



## ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

การพัฒนา คือ กระบวนการที่ควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่อง เป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาคือการยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนทั้งหมด ซึ่งจะต้องมีการส่งเสริมทั้งความยุติธรรมทางสังคมและประสิทธิภาพทางเศรษฐกิจ การพัฒนาสมัยใหม่จะให้ความสำคัญแก่เรื่องการกระจายรายได้ การมีงานทำ การสร้างความมั่นคงทางรายได้ไปจนถึงการปรับปรุงระบบการศึกษา สาธารณสุข โภชนาการ การเคหะ สวัสดิการสังคม และการคุ้มครองสิ่งแวดล้อมทางสังคมและธรรมชาติทั้งหมดนี้เราเรียกว่า การพัฒนาแบบยั่งยืนยาวนาน (sustainable development)

นอกจากเรื่องของการมีงานทำ ความยากจนและความไม่เสมอภาคแล้ว การพัฒนาจะต้องมุ่งไปทางด้านการสนองความต้องการของกลุ่มชนผู้ยากไร้เป็นหลัก ภายใต้แนวโน้มใหม่ในการสร้างระบบความมั่นคงทางสังคม ซึ่งส่วนใหญ่เน้นเรื่องการประกันเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต จึงเป็นโครงการที่สำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการพัฒนาสังคมทั้งหมด

ในปัจจุบันประเทศไทยดำเนินงานตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ซึ่งมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งร่างกายและจิตใจ แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 มีหลักการสนับสนุนให้ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ผู้ใช้แรงงาน ผู้พิการทุพพลภาพ และกลุ่มด้อยโอกาสในสังคมอื่น ๆ ได้มีหลักประกันในชีวิตในการรับบริการสาธารณสุขทั้งทางด้านการป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาพยาบาล (สุจริต ศรีประพันธ์, 2534) ก็คือจะต้องให้มีการคุ้มครองด้านสุขภาพอนามัยแก่ประชากรให้ทั่วถึง มีโอกาสเท่าเทียมกันยิ่งขึ้นที่จะเลือกรับบริการ และสามารถใช้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพในเชิงเศรษฐกิจ (ปรากฏม วุฒิพงศ์ และคณะ, 2532) ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่รัฐต้องแสวงหามาตรการเพื่อพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่อยู่ในวัยแรงงาน (อายุ 15-60 ปี) ให้เกิดความสมบูรณ์มั่นคงทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ในสังคมอุตสาหกรรมตะวันตกการปฏิวัติอุตสาหกรรมเมื่อในอดีตได้สร้างความตึงเครียดให้แก่ชีวิตของผู้คนจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งชีวิตของแรงงาน อีกทั้งยังได้ก่อให้เกิด "ความเสียหาย" อย่างมากมายในการดำรงชีพ ด้วยเหตุนี้เอง รัฐจึงต้องเข้ามาแทรกแซงเพื่อช่วยเหลือผู้คนที่อยู่ในฐานะยากลำบาก และไม่มีทรัพยากรที่จะสนับสนุนการแก้ไขปัญหาของตนเองได้ การใช้อำนาจของรัฐผลักดันให้มี "การประกันเชิงบังคับ" นับว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการรวมความเสี่ยงไว้ที่รัฐ (pooling of risks) ในขณะที่เดียวกันก็มีการกระจายต้นทุนของประโยชน์ทดแทน ซึ่งนับว่าเป็นการกระจายรายได้ หรือโยกย้ายรายได้ไปในตัวด้วย นอกจากนี้แล้ว อำนาจบังคับของรัฐ ยังสามารถผลักดันให้ธุรกิจเอกชนต้องรับผิดชอบต่อภัยอันตรายใหม่ ๆ อีกด้วย เช่น ความหายนะทางสิ่งแวดล้อมอันเกิดจากการประกอบธุรกิจที่มีลักษณะทำลายล้างธรรมชาติและสุขภาพของประชาชนในชุมชน

ประเทศไทยกำลังจะพัฒนาประเทศไปสู่ ความเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (New Industrialized Countries : NICS) ดังนั้นประชาชนคนไทยโดยเฉพาะผู้ใช้แรงงานจึงต้องพบกับชะตากรรมเดียวกันแบบที่ดำรงอยู่ในสังคมตะวันตก จากแนวโน้มที่ผ่านมา ปรากฏว่าเศรษฐกิจของชาติและธุรกิจของเอกชน มีความเจริญเติบโตสูง และขยายตัวอย่างรวดเร็ว แต่คนทำงานกลับต้องมีชีวิตอยู่ในสภาพที่เสื่อมโทรม ในขณะที่เดียวกันการเสี่ยงภัยในหลายรูปแบบทั้งภายในที่ทำงานและนอกสถานที่ก็มีมากขึ้น ในสถานการณ์เช่นนี้การประกันเชิงบังคับโดยการใช้อำนาจรัฐ และกฎหมายการประกันสังคม จึงเป็นมาตรการที่จำเป็นและเหมาะสมอย่างยิ่ง

ซึ่งจากการสำรวจแรงงานทั่วราชอาณาจักร ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2534) พบว่าในปี 2532 มีผู้มีงานทำทั้งสิ้น 26.3 ล้านคน ส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ 35.2 เป็นผู้ทำงานเป็นลูกจ้าง ในจำนวนนี้ประมาณ 4 ใน 5 ทำงานเป็นลูกจ้างในภาคเอกชน ร้อยละ 28.5 (7.5 ล้านคน) และเป็นลูกจ้างภาครัฐบาลเพียง ร้อยละ 6.7 ผู้มีงานทำที่ไม่ได้เป็นลูกจ้างทำงานส่วนตัวร้อยละ 33.1

จากรายงานกระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีประชาชนผู้อยู่ภายใต้รูปแบบการประกันสุขภาพแบบต่างๆทั้งหมดประมาณ 30 ล้านคน (กองแผนงานสาธารณสุข, 2534) แต่ยังมีประชาชนอีก 26 ล้านคน ที่ยังไม่มีการประกันสุขภาพมารองรับ โดยเฉพาะกลุ่มลูกจ้างผู้ใช้แรงงาน 7.5 ล้านคน ซึ่งคือโอกาสในการแสวงหาการบริการทางสุขภาพนี้



ดังนั้น การสร้างระบบประกันสุขภาพ ให้แก่กลุ่มลูกจ้างผู้ใช้แรงงานจึงเกิดขึ้น โดยมีหลักการของการประกันสุขภาพ คือการเฉลี่ยความเสี่ยงสำหรับคนกลุ่มมากเพื่อให้ผู้เอาประกันสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขเมื่อเจ็บป่วย โดยที่ค่ารักษาพยาบาลไม่เป็นกำแพงขวางกั้นไม่ให้เข้าถึงบริการยามจำเป็น ณ จุดรับบริการนั้น การประกันสุขภาพในประเทศไทยมีหลายรูปแบบ ซึ่งมีวัตถุประสงค์และการครอบคลุมต่าง ๆ กัน

สำหรับกลุ่มลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมและบริการ มีการประกันสุขภาพเชิงบังคับ (Compulsory health insurance) เพื่อเป็นหลักประกันให้กับลูกจ้างของเอกชนซึ่งมีความเสี่ยงต่อการประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยสืบเนื่องจากการทำงานสูง ได้แก่กองทุนทดแทนแรงงาน ภายใต้ประกาศคณะปฏิวัติที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 โดยที่นายจ้างจ่ายเงินสมทบตามกำหนดอัตราร้อยละของค่าจ้างเข้ากองทุนแต่ฝ่ายเดียว โดยในปี 2532 ครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 20 คนขึ้นไป จำนวน 13,261 สถานประกอบการคุ้มครองลูกจ้างทั้งสิ้น 1,661,651 คน สำหรับการเจ็บป่วยและประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน (กองทุนทดแทนแรงงาน, 2533) แต่อย่างไรก็ตามบทบาทของกองทุนเงินทดแทนยังมีอยู่อย่างจำกัด ไม่สามารถที่จะแก้ไขความเดือดร้อนของลูกจ้าง ซึ่งมักจะนำมาสู่ข้อพิพาททางแรงงาน และปัญหาแรงงานสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างกับลูกจ้างอยู่เสมอ ดังนั้นการประกันสุขภาพเชิงบังคับจึงเกิดขึ้นเพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงาน โดยมีหลักการคือเป็นระบบประกันสุขภาพที่ให้ลูกจ้างผู้มีรายได้น้อยได้มีส่วนช่วยเหลือตนเอง โดยนายจ้างและรัฐบาลเข้าไปร่วมให้ความช่วยเหลือจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน เพื่อเป็นการผ่อนคลายนความเดือดร้อนของลูกจ้างในกรณีเกิดความเจ็บป่วยที่ไม่สืบเนื่องจากการทำงาน แต่ไม่มีเงินพอจะจ่ายค่ารักษาได้

การประกันสังคมเป็นความพยายามในอันที่จะก่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม (Social Security) โดยสมาชิกในสังคมจะมีหลักประกันในการที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างมีสวัสดิภาพและเป็นสุข ในประเทศไทยได้มีความพยายามมานานกว่า 30 ปีแล้ว โดยได้เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2497 ในรูปของการออกพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ซึ่งต่อมาพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวก็ไม่ได้มีการถูกนำมาดำเนินการแต่อย่างใด ด้วยเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจ และการเมือง แต่ความพยายามดังกล่าวได้ถูกรื้อฟื้นมาอีกเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องแต่ไม่ประสบผลสำเร็จมาโดยตลอด ขณะเดียวกันโครงการอื่น ๆ ในลักษณะคล้าย ๆ กันก็ได้เกิดขึ้นในการที่จะสร้างหลักประกันในด้านสังคมให้กับกลุ่มต่าง ๆ เช่นกองทุนเงินทดแทนซึ่งประกันความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานในหมู่ผู้

ใช้แรงงาน สวัสดิการรักษาสภาพของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ข้าราชการบำนาญ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ โครงการบัตรสุขภาพซึ่งให้หลักประกันในยามเจ็บป่วยแก่ผู้ถือบัตรในหมู่ประชาชนทั่วไป เป็นต้น

ความพยายามในการที่จะผลักดันให้เกิดการประกันสังคมในสังคมไทยโดยร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากสภาผู้แทนราษฎร เป็นพระราชบัญญัติประวัติศาสตร์ที่ได้รับความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2533 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2533 ได้มีเจตน์จำนงที่ชัดเจนให้คนไทยไม่ว่าจะอยู่ในภาคอุตสาหกรรมและบริการได้มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขเท่าเทียมกัน โดยภาคอุตสาหกรรมและบริการจะดำเนินการประกันสุขภาพโดยการบังคับ โดยมีสำนักงานประกันสังคม สังกัดกระทรวงมหาดไทย มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบบังคับนายจ้างและลูกจ้างในทุกกิจการ (ยกเว้นข้าราชการและลูกจ้างประจำส่วนราชการ) โดยในปีแรกครอบคลุมถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปเท่านั้น และเมื่อถึง พ.ศ. 2536 จะขยายไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป หลังจากนั้นจะเป็นการประกันโดยความสมัครใจสำหรับผู้ประกอบอาชีพส่วนตัว เกษตรกร และอื่น ๆ

มีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมเพื่อเป็นทุนค่าใช้จ่ายให้ผู้ประกันตน และค่าบริหารสำนักงานประกันสังคม การเก็บเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมจะเก็บจาก 3 ฝ่าย คือ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลในอัตราร้อยละ 1.5 ของค่าจ้าง รวมเป็นร้อยละ 4.5 ของค่าจ้าง ในเงินจำนวนนี้เงินร้อยละ 2.45 มาใช้จ่ายในด้านการรักษาสภาพแก่ผู้ประกันตน ในปัจจุบันมีการคุ้มครองประโยชน์ทดแทน ในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันไม่ใช่นื่องจากการทำงาน คลอดบุตร ทูพพลภาพ และเสียชีวิต ภายใน 6 ปี หลังจากวันที่พระราชบัญญัติประกันสังคมประกาศใช้ คือภายในปี 2539 จะครอบคลุมประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร และกรณีชราภาพ

การดำเนินงานประกันสุขภาพตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ได้จัดระบบการให้บริการทางการแพทย์ โดยใช้สถานบริการของภาครัฐหรือเอกชนที่มีอยู่แล้ว (Indirect system) โดยที่สำนักงานประกันสังคมไม่มีโรงพยาบาลของตนเอง แต่ใช้โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่แล้วเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main-Contractor) เข้าร่วมในการจัดบริการทางการแพทย์ และได้กำหนดระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่สถานพยาบาล โดยวิธีเหมาจ่ายรายหัว





(Capitation) เป็นวิธีในการดำเนินการ โดยสำนักงานประกันสังคมจะจ่ายเงินล่วงหน้าแก่สถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลและให้บริการแก่ผู้ประกันตนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันไม่ใช่นื่องจากการทำงานในอัตรา 700 บาท/คน/ปี มีสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก 134 แห่ง รับผิดชอบผู้ประกันตนประมาณ 2.5 ล้านคน (ร้อยละ 4.4 ของประชากรไทย) ในปีแรกได้เงินสมทบจาก 3 ฝ่ายเข้ากองทุนประมาณ 4,500 ล้านบาท นำมาใช้จ่ายทางการแพทย์ประมาณ 2,450 ล้านบาท และมีบริการที่อยู่ในความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคม โดยกำหนดหลักเกณฑ์การรับบริการทางการแพทย์ 2 กรณี คือ

1. กรณีปกติ ไปรับบริการทางการแพทย์กับสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานประกันสังคม โดยนายจ้างเป็นผู้เลือกให้
2. กรณีประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไปรับบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลอื่นได้ โดยผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินล่วงหน้าไปก่อน และเบิกคืนภายหลังจากสำนักงานประกันสังคมตามอัตราที่กำหนด

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า เงินเหมาจ่าย 700 บาทนี้ไม่เพียงพอให้เอกชนมาจัดบริการในช่วงปีแรกของการดำเนินการ จะเห็นได้ว่าในปีแรกของโครงการ มีโรงพยาบาลเอกชนเพียง 16 แห่งจากจำนวนโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักทั้งหมด 134 แห่ง ที่ทำธุรกิจกับกองทุนประกันสังคมนี้ โรงพยาบาลของรัฐจึงเป็นผู้ให้บริการรายใหญ่ แต่ในปี 2535 อัตราการเลือกสถานพยาบาลของรัฐลดลงจาก 83% เหลือเพียง 60% ปัญหาข้อขัดแย้งระหว่างผู้ประกันตนและโรงพยาบาลเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงได้ยาก ทั้งนี้เพราะผู้ประกันตนมีความคาดหวังสูง (เพราะจ่ายเงินล่วงหน้าประมาณ 540-2,700 บาทต่อปี และต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 90 วันจึงจะเกิดสิทธิ) กระทั่งคาดหวังว่าจะได้ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนแต่การปรากฏว่าโรงพยาบาลรัฐเป็นผู้ให้บริการหลัก ในขณะที่โรงพยาบาลเองพยายามบริหารให้ได้ภายในวงเงิน 700 บาทต่อหัวต่อปีเพื่อให้ได้กำไรมากที่สุด

เมื่อผู้ประกันตนเริ่มเข้ารับบริการทางการแพทย์ และมีสิทธิรับประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ตั้งแต่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2534 จนถึงปัจจุบันได้ดำเนินการมาครบ 1 ปีแล้วแต่ยังพบปัญหาในการจัดบริการทางการแพทย์อยู่มาก โดยเฉพาะอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2529 (อ้างอิงใน สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ, 2535) ซึ่งพบว่าคนไทยป่วย 2.1 ครั้ง/คน/ปี แต่

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการทางการแพทย์ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ของ สวงน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2535) พบว่ามีอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก ใน เดือนมิถุนายนและกรกฎาคม พ.ศ.2534 เพียง 0.28 ครั้ง/คน/ปี และ 0.38 ครั้ง/คน/ปี ตามลำดับ ซึ่งผู้ประกันตนเสียสิทธิประโยชน์มาก เพราะถูกหักเงินค่าจ้างสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมล่วงหน้าเป็นรายเดือนแล้ว คนละ 45 ถึง 225 บาทต่อเดือน

เป็นที่น่าสังเกตว่า การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เท่าที่ผ่านมานั้น นายจ้างเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักแทนลูกจ้าง สถานประกอบการหนึ่งเลือกหนึ่งสถานพยาบาล ซึ่งผู้ประกันตนทุกคนในสถานประกอบการนั้นต้องไปใช้บริการยังสถานพยาบาลแห่งเดียวกันที่นายจ้างเป็นผู้เลือกให้เท่านั้น เมื่อเป็นเช่นนี้ จึงอาจเป็นไปได้ว่าการที่นายจ้างเป็นผู้เลือกสถานพยาบาลให้ นั้น อาจมีผลทำให้ผู้ประกันตนไม่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ เนื่องจากโรงพยาบาลที่นายจ้างเลือกอาจไม่สอดคล้องกับสภาพทางภูมิศาสตร์ของที่พัก และที่ทำงานของลูกจ้าง หรือลูกจ้างต้องเดินทางบ่อย ๆ ทำให้ไม่สะดวก หรือไม่สามารเดินทางไปใช้บริการได้ หรืออาจเกิดจากลูกจ้างไม่ทราบสิทธิของตน หรือไม่ทราบว่าตนเองลงทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลใด ทำให้อัตราการให้บริการทางการแพทย์ต่ำ ซึ่งส่งผลให้ผู้ประกันตนเป็นผู้สูญเสียผลประโยชน์จากการประกันสังคมทั้ง ๆ ที่ต้องจ่ายเงินสมทบทุกเดือน

อย่างไรก็ตามสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้อัตราการให้บริการทางการแพทย์ต่ำนั้น ควรสอบถามโดยตรงจากผู้ประกันตนเอง เพราะหลักในการดำเนินงานประกันสังคมที่ต้นนี้ ต้องขึ้นกับตัวผู้ประกันตนเป็นสำคัญในอันที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับอย่างเต็มที่ ดังนั้นการศึกษาวิจัยศึกษาในสถานประกอบการแทนการศึกษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะได้ข้อมูลเฉพาะผู้ที่มารับบริการเท่านั้นทำให้อาจมีอคติได้ การสอบถามโดยตรงกับผู้ประกันตนในสถานประกอบการจะได้ข้อมูลจากผู้ประกันตนที่เคยเจ็บป่วย ทั้งจากผู้ที่เคยไปรับบริการทางการแพทย์ และผู้ที่ไม่เคยไปรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ รวมทั้งสาเหตุในการเลือกใช้และไม่เลือกใช้บริการ และความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ที่ได้รับ

จังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดในเขตปริมณฑล ซึ่งเป็นเขตอุตสาหกรรมของประเทศ จึงมีโรงงานอุตสาหกรรมตั้งอยู่เป็นจำนวนมากถึง 1,592 แห่ง เมื่อพระราชบัญญัติประกันสังคมมีผลบังคับใช้ จึงทำให้มีจำนวนลูกจ้างที่เข้าชำนพระราชบัญญัติประกันสังคมครอบคลุมไปถึง เป็นจำนวนทั้งสิ้น 262,537 คน ในปี พ.ศ. 2535 มีสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญาหลักมี 5 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมุทรปราการ และโรงพยาบาลของเอกชนอีก 4



แห่ง คือ โรงพยาบาลสำโรงการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬารัตน์, โรงพยาบาลบางนา 2 และ  
โรงพยาบาลเมืองสมุทร

ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์  
ของผู้ประกันตนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เพื่อประเมินอัตราการไปใช้และไม่ไปใช้บริการทางการแพทย์  
ยังสถานพยาบาลประกันสังคม ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ดังกล่าว  
รวมทั้งเหตุผลของการไปใช้บริการ และความพึงพอใจในทัศนคติของผู้ประกันตนต่อบริการของสถาน  
พยาบาล ที่ไปใช้บริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลประกันสังคม และไม่ใช้สถานพยาบาล  
ประกันสังคม

ผลการศึกษานี้จะทำให้ทราบถึงข้อมูลซึ่งเป็นปัญหาต่าง ๆ ของการดำเนินงานภายใต้  
พระราชบัญญัติประกันสังคมในทัศนคติของผู้ประกันตน ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ในการกำหนดแนวทาง  
สำหรับการจัดบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสังคมในอนาคต หากมีการจัดการระบบที่  
เหมาะสม ผลประโยชน์ย่อมจะตกเป็นของประชาชน อีกทั้งเป็นข้อมูลสำหรับการเพื่อการพัฒนา  
นโยบายที่สอดคล้องเหมาะสม ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร และเกิดความเป็น  
ธรรมต่อลูกจ้างและต่อกลุ่มอื่น ๆ ในสังคมด้วย

### คำถามของการวิจัย

#### คำถามหลัก

อัตราการไปใช้และไม่ไปใช้บริการทางการแพทย์ ในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน  
ไว้ของผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยเป็นเท่าไร

#### คำถามรอง

1. มีเหตุผลอะไรบ้างในการเลือกไปใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน  
ในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้
2. มีปัจจัยอะไรบ้างที่สัมพันธ์กับการไม่ไปใช้บริการทางการแพทย์ ของผู้ประกัน  
ตนในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้
3. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับ  
สถานพยาบาลของรัฐและเอกชน แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ ของผู้ประกันตนในจังหวัดสมุทรปราการ หลังดำเนินงาน 1 ปี ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาอัตราการไปใช้และไม่ไปใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาล ที่ขึ้นทะเบียนไว้ของผู้ประกันตนที่เจ็บป่วย
2. ศึกษาเหตุผลของการที่ผู้ประกันตนไปใช้และไม่ไปใช้บริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้
3. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไม่ไปใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้
4. เปรียบเทียบอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้ประกันตน ที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลประกันสังคมของรัฐบาล เอกชน ที่เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ทราบสถานการณ์อัตราการไปใช้ และไม่ใช้บริการในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ของผู้ประกันตนเมื่อเจ็บป่วย เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดำเนินงานให้มีการใช้บริการเพิ่มมากขึ้น
  2. ทราบถึงสาเหตุในการไปใช้และไม่ไปใช้บริการในสถานพยาบาล ที่ขึ้นทะเบียนไว้ เพื่อเป็นแนวทางให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขต่อไป
- ผลการศึกษานี้สามารถเป็นข้อมูลในการวางแผนปรับปรุงการดำเนินงานประกันสังคมให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น



## คำนิยามที่ใช้ในการวิจัย

1. พระราชบัญญัติประกันสังคม  
หมายถึง พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533
2. ผู้ประกันตน (Insured workers)  
หมายถึง ผู้ซึ่งจ่ายเงินสมทบอันก่อให้เกิดสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน ตาม พรบ.ประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในการศึกษา<sup>นี้</sup> หมายถึง ผู้ประกันตนในจังหวัดจังหวัดสมุทรปราการ เท่านั้น
3. พฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วย (Health seeking behaviour)  
หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือทราบว่าตนเองเจ็บป่วย ได้แก่ การไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ เอกชน ทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือคลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานีอนามัย รักษาแผนโบราณ หรือซื้อยารับประทานจากร้านขายยา
4. สถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main-contractor)  
หมายถึง สถานพยาบาลที่คู่สัญญากับสำนักงานประกันสังคมในจังหวัดสมุทรปราการ ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลสำโรงการแพทย์ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ โรงพยาบาลเมืองสมุทร และโรงพยาบาลบางนา ในการศึกษา<sup>นี้</sup> ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลสำโรงการแพทย์ เท่านั้น
5. การเจ็บป่วย (Illness)  
หมายถึง ความเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจทุกชนิดที่ต้องได้รับการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้: แผนโบราณ/สมุนไพร, ร้านขายยา, คลินิก, โรงพยาบาลรัฐบาล, โรงพยาบาลเอกชน, ศูนย์บริการสาธารณสุข, สถานีอนามัย
6. อัตราการป่วย (Illness rate)  
หมายถึง จำนวนครั้งของการเจ็บป่วย(ตามนิยามในข้อ 5) ในช่วงเวลาหนึ่ง ต่อจำนวนผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลสำโรงการแพทย์

## 7. ผู้ป่วยนอก (Out patient)

หมายถึง ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยมารับการรักษา โดยไม่นอนโรงพยาบาล

## 8. ผู้ป่วยใน (Admission patient)

หมายถึง ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล

## 9. ความพึงพอใจ (Satisfaction)

หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดจากประสบการณ์และความคาดหวังของผู้ประกันตนต่อบริการทางการแพทย์ ในด้านการต้อนรับ ความสะอาด ความสะดวกสบาย และบริการที่รวดเร็ว คุณภาพของบริการ และภาพรวมของบริการทั่วไป

## 10. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปใช้บริการ (Accessibility cost)

หมายถึง ค่าใช้จ่ายของผู้ประกันตนในการเดินทางไปรักษาพยาบาล

## 11. ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ

หมายถึง ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปถึงสถานพยาบาล

## 12. วิธีการเข้าถึงบริการ

หมายถึง พาหนะที่ใช้ในการเดินทางไปสถานพยาบาล

## 13. ลักษณะงานที่รับผิดชอบของผู้ประกันตน

หมายถึง ตำแหน่งหน้าที่ที่ทำงานอยู่ในปัจจุบัน ผู้วิจัยได้จัดแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ Professionals and Managerial ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้จัดการ หัวหน้างาน Clerical and related workers ได้แก่ เสมียน พนักงานในสำนักงาน Production workers - non manual ได้แก่ คนงานฝ่ายผลิตที่ใช้เครื่องจักร Production workers - manual ได้แก่ คนงานฝ่ายผลิตที่ไม่ใช้เครื่องจักร

## 14. รายได้ต่อเดือน

หมายถึง รายได้ทั้งหมด ได้แก่ ค่าจ้าง ค่าทำงานล่วงเวลา รายได้อื่น ๆ ที่ผู้ประกันตนได้รับทั้งหมดใน 1 เดือน

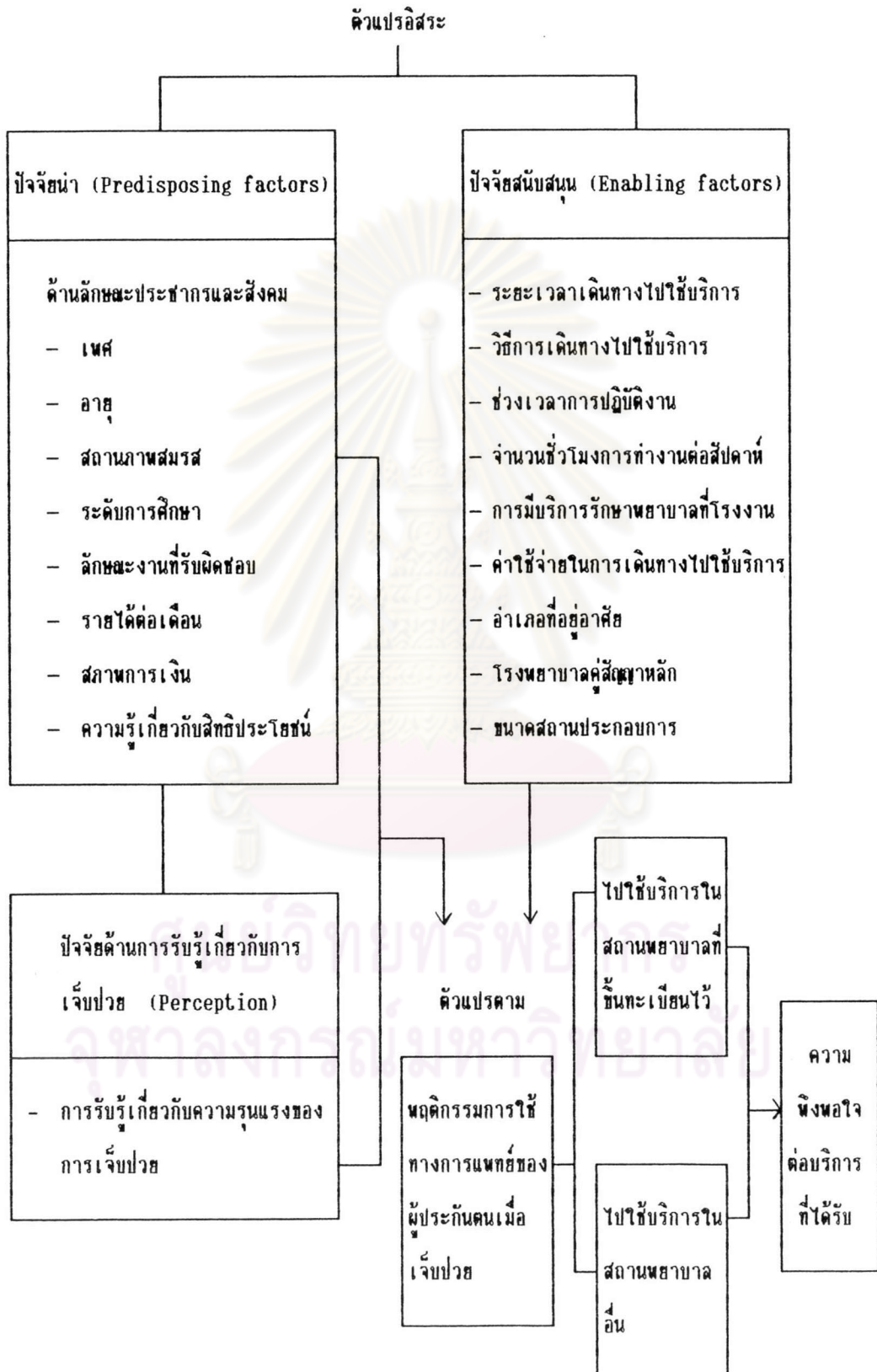
## 15. ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการใช้บริการทางการแพทย์

หมายถึง การรับรู้ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก เงื่อนไขการใช้บริการทางการแพทย์ ตามมาตรา 58 มาตรา 59 และมาตรา 60 แห่งพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

16. จำนวนชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์  
หมายถึง จำนวนชั่วโมงที่ต้องปฏิบัติงานตามหน้าที่รับผิดชอบ รวมทั้งชั่วโมงทำงานล่วงเวลาใน 1 สัปดาห์
17. ช่วงเวลาปฏิบัติงาน  
หมายถึง รอบการทำงาน ได้แก่ รอบเช้า รอบบ่าย รอบดึก
18. บริการทางการแพทย์ในสถานประกอบการ  
หมายถึง บริการที่เป็นสวัสดิการ ที่นายจ้างจัดให้แก่ลูกจ้างตามกฎหมาย ได้แก่ แพทย์พยาบาล รวมทั้ง บริการจ่ายยาสามัญประจำบ้านของโรงงาน
19. ขนาดสถานประกอบการ (Factory size) แบ่งตามกรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม (2533)  
สถานประกอบการขนาดเล็ก หมายถึง สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20-49 คน  
สถานประกอบการขนาดกลาง หมายถึง สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 50-200 คน  
สถานประกอบการขนาดใหญ่ หมายถึง สถานประกอบการที่มีลูกจ้างมากกว่า 200 คน ขึ้นไป
20. การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย  
หมายถึง การที่ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกนึกคิด ในเรื่องของการเจ็บป่วยว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงไร ซึ่งเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยในอดีต การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ  
การรับรู้ว่าเป็นเจ็บป่วยเล็กน้อย เจ็บป่วยปานกลาง และการเจ็บป่วยรุนแรง



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวความคิดในการวิจัย



### ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ผู้ประกันตนที่ถูกสัมภาษณ์ ได้มาจากการคัดกรองผู้ประกันตนที่รายงานว่าตนเองป่วย โดยการใช้แบบสอบถามชุดที่ 1 ซึ่งสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา (1 ก.ย. - 30 ก.ย. 35) กรณีผู้ป่วยนอก และการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (1 ต.ค. 34 - 30 ก.ย. 35) กรณีผู้ป่วยใน โดยให้ผู้ประกันตนทุกคนในสถานประกอบการตัวอย่างที่สุ่มได้เป็นผู้ตอบด้วยตนเอง แล้วจึงคัดเลือกเฉพาะผู้ที่รายงานว่าป่วยมาทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยมีความจำเป็นต้องใช้วิธีนี้ เนื่องจากไม่สามารถสัมภาษณ์ผู้ประกันตนทุกคนในสถานประกอบการได้ ซึ่งจะมีทั้งคนที่ป่วยและไม่ป่วย เนื่องจากไม่ได้รับความร่วมมือจากสถานประกอบการ และผู้ประกันตนทำงานเป็น 3 รอบ

2. เนื่องจากพฤติกรรมการใช้บริการทางการแพทย์ มีความหลากหลายมาก เช่น การใช้บริการที่สถานประกอบการจัดให้ สถานีนอนามัย คลินิก โรงพยาบาล เป็นต้น การศึกษานี้จะศึกษาอัตราการไปใช้และไม่ไปใช้บริการในสถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก เฉพาะการเจ็บป่วยที่ผู้ประกันตนไปโรงพยาบาลเท่านั้น เนื่องจากเป็นเงื่อนไขของโรคหรืออาการที่จะไปใช้บริการของโรงพยาบาลเหมือนกัน

3. ข้อมูลที่ได้จากคณะวิจัยครั้งนี้ ได้จากการสุ่มตัวอย่างสถานประกอบการ และสัมภาษณ์เฉพาะผู้ประกันตนที่รายงานว่าป่วย โดยวิธีปราศจากความลำเอียง รวมทั้งดำเนินการสัมภาษณ์แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 ภายหลังจากแบบสอบถามชุดที่ 1 ในช่วงเวลาที่สั้นที่สุดเท่าที่จะทำได้ จึงไม่น่าจะมีผลกระทบจากความทรงจำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในอดีต

4. การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ กระทำโดยผู้สัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมเทคนิคการสัมภาษณ์เป็นข้อมูลที่เป็นความจริง เชื่อถือได้

5. การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะประชากรที่ป่วยอยู่ในช่วงระยะเวลาที่ศึกษาเท่านั้น

### ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไปใช้และไม่ไปใช้บริการ ณ สถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ และบันทึกผล ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเท่านั้น

2. เนื่องจากระยะเวลา และงบประมาณจำกัด จึงไม่สามารถทำการศึกษาผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนไว้กับโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรปราการได้ จึงเลือกเฉพาะโรงพยาบาลสมุทรปราการ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลรัฐบาล และโรงพยาบาลสำโรงการแพทย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่มีจำนวนผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนไว้มากที่สุด

3. เจ้าของสถานประกอบการไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจากต้องทำการสัมภาษณ์ผู้ประกันตนทุกคนที่รายงานว่าป่วย แต่ผู้ประกันตนผู้นั้นไม่สามารถออกจากการทำงานได้ จะทำให้เกิดความเสียหายต่อบริษัท รวมทั้งผู้ประกันตนบางคนออกจากคางาน หรือลาป่วย จึงไม่พบผู้ประกันตนที่คัดเลือกไว้บางสถานประกอบการไม่ยินดีให้สัมภาษณ์ครบจำนวนตามคัดเลือกไว้ เนื่องจากเป็นการรบกวนสถานประกอบการมากเกินไป โดยเฉพาะในสถานประกอบการขนาดใหญ่ ดังนั้นจึงสัมภาษณ์ได้ไม่ครบทั้ง 100% ของผู้ประกันตนที่คัดเลือกไว้

4. ผู้ประกันตนกลัวเจ้าของสถานประกอบการที่มาเฝ้าดูการสัมภาษณ์ และกลัวเจ้าของสถานประกอบการจะตำหนิถ้าใช้เวลาในการตอบการสัมภาษณ์นานเกินไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย