

## บทที่ 2

### วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาหนังสือ เอกสาร รวมทั้งผลการวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเลือกใช้บริการทางการแพทย์
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการเลือกใช้บริการทางการแพทย์
3. แนวความคิดที่เกี่ยวข้องกับการประกันสังคม และพระราชบัญญัติประกันสังคม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประกันสังคม

แนวความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ (Health Seeking Behavior)

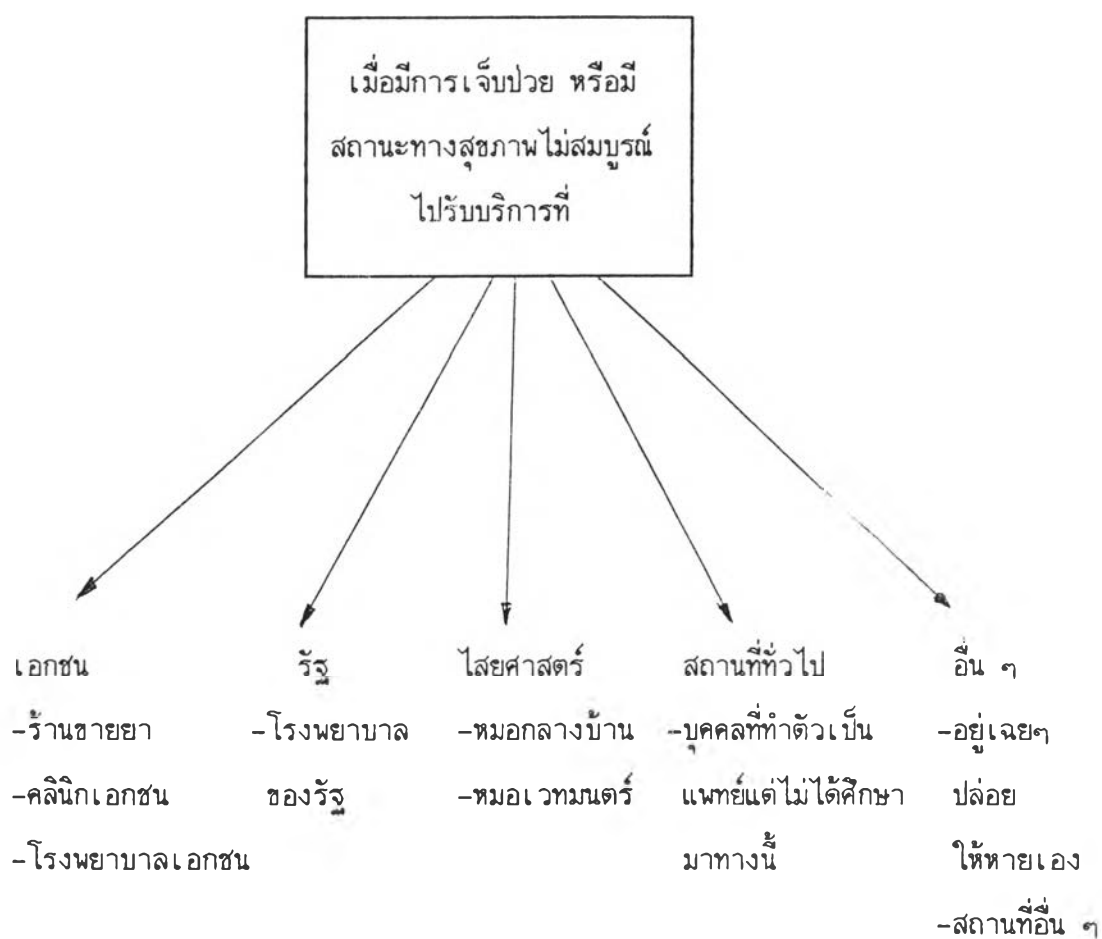
พฤติกรรมความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาเยียวยา (Illness Behavior and Health Seeking Behavior)

ตามแนวความคิดของMechanic (1968) นักมานุษยวิทยาได้ให้คำนิยามของพฤติกรรมความเจ็บป่วยว่า หมายถึง วิธีการของบุคคลที่ตอบสนองต่ออาการแสดง (Symptom) ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามการรับรู้ของบุคคล มีการประเมินและให้น้ำหนักต่ออาการที่เกิดขึ้นว่าจะแสดงการกระทำอย่างไร ซึ่งขึ้นกับการที่บุคคลให้ความหมายต่อสถานการณ์ทางสังคมในขณะนั้น และ Mechanic เชื่อว่าบุคคลที่อยู่ภายใต้สภาพสังคมและวัฒนธรรมเดียวกัน ควรมีการรับรู้ประเมินอาการ และตอบสนองต่อความเจ็บป่วยในแบบแผนคล้ายๆกัน และแตกต่างกับคนในวัฒนธรรมอื่น ซึ่งเรียกว่า เป็นพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาเยียวยา (Health Seeking Behavior) โดยเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามี ความผิดปกติบางอย่าง มีอาการตอบสนองต่ออาการทางร่างกาย แสวงหาความคิดเห็น และคำแนะนำจากบุคคลอื่น แม้ว่าในขณะนั้นเขายังไม่รู้ว่าตนเองป่วยเป็นโรคอะไร เพียงแต่เริ่มรู้สึกว่ามี ความผิดปกติบางอย่างเกิดขึ้น

นอกจากนี้ ในขั้นตอนของพฤติกรรมการรักษาเยียวยานั้น ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า ในด้านการปฏิบัติของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยหรือมีสถานะทางสุขภาพไม่ปกติ อาจจะทำ

ได้หลายประการ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1

แผนภูมิที่ 2.1 แสดงแนวทางในการปฏิบัติตัวของประชาชนเมื่อมีการเจ็บป่วย



ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์

Aday และ Anderson (1975) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับการเลือกใช้ บริการทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ 3 ประการคือ

1. ลักษณะทางประชากรและสังคม (Characteristic of the population and social structure) เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ค่านิยมเกี่ยวกับ สุขภาพอนามัย รายได้ครอบครัว ขนาดของครอบครัว ตลอดจนความสามารถของบุคคลในการ เข้าถึงบริการ

2. ความพึงพอใจต่อบริการ (Consumer satisfaction) คือความพึงพอใจ ของบริการในด้านต่าง ๆ คือ

2.1 ความพึงพอใจต่อความสะดวก (Convenience) ที่ได้รับจากบริการซึ่งแยก ออกเป็น

- ก. การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
- ข. การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of care when needed)
- ค. ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Ease of getting to care)

2.2 ความพึงพอใจต่อการประสานงาน (Co-ordination) ของการบริการ ซึ่งแยกออกเป็น

- ก. การได้รับการบริการทุกประเภทในสถานที่ที่เดียวกัน (Getting all needs met at one place)  
คือผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของ ผู้ป่วย
- ข. แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย อันได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตใจ (Concern of doctors for overall health)
- ค. แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow up care)

2.3 ความพึงพอใจต่ออัธยาศัย (Courtesy) ความสนใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดีของผู้ให้บริการ และการแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

2.4 ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical information) ซึ่ง

แยกออกเป็น

ก. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)

ข. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้ยา เป็นต้น

2.5 ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการรักษา (Quality of care) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ประเมินคุณภาพของการรักษา และการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล

2.6 ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ( Out-of-pocket costs) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาพยาบาล

3. คุณลักษณะของแหล่งบริการ เช่น ลักษณะการกระจายของบริการชุมชนมีแหล่งบริการให้หรือไม่, สถานที่ตั้งของแหล่งบริการ, กำลังคนที่จะให้บริการ และประเภทของบริการ เป็นต้น

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์เลือกใช้บริการทางการแพทย์

ในประเทศไทยการศึกษาเกี่ยวกับ พฤติกรรมการณ์ใช้บริการทางการแพทย์มีรูปแบบต่าง ๆ กัน โดยจากการศึกษาของ Day และ Boonlert Leoprapi (1977) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง Pattern of Health Utilization in Upcountry Thailand ซึ่งได้ทำการศึกษาที่ จังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2520 พบว่าผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเมืองมีอัตราการใช้บริการที่คลินิกแพทย์ และโรงพยาบาลจังหวัดสูงกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท ซึ่งใช้บริการหมอตำแย หมอฉีดยา แพทย์ประจำตำบล พนักงานอนามัยของรัฐ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนุสรณ์ สุทรพงศ์ (2522) ได้ศึกษาวิจัยที่มีความสัมพันธ์ทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนแขวงสีพระยาและมหาพศมาราม พบว่า ร้อยละ 36.8 รักษาที่คลินิกแพทย์ ร้อยละ 28.4 รับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชนและที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรม.

ต่อมาจากการสำรวจเกี่ยวกับการใช้แหล่งบริการรักษาพยาบาลของประชาชน คือการสำรวจสภาวะอนามัย การแสวงหา และการใช้บริการสาธารณสุขของชุมชน พ.ศ. 2522 และ พ.ศ. 2528 โดยศึกษาตัวอย่างทั่วประเทศของกองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (อ้างถึงในลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ที่เยี่ยมารับประทานร้อยละ 42.3 ในปี 2522 แต่ในปี 2528 ประชาชนส่วนใหญ่ร้อยละ 32 ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐบาล รองลงมาคือ ซ้อมารับประทานร้อยละ 22.3 แตกต่างจากการศึกษาของสำนักงานสถิติแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี (2529) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมเมื่อประชาชนเจ็บป่วยพบว่าในภาคกลาง (ไม่รวม กทม.) ร้อยละ 40.29 ซ้อมารับประทาน รองลงมาคือ ใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐบาล ร้อยละ 22.85 ส่วนประชาชนในกทม. มีการใช้บริการในคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด ร้อยละ 42.03

### ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์

จากการศึกษาผลงานวิจัยต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจแหล่งบริการทางการแพทย์เพื่อการรักษาพยาบาล มีลักษณะต่างๆหลายประการ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าวได้แก่

#### 1. ปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม

เพศ เป็นปัจจัยทางด้านประชากรปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาของสุซุมาลัย ธนาเศรษฐ์อังกูร (2522) และวาทีนี้ บุญชะลิกษ์ (2530) พบว่า เพศหญิงเจ็บป่วย และใช้บริการเพื่อการรักษาในสถานพยาบาลต่าง ๆ มากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ พิศรา เญจรัตน์นาภรณ์ (2533) พบว่า เพศหญิงเป็นเพศที่จะไปพบแพทย์มากกว่าเพศชาย ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในระดับเดียวกัน ซึ่งในเรื่องเพศนี้ Waldron (อ้างถึงใน พิศรา เญจรัตน์นาภรณ์, 2533) อธิบายว่า เพศหญิง โดยทั่วไปจะตอบสนองต่อการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยได้ถูกต้องน้อยกว่าผู้ชาย จึงมักจะรายงานว่าตนเองเจ็บป่วยมากกว่าเพศชาย ดังนั้น เพศจึงเป็น ปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อการเลือกใช้บริการในโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้เมื่อเจ็บป่วย

อายุ อายุนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนเมื่อเจ็บป่วย แต่จากการศึกษารายงานการวิจัยต่างๆ เท่าที่ผ่านมามีได้ผลการศึกษาแตกต่างกัน เช่น การศึกษาของมานพ คณะโต (2525) พบว่าประชาชนกลุ่มไทยพุทธ และไทยมุสลิม ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่มีอายุปานกลาง (35-49 ปี) เป็นกลุ่มที่ไม่

ใช้บริการทางการแพทย์มากที่สุด โดยเฉลี่ยประมาณ 9 ครั้งต่อปี และวาที นุญชะลักษ์ (2530) พบว่าในเขตเมือง ผู้ป่วยวัยเด็กอายุ 0-15 ปี มีการเลือกใช้แหล่งบริการที่มีแพทย์สูงสุดประมาณร้อยละ 90.8 แต่ ชนิตา สิทธิินาค (2530) พบว่า อายุที่ต่างกันของผู้มีอาการเจ็บป่วยไม่มีผลต่อการไปใช้บริการในแหล่งต่างๆ ดังนั้นจากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จึงยังไม่อาจสรุปได้ว่าอายุ มีหรือไม่มีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

การศึกษา ระดับการศึกษาเป็นต้นหนึ่งขงฐานะทางสังคมของบุคคลผู้ที่มีการศึกษาสูง มีโอกาสที่จะรับรู้ข้อมูลได้มากและใช้วิจารณ์พิจารณาเลือกแหล่งบริการที่เอื้ออำนวยประโยชน์ให้แก่ตนได้สูงสุด มีงานวิจัยหลายงานที่พบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีผลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาต่างกัน ได้แก่การศึกษาของ วาที นุญชะลักษ์ (2530), ชนิตา สิทธิินาค (2530) รวมทั้งสมพงษ์ สุตศก และ ทิพาพร สุโฆสิต (2533) ได้พบว่าสตรีชนบทที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการเลือกไปใช้บริการของเอกชนต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (.01)

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกัน น่าจะมีผลทำให้การเลือกใช้แหล่งบริการเพื่อการรักษาต่างกันด้วย

อาชีพ มีงานศึกษาวิจัยหลายงานที่ยืนยันว่า อาชีพ เป็นตัวแปรสำคัญอีกตัวหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีและแหล่งรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่ง ชนิตา สิทธิินาค (2530) และสมพงษ์ สุตศกและทิพาพร สุโฆสิต(2533)พบว่าผู้ที่มีอาชีพต่างกัน มีการใช้บริการของเอกชนต่างกัน นอกจากนี้ วาที นุญชะลักษ์ (2530) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านวิชาชีพ วิชาการ บริหาร ธุรกิจ และค้าขาย จะมีการเลือกใช้บริการจากแหล่งบริการที่มีแพทย์ด้วยเปอร์เซ็นต์สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยอาชีพอื่นๆ และกลุ่มที่มีอาชีพเป็นเกษตรกร มีการเลือกใช้บริการน้อยที่สุด

ดังนั้น จากผลงานวิจัยเหล่านี้ อาจสรุปได้ว่าอาชีพเป็นตัวแปรสำคัญตัวหนึ่งของการตัดสินใจเลือกใช้บริการการรักษาพยาบาล ซึ่งในกลุ่มอาชีพเดียวกัน ยังไม่พบข้อสรุปว่าลักษณะงานที่รับผิดชอบแตกต่างกันจะมีผลต่อการเลือกไปใช้สถานบริการแตกต่างกันหรือไม่

รายได้ เป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการใช้บริการโดยเฉพาะบริการเพื่อการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน เพราะเป็นปัจจัยที่แสดงถึงความสามารถในการซื้อบริการนั้นได้ จากการศึกษาของสมพงษ์ สุตศก และทิพาพร สุโฆสิต (2533) ที่จังหวัดนนทบุรี เมื่อปี 2533 พบว่าผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ 8,0001 บาทขึ้นไป จะใช้บริการจากภาคเอกชนสูงสุด รองลงมาคือ ซื้อยารับประทานเอง และต่อมาคือใช้บริการจากภาครัฐ การศึกษานี้สอดคล้อง

กับการศึกษาของ ชนิดา สิทธิภาค (2530)

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า รายได้ของบุคคลน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์

## 2. ปัจจัยเกี่ยวกับโอกาสในการเข้าถึงบริการ

ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และอุปทานของทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการบริการ ล้วนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลในการที่จะเลือกใช้บริการทางการแพทย์ประเภทใดประเภทหนึ่ง และยากที่จะแยกออกจากกันได้ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านนี้ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างระยะทางและการไปใช้บริการในสถานพยาบาล โดย Jarvis (1951 อ้างถึงใน มาตริณี รัชชานนท์ชัย, 2531) พบว่า ประชาชนที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลประจำ จะส่งญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เข้ารับการรักษาของโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากกว่าผู้ที่อยู่ห่างไกล ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ที่อยู่ใกล้รู้จักโรงพยาบาลนั้นมากกว่า

จากแนวคิด ทฤษฎี และการศึกษาวิจัยต่างๆ เหล่านี้ สามารถสรุปได้ว่าบุคคลจะเลือกสถานบริการใดเพื่อการรักษา ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ทั้งทางด้านส่วนบุคคล สังคม และโอกาสในการเข้าถึงบริการ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้นำเอาแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้แหล่งบริการต่างๆ เหล่านี้มาเป็นแนวทางในการศึกษาว่า ปัจจัยต่างๆ นั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ของผู้ประกันตนกลุ่มทำงานธนาคารในเขตกรุงเทพมหานคร หรือไม่ อย่างไร

## แนวความคิดที่เกี่ยวข้องกับการประกันสังคม และพระราชบัญญัติประกันสังคม

การประกันสังคม เป็นรูปแบบหนึ่งของระบบความมั่นคงทางสังคมที่จะทำให้เกิดความมั่นคงแก่ประเทศชาติเป็นส่วนรวม โดยรัฐบาลจะต้องรับภาระบ้าง เพื่อเป็นการบรรเทาภาระของนายจ้าง และลูกจ้างซึ่งศักดิ์ศรี บริบาลบรรพตเขตต์ (อ้างถึงในสงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2534) ได้ให้นิยามความหมายของระบบความมั่นคงคือ "ระบบสวัสดิการที่รัฐสร้างขึ้นเพื่อเป็นหลักประกันแก่ประชาชนว่าเขาจะได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจในระดับหนึ่ง หากเขาต้องประสบกับภาวะการสูญเสียรายได้ การมีรายจ่ายพิเศษเพิ่มขึ้น หรือการไม่มีรายได้อันจะมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของเขาและครอบครัว"

ระบบความมั่นคงทางสังคมอาศัยหลักการสร้างหลักประกัน 3 วิธี คือ

1. หลักการสงเคราะห์ (Public Assistance) เป็นการช่วยเหลือแก่ประชาชนหรือครอบครัวที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ในรูปการสังคมสงเคราะห์ การประชาสงเคราะห์ กรณีที่บุคคลประสบความทุกข์ยาก เช่น ประสบอุทกภัย ว่าง่าย เป็นต้น โดยให้การช่วยเหลือเป็นเงิน สิ่งของ การรับเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์และการให้บริการต่าง ๆ

2. หลักการบริการสังคม (Social Service or Public Service) เป็นการให้ความช่วยเหลือประชาชนโดยไม่คำนึงว่าผู้นั้นจะต้องมีความเดือดร้อนจริง ๆ หรือไม่ในรูปการจัดโครงสร้างพื้นฐานและการบริการ เช่น การศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

3. หลักการประกันสังคม (Social Insurance) เป็นวิธีการที่รัฐให้ประชาชนทำการประกันรายได้ของตนไว้เพื่อประโยชน์ของตนเอง ครอบครัว และเป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในอันที่จะคุ้มครองมิให้ได้รับความเดือดร้อนในความเป็นอยู่ของชีวิต โดยจัดให้มีกองทุนกลางที่นายจ้างและรัฐช่วยออกเงินสมทบ

ดังนั้น การประกันสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับความมั่นคงทางสังคม ในฐานะที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งซึ่งช่วยเสริมสร้างความมั่นคงในสังคม การประกันสังคมมีลักษณะของการป้องกันการขาดแคลนรายได้และการทดแทนความสูญเสีย โดยมีหลักการคุ้มครองประชาชนให้ประชาชนช่วยตนเองด้วยการออมและเสียสละ เพื่อส่วนรวม นอกจากนี้จะเป็นการเน้นลักษณะสังคมไม่มีลักษณะกำไรในด้านแรงงาน และสนับสนุนแรงงานสัมพันธ์ ดังนั้นการประกันสังคมจึงเป็นรากฐานของความมั่นคงทางสังคม

การประกันสังคมตั้งอยู่บนพื้นฐานของการเฉลี่ยความทุกข์ความสุข (Law of average หรือ Social Solidarity) โดยการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ร่วมในการประกันสามารถเข้าถึงบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อมีความจำเป็นทางด้านสุขภาพหรือมีการเจ็บป่วยโดยไม่คำนึงถึงรายได้หรือสถานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคม การจ่ายเงินค่าประกันสังคมโดยเฉลี่ยจากประชาชนทุกคน (Coverage fee) จึงเป็นการจ่ายเพื่อเป็นการเฉลี่ยภาระหรือความเสี่ยงแก่ผู้ประกันตนทุกคน ซึ่งจะได้หลักประกันเป็นผลตอบแทนเมื่อเกิดมีความต้องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่ในขณะเดียวกันหากไม่เกิดความต้องการขึ้น การจ่ายเงินค่าประกันก็เป็นการจ่ายแบบที่ตนเองจะไม่ได้ผลประโยชน์ตอบแทนใด ๆ กลับคืน การจ่ายชนิดนี้จะเป็นการจ่ายเพียงจำนวนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับรายรับของรายจ่ายต่างกับการจ่ายเงินค่าใช้บริการ (User fee) ซึ่งจะจ่ายเฉพาะเมื่อเกิดมีความต้องการบริการทางการแพทย์ และ



สาธารณสุขเป็นคราว ๆ และจะไม่ต้องจ่ายเมื่อไม่เกิดความต้องการ แต่ขณะเดียวกันภาระการจ่ายในแต่ละครั้งอาจจะเป็นจำนวนมาก ซึ่งทำให้ผู้ไม่สามารถแบกรับภาระโดยเฉพาะคนยากจนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ แม้จะมีความต้องการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่จำเป็นจนอาจถึงแก่ชีวิตก็ตาม การประกันบนหลักการดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่ดีที่จะทำให้ประชาชนโดยส่วนใหญ่ได้มีหลักประกันสำหรับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข อันเป็นความจำเป็นอย่างหนึ่งของชีวิต

นอกจากนี้การใช้คำว่า การประกันสุขภาพ ในลักษณะที่เป็นส่วนหนึ่งของการประกันสังคม โดยทั่วไปแล้วการประกันสุขภาพเป็นการให้หลักประกันแก่ผู้เอาประกันในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย โดยหลักการของการประกันสุขภาพคือการเฉลี่ยความเสี่ยงสำหรับคนกลุ่มมาก เพื่อให้ผู้เอาประกัน หรือสมาชิกในครัวเรือนที่ได้รับการคุ้มครองสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุข เมื่อเจ็บป่วย โดยที่ค่ารักษาพยาบาลไม่ใช่กำหนดล่วงหน้าไม่ให้เข้าถึงบริการยามเมื่อจำเป็น ณ จุดรับบริการนั้น ผู้เอาประกันอาจจะจ่ายสมทบค่ารักษาพยาบาลบางส่วน ที่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของสัญญาในการประกันสุขภาพนั้น ๆ

### ความหมาย

การประกันสังคม หมายถึงระบบที่ทั้งนายจ้างลูกจ้าง และรัฐบาลได้เข้ามามีส่วนร่วมกันดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นของลูกจ้าง โดยทั้งสามฝ่ายเข้าร่วมส่งเงินสมทบเข้ากองทุน ทั้งนี้เพื่อให้คนในสังคมของลูกจ้างและของผู้ประกันตนมีความมั่นคง โดยให้ความช่วยเหลือผู้ประสบความเดือดร้อนอันเนื่องมาจากการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยนอกงาน ทักษภาพ คลอดบุตร ตาย ชราภาพ สงเคราะห์บุตร และว่างงานนั่นเอง

### ความเป็นมาของการประกันสังคมในประเทศไทย

การประกันสังคมได้มีการก่อตั้งขึ้นในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 ในสมัยของจอมพล ป.พิบูลสงครามเป็นนายกรัฐมนตรี โดยมีนโยบายให้ประชาชนมีหลักประกันที่มั่นคงทางสังคมและได้ตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ออกใช้บังคับเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2497 แต่ก็ได้มีเสียงคัดค้านจากประชาชนและสื่อมวลชนต่าง ๆ จนทำให้ต้องระงับการบังคับใช้กฎหมาย

โดยไม่มีกำหนด หลังจากนั้นรัฐบาลในสมัยต่อมาได้มีการทบทวนร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมอยู่เป็นระยะๆอย่างต่อเนื่อง เช่นในปี 2507, 2510 และ 2515 ซึ่งในปี 2515 ได้นำระบบกองทุนเงินทดแทนมาใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป เพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายด้วยโรคที่เกิดจากการทำงาน พร้อมทั้งจัดตั้งสำนักงานกองทุนเงินทดแทนขึ้นในปี 2517 ตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 106 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515

ต่อมาในปี พ.ศ. 2530 ในสมัยของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรีได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมต่อสภาผู้แทนราษฎร แต่ก็ได้มีการยุบสภาเสียก่อน จนกระทั่งในปี 2532 ในสมัยของพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณเป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมเข้าสู่สภาผู้แทนราษฎรใหม่ และแต่งตั้งคณะกรรมการวิสามัญขึ้นเพื่อพิจารณา โดยที่สภาผู้แทนราษฎรได้มีมติรับรองเป็นเอกฉันท์เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2533 และประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2533

อย่างไรก็ตามในช่วงก่อนประกาศใช้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ประเทศไทยได้มีโครงการที่มีหลักการเกี่ยวกับการประกันสังคม ทั้งรูปแบบที่เป็นโครงการที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจและโครงการที่จัดขึ้นโดยรัฐบาล โดยมีวัตถุประสงค์และการคุ้มครองค่อนข้างหลากหลาย เช่น การฌาปนกิจสงเคราะห์, กองทุนสงเคราะห์ครูใหญ่ และครูโรงเรียนเอกชน โครงการบัตรสุขภาพ, กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ, กองทุนเงินทดแทนแรงงาน เป็นต้น

หลังจากพระราชบัญญัติประกันสังคมมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2533 โดยมีสำนักงานประกันสังคม สังกัดกระทรวงมหาดไทยมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบ สำนักงานประกันสังคมมีเวลาในการเตรียมการดำเนินงานเพียง 180 วัน หลังจากประกาศในราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 1 กันยายน 2533 อันมีผลทำให้ผู้ประกันตนและนายจ้างมีหน้าที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเมื่อเดือนมีนาคม 2534 และเกิดสิทธิรับบริการทางการแพทย์ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2534 พระราชบัญญัติประกันสังคมมีสาระสำคัญโดยสรุปดังนี้

1. ขอบเขตการใช้บังคับกฎหมายประกันสังคม
2. การบริหารงานและกองทุนประกันสังคม
3. ระเบียบวิธีและข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการประกันสังคม
4. ประโยชน์ทดแทน
5. การอุทธรณ์
6. บทกำหนดโทษ

1. ขอบเขตการใช้บังคับกฎหมายประกันสังคม

กฎหมายฉบับนี้ได้กำหนดให้ใช้บังคับแก่บุคคลดังต่อไปนี้

1) นายจ้างที่มีลูกจ้างอยู่ในกิจการตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป (แม้ภายหลังจะมีลูกจ้างไม่ครบ 20 คนก็ตาม)

2) ลูกจ้างที่ทำงานและรับค่าจ้างจากนายจ้างตามข้อ 1) (รวมถึงคนต่างด้าวและผู้รับจ้างทำงานพิเศษ)

นอกจากนี้บุคคลที่ไม่อยู่ในขอบเขตการการใช้บังคับกฎหมายได้แก่บุคคลดังต่อไปนี้

1) ข้าราชการและลูกจ้างประจำของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น แต่ไม่ยกเว้นการใช้บังคับแก่ลูกจ้างชั่วคราว

2) ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ

3) ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศ และไปประจำทำงานในต่างประเทศ

4) ครูหรือครูใหญ่ของโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน

5) นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิตหรือนักศึกษาหรือแพทย์ฝึกหัดซึ่งเป็นลูกจ้างของโรงเรียน มหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาล

6) ลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้านอันมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย

7) ลูกจ้างของสภาอากาศไทย

8) ลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจตามความหมายของคำว่า "รัฐวิสาหกิจ" ในมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัติพนักงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ พ.ศ. 2534

9) ลูกจ้างของกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้และเลี้ยงสัตว์ซึ่งมิได้ใช้ลูกจ้างตลอดปีและไม่มีงานลักษณะอื่นรวมอยู่ด้วย

10) ลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างไว้เพื่อทำงานอันมีลักษณะเป็นครั้งคราว เป็นการจร หรือเป็นไปตามฤดูกาล

ในกฎหมายดังกล่าวได้ระบุขนาดของกิจการที่อยู่ในข่ายบังคับ คือ ในปีแรกให้ใช้บังคับแก่กิจการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป เมื่อนั้น 3 ปี จึงขยายไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป และภายใน 4 ปีจึงจะขยายไปสู่การประกันตนโดยสมัครใจ

## 2. การบริหารงานและกองทุนประกันสังคม

### 2.1 การบริหารงาน

ได้จัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้นในกระทรวงมหาดไทย รับผิดชอบในการดำเนินงานพร้อมทั้งบริหารงานในรูปของคณะกรรมการในการกำหนดนโยบายและแนวทางต่าง ๆ ดังนี้คือ

2.1.1 คณะกรรมการประกันสังคม ซึ่งเป็นองค์กรไตรภาคีประกอบด้วยฝ่ายรัฐบาล ฝ่ายนายจ้าง และลูกจ้าง ฝ่ายละ 5 คน และผู้ทรงคุณวุฒิไม่เกิน 5 คน เป็นที่ปรึกษาเพื่อทำหน้าที่วางนโยบายและมาตรการในประกันสังคม

2.1.2 คณะกรรมการแพทย์ ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในการรับบริการทางการแพทย์

2.1.3 คณะกรรมการอุทธรณ์ ทำหน้าที่วินิจฉัยอุทธรณ์เรื่องของผู้ประกันตนไม่พอใจในคำสั่งของเลขาธิการสำนักงานประกันสังคมที่สั่งการตามพระราชบัญญัติประกันสังคม

### 2.2 การจัดตั้งกองทุนประกันสังคม

มีเงินกองทุนประกันสังคมเพื่อเป็นทุนค่าใช้จ่ายให้ผู้ประกันตนและค่าบริหารสำนักงานประกันสังคม โดยกองทุนนี้มีเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย คือ รัฐบาล นายจ้างและผู้ประกันตนร่วมจ่ายเงินสมทบ ฝ่ายละ 1.5% รวมเป็น 4.5% ของค่าจ้าง ซึ่งในเงินจำนวนนี้ 2.45% จะถูกนำมาใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตน

## 3. ระเบียบวิธีและข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการประกันสังคม

### 3.1 ข้อกำหนดเกี่ยวกับผู้ประกันตน

#### 3.1.1 การเป็นผู้ประกันตนมี 2 ประเภท คือ

3.1.1.1 ผู้ประกันตนโดยบังคับ คือ ลูกจ้าง

3.1.1.2 ผู้ประกันตนโดยสมัครใจ คือผู้ประกอบอาชีพส่วนตัว

ต่างๆ เช่น เกษตรกร

3.1.2 การขึ้นทะเบียนประกันสังคม ให้นายจ้างยื่นแบบรายการแสดงรายชื่อผู้ประกันตน อัตราค่าจ้าง และข้อความอื่นตามแบบที่เลขาธิการกำหนดต่อสำนักงานประกันสังคมภายใน 30 วันนับแต่วันที่ลูกจ้างเป็นผู้ประกันตน และให้สำนักงานออกหนังสือสำคัญแสดงการขึ้นทะเบียนประกันสังคมให้แก่ นายจ้าง และออกบัตรประกันสังคมให้แก่ลูกจ้าง

### 3.1.3 ความสิ้นสุดการเป็นผู้ประกันตน

#### 3.1.3.1 ผู้ประกันตนโดยบังคับจะสิ้นสุดสภาพเมื่อ

1. ตาย
2. สิ้นสภาพการจ้าง

ทั้งนี้ โดยมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนในการรับบริการทางการแพทย์ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือคลอดบุตร สามารถใช้สิทธิต่อไปได้อีก 6 เดือน นับจากวันสิ้นสุดสภาพการเป็นลูกจ้าง แต่ถ้าผู้ประกันตนตายผู้ประกันตนจะไม่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนใดเลย

#### 3.1.3.2 ผู้ประกันตนโดยสมัครใจ จะสิ้นสุดสภาพเมื่อ

1. ตาย
2. ได้เป็นผู้ประกันตนโดยกฎหมายบังคับ
3. ลาออกจากความเป็นผู้ประกันตน โดยแสดงความจำนงต่อสำนักงานประกันสังคม

ความจำนงต่อสำนักงานประกันสังคม

### 3.2 ข้อกำหนดเกี่ยวกับเงินสมทบ

3.2.1 การออกเงินสมทบ ให้รัฐบาล นายจ้าง และลูกจ้างผู้ประกันตนออกเงินสมทบฝ่ายละเท่า ๆ กัน ตามอัตราที่กำหนดในกฎกระทรวงแต่ไม่เกินบัญชีท้ายพระราชบัญญัติซึ่งกำหนด ดังนี้

3.2.1.1 ไม่เกินฝ่ายละ 1.5% ของค่าจ้างของผู้ประกันตนสำหรับการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทุพพลภาพ ตาย และ คลอดบุตร

3.2.1.2 ไม่เกินฝ่ายละ 3% ของค่าจ้างของผู้ประกันตน สำหรับการจ่ายประโยชน์ทดแทนสงเคราะห์บุตร และชราภาพ

3.1.1.3 ไม่เกินฝ่ายละ 5% ของค่าจ้างของผู้ประกันตน สำหรับการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน

3.2.2 การนำส่งเงินสมทบ ให้นายจ้างหักค่าจ้างของผู้ประกันตนทุกครั้งที่มีการจ่ายค่าจ้าง โดยส่งเป็นเงินสมทบของส่วนผู้ประกันตนรวมทั้งเงินสมทบของนายจ้างส่งให้แก่สำนักงานประกันสังคมภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไปพร้อมทั้งยื่นรายการแสดงการส่งเงินสมทบให้ทันกำหนด

- 4.2 ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร
- 4.3 ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ
- 4.4 ประโยชน์ทดแทนในกรณีเสียชีวิต
- 4.5 ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร
- 4.6 ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ
- 4.7 ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน

โดยในระยะเริ่มแรกของการบังคับใช้กฎหมายนั้น ให้ความคุ้มครองแก่ลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปใน 4 กรณีแรกและในเดือนกันยายน 2536 นี้กฎหมายกำหนดให้สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป เข้าสู่ระบบการประกันสังคมและเริ่มจ่ายเงินสมทบในเดือนตุลาคม 2536 และในเดือนกันยายน 2537 จึงจะขยายไปสู่การประกันตนโดยสมัครใจนอกจากนี้แล้วในปี 2539 จะขยายบริการด้านการประกันการชราภาพและการสงเคราะห์บุตรอีกด้วย ดังนั้นโครงการประกันสังคมเกือบจะสมบูรณ์แบบตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เป็นต้นไป ส่วนการประกันการว่างงานจะเริ่มมีการบังคับใช้เมื่อมีการออกเป็นพระราชกฤษฎีกาและใช้บังคับกับผู้ประกันตนที่เป็นลูกจ้างเท่านั้น

4.1 ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย อันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน เมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 90 วันภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

- 1) การรับบริการทางการแพทย์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กรณี คือ
  - ก) กรณีปกติ ผู้ประกันตนสามารถไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่เลือกไว้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ
  - ข) กรณีฉุกเฉิน ในกรณีที่ผู้ประกันตนไม่สามารถรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลที่ได้เลือกไว้ ให้ผู้ประกันตนสำรองจ่ายเงินไปก่อน แล้วนำหลักฐานมาเบิกเงินคืนได้จากสำนักงานประกันสังคม ซึ่งคณะกรรมการแพทย์ได้มีการปรับอัตราค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินกันหลายครั้ง ดังต่อไปนี้

### 3.2.3 การผัดบังเงินสมทบ มี 2 ประการคือ

3.2.3.1 ถ้านายจ้างไม่นำส่งเงินสมทบ หรือนำส่งไม่ครบจำนวน ภายในระยะเวลาที่กำหนดนายจ้างจะต้องจ่ายเงินเพิ่มขึ้นอัตราร้อยละ 2 ต่อเดือนของเงินสมทบ ที่ยังไม่ได้ส่ง หรือที่ขาดอยู่นับแต่วันกำหนดส่ง

ในกรณีที่นายจ้างไม่ได้หักเงิน หรือหักไว้ไม่ครบจำนวน นายจ้างก็ต้องรับผิดชอบใช้เงินเต็มจำนวนและต้องจ่ายเงินเพิ่มในอัตราข้างต้นด้วย

3.2.3.2 ถ้าไม่นำส่งเงินสมทบ หรือเงินเพิ่มหรือนำส่งเงินไม่ครบ ให้เลขาธิการมีอำนาจออกเป็นคำสั่งให้ยึด หรืออายัดทรัพย์สินของนายจ้างมาขายทอดตลาดเพื่อนำเงินเข้ากองทุน

### 3.2.4 ความรับผิดชอบของบุคคลภายนอกในการจ่ายเงินสมทบ

ในกรณีที่นายจ้างเป็นผู้รับเหมาช่วง ให้ผู้รับเหมาช่วงถัดขึ้นไปหากมีตลอดสายจนถึงผู้รับเหมาชั้นต้นร่วมรับผิดชอบกับผู้รับเหมาช่วงซึ่งเป็นนายจ้างในเงินสมทบ ซึ่งนายจ้างมีหน้าที่ต้องจ่ายเงินสมทบตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย

3.2.5 หนี้เงินสมทบและเงินเพิ่มเป็นหนี้บุริมสิทธิ์ หนี้สินที่เกิดจากการไม่ชำระเงินสมทบหรือเงินเพิ่มให้สำนักงานประกันสังคมมีบุริมสิทธิ์เหนือทรัพย์สินทั้งหมดของนายจ้าง ซึ่งเป็นลูกหนี้ในลำดับเดียวกับบุริมสิทธิ์ในมูลค่าภาษีอากรตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์

### 3.2.6 สิทธิพิเศษทางภาษีอากร

3.2.6.1 ผู้ประกันตนสามารถนำเงินร่วมสมทบ ของตนเองมาหักลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาได้ตามที่จ่ายจริง

3.2.6.2 เงินประโยชน์ทดแทนที่ผู้ประกันตนได้รับให้ยกเว้นไม่ต้องประเมินภาษีเงินได้บุคคลธรรมดา

3.2.6.3 เงินสมทบในส่วนของนายจ้าง นายจ้างสามารถนำไปหักเป็นค่าใช้จ่ายได้ก่อนการประเมินภาษีตามประมวลรัษฎากร

## 4. ประโยชน์ทดแทน

ผู้ประกันตน หรือบุคคลที่กฎหมายกำหนดมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนประกันสังคมตามเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ รวม 7 ประเภท ดังนี้

4.1 ประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน

ตาราง 2.1 กำหนดจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม

ค่ารักษา	ฉบับที่ 1	ฉบับที่ 2	ฉบับที่ 3	ฉบับที่ 4
พยาบาล	24 พ.ค. 34	14 พ.ย. 34	28 ส.ค. 35	15 ม.ค. 36
กรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน				
-ผู้ป่วยนอก	40 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 80 บาท/ปี	75 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 150 บาท/ปี	100 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 200 บาท/ปี	200 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 400 บาท/ปี
-ผู้ป่วยใน	500 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 1,000 บาท/ปี	500 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 1,000 บาท/ปี	800 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 1,600 บาท/ปี	1,600 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 3,200 บาท/ปี
-ผ่าตัดใหญ่	6,000 บาท/ครั้ง	6,000 บาท/ครั้ง	6,000 บาท/ครั้ง	10,000 บาท/ครั้ง

หมายเหตุ จำนวนเงินทดแทนตามประกาศฉบับที่ 1 และ 2 กรณีผู้ป่วยประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาล ที่ไม่มีรายชื่อในประกาศราชกิจจานุเบกษาสามารถเบิกค่ารักษาได้ตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินครั้งหนึ่งของอัตราข้างต้น ทั้งผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยในและกรณีผ่าตัด



ค) กรณีจำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์เพราะเกิดอุบัติเหตุ ให้สถานพยาบาลเบิกจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนจากสำนักงานโดยตรง หรือให้ผู้ประกันตนสำรองจ่ายเงินไปก่อนแล้วเบิกคืนจากสำนักงานประกันสังคมได้ (ประกาศของสำนักงานประกันสังคม ฉบับที่ 4 ลงวันที่ 15 มกราคม 2536) ดังนี้

(ก) สถานพยาบาลของรัฐ ให้ได้รับค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็นภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรกโดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ

(ข) สถานพยาบาลของเอกชน ให้ได้รับบริการทางการแพทย์เฉพาะกรณีที่มีการผ่าตัดใหญ่ และเป็นค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็นภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่ผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ครั้งแรก โดยไม่รวมระยะเวลาในวันหยุดราชการ แต่ต้องไม่เกิน 10,000 บาท

2) เงินทดแทนการขาดรายได้ในกรณีที่ผู้ประกันตนหยุดงาน เพื่อการรักษาพยาบาลตามคำสั่งแพทย์ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างรายวัน โดยเฉลี่ยตามระยะเวลาที่กำหนดซึ่งสูงสุดไม่เกิน 365 วัน สำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

4.2 ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร เมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 210 วัน ภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนวันรับบริการทางการแพทย์ ดังนี้

1) การรับบริการทางการแพทย์ คณะกรรมการแพทย์ได้มีมติให้ปรับปรุงอัตราค่ารักษาพยาบาลในกรณีคลอดบุตร ดังนี้

ตารางที่ 2.2 กำหนดจำนวนเงินทดแทนในกรณีคลอดบุตรตามประกาศของสำนักงานประกันสังคม

ค่ารักษาพยาบาล	ฉบับที่ 1 (24 พ.ค. 34)	ฉบับที่ 2 (28 ส.ค. 35)
-กรณีคลอดบุตร	เหมาจ่าย 2,500 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง)	เหมาจ่าย 3,000 บาท/ครั้ง (ไม่เกิน 2 ครั้ง)

2) เงินทดแทนการขาดรายได้ ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างรายวัน สำหรับการที่ผู้ประกันตนต้องหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรครั้งหนึ่งไม่เกิน 60 วัน

4.3 ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพจากการเจ็บป่วย หรือประสบอันตรายอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน เมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 90 วันภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนทุพพลภาพ ดังนี้

1) การรับบริการทางการแพทย์ให้ผู้ประกันตนสำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องจากการทุพพลภาพไปก่อน แล้วนำหลักฐานมาเบิกเงินคืนจากสำนักงานประกันสังคมได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน เดือนละ 1,000 บาท

2) เงินทดแทนการขาดรายได้เนื่องจากการทุพพลภาพ ต่อจากการได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างรายวันโดยเฉลี่ยต่อไปอีก 15 ปี

4.4 ประโยชน์ทดแทนในกรณีเสียชีวิต เมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 30 วันและต้องอยู่ภายในระยะเวลา 6 เดือนก่อนเสียชีวิตโดยมิใช่เจ็บป่วยหรือประสบอันตรายเนื่องมาจากการทำงาน ผู้จัดการศพที่มีสิทธิตามกฎหมายได้รับเงินเป็นค่าทำศพจำนวน 100 เท่าของอัตราสูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวัน ตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน (เท่ากับ 12,500 บาท ในเดือนเมษายน 2536)

4.5 ประโยชน์ทดแทนในกรณีสงเคราะห์บุตร จ่ายให้เมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี และให้ได้รับเงินสงเคราะห์บุตรไม่เกิน 2 คน ดังนี้

4.5.1 ค่าสงเคราะห์ความเป็นอยู่ของบุตร

4.5.2 ค่าเล่าเรียนบุตร

4.5.3 ค่ารักษาพยาบาลบุตร

4.5.4 ค่าสงเคราะห์อื่นที่จำเป็น

4.6 ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ จ่ายให้เมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 15 ปี โดยระยะเวลาการจ่ายไม่จำเป็นต้องต่อเนื่องกันและผู้ประกันตนต้องมีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งจะจ่ายเงินเป็นเบี้ยเลี้ยงชีพให้โดยคำนวณตามส่วนแห่งจำนวนและระยะเวลาการส่งเงินสมทบตามหลักเกณฑ์ของกฎกระทรวง

4.7 ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงานจ่ายให้เมื่อผู้ประกันตนได้จ่ายเงินสมทบมาแล้ว

ไม่น้อยกว่า 6 เดือนภายในระยะเวลา 15 เดือนก่อนการว่างงานและต้องเป็นผู้อยู่ในเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดโดยจะจ่ายให้ตั้งแต่วันที่ 8 นับแต่วันว่างงานจากการทำงานกับนายจ้างรายสุดท้าย

#### 5. การอุทธรณ์

กฎหมายกำหนดให้ นายจ้าง ผู้ประกันตน หรือบุคคลอื่นใดซึ่งได้รับคำสั่งของเลขาธิการหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งสั่งการตามพระราชบัญญัตินี้แล้ว ไม่พอใจในคำสั่งนี้ให้อุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ได้ภายใน 30 วันนับตั้งแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่ง

ถ้าผู้อุทธรณ์ไม่พอใจคำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์ ให้มีสิทธิอุทธรณ์ต่อศาลแรงงานภายใน 30 วันนับตั้งแต่วันที่รับแจ้งคำวินิจฉัยถ้าไม่นำคดีไปสู่ศาลภายในกำหนดให้คำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์เป็นที่สิ้นสุด

#### 6. บทกำหนดโทษ

พระราชบัญญัติฉบับนี้มีบทกำหนดโทษแก่ผู้ใดซึ่งไม่ให้ถ้อยคำ ไม่ส่งเอกสารหลักฐาน หรือข้อมูล

ตาราง 2.3 ระบุประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับจากกองทุนประกันสังคม

กรณีผู้ประกันตน มีสิทธิได้รับ ประโยชน์ทดแทน	ลักษณะประโยชน์ทดแทน		เงื่อนไขการได้สิทธิ	
	(1) วิธีการทางการแพทย์			(2) ให้เงินทดแทนในรูปเงินสด
	สถานพยาบาลที่กำหนดให้ ตามบัตรรับรองสิทธิฯ	สถานพยาบาลที่ไม่ได้รับระบุในบัตรรับรองสิทธิฯ	ผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบ มาแล้วตามระยะเวลา	
เจ็บป่วยหรือประสบ อันตรายอันมิใช่เนื่อง จากการทำงาน กรณีปกติ ก. ผู้ป่วยนอก ข. ผู้ป่วยใน ค. กรณีผ่าตัดใหญ่ กรณีฉุกเฉิน ก. ผู้ป่วยนอก ข. ผู้ป่วยใน ค. กรณีผ่าตัดใหญ่	ฟรี ฟรี ฟรี ฟรี ฟรี ฟรี ฟรี	เบิกไม่ได้ เบิกไม่ได้ เบิกไม่ได้ ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 200 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 400บาท/ปี 1,600 บาท/ครั้ง ไม่เกิน 3,200 บาท/ปี 10,000 บาท/ครั้ง (ตรวจจ่ายเงินไปก่อนแล้วนำใบเสร็จรับเงินมาเบิก)	* ได้รับร้อยละ 50 ของค่าจ้าง ไม่เกิน 90 วัน/ครั้ง และ ไม่เกิน 180 วัน/ปี เว้นแต่ โรคเรื้อรังได้รับร้อยละ 50 ของค่าจ้างไม่เกิน 365 วัน ตามคำวินิจฉัยของแพทย์	ไม่น้อยกว่า 90 วันภายใน 15 เดือน ก่อนวันรับบริการ ทางการแพทย์
กรณีอุบัติเหตุ (72 ชั่วโมง)	โรงพยาบาลรัฐเบิกได้เต็มจำนวนเท่าที่จ่ายจริง โรงพยาบาลเอกชนกรณีผ่าตัดใหญ่เบิกได้เท่าที่จ่ายจริงแต่ไม่เกิน 10,000 บาท			
กรณีคลอดบุตร	เหมาจ่ายครั้งละ 3,000 บาท แต่ไม่เกิน 2 ครั้ง (ตรวจจ่ายเงินไปก่อนแล้วนำหลักฐานใบสูติฯ มาเบิกจากสำนักงานประกันสังคม)		* ได้รับร้อยละ 50 ของค่าจ้าง ไม่ เกิน 60 วัน (เฉพาะผู้ประกันตนหญิง)	ไม่น้อยกว่า 210 วันภายใน 15 เดือน ก่อนวันรับบริการทางการแพทย์
กรณีทุนทดแทนอันมิใช่ เนื่องจากการทำงาน	เกี่ยวเนื่องกับอาการทุนทดแทนเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็นจำนวนไม่เกินเดือนละ 1000 บาท (ตรวจจ่ายเงินไปก่อนแล้วนำใบเสร็จรับเงินจากสำนักงานประกันสังคม)		ได้รับร้อยละ 50 ของค่าจ้าง ไม่เกิน 15 ปี	ไม่น้อยกว่า 90 วันภายใน 15 เดือน ก่อนทุนทดแทน
กรณีตายอันมิใช่เนื่อง จากการทำงาน			ได้รับค่าทำศพ 100 เท่าของอัตรา สูงสุดของค่าจ้างขั้นต่ำรายวันตาม กฎหมายคุ้มครองแรงงาน	ไม่น้อยกว่า 30 วันภายใน 6 เดือน ก่อนถึงแก่ความตาย

\* หมายเหตุ เงินทดแทนการขาดรายได้ที่ลูกจ้างจะได้รับกรณีเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตรของทุนประกันสังคมจะจ่ายให้หลังจากที่ลูกจ้างได้ไปใช้สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครอง  
แรงงาน

### การลดส่วนอัตราเงินสมทบ

นายจ้างบางรายจัดสวัสดิการเกี่ยวกับกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย หรือกรณีทุพพลภาพ หรือกรณีตายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน หรือกรณีคลอดบุตร หรือกรณีสงเคราะห์บุตร หรือกรณีชราภาพ หรือกรณีว่างงานให้แก่ลูกจ้างของตนก่อนที่กฎหมายประกันสังคมใช้บังคับ สูงกว่าพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และยังคงให้สวัสดิการดังกล่าวอยู่เพื่อให้ลูกจ้างได้รับสวัสดิการนั้นต่อไปโดยไม่ต้องเป็นการเพิ่มภาระแก่ นายจ้างและลูกจ้างที่จะต้องจ่ายเงินสมทบกองทุนประกันสังคมอีก จึงให้นายจ้างสามารถยื่นคำขอลดส่วนอัตราเงินสมทบต่อสำนักงานประกันสังคมได้

คณะกรรมการประกันสังคมได้กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข การลดส่วนอัตราเงินสมทบ เกี่ยวกับประโยชน์ทดแทนกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย กรณีทุพพลภาพ กรณีคลอดบุตร กรณีตาย กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และกรณีว่างงานโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 55 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคมดังต่อไปนี้

1. ต้องเป็นสวัสดิการที่จัดให้แก่ผู้ประกันตนก่อนวันที่ 2 กันยายน 2533
2. ต้องยื่นคำขอต่อม้านงานประกันสังคม ภายในวันที่ 30 เมษายน 2534
3. ให้สำนักงานประกันสังคมเป็นผู้ดำเนินการพิจารณาการหักลดส่วนอัตราเงินสมทบ โดยให้ถือหลักเกณฑ์ ดังนี้

3.1 ให้พิจารณาการหักลดส่วนอัตราเงินสมทบ แยกเป็นแต่ละประเภทเปรียบเทียบกันระหว่างสวัสดิการที่นายจ้างจัดให้แก่ลูกจ้างกับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคมพ.ศ. 2533 โดยการให้คะแนน 3 ระดับดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง สวัสดิการที่นายจ้างจัดให้อยู่ในระดับเดียวกับประโยชน์ทดแทน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม 2533

คะแนน -1 หมายถึง สวัสดิการที่นายจ้างจัดให้อยู่ในระดับต่ำกว่าประโยชน์ทดแทน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม 2533

คะแนน +1 หมายถึง สวัสดิการที่นายจ้างจัดให้อยู่ในระดับสูงกว่าประโยชน์ทดแทน ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม 2533

### 3.2 ปัจจัยที่จะพิจารณาการให้คะแนนในสวัสดิการแต่ละประเภท มีดังนี้

#### 3.2.1 กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตราย

##### ก) การบริการทางการแพทย์

- 1) จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล
- 2) ระยะเวลาที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล
- 3) ขอบข่ายการให้ความคุ้มครอง
- 4) การครอบคลุมถึงโรคเรื้อรัง
- 5) การยกเว้นโรคที่เป็นอยู่ก่อน
- 6) วิธีการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล
- 7) ระยะเวลาการมีสิทธิ
- 8) ผู้จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล

##### ข) เงินทดแทนการขาดรายได้

- 1) จำนวนเงินที่จ่ายให้ลูกจ้างในกรณีที่ต้องหยุดงานเพื่อรักษาพยาบาล

#### 3.2.2 กรณีคลอดบุตร

##### ก) การบริการทางการแพทย์

- 1) จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล

##### ข) เงินทดแทนการขาดรายได้

- 1) จำนวนเงินที่จ่ายให้ลูกจ้างที่หยุดงานเพื่อคลอดบุตร

#### 3.2.3 กรณีทุพพลภาพ

##### ก) การบริการทางการแพทย์

- 1) จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล

##### ข) เงินทดแทนการขาดรายได้

- 1) จำนวนเงินที่จ่ายให้ลูกจ้าง
- 2) เงื่อนไขการจ่ายเงินเพราะเหตุทุพพลภาพ

#### 3.2.4 กรณีตาย

- 1) จำนวนเงินค่าทำศพ
- 2) เงื่อนไขการจ่ายเงินค่าทำศพ

3.3 ผลลัพธ์การให้คะแนนตามข้อ 3.2 ในสวัสดิการแต่ละประเภทให้มีความหมาย ดังนี้  
 คะแนน 0 และ -1 หมายถึง นายจ้างไม่ได้รับการลดส่วนอัตราเงินสมทบ  
 คะแนน +1 หมายถึง นายจ้างได้รับการลดส่วนอัตราเงินสมทบ

4. สำหรับนายจ้างที่ได้จัดสวัสดิการ ที่มีอัตราสูงกว่าประโยชน์ทดแทนตามกฎหมายประกันสังคมจะได้รับการลดส่วนเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมทั้งนายจ้างและลูกจ้างดังนี้  
 กรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายได้รับการลดอัตราส่วน ร้อยละ 0.88 ของค่าจ้าง  
 กรณีคลอดบุตรได้รับการลดอัตราส่วน ร้อยละ 0.12 ของค่าจ้าง  
 กรณีทุพพลภาพได้รับการลดอัตราส่วน ร้อยละ 0.44 ของค่าจ้าง  
 กรณีตายได้รับการลดอัตราส่วน ร้อยละ 0.06 ของค่าจ้าง

5. สวัสดิการนั้นต้องระบุไว้ในระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงาน สัญญาจ้าง  
 แรงงาน หรือข้อตกลงเกี่ยวกับสภาพการจ้าง

6. การขอลดส่วนการจ่ายเงินสมทบนี้ทำได้เฉพาะลูกจ้างที่เข้าทำงาน ก่อนวันที่  
 พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับเท่านั้น ลูกจ้างที่เข้าทำงานภายหลังจะไม่ได้สิทธิลดส่วนนี้ด้วย

ข้อสังเกต คือสวัสดิการต้องเป็นประโยชน์ที่นายจ้างจัดให้แก่ลูกจ้าง ไม่ใช่เรื่อง  
 ที่ลูกจ้างเข้ามีส่วนด้วย เช่นกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ ซึ่งลูกจ้างมีส่วนจ่ายเงินเข้ากองทุนเช่นเดียวกับ  
 นายจ้าง ส่วนกรณีที่นายจ้างให้คนภายนอก เช่นบริษัทประกันชีวิตมารับภาระแทนโดยนายจ้าง  
 จ่ายเบี้ยประกันให้ นั้น ยังต้องพิจารณาด้วยว่าจะอยู่ในข่ายที่เป็นสวัสดิการตามมาตรา ๓ หรือไม่และ  
 ให้ประโยชน์ทดแทนสูงกว่าประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติด้วยหรือไม่

เมื่อนายจ้างได้รับการลดส่วนอัตราเงินสมทบ ต้องใช้อัตราส่วนที่เหลือกับลูกจ้าง  
 ของตนทุกคน และต้องจัดสวัสดิการไม่น้อยกว่าอัตราตามที่ได้อื่นขอจึงจะได้รับการลดส่วนอัตรา  
 เงินสมทบเป็นเวลา 1 ปี และเมื่อครบกำหนดเวลาแล้ว หากว่าสวัสดิการที่จัดให้ นั้นยังคงอัตรา  
 ที่สูงกว่าประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม 2533 ให้ถือว่านายจ้างได้รับการลด  
 อัตราส่วนเงินสมทบต่อไปอีก 1 ปีโดยปริยาย

การจัดบริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

สำหรับประเทศไทยในการดำเนินงานประกันสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม  
 พ.ศ. 2533 ได้จัดระบบการให้บริการทางการแพทย์ โดยใช้สถานบริการของภาครัฐบาล หรือ

เอกชนที่มีอยู่แล้ว (Indirect System) โดยสำนักงานประกันสังคมไม่มีโรงพยาบาลของตนเอง โดยให้โรงพยาบาลของรัฐบาลที่มีมาตรฐานตามมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เข้ามาอยู่ในโครงการประกันสังคมทั้งหมด แต่สำหรับโรงพยาบาลเอกชนให้เอาความสมัครใจเป็นเกณฑ์ ทั้งนี้ในปี 2534 ได้มีโรงพยาบาลภาครัฐบาลและเอกชนเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main contractor) เข้าร่วมในการจัดบริการทางการแพทย์ จำนวน 134 แห่ง สำหรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาลในโครงการประกันสังคมเป็นวิธีเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) อันหมายถึง การที่กองทุนประกันสังคมจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลเป็นรายปีในอัตราเหมาจ่าย 700 บาท/ลูกจ้างหนึ่งคน/ปี โดยที่โรงพยาบาลจะรับผิดชอบในการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตนที่ลงทะเบียนไว้จนถึงที่สุดสำหรับโรค และบริการที่อยู่ในความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคม

ทั้งนี้การจัดการบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนได้มีการกำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีการบริการที่มีคุณภาพ มีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและผู้รับบริการพึงพอใจ โดยการใช้กลวิธีต่างๆ ที่ขึ้นอยู่กับความพร้อมของโรงพยาบาล เช่น การจัดคลินิกประกันสังคมโดยเฉพาะ ซึ่งมีเงื่อนไขว่าจะต้องมีจำนวนผู้ประกันตนมารับบริการมากพอ การจัดช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยประกันสังคม การเปิดคลินิกทั่วไปนอกเวลาราชการ เป็นต้น ในขณะที่เดียวกันสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักยังจะต้องพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยการใช้ระบบการประสานเครือข่ายเพื่อจัดบริการทางการแพทย์ ระบบการจัดเครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน เป็นระบบที่อำนวยความสะดวกและสามารถทำให้ผู้ประกันตนเข้าถึงบริการได้สะดวก โดยโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก

(Main-contractor) เป็นผู้รับผิดชอบต่อการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่ได้เลือกและลงทะเบียนไว้ โดยมีโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงในระดับตติยภูมิ (Supra-contractor) หากผู้ประกันตนต้องการรับบริการทางแพทย์ที่เกินขีดความสามารถโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก รวมทั้งการกำหนดให้มีโรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับต้น (Sub-contractor) เพื่อให้ผู้ประกันตนไปรับบริการ ณ สถานพยาบาลใกล้เคียงมีลำเนาหรือสถานที่ทำงานอันเป็นการประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ช่วยลดภาระงานบริการทางการแพทย์ระดับต้นที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก รวมทั้งยังเป็นการสนับสนุนระบบการส่งต่อที่มีอยู่แล้ว ทั้งนี้เครือข่ายของการให้บริการทางการแพทย์ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีทั้งสิ้น 19 เครือข่าย ประกอบด้วย

1. โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main-contractor) เป็นศูนย์กลางของเครือข่าย
2. โรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับต้น (Sub-contractor) ประกอบด้วย



- (1) โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/โรงพยาบาลสาขา ในเขตจังหวัดนั้น
  - (2) โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดใกล้เคียงที่มีผู้ประกันตนซึ่งเครือข่ายรับผิดชอบ มีภูมิลำเนาอยู่
3. โรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับตติยภูมิ (Supra-contractor) ประกอบด้วย
- (1) โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ใกล้เคียง
  - (2) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภูมิภาคนั้น
  - (3) โรงพยาบาลหรือสถาบันเฉพาะทางของกระทรวงสาธารณสุข
  - (4) โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีขีดความสามารถที่เหมาะสม

โดยในปีแรกโรงพยาบาลของรัฐบาลทุกโรงพยาบาล ที่มีขนาดอย่างต่ำเทียบเท่ามาตรฐานโรงพยาบาลจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานพยาบาลหลักตามมติคณะรัฐมนตรี รวมทั้งสิ้น 118 แห่ง และมีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วม 18 แห่งในปีพ.ศ. 2534 และเพิ่มเป็น 27 แห่ง ในปี 2535 จำนวนผู้ประกันตนของสถานพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก 414,215 คน หรือ 16.4% ในปี พ.ศ. 2534 เป็น 965,450 คน หรือ 40.21% ในปี พ.ศ. 2535 เนื่องจากในปีแรกสถานพยาบาลเอกชนบางส่วนยังไม่มั่นใจในผลกำไรที่จะได้รับจึงไม่ได้เข้าร่วมมากนักโดยเข้าร่วมเพียง 18 แห่งหลังจาก 1ปีผ่านไป ปรากฏว่าสถานพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมในการประกันสังคมได้รับผลกำไร ทำให้มีผู้เข้าร่วมจำนวนมากขึ้น และพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี นั่นคือในปี 2536 เพิ่มเป็น 37 แห่ง และปี 2537 เป็น 56 แห่ง

ซึ่ง สงวน นิตยารัมพงศ์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ Sara Bennett (2535) ได้ให้ข้อสังเกตว่า นอกจากการเข้าร่วมมากขึ้นแล้วสถานพยาบาลบางแห่ง ยังมีการทำเครือข่ายกว้างขวางในลักษณะครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น บางเครือข่ายจะครอบคลุมจำนวนสถานพยาบาลขนาดเล็กถึง 20-30 แห่งอย่างใกล้ชิดตามแม้จะมีแนวโน้มการนัดหมายที่เพิ่มขึ้นในเชิงของโครงสร้างแต่คุณภาพของการบริการก็ยังไม่ได้มีการพัฒนาให้ดีขึ้นจนถึงระดับที่น่าพอใจ

#### การขอรับบริการทางการแพทย์

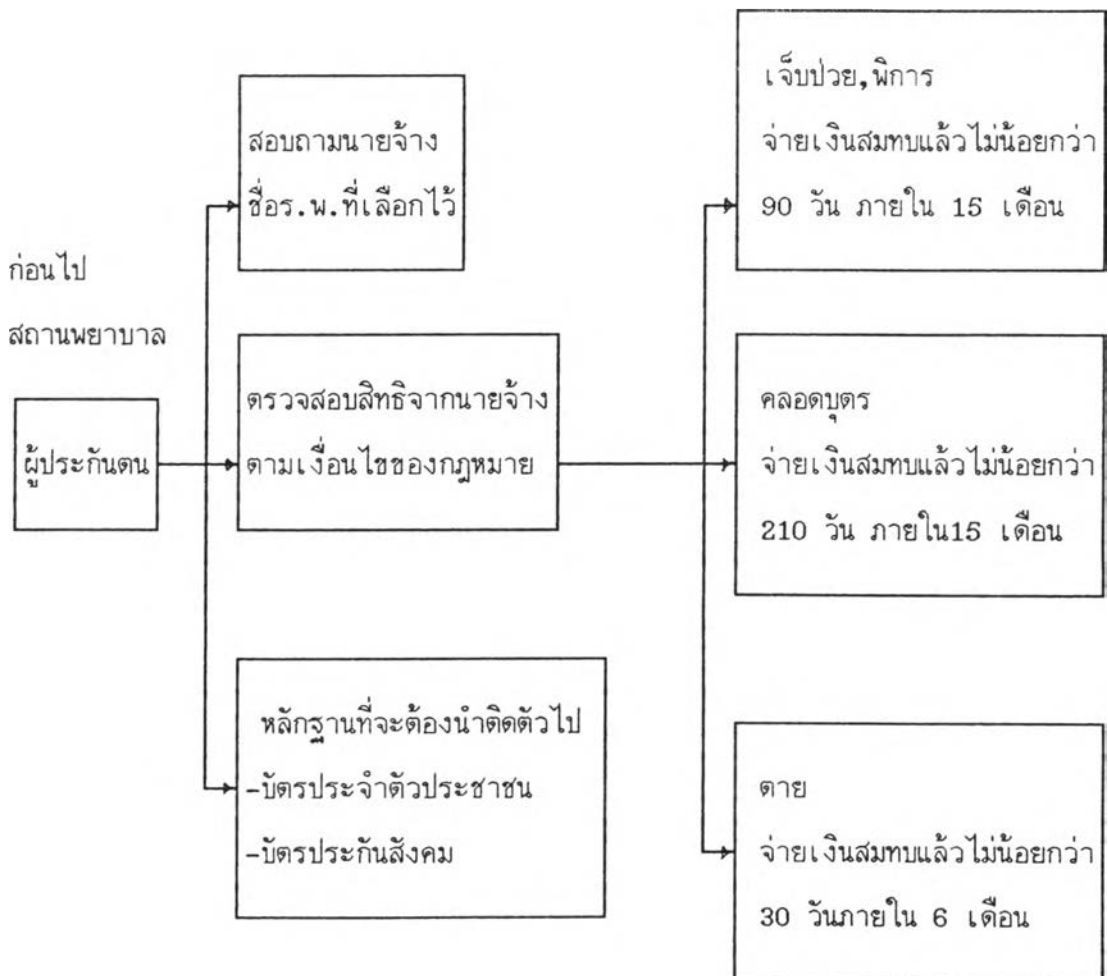
ขั้นที่ 1 ผู้ประกันตนจะต้องตรวจสอบจากนายจ้างว่าได้เลือกสถานพยาบาลใด พร้อมทั้งขอบัตรประกันสังคม ซึ่งในบัตรประกันสังคมจะระบุชื่อของสถานพยาบาลไว้เช่นกัน ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ของผู้ประกันตน ในการขอรับบริการทางการแพทย์ ถ้าไปรักษายังสถานพยาบาล

ดังกล่าวแล้ว ผู้ประกันตนจะได้รับบริการฟรี ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือกรณีฉุกเฉิน

ขั้นที่ 2 เมื่อผู้ประกันตนเจ็บป่วยไปขอรับบริการทางการแพทย์ สิ่งสำคัญคือผู้ประกันตนจะต้องนำบัตรประกันสังคม พร้อมทั้งบัตรอื่นที่ออกให้โดยทางราชการ เช่น บัตรประจำตัวประชาชนไปแสดงก่อนขอรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลที่ระบุไว้ในบัตรประกันสังคม โดยขอลงทะเบียนในช่องหรือในป้ายที่จัดไว้ แต่อย่าลืมว่า "ไม่มีบัตร ไม่มีสิทธิรับบริการทางการแพทย์" (แผนภูมิที่ 2.2)

ขั้นที่ 3 แพทย์จะให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุดตามมาตรฐานผู้ป่วยสามัญโดยไม่มีค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด เว้นแต่ใช้ยาพิเศษกว่ามาตรฐานที่กำหนดไว้

แผนภูมิที่ 2.2 แสดงคำแนะนำสำหรับขั้นตอนการขอรับบริการทางการแพทย์



ผู้ประกันตนซึ่งเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ด้วยเหตุหรือกลุ่มโรคและบริการดังต่อไปนี้ ไม่มีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ คือ

1. กลุ่มโรคจิต ยกเว้น กรณีเฉียบพลัน ซึ่งต้องทำการรักษาในทันที และระยะเวลาในการรักษาไม่เกิน 15 วัน
2. โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการใช้สารเสพติด ตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
3. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ใน เกิน 180 วันใน 1 ปี
4. การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต ยกเว้น กรณีความเฉียบพลันที่มีระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 60 วัน
5. การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
6. การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
7. การรักษาภาวะมีบุตรยาก
7. การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ
8. การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น
9. การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ
10. การเปลี่ยนเพศ
12. การผสมเทียม
13. การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น
14. ทันตกรรม
15. แว่นตาและเลนส์เทียม

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประกันสังคม

แม้แนวความคิดเกี่ยวกับการประกันสังคมจะมีมานานแล้ว แต่การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ยังมีน้อย โดยจากการศึกษาของ Chales (1975) เกี่ยวกับการประกันสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่ประกันสุขภาพได้ไปใช้บริการในโรงพยาบาลแต่ละปีเพิ่มมากกว่าผู้ไม่ได้ประกันสุขภาพ และพบว่า การขยายการประกันให้ครอบคลุมมากขึ้นจะทำให้ความต้องการของบริการชนิดต่างๆทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และความต้องการบริการทางการแพทย์จะสูงขึ้นมากกว่าสองเท่าตัว ถ้าโครงการประกันสุขภาพครอบคลุมหมดทุกอย่าง (Full Coverage) นอกจากนี้ยังได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ ซึ่งได้พบว่าอายุและสภาวะทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่กำหนดความต้องการไปใช้บริการทางการแพทย์และการศึกษาของ Aviva (1990) ที่ศึกษาประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ภายใต้การประกันสังคมพบว่า การซื้อประกันสุขภาพจะแตกต่างกันไปตามอายุ เพศ รายได้ ระดับการศึกษาซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Chales ดังกล่าวข้างต้น

ส่วนการศึกษาในประเทศไทย อีเกาญ โดมรศักดิ์ (2509) ศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการนำพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 มาใช้ในประเทศไทย โดยการศึกษาวิจัยเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านประกันสังคม พบว่า ปัญหาและอุปสรรคซึ่งทำให้โครงการประกันสังคม ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ต้องประสบความล้มเหลวคือ

- 1) ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร เป็นการยากที่จะนำเอาระบบการประกันสังคมมาบังคับใช้อย่างทั่วถึง
- 2) ขาดการวางแผนการดำเนินการที่ดี และประสบความยุ่งยากในทางการเมือง
- 3) ขาดข้าราชการที่มีความรู้ ความชำนาญด้านการประกันสังคม
- 4) จำนวนแพทย์ เวชภัณฑ์และบริการด้านอนามัยที่จะอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ประกันนั้นยังมีจำนวนไม่เพียงพอ
- 5) ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการประกันสังคมและโดยที่การประกันสังคมนั้นผู้ประกันจะต้องส่งเงินสมทบ จึงเป็นการยากที่ประชาชนจะให้ความร่วมมือ
- 6) จำนวนเงินที่จะนำมาบริหารโครงการในระยะแรกไม่เพียงพอ
- 7) ความผันผวนทางการเมืองในประเทศในขณะที่ยังเริ่มนำระบบประกันสังคมมาใช้

อรนรรณ หันจางสิทธิ (2522) ศึกษาทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครต่อการประกันสุขภาพตามโครงการประกันสังคมแห่งประเทศไทย ด้วยการสัมภาษณ์ พบว่า ประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้ยินการประกันสุขภาพ ไม่มีความรู้ ความเข้าใจในการประกันสุขภาพ

แต่คิดว่า การประกันสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็น มีประโยชน์ต่อส่วนรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุชนันท์ คลังทรัพย์ (2525) ที่ได้ศึกษาทัศนคติของผู้นำชุมชนในเขตจังหวัดกำแพงเพชร ต่อการประกันการเจ็บป่วยในประเทศไทย ได้ข้อสรุปคล้ายคลึงกันว่า ผู้ที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่เห็นด้วยกับโครงการประกันสุขภาพหรือประกันการเจ็บป่วย หากรัฐบาลจะจัดให้มีขึ้น

ต่อมาจากการสำรวจความพร้อมของนายจ้าง และลูกจ้างซึ่งมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับ กรมแรงงานและจังหวัดสมุทรปราการในปี 2527 (อ้างถึงในปรากรม วุฒิมงคล และคณะ, 2532) ถึงความคิดเห็นของนายจ้างและลูกจ้างในจังหวัดสมุทรปราการ เมื่อเดือนกันยายน 2527 พบว่า นายจ้าง ร้อยละ 67 และลูกจ้างถึง ร้อยละ 92 เห็นด้วยกับโครงการที่จะให้มีการประกันการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ นอกเหนือจากรูปของกองทุนสุขภาพ และนายจ้างได้ให้ข้อสังเกตว่ารัฐบาลควร ออกกฎหมายบังคับให้ปฏิบัติโดยทั่วถึงกัน เพราะหากเป็นการประกันโดยสมัครใจแล้ว จะก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำและเสียเปรียบกันในด้านต้นทุนการผลิตโดยหลักสากล ส่วนใหญ่จะดำเนินการในลักษณะบังคับ ทั้งนี้เนื่องจากการประกันสุขภาพในรูปของกองทุนสุขภาพนั้นเป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นการเฉลี่ยสุขและทุกข์ระหว่างผู้มีรายได้มาก และผู้มีรายได้น้อย ระหว่างผู้ที่แข็งแรง ไม่ค่อยเจ็บป่วยกับผู้ที่เจ็บป่วยบ่อย เงินเบี้ยประกันหรือเงินที่จ่ายสมทบจัดตั้งเป็นกองทุนสุขภาพนั้นจึงควรมาจากทุกคนที่อยู่ในขอบข่าย

จลีพร โกลากุล (2528) ศึกษาความต้องการทางด้านประกันสุขภาพของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 500 คน พบว่า ประชาชนมีความเห็นว่าโครงการประกันสังคมเป็นสิ่งจำเป็น ควรเป็นสวัสดิการที่หน่วยงานจัดให้หรืออยู่ในรูปแบบการประกันหมู่ ส่วนวิธีการที่ให้รัฐบาลดำเนินการในรูปแบบหนึ่งของการประกันสังคมซึ่งต้องเสียภาษีเพิ่มนั้นประชาชนเห็นว่าควรจะเป็นทางที่รองลงมา และถ้าเป็นการซื้อประกันสุขภาพจะเป็นทางเลือกสุดท้ายที่ประชาชนเลือก

วิจิตร ระวิวงศ์ และคณะ (2529) ศึกษาความต้องการและความพร้อมของนายจ้าง และลูกจ้าง ในการประกันสังคม พบว่านายจ้างและลูกจ้างส่วนใหญ่มีความต้องการเข้าร่วมการประกันสังคมและเห็นว่าการประกันการเจ็บป่วยมีความสำคัญเป็นอันดับแรก การประกันทุนผลภาพเป็นอันดับรองลงไปและการประกันการคลอดบุตรมีความจำเป็นน้อยที่สุด

บุญศรี อัมพรจรัส (2529) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมในโครงการประกันการคลอดบุตรของลูกจ้าง โดยการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและการวิจัยภาคสนาม โดยการออกแบบสอบถามลูกจ้างบริษัทในเครือสหพัฒน์ปิบูล จำกัด จำนวน 285 คน พบว่าการศึกษา

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับความต้องการในการเข้าร่วมโครงการ ส่วนเพศ ลักษณะงาน การศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความพร้อมที่จะเข้าร่วมใน โครงการประกันการคลอดบุตร ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับแนวคิดของ เมธี ครองแก้ว (2530) ในเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมประกันสุขภาพของประชาชน พบว่าปัจจัยประการแรกที่มีอิทธิพลต่อความต้องการของคนที่จะประกันสุขภาพคือ ความมากน้อยของความเสี่ยง คนที่มีความประสงค์จะหลีกเลี่ยงความเสี่ยงมาก เขาจะมีความประสงค์ที่จะประกันสุขภาพมาก ปัจจัยประการที่สองที่มีต่ออุปสงค์ของการประกันสุขภาพ คือความน่าจะเป็นของโอกาสเจ็บป่วยที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ผู้ที่คาดว่าจะมีโอกาสเกิดความเสี่ยงจะเป็นอุปสงค์ (Demand) ของการเอาประกันสุขภาพของบุคคล ปัจจัยสุดท้ายที่มีอิทธิพลต่อการประกันสุขภาพของบุคคลมองจากทัศนะความต้องการของบุคคลคือ รายได้ของบุคคลนั่นเอง

สงวน นิตยารัมวงค์ และคณะ (2534) ศึกษาการจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 โดยการสำมะโนโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักทั่วประเทศ 134 แห่ง ไม่รวมข้อมูลจากโรงพยาบาลในเครือข่าย พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้พยายามจัดระบบบริการทางการแพทย์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยตีพอสสมควร แต่ปรากฏว่า อัตราการใช้บริการต่ำกว่าที่ประมาณการไว้ในการคิดเงินค่าเหมาจ่ายมาก คือ อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกในเดือนมิถุนายน -กรกฎาคม 2534 เป็น 23.7-32.0 ครั้ง/พันคน/เดือนหรือ 0.28-0.38 ครั้ง/คน/ปี ส่วนที่คาดการณไว้เป็น 3 ครั้ง/คน/ปีส่วนอัตราการใช้บริการผู้ป่วยใน เป็น 1.7-1.8 ราย/พันคน/เดือนหรือ 0.02 ครั้ง/คน/ปี ส่วนที่คาดการณไว้เป็น 0.05 ครั้ง/คน/ปี นอกจากนี้ยังพบอีกว่ามีปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนมากมาย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยประกันสังคมและนายจ้างไม่เข้าใจสิทธิประโยชน์ที่ได้รับการคุ้มครอง 2) ความไม่เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติของผู้ประกันตนในการรับบริการทางการแพทย์ 3) ความไม่พร้อมของโรงพยาบาลในการให้บริการ 4) โรงพยาบาลไม่สามารถนำเงินเหมาจ่ายมาใช้ในการบริหารจัดการให้เกิดความคล่องตัวในการให้บริการได้ 5) ผู้ป่วยประกันสังคมมีความเข้าใจว่ายาตามบัญชียาหลักแห่งชาติไม่ดี 6) ไม่มีคลินิกพิเศษแก่ผู้ป่วยประกันสังคมทำให้บริการได้ไม่ตีพอ

ชัยนาท จิตตวัฒน์ , สงวน นิตยารัมวงค์ และ สุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม (2535) ศึกษาอัตราการให้บริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยประกันสังคมของโรงพยาบาลในเครือข่ายโดยการสำมะโนโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักทั่วประเทศ พบว่า ในรอบ 1 ปี (มิถุนายน 2534 - พฤษภาคม 2535)

มีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก เฉลี่ย 0.63 ครั้ง/คน/ปี โดยมีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล Main-contractor สังกัดภาคเอกชน มากกว่า ประมาณ 2 เท่าของรัฐบาล แตกต่างจากอัตราการให้บริการผู้ป่วยใน ซึ่งพบว่า มี อัตราการให้บริการผู้ป่วยในของโรงพยาบาล Main-contractor สังกัดภาครัฐบาลมากกว่าภาคเอกชน ทั้งนี้ อัตราการให้บริการผู้ป่วยในก็ต่ำกว่าการประมาณในการกำหนดเงินเหมาจ่ายเช่นกัน (อัตราการให้บริการผู้ป่วยใน 0.032 ราย/คน/ปี, ประมาณการ 0.05 ครั้ง/คน/ปี) นอกจากนี้พบว่า มีปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการทางการแพทย์ให้แก่ ผู้ป่วยประกันสังคม ที่สำคัญ 3 อันดับแรกได้แก่ 1) ความไม่เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติของผู้ป่วยประกันสังคมในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ 2) ความไม่เข้าใจและการไม่ให้ความร่วมมือของนายจ้างที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการตามโครงการประกันสังคม และ 3) การเรียกร้องเกินกว่าสิทธิที่ได้รับ/ความไม่พึงพอใจในบริการที่ได้รับของผู้ป่วยประกันสังคม

นอกจากนี้ จากการศึกษาของวิไลเดือน พรอนันต์ (2535) ซึ่งได้สัมภาษณ์ผู้ประกันตนในสถานประกอบการขนาดกลางและขนาดใหญ่ในจังหวัดสมุทรสาคร จำนวนกลุ่มละ 400 คนรวมตัวอย่าง 800 คน โดยสัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยใน 4 เดือนที่ผ่านมาว่า ผู้ประกันตนมีพฤติกรรมการใช้บริการอย่างไรบ้าง ผลการวิจัยปรากฏว่า ผู้ประกันตนเพียง ร้อยละ 27 ถึง 34 ในสถานประกอบการขนาดกลางและใหญ่ ในจังหวัดสมุทรสาคร ไปใช้บริการในสถานพยาบาลหลักของตนเอง ในขณะที่ไปคลินิกแพทย์ และการซื้อยากินเอง เป็นทางเลือกที่ใช้มากกว่าเมื่อเจ็บป่วย สาเหตุที่การใช้สถานพยาบาลหลักของผู้ประกันตนต่ำอาจจะเป็นเนื่องจากความไม่สะดวกในการไปใช้บริการยังสถานพยาบาลซึ่งนายจ้างเป็นผู้เลือก กลัวว่าจะเสียเวลาการทำงานและถูกตัดเบี้ยขยันการไม่รู้สิทธิของตนเองอย่างเพียงพอ รวมทั้งการไม่พอใจในคุณภาพบริการที่ตนเองได้รับ เช่น รอนาน เจ้าหน้าที่บริการไม่ดี คิดว่ายาลไม่ดี

จากการศึกษา ต่อมาของสุนันดา โชติเกียรติเวช (2536) ซึ่งได้สัมภาษณ์ผู้ประกันตนในสถานประกอบการทั้ง 3 ขนาด คือขนาดเล็ก, กลางและใหญ่ในจังหวัดสมุทรปราการ ที่เจ็บป่วยในเดือนกันยายน 2535 จำนวน 1,391 คน พบว่าอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ เท่ากับ 2.88 ครั้ง/คน/ปี ซึ่งต่ำกว่าที่ประมาณการในการกำหนดเงินเหมาจ่าย 700 บาท ซึ่งคาดไว้ว่าประมาณ 3 ครั้ง/คน/ปี โดยพบว่า การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ประกันตนเลือกใช้บริการห้องพยาบาลในโรงงาน, คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลที่ไม่ได้ลงทะเบียนไว้ สำหรับการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล ผู้ประกันตนเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล นอกจากนี้ยังพบว่า 18% ของบริการผู้ป่วยนอก

และ 32% ของผู้ป่วยในไม่ได้ใช้บริการจากโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้เลย เหตุผลสำคัญของการไม่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลที่ลงทะเบียนไว้ คือ ไม่สะดวกในการเข้าถึงโรงพยาบาล ผู้ประกันตนไม่มีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลรัฐบาลมากกว่าโรงพยาบาลเอกชน

จากงานวิจัยทั้งหมดจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตนมีความแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มประชากร รวมทั้งปัจจัยในการเลือกใช้บริการแตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาพฤติกรรมการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ทำงานธนาคาร ในกรุงเทพมหานครซึ่งจัดเป็นกลุ่มลูกจ้างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรม และยังมีได้มีผู้ทำการศึกษาไว้เลย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษากฎการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ในประชากรกลุ่มดังกล่าวว่าจะมีความแตกต่างไปจากประชากรกลุ่มอื่นหรือไม่ รวมทั้งประเมินอัตราการไปใช้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลประกันสังคมที่ขึ้นทะเบียนไว้ ซึ่งข้อมูลพื้นฐานดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงการดำเนินงานประกันสังคมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น





แผนภูมิที่ 2.3 กรอบแนวความคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

