนสถานพยาบาล ร้องเรียนต่อผู้บริหารของสถานพยาบาล

