



## วรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนั้น ผู้วิจัยได้แบ่ง เรื่องที่จะ  
ทำการศึกษาออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การประกันสังคม

ตอนที่ 2 แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ตอนที่ 3 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### ตอนที่ 1 การประกันสังคม

#### 1. ระบบประกันสังคม

การประกันสังคม(Social Insurance) คือ การทำให้ประชาชนมีความมั่นคง  
และทำให้ประชาชนมีความสุข ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยให้ประชาชนได้รับความช่วย  
เหลือในยามที่เดือดร้อนจำเป็น เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระของสังคม การประกันสังคมอาจเป็น  
การดำเนินการของรัฐบาลฝ่ายเดียว ในลักษณะที่เรียกว่ารัฐสวัสดิการ หรือเป็นการดำเนิน  
การร่วมกันระหว่างนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลทั้ง 3 ฝ่ายก็ได้ (วิชัย โถสุวรรณจินดา,  
2533) การประกันสังคมต้องยึดถือหลักแห่งการเฉลี่ย(Law of Average) ในระหว่างผู้  
เอาประกันด้วยกัน และต้องให้การเฉลี่ยนั้นเป็นไปโดยสม่ำเสมอ ในเมื่อมีผู้เอาประกันร่วม  
กันอยู่จำนวนมาก กฎแห่งการเฉลี่ยนี้เป็นทฤษฎีของการกระจายความเสียหายในกลุ่มชนนั้น  
(Theory of Distribution of losses and elimination of risks) และ  
ในขณะเดียวกันก็มีผลเป็นการลดและทำให้หมดไปซึ่งการเสี่ยงภัยต่าง ๆ ด้วย (บุญชนะ -  
อัครถาวร, 2517 )

การประกันสังคมเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของสังคม(Social Security  
System) ซึ่งระบบความมั่นคงทางสังคมนั้น อาศัยหลักการสร้างหลักประกัน 3 วิธี คือ  
(Gilbert, Miller and Spech, 1960)

1. หลักการสงเคราะห์ (Public Assistance) เป็นการช่วยเหลือแก่

ประชาชนหรือครอบครัวที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ ในรูปการสังคมสงเคราะห์ การประชาสงเคราะห์ กรณีที่บุคคลประสบความทุกข์ยาก เช่น ประสบอุบัติเหตุ ว่างงาน อคติภัย เป็นต้น โดยให้การช่วยเหลือเป็นเงิน สิ่งของ การรับเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์และการให้บริการต่าง ๆ

2. หลักการบริการสังคม(Social Service or Public Service) เป็น การให้ความช่วยเหลือประชาชนโดยไม่คำนึงว่าผู้นั้นจะต้องมีความเดือดร้อนจริง ๆ หรือไม่ ในรูปการจัดโครงสร้างพื้นฐานและการบริการ เช่น การศึกษา สุขภาพอนามัย ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

3. หลักการประกันสังคม(Social Insurance) เป็นวิธีการที่รัฐให้ประชาชน ทำการประกันรายได้ของตนไว้เพื่อประโยชน์ของตนเอง ครอบครัว และเป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในอันที่จะคุ้มครองมิให้ได้รับความเดือดร้อนในความเป็นอยู่ของชีวิต โดยจัดให้มีกองทุนกลางที่นายจ้างและรัฐออกเงินสมทบ

การประกันสังคม มีหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1. เป็นการให้ความคุ้มครองประชาชน สำหรับผู้ประกันตนไม่ให้กลายเป็นบุคคลที่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ เมื่อต้องประสบกับการเจ็บป่วย การพิการทุพพลภาพ การชราภาพ หรือการว่างงาน โดยจะให้ความช่วยเหลือ เจือจุนทางการเงิน สิ่งของหรือบริการอื่น ๆ ตามความเหมาะสม

2. เป็นการให้ประชาชนได้ช่วยตัวเองด้วยการออม และ เสียสละ เพื่อส่วนรวม โดยให้ผู้ประกันตนออกเงินสมทบเข้ากองทุนกลางตามกำลังความสามารถ หรือตาม ส่วนของเงินรายได้ประจำที่ได้รับอยู่ส่วนหนึ่ง นายจ้างต้องรับผิดชอบออกส่วนหนึ่ง เพื่อเป็นสวัสดิการแก่ลูกจ้างของตน และรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบเข้ากองทุนกลางอีกส่วนหนึ่ง รวม เป็น 3 ส่วน ซึ่งวิธีการนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะให้ทุกคนได้ช่วยเหลือตนเอง และช่วยเหลือบุคคลอื่นโดยใช้เงินกองทุนกลาง

3. เป็นการวางรากฐานความมั่นคงของสังคม โดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ที่จะสละทุนทรัพย์เข้าร่วมโครงการ เป็นการสร้างความสามัคคีของสมาชิกของโครงการอันจะก่อให้เกิดความมั่นคงแก่สังคมมากยิ่งขึ้น

ในปัจจุบันระบบประกันสังคมที่นิยมถือเป็นหลักสากลในทางปฏิบัติ แบ่งออก 8 ประเภท ดังนี้

1. การประกันการเจ็บป่วย (Sickness Insurance) เป็นการให้ความคุ้มครอง โดยการจ่ายชดเชยค่าจ้างในรูปเงินสด (Cash Compensation) และการจัดบริการทางการแพทย์ (Medical Care Services) เพื่อรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติหรือต้องหยุดพักงานเป็นเหตุให้ต้องสูญเสียงานประจำไป
2. การประกันการคลอดบุตร (Maternity Insurance) เป็นการจัดบริการทางการแพทย์เพื่อให้ลูกจ้างที่เป็นหญิงได้รับการดูแลตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งการคลอด และการบริบาลทารก รวมทั้งการจ่ายเงินชดเชยในระหว่างหยุดงานก่อนและหลังครบกำหนดคลอดด้วย
3. การประกันอุบัติเหตุและโรคอันเกิดจากการทำงาน (Employment Injury Insurance) ผู้ประกันตนจะได้รับบริการทางการแพทย์เป็นพิเศษ โดยได้รับเงินชดเชยค่าจ้างสูงกว่าอัตราการเจ็บป่วยธรรมดา และได้รับเงินทดแทนความพิการทุพพลภาพตามอัตราการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน
4. การประกันการพิการหรือทุพพลภาพ (Invalidity Insurance) หมายถึง การประกันการพิการหรือทุพพลภาพอย่างถาวร และสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานตั้งแต่ 2 ใน 3 ของสมรรถภาพในการทำงานปกติ โดยที่ผู้ประกันตนมีสิทธิ์ได้รับเงินเลี้ยงชีพหรือบำนาญพิการทุพพลภาพ การได้รับบริการทางการแพทย์ และเงินชดเชยค่าจ้างในระหว่างหยุดงานเพื่อการรักษาพยาบาล และการให้ความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ เช่น การให้กายอุปกรณ์เทียม การจัดหางานให้ทำ เงินทุนประกอบอาชีพ เป็นต้น
5. การประกันการชราภาพ (Old-age Insurance) เป็นการให้ผู้ประกันตนหญิงที่มีอายุครบ 60 ปี และผู้ประกันตนชายอายุ 65 ปีขึ้นไป ได้รับเงินบำนาญชราภาพ และมีสิทธิ์ได้รับบริการทางการแพทย์เช่นเดียวกับผู้ประกันตนทั่วไป เมื่อถึงแก่กรรมทายาทมีสิทธิ์ได้รับเงินค่าจัดการศพ และเงินทดแทนการตาย
6. การประกันมรณกรรม (Death Insurance) เป็นการให้ค่าจัดการศพ (Funeral Grant) แก่ทายาทของผู้ประกันตน รวมทั้งการให้ทายาท อันหมายถึงบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะหรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ภรรยาหรือสามีที่ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ และผู้อยู่ในอุปการะตามที่กฎหมายกำหนด มีสิทธิ์ได้รับเงินทดแทนการตาย
7. การประกันการว่างงาน (Unemployment Insurance) เป็นการให้เงินชดเชยค่าจ้างแก่ผู้ว่างงานในระหว่าง 3-6 เดือน ในอัตราครึ่งหนึ่งของค่าจ้างเดิม

หรือสูงกว่าและจัดให้ฝึกอาชีพฝีมือ (Skill Labour) ให้พร้อมที่จะประกอบอาชีพ และจัดหางานให้ทำตามความเหมาะสม

8. การประกันการสงเคราะห์ครอบครัว (Family Allowance - Insurance) เป็นการลดภาระในครอบครัวให้ดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข เช่น การให้การช่วยเหลือทางการเงินแก่ครอบครัวที่มีรายได้น้อยและการสงเคราะห์บุตรในครอบครัวที่มีบุตรมาก เป็นต้น

## 2. การประกันสังคมในประเทศไทย

แนวความคิดในการจัดระบบประกันสังคมขึ้นในประเทศไทยได้เริ่มมาตั้งแต่ พ.ศ. 2495 โดยรัฐบาลซึ่งมีจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีนโยบายที่จะให้ประชาชนมีหลักประกันที่มั่นคงทางสังคม จึงได้ตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ออกใช้บังคับเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2497 แต่ได้มีเสียงคัดค้านจากประชาชนและสื่อมวลชนต่าง ๆ มาก ทั้งนี้เพราะการประกันสังคมเป็นเรื่องใหม่ในขณะนั้น ประชาชนเองยังไม่แน่ใจว่าจะได้รับประโยชน์จริง และนายจ้างก็ไม่พอใจที่ต้องจ่ายเงินสมทบ จึงทำให้ต้องระงับการบังคับใช้โดยไม่มีกำหนด (วิชัย โสสุวรรณจินดา, 2534) หลังจากนั้นได้มีการทบทวนที่จะนำกฎหมายมาใช้เป็นระยะ ๆ ในปี พ.ศ. 2500, 2507, 2510 และ 2515 คณะปฏิวัติได้ออกประกาศฉบับที่ 103 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515 กำหนดให้มีกองทุนเงินทดแทนเพื่อจ่ายเงินทดแทนแก่ลูกจ้างแทนนายจ้าง ในกรณีที่ลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคซึ่งเกิดจากการทำงาน อันถือได้ว่าเป็นวิธีการหนึ่งของการประกันสังคม โดยเรียกเก็บเงินสมทบเฉพาะจากนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป

การประกันสังคมได้รับการหยิบยกขึ้นมาพิจารณาอีกในปี พ.ศ. 2522, 2524 และ 2530 ในสมัยของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมต่อสภาผู้แทนราษฎร แต่ได้มีการยุบสภาเสียก่อนเมื่อเดือนเมษายน 2531 ต่อมาในปี 2532 ในสมัยของพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการนำเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมเข้าสู่การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร และแต่งตั้งคณะกรรมการวิสามัญขึ้นพิจารณาโดยที่สภาผู้แทนราษฎร ได้ลงมติรับรอง เป็นเอกฉันท์ด้วยคะแนน 330 ต่อ 0 เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2533 (นิคม จันทรวิฑูร, 2534) และประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2533 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2533 เป็นต้นมา



## สาระสำคัญของพระราชบัญญัติประกันสังคม โดยสรุปมีดังนี้

### 1. ระยะเวลาการครอบคลุมผู้ประกันสังคม

มีการใช้บังคับนายจ้างและลูกจ้างในทุกกิจการ ยกเว้นข้าราชการ และลูกจ้างประจำส่วนราชการ โดยในปีแรกครอบคลุมถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป เมื่อพ้น 3 ปี จึงขยายไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป และภายใน 4 ปี จะขยายไปสู่การประกันตนโดยสมัครใจ

### 2. การบริหารงาน

มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้นในกระทรวงมหาดไทย รับผิดชอบในการดำเนินงานพร้อมทั้งบริหารงานในรูปของคณะกรรมการในการกำหนดนโยบาย และแนวทางต่าง ๆ ดังนี้คือ

2.1 คณะกรรมการการประกันสังคม ซึ่งเป็นองค์กรไตรภาคี ประกอบด้วย ฝ่ายรัฐบาล ฝ่ายนายจ้าง และลูกจ้าง ฝ่ายละ 5 คน เป็นที่ปรึกษา เพื่อทำหน้าที่วางนโยบายและมาตรการในการประกันสังคม

2.2 คณะกรรมการการแพทย์ ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในการรับบริการทางการแพทย์

2.3 คณะกรรมการอุทธรณ์ ทำหน้าที่วินิจฉัยอุทธรณ์เรื่องของผู้ประกันตนไม่พอใจในคำสั่งของ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมที่สั่งการตามพระราชบัญญัติประกันสังคม

### 3. การจัดตั้งกองทุนประกันสังคม

มีเงินกองทุนประกันสังคม เพื่อเป็นทุนค่าใช้จ่ายให้ผู้ประกัน และค่าบริการสำนักงานประกันสังคมโดยกองทุนนี้มีเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย คือ รัฐบาล นายจ้างและผู้ประกันตน ร่วมจ่ายเงินสมทบฝ่ายละ 1.5 % ของค่าจ้าง ซึ่งในเงินจำนวนนี้ 2.45 % จะถูกนำมาใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันตน

### 4. สิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตน

การดำเนินงานในปีแรกผู้ประกันตนจะได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทน 4 ประเภท คือ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงาน การคลอดบุตร การทุพพลภาพ และการถึงแก่ความตาย ต่อจากนั้นภายใน 6 ปี ผู้ประกันตนจึงจะได้รับประโยชน์ทดแทน กรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ โดยเพิ่มอัตราสมทบ ส่วนประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงานยัง ไม่ได้กำหนดระยะเวลา

สิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนจะได้รับจากพระราชบัญญัตินี้ อาจกล่าวได้ว่าเป็นความมุ่งหวังของรัฐบาลที่ต้องการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งครอบคลุมสาระสำคัญ 5 ประการ คือ (จิระ หงส์ลดาธมภ์, 2533)

1. คุณภาพผู้ใช้แรงงาน การสร้าง โอกาสและหลักประกันในชีวิตให้แก่ผู้ใช้แรงงาน ทำให้ผู้ใช้แรงงานทั้งชายและหญิง ตลอดจนบุตร ได้มีโอกาสศึกษาต่อและพัฒนาตนเอง ได้มากขึ้นและต่อเนื่อง นำไปสู่คุณภาพของผู้ใช้แรงงานหรือประชากรของประเทศในอนาคต

2. การคุ้มครองแรงงาน ปัญหาเรื่องการคุ้มครองแรงงานของประเทศเกิดขึ้นมาช้านาน การมีกฎหมายประกันสังคมเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหาดังกล่าว และทำให้ผู้ใช้แรงงานได้รับผลประโยชน์และสวัสดิการเป็นธรรมมากขึ้น

3. การบริหารแรงงาน การประกันสังคมนับได้ว่าเป็นการจัดระบบของโครงสร้างสวัสดิการในสังคมที่ดี และเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นผลให้การบริหารแรงงานทั้งของภาครัฐบาลและ เอกชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4. คุณภาพชีวิตของผู้ใช้แรงงาน การประกันสังคมเป็นยุทธวิธีช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในสังคมโดยการแบ่งปันผลประโยชน์ในรูปของสวัสดิการ เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

5. แรงงานสัมพันธ์ การเรียกร้องของลูกจ้างที่ผ่านมาส่วใหญ่มีข้อเรียกร้องเกี่ยวกับเรื่องสวัสดิการที่ได้รับ ซึ่งผลจากการมีประกันสังคมขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างหรือสหภาพแรงงานจะดีขึ้น และร่วมมือกันมากขึ้น เป็นผลให้การเรียกร้องและการสไตรค์ลดลง

### 3. การจัดบริการทางการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

การจัดระบบการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตนในประเทศไทยนั้นได้ใช้สถานบริการของภาครัฐและ เอกชนที่มีอยู่แล้ว (Indirect System) เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมไม่มีโรงพยาบาลของตนเอง โดยในปี พ.ศ. 2534 ได้มีโรงพยาบาลของรัฐทุกโรงพยาบาล ที่เป็นโรงพยาบาลขนาดต่ำเทียบเท่ามาตรฐานโรงพยาบาลจังหวัดของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 118 แห่ง และมีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 18 แห่ง เข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main-contractor) โดยทางกองทุนประกันสังคมได้

จ่ายเงินค่าตอบแทนแก่โรงพยาบาลด้วยวิธีเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ในอัตรา 700 บาท/ลูกจ้างหนึ่งคน/ปี โดยที่โรงพยาบาลจะรับผิดชอบให้การรักษายาบาลแก่ผู้ประกันตนจนถึงที่สุดสำหรับโรค โดยกำหนดหลักเกณฑ์การรับบริการทางการแพทย์ 2 กรณี คือ

1. กรณีปกติ ไปรับบริการทางการแพทย์กับสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานประกันสังคม ซึ่งในปีแรกนายจ้างเป็นผู้เลือกให้

2. กรณีประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไปรับบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลอื่น ๆ ผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินล่วงหน้าไปก่อน และ เบิกคืนภายหลังจากสำนักงานประกันสังคมตามอัตราดังนี้

2.1 ผู้ป่วยนอก ครั้งละไม่เกิน 40 บาท ปีหนึ่งไม่เกิน 80 บาท

2.2 ผู้ป่วยใน ครั้งละไม่เกิน 500 บาท ปีหนึ่งไม่เกิน 1,000 บาท

การผ่าตัด ครั้งละไม่เกิน 6,000 บาท

หากไปรับบริการในสถานพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการประกันสังคม ให้เบิกคืนได้ 50 % ของอัตราข้างต้น

การให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ประกันตน ได้กำหนดความครอบคลุมของประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ ดังนี้

1. กลุ่มโรคและบริการที่ครอบคลุมโดยเงินเหมาจ่าย

คือกลุ่มโรคและบริการทั้งหมดยกเว้นกลุ่มโรคและบริการที่กำหนดว่า ไม่ถูกครอบคลุมด้วยกองทุนประกันสังคม หรือเป็นกลุ่มโรคและบริการที่กำหนดให้เบิกจากเงินสำรองโดยตรง

2. กลุ่มโรคและบริการที่ไม่ครอบคลุมโดยกองทุนประกันสังคม ได้แก่

2.1 โรคจิต ยกเว้นชนิดเฉียบพลัน ให้ครอบคลุมการรักษาไม่เกิน 15 วัน

2.2 โรคเดียวกันที่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 180 วันใน 1 ปี

2.3 ทันตกรรม ยกเว้นอุดฟันและถอนฟัน

2.4 การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ

2.5 การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างค้นคว้าทดลอง

2.6 การป่วยหรือบาดเจ็บซึ่งเกิดขึ้น ตามมาตรา 61

2.7 การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

2.8 การเปลี่ยนเพศ (การแปลงเพศ)

- 2.9 การล้างไต ยกเว้นกรณีไตวายเฉียบพลัน ให้การรักษาไม่เกิน 60 วัน
- 2.10 โรคหรือการประสพอันตรายอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดให้โทษ  
ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ
- 2.11 การผสมเทียม
- 2.12 การรักษาภาวะมีบุตรยาก
- 2.13 แว่นตาและเลนส์เทียม
- 2.14 การบาดเจ็บหรือโรคซึ่งสืบเนื่องมาจากการทำงาน
- 2.15 การตรวจใด ๆ ที่เกินความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น ๆ
- 2.16 การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น
- 2.17 การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการตัดเปลี่ยนอวัยวะ (Tissue typing)
3. กลุ่มโรคและบริการที่จ่ายจากเงินสำรอง ได้แก่
  - 3.1 กรณีประสพอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษา  
พยาบาลอย่างฉุกเฉิน และไปรับบริการจากสถานพยาบาลนอกเขตท้องที่
  - 3.2 กรณีคลอดบุตร
  - 3.3 การทำหมัน
  - 3.4 การทำไตเทียม (Hemodialysis) ในกรณีไตวายเฉียบพลันและให้การรักษาไม่เกิน 60 วัน
  - 3.5 การฉีดสารเคมีเพื่อทำลายเนื้อเยื่อในร่างกาย (Chemotherapy)
  - 3.6 การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open heart surgery)
  - 3.7 การผ่าตัดใส่อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์บำบัดรักษาที่ผ่าตัดใส่เข้าร่างกาย  
การไปรับการรักษาในกลุ่มโรคเหล่านี้ ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินไปก่อนแล้ว  
นำไปเบิกคืนจากสำนักงานประกันสังคม ได้ตามอัตราที่กำหนดไว้

และ เพื่อให้ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงบริการ โดยสะดวกและเป็นหลักประกันว่าจะได้รับการดูแลจนถึงที่สุดในโรคและบริการที่อยู่ในความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคม จึงมีการจัดระบบเครือข่ายการให้บริการทางการแพทย์ โดยโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main-contractor) เป็นผู้รับผิดชอบต่อการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่ได้ลงทะเบียนไว้ โดยมีโรงพยาบาลที่มีขีดความสูงในระดับตติยภูมิ (Supra-contractor) หากผู้ประกันตนต้องการรับบริการทางการแพทย์ที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก รวมทั้งกำหนดให้มีโรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับต้น (Sub-contractor) เพื่อให้ผู้ประกันตน

ไปรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้ภูมิลำเนาหรือที่ทำงาน เป็นการประหยัดเวลาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และลดภาระงานบริการทางการแพทย์ระดับต้นที่โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก รวมทั้ง เป็นการสนับสนุนระบบส่งต่อที่มีอยู่แล้ว โดยมีเครือข่ายของการให้บริการทางการแพทย์ในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั้งสิ้น 19 เครือข่าย ประกอบด้วย

1. โรงพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main-contractor) เป็นศูนย์กลางของเครือข่าย
2. โรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับต้น (Sub-contractor) ประกอบด้วย
  - 2.1 โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง/โรงพยาบาลสาขา ในเขตจังหวัดนั้น
  - 2.2 โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดใกล้เคียงที่มีผู้ประกันตนซึ่ง เครือข่ายรับผิดชอบ มีภูมิลำเนาอยู่
3. โรงพยาบาลคู่สัญญาร่วมระดับตติยภูมิ (Supra-contractor) ประกอบด้วย
  - 3.1 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่อยู่ใกล้เคียง
  - 3.2 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในภูมิภาคนั้น หรือที่กำหนดไว้
  - 3.3 โรงพยาบาลหรือสถาบันเฉพาะทางของกระทรวงสาธารณสุข
  - 3.4 โรงพยาบาลสังกัดหน่วยงานอื่นที่เหมาะสม

## ตอนที่ 2 แนวความคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ก่อนจะนำเสนอแนวความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ จะกล่าวถึงความหมายของความพึงพอใจไว้พอสังเขปดังนี้

เครชและครัชฟิลด์ (Krech and Crutchfield, 1962) ได้ให้ความหมายความพึงพอใจว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนอง พร้อมบรรลุถึงจุดมุ่งหมาย (goals) ที่ตั้งไว้ระดับหนึ่ง

วอลแมน (Wolman, 1973) ให้ความหมายที่คล้ายกับเครชและครัชฟิลด์ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกมีความสุข เมื่อคนเราได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (goals) ความต้องการ (wants) หรือแรงจูงใจ (motivation)

ทิฟฟินและแมคคอร์มิก (Tiffin and McCormick, 1965) กล่าวว่าความพึงพอใจเป็นแรงจูงใจของมนุษย์ที่ตั้งอยู่บนความต้องการพื้นฐาน (Basic Needs) มีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิดกับผลสัมฤทธิ์และสิ่งจูงใจ และพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ต้องการ

กู๊ด (Good, 1973) กล่าวว่าความพึงพอใจ หมายถึงคุณภาพ สภาพ หรือระดับ

ของความชอบ ความพอใจ ซึ่งเป็นผลจากความสนใจต่าง ๆ และทัศนคติของบุคคลต่อสิ่งนั้น จากความหมายของความพึงพอใจที่ได้รับรวมมานี้ ส่วนใหญ่จะมีความคิดเห็นคล้ายคลึงกัน ซึ่งพอสรุปได้ว่า ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับสิ่งที่ต้องการ หรือบรรลุจุดหมายในระดับหนึ่ง ความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้น หากความต้องการหรือจุดหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง

ได้มีการจัดกลุ่มแนวความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในรูปแบบของแรงจูงใจต่าง ๆ ดังนี้

ทฤษฎีแรงจูงใจที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย คือ ทฤษฎีแรงจูงใจของ มาสโลว์ (Maslow's General Theory of Human Motivation) ซึ่งได้อธิบายถึง ลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์จากระดับต่ำไปสูง (Hierarchy of Needs) โดยแบ่งความต้องการของมนุษย์เป็น 5 ชั้น ดังต่อไปนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological Needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานและเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดในการดำรงชีพ ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และความต้องการทางเพศ
2. ความต้องการความปลอดภัยหรือความมั่นคง (Security or Safety Needs) เป็นความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต รวมทั้งความก้าวหน้าและความอบอุ่นทางใจ
3. ความต้องการทางด้านสังคม (Social or Belongingness Needs) เป็นความต้องการให้สังคมยอมรับตนเข้าเป็นสมาชิก การได้รับความเป็นมิตรและความรักจากเพื่อนร่วมงาน
4. ความต้องการที่จะมีฐานะเด่นหรือมีชื่อเสียง (Esteem or Status Needs) เป็นความต้องการให้สังคมหรือบุคคลอื่น ๆ ยกย่องสรรเสริญ
5. ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จในชีวิต (Self Actualization or Self Realization) เป็นความต้องการที่อยากจะสำเร็จตามความนึกคิดหรือความคาดหวัง ทะเยอทะยานใฝ่ฝัน ภายหลังจากที่มนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 4 ชั้นอย่างครบถ้วนแล้ว ความต้องการในขั้นนี้จะเกิดขึ้นและมักเป็นความต้องการที่เป็นอิสระ เฉพาะแต่ละคน ซึ่งต่างก็มีความนึกคิดใฝ่ฝันที่อยากได้รับผลสำเร็จในสิ่งอันสูงส่งในทัศนะของตน

อย่างไรก็ตามมาสโลว์ไม่ได้มีความมุ่งหมายว่า การเรียงลำดับของความต้องการดังกล่าวจะนำไปใช้ประโยชน์ได้โดยทั่วไป หรือเป็นสากล ซึ่งมาสโลว์มีความเชื่อว่าการเรียงลำดับของความต้องการดังกล่าว จะเป็นแบบฉบับที่เกิดขึ้นโดยส่วนใหญ่เท่านั้น (สมยศ นาวิการ, 2521)

เฮอ์เบอร์ก (Hersberg, Frederick et al., 1959) ได้กล่าวถึงทฤษฎีสององค์ประกอบว่า คนเรานั้นเกิดขึ้นมาพร้อมกับความต้องการ 2 ด้าน คือ ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยและความต้องการจิตใจ ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่จะรักษาสภาพแวดล้อม ให้เหมาะสมที่จะมีชีวิตอย่างไม่ทุกข์ร้อน แต่ความต้องการที่จิตใจนั้นเป็นความต้องการที่จะเจริญภาวะ เป็นความต้องการที่จะท้าทายให้ตัวเองตีความรับผิดชอบ

อดัมส์และพริทชาร์ด (Adams, 1965; Pritchard, 1969; อ้างใน ศุภชัย คุณารัตนพถกษ และ ดวงสมร บุญผดุง, 2532) ได้เสนอแนวคิดของ Equity ว่ามนุษย์โดยทั่วไปมักจะมีอัตราส่วนความแตกต่างระหว่างสิ่งที่เขาลงทุนไป หรือสิ่งที่เขาได้ให้ไปในสถานการณ์หนึ่ง และผลตอบแทนที่เขาได้รับในสถานการณ์นั้น ๆ ที่เขาลงทุน ถ้าหากว่าอัตราส่วนกับผลตอบแทนของตนเองนั้นอยู่ในสภาพสมดุลย์ เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นในสถานการณ์เดียวกันก็จะไม่เกิดความตึงเครียดขึ้น แต่ถ้าหากว่าตนเองได้รับมากไปหรือน้อยไป จะเกิดความไม่สมดุลย์ในจิตใจ เกิดความตึงเครียดและพยายามลดอาการดังกล่าว และความพยายามนั้นจะทำให้เกิดพฤติกรรมใหม่ในทิศทางสนับสนุนหรือต่อต้าน

โดยสรุปจะเห็นว่า ทฤษฎีแรงจูงใจเหล่านี้ช่วยให้เข้าใจธรรมชาติของความพึงพอใจได้ดีว่า เมื่อคนได้รับในสิ่งที่เขาต้องการเขาก็จะมีความพอใจ แต่ถ้าเขาไม่ได้รับในสิ่งที่เขาต้องการก็จะเกิดความไม่พอใจ

สำหรับความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยนั้น จัดไว้ว่าเป็นส่วนหนึ่งในหลาย ๆ ส่วนของผลได้หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายในตัวผู้ป่วยหลังจากได้รับบริการไปแล้ว นอกเหนือจากผลได้อีกหลายประการ เช่น ภาวะสุขภาพ ความรู้ในเรื่องความเจ็บป่วยของตนเอง ความรู้ในเรื่องการรักษาพยาบาล การดูแลตนเองและครอบครัว รวมไปถึงการยอมรับและปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาล

อัลเบเรชท์และแซมเก้ (Alberecht and Zamke, 1985 อ้างใน วราพร หาญคณะ เศรษฐ, 2533) ได้กล่าวถึงขั้นตอนแรกของการปฏิบัติในการตรวจสอบบริการ



(Service Audit) ว่าเป็นการสำรวจความพึงพอใจของผู้บริโภคบริการ (Consumer Satisfaction) ซึ่งหมายถึงผู้ป่วย ญาติ และผู้เกี่ยวข้องที่มารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจต่อบริการจะบอกให้ทราบถึงความคาดหวังของผู้บริโภค และให้ความกระจ่างถึงความคิดเห็น (Opinions) เกี่ยวกับระดับของบริการที่ให้ไป นับเป็นข้อมูลที่สำคัญและมีความหมายต่อการบริหารจัดการเกี่ยวกับการบริการ (Service Management) เป็นอย่างมาก เพราะจะเป็นปัจจัยพื้นฐานของกระบวนการปฏิบัติเพื่อการดำรงรักษาบริการให้มีคุณภาพ เป็นที่พอใจของผู้บริโภคในฐานะผู้ซื้อสินค้า หรือบริการอยู่เสมอ

โดนาบีเดียน (Donabedian, 1966 Quoted in Eriksen, 1987) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจของผู้ป่วยว่า เป็นสิ่งที่แสดงถึงความสำเร็จของผู้ให้บริการ ในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการในแง่ของคุณค่า (Values) และความคาดหวังที่ผู้รับบริการสนใจ และความพึงพอใจในเรื่องการได้รับข้อมูลข่าวสารนั้น จะทำให้เกิดความสำเร็จในการตอบสนองต่อคุณค่า และความคาดหวังที่ผู้ป่วยพอใจ

#### แนวคิดในเรื่องบริโภคนิยม (Consumerism)

ความหมายของแนวคิดเรื่องบริโภคนิยม คือ การให้แรงสนับสนุนแก่กลุ่มผลประโยชน์ (Interests) ที่เป็นกลุ่มผู้บริโภค (Consumer) ซึ่งก็คือผู้ที่ได้รับประโยชน์ทางเศรษฐกิจจากสินค้าหรือบริการที่เขาต้องจ่ายเงินซื้อ หรือในอีกลักษณะหนึ่งคือ การเพิ่มขึ้นของการบริโภคสินค้าที่ให้ค่าตอบแทนทางเศรษฐกิจอย่างน่าพึงพอใจ ในปัจจุบันแนวความคิดนี้ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่ออุตสาหกรรมบริการสุขภาพ (Health Care Industry) โดยเฉพาะในด้านบริการภายในโรงพยาบาล ในทางปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามแนวคิดนี้มีทางหนึ่งที่สามารถทำได้คือ การค้นหาว่าผู้รับบริการไม่พอใจในบริการใดบ้าง การเพิ่มความร่วมมือ และการควบคุมในการให้บริการจะทำได้ อย่างไร รวมทั้งการค้นหาความสามารถในการตอบสนองตามความจำเป็น (Needs) และความต้องการ (Wants) ของผู้ป่วย (Carter and Mowad, 1988)

ซีสแมนและคอลลีค (Zusman and Colleagues, 1982 quoted in Hinshaw and Atowood, 1982) ได้กล่าวถึงแนวโน้มของงานบริการสุขภาพว่าผู้บริโภคมีส่วนอย่างมากและการประเมินผลบริการด้านสุขภาพ สิ่งที่สำคัญคือความเข้าใจถึงภาพที่ผู้รับบริการมองเห็นในเรื่องการบริการที่เขาได้รับนั่นเอง

อย่างไรก็ตาม เอก (Eck, 1988) ได้สรุปว่าความพึงพอใจทั้งของผู้รับบริการและของผู้ให้บริการต่างก็เป็นตัวบ่งชี้ถึงผลที่เกิดขึ้นในแง่ความมีประสิทธิภาพ (Effectiveness) ขององค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพ

สำหรับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อบริการของโรงพยาบาล ได้มีการศึกษาไว้ ดังนี้

เพอร์เลอท์ (Pollert, 1971) ได้กล่าวถึงความคาดหวังของผู้ป่วยที่เข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลนั้น ส่วนใหญ่ต้องการที่จะรู้เกี่ยวกับอาการตลอดจนขั้นตอนของการรักษาที่จะให้แก่ผู้ป่วย และคาดหวังว่าจะได้พบพยาบาลที่มีหน้าตาอึดอัด แสดงท่าที่เป็นกันเอง ตลอดจนให้การดูแลผู้ป่วยอย่างดีที่สุด

อเดย์และแอนเดอร์เซน (Aday and Andersen, 1971 อ้างใน วิภา ครุรงค์-พิสิษฐ์กุล, 2525) ได้ชี้ถึงพื้นฐาน 6 ประเภท ที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้รับบริการกับการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยประเมินบริการทางการแพทย์ว่าได้มีการเข้าถึงประชาชน ความพึงพอใจ 6 ประเภท คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (Convenience) ซึ่งแยกออกเป็น
  - ก. การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
  - ข. การได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความต้องการ (Availability of care when needed)
  - ค. ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (Base of getting to care)
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Coordination) ซึ่งแยกออกเป็น
  - ก. การได้รับการบริการทุกประเภทในสถานที่ที่เดียวกัน (Getting all needs met at one place)  
คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย
  - ข. แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย อันได้แก่ด้านร่างกาย และจิตใจ (Concern of doctors for overall health)
  - ค. แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา (Follow up care)

3. ความพึงพอใจต่ออัยยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ การแสดงอัยยาศัยท่าทางที่ดีของผู้ให้บริการ และการแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical Information) ซึ่งแยกออกเป็น

ก. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย  
(Information about what was wrong)

ข. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาแก่ผู้ป่วย  
(Information about treatment)

เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้ยา เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของการรักษา (Quality of Care) หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่ประเมินคุณภาพของการรักษาและการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับ ในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของ โรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out-of-Pocket Cost) ได้แก่ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาพยาบาล

เฮย์และแอนเดอร์สัน (Hay and Anderson, 1963) ได้ศึกษาถึงความต้องการของผู้ป่วยด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็น 12 ด้าน ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และ/หรือ การรักษาของตนเอง (Knowledge about their condition and/or treatment)

2. การเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวัน (Learning and carrying out skills associated with daily living)

3. การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน (Financial assistance)

4. ความสามารถในการช่วยเหลือสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (Ability to contribute to society and to be self-supporting)

5. การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย ความพิการ และการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (Acceptance with their illness of disability and belonging to a group)

6. การรักษาและการพยาบาล (Medical and nursing care)

7. ภาวะแวดล้อมเหมาะสมและเครื่องมือมีคุณภาพ (Suitable environmental conditions and equipment in good condition to help compensate for disability)
8. การได้รับความสะดวกสบาย (Spiritual comfort)
9. การบรรลุเป้าหมายหรือความสำเร็จของแต่ละบุคคล (Attainment of personal goals or achievements)
10. การได้รับการบรรเทาความกลัวและความวิตกกังวล (Relief of fear and anxiety)
11. การสนับสนุนและความเข้าใจ (Encouragement and understanding)
12. การยอมรับในความต้องการพึ่งพาของผู้ป่วย (Acceptance of their dependency need)

นอกจากนี้ เพนชานสกีร์ และ โทมัส (Penchansky and Thomas, 1981) ได้ให้แนวความคิดทั่วไปถึงลักษณะการเข้าถึง หรือการใช้บริการในระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมระหว่างผู้ป่วยและระบบของการบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ประเภท คือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงระหว่างการบริการที่มีอยู่กับการต้องการของผู้ป่วย
  2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือความสามารถที่จะไปใช้แหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งของแหล่งบริการและการเดินทางของผู้ใช้บริการ
  3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) ได้แก่แหล่งบริการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าให้ความสะดวก และมีสิ่งอำนวยความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ
  4. ความสามารถของผู้ป่วยในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ (Affordability)
  5. การยอมรับคุณภาพของการบริการ (Acceptability) ซึ่งในที่นี้รวมถึงการยอมรับลักษณะของผู้ให้บริการด้วย
- โดยสรุปว่า แนวคิดเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการเป็นสิ่งสำคัญสำหรับนโยบายทางด้านสุขภาพเพราะ เป็นสิ่งที่บอกถึงการให้บริการ และความพึงพอใจของผู้ป่วย

### ตอนที่ 3 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล มีผู้ศึกษาไว้ ดังนี้ คือ

#### ผลงานวิจัยในประเทศ

อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ และ รัตนา พิมพ์โกวิท (2516) ได้ศึกษาบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าปัญหาที่สำคัญ คือ ปริมาณและประสิทธิภาพของผู้ให้บริการไม่เพียงพอ มีแพทย์ตรวจน้อย ต้องคอยนาน ปัญหาด้านมนุษยสัมพันธ์ ด้านราคาค่ายา ค่ารักษาพยาบาล

อวยพร ตรงการดี (2520) ได้ศึกษาความคิดเห็นของผู้ป่วยนอกต่อเจ้าหน้าที่และบริการของโรงพยาบาลราชวิถี ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับความสะดวกจากห้องทำบัตร และไม่มีปัญหาในการไปห้องตรวจ
2. เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ตอบคำถามดี เจ้าหน้าที่เวชระ เบื้องหน้า แพทย์มีอัธยาศัยดี
3. ความคิดเห็นในส่วนบริการโดยทั่วไปดี มีบางส่วน คือ ห้องยาและการเงินให้บริการช้ามาก ควรเพิ่มเจ้าหน้าที่
4. ได้แนะนำให้เพิ่มเวลารับทำบัตรผู้ป่วย

นวลจันทร์ ทศนชัยกุล (2523) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของคนไข้ที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เฉพาะจังหวัด อุบลราชธานี อุดรธานี และ นครราชสีมา จำนวน 450 คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาจากนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 53.8 ในเขตเทศบาล ร้อยละ 36.4 และจากจังหวัดอื่น ร้อยละ 9.8 ในด้านความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อบุคลากรของโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 36.1 ตอบว่าแพทย์ออกตรวจช้า ทศนคติต่อพยาบาล พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 60.7 ตอบว่า พยาบาลมีกิริยา วาจา ที่ไม่สุภาพ ส่วนข้อเสนอแนะในด้านบริการพบว่า ร้อยละ 22.6 ต้องการให้โรงพยาบาลจัดบริการรับตรวจตามปกติในวันหยุดราชการ ร้อยละ 35.4 ต้องการให้ลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 22.1 ต้องการให้มีบริการน้ำดื่ม และร้อยละ 19.8 ต้องการบริการเรื่องส้วม

เสาวนีย์ จำเดิมเพด็จศึก และคณะ (2524) ได้ศึกษาบริการผู้ป่วยนอกสำหรับ บุตรเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าอุปสรรคในการรับบริการ คือ เสียเวลาคอย บัตร ร้อยละ 19.5 เสียเวลาคอยแพทย์ ร้อยละ 30.5 เสียเวลาแพทย์ตรวจ ร้อยละ 16.7 เสียเวลาเบิกยา ร้อยละ 38.6 ได้รับบริการล่าช้า ร้อยละ 26.2 เสียเวลาชั่งน้ำหนัก วัดอุณหภูมิร่างกาย ร้อยละ 13.3 และแพทย์ตรวจไม่ละเอียด ร้อยละ 15.2

สุนี ชลาภิรมย์ และคณะ (2524) ได้ศึกษาความต้องการด้านบริการจากฝ่าย เกสัชกรรมของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.1 ต้องการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ ร้อยละ 25.4 ต้องการให้ปรับปรุงบริการด้านต่าง ๆ เพราะสภาพที่เป็นอยู่นั้นบริการล่าช้า และเป็นจุดที่ต้องรอนานที่สุด

วิภา คุรงค์พิศัญกุล (2525) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อบริการ ของโรงพยาบาลรามารัตินิติ ได้สรุปผลจากการวิเคราะห์ลักษณะต่าง ๆ ของบริการในแต่ละ หน่วยงาน รวม 3 หน่วยงาน ได้ดังนี้

1. ระดับความพึงพอใจในหน่วยเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยไม่พึงพอใจในเรื่อง ความสะดวกที่ได้รับมากที่สุด เพราะต้องรอคอยเป็นเวลานานเพียงเพื่อทำบัตรเท่านั้น
2. ระดับความพึงพอใจในหน่วยตรวจโรค พบว่าค่อนข้างพอใจกับบริการของ หน่วยตรวจโรค แต่เมื่อพิจารณาแยกในเรื่องความสะดวก ผู้ป่วยส่วนมากไม่พึงพอใจกับ บริการ
3. ระดับความพึงพอใจในหน่วยห้องยา พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ค่อนข้างพอใจ กับบริการของหน่วยห้องยา

เพ็ญจันทร์ ส.โมโนพงศ์ (2526) ได้ศึกษาความสูญเปล่าทางเศรษฐกิจกับการ เจ็บป่วย พบว่า ค่าใช้จ่ายนอกจากการรักษาพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยเสียค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เช่น ค่าอาหาร ค่าพาหนะ ไปกลับ ค่าที่พักอาศัย และยังพบว่า ร้อยละ 20.9 ของผู้ป่วยขาดราย ได้ไป

ประภัศร พิศาลพงศ์ และ ผจงจิต อินทรสุวรรณ (2526) ได้ศึกษาเรื่อง ทศนคติของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของ โรงพยาบาลราชวิถี โดยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยนอก 345 ราย และผู้ป่วยใน 202 ราย พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติดีที่สุด คือผู้ที่มาโรงพยาบาลนี้เพราะมีผู้ แนะนำมา ส่วนผู้ที่มีทัศนคติต่ำที่สุด คือ ผู้ที่มาโรงพยาบาลเพราะ โรงพยาบาลอยู่ใกล้บ้าน ในด้านอาชีพ กรรมกรมีทัศนคติดีที่สุด ตามด้วยอาชีพรับจ้างและ เกษตรกร ส่วนผู้ป่วยที่มี



อาชีพรับราชการ พนักงานในกิจการเอกชน และผู้ประกอบการวิชาชีพส่วนตัว เป็นกลุ่มที่มีทัศนคติต่ำที่สุด ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับดี และดีมากต่อบุคลากรโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มบุคลากรที่ได้รับคะแนนทัศนคติในระดับดีน้อย คือ เจ้าหน้าที่เวรเปล ห้องประชาสัมพันธ์ ข้อเสนอแนะที่ผู้ป่วยให้ไว้ เช่น กิริยามารยาทและการพูดของเจ้าหน้าที่ควรปรับปรุง ควรเพิ่มเจ้าหน้าที่บริการให้เพียงพอ แพทย์ออกตรวจซ้ำ เจ้าหน้าที่หลายระดับใช้เวลาคุยกันเองหรือคุยกับแขกส่วนตัวนานเกินไป ที่นั่งรอตรวจไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ห้องยาเขียนข้อความบนซองยาไม่ชัดเจน อ่านไม่เข้าใจ ห้องน้ำห้องส้วมมีน้อยไม่สะอาดและหายาก น้ำดื่มไม่เพียงพอ ไม่มีภาชนะสำหรับให้ดื่มน้ำ

สุธินี เตชะบุณยรัตน์ (2528) ได้ศึกษาการบริหารงานของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าปัญหาด้านการให้บริการมีดังนี้ คือ ปัญหาที่ผู้รับบริการต้องเสียเวลาในขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ รอยื่นและรับบัตรตรวจโรค 1 ชั่วโมง รอเรียกพบแพทย์มากกว่า 2 ชั่วโมง รอรับยาประมาณ 1 ชั่วโมง

ตะวันฉาย ศิริวงศ์ และคณะ (2533) ได้ศึกษาปัจจัยจุดใจและความพึงพอใจของผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกตึก กปร. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย พบว่าปัจจัยที่ได้รับความพอใจน้อยกว่าปัจจัยอื่น คือ ความรวดเร็วในการให้บริการ เพราะต้องใช้เวลาในขั้นตอนต่าง ๆ นาน การรอรับบริการที่ตึก กปร. ขั้นตอนที่รอนานที่สุด คือ ขั้นตอนการตรวจและจุดที่เห็นชัดอีกจุดหนึ่ง คือ การรอที่ห้องจ่ายยา ข้อเสนอแนะของผู้มารับบริการคือ ควรปรับปรุง ความรวดเร็ว ในด้านการทำบัตร การรอรับการตรวจ และการรอรับยา

รองรัตน์ ประเสริฐสุข (2534) ได้ศึกษาเวลาและความพึงพอใจต่อการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 65.4 พอใจกับเวลาการบริการของโรงพยาบาล และเวลาเฉลี่ยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้ในการรับบริการ คือ 109 นาที

#### ผลงานวิจัยในต่างประเทศ

เบลลิน และ ไกรเลอร์ (Bellin and Geiger, 1972) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการทางการแพทย์ที่เมืองดอร์เชสเตอร์ (Dorsenter) สหรัฐ



อเมริกา พบว่าผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจมาก คือ การที่แพทย์ให้คำอธิบายแก่ผู้ป่วยไม่เพียงพอ ไม่ให้โอกาสผู้ป่วยเล่าถึงปัญหา หรือ การเจ็บป่วย และแพทย์มีท่าทีไม่เป็นกันเองกับผู้ป่วย ชิบกิน และคณะ (Zipkin, et al. 1984) ศึกษาความพึงพอใจในการใช้ บริการสาธารณสุขในชนบทที่ประเทศอิสราเอล โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี จำนวน 110 คน ในหมู่บ้านเกษตรกรรม 2 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า มารดามี ความพึงพอใจในการใช้บริการสาธารณสุข ถ้าแพทย์ใช้เวลาในการตรวจรักษาและพูดคุยกับ ผู้ป่วยนาน ๆ